



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Pooperační ošetrovatelská péče u pacientů po malých
urologických výkonech**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:

SPECIALIZACE V OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Eliška Vávrová

Vedoucí práce: PhDr. Věra Stasková, Ph.D.

České Budějovice 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „*Pooperační ošetrovatelská péče u pacientů po malých urologických výkonech*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů 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 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 diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 6. 5. 2024

.....

Bc. Eliška Vávrová

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat vedoucí mé práce PhDr. Věře Staskové, Ph.D., a to za odborné vedení, trpělivost a ochotu při zpracování této diplomové práce. Poděkování rovněž patří sestřám a pacientům, kteří se na výzkumném šetření podíleli. Nemohu opomenout ani moji rodinu, jež mi poskytovala podporu během celého studia.

Pooperační ošetrovatelská péče u pacientů po malých urologických výkonech

Diplomová práce se zabývá pooperační ošetrovatelskou péčí u pacientů po malých urologických výkonech. Práce je členěna na teoretickou a praktickou část. Teoretická část představuje význam urologie, endoskopie v urologii, ošetrovatelský proces v rámci pooperační péče po malých urologických výkonech a týmovou spolupráci jako nedílnou součást urologického oddělení. Praktická část diplomové práce byla provedena kvalitativním výzkumným šetřením, technikou zúčastněného pozorování sester a technikou sběru dat polostrukturovaného rozhovoru u pacientů. Na zúčastněném pozorování se podílelo šest sester pracujících na urologickém oddělení. Rozhovor byl realizován se šesti pacienty po malém urologickém výkonu do úplného nasycení teoretického vzorku. Analýza a zpracování dat byla provedena metodou otevřeného kódování s použitím techniky „tužka – papír“ a následně získané kódy byly zpracovány do jednotlivých kategorií a podkategorií.

V diplomové práci byly stanoveny tři cíle. Prvním cíle bylo zjistit, jaká je role sestry v pooperační péči u pacientů po malých urologických výkonech. Poté bylo nezbytné zmapovat specifika pooperační ošetrovatelské péče u pacientů po malých urologických výkonech. Třetí cílem bylo zjistit, jak pacienti vnímají péči sester po malých urologických výkonech.

Z analýzy dat výzkumného šetření vyplynulo, že role sestry je nedílnou součástí poskytování pooperační péči po malých urologických výkonech. Jejich individuální přístup, odborné znalosti a empatie hrají významnou roli během pooperační rekonvalescence pacientů. Důležitým faktorem je také zefektivnění komunikace mezi sestrou a pacientem. Výsledky naznačují, že vnímavost pacientů po malých urologických výkonech je spojena s interpersonálními dovednostmi a schopností poskytovat kvalitní péči, která výrazně ovlivňuje celkovou spokojenost pacientů.

Klíčová slova

Endoskopie; komunikace; ošetrovatelský proces; pacient; pooperační péče; role sestry; urologické výkony

Postoperative nursing care in patients after minor urological procedures

Abstract

The diploma thesis deals with postoperative nursing care in patients after minor urological procedures. The thesis is divided into a theoretical and a practical part. The theoretical part presents the importance of urology, endoscopy in urology, the nursing process in postoperative care after small urological procedures and teamwork as an integral part of the urology department. The practical part of the thesis was carried out by qualitative research, the technique of participant observation of nurses and the technique of data collection of semi-structured interview with patients. Six nurses working in the urology department participated in the participant observation. The interview was conducted with six patients after a small urological procedure until the theoretical sample was completely saturated. The analysis and processing of the data was carried out using the open coding method, using the "pen and paper" technique. Subsequently, the obtained codes were processed into individual categories and subcategories.

Three goals were set in the diploma thesis. The first objective was to find out what is the role of the nurse in postoperative care in patients after minor urological procedures. Then to map the specifics of postoperative nursing care in patients after minor urological procedures. The third objective was to find out how patients perceive the care of nurses after minor urological procedures.

The analysis of the data of the research showed that the role of nurses is an integral part of the provision of postoperative care after minor urological procedures. Their individual approach, expertise and empathy play a significant role in the postoperative recovery of patients. Improving communication between the nurse and the patient is also an important factor. The results suggest that patient susceptibility to minor urological procedures is associated with interpersonal skills and the ability to provide quality care, which significantly affects overall patient satisfaction.

Key words

Endoscopy; communication; nursing process; patient; aftercare; the role of the nurse; Urological procedures

Obsah

ÚVOD.....	8
1 SOUČASNÝ STAV.....	10
1.1 Pojetí urologie.....	10
1.1.1 Urologické symptomy.....	10
1.1.2 Vyšetřovací a diagnostické metody v urologii.....	11
1.2 Endoskopie v urologii.....	13
1.2.1 Endoskopické vyšetřovací metody.....	13
1.2.2 Vybrané malé endoskopické výkony v urologii.....	14
1.3 Ošetrovatelský proces a pooperační péče.....	17
1.3.1 Pooperační péče v kontextu ošetrovatelského procesu.....	19
1.3.1.1 Pooperační komplikace.....	21
1.3.1.2 Specifické pooperační urologické komplikace.....	25
1.3.2 Péče o potřeby nemocného po malém urologickém výkonu.....	27
1.3.3 Význam komunikace v pooperační péči.....	29
1.3.4 Úloha sestry v pooperační péči.....	30
1.4 Role sestry na urologickém oddělení.....	31
1.5 Týmová spolupráce jako nedílná součást péče o pacienty.....	35
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	37
2.1 Cíl práce.....	37
2.2 Výzkumné otázky.....	37
3 METODIKA VÝZKUMU.....	38
3.1 Metodika a technika výzkumu.....	38
3.2 Charakteristika výzkumného vzorku.....	39
4 VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	40
4.1 Tabulka 1 - Základní identifikační údaje sester na urologickém oddělení.....	40
4.2 Kategorizace dat.....	41

4.2.1	Tabulka 2 - Kategorie a podkategorie získaných dat zúčastněného pozorování	41
4.2.2	Tabulka 3 - Identifikační údaje pacientů.....	51
4.2.3	Tabulka 4 - Kategorie a podkategorie získaných dat polostrukturovaného rozhovoru	52
5	DISKUZE	60
6	ZÁVĚR	70
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	72
8	SEZNAM PŘÍLOH.....	78
9	SEZNAM ZKRATEK.....	82

ÚVOD

V současné době představuje ošetrovatelství samotný vědní obor s bohatou historií, přičemž prošlo zjevným pokrokem a mnoha změnami. Důležitou součástí ošetrovatelství byl ošetrovatelský proces stanovující sestřám cíl vyhledávat a uspokojovat potřeby pacientů, a tím i zvyšovat úroveň kvality poskytované ošetrovatelské péče. Součástí celého procesu je významná i pooperační péče. Cílem je optimalizace a kompenzace zdravotního stavu v pooperačním období. Pooperační péče na urologickém oddělení obnáší a vyžaduje široké spektrum odborných znalostí a dovedností. Chirurgické oddělení je mnohdy spjato s plánovanou a neplánovanou hospitalizací pacienta vyžadující přípravu k operačnímu zákroku.

Diplomová práce je zaměřena především na endoskopické výkony v urologii, které představují široké spektrum technik prováděných pomocí endoskopických přístrojů. Endoskopické zákroky jsou charakterizovány jako neinvazivní a provádí se pomocí tenkého, flexibilního nástroje s kamerou na konci, umožňují nahlédnout do těla pacienta a zároveň provádějí diagnostické a léčebné postupy s minimálním traumatem pro pacienta. Na rozdíl od invazivních chirurgických výkonů přináší endoskopické zákroky minimální riziko komplikací a vedou k rychlejšímu zotavení pacientů.

Intervence sester v pooperačním období se zaměřuje především na prevenci pooperačních komplikací v prvních 24 hodinách po operačním výkonu. V tomto období se obnovuje stav bdělosti a vědomí. Pacienti po malých výkonech jsou vzhledem k možným rizikům monitorováni minimálně dvě hodiny na dospávacím pokoji. Na standardní oddělení je pacient přeložen po stabilizaci stavu, kde probíhá následná pooperační péče. Sestra by měla při překladi pacienta na standardní oddělení získat veškeré informace o stavu pacienta.

Cílem následné pooperační péče je eliminovat bolest a podpořit optimální úroveň zdravotního stavu. Ošetrovatelská péče u pacientů po operacích na standardním oddělení se rozlišuje od specifik výkonu, která pacient podstoupil. Podstatou chirurgického ošetrovatelství je pozorování, posuzování, znalosti o jednotlivých výkonech prováděných na urologickém oddělení a předcházení vzniku rizik a komplikací spojených s operačním výkonem.

Pro téma diplomové práce jsem se rozhodla z důvodu osobního zájmu a zajímalo mě, jaké faktory ovlivňují poskytování pooperační péče sester a jak vnímají pacienti poskytovanou péči sester po malém urologickém výkonu. Dále bylo mým záměrem posílit vědomí o specifikách ošetrovatelské péče po malých urologických výkonech a minimalizovat možné chyby v poskytování této péče.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Pojetí urologie

Urologie se během druhé poloviny 20. století stala samotně se rozvíjejícím oborem, spolu s vlastním postgraduálním vzděláváním. Jde o chirurgický obor, který má své specifické postavení (Hora a Dolejšová, 2020). Obor urologie se zaměřuje na chirurgické onemocnění močového a mužského pohlavního ústrojí (Slezáková et al., 2019). Zabývá se širokým spektrem nemocí, jako jsou například nádory ledvin, močových cest a prostaty, močové infekce, urolitiázy, benigní hyperplazie prostaty a další poruchy reprodukčního systému. Součástí urologie je v případě těchto onemocnění kompletní konzervativní a operační diagnostika i léčba. Péče zahrnuje dispenzarizaci u nádorových onemocnění a širokou škálu operačních technik. Tento obor spolupracuje s nefrologií, radiologií, gynekologií a sexuologií (Hora a Dolejšová, 2020). Péče o pacienty s urologickým onemocněním vyžaduje respektování jejich studu v oblasti intimních partií. Nedílnou součástí urologie jsou zásady asepse při péči o invazivní vstupy, skrze které může jakákoli infekce práci specializovaného operačního týmu neodborným zásahem ztížit a může poškodit i zdraví pacienta. Neopomenutelnou součástí sesterské péče je edukace nemocného, a to včetně jeho rodiny (Sochorová a Vidlář, 2016).

1.1.1 Urologické symptomy

Kapitola věnovaná urologickým symptomům se zaměřuje na konkrétní projevy, jež mohou signalizovat přítomnost různých urologických onemocnění. Jde o bolesti při močení, časté nutkání na toaletu až po změny v barvě nebo zápachu moči. Klíčovým aspektem pracujících sester na urologickém oddělení je povědomí o urologických symptomech. Cílem této části je poskytnout detailní pohled na každý jednotlivý příznak.

Urologické příznaky jsou klíčovým indikátorem ke stanovení diagnostiky onemocnění, které se projevují změnou množství moči, poruchami vyprazdňování moči, bolestmi a změnami v kvalitě moči. Tyto příznaky zahrnují *oligurii*, definovanou jako tvorbu moči v rozmezí 100 až 500 ml (mililitrů) za den, *anurii* s tvorbou moči pod 100 ml za den a *polyurii* se zvýšenou tvorbou moči až 2 500 ml za den (Slezáková et al., 2021). Mezi poruchy vyprazdňování moči patří *polakisurie*, charakterizovaná jako časté nucení na močení, *strangurie* je bolestivost při močení, *dysurie* představuje obtížné močení, *nykturie* je zvýšená tvorba moči v noci, *emuresis diurna* je denní pomočování, *emuresis*

nokturna je noční pomočování, *inkontinence moči* je definována jako únik moči, zatímco *ischuria paradoxa* je inkontinence spojená s obtížemi při močení a *retence moči* je zadržování moči v močovém měchýři. Bolest se může projevit v oblasti ledvin (nefralgie), bederní oblasti (lumbalgie), močovém měchýři (cystalgie) a močové trubici (uretralgie). *Renální kolika* je kolikovitá bolest v bederní oblasti, je provázána vegetativním reflexním podrážděním (nauzea, zvracení nebo pocení). Příznaky související se změnou kvality moče zahrnují *hematurii*, jež lze definovat jako přítomnost krve v moči, *leukocyturii* čili přítomnost bílých krvinek v moči, *proteinurii* neboli výskyt bílkoviny v moči, *pyurii* představující hnis v moči, *glykosurii* charakterizující cukr v moči, *acetourie* zvyšující vylučování acetonu v moči, *bakteriurii* charakterizovanou přítomností bakterií v moči a *biliurii*, tedy přítomnost žlučových barviv v moči. Dále mezi tyto příznaky patří *prostatgie* neboli bolest v oblasti prostaty, jež se vyskytuje při prostatitidě, *testalgie* je bolestivost varlete, *uretroragie* znamená krvácení z močové trubice a *uroseps* je způsobena bakteriemi z močového měchýře (Hora a Dolejšová, 2020).

1.1.2 Vyšetřovací a diagnostické metody v urologii

Kapitola věnovaná vyšetřovacím a diagnostickým metodám v urologii se podrobně zaměřuje na širokou škálu diagnostických postupů, které pomáhají odhalit a porozumět urologickým stavům. Součástí vyšetřovacích metod je odběr rodinné anamnézy, jež přispívá k celkové diagnostice urologického onemocnění. Fyzikální vyšetření pohledem, pohmatem, poklepem a per rectum umožňuje získat důležité informace o stavu pacienta (Sochorová a Vidlář, 2016). V urologii se pro vizualizaci anatomických a patologických změn využívá zejména rentgenové vyšetření, prostý snímek, vylučovací urografie, cystografie, uretrografie, počítačová tomografie (CT) a pozitronová emisní tomografie (PET CT). Zobrazovací techniky představují v dnešní době rozsáhlý diagnostický obor, jenž se neomezuje pouze na vyšetření s využitím ionizujícího rentgenového záření, ale zahrnuje i metody bez radiační zátěže, mezi které patří ultrazvuk a magnetická rezonance (Malíková, 2022).

Základem urologického vyšetření je odebrání důkladné anamnézy pacienta a správné stanovení diagnózy. Lékař se zaměřuje na hlavní obtíže, které pacient uvádí. Při fyzikálním vyšetření pacienta s urologickým onemocněním hodnotí lékař příznaky bolesti, sleduje jejich začátek a intenzitu a zohledňuje také faktory, které mohou bolest

vyvolávat (Ferko et al., 2015). V oboru urologie je součástí anamnézy i pohovor s pacientem o inkontinenci, poruchách erekce nebo o problémech s prostatou. Důležitým klíčovým aspektem je vhodná edukace pacienta. Sestra poskytuje informace o předcházení inkontinence a nabízí různá preventivní opatření, včetně cvičení pánevního dna (Sochorová a Vidlář, 2016). V osobní anamnéze lékař zjišťuje současná onemocnění, jako jsou ischemické choroby srdeční, diabetes mellitus, onemocnění plic nebo jater. Součástí této anamnézy jsou také prodělaná onemocnění, předchozí úrazy, alergie na léky a užívání alkoholu, tabákových výrobků a léků (Ferko et al., 2015).

Při fyzikálním vyšetření v oboru urologie lékař využívá různé metody, včetně vizuálního posouzení. Pohledem se sleduje šíření dechových vln břicha, poslechem peristaltika střev, poklepem dutina břišní a pohmat se využívá k posouzení plnosti močového měchýře (Burda a Šolcová, 2016). Významným vyšetřením v oboru urologie je vyšetření per rectum, při kterém pacient klečí na kolenu a opírá se o lokty nebo stojí v předklonu k vyšetřovacímu stolu. Lékař zavede ukazovák do konečníku a vyšetří prostatu, ale i semenné vajíčky. Toto vyšetření vede k odhalení možného nádoru prostaty nebo jejího zánětu. Vyšetření je velmi citlivé a provádí se šetrně. Důležité je zachování intimity pacienta (Sochorová a Vidlář, 2016).

V oboru urologie se provádí diagnostické vyšetření ledvin zahrnující kontrolu tvaru, velikosti a umístění ledvin. Lékař pomocí ultrazvuku vyšetřuje též močový měchýř, zejména dilataci pánviček, detekci přítomnosti kamene nebo reziduální (zbytkovou) moč. U mužů se také sleduje prokrvení varlat pomocí dopplerovského vyšetření za účelem vyloučení torze varlat a nádorů. Ultrazvuk se rovněž využívá ke zjištění specifických útvarů na ledvinách, varlatech a prostatě. To souvisí s histologickým vyšetřením nebo zavedením punkční nefrostomie a epicystostomie (Sochorová a Vidlář, 2016). Součástí histologického vyšetření je odběr vzorku tkáně (biopsie) za pomoci napíchnutí ledviny nebo prostaty speciální jehlou (Burda a Šolcová, 2016). Nefrostomie představuje jednu z možností zajištění odtoku moče z organismu prostřednictvím alternativní cesty místo té přirozené. U neprůchodnosti močovodu způsobené obstrukcí, například konkrementem nebo nádorem, zúžením močovodu, útlakem způsobeným přítomností nádoru v jeho blízkosti nebo při hrozícím septickém šoku či selhání ledvinných funkcí, se indikuje založení punkční nefrostomie (Vokurka, 2022).

V oboru urologie se k zobrazení prostaty využívá technika transrektální sonografie (TRUS), která se provádí pomocí transrektální sondy. Tuto metodu často podstupují muži s vysokým prostatickým specifickým antigenem (PSA) (Ahmed et al., 2017). Umožňuje vizualizaci semenných váčků a chámovodů u pacientů s podezřením na neprůchodnost chámovodů, a také zobrazení nádoru prostaty s odběrem tkáně k rozboru histologického vyšetření (Hanuš a Macek, 2016). Výkon se provádí jak v lokální, tak v celkové anestezii. Při lokální anestezii sestra během výkonu s pacientem komunikuje a po celou dobu sleduje jeho stav. Po ukončení výkonu je sestra povinná edukovat pacienta o tom, co bude následovat a jaké mohou nastat komplikace. Sestra informuje pacienta o zvýšeném příjmu tekutin, dodržování klidového režimu, omezení zvýšené tělesné námahy po dobu 3-5 dnů a o možných komplikacích, mezi které řadíme krev v moči a spermatu, krvácení z konečníku nebo známky zánětu (Sochorová a Vidlář, 2016).

1.2 Endoskopie v urologii

Endoskopie se řadí mezi mini-invazivní metody, pomocí kterých je možné vyšetřit opticky duté orgány a tělní dutiny (Havránková et al., 2019). Endoskopie je řazena k moderním trendům v urologii, nahrazuje klasické operační techniky. Při endoskopickém výkonu lze dosáhnout kratšího pobytu v nemocnici, nižší míry komplikací a minimálního rizika úmrtí. Endoskopické přístupy se řadí mezi hlavní metody v řešení neinvazivních nádorů močového měchýře (Volf a Drábek, 2017). Při endoskopii se využívají přirozené tělní otvory. Endoskopie se využívá pro diagnostiku a léčbu. Při diagnostické endoskopii je možné prohlížet stav tělních dutin a orgánů, lze odebrat vzorek na vyšetření a následně zvolit další diagnostický postup. Diagnostickou endoskopii je možné provádět ambulantně. Při léčebné neboli terapeutické metodě lze řešit patologické změny a onemocnění. Léčebná endoskopie dokáže zastavit krvácení, odstraňovat cizí tělesa, rozšiřovat močové cesty nebo zavádět stenty k udržení průchodnosti močových cest (Havránková et al., 2019).

1.2.1 Endoskopické vyšetřovací metody

V oboru urologie se velmi často používají endoskopické metody pro diagnostické i léčebné účely. Endoskopické vyšetření v urologii náleží k nejstarším vyšetřovacím metodám. V současné době řadíme endoskopické vyšetřovací metody mezi moderní vyšetřovací a operativní metody (Kelnarová et al., 2016). Endoskop na urologii se zavádí přes močovou trubici a umožňuje prohlédnutí vnitřních tělesných dutin nebo dutých

orgánů (Slezáková et al., 2019). Optické vyšetření dutého prostoru má terapeutické účely, mezi které řadíme litotrypsi, resekci povrchových a benigních nádorů nebo ošetření různých anatomických struktur, jakými jsou polypy, zánětlivé léze nebo krvácení. Endoskopické metody umožňují přímým zrakem pomocí speciálních přístrojů prohlížet duté orgány a tělesné dutiny. Endoskopie se provádí za účelem cílené biopsie pod kontrolou zraku, pro včasné odhalení nádorových onemocnění a přímé sledování změn na sliznici dutých orgánů. Za pomoci sondy se sledují různé vývody a jejich plnění kontrastní látkou. Dále se kontroluje krvácení nebo odstranění cizích těles (Kelnarová et al., 2016).

Endoskopy se rozlišují na rigidní (pevný) a flexibilní (ohebný) a zavádějí se transuretrálně či perkutánně (Hora a Dolejšová, 2020). Endoskop flexibilní je tvořen z ohebné a optické sondy. Flexibilní optická vlákna přenášejí obraz z nepřístupných míst. Tento endoskop se skládá z proximální části, kde se nachází optika a ovladač k zahnutí distálního konce (Havránková et al., 2019). Fibroskop je vybaven pumpou pro zajištění přívodu vzduchu, odsávacím zařízením, systémem pro čištění optiky a mechanismem pro určení směru a pohybu zavádějícího konce zařízení. Jeho vnitřní struktura zahrnuje kanálky pro bezproblémové zavedení instrumentária (Kelnarová et al., 2016). Naopak rigidní endoskop je pevný tubus s optikou, který je vybaven klasickými čočkami pro vyšetření tělních dutin bez záhybu a překážek (Havránková et al., 2019). Hlavní část rigidního endoskopu se skládá z optiky, sady čoček a okuláru, které jsou vzájemně propojeny. Optika je chráněna ochranným pláštěm oddělujícím skleněná vlákna, jež přenášejí světlo prostřednictvím světlovodného kabelu připojeného k optice. Tato inovativní optika je následně zavedena do pracovního tubusu, jenž disponuje pracovním kanálkem pro správnou manipulaci. Rigidní endoskop se využívá zejména v oboru urologie, především jako ureteroskop (Kelnarová et al., 2016).

1.2.2 Vybrané malé endoskopické výkony v urologii

Tato podkapitola se věnuje oblasti s názvem “malé endoskopické výkony v urologii“, která zahrnuje široké spektrum technik prováděných pomocí endoskopických postupů. Termín “malé“ neznamená sníženou důležitost, naopak, odkazuje na měřítko invazivity těchto výkonů a zaměřuje se zejména na cystoskopii, panendoskopii, optickou uretrotomii, cystolitotrypsi, ureteroskopii, nefrostomii a transuretrální resekci močového měchýře.

Cystoskopie je endoskopická diagnostická metoda, která umožňuje prohlédnutí ústí močovodu, močové trubice a močového měchýře. Cystoskopie je indikovaná pro potvrzení přítomnosti zánětů, nádorů nebo konkrementů v močových cestách (Slezáková et al., 2019). U žen se využívá především rigidní cystoskop a u mužů se používá flexibilní cystoskop. Cystoskopie se provádí jako ambulantní zákrok, ale v některých případech může být vyžadována celková narkóza, například u prokázaného nádoru močového měchýře po proběhlých zobrazovacích vyšetřeních. V tomto případě je cystoskopie realizovaná v celkové anestezii současně s transuretrální resekci tumoru močového měchýře (TUR) (Hanuš a Macek, 2015). Mezi možnosti odběru patří biopsie nebo odstranění abnormálních tkání pomocí Albarranového nástroje pro odstranění tkáně. Další možnosti zahrnují zavedení uretrální Chevassuho sondy k provedení retrogradní pyelografie. Jde o diagnostický postup používaný k prozkoumání struktury a stavu močových cest, zejména ledvin a močovodu, a to pomocí kontrastní látky. Za pomoci kleští a Dormiova košíčku dochází k odstranění konkrementů z močového měchýře. Cystoskopické vyšetření umožňuje popsat a zaregistrovat vzhled, velikost, početnost a lokalizaci nádoru močového měchýře. Zda je nádor povrchový nebo invazivní nám určuje makroskopický vzhled nádoru, který o tom poskytuje první informace (Argayová et al., 2021).

V současné době se neustále vyvíjí endoskopické techniky z důvodu upřesnění diagnostiky nádoru močového měchýře. Nejběžněji využívanou technikou je v současnosti fluorescenční nebo fotodynamická diagnostika (PDD) (Argayová et al. 2021). Fluorescenční cystoskopie zlepšuje vizualizaci pomocí kontrastu mezi benigní a maligní tkání v močovém měchýři (Volf a Drábek, 2017). Fotoaktivní látka má 20násobně vyšší koncentraci v nádorové tkáni než v jiné tkáni. Problém nastává při vytvoření falešně pozitivních výsledků. Falešné pozitivní výsledky nastávají při nemaligních lézích s vysokým metabolismem, které představují metaplazii, hyperplazii nebo chronické zánětlivé změny. Vyskytovat se mohou po aplikaci Bacillus Calmette-Guerin (BCG) vakcíny či intravezikální chemoterapii (Argayová et al. 2021).

Panendoskopie je diagnostický endoskopický výkon, jehož cílem je zjištění makroskopického stavu sliznice močového měchýře, močové trubice a posouzení vezikoureterálního refluxu (VUR). Tento endoskopický výkon se provádí jak v lokální anestezii, tak v celkové anestezii. V lokální anestezii se zvýšená pozornost věnuje hygieně zevního genitálu s cílem předejít možným infekcím. Po provedení výkonu

v celkové anestezii sestru sleduje frekvenci močení a barvu moči v pooperační péči. VUR je definován jako zpětný tok moči z močového měchýře do močovodu nebo do dutého systému ledviny. Využívá se k vyhodnocení tvaru ureterálního ústí, morfologii močového měchýře (divertikly) a k celkovému zhodnocení stavu močové trubice, kde se nejčastěji diagnostikuje obstrukce (Hanuš a Macek, 2015).

Optická uretrotomie (OUTI) se řadí mezi endoskopické metody. Umožňuje řešit striktury močové trubice a má úlohu v diagnostice uretrocystografie (UCG) a flexibilní cystoskopie. Flexibilní cystoskopie určuje počet, průměr, délku a rigiditu striktury. UCG je rentgenová (RTG) zobrazovací metoda, která zobrazuje močový měchýř a močovou trubici. Vyšetření se provádí pomocí aplikace kontrastní látky močovou trubicí do močového měchýře, skrze kterou se snímkuje v různých projekcích. Striktura močového měchýře je řešena použitím uretrotomu, který se skládá z polokruhového nože. U tohoto vyšetření může docházet ke krvácení, perforaci močové trubice a poranění spongiózního tělesa. Přináší i řadu infekcí vyžadujících antibiotickou terapii, inkontinenci a pozdní komplikace vyvolávají recidivu striktury (Volf a Drábek, 2017).

Cystolitotrypse je endoskopický operační výkon provádějí se u pacientů s konkrementem v močovém měchýři. Chirurgickým řešením u malých konkrementů je vypláchnutí cystoskopem. U velkých konkrementů se provádí litotrypse a následně odsátí drtě z močového měchýře. Litotrypse se odstraňuje mechanickými kleštěmi, ultrazvukem, hydraulickým litotryptorem nebo pomocí laseru (Hora a Dolejšová, 2020).

Ureteroskopii (URS) lze definovat jako endoskopický zákrok prováděný pod vizuální kontrolou, který slouží k odstranění močových konkrementů. Provádí se u pacientů, u kterých konkrement sám neodejde a zablokuje se v močovodu. Nejčastěji se nachází v dolní polovině močovodu, a to buď z důvodu své velikosti, nebo jako překážka v močovodu (otok, zúžení). Při ureteroskopii se využívá Dormiův extraktor (košíček) a endoskopický nástroj (ureteroskop) (Hora a Dolejšová, 2020). Výkon je indikován v celkové anestezii. Endoskop se zavádí přes močovou trubici do močového měchýře, skrze který se dostane do uretrálního ústí a dále pronikne do ureteru. Při diagnostice výkonu pomocí zobrazovacích metod se může objevit obstrukce močovodu. K terapeutické indikaci náleží nefrolitiáza a ureterolitiáza, ureterální striktury, benigní i maligní tumory. Toto vyšetření je při řešení ureterolitiázy metodou první volby. Vyšetření je minimálně invazivní a provedení výkonu je méně náročné. Konkrementy se

odstraňují speciálním extrakčním košíčkem nebo jsou drceny na menší fragmenty laserovou, ultrazvukovou nebo elektrohydraulickou metodou. Mezi významné komplikace se řadí poranění ureteru, krvácení, infekce vyžadující antibiotickou léčbu nebo striktury ureteru (Volf a Drábek, 2017).

Nefroskopie má úlohu v diagnostice a terapii s využitím nefroskopu, jenž umožňuje zobrazit dutý systém ledvin. Nefroskop se zavádí perkutánním vpichem do dolního nebo středního kalichu uměle vytvořeným kanálem. Diagnosticky se využívá při podezření na tumor ledvinné pánvičky. Z terapeutického hlediska je využita k odstranění ledvinných konkrementů, malých pánvičkových tumorů nebo cizích těles. Tato metoda má největší využití při řešení nefrolitiázy (Volf a Drábek, 2017).

Transuretrální resekce močového měchýře (TUR) je významná metoda při léčbě tumorů močového měchýře, jež spojuje rigidní cystoskopii s možností odběru vzorku tkáně k histologickému vyšetření. Odstraněný tumor se vyhodnocuje neinvazivně, tedy neinfiltující svalovinu močového měchýře, nebo invazivně čili infiltrující svalovinu. Terapeutická metoda se využívá u neinvazivních tumorů, a naopak u invazivních má významnou úlohu léčba operační, radioterapie nebo chemoterapie (Volf a Drábek, 2017). Dojde-li k přehlédnutí maligních lézí v močovém měchýři, existuje vysoké riziko častého výskytu recidivit při kontrolní cystoskopii a léčba se stane agresivní a neúčinná. Časně opakovaná TUR (reTUR) je endoskopické vyšetření a resekce spodiny, jež se provádí 2-6 týdnů od primární TUR. Opakovaná TUR se indikuje při nekompletní primární TUR nebo při abscesu svaloviny u primární TUR (Brisuda, 2017).

1.3 Ošetrovatelský proces a pooperační péče

Daná podkapitola se věnuje ošetrovatelskému procesu v rámci pooperační péče po malých urologických výkonech. Soustředí se na klíčové aspekty péče, které následují po chirurgickém zákroku. Diagnostika v pooperační péči hraje významnou roli při monitorování stavu pacienta a je klíčová pro včasnou detekci případných komplikací. Všeobecné sestry jsou nezbytné při sledování vitálních funkcí, monitorování krevních hodnot a řízení případných nežádoucích reakcí (Gillis et al., 2022).

Úkolem sestry je aktivně vyhledávat potřeby pacienta a následně na ně adekvátně reagovat. Pacienti často zažívají psychickou úzkost, což může ovlivnit pooperační průběh. Významná je podpora duševní pohody pacienta před operací. Předoperační

úzkosti a obavy mohou negativně ovlivnit pooperační průběh po urologickém výkonu. Zvýšení fyziologické rezervy a zlepšení funkční kapacity před operací s nutričními, fyzickými a psychosociálními strategiemi závisí na rehabilitaci, která vede k lepší připravenosti na pooperační reakce organismu (Gillis et al., 2022).

Ošetrovatelský proces představuje techniky moderního ošetrovatelství, které sestra aplikuje při poskytované péči nemocnému (Tóthová et al., 2014). Sestra se podílí na podpoře rozvoje kritického myšlení a zdokonalování výuky nejen od samého počátku studia, ale i v pokročilejších fázích vzdělávání v rámci celoživotního učení (Mastiliáková, 2014). Ošetrovatelský proces má pět fází, které se navzájem prolínají a jsou na sobě závislé. Vědomostí i dovedností jsou nedílnou součástí ošetrovatelského procesu. Aspektem ošetrovatelského procesu jsou informace o interpersonálních a technických metodách, jež přispívají k ovládnutí verbální a neverbální komunikace. V současné době je ošetrovatelská péče zaměřena na posílení a udržení zdraví, čehož je dosaženo aktivní účastí jednotlivce, která se stává klíčovým prvkem při rozhodování o vlastní péči (Tóthová et al., 2014).

První fáze ošetrovatelského procesu zahrnuje zhodnocení zdravotního stavu pacienta, ve kterém sestra získává informace od nemocného s využitím svých komunikačních dovedností a pozorovacích schopností (Slezáková, 2014). V průběhu první fáze sestra získává podrobnou anamnézu pacienta klinickým vyšetřením a ze zdravotnické dokumentace (Mastiliáková, 2014). Sestra může získané informace systematicky zpracovat dle ošetrovatelského modelu, který je významným aspektem péče pro identifikaci problému a pomáhá poskytnout srozumitelný přehled o zdravotním stavu nemocného (Tóthová et al., 2009). Druhá fáze ošetrovatelského procesu představuje diagnostiku problémů. Ošetrovatelská diagnóza se zaměřuje na identifikaci problému a získává relevantní informace o nemocném. Sestra v této fázi identifikuje neuspokojené potřeby nemocného a aktivně se podílí na jejich řešení (Tóthová et al., 2014). Třetí fáze ošetrovatelského procesu zhodnocuje proces plánování. Cílem této fáze je systematické uspořádání strategií. Sestra se zaměřuje na stanovení problémů a uspořádání dle jejich důležitosti. Výsledkem této fáze je vypracování ošetrovatelského plánu, který může být prezentován v podobě buď elektronické nebo písemné (Mastiliáková, 2014). Ve čtvrté fázi sestra provádí ošetrovatelské intervence na základě vypracovaného plánu ošetrovatelské péče (Tóthová et al., 2014). V této fázi multidisciplinární týmy úzce spolupracují při provádění ošetrovatelských činností podle svých kompetencí.

V ošetrovateľskom tímu sa průběžně informuje o procese ošetrovateľských intervencií, ktoré sa následně zaznamenávajú do ošetrovateľskej dokumentace (Kelnárová et al., 2015). Poslední fáze ošetrovateľského procesu zahrnuje celkové zhodnocení a ověření dosažení očekávaných cílů, které byly naplánovány v ošetrovateľském plánu. V této fázi je nutné znovu všechny fáze zrealizovat (Mastiliáková, 2014). Sestra zhodnocuje stanovené cíle, očekávání splněných cílů a ošetrovateľských problémů, jež jsou nenávratně vyřešeny (Kelnárová et al., 2015).

1.3.1 Pooperační péče v kontextu ošetrovateľského procesu

Všeobecně je pooperační péče na urologickém oddělení charakterizovaná stavem pacienta, rozsahem operačního výkonu a přidruženými nemocemi. Před operačním výkonem nebo v jeho průběhu se rozhoduje o dalším možném postupu léčby. Pacienti po urologickém ambulantním výkonu v lokální anestezii se sledují 2 hodiny na standardním oddělení, nejsou-li žádné komplikace, je pacient propuštěn do domácí péče. Většina výkonů na urologickém oddělení se provádí v celkové anestezii (Schneiderová, 2014). Pacient po celkové anestezii je převezzen při vědomí a předán anesteziologem na dospávací pokoj, kde je pod dohledem anesteziologa a všeobecné sestry (Slezáková et al., 2019). Pooperační péče se dělí na bezprostřední a následnou. Bezprostřední péče je spojena s monitorací pacienta a předcházení možných pooperačních komplikací. Následná péče je zaměřena na rehabilitaci (Janíková a Zeleníková, 2013).

Bezprostřední pooperační péče, která následuje po malých urologických výkonech jako je například transuretrální resekce (TUR), ureteroskopie (URS), obstrukce dolních cest močových (OUTI) a cystolitotrypse, zahrnuje monitorování vitálních funkcí, podávání léků proti bolesti a sledování stavu pacienta. V případě výskytu komplikací jako jsou infekce nebo nadměrné krvácení je vyžadována rozšířenější a složitější péče, která zahrnuje revizi urologického zákroku nebo intenzivní sledování stavu pacienta. Na dospávacím pokoji sestra monitoruje vitální funkce (krevní tlak (TK), pulz (P), saturaci kyslíku (O₂), stav vědomí a invazivní vstupy. Přeložení na standardní oddělení schvaluje anesteziolog, pokud jsou fyziologické funkce u pacienta stabilizované (Libová et al., 2019). V případě zhoršení pooperačního stavu může být pacient předán na jednotku intenzivní péče (JIP) nebo na anesteziologicko-resuscitační oddělení (ARO) (Slezáková et al., 2019). V současné době je pacient po operačním výkonu probuzen již na operačním

sále a je předán na dospávací pokoj až tehdy, když má volné dýchací cesty a stabilizovaný krevní oběh (Schneiderová, 2014).

Stabilizovaný pacient je předán na standardní lůžkové oddělení, kde sestra v pravidelných intervalech sleduje TK, P, saturaci krve a O₂ a stav vědomí. Provádí se kontrola operační rány, obvazu, funkčnost drénu, množství a charakter odpadů drénů. V případě nekomplikovaného pooperačního průběhu je klíčové sledovat ovlivnění bolesti po operaci (Schneiderová, 2014). Bolest se objevuje brzy po skončení účinku anestetik a je časným projevem výkonu. Sestra nikdy nepodceňuje bolest pacienta. Mezi nejčastěji využívané hodnotící metody intenzity bolesti patří verbální škály, kde pacient vyjadřuje svou bolest číslem na stupnici 1 do 10 nebo slovně od slabé k nesnesitelné bolesti. Kromě toho jsou využívány i neverbální škály, které zahrnují pláč, bolestivé výrazy, vzdechy, sykání nebo nařikání (Slezáková et al., 2019). Pooperační průběh lze zmírnit analgetiky podávanými buď jednorázově nebo v kontinuální infuzi. Množství a druh analgetik se nastavuje dle stavu pacienta, operačního výkonu a po domluvě s lékařem. Při nevolnosti a zvracení se podávají léky na potlačení těchto projevů. Je sledován stav pacienta a dbá se na prevenci aspirace (Schneiderová, 2014).

U výkonu v oblasti břicha a malé pánve má celková anestezie významný vliv. Dochází k přechodné paréze zažívací trubice a močového měchýře. Tento jev se projevuje neschopností se spontánně vymočit, přechodným vymizením peristaltiky střev a zástavou odchodu stolice a plynů (Schneiderová, 2014). Vyprázdnění močového měchýře je důležité v prvních hodinách po operaci. Nastane-li problém se spontánním vyprázdněním močového měchýře do 6-8 hodin po odeznění anestezie, lze nejprve použít alternativní metody jako je tekoucí voda. Pokud jsou pomocné metody neúspěšné, je nutná jednorázová katetrizace. Jestliže se ani po jednorázovém vycévkování močení neobnoví, zavede se permanentní močový katétr (Slezáková et al., 2019).

Obnova peristaltiky závisí na konkrétním typu urologického výkonu. Vyprázdnění stolice trvá i několik dnů, nejprve se objeví odchod plynů a dále pak stolice (Schneiderová, 2014). Zastavení plynů a stolice je obvyklým přechodným pooperačním stavem. Tento jev je způsoben dočasným nedostatkem střevní peristaltiky, jenž se projevuje nadměrnou plynatostí. Sestra má za úkol se ptát na vyprazdňování stolice po urologickém výkonu a sleduje výskyt nevolnosti, bolesti břicha nebo nafouknuté břicho (Slezáková et al., 2019) Pro podporu obnovy peristaltiky se využívá zavedení rektální rourky,

zvýšená pohybová aktivita, správné polohování nebo podávání léků. Důležité je podávat tekutiny a živiny, které lze nahradit infuzními roztoky a parenterální výživou. Po obnově peristaltik se pacientovi postupně podává strava. Nejdříve se podává dieta tekutá, kašovitá a postupně má pacient svou běžnou dietu dle svého stavu a přidružených onemocnění (Schneiderová, 2014).

Součástí pooperační péče je rehabilitace, která je velmi důležitá v předcházení vzniku tromboembolických a respiračních komplikací nebo dekubitů (Schneiderová, 2014). Prevence vzniku dekubitů zahrnuje pravidelné změny polohy pacienta, pečlivě upravené lůžko a péči o predilekční místa. Predilekční místa jsou oblasti, které jsou náchylné k nadměrnému tlaku, a je nezbytné se na tyto oblasti zaměřit a správně je umět ošetřit (Slezáková et al., 2019). Návlek vstávání, posazování z lůžka a dechová rehabilitace patří mezi významné úkony v předoperační přípravě. Důležitý je dohled a pomoc při provádění hygieny po výkonu, doprovod na toaletu vykonávají všeobecné sestry. Důležité je motivovat pacienta k včasnému vstávání z lůžka a mobilizaci. V pooperační péči je velmi významná i psychická podpora (Schneiderová, 2014).

1.3.1.1 Pooperační komplikace

Pooperační komplikace jsou součástí chirurgické léčby a jejich výskyt závisí na délce trvání výkonu, jeho rozsahu, ploše, anestezii, přidruženým onemocněním a úrovni pooperační péče (Libová et al., 2019). Veliký vliv na vznik komplikací má také celkový stav pacienta, věk, stav výživy a charakter onemocnění, pro které byl pacient indikován k operačnímu výkonu. Prevence komplikací je velmi důležitou složkou a začíná důkladným předoperačním vyšetřením a přípravou, během které je vhodně zvolena anestezie a prováděna včasná rehabilitace v pooperačním období. Při vzniku prvních komplikací je nutné včasné rozpoznání, provádění cílených vyšetření a zahájení léčebných opatření k zabránění rozvoji komplikací (Schneiderová, 2014). Zásadní úlohou je předoperačně posoudit funkční stav pacienta, což může souviset s rizikem pooperačních komplikací nebo infekcí v místě operačního výkonu. Pooperačním komplikacím lze předejít intervencemi v předoperačním období. Mezi tyto předoperační intervence patří důkladné předoperační posouzení zdravotního stavu pacienta, efektivní zajištění analgezie k optimalizaci komfortu pacienta po operačním výkonu, poskytování psychologické podpory a edukace o možných pooperačních komplikacích a postupech pro zotavení, vedoucí k lepší spolupráci pacienta. Ke snížení respiračních komplikací

a podpoře hojení ran přispívá odvykání kouření. Pacientovi, který užívá tabákové výrobky, je doporučeno, aby je přestal užívat alespoň 4 týdny před operací (Koo a Ryu, 2020). Po operaci je důležité sledovat ranné komplikace, zejména ranné infekce. Pooperační komplikace mohou zahrnovat selhání orgánu v důsledku operačního zákroku a narušení cévního zásobení (Ferko et al., 2015).

Pooperační komplikace mají negativní vliv na mnoho problémů a ovlivňují kvalitu pacientova života. Rozvoj pooperačních komplikací úzce souvisí s řadou faktorů, z nichž mnohé jsou přítomny již před samotným urologickým výkonem. Tyto předoperační rizikové faktory zahrnují celkový zdravotní stav pacienta, jeho funkční schopnosti a délku pobytu v nemocnici. Výskyt komplikací po operaci přispívá ke změně rekonvalescence pacienta. Pooperační riziko se zvyšuje reoperací, prodlouženou dobou hospitalizace a zvýšenou mortalitou. Pacienti po malém urologickém výkonu, kteří jsou lépe informováni o svém zdravotním stavu mají lepší povědomí o dlouhodobých rizicích spojených s operací (Tevis a Kennedy, 2013).

Součástí pooperačních komplikací je *krvácení z rány*, jež vzniká z drobných cév na kůži a v podkožním tuku po operačním výkonu. Sestra sleduje prosáknutí obvazu krví k vyloučení koagulopatie (Libová et al., 2019). Krvácení vzniká v důsledku uvolnění podvazu cév a při zvýšeném krevním tlaku po operačním výkonu dojde ke krvácení z cévy, které se ošetřuje elektrokoagulací. Komprese rány se provádí při menších krevních ztrátách. U pokračujícího krvácení nebo zvýšeného krvácení je nutná revize operační rány a ošetření zdroje krvácení. V oblasti operačního výkonu se může hromadit krev v oblasti rány, která se projevuje poklesem krevního tlaku, zvýšenou tepovou frekvencí, schváceností a rozvojem hemoragického šoku. V případě hemoragického šoku je nezbytná okamžitá revize operační rány, evakuace hematomu a ošetření zdroje krvácení. Pro prevenci vzniku této komplikace je důležité zastavovat i drobná krvácení v průběhu operačního výkonu. Velmi významné je sledovat pacienta v pooperační péči a včas krvácení odhalit (Schneiderová, 2014).

Po zavedení nefrostomie může dojít ke vzniku komplikací jako je *dehiscence rány*. Tento problém může nastat v důsledku poruchy metabolismu kolagenu, což způsobuje ve většině případů malnutrice, užívání léků (mechanoterapie, kortikosteroidy) a infekce. Součástí je též snížený přívod kyslíku, který se projevuje anémií, hypoxemií, hypovolemií nebo rozvojem technických chyb při zatahování stehů (Libová et al., 2019).

Nejčastěji vzniká v prvním týdnu po operačním výkonu. Pacienti, kteří jsou obézní, nebo naopak kachektičtí vlivem maligního onemocnění nebo pacienti po léčbě cytostatik nebo pacienti s infekcí v operační ráně jsou vystaveni velkému riziku komplikací. Dehiscence postihuje operační ránu ve všech vrstvách. Rozpad rány může vést k ischemii a následné nekróze tkáně. Při dehiscenci rány je ve většině případů nutná revize operační rány na operačním sále v celkové anestezii a vede k následné resutuře. Pokud vznikne dehiscence vlivem infekce, ponechává se operační rána otevřená. Operační rána se pravidelně převazuje a hojí se per secundam (Schneiderová, 2014).

Po malých endoskopických urologických výkonech existuje zvýšené riziko *infekce* způsobené bakteriálním původem během operace, neboť tyto zákroky probíhají přes močovou trubici. Důležité je sledovat místo vzniku infekce v následujícím pooperačním období. Infekce spojené s urologickým výkonem se projevují pálením, řezáním při močení, přítomností krví v moči nebo zvýšenou teplotou a bolestí v místě vzniku. U pacientů po transuretrální resekci je důležité sledovat permanentní močový katétr a monitorovat příznaky infekce. Léčba zahrnuje podávání antibiotik (ATB) na základě mikrobiologického vyšetření (Libová et al., 2019). Rozvoj infekce závisí na přítomnosti hematomu v ráně, nedostatečném prokrvení, ischemické a nekrotické tkáni vzniklé vlivem bezohledného zhmoždění tkáně během operace. Na počátku diagnostiky infekce se provádí odběr laboratorního vyšetření, které zahrnuje testy na C-reaktivní protein (CRP), leukocyty a prokalcitonin. Zobrazovací metody jako rentgen (RTG), ultrazvuk (UZ), výpočetní tomografie (CT) a magnetická rezonance (MR)) určují charakter a rozsah infekce. Dle získaných výsledků se zvažuje, zda charakter a lokalizace infekce vyžaduje konzervativní postup, nebo je nezbytná chirurgická revize. V prevenci vzniku infekce je důležité minimalizovat kontaminaci operačního pole v předoperační přípravě, dodržovat aseptiku v perioperačním období, fyziologicky operovat a profylakticky podávat ATB u indikovaných pacientů (Schneiderová, 2014).

Pacienti podstupující malý urologický výkon, zejména TUR, URS nebo OUTI, prováděný v celkové anestezii, jsou náchylnější k nedostatečné plicní ventilaci, která vede ke vzniku *respiračních komplikací*. Vyskytují se především u pacientů na urologickém oddělení, kteří jsou po břišních operacích. Pacienti s chronickým plicním onemocněním jsou více ohroženi při vzniku komplikací. Součástí komplikace je plicní edém, k němuž dochází při levostranném kardiálním selhávání, při zvýšeném podávání velkého objemu tekutin ve formě infuzí a při závažných stavech spojených

s multiorgánovým selháním. Pacient s plicním edémem je převezen na jednotku intenzivní péče (JIP), kde sestra dle ordinace lékaře podává diuretika, kardiotonika, kyslíkovou terapii a zajišťuje okysličení organismu orotracheální intubací a umělou plicní ventilací (Schneiderová, 2014). Respirační komplikace vznikají 2.-3. pooperační den. Nejčastěji jde o nevdusnost neboli atelektázu plic, kdy dojde v určité části plicní tkáně k obstrukci dýchacích cest neodkašlaným sekretem. Atelektáza se diagnostikuje zvýšenou tělesnou teplotou, zvýšenou tepovou a dechovou frekvencí a RTG vyšetřením plic. Léčba spočívá v zaujmutí správné polohy pacienta, hlubokém dýchání, vykašlávání a odsávání pacienta. V předoperačním období je velmi důležitý nácvik správného dýchání. S pooperační atelektází vzniká pneumonie bakteriálním růstem v nevdusné tkáni. Součástí respirační komplikace je aspirace žaludečního obsahu, která není tak častá. Většinou jsou aspirací žaludečního obsahu ohroženi pacienti po velkých břišních operacích nebo s poruchou vědomí. Včasnou prevencí této komplikace je urgentní endotracheální intubace s následnou laváží bronchiálního stromu teplým sterilním fyziologickým roztokem (Libová et al., 2019).

Vlivem celkové anestezie dochází k dočasné paréze neboli ztrátě svalové funkce zažívacího traktu a *gastrointestinálním komplikacím*. Následkem parézy vznikne atonie žaludku, která se označuje ztrátou napětí a dochází k oslabení střevní peristaltiky. Předoperační příprava zahrnuje přípravu ve vyprázdnění střev, aby se předešlo této komplikaci. Při paréze zažívacího traktu déle než 24 hodin sestra zavádí nazogastrickou sondu. U nezavedené nazogastrické sondy dochází ke zvracení s následným rizikem vdechnutí žaludečního obsahu do dýchacích cest (Schneiderová, 2014).

Malé urologické výkonu mohou podstoupit i pacienti s dlouhodobým upoutáním na lůžko, kteří jsou vystaveni zvýšenému riziku vzniku krevních sraženin a tromboembolickým komplikacím v důsledku zpomalení žilního návratu a vyžadují zvýšenou ošetrovatelskou pooperační péči. Významným faktorem vzniku trombu je poškození cév v operačním poli a zvýšená srážlivost krve u pacientů s nádorovým nebo infekčním onemocněním. Rizikovými faktory pro tromboembolické komplikace jsou varixy, užívání antikoncepce, obezita, gravidita, genetická zátěž a imobilizace. Preventivní opatření tromboembolických komplikací spočívá v nácviku rehabilitace v předoperačním období, bandáži dolních končetinách v perioperačním období, v aplikaci protisrážlivých léků, mezi které řadíme nízkomolekulární heparin po dobu

hospitalizace a imobilizace (Schneiderová, 2014). Mezi cévní komplikace náleží i zánět povrchové žíly v podkoží, nazývaní se povrchová tromboflebitida. Septická flebitida se projevuje bolestivým pruhovitým zduřením se zánětlivou reakcí na kůži a ke krevní sraženině se přidává bakteriální reakce v místě zavedení periferní žilní kanyly (Libová et al., 2019).

U starších osob se často vyskytují psychické komplikace, které se projevují halucinacemi, zmateností a nepřátelským chováním. Postupem času zpravidla spontánně odezní. Léčba spočívá v empatickém jednání a chování, komunikaci zdravotnického personálu a zajištění kontaktu s rodinou. Připoutání k lůžku nastane tehdy, pokud hrozí sebepoškození pádem z lůžka, poškození permanentního močového katétru nebo žilních vstupů (Libová et al., 2019). K rozvoji duševních poruch přispívá i změna prostředí, strach, bolest nebo také krevní ztráty, nedostatek kyslíku v těle, podávání opiátových analgetik a dehydratace. Zpočátku se psychické komplikace projevují velmi nenápadně a sestra je může snadno přehlédnout. Zvýšená pozornost v předcházení rozvoje abstinčních příznaků panuje u pacientů se závislostí na alkoholu nebo jiných návykových látkách (Schneiderová, 2014).

1.3.1.2 Specifické pooperační urologické komplikace

Urologické komplikace vznikající zejména v důsledku poruchy močového měchýře. V předcházení této komplikace je důležité, aby se pacient před návozem na operační sál vymočil. Na urologickém oddělení se po malých endoskopických výkonech vyskytuje malé procento pacientů, kteří nemají po výkonu zavedený permanentní močový katétr. Pokud pacienti nemají zavedený permanentní močový katétr, sestra pravidelně kontroluje spontánní močení, aby předešla zástavě močení po malém urologickém výkonu. V případě, že se pacient nevymočí ani přes dostatečný příjem tekutin, lékař prohlédne ultrazvukovým vyšetřením močový měchýř a zavede permanentní močový katétr. Pokud se pacient nevymočí přes dostatečný příjem tekutin a dojde k zadržování moči v močovém měchýři, zavede lékař permanentní močový katétr. U permanentního močového katétru sleduje sestra množství, barvu, charakter a zápach moči. V důsledku zavedení močového katétru se mohou objevit záněty dolních cest močových, které se projevují zvýšenou teplotou nebo dysurickými obtížemi (Schneiderová, 2014). Katetrizace močového měchýře se v ošetrovatelské praxi stává běžnou rutinou.

Sestra by měla mít povědomí o rizicích spojených s permanentním močovým katétrem, protože mohou ohrožovat pohodlí, ale i zdraví a život pacienta (Horáčková et al., 2018).

Potencionální pooperační komplikace po urologickém výkonu zahrnuje *močovou retenci*. Jde o stav, kdy pacient není schopný močový měchýř vyprázdnit úplně. Močová retence je spojena s různými faktory. Nejčastější příčiny spojené s operací jsou infekční, zánětlivé, iatrogenní nebo neurologické. Mezi klinické příznaky močové retence patří nutkání k močení s uvolněním pouze malého množství moči. Léčba tohoto stavu zahrnuje katetrizaci močového měchýře za účelem odstranění nahromaděné moči (Serlin et al., 2018).

Skrze cystoskopii jsou indikovaná terapeutická řešení některých rozsáhlejších a invazivnějších tumorů, které způsobují *hematurii (krev v moči)*. Při výskytu tamponády močového měchýře krevními sraženinami je klíčovým opatřením řádný výplach a dostatečná laváž. Endoskopická revize se indikuje při poklesu hemoglobinu (Poprach, 2021).

U nádoru močového měchýře může po transuretrální resekci dojít k *TUR syndromu*, který je doprovázen nauzeou, zmateností a rozmazaným viděním. Závažné případy mohou vést k otoku mozku a srdečnému selhání. Léčba často zahrnuje kardiopulmonální podporu, podávání diuretik a regulaci hyponatrémie a hypervolémie (Poprach, 2021).

Další specifickou komplikací po urologickém výkonu je *inkontinence moči* projevující se jako samovolný únik moče. Inkontinence se stanovuje na základě fyzikálního vyšetření, laboratorního vyšetření vzorku moči k přítomnosti krve nebo ke stanovení PSA (prostatický specifický antigen) u mužů. Mezi testy močové inkontinence patří například Stress test nebo test vážení vložek, který měří množství úniku při běžných činnostech. Při inkontinenci se zakládá mikční deník, jenž slouží k záznamu příjmu a výdeje tekutin, času močení a počtu úniku moči. Sestra edukuje pacienta o preventivním opatření, které zahrnuje cvičení pánevního dna (Holý et al., 2020).

Po malých urologických výkonech je nedílnou součástí prevence *pooperačních infekcí močového traktu*, mezi které patří používání sterilních zdravotnických pomůcek, dodržování aseptického přístupu a podávání antibiotik. Nové techniky v předcházení rozvoji močové infekce zahrnují uretrální stenty, nové materiály pro katetry minimalizující bakteriální osídlení, vakcíny proti gram-negativním středním bakteriím

a stafylokokům (Kohoutová, 2014). Komplikace spojené s infekcí močového traktu mají mnoho příčin. U pacienta sestra včas odhaluje a identifikuje, kde je problém. V předcházení rizik je v první řadě nutné zvolit vhodnou antimikrobiální a podpůrnou léčbu. Úspěšná terapie vyžaduje derivaci jakékoliv obstrukce močových cest nebo odstranění cizích těles. Významný je multidisciplinární přístup k prevenci možných komplikací (Macek, 2010).

1.3.2 Péče o potřeby nemocného po malém urologickém výkonu

Jakýkoliv urologický výkon je zásah do těla pacienta a přináší s sebou různé následky, jakými jsou například otoky v oblasti operační rány, poruchy spánku, nechutenství a žízeň, bolest, zvracení a problémy spojené s vyprazdňováním stolice nebo moči (Burda a Šolcová, 2016).

V pooperační péči po urologickém výkonu jsou klíčovými aspekty poloha a režim pacienta. Po výkonu má pacient k dispozici čisté lůžko a prostředí vybavené signalizačním zařízením, emitní miskou, močovou lahví a skleničkou na pití. Pacient je opatrně přemístěn na lůžko s ohledem na zachování invazivních vstupů a je řádně zajištěn, aby se minimalizovalo riziko pádů (Burda a Šolcová, 2016).

V rámci ošetřovatelského procesu se sestra zaměřuje na *stav výživy*, kterou je nutné v předoperačním období sledovat. Stav výživy je sledován zejména u nesoběstačných a imobilních pacientů po malých urologických výkonech, a to například po ureteroskopii nebo transuretrální resekci močového měchýře (Janíková a Zeleníková, 2013). V pooperačním období je významný dostatečný přísun bílkovin (Kasper, 2015). Nutriční podpora v perioperační péči snižuje úmrtnost, zamezuje vzniku komplikací, vede k předcházení podvýživy a zlepšuje pooperační rekonvalescenci. Pacient po operačním urologickém výkonu postupně přijímá potravu (Janíková a Zeleníková, 2013).

U pacientů po endoskopických urologických výkonech sestra pečuje především o *aktivitu a odpočinek* pacienta. I v tomto období je nutné dodržovat pasivní a dechovou rehabilitaci. Včasná mobilizace je prevencí pooperačních komplikací a podílí se i na psychickém zdraví nemocného (Janíková a Zeleníková, 2013). Pooperační mobilizace se řadí mezi základní prvky prevence vzniku tromboembolické nemoci (TEN) a vzniku plicních komplikací. Při mobilizaci pacientů se sundávají kompresivní

bandáže, u rizikových pacientů se ponechávají déle (Gustafsson et al., 2018). Po operačním výkonu je velmi důležitá *hygienická péče*, která zahrnuje i péči o dutinu ústní, a to především u starších pacientů, kde se na prevenci pooperačních komplikací klade velký důraz. Zvýšená pozornost je v místě vzniku predilekčních míst, která ohrožují pacienta kvůli imobilizaci. Prevence proleženin spočívá v péči o kůži, pravidelném polohování a udržování čistého ložního prádla (Janíková a Zeleníková, 2013).

Po malých urologických výkonech v dutině břišní je zvýšená pozornost věnovaná vyprazdňování moči. Na urologickém oddělení je sledování vyprazdňování močového měchýře nedílnou součástí. Od operačního výkonu by se měl pacient vymočit do 6–8 hodin. Peristaltika by se měla objevit za 2–3 dny od operačního výkonu (Janíková a Zeleníková, 2013). K prevenci zácpy přispívá zvýšený příjem vlákniny v kombinaci s pitným režimem (Radford et al., 2016). U malých urologických výkonů je menší riziko vzniku vzedmutého břicha, pocitu tlaku, nevolnosti nebo zástavě plynu. I když tento problém není tak častý jako u větších operací, stále existuje určité riziko, které může být ovlivněno stavem pacienta a jeho životním stylem. Součástí vyprazdňování střev je nezbytná rehabilitace a postupná mobilizace (Janíková a Zeleníková, 2013).

Po každém urologickém výkonu se objevuje *pooperační bolest* a závisí na její intenzitě a době trvání. Pooperační bolest je ovlivněna předoperační péčí, druhem anestezie, vlastní operací a přístupem pacienta k bolesti. Sestra sleduje změnu chování a psychické projevy pacienta. K zabránění pooperační bolesti po urologickém výkonu se podávají neopioidní analgetika ve formě paracetamolu, opiáty nebo místní anestetika. Po urologickém výkonu má každý pacient zajištěný periferní žilní katetr (PŽK) pro aplikaci léků a infuzní terapii. Riziko vzniku infekce představují především *invazivní vstupy* a *operační rána*. Sestra by měla pravidelně kontrolovat místo vpichu a průchodnost katétru. PŽK se ponechává maximálně 72 hodin (Janíková a Zeleníková, 2013). V pooperačním období sestra může pacientovi ulevit od bolesti polohováním nebo klidovým režimem. Prodloužená doba hospitalizace může být způsobena psychickými následky pooperačních komplikací, které mohou vyplývat z neefektivní léčby bolesti (Málek, 2022). U pacienta s bolestí sestra monitoruje intenzitu dle škály Visual Analogue Scale (VAS 0-10), charakter, lokalizaci a reakci na léky (Janíková a Zeleníková, 2013).

Hlavním cílem po malých urologických výkonech je *uspokojování vyšších potřeb* pacientů při poskytování pooperační péče. Sestra se po těchto výkonech zaměřuje hlavně na poskytování psychosociální podpory, která pomáhá pacientům zvládat stres, úzkost nebo nejistotu související s výkonem. Hierarchie potřeb je u každého pacienta různá a v nemoci se může prioritita potřeb nemocného měnit. Urologie je jedním z oborů, kde technický pokrok může zasáhnout člověka samotného a nesmí se zapomínat na uspokojování vyšších potřeb, jež jsou pro člověka typické. Neuspokojení potřeb vede k projevu smutku, poruše psychických funkcí, beznaděži a ovlivňuje i celou rekonvalescenci (Janíková a Zeleníková, 2013).

1.3.3 Význam komunikace v pooperační péči

Úkolem všeobecné sestry na urologickém oddělení je v rámci ošetrovatelské péče rozšiřování znalostí, vědomostí a zvyšování poznatků o mezilidských vztazích. Sestra respektuje morální zásady kontaktu s pacienty a sociální vztah mezi pacientem a zdravotnickým pracovníkem. Nejdůležitější oblastí v ošetrovatelství je vzájemná interakce mezi sestrou a pacientem a s ní spojená sociální komunikace. Efektivní ošetrovatelská péče u pacientů po urologickém výkonu přispívá k úspěšné komunikaci a empatickému přístupu (Zacharová, 2016). Prostřednictvím komunikace je utvářen vztah mezi všeobecnou sestrou a pacientem. Mezi aktéry komunikační výměny patří trpělivost, opravdovost, otevřenost, srozumitelnost a výstižnost. Součástí komunikace je porozumět jak slovním, tak i mimoslovním projevům, běžně užívaným gestům, mimice, zvukům a různým informačním prostředkům, skrze které se rozpoznají určité problémy (Tomová a Křivková, 2016).

Otevřená komunikace je v oblasti urologie zásadní a její význam nelze podcenit. Je klíčová pro úspěšnou spolupráci s ostatními členy pracovního týmu a zajišťuje poskytování kvalitní a bezpečné péče (Brabcová et al., 2015). Sestra projevuje zájem a empatii k pacientovi, nabízí podporu a pomoc jako zdroj jistoty a aktivně usiluje o jeho spolupráci (Kelnarová a Matějková, 2014). Komunikace umožňuje sdílet znalosti, zkušenosti a dovednosti v týmu. Sestra musí být loajální, pozorná a musí umět eliminovat negativní okolnosti, které vedou k poškození pacientova zdraví. Otevřená týmová komunikace má vliv na efektivitu a bezpečnost poskytované péče. Součástí týmové spolupráce je včasnost, srozumitelnost, úplnost a pravdivost předávaných informací (Brabcová et al., 2015). Sestra by měla využívat především otevřené otázky a umět

rozpoznat verbální a neverbální projevy, zejména v pooperačním období na urologickém oddělení. V komunikaci platí, že by sestra neměla být arogantní a neměla by významně poučovat a zastrašovat (Dušová et al., 2019).

Neefektivní komunikace u pacientů po malém urologickém výkonu v pooperačním období může vést k přerušení péče, ohrožení bezpečnosti pacienta a nespokojenosti pacientů (Vermeir et al., 2015). Komunikace vede k dorozumívání se mezi lidmi, ale nevyhnutelně vznikají i nedorozumění a vytváření konfliktů (Boukalová et al., 2023). Sestra by neměla být vůči pacientovi škodolibá, neměla by snižovat jeho úsilí, nesmí být agresivní nebo uzavřená (Kelnarová a Matějková, 2014). Komunikace má vliv na kvalitu poskytované pooperační péče, která je odrazem spokojenosti pacientů (Vermeir et al., 2015).

1.3.4 Úloha sestry v pooperační péči

Úlohou sestry v péči o pacienta po urologickém výkonu je především kontrola a záznam v pooperačním protokolu, zahrnující měření vitálních funkcí každých 15 minut, později každých 30 minut a poté po 1 hodině dle stavu (Mikšová et al. 2006). U měření vitálních funkcí nejsou nutná zvláštní opatření, ale je důležité dbát na přípravu pacienta, pokyny pro měření a umět správně posoudit naměřenou hodnotu. O naměřené hodnotě, jež by mohla ohrožovat stav pacienta, je nutné informovat lékaře. Sestra by si měla uvědomit, že frekvenci srdce může ovlivňovat i medikamentózní léčba (Kachlová a Plevová, 2022). V pooperační péči sestra sleduje stav zornic, stupeň vědomí – orientaci v čase, místě a prostoru, kontroluje barvu a teplotu kůže na rtech a nehtových lůžkách. Pokud dochází k bledosti, může jít o cyanózu, jež je příznakem poruchy prokrvení. Podává naordinované infuze a intravenózní, intramuskulární injekce – druh, množství, rychlost kapání, místo venepunkce a sleduje intravenózní přístupy. Monitoruje polohu pacienta a bolest – zaznamenává aplikované analgetikum, dobu, množství. Zaznamenává barvu, konzistenci, množství drenážní tekutiny ze všech drénů (Mikšová et al., 2006).

Důležité je zajistit zvýšený příjem tekutin a kontrolovat průchodnost permanentního močového katétru po operačním výkonu. Sestra po malém urologickém výkonu sleduje riziko vzniku pooperačních komplikací a případný vznik hypovolémického šoku. Hypovolémický šok se projevuje tachykardií neboli zvýšenou srdeční frekvencí, neklidem, hypotenzí (nízký krevní tlak), bledostí a silnou žízní. Sestra také kontroluje

vyprazdňování močového měchýře, bilanci tekutin (příjem a výdej) a pomáhá při celkové hygieně motivovat pacienta na urologickém oddělení, která vede k samostatnosti a přiměřené aktivitě. Sestra provádí veškeré ordinace dle dekurzu (Mikšová et al., 2006).

Součástí pooperační péče je vedení ošetrovatelské dokumentace, do které sestra zaznamenává fyziologické funkce, škálu bolesti a časové údaje o měření fyziologických funkcí. Na standardním oddělení je hlavní úkolem všeobecné sestry podporovat nemocného v jeho aktivitě v péči o sebe – hygienu, péči o zavedení PMK nebo výživu. Postupně se mění výživa z parenterální na enterální. Sestra pravidelně kontroluje operační ránu, střevní peristaltiku, množství a barvu moči a příjem tekutin. Pacient se připravuje na propuštění do domácího prostředí. Při propuštění pacient obdrží propouštěcí zprávu, recept, datum další kontroly, doporučení ohledně své péče a poukaz na zdravotnické pomůcky (Sochorová a Vidlář, 2016).

1.4 Role sestry na urologickém oddělení

Povolání všeobecných sester na urologickém oddělení vyžaduje široké spektrum organizačních, administrativních a interpersonálních schopností. Role všeobecné sestry v poslední době čelí velkým změnám. Sestra by měla ovládat všechny osvojené role na profesionální úrovni (Mellanová, 2017). Povinnosti sester vyplývají z role autonomní, kooperativní, výzkumné a rozvojové, koordinační a řídicí (Janíková a Zeleníková, 2013). Veliký vliv má role sestry na změnu zdravotní péče, nové poznatky nebo celkový zdravotní stav obyvatelstva. Role sestry má význam při rozhodování a plánování zdravotní péče na všech úrovních (Bužgová a Plevová, 2011). Nové pojetí v roli sester spočívá ve fyzické a emocionální podpoře pacienta a rodiny v době zotavování se z nemoci. V rámci multidisciplinárního týmu s tím souvisí ostatní role, a to včetně plánování ošetrovatelské péče, podávání medikace, řízení administrativy, péče o rány, monitorace, edukace a mnoho dalších (Gillespie, 2021).

Ošetrovatelská péče je neustále přizpůsobená změnám a klade důraz na adaptaci v roli sestry nositelky změn (Plevová, 2018). Na urologickém oddělení hraje významnou roli autonomní role sestry. Tato role zahrnuje sledování a hodnocení stavu pacienta před, během a po operaci. (Janíková a Zeleníková, 2013). Sestra u pacientů s urologickým onemocněním uspokojuje bio-psycho-sociální potřeby a poskytuje základní ošetrovatelskou péči. Sestra poskytovatelka ošetrovatelské péče umí samostatně pečovat o nemocné, zjišťovat jejich ošetrovatelské problémy a vytvářet plán řešení zejména

v pooperační péči na urologickém oddělení (Plevová, 2018). Sestra stanovuje ošetrovatelské diagnózy, plánuje ošetrovatelskou péči u pacienta, realizuje bezpečnou a kvalitní ošetrovatelskou péči, hodnotí bezpečnost, kvalitu a efektivnost poskytované ošetrovatelské péče, vede ošetrovatelskou dokumentaci, edukuje a podporuje pacienta a jeho rodinu (Janíková a Zeleníková, 2013). V rámci ošetrovatelské péče je v individualizované péči aktivní spolupráce sestry manažerky. Sestra manažerka úzce souvisí se sestrou edukátorkou, která upevňuje zdraví a provádí prevenci poruch nemocného, zejména u pacientů s urologickým onemocněním. Pomáhá k rozvoji soběstačnosti osob s poruchou zdraví, předchází komplikacím a podílí se na rozvoji činností. Pomocí získávání nových vědomostí, přesvědčení, chování a jednání člověka dosáhne sestra kvalitní edukace (Plevová, 2018).

Sestra aktivně spolupracuje v multidisciplinárním týmu při diagnostice a léčbě nemocí. Její koordinační a řídicí role umožňuje efektivní týmovou spolupráci a poskytování ošetrovatelské péče. V oboru urologie je klíčové umět kriticky hodnotit dosavadní postupy s ohledem na bezpečnost a kvalitu poskytované péče (Janíková a Zeleníková, 2013). Pro kvalitně poskytovanou ošetrovatelskou péči a využití nových poznatků se podílí sestra výzkumnice, která má vhodné vzdělání, potencial pro výzkumnou činnost a spolupracuje na vytváření nových standardů péče (Plevová, 2018).

V oboru urologie je významná edukace, která je považována za klíčový prvek ve všech fázích léčby a péče o pacienty. Jedná se o proces aktivního učení, během kterého pacienti získávají nezbytné informace o svém stavu, léčebných možnostech a prevenci možných komplikací (Průcha a Veteška, 2014). Pojem edukace zahrnuje výchovu a vzdělávání (Dušová et al., 2019). Edukace je komplexní proces, který zahrnuje interakci mezi edukantem a edukátorem v rámci specifického edukačního prostředí. Edukační proces je působení lidí, skrze který dochází k záměrnému nebo nezáměrnému učení (Juřeníková, 2010).

V rámci edukace sestry je v pooperační péči na urologickém oddělení nedílnou součástí aktivní sledování a zajištění potřeb pacientů. K zjištění edukačních potřeb pacienta je nedílnou součástí rozhovor a pozorování nemocného (Sochorová a Vidlář, 2016). V procesu výchovy a vzdělávání rozšiřuje jedinec své osobní aspekty, získává nové dovednosti, hodnoty a postoje v rámci poskytované péče na urologickém oddělení (Krátká, 2016). Na urologickém oddělení provádí edukaci každá sestra. Úkolem

všeobecné sestry je sestavení cílů edukace, kterých chce dosáhnout (Sochorová a Vidlář, 2016). Stanovené edukační cíle přispívají k prevenci onemocnění, udržení nebo navrácení zdraví a zlepšení kvality života jedince, zejména po náročných urologických operacích (Juřeníková, 2010).

Nemocný na urologickém oddělení je zpravidla propuštěn domů s permanentním močovým katétre a je informován o vhodné péči, aby se předešlo možným komplikacím jako je například infekce močového ústrojí (Sochorová a Vidlář, 2016). Edukace na urologickém oddělení má význam nejen pro sestry, ale hlavně pro samotného pacienta. Edukace zvyšuje spokojenost a důvěryhodnost pacientů, zajišťuje kontinuální péči a je prevencí komplikací (Dušová et al., 2019). Sestra předává pacientovi po urologickém výkonu informace o samotném močovém katétru. Pacient je informován o tom, že se jedná o tenkou měkkou hadičku, jež je na svém vnitřním konci zajištěna balónkem naplněným 5-10 ml sterilního roztoku k zabránění vypadnutí permanentního močového katétru. Sestra poskytuje pacientovi edukaci o hygieně, péči o permanentní močový katétr a případných komplikacích (Sochorová a Vidlář, 2016). Edukace zahrnuje širokou škálu oblastí prevence v rámci ošetrovatelské profese u pacientů s urologickým onemocněním (Dušová et al., 2019). Sekundární prevence v oblasti edukace je významná pro pacienty v lůžkové a ambulantní péči, podporuje efektivní léčbu, zlepšuje dodržování léčebného režimu a přispívá k dřívějšímu propuštění pacienta do domácí péče (Svěráková, 2012). Součástí edukace je důležitá zpětná vazba od pacientů, která pomáhá ověřit, zda pacienti správně porozuměli poskytnutým informacím a jak umí tyto znalosti aplikovat do praxe (Sochorová a Vidlář, 2016).

Cílem sestry na urologickém oddělení je odpovědný přístup k edukaci a edukačnímu procesu. Správná příprava vede k efektivněji prováděné edukaci. Sestra usiluje o zdraví pacienta, ale odpovědnost za své zdraví má zejména sám pacient (Dušová et al., 2019). U každého pacienta je edukace individuální a je daná zdravotním stavem nebo věkem nemocného. Pacient je informován formou vysvětlování, fotografickou ukázkou, pomocí pomůcek, instruktáží nebo nácviku samotného výkonu (cévkování, péče o katétr). Nemocnému jsou nabídnuty různé brožurky nebo kontakty (Sochorová a Vidlář, 2016). Reedukace navazuje na již získané dovednosti a vědomosti, které se prohlubují, zejména v oblasti urologie. Ucelené informace o onemocnění, prevenci a léčbě jsou získány komplexní edukací, která je nedílnou součástí ošetrovatelské profese na urologickém oddělení (Tomová, 2017). Komplexní edukace je ucelený systém

edukace spočívající v opakování a komplexním pojetí daného problému (Dušová et al., 2019).

Veškerá edukační činnost je zaměřena na podporu pacientů s urologickým onemocněním. Sestra provádějící edukaci je povinna zaznamenat edukaci do dokumentace. Záznam o edukaci je tvořen charakterem edukace, komunikační bariérou, datem a hodinou, tématem a použitými edukačními metodami. V edukačním záznamu nesmí chybět podpis a razítko edukační sestry (Sochorová a Vidlář, 2016). V nejnovější koncepci ošetrovatelství Ministerstva zdravotnictví České republiky je samotná edukační činnost uvedena jako součástí definice pracovní náplně všeobecné sestry (Strnadová et al., 2021).

V rámci vzdělávacího procesu je aktivně zapojen edukant, který je začleněn do procesu získávání znalostí, dovedností nebo zkušeností. Na urologickém oddělení je nejčastějším subjektem nemocný klient. Edukantem může být rovněž zdravotník prohlubující si celoživotní vzdělávání svých vědomostí a dovedností. Jakýkoli edukant je individuální osobnost s fyzickými (např. věk, zdravotní stav, pohlaví), afektivními (např. motivace a postoje) a kognitivními vlastnostmi (např. schopnosti učit se) (Juřeníková, 2010). Osobnost edukanta je ovlivněna mnoha faktory, například vzájemnou interakcí, vztahem a edukačním prostředím (Dušová et al., 2019). Tyto vlastnosti ovlivňují edukaci pozitivním a negativním směrem. Klíčové je identifikovat překážky ze strany edukanta, které by mohly ovlivnit učení již před zahájením vzdělávacího procesu. Překážkou se rozumí například bolest, porucha myšlení, jazyková nesrozumitelnost a další (Tomová, 2017). Pacienti projevují zájem o informace, které by jim s léčbou efektivně pomohly. Obecně platí, že pacienti nejsou tak dobře informováni, jak by se očekávalo. Nepostradatelnou součástí edukačního procesu je edukátor (Dušová et al., 2019). Edukátor využívá konstrukty k usnadnění učení a rozvoji dovedností tak, aby došlo k dosažení určitého vzdělávacího cíle. Důležitým aspektem je také vytváření podpůrného a inspirativního edukačního prostředí, jež podporuje efektivní učení a rozvoj edukanta. Nedílnou součástí prostředí je osvětlení, barva, zvuk, podmínky, prostor, nábytek, sociální klima a atmosféra edukace (Juřeníková, 2010).

Edukace pacientů po malém urologickém výkonu je úzce spojena s pitným režimem, kde sestra vede rozhovor s nemocným především o příjmu tekutin (Sochorová a Vidlář, 2016). Uskutečňuje se ve specifickém prostředí a je založena na vzájemné spolupráci sestry a pacienta. (Dušová et al., 2019). U nemocného s urolitiázou se nedoporučuje černý

čaj a zrnková káva, ty mají močopudné účinky v souvislosti s kofeinem. V prevenci vzniku močových kamenů není důležitý jen pitný režim, ale i pestrá strava založená na nadměrném obsahu kalorií. Pro vznik konkrementu jsou rizikové živočišné bílkoviny, tuky, cukry a potraviny s vysokým obsahem vápníku. Do této rizikové skupiny řadíme mléko, mléčné výrobky a některé druhy zeleniny – špenát, rebarbora, červená řepa a ovoce – hrozny, borůvky, pomeranče, grepy. Zároveň se mezi vhodně zvolené potraviny řadí pokrmy s vysokým obsahem vlákniny, vody, rostlinných tuků, rostlinných bílkovin a hořčičku, snižující koncentraci kamenotvorných látek v moči (Sochorová a Vidlář, 2016). Úkolem tohoto procesu po urologickém výkonu je pomoci pacientovi, aby se zvládl sám o sebe postarat (Dušová et al., 2019).

1.5 Týmová spolupráce jako nedílná součást péče o pacienty

Týmová spolupráce na urologickém oddělení je klíčová pro uspokojení potřeb pacientů. Komplexní uspokojování potřeb pacienta vede k vyléčení, zamezení vzniku komplikací v souvislosti s léčbou a zároveň ke snížení utrpení (Plevová et al., 2012). Vedení týmu hraje na urologickém oddělení klíčovou roli a klade důraz na jasnou odpovědnost členů směřující k dosažení společných cílů. Optimalizace výkonu týmu je spojena s poskytnutím osobní autonomie, přijetím odpovědnosti, uznáním práce jednotlivých členů a jasným stanovením rolí. Vedoucí týmů má mít dobré organizační a komunikační schopnosti. Zpětná vazba, hodnocení a rozvoj vedení jsou nezbytné během vzdělání a školení zdravotníků. Efektivní vedení znamená vědět, kdy a jak podpořit ostatní jednotlivce v jejich práci. Rozvoj vůdčích osobností vede k lepšímu vzdělání, zlepšování zdravotnických služeb a provádění změn (Van Diggele et al., 2020).

Na urologickém oddělení se multidisciplinární tým skládá z lékařů, všeobecných sester, praktických sester, ošetřovatelek, sanitárek, administrativních pracovníků, studentů zdravotnických škol a dalších osob (Plevová et al., 2012). K zajištění úspěchu vede zapojení jednotlivců do týmů a vzájemná podpora vůdčích schopností (Van Diggele et al., 2020). Multidisciplinární tým na urologickém oddělení je nepostradatelnou součástí při plánování a realizaci intervencí k dosažení stanovených cílů. Dochází ke vzájemné spolupráci, zlepšování bezpečí a kvality poskytované péče. Vzájemná spolupráce se označuje jako partnerský (rovnocenný) přístup (Plevová et al., 2012).

Efektivní týmová spolupráce po urologickém zákroku chrání pacienty před riziky spojenými s výkonem, jakými jsou infekce, krvácení nebo pooperační bolesti a přispívá

k dosažení lepších léčebných výsledků, například dochází k rychlejšímu zotavení nebo nižší míře komplikací. Kvalita týmu souvisí se syndromem vyhoření, což zaměstnanci v současné době velmi pociťují. Koordinace a spolupráce bezpečné kvalitní péče je součástí spolehlivé týmové práce a má organizační, disciplinární, technické a kulturní hranice (Rosen et al., 2018).

Efektivní spolupráce není pouze o vzájemné výměně odborných znalostí, ale také o koordinaci péče a komunikaci s pacienty. Úspěšná spolupráce mezi lékařem a sestrou na urologickém oddělení vede nejen k vzájemné spokojenosti, má pozitivní dopad i na kvalitu péče a souvisí s celkovou spokojeností pacienta (Mahboube et al., 2019).

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíl práce

Cíl 1: Zjistit roli sestry v pooperační péči u pacientů po malých urologických výkonech.

Cíl 2: Zmapovat specifika pooperační ošetrovatelské péče u pacientů po malých urologických výkonech.

Cíl 3: Zjistit, jak vnímají pacienti péči sester po malých urologických výkonech.

2.2 Výzkumné otázky

VO1: Jaká je role sestry v pooperační péči u pacientů po malých urologických výkonech?

VO2: Jaká jsou specifika pooperační ošetrovatelské péče u pacientů po malých urologických výkonech?

VO3: Jak vnímají pacienti péči sester po malých urologických výkonech?

3 METODIKA VÝZKUMU

3.1 Metodika a technika výzkumu

Tématem diplomové práce byla pooperační ošetrovatelská péče u pacientů po malých urologických výkonech. Pro získání dat v rámci výzkumného šetření byla zvolena technika zúčastněného pozorování sester pracujících na urologickém oddělení v nejmenovaném nemocničním zařízení v Jihočeském kraji a technika polostrukturovaného rozhovoru s pacienty, kteří podstoupili malý urologický výkon.

Sběr dat zúčastněného pozorování se zaměřil na roli sestry v pooperační péči a specifika poskytované pooperační ošetrovatelské péče. Každé výzkumné zúčastněné pozorování bylo převedeno do písemné formy. Rozhovor probíhal na základě 16 stanovených otevřených otázek. Úvodní otázky se zaměřovaly na identifikační údaje pacienta. Následně kladené otázky byly směřovány k získání informací o průběhu operace, pooperační péči a zkušenostech s pooperační péčí po malém urologickém výkonu. Analýza dat polostrukturovaného rozhovoru byla provedena metodou „tužka – papír“.

Před samotným provedením výzkumného šetření bylo potřeba požádat o písemné schválení výzkumného šetření. Výzkumné šetření bylo prováděno do nasycení teoretického vzorku a účastnilo se ho celkem šest sester pracujících v nemocnici a šest pacientů po malém urologickém výkonu. Výzkumné šetření bylo podmíněno zachováním anonymity pracujících sester a pacientů hospitalizovaných na urologickém oddělení.

Sestry a pacienti byli seznámeni s tématikou diplomové práce a s průběhem výzkumného šetření. Sestry nebyly však při pozorování informovány o účelu pozorování a pozorovacích oblastech, a to z důvodu zamezení zkreslení výsledků. Polostrukturované rozhovory probíhaly v klidném a nerušeném prostředí. V průběhu výzkumného šetření jeden pacient odmítl rozhovor z důvodu své špatné artikulace. Ostatní oslovení pacienti souhlasili s poskytnutím rozhovoru a záznamem na diktafon. Následně byly všechny rozhovory přepsány do písemné podoby, analyzovány a zpracovány. Získané kódy byly zařazeny do jednotlivých kategorií a podkategorií.

Pro výběr sester do diplomové práce byly vybrány sestry pracující na urologickém oddělení v nejmenovaném zdravotnickém zařízení a zkušenosti v oboru měly minimálně 17 let, prokazovaly schopnost komunikace s pacienty a ochotu podílet se na výzkumném procesu. Pro kritéria výběru pacientů byla zvolena skupina podstupující malý urologický

endoskopický výkon v nemocničním zařízení. Kritéria výběru pacientů zahrnovala pacienty s věkovou skupinou od 65 do 78 let, bez ohledu na pohlaví, kteří vykazovali dostatečnou fyzickou způsobilost k poskytnutí informací prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru. Tato kritéria byla zvolena s ohledem na cíle výzkumu a zajištění dostatečného rozsahu dat a reprezentativnosti vzorku pacientů a sester pro dosažení výsledků diplomové práce.

3.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek se skládal ze šesti sester pracujících na urologickém oddělení a šesti pacientů po malém urologickém výkonu. Výzkumné šetření bylo ukončeno dosažením teoretického nasycení a probíhalo v nejmenovaném zdravotnickém zařízení v Jihočeském kraji. Dotazovaní byli z důvodu zachování anonymity označováni jako P1 – P6 (pacient 1 až pacient 6) a S1 – S6 (sestra 1 až sestra 6).

4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

4.1 Tabulka 1 - Základní identifikační údaje sester na urologickém oddělení

Sestra	Věk	Pohlaví	Nejvyšší dosažené vzdělání	Délka profesní praxe
S1	50 let	Žena	Vysokoškolské, Bc.	30 let
S2	45 let	Žena	Střední odborné s maturitou	28 let
S3	60 let	Žena	Střední odborné s maturitou	33 let
S4	36 let	Žena	Střední odborné s maturitou	17 let
S5	55 let	Žena	Střední odborné s maturitou	32 let
S6	37 let	Žena	Vysokoškolské, Bc.	13 let

Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

S1 – S6 (Sestra 1 – Sestra 6)

Bc. – baccalaureus, tj. bakalář

Sestra 1 (S1) je žena ve věku 50 let s bakalářským vzděláním a délkou praxe 30 let na standardním urologickém oddělení.

Sestra 2 (S2) je žena ve věku 45 let se středoškolským vzděláním a délkou praxe 28 let na standardním urologickém oddělení.

Sestra 3 (S3) je žena ve věku 60 let se středoškolským vzděláním a délkou praxe 33 let na standardním urologickém oddělení.

Sestra 4 (S4) je žena ve věku 37 let se středoškolským vzděláním a délkou praxe 17 let na standardním urologickém oddělení.

Sestra 5 (S5) je žena ve věku 55 let se středoškolským vzděláním a délkou praxe 32 let na standardním urologickém oddělení.

Sestra 6 (S6) je žena ve věku 37 s bakalářským vzděláním a délkou praxe 13 let na standardním urologickém oddělení.

4.2 Kategorizace dat

Výsledky pozorování a rozhovorů byly rozřazeny do jednotlivých kategorií a podkategorií.

4.2.1 Tabulka 2 - Kategorie a podkategorie získaných dat zúčastněného pozorování

Kategorizace	
Kategorie	Podkategorie
1 Sestra v pooperační péči	Úprava sester
	Komunikace sester s pacientem
	Bariérová péče v pooperačním období
2 Specifika pooperační péče	Překlad pacienta z dospávacího pokoje na standardní pokoj
	Identifikace pacienta
	Monitorace pacienta v pooperační péči
	Riziko pádů v pooperačním období

Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

Kategorie 1: Sestra v pooperační péči

Kategorie 1 zahrnuje tři podkategorie, které poukazují na úpravu sestry na urologickém oddělení, včetně hygienických standardů, nošení šperků, úpravy nehtů a vlasů. Dále poukazuje na komunikaci sester s pacientem a bariérovou péči, která je významná pro prevenci vzniku infekcí a ochraně zdraví pacientů. Důraz na profesionální vzhled pomáhá budovat důvěru pacientů a přispívá k celkovému dojmu o kvalitě poskytované péče.

Podkategorie 1: Úprava sester

Podkategorie představuje úpravu sester v pooperační péči, včetně nošení čisté pracovní uniformy, vhodně zvolené obuvi a pečlivě upravených vlasů. Dalším zkoumaným prvkem byla péče o nehty sester a jejich případné nošení šperků či hodinek.

Všechny sestry (S1, S2, S3, S4, S5 a S6) přistupovaly k pacientovi v čisté pracovní uniformě s profesionálním vzhledem. Každá pozorovaná sestra měla na sobě čistou a bílou uniformu, která byla vhodně přizpůsobena standardním podmínkám na pracovišti. Součástí pracovního oděvu byly bílé ponožky, které ladily s celkovým vzhledem uniformy. Z výsledků vyplynulo, že sestry nosí vhodně zvolenou pracovní obuv. Nemocniční obuv byla protiskluzová a přispívala též k celkové bezpečnosti na oddělení.

Vlasy všech sester byly upravené tak, aby nebyly překážkou při poskytování pooperační ošetrovatelské péče. S1, S2 a S6 měly stažené vlasy do culíku. S3, S4 a S5 měly krátké vlasy a měly je ponechány volně. Na základě analýzy se ukázalo, že S3 nosila na ruce náramek, zatímco S6 měla na ruce hodinky a jediná S4 měla na ruce prsten. Naopak S1, S2 a S5 nenosily žádné hodinky, náramky ani prstýnky. Žádná ze sledovaných sester neměla nalakované nebo gelové nehty.

U sester S1, S2 a S5 z výzkumu vyplynulo, že dodržují předepsané předpisy v rámci hygienických standardů nemocnice. Vzhled sester byl pečlivě upravený. Úprava sester přispívala k celkovému dojmu poskytované pooperační péče na urologickém oddělení.

Podkategorie 2: Komunikace sester s pacientem

Podkategorie 2 znázorňuje komunikaci sester s pacientem v rámci poskytované pooperační péče po malém urologickém výkonu. Tato podkategorie se zaměřuje na komunikační dovednosti sester a jejich schopnost navázat efektivní a respektující

interakci s pacientem. Obsah komunikace sester s pacientem se odvíjel od prováděného výkonu.

S1 přivezla pacienta z dospávacího pokoje s úsměvem a zdvořile se ho zeptala, jak se cítí a zda nepotřebuje nějakou pomoc. Pacient odpověděl, že je po operačním výkonu hodně unavený. S1 následně reagovala na pacientovy pocity a informovala ho, že únava po operačním výkonu může být součástí doznívání anestezie. Následně mu nabídla možnost jiné polohy a seznámila ho s ovládáním lůžka. Dále pacientovi poskytla stručné informace o provedeném výkonu a pooperační péči, a to včetně užívání léků a podávání infuzní léčby. Z pozorování vyplynulo, že jednání S1 přispělo k uklidnění pacientových obav a vytvoření vzájemné důvěry mezi sestrou a pacientem.

Podobně jako S1 jednala i S4, která pacienta nejprve vyslechla a poté nabídla pacientovi pomoc po operačním výkonu. S4 a S5 kladly důraz na to, aby pacient věděl, kde se nachází signalizační zařízení. S5 pokračovala s dotazem směřovaným k pacientovi: „*Chtěl byste ten zvonek dát blíž, abyste na něj dosáhl?*“ Pacient zareagoval a odpověděl sestře, že dosáhne na zvonek sám. Sestra S4 ještě dodala: „*Jste po operačním výkonu, kdybyste se necítil nějak dobře, hned zvoňte.*“ S4 a S5 byly velmi komunikativní a k pacientům empatické a naslouchaly jejich obavám. Nechávaly jim prostor pro kladení otázek a zodpovězení pacientových dotazů ohledně jejich pooperačního stavu a možných komplikací. S4 komunikovala i s ostatními členy zdravotnického týmu a konzultovala pooperační stav pacienta s ošetřujícím lékařem. Mezitím S2, která byla zaneprázdněna jinými úkoly, rychle došla na dospávací pokoj pro pacienta a na standardním pokoji provedla pacientovi kontrolu fyziologických funkcí. Po zjištění stabilních fyziologických funkcí sdělila pacientovi: „*Máte napojenou infuzi, tak budete ležet do té doby než Vám dokape. Budeme za Vámi pravidelně chodit a měřit krevní tlak.*“

S3 se pacienta dotazovala, zda by potřeboval přinést léky na bolest, ale neinformovala ho, jak bude následující péče po operačním výkonu probíhat. S3 kontrolovala fyziologické funkce, ale zároveň se nedotazovala a nevěnovala pozornost potřebám pacienta po operaci. S3 neinformovala pacienta o signalizačním zařízení. Na základě výsledků se ukázalo, že takový přístup nepřispěl k vhodné péči a mohl negativně ovlivnit kvalitu poskytované péče po urologickém výkonu.

S6 přivezla pacienta z dospávacího pokoje na standardní pokoj s úsměvem na tváři, kde pacientovi nabídla pomoc a následně se dotazovala na jeho potřeby. S6 zkontrolovala fyziologické funkce a následně nabídla pacientovi tekutiny. U sester S2 a S3 bylo nutné, aby pacienti požádali o doplnění čaje. S2 rychle a ochotně reagovala na žádost o čaj a hned pacientovi čaj donesla. S3 přinesla pacientovi čaj a varovala ho slovy: „*Pijte opatrně, čaj může být horký.*“ S4 pacientovi poskytla informace o návštěvě lékaře, protože byl pacient zvědavý, zda za ním ještě lékař přijde. S4 komunikovala s pacientem přátelsky a empaticky.

Během komunikace čtyři sestry (S2, S4, S5 a S6) k pacientům přistupovaly s respektujícím přístupem a oslovovaly pacienty příjmením. S4 navíc oslovila pacienta i jeho titulem. S3 neoslovila pacienta příjmením a zároveň si ani neověřila jeho identitu k zajištění ošetrovatelské pooperační péče. S2 přistupovala k pacientovi sice zdvořile, ale komunikovala s pacientem neadekvátně a neposkytla mu prostor pro otázky.

Podkategorie 3: Bariérová péče v pooperačním období

Z pozorování vyplynulo, že bariérová péče představuje klíčový prvek v prevenci infekcí a ochraně zdraví pacientů. Na základě analýzy se ukázalo, že u všech sester byl pracovní oděv čistý a upravený, což naznačuje, že dodržovaly standardy hygieny a bariérovou péči. Jejich postoj k pooperační péči u pacientů s urologickým onemocněním byl velmi pečlivý.

Sestry S1 a S6 si před fyzickým kontaktem s pacientem dezinfikovaly ruce a používaly u pacientů ochranné rukavice při jakémkoli ošetrovatelském výkonu. Po skončení kontaktu s pacientem si opět pečlivě dezinfikovaly ruce. S2 dodržovala také bariérovou péči v pooperačním období a po každém kontaktu s pacientem nebo manipulaci s biologickým odpadem si umyla a vydezinfikovala ruce. S2 byla velmi zodpovědná v péči o bezpečnost pacienta. Pouze u S2, S4 a S6 je z dat výzkumu patrné, že před manipulací s ošetrovatelskou dokumentací si vždy umyly a vydezinfikovaly ruce.

S3 si po kontaktu s pacientem umývala ruce, ale nepoužívala dezinfekci. V rámci bariérové péče se však S3 snažila předcházet nežádoucím komplikacím a používala i ochranné rukavice, například při vypouštění močového sáčku. U S5 z výsledků výzkumu vyplynulo, že používala ochranné rukavice při jakémkoli kontaktu s pacientem, ale zároveň po skončení výkonu si neumyla, ani nevydezinfikovala ruce.

Z pozorování vyplynulo, že všechny sestry (S1, S2, S3, S4, S5 a S6) pravidelně dodržovaly bariérovou péči po malém urologickém výkonu a používaly ochranné rukavice. Z analýzy výsledků je patrné, že důkladnou hygienu rukou za použití dezinfekčního roztoku prováděly pouze S1, S2, S4 a S6, což přispívá k minimalizaci rizik přenosu infekce a zajištění bezpečného pracovního prostředí.

Kategorie 2: Specifika pooperační péče

Kategorie 2 znázorňuje pooperační péči pacienta po příjezdu z dospávacího pokoje a jak sestry účinně zajišťují specifika pooperační péče o pacienty po urologickém výkonu. Tato kategorie se zaměřuje na pooperační kontrolu bolesti, sledování životních funkcí, prevenci komplikací a poskytování potřebného komfortu a podpory pro pacienta během péče po operaci.

Podkategorie 1: Překlad pacienta z dospávacího pokoje na standardní pokoj

Z výzkumné šetření vyplynulo, že pooperační ošetrovatelská péče byla poskytovaná pacientům po malém urologickém výkonu. S1, S2, S5, S6 kontaktovaly sanitáře o pomoc s převozem pacienta z dospávacího pokoje na standardní pokoj. S3 a S4 zkoušely kontaktovat sanitáře, ale byl zaneprázdněn jinou prací, proto požádaly jinou kolegyni, aby s nimi došla na dospávací pokoj. Na dospávacím pokoji byl pacient již stabilizován a připraven k přeložení na standardní oddělení. Pokoje pacientů byly zařízeny tak, aby poskytly klidné a příjemné prostředí pro lepší zotavení po operačním výkonu a odpočinek. Stěny pokoje byly natřeny teplou žlutou barvou, jež vyvolávala pocit pohody. Okna pokoje byla orientovaná na východ, takže do místnosti v průběhu dopoledne proudily sluneční paprsky. Toaleta a sprchový kout byl součástí pokoje, kde měl pacient veškeré potřebné vybavení k osobní hygieně a pohodlnému užívání.

S1 se po příchodu na dospávací pokoj vydala se sanitářem rovnou k pacientovi, pro kterého přišla, a poté čekala na anesteziologickou sestru, aby jí poskytla informace o pacientovi. Anesteziologická sestra přišla za S1 a poskytla o pacientovi informace o jeho pooperačním stavu. S1 se dozvěděla informace o provedeném výkonu, přítomnosti zavedeného močového katétru a o infuzích, které byly pacientovi podány. Sestra poděkovala za předání a společně se sanitářem jeli s pacientem na urologické oddělení.

U S2, S4, S6 se nejprve předávající sestra dotazovala, zda jsou sestry z urologického oddělení, a poté uvedla jméno pacienta. Dále bylo u S2, S4 a S6 zpozorováno,

že jim byly poskytnuty informace o proběhlém výkonu, který se vždy obešel bez komplikací. Anesteziologická sestra informovala, že stav pacienta byl stabilní a žádné komplikace během pobytu na dospávacím pokoji nenastaly. S2, S4 a S6 pozorně reagovaly na předání informací o pacientovi. Sestry projevovaly ochotu naslouchat a aktivně pokládaly otázky, aby získaly informace o stavu pacienta. Při předání bylo zpozorováno, že v případě S2 a S3 chtěla anesteziologická sestra podpis po sestře, která pacienta přijímá na standardní pokoj. Od ostatních, tj. S1, S4, S5 a S6, podpis na dospávacím pokoji při předání pacienta nikdo nepotřeboval.

U S3 předala anesteziologická sestra o pacientovi po operačním výkonu pouze omezené a stručné informace. Nepředala žádné informace o přítomnosti permanentního močového katétru u pacienta, o jiných infuzích a ani o potřebě léků proti bolesti. S3 se musela sama na dospávacím pokoji ještě doptat slovy: *„Infuze pacientovi kape podle toho, co je napsané v dekurzu?“* Následně na to reagovala anesteziologická sestra, která se omluvila a doplnila zapomenuté údaje o pacientovi.

U S5 bylo zjevné, že projevovala zájem o poskytnutí informací o stavu pacienta po urologickém výkonu. Byla pozorná a uvědomovala si důležitost sledování pacienta. Anesteziologická sestra předala S5 informaci, že během pobytu na dospávacím pokoji byl u pacienta zaznamenán nízký tlak. Zdůraznila potřebu pravidelného monitorování tlaku. S1 odvětila: *„Děkuji za informaci. Normálně krevní tlak pravidelně měříme, tak si to pohlídáme.“* U S2 a S5 anesteziologická sestra sdělila, že pacient po operačním zákroku neprojevil potřebu podání žádných léků proti bolesti. Dále vyzdvihla, že pacient působil klidně a bez výrazných projevů bolesti.

Během převozu z dospávacího pokoje na standardní pokoj bylo zjištěno, že se S1, S4, S5 a S6 snažily po celou dobu navázat s pacientem kontakt. S2 se pacienta dotazovala: *„Jak Vám je?“* Poté pokračovala s převozem pacienta na standardní pokoj. Všechny sestry přivezly pacienta na jeho pokoj a pečlivě zajistily lůžko tak, aby bylo bezpečně zabrzděné. Bylo zjištěno, že pouze tři sestry, S1, S4 a S5, se u pacienta ujistily, zda je vše v pořádku a zda necítí bolest. V případě potřeby bylo pacientovi také nabídnuto, že se může kdykoli obrátit na zdravotnický personál. S1, S4 a S5 si pacienta důkladně zkontrolovaly, zda má všechny invazivní vstupy, včetně permanentní močové cévky nebo zavedení periferního žilního katétru. Sestry se ujistily, že jsou všechny invazivní vstupy správně zajištěny a fungují bez komplikací.

Bylo zjištěno, že S4, S5 a S6 pacienta informovaly o dalším průběhu pooperační péče. S2 přivezla pacienta z dospávacího pokoje, byla zaneprázdněná jinou prací, než jela pro pacienta. Sotva pacienta přivezla, pustila se do práce, kterou předtím nedodělala. S2 neprovedla ani kontrolu invazivních vstupů. Podle výsledků výzkumu bylo zjištěno, že u sester S1 a S6 nebyla provedena adekvátně kontrola invazivních vstupů. Sestra S3 rychle zvedla pacientovu peřinu, aby zkontrolovala, zda má permanentní močový katétr. Poté pokračovaly obě sestry ve zpracování dokumentace.

Podkategorie 2: Identifikace pacienta

Tato podkategorie představuje klíčový prvek v poskytování bezpečné a efektivní péče na urologickém oddělení. Správné a důkladné ověření identity pacienta je nezbytné pro minimalizaci rizika chyb v péči a zvýšení bezpečnosti pacientů. Tato podkategorie poukazuje na procesy a postupy, které všeobecné sestry používaly k identifikaci jednotlivých pacientů v poskytování pooperační péče, včetně podávání léků a provádění činnosti dle ordinace lékaře.

S1 při překladau na dospávací pokoj pečlivě zkontrolovala identifikační náramek pacienta, který obsahoval jeho jméno, datum narození a oddělení. Ověřila, zda se shodují údaje na identifikačním náramku a také v dokumentaci. Během identifikace navázala S1 s pacientem kontakt. Byla velmi empatická, projevovala pečlivost a důslednost při kontrole identifikačního náramku. S2, podobně jako S1, provedla rychlou kontrolu náramku pacienta. Její přístup byl odlišný od S1, protože dala přednost pouze vizuální kontrole náramku, nikoli dotázaní se pacienta na jméno. Z pozorování vyplynulo, že S2 neidentifikovala pacienta z důvodu zvýšeného pracovního tempa na oddělení. S3 měla také odlišný přístup k identifikaci pacienta oproti S1 a S2. Na rozdíl od svých kolegyně během podávání předepsaných infuzí nebo léků dle ordinace lékaře si nezkontrolovala identifikační náramek pacienta a ani se nedotazovala na identitu pacienta.

Naproti tomu S4 a S6 byly v identifikaci pacienta velmi důsledné. Na dospávacím pokoji si pečlivě ověřily identifikační údaje na náramku pacienta, v dokumentaci, na kartě u lůžka i dotazem samotného pacienta. Projevovaly k pacientům velmi přátelský a empatický přístup a sdělily jim, že identifikace je velice důležitá pro zajištění bezpečné péče. Přestože pracovní tempo na urologickém oddělení bylo pokaždé vysoké, S4 a S6 si našly čas k provedení důkladné identifikace pacienta a prostor pro dotazy.

S5 přistupovala podobně jako S4 a S6. Její aktivní komunikace s pacientem byla významná v procesu ověřování jeho identity. S5 se dotazovala pacienta jak na celé jméno, tak i na jeho aktuální zdravotní stav. Kromě aktivní komunikace s pacientem se S5 pečlivě ujišťovala o správnosti identifikace pacienta před každým podáváním léčiv.

U S4, S5 a S6 bylo na základě výsledků výzkumu zjištěno, že pečlivě identifikovaly pacienta před podáním léčiv. Prováděly důkladné ověření pacientova jména a data jeho narození a dodržovaly hygienické standardy, kterými jsou dezinfekce rukou a použití ochranných pomůcek. Tyto sestry navíc seznámily pacienty s podávanými léky, včetně názvu, účelu a možných nežádoucích účinků. Všechny pacienty upozornily, aby v případě výskytu jakýchkoliv komplikací bezprostředně zavolali ošetřující personál.

Na základě analýzy výzkumu bylo naproti tomu u S2 a S3 zjištěno, že nedošlo k identifikaci pacientů během podávání léčiv, nepoužívaly ochranné pomůcky a neposkytly pacientům informace o podávaných léčivech a možných nežádoucích účincích.

Podkategorie 3: Monitorace pacienta v pooperační péči

Podkategorie přináší výsledek pozorování monitorace pacientů v pooperační péči, která je klíčovým prvkem v zajištění bezpečného úspěšného zotavení po urologickém výkonu. Monitorace umožňuje sledovat stav pacienta a identifikuje případné komplikace. Cílem monitorace je minimalizovat riziko komplikací a zajistit rychlé a úspěšné zotavení pacienta.

Z výzkumného šetření vyšlo najevo, že S1 pravidelně monitorovala základní životní funkce, včetně krevního tlaku, pulzu a teploty. Záznam těchto údajů pečlivě zapsala do záznamového archu, kam přidala i své razítko s podpisem. S1 s pacientem aktivně komunikovala ohledně jeho potřeb a stavu bolesti. Ke sledování bolesti používala vizuální analogovou škálu (VAS). V rámci VAS se S1 držela stupnice, kde číslo 0 znamenalo žádnou bolest a naopak číslo 10 označovalo nejhorší bolest. V případě bolesti informovala S1 pacienta o možnosti podání analgetik. Sledovala příjem a výdej tekutin u pacienta po urologickém výkonu. S1 byla velmi pečlivá při pravidelném monitorování invazivních vstupů. Důkladně sledovala stav místa vstupu a hodnotila riziko infekce. Snažila se o prevenci tromboembolické nemoci v pooperační péči a dbala na zvýšený příjem tekutin a včasné vstávání z lůžka. S2 pravidelně kontrolovala základní

životní funkce, stejně jako S1. S2 naměřené hodnoty zapsala do dokumentace se zpožděním, na rozdíl od S1, a to kvůli pracovní vytíženosti oddělení. Hodnocení bolesti také prováděla dle VAS, ale neinformovala pacienta o tom, že může kdykoli požádat ošetřující personál o zmírnění bolesti. S2 se zaměřila na hydrataci pacienta a podávala naordinovanou infuzní terapii. Z výzkumu vyplývá, že S2 občas nekontrolovala místo vstupu žilního katétru, ale zároveň pravidelně kontrolovala stav močení, protože pacient po urologickém výkonu neměl zavedený permanentní močový katétr.

S3 prováděla pravidelnou kontrolu základních životních funkcí a zápis naměřených hodnot zapisovala do dokumentace, podobně jako S1. S3 neposkytovala pacientovi po transuretrální resekci močového měchýře dostatečnou pozornost a nekomunikovala s ním ohledně jeho pohody a bolesti. Během pozorování neprojevila zájem o hodnocení bolesti u pacienta po urologickém výkonu. Současně se však zaměřila na podávání infuzní léčby, která byla předepsaná v dekurzu od lékaře. Při podávání infuze nekontrolovala místo vstupu žilního katétru, podobně jako S2.

S4 a S6 monitorovaly základní životní funkce, včetně krevního tlaku, pulzu a teploty. Kromě toho také sledovaly i hladinu cukru v krvi pomocí glukometru před jídlem jako součást celkového monitorování zdravotního stavu pacienta. Naměřené údaje zaznamenaly do dokumentace s přesnými časovými údaji a ověřovaly je svým podpisem. Obě sestry hodnotily pocity jejich bolesti dle VAS, stejně jako předchozí sestry, a věnovaly se individuálním potřebám každého pacienta. S4 a S6 sledovaly stav pacienta, projevy chování po operačním výkonu a komplikace spojené s urologickým výkonem, mezi které patří krvácení, infekce, bolestivost, nevolnost a zvracení, dýchací potíže nebo změny v močení. Obě sestry řádně plnily ordinace lékaře, podávaly tekutiny ve formě infuzí a poskytly pacientům podporu především prostřednictvím porozumění a povzbuzení během pooperačního období.

Následně S5 též sledovala stav pacienta a poskytovala pooperační ošetrovatelskou péči. Zaměřila se v první řadě na měření krevního tlaku po třech hodinách, kontrolu bolesti po operačním výkonu a zjišťovala, aby podávané léky účinně tlumily bolest. Za použití ochranných rukavic kontrolovala permanentní močový katétr a sledovala okolí místa vstupu katétru.

Podkategorie 4: Riziko pádů v pooperačním období

Podkategorie se zaměřuje na identifikaci rizik pádu v pooperačním období. Součástí je získání důležitých informací o prostředí, postupech sestry při péči o pacienty a situacích, které mohou předcházet nebo zvyšovat riziko pádů. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že záznam rizik pádů do dokumentace umožňuje sledovat vývoj a efektivitu preventivních opatření.

Z pozorování vyšlo najevo, že sestry předchází i rizikům pádů. S1 a S4 vyhodnocovaly riziko pádů u pacienta po ureteroskopii, zaměřily se na jeho zdravotní stav po urologickém výkonu, na mobilitu a případné komplikace po operačním výkonu. Komunikovaly s pacienty a pozorovaly jejich schopnost pohybu. Na základě zhodnocení rizika pádů obě sestry stanovily opatření k prevenci pádů zahrnující snížení lůžka, zvednutí postranic nebo pomoc při prvním vstávání z lůžka po operačním výkonu. S1 zvedla automaticky jednu postranici a uvedla: „*Zvednu Vám jednu postranici, abyste měl jistotu, že nespádnete.*“

S2 vyhodnocovala rizika pádů po operačním výkonu, rovněž jako S1 a S4, i přes náročnou pracovní službu. Z pozorování vyplynulo, že S2 snížila lůžko pacienta na nižší úroveň nebo poskytla pomoc při prvním vstávání tak, aby zabránila riziku pádu pacienta po ureteroskopii. Spolupracovala s ostatními kolegyněmi na poskytování pooperační péče po malém urologickém výkonu a při předcházení rizik pádů. S3 se věnovala rizikům pádů po operačním výkonu. Hodnotila rizika pádů u pacienta po transuretrální resekci močového měchýře. Sledovala stav mobility, stabilizace a faktory, které mohly rizika pádů ovlivnit. Motivovala pacienta k včasné mobilizaci.

S5 přecházela rizikům pádů u pacientů po optické uretrotomii podobně jako S1 a S4. Komunikovala s pacienty po výkonu a s dalšími členy zdravotnického týmu, které informovala o bezpečnosti pacienta po operačním výkonu. Stejně jako ostatní sestry nebyla jiná i S6, jež vyhodnocovala rizika pádů po příjezdu z dospávacího pokoje u pacienta po transuretrální resekci močového měchýře. Poskytovala pacientovi podporu při vstávání z lůžka a informace o prevenci a předcházení vzniku pádů. S) kontrolovala stav pacienta kvůli bezpečnosti a prevenci rizika pádů. Všechny pozorované sestry provedly záznam o riziku pádu po operačním výkonu do tabulky v ošetrovatelské dokumentaci.

4.2.2 Tabulka 3 - Identifikační údaje pacientů

Dotazovaný	Pohlaví	Věk	Typ výkonu
P1	žena	70	Výměna stentu
P2	muž	69	URS
P3	muž	72	OUTI
P4	muž	77	OUTI
P5	muž	65	OUTI
P6	žena	78	TUR

Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

URS – Ureteroskopie

OUTI – Optická uretrotomie

TUR – Transuretrální resekce močového měchýře

Pacientkou (P1) je žena ve věku 70 let, hospitalizovaná na urologickém oddělení z důvodu výměny stentu.

Pacient (P2) je muž ve věku 69 let, podstoupil ureteroskopii na urologickém oddělení.

Pacient (P3) je muž ve věku 72 let, hospitalizován na urologickém oddělení a podstoupil optickou uretrotomii.

Pacient (P4) je muž ve věku 77 let, podstoupil optickou uretrotomii na urologickém oddělení.

Pacientem (P5) je muž ve věku 65 let, u kterého byla provedena optická uretrotomie na urologickém oddělení.

Pacientkou (P6) je žena ve věku 78 let, podstoupila transuretrální resekci močového měchýře na urologickém oddělení.

4.2.3 *Tabulka 4 - Kategorie a podkategorie získaných dat polostrukturovaného rozhovoru*

Kategorizace	
Kategorie	Podkategorie
1 Informovanost pacienta	Informovanost o výkonu
	Způsob předání informací
	Spolupráce
	Komunikace
2 Pooperační péče z pohledu pacienta	Průběh poskytované péče
	Obavy pacienta
	Vnímání komplikací

Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

Kategorie 1 – Informovanost pacienta

Kategorie 1 se zaměřuje na informovanost pacienta v rámci pooperační péče. První část této kategorie se věnuje příznakům daného onemocnění, zatímco druhá část se zaměřuje na seznámení s očekávanými postupy a možnostmi léčby.

Podkategorie 1: Příznaky onemocnění

Z výsledkové šetření vyplývá, že hlavním důvodem podstoupení operačního zákroku je problém s močením, na kterém se shodli všichni dotazovaní pacienti, tj. P1 – P6. P3 se svěřil, že rád navštěvoval restauraci, ale vždy musel opakovaně jít na toaletu, protože měl neustále nutkání na močení: *„Neustále jsem chodil močit a v noci chodil často. V noci jsem šel tak čtyřikrát za sebou a vždycky mi to šlo jen malinko. Já teda nepiju, ale když už jsem šel do hospody a dal jsem si jedno pivo, tak jsem za čtyři hodiny šel třeba tak sedmkrát za sebou, a právě z toho důvodu jsem šel na kontrolu na urologii a řekli mi, že mám zbytněnou prostatu a zúženou močovou trubici.“*

P5 dochází na pravidelnou kontrolu ke svému urologovi, kde pacientovi zjistili zúženou močovou trubici, ale sám pacient uvedl, že musel vždy zatlačit, aby se mohl vymočit: *„Při konci močení jsem musel zatlačit, abych se pořádně vymočil. Přišel mi na to pan*

doktor tady na urologii, ke kterému chodím na pravidelné kontroly, kde zjistil, že mám zúženou močovou trubici.“ P2 se rozhodl podstoupit urologický výkon také na základě návštěvy lékaře, jenž mu poskytl informace o dalším postupu léčby a uvedl: „Po konzultaci s lékařem jsem se rozhodl podstoupit tento výkon, protože mi ledvinové kameny způsobovaly velmi silné bolesti v oblasti zad a taková kolika byla většinou doprovázena zvracením.“

V průběhu výzkumného šetření P4 podrobněji popsal problém s močením jako významnou překážku ve svém sociálním životě. Uváděl, že časté nutkání na močení mu znepríjemňovalo společenské aktivity v osobní životě: *„Bránilo mně to jít někam třeba do divadla, protože bych to neustál.“* S výkonem byla smířená P1, která sama potvrdila, že výměna stentu jí pomůže od těchto problémů a uvedla: *„Se stentem jsem měla nepříjemné pocity nebo různé problémy s močením. Bolelo mě to v místě, kde byl ten stent zavedený a páliło mě to při močení. Bylo mi jasné, že je třeba provést novou výměnu stentu, aby se mi tyto projevy zmírnily.“*

P6 podstoupila urologický výkon z důvodu nádoru na močovém měchýři, který byl zachycen cystoskopií na urologickém oddělení, a sdělila: *„Podstoupila jsem tenhle výkon, protože mi našli nález v močovém měchýři. Měla jsem hrozný problémy, chodila jsem neustále na záchod a pořád mě to nutilo na močení. Udělali mi nejprve na urologii cystoskopii, kde hned zjistili, že něco mám a pan doktor mě poslal okamžitě na CT, kde se to potvrdilo.“*

Podkategorie 2: Informovanost o výkonu

Tato podkategorie se zaměřuje na informace, které pacient obdrží v souvislosti s pooperační ošetrovatelskou péčí po malém urologickém výkonu. Obsahuje poskytnuté informace o samotném výkonu a následné pooperační ošetrovatelské péči, včetně informací o možných rizicích spojených s provedeným výkonem.

V rámci provedeného výzkumu bylo zjištěno, že dotazovaní P1, P2, P3, P4 a P5 byli o urologickém výkonu informováni. Tři dotazovaní, konkrétně P1, P2 a P5, potvrdili, že jim bylo podrobně vysvětleno, jak proběhne předoperační příprava, průběh operace a následný postup. Na základě výzkumného šetření bylo zjištěno, že P2 získal od lékaře informace o tvorbě kamenů a postupu léčby: *„Dostal jsem informace od pana doktora tady na nejmenovaném oddělení o tom, jak bude samotná operace probíhat, jaká mě čeká*

příprava a následně jak bude vypadat pooperační doba rekonvalescence. Byl jsem také informován o riziku opakovaného vzniku kamenů a možných preventivních opatřeních. Protože se mi kameny tvoří už od 35 let a jedná se o můj čtvrtý zákrok.“ Také uvedl, že je důležitá životospráva ke snížení vzniku kamenů, kterou mu lékař doporučil a dodal: *„Lékař mi poskytl podrobné informace o změně životního stylu a diety, které jsem se snažil dodržovat, a které by mi měly pomoci snížit riziko opakovaného vzniku kamenů.“*

Z výzkumného šetření bylo zřejmé, že P3 měl nejprve podstoupit operaci prostaty a následně rozšíření močové trubice. Sám pacient nevěděl, jaký výkon podstoupil, protože se za ním žádný lékař v den výkonu nedostavil a uvedl: *„Chodím jednou za rok na kontrolu močového měchýře, protože mi ho už jednou taky operovali. Říkal mi pan doktor, že se mi podívají i do močového měchýře, aby to bylo všechno v pořádku, a když by to nebylo, tak by ho taky seškrábli a pak by se mi koukli na prostatu.“*

Z výsledků vyplývá, že P3 byl seznámen i s výkonem rozšíření močové trubice: *„Pan doktor mi vysvětloval, jak to budou dělat kolem té močové trubice, aby byl větší průtok. Nakonec nevím, co se mnou dělali, protože po operaci za mnou žádný doktor nepřišel, a hlavně jsem měl jít na jipku a neměl jsem jít zpátky na pokoj.“* Dotazovaní P1, P4 a P5 se jednoznačně shodli na tom, že dostali informace od lékaře před operačním výkonem.

P1 ještě dodala: *„Přečetla jsem si i informovaný souhlas, kde to bylo všechno napsané. Bylo tam, jak výkon bude probíhat a jaké komplikace mohou po výkonu nastat.“*

P6 se naopak zmínila, že jí všechno vysvětlili v jedné nemocnici, kam chodí na pravidelné kontroly a zároveň dodala, že zkušenost s jinou nemocnicí byla odlišná. Potvrdilo se, že neměla přehled, jak bude operace probíhat a uvedla: *„Tady v nemocnici to bylo trochu horší s těmi informacemi, protože neměli moc času mi vše vysvětlit.“*

Z výsledků vyplývá, že u čtyř pacientů, P1, P2, P3 a P6, byly poskytnuty informace o následní pooperační péči. P1 se zmínila: *„Nepodstoupila jsem tento výkon poprvé, byl to víckrát, takže jsem věděla, do čeho jdu a bylo to v pohodě.“* Zatímco P4 dodal:

„Jak jsem byl na operačním sále, tak mi řekli přesný postup, co mi budou dělat, než mě uspali.“ Z odpovědí P5 vyplynulo, že ho nikdo neinformoval o postupu pooperační péče a zároveň pak jen dodal:

„Jen potom, co mě přivezli po operaci, tak mi sestry vysvětlily všechno.“ Zajímavým zjištěním z analýzy výsledků bylo,

že P3 se zmínil, že mu lékař naznačil možné riziko krvácení po optické uretrotomii z močové trubice: *„Jo, to mi asi doktor říkal, že můžu po zákroku krváct.“*

P1 a P5 se navzájem shodli na tom, že je nikdo neseznámil s riziky pooperační péče.

Z výsledků provedeného výzkumu naopak vyplývá, že pacienti byli spokojeni s poskytnutými informacemi před urologickým výkonem. P1 doplnila: „*Personál mi adekvátně odpověděl a stačilo mi to.*“ Podobně P5 uvedl: „*To jsem byl docela srozuměn a věděl jsem, do čeho jdu.*“

Podkategorie 3: Spolupráce sester

Tato podkategorie se zaměřuje na spolupráci sester s pacienty v rámci poskytování pooperační ošetrovatelské péče po urologickém výkonu z pohledu pacienta.

P1 a P2 poskytli velmi zajímavý pohled na svá očekávání a zkušenosti s péčí sester. P1 zdůraznila, že měla jasné očekávání ohledně informací a péče, kterou jí sestry poskytly: „*Očekávala jsem od sester dostatek informací, co se mnou teď bude, a musím říct, že to tak i bylo. Řekly mi sestry, kdy si můžu napít, změřily mi tlak, cukr a opravdu s ničím nebyl problém.*“ Naopak P2 přiznal, že neměl konkrétní očekávání, ale byl příjemně překvapen kvalitou péče, která mu byla na urologickém oddělení poskytnuta: „*Žádné očekávání jsem neměl, protože jsem nevěděl, že taková péče na úrovni může někde být. Jsem naprosto spokojený s touhle péčí i jako s přístupem zdravotnického personálu, protože jsem byl i v jiný nemocnici a není to všude tak ideální jako tady, proto jsem si vybral i tady urologii.*“

Čtyři pacienti, P3, P4, P5 a P6, poskytli náhled na své zkušenosti s pooperační ošetrovatelskou péčí. P5 vyjadřoval pozitivní dojem z přístupu sester, který považovala za velmi příjemný: „*Celkově sestřičky jsou tady moc příjemný a starají se o nás.*“ P3 zmínila: „*Jo, sestry hned u mě byly, donesly mi čaj, donesly mi věci a ptaly se mě, jak se cítím. Ptala se mě potom sestra, jestli to bolí po výkonu a jestli je ta bolest únosná, že by mi dala něco na bolest. Sestřička za mnou přišla a já jsem se jí zeptal, jestli už můžu stát a dojit si pro čaj a ona říkala, že pokud se mi nebude točit hlava, takže se můžu projít, ale čaj mi raději nakonec donesla sama. Já jsem pak vstal a prošel jsem se jen na pokoji a hlava se mi nemotala.*“ Vzájemnou spolupráci podrobně popisuje i P3 a uvedla, že sestry projevovaly empatii a ochotu pomoci po operačním výkonu.

Na základě svých životních zkušeností s nemocnicí P6 zdůrazňovala, že neměla příliš velká očekávání a její zkušenosti byly také velmi pozitivní: „*Já jsem očekávání neměla skoro žádné, protože já jsem prvně v nemocnici za 50 let, takže očekávání jsem měla vcelku docela dobrý. Dopadlo to dobře a všichni se o mě hezky starali.*“

P4 sdílel své náročné zážitky po operačním výkonu a pozitivně vyzdvihl starostlivost sester po urologickém výkonu: „*Teď už to je o hodně lepší, ale dneska dopoledne mi bylo dost mizerně, že mi musely dát sestřičky nějaký hořký kapičky, ale teď je už lepší. Měl jsem strašný tlak, jak mi to teklo do toho pytlíku, tak mě to hrozně páliło, ale ty kapičky mi hodně zabraly.*“

Podkategorie 5: Komunikace

Tato podkategorie představuje výměnu informací mezi sestrou a pacientem. Komunikace byla zaměřena na celkový dojem z komunikace se sestrami v souvislosti s pooperační péčí během pobytu na urologickém oddělení.

Všichni dotazovaní pacienti vyjádřili své zkušenosti z komunikace, v nichž sdíleli spokojenost s komunikací se sestrami v pooperační péči po malém urologickém výkonu. Příkladnou odpovědí může být odpověď P1, která popsala velký zájem a ochotu ze strany sester na urologickém oddělení: „*Měla jsem dobrý dojem z komunikace, byla jsem opravdu celkově na tomhle oddělení spokojena. Sestry se pořád ptaly, jestli něco nepotřebuju a pokaždé mi splnily všechno, co jsem potřebovala.*“

P1 ještě doplnila, že sestra byla vždy dostupná a ochotná vysvětlit všechny potřebné informace a uvedla: „*Sestry byly komunikativní. Na tom dospávacím pokoji chodily sestry každou chvíli se ptát, co potřebuju nebo jestli mě něco nebolí. Opravdu tam byla skvělá péče a po příjezdu na normální oddělení byla taky super péče. Spokojenost.*“

Podobně P2, i přes malé nedorozumění ohledně přesunu pacienta po operaci na jiné oddělení, ocenil pozornost sester v pooperační péči a zmínil: „*Samozřejmě se někdy člověk splete, protože ráno mi sestra říkala, že půjdu na jipku, abych si sbalil věci. Pak se mi sestra omlouvala, že teda ne, ale to je normální. Z toho já nedělám žádný problém, a naopak sestry se pořád staraly, jestli něco nepotřebuju a říkaly, abych si kdyžtak řekl, kdybych něco potřeboval.*“

Z další analýzy výsledků v oblasti pooperační komunikace po malém urologickém výkonu je zřejmé, že P3 a P6 neměli problém se sestrami, které se o ně po výkonu staraly. Shodli se na tom, že sestry byly velmi komunikativní, starostlivé, slušné a pokaždé se všim pomohly a vše vysvětlily. Jako příklad může být uvedena odpověď P3: „*Jo, sestry byly každou chvíli u mě, donesly mi čaj a ptaly se mě, jak se cítím. Sestra se mě potom zeptala, jestli mě to po výkonu bolí a jestli ta bolest je únosná, že by mi přinesla něco na bolest.*“ Zároveň ještě doplnil, že ho sestra informovala o riziku pádů při prvním

vstávání z lůžka a uvedl: „*Sestřička za mnou přišla a já jsem se jí zeptal, jestli už můžu vstát z postele a dojít si pro čaj a ona řikala, že pokud se mi nebude motat hlava, tak se projít můžu, ale abych nezpůsobil další komplikace, že mám kdyžtak na ní zazvonit. Prošel jsem se jen na pokoji a hlava se mi nemotala, tak to bylo dobrý.*“

Pro P4 je v rámci komunikace důležité mít informace o dalším postupu léčby a zároveň doplnil: „*Tady jsou strašně hodný sestřičky. Po operaci jsem měl zavedenou cévku, kterou jsem nikdy neměl, tak mě sestřička poučila, jak se o tu cévku starat a jak jí vypouštět.*“ Rovněž také P5 vyzdvihl vnímavost a pozornost sester, které se opakovaně dotazovaly na pooperační bolesti.

Kategorie 2 Pooperační péče z pohledu pacienta

Tato kategorie se zaměřuje na zkušenosti pacientů s pooperační péčí po malém urologickém výkonu. Zahrnuje hodnocení průběhu poskytované péče, obavy pacienta s pooperační péčí a vnímání komplikací v pooperační péči.

Podkategorie 1: Průběh poskytované péče

Podkategorie týkající se průběhu poskytované péče zahrnuje popis ošetrovatelské péče po operačním výkonu z pohledu pacienta a vyzdvihuje důležitost poskytované ošetrovatelské pooperační péče, jež se zaměřuje na individuální potřeby pacienta.

Všichni dotazovaní pacienti se jednoznačně shodli na tom, že pooperační péče ze strany sester byla poskytovaná velmi adekvátně. P1 a P2 uvedli, že byli naprosto spokojeni s pooperační péčí. P1 zdůraznila: „*Opravdu ani jednou jedinkrát se mi nestalo, že něco neudělaly nebo nepřišly.*“ Dále popsala, že sestry pravidelně kontrolovaly její zdravotní stav, včetně měření krevního tlaku, sledování hladiny cukru v krvi a zdůraznila, že sestry respektovaly její potřeby: „*Byla mi poskytnuta na dospávacím pokoji mísa na vyprázdnění, ale snažila jsem se to vydržet na normální oddělení, kde bych si mohla na záchod dojít po svých. Jednou jsem teda na pokoji zazvonila a potřebovala jsem na záchod a hned přišly, co se děje a dohlížely na mě.*“ Podobně i P2 projevil pozitivní zkušenost s pooperační péčí sester a doplnil: „*Sestry mi donesly bažanta, protože jsem byl napojen na kapačku a na záchod jsem jít nemohl.*“ Zároveň i P5 poznamenal, že se sestry staraly výborně i s ohledem na individuální potřeby každého pacienta a doplnil: „*Na dospávacím pokoji pravidelně mi chodily sestry kontrolovat tlak, tam se to asi měří samo a vždycky se mě ptaly, jestli něco nepotřebuju.*“

Asi po dvou hodinách mě převezl na pokoj a tady mi sestřičky všechno vysvětlily, nalily mi čaj a něco si pamatuju, že mi řekly, abych hned moc nepil a pil po douškách. Ukázala mi sestra, na co bych měl máčknout, když budu potřebovat zavolat sestru a jinak jsem byl opravdu spokojen.“ P4 a P6 se jednoznačně shodli, že se sestry staraly hezky a vše vysvětlily.

Podkategorie 2: Obavy pacienta

Tato podkategorie se zaměřuje na obavy, které mohou vést ke vzniku stresu a následným případným komplikacím u pacientů v souvislosti s pooperační péčí po malém urologickém výkonu.

Z výsledků je zřejmé, že všichni dotazovaní se shodli na důvěře ve zdravotnický personál a informované přípravě před urologickým výkonem. P1, která má zkušenosti s více než jedním urologickým zákrokem, sdělila, že díky těmto zkušenostem ví, co ji čeká a svou odpověď ještě doplnila slovy: *„Řekla jsem si sama pro sebe, že to nějak dopadne a věřila jsem, že to dopadne dobře.“* P2 popsal, že důvěra je na prvním místě: *„Důvěřuji tomuhle personálu, proto jsem si to taky tady vybral.“*

Dotazovaní vyjadřovali obavy a zkušenosti s urologickým zákrokem, ale zároveň podotýkali pozitivní očekávání s výsledkem pooperační péče. S tím souvisí i odpověď P4, který byl na základě svého onemocnění omezen v osobním životě a nemohl provádět své obvyklé denní aktivity: *„Takhle to víte, v mém letěch má každý obavy, ale bylo to dobrý. Těšil jsem se, abych se nemusel omezovat. Já už nemohl jet daleko autem. Nemohl jsem třeba za bráchou do Plzně.“* Naopak P3 i přes veškeré obavy z pooperační péče projevoval pozitivní myšlení a věřil v rychlý návrat do domácího prostředí: *„Strach jsem měl hlavně, aby to dobře dopadlo a šel už brzy domů.“* P5 projevoval také kladný postoj k obavám v pooperační péči a zmínil se, že výkon probíhal ve spinální anestezii: *„Za jedno jsem dostal na výběr typ anestezie, buď v celkový, nebo ve spinální a vybral jsem si samozřejmě tu spinální, protože jsem už věděl, co to obnáší a neměl jsem z toho takový strach, než kdybych podstoupil celkovou anestezii.“*

Podkategorie 3: Vnímání komplikací

V této podkategorii jsou představovány komplikace a nedostatky v pooperační péči, jež mohou být vodítkem pro zdokonalení poskytované pooperační péče.

Výsledky poukazují na pocity spokojenosti s poskytovanou pooperační ošetrovatelskou péčí u všech dotazovaných pacientů, kteří dodali, že jim po operačním výkonu z hlediska poskytované péče nic nechybělo. P6 popsala, že sestry dělají maximum v rámci své profese a umí vybudovat vzájemnou důvěru při poskytování ošetrovatelské péče. P4 vyjádřil svou úplnou spokojenost s pooperační péčí slovy: *„Nic mi nechybělo v pooperační péči, byl jsem spokojen. Můžu opravdu pochválit, že je tady péče výborná.“*

Ze získaných informací téměř všichni pacienti, P1, P2, P3 a P6, uvedli, že jejich výkon proběhl bez komplikací. Oproti tomu P4 sdělil, že se po operačním výkonu necítil moc dobře a byl celkově unavený a doplnil: *„Řekli mi, že operace proběhla bez komplikace, ale dneska dopoledne nevím, co to bylo, jestli z nervového původu, ale teď už je to lepší. Měl jsem teplotu, začal jsem se třást, tak jsem zvonil na sestry, donesly mi něco na snížení teploty a od té doby už to bylo dobré.“* Pouze P5 se více rozpovídal a otevřeně přiznal, že si není jistý, zda jeho urologický zákrok proběhl bez komplikací a popisuje: *„Já ani nevím, jestli to bylo bez komplikací, protože jsem měl jít včera na výkon a nešel jsem, protože se prodloužila nějaká jiná operace, tak mě odložili na dnešek.“* P5 ještě doplnil, že toto čekání bylo pro něj stresující: *„Pro mě bylo čekání hrozně dlouhé, ale pak přišla sestřička, že se teda můj výkon odkládá na zítřek a dneska ráno, když jsem se musel znovu připravovat, tak to bylo pro mě psychicky náročné, protože mi řekli, že půjdu jako první, abych byl připravený.“*

5 DISKUZE

Diplomová práce s názvem „*Pooperační ošetrovatelská péče u pacientů po malých urologických výkonech*“ se zaměřuje na aspekty pooperační péče poskytované pacientům po malém urologickém výkonu. Cílem diplomové práce bylo zjistit úlohu sester v pooperační péči u pacientů po malých urologických výkonech, zmapovat specifika pooperační ošetrovatelské péče a očima pacientů prozkoumat vnímání péče sester po malých urologických výkonech. Celkem byly formulovány 3 výzkumné otázky: *Jaká je role sestry v pooperační péči u pacientů po malých urologických výkonech? Jaká jsou specifika pooperační ošetrovatelské péče u pacientů po malých urologických výkonech? Jak vnímají pacienti péči sester po malých urologických výkonech?*

První oblast výzkumného šetření se zabývala rolí sestry v pooperační péči. Na základě analýzy získaných výsledků je možné vytvořit odpověď na první výzkumnou otázku, a to, že sestra hraje nepostradatelnou úlohu v poskytování komplexní a individualizované péče o pacienty po malém urologickém výkonu. Dle Tóthové (2014) je povolání sestry velmi náročné, Mellanová (2017) navíc tvrdí, že všeobecná sestra musí umět veškeré osvojené role ovládat na profesionální úrovni. Během výzkumu se ukázalo, že důležité prvky role sester zahrnují jejich vzhled, komunikaci s pacienty a poskytování bariérové péče v pooperačním období. Zkoumání těchto faktorů nám pomohlo lépe porozumět, jak sestry mohou efektivně podporovat pacienty v pooperačním období a přispět k rychlejšímu zotavení po operačním výkonu. Janíková a Zeleníková (2013) popisují, že role sestry v pooperační péči vyžaduje specifické schopnosti a dovednosti. Z provedeného výzkumu vyplynulo, že úprava sester je zásadní, neboť nejenže vytváří profesionální dojem, ale také přispívá k budování důvěryhodného vztahu mezi sestrou a pacientem. Tašková et al. (2016) jsou toho názoru, že klíčových faktorem pro vznik důvěry je vztah mezi pacientem a sestrou, který je součástí psychické pohody, jež je nejdůležitějším prvkem v pooperační péči. Z našeho výzkumu vyplývá, že sestry dodržují předepsané předpisy a všechny měly čisté uniformy. Správná úprava všeobecné sestry je nesmírně důležitá, neboť, jak tvrdí Špirudová (2015), role sester zahrnuje nejen chování a úpravu jedince, ale také se týká jejich vztahu k názorům pacienta, postojům, hodnotám, emocím a dalším vlastnostem.

Po zkoumání komunikace sester s pacientem na urologickém oddělení lze uvést, že schopnost komunikace sester není problematická, ale naopak jsme zaznamenali obtíže

při navazování hlubších vztahů s pacienty kvůli nedostatku společných témat. Tomová a Křivková (2016) tvrdí, že komunikace zahrnuje porozumění jak slovního, tak i mimoslovního projevu, včetně běžně používaných gest, mimiky, zvuků a různých informačních prostředků, které pomáhají identifikovat různé komunikační problémy. Také z výsledku vyplývá, že kvalitní komunikace má pozitivní vliv na celkový dopad pooperační péče. Z tohoto důvodu je klíčové, aby sestry využívaly více strategií, mezi které patří například aktivní naslouchání, empatie, schopnost nalézání společných zájmů nebo témat k vytváření společné důvěry. Stejného názoru je i Zacharová (2016), jež uvádí, že empatický přístup a úspěšná komunikace přispívají k efektivní ošetrovatelské péči. Z výsledků výzkumu vyplývá, že sestry aktivně projevovaly svou ochotu pomoci pacientům tím, že se pravidelně ptaly na pacientovy potřeby, zejména v prvních hodinách po operačním výkonu. Jak uvádí Plevová et al. (2011), komunikace je významným prvkem v práci sester a vyžaduje porozumění verbálním a neverbálním projevům. Při pozorování bylo zjištěno, že při příjezdu z dospívacího pokoje na standardní pokoj všeobecné sestry pacienty vždy oslovily. Plevová et al. (2011) zdůrazňují, že by sestra neměla opomíjet pozdravy ani poděkování, neboť tato gesta mohou mít významný vliv na vytváření pozitivního vztahu mezi sestrou a pacientem, a měla by také dbát na správné oslovení pacienta. Válková (2015) uvádí, že v komunikaci je nejvyšší prioritou oslovení pacienta. Na základě výsledku analýzy vyplynulo, že čtyři sestry (S2, S4, S5 a S6) pacienty oslovily příjmením a z toho jedna (S4) oslovila pacienta titulem. Sestry se během mého pozorování chovaly a komunikovaly tak, aby udržely vzájemnou důvěru. Bednářík a Andrášiová (2020) se s tímto tvrzením shodují a potvrzují, že kvalitně zvládnutá komunikace vede ke zlepšení spolupráce a vzájemné důvěře mezi sestrami a pacienty.

Dodržování bariérové péče je součástí sesterské role v pooperační péči o pacienty, která je zásadní pro ochranu jejich zdraví. S naším názorem souhlasí i Kachlová a Plevová (2022), které ve své knize uvádí, že jde o využití systému pracovních, organizačních a provozních opatření, která zabraňují vzniku a šíření infekcí. Analýza dat ukazuje, že všechny pozorované sestry měly pečlivě upravené a čisté oblečení. Dle Červenkové et al. (2018) je úlohou čistého pracovního oděvu ochrana pacienta, u kterého je poskytována odborná péče, zejména v pooperačním období. Faktory ovlivňující průběh hygienické péče zmiňují ve své publikaci Kachlová a Plevová (2023) a patří mezi ně věk, pohlaví, zdravotní stav, přidružené onemocnění, míra

soběstačnosti, pohybová aktivita, pohybový režim, emocionální stránka, prostředí – teplota, vlhkost, společná spolupráce, sociální situace – výchova, návyky, rodinné zázemí nebo kulturní zvyklosti. Bariérová péče zahrnuje dodržování hygieny rukou a na základě pozorování bylo zjištěno, že čtyři sestry, konkrétně S1, S2, S4 a S6, si při každé činnosti s pacientem správně dezinfikovaly ruce. U S3 a S5 z výzkumu vyplynulo, že pouze používají ochranné pomůcky bez následné dezinfekce rukou. Jak uvádí Reichardt et al. (2017), ruce zdravotnických pracovníků nejsou pouze nástrojem při péči o nemocné, ale hrají klíčovou roli v přenosu nozokomiálních nákaz. Jsem stejného názoru, důkladná hygiena rukou je jedním z nejzákladnějších a nejjednodušších opatření v předcházení nozokomiálních nákaz. Kapounová (2020) uvádí, že rukavice se používají při každém kontaktu s biologickým materiálem. U S2 a S5 bylo zpozorováno pravidelné používání rukavic při jakémkoli kontaktu s pacientem. Věstník MZČR (2012) tímto také potvrzuje, že používání rukavic nenahrazuje nejen nutnost provádět hygienu rukou, ale ani mytí rukou nebo dezinfekci rukou po sejmutí rukavic. Studie Demirela (2019) doplnila, že sestry, které jsou dostatečně informované o správně hygieně rukou, poskytují kvalitní bariérovou péči.

V návaznosti na výše uvedené výzkumné šetření o rolích sester v pooperační péči přecházíme k druhému cíli, kterým je zmapování specifík pooperační ošetrovatelské péče poskytované pacientům po malých urologických výkonech. Kategorie specifík v pooperační péči byla rozdělena do čtyř podkategorií. První podkategorie se zabývala překladem pacienta z dospávacího pokoje na standardní pokoj. Druhá podkategorie se týkala identifikace pacienta. Ve třetí podkategorii jsme pozorovali, jak všeobecné sestry monitorují pacienta v pooperační péči po malém urologickém výkonu. Ve čtvrté podkategorii jsme zaznamenávali hodnocení rizik pádů v pooperačním období. Podle Burdy a Šolcové (2016) se pooperační péče řadí dle druhu a rozsahu operačního výkonu. Po skončení operačního zákroku je pacient monitorován, a pokud je pacient při vědomí, je převezen na standardní pokoj.

V průběhu výzkumného šetření bylo zjištěno, že sestry dodržují určitá specifika v rámci pooperační ošetrovatelské péče po malých urologických výkonech. Na základě analýzy výsledků vyplývá odpověď ke druhé výzkumné otázce, která se zaměřovala na specifika pooperační péče po malých urologických výkonech. Tato specifika zahrnují sledování močení, bolesti a poskytování léků proti bolestem, péči o permanentní močový katétr nebo invazivní vstupy, prevenci infekce a komplikace spojené s urologickým výkonem,

edukaci pacientů po propuštění z nemocnice a poskytování emocionální podpory pacientům při zjištění špatné prognózy onemocnění. Dále bylo z výsledků výzkumu zjištěno, že tyto aspekty hrají v tomto období důležitou roli pro zajištění bezpečné a efektivní péče. Identifikace pacienta zabraňuje záměně pacienta, monitorací a hodnocením rizik pádu lze předcházet možným komplikacím, které mohou vzniknout po operačním výkonu.

V další části pozorování jsme věnovali pozornost překlada pacienta z dospávacího pokoje na standardní pokoj. Z výzkumu vyplývá, že všechny pozorované sestry obdržely informace od anesteziologické sestry o zdravotním stavu pacienta u jeho lůžka. S tímto správným postupem souhlasí Maxsova et al. (2012). Předání informací o pacientovi by mělo probíhat ústně a v písemné formě je součástí dokumentace, kde musí být zmíněné aktuální informace, jak tvrdí Pokorná et al. (2019). Při pozorování S2, S4 a S6 bylo zpozorováno, že anesteziologická sestra se nejprve zeptala, z jakého oddělení sestry přicházejí, a poté uvedla jméno pacienta. Pozitivním výsledkem bylo, že tyto sestry obdržely i informace o proběhlém výkonu, který se obešel bez komplikací. Dle mého názoru je také důležité předávat informace o každé potřebě pacienta na dospávacím pokoji. Předání informací o zdravotním stavu pacienta přispívá k lepší úrovni poskytování ošetrovatelské péče, jak uvádí i Pokorná et al. (2019). Během pozorování bylo zjištěno, zda byly pacientům na dospávacím pokoji podány nějaké léky. S2 a S5 byly anesteziologickou sestrou informovány, že pacienti nepociťovali po operačním zákroku potřebu říct si o léky proti bolestem. Domnívám se, že tento údaj je pro sestru, která přijímá pacienta na své oddělení, velmi důležitý. Pomáhá stanovit, kdy může sestra podat další léky proti bolestem. Bylo zjištěno, že S1, S2 a S5 aktivně komunikovaly s pacienty, dotazovaly se jich, zda je vše v pořádku a jestli je něco nebolí. Dle Janíkové a Zeleníkové (2013) je důležité bolest u pacienta nepodceňovat a sledovat intenzitu, charakter, lokalizaci a reakci na podané léky. Dále si S1, S4 a S5 důkladně zkontrolovaly invazivní vstupy, včetně permanentního močového katétru nebo zavedení periferního žilního katétru, zatímco S2, S3 a S6 pacienta neprohlédly. Sochorová a Vidlář (2016) uvádějí, že součástí pooperační péče sestry na standardním pokoji je podpora nemocného v jeho aktivní péči o sebe samého, včetně schopnosti správně se starat o permanentní močový katétr.

Z pozorování vyplynulo, že čtyři pozorované sestry (S1, S4, S5 a S6) identifikovaly pacienty tak, že se zeptaly na jeho jméno a zkontrolovaly si jeho náramek. Šedivý (2016) uvádí, že k identifikaci pacienta neslouží jen identifikační náramek, protože existuje vyšší riziko záměny pacienta se stejným či podobným jménem na oddělení. Identifikaci pacientů důkladně provedly S4, S5 a S6, a to i před podáváním léků. Dle Marxe (2015) je identifikace pacientů bezpečná při používání jedinečných identifikátorů, mezi které patří jméno, příjmení a datum narození. U dvou sester bylo upozorováno, že identifikaci pacienta provedly neadekvátně. Dle Pokorné et al. (2019) je hlavním prvkem v dodržování povinností jednoznačná identifikace pacientů, neboť dochází ke zvyšování bezpečnosti při poskytování preventivní, léčebné, diagnostické a ošetrovatelské péče.

Dále jsme se zajímali o to, jakým způsobem probíhá monitorace u pacienta po malém urologickém výkonu na standardním lůžku. V průběhu pozorování bylo zjištěno, že všechny sestry pravidelně kontrolovaly krevní tlak, pulz, tělesnou teplotu, bolest a zapisovaly údaje do záznamového listu. To odpovídá tvrzení Schneiderové (2014). Míkšová et al. (2006) doplňují, že není důležité pouze monitorovat polohu pacienta a bolest, ale také zaznamenávat aplikaci analgetik, včetně času a množství podání. Schneiderová (2014) také uvádí, že pro nekomplikovaný pooperační průběh má zásadní význam pooperační ovlivnění bolesti. Kachlová a Plevová (2022) zdůrazňují, že je důležité dodržovat přípravu pacienta při měření fyziologických funkcí a správně posoudit naměřenou hodnotu. Z analýzy vyplývá, že čtyři sestry, S1, S2, S3 a S5, podporovaly nemocného v jeho aktivitách, hygieně a příjmu tekutin. Toto pozorování je v souladu s tvrzením Sochorové a Vidláře (2016), kteří uvádějí, že motivace pacienta je hlavním úkolem sestry.

Dále jsme se zaměřili na prevenci rizik pádů v pooperačním období. Jak uvádí Miertová (2019), monitorace rizik pádů je v podmínkách ošetrovatelské praxe, jež vyplývá z platných klinických doporučení a legislativních norem, které jsou zaměřeny na bezpečnost pacienta a prevenci nežádoucích událostí během hospitalizace. Sestry sehrávají klíčovou roli při monitorování rizik pádu a realizaci intervencí pro jeho minimalizaci. U všech sledovaných sester bylo upozorováno, že provedly záznam o riziku pádu po operačním výkonu do tabulky v ošetrovatelské dokumentaci. Podle Sochorové a Vidláře (2016) je správné vedení ošetrovatelské dokumentace součástí pooperační péče. Dle mého názoru je identifikace rizik pádů důležitým faktorem

pro bezpečnost pacientů. Z výsledků výzkumu je zřejmé, že všechny sestry aktivně informovaly pacienty a nabízely pomoc při prvním vstávání z lůžka po operačním výkonu a také zohledňovaly potřebu zvednutí postranic pro lepší bezpečnost pacienta. Dle Bizovské et al. (2017) je pro prevenci pádů nebo zmírnění jejich následků důležité dodržovat preventivní přístupy, které by měly být komplexní a mnohostranné. WHO (2007) uvádí model prevence pádů, jenž stojí na třech základech, kterými jsou povědomí o prevenci pádů, hodnocení individuálních, enviromentálních a sociálních faktorů zvyšující pravděpodobnost pádů a intervence pádů. Prevenci pádů rozdělují Klán a Topinková (2003) na primární, sekundární a terciární. Primární prevence snižuje riziko vzniku nemoci a je založena na intervenci. Sekundární a terciární prevence se zaměřují na včasné vyhledávání a léčbu, která zlepšuje prognózu a zabraňuje vzniku komplikací.

Dalším cílem diplomové práce bylo zjistit, jak pacienti vnímají péči sester po malých urologických výkonech. Součástí tohoto výzkumu bylo prozkoumání informovanosti pacientů a jejich pohled na kvalitu pooperační péče. Z analýzy výsledků ke třetí výzkumné otázce vyplývá, že pacienti vnímají péči sester po malých urologických výkonech jako velmi významnou součást pooperačního období. Velkou roli v tomto ohledu hraje komunikace, spolupráce a empatický přístup sester k pacientům. Z výsledků vyplynulo, že vzájemná důvěra mezi pacientem a sestrou vede k pochopení, porozumění a k podpoře nemocného v pooperačním období po urologickém výkonu.

Z výzkumu vyplývá, že důležitou součástí informovanosti pacientů je znalost jejich onemocnění, včetně příznaků a dalšího postupu pooperační léčby. Hlavním příznakem byl problém s močením, na kterém se všichni dotazovaní shodli. Dále z výsledku výzkumu vyplynulo, že tento problém hrál i nedílnou roli v osobním životě, kde tento faktor bránil společenským aktivitám, jak tvrdí P4: *„Bránilo mně to jít někam třeba do divadla, protože bych to neustál.“* Argayová et al. (2021) uvádějí, že pečlivá hygienická péče je při častém močení důležitá a doporučuje se, aby pacienti upřednostňovali domácí prostředí. Z výzkumného šetření dále vyplynulo, že příznaky urologického onemocnění často vedou pacienty k návštěvě lékaře, kde jsou podrobeni důkladnému vyšetření. Tato skutečnost se potvrdila i u P1, u které byl zachycen nález v močovém měchýři nejprve přes cystoskopii a následně byl potvrzen i při CT vyšetření.

Podrobné vysvětlení průběhu urologického zákroku a následné pooperační péče přispělo k rozhodnutí pacienta podstoupit tuto operaci. Ze získaných odpovědí vyplynulo, že většině pacientům bylo podrobně vysvětleno, jak proběhne předoperační příprava, průběh operace a následný postup. Zajímavým přínosem byla výpověď P1, která se zmínila o informovaném souhlasu: „*Přečetla jsem si i informovaný souhlas, kde to bylo všechno napsané. Bylo tam, jak výkon bude probíhat a jaké komplikace mohou po výkonu nastat.*“ Haškovcová (2007) zastává názor, že zdravotnický pracovník musí pokaždé před písemným informovaným souhlasem ústně seznámit pacienta s výkonem, jenž bude tento zákrok podstupovat. Z výzkumu vyplynulo, že P3 nebyl informovaný o operačním výkonu a zmínil se, že nakonec nevěděl, jaký zákrok podstoupil. Naopak z výsledků analýzy vyplývá, že dotazovaní P1, P2, P4, P5 a P6 byli s poskytnutými informacemi před urologickým výkonem spokojeni. Bednařík a Andrášiová (2020) popsali, že dobře zvládnutá komunikace s pacientem nesouvisí pouze s výměnou informací, ale zahrnuje také postup léčby nebo dávkování léků. Podle mého názoru se vzájemná důvěra vytváří na základě dobré spolupráce mezi zdravotnickým personálem a pacientem. Výzkumné šetření ukázalo, že informovanost pacientů před urologickým výkonem může ovlivnit jejich celkový pocit spokojenosti. Někteří z nich sdělili, že jim byly poskytnuty důležité informace týkající se samotné operace, anestezie a průběhu zákroku.

Spolupráce mezi sestrou a pacientem je klíčová pro poskytování efektivní péče a v předcházení možných komplikací po operačním výkonu. V souladu s Vörösovou et al. (2015) je pro sestru důležitým předpokladem pacienta dobře znát, umět mu naslouchat a spolupracovat s jeho rodinou. Z výzkumných výsledků pacientů vyplývá, že kvalita pooperační péče může mít významný vliv na zkušenosti pacientů během jejich pobytu v nemocnici. Důkladná péče, jak ji popisují P3 a P5, může vytvářet pozitivní dojmy a přispívat k celkové spokojenosti pacientů. Pro P4 je reakce sester na potřeby pacientů klíčovým faktorem ke zvládnutí pooperačního období po urologickém výkonu. Dušová (2019) popsala psychické potřeby jako projevy duševních stavů vyplývající z individuálního rozvoje osobnosti člověka. Podobný náhled na psychické potřeby sdíleli i Tóthová et al., (2014), kteří zdůrazňují jedinečnost a individualitu každého člověka. Z výpovědí P1 a P2 je zřejmé, že si pacienti velmi váží poskytované pooperační péče sester. Domnívám se, že tyto získané informace zvyšují nejen kvalitu poskytované péče, ale i poskytování individuální péče každému pacientovi.

Jak praví Jedličková et al. (2024), kvalita je spojovaná s uspokojováním potřeb pacienta a pomáhá zabránit vzniku negativních vlivů. Dle Vévody (2013) není možné zajistit kvalitu současné zdravotní péče bez efektivní týmové spolupráce. Organizace pracovních týmů představuje shromažďování pracovníků do nových a flexibilních skupin, jež umožňují zvládnout nové úkoly a funkce.

Další nedílnou součástí pooperační péče po malém urologickém výkonu je vzájemná komunikace mezi sestrou a pacientem, která je základem všech sesterských činností a vyžaduje empatické naslouchání. Dle Zacharové (2016) k efektivní ošetrovatelské péči u pacientů po urologickém výkonu přispívá úspěšná komunikace a empatický přístup, což lze potvrdit z výpovědí P1 a P2, kteří popsali pozitivní zkušenosti v komunikaci se sestrami. Zkušenosti P3 a P4 naznačují, že empatický přístup sester k potřebám pacientů hrál klíčovou roli pro zlepšení jejich spokojenosti. Tyto výpovědi ukazují, že sestry nejen dbaly o fyzické potřeby pacientů, ale také se aktivně zajímaly o jejich emocionální stav po operačním výkonu. S tímto tvrzením souhlasí i Šulistová a Trešlová (2012) a uvádějí, že komunikace mezi sestrou a pacientem na urologickém oddělení se rozvíjí na základě empatického přístupu a na schopnosti projevení zájmu o druhé. V první řadě je důležité zapojit se do interakce a mít pozitivní náhled na komunikaci, poněvadž malá míra empatie může ukázat náš odstup od pacienta. P4 poukázala na význam dostatečných informací o postupu léčby v rámci komunikace. Tomová a Křivková (2016) doplňují, že je důležité porozumět jak verbálním, tak neverbálním projevům, jakými jsou gesta, mimika, zvuky a další informační prostředky, které mohou pomoci identifikovat určité problémy spojené s pooperační péčí. Brabcová et al. (2015) uvádí, že komunikace umožňuje sdílet znalosti, zkušenosti a dovednosti v týmu a tvrdí, že sestra musí být loajální, pozorná a musí umět eliminovat negativní okolnosti, které vedou k poškození pacientova zdraví. Otevřená týmová komunikace má vliv na efektivitu a bezpečnost poskytované péče.

V rámci výzkumného šetření byl zjištěný postoj k pooperační péči poskytované sestrami z pohledu pacienta. Burda a Šolcová (2016) zdůrazňují, že je v pooperační péči významná poloha pacienta a čisté lůžko se signalizačním zařízením, emitní miskou a močovou lahví. Kudlová (2016) popsala pracovní náplň sester v pooperačním období jako neustálé sledování fyzického a psychického stavu pacienta. Současně i vyzdvihla podávání léků dle ordinace lékaře, odběr biologického materiálu, měření a sledování životně důležitých funkcí a poskytování neodkladné péče. Dále uvádí, že tyto postupy by měla zvládnout

jakákoliv sestra. Ze získaných odpovědí pacientů vyplynulo, že všichni pozorovaní pacienti byli spokojeni s péčí, kterou po svém urologickém výkonu obdrželi. Schneiderová (2014) popisuje pravidelné sledování pacienta v pooperačním období a zdůrazňuje monitorování fyziologických funkcí a celkového stavu pacienta. S pohledem Schneiderové (2014) se shodují výsledky získané od P5, jenž podotkl, že si všiml pravidelného sledování krevního tlaku a zájmu sester o jeho pohodlí. Konkrétně P1 vyzdvihla, že její zkušenost s péčí byla pozitivní a bezchybná. Ukázalo se, že sestry nejen plnily své povinnosti, ale i projevovaly empatii a starost o pohodlí pacientů. Podobně se zmínili i P2 a P5, kteří uvedli pozitivní zkušenosti s pooperační péčí a zdůraznili důležitost toho, že sestry dbaly na jejich základní potřeby. Dle mého názoru přispívá takový přístup k celkové spokojenosti pacientů a důvěře v pooperačním období. Jak uvádějí Slezáková et al. (2019), jednou ze základních potřeb pacientů je vyprázdnění močového měchýře, který je významný v prvních hodinách po urologickém výkonu. V souladu s vyprázdněním močového měchýře po urologickém výkonu a zájmem sester o základní potřebu P2 uvedl: „*Sestry mi donesly bažanta, protože jsem byl napojen na kapačku a na záchod jsem jít nemohl.*“ Vyprázdnění močového měchýře je bezprostředně nutné do 6-8 hodin po odeznění anestezie. Pokud nedojde k úspěšnému vymočení, uvádějí Slezáková et al. (2019) jiné alternativy, jakými jsou podávání tekutin, tekoucí voda nebo jednorázová katetrizace. S tímto tvrzení souhlasí i Dušová et al. (2019), která tvrdí, že jedinci při dlouhodobém nenaplnění svých potřeb přijímají jakoukoliv dostupnou alternativu, která uspokojuje jejich potřeby.

Dále se výzkumné šetření zaměřovalo na odhalení obav a zkušenosti s urologickým výkonem. Předpokládali jsme, že dotazovaní budou popisovat období bezprostředně před odjezdem na operační sál jako nejvíce stresující. Překvapivě se žádný pacient z dotazovaných nezmínil o tomto období. Dle Sochorové a Vidláře (2016) je přínosná i zpětná vazba pacientů k ověření porozumění poskytnutým informacím. Z výsledků vyplývá, že všichni dotazovaní pacienti vyjádřili důvěru ve zdravotnický personál, pozitivně hodnotili informovanou přípravu před urologickým výkonem a zmínili, že ve vyšším věku má z operačního výkonu obavy skoro každý člověk. Ztotožňujeme se s výrokem Dušové et al. (2019), kteří zmiňují, že k důvěryhodnosti a spokojenosti pacientů pomáhá vhodná edukace ošetrovatelské péče, jež přispívá k poskytování kvalitní péče. Příkladem je P5, který měl možnost volby typu anestezie, vyjádřil svou důvěru ve spinální anestezii, kterou preferoval na základě svých zkušeností, informovanosti

a menších obav. Naopak P4, který i přes svá omezení v osobním životě způsobená urologickým onemocněním, vyjádřil naději na zlepšení a očekávání, až se bude moci vrátit k běžným aktivitám. Podle Zacharové (2016) je důležité, aby sestra pro získání důvěry vytvořila klidné prostředí a poskytla pacientovi volný prostor pro případné dotazy a obavy. Svěráková (2012) zmiňuje významnost sekundární edukace pro pacienty v lůžkové a ambulantní péči, podporu efektivity léčby a přispívání k dřívějšímu propuštění pacienta do domácí péče. Tento přístup se odrážel i ve výpovědi P3, který i přes své obavy vyjádřil pozitivní myšlení a víru v rychlý návrat do domácího prostředí. Podle Tomové a Křivkové (2016) pacient najde odvahu k vyjádření svých emocí a obav z operačního výkonu, pokud je vztah založen na vzájemné důvěře, autentičnosti, trpělivosti, citlivosti a otevřenosti.

Na základě analýzy výsledků výzkumného šetření byly identifikované komplikace a nedostatky v pooperační péči, které se mohou vyskytnout u pacientů po urologickém výkonu. Jak praví Libová et al. (2019), pooperační komplikace souvisí s chirurgickým výkonem a léčbou. Jejich výskyt závisí na délce trvání výkonu, rozsahu, anestezii, přidružených onemocněních a poskytované pooperační péči. Tevis a Kennedy (2013) uvádějí, že pooperační komplikace ovlivňují kvalitu pacientova života a rozvoj komplikací po výkonu úzce souvisí s předoperačními rizikovými faktory. Výsledky výzkumu naopak ukazují, že pacienti vyjádřili celkovou spokojenost s poskytovanou pooperační ošetrovatelskou péčí a téměř všichni dotazovaní, včetně P6 a P4, uvedli, že urologický výkon dopadl bez komplikací. Součástí prevence pooperačních komplikací je používání sterilních zdravotnických pomůcek a dodržování aseptického přístupu, jak již popsala Kohoutová (2014). P6 výslovně ocenila práci sester a zdůraznila, že sestry dělají maximum v rámci své profese a umí vybudovat vzájemnou důvěru při poskytování ošetrovatelské péče. Jak uvádí Zacharová (2017), vzájemná důvěra je podmínkou pro pochopení, porozumění a podporu nemocného v náročných životních situacích, při překonávání krizových okamžiků života a negativních pocitů. Naopak P5 sdělil, že po urologickém výkonu prožíval období napětí a nejistoty ohledně výsledků a dopadu operace. Dle mého názoru mohlo toto nedostatečné informování o proběhlém výkonu vést ke zvýšenému stresu a pocitu nejistoty u pacienta, jak to P5 sám popsal. Tomová a Křivková (2016) kladou důraz na komunikační bariery a zdůrazňují, že cílem každé komunikace je účinné a efektivní sdělení, jež má něco zjistit a o něčem informovat.

6 ZÁVĚR

Diplomová práce představuje poskytování ošetrovatelské pooperační péče po malých urologických výkonech. Vzhledem k širokému spektru malých urologických výkonů se tato diplomová práce se zaměřuje zejména na endoskopické výkony, které představují významnou část této problematiky. V teoretické části je popsán obor urologie, charakteristika urologických symptomů, význam endoskopie v urologii a ošetrovatelský proces v rámci pooperační péče po malých urologických výkonech. V rámci ošetrovatelského procesu jsou popsány pooperační komplikace na urologickém oddělení a důležitost role sestry v tomto procesu. Dále je zde zdůrazněna důležitost týmové spolupráce jako nedílná součást fungování urologického oddělení.

Pro diplomovou práci byly stanoveny tři cíle. Prvním cílem bylo zjistit, jaká je role sestry v pooperační péči u pacientů po malých urologických výkonech. Druhým cílem této práce bylo zmapovat specifika pooperační ošetrovatelské péči u pacientů po malých urologických výkonech. Třetím cílem bylo zjistit, jak vnímají pacienti péči sester po malých urologických výkonech. K cílům diplomové práce byly následně formulovány tři výzkumné otázky. Tyto otázky se zaměřovaly na roli sester v pooperační péči, specifika pooperační ošetrovatelské péče po malých urologických výkonech, a nakonec na vnímání péče ze subjektivního pohledu pacientů po malém urologickém výkonu.

Vzhledem k tomu, že ošetrovatelská pooperační péče je nedílnou součástí každodenních činností sestry, může se na první pohled zdát, že výzkum nepřinese žádná nová zjištění. Přesto však přinesl řadu pozitivních poznatků. Na druhou stranu je důležité, aby každá sestra prováděla sebereflexi a uvědomila si, že nedodržování stanovených standardů může mít negativní důsledky jak pro ni, tak pro pacienta. I když některé postupy mohou působit jako rutina, je významné si uvědomit, že každý pacient je jedinečný a vyžaduje individuální přístup. Neustálé zlepšování a sebereflexe jsou nezbytné pro dosažení nejvyšší možné kvality poskytované péče.

Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že sestry hrají nepostradatelnou úlohu v poskytování komplexní a individuální péče o pacienty po malém urologickém výkonu. Sestry dodržovaly předpisy a měly čisté uniformy, které jsou významné pro vytváření osobního dojmu pacienta. Z výzkumu dále vyplývá, že sestry využívají různá specifika pooperační ošetrovatelské péče u pacientů po urologickém výkonu. Tato specifika zahrnují sledování močení, bolesti, poskytování léků na bolest, péči o permanentní močový katétr, prevenci

infekcí a komplikací, edukaci pacientů a poskytování emocionální podpory. Výsledky naznačují, že tyto aspekty jsou významné pro zajištění bezpečné a efektivní péče v pooperačním období a správná identifikace pacienta a monitorace rizik může předcházet komplikacím. U pacientů je významná komunikace, spolupráce, empatický přístup sester k pacientům a vzájemná důvěra mezi pacientem a sestrou, vedoucí k pochopení, porozumění a podpoře nemocného v pooperačním období po urologickém výkonu. Kvalitní komunikace má pozitivní vliv na celkový dopad pooperačního období a sestry by měly více naslouchat, být empatické a nalézat společné zájmy k navazování společné důvěry. Překvapujícím bylo zjištění, že sestry aktivně projevovaly svou ochotu pomoci pacientům a podporovaly jejich potřeby. Sestry během výzkumného šetření také oslovovaly pacienty příjmením, což vedlo k vytváření vzájemné důvěry mezi sestrou a pacientem. Z výzkumného šetření vyšlo najevo, že sestry dodržovaly hygienu rukou a používaly ochranné pomůcky k zamezení přenosu nozokomiálních nákaz.

Výsledky z této diplomové práce jsou určeny sestřím k prohloubení znalostí a dovedností v oblasti pooperační péče po urologických výkonech a je vytvořeno doporučení pro nově nastupující sestry na urologické oddělení k poskytování pooperační ošetrovatelské péče po malém endoskopickém výkonu (Příloha 3). Následně vede tato práce i k lepšímu porozumění potřeb pacientů v pooperačním období a k poskytování efektivnější a kvalitnější péče.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. AHMED, H. U. et al., 2017. *Diagnostic accuracy of multi-parametric MRI and TRUS biopsy in prostate cancer (PROMIS): a paired validating confirmatory study.* [online]. [cit 2023-09,19]. Lancet (London, England), 389(10071), s. 815–822. Dostupné z: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32401-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32401-1)
2. ARGAYOVÁ, I. et al., 2021. *Specializovaná ošetrovatelská péče v onkourologii: nádory močového měchýře.* Praha: Grada. s. 120. ISBN 978-80-271-1726-0.
3. BEDNAŘÍK, A., ANDRÁŠIOVÁ, M., 2020. *Komunikace s nemocným: sdělování nepřiznivých informací.* Praha: Grada. s. 20-22. ISBN 978-80-271-2288-2.
4. BIZOVSKÁ, L. et al., 2017. *Rovnováha a možnosti jejího hodnocení.* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5259-3
5. BOUKALOVÁ, H. et al., 2023. *Psychologie komunikace.* Praha: Grada. s. 224. ISBN 978-80-271-1388-0.
6. BRABCOVÁ, I. et al., 2015. *Management v ošetrovatelské praxi.* Praha: Nakladatelství Lidové noviny. s. 287. ISBN 978-80-7422-402-7.
7. BRISUDA, A., 2017. Indikace, výsledky a význam časně opakované transuretrální resekce tumorů močového měchýře [online]. *Urologie pro praxi.* Praha, 18(1), p. 14-16 [cit. 2023-09-19]. Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2017/01/04.pdf>
8. BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2016. *Ošetrovatelská péče: pro obor ošetrovatel.* Praha: Grada. s. 234. ISBN 978-80-247-5334-8.
9. BUŽGOVÁ, R., PLEVOVÁ, I., 2011. *Ošetrovatelství I.* Praha: Grada. S. 288. ISBN 978-80247-3557-3.
10. DEMIREL, A., 2019. Improvement of hand hygiene compliance in a private hospital using the Plan-Do-Check-Act (PDCA) method. [online]. *Pakistan Journal of Medical Sciences,* 35(3), 721–725. [cit. 2023-09-19]. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.12669/pjms.35.3.6>
11. DUŠOVÁ, B. et al., 2019. *Edukace v porodní asistenci.* Praha: Grada. S. 58-65. ISBN 978-80-271-0836-7.
12. FERKO, A., et al., 2015. *Chirurgie v kostce. 2.* Praha: Grada. S.43-50. ISBN 978-80-247-1005-1.
13. FERKO, A. et al., 2015. *Chirurgie v kostce. 2. vydání.* Praha: Grada. S. 512. ISBN 978-80-247-1005-1.

14. GILLESPIE, D., 2021. *The Many Roles of the Registered Nurse* [online]. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing. [cit. 2023-11-10], p. 393. ISBN 978-1527561571.
15. GILLIS, C. et al., 2022. Prehabilitation, enhanced recovery after surgery, or both? A narrative review. *British journal of anaesthesia*. [online]. 128(3), p. 434–448. [cit. 2023-10-02], <https://doi.org/10.1016/j.bja.2021.12.007>
16. GUSTAFSSON, U. O. et al., 2018. Guidelines for perioperative care in elective colorectal surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) society recommendations. [online]. *World Journal of Surgery*. 43(3), p. 659-695, [cit. 2023-09-19]. Dostupné z: 10.1007/s00268-018-4844-y.
17. HANUŠ, T., MACEK, P., 2015. *Urologie pro mediky*. Praha: Univerzita Karlova. s. 306. ISBN 978-80-246-3008-3.
18. HAŠKOVCOVÁ, H., 2007. *Informovaný souhlas: proč a jak?* Praha: Galén. s. 30. ISBN 978-80-7262-497-3.
19. HAVRÁNKOVÁ, J. et al., 2019. Předsterilizační příprava a péče o flexibilní endoskopy v urologické ambulanci [online]. *Urologie pro praxi*. Praha, 20(1), s. 42-45 [cit. 2024-01-14]. Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2019/01/09.pdf>
20. HOLÝ, P. et al., 2020. Únik moči (močová inkontinence) [online]. *Česká urologická společnost*. Praha: Česká urologická společnost [cit. 2024-02-27]. Dostupné z: <https://www.cus.cz/pro-pacienty/diagnozy/unik-moci-mocovainkontinence/>
21. HORA, M., DOLEJŠOVÁ, O., 2020. *Urologie pro studenty všeobecného lékařství*. Praha: Karolinum. s. 132. ISBN 978-80-246-4544-5.
22. HORÁČKOVÁ, K. et al., 2018. *Prevence infekcí ve vztahu k ošetrovatelské péči*. Univerzita Pardubice. s. 64. ISBN 978-80-7560-121-9.
23. JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R., 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. s. 256. ISBN 978-80-247-4412-4.
24. JEDLIČKOVÁ et al., 2024. *Management kvality a rizik perioperační péče*. Praha: Grada, s. 22. ISBN 978-80-271-3461-8.
25. JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. s. 80. ISBN 978-80-247-2171-2.
26. KACHLOVÁ, M., PLEVOVÁ, I., 2022. *Postupy v ošetrovatelské péči*. Praha: Grada. s. 341. ISBN 978-80-271-1243-2.

27. KACHLOVÁ, M., PLEVOVÁ, I., 2023. *Postupy v ošetrovatelské péči*. Praha: Grada. s. 10. ISBN 978-80-271-1244-9.
28. KAPOUNOVÁ, G., 2020. *Ošetrovatelství v intenzivní péči 2*. Praha: Grada, s.389 ISBN 978-80-271-1550-1.
29. KASPER, H., 2015. *Výživa v medicíně a dietetika*. Praha: Grada. s. 592. ISBN 978-80-247-4533-6.
30. KELNAROVÁ, J. et al., 2016. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy - 2. ročník*. 2.vydání. Praha: Grada. s. 180. ISBN 978-80-247-5330-0.
31. KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., 2014. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty - 4. ročník*. 2. vydání. Praha: Grada. s. 61-62. ISBN 978-80-247-5203-7.
32. KLÁN, J., TOPINKOVÁ, E., 2003. *Pády a jejich rizikové faktory ve stáří*. *Česká geriatrická revue* [online]. 1(2), 38-43, [cit. 2024-03-05]. ISSN: 1801-8661. Dostupné z: <http://www.digitalniknihovna.cz/nlk/view/uuid:c63037c2-4700-43ac-8db6-b9b408738ea0?page=uuid:0974a9b7-89f5-4bb5-88a4-b7631732fd93>.
33. KOHOUTOVÁ, M., 2014. *Uroinfekce spojené se zdravotní péčí*. *Urologie pro praxi*. Oddělení nemocniční hygieny FN Olomouc, 15(1), s. 30-31, [cit. 2023-11-08].
34. KOO, C. H., a RYU, J. H. 2020. Anesthetic considerations for urologic surgeries. [online]. *Korean journal of anesthesiology*. 73(2), p. 92-102. [cit. 2023-11-19]. Dostupné z <https://doi.org/10.4097/kja.19437>
35. KRÁTKÁ, A., 2016. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. s. 79. ISBN 978-80-7454-635-8.
36. LIBOVÁ, L. et al., 2019. *Ošetrovatelský proces v chirurgii*. Praha: Grada. s. 168. ISBN 978-80-271-2466-4.
37. MACEK, P., 2010. Komplikované infekce močových cest. *Urologie pro praxi*. 11(6), s.302-307, [cit. 2023-11-08]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/uro/2010/06/03.pdf>.
38. MAHBOUBE, L. et al., 2019. Comparing the attitude of doctors and nurses toward factor of collaborative relationships. [online]. *Journal of family medicine and primary care*. 8(10), p. 3263-3267. [cit. 2023-10-02]. Dostupné z: https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe_596_19
39. MÁLEK, J., 2022. *Léčba pooperační bolesti*. *Klinická farmakologie a farmacie*. Praha, 36(1), s. 13-18. Dostupné z: [doi:10.36290/far.2022.003](https://doi.org/10.36290/far.2022.003)

40. MALÍKOVÁ, H., 2022. *Základy radiologie a zobrazovacích metod*. 2. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-5190-3.
41. MARX, D., 2015. *Nesprávná identifikace pacientů* [online]. Praha: Media Network. [cit. 2024-03-05] Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2015/03/nespravna-identifikace-pacientu-2dil-serialu-o-bezpeci-pacientu/>
42. MASTILIAKOVÁ, D., 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. s.192. ISBN 978-80-247-5376-8.
43. MELLANOVÁ, A., 2017. *Psychosociální problematika v ošetrovatelské profesi*. Praha: Grada. s. 112. ISBN 978-80-247-5589-2.
44. MELLANOVÁ, A., 2017. *Psychosociální problematika v ošetrovatelské profesi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5589-2.
45. MIERTOVÁ, M., 2019. *Riziko pádu v ošetrovatelské praxi: u hospitalizovaných pacientů s neurologickým onemocněním*. Praha: Grada. s. 9. ISBN 978-80-271-0850-3.
46. MIKŠOVÁ, Z. et al., 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče*. Praha: Grada. s. 176. ISBN 80-247-1443-4.
47. MLÝNKOVÁ, J., 2016. *Pečovatelsví: učebnice pro obor sociální činnost*. 2. vydání. Praha: Grada. s. 259-260. ISBN 978-80-271-0131-3.
48. PLEVOVÁ, I., 2018. *Ošetrovatelsví I.*, 2. vydání. Praha: Grada. s. 288. ISBN 978-80-271-0888-6.
49. PLEVOVÁ, I. et al., 2011. *Ošetrovatelsví II*. Praha: Grada. s. 224. ISBN 97880-247-3558-0.
50. PLEVOVÁ, I. et al., 2012. *Management v ošetrovatelsví*. Praha: Grada. s. 304. ISBN 978-80-247-3871-0.
51. PLEVOVÁ, I., KACHLOVÁ, M., 2022. *Postupy v ošetrovatelské péči*. Praha: Grada. s. 112. ISBN 978-80-271-3032-0.
52. POPRACH, A., 2021. *Zhoubné nádory močového měchýře*. Praha: Grada. s. 366. ISBN 978-80-271-2503-6.
53. PRŮCHA, J., VETEŠKA, J., 2014. *Andragogický slovník*. 2. vydání. Praha: Grada. s. 320. ISBN 978-80-247-4748-4.
54. RADFORD, M. et al., 2016. *Oxford Handbook of Surgical Nursing*. New York: Oxford University Press. p. 784. ISBN 9780199642663

55. RITTER, M., THALMANN, G., 2019. Einführung und Übersicht zur urologischen Bildgebung [Introduction and review of imaging techniques]. *Der Urologe. Ausg. A*, 58(12), 1409. <https://doi.org/10.1007/s00120-019-01064-0>
56. ROSEN, M. A. et al., 2018. Teamwork in healthcare: Key discoveries enabling safer, high-quality care [online]. *The American psychologist*. 73(4), p. 433–450. [cit. 2023-10-02]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1037/amp0000298>
57. SERLIN, D. C. et al., 2018. Urinary Retention in Adults: Evaluation and Initial Management. *American family physician*, 98(8), 496–503.
58. SCHNEIDEROVÁ, M., 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada. s. 368. ISBN 978-80-247-4414-8.
59. SLEZÁKOVÁ et al., 2019. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. 2. vydání. Praha: Grada. s. 276. ISBN 978-80-247-2900-8.
60. SOCHOROVÁ, N., VIDLÁŘ, A., 2016. *Základy obecné urologie nejen pro sestry*. Olomouc: Solen. s. 108. ISBN 978-80-7471-142-8.
61. STRNADOVÁ, A. et al., 2021. *Koncepce ošetrovatelství*. Věstník Ministerstva Zdravotnictví ČR. 2021(6). s. 87. ISSN: s.1211–0868.
62. SVĚŘÁKOVÁ, M., 2012. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. Praha: Galén. s. 63. ISBN 978-807-2628-452.
63. ŠPIRUDOVÁ, L., 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství II: doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize*. Praha: Grada. ISBN 80-2479964-2.
64. ŠULISTOVÁ, R., TREŠLOVÁ, M., 2012. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči pro sestry a porodní asistentky*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. s. 191. ISBN 978-80-7394-246-5.
65. TAŠKOVÁ, A. et al., 2016. *Praktická plicní chirurgie*. Maxdorf. s. 271. ISBN 978-80-7345-489-0.
66. TEVIS, S. E., KENNEDY, G. D., 2013. Postoperative complications and implications on patient-centered outcomes. [online]. *The Journal of surgical research*. 181(1), p. 106–113. [cit. 2023-11-08], <https://doi.org/10.1016/j.jss.2013.01.032>
67. TOMOVÁ, Š. 2017. *Základy edukace pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. Praha: Ústřední knihovna UK. s. 99. ISBN 978-80-88176-12-1.
68. TOMOVÁ, Š., KŘIVKOVÁ, J., 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada. s. 136. ISBN 978-80-271-0064-4.

69. TÓTHOVÁ, V. et al., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2. aktualizované vydání. Praha: Triton. s. 226. ISBN 978-80-7387-785-9.
70. VÁLKOVÁ, L., 2015. *Rehabilitace kognitivních funkcí v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. s. 160. ISBN 978-80-247-5571-7.
71. VAN DIGGELE, C. et al. 2020. Leadership in healthcare education [online]. *BMC medical education*. p. 456. [cit. 2023-11-08]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02288-x>
72. VERMEIR, P. et al., 2015. Communication in healthcare: a narrative review of the literature and practical recommendations [online]. *International journal of clinical practice*. 69(11), p. 1257–1267. [cit. 2023-11-08]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/ijcp.12686>
73. Věstník MZČR č. 5/2012, metodický návod – hygiena rukou při poskytování zdravotní péče, 2012. [online]. MZČR. [cit. 2024-03-05]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wpcontent/uploads/wepub/6452/36190/Vestnik%20MZ%20CR%205-2012.pdf>
74. VOKURKA, S., 2022. *Komplikace onkologických pacientů a možnosti jejich řešení v primární péči*. Praha: Grada. s. 160. ISBN 978-80-271-3556-1.
75. VOLF, P., DRÁBEK, M., 2017. Endoskopie v urologii a derivace moči. *Urologie pro praxi* [online]. Urologické oddělení, Nemocnice Jihlava, p. o., 18(5), s. 217-222 [cit. 2023-9-19]. Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2017/05/04.pdf>
76. VÖRÖSOVÁ et al., 2015. *Ošetrovatelská diagnostika v práci sestry*. Praha: Grada, s. 66. ISBN 978-80-247-5538-0.
77. WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007. *WHO global report on falls prevention in older age*. Geneva: WHO Press. ISBN 978-92-4-156353-6.
78. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. s.128. ISBN 978-80-271-0156-6.
79. ZACHAROVÁ, E., 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, s. 537. ISBN 978-80-271-0155-9.

8 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Seznam otázek pro rozhovory

Příloha 2 Oblasti zúčastněného pozorování sester

Příloha 3 Doporučení pro nově nastupující sestry na urologické oddělení v pooperační ošetrovatelské péči po malém endoskopickém výkonu

Příloha 1 Seznam otázek pro rozhovory

1. Kolik je Vám let?
2. Jaký urologický výkon jste aktuálně podstoupil/a?
3. Proč jste tento výkon podstoupil/a?
4. Jaký jste měl/a pocity před operačním výkonem?
5. Jaké konkrétní informace jste dostal/a před tímto výkonem?
6. Jak probíhalo předání informací o postupu pooperační péče po malém urologickém výkonu?
7. Jakým způsobem Vás lékař nebo zdravotnický personál seznámil s pooperačními riziky spojenými s urologickým výkonem?
8. Byly Vám dostatečně vysvětlené otázky ohledně výkonu, které jste položil/a zdravotnickému personálu?
9. Jaká byla vaše očekávání od sester v pooperační péči po příjezdu z operačního sálu a první dny po operaci a byla vaše očekávání naplněna?
10. Jaké obavy jste měl/a v souvislosti s pooperační péčí? (*stud*)
11. Jaký byl Váš celkový dojem z komunikace se sestrami v souvislosti s pooperační péčí během pobytu na urologickém oddělení?
12. Vyskytl se během vašeho operačního období nějaký specifický okamžik nebo situace, který byl pro vás zásadní?
13. Jak byste popsal/a průběh poskytované péče ze strany sester po operační výkonu? (*zhodnotil*)
14. Proběhla váš operační výkon bez komplikací? Měl/a jste nějaké pooperační komplikaci? Pokud ano, víte jaké?
15. Co jste považoval/a za chybějící v pooperační péči ze strany sester?

Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

Příloha 2 Oblasti zúčastněného pozorování sester

Pozorované oblasti
Přístup sester k pacientovi
Hygienické předpisy
Komunikace s pacientem
Monitorace základní životní funkcí
Seznámení se signalizačním zařízením
Péče o potřeby
Bariérová péče
Spolupráce sestry s ošetřujícím personálem
Identifikace pacienta
Pooperační péče
Zhodnocení bolesti dle škály VAS
Monitorace a prevence infekcí
Bezpečnostní opatření a riziko pádů

Zdroj: Vlastní, 2024

Příloha 3 Doporučení pro nově nastupující sestry na urologické oddělení v pooperační ošetrovatelské péči po malém endoskopickém výkonu

Komunikace s pacientem

- Aktivní naslouchání
- Empatický přístup
- Porozumění potřebám pacienta

Monitorování fyziologických funkcí

- Pravidelné monitorování krevního tlaku, teploty, srdeční frekvence a dechu
- Sledování změn a včasné odhalení možných komplikací

Sledování bolesti

- Sledovat účinnost léků proti bolesti
- Hodnocení bolesti

Prevence komplikací

- Prevence infekcí
- Sledování spontánního močení
- Prevence tromboembolické nemoci

Edukace pacienta

- pooperační péči
- správné manipulaci s permanentním močovým katétrem
- včasné mobility

Dokumentační činnost

- Dokumentace poskytnuté péče
- Pravidelné pozorování pacienta

Zdroj: Vlastní, 2024

9 SEZNAM ZKRATEK

ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
ATB	Antibiotika
Bc.	Titul bakalář
BCG	Bacillus Calmette-Guerin
CRP	C – reaktivní protein
CT	Počítačová tomografie
JIP	Jednotka intenzivní péče
K+C	Kultivace + citlivost
ml	Mililitr
MR	Magnetická rezonance
Např.	Například
O ₂	Kyslík
OUTI	Optická uretrotomie
P	Pulz
PDD	Fluorescenční nebo fotodynamická diagnostika
PET CT	Pozitronová emisní tomografie
PMK	Permanentní močový katétr
PSA	Prostatický specifický antigen
PŽK	Periferní žilní katétr
reTUR	Opakovaná transuretrální resekce tumoru močového měchýře
RTG	Rentgenová zobrazovací metoda
TEN	Tromboembolická nemoc

TK	Krevní tlak
TRUS	Transrektální sonografie
TUR	Transuretrální resekce tumoru močového měchýře
Tzv.	Tak zvaný
UCG	Uretrocystografie
URS	Ureteroskopie
UZ	Ultrazvuk
VAS	Vizuální analogová škála
VO	Výzkumná otázka
VUR	Vezikoureterální reflux