

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Informovanost pacienta před transuretrální resekci
močového měchýře z pohledu pacienta a sestry**

bakalářská práce

Autor práce: Dana Fabingerová
Studijní program: Ošetrovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra
Vedoucí práce: Mgr. Monika Kyselová, MBA

Datum odevzdání práce: 3. 5. 2013

Abstrakt

Téma bakalářské práce je Informovanost pacienta před transuretrální resekci močového měchýře z pohledu pacienta a sestry. Toto téma je velmi aktuální zejména s ohledem na stále se zvyšující incidenci zhoubných onemocnění nejen močového traktu. Edukace pacienta a podávání informací je nedílnou součástí každodenní práce ošetrovatelského personálu. Dostatečná informovanost vede ke spokojenosti pacienta a k úspěšné léčbě.

Nádor močového měchýře je v České republice 6. nejčastější malignitou u mužů a 13. u žen. Jednou z léčebných metod povrchových nádorů močového měchýře je provádění transuretrální resekce močového měchýře a pravidelná cystoskopická dispenzarizace pacienta. Tyto nádory velmi často recidivují, proto je důležité, aby byl pacient dostatečně informován o důležitosti cystoskopických kontrol, příznacích recidivy a chování v před i pooperační době.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou. Teoretická část je věnována problematice poskytování ošetrovatelské péče pacientům, kteří podstupují operační výkon transuretrální resekce močového měchýře pro zhoubný nádor močového měchýře. V této části je popsána charakteristika zhoubného onemocnění močového měchýře, jeho příznaky, léčba, prevence a prognóza. Podrobněji je popsána chirurgická léčba povrchových nádorů močového měchýře, tedy transuretrální resekce močového měchýře a s tím související cystoskopické vyšetření močového měchýře. Dále se teoretická část věnuje ošetrovatelské péči o pacienty indikované k tomuto operačnímu výkonu a to péči předoperační i pooperační. Další kapitolou je informovanost pacientů, jejich edukace a podávání informovaného souhlasu pacientům před operačním výkonem.

Stanovili jsme pět cílů práce. Prvním cílem bylo zmapovat rozsah podávaných informací urologickými sestrami pacientům před transuretrální resekci močového měchýře. Druhým cílem bylo zjistit nejčastěji volenou formu podávání informací pacientům. Třetím cílem bylo zjistit spokojenost pacientů s podanými informacemi a čtvrtým cílem zjistit rozdíly v rozsahu informací podávaných pacientům před prvním a

opakovaným operačním výkonem. Pátým cílem bylo zjistit rozdíly ve spokojenosti pacientů s podanými informacemi před prvním a opakovaným operačním výkonem.

V empirické části práce jsme stanovili tři hypotézy. První hypotéza předpokládá, že nejčastější forma podávání informací pacientům před transuretrální resekci močového měchýře je ústní podání. Druhá hypotéza - Pacienti, kteří jsou připravováni na opakovaný operační zákrok, jsou spokojenější s podanými informacemi než pacienti, kterým jsou tyto informace podávány poprvé. Třetí hypotéza - U pacientů před prvním operačním výkonem je rozsah podaných informací větší než u pacientů před opakovaným operačním výkonem. K ověření hypotéz bylo provedeno kvantitativní výzkumné šetření. Výsledky šetření první hypotézu potvrdily, druhá hypotéza byla vyvrácena, tedy nepotvrzena. Třetí hypotéza se vyhodnocením dat výzkumného šetření rovněž nepotvrdila.

K výzkumnému šetření byla použita kvantitativní metoda sběru dat od pacientů a sester formou anonymních dotazníků. Dotazníky byly rozdávány pacientům indikovaným k transuretrální resekci močového měchýře na urologickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. a Nemocnice Písek, a.s.. Pacientům bylo rozdáno 140 dotazníků, z nichž bylo ke konečnému zpracování použito 107 dotazníků. Dotazník pro pacienty byl anonymní a nestandardizovaný. Obsahoval 28 otázek, z toho bylo 15 otázek uzavřených a 13 polootevřených. Výzkumné šetření mezi sestrami bylo rovněž provedeno pomocí anonymních nestandardizovaných dotazníků. Tyto dotazníky byly rozdávány sestram na urologickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. a Nemocnice Písek, a.s.. Dotazník pro sestry obsahoval 26 otázek, z toho bylo 19 otázek uzavřených a 7 polootevřených. Sestram bylo rozdáno 60 dotazníků a ke konečnému zpracování jich bylo použito 51. Výsledky výzkumného šetření pacientů i sester byly zpracovány do grafů.

Výsledky zjištěné v tomto výzkumném šetření jsou v diskusi porovnávány s odbornou literaturou.

Předpokládaným výstupem této bakalářské práce bylo rozšíření informovaného souhlasu, který je předkládán pacientům před transuretrální resekci močového měchýře. Vzhledem k dosaženým výsledkům výzkumného šetření, kde byla zjištěna téměř

stoprocentní spokojenost pacientů s podanými informacemi, je rozšíření informovaného souhlasu bezpředmětné.

Součástí této bakalářské práce jsou tato klíčová slova - pacient, sestra, ošetrovatelská péče, transuretrální resekce močového měchýře, informovanost.

Abstract

The subject of following bachelor essay is Patient's Notification – giving information - before transurethral resection of urinary bladder from both - patient's and nurse's point of view. As the incidence of malignant diseases not only of urinary tract keeps growing, this topic is becoming more and more pressing. The patient's education and sharing of information with him is an integral part of daily routine of nursing staff. Satisfactory knowledge contributes to contentment of the patient and thus to successful healing process.

In Czech republic bladder tumours account for every 6.malignant disease by men and for every 13.such disease by women. One of the methods used for treating superficial tumours is transurethral resection of the bladder combined with regular cystoscopic dispensarization of the patient. Such tumours tend to relapse, therefore it's highly important to inform the patient about the gravity of cystoscopic examinations, relapsing symptoms and appropriate behaviour before and after the surgery.

The bachelor essay consists of two parts – theoretical and empirical. The theoretical part deals with nursing care of patients who are subjects of transurethral resection of the bladder because of bladder tumour. It describes in detail the attributes of malignant disease of a bladder, it's symptoms, treatment, precautions and prognosis. The surgical method of treating superficial bladder tumours (transurethral resection of the bladder) as well as cystoscopic examination of the bladder is thoroughly explained also in this part of the essay. Apart from that the theoretical part pays attention to pre- and post-surgery nursing care of patients indicated to above mentioned treatment. Next chapter talks about giving information to patients, educating them and about knowledgeable consent from a patient before surgery.

Five goals were set up for this work. First, to map a range of information, given by urology nurses to the patient, before transurethral resection of the bladder. Second, to find out the most used form of giving such information. Third, to discover how satisfied were the patients with the information. Fourth , to find differences in the content of the information advised to the patient before the first and before any repeated surgery. Fifth

goal was to distinguish the variances in the way the patients were satisfied with the information before the first and before any repeated surgery.

Empiric part of the essay determines three hypothesis. According to the first hypothesis we presume that verbal notification is most often used for giving information to the patient before transurethral resection of the bladder. Second hypothesis says that those patients who are being prepared for repeated surgery are more satisfied with given information than those who hear such information for the first time. Third hypothesis lets us assume that the range of information given before first surgery is wider than before any repeated surgery. In order to verify each hypothesis a quantitative research was set up. It's results confirmed first hypothesis, the second hypothesis was disproved. Third hypothesis was also not validated through the results of the research.

For the research was chosen quantitative method of data collection from the patients as well as from the nurses, using anonymous questionnaires. These questionnaires were disposed to the patients indicated for transurethral resection of the bladder at Urology in hospital in České Budějovice and Písek. From 140 questionnaires disposed, 107 were used for completing the research. The questionnaires were nameless and non-standardized. They included 28 questions, from that 15 closed and 13 half-open. The research among nurses used also nameless and non-standardized questionnaires. Those were also disposed to nurses working at Urology in hospital in České Budějovice and Písek. Nurse's questionnaires included 26 questions, from that 19 closed and 7 half-open. The sisters were given 60 questionnaires and for final processing were used 51. Graphs were created for presentation the results of above mentioned research.

Discovered results are being compared in discussion with special bibliography.

Presumed output of this bachelor essay was to expand – if needed - the content of knowledgeable consent from a patient before surgery that is given to every patient before transurethral resection of the bladder. As the results of our research clarified that almost 100% patients are fully satisfied with information given to them, we feel that it is pointless to expand the knowledgeable consent from a patient before surgery.

Following key words are parts of this bachelor essay – patient, nurse, nursing care, transurethral resection of the bladder, information.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) 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

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

Obsah

ÚVOD.....	13
1 SOUČASNÝ STAV.....	14
1.1 Anatomie a fyziologie močového měchýře.....	14
1.2 Nádory močového měchýře.....	15
1.2.1 Etiopatogeneze nádorů močového měchýře.....	16
1.2.2 Symptomy nádorů močového měchýře.....	17
1.2.3 Diagnostika nádorů močového měchýře.....	17
1.2.3.1 Cystoskopie.....	19
1.2.4 Terapie nádorů močového měchýře.....	20
1.2.4.1 Chirurgická terapie nádorů močového měchýře.....	21
1.2.4.2 Onkologická terapie nádorů močového měchýře.....	24
1.2.5 Prognóza nádorů močového měchýře.....	26
1.2.6 Prevence nádorů močového měchýře.....	27
1.3 Ošetrovatelská péče o pacienty indikované k transuretrální resekci močového měchýře.....	27
1.3.1 Předoperační ošetrovatelská péče.....	28
1.3.2 Pooperační ošetrovatelská péče.....	31
1.4 Informovanost pacientů v perioperační péči.....	32
1.4.1 Edukace pacientů.....	33
1.4.2 Informovaný souhlas pacienta.....	34
2 CÍLE PRÁCE, HYPOTÉZY.....	35
2.1 Cíle práce.....	35
2.2 Hypotézy práce.....	35
3 METODIKA.....	36
3.1 Použité metody.....	36
3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku.....	36
4 VÝSLEDKY.....	38
4.1 Výsledky kvantitativního šetření pacienti.....	38
4.2 Výsledky kvantitativního šetření sestry.....	50

5 DISKUSE.....	62
6 ZÁVĚR.....	69
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	70
8 PŘÍLOHY.....	74

Seznam použitých zkratk

TUR	transuretrální resekce
CT	computerová tomografie
EKG	elektrokardiografie
JIP	jednotka intenzivní péče

Úvod

Nádory močového měchýře jsou nejčastějším nádorovým onemocněním v oblasti močového ústrojí. Toto onemocnění postihuje až 3x častěji muže než ženy. Průměrný věk, ve kterém se toto onemocnění objevuje, je 69 let. Nejvýznamnějším rizikovým faktorem je v současné době kouření cigaret. U kuřáků je riziko výskytu nádoru močového měchýře až 4x vyšší. Nádory močového měchýře lze rozdělit do dvou základních skupin a to podle toho, zda nádor prorůstá do svaloviny močového měchýře či je jen povrchový. Léčba může být chirurgická nebo onkologická v závislosti na druhu nádoru. U povrchových nádorů je základní léčbou transuretrální resekce močového měchýře s následnou doživotní dispenzarizací formou opakovaných cystoskopických kontrol.

Tato bakalářská práce se zabývá ošetrovatelskou péčí o pacienty indikované k transuretrální resekci močového měchýře. Pro pacienty, kteří podstupují tento operační zákrok, jsou důležité informace, které v průběhu svého onemocnění dostávají. Kvalitní informovanost je nutná k dosažení bezchybné péče. Součástí komunikace je edukace pacientů. Pacienti jsou edukováni nejen lékařem, ale svou nezastupitelnou roli zde mají i sestry a ostatní nelékařský personál. Cílem této práce je zjistit rozsah a nejčastější formu podávaných informací urologickými sestrami pacientům před TUR, zjistit spokojenost pacientů s podanými informacemi. Pro velmi častou recidivu nádorů močového měchýře se u velké části pacientů provádí transuretrální resekce opakovaně. Proto je dalším cílem této práce zjistit rozdíly mezi podanými informacemi pacientům před prvním výkonem TUR a informacemi, které dostávají pacienti před opakovaným výkonem TUR. Dále je naším cílem zjistit rozdíly ve spokojenosti s podanými informacemi u obou skupin pacientů.

Toto téma jsem si pro svou bakalářskou práci vybrala proto, že pracuji jako všeobecná sestra na urologickém oddělení a denně se setkávám s pacienty s diagnostikovaným nádorem močového měchýře. Zajímalo mě, zda tito pacienti považují poskytnuté informace za dostatečné. Dále mne zajímalo, jaký názor mají na tuto problematiku sestry z urologického oddělení.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Anatomie a fyziologie močového měchýře

Močový měchýř je dutý svalový orgán, ve kterém se hromadí moč. Je uložen v pánvi za stydkou sponou a za ním se nachází u mužů konečník a u žen děloha. Moč je do močového měchýře přiváděna z ledvin pravým a levým močovodem. Močový měchýř mění svůj tvar dle množství moči v něm obsažené. Pokud je měchýř prázdný, není hmatný a jeho tvar je miskovitý. Naplněný měchýř má tvar kulovitý. Při náplni asi 200 ml lze měchýř vyhmatat nad sponou stydkou. Na náplni měchýře závisí i tloušťka jeho stěny. Na naplněném měchýři lze popsat dno, tělo, hrot a krček, který přechází v močovou trubici (1, 2).

Stěna močového měchýře se skládá ze sliznice, svaloviny a vazivového obalu. Řasnatou sliznicí překrývá vícevrstevný epitel, který se nazývá urotel. Pod sliznicí se nachází řídké podslizniční vazivo. Na spodině měchýře je hladká sliznice trojúhelníkového tvaru – trigonum vesicae. Vrcholy tohoto trojúhelníku tvoří ústí levého a pravého ureteru a odstup uretry. Svalovina měchýře je tvořena ze tří vrstev. Vnitřní vrstva je síťovitá, střední cirkulární vrstva svaloviny z části přechází i na uretru a zde tvoří vnitřní svěrač, který nelze ovládat vůlí. Poslední vrstva svaloviny je zevní podélná. Úkolem svaloviny močového měchýře je vypuzování moči. Zepředu je močový měchýř oddělen od spony stydké řídkým vazivem. Peritoneum pokrývá jeho horní a zadní část (1, 2).

Moč přitéká do močového měchýře postupně. Kapacita močového měchýře je velmi individuální. Při náplni měchýře 350-400 ml prudce stoupá intravezikální tlak a přichází pocit nucení na močení. Náplň měchýře se může dále ještě zvyšovat až na 700-800 ml, poté je ale vyprázdnění měchýře již neodkladné. Svalovina stěny měchýře se nachází i v koncovém úseku močovodů. Z tohoto důvodu nedochází při maximální náplni měchýře k zpětnému toku moče do močovodů. Močení – mikce je reflexní proces. Dochází k němu při vzestupu intravezikálního tlaku a kontrakcích hladké svaloviny stěny měchýře. Vylučování moče dále kontroluje vnitřní a zevní svěrač v

uretře. Z hladké svaloviny je tvořen svěrač vnitřní. Není ovládán vůlí, řídí ho vegetativní systém. Zevní svěrač se nachází v uretře v místě svalového pánevního dna. Tvoří ho snopce příčně pruhovaného svalstva a lze ho ovládat vůlí. Proces močení řídí útrobní nervy, centrum je v bederní míše (2, 3, 4).

1.2 Nádory močového měchýře

Ze všech maligních onemocnění tvoří nádory močového měchýře asi 4%. V oblasti močového traktu jsou tyto malignity nejčastější. Nádor močového měchýře se vyskytuje častěji u mužů než u žen. V České republice je u mužů toto onemocnění 6. nejčastější malignitou, u žen je to 13. místo. Incidence se v ČR pohybuje okolo 23/100 000 obyvatel. Incidence postupně vzrůstá ve všech průmyslových zemích. V roce 1985 byla okolo 7/100 000 obyvatel, zatímco v roce 2005 to bylo již okolo 13/100 000 obyvatel. Incidence stoupá s věkem, u dětí jsou nádory močového měchýře zcela výjimečné (5, 6, 7, 8). Střední věk nemocných touto malignitou je 69 let (9).

Nejčastějším typem nádorů močového měchýře je uroteliální karcinom vycházející z urotelu. Tento karcinom tvoří asi 90% všech malignit močového měchýře. Další variantou je spinocelulární karcinom, jeho výskyt je 6%. Přibližně 1-2% nádorů močového měchýře tvoří adenokarcinom. Do zbylých 2% patří skupina vzácných nádorů a to sarkomy, feochromocytohy a maligní lymfomy (10, 11).

Nádory močového měchýře lze rozdělit do dvou základních skupin. První skupinu tvoří nádory povrchové, neinvazivní neboli neinfiltující svalovinu močového měchýře. Charakteristickou vlastností těchto nádorů jsou časté recidivy, vyskytující se až v 80%. U opakovaných recidiv může dojít i k progresi, kdy nádor proroste do svaloviny. Zvláštní postavení v této skupině má tumor in situ. Je to plošný nádor rostoucí pouze ve sliznici. Přesto, že patří do povrchových nádorů, je zatížen velkou mírou agresivity a progresí a je tedy považován za preinvazivní karcinom. Do druhé skupiny patří nádory invazivní, které zasahují do svaloviny močového měchýře. Zhruba u poloviny těchto nádorů vzniknou metastázy. Toto dělení je velmi důležité pro stanovení léčby a též z

hlediska prognózy onemocnění. V době určení diagnózy je asi 80% nádorů povrchových a jen 20% jsou nádory invazivní (5, 10, 8, 6). U žen se častěji vyskytují nádory s vyšším stupněm zasažení svaloviny než u mužů (12).

Pro stanovení pokročilosti nádoru – staging se používá TNM klasifikace. V současné době se používá 7. revidovaná verze z roku 2009. Tato klasifikace má za úkol histologické zhodnocení nádoru. Hodnotí se zde tři oblasti, T-tumor, N-nádorové zasažení uzlin a M-případný výskyt metastáz. Ke stanovení této klasifikace je zapotřebí provést fyzikální vyšetření, zobrazovací a endoskopické vyšetřovací metody (10, 13).

1.2.1 Etiopatogeneze nádorů močového měchýře

Rizikovými faktory, které se podílejí na vzniku nádorů močového měchýře, jsou faktory zevního prostředí a určitá profesní rizika. Nejvýznamnějším agens vyvolávajícím nádory močového měchýře je kouření. Podílí se na vzniku 25-60% nádorů močového měchýře a zvyšuje riziko výskytu tohoto onemocnění až čtyřikrát. Riziko stoupá s počtem vykouřených cigaret. U kuřáků je větší pravděpodobnost výskytu agresivnějších forem nádoru než u nekuřáků. Také průběh onemocnění je u kuřáků agresivnější, proto mají kuřáci horší prognózu než nekuřáci. Dalšími prokázanými kancerogeny jsou látky, které patří do skupiny aromatických aminů. Tyto látky se používají především při výrobě barev, v textilním, gumárenském a tiskařském průmyslu. Ohroženi jsou i pracovníci zpracovávající železo a hliník. Dalším rizikovým faktorem je chronický vliv radiace. Také aplikace cytostatika cyklofosamid patří mezi rizikové faktory. Spinocelulární karcinomy močového měchýře mají své typické etiologické faktory. Do této skupiny patří chronické infekce močového měchýře, litiáza a schistosomóza. Schistosomóza je parazitární onemocnění vyskytující se v oblastech severní Afriky a Arabského poloostrova. Je významným rizikovým faktorem pro vznik nejen spinocelulárního karcinomu, ale též adenokarcinomu močového měchýře (10, 6).

1.2.2 Symptomy nádorů močového měchýře

Subjektivní příznaky nádorů močového měchýře, které udávají pacienti, jsou většinou nespecifické. Nejčastějším symptomem, který lze prokázat u 70-80% nádorů močového měchýře, je makroskopická hematurie. Tento příznak bývá obvykle nebolestivý. Jen asi u 17% pacientů je hematurie natolik výrazná, že jejím následkem je tvoření koagul, retence moči či tamponáda močového měchýře. 20-30% pacientů udává iritační symptomy, do kterých patří dysurie, polakisurie a urgence. Tyto příznaky se často objevují u tumoru in situ. Vzácně se vyskytuje bolest v bederní krajině způsobená městnáním moče v ledvině. Pokud je toto městnání oboustranné, může dojít až k urémii. Nechutenství či hubnutí jsou příznaky pozdní, které svědčí pro pokročilé stadium nemoci. Zhruba 20% nemocných nemá subjektivní příznaky žádné a onemocnění je zachyceno náhodně při ultrazvukovém vyšetření nebo při zjištění mikroskopické hematurie (6, 7, 10).

1.2.3 Diagnostika nádorů močového měchýře

U pacientů s podezřením na nádor močového měchýře se provádí velká řada různých vyšetření. Tato vyšetření lze rozdělit do několika diagnostických skupin. První skupinou vyšetření je anamnéza a fyzikální vyšetření. Do další skupiny patří laboratorní vyšetření. Třetí skupina zahrnuje zobrazovací vyšetřovací metody. Čtvrtou samostatnou skupinou je diagnostická cystoskopie (14). Při odběru anamnézy se lékař soustředí zejména na příznaky onemocnění, jako je hematurie, dysurie, váhový úbytek nebo nechutenství. Dále zjišťuje rizikové faktory vzniku onemocnění jako je například kouření. S tím souvisí i odběr pracovní anamnézy. Dále lékař pátrá v rodinné anamnéze po výskytu nádorových onemocnění. Fyzikální vyšetření u povrchových neinfiltrujících nádorů močového měchýře obvykle neodhalí žádné změny. Vyšetření per rectum nebo per vaginam u žen odhalí až rozsáhlý infiltrující nádor (6, 10).

Laboratorní vyšetření prováděná při podezření na nádor močového měchýře zahrnují především vyšetření moče. Jedná se především o vyšetření moče chemicky a sedimentu, vyšetření kultivace moče a cytologii moče nebo výplachové tekutiny. Při vyšetření močového sedimentu se nejčastěji prokáže mikroskopická hematurie. Je to častý objektivní nález, který lze vyhodnotit u 70-97% pacientů s nádorem močového měchýře. Mikrohematurie se může objevovat intermitentně. Z toho vyplývá, že negativní vyšetření močového sedimentu nevylučuje přítomnost nádoru močového měchýře. Cytologické vyšetření moče je prebiptická diagnostická metoda, která slouží k posouzení nádorových změn v uroteliálních buňkách uvolněných do moči nebo získaných laváží močového měchýře. Velký význam má cytologie při diagnostikování tumoru in situ. Na rozdíl od ostatních uroteliálních nádorů je tento obtížně detekovatelný samotnou cystoskopií. Výhodou cytologie je její vysoká citlivost u infiltrujících nádorů, která činí až 90%. Nevýhodou je limitace zkušeností cytologa provádějícího toto vyšetření (6, 10, 13). Mezi novější vyšetřovací metody patří detekce nádorových antigenů v moči, které lze provádět i v ambulanci formou rychlotestů. Dalším novým vyšetřením je molekulárněbiologická metoda, která hodnotí specifické chromozomální aberace u uroteliálních nádorů (9, 10, 14).

Své nezastupitelné místo mezi zobrazovacími metodami má vylučovací urografie. Je to rentgenologické vyšetření, při kterém se po intravenózní aplikaci kontrastní látky sleduje její vylučování ledvinami. Toto vyšetření je sice schopno detekovat asi jen 60% nádorů, ale zobrazí případné patologie horních cest močových. Dnes již vylučovací urografii nahrazuje CT s intravenózní aplikací kontrastní látky provedené ve vylučovací fázi. Dalším vyšetřením je ultrasonografie, která se často používá k vyloučení jiné příčiny hematurie. Vyšetření CT a magnetická rezonance mají své uplatnění také v diagnostice metastáz. Jedná se zejména o infiltrace spádových lymfatických uzlin. Metastatické postižení plic lze prokázat prostým rentgenovým snímkem srdce a plic a pomocí CT. Časté jsou též jaterní metastázy, které pomohou odhalit vyšetření CT, magnetická rezonance nebo biopsie jater. Při podezření na metastatické postižení kostí se provádí magnetická rezonance nebo scintigrafie skeletu (10, 6, 14).

Všechny tyto neinvazivní metody mají společnou vlastnost a to, že nejsou stoprocentní. To negativně ovlivňuje jejich běžné využití. V praxi to znamená, že tato vyšetření lze použít jen jako doplňková. V současnosti je pro potvrzení diagnózy nádoru močového měchýře nutné provedení diagnostické cystoskopie. Neinvazivní metody najdou snad své větší uplatnění v budoucnosti v rámci screeningu rizikových skupin obyvatel (7).

1.2.3.1 Cystoskopie

Cystoskopie je endoskopický výkon, jehož provedení je nutné pro správnou diagnostiku nádoru močového měchýře. Tento výkon lze provádět ambulantně v lokální anestezii a to pouze za diagnostickým účelem. Pokud se cystoskopie provádí v celkové anestezii, může se současně provést i odstranění nádorového ložiska - transuretrální resekce močového měchýře (6, 7, 10). Cílem cystoskopického vyšetření je odhalit změny na sliznici močového měchýře, popsat přesnou lokalizaci případného nádoru, posoudit vzhled nádoru a jeho plošný rozsah. Dalším cílem je získání vzorku tkáně, který se odesílá na histologické vyšetření. Ve vzorku musí být zavzata i svalovina močového měchýře, aby mohl patolog vyšetřující tento vzorek určit, zda nádor infiltruje do svaloviny či nikoliv. Histologický materiál se odebírá studenou biopsií nebo elektroresekcí podezřelých ložisek. Zkušený urolog dokáže jen díky cystoskopickému nálezu odhadnout rozsah nádoru, jeho šíření mimo močový měchýř a také posoudit stupeň postižení urotelu (13, 10, 14). K cystoskopickému vyšetření se používá rigidní přístroj, který má v sobě zabudovanou přímou optiku. Druhou možností je použití flexibilního, ohebného přístroje. Při flexibilní cystoskopii má lékař možnost prohlédnout celou dutinu močového měchýře. Také je umožněn zpětný pohled na oblast hrdla, což je obzvlášť významné u mužů s větší prostatou (7, 10).

Cystoskopické vyšetření prováděné v celkové anestezii má následující schéma: lékař nejdříve provede bimanuální vyšetření malé pánve, u žen per vaginam a u muže per rectum. Dalším krokem je samotná cystoskopie a také uretroskopie, která je

zaměřená na prohlédnutí močové trubice. Lékař přesně popíše a také zdokumentuje vzhled kontrolovaného terénu a případné změny. Pokud je nález pozitivní a lékař odhalí nádor, provede jeho odstranění pomocí elektroresekce. Následuje biopsie ze spodiny resekční plochy a také z ložisek, které se zdají být suspektní. V některých případech lze dále provést u mužů ještě biopsii z prostatické uretry, u žen biopsii z hrdla močového měchýře. Při podezření na tumor in situ se může lékař rozhodnout pro random biopsii, což je biopsie z normálně vyhlížejícího urotelu (13, 14). V dnešní době se objevují nové metody jako například fluorescenční cystoskopie, která může nahradit zejména random biopsii při diagnostice tumoru in situ. Tato metoda využívá principu fotodynamiky, díky ní snižuje riziko přehlédnutí nádoru a tím snižuje počet recidiv. Nevýhodou této nové metody je nutnost speciálního instrumentaria a tím tedy cenová dostupnost. Další novinkou v diagnostice nádorů močového měchýře je metoda úzkopásmového zobrazení. Za pomoci zúžení světelného spektra umožňuje lepší detekci maligních nálezů (6, 9, 7).

Pro pacienta je správná a pečlivá diagnostika velmi důležitá. Chybné stanovení rozsahu onemocnění nebo jeho prognózy může znamenat špatně zvolený léčebný postup a to může mít často za následek selhání léčby (14).

1.2.4 Terapie nádorů močového měchýře

Existuje velká řada terapeutických postupů, které lze uplatnit při léčbě nádorů močového měchýře. Proto by měl strategii léčby určovat nejen urolog, ale také onkolog a radioterapeut (13). Někdy je také vhodné přizvat ke spolupráci psychologa, zvláště v případech radikální léčby nebo paliativní péče. Mezi základní chirurgickou metodu patří cystoskopie spojená s transuretrální resekcí povrchových nádorů močového měchýře neboli TUR. Chirurgickou léčbu invazivních nádorů představují různé způsoby vyjmutí močového měchýře neboli cystektomie. Nádory močového měchýře lze také léčit chemoterapeutiky, cytostatiky nebo radioterapií a to v období před chirurgickou léčbou nebo po ní. V některých jinak neřešitelných případech nezbyvá nic jiného než použít

pouze léčbu symptomatickou. Ta zahrnuje především léčbu bolesti a ošetření hematurie. Jedná se především o případy generalizovaných nádorů (10, 13).

1.2.4.1 Chirurgická terapie nádorů močového měchýře

Chirurgická léčba nádorů močového měchýře má stále první místo v léčebných postupech při řešení těchto chorob a to i přes stále se rozvíjející medicínu. Operační výkony na močovém měchýři mají svůj význam nejen terapeutický, ale i diagnostický. Diagnostickou funkci má cystoskopie, která je prováděna buď samostatně, nebo jako součást terapeutických operačních výkonů na močovém měchýři (15).

Stejně jako v jiných chirurgických oborech i v urologii dochází k velkému vývoji operačních technik. K dnes již klasickým operačním a endoskopickým metodám řešení nádorů močového měchýře můžeme v současnosti přidat i techniky laparoskopické a robotické. Nejčastěji prováděné chirurgické výkony při léčbě těchto nádorů stále zůstávají TUR a cystektomie (15).

Transuretrální resekce močového měchýře je endoskopický výkon, který zahrnuje cystoskopické vyšetření, biopsii a elektroresekci nádorových případně suspektních ložisek. K bezpečnému provedení TUR je třeba zvolit vhodnou anestezii s adekvátní relaxací močového měchýře a svaloviny břišní stěny. Výkon lze provést v celkové i ve spinální nebo epidurální anestezii. Výběr anestezie závisí na preferencích anesteziologa a operátora (8, 15).

Operátor provádějící TUR musí mít na paměti zejména cíl tohoto výkonu. Cílem je nejen odstranění nádoru, ale také pečlivý odběr vzorku tkáně. Vzorek tkáně musí být kvalitní. Patolog z tohoto vzorku musí určit především histologickou diagnózu nádoru a jeho infiltraci do svaloviny stěny močového měchýře. K co největší kvalitě provedeného výkonu přispívá i přístrojové vybavení pracoviště. K endoskopickému výkonu TUR se používá přístroj resektoskop, který se zavádí močovou trubicí do močového měchýře. Tubusy resektoskopů mají různě velký průměr, obvykle se používají velikosti 24-27 Ch. Do tubusu resektoskopu se zavádí pracovní část a optika.

Vlastní pracovní část se skládá z rukojeti a táhla, ve kterém je zabudována elektrická resekční klička. Tato resekční klička využívá vysokofrekvenční proud pro resekci tkáně a nízkofrekvenční proud pro koagulaci krvácejících cév. Výhodou je použití dvouplášťového resektoskopu, který umožňuje udržovat stálou náplň močového měchýře při výkonu. Dále umožňuje proplach močového měchýře fyziologickým roztokem, což zlepšuje přehlednost operovaného prostředí při výkonu (15, 10).

Způsob vlastní resekce je různý a vychází z velikosti nádorového ložiska. Malé nádory o velikosti zhruba do 1 cm se resekují najednou. Vzorek obsahuje celý nádor i s přilehlou částí svaloviny stěny močového měchýře. Větší nádory je vhodné resekovat po částech. Vzorky jednotlivých částí by měly být odeslány k dalšímu vyšetření v oddělených nádobkách, což patologovi usnadní orientaci v odebraných vzorcích. Během samotné resekce je třeba velmi uvážlivě zvážit použití koagulace tkáně, která může způsobit termické poškození vzorků. To následně znemožní patologovi provést histologické vyšetření odebrané tkáně. Proto je výhodnější ponechat koagulaci až na závěr výkonu. Na konci výkonu je třeba provést kontrolní cystoskopii, která slouží k ověření, zda bylo provedeno úplné odstranění všech nádorových ložisek. Výkon TUR je obvykle ukončen zavedením permanentního močového katétru. K tomu, aby byl TUR považován za výkon úspěšný, je třeba splnit určitá kritéria. Během výkonu nesmí být přehlédnut žádný neinvazivní ani invazivní nádor, výkon musí proběhnout bez komplikací. Nádory, u kterých předpokládáme invazivní charakter, nemusí být resekovány úplně. U těchto nádorů je nutné radikální řešení a TUR má tedy význam především v odběru vzorku pro další vyšetření (6, 8, 10).

Komplikace po TUR se vyskytují zhruba u 5-6% operovaných pacientů. Vyšší riziko se uvádí u větších a mnohočetných nádorů a u nádorů s umístěním ve vrcholu močového měchýře. Také zkušenost operátora ovlivňuje vznik komplikací. Nejčastější komplikací po TUR je krvácení. Lze mu předejít důkladnou koagulací cév na konci výkonu a prevencí přílišného roztažení močového měchýře po výkonu. Závažnější komplikací po TUR je perforace neboli protržení močového měchýře. Únik moči mimo břišní dutinu je často klinicky němý a jeho řešením je ponechání permanentního močového katétru po dobu několika dní. Vzácnější je únik moči a proplachové tekutiny

do břišní dutiny. V některých případech může tento stav vést k otevřené revizi dutiny břišní se zašitím otvoru v močovém měchýři. Příčinou perforace může být prudký pohyb dolní končetiny a pánve při nervové stimulaci. Dále hrozí perforace při provádění resekce na přeplněném močovém měchýři (8). Další velmi vážnou a život ohrožující komplikací je TUR syndrom. U dlouhotrvajících výkonů dochází k přestupu proplachovací tekutiny do krevního oběhu. To má za následek hyperhydrataci a hyponatrémii. Tato situace dále vede k masivní hemolýze erytrocytů, otoku mozku a multiorgánovému selhání. Pokud není tento kritický stav odhalen a léčen včas, pacient umírá. Z důvodů používání nových proplachovacích tekutin je naštěstí v dnešní době tato komplikace velmi vzácná (16).

Po výkonu TUR se vyskytuje poměrně velké riziko záchytu reziduálního nádoru a to v 33-76%. Z tohoto důvodu se provádí druhá doba transuretrální resekce neboli re-TUR. Tento výkon by se měl provést zvláště v případech, kdy není jisté, že primární resekce nádorů byla úplná, u rozsáhlých a mnohočetných nádorů nebo v případech, kdy patolog nenajde svalovinu v odebraném vzorku tkáně. Výkon re-TUR by měl být proveden za 2-6 týdnů po první resekci a měl by zahrnovat zásah v místě původního nálezu. Bylo prokázáno, že provedení re-TUR dokáže prodloužit období bez recidivy (10, 8, 6).

U některých povrchových nádorů močového měchýře je další volbou chirurgické léčby provedení radikální operace čili cystektomie. Jedná se především o agresivní typy nádorů s vysokým rizikem progresu, tumory in situ a nádory nereagující na lokální onkologickou léčbu. Dále se jedná o případy, kdy povrchový nádor překrývá 70% močového měchýře (6, 13, 11).

Hlavní a nejčastější indikací pro radikální cystektomii je infiltrující nádor zasahující do svaloviny močového měchýře. V dnešní době je radikální cystektomie považována za nejúčinnější dostupnou metodu řešení těchto nádorů. Radikální cystektomie je chirurgické odstranění celého močového měchýře s následnou derivací moče. Derivace moče znamená zajištění odtoku moče jiným způsobem než přirozeným. Kromě močového měchýře se odstraňují též spádové uzliny a apendix v případě, že pacient nepodstoupil jeho odstranění již dříve. U mužů se dále provádí odstranění

prostaty a semenných váčků. U žen je součástí radikální operace vyjmutí dělohy s vejcovody. V některých případech se provádí též uretrektomie neboli odstranění močové trubice (10, 6, 13).

Po odstranění močového měchýře je nutné vyřešit odtok moče. Způsobů derivace moče je několik a lze je rozdělit na derivaci inkontinentní neboli zevní a kontinentní neboli vnitřní. Nejčastěji používanou formou inkontinentní derivace je ureteroileostomie. Výsledkem tohoto zákroku je našití močovodů na tenké střevo, kdy se konec tohoto tenkého střeva vyvede břišní stěnou ven. Vzniklý vývod se nazývá urostoma. Podmínkou tohoto výkonu je následné používání urostomických pomůcek. Principem vnitřní derivace je vytvoření močového rezervoáru uvnitř těla za pomoci určité části střev. Jednou z technik vnitřní derivace je našití močovodů na esovitou kličku tlustého střeva, kdy moč odchází konečníkem. Další a oblíbenou technikou je vytvoření ortotopické neoveziky neboli pouche. Podstata této metody spočívá v modelaci rezervoáru z kličky tenkého střeva, na který jsou našity močovody a močová trubice. Poté plně nahrazuje odstraněný močový měchýř (11, 6, 10, 15).

K výběru metody radikální cystektomie je třeba přistupovat individuálně, brát ohled na celkový somatický a psychický stav pacienta. Také je nutné pečlivě zhodnotit pacientovy možnosti, nutnost další léčby, zkušenosti operátora. Obecně lze říci, že zvolený způsob radikální operace by měl být co nejvíce přijatelný pro lékaře i pacienta (6, 15, 10).

1.2.4.2 Onkologická terapie nádorů močového měchýře

Onkologická léčba má velké využití při řešení nádorů močového měchýře. Mezi základní druhy onkologické léčby patří chemoterapie a radioterapie. Ve výběru metody onkologické léčby je nutné rozlišit pro jaký druh nádoru močového měchýře je léčba určena. V terapii povrchových neinvazivních nádorů se používá intravezikální chemoterapie nebo intravezikální imunoterapie. Obě tyto metody výrazně snižují počet recidiv. Pro intravezikální chemoterapii se nejčastěji používá instilace cytostatik

epirubicin, mitomycin C a nyní nový preparát gemcitabin. Nařazené cytostatikum se aplikuje močovým katétrem do močového měchýře po předchozím vyprázdnění. Aby byl dosažen maximální účinek léčby, měla by být látka ponechána v močovém měchýři 60-120 minut. Po této době pacient látku buď vymočí, nebo je vypuštěna z měchýře močovým katétrem. Cytostatikum by mělo být aplikováno do 6 hodin po operačním zákroku TUR. Jedinou kontraindikací této léčby je podezření na perforaci močového měchýře při TUR. Doporučuje se podávat intravezikální chemoterapii po dobu jednoho roku. Aplikace intravezikální imunoterapie je stejná jako u aplikace cytostatik. K imunoterapii se nejčastěji užívá BCG vakcína. Názory na optimální počet instilací se různí. Nejčastějším schématem této léčby je 6 aplikací v týdenních intervalech a následná udržovací fáze po dobu 3 let (13, 6, 10, 17).

Další metody onkologické léčby jsou určeny především pro léčbu invazivních nádorů. Do těchto metod patří zejména radioterapie a chemoterapie. Lze je použít jako samostatné metody nebo v kombinaci mezi sebou či ještě s chirurgickou léčbou. Podle období, kdy je onkologická léčba podána, ji lze rozdělit na adjuvantní a neoadjuvantní. Pod pojmem neoadjuvantní se skrývá léčba podaná před chirurgickou léčbou, v tomto případě před radikální cystektomií. Tímto způsobem lze použít radioterapii. Bohužel zatím není zcela jasné, zda tato léčba výrazně ovlivňuje celkové přežití. Více se v dnešní době používá neoadjuvantní chemoterapie s podáváním gemcitabinu. Hlavním přínosem této metody je zničení mikrometastáz a v některých případech i záchrana močového měchýře a tím zajištění kvality života pacienta (6, 12, 18).

Adjuvantní léčba se podává pacientovi po chirurgickém výkonu. Využití adjuvantní chemoterapie spočívá především u nádorů, které se šíří mimo močový měchýř a u metastáz do lymfatických uzlin. Adjuvantní radioterapii lze indikovat samostatně nebo v kombinaci s chemoterapií. Velkou výhodou adjuvantní léčby je možnost časné chirurgické léčby. Samostatně podávaná radioterapie má často funkci paliativní. Jejím cílem je zejména zmírnění příznaků a ovlivnění hematurie (12, 13, 10, 5).

Obecně lze říci, že při léčbě nádorů močového měchýře se uplatňují všechny zmíněné léčebné metody. Použití každé metody je ovlivněno různými účinky, indikacemi a kontraindikacemi. Například radioterapie je méně účinná než radikální

cystektomie. Největšího terapeutického účinku bývá zpravidla dosaženo různými kombinacemi všech léčebných metod (13).

1.2.5 Prognóza nádorů močového měchýře

Jedním z charakteristických rysů povrchových nádorů močového měchýře je vysoká četnost recidiv, která se pohybuje v rozmezí 60-90%. V některých případech může dojít ke změně povrchového nádoru v nádor invazivní. Riziko recidivy lze odhadnout na základě některých prognostických faktorů. Mezi ně patří počet a plošný rozsah nádorů, frekvence předchozích recidiv a nález při první cystoskopické kontrole. Pacienti s povrchovými nádory močového měchýře jsou zařazováni do dispenzarizačního programu. Cílem dispenzarizace je co nejdříve zachytit recidivu onemocnění. Dispenzarizace obsahuje pravidelné cystoskopické kontroly, cytologické vyšetření moči a v některých případech i zobrazovací vyšetření horních cest močových. První cystoskopická kontrola by měla proběhnout za 3 měsíce od provedení výkonu TUR. Dle výsledků se mohou intervaly mezi kontrolními cystoskopiemi postupně prodlužovat. Cystoskopické kontroly by se však měly provádět minimálně po dobu 5 let dle jednotlivých nálezů (13, 10, 6).

Prognóza u pacientů s invazivním nádorem je vždy nejistá. Již v době zjištění diagnózy má zhruba třetina těchto pacientů přítomné mikrometastázy. Po radikální cystektomii vznikají do dvou let vzdálené metastázy až u 50% pacientů. Dispenzarizace pacientů s invazivním nádorem zahrnuje doživotní sledování. Spočívá především v odhalování lokálních recidiv nebo metastáz. K tomu se používají především vyšetřovací metody CT malé pánve, močových cest, hrudníku, scintigrafie skeletu. Dispenzarizace pacientů s jakoukoliv formou nádoru močového měchýře spadá do oblasti péče urologa či onkologa a je pro pacienta zatěžující (13, 6, 10, 11).

1.2.6 Prevence nádorů močového měchýře

Základem prevence nádorů močového měchýře je minimalizovat rizikové faktory, které se na vzniku nemoci podílejí. Jedním z nejzávažnějších rizikových faktorů je kouření. Do hlavních zásad prevence patří informovanost o škodlivých účincích kouření a to zejména dětí. Důležité je uvědomit si, že je jednodušší s kouřením vůbec nezačít, než následné odvykání. U pracovníků v chemických provozech, kteří jsou v kontaktu s látkami typu aromatických aminů, patří do prevence nádorů močového měchýře dodržování bezpečnosti práce a používání ochranných pomůcek. Velký význam mají pravidelné preventivní kontroly u lékaře. Na jejich základě může lékař odhalit příznaky počínající choroby močového měchýře a díky tomu lze pacientovi zajistit co nejrychlejší a nejefektivnější léčbu (17, 20, 19, 6).

1.3 Ošetrovatelská péče o pacienty indikované k transuretrální resekcí močového měchýře

Každý operační výkon je zásah do lidského organismu, který však není pro organismus fyziologický. Každý organismus různými způsoby také reaguje na tento zásah a to nejen v době po operaci, ale také v období před operací. Také z tohoto důvodu je nutné se pečlivě věnovat fyzickým i psychickým potřebám pacienta (21). Každý člověk tedy i každý pacient je jiný a má své jedinečné vlastnosti, názory, postoje i potřeby. Rozeznání individuálních potřeb jednotlivých pacientů je velmi důležité pro práci ošetrovatelského personálu a pro spokojenost pacientů. Pro rozdělení potřeb se často používá Maslowova hierarchie potřeb, která dělí potřeby na dvě základní kategorie – potřeby nižší a vyšší. Do kategorie nižších potřeb patří potřeby fyziologické, jako jsou potřeba pohybu, výživy, čistoty, spánku, vyprazdňování a podobně. Dále mezi nižší potřeby patří potřeby jistoty a bezpečí, které vyjadřují touhu po důvěře a spolehlivosti. Do kategorie potřeb vyšších jsou zahrnuty dle Maslowa potřeby sounáležitosti a lásky, potřeby uznání a sebeúcty, potřeby poznávání a vědění, potřeby

krásky a symetrie a potřeby seberealizace. Uspokojování potřeb pacienta je součástí ošetrovatelského procesu a tedy i ošetrovatelské péče (22).

Ošetrovatelská péče v rámci operačních výkonů zahrnuje dobu před, během a po operaci. Toto období se souhrnně nazývá perioperační období a má tři fáze. První fází je předoperační fáze, která je zahájena rozhodnutím o operačním výkonu a končí převozem pacienta na operační sál. Druhá fáze se nazývá intraoperační a začíná přijetím pacienta na operační sál a končí odvozem pacienta ze sálu a jeho předáním na ošetrovací jednotku. Pooperační fáze je poslední fází perioperačního období a je zahájena převzetím pacienta po operačním výkonu na ošetrovací jednotce a končí plným zotavením pacienta po operaci. Každá tato fáze má své obecné postupy a zákonitosti, které lze uplatnit téměř u všech operačních výkonů. Je však velká řada operačních výkonů, které vyžadují speciální postupy v předoperačním období i v období pooperačním. Příprava k operaci nespočívá jen v přípravě pacienta, ale také v přípravě operačního sálu, operačního pole a v neposlední řadě také v přípravě operační skupiny (21, 23).

1.3.1 Předoperační ošetrovatelská péče

Předoperační ošetrovatelská péče zahrnuje především přípravu pacienta na operační výkon. Samotnou předoperační přípravu lze dělit podle různých pohledů. Dělí se na obecnou a speciální. Obecná předoperační příprava je pro všechny operační výkony stejná. Speciální předoperační příprava je určována dle specifik jednotlivých operací. Předoperační příprava u výkonu TUR je pouze obecná, tedy stejná jako u jiných operací. Dále se předoperační příprava dělí na dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední. Dle dalších hledisek je možné dělení na celkovou a místní nebo na fyzickou a psychickou přípravu. Psychická příprava spočívá zejména v edukaci pacienta a poskytování dostatečných informací (viz kapitola 1.4 Informovanost pacientů v perioperační péči). S tím také souvisí vhodný přístup k pacientům ze stran veškerého zdravotnického personálu a péče o psychický stav nemocného (23).

Rozsah předoperační přípravy určuje závažnost operačního výkonu. Příprava se provádí v plném rozsahu jen tehdy, pokud je operační výkon plánovaný a je tedy na přípravu dostatek času. V případě urgentních výkonů, kdy je pacient ohrožen na životě, se příprava omezuje na nutné minimum (23).

Vlastní předoperační přípravě předchází předoperační posouzení zdravotního stavu pacienta a zhodnocení operačního rizika. Cílem předoperačního posouzení je především prevence možných komplikací. K tomuto posouzení slouží předoperační vyšetření, které provádí obvykle praktický lékař nemocného. Toto vyšetření má platnost 4 týdny, pokud nedojde ke změně zdravotního stavu. V něm zahrnuté laboratorní výsledky krve, moče a záznam EKG by neměly být starší 14 dnů. Účelem předoperačního vyšetření je shrnutí všech anamnestických údajů, výsledků všech fyzikálních vyšetření včetně laboratorních vyšetření, určení užívání dlouhodobé medikace a zhodnocení potřeby konziliárních vyšetření, pokud má pacient některá závažná přidružená onemocnění. Ke zhodnocení operačního rizika se používá ASA klasifikace. Tato klasifikace má 5 kategorií, kdy ASA I je určena u pacienta zdravého bez patologického nálezu kromě toho, pro který je operován. Nejzávažnější ASA V je klasifikována u pacienta, u kterého je operační výkon nutný pro záchranu života (21, 23, 24, 25).

Součástí předoperační přípravy je též příprava anesteziologická. Den před operací navštíví pacienta anesteziolog a seznámí ho se všemi okolnostmi anestezie - předpokládaný způsob anestezie, její rizika a možné komplikace. Anesteziolog také určí farmakologickou přípravu pacienta před anestezii a operačním výkonem, tedy premedikaci. Ta se podává pacientovi večer před výkonem a dále v den operace zhruba 1 hodinu před výkonem (23, 24, 25).

Samotná předoperační příprava začíná již den před operací. Spočívá především v edukaci pacienta (viz kapitola 1.4.1 Edukace pacientů). Součástí předoperační přípravy je také pohovor ošetřujícího lékaře nebo operátora s pacientem a poskytnutí písemného informovaného souhlasu s výkonem, který stvrdí pacient svým podpisem (viz kapitola 1.4.2 Informovaný souhlas pacienta). Den před operací sestra provádí s pacientem nácvik různých činností, které bude pacient provádět po výkonu. Jedná se například o dechovou rehabilitaci, izometrické cvičení dolních končetin, nácvik

vstávání z lůžka. Dle ordinací lékaře zajišťuje sestra přípravu pacienta na různá doplňková vyšetření, odebírá biologický materiál. U některých operací lékař předem indikuje objednání a zajištění transfuzních přípravků. Večer před výkonem zajistí sestra vyprázdnění pacienta. Dle druhu operačního výkonu a zvyklosti oddělení provede buď očistné klyzma nebo zavede pacientovi glycerinové čípky do konečníku. Dle zvyklosti pracoviště a především dle druhu operace a indikace lékaře sestra zajistí lačnění pacienta. U výkonů TUR pacient den před operací obědvá jen polévku a již nevečeří. Tekutiny smí požívat do půlnoci. Od půlnoci nesmí pacient již pít, jíst ani kouřit. Do předoperační přípravy pacienta patří také příprava operačního pole – holení ochlupení v okolí operačního zákroku dle indikace lékaře. Dle zvyklosti pracoviště se provádí den před výkonem nebo v samotný den operace (23, 26, 21, 27).

V den operace sestra zajistí řádnou hygienu pacienta, případně pacientovi při hygieně asistuje. U urologických operací je kladen velký důraz mimo jiné na očistu genitálu. V rámci prevence tromboembolické nemoci provede sestra pacientovi bandáže dolních končetin přiložením elastických obinadel nebo použije elastické punčochy. Pacient je dále vyzván k odložení všech svršků a sestra mu poskytne ústavní prádlo. Pacient musí dále odložit všechny šperky a protetické pomůcky, jako jsou snímatelné zubní náhrady, brýle, naslouchadla a jiné. Ženy musí mít odlakované nehty a odstraněné veškeré líčení. Poté sestra zkontroluje provedenou přípravu pacienta. Na výzvu anesteziologa sestra aplikuje pacientovi premedikaci. Před samotnou aplikací vyzve pacienta, aby se vymočil a poučí ho, aby po aplikaci premedikace již nevstával z lůžka. Důvodem je obsazení opiátů v premedikaci. Před odjezdem na operační sál změří sestra pacientovi fyziologické funkce – krevní tlak, puls, tělesnou teplotu, pokud lékař neurčí jinak. Sestra svým doprovodem zajistí bezpečný převoz pacienta na operační sál, kde ho předá anesteziologické sestře spolu s dokumentací pacienta. Po celou dobu předoperační přípravy sestra plní ordinace lékaře a provádí výkony s tímto spojené jako je například zavedení periferního žilního katétru v případě indikace infuzní terapie. Veškeré provedené výkony pečlivě zaznamenává do dokumentace (21, 23, 26, 27).

1.3.2 Pooperační ošetrovatelská péče

Pooperační fáze začíná převzetím pacienta z operačního sálu. Pacienta přebírá sestra od anesteziologické sestry a převzetí stvrzuje svým podpisem. Při převzetí by měl být pacient ve stabilizovaném stavu. Měl by spontánně dýchat a měl by mít stabilizovaný krevní oběh. Dle zvyklosti pracoviště je pacient uložen na JIP, dospávací nebo pooperační pokoj. Sestra sleduje celkový stav pacienta po operačním výkonu. Hodnotí stav vědomí, zda je pacient probuzený, orientovaný či ospalý. Dále sleduje kardiovaskulární stav pacienta - měří krevní tlak, hodnotí frekvenci a kvalitu pulsů. Toto měření provádí nejprve v patnáctiminutových intervalech, dále dle určení lékaře – obvykle po 3 hodinách. Dále sestra kontroluje frekvenci a pravidelnost dýchání, tělesnou teplotu. Dle možností pracoviště je pacient napojen na monitorovací zařízení, na kterém lze měřit různé fyziologické funkce dle druhu monitoru. Důležitá je stálá monitorace bolesti a případné podávání utišujících léků dle ordinace lékaře. Sestra dále sleduje rovnováhu příjmu a výdeje tekutin. Veškeré hodnoty fyziologických funkcí sestra pečlivě zaznamenává do dokumentace a odchylky ihned hlásí lékaři. Dále sestra plní ordinace lékaře - podávání léků, odběry biologického materiálu, infuzní terapie a jiné. Výživa a příjem tekutin je zajištěna dle druhu operačního výkonu. Po výkonu TUR může pacient po 3 hodinách od operace pít čaj po doušcích. Později po výkonu je vyzván k většímu příjmu tekutin. V den operace může večeřet. Do večera má pacient po TUR indikován klid na lůžku, večer může vstát z lůžka za asistence sestry (27, 21, 26).

U pacientů po operačním výkonu TUR je věnována zvláštní péče vyprazdňování moči. Ve většině případů přichází pacient z operačního sálu se zavedeným permanentním močovým katétrem, který je napojen na uzavřený drenážní systém. Sestra sleduje průchodnost močového katétru, barvu a vzhled moče. Pokud je v moči příměs krve, musí pečlivě hodnotit její množství a dbát na to, aby se katétr neucpal krevním koagulem (27).

V rámci prevence infekce močových cest je nutné provádět péči o permanentní katétr za přísně aseptických podmínek. Nejedná se však jen o péči o samotný katétr, ale o celý drenážní systém. Důležitá je zvýšená hygiena genitálu po celou dobu zavedení

močového katétru. U pacienta se zavedeným permanentním močovým katétrem je třeba dodržovat dostatečný příjem tekutin. Sestra provádí pravidelné kontroly polohy a funkčnosti močového katétru, sleduje barvu a hustotu moče. Pacient by měl být řádně obeznámen s péčí o močový katétr a s jeho manipulací (29, 28, 30).

Nejčastější komplikací po výkonu TUR je krvácení. Z tohoto důvodu mohou mít pacienti po výkonu zavedený trojcestný permanentní močový katétr. Tento katétr má ještě třetí průsvit, který umožňuje kontinuální proplach močového měchýře. Proplachovací tekutinou bývá nejčastěji fyziologický roztok. Sestra musí stále proplach kontrolovat, aby byla jeho rychlost dostatečná a aby nedošlo k jeho zastavení. Pokud není proplach plně funkční, může dojít ke tvorbě krevních sraženin s následnou zástavou odtoku moče. Tento stav může končit až operační revizí. Průchodnost močového katétru lze zajistit i jednorázovým proplachem. Průsvitem močového katétru, který je určen pro odtok moče, je jednorázově stříkačkou vpravena proplachovací tekutina. Poté je možné tuto tekutinu buď zpětně stříkačkou odsát nebo ji nechat volně z močového katétru vytéci. Nejen po urologických výkonech si péče o permanentní močový katétr zasluhuje velkou pozornost (30, 16).

Pokud je pacient na JIP, je obvykle 1. pooperační den přeložen na standardní oddělení. Ošetrovatelská péče je dále směřována k plnému zotavení a možnému propuštění pacienta do domácího ošetřování (27, 21).

1.4 Informovanost pacientů v perioperační péči

Kvalitní informovanost pacientů vede k dosažení vysoké kvality poskytované péče. Každý pacient má vždy k dispozici celou řadu zdrojů, ze kterých může získat informace. Patří sem odborná literatura, rodina a známí, ošetřující personál v nemocnici. Zvláště v perioperačním období může být pro pacienty obtížné přijmout a zpracovat podané informace. Vnímavost a chování pacienta je ovlivněno jeho strachem a úzkostí. Pacienti mají strach z nepříznivé diagnózy, z bolesti, ze ztráty soběstačnosti.

Veškerý zdravotnický personál by měl přistupovat k pacientovi vstřícně, vlídně a empaticky. Důležité je umět vyjádřit pacientovi podporu a porozumění (31, 32, 23).

Každý zdravotník by si měl uvědomit, že nejen nemoc, ale především sám pacient je hlavním předmětem jeho zájmu. K navázání a rozvíjení kontaktu a ke spolupráci s nemocným je potřebná správná komunikace. Komunikace je druhem péče a každý zdravotník ji používá jako nástroj k uspokojování potřeb nemocných. Nejčastěji používaným druhem komunikace je verbální. Kriteria účinné komunikace jsou jednoduchost, stručnost, zřetelnost, správná načasovanost, přizpůsobivost a zejména důvěryhodnost (33, 34).

1.4.1 Edukace pacientů

Součástí komunikace je edukace čili výchova a vzdělávání. V perioperační péči přebírá úlohu edukátora nejčastěji operatér, anesteziolog a sestra. Sestra edukuje pacienta především v oblasti předoperační a pooperační péče. Vysvětluje a seznamuje pacienta s jednotlivými úkony a léčebnými i ošetrovatelskými postupy, čímž zmírňuje jeho obavy (35, 32). Při edukaci je velmi důležitý individuální přístup k pacientovi a ohled na jeho celkový stav. U pacienta, který má bolesti, je vhodnější přesunout edukaci na dobu, kdy se bude cítit lépe. Sestra by měla také podřídit potřebám pacienta čas a délku výuky. Pro edukaci je vhodné zajistit klidné prostředí a soukromí. Významným krokem v edukačním procesu je zhodnocení výsledků. Sestra by si měla ověřit, zda pacient pochopil cíl edukace, zda si osvojil nové znalosti či dovednosti (35, 36). V některých nemocnicích přichází před plánovaným operačním zákrokem edukovat pacienta perioperační sestra. Perioperační sestry edukují pacienta v oblasti organizace operačního dne. Pacienti dostanou informace o prostředí operačního sálu, o složení operačního týmu, o způsobu přípravy k operačnímu výkonu. Informace o samotném operačním zákroku jsou v kompetenci lékaře (37, 38).

1.4.2 Informovaný souhlas pacienta

Pacientovi může být proveden jakýkoliv vyšetřovací nebo léčebný zákrok jen za předpokladu, že k němu poskytl svobodný a informovaný souhlas. Jeho forma může být nejen písemná, ale například také ústní či stačí jen pouhý předpoklad souhlasu. Zákon vymezuje některé výkony, u kterých je nutný písemný souhlas. Odmítnutí navrhovaného výkonu je však možné pouze písemně. Smyslem informovaného souhlasu je seznámení pacienta s účelem a povahou výkonu, s jeho důsledky a riziky, s léčebným režimem nutným dodržovat po zákroku. Informace o typu operačního zákroku a diagnóze podává pacientovi vždy pouze lékař. I v případě písemného poučení musí mít pacient možnost konzultace s lékařem. Informace musí být pro pacienta srozumitelné. Pacient by měl mít dostatek času pro rozhodování a prostudování informovaného souhlasu. Před operačním zákrokem je pacientovi předložen informovaný souhlas se všemi výkony, které mu budou během operace provedeny. Pacient indikovaný k výkonu TUR dostane informovaný souhlas s cystoskopií (Příloha 1) a informovaný souhlas s TUR (Příloha 2). Anesteziolog při návštěvě v předoperačním období předloží informovaný souhlas s anestezií (Příloha 3). Výkon, který byl proveden bez souhlasu nebo se souhlasem nedostatečným, je považován za výkon provedený v rozporu s právními předpisy (39, 23).

2 CÍLE PRÁCE, HYPOTÉZY

2.1 Cíle práce

- C1: Zmapovat rozsah podávaných informací urologickými sestrami pacientům před transuretrální resekci močového měchýře.
- C2: Zjistit nejčastěji volenou formu podávání informací pacientům.
- C3: Zjistit spokojenost pacientů s podanými informacemi.
- C4: Zjistit rozdíly v rozsahu informací podávaných pacientům před prvním a opakovaným operačním výkonem.
- C5: Zjistit rozdíly ve spokojenosti pacientů s podanými informacemi před prvním a opakovaným operačním výkonem

2.2 Hypotézy práce

- H1: Nejčastější forma podávání informací pacientům před transuretrální resekci močového měchýře je ústní podání.
- H2: Pacienti, kteří jsou připravováni na opakovaný operační zákrok, jsou spokojenější s podanými informacemi než pacienti, kterým jsou tyto informace podávány poprvé.
- H3: U pacientů před prvním operačním výkonem je rozsah podaných informací větší než u pacientů před opakovaným operačním výkonem.

3 METODIKA

3.1 Použité metody

K dosažení výsledků byla použita metoda kvantitativního výzkumného šetření pro soubor pacientů a soubor sester.

Pro získání informací od pacientů byla použita metoda kvantitativního sběru dat pomocí anonymního nestandardizovaného dotazníku (Příloha 4). Dotazník obsahoval 28 otázek, z toho bylo 15 otázek uzavřených a 13 polootevřených. První 3 otázky byly identifikační a týkaly se věku, pohlaví a vzdělání. Další otázky byly zaměřené na oblast poskytování informací pacientům. Tyto otázky zjišťovaly v jaké formě, od koho a v které době dostávají pacienti informace, jakého jsou informace charakteru, zda jsou pacienti s informacemi spokojeni a jsou-li pro ně tyto informace dostačující.

Ke sběru dat od sester byl použit anonymní nestandardizovaný dotazník (Příloha 5). Zde bylo obsaženo 26 otázek, z toho bylo 19 otázek uzavřených a 7 polootevřených. Prvních 6 otázek bylo identifikačních a týkaly se pohlaví, věku, vzdělání a praxe sester. Další otázky směřovaly k pohledu sester na informovanost pacientů. Otázky zjišťovaly, zda si sestry myslí, že jsou pacienti dostatečně informováni a jakých oblastí se jimi podávané informace týkají. Dále otázky zjišťovaly, kteří pacienti jsou podle sester informováni lépe.

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

3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

První výzkumný soubor tvořili pacienti z urologických oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. a Nemocnice Písek, a.s.. Tito pacienti podstoupili operační zákrok TUR pro zhoubný nádor močového měchýře. Celkem bylo od listopadu 2012 do března 2013 rozdáno pacientům 140 dotazníků. Z celkového počtu rozdaných dotazníků se jich 22

vrátilo nevyplněných, 11 dotazníků bylo vyplněno neúplně, proto byly vyřazeny. Ke konečnému zpracování výzkumného šetření bylo použito 107 dotazníků od pacientů.

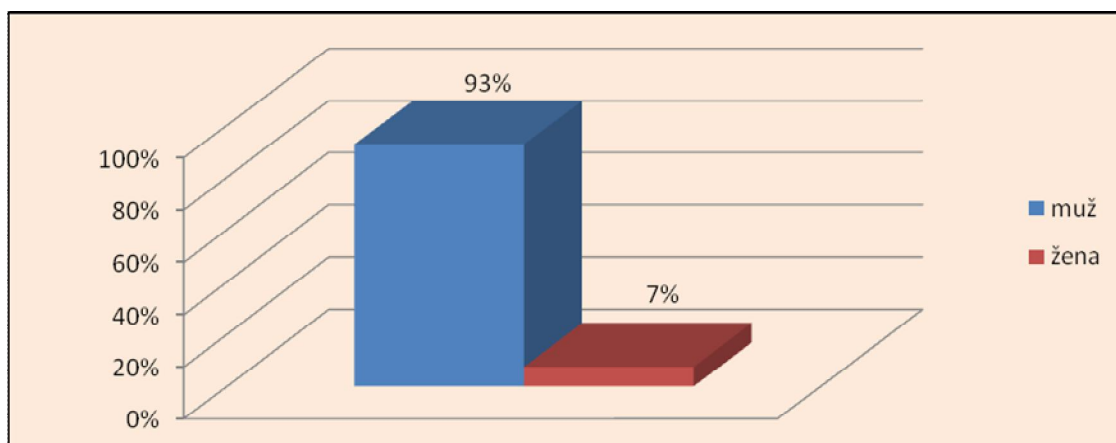
Druhý výzkumný soubor tvořily sestry z urologických oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. a Nemocnice Písek, a.s.. Sestrám bylo rozdáno 60 dotazníků, z toho se vrátilo 56 dotazníků. 5 dotazníků bylo pro neúplnost údajů vyřazeno a ke konečnému zpracování výzkumného šetření bylo použito 51 dotazníků od sester.

Výsledky obou výzkumných šetření jsou znázorněny v grafech.

4 VÝSLEDKY

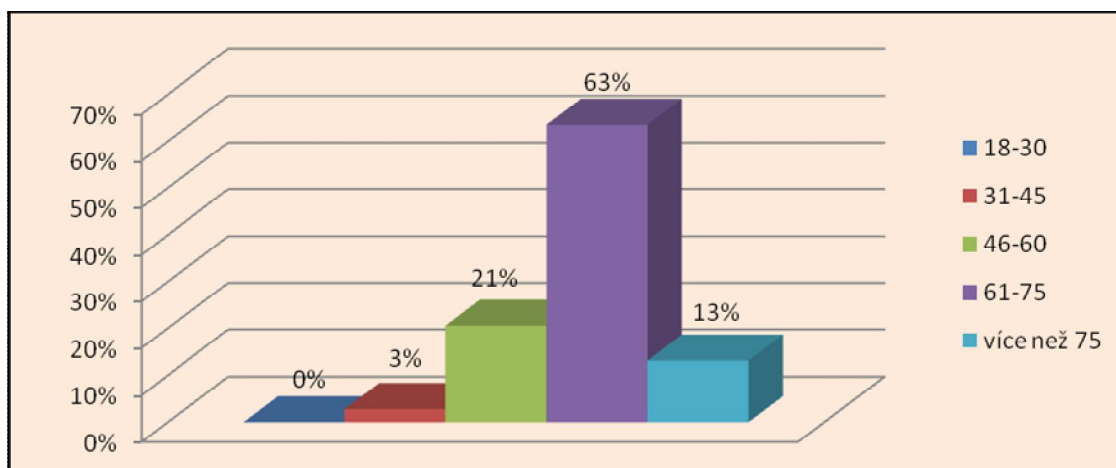
4.1 Výsledky kvantitativního šetření pacienti

Graf P1 Jaké je Vaše pohlaví? (graf k otázce č.1)



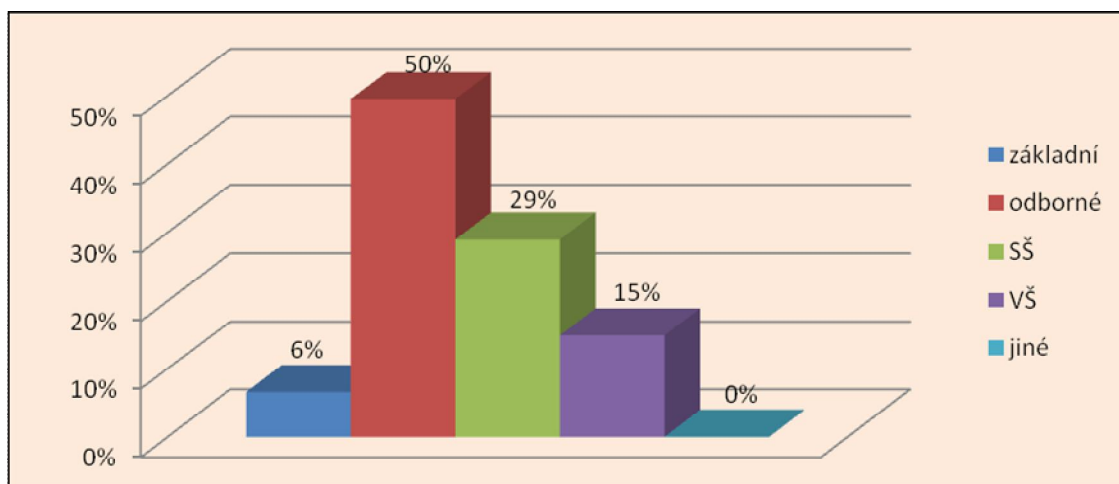
Z celkového počtu 107 (100%) respondentů bylo 99 (93%) mužů a 8 (7%) žen.

Graf P2 Kolik je Vám let? (graf k otázce č.2)



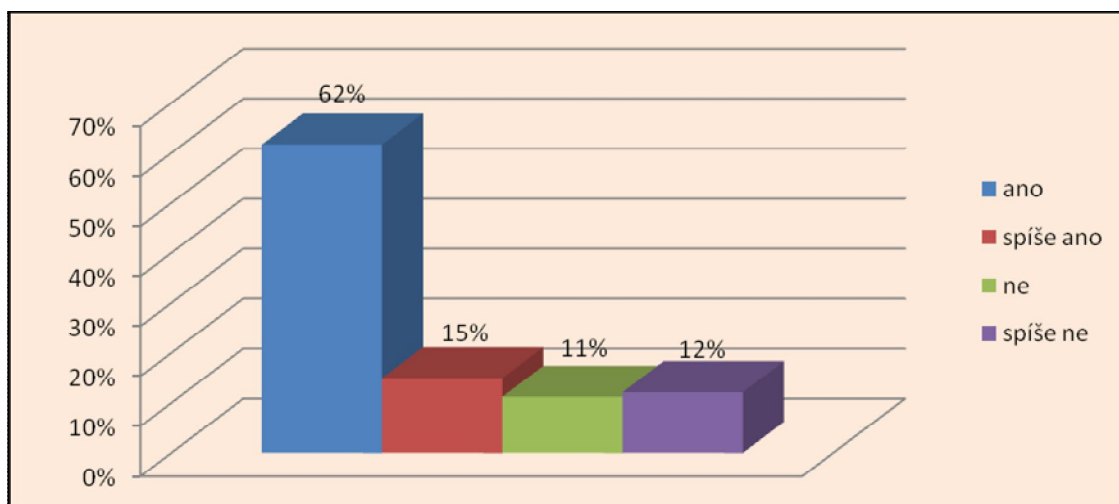
Z celkového počtu 107 (100%) respondentů žádný nedosáhl věkové hranice 18 – 30 let, 3 (3%) respondenti byli ve věku 31 – 45 let, 22 (21%) respondentů v rozmezí 46 – 60 let, 68 (63%) ve věku 61 – 75 let a 14 (13%) respondentům bylo více než 75 let.

Graf P3 Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? (graf k otázce č.3)



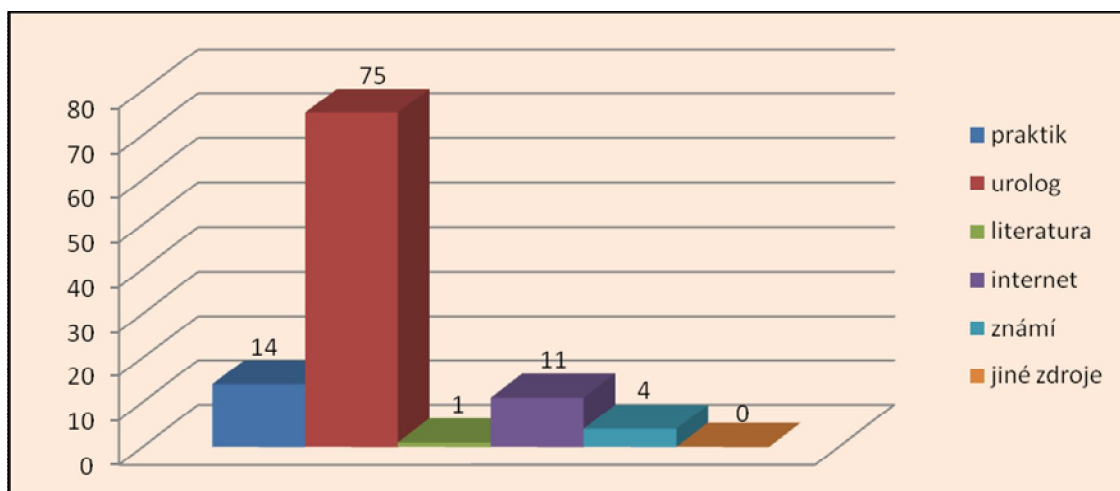
Z celkového počtu 107 (100%) respondentů dosáhlo 7 (6%) respondentů základního vzdělání, 53 (50%) mělo vzdělání odborné s výučním listem, 31 (29%) dosáhlo středoškolského vzdělání s maturitou a 16 (15%) respondentů dosáhlo vzdělání vysokoškolského. Možnost jiné odpovědi nezvolil žádný z respondentů.

Graf P4 Získal/a jste některé informace o operačním výkonu ještě před hospitalizací? (graf k otázce č.4)



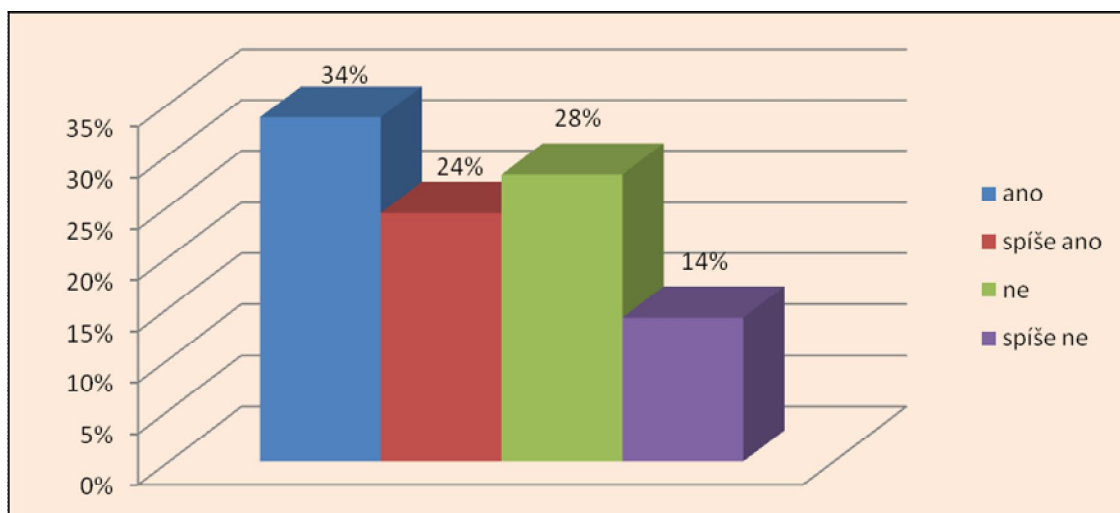
Z celkového počtu 107 (100%) respondentů získalo informace o operačním výkonu před nástupem do nemocnice 66 (62%), spíše získalo 16 (15%), nezískalo 12 (11%) a spíše nezískalo 13 (12%) respondentů.

Graf P5 Od koho jste informace získal? (graf k otázce č.5)



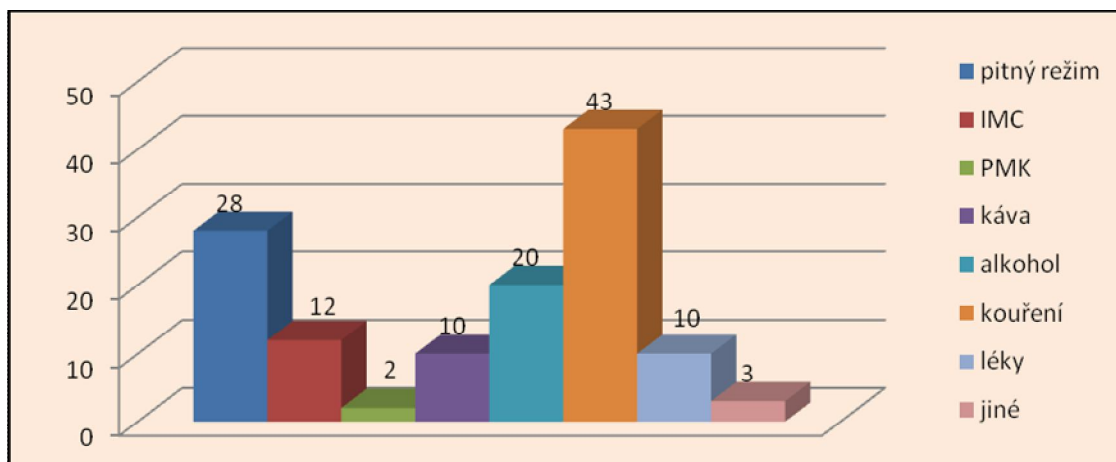
Graf popisuje četnost odpovědí, kdy celkový počet odpovědí byl 105. Nejvyšší četnost odpovědí byla zaznamenána u možnosti urolog - 75 odpovědí, dále praktický lékař - 14, internet - 11 odpovědí, známí - 4 odpovědi a literatura - 1 odpověď. Odpověď z jiných zdrojů neuvedl žádný z respondentů.

Graf P6 Znáte rizikové faktory, které vyvolávají závažné onemocnění močového měchýře? (graf k otázce č.6)



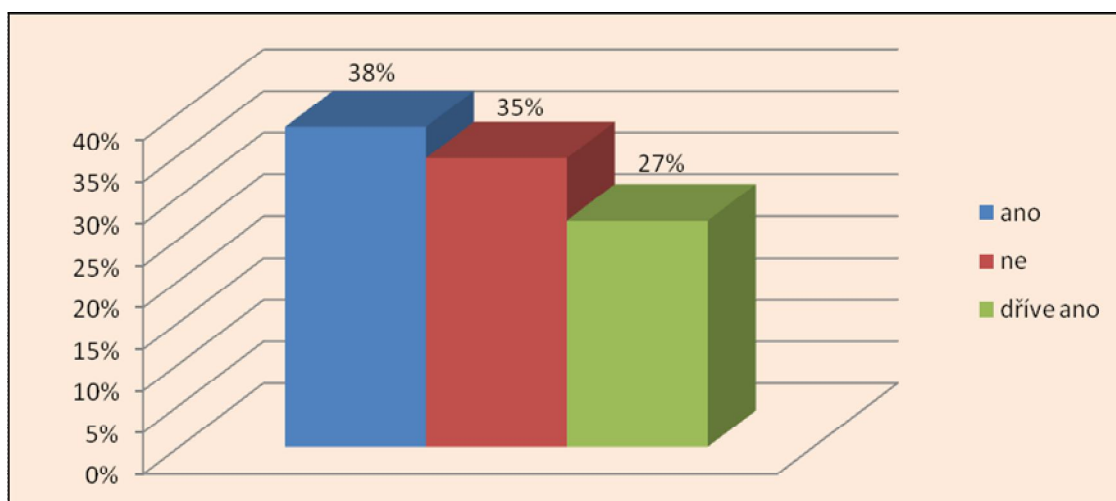
Z celkového počtu 107 (100%) respondentů znalo rizikové faktory 36 (34%), spíše znalo 26 (24%), neznalo 30 (28%) a 15 (14%) respondentů rizikové faktory spíše neznalo.

Graf P7 Které rizikové faktory vyvolávají závažné onemocnění močového měchýře?(graf k otázce č.7)



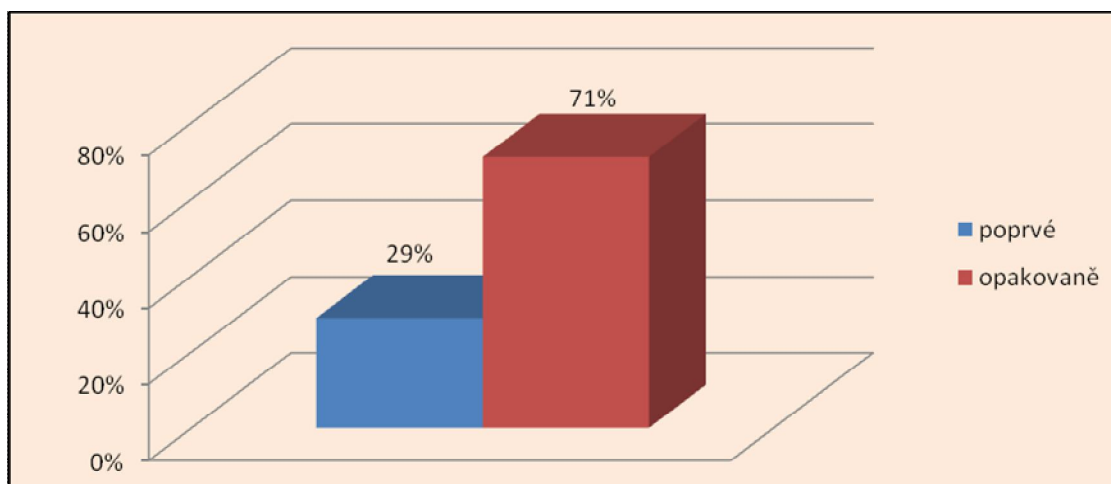
Graf popisuje četnost odpovědí, kdy celkový počet odpovědí byl 128. Nejvyšší četnost odpovědí byla zaznamenána u možnosti kouření - 43 odpovědí, nedostatečný pitný režim - 28 odpovědí atd. 3 respondenti uvedli možnost jiné - dědičné faktory, diabetes mellitus, práce v provozu barvy a laky.

Graf P8 Kouříte? (graf k otázce č.8)



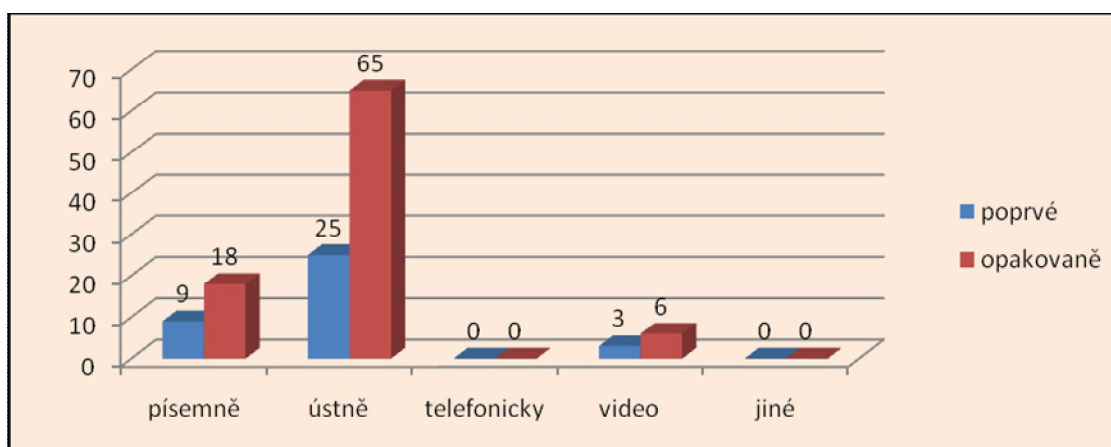
Z celkového počtu 107 (100%) respondentů kouřilo 41 (38%), nekouřilo 37 (35%) a dříve kouřilo, nyní již ne 29 (27%) respondentů.

Graf P9 Kolikrát jste podstoupil/a TUR? (graf k otázce č.9)



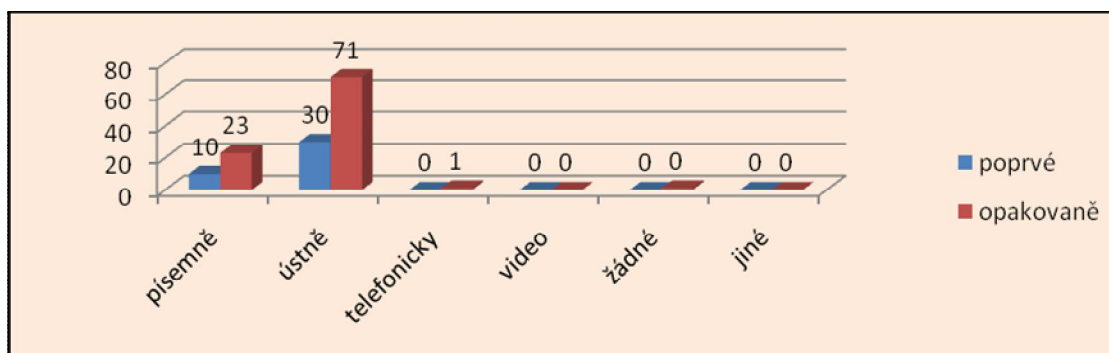
Z celkového počtu 107 (100 %) respondentů uvedlo, že podstoupilo TUR poprvé 31 (29%), opakovaně podstoupilo TUR 76 (71%) respondentů.

Graf P10 Jakou formou byste si přál/a dostat informace? (graf k otázce č.10)



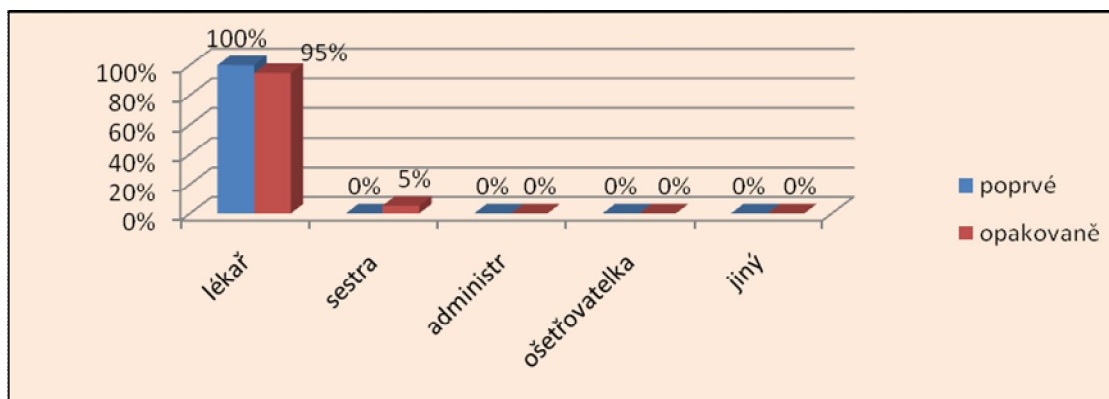
Graf popisuje četnost odpovědí, kdy celkový počet odpovědí ze skupiny poprvé operovaných respondentů byl 37. Nejvyšší četnost odpovědí v této skupině byla zaznamenána u možnosti ústně - 25 odpovědí, písemně - 9 a video - 3 odpovědi. Ze skupiny opakovaně operovaných byl celkový počet odpovědí 89. Nejvyšší četnost odpovědí v této skupině byla zaznamenána u možnosti ústně - 65 odpovědí, písemně - 18 a video - 6 odpovědí. Možnosti telefonicky a jiné nevyužil v obou skupinách žádný respondent.

Graf P11 Jakou formou Vám byly podány informace? (graf k otázce č.12)



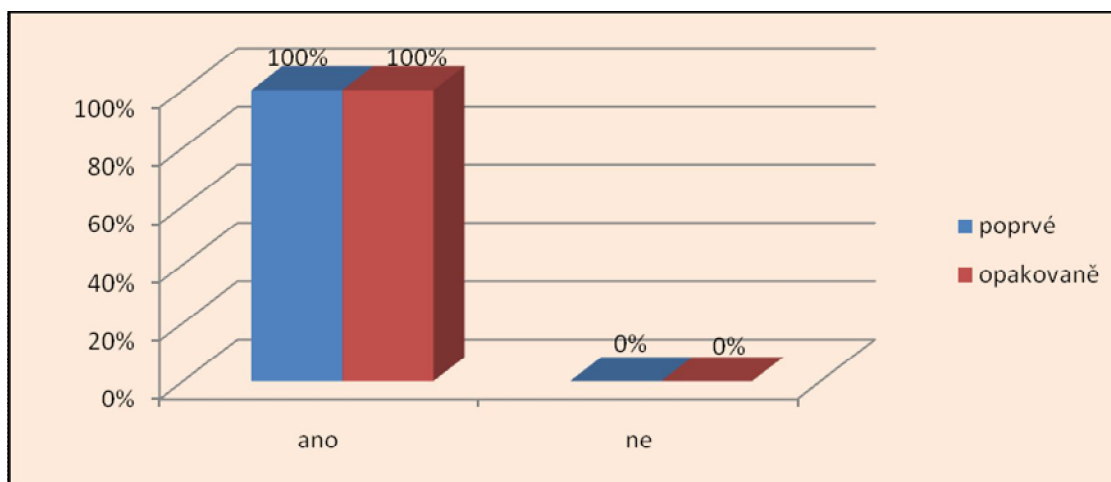
Graf popisuje četnost odpovědí, kdy celkový počet odpovědí ze skupiny poprvé operovaných respondentů byl 40. Nejvyšší četnost odpovědí v této skupině byla zaznamenána u možnosti ústně - 30 odpovědí a písemně - 10 odpovědí. Možnosti telefonicky, video, žádné a jiné z této skupiny žádný respondent nevyužil. Ze skupiny opakovaně operovaných byl celkový počet odpovědí 95. Nejvyšší četnost odpovědí v této skupině byla zaznamenána u možnosti ústně - 71 odpovědí, písemně - 23 odpovědí, telefonicky - 1. Možnosti video, žádné a jiné z této skupiny žádný respondent nevyužil.

Graf P12 Kdo Vám poskytl nejvíce informací? (graf k otázce č.13)



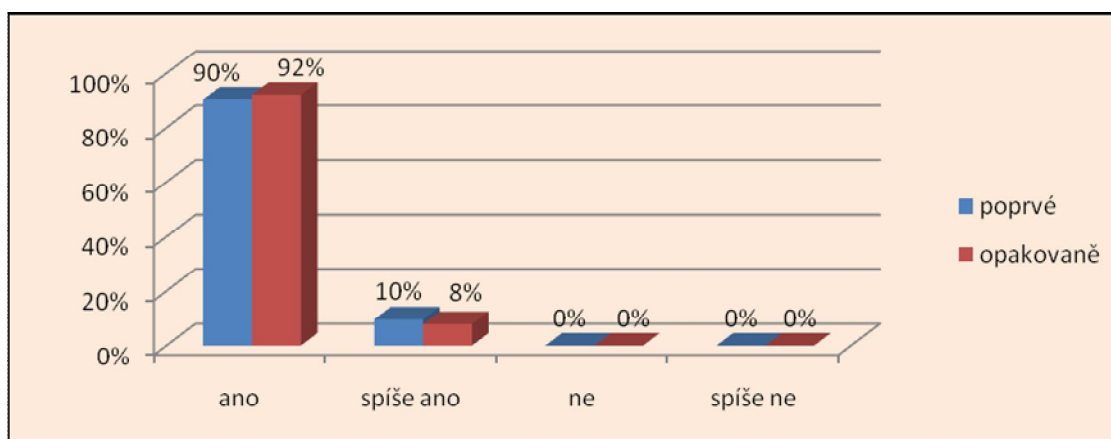
Z celkového počtu 31 (100%) poprvé operovaných respondentů dostalo informace od lékaře 31 (100%). Z této skupiny žádný respondent další možnosti nevyužil. Z celkového počtu 76 (100%) opakovaně operovaných respondentů dostalo informace od lékaře 72 (95%), od sestry 4 (5%). Možnosti administrativní pracovník, ošetřovatelka nebo sanitárka a někdo jiný nevyužil žádný z respondentů v obou skupinách.

Graf P13 Byl Vám předložen informovaný souhlas? (graf k otázce č.14)



Z celkového počtu 31 (100%) poprvé operovaných respondentů uvedlo, že dostalo informovaný souhlas 31 (100%). Z celkového počtu 76 (100%) opakovaně operovaných respondentů dostalo informovaný souhlas 76 (100%). Možnost ne neuvedl žádný z respondentů v obou skupinách.

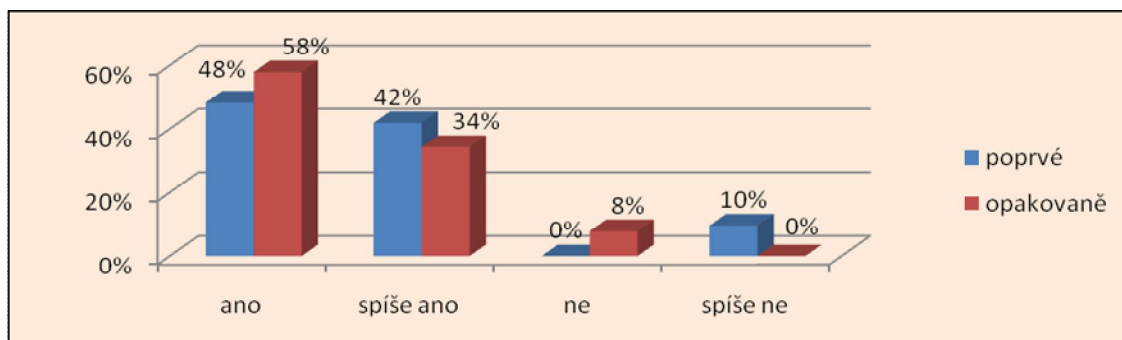
Graf P14 Měl/a jste podle Vás dostatek času na přečtení informovaného souhlasu? (graf k otázce č.17)



Z celkového počtu 31 (100%) poprvé operovaných respondentů mělo dostatek času 28 (90%), spíše mělo 3 (10%). Z celkového počtu 76 (100%) opakovaně operovaných respondentů mělo dostatek času 70 (92%), spíše mělo 6 (8%). Možnosti spíše ne a ne nevyužil žádný z respondentů z obou skupin.

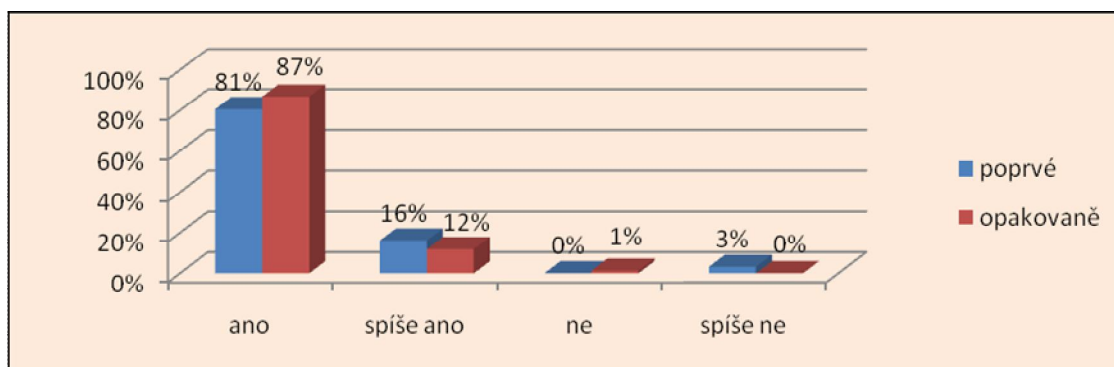
Graf P15 Rozuměl/a jste všem informacím napsaným v informovaném souhlasu?

(graf k otázce č.18)



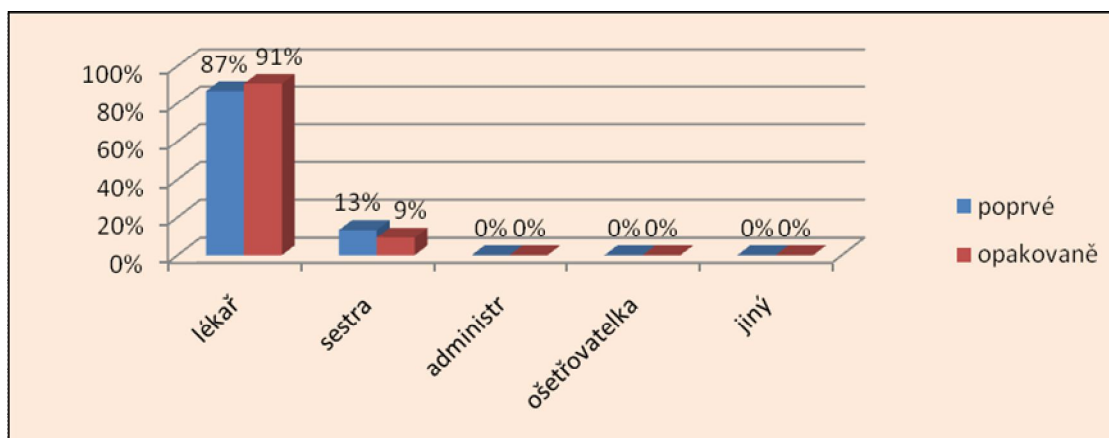
Z celkového počtu 31 (100%) poprvé operovaných respondentů rozumělo informacím 15 (48%), spíše rozumělo 13 (42%) a spíše nerozuměli 3 (10%) respondenti. Z této skupiny možnost ne neuvedl žádný z respondentů. Z celkového počtu 76 (100%) opakovaně operovaných respondentů rozumělo informacím 44 (58%), spíše rozumělo 26 (34%) a vůbec nerozumělo 6 (8%). V této skupině žádný z respondentů nevyužil možnosti spíše ne.

Graf P16 Měl/a jste možnost konzultovat s někým nejasnosti v informovaném souhlasu? (graf k otázce č.19)



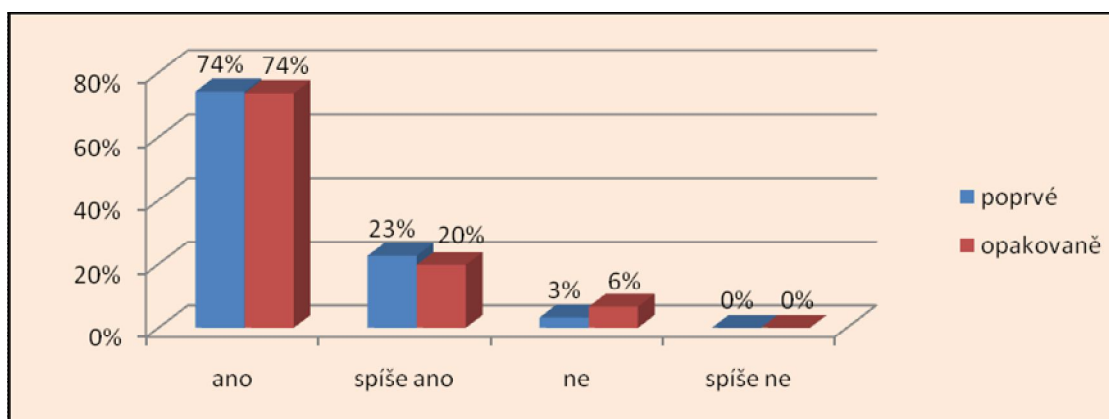
Z celkového počtu 31 (100%) poprvé operovaných respondentů uvedlo, že mělo možnost konzultace 25 (81%), spíše mělo 5 (16%) a spíše neměl 1 (3%). V této skupině respondentů žádný neuvedl možnost ne. Z celkového počtu 76 (100%) opakovaně operovaných respondentů uvedlo, že mělo možnost konzultace 66 (87%), spíše mělo 9 (12%) a vůbec neměl 1 (1%). V této skupině žádný z respondentů nevyužil možnosti spíše ne.

Graf P17 S kým jste nejasnosti konzultoval/a? (graf k otázce č.20)



Na tuto otázku odpovídalo z celkového počtu 31 poprvé operovaných respondentů 30 (100%). Z tohoto počtu respondentů konzultovalo nejasnosti s lékařem 26 (87%), se sestrou 4 (13%). Z celkového počtu 76 opakovaně operovaných odpovídalo na tuto otázku 75 (100%) respondentů. Z tohoto počtu konzultovalo nejasnosti s lékařem 68 (91%), se sestrou 7 (9%). Možnosti administrativní pracovník, ošetrovatelka nebo sanitárka a někdo jiný nevyužil žádný z respondentů v obou skupinách.

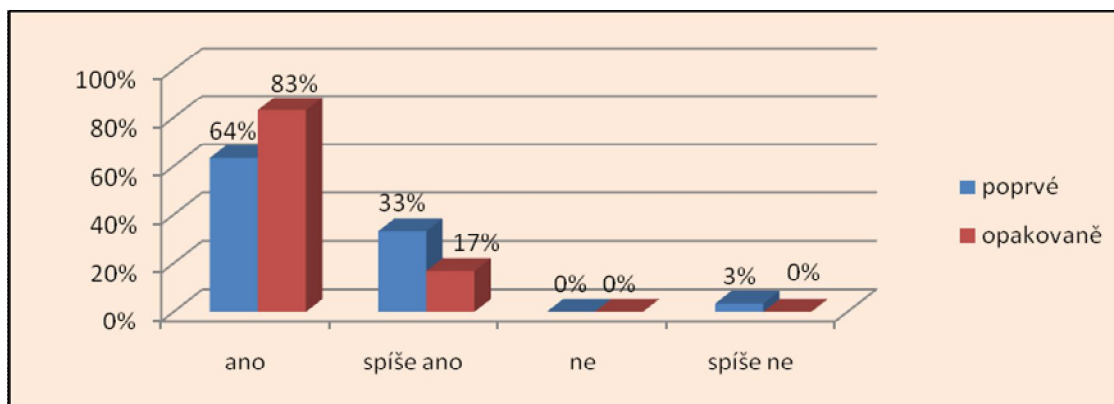
Graf P18 Byly Vám poskytnuty informace o pooperační péči? (graf k otázce č.21)



Z celkového počtu 31 (100%) poprvé operovaných respondentů bylo informováno o pooperační péči 23 (74%), spíše bylo 7 (23%) a nebyl 1 (3%). Z celkového počtu 76 (100%) opakovaně operovaných respondentů bylo informováno o pooperační péči 56 (74%), spíše bylo 15 (20%) a nebylo 5 (6%). Možnost spíše ne neuvedl žádný respondent v obou skupinách.

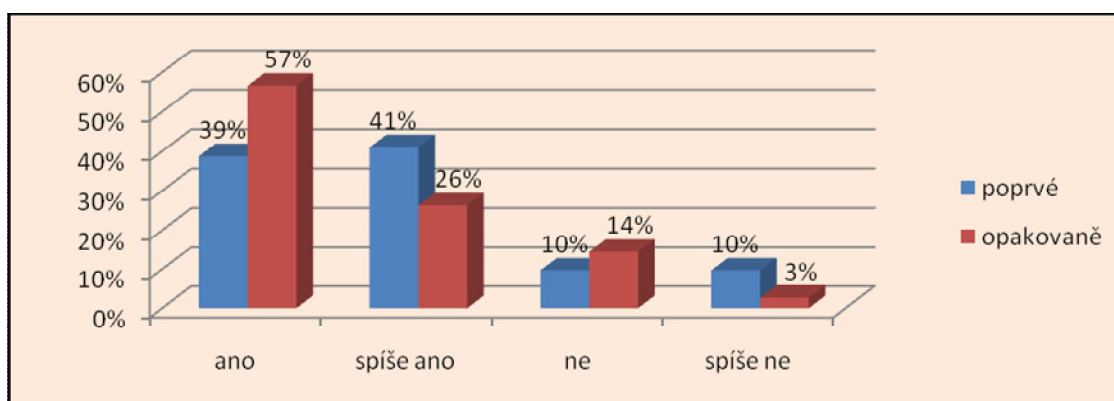
Graf P19 Byly pro Vás informace o pooperační péči srozumitelné?

(graf k otázce č.23)



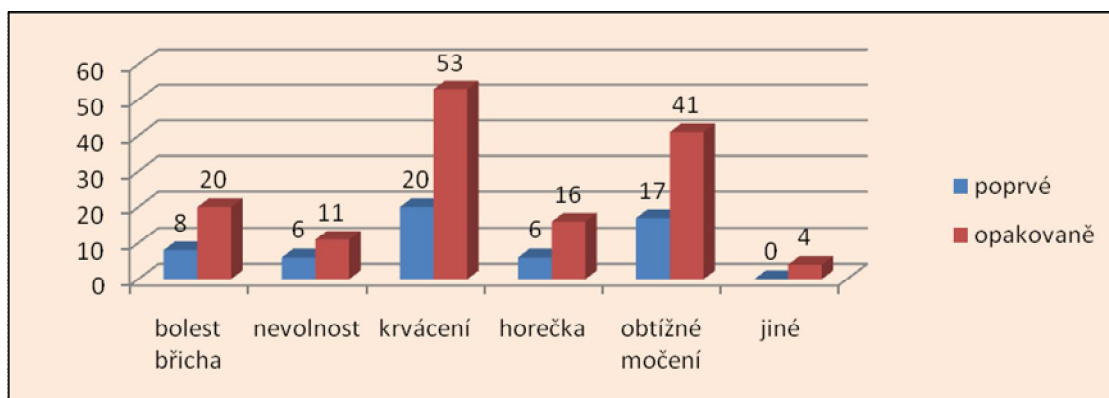
Na tuto otázku odpovídalo z celkového počtu 31 poprvé operovaných respondentů 30 (100%). Z tohoto počtu byly informace srozumitelné pro 19 (64%) respondentů, spíše byly pro 10 (33%) a spíše nebyly pro 1 (3%) respondenta. Z této skupiny nevyužil možnost ne žádný respondent. Z celkového počtu 76 opakovaně operovaných respondentů odpovídalo na tuto otázku 71 (100%). Z tohoto počtu byly informace srozumitelné pro 59 (83%) respondentů, spíše byly pro 12 (17%). Z této skupiny nevyužil možnosti ne a spíše ne žádný respondent.

Graf P20 Víte jaké jsou pooperační komplikace TUR? (graf k otázce č.24)



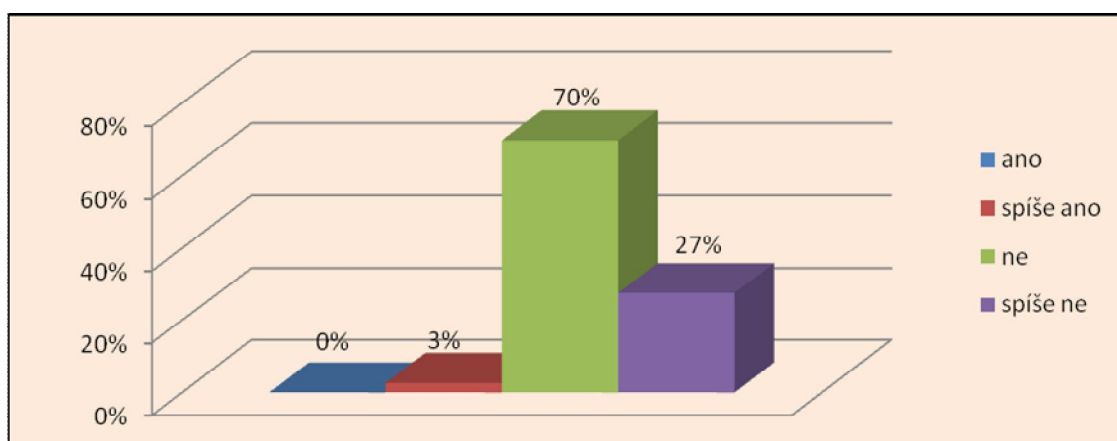
Z celkového počtu 31 (100%) poprvé operovaných respondentů znalo pooperační komplikace 12 (39%), spíše znalo 13 (41%), neznalo 3 (10%) a spíše neznalo 3 (10%). Z celkového počtu 76 (100%) opakovaně operovaných respondentů znalo pooperační komplikace 43 (57%), spíše znalo 20 (26%), neznalo 11 (14%) a spíše neznali 2 (3%).

Graf P21 Jaké jsou pooperační komplikace TUR? (graf k otázce č.25)



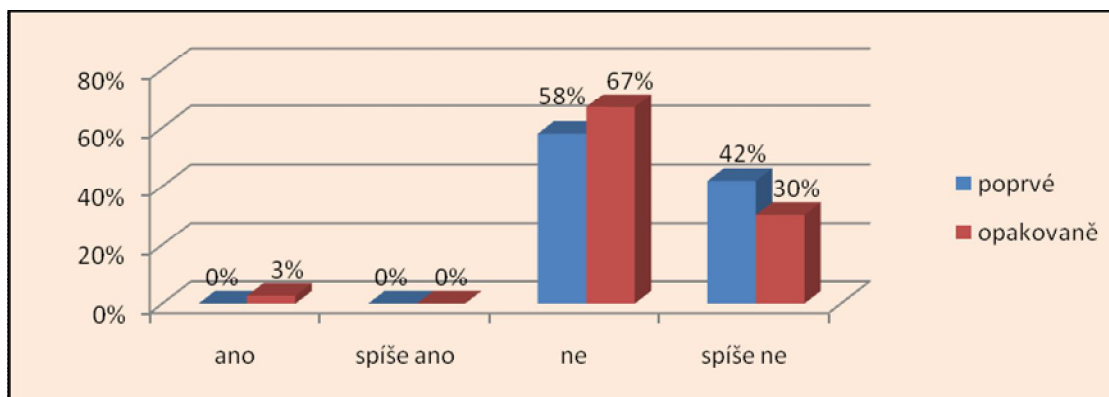
Graf popisuje četnost odpovědí, kdy celkový počet odpovědí ze skupiny poprvé operovaných respondentů byl 57. Nejvyšší četnost odpovědí v této skupině byla zaznamenána u možnosti krvácení - 20 odpovědí, obtížné močení - 17 odpovědí atd. Možnost jiné v této skupině nevedl žádný respondent. Ze skupiny opakovaně operovaných byl celkový počet odpovědí 145. Nejvyšší četnost odpovědí byla zaznamenána u možnosti krvácení - 53 odpovědí, obtížné močení - 41 odpovědí atd. Z této skupiny možnosti jiné uvedli 4 respondenti - řezání při močení, zástava močení a 2 respondenti uvedli celkovou slabost.

Graf P22 Dostal/a jste při první TUR více informací než nyní? (graf k otázce č.26)



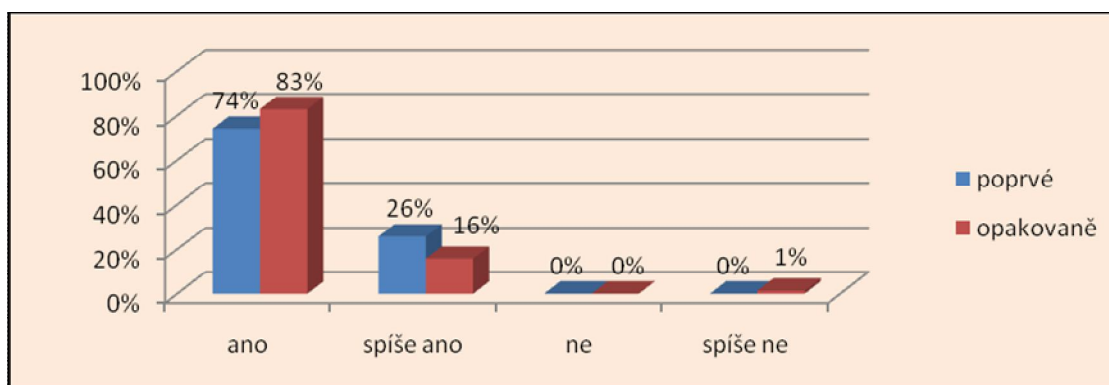
Z celkového počtu 76 (100%) opakovaně operovaných respondentů si nikdo nemyslel, že by dostal poprvé více informací než při opakovaném výkonu. 2 (3%) uvedli spíše ano, 53 (70%) uvedlo, že nedostalo poprvé více informací a 21 (27%) spíše nedostalo.

Graf P23 Jsou informace, které byste chtěl/a před TUR vědět a nikdo Vám je neposkytl? (graf k otázce č.27)



Z celkového počtu 31 (100%) poprvé operovaných respondentů nevědělo o informacích, které by jim nikdo neposkytl 18 (58%), spíše nevědělo 13 (42%). Možnosti ano a spíše ano z této skupiny respondentů nikdo nevyužil. Z celkového počtu 76 (100%) opakovaně operovaných respondentů nevědělo o informacích, které by jim nikdo neposkytl 51 (67%), spíše nevědělo 23 (30%). 2 (3%) respondenti uvedli odpověď ano - délka pobytu. Možnost spíše ano z této skupiny nevyužil žádný respondent.

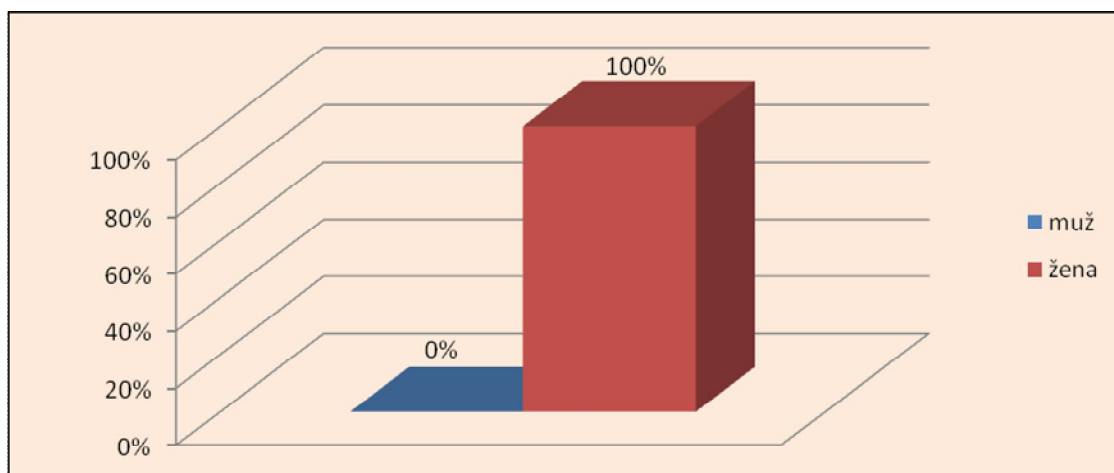
Graf P24 Jak jste celkově spokojen/a s podanými informacemi? (graf k otázce č.28)



Z celkového počtu 31 (100%) poprvé operovaných respondentů bylo spokojeno 23 (74%), spíše bylo 8 (26%). Možnost ne a spíše ne z této skupiny nevedl žádný respondent. Z celkového počtu 76 (100%) opakovaně operovaných respondentů bylo spokojeno 63 (83%), spíše bylo 12 (16%) a spíše nebyl 1 (1%). Možnost ne z této skupiny nevedl žádný respondent.

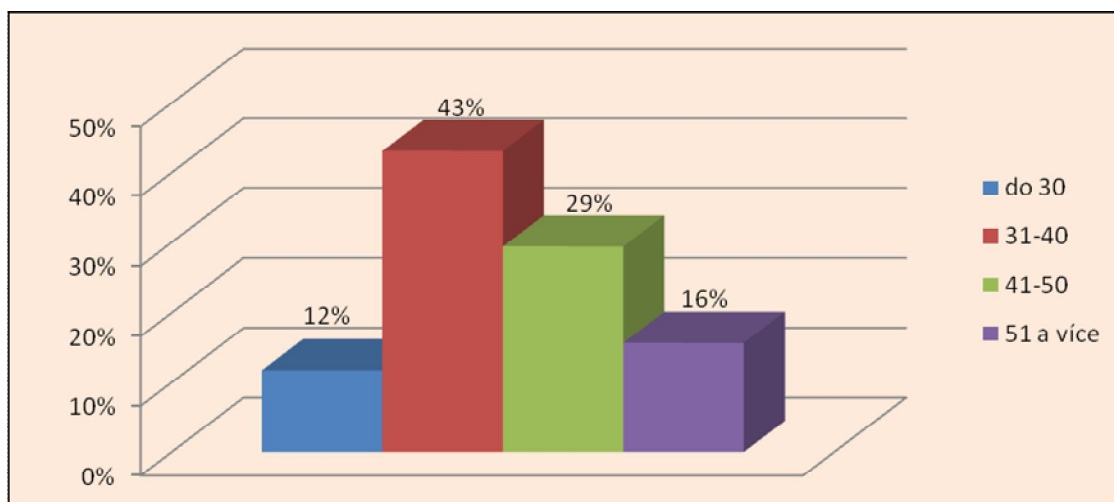
4.2 Výsledky kvantitativního šetření sestry

Graf S1 Jaké je Vaše pohlaví? (graf k otázce č.1)



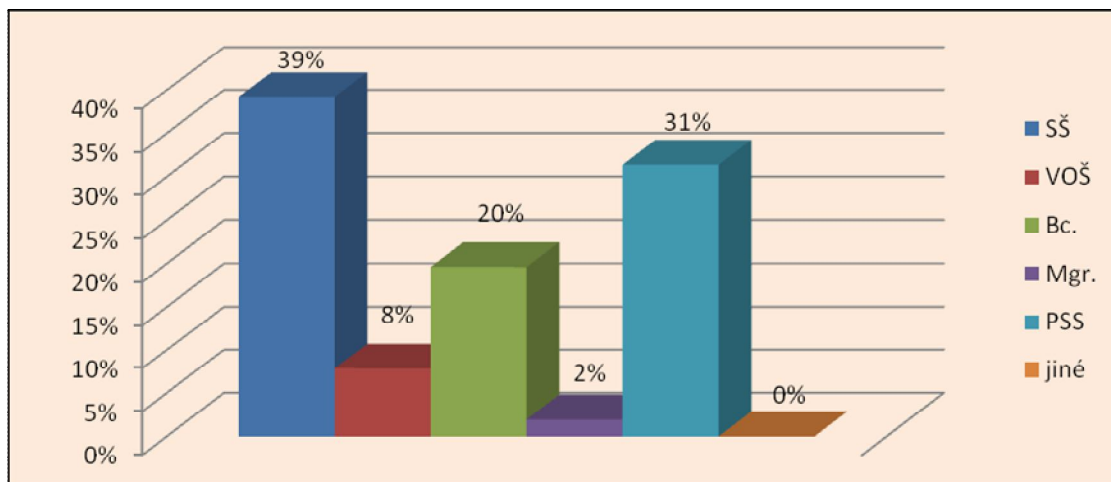
Z celkového počtu 51 (100%) sester bylo 51 (100%) žen, muž mezi sestrami nebyl žádný.

Graf S2 Kolik je Vám let? (graf k otázce č.2)



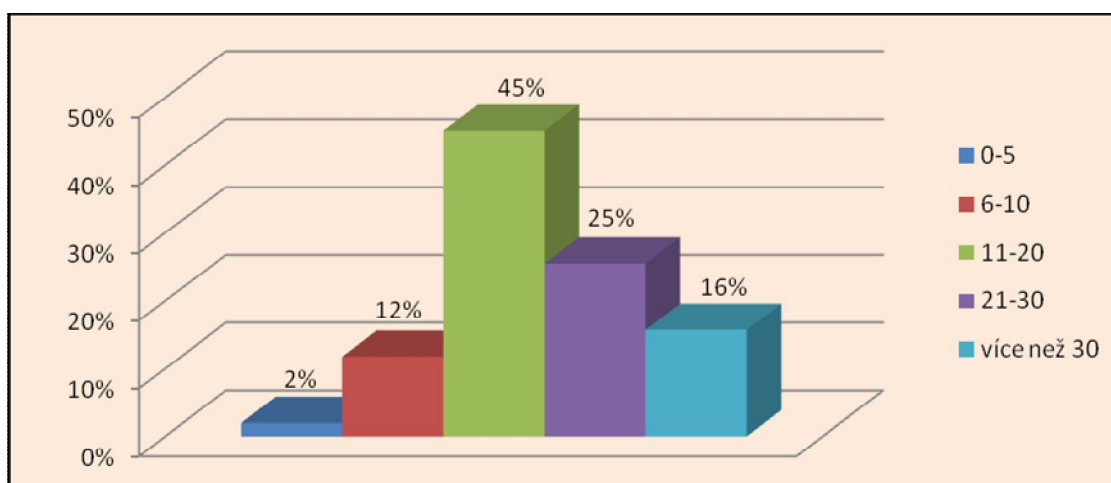
Z celkového počtu 51 (100%) sester bylo 6 (12%) ve věku do 30 let, 22 (43%) ve věku 31-40 let, ve věku 41-50 let bylo 15 (29%) sester a 8 (16%) sester ve věku 51 let a více.

Graf S3 Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? (graf k otázce č.3)



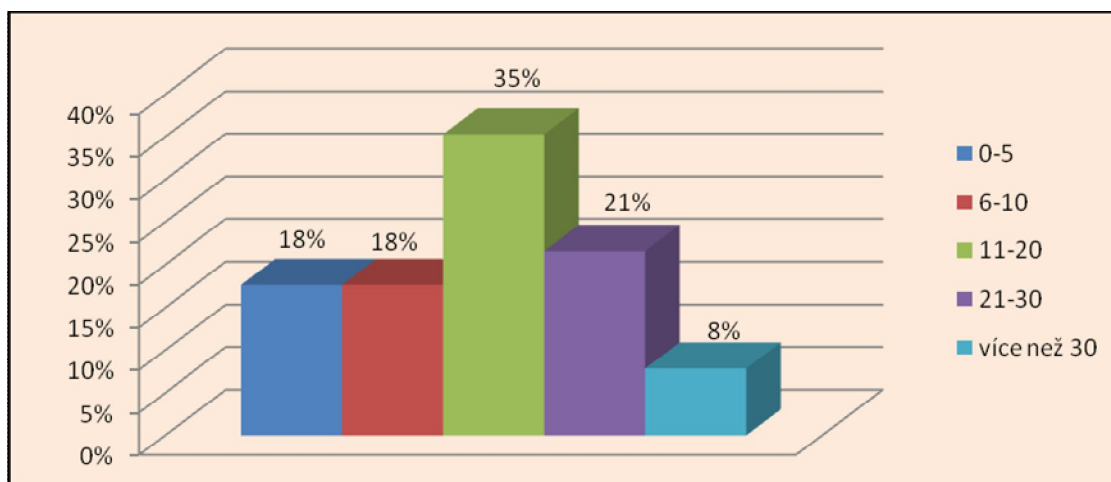
Z celkového počtu 51 (100%) sester dosáhlo 20 (39%) středoškolského vzdělání, 4 (8%) sestry měly vyšší odborné vzdělání, Bc. mělo 10 (20%), Mgr. 1 (2%) a PSS 16 (31%) sester. Možnosti jiné nevyužila žádná ze sester.

Graf S4 Kolik let pracujete ve zdravotnictví? (graf k otázce č.4)



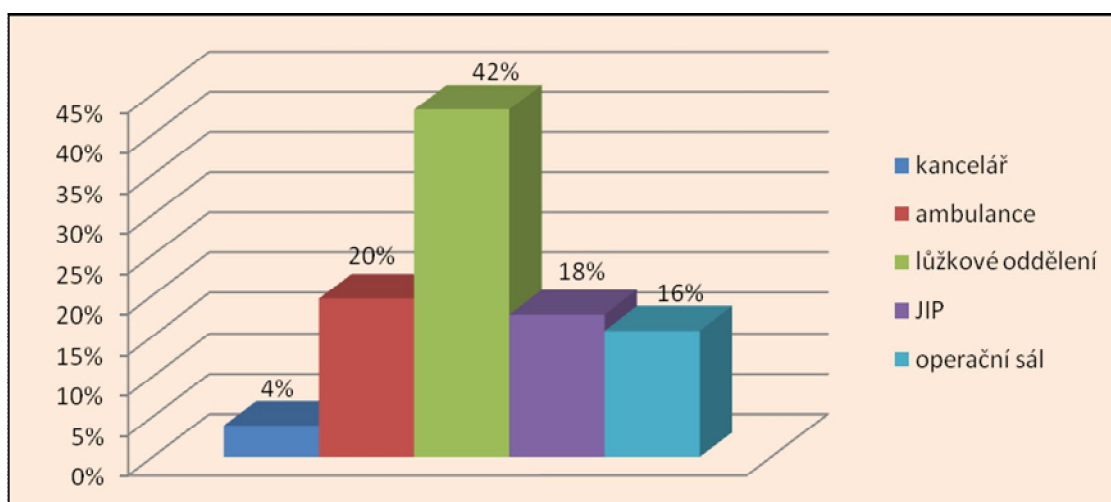
Z celkového počtu 51 (100%) sester pracuje ve zdravotnictví 0-5 let 1 (2%) sestra, 6-10 let 6 (12%), 11-20 let 23 (45%), 21-30 let 13 (25%) sester a více než 30 let 8 (16%) sester.

Graf S5 Kolik let pracujete na urologickém oddělení? (graf k otázce č.5)



Z celkového počtu 51 (100%) sester pracuje na urologickém oddělení 0-5 let 9 (18%) sester, 6-10 let 9 (18%), 11-20 let 18 (35%), 21-30 let 11 (21%) sester a více než 30 let 4 (8%) sestry.

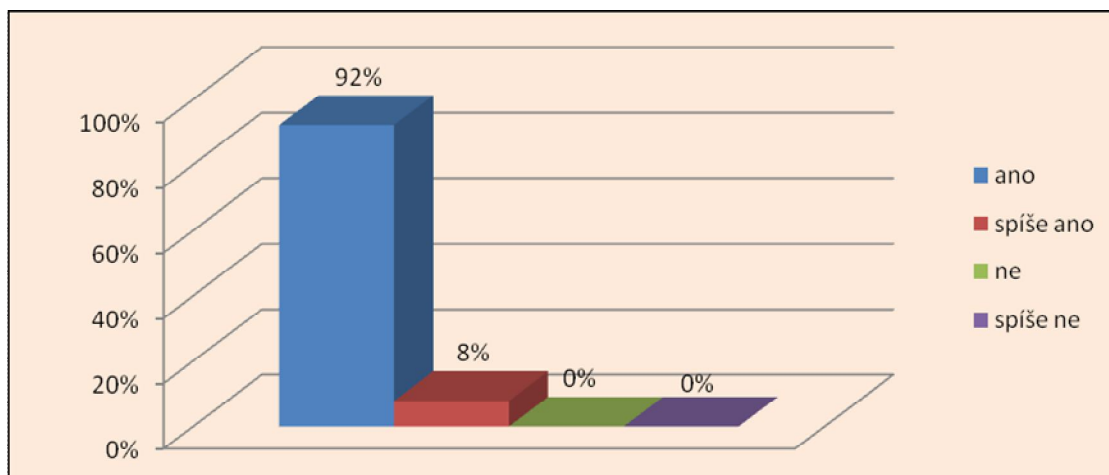
Graf S6 Na jaké stanici urologického oddělení pracujete? (graf k otázce č.6)



Z celkového počtu 51 (100%) sester pracuje v kanceláři oddělení 2 (4%) sestry, v ambulanci 10 (20%), na lůžkovém oddělení 22 (42%), na JIP 9 (18%) a na operačním sále pracuje 8 (16%) sester.

Graf S7 Je pro Vaši práci důležitá dostatečná informovanost pacienta?

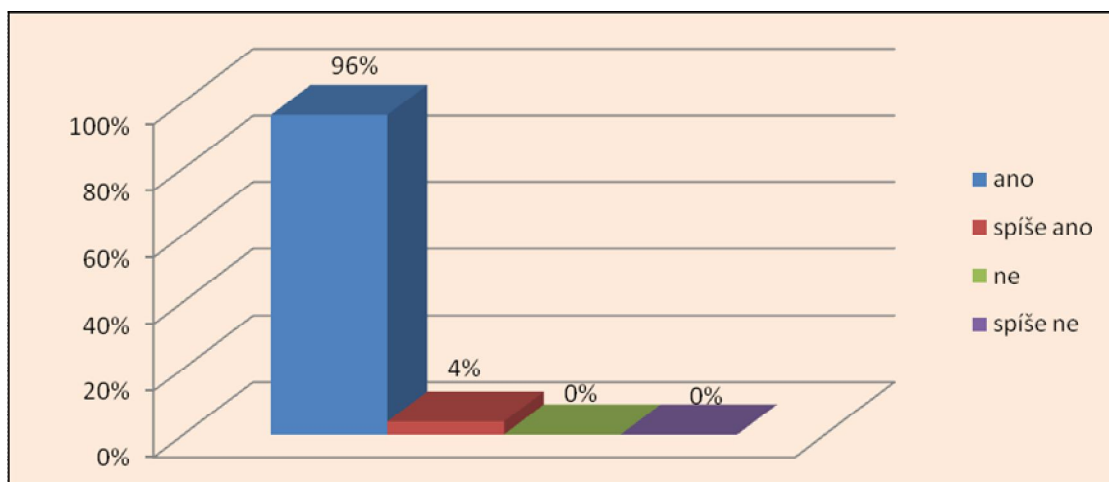
(graf k otázce č.7)



Z celkového počtu 51 (100%) sester 47 (92%) uvedlo, že je pro jejich práci dostatečná informovanost důležitá a 4 (8%) sestry uvedly, že je spíše důležitá. Možnosti ne a spíše ne neuvédla žádná ze sester.

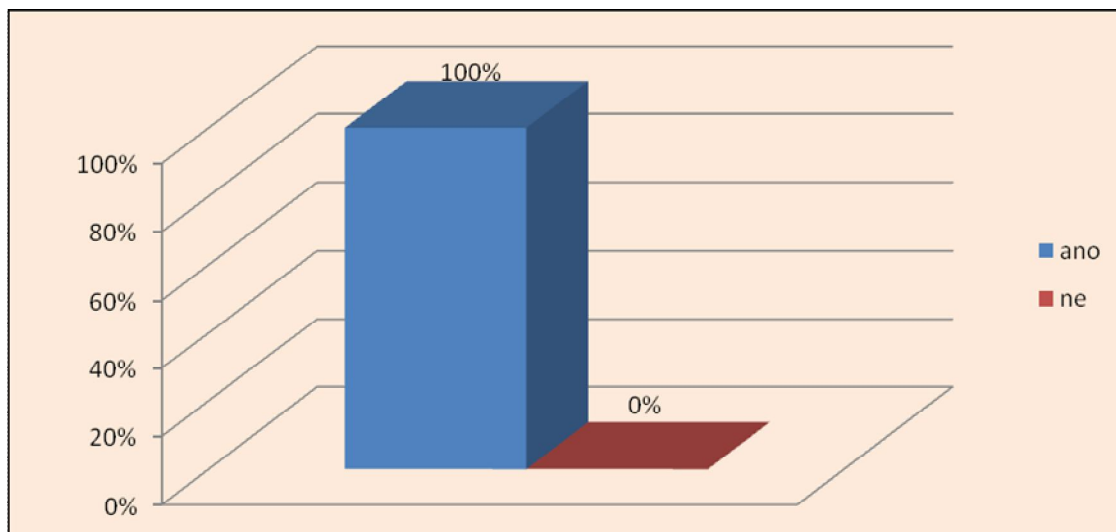
Graf S8 Je podle Vás dostatečná informovanost důležitá pro pacienta?

(graf k otázce č.8)



Z celkového počtu 51 (100%) sester se 49 (96%) domnívalo, že je dostatečná informovanost důležitá pro pacienta. Možnost spíše ano uvedly 2 (4%) sestry. Možnosti ne a spíše ne nevyužila žádná sestra.

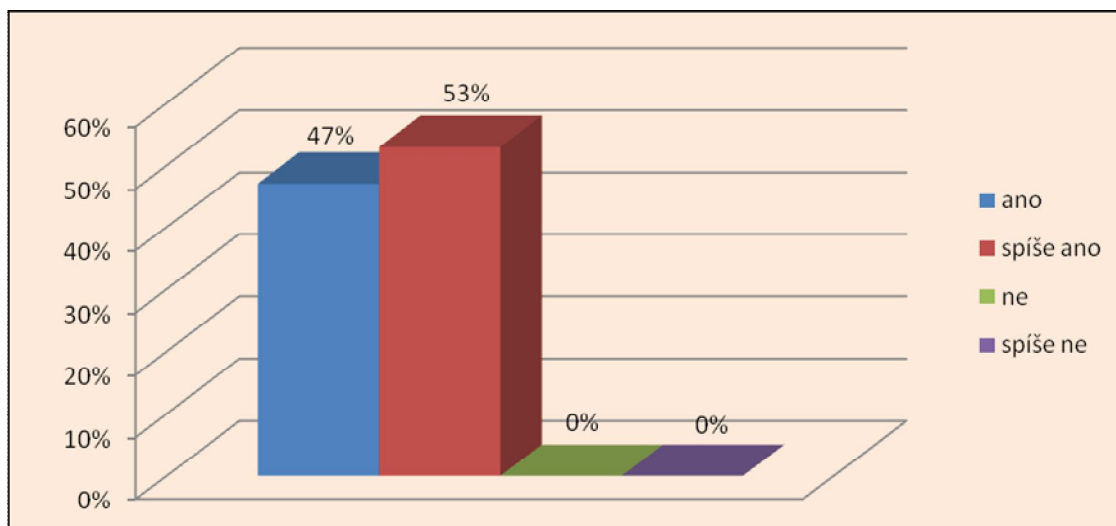
Graf S9 Provádí se na Vašem urologickém pracovišti TUR? (graf k otázce č.9)



Z celkového počtu 51 (100%) sester uvedlo 51 (100%), že se na jejich pracovišti provádí TUR. Odpověď ne nevyužila žádná sestra.

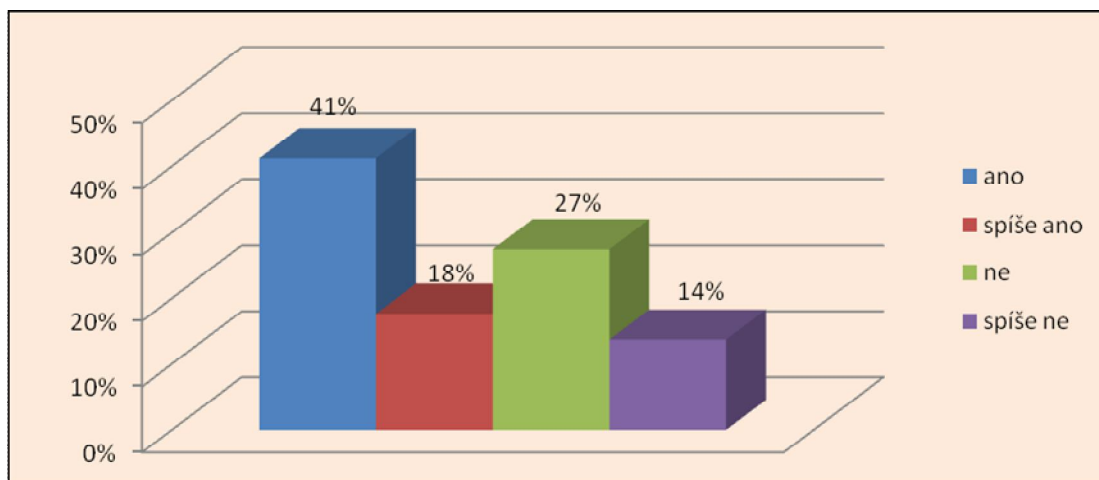
Graf S10 Jsou podle Vás pacienti před TUR dostatečně informováni?

(graf k otázce č.10)



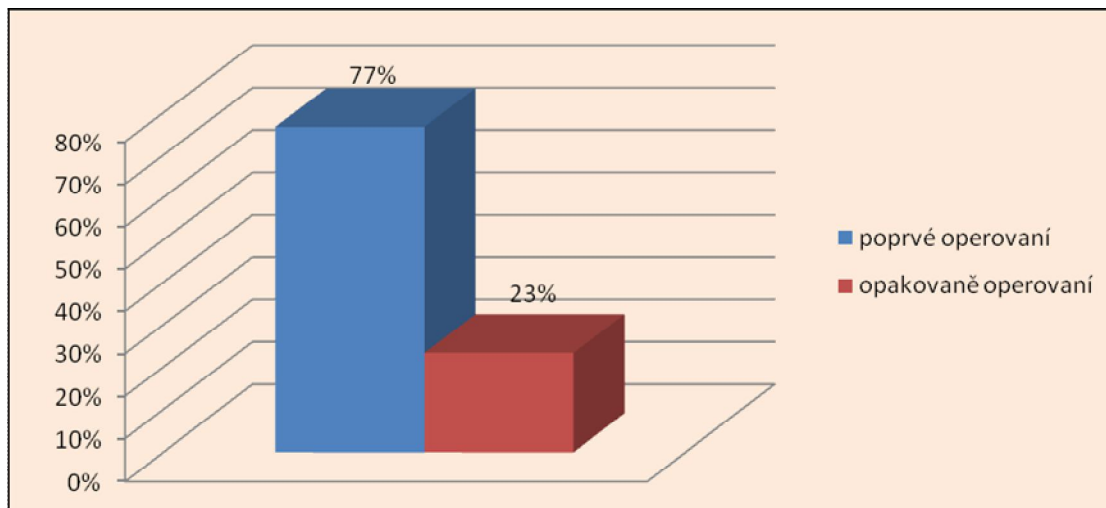
Z celkového počtu 51 (100%) sester uvádí 24 (47%), že jsou pacienti dostatečně informováni. 27 (53%) uvádí, že jsou pacienti spíše informováni. Možnosti ne a spíše ne neuvedla žádná ze sester.

Graf S11 Je podle Vás rozdíl v informovanosti pacientů před první a opakovanou TUR? (graf k otázce č.11)



Z celkového počtu 51 (100%) sester se domnívalo 21 (41%), že je rozdíl mezi první a opakovanou TUR. Odpověď spíše ano uvedlo 9 (18%) sester, odpověď ne 14 (27%) a spíše ne 7 (14%) sester.

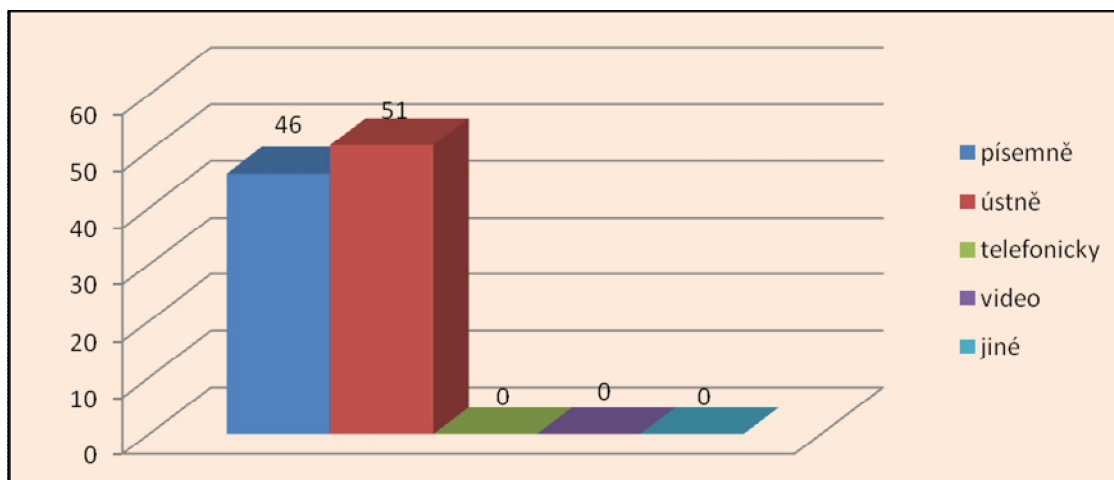
Graf S12 Který pacient po TUR je podle Vás informován lépe? (graf k otázce č.12)



Na tuto otázku odpovídalo z celkového počtu 51 sester 30 (100%). Z tohoto počtu si 23 (77%) sester uvádí, že jsou lépe informováni poprvé operovaní pacienti a 7 (23%) sester uvádí, že lépe informováni jsou opakovaně operovaní pacienti.

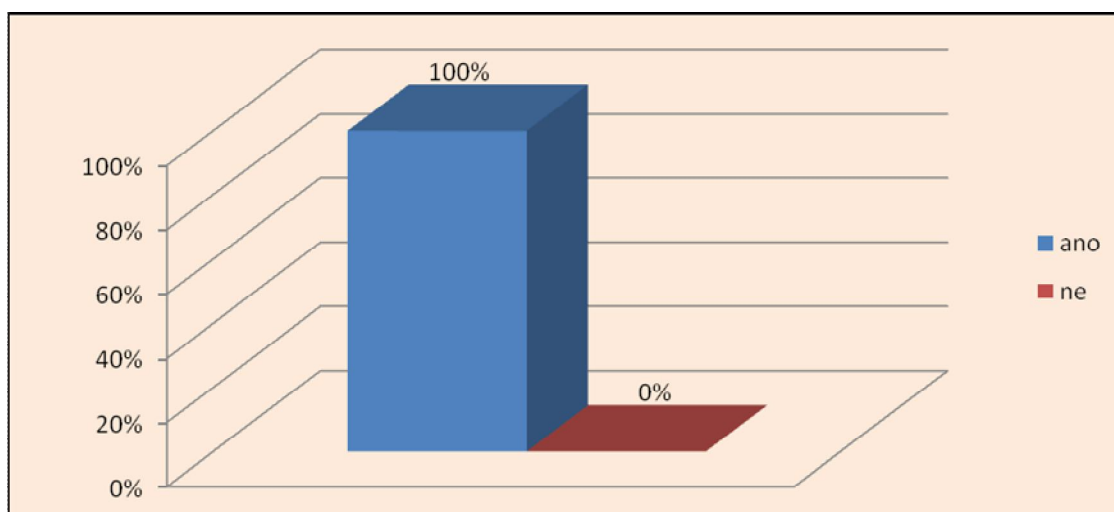
Graf S13 Jakou formou jsou na Vašem oddělení podávány informace?

(graf k otázce č.14)



Graf popisuje četnost odpovědí, kdy celkový počet odpovědí byl 97. Nejvyšší četnost odpovědí byla zaznamenána u možnosti ústně - 51 odpovědí a písemně - 46 odpovědí. Možnosti telefonicky, video a jiné nevyužila žádná sestra.

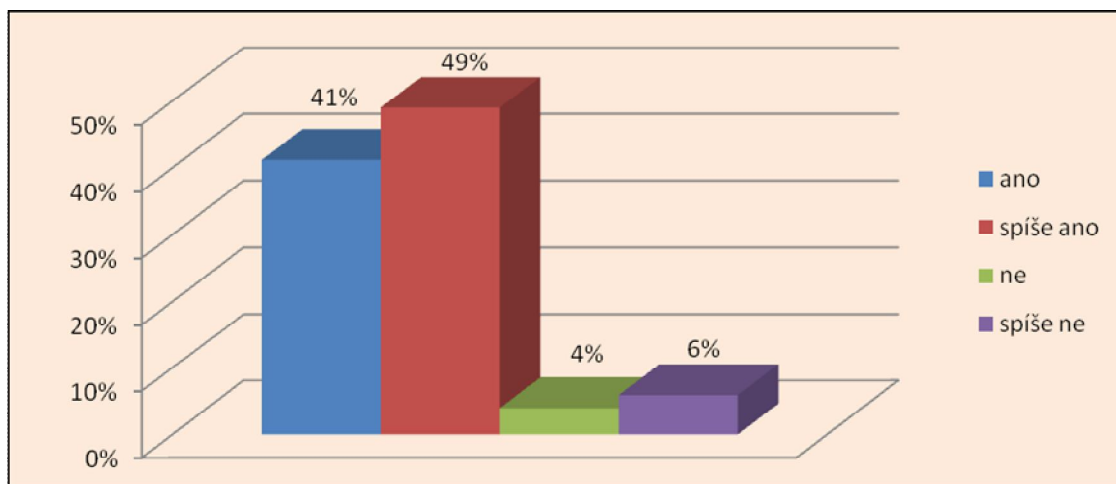
Graf S14 Předkládáte pacientům na Vašem oddělení písemný informovaný souhlas? (graf k otázce č.15)



Z celkového počtu 51 (100%) sester uvedlo 51 (100%) sester, že je na jejich oddělení pacientům předkládán informovaný souhlas. Možnost ne nevedla žádná sestra.

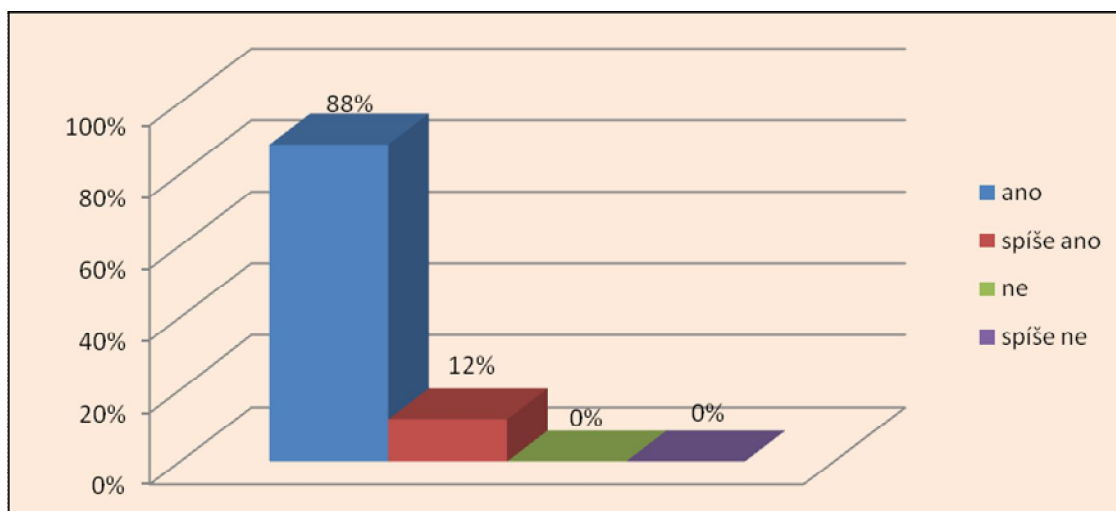
Graf S15 Je podle Vás informovaný souhlas pro pacienty srozumitelný?

(graf k otázce č.16)



Z celkového počtu 51 (100%) sester se domnívalo 21 (41%) sester, že informovaný souhlas je pro pacienty srozumitelný, 25 (49%) sester, že je spíše srozumitelný, 2 (4%) sestry, že není srozumitelný a 3 (6%) sestry, že spíše není srozumitelný.

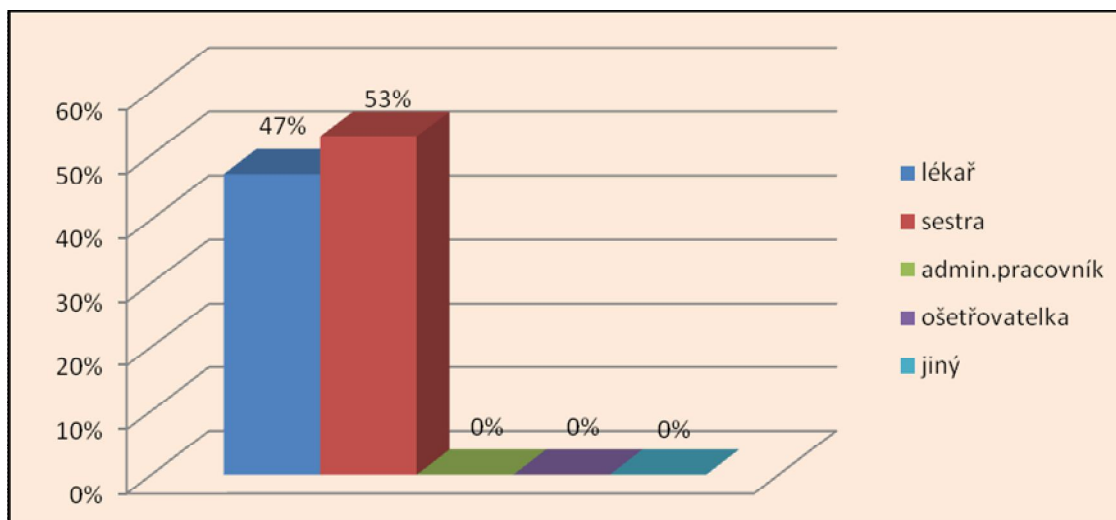
Graf S16 Má pacient na Vašem oddělení možnost konzultace? (graf k otázce č.17)



Z celkového počtu 51 (100%) sester uvedlo 45 (88%) sester, že má pacient možnost konzultace, spíše má uvedlo 6 (12%) sester. Odpověď ne a spíše ne neuvedla žádná sestra.

Graf S17 Na koho se nejčastěji pacienti se svými dotazy obracejí?

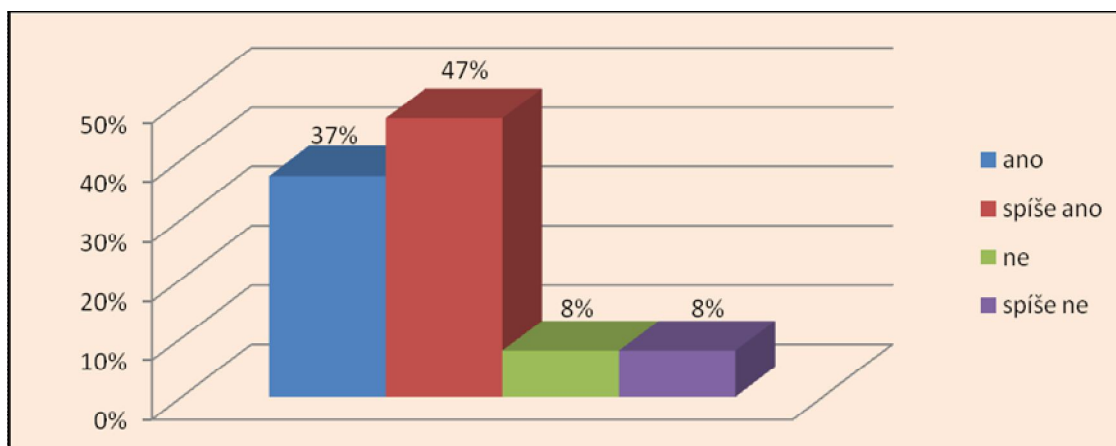
(graf k otázce č.18)



Z celkového počtu 51 (100%) sester se domnívalo 24 (47%) sester, že se pacienti nejčastěji obracejí na lékaře a 27 (53%) sester, že na sestru. Možnosti administrativní pracovník, ošetřovatelka nebo sanitárka a někdo jiný nevedla žádná sestra.

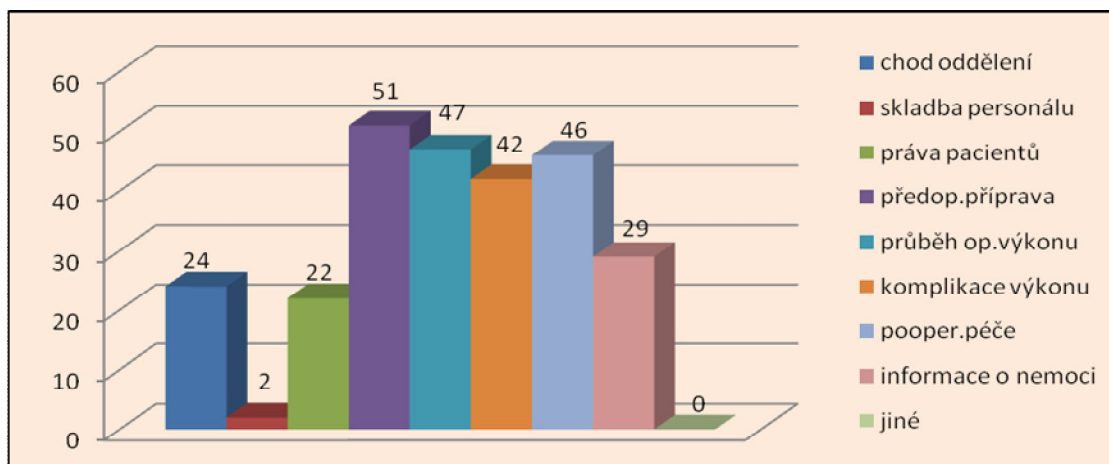
Graf S18 Ověřujete si zpětně, zda pacienti informacím rozuměli?

(graf k otázce č.21)



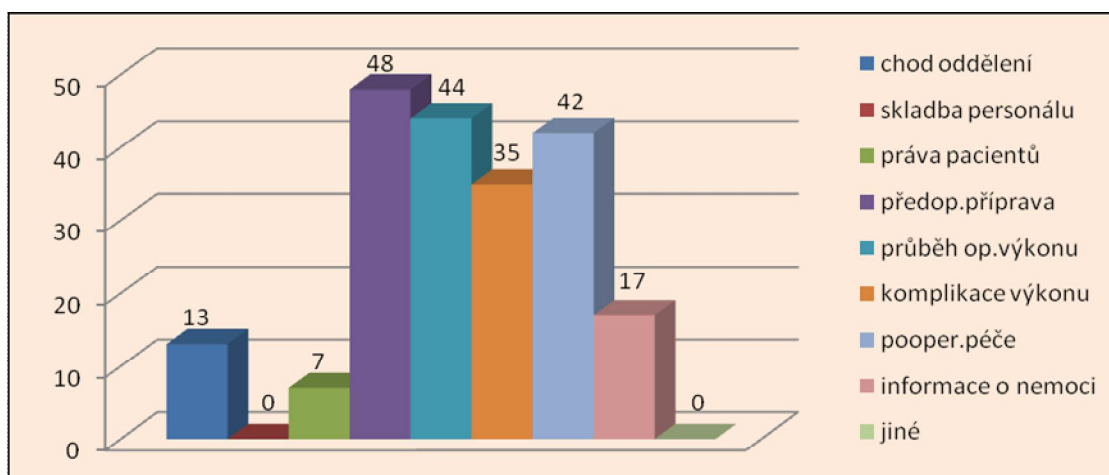
Z celkového počtu 51 (100%) sester si 19 (37%) sester zpětně ověřuje, zda pacienti informacím rozumí, spíše ověřuje 24 (47%) sester, neověřují 4 (8%) sestry a spíše neověřují 4 (8%) sestry.

Graf S19 Jakých oblastí se týkají informace podávané na Vašem oddělení pacientům před první TUR? (graf k otázce č.22)



Graf popisuje četnost odpovědí, kdy celkový počet odpovědí byl 263. Nejvyšší četnost odpovědí byla zaznamenána u možnosti předoperační příprava - 51 odpovědí, průběh operačního výkonu - 47, pooperační péče - 46, komplikace po výkonu - 42 odpovědi atd.

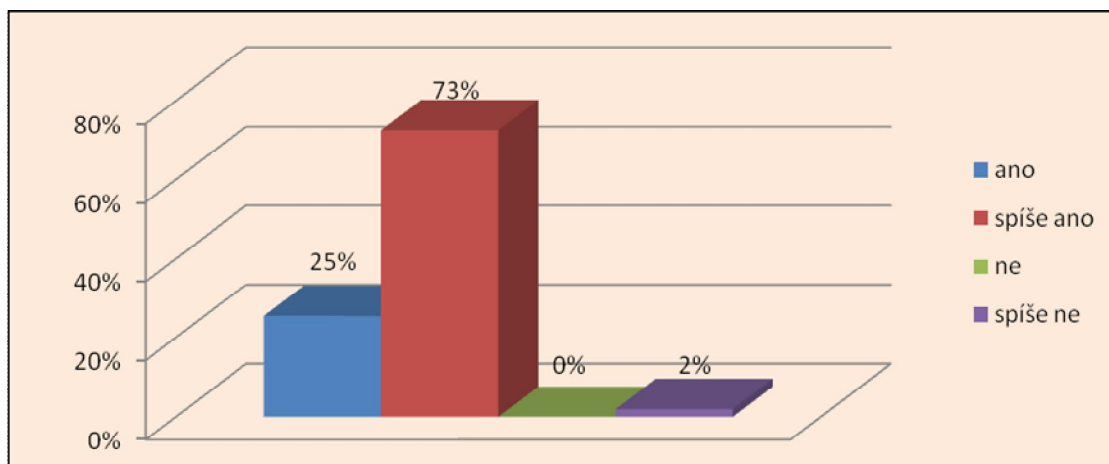
Graf S20 Jakých oblastí se týkají informace podávané na Vašem oddělení pacientům před opakovanou TUR? (graf k otázce č.23)



Graf popisuje četnost odpovědí, kdy celkový počet odpovědí byl 206. Nejvyšší četnost odpovědí byla zaznamenána u možnosti předoperační příprava - 48 odpovědí, průběh operačního výkonu - 44, pooperační péče - 42, komplikace po výkonu - 35 odpovědi atd.

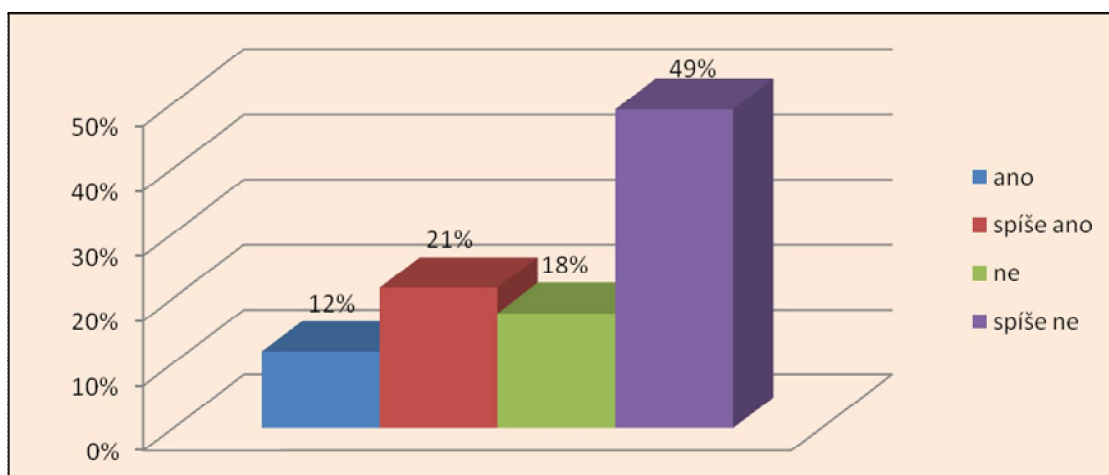
Graf S21 Jste spokojen/a s podáváním informací pacientům na Vašem oddělení?

(graf k otázce č.24)



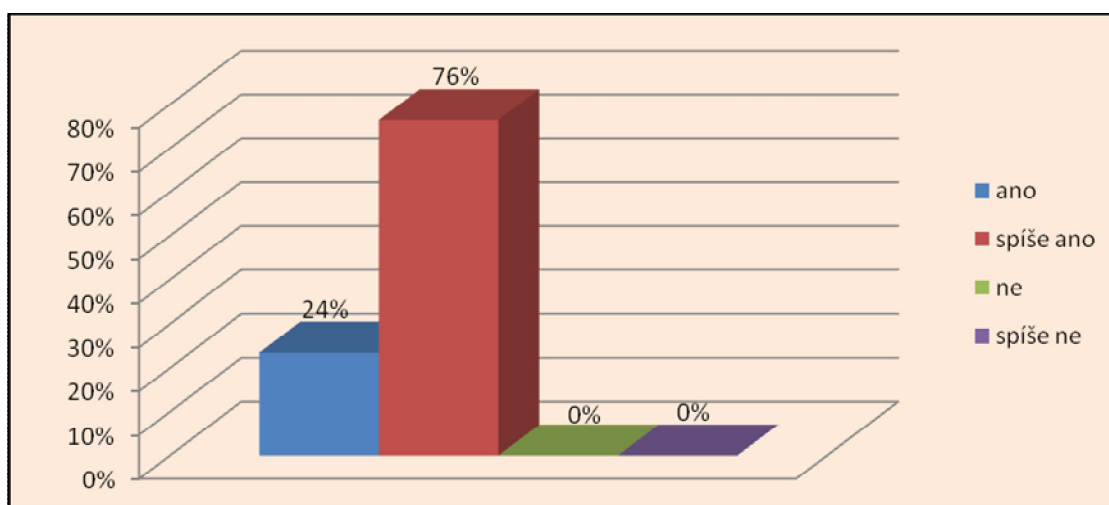
Z celkového počtu 51 (100%) sester je spokojeno s podáváním informací pacientům 13 (25%) sester, spíše spokojeno 37 (73%) sester a spíše nespokojena 1 (2%) sestra. Možnosti ne nevyužila žádná sestra.

Graf S22 Je podle Vás nějaká oblast, ve které by se informace podávané na Vašem oddělení měly zlepšit? (graf k otázce č.25)



Z celkového počtu 51 (100%) sester uvádí 6 (12%) sester, že jsou oblasti informací, které by se měly zlepšit, 11 (21%) sester, že spíše jsou, 9 (18%) sester uvádí, že nejsou a 25 (49%) sester, že spíše nejsou. Oblasti, které by se dle sester měly zlepšit, se většinou týkaly přípravy před výkonem, pooperační péče, mobilizace po výkonu, více času na edukaci.

Graf S23 Myslíte si, že jsou pacienti na Vašem oddělení s poskytováním informací spokojeni? (graf k otázce č.26)



Z celkového počtu 51 (100%) sester uvádí 12 (24%) sester, že jsou pacienti spokojeni s informacemi a 39 (76%) sester, že spíše jsou. Možnosti ne a spíše ne nevyužila žádná sestra.

5 DISKUSE

V bakalářské práci jsme se zaměřili na problematiku informovanosti pacientů před transuretrální resekcí močového měchýře a to nejen z pohledu pacienta, ale i z pohledu sestry. Cílem práce bylo zmapovat rozsah podávaných informací urologickými sestrami pacientům před transuretrální resekcí močového měchýře, zjistit nejčastěji volenou formu podávání informací pacientům, zjistit spokojenost pacientů s podanými informacemi. Dalším cílem bylo zjistit rozdíly v rozsahu informací podávaných pacientům před prvním a opakovaným operačním výkonem a zjistit rozdíly ve spokojenosti pacientů s podanými informacemi před prvním a opakovaným operačním výkonem. K výzkumnému šetření byl použit kvantitativní sběr dat ve formě dotazníků pro pacienty a pro sestry urologického oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. a Nemocnice Písek, a.s..

Úvodní otázky dotazníků měly identifikační charakter. Graf P1 znázorňuje zastoupení pohlaví mezi respondenty. Z něj vyplývá, že 93% respondentů – pacientů jsou muži a jen 7% ženy. Čoupek uvádí, že nádory močového měchýře postihují až 4x častěji muže než ženy (5). Také Babjuk uvádí, že nádory močového měchýře jsou u mužů 6. nejčastější malignitou, kdežto u žen až 13. malignitou (7).

Graf P2 vyjadřuje věkovou kategorii respondentů - pacientů. V největším počtu 63% byla zastoupena kategorie 61-75 let. Mihalco potvrzuje, že průměrný věk nemocných touto malignitou dosahuje 69 let (9). Také Dvořáček ve své publikaci uvádí, že incidence tohoto onemocnění stoupá s věkem, nejvyšší bývá po 60. roce života. Zároveň však nevyklučuje výskyt u jedinců mladších 40 let (10). Další kategorií byl věk 46-60 let, kde bylo zastoupení 21% a v kategorii více než 75 let to bylo 13% respondentů. Ve věkové kategorii 31-45 let byla zastoupena pouze 3% respondentů a věku 18-30 let nedosáhl žádný respondent.

Následující otázky dotazníku směřovaly k povědomosti pacientů o rizikových faktorech vzniku nádorového onemocnění močového měchýře (graf P6 a graf P7). Z grafu P6 vyplývá, že rizikové faktory tohoto onemocnění znalo 34% a spíše znalo 28%, což je při součtu více než polovina respondentů. Rizikové faktory neznalo 28% a

spíše neznalo 14%. Graf P7 popisuje nejčastější rizikové faktory z pohledu pacienta. Nejvyšší četnost odpovědí byla zaznamenána u možnosti kouření cigaret (43 odpovědí), dále nedostatečný pitný režim (28 odpovědí), požívání alkoholu (20 odpovědí), časté infekce močových cest (12 odpovědí), užívání některých léků, např. analgetika (10 odpovědí), konzumace kávy (10 odpovědí), trvalé zavedení močové cévky (2 odpovědi). Překvapil mě vlastní názor jednoho respondenta, který uvedl jako rizikový faktor práce v oboru barvy, laky. Dvořáček ve své publikaci uvádí, že mezi kancerogeny patří aromatické aminy, které jsou využívány právě i v těchto odvětvích (10). Odborná literatura uvádí jako nejvýznamnější rizikový faktor vzniku nádorů močového měchýře právě kouření cigaret (6). Toto potvrzuje i graf P8, ze kterého vyplývá, že 38% respondentů byli kuřáci, 35% bylo nekuřáků a 27% respondentů uvedlo, že kouřilo dříve, nyní již ne. Sečteme-li respondenty, kteří kouří nyní s těmi, kteří kouřili v minulosti, vyjde nám ohromujících 65% respondentů. Tento poznatek je velmi alarmující. Ze své dlouholeté praxe na urologickém oddělení mohu potvrdit, že většina pacientů, kteří jsou na našem oddělení hospitalizováni s diagnózou nádor močového měchýře, jsou kuřáci. Někteří z nich po zjištění této diagnózy kouřit přestali nebo alespoň kouření cigaret omezili.

Zásadní pro toto výzkumné šetření bylo rozdělení respondentů do skupin dle četnosti prodělaných TUR výkonů. Graf P9 ukazuje, že 29% respondentů podstoupilo TUR poprvé a 71% opakovaně. O časté recidivě povrchového nádoru močového měchýře dosahující až 80% hovoří ve svém článku i Babjuk (8).

Další otázky se vztahovaly k formě podávání informací. Graf S13 popisuje četnost odpovědí sester, kdy nejvyšší četnost odpovědí byla zaznamenána u možnosti ústního podání informací (51 odpovědí) a písemně (46 odpovědí). Možnosti telefonicky, video a jiné nevyužila žádná sestra. Dle četnosti odpovědí z grafu P11 vyplývá, že nejvíce respondentů - pacientů získalo informace ústní formou (30 odpovědí u poprvé operovaných respondentů a 71 odpovědí u opakovaně operovaných respondentů), dále písemně (10 odpovědí ze skupiny poprvé operovaných a 23 odpovědí ze skupiny opakovaně operovaných). U opakovaně operovaných byla zastoupena možnost telefonicky – 1 odpověď, dále žádné možnosti u obou skupin uvedeny nebyly. S tím

také souvisí graf P10, který znázorňuje četnost odpovědí u forem podání informací, které by si respondenti přáli. Nejvíce by si respondenti přáli získat informace ústní formou (25 odpovědí u poprvé operovaných respondentů a 65 odpovědí u opakovaně operovaných respondentů), dále písemně (9 odpovědí ze skupiny poprvé operovaných a 18 odpovědí ze skupiny opakovaně operovaných) a formou videa (3 odpovědi poprvé operovaných a 6 odpovědi opakovaně operovaných respondentů). Další možnosti neuvedl nikdo z obou skupin. Tyto výsledky jsou velmi potěšující, protože dokazují, že pacienti dostávají informace nejčastěji takovou formou, jakou si sami přejí. Z výše uvedených výsledků tak vyplývá, že první hypotéza **Nejčastější forma podávání informací pacientům před transuretrální resekci močového měchýře je ústní podání**, se potvrdila.

Další otázky dotazníkového šetření se vztahovaly k tématu informovaného souhlasu. Z grafu P13 vyplývá, že 100% respondentů ze skupiny prvně i opakovaně operovaných dostalo informovaný souhlas s operačním zákrokem. Také sestry odpovídaly na otázku, zda předkládají pacientům na svém pracovišti informovaný souhlas. Graf S14 ukazuje, že 100% sester odpovědělo na tuto otázku ano. Graf P14 znázorňuje, zda měli respondenti dostatek času na přečtení informovaného souhlasu. Ze skupiny poprvé operovaných respondentů uvedlo možnost ano 90% a spíše ano 10%. Ve skupině opakovaně operovaných respondentů uvedlo možnost ano 92% a spíše ano 8%. Sečteme-li tyto výsledky, dojdeme ke zjištění, že v obou skupinách mělo 100% respondentů čas na přečtení informovaného souhlasu. Graf P15 ukazuje, že ve skupině poprvé operovaných 48% respondentů rozumělo informacím v informovaném souhlasu a 42% spíše rozumělo (součet odpovědí ano a spíše ano je 90%). V této skupině spíše informacím nerozumělo 10% a vůbec nerozuměl žádný respondent. Ze skupiny opakovaně operovaných rozumělo informacím 58% a spíše rozumělo 34% respondentů (součet odpovědí ano a spíše ano je 92%). Vůbec nerozumělo informacím 8% opakovaně operovaných respondentů a spíše nerozuměl žádný respondent. Také sestry odpovídaly na otázku, zda je podle nich informovaný souhlas pro pacienty srozumitelný (graf S15). 41% sester si myslelo, že je pro pacienty informovaný souhlas srozumitelný a 49% sester uvedlo, že spíše je (součet kladných odpovědí je 90%), 4% sester uvedlo

možnost ne a 6% spíše ne (součet záporných odpovědí je 10%). S tímto souvisí graf S18, který ukazuje, že 37% sester si zpětně ověřuje, zda pacienti podaným informacím rozumějí, spíše si toto ověřuje 47% (součet kladných odpovědí je 84%). Zpětně si neověřuje pochopení informací 8% sester a spíše neověřuje také 8% (součet záporných odpovědí je 16%). Dle zákona 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) nesmí být pacientovi proveden žádný výkon bez jeho svobodného a informovaného souhlasu. Pacient by měl mít na prostudování informovaného souhlasu dostatek času a informace by měly být pro pacienta srozumitelné (39, 40).

Další otázky výzkumného šetření pacientů i sester směřovaly ke zhodnocení rozsahu informací podaným poprvé operovaným a opakovaně operovaným pacientům. Grafy P20 a P21 vyjadřují povědomost pacientů o pooperačních komplikacích po výkonu TUR. Z grafu P20 vyplývá, že pooperační komplikace zná ze skupiny poprvé operovaných 39% a spíše zná 41% (součet kladných odpovědí je 80%). Z této skupiny uvedlo 10% respondentů, že pooperační komplikace neznají a 10% je spíše neznají (součet záporných odpovědí je 20%). Ve skupině opakovaně operovaných respondentů 57% uvedlo, že pooperační komplikace znají a 26% je spíše znají (součet kladných odpovědí je 83%). V této skupině pooperační komplikace nezná 14% a spíše nezná 3% (součet záporných odpovědí je 17%). Porovnáme-li kladné a záporné odpovědi v obou skupinách, dojdeme k výsledku, že odpovědi v obou skupinách jsou téměř shodné. Specifika komplikací z pohledu pacienta podrobněji rozvádí graf P21. Skupina poprvé operovaných nejčastěji uvedla jako pooperační komplikaci krvácení (20 odpovědí), obtížné močení (17 odpovědí), bolest břicha (8 odpovědí) a nevolnost a horečku shodně (6 odpovědí). Možnost jiné v této skupině neuvedl žádný respondent. Skupina opakovaně operovaných nejčastěji uvedla jako pooperační komplikaci též krvácení (53 odpovědí), obtížné močení (41 odpovědí), bolest břicha (20 odpovědí), horečku (16 odpovědí) a nevolnost (11 odpovědí). Překvapily mě odpovědi 2 respondentů z této skupiny, kteří blíže definovali pooperační komplikace a uvedli odpovědi - řezání při močení, zástava močení a 2 respondenti uvedli shodně celkovou slabost. Při porovnání četností odpovědí obou skupin zjistíme, že odpovědi v obou skupinách se téměř neliší.

Také Babjuk uvádí jako nejčastější komplikaci po výkonu TUR krvácení (8). Jako další vážné pooperační komplikace uvádí literatura perforaci močového měchýře a dnes již výjimečný TUR syndrom (16). K rozsahu informací se vztahovaly i otázky v sesterském dotazníku. Graf S10 vyjadřuje pohled sester na dostatečnost informací podávaných pacientům. 47% sester uvedlo, že jsou pacienti dostatečně informováni a 53% sester uvedlo, že pacienti spíše jsou dostatečně informováni. Na tuto otázku tedy kladně odpovědělo 100% sester. K porovnání rozsahu informací podávaných jednotlivým skupinám jsou určeny výsledky z grafů S19 a S20. Graf S19 dále rozvádí oblasti, kterých se týkají informace podávané pacientům poprvé operovaným. Nejvíce informací podávají sestry o předoperační přípravě (51 odpovědí), průběhu operačního výkonu (47 odpovědí), pooperační péči (46 odpovědí), komplikacích po výkonu (42 odpovědí), nemoci samotné (29 odpovědí), chodu oddělení (24 odpovědí), právech pacientů (22 odpovědí) a skladbě personálu (2 odpovědi). Možnost jiné neuvedla žádná sestra. Graf S20 dále rozvádí oblasti, kterých se týkají informace podávané pacientům opakovaně operovaným. Nejvíce informací podávají sestry o předoperační přípravě (48 odpovědí), průběhu operačního výkonu (44 odpovědí), pooperační péči (42 odpovědí), komplikacích po výkonu (35 odpovědí), nemoci samotné (17 odpovědí), chodu oddělení (13 odpovědí), právech pacientů (7 odpovědí). Možnost skladba personálu a jiné neuvedla žádná sestra. Porovnáme-li grafy S19 a S20, zjistíme, že jejich výsledky se nijak zásadně neliší. Zarážející je, že dle odpovědí sester jich tak malé množství (24 u prvně operovaných a 13 u opakovaně operovaných) informuje pacienta o chodu oddělení. Ano, na pracovišti může pacienta informovat např. administrativní pracovnice či ošetřovatelka při příjmu na oddělení, ale mnoho důležitých informací by měla podávat právě sestra. Naopak informace o průběhu operace samotné, které jsou v kompetenci lékaře, podává velké množství sester (47 u prvně operovaných a 44 u opakovaně operovaných). Víím, že sestry průběh operace znají, a že se často pacient zeptá raději sestry než lékaře, protože má pocit, že „pana doktora zdržuje zbytečnými otázkami“, ale lékař je opravdu ten, kdo má podat kvalifikované informace o průběhu operačního zákroku. V první okamžik mě zarazilo, že tak malé množství sester informuje pacienta o jeho právech a povinnostech. Uvědomila jsem si ale, že na našem

pracovišti v Nemocnici České Budějovice, a.s. přijímá pacienty k plánovanému zákroku administrativní pracovnice, která s pacientem vyplňuje formulář Souhlas s přijetím a s tím související informace, kde je i poučení o právech pacienta. Nicméně na oddělení by sestra měla pacienta upozornit na to, kde na příslušné stanici tato práva najde k nahlédnutí.

Z grafu S22 vyplývá, že 12% sester si myslelo, že jsou oblasti informací, které by se měly zlepšit, spíše jsou uvedlo 21% (součet kladných odpovědí je 33%). 18 % sester uvedlo, že žádné oblasti ke zlepšení nejsou a 49 % sester si myslelo, že spíše nejsou (součet záporných odpovědí je 67%). Oblasti, které by se podle sester měly zlepšit, se většinou týkaly přípravy před výkonem, pooperační péče, mobilizace po výkonu a nedostatku času na edukaci. Graf P23 vyjadřuje postoj pacientů k této otázce. Ze skupiny poprvé operovaných respondentů neuvedl žádný respondent, že jsou a nebo spíše jsou informace, které by chtěl vědět a nikdo mu je neposkytl. V této skupině 58% respondentů – pacientů uvedlo, že takové informace nejsou a spíše nejsou uvedlo 42% (součet záporných odpovědí je 100%). Ve skupině opakovaně operovaných respondentů 3% uvedla, že jsou informace, které by chtěla vědět. Shodně uvedli, že tyto informace se týkají délky pobytu pacientů v nemocnici po výkonu TUR. Možnost spíše jsou neuvedl v této skupině nikdo. Dále 67% uvedlo, že nejsou žádné takové informace a 30%, že spíše nejsou (součet záporných odpovědí je 97%). Z těchto informací vyplývá, že většina respondentů v obou skupinách nezná žádné oblasti informací, které by jim nebyly poskytnuty. Porovnáme-li výše uvedené výsledky v obou skupinách respondentů, zjistíme, že rozdíly v rozsahu informací podávaných jednotlivým skupinám jsou minimální. Toto tvrzení také dokazuje graf P22, který ukazuje, že 70% opakovaně operovaných respondentů si nemyslelo, že by při prvním výkonu dostalo více informací než při opakovaném výkonu a spíše si to nemyslelo 27% (součet záporných odpovědí je 97%). Pouhá 3% respondentů si myslela, že spíše dostala více informací poprvé než nyní. Z těchto údajů vyplývá, že hypotéza **U pacientů před prvním operačním výkonem je rozsah podaných informací větší než u pacientů před opakovaným operačním výkonem**, se nepotvrdila. Velkým překvapením pro mě bylo zjištění, že sestry si myslí pravý opak, jak vyplývá z grafů S11 a S12. Z grafu S11

je zřejmé, že 41% sester si myslelo, že je rozdíl v informovanosti pacientů před prvním a opakovaným výkonem, spíše si to myslelo 18% (součet kladných odpovědí je 59 %). Žádné rozdíly v informovanosti pacientů neshledalo 27% a spíše neshledalo 14% sester (součet záporných odpovědí je 41%). Z toho vyplývá, že více než polovina sester si myslí, že jsou rozdíly v informovanosti pacientů před prvním a opakovaným výkonem. Graf S12 ukazuje, kteří pacienti jsou podle sester, které uvedly rozdíl v informovanosti, informováni lépe. 77% sester si myslí, že lépe jsou informováni pacienti před prvním výkonem a 23% sester uvedlo, že to jsou pacienti před opakovaným výkonem. Toto tvrzení sester je velmi závažné, zejména pokud srovnáme tyto výsledky s výsledky z grafů S19 a S20, kde sestry uvedly téměř shodné odpovědi na téma oblastí poskytnutých informací.

Poslední část, která byla hodnocena ve výzkumném šetření, je spokojenost pacientů s podanými informacemi. Graf S23 ukazuje mínění sester o spokojenosti pacientů. 24% sester si myslí, že jsou pacienti spokojeni a 76% si myslí, že spíše jsou spokojeni. Z toho vyplývá, že všechny sestry považují pacienty za spokojené s podanými informacemi. Graf P24 vyjadřuje spokojenost respondentů - pacientů s podanými informacemi. Ve skupině poprvé operovaných bylo spokojeno 74% a spíše spokojeno 26% (součet kladných odpovědí je 100 %). Ze skupiny opakovaně operovaných respondentů bylo spokojeno 83% a spíše bylo 16% (součet kladných odpovědí je 99 %). Pouze 1% opakovaně operovaných respondentů uvedlo spíše nespokojenost s podanými informacemi. Srovnáme-li výsledky ve spokojenosti v obou skupinách respondentů, zjistíme, že jsou téměř shodné. Z toho vyplývá, že hypotéza **Pacienti, kteří jsou připravováni na opakovaný operační zákrok, jsou spokojenější s podanými informacemi než pacienti, kterým jsou tyto informace podávány poprvé**, se nepotvrdila. Ze všech zjištěných informací lze soudit, že výsledkem celého výzkumného šetření je spokojený pacient na pracovištích obou urologických oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. a Nemocnice Písek, a.s..

6 ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá problematikou informovanosti pacientů, kteří podstupují transuretrální resekci nádoru močového měchýře z pohledu pacienta a sestry. Bylo vytýčeno pět cílů, které měly za úkol zmapovat rozsah podávaných informací urologickými sestrami pacientům před transuretrální resekci močového měchýře, zjistit nejčastěji volenou formu podávání informací pacientům, zjistit spokojenost pacientů s podanými informacemi. Dalším cílem bylo zjistit rozdíly v rozsahu informací podávaných pacientům před prvním a opakovaným operačním výkonem. Posledním cílem bylo zjistit rozdíly ve spokojenosti pacientů s podanými informacemi před prvním a opakovaným operačním výkonem.

Prostřednictvím kvantitativního šetření byly sběrem dat od pacientů a sester urologického oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. a Nemocnice Písek, a.s. ověřovány tři hypotézy. První hypotéza předpokládala, že nejčastější forma podávání informací pacientům před transuretrální resekci močového měchýře je ústní podání. Na základě výzkumného šetření se tato hypotéza potvrdila. Druhá hypotéza předpokládala, že pacienti, kteří jsou připravováni na opakovaný operační zákrok, jsou spokojenější s podanými informacemi než pacienti, kterým jsou tyto informace podávány poprvé. Tato hypotéza se pomocí výzkumného šetření nepotvrdila. Třetí hypotéza předpokládala, že u pacientů před prvním operačním výkonem je rozsah podaných informací větší než u pacientů před opakovaným operačním výkonem. Tato hypotéza byla pomocí výzkumného šetření vyvrácena, nepotvrdila se.

Na urologickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. a Nemocnice Písek, a.s. je pacientům před transuretrální resekci močového měchýře předkládán písemný informovaný souhlas s výkonem. Předpokládaným výstupem této bakalářské práce bylo rozšíření tohoto informovaného souhlasu o informace, které pacientům chybí nebo se jim zdají být nedostatečné. Výzkumné šetření této práce ukázalo téměř stoprocentní spokojenost pacientů s podanými informacemi, proto jsme dospěli k závěru, že není nutné provádět v informovaném souhlasu žádné úpravy.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ELIŠKOVÁ, Miloslava a Ondřej NAŇKA. *Přehled anatomie*. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 978-802-4612-164.
2. DYLEVSKÝ, Ivan. *Základy anatomie*. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-725-4886-7.
3. ROKYTA, Richard a František ŠŤASTNÝ. *Struktura a funkce lidského těla*. Praha: Tigis, 2002. ISBN 80-900-1302-3.
4. MOUREK, Jindřich. *Fyziologie: učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1190-7.
5. ČOUPEK, P. et al. Radioterapie a konzervativní léčba nádorů močového měchýře. In: *Diagnostika a léčba nádorů ledvin, močového měchýře a prostaty: sborník z XV. Jihočeských onkologických dnů*. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice, a.s., 2008, s. 100-102. ISBN 978-80-254-2729-3.
6. SOUKUP, Viktor a Michael PEŠL. Karcinom močového měchýře. *Postgraduální medicína*. 2011, roč. 13, č. 1, s. 42-47. ISSN 1212-4184.
7. BABJUK, Marko. Endoskopická diagnostika nádorů močového měchýře. *Zdravotnické noviny*. 2008, roč. 57, č. 14, s. 25-27. ISSN 0044-1996.
8. BABJUK, Marko. Transuretrální resekce v léčbě neinvazivních a povrchově invazivních (Ta,T1) nádorů močového měchýře. *Endoskopie*. 2009, roč. 18, č. 4, s. 167-171. ISSN 1211-1074.
9. MIHALCO, Zdeněk. Novinky v diagnostice nádorů močového měchýře. *Zdravotnické noviny*. 2010, roč. 59, č. 50, s. 12. ISSN 0044-1996.
10. DVOŘÁČEK, Jan a Marko BABJUK. *Onkourologie*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-726-2349-4.
11. VESELSKÝ, Zbyněk. *Vybrané kapitoly z urologie*. Praha: GEMA ART GROUP a.s., 2007. ISBN 978-80-86087-61-0.
12. BEDKE, J. a A. STENZL. Karcinom močového měchýře-nejnovější poznatky v oblasti operační a medikamentózní léčby. *Urologické listy*. 2011, roč. 9, č. 3, s. 34-39. ISSN 1214-2085.

13. BABJUK, Marko, Michaela MATOUŠKOVÁ a Jaroslav NOVÁK. *Urologie: doporučené diagnostické a léčebné postupy u urologických nádorů*. Praha: Česká urologická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, 2003. ISBN 80-726-2233-1.
14. STARCZEWSKI, Jan. Diagnostika nádorů močového měchýře. In: *Diagnostika a léčba nádorů ledvin, močového měchýře a prostaty: sborník z XV. Jihočeských onkologických dnů*. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice, a.s., 2008, s. 84-86. ISBN 978-80-254-2729-3.
15. ČAPÁK, I. a J. DOLEŽEL. Chirurgická léčba karcinomu močového měchýře. In: *Diagnostika a léčba nádorů ledvin, močového měchýře a prostaty: sborník z XV. Jihočeských onkologických dnů*. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice, a.s., 2008, s. 89-99. ISBN 978-80-254-2729-3.
16. KAŠPERKOVÁ, Lucie a Petr HUŠEK. Perioperační péče v endourologii. *Sestra*. 2011, roč. 21, č. 11, s. 34-35. ISSN 1210-0404.
17. KYSELOVÁ, Monika. BCG imunoterapie nádorů močového měchýře. *Urologie pro praxi*. 2009, roč. 10, č. 5, s. 302-304. ISSN 1213-1768.
18. KATOLICKÁ, J., A. ROVNÝ a P. FILIPENSKÝ. Využití gemcitabinu v neadjuvantní chemoterapii u nádorů močového měchýře. In: *Diagnostika a léčba nádorů ledvin, močového měchýře a prostaty: sborník z XV. Jihočeských onkologických dnů*. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice, a.s., 2008, s. 113-117. ISBN 978-80-254-2729-3.
19. ČEVELA, Rostislav, Libuše ČELEDOVÁ a Hynek DOLANSKÝ. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-802-4728-605.
20. ŽALOUĐÍK, Jan. *Vyhňte se rakovině aneb prevence zhoubných nádorů pro každého*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-802-4723-075.
21. MIKŠOVÁ, Zdeňka, Marie FRONKOVÁ a Marie ZAJÍČKOVÁ. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1443-4.
22. TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: NCONZO, 2006. ISBN 80-701-3324-4.

23. VAŇKOVÁ, Milena. Předoperační ošetrovatelská péče. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2006, roč. 2, č. 9, s. 343-345. ISSN 1801-1349.
24. SKALICKÁ, Hana. *Předoperační vyšetření: návody pro praxi*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-802-4710-792.
25. ZEMAN, Miroslav a Zdeněk KRŠKA. *Chirurgická propedeutika*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-802-4737-706.
26. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetrovatelství. II. Díl.: systémový přístup*. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0428-0.
27. Standard ošetrovatelské péče č. 31. Nemocnice České Budějovice, a.s., 2009.
28. VESELSKÝ, Zbyněk. Pravidla ošetrovatelské péče o nemocné s permanentním katétrem močového měchýře. *Florence: časopis moderního ošetrovatelství*. 2007, roč. 3, č. 5, s. 226-227. ISSN 1801-464x.
29. SCHMIDTOVÁ, Zuzana a Miroslava LIŠKOVÁ. Péče o pacienta s permanentním (retenčním) katétrem. *Sestra*. 2005, roč. 15, č. 4, s. 45-46. ISSN 1210-0404.
30. MIKŠOVÁ, Zdeňka. et al. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1442-6.
31. KUČEROVÁ, Edita a Marie ŠVÁBOVÁ. Informovanost pacientek před operačním výkonem. *Sestra*. 2006, roč. 16, č. 1, s. 21. ISSN 1210-0404.
32. VOSÁTKOVÁ, Karolína a Alena HOUDKOVÁ. Psychologie nemocného v před a pooperačním období. *Sestra*. 2008, roč. 18, č. 7-8, s. 63. ISSN 1210-0404.
33. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1262-8.
34. ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-802-4720-685.
35. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-802-4721-712.
36. SVĚRÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-807-2628-452.

37. CHMELÍKOVÁ, Jana a Valerie ŠILHARTOVÁ. Edukace pacienta perioperační sestrou. *Sestra*. 2008, roč. 18, č. 7-8, s. 62. ISSN 1210-0404.
38. ČÁMSKÁ, Ivana. Edukace pacienta perioperační sestrou. *Florence: časopis moderního ošetřovatelství*. 2007, roč. 3, č. 1, s. 27. ISSN 1801-464x.
39. TUZA, Tomáš. Informovaný souhlas pacienta. *Zdravotnické noviny: patientské listy*. 2011, roč. 60, č. 2, s. 30. ISSN 0044-1996.
40. ČESKO. Zákon č. 372 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Portál veřejné správy* [online]. [cit. 2012-04-28]. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=75500&nr=372~2F2011&rpp=15#local-content>

8 PŘÍLOHY

Příloha 1 Informovaný souhlas s cystoskopií

Příloha 2 Informovaný souhlas s transuretrální resekcí močového měchýře

Příloha 3 Informovaný souhlas s anestezií

Příloha 4 Dotazník pro pacienty

Příloha 5 Dotazník pro sestry

Příloha 1 Informovaný souhlas s cystoskopií

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Zdravotnické zařízení: Nemocnice České Budějovice, a.s.

Pracoviště): Urologické oddělení

Lékař, který provedl poučení:

Pacient: _____

Jméno, příjmení, datum narození

Dnešního dne jsem byl lékařem poučen o zdravotním výkonu, který mi má být proveden.

Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů):

Cystoskopie

Účelem tohoto zdravotního výkonu je:

Diagnostické pohlédnutí močového měchýře

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

V litotomické poloze, u muže obvykle v celkové anestezii, je přes močovou trubici a zaveden cystoskop shlédnut močový měchýř a močová trubice.

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

Výkon po vyčerpání možností zobrazovacích metod nemá alternativy.

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

ale současně tyto nevýhody:

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

Časné komplikace.

Mikční obtíže po výkonu, krvácení. Infekce močových cest.

Pozdní komplikace

V prvních dvou měsících po výkonu druhotné krvácení, infekce močových cest.

Možnost vzniku striktur urethry.

Vzácnou komplikací výkonu může být komplikace trombembolická, zhoršení interního či neurologického stavu.

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

Fyzické šetření do 1 týdne po výkonu

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

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

Cystoskopie

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

V Českých Budějovicích dne:

Vlastnoruční podpis pacienta

Podpis lékaře, který poučení provedl:

Podpis svědků poučení a souhlasu pacienta, pokud pacient není schopen se vlastnoručně podepsat: *(Vyplňuje se pouze tehdy není-li pacient se vlastnoručně podepsat, ať již z jakýchkoliv důvodů).*

Příloha 2 Informovaný souhlas s transuretrální resekcí močového měchýře

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Zdravotnické zařízení: Nemocnice České Budějovice, a.s.

Pracoviště): Urologické oddělení

Lékař, který provedl poučení:

Pacient: _____

Jméno, příjmení, datum narození

Dnešního dne jsem byl lékařem poučen o zdravotním výkonu, který mi má být proveden.

Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů):

Transuretrální resekce nádoru močového měchýře

Účelem tohoto zdravotního výkonu je:

Endoskopická operace k odstranění nádoru močového měchýře.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

V celkové či spinální anestézii zaveden resektoskop kterým resekován nádor močového měchýře, zastaveny krvácející cévy. Po té je obvykle zaveden permanentní Katétr..

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

Výkon nemá alternativy

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

ale současně tyto nevýhody:

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

Časné komplikace.

Krvácení v průběhu výkonu a v pooperačním proběhu s nutností transfuze. Infekce močových cest.

Možnost perforace stěny močového měchýře s nutností operační revise.

Pozdní komplikace

V prvních dvou měsících po výkonu druhotné krvácení, infekce močových cest.

Možnost vzniku striktur urethry.

Vzácnou komplikací výkonu může být komplikace trombembolická, zhoršení interního či neurologického stavu.

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

Fyzické šetření 3 týdnů po výkonu

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

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

Endoskopická resekce nádoru močového měchýře

Zavedení permanentního katétru

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

V Českých Budějovicích dne:

Vlastnoruční podpis pacienta

Podpis lékaře, který poučení provedl:

Podpis svědků poučení a souhlasu pacienta, pokud pacient není schopen se vlastnoručně podepsat: *(Vyplňuje se pouze tehdy není-li pacient se vlastnoručně podepsat, ať již z jakýchkoliv důvodů).*

Příloha 3 Informovaný souhlas s anestezií

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S PODÁNÍM ANESTEZIE

ANESTEZIOLOGICKÉ A RESUSCITAČNÍ ODDĚLENÍ

Nemocnice České Budějovice, a.s.

Primář oddělení: MUDr. Bohuslav KUTA, MBA

Vážená paní, vážený pane !

V současné době se většina operací a bolestivých vyšetření provádí při znecitlivění, které zajišťuje odborný lékař-anesteziolog. Podle stavu pacienta a druhu operace se může provést zákrok buď v celkové anestézii nebo v místním znecitlivění.

Celková anestézie (narkóza) znamená, že operace je prováděna v řízeném bezvědomí. Místní znecitlivění znamená, že operovaná oblast je nebolestivá a pacient je při vědomí a nebo, bude-li si to přát, pouze v lehkém spánku. Bezbolestnost při místním znecitlivění je zajištěna podáním léku (místního anestetika) do určitého místa těla. Místo vpichu může být různě vzdáleno od operačního pole.

Před plánovaným výkonem Vás navštíví anesteziolog, který s Vámi podrobně projedná a navrhne nejvhodnější postup anestézie pro Váš výkon. Budete seznámeni s výhodami a nevýhodami navrženého typu anestézie a budete informováni o případných možných komplikacích a jejich četnosti. Rovněž Vám velmi rádi odpovíme na všechny dotazy, týkající se anestézie, operace a pooperačního období.

1. Já,....., souhlasím s poskytnutím anestezie pro plánovaný léčebný/diagnostický výkon.
2. Byl(a) jsem informován(a) lékařem o typu anestezie, která mi bude poskytnuta a souhlasím s navrženým typem anestezie.
3. Byl(a) jsem informován(a) a poučen(a), že bez ohledu na použitý typ anestezie je řada obecných rizik a následků, které se mohou vyskytnout (např. bolest v krku a chrapt, nevolnost a zvracení, bolesti svalů).
4. Byl(a) jsem informován(a) a poučen(a), že léky či jiné látky, které užívám, mohou působit komplikace během anestezie a chirurgického výkonu. Jsem si vědom(a), že je v mém zájmu informovat o nich lékaře před plánovaným výkonem.
5. Byl(a) jsem informován(a) a poučen(a), že během anestezie může dojít k náhlé změně zdravotního stavu, která bude vyžadovat překročení tohoto oprávnění. V těchto případech opravňuji lékaře na základě jeho profesionálního rozhodnutí k provedení všech postupů k záchraně zdraví nebo života.

6. Souhlasím s podáním krve a/nebo krevních derivátů, jestliže vznikne důvod během výkonu nebo bezprostředně po něm. Byl(a) jsem informován(a) a poučen(a), že ve výjimečných případech může dojít k možným komplikacím v důsledku transfuze krve a/nebo krevních derivátů (např. horečka, alergická reakce, přenos některých infekčních chorob).
7. Byl(a) jsem informován(a) a poučen(a) o možnosti vzniku výjimečně se vyskytujících, závažných a naprosto ojediněle i život ohrožujících komplikací (včetně úmrtí) v průběhu anestezie.
8. Jsem si vědom(a), že ARO Nemocnice České Budějovice, a.s. je akreditovaným výukovým zdravotnickým pracovištěm a souhlasím s tím, že kromě ošetřujícího anesteziologa a anesteziologické sestry mohou být přítomny v průběhu podávání anestezie ještě třetí osoby (např. jiní lékaři).

PROHLÁŠENÍ PACIENTA

Podpisem tohoto dokumentu prohlašuji, že jsem porozuměl(a) jeho obsahu, jsem si vědom(a) všech rizik uvedených v souvislosti s podáváním anestezie a souhlasím s navrženým typem anestezie:

- Celková anestezie Spinální anestezie Epidurální anestezie Jiná svodná anestezie
- Monitorovaná sedace-analgezie

Plně rozumím textu, který podepisuji a činím tak vážně, ze své vlastní svobodné vůle.

Datum:

Podpis:

PROHLÁŠENÍ LÉKAŘE

Já, MUDr.potvrzuji, že pacient nebo jeho zákonný zástupce byl seznámen s navrhovaným typem anestezie a byl informován o možných komplikacích spojených s podáním anestezie.

Datum:

Jméno a podpis lékaře:

Zdroj: Nemocnice České Budějovice, a.s., urologické oddělení

Příloha 4 Dotazník pro pacienty

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Dana Fabingerová a jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, oboru ošetřovatelství. Dovoluji si Vás požádat o spolupráci při šetření, jehož výsledky budou použity v mé bakalářské práci s názvem Informovanost pacienta před transuretrální resekci močového měchýře z pohledu pacienta a sestry.

Dotazník je anonymní a získaná data použiji výhradně jen pro účely své práce. Při vyplňování dotazníku zaškrtněte v každé otázce pouze jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak.

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

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) odborné s výučním listem
- c) středoškolské s maturitou
- d) vysokoškolské
- e) jiné (prosím vypište)

4. Získal/a jste některé informace o operačním výkonu ještě před nástupem do nemocnice?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne

5. Pokud jste v předchozí otázce zaškrtl/a odpověď A či B, označte od koho jste informace získal/a. (můžete označit více možností)

- a) od praktického lékaře
- b) od urologa
- c) z literatury
- d) z internetu
- e) od známých
- f) z jiných zdrojů (prosím vypište)

6. Znáte rizikové faktory, které vyvolávají závažné onemocnění močového měchýře?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne

7. Pokud jste v předchozí otázce zaškrtl/a odpověď A či B, označte, které nejčastější rizikové faktory to jsou? (můžete označit více možností)

- a) nedostatečný pitný režim
- b) časté infekce močových cest
- c) trvalé zavedení močové cévky
- d) konzumace kávy
- e) požívání alkoholu
- f) kouření cigaret
- g) užívání některých léků, např. léky proti bolesti
- h) jiné (prosím vypište)

8. Kouříte?

- a) ano
- b) ne
- c) dříve ano, nyní již ne

9. Kolikrát jste podstoupil/a operační výkon transuretrální resekce močového měchýře?

- a) poprvé
- b) opakovaně

10. Jakou formou byste si přál/a dostat informace o operačním výkonu?

(můžete označit více možností)

- a) písemnou formou
- b) ústní formou
- c) telefonicky
- d) instruktáží – videem
- e) jiné (prosím vypište)

11. Od koho byste si přál/a dostat nejvíce informací před operačním výkonem?

- a) lékař
- b) sestra
- c) administrativní pracovník v kanceláři oddělení
- d) ošetřovatelka, sanitárka
- e) někdo jiný (prosím vypište)

12. Jakou formou Vám byly podány informace o operačním výkonu?

(můžete označit více možností)

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

13. Kdo Vám poskytl nejvíce informací o operačním výkonu?

- a) lékař
- b) sestra
- c) administrativní pracovník v kanceláři oddělení
- d) ošetřovatelka, sanitárka
- e) někdo jiný (prosím vypište)

14. Byl Vám předložen písemný informovaný souhlas s výkonem transuretrální resekce močového měchýře (dále jen informovaný souhlas)?

- a) ano
- b) ne *(v tomto případě odpovídejte dále až na otázku č. 21)*

15. Kdo Vám přinesl k přečtení a podpisu písemný informovaný souhlas?

- a) lékař
- b) sestra
- c) administrativní pracovník v kanceláři oddělení
- d) ošetřovatelka, sanitárka
- e) někdo jiný (prosím vypište)

16. Kdy jste dostal/a k přečtení a podpisu písemný informovaný souhlas?

- a) hned při příjmu v kanceláři oddělení
- b) po příjmu během dne na oddělení
- c) ráno před výkonem na oddělení
- d) před výkonem na operačním sále
- e) jindy (prosím vypište)

17. Měl/a jste podle Vás dostatek času na přečtení informovaného souhlasu?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne

18. Rozuměl/a jste všem informacím napsaným v informovaném souhlasu?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne

19. Měl/a jste možnost konzultovat s někým případné nejasnosti v informovaném souhlasu?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne

20. Pokud jste v předchozí otázce zaškrtl/a odpověď A či B, označte s kým jste nejasnosti konzultoval/a.

- a) lékař
- b) sestra
- c) administrativní pracovník v kanceláři oddělení
- d) ošetřovatelka, sanitárka
- e) někdo jiný (prosím vypište)

21. Byly Vám poskytnuty informace ohledně péče po operačním zákroku (pooperační péče)?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne (v tomto případě odpovídejte dále až na otázku č. 24)
- d) spíše ne

22. Kdo Vám tyto informace poskytl?

- a) lékař
- b) sestra
- c) administrativní pracovník v kanceláři oddělení
- d) ošetřovatelka, sanitárka
- e) někdo jiný (prosím vypište)

23. Byly pro Vás tyto informace srozumitelné?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne

24. Víte jaké jsou pooperační komplikace výkonu transuretrální resekce močového měchýře?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne

25. Pokud jste v předchozí otázce zaškrtl/a odpověď A či B, označte které komplikace to podle Vás jsou? (můžete označit více možností)

- a) bolest břicha
- b) nevolnost, zvracení
- c) krvácení z močového měchýře
- d) zvýšená tělesná teplota, horečka
- e) obtížné močení
- f) jiné (prosím vypište)

26. Myslíte si, že jste při prvním výkonu transuretrální resekce močového měchýře dostal/a více informací než při opakovaném výkonu? (odpovídejte jen opakovaně operovaní pacienti)

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne

27. Jsou informace, které byste chtěl/a před operačním výkonem vědět a nikdo Vám je neposkytl? (pokud odpovíte ANO nebo SPÍŠE ANO, napište které)

- a) ano.....
- b) spíše ano.....
- c) ne
- d) spíše ne

28. Jak jste celkově spokojen/a s podanými informacemi?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne

Děkuji Vám za Váš čas strávený při vyplňování dotazníku.

Příloha 5 Dotazník pro sestry

Vážená kolegyně, vážený kolego,

jmenuji se Dana Fabingerová a jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, oboru ošetrovatelství. Dovoluji si Vás požádat o spolupráci při šetření, jehož výsledky budou použity v mé bakalářské práci s názvem Informovanost pacienta před transuretrální resekci močového měchýře z pohledu pacienta a sestry.

Dotazník je anonymní a získaná data použiji výhradně jen pro účely své práce. Při vyplňování dotazníku zaškrtněte v každé otázce pouze jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak.

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

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- a) muž
- b) žena

2. Kolik je Vám let?

- a) do 30
- b) 31-40
- c) 41-50
- d) 51 a více

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) středoškolské
- b) vyšší odborné
- c) vysokoškolské - Bc.
- d) vysokoškolské - Mgr.
- e) PSS
- f) jiné (prosím vypište)

4. Kolik let pracujete ve zdravotnictví?

- a) 0-5
- b) 6-10
- c) 11-20
- d) 21-30
- e) více než 30

5. Kolik let pracujete na urologickém oddělení?

- a) 0-5
- b) 6-10
- c) 11-20
- d) 21-30
- e) více než 30

6. Na jaké stanici urologického oddělení pracujete?

- a) kancelář oddělení
- b) ambulance
- c) lůžkové oddělení
- d) JIP
- e) operační sál

7. Je pro Vaši práci důležitá dostatečná informovanost pacienta?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne

8. Je podle Vás dostatečná informovanost důležitá pro pacienta?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne

9. Provádí se na Vašem urologickém pracovišti operační výkon transuretrální resekce močového měchýře?

- a) ano
- b) ne

10. Jsou podle Vás pacienti před operačním výkonem transuretrální resekce močového měchýře dostatečně informováni?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne

11. Je podle Vás rozdíl v informovanosti pacientů před první a opakovanou transuretrální resekcí močového měchýře?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne

12. Pokud jste v předchozí otázce zaškrtnl/a odpověď A či B, označte který pacient je podle Vás informován lépe.

- a) pacient před první transuretrální resekcí močového měchýře
- b) pacient před opakovanou transuretrální resekcí močového měchýře

13. Který pracovník podává na Vašem oddělení pacientovi nejvíce informací před operačním výkonem?

- a) lékař
- b) sestra
- c) administrativní pracovník v kanceláři oddělení
- d) ošetřovatelka, sanitárka
- e) někdo jiný (prosím vypište)

14. Jakou formou jsou na Vašem oddělení podávány informace o operačním výkonu? (můžete označit více možností)

- a) písemnou formou
- b) ústní formou
- c) telefonicky
- d) instruktáží – videem
- e) jiné (prosím vypište)

15. Předkládáte pacientům na Vašem oddělení písemný informovaný souhlas s výkonem transuretrální resekce močového měchýře (dále jen informovaný souhlas)?

- a) ano
- b) ne (*v tomto případě odpovídejte dále až na otázku č. 17*)

16. Je podle Vás Informovaný souhlas pro pacienty srozumitelný?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne

17. Má pacient na Vašem oddělení možnost s někým konzultovat případné nejasnosti v podaných informacích?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne

18. Pokud jste v předchozí otázce zaškrtnul/a odpověď A či B, označte na koho se nejčastěji pacienti se svými dotazy obracejí.

- a) lékař
- b) sestra
- c) administrativní pracovník v kanceláři oddělení
- d) ošetřovatelka, sanitárka
- e) někdo jiný (prosím vypište)

19. Myslíte si, že mají lékaři na Vašem oddělení dostatek času k poskytování informací pacientům?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne

20. Myslíte si, že mají sestry na Vašem oddělení dostatek času k poskytování informací pacientům?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne

21. Ověřujete si zpětně, zda pacienti všem podaným informacím rozuměli?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne

22. Jakých oblastí se týkají informace podávané na Vašem oddělení pacientům před první transuretrální resekcí močového měchýře?

(můžete označit více možností)

- a) chod oddělení
- b) skladba personálu
- c) práva pacientů
- d) příprava před operačním výkonem
- e) průběh operačního výkonu
- f) komplikace operačního výkonu
- g) pooperační péče
- h) informace o onemocnění, např. projevy, prevence
- ch) jiné (prosím vypište).....

23. Jakých oblastí se týkají informace podávané na Vašem oddělení pacientům před opakovanou transuretrální resekcí močového měchýře?

(můžete označit více možností)

- a) chod oddělení
- b) skladba personálu
- c) práva pacientů
- d) příprava před operačním výkonem
- e) průběh operačního výkonu
- f) komplikace operačního výkonu
- g) pooperační péče
- h) informace o onemocnění, např. projevy, prevence
- ch) jiné (prosím vypište).....

24. Jste spokojen/a s podáváním informací pacientům na Vašem oddělení?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne

25. Je podle Vás nějaká oblast, ve které by se informace podávané na Vašem oddělení měly zlepšit? (pokud odpovíte ANO nebo SPÍŠE ANO, napište které)

- a) ano.....
- b) spíše ano.....
- c) ne
- d) spíše ne

26. Myslíte si, že jsou pacienti na Vašem oddělení s poskytováním informací spokojeni?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne

Děkuji Vám za Váš čas strávený při vyplňování dotazníku.