

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S KARCINOMEM PROSTATY

Bakalářská práce

Veronika Domkářová

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ o.p.s, PRAHA 5

Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, R.N.

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum předložení: 2010-03-31

Praha 2010

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce k studijním účelům.

V Praze dne

podpis

ABSTRAKT

DOMKÁŘOVÁ, Veronika. *Ošetrovatelská péče o nemocného s karcinomem prostaty*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, R.N. Praha. 2010.s. 59.

Hlavním cílem této bakalářské práce je návrh individualizované ošetrovatelské péče o pacienta s karcinomem prostaty.

Tato práce je založena na koncepčním modelu M.Gordonové s ohledem na holistickou péči. Teoretická část se zaměřuje nejen na etiopatogenezi a rizikové faktory, ale také zahrnuje klasifikaci, šíření nádoru, symptomy a léčbu. Důležitou součástí této práce je samotný ošetrovatelský proces. První část tohoto procesu zahrnuje vyšetření a stanovení sesterské diagnózy. Další část popisuje plánování ošetrovatelských intervencí a jejich aplikaci. Vyhodnocení stavu pacienta a edukace pacienta jsou další důležité prvky tohoto ošetrovatelského procesu.

Klíčová slova: Ošetrovatelský proces. Karcinom prostaty. Koncepční model. Vyšetření. Diagnóza. Plánování. Aplikace. Vyhodnocení. Edukace.

SUMMARY

DOMKAROVA, Veronika. *The Nursing care of a patient with prostate cancer*. Vysoka skola zdravotnicka, o.p.s., the baccalaureate nursing program. Advisor: PhDr. Jana Hlinovska, R.N. Prague, 2010. p. 59.

The main purpose of this thesis is a proposal of an individualized nursing care process for the patient with prostate cancer.

It is based on the conceptual model of M. Gordon and holistic care approach. The theoretical part of this thesis focuses on etiology, pathology and risk factors. It also incorporates classification, spread of tumor, symptoms and treatment. An important part of this thesis is the nursing process itself. First part of the nursing process includes assessment and nursing diagnosis. Next part describes planning of nursing interventions and implementation of these interventions. Evaluation and education of the patient are other important parts of this process.

Key terms: Nursing process. Prostate cancer. Conceptual model. Assessment. Diagnosis. Planning. Implementation. Evaluation. Education.

PŘEDMLUVA

Protože zdraví je to nejcennější, co máme, vznikla tato práce ve snaze uvědomit naši společnost před nárůstem onemocnění prostaty. Považuji za důležité upozornit mužskou populaci o prevenci a léčbě onemocnění, které s sebou toto onemocnění nese.

Téma rakovina prostaty je mi blízké, neboť moje maminka je sestrou v urologické ambulanci a problematika tohoto onemocnění mi není zcela vzdálená. Podklady pro práci jsem čerpala z absolvování klinických praxí na střední a vysoké škole zdravotnické. Praxi jsem získávala na urologickém oddělení, za účelem být dostatečně informována o léčbě a diagnostice rakoviny prostaty. Dále jsem získávala teoretické poznatky z knih, časopisů a renomovaných internetových zdrojů.

Práce je určena studentům středních zdravotnických škol a studentům bakalářských programů. Dále si myslím, že by tato práce mohla sloužit jako zdroj informací pro laickou veřejnost, která se zajímá o tuto problematiku. Práce může sloužit jako osvěta, která motivuje muže po 50. roce života nechat se vyšetřit urologem.

Touto cestou bych chtěla poděkovat vedoucí bakalářské práce PhDr. Janě Hlinovské, R.N. za podnětné rady a poznámky, které mi během psaní bakalářské práce poskytla.

OBSAH

ÚVOD.....	12
TEORETICKÁ ČÁST	13
1 Etiopatogeneze karcinomu prostaty.....	13
1.2 Šíření a klasifikace karcinomu prostaty.....	14
2 Symptomy.....	16
3 Diagnostika.....	17
3.1 Vyšetření per rectum.....	17
3.2 Prostatický specifický antigen	18
3.3 Ultrasonografie	19
3.4 Histologické vyšetření, Biopsie.....	19
3.5 Přídavná vyšetření sloužící k vyloučení či potvrzení metastáz	20
3.6 Diferenciální diagnostika.....	21
4 Léčba.....	22
4.1 Konzervativní léčba	22
4.2 Chirurgická léčba.....	23
5 Prognóza a náklady.....	26
6 Prevence.....	27
PRAKTICKÁ ČÁST	28
7 Ošetrovatelský proces.....	28
7.1 Specifika ošetrovatelské péče	29
7.2 Vliv onemocnění na psychiku pacienta	30
8 Ošetrovatelský proces.....	32
8.1 Anamnéza	32
8.2 Průběh onemocnění.....	34
8.3 Předoperační péče	35
8.4 Pooperační péče	36
8.5 Okruhy dle M. Gordonové.....	38
8.6 Ošetrovatelské diagnózy	43
DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	54
ZÁVĚR	56
SEZNAM POUŽITÉ LITEARTURY	57

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK

Obrázek 1 Stádia TNM klasifikace.....	10
Obrázek 2 Vyšetření prostaty.....	10
Obrázek 3 Biopsie prostaty.....	10
Tabulka 1 Identifikační údaje pacienta.....	10
Tabulka 2 Vitální funkce při přijetí.....	10

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

á.....	po
BMI.....	Body Mass Index
Ca.....	karcinom
EKG.....	elektrokardiograf
ex.....	vysazeno
ng/ml.....	nano gram/mililitr
p.p.....	podle potřeby
PSA.....	prostatický specifický antigen
RTG.....	rentgen
s.c.....	subkutánně
Tbl.....	tableta
TNM.....	Tumor, Nodus, Metastáze
TURP.....	transuretrální resekce prostaty

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

- Abúzy – závislosti, zvyklosti
- Adenokarcinom – karcinom ze žlázoového epitelu
- Adjuvantní léčba – pomocná léčba
- Alkalický – zásaditý
- Anamnéza – předchorobí
- Anestezie – znecitlivění pomocí anestetik
- Antigen – podněty podněcující imunitní systémy k tvorbě protilátek
- Autopsie – pitva
- Autotransfuze – vpravení vlastní krve pacienta do jeho oběhu
- Benigní – nezhoubný
- Biopsie, bioptický – mikroskopické vyšetření vzorků tkáně vyjmuté z živého organismu
- Biopsy gun – bioptická jehla
- Bladder (angl.) – žlučník
- BMI – Body Mass Index
- Cystitida – zánět močového měchýře
- Cytologie – buněčná biologie
- Dispenzarizace – včasné aktivní vyhledávání a léčení osob potřebujících soustavnou preventivní nebo léčebnou péči
- Drén – trubička, rourka sloužící k odvádění sekretů z ran pacienta
- Dynamika – projevy různých sil v určité oblasti
- Dysfunkce – narušená nebo odchýlná funkce orgánu
- Elektroda – tuhý, plynný nebo kapalný vodič
- Elevace – pohyb nahoru
- Endoskopie – vyšetřovací metoda tělních dutin a dutých orgánů
- Enzym – chem. látka bílkovinné povahy sloužící jako katalyzátor
- Etiopatogeneze – soubor příčin a mechanismů vedoucí ke vzniku nemoci
- Extrakapsulární – mimo pouzdro
- Femur – stehenní kost
- Fixovaný – upevněný, zaměřený
- Fosfatázy – enzym uvolňující fosfátovou skupinu z její vazby na jinou sloučeninu
- Gland (angl.) – žláza
- Grading – angl. zhodnocení stupně malignity nádoru na základě histologie a cytologie

Granulomatózní – charakterizovaný výskytem granulomů
Hematogenní – vznikající z krve, krevní cestou
Hematurie – krev v moči
Hydronefróza – rozšíření ledvinné pánvičky zadržanou močí
Hyperlaziie – zvětšení orgánů, způsobené zmnožením jednotlivých buněk
Charier – jednotka užívaná pro vnější průměr urologických cévek
Chemoterapie – léčení pomocí chemický prostředků
Chronický – dlouhotrvající, vleklý
Incidence – nemocnost, demografický ukazatel počtu nových onemocnění k počtu obyvatel
Incidentní – nově vzniklý případ onemocnění
Indikátor – ukazatel
Infiltrace – prosakování
Inkontinence – neschopnost udržet moč nebo stolici
Intrapulmonální – vnitroplicní, uvnitř plic
Karcinom – zhoubný nádor, rakovina
Klasifikace - třídění
Koagula – krevní sraženina
Korelace, koreluje – vzájemný vztah
Krevní obraz – základní vyšetření krve
Latentní – bezpříznakový, skrytý
Lumbální – bederní
Lucidní – jasný, při vědomí
Lymfatický – mízní
Lymfografie – rentgenové vyšetření mízních uzlin a cév pomocí kontrastní látky
Maligní – zhoubný
Manifestní – zřetelný, zjevný
Marker – angl. znak
Metastáza – druhotné ložisko vzniklé zavlečením nákazy z primárního ložiska
Metastazovat – šířit se
Mikční – močový
ng/ml – nano gram/ mililitr
Nyktúrie – časté močení v noci
Okultně – skrytě

Onkomarker – nádorový znak
Paliativní – utišující, zmírňující bolest
Palpace – lékařský pohmat
Polakisurie – časté nucení na močení, provázené vymočením malého obsahu moče
Prognóza – předpověď dalšího vývoje
Prostate (anglicky) – prostata
Prostatektomie – odejmutí prostaty
Prostatitida – zánět prostaty
Proximální – bližší ke středu, centru, k trupu, hlavě
Pubic bone – stydká kost
Punkce – nabodnutí tělní dutiny z důvodu diagnostiky a léčby
Resekce – operativní odstranění orgánu
Retropubický – za stydkou kostí
Sarkom – zhoubný nezralý nádor mezenchymového původu
Scintigrafie – radioizotopové vyšetření, při němž se hodnotí rozložení radioizotopu ve tkáni
Screening – vyhledávání nemocí
Seminal vesicle – semenné vajíčky
Solitární – samotný, osamocený
Spinální – týkající se hřbetu páteřní, míšní
Staging – angl. odstupňování pokročilosti maligního nádoru podle patologických kritérií
Striktura – zúžení
Sutura – sešití
Symfýza – spona stydká
Torr – jednotka tlaku
Transabdominální – přes stěnu břišní
Transrektální – přes stěnu konečníku
Transuretrální – přes močovou trubici
Ultrasound probe – ultrazvuková sonda
Ureter – močovod
Uretra – močová trubice
Urografie – rentgenové vyšetření močového ústrojí pomocí kontrastní látky

ÚVOD

Karcinom prostaty je druhým nejčastějším onkologickým onemocněním u mužů v České republice. V posledních letech došlo k vysokému nárůstu onemocnění. Přestože nárůst mortality na onemocnění není tak rychlý v porovnání s jeho výskytem, je přesto třetí nejčastější příčinou úmrtí na zhoubný nádor v mužské populaci. Incidence karcinomu prostaty stoupá s věkem. Před 40. rokem života je nález karcinomu prostaty velice vzácný a ojedinělý, mezi 40 a 50 lety je výskyt onemocnění nízký a po 50. roku života je karcinom prostaty stále častější. Ne všichni nemocní s karcinomem prostaty jsou jím ohroženi. Muži, kolem 50. roku života, kteří zemřeli na jiné onemocnění se při autopsii v 1/3 zjistil bezpříznakový karcinom prostaty. Při stejném vyšetření osmdesátiletých pacientů se výskyt tohoto neagresivního karcinomu ukáže téměř u všech zkoumaných vzorků.

Cílem práce je navrhnout individuální plán ošetrovatelské péče s karcinomem prostaty za využití koncepčního modelu M. Gordonové. Tento model jsem si vybrala, protože jsem ho často používala při absolvování odborné praxe. Cílem moderního ošetrovatelství je naplnění holistické filozofie. Téma práce jsem si vybrala, protože moje maminka je sestrou na urologické ambulanci a díky ní je mi onemocnění prostaty známé.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Etiopatogeneze karcinomu prostaty

Karcinom prostaty je v mužské populaci nejčastěji se vyskytujícím nádorem. Je to druhá příčina smrti po rakovině plic. Skutečná incidence tohoto nádoru je vyšší, jelikož u řady nemocných probíhá okultně. Je to způsobeno tím, že biologický charakter nádoru a symptomy se nemusí vždy projevovat agresivně. Dlouhodobý latentní průběh má za následek, že toto onemocnění probíhá i řadu let (např. 10 let) a to vysvětluje, že na něj přicházíme v pozdějším věku, kdy stádium již pokročilo a nádor začal metastazovat. Karcinom prostaty je onemocnění, jehož incidence stoupá až s pokročilým věkem s maximem v 6. a 7. decéniu. Existují však výjimky, kdy nádor diagnostikujeme i před 40. rokem života. U většiny nádorů se jedná o adenokarcinomy, zbytek tvoří dlažd'icobuněčné nádory a sarkomy (Dvořáček, 1999).

Etiopatogeneze není zcela známá. Známe mnoho rizikových faktorů, o kterých nemůžeme vždy jednoznačně říct, že se stoprocentně účastní na vzniku karcinomu prostaty. Nejvýznamnějším prvkem je věk, neboť karcinom prostaty je onemocnění, které se vyskytuje u lidí vyššího věku. Jeho incidence narůstá většinou až po 60. roku života. „Vzhledem k tomu, že se neustále prodlužuje lidský život, zvláště v zemích se silným ekonomickým potenciálem, počet mužů třetí věkové kategorie (50-75 let), „kandidátů“ karcinomu prostaty, narůstá a zde je asi hlavní vysvětlení pro epidemiologické trendy karcinomu prostaty“ (Dvořáček, 1999, s. 52). Další význam zaujímají rasové rozdíly. Podle Dvořáčka, 1999 je incidence u barevného obyvatelstva o padesát procent vyšší než u bělochů. Černá rasa je daleko více postižena karcinomem prostaty, a to ve všech věkových skupinách. V asijské společnosti je výskyt karcinomu nejnižší. Dalším rizikovým faktorem životní styl a stravování. Negativně působí zvýšený příjem masa a masných výrobků a naopak pozitivně působí zelenina, ovoce a vláknina v nich obsažená. Mezi negativní vlivy dále řadíme: genetické faktory, hormonální faktory (účinkem mužských pohlavních hormonů-androgenů), obezitu, práci s radioaktivním materiálem a časně zahájenou sexuální aktivitu spojenou s promiskuitou (Dvořáček, 1999).

1.2 Šíření a klasifikace karcinomu prostaty

Karcinom metastazuje do lymfatických uzlin a hematogenní cestou do skeletu (pánve, hrudní a lumbální páteře, proximální části femuru, žebra) a do plic (Kawaciuk, 2000). Klinické stádium nádorů se klasifikuje dle mezinárodní TNM klasifikace. T označuje tumor, N označuje nodus (uzlina), M označuje metastázy. Nebo můžeme určovat stádium dle americké Whitmore-Jewettovy A, B, C, D klasifikace. Posouzení gradingu malignity u karcinomu prostaty je založeno na pětistupňovém Gleasonově gradingu systému. Je to indikátor růstu a progresu nádoru. Podle této klasifikace vychází lékař při stanovení léčebného postupu. Většina nemocných má v době diagnózy karcinomu prostaty již metastázy (Dvořáček, 1999).

TNM klasifikace - kategorie T (Kawaciuk, 2000, s. 56)

T0 – primární nádor nezastižen

T1 – nádor není klinicky zřejmý palpací nebo zjistitelný zobrazovacími vyšetřeními

T1a - nádor histologicky zastižený v 5% resekované části

T1b - nádor histologicky zastižený ve více než 5% resekované tkáně

T1c - nádor identifikovaný biopsií (např. pro elevaci PSA)

T2 – nádor ohraničený na žlázu

T2a - nádor postihuje jeden lalok

T2b - nádor postihuje oba laloky

T3 - nádor proniká přes pouzdro prostaty

T3a - extrakapsulární šíření nádoru

T3b - nádor proniká do semenných váčků

T4 – nádor je fixovaný nebo postihuje jiné okolní struktury než semenné váčky, tzn. hrdlo močového měchýře, zevní svěrač, konečník, pánevní svaly

TNM klasifikace – kategorie N (Eichenauer, Vanherper, 1996)

N0 – žádné metastázy do regionálních uzlin

N1 – metastázy v solitární uzlině, 2 cm nebo menší

N2 – metastázy v solitární uzlině > 2 cm a < 5 cm nebo ve více uzlinách a žádná > 5 cm

N3 – metastázy v uzlinách převážně > 5 cm

TNM klasifikace – kategorie M (Eichenauer, Vanherper, 1996)

M0 – žádné vzdálené metastázy

M1 – vzdálené metastázy

Grading (Eichenauer, Vanherper., 1996)

G1 – vysoce diferencovaný karcinom

G2 – málo diferencovaný karcinom

G3 – nediferencovaný karcinom

Gleason Score

1-2 dobře diferencovaný

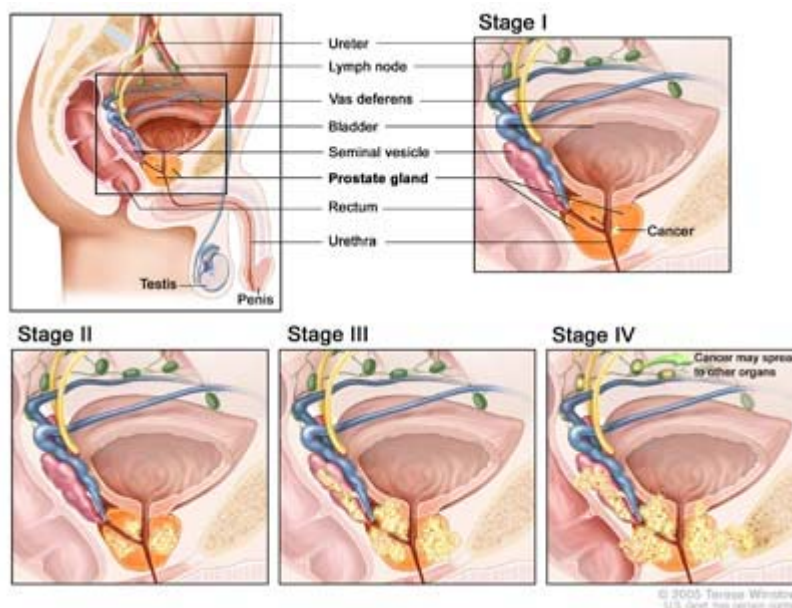
3-6 středně diferencovaný

7 středně špatně diferencovaný

8-10 špatně diferencovaný (Dušek, 2009)

Vzhledem k názornosti tématiky dávám obrázek stádia TNM klasifikace do textu.

Obrázek 1 – Stádia TNM klasifikace



Zdroj : (Prostate cancer, 2009)

2 Symptomy

V časném stádiu je karcinom prostaty asymptomatický. První příznaky bývají často shodné s benigní hyperplazií prostaty. Nemocní si stěžují na mikční problémy, ale to až tehdy, kdy nádor proroste do močové trubice a metastázy jsou již většinou rozšířeny. Nemocní uvádí polakysurii, kdy jsou nuceni k častému močení bez úplného vyprázdnění močového měchýře. Dále si stěžují na nykturii, je zde možná i inkontinence. Tlak za symfýzou je důsledkem nedokonalého vyprázdnění močového měchýře. Přerušované močení, je když nemocný musí zapojovat břišní svaly, aby překonal zbytnělou prostatu, která mu zužuje průměr močové trubice. Dále je pak možná hematurie makroskopická a mikroskopická. V pokročilém stádiu jsou kostní bolesti, které jsou již spojeny s metastázy. Nemocní si nejprve stěžují na bolesti v bederní páteři, proto zprvu vyhledávají spíše ortopedy nebo neurology. V tuto chvíli, kdy nádor se již rozšiřuje, se začnou objevovat příznaky jako je celková slabost, apatie, nechutenství a hubnutí. Mnoho případů karcinomu prostaty je odhaleno jen jako náhodné vyšetření per rectum (Dvořáček, 1999).

3 Diagnostika

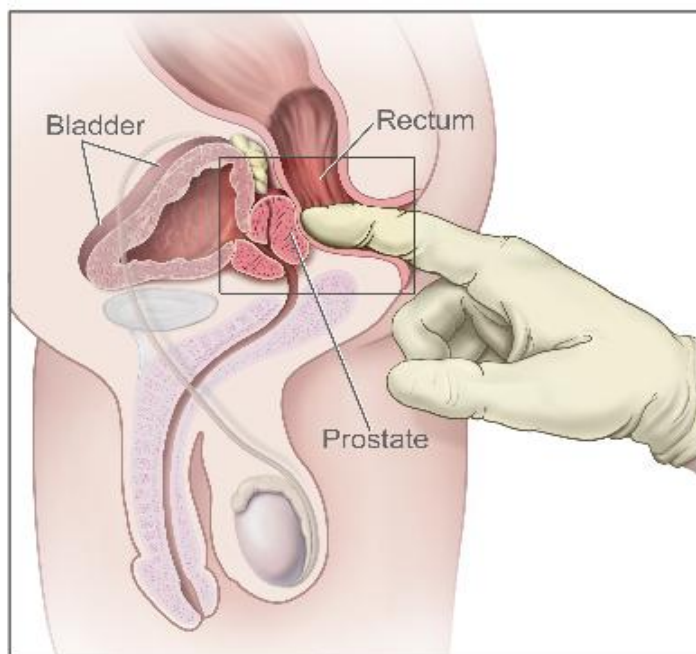
Pro stanovení diagnózy jsou v prvních chvílích nejdůležitější tři základní vyšetření. Patří sem vyšetření per rectum, stanovení hladiny PSA a ultrasonografie. Včasná diagnostika je nejdůležitější. Lékař musí věnovat prostor pro tato tři základní vyšetření, ale takto stejně musí věnovat pozornost anamnestickým údajům, které mu pacient sděluje. I sestra je důležitou součástí diagnostického procesu. Pacienta se věcně ptá na změny týkající se zdravotního fyzického i psychického stavu. Sleduje např. změny v barvě, zápachu, množství, příměsích moče a ihned informuje lékaře. Monitoruje bolest a další příznaky, které jsou s tímto problémem spojeny. Tímto se stává důležitou členkou zdravotnického týmu (Nejedlá a kol., 2004).

3.1 Vyšetření per rectum

Tímto vyšetřením lze odhalit karcinom prostaty u většiny případů. Palpace je nebolestivá. Vyšetření je jednoduché a levné. Zkušený lékař zde posoudí stav prostaty. Prostata může být zvětšená, hrbolatá, tvrdá, asymetrická, špatně ohraničená proti okolí. Rektální sliznice je proti prostatě nepohyblivá, pokud karcinom prostaty infiltruje do rekta. Je to první a základní vyšetření, které pacient při diagnostice podstupuje, a po 50. roku života by se mělo provádět rutinně v rámci preventivní prohlídky. Pro mnohé pacienty je to velice nepříjemné a ponižující vyšetření. V tuto chvíli musí sestra zaujmout správný postoj a pacienta zde psychicky podpořit (Dvořáček, 1999).

Vzhledem k názornosti tématiky dávám obrázek vyšetření prostaty do textu.

Obrázek 2 - Vyšetření prostaty



Zdroj: (Rakovina prostaty, 2008)

3.2 Prostatický specifický antigen

PSA je důležitým ukazatelem pro diagnózu a dynamiku nádoru. Má vysokou citlivost a specificitu. Je to enzym, který je produkován normálními i rakovinovými buňkami prostaty. Princip stanovení PSA je v tom, že jeho koncentrace v krvi začne při vzniku rakoviny stoupat. Jeho velká část je secernována do semenné tekutiny, kde přispívá ke zkapalnění ejakulátu. Za normálních okolností je hladina PSA v séru pod 4 ng/ml a během 24 hodin se nemění. Výše hodnoty závisí také na hmotnosti prostaty a předchozí manipulaci při vyšetření per rectum. Nevýhodou PSA je, že stoupá i při benigním zvětšení prostaty nebo při zánětu prostaty. Proto maligní nádorové onemocnění musí být vždy potvrzeno histologickým nálezem. Hodnota PSA koreluje s rasou, věkem pacienta a objemem prostaty. Prostatický specifický antigen je velice důležitým a přínosným markerem v onkologii. Stal se rutinním laboratorním

vyšetřením v urologických ordinacích. Tento onkomarker má mimořádný význam při sledování (dispenzarizaci) nemocných s karcinomem prostaty. U nemocných nad 8,0 ng/ml indikujeme u pacienta bioptické vyšetření. Do laboratorních testů můžeme ještě zařadit krevní obraz, vyšetření alkalických a kyselých fosfatáz, které nás informují o přítomnosti metastáz (Prostatický specifický antigen, 2007).

3.3 Ultrasonografie

Abychom mohli přesněji zjistit rozsah nádoru, máme k dispozici ultrasonografii. Můžeme využít transrektální nebo transabdominální sonografii při naplněném močovém měchýři. Další zobrazovací vyšetření, která můžeme uplatnit při diagnostice nádoru, je počítačová tomografie a magnetická rezonance pánve.

3.4 Histologické vyšetření

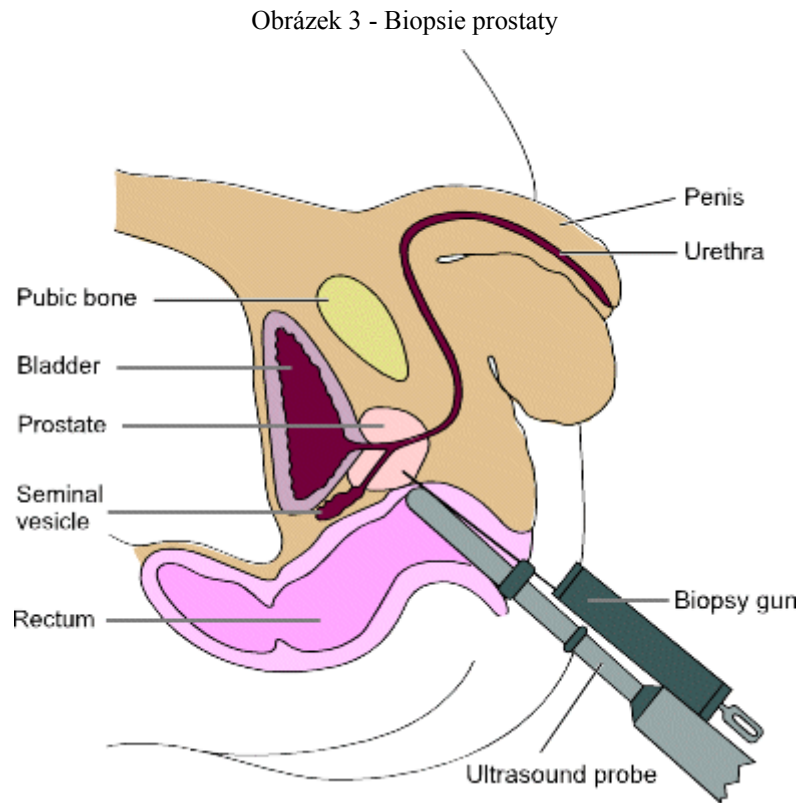
Histologické vyšetření je velice důležité. Díky tomuto vyšetření můžeme s jistotou potvrdit přítomnost maligního nádoru. Vyšetřujeme ho pomocí transrektální punkční biopsie za sonografické nebo digitální kontroly. Provádí se tak, že bioptická jehla je zavedena do konečníku a usměrněna do prostaty buď za pomoci prstu lékaře, nebo za pomoci ultrazvukové sondy. Odebírá se několik vzorků z celé prostaty. Po zavedení bioptické jehly je uveden v činnost mechanismus, při kterém dochází k „odříznutí“ vzorku prostaty pomocí kovového pláště jehly. Po vyjmutí jehly z prostaty a odsunutí pláště lze odebrat tkáň prostaty (Biopsie prostaty, 2007).

Příprava na vyšetření spočívá v dietním opatření, tzn. den před plánovanou biopsií jíst netučnou stravu, netučná masa, bezobylkovou stravu. V den vyšetření pacient může lehce posnídat, důležité zvláště u diabetiků (prevence hypoglykemie). Důležitý je dostatek tekutin před vyšetřením, naplněný močový měchýř usnadní lékaři orientaci v sonografickém obrazu (Transrektální biopsie prostaty, 2006).

Komplikace punkční biopsie je zanesení infekce nebo krvácení po vpichu (hematurie, hemosperma). O těchto komplikacích by měl být pacient důkladně

informován (Caroll; Grossfeld, 2002). Spíše výjimečně je indikován transrektální aspirační odběr tkáně na cytologii.

Vzhledem k názornosti tématiky dávám obrázek biopsie prostaty do textu.



Zdroj : (Prostate cancer, 2009)

3.5 Přídatná vyšetření sloužící k vyloučení či potvrzení metastáz

Do této kategorie zařazujeme:

- RTG plic pro vyloučení intrapulmonálních ložisek
- Nativní snímek břicha
- Scintigrafii skeletu
- Ultrasonografií jako doplňující vyšetření jater
- Lymfografie pro zjištění regionálních metastáz
- Intravenózní vylučovací urografie pro prokázání hydronefrózy při prorůstání nádoru do ureterů (Eichenauer; Vanherper, 1996).

3.6 Diferenciální diagnostika

Mezi diferenciální diagnózy řadíme ta onemocnění, která se chovají nebo imitují karcinom prostaty. V každém případě musíme nemocného důkladně vyšetřit, aby jeho diagnóza byla jasná a přesná. Mezi diferenciální diagnózy patří: benigní hyperplazie prostaty, chronická prostatitida, prostatolitida, granulomatózní prostatida (Kawaciuk, 2000).

4 Léčba

Při léčbě rozhoduje věk nemocného, zdravotní stav, fyzická kondice a klinické stádium tumoru TNM a Gleasonovo skóre.

Metoda přísného sledování "watchful waiting" se používá u starších nemocných s neagresivním průběhem onemocnění, označovaným někdy jako tzv. latentní karcinom prostaty. Jedná se o malý, dobře diferencovaný, málo agresivní (Gleason skóre do 6) nádor, omezený na žlázu s nízkou hodnotou PSA, která svědčí pro nepřítomnost metastáz (Dušek, 2009).

4.1 Konzervativní léčba

Chemoterapie

Cílem chemoterapie je zničit nádorové buňky. Používá se u většiny rakovinových onemocnění, ale u nádoru prostaty se převážně nevyužívá.

Radioterapie

Záření o vysoké radiační energii jsou zaměřena přímo na prostatu. Maligní nádorové buňky mají menší schopnost se regenerovat oproti normální buňkám. Ozařování provádíme u pacientů, u kterých není možné přistoupit k chirurgické léčbě. Cílem léčby je zabránění šíření karcinomu do okolí a také jeho růstu. Ozařování probíhá ve všední dny 6 až 7 týdnů na 10 až 15 minut denně. Radioterapie je samozřejmě obrovským zásahem do lidského organismu a tudíž má i mnoho vedlejších účinků. Těmi jsou únava, problémy s erekcí, průjem, inkontinence (Mlčoch, 2009). Léčba zářením je prováděna dvojím způsobem – zevní radioterapií, kdy je zdroj záření mimo tělo pacienta, nebo tzv. brachyterapií, kdy je zdroj záření aplikován přes kůži v podobě radioaktivních zrn přímo do postižené prostaty. Převážná většina nemocných

s karcinomem prostaty léčených zářením podstupuje zevní radioterapii. Léčba brachyterapií je indikovaná u pacientů s včasně zachyceným a malým nádorem (Dušek, 2009).

Hormonální terapie

Hormonální terapie je standardní možností léčby rakoviny prostaty. Stejně jako jiné léčebné postupy je individuální a je jen pro určité situace a pacienty. Léčba závisí na odstraňování mužských pohlavních hormonů z těla. Nejběžnějším mužským hormonem je testosteron. Testosteron podporuje růst nádoru. Pokud je hormon z těla odstraněn, rakovina přestane růst a může se dostat i do inaktivního stádia. Hormonální terapie může být použita u mužů, u kterých se objevují příznaky postupu rakoviny po radioterapii či chirurgické léčbě. Tato léčba se také indikuje před operací nebo ozařováním, aby se zmenšila velikost prostaty. Hormonální terapie je také určena pro starší muže, kdy lékař nemůže z různých (např. zdravotních) důvodů indikovat ozařování nebo operaci. V tuto chvíli je na místě aplikovat hormonální terapii. Odstraňování testosteronu z těla je dobrou kontrolou nádoru, nikoli však absolutní léčbou, po které by se měl nádor vyléčit. Mezi komplikace a vedlejší účinky řadíme: poruchu erekce, cystitidu, striktury uretry (Mlčoch, 2009).

4.2 Chirurgická léčba

V chirurgické léčbě opět platí to samé jako v léčbě konzervativní a tím je: věk nemocného, zdravotní stav, fyzická kondice a klinické stádium tumoru TNM a Gleasonovo skóre.

Radikální prostatektomie

Jde o velice náročnou operaci, kterou provádí zkušený urolog. Tato operace je vhodná pro pacienty, kteří mají diagnostikované klinické stádium T1 a T2, N0, M0, nejsou starší 75-ti let a nemají další limitující onemocnění, která by byla riskantní. Při této operaci se odstraňuje celá prostata, včetně pouzdra a semenných váčků, z retropubického či transperineálního přístupu. Během této operace dochází k protěti

spojení mezi močovou trubicí a močovým měchýřem, následně je toto spojení opět spojeno. Po odstranění prostaty se vytvoří spojení mezi hrdlem měchýře a uretrou. Dále se provádí exanterace regionálních uzlin k upřesnění stádia nemoci. Tento druh operace se provádí zvláště u mladších ročníků, a to z důvodu vyloučení recidivy rakoviny (např.: Ca obalů prostaty). Podstupují ji muži kolem 50. až 60. roku života. Radikální prostatektomie může být spojena s adjuvantní léčbou (Dvořáček, 1999).

Tato operace může mít spoustu vážných komplikací. Za nepříjemnou komplikaci považujeme inkontinenci. Dále sem řadíme erektilní dysfunkci a neplodnost. Potence je jednou z komplikací, která se většinou upraví do dvou let, aniž by nemocný po operaci potřeboval medikamentózní podporu. Dále jsou to striktury v místě po sutuře. Před operací je nutné, aby pacient měl zajištěnou krevní transfuzi (autotransfuzi), jelikož při tomto operačním výkonu dochází k velkým ztrátám krve. Jako před každou operací si pacient přinese interní závěr od svého praktického lékaře. Pacientovi se připraví operační pole, tzn. hygiena, oholení (Carroll; Grossfeld, 2002).

Při ukončování operace je pacientovi zaveden permanentní močový katétr a drén z rány. Permanentní katétr ponecháváme obvykle 3 týdny a drén odstraňujeme tehdy, pokud již neodvádí žádný sekret, zhruba 5.-7.den (RAPE, 2009).

Transuretrální resekce prostaty TURP

Tato operace spočívá v endoskopickém odstranění laloků prostaty. K prostatě se operatér dostává přes močovou trubicí. Postupně po malých částech je odstraňována pomocí vysokofrekvenční elektrody zbytnělá prostata. Části odstraněné prostaty se odesílají na histologické vyšetření. Do dutiny, která zbyla po odstranění prostaty, se zavádí balónkový katétr, který brání nadměrnému krvácení. Tato metoda se používá u pacientů, u kterých selhala konzervativní léčba a zbytnělá prostata jim činila dyskomfort v močení. Možnou komplikací je pooperační silné krvácení (menší krevní ztráty jsou běžné ještě několik dní po operaci, moč je narůžovělá). Dále jsou to přechodné problémy s udržení moči a jen malá část pacientů má trvalou poruchu udržení moči, která vyžaduje další vyšetření (TURP, 2009).

Orchiektomie oboustranná

Jedná se o odstranění varlat s nadvarlaty. Operace se provádí v celkové nebo spinální anestézii na operačním sále. Operatér provede kožní řez na přední straně šourku. Pronikne do vlastní šourkové dutiny, kde operatér uvolní varle s obaly, které často intimně naléhají na podkoží. Operatér také izoluje semenný provazec, který postupně přeruší a dostatečně ošetří, aby nedošlo ke krvácení z cév semenného provazce. Odstraněné varle s nadvarletem se odesílá k histologickému vyšetření. Před suturou vkládáme do šourku drén. Rána je sešita po vrstvách jednotlivými stehy. Kůže je kryta sterilním obvazem a na šourek se přikládá suspensor, který chrání ránu před mechanickým poškozením a současně slouží k udržení sterilního krytí. Tato operace se provádí z důvodu blokády mužských hormonů (Orchiektomie, 2009).

5 Prognóza a náklady

Prognóza u včasně diagnostikovaných nádorů je příznivá. Záleží na TNM klasifikaci a Gleasonově grading systému. U mladších pacientů je toto onemocnění velice problémové, protože u nich hrozí riziko pooperačních komplikací jako je impotence nebo inkontinence. V průměru u 75-letých pacientů se jedná téměř o rutinní nález karcinomu prostaty. Pozitivním faktem je, že pacienti s touto diagnózou žijí, ale v zásadě na ni neumírají. Jelikož nádorové buňky prostaty nemají v tomto věku velkou aktivitu. Muži umírají na jiná onemocnění, která přináší stáří.

Náklady na vyšetřovací metody a léčbu

Náklady na vyšetření pacienta urologem vyjdou v rozmezí na 70 až 600 českých korun. Náklady se odvíjí od toho, zda jde o vyšetření prostatického specifického antigenu, vyšetření prostaty přes konečník, nebo ultrasonografickým vyšetřením přes konečník.

Pokud se nádor objeví včas a není rozšířen mimo prostatu, je vyléčitelný. Radikální prostatektomie vyjde na 35 000 českých korun a pokud je indikovaná radioterapie, částka za jednoho pacienta se vyšplhá až na 80 000 korun. Mezi nejdražší léčbu řadíme léčbu paliativní. Doba přežití pacienta je okolo dvou až tří let a léčba se tak dostává až na 100 000 korun.

V roce 2004 přibylo 54 nových onemocnění na 100 000 obyvatel, přičemž 27 pacientů ze 100 000 ročně umírá (Preventivní program pro karcinom prostaty, 2004).

6 Prevence

Primární prevence spočívá v uplatnění ochranných faktorů – zvýšení konzumace zeleniny, omezení kouření a požívání alkoholu. Sekundární prevence spočívá ve screeningu onemocnění u mužů nad 50 let. Každý muž po této hranici věku by měl navštěvovat urologickou ambulanci, kde mu bude provedeno cílené vyšetření pro včasný záchyt karcinomu prostaty, a to jedenkrát ročně. V případě pozitivní rodinné anamnézy je u nemocného nutné, aby byl podrobován již od 40 let věku. Tímto přístupem muž předejde už rozvinutému nádoru prostaty, který je těžko, nebo už vůbec neléčitelný. Terciární prevence již spočívá v dispenzarizaci nemocného, který rakovinu prostaty prodělal. Pacient navštěvuje urologickou ambulanci, kde mu je pravidelně odebírána krev na zjištění hladiny PSA a také je dispenzarizován na pracovišti onkologie. První kontrola po ukončení hospitalizace je provedena za týden. Po uspokojujících výsledcích je nemocný zván na další kontroly v pravidelných čtvrtletních intervalech po dobu jednoho roku. Po uplynutí této doby se tyto intervaly prodlužují. Jestliže pacient nemá potíže či komplikace, dochází na kontroly jednou za půl roku a poté jednou za rok (Dušek, 2009).

PRAKTICKÁ ČÁST

7 Ošetřovatelský proces

Ošetřovatelský proces je systematická, racionální metoda plánování a poskytování ošetřovatelské péče. Cílem ošetřovatelského procesu je určit pacientův zdravotní stav, skutečné nebo potencionální problémy v péči o zdraví. Dále je to naplánování uspokojení zjištěných potřeb a vykonávání speciálních ošetřovatelských úkonů na jejich uspokojení (Kozierová a kol., 1995).

Ošetřovatelský proces je cyklický, tzn. že jeho části následují v logickém pořadí. Nejdříve zhodnotíme nemocného, zjistíme údaje, které posléze budeme zpracovávat. Druhý krok je stanovení ošetřovatelských diagnóz, třetím krokem je plánování ošetřovatelské péče, čtvrtý krok je realizace ošetřovatelské péče a posledním, pátým krokem je zhodnocení (Jarošová, 2000; Staňková, 1996).

Zhodnocení nemocného – v tomto kroku sbíráme údaje o pacientovi a organizujeme si zjištěné údaje.

Stanovení ošetřovatelských diagnóz – v této části analyzujeme údaje a stanovujeme ošetřovatelské diagnózy.

Plánování – zde je nutné vytyčit krátkodobé a dlouhodobé cíle, načrtnout výsledná kritéria a nastavení plánu ošetřovatelské péče.

Realizace – plnění plánu realizace, seznamování ostatního zdravotnického týmu s plánem a zapsání výkonů do dokumentace.

Zhodnocení – zde porovnáváme pokroky a dosažené výsledky s plánovanými cíli, změříme efekt naplánované péče, zajistíme nové zhodnocení a úpravu plánu, pokud cíl nebyl splněn (Lemon, 1997).

V této bakalářské práci jsem použila Model funkčního zdraví od Marjory Gordonové. Model je odvozený ze vztahu osoba a prostředí. Zdravotní stav je vyjádřen bio-psycho-sociální interakcí. M. Gordonová se zaměřila na dvanáct vzorců zdraví (Pavlíková, 2006).

Vnímání zdraví a udržování zdraví – tato oblast zahrnuje to, jak pacient vnímá svůj zdravotní stav a pohodu, a jakým způsobem o zdraví pečuje.

Výživa a metabolismus – tento okruh popisuje způsob příjmu jídla a tekutin, individuální denní dobu příjmu jídla, kvalitu a kvantitu podávaných potravin.

Vylučování – tento okruh nás informuje o způsobu vyprazdňování tlustého střeva a močového měchýře. Zajímá nás pravidelnost, tvar, kvantita a pacientovy návyky.

Aktivita a cvičení – okruh popisuje způsob udržování kondice, základní denní aktivity a pacientovy záliby.

Spánek a odpočinek – tato oblast popisuje způsob spánku a odpočinku, kvalitu a kvantitu spánku. Odpočinek a energie získaný spánkem.

Smyslové vnímání – Do okruhu patří smyslové vnímání jako je sluch, zrak, chuť, čich, dotek.

Sebepojetí a sebeúcta – oblast popisuje emocionální stav a vnímání sama sebe. Zahrnuje individuální názor na sebe (vzhled, talent).

Role a vztahy – okruh popisuje přijetí a plnění životních rolí a úroveň mezilidských vztahů.

Reprodukce a sexualita – oblast popisuje uspokojení nebo neuspokojení v sexuálním životě pacienta. Zahrnuje poruchy, potíže jednotlivce v této oblasti.

Stres a zátěžové situace – okruh zaznamenává nejdůležitější stresové situace, pacientovu toleranci a zvládání, popisuje podporu rodiny a blízkých.

Víra – individuální vnímání hodnot, cílů a přesvědčení. Popisuje uchýlení k náboženské víře.

Jiné – sem je možné zařadit informace, které nejsou obsaženy v předchozích oblastech (Trachtová, 2003).

7.1 Specifika ošetrovatelské péče

Pacient přijde v ranních hodinách na urologickou ambulanci s předoperačním vyšetřením od svého obvodního lékaře. Předoperační vyšetření obsahuje: základní vyšetření krve (urea, kreatinin, krvácivost a srážlivost, jaterní testy, sedimentace, krevní obraz) a moče (moč chemicky a sediment, bakteriologické vyšetření), EKG vyšetření a popis. Poté je předán na oddělení urologie. Pacient je seznámen s personálem a s ošetrovací jednotkou. Veškerá dokumentace je založena do desek. Pacienta

seznámíme s chodem a režimem oddělení. Podáme mu informace, kde nalezne WC a koupelnu, pak podle možností si pacient může vybrat lůžko s nočním stolkem. Pacient se převlékne do pyžama. Jeho civilní oblečení se sepíše a odnese do ústavní šatny. S pacientem vedeme rozhovor, ve kterém mu sdělíme práva a povinnosti pacientů. Zjistíme, jestli je informovaný a zda zná svého ošetřujícího lékaře. Dále zjišťujeme všechny důležité informace, které pak zpracováváme do sesterské anamnézy a poté realizujeme ošetřovatelský proces. Sestra připravuje pacienta na různá urologická vyšetření a operace, hodnotí specifickou váhu moči, diurézu, barvu a příměsi v moči. (Nejedlá a kol., 2004).

7.2 Vliv onemocnění na psychiku pacienta

Jakékoliv onemocnění působí na pacientovu psychiku nepříznivě. Nemoc mění obvyklý způsob života, po kratší či delší dobu omezuje člověka v jeho běžných denních záležitostech. Snižuje jeho výkon v zaměstnání nebo dokonce přímo znemožňuje. Narušuje rodinné a mezilidské vztahy. Nemoc vyžaduje určitou míru adaptace k nemoci a nové situaci. Člověk se musí vyrovnat s nepříznivým i bolestivými projevy. Adaptace nemocného na onemocnění a hospitalizaci se odvíjí od jeho psychické vyspělosti. Pacient potřebuje pocit jistoty, bezpečí a podporu ze strany rodiny a blízkých. Pro muže je jakékoliv onemocnění v urologii velice nepříjemné a ponižující, proto sestra i lékař by k pacientovi měli přistupovat jemně, taktně a empaticky (Čechová a kol., 1997).

Funkční vzorce zdraví

Model Gordonové je rozdílný v České republice a na Slovensku. V Čechách je prezentován model Gordnové např. autorkou Evou Trachtovou a na Slovensku je uváděn podle autorky Katariny Žiakové. Tento rozdíl si uvědomuji, ale v mé práci jsem vycházela ze školní didaktické pomůcky k teoretické a praktické výuce, kterou používá Vysoká škola zdravotnická v Praze.

Slovenská verze používá Funkční vzorce zdraví, které prezentují klientovu sílu a schopnost využitelné při realizaci ošetrovatelských intervencí. Soubor jedenácti vzorců zdraví specifikuje okruh pro sběr informací o pacientovi a dává jim podle M. Gordonové strukturu. Vzorce zdraví existují ve vzájemném vztahu a jsou podmíněné. Jednotlivé vzorce se nemůžou posuzovat izolovaně (Žiaková, 2007).

Vzorce zdraví

- vzorec vnímání zdraví – management zdraví
- nutriční vzorec – metabolický
- vzorec vylučování
- vzorec aktivit – cvičení
- vzorec spánku – odpočinku
- vzorec poznávání – vnímání
- vzorec vnímání sebe sama – sebepojetí
- vzorec role – vztahy
- vzorec sexuálně-reprodukční
- vzorec zvládání zátěže – odolnost proti stresu
- vzorec hodnoty – víra (Žiaková, 2007)

8 Ošetrovatelský proces

Ošetrovatelský proces dle M. Gordonové - Funkční model zdraví jsem si zpracovala u pacienta s diagnostikovaným karcinomem prostaty. Pacient byl přijat na urologické oddělení ve dnech 11.6. 2009 – 17.6. 2009. Byl zde hospitalizovaný z důvodu nyktúrie a pocitu neúplného vymočení. V období, kdy jsem u pacienta sbírala anamnestická data, jsem prováděla praxi na tomto oddělení. Pan L.V. souhlasil se sběrem informací a použitím jich do bakalářské práce.

8.1 Anamnéza

Tabulka1 Identifikační údaje pacienta

Jméno a příjmení: L.V.	Pohlaví: muž
Datum narození: 9. 10. 1932	Věk: 77
Adresa bydliště a telefon: -----	Číslo pojišťovny: -----
Adresa příbuzných: -----	Zaměstnání: důchodce
RČ: -----	Státní příslušnost: česká
Vzdělání: Střední škola zemědělská	Typ přijetí: plánované
Stav: ženatý	Ošetřující lékař: MUDr. V.L.
Datum přijetí: 11.6. 2009	
Oddělení: Urologie	

Důvod přijetí udávaný pacientem:

„Přišel jsem, protože jsem musel v noci chodit často na malou a pak jsem se taky nemohl úplně vyčůrat.“

Medicínská diagnóza hlavní:

Ca prostaty

Medicínské diagnózy vedlejší:

Esenciální hypertenze

Stav po bilaterální orchiektomii v roce 2000

Stav po operaci hydrokely v roce 1997

Tabulka 2 **Vitální funkce při přijetí**

Krevní tlak:	130/85
Puls:	70/ min.
Počet dechů:	16/ min.
Tělesná teplota:	36,4°C
Stav vědomí:	lucidní
Kůže:	v normě
Výška:	182 cm
Hmotnost:	84 kg
BMI:	25

Nynější onemocnění

Pacient přichází na urologické oddělení k plánovanému výkonu – TURP se zavedeným permanentním katétrem.

Informační zdroje

Pacient, rodina, personál, ošetřovatelská dokumentace, chorobopis

Metodou: pozorováním, rozhovorem.

Rodinná anamnéza

Matka: léčila se s hypertenzí, zemřela v 82 letech na centrální mozkovou příhodu.

Otec: zemřel na karcinom plic

Sourozenec, bratr: je mladší, léčí se s hypertenzí

Děti, dcera: zdravá

Osobní anamnéza

1983 – stav po zlomenině stehenní kosti vpravo

1990 – operace tříselné kýly

1997 – stav po operaci hydrokély

2000 – bilaterální orchiektomie

V roce 1983 podána transfúze

Alergologická anamnéza

Pacient je alergický na Forcid, Flucinom. Jinak si není vědom jiné alergie.

Abúzy

Alkohol přijímá jen příležitostně, nekouří, pije 2 šálky kávy denně, drogy a jiné návykové látky neguje.

Sociální situace

Pacient žije se svou manželkou v bytě. Bydlí ve 3. patře s výtahem. Na byt si pan L.V. nestěžuje a hodnotí ho kladně. Pochvaluje si domácí zázemí a manželku, která se o něj dobře stará. Chodí je navštěvovat jejich dcera. Ta jim pomáhá s velkými nákupy. Rodina pro pacienta znamená velkou oporu a porozumění, pomáhá mu zvládat stres, který je na něj během léčby vyvinut. Pacient je nyní ve starobním důchodu. Dříve byl zaměstnán jako technik. Na pracovní prostředí a kolektiv si nestěžoval. Pacient chce být osloven příjmením a je bez vyznání.

Příbuzné osoby, kterým můžeme podávat informace

Informace o pacientovu zdravotním stavu můžeme podávat manželce a jeho dceři.

Medikace

Prestarium neo combi tbl. 1-0-0 antihypertenzivum

8.2 Průběh onemocnění

V roce 1999 pacient poprvé navštívil urologickou ambulanci. Stěžoval si na nyktúrie. Lékař pohmatem per rectum zjistil tvrdou a hrbolatou prostatu. Dále mu byla odebrána krev na vyšetření PSA. Toto vyšetření vyšlo pozitivně, kdy PSA bylo 9,54 ng/ml. Pacient podstoupil biopsii prostaty. Vzorek byl odeslán na histologické

vyšetření. Karcinom prostaty byl potvrzen a bylo zjištěno stádium G3. Urolog pacientovi naordinoval nejdříve hormonální léčbu Flucinom (antiandrogen). Tato léčba pacientovi nevyhovovala. Pacient trpěl průjmy. Dále pacient podstoupil vyšetření scintigrafii skeletu, k vyloučení metastáz. Byla nalezena zvýšená aktivita v lumbální krajině v oblasti čtvrtého obratle, ale později tato metastatická aktivita byla vyloučena. Jednalo se o degenerativní aktivitu.

Z důvodu nevyhovující léčby Flucinomem byla pacientovi v roce 2000 navržena operační léčba – bilaterální orchiektomie, která spočívá v odstranění varlat. Pacient po seznámení s plánem léčby souhlasil. Ve dnech 10. až 17. ledna byl hospitalizován na urologickém oddělení a byla mu provedena bilaterální orchiektomie. Operace proběhla bez komplikací. Odebraná skrotální tkáň byla odeslána na histologické vyšetření, které neprokázalo žádnou malignitu. Po odstranění varlat pacient pravidelně docházel každého čtvrt roku do urologické ambulance na odběry PSA. Toho času bylo PSA v normě.

V roce 2004 opět PSA začalo mírně stoupat. Pacientovi byl naordinován nový lék Androcur (antiandrogen). Do roku 2009 se pacient cítil dobře. Neměl naléhavé urologické problémy. V červnu roku 2009 pacienta začala obtěžovat nykturie a retence moče. Proto byl přijat do nemocnice na urologické oddělení, kde mu bylo naplánováno TURP – Transuretrální resekce prostaty. V rozmezí dnů 11.6. až 17.6. 2009 byla provedena operace. Po operaci byl pacient bez obtíží.

8. 3 Předoperační péče

V den příjmu v odpoledních hodinách se začíná s předoperační přípravou. Pacient naposledy dostal oběd. Po obědě byl pacient vyšetřen anesteziologem. Ten ho seznámil s druhem narkózy (spinální) a poté naordinoval večerní a ranní premedikaci. Ve večerních hodinách začíná vlastní předoperační příprava. To zahrnuje: oholení genitálu, očistné klyzma, celkovou hygienu a také podepsání souhlasu s operací a anestézií. Pacient se důkladně oholil, provedl celkovou hygienu a podepsal souhlas. Dále bylo pacientovi provedeno již zmíněné klyzma, které bylo

s efektem. Večer před usnutím je pacientovi podána večerní premedikace. Pacienta informujeme o dodržení lačnění, tzn. nepít, nejíst.

Ranní předoperační příprava v den operace se provede změřením fyziologických funkcí (tělesná teplota, krevní tlak a puls). Pacient měl krevní tlak 125/80, puls 80' a tělesnou teplotu 36,7°C. Dále pacient provedl celkovou hygienu v koupelně, byla mu vytřena pupeční jamka lihem, poté byl pacient poučen o vyjmutí umělého chrupu (pokud má), sundání šperků a možnosti uchování jej v trezoru, pokud si to pacient přeje. Zeptáme se, zda pacient dodržel lačnění. Vyčkáme na výzvu z operačního sálu. Po výzvě jsme pacientovi sdělili, aby si došel na WC, dále se svlékl do naha a oblékl si ústavní košili. Sestra provedla vysoké bandáže dolních končetin elastickým obinadlem a poté podali premedikaci. Ta obsahuje Dormicum 7,5 mg tbl. per os a nízkomolekulární heparin Clexane 0,4 ml subkutánně s malým množstvím tekutiny. Poté pacienta informovali o dodržení klidu na lůžku a zákazu vstávání z důvodu podané premedikace.

8.4 Pooperační péče

Pacient byl přivezen ze sálu na pooperační urologické oddělení. V tuto chvíli jsem u pacienta začala vytvářet ošetrovatelský proces.

Pacienta jsme uložili do vodorovné polohy bez polštáře. Byl napojen na monitor. Krevní tlak byl 140/95 torrů a puls 88'. Zajistili jsme ticho a klid. Pacient byl při vědomí, reagoval na slova, pospával. Fyziologické funkce jsme dále měřili á 15 minut po dobu 1 hodiny, poté jsme měřili hodnoty á 30 minut až do stabilizace. Pacient měl z operačního sálu zavedenou periferní žilní kanylu na předloktí pravé horní končetiny. Místo vpichu je klidné. Po výkonu mu lékař naordinoval infúzní terapii, která se skládala z fyziologického roztoku 5 x 500 ml kontinuálně. Dále mu byl na operačním sále po výkonu zaveden permanentní močový katétr velikosti 22 Charier. Kontrolovali jsme, zda permanentní močový katétr odvádí a sledovali charakter a množství odváděné moče ve sběrném sáčku. Permanentní močový katétr odváděl

lehce hematurickou moč bez koagul v přiměřeném množství. Na noční stolek jsme připravili emitní misku a buničitou vatou. Toho času pacient neměl nauzeu. Pociťoval mírnou bolest v podbříšku. Proto lékař naordinoval Novalgin 2 ml intramuskulárně. Pacient po operaci dodržuje přísný klid na lůžku, nejí, nepije.

Po hodině pacientovi byly dále měřeny fyziologické funkce, krevní tlak se první hodinu pohyboval v rozmezí 135 - 145/75 - 95 torrů, puls 74' - 88'. Močový katétr odvádí lehce hematurickou moč, množství 450 ml. Močový katétr je čistý a ústí močové trubice klidné. Periferní žilní kanyla je průchodná a funkční. Infúzní terapie je podávána dle rozpisu. Na pacientovi jsem pozorovala suché rty, proto jsem mu je zvlhčovala tampónem. Pacient se cítí dobře, je při vědomí. Bolest nemá, aplikace Novalginu měla efekt. Nauseu nepociťuje.

V podvečer byl změřen pacientovi krevní tlak a puls. Ten je nyní stabilní. Pacient je při vědomí, reaguje na slova, bolest a nauzeu nepociťuje. Stěžuje si jen na bolesti zad od ležení. Proto jsme provedli úpravu lůžka a dali polštář pod hlavu. Pacient nás požádal o opláchnutí obličeje, rukou a vypláchnutí úst. Pacienta jsme otřeli namočenou žínkou a podali kelímek s vodou k vypláchnutí dutiny ústní. Infúze stále podáváme dle rozpisu. Močový katétr odvádí lehce hematurickou moč bez koagul, množství 1 500 ml. Dále jsme mu změřili tělesnou teplotu, která byla 36,6°C. Oznámili jsme to lékaři, ten určil bez terapie. Pacient se cítí dobře, komunikuje s námi, ale je mírně unavený. Vše jsme průběžně zaznamenávali do dokumentace.

Večer pacient již přijímá čaj po lžičkách. Bolest má mírnou, analgetikum nevyžaduje. Kontrolovali jsme katétr a ústí močové trubice, které je klidné. Močový katétr odvádí lehce narůžovělou moč, množství odváděné moče je adekvátní k příjmu tekutin infúzemi.

Kolem 9. hodiny se pacient přihlásil o analgetikum. Stěžoval si na bolest podbříšku a zad. Byl mu podán dle ordinace lékaře Dolsin 50 mg intramuskulárně. Vše jsme zaznamenali do dokumentace a opiátové knihy spolu s časem a podpisem. Po aplikaci injekce pacient do půl hodiny usnul.

8.5 Okruhy dle M. Gordonové

Aktivita a cvičení

Anamnéza - Pacient je normálně pohyblivý, pomoc člověka nevyžaduje. Je schopen se sám obléci. Pohybový režim na oddělení je volný. Pacient rád tráví volný čas delšími procházkami, zahradničením. Pravidelně nesportuje. Doma si rád přečte noviny a v televizi sleduje dokumenty o přírodě. Je rád, když se sejdou s dcerou a povídají si. Dcera bydlí blízko, pacient ji chodí navštěvovat.

Nyní - Pacient je po operaci upoután na lůžko, zajišťujeme u pacienta všechny prvky sebeoblužných činností, tj. hygienickou péči a vyprazdňování, další dny je pacient v chůzi soběstačný, kompenzační pomůcku nevyužívá, rád se prochází po chodbě, nebo sedí u stolu a čte noviny nebo luští křížovku, kterou mu nosí manželka. Pacient je schopen sám se obléct a obout. V denních činnostech je samostatný.

Měřicí techniky – Zjištění rizika pádu

12.6. – výsledek 3 body – negativní

Ošetřovatelský problém – pacient se po operaci nedokáže o sebe postarat.

Spánek a odpočinek

Anamnéza - Pacient nemá problémy se spánkem. Chodí spát kolem 10. hodiny a probouzí se kolem 6. hodiny ranní. Na spánek si nestěžuje. Ráno se cítí vyspalý a odpočatý. Problémy se špatným usínáním, častým buzením nemá.

Nyní - Pacient je ospalý po operačním výkonu, v dalších dnech pacient spí klidně celou noc, chodí spát kolem půl desáté a probouzí se kolem 6. hodiny ranní, problémy se špatným usínáním nebo častým probouzením během noci nemá. Speciální návyky před spaním nemá.

Ošetřovatelský problém – nezjištěn.

Výživa, metabolismus

Anamnéza - S příjmem potravy pacient problémy nemá. Má umělý chrup, ale to mu nečiní problémy. Zažívací problémy nemá, na nauseu, zvracení, říhání, nadýmání, pálení žáhy si nestěžuje. V jídle se s ničím neomezuje, jí všechno. Snaží se přijímat dostatek ovoce a zeleniny kvůli vláknině. Dietní opatření nedodržuje. Jí pravidelně. Za poslední dobu výrazně nezhubl ani nepřibral na váze. Pacient váží 84 kg a měří 182 cm. Pacient se snaží přijímat dostatek tekutin, jelikož mu to bylo doporučeno. Vypije 2 až 2,5 l tekutin denně. Z toho větší podíl čisté vody a zbytek slazený čaj. Sladké šumivé nápoje nepije, nemá je rád. Z alkoholických nápojů má rád pivo, které si občas dává.

Nyní - Pacient je po operaci, per os nic nepřijímá, má zavedenou periferní žilní kanylu a naordinovanou infúzní terapii. Druhý den má pacient naordinovanou dietu 1 - kašovitá, strava mu nedělá problémy, pije dostatek tekutin během dne a má ještě naordinovanou infúzní terapii. Má rád slazený čaj a vodu. Třetí den již může dietu 3 - racionální. Dieta mu vyhovuje, strava chutná. Zažívací problémy nemá, na nauseu, říhání, nadýmání, pálení žáhy si nestěžuje. Nezvracel. Změnu chuti k jídlu nepozoruje. Objektivně sliznice jsou vlhké, hydratované. Kůže je dostatečně hydratovaná. Pacientovo BMI je 25, což je v normě. Pacient nemá změny v hmotnosti.

Měřicí technika – Body mass index 12.6. - výsledek 25 v normě

Ošetřovatelský problém – pacientovi hrozí riziko vzniku infekce ze zavedené periferní žilní kanyly.

Vylučování

Anamnéza - Pacient má zavedený permanentní katétr již od svého urologa. Ten mu je ponechán do operace. Pacient necítí pálení, řezání. Známky infekce nejsou. Pacient je poučen jak se má starat o permanentní katétr a močení. Podle potřeby si chodí na WC. Pacient na toaletu chodí cca jednou za dva dny.

Nyní - Pacient má po operaci zavedený nový permanentní močový katétr, na katétr si nestěžuje, už ho měl zavedený několikrát, pocit pálení, řezání nemá. Katétr je průchodný a odvádí. Znamky zánětu nemá. Stolica byla normální barvy, bez krve a hlenu, hemoroidy nemá. Problémy s defekací nemá.

Ošetrovatelský problém – Pacientovi hrozí riziko vzniku infekce, protože má zavedený permanentní močový katétr.

Osobní hygiena

Anamnéza - Pacient provádí hygienu každý den, dvakrát denně. Je schopný se o sebe postarat sám. Ráno si umyje obličej a vyčistí si umělý chrup, oholí se. Dále se učeše. Večer (tzn. kolem 9. hodiny) se sprchuje nebo koupe. Má rád spíše vlažnou vodu. Vlasy si myje 1-2x týdně. Po celkové koupeli si vyčistí a připraví chrup na další den. Ráno se obléká i obouvá sám. V péči o kůži je pacient také samostatný. Nikdy se neléčil s kožními chorobami. Nestěžuje si na svědění ani pálení. Objektivně otoky horních a dolních končetin nemá. Kůže je dostatečně hydratovaná, bez projevů vyrážky, hematomů a bez aktuálních poranění či jizev. O svou kůži pečuje zhruba jednou za týden po koupeli. Promazává ji krémem. Speciální krémy nebo masti nevyužívá.

Nyní – Pacient se nedokáže sám o sebe postarat vzhledem k prodělanému operačnímu zákroku, péči v celém rozsahu za něj přebírá sestra, další den je pacient samostatnější, do koupelny je převezen na vozíku, kde hygienu prováděl sám, kůže je dostatečně hydratovaná, bez defektů, projevů ekzému, otoky a hematomy nemá. Svědění kůže ani pálení nepocítuje. O svou kůži pečuje krémy. Dutinu ústní si čistí dvakrát denně. Pacient je samostatný v oblékání a obouvání.

Ošetrovatelský problém – po operaci se pacient o sebe nedokázal postarat, péči přejala sestra.

Vnímání, poznávání

Anamnéza - Pacient nosí brýle. Se sluchem, čichem, chutí či hmatem problémy nemá.

Nyní – Pacient nosí brýle. Je dalekozraký i krátkozraký. Tyto problémy má cca od svých 50 let. Potíže s nošením brýlí nemá. Používá brýle typu „bifokály“. Do oční ordinace dochází pravidelně 1x za půl roku. Na levém oku má 3 dioptrie, na pravém oku má 2,5 dioptrie. Brýle má v nemocnici s sebou. Potíže mu nečiní, je na ně zvyklý. Pacient je při vědomí, je orientován místem, časem a osobou. Je schopen komunikace. Komunikace probíhá na normální úrovni. Hovoří zcela jasně. Řeč není zmatená. Věty jsou úplné a jasné. Pacient pociťuje bolest v podbříšku po operaci. Bolest hodnotí na stupnici analogové škály bodem 6 (12.6. 2009).

Ošetřovatelský problém – pacient má bolesti, vzhledem k pooperačnímu stavu.

Vnímání zdraví, zdravotního stavu

Anamnéza - Pro pacienta je zdraví prioritní. Má přání, aby vše bylo opět v pořádku a již nemusel být v nemocnici. Pacient je v domácím prostředí zcela samostatný, nevyužívá žádné pečovatelské služby.

Nyní - Pro své zdraví chce udělat maximum, ale na druhou stranu si je vědom svého věku a závažnosti onemocnění. Problematiku chápe. Pacient je informovaný o svém onemocnění a také o plánu léčby. Dodržuje léčebné postupy.

Měřicí techniky – Zkrácený mentální bodovací test

12.6. – 9 bodů – negativní

Ošetřovatelský problém – pacient má pocit úzkosti a strachu.

Sebepojetí, sebeúcta

Anamnéza - Pacient je veselý a společenský člověk, je optimista a proto i o své nemoci se snaží přemýšlet pozitivně. Má však strach i obavy z onemocnění a prognózy, ale vždy se to snaží zahnat a přemýšlet v pozitivním duchu. Rád chodí na procházky, rád čte a luští křížovky, zahradničí.

Nyní - Pacient je společenský a veselý člověk. Pobyt v nemocnici mu nevádí. Chápe, že to tak musí být. Pacient byl již několikrát hospitalizovaný. Vzpomínky na minulé hospitalizace jsou kladné. Objektivně je pacient na povrchu statečný a veselý, uvnitř je smutný a o své nemoci často přemýšlí. Nedává to najevo. V chování je milý, s příjemným vystupováním, je rád když zdravotní personál ho osloví a promlouvá s ním.

Ošetřovatelský problém – nebyl zjištěn.

Plnění rolí, mezilidské vztahy

Anamnéza - Pacient o svém zdravotním stavu zásadně hovoří jen se svou rodinou, kterou si velice chválí. Je pro něho oporou a porozuměním. Pomáhá mu zvládat strach, který ho občas přemůže. V případě, kdy se nemocný potřebuje rozhodnout, zda podstoupit či nepodstoupit plán léčby, se radí s rodinou.

Nyní - Pacient plní role manžela, otce, dědečka, přítele, pacienta. Má přátele, většinou ve stejné věkové skupině. Je s nimi rád, zapomíná na své zdravotní potíže. Ale nerad se jim svěřuje o svém zdraví. Říká, že je tím nechce zatěžovat. Rozhovorem, se snaží zapomenout na své problémy. Stýská se mu po rodině.

Ošetřovatelský problém – pacient má po dobu hospitalizace narušené sociální vazby.

Stres, zátěžové situace, jejich zvládání, tolerance

Anamnéza – Pacient zvládá své onemocnění dobře. Někdy je smutný a má strach z prognózy onemocnění a operace. To se vždy snaží zahnat jinými myšlenkami nebo rozhovorem. Pro odpoutání od svého onemocnění zahradničí, chodí na procházky, hraje si se svými vnoučaty.

Nyní – Pacient je v nemocnici komunikativní, veselý a společenský. Občas se svěří, že má strach z prognózy onemocnění. To se vždy snaží zahnat rozhovorem se sestrou či rozhovorem s ostatními pacienty. Pro odpoutání od strachu si přečte knížku nebo

časopis. Pacient se svěřuje, že pocit strachu má jen občas, když ho to přemůže. Zátěžové situace zvládá dobře.

Ošetrovatelský problém – pacient má strach z prognózy onemocnění.

Životní hodnoty – víra

Pacient je bez vyznání.

Ošetrovatelský problém – nebyl zjištěn.

Sexualita, reprodukční schopnost

Pacient si je vědom svého věku a nynějšího onemocnění a sexuální potřeby u něj nejsou v popředí zájmu.

Ošetrovatelský problém – nebyl zjištěn.

8.6 Ošetrovatelské diagnózy

Ošetrovatelské diagnózy jsou řazeny dle priorit. Protože ošetrovatelství se stále vyvíjí, zpracovala jsem ošetrovatelské diagnózy dle Kapesního průvodce zdravotní sestry (Doenges; Moorhouse, 2001). Ošetrovatelské diagnózy jsem stanovila 12.6. 2009 na základě rozhovoru a pozorování pacienta. Diagnózy byly platné po dobu ošetrovatelské činnosti, tzn. od 12.6 do 14.6. 2009.

Seznam ošetrovatelských diagnóz

- Bolest akutní v souvislosti s operačním zákrokem projevující se slovním vyjádřením, mimickým výrazem, podrážděností, koncentrací na vlastní osobu a intenzitou bolesti na 10 stupňové škále bodem 6.

- Péče o sebe sama nedostatečná v souvislosti s omezenou pohyblivostí, projevující se potřebou pomoci druhé osoby při hygieně, vyprazdňování a pocitem méněcennosti.
- Strach v souvislosti s prognózou onemocnění, projevující se stresem, slovním vyjádřením, polekaností, nervozitou a zvýšeným napětím.
- Společenská interakce porušená v souvislosti s omezenou tělesnou hybností a hospitalizací, projevující se nepohodou v sociálních situacích, změnou způsobu interakce.
- Infekce, riziko vzniku v souvislosti se zavedeným permanentním katétrem.
- Infekce, riziko vzniku v souvislosti se zavedenou periferní žilní kanylou.
(Doenges, Moorhouse, 2000)

Bolest akutní v souvislosti s operačním zákrokem, projevující se slovním vyjádřením, mimickým výrazem, podrážděností, koncentrací na vlastní osobu a intenzitou bolesti na 10 stupňové škále bodem 6.

Cíl

Dlouhodobý: Pacient má odstraněnou bolest do 14 dnů

Krátkodobý: Pacient má zmírnění bolesti o 2 stupně na intenzitu č. 4 do týdne

Priorita

Vysoká

Výsledná kritéria

Pacient zná příčinu bolesti do 2 dnů

Pacient zná a umí používat hodnotící stupnici bolesti do 1 dne

Pacient umí vysvětlit charakter, intenzitu a lokalizaci bolesti do 3 dnů

Pacient je informován o možnosti podání analgetik do 1 dne

Plán intervencí

- zjistí lokalizaci, charakter, trvání, stupeň 3x denně a zaznamenej do formuláře na sledování bolesti (primární všeobecná sestra)
- posuď bolesti na stupnici od 1 do 10 bodů 3x denně a proved' záznam do dokumentace (primární všeobecná sestra)
- edukuj o úlevové poloze každý den (primární všeobecná sestra)
- edukuj pacienta o tom, že pokud dojde ke zhoršení bolesti, ihned oznámit sestře 3x denně (všeobecná sestra ve službě)
- podávej a sleduj účinek analgetik dle ordinace lékaře a proved' zápis po každém podání (primární všeobecná sestra)
- sleduj vedlejší účinky podávaných analgetik po každém podání (všeobecná sestra ve službě)
- věnuj pozornost psychickému stavu nemocného každý den (primární všeobecná sestra)
- akceptuj pacientovu reakci na bolest vždy (primární všeobecná sestra)
- zajisti dostatečný klid během dne vždy (všeobecná sestra ve službě)
- vybídní pacienta, aby nám mohl popsat bolest každý den a zaznamenej na záznamový arch stupeň bolesti (primární všeobecná sestra)
- edukuj pacienta o metodě odpoutávání od bolesti a relaxačních technikách (primární všeobecná sestra)

Realizace

12.6. jsem použila hodnotící stupnici bolesti, výsledek byl 8, podala jsem analgetika dle ordinace lékaře, hodnotící stupnici bolesti jsem použila ještě 2x, kdy výsledky byly 4 body (po podání analgetika), dále opět 3 body, věnovala jsem pozornost psychickému stavu pacienta, rozptýlit a vysvětlit důvod bolesti, informovala o možnosti podání analgetik

13.6. kontrola psychického stavu, opět jsem použila stupnici bolesti, výsledek byl 4 body, akceptovala jsem reakci pacienta na bolest, s pacientem jsem vedla krátký rozhovor, během kterého jsme se ho snažila uklidnit, rozptýlit a vysvětlit důvod bolesti, informovala jsem pacienta o možnosti podání analgetik

14.6. jsem pacienta kontrolovala a dotazovala se, zda bolest ustupuje či ustoupila, bolest 3 body

Zhodnocení – Cíl byl splněn

- Bolest byla zmírněna o 4 stupně na analogové škále bolesti
- Pacient ví, že si může požádat o analgetika
- Pacient umí používat analogovou škálu bolesti
- Pacient zná příčinu své bolesti
- Pacient umí vysvětlit charakter bolesti
- V intervencích na úplné odstranění bolesti je nutno pokračovat dál.

Péče o sebe sama nedostatečná v souvislosti s omezenou pohyblivostí, projevující se potřebou pomoci od druhé osoby při hygieně, vyprazdňování a pocitem méněcennosti.

Cíl

Dlouhodobý: Pacient je soběstačný v péči o sebe sama do 7 dnů

Krátkodobý: Pacient má v maximální míře spolupracuje v péči o sebe sama do 24 hodin

Priorita

Střední

Výsledná kritéria

Pacient zná důvod klidového režimu po operaci do 3 dnů

Pacient si uvědomuje nutnost dodržení přísného klidu na lůžku do 24 hodin

Pacient je informován o pomoci s péčí, kterou sám nezvládne do 2 dnů

Pacient ví, kde je umístěno signalizační zařízení do 24 hodin

Pacient má na dosah ruky všechny potřebné pomůcky k dodržení hygieny do 24 hodin

Plán intervencí

- dopomoc pacientovi s hygienickou péčí každý den (všeobecná sestra ve službě)
- pomoc pacientovi v hygieně o dutinu ústní každý den (všeobecná sestra ve službě)
- pomoc pacientovi při vyprazdňování vždy (všeobecná sestra ve službě)
- podej pacientovi mísu, močovou láhev vždy (primární všeobecná sestra)

- umožni pacientovi hygienu rukou a genitálu po vykonané potřebě vždy (primární všeobecná sestra)
- zajisti intimitu vždy (primární všeobecná sestra)
- zajisti pacientovi pitný režim na dosah ruky vždy (všeobecná sestra ve službě)
- dej pomůcky na dosah ruky vždy (primární všeobecná sestra)
- zajisti pacientovi úpravu lůžka 2x denně (všeobecná sestra ve službě)
- ved' pacienta k samostatnosti každý den (všeobecná sestra ve službě)

Realizace

12.6. – sestra ve službě večer zajistila večerní toaletu, při hygieně zajistila intimitu, pomohla s vyčištěním dutiny ústní, pacientovi namazala záda, dala mu čisté osobní prádlo, upravila lůžko, dala pomůcky a tekutiny na dosah ruky, ptala se ho na pohodlí a na bolest.

13.6. – ranní toaleta se sestrou v koupelně, pacient dnes mohl opatrně vstát, přesedl si na vozík a poté jsem ho dovezla do umývárny, kde s minimální pomocí sestry provedl hygienickou péči, namazala jsem mu záda krémem, pacientovi jsem dala čisté osobní prádlo, pacient si vyčistil dutinu ústní, optala jsem se ho, jestli nepotřebuje na WC – nepotřeboval, mezitím jiná sestra ve službě upravila pacientovi lůžko, pak jsem převezla pacienta zpátky na pokoj, posadila jsem ho na židli ke stolu, kde vyčkal na snídani. Po snídani, jsem ho uložila do lůžka a zdůraznila jsem, aby v případě potřeby si pomocí signalizačního zařízení přivolal sestru. Během dne jsem se byla ptát, zda pacient něco potřebuje.

14.6. – pacient se dnes může pohybovat po ošetrovací jednotce za dohledu sestry, ráno pacient vykonal celou hygienickou péči sám, vyčistil si dutinu ústní, namazala jsem mu záda krémem, připravila čisté osobní prádlo, pacienta jsem doprovodila do pokoje, kde se posadil ke stolu a sám se nasnídal. Dále si pacient sám přecházel po pokoji a docházel na WC, které bylo umístěné přímo naproti jeho pokoji.

Zhodnocení – Cíl byl splněn

- Pacient dodržoval přísný klid na lůžku
- Pacient uměl použít signalizační zařízení
- Pacient věděl o možnosti pomoci sestry se sebe obslužnými činnostmi

- Pacient pochopil důvod klidového režimu. Ošetřovatelský problém byl vyřešen, intervence nepokračují, plán na dosažení cíle byl ukončen. Pacientovi s ohledem na vývoj zdravotního stavu byl změněn režim na volný. Pacient si v této situaci potřeby zajišťuje sám.

Strach v souvislosti s prognózou onemocnění, projevující se slovním vyjádřením, polekaností, nervozitou a zvýšeným napětím.

Cíl

Dlouhodobý: pacient nejeví známky strachu do 7 dnů

Krátkodobý: pacient má zmírněný strach do 24 hodin

Priorita

Střední

Výsledná kritéria

Pacient mluví o svém strachu do 24 hodin

Pacient zná příčinu strachu do 3 dnů

Pacient se umí odpoutat od strachu do 2 dnů

Pacient využívá prostředky ke zmírnění či odpoutání strachu do 2 dnů

Plán intervencí

- vytvořit vstřícný postoj k pacientovi vždy (primární všeobecná sestra)
- přistupovat taktně a empaticky vždy (primární všeobecná sestra, všeobecná sestra ve službě)
- vést rozhovor s pacientem s trpělivostí vždy (všeobecná sestra ve službě)
- pobízet pacienta, aby nám sdělil své pocity 2x denně (všeobecná sestra ve službě)
- zajistit rozhovor s ošetřujícím lékařem o prognóze do 2 dnů (všeobecná sestra ve službě)
- zjistit, zda pacient vyžaduje péči psychologa do 1 dne (všeobecná sestra ve službě)

- každý den dát pacientovi prostor pro jeho otázky (sestra ve službě)
- kontrolovat psychický stav každý den (všeobecná sestra ve službě)
- zajistit činnosti (čtení, křížovky), které pacientovi pomáhají zmírnit strach každý den (všeobecná sestra ve službě)

Realizace

12.6. – sestra ve službě kontroluje psychický stav pacienta, průběžně s ním vede rozhovor, sestra přistupovala vstřícně a empaticky, sestra ve službě se zeptala, zda by si přál pomoc psychologa – pacient odmítl, sestra ve službě dávala prostor pro pacientovi otázky, psychicky ho podpořila

13.6. – zajištění konzultace s ošetřujícím lékařem, po rozhovoru se pacient cítí lépe, dále k němu přistupujeme empaticky a vstřícně, pobízíme ho, aby nám sdělil své pocity, pacientovi nabízíme časopisy s křížovkami k odbourání strachu, ptáme se, co mu nejvíce pomáhá, dále pacienta psychicky podporujeme

14.6. – přistupujeme klidně, empaticky, nabízíme různé činnosti ke zbavení strachu, pobízeli jsme pacienta ke sdělení jeho pocitů.

Zhodnocení – Cíl byl splněn

- Pacient dokáže mluvit o svém strachu
- Pacient se odpoutal od strachu
- Pacient uměl využívat pomůcky k jeho odstranění
- Pacient pochopil příčinu strachu. V intervencích dále nepokračujeme, plán na dosažení cíle byl splněn.

Společenská interakce porušená v souvislosti s omezenou tělesnou hybností a hospitalizací, projevující se nepohodou v sociálních situacích, změnou způsobu interakce.

Cíl

Dlouhodobý: Pacient se účastní bez omezení společenského života do 1 měsíce

Krátkodobý: Pacient si uvědomí nutnost zlepšit své společenské interakce do 14 dnů

Priorita

Nízká

Výsledná kritéria

Pacient volně hovoří o svých emocích do 2 dnů

Pacient hovoří o své sociální situaci do 2 dnů

Pacient si uvědomí své pocity, které vedou ke špatným situacím do 3 dnů

Plán intervencí

- odeber sociální anamnézu pacienta za spolupráce jeho blízkých do 2 dnů (primární všeobecná sestra)
- zajisti sociální pracovníci do 3 dnů (primární všeobecná sestra)
- prober sociální anamnézu z hlediska stresových záležitostí 1x (primární všeobecná sestra)
- povšimni si vztahů a společenského chování v rodině do 3 dnů (primární všeobecná sestra)
- pozoruj pacienta při jednání s rodinnými příslušníky do 3 dnů (primární všeobecná sestra)
- všiměj si účinků změn socio- ekonomické úrovně do 3 dnů (primární všeobecná sestra)
- pobízej pacienta k formulování problémů a na důvody jejich vzniku do 2 dnů (primární všeobecná sestra)

Realizace

12.6. – pacienta jsem pozorovala, všímala jsem si společenského chování v rodině a mezi ostatními pacienty, určovala jsem pacientovi schopnosti poradit si s problémy v každodenním životě.

13.6. – pacienta jsem pozorovala, odebrala jsem sociální anamnézu, s pacientem jsem vedla rozhovor o stresových situacích a problémech, zjistila jsem socio – ekonomickou úroveň – pacient je v této sféře spokojený, pobízela jsem pacienta, aby sdělil problémy a důvody jejich vzniku.

14.6. – pozorovala jsem pacienta, pobízela jsem ho k formulování jeho problémů a stresových záležitostí, vedla jsem volný rozhovor, při kterém jsem zjišťovala

problémy pacienta, setkala jsem se s dcerou pacienta, kde jsem zjišťovala potřeby nemocného z druhé strany. Pacienta navštívila sociální pracovnice.

Zhodnocení – Cíl byl splněn

Pacient hovořil o svých emocích a sociální situaci.

Pacient si uvědomil své pocity.

Pacient má funkční rodinu, má dceru, která k nim dochází a dělá jim větší nákupy domů. Manželka je schopná se postarat o uvaření obědů a večeří.

Infekce, riziko vzniku v souvislosti se zavedeným permanentním močovým katétrem.

Cíl

Krátkodobý: Pacient umí rozeznat projevy infekce do 24 hodin

Dlouhodobý: Pacient je bez známek projevů infekce po dobu hospitalizace

Priorita:

Střední

Plán intervencí

- dodržuj zásady hygieny a asepsy vždy (všeobecná sestra ve službě)
- dbej na řádnou hygienu rukou vždy (všeobecná sestra ve službě, primární všeobecná sestra)
- včas informuj lékaře o prvních známkách zánětu vždy (všeobecná sestra ve službě)
- podávej informace týkající se prevence vzniku infekce 1x, nedotýkat se (primární všeobecná sestra)
- udržuj ústí trubice v čistotě, mýt si ruce, nosit ochranné pomůcky (primární všeobecná sestra)
- kontroluj okolí ústí močové trubice každý den (všeobecná sestra ve službě)
- sleduj barvu a příměsi moče každý den (všeobecná sestra ve službě)
- sleduj celkové příznaky infekce (horečka, zimnice) každý den (sestra ve službě)

Realizace

12.6. – přistupovali jsme asepticky, před každou manipulací jsme si umyli ruce, pacienta jsem informovala o možnosti vzniku infekce a nabádala ho k dostatečné hygieně, sledovala jsem barvu moče a příměsi a také jsem kontrolovala ústí močové trubice a celkové příznaky zánětu

13.6. - všeobecná sestra ve službě přistupovala asepticky, pokaždé si umyla ruce, nabádala pacienta k dostatečné hygieně, kontrolovala barvu a příměsi moče

14.6. - všeobecná sestra ve službě přistupovala asepticky, pokaždé si umyla ruce, nabádala pacienta k dostatečné hygieně močové trubice, kontrolovala barvu a příměsi moče

Zhodnocení - Cíl byl splněn

- Pacient pochopil opatření na prevenci vzniku infekce
- Pacient pochopil postupy na zabránění či snížení rizika infekce
- Pacient se naučil technikám k zabránění či snížení rizika, v intervencích na zabránění infekce je nutno pokračovat dál do té doby, než bude katétr odstraněn.

Infekce, riziko vzniku v souvislosti se zavedeným periferním žilním katétrem.

Cíl

Krátkodobý: Pacient má dostatek znalostí v péči o periferní žilní kanylu do 2 hodin

Dlouhodobý: Pacient je bez známek projevů infekce po dobu hospitalizace

Priorita

Střední

Plán intervencí

- dodržuj zásady hygieny a asepsy vždy (všeobecná sestra ve službě)
- dbej na řádnou hygienu rukou vždy (všeobecná sestra ve službě)
- včas informuj lékaře o prvních známkách zánětu vždy (všeobecná sestra ve službě)

- podávej informace týkající se prevence vzniku infekce 1x (primární všeobecná sestra)
- kontroluj okolí vpichu na předloktí pravé ruky každý den (všeobecná sestra ve službě)
- proved' převaz dle rozpisu a zaznamenej jej každý den (všeobecná sestra ve službě)
- sleduj celkové příznaky (zimnice, horečka) každý den (všeobecná sestra ve službě)

Realizace

12.6.- přistupovali jsme asepticky, před každou manipulací jsme si umyli ruce, pacienta jsem informovala o možnosti vzniku infekce, informovala jsem ho, aby si na kanylu nesahal, kontrolovala jsem okolí vpichu, periferní žilní kanylu jsme převazovali dle rozpisu. Sledovala jsem celkové příznaky zánětu, zaznamenávala jsem do dokumentace den zavedení a popis místa vpichu, převaz.

13.6. – přistupovali jsme asepticky, před každou manipulací jsme si umyli ruce, kontrolovala jsem okolí vpichu, periferní žilní kanylu jsme převazovali každý den, sledovala jsem celkové příznaky zánětu, zaznamenávala jsem do dokumentace den zavedení a popis místa vpichu na předloktí pravé ruky a převaz.

14.6. - přistupovali jsme asepticky, před každou manipulací jsme si umyli ruce, kontrolovala jsem okolí vpichu, periferní žilní kanylu jsme převazovali dle rozpisu, sledovala jsem celkové příznaky zánětu (horečku, zimnici), zaznamenávala jsem do dokumentace den zavedení a popis místa vpichu, převaz.

Zhodnocení - Cíl byl splněn

- Pacient pochopil postupy na zabránění nebo snížení rizika infekce
- Význam rizikových faktorů
- Pacient umí používat techniky k zabránění rizika
- 14.6. byla kanyla odstraněna, v intervencích dále již nepokračujeme, cíl byl splněn, plánovaná péče na dosáhnutí cíle skončila.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

V rámci lékařské a ošetrovatelské péče se celkový stav pacienta zlepšil. Hospitalizaci snášel dobře, spolupracoval na realizaci intervencích, nebránil se edukaci. Pacient je plně seznámen se svým onemocněním a s komplexní léčbou. To zahrnuje dodržování zdravé stravy, přiměřenou aktivitu a dispenzarizaci v urologické ambulanci. S pacientem se podařilo navázat důvěryhodný vztah, zlepšit jeho psychický stav a spolupráci rodiny. Pacient se snaží zapojovat do péče a být nezávislý. Je ochotný a vytrvalý. Pacient si je vědom, že ho na životě může ohrozit přidružené onemocnění, je edukován o nutnosti pravidelných kontrol u odborného lékaře. Ošetrovatelskou péči hodnotí pozitivně.

Všechny cíle, které jsem stanovila v ošetrovatelských diagnózách, byly splněny, čímž byl ošetrovatelský plán efektivní. V dlouhodobém cílu na odstranění bolesti je nutné pokračovat v intervencích.

Závažný problém vidím v nedostatečné informovanosti, a to jak o prostatě obecně, tak o onemocnění prostaty. Muži se stydí a svůj problém zastírají. V dnešní době masové reklamy se uchylují k samoléčbě potravinovými doplňky a to vede k zastření závažného onemocnění prostaty. První záchyt příznaků onemocnění by měli odhalit praktičtí lékaři. To je velmi důležité, protože včas odeslaný pacient k odbornému lékaři – urologovi, je cestou k úspěšné léčbě. Terapie, která je včas zahájena, vede k velmi dobrým výsledkům a v některých případech k úplnému vyléčení karcinomu prostaty. Proto je nutná cílená osvěta formou letáků, článků v nemocničních časopisech, které jsou k dispozici v čekárnách a ordinacích.

Také účast rodiny není zanedbatelná. Rodina by měla znát psychický stav pacienta, tolerovat a respektovat změny nálad, nervozitu a agresivitu, které provázejí pacienta po čas léčby a celkově i po dobu onemocnění. Psychická podpora je nesmírně důležitá pro úspěšný průběh léčby. Je dobré vědět a informovat zbytek rodiny, že onemocnění prostaty může postihnout několik generací v rodině, neboť je k tomuto onemocnění rodinná dispozice.

Na závěr se zmíním ještě o nelékařských zdravotnických pracovnících. Vrchní nebo staniční sestry by se měly zajímat o vzdělání svých podřízených sester. Proto by měly vypracovávat a zajišťovat odborné semináře a přednášky k danému tématu a umožňovat sestřím celoživotní vzdělávání.

ZÁVĚR

Dnes je možné díky novým poznatkům poskytovat pacientům s karcinomem prostaty kvalitní lékařskou a ošetrovatelskou péči. Podpora nemocných osob je založena na propojení mezi medicínskou, ošetrovatelskou a sociální oblastí. Úkolem všeobecné sestry, je vést pacient k nejvyšší možné úrovni soběstačnosti a nezávislosti v každodenních činnostech.

Cílem mé práce bylo naplánovat a zrealizovat individuální ošetrovatelský plán pro pacienta s karcinomem prostaty. Pro moji bakalářskou práci jsme použila koncepční model M. Gordonové – Funkční model zdraví, se kterým jsem pracovala na klinických praxích při studiu na vysoké škole. Všechny cíle, které jsem stanovila se mi podařilo splnit, což znamená, že ošetrovatelská péče byla správně naplánovaná a pacientovi vyhovovala. V dlouhodobém cílu na odstranění bolesti je nutné pokračovat v intervencích.

Bakalářská práce pro mě byla velice přínosná, jelikož jsem se obohatila o cenné vědomosti a rady v tomto oboru. Dále si myslím, že jde o dobrý studijní materiál pro studenty zdravotnických škol jak středních, tak i bakalářských programů.

Zjistila jsem zvýšenou potřebu informovat muže o karcinomu prostaty. Ti by měli o své zdraví dbát a chodit na preventivní kontroly k urologovi tak, jak na to mají právo. Psychicky pacienty podporovat a ujišťovat je, že se nemusí stydět. Jde přeci o jejich zdraví a pohodlný aktivní život, který by si měli udržovat a chránit.

SEZNAM POUŽITÉ LITEARTURY

1. Autorský slovník. 1998. *Slovník cizích slov*. Praha: Encyklopedický dům, spol. s.r.o., 1998. ISBN 80-90-1647-8-1.
2. CARROLL, P.R.; GROSSFELD, G.D. 2002. *Prostate Cancer*. Hamilton; London : BC Decker Inc., 2002. ISBN 1-55009-130-1.
3. ČECHOVÁ, V.; MELLANOVÁ, A.; ROZSYPALOVÁ, M. 1997. *Speciální psychologie*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1997. ISBN 80-7013-243-4.
4. DOENGES, Marilyn; MOORHOUSE Mary. 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Druhé přepracované a rozšířené vydání. Praha : Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0242-8.
5. DUŠEK, Pavel. 2009. *Zhoubné nádory prostaty* [online]. Praha: FN Motol, 2009 [cit. 2010-01-27]. Dostupné na [www.<http://www.linkos.cz/pacienti/prostata_clanek.php?t1=1&t2=1&t3=1&t=1>](http://www.linkos.cz/pacienti/prostata_clanek.php?t1=1&t2=1&t3=1&t=1)
6. DVOŘÁČEK, Jan. 1999. *Urologie, obecná a speciální urologie*. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-745-3.
7. EICHENAUER, R.H.; VANHERPE, H. 1996. *Urologie klinika a praxe*. Z německého originálu přeložil Radko Petřík. Praha : Scientia Medica, 1996. ISBN 80-85526-36-0.
8. FAKULTNÍ NEMOCNICE OSTRAVA. 2009. *Radikální prostatektomie (RAPE)*. 2009. [online]. Ostrava : FN Ostrava, 2009 [cit. 2009-10-31]. Dostupné z [www:<http://www.fnspo.cz/kliniky/informovane_souhlasypdf/radikalni_prostatektomie_rape_is.pdf>](http://www.fnspo.cz/kliniky/informovane_souhlasypdf/radikalni_prostatektomie_rape_is.pdf).
9. FAKULTNÍ NEMOCNICE OSTRAVA. 2009. *Transuretrální prostatektomie (TURP)*. 2009. [online]. Ostrava : FN Ostrava, 2004 [cit. 2009-10-28]. Dostupné z [www:<http://www.fnspo.cz/kliniky/informovane_souhlasypdf/transuretralni_prostatektomie_turp_is.pdf>](http://www.fnspo.cz/kliniky/informovane_souhlasypdf/transuretralni_prostatektomie_turp_is.pdf).
10. JAROŠOVÁ, Darja. 2000. *Teorie moderního ošetrovatelství*. Praha : ISV nakladatelství, 2000. ISBN 80-85866-55-2.

11. KAWACIUK, Ivan. 1992. *Urologie obecná a speciální*. Jinočany : H&H, 1992. ISBN 80-85467-94-1.
12. KAWACIUK, Ivan. 2000. *Urologie*. Jinočany : H&H, 2000. ISBN 80-86022-60-9.
13. KOZIEROVÁ, B.; ERBOVÁ, G.; OLIVIEROVÁ, R. 1995. *Ošetrovatelstvo I*. Martin : Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0.
14. KUČERA, Jan. 1993. *Speciální urologie*. Olomouc : Rektorát univerzity Palackého v Olomouci, 1993. ISBN 80-7067-238-2.
15. LEMON I. *Učební materiál pro ošetrovatelství*. 1997. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1997. ISBN 80-7013-234-5.
16. MLČOCH, Zbyněk. 2003. *Léčba rakoviny prostaty, stádia nemoci* [online]. Olomouc, 2003 [cit. 2009-10-25]. Dostupné z [www:<http://www.zbynekmlcoch.cz/info/ostatni_obory/lecba_rakoviny_prostaty_stadia_nemoci.html>](http://www.zbynekmlcoch.cz/info/ostatni_obory/lecba_rakoviny_prostaty_stadia_nemoci.html).
17. NEJEDLÁ, M.; SVOBODOVÁ, H.; ŠAFRÁNKOVÁ, A. 2004. *Ošetrovatelství III/2*. Praha : Informatorium, 2004. ISBN 80-7333-031-8.
18. NĚMCOVÁ, J.; MAURITZOVÁ, I. 2009. *Skripta k tvorbě bakalářských a magisterských prací*. Praha : Maurea, s.r.o., 2009. ISBN 978- 80- 902876-0-0.
19. NEMOCNICE HAVLÍČKŮV BROD. 2007. *Biopsie prostaty*. [online]. Havlíčkův Brod : Nemocnice Havlíčkův Brod, 2007 [cit. 2009-10-20]. Dostupné z [www:](http://www.onhb.cz/article.asp?nArticleID=179&nLanguageID=1) <<http://www.onhb.cz/article.asp?nArticleID=179&nLanguageID=1>>.
20. NEMOCNICE PÍSEK. 2009. *Orchiektomie (odstranění varlete ze šourku)* [online]. Nemocnice Písek, 2009 [cit. 2009-10-28]. Dostupné na [www.<http://www.nemocnice.vaclavmach.cz/index.php/oddeleni/urologie/244-orchiektomie-ze-sourku>](http://www.nemocnice.vaclavmach.cz/index.php/oddeleni/urologie/244-orchiektomie-ze-sourku).
21. PACÍK, Dalibor a kol. 1996. *Urologie pro sestry*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví Brno, 1996. ISBN 80-7013-235-3.
22. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1211-3.
23. Preventivní program pro karcinom prostaty. 2004. *Lékařské listy*, 2004, roč. 205, č. 6, s. 4. ISSN 1214-7664.

24. ROYCE, Peter. 2009. *Prostate cancer* [online]. Melbourne . Urology associates, 2009 [cit. 2009-11-07]. Dostupné na [www.
www.urologyassociates.com.au/we-treat/>](http://www.urologyassociates.com.au/we-treat/).
25. STAŇKOVÁ, Marta. 1996. *Základy teorie ošetrovatelství*. Praha : Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-243-5.
26. ŠTEFÁNEK, Jiří. 2008. *Rakovina prostaty* [online]. Praha : Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, 2008 [cit. 2009-10-25]. Dostupné na [www.
http://www.stefajir.cz/?q=rakovina-prostaty>](http://www.stefajir.cz/?q=rakovina-prostaty)
27. TRACHTOVÁ, Eva. 2003. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2003. ISBN 80-7013-324-4.
28. Transrektální biopsie prostaty. 2006. *Sestra*, 2006, roč. 88, č. 4, s. 11-12. ISSN 1214-7664.
29. URBAN, Michael. 2007. *Prostatický specifický antigen* [online]. Praha : Androgeos, 2007 [cit. 2009-10-25]. Dostupné na [www.
http://www.andrologie.cz/page/801.psa/>](http://www.andrologie.cz/page/801.psa/)
30. VOKURKA, M.; HUGO, J. a kol. 2004. *Velký lékařský slovník*. 4. aktualizované vydání. Praha : Maxdorf, 2004. ISBN 80-7345-037-2.
31. ŽIAKOVÁ, Katarina. 2007. *Ošetrovatelské konceptuálne modely*. Martin : Osveta, 1997. ISBN 978-80-8063-247-2.

OBSAH

ÚVOD.....	12
TEORETICKÁ ČÁST	13
1 Etiopatogeneze karcinomu prostaty.....	13
1.2 Šíření a klasifikace karcinomu prostaty.....	14
2 Symptomy.....	16
3 Diagnostika.....	17
3.1 Vyšetření per rectum.....	17
3.2 Prostatický specifický antigen	18
3.3 Ultrasonografie	19
3.4 Histologické vyšetření, Biopsie.....	19
3.5 Přídavná vyšetření sloužící k vyloučení či potvrzení metastáz	20
3.6 Diferenciální diagnostika.....	21
4 Léčba.....	22
4.1 Konzervativní léčba	22
4.2 Chirurgická léčba.....	23
5 Prognóza a náklady.....	26
6 Prevence.....	27
PRAKTICKÁ ČÁST	28
7 Ošetrovatelský proces.....	28
7.1 Specifika ošetrovatelské péče	29
7.2 Vliv onemocnění na psychiku pacienta	30
8 Ošetrovatelský proces.....	32
8.1 Anamnéza	32
8.2 Průběh onemocnění.....	34
8.3 Předoperační péče	35
8.4 Pooperační péče	36
8.5 Okruhy dle M. Gordonové.....	38
8.6 Ošetrovatelské diagnózy	43
DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	54
ZÁVĚR	56
SEZNAM POUŽITÉ LITEARTURY	57

