

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

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U KLIENTA S KARCINOMEM  
PENISU**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**PETRA HARTMANOVÁ**

**PRAHA 2009**

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U KLIENTA  
S KARCINOMEM PENISU

**Bakalářská práce**

*PETRA HARTMANOVÁ*

*VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, O.P.S*  
*PRAHA 5*

**Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská**

**Stupeň kvalifikace: Bakalář**

**Studijní obor: Všeobecná sestra**

**Datu odevzdání práce: 2009-03-31**

**Datum obhajoby:**

**Praha 2009**

## **ABSTRAKT**

HARTMANOVÁ, Petra: Ošetrovatelská péče u klienta s karcinomem penisu.

( Bakalářská práce )

Petra Hartmanová – Vysoká škola zdravotnická, o.p.s v Praze.

Stupeň kvalifikace: Bakalář všeobecná sestra.

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jana Hlinovská,

Vysoká škola zdravotnická Praha, 2009

Hlavním tématem bakalářské práce je ošetrovatelská péče u pacienta s karcinomem penisu respektování jeho přirozených potřeb. Teoretická část obsahuje informace o klinické charakteristice onemocnění, etiologii, patologii a patogeneze, klinických projevech, diagnostice, metastatickém postižení penisu, prognóze, dispenzarizaci, ale také možnostech terapie. Nosnou částí práce je péče o klienta trpícího rakovinou penisu v prostředí nemocnice. Jsou tu uvedeny správné postupy pro ty, kteří o takto nemocné pečují.

Součástí praktické části práce je v úvodu seznámení s klientem a jeho problémy (kasuistika). Hlavní cíl uvedené kasuistiky je stanovení ošetrovatelských problémů, sestavení ošetrovatelských diagnóz, vytvoření plánu ošetrovatelské péče a záznamu realizace stanoveného plánu ošetrovatelských intervencí. Tento plán je sestaven cílevědomě a respektuje individuální potřeby klienta.

**Klíčová slova:** Karcinom penisu Plán péče. Potřeba. Diagnóza. Ošetrovatelský problém.

## **ABSTRACT**

HARTMANOVÁ, Petra: Nursing care by a klient with carcinoma of the penis.

( Thesis for Bachelor of Science in Nursing)

Petra Hartmanová – Vysoká škola zdravotnická o.p.s v Praze.

Qualification Degree: Bachelor in Nursery

Thesis Supervisor: PhDr. Jana Hlinovská

Vysoká škola zdravotnická Praha 2009

The main subject of the Thesis is the nursing care by a klient whit penis such the care takes onto account natural needs of the klient. The theoretical part contains information on klinikal characteristics of the disease, etiology, pathology and pathogenesis, klinikal sings, diagnostic, prognosis of patient and dispenzatory, as well as basic facts related to the possible therapy. Crucial part of the thesis is developed to taking care of klient suffering from cancer who is in the hospital environment.

We present here the correct treatment procedures for those who care about the patients suffering from cancer.

First part of the practical part of the thesis present identification whit klient and his problem (cazuistry).The main goal of this casuistry is determination of the problem in nursing, setting up the nursing diagnose, making a plan of nursing and prepartion realization plan of nursing. This plan is set together purposefully while respecting individual needs of the patient at the same time.

**Key words:** Carcinoma of the penis. Plan of nursing. Patient need. Diagnose. Care of nursing.

## PŘEDMLUVA

Karcinom penisu se představuje jako poměrně častá malignita u mužů. Vlivem jeho zvýšeného výskytu nejsou k dispozici rozsáhlejší srovnávací studie ani výsledky dlouhodobých sledování. Proto neexistují jednotné léčebné koncepty jak pro terapii primárního tumoru, tak pro léčbu s ohledem na postižení uzlin.

Téma práce vznikla ve snaze zaměřit se v dané problematice hlavně specializovanou ošetrovatelskou péčí na význam, včasnou diagnostiku a prevenci onemocnění. Považuji za důležité poukázat na ošetrovatelský proces, který by měl být procesem cíleným, plánovaným, realizovatelným a který respektuje individuální potřeby klienta s tímto onemocněním.

Výběr téma, bylo z velké části ovlivněn absolvování odborné praxe na urologické klinice v Praze. Materiály jsem čerpala jak z knižních, časopiseckých publikací, tak i z internetových zdrojů.

Cílem této bakalářské práce je navrhnout a realizovat individuální plán ošetrovatelské péče o pacienta s karcinomem penisu a koncepční model dle Gordonové zaměřen na holistické potřeby klienta. Důraz práce je kladen na objasnění specifické ošetrovatelské péče a sdělení náročnosti v oblasti této problematiky.

Práce je přínosná studentům ošetrovatelství, jako informační zdroj, ale i přesto v ní mohou najít potřebné rady sestry v praxi, které se věnují této problematice nebo pracují na urologických klinikách.

Touto cestou bych chtěla poděkovat vedoucí bakalářské práce PhDr. Janě Hlinovské za pedagogické usměrnění, za trpělivost, podporu a příjemnou spolupráci, kterou mi poskytla při vypracování bakalářské práce. Za odborný dohled v teoretické části, děkuji MUDr. Františku Pávovi za jeho cenné rady v bakalářské práci. Nesmím opomenout poděkovat pacientovi L.V bez něhož by se tato studie nemohla uskutečnit. Děkuji mu za jeho otevřenost a vlídnost.

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Praha 31. března 2009

.....

## **SEZNAM ZKRATEK**

- BMI** – body mass index  
**Ca** – carcinoma, rakovina  
**CO<sub>2</sub>** – oxid uhličitý  
**CT** – výpočetní tomografie  
**D** – dech  
**Gy** –grey, jednotka ( = 1J / kg)  
**kcal** – kalorie  
**KCl** –chlorid draselný  
**NaCl** – chlorid sodný  
**OA** – osobní anamnéza  
**P** – pulz, tep  
**PŽK** – periferní žilní kanyla  
**RA** – rodinná anamnéza  
**RTG** – rentgen  
**SA** – sociální anamnéza  
**TK** – krevní tlak  
**TT** – tělesná teplota  
**VAS** –vizuální analogová škála

# OBSAH

Úvod .....	9
<b>1 Teoretická část .....</b>	<b>10</b>
<b>1.1 Anatomie Penisu .....</b>	<b>10</b>
1.1.1 Stavba Penisu .....	10
1.1.2 Obaly Penisu .....	11
1.1.3 Fixace Penisu .....	11
<b>1.2 Charakteristika onemocnění.....</b>	<b>12</b>
1.2.1 Etiologie.....	12
1.2.2 Patologie, Patogeneze .....	12
1.2.3 Klinické projevy .....	13
1.2.4 Diagnostika .....	13
1.2.5 Metastatické postižení penisu .....	14
1.2.6 Klasifikace tumoru.....	14
1.2.7 Léčba.....	16
1.2.8 Prognóza, dispenzarizace.....	19
<b>1.3 Specifika ošetrovatelské péče.....</b>	<b>20</b>
1.3.1 Příjem pacienta na oddělení, uložení na pokoj, poloha pacienta.....	20
1.3.2 Výživa a tekutiny .....	20
1.3.3 Předoperační péče .....	22
1.3.4 Pooperační péče .....	22
1.3.5 Péče o operační ránu .....	22
1.3.6 Komunikace .....	22
<b>2 Praktická část.....</b>	<b>24</b>
<b>2.1 Identifikační údaje.....</b>	<b>24</b>
<b>2.2 Základní informace.....</b>	<b>24</b>
2.2.1 Důvod hospitalizace.....	24
2.2.2 Anamnestické údaje.....	24
<b>2.3 Fyzikální vyšetření.....</b>	<b>26</b>
2.3.1 Fyzikální vyšetření lékařem.....	26
2.3.2 Fyzikální vyšetření sestrou .....	27
<b>2.4 Vyšetřovací metody.....</b>	<b>31</b>



2.4.1	Provedená vyšetření .....	31
<b>2.5</b>	<b>Operativní výkon (totální amputace penisu).....</b>	<b>31</b>
<b>2.6</b>	<b>Terapeutický list .....</b>	<b>32</b>
2.6.1	Medikamentózní terapie .....	32
2.6.2	Infuzní terapie .....	33
<b>2.7</b>	<b>Ošetrovatelská dokumentace dle modelu M. Gordonové .....</b>	<b>34</b>
<b>2.8</b>	<b>Ošetrovatelské diagnózy .....</b>	<b>38</b>
2.8.1	Seznam ošetrovatelských diagnóz dle Kapesního průvodce .....	38
2.8.2	Seznam Ošetrovatelských diagnóz dle Nanda taxonomie II .....	39
2.8.3	Aplikované ošetrovatelské diagnózy .....	40
<b>Závěr</b>	<b>.....</b>	<b>53</b>
<b>Seznam použité literatury a informačních zdrojů</b>	<b>.....</b>	<b>54</b>
<b>Seznam tabulek použitých v textu</b>	<b>.....</b>	<b>56</b>
<b>Seznam příloh</b>	<b>.....</b>	<b>57</b>

## Úvod

Bakalářskou práci na téma ošetrovatelská péče o klienta s karcinomem penisu jsem si zvolila, protože je to pro mne onemocnění velmi zajímavé a málo publikovatelné, i když je v posledních letech velmi častým maligním onemocněním u mužů. Tato diagnóza má mít záslužně stejnou pozornost jako jiná nádorová onemocnění, nejen pro svou závažnost, ale také pro velkou psychickou zátěž pacienta. Jeho výskyt stále stoupá, i v relativně vyspělých zemích, dříve to bylo přičítáno nízkému stupni vzdělanosti a s tím související snížené hygienické návyky a nízká úroveň zdravotnické osvěty. (Rajnom, 2003)

Toto maligní onemocnění, se vyskytuje i u nás, a to v poměrně vysokém počtu u mladých lidí, a proto se stalo také mým cílovým tématem.

Cílem práce je sestavení, realizování individuálních ošetrovatelských intervencí. Vypracování komplexní ošetrovatelské péče o pacienta s touto problematikou. Největší důraz je kladen na holistický přístup k pacientovi, za pomoci využití koncepčního modelu Marjory Gordon a metody ošetrovatelského procesu. Účelem této bakalářské práce je objasnit a zmapovat specifické ošetrovatelské postupy pro poskytnutí kvalifikované ošetrovatelské péče založené na znalostech v daném onemocnění.

Práce obsahuje dvě části, první teoretickou a druhou praktickou. V teorii, se objevuje stručná anatomie daného orgánu. Dále se věnuji charakteristice a problematice onemocnění, popisuji etiologii, patologii a patogenezi, klinické projevy, v širším rozsahu píší o diagnostice a léčbě karcinomu penisu, ale nesmím opomenout klasifikaci tumoru a metastatické postižení penisu. V závěru teoretické části se objevuje zmínka o dispenzarizaci, prognóze onemocnění a specifika ošetrovatelské péče. Po teoretické, naleznete část praktickou.

V praktické části, se zaměřuji na ošetrovatelskou péči o klienta s touto lékařskou diagnózou. Podrobně se zaměřuji na důvod hospitalizace, anamnézu, fyzikální vyšetření lékařem i sestrou, průběh hospitalizace a ošetrovatelské diagnózy dle koncepčního modelu M. Gordonové. Ošetrovatelské diagnózy jsou sestaveny podle priorit pacienta a rozpracovaný kompletní ošetrovatelský plán s realizací a závěrečným hodnocením.

Chci poukázat na to, jak moc je složitá péče o mladého onkologického pacienta.

# 1 Teoretická část

## 1.1 Anatomie Penisu

Anatomie penisu je velmi důležitá pro diagnostiku a léčbu klientů s onemocněním tohoto orgánu.

Penis je kopulační orgán s přítomností dvou rovnoběžných topořivých těles, válcovitého tvaru a houbovitě tkáně, cylindrických tvarů. Penis je analogií ženského klitoris a má také podobnou stavbu, jeho povrch je výstelka prostoupena mnoha nervovými zakončeními, které obsahují malé množství keratinu jenž zajišťuje ochranu proti vnějším vlivům. Penis se skládá s kořenu (radix penis) a volné části, těla (corpus penis). Kořen pyje má přední stranu, více plochou (dorsum penis), a zadní stranu (facies utheralis), více vyklenutou. Mužský pohlavní orgán je zakončen žaludem (glans), který je od těla oddělen krčkem (collum glandis). Kůže penisu je nazývá předkožka (prepuccium), přehrnuje se přes glans a má otvor (orificum preputti) .

Prepuccium je rezervoár kůže, který se uplatňuje při erekcí penisu. Penis v klidu bez ztopoření má průměrně 10 až 12 cm (od spony stydké), při obvodu 8 až 9 cm. Ztopořený penis je průměrně 15 cm dlouhý a nabývá obvodu na 10 až 12 cm. (Čihák, 2004) (viz přílohy 1, 2).

### 1.1.1 Stavba Penisu

Hlavní struktury jsou topořivá tělesa, jsou tvořena párovým corpus cavernosum a nepárovým corpus spongiosum penis.

Corpus cavernosum penis se upíná na stydké kosti (crista phallica) , pokračuje přes hřbetní stranu penisu až k okraji žaludu (glans penis).

Corpus spongiosum penis obaluje močovou trubici a tvoří žalud. Toto topořivé těleso nemá takovou sílu, aby nedošlo ke kompresi močové trubice.

(Grim, Druga, 2005) (viz příloha 1, 2)

### 1.1.2 Obaly Penisu

Nejdůležitějšími obaly jsou kůže a facie. Kůže je tenká, tažná, silněji pigmentovaná a je posunlivá, až na malý usek u kořene penisu. Na kůži nenalezneme ochlupení.

Na žaludu tvoří duplikaturu, nazývanou předložka (prepuccium).

Prepuccium obsahuje dva listy, zevní a vnitřní list žaludu. Zevní list přechází v uzdičku (frenulum) na uretrální straně. Na vnitřní straně předkožky jsou mazové žlázy (glandulae preputiales). Tukovou přeměnou a odlupováním tukových buněk vnitřního listu předkožky a žaludu a přimíšením výměšku mazových žlázek vzniká bělavý maz, který nazýváme – smegma prepuccii.

Pod kůží nalezneme podkožní vazivo, bez přítomnosti tuku, obsahující nervy a cévy (fascia penis superficialis), které je kryto slabou vrstvičkou hladkého svalstva. Fascia penis profunda je uložena hlouběji a tvoří obal okolo topořivých těles.

(Čihák, 2004)

### 1.1.3 Fixace Penisu

Pyj je fixován ke kostře. V oblasti symfýzy je zajištěn vazivovými pruhy. Ligamentum fundiforme penis je povrchovější s elastickými vlákny, jde o linea alba abdominis po předním okraji symfýzy k penisu. Ligamentum suspensorum penis je uloženo hlouběji, jde od přední plochy symfýzy od fascia penis profunda.

(Čihák, 2004)

## 1.2 Charakteristika onemocnění

Rajon ve své publikaci uvádí, že: „ karcinom penisu je maligní onemocnění s relativně stoupajícím výskytem, tvořící více než 3% malignit u mužů. Četnost jeho výskytu se geograficky liší. Incidence v Evropě činí 0,9 – 2 / 100 000 mužů. V některých zemích Asie a Afriky tvoří ca penisu 10-20 % karcinomu u mužů. Výskyt tohoto onemocnění závisí především na hygienických zvycích obyvatelstva těchto zemí. Postižení jsou především muži nižších sociálních vrstev ve věku mezi 50-80 lety, ale bohužel se objevuje karcinom i u mladších věkových skupin.“ (Rajmon, 2003 s. 58)

### 1.2.1 Etiologie

Příčina vzniku nádoru není jednoznačně známá, ale za významnou predispozicí je fimioza s hromaděním smegmatu ve vaku, chronické dráždění a záněty ( lidské smegma je potenciální karcinogen ). Dále jsou významné pro vznik karcinomu, genetické faktory, syphilis, gonorrhoea, infekce humánními papilomaviry, zvláště typu 16 a 18, ale také herpetické viry – cytomegaloviry. (Vorlíček a kolektiv, 2005)

### 1.2.2 Patologie, Patogeneze

Nádor postihuje především glans penis (48%), prepuccium (21%), současně glans i prepuccium (9%), sulcus coronarium (6%), a tělo penisu (méně než 2%).

(Kawaciuk, 2004)

Za premaligní léze (prekancerózy) jsou považovány, balanitis xerotica obliterans, cornu cutaneum, kondylomata gigantea, tyto léze jsou sporadicky spojené s výskytem spinocelulárního karcinomu . Leukoplakie, intraepitelární neoplázie jsou léze s rizikem vývoje spinocelulárního karcinomu. (viz příloha 6, 7)

Spinocelulární karcinom tvoří 95% všech zhoubných nádorů penisu. Vzácně se může vyskytnout melanoblastom, basaliom. (Vorlíček a kolektiv, 2005)

### 1.2.3 Klinické projevy

Karcinom penisu se lokalizuje na glans penis, v místě sulcus coconarius nebo na prepuciu. Tvoří se uzlíky ztlustělé plošky nebo exofiticky rostoucí papilomy a kožní útvary. Většina onemocnění probíhá pod obrazem postupně zvětšujícího se mokvajícího vředu na glans penis. Toto onemocnění je dlouho bez příznaků. Rostoucí karcinom může způsobit bolest, poruchu mikce, poruchy erekce, krvácení s penisu. Později dochází k deformitám penisu a bizarním tvarům.

Při diagnostice se musí odlišit condylomata accuminata, dlouhotrvající balanitídy, ulcus mole a jiné zánětlivé afekce. (Abrahámová, 2005) (viz přílohy 6, 7, 9, 10)

### 1.2.4 Diagnostika

Diagnostický postup zahrnuje vyšetření primárního tumoru, regionálních uzlin a vzdálených metastáz a to jak v okamžiku prvního záchytu, tak v průběhu dalšího sledování. Začínáme anamnézou (OA, RA, SA, PA, FA, UA, atd.).

Diagnostika primárního tumoru je patrná z lokálního nálezu, který je přístupný fyzikálnímu vyšetření.

Při tomto vyšetření je třeba zhodnotit následující parametry:

- velikost léze
- lokalizaci na penisu
- počet lézí
- morfologie (plošná papilární, nodálně-ulcerózní)
- vztah k okolním strukturám (topořivá tělesa, houbovitě těleso, močová trubice)
- zbarvení a ohraničení léze

Podmínkou pro stanovení diagnózy je cytologické vyšetření či histologické. To nám pomůže při rozhodování správného léčebného postupu.

Ultrasonografie pyje nám pomůže při posuzování hloubky tumorózní invaze a to především s ohledem na postižení topořivých těles. Tato metoda není schopna prokázat mikroskopickou infiltraci a proto není monografie penisu považována za zcela spolehlivou. Je možné využít i nukleární magnetické rezonance.

Diagnostika regionálních uzlin spočívá v pečlivé palpaci tříselných uzlin.

Uzliny v třísele nejsou hmatné tak další vyšetření nejsou nutná. Vykazuje-li primární tumor nepříznivé prognostické faktory, je indikována inguinální lymfadenektomie.

Metastázy v tříselných uzlinách posuzujeme parametry: -velikost uzliny

- jedno či oboustranné postižení uzlin
- počet palpovaných uzlin v třísele
- pohyblivost uzlin
- vztah uzlin k okolním strukturám

Vzdálené metastázy se dají vyšetřit pomocí, CT –pánve (ovlivňuje taktiku další léčby), RTG – hrudníku (doporučuje se při průkazu postižených uzlin), scintigrafie skeletu .

(Dvořáček, Babjuk, 2005)

### **1.2.5 Metastatické postižení penisu**

Penis je jen vzácně místem metastáz. Metastazování probíhá lymfatickou cestou formou embolizace tumorózních buněk. Vzdálené metastázy jsou vzácné a jsou výsledkem diseminace hematogenní.

Nádor metastazuje etážovým způsobem. Nejprve jsou postiženy regionální lymfatické uzliny v třísele (často oboustranně), především mediální skupina povrchových uzlin, které tvoří prvou drenážní oblast. Pak probíhá generalizace do hlubokých inguinálních a pánevních uzlin a až na závěr může dojít ke vzdálenému metastazování do plic, mozku, jater a kostí. Vzdálené metastázy či postižení pánevních uzlin bez nálezu generalizace v tříselných uzlinách jsou výjimečné.

(Dvořáček, Babjuk, 2005)

### **1.2.6 Klasifikace tumoru**

Je velmi důležité a nutné zjistit rozsah nádorového onemocnění. K tomuto účelu slouží klasifikace TNM. Umožňuje srovnání výsledků různých léčebných metod, a tím i stanovení optimálních postupů. (Klener, 2002)

Jednotlivé symboly TNM systému znamenají:

- T – rozsah primárního tumoru
- N – stav regionálních uzlin
- M – přítomnost či nepřítomnost vzdálených metastáz

Rozsah primárního tumoru zahrnuje tyto stupně:

Tis: Preinvazivní karcinom = carcinoma in situ

T0: Primární nádorové ložisko nelze prokázat

T1, T2, T3 a T4: Odstupňovaná velikost a rozsah primárního nádoru

Postižení regionálních uzlin:

N0: Není důkaz pro postižení regionálních uzlin

N1, N2 a N3: Odstupňované postižení regionálních uzlin

N4: Postižení juxtaregionálních uzlin (jsou stanoveny u některých nádorů, jedná se o úseky lymfatického systému nejbližší přilehlé regionálním uzlinám)

Vzdálené metastázy:

M0: Nejsou prokázány známky vzdálených metastáz

M1: Jsou prokázány známky vzdálených metastáz

(Petrželka, Konipásek, 2003)

TNM klasifikace:

### **T – rozsah primárního tumoru**

Tx - primární tumor není prokázán

T0 – žádné známky primárního tumoru

Tis – carcinoma in situ

Ta - neinvazivní verukózní karcinom

T1 – invaze nádoru do subepitelárního pojiva

T2- invaze nádoru do corpus cavernosum nebo corpus spongiosum

T3 – invaze nádoru do uretery nebo prostaty

T4- invaze nádoru do okolních struktur

### **N - stav regionálních uzlin**

Nx - regionální lymfatické uzliny nelze prokázat

N0 – bez metastáz v regionálních lymfatických uzlinách

N1 - jedna metastáza v povrchových inguinálních uzlinách

N2 - mnohočetné nebo oboustranné povrchové inguinální metastázy

N3 – metastázy v hlubokých nebo pánevních uzlinách



## **M – vzdálené metastázy**

Mx – přítomnost vzdálených metastáz nelze prokázat

M0 – neprokázány žádné metastázy

M1 – průkaz vzdálených metastáz

( Dvořáček, Babjuk, 2005 )

### **1.2.7 Léčba**

#### **Léčba primárního tumoru**

Léčba prekanceróz, Tis a T1, G1-2: (excize nádoru, kryodestrukce, leaserterapie, Mohsonova operace).

Léčba nádorů T1 G3, T2: (parciální amputace penisu, totální amputace penisu + perineální uretrostomie, teleterapie).

Léčba nádorů T3: (totální amputace penisu, perinální uretrostomie).

Léčba nádorů T4: (emaskulizace).

Léčba lokální recidivy: (radikální amputace penisu)

#### **Léčba konzervativní**

*Excize nádoru* je možno provést u malého povrchového nádoru bez invaze. Nádor je většinou lokalizován na předkožce nebo glandu. Měla by být dodržena podmínka zachování 1-2 cm okraje bez nádorového postižení. Lokální recidiva se vyskytuje v 18-50% případů. Většina recidiv se projeví do 2 let. Pokud je klient pravidelně sledován, je poměrně snadné recidivu detekovat a provést radikální léčbu. (viz příloha 13)

*Kryodestrukce a leaserterapie* se velmi často používá u karcinomu in situ a semilní intraepitelární neoplázií. Jsou léčena Nd:YAG leaserem, CO2, leaserem nebo kombinací s kryodestrukci. Výhodou je zachování normální struktury a funkce penisu. Nevýhodou je obtížné hodnocení hloubky při destrukci tkáně a chybění histologického vyšetření a nemožnost hodnocení invaze nádoru do hloubky. Před zahájením této léčby se doporučuje systematický odběr vícečetných hlubokých biopsií.

*Lokální aplikace 5-FU masti* je možné použít jen u velmi malých lézí. Je vhodná s kombinací CO2 leaseru.

**Mohsova mikrochirurgická excize**, je to technika klínové excize primárního tumoru (viz příloha 13). Princip operace spočívá v postupném odstraňování nádoru vrstvu po vrstvě za současného peroperačního pečlivého mikroskopického vyšetřování odebrané tkáně. Tímto dojde k odstranění celého nádoru s maximálním šetřením zdravé tkáně a minimální ztrátě orgánu. Nezbytné je dokonalé histologické vyšetření. Této operace se využívá jen zřídka, protože klienti přichází už velmi pozdě a tento zákrok je nevyhovující stavu pacienta. (Čermák, 2005)

## **Léčba chirurgická**

**Parciální amputace penisu** je velmi častý ty operačního zákroku u onemocnění karcinomu penisu. Příprava před operací je velmi důležitá, dochází k omytí penisu antiseptickým prostředkem, oholení okolí genitálu, třísel a celého šourku. Operační poloha je na zádech. Na kůži penisu vedeme cirkulací řez 2 cm proximálně od léze. Po protětí kůže ošetříme podkožní žilky. Po cirkulární incizi Buckovy facie podvážeme dorzální žíly a tepny. Vypreparujeme uretru a její pahýl ponecháme asi o 1 cm přesahovat místo přerušení kavernózních těles. Kavernózní tělesa pošíváme hemostatickými matracovými Vicryl 2-0 stehy. Uretru incidujeme podélně na ventrální stěně a marsupializujeme ke kůži jednotlivými 4-0 stehy. Foleyův katétr Ch 14 zavádíme na 2-3 dny (viz přílohy 7, 15).

**Radikální amputace penisu**, je to operační výkon kdy klient přichází o celý orgán.

Předoperační příprava je stejná jako u parciální amputace penisu. Zde celkově podáváme antibiotika. V gynekologické poloze provedeme perineální uretrotomii. Z podélné incize v oblasti raphe perinei incidujeme podélně musculus bulbocavernosus a vypreparujeme uretru. Uvolněnou uretru příčně přetneme a podélně incidujeme. Sliznici uretry a corpus spongiosum přišijeme ke kůži 4-0 vicryl- stehy. Do perineální uretrotomie zavedeme Foleyův katetr F 16. Provedeme cirkulární kožní řez při kořeni penisu uvolníme podkoží a vypreparujeme kavernózní tělesa penisu. Izolujeme podvážeme cévy a provedeme discizi ligamentum suspensorium penis. Izolujeme obě crura kavernózních těles až do oblasti pod rami ossis pubis. Kavernózní tělesa přerušíme příčně co nehlouběji a příčně prošíváme matracovým hemostatickým 2-0 vicryl- stehy. Následuje sutura podkoží a kůže jednotlivými stehy. Futura kůže musí

být bez napětí, abychom se vyhnuli kožní nekróze a hojení per secundam. Katetr Ch 16 v perineální uretostomii ponecháváme 5 dnů (viz příloha 13).

**Emaskulizace** je operační výkon s předoperační přípravou zcela stejnou jako u předchozích zákroků. Operační poloha je litotonická. Operace zahrnuje provedení perineální uretostomie. Při kožení sirota provedeme řez v podobě obráceného písmene U. následuje radikální amputace penisu a odstranění obou varlat. sutura je provedena 4-0 vicryl-stehy. Futura volně, aby nedošlo k ischemii a nekróze kůže. (Čermák, 2005)

### **Radioterapie a chemoterapie**

**Radioterapie** je efektivní léčebnou metodou. Ve správných indikacích se dosahuje výborných lokálních výsledků, jako u chirurgické léčby. Pacient se vyhne traumatizovanému zákroku. V radiaci se uplatňuje především brachyterapie, a to buď jako moduláž nebo intersticiální aplikace. Aplikuje se na povrch 60 Gy, je to léčba výhodná jen pro povrchové karcinomy. (Šlampa, Petera, 2007)

**Chemoterapie** je metoda systematická je několik kůr. Adjuvantní chemoterapie je využívá nejčastěji, vinkristin, bleomycin, metotrexát, zajišťuje spolupráci s operačním výkonem a s nádorem vyššího stupně malignity, při hluboké penetraci a postižení lymfatických uzlin. Systémová adjuvantní chemoterapie se podává u nemocných s rozsáhlým postižením a vzdálenými metastázemi v pánevních uzlinách. (Dvořáček, Banjuk, 2005)

### 1.2.8 Prognóza, dispenzarizace

Prognóza u karcinomu penisu závisí na stupni jeho pokročilosti. Pětileté přežití se u mladých nádorů omezených na glans penis nebo na prepucium dosahuje v 85% až 90% nemocných. Při invazivním růstu do kaverozních těles bez metastáz je 5leté přežití možné až v 60%. U rozsáhlého invazujících karcinomů, u nichž jsou postiženy i nitropánevní uzliny, případě přítomny i vzdálené metastázy, je naděje na delší přežití téměř nulová. (Šlampa, Petera, 2007)

Dispenzarizace nastává po skončení terapie. Klient je pravidelně sledován na radioterapeutickém oddělení, jestliže byl léčen ionizujícím zářením. Kontrola na onkologických pracovištích je nutná, jestliže byl proveden radikální výkon na penisu je nutná spolupráce urologa, je tu nebezpečí recidivy karcinomu až 20% - 50%, nejčastěji po 2-3 letech.

Dispenzarizační intervaly:

- o první a druhý rok .....každé 2 měsíce
- o třetí rok .....každé 3 měsíce
- o čtvrtý rok .....každých 6 měsíců
- o pátý rok .....jednou ročně
- o šestý rok .....kontroly nejsou nutné

Při každé kontrole je klient podroben fyzikálnímu vyšetření, vyšetření krevního obrazu a sedimentace erytrocytů a biochemickému vyšetření moče.

Jednou ročně je klientovy provádí CT pánve, retroperitonea a RTG srdce a plic.

Při každé návštěvě se ptáme na kvalitu života našeho klienta.

(Babjuk a kolektiv, 2003)

## 1.3 Specifika ošetrovatelské péče

### 1.3.1 Příjem pacienta na oddělení, uložení na pokoj, poloha pacienta

Pacient je přijímán na urologické oddělení. Při příjmu je s pacientem vyplněna dokumentace ze strany sestry i lékaře. Po té sestra pacienta fyzikálně vyšetří, ale nejvíce se zaměří na postiženou oblast a to genitálu. Zde popisuje otok penisu, velikost, tvar, patologický nález (velikost nálezu, lokalizaci a vzhled), dále vyšetřuje tříselné uzliny, zda jsou hmatné či ne a to po obou stranách. Nesmí se opomenout pohmatem vyšetřit varlata, jestli není přítomnost nějaké patologie. K příjmu pacienta patří také edukace, týkající se chodu oddělení (seznámení z oddělením, průběhem dne a probíhajícími vizitami na oddělení). Pacient je také seznámen s možností uložení cenností do nemocničního trezoru.

Velmi důležité je vhodné zvolení pokoje pro pacienta. Je-li možné aby si pacient zvolil pokoj sám, je to nejlepší řešení. Volba pokoje by měla být následující, pacienti se stejnou diagnózou, přiměřené věkové skupiny, malý a klidný pokoj s výhledem na okolí.

Polohu pacient zaujímá přirozenou, dle své potřeby. Není zde žádné omezení.

### 1.3.2 Výživa a tekutiny

Specifika týkající se stravy spočívá s postupně rozvíjející patofyziologií, která vede k rozvoji metabolických změn.

**Tabulka č. 1 Metabolické změny**

spotřeba glukózy
periferní utilizace glukózy
proteosyntéza
ztráta kosterní svaloviny
obrat aminokyselin
lipolýza

(Wilhelm a kolektiv, 2004)

Strava by měla být bohatá na tuky, cukry, aminokyseliny, bílkoviny, minerály. Potraviny by měly být čerstvé, jídlo pestré, neohřívané. V jídelníčku je důležité neopomenout přítomnost základních živin a ovoce se zeleninou. Onkologický pacient se má stravovat po malých dávkách a častěji.

Pacienti často trpí nechutenstvím a úbytkem hmotnosti, proto je cílem nutriční substituce a omezení ztráty tělesné hmotnosti (dostačující se považuje 30-45 kcal/kg hmotnosti nemocného). (Vyzula, 2005)

*Doporučuje se:*

- nenutit nemocného aby dodržoval zásady správné výživy, důležité je dbát na příjem substrátů bohatých na energii
- preferovat jogurty, plnotučné sýry, čokoládu atd.
- servírujeme malé porce (velké množství stravy může vyvolávat odpor)
- v období chemoterapie a radioterapie vynecháváme servírování oblíbených jídel (možné riziko vzniku averze)
- pro zvýšení chuti k jídlu můžeme podat malé množství alkoholu (pivo, víno)
- pokud je to možné jsou doporučeny krátké procházky před jídlem

*Doporučení při příjmu proteinů:*

Příjem proteinů je pro nemocného klíčový, objevuje se často nechuť ke konzumaci masa. Možnosti podání proteinů uvádí následující tabulka č. 2

**Tabulka č. 2 Strategie příjmu proteinů**

maso, drůbež, ryby	nakrájené na malé kousky do rýže, salátu, omelety, polévky
mléko, šlehačka	užívat jako tekutiny při přípravě jídel (mléčné koktejly)
jogurt	jako přípravek ovocných salátů, sladkému pečivu
vejce	vařená natvrdo součást salátů, mixované v mléčných nápojů
sýr	tvrdé a polotvrdé strouhané v salátech do omelet
tvaroh	přípravek pudinků, koktejlů, salátů
ořechy	nastrouhané na sladké jídlo, do jogurtu
luštěniny	dle preference, nemusí být podávány

(Wihelm a kolektiv, 2004)

Důležitý je dostatek tekutin 3l / 24 hodin vhodně zvolené dle chuti pacienta. Měly by obsahovat dostatek minerálů a vitamínů.

### **1.3.3 Předoperační péče**

Předoperační péče spočívá v podepsání informovaných souhlasů, psychické podpoře a eliminaci strachu, podáním dostatku informací o operačním zákroku. Příprava operační pole, dezinfekce pupku, bandáže dolních končetin, čisté osobní prádlo a od půlnoci lačnit (nepít, nejíst, nekouřit).

### **1.3.4 Pooperační péče**

Důležité je čisté lůžko připravené s ledem (na operační ránu), monitorujeme základní fyziologické funkce (TK, P, D, TT, vědomí), bolest, vyprazdňování, operační ránu (zda neprosakuje), prevenci tromboembolické nemoci, výživu.....

Zhodnot' stupeň soběstačnosti (Barthelův test) v oblasti hygieny. Časná vertikalizace.

Pouč pacienta o provádění hygieny operační rány (pouze tekoucí vodou)

Sleduj odvod močových katetrů.

### **1.3.5 Péče o operační ránu**

Důležité je ránu při každém převazu zhodnotit, zda se hojí per prímam nebo per secundam. Hodnotíme stav stehů, okolí rány, ránu samotnou, zarudnutí či sekreci. Před každým převazem ránu důkladně opláchneme pod tekoucí vodou, nikdy ne mýdlem nebo podobným přípravkem. Při každém převazu postupujeme za přísně sterilních podmínek, provádíme ho dle ordinace lékaře.

### **1.3.6 Komunikace**

Prostý pojem – komunikace. Prostý je zdánlivě a snad právě proto velmi často nedoceněný. Komunikace mezi sestrou a onkologickým pacientem lze - pokud je vedena kvalitně – nazývat tím pravím uměním. Musí být daná „ od Boha“.

U těchto pacientů je velmi dobré sdělovat pravdu ale ponechat ho v naději. Je důležité dbát na zvážení každého slova , které řekneme. Pacient je velmi všímavý

a citlivý. Naše špatně řečené slovo může u pacienta vyvolat stres, úzkost, beznaděj, a psychickou rezignaci k onemocnění. Důležité je nabádat k lepšímu, ke stanovení cíle a k optimismu.

*Chyby v komunikaci :*

- nikdy nemluvit o beznaději
- opomínání mimoslovní komunikaci
- formální tvář
- pozor na mimiku, gesta, postoje
- přemrštěné sladké chování
- poměrně velká vzdálenost při rozhovoru
- plané sliby

*Na co bychom měli pamatovat:*

- nepoužívat slova jako rakovina, karcinom či dokonce „rak“
- mluvit o onemocnění ne smrti
- používejte srozumitelné výrazy pro laika
- buďte trpělivý
- nezapomínat na neverbální komunikaci
- nebagatelizujte, neslibujte to co nelze splnit
- empatie
- umožnit komunikaci s psychoterapeutem

*Spolupráce s psychologem*

Pacient se musí vyrovnat s mnoha faktory strachem, úzkostí, změnou vnějšího vzhledu, bezmocností a tomu napomáhá konzultace s psychologem.

*Spolupráce z rodinou*

Tato spolupráce je velmi důležitá, jak pro pacienta tak pro rodinu. Rodina má právo na získání informací. Informovat je o přístupu k pacientovi, nepřipomínat mu danou chorobu, nestydět se s ním komunikovat, respektovat ho jaký teď je, být klidní a vyrovnaný a před ním se snažit neplakat. (Vymětal, 2003)



## 2 Praktická část

### 2.1 Identifikační údaje

Oddělení	Urologická klinika
Iniciály klienta	L.V.
Rok narození	1978
Adresa trvalého pobytu	Praha 8 Fučíkova 132/ 07
Pojišťovna	111
Státní příslušnost	česká
Stav	svobodný
Datum přijetí	13.9 2007
Dg. hlavní	Karcinom penisu
Dg. vedlejší	St. p. appendectomii v roce 2006

Pacienta jsem ošetřovala od 1. října do 5. října 2007 (17 den hospitalizace). Plán ošetřovatelských intervencí je platný od 1 do 5 října. Pacient byl přijat 13.9 07 pro karcinom penisu, operace byla provedena 26. 9 07 (13 den hospitalizace). V den mého nástupu na kliniku byl L.V 5 den po operačním zákroku.

### 2.2 Základní informace

#### 2.2.1 Důvod hospitalizace

Pacient se léčil opakovaně na urologické ambulanci pro časté sekrece a přítomností malých bradaviček za žaludem penisu, zde prošel a řadou vyšetření. 13.září 2007 byl přijat na oddělení urologické kliniky pro diagnostikovaný karcinom penisu.

#### 2.2.2 Anamnestické údaje

##### *a) osobní anamnéza*

- pacient se neléčí se žádným vážnějším onemocněním, v roce 2006 postoupil appendectomie

*b) rodinná anamnéza*

- matka zemřela ve 45 letech na karcinom prsu, otec před 5 lety prodělal akutní infarkt myokardu od té doby bez ataky jiné vážnější onemocnění neprodělal. Jednu sestru neproděla vážnější onemocnění.

*c) pracovní anamnéza*

- pacient je zaměstnán v jedné nejmenované firmě jako správce počítačové sítě, vystudoval střední školu zaměřením na informační zdroje

*d) alergologická anamnéza*

- pacient alergický na penicilín, projevuje se jako svědivý exantém mezi prsty u rukou, z potravinových alergií udává hrách a ořechy, které mají za následek edém očních víček

*e) farmakologická anamnéza*

- pacient neužívá intenzivně a trvale žádné léky

*f) sociální anamnéza*

- pacient je svobodný, bezdětný, žije v bytě se svou přítelkyní už 8 let ve 3 patře panelového domu, záliby plavání, cyklistika, box, tenis atd.

*g) urologická anamnéza*

- pacient v dětství proděl opakované cystitidy, asi před rokem si pacient objevil za žaludem malé bradavičky, později sekret s penisu a toho vedlo k první návštěvě k urologovi, dnes diagnostikován karcinom penisu pro totální amputaci.

*h) abusus*

- pacient nekouří, drogy neužívá, alkohol pouze příležitostně a to jen pivo, kávu pije 2x denně

*ch) spirituální anamnéza*

- pacient je ateista

## 2.3 Fyzikální vyšetření

### 2.3.1 Fyzikální vyšetření lékařem

Pacient přijat 13.9 2007 na urologickou kliniku pro karcinom penisu. V době přijetí pacient při vědomí, orientovaný, plně komunikující, spolupracující, hydratace normální.

#### *Hlava*

-oční bulby volně pohyblivé všemi směry, skléry bílé, zornice izokorické, uši nos bez patologické sekrece, dutina ústní čistá

#### *Krk*

- náplň krčních žil fyziologická, karotidy poslechově bez šelesti, pulsace souměrné, štítná žláza nehmatná, šíje volná uzliny nezvětšené

#### *Páteř*

- esovitého zakřivení bez známek patologie, pohyblivost bez omezení, bez bolestivých projevů při palpaci a poklepu

#### *Hrudník*

- souměrný, na pohmat nebolestivý, akce srdeční pravidelná klidná, 2 ozvy ohraničené, šelest neslyšitelná, dýchací pohyby symetrické, poklep plný jasný, dýchání sklípkovité čisté bez vedlejších fenoménů

#### *Břicho*

- palpačně měkké nebolestivé, peristaltika klidná, na úrovni hrudníku, poklep bubínkový, peristaltika klidná, játra pod pravým obloukem žeberním nezvětšeny a slezina nehmatná, tapotmant bilaterálně negativní, jizva po operaci apendixu

#### *Dolní končetiny*

- bez otoků, konfigurace nezměněná, pohyblivost neomezená, kloubní kresba fyziologická, tepny hmatné na periférii

#### *Pohlavní orgány*

-palpačně nebolestivý, comdylomata na glans penis a žaludu, bělavý zapáchající výtok s penisu

### **2.3.2 Fyzikální vyšetření sestrou**

#### *Fyziologické funkce*

- krevní tlak =135/80
- puls = 75/min, pravidelný
- dýchání = frekvencí 18, pravidelný
- tělesná teplota = 36,5 ° C

#### *Hlava*

- normocefalická
- palpačně a pokleповě nebolestivá
- jizva po úraze nad obočím (1cm)
- držení hlavy fyziologické

#### *Oči*

- víčka bez otoků
- oční bulby volně pohyblivé všemi směry
- bez nystagmu
- skléry bílé
- spojivky růžové
- -izokorické zornice

#### *Uši, nos*

- bez patologické sekrece
- sluch dobrý

#### *Rty*

- souměrné
- načervenalé bez projevů cyanózy
- patologický nález vyloučen

#### *Dásně a sliznice dutiny ústní*

- fyziologické barvy
- sliznice dostatečně zvlhčen
- bez patologie

### *Jazyk*

- bez povlaku
- vlhký, růžový
- plaz ve střední čáře
- pearcing (modrá kulička)

### *Tonzily*

- extrakce v dětství

### *Chrup*

- vlastní
- žádný zub nechybí

### *Vlasy, řasy, obočí, nehty*

- obočí velmi husté tmavě hnědé barvy
- vlasy ostříhané na 1 cm
- nehty bez patologie, fyziogického tvaru, krátké

### *Krk*

- souměrný
- náplň krčních žil v normě fyziologická
- karotidy posledově bez šelesti, tepou symetricky
- krční uzliny se štítnou žlázou nehmatné
- páteř v oblastí krční pohyblivá bez omezení

### *Řeč*

- hlas klidný, pronikavý
- neporušená
- plynulá

### *Kůže*

- bez cyanózy a iktu
- velmi dobrá hydratace
- jizva po appendectomii
- tetování na pravém rameni a levém lýtku (čínské znaky)

### *Hrudník*

- souměrný
- palpačně nebolestivý

### *Plíce*

- dýchací pohyby symetrické
- poklep plný a jasný
- dýchání sklípkovité čisté
- bez vedlejších fenoménů v celém rozsahu

### *Srdce*

- srdeční akce čistá, klidná, pravidelná
- ozvy ohraničené
- šelesti neslyšitelné
- srdeční krajina bez vyklenutí
- úder srdečního hrotu pravidelný

### *Břicho*

- palpačně měkké, nebolestivé, bez rezistence
- souměrné
- v úrovni hrudníku
- peristaltika dobře slyšitelná
- poklep bubínkový

### *Játra*

- nezvětšena
- nepřesahují pravý žeberní oblouk
- palpačně nebolestivá

### *Slezina*

- nezvětšena
- nehmatná

### *Ledviny*

- tapotemen negativní
- bimanuálně nehmatné

### *Genitál*

- tvar penisu fyziologický
- bělavý výtok z uretry
- na těle penisu a na žaludu bradavčité výběžky
- palpačně nebolestivý

### *Páteř*

- pokleповě nebolestivá v celém rozsahu
- pohyblivá
- esovitě zahnutá

### *Klouby*

- pohyblivost neomezená
- nebolestivé

### *Poloha, postoj*

- chodící
- zaujímá aktivní poloh

### *Konstituce*

- normostenická
- BMI = 21,6

### *Reflexy*

- reflex Achillovy šlachy fyziologický nález

### *Dolní končetiny*

- bez otoků
- plně pohyblivé
- pulsace na periferii hmatná

## 2.4 Vyšetřovací metody

### 2.4.1 Provedená vyšetření

FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ – zhodnoceny parametry primární léze na penise 1 x 2 mm s invazí do uretery, hmatné uzliny v tříse

BIOPSIE LOŽISKA – zde histologicky potvrzena diagnóza

CT pánve – postiženy uzliny v tříse oboustranně, sekundární ložisko v uretře

RTG hrudníku – průkaz vzdálených metastáz negativní

LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

Na základě těchto vyšetření, pacient byl indikován k operačnímu zákroku, totální amputaci penisu dne 26.9 2007

## 2.5 Operativní výkon (totální amputace penisu)

Operační zákrok byl zahájen 26.9 v 10 hodin a ukončen okolo 12:30.

V gynekologické poloze provedeme perineální uretrostomii. Z podélné incize v oblasti raphe perinei incidujeme podélně musculus bulbocavernosus a vypreparujeme uretru. Uvolněnou uretru příčně přetneme a podélně incidujeme. Sliznici uretry a corpus spongiosum přišijeme ke kůži 4-0 vicryl- stehy. Do perineální uretrostomie zavedeme Foleyův katetr F 16. Provedeme cirkulární kožní řez při kořeni penisu uvolníme podkoží a vypreparujeme kavernózní tělesa penisu. Izolujeme podvážeme cévy a provedeme discizi ligámentum suspensorium penis. Izolujeme obě crura kavernózních těles až do oblasti pod rami ossis pubis. Kavernózní tělesa přerušíme příčně co nejhluběji a příčně prošíváme matracovým hemostatickým 2-0 vicryl- stehy. Následuje sutura podkoží a kůže jednotlivými stehy. Futura kůže musí být bez napětí, abychom se vyhnuli kožní nekróze a hojení per secundam. Katetr Ch 16 v perineální uretrostomii ponecháváme 5 dnů.



## 2.6 Terapeutický list

### 2.6.1 Medikamentózní terapie

Lékař naordinoval následující medikamentózní terapii. Z důvodu přehlednosti uvádím tabulky dle způsobů aplikace.

**Tabulka č.3 Medikamentózní léčba per os**

Název léku	Interval	Indikační skupina
Hyponogen 100mg	0-0-1	(hypnotika)
Amoksiklav 375mg	1-0-1 po 12 hodinách	(antibiotika)
Lactulosa	10ml-0-5ml	(laxancia)

**Tabulka č.4 Medikamentózní léčba intravenózní**

Název léku	Interval	Indikační skupina
Diazepam 5mg	1-0-1	(anxiolitika)

**Tabulka č.5 Medikamentózní léčba intramuskulárně**

Název léku	Interval	Indikační skupina
Dolsin 50mg	1-0-1	analgetikum

**Tabulka č.6 Medikamentózní léčba per rektum**

Název léku	Interval	Indikační skupina
Paralen 500 sup	Při teplotě	Analgetika, antipyretika

## 2.6.2 Infuzní terapie

Dne 1.10 v 7 a 17 hodin bylo intravenózně aplikováno dle ordinace lékaře:

- 1000 ml Fyziologického roztoku, 1 ampule cardilanu, 30ml KCl

Dne 2.10 v 7 – 12 – 17 hodin bylo intravenózně aplikováno dle ordinace lékaře:

- 500 ml Fyziologického roztoku, 20 ml KCl, 30 ml NaCl

Dne 3. 10 v 7-17 hodin bylo intravenózně aplikováno dle ordinace lékaře:

- 1000 ml Hartmanova roztoku

Dne 4.10 v 7 hodin bylo intravenózně aplikováno dle ordinace lékaře:

- 500 ml Hartmanova roztoku , 40mg gentamicinu
- v 17 hodin bylo intravenózně aplikováno dle ordinace lékaře:
- 100ml Hartmanova roztoku , 20ml NaCl, 20ml KCl

Dne 5. 10 v 7-12-17 -22 hodin bylo intravenózně aplikováno dle ordinace lékaře:

- 1000ml Hartmanova roztoku, 1 ampule cardilanu, 20ml NaCl, 10ml KCl

## 2.7 Ošetrovatelská dokumentace dle modelu M. Gordonové

Ošetrovatelskou anamnézu jsem odebrala 1. října 2007. Zdrojem informací byl sám pacient, zdravotnický personál, chorobopis, ošetrovatelská dokumentace.

### **I. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví**

*Anamnéza* – nynější hospitalizace již druhá, poprvé hospitalizován na chirurgickém oddělení v roce 2006. Pacient byl celý život zdravý, vážněji nestonal, v dětství prodělal jen běžné nemoci. Pravidelné procházky a sport, lékařské doporučení dodržuje důsledně. Preventivní kontroly vždy dodržuje. Při objevení současných potíží ihned navštívil lékaře.

*Nynější stav* - Pacient je o svém onemocnění dostatečně informován, nyní má velké obavy ze ztráty přítelkyně a o svůj další zdravotní stav

*Měřicí technika* – nepoužita

*Ošetrovatelský problém* – pacient udává strach o svůj zdravotní stav a další léčby

### **II. Výživa a metabolismus**

*Anamnéza* – Pacient se stravuje sám, vaří mu přítelkyně z kterou žije v jedné domácnosti. Pacient má hmotnost 70 kg a výšku 180 cm dle BMI je stav výživy přiměřený (21,6 bodů). Pacient trpí nechutenstvím asi 1 měsíce, proto zhubl o 8 kg. Příjem stravy per os, forma stravy normální, stav chrupu dobrý ( k zubnímu lékaři chodí pravidelně každých půl roku, poslední návštěva 10.6 2007). Stravuje se pravidelně 5x denně (snídaně, svačina, oběd, svačina, večeře). Doma spíše preferuje více ovoce jako broskve, nektarinky, hroznové víno, jablka. Maso konzumuje spíš bílé, kuřecí, králičí, vepřové maso nejlí vůbec. Udává alergii na potraviny, hrách a ořechy. Příjem denních tekutin doma je asi 2,5 l / 24 hodin ( má rád ovocné čaje, džusy ředěné sodovkou jemně perlivou, pivo ale jen příležitostně, tvrdý alkohol nepije vůbec) Kávu pije 2x denně a to pouze ráno a po obědě. Kožní turgor fyziologický, sliznice růžové dostatečně zvlhčeny, stav vlasů nehtů dobrý.

*Nynější stav* – dieta č. 3 (racionální), stravuje se samostatně na pokoji, nechce se stravovat na jídelně s druhými lidmi, konzumuje vše co mu zde naservírují, ale velmi malé dávky potravy, stále trpí nechutenstvím důvodu obav o svůj další zdravotní stav, tekutiny má umístěné v dosahu na stolku u lůžka, pije domácí ovocný čaj asi 1 litr

denně, monitorujeme příjem a výdej potravy a tekutin, pocit sucha v ústech, rty a sliznice suché, má zajištěný invazivní žilní vstup na levém předloktí z důvodu infuzní terapie.

*Měřicí technika* – Body mass index (viz příloha č. 20)

1.10 – výsledek 21,6

- příjem a výdej tekutin

1.10 – bilance tekutin pozitivní o 370 ml

*Ošetrovatelský problém* – snížený příjem tělesných tekutin, nechutenství, sociální izolace, riziko vzniku infekce z důvodu invazivního žilního vstupu

### **III. Vylučování – moči, stolice, potu**

*Anamnéza* – stolice fyziologická, barva hnědá, doma pravidelná každý den, formovaná, při cestování trpí průjmy, preparáty na vyprazdňování nepoužívá, močení bez obtíží, moč bez příměsí, barva slámově žlutá, dětství prodělal opakované cystitidy, pocení přiměřené

*Nynější stav* – pacient se vyprazdňuje na WC, stolice nepravidelná poslední 26.9, stolice objemná, bolestivé vyprazdňování stolice, vyprazdňování moči pomocí uretrostomie zaveden Foleyův katetr po operačním zákroku monitorizace příjmu a výdeje tekutin.

*Měřicí technika* – nepoužita

*Ošetrovatelský problém* - zácpa, potenciální riziko vzniku infekce močových cest

### **IV. Aktivita, cvičení**

*Anamnéza* – Pacient je aktivní sportovec, plave, boxuje, jezdí na kole, hraje tenis. Pravidelně navštěvuje posilovnu každé pondělí, středu a pátek. Držení těla je vzpřímené. Ve volném čase rád luští křížovky, četba a věnuje se svým synovcům. Koordinace těla dobrá.

*Nynější stav* - pacient má volný pohyb po oddělení, plně soběstačný, kompenzační pomůcky nevyžaduje.

*Měřicí technika* – Bathelův test základních všedních dovedností (viz příloha č. 21)

1.10 výsledek 90 bodů

Pacient nevyžaduje pomoc při sebeděči

*Ošetrovatelský problém* - žádný

## **V. Spánek, odpočinek**

*Anamnéza* – Léky na psaní nepoužívá, doma chodí spát pravidelně ve stejnou dobu okolo 9 hodin, navečer rád sleduje televizi a má své rodinné pohodlí, spí okolo 10 hodin denně, v noci se nebudí, po spánku se cítí odpočatý, přes den nespí jen v sobotu po obědě tak na 30 min usne.

*Nynější stav* – dne 1.10 pacient spavý, od doby hospitalizace, 13.9 udává problémy ze spánkem, v noci se budí, nemůže usnout díky špatně adaptaci na hospitalizaci

*Měřicí technika* – žádná

*Ošetřovatelský problém* – zhoršená adaptace na nemocniční prostředí, problémy ze spánkem

## **VI. Vnímání, poznávání**

*Anamnéza* – sluch dobrý, vědomí plné, zrak zhoršený – nosí brýle dioptrie číslo 1, poslední návštěva u očního lékaře asi 2 měsíce, paměť neporušená, učení logické, bolesti netrpí, řeč plynulá, udržuje otevřený kontakt, plně orientovaný v čase, místě osobě i situaci

*Nynější stav* – pacient trpí bolestí od operačního zákroku 24.9 intenzita bolesti č. 4 (strašná), ke dni 1.10 bolest č. 3 (střední) dle VAS škály, utišující faktory nejsou, dle ordinace aplikovány analgetika, lokalizace v oblasti genitálu po operačním výkonu, charakter tlačivá, píchavá bolest., zhoršená komunikace pacient je uzavřený do sebe

*Měřicí technika* – Vizuální analogová škála (viz příloha č. 18)

1.9 – výsledek je v 10 hodin stupeň bolesti číslo 3 (střední)

*Ošetřovatelský problém* – bolest, problém v komunikaci, tkáňová integrita porušená

## **VII. Sebekoncepce, sebeúcta**

*Anamnéza* – Pacient optimista, plně si důvěřuje, při pocitu nervozity zašel do posilovny, zaplavat si atd. Vzdělaný rád překládá knihy v cizím jazyce (angličtina, němčina).

*Nynější stav* – V současné době má strach z prognózy a další léčby. Pacient se straní ostatních pacientů, vyžádal si samostatný pokoj, stravuje se na pokoji odmítá chodit do jídelny, ztráta chuti do života – pesimista, je uzavřený

*Měřicí technika* – Stupnice hodnocení psychického zdraví dle Sabate

1.10 – vyhodnoceno 14 bodů

Pacient má poruchu psychického zdraví

*Ošetřovatelský problém* – strach, sociální izolace, beznaděj

### **VIII. Plnění rolí, mezilidské vztahy**

*Anamnéza* – Bydlí se svou přítelkyní už 8 let v panelovém domě ve 3 patře, často přítele navštěvuje. Rodinné problémy nemají. Pacient pracuje jako správce počítačové sítě.

*Nynější stav* – od 25.9 zde pacient neměl žádnou návštěvu, cítí se osamělý

*Měřicí technika* – nepoužita

*Ošetrovatelský problém* – riziko osamělosti

### **IX. Sexualita, reprodukční schopnost**

*Anamnéza* – sexuální obtíže nejsou, sex pravidelný každý den, sexuální vztahy dobré nenarušené.

*Nynější stav* – pacient nedovede přijmout skutečnost že mu byl amputován penis, sexuální schopnost je zde nulová

*Měřicí technika* - nepoužita

*Ošetrovatelský problém* – porušený obraz vlastního těla, sexuální dysfunkce

### **X. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnutí, tolerance**

*Anamnéza* – napětí prožívá zřídka, v posledních dvou letech nedošlo k zásadní změně v pacientově životě, stres zvládal sám někdy s pomocí své přítelkyně, stresové situace nejsou tak časté

*Nynější stav* – stres má pacient s onemocněním kterého ho potkalo, obavy o svůj zdravotní stav a rodinný život,

*Měřicí technika* – nepoužita

*Ošetrovatelský problém* – rodinný život porušen

### **XI. Víra, přesvědčení, životní hodnoty**

*Anamnéza* – K náboženskému vyznání se nehlásí. Je ateista. V životě pro něj jsou nejdůležitější faktory rodina zdraví. Životní hodnotou je opětovaná láska.

*Nynější stav* – pacient ateista

*Měřicí technika* – nepoužita

*Ošetrovatelský problém* – žádný

### **XII. Jiné**

## 2.8 Ošetřovatelské diagnózy

Ošetřovatelské diagnózy jsou seřazeny dle priorit pro pacienta. Z důvodu stálého rozvoje ošetřovatelství a jejich postupů. Přichází do praxe ošetřovatelské diagnózy dle kapesního průvodce z roku 2001. Dále uvádím ošetřovatelské diagnózy s numerickým kódem dle Nanda taxonomie II. Ošetřovatelské diagnózy jsem stanovila 1.10 2007 na základě rozhovoru s pacientem, který identifikoval zařazení dle priorit. Byly platné po celou dobu ošetřovatelské činnosti. Tedy do 5. října.

### 2.8.1 Seznam ošetřovatelských diagnóz dle Kapesního průvodce

- I. Strach z důvodu progózy a další léčby projevující se zvýšenou tenzí, nízkým sebehodnocením
- II. Porucha přijetí vzhledu vlastního těla nebo jeho změn z důvodu totální amputace penisu projevující se izolací od ostatních lidí, uzavřeností do sebe
- III. Sexuální dysfunkce z důvodu totální amputace penisu projevující se neschopností mít pohlavní styk
- IV. Bolest akutní z důvodu operační rány projevující se změnou mimiky při převazu, sdělením bolesti, vyhledávání poloh snižující bolest, bledý výraz v obličeji
- V. Poruchy spánku z důvodu špatné adaptace na nemocniční prostředí projevující se ospalostí, nočním buzením, únavou
- VI. Zácpa z důvodu změny prostředí projevující se nepravidelností stolice, tenesmy, bolestivým vyprazdňováním
- VII. Porucha tkáňové integrity z důvodu operačního zákroku projevující se operační ránou

- VIII. Objem tělesných tekutin – snížený z důvodu sníženého pocitu žízně projevující se suchými sliznicemi, rty
- IX. Potenciální riziko vzniku infekce z důvodu invazivního žilního vstupu a zavedením katetru
- X. Potenciální riziko vzniku osamělosti z důvodu sociální izolace a nepřítomnosti blízké osoby (přítelkyně)

#### **2.8.2 Seznam Ošetřovatelských diagnóz dle Nanda taxonomie II**

- I. 00148 Strach z důvodu prognózy a další léčby projevující se zvýšenou tenzí, nízkým sebehodnocením
- II. 00118 Porušený obraz těla z důvodu totální amputace penisu projevující se izolací od ostatních lidí, uzavřeností do sebe
- III. 00059 Sexuální dysfunkce z důvodu totální amputace penisu projevující se neschopností mít pohlavní styk
- IV. 00132 Akutní bolest z důvodu operační rány projevující se změnou mimiky při převazu, sdělením bolesti, vyhledávání poloh snižující bolest, bledý výraz v obličeji
- V. 00095 Porušený spánek z důvodu špatné adaptace na nemocniční prostředí projevující se ospalostí, nočním buzením, únavou
- VI. 00011 Zácpa z důvodu změny prostředí projevující se nepravidelností stolice, tenesmy, bolestivým vyprazdňováním,



- VII. 00044 Porušená tkáňová integrita z důvodu operačního zákroku projevující se operační ránou
  
- VIII. 00027 Deficit tělesných tekutin z důvodu sníženého pocitu žízně projevující se suchými sliznicemi, rty
  
- IX. 00004 Riziko infekce z důvodu invazivního žilního vstupu a zavedením katetru
  
- X. 00054 Riziko osamělosti z důvodu sociální izolace a nepřítomnosti blízké osoby (příteklyně)

### **2.8.3 Aplikované ošetrovatelské diagnózy**

**I. Strach** z důvodu prognózy a další léčby projevující se zvýšenou tenzí, nízkým sebehodnocením

Cíl:

Dlouhodobý:

- pacient nejeví známky strachu do 1 měsíce

Krátkodobý:

- pacient má zmírněný strach do 5 dní

Výsledná kritéria:

- pacient mluví o svém strachu do 3 dnů
- pacient zná původ strachu do 1 dne
- pacient se dokáže odpoutat od strachu do 5 dní
- pacient využívá prostředky k odpoutání pozornosti od strachu do 4 dnů

Priorita: -střední

#### Intervence:

- zjistí jak pacient vnímá strach v dané situaci do 24 hodin (primární sestra)
- sleduj fyziologické funkce TK, P, D, TT - každý den (sestra ve službě)
- vytvoř vstřícný terapeutický vztah s pacientem do 48 hodin ( primární sestra)
- přistupuj k pacientovi empaticky a vlídně - každý den (sestra ve službě)
- mluv s pacientem jasně a zřetelně a buď trpělivý – vždy (sestra ve službě)
- pobízej pacienta aby slovně vyjádřil své pocity – vždy (sestra ve službě)
- zajisti dle potřeby péči psychologa (3.10) – (primární sestra)
- zajisti rozhovor s ošetřujícím lékařem do 2 hodin (primární sestra)
- seznam pacienta s vyšetřením které ho v nejbližší době čeká do 1 hodiny (primární sestra)
- dej prostor pro možné otázky pacienta - každý den (sestra ve službě)
- monitoruj psychický stav, každý den, dle bodové škály Sawage (primární sestra)

#### Realizace:

1 – 5.10 – kontrola psychického stavu pacienta dle škály Sabate (1.10 – vyhodnoceno 14 bodů, 5.10 – vyhodnoceno 10 bodů), průběžná komunikace s pacientem

1.10 – zajištěn rozhovor s ošetřujícím lékařem o prognóze a další léčbě

3.10 – zajištěna konzultace s psychologem

-dostatek času na otázky

-přístup empatický a vlídný

Hodnocení: efekt částečný

5.10

Pacient – již nepocituje strach o takové intenzitě, největší strach pocituje hlavně na noc, protože se mu vše promítá v hlavě

Zdravotní sestra- pacient se jeví klidnější, strach částečně zmírněn

**II. Porucha přijetí vzhledu vlastního těla nebo jeho změn** z důvodu totální amputace penisu projevující se izolací od ostatních lidí, uzavřeností do sebe

Cíl:

Dlouhodobý:

- pacient se smířil s totální amputací penisu do 1 roku

Krátkodobý:

- pacient má zmírněné pocity méněcennosti do ukončení hospitalizace

Výsledná kritéria:

- pacient se začleňuje mezi ostatní lidé do 14 dnů
- pacient nejeví známky uzavřenosti do 7 dní
- pacient hovoří o svých emocích (primární sestra) 3 dnů

Priorita: -střední

Intervence:

- přistupuj k pacientovi empaticky vlídně a trpělivě – vždy (sestra ve službě)
- věnuj pozornost emotivním projevům pacienta a ponech aby si rozhodl sám, co je pro něj špatné a co dobré –vždy (sestra ve službě)
- pamatuj, pacient je velice citlivý nato jak se druzí na něj dívají – vždy (sestra ve službě)
- vytvoř si s pacientem důvěrný vztah do 3 dnů (primární sestra)
- chovej se k pacientovi jako k člověku, kterého si nesmírně vážíš –vždy (sestra ve službě)
- snaž se usměřňovat jeho myšlení tak, aby se dokázal své chorobě maximálně přizpůsobit -každý den (sestra ve službě)
- pěstuj v pacientovi pocity sebedůvěry - každý den (sestra ve službě)
- pouč příbuzné, aby přijímali pacienta normálně bez ohledu na jeho handicap – ihned (primární sestra)
- dbej na to aby pacient svému handicapu postupně přivykal - každý den (sestra ve službě)

Realizace :

1.10 -5. 10

Setra k pacientovi přistupovaly empaticky a vlídně. Pěstují v klientovi pocity sebedůvěry, vedou klienta k postupnému přivykání k handicapu. Hovoří s příbuznými aby klienta přijímali normálně bez ohledu na handicap, který nastal.

Hodnocení: - efekt částečný

5.10

Pacient – chodí do jídelny se stravovat, komunikativní

Zdravotní sestra – pacient začal komunikovat i s jinými lidmi, pocit méněcennosti stále přetrvává, začal o sevřeně mluvit o svých emocích (3 den ošetřování). Vytvořen důvěrný vztah mezi klientem a sociální sestrou.

**III. Sexuální dysfunkce** z důvodu totální amputace penisu projevující se neschopností mít pohlavní styk

Cíl:

Dlouhodobý:

- pacient má osvojené uspokojovací způsoby alternativních přístupů co se týká pohlavního styku do propuštění.

Krátkodobý:

- pacient spolupracuje se sexuologem do 14 dnů

Výsledná kritéria:

- pacient zná příčiny sexuální dysfunkce do 2 dnů
- pacient volně hovoří o svých emocích do týdne
- pacient chápe podstatu alternativních přístupů při styku do 2 dnů

Priorita : - střední

Intervence:

- přistupuj k pacientovi empaticky vlídně – vždy (sestra ve službě)
- snaž se odhadnout význam sexu pro nemocného jeho motivaci dosavadní situaci změnit – do 10 dnů (primární sestra)
- vytvoř si dokonalý profesionální vztah mezi tebou a pacientem do 3 dnů (primární sestra)

- seznam pacienta s možností chirurgického rekonstrukčního výkonu (plastické, silikonové vytvoření penisu) – do týdne (primární sestra)
- spolupracuj se sexuologem do 2 dnů (primární sestra)
- zaváděj s pacientem rozhovor na toto téma, a to zvláště v době, kdy vycítíš přístupnost k diskusi – vždy (primární sestra)
- zjistí a zaznamenej postoje rodiny nebo blízkých přátel – ihned při návštěvě (primární sestra)
- spolupracuj s rodinou a přítelkyní – ihned (primární sestra)
- vytvořte klidnou a otevřenou atmosféru pro rozhovor

Realizace:

1.-5. 10

Sestry přistupují k pacientovi empaticky a vlídně, vytvořili si plně profesionální vztah s pacientem. Spolupráce se sexuologem byla zajištěna. Postoje rodiny a blízkých přátel byly zaznamenávány při každé návštěvě. Při každém rozhovoru byla vytvořena klidná a otevřená atmosféra.

Hodnocení: - efekt částečný

5.10

Pacient- Pacient komunikuje na toto téma a rozšířeně se zajímá o chirurgický reprodukční výkon.

Zdravotní sestra- Třetí den ošetřování byl pacient přístupný k diskusi na toto téma. Klient byl informován o chirurgickém reprodukčním výkonu od sestry z plastické kliniky.

**IV. Akutní bolest** z důvodu operační rány projevující se změnou mimiky při převazu, sdělením bolesti, vyhledávání poloh snižující bolest, bledý výraz v obličeji

Intenzita: č.3 (střední)

Charakter: píchavá

Lokalizace: oblasti operační rány po amputaci penisu

Cíl:

Dlouhodobý :

- pacient nepocítuje žádnou bolest do 14 dnů

Krátkodobý:

- pacient má zmírněnou bolest o jeden stupeň na č. 2 (mírná) do 2 dnů

#### Výsledná kritéria:

- pacient je seznámen s možností nežádoucích účinků analgetik do 2 hodin
- pacient zná příčiny a projevy bolesti do 1 hodiny
- pacient zná a umí praktikovat techniky, které ulevují bolesti do 24 hodin

Priorita: - střední

#### Intervence:

- přistupuj k pacientovi empaticky vlídně – vždy (sestra ve službě)
- založ analgetický list – ihned (primární sestra)
- zhodnoť a pravidelně přeměřuj intenzitu bolesti – každý den (primární sestra)
- odved' pozornost pacienta od bolesti vhodnými aktivitami – vždy (sestra ve službě)
- sleduj fyziologické funkce TK, P, D, TT –každý den (sestra ve službě)
- zhodnoť vliv bolesti na u pacienta na příjem potravy – ihned (primární sestra)
- aplikuj v pravidelných intervalech led na operační ránu – vždy (sestra ve službě)
- aplikuj léky dle ordinace lékaře – vždy (sestra ve službě)
- sleduj vedlejší účinky analgetik – vždy (sestra ve službě)
- hlase lékaři každou změnu bolesti – vždy (sestra ve službě)

#### Realizace:

1-5. 10

Sestry přistupují k pacientovi vždy empaticky vlídně. Analgetický list založen ihned při prvních známkách bolesti. Bolest pravidelně monitorována pomocí VAS škály. Pozornost od bolesti je pacientovi odpoutaná vhodnými aktivitami které preferuje.

Hodnocení: efekt částečný

5.10

Pacient: bolest nepatrná č. 1, charakter píchavá

Zdravotní sestra: dle škály VAS je bolest č. 1 nepatrná, charakter a lokalizace stejná

**V. Poruchy spánku** z důvodu špatné adaptace na nemocniční prostředí projevující se ospalostí, nočním buzením, únavou

Cíl:

Dlouhodobý:

- pacient nemá spánek porušen do týdne

Krátkodobý:

- pacient spí nerušeně 6 hodin každý den do 3 dnů.

Výsledná kritéria:

- pacient není ospalý do 2 dnů
- pacient přes den nespává do 24 hodin
- pacient se přes den nebudí do 2 dnů
- pacient nejeví žádné známky únavy do 2 dnů
- pacient zná příčiny poruchy spánku do 1 hodiny

Priorita : - střední

Intervence:

- zjistí co vyvolává poruchu spánku - ihned (sestra ve službě)
- sleduj průměrnou délku spánku pacienta – vždy (sestra ve službě)
- udržuj klidné a tiché prostředí, omez všechny rušivé elementy v okolí pacienta – vždy (sestra ve službě)
- dopřej pacientovi veškeré aktivity, na které je před spánkem zvyklý (dle možností)- vždy (sestra ve službě)
- informuj pacienta o rovnováze mezi aktivito a odpočinkem průběhu dne- vždy (sestra ve službě)
- monitoruj spánek – vždy (sestra ve službě)
- podávej léky dle ordinace lékaře – vždy (sestra ve službě)
- sleduj vedlejší účinky hypnotik

Realizace:

1-5. 10

Všechny rušivé elementy byly odstraněny, minimálně buzen pře noc. Od 2.10 podáván Hypnogen 100mg dle ordinace lékaře. Pacientovi bylo vyhověno v aktivitách před spánkem (koupel, sledování TV). Spánek pravidelně monitorován do ošetrovatelské dokumentace. Pacient informován o rovnováze mezi aktivitami během dne a odpočinkem.

Hodnocení:- efekt úplný

5.10

Pacient: spí 8 hodin jen jednou se probudí (má žízeň), méně unavený

Zdravotní sestra: Pacient spí nerušeně 8-9 hodin a s minimálním probouzením v noci. Během dne není ospalý přes den nespává a nejeví žádné známky únavy.

**VI. Zácpa** z důvodu změny prostředí projevující se nepravidelností stolice, tenesmy, bolestivým vyprazdňováním

Cíl:

Dlouhodobý:

- pacient má fyziologické vyprazdňování stolice do týdne.

Krátkodobý :

- pacient se vyprázdní do 24 hodin

Výsledná kritéria:

- pacient zná příčiny a projevy zácpy do 1 hodiny
- pacient nepociťuje tenesmy do 2 dnů
- pacient nepociťuje napětí břicha bolestivost při vyprazdňování do 3 dnů
- pacient zná a chápe konzumaci vhodných potravin, které usnadňují defekaci do 2 hodin
- pacient je informován a chápe nutnost užívání laxancií do 1 hodiny

Priorita : střední

Intervence:

- zjistí příčiny zácpy do 1 hodiny (sestra ve službě)
- zjistí způsob, kterým se pacient vyprazdňuje doma a faktory, které mu při defekaci napomáhají do 1 hodiny (sestra ve službě)
- zajisti soukromí při defekaci – vždy (sestra ve službě)
- zjistí zda užívané léky nemají ve svých nedelších účincích nezpůsobují zácpu – ihned (sestra ve službě)
- zajisti důkladnou hygienu po defekaci a šetření konečku dle potřeby – vždy (sestra ve službě)
- pouč pacienta o vhodných projímavých potravinách do 1 hodiny (primární sestra)



- pouč pacienta o nácvičku defekačního reflexu – ihned (primární sestra)
- proved' klyzma dle potřeby – vždy (sestra ve službě)
- aplikuj léky dle ordinace lékaře – vždy (sestra ve službě)

Realizace:

1-5. 10

Pacientovi bylo zajištěno soukromí při defekaci a dopřány jeho návyky.

2.10 provedeno klyzma 3x .

Pacient poučen o nácvičku defekačního reflexu vhodných potravinách. Laxancia pravidelně aplikovány.

Hodnocení:- efekt úplný

5.10

Pacient: Vyprazdňuje se každý druhý den.

Zdravotní sestra: Pacient se vyprázdnil po podaném klyzmatu 2.10 (stolice objemná formovaná , fyziologické barvy na WC)

4.10 stolice 2x denně spontánně

**VII. Porucha tkáňové integrity** z důvodu operačního zákroku projevující se operační ránou o velikosti 6 x 2 cm. v oblasti genitálii po totální amputaci penisu

Cíl:

Dlouhodobý:

- pacientovi se hojí rána per prímam po dobu hospitalizace

Krátkodobý :

- pacient má dostatek informací o vniku možné infekce do 2 dnů

Výsledná kritéria:

- pacient zná příčiny a projevy porušené tkáňové integrity do 1 hodiny
- pacient zná a chápe možná rizika výskytu infekce do 1 hodiny
- pacient zná a chápe správnou techniku hygieny operační rány do 1 hodiny

Priorita: střední

Intervence:

- pouč pacienta o důležitosti hygieny v oblasti operační rány do 1 hodiny (primární sestra)

- pouč pacienta o projevech možné infekce operační rány do 1 hodiny (primární sestra)
- kontroluj pravidelně ránu a zhodnot' ji –vždy (primární sestra)
- založ list o hojení ran – ihned (primární sestra)
- prováděj převaz dle ordinace lékaře – vždy (sestra ve službě)
- přistupuj k operační ráně vždy za přísně sterilních podmínek- vždy (sestra ve službě)
- dbej na čisté ložní prádlo i na prádlo pacienta – vždy (sestra ve službě)

Realizace:

1-5. 10

Pacient poučen o důležitosti hygieny a možných projevech infekce. Rána je pravidelně hodnocena. Převez provedeny dle ordinace lékaře za přísně sterilních podmínek. Ložní prádlo i prádlo pacienta měněno každý depo hygieně. Pacient dodržuje zásady hygienické péče operační rány. Operační rána bez sekrece a zarudnutí, bez přítomnosti otoku. Převaz se provádí dle ordinace lékaře (Betadine roztok , sterilní krytí)

Hodnocení: - efekt úplný

5.10

Pacient: Pacient ovládá správnou techniku, dodržuje zásady v hygienické péče v oblasti operační rány.

Zdravotní sestra: Převaz prováděn 2.10, 3.10, 5.10 dle ordinace (Betadine roztok, sterilní krytí), rána klidná bez zarudnutí a sekrece, hojí se per prímam. Medikamentozní léčba dle ordinace vyhovující.

**VIII. Objem tělesných tekutin - snížený** z důvodu sníženého pocitu žízně projevující se suchými sliznicemi, rty

Cíl:

Dlouhodobý:

- pacient má normalizovaný pitný režim do 4 dnů

Krátkodobý:

- pacient vypije 2-2,5 l do 24 hodin

Výsledná kritéria:

- pacient zná příčiny a projevy sníženého příjmu tekutin do 1 hodiny
- pacient má sliznice a rty dostatečně zvlhčeny do 2 dnů
- pacient zná a chápe důležitost pitného režimu do 1 hodiny
- pacient je poučen o záznamu příjmu a výdeji tekutin do 1 dne

Priorita: střední

Intervence:

- pouč pacienta o nutnosti pitného režimu do 1 hodiny (primární sestra)
- informuj pacienta o známkách a rizicích dehydratace do 1 hodiny (primární sestra)
- zajistěte dostatečný příjem tekutin- ihned (sestra ve službě)
- sleduj příjem a výdej tekutin – vždy (sestra ve službě)
- sleduj ztrátu tekutin (potem, dechem.....) – vždy (sestra ve službě)
- sleduj fyziologické funkce TK, P, D, TT –každý den (sestra ve službě)
- dbej na to, aby pacient měl u sebe tekutiny, které preferuje –vždy (sestra ve službě)
- pouč pacienta o pití černé kávy – ihned (primární sestra)

Realizace:

1-5.10

Pacient poučen o pitném režimu a konzumaci černé kávy, známkách dehydratace. Příjem a výdej tekutina pravidelně kontrolován a zapisována do ošetřovatelské dokumentace.dostatečný příjem tekutin zajištěn.

Hodnocení: efekt úplný

5.10

Pacient: Klient si sám zapisuje příjem výdej tekutin, normalizovaný pitný režim dodržuje.

Zdravotní sestra: Pacient pije 2 l za 24 hodin, je poučen a rozumí důležitosti pitného režimu. Rty a sliznice jsou dostatečně zvlhčeny, kožní turgor fyziologický.

**IX. Potenciální riziko vzniku infekce** z důvodu invazivního žilního vstupu a zavedením močových katetrů, operační ránou

Cíl:

Dlouhodobý:

- pacient je bez projevu infekce do ukončení hospitalizace

Krátkodobý:

- pacient umí rozeznat projevy infekce do 2 hodin

Priorita : střední

Intervence:

- informuj pacienta o projevech a příčinách infekce do 1 hodiny (primární sestra)
- sleduj oblast PŽK a močových katetrů – vždy (sestra ve službě)
- pouč pacient a důležitosti hygienických návyků v oblasti močových katetrů – vždy (primární sestra)
- sleduj fyziologické funkce TK, P, D, TT – každý den (sestra ve službě)
- dodržuj postup při ošetřování jednotlivých pacientů (umývání rukou, sterilní pomůcky atd.)- vždy (sestra ve službě)
- převaz prováděj vždy přísně asepticky (sestra ve službě)
- informuj lékaře a případném výskytu infekce- vždy (sestra ve službě)

Realizace:

1-5. 10

Pacient informován a projevech příčinách infekce, o nutnosti hygieny v oblasti močových katetrů, PŽK, oblast močových katetrů, operační rána pravidelně kontrolovány. Postupy při ošetřování nemocných dodržovány.

Hodnocení: efekt úplný

5.10

Zdravotní sestra: pacient je bez projevů infekce.

2.10 - PŽK přepíchnuta na pravou horní končetinu v oblasti předloktí

**X. Potenciální riziko vzniku osamělosti** z důvodu sociální izolace a nepřítomnosti blízké osoby (příteklyně)

Cíl:

Dlouhodobý:

- pacient je bez projevů osamělosti do ukončení hospitalizace

Krátkodobý:

- pacient se aktivně zapojuje do společných činností do 4 dnů

Priorita: - střední

Intervence:

- sleduj délku trvání tohoto problému – vždy (primární sestra)
- spolupracuj s rodinou a příteklyně – ihned (primární sestra)
- pouč pacienta o nutnosti začlenění mezi ostatní pacienty – ihned (primární sestra)
- pomoz pacientovi zapojovat se postupně do všech činností, kde se setkává s optimistickými lidmi – vždy (sestra ve službě)
- spolupracuj s psychologem – ihned (primární sestra)
- povzbuzuj a chval pacienta za určité pokroky – vždy (sestra ve službě)

Realizace:

1-5.10

Pacient poučen nutnosti začleňování mezi ostatní pacienty, spolupráce s rodinou psychologem zajištěna, pacient je začleňován do kolektivu pacientů, je chválen a povzbuzován.

Hodnocení: efekt částečný

5.10

Zdravotní sestra: Pacient se stravuje na jídelně, dochází na denní místnost, ale s ostatními pacienty ještě kontakt nenavázán.

## Závěr

Nádorové onemocnění penisu představuje závažný společenský a medicínský problém, i přesto, že se řadí mezi relativně vzácná onemocnění u mužů.

Tato bakalářská práce, demonstruje problematiku péče o klienta s karcinomem penisu v prostředí nemocnice, pomoci přiblížit pojem tohoto onemocnění, ale také jak k těmto osobám přistupovat a pečovat o ně.

Ošetrovatelský proces je základem pro poskytování individualizované, vstřícné ošetrovatelské péče. Plánovaná, cílevědomá a individualizovaná péče pak přináší klientům mnoho úspěchů. Proto, tato bakalářská práce bude přínosná pro studijní účely ale i pro zdravotnický personál pracující v praxi.

Plán, který jsme si s pacientem po dobu mého ošetřování (1 - 5.10 2007) v nemocnici stanovili, byl náročný. Pan L.V se snažil spolupracovat i přes jeho psychickou zátěž. Za svého pobytu v nemocnici dosáhl poměrně velkého pokroku. Podařilo se, cíle které jsme si vytyčili, aby nabyly částečného nebo úplného efektu. Pacient si uvědomil, spoustu zásadních věcí, že je velmi nutné se aktivně zapojovat do boje proti této nemoci a jejím následkům.

Pan L.V udělal v této oblasti velký kus práce, ale ještě ho mnoho věcí čeká. Až přijede domů, bude si muset zvykat na nový způsob života.

Už je to rok, co jsem toho pacienta ošetřovala a dodnes jsme spolu v kontaktu. Je to nesmírně silný člověk, kterého moc obdivuji a vážím si ho. V této době je jeho stav stabilizovaný, kontroly má po 3 měsících bez progresu.

Pro tuto chvíli, již nemůžu nic jiného udělat, jen doufat, že tu ten to pacient bude ještě mnoho let, mezi námi.

## Seznam použité literatury a informačních zdrojů

- ABRAHÁMOVÁ, Jana. *Vybrané otázky z urologie VIII*. Praha : Galén, 2004. IBSN 80-7262- 296-X.
- BABJUK, M. a kol. *Urologie*. Praha : Galén, 2003. IBSN 80-7262-233-1.
- BABJUK, Marko; DVOŘÁČEK, Jan. *Onkourologie*. Praha : Galén, 2005. IBSN 80-7262-349-4.
- ČERVINKOVÁ, E. a kol. *Ošetrovatelské diagnózy*. Brno : IDVPZ, 2002. IBSN 80-7013-358-9.
- ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 2*. Praha : Grada, 2004. IBSN 80-7169-970-5.
- DOENGES, Marlin E; MOORHOUSE, Mary Francis. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha : Grada, 2001. IBSN 80-247-024- 28.
- DRUGA, Rastislav; GRIM, Miloš. *Základy anatomie*. Praha : Galén, 2005. IBSN 80-7262-302-8.
- KLENER, Pavel. *Klinická onkologie*. Praha : Galén, 2002. IBSN 80-7262-151-2.
- KAWACIUK, Ivan. *Urologie*. Praha : Luxor, 2000. IBSN 80-86022-60-9.
- MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v nanda doménách*. Ostrava : 2006. IBSN 80-7368-109-9.
- PETRŽELKA, Luboš; KONOPÁSEK, Bohuslav. *Klinická onkologie*. Praha : Karolínium, 2003. IBSN 80-246-0395-0.
- SVOJTKA, Libor; VAŠUT, David. *Atlas Anatomie*. Praha : Press, 2006. IBSN 80-7180-092-9.

ŠLAPETA, Pavel; PETERA, Jiří. *Radiační onkologie*. Praha : Galén, 2007. ISBN 80-978-7262-0.

VORLÍČEK, J. a kol. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha : Grada, 2005. ISBN 80-247-1716-6.

VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. Praha : Protál, 2003. ISBN 80-7178-740-X.

VYZULA, Radovan. *Výživa při onkologickém onemocnění*. Praha : Galén, 2005. ISBN 80-7262-120-3.

WILHELM, Z. a kol. *Výživa v onkologii*. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. ISBN 80-7013-410-0.

ČERMÁK, A. Chirurgická léčba karcinomu penisu. *Urologické listy*, 2005, roč. 3, č. 4, s. 14 -17. ISSN 1214-2085

RAJMON, P. Karcinom penisu. *Urologie pro praxi*, 2003, roč.2, č.3, s. 58- 62. ISSN 1213-1768

TROUFALOVÁ, P. Nádory Penisu. *Urologie pro Praxi*, 2005, roč. 6, č. 5, s. 220-223.

ISSN 1213-1768.

ČASOPIS SEXTUS. Elektronické informace o lidské sexualitě. *Společnost pro sexuální osvětu* [online: 11. 10 2008].2004, č. 3 [cit. 2004-07-]. Dostupné z WWW: < <http://www.sexus.cz/clanek/2004-pupinky-napenisu.html> >.ISSN 1214-0953.



## **Seznam tabulek použitých v textu**

**Tabulka č. 1** Metabolické změny ve výživě

**Tabulka č. 2** Strategie příjmu proteinů

**Tabulka č. 3** Medikamentózní léčba per os

**Tabulka č. 4** Medikamentózní léčba intravenozní

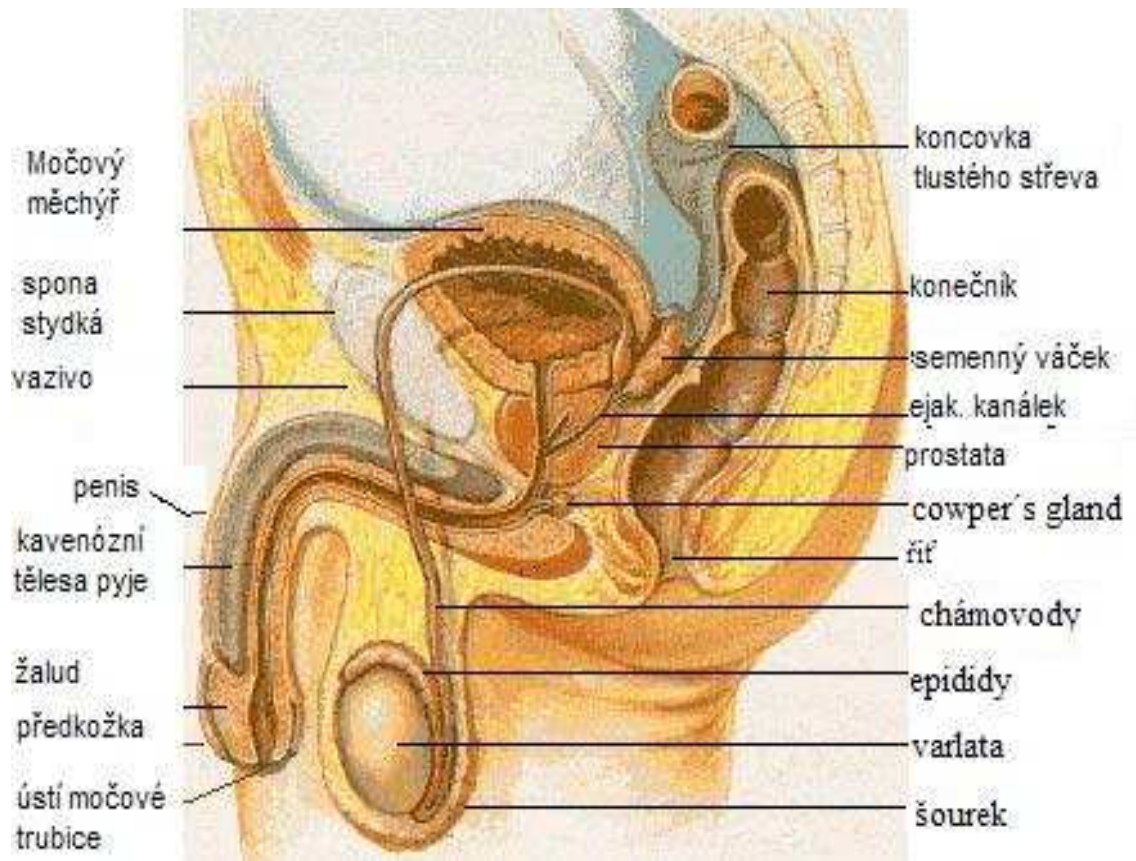
**Tabulka č. 5** Medikamentózní léčba intramuskulární

**Tabulka č. 6** Medikamentózní léčba per rectum

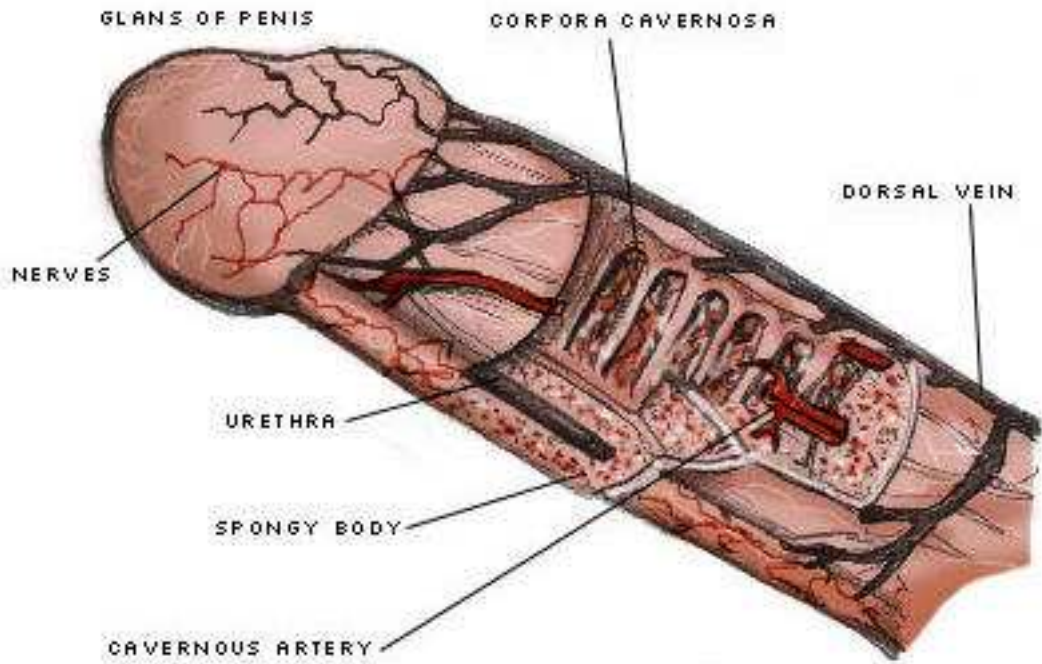
## Seznam příloh

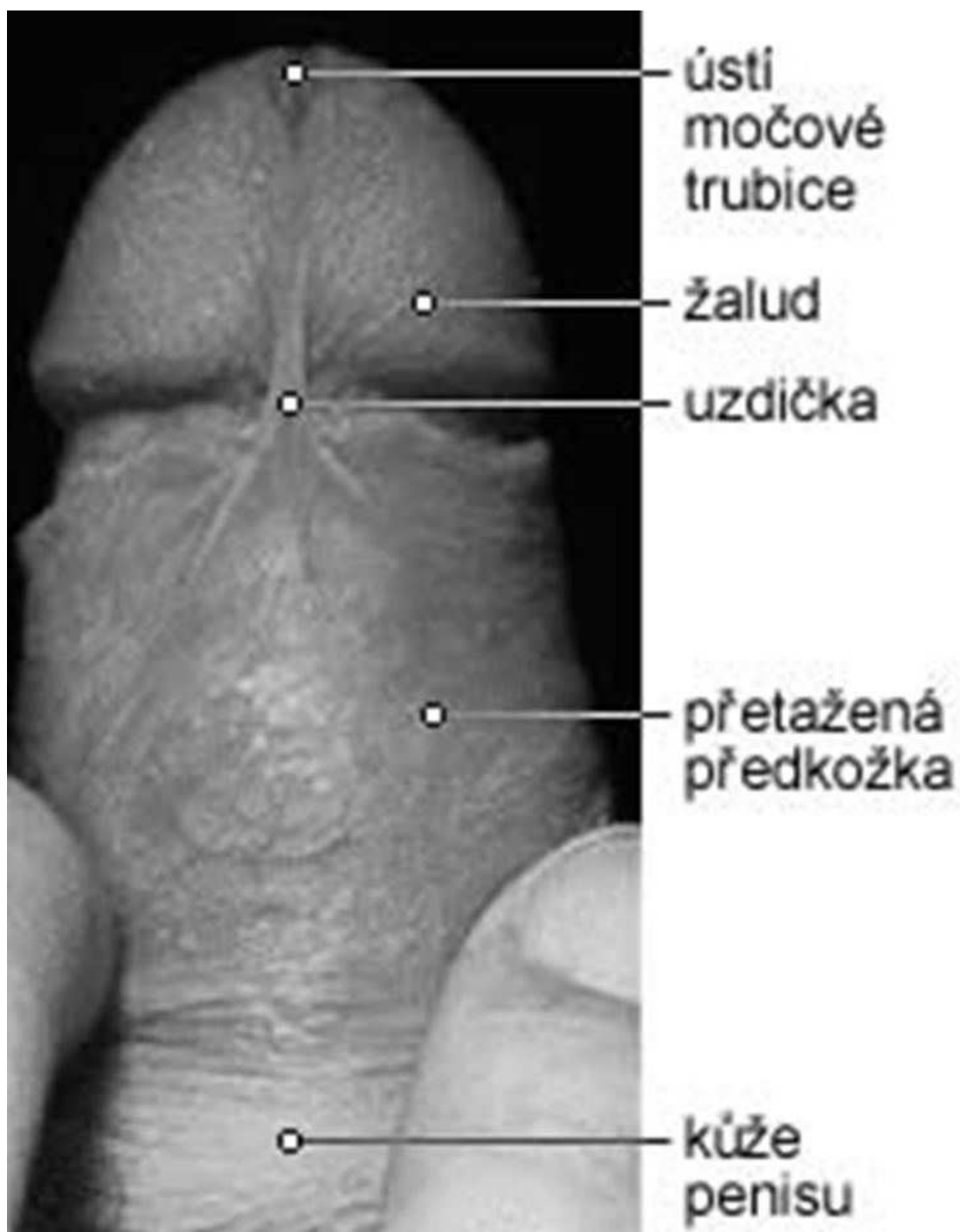
- Příloha č. 1** Pohlavní ústrojí muže
- Příloha č. 2** Řez penisem
- Příloha č. 3** Zevní popis penisu
- Příloha č. 4** Corpora cavernosa a corpus spongiosum
- Příloha č. 5** Popis kavernózních těles
- Příloha č. 6** Cornu cutaneum
- Příloha č. 7** Condilomata gigantea
- Příloha č. 8** Hirsuties papiláris penis
- Příloha č. 9** Condylomata accumináta
- Příloha č. 10** Balanitis xerotica obliterans
- Příloha č. 11** Parciální amputace penisu
- Příloha č. 12** Provedení parciální amputace penisu
- Příloha č. 13** Radikální amputace penisu
- Příloha č. 14** Technika klínové excize primárního tumoru
- Příloha č. 15** Jednotlivé charakteristiky T primárního tumoru
- Příloha č. 16** Rozdíl mezi obřezaným a neobřezaným penisem
- Příloha č. 17** Penis po částečné amputaci
- Příloha č. 18** Hodnocení bolesti
- Příloha č. 19** Záznam hojení ran
- Příloha č. 20** Body mass index
- Příloha č. 21** Barthelův test
- Příloha č. 22** Nutriční scóre
- Příloha č. 23** Posouzení psychického stavu
- Příloha č. 24** Doporučený denní příjem minerálů a stopových prvků u onkologických pacientů
- Příloha č. 25** Doporučený denní příjem vitamínů u onkologicky nemocných

## Pohlavní ústrojí muže



## Řez penisem





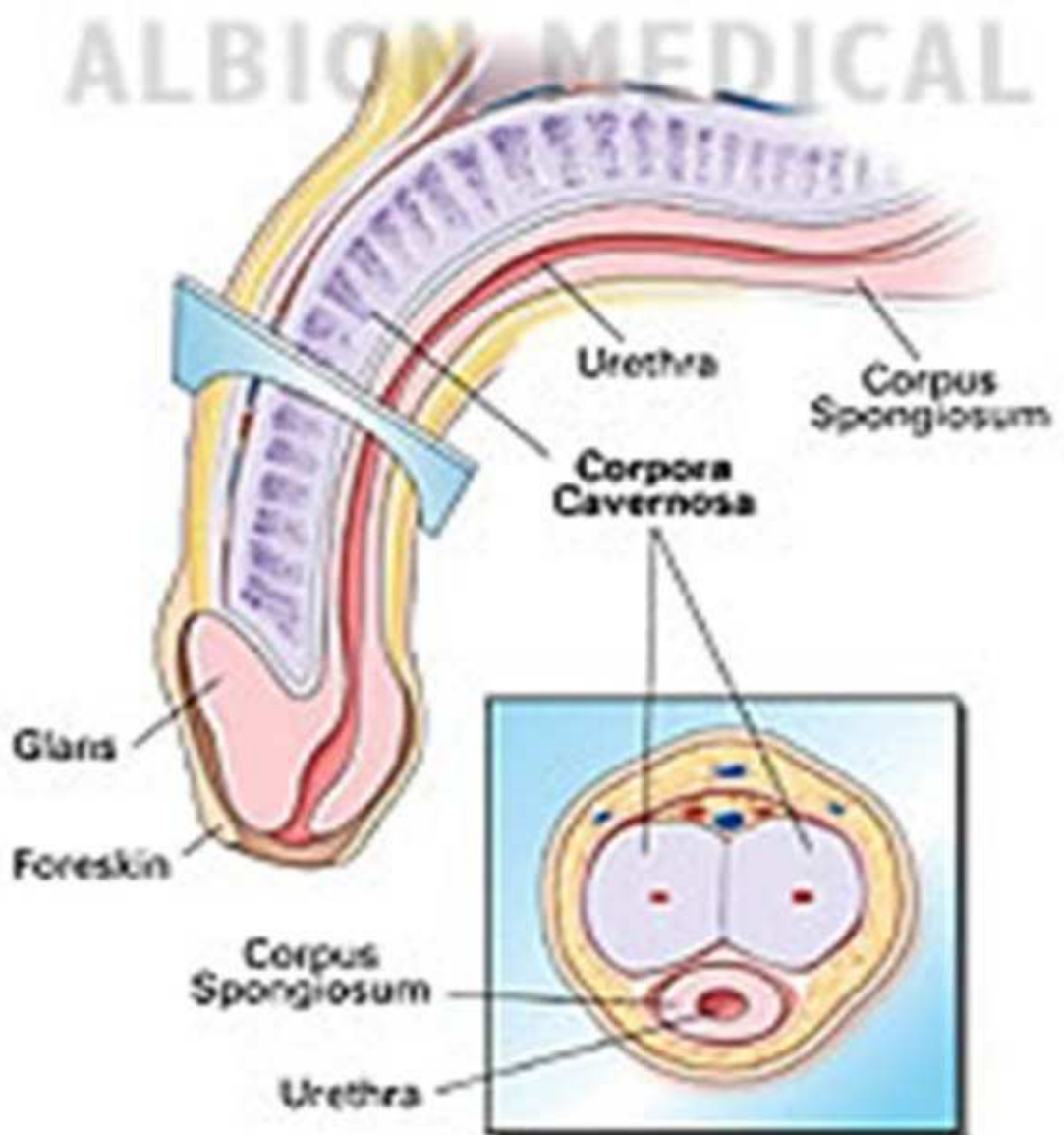
ČASOPIS SEXTUS. Elektronické informace o lidské sexualitě. *Společnost pro sexuální osvětu* [online].2004, č. 3 [cit. 2004-07-]. Dostupné z WWW:

< <http://www.sexus.cz/clanek/2004-pupinky-napenisu.html> >.ISSN 1214-0953.

**Corpora cavernosa a corpus spongiosum**



**Popis Kavernózních těles**



Příloha č. 6

**Cornu cutaneum**



ČASOPIS SEXTUS. Elektronické informace o lidské sexualitě. *Společnost pro sexuální osvětu* [online].2004, č. 3 [cit. 2004-07-]. Dostupné z WWW:

< <http://www.sexus.cz/clanek/2004-pupinky-napenisu.html> >.ISSN 1214-0953.

Příloha č. 7

**Kodilomata gigantea**



ČASOPIS SEXTUS. Elektronické informace o lidské sexualitě. *Společnost pro sexuální osvětu* [online].2004, č. 3 [cit. 2004-07-]. Dostupné z WWW:

< <http://www.sexus.cz/clanek/2004-pupinky-napenisu.html> >.ISSN 1214-0953.



**Příloha č. 8**

**Hirsuties papiláris penis**



ČASOPIS SEXTUS. Elektronické informace o lidské sexualitě. *Společnost pro sexuální osvětu* [online].2004, č. 3 [cit. 2004-07-]. Dostupné z WWW:

< <http://www.sexus.cz/clanek/2004-pupinky-napenisu.html> >.ISSN 1214-0953.

**Příloha č. 9**

**Condylomata accumináta**



ČASOPIS SEXTUS. Elektronické informace o lidské sexualitě. *Společnost pro sexuální osvětu* [online].2004, č. 3 [cit. 2004-07-]. Dostupné z WWW:  
< <http://www.sexus.cz/clanek/2004-pupinky-napenisu.html> >.ISSN 1214-0953.

**Příloha č. 10**

**Balanitis xerotica obliterans**

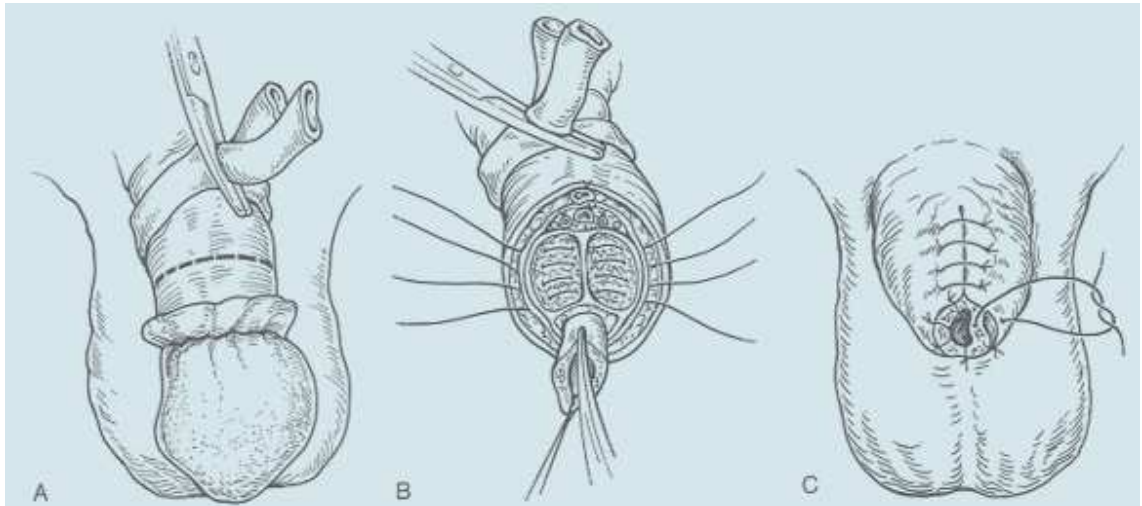


ČASOPIS SEXTUS. Elektronické informace o lidské sexualitě. *Společnost pro sexuální osvětu* [online].2004, č. 3 [cit. 2004-07-]. Dostupné z WWW:  
< <http://www.sexus.cz/clanek/2004-pupinky-napenisu.html> >.ISSN 1214-0953.

**Příloha č. 11** (Čermák 2005 s. 54)

**Parciální amputace penisu** - klasická technika. A: Naložení turniketu a cirkulární kožní

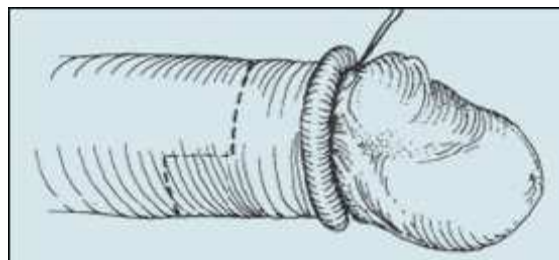
excize 2 cm proximálně od nádorového postižení. B: Gilotinové přerušení kavernózních těles a uzavření jednotlivými matracovými hemostatickými stehy 2-0. Přesahující část uretry je nastřížena, vějířovitě rozevřena a marsupializována ke kožním okrajům. C: uzávěr kožního krytu pahýlu penisu.



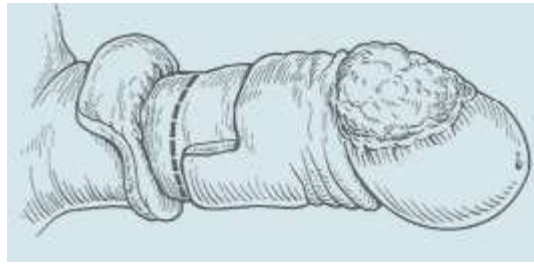
**Příloha č. 12** (Čermák 2005 s. 54)

Modifikovaná parciální amputace penisu. Modifikace **provedení parciální amputace** penisu a rekonstrukce pahýlu penisu. A: Incize kůže. B: vytvoření přesahujícího dorzálního laloku. C: Gilotinové přerušení kavernózních těles a uzávěr matracovými stehy. Pahýl uretry přesahuje o 1 cm corpora cavernosa. D: vytvoření otvoru v kožním laloku a spatulace uretry. E: anastomóza laloku a uretry (Vicryl 4-0, uzávěr kožního laloku).

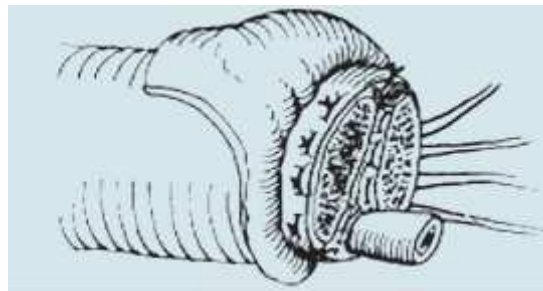
A/



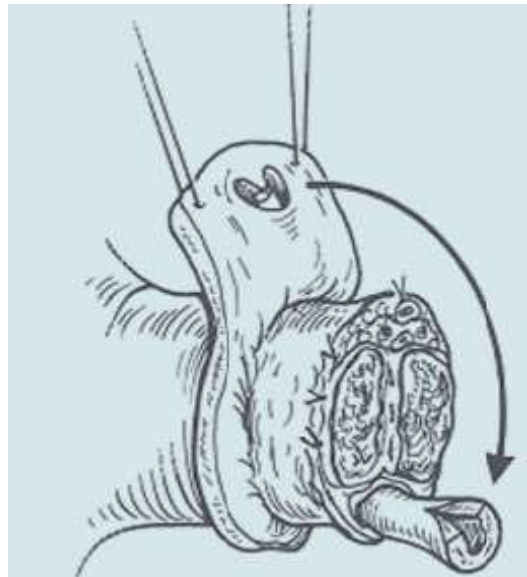
B/



C/



D/

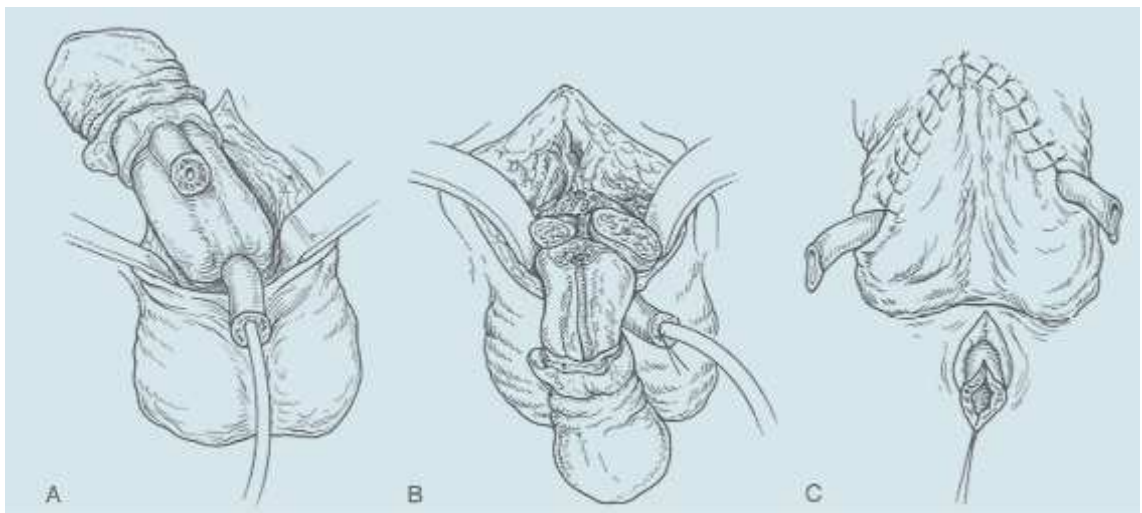


E/



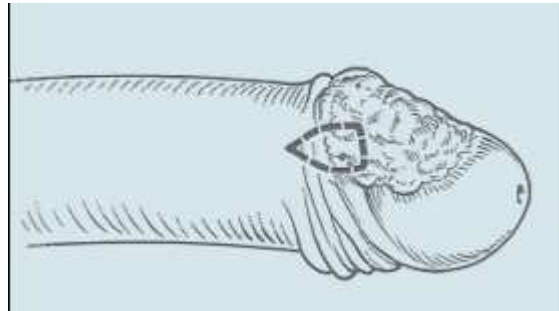
**Příloha č. 13** (Čermák, 2005 s. 55)

**Radikální amputace penisu.** A: Uretra je izolována 2 cm proximálně od tumoru. Ligamentum suspensorium penis je přerušeno. Uretra je izolována od kavernózních těles a přerušena. B: Přerušení ligamentum suspensorium penis a ligatura dorzálních žil. Příčné přerušení kavernózních těles a jejich uzavěr matracovými stehy. C: Uretra je izolována, uvolněna od kavernózních těles a přerušena a podélně incidována. Uretra je vyšita jako perineální uretrostomie.



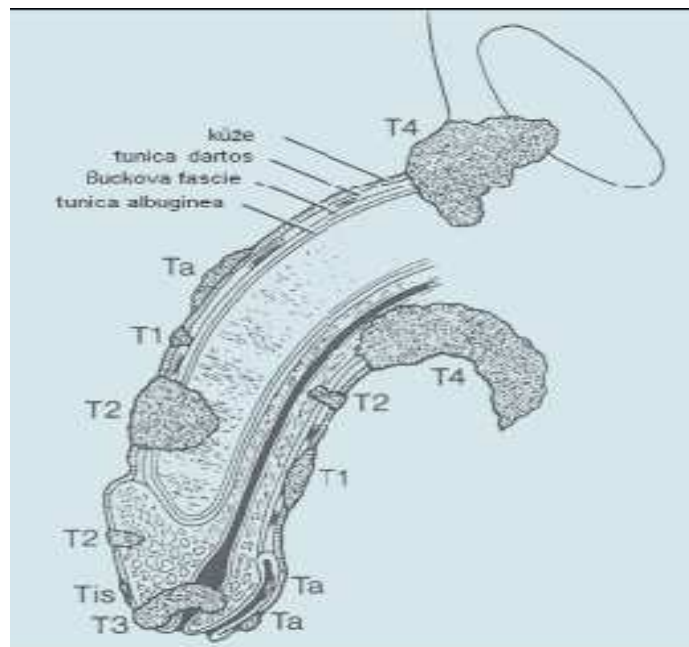
Příloha č. 14 (Čermák, 2005 s. 52)

**Technika klínové excize  
primárního nádoru.**



Příloha č. 15 (Čermák, 2005 s. 52)

**Jednotlivé charakteristiky (T)  
primárního nádoru penisu.**



**Příloha č. 16      Penis po částečné amputaci (16 týdnů)**



ČASOPIS SEXTUS. Elektronické informace o lidské sexualitě. *Společnost pro sexuální osvětu* [online].2004, č. 3 [cit. 2004-07-]. Dostupné z WWW:  
< <http://www.sexus.cz/clanek/2004-pupinky-napenisu.html> >.ISSN 1214-0953.

**Příloha č. 17**

**Rozdíl mezi obřezaným a neobřezaným penisem**

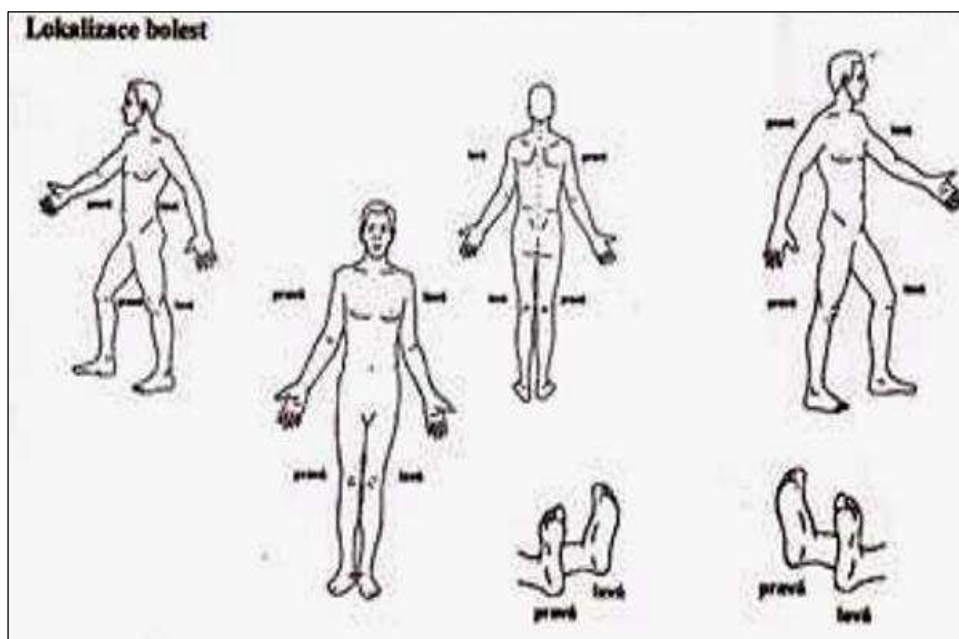


ČASOPIS SEXTUS. Elektronické informace o lidské sexualitě. *Společnost pro sexuální osvětu* [online].2004, č. 3 [cit. 2004-07-]. Dostupné z WWW:  
< <http://www.sexus.cz/clanek/2004-pupinky-napenisu.html> >.ISSN 1214-0953.

**Příloha č. 18** (Všeobecná Fakultní Nemocnice, 2008)

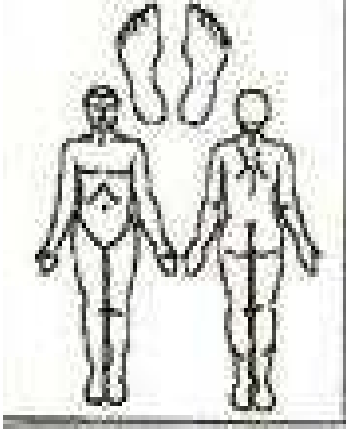
**Hodnocení Bolesti**

Jméno, příjmení			Rodné číslo	
Informace od nemocného:	Intenzita bolesti	Úlevové opatření	Co zhoršuje bolest	Šíření bolesti
Trvání bolesti	trvalá	občasná	V klidu	Při pohybu
Poznámka				
Časový průběh	ráno	odpoledne	večer	v noci
Bolestivé chování	ano	Ne		
Dosavadní léčba	farmakologická		Nefarmakologická	
Intenzita Bolesti:		Stupeň:		Poznámky:
<p>I-----I-----I-----I-----I-----I</p> <p>0      1      2      3      4      5</p>		<p>0 žádná</p> <p>1 nepatrná</p> <p>2 mírná</p> <p>3 střední</p> <p>4 krutá</p> <p>5 nesnesitelná</p>		
				Podpis a jméno sestry:





**Záznam hojení ran**

Datum zahájení:	Druh rány:	Charakteristika rany:	Lokalizace:
	a) traumatická b) ulcus cruris c) mechanická d) jiná	Velikost rány: délka..... šířka..... hloubka..... Tvar rány: okrouhlý štěrbinový nepravidelný Okolí rány: klidné zánětlivé otok macerace Spodina rány: nekrotická čistá povleklá granulace Sekrece rány: serózní zápachající hnisavý	
	Bolest:		
	Silná Občas Nikdy Při převazu		

## Body mass index

# BODY MASS INDEX

(tělesný hmotnostní index)

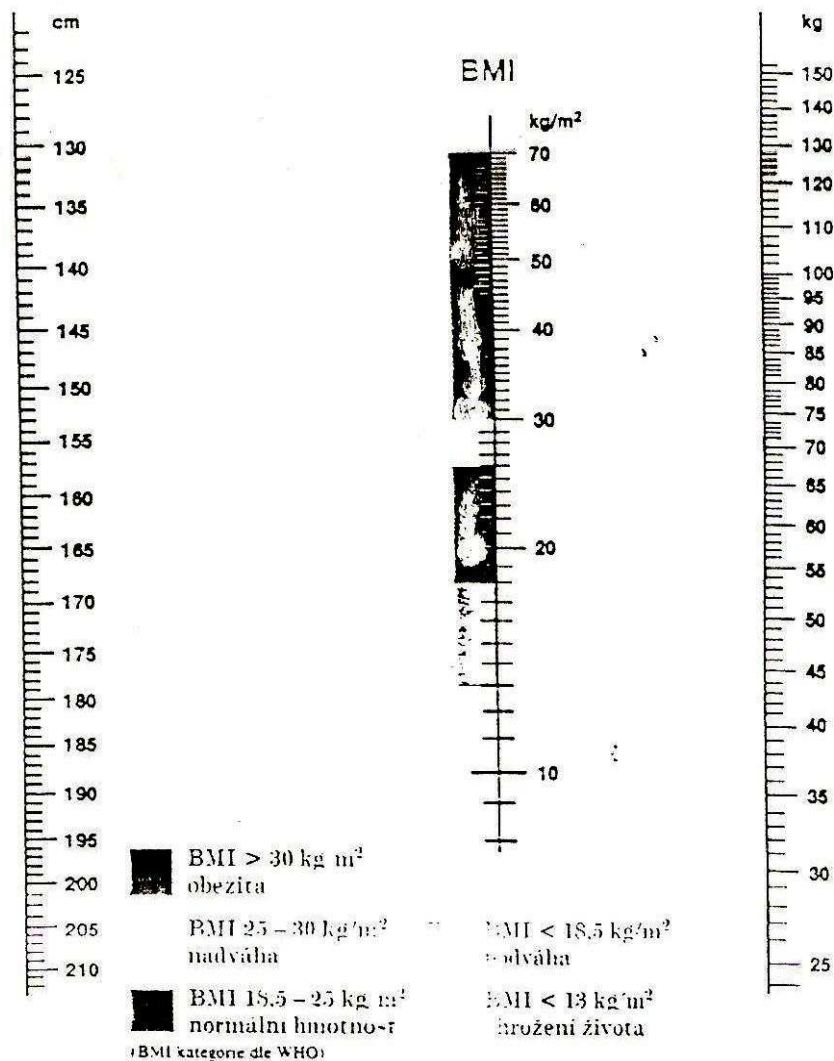
K výpočtu ideální tělesné hmotnosti se dnes používá  
tzv. BMI (Body Mass Index).

$$\text{BMI} = \frac{\text{hmotnost}}{\text{výška}^2} = \frac{\text{kg}}{\text{m}^2}$$

$$\text{Příklad} = \frac{64 \text{ kg}}{1,70 \text{ m} \times 1,70 \text{ m}} = 22,1$$

Tělesná výška

Hmotnost



Legenda: Přiložte pravítko tak, abyste spojovali svou tělesnou výšku s hmotností.

### Barthelův test

	<b>Činnost:</b>	<b>Provedení činnosti:</b>	<b>Bodové skóre</b>
<b>01.</b>	<b>Najedení,napití</b>	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00
<b>02.</b>	<b>Oblékání</b>	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00
<b>03.</b>	<b>Koupání</b>	Samostatně nebo s pomocí	05
		Neprovede	00
<b>04.</b>	<b>Osobní hygiena</b>	Samostatně nebo s pomocí	05
		Neprovede	00
<b>05.</b>	<b>Kontinence moči</b>	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	05
		Trvale inkontinentní	00
<b>06.</b>	<b>Kontinence stolice</b>	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	05
		Inkontinentní	00
<b>07.</b>	<b>Použití WC</b>	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00
<b>08.</b>	<b>Přesun lůžko-židle</b>	Samostatně bez pomoci	15
		S malou pomocí	10
		Vydrží sedět	05
		Neprovede	00
<b>09.</b>	<b>Chůze po rovině</b>	Samostatně nad 50 metrů	15
		S pomocí 50 metrů	10
		Na vozíku 50 metrů	05
		Neprovede	00
<b>10.</b>	<b>Chůze po schodech</b>	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		neprovede	00

### Hodnocení stupně závislosti

<b>Hodnocení:</b>	Závislost	Body
	Vysoce závislý	00 – 40 bodů
	Závislost středního stupně	45 – 60 bodů
	Lehká závislost	65 – 95 bodů
	nezávislý	96 – 100 bodů

**Nutriční skóre**

Zhubl pacient aniž by se snažil?	ANO <b>2 body</b> jdi na 2 otázku Ne <b>0 bodů</b> jdi na otázku 3 Neví <b>1 bod</b> jdi na otázku 3
Pacient ubyl na váze?	0,5 -5 kg <b>1 bod</b> 6-10 kg <b>2 body</b> 11-15 kg <b>3 body</b> více než 15 kg <b>4 body</b> neví <b>2 body</b>
Jí pacient v současné době méně, trpí nechutenstvím?	ANO <b>2 body</b> NE <b>0 bodů</b>
Nutriční skóre : .....( <i>více než 3 riziko</i> )	

### Posouzení psychického stavu

#### Posouzení aktuálního psychického stavu

Vědomí	1	0		1	0
celé jméno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	kolik je hodin (přibližně)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
datum narození	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	kde jsme: město, nemocnice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
věk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
jaký je teď měsíc, den	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
datum (ano 1, ne 0)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(skóre 0-3: informuj lékaře)		
Chování	1	0		1	0
nepolupracuje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zpomalený	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
opozice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nezajem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
agrese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
odmítá léčbu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
hyperaktivní	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(informuj lékaře při skóre 2 a více)					
Emoce	1	0			
pláčivost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
strach, úzkost, napětí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
smutek, pesimismus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
deprese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
apatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
euforie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(informuj lékaře při skóre 2 a více)					

**Doporučený denní příjem minerálů a stopových prvků u  
onkologických pacientů**

	Doporučená denní dávka	Dávka toxická
<b>Arsen</b>	12-25 mg	70-180 mg
<b>Bór</b>	0,1-1 mg	Dítě > 1g
<b>Cín</b>	8mg	
<b>Draslík</b>	2000mg	
<b>Fosfor</b>	700mg	> 4 000 mg
<b>Fluor</b>	1,5- 4 mg	
<b>Hliník</b>	2-160 mg	
<b>Hořčík</b>	M 350 mg    Ž 300 mg	> 3000 mg
<b>Chloridy</b>	750 mg	
<b>Chró</b> m	50-100 mg	
<b>Jód</b>		150-200 mg
<b>Kobalt</b>	1 mg	1 mg/kg
<b>Křemík</b>	21-46 mg	
<b>Mangan</b>	2-5 mg	10 mg
<b>Měď'</b>	1-1,5 mg	10-30 mg
<b>Molybden</b>	50-100 mg	10-15 mg
<b>Nikl</b>	60-700 mg	22-25 mg/kg
<b>Selen</b>	30-70 mg	1000 mg
<b>Sodík</b>	500-2000 mg	
<b>Vanad</b>	15-30 mg	
<b>Vápník</b>	1000 mg	> 2500 mg
<b>Zinek</b>	M 10 mg    Ž 7 mg	> 500 mg/kg
<b>Železo</b>	M > 10 mg    Ž 15mg	> 30 mg

**Doporučený denní příjem vitamínu u onkologicky nemocných**

1. vitamíny rozpustné ve vodě

<b>Vitamin B1</b> (mg) = <i>thiamin, vitamin F, aneurin</i>	muži	ženy	Parenterální potřeba za 24 hodin
Věk > 50 let	1,5	1,1	100 ug/100 kcal
Věk < 50 let	1,2	1,1	Výživy
<b>Vitamin B2</b> (mg) = <i>ryboflavin</i> ( 1mmol B2= 0,376 mg B2)	Muži	Ženy	Parenterální potřeba za 24 hodin
Věk < 50 let	1,7	1,3	3,6
Věk >50 let	1,3	1,1	
<b>Vitamin B3</b> (mg) = <i>niacin, kyselina nikotinová, niacinamid</i>	Muži	Ženy	Parenterální potřeba za 24 hodin
Věk < 50 let	19	15	40
Věk > 50 let	16	14	
<b>Aby se objevil nedostatek B3, musí být dieta chudá současně na tryptofan!!!!!!</b>			
<b>Vitamin B6</b> (mg) = <i>pyridoxin, pyridoxalfosfat</i> (0,016- 0,020 mg/g bílkoviny )	Muži	Ženy	Parenterální potřeba za 24 hodin
Dospělí < 50 let	2	1,6	4
Dospělí > 50 let	1,7	1,5	
<b>Vitamin B12</b> = <i>kobalamin, cyanokobalamin</i>	Muži	Ženy	Parenterální potřeba za 24 hodin
Dospělí < 50 let	2	2	5
Dospělí > 50 let	2,4	2,4	
<b>Vitamin C</b> (mg) = <i>kyselina askoropová</i>	Muži	Ženy	Parenterální potřeba za 24 hodin
Věk < 50 let	100	60	100

Věk > 50 let	90	75	
<b>Kyselina listová</b> = <i>folacin</i>	Muži	Ženy	Parenterální potřeba za 24 hodin
Dospělí < 50 let	200	180	400
Dospělí > 50 let	400	400	
těhotné		600	
<b>Kyselina pantotenová (mg)</b> = vitamin B5	Muži	Ženy	Parenterální potřeba za 24 hodin
Dospělí	4-7	4-7	15
> 50 let	5	5	
<b>Biotin</b> = <i>vitamin H, koenzym R,</i>	Muži	Ženy	Parenterální potřeba za 24 hodin
Dospělí < 50 let	30- 100	30- 100	60
Dospělí > 50 let	30	30	

## 2. vitaminy rozpustné v tucích

<b>Vitamin A (ug RE)</b> = <i>retinol</i> Ekvivalent retinou: 1RE = 1 ug retinou nebo 6 ug beta-karotenu=3,3 I.U aktivity retinou= 10 I.U aktivity beta-karotenu	Muži	Ženy	Parenterální potřeba za 24 hodin
Věk < 50 let	1000	800	1000
Těhotné od 4 měsíce		1100	
Věk > 50 let	1500	1500	
<b>Vitamin D (ug)</b> = <i>ergosterol, ergokalciosterol,</i> <i>cholekalciosterol</i> 10 ug cholekalciosterolu = 400 I.U. vitaminu D	Muži	Ženy	Parenterální potřeba za 24 hodin
Věk < 50 let	5	5	5 (200 I.U)
Těhotné		5	
věk> 50 let	15	10	
<b>Vitamin E (ug)</b> = <i>tokoferol</i>	Muži	Ženy	Parenterální potřeba za 24 hodin



Věk < 50 let	10	8-10	10
Těhotné		13	
Věk > 50 let	15	15	
<b>Vitamin K</b> (ug) = <i>fylochinon, menachinon</i>	Muži	Ženy	Parenterální potřeba za 24 hodin
Věk < 50 let	80	65	<b>150</b>
Těhotné		60	
Věk > 50 let	60	60	