

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTŮ PO
TRANSURETRÁLNÍ RESEKCI PROSTATY**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

KATEŘINA DOHNÁLKOVÁ

Praha 2019

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTŮ PO
TRANSURETRÁLNÍ RESEKCI PROSTATY**

Bakalářská práce

KATEŘINA DOHNÁLKOVÁ

Stupeň vzdělání:

Bakalář

Název studijního oboru:

Všeobecná sestra

Vedoucí práce:

doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

Praha 2019



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

DOHNÁLKOVÁ Kateřina

3CVS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacientů po transuretrální resekci prostaty

Pflegerprozess bei Patienten nach transurethraler Prostataresektion

Vedoucí bakalářské práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

V Praze dne 1. listopadu 2018


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

rektorka

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 31. 3. 2019

.....
Kateřina Dohnálková

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala paní doc. PhDr. Jitce Němcové, PhD. za odborné vedení mé bakalářské práce. Spolupráce s ní byla vynikající a moc si vážím jejího času, který mi věnovala. Podkladů a námětů, které mi průběžně poskytovala, si velmi cením.

Dále bych chtěla poděkovat svým rodičům, rodinným příslušníkům, přátelům a všem, kteří mě podporovali nejen při psaní bakalářské práce, ale po celou dobu studia.

ABSTRAKT

DOHNÁLKOVÁ, Kateřina. *Ošetrovatelský proces u pacientů po transuretrální resekcii prostaty*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD. Praha. 2019. 78 s.

Téma bakalářské práce je Ošetrovatelský proces u pacientů po transuretrální resekcii prostaty. Tato práce je rozdělena do dvou částí – část teoretická a praktická. V první z nich, tedy v části teoretické, popisujeme benigní hyperplazii prostaty – charakteristiku, příčiny, klinický obraz, diagnostiku, komplikace a léčbu nemoci. Dále zde detailně definujeme transuretrální resekcii prostaty, operační průběh výkonu i pooperační péči. Součástí teoretické části je i prostatický režim na míru určený urologickým pacientům právě po tomto výkonu. V části praktické se zaměřujeme na ošetrovatelský proces u pacienta po transuretrální resekcii prostaty z důvodu benigní hyperplazie. Pacientovy potřeby a problémy jsme zpracovali dle funkčního modelu zdraví Marjory Gordonové. Praktická část zahrnuje i doporučení pro praxi.

Klíčová slova:

Benigní hyperplazie prostaty. Endourologie. Transuretrální resekce prostaty. Urologické operace. Urologie.

ABSTRAKT

DOHNÁLKOVÁ, Kateřina. *Pflegerprozess bei Patienten nach transurethraler Prostataresektion*. Krankenflegerhochschule. Grad der Qualifikation: Bachelor (Bc.). Supervisor: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD. Prag. 2019. 78 s.

Das Thema meiner Baccalarius Abschlussarbeit ist: Der pflegerische Prozess bei Patienten nach einer transneuraler Resektion der Prostata. Diese Arbeit wird in zwei Teile gespaltet. Im ersten Teil, also im theoretischen Teil, beschreiben wir – die Charakteristik, die Ursachen, das klinische Bild, die Diagnose, die Komplikationen und die Behandlung der Krankheit. Weiter werde ich die transneurale Resektion der Prostata, den Operationsprozess und die postoperative Pflege detailliert definieren. Teil der Theorie ist auch ein maßgeschneiderter Prostata-Modus für urologische Patienten nach diesem Eingriff. In dem praktischen Teil konzentrieren wir uns auf den pflegerischen Prozess bei einem Patienten mit transneuraler Resektion der Prostata, der durch eine benigne Hyperplasie der Prostata, die Bedürfnisse und Probleme haben wie durch das Gesundheit-Modell von Majory Gordon bearbeitet. Der praktische Teil beinhaltet auch eine Empfehlung für die Praxis.

Schlüsselwörter:

Benigne Prostatahyperplasie. Endourologie. Chirurgie der Urologie. Transurethrale Prostata-Resektion. Urologie.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	
SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ.....	
SEZNAM TABULEK, OBRÁZKŮ, GRAFŮ	
ÚVOD.....	12
1 BENIGNÍ HYPERPLAZIE PROSTATY	15
1.1 VÝSKYT BHP	15
1.2 ETIOLOGIE A RIZIKOVÉ FAKTORY VZNIKU BHP	16
1.3 DRUHY BHP	16
1.4 KLINICKÝ OBRAZ BHP.....	17
1.5 KOMPLIKACE BHP	18
1.6 DIAGNOSTIKA BHP.....	18
1.7 LÉČBA BHP	21
2 TRANSURETRÁLNÍ RESEKCE PROSTATY.....	25
2.1 CHARAKTERISTIKA TURP	25
2.2 KOMPLIKACE TURP	27
3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES	28
3.1 CHARAKTERISTIKA OSP	28
4 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA PO TURP	30
5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA PO TURP	32
ZÁVĚR.....	64
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	65
SEZNAM WEBOVÝCH ZDROJŮ.....	67
PŘÍLOHY	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

APPE	Appendektomie
AV	Atrioventrikulární
BHP	Benigní hyperplazie prostaty
BMI	Body mass index
bpn	Bez patologického nálezu
ca	Karcinom
CRP	C-reaktivní protein
DHT	Dihydrotestosteron
DK	Dolní končetina
DÚ	Dutina ústní
dx.	Vpravo
EKG	Elektrokardiograf
FW	Sedimentace erytrocytů
HIFU	High intensity focused ultrasound
CHCE	Cholecystektomie
INR	International normalization ratio
LUTS	Lower urinary track symptoms
PMK	Permanentní močový katetr
PŽK	Periferní žilní katetr
RTG	Rentgen
sin.	Vlevo
TRUS	Transrektální ultrasonografie
TUIP	Transuretrální incize prostaty
TUMT	Transuretrální mikrovlnná termoterapie
TURP	Transuretrální resekce prostaty
UZ	Ultrazvuk
VAS	Vizuální analogová škála

(VOKURKA a kol., 2015), (KAŠÁKOVÁ a kol., 2015),

zdroj: <https://lekarske.slovniky.cz/pojem/dht>

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

- Akinetický** – nepohyblivý
- Anamnéza** – předchorobí
- Ankylóza** – vazivové nebo kostěné spojení
- Antidepresiva** – skupina léků užívaných k léčbě deprese
- Antikoagulancia** – léky tlumící krevní srážlivost
- Appendektomie** – chirurgické odstranění appendixu
- Cystitida** – zánět močového měchýře
- Cystografie** – rentgenové kontrastní vyšetření močového měchýře
- Cystometrie (plnicí)** – urodynamická metoda
- Diagnostika** – proces stanovení diagnózy vyšetřováním pacienta
- Digestiva** – léky podporující trávení
- Detruzor** – sval v močovém měchýři podílející se na jeho vyprazdňování
- Dihydrotestosteron** – mužský pohlavní hormon vznikající redukcí testosteronu v cílových tkáních enzymem 5-alfa.reduktázou
- Dysbalance** – nerovnováha
- Edukace** – výchova
- Ejakulace** – výstřik, výron semene
- Endokrinní systém** – systém žláz s vnitřní sekrecí a jejich hormonů
- Endoskopie** – metoda umožňující prohlédnutí vnitřních tělesných dutin a dutých orgánů
- Enukleace** – operační výkon spočívající v odstranění kulovitých ohraničených útvarů
- Epitel** – krycí tkáň, výstelka, pokrývá zevní povrch těla
- Erytrocyt** – červená krvinka
- Extenze** – natažení
- Flebitida** – zánět žíly
- Flexe** – ohnutí
- Fytoterapie** – terapie léčivými rostlinami
- Hematokryt** – relativní objem erytrocytů v krvi vyjádřený jako zlomek (procento) celkového objemu krve
- Hematurie** – přítomnost krve v moči
- Hemoglobin** – červené krevní barvivo

Hemostyptika – léky užívané k zástavě krvácení

Herniotomie – druh operace kýly

Hypacusis – nedoslýchavost

Hypermetropie – dalekozrakost

Hypertenze – vysoký krevní tlak

Hypertrofie – zvětšení, zbytnění orgánu v důsledku zvětšení jeho buněk

Hypolipidemika – léky snižující hladinu tuku a cholesterolu v krvi

Hypotenze – nízký krevní tlak

Cholecystektomie – chirurgické odstranění žlučníku

Inhibitor – látka schopná tlumit určitý děj

Inkontinence – neschopnost udržet moč

Inquinální – tříselný

Insuficience – nedostatečnost, selhávání

Intravenózní – způsob aplikace do krevního oběhu

Invazivní – pronikající, vnikající

Ischurie (paradoxní) – zadržetí moči provázené odchodem moči z přeplněného močového měchýře po kapkách

Izokorie – normální stav, kdy zornice obou očí mají stejnou velikost

Kapsula – pouzdro

Kavernózní – dutinový

Koagulace – srážení, ztužení

Koagulační nekróza – nekróza charakterizovaná koagulací odumřelých tkání

Laxativa – projímadla

Leukocyt – bílá krvinka

Meningeální – vztahující se k mozkovým plenám

Meteorismus – plynatost, nadýmání

Mezocefalický – tvar lebky s vyváženými délkovými poměry

Mikce – močení

Nauzea – nevolnost, pocit na zvracení

Nekróza – odumření tkáně či části orgánu, k němuž dojde v živém organismu

Nemaligní – nezhoubný

Nykturie – časté močení v noci

Nystagmus – rychlé mimovolní pohyby očí

Pankreatitida – zánět slivky břišní

Perforace – proděravění, protržení, vznik chorobného otvoru v dutém orgánu

Polakisurie – časté nucení na moč, provázené vymočením malého množství moči

Proliferace – bujení, novotvoření, růst

Pyelonefritida – bakteriální hnisavý zánět ledvin, tj. zánět ledvinné pánvičky

Recidiva – návrat nemoci, která již byla vyléčena nebo u které již vymizeli příznaky

Resekce – chirurgické odstranění části orgánu

Resektoskop – endoskopický přístroj používaný k resekci

Retardace – zpomalení

Retence – zadržení

Reziduum – zbytek

Stenóza – abnormální zúžení

Standard – ustálená a žádoucí míra či stupeň, skouzíci jako základ hodnocení

Striktura – zúžení trubicového orgánu

Stromální buňky – podpůrné buňky, „kostra“ orgánu tvořená vazivem

Symptom – příznak

Symptomatologie – soubor příznaků, kterými se může projevit určitá nemoc

Syndrom – typická kombinace příznaků určitého onemocnění

Tapotement – poklep malíkovou hranou ruky na oblast ledvin

Testosteron – mužský pohlavní steroidní hormon

Tonsilektomie – chirurgické odstranění krčních mandlí

Turgor – napětí kůže dané jejím „naplněním“ tekutinou

Ultrazvuk – vyšetřovací a léčebná metoda

Umbilikální – pupeční

Urodynamika – nauka zabývající se transportem moči, zejm. z hlediska fyzikálního

Uroflowmetrie – metoda sloužící k vyšetření průběhu močení a jeho kvantitativnímu hodnocení

Urologie – lékařský chirurgický obor zabývající se nemocemi močového systému a mužských pohlavních orgánů a jejich léčbou včetně operativní

Vapolarizace – proces vypařování, sublimace

Varixy – vakovitě rozšířené, vinuté žíly

Venofarmaka – léky užívané k léčbě žilních onemocnění

Vertikalizace – zaujetí vertikální polohy těla, postavení se

(VOKURKA a kol., 2015), (KAŠÁKOVÁ a kol., 2015)

SEZNAM TABULEK, OBRÁZKŮ, GRAFŮ

OBRÁZKY

Obrázek 1 Srovnání normální a hyperplastické prostaty.....	12
Obrázek 2 Vyšetření prostaty per rectum.....	16
Obrázek 3 Transvezikální prostatektomie.....	20

TABULKY

Tabulka 1 Identifikační údaje.....	30
Tabulka 2 Hodnoty a údaje zjištěné při přijetí.....	31
Tabulka 3 Léková anamnéza.....	32
Tabulka 4 Medikamentózní léčba.....	48

ÚVOD

Budeme-li se tázat lidí, na čem jim nejvíce záleží, nejčastější odpověď zní: „Rodina a zdraví.“ Zdraví si začneme skutečně vážit až v momentu, kdy jsme nemocní.

Benigní hyperplazie prostaty je jedno z nejčastějších onemocnění starších mužů. Jedná se o nemoc, kdy dojde k nezhoubnému zvětšení prostaty, které muže sice na životě neohrožuje, ale výrazně snižuje kvalitu jeho života. Počet mužů, kterým zvětšená prostata působí obtíže, se zvyšuje se vzrůstajícím věkem.

V současné době neexistuje lék, který by hyperplazii prostaty zcela vyléčil, proto se ve většině případů přistupuje k léčbě chirurgickou metodou, a to konkrétně k metodě zvané TURP – transuretrální resekci prostaty.

Transuretrální resekce prostaty je endourologický výkon indikován u nezhoubného zvětšení prostaty, při němž se odstraňuje zbytnělá prostata. K tomuto zákroku se přistupuje v případě, že selže léčba konzervativní. Jedná se o nejúčinnější léčbu při terapii benigní hyperplazie. Výskyt benigní hyperplazie roste spolu se zvyšujícím se věkem. Prevalence tohoto onemocnění se v dnešní době pohybuje okolo 250/1000 mužů.

V úvodní části bakalářské práce popisujeme benigní hyperplazii prostaty – příčiny, příznaky, diagnostiku a léčbu této nemoci, neboť právě tato choroba vyžaduje v rámci léčby transuretrální resekci prostaty, což je další kapitolou, kterou naše teoretická část obsahuje. Dále jsme definovali specifika ošetrovatelské péče u urologického pacienta. V praktické části bakalářské práce jsme se zaměřili na zpracování komplexní ošetrovatelské péče u sedmdesáti dvouletého pacienta přijatého k plánovanému operačnímu výkonu TURP z důvodu benigní hyperplazie prostaty na urologické oddělení. Detailně jsme zpracovali jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu pomocí modelu Marjory Gordonové.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Zjistit co nejvíce informací o transuretrální resekcí prostaty ze zdrojů získaných rešerší.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Vypracování ošetrovatelského procesu u pacienta po transuretrální resekcí prostaty provedené z důvodu benigní hyperplazie podle modelu Marjory Gordon.

Cíl 2: Navrhnout doporučení pro praxi.

Vstupní literatura

KAWACIUK, Ivan, 2009. *Urologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-627-7.

MAREČKOVÁ, Jana, 2006. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 8024713993.

NĚMCOVÁ, Jitka a kol., 2018. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci: TEXT PRO POSLUCHAČE ZDRAVOTNICKÝCH OBORŮ*. 5. doplněné. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5, Duškova 7, 150 00, 2018. ISBN 978-80-88249-02-3.

VÁVŘOVÁ, Lucie, 2016. Diagnostika a léčba benigní hyperplazie prostaty. *Postgraduální medicína: odborný časopis pro lékaře*: Praha: Mladá fronta, **2016/6**. ISSN 1212-4184.

Popis rešeršní strategie

Bakalářská práce, vypracovaná na téma Ošetrovatelský proces u pacientů po transuretrální resekcí prostaty, byla zpracována na základě studia odborné literatury, která je uvedena v seznamu literárních zdrojů, dále odborných článků na internetu, které jsou uvedeny v seznamu webových zdrojů a z vlastních zkušeností z praxe s pacienty po transuretrální resekcí prostaty. K vyhledávání odborné literatury jsme využili rešerše z knihovny Národního centra ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. Rešerše byla zadána v říjnu 2018.

Jako klíčová slova v českém jazyce byla zvolena: benigní hyperplazie prostaty, endourologie, transuretrální resekcí prostaty, urologické operace, urologie.

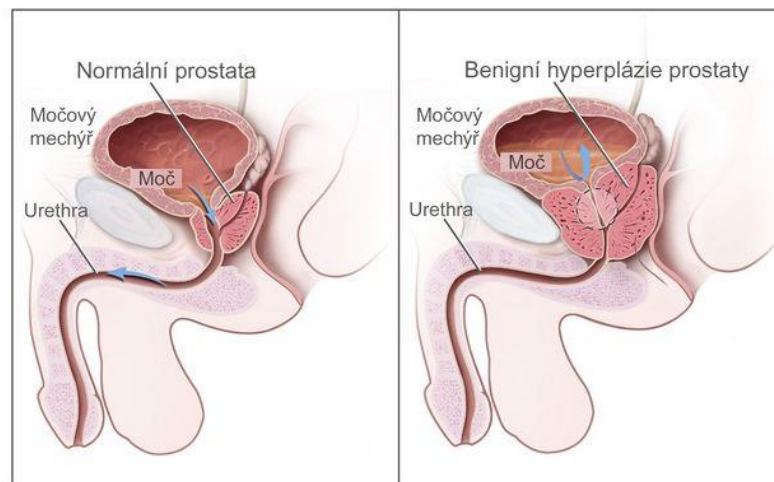
V německém jazyce to byla tato slova: benigne Prostatahyperplasie, Endourologie, transurethrale Prostata-Resektion, Chirurgie der Urologie, Urologie.

Rešerší jsme získali celkem 82 titulů – 62 článků a 20 titulů knižních. Převážná většina zdrojů byla publikována v jazyce českém a slovenském, některé v jazyce anglickém. Z těchto 82 dostupných zdrojů jsme vybrali 36 výtisků týkajících se daného tématu. Z nich bylo pro tvorbu bakalářské práce využito celkem 19 zdrojů. Selektce proběhla na základě vztahu textu k tématu a jeho obsahu.

1 BENIGNÍ HYPERPLAZIE PROSTATY

Přesná definice benigní hyperplazie prostaty není doposud stanovena.

Doktor Vít Vachalovský BHP definuje takto: „BHP je především patologicko-anatomická. Jde o nemaligní zvětšení prostaty na podkladě zmnožení především stromálních buněk. Nemusí vždy působit klinické obtíže a naopak přítomnost samotné symptomatologie nemusí znamenat přítomnost BHP“ (HANUŠ, 2011, s. 96).



Obrázek 3 – Srovnání normální a hyperplastické prostaty

Zdroj: https://www.wikiskripta.eu/w/Benign%C3%AD_hyperplazie_prostaty

Naproti tomu Verner definuje BHP následovně: „BHP je způsobena nemaligním zvětšením prostaty na podkladě zmnožení stromálních buněk, které se vyskytuje pouze za přítomnosti dihydrotestosteronu, tj. u všech mužů, kteří mají funkční testes“ (VERNER, 2005, s. 10).

1.1 VÝSKYT BHP

„Zvětšenou prostatu lze nalézt u poloviny mužů v šedesáti letech a téměř u všech osmdesátiletých. Mikroskopické projevy tohoto onemocnění nacházíme však již u mužů třicetiletých a mladších, obecně se ale uvádí, že je toto onemocnění typické pro muže starší čtyřiceti let. Každý muž může očekávat, že dosáhne věku, kdy by u něj bylo možno BHP prokázat mikroskopicky téměř v 90 % a příznaky tohoto onemocnění v 50 %. Mluvíme o tzv. lower urinary track symptoms – příznacích dolních močových

cest. Až tři čtvrtiny mužské populace starší padesáti let trpí příznaky BHP a pravděpodobnost čtyřicetiletého muže, že v budoucnu podstoupí operaci prostaty, je bezmála 30%“ (ZÁMEČNÍK, SOUKUP, 2009, s. 18).

„Prevalence tohoto onemocnění je zhruba 250/1 000“ (HANUŠ, 2011, s. 96).

1.2 ETIOLOGIE A RIZIKOVÉ FAKTORY VZNIKU BHP

Jedná se o multifaktoriální onemocnění:

- Vyšší věk – vzniká u mužů v 5.–7. decéniu na základě biologických změn.
- Přítomnost funkčních varlat.
- Hormonální dysbalance (poměr androgenu a estrogenu).
- Účinek dihydrotestosteronu (tj. intracelulární androgenní metabolit), který je konvertován z testosteronu (pomocí enzymu 5-alfa-reduktázy), se akumuluje v prostatické tkáni a způsobuje její zbytnění. Aktivaci receptorů DHT v prostatickém stromatu umožňují estrogény (estriol a estradiol).
- Rizikové faktory: změny endokrinního systému, dědičnost, chemické vlivy vnějšího prostředí, skladba potravy (zejména převaha živočišných tuků). (BEZDIČKOVÁ, SLEZÁKOVÁ, 2010), (HANUŠ, 2011)

Dalším možným rizikovým faktorem je obezita – tuková tkáň je totiž hlavním zdrojem aromatizace testosteronu na estrogen (zmíněno již výše). (KAWACIUK, 2009)

1.3 DRUHY BHP

Benigní hyperplazii prostaty klasifikujeme do celkem tří skupin:

- Mikroskopická BHP – jedná se o buněčnou proliferaci prostaty, tzn. že se projevuje pouze histologicky.
- Makroskopická BHP – vzniká na podkladu BHP mikroskopické a dochází ke zvětšení prostaty.
- Klinická BHP – vzniká z makroskopické BHP a představuje symptomatologii dolních močových cest (lower urinary tract symptoms). (KAWACIUK, 2009)

1.4 KLINICKÝ OBRAZ BHP

Zvětšená prostata působí svým uložením významnou překážku v odtoku moče z močového měchýře. Projevuje symptomy LUTS. S postupem času mohou příznaky nabírat na intenzitě a narůstat. Závažnost příznaků není vždy závislá na velikosti prostaty. (KAWACIUK, 2009), (ZÁMEČNÍK, SOUKUP, 2009)

Nejčastěji se objevující skupinou příznaků je tzv. vyprazdňovací (mikční) symptomatologie. Jiné literární zdroje tuto skupinu nazývají jako **obstrukční** mikční obtíže. Tato skupina zahrnuje příznaky jako: slabý proud moče, retardace startu mikce (dlouho trvá, než je pacient schopen močení spustit), neschopnost náhlého ukončení mikce (dochází k postmikčnímu odkapávání), pocit neúplného vyprázdnění močového měchýře, močovou retenci s následnou paradoxní ischurií (přetékání moče z přeplněného močového měchýře). (KAWACIUK, 2009), (HANUŠ, 2011)

Další skupinu tvoří tzv. jímací symptomatologie nebo také mikční obtíže **iritativní**. Zde se objevují následující projevy: nykturie (nemocný se v noci budí s pocitem nucení na močení; při BHP 5-10x za noc), polakisurie (častá evakuace močového měchýře po malých dávkách moči) nebo urgentní inkontinence (velmi intenzivní a náhle vzniklé nucení na močení, které často končí pomočením). (KAWACIUK, 2009), (HANUŠ, 2011,)

Ke zhodnocení závažnosti pacientových obtíží, monitorování úspěšnosti léčby nebo naopak progrese nemoci se používá IPSS – International Prostate Symptom Score (Mezinárodní prostatické symptomové skóre). (KAWACIUK, 2009)

1.5 KOMPLIKACE BHP

Nejčastěji se setkáváme s těmito komplikacemi:

- Akutní uroinfekce – častěji cystitida, vzácněji pyelonefritida. Objevují se zejména u pacientů trpícími postmikčními rezidui. Výskyt častých uroinfekcí může mít ve starším věku vliv na udržení moči.
- Akutní močová retence – může být vyvolána rychlým příjmem velkého množství tekutin nebo prochlazením. Dojde k bolestivému přeplnění močového měchýře, který nemocný nemůže vyprázdnit.
- Inkontinence – vzniká v důsledku chronického přeplnění močového měchýře a dochází k přetékání.
- Renální insuficience – tato komplikace způsobená BHP je vzácná, ale možná. Může k ní dojít z důvodu zbytnění svaloviny močového měchýře, což způsobuje útlak močovodu, a to má za následek zhoršení odtoku moči z ledvin. (VERNER, 2005), zdroj: <http://medicina.cz/clanky/10257/192/Komplikace-nelecene-zvetseneprostaty/>

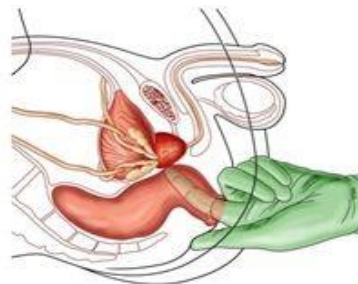
1.6 DIAGNOSTIKA BHP

Anamnéza je základem každé diagnostiky. Jedná se o cílený rozhovor lékaře s nemocným. Cílem anamnézy je získat co nejvíce informací, které mají souvislost se zdravotním stavem pacienta. U pacienta s BHP by měla se měla skládat z následujících šesti odvětví. (KAWACIUK, 2009)

1. Nynější onemocnění – zjišťují se změny zdravotního stavu, pro které nemocný vyhledal lékařskou pomoc.
2. Osobní anamnéza – informace o všech onemocněních, prodělaných úrazech a operacích, nemocích i návycích pacienta, které by mohly představovat možnou příčinu vzniku onemocnění (např. diabetes mellitus). Dále se zjišťují informace o chronické medikaci nemocného a o faktorech jeho životního stylu.

3. Rodinná anamnéza – zdravotní stav rodičů a sourozenců, dědičné a infekční choroby, výskyt urogenitálních a jiných nádorů v rodině.
4. Pracovní anamnéza – zaměstnání nemocného a přítomnost karcinogenů.
5. Dotazník I-PSS – v současné době nejvíce používaný mezinárodní dotazník. IPSS se skládá ze sedmi otázek – čtyři se týkají mikčních obtíží obstrukčních a tři obtíží iritativních. Pacient na tyto otázky odpovídá v rozmezí 0-5 bodů. Součet těchto bodů za jednotlivé otázky nám určuje míru obtíží – mírné obtíže/klidová prostata (0-7 bodů), střední obtíže/hypertrofická prostata (8-19 bodů) – řeší se převážně farmakologicky nebo závažné obtíže/vážné onemocnění prostaty (20-35 bodů) – je potřeba využít operačního způsobu řešení. Pacienti s mírnými obtížemi, tzn. pokud skóre nepřesáhne 6 bodů, by neměli absolvovat další specializovaná vyšetření. Jsou pouze sledováni. IPSS obsahuje ještě jednu otázku, která se ale do celkového skóre nezapočítává. Tato otázka se týká kvality života nemocného. (viz příloha A)
6. Mikční deník – jedná se o záznamový arch, který dostane nemocný po návštěvě lékaře. Do tohoto deníku si zaznamenávají pacienti čas a objem veškerých mikcí po dobu nejméně 24 hodin. Pro upřesnění nykturie je potřeba zaznamenat i čas, kdy šel nemocný spát a kdy vstával. (viz příloha B). (KAWACIUK, 2009.), (VÁVŘOVÁ, 2016), (BEZDIČKOVÁ. SLEZÁKOVÁ, 2010)

Fyzikální vyšetření je důležitým bodem v diagnostice BHP. Sestává se z vyšetření pohledem (aspekce), poslechem (auskultace), poklepem (perkuse), pohmatem (palpace), kdy těmito metodami vyšetřujeme břicho a genitál, a v tomto případě nejdůležitější – per rectum.



Obrázek 4 - Vyšetření prostaty per rectum

Zdroj: <https://www.gentlemanplus.cz/karcinom-prostaty~stanoveni-diagnozy-karcinomu-prostaty-a-prislusna-vysetreni/Stranka.aspx?KategorieID=1065&CmsObjektID=0>

Při per rectum se vyšetřuje nejen prostata (za normálních okolností se její velikost pohybuje okolo 3x2x2 cm), ale i celkový stav konečníku na dosah prstu. Provádí se nejčastěji v poloze na zádech s pokrčenými koleny. Lékař zavádí přes anální otvor do konečníku ukazovák s gumovou rukavicí, která je potřena vazelínou nebo gelem k tomu určeným. Vyšetření je většinou téměř nebolestivé. (VÁVŘOVÁ, 2016)

Dalším bodem v diagnostice BHP je **laboratorní vyšetření** krve a moči. **Vyšetření moči** by se mělo provádět vždy před instrumentálními zákroky. Posuzuje se závažnost stavu. Zahrnuje vyšetření moče chemicky, zhodnocuje se močový sediment a je možné provést i cytologické vyšetření, hlavně v případě, že se u nemocného objeví hematurie nebo nikotinismus v anamnéze. Při **vyšetření krve** se zaměřujeme na hematologický a biochemický rozbor. V rámci biochemie provádíme vyšetření: kreatininu (kvůli vyloučení nebo naopak potvrzení renální insuficience způsobené vlivem chronické retence, paradoxní ischurie), urey, kyseliny močové, iontů (sodík, draslík, chloridy). Dále se odebírá krev na onkomarkery – tzv. prostatický specifický antigen. Jedná se o produkt epitelárních buněk prostaty. Existuje významná souvislost mezi objemem prostaty a sérovým PSA. Využívá se k vyloučení nebo ke kontrole recidivy karcinomu prostaty. Fyziologická hodnota v krvi je od 0 do 4 ng/ml. Pokud je hodnota vyšší, značí to patologické změny na prostatě. V séru je PSA přítomen ve formě volné (freePSA) nebo vázané. Součtem obou forem vznikne celkové PSA (totalPSA).

- Pokud je freePSA vyšší než 25 %, jedná se s vysokou pravděpodobností o nezhoubné zvětšení prostaty.
- Při freePSA menším než 10 %, jde nejspíše o karcinom prostaty.

Při hematologickém vyšetření se odebírá krev na rozbor krevního obrazu (množství erytrocytů, leukocytů, trombocytů, hladina hemoglobinu a hematokrytu) a vyšetření sedimentace. (BEZDIČKOVÁ, SLEZÁKOVÁ, 2010), (KAWACIUK, 2009), (KLEČKA a kol., 2014)

Dalším bodem v diagnostice BHP je **ultrasonografie**. Rozeznáváme dva typy UZ: transabdominální (přes břišní stěnu) a transrektální (ultrazvuková sonda se zavádí v lokální anestezii do konečníku). Toto vyšetření umožňuje určit přesnou velikost a tvar prostaty, což je velmi důležité při stanovení léčebného postupu. (KAWACIUK, 2009)

Uroflowmetrie je vyšetření sloužící k objektivizaci průtoku moče uretrou při mikci. Pacient se vymočí do speciálně upravené improvizované toalety (před vyšetřením by měl vypít minimálně půl litru tekutin, poté si sám určí, kdy má plný močový měchýř (minimální množství potřebné k vyšetření je 150 ml) a tedy kdy může vyšetření začít; na toto vyšetření je potřeba dopřát nemocnému dostatek času a soukromí), kdy se průběh moči zaznamenává do počítače. Následně se vyhodnocují hodnoty Q_{max} (maximální průtok) a Q_{ave} . (průměrný průtok moči). Hodnoty jsou vyjádřeny v ml/s. Dále se sleduje objem moči, délka retardace (neboli začátku mikce) a celková doba mikce. Vyhodnocuje se pomocí uroflowmetrické křivky. (viz. příloha C) (VÁVŘOVÁ, 2016), (KAWACIUK, 2009)

Urodynamické vyšetření je dalším bodem v diagnostice BHP. Hlavní funkcí urodynamického vyšetření je odlišit funkční poruchy (např. neurologické) od poruch způsobených BHP. Jedná se o invazivní vyšetření. Zahrnuje: uroflowmetrii, plnicí cystometrii (močový měchýř se plní ohřátým fyziologickým roztokem a hodnotí se intravezikální tlak během plnění), talkově-průtokovou studii nebo jinak řečeno mikční cystometrii (dále P/Q studie; jde o současné zaznamenávání průtoku moče a detrusorového tlaku) a videourodynamické vyšetření (jde o kombinaci plnicí cystometrie, P/Q studie a rentgenové cystografie, popř. UZ). (VÁVŘOVÁ, 2016), (HANUŠ, 2011)

Cystoskopie nebo **cystouretroskopie** je standartní vyšetření u pacientů s BHP. Jedná se o endoskopické vyšetření dolních močových cest – močové trubice, močového měchýře a primární části močovodů pomocí endoskopu. (KAWACIUK, 2009)

Transrektální biopsie prostaty pod UZ kontrolou se provádí zejména z důvodu vyloučení karcinomu. Zdroj: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2009/05/08.pdf>

1.7 LÉČBA BHP

„Léčebný postup je vždy individuální a závisí především na přítomnosti reziduální moči, infekci, přítomnosti konkrementů a od intenzity příznaků“ (BEZDIČKOVÁ, SLEZÁKOVÁ, 2010).

Terapii dělíme do dvou skupin – konzervativní a chirurgická léčba.

Do **konzervativní léčby** spadá dietní opatření (zákaz kořeněných jídel a alkoholu), úprava životosprávy (prevence prochladnutí) a léčba medikamentózní. „Medikamentózní léčbou – ústy podávanými léky – lze úplně odstranit nebo zmírnit převážnou část obtěžujících příznaků tohoto onemocnění. V současné době jsou tímto způsobem léčeni asi 4/5 pacientů, kteří jsou lékaři vyšetřeni pro BHP“ (ZÁMEČNÍK, SOUKUP, 2009, s. 23). „Medikamentózní léčba BHP zahrnuje převážně: alfa-blokátory, inhibitory 5alfa-reduktázy a fytopreparáty“ (KAWACIUK, 2009, s. 384).

V rámci redukce rizika progresu BHP je vhodná kombinace alfa-blokátorů a inhibitorů 5alfa-reduktázy.

- **Alfa-blokátory** způsobují aktivaci alfa-receptorů, což způsobuje kontrakci uretrální, kavernózní hladké a prostatické svaloviny. Patří sem Doxazosin, Tamsulosin, Alfuzosin a Terazosin.
- **Inhibitory 5alfa-reduktázy** v prostatické buňce brání přeměně testosteronu na účinný dihydrotestosteron, čímž působí redukcí objemu prostaty. Patří sem např.: Finasterid (jeho nežádoucím účinkem může být snížení libida, poruchy ejakulace nebo impotence) a Dutasterid.
- **Fytopreparáty** jsou v léčbě symptomů BHP populární. Jedná se o volně prodejná léčiva ze směsí přírodních produktů a rostlinných extraktů. Nejvýznamnější jsou produkty vyráběné z rostlin *Serenoa repens* (používá se její sušený plod, původem ze Severní Ameriky; užívání má příznivý vliv na všechny urologické parametry; výjimečně se objevily nežádoucí účinky jako pálení žáhy nebo tlak v žaludku), *Pygeum africanum* (volně přeloženo jako „africká švestka“ – využívá se extraktu z její kůry, původem z jižní a střední Afriky; zlepšuje průtok moči a přispívá k poklesu rezidua močového měchýře; nežádoucí účinky se manifestují jako neklid, nauzea, průjem nebo zácpa), *Urtica dioica radix* (jde o extrakt z kořínků kopřivy dvoudomé rostoucí v jižní Africe) a *Populus nigra* (extrakt z výhonků topolu černého). Problémem je, že není zcela znám mechanismus účinku, a tudíž ani míra bezpečnosti při dlouhodobém

užívání. (KAWACIUK, 2009), (ZÁMEČNÍK, SOUKUP, 2009), (STÁRKA, KOLÁTOROVÁ SOSVOROVÁ, 2016)

Chirurgická léčba se u pacientů s BHP dělí do čtyř skupin – minimálně invazivní (alternativní) postupy, laserové metody léčby, endoskopické operace a otevřené operace.

1. Mezi **miniinvazivní postupy** se řadí: intraprostatické stenty (do prostatické uretry se zavádějí kovové spirály z titanu nebo nerezové oceli), transuretrální mikrovlnná terapie (jde o aplikaci tepelné energie ($> 45\text{ }^{\circ}\text{C}$) do prostatické tkáně – v současné době minimálně využívaná metoda), transrektální fokusovaný ultrazvuk (při HIFU dochází k rozpadu buněk díky mechanickému a termickému vlivu ultrazvukového vlnění ($> 20\text{ kHz}$)). Tyto alternativní metody jsou šetrnější k organismu, ale nedosahují tak dlouhodobých výsledků jako transuretrální resekce prostaty. (KAWACIUK, 2009), (VÁVŘOVÁ, 2016)
2. **Laserové metody** využívají elektromagnetické světelné záření a tím vytvářejí hluboké koagulační nekrózy nebo vapolarizují tkáň, čímž redukuje objem prostaty. Nejdéle používaným laserem je Nd:YAG laser. (KAWACIUK, 2009)
3. **Otevřená prostatektomie** je volbou u mužů s prostatou o objemu $> 80\text{ g}$. Při tomto výkonu dochází k enukleaci prostaty prstem. Provádí se dvěma způsoby – transvezikálním (Freyerova operace) nebo transkapsulárním (Millinova operace). V dnešní době se dává přednost laparoskopickému ošetření. (VÁVŘOVÁ, 2016)



Obrázek 3 – Transvezikální prostatektomie

Zdroj: http://www.ftn.cz/upload/ftn/Kliniky/Urologie/Dokumenty/Otevrene_operace_na_prostate.pdf

4. Mezi **endoskopické operace** patří: transuretrální resekce prostaty, transuretrální incize prostaty (volí se u mužů s velikostí prostaty do 30 g; jedná se o naříznutí tkáně prostaty a kapsuly speciální incizní elektrodou) a transuretrální resekce ve fyziologickém roztoku (transuretral resection in saline; při tomto operačním řešení se využívá bipolární elektroda a provádí se v prostředí s přítomností 0,9% roztoku chloridu sodného). (KAWACIUK, 2009), (VÁVŘOVÁ, 2016)

2 TRANSURETRÁLNÍ RESEKCE PROSTATY

Transuretrální resekce prostaty byla poprvé představena ve Spojených státech amerických (dále USA) roku 1926. V roce 1932 byla v New Yorku předvedena finální podoba endoresektoru, jehož základní princip konstrukce se používá dodnes. (VÁVŘOVÁ, 2016)

2.1 CHARAKTERISTIKA TURP

O metodě TURP mluvíme jako o zlatém standardu chirurgické léčby BHP. Tvoří přibližně 95 % ze všech chirurgických postupů v urologii. Představuje volbu léčby pro prostaty o objemu 30-80 ml. Jedná se o operační výkon, kdy se pomocí endoresektoru zavedeného přes močovou trubici do močového měchýře postupně odstraňuje zbytnělá prostatická tkáň až na prostatické pouzdro. Děje se tomu tak za pomoci resekční kličky pod vysokofrekvenčním proudem (300 W). (KAWACIUK, 2009), (ZVARA a kol., 2010)

Indikací k TURP jsou následující komplikace BHP: recidivující retence moče, zvyšující se objem reziduální moči, makroskopická hematurie, renální insuficience, konkrementy v močovém měchýři nebo BHP nereagující na medikamentózní léčbu. Samotné zvětšení prostaty není indikací k chirurgické léčbě. Rozhodnutí o léčebném postupu je založeno na závažnosti subjektivních příznaků, kvalitě života nemocného a na objektivních parametrech, jako je uroflowmetrie a množství reziduální moči. (ZVARA a kol., 2010)

Kontraindikací TURP mohou být stenózy močové trubice nebo těžké ankylózy v kyčelním kloubu. (ZVARA a kol., 2010)

K doporučovaným postupům **předoperační péče** patří klinická anamnéza, zhodnocení LUTS příznaků (pomocí dotazníku IPSS), fyzikální vyšetření včetně digitálního vyšetření rektu, zjištění množství reziduální moče, UZ horních cest močových, vyšetření krve (zejména PSA, kreatinin, krevní obraz a hemokoagulační testy) a moče. Dále se provádí endoskopické vyšetření dolních močových cest a P/Q

studie. Pokud pacient trpí infekcí močových cest, je třeba ji léčit před operací. (ZVARA a kol., 2010)

Operační postup je následovný – „Do močové trubice se zavede Resektoskop, tedy Cystoskop o síle 27 Ch, který je vybavený řezací elektrickou kličkou. Tou se po částech odstraňuje ta část prostaty, která vyčnívá do močové trubice. Koaguluje se krvácení. Čím větší je prostata, tím delší je operace. Pro riziko TUR-syndromu je lepší velmi velkou prostatu operovat buď otevřeně, nebo na dvakrát“ (SKOKOVÁ, 2009). Existuje hned několik operačních postupů TURP (např.: postup mnichovské školy – May a Hartung, Blandyho technika...). Navzájem se odlišují pouze pořadím, v němž jsou resekovány jednotlivé laloky. Veškeré postupy jsou založeny na principu, že resekce se má provádět postupně. Před začátkem resekce se palpačně vyšetří podbříšek pacienta, kvůli zjištění tvaru a napnutí břišní stěny. Toto vyšetření se opakuje v průběhu operace ještě několikrát, kvůli možným změnám. Do močové trubice je aplikován lubrikační gel a teprve nyní se vkládá tubus resektoskopu, který se zavádí dále do rozšíření uretry a pak do močového měchýře. Při pociťování odporu je nutné se vyhnout násilí. Je-li zevní ústí uretry zúžené strikturou, provádí se vnitřní uretrotomie Otisovým uretrotomem. Výkon se začíná cystoskopií. Pokud jsou v močovém měchýři přítomné komkrementy, provede se před začátkem TURP litotrypse. Po vyloučení onemocnění močového měchýře se hodnotí tvar a velikost prostaty a její vztah k okolním tkáním. Následně se provede tzv. „hydraulický test“ (stlačuje se hadice mezi rezervoárem irigační tekutiny a resektoskopem; rychlé změny tlaku vedou ke kontrakci). Začíná se resekci středního prostatického laloku. Resekuje se pomocí série horizontálních řezů, až dokud se neobjeví svalová vlákna hrdla močového měchýře. Před resekci laterálních laloků je potřeba si ověřit jejich uložení. Resekce pravého laloku probíhá proti směru hodinových ručiček a levého laloku potom po jejich směru. Transuretrální resekce prostaty je ukončena prohlédnutím operačního pole a hemostázou. Před vyjmutím resektoskopu je potřeba zkontrolovat pacientův krevní tlak (hypotenze může značit větší krvácení). Nakonec je močový měchýř drénován trojcestným katetrem. Ten se odstraňuje 3.- 4. den po operaci, po odeznění makroskopické hematurie. (ZVARA a kol., 2010), (KAWACIUK,2009). (viz příloha D)

Perioperační péče z pohledu sestry– úspěch endoskopického výkonu je dán spoluprací urologické sálové sestavy (lékař, instrumentářka a obíhající sestra) a dále potom péčí sester a lékařů na lůžkových odděleních (JIP, dospávací jednotky, standartní

oddělení). V průběhu výkonu je nezbytné, aby instrumentářka dobře znala a ovládala kompletní urologické instrumentarium. Obíhací sestra má potom za úkol hlídat dostatečné množství a správnost irigačních tekutin (nejčastěji 4% Glukóza, 1,1% Glycin nebo 5% Manitol), ve kterých jsou výkony prováděny. Tyto tekutiny snižují pravděpodobnost rozvoje komplikací, jako je TUR-syndrom. (KAŠPERKOVÁ, 2011)

Pooperační péče – kvůli hematurii se pacientům po TURP zavádí speciální močový katetr s velkým balonkem, který je nafouknutý v místě prostaty za účelem komprese a zastavení krvácení. Tento katetr je trojcestný, čímž umožňuje kontinuální proplachování močového měchýře fyziologickým roztokem – tzv. laváž. Laváž je u pacientů po operaci prostaty nezbytná, protože bez ní se v močovém měchýři tvoří koagula, ucpávající katetr a tím znemožňující odtok moči a krve, takže se měchýř plní, což bývá pro pacienty velmi bolestivé. Samotná komprese někdy k zástavě krvácení nestačí, takže se podávají hemostyptika. Ty je možno podat dvěma způsoby – lokálně (Remestyp, jedna ampule obsahující 2 ml účinné látky se vpraví do vaku s fyziologickým roztokem, kterým se močový měchýř tzv. laváží) nebo intravenózně (Exacyl, Dicynone). Po úspěšné hemostáze je nemocnému doporučena rehabilitace pánevního dna. (SKOKOVÁ, 2009), (LÉTALOVÁ, WIEGLOVÁ, 2011)

2.2 KOMPLIKACE TURP

Nejčastější komplikací po TURP bývá krvácení (primární – bezprostředně po výkonu nebo sekundární – zpravidla objevující se po deseti dnech) a infekce močového měchýře (z důvodu katetrizace). Obávanou komplikací je tzv. TUR-syndrom (jedná se o otravu vodou; při zákroku se otevírají některé velké žíly v plexech kolem prostaty a v močovém měchýři je tekutina a přetlak, takže se tekutina může dostat to krevního oběhu). Dalšími pooperačními komplikacemi jsou: zmatenost, hypotenze nebo hypertenze, perforace prostatovezikálního spojení, perforace chirurgického pouzdra prostaty, perforace stěny močového měchýře, pooperační bakteriurie, stenózy močové trubice a problémy při močení způsobené nedokonalým odstraněním tkáně z prostatického lůžka nebo z močového měchýře. Mezi pozdní komplikace se řadí: skrikтуры uretry (kvůli poškození sliznice endoskopem), poruchy potence, inkontinence a retrográdní (suchá) ejakulace. (ZVARA a kol., 2010), (SKOKOVÁ, 2009)

3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

„NANDA (North American for Nursing Diagnosis Assotiation – Severoamerické sdružení pro sesternské diagnózy) je profesionální organizace sester pro standardizaci sesternské terminologie. NANDA taxonomie má za úkol uspořádat ošetřovatelské diagnózy podle určitého principu – cílem je vytvořit standardní a jednotné názvy“ Zdroj: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/nanda-taxonomie-ii-448158>.

3.1 CHARAKTERISTIKA OSP

NANDA taxonomie II. obsahuje celkem třináct diagnostických domén, které vychází z funkčních vzorců Marjory Gordonové. Tyto domény se dále dělí na diagnostické třídy a tyto třídy obsahují ošetřovatelské diagnózy, které jsou označeny kódy. V České republice se používá od roku 2005, kdy byla NANDA taxonomie přizpůsobena našim poměrům, způsobu ošetřování nemocných, ekonomice, personálu, klientele a léčebným metodám docentkou Janou Marečkovou. Zdroj: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/nanda-taxonomie-ii-448158>

Ošetřovatelský proces obecně ve sktraktuře NANDA domén:

1. Podpora zdraví

2. Výživa

- Hodnotící škály: BMI, nutriční dotazník.

3. Vylučování

- Hodnotící škály: dotazník IPSS, mikční deník.

4. Aktivita – odpočinek

- Hodnotící škály: ADL test – Barthelové test běžných denních činností (viz příloha F), test instrumentálních všedních činností – IADL (viz

příloha G), Beinstein škála k hodnocení situace a rizik v oblasti dýchání po převozu ze sálu.

5. Vnímání – poznávání

- Hodnotící škály: Minimental test – test kognitivních funkcí, test kreslení hodin, glasgowská stupnice – GCS.

6. Vnímání sebe sama

7. Vztahy

8. Sexualita

- Hodnotící škály: IPSS dotazník

9. Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu

10. Životní principy

11. Bezpečnost a ochrana

- Hodnotící škály: klasifikace tíže flebitis dle Maddona, hodnocení rány, riziko pádu.

12. Komfort

- Hodnotící škály: vizuální analogová stupnice bolesti – VAS, mapa bolesti, denní záznam bolesti podle Melzacka.

13. Růst a vývoj (MAREČKOVÁ, 2006)

4 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA PO TURP

Prostatický režim – doporučení vychází z pacientových obtíží.

Pitný režim: Příjem tekutin se u urologických pacientů nedoporučuje nijak omezovat. Optimální příjem by měl být okolo 2,5 litru tekutin za 24 hodin. Je vhodné zařadit do pitného režimu kromě vody také urologický čaj, zelený čaj nebo čaj z vrbovky. Pro nemocného je lepší rozvrhnout si pití během dne na menší dávky – pokud vypije větší množství tekutiny v jednu dobu, je pro něj lepší se zdržovat v blízkosti toalety, neboť není vhodné zdržovat moč z důvodu hrozící akutní močové retence. Trpí-li pacient nykturií, doporučuje se omezení příjmu tekutin na noc. Nedoporučují se alkoholické a studené nápoje – v reakci na ně se může být prostata více provokována a nabývat na svém objemu. Tím sťažuje průtok moče přes močovou trubici a opět hrozí močová retence. Dále není doporučeno pití kávy.

Strava: Je vhodné silně kořeněná a aromatická jídla vyřadit z jídelníčku a omezit solení. Také by se měly dodržovat zásady zdravé výživy – pestrá strava s dostatkem vlákniny, ovoce a zelenina. Doporučuje se rostlinná strava bohatá na fytoestrogeny, např.: sója (zpomalují vývoj BHP).

Pohyb: Pohyb je důležitý pro celý organismus. Vhodné jsou pravidelné denní procházky. U onemocnění prostaty se nedoporučuje jízda na kole – dochází při ní ke zhmoždění prostaty sedlem.

Teplo: Doporučuje se neprochladnout – prochlazení může způsobit cystitidu nebo prostatitidu, což zapříčiní zhoršení prostatických potíží.

Močení: Pacienti by neměli zdržovat moč, neboť se potom zvyšuje tlak v močových cestách a v prostatě a tím dochází ke stupňování prostatických obtíží. Pokud u pacientů převládá iritační symptomatologie, doporučuje se zavést režim pravidelného močení. Pokud trpí obstrukční symptomatologií, neměl by při močení tlačit, ale nechat moč samovolně odtékat.

Sexuální aktivita: Při onemocnění BHP se pacient nemusí vyhýbat ani se nijak omezovat při sexuální aktivitě, ale některé léky, které se při léčbě BHP používají mohou ovlivnit erekci. Měl by být poučen, že pokud dojde ke snížení kvality sexuálního života v souvislosti s nasazenou medikamentózní léčbou, může požádat lékaře o výměnu za jiný preparát. Výzkum doktora Ghazala sledující kvalitu erekce po operaci TURP je rozporuplný. Respondenti se dělí do čtyř skupin: první skupina respondentů (18 %) před operací neměli problémy s erekcí, ale po operaci trpí erektilní dysfunkcí. Druhá skupina respondentů (12 %) trpící erektilní dysfunkcí před operací, udávají po operaci bezproblémovou erekci. Třetí skupina dotazovaných (24 %) udává zkvalitnění erekce po TURP, ale naproti tomu nejpočetnější skupina, tedy skupina čtvrtá (46 %) trpí zhoršenou erektilní funkcí. (GHAZAL, 2015)

Dispenzarizace: I přes prodělanou operaci pacient navštěvuje urologickou ordinaci alespoň jedenkrát za půl roku, pokud lékař nestanoví jinak. Je mu prováděno vyšetření per rektum a odebírána krev na onkomarker PSA. Celková doba rekonvalescence se pohybuje okolo 9–12 týdnů.

(SOCHOROVÁ a kol., 2016), zdroj: <https://www.zvetsena-prostata.cz/peclive-sledovani>

5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA PO TURP

Časová data a identifikační údaje pacienta byly změněny z důvodu dodržení díkce platné národní a evropské legislativy vztahující se k ochraně osobních údajů.

Pro zpracování ošetrovatelského procesu jsme si vybrali funkční model zdraví Marjory Gordonové, protože se nám zdál vzhledem k dané problematice nejvhodnější.

Identifikační údaje:

Tabulka č. 1: Identifikační údaje

Jméno a příjmení: P.S.	Datum narození: XX.XX.1946
Pohlaví: muž	Rodné číslo: XX...
Věk: 72 let	Bydliště: X
Zaměstnání: důchodce	Vzdělání: středoškolské s maturitou
Stav: ženatý	Pojišťovna: 111
Státní příslušnost: ČR	Národnost: česká
Datum přijetí: 13.2.2019	Typ přijetí: plánované
Oddělení: urologie	Čas příjmu: 10:20
Dorozumívací jazyk: český	Ošetřující lékař: MUDr. M.S.
Důvod přijetí: TURP z důvodu benigní hyperplazie	
Důvod přijetí udávaný pacientem: odoperování prostaty	

Medicínská diagnóza hlavní:

Hyperplasia prostatae (N40)

Medicínské diagnózy vedlejší:

Deprese (F33.8)

St. p. trombóze DKK (Z86.7)

Leidenská mutace (D68.8)

Hodnoty a údaje zjištěné při přijetí:

Tabulka č. 2: Hodnoty a údaje zjištěné při přijetí

TK: 123/63	Výška: 190 cm
P: 76/min	Hmotnost: 90 kg
D: 16/min	BMI: 24,93 – ideální (zdravá) váha
TT: 36,7 °C	Pohyblivost: bez omezení
Stav vědomí: plné vědomí, GCS: 15	Krevní skupina: AB Rh negativní
Orientace místem, časem osobou: zachována	Řeč, jazyk: bez patologie

Nynější onemocnění:

Pacient začal pociťovat problémy s močením iritativního typu (konkrétně: urgentní nucení na močení, nykturii a polakisurii), a proto byl roku 2013 odeslán obvodním lékařem na specializovanou urologickou ambulanci, kde se zjistilo, že trpí onemocněním prostaty. Na této ambulanci začal být pacient pravidelně sledován. Nejdříve se snažil onemocnění léčit konzervativně pomocí fytopreparátů a medikace předepsané urologem, ale protože se obtíže stále zhoršovaly, přistoupil k možnosti chirurgické léčby. V únoru roku 2019 se dostavil k hospitalizaci za účelem plánovaného operačního výkonu.

Informační zdroje: pacient, zdravotnická dokumentace, ošetřující personál.

ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza:

Matka: † 69 let na ca prsu lat. sin.

Otec: † 87 let přirozenou smrtí.

Sourozenci: Dva bratři: jeden † 76 let na ca prostaty, druhý diabetes mellitus I. typu a hypertenze na terapii.

Děti: Dvě, dcera a syn, oba zdraví.

Osobní anamnéza:

Překonaná a chronická onemocnění: Běžné dětské nemoci, od třiceti let opakované trombózy DKK, trombofilní stav – Leidenská mutace heterozygotní, gonartróza, varixy DKK, 2011 st. p. pankreatitidě.

Hospitalizace a operace: 2011 – akutní pankreatitida, 2009 cholecystektomie, 2004 operace inquínální kýly lat. dx., 1999 operace umbilikální kýly, 1965 appendektomie.

Úrazy: /

Transfúze: /

Očkování: Povinná očkování v dětství, Tetanus 2014, 2018 očkování proti chřipce.

Léková anamnéza:

Tabulka č. 3: Léková anamnéza

Urizia	6/0,4 mg	Per os, tbl	0-0-1	Urologika *
Atoris	10 mg	Per os, tbl	0-0-1	Hypolipidemika
Detralex	500 mg	Per os, tbl	2-0-0	Venofarmaka
Argofan SR	150 mg	Per os, tbl	½-0-1	Antidepresiva
Warfarin	5 mg	Per os, tbl	1,5-0-0	Antikoagulancia
Clexane	0,6 ml	Subkutánně, inj.	v 18:00	Nízkomolekulární hepariny

Omeprazol	20 mg	Per os, tbl	1-0-0	Inhibitory protonové pumpy
Kreon	10 000	Per os, tbl	1-1-1	Digestiva včetně enzymů

* antagonisté alfa-adrenergických receptorů

Alergologická anamnéza:

Léky: /

Potraviny: /

Chemické látky: /

Jiné: Tráva, roztoči, pyly.

Abúzy:

Alkohol: Ne.

Kouření: Ne.

Káva: 2 šálky denně.

Léky a jiné návykové látky: /

Urologická anamnéza:

Překonané urologické onemocnění: Od roku 2013 trpí BHP, nyní přijat k chirurgickému řešení nemoci, na infekce nikdy netrpěl, pohlavní nemoci neudává.

Poslední návštěva urologa: Ambulantně navštívil svého urologa v prosinci 2018, odkud byl odeslán na všechna potřebná vyšetření, která je nutno provést před výkonem (uroflowmetrie, vedení mikčního deníku).

Samovyšetření varlat: Neprovádí.

Sociální anamnéza:

Stav: Ženatý.

Bytové podmínky: Menší dům na vesnici, bydlí s manželkou.

Vztahy, role a interakce v rodině: V normě, bez narušení.

Vztahy, role a interakce mimo rodinu: V normě, bez narušení.

Záliby: Čtení, poslech lidové muziky, zpěv.

Volnočasové aktivity: Působení ve vesnickém hudebním souboru, péče o zahradu a vinohrad.

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: Středoškolské s maturitou.

Pracovní zařazení: Důchodce (dříve automechanik, autotronik).

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého: Ve svých 56 letech odchod do starobního důchodu.

Vztahy na pracovišti: V normě, bez narušení.

Ekonomické podmínky: Průměrné, dostačující.

Spirituální anamnéza:

Religiózní praktiky: Každou neděli navštěvuje ranní mši v kostele, ale v nemocnici potřebu duchovních služeb neudává.

FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU

Hlava: Hlava mezocefalická, poklepově nebolestivá. Vlasy i vousy šedivé.

Oči: Bulby ve středním postavení, skléry bílé, bez nystagmu, zornice izokorické, fotoreakce správná.

Uši, nos: Uši normálního tvaru, čisté, lehká hypacusis; nos normální, bez patologických zakřivení, bez sekrece.

Rty: Hydratované, prokrvené, bez patologického nálezu.

Dásně, sliznice dutiny ústní: Dásně i sliznice DÚ bez patologického nálezu, prokrvené, bez známek zánětu, bez krvácivých projevů.

Jazyk: Jazyk pláží středem, mírně povleklý plakem, vlhký, růžový.

Tonzily: V dětství tonsilektomie z důvodu častých zánětů krční mandle, nyní bez patologického nálezu.

Chrup: Zubní protéza horní i dolní, pacient používá fixační krém, o protézy se stará, dosedají dobře, netlačí.

Krk: Uzliny nehmatné, náplň krčních žil v normě, pohyby šíje volné a nebolestivé všemi směry, bez známek zvětšení štítné žlázy, polykací souhyb zachován, hrdlo klidné, ameningeální.

Hrudník: Ve fyziologickém postavení, bez deformit, dýchací pohyby symetrické, pokleповě plný na obou stranách.

Plíce: Dýchání čisté, alveolární, bez vedlejších zvukových fenoménů.

Srdce: Srdeční akce pravidelná, bez přítomnosti šelestů, pokleповě nezvětšeno.

Břicho: V niveau, měkké, pokleповě nebolestivé, dobře prohmatné, poslechově peristaltika v normě, bez peritoneálního dráždění, bez hmatných rezistencí, orgány dutiny břišní nezvětšeny, tapotement bilaterálně negativní, na kůži drobné podlitiny, stopy po jizvách z operací staršího data.

Játra: Nezvětšeny, pokleповě nebolestivé.

Slezina: Nezvětšená, pokleповě nebolestivá.

Genitál: Bez známek pohlavních chorob, hygiena dodržována – bez zápachu, bez deformit, bez patologické sekrece, nyní zaveden permanentní močový katetr.

Uzliny: Pohmatově nebolestivé, bez patologického nálezu.

Páteř: Nebolestivá, bez známek patologického zakřivení.

Klouby: Flexe i extenze volně proveditelná, mírně bolestivá extenze po delším sezení, chůze po schodech samostatně – pouze za využití zábradlí, akinetický.

Reflexy: Bez patologického nálezu.

Čítí: Hmat, čich a chuť – bez patologického nálezu, zrak – hypermetropie korigovaná brýlemi (na obou stranách dvě dioptrie), sluch – hypacusis.

Periferní pulzace: Pulzace hmatná, pravidelná, o frekvenci 72/min.

Varixy: Bez přítomnosti varixů.

Kůže: Kožní turgor v normě, kůže je dostatečně hydratovaná, na dlaních jsou přítomny mozoly, na kůži břicha jsou drobné podlitiny po aplikacích nízkomolekulárních heparinů.

Otoky: Nyní bez přítomnosti otoků, pacient udává, že v letních měsících pozoruje otoky dolních končetin, zejména po fyzické námaze.

UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE DOMÉN NANDA I TAXONOMIE II.

Posouzení ze dne 15. 2. 2019

1. Podpora zdraví:

- **Subjektivní:**

Doma: „Snažil jsem se využít veškerých volně dostupných přírodních produktů, jejichž účinek by vedl ke zlepšení mého zdravotního stavu. Vyhýbal jsem se podchlazení, pil dostatek tekutin.“

V nemocnici: „Dodržuji nařízení lékaře a ostatního zdravotnického personálu.“

- **Objektivní:**

Doma: Pacient dodržoval doporučená opatření získaná od svého praktického lékaře a urologa. Nekouří, alkohol pouze příležitostně a v přiměřené míře. Dostavoval se na pravidelné prohlídky u lékaře. Medikaci bere pravidelně. Hospitalizace z důvodů operací proběhly v letech: 2011 – akutní pankreatitida, 2009 - CHCE, 2004 – inkuinální kýla lat. dx., 1999 – umbilikální kýla, 1965 – appendektomie.

V nemocnici: Dodržuje léčebný režim. Uvědomuje si rizika vedoucí z nedodržování prostatického režimu. Edukaci přijímá a verbalizuje porozumění.

- **Měřicí technika:** /
- **Ošetrovatelský problém:** Nenalezen.

2. Výživa:

- **Subjektivně:**

Doma: „Žádná dietní omezení nedodržuji. Snažím se méně solit, piji 2 litry tekutin za den a k tomu dva šálky kávy – po obědě a odpoledne u televize. Manželka připravuje jídla hlavně vařená a pečená.“

V nemocnici: „Protože mne nyní bolí břicho, bojím se najíst se dosyta, ale chuť k jídlu mám stále stejnou, jako před operací.“

- **Objektivně:**

Doma: Dodržuje zdravý životní styl. Vypije dostatečné množství tekutin. Zlovykem v přijímání tekutin je káva. Nechutenstvím netrpí. S peristaltikou problém nemá, tráví dobře, netrpí meteorismem. Má spíše sklony k zácpě, což ale není v tomto případě dáno nevyváženou stravou, ale frekvencí defekačního reflexu.

V nemocnici: Pacient dostává stravu dle dietního režimu 3 – racionální dieta. S nemocniční stravou nemá problém. Jeho příjem potravy je ovlivněn psychikou a bolestí způsobenou operačním výkonem. Vypije cca 2 litry čaje za 24 hodin. BMI dosahuje hodnoty 24,93, což je normální zdravá hodnota. Po anestezii byl bez nauzey. Za poslední dobu nezhubl ani nepřibral. Podle

výsledku nutričního skóre není nutná konzultace s nutriční terapeutkou.

- **Měřicí technika:** BMI, nutriční skóre.
- **Ošetrovatelský problém:** Pacient má strach se najíst dosyta z důvodu bolesti břicha.
- **Priorita:** Nízká.

3. Vylučování a výměna:

- **Subjektivně:**

Doma: „Stolici mám jednou za 3 dny, ale to je u mne normální už od mládí. Spíše mne trápí močení. Čím déle jsem byl s prostatou léčen, tím méně léky zabíraly a problémy se stupňovaly. Ve dne i v noci jsem chodil močit po hodině, po dvou a vždy po malých porcích a někdy jsem myslel, že to na záchod ani nestihnu doběhnout.“

V nemocnici: „Stolici jsem měl ráno před operací, takže další očekávám tak zítra nebo pozítří a močení nemohu posoudit, zatím mám zavedenou hadičku.“

- **Objektivně:**

Doma: Pacient má sklony spíše k zácpě. Stolice je hnědá, bez příměsí a abnormálního zápachu. Neužívá laxativa. V posledních měsících se stupňovaly příznaky iritativního typu (nykturie, polakisurie a urgentní nucení na močení). Nemocný vyplnil před výkonem (listopad 2018) ISPP dotazník, jehož výsledkem bylo, že nemocný dosahuje 24 bodů (max. 35 bodů), tzn. závažné obtíže/vážné onemocnění prostaty vyžadující operační řešení. Poctivě si vedl mikční deník. Pocení v normě. Hleny nevykašlává. Bez dušnosti.

V nemocnici: Stolice po operaci ještě nebyla. Pacient má zavedený lavážovací močový katetr, který vede mírně hematurickou moč. Laváž močového měchýře fyziologickým roztokem byla ponechána z důvodu krvácení (2000 ml FR/24 hodin). Pocení v normě. Nevykašlává. Bez dušnosti. Bilance tekutin pozitivní (+500 ml).

- **Měřicí technika:** Bilance tekutin, IPSS dotazník, mikční deník.
- **Ošetrovatelský problém:** Výkonem způsobená hematurie. Zaveden permanentní močový katetr.
- **Priorita:** Střední.

4. Aktivita – odpočinek:

- **Subjektivně:**

Doma: „Rád jsem jezdil na kole, ale to mi kvůli prostatě doktor zakázal, tak se jen procházím a když je hezky, pracuji na zahradě. Odpočíváme s manželkou nejraději v přítomnosti vnoučat a jednoho pravnoučka nebo jen tak s kávou u televize. Také chodíme rádi do lesa. A nejraději, když rostou houby.“

V nemocnici: „Včera na jednotce intenzivní péče jsem dvakrát chodil s rehabilitační sestřičkou. Vždycky v chodítku, ale na dnešek mi slíbila chůzi i bez něj. A ve volném čase si tady čtu noviny nebo se dívám s ostatními pacienty na pokoji na televizi.“

- **Objektivně:**

Doma: Pacient vede aktivní život. Spánek narušovala nykturie, takže se ráno necítil být dost odpočatý, aby mohl vykonávat takové denní činnosti, na jaké byl zvyklý. Pád v anamnéze neguje.

V nemocnici: Spí celou noc. Ráno se cítí být odpočatý. Spánek je hluboký a pacient je slovem probudný. Úlevovou polohu zaujímá

aktivně. Při chůzi je mírně nejistý. Byla zajištěna veškerá opatření v rámci prevence pádu.

- **Měřicí technika:** ADL test – Barthelové test běžných denních činností.
- **Ošetrovatelský problém:** Dočasný klidový režim.
- **Priorita:** Nízká.

5. Percepce/kognice:

- **Subjektivně:**

Doma i v nemocnici: „Už špatně slyším, ale naslouchátka ani jiné pomůcky nechci. A brýle nosím jenom na blízko.“

- **Objektivně:**

Doma i v nemocnici: Pacient je orientován místem, časem i osobou. Mírná hypacusis na pravé ucho. Porucha zraku hypermetropie je korigována spojkami (dvě dioptrie na každé straně). Ostatní smysly jsou v normě. Glasgow coma scale v pořádku, 15/15. S pamětí problémy nemá. Při rozhovoru udržuje pozornost, uvažuje logicky a smysluplně odpovídá na kladené otázky.

- **Měřicí technika:** Vízus, minimal test, GCS.
- **Ošetrovatelský problém:** Hypacusis lat. dx., hypermetropie bilaterálně.
- **Priorita:** Nízká.

6. Sebepercepce:

- **Subjektivně:**

Doma: „Byl jsem trochu psychicky rozladěný kvůli mé nemoci. Nemohl jsem odejít do města, protože jsem nevěděl, kdy se dostaví

pocit na močení. A v poslední době už od pocitu k samotnému močení netrvalo dlouho.“

V nemocnici: „Nyní se cítím o mnoho lépe. Konečně jsem se pořádně vyspal a vnitřně se cítím o mnoho lépe. Těším se domů, až se půjdeme s manželkou projít po městě a já se nebudu muset bát, co můj močový měchýř vyvede tentokrát.“

- **Objektivně:**

Doma: Pacient svou nemoc vnímal negativně, protože mu působila nepříjemné komplikace, kvůli nimž následně shlížel negativně i na sebe. Kromě toho je se svým životem spokojený. Rád se učí a následně zdokonaluje v nových činnostech. Vede společenský život a je v kolektivu oblíbený.

V nemocnici: Nemocniční prostředí snáší dobře, bere ho jako nezbytnost k tomu, aby se uzdravil a mohl znovu vést plnohodnotný život. Sám sebe hodnotí jako optimistického, klidného a přátelského člověka.

- **Měřicí technika:** /

- **Ošetřovatelský problém:** Nenalezen.

7. Vztahy mezi rolemi:

- **Subjektivně:**

Doma: „Nemůžu si na nic stěžovat. Mám ženu, kterou respektuji, a i po těch všech letech stále miluji. Mám dvě dobře vychované děti, které přijdou na pomoc, kdykoliv je potřeba, a také mám tři krásná vnoučátka, a dokonce už i jednoho pravnuka, kteří nám dělají jen samou radost.“

V nemocnici: „Rodina mi denně volá a podporuje mne.“

- **Objektivně:**

Doma: Pacient bydlí v rodinném domě na vesnici se svou manželkou. Mají spolu velmi dobré vztahy, neustále o ní mluví s respektem a úctou. Oba jsou ve starobním důchodu. S rodinou udržují dobré vztahy a navštěvují se. Dobré vztahy má i se svými sousedy a přáteli. Každou sobotu chodí zpívat do místního souboru lidové muziky.

V nemocnici: Kvůli zákazu návštěv z důvodu chřipkové epidemie nelze vztahy s rodinou objektivně posoudit.

- **Měřicí technika:** Pozorování.
- **Ošetrovatelský problém:** Nedostatek kontaktu s blízkými.
- **Priorita:** Nízká.

8. **Sexualita:**

- **Subjektivně:**

Doma i v nemocnici: „Se sexuální funkcí jsem nikdy problémy neměl. S pohlavní chorobou jsem se také nikdy nepotkal, alespoň co vím. Mám dvě zdravé děti. Jediné, co mne do teď trápilo, byla prostata a ta už je pryč, tak doufám, že teď bude vše v pořádku.“

- **Objektivně:**

Doma: Pacient trpěl zvětšenou prostatou o velikosti 60 g. Na sexuální život si nestěžuje, s kvalitou erekce spokojen. Odhalování intimních partií mu nevádí, stud údajně překonal už dávno, když začal navštěvovat urologa kvůli prvním příznakům BHP.

V nemocnici: Po transuretrální resekci prostaty se odeslalo 15 g prostaty na histologické vyšetření. Byl zaveden lavážovací permanentní močový katetr velikosti CH18. Balonek v katetru byl napuštěn 20 ml fyziologického roztoku. Při manipulaci s katetrem

nemocný stud nepociťuje. Pacient je bez známek pohlavních chorob.

- **Měřicí technika:** /
- **Ošetrovatelský problém:** Nenalezen.

9. Zvládání/tolerance zátěže:

- **Subjektivně:**

Doma: „Byl jsem neustále ve stresu, kvůli mým problémům s močením. Ale hlavně jsem měl strach z operace.“

V nemocnici: „Nyní mám trochu obavy z toho, co přijde. Jestli mé problémy vymizí úplně nebo jen částečně. Ale jsem optimista, tak budu doufat, že úplně a navždy.“

- **Objektivně:**

Doma: Pacient zažíval každý den stres kvůli iritativním symptomům BHP. Operace se bál, ale nakonec se pro toto řešení rozhodl, protože už nedokázal snést kvalitu svého života.

V nemocnici: Po operaci se pacientovi ulevilo, ale stále u něj pozorujeme strach plynoucí z budoucnosti, a to ze dvou důvodů. Prvním jsou výsledky histologického vyšetření a druhým možná recidiva onemocnění. S vypořádáním stresové situace mu pomáhá rodina a ošetřující personál.

- **Měřicí technika:** Pozorování.
- **Ošetrovatelský problém:** Strach a stres.
- **Priorita:** Nízká.

10. Životní principy:

- **Subjektivně:**

Doma: „Každý týden v neděli chodíme s manželkou do kostela na ranní mši. Prioritní je pro mne zdraví mé rodiny a jejich spokojenost.“

V nemocnici: „Nyní duchovní služby nevyžadují.“

- **Objektivně:**

Doma: Nemocný je se svým životem relativně spokojen. Všechna přání a očekávání se týkají zdravotního stavu (doufá, že brzy bude žít jako dříve, než došlo ke zhoršení jeho problémů). Nejvyšší hodnotu pro něj má rodina a zdraví. Vyznává křesťanskou víru. Pravidelně navštěvuje mše v kostele.

V nemocnici: Potřebu duchovních služeb zprostředkovaných nemocnicí neudává.

- **Měřicí technika:** /

- **Ošetrovatelský problém:** Nenaplněné duchovní potřeby.

- **Priorita:** Nízká.

11. Bezpečnost – ochrana:

- **Subjektivně:**

Doma: „Jsem přátelský, nekonfliktní. Snažím se preventivně působit proti chřipce – vždy na podzim si i s manželkou koupíme vitamíny a ty bereme celou zimu. Alergický jsem na pyly, trávy a roztoče, ale projevy nejsou nijak dramatické, až zanedbatelné, řekl bych.“

V nemocnici: „Byl jsem poučen o rizicích.“

- **Objektivně:**

Doma: Pacient se doma snaží minimalizovat riziko infekce. Nechová se rizikově – teple se obléká, bere vitamíny, dodržuje hygienu. Své alergie zná. Pády v anamnéze neguje. Nevyužívá kompenzačních pomůcek určených k pohybu.

V nemocnici: Po operaci byl pacient přeložen na jednotku intenzivní péče, kde byl jeden den. Dnes ráno, tedy první pooperační den, byl přeložen na standartní urologické oddělení. Je zde riziko vstupu infekce z důvodu zavedeného permanentního močového katetru a periferního žilního katetru, který je zaveden na pravé horní končetině v kubitě. Okolí PŽK je klidné, bez známek infekce; klasifikace tíže flebitis dle Maddona: 0 (v okolí není bolest, ani žádná známka infekce). Pacient je edukován o hygienickém režimu souvisejícím s invazivními vstupy. Je afebrilní. Riziko pádu k dnešnímu dni vysoké (hodnocení dle Morse: 55 bodů – vedlejší diagnóza, chůze v chodítku, slabá chůze).

- **Měřicí technika:** Klasifikace tíže flebitis dle Maddona, stupnice pádu dle Morse.
- **Ošetrovatelský problém:** Nebezpečí upadnutí. Riziko vzniku infekce.
- **Priorita:** Nízká.

12. Komfort:

- **Subjektivně:**

Doma: „Doma se cítím dobře a bezpečně, žádné bolesti jsem před operací neměl.“

V nemocnici: „Nyní mám mírné bolesti, ale to je po operaci normální. Také se tady necítím špatně, ale chybí mi rodina a těším se domů.“

- **Objektivně:**

Doma: Nemocný je v prostředí, ve kterém žije spokojený po všech stránkách. Bolest neguje. Před odchodem do důchodu si nechal upravit bydlení na bezbariérové a dobře dostupné – odstranění prahů, nainstalování madel do sprchy a ke schůdkům vedoucím ke vchodovým dveřím.

V nemocnici: Po operaci nemocný udává bolesti na stupni 2 dle stupnice VAS, lokalizované v oblasti podbřišku. Bolest je tupého charakteru, při pohybu intenzivnější než v klidu. Na standardním oddělení urologie se cítí dobře. K dispozici má signalizační zařízení, postranici na jedné straně postele a kompenzační pomůcky na chůzi (chodítko).

- **Měřicí technika:** VAS.
- **Ošetrovatelský problém:** Pooperační bolest.
- **Priorita:** Střední.

13. Růst/vývoj:

- **Subjektivně:**

Doma i v nemocnici: „S váhou jsem nikdy problémy neměl. Se svým tělem jsem celkově spokojený.“

- **Objektivně:**

Doma i v nemocnici: Nemocný má dle BMI testu ideální zdravou váhu. Není přítomna žádná vývojová porucha fyzická ani psychická.

- **Měřicí technika:** /
- **Ošetrovatelský problém:** Nenalezen.

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Ordinovaná vyšetření:

Před výkonem: mikční deník, uroflowmetrie, předoperační interní vyšetření – RTG srdce + plíce, EKG, laboratorní vyšetření (hemotesty, biochemické a hematologické vyšetření, krevní skupina a Rh faktor), anesteziologické vyšetření, UZ břicha, transrektální UZ, cystoskopie.

Po výkonu: 0. pooperační den (14. 2.) – 17:00 laboratorní vyšetření (biochemické a hematologické), 1. pooperační den (15. 2.) – 5:30 laboratorní vyšetření (biochemické a hematologické), UZ břicha.

Výsledky:

Předoperační: **uroflowmetrie** (maximální průtoková rychlost: 28 ml/s, čas k dosažení max. průtoku: 3 s, mikční objem: 356 ml, doba průtoku: 23 s, doba mikce: 23 s, průměrná průtoková rychlost: 16 ml/s, reziduální moč: 100 ml), **RTG S+P** – bez patologie, **laboratorní vyšetření (hemokoagulace:** INR 2,65, fibrinogen 2,40, aPTT 1,29; **hematologie:** hemoglobin 127, hematokrit 0,390, leukocyty 5,19, erytrocyty 4,33, trombocyty 133; **biochemie:** urea 8,1, glykemie 5,3, natrium 140, kalium 4,8, chloridy 104; **krevní skupina a Rh faktor:** AB Rh negativní), **EKG** (sinusový rytmus frekvence 77/min, PQ 0,19, QRS 0,08, QT 0,54, AV převod v normě, arytmie nezachycena, drobné fibrinózní změny v oblasti boční stěny), **interní vyšetření** (kardiopulmonálně kompenzovaný, lehká normocytární anemie, trombofilní stav – Leidenská mutace s chronickou warfarinizací – účinná, st. p. pankreatitidě biliární etiologie, nyní laboratorně v normě, st. p. CHCE, APPE, umbilikální a inquinální herniotomii; není kontraindikace k celkové anestezii, výkon s lehce zvýšeným rizikem, 5 dnů před výkonem vysadit Warfarin a začít aplikovat Clexane 0,6 ml subkutánně 1x denně), **anesteziologické vyšetření** (schopen výkonu, ASA 2), **UZ břicha** (játra bpn, st. p. CHCE, pankreas bpn, slezina bpn, ledviny bpn, močový měchýř naplněn homogenní tekutinou, stěna štíhlá, hladké kontury, prostata zvětšená na 60 g). Cystoskopie byla provedena na sále těsně před výkonem pro kontrolu přístupu.

Pooperační: **laboratorní vyšetření (14.2. 17:00:** biochemie: bilirubin 17,8, ALT 0,35, AST 0,34, ALP 1,71, urea 6,0, kreatinin 5,0, GMT 0,53, amylázy v séru 1,12, glykémie 5,1, natrium 140, kalium 5,0, chloridy 103, CRP 7,0, hematologie:

hemoglobin 127, hematokrit 0,398, leukocyty 5,11, erytrocyty 4,45, trombocyty 131; **15.2. 5:30:** biochemie: urea 7,4, glykémie 5,5, natrium 139, kalium 4,4, chloridy 105, CRP 12,3, hematologie: hemoglobin 114, hematokrit 0,330, leukocyty 5,76, erytrocyty 3,71, trombocyty 118), **UZ břicha** (játra bpn, st. p. CHCE, pankreas bpn, slezina bpn, ledviny bpn, močový měchýř naplněn homogenní tekutinou, stěna štíhlá, hladké kontury, prostata nezvětšená).

Konzervativní léčba:

Dieta: Dietní režim č. 3 – racionální dieta.

Výživa: Bezprostředně po operaci parenterální, od večera zatížení gastrointestinálního traktu enterální stravou (mimořádná strava – nedráždivá: šunka a vařené brambory), nemocný bez nauzey – první pooperační den dieta č. 3.

Pohybový režim: Pohybový režim klidový, postupná vertikalizace.

RHB: 2x denně chůze v chodítku

Medikamentózní léčba:

Tabulka č. 4: Medikamentózní léčba

Atoris	10 mg	Per os, tbl	0-0-1	Hypolipidemika
Detralex	500 mg	Per os, tbl	2-0-0	Venofarmaka
Argofan SR	150 mg	Per os, tbl	½-0-1	Antidepresiva
Warfarin	5 mg	Per os, tbl	1,5-0-0	Antikoagulancia – nyní ne
Clexane	0,6 ml	Subkutánně, inj.	v 18:00	Nízkomolekulární hepariny
Omeprazol	20 mg	Per os, tbl	1-0-0	Inhibitory protonové pumpy
Kreon	10 000	Per os, tbl	1-1-1	Digestiva včetně enzymů
Novalgín	500 mg	Intravenózně, inj.	á 6 hod.	Analgetika
Paracetamol	1 g	Intravenózně, inj.	á 8 hod.	Analgetika, antipyretika
Dipidolor	7,5 mg	Subkutánně, inj.	á 6 hod.	Opiáty
Dicynone	500 mg	Intravenózně, inj.	á 6 hod.	Hemostyptika

Chirurgická léčba (výkon, kdy): 14. 2. 2019 – transuretrální resekce prostaty.

SITUAČNÍ ANALÝZA ke dni 15. 2. 2019

Pan XY, sedmdesát dva let, dnes přeložený z jednotky intenzivní péče. Včera **operační výkon TURP** z důvodu benigní hyperplazie. **Alergický** na pyly, trávy a roztoče. Pacient soběstačný, orientovaný. Dnes se začalo s vertikalizací – chodil dopoledne i odpoledne v chodítku s fyzioterapeutem. Z JIP ponechaný **lavážovací katetr**. Ve 12:00 dokapala poslední laváž (2000 ml fyziologického roztoku) a dále se v lavážování močového měchýře nepokračuje. **Moč je mírně hematurická**, bez zápachu, porce v normě. Pokud nedojde ke komplikacím, zítra by se měl katetr extrahovat. Poslední stolice byla včera ráno. Pacient má zavedenou **PŽK** v pravé horní končetině, v kubitě. PŽK, dnes druhý den, vede, okolí vpichu bez zarudnutí, nebolestivé. **Bolesti** udává dle stupnice VAS na stupni 3. Analgetizace byla podávána pravidelně dle ordinace lékaře. Fyziologické funkce sledujeme 2x denně – ráno a večer – pacient je oběhově stabilní, afebrilní, saturace kyslíkem v normě. Na zítra, 5:30, jsou naordinovány odběry krve na hematologii (krevní obraz) a biochemii (ionty a CRP). Dietní omezení č. 3 – snědl vždy zhruba 2/3 porce. Pije dostatečně – 2 litry. Měříme bilance tekutin, včera bilance pozitivní (+ 500 ml). **Hůř slyší** na pravé ucho, naslouchátko nemá.

STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT dne 15. 2. 2019

Ošetřovatelské diagnózy jsme zpracovali podle:

MAREČKOVÁ, Jana, 2006. *Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1399-3.

NANDA INTERNATIONAL, 2013. *Ošetřovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2012-2014*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.

Aktuální diagnózy:

- | | | |
|--|-------|----------------|
| 1. Ochota ke zlepšení léčebného režimu | 00162 | nízká priorita |
| 2. Strach | 00148 | nízká priorita |

3. Akutní bolest	00132	střední priorita
4. Porucha smyslového vnímání sluchu	00122	nízká priorita

Rizikové diagnózy:

1. Riziko deficitu tělesných tekutin	00028	nízká priorita
2. Riziko zácpy	00015	nízká priorita
3. Riziko osamělosti	00054	nízká priorita
4. Riziko infekce	00004	nízká priorita
5. Riziko pádů	00155	nízká priorita
6. Riziko vaskulárního traumatu	00213	nízká priorita
7. Riziko duchovní nouze	00067	nízká priorita

**ROZPRACOVANÉ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY A PLÁN PÉČE dne
15. 2. 2019**

AKUTNÍ BOLEST (00132)

Doména č. 12 – Komfort

Třída 1 – Tělesný komfort

Definice: Nepříjemný smyslový a emoční zážitek způsobený skutečným nebo možným poškozením tkání nebo popisovaný v pojmech takového poškození. Nástup je náhlý nebo pomalý, intenzita od mírné po závažnou, lze předvídat odeznění po době kratší než šest měsíců.

Určující znaky:

- **Subjektivní:** Sdělení a označení bolesti, změna příjmu potravy, strach.

- **Objektivní:** Obranné chování pacienta (úlevové polohy), bolestivý výraz v obličeji, strnulé pohyby.

Související faktory:

- Fyzikální zranění – operační výkon

Priorita: Střední.

Cíl: Dlouhodobý: Pacient nepocítuje bolest (VAS 0) při propuštění.

Krátkodobý: Pacient udává bolest z VAS 3 na VAS 1 do tří dnů od operace.

Očekávané výsledky:

- Pacient chápe příčinu vzniku bolesti do dvou hodin.
- Pacient je schopen o bolesti hovořit a popsat ji do dvou hodin.
- Pacient ví, že se bude 3x denně sledovat VAS.
- Pacient je informován o možnosti analgetizace dle ordinace lékaře do dvou hodin.
- Pacient klidně spí každou noc.
- Pacient ví, jak zaujmout úlevovou polohu a využívá ji.
- Pacient udává VAS 0 při propuštění do domácího prostředí.

Plán intervencí:

1. Vysvětlí nemocnému příčinu vzniku jeho bolest (při přijetí na oddělení) – všeobecná sestra, lékař.
2. Posudí bolest ráno, v poledne a večer (charakter, lokalizace, závažnost dle stupnice VAS) – všeobecná sestra.
3. Pozoruj neverbální projevy bolesti (při každém kontaktu s pacientem) – všeobecná sestra.
4. Podávej analgetika dle ordinace lékaře (při výskytu bolesti) - všeobecná sestra.

5. Sleduj vedlejší účinky léků (po podání medikace) - všeobecná sestra.
6. Sleduj fyziologické funkce, které se při bolesti mění (při výskytu bolesti) - všeobecná sestra.
7. Zhodnot' vliv bolesti na pacientovu pohodu a spánek (každý večer) - všeobecná sestra.
8. Pouč nemocného o vhodných relaxačních technikách a úlevových polohách (při rehabilitaci) – fyzioterapeut, všeobecná sestra.
9. Zapisuj hodnocení bolesti do zdravotnické dokumentace (při každém zhodnocení bolesti) - všeobecná sestra.

Realizace: Dne 15. 2. 2019, první pooperační den, byl pacient převezen z oddělení JIP na standartní urologické oddělení. Po překládu bylo provedeno zhodnocení bolesti, kdy nemocný udával bolest dle stupnice VAS na úrovni 3. Bolest byla zaznamenána do zdravotnické dokumentace. Byla zahájena analgetická léčba dle ordinace ošetřujícího lékaře. Nemocnému se ulevilo do šedesáti minut od podání analgetik. Byly sledovány fyziologické funkce, jejichž hodnoty byly v normě. Nemocný byl poučen o možnosti pravidelné analgetizace. Bolest se posuzovala dle stupnice VAS 4x denně. V návaznosti na bolest byl nemocný analgetizován. Při posledním měření udával bolest 0 v klidovém stavu, při pohybu 1.

Hodnocení: Hodnocení bylo realizováno 16. 2. 2019, druhý pooperační den. Krátkodobý cíl byl splněn. Nemocný v klidovém stavu udával bolest 0, při pohybu VAS 1. Dlouhodobý cíl nebyl splněn. Je potřeba nadále pokračovat a analgetické léčbě. Pacient ví, jak bolest zhodnotit a jak ji charakterizovat. Aktivně zaujímá úlevovou polohu. Diagnóza přetrvává a pokračuje se v intervencích: 2, 3, 4, 5, 7, 9.

STRACH (00148)

Doména č. 9 – zvládání zátěže – odolnost vůči stresu

Třída 2 – reakce na zvládání zátěže

Definice: Reakce člověka na hrozbu, kterou si připouští jako nebezpečí.

Určující znaky:

Subjektivní: Zlé předtuchy o budoucnosti, zvýšené napětí, znepokojení, obavy.

Objektivní: Nervozita, pacientovo sdělení.

Související faktory:

- Exacerbace nemoci.

Priorita: Nízká.

Cíl:

Dlouhodobý: Pacient je při propuštění bez obav.

Krátkodobý: Pacient je schopen svůj strach částečně eliminovat po rozhovoru se zdravotnickým personálem.

Očekávané výsledky:

- Pacient dokáže rozpoznat příčinu strachu a je schopen o něm diskutovat.
- Pacient umí rozlišit zdravý strach od nezdravého.
- Pacient má dostatek prostoru pro kladení otázek.
- Pacient je informován o možnosti konzultací s klinickým psychologem.
- Pacient byl edukován o svém onemocnění a verbalizuje porozumění.
- Pacient se naučí racionalizovat své myšlenky.
- Pacient se naučí vhodné techniky zvládnání strachu.

Plán intervencí:

1. Nalezni zdroj strachu (při komunikaci s pacientem) – všeobecná sestra.
2. Posud' úroveň strachu vnímaného pacientem (při komunikaci s pacientem) – všeobecná sestra.

3. Zhodnot' pacientův psychický stav a konzultuj jej s ošetřujícím lékařem (při sestavování ošetrovatelské anamnézy, při komunikaci s pacientem) – všeobecná sestra.
4. Sleduj fyzické projevy strachu – fyziologické funkce, chování nemocného (FF 3x denně, chování při každém kontaktu s pacientem) – všeobecná sestra.
5. Buď vlídná, empatická, dopřej při rozhovoru nemocnému dostatek času pro vyjádření a případné kladení otázek (při komunikaci s pacientem) – všeobecná sestra, lékař.
6. Podej nemocnému v rámci své kompetence dostatek informací tak, aby jim nemocný porozuměl (při komunikaci s pacientem) – všeobecná sestra, lékař.
7. Doporuč nemocnému a případně zajisti konzultaci s klinickým psychologem nebo psychoterapeutem (do tří hodin) – staniční sestra, lékař.

Realizace: Dne 15. 2. 2019 – pacient je první pooperační den po výkonu TURP. Jeho strach vyplývá z budoucnosti. Bojí se, že se nemoc projeví znovu a její symptomy mu opět sníží kvalitu života tak, jako před operací. U pacienta proběhla edukace sestrou i lékařem o prognóze onemocnění. Byl mu nabídnut k pročtení edukační materiál, což nemocný aktivně přijal. Konzultace s klinickým psychologem mu byly nabídnuty, nemocný ale odmítl.

Hodnocení: Hodnocení bylo realizováno 16. 2. 2019. Po rozhovoru se sestrou, s lékařem a po pročtení edukačních materiálů se zklidnil a začal se věnovat relaxačním činnostem – čtení, sledování televize. S odstupem dvaceti čtyř hodin nemocný hodnotil svůj strach jako chvilkovou slabost. V této chvíli byl opět pozitivně naladěný. Krátkodobý cíl byl splněn. Dlouhodobý cíl by se dal také považovat za splněný, ale kvůli přetrvávající nejistotě, kterou zdravotnický personál vyzoroval, se diagnóza ponechává otevřená a pokračuje se v intervencích: 2, 4, 5, 6.

RIZIKO DEFICITU TĚLESNÝCH TEKUTIN (00028)

Doména č. 2 – výživa

Třída 2 – hydratace

Definice: Ohrožení vaskulární, intersticiální nebo intracelulární dehydratací.

Rizikové faktory: Ztráta tekutin abnormálními cestami (PMK), krvácení.

Priorita: Nízká.

Cíl: Dlouhodobý: Pacient nebude jevit známky krvácení při propuštění.

Krátkodobý: U pacienta nedojde k masivní hematurii do 24 hodin.

Očekávané výsledky:

Pacient rozumí možnému riziku ztráty tělesných tekutin do dvou hodin.

Pacient umí rozpoznat hematurii do dvou hodin.

Pacient zná doporučené denní množství tekutin vycházející z prostatického režimu do dvou hodin.

Pacient je informován o sběru moče kvůli sledování bilance tekutin do dvou hodin.

Pacient je informován o podávání hemostiptik při přijetí.

Pacient je informován o nutnosti kontroly laboratorních výsledků (při přijetí) a s odběrem biologického materiálu souhlasí.

Pacient při propuštění nejeví známky krvácení.

Plán intervencí:

1. Sleduj množství moči (každých 6 hodin) – všeobecná sestra.
2. Sleduj barvu moči (každé 3 hodiny) – ošetřovatelka, všeobecná sestra.
3. Sleduj bilance tekutin (každých 12 hodin) – všeobecná sestra.
4. Podávej léky dle ordinace lékaře – všeobecná sestra.
5. Sleduj fyziologické funkce (3x denně) – všeobecná sestra.
6. Sleduj výsledky laboratorního vyšetření (zejména hemoglobin, hematokrit, erytrocyty) jedenkrát za 24 hodin – všeobecná sestra, lékař.

7. Zajisti nemocnému dostatek tekutin dle doporučení vycházejících z prostatického režimu (každý den) – všeobecná sestra, ošetřovatelka.

Realizace: Dne 15. 2. 2019, první pooperační den. I přes laváž močového měchýře trpí nemocný stále mírnou hematurií. Pacient byl seznámen s možnými komplikacemi operačního výkonu. Byl poučen o nutnosti hlásit zdravotnickému personálu veškeré změny stavu (např. barva moči). Množství moči bylo sledováno každých 6 hodin, bilance tekutin se měřila každých 12 hodin (vždy v pozitivních hodnotách – poslední hodnota + 300 ml). Hemostyptika byla podávána dle ordinace lékaře. Fyziologické funkce byly měřeny 3x denně, vždy vyšly v normálních hodnotách. Každý den v 5:30 byla nemocnému odebrána krev na hematologii (krevní obraz) a biochemii (hodnota iontů a zánětlivých markerů) – výsledky v normě. Nemocnému byl zajištěn dostatek tekutin.

Hodnocení: Hodnocení realizováno dne 16. 2. 2019. Krátkodobý cíl splněn, hematurie je stále mírnější. Dlouhodobý cíl nebyl splněn – diagnóza přetrvává. Pokračuje se v intervencích: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7.

RIZIKO VASKULÁRNÍHO TRAUMATU (00213)

Doména č. 11 – bezpečnost/ochrana

Třída 2 – fyzické poškození

Definice: Riziko poškození žíly a okolních tkání, týkající se přítomnosti kanyly anebo infuzního roztoku.

Rizikové faktory: Délka zavedení kanyly, místo vpichu, nedostatečná fixace kanyly, typ kanyly.

Priorita: Nízká.

Cíl: **Dlouhodobý:** Pacient nejeví známky vaskulárního traumatu při propuštění.

Krátkodobý: Pacient je poučen o příznacích vaskulárního traumatu a je schopen jej rozeznat – do 24 hodin.

Očekávané výsledky:

- Pacient zná projevy vaskulárního traumatu do dvou hodin.
- Pacient nepocítuje bolest v místě zavedení kanyly.
- Pacient nemá zarudlé místo zavedení kanyly.
- Pacient ví, že jakékoliv subjektivní i objektivní příznaky vyžadují ošetření zdravotnickým personálem.
- Pacient ví, jak o kanylu pečovat.
- Pacient chápe nutnost zavedení kanyly a verbalizuje porozumění.

Plán intervencí:

1. Edukuj nemocného o projevech vaskulárního traumatu (při zavedení kanyly) – všeobecná sestra.
2. Informuj pacienta o zásadách péče o kanylu (při zavedení kanyly) – všeobecná sestra.
3. Edukuj nemocného o účelnosti kanyly.
4. Sleduj místo vpichu a hodnot' dle Maddonovy škály (jednou za 24 hodin) – všeobecná sestra.
5. Dbej na dostatečné zabezpečení a fixaci kanyly (při zavedení kanyly) – všeobecná sestra.
6. Dodržuj aseptický přístup při aplikaci léků do kanyly (při každé aplikaci) – všeobecná sestra.

Realizace: Dne 15. 2. 2019. Před operačním zákrokem, tedy 13. 2. 2019 byl pacientovi zaveden PŽK do kubity na pravé horní končetině. Pacient byl poučen o účelu zavedení a o nutnosti asepsy při běžných denních činnostech, jako je hygiena. Byl poučen o projevech vaskulárního traumatu – verbalizuje porozumění. PŽK bez známek zánětu (bez zarudnutí a bolesti).

Hodnocení: Hodnocení realizováno 16. 2. 2019. Krátkodobý cíl splněn, pacient je edukován a umí popsat projevy vaskulárního traumatu. PŽK dnes extrahován. Dlouhodobý cíl splněn – pacient nejeví známky vaskulárního traumatu. Diagnóza uzavřena.

CELKOVÉ ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Sedmdesátiletý pacient byl přijat 13. 2. 2019 na urologické oddělení brněnské nemocnice k plánovanému výkonu TURP pro benigní hyperplazii prostaty. Celková doba hospitalizace byla 6 dnů. Ošetrovatelský proces byl zpracován první a druhý pooperační den, tj. 15. a 16. 2. 2019.

Při příjmu byl nemocný edukován o chodu oddělení, o jeho provozním a vnitřním řádu, který dodržoval po celou dobu hospitalizace. Dále byl detailně edukován o riziku pádu a o plánovaném výkonu a všech náležitostech s ním spojenými – večer (důkladná hygiena a dekontaminace pomocí aktivní pěny, podání premedikace, sbalení osobních věcí a označení hygienického balíčku, který si připravil k pobytu na JIP) i ráno před výkonem (oholení operačního pole, důkladná hygiena genitálu a opětovná dekontaminace aktivní pěnou, zavedení PŽK, podání premedikace). V den operace (resp. po operaci) byl sestaven seznam ošetrovatelských diagnóz, ve kterých se pokračovalo až do konce hospitalizace.

Nemocný dostal dostatek prostoru pro dotazy, které mu byly řádně zodpovězeny. Dostal dostatek edukačního materiálu a byl poučen o nutnosti dodržování prostatického režimu v pooperačním období. Pacient byl lucidní, optimistický, přátelský, ochotný, orientovaný. Veškerá poučení a doporučení, kterých se mu dostalo, pochopil a vzorně dodržoval.

U pacienta bylo pooperačně sestaveno celkem 11 ošetrovatelských diagnóz. Jako nejpodstatnější diagnózy byly zvoleny následující: akutní bolest, strach, riziko deficitu tělesných tekutin a riziko vaskulárního traumatu. U diagnózy akutní bolest byl splněn krátkodobý cíl (Pacient udává bolest z VAS 3 na VAS 1 do tří dnů od operace.) – nemocný udává v klidovém stavu VAS 0, při rehabilitaci VAS 1. Dlouhodobý cíl (Pacient nepocítuje bolest (VAS 0) při propuštění.) splněn nebyl, a proto se pokračuje v intervencích č. 2, 3, 4, 5, 7, 9 (viz výše). V rámci diagnózy druhé – strach byl také

splněn krátkodobý cíl (Pacient je schopen svůj strach částečně eliminovat po rozhovoru se zdravotnickým personálem.), ale dlouhodobý cíl (Pacient je při propuštění bez obav.) se považuje za nesplněný. Kvůli pacientově přetrvávající nejistotě, která byla vyzorována personálem, se dále pokračuje v intervencích č. 2, 4, 5, 6 (viz výše). Třetí řešená diagnóza, a to riziko deficitu tělesných tekutin, má krátkodobý cíl (U pacient nedojde k masivní hematurii do 24 hodin.) splněn, pacient má hematurii sáde mírnější. Dlouhodobý cíl (Pacient nebude jevit známky krvácení při propuštění.) splněn nebyl a pokračuje se v intervencích č: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 (viz výše). Poslední, čtvrtá řešená diagnóza – riziko vaskulárního traumatu byla vyhodnocena za splněnou a uzavřenou. Podařilo se splnit krátkodobý (Pacient je poučen o příznacích vaskulárního traumatu a je schopen jej rozeznat – do 24 hodin.) i dlouhodobý cíl (Pacient nejeví známky vaskulárního traumatu při propuštění.). Periferní žilní katetr byl v den hodnocení extrahován, bez známek zánětu a bez bolestivosti v okolí vpichu.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Benigní hyperplazie prostaty je v dnešní době onemocnění, které trápí 75 % mužů starších sedmdesáti let. Klinický obraz je různorodý, ale všechny symptomy směřují k jedinému – výrazně snižují kvalitu pacientova života. Hlavním problémem, který brání ve včasném podchycení a rychlém vyléčení nemoci, je stud. Nejúčinnější léčbou tohoto onemocnění je operační endourologický výkon známý pod zkratkou TURP, nebo-li transuretrální resekce prostaty.

Doporučení pro pacienta:

- Nestydět se o svých problémech otevřeně mluvit s praktickým lékařem.
- Neoddalovat vyhledání pomoci od odborníka na danou problematiku.
- Nezkreslovat či záměrně nezlehčovat své problémy při konzultaci s odborníkem.
- Nebát se pokládat otázky ohledně onemocnění při komunikaci s odborníkem.
- Zjistit si veškeré informace o možnostech léčby, diskutovat se svým lékařem o nejvhodnější možnosti.
- Nepodceňovat význam pravidelné dispenzarizace.
- Dodržovat zásady a doporučení plynoucí z prostatického režimu (dostatek tekutin, nezadržovat moč, vyhýbat se podchlazení, nejezdit na kole...).

Doporučení pro zdravotnický personál:

- Vždy respektovat pacientovo soukromí a jeho intimitu.
- Mít dostatek informací pro edukaci pacienta, edukovat řádně.
- Edukaci provádět systematicky, individuálně, empaticky a kontrolovat zpětnou vazbu.
- Nabídnout nemocnému dostatek odborných edukačních materiálů.
- Znat a pečlivě sledovat projevy pooperačních komplikací.
- Jakékoliv nežádoucí změny pacientova stavu hlásit lékaři.

Doporučení pro rodinu nemocného:

- Nebagatelizovat pacientovy problémy.
- Nenutit jej do léčby ani jiných činností, ponechat nemocnému autonomii.
- Mít dostatek trpělivosti, nemocného podporovat, motivovat a uklidňovat před i po zákroku.

ZÁVĚR

Záměrem této bakalářské práce bylo zpracovat ošetrovatelský proces u urologického pacienta po transuretrální resekci prostaty. V teoretické části je věnovaná kapitola i benigní hyperplazii prostaty, bez které by operační výkon TURP neměl využití. Práce by měla posloužit i jako edukační materiál pro nelékařské zdravotnické pracovníky v oboru urologie.

V rámci teoretické části této práce byl stanoven následující cíl: Zjistit co nejvíce informací o transuretrální resekci prostaty ze zdrojů získaných rešerší. Úkolem teoretické části bylo shromáždit informace o benigní hyperplazii prostaty, jejich příčinách, klinickém obraze, diagnostice, komplikacích, ale hlavně léčbě. V další kapitole jsme nastínili samotnou metodu transuretrální resekce prostaty – operační postup a možné pooperační komplikace. V třetí a poslední kapitole teoretické části byl popsán prostatický režim u pacientů po operaci prostaty. Domníváme se, že stanovený cíl se podařilo splnit.

V části praktické byl zpracován ošetrovatelský proces u pacienta na urologickém oddělení po TURP podle funkčního modelu zdraví Marjory Gordonové. Byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy a cíle, které byly splněny na základě plánu ošetrovatelské péče a jeho realizace. Diagnózy byly sestaveny dle NANDA I Taxonomie II 2012-2014. Detailně jsme rozpracovali čtyři diagnózy – dvě aktuální (akutní bolest, strach) a dvě potenciální (riziko deficitu tělesných tekutin, riziko vaskulárního traumatu). Celková ošetrovatelská péče je shrnuta v samostatné kapitole. Dalším bodem v praktické části je doporučení pro praxi směřované pacientům, zdravotnickému personálu a rodině. Cíle stanovené pro praktickou část byly splněny.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BEZDIČKOVÁ, Marcela a Lenka SLEZÁKOVÁ, 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii II*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3130-8.
- GHAZAL, Motasem, 2015. Sexuální funkce po transuretrální resekci prostaty. *Urologické listy*. **13**(3). ISSN 1214-2085.
- HANUŠ, Tomáš, 2011. *Urologie*. Praha: Triton. Lékařské repetitorium. ISBN 978-80-7387-387-5.
- KAŠÁKOVÁ, Eva a kol., 2015. *Výkladový slovník pro zdravotní sestry*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-424-1.
- KAŠPERKOVÁ, Lucie, 2011. Perioperační péče v endourologii. *Sestra*. **21**(11), s. 34-35. ISSN 1210-0404.
- KAWACIUK, Ivan, 2009. *Urologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-627-7.
- KLEČKA, Jiří a kol., 2014. Nové trendy v diagnostice a léčbě benigní hyperplazie prostaty. *Lékařské listy: odborná příloha Zdravotnických novin*. **10**. ISSN 0044-1996.
- LÉTALOVÁ, Eva a Vladislava WIEGLOVÁ, 2011. Pooperační péče v urologii. *Sestra*. **2**. ISSN 1210-0404.
- MAREČKOVÁ, Jana, 2006. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1399-3.
- NANDA INTERNATIONAL, 2013. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2012-2014*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8
- NĚMCOVÁ, Jitka a kol., 2018. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Třetí vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-904955-9-3.
- SKOKOVÁ, Daniela, 2009. Transuretrální resekce prostaty. *Diagnóza v ošetrovatelství: odborný a informační časopis pro zdravotnické pracovníky*. **5**(2), s. 16. ISSN 1001-1349.
- SOCHOROVÁ, Nataša a kol., 2016. *Základy obecné urologie nejen pro sestry*. Opava: Solen. ISBN 978-80-7471-142-8.

STÁRKA, Luboslav a Lucie KOLÁTOROVÁ SOSVOROVÁ, 2016. Fytoterapeutika používaná v terapii benigní hyperplazie prostaty – současný stav v ČR. *Praktické lékárenství*. **12**(6e). ISSN 1801-2434.

VÁVŘOVÁ, Lucie, 2016. Diagnostika a léčba benigní hyperplazie prostaty. *Postgraduální medicína: odborný časopis pro lékaře*. **6**. ISSN 1212-4184.

VERNER, Pavel, 2005. *Benigní hyperplazie prostaty: současný přístup k farmakologické léčbě*. Praha: Maxdorf. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 978-80-7345-074-7.

VOKURKA, Martin a kol., 2015. *Velký lékařský slovník*. Desáté aktualizované vydání. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-456-2.

ZÁMEČNÍK, Libor a Viktor SOUKUP, 2009. *Prevence a léčba onemocnění močových cest*. Praha: Mladá fronta. Lékař a pacient. ISBN 978-80-204-1941-5.

ZVARA, Vladimír a kol., 2010. *Urologické operace*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-388-7.

SEZNAM WEBOVÝCH ZDROJŮ

- ADL test – Barthelové test základních všedních činností. In: *VOŠ a SZŠ Hradec Králové*. [online]. [cit. 2019-01-27]. Dostupné z: <https://ose.zshk.cz/media/p5811.pdf>
- ANON. Velký lékařský slovník. [online]. [cit. 2019-02-09]. Dostupné z: <https://lekarske.slovniky.cz/pojem/dht>
- BELEJ, Kamil. Transrektální biopsie v diagnostice karcinomu prostaty. [online]. In: *Urologie pro praxi – Přehledové články – s. 287*. 2009. [cit. 2019-01-09]. Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2009/05/08.pdf>
- Endoresektor. In: *Masarykova univerzita*. [online]. (2012) [cit. 2019-01-26]. Dostupné z: https://is.muni.cz/el/1411/jaro2013/VLCH9X33c/um/E-learning_-_Cha/TURP_E-learning.pdf
- HRADECKÁ, Lenka. NANDA taxonomie II. [online]. In: *Zdravotnictví a medicína*. 2009. [cit. 2019-01-27]. ISSN 2336-2987. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/nanda-taxonomie-ii-448158>
- IADL test. In: *VOŠ a SZŠ Hradec Králové*. [online]. [cit. 2019-01-27]. Dostupné z: <https://ose.zshk.cz/media/p5812.pdf>
- IPSS dotazník. In: *Institut klinické a experimentální medicíny*. [online]. 2012. [cit. 2018-12-28]. Dostupné z: <https://www.ikem.cz/cs/ipss-dotaznik/a-1875>
- Komplikace neléčené zvětšené prostaty* [online]. *Medicina*. 2014. [cit. 2018-12-28]. Dostupné z: <http://medicina.cz/clanky/10257/192/Komplikace-nelecene-zvetsene-prostaty/>
- Mikční deník pacienta. In: *Androidtip*. [online]. 2015. [cit. 2018-12-28]. Dostupné z: <http://www.androidtip.cz/denik-pacienta-android-aplikace-diky-ktere-budete-mit-prehled-o-zdravotnim-stavu-cele-rodiny/#prettyPhoto/17/>
- Mikční karta. In: *Periferní neuropatie*. [online]. M. Rejchrt; Urologická klinika UK 2. LF a FN Motol, Praha. 2005. [cit. 2019-01-06]. Dostupné z: <http://www.cus.cz/wp-content/uploads/2013/06/15-a-16Rejchrt-Periferni-neuropatie.pdf>

Postup resekce při TURP. In: *Masarykova univerzita*. [online]. 2012. [cit. 2019-01-26]. Dostupné z: https://is.muni.cz/el/1411/jaro2013/VLCH9X33c/um/Elearning_Cha/TURP_E-learning.pdf

Resekční klička. In: *Masarykova univerzita*. [online]. 2012. [cit. 2019-01-26]. Dostupné z: https://is.muni.cz/el/1411/jaro2013/VLCH9X33c/um/E-learning_-_Cha/TURP_E-learning.pdf

Srovnání normální a hyperplastické prostaty. In: *Benigní hyperplazie prostaty*. [online]. WikiSkripta (poslední úpravy 17.3.2018). [cit. 2018-12-03]. Dostupné z: https://www.wikiskripta.eu/w/Benign%C3%AD_hyperplazie_prostaty

Transvezikální prostatektomie. In: *Thomayerova nemocnice*. [online]. 2016. [cit. 2019-01-12]. Dostupné z: http://www.ftn.cz/upload/ftn/Kliniky/Urologie/Dokumenty/Otevrene_operace_na_prostate.pdf

URBAN, Michael. Léčba zvětšené prostaty. In: *Androgeos*. [online]. [cit. 2019-02-12]. Dostupné z: <https://www.zvetsena-prostata.cz/peclive-sledovani>

Vyšetření prostaty per rectum. In: *Stanovení diagnózy karcinomu prostaty a příslušná vyšetření*. [online]. Gentlemanplus, 2012. [cit. 2019-01-06]. Dostupné z: <https://www.gentlemanplus.cz/karcinom-prostaty~stanoveni-diagnozy-karcinomu-prostaty-a-prislusna-vysetreni/Stranka.aspx?KategorieID=1065&CmsObjektID=0>

PŘÍLOHY

Příloha A	Dozatník IPSS
Příloha B	Mikční deník
Příloha C	Uroflowmetrická křivka
Příloha D	Postup resekce při TURP, resekční klička, endoresektory
Příloha E	ADL test – Barthelové test základních všedních činností
Příloha F.....	IADL test – test instrumentálních všedních činností
Příloha G	Čestné prohlášení studenta k získání podkladů
Příloha H	Rešeršní protokol

Příloha A – Dotazník IPSS

Mezinárodní skóre Prostatických symptomů (I-PSS)

Následující dotazník pomůže Vám i Vašemu lékaři zhodnotit Váš zdravotní stav s ohledem na onemocnění prostaty. Vyplňte jej, prosím, co nejpřesněji k doporučení dalšího postupu. (V tabulce zaškrtněte příslušné políčko.)

Jméno pacienta:					Věk:		
	Vůbec ne	Asi v 1/5 případů	V méně než 1/2 případů	Asi v 1/2 případů	Ve více než 1/2 případů	Téměř vždy	SKÓRE:
Neúplné vyprázdnění: Jak často jste během posledního měsíce měl po vymočení pocit nevyprázdněného močového měchýře?	0	1	2	3	4	5	
Frekvence: Jak často jste během posledního měsíce musel znovu močit dříve než za 2 hodiny po předchozím vymočení?	0	1	2	3	4	5	
Přerušované močení: Jak často jste během posledního měsíce pozoroval, že se močení několikrát přerušilo a znovu začalo?	0	1	2	3	4	5	
Naléhavost: Jak často jste během posledního měsíce jen s potížemi močení oddálil?	0	1	2	3	4	5	
Oslabení proudu moče: Jak často jste během posledního měsíce měl slabý proud moči?	0	1	2	3	4	5	
Tlačení na močení: Jak často jste během posledního měsíce musel tlačit, abyste začal močit?	0	1	2	3	4	5	
Noční močení: Jak často jste během posledního měsíce musel v noci kvůli močení vstávat? (Průměrně za noc)	Nikdy	1x	2x	3x	4x	5x a více	
Celkové skóre:							

Hodnocení kvality života vzhledem k mikčným obtížím

Kvalita života: Jak byste se cítil, kdybyste měl mít v budoucnu stejné obtíže s močením jako nyní?	Výborně 0	Dobře 1	Převážně dobře 2	Střídavě 3	Převážně špatně 4	Špatně 5	Nesnesitelně 6
Index kvality života:							

Zdroj: <https://www.ikem.cz/cs/ipss-dotaznik/a-1875>

Příloha B – Mikčnický deník

Formou aplikace do mobilního telefonu.



Zdroj: <http://www.androidtip.cz/denik-pacienta-android-aplikace-diky-ktere-budete-mit-prehled-o-zdravotnim-stavu-cele-rodiny/#prettyPhoto/17/>

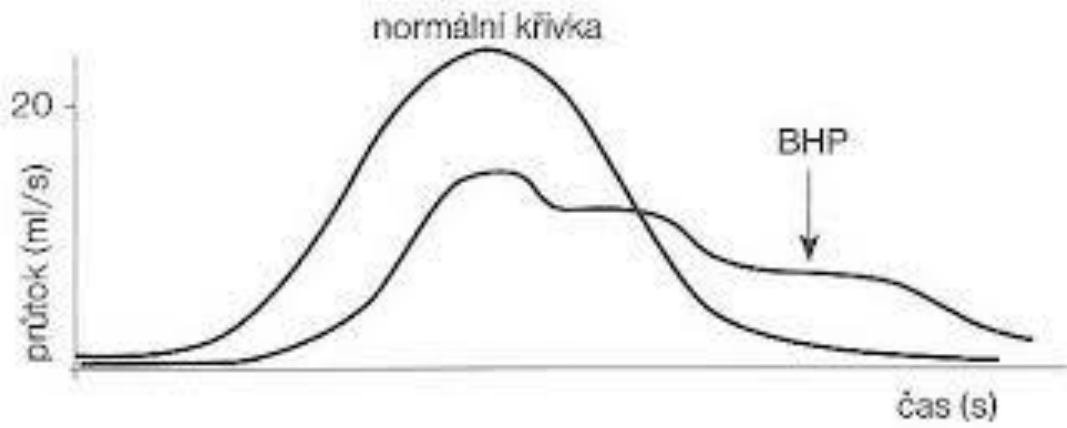
Klasická mikčnická karta.

Den/datum:				
Čas	Příjem tekutin (ml)	Močení (ml)	Nucení na močení (ano = ✓)	Únik moči (viz pozn. *)
Celkem				

*Únik moči: nevyplněno – žádný; 1 – slabý; 2 – střední; 3 – silný

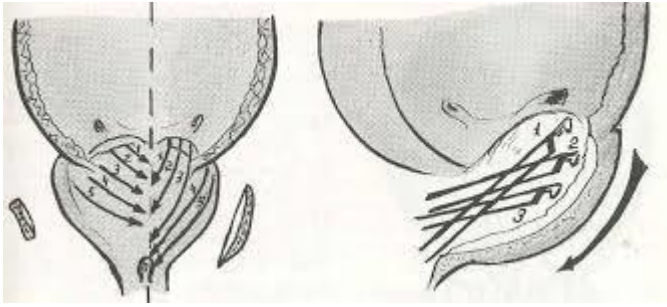
Zdroj: <http://www.cus.cz/wp-content/uploads/2013/06/15-a-16Rejchrt-Periferni-neuropatie.pdf>

Příloha C – Uroflowmetrická křivka



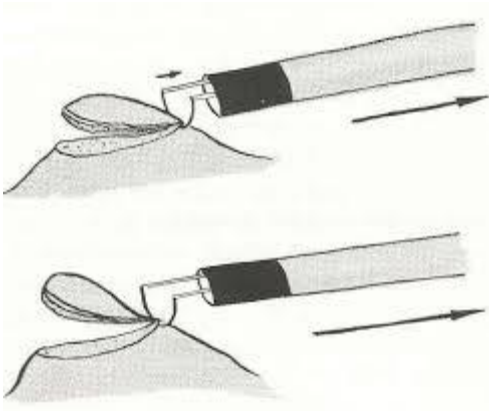
(VERNER, 2005, s. 21)

Příloha D – Postup resekce při TURP



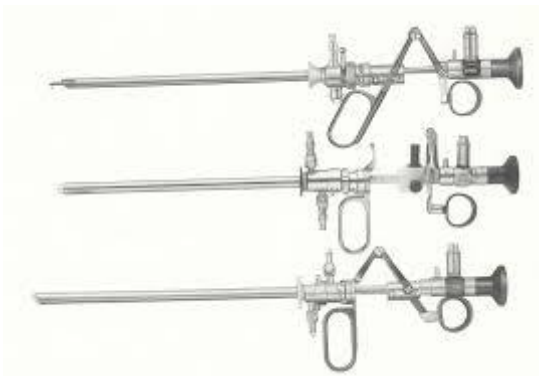
Zdroj: https://is.muni.cz/el/1411/jaro2013/VLCH9X33c/um/E-learning_-_Cha/TURP_E-learning.pdf

Resekční klička:



Zdroj: https://is.muni.cz/el/1411/jaro2013/VLCH9X33c/um/E-learning_-_Cha/TURP_E-learning.pdf

Endoresektory:



Zdroj: https://is.muni.cz/el/1411/jaro2013/VLCH9X33c/um/E-learning_-_Cha/TURP_E-learning.pdf

Příloha E – ADL test – Barthelové test základních všedních činností

Multimediální тренаžer plánování a ošetrovatelské péče

Barthelův test základních všedních činností ADL
(activity daily living)

- slouží ke zhodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech

činnost	provedení činnosti	bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

HODNOCENÍ:
0-40 bodů vysoce závislý
45-60 bodů závislost středního stupně
65-95 bodů lehká závislost
100 bodů nezávislý

Zdroj: <https://ose.zshk.cz/media/p5811.pdf>

Příloha F – IADL test – test instrumentálních všedních činností

Multimediální тренаžer plánování a ošetrovatelské péče

Test instrumentálních všedních činností (IADL)

zjišťuje lehčí poruchy soběstačnosti

Jméno pacienta:
Datum:
Test provedl:

1. Jízda dopravním prostředkem	
zcela samostatně	10 bodů
s pomocí nebo doprovodem druhé osoby	5 bodů
neschopen, schopen pouze převozu (sanitou, automobilem)	0 bodů
2. Nákup potravin	
zcela samostatně	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů
3. Uvaření	
samostatně celé jídlo	10 bodů
sám si jídlo ohřeje	5 bodů
neschopen	0 bodů
4. Domácí práce (jednoduchý úklid, např. vytření podlahy, ustlání postele atd.)	
samostatně bez pomoci	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů
5. Vyprání osobního prádla	
zvládne samostatně	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů
6. Telefonování	
samostatně vyhledá čísla v seznamu, zvedne telefon a adekvátně reaguje	10 bodů
potřebuje pomoc při vytáčení nebo vyhledávání čísla	5 bodů
neschopen	0 bodů
7. Užívání léků	
samostatně užívá správné léky v určenou dobu	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů
8. Odesílání peněz na poště nebo zacházení s kartou	
schopen samostatně	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů

Výsledek:

Hodnocení:
0-40 bodů nesoběstačnost v instrumentálních aktivitách denního života
45-75 bodů částečná nesoběstačnost v aktivitách denního života
80 bodů v instrumentálních aktivitách denního života soběstačná/ý

Příloha G – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

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

V Praze dne 31. 3. 2019

.....
Kateřina Dohnálková

Příloha H – Rešeršní protokol



Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů

Vinařská 6, PSČ 603 00 Brno
IČ: 00023850, DIČ: CZ00023850
ID datové schránky NCONZO: a55vw2c
www.nconzo.cz



Rešerše

Transuretrální resekce prostaty

Z databází:

- Katalog knihovny NCO NZO Brno
- Bibliographia medica Čechoslovaca
- Medline
- ProQuest
- CASLIN
- Google Scholar
- Google Knihy

Časový rozsah: 2010-2018

Celkový počet záznamů: 82

10. 10. 2018

Zpracovala: Michaela Musilová

Telefon:
543559111

Fax:
543211177

ID datové schránky:
a55vw2c