

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

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA
PO PROSTETKTMII**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

DENISA SPLÍTKOVÁ

Praha 2017

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

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA
PO PROSTETKTMII**

Bakalářská práce

DENISA SPLÍTKOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD., R.S.

Praha 2017



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

Splítková Denisa
3. B VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 22. 10. 2016 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta po prostatektomii

Complex Nursing Care of a Patient who Underwent Prostatectomy

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD.

V Praze dne: 1. 11. 2016


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené citované prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne 8. 3. 2017

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala vedoucí mé práce PhDr. Janě Hlinovské, PhD., R.S. za velkou trpělivost, cenné rady a ochotu pomoci. Také bych ráda poděkovala mé přítelkyni, kamarádce MUDr. Markétě Matějkové, která mě motivovala při psaní bakalářské práce a byla mi psychickou podporou. Velké díky i mé mamince za trpělivost v době studia.

ABSTRAKT

SPLÍTKOVÁ, Denisa. *Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta po prostatektomii*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD., R.S. Praha. 2017. 50 s.

Tématem bakalářské práce je komplexní ošetrovatelská péče o pacienta po prostatektomii. Cílem práce bylo zrealizovat ošetrovatelský proces. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části je popsána charakteristika onemocnění, diagnostika, klasifikace nádorů a možnosti současné léčby.

Praktická část práce je věnována ošetrovatelskému procesu dle Marjory Gordon. Uvádíme zde osobní anamnézu pacienta, předoperační přípravu, pooperační intenzivní péči. Jsou zde rozpracovány aktuální ošetrovatelské diagnózy, které jsou seřazeny dle priorit pacienta. Je sestaven ošetrovatelský plán, který je zrealizován a zhodnocen.

Klíčová slova:

Nádory prostaty. Pozitronová emisní tomografie. Prostatektomie. Protonová terapie. Radioterapie. Roboticky asistované výkony.

ABSTRACT

SPLÍTKOVÁ, Denisa. Comprehensive nursing care for patients after prostatectomy. Medical College of Nursing, degree of qualification: Bachelor (Bc.). Thesis supervisor: PhDr. Jana Hlinovská, PhD., R.S. Praha. 2017. 50 pages.

The main topic of this bachelor thesis is comprehensive nursing care for patients after prostatectomy. The aim of the thesis is to implement the nursing process. The thesis is divided into a theoretical and a practical part. The theoretical part briefly disease characteristics, diagnostics, classification of tumours and potential treatment.

The practical part is devoted to the nursing care process according to Marjory Gordon. It also describes the personal medical history of a patient, preoperative preparation and postoperative intensive care. It elaborates on current nursing diagnoses, which are ordered according to the patient's priorities. It draws up a nursing care plan which is implemented and evaluated.

Key words:

Prostatic Neoplasms. Positron-Emission Tomography. Prostatectomy. Proton Therapy. Radiotherapy. Robotic Surgical Procedures.

OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ.....	10
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	11
SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ	13
ÚVOD.....	14
1 KARCINOM PROSTATY.....	16
1.1 EPIDEMIOLOGIE.....	16
1.2 INCIDENCE	16
1.3 ETIOPATOGENEZE.....	17
1.4 SYMPTOMATOLOGIE.....	18
2 DIAGNOSTIKA	19
2.1 VYŠETŘENÍ PER REKTUM	19
2.2 PROSTATICKÝ SPECIFICKÝ ANTIGEN	19
2.3 SONOGRAFIE	20
2.4 PUNKČNÍ BIOPSIE PROSTATY	21
2.5 MAGNETICKÁ REZONANCE.....	21
2.6 VÝPOČETNÍ TOMOGRAFIE.....	21
2.7 SCINTIGRAFIE SKELETU.....	22
2.8 POZITRONOVÁ EMISNÍ TOMOGRAFIE	22
3 KLASIFIKACE TNM.....	24
3.1 GLEASONOVO SKÓRE	25
4 LÉČBA LOKALIZOVANÉHO KARCINOMU PROSTATY	26
4.1 RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMIE (RAPE).....	26
4.1.1 RETROPUBICKÝ PŘÍSTUP	27
4.1.2 LAPAROSKOPICKÝ PŘÍSTUP.....	28
4.1.3 ROBOTICKÝ PŘÍSTUP.....	28
4.2 RADIOTERAPIE.....	29
4.2.1 PROTONOVÁ RADIOTERAPIE	30
5 PŘEDOPERAČNÍ A POOPERAČNÍ PÉČE.....	31
5.1 PŘEDOPERAČNÍ PÉČE.....	31
5.1.1 OBECNÁ PŘÍPRAVA.....	32
5.1.2 SPECIÁLNÍ PŘÍPRAVA.....	32
5.1.3 MÍSTNÍ PŘÍPRAVA	32
5.2 Pooperační péče	32
6 PSYCHOLOGICKÝ PŘÍSTUP K NEMOCNÉMU	34
6.1 ROLE LÉKAŘE A PACIENTA.....	34
6.2 ROLE SESTRY	34

6.3 RAKOVINA A SEXUALITA	34
7 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTA PO OPERACI PROSTATY	36
8 PSYCHOSOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA	37
9 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA PO RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMII.....	38
9.1 Celkové zhodnocení ošetrovatelské péče.....	61
ZÁVĚR	63
SEZNAM LITERATURY	64
PŘÍLOHY	

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

Tabulka 1 Riziko karcinomu prostaty při nižších hodnotách PSA	20
Tabulka 2 Údaje pacienta	38
Tabulka 3 Hodnoty pacienta	41
Tabulka 4 Laboratorní předoperační výsledky	41
Tabulka 5 Laboratorní pooperační výsledky od 30.9.2016	46
Tabulka 6 Odpady z Redonova drénu.....	46
Tabulka 7 Bilance tekutin	47
Tabulka 8 Medikamentózní léčba v nemocnici	47
Graf 1 Incidence a mortalita v ČR.....	17
Graf 2 Incidence - srovnání ČR s ostatními zeměmi	17

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

3D	trojrozměrný
AC	adenokarcinom
ALP	alkalická fosfatáza
ALT	alaninamino transferáza
APTT	aktivovaný parciální tromboplastinový čas
AST	aspartátaminotransferáza
BP	biopsie prostaty
Cl	chlorid
CT	počítačová tomografie
D	dech
Dg	diagnóza
EKG	elektrokardiogram
GMT	gamaglutamyltransferáza
GS	Gleasonovo skóre
INR	international ratio
JIP	jednotka intenzivní péče
K	draslík
kHz	kilohertz
KP	karcinom prostaty
MR	magnetická rezonance
mRNA	jednovláknová nukleová kyselina
Na	sodík
O₂	kyslík
RALP	roboticky asistovaná laparoskopická prostatektomie
RAPE	radikální prostatektomie
RTG	rentgen
P	pulz
PET	pozitronová emisní tomografie
PMK	permanentní močový katétr
PSA	prostatický specifický antigen
TK	krevní tlak

TRUS..... transrektální ultrasonografie

TT tělesná teplota

TUR P..... transuretrální prostatektomie

VAS vizuální analogová škála

(HUGO, VOKURKA, FIDLEROVÁ, 2016), (KAPOUNOVÁ, 2007)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Anastomóza – uměle založená spojka mezi hrdlem močového měchýře a močové trubice

Antidiabetika – léky proti cukrovce

Diagnóza – rozpoznání

Edukace - výchova, vyučování

Extubace – vynětí endotracheální rourky trubičky z průdušnice

Hematurie – přítomnost krve v moči

Hemokoagulace – krevní srážení

Hospitalizace – pobyt v nemocničním zařízení

Hypertenze – zvýšený krevní tlak

Chemoterapie – léčba chorob chemickými látkami léky

Intravenózní - nitrožilní

Katetr – cévka

Maligní – zhoubný

Pacemaker – udavatel rytmu

Periuretrální – v okolí močové trubice

Per rectum – vyšetření prstem zavedeným do konečníku

Screening – použití diagnostických testů k vyhledávání rizikových nebo nemocných osob

Transfuze – krevní převod

Transrektální – přes, skrz konečník

Transuretrální - skrz močovou trubici

Ureter – močovod

(VOKURKA a kol., 2009)

ÚVOD

Téma bakalářské práce Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta po radikální prostatektomii jsem si vybrala, jelikož výskyt daného onemocnění konstantě stoupá v České republice i na celém světě, a předpokládá se i další nárůst incidence tohoto onemocnění. V České republice je u mužů karcinom prostaty na první příčce ve výskytu maligních onemocnění. Hned po rakovině plic je druhým zhoubným onemocněním zapříčiňujícím úmrtí. Důvodem zvyšující se incidence je v první řadě zlepšení diagnostických metod a dále také prodlužující se délka života u mužů v ekonomicky silných zemích. Dříve bylo toto onemocnění doménou mužů v šestém, sedmém a vyšším deceniu. V současnosti se věková hranice posunula k pátému deceniu a výjimku již nedělají ani pacienti mladší. Toto onemocnění se stává významným celosvětovým medicínským, ekonomickým a společenským problémem. Při zjištění této diagnózy máme v současnosti k dispozici chirurgickou léčbu, které se věnuji ve své práci, dále radioterapii, hormonální terapii a při vyčerpání předchozích možností také chemoterapii a biologickou léčbu.

V závěru teoretické části jsou popsána specifika ošetrovatelské péče o pacienta po operaci prostaty. V praktické části popisují komplexní ošetrovatelskou péči o pacienta po retropubické radikální prostatektomii se stanovením diagnóz dle priorit pacienta. K sestavení diagnóz využívám model Marjory Gordonové a práci zhodnocuji dle ošetrovatelských diagnóz 2015 – 2017 NANDA International. Výstupem teoretické části práce je informační leták pro pacienty podstupující operaci prostaty.

Bakalářská práce se skládá ze dvou částí – z části teoretické a z části praktické.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: dohledat publikované poznatky o výskytu karcinomu prostaty v České republice, o diagnostických a léčebných postupech.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: stanovit ošetrovatelskou diagnózu a sestavit ošetrovatelský postup.

Vstupní studijní literatura:

1. HERDMAN, T., KAMITSURU, H., 2016. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace 2015-2017*. Praha: Grada. 464 stran. ISBN 978-80-247-5412-3. Přeložili: VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ J., a H.
2. VORLÍČKOVÁ, 2006. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1716-6.
3. NĚMCOVÁ, J. a kol., 2015. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci: text pro posluchače zdravotnických oborů*. 3. vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-904955-9-3.
4. DVOŘÁČEK, J., BABJUK, M., 2005. *Onkourologie*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-349-4.
5. BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2016. *Ošetrovatelská péče: pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5333-1.

1 KARCINOM PROSTATY

Karcinom prostaty (KP) je v urologii nejčastější malignitou. V současné době považován za jeden z hlavních medicínských problémů v mužské populaci. Jedná se o nejfrekventovanější solidní nádor. Po rakovině plic je druhou nejčastější příčinou smrti pro zhoubné onemocnění (HANUŠ, 2011). Ve více než 95 % případech se jedná o adenokarcinom prostaty. Mezi další zhoubné nádory prostaty se řadí malobuněčný karcinom, který je vzácný, ale zato nejzávažnější. Neprodukuje PSA a je charakterizován špatnou prognózou (přežití je kratší než 1 rok). Léčba tohoto druhu karcinomu obsahuje chemoterapii v kombinaci s radioterapií (HANUŠ a kol., 2015).

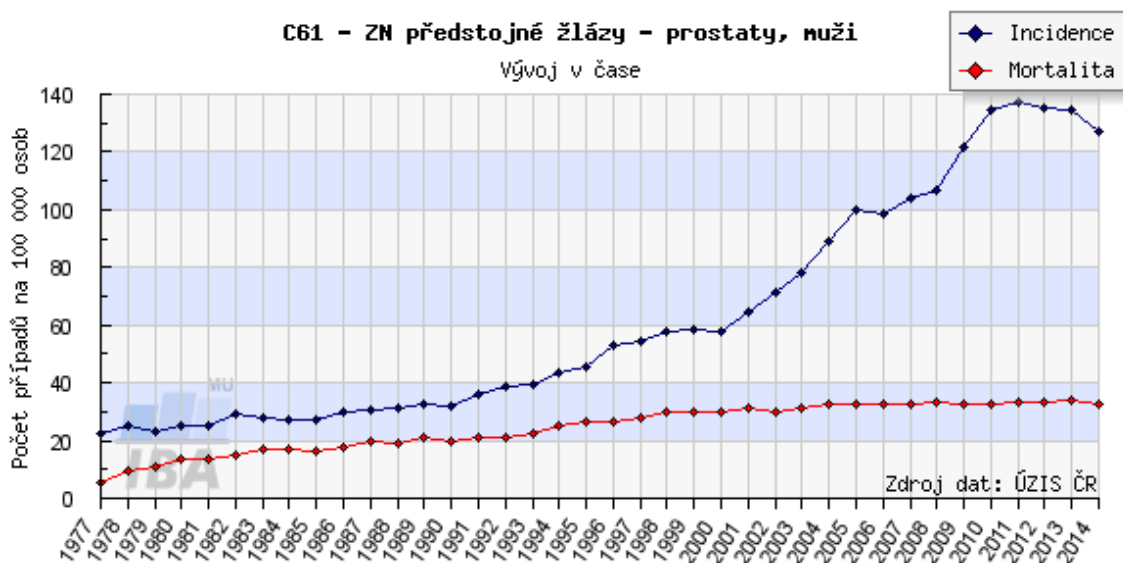
1.1 EPIDEMIOLOGIE

KP je v současné době jeden z největších zdravotních, sociálně-ekonomických problémů. Tento karcinom tvoří 11 % všech maligních nádorů u mužů od padesáti let věku. Přibližně 80 % KP se diagnostikuje u mužů starších 65 let. Ve srovnání s jinými nádory roste karcinom prostaty relativně pomalu. Objem lokalizovaného nádoru se zdvojnásobuje za tři roky. Diagnostika pomocí prostatického specifického antigenu (PSA) má za následek nárůst incidence a mírný pokles mortality se záchytem časných stádií. Také se zvýšil počet lokalizovaných karcinomů a snížil se počet metastatických. V minulém století měla většina nemocných v době stanovení diagnózy již pokročilý karcinom (HANUŠ, 2011).

1.2 INCIDENCE

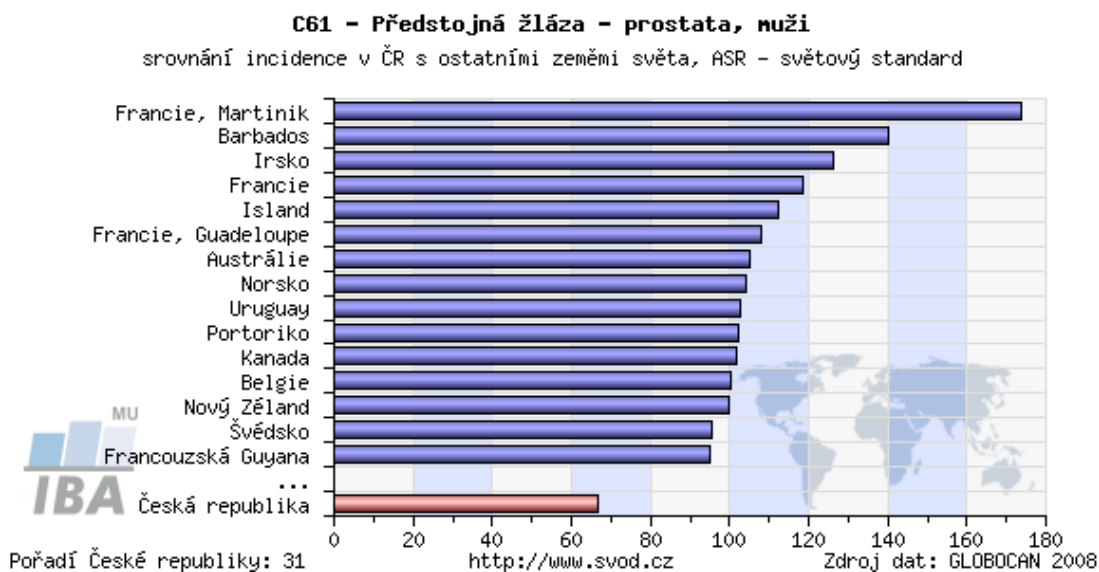
V celosvětovém žebříčku výskytu KP jsou na první příčce Spojené státy americké a západní Evropa (graf 2). Naopak nízký výskyt je na Dálném východě. Zde je nízká incidence spojována s dietními zvyklostmi. V České republice byl zaznamenán průměrný výskyt KP dle grafu 1. V roce 2000 byla 60/100 000, v roce 2010 111/100 000 mužů. Incidence tohoto onemocnění celosvětově narůstá o 3 % ročně. Se zvyšující se incidencí se mortalita tohoto onemocnění příliš nemění (DVOŘÁČEK, 2000).

Graf 1 Incidence a mortalita v ČR



Zdroj: DUŠEK a kol., 2005

Graf 2 Incidence - srovnání ČR s ostatními zeměmi



Zdroj: DUŠEK a kol., 2005

1.3 ETIOPATOGENEZE

Z epiteliálních prostatických buněk vycházejí adenokarcinomy. Podobně jako u ostatních malignit, tak ani u KP není etiopatogeneze zcela známá. Známe řadu rizikových faktorů, ale o jejich významu se stále spekuluje. Nejvýznamnějším faktorem je věk, neboť KP je onemocnění vyššího věku, tedy mužů nad 65 let. Zaznamenáváme i ojedinělé případy výskytu před 40. rokem věku. Jedná se o závažnější formy.

Vzhledem k neustálému prodlužování života v zemích se silným ekonomickým potenciálem přibývá mužů třetí věkové kategorie. Prokazatelné jsou i rasové rozdíly. Běloši mají o 50 % nižší incidenci KP než Afroameričani. Celosvětově je nejvíce postižena KP černá rasa ve všech věkových skupinách. Je potvrzeno klinickými studiemi, že KP vzniká u černé rasy v mladším věku, a na rozdíl od bílé rasy je v době diagnózy ve vyšším klinickém stádiu (DVOŘÁČEK, 2000).

Západní styl života a stravování je dalším rizikovým faktorem. Stále nebyla zjištěna přímá souvislost mezi výskytem KP a kouřením a konzumací alkoholických nápojů. Potvrzena je přímá souvislost mezi zvýšeným příjmem masa a masných výrobků. Naopak byl zjištěn protikladný vztah s konzumací zeleniny a ovoce. Tyto složky potravy obsahují protinádorově působící vlákninu a α – linoleovou kyselinu. Na Dálném východě se ve stravě hojně vyskytuje sója, hrách a boby. Proto mají Asiaté zde žijící až o 50 % nižší výskyt KP než Asiaté přesídlení do USA. Mezi další rizika se řadí obezita, snížená fyzická aktivita, časně zahájená sexuální aktivita, promiskuita, práce s pesticidy a umělými hnojivy, profesní expozice radioaktivními materiály – rtuť, kadmium. Studie potvrzují i familiární výskyt KP. Dědičné riziko vzniku KP je podstatně vyšší u příbuzných prvního stupně (otec, bratr), následuje riziko druhého stupně (dědeček, strýc) (DVOŘÁČEK, 2000).

1.4 SYMPTOMATOLOGIE

Karcinom prostaty se zpočátku projevuje asymptomaticky. Pokud karcinom prostaty přechází do pokročilejšího stádia může se projevovat hematurií, zhoršenou mikcí, erektilní dysfunkcí, retencí moči a bolestí zad, což už signalizuje tvorbu kostních metastáz (UROLOGICKÉ LISTY, 2011).

Screeningové programy mají za cíl snížit mortalitu ve vyhledávané malignitě. U karcinomu prostaty není v současné době screening podporován žádným státem světa. V Evropě je doporučován krevní odběr PSA u mužů starších 40 let (HANUŠ a kol., 2015).

2 DIAGNOSTIKA

Karcinom prostaty je u mnoha mužů zjištěn na základě podezření vzniklého stanovením z krevního odběru prostatického specifického antigenu (PSA), digitálním rektálním vyšetřením (DRV) a transrektální ultrasonografií (TRUS), nebo kombinací těchto metod. Při nejasném či podezřelém nálezu se indikuje biopsie prostaty. Důležitá je správně indikovaná a provedená biopsie, jelikož onemocnění je histopatologické. Při správné a včasné diagnostice je reálné vyléčení (ČERMÁK a kol., 2002).

2.1 VYŠETŘENÍ PER REKTUM

Jedná se o základní fyzikální vyšetření prováděné lékařem. Mělo by být provedeno u každého nemocného muže nad 40 let, přicházejícího na urologické vyšetření. Při tomto vyšetření leží pacient nejčastěji na boku s pokrčenými a k bradě přitaženými dolními končetinami. Pohmatem se posuzuje velikost prostaty, ohraničení proti okolí, symetrie jednotlivých laloků, povrch, konzistence prostaty a bolestivost při vyšetření. Fyziologická prostata dospělého muže je velikosti kaštanu a váží přibližně 25g. Taková prostata je nebolestivá, ohraničená, hladká, symetrická a elastická (KAWACIUK, 2009). Vyšetření per rektum patří mezi nebolestivé metody, ale stále ho většina pacientů považuje za velmi nepříjemné. U karcinomu je prostata tvrdá a její povrch je hrbolatý a od okolí neohraničený, u pokročilých stádií je prostata pevně fixovaná (DVOŘÁK, 2000).

2.2 PROSTATICKÝ SPECIFICKÝ ANTIGEN

Prostatický specifický antigen (PSA) je primárně produkován epiteliálními buňkami prostatických acinů a ductů. Je to glykoprotein, který se skládá z 237 aminokyselin. Gen, který kóduje PSA byl kompletně identifikován a lokalizován na 19. chromozómu. PSA je proteolytický enzym a jeho hlavní funkcí je zkapalňovat lidské semeno. Objevitelem byl Hara a kolektiv v 70. letech 20. století. Počátkem 80. let 20. století se PSA stal nejvýznamnějším nádorovým markerem KP a jeho hodnoty se začaly využívat pro klinické účely. Vyšetření PSA napomáhá při screeningu KP odhalit větší počet pacientů s nádorem situovaným pouze na prostatu, než tomu tak bylo možné dříve. Za normální hodnotu PSA je považována hladina nižší než 4 ng/ml. Šedou zónou je považována hodnota v rozmezí 4 – 10 ng/ml.

Pokud je hodnota PSA vyšší než 4 ng/ml, měla by se provádět punkční biopsie prostaty. Je doporučováno provádět stanovení sérové hladiny PSA každý rok u mužů starších 50 let. Pokud je u mužů pozitivní rodinná anamnéza nádoru prostaty v první linii, provádí se vyšetření již od 45 let (DVOŘÁČEK, BABJUK, 2005). Dalším biomarkerem je nádorově specifický marker PCA3. Je to mRNA nádorových buněk, které se hodnotí z moči pacientů, kteří podstoupili masáž prostaty. Bohužel vysoká cena tohoto vyšetření omezuje zařazení odběrů v každodenní praxi (HANUŠ a kol., 2015).

Tabulka 1 Riziko karcinomu prostaty při nižších hodnotách PSA.

Hladina PSA (ng / ml)	Riziko karcinomu prostaty (%)
0 – 0,5	6,6
0,6 – 1,0	10,1
1,1 – 2,0	17,0
2,1 – 3,0	23,9
3,1 – 4,0	26,9

Zdroj: HEIDENREICH a kol., 2011

2.3 SONOGRAFIE

Ultrazvuk je přístroj vydávající zvukové vlny o frekvenci vyšší než 20 kHz. Tyto frekvence nejsou zachytitelné lidským sluchem. Vlny pronikají tkáněmi a umožňují zobrazení parenchymatózních orgánů. Ultrazvukový obraz vidí vyšetřující v reálném čase. Při tomto vyšetření si může lékař záznam uchovat. Prostata se vyšetřovala nejprve pouze transabdominálně a s rozvojem ultrazvukové techniky se do popředí dostal transrektální přístup. Transrektální snímač zaveden análním otvorem do rekta nám umožňuje přesné zobrazení prostaty, semenných váčků a hrdla močového měchýře (DVOŘÁČEK, 2000).

K lepšímu posouzení vzhledu žlázy a k odlišení karcinomů lokalizovaných a lokálně pokročilých nám napomáhá trojdimenzionální transrektální ultrasonografie (TRUS). K diagnostice se příliš nevyužívá, ale napomáhá při odběrech bioptických vzorků z prostaty (KAWACIUK, 2009).

2.4 PUNKČNÍ BIOPSIE PROSTATY

Indikací k biopsii prostaty (BP) je podezření na nádor, které plyne z vyšetření per rektum (DRE - digital rectal examination) nebo zvýšené sérové hladiny PSA. Při biopsii prostaty se odebírá několik vzorků od apexu k bázi prostaty, nejčastěji transrektální punkcí. Obvykle je to 6-12 vzorků (dle velikosti prostaty), u jednoznačných nálezů je dostatečný odběr méně vzorků. Pokud je třeba, indikujeme rebiopsii v odstupu 3-6 měsíců. Biopsie se provádí pomocí transrektální sonografie (TRUS), která umožňuje zaměření podezřelých uzlů. Jednotlivé vzorky se ukládají do konzervačního roztoku 10 % formaldehydu a odesílají se k histologickému vyšetření (DVOŘÁČEK, BABJUK, 2009).

2.5 MAGNETICKÁ REZONANCE

Většina radiologických pracovníků považuje magnetickou rezonanci (MR) za nejlepší zobrazovací metodu v posouzení rozsahu onemocnění KP. Magnetická rezonance (MR) ve srovnání s počítačovou tomografií (CT) zobrazuje zonální anatomii prostaty. Indikováni k MR jsou pacienti s alergií na jodové preparáty a nemocní, u kterých je vhodné omezit radiační zátěž (opakovaná vyšetření). Kontraindikací (MR) jsou implantáty pacemakeru, kovové klipy, kochleární implantáty a starší srdeční chlopně. Vyšetření pomocí MR je časově náročné a u některých pacientů je nutná sedace (například u pacientů s klaustrofobií). K upřesnění stagingu KP plní MR důležitou úlohu. Pokud nedochází k porušení pouzdra prostaty a nádor neprorůstá do okolí, jedná se o karcinom lokalizovaný, při podezření na porušení pouzdra prostaty či prorůstání do semenných váčků či chámovodů se pak nádor klasifikuje jako lokálně pokročilý. Tyto informace mohou hrát velkou roli v dalším rozhodovacím algoritmu, jaký druh léčby bude pro pacienta nejvhodnější (DVOŘÁČEK, BABJUK, 2005).

2.6 VÝPOČETNÍ TOMOGRAFIE

Jedná se o rentgenové vyšetření, které umožňuje rekonstrukci příčného a podélného řezu těla a orgánů nemocného. Výpočetní tomografie (CT) je schopná rozlišit mezi krevními cévami a lymfatickými uzlinami a zvyšuje detekci metastatických lézí karcinomu. Pro nízkou diagnostickou přesnost se neindikuje při klasifikování nádoru prostaty, jelikož není schopná zobrazit zonální anatomii prostaty a neodlišuje prostatické pouzdro. Pokud je u nemocného podezření na lokálně

pokročilý nádor, který se šíří na okolní orgány či zakládá uzlinové metastázy je využití CT přínosné. Při detekování lymfadenopatie je CT ve srovnání s MR výhodnější pro svou časovou nenáročnost a levnější provoz. Schopností výpočetní tomografie je detekování orgánových a kostních metastáz a používá se u nemocných s narůstajícím PSA, kteří podstoupili definitivní lokální léčbu (DVOŘÁČEK, BABJUK, 2005).

2.7 SCINTIGRAFIE SKELETU

Druhou nejčastější lokalizací metastáz u karcinomu prostaty je skelet. Téměř 5 % mužů, u kterých je nově diagnostikován karcinom prostaty, má kostní metastázy. U pacientů, kteří podleli karcinomu prostaty, je skelet postižen v 80 %. Scintigrafie skeletu je velmi citlivá metoda na zjištění metastáz v kostech s nesprávně negativním výsledkem v méně jak u 1 % případů. Pacienti postižení nádorem prostaty bez prokazatelnosti metastáz na RTG snímku skeletu mají na scintigrafii ve 25 % metastázy. Kumulací radiofarmak se projeví postižení kostí nádorem v osovém nebo končetinovém skeletu. Dříve se scintigrafie prováděla u každého nově diagnostikovaného karcinomu prostaty. Dnes se indikuje u pacientů s PSA nad 20ng/ml (DVOŘÁČEK, BABJUK, 2005). Radiofarmaka jsou přípravky obsahující jeden či více radionuklidů. Využití radiofarmak za diagnostickým účelem je založeno na stopovacím principu. Pomocí ionizujícího záření sledujeme náhradu atomů v molekule látky radioaktivním izotopem. Radiofarmaka jsou látky nekontrastní. V nukleární medicíně nelze provést vyšetření bez radiofarmak na rozdíl od rentgenového vyšetření, kde lze vyšetřovat i bez kontrastní látky. Radiofarmaka jsou aplikována v pikomolárních dávkách a neovlivňují funkce vyšetřovaného orgánu (KUPKA a kol., 2015).

2.8 POZITRONOVÁ EMISNÍ TOMOGRAFIE

V nukleární medicíně se jedná o nejnákladnější a nejsložitější zobrazovací metodu. Vyšetření PET funguje za pomoci hybridních kamer a podobá se klasickému CT vyšetření s pohyblivým lůžkem. Využívají se radiofarmaka značená pozitronovými zářiči, které při radioaktivní přeměně eliminují pozitron. V těle se chová pozitron podobně jako elektron. Pohybuje se a postupně ztrácí svou kinetickou energii. Detektor PET je tvaru prstence, který obklopuje pacienta a rozeznává fotony. Pomocí přesné elektroniky rozpozná, které dva fotony k sobě patří, a tím vzniká přímka odezvy. Tyto přímky jsou primárním signálem PET. Vstupují do matematické rekonstrukce

a výsledkem jsou sady transaxiálních řezů. Kvalita PET obrazů je závislá na kvalitě aktivizace a rekonstruuje se pomocí výkonného hardwaru (Kupka kol., 2015). Vhodnými indikacemi je zobrazení u nemocných, u nichž je stanoveno vysoké Gleasonovo skóre. Dále u pacientů, u kterých je opakovaně provedena negativní biopsie při laboratorně jasně daných hodnot KP. Vývoj metastatického onemocnění lze monitorovat pomocí PET/CT s fluorocholinem, zejména pokud jsou sledovány kostní metastázy (FERDOVÁ a kol., 2014).

3 KLASIFIKACE TNM

Klasifikace TNM je platná pro většinu solidních zhoubných nádorů. U prostaty se vztahuje jen na adenokarcinom. Rozlišuje lokální rozsah primárního nádoru (T), dále šíření do regionálních mízních uzlin (N) a výskyt metastáz (M). Kategorie T je určována pomocí fyzikálního vyšetření per rectum, biopsie prostaty, hodnot PSA a z výsledků zobrazovacích metod (CT, MR). Stupeň TX je označení kdy primární nádor nelze posoudit. Stupeň T0 je bez známek primárního nádoru. Stupeň T1 značí nezobrazitelný a nehmatný nádor. Jsou to nádory získané při otevřené nebo transuretrální prostatektomii pro benigní hyperplazii prostaty. Pokud je v odstraněné tkáni 5 % nádoru popisujeme T1a. Při zastížení nádoru nad 5 % označujeme T1b. Stupeň T2 znázorňuje veškeré hmatné nádory, které jsou lokálně ohraničené nebo lokalizované. Při postižení jedné poloviny a méně laloku prostaty značíme T2a, pokud je postižena více než polovina laloku je označení T2b a pokud karcinom infiltruje oba laloky značení je T2c. Stupeň T3 označuje nádor lokálně pokročilý, šířící se přes pouzdro prostaty do okolí. Veškerý průnik mimo prostatu značí T3a. Při postižení semenných váčků značíme T3b. Stupeň T4 značí rozšíření nádoru do okolí a jeho infiltraci. Ve většině případech se jedná o hrdlo močového měchýře, rektum, pánevní stěny a zevní stěrač. Kategorie N se stanovuje pomocí zobrazovacích metod CT a MR. Konečné vyhodnocení postižení pánevních lymfatických uzlin je možné jen na základě operační lymfadenektomie. Stupeň NX označení kdy regionální mízní uzliny nelze posoudit. Stupeň N0 neprokazuje metastázy v mízních uzlinách. Stupeň N1 označuje postižení lymfatických uzlin. Kategorie M zhodnocuje vzdálené metastázy. Stanovuje se pomocí scintigrafie skeletu, vylučovací urografie, CT a PSA. Stupeň MX neprokazuje vzdálené metastázy. Stupeň M1a označuje postižení mimoregionálních uzlin. Stupeň M1b znamená přítomnost metastáz ve skeletu. Stupeň M1c značí přítomnost orgánových metastáz (VORLÍČEK a kol., 2006).

3.1 GLEASONOVO SKÓRE

Gleasonovo skóre je nejčastější a nejdůležitější používaná klasifikace karcinomu prostaty. Obsahuje pětistupňové architektonické hodnocení uspořádání nádorových žláz prostaty. Při stanovení onemocnění se popisují dva nejčastější typy tkáňové architektury a hodnotí se na pětibodové stupnici. Dobře diferencovaný nádor má označení Gleasonův grade 1 (GG1) a nediferencovaný nádor se označuje (GG5). Pokud sečteme dva převládající mikroskopické nálezy dostaneme výsledek, to znamená, že výsledné Gleasonovo skóre může být mezi 2 až 10. Gleasonův grading popisuje růst a agresivitu nádoru. Nemocní se skórem karcinomu GS 4 + 3 = 7 a vyšší mají horší prognózu než nemocní GS 3 + 4 = 7 a nižší. Gleasonovo skóre většinou dobře koresponduje s prognózou. 2 – 6 dobře diferencovaný karcinom, 7 středně diferencovaný karcinom, 8 - 10 špatně diferencovaný karcinom (KAWACIUK, 2009).

4 LÉČBA LOKALIZOVANÉHO KARCINOMU PROSTATY

Z léčebného pohledu existují dvě možnosti jak přistupovat ke karcinomu prostaty. První možnost je neléčit a sledovat (odložená léčba) anebo aktivně léčit.

U lokalizovaného neagresivního karcinomu prostaty připadá v úvahu první metoda vyčkávání. Nádor se postupem času vyvíjí (10 až 15 let), což je podstatná informace u polymorbidních a starších mužů. U těchto případů je očekávaná doba přežití kratší než doba, za kterou se nádor objeví a ohrozí muže na životě. Děje se tomu tak pomocí prostého sledování. Pacient se začne léčit až při objevení prvních symptomů.

Druhý způsob pohledu na léčení je aktivní sledování. V tomto případě se jedná o intenzivní monitoring onemocnění a okamžité zahájení léčby při prvním projevu biochemického či klinického příznaku (PSA, GS) (DVOŘÁČEK, BABJUK, 2005).

4.1 RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMIE (RAPE)

Radikální prostatektomie se řadí mezi operace s více než stoletou historií. Zpočátku byl výkon prováděn transperineálně MUDr. Young roku 1905 (HANUŠ a kol., 2015).

Do konce 20. století byla tato forma operace velmi obávanou a nepříliš vyhledávanou metodou. Téměř všichni pacienti byli po operaci impotentní a až 20 % trpělo inkontinencí (PACÍK, 2009).

Pokud je diagnostikován lokalizovaný karcinom prostaty, je radikální prostatektomie první volbou řešení. Indikací je klasifikace karcinomu T1b-T2. Tato operační metoda spočívá v odstranění celé předstojné žlázy s pouzdrem a semennými váčky. Následuje anastomóza močového měchýře s močovou trubicí. Absence metastáz předpokládá délku dožití více jak 10 let. U středně až vysoce rizikového karcinomu prostaty se operační výkon rozšiřuje o pánevní lymfadenektomii (HANUŠ, 2011).

Významnému upřesnění stagingu napomáhá odebrání uzlin při pánevní lymfadenektomii a jejich histologické vyšetření. Indikací k lymfadenektomii je zvětšení uzlin popsaných na CT nebo MR vyšetření, ultrazvukový či palpační nález pokročilého nádoru, GS 7b a vyšší a prebioptická hodnota PSA více jak 20ng/ml. S náročnou technikou operace a omezenou přehledností operačního pole souvisejí i komplikace jak

pro anatomickou lokalizaci, tak pro krvácení. Pokud je při operaci pečlivě preparován apex prostaty, je možnost se vyhnout pozitivě okrajů, která zvyšuje lokální recidivu až 4 krát. U části pacientů podstupujících radikální prostatektomii dochází k inkontinenci moče. Jedná se o jednu z pooperačních komplikací. Stresová inkontinence se objevuje po vytažení permanentního močového katetru (PMK). Moč uniká při stresových podnětech jako jsou kýchnutí, rychlá vertikalizace a smích. Pacienti jsou nuceni nosit několik týdnů až měsíců inkontinenční pomůcky. Výrazného zlepšení inkontinence se dosahuje pomocí rehabilitace a aplikace cviků na posílení pánevního dna. Pokud rehabilitace není účinná, jsou pacienti nuceni používat inkontinenční pomůcky nadále. Zmírnit inkontinenci částečně můžeme farmaky ze skupiny spasmolytik, které ovlivňují samovolné stahy močového měchýře. Výjimečně se přistupuje k operační korekci inkontinence za použití umělého svěrače nebo tzv. závěsných (sling) operací (KAWACIUK, 2009).

Striktura anastomózy je neřídkou komplikací u klasicky prováděné otevřené operace. Postižení jsou častěji ti pacienti, kteří v minulosti podstoupili transuretrální resekci prostaty před radikální prostatektomií. Striktura se projevuje jako pozvolna slábnoucí proud moče. Diagnózu potvrdí uroflowmetrie, ureterocystografie a ureterocystoskopie. Při náhle vzniklém uzávěru může dojít až k retenci moči vyžadující akutní řešení formou dilatace a katetrizace nebo punkční epicystotomie. Řešení striktury je operabilní a provádí se discizí anastomózy. Někdy je třeba zákrok opakovat i vícekrát (KAWACIUK, 2009).

4.1.1 RETROPUBICKÝ PŘÍSTUP

Tuto metodu popsali Memmelaaar a Milin roku 1949 (HANUŠ a kol., 2015). Radikální retropubická operace prostaty je velmi náročný výkon, u kterého musíme počítat s pooperační krevní ztrátou 500-1000ml, ke které dochází při ošetření dorzálního žilního plexu předstojné žlázy. Řez provádí operatér od symfýzy po pupek ze strany, kterou má dominantní, z důvodu přístupu ruky do malé pánve. Přední plochu prostaty je nutno očistit od tuku, což umožňuje viditelnost větších i menších žilních kmenů nacházejících se na povrchu žlázy. Hrot prostaty se odděluje ostře od příčně pruhovaného svěrače. Uretra je otevřena a přerušena. Po otevření Denonvilliersovy fascie a oddělení baze prostaty od hrdla močového měchýře pak operatér provádí preparaci semenných váčků, přerušení obou chámovodů a poté vyjímá prostatu z lůžka. Pokud operatér zvolil metodu nervy šetřící cévní svazky, nepoužívá ke stavění krvácení

elektrokoagulaci, ale metodu podvazů či titanových klipů. Při této metodě je nutné užití silných brýlových lup nebo operačních mikroskopů (DVOŘÁČEK, BABJUK, 2005).

Techniku umožňující ušetřit nervové svazky lze provést jen u některých pacientů. Pacient musí splňovat určité parametry: lokalizovaný karcinom prostaty, Gleasonovo skóre < 6, dostatečná a využívaná erektilní funkce před operací, věk < 60 let, hladina PSA < 10ng/ml a předpokládaná délka života > 10 let (VYHNÁLKOVÁ a kol., 2011).

4.1.2 LAPAROSKOPICKÝ PŘÍSTUP

Koncem 90. let minulého století zaregistrovali urologové tuto techniku díky lékařům (Gastona, Vallanciena). Dříve se jednalo o operace ojedinělé, jelikož operační doba přesahovala 6 hodin. Tato metoda vyžaduje důkladné zaučení operátora, každodenní rutinu a poměrně dlouhou dobu učení tzv. learning curve. Pokud toto operátor zvládne, dlouhodobé pooperační výsledky pak převyšují klasickou otevřenou prostatektomií. Lepší výsledky pozorujeme v oblasti onkologické i funkční. Krevní ztráty nepřesahují 500 ml a procento pozitivních okrajů je nižší. Komplikací této operace může být urinózní únik v anastomóze, což vyžaduje delší ponechání močového katétru než 5 dní. Pacienti v 83 % jsou do jednoho roku od operace plně kontinentní. Zbýlých 12 % operovaných používá jednu vložku, či plenu za den. Další komplikací je popisována pozitivita okrajů, které se udávají v 15-20 %. Záleží na předoperačním stagingu a zkušenosti operátora, ale zde jsou výsledky srovnatelné s otevřenou metodou. Laparoskopická radikální prostatektomie je spolehlivou metodou při řešení orgánově ohraničeného nádoru prostaty (DVOŘÁČEK, BABJUK, 2005).

4.1.3 ROBOTICKÝ PŘÍSTUP

V posledních letech je o tuto operační metodu stále větší zájem. Poprvé byla provedena operace pomocí robota v 80. letech 20. století. Systém zajišťuje na rozdíl od laparoskopie stabilní obraz, zamezuje kolizi nástrojů. Zasluhou systému da Vinci se zvýšila operativita radikálních prostatektomií. V letech 2000 až 2004 byl nárůst roboticky asistovaných laparoskopických operací (RALP) z 1 500 na 20 000 celosvětově. DaVinci je zatím nejvyspělejším doposud vytvořeným systémem. Operátor sedí u konzole a ovládá čtyři (dříve tři) ramena robota. Ovládání těchto ramen probíhá pomocí konzole, která se nachází mimo operační stůl, prostředníkem a palcem operátora. Obraz se lékaři promítá v trojrozměrném (3D) provedení a v 10násobném zvětšení.

Při (RALP) je oproti klasické laparoskopii, která umožňuje 4 stupně pohybu umožněno 7 stupňů, což je připodobněno lidskému zápěstí. Jedná se o minimálně invazivní operaci. Tato operace se provádí podobně jako laparoskopická s tím rozdílem, že operatér sedí za konzolou v rohu operačního sálu a ovládá robotická ramena. Zavedené robotické nástroje obsluhuje asistent operátora sedící po boku pacienta a pomocí asistentského portu zavádí potřebné nástroje, stehy či odsávací zařízení. Délka operace bývá průměrně 160 minut. Krevní ztráty bývají minimální, udává se zhruba 150 ml. Pacienti podstupující roboticky asistovanou prostatektomii opouštějí nemocniční zařízení do tří dnů. Pacienti plně kontinentní před operací jsou do 5 měsíců od operace v 95 % nadále kontinentní. Pozitivita okrajů při robotické operaci je 9 % oproti klasické otevřené retropubické operaci, u níž je to 23 %. Výhody při (RALP) oproti otevřené operaci jsou výrazně kratší doba hospitalizace, menší krevní ztráty, minimální porušení kožní integrity a rychlejší návrat k aktivnímu životu. Ve srovnání s laparoskopickou operací je rozdíl v ovládnání instrumentů a rozsahu jejich pohybů a délkou learning curve. Zatím jednou z nevýhod roboticky asistované prostatektomie je vysoká cena operace a vysoké pořizovací náklady systému daVinci (DECLAN a kol., 2006).

4.2 RADIOTERAPIE

Jedná se o konzervativní alternativu radikální operační léčby lokalizovaného či lokálně pokročilého karcinomu prostaty. Nejčastěji se používá lineární akcelerator a paprsky X. Účinná dávka se pohybuje v rozmezí 70-80 Gy. Konformní radioterapie je záření přizpůsobené tvaru prostaty. Cílem této radioterapie je snížit ozáření okolních přiléhajících tkání (močový měchýř a rektum) a zároveň zvýšit dávku záření přímo na prostatu. K léčebnému efektu jsou důležité předléčebné charakteristiky nádoru pomocí hladiny PSA, staging a radiační dávka < 76 Gy. Nemocní s nálezem T1-2 a PSA < 10ng/ml mají 5leté přežití bez biochemické recidivy, tedy nárůst PSA, v 75 % oproti 40 % nemocných s nálezem T3-4 a PSA >10 ng/ml. Za 6 měsíců od ozáření prostaty lze očekávat snížení hladiny PSA. Radioterapie těžkými částicemi využívá neutronové a protonové záření. Oproti paprskům X má záření těžkými částicemi výhodu vyšší ionizace a působí ve tkáni větší destrukci. Neutronové částice zajišťují lepší lokální kontrolu nádoru než fotonová léčba bez rozdílu v přežití. Doporučení neutronové léčby je zpochybněno díky vyššímu procentu komplikací při stejném přežití. Cyklotrony jsou velmi rozsáhlé a drahé, tudíž pro léčbu karcinomu prostaty pomocí neutronovým

zářením existuje jen málo zařízení. Brachyterapie používá implantaci radioaktivních zrn, kterými jsou paladium, iridium a jód do prostaty perineální cestou. Zářič je zaveden přímo do tkáně prostaty pomocí aplikačních jehel. V počátcích, kdy bylo užívání intersticiální brachyterapie zavedeno do praxe, vedlo umístování radioaktivních zrn ke komplikacím. Nejčastější popisované komplikace byly impotence, rektální krvácení, píštěle, inkontinence a povrchová nekróza močové trubice. V dnešní době je již implantační technika pokročilá a umožňuje trojdimenzionální zobrazení prostaty a vyhodnocení histogramu a objemu dávky záření. Hodnota PSA po implantaci zrn se do tří měsíců výrazně zvýší až u 30 % nemocných. Pokles nastává do osmnácti měsíců. Druhy záření se mohou různě kombinovat (KAWACIUK, 2009).

4.2.1 PROTONOVÁ RADIOTERAPIE

Nejmodernější metodou v oblasti radioterapie karcinomu prostaty je právě protonová léčba. Terapie za pomoci protonu udává zlepšení v dávkové distribuci záření v těle pacientů a redukuje dávky na zdravé tkáně vyplývající z absorpce protonů ve tkáních. Léčba pomocí protonu využívá protonový paprsek, který přesně zaměřuje nádor a minimálně narušuje okolní struktury. Technologie pro provedení terapie protonem se skládá z ozařovací hlavičky (může být fixní a mění se poloha nemocného, nebo rotující gantry), cyklotronu a systému pro transport svazku. Protonová radioterapie je považována za vysoce účinnou metodu. Vyznačuje se minimální toxicitou. Pravděpodobnost vyléčení je dle posledních publikovaných dat pro nízké a středně rizikové karcinomy prostaty vyšší než 95 %. Takových výsledků není dosaženo ani při použití fotonových technik a operačních zákroků. V porovnání s chirurgickou léčbou nedochází při protonové terapii ke vzniku močové inkontinence. Jedná se o ambulantní léčbu, kdy pro nízký a středně rizikový karcinom prostaty je možné využít stereotaktické ozáření s 5- ti dny protonové léčby (HARTSELL et al., 2015).

5 PŘEDOPERAČNÍ A POOPERAČNÍ PÉČE

Kvalitně a důsledně provedená předoperační vyšetření pacienta vedou k zabránění pooperačních komplikací. Pojem předoperační péče zahrnuje veškerou všeobecnou i speciální péči před operací. Operační výkony se rozdělují na plánované, urgentní a neodkladné. Dle typu výkonu se i uzpůsobuje předoperační péče a vyšetření (SLEZÁKOVÁ, 2010).

5.1 PŘEDOPERAČNÍ PÉČE

Pacient indikován k operačnímu výkonu přichází obvykle k hospitalizaci na lůžkové oddělení den před operací s kompletním předoperačním vyšetřením, které by nemělo být starší jak tři týdny. Předoperační vyšetření obsahuje tato laboratorní vyšetření: krevní obraz (hemoglobin, hematokrit, počet erytrocytů, leukocytů, trombocytů), vyšetření hemokoagulace (APTT, protrombinový čas – INR), vyšetření krevní skupiny a Rh faktoru. Dále biochemické vyšetření krve, které zahrnuje mineralogram (Na, K, Cl), jaterní parametry (AST, ALT, ALP, GMT, bilirubin), hodnoty funkce ledvin (kreatinin, močovina, kyselina močová), celkovou bílkovinu, glykemii, chemické vyšetření moči a močového sedimentu, kultivační vyšetření moči. Předoperační vyšetření dále obsahuje EKG, rtg srdce a plic u pacientů starších 40 let. Po absolvování všech vyšetření praktický lékař zhodnotí zdravotní stav a určí případná rizika pacienta, eventuálně také upravuje medikaci (vysazení perorálních antikoagulancií s převedením na nízkomolekulární hepariny, vysazení perorálních antidiabetik či). Při přijetí je pacient znovu vyšetřen lékařem (urologem). Lékař se především ptá pacienta, zda neprodělává akutní onemocnění močových cest a horních cest dýchacích či průjmové onemocnění, které by znemožňovalo provést plánovaný operační výkon. Pokud pacient splňuje veškeré požadavky sepisuje se vstupní vyšetření, které obsahuje osobní, rodinnou, pracovní a sociální anamnézu. Zjišťujeme, které léky pacient dlouhodobě užívá, zda má alergie a jak se projevují. Důležité jsou i údaje o užívání návykových látek jako je kouření či konzumace alkoholu. Dále je pacientovi změřen krevní tlak, počet pulzů za minutu, tělesná teplota, měříme výšku a hmotnost. Následuje celkové fyzikální vyšetření pacienta zahrnující i vyšetření per rektum. Veškeré nálezy jsou zaznamenány do dokumentace. Lékař provede poučení pacienta o plánovaném operačním výkonu, o jeho rozsahu a popřípadě

o nutnosti další následné terapie. Poučení, porozumění a souhlas pacient stvrzuje svým podpisem na informovaném souhlasu. Po sepsání příjmové zprávy urologem přichází na oddělení anesteziolog, aby pacienta seznámil s možnými způsoby anestezie. Pokud je potřeba, doporučí doplnění medikace s ohledem k plánované anestezii a stavu pacienta. Do dokumentace založí pacientem podepsaný souhlas se zvolenou anestezí a naordinuje premedikaci (SCHNEIDEROVÁ, 2014).

5.1.1 OBECNÁ PŘÍPRAVA

Všeobecná sestra poučí pacienta o nutnosti kompletní hygieny před chirurgickým výkonem. Upozorní na odložení všech snímatelných náhrad (zubní protéza, inzulinová pumpa, naslouchadla) a šperků. Zdůrazní, že od půlnoci nesmí jíst, pít ani kouřit. Zajistí informovanost pacienta o průběhu výkonu a psychicky pacienta podpoří a snaží se zmírnit jeho strach (SCHNEIDEROVÁ, 2014).

5.1.2 SPECIÁLNÍ PŘÍPRAVA

Před radikálním operačním výkonem je nutná příprava střev pomocí podání hypertonickeho roztoku rozpuštěného ve 4 litrech tekutiny, kterou pacient vypije. Cílem je úplná očista střeva od střevního obsahu. V prevenci tromboembolické nemoci podáváme nízkomolekulární hepariny dle ordinace lékaře a navlékáme kompresní punčochy. Profylaxi zajišťujeme antibiotiky po domluvě a krajským mikrobiologickým centrem (SCHNEIDEROVÁ, 2014).

5.1.3 MÍSTNÍ PŘÍPRAVA

Sanitářka zajistí oholení operačního pole za pomoci jednorázových holicích pomůcek v den výkonu. Před odvozem na operační sál ověříme totožnost pacienta. Podáme premedikaci dle ordinace lékaře a spolu s pacientem odesíláme chorobopis na operační sál (SCHNEIDEROVÁ, 2014).

5.2 POOPERAČNÍ PÉČE

Po vyvedení pacienta z celkové anestezie a po extubaci je pacient předán anesteziologem na jednotku intenzivní péče (JIP). Dle standardů je v pravidelných intervalech měřen TK, P, saturace krve O₂, diuréza a stav vědomí. Všeobecná sestra kontroluje operační ránu, prosakování obvazu, funkčnost drénu, množství a charakter

odpadu z drénu. Dále kontroluje průchodnost PMK a přítomnost a množství hematurie. Při bolesti jsou pacientovi aplikovány analgetika dle vizuální analogové škály a ordinace lékaře. Vlivem působení celkové anestezie může dojít k nevolnosti a zvracení. Sledujeme, aby nedošlo k aspiraci, a podáváme léky potlačující tyto příznaky. Bezprostředně po operaci zamezíme jakémukoliv příjmu per os. Tekutiny nahrazujeme infuzními roztoky a léky podáváme intravenózně. Jakmile je stav pacienta stabilizován, může tekutiny přijímat perorálně. Pokud je stav i nadále uspokojivý, může pacient druhý den přijímat bujón a další den již kašovitou stravu. Postupně pacienta zatěžujeme stravou racionální. Pokud operační rána neprosakuje, neodlepujeme sterilní krytí. K ráně přistupujeme asepticky. V prvních pooperačních hodinách pacienta nevertikalizujeme ani nezatěžujeme zbytečnými pohyby. První pooperační den všeobecná sestra motivuje pacienta k nácvičce postupného posazování se a psychicky ho podporuje. Pokud to stav a kondice nemocného dovolí, je možné pokusit se o vertikalizaci (SCHNEIDEROVÁ, 2014).

6 PSYCHOLOGICKÝ PŘÍSTUP K NEMOCNÉMU

Psychologický přístup k pacientovi má být součástí odborné praxe každého lékaře vedle jeho specializace. Základním předpokladem psychologického přístupu není jen dostatek času, ale i cit pro pochopení situace a současného stavu nemocného. Empatie je schopnost vcítění se a pochopení motivů chování nemocného (proč jedná tak, jak jedná) a orientovat se v jeho oblastech duševního života (vnitřním náhledu na situaci, vztahy, hodnoty). Empatický lékař by neměl ztratit subjektivní odstup z důvodu objektivního rozhodování a vlastní ochrany před syndromem vyhoření (OPATRná, 2013).

6.1 ROLE LÉKAŘE A PACIENTA

Již po staletí je postavení lékaře jedno z nejdůležitějších ve společnosti. Úcta k lékaři ze strany pacienta je dána medicínskými a všeobecnými znalostmi. Počátkem 20. století se očekávání pacientů mění – klade větší důraz na profesionální péči včetně psychologické. Vztah mezi pacientem a lékařem bývá asymetrický. Asymetrie je dána lékařovou vzdělaností a zkušeností, které se pacientovi nedostávají a sociálním postavením lékaře ve společnosti. V současné době zmírňování asymetrie přináší větší samostatnost pacientů. Mají právo více se podílet na léčbě. Pacientovo „dospělé chování“ napomáhá posilovat možnost převzetí odpovědnosti za své zdraví. Lékaři ve vztahu k pacientům by měli přehodnotit osu „direktivita - submisivita“. Postavení lékaře k pacientovi bude vždy nadřazenější než rovnocenné (BOUČEK, 2006).

6.2 ROLE SESTRY

Všeobecná sestra je důležitou součástí zdravotnického týmu a tráví s pacienty mnohem více času než lékař. Lékaře zastupuje v poskytování dostatečných informací a vysvětluje postupy léčby. V procesu léčení vytváří atmosféru, která může napomoci uzdravování nebo k lepšímu snášení léčby. Všeobecná sestra ovlivňuje svou péčí, empatií a časem na pacienta jeho spokojenost (BOUČEK, 2006).

6.3 RAKOVINA A SEXUALITA

Každému jedinci je sexuální touha vlastní. Jak u muže, tak u ženy, ovlivňuje stárnutí schopnost prožívat pohlavní vzrušení. Psychické problémy můžou narušit sexuální život jedinců. Při nádorovém onemocnění se dostavuje strach z rakoviny,

z léčby, z výsledku léčby a všechny tyto faktory snižují sexuální aktivitu. Při operacích prostaty je riziko poškození nervových pletení účastněných na erekci a ejakulaci muže. Porušení těchto pletení může změnit prožitek při ejakulaci a snížit schopnost erekce. I samotná psychika se může podílet na erekci. Je důležitá spolupráce a pochopení partnerky. Dvojice by měla společně hledat jiný způsob styku, a tím navrátit muži část sebedůvěry. Muži ozařování při radioterapii v pánevní oblasti neudávají vliv na sexuální funkci. Ozařování prostaty a močového měchýře může poškodit nervové spoje nacházející se v malé pánvi, a následkem je snížená erekční schopnost nebo bolestivá ejakulace. Tyto symptomy se mohou dostavit až s odstupem času po ozáření. Ve většině případech jsou vedlejší projevy protinádorové léčby dočasné. Muž musí hlavně sám věřit a být přesvědčován, že vše bude dobré. Návrat sexuální aktivity do života chce čas a trpělivost. Podíl úspěchu má i spolupráce partnera. Zdravý partner – manželka musí projevovat maximální pochopení a trpělivost vůči nemocnému. Jen trpělivost pomůže s návratem sexuálních prožitků. (DIENSBIER , 2014).

7 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTA PO OPERACI PROSTATY

V ošetrovatelské péči o pacienta s onemocněním prostaty je důležité se zaměřit nejen na nemocného, ale i na jeho rodinu. Ta by měla být zapojena do ošetrovatelské péče a řádně edukována o nemoci a prognóze. Pro muže je prostata orgánem sexuální činnosti. Karcinom prostaty je postrachem každého muže. Cílem všeobecné sestry by mělo být vytvoření si vztahu s pacientem, založeném na vzájemné důvěře. Ošetrovatelská péče je zaměřena na sledování diurézy a průchodnosti permanentního močového katétru. Krevní koagula mohou zneprůchodnit katétr a to má za následek retenci moči a následnou bolest. Je důležité za pomoci epicystostomie aplikovat kontinuální proplach močového měchýře (KOLLÁROVÁ a kol., 2013).

Specifickou část ošetrovatelské péče zahrnuje i rehabilitace. Je zaměřená na cviky k posílení pánevního dna. U operací prostaty dochází k porušení funkce močového svěrače. Pacient provádí 6. – 7. den po operaci návčik sevření svěrače kolem zavedeného močového katétru. Všeobecná sestra edukuje pacienta o pravidelnosti provádění cviku až 50krát za den. Po extrakci močového katétru je nutné v posilování svěrače pokračovat a zapojit i svaly hýžd'ové a pánevního dna (JÁNSKÁ, 2008).

8 PSYCHOSOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA

Nedostatkem informací o onemocnění se mohou vyskytnout psychické problémy. U pacienta se může vyskytnout úzkost a strach z možné inkontinence, problematické či žádné erekce. U onkologicky nemocných je vhodná pomoc a péče psychologa (BURDA, 2016).

Každý člověk je vlivem nemoci změněn ve svém chování a emočním projevu. Rysy jeho osobnosti se mohou změnit. Průběh nemoci je ovlivněn i tím, v jakém psychickém stavu se nemocný nachází. V ošetrovatelské péči je důležité vnímat především osobnost nemocného. Narušení bio – psycho – sociální složky pacienta, může vést k oslabení vztahu se zdravotnickým personálem. Pokud nepřístupujeme k pacientovi jako ke člověku, ale jako k diagnóze, může dojít k depresivním stavům nemocného. S vyšším věkem přibývá více zdravotních problémů a proto je důležitá osvěta a výchova ke zdraví. Nemoc z pohledu pacienta je náročná životní situace. Může znamenat změnu dosavadního života a určité omezení v běžných činnostech. Nemoc je subjektivní prožitek člověka. Léčba v domácím prostředí je snášena podstatně lépe, než v nemocničním zařízení. Při hospitalizaci na nemocničním lůžku pacient citově strádá pro odloučení od rodiny a společnosti. Vhodné je do léčby a celé hospitalizace zapojit rodinné příslušníky, aby motivovali nemocného v boji s nemocí (MELLANOVÁ a kol., 2014).

9 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA PO RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMII

V praktické části byl vypracován ošetrovatelský proces u pacienta, který byl plánovaně přijat na oddělení urologie nemocnice Jablonec nad Nisou. Informace jsem čerpala z ošetrovatelské a lékařské dokumentace, z rozhovoru s pacientem a jeho manželkou.

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE PACIENTA

Tabulka 2 Údaje pacienta

Jméno a příjmení: X.Y.	Pohlaví: muž
Datum narození: 1950	Věk: 67
Adresa trvalého bydliště: Desná v Jizerských horách	
Nejbližší příbuzný a kontakt: manželka	
Zaměstnání: starobní důchodce	Rodinný stav: ženatý
Národnost: česká	Komunikační bariéra: ne
RČ: 500000/0000	Číslo pojišťovny: 111
Datum přijetí: 30.9.2016	Typ přijetí: plánované
Oddělení: urologické oddělení nemocnice Jablonec n. N.	Ošetřující lékař: Y.Y.

Důvod přijetí udávaný pacientem: „Jdu si nechat odstranit rakovinu“.

Medicínská diagnóza hlavní: C61 Zhoubný novotvar předstojné žlázy- prostaty

Medicínská diagnóza vedlejší: I10 Esenciální (primární) hypertenze

NYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ

67letý pacient s diagnostikovaným adenokarcinomem prostaty přeložen dne 30.9.2016 na standardní urologické oddělení nemocnice Jablonec nad Nisou z JIP-urologie, kde byl v pooperačním období intenzivně sledován a stabilizován jeho stav.

INFORMAČNÍ ZDROJE

Ošetřovatelská dokumentace, pacient, manželka pacienta, lékař.

ANAMNÉZA

RODINNÁ ANAMNÉZA

Matka: hypertenze

Otec: + karcinom plic

Sourozenci: bez závažného onemocnění

OSOBNÍ ANAMNÉZA

Onemocnění: AC prostaty, primární hypertenze

Hospitalizace a operace: stp. Dg TUR P 11/2015

Infarkt myokardu: 0

Cévní mozková příhoda: 0

Diabetes mellitus: 0

Úrazy: 0

Transfuze: 0

Očkování: Tetanus (2007)

ALERGOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Negativní

ABÚZY

Kouření: 30 let exkuřák

Alkohol: příležitostně pivo

Káva: 2x denně

Jiné návykové látky: 0

UROLOGICKÁ ANAMNÉZA

Urologické operace: diagnostická transuretrální prostatektomie 11/2015

Poslední návštěva urologa: 8/2016 kontrola PSA a objednání na radikální prostatektomii

Samovyšetření varlat: neprovádí

Dysurické obtíže: 0

FARMAKOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Amlodipin Actavis 5mg tbl p.o. 1-0-0 (vazodilatancia)
Indap 2,5 mg cps. p.o. 1-0-0 (antihypertenziva)

SOCIÁLNÍ A PRACOVNÍ ANAMNÉZA

Stav: ženatý
Vztahy, role a interakce: žije v bytě s manželkou
Zaměstnání: starobní důchodce
Záliby: procházky se psem, sledování TV

SPIRITUÁLNÍ ANAMNÉZA

nevěřící

FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU ZE DNE 30.9.2016

Hlava na poklep nebolestivá, držení hlavy přirozené

Oči zornice isokorické, brýle na čtení

Nos, uši bez výtoku, slyší dobře

Rty dostatečně hydratované, bez cyanóz

Sliznice dutiny

ústní sliznice růžová, hydratovaná, bez povlaků

Jazyk růžový, vlhký, bez povlaku, plazí středem

Tonzily nezvětšené, bez povlaku

Chrup vlastní

Krk šíje volná

Hrudník symetrický, pohyby hrudníku souměrné

Plíce dýchání čisté, sklípkové, frekvence dechu 20´

Srdce akce srdeční pravidelná, 2 ohraničené ozvy, šelest neslyším

Břicho měkké, volně prohmatné, nebolestivé, slyšitelná peristaltika

Játra nehmatná.

Slezina nehmatná

Genitál bez patologických změn

Uzlinynebolestivé

Páteř bez deformit

Rozsah pohybu

kloubů přiměřený věku

Reflexy..... zachovány

Svalová tuhost .. přiměřená věku

Periferní pulzace u horních i dolních končetin dobře hmatná pulzace artérie

Končetiny bez otoků a deformit

Kůže zdravé barvy, kožní turgor přiměřený, bez otoků a defektů

Otoky..... nejsou viditelné

Varixy nejsou viditelné, lýtka nebolestivá

**HODNOTY ZJIŠŤOVANÉ PŘI PŘÍJMU NA UROLOGICKÉM ODDĚLENÍ
NEMOCNICE JABLONEC NAD NISOU, DNE 30. 9. 2016**

Tabulka 3 Hodnoty pacienta

TK: 140/85	Stav vědomí: GCS 15(příloha C)
P: 70/min	Hmotnost: 80kg
D: 20/min	Výška: 181cm
TT: 36,6	Body mass index: 24,4

VSTUPNÍ VYŠETŘENÍ A VÝKONY

ODBĚRY:

Pacient při nástupu k hospitalizaci předkládá předoperační vyšetření, které provedl obvodní lékař.

Tabulka 4 Laboratorní předoperační výsledky

ANALÝZA	22.9.2016	REFERENČNÍ HODNOTY
glykemie	6,0 mmol/l	3,3 – 6,1 mmol/l
kreatinin	95 umol/l	
urea	7,1 mmol/l	1,8 – 8 mmol/l
Na	140 mmol/l	133 – 150 mmol/l
K	4,0 mmol/l	3,8 – 5,2 mmol/l
Cl	100 mmol/l	96 – 108 mmol/l
ALT	0,40 ukat/l	0,10 – 0,60 ukat/l
AST	0,49 ukat/l	0,10 – 0,85 ukat/l

GMT	0,43 ukat/l	0,10 – 0,85 ukat/l
APTT	30,4 s	25,9 – 40 s
INR	1,04	0,8 – 1,2
hemoglobin	169 g/l	150 ± 20 g/l
hematokrit	0,53	0,46 ± 0,06
Krevní skupina	0 Rh pozitivní	
Moč K+C	negativní	
PSA	11,4 ng/ml	Do 4 ng/ml

DALŠÍ VYŠETŘENÍ

Rentgenologické vyšetření srdce a plic: normální nález na nitrohručních orgánech

CT vyšetření plic a břicha: bez známek lymfadenopatie nebo metastáz, stp.

transuretrální resekci prostaty

Elektrokardiografické vyšetření: akce pravidelná, QRS bez patologie, vlna T plochá ve vl. v III. Negativní, aVR, jinak posit. př. časy: PQ 0,182, QRS 0,125

UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ TAXONOMIE II NANDA DOMÉN 2015-2017 ZE DNE 30.9.2016

1. PODPORA ZDRAVÍ

Subjektivně, objektivně, doma, při hospitalizaci:

Pacient byl přijat na urologické oddělení k chirurgickému řešení zhoubného onemocnění prostaty. Nikdy vážněji nestonal. Preventivní prohlídky dodržuje. O své zdraví pečuje a udržuje si ho výživovými doplňky a zdravou stravou.

Na urologii přišel poprvé loni, kdy udával častější močení přes noc. Pacient zná závažnost svého onemocnění. Veškerá léčebná nařízení plně dodržuje. Pacient je 30 let exkuřák a alkohol pije příležitostně.

Ošetrovatelský problém: Nenalezen.

Priorita: ---

2. VÝŽIVA

Subjektivně, objektivně, doma, při hospitalizaci:

„Doma se snažím jíst pravidelně a zdravě. Především ovoce, zeleninu a těstoviny. Vypiju 2 litry tekutin. Vážnější onemocnění zaživačího traktu jsem nikdy neměl“.

Potravu přijímá per os. Před operací lačnil a byl mu podán Fortrans, přípravek k očistě střev. Po operaci měl naordinovanou pouze čajovou dietu a nyní již může kaši. Denně vypije minimálně 2 litry tekutin.

Ošetrovatelský problém: Nenalezen.

Priorita: ---

3. VYLUČOVÁNÍ A VÝMĚNA

Subjektivně, objektivně, doma, při hospitalizaci:

„Při močení jsem neměl problémy jako pálení nebo řezání. Začal jsem chodit močit 5x za noc. Inkontinencí netrpím. Se stolicí problém nemám“.

Po operaci je pacient zacévkován permanentním močovým katetrem Foley 18 (2.den). Moč je hematurická. Permanentní katetr je průchodný. Stolice byla dnes tj. 30.9.

Ošetrovatelský problém: Nenalezen.

Priorita: ---

4. AKTIVITA – ODPOČINEK

Subjektivně, objektivně, doma, při hospitalizaci:

„Rád chodím na procházky se psem. S usínáním problém nemám. Budím se z důvodu časté mikce“.

Pacient je plně pohyblivý. Nyní se však kvůli permanentnímu močovému katétru bojí prudkých pohybů a zatím nechodí. Má kompresní punčochy DKK a antikoagulační terapii. Jednou denně provádí rehabilitace dle fyzioterapeuta (návlek kýchnutí s operační ránou, dechová cvičení, pohyby dolními končetinami na lůžku). Stoj a sed ještě nezkoušel, bojí se vytažení katétru. Při vyhodnocení Barthelova testu soběstačnosti pacientovi vyšlo 70 bodů (dle přílohy D) a je lehce závislý. Po operaci potřebuje dopomoc při ranní hygieně.

Ošetrovatelský problém: Neschopnost samostatně provést ranní hygienu.

Priorita: střední

5. PERCEPCE/KOGNICE

Subjektivně, objektivně, doma, při hospitalizaci:

„O nemoci jsem se snažil načíst co nejvíce informací. S pamětí problém nemám“.

Pacient orientovaný, komunikace otevřená a smysluplná. Pacient je plně informován o svém zdravotním stavu a komplikacemi, které souvisejí s touto operací.

Ošetřovatelský problém: Nenalezen.

Priorita: ---

6. SEBEPERCEPCE

Subjektivně, objektivně, doma, při hospitalizaci:

„Mám strach, jak všechno dopadne. Uvědomuji si závažnost onemocnění a jsem s ním smířen“.

Pacient spolupracuje, navázat komunikaci není obtížné. V rozhovoru s pacientem je poznat strach, ale i přes to je vyrovnaný a klidný.

Ošetřovatelský problém: Nenalezen.

Priorita: ---

7. VZTAHY MEZI ROLEMI

Subjektivně, objektivně, doma, při hospitalizaci:

„Jsem ženatý a bydlím s manželkou v bytě. Manželka je to nejlepší co mě v životě potkalo. Čas trávím s vnoučaty na které jsem se velmi upnul“.

Manželka je nemocnému velkou oporou. Na návštěvy chodí každý den.

Ošetřovatelský problém: Nenalezen.

Priorita: ---

8. SEXUALITA

Subjektivně, objektivně, doma, při hospitalizaci:

Pacient již sexuálně neaktivní.

Ošetřovatelský problém: Nenalezen

Priorita: ---

9. ZVLÁDÁNÍ/TOLERANCE ZÁTĚŽE

Subjektivně, objektivně, doma, při hospitalizaci:

„Zátěž jsem vždy snášel dobře, byl jsem oporou manželce, když se v rodině něco stalo. Mám spokojený a klidný život. Nyní se bojím jak vše dopadne. Velkou oporu mám v manželce“.

Pacient je komunikativní, extrovertní. Otevřeně mluví o strachu z výsledku operace a udává obavy z výsledku histologie.

Ošetrovatelský problém: Pacient pociťuje strach a obavy.

Priorita: střední

10. ŽIVOTNÍ PRINCIPY

Subjektivně, objektivně, doma, při hospitalizaci:

„Jsem nevěřící a do kostela nechodím“.

Pro pacienta je důležité, aby celá rodina byla zdravá.

Ošetrovatelský problém: Nenalezen.

Priorita: ---

11. BEZPEČNOST – OCHRANA

Subjektivně, objektivně, doma, při hospitalizaci:

„Cítím se bezpečně jen mě dráždí cévka a mám pořád pocit, že potřebuji na toaletu“.

Pacientovi byl zaveden periferní žilní katétr G 20 (růžová) do PHK předloktí, kterým je nemocnému podávána medikace a infuzní terapie.

Dále má zaveden 2.den permanentní močový katétr Folley 18. Operační rána velikosti 10 cm bez zarudnutí a bez prosaku převazována za aseptických podmínek sterilním materiálem. Klid na lůžku po operaci. Vyhodnoceno riziko pádů – 4 body (dle přílohy G). Pacient poučen o bezpečnosti a používání signalizačního zařízení.

Ošetrovatelský problém: Riziko infekce: PŽK (1.den), PMK (2.den). Narušená kožní integrita (operační rána). Riziko pádu.

Priorita: střední

12. KOMFORT

Subjektivně, objektivně, doma, při hospitalizaci:

„ Bolí mě operační rána a dráždí cévka. Bolest je silná a bodavá, přichází při otočení se na bok“.

Pacienta bolí operační rána a její okolí. Na vizuální analogové 5-ti stupňové škále popisuje bolest VAS 3 – 4 (dle přílohy E). Chtěl by vědět kdy se vytáhne permanentní močový katétr.

Ošetřovatelský problém: Bolest.

Priorita: střední

13. RŮST/VÝVOJ

Subjektivně, objektivně, doma, při hospitalizaci:

„Snažím se udržet si váhu a jsem spokojen, že se mi to daří“.

Pacient měří 181 cm, váží 80 kg a jeho BMI je 24,4 – normální váha. Pacient jí zdravě a snaží se udržet si stálou hmotnost.

Ošetřovatelský problém: Nenalezen.

Priorita: ---

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Tabulka 5 Laboratorní pooperační výsledky od 30.9.2016

Analýza	30.9.2016	1.10.2016	2.10.2016	Referenční Hodnoty
glykemie		5,8	5,5	3,3 – 6,1 mmol/l
Na		139	139	133 – 150 mmol/l
K		3,8	4,0	3,8 – 5,2 mmol/l
Cl		103	105	96 – 108 mmol/l
hemoglobin	125	126	135	150 ± 20 g/l
hematokrit	0,46	0,45	0,47	0,46 ± 0,06
trombocyty	245	230	233	150 - 400 10 ⁹ /l

Tabulka 6 Odpady z Redonova drénu

Datum	Množství	Krytí	Kontrola Průchodnosti
30.9.2016	50 ml	neprosakuje	nezalomen, průchozí
1.10.2016	30 ml	asepticky převázáno	průchozí
2.10.2016	20 ml	neprosakuje	průchozí
3.10.2016	EX	Na ránu po drénu krytí	

Tabulka 7 Bilance tekutin

Datum	Příjem (ml)			Výdej (ml)		
	PERORÁLNĚ	PARENTERÁLNĚ	CELKEM	MOČ	DRÉN	CELKEM
30.9.2016	740	2700	3440	2450	50	2500
1.10.2016	2450	2400	4850	4450	30	4480
2.10.2016	2000	2400	4400	4680	20	4700
3.10.2016	2150	2400	4550	4500	0	4500

Tabulka 8 Medikamentózní léčba v nemocnici

	Název	Dávka	Způsob Podání	Léková Skupina
Medikace	Amlodipin Actavis 5mg	1-0-0	perorálně	vazodilatancia
	Indap 2,5 mg	1-0-0	perorálně	antihypertenzi va
	Aescin 20mg	0-1-0	perorálně	venofarmakum
	Axetine 1,5 g	6-14-22	intravenózně	antibiotika
	Xorimax 250 mg	6 - 18	perorálně	antibiotika
	Clexane 0,4	20:00	subkutánně	antikoagulanci a
	Novalgin 2 ml	Při VAS 3 interval 6- 8hod,max 8ml/24h	intravenózně	analgetika
	Morphin 10mg	Při VAS 4 interval 6- 8hod,max 40mg/24h	intramuskulárně	analgetika
Quamatel 20mg	Při nauzei	intravenózně	antacida	

Infuzní terapie: Fyziologický roztok kontinuálně dle ordinace lékaře.

SITUAČNÍ ANALÝZA KE DNI 30. 9. 2016

Pacient 67 let, přeložen po radikální prostatektomii z JIP- urologie na urologické oddělení. Nyní je hospitalizovaný 3.den . Pacient podstoupil plánovanou operaci prostaty a dnes je 2.pooperační den. Pacient je při vědomí, plně orientovaný a oběhově stabilizovaný. Pacient má zavedený permanentní močový katétr Foley 18 2.den, odvádí hematurickou moč a je plně průchodný. Stolice byla dnes na JIP před překladem na oddělení. V den překladu byl také pacientovi zaveden PŽK G 20 (růžová) do PHK předloktí za aseptických podmínek. S pacientem byla sepsána ošetřovatelská anamnéza a zhodnoceny rizika dekubitů dle Nortonové- získal 27 bodů (dle přílohy F), což znamená nerizikovost v oblasti dekubitů. U zhodnocení rizika pádu - získal 4 body

a vyhodnoceno bylo riziko pádu. Pacient byl edukován o riziku pádu. Lůžko bylo opatřeno signalizačním zařízením, zábranami a pacient byl poučen o vhodné obuvi při vertikalizaci. Výsledek hodnocení je zapsán do dokumentace pacienta. Test základních všedních denních činností dle Barthela (příloha D) byl vyhodnocen počtem bodů – 70 – lehká závislost. Pacient potřebuje dopomoc při ranní hygieně. Operační rána v místě podbřišku je velikosti 10 cm, bez prosaku, bez známek infekce, denně sterilně převazována. Pacient zatím ještě nebyl po operaci vertikalizován. Fyzioterapeut s pacientem nacvičil dechová cvičení a nácvik kýchnutí či kašle s operační ránou. Prevencí tromboembolické nemoci jsou pacientovi ordinovány kompresní punčochy.

Při překladu je pacient seznámen s hodnotící škálou VAS a udává na 5 ti stupňové škále bolest VAS 3 -4. Pacientovi jsou podávána analgetika dle ordinace lékaře. Pacient je seznámen s právy pacientů a chodem oddělení .

Souhrn ošetrovatelských problémů, které vyplynuly z ošetrovatelské anamnézy a situační analýzy: pacient má narušenou integritu tkáně (má operační ránu), akutní bolest a deficit sebepéče při koupání. Dále hrozí riziko infekce z důvodu PŽK (1. den) a PMK (2. den) a riziko pádů.

STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT

- I. Akutní bolest (00132)
- II. Riziko infekce (00004) (PMK)
- III. Riziko infekce (00004) (PŽK)
- IV. Narušená integrita kůže (00046)
- V. Deficit sebepéče při koupání (00108)
- VI. Riziko pádu (00155)
- VII. Strach/ úzkost (00148)

(HERDMAN a kol., 2016)

I. Ošetrovatelská diagnóza: Akutní bolest (00132)

Doména 12: Komfort

Třída 1: Tělesný komfort

Definice:

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

Určující znaky:

výraz bolesti v obličeji (např. ztráta lesku v očích, zbitý pohled, fixní nebo roztroušený pohyb, grimasa), zprostředkované hlášení o bolesti/změnách v aktivitách (např. člen rodiny, pečovatel), vlastní hlášení o intenzitě bolesti pomocí standardizovaných škál bolesti (např. škála Wonk bacer faces, vizuální analogová škála, numerická škála)

Související znaky:

fyzikální původci zranění (např. absces, amputace, popálení, pořezání, zvedání těžkých předmětů, operace, trauma, přetrénování)

Priorita: střední

Dlouhodobý cíl: Pacient nepociťuje bolest do 7 dnů.

Krátkodobý cíl: Pacient po zahájení analgetické terapie pociťuje zmírnění bolesti na 5 ti stupňové škále ze stupně VAS 5 na VAS 3 - do 2 dnů

Očekávané výsledky:

- Pacient je seznámen s potřebou analgetické léčby – do 1 hodiny.
- Pacient umí používat numerickou škálu bolesti k hodnocení intenzity bolesti - do 1 dne.
- Pacient udává zmírnění bolesti do 1 hodiny po podání analgetik dle ordinace lékaře.
- Pacient udává zmírnění bolesti z VAS 5 na VAS 3 při zavedené analgetické léčbě - do 1 dne.
- Pacient je schopný o bolesti a charakteru hovořit do 1 dne.
- Pacient zná úlevové polohy do 1 dne.
- Pacient zná vedlejší účinky analgetik.

Plán intervencí od 30.9 – 5.10.2016:

1. Edukuj pacienta o vizuální analogové škále – ihned – všeobecná sestra.
2. Zjisti stupeň, lokalizaci a charakter bolesti, pomocí 5 stupňové číselné škály a zaznamenej do dokumentace - do 1 hodiny, všeobecná sestra.
3. Pouč pacienta o nutnosti analgetické léčby - do 1 hodiny, všeobecná sestra

4. Podávej analgetika dle ordinace lékaře, zhodnoť jejich efekt a zaznamenej do dokumentace – průběžně - všeobecná sestra.
5. Edukuj pacienta o možnosti provádění úlevové polohy – do 1dne- všeobecná sestra.
6. Sleduj nežádoucí účinky analgetik, informuj lékaře a zaznamenej do dokumentace - všeobecná sestra.
7. Zajisti pacientovi klidné prostředí - průběžně- všeobecná sestra, sanitář.

Realizace 30.9 (9:00 – 18:00 hod)

Při překladau pacient udává bodavou bolest v operační ráně VAS 3- 4.

9:00 - přeměření FF - tlak krevní, puls, teplota, dechová frekvence, saturace (TK 145/85, P 86/min, TT 36,5, D 18/min, Saturace O₂ 97 %)

9:15 - zjištění stupně, lokalizace a charakteru bolesti + provedení záznamu do dokumentace

9:30 - edukace pacienta o vizuální analogové škále, analgetické léčbě a technikách zmírnění bolesti

9:45 - podání analgetik- Morphin 10mg s.c. při VAS 4 dle ordinace lékaře

10:15 - sledování účinků analgetik , pacient udává bolest VAS 2

12:00 - zajištění pohodlí a klidu pacienta

16:00 - podání analgetik- Novalgin 1amp do 100ml F1/1 i.v při VAS 3 dle ordinace lékaře

16:30 - sledování účinků analgetik , pacient udává zmírnění bolesti, zápis do dokumentace

18: 00 - kontrola bolesti- pacient nevyžaduje analgetika, měření FF (bez odchylek z ranního měření)

1.10. – 5.10.2016

Pacient umí popsat bolest dle analogové 5 ti stupňové škály. Aktivně se zapojuje do hodnocení bolesti. Pacientovi jsou aplikovány analgetika dle škály VAS a dle

ordinace lékaře. Vše je zaznamenáno do ošetrovatelské dokumentace. Pacient dobře reaguje na aplikovaná analgetika a bolest se snižuje na VAS 2. U pacienta nedošlo k žádným nežádoucím účinkům po aplikaci analgetik. Fyziologické funkce jsou bez odchylek. Přes den pacient umí zaujmout úlevovou polohu a pomoci si od bolesti bez medikace.

Hodnocení:

Cíl splněn částečně, pacient zná a chápe příčinu bolesti do prvního pooperačního dne, pacient umí zhodnotit bolest dle hodnotící škály, udává zmírnění bolesti z VAS 5 na nižší do dvou dnů, pomáhá mu úlevová poloha, pacient nemá narušený spánek bolestí, u pacienta je nutné nadále sledovat intenzitu a charakter bolesti
Pokračují intervence: 2,4,5,6,7.

II. Ošetrovatelská diagnóza: Riziko infekce (00004)(PMK)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 1: Infekce

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

Rizikové faktory: invazivní vstupy, nedostatečné znalosti, jak se nevystavovat patogenům

Priorita: střední

Dlouhodobý cíl: Pacient nemá projevy infekce – po dobu zavedení PMK.

Krátkodobý cíl: Pacient je informován o péči o permanentní močový katétr a dodržování hygieny – do 2 dnů.

Očekávané výsledky:

Pacient nejeví známky místní infekce – denně.

Pacientův PMK je průchodný – denně.

Pacient umí pečovat o PMK – denně.

Plán intervencí od 30.9 – 5.10.2016:

1. Sleduj projevy místní infekce – vždy – všeobecná sestra.
2. Udržuj permanentní katétr čistý – vždy – všeobecná sestra, sanitář.

3. Udržuj lůžko pacienta čisté – vždy – všeobecná sestra, sanitář.
4. Sleduj délku zavedení katétru a zapisuj do dokumentace – vždy – všeobecná sestra.
5. Kontroluj, aby nedošlo k rozpojení PMK od urovaku – denně – všeobecná sestra.

Realizace 30.9 .2016 (7:00 – 19:00 hod):

Pravidelné vyhledávání projevů místní a celkové infekce. Sledování průchodnosti permanentního katétru. Moč je hematurická. Diuréza je dostatečná – 1500ml/12hod). Délka zavedení katétru je zapsána do dokumentace (2.den). Sestra kontroluje, zda nedošlo k rozpojení systému a pravidelně vypouští urovak.

1.10. – 5.10.2016

PMK po dobu zavedení bez známek místní a celkové infekce. Průběžně během dnů sledována průchodnost PMK a okolí zavedení. Moč se postupně čistí a bilance tekutin je vyrovnaná. Sestra provede zápis o diuréze a délce dni zavedení katétru.

Hodnocení:

Pacient nejeví známky místní ani celkové infekce.

Permanentní močový katétr je průchodný.

Cíl splněn částečně, nutno pokračovat v intervencích 1 – 5 do vytažení PMK.

III. Ošetrovatelská diagnóza: Riziko infekce (00004)(PŽK)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 1: Infekce

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

Rizikové faktory: invazivní vstupy, nedostatečné znalosti, jak se nevystavovat patogenům

Priorita: střední

Dlouhodobý cíl: Pacient nemá projevy infekce - po dobu zavedení vstupu

Krátkodobý cíl: Pacient zná důvod periferního žilního katétru, je poučen o péči o invazivní vstup - do 2 dnů

Očekávané výsledky:

Pacient je bez bolestivých projevů v místě vpichu, bez zarudnutí na končetině se zavedeným vstupem – denně.

Pacientův periferní žilní katétr je průchodný – denně.

Pacient nepocítuje při i.v. aplikaci bolest či pálení- denně.

Plán intervencí od 30.9 – 5.10.2016:

1. Dodržuj aseptický přístup při převazování a při manipulaci s invazivními vstupy- vždy- všeobecná sestra.
2. Sleduj okolí invazivního vstupu- denně- všeobecná sestra.
3. Informuj pacienta o projevech infekce (bolest, zarudnutí) - do 2 hodin- všeobecná sestra.
4. Vyměňuj periferní žilní katétr dle ošetrovatelských standardů oddělení- všeobecná sestra.
5. Sleduj délku zavedení PŽK a prováděj záznam do dokumentace – a 24hodin - všeobecná sestra.

Realizace 30.9 .2016 (7:00 – 19:00 hod):

V den překlady 30.9.2016 byl pacientovi zaveden PŽK G 20 (růžová) do PHK předloktí k aplikaci antibiotik a infuzní terapii. Při zavedení jsem postupovala asepticky a vše jsem zaznamenala do dokumentace.

U pacienta jsem kontrolovala okolí zavedení invazivních vstupů denně. Po dobu zavedení PŽK průchodný a funkční. Okolí vpichu PŽK je bez známek infekce. Do dokumentace proveden zápis o lokalizaci a provedených převazech krytí.

1.10.2016 (7:00 – 19:00 hod)

PŽK plně funkční bez známek infekce. Převazy á 72 hodin prováděny asepticky. Pacient snášel ATB léčbu bez obtíží. Průběžně během dne prováděny kontroly místa zavedení PŽK. Zápis o lokalizaci místa vpichu, dnu zavedení a převazu krytí zaznamenáváno do dokumentace.

2.10.2016 (7:00 – 19:00)

Periferní žilní katétr vytažen dle ordinace lékaře. Místo po vpichu klidné, bez zarudnutí a bolesti. Proveden zápis do dokumentace.

Hodnocení:

Pacient nejeví známky místní infekce. Periferní žilní katétr průchodný. Cíl splněn, po dobu zavedení invazivního vstupu nedošlo k infekci, po vytažení PŽK je místo po vpichu klidné a bez zarudnutí.

IV. Ošetrovatelská diagnóza: Narušená integrita kůže (00046)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Fyzické poškození

Definice: Změna v epidermis a/nebo dermis.

Určující znaky: změny integrity

Související faktory: mechanické faktory (např. střížné síly/smýkání, tlak, imobilita)

Priorita: střední

Dlouhodobý cíl: Pacient má obnovenou tkáňovou integritu, operační rána se hojí per primam a během hospitalizace nedojde ke komplikacím v hojení rány – do 7 dnů.

Krátkodobý cíl: Pacient zná zásady péče o operační ránu – do 2 dnů.

Očekávané výsledky:

- Pacient je informován o zásadách převazu operační rány – denně.
- Pacientova operační rána je asepticky ošetřována do zhojení- denně.
- Pacient umí zaregistrovat změny v operační ráně a ihned informuje sestru – denně.
- Pacientova operační rána nejeví známky infekce - do 12 hodin.
- Pacient zná a dodržuje léčebný režim – do 1 dne.
- Pacient udržuje operační ránu v suchu – denně.

Plán intervencí od 30.9 – 5.10.2016:

1. Vysvětlí pacientovi péči o operační ránu – do 1 dne- všeobecná sestra, lékař.
2. Převazuj operační ránu za aseptických podmínek – denně – všeobecná sestra.
3. Kontroluj vzhled operační rány a její okolí – denně – všeobecná sestra, lékař.

4. Sleduj, zda nedochází k sekreci z operační rány, komplikace hlas lékaři – denně – všeobecná sestra.
5. Udržuj operační ránu v suchu a čistotě – denně – všeobecná sestra.
6. Prováděj záznam o vzhledu operační rány do dokumentace – denně – všeobecná sestra.

Realizace 30.9.2016 (7:00 – 19:00hod):

Po ranní hygieně je operační rána převázána a zkontrolována lékařem. Převaz jsem provedla za aseptických podmínek pomocí sterilních pomůcek. Ránu jsem udržovala v čistotě a suchu. Sledovala jsem, zda nedochází k sekreci z rány. Operační rána se hojí per primam bez viditelných zánětlivých změn. Při manipulaci s pacientem a převazu operační rány jsem postupovala opatrně z důvodu bolesti. Pacienta jsem poučila o péči o ránu a o možných komplikacích u hojení operační rány a jejich projevech. Provedené převazy rány jsem zapisovala do dokumentace.

1.10. – 5.10.2016

Průběžně jsem během dní kontrolovala operační ránu, zda není zarudlá a zda nedochází k sekreci z rány. Převazy jsem provedla každý den po ranní hygieně pomocí sterilních pomůcek. Pacient spolupracuje v péči o operační ránu a umí zhodnotit komplikace v hojení. Rána se hojí per primam a je bez známek infekce. Vše jsem zapsala do dokumentace.

Hodnocení:

- Cíl splněn částečně.
- Operační rána je bez známek infekce.
- Operační rána se hojí per primam.
- Operační rána je bez sekrece.
- Operační rána je asepticky převazována.
- Kožní integrita není zhojena.
- Pokračují intervence 1 – 6 do propuštění.

V. Ošetrovatelská diagnóza: Deficit sebeděče při koupání (00108)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 5: Sebeděče

Definice: Zhoršená schopnost samostatně provádět nebo dokončit aktivity týkající se koupání.

Určující znaky: zhoršená schopnost umýt si tělo, zhoršená schopnost dostat se do koupelny

Související faktory: bolest, slabost

Priorita: střední

Dlouhodobý cíl: Pacient je schopen provést sám celkovou hygienu v koupelně – do 5 dnů.

Krátkodobý cíl: Pacient zvládá provádět hygienu na lůžku s dopomocí jiné osoby – do 2 dnů.

Očekávané výsledky:

- Pacient se zapojuje do ranní hygieny - do 24 hodin.
- Pacient se sám částečně umyje - do 24 hodin.
- Pacient využívá kompenzační pomůcky (sedátko, madlo) ve sprše k prevenci pádu – do 2 dnů.

Plán intervencí od 30.9 – 5.10.2016:

1. Zajisti pacientovi kompletní hygienu na lůžku – do 24 hodin – všeobecná sestra, sanitářka.
2. Přines pacientovi umyvadlo a hygienické pomůcky – vždy – všeobecná sestra, sanitářka.
3. Umožni pacientovi se zapojit do hygieny dle jeho možností při hygieně – do 24 hodin - všeobecná sestra, ošetrovatelka.
4. Zajisti pacientovi dostatečné soukromí – vždy – všeobecná sestra, ošetrovatelka.
5. Edukuj pacienta o používání kompenzačních pomůcek ve sprchovém koutě - do 48 hodin – všeobecná sestra.

Realizace od 30. 9.2016(7:00 – 19:00):

Pacienta jsem seznámila s nutností provedení osobní hygieny na lůžku. K lůžku jsem pacientovi přinesla umyvadlo a hygienické pomůcky. Zajistila jsem kompletní hygienu pacienta. Dbala jsem na soukromí, které jsem zajistila pomocí přenosné zástěny.

1.10. – 3.10.2016

Pacienta jsem nechala provést hygienu v rámci jeho možností. Dopomohla jsem mu s umytím zad, které jsem následně promazala tělovým mlékem na přání pacienta. Při celkovém zlepšení stavu pacienta a jeho postupné vertikalizaci, jsem ho poučila o nutnosti používání kompenzačních pomůcek v koupelně.

3.10 – 5.10.2016

Pacient zvládá samostatně provést hygienu v koupelně s využitím kompenzačních pomůcek, kterými jsou madla a sedátko ve sprchovém koutě. Nepotřebuje dopomoc druhé osoby.

Hodnocení:

Krátkodobý i dlouhodobý cíl byl splněn. Pacient chápe nutnost provedení ranní hygieny na lůžku a aktivně se v rámci jeho možností zapojuje. Postupně je schopný provést hygienu v koupelně sám bez dopomoci druhé osoby.

VI. Ošetrovatelská diagnóza: Riziko pádů (00155)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Fyzické poškození

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

Rizikové faktory: ≥ 65 let, pooperační zotavení

Priorita: střední

Dlouhodobý cíl: Pacient v průběhu hospitalizace neupadne.

Krátkodobý cíl: Nastavení preventivních opatření snižující riziko pádu – do 12hodin.

Očekávané výsledky:

- Pacient poučen o riziku pádu - ihned.
- Pacient zná bezpečnostní opatření snižující riziko pádu -vždy.
- Pacient se pohybuje v bezpečném prostředí – vždy.
- Pacient vstává z lůžka pomalu, používá vhodnou obuv- vždy.

Plán intervencí od 30.9 – 5.10.2016:

1. Při překladu zhodnot' riziko pádu a aktualizuj dle aktuálního zdravotního stavu pacienta – při příjmu, či změně stavu – všeobecná sestra.
2. Nauč pacienta zacházet se signalizačním zařízením a dbej, aby ho měl v dosahu ruky – do 1 hodiny- všeobecná sestra.
3. Reaguj na signalizační zařízení a pomoz pacientovi – vždy – všeobecná sestra, sanitář.
4. Zajisti pacientovi bezpečné prostředí a to udržuj neustále: signalizační zařízení, suchá podlaha, zabrzděné lůžko i se stolkem, dostatek osvětlení, volný průchod pokojem, madla v koupelně – v den překladu - všeobecná sestra, sanitář.
5. Pouč pacienta o vhodné obuvi – do 12 hodin - všeobecná sestra.
6. Zaznamenávej do dokumentace změnu stavu či pád – průběžně – všeobecná sestra, fyzioterapeut.

Realizace od 30.9 .2016(7:00 – 19:00):

Při vyhodnocení rizik pacientovi vyšlo riziko pádu – 4body. Pacienta jsem seznámila se signalizačním zařízením a dala ho na dosah ruky. Zkontrolovala jsem, zda je lůžko se stolkem zabrzděné. Na noc jsem se souhlasem pacienta opatřila lůžko jednou postranicí. Provedla jsem záznam do dokumentace.

1.10. – 5.10.2016

Po dobu hospitalizace jsem kontrolovala, zda má pacient signalizační zařízení v dosahu ruky. Lůžko i s nočním stolkem je zabrzděné. Stolek má pacient v dosahu ruky. Pacienta jsem poučila o vhodné obuvi. Okolí pacienta je bezpečné a na pokoji je

volný průchod. Pacienta jsem kontrolovala, zda využívá kompenzační pomůcky v koupelně (madlo, sedátko). Přes noc jsem nechala svítit noční osvětlení pokoje. Denně jsem kontrolovala stav pacienta a zapisovala do dokumentace.

Hodnocení:

Cíl splněn částečně. Pacient je poučen o prevenci pádu, bezpečnostní nařízení dodržuje, umí používat kompenzační pomůcky. Pacient bez obav používá signalizační zařízení. Okolí pacienta je bezpečné. Po dobu realizace pacient neupadl. Pokračují intervence 1 – 6 do ukončení hospitalizace.

VII. Ošetrovatelská diagnóza: Strach (00148)

Doména 9: Zvládnání/tolerance zátěže

Třída 2: Reakce na zvládnání zátěže

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

Určující znaky: pociťuje strach, pociťuje obavy, identifikuje předmět strachu

Související faktory: oddělení od podpůrného systému

Priorita: střední

Dlouhodobý cíl: Pacient je vyrovnaný a nemá strach - do konce hospitalizace.

Krátkodobý cíl: Pacient je seznámen s léčbou, mluví o strachu a obavách - do 48 hod.

Očekávané výsledky:

- Pacient je schopen rozpoznat objekt strachu a mluvit o něm - do 1 dne.
- Pacient má dostatek informací o jeho zdravotním stavu – denně.
- Pacient není úzkostlivý – do 1 dne.
- Pacient zná postup další léčby – denně.
- Pacient umí odbourat strach – za hospitalizace.

Plán intervencí od 30.9 – 5.10.2016:

1. Posuď stupeň strachu a proved' záznam do ošetrovatelské dokumentace – do 1 dne, všeobecná sestra.
2. Za pomoci rozhovoru zjisti příčinu strachu - do 1 dne – všeobecná sestra.
3. Získej pacientovu důvěru - do 1 dne – všeobecná sestra.

4. Vyslechni potřeby pacienta – denně – všeobecná sestra.
5. Zajisti rozhovor s lékařem v případě potřeby poskytnutí informací – vždy – všeobecná sestra.
6. Zajisti přítomnost rodiny u pacienta – dle potřeby – všeobecná sestra.

Realizace 30.9.2016(7:00 – 19:00):

Pacientovi jsem se snažila naslouchat, mít na něj vždy dostatek času a jednat empaticky. Zajistila jsem mu veškeré informace v rámci svých kompetencí a vždy mu dala prostor na otázky. Požádala jsem syna a manželku nemocného, aby se pokusili odpoutat pozornost pacienta od zdroje strachu. Denně jsem kontrolovala postupné zlepšení psychického stavu.

1.10. – 5.10.2016

Pacient komunikuje o svém strachu. Psychickou podporu má v každodenních návštěvách manželky a syna. Lékař každý den na vizitě informoval pacienta o jeho zdravotním stavu a o dalších léčebných postupech. Na pacientovi dotazy odpovídám v rámci svých kompetencí. Při postupném zlepšování zdravotního stavu a vertikalizaci je pacient klidnější.

Hodnocení:

Cíl splněn částečně. Pacient zná postup léčby a vyjadřuje obavy z nemoci. Přetrvává strach z výsledku histologie. Pokračují intervence: 2 – 6 do konce hospitalizace.

9.1 CELKOVÉ ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Pacient byl plánovaně přijat k provedení operačního výkonu na prostatě. Celková pooperační péče proběhla bez komplikací. Naplánovaná ošetrovatelská péče byla efektivní. Během hospitalizace nedošlo k místní ani celkové infekci. Pacient snášel hospitalizaci dobře. Na 5 stupňové analogové škále bolesti udával bolest VAS 3 – 4. Analgetickou terapii snášel dobře a bolest se postupně snižovala. Za pomoci úlevových poloh si dokázal pacient ulevit od bolesti bez aplikace analgetik. V pooperačním období se pacient zapojoval v rámci svých možností do osobní hygieny na lůžku a postupně nevyžadoval dopomoc druhé osoby. Za pomoci fyzioterapeuta se naučil vertikalizovat z lůžka s operační ránou. Během realizace ošetrovatelského plánu měl pacient bezpečné prostředí a nedošlo k pádu. Operační rána v podbřišku se zhojila per primam a pacient ví jak pečovat o ránu. Pacient se aktivně podílel na pooperační a ošetrovatelské léčbě. Pacient měl strach z výsledku operace. Během léčby se psychický stav zlepšil, jen přetrvávají obavy z histologického závěru. Velkou podporou byla nemocnému manželka.

Pacient byl velmi komunikativní, klidný a ochotně odpovídal na otázky, které jsem mu kladla. Souhlasil s použitím všech získaných informací a osobních dat k napsání této práce.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Karcinom prostaty je v dnešní době velmi aktuální a stále přibývajícím onemocněním. Proto vytvořit doporučení pro praxi týkající se celé této oblasti je obsáhlé. V mé práci bych chtěla zmínit doporučení pro praxi pro ošetrovatelskou péči o pacienta po prostatektomii. Stanovila jsem obecná doporučení pro ošetrovatelskou péči.

DOPORUČENÍ PRO VŠEOBECNÉ SESTRY

- lidský přístup k pacientovi s ohledem na bio – psycho – sociální potřeby
- u každého pacienta si udělat dostatek času a umět naslouchat
- nepřehlížet pacientovi sdělované problémy ohledně sexuality
- otevřeně mluvit s nemocným o budoucnosti jeho sexuality
- vysvětlit pacientovi, že operací nepřijde o mužství
- vysvětlit partnerce jaká bude pooperační sexuální dysfunkce muže
- doporučit pacientovi vhodné inkontinenční pomůcky

DOPORUČENÍ PRO PACIENTY

- dostatečná informovanost o pooperačních komplikacích, týkajících se inkontinence a erektilní dysfunkce
- využití předoperačních rehabilitačních technik k posílení svalů pánevního dna
- otevřená komunikace o svých obavách, strachu a sexuální budoucnosti
- požádejte svého urologa před operací o informace týkající se erektilní dysfunkce a její řešení
- aktivně se ptejte na veškeré informace o onemocnění a léčbě v průběhu hospitalizace

DOPORUČENÍ PRO MANAGEMENT

- před operací pacientovi automaticky vypisovat poukaz na rehabilitaci k nácviku posílení pánevních svalů
- vyškolit všeobecnou sestru na urologické ambulanci v oblasti inkontinenčních pomůcek
- vymezit pacientům po radikální prostatektomii ambulantní den k potřebě nastavení správných inkontinenčních pomůcek
- zajistit diskrétní místnost pro pacienta a lékaře k vysvětlení, popř. názorné ukázce řešení erektilní dysfunkce po operaci
- aktivně pacientovi nabídnout možnosti řešení pooperační inkontinence a erektilní dysfunkce

ZÁVĚR

Cílem práce bylo přiblížit péči o pacienta po radikální prostatektomii pro karcinom prostaty. Incidence karcinomu prostaty je trvale na vzestupu, a tudíž vzrůstá i nárůst operačních výkonů.

I když je retropubická radikální prostatektomie na ústupu, stále se s ní setkáváme na pracovištích, kde není k dispozici laparoskopické či robotické vybavení. Jedná se o komplikovaný výkon s delší hospitalizační dobou a nutností pečlivé pooperační péče.

V teoretické části jsme rozebrali anatomii a fyziologii prostaty, etiologii vzniku karcinomu prostaty, diagnostické a terapeutické postupy, detailně jsme popsali retropubickou radikální prostatektomii.

V praktické části jsme se věnovali ošetrovatelskému procesu dle Marjory Gordon. Zabývali jsme se konkrétním pacientem s karcinomem prostaty, který podstoupil radiální operační zákrok. Rozpracovali jsme aktuální ošetrovatelské diagnózy, které byly seřazeny podle priorit pacienta. Sestavili a zrealizovali jsme ošetrovatelský plán, který jsme poté zhodnotili.

Tyto cíle v bakalářské práci byly splněny:

- získat poznatky o výskytu karcinomu prostaty v České republice
- zjistit příznaky a příčiny onemocnění
- stanovit ošetrovatelské diagnózy
- sestavit ošetrovatelský postup
- doporučení
- vytvoření informační karty pro pacienty podstupující operaci prostaty

SEZNAM LITERATURY

BADANI, K., CHEETHAM, P., 2010. *Robotic prostatectomy for prostate cancer: is it for you?* San Diego, Calif: University Readers. ISBN 9781609279172.

BOUČEK, J., 2006. *Lékařská psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-1501-1.

BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2016. *Ošetrovatelská péče: pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5333-1.

ČERMÁK, A. a kol., 2002. *Diagnostika karcinomu prostaty – současné možnosti a limitace transrektální ultrazvukem vedené biopsie prostaty*. Urologie pro Praxi. 2002(4): 142–149. ISSN - 1213-1768

DIENSTBIER, Z., 2014. *Rakovina a sex*. Obecné informace pro pacienty. Praha: Liga proti rakovině. 12 stran. ISBN 978-80-260-7708-4

DECLAN, M. a kol., 2006. *Roboticky asistovaná radikální laparoskopická prostatektomie: současný stav*. Urologické listy. Praha. 4(4), 31-37. ISSN 1214-2085

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

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

DUŠEK L. a kol., 2005. *Epidemiologie zhoubných nádorů v České republice*. [online]. Masarykova univerzita. [cit. 2017-02-06]. Dostupné z: <http://www.svod.cz>. Verze 7.0, ISSN 1802 – 8861.

FERDOVÁ, E. a kol., 2014. *PET/CTS 18F-fluorochoumem u karcinomu prostaty, dvouleté zkušenosti*. Česká radiologie [online]. 68(1), 22-29 [cit. 2017-02-04]. ISSN 1210-7883. Dostupné z: <http://www.cesradiol.cz/detail.php?stat=451>

HEIDENREICH, A. a kol., 2011. *EAU Guidelines pro léčbu karcinomu prostaty. Část první*. Urologické listy. roč. 9, č. 2, s. 84-94. ISSN: 1214-2085; 1801-7584

HANUŠ, T., 2011. *Urologie*. V Praze: Triton. Lékařské repetitorium. ISBN 978-80-7387-387-5.

HANUŠ, T. a MACEK, P., 2015. *Urologie pro mediky*. V Praze: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3008-3.

HERDMAN, T., KAMITSURU, H., 2016. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace 2015-2017*. Praha: Grada. 464 stran. ISBN 978-80-247-5412-3.

HUGO, J., VOKURKA, M., FIDLEROVÁ, M., 2016. *Slovník lékařských zkratk*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-519-4.

JÁNSKÁ, O., 2008. *Rehabilitace v urologii*. Urologie pro Praxi. 9(3): 147–150. ISSN - 1213-1768

KAPOUNOVÁ, G., 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1830-9.

KAWACIUK, I., 2009. *Urologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-626-7.

KITTNAR, O., 2011. *Lékařská fyziologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3068-4.

KLEVETOVÁ, D. a DLABALOVÁ, I., 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2169-9.

KOLLÁROVÁ, L. a kol., 2013. *Transuretrální resekce prostaty vs. kvalita života*. Sestra. 23(12), 43-44. ISSN 1210-0404.

KUPKA, K. a kol., 2015. *Nukleární medicína*. 6. vydání (2. vydání v Nakladatelství P3K). V Praze: P3K. ISBN 978-80-87343-54-8.

MASAR, L., D., 2016. *Ošetrovatelská péče o pacienta s karcinomem prostaty – stav po Da Vinciho prostatektomii*. Praha. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze Ústav ošetrovatelství. Vedoucí práce Mgr. Jana Heřmanová, Ph.D.

MELLANOVÁ, A. a kol., 2014. *Speciální psychologie*. 5. Přeprac. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-559-4.

MMSW, 2008. *Multimediální trenážér plánování ošetrovatelské péče*. [online]. Vyšší odborná škola zdravotnická a Střední zdravotnická škola, Hradec Králové. [cit. 2017-02-17]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz>

NĚMCOVÁ, J. a kol., 2015. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci: text pro posluchače zdravotnických oborů*. 3. vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-904955-9-3.

OPATRŇÁ, M., 2013. *Psychologický přístup k pacientovi s pokročilým karcinomem prostaty*. Urologie pro praxi [online]. **14**(1), 22-24 [cit. 2017-03-18]. Dostupné z: <http://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2013/01/06.pdf>

PACÍK, D., 2009. *Postavení radikální prostatektomie v léčbě karcinomu prostaty lokalizovaného na prostatickou žlázu. Realita a mýty, pravda a fikce o roboticky asistované radikální prostatektomii*. Urologické listy. Praha. 7(3), 6. ISSN 1214-2085

SCHNEIDEROVÁ, M., 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4414-8.

STAŇKOVÁ, M., 2000. *Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi*. České ošetrovatelství 6. 1. vydání. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-7013-323-6.

VORLÍČEK, J. a kol., 2006. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1716-6.

VYHNÁLKOVÁ, V. a kol., 2011. *Možnosti predikce karcinomu prostaty pomocí PCA3*. Urologické listy. Praha. 9(4), 31-37. ISSN 1214-2085

PŘÍLOHY

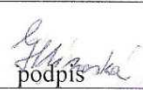

Příloha A Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování BP	I
Příloha B Rešerše	II
Příloha C Hodnocení vědomí Glasgow Coma Scale	III
Příloha D Hodnocení všedních činností	IV
Příloha E Vizuální analogová škála bolesti	V
Příloha F Stupnice dle Nortonové	V
Příloha G Nástroj pro zjištění rizika pádu pacienta	VI
Příloha H - Informační karta pro muže: po operaci prostaty	VII

Příloha A - Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování BP



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	Splítková Denisa	
Studijní obor	Všeobecná sestra	Ročník 3. BVS
Téma práce	Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta po prostatektomii	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Urologické oddělení, Nemocnice Jablonec nad Nisou .	
Jméno vedoucího práce	PhDr. Jana Hlinovská, RS	
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 <input type="radio"/> nesouhlasím <div style="text-align: right;">  podpis </div>	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím <div style="text-align: right;"> nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o. Mgr. Jiřka Řehořová, MBA náměstkyně pro ošetrovatelskou péči nemocnice 115, 466 60 Jablonec nad Nisou  podpis </div>	

V Jablonci nad Nisou dne 20.9.2016

podpis studenta



Příloha B - Rešerše

KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA PO PROSTATEKTOMII

Denisa Splítková

Jazykové vymezení: čeština, angličtina

Klíčová slova: Nádory prostaty - Prostatic Neoplasms. Pozitronová emisní tomografie – Positron-Emission Tomography. Prostatektomie – Prostatectomy. Protonová terapie – Proton Therapy. Radioterapie – Radiotherapy. Roboticky asistované výkony - Robotic Surgical Procedures.

Časové vymezení: 2006 – 2016

Druhy dokumentů: knihy, články a abstrakta, elektronické zdroje

Počet záznamů:

České zdroje: záznamů: 66 (knihy: 3; články, abstrakta: 63)

Zahraniční zdroje: záznamů: 76

Použitý citační styl: 18Harvardský, ČSN ISO 690-2:2011(česká verze mezinárodních norem pro tvorbu citací tradičních a elektronických dokumentů)

Základní prameny: Katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz) a databáze BMČ

Specializované databáze (CINAHL a MEDLINE)

Příloha C - Hodnocení vědomí Glasgow Coma Scale

HODNOCENÝ PARAMETR	REAKCE	BODY
Otevírání očí	spontánní	4
	na výzvu	3
	na algický podnět	2
	neotevírá	1
Motorické projevy	uposlechnutí příkazů	6
	lokalizace bolesti	5
	uhýbání od algického podnětu	4
	dekortikační (flekční) rigidita	3
	decerebrační (extenční) rigidita	2
	žádná reakce	1
Verbální reakce	pacient orientovaný a konverzuje	5
	pacient dezorientovaný či zmatený, ale komunikuje	4
	neadekvátní či náhodně volená slova, žádná smysluplná konverzace	3
	nesrozumitelné zvuky, mumlání, žádná slova	2
	žádné verbální projevy	1
Hodnocení:		15 bodů – pacient v plném vědomí 3 body – pacient v hlubokém bezvědomí

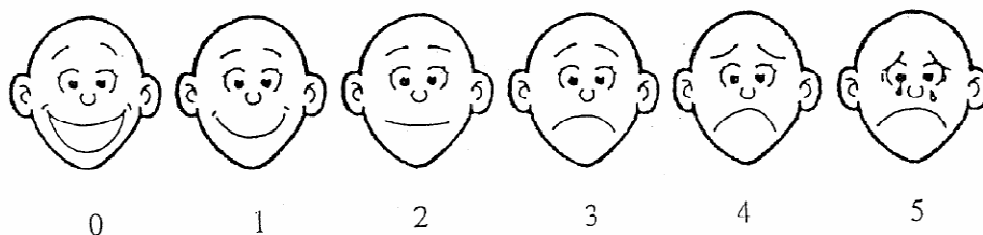
Zdroj: STAŇKOVÁ, 2000

Příloha D - Hodnocení všedních činností

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
přesun lůžko - židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Celkové skóre		
Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech		
0 – 40 bodů	- vysoká závislost	
45 – 60 bodů	- závislost středního stupně	
65 – 95 bodů	- lehká závislost	
100 bodů	- nezávislý	

Zdroj: KLEVETOVÁ, 2008

Příloha E - Vizuální analogová škála bolesti



Zdroj: vlastní

Příloha F - Stupnice dle Nortonové

Schopnost spolupráce	úplná 4	malá 3	částečná 2	žádná 1
Věk	< 10 4	< 30 3	< 60 2	> 60 1
Stav pokožky	normální 4	alergie 3	vlhká 2	suchá 1
Každé další onemocnění	žádné 4	DM, anemie 3	kachexie, ucpávání tepen 2	obezita, karcinom 1
Fyzický stav	dobrý 4	zhoršený 3	špatný 2	velmi špatný 1
Stav vědomí	dobrý 4	apatický 3	zmatený 2	bezvědomí 1
Aktivita	chodí 4	doprovod 3	sedačka 2	leží 1
Pohyblivost	úplná 4	částečně omezená 3	velmi omezená 2	žádná 1
Inkontinence	není 4	občas 3	převážně moč 2	moč + stolice 1

Zdroj: MMSW, 2008

Příloha G - Nástroj pro zjištění rizika pádu pacienta

Během příjmového vyhodnocení vyhodnoťte pacienta podle následujících kritérií. Jestliže je skóre vyšší než 3, řiďte se protokolem. Přehodnoťte stav pacienta podle potřeby.

Aktivita		Skóre
Pohyb	Neomezený	0
	Používání pomůcek	1
	Potřebuje pomoc k pohybu	1
	Neschopen přesunu	1
Vyprazdňování	Nevyžaduje pomoc	0
	Historie nokturie/inkontinence	1
	Vyžaduje pomoc	1
Medikace	Neužívá rizikové léky	0
	Užívá léky ze skupiny:	1
	- diuretik	
	- antikonvulziv	
	- antiparkinsonik	
	- antihypertenziv	
- psychotropní léky nebo benzodiazepiny		
Smyslové poruchy	Žádné	0
	Vizuální, sluchové, smyslový deficit	1
Mentální stav	Orientován	0
	Občasná/noční dezorientace	1
	Historie dezorientace/demence	1
Věk	18-75	0
	75 a výše	1
Celkové skóre:		

Zdroj: MMSW, 2008

INFORMAČNÍ KARTA PRO MUŽE: PO OPERACI PROSTATY



Denisa Splítková
2017

JAKÉ JSOU DVĚ NEJČASTĚJŠÍ KOMPLIKACE PO OPERACI PROSTATY?

Pokud Vám bylo diagnostikováno zhoubné onemocnění prostaty a lékař Vás odesílá na operační řešení této nemoci, měl byste znát tyto dvě nejčastější pooperační komplikace.

1. EREKILNÍ DYSFUNKCE

Sexuální potíže mohou vytvářet napětí v partnerských vztazích a není neobvyklé, že iniciativu v hledání pomoci převezme žena. Doporučujeme, aby se léčby aktivně účastnila i Vaše partnerka. Poruchy erekce lze ve většině případů léčit. Jsou k dispozici léky, které erekci posilují nebo spouštějí. Nebojte se požádat svého urologa o vysvětlení možných řešeních (ED), i když rozhovor o těchto intimních tématech někdy činí obtíže.

JAK NAVRÁTIT SEXUÁLNÍ ŽIVOT?

K obnově erektilní funkce patří perorální léčba. Léky jsou schopny zvýšit přívod krve do topořivých těles, posilují a spouštějí erekci.

Další formou jsou injekce, které se vpravují přímo do penisu. V praxi se využívá, pokud je tabletová léčba nedostatečně účinná. Tato léčba vyžaduje spolupráci mezi pacientem a lékařem. Pacient se sám naučí aplikovat injekce. Výhodou této metody je její velmi vysoká účinnost. Nevýhodou je nepříjemná forma aplikace.



Ukázka tabletové formy k léčbě erektilní dysfunkce.



Ukázka injekční formy k léčbě erektilní dysfunkce.

Ve většině případů muži dobře reagují na tabletovou léčbu, a tudíž není potřeba se obávat. I po operaci prostaty budete nadále plnit roli muže.

2. INKONTINENCE

Nejobávanější komplikace po operačním odstranění prostaty.

Močová inkontinence se stává problémem nejen zdravotním, ale i společenským.

Fyzioterapie s užíváním medikamentů často do jednoho roku inkontinenci zcela odstraní nebo významně potlačí. Pánevní svalové cvičení je tak prvosledovou léčbou užívanou ke zlepšení funkce pánevního dna i močového měchýře po odstranění prostaty.

Správné zásady cvičení

Dýchání do beder (oblast mezi pánví a hrudníkem)

– toto dýchání aktivuje bránici, která je přes další svaly spojena s pánevním dnem. Při cvičení nezadržujte dech. Dýchejte volně, nádech nosem a výdech ústy. Cviky by měly být prováděny podle návodu, s vyprázdněným močovým měchýřem.

Co můžeme od cvičení očekávat?

Výsledkem pravidelného provádění cviků, které jsou popsány níže, je posílení svalů dna pánevního. Po několika měsících cvičení se muž může nechtěného úniku moči zcela zbavit. Tyto cviky by měl znát a provádět každý muž, který chce předejít nepříjemným důsledkům ochabnutí svalových a vazivových struktur pánevního dna po operaci prostaty.



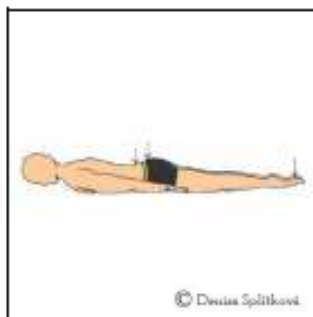
Leh na zádech, pokrčené dolní končetiny, dlaně položené na podbřišek.

Svaly okolo konečníku zapněte tak, jako při zadržení větrů, podbřišek lehce vtáhněte, stáhněte močový svěrač a svaly dolní části břicha zpevněte. V pozici vydržte 3, 5 až 7 vteřin. S výdechem postupně všechny svaly uvolněte.



Leh na zádech, pokrčené dolní končetiny.

Zapněte svaly okolo konečníku a stáhněte svěrač močové trubice. Nadzvedněte pánev. V pozici vydržte 3, 5, 7 vteřin. Pánev pomalu pokládejte a uvolněte svěrač konečníku.



Leh na břiše, dolní končetiny natažené, paže podél těla dlaněmi vzhůru.

Hlavu opřete o čelo. Zapněte svěrače konečníku a močové trubice, lehce vtáhněte podbříšek a zatlačte nártu, boky a hřbetem dlaní do podložky. V pozici vydržte 3, 5, 7 vteřin. Pomalu uvolněte napětí svalů končetin, svěrače i břišní svaly.



Sed klečmo na patách, ruce volně položené na stehnech.

Zapněte svaly okolo konečníku, stáhněte svěrač močové trubice a lehce vtáhněte podbříšek. Zatlačte nártu do podložky a lehce protlačte boky a pánev dopředu. V pozici vydržte 3, 5, 7 vteřin. Pomalu uvolňujte napětí svalů dolních končetin a svěrače.

Změnou životního stylu můžete zvládnout příznaky
inkontinence a zlepšit kvalitu života.

Existuje mnoho inkontinenčních pomůcek, které napomáhají zvládnout nechtěný únik moči. Některé produkty nejsou větší než spodní prádlo. Muži mohou využít sběrač, který je obepnut kolem penisu. Dále mohou využít přilnavé pomůcky na penis napojené na sáček, který je schován pod oblečením.





Tato informační karta je výstupem bakalářské práce s názvem
komplexní ošetrovatelská péče o pacienta po prostatektomii,
která vznikla při studiu Vysoké školy zdravotnické o.p.s.,
Duškova 7, Praha 5.