

**Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.
Praha 5**

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA
S KARCINOMEM PROSTATY**

Bakalářská práce

SOŇA KINCLOVÁ

Praha 2010

Ošetrovatelská péče u pacienta s karcinomem prostaty

Bakalářská práce

SOŇA KINCLOVÁ

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

Vedoucí práce: PhDr. René Hanušová

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 ke studijním účelům.

V Praze dne

podpis

Abstrakt

KINCLOVÁ, Soňa. *Ošetrovatelská péče o pacienta s karcinomem prostaty*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: PhDr. René Hanušová, Praha. 2010. s. 55.

Tématem bakalářské práce je kazuistika ošetrovatelské péče o pacienta, který byl hospitalizován na Urologické klinice ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze s diagnózou histologicky prokázaného adenokarcinomu prostaty.

Klinická část práce obsahuje anatomii prostaty, charakteristiku onemocnění, její příznaky, rizikové faktory této nemoci, diagnostiku a léčbu. Závěr klinické části je věnován prognóze a možné prevenci tohoto onemocnění.

V další kapitole práce jsou shrnuty základní údaje o nemocném, jeho anamnéza a informace o nynějším onemocnění. Dále je popsán průběh hospitalizace a farmakoterapie.

V praktické části práce se zabývám stručně charakteristikou ošetrovatelského procesu a ošetrovatelského modelu Marjory Gordon. Informace o nemocném jsou čerpány z lékařské dokumentace a z rozhovoru s ním, který byl veden dle klasického ošetrovatelského dotazníku pro výukové potřeby Vysoké školy zdravotnické, o.p.s. Praha 5.

Po zhodnocení získaných informací byly sestaveny aktuální a potenciaální ošetrovatelské diagnózy. Ty jsou stanovené ke 2. dni hospitalizace, to znamená k operačnímu dni.

Klíčová slova: Prostata. Karcinom prostaty. Léčba. Ošetrovatelský proces. Ošetrovatelská péče. Ošetrovatelství. Edukace v ošetrovatelské péči.

Annotation

KINCLOVA, Sona. *Nurse Care of the Patients with Prostate Cancer*. Vysoka skola zdravotnicka, o.p.s., level of qualification: bachelor. Executive educator: PhDr. Rene Hanusova, Praha. 2010. s. 55.

The main subject of this bachelor's thesis is casuistry of nursing care about in-patient of Urology clinic belongs to Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, with positive histology of adenocarcinoma prostate.

Clinical part of my thesis includes anatomy of prostate, characterization of disease, appearance, risk factors, diagnostic and post-diagnostic care. Finale summary of clinical part is focused on prognostic and possible prevention adenocarcinoma prostate.

The following chapter covers summary of primary data about disease, anamnesis and information about current form of diseases. Description of hospitalization and pharmacotherapy is also included.

Characteristic of nursing process and nursing model Marjory Gordon is briefly described in practical part of my bachelor's thesis. Like main data resource has been used medical documentation and interview with in-patient. The interview with in-patient followed traditional nurse questionnaire use mostly for education needs of Vysoka skola zdravotnicka, o.p.s. Praha 5.

To evaluate used data was used actual and potential nursing diagnosis. Introduced diagnosis are related to 2nd day of hospitalization, which means the day of surgery.

Key words: Prostate, Carcinoma prostate, Treatment, Medication, Nursing process, Nursing care, Nursing, Education, Education in nursing care

Předmluva

Na začátku své bakalářské práce bych chtěla říci, proč jsem si zvolila ošetrovatelskou kazuistiku na téma ošetrovatelská péče o pacienta s karcinomem prostaty.

Karcinom prostaty představuje v současné medicíně závažný problém a naše republika se bohužel řadí k zemím s nejvyšším výskytem tohoto onemocnění. V rámci mé desetileté práce na urologii se často setkávám s takto nemocnými pacienty a mám možnost nahlédnout do problematiky, která toto onemocnění obklopuje, co tyto pacienty nejvíce trápí a v čem jim mohu pomoci.

Svým pozorováním jsem zjistila, že lidé s touto diagnózou, se častěji než jinak nemocní potýkají se studem, strachem a nedostatkem informací a zanedbávají tak preventivní prohlídky urologem. Proto také často přicházejí k lékaři pozdě, když už je trápí příznaky choroby.

U všech závažných onemocnění, jakými onkologická bezesporu jsou, představuje rozpoznání nemoci pro pacienta a jeho nejbližší významný zlom v jejich dosavadním i budoucím životě. A právě v tomto období potřebují a spoléhají na podporu a odbornou pomoc zdravotnického personálu.

Tyto skutečnosti mě vedly k výběru tématu mé bakalářské práce a snad mi také pomůžou docílit alespoň malé osvěty tohoto onemocnění. Podklady pro sepsání textu jsem čerpala z odborných knih a časopisů a také z vlastních zkušeností sestry na Urologické klinice.

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí bakalářské práce PhDr. Reně Hanušové za ochotu, vstřícnost a odborné vedení, které mi poskytla při zpracovávání bakalářské práce.

OBSAH

ÚVOD	12
CÍL	13
TEORETICKÁ ČÁST	14
1 Charakteristika onemocnění	14
1.2 Anatomie a fyziologie prostaty	14
1.3 Karcinom prostaty a jeho rozdělení	16
1.4 Klinické příznaky	17
1.5 Rizikové faktory vzniku karcinomu prostaty	18
1.6 Diagnostika nádorů prostaty	19
1.7 Léčba karcinomu prostaty	21
1.8 Prognóza karcinomu prostaty	24
1.9 Prevence karcinomu prostaty z hlediska edukace v ošetrovatelské péči	25
PRAKTICKÁ ČÁST	26
2 Základní údaje o nemocném	26
2.1 Údaje z lékařské anamnézy	26
2.1.1 Nynější onemocnění	27
2.1.2 Průběh hospitalizace	27
2.1.3 Farmakoterapie	29
2.2 Charakteristika ošetrovatelského procesu	31
2.2.1 Fáze ošetrovatelského procesu	31
2.2.2 Ošetrovatelský model Marjory Gordon	33
2.3 Ošetrovatelská anamnéza	34
2.4 Ošetrovatelské diagnózy operačního dne	39
2.4.1 Plán, realizace a hodnocení ošetrovatelské péče	40
2.5 Dlouhodobý ošetrovatelský plán, realizace a hodnocení ošetrovatelské péče v době hospitalizace	43
2.6 Sociální a psychologické hodnocení nemocného	48
2.7 Edukace v ošetrovatelské péči	49
ZÁVĚR	51
NÁVRH PRO PRAXI	53
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	54
PŘÍLOHY	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

CMP	cévní mozková příhoda
CT	počítačová tomografie
DHT	dihydrotestosteron
DM	diabetes mellitus
F PSA	poměr volné frakce PSA
g	gram
i.m.	intramuskulární
i.v.	intravenózní
IVU	vylučovací urografie
JIP	Jednotka intenzivní péče
mg	miligram
MR	magnetická rezonance
ng/ml	jednotka koncentrace
P	pulz
PSA	specifický prostatický antigen
RAPE	radikální prostatektomie
RTG	rentgen
s.c.	subkutánní
tbl.	tablety
TEN	tromboembolická nemoc

TK..... krevní tlak

TRUS..... transrektální ultrasonografie

TT..... tělesná teplota

TURP..... transuretrální resekce prostaty

VFN..... Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Afebrilní – normální tělesná teplota

Hemospermie – krev ve spermatu

Hypertenze – vysoký krevní tlak

Inkontinence moče – samovolný únik moči

Kachexie - patologické zhubnutí a celková sešlost

Nykturie – močení v noci

Osteogenní bolesti – bolesti kostí

Per rektum – vyšetření konečníkem

Polakisurie – časté močení ve dne

Subfebrilní – zvýšená tělesná teplota 37 – 38 °C

Uretra – močová trubice

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 Zóny prostaty	15
Obrázek 2 TURP	21
Tabulka 1 Lokalizace karcinomu prostaty	16
Tabulka 2 Hraniční hodnoty PSA v závislosti na věku muže	19
Tabulka 3 Hodnota PSA a riziko karcinomu prostaty	20

Úvod

Karcinom prostaty je v současné době považován za jeden z hlavních medicínských problémů v mužské populaci. Mnoho mužů trpí bolestivými komplikacemi tohoto onemocnění a mnozí na něj předčasně umírají.

V teoretické části práce popisují anatomii prostaty. V další části se věnují z ošetrovatelského hlediska karcinomu prostaty, klinickým příznakům, rizikovým faktorům tohoto onemocnění, jeho diagnostice a léčbě. V závěru teoretické části se zaměřují na prognózu onemocnění a jeho možnou prevenci.

V další kapitole shrnují ošetrovatelské základní údaje o nemocném, jeho anamnézu, informace o nynějším onemocnění a popisují průběh hospitalizace a farmakoterapie.

V praktické části práce se zabývám stručnou charakteristikou ošetrovatelského procesu a ošetrovatelského modelu Marjory Gordon. Na základě získaných informací od pacienta a z lékařské dokumentace jsem sestavila aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy. Ošetrovatelské diagnózy jsem stanovila k operačnímu dni. Dále pokračuji v podrobném rozpracování krátkodobých a dlouhodobých ošetrovatelských cílů a popisují jejich realizaci a hodnocení.

Samostatná kapitola „Sociální a psychologické hodnocení nemocného“ se zabývá životními podmínkami pacienta, a tím jak prožíval náročné okamžiky spojené s léčbou svého onemocnění. Právě v tomto období je významná pomoc ošetrovatelského týmu.

V závěru práce je popsána edukace pacienta, která je důležitou součástí ošetrovatelské péče o nemocné.

Cíl

Cílem mé bakalářské práce je stručné seznámení s tímto onemocněním, které dlouhodobě patří mezi dvě nejčastější malignity mužské populace v České republice.

Pomocí ošetrovatelského procesu se zabývám kazuistikou pacienta, který byl hospitalizován na Urologické klinice Všeobecné fakultní nemocnice v Praze s diagnózou prokázaného adenokarcinomu prostaty. Na základě definovaných problémů pacienta sestavuji plán ošetrovatelské péče podle modelu M. Gordon, tak aby mu jednotlivé intervence přinesly úlevu a požadovaný efekt a současně mu umožnily aktivně se zapojit do jejich realizace.

Konečným cílem mé práce je edukace pacienta, která je důležitou a nezbytnou součástí ošetrovatelské péče o nemocné. Přestože se v České republice dosud neprovádí standardizované preventivní urologické prohlídky, lze tento nepříznivý stav ovlivnit právě edukací pacientů o uvedeném onemocnění.

Teoretická část

1 Charakteristika onemocnění

1.1 Anatomie a fyziologie prostaty

Prostata je přídatnou pohlavní žlázou muže. Je uložena kolem močové trubice těsně pod močovým měchýřem. Na prostatě lze rozlišit horní plochu (*basis prostatae*), která těsně naléhá na močový měchýř, hrot prostaty (*apex prostatae*), který dosahuje k diafragma urogenitale. Prostatou probíhá močová trubice (*pars prostatica urethrae*) a lze tak rozlišit preurethrální a retrourethrální část prostaty. Dále se popisuje přední, zadní a laterální plocha. Povrch prostaty je kryt vazivovým obalem, zevně na něj naléhá žilní pletěň (*plexus venosus prostaticus*), pánevní fascie pak obaluje prostatu i s pletením a vytváří další obal (*capsula periprostatica*) a fixuje ji k okolí.

Přední plocha prostaty je přivrácená k symfýze a je k ní fixována ligamenty, zadní plocha naléhá přes vazivovou ploténku na rektum.

Prostatu tvoří 30-50 tuboalveolárních žláz, hladká svalovina a vazivové stroma. Žlázy tvoří prostatický sekret, který je při ejakulaci vypuzován do uretry a tvoří až 30% objemu ejakulátu. Žlázy jsou vystány jednořadým až víceřadým epitelem, jehož stav je podmíněn hormonální stimulací a věkem. Hladká svalovina prostupuje prostatou spolu s vazivovým stromatem a obklopuje jednotlivé žlázy. Část předního úseku prostaty je při střední čáře tvořena pouze vazivem a hladkou svalovinou. Hladká svalovina ve stěně prostatického úseku uretry nad *colliculus seminalis* navazuje na svalovinu krčku močového měchýře a kontrahuje se při ejakulaci (ELIŠKOVÁ, 2006, s. 204).

Prostatický sekret má význam pro mobilitu spermatozoí (obsahuje citráty), jejich výživu, způsobuje zkapalnění spermatu a má antibakteriální vlastnosti - pro vysoký obsah zinku (DVOŘÁČEK, 2000, s. 179).

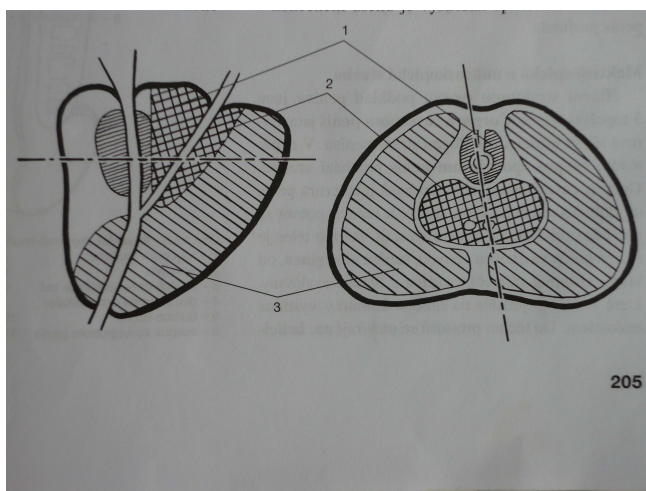
V současné době se prosadilo členění prostaty do tří zón. Jsou vymezeny podle vývojového původu žláz, podle jejich polohy a podle klinických hledisek. Lze odlišit dvě rozdílné žlázové složky, periferní a centrální zónu. Mezi nimi je třetí přechodní zóna.

Periferní zóna prostaty je nejobemnější. Obsahuje dlouhé a rozvětvené žlázy. Dosahují k povrchu zadní plochy prostaty a pokračují dopředu po laterálních plochách prostaty. Zóna má na transverzálním řezu tvar podkovy, která je ventrálně otevřená. Žlázy zaujímají 70% objemu prostaty a produkují největší část sekretu. Tato zóna může být zdrojem maligních buněk, na jejichž podkladě vzniká karcinom prostaty.

Vnitřní, nebo-li centrální zóna prostaty, obsahuje podslizniční žlázy. Zaujímá oblast okolo ductus ejakulatorii od baze prostaty po colliculus seminalis. Tvoří cca 25% objemu prostaty.

Přechodní zóna je třetí a nejméně objemnou zónou prostaty. Tvoří pouze 5% žláz. Je lokalizována kolem uretry v úseku nad colliculus seminalis. K této zóně patří žlázy, které leží periurethrálně ve sliznici močové trubice (ELIŠKOVÁ, 2006, s. 204).

Obrázek 1 Zóny prostaty



Zdroj: ELIŠKOVÁ, 2006, s. 205

Kolem puberty dochází pod vlivem zvýšené přítomnosti androgenů k růstu prostaty. Udává se, že se tento růst (hyperplazie) opakuje u většiny mužů ve věku kolem 50 let. Za růst je zodpovědný dihydrotestosteron (DHT), vznikající v tkáních z testosteronu (Urologické listy, 2006).

1.2 Karcinom prostaty a jeho rozdělení

Karcinom prostaty představuje v současné medicíně závažný problém. V posledních letech došlo k významnému zvýšení výskytu tohoto onemocnění. V České republice je to u mužů nejfrekventovanější solidní nádor a po rakovině plic druhou nejčastější příčinou jejich úmrtí pro zhoubný nádor.

Převážnou většinu karcinomů prostaty (90-95%) tvoří **adenokarcinom**. Jeho vzácnějšími variantami jsou **duktální karcinom** (0,4-1,3%), **mucinózní karcinom** (0,4%) a **sarkomatoidní (metaplastický vřetenobuněčný) karcinom**. Zbytek tvoří velmi agresivní **malobuněčný karcinom** (s podobnými vlastnostmi, jaké má plicní forma), ojediněle se vyskytující **skvamózní (spinocelulární-dlaždicobuněčný) karcinom** (0,5%) anebo **primární karcinom z přechodného epitelu** (1-5%). Samostatnou, naštěstí vzácnou kapitolou jsou **sarkomy**, které postihují spíše mladší jedince

Tabulka 1 Lokalizace karcinomu prostaty

<ul style="list-style-type: none">• Periferní zóna prostaty 70%
<ul style="list-style-type: none">• Přechodná zóna prostaty 10-15%
<ul style="list-style-type: none">• Centrální zóna prostaty 10%

Zdroj: DVOŘÁČEK, 2000, s.147

1.3 Klinické příznaky

Symptomatologie karcinomu prostaty závisí na klinickém stádiu onemocnění. Větší část nádorů prostaty je lokalizována v periferní zóně a proto probíhá zprvu asymptomaticky. Pokud se klinicky projevují, pak v prvopočátku jako benigní hyperplazie prostaty **iritačními příznaky** (polakisurie, imperativní močení, nykturie, urgentní inkontinence, bolest za sponou stydkou) a **obstrukčními příznaky** (porucha startu mikce, močení se zvýšeným úsilím, přerušovaná a prodloužená mikce, ztenčování močového proudu, postevakuační inkontinence, vznik močového rezidua až inkontinence).

V pokročilejším stadiu se karcinom prostaty může projevit symptomy, které vznikají jeho prorůstáním do okolních struktur. Při zasažení zevního svěrače je to **močová inkontinence**. Po průniku prostatickou kapsulou následkem invaze do nervově cévního svazku vzniká **erektilní dysfunkce**, nebo penetrací do okolních struktur **bolesti za symfýzou a na hrázi**. Při postižení semenných váčků se může objevit **hemospermie**. Prorůstáním na hrdlo močového měchýře dochází k obstrukci močovodů a dilataci ledvinné pánvičky. Denonvilliersova fascie oddělující prostatu od konečníku svojí velkou odolností zřejmě způsobuje, že postižení rekta je velice vzácné.

Po generalizaci karcinomu prostaty se objevují příznaky způsobené vzdálenými metastázami. Karcinom prostaty metastazuje do lymfatických uzlin a krevní cestou přes presakrální lymfatický plexus do skeletu (pánev, lumbální a hrudní páteř, proximální část femuru, žebra). Příznakem jsou **osteogenní bolesti** při metastázách v kostech. Obtíže mohou nastat i z **patologických fraktur**, které nejčastěji postihují obratle. Jejich zborcením dochází ke kompresi míchy s průvodními neurologickými symptomy. V terminálním stádiu karcinomu prostaty se objevuje **únava, nechutenství, nádorová kachexie** (DVOŘÁČEK, 2000, s.145-147).

Méně často se objevují metastázy v játrech a plicích (KAWACIUK, 2000, s.126).

1.4 Rizikové faktory vzniku karcinomu prostaty

Karcinom prostaty je nejčastěji se vyskytujícím karcinomem mužů v Severní Americe i v severní a západní Evropě. Příčiny nejsou zcela známy. Ví se o řadě rizikových faktorů, o jejich významu se však spekuluje.

Faktory životního stylu

- *Kouření a alkohol* – západní styl života
- *Stravovací návyky* – je potvrzena souvislost mezi zvýšenou konzumací masa a mléčných výrobků a zvýšením rizika vzniku karcinomu prostaty. Naopak protikladný vztah má konzumace zeleniny, ovoce a ryb.
- *Obezita*
- *Časně zahájená a nadměrná sexualita spojená s promiskuitou*
- *Profesionální expozice radioaktivními materiály, rtutí, kadmiem, pesticidy, umělými hnojivy*
- *Zvýšená fyzická aktivita*

Faktory osobní anamnézy

- *Rasa* – u barevného obyvatelstva je riziko výrazně vyšší než u bělošské populace.
- *Věk* – patří k nejvýznamnějším faktorům. Je známé, že karcinom prostaty je onemocněním vyššího věku.
- *Role oxidačního stresu, zánětu, infekce* – vede k degeneraci tkáně a může iniciovat prostatickou karcinogenezi.

Genetické faktory

- *Familiární výskyt karcinomu prostaty* – jestliže se onemocnění vyskytuje u přímého příbuzného v 1. linii (bratr nebo otec) vzrůstá riziko 5 – 11krát.

Hormonální faktory

- *Hladina androgenu*

Ostatní faktory

- *Vzdělání* – muži s vyšším vzděláním jsou důslednější v preventivních prohlídkách urologem. (DVOŘÁČEK, 2000, s.146; Urologické listy, 2006).

1.5 Diagnostika nádorů prostaty

Mezi základní diagnostické metody patří anamnéza, fyzikální vyšetření (per rektum), stanovení sérového prostatického specifického antigenu (PSA), transuretrální ultrasonografie a biopsie prostaty.

Vyšetření per rektum – typickým nálezem pro toto vyšetření je hrbolatá, tvrdá a nepřesně ohraničená prostata. Daří se jím odhalit karcinom periferní zóny.

Prostatický specifický antigen (PSA) – je v současnosti nejvýznamnějším nádorovým márkrem karcinomu prostaty. Prostatický specifický antigen je glykoproteid, který je orgánově specifický, produkován v prostatických epiteliálních buňkách. Za normální hodnotu PSA se považuje hladina do 4 ng/ml a interval 4 – 10 ng/ml je považován za rizikový. To je nejčastějším důvodem pro biopsii prostaty.

Tabulka 2 Hraniční hodnoty PSA v závislosti na věku muže

Věk (roky)	PSA (ng/ml)
40-49	2,5
50-59	3,5
60-69	4,5
70-71	6,5

Zdroj: DVOŘÁČEK, 2000, s. 149

Tabulka 3 Hodnota PSA a riziko karcinomu prostaty

PSA ng/ml	Pozitivní prediktivní hodnota
0-1	2,8-5%
1-2,5	10,5-14%
2,5-4	22-30%
4-10	41%
>10	69%

Zdroj: Urologické listy, 2006

Transrektální ultrasonografie (TRUS) – má výhodu, že může odhalit karcinom, který není palpačně zjistitelný. V praxi se ukazuje, že echogenita karcinomu prostaty, zejména mimo periferní zónu, je proměnlivá. Z tohoto důvodu je senzitivita TRUS jen 52% a specifita 75%. Pro malou validitu se toto vyšetření nepoužívá ke screeningovým účelům.

Transrektální biopsie prostaty – se provádí pod ultrasonografickou kontrolou. K odběru se používá dvouplášťová jehla, která se vpíchne transrektálně do prostaty, vnitřní jehla se vysune a zevní plášť jehly odřízne kousek tkáně prostaty. Při negativním nálezu per rektum se provádí sextantová random biopsie, což znamená odběr po třech vzorcích z každého laloku prostaty (DVOŘÁČEK, 2000, s.148-151).

Dále je nutné pro doplnění klinického stádia karcinomu prostaty doplnit ještě další vyšetření, která nám umožní zobrazit primární nádor, lokální i vzdálené metastázy.

RTG plic – metastázy

Ultrasonografie ledvin a močových cest – sleduje se dilatace ledvinné pánvičky, močové reziduum.

Vylučovací urografie (IVU) – rentgenové vyšetření, pomocí i.v. podané kontrastní látky.

Scintigrafie skeletu – radionuklidová diagnostika pro zjištění kostních metastáz.

Počítačová tomografie (CT) pánve – sleduje se postižení pánevních uzlin.

Magnetická rezonance (MR) pánve – možné posouzení progresu do semenných váčků, která je z prognostického hlediska důležitá (PACÍK, 1996, s. 23-34).

1.6 Léčba karcinomu prostaty

Před zahájením léčby musí být diagnóza potvrzena histologicky z biopsie.

Léčba je závislá na klinickém stadiu onemocnění, histopatologickém nálezu (Gleasonovo skóre), hladině PSA, celkovém zdravotním stavu nemocného a předpokládané době života (prognóze).

Lokální léčba

Chirurgický výkon – je základní součástí léčby.

Radikální prostatektomie (RAPE) – spočívá v odstranění celé žlázy s pouzdrem a semennými váčky a následné anastomóze močového měchýře s močovou trubicí. U pacientů s PSA > 10 ng/ml se standardně provádí také pánevní lymfadenektomie.

Orchiektomie – oboustranná kastrace je standardem androgenní blokády s okamžitým efektem.

Transuretrální resekce prostaty (TURP) – provádí se endoskopicky přes močovou trubici. Jedná se o desobstrukční výkon zajišťující derivaci horních močových cest (DVOŘÁČEK, 2000, s. 158-186).

Obrázek 2 TURP



Zdroj: <http://www.obrazky.cz/> 2010-02-28

Komplikace po chirurgické léčbě z hlediska ošetrovatelské péče – bolest v operační ráně, riziko infekce v místě invazivních vstupů a komplikace po anestézii patří k obecným komplikacím chirurgické léčby.

Po operaci prostaty dále vzniká riziko retence moče v důsledku možných krevních koagul (mechanická překážka odtoku moče) a ztráty tonu močového měchýře. Projeví se dysúrií, častým močením, odkapáváním moči, inkontinencí, retencí, plností močového měchýře a suprapubickým tlakem.

Dále vzniká riziko snížení (zvýšení) objemu tělesných tekutin v důsledku pooperačního krvácení, poruchy renálních funkcí.

V psychosociálních potřebách operovaného vzniká riziko obav ze ztráty tělesné a sexuální funkce (DOEGENES et al., 2001, s. 527).

Radioterapie – léčba zářením je většinou indikována u starších, rizikovějších pacientů, či u pacientů, kteří dají radioterapii přednost před operačním řešením. Při desetiletém sledování má RAPE a radioterapie téměř srovnatelné výsledky (KAWACIUK, 2000, s. 223).

Možnosti léčby radioterapie:

- Zevní ozáření (teleterapie)
- Brachyradioterapie – zářič je zaveden přímo do nádoru, vhodné pouze u tumorů malého objemu
- Kombinace obou možností

Vedlejší účinky radioterapie:

- Ulcerace konečníku
- Proktitida
- Retroanální striktura
- Obstrukce, perforace střeva
- Striktura uretry
- Hematurie
- Cystitida
- Fibróza močového měchýře (Urologické listy, 2006).

Systémová léčba

Hormonální léčba – androgenní deprivace (farmakologická kastrace) – je potvrzena závislost karcinomu prostaty na androgenech. Smyslem androgenní deprivace je zabránit účinku androgenů na prostatickou buňku. To znamená eliminovat nebo provést supresi cirkulujících androgenů. Lze toho dosáhnout několika způsoby:

1. pomocí podávání dithytilbestrolu – Agostilben – zpětná blokáda na úrovni hypotalamo-hypofýzo-gonadální osy.
2. pomocí analog LH-RH hormonu. LH-RH hormon je produkován v hypotalamu. Blokádu lze dosáhnout pomocí hormonálních (většinou syntetických) analog. Vedlejšími účinky jejich podávání jsou návaly, gynekomastie, reverzibilní impotence.
3. pomocí antiandrogenů (DVOŘÁČEK, 2000, s. 157-158).

Chemoterapie – léčba cytostatiky. Tato terapie zasahuje do buněčného cyklu nádorové buňky a zabraňuje v dalším dělení. Bohužel však postup není přesně zacílen a tak postihuje i ostatní zdravé tkáně.

Dělení chemoterapie:

adjuvantní chemoterapie – podávaná po radikální operaci nebo radioterapii

neoadjuvantní chemoterapie – podávaná před operací

kurativní chemoterapie – podávání vede k vyléčení

paliativní chemoterapie – vede ke zlepšení stavu u pokročilých nádorů (VORLÍČEK, 2006).

Terapií první volby při léčbě karcinomu prostaty je Estracyt s kombinovaným účinkem estrogením a cytostatickým. Chemoterapie cytostatiky je minimálně účinná. Její hlavní pole je v léčbě malobuněčného a intraduktálního karcinomu prostaty (KAWACIUK, 2000, s. 225).

Psychologická a sociální rehabilitace – jejím cílem je co nejdříve napomoci návratu nemocného k rodině, přátelům, k práci, zálibám a dřívějším aktivitám.

V současné době se lékaři přiklání k tomu sdělovat pacientovi pravdu o jeho zdravotním stavu. Zjištění onkologické diagnózy je fakt s nímž se musí pacient vyrovnat. Jde zde přitom nejen o přijetí skutečnosti (já mám rakovinu), ale i zvládnutím

toho co přichází po stanovení diagnózy. Rakovina prostaty se přitom dotýká nejintimnějších oblastí života.

Návratu pacientů zpět do běžného života napomáhají i různá skupinová setkávání onkologických pacientů. Zde jim je dána možnost ventilovat své emoce a svobodně se projevit. V České republice organizuje stále častěji obdobná setkávání Liga proti rakovině (KŘIVOHLAVÝ, 2002, s. 128-129).

1.7 Prognóza karcinomu prostaty

Prognóza onemocnění pomáhá odhadovat průběh onemocnění a stanovit stupeň rizika jeho relapsu.

Prognostické faktory:

- velikost nádoru – pokud je nádor ohraničen na prostatu je vysoké procento, že bude vyléčen.
- zasažení pouzdra a regionálních uzlin je nejspolehlivějším vodítkem, že nádor generalizoval. Snahou je zde onemocnění zpomalit. Efekt při léčbě pokročilých tumorů závisí na stadiu a biologických vlastnostech tumoru.
- Gleasonovo skóre.
- monitorování PSA.
- věk nemocného - čím je nemocný mladší tím větší předpoklad vyšší agresivity nádoru (DVOŘÁČEK, 2000, s. 154-164).

1.8 Prevence karcinomu prostaty z hlediska edukace v ošetrovatelské péči

Existují důkazy, že na původu a vývoji tohoto onemocnění se podílí genetika, životní prostředí, významnou roli hraje i prodělaný zánět prostaty. Je přesto důležité zaměřit se především na prevenci sekundární, která směřuje k včasnému záchytu a detekci karcinomu a vytypování rizikových skupin.

Přestože se v České republice dosud neprovádí standardizovaný skríníng karcinomu prostaty, je toto onemocnění 2. nejčastější malignitou u mužů nad 50. let. Jednou z možností vyhledávání časných stadií karcinomu prostaty je stanovení PSA (prostatický specifický antigen). Je vhodné využívat věkově specifického PSA, poměru volné frakce fPSA (free PSA) (Urologické listy, 2006).

Pro úspěšný boj s tímto onemocněním je důležité detekovat nádor, když je ještě velmi malý a před tím, než se rozšíří krevní nebo lymfatickou cestou. Cílem je dostat do povědomí mužů starších 50. let nutnost preventivní prohlídky urologem a sledování nádorového márkru PSA v krevním séru alespoň jednou ročně.

Praktická část

2 Základní údaje o nemocném

2.1 Údaje z lékařské anamnézy

Jméno: K. Ch.

Věk: 70 let

Pohlaví: muž

Rodinný stav: ženatý

Bydliště: Praha

Datum hospitalizace: březen 2009

Pacient K. Ch. byl hospitalizován na Urologické klinice Všeobecné fakultní nemocnice v Praze (dále jen VFN) od 24.3. do 1.4. 2009 s diagnózou adenokarcinom prostaty.

Rodinná anamnéza: otec otce zemřel na rakovinu prostaty v 60 letech, otec hypertenze, zemřel v 70.letech po CMP, matka DM na dietě zemřela v 75 letech, bratr 68 let stav po radikální prostatektomii před 3 lety.

Osobní anamnéza: nadváha (BMI 26,5), diabetes melitus 2. typu léčený perorálními antidiabetiky, 15 let léčen pro hypertenzi, ischemická nemoc dolních končetin.

Farmakologická anamnéza: Tenormin 100mg

Amprilan

Amicloton

Lacipil

Tulip

Glucophage 500

Urologická anamnéza: 1990 renální kolika vpravo

2.1.1 Nynější onemocnění

Pacient zhruba 6 měsíců pociťuje změny při močení. Přerušovaný proud při močení, časté nucení na močení (i v noci). Navštívil proto urologa v místě bydliště, kde mu byla v rámci kompletní preventivní urologické prohlídky odebrána krev na vyšetření PSA. Vzhledem k výsledku 34 ng/ml byl odeslán na Urologickou kliniku VFN v Praze k biopsii prostaty a dalšímu dovýšetření.

Během provedeného ambulantního vyšetření TRUS nalezeno ložisko při pravém laloku prostaty 2x0,5cm, bez prorůstání. Z následné biopsie byla potvrzena diagnóza adenokarcinomu prostaty (C 61).

Před plánovaným operačním řešením byla provedena scintigrafie skeletu, RTG srdce a plic – bez prokázaných ložiskových změn. Vyšetření krve biochemické i hematologické bylo v mezích normy. V kultivaci moči byla prokázána bakterie E. coli 10/7, proto podána antibiotika (Augmentin).

2.1.2 Průběh hospitalizace

Pan K. Ch. byl plánovaně přijat na Urologickou kliniku Všeobecné fakultní nemocnice v Praze k plánovanému operačnímu výkonu RAPE pro biopticky ověřený adenokarcinom prostaty. Při příjmu na urologické ambulanci byly změřeny fyziologické funkce, ambulantní lékař zkontroloval veškeré předoperační nálezy a doporučil pacienta k operaci na následující den.

Na lůžkové oddělení Urologické kliniky VFN v Praze přišel pan K. Ch. se svojí manželkou za doprovodu ambulantní sestry, která předala veškerou pacientovu dokumentaci. Na oddělení byli mile přivítáni a seznámeni s prostorovým uspořádáním ošetrovací jednotky, s domácím řádem nemocnice, s ostatními nemocnými na pokoji a se zdravotnickým personálem konajícím službu.

Potřebné informace o výkonu (RAPE) z lékařského hlediska pacientovi předal ošetřující lékař a operatér. Odpoledne navštívil pana K. Ch. anesteziolog a seznámil ho

s průběhem operačního výkonu a celkové anestézie, naordinoval večerní i ranní premedikaci.

Pacient byl seznámen s přípravou před operací a také obeznámen s pooperačním obdobím (bolest v ráně, převazy, péče o permanentní katétr, pitný režim, rehabilitace, hygienická péče atd.).

Klasická předoperační příprava spočívala v podání fosfátového projímadla a velkého klysmatu. Pacient byl poučen, že od půlnoci nesmí nic jíst, pít a kouřit. Dle anesteziologa byla aplikována antikoagulační léčba Fraxiparine 0,4 ml subkutánně, jako prevence tromboembolické nemoci (TEN) a na noc dle ordinace podána jedna tableta Oxazepamu p. o.

Druhý den hospitalizace (nultý operační den) byl pacient připraven k operačnímu výkonu radikální prostatektomie. Ráno v 6 hodin byl podán Tenormin 1 tbl. p. o. Pacient si sám provedl celkovou hygienu a sundal všechny šperky. Byl mu zaveden periferní žilní katétr do levé horní končetiny, odebrána krev na stanovení glykémie a v 8 hod. podán Augmentin 1,2g intravenózně. Na dolní končetiny byly navléknuty kompresivní punčochy z důvodu předcházení TEN. Byly změřeny fyziologické funkce (TK, TT, P). Na výzvu z operačního sálu byla aplikována premedikace - Atropin 0,5mg a Dolsin 100mg intramuskulárně.

Po operačním výkonu byl pacient převezen na jednotku intenzivní péče, kde mu byly pravidelně měřeny fyziologické funkce na monitoru každou čtvrt hodinu (TK, P, D, vědomí, saturace O₂) do stabilizace. Byl měřen příjem a výdej tekutin po čtyřech hodinách po dobu 24 hodin. Aplikována infuzní terapie a tišení pooperační bolesti analgetiky dle ordinace lékaře. Mezi důležité části ošetrovatelské péče patří i sledování krytí operační rány, odvodu močového katétru a sekrece z Redonova drénu. Ošetrovatelské péči v průběhu nultého pooperačního dne se podrobně věnuji v praktické části práce.

První pooperační den byl pacient po ranní vizitě a po převazu operační rány přeložen zpět na standardní oddělení Urologické kliniky. Dále byla sledována bilance tekutin,

fyziologické funkce a tlumena bolest. Nadále trval i klid na lůžku s dechovou rehabilitací.

Další operační dny se odvíjely dle rozhodnutí ordinujícího lékaře. Pacient začal vstávat z lůžka, byla započata šetrná rehabilitace. Třetí pooperační den si už nestěžoval na žádné potíže ani na bolest. Rána byla klidná, sekrece z drénu nulová. Drén byl tedy odstraněn. Pacient se procházel po chodbě a stěžoval si pouze na noční nespavost, která přetrvávala po celou dobu hospitalizace. Důvodem dle pacienta mohla být změna prostředí, nebo nepohodlí způsobené operační ránou a drénem.

Po dobu celé hospitalizace měl pacient zájem komunikovat a intenzivně se zajímal o svůj zdravotní stav. Měl zájem o uzdravení, aktivně spolupracoval s ošetřujícím personálem a s lékaři při uskutečňování léčebného programu.

Sedmý pooperační den byl pan K. Ch. propuštěn do domácího ošetřování se založeným permanentním močovým katétre. Byl seznámen s tím, že čtrnáctý den po operaci přijde k ambulantnímu vyšetření. Poučen řádně o následné péči o cévku, o životosprávu, fyzické námaze, která je samostatně zpracována v závěru práce.

2.1.3 Farmakoterapie

Chronická medikace:

Tenormin tbl.

Indikační skupina: antihypertenzivum, selektivní beta-blokátor.

Amprilan tbl.

Indikační skupina: antihypertenzivum, ACE inhibitor a diuretikum.

Amicloton tbl.

Indikační skupina: diuretikum, antihypertenzivum.

Lacipil tbl.

Indikační skupina: antihypertenzivum, blokátor kalciového kanálu.

Tulip tbl.

Indikační skupina: hypolipidemikum.

Glucophage 500 tbl.

Indikační skupina: antidiabetikum.

Medikace přechodná v rámci výkonu

Augmentin 1,2g sol.

Indikační skupina: antibiotikum, kombinace amoxicilinu a klavulanátu (AMC).

Oxazepam tbl.

Indikační skupina: anxiolitikum.

Fraxiparine 0,4ml amp.

Indikační skupina: antitrombotikum, antikoagulans.

Dolsin 100mg amp.

Indikační skupina: analgetikum, anodynum.

Atropin 0,5mg amp.

Indikační skupina: parasympatikolytikum.

Glukosa 10% 500ml sol.

Indikační skupina: infuzní terapie, glukóza.

Insulin HMR inj.

Indikační skupina: antidiabetikum, biosyntetický lidský inzulin.

Plasma – Lyte 1000ml sol.

Indikační skupina: infuzní terapie, elektrolyty (KOCIÁNOVÁ et al., 1996).

2.2 Charakteristika ošetrovatelského procesu

Ošetrovatelský proces predstavuje soubor specifických ošetrovatelských činností, ktoré jsou zaměřeny na dosažení určitého výsledku v péči o jedince, rodiny i celé komunity. Z praktického hlediska jde o systematickou, racionální metodu plánování a poskytování ošetrovatelské péče. Jejím cílem je zhodnotit pacientův zdravotní stav, skutečné či potencionální problémy v péči o zdraví a poskytnout specifické ošetrovatelské zásahy k uspokojení individuálních potřeb jedince, rodin, komunit. Zahrnuje aktivní činnosti sestry, které provádí na základě hlubšího poznání nemocného.

Aplikace metody ošetrovatelského procesu vyžaduje spolupráci s ostatními členy ošetrovatelského týmu i s klienty o něž je pečováno. Je to proces cyklický jeho složky následují za sebou v logickém pořadí. Sestra zhodnotí situaci (sestaví anamnézu), určí priority, stanoví cíle, navrhne plán ošetrovatelské péče a realizuje ji. Účinnost poskytnuté péče nakonec vyhodnotí (KOZIEROVÁ et al., 1995a s. 166-167).

2.2.1 Fáze ošetrovatelského procesu

1) Zhodnocení zdravotního stavu klienta/pacienta

Zahrnuje sběr, ověřování, zhodnocení údajů o zdravotním, sociálním a psychickém stavu klienta. Posuzování informací je nepřetržitým procesem, který provází všechny fáze ošetrovatelského procesu.

Typy získaných informací a údajů – objektivní (příznaky) – vnější projevy

– subjektivní (symptomy) – vnitřní projevy

Metody získávání informací

Pozorování – zkušená sestra na základě své dovednosti a všímavosti dovede zaregistrovat změny pacientova stavu.

Rozhovor a naslouchání – direktivní forma rozhovoru vede k získání specifických informací. Neditivní forma rozhovoru je vhodná k navázání kontaktu s pacientem

nebo skupinou. Taktem a vhodně vedeným rozhovorem může sestra získat velmi cenné informace.

Fyzikální vyšetření – sestra obvykle zaznamenává obecný dojem o celkovém stavu pacienta (subjektivní a objektivní údaje), provádí měření fyziologických funkcí, antropometrická měření (věk, výška, hmotnost, stav výživy, atp.)

2) Ošetrovatelská diagnostika

Zahrnuje identifikaci potřeb jednotlivce, rodiny nebo komunity, které jsou narušeny chorobou, nebo by jejich porucha mohla v budoucnu nastat. Cílem této fáze ošetrovatelského procesu je najít co pacienta trápí, čím je ohrožen a stanovit významnost těchto problémů. Výsledkem diagnostického procesu je určení ošetrovatelských diagnóz a jejich zaznamenání do plánu ošetrovatelské péče.

3) Plánování ošetrovatelské péče

Představuje řadu aktivit sestry jak a v jakém pořadí bude řešit individuální potřeby pacienta.

Součástí plánování je :

- stanovení priorit
- stanovení očekávaných výsledků (cílů)
- plánování ošetrovatelských strategií
- výběr ošetrovatelských zásahů (intervencí)
- sestavení písemné formy plánu péče (ošetrovatelská dokumentace)

4) Realizace péče podle plánu

Sestra vykonává a deleguje svoji pravomoc pro konkrétní úkony na personál s nižší kvalifikací (ošetrovatelku), které jsou zaměřené na dosažení žádoucích naplánovaných ošetrovatelských cílů. Ošetrovatelská péče se uskutečňuje prostřednictvím péče, komunikace, asistence, pomoci, učení, odborným poradenstvím atp. Veškeré poskytování ošetrovatelské péče musí být dokumentováno.

5) Vyhodnocení výsledků péče

V této fázi ošetrovatelského procesu sestra zjišťuje zda u pacienta dosáhla stanovených cílů a očekávaných výsledků a jaké míře. Vyhodnocení je velmi důležitou fází ošetrovatelského procesu, protože jeho závěry určují, zda se mají ošetrovatelské intervence ukončit, pokračovat nebo změnit.

Všechny fáze ošetrovatelského procesu zaznamenává sestra do **dokumentace ošetrovatelské péče** (MASTILIAKOVÁ, 2005, s.119-134).

2.2.2 Ošetrovatelský model Marjory Gordon

Praktickou část práce jsem zpracovala formou ošetrovatelského procesu. Při hodnocení pacienta vycházím z modelu funkčního zdraví M. Gordon.

Model funkčního typu zdraví splňuje požadavek pro celkové zhodnocení zdravotního stavu pacienta v jakékoliv oblasti ošetrovatelské péče. Pojem zdraví chápe jako vyjádření rovnováhy v bio-psycho-sociálních vztahů a potřeb člověka. Dojde-li k poruše (i potencionální) v jedné z těchto oblastí vzniká *dysfunkce*. Pro dysfunkční typ zdraví je třeba zhodnotit stav jedince a stanovit *ošetrovatelské diagnózy* a to v rámci *primární, sekundární a terciární prevence*.

K posouzení a aktuálnímu zhodnocení potřeb nemocného je nutná adekvátní úroveň znalostí z oblasti klinické propedeutiky a ošetrovatelství (ARCHALAUISOVÁ, 2003, s. 21).

Cílem ošetrovatelského modelu M. Gordon je dosáhnout či uchovat zdraví klienta jako rovnováhu bio-psycho-sociálních vztahů a dosáhnout odpovědnosti klienta za své zdraví. Klient/pacient je bytost se svými biologickými, vývojovými, psychologickými, sociálními, kulturními, duchovními a spirituálními potřebami, s funkčním či dysfunkčním typem zdraví (PAVLÍKOVÁ, 2006, s. 99).

Úloha sestry obsahuje neustálé získávání a doplňování informací z medicínských a ošetrovatelských vědních oborů, aby mohla správně diagnostikovat potřeby

zdravých i nemocných a správně posoudila funkční či dysfunkční typ zdraví a aby ovládala a rozuměla odborné terminologii. Na základě získaných informací o potřebách klienta (dospělého i dítěte) zdravého či nemocného sestru analyzuje získané informace, plánuje ošetrovatelskou péči a závěrem vyhodnocuje její efekt.

Základní strukturu modelu tvoří 12 oblastí na které je třeba zaměřit ošetrovatelskou péči.

1. Vnímání zdraví
2. Výživa a metabolismus
3. Vylučování
4. Aktivita – cvičení
5. Spánek a odpočinek
6. Vnímání, citlivost a poznání
7. Sebepojetí a sebeúcta
8. Role a mezilidské vztahy
9. Sexualita
10. Stres
11. Víra – životní hodnoty
12. Jiné

Výsledkem ošetrovatelské činnosti je zhodnocení úrovně zdraví klienta zdravého či nemocného (ARCHALAUŠOVÁ, 2003, s. 21-22).

2.3 Ošetrovatelská anamnéza

Údaje k sepsání ošetrovatelské anamnézy jsem získala ze zdravotnické dokumentace, z rozhovoru s pacientem v den přijetí (den před operací) a jeho pozorováním v průběhu hospitalizace. Vlastní hodnocení proběhlo 5. den hospitalizace (třetí den po operaci).

Jméno a příjmení: K. Ch.

Pohlaví: muž

Věk: 70 let

Národnost: česká

Vyznání: bez vyznání

Adresa: Praha

Adresa příbuzných: Praha

Číslo pojišťovny: 111

Vzdělání: střední

Zaměstnání: v starobním důchodu, dříve pracoval jako hasič

Stav: ženatý

Státní příslušnost: česká

Datum přijetí: 24. 3. 2009

Typ přijetí: plánovaná chirurgická léčba (RAPE) adenokarcinomu prostaty

Fyzikální vyšetření: TK: 150/90

Puls: 70/min.

Dýchání: 18/min.

Tělesná teplota: 36,5 °C

Stav vědomí: při vědomí

Výška: 176 cm

Hmotnost: 82 kg

BMI: 26,5

Pohyblivost: dobrá, přiměřená věku

Krevní skupina: B Rh+

Vnímání zdraví

Nemoc pacientovi poněkud narušila duševní rovnováhu. Připustil, že má strach z operace a bojí se i možných komplikací. Nyní je ale informován od lékaře o nejasných příčinách vzniku tohoto onemocnění, o možné léčbě a prevenci. Myslí si, že celkovou situaci snáší hůře s přibývajícím věkem. Má velkou touhu se uzdravit a brzy se vrátit domů ke své manželce. Spolupracuje a podílí se na léčebné a ošetrovatelské péči. S léčebnou péčí i se zdravotníky je velmi spokojen a zdravotníkům plně důvěřuje.

Výživa a metabolismus

V domácím prostředí se stravuje 4krát až 5krát denně a to dle jeho slov většinou klasickou českou kuchyní, která mu chutná. Má rád sladké, ale vzhledem k diabetu se omezuje a kupuje si výrobky vhodné pro diabetiky. Snaží se udržovat vhodný pitný režim, vypije kolem 2 litrů tekutin denně.

Hmotnost pacienta je 82 kg a výška 176cm. Jeho BMI je 26,5 (nadváha). Od té doby co je v důchodu, tak přibral na váze. Myslí si, že to způsobila snížená aktivita. V nemocnici mu byla naordinována dieta diabetická (číslo 9).

V rámci předoperační parenterální přípravy byla zavedena nitrožilní kanyla do levé horní končetiny. Nemocniční strava mu nechutná, stěžuje si, že nemá žádnou chuť. Stravu polyká bez obtíží. Používá snímatelnou zubní protézu, se kterou nemá žádné obtíže.

Kůže pacienta nejeví známky dehydratace, sliznice jsou vlhké, růžové.

Vylučování

Pacient si stěžoval na imperativní a přerušované močení. Denně vymočil asi 2 litry žluté moče. Po operaci má zaveden transuretrální permanentní katétr do močového měchýře na 14 dnů, u kterého se sleduje jeho průchodnost. Byl poučen o manipulaci s katétre. Ze začátku s katétremanipuloval pod dohledem ošetrovatelského personálu, po zacvičení sám. Po dobu hospitalizace se sledovala bilance tekutin.

Na stolicí chodí pravidelně 1x denně, je hnědá, bez příměsí, formovaná. Někdy trpí zácpou, kterou dobře zvládá tím, že ráno na lačno vypije sklenku teplé vody. Projímadla neužívá. Nadměrně se potí.

Aktivita, cvičení

Pacient je v důchodu. Má hodně volného času. Sleduje televizi, poslouchá rádio, luští křížovky a čte. Rád tráví čas se svými vnoučaty.

V nemocnici tráví čas četbou, luštěním křížovek a povídáním s ostatními pacienty. Po operaci má pohyb poněkud omezen z důvodu zavedeného permanentního močového katétru. Cvičí s rehabilitační sestrou a to většinou před obědem. Jinak provádí dechová a tělesná cvičení i v průběhu dne.

Spánek

Ve známém prostředí (doma) spí bez potíží asi 8 hodin denně, nemá problém ani s usínáním. Před spaním se dívá na televizi nebo si čte. Usíná obvykle kolem 23. hodiny. Po probuzení se cítí odpočatý.

V nemocnici se mu špatně usíná, spí přibližně 5 hodin a stěžuje si na mělký spánek. Za příčinu problému udává změnu prostředí, cítí se slabý po probuzení. Necítí se být nikým rušený.

Během dne odpočívá na lůžku, ale nespí, nebo se prochází. Zabaví se četbou, luštěním křížovek a rozhovorem s ostatními pacienty na oddělení. Každý den se těší na návštěvy.

Vnímání, poznávání

Pacient je orientovaný časem, místem, osobou a situací. Je při vědomí. Používá brýle na čtení, které má s sebou. Slyší dobře, naslouchadlo nemá. Žádné změny čichu a chuti nemá. Hmat je normální – citlivost nechybí. Paměť a pozornost má dle jeho i mého názoru dobrou. Neustále sleduje dění ve svém okolí. Nemá problémy s rozhodováním nebo s vyjadřováním vlastního názoru. Rád se učí a dozvídá nové věci.

Po operačním výkonu pociťoval bolest v operační ráně. Dle ordinace lékaře se aplikovala analgetika každých šest hodin intramuskulárně. Postupně bolest mizela.

Řeč je normální a srozumitelná. Pacient se hodně ptá. Je informován o možných příčinách, projevech, léčbě a životosprávě.

Sebekoncepce, sebeúcta

Pacient udává, že se cítí unavený a slabý. Uvědomuje si, že v prvních dnech po operaci je závislý na péči druhých. Říká, že to nevnímá jako nedostatek. Nemožnost provádět některé činnosti přisuzuje pooperačnímu průběhu.

Uvádí, že životní situace se vždy snažil brát z té lepší stránky. Pocity zlosti, vzteku nemá. Hodnotí se jako pozitivní člověk a optimista. Má rád lidi a společnost. Celý život pracoval s lidmi a dokáže prý odhadnout jejich charakter.

Plnění rolí

Dlouhá léta pracoval jako hasič. Nyní je v důchodu, chybí mu zaměstnání a styk s lidmi. Rodinu, do které patří manželka a dcera a vnoučata popisuje jako podporující a chápající. Udává, že je mezi nimi hezký vztah. Naplňuje ho role otce a dědečka.

Bydlí s manželkou v panelovém bytě 2+1 v prvním patře s výtahem. V nemocnici ho každý den navštěvuje manželka a dcera. Říká, že jsou starostlivé a mají zájem účastnit se na jeho uzdravení.

Na pokoji leží s jedním pacientem přiměřeného věku. Udává, že vztahy mezi nimi jsou výborné. Během dne spolu hodně komunikují.

Sexualita

Obává se pooperační impotence.

Zátěžové situace, stres

Současné onemocnění zvládá pacient statečně, tíživou situaci s tím spojenou mu pomáhá zvládnout jeho optimistický životní náhled. Nelehké pooperační období zvládá velmi dobře a vyrovnaně. Je mu při tom oporou jeho manželka a dcera, které ho pravidelně navštěvují.

Víra, životní hodnoty

Pacient nevyznává žádné náboženství, za nejdůležitější hodnoty v lidském životě považuje zdraví a slušnost v mezilidských vztazích.

Jiné

Je spokojen s péčí zdravotnického personálu.

2.4 Ošetrovatelské diagnózy operačního dne

Ošetrovatelské diagnózy jsem stanovila ke dni operace (25. 3. 2009). Tento jsem si zvolila proto, že aplikovaná ošetrovatelská péče je v tento den nejnáročnější, a to nejen z hlediska kontroly fyziologických funkcí, ale také z hlediska psychologické péče o pacienta.

Pořadí a naléhavost ošetrovatelských diagnóz jsem sestavila na základě svého pozorování, odborných znalostí a po domluvě s pacientem. Nejdříve uvádím přehled jednotlivých ošetrovatelských diagnóz dle naléhavosti, dále pak rozpracovávám u prvních pěti diagnóz krátkodobé cíle, prioritu, výsledná kritéria, plán intervencí, jejich realizaci a hodnocení péče.

Nezbytnou součástí názvu ošetrovatelských diagnóz je mezinárodní číselný kód, který uvádím vždy za jednotlivými ošetrovatelskými diagnózami. Je důležitou prevencí záměny a měl by se používat v ošetrovatelské dokumentaci (MAREČKOVÁ, 2006, s. 24).

- 1/ Riziko retence moči akutní – z důvodu zavedeného močového katétru – 00023
- 2/ Riziko vzniku pooperačních komplikací – z důvodu celkové anestézie, varixů na dolních končetinách, vysokého věku – 00087
- 3/ Bolest akutní – z důvodu operační rány – 00132
- 4/ Infekce, riziko vzniku – z důvodu porušení integrity kůže – 00004
- 5/ Porucha spánku – z důvodu změny spánkových zvyklostí – 00095
- 6/ Riziko vzniku nauzey a zvracení – z důvodu celkové anestézie, pooperační bolesti, podání potravy nebo tekutin před obnovení peristaltiky – 00134
- 7/ Riziko porušení kožní integrity – vzniku dehiscence rány – z důvodu nadměrně napjaté sutury rány, obezity 00047

8/ Riziko vzniku deprese po operaci – situačně snížené sebeúcty – z důvodu narušené intimity a životní role 00153

2.4.1 Plán, realizace a hodnocení ošetrovatelské péče 25. 3. 2009

Riziko retence moči akutní z důvodu zavedeného močového katétru

Cíl: Funkční močový katétr, aby zajistil derivaci močového měchýře.

Priorita: Vysoká.

Výsledná kritéria: Po dobu zavedení permanentního močového katétru nedojde ke komplikacím, katétr bude funkční.

Plán intervencí: Udržuj močový katétr průchodný.

Dodržuj aseptický postup – sterilní proplachy, sterilní odběry moče.

Sleduj bilanci tekutin.

Pouč a pomoz s dostatečnou hygienou v okolí močového katétru.

Realizace: Z operačního sálu je přijímán pacient se zavedeným permanentním močovým katétrem Ch. 20. Je měřen příjem a výdej tekutin po 4 hodinách. Sleduje se odvod moče katétrem, aby nedošlo k močové retenci. Protože do 12 hod. (pacient přijel ze sálu 11.15 hod) není zaznamenán žádný výdej močovou cévkou je proveden proplach sterilním fyziologickým roztokem s odsátím drobného koagula krve. Poté již močový katétr průchodný bez problémů. Pacient poučen o péči o permanentní močový katétr.

Hodnocení: Cíl splněn. Po odsátí koagula již nedošlo k ucpání močového katétru. Ten je volně průchodný.

Riziko vzniku pooperačních komplikací z důvodu celkové anestézie, varixů na dolních končetinách, vysokého věku

Cíl: Krátkodobý. U pacienta budou včas odhaleny příznaky pooperačních komplikací (poruchy fyziologických funkcí, TEN, poruchy vylučování).

Priorita: Vysoká.

Výsledná kritéria: Bude adekvátně zareagováno na příznaky pooperačních komplikací do 2 minut.

Plán intervencí: Měř a zaznamenávej a sleduj hodnoty vybraných fyziologických funkcí (TK, P, TT, saturace O₂) po operaci každých 15 min do 13 hodin, dále každých 30 min do 16 hodin, dále pak každou hodinu.

Po dokončení aplikace infuze ze sálu ještě podej intravenózně infúzní roztoky Glukosa 10% 500ml+12j NZI, Plasma-Lyte 1000ml dle ordinace lékaře.

Sleduj glykémii dle ordinace lékaře 3krát denně (ráno, v poledne, večer).

Pouč pacienta, že nesmí nic jíst a pít, dle anesteziologické ordinace 2 hodiny po výkonu.

Potom začít pít po doušcích.

V 17 hod aplikuj Fraxiparine 0,4 ml s.c. dle ordinace lékaře.

Kontroluj komprese dolních končetin elastickými punčochami.

Edukuj pacienta, že nesmí vstávat z lůžka.

Edukuj o rehabilitaci dolních končetin plantární flexí a dorzální extenzí.

Kontroluj správnou polohu pacienta.

Realizace: Pooperační průběh nultého operačního dne probíhal bez komplikací.

Hodnoty krevního tlaku se pohybovaly v normotenzi průměrně kolem 140/70, tepová frekvence kolem 107 za minutu - tachykardie. Tělesná teplota byla nejvyšší večer subfebrilie 37,2 °C. Pacient dýchal bez eupnoe a obtíží. Poloha se zvýšenou horní polovinou těla mu dýchání ještě usnadnila. Pacient byl poučen o nutnosti ponechat si nadále elastické punčochy a v 17 hod aplikován Fraxiparin 0,4 ml s.c. jako prevence TEN dle ordinace lékaře. Poučen o rehabilitaci dolních končetin. Aplikovány infuzní roztoky dle ordinace lékaře Glukosa 10% 500ml+12j NZI (dle hodnot glykémie), Plasma-Lyte 1000ml i.v. Dále byla periferní žilní kanyla sterilně uzavřena mandrémem a byla zatím ponechán k další léčebné terapii. Po 14 hodině se pacient poprvé napil, cítil trochu nevolnost, ale nezvracel. Celý den trpělivě spolupracoval a zůstal na lůžku.

Hodnocení: Krátkodobý cíl byl splněn. Nenastaly žádné větší komplikace po operační léčbě a po aplikaci anestézie.

Bolest akutní z důvodu operační rány

Cíl: Krátkodobý, zmírnění (zvládnutí) bolesti do 30 minut.

Priorita: Vysoká.

Výsledná kritéria: Pacient udává zmírnění bolesti do 30 minut.

Plán intervencí: Proved' instruktáž o nutnosti včasné signalizace bolesti (nemocný bez ostychu včas požádá o analgetika).

Pouč pacienta o možnostech tišení bolesti.

Aplikuj Dolsin 100mg i.m. při bolesti dle ordinace lékaře.

Sleduj účinek analgetika a jeho případné vedlejší účinky.

Využívej a pouč pacienta o léčebných a úlevových polohách.

Realizace: Ihned po příjezdu z operačního sálu v 11.15 hod. byl pacient přeložen na JIP a uložen do vhodné polohy pro zmírnění bolesti (mírná Fowlerova poloha). V této době pacient žádné bolesti nepociťoval. Byl poučen o včasné signalizaci bolesti. V 15 hodin již pacient pociťoval bolest a byl mu aplikován Dolsin 100mg i.m. dle ordinace lékaře v intervalu á 6 hodin a doporučena odpoutávající technika - pomalé rytmické dýchání. Do 30 min nastala úleva a po zbytek dne nemocný pospával. Na noc dle ordinace lékaře jsem aplikovala Dolsin 100mg i.m. ve 23 hod. Pacient usnul kolem půlnoci a spal klidným spánkem až do rána.

Hodnocení: Krátkodobý cíl byl splněn, pacient pociťoval jen jednu bolest větší intenzity, která byla do 30 minut dobře zvládnuta.

Infekce, riziko vzniku z důvodu porušení integrity kůže

Cíl: Krátkodobý. U pacienta budou včas odhaleny příznaky pooperačních komplikací z důvodu porušené integrity kůže.

Priorita: Vysoká.

Výsledná kritéria: Bude adekvátně zareagováno (do 1 hod.) na příznaky komplikací z důvodu porušené integrity kůže.

Plán intervencí: Pravidelně kontroluj krytí rány, do 13 hod. po 15 min, do 16 hod. po 30 min, dále každou hodinu.

Kontroluj periferní žilní kanylu vždy s kontrolou operační rány.

Pravidelně kontroluj Redonův drén, s kontrolou operační rány, při naplnění objemu recipientu vyměň, kontroluj funkčnost drénu, podtlak, zaznamenávej charakter a množství odvedeného sekretu.

Při případném převazu rány postupuj přísně asepticky.

Poddej antibiotika dle ordinace lékaře – Augmentin 1,2g i.v. á 8 hod.

Realizace: Pooperační průběh s ohledem na stav operační rány byl bez větších komplikací. Od příjmu pacienta z operačního sálu jsem kontrolovala ránu pravidelně po 15 minutách. Zároveň byly pravidelně po 15 minutách monitorovány fyziologické funkce (TK, P, D, vědomí, saturace O₂). Rána neprosakovala, Redonův drén odvádí krvavý sekret z operační rány (celkem za 24 hod. 150 ml). Periferní žilní kanyla byla po aplikaci poslední infuze ponechána, sterilně uzavřena mandrénem.

Hodnocení: U pacienta nebyly během dne zachyceny žádné příznaky pooperačních komplikací z důvodu porušení integrity kůže. Krátkodobý cíl byl splněn.

Porucha spánku z důvodu změny spánkových zvyklostí

Cíl: Krátkodobý. Zkvalitnit spánek, dostatečné množství spánku.

Priorita: Střední.

Výsledná kritéria: Pacient bude spát nerušeně alespoň 6 hodin.

Plán intervencí: Snaž se vytvořit důvěryhodný vztah pacienta.

Zajisti klidné a tiché prostředí ke spánku.

Uprav lůžko, vyvětrej místnost.

Zkontroluj operační ránu zda neprosakuje, zkontroluj Redonův drén – jeho funkčnost, podtlak, charakter a množství odvedeného sekretu.

Umožni pacientovi večerní hygienu na lůžku.

Ulož pacienta do vhodné polohy.

Dle ordinace aplikuj léky analgetika a hypnotika.

Realizace: Po operaci jsem u pacienta aplikovala ošetrovatelskou péči, projevovala jsem vstřícný zájem o jeho problémy a potřeby, se kterými se mi svěřoval. Pacientovi jsem předala důležité informace o pooperační péči. Večer jsem mu pomohla s hygienickou péčí na lůžku. Po úpravě lůžka jsem pomohla zaujmout polohu a vyvětrala pokoj a zkontrolovala operační ránu (neprosakovala). Ve 23.00 hodin jsem aplikovala Dolsin 100mg i.m. dle ordinace a podala Oxazepam 1 tbl. per os. Pacient usnul před půlnocí a spal klidně téměř do 6 hodin ráno.

Hodnocení: Krátkodobý cíl byl splněn, pacient spal celou noc.

2.5 Dlouhodobý plán, realizace a hodnocení ošetrovatelské péče v době hospitalizace

V dlouhodobém ošetrovatelském plánu (od 26. 3. 2009 do 1. 4. 2009) jsem se věnovala řešení stejných ošetrovatelských diagnóz.

Riziko retence moči akutní z důvodu zavedeného močového katétru

Cíl: Dlouhodobý. Po celou dobu od zavedení funkční permanentní močový katétr, bez komplikací.

Priorita: Vysoká.

Výsledná kritéria: Po dobu zavedení permanentního močového katétru nedojde ke komplikacím – riziko invaze patogenních mikrobů do organismu.

Plán intervencí: Udržuj permanentní močový katétr průchodný.

Dodržuj sterilní přístup – sterilní proplachy, sterilní odběry moče.

Měř 2krát denně tělesnou teplotu.

Sleduj příjem a výdej tekutin po celou dobu hospitalizace.

Pouč pacienta o možných subjektivních obtížích při špatně průchodném permanentním močovém katéttru.

Informuj o dostatečné hygieně v okolí močového katétru.

Realizace: Od první epizody s ucpaným permanentním močovým katétrem v den operace již tento problém nenastal. Prováděla jsem sterilní odběry moče, sledovala jsem 2krát denně tělesnou teplotu (která byla afebrilní). Sledovala jsem bilanci tekutin, informovala jsem pacienta o možných subjektivních potížích v důsledku zavedeného permanentního močového katétru. Poučila jsem pacienta a zajistila jsem dostatečnou hygienu okolí permanentního močového katétru. Všechno jsem pečlivě zapisovala do dokumentace.

Hodnocení: Dlouhodobý cíl splněn. Pacient má funkční permanentní močový katétr.

Riziko vzniku pooperačních komplikací z důvodu celkové anestézie, varixů na dolních končetinách, vysokého věku

Cíl: Dlouhodobý. U pacienta budou včas odhaleny příznaky pooperačních komplikací (TEN, ztížené dýchání, poruchy vylučování, negativního vlivu anestézie).

Priorita: Vysoká.

Výsledná kritéria: Bude adekvátně zareagováno na pooperační komplikace do 2 min. Pacient bude soběstačný, tak jako před výkonem.

Plán intervencí: Pravidelně měř fyziologické funkce – 1. a 2. pooperační den 4krát denně, následující dny 2krát denně.

Kontroluj správnou funkci komprese na dolních končetinách.

Dle ordinace lékaře aplikuj Fraxiparin 0,4ml s.c. v 17 hod. a dále á 24 hod .

Dle ordinace podávej chronickou medikaci pacienta (Tenormin tbl., Amprilan tbl., Amicloton tbl., Lacipil tbl., Tulip tbl., Glukophage 500 tbl.) a vše zapisuj do dokumentace.

Pacienta pobízej ke komunikaci o jeho subjektivních pocitech spojených s operačním výkonem.

Kontroluj vyprazdňování močového měchýře a tlustého střeva.

Realizace: První a druhý den po operaci jsem v rámci ošetrovatelské péče kontrolovala fyziologické funkce 4krát denně. Hodnoty krevního tlaku se pohybovaly v rozmezí hraniční hypertenze (145/90), hraniční tachykardie (pulzů 80/min). Nejvyšší tělesná teplota byla nultý operační den subfebrilie (37,2 °C). Nadále klesla k afebrilním hodnotám. Následující dny až do propuštění byly fyziologické funkce kontrolovány 2krát denně. Hodnoty byly v normě. Dýchací problémy neměl. Od 1. operačního dne navštěvovala pacienta rehabilitační sestra. Doporučila správnou polohu na lůžku a dechovou rehabilitaci, od druhého operačního dne již chodil pacient s doprovodem a třetí pooperační den již vstává bez dopomoci a prochází se. I hygienu už provádí sám ve sprše.

V rámci prevence TEN je sledována komprese dolních končetin elastickými punčochami, které byly sundány třetí pooperační den, kdy již sám vstává z lůžka. Každý den v 17 hodin je aplikován Faxiparin 0,4 ml s.c. až do propuštění.

Dle ordinace aplikovaná chronická medikace.

Pacient od operace močil růžovou moč, která do třetího dne byla bez příměsí.

Na stolici byl až 4. pooperační den. Každé ráno vypil skleničku teplé vody a následující dny se již vyprazdňoval pravidelně.

Měl po celou hospitalizaci zájem komunikovat a svěřovat své dotazy a obavy. Nebyl nikdy problém navázat kontakt a zajistit, tak pocit důvěry.

Hodnocení: Pooperační komplikace nenastaly, dlouhodobý plán byl splněn.

Bolest akutní z důvodu operační rány

Cíl: Dlouhodobý. Naučit metodám zmírnění bolesti. Dodržovat předepsaný farmakologický režim.

Priorita: Vysoká.

Výsledná kritéria: Pacient udává zmírnění bolesti a postupné vymizení bolesti.

Plán intervencí: Sleduj ve spolupráci s pacientem projevy bolesti (nonverbální), hodnot intenzitu bolesti.

Aplikuj analgetika dle ordinace lékaře.

Zhodnot' a zapiš do dokumentace účinek analgetik.

Využívej úlevových léčebných poloh.

Pouč o správné rehabilitaci.

Realizace: Ještě první a druhý pooperační den byl aplikován Dolsin 100mg i.m. po 8 hodinách. Pacient nepociťoval větší bolest. Třetí pooperační den došlo k redukci bolesti. Pacient dále nevyžadoval žádná analgetika. Od prvního pooperačního dne navštěvovala pacienta rehabilitační pracovnice, která ho správně poučila o vhodné rehabilitaci a poloze na lůžku s analgetickým efektem a také o způsobu sebeděče. Hodnocení: Dlouhodobý cíl splněn. Pacient nepociťuje již třetí pooperační den žádnou bolest.

Infekce, riziko vzniku z důvodu porušení integrity kůže

Cíl: Dlouhodobý. U pacienta budou včas odhaleny příznaky pooperačních komplikací z důvodu porušené integrity kůže.

Priorita: Vysoká.

Výsledná kritéria: Během hospitalizace nedojde ke komplikacím ze strany operační rány, drénu, ani periferního žilního katétru.

Plán intervencí: Prováděj sterilně převazy operační rány vždy s kontrolou funkčnosti drénu, kontroluj podtlak, charakter a množství odvedeného sekretu..

Udržuj suché krytí rány.

Sleduj tělesnou teplotu 2krát denně.

Udržuj periferní žilní kanylu průchodnou, pacienta informuj o možných subjektivních potížích (zarudnutí, bolest, otok, pocit horkosti).

Kontroluj stav kůže každých 6 hodin, zapisuj vše do dokumentace.

Podávej antibiotika dle ordinace lékaře.

Realizace: Pacient byl od prvního pooperačního dne afebrilní. Operační rána se hojila bez komplikací, každý den se prováděly sterilní převazy. Redonův drén odváděl přiměřené množství krvavého sekretu, který se postupně měnil na sekret serózní. Třetí den po operaci byla sekrece z drénu nulová, drén byl tedy odstraněn.

Periferní žilní kanylu jsem udržovala průchodnou a kontrolovala místo vpichu a vše zapisovala do dokumentace. Třetí pooperační den byla i.v. kanyla odstraněna a aplikováno sterilní krytí místa vpichu.

Antibiotika byla nadále aplikována per os.

Hodnocení: Dlouhodobý plán byl splněn. Po dobu hospitalizace nedošlo ke komplikacím.

Porucha spánku z důvodu změny spánkových zvyklostí

Cíl: Dlouhodobý, zkvalitnit spánek narušený změnou prostředí.

Priorita: Střední.

Výsledná kritéria: Pacient bude nerušeně spát alespoň 6 hodin.

Plán intervencí: Snaž se o vytvoření důvěryhodného vztahu s pacientem.

Informuj pacienta o pooperační péči.

Dohlížež na každodenní večerní hygienu, namaž záda kafrovou mastí.

Uprav před spaním lůžko a vyvětrej místnost.

Zkontroluj ránu a drén.

Pomož najít vhodnou polohu.

Umožni styk pacienta s rodinou.

Zajisti noční klid, eliminuj hluk.

Umožni před spaním činnosti, na které je zvyklý (čtení).

Podej hypnotika dle ordinace lékaře.

Realizace: Snaha o odstranění problému s nespavostí u pacienta byla založena na vytvoření důvěryhodného vztahu. Na vstřícné, aktivní péči, na předávání důležitých informací a zodpovídání dotazů o péči a léčbě na vstřícném a milém přístupu. 1. a 2. pooperační den potřeboval pomoc s hygienickou péčí, kterou od 3. pooperačního dne byl schopen provádět ve sprše sám pouze s dopomocí. Téměř každý den byla prováděna masáž zad kafrovou mastí před tím než šel spát do čistě ustlaného lůžka. Poté jsem pacientovi pomohla najít vhodnou polohu, zkontrolovala invazivní vstupy do těla (periferní žilní kanylu, Redonův drén, permanentní močový katétr). V místnosti jsem vyvětrala a umožnila četbu, na kterou je před spaním navyklý. I přes tato opatření si stěžoval na to, že usíná až po půlnoci a v noci se často budí. Ordinovaná hypnotika odmítal s obavou, aby si na ně „nepřivykl“. Přestože jsem pacienta edukovala o tom, že zde hraje roli změna prostředí a doma se vše vrátí k normálu, stále hypnotika odmítal.

Hodnocení: Dlouhodobý plán péče tohoto problému se podařil splnit částečně. Pacient spí neklidným spánkem necelých 6 hodin.

2.6 Sociální a psychologické hodnocení nemocného

Pan K. Ch. žije v Praze v menším panelovém bytě společně se svojí manželkou. Mají velice hezký vztah. Manželé jsou průměrně ekonomicky zajištěni. Oba mají starobní důchod, který jim stačí pouze na zaplacení nájemného, na stravu a na drobné výdaje v domácnosti. Ušetří velice málo. Nevlastní osobní automobil v případě potřeby je dcera se zetěm ochotně odvezou, kam potřebují.

O víkendu je navštěvuje dcera s rodinou, bydlí nedaleko. Rodinné vztahy mají velmi dobré a navzájem si pomáhají.

Zjištění onkologické diagnózy je faktem s nímž se pacient jen těžko vyrovnává. Začátek nemoci uvádí do pohybu celou řadu sekundárních procesů. Nemoc vytváří zcela novou životní situaci, které se pacient musí přizpůsobit. To mu odčerpává mnohem více energie, než odčerpávají fyziologické obranné pochody v těle (BALINT, 1999, s. 220).

Pacienti prožívají specifická období popisovaná lékařkou se specializací v neurologii a psychiatrii Elizabeth Kübler-Rossovou v souvislosti se sdělením závažné diagnózy. Jedná se o fázi šoku, popření, smlouvání, agrese a deprese, následující obdobím akceptace, tedy přijetí pravdy. Následující reakce nemusí jít po sobě ve sledu, v němž jsou standardně popsány a také nemusí proběhnout každá jen jednou. Ukázalo se, že tyto smířovací reakce neprobíhají jen u nemocných, ale také u jejich příbuzných (HAŠKOVCOVÁ, 1991, s. 38-39).

Zhruba 6 měsíců pociťuje pacient změny při močení. Připisoval to věku a nepřipouštěl si žádné závažné onemocnění. Absolvoval urologickou prohlídku a dále ještě specifická vyšetření, která prokázala velmi závažnou diagnózu kvůli které se měl podrobit radikální operaci prostaty. Svěřil se, že toto náročné období prožíval velice těžce a měl velké obavy z operace vzhledem ke svému pokročilému věku a také z narušení intimní části života. Byl si vědom toho, že operace je pro léčbu jeho onemocnění nezbytná a zároveň obavy o budoucnost jejich dosavadního spokojeného života mu dodávaly sílu a touhu se co nejdříve uzdravit. Před operací pacient pociťoval

velké obavy, které se po operaci postupně vytrácely. Spolupracoval se zdravotnickým týmem velice dobře, ochotně rehabilitoval a snažil se co nejdříve uzdravit. Pacient se svěřil, že měl obavy z pooperační impotence a inkontinence, jedné z pooperačních komplikací radikální prostatektomie. Nakonec si z toho přestal dělat psychické potíže a přál si hlavně, aby byl nádor odstraněn celý.

Zdravotnický tým a rodina by měli spolupracovat, aby nemocný co nejdříve dosáhl posledního smířovacího stádia – smíření, které by v žádném případě nemělo znamenat rezignaci, ale nalezení nového postoje ke kvalitnímu životu.

2.7 Edukace v ošetrovatelské péči

Edukace (poučení pacienta) je významnou součástí ošetrovatelského procesu. Cílem je předat pacientovi dostatek informací týkajících se péče o jeho zdraví a předcházení možných komplikací při jeho léčbě. Součástí by měla být i edukace rodiny pacienta. Při propouštění tohoto pacienta do domácího ošetřování jsem se v edukaci zaměřila na péči o operační ránu, péči o permanentní močový katétr, následnou rehabilitaci a životosprávu.

Péče o operační ránu

V den propuštění do domácího ošetřování byly odstraněny stehy a rána ošetřena Jodkolodiem. Pacienta jsem poučila, aby vyhledal lékaře, pokud se objeví výtok z rány. Také jsem ho poučila, že ránu může za jeden až dva dny sprchovat vlažnou vodou a lehce promazávat nesoleným vepřovým sádlem nebo měsíčkovou masťou a současně při tom provádět lehkou tlakovou masáž, která působí proti vzniku otoku a srůstů (KOZIEROVÁ et al., 1995b, s. 1333).

Péče o permanentní močový katétr

Ještě před operací byl pacient seznámen s tím, pokud bude pooperační průběh bez komplikací bude propuštěn domů se zavedenou permanentní močovou cévkou, která se odstraňuje ambulantně čtrnáctý den po operaci, po provedení cystogramu. Při něm lékař

zhodnotí, zda je již dobře srostlá anastomóza s močovým měchýřem a není žádný únik moči. Po té již není nutná derivace moče, permanentní močový katétr se odstraňuje a pacient začíná s posilováním pánevního dna. Proto již během hospitalizace byl seznamován průběžně s péčí o permanentní močový katétr. Naučil se udržovat hygienu s permanentní močovou cévkou. Používat během sprchování kolíček, místo sběrného sáčku. Byl poučen o vyprazdňování sběrného sáčku a o správném umístění katétru i sběrného sáčku, aby se usnadnila drenáž močového měchýře. S močovým katétre neměl problémy ani při hospitalizaci, proto odcházel domů v klidu a vybaven náhradními sběrnými sáčky a kolíčky.

Rehabilitace

Ve spolupráci s fyzioterapeutkou, která pacienta navštěvovala během hospitalizace jsem pacienta poučila, že správná rehabilitace usnadňuje hojení rány a uplatňuje se v prevenci pooperačních komplikací. Hlavní metodou je léčebná tělesná výchova (kinezioterapie) (TROJAN et al., 2005 s. 103-104). Svalová činnost podporuje vyprazdňování krve s hlubokých žil, což snižuje nebezpečí trombózy. Navrhla jsem mu vhodnou pohybovou aktivitu – chůzi, po zahojení rány i plavání. Poučila jsem pacienta, že následujících 6 týdnů by měl brát na zřetel, že je v rekonvalescenci, šetřit se a nezvedat nic těžkého.

Životospráva

Edukaci pacienta jsem také zaměřila na oblast životosprávy. Vzhledem k obezitě jsem připomněla, že posláním potravy je dodat do organismu správné množství nezbytných živin. Nedodrží-li se tyto zásady, může se nesprávná výživa stát zdraví škodlivou a vést k různým zdravotním problémům (k diabetu mellitu, srdečním a cévním chorobám i některým druhům rakoviny). Současně jsem ho poučila, že ke správné životosprávě patří také pohybová aktivita. Cvičení může pozitivně ovlivnit nejen kardiovaskulární systém, ale také může mít kladný vliv na zabránění některých druhů rakoviny (KŘIVOHLAVÝ, 2001, s. 138).

Závěr

V této bakalářské práci jsem se zabývala problematikou nádorového onemocnění prostaty a současně jsem se snažila přiblížit komplexní ošetrovatelskou péči o sedmdesátiletého pacienta, který byl hospitalizován na Urologické klinice Všeobecné fakultní nemocnice v Praze od 24. 3. do 1. 4. 2009 s diagnózou adenokarcinom prostaty.

V teoretické části práce popisuji anatomii prostaty a zaměřuji se také na všeobecné informace o rakovině prostaty z ošetrovatelského hlediska. V prognóze onemocnění jsem poukázala na jeho závažnost a závislost na včasném rozpoznání. Závěrečnou kapitolou, kterou jsem se v teoretické části práce zabývala, byla prevence onemocnění z ošetrovatelského hlediska. Zde jsem popsala její význam pro předcházení vzniku nádoru a jeho včasné rozpoznání. Důležitost preventivních urologických prohlídek, které bohužel ještě nejsou u nás samozřejmostí.

V praktické části jsem se zaměřila na ošetrovatelský proces a jeho aplikaci u pacienta. Ošetrovatelskou péči jsem prováděla dle modelu Marjory Gordon. Po zhodnocení potřeb pacienta jsem sestavila aktuální ošetrovatelské diagnózy k nultému pooperačnímu dni. Podle naléhavosti jsem je seřadila takto:

- 1/ riziko retence moči akutní – z důvodu zavedeného močového katétru
- 2/ riziko vzniku pooperačních komplikací – z důvodu celkové anestezie, varixů na dolních končetinách, vysokého věku
- 3/ bolest akutní – z důvodu operační rány
- 4/ infekce, riziko vzniku – z důvodu porušení integrity kůže
- 5/ porucha spánku – z důvodu změny spánkových zvyklostí.

Realizace naplánované péče a krátkodobé ošetrovatelské cíle se podařilo splnit.

Plán dlouhodobé péče byl stanoven do konce hospitalizace to je do 8. pooperačního dne. Ošetrovatelské diagnózy byly totožné s krátkodobým plánem ošetrovatelské péče. Z pěti určených ošetrovatelských diagnóz se podařilo splnit čtyři. Problém s nespavostí stále přetrvával a nepodařilo se ho přes veškerou snahu odstranit a pacientovi se nepodařilo docílit nerušeného spánku alespoň 6 hodin.

Ke komplexní ošetrovatelské péči patří sociální a psychologické hodnocení nemocného a ošetrovatelská edukace, kterými jsem se zabývala v závěru práce.

Výsledek definitivního histologického vyšetření potvrdil diagnózu adenokarcinomu prostaty s postižením jedné lymfatické uzliny.

Rozpoznání a pravda o nemoci znamenala zlom v životě mého pacienta a jeho rodiny. Po té co se začal s novou situací vyrovnávat podstoupil radikální operaci, která změnila jeho život a dotkla se i intimních částí lidského života a narušila tak duševní i emoční rovnováhu pacienta. Z histologického vyšetření je patrné, že pacient bude muset ještě podstoupit po zhojení operační rány další onkologickou terapii nutnou k doléčení onemocnění – radioterapii.

Musím říci, že přes toto těžké období, které pacient v posledních týdnech prožíval si vedl velmi statečně a měl obrovskou chuť s nemocí bojovat. Aktivně se podílel a spolupracoval při doléčení a nechtěl nic vlastním zaviněním zanedbat. V tomto náročném období mu byly oporou jeho žena s dcerou, které ho psychicky podporovaly a každý den v nemocnici navštěvovaly.

Návrh pro praxi

Tato bakalářská práce je určena především všeobecným sestřám, které se v ní mohou seznámit s ošetrovatelskou péčí o pacienta s karcinomem prostaty. Obeznámit se s daným onemocněním, jeho léčbou a prevencí z hlediska ošetrovatelské péče. Naučit se citlivému přístupu k takto nemocným pacientům, kteří se potýkají s nedostatkem informací a často přicházejí k lékaři pozdě, právě proto, že se toto onemocnění týká jejich intimního života.

V případě tohoto pacienta bylo důležité navázání důvěryhodného vztahu s ním. Tím došlo k prolomení bariéry studu. Vstřícná, aktivní ošetrovatelská péče, zodpovídání dotazů a předávání důležitých informací vedlo k pacientově spolupráci se zdravotnickým personálem a k velké snaze o uzdravení.

Přestože je karcinom prostaty v současné medicíně považován za závažný problém, doposud se v České republice neprovádí standardizované preventivní urologické prohlídky, které by pomohly odhalit onemocnění včas, ještě před tím, než se projevuje klinickými příznaky. Znamená to, že detekovat nádor, ještě dřív než se rozšíří krevní nebo lymfatickou cestou do okolí, je pro léčbu a prognózu tohoto onemocnění velmi cenné.

V praxi je důležité dostat do povědomí mužů starších padesáti let nutnost a důležitost preventivních urologických prohlídek a sledování nádorového márkru PSA v krevním séru. Věřím, že by se to odrazilo na větší úspěšnosti léčby a s tím by to znamenalo zlepšení v současnosti jednoho z největších zdravotních a tím přeneseně i sociálně – ekonomických problémů.

Seznam použité literatury

ARCHALAUŠOVÁ, Alexandra. 2003. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. Hradec Králové : Nukleus, 2003. ISBN 80-86225-33-X.

BALINT, Michael. 1999. *Lékař, jeho pacient a nemoc*. Z angl. orig. přel. Vratislav Janda. Praha : Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-734-6.

DOEGENES, Marilyn E.; MOORHOUSE, Mary Frances. 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Z angl. orig. přel. Ivana Suchardová. Praha : Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0242-8.

DVOŘÁČEK, Jan. 2000. *Urologie praktického lékaře*. Praha : ISV nakladatelství, 2000. ISBN 80-85866-52-8.

ELIŠKOVÁ, Miloslava; NAŇKA, Ondřej. 2006. *Přehled anatomie*. 1. dotisk 1. vyd.. Praha : Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1216-X.

HAŠKOVCOVÁ, H. 1991. *Spoutaný život (kapitoly z psychoonkologie)*. Praha, 1991. 331 s. 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy Praha – Královské Vinohrady.

KAWACIUK, Ivan. 2000. *Urologie*. Jinočany : nakladatelství H+H, 2000. ISBN 80-86022-60-9.

KOCIÁNOVÁ, Svatava; ŠTĚRBÁKOVÁ, Zdeňka. 1996. *Přehled nejužívanějších léčiv*. Praha : Informatorium, 1996. ISBN 80-85427-96-6.

KOZIEROVÁ, B.; ERBOVÁ, G.; OLIVIERIOVÁ, B. 1995a. *Ošetrovatel'stvo 1*. Martin : Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0.

KOZIEROVÁ, B.; ERBOVÁ, G.; OLIVIERIOVÁ, B. 1995b. *Ošetrovatel'stvo 2*. Martin : Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2001. *Psychologie zdraví*. Praha : Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2002. *Psychologie nemoci*. Praha : Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.

MAREČKOVÁ, Jana. 2006. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1399-3.

MASTILIAKOVÁ, Dagmar. 2005. *Úvod do ošetrovatelství I.díl*. Praha : Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0429-9.

NĚMCOVÁ, Jitka; MURITZOVÁ Ilona. 2009. *Skripta k tvorbě bakalářských a magisterských prací*. Plzeň : NAVA TISK, 2009. ISBN 978-80-902876-0-0.

PACÍK, Dalibor. 1996. *Urologie pro sestry*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví BRNO, 1996. ISBN 80-7013-235-3.

PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Ze slovenského orig. přel. Hana Horová. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1211-3.

TROJAN, S. aj. 2005. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. Praha : Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1296-2.

Urologické listy : Guidelines EAU pro karcinom prostaty. 2006. Medica Healthword, 2006, roč. 4, č. 4. 2006. ISSN 1214-2085.

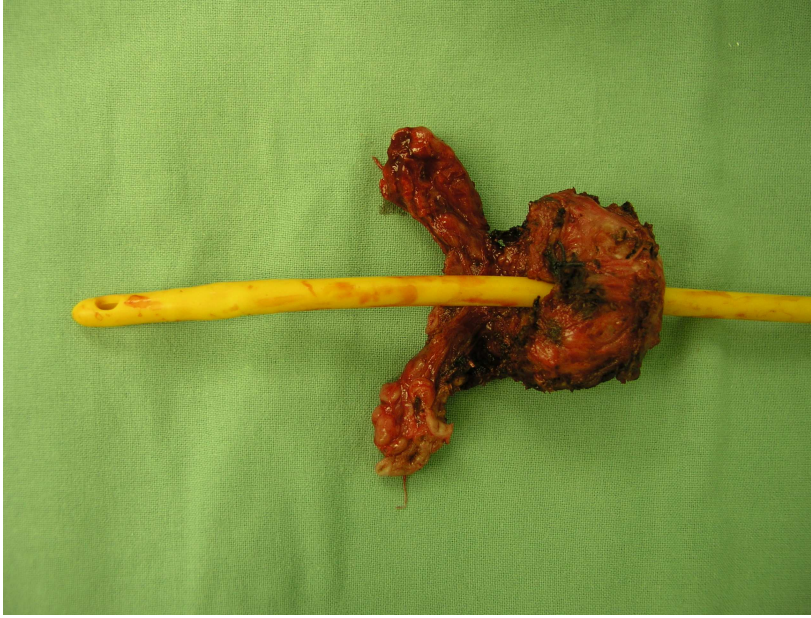
VORLÍČEK, J.; ADAM, Z.; VORLÍČKOVÁ, H. 2006. *Rady pro nemocné léčené chemoterapií : Co jsou to cytostatika, co je to chemoterapie*. [online]. [cit. 2010-03-17]. Dostupné z WWW: <<http://www.linkos.cz/pacienti/lecba/farmakologie.php?c=2>>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Fotografie	I
Příloha B – 2. Klinická klasifikace karcinomu prostaty	III
Příloha C – Dotazník urologické kliniky VFN v Praze	IV

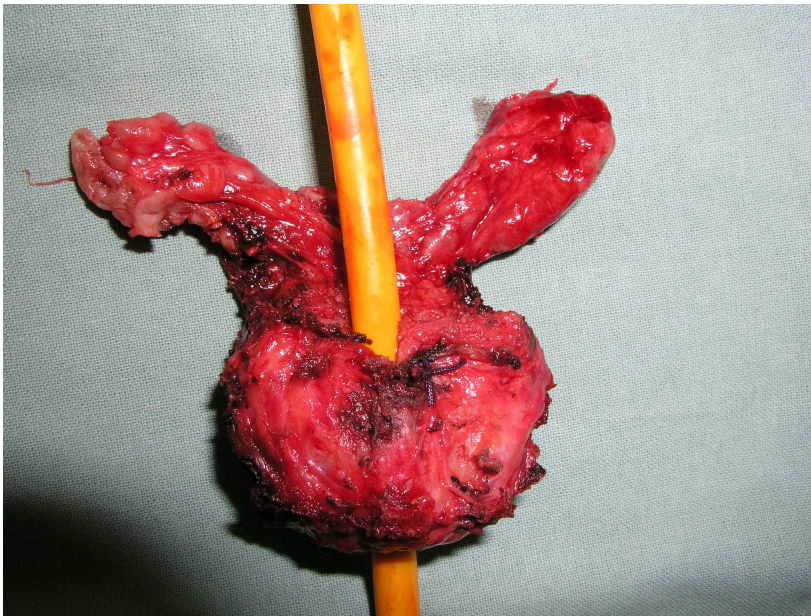
Příloha A

Fotografie prostaty po RAPE



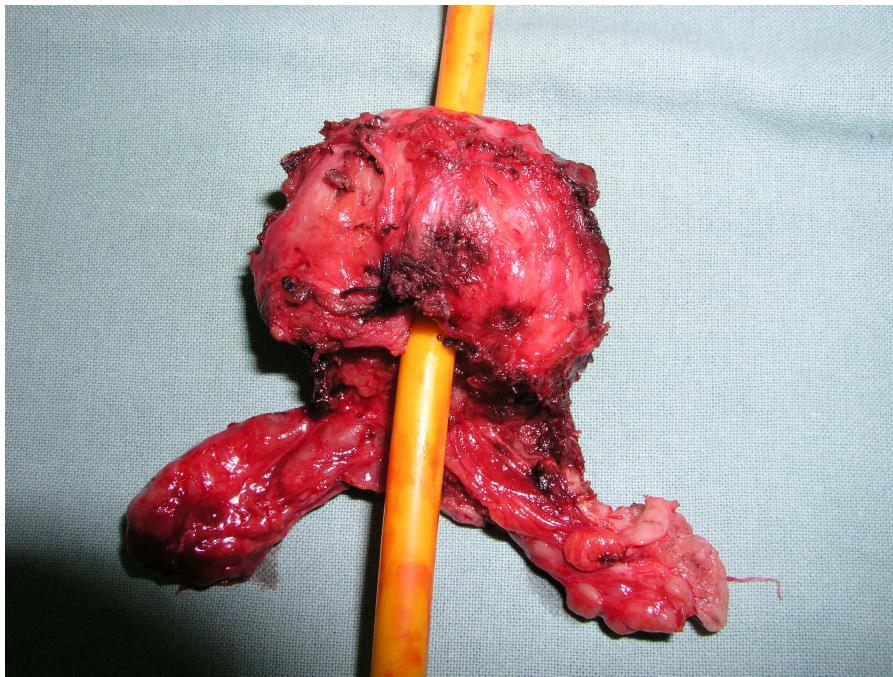
Zdroj: Fotogalerie Urologické kliniky VFN v Praze.

Fotografie prostaty a semenných váčků



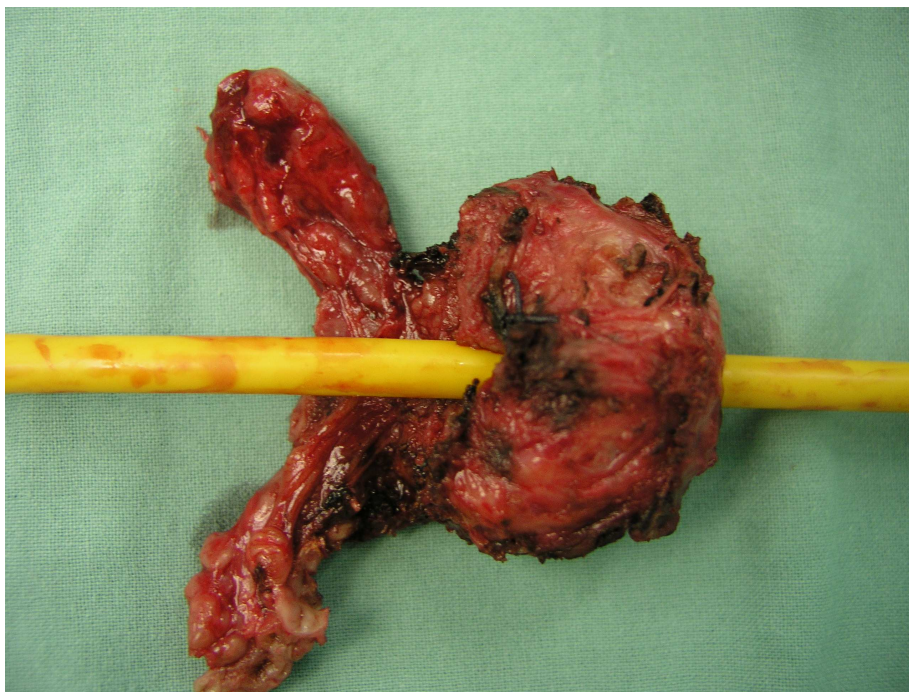
Zdroj: Fotogalerie Urologické kliniky VFN v Praze

Fotografie prostaty po RAPE



Zdroj: Fotogalerie Urologické kliniky VFN v Praze

Fotografie prostaty a semenných váčků



Zdroj: Fotogalerie Urologické kliniky VFN v Praze

Příloha B

2. Klinická klasifikace karcinomu prostaty

<i>TNM klasifikace</i>	
	T kategorie
T0	Žádné známky tumoru
T1	Nádor je náhodným histologickým nálezem
T1a	Ne více než tři ložiska karcinomu
T1b	Více než tři ložiska karcinomu
T2	Nádor je přítomen klinicky nebo makroskopicky, ohraničen na žlázu
T2a	Nádor do 1,5 cm s normální tkání nejméně na třech místech
T2b	Nádor větší než 1,5 cm nebo více než v jednom laloku
T3	Nádor infiltruje apex prostaty nebo pouzdro prostaty nebo hrdlo měchýře, není fixován k okolí
T4	Nádor je fixován nebo infiltruje sousední struktury, které nejsou při T3 postiženy
	N klasifikace
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 > 5cm
N3	Metastázy v uzlinách převážně > 5 cm
	M klasifikace
M0	Žádné vzdálené metastázy
M1	Vzdálené metastázy

Zdroj: Urologická klinika Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

Příloha C

Vážený pane, na naší klinice jste podstoupil operační výkon – radikální odstranění prostaty. Jak bylo před operací avizováno, rádi bychom Vás požádali o opětovné vyplnění tří dotazníků s ohledem na Váš současný stav, jak se cítíte, eventuálně jaké máte problémy s erekcí nebo udržením moči. Vyplňte, prosím, následující dotazníky s aktuálním datem. **Dotazník zašlete, prosím, poštou na adresu MUDr. Otakar Čapoun, Urologická klinika, Ke Karlovu 6, 128 08 Praha 2, nebo jej přineste k pravidelné kontrole, pokud Vaše sledování po operaci probíhá na naší klinice.** Děkujeme mnohokrát za ochotu a starostlivost, která nám nadále pomůže zhodnotit a zkvalitnit péči o Vás i naše další pacienty.

MUDr. Otakar Čapoun

Pacient

Rodné číslo

Datum :

3.měsíc pooperační

Dotazník SF-36 o zdravotním stavu

Návod : V tomto dotazníku jsou otázky týkající se Vašeho zdraví. Vaše odpovědi pomohou určit, jak se cítíte a jak se Vám daří zvládat obvyklé činnosti.

Odpovězte na jednu z otázek tím, že vyznačíte příslušnou odpověď. Nejste-li si jisti jak odpovědět, odpovězte jak nejlépe umíte.

1. Řekl byste, že Vaše zdraví je celkově (zakroužkujte jedno číslo):

Výtečné	1	Velmi dobré	2	Dobré	3
Docela dobré	4	Špatné	5		

2. Jak byste hodnotil své zdraví dnes ve srovnání se stavem před rokem?

(zakroužkujte jedno číslo)

Mnohem lepší než před rokem 1

Poněkud lepší než před rokem 2

Přibližně stejné jako před rokem3

Poněkud horší než před rokem 4

Mnohem horší než před rokem 5

3. Následující otázky se týkají činností, které někdy děláváte během svého typického dne. Omezuje Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry?

(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

Činnosti	Ano – omezuje hodně	Ano – omezuje trochu	Ne – vůbec neomezuje
1. Usilovné činnosti jako běh, zvedání těžkých předmětů, provozování náročných sportů	1	2	3
2. Středně namáhavé činnosti jako posunování stolu, luxování, hraní kuželek, jízda na kole	1	2	3
3. Zvedání nebo nošení běžného nákupu	1	2	3
4. Vyjít po schodech několik pater	1	2	3
5. Vyjít po schodech jedno patro	1	2	3
6. Předklon, shýbání, poklek	1	2	3
7. Chůze asi jeden kilometr	1	2	3
8. Chůze po ulici sto metrů	1	2	3
9. Chůze po ulici několik desítek metrů	1	2	3
10. Koupání doma nebo oblékání bez cizí pomoci	1	2	3

4. Měl jste některý z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli zdravotním potížím? (zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

	ANO	NE
1. Zkrátil se čas, který jste věnoval práci nebo jiné činnosti?	1	2
2. Udělal jste méně než jste chtěl?	1	2
3. Byl jste omezen v druhu práce nebo jiných činností?	1	2
4. Měl jste potíže při práci nebo jiných činnostech (například musel jste vynaložit zvláštní úsilí)?	1	2

5. Trpěl jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli nějakým emocionálním potížím (např. pocit deprese nebo úzkosti)? (zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

	ANO	NE
1. Zkrátil se čas, který jste věnoval práci nebo jiné činnosti?	1	2
2. Udělal jste méně než jste chtěl?	1	2
3. Byl jste při práci nebo jiných činnostech méně pozorný než obvykle?	1	2

6. Uved'te, do jaké míry bránily Vaše zdravotní nebo emocionální potíže Vašemu normálnímu společenskému životu v rodině, mezi přáteli, sousedy nebo v širší společnosti v posledních 4 týdnech. (zakroužkujte jedno číslo)

Vůbec ne 1 Trochu 2
Mírně 3
Poměrně dost 4 Velmi silně 5

7. Jak velké bolesti jste měl v posledních 4 týdnech ? (zakroužkujte jedno číslo)

Žádné 1 Velmi mírné 2
Mírné 3
Střední 4 Silné 5
Velmi silné ... 6

8. Do jaké míry Vám bolesti bránily v práci (v zaměstnání i doma) v posledních 4 týdnech?

(zakroužkujte jedno číslo)

Vůbec ne 1 Trochu 2
Mírně 3
Poměrně dost 4 Velmi silně 5

9. Následující otázky se týkají vašich pocitů a toho, jak se Vám dařilo v minulých 4 týdnech. U každé otázky označte prosím takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, jak jste se cítil.

Jak často v minulých 4 týdnech (zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

	Pořád	Většinou	Dost často	Občas	Málokdy	Nikdy
1. Jste se cítil pln elánu ?	1	2	3	4	5	6
2. Jste byl velmi nervózní?	1	2	3	4	5	6
3. Jste pociťoval takovou depresi, že Vás nic nemohlo rozveselit?	1	2	3	4	5	6
4. Jste pociťoval klid a pohodu?	1	2	3	4	5	6
5. Jste byl pln energie?	1	2	3	4	5	6
6. Jste pociťoval pesimismus a smutek?	1	2	3	4	5	6
7. Jste se cítil vyčerpán	1	2	3	4	5	6
8. Jste byl šťastný?	1	2	3	4	5	6
9. Jste se cítil unavený?	1	2	3	4	5	6

10. Uved'te, jak často v posledním týdnu bránily Vaše zdravotní nebo emocionální obtíže Vašemu společenskému životu (jako např.návštěvy přátel, příbuzných atd.)? (zakroužkujte jedno číslo)

Pořád 1

Většinu času 2

Občas 3

Málokdy 4

Nikdy 5

11. Zvolte, prosím, takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, do jaké míry pro Vás platí každé z následujících prohlášení? (zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

	Určitě ano	Většinou ano	Nejsem si jist	Většinou ne	Určitě ne
1. Zdá se, že onemocním (jakoukoliv nemocí) poněkud snadněji než jiní lidé	1	2	3	4	5
2. Jsem stejně zdrav jako kdokoliv jiný	1	2	3	4	5
3. Očekávám, že se mé zdraví zhorší	1	2	3	4	5
4. Mé zdraví je perfektní	1	2	3	4	5

Dotazník sexuálního zdraví muže IIEF-5

1. Jak byste hodnotil svou <u>děvěru</u> v možnost dosažení erekce ?		Velmi nízká 1	Nízká 2	Střední 3	Vysoká 4	Absolutní 5
2. Pokud u vás došlo při sexuální stimulaci k erekci, <u>jak často</u> byla dostatečná k penetraci (pohlavnímu styku) ?	Neměl jsem žádnou sexuální aktivitu 0	Téměř nikdy/nikdy 1	Jen ojedinele (v méně než polovině případů) 2	Občas (zhruba v polovině případů) 3	Většinou (více než v polovině případů) 4	Téměř vždy/vždy 5
3. Pokud došlo k pohlavnímu styku, <u>jak často</u> jste byl schopen udržet erekci i po penetraci (zavedení penisu do pochvy)?	Žádný pokus o penetraci 0	Téměř nikdy/nikdy 1	Jen ojedinele (v méně než polovině případů) 2	Občas (zhruba v polovině případů) 3	Většinou (více než v polovině případů) 4	Téměř vždy/vždy 5
4. Pokud došlo k pohlavnímu styku, <u>jak obtížné</u> bylo udržet erekci po celou dobu, až do jeho ukončení (do ejakulace)?	Žádný pokus o penetraci 0	Mimořádně obtížné 1	Velmi obtížné 2	Obtížné 3	Nepříliš obtížné 4	Snadné 5
5. Pokud jste se pokusil o pohlavní styk, jak často byl pro vás uspokojivý?	Žádný pokus o pohlavní styk 0	Téměř nikdy/nikdy 1	Jen ojedinele (v méně než polovině případů) 2	Občas (zhruba v polovině případů) 3	Většinou (více než v polovině případů) 4	Téměř vždy/vždy 5

1. Užíval jste v posledních třech měsících léky na podporu erekce ? Pokud ano, v jaké formě: (tablety x injekční) ?

Ano – tablety / injekční x Ne – nepotřeboval jsem x Ne – nechtěl jsem

2. Pozoroval jste po užití těchto léků účinek ?

Ano – vynikající	Ano – dostatečný	Ano, ale nedostatečný	Vůbec ne
1	2	3	4

Dotazník k hodnocení úniku moči - inkontinence

1. Které tvrzení nejlépe hodnotí Vaši schopnost kontrolovat močení v uplynulých 4 týdnech : Jak často Vám unikne moč? (zakroužkujte jednu možnost)

Nikdy	Maximálně 1x týdně	Několikrát týdně	Jednou denně	Uniká stále
1	2	3	4	5

Pokud jste zakroužkoval „1“, pokračujte otázkou č.7. Jinak, prosím, odpovídejte dále.

2. V jakých situacích Vám uniká moč? (zakroužkujte jednu nebo více možností)

Po cestě na toaletu 1 Při pohlavním styku 4
 Při kašli nebo kýchnutí 2 Ve spánku 5
 Při sezení v klidu 3 Jindy (prosím upřesněte)

3. Užíváte některý z prostředků k zabránění úniku moči ? (zakroužkujte jednu nebo více možností)

Vložky 1 Sběrné sáčky, urinál 4
 Pleny 2 Léky 5
 Svorka 3

12. Čekáte dlouho, než začnete močit?

Ano x Ne

13. Močíte tzv. nadvakrát (močíte ještě jednou bezprostředně po vyprázdnění) ?

Ano x Ne

14. Máte pocit vyprázdněného močového měchýře po vymočení?

Ano x Ne

Zdroj: Urologická klinika VFN v Praze s laskavým svolením MUDr. Otakara Čapouna