

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., PRAHA 5

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA
S NÁDOREM MOČOVÉHO MĚCHÝŘE**

Bakalářská práce

PETER KOSTÍK

Stupeň klasifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslava Chládková

Praha 2013



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Dušková 7, PSČ 150 00

Kostík Peter
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 8. 10. 2012 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s nádorem močového
měchýře

Comprehensive Nursing Care of Patients with Bladder Cancer

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Jaroslava Chládková
Konzultant bakalářské práce: PhDr. Ivana Jahodová, PhD.

V Praze dne: 31. 10. 2012


prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedl v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

.....

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Rád bych poděkoval vedoucí mé bakalářské práce, Mgr. Jaroslavě Chládkové, za cenné rady, připomínky a trpělivost, kterou se mnou měla při psaní mé bakalářské práce.

Také chci poděkovat odborné konzultantce mé bakalářské práci, PhDr. Ivaně Jahodové, za odborné rady, konzultace a připomínky při tvorbě této bakalářské práce.

ABSTRAKT

KOSTÍK, Peter. *Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s nádorem močového měchýře*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Jaroslava Chládková. Praha 2013. 69 s.

Tématem bakalářské práce je komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s nádorem močového měchýře. Teoretická část je zaměřena na patofyziologii onemocnění, etiologii nádorových onemocnění, na klinický obraz nádoru močového měchýře, vyšetřovací metody v urologii, celkovou léčbu nádorů močového měchýře a na specifika ošetrovatelské péče u pacienta s urostomií. Praktická část se orientuje na plán ošetrovatelské péče u pacienta po založení urostomie. Ošetrovatelský proces je zpracován podle ošetrovatelského modelu C. Royové, kdy je pacient chápán jako „biopsychosociální bytost, která je v neustálém v kontaktu s prostředím“. Praktická část se zabývá popisem ošetrovatelského procesu, stanovením ošetrovatelských diagnóz podle priorit pacienta, plánováním, intervencemi, realizací a celkovým zhodnocením ošetrovatelské péče u pacienta. Součástí ošetrovatelského procesu je edukace pacienta s urostomií. Důraz je kladen nejen na upevňování praktických dovedností v péči o urostomii po operaci, aby se u pacienta podpořila jistota v péči o urostomii po propuštění z nemocnice do domácího prostředí, ale také na spolupráci s rodinnými příslušníky a jejich začlenění do komplexní ošetrovatelské péče o pacienta s urostomií.

Klíčová slova

Nádor močového měchýře. Ošetrovatelská péče. Stomická sestra. Urostomie. Urostomické pomůcky.

ABSTRACT

Kostík, Peter. Comprehensive Nursing Care of Patients with Bladder Cancer. The College of Nursing, o.p.s. Degree: Bachelor (Bc.). Tutor: Mgr. Jaroslava Chládková. Prague 2013. 69 pages.

The topic of the bachelor thesis is a comprehensive nursing care patients with urinary bladder cancer. The theoretical part of this bachelor thesis emphasizes on pathophysiology of disease, etiology of tumor diseases, on clinical features of bladder cancer, examination methods in urology, complete treatment of bladder cancer and on the specifics of urostomy for the patient. The practical part of the thesis emphasizes on nursing care plan for the patient after urostomy. The nursing process is implemented according the nursing model of C. Roy. According to this model the patient is interpreted as “biopsychosocial entity situated with the environment. “The practical part deals with the description about nursing process, nursing diagnoses according to patient’s priorities, with planning, interventions, implementation and with complete evaluation. Education for the patient with urostomy is the part of the nursing process. The emphasis is not put only on the strengthening of practical skills in urostomy care after the operation to support the patient with urostomy care after his discharge releasing from hospital, but also on cooperation with his family members and their incorporation into comprehensive nursing care.

Key words

Urinary Bladder Tumor. Nursing Care. Stoma Nurse. Urostomy. Urostomy Tools.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM TABULEK

ÚVOD.....	12
1 PATOFYZIOLOGIE NÁDOROVÝCH ONEMOCNĚNÍ.....	14
1.1 Benigní nádory.....	14
1.2 Maligní nádory.....	15
2 ETIOLOGIE NÁDOROVÝCH ONEMOCNĚNÍ.....	17
2.1 Rizikové faktory	17
2.1.1 Kouření	17
2.1.2 Karcinogeny ze skupiny aromatických aminů.....	17
2.1.3 Chronická onemocnění močového traktu	17
2.1.4 Léky a farmaceutické preparáty.....	18
2.1.5 Genetické vlivy	18
2.2 Prevence nádorových onemocnění	18
3 KLINICKÝ OBRAZ NÁDORU MOČOVÉHO MĚCHÝŘE.....	20
4 VYŠETŘOVACÍ METODY V UROLOGII.....	21
4.1 Anamnéza	21
4.2 Fyzikální vyšetření.....	21
4.3 Laboratorní vyšetření moče	21
4.4 Laboratorní vyšetření krve.....	23
4.5 Endoskopické vyšetření	24
5 LÉČBA NÁDORŮ MOČOVÉHO MĚCHÝŘE.....	26
5.1 Chirurgická léčba.....	27
5.2 Paliativní léčba.....	31

6 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S UROSTOMIÍ	33
6.1 Předoperační příprava	34
6.2 Pooperační péče	35
6.3 Následná péče	37
6.4 Komplikace urostomií.....	37
6.5 Zásady při péči o urostomii	37
6.6 Životní styl urostomiků.....	38
6.7 Urostomické pomůcky	39
6.8 Kluby stomiků.....	39
7 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S KARCINOMEM MOČOVÉHO MĚCHÝŘE.....	40
8 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	64
ZÁVĚR	66
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	68
SEZNAM PŘÍLOH	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

aPTT	aktivovaný parciální tromboplastinový čas
CRP	C reaktivní protein
CT	počítačová tomografie
D	dech
EKG	elektrokardiogram
FW	sedimentace
ILCO	sdužení stomiků ČR
IOA	mezinárodní organizace stomiků
JIP	jednotka intenzivní péče
KO	krvní obraz
KS	krvní skupina
NGS	osogastrická sonda
P	pulz
PMK	permanentní močový katétr
PŽK	periferní žilní katétr
QUICK	protrombinový čas
RTG	rentgen
s.c.	subkutánně
tbl	tableta
TT	tělesná teplota
TUR	transuretrální resekce

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Dysurie – obtížné nebo bolestivé močení

Hematurie – přítomnost krve v moči

Chemoterapie – léčebná terapie, spočívající ve vpravování chemických látek do organismu

Iritace – dráždění, podráždění

Lymfadenektomie – operační odstranění lymfatických uzlin

Metastáza – druhotné ložisko nádorových buněk

Screening – vyšetřování předem definované skupiny lidí za účelem vyhledávání chorob v jejich časných stádiích, kdy pacient ještě nemá příznaky

Urologie – oddělení v nemocnici, kde se léčí onemocnění vylučovací soustavy

Urostomie – umělé vyústění močového měchýře přes stěnu břišní

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Hodnocení pacienta při příjmu podle Nortonové	42
Tabulka 2 Barthelové test všedních činností	43

ÚVOD

Karcinom močového měchýře je poměrně častým onemocněním. Odhaduje se, že ve světě přibývá ročně asi 270 000 nových případů. Nejvyšší výskyt tohoto onemocnění je pozorován ve státech Evropy a severní Ameriky. Dle statistických údajů jsou karcinomy močového měchýře v České republice 4. nejčastějším nádorovým onemocněním u mužů a 8. nejčastějším u žen. Počet nově zachycených onemocnění postupně narůstá, takže nových případů je v současné době zhruba dvojnásobné množství, než před třiceti lety. Statisticky je doloženo, že i přes vzrůstající počet onemocnění, nedochází ke zvýšení úmrtnosti na toto onemocnění, což svědčí o úspěšnosti léčby.

Přes svůj častý výskyt nepatří karcinomy močového měchýře mezi onemocnění, o kterých se na veřejnosti často diskutuje. Některým nemocným nebo jejím blízkým se sice podaří získat podrobnější informace o této chorobě, přístup k nim však není snadný a jednoduchý.

Pacient, kterého informujeme o potvrzeném onemocnění, prožívá vždy značný psychický stres. Pozornost se obvykle zaměřuje na slovo rakovina, která je v podvědomí považována za neléčitelné a smrtelné onemocnění. Je ale třeba podotknout, že moderní medicína dokáže řadu nemocných s nádorem vyléčit, což platí i pro nádory močového měchýře. Předpokladem vyléčení je však včasné zjištění nádoru, následná léčba a důležitý je také aktivní přístup nemocného k léčbě a postoj jeho blízkých.

Cílem bakalářské práce je zpracování ošetrovatelského procesu na urologickém oddělení u pacienta s karcinomem močového měchýře, navrhnout a realizovat individuální plán ošetrovatelské péče a vyvodit specifika péče o pacienta. Cílem je také zjistit, jak se člověk s karcinomem močového měchýře, po absolvování tak náročné operace, postaví k dané situaci v pooperačním období a jestli pro něho bude těžký nebo nikoliv se s danou situací smířit a přijmout ji.

Bakalářská práce má dvě části, teoretickou a praktickou. Teoretická část je zaměřena na patofyziologii onemocnění, etiologii nádorových onemocnění, klinický

obraz nádoru močového měchýře, vyšetřovací metody v urologii, celkovou léčbu nádorů močového měchýře. Praktickou část tvoří zhodnocení celkového stavu pacienta, posouzení potřeb pacienta podle modelu C. Royové, plán individuální ošetrovatelské péče, celkové zhodnocení ošetrovatelské péče, edukace pacienta a jeho blízkých. Ošetrovatelské diagnózy jsou vytvořeny na základě získaných informací od pacienta, ze zdravotnické dokumentace, od členů ošetrovatelského týmu a rodiny s pomocí Kapesního průvodce zdravotní sestry. Dále je vypracován plán, realizace a zhodnocení ošetrovatelské péče. V bakalářské práci je rozebírána i edukační činnost, která nesporně patří k celkové ošetrovatelské péči a je velice důležitou složkou celého ošetrovatelského procesu.

1 PATOFYZIOLOGIE NÁDOROVÝCH ONEMOCNĚNÍ

Mezi onemocnění močového měchýře řadíme úrazy, vrozené vady a nádory. Vzhledem k diagnóze pacienta, kterou je karcinom močového měchýře, se budu ve své bakalářské práci zabývat pouze nádorovým onemocněním močového měchýře.

Nádor je shluk netypických buněk, které rostou odlišně od buněk těla a tento růst přetrvává i v době, kdy už nepůsobí příčina, která nádor vyvolá. Nádor je nezvratná změna tkáně. Obecně lze říci, že u každého typu buněk, který v lidském organismu existuje, může dojít k rakovinovému bujení. „*Jako nádor močového měchýře je označováno jak maligní, tak i benigní onemocnění stěny močového měchýře*“ (ADAM et al., 2002, s. 177).

Nádory močového měchýře se dělí na nezhoubné (benigní) a zhoubné (maligní). Dělí se dle klasifikace a rozeznáváme u nich různá klinická stádia, příloha A. Vyskytují se v každém věku, maximum incidence je kolem 70 let. Tyto nádory jsou celkově druhým nejčastějším maligním nádorem urogenitálního systému. U mužů je nádor močového měchýře po nádorech plic, prostaty a kolorekta na čtvrtém místě, celkově představuje asi 6 % všech nádorů u mužů. U žen tvoří asi 2,5 % všech nádorových onemocnění a nachází se tak na osmém místě. (KAWACIUK, 2009).

„Karcinomy močového měchýře lze rozdělit na:

- *povrchové karcinomy močového měchýře (T_a, T₁, T_{is} N₀ M₀),*
- *karcinomy močového měchýře infiltrující svalovinu (T₂₋₃ N₀, M₀),*
- *lyzogenně metastazující karcinomy (jakékoliv T N₁₋₃ M₀),*
- *lokálně pokročilé nebo metastazující karcinomy močového měchýře (T₄, M₁)“*(ADAM et al., 2004, s. 200).

1.1 Benigní nádory

Papilom je nezhoubný epitelový nádor močového měchýře, který vyrůstá ze sliznice, má stromečkovitou strukturu, je ohraničený, nemetastazuje, nemá velký sklon k recidivám. Projevuje se hematurií. Diagnostikuje se cystoskopií a vždy je nutno

udělat bioptické vyšetření kvůli vyloučení papilokarcinomu. Odstraňuje se cystoskopicky elektrokoagulací (MICHALSKÝ et al., 2011).

Leiomyom je mezenchymový nezhoubný nádor a představuje jen malou skupinu případů, lokalizovaných v močovém měchýři. Nádor může být různé velikosti a jeho vzhled se shoduje s kterýmkoliv leiomyomem v jiné lokalizaci.

Hemangiom patří do skupiny mezenchymových nezhoubných nádorů a v močovém měchýři se nachází vzácně. Vyskytuje se v jakémkoliv věku, nejčastěji však u mladších pacientů. Nejčastějším klinickým příznakem jeho vzniku je hematurie.

1.2 Maligní nádory

Karcinom je zhoubný nádor močového měchýře, převážně epitelového původu a hlavní význam při jeho vzniku má neoplastická přeměna urotelu.

Uroteliální karcinom (TCC transitional cell carcinoma) představuje asi 90 % všech karcinomů močového měchýře, postihuje častěji ženy jak muže. Velké procento těchto nádorů má prodloužený klinický průběh a časté recidivy, které následují po jejich lokálním odstranění. Dle růstu se TCC dělí na dva typy: *papilární typ* a *nepapilární typ*. Oba typy mohou být invazivní i neinvazivní. Papilární uroteliální nádory mají sklon k menší agresivitě, než nepapilární nádory. Asi 75% TCC se vyskytuje v trigonu močového měchýře (trojúhelník tvořený vyústěním dvou močovodů a močové trubice), což způsobuje obstrukci močové trubice nebo močovodů.

Epidermoidní karcinom představuje asi 5% karcinomů močového měchýře. Jeho výskyt může souviset s urolitiázou, dlouhotrvajícím chronickým zánětem nebo s transplantací ledviny. Tento typ nádoru je při stanovení diagnózy často už hodně rozsáhlý.

Adenokarcinom se v močovém měchýři vyskytuje velice zřídka, jen asi ve 2% případů. Vzniká nejčastěji na podkladě dlouhotrvajících chronických zánětů a glandulární metaplazie.

Rabdomyosarkom je zhoubný nádor močového měchýře, představuje kolem 4% všech rabdomyosarkomů.

Leiomyosarkom představuje asi 30% sarkomů močového měchýře, vyklenuje se do lumenu, někdy vyplňuje celý měchýř a někdy má želatinovou konzistenci. Většinou jde o sarkomy s nízkým stupněm malignity, ale se sklonem k lokální recidivě.

Karcinosarkom je maligní nádor močového měchýře, který obsahuje epitelovou i mezenchymovou složku. Bývá větších rozměrů, s hlubokou invazí do močového měchýře. Prognóza je nepříznivá, pacienti umírají na recidivu a metastázy. (KAWACIUK, 2009).

2 ETIOLOGIE NÁDOROVÝCH ONEMOCNĚNÍ

Na vzniku nádorů se může podílet řada faktorů. V bakalářské práci jsou uváděny jen ty, které mohou způsobovat nádory močového měchýře, neboť na tuto problematiku je zaměřena bakalářská práce.

2.1 Rizikové faktory

2.1.1 Kouření

Jedná se o nejdůležitější etiologický faktor. Některé odborné studie uvádějí úzkou souvislost mezi kouřením cigaret a vznikem uroteliálních nádorů (nádor z výstelky močového měchýře přechodného epitelu, nazývaného urotel). Předpokládá se, že kouření se podílí na vzniku asi 25 – 60 % nádorů močového měchýře a přibližně čtyřikrát zvyšuje riziko jeho výskytu. Kuřáci mají navíc vyšší pravděpodobnost výskytu agresivnějších forem tumoru a agresivnějšího průběhu onemocnění, než nekuřáci. Kuřáci vykazují také větší proliferační aktivitu výstelky měchýře, projevující se hyperplazií, což ještě dále zvyšuje karcinogenní účinek. (DVOŘÁČEK et al., 2005).

2.1.2 Karcinogeny ze skupiny aromatických aminů

Uroteliální karcinom močového měchýře je typickým příkladem nádoru, u jehož vzniku se uplatňují jistá profesní rizika a faktory zevního prostředí. Negativní vliv má karcinogenní účinek aromatických aminů (benzidin, naftylamin, ortotoluidin). Tyto látky se mohou objevit nejen při výrobě barev, ale i v dalších průmyslových odvětvích, např. v textilním nebo chemickém průmyslu, také při zpracování gumy. Z tohoto důvodu je dnes používání některých chemických látek v průmyslu zcela zakázáno.

2.1.3 Chronická onemocnění močového traktu

Zvýšené riziko vzniku karcinomu močového měchýře bývá u nemocných s chronickými záněty močového systému a litiázou. Močové kaménky mohou přispět svým dlouhodobým drážděním také k vývoji karcinomu (VORLÍČEK et al., 2006).

Schistosomóza (parazitní onemocnění), které se vyskytuje v oblastech severní Afriky a Arabského poloostrova, patří také k jednomu z etiologických faktorů. Odumřelá vajíčka Schistosomy jsou uložena ve stěně močového měchýře a způsobují chronickou zánětlivou reakci, která přetrvává po zbytek nositelova života. Asi 70% měchýřových malignit, spojených se schistosomózou, je tvořeno spinocelulárním karcinomem, docela častý je ale také adenokarcinom. (ADAM et al., 2004).

2.1.4 Léky a farmaceutické preparáty

Aplikace cytostatik Cyklofosfamidu a užívání velkého množství analgetik s obsahem fenacetinu je také spojena s vyšším nebezpečím vzniku uroteliálního karcinomu.

2.1.5 Genetické vlivy

„Familiární výskyt nádorů a jejich vznik v mladším věku je důvodem ke genetickému vyšetření“ (ADAM et al., 2003, s.48).

Výskyt nádoru močového měchýře v rodině byl zjištěn u syndromu Lynch II. Mezi genetické poruchy patří delece kompletního 9. chromozomu. (ADAM et al., 2004).

2.2 Prevence nádorových onemocnění

Prevence je velice důležitá a hraje významnou roli v životě každého člověka. Můžeme ji rozdělit na prevenci primární a prevenci sekundární.

Primární prevence je záležitostí každého člověka a vyžaduje pouze znalost rizikových faktorů, jejich odstranění a změnu vžitého stereotypu. Výchova člověka ke zdravému způsobu života je nejúčinnější formou prevence nejzávažnějších nemocí. Hlavním faktorem prevence je boj proti kouření. Primární prevence již zaznamenala jisté úspěchy. Ve vyspělých krajinách západní Evropy se v posledních letech podstatně snížil počet kuřáků a některé léky (fenacetin) se přestaly používat. Ke zdravému životnímu stylu patří také dostatek pohybu, správná životospráva, dostatečný příjem

tekutin, relaxace a dostatek odpočinku. Velký význam mají též pravidelné preventivní přehledky (ONDRUŠ et al., 2000).

Sekundární prevence je zaměřena na včasné zjištění onemocnění, důležitý je tedy screening. Cytologické vyšetření moče se pokládá za poměrně vhodný screeningový test, protože se jedná o nenáročný a bezpečný test. Jenom sledování hematurie v moči se ukázalo jako málo účinné a při opakovaných vyšetřeních dávalo mnoho nesprávně pozitivních výsledků, proto se jenom na toho vyšetření neklade takový důraz (VORLÍČEK et al., 2006).

3 KLINICKÝ OBRAZ NÁDORU MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

První příznaky onemocnění jsou někdy zcela nenápadné, na začátku onemocnění nemusí být dokonce žádné, proto si jich pacient nemusí vůbec všimnout. Nádory urologického traktu jsou často zjištěny i zcela náhodně, např. při vyšetřování pacientů ultrazvukem, nebo při počítačové tomografii (CT) z jiných důvodů. Příznaky urologických nádorů můžeme rozdělit na příznaky lokální a příznaky celkové.

Lokální příznaky nádorů močového měchýře

Nejčastějším příznakem je bezbolestná makroskopická hematurie (krev v moči). Intervaly makroskopické hematurie se často střídají s mikrohematurií. Hematurie je často masivní s tvorbou koagul a s eventuální tamponádou močového měchýře. Je alarmujícím příznakem a zpravidla přinutí pacienta vyhledat lékaře. Znamky iritace (dráždění) močového měchýře, jako je pálení a řezání při močení, bývají časté u karcinomu in situ (povrchový neinvazivní karcinom). Bolesti v oblasti močového měchýře jsou pozdním příznakem. Časté močení, dráždění močového měchýře a dysurie jsou prvními příznaky asi u jedné třetiny nemocných (BABJUK et al., 2003).

Celkové příznaky nádorů močového měchýře

Celkové příznaky jsou ve většině případů společné pro všechna onkologická onemocnění. Mohou doprovázet pokročilá, případně generalizovaná onemocnění. Pacient hubne, je unavený, ztrácí chuť k jídlu, může se objevit zvýšená tělesná teplota a anémie (ČIHÁK, 2002).

4 VYŠETŘOVACÍ METODY V UROLOGII

4.1 Anamnéza

Anamnéza má velký význam pro včasné zjištění nádoru. Ke sběru informací se má přistupovat citlivě, ale přitom důsledně. Někteří nemocní ze strachu z nádorového onemocnění totiž mohou své obtíže zlehčovat, nebo i zatajit. V anamnéze se zjišťuje výskyt nádorového onemocnění v rodině, dále rizikové faktory a také přítomnost hematurie. Sledují se nespecifické příznaky jako je únava, nechutenství, úbytek hmotnosti a další.

4.2 Fyzikální vyšetření

Povrchové nádory močového měchýře nelze fyzikálním vyšetřením odhalit. Fyzikální vyšetření může odhalit až rozsáhlý, lokálně pokročilý nádor, hmatný při palpačním vyšetření podbřišku, nebo při vyšetření per rektum nebo per vaginam bimanuální palpací v celkové anestezii. Bimanuálním vyšetřením lze posoudit umístění a mobilitu hmatné léze (DVOŘÁČEK et al., 2005).

4.3 Laboratorní vyšetření moče

Moč se vyšetřuje u každého pacienta, vyšetřuje se biochemicky, mikrobiologicky a cytologicky a zároveň se zkoumá funkce ledvin.

Chemické vyšetření moče

Chemicky se v moči hodnotí pH, přítomnost bílkoviny, glukózy, ketolátek, urobilinogenu, bilirubinu a krve. Vyšetření se obvykle provádí pomocí chemických diagnostických proužků, které jsou buď jednoduché, nebo kombinované. Proužek se ponoří do moče jen krátce, aby nedošlo k vyplavení chemikálií ze zón proužku do moče. Po uplynutí stanovené doby se srovnává intenzita zbarvení příslušné zóny s barevnou srovnávací stupnicí. K vyšetření se používá čerstvá moč.

Vyšetření močového sedimentu

K tomuto odběru se odebírá první ranní vzorek moče. Odebírá se střední proud

moče po hygienické očištění do čisté nádoby. Vzorek se musí doručit do laboratoře nejpozději do jedné hodiny od odběru.

U kvalitativního vyšetření močového sedimentu se hodnotí přítomnost leukocytů, epitelů, válců, krystalů, bakterií. Dále se hodnotí přítomnost erytrocytů (hematurie). Podle množství erytrocytů se hematurie dělí na mikroskopickou, která není viditelná pouhým okem, protože neovlivní barvu moče, a makroskopickou, která je viditelná pouhým okem a ovlivní barvu moče. Moč je růžová a přirovnává se k barvě vypraného masa. Tato barva se projeví při množství 0,5 ml krve na 1 litr moče.

Vyšetření močového sedimentu dle Hamburgera

Jedná se o kvantitativní vyšetření močového sedimentu. Moč se sbírá přesně 3 hodiny, po sběru se změří její objem a odstředí se. Pacient se v určený den ráno vymočí na WC a od té doby sbírá moč do označené sběrné nádoby přesně 3 hodiny. Během sběru může pacient vypít 250 ml čaje. Na průvodce se označí s přesností na minuty začátek sběru moče a doba posledního vymočení. Odebraná moč se ihned odesílá do biochemické laboratoře. Pacienta musí sestra předem poučit o důkladné hygieně genitálu před vyšetřením. Po dobu sběru pacient lační a dodržuje klid na lůžku. Sediment (vzorek) se prohlíží pod mikroskopem. Vypočítává se počet elementů, které se vyloučily z ledviny za 1 minutu. Počet elementů závisí i na velikosti diurézy (MIKŠOVÁ et al., 2006).

Bakteriologické vyšetření moče – kultivace

Vyšetření se provádí při podezření na infekci močových cest a pro eventuální léčbu antibiotiky. Za normálních podmínek je moč fyziologicky sterilní, proto má každý nález mikrobů v moči velký význam.

Pro získání moče jsou možné tyto postupy:

- střední proud moče – moč se odebírá do sterilní zkumavky po důkladné hygieně genitálu,
- cévkování – jedná se o odběr moče pomocí sterilního katétru za přísně sterilních podmínek pouze v případě, že nemůžeme získat vzorek středního proudu moče,
- suprapubická punkce močového měchýře – v lokálním znecitlivění kůže a podkoží je vpichem speciální punkční jehlou zavedena speciální cévka

do močového měchýře přes břišní stěnu přibližně 1 cm nad stydkou sponou. Odběr tímto způsobem se provádí také za přísně sterilních podmínek a pouze v případech, že nemůžeme získat od pacienta vzorek středního proudu moče.

Ke kultivaci moče se používají kvantitativní metody – stanovení množství bakterií v 1 ml³ a kvalitativní metoda – kultivace mikroorganismů a stanovení citlivosti konkrétního mikroba na antibiotika, která se označuje zkratkou K + C.

Cytologické vyšetření moče

Cytologie je diagnostická metoda, která slouží k průkazu nádorových buněk. U nádorů močového měchýře se hodnotí jednotlivé uroteliální buňky, nebo jejich skupiny. Cytologie je průkazné vyšetření hlavně u dobře diferencovaných nádorů, neboť buňky mají obvykle mikroskopicky téměř normální vzhled.

„K hodnocení nálezu se používá pětistupňová škála:

PAP I-II – negativní nález,

PAP III – suspektní nález,

PAP IV-V – pozitivní nález.“ (DVOŘÁČEK et al., 2005, s. 128).

Buňky na cytologické vyšetření je možné získat buď přímo z moče, nebo výplachem močového měchýře. Nejvhodnější je čerstvá moč. Výplach močového měchýře se provádí vstříkáním a nasáváním 50 - 100 ml fyziologického roztoku přes uretrální cévku. Odebranou moč je nutné odeslat co nejdříve do laboratoře. Pokud to není možné, lze odebranou moč ve zkumavce skladovat přes noc v lednici.

4.4 Laboratorní vyšetření krve

Hematologické vyšetření krve

Pacientovi se odebírá a vyšetřuje krev na krevní obraz (KO), krevní skupinu (KS) a Rh faktor, sedimentaci (FW), QUICK, aPTT a fibrinogen.

Biochemické vyšetření krve

Pacientovi se odebírá a vyšetřuje krev ke zhodnocení funkce ledvin hlavně na ureu a bilirubin, dále se vyšetřuje krev na amylázy, ionty, CRP a glykémii.

4.5 Endoskopické vyšetření

Cystoskopie

Cystoskopie patří mezi základní vyšetřovací metody a je velice důležitou součástí diagnostiky nádoru močového měchýře. Pomocí cystoskopie lze zhodnotit stav sliznice močového měchýře a odhalit případné nádory. K vyšetření se používá přístroj, který se nazývá cystoskop. Jedná se o endoskopický přístroj, který se skládá z ohebné hadice (flexibilní cystoskop) nebo pevného tubusu (rigidní cystoskop). Na konci je snímací kamera a zdroj světla. Přístroj se zasune do močové trubice a postupně se přístrojem projde až do močového měchýře. Pro lepší znázornění se může močový měchýř pomocí cystoskopu naplnit tekutinou a tak dosáhnout jeho rozepnutí. Vyšetření není příliš příjemné zejména u mužů, protože mají delší močovou trubici. Proto se před vyšetřením nanese na tubus cystoskopu znečitlivující Mesocain gel, který nepříjemné pocity utlumí. Výhodou vyšetření je získání vzorků na histologii, případně se může počínající nádor odstranit bez nutnosti provádět chirurgický zákrok. Vyšetření se provádí většinou ambulantně v místní anestezii a nevyžaduje si žádnou zvláštní přípravu. Pacient může normálně jíst, pít a užívat léky. Těsně před vyšetřením se vymočí. Vyšetření se provádí v tzv. gynekologické poloze, to znamená vleže na zádech, s nohama pokrčenými v kolenou a zvednutými na opěrách. Po ukončení vyšetření může pacient normálně jíst, pít a vykonávat běžnou denní činnost. Pacient může mít po cystoskopii při močení pocit pálení a řezání. Tyto potíže obvykle během 1 – 2 dnů spontánně vymizí (DVOŘÁČEK et.al., 2005).

Ultrazvukové vyšetření močového měchýře (SONO)

Ultrazvuk je neinvazivní vyšetřovací metoda, která využívá ultrazvukového vlnění s vysokou frekvencí pro anatomické zobrazení tkání a orgánů ve vyšetřované oblasti lidského těla. Je základní vyšetřovací metodou při podezření na nádor močového měchýře. Vyšetření může odhalit intraluminálně rostoucí tumory močového měchýře, zhodnotit městnání horních močových cest a může také objevit přítomnost metastáz v játrech, nebo postižení lymfatických uzlin. U pokročilých nádorů může být také provedeno transrektální a transvaginální ultrazvukové vyšetření, nebo transvezikální vyšetření pro posouzení hloubky invaze tumoru. Vlastní vyšetření většinou nevyžaduje žádnou zvláštní přípravu pacienta. K vyšetření močového měchýře je pouze nutné jeho

naplnění. Proto je důležité zajistit 2 hodiny před vyšetřením náplň močového měchýře zvýšeným příjmem tekutin. Pacient musí vypít minimálně 2 litry tekutin.

Vylučovací urografie (IVU)

Vylučovací urografie je kontrastní rentgenové vyšetření ledvin a vývodných cest močových. Pomocí vylučovací urografie lze zobrazit ledviny, ledvinné kalichy a pánvičky, močovody a močový měchýř. Poskytuje informaci o rozsahu nádorového postižení. Pacientovi se do žíly aplikuje kontrastní látka, která se vylučuje ledvinami. Poté je zhotoveno několik rentgenových snímků břišní a pánevní oblasti. Močový měchýř se snímkuje jak v plné náplni, tak i po mikci. IVU poskytuje informaci o rozsahu nádorového postižení a pomáhá k objasnění přítomnosti nádoru v horních močových cestách. Asi 5% pacientů má totiž současně s nádorem močového měchýře také nádor v horních močových cestách (ADAM et al, 2004).

Před samotným vyšetřením lékař seznámí pacienta s vyšetřením a pacient podepíše informovaný souhlas s vyšetřením. Vyšetření se provádí většinou v poloze na zádech. Před vyšetřením by měl pacient informovat lékaře, jestli má nějaká onemocnění a jaké užívá léky. Kvůli podání kontrastní látky je pro lékaře důležité, zda má pacient nějaké alergie (zejména na jód). Ženy mohou být dotázány na datum poslední menstruace a na možnost těhotenství. Před vyšetřením je důležité vyprázdnění střeva. Tři dny před vyšetřením přijímá pacient bezezbytkovou dietu – nejí luštěniny, syrovou zeleninu, ovoce, čerstvé pečivo a mléčné výrobky. Minimálně 6 hodin před vyšetřením by pacient neměl jíst a kouřit. Před vyšetřením se pacientovi podávají antihistaminika jako prevence případné alergické reakce na kontrastní látku. Po vyšetření by měl pacient pít hodně tekutin (asi 3 l), aby se z těla lépe vyloučila kontrastní látka. Vyšetření může být kontraindikováno v případě alergie pacienta na kontrastní látku, při funkčních poruchách ledvin a jater a v případě těhotenství.

Počítačová tomografie (CT)

Je to neinvazivní vyšetřovací metoda, pomocí které může lékař prohlédnout vnitřní orgány těla. Kombinuje se u ní rentgenové vyšetření s počítačovým systémem, který informace zpracovává. Pacientovi se podává obvykle nitrožilně kontrastní látka. Je to vyšetření, které umožní zhodnotit lokální rozsah nádorového postižení a jeho vztah

k okolním orgánům. Současně může vyšetření odhalit etastázy lymfatických uzlin, nebo metastázy do jiných orgánů, např. do plic nebo jater (ADAM et al., 2004).

Před vyšetřením lékař pacientovi podá veškeré informace a pacient podepíše informovaný souhlas s vyšetřením. Pacient by měl před vyšetřením informovat lékaře o tom, jaké léky užívá. Kvůli podání kontrastní látky je pro lékaře také důležité, zda je pacient alergický na nějaké léky. Důležitá je hydratace pacienta před vyšetřením, ale asi 4 hodiny před vyšetřením pacient již nejí, ani nekouří. Na vyšetření přichází s naplněným močovým měchýřem. Před vyšetřením se mu podají antihistaminika jako prevence případné alergické reakce na kontrastní látku. Vyšetření může být kontraindikováno v případě alergie pacienta na kontrastní látku, při poruchách ledvin a jater a v těhotenství.

5 LÉČBA NÁDORŮ MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

Léčba nádorů močového měchýře závisí na celkovém stavu pacienta, na stádiu a druhu nádoru a na přidružených onemocněních pacienta, jako je např. diabetes, vysoký krevní tlak, onemocnění srdce a cév apod. Přístup ke každému nemocnému je proto individuální. Na správném stanovení a plánování léčby se podílí celý tým lékařů (internista, urolog, onkolog, radiolog).

Léčba nádorů močového měchýře zahrnuje léčbu chirurgickou /transuretrální resekce, parciální cystektomie, radikální cystektomie) a léčbu paliativní (chemoterapie, imunoterapie, radioterapie).

5.1 Chirurgická léčba

Transuretrální resekce

Je základním krokem v diagnostice i léčbě nádorů močového měchýře. Jedná se o endoskopické vyšetření, které je spojeno s odběrem bioptických vzorků a elektroresekcí suspektních ložisek. Výkon se provádí pomocí speciálně upraveného cystoskopu (resektoskopu). Pomocí elektrického proudu při naplnění močového měchýře je nádor seřezáván resekční kličkou. Tento výkon je zároveň i diagnostickou metodou, kdy se vyšetřuje rozsah a invazivita nádorů močového měchýře. Zjistí se při něm makroskopický rozsah a odhadne hloubka invaze nádoru. Pokud se jedná o povrchový nádor, je transuretrální resekce (dále jen TUR) považována zároveň za terapeutický zákrok. Pokud se jedná o invazivní nádor, odebírají se pouze vzorky nádoru k histologickému vyšetření. Pacient je pak dovyšetřen zobrazovacími metodami a v případě potvrzení invazivně metastazujícího nádoru močového měchýře je indikována radikální cystektomie (ADAM et.al., 2004).

TUR se dělá většinou v celkové anestezii (někdy se může využít epidurální anestezie) a vyžaduje se hospitalizace pacienta v nemocnici. Při TUR leží pacient na zádech s mírně oddálenými končetinami, ohnutými v uhlu 45°.

Předoperační příprava pacienta před zákrokem je nutná a důležitá. Základem jsou předoperační laboratorní vyšetření krve a moči, EKG, rentgen srdce a plic a interní

vyšetření pacienta. Pacient si před operací může zajistit krev autotransfuzí, pro případ větší ztráty krve během operace. Po zákroku se pacientovi zavede asi na 4 dny permanentní močový katétr (PMK).

Pooperační péče spočívá hlavně v měření a sledování fyziologických funkcí pacienta, sledování celkového stavu pacienta, výsledků laboratorních vyšetření a v péči o PMK. Je nutné udržovat stálou průchodnost močového katétru, aby nedocházelo k přeplnění močového měchýře. PMK se odstraňuje nejčastěji 3. až 4. den po operaci. Tkáň nádoru, která byla při výkonu odstraněna, se posílá na histologii. Podle charakteru tkáně může být pacientovi doporučena ještě doplňková léčba. V některých případech se může v budoucnosti vyskytnout nový nádor, a to i na jiném místě, než byl původní. Tato skutečnost je dána charakterem onemocnění, nikdy ne nedostatečným výkonem. Proto je velice důležité sledování pacienta, který je zván na pravidelné ambulantní kontroly ve čtvrt až půlročních intervalech.

Parciální cystektomie

Parciální cystektomie je resekce stěny močového měchýře ve zdravé tkáni. Provádí se pouze u nádoru z přechodného epitelu, pronikajícího do svaloviny ve vertexu močového měchýře, bez přítomnosti karcinomu in situ. Výkon se dělá v celkové nebo spinální anestezii. Poloha pacienta při výkonu je na zádech. Její racionalita je zpochybňována, protože nezabrání růstu nádoru v ponechané části měchýře. Výkon může také přinášet riziko implantačních metastáz. Dnes se proto prakticky neprovádí (KLENER, 2002).

Předoperační příprava zahrnuje výplach močového měchýře destilovanou vodou přes uretrální cévku a tato cévka se nechá zavedena v močové trubici po celou dobu výkonu. Dále se před výkonem provádí standardní laboratorní vyšetření krve a moči, změní se fyziologické funkce pacienta. Před výkonem se mohou podat pacientovi malé dávky radioterapie po dobu 4-5 dní, a to pro snížení rizika implantačních metastáz v operační ráně.

Mezi komplikace výkonu patří krvácení (jen velice zřídka), infekce s tvorbou abscesu, implantační metastázy v ráně, nebo urgentní inkontinence moči. Ta však trvá

jen určitou dobu, většinou se stav upraví sám.

Pooperační péče spočívá v měření a sledování fyziologických funkcí pacienta, ve sledování celkového stavu klienta a v péči o uretrální cévku. Je nutné udržovat stálou průchodnost cévky a zabránit vzniku infekci. Céвка se zpravidla odstraní po 7 až 10 dnech.

Radikální cystektomie s derivací moče

Radikální cystektomie je standardní léčebná metoda u nádorů močového měchýře, prorůstajících do svaloviny. U mužů se odstraňuje močový měchýř a lymfatické uzliny malé pánve, prostata, semenní vajíčky a někdy i močová trubice. U žen se odstraňuje močový měchýř, děloha, vaječníky s vejcovody, přední stěna pochvy a močová trubice. Součástí výkonu je pánevní lymfadenektomie – odstranění lymfatických uzlin. Po radikální cystektomii se musí zajistit močová derivace (KAWACIUK, 2009).

Radikální cystektomie představuje v životě pacienta velice významnou změnu. Před samotným výkonem v předoperačním pohovoru je vhodné věnovat pacientovi dostatek času vzhledem k tomu, že operace má dalekosáhlé následky na kvalitu dalšího života. Operačním výkonem je dotčena kontinence moči, sexuální oblast, dochází ke kosmetickým změnám ve formě prostomií, mění se stravovací návyky pacienta. Na informovanosti pacienta se podílí celá řada zdravotnických pracovníků: lékař, ošetřující personál a stomická sestra.

Předoperační příprava před operačním výkonem začíná již několik dní před operací. Pacient absolvuje veškerá interní vyšetření, může si před operací zajistit autotransfuzi, provede se u něho standardní laboratorní vyšetření krve a moče. Den před operací pacient dostane očistné klyzma, od půlnoci nejí, nepije a nekouří. K předoperační přípravě patří dezinfekce pupeční jamky benzínem a večerní podání premedikace, aby se pacient dobře vyspal a byl připraven na výkon. V bezprostřední předoperační přípravě je důležité dbát na hydrataci pacienta. Je nutné zajistit také žilní vstup, ráno zabezpečit hygienu pacienta, odstranit veškeré šperky, zhotovit bandáže dolních končetin, odstranit eventuelně zubní protézu, před operací zajistit vymočení klienta. Pacientovi je vhodné zavést před operací nosogastrickou sondu (dále jen NGS).

Operace se dělá v celkové anestezii s řízeným dýcháním. Poloha pacienta při operaci je na zádech s oddálenými dolními končetinami.

Pooperační péče je zaměřena na kontrolu nejen celkového stavu pacienta, ale i na kontrolu fyziologických funkcí, péči o rány, drény a žilní vstupy. Je důležité kontrolovat vodní a elektrolytovou rovnováhu a v případě potřeby nahrazovat jejich ztráty.

Důležité je také obnovení peristaltiky, zpravidla do 3 dnů po operaci. NGS se ponechává po operaci zpravidla 4 dny. Po odstranění sondy dostává pacient nejdříve tekutou stravu. Pokud se rána hojí per primam, tak se stehy odstraňují zhruba 14 dní po operaci. Pooperační komplikací může být infekce rány a plicní embolie.

Derivace moči po cystektomii

Derivace moči znamená zajištění odtoku moči z organismu jinou cestou, než je přirozený způsob odtoku moči. Derivace moči po cystektomii je součástí chirurgické léčby lokálně invazivního karcinomu močového měchýře. Způsob zajištění odtoku moče z organismu je individuální pro každého pacienta. Pacient by se měl poradit s urologem na správné a nejvhodnější formě náhrady. Správný výběr závisí od různých subjektivních i objektivních faktorů, mezi které patří věk pacienta, vzdělání, osobní postoj k onemocnění, celkový zdravotní stav pacienta a také anatomický stav ledvin a horních močových cest. Dalším významným faktorem je také přání samotného pacienta, jako i stádium a prognóza primárního maligního onemocnění močového měchýře (ONDRUŠ et al, 2000).

Rozlišujeme několik způsobů náhrady močového měchýře, příloha B.

Derivační výkony:

- **Ureteroileostomie (dle Brickera)** – podstatou této metody je vyřazení části tenkého střeva ze zažívacího traktu, vytvoření anastomózy mezi močovody a touto okludovanou kličkou a její druhý konec vyústit na kůži podbřišku. Uspokojivou kvalitu života nemocného zajistí moderní stomické pomůcky. Výhodou této metody je poměrně nízký výskyt časných pooperačních komplikací, nevýhodou je nutnost používat sběrné sáčky a subjektivní pocit nečistoty a zápachu. Ureteroileostomie je vhodnou metodou u starších pacientů,

u pacientů po ozáření pánve a u pacientů s dilatovanými močovody a poškozenou funkcí ledvin.

- **Ureterosigmoidostomie** – jedná se o historicky první metodu kontinentní derivace moči. Metoda spočívá v implantaci močovodů do sigmoidea, kdy moč odchází pryč spolu se stolicí. V minulosti však docházelo často ke vzniku časných i pozdních komplikací, např. k akutní i chronické pyelonefritidě nebo ke chronickému selhání ledvin. V současné době tento problém vyřešily nové operační postupy. Pacienti po této operaci sice nemají stomii, ale musí se vyrovnat s vyšší frekvencí vyprazdňování řídké stolice spolu s močí.
- **Heterotopické neoveziky** – princip metody spočívá v tom, že nový měchýř se vytváří z různých částí okludovaného tenkého nebo tlustého střeva. Močový měchýř je nahrazen střevním rezervoárem, ale vývodní trakt ústí jako drobné stoma na kůži břišní stěny. Nevýhodou je nutnost trvalého cévkování do uměle vytvořeného vývodu. Samocévkování se provádí v pravidelných časových intervalech, ale záleží také na množství vypitých tekutin.
- **Ortoepické neoveziky** – při této metodě se namísto močového měchýře vytvoří rezervoár moče ze střeva a tento rezervoár se našije na močovou trubici. Toto řešení nejvíce připomíná normální stav, protože střevní rezervoár nahrazuje močový měchýř a je zachován zevní svěrač s močovou trubicí. Pacienti bývají kontinentní, bez úniku moči. Močení připomíná normální stav, záněty ledvin nejsou častou komplikací, ale někdy je nutné reziduální objem moči docévkovávat (KAWACIUK, 2009).

5.2 Paliativní léčba

Intravezikální chemoterapie

Je jednou ze základních možností léčby povrchových nádorů močového měchýře a aplikuje se v návaznosti na transuretrální resekci tumoru močového měchýře. Cytostatika se do močového měchýře aplikují permanentním močovým katétrem. Cílem metody je pomocí cytostatik ničit nádorové buňky, ale i částečně oddálit případné recidivy tohoto onemocnění.

Cytostatika se podávají v maximální koncentraci a v takovém objemu, aby se dostala do kontaktu s celým povrchem urotelu. Močový měchýř by se měl

před podáním cytostatik dokonale vyprázdnit, aby se na minimum snížilo zředění chemoterapeutika s močí. Nemocnému se doporučuje snížit příjem tekutin dvě až tři hodiny před výkonem a po dobu zadržování látky v močovém měchýři. Délka působení cytostatika v močovém měchýři je jedna až dvě hodiny. Poté se pacient vymočí na WC. Je nutné dbát na šetrnou katetrizaci, protože jakákoliv traumatizace usnadňuje absorpci látky do oběhu. K intravezikální chemoterapii se používají nejčastěji cytostatika thiotepa, adriamycin, epirubicín, valrubicín nebo gemcitabin (DVOŘÁČEK et al., 2005).

Pokud zasáhly nádorové buňky hluboké vrstvy močového měchýře, uzliny nebo vzdálené orgány, uplatňuje se tzv. systémová chemoterapie, kdy se léčiva obvykle vpravují do organismu žilní cestou. Léčba probíhá v intervalech a její celková délka závisí od druhu léčiva. Chemoterapie se někdy aplikuje samostatně, většinou ale v kombinaci s chirurgickou léčbou a radioterapií.

Intravezikální imunoterapie

Tato metoda léčby má u povrchových nádorů močového měchýře stejný cíl jako intravezikální chemoterapie, mechanismus účinku je však jiný. Nejúčinnější a nejčastější aplikovanou látkou je vakcína BCG (bacillus Calmette Guérin), jedná se o živý tuberkulózní organismus. Snižuje prokazatelně počet recidiv, z tohoto hlediska je účinnější než intravezikální chemoterapie. Pokud je podávána dlouhodobě (aspoň jeden rok), snižuje riziko progresse onemocnění. Objevit se můžou nepříjemné vedlejší účinky, výjimečně také pozdní nebo časné komplikace. Při volbě konkrétního postupu se vychází z agresivity nádoru a jeho rizika vzniku recidivy, respektive progresse. Absolutní kontraindikací pro podání BCG vakcíny je aktivní tuberkulózní infekce, imunodeficitní stavy (např. AIDS, leukémie), nebo závažná uroinfekce. Vakcína se nepodává ani v době těhotenství a laktace. Je nutné dodržet dostatečný odstup od transuretrální resekce a šetrné provedení katetrizace, protože poranění močového měchýře při katetrizaci umožní snadné vstřebání látky do krevního oběhu a může vést až k septickému stavu pacienta (BABJUK et al., 2009).

Radioterapie

Jedná se o léčbu nádorů pomocí radioaktivního záření. Je indikována u těch pacientů, u kterých radikální chirurgická léčba není možná. Samotná radioterapie je

indikována zřídka, většinou je indikována v kombinaci s chemoterapií u lokálně pokročilých nádorů. Celková dávka aplikace se musí individuálně přizpůsobit celkovému stavu pacienta. Radiochemoterapie se používá u pacientů s invazivními karcinomy močového měchýře po transuretrální resekci, u nichž nemohla být z nějakého důvodu provedena radikální cystektomie. Léčba může být prováděna jak ambulantně, tak i při hospitalizaci, vždy záleží na celkovém stavu pacienta (ADAM et.al., 2004).

6 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S UROSTOMIÍ

Se stomiemi se v ošetrovatelské péči setkáváme docela často. Z ošetrovatelského hlediska jsou stomie rozsáhlou problematikou a je nutné, aby každá sestra, pracující v kterémkoli oboru, tuto problematiku zvládala. Komplexní péči o stomiky se věnuje stomická sestra.

Urostomie znamená vývod moči mimo přirozenou cestu. Jedná se o vyústění močovodů na povrch břišní stěny. Dle toho, jaká operační technika se zvolí, ji lze rozdělit na urostomii kontinentní a urostomii inkontinentní. Kontinentní urostomie znamená, že se rezervoár - pouch vytvoří ze střevní stěny a moč si následně pacient sám vyprazdňuje pomocí katétru. U inkontinentní urostomie se z tenkého střeva vytvoří konduit (20 - 50 cm tenkého střeva vyřazeného z pasáže), do kterého jsou vyvedeny močovody a opačný konec střeva je založen jako stomie na břišní stěnu. Moč z těla pacienta odchází samovolně, což znamená, že pacient musí používat jímací sáčky (OTRADOVCOVÁ et al., 2006).

Indikace k urostomiím:

- úrazy s vážným poškozením ureterů,
- vrozené malformace močového měchýře,
- spina bifida,
- atrofie močového měchýře,
- nádory močového měchýře (MARKOVÁ, 2006).

6.1 Předoperační příprava

Samotná péče o stomiku začíná již před samotnou operací. O provedení urostomie informuje pacienta lékař, který mu také vysvětlí nutnost provedení a typ operace. V případě potřeby lékař zodpoví všechny dotazy pacienta. Na základě informací pacient následně podepíše informovaný souhlas s operací. Po rozhovoru s lékařem by měl následovat psychologický a edukační rozhovor se stomickou sestrou.

Základní předoperační příprava pacienta zahrnuje základní laboratorní vyšetření krve a moči, EKG, RTG srdce a plic, interní předoperační vyšetření apod. Součástí předoperační přípravy je také speciální příprava, která spočívá v mechanické očištění střeva (např. Fortrans). Součástí očisty střev je také dodržování samotné diety. Od půlnoci před operací pacient již nic nejí, nepije a nekouří. K prevenci tromboembolické nemoci se pacientovi před operací bandážují dolní končetiny, podle ordinace lékaře se podávají antikoagulanty. Ještě před převezněním pacienta na operační sál se na oddělení pacientovi zajistí žilní linka a zavede se permanentní močový katétr. Důležitou zásadou je, že diabetici jsou zařazováni do operačního programu přednostně. Součástí přípravy je také vyznačení budoucího místa urostomie, které provádí stomická sestra pomocí nesmývatelné barvy po dohodě s chirurgem, a velmi významnou součástí předoperační přípravy je psychická příprava pacienta. Pokud je důvodem operace onkologické onemocnění, u pacienta je vyvolána psychická odezva, která se u něho projeví různým způsobem, dle typu osobnosti. Vždycky se snažíme pacienta podpořit a dát mu naději na vyléčení. Snažíme se poukázat na různé léčebné možnosti a jejich dobré výsledky. Pacient by měl dostat vždy přesné informace o tom, jak operace ovlivní jeho další život. Pacientovi je nutné vysvětlit, jaké změny ho čekají po operaci a seznámit ho s pomůckami, které bude potřebovat a používat po operaci. Využít můžeme např. různé informační brožury, letáky nebo také pacientovi zprostředkovat možnost setkání s lidmi, kteří se podobné operaci již podrobili. Do procesu by měla být začleněna také rodina. Měla by být informována o změnách a situacích, které život s urostomií přináší (OTRADOVCOVÁ et.al., 2006).

6.2 Pooperační péče

Pooperační péče začíná předáním pacienta z operačního sálu na příslušné oddělení. Můžeme ji rozdělit na několik fází: bezprostřední pooperační péče, perioperační péče, příprava pacienta na propuštění.

Bezprostřední pooperační péče zahrnuje období bezprostředně po operaci, kdy je pacient většinou převezen na jednotku intenzivní péče, kde zůstává do stabilizace vitálních funkcí a celkového zdravotního stavu. Jedná se většinou o období několika dnů. Po operaci přichází pacient z operačního sálu s urostomickým sáčkem, který je

pacientovi ponechán většinou několik dnů, aby se zajistilo lepší hojení stomie a kůže v okolí stomie. Sáček je průhledný a výpustný, aby se zajistila vizuální kontrola obsahu. Je důležité vyprazdňovat sáček dle potřeby a to také i v noci. U pacienta se monitorují fyziologické funkce, sleduje se možné krvácení, příjem a výdej tekutin. Důležitá je také péče o periferní žilní katétr. Prevence tromboembolické nemoci je zajištěna i po operaci bandážováním dolních končetin, podáváním antikoagulancií dle ordinace lékaře, dechovou rehabilitací a včasnou mobilizací pacienta. Součástí pooperační péče je i sledování bolesti, vedení škály bolesti a využívání dostatečné analgezie. Výživa pacienta je v prvních dnech zajištěna parenterální cestou, pak se postupně přechází dle stavu pacienta na tekutou stravu, kašovitou stravu a nakonec na stravu, kterou pacient přijímal běžně před operací. Také sledování psychiky je nedílnou součástí péče o pacienta. Je třeba s pacientem komunikovat a být mu nápomocni.

Perioperační péče je obdobím, kdy je pacient hospitalizován na standardním oddělení do doby propuštění z nemocnice do domácího prostředí. Péče na standardním oddělení spočívá v kontrole fyziologických funkcí, převazech operační rány, kontrole stavu a péči o stomii apod. Edukaci pacienta na oddělení provádí stomická sestra. Informace by se měly pacientovi podávat pomalu, srozumitelně a dle jeho celkového psychického a fyzického stavu. Pacient by se měl naučit a zvládat ošetřovat stomii před propuštěním do domácí péče. Sestra provádí výměnu pomůcek, pacientovi přitom vysvětluje postup a pacient se pouze dívá. Pacient postupně provádí výměnu pomůcek a sestra pacientovi radí, pomáhá a chválí ho. Ke konci pacient provádí výměnu samostatně, sestra ho kontroluje, jestli postupuje správně a chválí ho. V konečné fázi by měl umět pacient pečovat o urostomii sám (OTRADOVCOVÁ et al, 2006).

Ještě před samotným propuštěním by měl být pacient seznámen se změnami, které ho čekají, např. změny životního stylu, stravovacího režimu apod. Důležitý je také rozhovor lékaře s členy rodiny, protože rodina by měla být připravena na přijetí pacienta domů. Pacienta je informován o stomických poradnách a klubech pro stomiky, které může kdykoli kontaktovat.

Před propuštěním do domácí péče by měl pacient znát:

- způsob ošetřování urostomie,
- komplikace a jejich projevy,

- změny ve stravování a životním stylu,
- kontakt na stomickou poradnu, kam může docházet v případě potřeby,
- kontakt na výdejnu urostomických pomůcek,
- kontakty na kluby stomiků (MARKOVÁ, 2006).

6.3 Následná péče

Po propuštění z nemocnice je pacient sledován v urologické ambulanci a často také v onkologické ambulanci. První kontrola bývá u pacienta většinou do týdne od propuštění z nemocnice, další během měsíce, další tři měsíce po operaci a následně každé 3 měsíce. Pacient by měl navštěvovat taky stomickou poradnu, kde mu zkušená stomická sestra může pomoci s ošetřováním urostomie, zvládnout různé komplikace, předepsat pomůcky nebo zodpovědět na otázky. Pacient může také požádat lékaře o lázeňskou léčbu.

6.4 Komplikace urostomií

Komplikace můžeme rozdělit na časné a pozdní. Mezi časné komplikace patří nekróza okrajů urostomie, nevhodné umístění urostomie, edém, krvácení, zánět v okolí urostomie. Pozdními komplikacemi mohou být prolaps urostomie, stenóza, ulcerace, kožní dermatitidy, sexuální poruchy, inkontinence.

6.5 Zásady při péči o urostomii

Urostomie patří mezi nejméně častý druh stomie. Ošetřování urostomie je odlišné a náročnější než ošetřování kolostomie nebo ileostomie, protože moč je agresivní tekutina, poškozuje kůži a odchází z těla pacienta téměř neustále. V urostomii se může vytvářet hlen, proto je důležité zabránit vzniku a šíření infekce, která by pak následně mohla poškodit ledviny.

Při péči o urostomii platí určité zásady:

- je potřeba pít dostatečné množství tekutin (minimálně 2,5 l denně), zejména kyselé tekutiny (čaj s citrónem), které pomáhají udržet moč kyselou a tím se předchází infekci močových cest,

- doporučuje se pít brusinkový džus nebo čaj, protože brusinky snižují tvorbu sekretu, který produkuje urostomie a zároveň působí jako prevence infekce,
- je dobré, aby si pacient udržoval stálou tělesnou hmotnost,
- nejsou vhodné černá káva a alkohol,
- potrava mění pach moči a její barvu a taky ovlivňuje její kyselost (ovoce, ryby) nebo zásaditost (mléčné výrobky),
- výměna podložky je vhodnější ráno, urostomie je méně aktivní,
- na omytí kůže v okolí urostomie se doporučuje občas používat slabý octový roztok, který ovlivňuje pH kůže (OTRADOVCOVÁ et al., 2006).

6.6 Životní styl urostomiků

Fyzická aktivita a sport

Urostomie nemusí u pacienta ovlivnit jeho pracovní ani další aktivity, jako je třeba sport, zájmy, koníčky. Také opětovné zařazení zpátky do zaměstnání je možné bez větších komplikací, výjimkou jsou jenom některá povolání, kde je práce spojená s větší tělesnou námahou. Po operaci by se pacient neměl fyzicky namáhat 8 týdnů. Asi dva měsíce po operaci může pacient vykonávat celou řadu sportů. Doporučuje se běh, plavání, turistika. Naopak, nedoporučuje se karate. Pacient se může vrátit opětovně do zaměstnání, ale část pacientů po operaci získává částečný nebo úplný invalidní důchod (MARKOVÁ, 2006).

Společenský a rodinný život

Vytvořením urostomie se pacient po operaci dostává do ztížené situace a kvalita jeho partnerského života a života v rodině záleží na vztazích, existujících už před samotnou operací. U pacienta se mohou objevit různé problémy, jako jsou pocity znetvoření, ztráta ženskosti u žen, méněcennost apod. Dále se může objevit taky hněv, úzkost, beznaděj a někdy i pocit zoufalství. U některých pacientů to může vést až k samotnému vyhýbání se společenskému životu a izolaci. Velice důležitá je tady pomoc a podpora rodiny. Velice důležitý je fakt, aby se stomik po čase zapojil zpátky do společenského života, nebál se vycestovat na dovolenou nebo aby se nadále setkával se svými přáteli.

6.7 Urostomické pomůcky

Pacientům jsou k dispozici stomické pomůcky v různých formách: B – Braun, Coloplast, ConvaTec a Dansac, příloha C.

Mezi urostomické pomůcky řadíme jednodílné systémy (urostomický sáček s podložkou) a dvoudílné systémy (základní podložka a urostomický sáček). Urostomické sáčky jsou výpustné a jsou také opatřeny drenážním otvorem, který se dá v noci napojit na drenážní systém. Také mají ventil proti zpětnému toku moče do močového systému, který brání vzniku infekce (MARKOVÁ, 2006).

Mezi další urostomické pomůcky patří čistící roztok, pohlcovač zápachu, odstraňovač náplastí, ochranný krém, ochranný pudr, ochranná pasta, absorpční gel. Pacient má nárok také v určitých limitech na obvazový materiál, jako je obvazová vata a sterilní a nesterilní hydrofilní gáza.

6.8 Kluby stomiků

Velice významnou úlohu v životě stomiků zastávají kluby stomiků. Jedná se o kluby, které zakládají lidé stejného postižení. Členové klubů pořádají pravidelná setkání, pořádají odborné semináře, setkání s odborníky atd. Členy klubu se mohou stát také rodinní příslušníci. Všechny kluby stomiků združuje organizace „České ILCO“, což je sdružení stomiků v České republice. Tato organizace vydává v nepravidelných intervalech informační bulletin s názvem ILCO zpravodaj. Organizací, která působí na Slovensku, je SLOVILCO. Mezinárodní organizací, která zastupuje stomiky celosvětově, je mezinárodní asociace stomiků IOA (www.ilco.cz/pomucky.php).

7 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S KARCINOMEM MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

Pro zpracování ošetřovatelského procesu byl vybrán ošetřovatelský model C. Royové. Základní myšlenkou adaptačního modelu je proces adaptace člověka na pořád se měnící prostředí. Pacient je chápán jako celek s biologickými, sociálními a psychologickými složkami. Model je postavený na stresové adaptační teorii a cílem je obnovení rovnováhy člověka a prostředí a ulehčení adaptace v nové životní situaci. Díky tomuto modelu může sestra získat dostatečné množství informací k sestavení ošetřovatelské anamnézy, diagnóz a k následnému plánování a k realizaci své péči. U pacienta byl proveden operační výkon, který je nevratný a pacient se s ním bude muset vyrovnat, adaptovat se na novou, nelehkou životní situaci. Model C. Royové je velmi vhodný pro pacienty, který se musí vyrovnat s těžkou životní situací a znovu se pokusit adaptovat do běžného života.

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Pacient byl přijat na urologické oddělení pro zjištěný karcinom močového měchýře. Dva měsíce před přijetím k plánované operaci byl pacient odeslán praktickým lékařem pro dlouhotrvající makroskopickou hematurii k urologovi do urologické ambulance. Urologem byla pacientovi v místní anestezii provedena cystoskopie. Po vyšetření byl pacient poslán k TUR močového měchýře, kde byl zjištěn novotvar agresivního původu s výsledkem z histologie PAP IV. Urologem byla doporučena plánovaná operace – radikální cystektomie s derivací močového měchýře dle Brickera a pánevní lymfadenektomie (odstranění močového měchýře, prostaty a lymfatických uzlin).

Jméno a příjmení: X. Y.

Datum narození: 22. 6. 1958

Pohlaví: muž

Věk: 54 let

Vzdělání: středoškolské s maturitou

Stav: ženatý

Oddělení: urologie

Zaměstnání: úředník

Státní příslušnost: ČR

Typ přijetí: plánovaný

Důvod přijetí udávaný pacientem:

Plánovaná operace.

Medicínská diagnóza hlavní:

Tu vesica urinaria

Medicínské diagnózy vedlejší:

Hypertenze

Vyšetření před hospitalizací:

Pacient byl 10 dní před operací poslán obvodním lékařem do interní ambulance na interní předoperační vyšetření (dlouhodobá předoperační příprava).

Pacientovi byla provedena tato vyšetření:

- laboratorní vyšetření krve a moči
- EKG
- RTG srdce a plic
- spirometrie
- scintigrafie skeletu

VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ

TK: 145/90 torr

P: 70/min.

D: 20/min.

TT: 36,4 °C

Výška: 180 cm

Hmotnost: 80 kg

BMI: 24,0 (norma)

Pohyblivost: bez omezení

Stav vědomí: při vědomí, orientovaný

Nynější onemocnění:

Pacient přijat k plánované operaci karcinomu močového měchýře. Vedlejší diagnózou je hypertenze.

Informační zdroje:

- dokumentace pacienta
- pacient
- rodin
- ošetřující personál pracující na oddělení
- ošetřující lékař
- výsledky laboratorních vyšetření

Tabulka 1 – Hodnocení pacienta při příjmu podle Nortonové

Schopnost spolupráce	Věk	Stav kůže	Zvláštní rizika	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyb	Inkontinence
4 úplná	do 10 l	normál	žádné	dobrý	bdělý	chodící, samost.	úplná	kontinentní
3 malá	do 30 l	suchá	sn.imunity horečka diabetes m.	zhoršen	apatický	chodící s dopr.	částečně omezená	obč. inkontin.
2 částečná	do 60 l	vlhká	s.multiplex obezita anémie	špatný	zmatený	sedící na lůžku, v křesle	velmi omezená	inkont. převážně moče
1 žádná	60 l a víc	alergie porušená	on. cév kachexie karcinom	velmi špatný	bezvěd.	ležící	žádná	inkont. moče, stolice
								Celkem: 31

Riziko vzniku dekubitů	nízké (25-24 b.)	střední (23-19 b.)	vyšší (18-14 b.)	Velmi vysoké (13-9 b.)
------------------------	------------------	--------------------	------------------	------------------------

Zdroj: Mikšová, Z. a kol. Kapitoly z ošetrovatelské péče I., 2006, s. 46

Tabulka 2 – Barthelové test všedních činností

	činnost	provedení činnosti	bodové skóre
1.	příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2.	oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3.	koupání	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
4.	osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
5.	kontinence moči	plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
6.	kontinence stolice	plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
7.	použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
8.	přesun lůžko-židle	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 5 0
9.	chůze po rovině	samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku 50 m neprovede	15 10 5 0
10.	chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
Celkem bodů:			100

Hodnocení stupně závislosti:		
ADL 4	0 – 40 bodů	vysoce závislý
ADL 3	45 – 60 bodů	závislost střed. stupně
ADL 2	65 – 95 bodů	lehká závislost
ADL 1	96 – 100 bodů	nezávislý

ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza:

Matka: zemřela ve věku 80 let na cévní mozkovou příhodu

Otec: zemřel ve věku 86 let na infarkt myokardu

Sourozenci: nemá

Děti: 2 dcery - zdravé

Osobní anamnéza:

Překonané a chronické onemocnění:

- r. 2006 – zjištěna hypertenze
- r. 2008 – zánět močového měchýře
- jinak běžná dětská onemocnění

Hospitalizace a operace:

- r. 1980 operace – apendix, apendektomie

Úrazy:

- r. 1976 – fraktura PHK - zápěstí

Očkování:

- dle očkovacího kalendáře

Alergologická anamnéza:

Léky: 0

Potraviny: 0

Chemické látky: 0

Abúzy:

Alkohol: příležitostně

Kouření: 10 cigaret denně

Káva: 2 x denně

Léky: jen ordinované lékařem

Jiné drogy: 0

Léková anamnéza:

Vasocardin	tbl.	100 mg	½-0-0	Betablokátor, Antihypertensivum
Torvacard	tbl.	10 mg	0-0-1	Hypolipidemikum

Urologická anamnéza:

Překonané urologické onemocnění:

- r. 2008 – zánět močového měchýře

Poslední návštěva u urologa:

- listopad 2011

Samovyšetřování varlat:

- neprovádí

Sociální anamnéza:

Stav: ženatý

Bytové podmínky: bydlí v rodinném domě společně s manželkou.

Vztahy, role, a interakce v rodině: dobré - s rodinou vychází dobře

mimo rodiny: dobré - má hodně kam

Záliby: zvířata, procházky, sport

Volnočasové aktivity: TV, malování, čtení, práce na zahradě

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: středoškolské s maturitou

Pracovní zařazení: úředník

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého: momentálně v pracovním poměru

Vztahy na pracovišti: se spolupracovníky v práci vychází velmi dobře

Ekonomické podmínky: dobré - pomáhají si s manželkou navzájem

Spirituální anamnéza: je věřící, pravidelně navštěvuje kostel s manželkou

UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ PODLE MODELU C. ROYOVÉ

MODY	CHOVÁNÍ	STIMULY		
		Fokální	Kontextuální	Reziduální
Fyziologické mody				
Okysličování a cirkulace	P. nemá problémy s dýcháním, bušení srdce nepocítuje. Pokožka růžová, bez cyanotického zbarvení.			
Tekutiny	P. pije samostatně, denně asi 2-3 l tekutin.	P. má někdy obavu z toho, že by mohl zapomenout dostatečně pít.	Časté podávání tekutin, výměna urostom. sáčku dle potřeby za pomoci stomické sestry.	Nesoběstačnost při ošetřování urostomie, výměně urostomického sáčku.
Stravování	Dieta č. 3			
Eliminace	Moč: urostomie, Moč chemicky negativní, výměnu urostom. sáčku dělá personál.	Urostomie. Samovolný odchod moče do sběrného sáčku.	Omezení společenské aktivity, odkázán na pomoc ošetř. personálu.	Nová situace pro pacienta ohledně výměny ur. sáčku a ošetřování urostomie. Pacient nebyl zvyklý starat se o frekvence močení
	Stolice: pravidelná, normální konzistence.			

Aktivity a odpočinek	Pacient spí dobře, denně nácvik výměny urostomického sáčku a péči o urostomii se stomickou sestrou.			
Celková regulace organismu				
Vitální hodnoty	TK: 140/90 torr P: 74/min., pravidelný D: 18/min., pravidelný TT: 36,4 °C			
Smysly	Vědomí plné, jasné, neporušené, pacient je orientován časem, místem, osobou, má zhoršený zrak na blízko.			
Endokrinní systém	Štítná žláza nezvětšená, glykémie 4,8 mmol.			
Sebeuvědomování se				
Fyzikální nitro	Zhoršení zraku. Urostomie.			
Osobnostní nitro		Obavy ze změny obrazu vlastního těla, obavy z adaptace z důvodu změny životního způsobu.	Obavy z částečné nesoběstačnosti, ztráta soukromí.	Pacient se špatně přizpůsobuje novému vzhledu, novým změnám na těle.

Interpersonální nitro	Pacient je teď už ochotný spolupracovat, snaží se.	Společenská izolace. Byl zvyklý chodit hodně do společnosti.	Pacient touží po častější komunikaci a setkávání se stomatickou sestrou.	Pacient hůř chápe novou situaci, která ho čeká. Uvědomuje si, že ho čekají změny v životě.
Rolové funkce				
Primární role	Muž 54 let			
Sekundární role	Otec, manžel, děda.	Plnění manželské a rodičovské role.	Operace-urostomie.	Starost o vzhled a zachování aspoň částečného předešlého životního stylu.
Terciální role	Dočasně nesoběstačný z důvodu zavedení urostomie, pacient je odkázán ještě na pomoc ošetř. personálu.	Snížená soběstačnost v životě.	Ztráta úplně plnohodnotného života bez omezení.	Nenaplnění úplně a dokonalé společenské role.
Vzájemná závislost				
Vzájemná závislost	Muž po chir. výkonu – urostomie.	Snížená sebek péče v oblasti péče o vyprazdňování, omezení některých aktivit denního života.	Diskomfort.	Dočasně porušena adaptace vzhledem k nové situaci u pacienta.

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT:

Ordinovaná vyšetření: KO, FW, biochemie

Výsledky:

Na	140 mmol/l	(135-148 mmol/l)
K	3,3 mmol/l	(3,6-5,5 mmol/l)
Cl	90 mmol/l	(94-112 mmol/l)
Urea	4,4 mmol/l	(1,8-6,7 mmol/l)
Kreatinin	91 mmol/l	(53-91 mmol/l)
AST	0,48 μ katal	(\leq 0,67 μ katal)
ALT	0,66 μ katal	(\leq 0,67 μ katal)
Glykémie	4,8 mmol/l	(3,3-5,8 mmol/l)

Krevní obraz:

Erytrocyty	4,8 x 10 ¹² /l	(4,5-5,3 x 10 ¹² /l)
Hemoglobin	148 g/l	(130-155 g/l)
Hematokrit	40%	(37-43%)
Leukocyty	10x 10 ⁹ /l	(8-12 x 10 ⁹ /l)
Monocyty	4	(1-6)
Lymfocyty	44	(25-50)

Konzervativní léčba:

Dieta: 3

Pohybový režim: volný

RHB: 0

Výživa: per os

Medikamentózní léčba:

- **Per os :**

Vasocardin 100 mg ½ tbl. – 1 krát denně ráno v 8.00 hod.

Torvacard 10 mg 1 tbl. – 1 krát denně večer v 18.00 hod.

- **Intravenózní:**

Ringerův roztok 500 ml – 1 krát denně ráno rychlostí 80 ml/hod., podle
laboratorních výsledků přidat 7,5 % KCl 30 ml

- **Jiná : s.c.** Fraxiparine 0.4 ml – 1 krát denně večer v 18.00 hod.

Chirurgická léčba:

Pacient byl přijat k plánované operaci – radikální cystektomie s derivací močového měchýře dle Brickerera a pánevní lymfadenektomie (odstranění močového měchýře, prostaty a lymfatických uzlin). Operace provedena v celkové anestezii, bez výraznějších komplikací, krevní ztráta během operace asi 1 litr. Na operačním sále byla pacientovi zavedena nosogastrická sonda na spád (NGS), centrální žilní katétr (CŽK) do v. jugularis dexter, 2 ureterální cévky, stomická cévka a epidurální katétr.

SITUAČNÍ ANALÝZA:

Pacient P. H., narozen v roce 1958, tj. 54 let, přijatý na urologické oddělení s diagnózou uroteliální karcinom močového měchýře, pro plánovaný chirurgický výkon – radikální cystektomie s derivací močového měchýře dle Brickerera s pánevní lymfadenektomií. Pacient se léčí s hypertenzí, krevní tlak je u něho sledován, pravidelně užívá léky. Má problémy se zrakem, na čtení používá brýle. Po operaci byl pacient přeložen na jednotku intenzivní péče (JIP), kde byl hospitalizován 6 dní. Nyní je pacient celkově devátý den po operaci. Z JIP byl pacient přeložen zpátky na standardní urologické oddělení. Pacient je tedy devátý den po operaci a třetí den na standardním urologickém oddělení. Pacient má zaveden periferní žilní katétr (PŽK) v pravé horní končetině, pro podávání infuzních roztoků. Pacient neudává toho času žádnou bolest, cítí se poměrně dobře. TT je 36,4°C. Problémy se stolicí pacient po operaci neudává. Pacient je nyní už soběstačný, po pokoji i oddělení již chodí sám. Pořád má ale obavy z urostomie, přemýšlí, vyhýbá se pohledu na své tělo. Neví, jestli bude schopen se naučit pečovat sám o urostomii. Neustále přemýšlí, jestli se bude znovu moct zařadit do normálního běžného života, jestli se bude moci vrátit do zaměstnání. A netuší, jak to vše zvládne. Jinak je pacient orientovaný, při vědomí, spolupráce je přiměřena jeho schopnostem.

Stanovení ošetrovatelských diagnóz podle NANDA taxonomie I

Na základě ošetrovatelské anamnézy, podle probíhajícího ošetrování a s přihlédnutím k prioritám pacienta bylo stanoveno celkem 5 ošetrovatelských diagnóz. Čtyři ošetrovatelské diagnózy jsou aktuální a jedna ošetrovatelská diagnóza je potenciální.

Aktuální ošetrovatelské diagnózy

1. Tkáňová integrita porušena z důvodu operačního výkonu, projevující se urostomií.
2. Obraz těla porušený z důvodu chirurgického výkonu, projevující se verbalizací, pocitem diskomfortu a vyhýbáním se pohledu na své tělo.
3. Neznalost, potřeba poučení z důvodu urostomie, projevující se neschopností pečovat o urostomii.
4. Společenská interakce porušená z důvodu zhoršené kontroly nad vyprazdňováním moče, projevující se verbalizací negativních pocitů (obavy ze společenských aktivit, ze ztráty zaměstnání).

Potenciální ošetrovatelské diagnózy

5. Infekce, riziko vzniku z důvodu zavedení periferního žilního katétru.

Ošetrovatelská diagnóza č. 1

Tkáňová integrita porušená z dôvodu operačného výkonu, prejavujúci sa urostomií.

Cíl krátkodobý:

Pacient zná príčinu porušenej tkáňovej integrity a rizikové faktory.

Cíl dlhodobý:

Pacientovi sa hojí urostomie po celú dobu hospitalizácie per primam.

Priorita: stredná

Výsledná kritéria:

Pacient má urostomiu klidnú do 6 dní.

Pacient zná rizikové faktory a je dostatočne edukovaný o možných komplikáciách.

Pacient dodržiava liečebné a preventívne opatrenia vedúce k hojeniu urostomie do 1 dňa.

Intervence:

Edukuj pacienta dostatočne o možných komplikáciách, ktoré môžu nastať vplyvom nesprávnej manipulácie s urostomií – sestra, do 2 hodín.

Zhodnoť a všimaj si miesta i okolia urostomie (funkčnosť, farbu a príměsi, množstvo) - po dobu celej hospitalizácie – sestra, do 2 hodín.

Zajisti pacientovi kontakt so stomickou sestrou – sestra, do 2 hodín.

Všetchny zjištěné informace zaznamenávej do dokumentace – sestra, po dobu celej hospitalizácie.

Vyhrad' si dostatek času na rozhovor s pacientem, dej mu prostor na prípadné dotazy – sestra, po dobu celej hospitalizácie.

Seznam pacienta se všemi možnými komplikacemi, které mohou vzniknout v souvislosti s urostomií – sestra, do 1 dňa.

Neustále pacienta psychicky podporuj – sestra, po dobu celej hospitalizácie.

Informuj pacienta o prípravcích, ktoré slouží k péči o kůži v okolí urostomie – sestra, do 2 dní.

Informuj pacienta o nošení voľného oděvu v oblasti urostomie, který nebude dráždit kůži – sestra, do 1 dňa.

Striktně pečuj o hygienu kůže v okolí urostomie – sestra, po dobu celej hospitalizácie.

Pravidelně kontroluj povrch kůže a okolí urostomie – sestra, po dobu celé hospitalizace.
Při ošetřování urostomie zachovávej vždy zásady asepse – sestra, po dobu celé hospitalizace.

Po hygieně v okolí urostomie důkladně osuš kůži a nanes ochranný krém – sestra, po dobu celé hospitalizace.

Urostomický sáček vyměňuj pravidelně dle potřeby – sestra.

Realizace:

Pacienta jsem edukoval o možných komplikacích, které mohou vzniknout při nesprávné manipulaci s urostomií. Zhodnotil jsem celkový vzhled urostomie a všiml si i okolí urostomie. Urostomie u pacienta byla bez výrazných změn a nebyly patrné žádné známky infekce v okolí. Všechny zjištěné výsledky jsem zaznamenal do dokumentace. Pravidelně jsem u pacienta vyměňoval urostomický sáček. Poučil jsem ho, že je vhodné, aby nosil volnější oděv, který nebude dráždit okolí urostomie. Pravidelně jsem také pečoval o hygienu kůže v okolí urostomie, kůži jsem vždy pečlivě osušil a na kůži jsem nanesl ochranný krém. Při ošetřování urostomie jsem vždy zachovával zásady asepse. Pacienta také denně navštěvovala stomická sestra, která mu vše vysvětlila. Poučila ho, jak má zacházet s urostomickým sáčkem a také jak má celkově pečovat o kůži v okolí urostomie, aby se urostomie hojila během celé hospitalizace per primam.

Hodnocení:

Cíl u pacienta byl splněn, urostomie se u pacienta hojila per primam během celé doby hospitalizace. Pacient zná příčinu porušené tkáňové integrity i rizikové faktory.

Ošetrovatelská diagnóza č. 2

Obraz těla porušený z důvodu chirurgického výkonu, projevující se verbalizací, pocitem diskomfortu a vyhýbáním se pohledu na své tělo.

Cíl krátkodobý:

Pacient dokáže mluvit o svém problému do 2 dnů.

Pacient přijme příčinu porušeného obrazu těla do 2 hodin.

Cíl dlouhodobý:

Pacient se vyrovná se svým vzhledem před propuštěním do domácího léčení.

Pacient nemá sníženou kvalitu života.

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

Pacient projevuje důvěru ke stomické sestře a ošetřujícímu personálu – do 1 dne.

Pacient je dostatečně edukovaný stomickou sestrou – do 2 dnů.

Pacient je seznámený se změnou ve vyprazdňování – sestra, do 1 hodiny.

Pacient zná pomůcky, které zajistí jeho komfort – do 1 dne.

Pacient akceptuje stomické pomůcky – do 3 dní.

Pacient verbalizuje pocit zlepšení - do 4 dnů.

Pacient je informován o možnosti rozhovoru s psychologem – do 1 dne.

Intervence:

Promluv si s pacientem a naslouchej mu – sestra, do 2 hodin.

Navrhni pacientovi možnost rozhovoru s psychologem – sestra, do 1 dne.

Promluv s rodinou o psychické podpoře pacienta – sestra, do 2 dnů.

Zajisti kontakt se stomasestrou – sestra, do 1 dne.

Pacientovi dej vždy prostor na dotazy a odpověz mu na případné dotazy – sestra, po celou dobu hospitalizace.

Poskytni pacientovi dostatek prostoru k vyjádření jeho obav a psychicky ho neustále podporuj – sestra, po celou dobu hospitalizace.

Realizace:

S pacientem jsem si pohovořil a neustále jsem se snažil mu naslouchat. Pacient se mi svěřil, že má obavy ze své nové situace po operaci. Udával, že si na novou situaci ohledně urostomie musí pomalu zvykat. Snažil jsem se ho vždy zapojovat do péče o urostomii. Promluvil jsem si také s rodinou pacienta o psychické podpoře pacienta. Pacienta jsem neustále po celou dobu hospitalizace podporoval. Podporovala ho také jeho rodina, jeho manželka za ním docházela do nemocnice každý den. Pacient si toho velice vážil a byl jí za to vděčný. Umožnil jsem pacientovi kontakt se stomickou sestrou, která mu ochotně zodpověděla všechny dotazy. Nabídl jsem pacientovi možnost návštěvy psychologa, kterou jednou využil. Postupně si uvědomoval svojí novou situaci ohledně urostomie, aktivně se zapojoval do péče o ní a snažil se přijmout novou situaci v rámci svých možností.

Hodnocení:

Cíl byl u pacienta splněn. Pacient se snažil získat co nejvíce informací od ošetřujícího personálu a z edukačního materiálu. Pacient zná příčinu porušeného obrazu těla a dokáže mluvit o svém problému s ošetřujícím personálem, stomickou sestrou i se svojí rodinou. Velkou podporou rodiny a citlivým přístupem ošetřujícího personálu se celkový pohled pacienta na urostomii zlepšil. Pacient se při propuštění do domácího léčení nevyhýbá pohledu na své tělo.

Ošetrovatelská diagnóza č. 3

Neznalosť, potreba poučení z dôvodu urostomie, prejavujúci se neschopnosťí pečovať o urostomii.

Cíl krátkodobý:

Pacient bude mít základní informace o ošetřování urostomie do 3 dnů.

Pacient bude mít dostatek edukačních materiálů do 2 dnů.

Cíl dlouhodobý:

Pacient bude při propuštění do domácího léčení péči o urostomii zvládat sám.

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

Pacient zná kontakt na stoma poradny a stomickou sestru do 4 dnů.

Pacient bude mít dostatek edukačního materiálu do 2 dnů.

Pacient bude schopen spolupráce do 2 dnů.

Pacient bude dostatečně edukován o správné životosprávě a správném pitném režimu do 4 dnů.

Pacient bude plně edukován stomickou sestrou o ošetřování urostomie do 4 dnů.

Pacient bude mít dostatek informací o možných komplikacích a o tom, jak a kde je může řešit, do 4 dnů.

Intervence:

Posuď celkový stav pacienta, fyzické a psychické možnosti a schopnosti pacienta – sestra, do 1 hodiny.

Seznam se s diagnózou pacienta a jeho aktuálním pohledem na situaci – sestra, do 1 hodiny.

Zajisti edukaci pacienta stomickou sestrou – sestra, ihned.

Zjistí celkovou úroveň znalostí o problematice urostomií – sestra, do 1 hodiny.

Poskytuj pacientovi informace, které souvisí s danou situací – sestra, ihned.

Zjistí míru schopnosti pacienta učit se a neustále pacienta motivuj – sestra, ihned.

Zajisti vhodné edukační materiály pro pacienta – stomická sestra, do 1 dne.

Pro edukaci pacienta zajisti vždy vhodné prostředí – sestra, ihned.

Podporuj u pacienta aktivní přístup k edukaci – sestra, ihned.

Zajisti pomoc rodiny a blízkých – sestra, do 1 dne.

Vyhrad' si čas na vyslechnutí pacienta a jeho rodiny, aby bylo možné včas zjistit případné překážky při účasti v režimu – sestra, do 2 hodin.

Umožni komunikaci mezi osobami ošetřujícími pacienta – sestra, ihned.

Udělej si čas na rozhovor o pocitech vyvolaných situací – sestra, do 1 hodiny.

Realizace:

U pacienta jsem posoudil celkový stav a jeho schopnosti a možnosti zapojit se do procesu ošetřování urostomie. Ze začátku odmítal spolupráci, protože potřeboval čas se s novou situací ztotožnit. Pacient měl ze začátku obavy, jestli péči bude zvládat. Seznámil jsem ho s jeho novou situací ohledně urostomie a vysvětlil mu, že bude nutné, aby se s pomocí stomické sestry naučil o urostomii pečovat. Zajistil jsem mu dostatek edukačního materiálu. Kontaktoval jsem i rodinu pacienta a vysvětlil jim důležitost podpory pacienta v nelehké životní situaci. Pacientovi jsem zajistil kontakt se stomickou sestrou. Stomická sestra ho navštěvovala každý den, edukovala ho o výměně urostomického sáčku a zodpověděla vždy důkladně jeho dotazy, příloha D. Také aktivně pacienta zapojovala do nácviku výměny urostomického sáčku podle jeho možností. Pacient byl zpočátku ostýchavý, nakonec se začal snažit a postupně sám zvládal nácvik výměny urostomického sáčku. Rodina ho také aktivně podporovala ve zvládnání nové nelehké situace. Pacienta jsem chválil za jeho snahu a zájem zlepšit celkový přístup k problému, vždy jsem zodpověděl jeho případné dotazy.

Hodnocení:

Cíl byl u pacienta splněn, pacient byl při propuštění do domácího léčení schopen sám pečovat o urostomii. Pacient byl plně edukovaný stomickou sestrou o ošetřování urostomie, o možných komplikacích, o zásadách při péči o urostomii, o správné životosprávě a o dostatečném pitném režimu. Pacient zná kontakt na stomickou sestru a na stomickou poradnu. Ví, kde může v případě potřeby vyhledat pomoc. Při propuštění do domácího léčení je vybavený potřebnými pomůckami k ošetřování urostomie na jeden týden.

Ošetrovatelská diagnóza č. 4

Společenská interakce porušená z důvodu zhoršené kontroly nad vyprazdňováním moče, projevující se verbalizací negativních pocitů (obavy ze společenských aktivit, ze ztráty zaměstnání).

Cíl krátkodobý:

Pacient dá najevo snahu pro dosažení pozitivních změn ve společenském chování do 2 dnů.

Cíl dlouhodobý:

Pacient se bude snažit aktivně zapojit do společnosti do 2 měsíců.

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

Pacient dokáže bez problémů popsat faktory, které mu vadí do jednoho dne.

Pacient se sám aktivně snaží odstranit negativní faktory, které mu vadí do 2 dnů.

Pacient se bude bez negativních pocitů pohybovat ve společnosti.

Intervence:

Dostatečně komunikuj s pacientem a dej mu prostor na dotazy – sestra, denně.

Zjistí sociální a osobní anamnézu pacienta z hlediska stresujících záležitostí nebo dlouhodobého onemocnění – sestra, do 2 hodin.

Všímej si vztahů a společenského chování v rodině – sestra, průběžně.

Pozoruj pacienta při jednání s rodinnými příslušníky – sestra, průběžně.

Pobízej pacienta k vyjádření obtíží ve společenských situacích a s nimi souvisejících pocitů – sestra, denně.

Pozorně vždy vyslechni pacientovy stížnosti a připomínky – sestra, denně.

Urči pacientovy schopnosti poradit si s problémy a jeho obranné mechanismy – sestra, do 2 dnů.

Promluv si s rodinou, kamarády, blízkými osobami pacienta a zjisti, jaké pozorují změny v chování pacienta – sestra, do 2 dnů.

Vždy pacienta psychicky povzbuzuj.

S pacientem se snaž navázat co nejužší terapeutický vztah – sestra, do 2 dnů.

Do procesu zapoj pacientovu rodinu – sestra, do 2 dnů.

Podporuj pacienta ve snaze o zlepšení sociálního chování a společenských interakcí – sestra, po celou dobu hospitalizace.

Nabídní pacientovi možnost setkání a rozhovoru s psychologem- sestra, do 2 dnů.

Pracuj s pacientem na zmírnění negativního sebepojetí – sestra, po celou dobu hospitalizace.

Doporuč pacientovi veřejné programy, do nichž by se mohl zapojit a získat podporu (kurzy, tištěné materiály, veřejné podpůrné skupiny a přednášky o zmírnění negativního sebepojetí) – sestra, do propuštění do domácího léčení.

Realizace:

S pacientem jsem se během hospitalizace snažil vždy dostatečně komunikovat a odpovědět mu na případné dotazy. Všiml jsem si vztah u pacienta ke své manželce, dcerám a blízkým, kteří ho navštěvovali. Pacient vycházel s celou rodinou velmi dobře. Manželka a dcera ho neustále podporovaly a snažily se mu ulehčit těžkou životní situaci. Vztahy v rodině jsem proto vyhodnotil jako velmi dobré. Pacient s blízkými mluvil vždy otevřeně. Promluvil jsem si s rodinou a ptal se, jestli pozorovaly změny v chování u pacienta. Manželka mi sdělila, že pacient má menší obavy, jestli se bude moct vrátit zpátky do zaměstnání a neví, jestli zvládne po propuštění z nemocnice oslavu kamarádových narozenin. S pacientem jsem si znovu promluvil a snažil jsem se získat si jeho důvěru. Pacient mi sdělil své nepříjemné pocity. Vysvětlil jsem mu, že i v této těžké situaci není nijak omezován ve společenském životě a že urostomie není důvodem k tomu, aby se nemohl vrátit do zaměstnání, nebo aby se v budoucnu neúčastnil společenských událostí, na které byl zvyklý. Pacient velice pozorně naslouchal. Nabídnul jsem mu v případě potřeby rozhovor s psychologem. Doporučil jsem mu také, po propuštění navštívil klub stomiků. V tomto klubu se konají setkání stomiků, kteří měli po operaci podobné problémy se zapojením se do společenského života jako on. Pacient na mě působil velmi klidně a slíbil, že po propuštění do domácího léčení určitě navštíví klub stomiků a z oslavy kamarádových narozenin mi pošle fotky jako důkaz toho, že se dokázal znova zapojit do společenského života.

Hodnocení

Krátkodobý cíl byl splněn, pacient byl při propuštění z nemocnice pozitivně naladěný a mluvil o tom, že se bude snažit znovu začlenit do společenského života. Pochopil a uvědomil si, že operace, i když velice náročnou, život nekončí, ale jde dál. Dlouhodobý cíl, který jsem si u pacienta stanovil, nemohl být splněn, protože s těžkou životní situací, kterou pacient prožívá, se nedá vyrovnat v tak krátkém časovém období. Jedná se celkově o velký zásah do pacientova života. Jde o přirozený proces, kdy člověk potřebuje dostatek času, aby se dané situaci přizpůsobil a snažil se s ní žít a vyrovnat. V ošetrovatelských intervencích by se proto mělo pokračovat dál i po propuštění pacienta do domácího prostředí.

Ošetrovatelská diagnóza č. 5

Infekce, riziko vzniku z důvodu zavedení periferního žilního katétru.

Cíl dlouhodobý:

U pacienta nedojde po dobu hospitalizace ke vzniku infekce.

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

Pacient nemá místní ani celkové projevy zánětu po dobu hospitalizace.

Kůže kolem místa vpichu je bez známek zánětu po dobu hospitalizace.

Intervence:

U pacienta pravidelně kontroluj funkčnost žilního katétru – sestra, 3x denně.

Kontroluj a sleduj místo vpichu u zavedeného periferního žilního katétru (PŽK) – sestra, 5x denně.

Sleduj u pacienta fyziologické funkce a projevy zánětu – sestra, 3x denně.

Výměnu žilního katétru prováděj vždy za aseptických podmínek – sestra, 1x za 3 – 5 dní dle standardu oddělení.

Informuj pacienta o dodržování každodenní hygieny – sestra, denně.

Převazy žilního katétru prováděj asepticky – sestra, 1x za 24 hodin a podle potřeby.

Pacienta chraň vždy před nozokomiálními nákazami.

Pouč pacienta o možných způsobech prevence infekce – sestra, do 2 hodin.

Všechny provedené výkony zapisuj do ošetrovatelské dokumentace pacienta – sestra, denně.

Realizace:

U pacienta jsem každý den kontroloval okolí vpichu PŽK, jeho funkčnost a délku zavedení. Převaz jsem prováděl vždy minimálně jednou za 24 hodin za aseptických podmínek. Používal jsem rukavice, dezinfekci a sterilní krytí. Po odstranění původního krytí jsem místo vpichu odezinfikoval, očistil ho a znovu překryl novým sterilním krytím. U pacienta jsem pravidelně sledoval místní a celkové známky infekce (otok, zarudnutí, bolest), zvýšenou teplotu a 3 x denně jsem u pacienta měřil tělesnou teplotu,

jestli není zvýšená. Pacienta jsem informoval o dodržování každodenní hygieny. Všechny provedené výkony jsem zaznamenával do ošetrovatelské dokumentace pacienta.

Hodnocení:

Cíl byl u pacienta splněn. Pacient zná způsoby prevence vzniku infekce a po dobu hospitalizace u něho nedošlo ke vzniku infekce.

Celkové vyhodnocení ošetrovatelské péče:

Pacient absolvoval na urologické klinice operaci, která byla velmi náročná a negativně zasáhla pacienta v jeho životě. Pacient je plně seznámen se svým onemocněním, prognózou a dalším postupem po propuštění do domácího léčení. Rozumí a chápe všechny informace. Pacient i přes náročnou situaci hospitalizaci snášel dobře, spolupracoval s lékaři i s celým ošetrovatelským týmem. Aktivně spolupracoval na vybraných intervencích, nebránil se edukaci a aktivně spolupracoval i se stomickou sestrou. Pacient byl komunikativní a nápomocný. V krátkém čase se mi podařilo si s pacientem vytvořit důvěrný vztah a zlepšit jeho psychický stav. Spolupráce s rodinou byla výborná a také bez problémů, rodina pacienta neustále podporovala v jeho nelehké situaci. Podle změn pacientova stavu musí některé ošetrovatelské zásahy pokračovat i nadále. Pacient se snaží aktivně se zapojovat do léčby, je pozitivně naladěný, vytrvalý. Psychicky se vyrovnal s těžkou životní situací a je rád, že to už má za sebou. Pacient celkově hodnotí ošetrovatelskou péči pozitivně.

8 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Doporučení pro pacienta:

- dodržovat zásady správné výživy a dostatečný pitný režim,
- být vždy pozitivně naladěn,
- zajímat se o novinky v péči o urostomii,
- pečovat o svojí duševní a tělesnou kondici,
- spolupracovat s lékařem při další léčbě,
- pravidelně absolvovat lékařské kontroly,
- navázat kontakt s lidmi se stejnou diagnózou a informovat se o klubech stomiků,
- zapojit se do aktivit dobrovolného sdružení urostomiků ILCO (přednášky odborníků, rekondiční pobyty, společenské akce),
- mít zájem na zlepšení svého celkového zdravotního stavu.

Doporučení pro rodinu:

- vždy podporovat a pomáhat,
- poskytnout oporu,
- chválit a pozitivně motivovat,
- zařídit pravidelné návštěvy kamarádů, známých,
- podporovat v začlenění do společenského života.

Doporučení pro praxi:

- pro každého pacienta vypracovat individuální plán ošetrovatelské péče, na jehož realizaci se podílí celý ošetrovatelský tým,
- ke každému pacientovi přistupovat individuálně, empaticky, být mu vždy nápomocný a s pacientem pracovat trpělivě a v rámci jeho možností,
- dostatečně edukovat pacienta o správné péči o urostomii,

- edukovat rodinu pacienta a potřebě pacientovi pomáhat, psychicky ho podpořit a chápat ho,
- pacientovi poskytnout vždy dostatek vhodného informačního materiálu a informací o organizacích, na které se pacient může kdykoli obrátit.

ZÁVĚR

Tématem bakalářské práce byla komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s karcinomem močového měchýře, který byl hospitalizován na Urologické klinice v Praze s diagnózou karcinom močového měchýře.

Cílem bakalářské práce bylo zpracování ošetrovatelského procesu na urologickém oddělení u pacienta s karcinomem močového měchýře, navrhnout a realizovat individuální plán ošetrovatelské péče a vyvodit specifika péče o pacienta. Ošetrovatelský proces byl zpracován dle ošetrovatelského modelu C. Royové, což se ukázalo jako správná volba. Nedílnou součástí ošetrovatelského procesu byl také edukační proces, na který by se měl klást velký důraz. Hlavní úlohu v něm sehrávala stomická sestra, i když ostatní ošetroující personál by se na něm měl také podílet. Při edukaci pacienta je ale nutné také zdůrazňovat důležitost spolupráce pacienta a rodiny s ošetroujícím personálem. Edukace není jednoduchý proces, musí se vždy myslet na to, že každý pacient je jiný a jedinečný a vnímá proces učení jinak. Edukace má velký význam, díky ní se může zlepšit celková spolupráce mezi pacientem a zdravotníky a pacientovi může být poskytnuta lepší úroveň ošetrovatelské péče.

Dalším cílem bylo také zjistit, jak se člověk po absolvování tak náročné operace, jako je karcinom močového měchýře, postaví k dané situaci v pooperačním období a jestli pro něho bude těžké se s danou situací smířit a přijmout ji. Už samotná diagnóza, která byla pacientovi stanovena, byla velmi závažná. Operační výkon, kterým bylo vyvedení urostomie, je výkonem nevratným a poznamená pacienta na celý život. Z psychologického hlediska vyvolá už jenom tato závažná diagnóza u pacienta děs. Nemoc se velmi dotkne nejen pacienta, ale celé jeho rodiny. Bezprostředně po operaci se pacient stavěl k celé situaci spíše skepticky. Postupně se ale snažil celou situaci přehodnotit a přijmout ji. Vedl si statečně a dostal velkou chuť bojovat. Velmi velkým přínosem pro něho byla, kromě profesionální péče celého zdravotnického týmu, také pomoc rodiny a blízkých, kteří se mu snažili pomoci v maximální možné míře a jejich snaha se jim v tomto případě vyplatila.

Velice důležitým a přínosným okamžikem v životě každého nemocného je samotné vyrovnání se se závažnou diagnózou a následnou situací, kdy se rozhodne s nemocí bojovat. Už to je prvním velmi podstatným krokem k úspěšné léčbě.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Seznam literatury je zpracován dle normy ČSN ISO 690: 2011

1. ADAM, Z., J. VORLÍČEK. *Speciální onkologie*. Brno: Masarykova univerzita, 2002. 542 s. ISBN 80-210-2826-2.
2. ADAM, Z., J. VORLÍČEK, J. KOPTÍKOVÁ. *Obecná onkologie a podpůrná léčba*. Praha: Grada, 2003. 787 s. ISBN 80-247-0677-6.
3. ADAM, Z., J. VORLÍČEK, J. VANÍČEK. *Diagnostické a léčebné postupy u maligních chorob*. 2. aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004. 684 s. ISBN 80-247-0896-5.
4. ARCHALOUSOVÁ, A. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. Hradec Králové: NUCLEUS HK, 2003. 99 s. ISBN 80-862-2533-X.
5. ARCHALOUSOVÁ, A., Z. SLEZÁKOVÁ. *Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe*. Hradec Králové: Nucleus HK, 2005. 107 s. ISBN 80-86225-63-1.
6. BABJUK, M., M. MATOUŠKOVÁ, J. NOVÁK. *Urologie: doporučené diagnostické a léčebné postupy u urologických nádorů*. Praha: Česká urologická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, 2003. 95 s. ISBN 80-7262-233-1.
7. BABJUK, M. a kol. *Konsenzuální doporučené postupy v uroonkologii*. Praha: Galén, 2009. 126 s. ISBN 978-80-7262-639-7.
8. ČIHÁK, R. *Anatomie 2*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 470 s. ISBN 80-247-0143-X.
9. DOENGES, M. E., M. F. MOORHOUSE. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přepr. a rozšíř. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 565 s. ISBN 80-247-0242-8.
10. DVOŘÁČEK, J., M. BABJUK. *Onkourologie*. Praha: Galén, 2005. 589 s. ISBN 80-726-2349-4.
11. KAWACIUK, I. *Urologie*. Praha: Galén, 2009. 531 s. ISBN 978-80-7262-626-7.
12. KLENER, P. *Klinická onkologie*. Praha: Galén, 2002. 686 s. ISBN 80-246-0468-X.
13. KREML, P. *Stomické pomůcky* [online]. [cit.2013-24-03]. Dostupné z: <http://www.ilco.cz/pomucky.ph>

14. MARKOVÁ, M. *Stomie gastrointestinálního a močového traktu*. Brno: NCO NZO, 2006. 68s. ISBN 80-7013-434-8.
15. MICHALSKÝ, R., D. MÍKA. *Urologie pro studující ošetrovatelství*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik v Opavě, Ústav ošetrovatelství, 2011. 105 s. ISBN 978-80-7248-676-2.
16. MIKŠOVÁ, Z., M. FRONKOVÁ, M. ZAJÍČKOVÁ. *Kapitoly z ošetrovatelské péče 2*. Aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. 171 s. ISBN 80-247-1443-4.
17. NEJEDLÁ, M. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1150-8.
18. NĚMCOVÁ, J. *Příklady praktických aplikací témat z předmětů Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Plzeň: Maurea, 2012. 114 s. ISBN 978-80-904955-5-5.
19. ONDRUŠ, D. a kol. *Nádory močového mechúra: diagnostika a léčba*. Martin: Osveta, 2000. 255 s., obr. ISBN 80-806-3035-6.
20. OTRADOVCOVÁ, I., L. KUBÁTOVÁ. *Komplexní péče o pacienta se stomií*. Praha: Galén, 2006. 54 s. ISBN 80-726-2432-6.
21. VORLÍČEK, J., J. ABRAHÁMOVÁ, H. VORLÍČKOVÁ. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada, 2006. 328 s. ISBN 80-247-1716-6.
22. ŽIAKOVÁ, K. *Ošetrovatel'ské konceptuálne modely*. Martin: Osveta, 2007. 189 s. ISBN 978-808-0632-472.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A-Klasifikace nádorů močového měchýře	I
Příloha B-Způsoby náhrady močového měchýře.....	III
Příloha C-Ukázka urostomických pomůcek pro péči o urostomii	IV
PřílohaD -Ukázka edukace pacienta na urologickém oddělení VFN v Praze	V
Příloha E-Čestné prohlášení studenta	VIII

Příloha A - Klasifikace nádorů močového měchýře

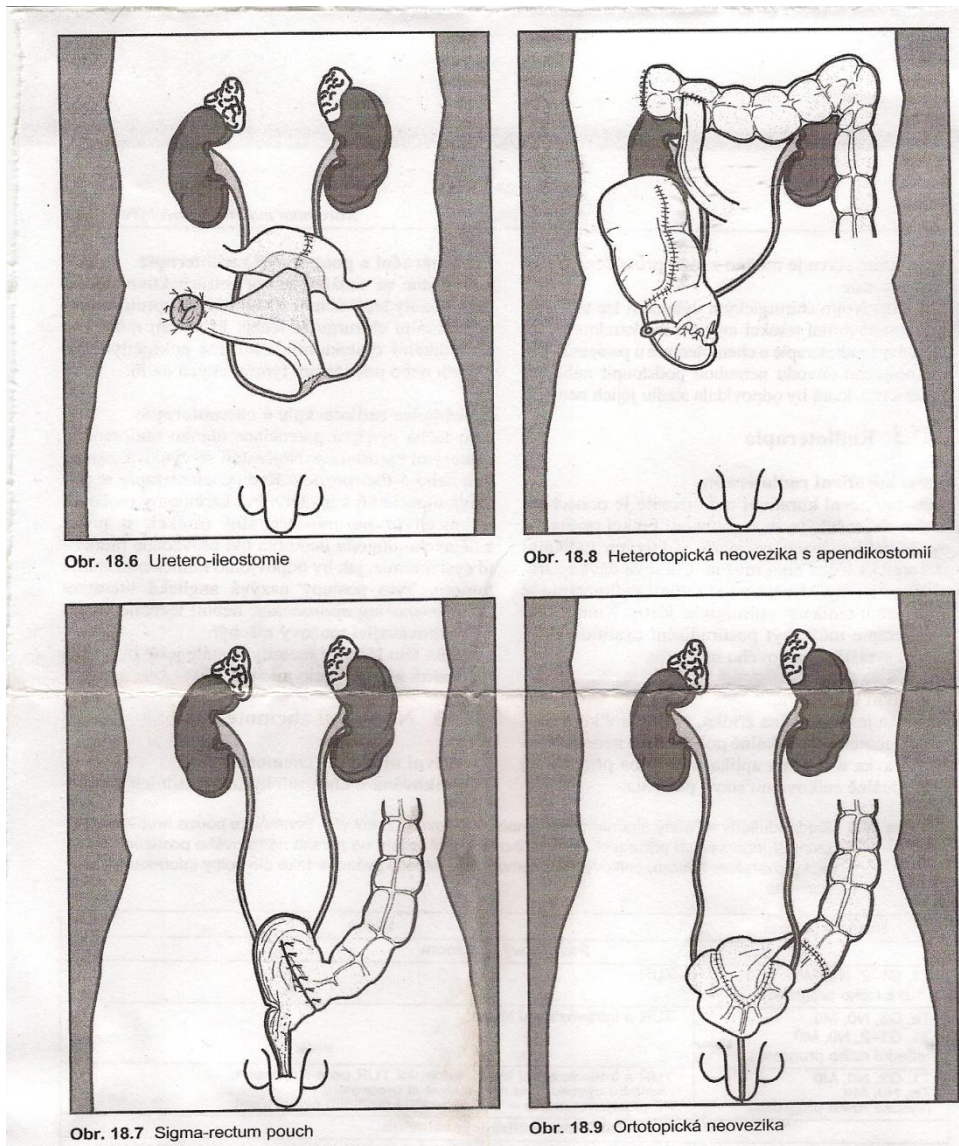
TNM Klasifikace karcinomu močového měchýře	
T	Primární tumor
TX	Primární nádor nelze posoudit
T0	Bez známek primárního nádoru
Ta	Neinvazivní primární karcinom
Tis	Carcinoma in situ
T1	Nádor postihuje subepiteální pojivovou tkáň
T2	Nádor postihuje svalovou vrstvu:
T2a	Vnitřní polovinu
T2b	Zevní polovinu
T3	Nádor postihuje prevezikální tkáň
T3a	mikroskopicky
T3b	makroskopicky
T4	Infiltrace pánevních orgánů, stěny pánve a stěny břicha
T4a	Nádor postihuje prostatu, uterus nebo vaginu
T4b	Nádor postihuje stěnu pánve nebo břicha
N	Regionální lymfatické uzliny
NX	Uzliny nelze posoudit
N0	Bez známek postižení lymfatických uzlin
N1	Metastáza v jedné uzlině menší než 2 cm
N2	Metastáza v jedné uzlině větší než 2 cm, ale menší než 5 cm Metastázy v lymfatické uzlině větší než 5 cm
N3	Metastázy v lymfatické uzlině větší než 5 cm
M	Vzdálené metastázy
MX	Přítomnost vzdálených metastáz nelze určit
M0	Bez známek vzdálených metastáz
M1	Prokázané vzdálené metastázy

Klinická stádia karcinomu močového měchýře			
Stadium 0a	Ta	N0	M0
Stadium 0is	Tis	N0	M0
Stadium I	T1	N0	M0
Stadium II	T2a	N0	M0
	T2b	N0	M0
Stadium III	T3a	N0	M0
	T3b	N0	M0
	T4a	N0	M0
Stadium IV	T4b	N0	M0
	každé T	N1	M0
	každé T	N2	M0
	každé T	N3	M0
	každé T	každé N	M0
			M1

Zdroj:

ADAM, Z., J. VORLÍČEK, J. VANÍČEK. *Diagnostické a léčebné postupy u maligních chorob.*

Příloha B - Způsoby náhrady močového měchýře



Zdroj:

ADAM, Z., J. VORLÍČEK, J. VANÍČEK. *Diagnostické a léčebné postupy u maligních chorob.*

Příloha C - Ukázka urostomických pomůcek pro péči o urostomii



Zdroj:

<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/stomik-v-hospicove-peci-447363>

PřílohaD - Ukázka edukace pacienta na urologickém oddělení VFN v Praze

Edukace je výchovný proces. Jedná se o výchovu pacienta k samostatné péči o vlastní onemocnění, při kterém pacient přebírá větší část odpovědnosti za vlastní zdraví na sebe. Pojem edukace vychází z latinského slova educo, educare, co znamená vychovávat. Edukace je nedílnou součástí ošetřovatelství. V edukačním procesu by měl samotný pacient získat nové informace, pochopit je a nakonec je umět ve svém životě i použít.

Forma edukace: verbální, psaná

Reakce na edukaci: verbální pochopení edukace

Příjemce edukace: pacient

Edukaci provedl: stomická sestra

Příprava a výměna pomůcek

- Pomůcky vyměňujte tak často, jak je třeba, ideální doba je hned ráno.
- Předem si připravte vše potřebné: šablonu pro změření urostomie, podložku a sáček, buničinu nebo měkký toaletní papír a čtvereček gázy na osušení, kosmetické přípravky: roztok stomický Coloplast, Prep ochranný film, sáček na použité pomůcky.

Příprava

- Před nalepením lepícího materiálu na tělo je nutné vystříhnout otvor, který odpovídá prostomii.
- Po vystřížení otvoru si připravte šablonu, propisku, nůžky.
- Poměr urostomie se může časem měnit, proto vždy pozorně zkontrolujte velikost urostomie.

Měření šablonou

- Pomocí šablony změřte průměr urostomie.

Čištění a kontrola kůže v okolí stomie

- Kůži v okolí urostomie vyčistěte vlažnou tekoucí vodou a bavlněnou utěrkou nebo tamponem z gázy.
- Každý zbytek lepicího materiálu, který zůstane na kůži, raději nechte na kůži a neodstraňujte ho silou, aby nedošlo k podráždění pokožky, odstraňte ho až při další výměně.
- Nepoužívejte žádné mýdlo, protože by mohlo podráždit pokožku.
- Zkontrolujte urostomii a kůži v okolí urostomie, v případě potřeby použijte zrcadlo.
- Kůže v okolí urostomie by měla vypadat jako kůže na zbytku těla (zdravá, bez známek podráždění), v této oblasti je potřeba odstranit chloupky, abyste předešli podráždění kůže při odlepování pomůcky.
- Při výměně pomůcky nezapomeňte na kontrolu průchodnosti urostomie.
- Pokud by se jednalo o neprůchodnost, konzultujte obavy se sestrou.
- Před použitím nové pomůcky musí být kůže úplně suchá.

Postup při použití jednotlivých pomůcek

- Po změření velikosti šablonou, si položte změřený otvor na zadní stranu lepicího materiálu a nakreslete tvar, který budete vystřihovat.
- Pokud má urostomie pravidelný tvar a znáte její průměr, můžete pro vystřihování použít rovnou vhodný průměr nakreslený na zadní straně lepicího materiálu.

Nalepení sáčku na tělo

- Odstraňte ochrannou fólii z podložky, po odstranění fólie vyrovnejte okraje otvoru prsty.
- V případě, že používáte výpustný sáček, nezapomeňte ho před použitím uzavřít.
- Při nalepování sáčku na kůži se přesvědčte, že lepicí materiál je v úplném kontaktu s kůží.
- Před nalepením pomůcky vytvarujte prsty otvor v podložce tak, aby se okraje mírně zvedaly a obepínaly urostomii.
- Přilepte sáček od spodní části urostomie směrem nahoru.

- Přejděte prsty kolem urostomie, abyste měli jistotu, že lepící materiál je všude přilepený.
- Lepící materiál uhlad'te prsty směrem od urostomie až k okrajům, aby pevně držel na kůži.

Vyprázdnění urostomického sáčku

- Než sáček odstraníte, měl by se nejdřív vypustit, odstranění bude jednodušší.
- Na očištění výpusti budete potřebovat toaletní papír.
- Otevřete výpustný ventil a nasměrujte výpust do záchodu.
- Po vypuštění se přesvědčte, že sáček je prázdný.
- Než výpustný ventil uzavřete, osušte jeho konec kouskem toaletního papíru.

Odstranění urostomického sáčku

- Pro odstranění urostomické pomůcky budete potřebovat vodu, vatové tampóny, papírové utěrky a igelitový pytel na odpad.
- Nikdy nevhazujte žádné urostomické pomůcky do WC, protože by mohl ucpat odtok.
- Při odlepování sáčku jemně sáček odtáhněte směrem od těla.
- Při zatažení za sáček směrem dolů, druhou rukou jemně přitlačujte kůži.
- Pokud odcházíte mimo domov, nezapomeňte si sebou vzít několik sáčků a také sáček určený na odpad.

Kontrolní otázky pro pacienta:

- 1, Jaké pomůcky jsou důležité pro ošetřování urostomie?
- 2, Jakým způsobem se ošetřuje urostomie?
- 3, Jak postupujeme při ošetřování kůže v okolí urostomie?

Příloha E - Čestné prohlášení studenta

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem získal podklady pro zpracování praktické části bakalářské práce s názvem Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s karcinomem močového měchýře v rámci studia.

V Praze dne

.....