

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S ONKOLOGICKÝM ONEMOCNĚNÍM PROSTATY**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

NIKOLA HUTYROVÁ, DiS.

Praha 2017

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S ONKOLOGICKÝM ONEMOCNĚNÍM PROSTATY**

Bakalářská práce

NIKOLA HUTYROVÁ, DiS.

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Hana Belejová, PhD.

Praha 2017



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

Hutyrová Nikola
3VS2

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 14. 10. 2016 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

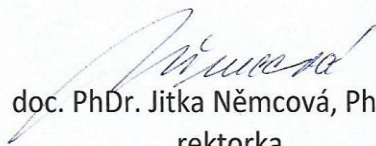
Ošetrovatelský proces u pacienta s onkologickým onemocněním
prostaty

*The Nursing Process in a Patient with an Oncological Disease of the
Prostate*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Hana Belejová, PhD.

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

V Praze dne: 25. 10. 2016


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala 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

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou vyjádřila poděkování paní PhDr. Haně Belejové, PhD., za její cenné rady, připomínky, trpělivost a ochotu při vedení bakalářské práce.

ABSTRAKT

HUTYROVÁ, Nikola. *Ošetrovatelský proces u pacienta s onkologickým onemocněním prostaty*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Hana Belejová. Praha. 2017. 75 s.

Bakalářská práce je zaměřena na ošetrovatelský proces u pacienta s onkologickým onemocněním prostaty. Je dělená na teoretickou a praktickou část.

V teoretické části jsou na začátku práce zmíněna jednotlivá onkologická onemocnění prostaty, která jsou pospána na konci teoretické části. Nejvíce se věnujeme karcinomu prostaty, kde zpracováváme informace o patofyziologii onemocnění, rizikových faktorů, etiologií, symptomech, diagnostice, léčbě, TNM klasifikaci, screeningu, prevenci. Dále jsou uvedena nádorová onemocnění, která se vyskytují v menší míře a také jsou zde sepsány informace o vzácných nádorových onemocnění. Nedílnou součástí teoretické části je popsání specifík ošetrovatelské péče.

V praktické části je zpracován ošetrovatelský proces u pacienta s karcinomem prostaty. Jsou zde využity jednotlivé body ošetrovatelského procesu. Ošetrovatelský proces je aplikován u pacienta hospitalizovaného na onkologickém oddělení. Byly zde rozpracovány ošetrovatelské diagnózy podle NANDA taxonomie II 2015–2017. Závěrečná část tvoří doporučení pro praxi.

Klíčová slova

Karcinom prostaty. Ošetrovatelský proces. Patofyziologie. Prostata. TNM klasifikace

ABSTRACT

HUTYROVÁ, Nikola. The nursing process of a patient with cancer of the prostate. College of Nursing, o.p.s. Level of Qualification: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Hana Belejová. Prague. 2017. 75 s.

The bachelor thesis is focused on the nursing process of a patient with cancer of the prostate. It is divided into a theoretical and practical part.

In the theoretical part at the beginning of the thesis there are particular oncological diseases of the prostate described which are after described at the end of the this part too. Mostly we focus on prostate cancer where we process information about the pathophysiology of the disease, risk factors, etiology, symptoms, diagnostics, treatment, TNM classification, screening, and prevention. In addition there are tumor diseases presented which are found in a smaller number and an information about rare cancer diseases are written there too. A description of the specifics of nursing care is integral to the theoretical part.

In the practical part the nursing process of a patient with carcinom of prostate is processed. Particular points of the nursing process are used there. The nursing process is applied to a patient who is hospitalized at an oncology department. There were the nursing diagnoses prepared according to NANDA taxonomy II 2015-2017. The final part consists of the recommendation for practice.

Keywords

The cancer of prostate. The nursing process. The pathophysiology. The prostate. The TNM classification.

PŘEDMLUVA

Onkologické onemocnění prostaty lze rozdělit do různých typů, avšak nejvíce se vyskytující nádor je karcinom prostaty. Toto nádorové onemocnění prostaty řadíme mezi 3 nejčastěji se objevující nádor u starších mužů. V současné době máme skvělé screeningové metody, které dokážou odhalit přítomnost nádoru. Pacient má největší šanci na vyléčení, pokud je nádor zachycen v brzkém stádiu.

Volba tématu bakalářské práce byla ovlivněna skutečností osobního působení na onkologické klinice v Ostravě. Na této klinice byla hospitalizována řada pacientů s karcinomem prostaty. Cílem práce je objasnění tohoto onemocnění, přiblížení diagnózy a také objasnění ošetrovatelské péče u nemocného s karcinomem prostaty.

V průběhu zpracovávání bakalářské práce byla využita řada odborných knih a publikací a to především v teoretické části. Během zpracovávání ošetrovatelské péče byly prováděny rozhovory s pacientem a zdravotnickým personálem, nahlížení do lékařské a zdravotnické dokumentace a vedeny potřebné záznamy, které byly nutné ke zhotovení ošetrovatelského plánu. Veškerá práce s lékařskou a sesterskou zdravotnickou dokumentací v rámci psaní bakalářské práce musela být podložena pacientovým schválením.

Bakalářská práce je určena pro nelékařské zdravotnické profese a pro studenty oboru Všeobecná sestra.

OBSAH

SEZNAM TABULEK

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD.....	14
1 ONKOLOGICKÉ ONEMOCNĚNÍ PROSTATY.....	16
1.1 ZHOUBNÉ ONEMOCNĚNÍ PROSTATY	16
1.2 KARCINOM PROSTATY (ADENOKARCINOM).....	16
1.2.1 PATOFYZIOLOGIE KARCINOMU PROSTATY.....	16
1.2.2 EPIDEMIOLOGIE KARCINOMU PROSTATY	17
1.2.3 ETIOLOGIE A RIZIKOVÉ FAKTORY KARCINOMU PROSTATY ..	18
1.2.4 SCREENING KARCINOMU PROSTATY.....	19
1.2.5 TNM KLASIFIKACE	20
1.2.6 HISTOPATOLOGICKÝ GRADING A GLEASON SKÓRE	21
1.2.7 SYMPTOMY NEMOCI.....	22
1.2.8 DIAGNOSTIKA	22
1.2.9 LÉČBA KARCINOMU PROSTATY	24
1.2.10 KONZERVATIVNÍ LÉČBA	24
1.2.11 RADIKÁLNÍ CHIRURGICKÁ LÉČBA	26
1.2.12 RADIOTERAPIE	28
1.2.13 ZEVNÍ RADIOTERAPIE	29
1.2.14 BRACHYTERAPIE	29
1.2.15 HORMONÁLNÍ LÉČBA	32
1.2.16 CHEMOTERAPIE.....	32
1.2.17 PREVENCE.....	33
1.3 MĚNĚ ČASTÉ ONKOLOGICKÉ ONEMOCNĚNÍ PROSTATY	35
1.4 VZÁCNÉ NÁDORY PROSTATY.....	35
2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S KARCINOMEM PROSTATY.....	37
2.1 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S RADIOTERAPIÍ	37
2.1.1 VNÍMÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU	37

2.1.2	HYGIENICKÁ PÉČE.....	37
2.1.3	PÉČE O OZAŘOVANOU OBLAST.....	38
2.1.4	PÉČE O VÝŽIVU	38
2.1.5	PÉČE O VYPRAZDŇOVÁNÍ.....	38
2.1.6	SPÁNEK A ODPOČINEK.....	38
2.1.7	PSYCHOSOCIÁLNÍ POTŘEBY.....	39
2.2	SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S CHEMOTERAPIÍ	39
2.3	SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA PŘED A PO PROSTATECTOMIÍ	40
2.3.1	DLOUHODOBÁ PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA	40
2.3.2	KRÁTKODOBÁ PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA	41
2.3.3	BEZPROSTŘEDNÍ PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA	41
2.3.4	POOPERAČNÍ PÉČE O PACIENTA.....	42
3	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S RADIOTERAPIÍ PROSTATY.....	44
3.1	IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE.....	45
3.2	VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ	46
3.3	ANAMNÉZA	46
3.4	POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU PACIENTA ZE DNE 12.1.2017	48
3.5	MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT.....	57
3.6	SITUAČNÍ ANALÝZA ZE DNE 12. 1. 2017.....	59
3.7	VYPRACOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ PODLE TAXONIMIE II NANDA INTERNATIONAL 2015 – 2017.....	60
3.7.1	OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA Č. 1	60
3.7.2	OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA Č. 2.....	63
3.7.3	OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA Č. 3	64
3.7.4	OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA Č. 4.....	66
3.8	CELKOVÉ ZHODNOCENÍ PÉČE	67
4	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	69
	ZÁVĚR	71
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	72
	PŘÍLOHY.....	76

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Identifikační údaje	45
Tabulka 2 Vitální funkce	46
Tabulka 3 Posouzení fyzického stavu.....	48
Tabulka 4 Aktivity denního života	51
Tabulka 5 Posouzení psychického stavu	54
Tabulka 6 Posouzení sociálního stavu	56
Tabulka 7 Hematologické vyšetření krve	57
Tabulka 8 Biochemické vyšetření krve	58

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

CA.....celková anestézie

CT.....počítačová tomografie

JIP.....jednotka intenzivní péče

MR.....magnetická rezonance

PSA.....prostatický specifický antigen

RTG.....rentgenové vyšetření

TURP.....transuretrální resekce prostaty

UZ.....ultrazvuk

(VOKURKA a kol., 2015)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Abdominální – břišní

Aciny – lalůčky

Adenokarcinom – zhoubný nádor vycházející ze žláзовého epitelu

Adjuvantní – pomocný

Adrenalektomie – odstranění nadledviny pomocí chirurgického výkonu

Anastomóza – vytvořená spojka mezi orgány

Androgeny – pohlavní hormony muže

Anémie – chudokrevnost

Antikoagulační – zabránění vzniku krevních sraženin

Antitumorózní – protinádorový

Alopecie – vypadávání vlasů

Apetence – chuť

Benigní – nezhoubný

Biopsie – vyšetření vzorku tkáně nebo orgánu

Cystitida – zánět močového měchýře

Dysurie – obtížné močení

Echokardiografie – ultrazvukové vyšetření srdce

Embolie – vmetení

Enteroragie – krvácení ze střeva

Epitelie – buňka

Febrilie – horečnatý stav

Generalizace – rozšíření do celého organismu

Gynekomastie – zvětšení prsních žláz u mužů

Hematogenní – krevní

Hematurie – krev v moči

Hereditární – dědičný

Hyperplazie – zvětšení orgánu

Impotence – neschopnost

Indolentní – nebolestivý

Infiltrační – vnikající

Inkontinence – samovolný únik moči

Intravenózní – nitrožilní

Karcinom – zhoubný nádor

Kardiovaskulární – zabývající se onemocněním srdce a cév

Laparoskopie – endoskopické vyšetření

Laparotomie – chirurgické otevření dutiny břišní

Leukopenie – snížené množství bílých krvinek

Lymfom – nádorové onemocnění lymfatické tkáně

Maligní – zhoubný

Mikce – močení

Mucin – hlen

NANDA – severoamerická asociace pro sesterské diagnózy

Nekróza – odumření tkáně, orgánu

Obstrukce – překážka

Osteoporóza – řídnutí kostí

Polakisurie – časté nucení na močení po malých dávkách

Premedikace – podání léku před operací

Progrese – postup onemocnění

Proktitida – zánět konečníku

Prostatektomie – odstranění prostaty chirurgickým řešením

Resekce – odstranění orgánu

Retence – zadržení

Rhabdomyosarkom – vzácné onkologické onemocnění kosterního svalu

Sarkom – nádor z pojivové tkáně

Scintigrafie – radioizotopové vyšetření, pomocí radioizotopu je hodnocena velikost orgánu

Spirometrie – je vyšetření, při kterém lékař zjišťuje funkci pacientových plic

Stenóza – zúžení

Tenezmy – neúplné vyprázdnění

Testosteron – mužský pohlavní hormon

Transrektální – přes konečník

Transuretrální – přes močovou trubici

Trombocytopenie – nedostatek krevních destiček

Trombóza – srážení krve

Uretrocystografie – je RTG zobrazovací metoda sloužící k zobrazení močového měchýře a močové trubice

Uroflowmetrie – měření rychlosti proudu moče za určitý čas

(VOKURKA a kol., 2015)

ÚVOD

Nádorové onemocnění prostaty je v současné době řazeno mezi nejvíce se vyskytující nádorové onemocnění u mužů. Nejvíce se vyskytuje karcinom prostaty, který postihuje muže okolo 70 let věku. V České republice je karcinom prostaty řazen na 3. místo nejvíce se vyskytujícího nádorového onemocnění u mužů. Výskyt karcinomu prostaty neustále stoupá, ale úmrtnost klesá. Prostřednictvím pokroků ve screeningu v současné době lékaři dokáží tento nádor zachytit v časném stádiu a pacienti mají větší šanci na úplné vyléčení.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a na praktickou. Teoretická část se bude zabývat onkologickým onemocněním prostaty. Dále zde bude rozděleno onkologické onemocnění prostaty na nejčastěji se vyskytující nádory a z toho bude nejvíce probíranou částí karcinom prostaty. Během popisu karcinomu prostaty budou postupně uvedeny důležité informace, které by měly toho onemocnění objasnit. Na závěr teoretické části jsou popsány specifika ošetrovatelské péče u tohoto onemocnění.

V praktické části je vypracovaný ošetrovatelský proces u pacienta s onkologickým onemocněním prostaty. Ošetrovatelský proces bude popsán u pacienta s karcinomem prostaty, který podstoupil radioterapeutickou léčbu. V rámci ošetrovatelského procesu jsou zde uvedeny metody užívané pro tento proces a to posouzení, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení účinnosti péče. Dále jsou vypracovány ošetrovatelské diagnózy podle NANDA taxonomie II 2015 – 2017.

Volbu daného tématu ovlivnila práce na Onkologické klinice v Ostravě. Na onkologickém oddělení se objevovala spousta pacientů s karcinomem prostaty a v rámci velkého výskytu onemocnění autorka práce považuje za velmi podstatné získání informací o tomto onemocnění a jeho vypracování.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Shrnutí zásadní informace o onkologickém onemocnění prostaty.

Cíl 2: Sepsání specifiky ošetrovatelské péče u pacienta s onkologickým onemocněním prostaty.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Vypracování ošetrovatelského procesu u pacienta s karcinomem prostaty.

Vstupní literatura:

1. ADAM, Z., M. KREJČÍ a J. VORLÍČEK. *Obecná onkologie*. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-715-8.
2. BROŽÁK, M. *Karcinom prostaty a radikální prostatektomie*. Olomouc: Solen, 2013. ISBN 978-80-74-71-018-6.
3. KUBÁČKOVÁ, K. *Vzácné nádory v onkologii*. Praha: Mladá fronta, 2015. ISBN 978-80-204-3658-0.
4. SLEZÁKOVÁ, L. a H. ČOUPKOVÁ. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3129-2.
5. SYSEL, D., H. BELEJOVÁ a O. MASÁR. *Teorie a praxe ošetrovatelského procesu*. Brno: Tribun EU, 2011. ISBN 978-80-7399-289-7.
6. VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ, H. a kol. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. přepracov. a dopl. vydání. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-37-42-3.

Popis rešeršní strategie

Vyhledávání odborných publikací k bakalářské práci na téma Ošetrovatelský proces u pacienta s onkologickým onemocněním prostaty, proběhlo v období od září 2016 až do ledna 2017.

Rešerše byla provedena v Moravskoslezské vědecké knihovně v Ostravě. V rámci vyplnění žádosti bylo zadáno téma práce, časové omezení (od roku 2006 do roku 2016), dále jazykové omezení (čeština, slovenština, angličtina) a také klíčová slova. Mezi klíčová slova byla vypsána - prostata, karcinom prostaty, onkologické onemocnění prostaty, patofyziologie, epidemiologie, příčiny, příznaky, TNM klasifikace, diagnostika, terapie, prevence, rizikové faktory, ošetrovatelský proces, NANDA.

1 ONKOLOGICKÉ ONEMOCNĚNÍ PROSTATY

Onkologické onemocnění prostaty u mužů je ve společnosti velmi rozšířené. Mezi nejčastější patří karcinom prostaty. Rozdělujeme na benigní a maligní onemocnění. V této kapitole se budeme zabývat jen onemocněním, které jsou zhoubné, tedy maligní onemocněním. Budou zde popsány běžná nádorová onemocnění prostaty, nejvíce bude popsán karcinom prostaty a na konec budou popsány i vzácná nádorová onemocnění, která se běžně moc nevyskytují.

1.1 ZHOUBNÉ ONEMOCNĚNÍ PROSTATY

Nádorové onemocnění prostaty řadíme mezi nejčastěji diagnostikované onemocnění vyskytující se u starších mužů. Většina případů je diagnostikována ve fázi, ve které je nádor lokalizován a nešíří se dále. Proto u muže, u kterého se objeví nádor, který je lokalizovaný a nešíří se dále je předpokládaná doba přežití vysoká, odhaduje se na 5 let od ukončení léčby (Penedo a kol., 2008).

Nejnámějším a nejčastějším onkologickým onemocněním v této oblasti je karcinom prostaty. Dále se mohou objevit nádory, které nepatří mezi častě se vyskytující a mezi ně patří malobuněčný karcinom, uroteliální karcinom a sarkomy. Do nádorového onemocnění prostaty můžeme zahrnout i vzácné nádory, jako jsou např. neuroendokrinní karcinom prostaty, primární lymfomy prostaty (Adam, 2011).

1.2 KARCINOM PROSTATY (ADENOKARCINOM)

Karcinom prostaty řadíme mezi nejvíce se vyskytující nádor postihující muže. Jiné označení pro tento nádor je adenokarcinom prostaty. V České republice se nejvíce tento nádor vyskytuje u mužů okolo 70 let. Nejvíce se nádor objevuje u Afroameričanů a nejméně u Asiatů. Zvýšení výskytu tohoto onemocnění je v posledních letech diagnostikován pomocí zavedeného PSA testu do praxe (Doležel, 2011).

1.2.1 PATOFYZIOLOGIE KARCINOMU PROSTATY

Karcinom prostaty řadíme mezi nejběžnější nádorové onemocnění postihující muže. Nejčastěji se vyskytuje u mužů okolo 70 let. Z histologického hlediska se jedná o adenokarcinom. Z počátku jsou symptomy podobné příznakům benigní hyperplazie,

jako jsou např. časté močení nebo obtíže při močení. Pokud se nádor zachytí v počátečním stádiu je možné nádor resekovat nebo potlačit jeho růst pomocí hormonů. V pokročilém stádiu karcinom prostaty prorůstá do semenných váčků, malé pánve, močového měchýře. Tento nádor nejčastěji metastázuje do pánevních kostí a páteře (Bártová, 2015).

Adenokarcinom je na počátku zpravidla multifokální s predilekcí do okrajové oblasti. V této oblasti vznikají útvary nažloutlé barvy, které mají tuhé složení. Zásadní význam při stanovení diagnózy u tohoto onemocnění je mikroskopické vyšetření. Ohledně mikroskopického hlediska je karcinom prostaty složen z malých nebo středně velkých acinů, které mají různé uspořádání v podpůrné vazivové tkáni orgánu. Aciny jsou postavené „back to back“. Z cytologického pohledu se epitelie nádorových acinů skládají ze zvětšených jader. Zásada při určení diagnózy u adenokarcinomů prostaty je zjištění scházejících bazálních buněk. Aciny obsahují v luminu hlenové hmoty modré barvy, které tvoří acidické muciny. Při potvrzení maligního onemocnění je podstatné zjištění nádorové invaze a infiltrační růst. Podstatným znakem malignity je perineutrální pronikání do extraprostatické tkáně přes pouzdro prostaty (Bártová, 2015).

Karcinom prostaty vzniká mnohočetně, z toho důvodu nestačí provést jednu biopsii prostaty, protože by mohlo dojít k nesprávně stanovenému výsledku. Adenokarcinom metastázuje hematogenní cestou do skeletu nebo se šíří lokální cestou. (Vorlíček a kol., 2012)

1.2.2 EPIDEMIOLOGIE KARCINOMU PROSTATY

Karcinom prostaty patří mezi nejčastější nádorové onemocnění postihující muže a je po nádorovém onemocnění plic nejčastější příčinou vedoucí k úmrtí z onkologického hlediska. V průběhu dvaceti let se v České republice přítomnost karcinomu prostaty ztrojnásobila. Úmrtnost na tento nádor je ale třikrát nižší. Tento rozdíl vychází z toho, že máme možnost provést vyšetření na prostatický specifický antigen a na druhou stranu poskytnou moderní léčbu, ať je to léčba radikální nebo podpůrná. Podle záznamů Národního onkologického registru bylo v ČR v roce 2013 zachyceno nově vzniklých 132,6 případů v přepočtu na 100 000 mužů. Úmrtnost v tomto roce byla 28,5 případů také na 100 000 pacientů mužského pohlaví. Po převedení na absolutní čísla bylo zjištěno, že nově zachycených případů bylo

6864 a 1472 pacientů na tento nádor zemřelo. V posledních třiceti letech došlo k navýšení pětiletého přežití z 68% na 100% (ČUS, 2016).

V ambulancích praktického lékaře či urologa je kladen velký důraz na vyhledávání nemocných, které postihl karcinom prostaty (ČUS, 2016).

1.2.3 ETIOLOGIE A RIZIKOVÉ FAKTORY KARCINOMU PROSTATY

Vznik karcinomu prostaty je ovlivněn řadou rizikových faktorů, mezi které patří etnické faktory, věk, stravovací návyky, genetika, hormonální vlivy a benigní hyperplazie prostaty (Vorlíček a kol., 2012).

Věk

Karcinom prostaty se vyskytuje u starších mužů mezi 50-75 lety. Výskyt tohoto onemocnění má dvě vysvětlení. Mezi první vysvětlení patří, že člověk trpící rakovinou prostaty trpí dalšími chorobami, zejména kardiovaskulárním onemocněním. Dalším důvodem může být, že rostoucí nádor nepůsobí žádné komplikace a několik let se nevyskytují žádné příznaky (Vorlíček a kol., 2012).

Stravovací návyky

Ukázalo se, že zvýšená konzumace „červeného masa“ a naopak snížený příjem vlákniny zvyšuje riziko výskytu karcinomu prostaty. Strava, která obsahuje vyšší výskyt obilí, hráchu, zeleniny a sóji má protektivní vlivy. Konzumace alkoholu a kouření cigaret zatím neprokázalo souvislost se vznikem karcinomu prostaty (Vorlíček a kol., 2012).

Genetika

Genetika hraje u tohoto onemocnění výraznou roli. Familiární typ poukazuje na vysoké riziko vzniku karcinomu prostaty, které se objevuje u přímých příbuzných mužů z jedné rodiny. Riziko je zvyšováno s počtem postižených mužů v rodině (Vorlíček a kol., 2012).

Hereditární karcinom se typicky vyskytuje u tří po sobě jdoucích generací, dále se může vyskytnout u třech mužů v rodině a třetí možností jsou muži, kteří jsou ze stejné kmenové rodiny, a toto onemocnění je postihlo v brzkém věku. Rozvoj

hereditárního karcinomu je daný přítomností jednoho genu, který postihuje členy rodiny (Jurga, 2010).

Hormonální vlivy

Androgeny jsou hormony, které řídí funkci a růst prostaty, jenže tyto hormony mohou vést i ke vzniku nádorového onemocnění. Funkce a růst prostatického epitelu jsou ovlivněny testosteronem kolujícím v krvi a také dihydrotestosteronem. Androgeny jsou na počátku pro nádor důležité, a pokud dojde k jejich potlačení, tak může dojít k tomu, že nádor začne ustupovat. Řada studií ukazuje, že vysoký poměr dihydrotestosteronu a testosteronu a nízký poměr estrogenerů ukazuje na střední až vyšší riziko vzniku karcinomu prostaty (Dvořáček, 2005).

Benigní hyperplazie prostaty

Souvislost mezi karcinomem prostaty a benigní hyperplazií není v současnosti vyjasněná. Hlavní překážkou je rozpoznat podmíněnost od benigní hyperplazie prostaty a karcinomem prostaty, neboť obě se vyskytují u mužů ve vyšší věkové kategorii (Dvořáček, 2005).

1.2.4 SCREENING KARCINOMU PROSTATY

Screening je vyšetření, u kterého jsou použity diagnostické testy, které slouží k vyhledávání rizikových nebo nemocných osob bez příznaků nemoci u předem určené skupiny lidí (Adam, 2011).

Podle doporučení Americké společnosti rakoviny by se mělo provádět screeningové vyšetření po 50. roce věku jednou ročně. Screening, který se bude provádět u mužů s vysokým rizikem vzniku karcinomu prostaty např. příbuzný s karcinomem, muži černé pleti je doporučený screening do 45 let a u mužů s velmi vysokým rizikem vzniku je screening prováděn do 40 let života (Adam, 2011).

Karcinom prostaty řadíme mezi onemocnění, které má vysokou incidenci a uskutečnění screeningového programu, který se zaměřuje na muže od 50 do 70 roku života je plně důležité. Screening je zodpovědný za jednotlivé vyhledávání případů. Mezi metody, které patří do screeningu karcinomu zahrnujeme vyšetření na PSA a digitální vyšetření prostaty přes konečník. Zda se prokáže, že alespoň jedno z výše uvedených vyšetření je suspektní bude provedena biopsie prostaty. Výše uvedený

postup zjišťuje detekci agresivních nádorů, které mají pomalý průběh a růst. Úspěšnost screeningu karcinomu prostaty je především ve snížení úmrtnosti, také ve kvalitě života mužů, kteří je léčí na tento nádor (Jurga, 2010).

1.2.5 TNM KLASIFIKACE

TNM klasifikace byla publikována dvěma organizacemi Union for International Cancer Control (UICC) a American Joint Committee on Cancer (AJCC). Je používána pro inscenaci maligního onemocnění, včetně nádorového onemocnění prostaty. Struktura TNM klasifikace byla mnohokrát přezkoumána a některé části byly pozměněny. V současné době je používáno 7 vydání z roku 2009. Zásadním významem této klasifikace je mezinárodní používanost. V posledním vydání bylo sepsáno několik nových lokalizací a novotvarů. Systém TNM zahrnuje 3 složky anatomického rozsahu onemocnění – T znamená tumor, N (nodus) znamená uzliny a M znamená metastázy (Kanodo a kol., 2015).

Metodu léčby karcinomu prostaty určuje lékař dle stádia a dále dle rizika vzniku karcinomu. Stádium onemocnění se určuje podle TMN klasifikace. TNM klasifikace není všestranná, proto pro každý nádor je vypracovaný vlastní systém. K vytyčení rizika vzniku nádorového onemocnění je podstatné určit histologický stupeň maligního onemocnění, tzv. „grading“ (Broďák, 2013).

Význam TNM systému

TNM systém lékaři napomáhá naplánovat léčbu onemocnění, poskytuje prognostické údaje a napomáhá hodnotit výsledky léčby (Ferko a kol., 2015).

Přídavná označení TNM systému

- cTNM – hodnocení systému před léčbou
- yTNM – klasifikace po skončení počáteční víceúčelové terapie (chemoterapie, radioterapie, chemoradioterapie)
- pTNM – patologická klasifikace – tato klasifikace se stanovuje po provedení chirurgické terapie (Ferko a kol., 2015).

Prostata, pravidla klasifikace

Stanovení T stadia patří mezi obtížnou část a je určeno pomocí vyšetření přes konečník a TRUS. Mezi spolehlivé vyšetření můžeme zařadit MR (Brod'ák, 2013).

U stanovení N stadia medicína nenachází vhodnou neinvazivní metodu, která by byla dostatečně senzitivní. Nejvíce používanou metodou u stanovení N stadia je lymfadenektomie pánevních uzlin, která se může provádět samostatně nebo souběžně s radikální prostatektomií. Ke stanovení rizika postižení je možné použít nomogramy, jako jsou např. Katlamův nomogram, Partinovy tabulky (Brod'ák, 2013).

U M stadia můžeme metastázy ve skeletu diagnostikovat prostřednictvím skenu skeletu. K tomuto vyšetření jsou indikováni pacienti, kterým bylo zjištěno PSA vyšetření > 20ng/ml před kurativním vyšetřením. Aby se zjistilo, zda metastázy postihly další orgány je zapotřebí udělat nejen RTG plic, ale také sonografické vyšetření, CT, MR abdominální dutiny (Brod'ák, 2013).

1.2.6 HISTOPATOLOGICKÝ GRADING A GLEASON SKÓRE

Patolog ke stanovení „gradingu“ (stupně malignity) užívá Gleasonovo skóre. Když lékař stanovuje riziko vzniku karcinomu prostaty je za potřebí získat informace ohledně hodnoty PSA, klinického stadia a Gleasonova skóre. Na počátku léčby je podstatné znát stav pacienta a stanovit dobu pacientova přežití. WHO klasifikace a Karnofské skóre slouží ke stanovení stavu pacienta (Brod'ák, 2013).

Gleason skóre

Toto skóre bylo v roce 1966 vynalezeno americkým patologem Donaldem Gleasonem. Skóre mělo za cíl posoudit agresivitu karcinomu prostaty. Z tvaru a architektury buněk patolog určí typ nádoru, terého je v řezech nejvíce a typ, který je nejútočnější. V rámci Gleasonova skóre bylo provedeno mnoho vědeckých prací, během, kterých bylo zjištěno chování karcinomu. Karcinomy, které mají nízké skóre, zakládají metastázy nebo jsou šířeny do okolní tkáně. Vysoké skóre svědčí o opaku. Nejvíce se vyskytuje skóre „středního pásma“, které je označováno číslem 6. V současné době jsou punkční metodou odebrány pouze „válečky“ tkáně nikoliv vyšetření celé prostaty. V rámci tohoto vyšetření je odebráno 8 až 28 vzorků z celé prostatické tkáně (Koukolík, 2014).

1.2.7 SYMPTOMY NEMOCI

Příznaky můžeme dělit na lokální a celkové. Z počátku tento nádor nevykazuje žádné příznaky. V pokročilém stádiu se nejčastěji vyskytují příznaky, které se projevují obtížným močením a retencí. Obtížné močení může mít dvojí charakter, a to je obstrukční (oslabení proudu moče), nebo charakter dráždivý – iritativní (bolestivé močení, časté močení v noci). K dalším příznakům tohoto onemocnění řadíme hematurii. Příznaky, které byly popsány výše, řadíme mezi lokální symptomy. Mezi celkové řadíme únavu, nechutenství, febrilní stavy, úbytek hmotnosti, patologické zlomeniny, anémii (Brodák, 2013).

Může nastat i situace, kdy dotyčného člověka začnou bolet záda. Tato bolest přichází po postižení páteřního skeletu metastázemi. Dále se může vyskytnout selhání ledvin způsobené obstrukcí močovodů (Doležel, 2011).

1.2.8 DIAGNOSTIKA

Nejdůležitějším vyšetřením, stanovující zhoubné onemocnění prostaty je histologické vyšetření. Dalšími základními kroky ke stanovení diagnózy je pečlivá anamnéza, digitální vyšetření přes konečník (rektální vyšetření) a stanovení prostatického specifického antigenu (PSA) v séru. Pokud se z předchozích vyšetření stanoví patologické hodnoty, tak je diagnostika doplněná transrektálním patologickým vyšetřením, u kterého se provede biopsie vzorku k histologickému vyšetření (Tomášek, 2015).

Anamnéza

Při odběru anamnézy se zaměřujeme na výskyt karcinomu prostaty v rodině a u pokrevního příbuzenstva. Příznaky tohoto maligního onemocnění jsou nespecifické a mohou se shodovat s příznaky benigní hyperplazie prostaty anebo s příznaky dysurie a polakisurie (Tomášek, 2015).

Fyzikální vyšetření

Do fyzikálního vyšetření zahrnujeme digitální rektální vyšetření, které patří do preventivního vyšetření u mužů, kteří mají okolo 40-45 roku života. Toto vyšetření lze provést u každého lékaře a představuje hlavní roli při vyšetření starších mužů. Vyšetření přes konečník je nebolestivé u těch pacientů, kteří jsou zdraví. Velmi

podstatné je uvědomění si, že tak to lze vyšetřit pouze jen 1/3 prostaty. Zdravá prostata měří 3 x 3 cm, na povrchu je hladká, má ohraničený tvar a při palpačním vyšetření je nebolestivá (Tomášek, 2015).

U podezření na zhoubné onemocnění je prostata asymetrická, vyskytují se tuhé uzly, dále může být přítomná tuhost buď celého laloku, nebo tuhost celé prostaty (Adam, 2004).

Vyšetření PSA

Tumorové markery patří mezi biochemické ukazatelé nádorového onemocnění. Tyto markery slouží ke správné diagnostice a monitoringu nádorů. Po dlouho dobu byl v diagnostice karcinomu prostaty používán odběr na prostatickou kyselou fosfatázu, jenže tento odběr byl nahrazen odběrem, který se nazývá prostatický specifický antigen. V onkologii je tento tumorový marker řazen mezi nejlepší odběr (Dvořáček, 2015).

Prostatický specifický antigen (PSA) je glykoprotein s enzymatickou aktivitou (proteáza serinového typu příbuzná s kalikreinem) (Krška, 2014, s. 57).

Vyšetření PSA je základem ve stanovení diagnózy. PSA se vyšetřuje ze žilní krve odebrané od pacienta. Prostatický specifický antigen vylučují epitelové buňky prostaty. Dále byl také prokázán v pankreatu a ve slinách žen. Fyziologická norma je nižší než 4 ng/ml, za mírně zvýšenou hodnotu považujeme od 4,1–10,0 ng/ml a pokud jsou hodnoty větší než 10,1 ng/ml jedná se o patologickou hodnotu. Tyto hodnoty mohou být zvýšeny u nenádorové hyperplazie prostaty, proto je podstatné provést i další důležitá vyšetření, aby se zjistila malignita onemocnění (Krška, 2014).

Frekvence vyšetření hladiny prostatického antigenu je dána věkem pacienta. Tento odběr by se měl provádět u mužů od 50 let jednou za rok. Pokud je v rodině pacienta nějaký muž, který tímto onemocněním trpěl, je velmi podstatné, aby pacient šel na odběr PSA již ve 40 roce života jednou za rok (Adam, 2004).

Transrektální ultrasonografie (TRUS)

Patří mezi zobrazovací metody a je to vyšetření pomocí sondy, která je vybavena bioptickým naváděčem. Tato sonografie umožňuje stanovit objem prostaty, strukturu žlázy, zachytit nádorové ložisko a dále můžeme pomocí sondy provést odběr tkáně k vyšetření (Adam, 2004).

Biopsie prostaty

Po tomto vyšetření lékař stanoví konečnou diagnózu. Biopsie prostaty se provádí za ultrazvukové kontroly a sonda se zavede přes konečník. Ultrazvuk nám přesně zobrazí nádorové ložisko. Obvykle se odebere 6-8 vzorků tkáně. Pokud nastane okamžik, kdy se zjistí, že je zvýšená hladina PSA, ale je negativní biopsie, musí se do 3 měsíců provést rebiopsie prostaty a odběr vzorků. To je důležité, aby nedošlo ke stanovení diagnózy mnohem později, z toho důvodu, že by nádor mohl generalizovat a kurativní léčba by nebyla možná (Adam, 2004).

Mezi další diagnostické metody patří rebiopsie, CT malé pánve, scintigrafie skeletu, CT mozku popřípadě jiných orgánů. Rebiopsii prostaty musí lékař provést s odstupem 3-6 měsíců a tento odběr provádí s tranzitorní oblastí. CT malé pánve neslouží k upřesnění diagnózy, ale je prováděná v rámci plánování ozařování prostaty. Scintigrafie skeletu slouží ke zjištění metastáz do kostí. CT mozku a jiných lokalit informuje lékaře o metastázách v určitých oblastech (Babjuk, 2009).

1.2.9 LÉČBA KARCINOMU PROSTATY

Terapie karcinomu prostaty není univerzální, každé nádorové onemocnění vyžaduje jednotlivý přístup. Terapie závisí na stádiu onemocnění, velikosti nádoru, hodnoty PSA, na věku pacienta a jeho zdravotním stavu. I přes vyšší míru přežití, v rámci léčby dochází k mnoha vedlejším účinkům, např. sexuální dysfunkce, močové a střevní problémy, které mohou ohrozit kvalitu života. Tyto problémy jsou popsány níže (Penedo a kol., 2008).

Mezi metody léčby karcinomu prostaty řadíme konzervativní léčbu, radikální chirurgickou léčbu, radioterapii, která se dělí na zevní a vnitřní, hormonální léčbu a chemoterapii.

1.2.10 KONZERVATIVNÍ LÉČBA

Konzervativní léčba je zejména léčba symptomatická, jedná se o neoperativní léčbu. Tento způsob léčby se může užívat na počátku onemocnění.

Odložená léčba

Odloženou léčbu chápeme jako skupinu léčebných postupů, kterou užíváme u nádorového onemocnění prostaty. Provádí se aktivní sledování a aktivní vyčkávání. Aktivní sledování se provádí u pacientů, kteří byli zařazeni do skupiny nemocných s málo rizikovým karcinomem prostaty. Pozorné sledování není užíváno velmi příliš, protože by léčba pozitivně nepůsobila na přežití pacientů a mohla by způsobit závažné nežádoucí účinky. Hovoří se o starších mužích, u nichž se domnívá pomalá progresse onemocnění (Brodák, 2013).

a) Aktivní sledování

Důvod proč je aktivní sledování zahrnuto do léčby karcinomu prostaty je takový, že u některých mužů může být diagnostikován indolentní karcinom prostaty. Tento typ nádoru pravděpodobně neohrožuje nemocného a místní léčba by byla přebytečná a mohly by vzniknout závažné nežádoucí účinky. Velmi podstatné je vědět, že není nalezena taková metoda, která by rozlišila, zda se jedná o indolentní či klinicky signifikantní karcinom prostaty. (Brodák, 2013).

Podstatné je, aby lékař informoval pacienta o možnosti vzniku rizika progresse a následné aktivní léčbě, která by byla v tomto případě nutná. Dále by měl pacient souhlasit s pravidelnými kontrolami a také s prováděním biopsií v nutných případech. Pacient chodí na pravidelné kontroly v prvních 2 letech co 3 měsíce, kde je provedeno vyšetření přes konečník a odběr na prostatický specifický antigen. Jestliže se zjistí, že tumor není v progresi, tak lékař může návštěvy a kontroly stanovit co 6 měsíců. Za podstatné se považuje provedení biopsie do 12 měsíců (Brodák, 2013).

b) Pozorné vyčkávání

Pozorné vyčkávání je prováděno u pacientů, u kterých je předpokládána krátká doba přežití či u pacientů, kterým byl zjištěn málo agresivní tumor. Pokud je zjištěna lokální či systémová progresse, tak lékař zahajuje léčbu karcinomu prostaty. U subvezikální neprůchodnosti je určeno provedení transuretrální resekce. Radioterapie či paliativní léčba je indikována u metastatické progresse. (Brodák, 2013).

1.2.11 RADIKÁLNÍ CHIRURGICKÁ LÉČBA

V chirurgické léčbě karcinomu prostaty je nejvíce užívána radikální prostatektomie. Řadí se mezi kurativní metodu v chirurgii. Během radikální prostatektomie je odstraněna celá žláza i s pouzdrmem a semenným váčkem. Nejdůležitější prioritou při určení chirurgické léčby je délka přežití pacienta po provedeném chirurgickém výkonu (Špičák, 2008).

Na počátku, než se stanoví léčba karcinomu prostaty, je podstatné zaměřit se na stav pacienta a také na to, ve kterém stádiu se nádor nachází. U řady pacientů se provádí radikální prostatektomie, to znamená, že je odstraněna celá prostata. Tento zákrok je indikován u pacientů, u kterých se předpokládá, dožít alespoň 10 let a jedná se o lokalizovaný karcinom. U délky dlouhodobé životnosti je podstatný věk nemocného, celkový stav pacienta, dále komorbidita a také soběstačnost pacienta. Radikální prostatektomie je zatím jedinou metodou, u které je prokázáno prodloužení života pacientů (Krška a kol., 2014).

Mezi nejčastější přístupy, které slouží k odstranění prostaty, řadíme transperineální přístup, retropubický přístup, dále také laparoskopický přístup a robotický přístup (RALRP). LALRP znamená robotický asistovaná laparoskopická radikální prostatektomie. Výhodami laparoskopického provedení jsou menší krevní ztráty, dále kratší pobyt v nemocnici a v poslední řadě můžeme zde zahrnout i rychlejší rekonvalescenci (Krška a kol., 2014).

Před výkonem je u pacienta provedeno interní vyšetření, spirometrie, echokardiografické vyšetření. V předoperační přípravě sestra provede vyprázdnění střev prostřednictvím laxativ a je zavedený permanentní močový katetr, který se nechá po výkonu po dobu 7 – 14 dní. Otevřený přístup se provádí v CA a je udělána dolní laparotomie. U laparoskopického výkonu je doporučeno pacientům, aby si nechali udělat autotransfuzi, která může být využita během operace. Pacient bude poučen o tom, že od půl noci bude dodržovat dietu nic per os. Všeobecná sestra ráno podá premedikaci dle ordinace lékaře, zavede permanentní žilní katetr a permanentní močový katetr, který se ponechává po dobu 7 – 14 dní. Laparoskopická operace se provádí v CA a přístup je proveden prostřednictvím 4 – 5 portů. V průběhu operace se odstraní celá prostata a semenné vázky. V pooperačním období je pacient uložen na JIP, zde je aplikována antikoagulační léčba a zahájena brzká mobilizace. V rámci rehabilitace pacient provádí

cviky, které slouží k posílení pánevních svalů. Pokud jsou zjištěny pozitivní uzliny nebo okraje je pacientovi aplikována adjuvantní radioterapie či hormonální léčba, která je aplikována v kombinacích s adjuvantní radioterapií. Po propuštění z nemocnice jsou pacienti doživotně sledováni v onkologické či urologické ambulanci a při pravidelných návštěvách je provedeno vyšetření na PSA a také lékař u pacienta provádí vyšetření per rectum (Krška a kol., 2014).

Přístupy k operativnímu řešení

- Retropubický přístup – provádí se příčný abdominální řez
- Perineální přístup – otevřená chirurgická operace
- Laparoskopický přístup – patří mezi minimální invazivní přístupy k chirurgické operaci prostaty (Krška a kol., 2014).

Komplikace chirurgické léčby

V rámci radikální prostatektomie se mohou u pacientů objevit nežádoucí komplikace. Nežádoucím účinkem výkonu je protěti chámovodu, to vede k tomu, že muž není schopen ejakulace. Dalším nepříjemným nežádoucím účinkem je inkontinence a problémy s erekcí. Mezi další komplikace po radikální prostatektomii patří stenóza anastomózy, plicní embolie, hluboká žilní trombóza, poranění rekta a krvácení (Krška a kol., 2014).

Stresová inkontinence

Inkontinence moči je komplikace zvratná, může se upravit během prvního roku od operace. Pokud se během prvního roku inkontinence neupraví a přejde do těžké močové inkontinence je možné provést operativní řešení. Indikací k tomuto výkonu je dlouhodobá remise inkontinence. Mohou se aplikovat závěsné pásky, které mají za cíl kompresi nebo repozici uretry. Mezi nežádoucí účinek, který se může objevit po zavedení reпозиčních pásků je infekce. V současné době je nejúspěšnější léčba u močové inkontinence zavedení umělého svěrače (Krška a kol., 2014).

Erekttilní dysfunkce

Po chirurgickém odstranění prostaty neboli prostatektomií dochází k poranění nervově cévních svazků. K obnovení erektilní funkce může pomoci podávání inhibitorů fosfodiesterázy (Kawaciuk, 2009).

Striktura hrdla

Je nejvíce se vyskytující problém u pacientů po provedené TURP, dále po peroperačním krvácení a po úniku moče, který nastává po operaci. K určení problémů jsou provedena vyšetření uroflowmetrie a uretrocystografie. Striktura hrdla je vyřešena operativně, kdy je provedeno opatrné rozpolcení anastomózy (Kawaciuk, 2009).

1.2.12 RADIOTERAPIE

Radioterapie patří mezi konzervativní postupy u léčby lokalizovaného nálezu. Je to terapie pomocí ionizujícího záření. Během ozařování jsou užívány paprsky X, tzv. brzdné záření (Kawaciuk, 2009).

U karcinomu prostaty lze užít adjuvantní, kurativní či paliativní radioterapii. U kurativní radioterapie je cílem úplné vyléčení nemocného a je prováděna u lokalizovaného karcinomu prostaty. Dále se může provádět u pacientů, kteří nesouhlasí s provedením radikální prostatektomie, nebo tuto léčbu nemohou podstoupit. Pokud se nádor nachází ve stádiu T3 N0 M0 je kurativní ozařování ideální metodou léčby tohoto onemocnění. Kromě prostaty jsou ozařovány i pánevní lymfatické uzliny (Kawaciuk, 2009).

Adjuvantní radioterapii je možno provést před nalezením nově se vyskytujícího onemocnění, dále v brzkém pooperačním období, ve kterém byly u pacienta nalezeny patologické faktory (Novotný a kol., 2016).

Paliativní radioterapie je aplikována u generalizovaného karcinomu prostaty. Může způsobovat lokální obtíže, jako jsou obstrukce močových cest, hematurii a bolesti. Tyto nežádoucí příznaky lze potlačit paliativní radioterapií (Šlampa, Petera, 2009).

Cílem léčby je zmírnění bolesti a zlepšení kvality života nemocného. Pokud dojde u nemocného ke kostním metastázám, může se intravenózně aplikovat kalciový analog (Adam a kol., 2004).

Radioterapii rozdělujeme na zevní ozařování (teleterapie) a na vnitřní ozařování (brachyterapie). Léčba může být aplikována samostatně, ale také s kombinací s jinou léčebnou metodou (Kawaciuk, 2009).

1.2.13 ZEVNÍ RADIOTERAPIE

Během zevní radioterapie je záření umístěno mimo tělo pacienta a je směřováno přímo do oblasti nádoru. Je užívána standardní radioterapie, komfortní radioterapie, a s modulovanou intenzitou. Před zahájením léčby je pacientovi proveden CT simulátor. Je to vyšetření, při kterém je vyšetřovaná oblast zobrazována ve vysoké kvalitě, a na tělo pacienta jsou zakresleny cílové struktury. U standardní radioterapie se nejvíce při ozařování užívá lineární urychlovač. Během ozařování pánve je ideální dávka v rozmezí 45–50 Gy. U ozařování prostaty je dávka záření okolo 65–70 Gy. Komfortní radioterapie je užívána od 60. let 20. století. Tato radioterapie se užívá v kombinaci s CT vyšetřením a příliš nepoškozuje zdravou tkáň okolo nádoru (Šlampa, Petera, 2009).

Další druh záření byl objeven v 90. letech 20. století. Jedná se o radioterapii s modulovanou intenzitou. Odvíjí se od komfortní radioterapie, u které dochází i ke změně a zlepšení v rámci změny v modulaci intenzity záření. V rámci této metody lze ozařovat složitější nádory a ozařování probíhá nepřetržitě. V rámci ozařování je důležitá fixní poloha pacienta. Tato metoda ozařování příliš neporušuje okolní tkáň a z toho důvodu je možné postupně zvyšovat dávku záření (Šlampa, Petera, 2009).

1.2.14 BRACHYTERAPIE

U této metody je zdroj záření aplikován přímo do lůžka karcinomu a do prostaty jsou zavedeny radioaktivní zrna, která jsou zavedena přes perineální cestu. Na počátku zavádění této terapie do klinické praxe mohly vznikat nežádoucí obtíže, např. impotence, rektální krvácení a močová inkontinence. Současné užívané techniky umožňují trojrozměrný pohled na prostatu. U této metody lze peroperačně sledovat katetr s radioaktivní látkou (Kawaciuk, 2009).

Hladina PSA se po zavedení zrn do 3 měsíců zvýší a poté následuje velký pokles, který se může objevit okolo 12 – 18 měsíců (Kawaciuk, 2009).

High dose brachyterapie – Tato metoda užívá aplikaci jehel transperineálně pod UZ kontrolou. Na počátku high dose brachyterapie bude stanoven dozimetrický plán a správná lokalizace zavedených jehel je kontrolována pomocí CT vyšetření. Poté jsou IR zdroje přeneseny do jehel. High dose záření může být aplikováno před či po zevním ozáření (Kawaciuk, 2009).

Průběh brachyterapie

Den před zaváděním je naplánovaná hospitalizace pacienta na onkologické či urologické oddělení. Lékař s asistencí všeobecné sestry zavede pacientovi permanentní močový katetr a poté se naplňuje ozařovací plán. V rámci přípravy ozařovacího plánu je proveden transrektální ultrazvuk, který ukáže prostatu v trojrozměrném zobrazení. Tato příprava směřuje k přesnému určení místa zavedení aplikátorů (jehel). Příprava trvá přibližně 30 minut (ČUS, 2009).

Druhý den lékař pacientovi zavede aplikátory a poté je provedeno ozáření. Při tomto postupu pacient leží v poloze na zádech, má pokrčené dolní končetiny a je mu provedena spinální anestézie. Následně je provedeno zavedení jehel skrz perineum do prostaty. Pomocí RTG zjistíme polohu jehel. Poté následuje zavedení radioaktivního zářiče, který musí být uložen v ochranném kontejneru. Jednotlivé ozáření může přibližně trvat 10 minut, ale celý tento proces trvá přibližně 1,5 – 3 hodiny. Po ukončení ozáření jsou pacientovi odstraněny aplikátory a následně je převezen na oddělení (ČUS, 2009).

Následující den všeobecná sestra vytáhne pacientovi permanentní močový katetr, a pokud se neobjeví žádné problémy během močení, či krvácení je pacient propuštěn domů (ČUS, 2009).

Nežádoucí účinky radioterapie

Vyšší dávky záření s sebou přinášejí řadu nežádoucích účinků. Jsou ovlivňovány řadou faktorů, mezi ně patří délka trvání ozařování, dávka záření, objem ozařované zdravé tkáně a v poslední řadě věk. Ozařování malé pánve a prostaty přináší problémy

v oblasti střešní a močové. Celkové příznaky přinášejí únavu a celkovou slabost. Dále jsou komplikace děleny na akutní, chronické a pozdní (Klementová, 2011).

Akutní komplikace vznikají během radioterapie a okamžitě po skončení léčby. Tyto komplikace jsou zvrátelné a měly by zcela vymizet do 3 měsíců od ukončení radioterapie. V gastrointestinální oblasti se u pacienta mohou objevit průjmy, tenezmy a enteroragie. Ohledně komplikací močových se u pacienta mohou objevit dysurie, urgentní mikce, inkontinence a nykturie (Klementová, 2011).

Chronické komplikace se vyskytují přibližně od 3 až do 18 měsíce od skončení léčby. Tyto komplikace jsou nezvratné a mezi nejběžnější nežádoucí účinek je řazena poradiační proktitida. Proktitida vzniká v rámci změn na pojivové tkáni rektu a cév. Hlavními příznaky je krvácení a tenezmy. Mezi chronické komplikace dále můžeme zařadit chronickou cystitidu. Tato komplikace se nevyskytuje příliš často a hlavním příznakem je hematurie. Mohou se objevit i poruchy erekce, které jsou závislé na věku pacienta a rozsahu nádoru (Klementová, 2011).

Pozdní komplikace se mohou objevit za 5 a více let po ukončení léčby. Mezi tyto komplikace patří duplicitní nádory, např. karcinom rektu, dále vznik osteoporózy (Klementová, 2011).

Příprava pacienta před radioterapií

Příprava pacienta k ozařování je řazena mezi náročné postupy v medicíně. V první řadě je provedeno klinické vyšetření, dále lékař informuje pacienta o průběhu léčby a nežádoucích účincích radioterapie. Poté je provedeno plánovací CT, v rámci tohoto vyšetření se zhotoví snímky malé pánve. Všeobecná sestra na plánovacím CT uloží pacienta do polohy na záda. Během plánování je prováděna konturace cílového objemu. Stanovují se dva objemy, první je klinický cílový objem a druhý je plánovací cílový objem. Pacientům jsou doporučeny 2 zásady během ozařování. První zásadou je že, před plánovacím CT a poté před každou radioterapiíby měli mít naplněný močový měchýř a druhou zásadou je vyprázdněný konečník. Tyto zásady vedou k minimálnímu objevení nežádoucích účinků léčby (Klementová, 2011).

1.2.15 HORMONÁLNÍ LÉČBA

Hormonální léčba je aplikována u pacientů, kteří trpí lokálně pokročilým nebo generalizovaným karcinomem prostaty (Adam a kol., 2004).

Nádory jsou předurčeny k léčení prostřednictvím hormonu a to díky faktu, že velké množství (80 %) karcinomu prostaty jsou závislé na hormonech. Cílem hormonální léčby je potlačení nebo eliminace androgenů. V rámci hormonální léčby jsou užity tyto metody: snesení zdroje androgenů, nepřímá gonadální suprese, užití antiandrogenů (Adam a kol., 2004).

Do ablace androgenů patří chirurgické odstranění varlete, oboustranná adrenalectomie. U nepřímé gonadální supresi jsou podávány estrogény, které svým účinkem snižují hladinu testosteronu. V současné době jsou estrogény podávány minimálně z důvodu závažných vedlejších účinků. Estrogény lze aplikovat i parenterální cestou. Tento způsob podání nese mírnější nežádoucí účinky, ale i tak se tato metoda značně neuzívá. Následující možností u hormonální léčby je podání antiandrogenů. Tyto látky plní v prostatě funkci, která spočívá v tom, že se testosteron mění na androgenní receptor (Adam a kol., 2004).

Nežádoucí účinky

Komplikace antiandrogenní léčby závisí na snížení koncentrace testosteronu a interakci v cílových buňkách. Mezi nežádoucí účinky patří ztráta potence a libida, osteoporóza, návaly horka zhoršení kognitivních funkcí, svalová slabost, inkontinence a gynekomastie (Adam a kol., 2011).

1.2.16 CHEMOTERAPIE

Mezi další možnosti léčby karcinomu prostaty řadíme chemoterapii. Chemoterapii rozumíme podávání léků (cytostatik), které mají za cíl zabít nádorové buňky. Tato léčba se užívá u lidí, kteří trpí nádory, které nejsou závislé na hormonální léčbě (Weiss, 2010).

U pacientů, kteří trpí karcinomem prostaty, může lékař předepsat řadu cytostatických látek, např. Mitoxantrol, Prednison, Estramustinfosfát, Taxol. Mitoxantrol a prednison je užíván většinou společně. Mitoxantrol je užíván u paliativní léčby, zlepšuje pacientův stav, ale nepůsobí antitumorózně. Estramustinfosfát je nejvíce

užívány lék v rámci cytostatické léčby. Mezi přírodní látky řadíme Taxol. Taxol je alkaloid získávaný z tisu. V rámci praxe se nejvíce užívá paklitaxel a docetaxel. Paklitaxel je aplikován s estramustinem, nebo také může být aplikován s karboplatinou a etoposidem. Tyto cytostatika jsou velmi toxické a nesou s sebou řadu nežádoucím účinku, např. hlubokou žilní trombózu. Docetaxel není tak agresivní jako paklitaxel, nese s sebou nízkou toxicitu, nízkou progresy a také delší dobu pacientova přežití cca o 7 měsíců (Weiss, 2010).

Nežádoucí účinky

Mezi nežádoucí účinky chemoterapie řadíme nevolnost, zvracení, lokální nekrózy, průjemy, anémie, leukopenie, trombocytopenie a nižší tvorbu spermií (Kawaciuk, 2009).

Velmi podstatnou činností v rámci tohoto onemocnění je edukace pacientů. Edukace by měla být provedena ošetřujícím urologem, ale někdy se může stát, že první, kdo edukuje nemocného bude sexuolog, který pacienta poučí o možných nežádoucích komplikacích (Weiss, 2010).

Mezi nežádoucí účinky chemoterapie řadíme úbytek na váze, alopecii, únava, snížená sexuální apetence, nevolnost. V rámci snížené sexuální apetenci řada žen tento problém chápe a snaží se svým mužům pomáhat (Weiss, 2010).

1.2.17 PREVENCE

Prevence znamená předcházet nežádoucím jevům. V onkologii mluvíme o prevenci primární, sekundární, terciální a kvartérní. Níže budou objasněny jednotlivé druhy prevence (Žaloudík, 2008)

1. Primární prevence

Primární prevence v onkologii je zaměřena na omezení kancerogeneze a snížení incidence nádorů. Dále se zabývá životním prostředím a životním stylem. Cílem je snížení faktorů, které způsobují změnu zdravé buňky v nádorovou buňku. Do životního prostředí jsou zahrnuty fyzikální, chemické, biologické a genetické vlivy. Prevenci ohledně životního stylu můžeme ovlivnit svým chováním a přístupem. Do problematiky životního stylu zahrnujeme kouření, špatnou životosprávu a nedostatek pohybu (Fait a kol., 2011).

Primární prevence u karcinomu prostaty není možná. V rámci této prevence je mužům doporučenodietní opatření (Fait a kol., 2011).

2. Sekundární prevence

Tato prevence je zaměřena na zachycení nádoru, který se nachází v počátečním stádiu, ve kterém je nejvyšší šance na vyléčení nemocného. Podle některých autorů je sekundární prevence členěná na varovné příznaky, samovyšetření a také screening. Dále jsou varovné příznaky rozděleny na příznaky místní a celkové (Žaloudík, 2008).

Dále je napsáno, že sekundární prevence se zcela zaměřuje na screening mužů, u kterých se ještě neobjevily příznaky nemoci. Známe screening masový, selektivní a příležitostný. Masový screening lékaři příliš neužívají, více jsou zaměřeni na selektivní. Selektivní je užíván u vysoce rizikových skupin mužů a příležitostný se provádí při běžné preventivní prohlídce muže nebo na jeho žádost (Kliment, 2012).

3. Terciální prevence

Hlavní cíl terciální prevence je snaha o to, aby se onemocnění nevrátilo pacientovi zpět. Když se však onemocnění vrátí, snaží se terciální prevence o to tento návrat zachytit co nejdříve. Díky tomu je léčba méně komplikovanější. Základem je především dobrá komunikace mezi lékaři a pacientem a také mezi lékaři navzájem. Každý vyléčený pacient by měl mít na zdravotnickém pracovišti, kde se léčil, vedeny záznamy s postupem léčby, jak postupovat, kdyby se případně nemoc vrátila (ČOS ČLP JEP, 2009).

4. Kvartérní prevence

Onkologické progredující onemocnění a taky následná léčba s sebou nese určité dopady do budoucna. Kvarterní prevence se snaží tyto dopady eliminovat v lepším případě úplně odstranit, aby nedocházelo ke zhoršování kvality nebo délky života.

V této oblasti je také důležité zaměřit se na pacientovu bolest, doporučuje se vyhledat vhodného algeziologa, který poté předepíše vhodné léky tlumící bolest, dále je důležité zaměřit se na psychickou, sociální a duchovní podporu pacienta. V rámci psychické podpory se pacientovi doporučuje sezení s psychologem (ČOS ČLP JEP, 2009).

V posledních letech se stává velmi často, že onemocnění je diagnostikováno velmi pozdě a poté nelze onemocnění plně vyléčit. V tomto případě je důležité předcházet komplikacím, jako jsou např. předcházet silným bolestem, trávicím, dýchacím, močových obtížím. Pro pacienty je také důležitá psychická podpora (Žaloudík, 2008).

1.3 MÉNĚ ČASTÉ ONKOLOGICKÉ ONEMOCNĚNÍ PROSTATY

Malobuněčný karcinom prostaty

Tento typ nádoru je řazen mezi méně se vyskytující nádorové onemocnění. Pro tento karcinom je typická velmi špatná prognóza. Pacient, který tímto malobuněčným karcinomem onemocní, má předpokládanou dobu přežití 1. roku. Dále je typická absence hormonu PSA a hormonální odolnost. U pacienta s tímto onemocněním se uplatňuje kombinace chemoterapeutické a radiologické léčby (Hanuš a kol., 2015).

Uroteliální karcinom prostaty

Ze všech karcinomů prostaty je uroteliální karcinom prostaty vyskytován od 1 % do 5 %. Pro tento nádor je typická špatná prognóza a může být spojen s konvenčním adenokarcinomem prostaty. Dále je pro něj typické, že nereaguje na antiandrogenní léčbu. Uroteliální karcinom prostaty se může objevit jako primární malignita v prostatě nebo sekundárně ve spojení s uroteliálním karcinomem z močového měchýře. Primární uroteliální karcinom prostaty na počátku zasáhne do periuretrálních žláz a kanálků. Dále se může šířit podél prostatických kanálků a acinů. Sekundární uroteliální karcinom prostaty působí jako Pagetův karcinom, který se rozšiřuje prostatickou utetrou, prostatickými kanálky a aciny se stromální invazí nebo bez ní (Ro a kol., 2012).

1.4 VZÁCNÉ NÁDORY PROSTATY

V této kapitole budou popsána nádorová onemocnění, jejichž výskyt je vzácný. Mezi tyto nádory patří neuroendokrinní karcinom prostaty, primární sarkom a lymfom prostaty.

Neuroendokrinní karcinom prostaty

Neuroendokrinní karcinom prostaty se může vyskytnout primárně nebo také přeměnou adenokarcinomu prostaty. Prvotními příznaky jsou bolesti v pánvi, bolesti skeletu nebo neprůchodnost v dolních cestách močových. Dále se může vyskytnout hematurie, tenesmy, hematochezie, úbytek hmotnosti, pacient může trpět nechutenstvím, slabostí, malátností a horečkou. Tento nádor nejčastěji metastázuje do penisu, do kůže, mozku, omenta, pleury. Hladina PSA je nízká nebo stabilní (Kubáčková, 2015).

U neuroendokrinního karcinomu prostaty je léčba v počátečním stádiu obdobná jako u adenokarcinomu prostaty, to znamená chirurgická léčba nebo radioterapeutická dle stádia onemocnění. Hormonální léčba je užívána společně s ostatními léčebnými metodami (Kubáčková, 2015).

Primární sarkom prostaty

Tento nádor se objevuje zcela výjimečně. Z histologického hlediska se nejvíce jedná o leiomyosarkom a rhabdomyosarkom. Průběh nádoru je velmi agresivní a pro tento nádor je typická časná generalizace. Prvotním symptomem je močová obstrukce a zásadní metodou je radikální prostatektomie (Kubáčková, 2015).

Primární lymfom prostaty

Spousta těchto nádorů je řazena do nehodgkinských lymfomů. Tyto nádory vycházejí z lymfatické tkáně. Nehodgkinsův nádor je velmi vzácný. Nehodgkinské lymfomy mají obdobné příznaky jako adenokarcinom prostaty. (Kubáčková, 2015).

Fyloidní tumor

Fyloidní tumor je řazen mezi vzácně se vyskytující nádorové onemocnění prostaty. Měla by být spíše považována za neoplasmu než za hyperplázií, z důvodu častých recidiv, infiltrativnímu růstu a v některých případech z důvodu extraprostatickému a metastatickému rozšíření. Tento nádor většinou postihuje mladší muže a v některých případech nádor může získat obrovský rozměr. Pacient trpící tímto nádorem pociťuje obtíže při močení, dále se vyskytují příznaky močové obstrukce a také eč může objevit hematurie (Weidner a kol., 2009).

2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S KARCINOMEM PROSTATY

V této kapitole bude popsána ošetrovatelská péče u pacienta s karcinodem prostaty, u kterého mohou být provedeny 3 způsoby terapie. Mezi ně patří léčba zářením, léčba chemoterapií, nebo chirurgická léčba.

2.1 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S RADIOTERAPIÍ

Pacient je hospitalizován na onkologické oddělení přes ambulantní část. Po příchodu pacienta na toto oddělení je pacient uložen na pokoj a všeobecná sestra provede jeho příjem. Během získávání informací o pacientovi se všeobecná sestra zaměřuje také na jeho biologické potřeby. Mezi které patří vnímání zdravotního stavu, poloha, pohybový režim, spánek a odpočinek, psychosociální potřeby a domácí péče. Pacient zaujímá polohu, která mu vyhovuje a v ničem ho neomezuje (Slezáková a kol., 2013).

2.1.1 VNÍMÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU

Mezi zásady u pozorování zdravotního stavu klienta patří zjištění, jak moc je pacient informován o onemocnění, které ho postihlo. Dále také jaké jsou možnosti léčby a nežádoucí účinky terapie. Všeobecná sestra je povinná během hospitalizace pacienta informovat o vhodné oblečení, které by měl nosit během léčby zářením. Měla by mu také poskytnout informace o nutnosti příjmu nedráždivých potravin a dostatečného pitného režimu. Všeobecná sestra by měla také zjistit pacientovy problémy a potřeby (Slezáková a kol., 2013).

2.1.2 HYGIENICKÁ PÉČE

Všeobecná sestra musí zhodnotit soběstačnost v rámci hygienické péče. Pokud pacient potřebuje pomoc v této oblasti, je zdravotnický pracovník povinen mu pomáhat. Všeobecná sestra či jiný zdravotnický pracovník, který poskytuje pomoc během hygieny, musí dbát na intimitu pacienta. V průběhu hospitalizace má pacient zajištěn dostatek hygienických pomůcek. (Slezáková, 2007).

2.1.3 PÉČE O OZAŘOVANOU OBLAST

Pacient je poučen o nežádoucích účincích radioterapie v oblasti kůže. Během hospitalizace je pacientovi ozařována oblast pravidelně kontrolována. V průběhu ozařování by se měl pacient vyhnout mechanickému dráždění kůže. Ozařovanou oblast by neměl omývat mýdlem, nedráždit zbytečným třením ručníkem a nosit volný, prodyšný oděv. Pokud ozařovanou oblast ošetřuje promazáváním, tak doporučená doba ošetření je dvě hodiny po ozáření. Mezi nejvíce používané prostředky k ošetření kůže řadíme Calciumpanthotenicum, Flamigel a Panthenol gel. Neodporčuje se užívat rostlinné výtažky, z důvodu způsobení alergické reakce (Vorlíček a kol., 2012).

2.1.4 PÉČE O VÝŽIVU

Během výskytu nádorového onemocnění se může u pacientů objevit porucha ve výživě. Důležité je, aby byla pacientovi, který trpí tímto onemocněním nabídnuta nutriční podpora. Nutriční podpora má za cíl, aby nedocházelo ke snížení tělesné hmotnosti, dosažení co nejvyšší tolerance proti nádorové léčbě (Grofová, 2007).

Podstatné je poučit pacienta o dostatečném pitném režimu. Pacient přijímá nedráždivou a plnohodnotnou stravu. Také může být u pacienta zavedena bilance tekutin. Je nutné poctivě vést bilanci a pravidelně nabízet pacientovi tekutiny. Pokud pacient nedokáže přijímat tekutiny sám, tak zdravotničtí pracovníci pravidelně podávají tekutiny a vše zaznamenávají (Slezáková, 2007).

2.1.5 PÉČE O VYPRAZDŇOVÁNÍ

V průběhu ozařování musí všeobecná sestra pravidelně kontrolovat a ptát se na obtíže v oblasti vyprazdňování. Při ozařování v oblasti močových cest se může objevit časté močení, pálení či řezání během močení. Pacient je poučen o nutném zvýšeném pitném režimu. Dále se zde mohou objevit nežádoucí příznaky v oblasti gastrointestinálním traktu, mezi které patří průjem, nadýmání a bolesti břicha (Vorlíček a kol., 2012).

2.1.6 SPÁNEK A ODPOČINEK

Všeobecná sestra během příjmu pacienta zjistí kvalitu jeho spánku a odpočinku. Zeptá se na návyky, které užívá před spaním, např. užívání medikace navozující spánek. Před spaním zajistí klidné prostředí a čerstvý vzduch. Pokud trpí pacient nežádoucími

komplikacemi, které narušují jeho spánek, je všeobecná sestra povinna odstranit tyto nežádoucí komplikace. Pokud má pacient problém s usínáním, je podstatné informovat lékaře a poté podat hypnotika dle ordinace lékaře (Slezáková, 2007).

2.1.7 PSYCHOSOCIÁLNÍ POTŘEBY

Úlohou zdravotnických pracovníků je podporovat rodinné vztahy pacientů, zajistit klidné a pohodové prostředí, poskytnou nepřetržitou návštěvní dobu a dbát ohled na jejich soukromí. Může se stát, že se v nemocnici objeví pacient, který rodinu postrádá a úkolem zdravotníků je, aby se o pacienta do jisté míry postarali a poskytli mu pocit bezpečí (Vorlíček a kol., 2012).

2.2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S CHEMOTERAPIÍ

Všeobecná sestra pracující s chemoterapií musí mít dostatek znalostí a dovedností, které musí během svého působení na onkologické klinice doplňovat. V rámci ošetrovatelské péče poskytující pacientům s chemoterapií musí být zajištěno bezpečné podávání cytostatik, dále všeobecná sestra musí pečovat o periferní a centrální vstupy a musí umět manipulovat s pumpami. Velmi podstatné je, aby znala nežádoucí komplikace, které mohou doprovázet chemoterapeutickou léčbu. Na pacientovo přání poskytnou informace, které žádá. U pacientů s nádorovým onemocněním je důležitá psychická podpora. Dobrá a efektivní komunikace, edukace tlumí pacientův strach a napomáhá při úzkosti a strachu (Kozáková, 2011).

Všeobecná sestra musí sledovat veškeré nežádoucí účinky způsobené chemoterapií. Informuje ho o možnosti vzniku nežádoucích účinků, které mohou nastat ihned po podání chemoterapie nebo také o pozdních komplikacích. Zda se nějaké komplikace vyskytnout je podstatné, aby byl pacient seznámen o postupu ošetření. Pokud se u pacienta objeví nevolnost, zvracení, tak všeobecná sestra ihned informuje lékaře a poté podá medikace dle jeho ordinace. Informuje pacienta o výživě, o menších, častějších dávkách (Vorlíček a kol., 2012).

Během chemoterapie je důležitá kontrola žilních vstupů. Kontroluje se průchodnost žilních vstupů, dále nežádoucí reakce okolo místa vpichu, bolestivost, zarudnutí, paravenózní aplikace. Za průběh chemoterapie je zodpovědná všeobecná

sestra, řídí se dle ordinace lékaře, po ukončení chemoterapie musí být žilní vstup propláchnut fyziologickým roztokem. Pokud dojde k paravenóznímu podání cytostatika, tak všeobecná sestra musí zastavit infuzi, kanylu ponechá a snaží se přes ni aspirovat cytostatikum, podá lékaři informaci a postupuje dle jeho ordinace a standardů oddělení (Vorlíček a kol., 2012).

Všeobecná sestra se také zaměřuje na vedení bilance tekutin, na stravu a na vyprazdňování. Pravidelně se ptá na pacientovy potíže během vyprazdňování. Během močení a vyprazdňování stolice se mohou objevit nežádoucí komplikace, veškeré změny sledovat a hlásit lékaři (Kozáková, 2011).

2.3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA PŘED A PO PROSTATECTOMIÍ

V této kapitole se budeme zabývat přípravou pacienta na operační výkon a také se zaměříme na pooperační péči. Pacienta s chirurgickým odstraněním prostaty připravujeme na plánovaný výkon, který se naplánuje na určitý den a pacient před tímto výkonem podstoupí řadu předoperačních vyšetření a příprav. Předoperační příprava se dělí na dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední. V následujícím textu jsou tyto přípravy specifikovány.

2.3.1 DLOUHODOBÁ PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA

Dlouhodobá předoperační příprava je v období mezi plánováním operace a nástupu pacienta na oddělení. Na začátku by měl lékař poctivě vysvětlit vše ohledně chirurgické léčby, tak aby pacient vše pochopil. V této době je nejvíce užíván způsob informovaného souhlasu. Pacient dostane v tištěné podobě veškeré informace, které se týkají chirurgického výkonu a po přečtení informací musí tento informovaný souhlas podepsat (Janíková a kol., 2013).

V rámci předoperačního vyšetření je u pacienta vykonána řada postupů. Mezi předoperační vyšetření řadíme odběr biologického materiálu a interní vyšetření, které nemůže být starší 14 dní. Do interního vyšetření zahrnujeme odběr anamnézy, fyzikálního vyšetření, sledování vitálních funkcí, odběr krve a moči, EKG a RTG srdce a plic. Mezi předoperační odběry řadíme biochemický rozbor krve a moči, krevní obraz, krevní skupinu a Rh faktor a v poslední řadě hemokoagulační odběry. V rámci všech

výše uvedených vyšetření lékař stanoví, zda je pacient schopný podstoupit operační výkon (Slezáková a kol., 2010).

Onkologické onemocnění v dlouhodobé předoperační přípravě

Před naplánováním operace u onkologického pacienta je důležité zvážení celkového stavu pacienta. Jsou zde zahrnuty adjuvantní a neoadjuvantní postupy. Po provedení adjuvantního způsobu následuje podpůrná léčba, např. chemoterapie nebo radioterapie. U neoadjuvantního řešení je v první řadě provedena buď chemoterapie, nebo radioterapie a poté operativní řešení. Cílem před naplánovaným výkonem je zaměřit se na pacientův zdravotní stav, na výživu, bolest a na jeho psychiku (Janíková a kol., 2013).

2.3.2 KRÁTKODOBÁ PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA

Tato příprava je během 24 hodin před operačním výkonem. Pacient je hospitalizován na chirurgickém oddělení. Lékař zkontroluje laboratorní výsledky, veškeré vyšetření, provede vyšetření pacienta a informuje ho o chirurgickém výkonu, poté podepíše informovaný souhlas. Pacient je poučen o nutnosti 6 – 8 hodinového lačnění, zákaz kouření a pití alkoholu. Pacient provede celkovou koupel a následuje příprava operativního pole. Lékař s asistencí všeobecné sestry zavede PMK. Pacient musí být poučen o vytažení zubní protézy, odstranění prstýnků, hodinek, náramků. V této době jsou preventivně podávány antibiotika. Následně přijde za pacientem na oddělení anesteziolog, který informuje pacienta o anestezii a naordinuje premedikaci. Nakonec podepíše informovaný souhlas o provedení anestezie (Bezdičková a kol., 2010).

2.3.3 BEZPROSTŘEDNÍ PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA

Tato příprava je prováděná bezprostředně před operativním výkonem. Ráno jsou provedeny krevní odběry, ve kterých se vyšetřuje urea, kreatin, kyselina močová, Na, K, Cl. Všeobecná sestra změří pacientovy fyziologické funkce (TK, P, TT, vědomí, dýchání) a zavede PVK. Všeobecná sestra podá infuzní program dle ordinace lékaře vedoucí k úpravě vnitřního prostředí. Kontroluje se operativní pole, lačnost pacienta, vytažení chrupu, odstranění prstýnků, náramků, hodinek, dále se kontroluje vyprázdnění a všeobecná sestra provede bandáže dolních končetin pacienta. Dle ordinace

anesteziologa je pacientovi podána premedikace. Pacient v této době zůstává v lůžku a nesmí z lůžka vstávat (Ferko a kol., 2015).

2.3.4 POOPERAČNÍ PÉČE O PACIENTA

Pacienta po výkonu zdravotničtí pracovníci převezou na JIP, kde zůstává po dobu 2 – 3 dní. V pravidelných intervalech jsou měřeny fyziologické funkce, které jsou zaznamenávány, sleduje se operační rána, odpad z drénu, bolest, vyprazdňování, bilance tekutin. Všeobecná sestra dle ordinace lékaře podává intravenózní antibiotika po dobu 5-7 dní. V prvním pooperačním dni se ráno odebere krev, ve které se vyšetří urea, kreatinin, kyselina močová, Na, K, Cl. Pacient je edukován o nutnosti klidového režimu po dobu 6 dní od operace. Pokud je u pacienta provedena lymfadenektomie je nutná brzká mobilizace. U pacientů, u kterých byla provedena radikální operace, je zaveden PMK po dobu 14 dní. Po 14 dnech než se odstraní PMK musí být provedena cystografie (Bezdičková a kol., 2010).

V rámci pooperační péče je u pacienta prováděna řada monitorování, která mají za úkol zjistit stav pacienta. Všeobecná sestra pravidelně kontroluje stav vědomí, TK, P, TT, dech a vše zaznamenává do zdravotnické dokumentace. Toto sledování fyziologických funkcí vede v první hodině co 15 minut, dále co 30 minut a po dobu 24 hodin co 1 hodinu (Bezdičková a kol., 2010).

Stav vědomí kontrolujeme prostřednictvím oslovení nebo klademe různé otázky. U pacientů, kteří nereagují na oslovení, vyvoláme nějaký bolestivý podnět, např. štípnutí. Stav vědomí můžeme zhodnotit dle škály, která se nazývá Glasgow coma scalem (Janíková a kol., 2013).

V průběhu sledování dýchání kontrolujeme frekvenci, kvalitu, objem a pravidelnost. Dechovou frekvenci můžeme sledovat pomocí pacientova zvedajícího se hrudního koše nebo prostřednictvím oxymetru. Pokud pacient netrpí dýchacími obtížemi, všeobecná sestra měří dýchání půl minuty a poté výsledek vynásobí dvěma. V případě, že pacient trpí dýchacími obtížemi, tak je dýchání měřeno celou minutu. Všeobecná sestra také sleduje vedlejší dechové fenomény, např. chrčení, dále také sleduje barvu kůže a sliznic (Kelnarová a kol., 2009).

Monitorování kardiovaskulárního systému zahrnuje sledování srdeční frekvence a srdečního rytmu. Užívá se zde měření EKG a měření krevního tlaku. Všeobecná sestra

veškeré naměřené hodnoty zaznamenává do zdravotnické dokumentace (Janíková a kol., 2013).

Dalším úkolem všeobecné sestry je pravidelná kontrola bolesti. Pokud se rána hojí bez komplikací, bolest by měla odeznít do 2 dní. Zda bolest neodeznívá, může se jednat o nehojící se ránu. Sledování bolesti u pacientů je velmi důležité a nemělo by se podceňovat. Lze užívat řadu hodnotících škál bolesti, mezi které řadíme verbální škály, u kterých jsou užívány hodnotící stupnice bolesti od čísla 0 až do 10, dále pak slovní vyjádření od slabé bolesti až po nesnesitelnou bolest. Kromě verbálních škál máme i neverbální. Mezi neverbální patří paralingvistické projevy např. pláč, naříkání, bolest, vzdechy. Máme také vizuální analogové škály. Jsou to úsečky, na kterých pacient ukáže intenzitu své bolesti. O výskytu bolesti je nutné informovat lékaře, který poté určí analgetika (Bezdičková a kol., 2010).

Pacient má po dobu 14 dní zavedený PMK. Je nutné sledovat bilanci tekutin. Bezprostředně po operaci nesmí pacient přijímat tekutiny per os, jsou mu podávány infuzní formou. Dále jsou sledovány výsledky laboratorních hodnot, měřená tělesná teplota a pravidelná kontrola průchodnosti PMK, PVK a drénu. V rámci omezeného tělesného pohybu je preventivně aplikován nízkomolekulární heparin a jsou přikládání bandáže. Tyto preventivní opatření vedou ke sníženému riziku vzniku TEN. Všeobecná sestra pravidelně kontroluje operační ránu, odpad z drénu a převazy provádí dle ordinace lékaře (Bezdičková a kol., 2010).

3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S RADIOTERAPIÍ PROSTATY

V následující části bakalářské práce bude popsán ošetřovatelský proces u pacienta s radioterapií. Ošetřovatelský proces řadíme mezi systematickou metodu, ve které se plánuje a poskytuje ošetřovatelská péče. Nejzásadnějšími cíly je zhodnocení zdravotního stavu, problémů, stanovení plánů, poskytnutí specifických intervencí, které budou na závěr zhodnoceny, zda byla či nebyla jejich účinnost. Tento proces se skládá z 5 kroků, které na sebe navzájem navazují (Sysel a kol., 2011).

První krok ošetřovatelského procesu je zaměřen na posouzení zdravotního stavu pacienta. Během této fáze všeobecná sestra sbírá veškeré podstatné údaje a informace, týkající se pacienta. Otázky, které jsou v této fázi kladeny, se zaměřují na pacientovy tělesné, psychologické či sociální funkce. Informace můžeme získávat od pacienta, od příbuzných, ze zdravotnické dokumentace, z fyzikálního vyšetření a od ostatních členů zdravotnického týmu. V této fázi jsou podstatné i metody, které napomáhají získat důležité informace ohledně pacienta. Zahrnujeme zde pozorování, rozhovor a fyzikální vyšetření (Tóthová a kol., 2014).

Druhým krokem ošetřovatelského procesu je stanovení ošetřovatelské diagnózy. V současné době je nejvíce využíván slovník pro ošetřovatelskou diagnostiku představován v NANDA klasifikací. V praxi se ale také vyskytuje tříložková ošetřovatelská diagnóza, která má zkratku PES. Tato zkratka znamená problém, etiologie, symptom (Podrazilová a kol., 2016).

Třetí krok ošetřovatelského procesu se nazývá plánování. V tomto kroku se stanovují cíle, výsledná kritéria a zapisují se ošetřovatelské intervence. Cíle by se měly sestavovat společně s pacientem a záměrem je odstranění pacientových problémů (Sysel a kol., 2011).

Během čtvrtého kroku dochází k uskutečnění ošetřovatelských intervencí. Záměrem je splnění již naplánovaných cílů. Tento krok spojuje veškeré kroky ošetřovatelského procesu. Během tohoto kroku je podstatné sledovat aktuální stav pacienta, dále kontrolovat aktuální stav ošetřovatelského plánu a dokumentovat ošetřovatelské intervence (Tóthová a kol., 2014).

V poslední fázi dochází ke zhodnocení ošetrovatelského procesu. Během vyhodnocení dochází ke srovnávání kritérií, dále se srovnávají údaje v dokumentaci a v poslední řadě je srovnáván skutečný pacientův stav. Podstatou na konci tohoto kroku je spokojenost pacienta. Do dokumentace je také zapsáno do jaké míry došlo k dosažení stanovených cílů (Podrazilová a kol., 2016).

3.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Tabulka 1 Identifikační údaje

Jméno a příjmení: U.J.	Rok narození: 1949
Rodné číslo: 490000/0000	Věk: 68 let
Pohlaví: muž	Bydliště: Ostrava
Zaměstnání: starobní důchod	Vzdělání: středoškolské
Národnost: česká	Státní občanství: ČR
Stav: ženatý	
Jméno příbuzného: U. A.	Bydliště příbuzného: Ostrava
Datum příjmu: 10. 1. 2017	Čas příjmu: 11:00
Typ přijetí: plánované	Účel příjmu: terapeutický
Oddělení: Onkologická klinika A3	Přijal: MUDr. B.Z.
Ošetřující lékař: MUDr. B.Z.	Obvodní lékař: MUDr. H.M

Pacient byl informován o léčebném řádu a podepsal informovaný souhlas podaný lékařem.

Medicínská diagnóza při příjmu: ca prostaty

Medicínské diagnózy vedlejší: Senzorická polyneuropatie, 10/16 stav po operaci tříselné kýly

3.2 VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ

Pacient byl přijat na onkologickou kliniku v Ostravě na oddělení A3 k radiologické léčbě. Při vědomí, klidný, orientovaný všemi směry. Kůže bez ikteru, bez cyanózy, zornice izokorické, jazyk bělavě povleklý, břicho měkké, nebolestivé, DKK bez otoků a varixů. Při vyšetření per rektum prostata menší, nebolestivá.

Tabulka 2 Vitální funkce

TK: 140/90	Hmotnost: 68,5 kg
P: 75'	BMI: 24,12
TT: 36,5 °C	Stav vědomí: při vědomí, orientován
D: 18/min.	Pohyblivost: mobilní o jedné francouzské holi
Výška: 168,5 cm	Krevní skupina: A+

Pacient byl lékařem poučen o výkonu lékařských vyšetření a provedení radioterapie. Dále prohlašuje, že byl srozumitelně informován o svém aktuálním zdravotním stavu a o povaze onemocnění. Pacient je také dostatečně informován o způsobu radioterapie a o nežádoucích účincích terapie.

Zdroje informací: zdravotnická dokumentace, lékař, ošetřující personál, pacient, rodina

Současné onemocnění: 68 letý pacient přijat na Onkologickou kliniku k radiologické léčbě.

3.3 ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza

Pacientova matka zemřela před 10 lety na akutní infarkt myokardu. Otec zemřel před 26 lety na rakovinu plic. Pacientův bratr trpěl také rakovinou prostaty, ze které se vyléčil. Pacient má 2 syny. Obě děti jsou ženaté a mají rodinu. Netrpí žádným onemocněním.

Osobní anamnéza

Pacient trpí senzomotorickou polyneuropatií, dále v roce 2016 podstoupil operaci tříselné kýly. Alergii neudává, v dětství onemocněl neštovicemi, které úspěšně překonal. Neutržel žádným zraněním.

Urologická anamnéza

Pacient trpí onkologickým onemocněním prostaty – karcinomem prostaty.

Léková anamnéza

Baclofen 10 mg 0 – 0 – 1

Alergologická anamnéza

Pacient neudává žádnou alergii.

Abúzy

Alkohol pacient užívá jen příležitostně, nekuřák, káva 1x denně, drogy neužívá.

Sociální anamnéza

Pacient bydlí s manželkou a rodinou v rodinném domě. S rodinou si rozumí, vztahy mezi sebou mají pěkné. Děti pacienta pravidelně navštěvují. Se sousedy má dobré vztahy. Pacient působí příjemně, je klidný. Mezi jeho koníčky patří procházky, práce na zahradě, zvířata, rodina a četba.

Pracovní anamnéza

Momentálně starobní důchod, pacient před důchodem pracoval jako skladník.

Spirituální anamnéza

Pacient je křesťanského vyznání.

3.4 POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU PACIENTA ZE DNE 12. 1. 2017

Tabulka 3 Posouzení fyzického stavu

Posouzení fyzického stavu		
Assessment	Subjektivní údaje	Objektivní údaje
Hlava a krk	„Bolesti hlavy netrpím, momentálně mě hlava nebolí.“	<p>Hlava normocefalická, poklepově nebolestivá.</p> <p>Tvář: oči – spojivky růžové, zornice izokorické, bulvy ve středním postavení, anikterické, pacient používá brýle</p> <p>Nos – bez poškození, bez deformit, bez výpotků</p> <p>Uši – pacient slyší velmi dobře, bez výpotků, naslouchátko nepoužívá</p> <p>Chrup – pacient používá horní i dolní zubní protézu, jazyk plazí středem, jazyk mírně bělavě povleklý</p> <p>Krk – pohyblivý, nebolestivý, bez otoku, bez patologií, ŠŽ není zvětšená</p> <p>Kůže na tváři mírně suchá, rty také suché, bez výskytu koutků, oparů.</p> <p>Ošetrovatelský problém: Poškozená ústní sliznice</p>
Hrudník a dýchací systém	„Dýchá se mi bez obtíží.“	<p>Hrudník – symetrický, bez deformit, bez patologie</p> <p>Dýchání – čisté, bez chropů,</p>

		poklep jasný, plný, frekvence 18 dechů/min.
Srdeční a cévní systém	„Nebolí mě za hrudní kostí, nemám žádné obtíže v cévním systému.“	Srdeční akce pravidelná. TK 140/90, puls je dobře hmatný. Dolní končetiny nejsou oteklé, bez patologií. EKG neměřeno.
Břicho, gastrointestinální trakt	„Břicho mě nebolí, někdy mívám nadýmání.“	Břicho měkké, nebolestivé, bez rezistencí, přiměřená peristaltika, játra a slezina nehmatná.
Močový a pohlavní systém	„Udávám močení po menších dávkách, někdy se objeví pálení, řezání při močení.“	Pacient odvádí čistou moč po menších dávkách. Sleduje se bilance tekutin za 24 hodin. Pacient má negativní bilanci tekutin. Přijímá a odvádí vyrovnaný počet tekutin. Vyšetření per rektum – prostata menší, nebolestivá. Ošetrovatelský problém: porušené vyprazdňování moči
Kosterní a svalový systém	„K pohybu užívám hůlku.“	Pacient k pohybu užívá hůl. Ošetrovatelský problém: zhoršená pohyblivost
Nervový a smyslový systém	Používám brýle na čtení.	Pacient je při vědomí, je orientován místem, časem, osobou. Bez výskytu tremoru a tiků. Čich a sluch v pořádku. Ke čtení užívá brýle.

Endokrinní systém	„Bez problémů, cukrovkou netpím.“	Bez projevů endokrinních poruch.
Imunologický systém	„Nevím, co odpovědět.“	Lymfatické uzliny v periferiích nehmatné. Infekty nejsou časté. Alergii neudává. TT v normě.
Kožní systém	„Na kůži nemám žádné změny.“	Pacient má bledou kůži, kůže je suchá, kožní turgor snížený. Bez otoků, dekubitů, hematomů a jiné patologie.

Tabulka 4 Aktivity denního života

Aktivity denního života			
		Subjektivní údaje	Objektivní údaje
Stravování a pitný režim	Doma	„Snažím se jíst zdravou stravu, jím po menších dávkách a vícekrát za den.“ „Tekutin za den vypiji 1,0- 1,5 l.“	Nelze hodnotit
	V nemocnici	„Strava v nemocnici mi chutná, problémy s příjmem potravy nemám, sním větší ½ porce.“	Pacient má stanovenou dietu č. 11, v průběhu dne pacient sní ¾ porce. Se stravou nemá žádné komplikace, chuť k jídlu pociťuje. Během dne vypije cca 1,5 tekutin. Turgor kůže je snížený, sliznice růžové, pacientovi jsou aktivně nabízeny tekutiny, pacient zvládá sám. BMI: 24,12 (norma), váha (68,5 kg), výška (168,5)
Vylučování moče	Doma	„Doma pociťuji mírné obtíže při močení, chodím častěji na toaletu a někdy pociťuji pálení,	Nelze hodnotit

		řezání při močení.“	
	V nemocnici	„V nemocnici pocítuji stejné obtíže jako doma, pálení či řezání při močení není časté.“	Pacient močí pravidelně, v noci chodí častěji na toaletu, moč je čirá, bez žádných příměsí. Ošetřovatelský problém: Porušené vyprazdňování moči
Vylučování stolice	Doma	„Na stolicí chodím pravidelně, problémy nemám.“	Nelze hodnotit
	V nemocnici	„Stolicí jsem měl před dnem, začínám pocítovat nadýmání.“	Pacient byl na stolicí před 1 dnem, má mírně vzedmuté břicho, nadýmání, lékař informován podaná medikace.
Spánek a bdění	Doma	„Z důvodu občasného častějšího močení se někdy několikrát v noci probudím.“	Nelze hodnotit
	V nemocnici	„Se spánkem v nemocnici nemám zatím problém.“	Pacient v noci spí bez obtíží, během dne se několikrát prochází po oddělení a čte knihy. V případě obtíží se spánkem je poučen o informování zdravotnického personálu či lékaře.
Aktivita a odpočinek	Doma	„Doma pečuji o zahradu, luštím	Nelze hodnotit

		křížovky, čtu knihy, chodím s manželkou a se psem na pravidelné procházky.“	
	V nemocnici	„Na nemocničním pokoji je televize, tak někdy koukám na TV a někdy si přečtu knihy, které jsem si zval z domu anebo z malé knihovny, která je na oddělení. Také se několikrát za den projdu po oddělení.“	Pacient k pohybu používá 1 francouzskou berli, má neomezený pohybový režim, na radioterapii chodí samostatně. Odpočívá pravidelně, navštěvuje ho manželka s rodinou a přátelé. Ošetrovatelský problém: Zhoršená pohyblivost
Hygiena	Doma	„Hygienu zvládám sám, pravidelně dodržuji, o sebe dbám, koupu se 2x denně, pravidelně si umývám ruce.“	Nelze hodnotit
	V nemocnici	„V nemocnici nepotřebuji pomoci, vše zvládnou sám.“	Pacient je v rámci hygieny soběstačný, nevyžaduje pomoc, koupe se 2x denně, provádí hygienu DÚ.
Soběstačnost	Doma	„Doma se o sebe dokážu postarat sám.“	Nelze hodnotit
	V nemocnici	„Snažím se být ve všem samostatný.“	Pacient dle Bartelova testu vykazuje stupeň nezávislosti.

Tabulka 5 Posouzení psychického stavu

Posouzení psychického stavu		
	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Vědomí	„Uvědomuji si, kde se nacházím, který je den, který je měsíc i rok.“	Pacient je při vědomí. GCS – 15 bodů.
Orientace	„Dnes je 12. 1. 2017, momentálně se nacházím ve FNO. Jsem hospitalizován na Onkologické klinice ve 2 patře. Mé jméno je U. J.“	Pacient je orientován časem, místem, osobou.
Nálada	„Bojím se z délky hospitalizace a z nežádoucích účinků, které mě mohou postihnout během této léčby.“	Pacient má smíšenou náladu, během jednoho dne má pozitivní náladu a druhý den má obavy z hospitalizace i léčby. Ošetrovatelský problém: Strach, úzkost
Paměť	„Staropaměť nemám porušenou, na dětství i mládí si vzpomenu bez obtíží. Ohledně novopaměti také nepocítuji žádný problém. Vše si pamatuji a na podstatné věci nezapomínám.“	U pacienta se nevyskytují žádné obtíže v paměti.
Myšlení	„Myšlení mám určitě logické.“	Pacient si je vědom momentální situací, chápe veškeré informace a výkony ohledně jeho léčby.

Temperament	„Domnívám se, že bych mohl být extrovert a cholerik. S manželkou máme dobrý vztah, hádkám se vyhýbáme, a když se nějaká najde, snažíme se ji klidně vyřešit.“	Pacient je velmi hovorný, komunikace s ním probíhá klidně a příjemně. Se spolu pacienty si velmi rozumí.
Sebehodnocení	„Se svým životem jsem spokojen.“	Pacient na okolí působí vyrovnaně.
Vnímání pacientova zdraví	„Kromě nádoru, který mě teď tíží, nemám žádný jiný zdravotní problém.“	Pacient si je vědom závažností nádorového onemocnění.

Tabulka 6 Posouzení sociálního stavu

Posouzení sociálního stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Komunikace	Verbální	„V rámci komunikace nemám žádný problém.“	Pacientova řeč je srozumitelná, nejsou nalezeny žádné patologie.
	Neverbální	„Neumím říci, zda užívám neverbální projevy.“	„Neverbální komunikace se u pacienta objevuje přiměřeně.“
Sociální role	Primární	„Jsem 68 letý muž.“	Primární role nenarušená.
	Sekundární	„Žiji s manželkou a mám 2 dospělé děti.“	„Sekundární role nenarušená.“
	Terciální	„Společně se svou ženou rádi navštěvuje rodinu.“	V rámci momentální hospitalizace terciální role narušená.

3.5 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Ordinovaná vyšetření: 12. 1. 2017

Krevní odběry

Tabulka 7 Hematologické vyšetření krve

Parametry	Výsledná hodnota 10. 1.	Referenční meze
Hematologické vyšetření krve		
Hemoglobin (Hb)	148,0	135,0–175,0 g/l
Erytrocyty (Ery)	4,7	4,0–5,8 x 10 ¹² l
Leukocyty (Leu)	7,15	4,0–10,0 x 10 ⁹ l
Hematokrit (Hmt)	0,437	0,400–0,500
Trombocyty	208	150–400 x 10 ⁹ l
Neutrofilý – segmenty	0,35	0,25–0,56
Dif. lymfocyty	20,60	20,00–45,00
Dif. monocyty	10,10	2,00–12,00
Dif. eozinofily	3,10	0,00–5,00
Dif. bazofily	0,70	0,00–2,00
APLy	1,47	0,80–4,00
APMo	0,72	0,080–1,20
APEo	0,22	0,00–0,50
APBa	0,050	0,00–0,20
Střední objem ERY	94,0	82,0–98,0
Hemoglobin ERY	31,8	28,0–34,0
Střední objem tromb.	11,7	7,8–11,0

Tabulka 8 Biochemické vyšetření krve

Parametry	Výsledná hodnota 10. 1.	Referenční meze
Biochemické vyšetření krve		
Natrium (Na)	142 mmol/l	130–150 mmol/l
Kalium (K)	4,3 mmol/l	3,8–5,5 mmol/l
Chlor (Cl)	107 mmol/l	97–107 mmol/l
Alkalická fosfatáza (ALT)	0,56 ukat/l	0,66–2,2 μ kat/l
(GMT)	0,33 ukat/l	0,14–0,84 μ kat/l
Creaktivní protein (CRP)	0,8 mg/l	2–8 mg/l

Měření fyziologických funkcí

Výsledky: Hodnota TK 140/90 mmHg, 75'/minutu, TT 36,5 °C, D 18'/minutu, všechny výsledné hodnoty fyziologických funkcí jsou v mezích normy.

Nutriční vyšetření

Kontrola nutričního stavu výživy, RT, zhoubný novotvar předstojné žlázy, indikována dieta č. 11 – výživná, strava s vyšší energetickou a nutriční hodnotou, příjem v pořádku, pacient při chuti, s podávanou stravou vyhovuje. Laboratorní nutriční hodnoty ze dne 24. 1. 2017: kreatin. Serum: 83 μ mol/l, CRP: 0,70 mg/l

Konzervativní léčba

Dieta: č. 11

Pohybový režim: pacient chodící o jedné francouzské berli, soběstačný

RHB: 0

Výživa: per os

Medikamentózní léčba

Per os: Baclofen-polpharma 10 mg tbl. p.o. 0 – 0 – 1

Espumisan 40 mg tbl p.o. 2 – 2 – 2

Algifen NEO 500 mg gtt. p.o. 30 – 30 – 30

Tantum verde 4x denně ke kloktání dutiny ústní.

Onkologická léčba: radioterapie

Chirurgická léčba: 0

3.6 SITUAČNÍ ANALÝZA ZE DNE 12. 1. 2017

68 letý pacient jménem U. J. byl hospitalizován dne 9. 1. 2017 na Onkologickou kliniku k plánované radiologické léčbě. Během 3 dnů byly u pacienta provedeny veškeré podstatné vyšetření a 12. 1. 2017 byl pacient prvně poslán na radioterapii. Ráno v den první radioterapie byly pacientovi změřeny fyziologické funkce (hodnota TK 140/90 mmHg, P 80'/min., TT 36,8 °C, D 18'/min. Bez zavedení invazivních vstupů. Stolicí má pravidelnou. Dále pacient udává časté močení během noci a někdy pociťuje pálení, řezání při močení. Lékař informován o těchto problémech. Pacient bolesti neudává. S příjmem potravy neudává žádný problém, jídlo v nemocnici mu chutná. Turgor kůže je snížený, sliznice růžové, aktivní dotazování v rámci příjmu tekutin, pacient příjem tekutin dodržuje, příjem tekutin je dostačující. Pacient k pohybu užívá 1 francouzskou berli. Dokáže o sebe postarat sám, v rámci hygieny a dalších všedních aktivit nežadá žádnou pomoc.

V odpoledních hodinách je pacient volán na první radioterapii. Zdravotnický personál informuje pacienta a ptá se ho, zda jej má na místo konání doprovodit. Pacient pomocí francouzské hole jde sám. Po několika minutách lékař z ozařoven volá na Onkologickou kliniku A3 ohledně pacienta U. J. Během ozařování byl zjištěn problém a to, že pacient trpí nadýmáním, které ovlivňuje ozařování. Lékař z ozařoven se společně s ošetřujícím lékařem domluvili na pravidelné podávání léků proti nadýmání. Poté co pacient přichází na oddělení, je mu podána medikace. Pacient je poučen, že od prvního dne ozařování, se bude zdravotnický personál vyptávat na komplikace, které se mohou během ozařování vyskytnout. Dále mu bude sledováno

ozařované pole a v případě výskytu začervenání nebo jakákoliv jiná změna na kůži bude ošetřována.

Shrnutí ošetrovatelských problémů ze dne 12. 1. 2017

V průběhu rozhovoru s pacientem byly zjištěny následující aktuální ošetrovatelské problémy - porušené vyprazdňování moči, zhoršená pohyblivost, poškozená ústní sliznice, úzkost a strach.

Dále byly zjištěny i potenciální problémy – riziko poškození tkáňové integrity a riziko pádu.

3.7 VYPRACOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ PODLE TAXONIMIE II NANDA INTERNATIONAL 2015 – 2017

Aktuální ošetrovatelské problémy:

1. Zhoršené vylučování moči (00016)
2. Zhoršená tělesná pohyblivost (00085)
3. Poškozená ústní sliznice (00045)
4. Úzkost (00146)
5. Strach (00148)

Potenciální ošetrovatelské problémy:

1. Riziko narušení integrity kůže (00047)
Riziko narušení integrity kůže vzhledem k podstoupení radioterapie.
1. Riziko pádu (0155)
Riziko pádu vzhledem k používání kompenzačních pomůcek.

3.7.1 OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA Č. 1

Zhoršené vylučování moči (00016)

Zhoršené vylučování moči vzhledem k patologickému procesu, projevující se pálením, řezáním při močení.

Doména 3: Vylučování a výměna

Třída 1: Funkce močového systému

Definice: *Dysfunkce při vylučování moči* (NANDA, 2016, s. 159).

Určující znaky: pálení či řezání při močení, noční močení a časté močení

Související faktory: onkologické onemocnění

Priorita: střední

Cíl: Pacientovy obtíže během močení vymizí.

Očekávané výsledky:

1. Pacient chápe příčinu obtíží při močení do 1 hodiny.
2. Pacient je schopen obtíže při močení sledovat a hlásit lékaři a všeobecné sestře do 15 minut od výskytu obtíží.
3. Pacient při výskytu obtíží žádá lékaře o poskytnutí analgetizace do 15 minut.
4. Pacientovy obtíže jsou zmírněny do 1 hodiny od podání analgetik.

Ošetrovatelské intervence:

1. Vysvětlí pacientovi důvod jeho obtíží – ošetřující lékař.
2. Sleduj pacientův příjem a výdej tekutin – všeobecná sestra.
3. Zajisti soukromí během vyprazdňování – všeobecná sestra.
4. Pravidelně sleduj vzhled a příměsí moče – všeobecná sestra.
5. Pravidelně se ptej na pacientovy obtíže při močení – všeobecná sestra, lékař.
6. Sleduj frekvenci močení během dne i noci – všeobecná sestra.
7. Podávej medikaci dle ordinace lékaře – všeobecná sestra.
8. Sleduj účinek podávané medikace – všeobecná sestra, lékař.
9. Sleduj nežádoucí účinky medikace – všeobecná sestra, lékař.
10. Monitoruj základní fyziologické funkce (TK, P, TT, DF), které zaznamenávej do zdravotnické dokumentace a v případě patologických hodnot ihned informuj lékaře – všeobecná sestra.
11. Zajisti klidné prostředí pro pacienta – všeobecná sestra.

Realizace:

12. 1. 2017

- 07:00 - Během podávání ranních léků pacient udává výraznější pálení, řezání během močení.
- 07:10 – Změřeny fyziologické funkce (TK 140/90 mmHg, P 80'/min., TT 36,8 °C, D 18'/min.)
- 07:15 – Ošetřující lékař obeznámen o pacientových problémech a hodnotách fyziologických funkcí, naordinovány Algifenové analgetické kapky.
- 07:25 – Dle ordinace lékaře podán Algifen NEO 500 mg.
- 8:00 – Pacient udává zmírnění obtíží. Informován a nutnosti informování zdravotnického personálu a opětovném výskytu obtíží při močení.
- 8:00 – 14:00 Pacient obtíže neudává.
- 14:00 – Pacient udává opět pálení, řezání při močení. Lékař informován, opět naordinován Algifen NEO 500 mg. Medikace naordinována ráno, odpoledne, večer každý den po dobu hospitalizace.
- 14:05 – Podána medikace dle ordinace lékaře.
- 14: 40 – Podání medikace s efektem, pacientovy obtíže zmírněny.
- 14:40 – 17:00 – Pacient obtíže neudává.
- 17:05 – Změřeny fyziologické funkce a zaznamenány do zdravotnické dokumentace.
- 17:15 – Podána medikace dle ordinace lékaře s preventivním účinkem.
- Veškeré informace byly všeobecnou sestrou zaznamenány do zdravotnické dokumentace.

Hodnocení po 3 hodinách:

Pacient zná a chápe příčinu obtíží při močení do jedné hodiny. Pacient výskyt těchto obtíží sleduje a při jejich výskytu hlásí do 15 minut lékaři a všeobecné sestře. V případě výskytu pacientových obtíží jsou do 15 minut podány analgetika a obtíže jsou do jedné hodiny zmírněny. Cíl byl splněn, v naplánovaných intervencích je potřeba nadále pokračovat.

3.7.2 OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA Č. 2

Zhoršená tělesná pohyblivost (00085)

Zhoršená tělesná pohyblivost vzhledem ke snížení svalové síly, projevující se změnou v chůzi.

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 2: Aktivita/cvičení

Definice: *Omezení nezávislého cíleného tělesného pohybu těla jedné nebo více končetin* (NANDA, 2016, s. 189).

Určující znaky: změna chůze, problémy v rámci hrubé motoriky, pomalá chůze

Související faktory: nižší vytrvalost, snížená svalová síla

Priorita: střední

Cíl: Pacientovo zdravotní tělesné postižení nebude zhoršováno a pacient bude mít u sebe svou kompenzační pomůcku.

Očekávané výsledky:

1. Pacient do 15 minut od zahájení rehabilitačního cvičení aktivně spolupracuje s rehabilitačním pracovníkem.
2. Pacient má zachovanou tělesnou sílu a snaží se do 1 dne aktivně zapojovat v rámci cvičení s rehabilitačním pracovníkem.
3. Pacient je schopen do 2 dnů vykonávat rehabilitační cviky.

Ošetřovatelské intervence:

1. Zhodnot' úroveň soběstačnosti u pacienta – všeobecná sestra.
2. Zajisti bezpečné prostředí pro pacienta – všeobecná sestra.
3. Edukuj pacienta prevenci pádu – všeobecná sestra.
4. Seznam pacienta s možnostmi používání pomůcek k usnadnění udržení a změny polohy postižené části těla – všeobecná sestra.
5. Seznam pacienta se všemi druhy podpůrných pomůcek – všeobecná sestra, rehabilitační pracovník.

6. Seznam pacienta s možnostmi cvičení postižené části těla za pomoci rehabilitačního pracovníka – všeobecná sestra.
7. Procvičuj s pacientem postupy navržené fyzioterapeutem – všeobecná sestra.

Realizace:

12. 1. 2017

- Pacient byl posouzen dle Bartelova škály soběstačnosti a vyhodnocen jako soběstačný pacient.
- 10:00 – Za pacientem přichází rehabilitační pracovník.
- 10:00 – 10:30 Pacient provádí aktivní cvičení pomocí pokynů rehabilitačního pracovníka.
- 14:00 – Pacient prováděl samostatné cvičení postižené končetiny.
- Po ukončení cvičení, nedochází ke zhoršování tělesného postižení.
- Vše bylo zaznamenáno do zdravotnické dokumentace.

Hodnocení po 48 hodinách:

Pacient do 15 minut od zahájení rehabilitačního cvičení aktivně spolupracoval s rehabilitačním pracovníkem. Pacientova tělesná síla je do 1 dne zachována a dále se pacient aktivně zapojuje do cvičení. Dále je pacient do 2 dnů schopen vykonávat rehabilitační cviky určené rehabilitačním pracovníkem. Cíl byl splněn, v intervencích č. 2 a 7 nadále pokračovat.

3.7.3 OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA Č. 3

Poškozená ústní sliznice (00045)

Poškozená ústní sliznice vzhledem k nedostatečné ústní hygieně, projevující se patologickými změnami v dutině ústní.

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Tělesné poškození

Definice: *Poškození rtů, měkké tkáně, dutiny ústní a/nebo orofarynxu* (NANDA, 2016, s. 358).

Určující znaky: mírný zápach z úst, povleklý jazyk

Související faktory: omezená péče o ústní hygienu, omezená ústní hygiena

Priorita: střední

Cíl: Dojde k obnovení sliznice v dutině ústní.

Očekávané výsledky:

1. Pacient bude od 1 dne aktivně pečovat o dutinu ústní.
2. Od 1 dne nedojde ke zhoršení patologického stavu v dutině ústní.
3. Během pacientovy hospitalizace dochází k postupnému obnovení sliznice v dutině ústní.

Ošetrovatelské intervence:

1. Pouč pacienta o pravidelné hygieně dutiny ústní – všeobecná sestra.
2. Pravidelně sleduj změny na sliznici dutiny ústní – všeobecná sestra.
3. Poskytni pacientovi vhodné pomůcky a prostředky k ošetřování dutiny ústní – všeobecná sestra.

Realizace:

12. 1. 2017

- 07:00 – Pacientovi si stěžuje na nepříjemný pocit v ústech a povleklý jazyk.
- 07:10 – informován ošetrojící lékař, který určil používání kloktadla TUMTUM VERDE 4x denně.
- 07:15 – Pacient poučen o užívání kloktadla, které se má užít vždy po jídle.
- 08:00 – Pacient poprvé užil kloktadlo.
- Pacient používá kloktadlo dle doporučení, kloktadlo užívá vždy po jídle, o hygienu DÚ pečuje. Zdravotnický personál kontroloval účinnost kloktadla každý den hospitalizace. Dutina ústní byla následující dny pravidelně kontrolována. Postupně docházelo ke zlepšení stavu dutiny ústní.

Hodnocení po 48 hodinách:

Pacient od prvního dne hospitalizace aktivně pečoval o dutinu ústní a od 1 dne nedošlo ke zhoršení stavu v dutině ústní. Aktivní spolupráce pacienta v rámci péče o dutinu ústní vedla k postupnému obnovení sliznice v dutině ústní. Cíl byl splněn.

3.7.4 OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA Č. 4

Strach (00148)

Strach o své zdraví vzhledem k nádorovému onemocnění, projevující se znepokojením a zvýšeným napětím.

Doména 9: Zvládání/tolerance zátěže

Třída 2: Reakce na zvládání zátěže

Definice: *Reakce na vnímání ohrožení, které je vědomě rozpoznáno jako nebezpečí* (NANDA, 2016, s. 304).

Určující znaky: pocit strachu, obavy, zvýšený TK

Související faktory: podněty vyvolávající strach

Priorita: střední

Cíl: Pacient si uvědomuje příčinu strachu a je schopen o svých obavách hovořit.

Očekávané výsledky:

1. Pacient chápe příčinu jeho strachu do 1 dne.
2. Pacient umí o svém strachu hovořit od 1 dne.
3. Pacient zná a užívá způsoby zmírnění strachu od 1 dne.

Ošetrovatelské intervence:

1. Chovej se k pacientovi příjemně, empaticky – zdravotnický personál.
2. Uklidňuj pacienta – zdravotnický personál.
3. Nech pacienta mluvit o svých problémech – zdravotnický personál.
4. Ponechej pacientovi prostor k otázkám – všeobecná sestra, lékař.
5. Vysvětli a nauč pacienta relaxovat a užívat jiné techniky ke zvládnutí stresu – všeobecná sestra.

Realizace:

12. 1. 2017

- 08:00 – Lékař pacienta informoval o průběhu radioterapie, o možných nežádoucích účincích radioterapie, o délce hospitalizace a dalším průběhu hospitalizace. Pacient se aktivně doptával na otázky.
- 11:00 – Proveden rozhovor s pacientem zda všechny informace chápe. Pacient pociťuje strach z léčby a z celkové hospitalizace v nemocnici. Vyslechnutí pacientových obav a poskytnutí opory. Dále byly pacientovi doporučeny metody, které zmírňují strach např. procházky, komunikace s rodinou, poslech hudby, čtení, provádění zálib. Také byl pacient informován o možnosti pohovoru s psychologem či duchovním. Pacient měl zájem o pohovor s duchovním.
- 14:00 – Na oddělení přichází duchovní a navštěvuje pacienta na pokoji. Vede s ním hodinový rozhovor. Poté duchovní přichází do pracovny sestry a informuje všeobecnou sestru psychickém stavu pacienta.
- 14:15 – Všeobecná sestra vede rozhovor s pacientem, u kterého strach stále přetrvává, ale je spokojený s rozhovorem s duchovním.

Hodnocení po 24 hodinách:

Pacient chápe příčinu strachu a zvládá o tomto problému mluvit. Pacient je obeznámen o způsobech zvládání stresu a tyto způsoby aktivně užívá. Cíl byl splněn.

3.8 CELKOVÉ ZHODNOCENÍ PÉČE

Pacient byl přijat na Onkologickou kliniku v Ostravě za účelem radiologické léčby. Posouzení pacienta proběhlo 12. 1. 2017. V průběhu hospitalizace pacienta bylo stanoveno celkem 7 diagnóz a zároveň byly naplánovány ošetrovatelské intervence. Ošetrovatelské diagnózy byly rozděleny na aktuální a potenciální. Mezi aktuální diagnózy patří porušené vyprazdňování moči. V této oblasti bylo pro zdravotnické pracovníky podstatné, aby pacientovy problémy během vyprazdňování byly odstraněny. Druhou aktuální ošetrovatelskou diagnózou byla zhoršená tělesná pohyblivost. Pacient byl již hospitalizován s tímto ošetrovatelským problémem. Cílem v této oblasti bylo,

aby se pacientovo tělesné postižení nezhoršovalo a aby měl k dispozici svou kompenzační pomůcku. Pacient během hospitalizace v rámci pohybu a aktivit nežádal dopomoc. Během provádění pacientova příjmu byl zjištěn ošetřovatelský problém v oblasti dutiny ústní. Pacient byl hospitalizován s bělavě povleklým jazykem. Důsledkem byla nedostatečná ústní hygiena. Pacient byl poučen o důkladné hygieně a dle ordinace lékaře mu bylo poskytnuto kloktadlo, které pečlivě užíval. Ošetřovatelská péče byla také zaměřená na kontrolu a předcházení rizika vzniku poškození kožní integrity spojená v souvislosti s radioterapií. Pacient byl o těchto rizicích edukován. Během hospitalizace a působení radioterapie nedošlo k poškození kožní integrity. Lékař pacientovi naordinoval preventivně ochranný gel, který pacient užíval několikrát za den. Pacient byl z nemocnice propuštěn bez poškození kožní integrity. V rámci příjmu pacienta zdravotnický personál vyhodnotil škálu „Riziko pádu.“ Po tomto vyhodnocení bylo zjištěno ohrožení pacienta pádem. Pacient byl o tomto problému informován a poučen o bezpečném pohybu po oddělení i mimo něj. Úkolem zdravotnických pracovníků je také zaměření se na psychickou stránku pacienta. Pacient působil místy nervózně z důvodu onkologického onemocnění a léčby, která ho čeká. Důležitá byla dostatečná komunikace a pečlivé vysvětlení veškerých informací, které se týkají léčby i hospitalizace lékařem a všeobecnou sestrou. Pacient chápal příčinu strach a aktivně komunikoval se zdravotnickým personálem.

Stanovené cíle byly splněny. Problémy během močení byly odstraněny, pacientovo zdravotní postižení nebylo zhoršováno, pečlivě pečoval o dutinu ústní, dostatečná efektivní komunikace, nedošlo k poškození kožní integrity a také nedošlo k pádu pacienta.

4 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

V rámci vykonávání práce na Onkologické klinice v Ostravě a získávání informací na toto téma z odborné literatury bude uvedeno doporučení pro pacienta, pro rodinu, pro společnost a pro všeobecnou sestru.

Doporučení pro pacienta:

- Sbírat dostatek informací o svém onemocnění.
- Aktivně se účastnit léčby nádorového onemocnění.
- Spolupracovat se zdravotnickým personálem.
- Během radioterapie dodržovat zásady v rámci péče o ozařovanou oblast – nosit bavlněné prádlo, volné a prodyšné, ozařovanou oblast nedráždit mýdlem, omývat pouze vodou, pravidelně promazávat gelem.
- V případě potřeby nebát se hovořit o svých problémech.
- Starat se svou fyzickou i psychickou stránku.
- Po propuštění z nemocnice pravidelně chodit na kontroly k lékaři.
- Muži od 50. let pravidelně podstupovat vyšetření prostaty.

Doporučení pro rodinu:

- Pravidelně navštěvovat pacienta během jeho hospitalizace.
- Aktivní zájem o pacienta a jeho onemocnění.
- Aktivní zájem o léčebný režim.
- Vyslechnout jeho problémy, obavy, podporovat ho během léčby.
- Poskytnout pacientovi pravidelný kontakt s rodinou a přáteli.

Pro společnost:

- Muži od 50. let by neměli podceňovat preventivní vyšetření prostaty.
- Při nejasných příznacích a obavách ihned navštívit lékaře.
- Starat se o své zdraví.

- Být tolerantní a chápat vůči onkologicky nemocným.

Pro všeobecnou sestru:

- Aktivně se vzdělávat a navštěvovat semináře zabývající se onkologickým onemocněním.
- Aktivní účast v rámci pacientovy léčby.
- Poskytnou pacientovi informace o jeho onemocnění nebo mu pomoc při jejich hledání.
- Dle svých kompetencí poskytnou pacientovi informace o léčebném režimu.
- Vysvětlit co je to radioterapie a informovat ho o možných nežádoucích účincích této léčby.
- Také všeobecná sestra může pacientovi doporučit neziskové organizace, které napomáhají pacientům s onkologickým onemocněním (PROSTAK, EUROPA UOMO).
- Umožnit neomezené návštěvy.
- Starat se o fyzickou i psychickou stránku.
- Pokud má pacient zájem, tak mu umožnit rozhovor s knězem, psychologem.
- Respektovat jeho intimitu.
- Přístupovat k pacientovi empaticky, s úctou a respektem.
- Všeobecná sestra by měla pravidelně pečovat o svou fyzickou i psychickou stránku. Zaměřit se na své zdraví, pravidelný odpočinek, relaxaci, navštívit rekreační střediska, lázně. Měla by si uvědomit, že pokud nebude odpočatá a bude nepřetržitě ve stresu, může ji postihnout syndrom vyhoření.

ZÁVĚR

Bakalářská práce byla zaměřená na ošetrovatelský proces u pacienta s onkologickým onemocněním prostaty. V současné době je toto onemocnění řazeno mezi nejčastěji vyskytující se onemocnění u mužů nad 70 let života.

Bakalářská práce byla rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části bylo cílem poskytnout informace o onkologickém onemocnění prostaty. Nejvíce byly sepsány informace o karcinomu prostaty, o příčinách, příznacích, diagnostice a o způsobu léčby tohoto onemocnění. V rámci onkologického onemocnění prostaty zde musely být shrnuty i informace ohledně vzácného nádorového onemocnění, mezi které patří mimo jiné například neuroendokrinní karcinom prostaty a primární lymfom prostaty. Dále byly popsány méně často vyskytující se onkologické onemocnění prostaty, mezi které můžeme řadit například malobuněčný karcinom a uroteliální karcinom prostaty. Důležitou součástí teoretické části bylo popsat specifika ošetrovatelské péče, které byly zaměřeny primárně na péči o pacienta léčeného pomocí chirurgické, chemoterapeutické a radiologické léčby.

V praktické části byl popsán ošetrovatelský proces u pacienta s karcinomem prostaty. Byly zde sesbírány identifikační údaje pacienta, provedena anamnéza, posouzení celkového stavu všeobecnou sestrou a sepsán medicínský management. Ošetrovatelské diagnózy byly zpracovány pomocí NANDA I taxonomie II. Ke každé diagnóze byl uveden cíl, očekávaný výsledek, ošetrovatelská intervence, realizace a vyhodnocení. Po rozboru nejdůležitějších aktuálních ošetrovatelských diagnóz bylo sepsáno celkové zhodnocení péče. Podstatnou součástí praktické části je sepsat doporučení pro praxi. Doporučení bylo určeno pro pacienta, pro jeho rodinu, pro společnost a pro všeobecné sestry. Doporučení se týkalo především četnosti preventivních návštěv, doporučeného životního stylu. Co se týče doporučení pro rodinu, doporučoval se zde pravidelný kontakt nemocného v nemocnici, ale také v jeho domácnosti, dále také se doporučoval empatický a otevřený přístup k pacientovi. Zdravotním sestrám se mimo jiné doporučuje pravidelné vzdělávání a zájem o pacientovu léčbu.

Stanovené cíle bakalářské práce byly splněny.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ADAM, Z., M. KREJČÍ a J. VORLÍČEK. *Obecná onkologie*. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-715-8.

ADAM, Z., J. VANÍČEK a J. VORLÍČEK. *Diagnostické a léčebné postupy u maligních chorob*. 2., aktualiz. a dopl. vydání. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0896-5.

BABJUK, M. a kol. *Konsenzuální doporučené postupy v uroonkologii*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-639-7.

BÁRTOVÁ, J. *Přehled patologie*. Praha: Univerzita Karlova, Nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2745-8.

BEZDIČKOVÁ, M. a L. SLEZÁKOVÁ. *Ošetrovatelství v chirurgii II*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3130-8.

BRODÁK, M. *Karcinom prostaty a radikální prostatektomie*. Olomouc: Solen, 2013. ISBN 978-80-74-71-018-6.

České onkologické společnosti JEP. *Onkoprevence pro Českou republiku* [online]. Brno: prof. MUDr. Jiří Vorlíček, CSc., 2009 [cit. 2017-01-02]. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/prevence-a-skrining/onkoprevence-pro-ceskou-republiku-1/#ter>

Česká urologická společnost. *Karcinom prostaty* [online]. Praha: MUDr. Otakar Čapoun, 2016 [cit. 2017-01-02]. Dostupné z: <http://www.cus.cz/pro-pacienty/diagnozy/karcinom-prostaty/>

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

DVOŘÁČEK, J. a M. BABJUK. *Onkourologie*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-349-4.

FAIT, T., M. VRABLÍK a R. ČEŠKA. *Preventivní medicína*. 2. rozš. a přeprac. vydání. Praha: Maxdorf, 2011. ISBN 978-80-7345-237-7.

- FERKO, A., Z. ŠUBRT a T. DĚDEK. *Chirurgie v kostce*. 2. dopl. a přeprac. vydání. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-1005-1.
- GROFOVÁ, Z. *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1868-2.
- HANUŠ, T. a P. MACEK. *Urologie pro mediky*. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-246-3008-3.
- HERDMAN, T. H. a S. KAMITSURU, ed. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace 2015–2017*. Přeložila P. KUDLOVÁ. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5412-3.
- JANÍKOVÁ, E. a R. ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4412-4.
- JURGA, Ľ. a kol. *Klinická a radiačná onkológia*. Martin: Osveta, 2010. ISBN 978-80-8063-302-8.
- KADONO, Y. a kol., 2015. Validation of TNM classification for metastatic prostatic cancer treated using primary androgen deprivation therapy. *World Journal of Urology*. **34**. 261-267. ISSN 0724-4983.
- KAWACIUK, I. *Urologie*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-626-7.
- KELNAROVÁ, J. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2830-8.
- KLEMENTOVÁ, Y. Radioterapie karcinomu prostaty – nežádoucí účinky léčby. *Urologie pro praxi*. Olomouc: SOLEN, s. r. o., 2011, **12**(1), 59-60. ISSN 1213-1768.
- KLIMENT, J. *Čo potrebujete vedieť o ochoreniach prostaty: benígna hyperplázia prostaty, karcinóm prostaty, zápaly prostaty, najčastejšie otázky pacientov*. 2. přeprac. vydání. Martin: Osveta, 2012. ISBN 978-80-8063-375-2.
- KOUKOLÍK, F. *Metuzalém: o stárnutí a stáří*. Praha: Karolinum, 2014. ISBN 978-80-246-2464-8.

KOZÁKOVÁ, Š. *Chemoterapie a cílená léčba: praktická příručka*. Brno: Academicus, 2011. ISBN 978-80-87192-13-9.

KRŠKA, Z., D. HOSKOVEC a L. PETRUŽELKA a kol. *Chirurgická onkologie*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4284-7.

KUBÁČKOVÁ, K. *Vzácné nádory v onkologii*. Praha: Mladá fronta, 2015. ISBN 978-80-204-3658-0.

NĚMCOVÁ, J. a kol. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci: text pro posluchače zdravotnických oborů*. 4. dopl. vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická Praha, 2016. ISBN 978-80-905728-1-2.

NOVOTNÝ, J., P. VÍTEK a Z. KLEIBL. *Onkologie v klinické praxi: standardní přístupy v diagnostice a léčbě vybraných zhoubných nádorů*. 2. vydání. Praha: Mladá fronta, 2016. ISBN 978-80-204-3944-4.

PENEDO, F. J., M. H. ANTONI a N. SCHNEIDERMAN. *Cognitive-behavioral stress management for prostate cancer recovery: facilitator guide*. New York: Oxford University Press, 2008. ISBN 978-0-19-533697-9.

PODRAZILOVÁ, P., M. KRAUSE, L. ĎURÁČOVÁ a T. KUČEROVÁ. *Teorie ošetrovatelství: (skripta pro bakalářské studijní obory)*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2016. ISBN 978-80-7494-297-6.

RO, Y., J. a kol. *Advances in Surgical Pathology: Prostate Cancer*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2012. ISBN 978-1-608-31434-8.

SLEZÁKOVÁ, L. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2270-2.

SLEZÁKOVÁ, L. a M. ANDRÉSOVÁ. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy*. 2. dopl. vydání. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4341-7.

SLEZÁKOVÁ, L. a H. ČOUPKOVÁ. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3129-2.

SYSEL, D., H. BELEJOVÁ a O. MASÁR. *Teorie a praxe ošetrovatelského procesu*. Brno: Tribun EU, 2011. ISBN 978-80-7399-289-7.

ŠLAMPA, P. a J. PETERA. *Radiační onkologie*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-469-0.

ŠPIČÁK, J. *Novinky v gastroenterologii a hepatologii*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1783-8.

TESAŘ, V. a O. SCHÜCK. *Klinická nefrologie*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-0503-6.

TOMÁŠEK, J. a kol. *Onkologie minimum pro praxi*. Praha: Axonite CZ, 2015. ISBN 978-80-88046-01-1.

TÓTHOVÁ, V. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2. aktualiz. vydání. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-785-9.

VOKURKA, M. a J. HUGO. *Praktický slovník medicíny*. 11. aktualiz. vydání. Praha: Maxdorf, 2015. ISBN 978-80-7345-464-7.

VORLÍČEK, J., J. ABRAHÁMOVÁ, H. VORLÍČKOVÁ a kol. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. přepracov. a dopl. vydání. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-37-42-3.

WEIDNER, N. a kol. *Modern surgical pathology*. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2009. ISBN 978-1-4160-3966-2.

WEISS, P. *Sexuologie*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2492-8.

ŽALOUDÍK, J. *Vyhňte se rakovině, aneb, Prevence zhoubných nádorů pro každého*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2307-5.

PŘÍLOHY

Příloha A – Rešeršní protokol.....	I
Příloha B – Žádost o umožnění sběru dat.....	II
Příloha C - Čestné prohlášení.....	III

**Moravskoslezská
vědecká knihovna
v Ostravě**

Číslo rešerše: 8122
Název rešerše: Ošetrovatelský proces u pacienta s onkologickým onemocněním prostaty
Jazykové omezení: čeština, slovenština, angličtina
Časové omezení: 2006-2016
Klíčová slova: prostata, karcinom prostaty, onkologické onemocnění prostaty, patofyziologie, epidemiologie, příčiny, příznaky, TNM klasifikace, diagnostika, terapie, prevence, rizikové faktory, ošetrovatelský proces, NANDA

Vypracovala: Mgr. Kamila Konvičková

Záznamy jsou řazeny v pořadí monografie, články (z tisku, z časopisů) - abecedně dle autorů.
U knih, které jsou k vypůjčení v MSVK v Ostravě, je uvedena signatura. Knihy bez signatury jsou k dispozici v jiných knihovnách ČR (viz http://aleph.nkp.cz/F/CA5I79II3RXK8Q16H9VKA5QU532X3FRTG9214CXE8FI5M2HDAI-18714?func=file&file_name=find-b&local_base=SKC Tyto knihy je možno objednat prostřednictvím meziknihovni výpůjční služby v naší knihovně).
U článků je nutné vyhledat celý časopis.

www.svkos.cz

Príspevková organizácia
Moravskoslezská knihovna

Příloha B – Žádost o umožnění sběru dat

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.
Duškova 7, 150 00 Praha 5



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku,
který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	Hutyrová Nikola	
Studijní obor	Všeobecná sestra	Ročník 3VS2
Téma práce	Ošetrovatelský proces u pacienta s onkologickým onemocněním prostaty	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	FNO Ostrava-Poruba, Onkologická klinika, stanice A3	
Jméno vedoucího práce	PhDr. Hana Belejová, PhD.	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <i>Belejová</i>	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input type="radio"/> nesouhlasím <input checked="" type="radio"/> souhlasím <i>podpis</i> FAKULTNÍ NEMOCNICE OSTRAVA PhDr. Andrea Vilimková náměstkyně pro ošetrovatelskou péči 17. listopadu 2017, FNO Ostrava-Poruba	

V Ostravě

dne 11. 1. 2017

podpis studenta *Hutyrová*

Příloha C – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem „Ošetrovatelský proces u pacienta s onkologickým onemocněním prostaty“ v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne.....

.....

Jméno a příjmení studenta