

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

**KAZUISTIKA PACIENTA S ONKOLOGICKÝM  
ONEMOCNĚNÍM**

Bakalářská práce

ŠÁRKA MERTO VÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D.

Praha 2016



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

Mertová Šárka  
3. C VS

**Schválení tématu bakalářské práce**

Na základě Vaší žádosti ze dne 27. 10. 2015 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Kazuistika pacienta s onkologickým onemocněním

*Casuistry of a Patient with Oncological Disease*

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D.

V Praze dne: 2. 11. 2015

  
doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.  
rektorka

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně, že jsem řádně citoval/a všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 12. 1. 2016

## **PODĚKOVÁNÍ**

Tímto bych chtěla poděkovat své vedoucí práce Mgr. Evě Markové, Ph.D., za užitečné rady, připomínky a především trpělivost při zpracování bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat svému příteli a rodině za jejich podporu po celou dobu mého studia.

## ABSTRAKT

MERTO VÁ, Šárka. *Kazuistika pacienta s onkologickým onemocněním*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D. Praha. 2016. 61 s.

Tématem práce je retrospektivní případová studie pacienta s karcinmem penisu. První kapitola je zaměřena na teoretický úvod problematiky karcinomu penisu. Především četnost výskytu onemocnění, etiologii, symptomatologii, diagnostiku a terapii onemocnění, které poskytují ucelený pohled na onemocnění jako takové. Dispenzarizace nemocného, prognóza a prevence jsou kapitolami uzavírající úvodní část.

Druhá kapitola obsahuje specifika ošetrovatelské péče o pacienta s karcinmem penisu, ale i obecné postupy při péči o onkologického pacienta.

Následující dvě kapitoly se zaměřují na ošetrovatelský proces. Ten je zpracován na základě záznamů z ošetrovatelské dokumentace a lékařské dokumentace, pozorováním pacienta a rozhovory s členy rodiny. Provedenou analýzou byly zjištěny pochybení zdravotnického personálu především v komunikaci a uniformním přístupu k nemocnému.

Hlavním přínosem této práce je návrh opatření a intervencí za účelem zvýšení kvality poskytované péče. Dále pak nabídka osobního pohledu na člověka nikoliv jen na pacienta.

Klíčová slova

Karcinom penisu. Paliativní péče. Retrospektivní studie. Etika umírání a smrti. Bolest.

## **ABSTRACT**

MERTO VÁ, Šárka. Casuistry of a Patient with Oncological Disease. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: Mgr. Eva Marková, Ph.D. Prague. 2016. 61 pages.

The theme of the work is a retrospective case study of a patient with penile cancer. The first chapter focuses on the theoretical introduction problems of penile cancer. Especially the frequency of occurrence of diseases, etiology, symptoms, diagnosis and treatment of diseases, which give a comprehensive view of the disease itself. Dispensarization patient prognosis and prevention are the closing chapters of introduction.

The second chapter contains the specifics of nursing care for patients with penile cancer, as well as general practices in the care of cancer patients. The following two chapters focus on the nursing process. It elaborated on the basis of records of nursing documentation and medical documentation, patient observation and interviews with family members. Performed analysis revealed misconduct medical personnel mainly in communication and uniform approach to the patient.

The main contribution of this work is to design interventions and measures to improve the quality of care provided. Then offer a personal view of man, not only to the patient.

### **Keywords**

Penile cancer. Palliative care. Retrospective study. Ethical issues in death and dying. Pain.

## PŘEDMLUVA

Rakovina, strašák moderní civilizace. Přichází náhle a bez pozvání a odnáší sebou důstojnost, sílu i ty co milujeme. Ale proč se této nemoci všichni tolik bojíme? Je to proto, že nevíme co nás čeká? Nebo, že si nevážíme svého zdraví, a tak si pro rakovinu vlastně jdeme.

Péče o své tělesné a duševní zdraví se zdá být jen naše věc. Ale málokdo přemýšlí nad tím, jaké dopady to bude mít na naše blízké. Jak těžkou zkouškou pro ně bude péče o nemocného a umírajícího. Je otázkou, jak dalece jsme na tento úkol připraveni, když si nepřipouštíme smrtelnou rodičů. Tato a mnoha dalších otázek mě vedla k sepsání této práce. Právě proto, že téma úmrtí rodiče a smrti obecně, je stále společenským tabu. Tato práce je mé svědectví a popsání osobních zkušeností z léčby člena rodiny. Proto téma retrospektivní studie je takovým pokusem o propojení zaznamenaných informací a vybavení si minulých dat.

Tímto bych chtěla poděkovat veškerému zdravotnickému personálu, který se staral o mého otce v době nemoci a umírání. Veškeré informace jsou popsáním proběhlých hospitalizací z mého pohledu. Věřím, že veškerá péče byla prováděno jen v dobré víře.

# OBSAH

<b>ÚVOD.....</b>	<b>14</b>
<b>1. KARCINOM PENISU.....</b>	<b>17</b>
1.1 VÝSKYT KARCINOMU PENISU V ČR.....	17
1.2 ETIOLOGIE.....	17
1.3 HISTOPATOLOGIE.....	18
1.3.1 SPINALIOM.....	18
1.3.2 BASALIOM.....	18
1.3.3 CARCINOMA IN SITU.....	18
1.4 RIZIKOVÉ FAKTORY.....	19
1.5 KLASIFIKACE KARCINOMU PENISU.....	21
1.5.1 TNM KLASIFIKACE .....	21
1.5.2 JACKSONOVA KLASIFIKACE.....	23
1.6 SYMPTOMATOLOGIE.....	23
1.7 DIAGNOSTICKÝ POSTUP.....	23
1.8 TERAPIE.....	25
1.8.1 KONZERVATIVNÍ TERAPIE.....	25
1.8.2 CHIRURGICKÁ TERAPIE.....	25
1.8.3 TERAPIE REGIONÁLNÍCH LYMFATICKÝCH UZLIN.....	27
1.8.4 RADIOTERAPIE.....	27
1.8.5 CHEMOTERAPIE .....	28
1.8.6 OSTATNÍ METODY LÉČBY.....	28
1.9 SLEDOVÁNÍ NEMOCNÉHO PO UKONČENÍ LÉČBY.....	29
1.10 PROGNÓZA.....	30
1.11 PREVENCE.....	30
<b>2. SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTA S KARCINOMEM PENISU.....</b>	<b>31</b>
2.1 KOMUNIKACE.....	31



2.2 PŘEDOPERAČNÍ A POOPERAČNÍ PÉČE .....	32
2.3 EDUKACE.....	33
2.4 PÉČE O PACIENTA V TERMINÁLNÍM STÁDIU.....	34
<b>3. OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S KARCINOMEM PENISU...36</b>	
3.1 ANAMNÉZA.....	38
3.2 PŘEHLED HOSPITALIZACÍ .....	38
3.2.1 I. LÉČBA.....	38
3.2.2 II. LÉČBA.....	40
3.3 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT.....	44
3.4 POSOUZENÍ STAVU PACIENTA DLE MODELU MAJORY GORDONOVÉ .....	46
3.5 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ DLE PRIORIT.....	51
3.5.1 STANOVENÉ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY.....	51
3.5.2 NÁVRH OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ.....	58
<b>4. PALIATIVNÍ PÉČE.....60</b>	
4.1 FÁZE UMÍRÁNÍ.....	60
4.2 HOSPICOVÁ PÉČE.....	62
<b>5. PÁTRÁNÍ PO DETERMINANTECH ÚMRTÍ.....63</b>	
<b>6. DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....65</b>	
<b>ZÁVĚR.....67</b>	
<b>PŘÍLOHY</b>	

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Krevní obraz ze dne 01. 08. 2014 .....	44
Tabulka 2 Biochemie ze dne 1.08. 2014.....	44
Tabulka 3 Farmakoterapie.....	45

## **SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ ZNAČEK A ZKRATEK**

<b>AST</b>	Aspartátaminotransferáza
<b>ALT</b>	Alaninaminotransferáza
<b>BMI</b>	Body Mass Index
<b>CRP</b>	C-reaktivní protein
<b>CT</b>	Výpočetní tomografie
<b>DNA</b>	Deoxyribonukleová kyselina
<b>i.m.</b>	Intra muskulárně
<b>i.v.</b>	Intra venózně
<b>MR</b>	Magnetická rezonance
<b>PET CT</b>	Pozitronová emisní tomografie
<b>PŽK</b>	Periferní žilní katétr
<b>RTG</b>	Rentgenové vyšetření
<b>tbl.</b>	Tableta
<b>ung.</b>	Unguentum, lék ve formě masti
<b>UZ</b>	Ultrazvukové vyšetření

(VOKURKA, 2015)

## SEZNAM ODBORNÝM VÝRAZŮ

<b>Adjuvantní terapie</b>	podpůrná léčba
<b>Anus</b>	řitní otvor
<b>Carcinoma in situ</b>	karcinom lokalizovaný v místě svého vzniku
<b>Cirkumcize</b>	mužská obřízka, operační odstranění předkožky
<b>Diabetes mellitus</b>	chronické onemocnění, projevující se zvýšenou hladinou cukru v krvi
<b>Epicystostomie</b>	přímá drenáž moči z močového měchýře za pomoci katétru
<b>Excize</b>	vyříznutí
<b>Fibrosarkom</b>	maligní mezenchymový nádor
<b>Lymfedém</b>	difuzní otoky části těla
<b>Lymforhea</b>	prosakování mízy přes kůži
<b>Glans penis</b>	žalud pyje
<b>Human papillomavirus</b>	virus napadající lidské buňky
<b>Infaustní prognóza</b>	nepříznivá předpověď onemocnění, které již nelze vyléčit
<b>Inguinální</b>	tříselný
<b>Indol</b>	aromatická, organická sloučenina
<b>Kurativní</b>	léčebný
<b>Melanosarkom</b>	maligní mezenchymový nádor, vyskytující se vzácně
<b>Perineální uretostomie</b>	vyvedení močové trubice (uretry) v oblasti hráze (perineum)
<b>Perorálně</b>	podání např. léku ústy
<b>Per secundam</b>	sekundární hojení rány, která nebyla chirurgicky uzavřena

<b>Rektálně</b>	podání např. Léku konečníkem
<b>Skatol</b>	sloučenina vznikající rozkladem bílkovin
<b>Somnolentní</b>	stav lehké formy poruchy vědomí
<b>Soporózní</b>	stav poruchy vědomí, kdy nemocný reaguje jen na bolestivé stimuly
<b>Sulcus coronarius</b>	brázda na srdci na rozhraní komor a síní
<b>Teleangiektázie</b>	lokálně rozšířené drobné kapiláry na kůži nebo sliznici
<b>Transdermálně</b>	působící přes kůži
<b>Uretra</b>	močová trubice

(VOKURKA, 2015)

## ÚVOD

Nádorové onemocnění je závažným zásahem do života člověka. Přináší sebou nejen strach z neznámého, ale i celospolečenské a ekonomické problémy. V České republice každý třetí obyvatel onemocní rakovinou a každý čtvrtý na ní umírá. Bohužel i přes vysoký výskyt onkologických onemocnění, víme o příčinách nádorového bujení velmi málo. Přesto známe rizikové faktory, kterým můžeme zodpovědným přístupem ke svému zdraví předcházet. Karcinom penisu je u nás, nepříliš známým typem onkologického onemocnění. Avšak kvůli své lokalizaci, je pro mužskou populaci vysokou hrozbou. Muži často prvotní symptomy neberou vážně a nepřicházejí do ordinací včas. Tato práce by měla být malou osvětou týkající se problematiky tohoto onemocnění a jeho ošetřování v praxi.

Práce je pomyslně rozdělena do dvou hlavních částí. První část práce má za cíl vysvětlit čtenáři základní terminologii onemocnění. V úvodu kapitoly je zmíněna četnost výskytu karcinomu penisu, dále pak projevy onemocnění, diagnostika a léčba. Tato část je zakončena kapitolami věnující se sledováním nemocného po ukončení léčby, prognóze a prevenci. Následující kapitola se zaměřuje na specifika v ošetřování pacienta s karcinomem penisu a onkologického pacienta obecně. Druhá část se zaměřuje na co nejpřesnější popis hospitalizací a ošetřovatelský proces. V kapitole věnované paliativní péči je popsán především průběh hospitalizace a úskalí v ošetřování a komunikaci s pacientem v terminálním stádiu onemocnění.

Cílem práce je retrospektivní případová studie, vytvořená na podkladě dříve zaznamenaných informací a pozorování pacienta v minulosti. Přesněji, obsahová analýza ošetřovatelské dokumentace porovnaná s výsledky vlastního pozorování. Výsledkem této metodiky je stanovení ošetřovatelských problémů a návrhů intervencí. Tato doporučení mohou být použita pro zlepšení kvality ošetřovatelské péče a zvýšení kladení důrazu na individualitu pacienta.

## Vstupní literatura

1. ELDEFRAWY, A., 2016. *Urologické listy: Karcinom penisu a operace šetřící tkáň penisu – současné trendy*. In: *Ambit Media* [online]. Leden 2016, 14(1), 19-23 [cit. 2016-06-02]. ISSN 1801-7584 . Dostupné z: <http://www.urologickelisty.cz/urologicke-listy-clanek/karcinom-penisu-a-operace-setrici-tkan-penisu-soucasne-trendy-58084>
2. HORA, Milan, 2011. *Česká urologie: Glansektomie v léčbě karcinomu penisu*. In: *Solen* [online]. Leden 2011, 15(1), 15-23 [cit. 2016-07-03]. ISSN 2336-5692 . Dostupné z: <http://www.czechurolog.cz/pdfs/cur/2011/01/04.pdf>
3. KRŠKA, Zdeněk, 2014. *Chirurgická onkologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4284-7.
4. KOLOMBO, Ivan, 2009. *Urologie pro praxi: Human papillomavirus v urologii*. In: *Solen* [online]. Únor 2009, 10(6), 320-327 [cit. 2016-07-03]. ISSN 1803-5299. Dostupné z: <http://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2009/06/02.pdf>
5. VORLÍČEK, Jiří, 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3742-3.

## Popis rešeršní strategie

Vyhledávání odborných publikací, které byly následně využity pro tvorbu bakalářské práce s názvem Kazuistika pacienta s onkologickým onemocněním, proběhlo v časovém období leden 2016 až srpen 2016. Pro vyhledávání bylo použito několik elektronických databází Katalogy knihoven systému Medvik, Bibliographia medica Čechoslovaca, Theses - registr vysokoškolských kvalifikačních prací, repozitář závěrečných prací.

Vyřazovacími kritérii byla obsahová nekompatibilita se stanovenými cíli bakalářské práce, literatura starší deseti let, publikace s nízkým stupněm důkaznosti (odborné názory jednotlivců, kazuistiky, série případů) nebo duplicitní nálezy publikace.

Pro tvorbu bakalářské práce a přímé citace v níž obsažené bylo využito celkem 36 informačních zdrojů. Tyto zdroje obsahovali 8 článků v časopisech přístupných online, 5 článků v časopise, 22 knih (z toho 2 knihy v anglickém jazyce), 1 elektronický zdroj. Použit byl rozhovor s manželkou nemocného, který byl z pořízeného audio záznamu doslovně přepsán. Veškeré uvedené zdroje byly publikovány v letech 2006 až 2016. V kapitole Jacksonova klasifikace, byl použit zdroj vydaný v roce 2005 a to proto, že v tomto rozsahu se jiná literatura o zmiňovaném typu klasifikace nezmiňuje.

Jako klíčová slova byla zvolena v jazyce českém: Karcinom penisu, paliativní péče, retrospektivní studie, etika umírání a smrti, bolest. V jazyce anglickém: Penile cancer, palliative care, retrospective study, ethical issues in death and dying, pain.



# 1. KARCINOM PENISU

Karcinom penisu není sice ve většině oblastí Evropy příliš častým onemocněním, přesto se jedná o onemocnění závažné, vyžadující pozornost laické i odborné zdravotnické veřejnosti (PONĚŠICKÝ, 2009).

## 1.1 VÝSKYT KARCINOMU PENISU V ČR

U nás činí podíl nově hlášených nemocných jedinců 1,9 na 100 000 mužů. Karcinom penisu postihuje především starší muže nad 50 let věku, což ale nemusí být vždy pravidlem. V některých případech byla čtvrtina pacientů mladší 50 let, což narušuje zažitou představu, že jde o onemocnění starší populace. Incidence je nejvyšší v nebělošských populacích v zemích Indie, Afriky a Jižní Ameriky, kde tvoří až 10 % všech zhoubných nádorů mužské populace (VORLÍČEK, 2012), (UZIS.CZ, 2014).

## 1.2 ETIOLOGIE

Nejčastější typ nádoru, představující až 90 % všech nádorů penisu je spinocelulární karcinom. Není však jediným typem nádorů, méně často se vyskytují i vzácnější nádory jako jsou fibrosarkom, melanosarkom a angiosarkom. Penis může být i místem metastáz zhoubných nádorů močového měchýře, prostaty a ledvin (VORLÍČEK, 2012).

Růst nádoru rozdělujeme podle lokalizace na exofytický nebo endofytický. Exofytický (zevní) bývá květákového charakteru s povrchovými vředy a zápachem. Zápach je způsobený bakteriální superinfekcí. Endofytický (vnitřní) se rozšiřuje do dutých prostor a rychle metastazuje. Karcinom penisu velmi rychle metastazuje do regionálních mízních uzlin, až u 60 % nemocných jsou palpačně hmatné při fyzikálním vyšetření (ŠRÁMKOVÁ, 2013), (UZIS.CZ, 2014).

„Ze současných údajů o mortalitě na karcinom penisu je zřejmé, že bez léčby nemocný na toto onemocnění zemře obvykle do 2 let po stanovení diagnózy v důsledku progredujícího lokoregionálního onemocnění či při rozvoji vzdálených metastáz. U nemocných s negativními uzlinami se 5leté přežití (CSS – cancer-specific survival) udává u tohoto onemocnění mezi 75–93 %. Při pozitivních uzlinách, pokud je provedena radikální lymfadenektomie, je 5leté CCS 50 % a pokud byla použita radioterapie je pak 25 %“ (KOLOMBO, 2009, s. 321).

## **1.3 HISTOPATOLOGIE**

### **1.3.1 SPINALIOM**

Jedná se o karcinom , který představuje nejčastější formu karcinomu penisu a je druhým nejčastěji se vyskytujícím kožním nádorem. Je nazýván také jako spinocelulární karcinom. Často se jeví jako lehce vyvýšené ložisko tužšího charakteru. Zpočátku je povrch hladký, později má tendenci k vředovatění nebo tvorbě květákovitých útvarů. Ty se na povrchu rozpadají, krváčí, zapáchají a hrozí riziko sekundární infekce (KRŠKA, 2014), (VORLÍČEK, 2012).

### **1.3.2 BASALIOM**

Je nejčastěji se vyskytujícím zhoubným kožním nádorem. U karcinomu penisu je typický pro vyšší věkovou skupinu. Zprvu je ložisko ploché, barvy kůže nebo voskovité. Jednotlivé typy obsahují různou koncentraci melaninového pigmentu s typicky palisádovým uspořádáním na okrajích. V pokročilých stádiích obvykle vředovají a infiltruje se do okolí. Jeho růst je pomalý, avšak velice agresivní (VORLÍČEK, 2012).

### **1.3.3 CARCINOMA IN SITU**

Druh benigního nádoru nepřerůstající bazální membránu. Jedná se o postupné nahrazování dlaždicového epitelu buňkami, jejichž okraje nejsou ohraničené. Tento druh nádoru řadíme mezi prekancerózy s vysokým sklonem přechodu v maligní formu (STEPHEN JONES, 2012).

## 1.4 RIZIKOVÉ FAKTORY

Nejčastěji udávaným predisponujícími faktory pro výskyt onemocnění je přítomnost předkožky spolu s fimózou, špatná hygiena, chronická balanitida, Human papillomavirus a abúzus nikotinu. U jedinců, kteří podstoupili obřízku v novorozeneckém věku je incidence téměř nulová (VORLÍČEK, 2012).

### FIMÓZA

Jako fimózu označujeme úzké zakončení vnitřního prstence předkožky do té míry, že není možné jeho volné přetažení přes žalud. V případě, že je k přetahování předkožky opakovaně použito velké síly, může docházet ke krvácení a zánětu. Rozlišujeme dvě formy fimózy – vrozenou a vzniklou opakovaným zánětem předkožky nebo žaludu. Vyskytuje se u 44–90 % pacientů s karcinomem penisu. Vlivem špatné hygieny genitálu u fimózy dochází k retenci smegmatu, jehož rozkladné produkty (indol a skatol) jsou považovány za karcinogenní. Tyto látky vznikající rozkladem bílkovin, zpočátku způsobující hypertrofii epitelu. Jako prevence před karcinomem penisu je nejefektivnější cirkumcize, ovšem pouze tehdy, pokud je provedena v dětském věku (MAČÁK, 2012).

### SMEGMA

Je sekret bílé nebo nažloutlé barvy tvořící se v předkožkovém vaku. Je tvořen produkty mazových žláz a odloupanými epiteliiemi buněčné tkáně. Sekret se tvoří pod předkožkou u mužů i u žen. Při nedostatečné hygieně může zapáchat a jeho dlouhodobé hromadění může způsobovat tvorbu karcinogenů (FAHRNY, 2015).

## HUMAN PAPILLOMAVIRUS

Lidský papilomavirus patří do kategorie DNA virů. Z více než 150 doposud popsáných lidských papilomavirů jich 18 z nich nese sebou vysoké riziko karcinogenity (DRIÁK, 2013).

Je považován za jedno z nejčastějších sexuálně přenosných onemocnění. V průběhu sexuálně aktivního života se s tímto onemocněním setká až 80 % populace. Přenos infekce jiným způsobem než pohlavním stykem, je možná, avšak stává se to velice zřídka. Inkubační doba je 3 měsíce. Pro snížení rizika HPV infekce a jeho vlivu na rozvoj rakoviny má zásadní význam prevence: chráněný pohlavní styk, stálý sexuální poměr a očkování. Souvislosti mezi infekcí a rozvojem maligních nádorových onemocnění je věnována velká pozornost. V posledních letech přibývá výzkumů na zjištění poznatků z jejich patofyziologie. Asi 30 % karcinomů penisu je spojeno s výskytem onkogenního Human papillomaviru (KOLOMBO, 2009).

## BALANITIDA

Je zánětlivé onemocnění glandu, které je často spojeno se zánětem předkožky. Příčiny mohou být různé, nejčastější je však bakteriální infekce, která je často spojena s nedostatečnou nebo naopak nadměrnou hygienou. Predisponujícím faktorem pro vznik zánětu, je předkožka přesahující glans penis. Balanitida ale může souviset i s úrazem, chemickým drážděním nebo vrozenou fimózou (HANUŠ, 2015).

## JINÉ RIZIKOVÉ FAKTORY

Dalším neméně důležitým zatěžujícím faktorem je umunodeficiencie, při které jsou pacienti vystaveni 18x vyššímu riziku výskytu karcinomu. Nejčastější ohroženou skupinou v imunodeficientním stavu jsou pacienti po transplantaci, imunosuprimovaní a HIV pozitivní. Fyzikální a chemické vlivy jako UV a ionizující radiace, chemické karcinogeny, ropné produkty a arzen se také podílí. Jako důležitý faktor můžeme považovat i věk pacienta, životní styl a zvýšené rizikové sexuální chování (KRŠKA, 2014).

Lichen scleroticus je podle mnohých pramenů považován za jednu z prekanceróz se vztahem ke karcinomu penisu. Jedná se o chronickou, zánětlivou kožní chorobu, jejíž příčina a incidence není známa. Incidence karcinomu penisu se udává v širokém rozmezí 2-50 % pacientů s Lichen scleroticus (VIK, 2011), (PONĚŠICKÝ, 2009).

## **1.5 KLASIFIKACE KARCINOMU PENISU**

Z důvodu stále většího výskytu nádorových onemocnění se stále více prosazovalo vypracování mezinárodní, všeobecné klasifikace klinických stádií nádorů. Po mnoha letech studií, byl v letech 1943-1952 vydán klasifikační systém TNM (Classification of Malignant Tumors). Využívání této klasifikace přispělo k tomu, že v posledních desetiletích se výrazně zlepšil odhad prognózy. Hodnocení klinických stádií nádorů obsahuje několik kategorií. Kategorie T popisuje rozsah primárního tumoru (velikost v cm), N kategorie charakterizuje postižení regionálních uzlin, M kategorie popisuje přítomnost metastáz a kategorie G popisuje diferenciaci nádoru (KRŠKA, 2014).

### **1.5.1 TNM KLASIFIKACE**

Předléčebná TNM klasifikace vychází z provedených fyzikálních vyšetření, rtg, endoskopie apod. Před zahájením samotné léčby. Po histologickém vyšetření a chirurgickém zákroku je upřesněna pooperační histopatologickou klasifikací (ZEMAN, 2011).

#### **T – primární tumor**

Tx: primární tumor nelze posoudit

To: bez známek primárního nádoru

TIS: carcinoma in situ

Ta: neinvazivní verukózní karcinom

T1: nádor infiltruje subepiteliální pojivovou tkáň

T2: nádor se šíří do corpus spongiosum nebo corpora cavernosa

T3: nádor infiltruje uretru nebo prostatu

T4: nádor se šíří do dalších okolních struktur

### **N – Regionální lymfatické uzliny**

Nx: regionální uzliny nelze hodnotit

N0: bez metastáz v regionálních uzlinách N1 metastáza v jedné povrchové tříselné uzlině

N2: metastázy ve více povrchových tříselných uzlinách (jednostranné nebo oboustranné)

N3: metastázy v hlubokých tříselných nebo pánevních uzlinách jednostranné nebo oboustranné

### **M – vzdálené metastázy**

Mx: přítomnost metastáz nelze posoudit

M0: žádné vzdálené metastázy

M1: přítomnost vzdálených metastáz.

### **G – stupeň diferenciacce**

GX: stupeň diferenciacce nelze hodnotit

G1: dobře diferencovaný

G2: středně diferencovaný

G3: špatně diferencovaný

G4: nediferencovaný

(KRŠKA a kol., 2014)

## 1.5.2 JACKSONOVA KLASIFIKACE

Jedná se o klasifikaci, vycházející z TNM klasifikace nádorů, která popisuje velikost primárního ložiska, rozsah invaze, postižení regionálních uzlin a přítomnost vzdálených metastáz.

Stadium 0: představuje karcinom in situ nebo verukózní, neinvazivní karcinom, nejsou přítomny metastázy v regionálních uzlinách ani vzdálené metastázy.

Stadium I: nádor postihuje glans penis nebo předkožku. nebo obojí. Bez postižení regionálních uzlin a vzdálených metastáz.

Stadium II: nádor postihuje kavernózní tělesa.

Stadium III: nádor s operabilními metastázami bez vzdálených metastáz.

Stadium IV: nádor s invazí do okolních struktur, nádor s inoperabilními inguinálními uzlinami, nádor se vzdálenými metastázami (DVOŘÁČEK, 2005).

## 1.6 SYMPTOMATOLOGIE

Projevy onemocnění se mohou výrazně lišit podle stupně progresu a agresivity. Nádor je viditelný a hmatný, až ve 48 % případů je lokalizovaný na glans penis a ve 21 % na předkožce. Zprvu se projevuje zčervenání předkožky na glans penis, ztvrdnutím pokožky a tím ztrátou její elasticity. Může být přítomno i svědění pokožky, což může mít za následek chybnou diagnostiku a záměnu za kvasinkovou infekci rodu *Candida*. Další fází projevů je tvorba drobných trhlin a s tím spojené krvácení během sexuální aktivity. U pokročilých nálezů se mohou objevit drobné ulcerózní léze doprovázené sekrecí. I přestože jsou prvotní symptomy dobře pozorovatelné, přesto nemocní projevy bagatelizují a nepřicházejí k lékaři včas (ŠRÁMKOVÁ, 2013), (VIK, 2011).

## 1.7 DIAGNOSTICKÝ POSTUP

Diagnostika musí vždy začínat stanovením rozsah primárního tumoru a posouzením přítomnosti uzlinového postižení, eventuálně výskytu vzdálených metastáz. Primární lézi je vždy před definitivním ošetřením nutné histologicky vyšetřit.

## PRIMÁRNÍHO LOŽISKA

Primární léze je obvykle patrná z lokálního nálezu. Při fyzikálním vyšetření se hodnotí tyto parametry:

- lokalizace (na glandu, předkožce, glandu i předkožce, v sulcus coronarius, na těle penisu)
- počet a velikost lézí
- tvar léze (plošná papilární, nodálně-ulcerózní)
- fixace k okolí (topořivá tělesa, houbovitě těleso, močová trubice)
- zbarvení, ohraničení, sekrece nebo krvácení

Ultrasonografie je ze zobrazovacích metod první volbou pro posouzení invaze do kavernózních těles. Je ovšem důležité zmínit, že UZ nemusí prokazatelně určit hloubku invaze. Proto je stále častěji využíváno k přesnějšímu posouzení rozsahu léze vyšetření MR. Aplikací látky prostaglandin E1, lze farmakologicky navodit erekci a přesněji určit zasažení kavernózních těles a klasifikovat stádium tumoru (ELDEFRAWY, 2016), (RAFTERY, 2010).

## REGIONÁLNÍ LYMFATICKÉ UZLINY

Metastázy v lymfatických bilaterálních uzlinách, byly prokázány u více jak poloviny pacientů, u nichž byly uzliny hmatatelné. Proto má včasné rozpoznání hmatných lymfatických uzlin zásadní význam. Pokud je klinický náleznegativní, je možné využít metody ultrazvukového vyšetření, které lze doplnit aspirací tenkou jehlou, kterou je možné rozlišit benigní a maligní lézi. Vyhodnocení nálezu na UZ nemusí být zcela průkazné, především z důvodu rozdílné schopnosti tumorů odrazet ultrazvukové vlny. Interpretaci výsledků, může dále zkomplikovat přítomnost zánětu nebo infekce.



U hmatných inguinálních lymfatických uzlin jsou indikována vyšetření pánve a břicha pomocí CT nebo MR.

Pozitronová emisní tomografie (PET) umožňuje prokázání maligní tkáně, tedy přesné určení metastáz do lymfatických uzlin u 4 z 5 případů. Lymfoscintigrafie s pomocí cílené biopsie sentinelové uzliny je vhodná pro rozpoznání metastáz do klinicky nehmatných uzlin (ELDEFRAWY, 2016), (PONĚŠICKÝ, 2009), (VORLÍČEK, 2012).

## VZDÁLENÉ METASTÁZY

Infiltrace metastáz do okolních orgánů je typická pro pokročilou fázi onemocnění. Nejčastěji je prováděn RTG plic, UZ abdominální oblasti a scintigrafie skeletu (ŠRÁMKOVÁ, 2013).

## 1.8 TERAPIE

Nejefektivnější způsob léčby karcinomu penisu je chirurgická terapie. Její rozsah se liší od stupně pokročilosti a lokalizace. V případech, kde se jedná o lehčí formu tumoru, lze očekávat kurativní efekt. V pokročilejších fázích onemocnění, kdy jsou zasaženy i lymfatické uzliny, musí být léčba doplněna radioterapií nebo chemoterapií (HORA, 2011).

### 1.8.1 KONZERVATIVNÍ TERAPIE

Konzervativní léčba je především symptomatická. Má za cíl snížit obtíže nemocného, zabránit vzniku deformací a preventivně zamezit vniknutí komplikací. Základem je lokální aplikace steroidních mastí, které zmírňují známky chronického zánětu. Tato léčba je optimální v rozmezí několika měsíců. Během aplikace je nutné sledovat vznik možných komplikací jako je atrofie kůže, zvýšená citlivost a svědění (VIK, 2011).

### 1.8.2 CHIRURGICKÁ TERAPIE

Cílem chirurgické terapie karcinomu penisu je volba nejvhodnější metody šetřící tkáň penisu. Přičemž je kladen velký důraz na kosmetický efekt a udržení co nejvyšší kvality života.

A to především zachování takové délky penisu, aby bylo možné provádět mikci ve stoje a pohlavní styk. Právě správně zvolená metoda je důležitá pro zachování přirozeného vzhledu penisu a tím i zlepšení psychologického efektu (HORA, 2011).

#### CIRKUMCIZE

Je nejlepším řešením z možností operací, které maximálně šetří tkáň penisu. Tento druh zákroku je možný tehdy, pokud se karcinom nalézá na předkožce penisu. U dobře ohraničených tumorů je zpravidla odstraněno 5mm okolní tkáně, u špatně ohraničených tumorů až 1cm. Vzorek získaný cirkumcizí je vždy nutné histologicky vyšetřit (ELDEFRAWY, 2016).

#### GLANSEKTOMIE

Je odstranění glandu penisu s následným ponecháním kavernózních těles za pomoci využití kožního štěpu nebo kůže penisu. Použití kožního štěpu je výrazně estetičtější, ale rekonvalescence pacienta delší. Největšími výhodami glansektomie je zachování kosmetického a psychologického efektu a zároveň funkce penisu. I přes následnou sníženou citlivost neogladu (vytvořeného z kožního štěpu), je schopnost sexuální aktivity zachována. U rozsáhlejších lézí je využití glansektomie neefektivní a přistupuje se k radikálnějším výkonům (HORA, 2011), (STANKUŠOVÁ, 2015).

#### PARCIÁLNÍ PENEKTOMIE

Cílem zákroku je odstranění tumoru a zachování maximální možné délky penisu pro zajištění sexuální funkce a močení ve stoje. Indikací k této invazivní operaci je postižení glandu tumorem, zasahujícím až do distální části těla penisu. Pro tento typ operace šetřící tkáň penisu je nezbytné provedení biopsie nazmrzlo a zachování dostatečného chirurgického okraje. V současné době již není trendem ponechávat 2 cm chirurgického okraje, což výrazně šetří tkáň a zvyšuje estetický výsledek (ELDEFRAWY, 2016).

## TOTÁLNÍ AMPUTACE

Je odstranění celého penisu a přerušení corpora cavernosa v oblasti stydké kosti. Pacientovi je zavedena perineální uretrotomie. Po emaskulinizaci se jedná o jednu z nejradikálnějších metod léčby karcinomu penisu. Není zachována přirozená mikce a pacient močí v sedě (HANUŠ, 2015).

## EMASKULINIZACE

Jedná se o odstranění celého mužského zevního genitálu. To znamená penisu, šourku a varlat. Po výkonu je zavedena perineální uretrotomie (HANUŠ, 2015).

### **1.8.3 TERAPIE REGIONÁLNÍCH LYMFATICKÝCH UZLIN**

#### LYMFADENEKTOMIE

Odstranění lymfatických uzlin s pozitivním nálezem. Prognóza u tohoto výkonu je stále nejednoznačná z důvodu vysoké morbidity (třetina až polovina operovaných). Komplikace vyskytující se po zákroku jsou velice časté. Nejčastější z nich jsou kožní ischémie a nekrózy, infekce operační rány, serom, lymfokéla, lymforhea, otoky dolních končetin a tromboflebitida. Jako prevence těchto komplikací se pacientovi podávají antibiotika a antikoagulancia (KIM, 2010).

### **1.8.4 RADIOTERAPIE**

Radioterapie oproti chirurgickým metodám zachovává orgán a tím předchází funkčním poruchám penisu. Její využití je nejefektivnější u počátečních stádií karcinomu a spolu s konzervativní terapií. Další léčenou skupinou pomocí radioterapie, jsou pacienti po opakovaně prodělané excizi nebo ti, kteří odmítají chirurgickou léčbu. Ti ale riskují možností lokální recidivy, která se vyskytuje až u třetiny pacientů léčených pouze radioterapií. Nežádoucími faktory jsou především teleangiektázie, atrofie a stenóza uretry. Proto stanovení léčebného postupu je velice individuální a odvíjí se od konkrétního stavu pacienta (STANKUŠOVÁ, 2015).

## BRACHYTERAPIE

Někdy také nazývána jako „vnitřní ozáření“, je metoda aplikována pomocí tenkých jehel v přímé blízkosti nádoru. Tato technika radioterapie se využívá jako následná terapie po cirkumcizi. Nevhodnější je její využití u karcinomů typu T1 a T2 a o maximální velikosti tumoru 4 cm. Tuto léčbu je doporučeno doplnit magnetickou rezonancí, z důvodu vyloučení infiltrace do okolí (STANKUŠOVÁ, 2015).

### 1.8.5 CHEMOTERAPIE

Užívání chemoterapie jako možnosti léčby není stále vyřešeno. Cytostatika a jejich kombinace, která jsou užívána při léčbě karcinomu penisu, jsou převzaty z léčebných metod jiných spinocelulárních karcinomů z důvodu stálého nedostatku randomizovaných klinických studií. Největší efekt má ve stádiu lokálně pokročilých forem a u metastatického postižení regionálních uzlin, kdy je cílem především odstranění mikrometastáz.

Několik studií popisuje léčbu chemoterapií po odstranění metastáz do lymfatických uzlin, kde se až třetině pacientům zvýšila míra života bez recidivy na 84 %. V případě roztroušených nebo neoperabilních metastáz mimo uzliny, jsou výsledky léčby neúspěšné s průměrnou dobou života pacienta pěti měsíců. Vzhledem k agresivnímu vývoji pokročilých nádorů karcinomu penisu, je prozatím chemoterapie nejčastěji užívanou metodou v paliativní léčbě (LAKOMÝ, 2009), (PIZZOCARO, 2010), (STANKUŠOVÁ, 2015).

### 1.8.6 OSTATNÍ METODY LÉČBY

Metody léčby karcinomu je mnoho. Některé se nevyužívají z důvodu časové a finanční náročnosti, jiné kvůli velkému výskytu vedlejších projevů.

## MOHSOVA METODA

Metoda spočívá v excizi nádoru, kdy se exciduje po obvodu tenká okrajová vrstva, obvykle menší než 1mm z okolí epidermis, dermis nebo podkoží. Tím se minimalizuje vznik možného defektu. Excidovaný preparát se pomocí zmrazující techniky vyšetřuje pod mikroskopem. S touto technikou postupně prováděných reexcizí, se skončí tehdy, když jsou získány negativní obvodové vzorky. Po odstranění se malé léze ponechávají k zahojení *per secundam*, u větších lézí se provede plastických rekonstrukční výkon. Metoda nejčastěji používaná v USA

(HORA, 2014), (KRŠKA, 2014).

## KRYODESTRUKCE, ELEKTROKAUTER, LASEROVÁ FOTOKOAGULACE

Tyto metody spočívají v tepelné destrukci léze. Výhodou je zachování glandu penisu, jeho struktury a funkce. Nevýhodou je nemožnost odebrání vzorku tkáně a tím následné histologické vyšetření. Dále pak posouzení rozsahu invaze karcinomu, hloubky působení tepelné destrukce a hojení následované jizvou (HORA, 2014).

## 1.9 SLEDOVÁNÍ NEMOCNÉHO PO UKONČENÍ LÉČBY

Dispenzarizací nemocného máme na mysli aktivní sledování nemocného. Vzhledem k prognóze onemocnění a opožděným nástupem generalizace, je v zájmu pacienta docházet na pravidelné kontroly. Během vyšetření lze poměrně snadno vyšetřit oblast spádových uzlin palpačně. Rozsah kontrol se liší od stadia onemocnění a druhem indikované terapie, kterou pacient podstoupil. Pokud nebyly postiženy regionální lymfatické uzliny a pacient podstoupil pouze konzervativní léčbu, sledujeme pacienta každé dva měsíce po dobu dvou let. Tento interval se postupně prodlužuje na kontroly každé tři měsíce a každých šest měsíců. Po lymfadenektomii sledujeme pacienty každé čtyři měsíce po dobu dvou let, dlouhodobě každých 6 měsíců. Součástí kontrol je i vyšetření PET CT a RTG hrudníku, zpravidla v intervalech šesti měsíců.

Po glansektomii, parciální amputaci nebo emaskulinizaci jsou pacienti sledováni každé čtyři měsíce po dobu dvou let (HAKKY, 2010), (NEVORALOVÁ, 2014).

## **1.10 PROGNÓZA**

Riziko recidivy u karcinomu penisu očekáváme v první dvou letech po ukončení léčby. U pacientů jenž nebyla prokázána přítomnost metastáz v regionálních lymfatických uzlinách, a podstoupili parciální amputaci penisu, je pravděpodobnost přežití 70-80 %. Po podstoupení lymfadenektomie je šance na vyléčení 40-50 %, zbývající umírají do 2-3 let. Pravděpodobnost přežití se snižuje se zvyšujícím se počtem uzlinových metastáz, přibližně na 25 %. Jak již bylo mnohokrát zmíněno, prognóza záleží na velikosti tumoru, hloubce invaze, včasné diagnostice, rozsahu metastáz, genetické faktory, HPV infekce a mnoha dalších faktorech (NEVORALOVÁ, 2014).

## **1.11 PREVENCE**

Jako prevence hromadění smegmatu pod předkožkou, je každodenní hygiena. Především tedy důkladná očista předkožkového vaku, hráze a anální oblasti. Součástí každodenní hygieny by mělo být i pozorování změn v oblasti excize tumoru a samovyšetřování. Preference monogamního vztahu a správná volba partnera je důležitá pro předcházení infekce Human papillomaviru. Ten je významným rizikovým faktorem. Nechráněný pohlavní styk zvyšuje nejen riziko přenosu pohlavních chorob, ale i kvasinkových infekcí v oblasti genitálu. Nejspolehlivější metodou ochrany proti HPV infekci je očkování. To je nejefektivnější provést před zahájením pohlavního styku u dívek i chlapců. Zde hraje roli především primární prevence a osvěta společnosti. Ta by měla být prováděna především v ordinacích pediatrů a gynekologů (KOLOMBO, 2009).

## **2. SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTA S KARCINOMEM PENISU**

Karcinom penisu je u nás poměrně vzácné onemocnění a jeho prognóza i léčba stále zcela nejasná. Vzhledem k nedostatku randomizovaných studií se léčba opírá o zkušenosti z léčby obdobných onemocnění. Stejná situace je i u ošetrovatelské péče. Dostupné literatury věnující se ošetrovatelské péči o pacienta s karcinodem penisu je minimum. Proto zde vycházíme z ústně předaných zkušeností mezi sestrami a z obecným postupů ošetrovatelské péče v urologii a onkologii.

### **2.1 KOMUNIKACE**

Sociální komunikace mezi pacientem a sestrou hraje důležitou roli v psychickém rozpoložení pacienta. Vzhledem k vysoké mortalitě u onkologicky nemocných, nelze u pacientů strach z onemocnění nijak omezit. Přesto můžeme během komunikace a ošetřování pacienta vytvořit základy důvěry (LINHARTOVÁ, 2007), (PTÁČEK, 2011).

#### **SDĚLENÍ DIAGNÓZY LÉKAŘEM**

Před sdělením diagnózy lékařem, by sestra měla vytvořit takové podmínky, aby měl pacient dostatek soukromí a klidu na doplňující otázky. Je důležité mít na paměti, že pacient má právo si zvolit, kdo u sdělování jeho zdravotního stavu bude přítomen a pokud si přeje soukromí, není důvod jeho přání nevyhovět (LINHARTOVÁ, 2007), (PTÁČEK, 2011).

#### **OBAVY NEMOCNÉHO**

Obavy nemocného často pramení z nedostatku informací a z pobytu v cizím prostředí. Pokud sestra aktivně projevuje zájem o osud nemocného a vývoj jeho onemocnění, je pro ní snadnější hledat individuální řešení dané situace.

Uvedené obavy jsou jedny z nejčastějších, se kterými se může sestra v praxi setkat:

- Strach z tělesné změny, znemožnění sexuální aktivity provedeným výkonem, amputace penisu
- Nedostatek kontaktu s blízkými, pocit osamělosti a sociální izolace
- Průběh onemocnění, bolestivé vyšetření a zákroky, přibývající příznaky onemocnění
- Strach ze smrti a z bolesti

Úlohou sestry je obavám předcházet, pokud je to možné. Pokud tedy čeká pacienta vyšetření, je potřeba pacientovi vysvětlit průběh vyšetření včetně případné přípravy před ním a po něm. Důležitý je pro nemocného kontakt s rodinou, té by měla být dovolená návštěva podle potřeb pacienta. Nikoliv podle potřeb personálu (VENGLÁŘOVÁ, 2006).

## **2.2 PŘEDOPERAČNÍ A POOPERAČNÍ PÉČE**

Předoperační příprava se nijak výrazně neliší od standardních postupů v chirurgii. Ošetrovatelská péče zahrnuje přípravu operačního pole, kontrolu dokumentace, identifikaci pacienta, premedikaci apod. (SLEZÁKOVÁ, 2010).

### **POOPERAČNÍ PÉČE PO LYMFADENEKTOMII**

Při ošetrovatelské péči po lymfadenektomii je dbáno o základní potřeby pacienta, jeho bezpečnost a komfort. Vzhledem k mnohdy rozsáhlé operační ráně, sestra podává analgetika nemocnému dříve, než o ně požádá (SLEZÁKOVÁ, 2010).

V rámci prevence vzniku lymforhey má pacient zavedenou sací drenáž. Pravidelná kontrola vyvedených drénů, funkčnost napojení a odsávání je nezbytná, pro zabránění lymfedému. Po dosažení celkového objemu sekretu 35-50ml za 24 hod, je možné drenáž odstranit. Sací drenáž může způsobovat neúplné uzavření lymfatik a zvyšovat riziko infekce. Zde je důležitá péče a operační ránu, stav krytí a aseptický přístup (KIM, 2010).

### **POOPERAČNÍ PÉČE PO AMPUTACI PENISU A EMASKULINIZACI**



I v tomto případě je pacientovi zavedena sací drenáž, jejichž funkčnost a obsah sestra pravidelně kontroluje. V obou případech je pacientovi zavedena perineální uretrostomie. Nemocný potřebuje podporu a pochopení, aby se s touto novou situací zžil. Pacient se snaží vypořádat nejen se změněným obrazem svého těla, ale i s důsledky tohoto výkonu, jako je močení v sedě, strach ze ztráty partnera a podobně (ŠRÁMKOVÁ, 2013).

## 2.3 EDUKACE

Propuštěním z nemocničního zařízení pacientovi obtíže bohužel nekončí. Odchází domů sice v kompenzovaném stavu, ale vedlejší komplikace výkonu obvykle přetrvávají. Zde přichází na řadu edukační role sestry. Pacient se musí umět vypořádat s nepříznivými vlivy rekonvalescence a naučit se metodám sebeděče.

### MANUÁLNÍ LYMFODRENÁŽ

Je snadnou a účinnou metodou ke zmírnění a odstranění otoků v oblasti dolních končetin po provedené lymfadenektomii. Tento druh masáže je časově nenáročný a lze ho pohodlně provádět i v domácím prostředí.

Nejlepší metodou lymfodrenáže v oblasti dolních končetin je tzv. „vypuzovací hmat“. Ten se pro větší účinnost provádí oběma rukama a způsobuje posun tekutiny a snížení lymfedému. „Začíná se flexí zápěstí a nasazením palce a ukazováčku na kůži, přičemž se sjíždí k zadní straně končetiny, kde se ruka vzdálí. V závěru sjíždí ruka prsty přes hřbet končetiny. Na konci této posuvné fáze se tlak podkladu natolik zvýší, že se ruka již nemůže dál posunout (podélné napnutí a vyprázdnění lymfatických cév)“ (FÖLDI, 2014, s. 509).

### PREVENCE

Před propuštěním z nemocnice sestra edukuje nemocného v rámci sekundární a terciární prevence. Pacient zná postupy efektivní hygieny intimních partií, důsledky

rizikového sexuálního chování, vliv užívání alkoholu a tabáku na celkový zdravotní stav, metody samovyšetřování a význam navštěvování pravidelných kontrol. Žádné z těchto témat by nemělo být zlehčováno nebo opomíjeno. Edukace pacienta probíhá vždy v klidném prostředí s dostatkem prostoru na kladení doplňujících dotazů (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

## 2.4 PÉČE O PACIENTA V TERMINÁLNÍM STÁDIU

Sestra má velice důležitou úlohu v péči o umírajícího. A to nejen v ošetřování nemocného, ale především v pozorování změn v chování a stavu nemocného a regování na tyto změny za účelem zvýšení komfortu nemocného.

### HYDRATACE A VÝŽIVA

„Hydratace je absolutně nutná. Člověk nesmí zemřít žízní, nesmí trpět žízní. Dehydratace znásobuje nepříznivé pocity nemocných, vede k neklidu, patří ke stejně tíživým vjemům jako bolest nebo dušení“ (GROFOVÁ, 2007, s. 148).

Hydratace a výživa jsou základní péčí o umírajícího. Výživa nemocného neřeší jeho zdravotní stav, ale napomáhá ke snížení strádání. Pokud je ovšem dobrá hydratace, není nutné podávat plnohodnotnou výživu, o to obzvláště tehdy, když výživa nedokáže změnit nepříznivý průběh umírání (GROFOVÁ, 2007).

### BOLEST

Bolest je nejčastěji považována za zdroj utrpení pro umírajícího, a pokud není dobře kompenzována, přináší sebou mnoho dalších nepříznivých projevů.

Pokud nemocný trpí bolestí, není schopen jíst, pít, spát a odpočívat, to jen zhoršuje průběh umírání. U léčby je důležitá prevence bolesti, ta by měla být zajištěna podáním analgetika dříve, nežli se intenzita bolesti zvýší. Sestra aplikuje léky způsobem, který pacientovi vyhovuje nejvíce (perorálně, injekčně, rektálně, transdermálně a podobně).

Je veden pravidelný záznam o intenzitě bolesti, hodnocený podle škály hodnocení bolesti a veškeré změny jsou hlášeny lékaři (VYTEJČKOVÁ, 2013).

## KOMFORT

Umírající pacienti tráví převážnou většinu času na lůžku. Právě proto, sestra upravuje lůžko k maximálnímu pohodlí nemocného. Cirkulace tělních tekutin je snížena, proto by měly být chladné akraální části těla udržovány v teple. Pro umírající může být přikrývka vnímána jako těžká, pak je potřeba zajistit vhodnou teplotu v místnosti. Zvýšení komfortu a snížení bolesti se dá dosáhnout pravidelným polohováním nemocného na lůžku nebo vysazováním mimo něj (DOBIÁŠ, 2013).

## VYPRAZDŇOVÁNÍ

Nedostatek pohybu, snížená peristaltika střev a užívání analgetik, může mít za následek zácpu. Tu lze snadno řešit podáváním mikroklyzmat, projímadel v krajních případech i digitální vybavení stolice. V rámci péče o vyprazdňování, navrhujeme vhodné inkontinenční pomůcky.

U umírajících může z důvodu snížení příjmu tekutin a potravy, snížení perfuze ledvin a tím ke sníženému vylučování metabolitů. Pokud není nedostatečně dbáno na hydrataci nemocného a na monitoraci příjmu a výdeje tekutin, může ten stav vést až k bezvědomí (DOBIÁŠ, 2013), (VYTEJČKOVÁ, 2013).

### **3. OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S KARCINOMEM PENISU**

#### **METODIKA**

Praktická část je koncipována jako retrospektivní případová studie pacienta s karcinomem penisu. Je zde popsána léčba pacienta, od prvního kontaktu s nemocí až do jeho smrti, v horizontu přibližně čtyř let. Kazuistika je doplněna výpovědmi manželky pacienta pro lepší seznámení čtenáře s popisovanou situací.

Metodika je zvolena na základě ošetřovatelského procesu a vlastně zvoleného postupu. Ten spočíval ve stanovení ošetřovatelských problémů, které byly stanoveny zpětně na základě rozhovorů s pacientem během hospitalizace, pozorováním pacienta a výpovědi manželky nemocného. Dále pak v obsahové analýze ošetřovatelské dokumentace a stanovení ošetřovatelského plánu na základě zjištěných nedostatků. Vzhledem k popisování velkého časového období, nebylo možné analyzovat všechny hospitalizace pacienta. Proto model funkčního zdraví podle Majory Gordonové a stanovení ošetřovatelských diagnóz, byl stanoven ke konkrétní hospitalizaci 01. 08. 2014-28. 08. 2014

Informace o pacientovi byly získány především pozorováním a rozhovorem s pacientem. Dalšími neméně důležitými zdroji informací byly rozhovory s rodinnými příslušníky a nahlížením do ošetřovatelské a lékařské dokumentace. Pro stanovení ošetřovatelských diagnóz byla použita ošetřovatelská dokumentace spolu s didaktickou pomůckou NANDA International, Ošetřovatelské diagnózy: Definice a klasifikace 2015-2017.

Z důvodu ochrany osobních údajů pacienta, jsou zachovány časové rozestupy mezi jednotlivými hospitalizacemi, ale konkrétní data a iniciály lékařů jsou smyšlené.

## IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

**Jméno a Příjmení:** O.M.

**Pohlaví:** muž

**Datum narození:** 20.11. 1961

**Věk:** 53

**Vzdělání:** vysokoškolské

**Zaměstnání:** OSVČ

**Datum I. Léčby:** 10.03. 2011-06.03. 2012

**Datum II. Léčby:** 13.01. 2013-25.11. 2014

**Oddělení:** Onkologická klinika Thomayerovy nemocnice  
Urologická klinika Thomayerovy nemocnice  
Chirurgické oddělení Nsp Česká Lípa  
LDN o Nsp Česká Lípa

**Ošetřující lékař:** A.A.

**Důvod přijetí uvedený pacientem k 04.11. 2014:**

„Doktor říkal, že bude lepší, když mi ho odstraní.“

**Hlavní medicínská diagnóza:**

Karcinom penisu

**Medicínské diagnózy vedlejší:**

Arteriální hypertenze na terapii

Diabetes mellitus 2. typu na PAD

### **3.1 ANAMNÉZA**

53 letý vysokoškolsky vzdělaný pacient, pracující jako OSVČ v oboru hydrogeologie. Je ženatý, má dvě zdravé dcery. Otec pacienta zemřel v 78 letech na karcinom duodena, matce je 78 let a doposud vážně nestonala. Pacient se dlouhodobě léčí na chronickou venózní periferní isuficienci a pravidelně užívá léky - Omnic Tocas 0,4mg tbl. 1-0-0 (tamsolusinum), Detralex tbl. 2-0-0 (venotonikum, vazoprotektium). Doposud nikdy vážněji nestonal, transfúze a operace neguje. Jakékoliv alergie neguje. Alkohol pije pouze příležitostně, s kouřením skončil před 20 lety. Kávu pije čtyřikrát denně. Pacient měří 185cm a váží 120kg, redukční dietu nikdy nedržel, jí velké porce. Obezita pacienta dlouhodobě omlouvána. Sportovním aktivitám se věnoval naposledy v mládí, procházky ho nebaví. Nejraději jezdí na chalupu, kouká na televizi a hraje poker. Z důvodu dlouhodobých zdravotních obtíží navštěvuje urologickou ambulanci pravidelně. Pacient bydlí s manželkou v bytě a pochvaluje si dobré rodinné vztahy. Již dlouhodobě se nachází ve finanční tísní, z důvodu nedostatku pracovních zakázek. Tato situace ho velice stresuje, protože jeho opakované hospitalizace zhoršují finanční zázemí rodiny.

### **3.2 PŘEHLED HOSPITALIZACÍ**

#### **3.2.1 I. LÉČBA**

Pacient se 10. 03. 2011 dostavuje do urologické ambulance z důvodu dlouhodobě trvajících zdravotních potíží. Pacientem bylo popsáno zarudnutí na glans penis a nykturie, proto byl odeslán na zákrok na chirurgické oddělení v místě bydliště. Tento okamžik by mohl být považován za první kontakt s nemocí.

16. 03. 2011-18. 03. 2011

Pacient plánovaně přijat pro cirkumcizi na chirurgické oddělení nemocnice s poliklinikou Česká Lípa. Histologické vyšetření předkožky potvrdilo přítomnost tumoru. Po zákroku pacient popisuje zvýšení senzitivity na penisu. Po třech dnech je bez obtíží propuštěn domů.

17. 09 2011-19. 10. 2011

Pacient plánovaně přijat na urologické oddělení Thomayerovi nemocnice pro excizi tumoru na glans penis.

24. 10. 2011-18. 11. 2011

Pacient plánovaně přijat pro excizi uzlin pravého třísla a radikální lymfadenektomii vlevo, na urologické klinice Fakultní nemocnice Plzeň. Před zákrokem pacient podstoupil lymfoscintigrafii se zobrazením postižených uzlin v pravém tříslu. Z důvodu pomalého hojení operované rány provedeny stěry. Mikrobiologické vyšetření stěru pozitivní na přítomnost bakterie *Staphylococcus aureus*, pacient přeléčen antibiotiky, další stěry negativní. Po měsíci hospitalizace pacient propuštěn s indikací k adjuvantní chemoterapii.

20. 12. 2011-24. 12. 2011

Zahájen I. cyklus chemoterapie s kurativním záměrem na onkologickém oddělení Thomayerovi nemocnice.

V této době se pacient dozvídá o metodách nitrožilní aplikace vitamínu C, která by mohla zmírnit vedlejší účinky chemoterapie. Požádal tedy ošetřující lékařku o vypsání poukazu, se kterým by měl tuto léčbu levnější. Lékařka tuto podpůrnou léčbu odmítla, s tím, že mnoho jejich pacientů tuto léčbu podstoupilo a stejně zemřeli. Tento radikální postoj lékařky pacienta nepříjemně překvapil.

10. 01. 2012-14. 01. 2012

Zahájen II. cyklus chemoterapie s kurativním záměrem na onkologickém oddělení Thomayerovi nemocnice.

10. 02. 2012-14. 02. 2012

Zahájen III. cyklus chemoterapie s kurativním záměrem na onkologickém oddělení Thomayerovi nemocnice.

02. 03. 2012-06. 03. 2012

Zahájen IV. cyklus chemoterapie s kurativním záměrem na onkologickém oddělení Thomayerovi nemocnice.

### **3.2.2 II. LÉČBA**

Přehled ambulantních kontrol a hospitalizací pacienta v období 11.11. 2013-18.09. 2014.

Po ukončení chemoterapie v březnu 2012 pacient pravidelně dochází na kontroly do urologické ambulance Thomayerovi nemocnice, nejdříve v měsíčních intervalech, dále pak po 3 měsících. Každých 6 měsíců bylo provedeno vyšetření PET vždy s negativním výsledkem. V květnu 2013 plánovaná kontrola odložena z důvodu pracovního vytížení. O následující čtyři měsíce později pacient pozoruje zarudnutí na glans penis v těsné blízkosti poslední excize tumoru.

11.11. 2013

Pacient se dostavil pro několika měsíční obtížích na dermatovenerologickou ambulanci v místě bydliště. Byla nasazena lokální léčba Fucidin ung. a lékařem doporučena kontrola v nejbližším možném termínu na urologické ambulanci v Thomayerově nemocnici. Z důvodu strachu potvrzení domněnky pacienta z možné recidivy onemocnění, bylo objednání na kontrolu pacientem několik měsíců odkládáno.

11. 03. 2014

Provedeno histologické vyšetření odběru vzorku z glans penis. Na základě výsledku vyšetření doporučena parciální penektomie. Ta byla provedena o měsíc později na urologickém oddělení Thomayerovi nemocnice.



18. 04. 2014

Provedeno vyšetření PET CT s potvrzením relapsu v pravém třísele.

17. 05. 2014

Na základě posledního vyšetření PET CT provedena inguinální lymfadenektomie a odběr vzorku z pahýlu penisu. Výsledek histologického vyšetření obou preparátů potvrdilo recidivu karcinomu penisu.

23. 07. 2014-1. 08. 2014

Na přání pacienta byla ošetrovatelské péče prováděna v domácím prostředí rodinou. Před provedením výkonu pacient byl ve velkých bolestech ošetřován manželkou.

01. 08. 2014-28. 08. 2014

Pacient ve velkých bolestech plánovaně přijat pro výkon totální amputace penisu a perineální uretrotomii na urologické oddělení Thomayerovi nemocnice. Pacientovi byly podávány léky na zmírnění úzkosti zapříčiněné provedeným výkonem, bolestmi a strachem ze smrti. Ošetrovatelská péče byla spíše zaměřena na léčbu bolesti, než-li na psychický stav pacienta.

„ Když sem poprvé viděla ty metastázy, tak to vypadalo jenom jako bolák. Tak se ptám, co to je? To se mi prý ztratí, říkal doktor. Protože jsem netušila, jak vypadají kožní metastázy, tak jsem si říkala, že asi zmizí. Pak mu to začalo hrozně rychle mokvat a nějak se mi to nezdálo“ (MANŽELKA).

04. 09. 2014

Pacient přivezen sanitou pro zhoršení stavu v doprovodu rodiny na onkologickou ambulanci Thomayerovi nemocnice. Bylo provedeno vyladění analgesie naplánování provedení paliativní radioterapie.

„ Z nemocnice volali, že vědí jak to budou léčit. Tak jsme tam přijeli a přijal nás doktor. A nabídl nám náplasti na bolest. Doufala jsem, že si ho v nemocnici nechají, když má tak velké bolesti. Ale neměli volné lůžko, dali nám domů recepty na opiáty, opiátové náplasti domů, čtverce a bude k nám chodit domácí péče. Doktorka mi v ambulanci pošeptala do ucha, že stav je velmi vážný. Ale co to doopravdy znamenalo, jsem neměla tušení“ (MANŽELKA).

V době přijetí na urologickou ambulanci pacient užíval Morfin 1% 1 ml i.m. 3 krát denně, ten účinkoval s minimálním efektem. Analgesedace zvýšena o Durogesic 75 pg/h, aplikován ve dvou náplastech zároveň, účinkujících kontinuálně 24hodin. V pubické oblasti až k anu rozšíření kožního defektu vzniklého infiltrací tumorem. Kožní defekt byl doprovázen silným zápachem a hojnou sekrecí. Pacient popisoval obtížnou, bolestivou defekaci. Z důvodu obsazení lůžek, pacient odeslán domů.

05. 09. 2014-10. 09. 2014

Pacient ošetřován v domácím prostředí rodinou a sestrami ze zdravotní péče. Pravidelně podáván Morfin 1% 1 ml i.m. 3 krát denně a Durogesic 75 pg/h. Z důvodu četných metastáz lokalizovaných od pupku až k anu byly převazy této oblasti nutné až šestkrát denně.

„To jsme měli tu zelenou mastičku na ty metastázy. Měl hrozné bolesti, tak jsme lepily náplasti a domácí péče mu chodila píchat opiáty. Po pár dnech se mu metastázy rozšířili až ke konečníku, nedalo se to pořádně udržovat, strašně to zapáchalo. Z metastáz mu pořád něco teklo. Nesnesl na sobě žádné oblečení, všechno ho bolelo. Prosil mě ať mu pomůžu od bolesti. Postel jsem převlékala dvakrát až třikrát denně. Po těch náplastech pořád spal a pořád se snažil ještě pracovat, abych nezůstala bez peněz. Bylo to hrozný“ (MANŽELKA).

11. 09. 2014-19. 09. 2014

Pacient plánovaně přijat pro zahájení paliativní radioterapie na onkologickém oddělení Thomayerovi nemocnice.

„ Sestra mi slíbila, že vyjedná léčbu v protonovém centru v Brně. Tak už jsem nahlásila v práci, že budu končit, abych se o něho mohla během léčby starat. Nevěděla jsem, že už mu nemůžou pomoci“ (MANŽELKA).

„Přijetí bylo drsný, přijali nás a hned manželovi řekli, ať si někde vyjedná hospic. Byla jsem z toho hotová, nikdo nám neřekl, že vlastně umírá. Kdo se toho doktora prosil, aby mu to říkal? Od té doby, co mu to řekli, tak už to vzdal. Podíval se na mě a ptá se mě, Tys to nevěděla, že je to tak hrozný? Řekla jsem mu, že nevěděla. Mě kdyby takhle někdo řekl, že umírám, tak se z toho zhroutím“ (MANŽELKA).

18. 09. 2014-23. 09. 2014

Pacient byl přeložen pro navržení paliativní péče na hospicový pokoj v místě bydliště. Na hospicovém lůžku byl pacient šest dní, po-té umírá na zástavu srdce a dýchání.

### 3.3 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

01. 08. 2014-28. 08. 2014

#### ORDINOVANÁ VYŠETŘENÍ

- krevní obraz, biochemické vyšetření, vyšetření hemokoagulace, mikrobiologické vyšetření, biopsie pravostranných tříselných uzlin

Tabulka 1 Krevní obraz ze dne 01. 08. 2014

Laboratorní název	Výsledná hodnota	Referenční hodnota
Leukocyty	32,8 10 <sup>9</sup> /l	4 – 10 10 <sup>9</sup> /l
Erytrocyty	5,05 10 <sup>12</sup> /l	3,9 – 6,1 10 <sup>12</sup> /l
Trombocyty	167 10 <sup>9</sup> /l	140 – 400 10 <sup>9</sup> /l
Hemoglobin	162 g/l	120 – 160 g/l
Hematokrit	0,47 abr.j.	0,35 – 0,47
Hemoglobin v ery.	32,1 abr.j.	0,28 – 0,33

Tabulka 2 Biochemie ze dne 01. 08. 2014

Laboratorní název	Výsledná hodnota	Referenční hodnota
Bilirubin celkově	19	
AST	0,51 µkat/l	Do 0,85 µkat/l
ALT	0,91 µkat/l	Do 0,80 µkat/l
Urea	45,5 mmol/l	1,7 – 8,3 mmol/l
Kreatinin	107 µmol/l	44 – 110 µmol/l
Sodík	137 mmol/l	120 – 160 mmol/l
Draslík	4,7 mmol/l	3,8 – 5,4 mmol/l
Chloridy	102 mmol/l	85 – 125 mmol/l
Glukoza	5,1	
CRP	95 mg/l	0 – 15 mg/l
Celková bílkovina	97,6 g/l	68 – 85 g/

**Histologické vyšetření:**

Preparát po totální amputaci: recidiva špatně diferencovaného až sarkomatoidního karcinomu

Preparát po biopsii metastáza špatně diferencovaného karcinomu

**KONZERVATIVNÍ TERAPIE**

**Dieta:** racionální

**Pohybový režim:** bez omezení

**RHB:** dle stavu

**Výživa:** perorální

**MEDIKAMENTÓZNÍ TERAPIE**

Tabulka 3 Farmakoterapie

Terapie			
Citalec 20 mg tbl.	perorálně	1-0-0	antidepresivum
Diclofenac 75 mg tbl.	perorálně	1-0-1	antirevmatikum
Glucophage 850 mg tbl.	perorálně	1-0-0	antidiabetikum
Lactuloza 5 ml sirup	perorálně	1-1-1	digestivum
Lexaurin 1,5 mg tbl.	perorálně	1-1-1	anxyolitikum
Morfin 1% 1ml	intramuskulárně	1-1-1	analgetikum
Novalgin 500 mg tbl.	perorálně	1-1-0-1	analgetikum

**Infuzní terapie:** Gentamicin 80 mg/2 ml (antibiotikum)

**CHIRURGICKÁ TERAPIE**

Pacient podstoupil operaci totální amputace penisu a zavedení perineální uretrotomie.

### **3.4 POSOUZENÍ STAVU PACIENTA DLE MODELU MAJORY GORDONOVÉ**

Ošetrovatelské problémy byly stanoveny k období hospitalizace 01. 08. 2014-28. 08. 2014, přesněji 10. den po totální amputaci penisu a zavedení perineální uretrostomie.

#### **1. PODPORA ZDRAVÍ**

Pacient nikdy nedodržel zdravý životní styl. Párkrát uvažoval, že by si koupil kolo, ale nikdy tento záměr neuskutečnil. Lékaře navštěvoval jen tehdy, když se objevil zdravotní problém, který ho omezoval v každodenních činnostech. Byl si vědom závažnosti svého zdravotního stavu, ale nepřipouštěl si jakýkoliv podíl viny na svém zdravotní stavu.

Ošetrovatelský problém: sedavý způsob života

#### **2. VÝŽIVA**

Pacient trpěl morbidní obezitou k výšce 185 cm vážil 120 kg, BMI= 35,06 (obezita 2. stupně). V minulosti se párkrát pokusil o dietní stravování, ale nikdy nevydržel déle jak měsíc. Vždy byl zvyklí jíst několikrát denně a jíst to co mu chutná. Denně vypil až 2 l tekutin.

Dlouhodobě pozoroval úbytek na váze. V důsledku intenzivních bolestí zhubl za poslední dva měsíce 15 kg. Nechtěl jíst, protože neměl chuť. Na stravu v nemocničním zařízení si nikdy nestěžoval. Rodina často nosila ovoce z domova.

Ošetrovatelský problém: obezita, nedostatečný příjem potravy z důvodu velkých bolestí a úzkosti

#### **3. VYLUČOVÁNÍ A VÝMĚNA**

Po totální amputaci byla pacientovi zavedena perineální uretrostomie. Musel si „zvyknout“ na močení v sedě. Tento způsob močení mu nevyhovoval. Při pomočení si pomáhal používáním fólie, na kterou ve stoje močil a po jejím povrchu následně

stékala moč do toalety. Byl to jeho vlastní způsob, jak se s touto změnou vypořádat.

Přes všechny tyto nesnáze, pacient dodržoval pitný režim a chodil močit 5 až 8 krát za den.

Z důvodu užívání opiátů a analgetik pacient trpěl zácpou. Defekaci mu ztěžovaly metastázy v oblasti pupku, které ho bolely při zatínání břišních svalů během násilného tlačení stolice. Stolice byla nepravidelná. Užíval několikrát denně laxativa, bez výraznějšího efektu.

Ošetřovatelský problém: zácpa

#### 4. AKTIVITA A ODPOČINEK

Pacient před hospitalizací nikdy nesportoval a pohyb aktivně nevyhledával. Přesto se během hospitalizace snažil být soběstačný. Hospitalizaci strávil na nadstandartním pokoji, kde měl dostatek klidu a soukromí. Často pociťoval únavu a to i krátce po probuzení, pospával i během dne. V noci se probouzel, volal manželce a dceři, bál se smrti a zhoršující se bolesti. Pacientem byly popisovány špatné sny a děsivé představy, které ho doprovázejí při usínání. Vždy byl zvyklí hodně spát, ale nespavost během noci přisuzoval účinkům opiátů.

V testu základních všedních činností podle Barthelové dosahuje 85 bodů, což je stupeň lehké závislosti na pomoci.

Ošetřovatelský problém: nedostatek spánku trvající déle jak 3 hodiny, psychické vypětí a strach, únava jako vedlejší účinek farmakoterapie

#### 5. PERCEPCE/KOGNICE

Po podání opiátu lehce apatický, jinak orientovaný v prostoru a čase. Chvillemi lucidní. Zrak i sluch měl v pořádku, pohyb pomalý, ale bez užití kompenzačních pomůcek. Kognitivní funkce bez zjevných změn. Podle hodnocení Glasgowské stupnice hloubky bezvědomí dosáhl 15 bodů, což znamená bez poruchy vědomí.

Ošetřovatelský problém: žádný

## 6. SEBEPERCEPCE

Pacient sebe hodnotil jako optimisticky smýšlejícího člověka se smyslem pro humor. Bohužel neustálé hospitalizace a podstoupené výkony zlomily jeho jinak veselou povahu. Často plakal, byl úzkostný, často hovořil o obavách ze smrti.

Ošetřovatelský problém: Strach, úzkost

## 7. VZTAHY MEZI ROLEMI

Pacient soukromě podnikal v oboru hydrogeologie. Jeho příjem byl závislý na množství dokončených zakázek. Doma se snažil do poslední chvíle pracovat i přes nesnesitelné bolesti. Do nemocnice si vzal sebou notebook, aby mohl dodělat rozpracované projekty. Práce ale nebyl schopen, špatný psychický stav doprovázený bolestmi, mu neumožňovali se na cokoliv soustředit.

Bydlel s manželkou v bytě. Rodina ho navštěvovala pravidelně, především manželka a mladší dcera.

Ošetřovatelský problém: riziko pocitu osamělosti

## 8. SEXUALITA

Pacient není sexuálně aktivní téměř rok. Po opakovaných excizích došlo ke změnám v senzitivně a estetice penisu. To způsobilo psychický blok nemocného. Po provedení totální amputace, zanikla možnost jakéhokoliv sexuální života. Pacient na toto téma odmítal mluvit, veškeré informace byly převzaty z výpovědi manželky.

Ošetřovatelský problém: stud

## 9. ZVLÁDÁNÍ/ TOLERANCE ZÁTĚŽE

Velkou oporou pro pacienta byla manželka a obě dcery. Obavy ze smrti a z toho, co bude dál opakujeval často. Vždy velice podléhal stresu a náročným životním situacím.

Ošetřovatelský problém: strach



## 10. ŽIVOTNÍ PRINCIPY

Pacient i jeho rodina byly ateisté. V posledních týdnech si pacient začal uvědomovat křehkost života. Během všech hospitalizací s ním byly manželka s dcerou, což mu hodně pomáhalo. Opora rodiny v něm prohlubovala strach, že mi mohl jednou zůstat sám nebo na obtíž. Manželce slíbil, že až se uzdraví znovu si jí vezme. Těšil se na vnoučata a až mu budou říkat „dědo“.

Ošetřovatelský problém: žádný

## 11. BEZPEČNOST A OCHRANA

Pacient negoval veškeré lékové nebo potravinové alergie. Návykové látky neužíval, nekouřil, alkohol pouze příležitostně. V pooperačním období byl ohrožen rizikem infekce z důvodu operační rány, ze zavedeného PŽK a perineální uretrotomie. Stav pooperační rány a invazivní vstupů je pravidelně monitorován.

Velice se těšil domů, tam se cítí nejlépe.

Ošetřovatelský problém: riziko infekce z důvodu operační rány, ze zavedeného PŽK a perineální uretrotomie, porušená integrita tkáně v oblasti pupku lokálními metastázami

## 12. KOMFORT

Přibližně týden před hospitalizací pacient trpěl silnými bolestmi, ale nepřál si čekat na zákrok v nemocnici. Měl naordinován Dipidolor i.m. 2 krát denně. Po nástupu účinku léku udával minimální zlepšení. Po operačním výkonu se bolest snížila, přesto pacient požadoval analgetika. Podle numerické hodnotící škály bolesti, intenzita bolesti č. 5.

Ošetřovatelský problém: Bolest

## 13. RŮST A VÝVOJ

Prodělal běžná dětská onemocnění, očkování v mládí. Psychosomatický vývoj bez patologie a odchylek.

Ošetrovatelský problém: žádný

#### **Situační analýza ke dni 10.08. 2014**

53 letý pacient O.O. přijat plánovaně 01.08. 2014 v ranních hodinách na Urologickou kliniku Thomayerovi nemocnice v Praze s diagnózou karcinomu penisu k operačním záměru spočívající v totální amputaci penisu a následné histologické vyšetření preparátu. Pacient při příjmu orientovaný, při vědomí a spolupracoval. Z důvodu velice silných bolestí byl pacient přivezen na oddělení na vozíku. Na oddělení bylo provedeno předoperační vyšetření, včetně krevní odběrů a odběrů moči. V tentýž den byla provedena předoperační příprava, spočívající v podání ordinované premedikace, bandáže dolních končetin, zavedení PŽK a přípravy operačního pole. Následně proveden chirurgický zákrok totální amputace penisu se zavedením perineální uretrostomie. V pooperačním období byly podávány léky na tlášení bolesti. Na základě stanovených ošetrovatelských problémů, byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy

## **3.5 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ DLE PRIORITY**

### **METODIKA**

Stanovení ošetřovatelských diagnóz bylo provedeno na základě záznamů v ošetřovatelské dokumentaci. Ty byly následně zformátovány pomocí didaktické pomůcky NANDA International, Ošetřovatelské diagnózy: Definice a klasifikace 2015-2017. Záznamy z ošetřovatelské dokumentace byly obsahově analyzovány a porovnány s výsledky vlastního pozorování, které proběhlo za hospitalizace pacienta. Na základě porovnaných informací byly stanoveny ošetřovatelské problémy a návrhy intervencí.

Ošetřovatelský proces byl zaměřen na období hospitalizace pacienta pro totální amputaci penisu a zavedení perineální uretrostomie na urologickém oddělení Thomayerovi nemocnice v období 01. 08. 2014-28. 08. 2014.

### **3.5.1 STANOVENÉ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY**

Akutní bolest (00132)

Strach (00148)

Zácpa (00011)

Riziko infekce (00004)

Riziko pádů (00155)

#### **1) Akutní bolest (00132)**

**Doména 12:** Komfort

**Třída 1:** Tělesný komfort

**Definice:** Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potenciálního poškození tkáně či popsany pomocí termínů pro takové poškození (Mezinárodní asociace pro studium bolesti); náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným či předvídatelným koncem.

**Určující znaky:** uvádí nechut' k jídlu, beznaděj, projevy expresivního a protektivního chování, výrazu v obličejí (grimasa), nesoustředěné chování

**Související faktory:** biologičtí původci zranění (např. infekce, neoplazma), fyzikální původci zranění (operace, amputace)

**Cíl dlouhodobý:** zmírnění bolesti

**Priorita:** vysoká

**Ošetrovatelský plán:**

- monitoruj bolest
- zaznamenávej změny v intenzitě bolesti
- sleduj účinnost analgetik
- sleduj psychický stav pacienta
- informuj o úlevové poloze

**Intervence:** tuto položku dokumentace neobsahovala

**Realizace:** ošetrovatelská dokumentace obsahovala záznamy v podobě data a podpisu, potvrzující realizaci ošetrovatelského plánu a cíle

#### OBSAHOVÁ ANALÝZA

Záznamy o bolesti byly každý den zaznamenávány, včetně způsobu a času podání léků. Intenzita bolesti byla hodnocena podle numerické hodnotící škály bolesti. Čas ani způsob hodnocení stupně bolesti nebyly uvedeny. Nebylo tedy zřejmé, zda-li byla bolest hodnocena vždy ve stejnou dobu, před nebo po podání analgetik a podobně. Pacientovi byly podávány léky dle ordinace lékaře tzn. Morfin 1% 1 ml i.m. 3 krát denně a Novalgin 500 mg tbl. 2 krát denně. Pacient reagoval na efekt analgetik odlišně. První tři dny hospitalizace, byla zaznamenána intenzita bolesti hodnotou 8/10 s minimální úlevou po podání analgetika. Pacient obvykle vyžadoval veškerá předepsaná analgetika. Od čtvrtého dne hospitalizace byla popsána intenzita bolesti hodnotou 4 až 5/10 s výraznou úlevou od bolesti.

Sestrou proběhla edukace ohledně účincích léků a časových intervalech, které je během jejich užívání nutné dodržovat. Pacient znal možnosti úlevových poloh.

### **Zpozorované problémy**

- pacient si stěžoval na bolest
- pacient se „bál“ v noci zazvonit na sestru
- pacient z důvodu bolestí méně jedl

### **Návrh intervencí**

- změny v intenzitě bolesti hlaš lékaři
- vyžaduj zpětnou odezvu od pacienta na účinek léku po jeho aplikaci
- pokus si vybudovat s pacientem vztah založený na důvěře
- podávej analgetika dříve, než je pacient bude vyžadovat
- intenzitu bolesti zaznamenávej vždy ve stejný čas

## **2) Strach (00148)**

**Doména 9:** Zvládání/tolerance zátěže

**Třída 2:** Reakce na zvládání zátěže

**Definice:** Reakce na vnímané ohrožení, které je vědomě rozpoznáno jako nebezpečí.

**Určující znaky:** uvádí znepokojení, strach, obavy, je bledý

Kognitivní: identifikuje předmět strachu

Behaviorální: zaměření na zdroj strachu

**Související faktory:** oddělení od podpůrného systému, neznámé prostředí

**Cíl dlouhodobý:** uvědomuje si podstatu strachu a úzkosti, zmírnění nebo odstranění strachu a úzkosti

**Priorita:** střední

### **Ošetřovatelský plán:**

- promluv s pacientem o jeho strachu
- dbej na klidné prostředí a empatickou komunikaci
- informuj pacienta o výkonech

- poskytni prostor pro dotazy

**Intervence:** tuto položku dokumentace neobsahovala

**Realizace:** ošetřovatelská dokumentace obsahovala záznamy v podobě data a podpisu, potvrzující realizaci ošetřovatelského plánu a cíle

#### OBSAHOVÁ ANALÝZA

Po provedení plánovaného výkonu a přeložení na standardní oddělení byl pacient dvakrát navštíven psychiatrem. Na základě psychiatrického vyšetření byli pacientovi předepsány léky Citalec 20 mg tbl. 1 krát denně a Lexaurin 1,5 mg tbl. 3 krát denně. Při nespavosti Dormicum 15 mg tbl. Léky byly podávány dle ordinace lékaře. Rozhovor s pacientem ohledně podstatě strachu a úzkosti neproběhl i přes uvedený záznam o jeho realizaci.

#### Zpozorované problémy

- pacient v noci nemohl spát
- pacient se obával smrti
- pacient se obával, že zůstane sám
- pacientova úzkost se zvyšovala délkou hospitalizace

#### Návrh intervencí

- informuj lékaře o obavách nemocného
- při návštěvě psychiatra zajisti klidné prostředí
- kontroluj nemocného i během noci
- informuj rodinu
- umožni rodině návštěvy v kteroukoliv denní dobu

### 3) Zácpa (00011)

**Doména 3:** Vylučování a výměna

**Třída 2:** Funkce gastrointestinálního systému

**Definice:** Pokles běžné frekvence defekace doprovázený obtížným či nekompletním odchodem stolice nebo odchodem nepřiměřeně tuhé, suché stolice.

**Určující znaky:** uvádí bolest při defekaci, vzedmuté břicho, snížený objem stolice, tlak v rektu, silná plynatost, námaha při defekaci

**Související faktory funkční:** průměrná denní fyzická aktivita je nižší, než je doporučena pro dané pohlaví a věk, nedávná změna prostředí

**Související faktory farmakologické:** farmaka

**Související faktory fyziologické:** změna ve stravovacích návycích

**Související faktory psychogenní:** deprese, emoční narušení

**Cíl dlouhodobý:**

**Priorita:** střední

**Intervence:** tuto položku dokumentace neobsahovala

**Realizace:** ošetřovatelská dokumentace obsahovala záznamy v podobě data a podpisu, potvrzující realizaci ošetřovatelského plánu a cíle

#### OBSAHOVÁ ANALÝZA

Již před hospitalizací pacient udával problémy s defekací. Ta byla zapříčiněná bolestí a užíváním analgetik, jejichž vedlejším účinkem je právě zácpa. První tři dny byl pacient bez stolice z důvodu lačnění před výkonem a snížení příjmu potravy v pooperačním období. Byla předepsána Lactuloza 5 ml 3 krát denně. Stolicí měl každé čtvrtý až pátý den.

#### Zpozorované problémy

- pacient měl stolicí jednou za čtyři až pět dní
- v dokumentaci chyběl záznam o množství příjmu tekutin

#### Návrh intervencí

- ptej se na bolest při defekaci
- dbej na dostatečnou hydrataci pacienta
- monitoruj příjem a výdej tekutin

- informuj pacienta o nefarmakologických metodách (mléčné výrobky, zvýšení příjmu vlákniny, teplé nápoje)

#### **4) Riziko infekce (00004)**

**Doména 11:** Bezpečnost/ochrana

**Třída 1.:** Infekce

**Definice:** Náchylnost k napadení a množení se patogenních organismů, což může vést k oslabení zdraví.

**Rizikové faktory:** chronické onemocnění (diabetes mellitus), invazivní vstupy (perineální uretrotomie, PŽK), obezita, malnutrice

**Nedostatečná primární obrana:** změněná peristaltika, narušení integrity kůže

**Cíl dlouhodobý:** neprojeví se známky infekce

**Priorita:** nízká

#### **Ošetrovatelský plán:**

- sleduj místa vpichů, invazivních vstupů, okolí ran
- dodrž aseptické postupy
- prováděj změnu místa vpichu při aplikaci injekcí
- informuj o počátečních příznacích infekce
- dbej na pravidelnou výměnu krytí

**Intervence:** tuto položku dokumentace neobsahovala

**Realizace hodnocení:** ošetrovatelská dokumentace obsahovala záznamy v podobě data a podpisu, potvrzující realizaci ošetrovatelského plánu a cíle

OBSAHOVÁ ANALÝZA



V den příjmu byl pacientovi zaveden PŽK. Dle ordinací podána preventivní antibiotická léčba Gentamicin 80 mg/2 ml v infuzním roztoku. Ten podáván i v pooperačním období. Po provedení totální amputace penisu zavedena perineální uretrostomie. Pokud okolí PŽK nejevilo známky infekce, byl ponechán co nejdéle, maximálně však 5 dní. Toto opatření bylo nutné z důvodu časté neprůchodnosti katetru a křehkosti žil. Péče o invazivní vstupy a operační ránu byly prováděny za aseptických podmínek a pečlivě zaznamenány do ošetrovatelské dokumentace.

### **Zpozorované problémy**

- nebyly zaznamenány, ani zpozorované ošetrovatelské problémy

### **Návrh intervencí**

- bez návrhu intervencí

## **5) Riziko pádů (00155)**

**Doména 11:** Bezpečnost/ochrana

**Třída 2:** Tělesné poškození

**Definice:** Náchyllost k pádům, které mohou způsobit fyzickou újmu, což může ohrozit zdraví.

**Rizikové faktory:** farmaka, zhoršená mobilita, pooperační zotavení, nespavost

**Související faktory:** onemocnění, operace

**Cíl dlouhodobý:** je si vědom rizika úrazu, má upraveno prostředí

**Priorita:** nízká

### **Ošetrovatelský plán:**

- pouč pacienta o nebezpečí a prevenci pádů
- uprav bezpečně okolí lůžka
- připrav signalizaci k dosahu
- zajistěte bezpečnost pacienta
- doporuč vhodnou obuv

**Intervence:** tuto položku dokumentace neobsahovala

**Realizace hodnocení:** ošetrovatelská dokumentace obsahovala záznamy v podobě data a podpisu, potvrzující realizaci ošetrovatelského plánu a cíle

#### OBSAHOVÁ ANALÝZA

Pacient trpěl otoky v oblasti varlat, ty mu zhoršovaly způsob chůze. Chůzi mu dále znesnadňoval lymfedém v oblasti obou třísel po provedených lymfadenektomiích. Užívaná analgetika snižovala pacientovi reakce a zpomalovala ho v každodenních činnostech. Pacient byl sestrou edukován ohledně rizika pádů a úrazů a pohybu v rámci pokoje. Prostředí v okolí lůžka a v koupelně bylo bezpečně upraveno.

#### Zpozorované problémy

- nebyly zaznamenány, ani zpozorované ošetrovatelské problémy

#### Návrh intervencí

- bez návrhu intervencí

### 3.5.2 NÁVRH OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ

Ošetrovatelská dokumentace je efektivní a přesný způsob jak zaznamenávat průběh ošetrovatelské péče. Nevýhodou ošetrovatelských plánů je nemožnost stanovení jiných ošetrovatelských diagnóz, než které jsou již předdefinované. Zde bychom mohly narazit na problematiku neindividuální přístupu k nemocnému. Vzhledem k diagnóze pacienta, provedeném výkonu a jeho celkovém stavu, bylo stanoveno několik dalších ošetrovatelských diagnóz. Protože tyto diagnózy a s tím související plán péče nebyly v dokumentaci uvedeny, nebyla možná jejich obsahová analýza.

#### 1) Narušený obraz těla (00118)

**Doména 6:** Sebepercepce

**Třída 3:** Obraz těla

**Definice:** Zmatek v mentálním obrazu fyzického já.

**Určující znaky:** uvádí chybějící část těla, vyhýbání se pohledu na vlastní tělo, změnu společenského zapojení, skrývání části těla, strach z reakce jiných

Související faktory: onemocnění, operace

**Priorita:** střední

## 2) Úzkost ze smrti (00147)

**Doména 9:** Zvládání/tolerance zátěže

**Třída 2:** Reakce na zvládání zátěže

**Definice:** Vágní nelehký pocit diskomfortu nebo děsu vytvářený vnímáním skutečného či imaginárního ohrožení něčí existence.

**Určující znaky:** uvádí hluboký smutek, strach z rozvoje nevléčitelného onemocnění, strach z předčasné smrti

**Související faktory:** předvídaní bolesti a utrpení, zkušenost s blízkostí smrti

**Priorita:** střední

## 2) Narušené procesy v rodině (00060)

**Doména 7:** Vztahy mezi rolemi

**Třída 2:** Rodinné vztahy

**Definice:** Změna rodinných vztahů a/nebo fungování.

**Určující znaky:** změna v intimitě, změny v chování snižujícím stres

**Související faktory:** změna finanční situace rodiny, posun rolí v rodině, situační krize

**Priorita:** nízká

## 4. PALIATIVNÍ PÉČE

Tato kapitola neobsahuje obsahovou analýzou dokumentace. Pouze popisuje průběh hospitalizace na základě vybavení vlastních vzpomínek z hospitalizace nemocného, záznamu výpovědi manželky a informací obsažených v propouštěcí zprávě vystavené v den smrti pacienta.

Zahájení paliativní péče v podstatě začalo již na onkologickém oddělení. Pacientovi byla indikována paliativní radioterapie, kterou podstoupil pouze jednou. Tento záměr měl mít především psychologický efekt, díky němuž pacient stále věřil v uzdravení. Věřil, že dokud ho posílají na vyšetření, má ještě šanci. Paliativní radioterapie musela být po prvním výkonu pro pacientův vážný stav ukončena. Vzhledem k vyčerpání možností onkologické léčby, byla zahájena léčba symptomatická.

### 4.1 FÁZE UMÍRÁNÍ

#### FÁZE ŠOKU

Sdělení diagnózy lékařem proběhlo první den na onkologickém oddělení. Pacient byl navštíven lékařem, který mu před ostatními pacienty sdělil, že vzhledem k jeho diagnóze, už mu nemohou poskytnout další léčbu. Pacientovi bylo navrženo, aby se začal ohlížet po hospicovém zařízení nebo léčebně dlouhodobě nemocných.

Pacient na toto sdělení nebyl dostatečně psychicky připraven a byla mu odebrána poslední naděje na uzdravení. Nedostal možnost určit si rozsah sdělovaných informací. Vzhledem ke způsobu a načasování sdělení neměl možnost klást doplňující dotazy.

#### FÁZE ZLOBY

Více než-li pacient, prožívala tuto fázi rodina samotná. Manželka nemocného se cítila být dotčená, že tento záměr nejdříve lékař neprodiskutoval s ní. Pacient i rodina ztratili důvěru ve zdravotnický personál.

## FÁZE SMLOUVÁNÍ

Manželka nemocného se nechtěla smířit s tím, že by už neexistovala žádná další možnost léčby. Začala vyjednávat léčbu v protonovém centru. „Vypadá to, jako kdyby umírání bylo jen odbornou záležitostí lékařů, sester a dalších zdravotnických profesionálů. Zvykli jsme si totiž umírat „na něco“, nikoliv proto, že jsme smrtelní“ (KUTNOHORSKÁ, 2007, s. 72).

## FÁZE DEPRESE

Pacient byl po sdělení diagnózy velice úzkostný a plačtivý. Byl přesvědčený, že právě provedená amputace penisu byla poslední možnost k záchraně jeho zdraví. Nebyl tedy schopný pochopit, jak je možné že jeho stav natolik vážný. Rodina zlehčuje situaci před pacientem a tvrdí, že hospic slouží k rehabilitaci.

## FÁZE SMÍŘENÍ

Druhý den po sdělení diagnózy pacient již téměř nekomunikoval. Nezajímal se o dění kolem sebe, byl apatický a většinu času prospal. Stále častěji stěžoval na bolest a upozorňoval na zápach z metastáz v oblasti pupku.

### **Situační analýza stanovená k období 11. 09. 2014-19. 09. 2014**

Pacient absolvoval první fázi paliativní radioterapie, která byla pro zhoršující se stav ukončena. Pravidelně podáván Morfin 1% 1 ml i.m. 3 krát denně a Durogesic 75 pg/h. Z důvodu četných metastáz lokalizovaných od pupku až k anu byly převazy, nutné až 6 krát denně. Sestry neměly dostatek vhodného materiálu pro převazy, což vzhledem k hojné sekreci rány doprovázené silným zápachem, byl pro pacienta diskomfort. Pacient často upozorňoval na zápach z defektu, což zhoršovalo jeho psychický stav. Měl pocit, že cítí přicházející smrt a že se „rozkládá za živa“. Pro akutní anurii z důvodu útlaku uretry tumorem, byla 16. 09. provedena epicystostomie. Po zákroku podány infuzně antibiotika Metronidazol i.v., které se projevíly kožní reakcí. Podána jiná antibiotika, tentokrát bez alergické reakce.

## 4.2 HOSPICOVÁ PÉČE

„ Ze dne na den najednou někdo rozhodl, že ráno ho odváží do České Lípy. Nikdo se mě neptal. Doktorka mi řekla, že je ten nejtěžší případ na oddělení. Nevím, asi nechtěli, aby jim tam umřel“ (MANŽELKA).

18. 09. 2014 Byl pacient přeložen pro navržení paliativní péče na hospicový pokoj v místě bydliště. Tomuto přeložení předcházelo několika týdenní pokus o zajištění hospicového lůžka na území středních Čech. V Praze byly veškerá hospicová zařízení beznadějně plná. V zařízení nedaleko Prahy, zaměstnankyně hospice sdělila, že volné místo bude až někdo umře. Po smrti některého z pacientů měla zasednout rada lékařů a rozhodnout jaký pacient bude přijat, dle vážnosti stavu. To tedy znamená, že i na lůžko na kterém smíte umřít pod odborným dohledem, si musíte počkat.

### **Situační analýza stanovená k období 18. 09. 2014-23.09. 2014**

Pacientův stav byl velice vážný. Pro neustávající bolest přidán Morfín 1% 2 ml i.m. po šesti hodinách se stávající aplikací náplastí 2 krát Durogesic 75 pg/h. Při koupání pacient nahlas nařikal i přestože mu hodinu před tím byl aplikován Morfín. Kožní defekt převazován 4 krát denně. Stále přetrvávala obtížná a bolestivá defekace. V noci na 22. 09. si pacient vytrhl epicystostomii, ta byla okamžitě urologem opětovně zavedena. Od rána 23. 09. byl pacient somnoletní až soporozní. Pacient byl výrazně zahleněn a v průběhu dne byl několikrát odsáván. Tentýž den pacient umírá na zástavu srdce a dýchání.

## 5. PÁTRÁNÍ PO DETERMINANTECH ÚMRTÍ

### VČASNÁ DIAGNOSTIKA

Netřeba zmiňovat pacientovo opakované otálení při návštěvě lékaře a to především v období relapsu onemocnění. K častému odkládání kontrol vedla nemocného pravděpodobně tělesná oblast, na které se léze objevovala. Přitom v případě, kdy je léze zachycena včas a nedojde k postižení lymfatických uzlin, je prognóza je velice příznivá.

### FIMÓZA

Problémy se zúženou předkožkou měl pacient několik let. V jeho případě však fimóza nebyla vrozená, ale vznikla opakovanými záněty předkožky. V několika případech byly léčeny neodborně, doma. To mělo za následek zajizvení předkožky a následné zúžení. Tento stav se pacient snažil řešit násilným přetahováním předkožky přes žalud, což vedlo k opakovanému poranění a zhojení další jizvou. Tento stav vedl k tomu, že důsledzabezpečil. ná hygiena byla v době poranění bolestivá. Tím mohlo docházet k množení bakterií pod předkožkovým vakem a vzniku prekanceróz.

### ŽIVOTNÍ STYL

Pacient pro své zdraví toho nikdy moc neudělal. Pěšky nechodil i po městě se dopravoval autem, procházky ho nebavili. Zdravé stravování též nebyly jeho nejsilnější stránkou. Opakovaně byl praktickým lékařem upozorňován na nadváhu. Kromě občasných bolestí hlavy, pacient doposud nikdy vážněji nestonal. K redukci hmotnosti tedy nebyl ničím motivován. Za zdravé stravování považoval to, že jedl hodně ovoce.

### STRES

Před deseti lety pacient začal podnikat. Tehdy začali jeho finanční problémy. Přes deset let tajil před svou rodinou, že nemá dostatek zakázek, aby ji finančně

zabezpečil. V intervalech tří let, se stěhovali s manželkou a mladší dcerou do stále menšího bytu. Po čase už své dluhy nebyl schopen skrývat a exekučně mu zabavili pozemky. Toto dlouhé stresové období, nemohlo zůstat bez následků a projevilo se na zdraví. Je potřeba vnímat člověka jako komplexní celek těla a duše, pokud tedy jedna část strádá, projeví se to na té druhé.

## PREVENCE

Vzhledem k nízkému výskytu karcinomu penisu je informovanost o prevenci velice obtížná. Ta by měla probíhat již na úrovni ordinací praktických lékařů, urologů a dermatologů. Je pochopitelné, že celorepubliková kampaň proti každému onkologickému onemocnění není možná. Je však pravdou, že osvěta týkající se prevence a screeningu karcinomu prsu a děložního čípku je velice účinná. Pacient by se o rizicích vedoucí k onemocněním měl především zajímat sám.



## 6. DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Karcinom penisu je v naší zemi poměrně málo se vyskytujícím onkologickým onemocněním. Z tohoto důvodu byly navrženy doporučení a následná opatření, která jsou určena pro zdravotnický personál a pacienta.

### DOPORUČENÍ PRO MANAGEMENT

- Zajištění kurzů komunikace s onkologickými pacienty a pacienty s infaustní prognózou
- Zajistit dostatek kvalifikovaného personálu na urologických oddělení, a to především sestry specialistiky v oblasti péče o stomie
- Zajistit dostatek kvalifikovaného personálu v oblasti sexuologie
- Podpora vzdělávání zdravotních sester
- Osvěta veřejnosti o prevenci onkologických onemocnění např. pomocí edukační letáčků v čekárnách, informačních tabulí v čekárnách
- Zajistit dostatek zdravotnického materiálu

### DOPORUČENÍ PRO PERSONÁL

- Edukace pacientů ohledně prevence karcinomu penisu a to již na úrovni ambulancí
- Ochota se samovzdělávat
- Srozumitelně edukovat pacienta i jeho rodinu
- Nevyhýbat se umírajícímu pacientovi
- Individuálně přistupovat k pacientovi a jeho potřebám
- Respektovat soukromí nemocného a jeho práva
- Při sdělování informací lékařem vytvořit vhodné prostředí
- Doplňující dotazy nebagatelizovat, pokusit se odpovídat klidně

- Při sdělení infaustní diagnózy lékařem, poskytnout pacientovi dostatek času na smíření se s novou skutečností
- Nebát se mluvit s pacienty o smrti
- Pohovořit s rodinou na téma paliativní péče a co obnáší, informovat rodinu o nejbližších hospicových zařízeních
- Dbát na prevenci bolesti a správný zaznamenání intenzity bolesti

#### DOPORUČENÍ PRO PACIENTA

- Projevovat zájem o své vlastní zdraví
- Dbát na zdravé stravování a pravidelný pohyb
- Vzdělávat se z informačních letáků v čekárnách
- Pravidelně chodit na preventivní prohlídky k lékaři

## ZÁVĚR

Cílem první části práce bylo seznámit čtenáře s problematikou onemocnění. Podstatou nebylo pouze shrnutí obecných informací, ale i rozšíření povědomí o existenci karcinomu penisu jako závažného onemocnění. Specifika ošetrovatelské péče byla zaměřena na ošetřování pacienta po operacích typických pro tuto diagnózu.

Cílem druhé části bylo vytvoření retrospektivní případové studie, která by dokázala propojit záznamy ošetrovatelské a lékařské dokumentace a vlastní pohled autora na průběh hospitalizací. Díky obsahové analýze dokumentace, bylo možné zaznamenat fakta, která by nebyla možná zjistit pouhým pozorováním nemocného. Oproti tomu, pozorováním a rozhovory s členy rodiny, bylo možné vytvořit autentický příběh. Ten čtenáři poskytuje nahlédnutí do rodinné atmosféry nemocného a pochopení jeho pocitů. Takto zvolenou metodikou bylo možné stanovit ošetrovatelské problémy a navrhnout intervence pro zlepšení ošetrovatelské péče. Kapitola popisující paliativní péči neměla za cíl obsahovou analýzu dokumentace. Ale především, popis průběhu hospitalizace a přiblížení komplikací, které jsou s umíráním neodmyslitelně spjaty. V neposlední řadě, v kapitole bylo poukázáno na chyby v komunikaci s umírajícím. Poslední část práce je věnována možným determinantům, které mohly vést ke vzniku onemocnění a úmrtí pacienta.

V současné době práce všeobecných sester spočívá především ve správném vedení ošetrovatelské dokumentace. Což by mělo být pro dlouhodobě udržitelný systém kvalitní ošetrovatelské péče naprostou nezbytností. Otázkou je, jak by vypadala zdravotní péče, kdyby byly nemocní ošetřováni v malých nemocnicích a sestry by nemusely vyplňovat neosobní kolonky v ošetrovatelské dokumentaci.

Pokud by zdravotní péče byla postavena na individualitě pacienta, nemuselo by být mezi lidmi tolik strachu ze smrti.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

DOBIÁŠ, Viliam, 2013. *Klinická propedeutika v urgentní medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4571-8.

DRIÁK, Daniel, 2013. *Časopis lékařů českých: Význam infekcí způsobených lidskými papilomaviry*. In: Olympia [online]. Leden 2013, 152(1), 15-19 [cit. 2016-07-03]. ISSN 1805-4420 . Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/casopis-lekaru-ceskych-clanek/vyznam-infekci-zpusobenych-lidskymi-papilomaviry-39863>

DVOŘÁČEK, Jan, 2005. *Onkourologie*. 1.vyd. Praha: Galén. ISBN 80-7262-349-4.

ELDEFRAWY, A., 2016. *Urologické listy: Karcinom penisu a operace šetřící tkáň penisu – současné trendy*. In: *Ambit Media* [online]. Leden 2016, 14(1), 19-23 [cit. 2016-06-02]. ISSN 1801-7584 . Dostupné z: <http://www.urologickelisty.cz/urologicke-listy-clanek/karcinom-penisu-a-operace-setrici-tkan-penisu-soucasne-trendy-58084>

GROFOVÁ, Zuzana , 2007. *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1868-2.

HAKKY, T. S. , 2010. *Urologické listy: Karcinom penisu: terapeutická výzva*. In: *Ambit Media* [online]. Duben 2010, 8(4), 28-31 [cit. 2016-05-02]. ISSN 1801-7584. Dostupné z: <http://www.urologickelisty.cz/urologicke-listy-clanek/karcinom-penisu-terapeuticka-vyzva-33610>

HANUŠ, Tomáš, 2015. *Urologie pro mediky*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-3008-3.

HERDMAN, T. , 2015. *Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-9009-6.

HORA, Milan, 2011. *Česká urologie: Glansektomie v léčbě karcinomu penisu*. In: *Solen* [online]. Leden 2011, 15(1), 15-23 [cit. 2016-07-03]. ISSN 2336-5692 . Dostupné z: <http://www.czechurol.cz/pdfs/cur/2011/01/04.pdf>

HORA, Milan , 2014. *Česká urologie: Penis šetřící metody léčby nižších T kategorií karcinomu penisu*. In: *Solen* [online]. Červen 2014, 18(3), 199-207 [cit. 2016-07-03]. ISSN 2336-5692 . Dostupné z: <http://www.czechurol.cz/pdfs/cur/2014/03/04.pdf>

JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2171-2.

KIM, T., 2010. *Urologické listy: Současné přístupy k inguinální lymfadenektomii při léčbě karcinomu penisu*. In: *Ambit Media* [online]. Duben 2010, 8(4), 25-27 [cit. 2016-05-02]. ISSN 1801-7584 . Dostupné z: <http://www.urologickelisty.cz/urologicke-listy-clanek/soucasne-pristupy-k-inguinalni-lymfadenektomii-pri-lecbe-karcinomu-penisu-33609>

KOLOMBO, Ivan, 2009. *Urologie pro praxi: Human papillomavirus v urologii*. In: *Solen* [online]. Únor 2009, 10(6), 320-327 [cit. 2016-07-03]. ISSN 1803-5299. Dostupné z: <http://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2009/06/02.pdf>

KRŠKA, Zdeněk, 2014. *Chirurgická onkologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4284-7.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2069-2.

LAKOMÝ, R., 2009. *Česká urologie: Možnosti chemoterapie u nádorů penisu*. In: *Solen* [online]. Leden 2009, 13(1), 111-123 [cit. 2016-07-03]. ISSN 2336-5692 . Dostupné z: <http://www.czechurol.cz/pdfs/cur/2009/01/01.pdf>

LINHARTOVÁ, Věra, 2007. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1784-5.

MAČÁK, Jirka, 2012. *Patologie: 2. doplněné vydání*. 2.vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3530-6.

NEVORALOVÁ, Zuzana, 2014. *Dermatologie pro praxi: Verukózní karcinom penisu*. In: *Solen* [online]. Listopad 2014, 8(4), 154-156 [cit. 2016-08-18]. ISSN 1803-5337. Dostupné z: <http://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2014/04/08.pdf>

FAHRNY, Mohamed. 2015. *Rare Congenital Genitourinary Anomalies: An Illustrated Reference Guide*. 1. vyd. Heidelberg: Springer. ISBN 978-3-662-43680-6.

FÖLDI, Michael. 2014. *Lymfologie*. 7. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4300-4 .

PIZZOCARO, R., 2010. *Urologické listy: Guidelines EAU pro karcinom penisu*. In: *Ambit Media* [online]. Duben 2010, 8(4), 67-82 [cit. 2016-07-03]. ISSN 1801-7584 . Dostupné z: <http://www.urologickelisty.cz/urologicke-listy-clanek/guidelines-eau-pro-karcinom-penisu-33621>

PONĚŠICKÝ, Jiří, 2009. *Urologie pro praxi: Karcinom penisu. Standartní postup diagnostiky a léčby. Nové směry*. In: *Solen* [online]. Červen 2009, 10(1), 29-33, roč. 2 [cit. 2016-07-03]. ISSN 1803-5299. Dostupné z: <http://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2009/01/06.pdf>

PTÁČEK, Radek, 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3976-2.

RAFTERY, T. Andrew., 2010. *Diferenciální diagnóza: Do kapsy*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-90-247-2356-3.

SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol., 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii II*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3130-8.

STEPHEN JONES, J., 2013. *Prostate Cancer Diagnosis: PSA, Biopsy and Beyond*. 1. vyd. New York: Humana Press, 2013. ISBN 978-1-62703-188-2.

ŠRÁMKOVÁ, Taťána, 2013. *Poruchy sexuality o somaticky nemocných a jejich léčba*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4453-7.

STANKUŠOVÁ, Hana 2015. *Česká urologie: Onkologická léčba karcinomu penisu z pohledu radiačního onkologa*. In: *Solen* [online]. Duben 2015, 19(1), 19-32 [cit. 2016-07-03]. ISSN 2336-5692 . Dostupné z: <http://www.czechurol.cz/pdfs/cur/2015/01/03.pdf>

VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1262-8.

VIK, Viktor, 2011. *Česká urologie: Lichen sclerosus – stále přehlížená urologická diagnóza se závažnými komplikacemi*. In: Solen [online]. Březen 2011, 15(2), 78-84 [cit. 2016-07-03]. ISSN 2336-5692 . Dostupné z: <http://www.czechurol.cz/pdfs/cur/2011/02/03.pdf>

VOKURKA, Martin, 2015. *Velký lékařský slovník*. 10. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-456-2.

VORLÍČEK, Jiří, 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3742-3.

VYTEJČKOVÁ, Renata, 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: Speciální část*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3420-0.

ZEMAN, Miroslav a Zdeněk KRŠKA, 2011. *Chirurgická propedeutika: Třetí, doplněné a přepracované vydání*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-237-3770-6.

Zhoubné nádory v roce 2011 [on line]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (2014). [8. 4. 2016]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/zhoubne-nadory-roce-2011>



## **PŘÍLOHY**

Příloha A – Rešerše	I
Příloha B - Pacient po amputaci penisu s rozsáhlými kožními metastázami	II
Příloha C – Orientační přehled vývoje onemocnění	III

Příloha A – Rešerše

## **KAZUISTIKA PACIENTA S ONKOLOGICKÝM ONEMOCNĚNÍM**

Mertová Šárka

Jazykové vymezení: čeština, slovenština, angličtina

Klíčová slova: karcinom penisu, paliativní péče, retrospektivní studie, etika umírání a smrti, léčba bolesti

Časové vymezení: 2006-2016

Typ rešerše: vícezdrojová

Druhy dokumentů: knihy, články, abstrakta, absolventské práce

Počet záznamů: 104 (knihy: 44, články v časopisech: 43, absolventské práce: 3, články v anglickém jazyce: 14)

Použitý citační styl: Harvardský, ČSN ISO 690-2:2011 (česká verze mezinárodních norem pro tvorbu citací tradičních a elektronických dokumentů)

Základní prameny: Katalogy knihoven systému Medvik – knihy (=monografie)

- Bibliographia medica Czechoslovaca (BMČ – články)
- Theses - registr vysokoškolských kvalifikačních prací
- Repozitář závěrečných prací
- Internet

Příloha B – Pacient po amputaci penisu s rozsáhlými kožními metastázami

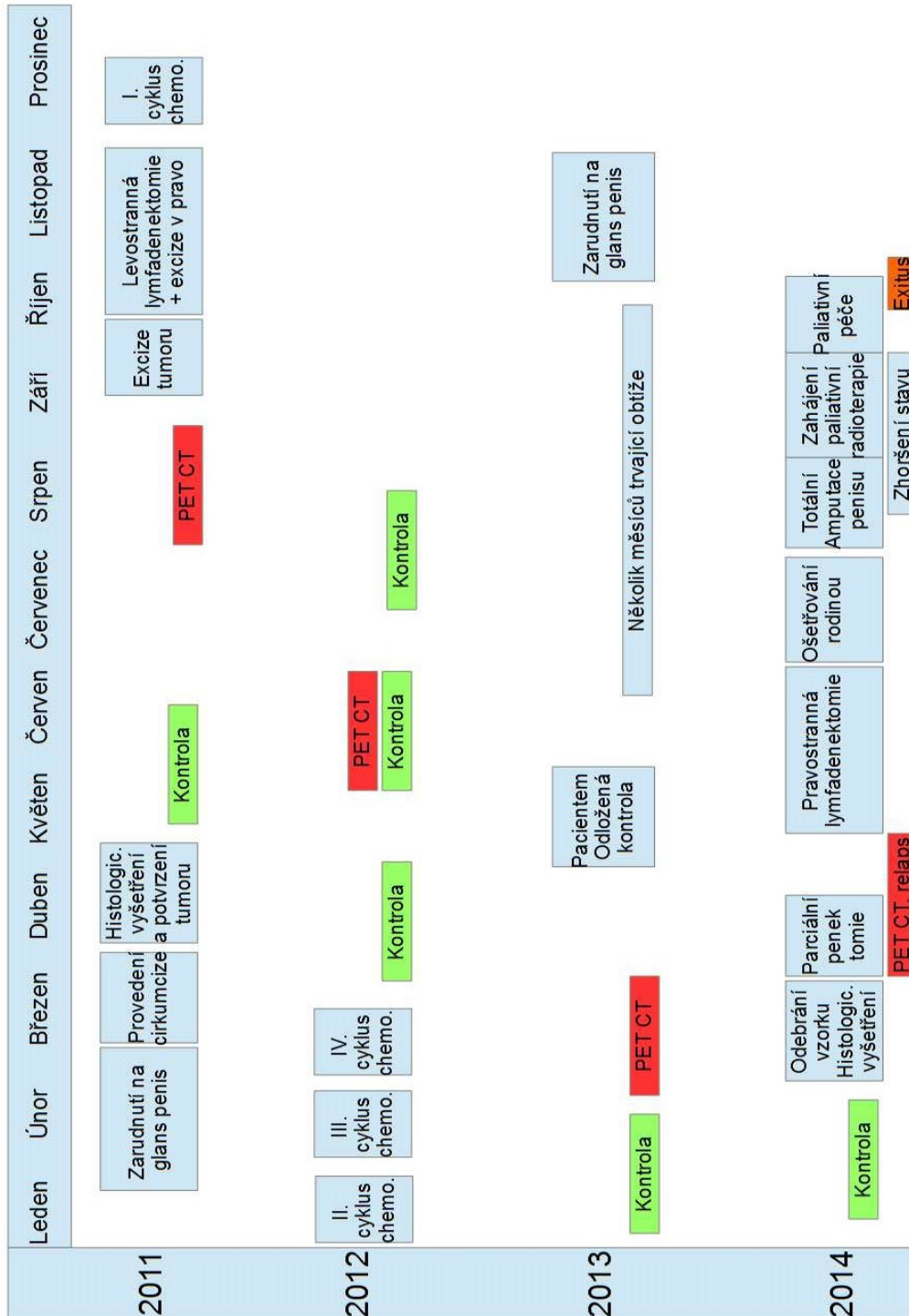


obr. 1 – Zdroj: fotografie pacientovi rodiny



obr. 2 – Zdroj: fotografie pacientovi rodiny

Příloha C – Orientační přehled vývoje c



obr. 3 – Zdroj: autor práce