

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Ošetřování trvale cystoskopicky dispenzarizovaných pacientů

bakalářská práce

Autor práce: Kateřina Mašíková

Studijní program: Ošetřovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Monika Kyselová, MBA

Datum odevzdání práce: 3.5.2012

Abstrakt

Téma bakalářské práce je Ošetřování trvale cystoskopicky dispenzarizovaných pacientů. Bakalářská práce je rozdělena na dvě části. Teoretická část je věnována problematice poskytování ošetrovatelské péče pacientům s nádorem močového měchýře, kteří podstupují pravidelné cystoskopické kontroly. Je zde popsána charakteristika zhoubného onemocnění močového měchýře a jeho léčba, systém cystoskopických kontrol, informovanost a ošetrovatelská péče o tyto pacienty.

Stanovili jsme šest cílů práce. Prvním cílem bylo zjistit, zda mají pacienti informace o cystoskopickém vyšetření. Druhým cílem bylo zjistit, zda mají pacienti informace o délce trvání cystoskopické dispenzarizace. Třetím cílem bylo zmapovat nejčastější komplikace po cystoskopickém vyšetření z pohledu pacienta. Čtvrtým cílem bylo zmapovat ošetrovatelské postupy sester v péči o trvale cystoskopicky dispenzarizované pacienty. Pátým cílem bylo zjistit, zda sestry znají specifika ošetrovatelské péče o trvale cystoskopicky dispenzarizované pacienty. Posledním cílem bylo zmapovat nejčastější komplikace po cystoskopickém vyšetření z pohledu sestry.

V empirické části jsme stanovili tři hypotézy a tři výzkumné otázky. První hypotéza zněla, že pacienti mají informace o cystoskopickém vyšetření. Druhou hypotézou bylo, že pacienti mají informace o délce cystoskopické dispenzarizace. Třetí hypotéza tvrdila, že pacienti udávají jako nejčastější komplikaci po cystoskopickém vyšetření dysurické potíže. První výzkumná otázka zněla, jaké jsou ošetrovatelské postupy sester v péči o cystoskopicky dispenzarizované pacienty na vybraných pracovištích. Druhá výzkumná otázka zněla, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o trvale cystoskopicky dispenzarizované pacienty z pohledu sestry. Třetí výzkumná otázka zněla, jaké jsou nejčastější komplikace po cystoskopickém vyšetření z pohledu sestry. Na základě vyhodnocení anonymního dotazníku se první, druhá i třetí hypotéza potvrdila a všechny výzkumné otázky byly zodpovězeny na základě rozhovorů se sestrami.

Pro získání informací od pacientů, kteří jsou trvale cystoskopicky dispenzarizováni na urologických odděleních Nemocnice České Budějovice a.s. a Nemocnice Písek a.s., byla použita metoda kvantitativního sběru dat formou

anonymního dotazníku. Dotazník obsahoval 25 uzavřených a polootevřených otázek. Celkem bylo rozdáno 120 dotazníků, z nichž bylo pro konečné výzkumné šetření použito 82. Výsledky šetření byly zpracovány do grafů. Pro sběr dat kvalitativního výzkumu byla použita metoda dotazování technikou nestandardizovaného rozhovoru se sestrami. Získávání informací od sester probíhalo prostřednictvím hloubkového rozhovoru a bylo uskutečněno podle předem připravených otázek. Výzkumného šetření se zúčastnilo 8 sester pracujících na urologických odděleních Nemocnice České Budějovice a.s. a Nemocnice Písek a.s. Rozhovory se sestrami byly pro přehlednost sepsány do kasuistik.

Diskuse byla konfrontována s odbornou literaturou. Výstupem bakalářské práce je informační brožura pro trvale cystoskopicky dispenzarizované pacienty.

Abstract

The subject of this bachelor work is Nursing care of patients undergoing permanently cystoscopic follow-up. The thesis is divided into two parts. The theoretical part is devoted to the problem of providing nursing care to patients with bladder cancer who undergo regular cystoscopic controls. It describes characteristics of the malignancy of the urinary bladder and its treatment, system of cystoscopic controls, awareness and nursing care for these patients.

We have identified six objectives for this work. The first objective was to determine whether the patients have information about cystoscopic examination. The second objective was to determine whether the patients have information on duration of cystoscopic follow-up. The third objective was to map the most common complications after the cystoscopic examinations from the perspective of the patient. The fourth objective was to map nursing practice of nurses in the care of permanently cystoscopic follow-up patients. The fifth objective was to determine whether the nurses know the specifics of nursing care for permanently cystoscopic followed-up patients. The last objective was to map the most common complications after the cystoscopic examination from the perspective of nurses.

In the empirical part we set three hypotheses and three research questions. The first hypothesis was that patients have information about cystoscopic examination. The second hypothesis was that patients have the information on the length of cystoscopic follow-up. The third hypothesis stated that patients report as the most common complication after examination cystoscopic dysuric problems. The first research question was what are the procedures for nurses in the nursing care of patients cystoscopic followed-up patients at selected locations. The second research question was what are the specifics of the nursing care of permanently cystoscopic follow-up patients from the perspective of nurse. The third research question was what are the most common complications after cystoscopic examination from the perspective of nurses. Based on an anonymous evaluation questionnaire, the first, second and third hypothesis are confirmed and all the research questions were answered on the basis of interviews with nurses.

To obtain information from patients who are permanently cystoscopic followed-up at hospital departments of urology Nemocnice České Budějovice, a.s. and Nemocnice Písek a.s. (=Hospital, a.s. joint-stock company) was used a quantitative method for data collection through an anonymous questionnaire. The questionnaire contained 25 closed and semi-open questions. A total of 120 questionnaires were distributed of which the final survey used research of 82 ones. Survey results are summarized in graphs.

Nonstandardized interview questioning technique with nurses was used for data collection of quantitative research method. Getting information from the nurses was carried out through depth interview and was by means questions prepared in advance. Research survey was attended by 8 nurses working in hospital department of urology in Nemocnice České Budějovice a.s. and Nemocnice Písek a.s. Interviews with nurses were drawn for charity in case reports.

Discussion was confronted with the specialized literature. The outcome of this bachelor work is the information booklet for permanently cystoscopic followed-up patients.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma Ošetřování trvale cystoskopicky dispenzarizovaných pacientů jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne

.....

(jméno a příjmení)

Poděkování

Chtěla bych poděkovat vedoucí práce Mgr. Monice Kyselové, MBA, za odborné vedení práce, cenné rady a připomínky, bez kterých by tato bakalářská práce nemohla vzniknout a dostala tak konečnou podobu. Dále bych chtěla poděkovat svým blízkým za trpělivost a podporu při studiu a psaní bakalářské práce.

Obsah

ÚVOD.....	11
1 SOUČASNÝ STAV	12
1.1 Funkční anatomie močového měchýře.....	12
1.2 Nádory močového měchýře	13
1.2.1 Příznaky pacientů s nádorovým onemocněním močového měchýře.....	14
1.2.2 Diagnostika pacientů s nádorovým onemocněním močového měchýře...	14
1.2.3 Léčba pacientů s nádorovým onemocněním močového měchýře	16
1.2.4 Dispenzarizace pacientů s povrchovými nádory močového měchýře	18
1.2.5 Prevence nádorů močového měchýře	19
1.3 Historie endourologie.....	19
1.3.1 Cystoskopie.....	20
1.4 Ošetrovatelský proces o trvale cystoskopicky dispenzarizované pacienty	22
1.4.1 Ošetrovatelská péče při cystoskopickém vyšetření v lokální anestezii	23
1.4.2 Ošetrovatelská péče při cystoskopickém vyšetření v celkové anestézii ...	25
1.5 Edukace jako součást ošetrovatelského procesu	27
1.5.1 Edukační činnost sestry ve zdravotnickém zařízení	28
1.5.2 Edukace trvale cystoskopicky dispenzarizovaných pacientů	29
2 CÍLE PRÁCE, HYPOTÉZY A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	30
2.1 Cíle práce	30
2.2 Hypotézy práce.....	30
2.3 Výzkumné otázky práce	30
3 METODIKA	31
3.1 Použité metody	31

3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku	31
4 VÝSLEDKY	33
4.1 Výsledky kvantitativního šetření	33
4.2 Výsledky kvalitativního šetření	47
5 DISKUSE.....	60
5. 1 Diskuse ke kvantitativní části výzkumného šetření	60
5. 2 Diskuse ke kvalitativní části výzkumnému šetření	64
6 ZÁVĚR.....	69
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	71
8 KLÍČOVÁ SLOVA.....	74
9 PŘÍLOHY	75

Seznam použitých zkratk

CT	computerová tomografie
EKG	elektrokardiografie
RTG	rentgen
TUR	transuretrální resekce

ÚVOD

Zhoubné nádory močového měchýře jsou v České republice šestým nejčastěji se vyskytujícím nádorovým onemocněním u mužů a třináctým u žen. Nejčastěji nádory močového měchýře diagnostikujeme v šedesáté a sedmdesáté dekádě života, kdy muži jsou postiženi až třikrát častěji než ženy. V současné době je hlavním a prokazatelným rizikovým faktorem kouření cigaret, kdy u kuřáků se riziko výskytu nádoru močového měchýře zvyšuje až čtyřikrát. Nezastupitelným vyšetřením, které se uplatňuje v diagnostice nádorů močového měchýře, je cystoskopie. Pomocí tohoto endoskopického výkonu popisuje lékař přítomnost a vzhled nádoru a odebírá tkáň na histologické vyšetření, na jehož základě zvolí léčbu.

Tato bakalářská práce se zabývá ošetřováním pacientů s povrchovým nádorem močového měchýře, kdy po chirurgickém odstranění nádoru musí doživotně docházet na cystoskopické kontroly. Vzhledem k vysokému riziku návratu onemocnění je nutné tyto pacienty sledovat, aby se případná recidiva onemocnění co nejdříve zachytila a byla lépe ovlivnitelná léčbou. Sestra se podílí nejen na ošetrovatelské péči o cystoskopicky dispenzarizované pacienty, ale sehrává také důležitou roli při jejich edukaci. Cílem práce je zjistit, zda mají pacienti informace o cystoskopickém vyšetření a délce trvání cystoskopické dispenzarizace, zmapovat nejčastější komplikace po cystoskopickém vyšetření z pohledu pacienta a sestry, dále zmapovat ošetrovatelské postupy sester v péči o trvale dispenzarizované pacienty a zjistit, zda sestry znají specifika ošetrovatelské péče o tyto pacienty.

Téma bakalářské práce jsem si zvolila především proto, že pracuji jako endoskopická sestra na urologickém oddělení a s pacienty podstupujícími cystoskopické kontroly se setkávám poměrně často. Zajímalo mě, zda mají pacienti informace o dispenzárních cystoskopických kontrolách a problematice nádorového onemocnění močového měchýře.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Funkční anatomie močového měchýře

Močový měchýř je dutý svalový orgán, jehož hlavním úkolem je shromažďování moči, kterou přivádějí močovody. V případě, kdy je močový měchýř prázdný, má tvar misky a při pohmatovém vyšetření není hmatný. Naopak při jeho plnění močí mění svůj tvar nejprve na oválný a poté kulovitý. Močový měchýř se skládá ze dna, těla a vrcholu. U obou pohlaví je močový měchýř uložen v malé pánvi za stydkou sponou, kdy zadní a horní stěnu pokrývá pobřišnice a naléhá na střevo, u žen na dělohu (5, 6).

Stěny močového měchýře jsou tvořeny sliznicí, svalovinou, vazivovým obalem a pobřišnicí. Sliznice je uspořádána do řas, které se při roztažení měchýře naplní vyhlazují. Na spodině močového měchýře podslizniční vazivo chybí a tvoří trigonum vesicae. Má trojúhelníkový tvar, jeho vrcholy tvoří ústí močovodů a vnitřní ústí močové trubice. Jelikož je zde sliznice hladká, usnadňuje orientaci při hledání ústí pravého a levého močovodu při instrumentálních výkonech. Hladká svalovina močového měchýře je uspořádána do tří vrstev, zevní podélné, střední cirkulární a vnitřní síťové, kdy cirkulární svalovina se podílí na vypuzování a svalovina v oblasti trigona a na začátku močové trubice tvoří svěrač. Vazivo umožňuje roztažnost močového měchýře a fixuje ho ke stěnám pánve (6).

Náplň močového měchýře je individuální, ale obvykle není větší než 500 ml. Nucení na močení se dostaví při náplni přibližně 150 až 200 ml a při objemu kolem 350 až 400 ml dochází k vyprázdnění močového měchýře. Vyprazdňování močového měchýře - mikce je řízena z mikčního centra, které je uloženo v křížovém úseku míchy. Při naplnění močového měchýře dochází k podráždění nervových zakončení ve stěně měchýře. Smrštěním cirkulární svaloviny stěny močového měchýře a uvolněním svalů pánevního dna, zvláště zevního svěrače, dochází k odtoku moči do močové trubice. Jako pomocné se při mikci uplatňují také svaly břišní stěny (5, 6).

1.2 Nádory močového měchýře

Nejčastějším nádorem močového měchýře je nádor z přechodného epitelu, kdy se jedná o uroteliální karcinom, který má většinou charakter papilárních nádorů. Vzácně se diagnostikuje adenokarcinom a spinocelulární karcinom. Zcela ojediněle se u pacientů v dospělém věku vyskytuje nádor mezenchymálního původu rabdomyosarkom, leiomyosarkom nebo maligní lymfom. Typické pro pacienty s nádory močového měchýře je sklon k recidivám a progresi onemocnění. Zhoubné nádory močového měchýře jsou šestým nejčastěji se vyskytujícím nádorovým onemocněním u mužů a třináctým u žen, kdy postižení jsou více muži a to až třikrát častěji. Diagnostikují se v každém věku, s maximem výskytu v šedesáté a sedmdesáté dekádě života. Četnost karcinomu močového měchýře v České republice, stejně jako v dalších průmyslových zemích Evropy, pozvolna stoupá, avšak úmrtnost zůstává relativně stabilní (1, 4, 34).

V dnešní době se u pacientů stává hlavním a prokazatelným rizikovým faktorem pro vznik nádorů močového měchýře kouření cigaret. Právě takové riziko úměrně stoupá s množstvím vykouřených cigaret a dobou, po kterou pacient kouří. U pacientů kuřáků je riziko až čtyřikrát vyšší než u nekuřáků a podílí se na vzniku až poloviny všech nádorů močového měchýře. S tímto rizikovým faktorem souvisí také prognóza onemocnění, kterou mají kuřáci cigaret horší než nekuřáci. Dalšími prokázanými kancerogeny jsou látky, které patří do skupiny aromatických aminů, jako je například naftylamin, aminobifenyl nebo benzidin. S těmito látkami se setkávají hlavně pacienti, kteří pracují v textilním, chemickém, tiskařském a gumárenském průmyslu, a proto je použití některých chemických látek již zakázáno. Zvýšenému riziku jsou vystaveni pacienti, kteří ve svém zaměstnání manipulují s barvivy, hliníkem, železem, plynem nebo asfaltem. Také nadměrné užívání analgetika phenacetinu po dlouhou dobu a aplikace cytostatika cyklofosfamidu se spojuje s vyšším rizikem vzniku uroteliálního karcinomu (8, 12, 34).

Spinocelulární karcinom močového měchýře se dokumentuje u pacientů s chronickou infekcí močových cest, postmikčním reziduem, zavedeným permanentním katetrem a litiázou. Také parazitární onemocnění Schistosomóza, která se vyskytuje

v některých oblastech severní Afriky, prokazatelně patří k rizikovým faktorům vzniku spinocelulárního karcinomu močového měchýře (1, 12).

1.2.1 Příznaky pacientů s nádorovým onemocněním močového měchýře

Většinu pacientů přivádí k lékaři makroskopická hematurie, která je nebolestivá, často intermitentní. Pouze jednu třetinu pacientů trápí dysurie, polakisurie, urgence a bolesti v podbřišku. Bolesti v bederní krajině způsobené obstrukcí močovodů, celkovou slabostí, nechutenstvím, hubnutím nebo anémií jsou příznaky pozdní a svědčí pro pokročilé onemocnění. Přibližně 20 % pacientů nepocítuje žádné potíže a podezření na nádorové onemocnění lékař vysloví až při sonografickém vyšetření nebo při vyšetření močového sedimentu, kde se objeví mikroskopická hematurie. Z výše uvedeného vyplývá, že každá hematurie patří do rukou urologa a musí být vždy řádně vyšetřena (1, 8, 31).

1.2.2 Diagnostika pacientů s nádorovým onemocněním močového měchýře

Při podezření na nádorové onemocnění močového měchýře se pacientům provádí celá řada vyšetření, kdy mezi základní patří sepsání anamnézy lékařem, kde se pátrá po výskytu nádorového onemocnění v rodině, rizikových faktorech jako je například kouření a užívání analgetik, dále pracovním zařazením, přítomností krve v moči, váhovém úbytku nebo nechutenství. Fyzikální vyšetření, které představuje vyšetření per rektum nebo per vaginam, kdy lékař pohmatem při již pokročilém onemocnění nalézá rozsáhlé, infiltruující nádory (1, 8, 20).

Z laboratorních vyšetření se pacientům odebírá krevní obraz, základní biochemické vyšetření séra a vyšetření močového sedimentu, kde se velmi často objeví mikroskopická hematurie. Při cytologickém vyšetření močového sedimentu se hodnotí přítomnost nádorově změněných buněk ve spontánní moči nebo ve výplachové tekutině z močového měchýře, která se získá při cystoskopii nebo při cévkování. Touto metodou se diagnostikují nádory infiltruující svalovinu nebo nádory špatně diferencované. Naopak dobře diferencované a povrchové nádory se mohou přehlédnout. Dalšími novějšími metodami jsou testy, které se zakládají na detekci různých nádorových antigenů v moči

a provádějí se ambulantně formou rychlotestů. Výhodou těchto testů je skutečnost, že jsou citlivější než cytologie, ale méně specifické. Nenahraditelným vyšetřením vedoucím k určení diagnózy nádoru močového je cystoskopie. Jedná se o endoskopické vyšetření, při kterém se pacientům do močového měchýře přes močovou trubici zavádí buď rigidní, nebo flexibilní cystoskop a lékař má tak možnost prohlédnout si vnitřní stěnu močového měchýře. Při výkonu lékař odebírá vzorky podezřelé tkáně na histologické vyšetření. Diagnostická cystoskopie se provádí nejen v celkové anestézii během hospitalizace pacienta, ale také ambulantně v lokální anestézii. V případě, že je pozitivní histologický nálezn, pacient se indikuje k transuretrální resekci tumoru (dále jen TUR) v celkové anestézii. K lepšímu rozlišení nádorové a nenádorové tkáně se v poslední době uplatňuje fluorescenční cystoskopie, která se zakládá na použití fotodynamické diagnostiky, kde se využívá fluorescence (2, 4, 8, 20, 29).

Ze zobrazovacích metod se v diagnostice využívá hlavně ultrazvuk, vylučovací urografie, CT urografie a magnetická resonance. Pomocí těchto vyšetření lékař zhodnotí také horní cesty močové a případné metastatické postižení lymfatických uzlin. Transabdominální sonografie odhaluje nádory, které rostou intraluminárně a orientačně posoudí prorůstání do stěny měchýře pacienta. Lékař také vyšetřuje ledviny a určí podezření na litiázu, nádor nebo městnání horních močových cest. Stále velmi využívané vyšetření při diagnostice nádorů močového měchýře zůstává vylučovací urografie, kdy se jedná se o rentgenologické vyšetření, při kterém se po podání kontrastní látky nitrožilně sleduje její vylučování ledvinami. Nezbytnou součástí vyšetření se stává cystogram, pomocí kterého se zobrazují větší nádory močového měchýře, dále zhodnotí stav horních močových cest a přesněji než ultrazvuk odhaluje například nádorové postižení ledvinné pánvičky a močovodu. Na určení pokročilosti nádoru, postižení lymfatických uzlin a zhodnocení pánevních orgánů slouží počítačová tomografie a magnetická resonance. Pro vyloučení vzdálených metastáz se pacientům doporučuje zhotovení rentgenového snímku srdce a plic, scintigrafie skeletu, ultrasonografie jater a u žen gynekologické vyšetření (1, 9, 14).

1.2.3 Léčba pacientů s nádorovým onemocněním močového měchýře

Pro léčbu nádorů močového měchýře je nejdůležitější provedení TUR a stanovení jeho pokročilosti, zda nádor prorůstá nebo neprorůstá svalovinou močového měchýře. K takovému účelu slouží takzvaná TNM klasifikace, která hodnotí stav primárního nádoru, postižení lymfatických uzlin a přítomnost vzdálených metastáz. Nezastupitelnost v léčbě představuje grading, který určuje histologický stupeň malignity a agresivitu nádoru. V současné době se používá již šestá revize z roku 2002, podle které se nádory močového měchýře rozdělují do tří hlavních skupin. Jedná se o nádory povrchové, invazivní a metastatické, kdy se jejich léčba, prognóza a další sledování liší zásadním způsobem (8, 9, 14).

Léčba povrchových nádorů močového měchýře spočívá v provedení TUR a intravezikální imunoterapii nebo chemoterapii. TUR močového měchýře představuje endoskopický operační zákrok, který se pacientům provádí v celkové anestezii speciálně upraveným cystoskopem, zvaným resektoskop. Při naplněném močovém měchýři irigační tekutinou za pomoci elektrické resekční kličky se nádor postupně seřezává a vyplachuje z močového měchýře ven. Lékař tak pacientům odstraní nejen nádor, ale také dostatečné množství spodiny do zdravé tkáně. Histologické vyšetření určuje hloubku prorůstání nádoru do stěny měchýře a stanovení dalšího léčebného postupu. Pro lepší výsledky transuretrální léčby a snížení rizika recidiv nádoru se doporučuje podat pacientům do 6 až 24 hodin po zákroku jednorázovou instilaci cytostatik do močového měchýře. K tomuto účelu se používá například mitomycin C nebo epirubicin. Tato léčba má název adjuvantní pooperační intravezikální terapie a u pacientů se středně rizikovými karcinomy pokračuje v různých časových intervalech a trvá až dvanáct měsíců. Mimo chemoterapie se aplikuje do močového měchýře také BCG vakcína, která představuje nespecifickou imunoterapii. Léčivá látka přípravku Bacillus-Calmette-Guérin (BCG) obsahuje oslabenou očkovací látku proti tuberkulóze, která po vpravení do močového měchýře vyvolá obrannou imunitní reakci proti nádorovým buňkám. Tyto látky se ředí fyziologickým roztokem a pomocí jednorázové cévky se aplikují do vyprázdněného močového měchýře pacienta, který se následně snaží o udržení léčivého nálevu v močovém měchýři přibližně dvě hodiny za současného polohování. Léčba

BCG vakcínou na jedné straně snižuje pravděpodobnost progresu nádoru, ale na straně druhé přináší pro pacienty vyšší výskyt nežádoucích účinků. V případě selhání léčby BCG vakcínou nebo v případě, kdy je u pacienta diagnostikován rozsáhlý, vysoce rizikový tumor, přistupuje se k radikální cystektomii (1, 8, 9, 12).

Léčba infiltrujících nádorů močového měchýře spočívá v provedení radikální cystektomie. Jedná se o rozsáhlý operační výkon, kdy se pacientům kromě močového měchýře odstraní přední pánevní orgány, u mužů prostata a semenné vajíčky, u žen děloha, vejcovody, vaječníky a přední stěna pochvy. K odstranění močové trubice se přistupuje při podezření na prorůstání karcinomu do močové trubice nebo do její těsné blízkosti. Součástí radikální cystektomie je také odstranění pánevních lymfatických uzlin. Po odstranění močového měchýře se pacientům zajistí náhradní odvod moče z organismu. Způsobů rekonstrukčních operací je celá řada a spočívají ve vytvoření náhradního močového měchýře z některé části střeva nebo ve vyústění odvodu moče zevně s umělým rezervoárem. Při výběru operačního řešení pro konkrétního pacienta operátor zvažuje různá hlediska, kde velmi důležitý je rozsah a prognóza onemocnění, celkový stav pacienta, přidružené choroby, stav horních a dolních močových cest, stav gastrointestinálního traktu, sociální situace pacienta, spolupráce s rodinou a v neposlední řadě také preference určitého výkonu pacientem (4, 9, 29, 34).

Paliativním řešením pro pacienty, kteří nemohou podstoupit radikální cystektomii, je prosté vyvedení močových stěnou břišní a vytvoření uretrostomie. Vzhledem k obtížnému ošetření stomie a komplikacím se výkon indikuje pouze výjimečně. V případě městnání moče v horních cestách močových se jako paliativní výkon, který zajišťuje odtok moče, provádí punkční nefrostomie, kdy se pacientům vyvede moč přímo z ledviny tenkou spojkou přes kůži v lokální anestezii. Další paliativní řešení pro pacienty spočívá v podání neadjuvantní předoperační chemoterapie, po které následuje transuretrální resekce nádoru močového měchýře a radioterapie. Součástí léčby u pacientů postižených metastázami v uzlinách je systémová adjuvantní (pooperační) chemoterapie, kdy se podávají různé kombinace cytostatik (1, 8, 9).

Léčba metastazujících nádorů močového měchýře spočívá v podání systémové

chemoterapie na podkladě různých kombinací a při špatné odpovědi organismu je volbou symptomatická léčba. Jedná se hlavně o léčbu bolesti, ošetření hematurie endoskopickou koagulací nebo embolizací větví vnitřní ilické arterie a zajištění derivace moče ureterostomií nebo punkční nefrostomií. Nicméně průměrná délka přežití pacientů s metastatickým nádorem močového měchýře se odhaduje přibližně na jeden rok (9, 31, 34).

1.2.4 Dispenzarizace pacientů s povrchovými nádory močového měchýře

Prognóza pacientů s nádorovým onemocněním močového měchýře se liší a závisí na histologickém nálezu, množství recidiv, progresi onemocnění a postižení lymfatických uzlin (1). Typickou vlastností povrchových nádorů močového měchýře je vysoké riziko vzniku recidiv a proto se pacienti po léčbě doživotně sledují a včasnou léčbou se zabraňuje progresi onemocnění (14). Pacienti docházejí na pravidelné cystoskopické kontroly a to již za tři měsíce po transuretrální resekci nádoru. V případě, kdy je nález negativní, prodlužuje se interval cystoskopické kontroly na šest až devět měsíců. U nádorů recidivujících nebo rizikových se k frekvenci kontrol přistupuje opatrněji, kdy se cystoskopie provádí každé tři měsíce první dva roky, poté následuje interval každých šest měsíců další dva roky a v situaci, kdy je pacient bez známek onemocnění, prodlužuje se interval na jednu cystoskopickou kontrolu ročně (4). V případě recidivy nebo výskytu nového nádoru se sledování pacientů vrátí zpět na začátek schématu (22). Dispenzární cystoskopie se provádí ve většině případů ambulantně v místním znecitlivění, u mužů se používá flexibilní cystoskop, který je pacienty lépe tolerován. Cystoskopie v celkové narkóze se provádí za účelem odebrání biopsie při podezřelém nebo pozitivním nálezu při ambulantní cystoskopii nebo v případě pacientů s vysoce rizikovými nádory léčenými BCG vakcínou (4).

Mimo cystoskopické kontroly se pacientům odebírá také cytologické vyšetření moče, které lékaře v případě positivity upozorní na výskyt nádoru kdekoli v močových cestách nebo na špatně přístupný nádor cystoskopicky (4). Pacienti v rámci kontrol podstupují sonografii a jedenkrát ročně docházejí na intravenózní vylučovací urografii, případně CT urografii a k vyloučení metastáz se provádí rentgen plic a scintigrafie

skeletu (14, 31).

1.2.5 Prevence nádorů močového měchýře

Cílem primární prevence je předcházení chorob, upevňování zdraví a zdravého životního stylu. U nádorů močového měchýře se zaměřuje na jeden z nejrizikovějších faktorů, což je kouření cigaret. O negativních následcích kouření je proto potřeba informovat již mládež ve školách, jít příkladem a vypěstovat v nich pozitivní pohled na nekuřáctví. Tímto postojem se může předcházet pozdějšímu odvykání kouření a zločinnému poškození zdraví. Další rizikový faktor, kontakt s toxickými chemikáliemi při práci, je v dnešní době minimalizován používáním ochranných pomůcek a dodržováním bezpečnosti práce (3, 14).

Cílem sekundární prevence je předcházení následkům nemoci, která již vznikla a jejím komplikacím. U nádorů močového měchýře se zaměřuje na včasnou diagnostiku onemocnění a doživotní sledování pacientů s prokázaným nádorem močového měchýře, kdy se jedná o pečlivé vyšetření každé hematurie a provádění pravidelných cystoskopických kontrol. Do budoucna se uvažuje o zavedení ambulantních screeningových testů pro rizikové skupiny obyvatelstva, jako jsou například silní kuřáci nebo zaměstnanci rizikových profesí. Testy se zakládají na detekci různých nádorově specifických antigenů v moči (2, 3, 17).

1.3 Historie endourologie

Endoskopie se v urologii uplatňuje při diagnostice i léčbě a řadíme ji k nejstarším instrumentálním vyšetřovacím metodám vůbec (23).

V roce 1806 se jako první pokusil nahlédnout do močového měchýře německý lékař Philipp Bozzini, kdy jako zdroj světla použil svíčku. Další přístroj pro endoskopii sestrojil v roce 1853 v Paříži chirurg Antonie Desormeaux. Jeho osvětlovací systém obsahoval čočku, která zhušťovala paprsek světla z petrolejové lampy v úzký svazek světla. V minulosti byly cystoskopie prováděny na vyprázdněném měchýři rozepjatém vzduchem. Teprve německému urologovi Maxmiliánu Nitzemu se v roce 1877 podařilo zavést zdroj světla až do močového měchýře pomocí platinové pásky rozžhavené

elektrickým proudem z baterií a chlazenou vodou. Plnění močového měchýře vodou dovolovalo lepší orientaci. O dva roky později byl cystoskop poprvé předveden veřejnosti na zasedání lékařské společnosti ve Vídni. Platinová páska byla v roce 1887 nahrazena miniaturní žárovkou a přidáním Albarranova můstku v roce 1897 bylo možné provádět také instrumentální výkony. Současně byla možná sondáž močovodů nebo seříznutí části prostaty studeným nožem. V roce 1931 byl předveden urologům Stern-McCartyho resektoskop, který znamenal velký posun v transuretrálních operacích, kdy bylo možné provádět transuretrální resekce prostaty a nádorů močového měchýře pomocí kličky napojené na zdroj vysokofrekvenčního elektrického zařízení. Základní princip této metody se používá v urologii dodnes. Postupně se endoskopické techniky rozšířily také na horní cesty močové. V roce 1941 se Rumpelovi a Brownovi v Indianopolis podařilo odstranit kámen z ledviny přes zavedenou nefrostomii a o sedm let později použil Trantner cystoskop k prohlédnutí dutého systému ledviny při otevřené operaci a položil tak základy nefroskopie. Počátek perkutánních výkonů se datuje od roku 1955, kdy Američan Goodwin založil první punkční nefrostomii. V roce 1976 odstranili perkutánní cestou pomocí nefroskopu kámen z ledviny Fernström a Johansson a v roce 1980 provedl první transuretrální ureterorenoskopii Peres Castro (9, 11, 28).

Současně s těmito technikami se vyvíjí flexibilní endoskopie, kdy v roce 1958 přichází Hirschowitz v USA s novinkou využití skleněných vláken k vedení obrazu v endoskopu. Rigidní endoskopy se tak stávají ohebnými – flexibilními. Prvním flexibilním endoskopem byl gastroskop, který byl postupně modifikován také pro jiné obory medicíny a v roce 1975 použil Harris k perkutánní nefroskopii flexibilní bronchoskop. Pro urologii se postupně vyvíjely flexibilní nefroskopy, cystoskopy a ureteroskopy (9, 13, 28).

1.3.1 Cystoskopie

Cystoskopie je endoskopický aseptický výkon, při kterém lékař přes močovou trubici zavádí do močového měchýře přístroj zvaný cystoskop. K tomuto vyšetření se využívají dva druhy cystoskopů, pevné (rigidní) a ohebné (flexibilní). Rigidní cystoskop

se skládá z tubusu a mandrénu, který lékař po zavedení vyjme a do pláště zasune optiku. K důkladnému prohlédnutí vnitřní stěny močového měchýře je nutná v případě rigidní cystoskopie přímohledná optika 0 - 12°, šikmá 30 - 70° a retrogradní 170° optika. Na optiku dále lékař napojí zdroj studeného světla, který umožní osvětlení vnitřku močového měchýře a v případě připojení kamery také sledování obrazu na monitoru. Při vyšetření se pacientům do močového měchýře napouští sterilní voda nebo fyziologický roztok (150 až 300 ml), což umožní, že se stěny močového měchýře co nejvíce rozepnou. Lékař tak hodnotí kapacitu močového měchýře, stěny, sliznici, hledá konkrementy, cizí tělesa, polohu trigona a sleduje uložení, tvar a vylučování ureterálních ústí. V případě podezřelého nálezu lékař bioptickými klíšťkami odebírá vzorek tkáně na histologický rozbor. Výkon následně ukončuje vypuštěním tekutiny z močového měchýře. Cystoskopie se pacientům provádí v místním znecitlivění močové trubice ambulantně nebo v celkové anestezii za hospitalizace (9, 23, 28).

Flexibilní cystoskopie se muži lépe toleruje, jelikož se provádí ohebným přístrojem flexicystoskopem, který umožní prohlédnutí celého močového měchýře a uretry bez nutnosti výměny optik téměř ve všech vyšetřovacích polohách za minimální časový interval. Nevýhodou je užší pracovní kanál a horší viditelnost při současném zavedení pracovního nástroje nebo v případě masivní hematurie s koaguly, kdy tento stav znemožňuje vypuštění irigační tekutiny z močového měchýře po výkonu (33).

Výkon se provádí na operačním stole v litotomické poloze. Pacient leží na zádech s dolními končetinami uloženými na podložkách s připevněnými popruhy. Stehna jsou mírně roztažena a pokrčena v kyčlích v úhlu 45°. Tato poloha se využívá pro většinu endoskopických výkonů v urologii a nesmí se zaměňovat s polohou gynekologickou, kdy má pacient dolní končetiny pokrčeny v úhlu 90°. Při flexicystoskopii pacient leží na zádech s nataženými nebo mírně roztaženými dolními končetinami. Tato poloha je vhodná především u starých nebo jinak nemocných pacientů (paraplegie, coxartróza), kdy napolohování do litotomické polohy je obtížné a pro pacienta nepohodlné až limitující (23, 33, 35).

Hlavní indikací k provedení cystoskopie patří mikro či makroskopická hematurie, opakující se infekce močových cest, mikční potíže nejasné etiologie,

podezření na nádor dolních cest močových, dispenzární kontroly pacientů s nádorem močového měchýře nebo cizí těleso v močovém měchýři a močové trubici. Možností při cystoskopii je nasondování ureterálního ústí pacientům a zavést nebo extrahovat stent z močovodu. Cystoskopie se neprovádí pacientům s akutním zánětem močových cest (11, 33).

Mezi nejčastější komplikace po cystoskopickém vyšetření patří hematurie - přítomnost krve v moči. Vidíme-li krev v moči pouhým okem, jde o hematurii makroskopickou, zjistíme-li krev v močovém sedimentu, jde o hematurii mikroskopickou. Pálivá a řezavá bolest při močení je označována jako dysurie. Tento termín je používán také pro obtížné nebo namáhavé močení. Pacient si po instrumentálním výkonu může stěžovat na velmi bolestivé domočení, které se nazývá strangurie. Stav, při kterém se pacient není schopen vymočit, se nazývá retence moče a vzniká při poranění močové trubice nebo vlivem anestezie (12, 19, 23).

1.4 Ošetrovatelský proces o trvale cystoskopicky dispenzarizované pacienty

Ošetrovatelství je samostatnou vědní disciplínou, která má za úkol aktivně vyhledávat a uspokojovat individuální potřeby člověka ve zdraví i nemoci. V ošetrovatelství nejde jen o praktické ošetrovatelské postupy, ale ukazuje se, že jde o složitý myšlenkový proces, kde ošetrovatelství má své místo v oblasti prevence, diagnostiky, léčby a rehabilitace. Ošetrovatelský personál poskytuje odbornou péči jak jednotlivci, rodinám a skupinám, tak vede pacienty k sebepéči a edukuje jejich rodinné příslušníky k laické ošetrovatelské péči. Cílem moderního ošetrovatelství je zaměřit se na člověka, uspokojovat jeho individuální potřeby, podporovat a upevňovat jeho zdraví, snažit se o navrácení zdraví, zmírňovat jeho fyzickou i psychickou bolest a zajistit mu klidné a důstojné umírání a smrt. Dosažení těchto cílů je možné jen za předpokladu úzké spolupráce všech členů zdravotnického týmu, sester, lékařů, dalších zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Změny, které probíhají v lidské společnosti, se odrážejí také v ošetrovatelství, v přístupu k pacientům a k jejich rodinným příslušníkům (7, 24).

Ošetrovatelský proces je cílevědomá, organizovaná činnost sestry, která

předpokládá vysokou úroveň jejich intelektových, interpersonálních a technických vlastností a zručností. K realizaci ošetrovatelského procesu musí mít sestra, jako členka multidisciplinárního týmu, dostatek vědomostí nejen o diagnostice a léčbě nemocí, ale také schopnost vidět pacienta jako celek se všemi jeho potřebami současně s jeho chováním a prožíváním. Jedině tímto způsobem může stanovit ošetrovatelskou diagnózu a plánovat ošetrovatelské aktivity. V ošetrovatelské diagnóze se následně odrazí jak skutečné, tak potencionální problémy pacienta, což je hlavním pilířem pro plánování, realizování a vyhodnocení ošetrovatelského procesu (15, 24, 30).

Ošetrovatelský proces má pět fází, které se vzájemně propojují a logicky na sebe navazují. V těchto fázích sestra sbírá, ověřuje a třídí údaje o zdravotním stavu pacienta, formuluje ošetrovatelské diagnózy, rozhoduje a navrhuje řešení problému, stanovuje individuální plán ošetrovatelské péče, plánuje a provádí ošetrovatelské intervence v praxi, kterými zmírňuje nebo odstraňuje zdravotní problémy pacienta, uspokojuje jeho potřeby a pomáhá tak dosahovat stanoveného cíle. Při realizaci ošetrovatelské péče znovu posuzuje pacienta, jeho aktuální zdravotní stav, míru soběstačnosti, ověřuje platnost plánu ošetrovatelské péče a naplánovaných intervencí. Nakonec zjišťuje, zda bylo dosaženo stanovených cílů, nepokračuje v neúčinných intervencích, mění intervence podle aktuální potřeby pacienta a odůvodňuje nesplněné cíle (15, 24, 30).

1.4.1 Ošetrovatelská péče při cystoskopickém vyšetření v lokální anestezii

Cystoskopické kontroly jsou pacientům běžně prováděny v lokální anestezii jako ambulantní výkon. U mužů z důvodu minimalizace komplikací a lepší snášenlivosti upřednostňujeme použití flexibilního cystoskopu (4).

Při cystoskopii sestra připraví sterilní instrumentační stůl, na který prostře sterilní roušky k zarouškování pacienta, sterilní rukavice a plášť pro lékaře, sterilní čtverce, tampony, sterilní anestetický gel podle zvyklosti oddělení, u žen rigidní cystoskop, můstek a šikmou optiku 70° (Příloha 3), u mužů rigidní cystoskop, můstek současně s přímou 12° a šikmou 70° optikou nebo flexicystoskop (Příloha 4) a sterilní kabel na přenos světla systémem skleněných vláken. Dalšími nezbytnými pomůckami jsou dezinfekční roztok na genitálie, sterilní roztok určený k plnění močového měchýře

a světelný zdroj Olympus. V případě, kdy se lékař rozhodne pro biopsii z močového měchýře, sestra navíc připraví Albarranův můstek, jehož pomocí je možné manipulovat s bioptickými klíšťkami nebo zavést a extrahovat stent z močovodu. Vzorek bioptované tkáně sestra označí a zajistí jeho odeslání na histologický rozbor (11, 20, 23).

Před samotným vyšetřením je důležité pacienta řádně poučit o důvodu jeho spolupráce při vyšetření a zmírnit tak jeho obavy a strach. Sestra zodpoví případné dotazy týkající se vyšetření a lékař vysvětlí podstatu a význam vyšetření, kdy pacient podepíše informovaný souhlas s cystoskopií. Sestra poučí pacienta o průběhu a délce cystoskopie, zajistí jeho vymočení a převlečení do empíru. Sestra dále vysvětlí podstatu litotomické polohy a upevní dolní končetiny pacienta na podložky (19).

Lékař následně provede dezinfekci zevního genitálu a zakryje obě dolní končetiny a genitál sterilními rouškami. Poté do močové trubice aplikuje anestetický gel, který ponechá působit 5 až 10 minut. Cystoskop současně s mandrémem zavede do přední uretry, mandrén pak vymění za přímohlednou optiku, připojí set s irigační tekutinou a kabel se zdrojem světla. Postupně proniká za optické kontroly celou močovou trubicí do močového měchýře. Po dosažení močového měchýře vymění lékař optiku za šikmou a prohlíží celý močový měchýř pomalými pohyby nástroje dovnitř a ven s následnou rotací kolem podélné osy. Sestra s pacientem neustále komunikuje, udržuje oční kontakt, sleduje jeho celkový zdravotní stav, poučuje o nutnosti plnění močového měchýře během vyšetření sterilní vodou a kontroluje jeho množství. Zároveň si u pacienta ověřuje jeho toleranci a pocit na močení. Lékař je tímto způsobem informován o kapacitě močového měchýře. Při podezřelém nálezů na sliznici močového měchýře lékař pomocí Albarranova můstku zavede bioptické kleště a odebere vzorek tkáně na histologické vyšetření. Sestra zajistí fixaci vzorku a jeho odeslání na histologický rozbor. Cystoskopie se ukončí vypuštěním sterilní vody z močového měchýře. Po ukončení vyšetření sestra pomáhá pacientovi zaujmout výchozí polohu na vyšetřovacím stole a poučí ho o možných komplikacích a režimu, který musí dodržovat po absolvování cystoskopie. Jedná se zejména o možné potíže při močení, jako je například pálení, řezání při močení, zástava močení nebo přítomnost krve v moči. Důležité je také pacientovi vysvětlit nutnost zvýšeného příjmu tekutin per os (19, 23).

V případě flexibilní cystoskopie sestra pacienta poučuje o hlubokém dýchání a zatlačení na mikci k usnadnění hladkého zavedení přístroje. Lékař manipuluje flexibilním cystoskopem dominantní rukou, kdy čtvrtým a pátým prstem druhé ruky přidržuje gland pacienta a prvnými třemi prsty zavádí cystoskop do uretry a močového měchýře. Prohlédne celý močový měchýř, od vrcholu směrem k hrdlu, kde je vidět spodina a trigonum. Důležité je také vyšetření hrdla v retroflexi nástroje, které je typické pro tumory v této oblasti. Celé vyšetření lékař ukončuje antegrádním pohledem na prostatu a uretru při zpětném pohybu flexicystoskopem. Při flexibilní cystoskopii je možné také pracovním kanálem zasunout bioptické kleště a odebrat vzorek na histologické vyšetření (33).

1.4.2 Ošetrovatelská péče při cystoskopickém vyšetření v celkové anestézii

Dlouhodobá předoperační příprava začíná objednáním pacienta k výkonu. V rámci dlouhodobé předoperační přípravy si pacient zajistí interní předoperační vyšetření. V případě dispenzární cystoskopie se jedná o vyšetření krve na krevní obraz, koagulaci, základní biochemii, vyšetření močového sedimentu a kultivace, EKG vyšetření a rentgenové vyšetření srdce a plic. Vždy je nutné řídit se věkem a přidruženými chorobami pacienta. Interní předoperační vyšetření nesmí být starší deseti dnů před plánovaným výkonem. Součástí přípravy k výkonu je také přerušování antikoagulační terapie pacienta a případně převedení na nízkomolekulární heparin (25, 26).

Krátkodobá předoperační příprava začíná příjmem pacienta na oddělení a je vymezena na 24 hodin před operačním výkonem. Pacient je poučen ošetřujícím lékařem o plánovaném výkonu a podepisuje informovaný souhlas s výkonem. Na oddělení přichází také anesteziolog a hodnotí zdravotní stav pacienta, rozhoduje o způsobu anestezie a premedikaci a sepisuje s pacientem informovaný souhlas s anestézií. Pro transuretrální výkony je možné zvolit jak celkovou, tak svodnou anestezii (9, 26).

Sestra se věnuje fyzické a psychické přípravě pacienta, kdy ho řádně informuje o všech úkonech, které bude v rámci předoperační péče podstupovat, čímž snižuje jeho obavy a strach na minimum. Sestra při podání instrukcí mluví klidně, pomalu,

nepoužívá odborné výrazy, kterým pacient nerozumí a dává mu prostor zeptat se na jakékoliv nejasnosti. Nezlehčuje také jeho strach z nepříznivého výsledku vyšetření, ale naopak ochotně tyto obavy vyslechne. Fyzická příprava zahrnuje vyprázdnění tlustého střeva podle zvyklostí oddělení a ordinace lékaře. Pacient podle své soběstačnosti provede sám nebo s pomocí sestry celkovou hygienu, ženy se odlíčí, odlakují si nehty a všechny cennosti jako jsou šperky a větší obnosy peněz sestra uloží proti podpisu pacienta na oddělení do trezoru. Pacient je poučen, že 6 až 8 hodin před výkonem zůstane lačný a nesmí kouřit. Sestra zajistí pacientovi v rámci možností klidné prostředí ke spánku a odpočinku. Nakonec podává sedativa nebo hypnotika podle ordinace lékaře anesteziologa (16, 26).

Bezprostřední předoperační příprava začíná přibližně 2 hodiny před operací, kdy sestra změří pacientovi krevní tlak, puls, tělesnou teplotu a provede zápis do dokumentace. Zkontroluje, zda je pacient lačný a v případě, že má umělý chrup, zajistí jeho odstranění z dutiny ústní. Na dolní končetiny přiloží bandáže ve formě elastických obinadel nebo punčoch jako prevence tromboembolické nemoci. Sestra provede kontrolu operačního pole, u endoskopických výkonů genitálu a aplikuje premedikaci podle ordinace anesteziologa. Vše zaznamená do dokumentace a předá pacienta na operační sál (26).

Po výkonu je pacient předán z operačního sálu na jednotku intenzivní péče nebo častěji na dospávací (pooperační) pokoj ke kontinuální monitoraci základních fyziologických funkcí. Po zotavení z anestezie ho přeloží zpět na oddělení, uloží do vhodné polohy a jeho celkový zdravotní stav je sledován nejméně 24 hodin. Sestra zaznamenává do dokumentace fyziologické funkce a bolest v pravidelných intervalech, podle ordinace lékaře a stavu pacienta. Mimo běžnou pooperační péči věnuje pozornost dostatečnému příjmu tekutin a kontrole močení. K lůžku pacienta připraví močovou láhev nebo podložní mísu a poučí ho o možnosti přivolání sestry signalizačním zařízením. Pacient se musí spontánně vymočit do 6 až 8 hodin po operaci. K tomuto účelu sestra používá všechny dostupné techniky k povzbuzení vymočení pacienta. V případě zástavy močení řeší situaci s lékařem a asistuje při katetrizaci močového měchýře. Sestra v rámci ošetrovatelské péče také sleduje množství a barvu moče,

pacienta poučí o možnosti výskytu krve v moči a vzniku dysurických potíží jako je pálení, řezání při močení (19, 26).

V situaci, kdy je perioperační nález v močovém měchýři takový, že operatér odebírá nejen vzorky, ale současně provádí resekci tumoru močového měchýře, zavádí se pacientovi permanentní katétr na několik dnů z důvodu hematurie a tvorby koagul. K tomuto účelu se používá proplachovací trojcestný katétr, na který sestra napojí kontinuální proplach ve formě fyziologického roztoku. Po napojení kontinuálního proplachu sestra kontroluje jeho rychlost, množství, průchodnost permanentního katétru a diurézu. Vždy se řídí barvou moče a přítomností koagul. Sestra v rámci pooperační péče přísně sleduje odtékání proplachovací tekutiny z močového měchýře a zabraňuje tak jeho přeplnění a tamponádě. Údaje o podaném množství proplachové tekutiny a diuréze zaznamenává do dokumentace, sleduje celkový stav pacienta, fyziologické funkce, bolest a pocity tlaku v močovém měchýři. Podle ordinace lékaře sestra aplikuje analgetika, zajišťuje odběry biologického materiálu a v případě většího krvácení podává hemostyptika nebo asistuje při podání transfuze. Pacientovi dále vysvětluje nezbytnost zavedení permanentního katétru po výkonu a zásady aseptické manipulace s permanentním katétrem (23, 27).

1.5 Edukace jako součást ošetrovatelského procesu

Edukace je vzdělávací proces, znamená vychovávat a vést vpřed, při kterém sestra předává informace, ovlivňuje chování a jednání pacienta s cílem pozitivně působit na jeho postoje, návyky, vědomosti a dovednosti. V ošetrovatelském procesu hraje edukace pacienta nezastupitelnou roli. Pro úspěšně vedenou edukaci si sestra získává důvěru pacienta, zapojuje ho do léčby a podněcuje jeho zodpovědnost za své zdraví. Edukačním procesem pak nazýváme činnosti, při kterých dochází k určitému druhu učení (10, 18, 21).

Edukátorem je ve zdravotnickém zařízení nejčastěji lékař, sestra, fyzioterapeut nebo nutriční terapeut. Edukantem je osoba, která informace přijímá, zpracovává a používá. Ve zdravotnictví se edukantem stává nejčastěji pacient, kdy jeho schopnost se učit je do jisté míry ovlivněna například pohlavím, věkem, zdravotním stavem,

vzděláním nebo sociálním prostředím, ve kterém žije. Edukační konstrukty ovlivňují kvalitu edukačního procesu a představují předpisy, plány, zákony, edukační materiály a standardy. Edukačním prostředím se stává místo, kde edukace probíhá, kdy sestra klade důraz na tiché, klidné, příjemné a vhodně upravené prostředí s příjemnou atmosférou. Ideální je oddělení, které má místnost určenou k edukaci, kdy k tomuto účelu se nejčastěji využívá ambulance nebo vyšetřovna na oddělení. Norma pro udržování požadované úrovně kvality edukace se nazývá edukační standard, kdy se jedná se o předem naplánovanou edukaci pacienta, která je v praxi využívána pro pacienta s konkrétním onemocněním (10, 21).

1.5.1 Edukační činnost sestry ve zdravotnickém zařízení

V počáteční fázi edukace sestra pozoruje nebo rozhovorem zjišťuje, jaké má pacient vědomosti, dovednosti, návyky a postoje. Tímto postojem zjistí jeho edukační potřeby. V další fázi plánuje cíle, vybírá metodu, formu a obsah edukace, kdy si vymezí čas a připraví pomůcky potřebné k edukaci. Následuje fáze realizace, při které sestra pacienta dostatečně motivuje k přijímání nových informací, edukuje ho a aktivně zapojuje do léčby. Získané vědomosti a dovednosti následně opakuje, procvičuje a fixuje. Získané informace průběžně otestuje, zda pacient daným informacím rozumí a dokáže je použít v praxi. Upevňování a prohlubování učiva se ve zdravotnických zařízeních opomíjí. Pro uchování nových informací v dlouhodobé paměti je proto nezbytné jejich neustálé opakování a zafixování. Zpětnou vazbou, která je důležitá jak pro sestru, tak pacienta, se zhodnotí výsledky edukace (10).

Při edukativním rozhovoru s pacientem sestra nezapomíná na trpělivost, podporu a pochvalu pacienta za jeho úsilí a snahu. Ne vždy se podaří při prvním edukativním rozhovoru přesvědčit pacienta například o škodlivosti kouření v souvislosti s jeho onemocněním. Nutností je tedy opakovaná edukace a nenásilná forma rozhovoru, při kterém sestra vysvětlí možná negativa a rizika, poskytne empatickou podporu a prostor pro kladení otázek. Během rozhovoru se sestra stává partnerem pacienta, vytváří s ním vzájemný vztah a apeluje na důvěru a spolupráci na léčbě nemoci (18, 32).

Každou edukaci pacienta sestra zapisuje do zdravotnické dokumentace.

V současné době mají zdravotnická zařízení vytvořené edukační formuláře, které obsahují míru vědomostí pacienta na začátku a na konci edukace, cíl edukace, formy a metody použité v edukaci, obsah edukace, učební pomůcky, bariéry edukace a vyhodnocení cílů, kdo, kdy, kde a koho edukuje současně s podpisy sestry a pacienta. Takto vedený záznam o edukaci pomáhá sestře v soustavnosti a kontinuitě edukace, poukazuje na možné problémy v edukaci, zlepšuje hodnocení edukace a v neposlední řadě informuje všechny členy zdravotnického personálu o stavu edukace (10).

1.5.2 Edukace trvale cystoskopicky dispenzarizovaných pacientů

Edukace pacientů s nádory močového měchýře nezahrnuje pouze systém doživotního cystoskopického sledování, přípravu a péči před a po cystoskopickém vyšetření, ale také edukaci, která pacientům pomáhá porozumět svému onemocnění. Po vyslovení diagnózy zhoubného onemocnění hledá pacient další informace, zjišťuje způsob a možnosti léčby nebo jaké má vyhlídky. Informace pacientům sděluje většinou lékař, sestra se ale také rozhovoru účastní a pacient směřuje otázky také na ni. Z tohoto důvodu sestra musí umět poskytovat pacientům informace, které souvisí s její profesí. V rozhovoru pacientům doporučuje například změnu životního stylu, omezení nebo zanechání kouření nebo dodržování pitného režimu. Při vysvětlování výklad doplňuje obrazovým materiálem, poskytuje pacientům písemné materiály o nemoci nebo odkazuje na webové stránky. Vhodné jsou zejména internetové stránky Masarykova onkologického ústavu www.mou.cz – Co potřebujete vědět o nádorech močového měchýře nebo www.linkos.cz – O nádorech močového měchýře, České onkologické společnosti a České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (1, 32).

2 CÍLE PRÁCE, HYPOTÉZY A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle práce

C1: Zjistit, zda mají pacienti informace o cystoskopickém vyšetření

C2: Zjistit, zda mají pacienti informace o délce trvání cystoskopické dispenzarizace

C3: Zmapovat nejčastější komplikace po cystoskopickém vyšetření z pohledu pacienta

C4: Zmapovat ošetrovatelské postupy sester v péči o trvale cystoskopicky dispenzarizované pacienty

C5: Zjistit, zda sestry znají specifika ošetrovatelské péče o trvale cystoskopicky dispenzarizované pacienty

C6: Zmapovat nejčastější komplikace po cystoskopickém vyšetření z pohledu sestry

2.2 Hypotézy práce

H1: Pacienti mají informace o cystoskopickém vyšetření

H2: Pacienti mají informace o délce cystoskopické dispenzarizace

H3: Pacienti udávají jako nejčastější komplikaci po cystoskopickém vyšetření dysurické potíže

2.3 Výzkumné otázky práce

VO1: Jaké jsou ošetrovatelské postupy sester v péči o cystoskopicky dispenzarizované pacienty na vybraných pracovištích

VO2: Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o trvale cystoskopicky dispenzarizované pacienty z pohledu sestry

VO3: Jaké jsou nejčastější komplikace po cystoskopickém vyšetření z pohledu sestry

3 METODIKA

3.1 Použité metody

Pro získání potřebných informací k naplnění cílů práce bylo zvoleno kvantitativní a kvalitativní výzkumné šetření.

Pro získání informací od pacientů byla použita metoda kvantitativního sběru dat formou anonymního dotazníku (Příloha 1). Dotazník obsahoval 25 otázek uzavřených a polootevřených, které poskytovaly výběr z konkrétních odpovědí a současně umožnily prostor k vyjádření vlastního názoru. První tři otázky byly identifikační se zaměřením na pohlaví, věk a nejvyšší dosažené vzdělání. Další otázky se přímo týkaly výzkumného šetření v oblasti poskytování péče trvale cystoskopicky dispenzarizovaným pacientům a byly zaměřeny především na informovanost pacientů o přípravě na cystoskopické vyšetření, péči po vyšetření, možný výskyt komplikací a délce cystoskopických kontrol.

Pro vyhodnocení dotazníkového šetření byl použit program Microsoft Office Excel 2003.

Pro sběr dat kvalitativního výzkumného šetření byla použita metoda dotazování technikou nestandardizovaného rozhovoru se sestrami. K anonymnímu rozhovoru byly použity písemné poznámky a diktafon.

Získávání informací od sester probíhalo prostřednictvím hloubkového rozhovoru a bylo uskutečněno podle předem připravených otázek (Příloha 2) směřujících k dané problematice. První otázky měly identifikační charakter a následně byly zaměřeny na ošetrovatelskou péči o pacienty podstupující opakované cystoskopické kontroly pro zhoubný nádor močového měchýře. Zaměřily jsme se na edukaci pacientů před a po cystoskopickém vyšetření a na ošetrovatelskou péči o pacienty, kteří podstupují cystoskopické kontroly.

Pro přehlednost byly rozhovory se sestrami přepsány do kasuistik.

3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

Před samotným výzkumným šetřením byly pro umožnění výzkumného šetření, osloveny hlavní sestry Nemocnice České Budějovice a.s. a Nemocnice Písek a.s. a

následně i vrchní a staniční sestry daných oddělení, které byly seznámeny s cíli práce a s metodikou.

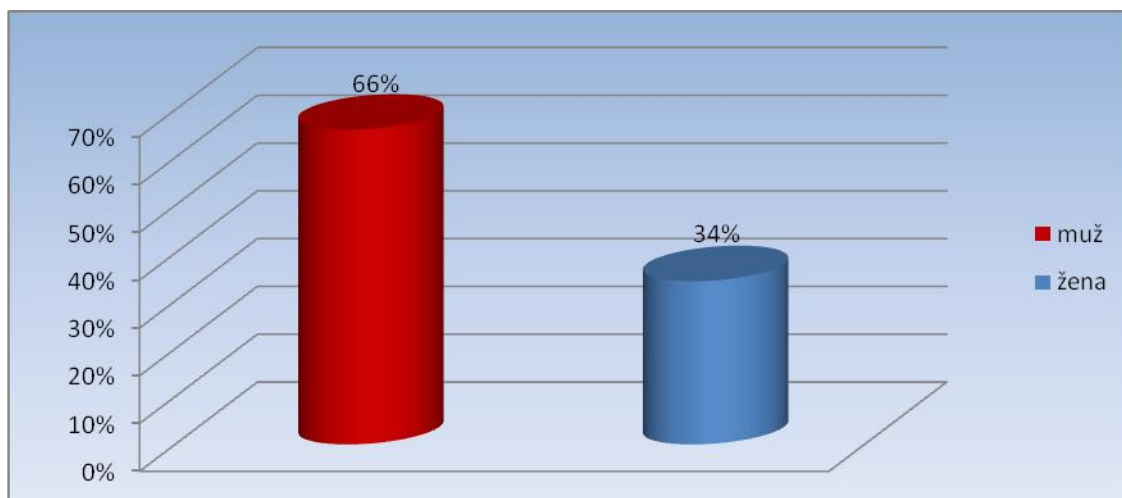
Výzkumný soubor kvantitativního šetření tvořili pacienti urologických oddělení podstupující dispenzární cystoskopické kontroly pro zhoubný nádor močového měchýře v daných nemocnicích. Celkem bylo od listopadu 2011 do března 2012 rozdáno 120 dotazníků. Z celkového počtu rozdaných dotazníků se jich 20 (16 %) vrátilo prázdných a 18 (15 %) muselo být pro neúplnost údajů vyřazeno. Ke zpracování výzkumného šetření bylo použito celkem 82 dotazníků.

Výzkumný soubor kvalitativního šetření tvořily sestry pracující na urologické ambulanci a urologickém oddělení. Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 8 sester, 4 sestry z Nemocnice České Budějovice a.s. a 4 sestry z Nemocnice Písek a.s.

4 VÝSLEDKY

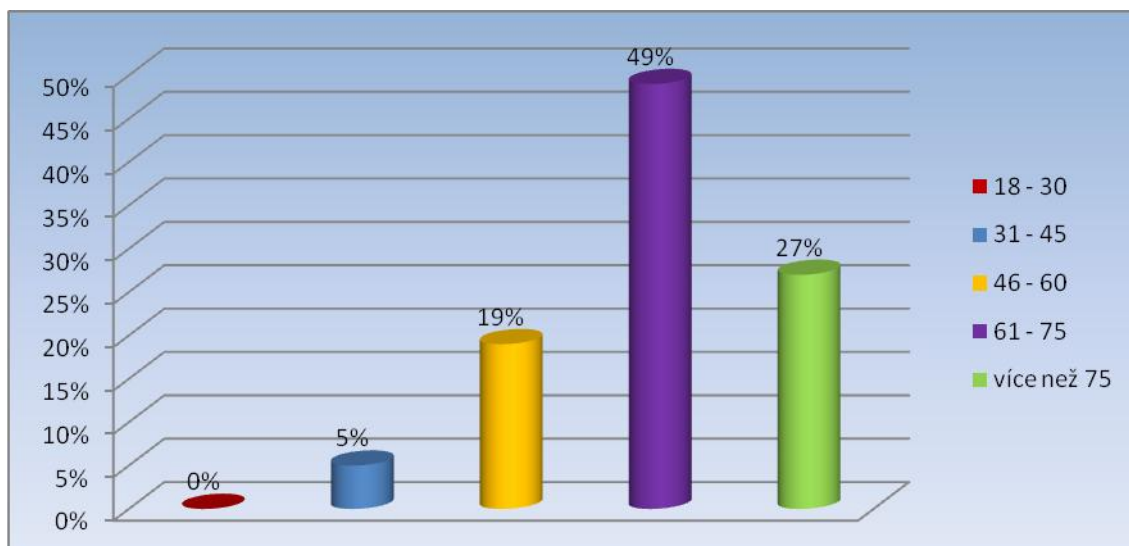
4.1 Výsledky kvantitativního šetření

Graf 1 Pohlaví pacientů



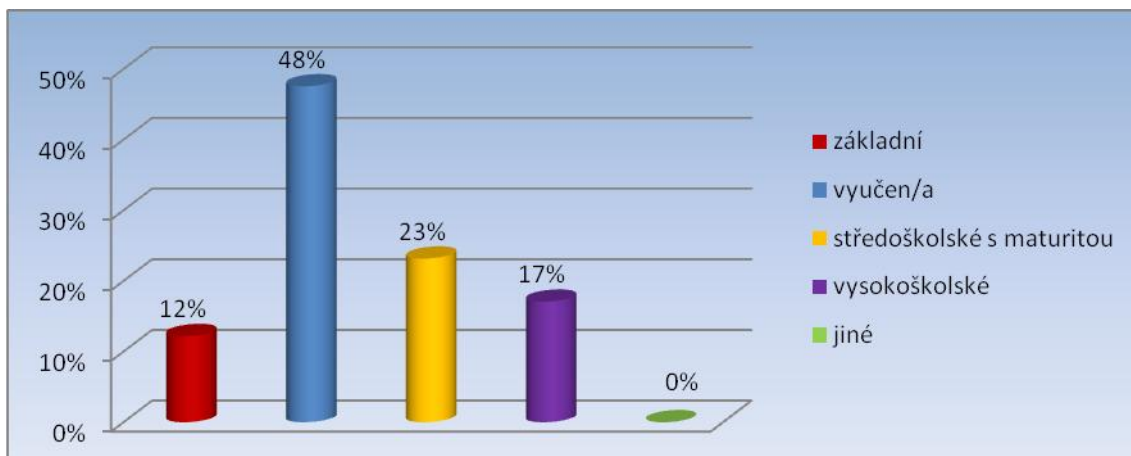
Z celkového počtu 82 (100 %) respondentů bylo 54 (66 %) mužů a 28 (34 %) žen.

Graf 2 Věkové kategorie pacientů



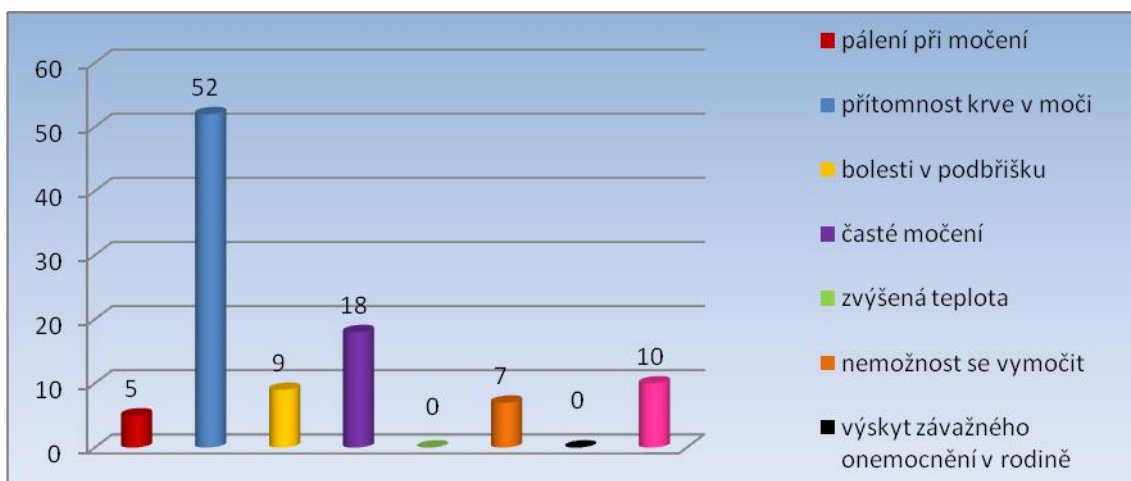
Z celkového počtu 82 (100 %) respondentů žádný nedosáhl věkové hranice 18 – 30 let, 4 (5 %) respondentů bylo ve věku 31 – 45 let, 16 (19 %) respondentů bylo ve věku v rozmezí 46 – 60 let, 40 (49 %) respondentů bylo ve věku 61 – 75 let a 22 (27 %) respondentům bylo více než 75 let.

Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání pacientů



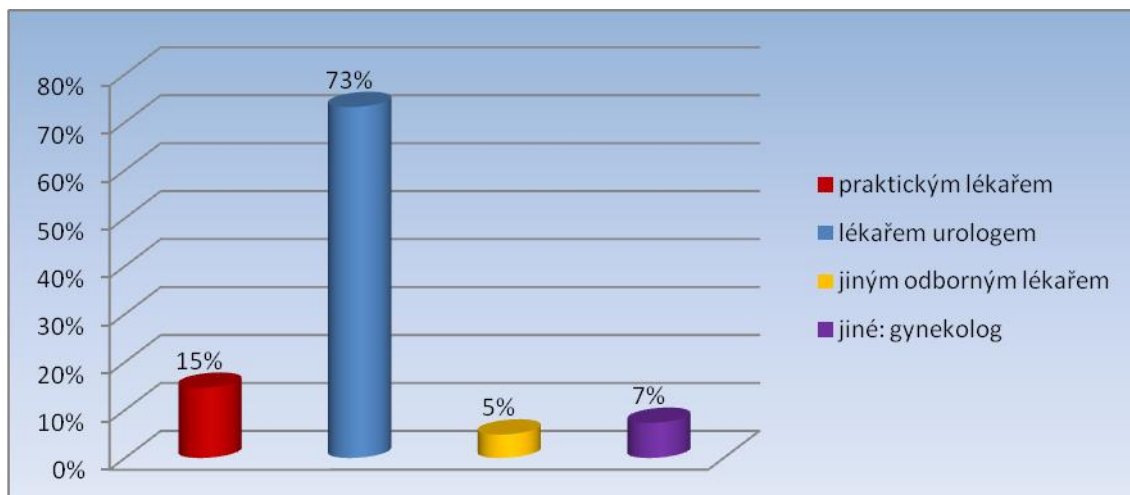
Z celkového počtu 82 (100 %) respondentů dosáhlo 10 (12 %) respondentů základního vzdělání, 39 (48 %) respondentů bylo vyučeno, 19 (23 %) dosáhlo středoškolského vzdělání s maturitou a 14 (17 %) respondentů dosáhlo vzdělání vysokoškolského. Možnost jiné odpovědi ne zvolil žádný z respondentů.

Graf 4 Důvody pacientů k návštěvě lékaře



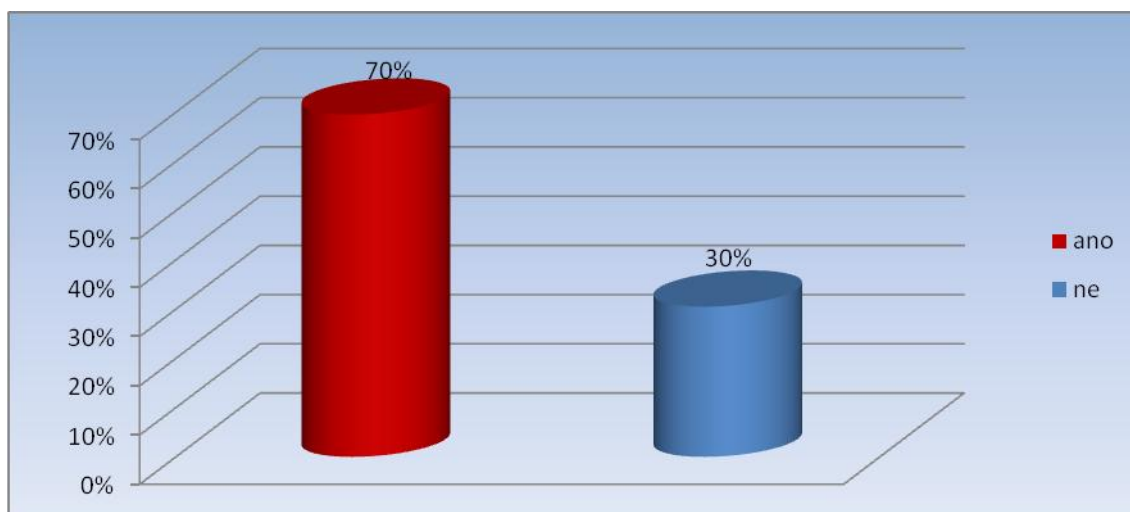
Graf popisuje četnost odpovědí, které obsahovaly 101 odpovědí, kdy nejvyšší četnost byla zaznamenána u možnosti přítomnost krve v moči – 52 odpovědí, časté močení – 18 odpovědí, nález při ultrazvuku – 10 odpovědí, bolesti v podbřišku – 9 odpovědí, nemožnost se vymočit – 7 odpovědí a pálení při močení – 5 odpovědí. Možnost zvýšená teplota a výskyt závažného onemocnění v rodině ne uvedl žádný z respondentů.

Graf 5 Doporučení pacientů k cystoskopickému vyšetření



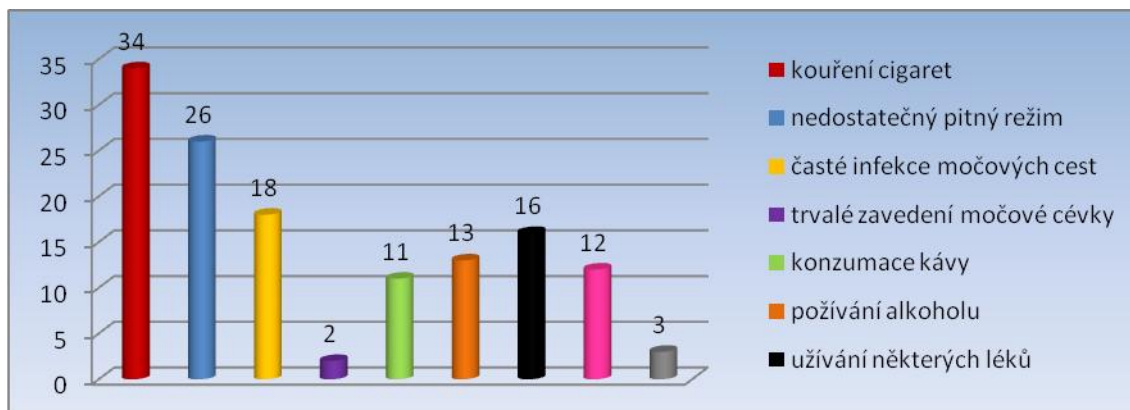
Z celkového počtu 82 (100 %) respondentů bylo k cystoskopickému vyšetření doporučeno praktickým lékařem 12 (15 %) respondentů, 60 (73 %) respondentů bylo doporučeno lékařem urologem, 4 (5 %) respondentů bylo doporučeno jiným odborným lékařem a 6 (7 %) respondentů zvolilo možnost jiné odpovědi, což bylo lékařem gynekologem.

Graf 6 Znalost pacientů v oblasti rizikových faktorů



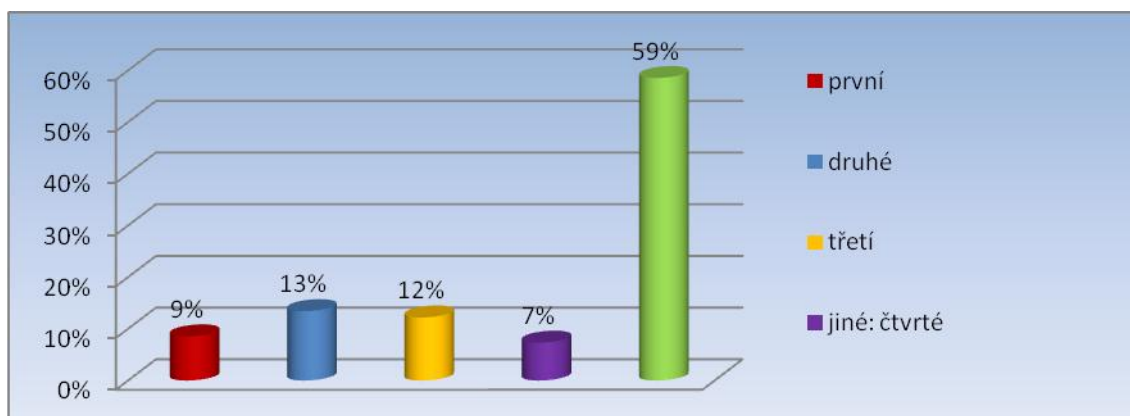
Z celkového počtu 82 (100 %) respondentů znalo rizikové faktory 57 (70 %) a 25 (30 %) respondentů rizikové faktory neznalo.

Graf 7 Nejčastější rizikové faktory z pohledu pacienta



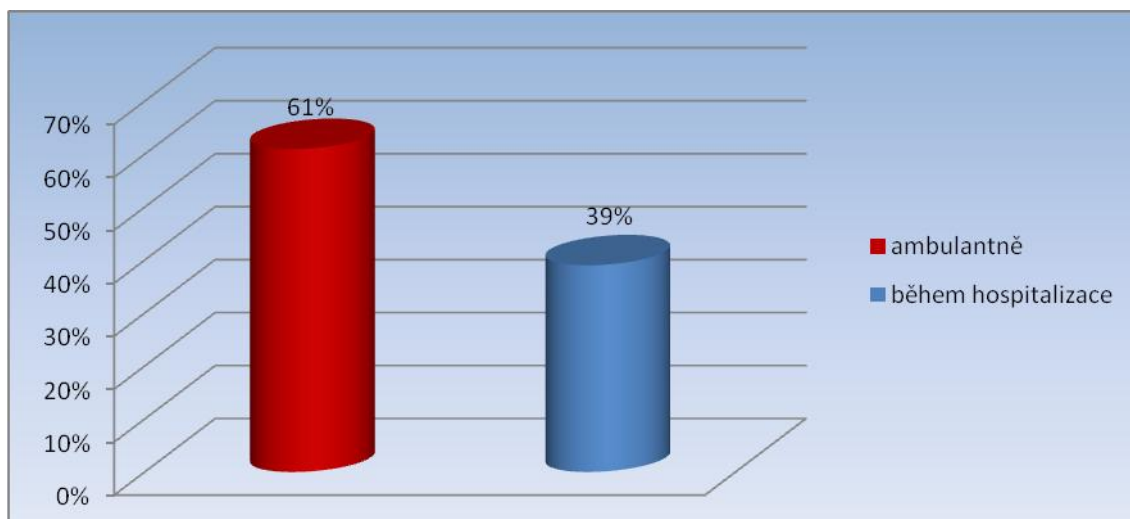
Graf popisuje četnost odpovědí, které obsahovaly 135 odpovědí, kdy nejvyšší četnost odpovědí byla zaznamenána u možnosti kouření cigaret – 34 odpovědí, nedostatečný pitný režim – 26 odpovědí, časté infekce močových cest – 18 odpovědí, užívání některých léků – 16 odpovědí, požívání alkoholu – 13 odpovědí, druh zaměstnání – 12 odpovědí, konzumace kávy – 11 odpovědí, azbest – 3 odpovědi a trvalé zavedení močové cévky – 2 odpovědi.

Graf 8 Počet absolvovaných cystoskopických vyšetření pacientů



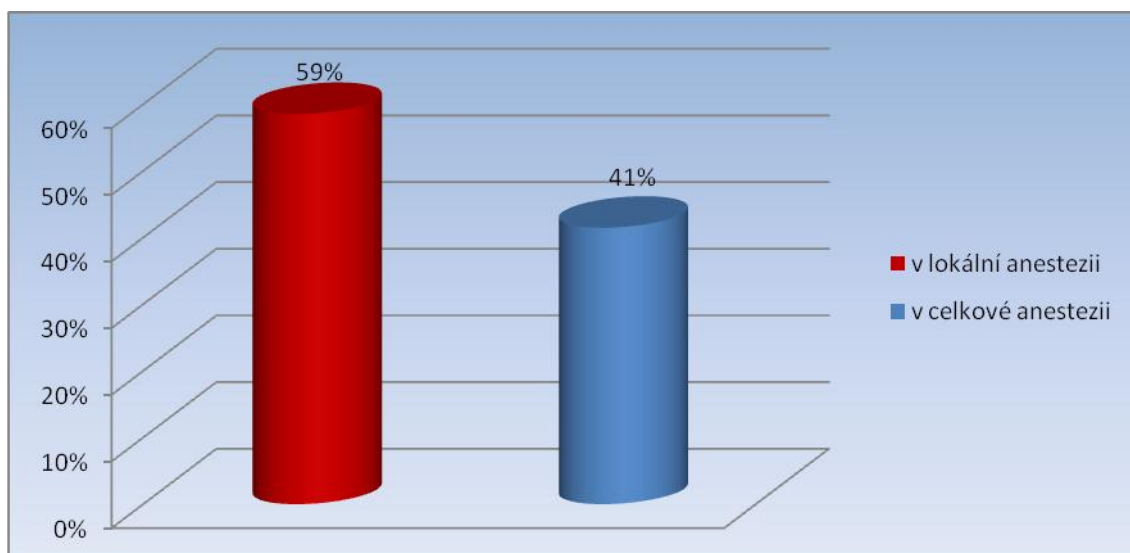
Z celkového počtu 82 (100 %) respondentů absolvovalo cystoskopické vyšetření poprvé 6 (9 %) respondentů, 11 (13 %) respondentů absolvovalo vyšetření podruhé, 10 (12 %) absolvovalo vyšetření potřetí, 6 (7 %) respondentů absolvovalo vyšetření počtvrté a 48 (59 %) respondentů odpovědělo, že absolvovalo vyšetření již vícekrát a přesně si nevzpomíná.

Graf 9 Způsob provedení cystoskopického vyšetření



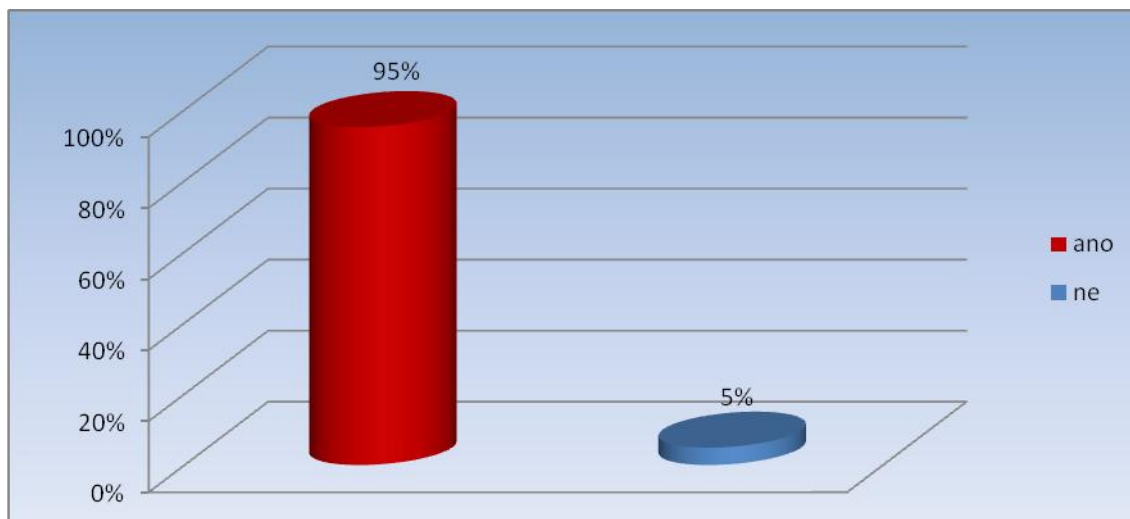
Z celkového počtu 82 (100 %) respondentů, 50 (61 %) respondentů odpovědělo, že podstoupilo cystoskopické vyšetření ambulantně a 32 (39 %) respondentů podstoupilo vyšetření během hospitalizace.

Graf 10 Způsob provedení vlastního cystoskopického výkonu



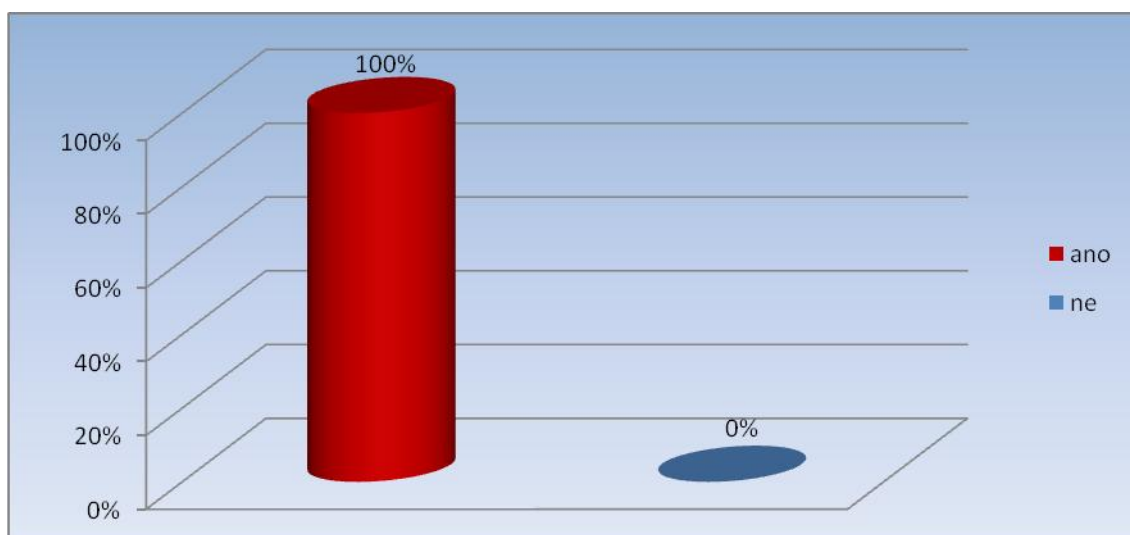
Z celkového počtu 82 (100 %) respondentů, 48 (59 %) respondentů uvedlo, že cystoskopické vyšetření bylo provedeno v lokální anestézii a 34 (41 %) respondentů uvedlo, že vyšetření bylo provedeno v celkové anestézii.

Graf 11 Předložení písemného informovaného souhlasu



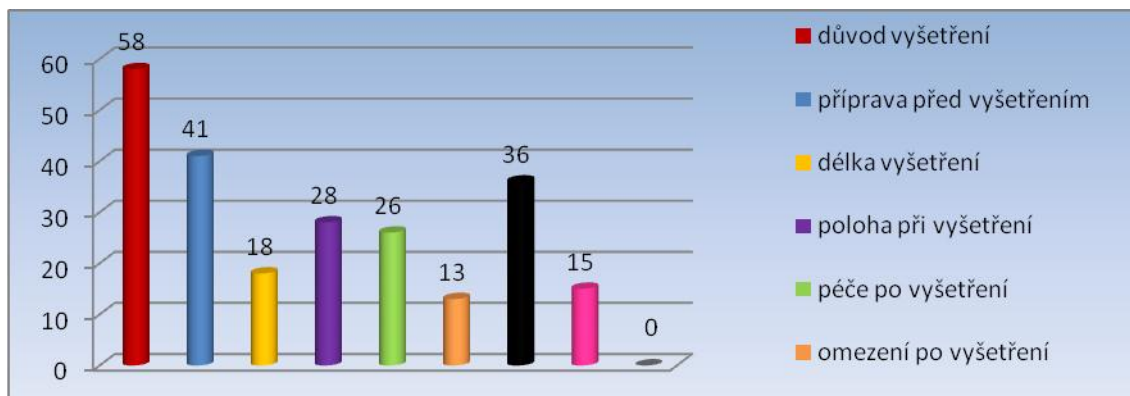
Z celkového počtu 82 (100 %) respondentů, 78 (95 %) respondentů uvedlo předložení písemného informovaného souhlasu s výkonem a 4 (5 %) respondentů uvedlo, že jim písemný informovaný souhlas předložen nebyl.

Graf 12 Podání informací pacientům s průběhem cystoskopického vyšetření



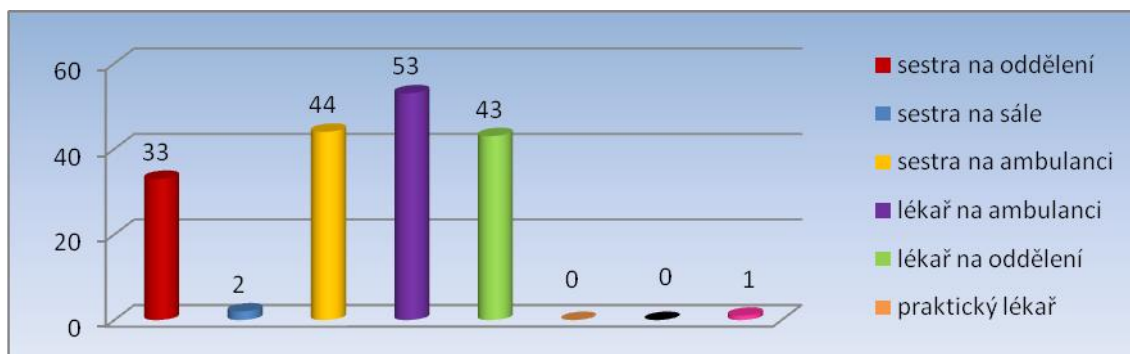
Z celkového počtu 82 (100 %) respondentů, 82 (100 %) respondentů odpovědělo, že jim byly poskytnuty informace s průběhem cystoskopického vyšetření.

Graf 13 Druhy informací



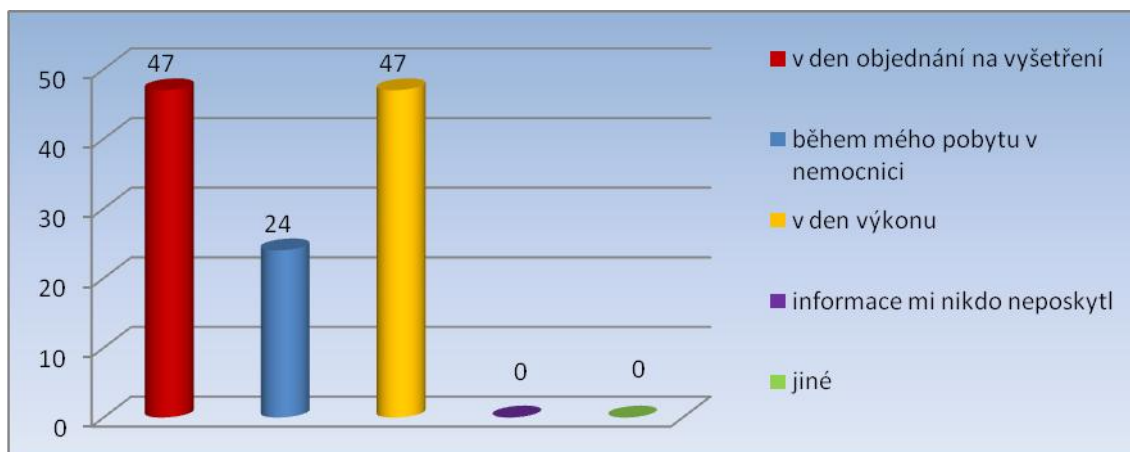
Graf popisuje četnost odpovědí, které obsahovaly 235 odpovědí, kdy nejvyšší četnost odpovědí byla zaznamenána u možnosti důvod vyšetření – 58 odpovědí, příprava před vyšetřením – 41 odpovědí, možné komplikace po vyšetření – 36 odpovědí, poloha při vyšetření – 28 odpovědí, péče po vyšetření – 26 odpovědí, délka vyšetření – 18 odpovědí, dodržování režimových opatření po vyšetření – 15 odpovědi a omezení po vyšetření – 13 odpovědí. Možnosti jiné odpovědi nevyužil žádný z respondentů.

Graf 14 Podání informací o cystoskopickém vyšetření zdravotnickým pracovníkem



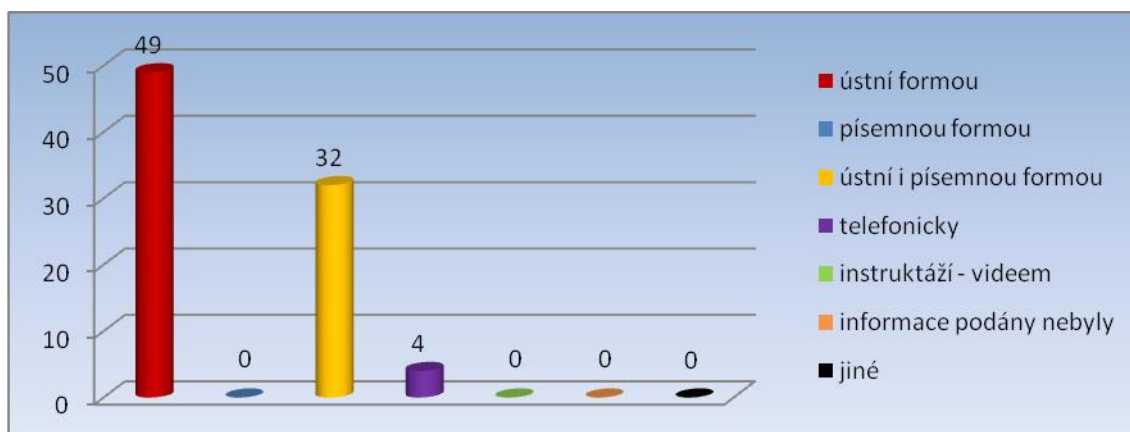
Graf popisuje četnost odpovědí, které obsahovaly 176 odpovědí, kdy nejvyšší četnost odpovědí byla zaznamenána u možnosti lékař na ambulanci – 53 odpovědí, sestra na ambulanci – 44 odpovědí, lékař na oddělení – 43 odpovědí, sestra na oddělení – 33 odpovědí, sestra na sále – 2 odpovědi a možnost jiné odpovědi – 1 odpověď, což bylo primářem oddělení. Možnost praktický lékař a nikdo nevyužil žádný z respondentů.

Graf 15 Doba podání potřebných informací



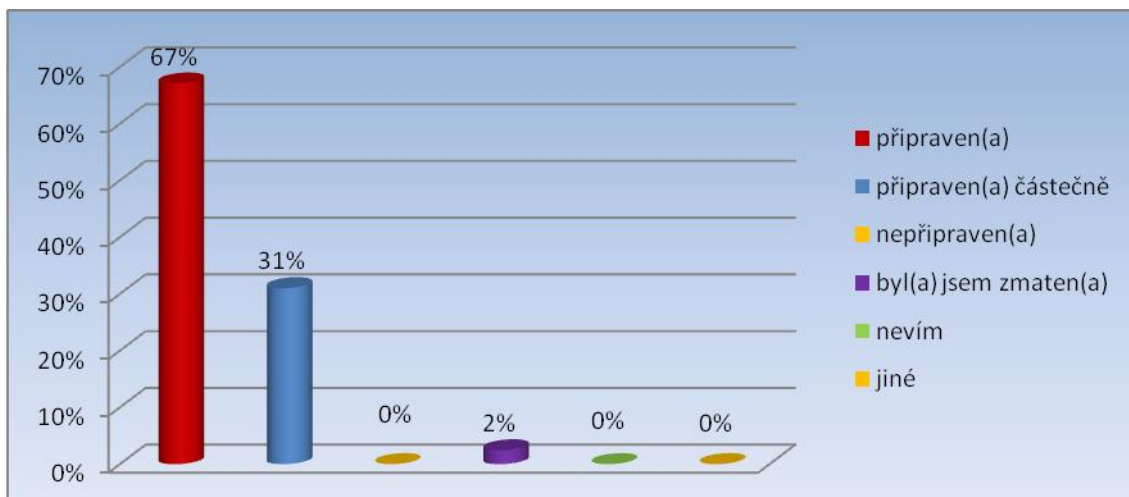
Graf popisuje četnost odpovědí, které obsahovaly 118 odpovědí, kdy nejvyšší četnost odpovědí byla zaznamenána u možnosti v den objednání na vyšetření – 47 odpovědí současně s možností v den výkonu – 47 odpovědí a během mého pobytu v nemocnici – 24 odpovědí. Možnost informace mi nikdo neposkytl a možnost jiné odpovědi nevyužil žádný z respondentů.

Graf 16 Forma podaných informací



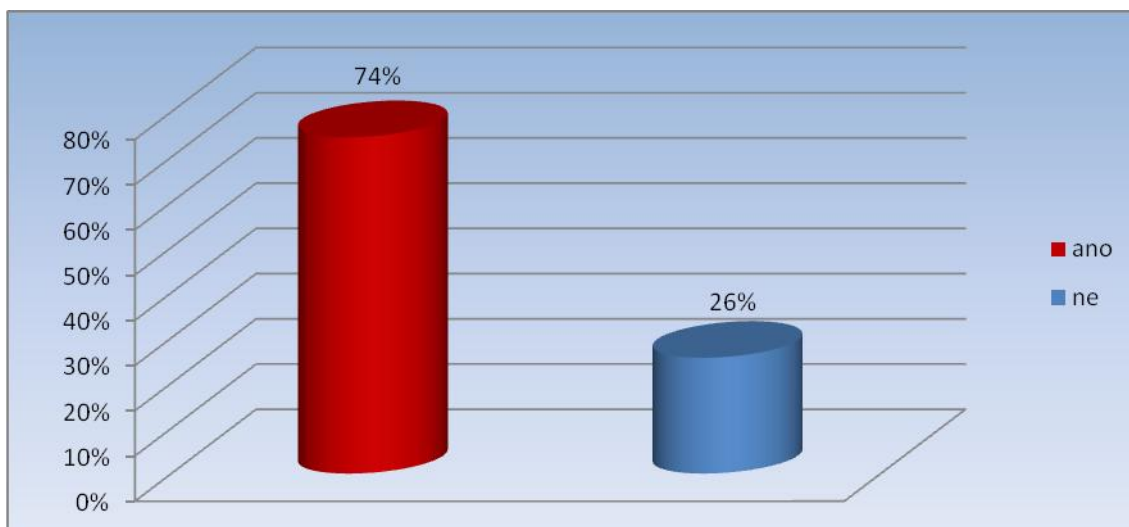
Graf popisuje četnost odpovědí, které obsahovaly 85 odpovědí, kdy nejvyšší četnost odpovědí byla zaznamenána u možnosti ústní formou – 49 odpovědí, ústní i písemnou formou – 32 odpovědí, telefonicky – 4 odpovědi. Možnosti písemnou formou, instruktáží – videem, informace podány nebyly a možnost jiné odpovědi nevyužil žádný z respondentů.

Graf 17 Přípravenost pacientů na cystoskopické vyšetření



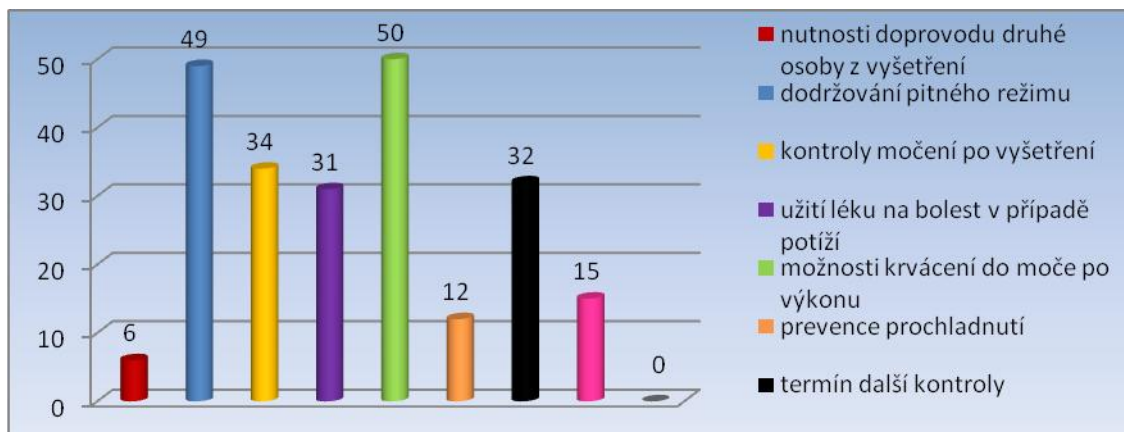
Z celkového počtu 82 (100 %) respondentů, 55 (67 %) respondentů uvedlo, že mají pocit připravenosti na cystoskopické vyšetření, 25 (31 %) respondentů uvedlo, že mají pocit připravenosti částečně a 2 (2 %) respondentů uvedlo, že byli zmateni. Možnosti nepřipraven(a), nevím a možnost jiné odpovědi nevyužil žádný z respondentů.

Graf 18 Informovanost pacientů v oblasti opatření po cystoskopickém vyšetření



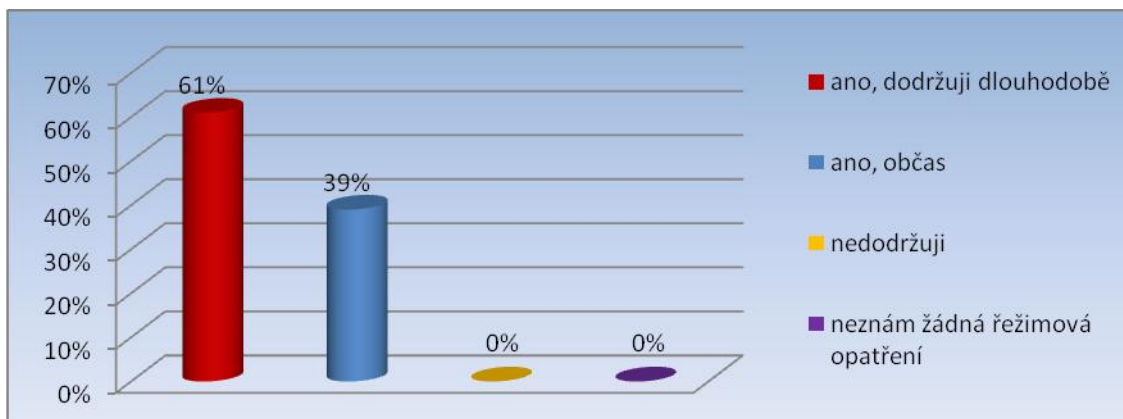
Z celkového počtu 82 (100 %) respondentů, 61 (74 %) respondentů odpovědělo, že byli informováni v oblasti režimového opatření po absolvování cystoskopického vyšetření a 21 (26 %) respondentů informováno nebylo.

Graf 19 Specifika poskytnutých informací



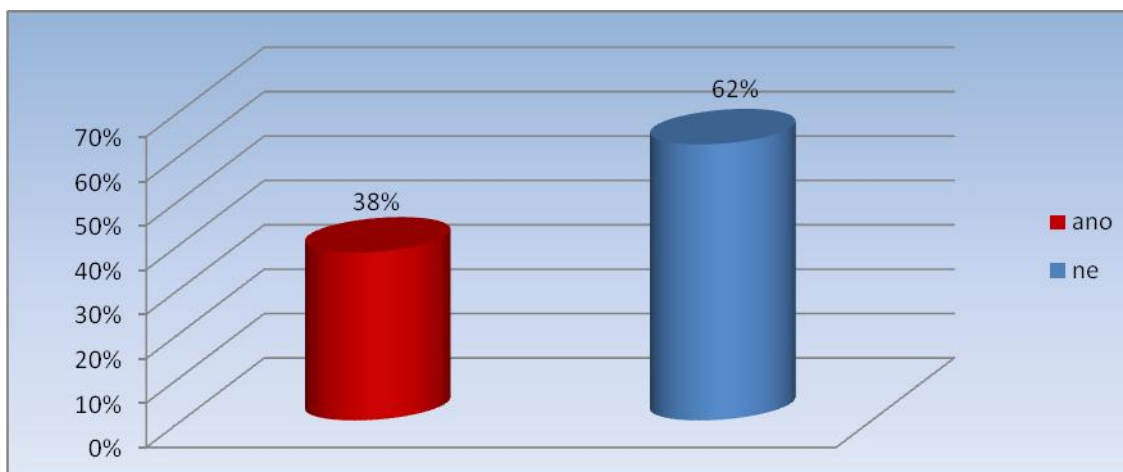
Graf popisuje četnost odpovědí, které obsahovaly 229 odpovědí, kdy nejvyšší četnost odpovědí byla zaznamenána u možnosti krvácení do moče po výkonu – 50 odpovědí, dodržování pitného režimu – 49 odpovědí, kontroly močení po vyšetření – 34 odpovědí, termín další kontroly – 32 odpovědí, užití léku na bolest v případě potíží – 31 odpovědí, zákazu kouření – 15 odpovědí, prevence prochladnutí – 12 odpovědí a nutnosti doprovodu druhé osoby z vyšetření – 6 odpovědí. Možnosti jiné odpovědi nevyužil žádný z respondentů.

Graf 20 Dodržování navrhovaného režimového opatření



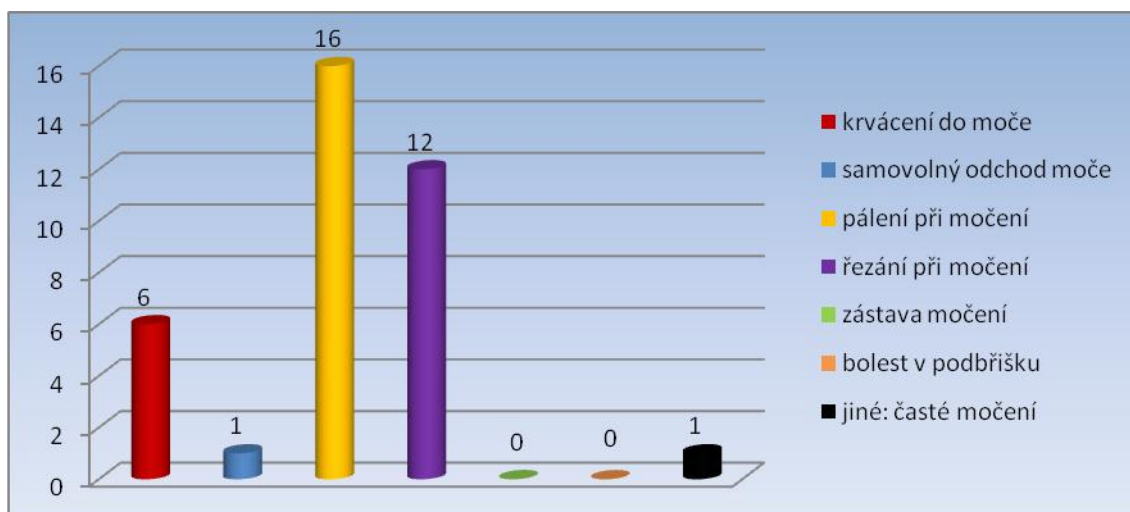
Z celkového počtu 82 (100 %) respondentů, 50 (61 %) respondentů odpovědělo, že navrhovaná režimová opatření dodržují dlouhodobě a 32 (39 %) respondentů opatření dodržují občas. Možnosti nedodržuji a neznám žádná režimová opatření nevyužil žádný z respondentů.

Graf 21 Výskyt komplikací po absolvování cystoskopického vyšetření



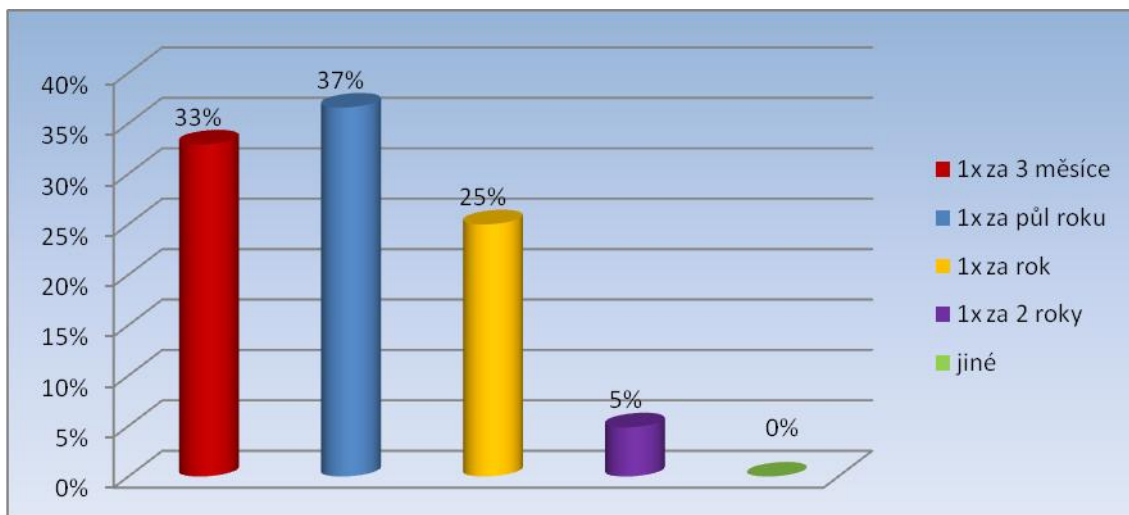
Z celkového počtu 82 (100 %) respondentů, 31 (38 %) respondentů uvedlo, že se komplikace po cystoskopickém vyšetření vyskytly a 51 (62 %) respondentů uvedlo, že se žádné komplikace po vyšetření nevyskytly.

Graf 22 Specifika vzniklých komplikací z pohledu pacienta



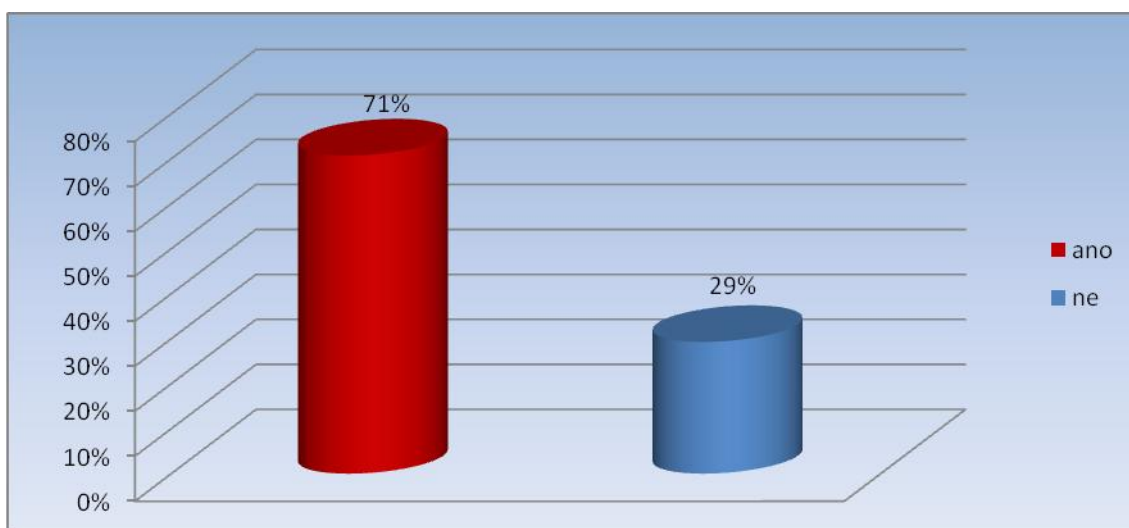
Graf rozvíjí odpověď ano z grafu 21 a popisuje četnost odpovědí, které obsahovaly 36 odpovědí, kdy nejvyšší četnost odpovědí byla zaznamenána u možnosti pálení při močení – 16 odpovědí, řezání při močení – 12 odpovědí, krvácení do moče – 6 odpovědí, samovolný odchod moče – 1 odpověď a časté močení – 1 odpověď. Možnost zástava močení a bolest v podbříšku nevyužil žádný z respondentů.

Graf 23 Časový odstup cystoskopických kontrol z pohledu pacienta



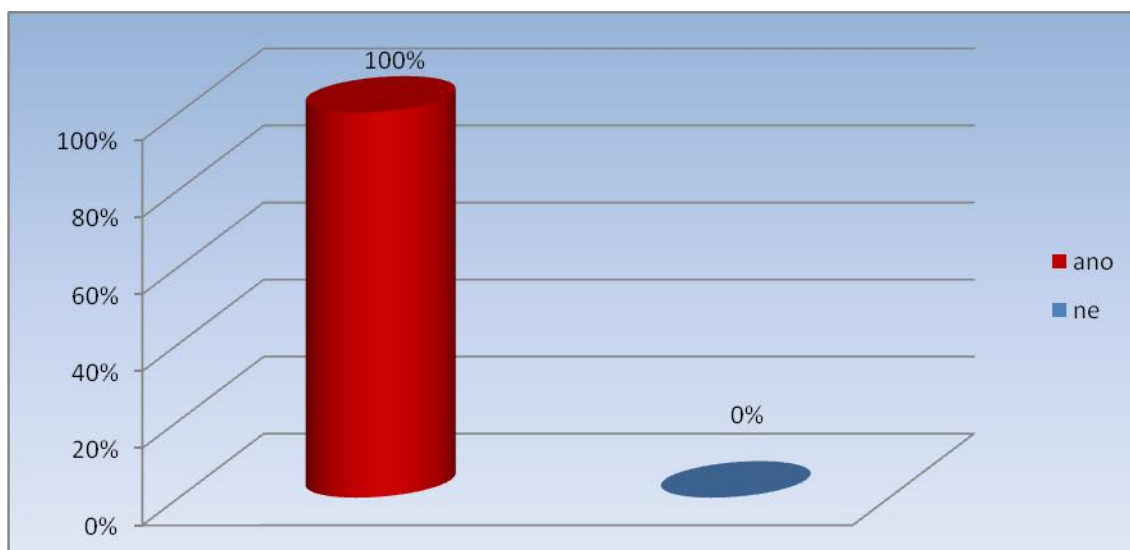
Z celkového počtu 82 (100 %) respondentů, 27 (33 %) respondentů odpovědělo, že podstupují cystoskopické kontroly 1x za 3 měsíce, 30 (37 %) respondentů podstupují cystoskopické kontroly 1x za půl roku, 21 (25 %) 1x za rok a 4 (5 %) 1x za 2 roky. Možnost jiné odpovědi nevyužil žádný z respondentů.

Graf 24 Podání informací lékařem v oblasti délky cystoskopických kontrol



Z celkového počtu 82 (100 %) respondentů, 58 (71 %) respondentů uvedlo, že byly podány informace lékařem v oblasti délky cystoskopických kontrol a 24 (29 %) respondentů informace nedostalo.

Graf 25 Možnost kladení dotazů v případě nejasností



Z celkového počtu 82 (100 %) respondentů, 82 (100 %) respondentů odpovědělo, že mělo možnost zeptat se v případě nejasností ohledně cystoskopického vyšetření.

4.2 Výsledky kvalitativního šetření

Kasuistika sestry 1 (S1)

Sestra 1 působí v ošetrovatelské praxi 19 let a na urologickém oddělení v nemocnici v Písku pracuje necelých 12 let. Je jí 38 let a v roce 2010 úspěšně dokončila bakalářské studium v oboru ošetrovatelství.

Sestra uvádí, že se na oddělení setkává s pacienty podstupujícími cystoskopické kontroly, a že častěji pacienti podstupují vyšetření ambulantně v lokální anestezii. V případě, že se pacient sám rozhodne vyšetření podstoupit v celkové anestezii, je mu vyhověno. Jedná se zejména o muže, kteří vyšetření hůře snášejí.

Dále uvádí, že cystoskopické kontroly u pacientů s nádory močového měchýře provádějí po 3 měsících, po půl roce a po roce, kdy záleží na nálezů a množství recidiv. Pacienti jsou sledováni doživotně. Cystoskopie v lokální anestezii provádějí na endoskopickém sálku, který je součástí oddělení a cystoskopie v celkové anestezii zajišťují na centrálních operačních sálech.

Pacienta před cystoskopickým vyšetřením edukuje jak ústně, tak písemně, podepsáním informovaného souhlasu. Sestra udává, že je důležité, aby měl pacient dostatek prostoru na případné otázky a nejasnosti. Ona sama pokládá pacientovi přímé i nepřímé dotazy, pozoruje jeho reakce, aby se přesvědčila, zda všemu porozuměl. Myslí si, že edukace je vždy velmi důležitá jelikož zajistí dobrou spolupráci mezi ošetrovatelským personálem a pacientem, kdy ona sama se snaží najít si na ni vždy dostatek času.

Pracuje jako sestra na lůžkové části oddělení, proto jsme se zaměřily na přípravu pacienta před cystoskopií v celkové anestezii. Sestra uvádí, že pacient se přijímá den před plánovaným výkonem a na příjem přichází s předoperačním vyšetřením od svého praktického lékaře. Na oddělení je sepsán příjem pacienta s lékařem, pacient je informován o výkonu a podepisuje informovaný souhlas. Odpoledne přichází anesteziolog k provedení předanesteziologického vyšetření. K obědu dostává celé jídlo podle své diety, večer již jen polévku. Poté sestra pacienta edukuje o předoperační přípravě, hlavně o nutnosti lačnění od půlnoci a vysvětlí mu, jak si zavést Glycerinové čípky na vyprázdnění. Uvádí, že se zaměřuje také na edukaci

pacientů ohledně hygienické péče genitálu a v případě, že je pacient nesoběstačný, zajistí hygienu sama. V operační den zkontroluje fyziologické funkce, přiloží bandáže, operační košili a po telefonickém vyzvání anesteziologické sestry aplikuje premedikaci a zajistí odvoz na operační sál.

Sestra udává, že se pacienti po cystoskopii většinou vracejí z operačního sálu zpět na standardní oddělení. Hlavní péči po výkonu vidí v kontrole fyziologických funkcí, v monitoraci bolesti a ve sledování močení. Myslí si, že je také důležitá edukace pacienta ohledně klidového režimu a možných komplikací po výkonu. Sama vždy pacienty upozorní na možnost výskytu krve v moči, dysurických potíží a nutnost dostatečného pitného režimu.

Jako nejčastější komplikace po cystoskopickém vyšetření uvádí strangurii, hematurii, retenci moči při otoku uretry a možnost vzniku infekce.

Dále sestra uvádí, že na oddělení mají informovaný souhlas s cystoskopií, který současně se souhlasem s anestezií a poučením o předoperační přípravě, je součástí dokumentace pacienta. Ví také, že standard ošetrovatelské péče na cystoskopické vyšetření je zpracován a je k dispozici k nahlédnutí v pracovně sester.

V péči o trvale cystoskopicky sledované pacienty si myslí, že je důležitá pravidelnost kontrol a výchova pacientů k zdravému životnímu stylu a péči o své zdraví. Také uvádí nutnost edukace v případě vzniku potíží nebo výskytu krve v moči. Takový pacient se musí co nejdříve dostavit na urologickou ambulanci na vyšetření.

Kasuistika sestry 2 (S2)

Sestře 2 je 41 let a vystudovala střední zdravotnickou školu. Na urologickém oddělení nemocnice v Písku pracuje 8 let. Celkově ve zdravotnictví působí již 23 let.

Sestra uvádí, že cystoskopické vyšetření u pacientů sledovaných pro nádor močového měchýře častěji provádějí ambulantně v lokální anestezii na endoskopickém sálku. Sama se setkává s pacienty, kteří podstupují cystoskopii v celkové anestezii nebo přicházejí k operačnímu řešení recidivy nádoru v močovém měchýři, která byla zjištěna při ambulantní cystoskopii.

Myslí si, že pacienti s nádorem močového měchýře musí být sledováni

doživotně a frekvence kontrol se prodlužuje v případě negativního nálezu. Nejdříve docházejí na cystoskopie každé tři měsíce, pak každých šest měsíců a poté jsou kontrolováni jednou za rok. O frekvenci kontrol vždy rozhoduje lékař.

Sestra uvádí, že na oddělení pacienty před cystoskopickým vyšetřením v celkové anestezii edukuje hlavně o předoperační přípravě. Myslí si, že je důležité pacientovi vše v klidu vysvětlit a zeptat se, zda všemu rozumí. Předchází se tak zbytečným nedorozuměním a zmírňují se tak obavy a strach pacienta z výkonu.

Příprava pacienta před cystoskopií v celkové anestezii podle sestry začíná již jeho přijetím na oddělení, většinou den před výkonem. Lékař při příjmu pacienta informuje o výkonu a možných komplikacích a pacient podepisuje informovaný souhlas. Sestra edukuje pacienta o předoperační přípravě, která se týká hlavně diety, vyprázdnění, lačnění a hygieny. Večer má pacient pouze tekutou dietu a vyprázdnění střev je zajištěno Glycerinovými čípkami. Při anesteziologickém vyšetření lékař ordinuje pacientovi hypnotikum pro zajištění klidného spánku. Do půlnoci může ještě přijímat tekutiny, ráno je pacient lačný. Sestra se domnívá, že je důležité pacienta poučit o důkladné hygieně genitálu, kterou v případě potřeby zajistí sama. Před odjezdem na operační sál pacienta převlékne do operační košile, dolní končetiny zabandážuje, požádá o odložení šperků, hodinek, vyjmutí zubní protézy a aplikuje mu premedikaci.

Sestra udává, že po převzetí pacienta ze sálu kontroluje fyziologické funkce, monitoruje bolest, pečuje o intravenózní kanylu a infuzi. Myslí si, že je důležité poučit pacienta o pitném režimu a možných komplikacích při močení. Zajistí, aby měl u lůžka močovou lahev a signalizační zařízení, aby jí mohl kdykoliv přivolat. Průběžně pacienta kontroluje a sleduje močení. V případě, že má pacient zavedený permanentní katétr, sleduje jeho průchodnost a edukuje ho o manipulaci s permanentním katétrem.

Nejčastější komplikace po cystoskopickém vyšetření sestra uvádí krvácení do moči, pálení a řezání při močení.

Sestra sděluje, že na oddělení mají k dispozici standard ošetrovatelské péče na cystoskopické vyšetření, který je pravidelně aktualizován a také informovaný souhlas s cystoskopií. Přiznává, že na oddělení nemají informační materiál týkající se cystoskopicky dispenzarizovaných pacientů a myslí si, že by ho pacienti uvítali.

Tvrdí, že v péči o trvale cystoskopicky sledované pacienty je důležitá spolupráce pacienta s ošetřujícím personálem a jejich vzájemná důvěra. Je přesvědčena, že v případě, kdy je pacient dostatečně edukován, pochopí nutnost opakovaných kontrol, sledování projevů onemocnění a dodržování zdravého životního stylu.

Kasuistika sestry 3 (S3)

Sestra 3 má vysokoškolské magisterské vzdělání v oboru ošetrovatelství v chirurgii a je jí 36 let. V ošetrovatelské praxi působí 18 let a na urologickém oddělení v nemocnici v Písku pracuje 5 let. Pracuje jako staniční sestra na lůžkové části oddělení a v případě potřeby zastupuje také sestru na ambulanci a sestru na endoskopickém sálku. Z tohoto důvodu se může vyjádřit k cystoskopii prováděné jak v lokální, tak v celkové anestezii.

Sestra udává, že cystoskopické kontroly se u pacientů s nádorem močového měchýře provádějí častěji v lokální anestezii na endoskopickém sálku, který je součástí oddělení. Cystoskopie v celkové anestezii jsou prováděny na centrálních operačních sálech za hospitalizace pacienta.

Dále sestra uvádí, že cystoskopické kontroly jsou prováděny 1x za 3 měsíce, v případě negativního nálezu se kontroly prodlužují na 1x za půl roku po dobu 2 let a za další dva roky 1x ročně. Pacienti jsou sledováni doživotně.

Na otázku, zda edukuje pacienty před cystoskopickým vyšetřením odpověděla, že ano a to vysvětlováním a rozhovorem s následnou zpětnou vazbou, jehož součástí je informovaný souhlas, kde jsou potřebné informace a také možné komplikace. Edukaci považuje za důležitou součást psychické přípravy pacienta před výkonem, a proto se snaží najít si na ni vždy dostatek času.

Do přípravy pacienta před ambulantní cystoskopií v lokální anestezii sestra zařadila již odeslání vzorku moče na kultivaci a citlivost do příslušné laboratoře, jelikož tento výkon vyžaduje negativní nález v moči. Pokud je nález negativní, objedná pacienta k vyšetření, v opačném případě rozhodne o dalším postupu lékař. Dle sestry příprava spočívá také v seznámení pacienta s výkonem a podepsání informovaného souhlasu. V rámci přípravy si lékař ověřuje, zda pacient užívající antikoagulantia nebo

antiagregancia tyto léky vysadil alespoň 2 dny před vyšetřením. Těsně před výkonem sestra požádá pacient o vymočení do klozetu, převlékne ho do empíru a vysvětlí mu litotomickou polohu, ve které je výkon prováděn. Součástí přípravy je také poučení pacienta o aplikaci lokální znečitlivující látky do močové trubice – Instillagelu, která zajišťuje také kluzkost cystoskopu. Sestra během výkonu průběžně informuje, jak lékař postupuje, udržuje s pacientem oční kontakt a sleduje celkový stav. Uvádí, že je důležité pacienta poučit o pocitu nutkání na močení během výkonu z důvodu plnění močového měchýře sterilní vodou.

K přípravě pacienta na cystoskopii v celkové anestezii za hospitalizace sestra uvádí, že pacient na příjem přichází s již provedeným předoperačním vyšetřením od praktického lékaře. Jeho součástí jsou výsledky biochemického souboru, krevního obrazu, koagulace, močového sedimentu a moče na kultivaci a citlivost. Pokud je pacientovi více jak 40 let, musí být provedeno také EKG a RTG srdce a plic. Sestra přiznává, že občas některé z vyšetření chybí a musí se v den příjmu doplnit. Dále uvádí, že lékař při příjmu pacienta zajistí podpisy informovaných souhlasů, podá informace v případě nejasností a zvolí riziko vzniku tromboembolické nemoci. U velmi rizikových pacientů nebo u pacientů trvale užívajících Warfarin popřípadě jiný druh antikoagulancia, naordinuje aplikaci nízkomolekulárního heparinu (Fragmin). V odpoledních hodinách se zajišťuje anesteziologické vyšetření, kdy anesteziolog edukuje pacienta o anestezii a ordinuje vhodnou premedikaci. Sestra dále udává, že k večeri dostává pacient již pouze tekutou dietu a na vyprázdnění dva Glycerinové čípky. V den výkonu sestra kontroluje lačnost pacienta a po celkové koupeli zajistí pacienta empírem a bandážemi dolních končetin. Uvádí, že dále platí všeobecné pokyny, jako je vyjmutí zubní protézy a odložení šperků. Před odvezením pacienta na sál, aplikuje premedikaci podle ordinace anesteziologa a na sále předá pacienta anesteziologické sestře.

Sestra po cystoskopii v lokální anestezii pacienta upozorní na možné pálení, řezání při močení, doporučí dostatečný pitný režim a v případě vzniku krvácení zdůrazní okamžitý kontakt lékaře.

U pacienta po cystoskopii provedené v celkové anestezii se sestra zaměří na

sledování fyziologických funkcí podle ordinace anesteziologa, na monitoraci pooperační bolesti a aplikaci analgetik, dále na kontrolu mikce, krvácení a sledování bilance tekutin, péči o intravenózní kanylu a aplikaci infuze, dodržování klidového režimu a péči o permanentní katétr.

Sestra uvádí, že nejčastější komplikací po cystoskopickém vyšetření je pálení a řezání při močení, hematurie v případě odebrání vzorků sliznice močového měchýře nebo močová retence.

Dále odpovídá, že na oddělení mají informovaný souhlas s cystoskopií a také standard ošetrovatelské péče na cystoskopické vyšetření, na němž se podílela také autorsky. Domnívá se, že by pro pacienty, kteří podstupují trvalé cystoskopické kontroly byla přínosem informační brožura, která na oddělení není k dispozici.

Jako nejdůležitější u pacientů podstupující cystoskopické dispenzarizace považuje edukaci, zdůraznit nutnost cystoskopických kontrol a také negativních důsledků v případě jejich nerespektování. Dále si myslí, že je nezbytné edukovat pacienty o preventivních opatřeních, jako je nekouřit, udržovat zdravý životní styl, dbát na dostatečný příjem tekutin a sledovat případné projevy onemocnění.

Kasuistika sestry 4 (S4)

Sestra 4 pracuje na urologické ambulanci v nemocnici v Písku téměř 13 let. Je jí 54 let a po maturitě na střední zdravotnické škole nastoupila na ortopedické oddělení. Později pracovala jako instrumentální sestra na operačním sále a doplnila si vzdělání na postgraduálním studiu v Brně. Celkově působí v ošetrovatelské praxi 35 let.

Sestra uvádí, že se na urologické ambulanci setkává s pacienty podstupujícími dispenzární kontroly pro nádor močového měchýře. Častěji se provádějí jako ambulantní výkon v lokální anestezii na endoskopickém sálku. Dále uvádí, že pacienti se sledují doživotně a to první dva roky po 3 měsících, další dva roky po 6 měsících a jestliže je nález v pořádku, postačí jedna cystoskopická kontrola ročně. V případě, že dojde k recidivě a pacient musí podstoupit chirurgické odstranění nádoru, vrací se ve frekvenci kontrol zpět na začátek.

Sestra tvrdí, že edukuje pacienta před cystoskopickým vyšetřením verbálně a

také připravuje do karty pacienta informovaný souhlas. Myslí si, že dobrá organizace objednávání pacientů k cystoskopii je důležitá. Snaží se pacientům plně věnovat, ale jak sama říká, někdy je to těžké pro velkou pracovní vyčíženost a množství pacientů, které je nutné ošetřit. Dále uvádí, že pravidelně kontroluje dispenzář pacientů s diagnózou nádoru močového měchýře a pokud se nedostavili na kontrolu, písemně je ke kontrole vyzve.

K přípravě pacienta před ambulantní cystoskopií v lokální anestezii sestra uvádí, že pacient musí mít negativní moč na kultivaci a citlivost a pak je objednán k vyšetření na konkrétní den a hodinu. Lékařem je upozorněn, že užívá-li Anopyrin, Godasal nebo Warfarin, musí tyto léky 2 dny před vyšetřením vysadit. Těsně před vyšetřením se pacient vymočí a podepíše informovaný souhlas. Sestra uvádí, že v případě trvale cystoskopicky sledovaných pacientů je spolupráce dobrá, pacient již ví, co ho čeká. Myslí si, že je spíše důležitá psychická podpora pacienta, jelikož má obavy, zda bude nález v pořádku, či se objeví recidiva nádoru. Dále pacienta oblékne do operační košile a pomůže mu zaujmout vyšetřovací polohu, což je mnohdy pro špatnou pohyblivost pacienta náročné a je nutná pomoc sanitáře. Po celou dobu výkonu asistuje lékaři a zároveň sleduje pacienta. Hlavně muže, kterým je prováděna flexibilní cystoskopie poučí o uvolnění pánevních svalů a dýchání při výkonu, aby proniknutí přístroje přes prostatu do močového měchýře bylo co nejméně bolestivé.

Sestra udává, že po vyšetření flexibilním cystoskopem doporučí pacientům před odchodem z oddělení vymočení do klozetu, z důvodu naplnění močového měchýře sterilní vodou. Dále poučí pacienty o pitném režimu, kontrole močení a možných komplikacích. S lékařem se pacient domlouvá na termínu další kontroly.

Podle sestry se po cystoskopií v lokální anestezii komplikace nevyskytují často, ale občas se může vyskytnout pálení nebo řezání při močení, krvácení do moče při biopsii a vzácně infekce močových cest.

Dále sestra uvádí, že na oddělení je vypracovaný písemný souhlas s výkonem a standard ošetrovatelské péče na cystoskopické vyšetření. Obsah standardu plně vyhovuje a je aktualizován každé tři roky.

Sestra si myslí, že při péči o trvale cystoskopicky dispenzarizované pacienty

jsou důležité pravidelné kontroly a sledování pacientů. Kromě cystoskopie se pacient vyšetřuje jednou ročně také sonograficky, provádí se mu vylučovací urografie a sledují se také celkové projevy nemoci jako je úbytek váhy, bolesti skeletu nebo zhoršený dech. Udává, že každý pacient sledovaný pro nádor močového měchýře musí vědět, že v případě krvácení do moči okamžitě přijde na vyšetření. Myslí si, že pro pacienty by byl přínosem informační materiál týkající se tohoto onemocnění.

Kasuistika sestry 5 (S5)

Sestra 5 pracuje na urologické ambulanci v nemocnici v Českých Budějovicích. Je jí 31 let a na urologické oddělení nastoupila po dokončení vyšší odborné školy před sedmi lety.

Sestra uvádí, že na urologické ambulanci provádějí cystoskopické kontroly u pacientů s nádory močového měchýře v lokální anestezii. K tomuto účelu mají přímo vyhrazenou jednu ambulanci. Častěji se však provádějí cystoskopické kontroly v celkové anestezii za hospitalizace pacienta na operačním sále.

Dále sestra tvrdí, že cystoskopické kontroly u pacientů s nádory močového měchýře se provádějí několikrát do roka, kdy záleží na nálezů při cystoskopii. První dva roky dochází pacient na kontroly po 3 měsících, další dva roky po půl roce a poté 1x za rok. Pacienti na kontroly docházejí doživotně.

Sestra pacienty před cystoskopií v lokální anestezii edukuje ohledně přípravy před vyšetřením, o délce cystoskopie a o možných komplikacích po vyšetření, jako jsou hematurie, zástava močení nebo pálení při močení. Pacientů se poté dotazuje, zda všemu rozumí a zda mají nějaké dotazy. Pacient také podepisuje informovaný souhlas s vyšetřením. Uvítala by více času na edukaci, protože vzhledem k pracovní vytíženosti a množství pacientů nemá vždy tolik času, jak by si sama představovala, ale v rámci možností se snaží si čas udělat.

Sestra si myslí, že je v důležitá psychická podpora pacienta před výkonem, která spočívá v pomalém a srozumitelném vysvětlení, co ho čeká. Pacienta edukuje hlavně o nutnosti vymočení se před výkonem, poloze při výkonu a průběhu výkonu. Při cystoskopii asistuje lékaři a po celou dobu sleduje pacienta a povzbuzuje ho.

Sestra uvádí, že po výkonu je důležité pacienta informovat o možných komplikacích a o vhodnosti doprovodu z vyšetření, hlavně pro starší a hůře pohyblivé pacienty.

Jako nejčastější komplikace po cystoskopickém vyšetření sestra udává dysurické potíže, přítomnost krve v moči a zástavu močení.

Dále tvrdí, že na oddělení mají vypracovaný písemný souhlas s cystoskopickým vyšetřením a také standard ošetrovatelské péče na cystoskopické vyšetření, který je aktualizován každé tři roky a jeho obsah je vyhovující. Spíše by uvítala edukační materiál týkající se problematiky cystoskopicky sledovaných pacientů, který na ambulanci chybí.

Sestra pokládá za nejdůležitější v péči o trvale cystoskopicky dispenzarizované pacienty informovat je o příčině vzniku nádoru močového měchýře, poučit je o zákazu kouření, což je jedna z nejčastějších příčin vzniku nádoru močového měchýře. Uvádí, že je nutné pacienty edukovat o tom, že v případě krvácení do moče, se dostaví na ambulanci k vyšetření.

Kasuistika sestry 6 (S6)

Sestře 6 je 38 let a na urologickém oddělení nemocnice v Českých Budějovicích pracuje 20 let. Má střední odborné vzdělání a nyní si dokončuje bakalářské studium v oboru ošetrovatelství. Na urologické ambulanci zastává funkci staniční sestry.

Sestra udává, že na ambulanci se provádějí dispenzární cystoskopie u pacientů s nádory močového měchýře a to hlavně u žen v lokální anestezii. Muži se vyšetřují v celkové anestezii za hospitalizace na operačním sále. Poměr odhaduje asi 30 % ku 70 %.

Sestra pacienty před cystoskopickým vyšetřením v lokální anestezii edukuje hlavně o průběhu vyšetření, přípravě na vyšetření, hygieně genitálu a možných komplikacích po vyšetření. To, zda jí pacient rozumí, si ověřuje zpětnou vazbou, otázkami na pacienta. Sestra dále uvádí, že jsou situace, kdy nemá dostatek času na edukaci pacienta, ale sama z vlastní zkušenosti ví, že pacienti podstupující pravidelné cystoskopické kontroly jsou s vyšetřením seznámeni a postačí jim zopakovat jen to

nejdůležitější.

K přípravě pacientů před cystoskopickým vyšetřením v lokální anestezii uvádí, že se pacient předem objednává a k vyšetření si přináší negativní výsledek moči na kultivaci a citlivost. Těsně před vyšetřením se pacient vymočí, je informován o průběhu vyšetření a podepisuje informovaný souhlas. Sestra pacienta poté uloží na vyšetřovací lůžko.

Sestra uvádí, že po vyšetření je nutné pacienta poučit o zvýšeném příjmu tekutin, možných nežádoucích komplikacích jako je pálení při močení nebo přítomnost krve v moči. Podle nutnosti lékař ordinuje analgetika na bolest. Dle sestry má pacient vědět, že v případě objevení se potíží přijde na kontrolu.

Sestra jako nejčastější komplikaci po cystoskopickém vyšetření uvádí pálení, řezání při močení a hematurii.

Na otázku, zda mají na oddělení vypracovaný písemný souhlas s cystoskopií a standard ošetrovatelské péče na cystoskopické vyšetření odpovídá, že ano a s jeho kvalitou je spokojena.

Sestra považuje za nejdůležitější v péči o trvale cystoskopicky sledované pacienty správnou edukaci, pravidelnost kontrol a edukovat pacienta, že v případě objevení se krve v moči přijde na kontrolu i kdykoliv během roka a nečeká na plánovaný termín kontroly.

Kasuistika sestry 7 (S7)

Sestře 7 je 48 let a v ošetrovatelské praxi působí 20 let, z toho 15 let na urologickém oddělení. Vystudovala střední zdravotnickou školu a nyní pracuje na lůžkové stanici urologického oddělení nemocnice v Českých Budějovicích.

Sestra udává, že pacienty s nádory močového měchýře sledují první rok po 3 měsících, dále dle pozitivitu po 6 měsících, 9 měsících, po 1 roce a 2 letech a toto sledování je doživotní. Cystoskopické kontroly v celkové anestezii provádějí u mužů na operačním sále a v lokální anestezii na ambulanci ženám.

Sestra uvádí, že pracuje na lůžkové části oddělení, kde se setkává s pacienty přicházejícími k provedení cystoskopie v celkové anestezii. K výkonu je nutné

předoperační vyšetření ne starší jak 10 dnů. Obsahuje základní biochemické odběry, krevní obraz, vyšetření moče - sediment a kultivaci a krevní srážlivost, EKG a RTG srdce a plic. Lékař objednávací pacienta k výkonu ho poučí o nutnosti vysazení Anopyrinu nebo Warfarinu alespoň 14 dní před zákrokem. Sestra udává, že příprava pacienta k cystoskopii probíhá již den předem a spočívá ve vysvětlení výkonu, předoperační přípravy a také podepsání informovaných souhlasů. K obědu má pacient pouze tekutou dietu, večer již nevečeří a dostává Glycerinový čípek na vyprázdnění. Sestra pacientům připomíná, aby věnovali pozornost hlavně hygieně genitálu. Tekutiny pacient přijímá do půlnoci a od půlnoci již zůstává nalačno. V den výkonu převlékne pacienta do operační košile, na dolní končetiny přiloží bandáže, aplikuje premedikaci a odváží ho na operační sál. Sestra si myslí, že má na edukaci pacienta dostatek času a také si zpětně ověřuje, zda pacient všemu rozumí.

Po výkonu se pacient převáží na dospávací pokoj, kde je napojen na monitor, kde jsou sledovány základní fyziologické funkce. Po stabilizaci stavu je převezen na standardní oddělení a sestra dále pečuje o intravenózní kanylu, infuzi, sleduje močení a pooperační bolest. Poučí pacienta o pitném režimu a možných komplikacích po výkonu.

Sestra udává jako nejčastější komplikaci po cystoskopickém vyšetření pálení při močení a zvýšenou tělesnou teplotu.

Písemný souhlas s cystoskopií a standard ošetrovatelské péče na cystoskopické vyšetření mají na oddělení k dispozici a s jeho zpracováním je sestra spokojena.

Sestra jako důležité v péči o trvale cystoskopicky sledované pacienty uvádí dobrou komunikaci s pacienty, čas na edukaci, kontrolní dotazy a pravidelnost cystoskopických kontrol. Pacienta informuje, že v situaci, kdy se objeví krev v moči, přijde na kontrolu okamžitě. Uvítala by edukační materiál pro tyto pacienty z důvodu lepší spolupráce.

Kasuistika sestry 8 (S8)

Sestra 8 pracuje na urologickém oddělení nemocnice v Českých Budějovicích 39 let a nastoupila tam po dokončení střední zdravotnické školy. Je jí 59 let a nyní pracuje na lůžkové stanici jako staniční sestra.

Sestra uvádí, že cystoskopické kontroly u pacientů s nádory močového měchýře provádějí většinou za hospitalizace v celkové anestezii na operačním sále, ambulantně v lokální anestezii je provádějí pouze ženám. Dále udává, že frekvence kontrol je různá, kdy záleží na nálezů při cystoskopii. Nejdříve se pacienti sledují po 3 měsících, dále po 6 měsících, po 9 měsících, po 1 roce a po 2 letech. Sledování je doživotní.

Na otázku, zda edukuje pacienty před cystoskopickým vyšetřením udává, že ano. Pacienti podepisují při příjmu s lékařem informovaný souhlas s výkonem. Myslí si, že na edukaci pacienta má dostatek času a kontrolními otázkami si zpětně ověřuje, zda pacient všemu rozumí.

Sestra dále udává, že k cystoskopii v celkové anestezii je potřeba interní předoperační vyšetření, které obsahuje krevní obraz, biochemický soubor, vyšetření moče a krevní srážlivosti. Tvrdí, že pacienta připravuje k výkonu jako na většinu operací v celkové anestezii. V poledne dostává pacient pouze polévku, večer již nevečeří a přijímá tekutiny do půlnoci. Na vyprázdnění podává Glycerinový čípek. Na noc dle ordinace lékaře podává hypnotikum na zajištění klidného spánku. Sestra uvádí, že také vhodně pacienta edukuje o zvýšené hygieně genitálu a podle potřeby na hygienu dohlédne. Ráno je pacient lačný, odloží šperky, hodinky, zubní protézu, převleče se do operační košile, na dolní končetiny se přiloží bandáže, změří se fyziologické funkce a po aplikaci premedikace se odváží na operační sál.

Sestra uvádí, že po výkonu je pacient většinou 2 hodiny na dospávacím pokoji a poté je předán zpět na standardní oddělení. Sestra dále udává, že má pacient klid na lůžku, kontroluje fyziologické funkce po 3 hodinách, pečuje o intravenózní kanylu a infuzi a poučí pacienta, že po třech hodinách může přijímat tekutiny per os. Dále se zaměří na kontrolu močení, barvu moče, případně péči o permanentní katétr a laváž podle rozsahu výkonu. Večer již pacient večeří a s dohledem sestry může chodit.

Sestra udává, že nejčastější komplikace po cystoskopickém vyšetření jsou dysurie, krvácení do moče, zvýšená tělesná teplota, zástava močení nebo naopak inkontinence moči.

Na oddělení mají k dispozici písemný souhlas s cystoskopickým vyšetřením a standard ošetrovatelské péče na cystoskopické vyšetření, který je pravidelně

aktualizován. S jeho obsahem je seznámena a myslí si, že je zpracován kvalitně.

Sestra uvádí jako důležité v péči o trvale cystoskopicky sledované pacienty dobrou spolupráci mezi pacientem a zdravotnickým personálem a důvěru pacienta v ošetrovatelský personál. K tomu je nezbytná edukace ze strany sestry i lékaře. Na oddělení by uvítala edukační materiál, který zde nemají. Pacient, který je trvale sledován musí vědět, že v případě krvácení do moče přijde na kontrolu kdykoliv. Dále si myslí, že je nutné zajistit soukromí a klid při cystoskopickém vyšetření.

5 DISKUSE

V bakalářské práci jsme se zaměřili na problematiku ošetřování trvale cystoskopicky dispenzarizovaných pacientů. Cílem práce bylo zjistit, zda mají pacienti informace o cystoskopickém vyšetření, délce cystoskopické dispenzarizace a zmapovat nejčastější komplikace po cystoskopickém vyšetření z pohledu pacienta. Dalšími cíly bylo zmapovat ošetřovatelské postupy sester v péči o trvale cystoskopicky sledované pacienty, nejčastější komplikace po cystoskopickém vyšetření z pohledu sester a zjistit, zda sestry znají specifika ošetřovatelské péče o trvale cystoskopicky sledované pacienty.

5. 1 Diskuse ke kvantitativní části výzkumného šetření

V kvantitativní části výzkumného šetření byly stanoveny hypotézy H1 Pacienti mají informace o cystoskopickém vyšetření, H2 Pacienti mají informace o délce cystoskopické dispenzarizace, H3 Pacienti udávají jako nejčastější komplikaci po cystoskopickém vyšetření dysurické potíže.

Úvodní otázky dotazníku měly identifikační charakter. Graf 2 vyjadřuje věkovou kategorii respondentů. V největším počtu 49 % byla zastoupena věková kategorie 61 - 75 let, což uvádí i Kawaciuk, že maximum výskytu nádorového onemocnění močového měchýře se pohybuje kolem 70 let (12). Také Adam ve své publikaci popisuje přímou souvislost vzniku nádorového onemocnění močového měchýře s věkem, s maximem výskytu kolem 65 let (1). Další byla věková kategorie více než 75 let, kde zastoupení činilo 27 % respondentů. Ve věkové kategorii 46 - 60 let bylo zastoupeno 19 % respondentů a ve věkové kategorii 31 - 45 let pouze 5 % respondentů. Žádný z respondentů nedosáhl věkové hranice 18 – 30 let. Také v pohlaví respondentů (Graf 1) musíme souhlasit s literaturou. Z grafu 1 vyplývá, že 66 % respondentů byli muži a 34 % respondentů ženy. Adam uvádí, že nádory močového měchýře postihují muže a ženy v poměru 2 - 3 : 1 (1) a také Kawaciuk ve své publikaci popisuje, že nádory močového měchýře postihují častěji muže než ženy, v poměru 2,7 : 1 (12). Poslední otázka popisující charakter zkoumaného souboru se týkala vzdělání respondentů. Graf 3 popisuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Nejvíce respondentů bylo vyučeno, což představuje 48 %, středoškolského vzdělání s maturitou dosáhlo 23 %,

vysokoškolského vzdělání 17 % a základního vzdělání dosáhlo 12 % respondentů.

Další otázky výzkumného šetření se týkaly potíží, které vedly pacienty k návštěvě lékaře. Z grafu 4 vyplývá, že dle četnosti odpovědí největší skupinu tvořili respondenti, které přivedla k lékaři přítomnost krve v moči (52 odpovědí), dále časté močení (18 odpovědí), náhodný nález při ultrazvuku (10 odpovědí), bolest v podbřišku (9 odpovědí), nemožnost se vymočit (7 odpovědí) a pálení při močení (5 odpovědí). Výskyt hematurie jako nejčastější příznak nádoru močového měchýře uvádí také ve svých publikacích Adam, Hanuš a Kawaciuk, kteří také popisují časté močení jako druhý nejčastější příznak, ovšem v komplexu s dysurií a urgencí, kdy postihují asi třetinu pacientů (1, 8, 12). Hanuš ve své publikaci uvádí, že asi u 20 % pacientů je onemocnění zachyceno náhodně při sonografickém vyšetření (8).

Následující otázky směřovaly k povědomosti pacientů o rizikových faktorech vzniku nádorového onemocnění močového měchýře (Graf 6 a Graf 7). Z grafu 6 vyplývá, že 70 % respondentů znalo rizikové faktory a 30 % respondentů rizikové faktory neznalo. Graf 7 popisuje nejčastější rizikové faktory z pohledu pacienta. Nejvyšší četnost odpovědí byla zaznamenána u možnosti kouření cigaret (34 odpovědí), dále nedostatečný pitný režim (26 odpovědí), časté infekce močových cest (18 odpovědí), užívání některých léků, např. analgetika, cytostatika (16 odpovědí), požívání alkoholu (13 odpovědí), druh zaměstnání (12 odpovědí), konzumace kávy (11 odpovědí), azbest (3 odpovědi) a trvalé zavedení močové cévky (2 odpovědi). Také odborná literatura uvádí kouření cigaret jako nejvýznamnější rizikový faktor vzniku nádorů močového měchýře (1), dále literatura zmiňuje chemikálie, které se používají v průmyslu jako prokazatelné kancerogeny u nádorů močového měchýře (8). V dotazníku byla tímto myšlena možnost druh zaměstnání, ovšem respondenti zvolili jako pravděpodobnější možnost nedostatečný pitný režim, časté infekce močových cest, užívání některých léků a požívání alkoholu. Překvapila mě odpověď třech respondentů, kteří uvedli, že azbest má vliv na vznik nádoru močového měchýře. Dle Adama má azbest vliv na vznik karcinomu plic (1).

Další otázky dotazníkového šetření se přímo vztahovaly k informovanosti pacientů o cystoskopickém vyšetření. Z grafu 12 vyplývá, že 100 % respondentů bylo

před cystoskopickým vyšetřením informováno o jeho průběhu. S tím souvisí také graf 13 popisující četnost odpovědí, kdy podle druhu informací nejvíce respondentů zvolilo důvod vyšetření (58 odpovědí), příprava před vyšetřením (41 odpovědí), možné komplikace po vyšetření (36 odpovědí), poloha při vyšetření (28 odpovědí), péče po vyšetření (26 odpovědí), délka vyšetření (18 odpovědí), dodržování režimových opatření po vyšetření (15 odpovědí) a omezení po vyšetření (13 odpovědí). To potvrzuje také Mikšová, která ve své publikaci uvádí, že je důležité informovat pacienta o přínosu cystoskopie pro stanovení diagnózy, vysvětlit pacientovi přípravu před vyšetřením, poučit ho o režimu po vyšetření a vzniku možných komplikací (19).

Dle četnosti odpovědí z grafu 14 o podání informací o cystoskopickém vyšetření zdravotnickým pracovníkem vyplývá, že nejvíce respondentů uvedlo možnost lékař na ambulanci (53 odpovědí), možnost sestra na ambulanci (44 odpovědí), lékař na oddělení (43 odpovědí), sestra na oddělení (33 odpovědí) a možnost sestra na sále pouze (2 odpovědi). Tato skutečnost mě překvapila, vzhledem k faktu, že z grafu 10 vyplývá, že 41 % respondentů podstoupilo cystoskopické vyšetření v celkové anestezii. Předpokládali jsme, že potřebnou edukaci týkající se zejména polohy při vyšetření, délky vyšetření a omezení po vyšetření zajistí sálová sestra. Pokud získané hodnoty z grafu 14 sečteme, dojdeme k výsledku, že častěji informace podává lékař (97 odpovědí) a sestra (79 odpovědí) respondentů. Z těchto konečných hodnot můžeme soudit, že pacient se při prvním podezření na nádor v močovém měchýři dostává do ambulantní části oddělení, kde je poučen o cystoskopickém vyšetření, které definitivně potvrdí či vyvrátí diagnózu. Poté následuje provedení cystoskopie v lokální anestézii na ambulanci, ale častěji se přijímá na lůžkovou část k provedení cystoskopie v celkové anestézii. Po příjmu na lůžkovou část je opět lékařem poučen o průběhu vyšetření a sestrou o ošetrovatelské péči.

K formě podaných informací se vztahuje graf 16, kdy nejvyšší četnost odpovědí byla zaznamenána u možnosti podání informací ústní formou (49 odpovědí), ústní i písemnou formou (32 odpovědí) a telefonicky (4 odpovědi). S tím také souvisí předložení písemného souhlasu s výkonem (Graf 11), kdy 95 % respondentů uvedlo, že jim byl předložen informovaný souhlas a 5 % respondentů naopak uvedlo, že jim

informovaný souhlas předložen nebyl. Na základě podaných informací v grafu 17 respondenti odpovídali, zda byli připraveni na cystoskopické vyšetření. Pocit připravenosti na cystoskopické vyšetření uvedlo 67 % respondentů, pocit částečné připravenosti 31 % respondentů a 2 % respondentů uvedlo, že byli zmateni. Informovanost pacientů o opatření, která musejí dodržovat po cystoskopickém vyšetření popisuje graf 18. Celkem 74 % respondentů odpovědělo, že byli informováni v oblasti opatření po absolvování cystoskopického vyšetření a 26 % respondentů odpovědělo, že informováno nebylo. O tom, čeho se informace týkaly, vypovídá graf 19. Dle četnosti odpovědí vyplývá, že nejčastěji respondenti zvolili možnost krvácení do moče po výkonu (50 odpovědí), dále dodržování pitného režimu (49 odpovědí), kontroly močení po vyšetření (34 odpovědí), termín další kontroly (32 odpovědí), užití léku na bolest v případě potíží (31 odpovědí), zákazu kouření (15 odpovědí), prevence prochladnutí (12 odpovědí) a nutnosti doprovodu druhé osoby z vyšetření (6 odpovědí). Také Mikšová se ve své publikaci zmiňuje nutnost sledovat močení po vyšetření, nabízet pacientovi hojně tekutiny z důvodu vnitřního proplachu a také pacienta upozornit na možnost vzniku pozdějších komplikací (19). Potěšující je zjištění o dodržování navrhovaných opatření, popsané v grafu 20. Celkem 61 % respondentů odpovědělo, že navrhovaná opatření dodržují dlouhodobě a 39 % respondentů odpovědělo, že navrhovaná opatření dodržují občas. Z výše uvedených výsledků vyplývá, že první hypotéza **Pacienti mají informace o cystoskopickém vyšetření**, se potvrdila.

V další části výzkumného šetření jsme se zaměřili na informovanost pacientů o délce cystoskopické dispenzarizace. Z grafu 8 vyplývá, že 59 % respondentů podstoupilo cystoskopické vyšetření již vícekrát a na přesný počet si nevzpomíná. Graf 23 popisuje časový odstup cystoskopických kontrol, kdy 37 % respondentů uvedlo, že podstupují kontroly 1x za půl roku, 33 % respondentů 1x za 3 měsíce a 25 % respondentů 1x za rok. Z grafu 24 vyplývá, že 71 % respondentů dostalo informace od lékaře o délce cystoskopické dispenzarizace a 29 % respondentů tyto informace nedostalo. Na základě těchto skutečností můžeme říci, že druhá hypotéza **Pacienti mají informace o délce cystoskopické dispenzarizace**, se potvrdila.

Další část výzkumného šetření byla směřována k problematice výskytu

komplikací po absolvování cystoskopického vyšetření. Z grafu 21 vyplývá, že 38 % respondentů mělo po cystoskopickém vyšetření komplikace a 62 % respondentů uvedlo, že se u nich po absolvování cystoskopického vyšetření žádné komplikace nevyskytly. Specifika vzniklých komplikací podrobněji rozvádí graf 22. Dle četnosti odpovědí vyplývá, že nejvíce respondentů si po cystoskopickém vyšetření stěžovalo na pálení při močení (16 odpovědí), řezání při močení (12 odpovědí), krvácení do moče (6 odpovědí), samovolný odchod moče (1 odpověď) a také časté močení (1 odpověď). Jako nejčastější komplikace po cystoskopickém vyšetření uvádí Mikšová potíže při močení, pálení, řezání a výskyt krve v moči (19). Z výše uvedených výsledků vyplývá, že třetí hypotéza **Pacienti udávají jako nejčastější komplikaci po cystoskopickém vyšetření dysurické potíže**, se potvrdila.

V závěru dotazníku jsme se pacientů dotazovali, zda měli možnost zeptat se na nejasnosti ohledně cystoskopického vyšetření. Dle Mastiliakové je důležitá edukace pacienta před výkonem a psychická podpora. Dále uvádí, že sestra pacientovi klidně a pomalu zopakuje způsob, jakým lékař vysvětlil výkon, odpovídá na otázky co možná nejpravdivěji, při komunikaci nespíchá a naslouchá pacientovi (16). Z grafu 25 vyplývá, že všech 100 % respondentů mělo možnost zeptat se na nejasnosti ohledně cystoskopického vyšetření, což je velice potěšující.

5. 2 Diskuse ke kvalitativní části výzkumnému šetření

V kvalitativní části výzkumného šetření jsme stanovili tři výzkumné otázky VO1 Jaké jsou ošetrovatelské postupy sester v péči o cystoskopicky dispenzarizované pacienty na vybraných pracovištích?, VO2 Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o trvale cystoskopicky dispenzarizované pacienty z pohledu sestry?, VO3 Jaké jsou nejčastější komplikace po cystoskopickém vyšetření z pohledu sestry?

Úvodní otázky rozhovoru sloužily k identifikačním údajům a pracovnímu zařazení sester. Věk sester se pohyboval od 31 let S5 do 59 let S8. Délka ošetrovatelské praxe a délka působení na urologickém oddělení od 7 let S5 do 39 let S8. Na urologické ambulanci Nemocnice v Písku pracuje S4, na lůžkové části oddělení S1, S2 a

S3 pracuje na lůžkové i ambulantní části. Na urologické ambulanci Nemocnice v Českých Budějovicích pracuje S5, S6, na lůžkové části S7, S8.

Všech osm sester shodně odpovědělo, že se na jejich pracovištích provádějí cystoskopické kontroly u pacientů s nádory močového měchýře. Dále také všechny sestry měly povědomí o tom, jak často se cystoskopické kontroly provádějí a jak dlouho jsou pacienti sledováni.

Na otázku, zda jsou na jejich pracovišti prováděny cystoskopické kontroly častěji v lokální anestezii nebo v celkové anestezii, odpověděla shodně S1, S2, S3, S4, že častěji provádějí cystoskopické kontroly u pacientů s nádory močového měchýře ambulantně v lokální anestezii. Naopak S5, S6, S7, S8 uvedla, že na jejich pracovišti se provádějí cystoskopické kontroly častěji v celkové anestezii za hospitalizace. Dvořáček ve své publikaci uvádí, že cystoskopické kontroly u pacientů se běžně provádějí v lokální anestezii, indikací k cystoskopii v celkové anestezii je suspektní nebo pozitivní nález při ambulantní cystoskopii nebo v případě pacientů s vysoce rizikovými nádory. Při plánování konkrétních kroků bychom měli brát ohled na pacienta a postupovat co nejšetrněji, abychom ovlivnili jeho kvalitu života co možná nejméně (4).

K otázce, zda sestra edukuje pacienty před cystoskopickým vyšetřením odpověděla S1, že edukuje pacienty ústně i písemně, podepsáním informovaného souhlasu a pokládáním dotazů se přesvědčuje, zda všemu porozuměl. Snaží se najít si na edukaci vždy dostatek času. Podobně odpovídala i S3 a dodává, že edukaci považuje za důležitou součást psychické přípravy, a proto se snaží najít si na ni vždy dostatek času. S2 k otázce edukace uvádí, že je důležité pacientovi vše v klidu vysvětlit a zeptat se ho, zda všemu porozuměl, předchází se tak zbytečným nedorozuměním a zmírňují se tak obavy a strach pacienta. Dále se S4, S5, S6 pracující na urologických ambulancích shodně vyjádřily, že by uvítaly více času na edukaci, vzhledem k velkému množství pacientů a pracovní vytíženosti. Shodně však také tvrdí, že se snaží pacientovi věnovat a S6 dále uvádí, že pacienti podstupující cystoskopické kontroly opakovaně jsou s průběhem vyšetření seznámeni a stačí zopakovat jen to nejdůležitější. S7, S8 uvádějí, že mají na edukaci dostatek času a otázkami si zpětně ověřují, zda pacient všemu porozuměl. Z výše uvedeného vyplývá, že sestry pracující na lůžkových

odděleních mají na edukaci pacientů více času, než sestry pracující na ambulancích. Všechny sestry dále uvádějí, že při edukaci využívají zpětnou vazbu. O zásadách zpětné vazby se zmiňuje i Juřeníková ve své publikaci, kde uvádí, že edukátor by měl po celou dobu edukace kladením otázek zjišťovat, zda edukant předkládaným informacím rozumí, pamatuje si je a umí je uplatnit při praktických činnostech. Dále uvádí, že při plánování a realizaci edukačního procesu bychom vždy měli brát v úvahu biologické, psychologické, sociální a duchovní faktory. Jedná se zejména o pohlaví, věk, úroveň soběstačnosti a zdravotní stav, dále záleží na psychickém stavu, typu osobnosti, postoji ke zdraví a motivaci, zaměstnání, vzdělání, rodinné a ekonomické situaci a v neposlední řadě také na prostředí, ve kterém edukace probíhá (10).

Na otázku přípravy pacienta před cystoskopií v lokální anestezii odpovídaly S3, S4, S5, S6, přičemž S3, S4 uvádí, že pacientům se před ambulantní cystoskopií odebírá moč na kultivaci a citlivost a v případě negativního nálezu pacienta vyzve, aby se dostavil k vyšetření. S5, S6 udává, že pacienti si k cystoskopickému vyšetření přinášejí negativní výsledek moči na kultivaci a citlivost od obvodního lékaře. Dále S3, S4, S5, S6 shodně uvádějí, že součástí přípravy je seznámení pacienta s výkonem a podepsání informovaného souhlasu. Důležitá je také psychická podpora pacienta z důvodu jeho strachu z výsledku vyšetření. Těsně před vyšetřením se dojde pacient vymočit a je převlečen do operační košile. Sestra mu pomůže zaujmout polohu na vyšetřovacím stole a pacienta při vyšetření kontroluje a průběžně informuje, jak lékař postupuje. Tento postup popisuje také Mikšová ve své publikaci, kde uvádí jako nutné vysvětlit pacientovi podstatu vyšetření, význam a průběh vyšetření, zajistit podepsání informovaného souhlasu a vysvětlit polohu při vyšetření (19). K přípravě pacienta před cystoskopií v celkové anestezii se vyjadřovaly sestry S1, S2, S3, S7, S8. Shodně udávají, že pacient musí mít k cystoskopii v celkové anestezii hotové interní předoperační vyšetření ne starší jak 10 dnů a že je poučen lékařem o nutnosti vysadit antikoagulancia a antiagregancia. K předoperační přípravě dále uvedly S1, S2, S3, že pacient dostává den před operací k obědu plnou dietu a k večeři polévku. Naopak S7, S8 uvedly, že má pacient den před výkonem k obědu polévku a večer již nevečeří. Dále se již sestry v přípravě shodují, konkrétně ve způsobu vyprázdnění, délce lačnění, zvýšené

péči o hygienu genitálu, podání premedikace a převozu na operační sál. Mikšová ve své publikaci uvádí, že pro výkon v celkové anestezii je nutné interní předoperační vyšetření, zajistit vyprázdnění střeva a věnovat pozornost hygieně genitálu (19). K otázce péče o pacienta po cystoskopickém vyšetření v lokální anestezii uvedly shodně S3, S4, S5, S6, že je nutné pacienta poučit o zvýšeném pitném režimu, možných komplikacích po vyšetření jako je pálení, řezání při močení nebo krev v moči. Dále S5 uvedla, že je vhodný doprovod pacienta z vyšetření, hlavně pro starší a hůře pohyblivé pacienty. S6 uvedla, že pokud je to nutné, může lékař předepsat pacientovi analgetika na bolest.

K otázce péče o pacienta po cystoskopickém vyšetření v celkové anestezii se vyjadřovala S1, S2, S3, S7, S8, přičemž S1, S2, S3 uvedla, že pacienty po výkonu v celkové anestezii předávají z operačního sálu zpět na standardní oddělení. Naopak S7, S8 uvedly, že jsou pacienti po výkonu převáženi na dospávací pokoj, kde jsou 2 hodiny monitorováni a teprve poté jsou předáni zpět na standardní oddělení. Dále všechny sestry shodně uvádějí, že u pacienta po cystoskopii v celkové anestezii je nutné sledovat fyziologické funkce, pooperační bolest a močení. V případě zavedení permanentního katetru je nutné pečovat o jeho průchodnost. Edukují pacienty o klidovém režimu, možnosti krvácení do moče nebo pálení při močení a o dostatečném pitném režimu. Mikšová se ve své publikaci zmiňuje o aktivitách sestry po výkonu, ke kterým zařadila sledování fyziologických funkcí, množství, vzhled a příměsi v moči. Dále uvedla, že je vhodné nabízet pacientovi hojně tekutiny, sledovat močení a upozornit pacienta na možnost vzniku pozdějších komplikací (19). Z výše uvedených informací vyplývá odpověď na první výzkumnou otázku: **Jaké jsou ošetrovatelské postupy sester v péči o cystoskopicky dispenzarizované pacienty na vybraných pracovištích?**

Na otázku, co je důležité nebo na co se mají sestry zaměřit v péči o trvale sledované pacienti, odpovídaly sestry takto: S1, S2, S3, S4, S6, S7, S8 uvedly, že je důležitá pravidelnost cystoskopických kontrol, dále dobrá spolupráce mezi ošetrujícím personálem a pacientem, edukace pacienta ohledně projevů nemoci, hlavně krvácení do moče a zdravý životní styl. S4 mimo jiné upozornila na sledování úbytku hmotnosti pacienta, bolesti skeletu nebo zhoršení dechu. S5 dále považuje za důležité poučit

pacienta o příčině vzniku nádorového onemocnění močového měchýře, zákazu kouření a možnosti krvácení do moče. S8 mimo jiné uvedla, že při samotném cystoskopickém vyšetření je důležité zajistit pacientovi klid a soukromí. Všechny sestry také odpověděly na otázku, jak často se u pacientů s nádory močového měchýře provádějí cystoskopické kontroly a jak dlouho jsou pacienti sledováni. Z výše uvedených informací vyplývá odpověď na druhou výzkumnou otázku: **Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o trvale cystoskopicky dispenzarizované pacienty z pohledu sestry?**

Další otázka se týkala možných komplikací po cystoskopickém vyšetření. Mikšová ve své publikaci uvádí jako možné komplikace po cystoskopickém vyšetření hematurii, obtíže při močení, pálení, řezání, poruchy močení a riziko infekce (19). Jako nejčastější komplikace po cystoskopickém vyšetření uvedlo shodně všech 8 sester pálení, řezání při močení, strangurie nebo dysurie. Dále výskyt krve v moči S1, S2, S3, S4, S5, S6, S8. O retenci nebo zástavě močení se zmínila S1, S3, S5, S8. Možnost zvýšené tělesné teploty uvedla S7, S8, infekci močových cest S4 a inkontinenci moče S8. Z výše uvedených informací vyplývá odpověď na třetí výzkumnou otázku: **Jaké jsou nejčastější komplikace po cystoskopickém vyšetření z pohledu sestry?** Na tomto místě bychom chtěli zmínit třetí hypotézu práce, Pacienti udávají jako nejčastější komplikaci po cystoskopickém vyšetření dysurické potíže, která se nám potvrdila a jejíž tvrzení je shodné s odpovědí na třetí výzkumnou otázku.

Na závěr rozhovoru se sestrami jim byla položena otázka, zda mají na svém pracovišti vypracován informovaný souhlas s cystoskopickým vyšetřením a ošetrovatelský standard, týkající se péče o pacienta při cystoskopii. Všechny sestry odpovědělo kladně. Dále z rozhovorů se sestrami vyplynulo, že standard ošetrovatelské péče je pravidelně aktualizován a sestry byly s jeho obsahem a kvalitou spokojeny. Naopak S2, S3, S4, S5, S7 a S8 uvedly, že na oddělení nemají informační materiál týkající se problematiky cystoskopicky dispenzarizovaných pacientů a uvítaly by vytvoření informační brožury.

6 ZÁVĚR

Bakalářská práce se věnovala problematice poskytování ošetrovatelské péče pacientům, kteří jsou trvale cystoskopicky dispenzarizováni pro zhoubný nádor močového měchýře. Vytýčili jsme si šest cílů, které měly za úkol zjistit, zda mají pacienti informace o cystoskopickém vyšetření, zda mají pacienti informace o délce trvání cystoskopické dispenzarizace a zmapovat nejčastější komplikace po cystoskopickém vyšetření z pohledu pacienta. Dalšími cíly bylo zmapovat ošetrovatelské postupy sester v péči o trvale cystoskopicky dispenzarizované pacienty, zjistit, zda sestry znají specifika ošetrovatelské péče o trvale cystoskopicky dispenzarizované pacienty a zmapovat nejčastější komplikace po cystoskopickém vyšetření z pohledu sestry.

Prostřednictvím kvantitativního šetření sběrem dat od pacientů byly ověřovány tři hypotézy. První hypotéza předpokládala, že pacienti mají informace o cystoskopickém vyšetření. Druhá hypotéza předpokládala, že pacienti mají informace o délce cystoskopické dispenzarizace. Třetí hypotéza předpokládala, že pacienti udávají jako nejčastější komplikaci po cystoskopickém vyšetření dysurické potíže. Na základě výzkumného šetření se první, druhá i třetí hypotéza potvrdila. Při kvalitativním výzkumném šetření formou rozhovorů se sestrami jsme hledali odpovědi na tři výzkumné otázky. První výzkumná otázka zněla, jaké jsou ošetrovatelské postupy sester v péči o cystoskopicky dispenzarizované pacienty na vybraných pracovištích? Při rozhovorech se sestrami jsme podrobně zmapovali ošetrovatelské postupy sester na vybraných pracovištích a můžeme konstatovat, že ošetrovatelská péče se shoduje, pouze v dietním opatření před výkonem a místem, kam je pacient po výkonu z operačního sálu přeložen se tyto pracoviště liší. Druhá výzkumná otázka zněla, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o trvale cystoskopicky dispenzarizované pacienty? Sestry při rozhovorech uvedly, že za specifické považují pravidelnost cystoskopických kontrol, poučení pacienta o nutnosti vyhledat lékaře, kdykoliv se u nich objeví krev v moči, což je hlavní projev nádoru močového měchýře. Dále sestry upozornily na zdravý životní styl, zákaz kouření, sledování dalších projevů nemoci jako je úbytek váhy, bolesti skeletu nebo dýchací potíže a samozřejmě kladly důraz na edukaci, důvěru a spolupráci

mezi pacientem a ošetřujícím personálem Třetí výzkumná otázka zněla, jaké jsou nejčastější komplikace po cystoskopickém vyšetření z pohledu sestry? Z odpovědí sester vyplynulo, že nejčastěji se u pacientů po cystoskopickém vyšetření objeví pálení, řezání při močení, tedy dysurické potíže, krev v moči a dále může také dojít k zástavě močení, zvýšené tělesné teplotě, infekci v moči nebo inkontinenci moči.

Na urologickém oddělení v Nemocnici České Budějovice a.s. a v Nemocnici Písek a.s. jsme nenašli výrazné rozdíly v poskytované ošetrovatelské péči. Obě pracoviště mají vypracovaný standard ošetrovatelské péče, standard je průběžně aktualizován a všechny sestry byly s jeho kvalitou i obsahem spokojené, proto jsme došli k závěru, že není potřeba nový standard ošetrovatelské péče vypracovávat. Ani na jednom pracovišti však není k dispozici informační materiál pro pacienty s nádorem močového měchýře a z rozhovorů se sestrami jsme zjistili, že by tento informační materiál uvítaly, proto je výstupem naší práce informační brožura pro tyto pacienty (Příloha 5).

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ADAM, Z., M. KREJČÍ a J. VORLÍČEK et al. *Speciální onkologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2010. 417 s. ISBN 978-80-7262-648-9.
2. BABJUK, Marko. Endoskopická diagnostika nádorů močového měchýře. *Zdravotnické noviny*, Příloha Lékařské listy, 2008, **57**(14), 25-27, ISSN 0044-1996.
3. ČEVELA, R., L. ČELEDOVÁ a H. DOLANSKÝ. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 112 s. ISBN 978-80-247-2860-5.
4. DVOŘÁČEK, Jan a Marko BABJUK et al. *Onkourologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 589 s. ISBN 80-7262-347-4.
5. DYLEVSKÝ, Ivan. *Somatologie*. 2. vyd. Olomouc: Epava, 2000. 480 s. ISBN 80-86297-05-5.
6. DYLEVSKÝ, Ivan. *Funkční anatomie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 532 s. ISBN 978-80-247-3240-4.
7. FARKAŠOVÁ, Dana et al. *Ošetrovatelství – teorie*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
8. HANUŠ, Tomáš. *Urologie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2011. 207 s. ISBN 978-80-7387-387-5.
9. HERÁČEK, Jiří a Michael URBAN at al. *Urologie pro studenty* [online]. Androgeos, (2011). Verze 2.0 (2011). ISBN 978-80-254-1859-8. [cit. 2011-10-25]. Dostupné z: <http://www.urologieprostudenty.cz>.
10. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
11. JUŘENOVÁ, Hana a Břetislav BRÁZDA. Endoskopie v urologii. *Urologie pro praxi*. 2010, **11**(3), 154-155. ISSN 1213-1768.
12. KAWACIUK, Ivan. *Urologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 531 s. ISBN 987-80-7262-627-7.
13. KEIL, Radan et al. *Gastroskopie*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2006. 173 s. ISBN 80-7345-106-9.
14. KINDLOVÁ, Eva. *O nádorech močového měchýře*. 2006-05-24. [online] [cit. 2011-10-25]. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/nadory-ledvin-a-mocoveho-mechyre-c64->

c67/o-nadorech-mocoveho-mechyre/

15. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetrovatelství*. I. díl. Systémový přístup. Praha: Karolinum, 2003. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
16. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetrovatelství*. II. díl. Systémový Přístup. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 160 s. ISBN 80-246-0428-0.
17. MATOUŠKOVÁ, Michaela et al. *Nádory močového měchýře: Doporučené postupy*. 2001. [online] [cit. 2011-10-25]. Dostupné z: <http://www.cls.cz/dokumenty2/os/r125.rtf>
18. MÍČKOVÁ, Iveta. Edukace jako nedílná součást ošetrovatelského procesu. *Sestra*, 2009, **19**(12), 44-45. ISSN 1210-0404.
19. MIKŠOVÁ, Z., M. FROŇKOVÁ a M. ZAJÍČKOVÁ. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 172 s. ISBN 80-247-1443-4.
20. MORÁVEK, Petr. *Základy urologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001. 142 s. ISBN 80-246-0209-1.
21. ONDERKOVÁ, Alice. Edukační proces z pohledu komunikace mezi klientem a zdravotníkem. *Sestra*. 2007, **17**(12), 17-18. ISSN 1210-0404.
22. ONDRUŠ, Dalibor et al. *Nádory močového mechúra: Diagnostika a léčba*. 1. slov. vyd. Martin: Osveta, 2000. 255 s. ISBN 80-8063-035-6.
23. PACÍK, Dalibor et al. *Urologie pro sestry*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 1996, 175 s. ISBN 80-7013-235-3.
24. PLEVOVÁ, Ilona et al. *Ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3.
25. SKALICKÁ, Hana et al. *Předoperační vyšetření – návody pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1079-2.
26. SLEZÁKOVÁ, Lenka et al. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 264 s. ISBN 978-80-247-3129-2.
27. SLEZÁKOVÁ, Lenka et al. *Ošetrovatelství v chirurgii II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 304 s. ISBN 978-80-247-3130-8.
28. ŠENKÝŘOVÁ, Vladislava. Z historie endourologie. *Urologie pro praxi*. 2004, **5**(7), 214. ISSN 1213-1768.

29. TANAGHO, E., A., MCANINCH, J., W. *Smithova všeobecná urológia*. 1. slov. vyd. Martin: Osveta, 2006. 773 s. ISBN 987-80-8063-206-9.
30. TRACHTOVÁ, Eva et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesy*. 2. vyd. Brno: NCONZO, 2006. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
31. UROWEB. *Terapeutické postupy a standardy při léčbě nádorů močového měchýře: Zhoubné nádory močového měchýře (C67): Společné doporučené postupy v uroonkologii ČUS, ČOS a SROBF*. [online] [cit. 2011-10-25] Dostupné z: <http://www.uroweb.cz/index.php?pg=dg--nadory/mocoveho/mechyre-guidelines>
32. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
33. VÍT, Vítězslav. Flexibilní endoskopie dolních a horních močových cest. *Urologické listy*. 2004, 2(2), 32-37. ISSN 1214-2085.
34. VORLÍČEK, J., J. ABRAHAMOVÁ, H. VORLÍČKOVÁ et al. *Klinická onkologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 328 s. ISBN 80-247-1716-6.
35. ZVARA, Vladimír, Michal HORŇÁK et al. *Urologické operácie*. 2. vyd. Martin: Osveta, 2009. 288 s. ISBN 978-80-8063-317-2.

8 KLÍČOVÁ SLOVA

Cystoskopie

Dispenzarizace

Edukace

Nádor močového měchýře

Ošetrovatelská péče

Pacient

Sestra

9 PŘÍLOHY

Příloha 1 Dotazník pro pacienty

Příloha 2 Osnova pro rozhovor se sestrami

Příloha 3 Rigidní cystoskop

Příloha 4 Flexibilní cystoskop

Příloha 5 Obsah informační brožury pro cystoskopicky sledované pacienty

Příloha 1 Dotazník pro pacienty

Vážená paní, vážený pane,

dovoluji si Vás požádat o spolupráci při šetření, které se týká problematiky poskytování ošetrovatelské péče trvale cystoskopicky sledovaných pacientů v současném zdravotnictví. Výsledky šetření použiji pro svou bakalářskou práci v rámci studia na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích, obor ošetrovatelství.

Vyplněním celého dotazníku mi pomůžete dosáhnout stanovených cílů. Dotazník je anonymní a veškeré informace budou použity jen pro účely mé práce. Při vyplňování dotazníku postupujte podle daných pokynů a pokud nebude uvedeno jinak, označte pouze *jednu* odpověď (v případě označení možnosti *jiné* doplňte vlastními slovy).

Předem Vám děkuji za ochotu, spolupráci a trpělivost při vyplňování dotazníku.

Kateřina Mašíková

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- a) muž
- b) žena

2. Kolik je Vám let?

- a) 18-30
- b) 31-45
- c) 46-60
- d) 61-75
- e) více než 75

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) základní
- b) vyučen/a
- c) středoškolské s maturitou
- d) vysokoškolské
- e) jiné (prosím vypište)

4. Jaké potíže Vás vedly k návštěvě lékaře? (můžete označit více možností)

- a) pálení při močení
- b) přítomnost krve v moči
- c) bolesti v podbřišku
- d) časté močení
- e) zvýšená teplota
- f) nemožnost se vymočit
- g) výskyt závažného onemocnění v rodině
- h) jiné (prosím vypište)

5. Cystoskopické vyšetření Vám bylo doporučeno?

- a) praktickým lékařem
- b) lékařem urologem
- c) jiným odborným lékařem
- d) jiné (prosím vypište)

6. Znáte Vy sám/sama rizikové faktory vyvolávající vznik závažného onemocnění močového měchýře?

- a) ano
- b) ne

7. Pokud jste na předchozí otázku odpověděl(a) ANO, označte, o které nejčastější rizikové faktory se jedná? (můžete označit více možností)

- a) kouření cigaret
- b) nedostatečný pitný režim
- c) časté infekce močových cest
- d) trvalé zavedení močové cévky
- e) konzumace kávy
- f) požívání alkoholu
- g) užívání některých léků, např. analgetika (*léky tlumící bolest*), cytostatika (*léky na léčbu nádorů*)
- h) druh zaměstnání
- ch) jiné (prosím vypište)

8. Cystoskopické vyšetření je pro Vás?

- a) první
- b) druhé
- c) třetí
- d) jiné (prosím vypište)

9. Cystoskopické vyšetření jste podstoupil(a)?

- a) ambulantně
- b) během hospitalizace

10. Cystoskopické vyšetření Vám bylo provedeno?

- a) v lokální anestezii (*v místním znecitlivění*)
- b) v celkové anestezii (*v narkóze*)

11. Byl Vám předložen písemný informovaný souhlas s výkonem?

- a) ano
- b) ne

12. Byly Vám poskytnuty informace o průběhu cystoskopického vyšetření?

- a) ano
- b) ne

13. Pokud jste na předchozí otázku odpověděl(a) ANO, o jaké informace se jednalo? (můžete označit více možností)

- a) důvod vyšetření
- b) příprava před vyšetřením
- c) délka vyšetření
- d) poloha při vyšetření
- e) péče po vyšetření
- f) omezení po vyšetření
- g) možné komplikace po vyšetření
- h) dodržování režimových opatření po vyšetření
- ch) jiné (prosím vypište)

14. Informace o cystoskopickém vyšetření Vám podal(a)?

(můžete označit více možností)

- a) sestra na oddělení
- b) sestra na sále
- c) sestra na ambulanci
- d) lékař na ambulanci
- e) lékař na oddělení
- f) praktický lékař
- g) nikdo
- h) jiné (prosím vypište)

15. Kdy Vám byly informace o cystoskopickém vyšetření podány?

(můžete označit více možností)

- a) v den objednání na vyšetření
- b) během mého pobytu v nemocnici
- c) v den výkonu
- d) informace mi nikdo neposkytl
- e) jiné (prosím vypište)

16. Jakou formou Vám byly podány informace o cystoskopickém vyšetření?

(můžete označit více možností)

- a) ústní formou
- b) písemnou formou
- c) ústní i písemnou formou
- d) telefonicky
- e) instruktáží – videem
- f) informace podány nebyly
- g) jiné (prosím vypište)

17. Na základě získaných informací máte pocit, že jste se na vyšetření dostavil(a)?

- a) připraven(a)
- b) připraven(a) částečně
- c) nepřípraven(a)
- d) byl(a) jsem zmaten(a)
- e) nevím
- f) jiné (prosím vypište)

18. Byl(a) jste informován(a) o tom, jaká opatření musíte dodržovat po absolvování cystoskopického vyšetření?

- a) ano
- b) ne

19. Pokud jste na předchozí otázku odpověděl(a) ANO, označte, čeho se informace týkaly? (můžete označit více možností)

- a) nutnosti doprovodu druhé osoby z vyšetření
- b) dodržování pitného režimu
- c) kontroly močení po vyšetření
- d) užití léku na bolest v případě potíží
- e) možnosti krvácení do moče po výkonu
- f) prevence prochladnutí
- g) termín další kontroly
- h) zákazu kouření
- ch) jiné (prosím vypište)

20. Dodržujete navrhovaná opatření?

- a) ano, dodržuji dlouhodobě
- b) ano, občas
- c) nedodržuji
- d) neznám žádná režimová opatření

21. Vyskytly se u Vás po absolvování cystoskopického vyšetření nějaké komplikace?

- a) ano
- b) ne

22. Pokud jste na předchozí otázku odpověděl(a) ANO, specifikujte prosím, o jakou komplikaci se jednalo? (můžete označit více možností)

- a) krvácení do moče
- b) samovolný odchod moče
- c) pálení při močení
- d) řezání při močení
- e) zástava močení
- f) bolest v podbřišku
- g) jiné (prosím vypište).....

23. S jakým časovým odstupem se u Vás provádějí cystoskopické kontroly?

- a) 1x za 3 měsíce
- b) 1x za půl roku
- c) 1x za rok
- d) 1x za 2 roky
- e) jiné (prosím vypište)

24. Informoval Vás lékař, jak dlouho budete muset podstupovat pravidelné cystoskopické kontroly?

- a) ano
- b) ne

25. Měl(a) jste možnost zeptat se na nejasnosti ohledně cystoskopického vyšetření?

- a) ano
- b) ne

Děkuji Vám za Váš čas, který jste strávili při vyplňování dotazníku.

Příloha 2 Osnova pro rozhovor se sestrami

- 1) Kolik je Vám let?
- 2) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
- 3) Jak dlouho působíte v ošetrovatelské praxi?
Jak dlouho pracujete na urologickém oddělení?
- 4) Pracujete na oddělení, nebo na ambulanci?
- 5) Provádíte na Vašem oddělení cystoskopické kontroly u pacientů s nádory močového měchýře?
- 6) Víte, jak často se cystoskopické kontroly provádějí a jak dlouho jsou pacienti sledováni?
- 7) Provádíte častěji cystoskopie v lokální anestezii, nebo v celkové anestezii?
- 8) Kde cystoskopie provádíte?
- 9) Edukujete pacienta před cystoskopickým vyšetřením?
Pokud ano, jak?
- 10) Ověřujete si zpětně, zda pacient všemu porozuměl?
- 11) Máte dostatek času na edukaci pacienta?
- 12) Jak připravujete pacienta na cystoskopii v lokální anestezii?
- 13) Jak probíhá příprava pacienta před cystoskopií v celkové anestezii?
(dieta, vyprázdnění, předoperační příprava)
- 14) Jaká je péče o pacienta po cystoskopií v lokální anestezii a jaká po cystoskopií Provedené v celkové anestezii?
- 15) Jaké komplikace se podle Vás nejčastěji vyskytují u pacientů po cystoskopickém vyšetření?
- 16) Máte na oddělení vypracovaný písemný souhlas s cystoskopickým vyšetřením?
- 17) Máte na oddělení vypracovaný ošetrovatelský standard na cystoskopické vyšetření?
- 18) Víte, co je důležité, nebo na co se máte zaměřit v péči o trvale cystoskopicky sledované pacienty?

Příloha 3 Rigidní cystoskop



Zdroj: vlastní (Nemocnice Písek a.s.)

Příloha 4 Flexibilní cystoskop



Zdroj: vlastní (Nemocnice Písek a.s.)

Příloha 5 Obsah informační brožury pro cystoskopicky sledované pacienty

Nádor močového měchýře

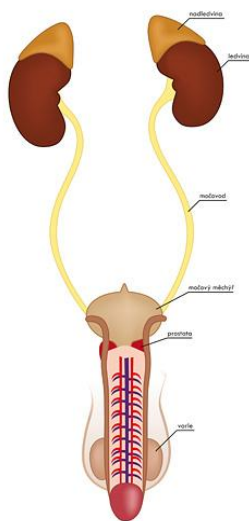
**Informační brožura pro cystoskopicky
sledované pacienty**

2012

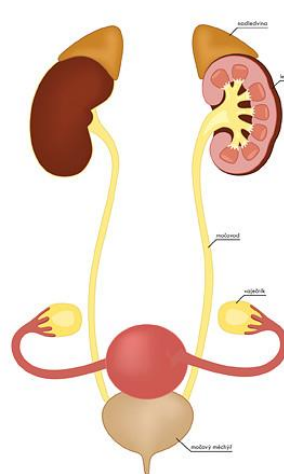
Anatomie močového měchýře

Močový měchýř je dutý svalový orgán, jehož hlavní úkol je shromažďování moči, kterou přivádějí močovody. Je uložen v malé pánvi za stydkou sponou, kdy zadní a horní stěnu pokrývá pobřišnice a naléhá na střevo, u žen na dělohu.

Náplň močového měchýře je individuální, obvykle není větší než 500 ml. Nucení na močení se dostaví při náplni přibližně 150-200 ml a při objemu kolem 350-400 ml dochází k jeho vyprázdnění.



Obr. 1 Anatomie muže

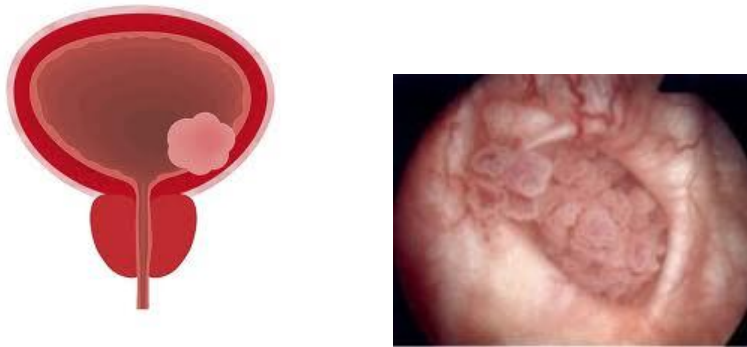


Obr. 2 Anatomie ženy

Nádor močového měchýře

Zhoubný nádor močového měchýře nejčastěji vychází ze slizniční výstelky měchýře. Bývá označován jako karcinom z přechodných buněk nebo uroteliální karcinom.

Nádor, který postihuje jen sliznici a neprorůstá do hlubších vrstev stěny je označován jako *nádor povrchový*. Nádor, který postihuje svalovou stěnu močového měchýře nebo přes stěnu prorůstá do okolních orgánů označujeme jako *invazivní nádor*.



Obr. .3+4 Nádor v močovém měchýři

Příčina

Na vzniku nádoru močového měchýře se podílí *kouření cigaret, profesní expozice* karcinogenním látkám (aminy, asfalt, barviva, hliník, plyn), *chronická infekce* močového měchýře, dlouhodobé působení *zbytkové (reziduální) moči* v močovém měchýři.

Projevy

Nejčastějším projevem je krev v moči, bolestivé močení nebo časté nucení na močení.

Léčba

Operační (chirurgická) léčba – při povrchové postižení se provádí tzv. transuretrální resekce nádoru (TUR) a u nádorů pronikajících do hlubších vrstev (invazivní) se provádí tzv. cystektomie, která spočívá v odstranění celého močového měchýře a jímání a vyprazdňování moče z těla se nahrazuje jiným způsobem.

Chemoterapie – užívá léčiva, která ničí nádorové buňky. U povrchových nádorů se po resekci nádoru vpraví do močového měchýře účinné léčivo na dobu 2 hodin. Při postižení hlubokých vrstev močového měchýře (invazivní nádory) se užívá tzv. systémová chemoterapie, kdy se léčivo aplikuje žilní cestou do celého organismu.

Imunoterapie – využívá přirozené schopnosti organismu bojovat s nádorovými buňkami. Využívá se u nádorů povrchového typu, kdy dochází ke snížení nebo zabránění návratu nemoci.

Radioterapie – ionizující záření o vysoké energii, které ničí nádorové buňky.

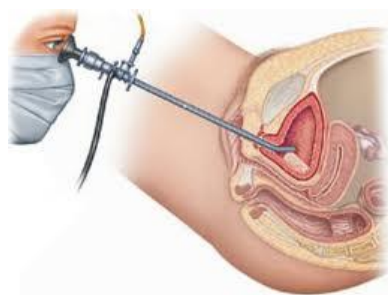
Cystoskopie

Co to je?

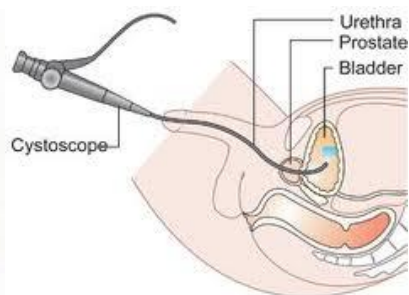
Cystoskopie je vyšetřovací metoda, která umožňuje prohlédnout vnitřní povrch dutiny močového měchýře a močovou trubici.

Jak se provádí?

Vyšetření provádíme pomocí přístroje – cystoskopu. Cystoskop je optický přístroj, který se skládá z ohebného (flexibilní cystoskop) nebo rovného (rigidní cystoskop) tubusu, zdroje světla a optiky. Lékař opatrně zavádí tubus přes močovou trubici do močového měchýře, na volný konec nasadí optiku nebo vnitřní kameru, aby mohl sledovat vyšetřovaný prostor. Tubusem je možné zavést malé klíšťky, pomocí kterých odebere vzorky na další podrobné vyšetření (histologické). Při vyšetření je do močového měchýře napouštěna sterilní voda, aby se stěny co nejvíce rozepjaly. Před ukončením výkonu se voda z měchýře vypustí.



Obr. 5 Rigidní cystoskopie u ženy



Obr. 6 Flexibilní cystoskopie u muže

Kde se provádí?

Cystoskopie se provádí na urologických pracovištích. Lze ji provést ambulantně i při hospitalizaci v nemocnici, záleží na zvyklosti pracoviště, kam docházíte.

Ambulantní cystoskopie se provádí bez nutnosti použití celkové anestézie, pouze se před výkonem zavede do močové trubice znečitlivující gel. Před tímto typem vyšetření není třeba zvláštní příprava.

Cystoskopie za hospitalizace pacienta se provádí v celkové anestézii. Provádí se u pacientů, kteří špatně snášejí ambulantní cystoskopii v lokální anestézii a u pacientů, u kterých předpokládáme pozitivní nález v močovém měchýři a tím i provedení transuretrální resekce nádoru (TUR). Před tímto typem je již třeba zvláštní přípravy.

Jaká je příprava před cystoskopií?

Ambulantní cystoskopie

K vyšetření budete objednan/a, na ambulanci přicházíte v určený den a čas. S sebou si přinesete vyšetření moče na kultivaci. Zákrok nelze provést, pokud je v moči zánětlivý nález. Pokud užíváte léky na ředění krve (např. Anopyrin, Warfarin, Godasal), je třeba je po konzultaci s lékařem před vyšetřením vysadit.

Před vyšetřením se dojdete vymočit, lékař Vám vysvětlí průběh vyšetření a podepíšete informovaný souhlas s vyšetřením. Sestra Vám ukáže místo, kde se můžete svléci, vysvětlí a pomůže Vám zaujmout polohu na vyšetřovacím stole.

Vyšetření provádí lékař za asistence sestry. Po celou dobu vyšetření s Vámi bude lékař i sestra komunikovat.

Po vyšetření Vám sestra pomůže z vyšetřovacího lůžka a dá Vám kartičku s dalším termínem cystoskopické kontroly. V případě, že na základě výsledku ambulantního

vyšetření bude nutné provést vyšetření za hospitalizace v celkové anestézii, dostanete kartičku s termínem nástupu do nemocnice a se seznamem vyšetření, které je nutné si zajistit. Lékař i sestra Vás upozorní na komplikace, které mohou nastat po vyšetření a na koho a kam se v případě těchto komplikací máte obrátit.

Cystoskopie za hospitalizace

K hospitalizaci budete objednáni/a a do nemocnice přicházíte v určený den a čas. S sebou si přinesete tzv. předoperační vyšetření, které obsahuje: odběr krve na biochemické a hematologické vyšetření, vyšetření srážlivosti krve, vyšetření moče na kultivaci a interní vyšetření. Pokud užíváte léky na ředění krve (např. Anopyrin, Warfarin, Godasal), je třeba je po konzultaci s lékařem před vyšetřením vysadit. Toto předoperační vyšetření nesmí být starší jak 10 dnů.

Po přijetí v kanceláři oddělení budete uložen/a na lůžko. Sestra Vás seznámí s oddělením, denním harmonogramem a podá informace o předoperační přípravě a pooperační péči. Přijímací lékař Vám vysvětlí průběh zákroku a podepíšete informovaný souhlas se zákrokem. Odpoledne Vás ještě navštíví lékař anesteziolog, který Vás bude na sále „uspávat“ a s ním podepíšete souhlas s anestézií.

V poledne dostanete jen lehký oběd, většinou polévku, večeřet již nebudete. Odpoledne od sestry dostanete na vyprázdnění glycerinové čípky, které si zavedete sám/a nebo s pomocí sestry do konečníku. Pokud si budete přát, tak Vám sestra na základě ordinace lékaře podá uklidňující lék na spaní. Od půlnoci již nebudete nic jíst ani pít a nebudete kouřit.

Ráno v den výkonu provedete celkovou hygienu, sestra Vám změří tělesnou teplotu, krevní tlak a převlečete se do operační košile. Odstraní veškeré šperky, ženy musí mít odlakované nehty a pokud máte zubní protézu, odstraní ji z úst. Před odjezdem na operační sál Vám sestra aplikuje do hýždě injekci, tzv. premedikaci, a odveze Vás na operační sál, kde Vás předá anesteziologické sestře.

Po operačním zákroku Vás sestra odveze na tzv. dospávací pokoj, kde budete 2 hodiny pod přímým dohledem sestry, která Vám v pravidelných, krátkých intervalech bude měřit tlak a puls a dohlížet na to, aby jste se bez komplikací dostal z vlivu anestézie. Po 2 hodinách budete odvezen zpět na Váš pokoj. Za tři hodiny po zákroku můžete pít a za 6 hodin i lehce jíst. Sestra Vám i nadále bude sledovat hodnoty krevního tlaku, monitorovat bolest a močení.

Pokud to nález v močovém měchýři vyžaduje, můžete mít po operaci zavedenou močovou cévku (katétr). Po Vašem úplném procitnutí z vlivu anestézie Vám sestra ukáže, jak máte s katétre manipulovat a upozorní na problémy, které se s ním mohou objevit.

Po výkonu i po odstranění katétru můžete pociťovat při močení pálení či řezání.

Při propuštění z nemocnice dostanete od sestry kartičku s další plánovanou cystoskopickou kontrolou.

Jak se chovat po cystoskopickém vyšetření?

Po vyšetření je třeba zvýšit příjem tekutin, omezit fyzickou zátěž a snažit se neprochladnout.

Mohou se po cystoskopickém vyšetření objevit komplikace?

Po cystoskopickém vyšetření můžete pociťovat při močení pálení a řezání. Tyto potíže sami odezní do 1-3 dnů po vyšetření. Pokud potíže nevymizí a ještě se přidá zimnice, třesavka či zvýšená teplota, neváhejte a vyhledejte pomoc urologa.

Pokud při vyšetření došlo k resekci (odstranění) nádoru, může mít moč několik dnů načervenalou barvu. Pokud začervenání moče neustupuje a naopak je moč více červená nebo se v ní dokonce objevují kousky sražené krve, neváhejte a ihned vyhledejte pomoc urologa.

Dispenzarizace

Pokud Vám byl diagnostikován nádor v močovém měchýři, je nutné, aby jste v pravidelných intervalech docházel/a na cystoskopické kontroly.

Cystoskopické kontroly jsou v prvním roce obvykle prováděny po 3 měsících. Pokud jsou nálezy vyšetření negativní (neobjevila se recidiva nádoru), intervaly kontrol se postupně prodlužují na šest měsíců a později na jednu kontrolu ročně. Intervaly cystoskopických kontrol se vždy řídí nálezem v močovém měchýři.

Průběžně Vám bude prováděno vyšetření moče na přítomnost krve, sonografické vyšetření ledvin, rentgen srdce a plic a CT vyšetření.

Zvláštní upozornění

Jakákoliv změna ve zdravotním stavu, každý problém, mohou být prvními příznaky obnovené aktivity onemocnění a proto by jste neměli váhat konzultovat je včas se svým lékařem, a to i mimo termíny pravidelných kontrol.

Pokud se Vám objeví v moči krev, i když to bude jen při jednom močení, neváhejte a vyhledejte svého urologa.





Záludnost tohoto onemocnění spočívá v tom, že se kdykoliv, i po mnoha letech negativních výsledků, může znovu objevit.

Prostor pro Vaše poznámky:



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

S případnými dotazy se obraťte na svého lékaře:

 jméno:
 adresa:
 telefon:
 e-mail: