

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S KARCINOMEM PROSTATY**

Bakalářská práce

MARCELA FEICHTINGEROVÁ, DiS.

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Jarmila Verešová

Praha 2014



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

Feichtingerová Marcela
3. VSV

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 15. 10. 2013 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

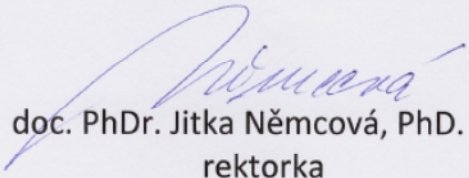
Ošetrovatelský proces u pacienta s karcinomem prostaty

Nursing Process for Patients with Prostate Carcinoma

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jarmila Verešová

Konzultant bakalářské práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH.

V Praze dne: 30. 10. 2013


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem tuto 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 31 .5 .2014

podpis

Abstrakt

FEICHTINGEROVÁ Marcela, DiS. Ošetrovatelský proces u pacienta s karcinomem prostaty. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Jarmila Verešová. Praha 2014. 60 str.

Tématem bakalářská práce je ošetrovatelský proces u pacienta s karcinomem prostaty. Práce je rozdělena na dvě části a to na část teoretickou a praktickou.

V teoretické části se zabývám historií onemocnění, charakteristikou, epidemiologií, etiologií, rizikovými faktory, diagnostikou, prognózou a možnostmi léčby tohoto onemocnění.

Praktická část je zaměřena na komplexní ošetrovatelskou péči u konkrétního pacienta se zmíněným onemocněním. Tato péče slouží k zajištění základních potřeb nemocného a zároveň vede ke zkvalitnění života nemocného.

Bakalářská práce zahrnuje doporučení pro praxi a specifika ošetrovatelské péče. Z této publikace může čerpat jak laická veřejnost, tak i zdravotnický tým.

Klíčová slova: karcinom prostaty, prostata, radikální prostatektomie

Abstract

FEICHTINGEROVÁ Marcela, DiS. Nursing process- patient with prostate carcinoma. The College of Nursing, o.p.s. Study programme: Bachelor's degree (Bc.). Thesis supervisor: PhDr. Jarmila Verešová. Praha 2014. 60 pages.

Bachelor work is about nursing process with patient with prostate carcinoma. Bachelor work is divided in two parts- theoretical and practical.

Theoretical part includes history of disease, characterization, epidemiology, etiology, risk factors, diagnostic, prediction and treatment options.

Practical part is aim at complex nursing care of patient with mentioned disorder. Purpose of this care is ensuring patient's basic needs and improving his quality of life.

Bachelor work includes recommendations for practice and principles of nursing process. This bachelor work is addressed to non-professional public as well to medical staff.

Keywords: prostate carcinoma, prostate, radical prostatectomy

OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ

SEZNAM TABULEK

SEZNAM ZKRATEK

SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD.....	12
1 KARCINOM PROSTATY	13
1.1 Historie	13
1.2 Definice onemocnění.....	13
1.3 Epidemiologie	14
1.4 Etiologie a rizikové faktory	14
1.4.1 Hormonální vlivy	14
1.4.2 Dietetické návyky	15
1.4.3 Etnické vlivy	15
1.4.4 Životní prostředí.....	15
1.5 Symptomatologie	15
1.6 Diagnostika	16
1.6.1 Vyšetření per rectum.....	16
1.6.2 Stanovení sérové hodnoty PSA.....	17
1.6.3 TRUS s biopsií prostaty a ostatní zobrazovací metody	17
1.7 Patologie karcinomu prostaty	18
1.8 Screening	19
1.9 Prognóza	19
1.10 Terapie	20
1.11 Radikální prostatektomie	21
1.11.1 Komplikace	22
1.12 Radioterapie	23
1.13 Hormonální léčba	24

1.14 Chemoterapie	25
2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S KARCINOMEM PROSTATY	27
3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S KARCINOMEM PROSTATY	30
4 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	58
ZÁVĚR.....	60
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	61
PŘÍLOHY	

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 – Logo knír „Movember“ I

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Identifikační údaje.....	30
Tabulka 2 - Vitální funkce při přijetí.....	31
Tabulka 3 - Léková anamnéza.....	32
Tabulka 4 - Popis fyzického stavu.....	33
Tabulka 5 - Aktivity denního života.....	35
Tabulka 6 - Posouzení psychického stavu.....	39
Tabulka 7 - Posouzení sociálního stavu.....	41
Tabulka 8 - Laboratorní vyšetření krve.....	44
Tabulka 9 - Medikamentózní léčba.....	45

SEZNAM ZKRATEK

ČR.....	Česká republika
PSA.....	prostatický specifický antigen
TRUS.....	transrektální sonografie
CT.....	počítačová tomografie
RTG.....	rentgenová vyšetření
ALT.....	alaninaminotransferéza
AST.....	aspartátaminotransferáza
CRP.....	c-reaktivní protein
TNM.....	klasifikace v onkologii
MR.....	magnetická rezonance
LH-RH.....	hormon luteinizing-releasing
TT.....	tělesná teplota
BMI.....	váhový index
PMK.....	permanentní močový katétr
CŽK.....	centrální žilní katétr
UCG.....	uretrocystografie

(VOKURKA, 2009)

SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Analgézie – odstraňování bolesti

Anastomóza - funkční spojení např. cév, nervů

Dilatace uretry – rozšiřování močové trubice

Etiologie – nauka o příčinách

Gleasonovo skóre (GS) – 5. stupňové hodnocení nádorových žláz prostaty

Grading – stupeň zhoubnosti nádoru

Incidence – demografický ukazatel počtu nových onemocnění k počtu obyvatel

Karcinom – nádorové onemocnění, vycházející z epitelu, může metastazovat

Lymfadenektomie – chirurgické odstranění lymfatických uzlin

Metastáza – druhotné ložisko nádorových buněk

Orchiektomie - chirurgické odstranění varlat

Periferní – obvodový, okrajový

Peroperační – vznik určité události v průběhu operačního výkonu

Prognóza - systematicky odvozená výpověď o budoucím stavu objektivní reality

Progrese – vzestup, šíření

Prostatektomie – chirurgické odstranění prostaty

Recidiva – znovu vzplanutí

Retence – zadržení

Reverzibilní - vratný, schopný zpětného procesu

Screening – vyšetření určité skupiny zdravých lidí, zjišťuje možnost (riziko) choroby

Staging – rozsah nádoru

Striktura - zúžení průsvitu dutého orgánu, zejm. zjizvením

Transrektální – přes konečník

Uroflowmetrie – neinvazivní vyšetření, při kterém se hodnotí množství a rychlost moči vymočené ve stanoveném čase

(VOKURKA, 2009)

ÚVOD

Jako téma bakalářské práce bylo zvoleno ošetrovatelský proces u pacienta s karcinomem prostaty. Výběr tématu byl ovlivněn nejen moji prací, ale i tím, že v současné době je karcinom prostaty považován za hlavní medicínský problém v mužské populaci, a stále více je diskutován. Karcinom prostaty patří mezi nejčastější zhoubné nádory u mužů a jejich incidence s věkem stále stoupá. V České republice zaujímají třetí místo příčiny úmrtí. Přes vysoký nárůst počtu nově zjištěných nemocných, počet mortality se naopak snižuje díky screeningovým vyšetřením a diagnostickým metodám, která umožňují včasné zahájit léčbu.

Cílem této práce bylo zjistit a zároveň podat co nejvíce informací o problematice a výskytu tohoto onemocnění, a také zhotovit a zrealizovat individuální plán ošetrovatelské péče u konkrétního pacienta.

Je třeba zmínit, že nedílnou součástí této práce je informovanost o prevenci primární, kterou můžeme my sami ovlivnit a prevenci sekundární, jenž je záležitostí lékařských odborníků. Základem však zůstává dobrá informovanost praktických lékařů, kteří se s nemocnými setkávají jako první, proto je nutné prohlubovat základní znalosti a informace o nádorovém onemocnění prostaty a odeslat nemocného ke specialistovi – urologovi.

Bakalářská práce se dělí na dvě části, teoretickou a praktickou. V teoretické části je popisována historie daného onemocnění, epidemiologie, etiologie, rizikové faktory, screening, diagnostika a v neposlední řadě možnosti léčby. Poslední kapitola v této části je věnována specifikům ošetrovatelské péče u pacienta s karcinomem prostaty. Praktická část se zabývá posouzením stavu pacienta, posouzení jeho potřeb dle funkčních vzorců zdraví a vypracováním individuální ošetrovatelské péče společně se zhodnocením. Informace byly získány od nemocného, z veškeré zdravotnické dokumentace a od zdravotnického týmu.

Tato práce má za úkol seznámit čtenáře s problematikou nádorového onemocnění karcinomu prostaty a seznámit ho do jisté míry i s průběhem léčby.

1 KARCINOM PROSTATY

1.1 Historie

První poznatky o karcinomu prostaty poprvé referoval Benjamin Bordie roku 1832, kdy popisuje u dvou mužů prostatu „tvrdou jako kámen“ s kostní metastázou a s neurologickou symptomatologií. Vznikla tak první zmínka o tomto onkologickém onemocnění (SABRA et al., 1996).

V roce 1938 začíná první monitorování a uplatnění tumorových markerů v diagnostice, kdy Guttman, Woodard a Barringer popsali vzestup kyselých fosfatáz v séru u nemocných s lokálně pokročilým karcinomem prostaty. V roce 1979 Wangem z Roswel Park Memorial Institute objevil PSA neboli prostatický specifický antigen, což mělo největší přínos pro diagnostiku rakovinu prostaty (LUKEŠ, 2002).

V roce 1904 popsal Hugh Hamptom Young společně s Halstedem první chirurgickou léčbu karcinomu prostaty – radikální prostatektomii z perineálního přístupu. Léčbu zářením poprvé použil Desnos v roce 1908, který zavedl radium transuretrálně na cévce do výše prostatické části uretry. Později aplikoval perineální punkcí radium přímo do prostaty. Charles B. Huggins s Clarence Hodges roku 1941 prokázali, že karcinom prostaty je hormonálně dependentní. Zjistil, že kastrace vede nejen k atrofii prostaty, ale brzdí i vývoj primárního nádoru a jeho metastázy. Dospěl tak k závěru, že stejný účinek mají i estrogeny. Za tento objev v roce 1966 dostal Nobelovu cenu (LUKEŠ, 2002).

1.2 Definice onemocnění

Karcinom prostaty je klinicky nejčastěji označován jako adenokarcinom prostaty. Z patologicko-anatomického hlediska jde o abnormální nekoordinovaný růst epiteliálních prostatických buněk se ztrátou jejich funkce. Adenokarcinom prostaty se vyznačuje lokálně invazivním růstem a schopností zakládat vzdálené metastázy. Typickým znakem je jeho hormonální dependence, využitelná při léčebných manipulacích, zvláště v terapii pokročilého onemocnění (ADAM et al., 2010).

1.3 Epidemiologie

Nádory prostaty jsou druhou nejčastější malignitou u mužské populace. U mužů nad 50 let představují přibližně 16 % všech zhoubných nádorů. Z hlediska mortality jsou na třetím místě. Diagnostika se především změnila při zavedení specifického prostatického antigenu (PSA) do praxe.

V České republice roku 1989 bylo hlášeno 1634 nových onemocnění, v roce 1998 - 2843 případů a v roce 2005 to již bylo 3728 onemocnění karcinomem prostaty. Ve světovém žebříčku výskytu karcinomu prostaty dominují Spojené státy americké 125:100 000 mužů. V asijských zemích je naopak incidence i mortalita nejnižší. Počet diagnostikovaných nádorů neodpovídá skutečné incidenci (KAWACIUK, 2009).

„Karcinom prostaty je ze zdravotnicko-spoločenského hlediska označován jako nejzávažnější onkologické onemocnění mužské euroamerické populace konce 20. a začátku 21. století“ (ADAM et al., 2010, s. 150).

1.4 Etiologie a rizikové faktory

Přesná příčina karcinomu prostaty není tak známa jak u většiny nádorů. Hlavním rizikovým faktorem je vyšší věk a genetika. Věk má zásadní vliv na incidenci tohoto onemocnění. Čím starší člověk je, tím je větší pravděpodobnost výskytu. Ačkoliv jen jeden muž z 10.000 pod 40 let bude diagnostikován s tímto onemocněním, ve věku 40-59 let je to již 1 z 38. Ve skutečnosti více než 65 % všech případů karcinomu prostaty je diagnostikováno po 65. roce života, v 80. letech až ve 100 %. Přesto karcinom prostaty roste pomalu a může zůstat i několik let jako klinicky němý (BABJUK, 2003).

Vliv dědičnosti zde hraje velkou roli. Rodinné nádory tvoří asi 5 % karcinomů prostaty. Pozitivní rodinná anamnéza a rodinný výskyt zvyšuje riziko onemocnění na dvojnásobek až čtyřnásobek (ADAM et al., 2010).

1.4.1 Hormonální vlivy

Androgeny mají zásadní vliv na vznik a progresi karcinomu prostaty. Celkem 90 % androgenů v mužském těle představuje testosteron, který vzniká v Leydigových buňkách varlat, zbývajících 10 % tvoří dehydroepiandrosteron a androstendion produkované nadledvinami (ADAM et al., 2010).

1.4.2 Dietetické návyky

Klinické studie prokázaly, že nadměrná konzumace živočišných tuků a červeného masa zvyšuje incidenci karcinomu prostaty. Pro snížení nárůstu onemocnění je zapotřebí obohatit stravu o ovoce, zeleninu, vitamín E a selen. Blahodárný účinek má karotenoid, který je obsažen v rajských jablíčkách a působí jako antioxidant. Také sója obsahuje četné složky se slabou estrogení aktivitou. Muži, kteří konzumovali sojové mléko, měli o 70 % nižší riziko karcinomu prostaty (KAWACIUK, 2009; BABJUK, 2003).

1.4.3 Etnické vlivy

Rasové rozdíly v incidenci a mortalitě karcinomu prostaty jsou dobře známé. Nejvyšší incidence pro vznik karcinomu prostaty je zaznamenána v USA, především u černé rasy Afroameričanů. Nejnižší výskyt je u Číňanů, Japonců a indiánů. Migrační studie ukázaly, že významnou roli hraje změna zevního prostředí hostitelské země. (BABJUK, 2003).

1.4.4 Životní prostředí

Rizikový faktor představuje kontakt se rtutí, železem, kadmíem, izotopem kobaltu, zinku a kontakt s pesticidy a herbicidy (KAWACIUK, 2009).

1.5 Symptomatologie

Počáteční stádia tohoto onemocnění jsou většinou zcela asymptomatická. Jelikož nádor vzniká spíše na periférii prostaty, nezpůsobují mikční problémy, ty vzniknou až při lokálně pokročilém onemocnění nebo metastáze (BABJUK, 2003).

Lokální příznaky:

- poruchy mikce (např. retardace startu, slabý proud moče) - velmi časté
- hematurie – jako první příznak je spíše vzácná
- hemospermie a ↓ množství ejakulátu – příčinou je progresse nádoru s obstrukcí ductus ejaculatorius
- erektilní dysfunkce - vzácně

- priapismus – přetrvávající, chorobné a bolestivé ztotožnění penisu, které není provázeno pohlavním vzrušením a neodeznívá ani po pohlavním styku. Jde o nedostatečný průtok krve penisem, jehož tkáň trpí nedostatkem kyslíku. Ztotožnění může přetrvávat několik hodin, již 12. hodinová erekce je urgentním stavem a vyžaduje okamžitou léčbu.

Až 40 % nemocných s karcinomem prostaty již mají založené metastázy. V těchto případech se k lokálním příznakům objevují i příznaky celkové (BABJUK, 2009), (KAWACIUK, 2009).

Celkové příznaky:

- bolesti lumbosakrální oblasti, pánve či žeber
- slabost, apatie, nechutenství, hubnutí, anémie, febrilie, hyperkalcémie, patologické zlomeniny, ileózní stavy, diseminované intravaskulární koagulopatie
- edémy dolních končetin a zevního genitálu – vznikají při masivním postižením lymfatického systému a kompresi ilických vén (BABJUK, 2009), (KAWACIUK, 2009).

1.6 Diagnostika

Při včasné diagnostice karcinomu prostaty se uplatňuje trojkombinace vyšetření.

- Vyšetření per rectum
- Stanovení sérové hodnoty PSA
- TRUS s biopsií prostaty a ostatní zobrazovací metody

Nejužitečnější je rektální vyšetření v kombinaci odběru hodnoty PSA, která stanoví aktuální individuální riziko karcinomu prostaty. Samotná TRUS má při rozpoznání časného karcinomu malou prediktivní hodnotu (KAWACIUK, 2009).

1.6.1 Vyšetření per rectum

Digitalní rektální palpaci je možno provádět v několika pozicích: "na všech čtyřech", na zádech, ve stoje v předklonu, na levém nebo pravém boku. Prstem se přes

konečník vyšetří celý zadní povrch prostaty, což je asi třetina povrchu. Vyšetření per rectum diagnostikuje karcinom ve 30-40 %, u malých karcinomů není průkazný. Zdravá prostata je elastická, má hladký povrch a je ohraničená. Za odchylku je považována prostata zvětšená, hrbolatá, tužší až tvrdá a asymetrická. U pokročilých nálezů bývá špatně ohraničená (VORLÍČEK, 2012).

1.6.2 Stanovení sérové hodnoty PSA

Prostatický specifický antigen (PSA) je marker, který je orgánově specifický pro tkáň prostaty. Normální hodnoty v séru jsou nižší než 4 µg/ml. Nejedná se jen o tumorózní marker, ale může být i zvýšený při benigní hyperplazii prostaty a některých dalších onemocnění prostaty (BABJUK, 2009).

„V současnosti je PSA nejdůležitější marker při zjišťování diagnózy, monitoringu úspěšnosti léčby a odhalení progresu karcinomu prostaty. Jde o glykoprotein kódovaný na 19. chromosomu, secernovaný epiteliálními buňkami prostaty“ (ADAM et al., 2010, s. 150).

1.6.3 TRUS s biopsií prostaty a ostatní zobrazovací metody

Transrektální ultrasonografie se provádí rektální sondou vybavenou bioptickým naváděčem za účelem zjištění objemu a rozměru prostaty. Zobrazuje strukturu žlázy, ohraničení a stav semenných váčků. Umožňuje odhalit nádorové ložisko (nejčastěji typu hypoechogenního, méně často izo- nebo hyperechogenního).

Bylo prokázáno, že samotné vyšetření TRUS není schopno lokalizovat časný karcinom prostaty. K definitivnímu stanovení diagnózy se provádí za ultrazvukové kontroly transrektálním přístupem biopsie prostaty. Odebírá se kolem 8. vzorků ze změněné tkáně. Vzorky jsou odeslány na patologii k histologickému vyšetření. Vyšetření se provádí ambulantně nebo za jednodenní hospitalizace. V případě negativního výsledku biopsie prostaty je podezření na falešnou histologickou negativitu a po určitém časovém odstupu je znovu provedena biopsie, tzv. rebiopsie prostaty (ADAM et al., 2010).

Mezi další zobrazovací metody patří CT malé pánve a scintigrafie skeletu. CT malé pánve není pro upřesnění diagnózy karcinomu prostaty, ale má význam pro posouzení rozsahu primárního nádoru, zdali nejsou postiženy regionální uzliny a slouží jako plánování postupu pro radioterapii. Scintigrafie skeletu je nejcitlivější metodou pro

odhalení kostních metastáz. U 25 % vyšetřovaných pacientů s karcinomem prostaty, u kterých RTG vyšetření skeletu vyšlo negativní, mělo kostní metastázy při radionuklidovém vyšetření. Nesprávně vyhodnocené negativní výsledky se objevují u 8 % nemocných s metastatickým postižením při RTG vyšetření (BABJUK, 2009).

1.7 Patologie karcinomu prostaty

TNM klasifikace karcinomu prostaty definuje rozsah (staging) a posouzení nemoci. Cílem stagingového systému je predikce prognózy a zvolit určitý výběr léčby, který je založen na skutečném rozsahu onemocnění. Tato klasifikace se využívá u adenokarcinomů. Vyšetření k posouzení velikosti nádoru určuje T (tumor) klasifikace. Nemocný musí podstoupit digitální rektální vyšetření a transrektální sonografii. Méně často se využívají zobrazovací metody CT nebo MR. Pro přesné určení velikosti nádoru je zapotřebí histologické vyšetření, které je možné při odstranění preparátu během operace radikální prostatektomie.

Vyšetření o rozsahu uzlin (N kategorie) se provádí jen u určitých léčebných postupů. Pacienti, kteří mají vzdálené metastázy, se toto vyšetření neindikuje. Informace o stavu lymfatických uzlin je možno předoperačně zjistit pomocí CT ev. MR. Výsledek ale může být mylně negativní (až v 20 %), jelikož CT vyšetřovací metoda nemá dostatečnou senzitivitu, totéž lze říci o MR. Při patologickém nálezu může dojít ke změně indikaci léčby. Pánevní lymfadenektomie má význam jak diagnostický, tak terapeutický.

Přístupujeme-li ke kurativní léčbě, musí být vyloučeny vzdálené metastázy (M kategorie). Pro zjištění kostních metastáz je obligátním vyšetřením scintigrafie skeletu. RTG plic a ultrazvuk jater patří k rutinním vyšetřením, slouží k potvrzení či vyloučení vzdálených metastáz orgánů.

Významnou roli pro histopatologický grading (vyzrálost) karcinomu prostaty hraje Gleasonovo skóre. Jedná se o pětistupňové hodnocení architektonického uspořádání nádorových žláz prostaty (DVOŘÁČEK et al., 2005).

1.8 Screening

Screening se provádí u určité skupiny zdravých lidí, za účelem vyhledávání určitého onemocnění a popřípadě zahájení tak včasné léčby.

V posledních 20. letech se incidence karcinomu prostaty podstatně zvýšila, především u mužů po 50. roce, kdy hladina PSA stoupá rychleji. Screeningové vyšetření zahrnuje odběr krve PSA a vyšetření prostaty per rectum, které provádí obvodní lékař nebo specialista. Americká onkologická společnost (American Cancer Society, ACS) doporučuje jednou ročně screeningové vyšetření u mužů po 50. roce života. U mužů s pozitivní rodinou anamnézou se doporučuje screeningové vyšetření po 40. roce a u velmi rizikových jedinců s pozitivní rodinou anamnézou a u mužů negroidní rasy je začátek screeningu zahájen v mladším věku. Při pozitivním krevním testu PSA pacient podstupuje další podrobnější diagnostická vyšetření (DVOŘÁČEK et al., 2005).

1.9 Prognóza

Pro stanovení stupně závažnosti onemocnění a způsoby léčby rozhodují mnohé faktory, věk pacienta a rozsah onemocnění (dle TNM klasifikace), přítomnost buněčné anaplazie, hodnota PSA v krvi a Gleasonovo skóre (GS), neodmyslitelně k tomu patří způsob vedení léčby s prolínáním kvalita života nemocného.

Prognóza i výsledky léčby jsou v onkologii hodnoceny v procentech u nemocných přežívajících 5. let s daným onemocněním. Téměř 70 % nemocných přežívá 5. let, kdy nádor v prvním a druhém stádiu je omezen na prostatu. Ve čtvrtém metastatickém stádiu, kdy tumor přesahuje prostatu nebo se rozšířil do regionálních uzlin a těla, je léčen pouze paliativně s dočasným efektem. Rakovina prostaty patří mezi pomalu rostoucí nádory, tudíž její prognóza ve srovnání s rakovinou ledvin nebo plic ve stejném stádiu je výrazně lepší. S nevléčitelnou rakovinou prostaty mohou někteří starší muži žít i mnoho let, umírají pak spíše na srdeční selhání či mozkovou mrtvici (ADAM et al., 2011).

1.10 Terapie

Léčba karcinomu prostaty je u každého nemocného zcela individuální. Je vždy nutno zvážit, kterou metodu v často velmi rozdílných postupech u konkrétního pacienta třeba využít, aby bylo dosaženo co nejlepších možných výsledků. Sestavení léčebného plánu u karcinomu prostaty bývá závislé na mnoho různých faktorech. Důležitou roli hraje včasná diagnostika a zahájení vhodné léčby daného onemocnění. Léčba se dělí na lokální, kdy karcinom je ohraničen na prostatu a na léčbu celkovou, kdy karcinom je lokálně pokročilý nebo může metastazovat lymfogenní či hematogenní cestou.

Nemocní s ohraničeným karcinomem prostaty mají velkou šanci na úplné vyléčení, kdy radikálním způsobem je nádor odstraněn nebo zničen. Jestliže je překročena hranice nádoru prostaty, jde o systémové onemocnění a terapie je pouze paliativní (DVOŘÁČEK et al., 2005).

K léčbě karcinomu prostaty se může přistupovat dvěma způsoby, odloženou a aktivní léčbou.

Odložená léčba

Je to nejjednodušší a nejpříjemnější léčba u starých a nemocných mužů, kdy doba přežití je kratší, než doba, kdy se nádor může projevit a ohrozit tak nemocného na životě. Nádor v tomto případě roste pomalu cca 10-15 let. Nemocný se neléčí a je intenzivně monitorován. Jakmile se objeví první známky klinické progresse, přistupuje se ihned k radikální léčbě (DVOŘÁČEK et al., 2005).

Aktivní léčba

Aktivní léčba se dělí na kurativní a paliativní. Při kurativní léčbě je lokalizovaný nádor odstraněn nebo zničen radikální prostatektomií, zevní radioterapií, brachyterapií nebo kryoterapií. Nejúspěšnější a nejčastější léčbou je radikální prostatektomie. Léčebné postupy se mohou mezi sebou kombinovat i doplňovat hormonální léčbou.

K paliativní léčbě přistupujeme u lokálně pokročilých nádorů s metastatickým průběhem, kdy není možné vyléčení. Zahrnuje jen sekundární hormonální léčbu, androgenní blokádu, chemoterapii a radioterapii (DVOŘÁČEK et al., 2005).

1.11 Radikální prostatektomie

Radikální prostatektomie (RAPE) je nejrozšířenější operační léčba lokalizovaného i lokálně pokročilého karcinomu prostaty. Odstraňuje se kompletně celá žláza včetně pouzdra se semennými váčky, a vytvoří se spoj mezi močovým měchýřem a močovou trubicí - uretrovezikální anastomóza. Radikální operace prostaty je vždy velký, těžký a v mnoha ohledech zatěžující výkon. Tento operační zákrok je indikován u osob, u kterých se předpokládá doba přežití minimálně 10 let. V některých případech se provádí pánevní lymfadenektomie, kdy nádorové buňky prostaty pronikají lymfatickými cévami do lymfatických uzlin malé pánve, a vytváří tak dceřiné nádory neboli metastázy. Odebrané lymfatické uzliny jsou podrobeny histologickému vyšetření a upřesňují stagingovou proceduru s následnou léčbou (ADAM et al., 2011).

Radikální prostatektomie se může provádět více operačními způsoby. Nejčastěji se využívá retropubický přístup otevřenou cestou. Nemocný je uložen do Trendelenburovy polohy na zádech v mírné hyperextenzi. Tato poloha zlepšuje operatérovi přístup do malé pánve. Před samotným výkonem nejdříve zavede operátor katétr do močového měchýře, a poté provede řez směrem od pupku k symfýze (ADAM et al., 2011).

V pooperačním období má nemocný zaveden permanentní katétr minimálně 6. dní, aby předešel případné inkontinenci a erektilní dysfunkci. Cévkou je možno ponechat 2-3 týdny po výkonu. Od prvního pooperačního dne je pacient schopen přijímat tekutou stravu. Nutná je antiagregační léčba, rehabilitace a spolupráce pacienta (KAWACIUK, 2009).

Méně často se využívá otevřený přístup v perineální oblasti. Řez je veden polokruhovitě v oblasti mezi šourkem a konečníkem. Indikace perineální prostatektomie se neliší od retropubické operace, jedná se vždy o lokalizovaný adenokarcinom prostaty. Nevýhodou při tomto řezu je nemožné provést ze stejného místa pánevní lymfadenektomii. Pacient je uložen do vysoké litotomické polohy s dolními končetinami mířeny kranioventrálně. Tato poloha není vhodná pro pacienty s onemocněním kyčlí (KAWACIUK, 2009).

V pooperačním období bývá bolest uváděna zpravidla nižší než u retropubického přístupu. Dochází k rychlejší rekonvalescenci a ukončení hospitalizace většinou do 3. dnů od operace. Katétr je možné odstranit už od 5. pooperačního dne.

Mezi další operační techniky patří miniinvazivní výkony, jako je laparoskopická nebo robotická operace. Při laparoskopii je pacientovi zavedeno 5 trokarů přes dutinu

břišní nejčastěji transperitoneální cestou. Trokary jsou symetricky rozděleny v podbřišku s kamerovým portem v pupku. Laparoskopické operace se provádí po celém světě a jejich výsledky, jak onkologické, tak funkční jsou srovnatelné s výsledky otevřené operace. Uvádí se, že v některých případech i převyšují kvalitu klasické otevřené operace. Jde především o snížení krevních ztrát a lepší vodotěsnost uretrovezikální anastomózy. Provádí se na pracovištích, která jsou velice dobře personálně, tak i materiálně vybaveny (KAWACIUK, 2009).

Robotická prostatektomie má řadu výhod oproti běžné laparoskopické technice. V současné době je využíván pouze jeden robotický systém – robot daVinci firmy z Kalifornie. Robotická operace umožňuje simulovat pohyb zápěstím a operátor má díky zvětšenému trojrozměrnému vidění lepší orientaci při samotné prostatektomii, přesněji v nervově cévních svazcích. Operátor sedí u ovládacího panelu, který je přilehlý k operačnímu stolu, ovládá pohyby kamery a ramen. Při této metodě jsou zapotřebí jeden až dva školení asistenti, kteří nabíjejí robotické instrumenty a příležitostně upravují polohu robotických ramen (KAWACIUK, 2009).

1.11.1 Komplikace

Radikální prostatektomie je nemalý operační výkon, který může představovat mnohá rizika a komplikace. Komplikace především souvisejí s operační technikou, náročností a přehledností operačního pole, které může být omezeno krvácením či lokalizací anatomicky operovaných struktur.

Nejčastější peroperační komplikací je krvácení z rány z oblasti plexus santorini, kdy dochází k velkým krevním ztrátám a je nutná jejich okamžitá náhrada. Mezi další komplikace patří otevření rekta při nedostatečně zřetelné rovině mezi prostatou a přední stěnou rekta a protětí nervu obturatorius, který je zodpovědný za inervaci dolních končetin.

V pooperačním období hrozí riziko vypadnutí uretrální cévky, kdy její znovuzavedení je velmi málo pravděpodobné. K dlouhodobým pooperačním komplikacím patří inkontinence moči, erektilní dysfunkce, striktura v anastomóze a recidiva nádoru, která se odvíjí od stagingu a gradingu (DVOŘÁČEK et al., 2005).

Inkontinence moči bývá velice častým problémem po operaci radikální prostatektomii. Může být zapříčiněna poraněním příčně pruhovaného sfinkteru nebo se na úniku moči mohou podílet stresové faktory (prudký pohyb, kašel, smích). Zhruba

10-25 % pacientů nosí několik měsíců pánské vložky. Velký přínos pro navrácení kontinence je posilování pánevního dna Kegellovými cviky. K úpravě dochází u více než 90% pacientů do roka. Pouze u 3 % postižených trvalou inkontinencí se přiklání k implantaci umělého svěrače (ZÁMEČNÍK, 2010).

Mezi další komplikace patří erektilní dysfunkce v důsledku poškození nervových a cévních svazků. Erekttilní dysfunkce se vyznačuje jako porucha dosažení či udržení erekce během pohlavního styku. Při zachování jednoho svazku je erektilita výrazně horší, než při zachování obou. Přesto zachovanou erekci má více než 60 % operovaných. Někteří pacienti užívají medikamenty perorální inhibitory fosfodiesterázy, častěji si však nechávají aplikovat intrakavernózní prostaglandin E. Na impotenci mají vliv i další faktory, jako je věk, předoperační sexuální aktivita a staging nemoci (ADAM et al., 2010).

Striktura anastomózy se vyskytuje u pacientů, kteří prodělali operaci na prostatě především transuretrální prostatektomií (TUR-P), dále při excesivním peroperačním krvácení a pooperačním úniku moče z anastomózy. Striktura způsobená zjizvením tkáně se projevuje postupně slábnoucím proudem moče, která je průkazná pomocí UCG vyšetření a uroflowmetrie. V horších případech se můžeme setkat i s retencí moče. K léčbě přistupujeme většinou chirurgicky, pomocí transuretrální resekce (TUR) nebo opatrném nařiznutí anastomózy. Dilatace uretry a optická uretrotomie mívají většinou pouze přechodný efekt (ADAM et al., 2010).

1.12 Radioterapie

„Radioterapie je léčba ionizujícím zářením, která je založena na tom, že většina nádorových buněk je na radiaci citlivější než normální buňky zdravé tkáně“ (ABRAHAMOVÁ, 2012, s. 100).

Radioterapie se řadí mezi konzervativní alternativu radikální operační léčby u lokalizovaného karcinomu prostaty. Je nutné aplikovat vysoké dávky záření, vzhledem k omezené radiosenzivitě. Nicméně existují 3 možnosti pro aplikaci vysokodávkované radioterapie, teleradioterapie (zevní ozáření), brachyradioterapie (zářič je zaveden přímo v nádoru) a prolínání se obou kombinací vzájemně. Při radioterapii prostaty se využívají nejčastěji lineární akcelerátory a paprsky X, tzv. brzdní záření. Účinná dávka se pohybuje v rozmezí 70-80 Gy (DOLEŽEL, 2011).

Na výběru typu ozáření se podílejí mnohá kritéria, záleží na celkovém zdravotním stavu, klinickém stádiu karcinomu, dostupnosti léčebných metod a na samotném rozhodnutí pacienta (ZÁMEČNÍK, 2010).

Zevní radioterapie se v posledních 20. letech podrobila rozsáhlému vývoji, objevily se nové ozařovací metody a zlepšily se výsledky léčby. Konformní techniky se dostaly na vyšší úroveň kvality a bezpečnosti, kdy umožňují zvýšit dávku záření přímo v oblasti nádoru a snižují ozařovaný objem na zdravou tkáň. V současnosti nejpřesnější metodou je radioterapie s modulovanou intenzitou IMRT (DOLEŽEL, 2011).

Brachyradioterapie je moderní technika, která spočívá v pravení radiojodových zrn přímo do bezprostřední blízkosti nádoru perkutánní transperineální cestou za kontroly TRUS. Výsledky jsou patřičné pro krátký dosah záření a působící dávky přímo v místě nádoru (DOLEŽEL, 2011).

Paliativní radioterapie bývá indikována u lokálně pokročilých karcinomů prostaty a u kostních metastáz. Cílem této léčby je dosáhnout analgetického efektu, předejít patologickým zlomeninám, popřípadě usnadnit jejich hojení a zlepšit mobilitu. K této metodě se přistupuje pro zlepšení kvality života nemocného (ADAM, 2010).

Komplexní radiační léčba může mít i svá úskalí. Ozáření pacienta představuje mnohá rizika a pozdní komplikace (chronická proktitida, inkontinence, erektilní dysfunkce, střevní potíže - průjmy, bolestivost v oblasti konečníku a během močení, radiační cystitida, vzácně vezikorektální píštěl) (ZÁMEČNÍK, 2010).

1.13 Hormonální léčba

Hormonální léčba neboli androgenní deprivace je stále základní formou systémové terapie u karcinomu prostaty. Taktéž prošla řadou obnovení a původní hlavní indikace u metastáz se rozšířily k časným stádiím. Význam této metody vzrostl obzvláště po zjištění, že léčba lokalizovaného karcinomu prostaty s vysokým rizikem recidivy a progresu není dostačující. Přesto léčba zůstává nadále dočasná a jen paliativní (DVOŘÁČEK, 2005).

Hormonální terapie vychází ze závislosti epiteliálních buněk prostaty na androgenech. Androgeny jsou tvořeny v 90 % mužským pohlavním hormonem testosteronem, který je produkován Leydigovými buňkami varlat a v malé míře jsou tvořeny kůrou nadledvin. Uvádí se až 80 % hormonálně dependentních karcinomů

prostaty a zbylých 20 % je primárně hormonálně independentních. K snížení androgenů a zamezení působení účinku karcinogenních buněk se snažíme docílit pomocí chirurgické nebo medikamentózní léčby (KAWACIUK, 2009).

Bilaterální orchiektomie (kastrace) je poměrně jednoduchý chirurgický operační výkon, který rychle snižuje vylučování nejsilnějšího cirkulujícího androgenu testosteronu. Ekonomicky se řadí mezi nejméně náročnou léčebnou metodu. Pro pacienta může představovat psychické změny, kdy dochází ke snížení libida a impotenci. Přesto má přibližně třetina mužů zachovanou funkční erekci. Z psychologického hlediska je možné implantovat protézu varlete (KAWACIUK, 2009).

Konzervativní léčbu představuje medikamentózní kastrace, která potlačuje cirkulující testosteron. Podání LH-RH analog působí tzv. reverzibilně a jejich účinnost je srovnatelná s chirurgickým výkonem orchiektomií. Mechanismus účinku je založen v hyperstimulaci hypofýzy s následnou ztrátou receptorů pro LH-RH, poklesu sekrečních hladin LH-RH a testosteronu. Podává se ve formě subkutánní depotní injekce jednou za 1 až 3 měsíce. Další medikamentózní složkou jsou Antiandrogeny neboli antagonisté androgenů, jsou to látky, které působí přímo v cílové prostatické či karcinomové buňce, v níž se kompetitivně váží na prostatické androgenní receptory a kromě antiandrogenního efektu též potlačují sekreci testosteronu inhibicí hypofyzárního LH. K totální androgení blokádě přistupujeme, jestliže chceme zabránit možnému vlivu nadledvinových androgenů. Jde o kombinaci orchiektomie (chirurgické či chemické) s podáním antiandrogenů. Tato léčba má pro pacienta řadu nežádoucích účinků, aplikuje se při zhoršení nemoci s progresivním lokálním šířením nádoru, při vysokých hodnotách PSA nebo výraznou symptomatologií u metastáz (HORA, 2004), (VORLÍČEK, 2012).

1.14 Chemoterapie

Většina onkologických onemocnění se rutině léčí pomocí chemoterapie. U pokročilého karcinomu prostaty není tato metoda hlavní volbou. Karcinom prostaty je obecně velmi málo citlivý na chemoterapii. Tato léčba se využívá u diseminovaného, hormonálně refrakterního onemocnění s časově omezenou odpovědí.

Nové protinádorové léky s různou kombinací působící na buněčný mechanismus vyvrátily pochyby panující k tomuto druhu léčby. Sice se stále nedaří dosáhnout

způsobu prodloužení intervalu žití, ale zvýšila se tak úspěšnost ve smyslu prodloužení beznádorového období, a také kontrola bolesti. Povzbudivé jsou také případy, kdy došlo k vymizení či snížení nádorové hmoty dle kostního skenu nebo CT.

Jako standardní chemoterapeutikum je využíván docetaxel. Docetaxel je méně toxický pro tělo, má lepší klinickou a PSA odpověď a nižší procento progresu. V případě kostních metastáz lze dosáhnout ústupu komplikací pravidelným podáváním bisfosfonátů.

I chemoterapie může mít negativní vliv na organismus člověka, určité typy léků mohou mít toxický vliv na ledviny a játra. Léčba není doporučována u osob s vysokým věkem a s celkovým zhoršením zdravotního stavu (DVOŘÁČEK et al., 2005).

2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S KARCINOMEM PROSTATY

Pacienti, u kterých bylo diagnostikováno onemocnění karcinomu prostaty a je nutná chirurgická léčba, jsou hospitalizováni na standardním urologickém oddělení. Pacient přichází s platným interním vyšetřením, kdy je schopen operačního zákroku a nejsou žádné kontraindikace, které by mohly nemocného ohrozit na životě.

Většinou následující den po příjmu je proveden vhodně zvolený operační výkon, který trvá zhruba 2-3 hodiny. Poté je převezen z operačního sálu na JIP, kde je kontinuálně monitorován a ošetřován kvalifikovaným personálem. Po stabilizaci a zlepšení celkového zdravotního stavu je pacient přeložen zpět na standardní urologické oddělení. Během hospitalizace je nutné dodržovat léčebný režim a klid na lůžku.

Sestra se v rámci ošetřovatelské péče o pacienta věnuje následujícímu:

Monitoring

- sleduje fyziologické funkce – stav vědomí, TK, puls, dech, TT
- sleduje nutriční stav – příjem a výdej tekutin (bilance tekutin), BMI, hmotnost, stav pokožky
- sleduje a hodnotí intenzitu bolesti
- sleduje vyprazdňování stolice – četnost, charakter, příměsi, množství, konzistenci
- zhodnotí, zdali má kvalitní spánek, dostatek odpočinku, dodržuje klidový režim
- zhodnotí pohyb a zlepšení v rehabilitaci, stupeň sebedpěče
- kontroluje operační ránu – jestli se hojí per primam a nejeví známky infekce
- kontroluje invazivní vstupy – PMK, intravenózní kanylu či CŽK, drény
- zhodnotí psychický stav
- sleduje účinky léčiv

(MIKŠOVÁ et al., 2006), (NEJEDLÁ, 2004)

Výživa

- zajistí pravidelnou a vhodnou stravu – zpočátku tekutá, šetřící a postupně přechod na stravu racionální

- zhodnotí úroveň výživy
- poučí nemocného o dietních opatření a o nutnosti dodržování dietního opatření
- zajistí dostatečný příjem tekutin
- kontroluje BMI, hmotnost, výšku
- zjistí, jaká jídla preferuje a jaké má stravovací návyky
- zajistí dopomoc při snížené soběstačnosti
- popřípadě zajistí spolupráci s nutričním terapeutem
- sleduje kožní turgor a stav sliznic
(MIKŠOVÁ et al., 2006)

Vylučování

- sleduje vylučování stolice - četnost, charakter, příměsi, množství, konzistenci
- hodnotí bilance tekutin – pacient má zavedený PMK, sleduje průchodnost, množství, barvu, příměsi, přistupuje asepticky, dbá na dostatečnou hygienu
- po vytažení PMK – informuje o nutnosti vymočení do 8 hodin, zajistí močovou láhev na dosah ruky a sleduje frekvenci močení
- edukuje pacienta o správném cvičení na zpevnění pánevního dna (Kegelovy cviky)
- při poruše vyprazdňování stolice podá laxativa dle ordinace lékaře
- zjistí, zdali netrpí pacient nadýmáním a plynatostí
- sleduje stav pocení
- sleduje drenážní systém
(MIKŠOVÁ et al., 2006), (NEJEDLÁ, 2004)

Operační rána

- sleduje a hodnotí operační ránu a její okolí – rána nejeví známky infekce a hojí se per primam
- sleduje a zaznamenává odpad ze zavedeného drénu v operační ráně – množství, příměsi, barvu, průchodnost drénu
- ránu pravidelně převazuje za aseptických podmínek s ošetřujícím lékařem
(MIKŠOVÁ et al., 2006)

Hygienická péče

- zjistí a zhodnotí míru soběstačnosti

- vypomáhá v oblasti hygienické péče v prvních dnech po operaci
 - věnuje pozornost hygieně v oblasti genitálu a péči o kůži v této oblasti
 - pravidelně vyměňuje osobní a ložní prádlo
 - předchází vzniku opruzenin a proleženin
 - chrání nemocného před prochladnutím při hygieně
 - pomůcky nachystá na dosah ruky
 - aktivizuje pacienta v oblasti hygieny
- (MIKŠOVÁ et al., 2006), (PORTUŽÁKOVÁ, 2007)

Pohybový režim

- první den po operaci poučí pacienta o klidovém režimu
 - druhý den po operaci zajistí spolupráci s fyzioterapeutem
 - zajistí prevenci TEN – bandáže dolních končetin, podávej antikoagulantia dle ordinace lékaře
 - zhodnotí stupeň soběstačnosti a sebepéče
 - v pooperačních dnech pomalu aktivizuje pacienta
 - při nácvičce chůze využívá pacient pevnou obuv a kompenzační pomůcky dle fyzioterapeuta
- (MIKŠOVÁ et al., 2006), (NEJEDLÁ, 2004)

Spánek a odpočinek

- zajistí klidný a nenarušený spánek
 - zjistí spánkové rituály a dle možností je respektuje
 - při poruše spánku, podá hypnotika dle ordinace lékaře
 - před spánkem vyvětrá místnost
 - sleduje a zhodnotí kvalitu a délku spánku
 - při bolestech podá analgetika dle ordinace lékaře
- (MIKŠOVÁ et al., 2006)

Psychosociální potřeby

- sleduje psychický stav pacienta
- zajistí kontakt s rodinou, příbuznými
- jedná empaticky, profesionálně a vlídně
- v případě zájmu zajistí psychologa či psychiatra (MIKŠOVÁ et al., 2006)

3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S KARCINOMEM PROSTATY

V této části kapitoly jsem vypracovala ošetřovatelský proces u pacienta s onemocněním karcinomem prostaty. Pacient byl přijat na standardní urologické oddělení k plánovanému operačnímu výkonu radikální prostatektomii. Pomocí ošetřovatelských diagnóz jsem vytvořila individuální ošetřovatelský plán. Informace jsem získávala pozorováním, rozhovorem a čerpáním ze zdravotnické dokumentace.

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Tabulka 1 – Identifikační údaje

Jméno a příjmení: P. N	Pohlaví: muž
Datum narození: 20. 8. 1954	Věk: 60 let
Adresa bydliště: Brno	Číslo pojištění: 111
Rodné číslo: -----	Zaměstnání: správce golfového hřiště
Vzdělání: středoškolské	Státní příslušnost: česká
Stav: rozvedený	Typ přijetí: plánované
Datum přijetí: 20. 1. 2014	Ošetřující lékař: primář MUDr. Petr Filipenský PhD.
Oddělení: urologické	

Důvod přijetí udávaný pacientem:

„Poslední dobou jsem měl problémy s močením. Chodil jsem často močit po malých dávkách, proud byl slabý a začátek nástupu močení s časovou prodlevou. Jelikož tyto problémy neustupovaly, cestou praktického lékaře jsem byl odeslán k urologovi pro podrobnější vyšetření. Podstoupil jsem vyšetření ultrazvuk ledvin, laboratorní vyšetření krve na PSA (21,06 µg/ml), TRUS s biopsií prostaty, CT malé pánve a scintigrafii skeletu. Dle těchto vyšetřovacích metod mi byl diagnostikován adenokarcinom prostaty s Gleason score 3+3. Dne 20. 1. jsem byl přijat na urologické oddělení k operačnímu výkonu radikální prostatektomii.“

Medicínská diagnóza hlavní:

Adenokarcinoma prostatae cT2 – 3, Gleason score 3+3

Medicínská diagnóza vedlejší:

Porucha glukózové tolerance – DM doposud neprokázán

Hypertenze

Hypercholesterolémie

Astma bronchiale

VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ

Tabulka 2 – Vitální funkce při přijetí

TK: 120/70	Výška: 170 cm
P: 61/min	Hmotnost: 71 kg
D: 19/min	BMI: 24,57
TT: 36,8°C	Pohyblivost: neomezená
Stav vědomí: orientován, při vědomí	Krevní skupina: B+

Nynější onemocnění:

Pacient je plánované přijat na urologické oddělení k operačnímu výkonu radikální prostatektomii, event. pánevní lymfadenektomii. Interní předoperační vyšetření platné, nemocný schopen operačního zákroku v celkové anestezii. Mikční potíže přetrvávají. Pacient během hospitalizace souhlasí s veškerými lékařskými výkony a vyšetřením.

Informační zdroje: chorobopis, dekurz, pacient, lékař, veškerá dokumentace

ANAMNÉZA**Rodinná anamnéza:**

Matka: zemřela na ca prsu

Otec: zemřel na rakovinu – detaily neví

Sourozenci: sestra – léčí se s hypertenzí

Děti: nemá

Osobní anamnéza:

Překonané a chronické onemocnění:

porucha glukózové tolerance – DM doposud neprokázán

hypercholesterolémie

hypertenze
astma bronchiale – 1. stupeň

Hospitalizace a operace:

miniskus l. dx.
appendektomie v dětství
katarakta bilaterálně

Úrazy:

zlomenina předloktí na PHK - 2004

Transfúze: 0

Očkování: Pacient očkován dle očkovacího průkazu

Tabulka 3 – Léková anamnéza

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Zodac	tableta	10 mg	1-0-0	antihistaminika
Avamys	sprej	27,5 mikro g	1-0-0	antihistaminika
Ventolin	inhalační	100 mikro g	při potížích	antihistaminika, bronchodilatancia
Tritace	tableta	1,25 mg	1-0-0	antihypertenziva
Bicaluplex	tableta	150 mg	1-0-0	cytostatika

Alergologická anamnéza:

Léky: 0

Potraviny: 0

Chemické látky: 0

Jiné: jarní stromy, zvířecí srst (pes, kočka)

Abusus:

Alkohol: pivo 1x denně

Kouření: kouří 10 cigaret denně

Káva: občas pije

Léky: 0

Jiné drogy: 0

Urologická anamnéza:

Pravidelně sledován, doposud nevýznamná

Sociální anamnéza:

Stav: rozvedený

Bytové podmínky: žije s přítelkyní v bytě

Vztahy, role a interakce v rodině: pacient se často vídá se svou sestrou. Rodiče již nežijí.

Vztahy mimo rodinu: pacient je přátelské povahy. Je obklopen mnoha přáteli, s kterými se pravidelně stýká. Je nekonfliktní typ

Záliby: má rád svou práci. Ve volném čase hraje golf, plave a jezdí na kolečkových bruslích- ujede více jak 20 km za den

Volnočasové aktivity: hraje golf, plave a jezdí na kolečkových bruslích- ujede více jak 20 km za den

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: Středoškolské

Pracovní zařazení: správce na golfovém hřišti

Ekonomické podmínky: střední

Vztahy na pracovišti: dobré

Spirituální anamnéza:

Pacient je ateista

POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU

Tabulka 4 – Popis fyzického stavu

POPIS FYZICKÉHO STAVU		
SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Hlava a krk	„Nyní nemám bolesti hlavy a krku, občas mě hlava bolí, ale to bývá tím, že málo piju.“	Hlava: lebka symetrická, nebolestivá Krk: uzliny nejsou zvětšené, náplň krčních žil v normě, pulz na karotidách pravidelný Dutina ústní: sliznice růžové, bez známek povlaku, chrup vlastní, bez

		<p>zápachu z úst, jazyk středem</p> <p>Nos: bez výtoku</p> <p>Uši: sluch úměrný ke svému věku</p> <p>Zrak: brýle pouze na čtení, oči bez výtoků, barva sklér bílá a jasná, zornice isokorické</p>
Hrudník a dýchací cesty	<p>„Teď se mi dýchá dobře. Problém nastane z jara, jakmile začnou kvést jarní stromy, spustí se mi okamžitě alergie. Snažím se vyhýbat i kontaktu se zvířaty, v jejich blízkosti se rozkýchám, začnou mi pálit oči a téct z nosu.“</p>	<p>Hrudník: kůže hydratovaná, tvar hrudníku bez deformit</p> <p>Plíce: poklep plný, jasný, dýchání alveolární bez vedlejších fenoménů.</p> <p>Dech: 19/min</p>
Srdeční a cévní systém	<p>„Léčím se s vyšším tlakem. Beru léky, takže nepociťuji na sobě nějaké problémy s tlakem.“</p>	<p>Srdce: Srdeční akce pravidelná, ozvy ohraničené, bez šelestů</p> <p>TK: 120/70</p> <p>Puls: 61/min</p>
Břicho a GIT	<p>„S břichem žádné problémy nemám. Občas se cítím nafouklý, ale to brzy přejde.“</p>	<p>Břicho: měkké, prohmatné, papačně nebolestivé, bez hmatné rezistence, bez známek peritoneálního dráždění. Tapottement oboustranně negativní. Hepar a lien nehmatný. Stolice pravidelná. Kůže na břichu hydratovaná, beze změn.</p>
Močový a pohlavní systém	<p>„Bohužel se teď potýkám s problémem při močení, jak už jsem zmiňoval, chodím močit celkem často po malých dávkách s prodlouženou časovou pauzou. Dost mě to omezuje. Proto jsem zašel k mému urologovi a teď jsem skončil u Vás.“</p>	<p>Genitál: Penis, scrotum i testes beze změn</p> <p>Prostata: indagace nebolestivá, prostata hladká, ohraničená, palpačně benigní, mírně prominuje, tužší hrana levého laloku</p>
Kosterní a svalový systém	<p>„Kosti mě nebolí, ani svaly. Přeci jenom se snažím sportovat, a to mě drží být v dobré kondici.“</p>	<p>Pacient je plně mobilní, deformity a omezení v kloubech či svalech nejsou přítomny. Svaly jsou normálního napětí. Pohyb není omezen, je plynulý.</p>

Nervový a smyslový systém	„Na dálku vidím dobře, jen na čtení už potřebuji brýle. Slyším Vás dobře, a nervy? S těma se neléčím a doufám, že nikdy nebudu.“	Vědomí: orientovaný, klidný, lucidní Reflexy: zachované Zrak: brýle na čtení Sluch: úměrný věku
Endokrinní systém	„S ničím takovým se neléčím.“	Štítná žláza: bez patologie (nezvětšená, nebolestivá, krevní hodnoty jsou v normě)
Imunologický systém	„Jsem od mládí alergik a taky mám lehké astma. Nejrizikovější je pro mě období jara a kontakt se zvířaty.“	Pacient užívá léky na alergii a astma. Mezi alergeny patří: jarní stromy, kočka a pes
Kůže a její adnexa	„Kůži mám normální, tak jako každé jiné chlap.“	Kůže je hydratovaná, růžová, bez otoků a patologických ložisek. Má normální vzhled. Jizva po appendektomii. Nehty krátké, upravené.

Poznámky z tělesné prohlídky: S pacientem byla příjemná spolupráce.

Tabulka 5 – Aktivity denního života

AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Stravování	Doma	„Doma sním vše, na co přijdu. Žádnou dietu nedržím, ani jsem nikdy nedržel. Nejraději mám maso z grilu a tvarůžky. Ovoce a zeleninu bohužel v mém jídelníčku nenajdete, i když vím, že to je chyba.“	

	V nemocnici	<p>„Nemocniční jídlo se pro mě nedá nazvat jídlem. Porce jsou tu malé, člověk se pak musí něčím dojíst. Většinou mi nosí jídlo rodina, občas si objedná něco přes internet nebo si zajdu do kantýny v areálu nemocnice. Co se týče chuti jídla, buď je to přesolené, nebo nedochucené.“</p>	<p>Pacient má při příjmu dietu č. 3 – racionální. V den operace musí být lačný. První den po výkonu přijímá tekutou stravu a postupně přechází na šetřící dietu. Většinou sní tak ½ porce. Stravu má 3x denně, během odpoledne jsou pacientům 3. den po operaci přístupné svačiny (pečivo, kafe). Všimla jsem si, že během hospitalizace si pacient kupuje stravu sám nebo mu donese jídlo rodina.</p>
Příjem tekutin	Doma	<p>„Doma piju převážně kupovanou neperlivou vodu, občas si ji naředím šťávou. Přeslazeným nápojem se vyhýbám. Perlivé vody mi taky zrovna nesvědčí. Když už mám opravdu velkou žízeň, šáhnu si po pořádném pivku, to u mě nesmí za žádnou cenu chybět. Zkrátka jedno pivko denně zvládnou. Myslím si, že za ten den vypiji min. litr nealka, piva a kafe nepočítám.“</p>	
	V nemocnici	<p>„Tady v nemocnici mám bohužel zakázané alkoholické nápoje. Sestra mi přinese balík neperlivých vod. Samozřejmě na pokoji máme ten Váš nemocniční čaj, ale nic takového já nepiji. Snažím se vypít tak ten 1,5 l za den, jak mi bylo doporučeno.“</p>	<p>Po výkonu přijímá pacient tekutiny parenterální cestou, odstupem času je schopen pít sám. Příjem tekutin za 24hod je 1,5 l až 2 l denně. Sestra mu nosí neperlivé vody, nic jiného pacient nepije. Nemocniční čaj mu nechutná. BT jsou v normě. Kůže hydratovaná, sliznice růžové.</p>

Vylučování moče	Doma	„Problémy jsem začal mít teď v poslední době, proto jsem navštívil lékaře a skončil u Vás v nemocnici.“	
	V nemocnici	„Mám zavedenou hadičku na čůrání, ta to koriguje za mě.“	Pacientovi byl po sále zaveden PMK. Sleduji množství, příměsí, průchodnost, barvu a zápach. Za 24hod vymočí cca 1,5 l. BT jsou v normě
Vylučování stolice	Doma	„Se stolicí žádné problémy doma nemám a doufám, že ani mít nebudu.“	
	V nemocnici	„Když ležíte celý den po sále a před tím nic nejíte, těžko se teď vyprázdním.“	Pacient po sále měl problémy s defekací. Poloha vleže a vyprázdnění na lůžku mu dělalo problémy. Druhý pooperační den byla podána laxantiva na vyprázdnění. Za pomoci fyzioterapeutky si došel na toaletu. Stolice byla neformovaná, bez příměsí, průjmovitého charakteru. Další dny po operaci byla stolice pravidelná, formovaná.
Spánek a bdění	Doma	„Spánek v poslední době mám narušen, mám pocit plného měchýře, takže se občas probudím a musím jít na malou.“	
	V nemocnici	„Změna prostředí a bolesti po výkonu mi nedovolí moc spát.“	Pacient verbalizuje problémy se spaním. V noci se často budí pro změnu prostředí a pooperační bolesti. Pacientovi byly podány naordinované analgetika a léky na spaní.

Aktivita a odpočinek	Doma	„Ve volném času rád hraji golf, jezdím na kolečkových bruslích a kole. Pohyb a kde jaké aktivity mi nedělají problém, ba naopak. Odpočívám pak večer, doma u televize se svou přítelkyní a psem.“	
	V nemocnici	„Žádné aktivity se v nemocnici vykonávat nedají a ani nemohu. Na odpočinek je tu mnoho času, takže převážně odpočívám.“	Pacient dodržuje klidový režim během hospitalizace. Občas sleduje televizi nebo tráví čas čtením novin na tabletu.
Hygienická péče	Doma	„Každý den večer si dám sprchu, někdy se sprchuji i 2x denně, když jdu sportovat nebo je venku moc velké vedro.“	
	V nemocnici	„S hygienou mi ráno pomáhají sestřičky.“	První den po výkonu je hygienická péče na lůžku - vypomáhá mu ošetřovatelský tým. Pacienta aktivizujeme v oblasti hygienické péče, další dny je zcela soběstačný.
Samostatnost	Doma	„Vše zvládám doma sám.“	
	V nemocnici	„První dny bohužel potřebuji pomoc druhých, snažím se ale být co nejvíce soběstačný.“	Pacient je po výkonu upoutaný na lůžku, vyžaduje dopomoc ve všech oblastech. Postupem času se stává zcela soběstačný.

Tabulka 6 – Posouzení psychického stavu

POSOUZENÍ PSYCHICKÉHO STAVU			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Vědomí		„Jsem plně při vědomí.“	Pacient je při vědomí a lucidní.
Orientace		„Jsem hospitalizován na urologickém oddělení v nemocnici v Brně. Dnes je 17. 1. 2013. Jmenuji se P.N.“	Pacient je orientován všemi směry.
Nálada		„Nálada? Snažím se nepřipouštět závažnost mého onemocnění.“	„Pacient se snaží potlačit mírnou nervozitu, snaží se být vtipný a udržet si dobrou náladu.“
Paměť	Staropaměť	„Vše dobré si pamatuji, a že je na co vzpomínat.“	Staropaměť má zachovanou.
	Novopaměť	„Myslím si, že nemám problémy s pamětí. Běžné a nedůležité hlouposti vypouštím.“	Novopaměť je taktéž zachovaná.
Myšlení		„Tak asi to není jak před 30. ti lety, ale myslím, že mi to ještě pálí.“	Pacientovo myšlení je zachovalé. Otázky, které jsou mu pokládány chápe, a odpovídá na ně bez problému.
Temperament		„Jsem sangvinik.“	Pacient na mě působí jako sangvinik.
Sebehodnocení		„Nejsem zlý člověk, snažím se myslet pozitivně a jít si za svým.“	Pacient na mě působí jako vyrovnaný člověk.

Vnímání zdraví	„Zdraví řadím na první místo.“	Zdraví je pro pacienta velmi důležité.
Vnímání zdravotního stavu	„Snažím se věřit, že operace dopadne dobře a dostanu se z toho bez nějakých problémů.“	Pacient se snaží nepodlehnout onemocnění a snaží se mu vzdorovat.
Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění	„Zprvu to zarazí asi každého, ale řeknete si, přeci to nesmím vzdát. Věřím, že lékaři zde mají šikovné ruce a vědí, co dělají.“	Pacient je smířen s okolnostmi, které onemocnění přináší. Snaží se brát věci pozitivně a nepodlehnout onemocnění.
Reakce na hospitalizaci	„Bez hospitalizace to přeci jinak nejde.“	Pacient je adaptován na hospitalizaci.
Adaptace na onemocnění	„Nikdy jsem se s ničím takovým nesetkal. Snad to bude dobré.“	Adaptace na onemocnění je přiměřená.
Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy a stres)	„To víte, strach a nejistotu trochu mám, lhal bych, kdybych tvrdil, že ne.“	Pacient verbalizuje jistou míru nejistoty a strachu.
Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iatrogenie, srororigenie)	„Poslední hospitalizace je už nějaký ten rok zpátky, šlo jen o operaci slepého střeva, teď je to jiné.“	Poslední hospitalizace nebyla pro něj nijak traumatizující.

Tabulka 7 – Posouzení sociálního stavu

POSOUZENÍ SOCIÁLNÍHO STAVU			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Komunikace	Verbální	„ S komunikací problém nemám, někdy mluvím až moc a je potřeba mě zastavit.“	Pacient komunikuje bez problému. Řeč je plynulá a ničím nerušená. Slovní zásoba je dobrá. Je velmi komunikativní člověk.
	Neverbální	„Asi normální mimika.“	Po celou dobu komunikace udržuje pacient oční kontakt. Mimika je přiměřená k verbalizačnímu projevu.
Informovanost	O onemocnění	„Lékař mě informoval o mém onemocnění. Část jsem si přečetl na internetu. Jsou tam docela užitečné články a webovky přímo k mému onemocnění.“	Pacient byl plně informován svým ošetřujícím lékařem o svém zdravotním stavu.
	O diagnost. metodách	„Určitá vyšetření už mám za sebou.“	Pacient byl plně informován svým ošetřujícím lékařem o diagnostických metodách.
	O léčbě a dietě	„Lékař mi vysvětlil léčbu, tak i dodržování diety.“	Pacient byl plně informován svým ošetřujícím lékařem o nutnosti dodržování léčby a diety.
	O délce hospitalizace	„Snad tu nebudu déle jak týden, ale záleží, jak se budu zotavovat.“	Pacient byl plně informován svým ošetřujícím lékařem o délce hospitalizace.

Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace	Primární (role související s věkem a pohlavím)	„Jsem mužského pohlaví a mám krásných 60. let.“	Primární role není ovlivněná hospitalizací.
	Sekundární (role související s rodinou a společenskými funkcemi)	„Jsem rozvedený, mám přítelkyni, jsem bratr, přítel, kamarád, strýc.“	Sekundární role je mírně narušena vlivem hospitalizace a odloučení od rodiny.
	Terciální (role související s volným časem a zálibami)	„Jsem částečný golfista, cyklista, zkrátka sportovec.“	Terciální role vlivem hospitalizace a operačního výkonu plně narušena.

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Ordinovaná vyšetření:

- ultrasonografické vyšetření ledvin bilaterálně
- RTG srdce a plic
- EKG vyšetření
- CT malé pánve
- scintigrafie skeletu
- laboratorní vyšetření krve

Výsledky vyšetření:

Ultrasonografické vyšetření ledvin

Ledviny bilaterálně bez dilatace, bez konkrementů, bez expanse, močový měchýř bez patologického nálezu, prostata velikosti asi 4 cm v průměru, prominence do močového měchýře asi 8 mm. Residuum do 50 ml.

RTG srdce a plic

Plicní křídla rozvinutá. Přehledný plicní parenchym bez zřetelných ložisek, bez infiltrace. Bronchovaskulární kresba přiměřená, hily cévní. Bránice hladká. Srdeční stín přiměřené velikosti.

EKG vyšetření

Sinus pravidelný, 61/min, PQ 0,16, QRS 0,08, bez ischemických a ložiskových změn, křivka je fyziologická.

CT malé pánve

Močový měchýř naplněn, hladké stěny, anechogenní obsah. Prostata kulovitě zvětšená, velikost 57 x 64 mm, bez kalcifikací, bez jistě infiltrace do okolí. Prominence do močového měchýře 16 mm. Malá pánev bez volné tekutiny, bez zvětšených uzlin. Zobrazení skeletu bez metastáz.

Scintigrafie skeletu

Negativní

Tabulka 8 – Laboratorní vyšetření krve

Parametry	Výsledek	Referenční mez	Vyhodnocení
BIOCHEMIE			
Natrium	142	136-145 mmol/l	norma
Kalium	3,9	3,5-5,1 mmol/l	norma
Chloridy	108	98-107 mmol/l	zvýšené
Urea	7,0	1,7-8,3 mmol/l	norma
Kreatinin	84	59-104 mol/l	norma
Glukóza	5,3	3,5-5,6 mmol/l	norma
AST	0,36	0,00-0,67 μ kat/l	norma
ALT	0,49	0,00-0,68 μ kat/l	norma
GMT	0,53	0,17-1,19 μ kat/l	norma
CRP	1,3	0,00-12,0 mg/l	norma
PSA celkový	21,06	0,00-3,10 μ g/ml	zvýšené
KOAGULACE			
INR	0,88	1	norma
Q	1,18	0,70-1,20	norma
Aptt	27,3	20-45 s	norma
Tč	17,3	15-20 s	norma
Fibrinogen	3,85	1,80-4,00 g/l	norma
KREVNÍ OBRAZ			
Erytrocyty	4,69	4,00-5,80 x 10 ¹² /l	norma
Leukocyty	7,0	4-10 x 10 ¹² /l	norma
Hemoglobin	143	135-175 g/l	norma
Hematokrit	0,417	0,400-0,500	norma
Trombocyty	285	150-400 x 10 ⁹ /l	norma

Laboratorní vyšetření moče

Biochemické vyšetření – krev, leukocyty v moči

Mikrobiologické vyšetření – negativní

Konzervativní léčba

Dieta:

- při příjmu – č. 3 racionální
- v den operačního výkonu – nic per os, lačný
- 1. pooperační den – č. 0 pooperační
- 2. pooperační den – č. 1 kašovitá
- 3. pooperační den – č. 2 šetřící

Pohybový režim a rehabilitace:

- při příjmu – chodící, soběstačný
- v den operačního výkonu – klid na lůžku, částečně soběstačný v rámci lůžka
- 1. pooperační den – soběstačný v rámci lůžka, nácvik sedu a chůze s fyzioterapeutem
- 2. pooperační den – mírná dopomoc, téměř soběstačný
- 3. pooperační den – soběstačný

Výživa:

- parenterální a enterální

Medikamentózní léčba:**Per os:**

Tabulka 9 – Medikamentózní léčba

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Zodac	tableta	10 mg	1-0-0	antihistaminika
Avamys	sprej	27,5 mikro g	1-0-0	antihistaminika
Ventolin	inhalační	100 mikro g	při potížích	antihistaminika, bronchodilatancia
Tritace	tableta	1,25 mg	1-0-0	antihypertenziva
Bicaluplex	tableta	150 mg	1-0-0	cytostatika
Lactulosa	sirup	15 ml	při potížích	laxantivum
Espumisan	tobolky	40 mg	při potížích	deflatulens
Frontin	tableta	0,50 mg	při potížích	sedativum, anxiolytikum

Intravenózní podání:

- **Ampicilin 1 gr** + 100 ml Fyziologického roztoku, podání profylakticky 30 min před operačním výkonem, (antibiotikum)
- **Augmentin 1,2 gr** + 100 ml Fyziologického roztoku, podání profylakticky 30 min před operačním výkonem, (antibiotikum)
- **Sufenta Forte 2 amp** + 20 ml Fyziologického roztoku, 1 – 6 ml/hod, kontinuálně po výkonu (analgetikum, anestetikum)
- **Ringerfundin 1000 ml**, od 12:15-18:00 hod, od 21-6 hod
- **10 % Dextrose in water fresenius 500ml** + 8 j HMR, od 18-21 hod,

- **Degan 10 mg** 1 amp + 15 ml Fyziologického roztoku, dle potřeby (antiemetikum)
- **Dicynone 250 mg** 2 amp + 15 ml Fyziologického roztoku, při krvácení (antikoagulancium)

Subkutánní podání:

- **Fraxiparine 0,3 ml** inj. roztok v 18:00 hod, (antikoagulancium)

Chirurgická léčba

Radikální prostatektomie

- první pooperační den byl proveden převaz rány za aseptických podmínek, rána klidná. Redonův drén odvádí přiměřené množství sekretu – kontrola podtlaku, barvy a množství. Dle lékaře založena longetová trakce PMK.
- druhý pooperační den – převaz rány za aseptických podmínek, rána klidná, hojí se per primam. Redonův drén odvádí minimální množství sekretu - kontrola podtlaku, barvy a množství. Longetová trakce ponechána.
- třetí pooperační den byl proveden převaz rány za aseptických podmínek, rána klidná. Redonův drén – 0 ml/ 24 hod. Longetová trakce zrušena.
- čtvrtý pooperační den byl proveden převaz rány za aseptických podmínek, rána klidná. Redonův drén zrušen, drén zkrácen do krytí. Pravidelná kontrola prosaku.
- pátý pooperační den byl proveden převaz rány za aseptických podmínek, rána klidná. Drén zrušen. Rána krytá sterilním lepením - Mepor.
- sedmý pooperační den rána klidná, na sucho, bez známek infekce. Stehy extrahovány.

SITUAČNÍ ANALÝZA

60. letý pacient přichází ke svému ošetřujícímu lékaři pro mikční potíže. Stěžuje si na časté nucení na močení, slabý proud a na prodlouženou časovou prodlevu při močení. Pacientovi bylo zjištěno z diagnostických vyšetřovacích metod (fyz. vyšetření, laboratorní vyšetření krve, SONO, CT,...) karcinom prostaty. Lékař pacienta plně informoval o postupu léčby a důležitosti podstoupení operačního zákroku radikální prostatektomie.

Dne 20. 1. 2014 je pacient přijat na urologické oddělení s platným interním vyšetřením, kdy je plně schopen operačního zákroku v celkové anestezii. Pacient dochází s veškerou dokumentací a s výsledky diagnostických metod. Ošetřující lékař znovu obeznámí pacienta s operačním výkonem, dodržování léčebného režimu a možných pooperačních komplikací. Den před výkonem musí mít oholené operační pole, být vyprázdněný a od půlnoci lačný. Sestra objedná na krevní bance požadované množství krve na sál a zkontroluje znovu veškerou dokumentaci pacienta, včetně podepsaného operačního souhlasu. V den operace musí pacient provést důkladnou hygienu těla, nesmí mít na sobě žádný kov (prsteny, řetízky, hodinky) a brýle. Ráno sestra přeměří fyziologické funkce, zavede intravenózní kanylu a podá pacientovi naordinované léky, včetně premedikace pro lepší nástup anestezie. Důležitá je prevence TEN – bandáže DKK.

Po operačním výkonu je pacient uložen na urologickou JIP, kde je kontinuálně monitorován. Opětovně jsou mu nabrány kompletní laboratorní hodnoty krve a moče. Sestra sleduje fyziologické funkce, průchodnost invazivních vstupů (PMK, PŽK, Redonového drénu), asistuje lékaři při převazu rány, kontroluje stav rány společně s lékařem a podává pacientovi naordinované léky.

Pacient je při vědomí, orientován, stabilizován, bolesti má úměrné vzhledem k operačnímu zákroku, dle vizuální analogové škály hodnotí bolest stupněm č. 4. Na dosah ruky má signalizační zařízení pro případ potřeby zavolání ošetřujícího personálu.

První pooperační den se začíná pomalu aktivizovat, potřebné věci má na dosah ruky a začíná rehabilitační cviky s fyzioterapeutem. Sestra kontroluje celkový stav pacienta, plní naordinovanou léčbu a podává medikaci dle ordinace lékaře. Rána je klidná, invazivní vstupy jsou průchodné, laboratorní hodnoty jsou relativně v normě.

Stanovení ošetrovatelských diagnóz a jejich priorit

Aktuální ošetrovatelské diagnózy:

Akutní bolest v souvislosti operačního výkonu, projevující se mimikou, gestikulací a slovním vyjádřením pacienta. VAS - stupeň č. 4

-priorita: střední

Porušená tkáňová integrita z důvodu operační rány, projevující se přímým řezem v oblasti břicha velikostí cca 15cm.

-priorita: střední

Zácpa z důvodu upoutání pacienta na lůžko a dodržování klidového režimu projevující se obtížnou až sníženou frekvencí vyprazdňování stolice

-priorita: střední

Porucha spánku z důvodu pooperační bolesti a léčebného režimu projevující se prodlouženou dobou usínání a častém probouzení během noci.

-priorita: střední

Změna ve vylučování moči vzhledem k zavedenému permanentnímu močovému katétru z důvodu operačního výkonu.

-priorita: střední

Deficit v oblasti stravování vlivem dodržování dietního režimu projevující se nechutenstvím k jídlu.

-priorita: střední

Deficit sebepéče při hygienické péči a úpravě zevnějšku v souvislosti s dodržováním léčebného režimu projevující se sníženou pohyblivostí a snížením stupněm sebepéče.

-priorita: nízká

Deficit sebeděče při vyprazdňování související s léčebným režimem projevující se sníženou pohyblivostí a snížením stupněm sebeděče.

-priorita: nízká

Deficit sebeděče při oblékání související s léčebným režimem projevující se sníženou pohyblivostí a snížením stupněm sebeděče.

-priorita: nízká

Potenciální ošetřovatelské diagnózy:

- ***Riziko vzniku infekce*** z důvodu operační rány a zavedení invazivních vstupů
- ***Močová inkontinence*** vlivem operačního zákroku
- ***Nauzea*** vlivem nedodržování dietního opatření
- ***Strach*** z budoucnosti vlivem základního onemocnění
- ***Sexuální dysfunkce*** vlivem operačního zákroku

<p>Ošetrovatelská diagnóza:</p> <p><i>Akutní bolest</i> v souvislosti operačního výkonu, projevující se mimikou, gestikulací a slovním vyjádřením pacienta. VAS - stupeň č. 4</p>
<p>Cíl: zmírnit, až postupně odstranit bolest</p> <p>Priorita: střední</p>
<p>Výsledné kritéria:</p> <ul style="list-style-type: none"> -pacient chápe škálu bolesti a umí určit stupeň bolesti do 1 hodiny -pacient udává snížení bolesti min o 2 stupně na škále bolesti do 1 hodiny od ošetrovatelských intervencí -pacient zná a umí využít úlevovou polohu do 30 minut -pacient dodržuje klidový léčebný režim po dobu hospitalizace do 30 minut -pacient využívá k tlumení bolesti alternativní metody do 4 hodin
<p>Plán intervencí:</p> <ul style="list-style-type: none"> -vysvětlí dostatečně pacientovi využití analogové škály bolesti a nauč ho označit bolest dle stupně intenzity -podávej analgetika dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinek (sestra, zdravotnický asistent) -sleduj intenzitu, lokalizaci a charakter bolesti (sestra, zdravotnický asistent) -pravidelně zhodnoť a zaznamenávej míru bolesti do dokumentace účinek (sestra, zdravotnický asistent) -doporuč a vysvětlí úlevovou polohu (sestra, zdravotnický asistent) -dohlédni na dodržování klidového léčebného režimu u nemocného (sestra, zdravotnický asistent) -doporuč pacientovi alternativní metody pro využití tlumení bolesti, které slouží k odvedení pozornosti na bolest (čtením, posloucháním hudby, komunikace s příbuznými), (sestra, zdravotnický asistent) -poskytni tyto pomůcky pacientovi, popřípadě požádej rodinu o zajištění těchto pomůcek (sestra, zdravotnický asistent)

Realizace:

- vysvětlení a využití analogové škály bolesti
- aplikace analgetik dle ordinace lékaře a sledování jejich žádoucích a nežádoucích účinků
- edukace o správné úlevové poloze
- edukace o nutnosti dodržování klidového režimu
- sledování a zaznamenávání bolesti do dokumentace (intenzity, lokalizaci, charakteru)
- edukace nemocného o možnosti využití alternativních metod
- příbuzní nemocného poskytli pomůcky pro využití alternativních metod

Hodnocení:

- pacient umí určit stupeň bolesti na analogové škále bolesti do 1 hodiny
- pacient udává snížení bolesti o 2 stupně do 30 minut od podání analgetik
- pacient v případě potřeby využívá úlevovou polohu
- pacient dodržuje klidový léčebný režim po celou dobu hospitalizace
- pacient občas využívá alternativní metody

Celkové hodnocení:

Cíl byl splněn, pacient udává snížení bolesti. V intervencích je nutné během hospitalizace dále pokračovat.

Ošetrovatelská diagnóza:

Porušená tkáňová integrita z důvodu operační rány, projevující se přímým řezem v oblasti břicha velikostí cca 15cm.

Cíl: zcela obnovit tkáňovou integritu, hojení per primam

Priorita: střední

Výsledné kritéria:

- operační rána se hojí per primam do 10. dnů
- operační rána se převazuje za přísně aseptických podmínek pravidelně každý den
- stehy se extrahují 7. den po operaci
- pacient má dostatečně hydratovanou, prokrvenou a vyživenou kůži po celou dobu hospitalizace
- Redonův drén z rány odvádí přiměřené množství sekrece, je funkční, průchodný, pod tlakem po celou dobu zavedení
- pacient dodržuje klidový režim na lůžku po celou dobu hospitalizace
- pacient dodržuje preventivní i léčebné opatření ve prospěch operační rány do 1 hodiny
- pacient se zapojí do preventivních a léčebných opatření do 1 hodiny
- pacient zná projevy infekce (zarudnutí, pálení, svědění) v oblasti rány po celou dobu hospitalizace do 6 hodin
- pacient přijímá dostatek tekutin a dodržuje dietní opatření do 12 hodin

Plán intervencí:

- pravidelně převazuj ránu za přísně aseptických podmínek (lékař, sestra, zdravotnický asistent)
- sleduj, zdali operační rána nejeví známky infekce (lékař, sestra, zdravotnický asistent)
- pouč pacienta o nutnosti dodržování preventivních a léčebných opatření (sestra, zdravotnický asistent)
- pouč pacienta o dodržování klidového režimu na lůžku (sestra, zdravotnický asistent)
- kontroluj pokožku v oblasti operační rány (prokrvení, hydrataci), (sestra, zdravotnický asistent)

- popiš pacientovi projevy infekce a rizikové faktory, které přispívají ke špatnému hojení ran (lékař, sestra, zdravotnický asistent)
- pouč pacienta o manipulaci s Redonovým drénem – opatrná manipulace, nevytáhnout si drén z rány (sestra, zdravotnický asistent)
- kontroluj funkčnost Redonového drénu (průchodnost drénu, podtlak, odpad z rány, příměsí a množství), (sestra, zdravotnický asistent)
- proved' záznam do dokumentace, informuj lékaře (sestra, zdravotnický asistent)
- zhodnoť stav výživy, popřípadě zdůrazni důležitost dodržování dietního opatření (sestra, zdravotnický asistent)

Realizace:

- operační rána se hojí per primam
- asistence lékaři při převazu rány
- sledování rány zdali nejeví známky infekce
- edukace pacienta o nutnosti dodržování preventivních a léčebných opatření během hospitalizace
- edukace o nutnosti dodržování klidového režimu
- kontrola pokožky v oblasti operační rány
- edukace nemocného o projevech infekce, rizikových faktorech
- edukace nemocného o manipulaci s Redonovým drénem
- pravidelné zaznamenávání do zdravotnické dokumentace o operační ráně a invazivních vstupech

Hodnocení:

- operační rána, po dobu 10. dnů se hojila per primam a neprojevovala známky infekce
- Redonův drén byl odstraněn 4. den po operaci, drén byl zkrácen do krytí a odváděl minimální množství sekretu z rány
- stehy byly extrahovány 7. den po operaci
- pacient po celou dobu hospitalizace dodržoval léčebná opatření a v případě nejasností informoval zdravotnický personál
- pokožka byla dostatečně prokrvená a hydratovaná
- pacient dodržoval dietní opatření

Celkové hodnocení:

Cíl byl splněn, tkáňová integrita se hojí per primam. V intervencích je nutné během hospitalizace dále pokračovat.

Ošetrovatelská diagnóza:

Zácpa z důvodu upoutání pacienta na lůžko a dodržování klidového režimu projevující se obtížnou až sníženou frekvencí vyprazdňování stolice

Cíl: obnovit pravidelné a fyziologické vyprazdňování stolice

Priorita: střední

Výsledné kritéria:

- pacient je do jisté míry aktivizován na lůžku dle jeho zdravotního stavu do 12 hodin
- pacient je následující den aktivizován mimo lůžko pomocí fyzioterapeuta do 48 hodin
- pacient přijímá potravu obohacenou vlákninou
- pacient umí vyjmenovat alespoň 4 druhy potravy bohaté na vlákninu
- pacient za den přijme minimálně 1,5 litru tekutin
- pacient má pravidelnou, formovanou stolicí do 3 dnů
- pacient je informován o užití laxancií jen ve výjimečných případech

Plán intervencí:

- pouč pacienta o důležitosti stravy bohaté na vlákninu (lékař, sestra, zdravotnický asistent, nutriční terapeut)
- sleduj četnost vyprazdňování, konzistenci, příměsí, zápach a množství (sestra, zdravotnický asistent, ošetrovatel, sanitář)
- informuj pacienta o nutnosti zvýšení příjmu tekutin (lékař, sestra, zdravotnický asistent)
- doporuč pacientovi, aby užíval probiotika i formou tablet nebo potravinových doplňků (lékař, sestra, zdravotnický asistent)
- zaznamenávej příjem a výdej tekutin za den (sestra, zdravotnický asistent)
- zajisti soukromí během vyprazdňování, dle možností zařízení (sestra, zdrav. asistent)
- podej laxantiva dle ordinace lékaře (sestra, zdravotnický asistent)

- sleduj účinky laxantiv po 1 hodině (sestra, zdravotnický asistent)
- zajisti dostatečnou hygienu v oblasti konečníku po vyprázdnění (sestra, zdravotnický asistent, ošetřovatel, sanitář)
- edukuj nemocného o náviku defekacího reflexu (sestra, zdravotnický asistent)
- zaznamenávej četnost do zdravotnické dokumentace (sestra, zdravotnický asistent)

Realizace:

- edukace pacienta o stravě bohaté na vlákninu - konzumace zeleniny, ovoce, jogurtů, semínek, klíčků, luštěnin
- sledování frekvence vyprazdňování, barvy, příměsí, konzistence a množství
- informován o dodržování a zvýšení pitného režimu
- sledování druhu stravy, které pacient přijímá
- vedena bilanční karta, příjmu a výdeje tekutin
- zajištěno soukromí při vyprazdňování
- podány laxantiva dle ordinace lékaře
- doporučené cviky pro lepší defekaci
- vedení záznamu o četnosti defekaci

Hodnocení:

- pacient je do jisté míry aktivizován na lůžku do 24 hodin
- pacient je pomocí fyzioterapeuta aktivizován mimo lůžko do 48 hodin
- pacient umí vyjmenovat potraviny bohaté na vlákninu a dodržuje jejich konzumaci
- pacient má příjem tekutin přes 2 l denně
- pacient se vyprázdnil po podání laxantiv do 8 hodin
- pacient má stolici 3. den, někdy musí ale užít laxantiva

Celkové hodnocení:

Cíl byl částečně splněn. Pacient se nedokáže pokaždé sám fyziologicky vyprázdnit, ale musí občas užít laxantiva. V intervencích je nutné během hospitalizace dále pokračovat.

<p>Ošetrovatelská diagnóza:</p> <p><i>Porucha spánku</i> z důvodu pooperační bolesti a léčebného režimu projevující se prodlouženou dobou usínání a častým probouzením během noci.</p>
<p>Cíl: pacient nemá problémy s usínáním, spí min. 6 hodin</p> <p>Priorita: střední</p>
<p>Výsledné kritéria:</p> <ul style="list-style-type: none"> -pacientovi netrvá usínání déle jak 30 minut -pacient se cítí přes den odpočatý -pacient spí denně 6-8 hodin nerušeného spánku -u pacienta došlo k celkově ke zlepšení psychické pohody
<p>Plán intervencí:</p> <ul style="list-style-type: none"> -zajisti klidný a nenarušený spánek v noci (sestra, zdravotnický asistent) -přes den pacienta aktivizuj (sestra, zdravotnický asistent, ošetrovatel) -zjistí pacientovi spánkové rituály (sestra, zdravotnický asistent, ošetrovatel) -dostatečně vyvětrej místnost (zdravotnický asistent, ošetrovatel, sanitář) -zaznamenávej délku a kvalitu spánku do dokumentace (sestra, zdravotnický asistent) -eliminuj konzumaci nevhodné stravy a nápojů před spaním (sestra, zdravotnický asistent, nutriční terapeut) -podávej léky od bolesti před spaním dle ordinace lékaře (sestra, zdravotnický asistent) -podávej hypnotika dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinek (sestra, zdravotnický asistent)
<p>Realizace:</p> <ul style="list-style-type: none"> -zajištění klidného prostředí pro spánek -aktivizace pacienta v průběhu dne na lůžku -zjištění pacientových rituálů před spánkem (čtení, opláchnutí obličeje vodou) -pokoj byl dostatečně vyvětrán před spaním

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">-kvalita a délka spánku byla zaznamenána do dokumentace-pacient neužíval před spaním nápoje s obsahem kofeinu-podání léků hypnotik dle ordinace lékaře |
| <p>Hodnocení:</p> <ul style="list-style-type: none">-pacient se cítí přes den odpočatý-pacient spí více jak 6 hodin přes noc, občas se probudí pro bolest-pacient dodržuje spánkové návyky a rituály |

Hodnocení:

- pacient se cítí přes den odpočatý
- pacient spí více jak 6 hodin přes noc, občas se probudí pro bolest
- pacient dodržuje spánkové návyky a rituály

Celkové hodnocení:

Cíl byl částečně splněn. Pacient se cítí přes den odpočatý, ale občas se probudí pro bolest v operační ráně. V intervencích je nutné během hospitalizace dále pokračovat.

4 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě všech poznatků o karcinomu prostaty je velmi důležitá jak prevence, tak i změna životního stylu. Stanovila jsem doporučení pro pacienta, rodinu a zdravotnický tým.

Doporučení pro pacienta:

- zvyš konzumaci vlákniny, rostlinné stravy, ovoce a zeleniny (obiloviny, hrách, sója)
- strava by měla být bohatá na antioxidanty, vitamín E, vit. A, vit. D, selen, zinek, omega 3 mastné kyseliny, rybí tuk
- dodržuj zásady správného životního stylu: dostatek pohybu, konzumuj zdravou a vyváženou stravu, snaž se mít kvalitní spánek a naučit se odpočívat, a v neposlední řadě mít dostatečný příjem tekutin
- ochranný vliv na tělo má barvivo retinoid, který je obsažen v rajčatech či karotce
- vyhýbej se nadměrné konzumaci cukrů, bílkovin, cholesterolu a živočišných tuků, zvláště tzv. „červeného“ masa (vepřové, hovězí, skopové)
- vyhýbej se pečenému masu při vysokých teplotách nebo grilováním na dřevěném uhlí, vznikají tak určité typy karcinogenů, které se podílejí na vznik rakoviny prostaty
- vyvaruj se rychlému občerstvení, jako jsou „fast foody“
- různé profesní vlivy, kde se pracuje s některými látkami, mohou mít vliv na vznik tohoto onemocnění, nepříznivý vliv může mít kadmium
- lidé pracující v zemědělství, kteří pracují s chlorovanými pesticidy a herbicidy, mohou být ohroženi karcinomem prostaty
- další možné rizikové faktory mohou být obezita, sexuálně přenosné nemoci, aktivní sexuální život v rané adolescenci, konzumace mléčných výrobků a chirurgický zákrok vazektomie
- svého ošetřující lékaře vyhledej, pokud se objeví příznaky, jako slabý proud moče, pocit plného močového měchýře po vymočení, časté nucení na močení
- vyhýbej se nadměrné konzumaci alkoholu a kouření

- sekundární prevence karcinomu prostaty se provádí od 50. věku života, kdy je palpačně přes konečník vyšetřena prostata a sledována hodnota PSA z odběru krve
- při výskytu rakoviny prostaty v rodině (otec, bratr) se podrob preventivnímu vyšetření, vyvaruj se rizikovým faktorům a začni s návštěvou svého ošetřujícího lékaře nebo urologa už od 40. věku života, a pokračuj tak v každoročním sledování
- při zjištění karcinomu prostaty nepropadej panice, je to samozřejmě závažné onemocnění a je třeba věnovat tomu plnou pozornost a snahu. Na druhou stranu má dnes lékařská věda již dostatečně účinné prostředky, aby zajistila poměrně dlouhý a kvalitní život.

Doporučení pro rodinu:

- nepropadejte panice a snažte se být pro nemocného oporou
- pokud Vás požádá, abyste ho doprovázeli na různá vyšetření, snažte se vyhovět
- snažte se nemocného psychicky podporovat
- respektujte jeho potřeby

Doporučení pro zdravotnický tým:

- respektuj pacienta jako individuum
- poskytni dostatek informací, písemných materiálů a brožur
- uspokoj bio-psycho-sociální potřeby
- respektuj pacientova rozhodnutí a práva
- vždy pacienta vyslechni
- uplatňuj metodu ošetrovatelského procesu
- snaž si k pacientovi získat důvěru
- přistupuj k němu jako profesionál
- snaž se zapojit i rodinu do procesu léčení

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zaměřuje na problematiku nejčastějšího nádorového onemocnění mužské populace a to karcinomu prostaty. Ve většině případů jsou muži postiženi nad 60. věkem života. S vyšším věkem stoupá incidence tohoto onemocnění, naopak mortalita se snižuje díky screeningovým vyšetřením a diagnostickým metodám.

V oblasti stanovení včasné diagnózy se klade právě důležitost na zmiňované screeningové vyšetření. Screening v sobě zahrnuje nejen problematiku zdravotní, ale i ekonomickou a etickou a vyžaduje týmovou spolupráci. V oblasti léčby se tedy klade důraz na význam a možnosti prevence vzniku karcinomu prostaty vůbec. V této souvislosti se hovoří o prevenci rizikových faktorů, včasná návštěva ošetřujícího lékaře a dodržování zdravého životního stylu.

U mužů, kteří mají pozitivní rodinnou anamnézu (u otce či bratra se vyskytla rakovina prostaty) je doporučováno podstoupit screeningové vyšetření od 40. věku života. U nerizikových jedinců je toto vyšetření prostaty doporučováno od 50. věku života. Screening je velice důležitý, jelikož v časném stádiu karcinomu prostaty nevykazuje známky žádných příznaků, které by přivedli nemocného k lékaři. Příznaky se objeví, až je nádor v pokročilém stádiu a to se už onemocnění může stát pro pacienta nevyléčitelné.

Teoretická část analyzuje výskyt onemocnění karcinomu prostaty a vysvětluje základní terminologii, týkající se této problematiky. Dále je zde uvedena etiologie, diagnostika, prognóza a léčba tohoto onemocnění.

V praktické části bylo cílem sestavit individuální ošetrovatelský plán u konkrétního pacienta s karcinomem prostaty a zrealizovat tak ošetrovatelskou péči. Ošetřování u těchto pacientů musí probíhat profesionálně, rychle a umět přesně řešit případné komplikace související s daným onemocněním. Brát také v potaz pacientovi bio-psycho-sociální potřeby a umět je realizovat.

Bakalářská práce byla napsána jako možný zdroj informací pro pacienty, které karcinom prostaty postihl nebo jako preventivní informační zdroj pro veřejnost či zdravotnické pracovníky.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ABRHÁMOVÁ, J. et al. c2011. *Vybrané otázky onkologie XV*. Praha: Galén. 188 s. ISBN 978-80-7262-450-8

ADAM, Z., et al., c2011. *Obecná onkologie*. Praha : Galén. 394 s. ISBN 978-80-7262-715-8.

ADAM, Z., et al., c2010. *Speciální onkologie*. Praha : Galén, 417 s. ISBN 978-80-7262-648-9.

BABJUK, M. a J. NOVÁK a M. MATOUŠKOVÁ, 2003. *Urologie: doporučené diagnostické a léčebné postupy u urologických nádorů*. Praha: Galén. 95 s. ISBN 80-7262-233-1

BABJUK, M., c2009. *Konsenzuální doporučené postupy v uroonkologii*. 1. vyd. Praha: Galén. 126 s. ISBN 978-80-7262-639-7

BEZDIČKOVÁ, M. a L. SLEZÁKOVÁ, 2010. *Ošetřovatelství v chirurgii II*. 1. vyd. Praha: Grada. 300 s.. ISBN 978-80-247-3130-8

DASGUPTA, P. ed. a Kirby, R. S., ed., 2012. *ABC of prostate cancer*. 1st ed. Chichester, West Sussex, UK: Blackwell Pub., ix. ABC series. ISBN 978-1-4443-3437-1

DOLEŽEL, M., 2011. *Cílená radioterapie karcinomu prostaty*. Hradec Králové: Nucleus HK. 96 s. ISBN 978-80-87009-81-9

DVOŘÁČEK, J. a M. BABJUK, c2005. *Onkourologie*. Praha: Galén. 589 s. ISBN 80-7262-349-4

HORA, M., 2004. *Urologie pro studenty všeobecného lékařství*. Praha: Karolinum. 115 s. ISBN 80-246-0857-x

KAWACIUK, I., c2009. *Urologie*. Praha: Galén. 531 s. ISBN 978-80-7262-626-7

LUKEŠ, M. et al., 2002. *Molekulární genetika karcinomu prostaty*. Praha : Galén. 191 s. ISBN 80-7262-185-8.

MASON, M. D., 2003. *Jak je užitečné vyšetření PSA při screeningu karcinomu prostaty?*. Update. ISSN: 1213-4856

MIKŠOVÁ, Z., 2006. *Kapitoly z ošetřovatelské péče*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 80-247-1442-6

Moje prostata [online]. Astellas, 2013. vyd. Praha: Karlín, 2013 [cit. 2014-03-06]. Dostupné z: <http://www.mojeprostate.cz/zhoubnezvetseni/karcinomprostaty>

NEJEDLÁ, M. a H. SVOBODOVÁ a A. ŠAFRÁNKOVÁ, 2004. *Ošetřovatelství III.: pro 3. ročník středních zdravotnických škol a vyšší zdravotnické školy*. Praha: Informatorium. 245 s. ISBN 80-7333-030-x

Onko prostaty: online klinika pro onkologii prostaty [online]. KOUDELKOVÁ. Praha, 2010 [cit. 2014-01-20]. Dostupné z: <http://www.rakovinaprostaty.org/>

PACÍK, D., 2007. *Časný záchyt karcinomu prostaty u informovaného muže: "Co by mohl vědět praktický lékař a ostýchá se zeptat"*. Praha: JS Press. 19 s. ISBN 978-80-87036-12-9

PORTUŽÁKOVÁ, V., 2007. *Ošetřovatelství: modul Ošetřovatelství*. V Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně, Ústav zdravotnických studií. 136 s. ISBN 978-80-7044-879-3

SABRA, R. et al., 1996. *Karcinom prostaty do roku 2000*. Praha : Maxdorf. 63 s. ISBN 80-85800-60-8.

SKÁLA, B. a Z. DIENSTBIER, 2010. *Informovaný pacient: o nádorové prevenci a péči praktického lékaře*. Praha: Liga proti rakovině Praha. 80 s. ISBN 978-80-254-8020-5

SKÁLA, B., 2007. *Onkologická prevence v praxi praktického lékaře - 2. část. Practicus*. ISSN: 1213-8711

VOKURKA, M. et al., 2009. *Velký lékařský slovník*. 9 vyd. Praha: Maxdorf. 1159 s. ISBN 978-80-7345-202-5.

VORLÍČEK, J. et al., 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada. 448 s. ISBN 978-80-247-3742-3

VORLÍČEK, Jiří, 2012. *Onkologie*. Praha: Triton. 250 s. ISBN 978-80-7387-603-6

ZÁMEČNÍK, L. 2010. *Praktická andrologie dospělých*. Praha: Mladá fronta. 254 s. ISBN 978-80-204-2020-6

ZÁMEČNÍK, L. a P. MACEK c2012. *Moderní farmakoterapie v urologii: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf. 172 s. ISBN 978-80-7345-276-6

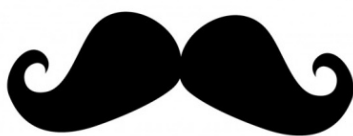
ZVARA, V. a M. HORŇÁK 2010. *Urologické operace*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-338-7

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – „Movember“	I
Příloha B – Rešerše	II
Příloha C – Žádost o umožnění sběru informací	III

Příloha A

V roce 2003 v Melbourne vznikla kampaň „v listopadu bez kníru ani ránu“. Muži si nechávají v období celého měsíce narůst knír libovolného typu. Kampaně se mohou zúčastnit i ženy, které nosí na viditelném místě symbol ve tvaru kníru nebo odvážněji si nakreslí knír na obličej. Knír je označován za symbol mužství a díky němu vznikla tahle kampaň „Movember“ i u nás v ČR. Její název vznikl spojením dvou anglických slov „november“ = listopad a „mo“, zkratka pro „moustache“ = knír. Cílem je podpořit Národní fond onkologie 21. století a uvědomit si závažnost onemocnění rakoviny prostaty.



Zdroj: <http://cz.movember.com>

Obrázek 1 – Logo knír „Movember“

Příloha B

Vědecká knihovna v Olomouci

Bezručova 2, 771 99 Olomouc

Informační služba: is@vkol.cz

Téma: Ošetrovatelský proces u pacienta s karcinomem prostaty

Klíčová slova: karcinom prostaty, pacient, sestra, ošetřování

Časové vymezení: 2003-2013

Jazykové vymezení: čeština, angličtina, slovenština

Druhy dokumentů: knihy, články

Prohledávané zdroje: Národní lékařská knihovna, Národní knihovna Praha

ABRAHÁMOVÁ, Jitka et al. Rizikové faktory nádorů varlat u populace českých mužů ve studii shrnující epidemiologicky reprezentativní data. *Česká urologie*. 2009, roč. 13, č. 1, s. 111-113. ISSN: 1211-8729.

ABRAHÁMOVÁ, Jitka et al. Doporučený postup pro léčbu vybraných urologických onemocnění: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře 2011: [novelizace 2011]. Praha: Společnost všeobecného lékařství, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, ©2011. 20 s. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-50-3.

ANGELOVIČOVÁ, Katarína. Život s karcinómom prostaty. *Florence*. 2011, roč. 7, č. 12, s. 10-12. ISSN: 1801-464X.

AUS, G. et al. Guidelines EAU pro diagnostiku a terapii karcinomu prostaty. *Urologické listy*. 2003, Roč. 1, č. 1, s. 31-69. ISSN: 1214-2085.


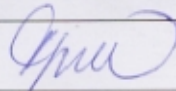
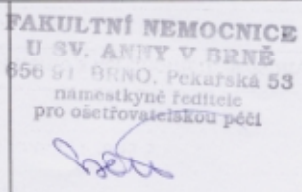
BECKMAN, Thomas J. a LITIN, Scott C. Klinická ponaučení týkající se zdraví mužů. *Medicina po promoci*. 2011, roč. 12, č. 1, s. 60-65. ISSN: 1212-9445.

BEŠKA, František a BLUCHOVÁ, V. Screening a prevence v Moravskoslezském kraji z pohledu registru zhoubných nádorů. In: *Edukační sborník*. Brno : Masarykův onkologický ústav, [1976]-. 2005, s. 75-76. .

BROŽÁK, Miloš et al. Vyšetřovací algoritmus u karcinomu prostaty. *Urologie pro praxi*. 2006, roč. 7, č. 6, s. 298-300. ISSN: 1213-1768.

Cílená léčba v kontextu multidisciplinárního přístupu. *Kongresový list*. 2012, roč. 2012, č. 2 (Kongresový list, 2012, č. 2), s. 25-27 příl...

Příloha C

Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně Pracoviště: Úsek ošetrovatelské péče Pekařská 53, 656 91 Brno, Česká republika Tel.: +420 543 181 111, www.fnusa.cz			
ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ SBĚRU INFORMACÍ			
Vyplňuje žadatel:	Příjmení a jméno žadatele:	Feichtingerová Marcela, DiS.	
	Datum narození:	18.1.1990	
	Telefon:	774 905 133	
	E-mail:	feichtingerova.m@seznam.cz	
	Adresa (pro zaslání vyjádření):	Stará Osada 19, Brno, 615 00	
	Škola/Fakulta:	Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., Praha 5	
	Obor studia:	Všeobecná sestra	
	Téma práce:	Ošetrovatelský proces u pacienta s karcinomem prostaty	
	Způsob provedení sběru dat:	Použití zdravotnické dokumentace k bc. práci	
	Termín sběru dat:	12.1.2014 - 12.6.2014	
	Pracoviště, kde bude sběr dat probíhat:	Urologické oddělení	
	V případě dotazníkového šetření, uveďte počet ks dotazníků:	0	
	Prezentace dat:		
Poučení: Žadatel bere na vědomí, že může nahlížet do zdravotnické dokumentace pouze na základě předchozího písemného souhlasu uděleného pacientem. Žadatel se též zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat. Použité dotazníky budou anonymní. Vzor dotazníku je přiložen.			
Datum:	8.1.2014	Podpis:	
Vyplňuje Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně:	Vyjádření schválení odpovědného zaměstnance dle organizačního řádu:		
	Schváleno dne:	9.1.2014	
	ANO <input checked="" type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>	
Datum:	9.1.14	Podpis a razítko:	
Identifikační číslo:	Stránka 1 z 1	Platnost od:	
Bankovní spojení: KB Brno, a.s., pobočka Brno, č.ú.:71138621/0100, IČ:00159816, DIČ:CZ00159816 Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně je státní příspěvková organizace zřízená rozhodnutím Ministerstva zdravotnictví ČR. Nemá zákonnou povinnost zápisu do obchodního rejstříku. Je zapsána v živnostenském rejstříku.			