UNIVERZITA KARLOVA

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ludmila Čuchalová

Ošetřovatelská péče o pacienta s karcinomem ledviny

Nursing care of a pacient with renal cell carcinoma

Bakalářská práce

Praha, květen 2024

Autor práce: Ludmila Čuchalová

Studijní program: Všeobecné ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecné ošetřovatelství

Vedoucí práce: **Mgr. Jana Holubová**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství 3. LF UK**

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má závěrečná práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému Theses.cz a Turnitin za účelem soustavné kontroly podobnosti závěrečných prací.

V Praze dne – 14. 5. 2024 Ludmila Čuchalová

Poděkování

Ráda bych zde poděkovala vedoucí této práce, Mgr. Janě Holubové, za její podnětné rady a připomínky pro tuto práci. Dále také pacientovi, jehož případem se v této práci zabývám, za jeho ochotu a otevřenost podělit se o svůj příběh.

Obsah

ÚVOD.....5

1. TEORETICKÁ ČÁST.....6

1.1 ANATOMIE LEDVIN.....6
1.2 FYZIOLOGIE LEDVIN.....7
1.3 NÁDOROVÁ ONEMOCNĚNÍ LEDVIN.....9
1.3.2 Vyšetřovací metody v urologii.....10
1.3.3 Symptomatologie karcinomu ledviny.....13
1.3.4 Terapie.....14
1.3.5 Komplikace.....15
1.3.6 Prognóza.....15

PRAKTICKÁ ČÁST……..17

2. ANAMNÉZA……..17

2.1. LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA……...17
2.2. OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA.....18

3. PRŮBĚH HOSPITALIZACE.....26

4. OŠETŘOVATELSKÉ PROBLÉMY KE 4. DNI HOSPITALIZACE……..37
4.1. ÚNAVA Z DŮVODU ONKOLOGICKÉHO ONEMOCNĚNÍ A Z DŮVODU NARUŠENÉHO SPÁNKU.....37
4.1.1. Etiologie vzniku únavy.....38
4.1.2. Problémy související s únavou.....38
4.1.6. Přístup k pacientovi trpícímu únavou.....43
4.2. BOLEST Z DŮVODU OPERAČNÍHO VÝKONU.....44
4.2.2. Hodnocení bolesti.....47
4.2.3. Léčba bolesti.....49
4.2.4. Průběh bolesti během hospitalizace pacienta.....50

DISKUZE.....51

ZÁVĚR.....54

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM TABULEK

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHY

Úvod

Téma své bakalářské práci *„Ošetřovatelská péče o pacienta s karcinomem ledviny“* jsem si vybrala, na základě svého dlouhodobějšího zájmu o tuto problematiku a také vzhledem k mému častějšímu styku s pacienty právě s touto diagnózou.

V teoretické části práce se nejprve stručně věnuji popisu anatomie a fyziologie ledvin a poté už samotné problematice renálního karcinomu. Věnuji se nejčastějším urologickým vyšetřením právě s důrazem na diagnostiku nádorů ledvin a dále rozebírám nejčastější příznaky poukazující na přítomnost renálního karcinomu, možné způsoby jeho léčbu a na konci teoretické části zmiňuji možné komplikace této diagnózy a prognózu tohoto onemocnění.

V praktické části této práce popisuji případ konkrétního pacienta po resekci ledviny pro recidivu renálního karcinomu. Operační zákrok byl proveden na urologickém oddělení fakultní nemocnice v Praze. Problematiku ošetřovatelské péče se snažím popsat co možná nejkomplexněji podle ošetřovatelského modelu podle Marjory Gordonové. Data, která uvádím v pacientově anamnéze jsem čerpala ze zdravotnické dokumentace, zprostředkovaně od dalších sester, vlastním pozorováním a rozhovory s pacientem. Odběr ošetřovatelské anamnézy, se kterou v této práci pracuji, proběhl 4. pooperační den, tedy 6. den pacientovy hospitalizace.

Další velkou kapitolou je průběh hospitalizace. Poměrně dopodrobna rozebírám jednotlivé dny hospitalizace s důrazem na všechny oblasti pacienta a poté popisuji dva problémy, které se mi jevily jako hlavní. Těmito problémy jsou únava z důvodu onkologického onemocnění a z důvodu narušeného spánku a dále bolest z důvodu operačního výkonu.

V diskuzi poté porovnávám případ tohoto konkrétního pacienta se dvěma výzkumy, které, dle mého názoru, nabízí na rozebíranou problematiku pohled z dalšího úhlu.

Závěrem shrnuji celou práci a předkládám tak celkový přehled o případu tohoto pacienta.

1. Teoretická východiska

1.1 Anatomie ledvin

Ledviny jsou párový orgán fazolovitého tvaru. Jsou uloženy retroperitoneálně po obou stranách bederní páteře. Pravá ledvina je umístěna o něco níže. Spolu s gastrointestinálním traktem, kůží a plícemi patří k hlavním orgánům zajišťující vylučování odpadních látek z těla. Na horních částech obou ledvin jsou umístěny nadledviny. Ty však nejsou součástí vylučovacího, nýbrž endokrinního systému. Fyziologická ledvina dospělého člověka dospělého člověka má tmavě červenou barvu, váží přibližně 150 gramů a bývá 6-7,5cm široká, 7-12 cm dlouhá a 3cm hluboká. (Merkunová, Orel, 2008).

Na vnitřním okraji ledviny se nachází hilus – vstupní branka, skrze kterou do ledvin vstupují krevní cévy a nervy a vystupují z ledviny močové cesty a mízní cévy. Celá ledvina je uložena v jemném, vazivovém pouzdru, které přechází i na močovod. Další vrstvu poté tvoří tuková vrstva, která pro ledvinu znamená hlavní mechanickou ochranu a zároveň ledvinu podepírá. K okolním strukturám je poté ledvina fixována zevní vazivovou povázkou. (Haluzíková, Břegová a kol., 2019).

Vnitřní struktura ledviny

Ledvinový parenchym se dělí na kůru (cortex), která je tmavě červená s jemně zrnitá a dřeň (medulla), která radiálně žíhaná. Dřeň ledviny je rozdělená do pyramid, což jsou jehlancové útvary. Jejich zaoblené vrcholy – papily, jsou přivráceny k hilu ledviny a jejich báze směřují ke kůře. Na papilách také ústí sběrací kanálky a celé vrcholy pyramid obemykají ledvinové kalichy – calices renales. Filtrační aparát ledvin je uložen v kůře. Základní funkční i anatomickou jednotkou ledviny je nefron. (Dylevský, 2009).

Nefrony jsou vlastní uropoetickou jednotkou ledviny. V každé ledvině se jich nachází více než 1 milion. Nefron se skládá z glomerulu, Bowmanova váčku, stočených kanálků a Henleovy kličky. (Fiala a kol., 2015).

1.2 Fyziologie ledvin

Ledviny mají mnoho funkcí, které Franěk a kol. dělí do třech hlavních skupin. První funkcí je vylučování odpadních látek metabolismu a cizorodých látek z organismu, dále je to regulační funkce, a to zejména krevního tlaku, acidobazické rovnováhy, udržování osmolarity a hospodaření s vodou a s elektrolyty. Třetí skupinou jsou sekreční a syntetické funkce, týkající se zajména reninu, erytropoetinu, kalcitriolu a glukózy. Nejdůležitější funkcí ledvin však zůstává tvorba moči. (Franěk, Rychlík, 2012).

Tvorba moči

Proces tvorby moči je zahájen v nefronu pomocí glomerulární filtrace. Tehdy se část plazmy z krve, která protéká kapilárami klubíčka protlačí do přiléhajícího Bowmanova pouzdra. Tento děj se nazývá ultrafiltrace. Glomerulární filtrát (přefiltrovaná tekutina) má oproti plazmě jiné složení. Až na malé množství albuminů zde nejsou přítomny bílkoviny, které nemohou projít přes stěnu jak kapilár, tak Bowmanova pouzdra. Intenzita filtrace závisí na krevním tlaku v glomerulu, který závisí především na krevním zásobení ledvin. To je ovlivněno celkovým tlakem krve v organismu. (Merkunová, Orel, 2008).
Denně se vytvoří přibližně 170 litrů primární moči – glomerulárního filtrátu. Fyziologická denní diuréza je však přibližně 1,5 litru. Okolo 99% glomerulárního filtrátu je tedy v tubulech nefronů vstřebáno zpět do krve. Ultrafiltrát postupuje z glomerulu nefronem dále do proximálního tubulu. (Haluzíková, Břegová a kol., 2019).

Proximální tubulus je místem, kde se do peritubulárních kapilár reabsorbuje 80% glomerulárního filtrátu. Tento děj nazývá obligatorní resorbcí, není tedy ovlivněn mírou zavodnění organismu. Do sestupného raménka Henleovy kličky se tak dostává tekutina s totožnou osmolalitou, jakou má krevní plazma. (Haluzíková, Břegová a kol., 2019)

Henleova klička je trubice ve tvaru písmene U, která vychází z proximálního tubulu. Skládá se ze sestupného a vzestupného raménka. Začíná v kůře, přijímá filtrát z proximálního stočeného tubulu, pokračuje do dřeně jako sestupné raménko a poté se vrací do kůry jako vzestupné raménko, aby se vyprázdnila do distálního stočeného tubulu. Vztah Henleovy kličky k okolním cévám spolu s její úpravou jsou základem protiproudového systému ledviny, který zabezpečuje zpětné vstřebávání vody a sodíku. (Dylevský, 2009).

Distální tubulus navazuje na Henleovu kličku. Přitéká do něj hypotonická tekutina, ze které se v distálním tubulu zpětně absorbují ionty a voda. Působí zde hormon aldosteron, který zabezpečuje vstřebávání Na^+ a vylučování K^+ a antidiuretický hormon, který činí stěnu distálního tubulu více propustnou pro vodu, která se vstřebává díky síle osmotického gradientu. Stěna distálního tubulu je díky své poloze v úzkém kontaktu se stěnou glomerulu (v místě mezi vas afferens a vas efferens) a spojení buněk těchto struktur se nazývá juxtaglomerulární aparát, který je místem produkce reninu. (Orel, 2019).

Poslední částí nefronu je **sběrací kanálek**, který navazuje na distální tubulus. Zde vlivem antidiuretického hormonu dochází k úpravě objemu a koncentrace definitivní moči. Antidiuretický hormon ve stěně distálního kanálku působí otevření speciálních kanálků pro vodu, která je reabsorbována díky hypertonicitě ledvinové dřeně, která obklopuje sběrací kanálek. Díky tomuto procesu se zmenšuje objem moči a stoupá její koncentrace. Na sběrací kanálky navazují ledvinné kalichy, které poté ústí ve vývodné cesty močové. (Orel, 2019).

1.3 Nádorová onemocnění ledvin

Karcinom ledviny představuje 80-85% všech malignit ledvin. V 75% se jedná o světlobuněčný karcinom, dříve nazývaný Grawitzův tumor. Z dalších histologických typů se v 10% případů vyskytuje papilární karcinom, v 5% chromofobní karcinom a s četností výskytu méně než 1% se vyskytuje medulární karcinom, neboli karcinom ze sběrných kanálků, který je velmi agresivní. U dětí je typický Wilmsův tumor (nefroblastom), jenž tvoří 1% všech maligních nádorů ledviny. (Petejová, Martínek, 2016).
Jeho velikost může být různá – od několika centimetrů až po velké útvary o hmotnosti několika kilogramů. Nejčastěji postihují pouze jednu stranu, pravou nebo levou ve stejném poměru, vzácně se ale může karcinom ledviny vyskytnout i na obou stranách zároveň. Krevní cestou může nádor metastazovat, a to nejčastěji do kostí, plic a centrálního nervového systému. Lymfatickou cestou se nádor šíří nejprve do uzlin poblíž ledviny v dutině břišní, ale také do jiných, vzdálenějších uzlin. Nádory ledvin se vyskytují častěji u mužů než u žen. Pravděpodobnost jejich výskytu je také 1,5 – 2,5x vyšší u kuřáků. Vzácně se vyskytují také dědičné formy, nicméně další příčiny zůstávají mnohdy nejasné. Zhoubné onemocnění ledvin se vyskytuje nejčastěji kolem 60. roku života. (Kocák, 2006).

Kolombo a kol. udává, že mezi země s nejčastějším výskytem karcinomu ledviny patří právě Česká republika. (Kolombo a kol., 2014).

1.3.2 Vyšetřovací metody v urologii

Mezi hlavní vyšetřovací metody v urologii spadá anamnéza, vyšetření moči, fyzikální vyšetření a zobrazovací metody. (Hanuš, Macek, 2016). Nyní se tedy budu těmto metodám věnovat jednotlivě.

Anamnéza

Stejně jako i ve všech jiných lékařských oborech, je i v urologii hraje při vyšetřování pacienta jeho anamnéza zásadní roli. Při zjišťování charakteristik týkajících se nynějšího onemocnění pokládá lékař pacientovi srozumitelné otázky týkající se pacientova zdravotního stavu a jeho dřívějších i nynějších onemocnění. Je důležité získat informace o charakteru a trvání obtíží, v případě bolesti lékaře zajímá především její charakter, intenzitu a šíření. Dále je pacient dotazován na mikční poruchy, změnu kvality nebo množství moči. V neposlední řadě se lékař soustředí na celkové příznaky u pacienta, jako je teplota, vegetativní doprovod, změny tvaru a konzistence stolice, úbytek na váze apod. (Vaľová, 2016).

Zvláště v případě odběru anamnézy na urologické ambulanci zajímá lékaře také urologická anamnéza. Je nutné pátrat po urologických onemocněních, jimiž může být například urolithiáza, kolika, prodělané operační zákroky, záněty (pyelonefritida, často se objevující cystitida apod.), prodělaná traumata zejména genitálu či ledvin, u žen podstoupené gynekologické zákroky včetně porodů, dále například charakter močení či sexuální funkce. (Hanuš, Macek, 2016).

Dále lékař samozřejmě od pacienta odebírá také anamnézu rodinnou, pracovní, osobní, alergickou, farmoakologickou a případně sociální. (Vondráček a kol., 2012).

Vyšetření moči

Z výsledků vyšetření moči lze získat cenné poznatky například o funkci močových cest či ledvin a odhalit řadu chorob či poruch v celém organismu. Nejjednodušším, nejrychlejším a zároveň nejlevnějším způsobem vyšetření moči pomocí testovacích papírků. Tímto způsobem může lékař odhadnout pH moči a přítomnost určitých látek, jako například cukr, bílkoviny, bilirubin, ketolátky nebo hemoglobin. V případě mikrobiologického vyšetření je třeba od pacienta získat střední proud moči. Musí se přitom dbát o to, aby nedošlo ke kontaminaci vnitřku zkumavky či jejího víčka a nedošlo tak k falešně pozitivnímu výsledku. Jednou z dalších možností vyšetření moči je 24hodinový sběr moči. V tomto případě sbírá pacient svou moč po celý den (24 hodin) a na konci se z celkového množství odebere vzorek do zkumavky. Tento způsob se využívá zejména v případě složitějších chemických vyšetření, potřebuje-li lékař u pacienta znát koncentraci iontů a dalších sloučenin. (Štefánek, 2011).

Fyzikální vyšetření

Fyzikálními vyšetřeními obecně rozumíme pohled (aspekci), poslech (auskultaci), pohmat (palpaci), poklep (perkusi) a vyšetření per rectum. V případě urologie se hojně využívá například bimanuální palpace ledviny, neboli Izraelův hmat. Fyziologicky je u dospělých ledvina nehmatná. Při probíhajících patologických procesech na ledvině bývá ledvina hmatná bimanuálně v bederní oblasti. Kromě výrazně pokročilých zánětů či tumorů bývá tato resistence pohyblivá. Avšak Gronka a kol. píší, že u pacientů s lokalizovaným karcinomem na ledvině bývá často fyzikální vyšetření negativní. (Gronka a kol., 2008) Rezistence se také projevuje dechovými exkurzemi. Dalším obvyklým fyzikálním vyšetřením bývá tapottement. Jedná se o šetrný úder na místo výskytu ledviny malíkovou hranou ruky lékaře. Tapottement, stejně jako Izraelův hmat, bývá bolestivý zejména při přítomnosti nádorů či renální koliky. Per rectum se v urologii vyšetřuje zejména prostata. (Hora, Dolejšová a kol., 2021).

Zobrazovací metody

V urologii se využívá velkého množství různých zobrazovacích metod. Patří sem zejména ultrazvuk, kontrastní ultrasonografie, nativní nefrogram, intravenózní urografie, CT, magnetická resonance, PET/CT, PET/MRI nebo scintigrafie ledvin a skeletu, která se řadí mezi radionuklidová vyšetření. (Hora, Dolejšová a kol., 2021). Karcinom ledviny bývá obvykle diagnostikován pomocí ultrazvuku, CT, nebo MRI (Lounová, Študent, 2021), proto se v této práci budu více zabývat právě těmito metodami.

Ultrazvuk

Jedná se o nejčastější radiodiagnostické vyšetření na urologických klinikách, které umožňuje rychlé vyšetření celého uropoetického traktu. Podle pokynů evropské urologické společnosti z roku 2016 se zejména pro své zanedbatelné vedlejší účinky, rychlosti, značné četnosti výskytu a možnosti okamžitého uvedení do provozu doporučuje jako primární zobrazovací diagnostický nástroj. (Pulcer, 2016). Velmi rozšířené je také využití kontrastní ultrasonografie (contrast-enhanced ultrasound, CEUS), které umožňuje například zobrazení nádorů ledvin jako maligních lézí s vyšším krevním průtokem. (Hora, Dolejšová a kol., 2021).

CT (počítačová tomografie)

Vyšetření CT s kontrastní látkou je pro určení velikosti nádoru, jeho ohraničení, vztahu ke strukturám ležících v okolí, postižení mízních uzlin, velkých žil či přítomnosti metastáz zejména v játrech stěžejní. Je-li CT u některého pacienta kontraindikováno například zvýšenou hladinou kreatininu či alergií na kontrastní látku, provádí se vyšetření magnetickou resonancí. U pacientů s neurologickou symptomatologií se navíc provádí CT mozku. (Gronka a kol., 2008).

MRI (magnetická resonance)

Mezi hlavní pozitiva vyšetření MRI patří možnost počítačového zobrazení dané tkáně či orgánu v libovolné rovině řezu, absence radiačního ozáření a vysoká možnost grafického odlišení jednotlivých tkání s podobnou strukturou. Při vyšetření je pacientovi aplikována gadoliniová kontrastní látka, která není nefrotoxická a proto je vhodná i pro pacienty se sníženou funkcí ledvin a navíc je dobře snášena i pacienty s alergií na jod. (Šprláková-Puková, Mechl, 2006).

1.3.3 Symptomatologie karcinomu ledviny

Petejová a Martínek píší, že u <10% pacientů mezi symptomy poukazujících na přítomnost karcinomu ledviny patří hematurie (mikroskopická i makroskopická), lumbalgie a hmatná resistence při palpačním vyšetření břišní oblasti. Na přítomnost ledvinového nádorového onemocnění mohou upozornit i paraneoplastické symptomy, jako je horečka, úbytek tělesné hmotnosti, porucha funkce jater, amyloidóza, polycytémie, hypertenze nebo hyperkalcémie. Velké množství karcinomů ledvin však bývá dlouho asymptomatické, a to i vzhledem retroperitoneálnímu umístění ledviny. Přes 60% renálních karcinomů bývá diagnostikováno náhodně, například při ultrazvuku břicha. (Petejová, Martínek, 2016).

Jak již bylo řečeno, zpočátku bývá karcinom ledviny zcela asymptomatický a začne se projevovat až v pozdějších stádiích. Jako prvotní příznak se u 60% pacientů objeví hematurie – krev v moči, 45% pacientů trpí bolestí v oblasti beder přibližně u 35% pacientů se vyskytne hmatný nádor. (Gronka a kol., 2008).

Gronka a kol. dále píší, že necelá třetina pacientů trpí paraneoplastickými symptomy, jako je hypertenze, polycytemie, anemie, hyperkalcémie, amyloidóza nebo hepatopatie. U menšího procenta nemocných může na karcinom ledviny ukázat dysfunkce orgánů již postižených metastázemi a s tím omezení jejich funkce. Například při metastatickém zasažení plic, může pacient trpět kašlem, při postižení centrální nervové soustavy sužují pacienta neurologické poruchy apod. (Gronka a kol., 2008).

1.3.4 Terapie

Podle Sachdevy jsou primární možnosti léčby renálního karcinom u následující: operace, termální ablace, aktivní sledování, radiační terapie, imunoterapie a molekulárně cílená terapie. (Sachdeva, 2023).

Při volbě léčby u konkrétního pacienta hraje mimo faktory, jako je jeho celkový fyzický stav, přidružená onemocnění a podobně také otázka, zda se jedná o tumor lokalizovaný či metastatický. (Hora, Dolejšová, 2021).

V případě lokalizovaných tumorů do velikosti 7 cm, pokud jsou uloženy periferně a je to tedy technicky možné, se provádí jejich resekce a to buď laparoskopicky nebo roboticky. Je-li tumorózní nález oboustranný nebo jedná-li se o nádor solitární ledviny, provádí se resekce bez ohledu na velikost nádoru, pokud je operace technicky možná. V takových případech je však vyšší riziko lokální recidivy či reziduálního tumoru. Není-li pacient schopný podstoupit operaci z interního hlediska, pokud pacient operaci odmítá či z jiných indikací, lze tumor ošetřit perkutánně za kontroly CT či MRI miniinvazivní metodou – například za využití chladu (kryoablací) nebo naopak vysokých teplot. Nelze-li nádor odstranit resekcí, přistupuje se k radikální nefrektomii. Při velikosti nádoru 8-10 cm se využívá laparoskopické metody, je-li nádor větší, přistupuje se obvykle k laparotomii, nejčastěji ze subkostálního řezu. (Hora, Dolejšová, 2021).

U metastatických tumorů je řešení obdobné. V případě solitární metastázy je provedena radikální nefrektomie spolu s metastasektomií. Jedná-li se o metastázy mnohočetné, Hora a Dolejšová píší, že dříve byla prováděna cytoredukční nefrektomie, nyní se však doporučuje pouze biopsie a následná medikamentózní léčba. (Hora, Dolejšová, 2021).

1.3.5 Komplikace

Lokální recidiva

Po provedení radikální nefrektomie či resekce ledviny se recidiva lokalizovaného tumoru vyskytuje vzácně. Nepanuje však jasný názor, zda je chirurgické řešení těchto recidivujících tumorů nejlepším řešením z důvodu agresivity tohoto výkonu. (Veselý a kol., 2008).

Komplikace související s operačním výkonem

Ať už se jedná o operační zákrok provedený laparoskopicky, roboticky či otevřenou metodou, vždy je s takovýmto zásahem do organismu spojeno množství rizik a možných komplikací. Mezi nejčastěji se vyskytující komplikace patří především krvácení z rány, infekce, iatrogenní poškození orgánů ležících v okolí nebo následný únik moči do dutiny břišní místem, kde předtím ležel nádor. (Novotná a kol., 2023).

Vznik metastáz

Stejně jako i u jiných nádorových onemocnění znamená v případě renálního karcinomu vnik metastáz výraznou komplikaci. Karcinom ledviny nejčastěji metastazuje do plic, jater, mozku a skeletu. (Stolz, Novák, 2004).

1.3.6 Prognóza

„Prognóza pacientů s renálním karcinomem po nefrektomii záleží především na klinickém stádiu onemocnění a na dalších parametrech, jako jsou stupeň diferenciace (grade) nádorů a přítomnost symptomů onemocnění před operací.“ (Büchler, 2020, str. 8).

„Celkové pětileté přežití je kolem 70%. Tumory nízkého stádia (T1) s nízkým grade (G1-2) vykazují pětileté přežití až 95%. Lepší přežití mají náhodně nalezené tumory, neboť bývají nízkého stádia.“ (Hora, Dolejšová, 2021).

„Ve 20-30% případů je onemocnění zjištěno již v metastatickém stadiu. V takovém případě činí medián přežití 13 měsíců, 5leté přežití je i přes pokroky v medicíně <10%.“ (Petejová, Martínek, 2016).

Praktická část

2. Anamnéza

2.1 Lékařská anamnéza

Nynější onemocnění:

Pacient byl přijat 31.1.2024 k plánovanému operačnímu výkonu – resekci ledviny vlevo kvůli recidivě tumoru do levé ledviny lokalizovaného intrarenálně na konvexitě.

Osobní anamnéza

Pacient se narodil roku 1969. Chronicky trpí arteriální hypertenzí a onemocněním pollinosis. Má také onemocnění diabetes mellitus II. typu, léčené dietou. V květnu 2020 mu byla na ultrazvukovém vyšetření objevena cysta na pravém jaterním laloku. V prosinci 2020 a v lednu 2021 prodělal pacient resekci levé a následně pravé ledviny.

Rodinná anamnéza:

Otec pacienta se léčil na psychiatrii a ve čtyřiceti letech spáchal suicidium. Matka žije, ale prodělala cévní mozkovou příhodu a trpí osteoporózou. Babička pacienta zemřela na karcinom ledviny, stejně tak její dvě dcery – tety pacienta a jeho sestřenice.

Farmakologická anamnéza:

Pacient chronicky užívá Betaloc SR 200 0-0-1/2, Telmisartan 80 0-0-1, a Omeprazol 20 0-0-1. (Zdravotnická dokumentace).

Alergie:

Alergie pacient žádné neudává.

Sociální anamnéza:

Pacient pracuje jako řidič kamionu. Je ženatý, žije s manželkou v domě a mají dvě již dospělé děti.

Celkový stav ke dni příjmu:

Pacient je orientovaný místem, časem i osobou. Spolupracuje a je afebrilní. Dýchání je eupnoické. Hlava, krk a hrudník jsou bez patologického nálezu, břicho je měkké, prohmatné, palpačně nebolestivé, bez hmatné rezistence a bez známek peritoneálního dráždění. Jizvy po předchozích operačních výkonech jsou klidné. Ledviny jsou nehmatné a bederní krajina je nebolestivá. Zevní genitál je bez zjevných patologických změn. (Zdravotnická dokumentace).

Diagnóza:

Zhoubný novotvar ledviny mimo pánvičku.

2.2 Ošetřovatelská anamnéza

Při vypracovávání ošetřovatelské anamnézy pracuji s modelem funkčního zdraví Marjory Gordonové. Tento model vznikl ve Spojených státech amerických v 80. letech minulého století a záhy se v různých modifikovaných formách rozšířil i po Evropě (Mastiliaková, 2014).

Byla to právě nyní emeritní profesorka Boston College v Massachusetts Marjory Gordonová, která sestavila a pojmenovala strukturu či systém funkčních typů zdraví. Tyto oblasti zahrnují celého člověka a všechny jeho aspekty, což usnadňuje, nebo přímo umožňuje ošetřovatelskému personálu lépe pečovat o pacienta a přistupovat k němu holistickým přístupem. Tyto funkční typy jsou:

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví.

Zde se zabýváme pohledem pacienta na jeho zdravotní stav. Zkoumáme, nakolik svému stavu rozumí, jaké má informace o probíhající léčbě a případných rizicích. Hodnotíme také, jakým způsobem a v jaké míře se pacient může či chce na péči sám o sebe podílet a jak se o svůj zdravotní stav stará. V této oblasti se také dotazujeme na případné kouření či abúzus alkoholu. (Mastiliaková, 2014).

2. Výživa a metabolismus.

Zkoumáme běžné stravovací návyky pacienta. Zajímá nás hlavně pravidelnost ve stravování, množství, charakter a kvalita přijímané stravy či dietní omezení. Dotazujeme se také na dodržování pitného režimu a na druh nejčastěji konzumovaných nápojů. Nesmíme opomenout zkontrolovat u pacienta stav kůže, vlasů, nehtů či chrupu. V neposlední řadě do této oblasti patří například zkušenosti s hojením ran, dále tělesná výška, hmotnost a těchto dvou proměnných vyplynuvší BMI (body mass index). (Pavlíková, 2007).

3. Vylučování.

V této oblasti je stěžejní odkrýt a posoudit případné problémy se stolicí nebo s močením. U stolice se pacienta dotazujeme na přítomnost průjmů nebo zácpy. Dále také na pravidelnost, charakter a barvu stolice, na užívání laxativ či na jiné problémy spojené s defekací. V případě močení nás také zajímá bolest či jiné potíže spojené s mikcí, jako například nutkání na močení, pálení či zápach z moči. Pacienta se také dotazujeme na pocení. (Knapová, 2019).

4. Aktivita, cvičení

Ptáme se pacienta na běžné denní aktivity s důrazem na ty, jež přispívají k udržování kondice. Hodnotíme schopnost a kvalitu sebepéče také v oblastech, jako je například vaření, úklid, či nákupy. V případě problémů se snažíme faktory k nim vedoucí identifikovat a je-li to možné, tak s nimi i pracovat. Důležité je také způsob, jakým pacient obvykle tráví volný čas, jak relaxuje a v neposlední řadě nás zajímá také jeho celková životní energie. (Mastiliaková, 2014).

5. Spánek, odpočinek

Necháváme pacienta hovořit o spánku a o způsobu relaxace a vědomého odpočinku. Vybízíme jej, aby si sám uvědomil a následně nám sdělil jak se mu při hospitalizaci spí a v případě problémů tyto oblasti identifikoval, pojmenoval a popsal. Kruciální je průměrná doba spánku a jeho kvalita, noční probouzení či obvyklé rituály před spánkem. Bereme ohled také na případné podávání léků na spaní. (Mastiliaková, 2014).

6. Vnímání, poznávání

Sledujeme úroveň mentálních funkcí pacienta, jeho vědomí a schopnost orientace. Ptáme se na problémy s pamětí a na schopnost myšlení, rozhodování se a na schopnost učit se nové věci. Zajímají nás nedávné změny. Do této oblasti spadá také smyslové vnímání a kognitivní funkce, je tedy důležité, jaké kompenzační pomůcky pacient používá. (Pavlíková, 2007).

7. *Sebekoncepce, sebeúcta*

Snažíme se dešifrovat, v jakém emocionálním stavu se pacient nachází a jak dokáže reagovat na různé podněty. K tomu nám pomáhá čtení nonverbálních projevů, jako je držení těla, mimika, gesta, výraz v obličeji či v očích pacienta a podobně. Dotazy zjišťujeme, jak pacient vnímá sám sebe, jaké má záliby, či jak reaguje na stres a na různé zátěžové situace. Zjišťujeme také, co v pacientovi vyvolává strach nebo úzkost. (Mastiliaková, 2014).

8. *Plnění rolí, mezilidské vztahy*

Pacienta se dotazujeme na rodinnou situaci a na vztahy s nejbližší rodinou. Ptáme se také, jak on sám svou roli v rodině, na pracovišti, či mezi přáteli vnímá. Obezřetnost věnujeme také odpovědi pacienta na otázku, zda se někdy necítí izolovaný nebo naopak přehlcený a sociálně vyhořelý. V neposlední řadě hodnotíme také spokojenost se stávajícím rodinným a sociálním stavem pacienta. (Mastiliaková, 2014).

9. *Sexualita, reprodukční schopnost*

Hodnotíme spokojenost a naplnění pacienta v jeho sexuálním životě. Pokládáme také otázku na spokojenost s pohlavím pacienta. Zajímají nás hlavně závažné problémy či překážky při uspokojování sexuálních potřeb. U žen se dotazujeme na jejich reprodukční období, což zahrnuje začátek a průběh menstruace, porody, a podobně. (Mastiliaková, 2014).

10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládání, tolerance

Stres je velmi důležitý faktor, jež přímo či nepřímo ovlivňuje celou řadu onemocnění. Každý jedinec má jiný toleranční limit zvládání stresu a zátěžových situací. Pacienta se ptáme, v jaké míře v jeho životě hrají roli stresové faktory a jak moc na něj stres a zátěž dopadá. Vybízíme jej, aby nám sdělil, zda má nějaký způsob vypořádávání se se stresovými situacemi a snižování napětí v jeho životě. Můžeme se také doptat, kdo mu pomáhá těžká období překonávat, či jaké kritické situace v životě prožil. (Pavlíková, 2007).

11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Každý člověk má nějaké individuální vnímání životních hodnot a cílů. Tyto hodnoty u pacienta zkoumáme a spolu s pacientem se je můžeme snažit rozklíčovat, neboť mnohdy „spiritualitě a náboženství se dostává zvýšené pozornosti v souvislosti se zdravím a nemocí.“ (Sováriová Soósová, 2022, str. 7). Mnohdy se tak může stát, že tyto spirituální potřeby pocítí pacient právě při hospitalizaci v nemocnici. Zde je na místě upozornit jej na možnost návštěvy nemocničního kaplana. Můžeme se také, zeptat, zda je pacient věřící. Nenaplněné spirituální nebo náboženské potřeby mohou u mnohých pacientů negativně ovlivnit jejich zdraví, průběh nemoci, či následné zotavování. (Sováriová Soósová, 2022).

V této práci popisuji pacienta, jenž byl přijat do fakultní nemocnice v Praze k plánovanému výkonu – resekci ledviny vlevo pro zhoubný novotvar mimo pánvičku. Anamnéza byla odebraná 6. den hospitalizace a 4. pooperační den. na standardním lůžkovém oddělení urologické kliniky. Před samotným rozhovorem s pacientem jsem se podrobně seznámila se zdravotnickou dokumentací.

Při vypracovávání anamnézy jsem čerpala informace o pacientovi ze zdravotnické dokumentace, od zdravotnického personálu, rozhovory s pacientem a vlastním pozorováním. Tyto informace jsem poté kombinovala s již nabitými teoretickými znalostmi.

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví.

Pacient udává, že na začátku bylo pro něj zjištění diagnózy šokující. Zhoubný nádor na ledvině mu byl objeven již před třemi lety, kdy byl na tomtéž oddělení hospitalizován v prosinci a v lednu. Psychicky to tehdy prý prožíval hůře než nyní. Na oddělení byl prý přijat 8.12.2020, další den jej čekala operace. Ležel na jednolůžkovém pokoji, dokonce si pamatuje, že to byl pokoj číslo 5. Tentýž den se mu prý narodil vnouček a pacient byl velmi úzkostný, že „půjde nahoru místo něj". Nyní je však pro něj vnuk velkou oporou.

Jak mu to pracovní vytížení dovolí, snaží se hodně chodit pěšky. Do práce to má prý od domu 2 kilometry, což je ideální vzdálenost na procházku. Na procházky také chodí se svým vnukem. Dříve prý kouřil, ale přestal s tím definitivně před 20 lety.

Poté, co byl pacientovi zjištěn karcinom ledviny, začal se zajímat o rodinou anamnézu. Zjistil, že na rakovinu ledviny zemřela jeho babička, její dvě dcery a jeho sestřenice. V tomto ohledu tedy vidí souvislost.

2. Výživa a metabolismus

V nemocnici pacient obvykle sní celou svou porci a nehladoví. Doma jí také všechno. Snaží se dbát o svoje zdraví. Když v červnu změnil zaměstnání, začal jíst zdravěji. Prý si k obědu objednával zeleninové saláty. Na druhou stranu se ale, svými slovy, dokáže také „pořádně přecpat".

Z ošetřovatelské dokumentace jsem vyčetla, že váží 102kg a měří 169cm. To znamená, že jeho BMI činí 35,7. Tato hodnota ukazuje na obezitu 2. stupně.

Pacient říkal, že se mu také daří dobře hubnout, když chce. Celý život se prý hmotnost střídá. Udává, že pro něj není problém shodit za relativně krátkou dobu například 14kg a za stejně krátkou dobu 10kg přibrat.

Na pitný režim také pacient dbá jak doma, tak v nemocnici. Doma prý pije všechno možné. Má rád jako obyčejnou, tak různé druhy ochucené vody. Příležitostně si mezi přáteli dá i sklenici piva či vína, ale vzhledem k frekvenci a množství se určitě nejedná o alkoholismus. Průměrně doma vypije přibližně litr až litr a půl tekutin. V nemocnici pacient střídá ovocný čaj, černý čaj a vodu. Většinou vypije kolem 2 litrů denně. Stav kůže byl normální, sliznice byly dobře prokrvené.

3. Vylučování

S vylučováním moče ani stolice pacient v domácím prostředí problémy nemá. Říká, že na urologii sice chodí, ale většinou se jedná spíše o kontroly než o nějaké akutní problémy. Zácpou ani průjmem běžně také netrpí.

V nemocnici má pacient již 5. den zavedený permanentní močový katetr, který odvádí žlutou moč.

4. Aktivita, cvičení

Pacient je v běžném životě plně soběstačný. Dříve prý sportoval více než nyní. Hrál nohejbal s kamarády, ale poté se celá skupina rozpadla. Sport mu chybí. Snaží se proto chodit na procházky, nakolik mu to pracovní a rodinné vytížení dovolí. Dává si prý často předsevzetí, že se chce hýbat více.

Nyní, 6. den hospitalizace, 4. pooperační den, má již pacient dle ordinace lékaře rehabilitační režim III., což znamená chůze. Během dne se pacient v rámci rehabilitace prochází po chodbě, nicméně po chvíli se cítí unavený.

5. Spánek, odpočinek.

V nemocnici se pacientovi prý spí hodně špatně. Hlavním důvodem je skutečnost, že kvůli operační ráně musí spát na zádech. Také je mu v noci prý často horko. Nyní, na standardním oddělení to už je prý lepší, ale dokud ležel na jednotce intenzivní péče, nemohl téměř celou noc spát, jelikož tam prý byli zimomřiví pacienti a celý prostor pro něj byl přetopený. Pacient byl opakovaně dotazován, zda nechce dostat prášek na spaní, nicméně pokaždé jej odmítl. Noční kontroly zdravotnickým personálem či buzení časně ráno a měření tlaku mu prý nevadí. Hodně mu ale vadí odběry krve, které zažívá téměř každý den. Toto ráno, xtý den hospitalizace byl prý odběr úspěšný až na pátý pokus.

Doma problémy se spánkem prý vůbec nemá, přestože pracuje na směny. Obvykle večer s manželkou dívá na televizi. Pacientova manželka prý pobírá invalidní důvod, jelikož trpí onemocněním páteře. Proto tráví večery takto na gauči, ačkoliv by se pacient raději šel projít ven. S manželkou je ale rád.

6. Vnímání, poznávání

Pacient nosí multifokální brýle, to je jeho jediná kompenzační pomůcka. Je plně orientovaný a při vědomí. Dokáže se plynule vyjádřit a aktivně přemýšlí i o svém zdravotním stavu. Bez problému vnímá okolí a komunikuje bez jakýchkoliv omezení. Problémy s pamětí prý nemá, nevnímá ani nějakou dysfunkci, co se učení a poznávání nových věcí týče. Samozřejmě to vše posuzuje úměrně svému věku. Co se týče bolesti, pacient dostává analgetika dle aktuálního stavu a dle ordinace lékaře.

7. Sebekoncepce, sebeúcta

Pacient byl velmi ochotný a otevřený, nicméně nepůsobil úplně šťastně. Během rozhovoru měl několikrát v očích slzy. Navzdory tomu všemu jsme spolu ale občas prohodili několik vtipů. Bylo vidět, jak se sám se sebou a se svou novou rolí sžívá a statečně bojuje s jejím přijetím, nicméně na to jde opatrně, vzhledem k tomu, se mu onemocnění již podruhé vrátilo. Během rozhovoru seděl vzpřímeně, nakolik mu to zdravotní stav dovoloval. Působil uvolněně a nebyly přítomny žádné neverbální projevy negativních emocí, jako by byl například strach, zloba či úzkost. Během celého rozhovoru se díval do očí a neuhýbal pohledem.

Velmi důležitý je nyní pro pacienta jeho malý vnuk, který ho prý „neskutečně dobíjí“ a je zde prý „pro něj a ne místo něj“.

Celou dobu na mě pacient působil dojmem člověka, který si v životě několikrát sáhl na dno vlivem osudů jemu blízkých lidí i jeho vlastního onemocnění, nicméně vždycky našel sílu se opět zvednout a bojovat.

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Pacient je již třicet let ženatý a má dvě děti. Je pro něj nyní náročná role otce, kdy jako důvod udává problematické chování syna a pacient má strach, že tím jeho syn rozvrací celou rodinu. Pacienta to velmi trápí, ale stále doufá, že se situace zlepší. S manželkou, s dcerou i se spolupracovníky má ale pacient dobré vztahy.

Jelikož pacient není z Prahy, nikdo za ním do nemocnice na návštěvu nejezdí, ale pacient vzápětí dodává, že ani nechce, aby za ním někdo jezdil. První dny po operaci ani nechtěl, aby mu někdo z rodiny volal. Ne z důvodu, že by s nimi snad nechtěl mluvit, ale z důvodu, že pro něj bylo mluvení příliš obtížné jak z hlediska samotné funkce hlasivek, jež po intubaci moc nefungovaly, tak z pohybového hlediska, kdy pro něj bylo velmi obtížné natáhnout se pro mobil a poté jej držet. Pacient trávil rád čas s druhými lidmi.

9. Sexualita, reprodukční schopnost.

Na tuto otázku pacient odpověděl, že s manželkou jsou spolu třicet let a vždycky jim to fungovalo dobře. Nemá si prý na co stěžovat.

10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládání, tolerance

Pacient prý žádný univerzální způsob na zvládání zátěžových nebo stresových situací nemá. S manželkou se prý poměrně často dívá na zprávy, které by prý radši ale ani neviděl. Udává, že si někdy ale popláče.

11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty.

Pacient říká, že se přímo za věřícího člověka nepokládá, nicméně hned dodává, že si ale nemyslí, že by někdo mohl být naprosto nevěřící. Říká, že: *„…když je člověku fakt nejhůř, tak asi každý sepne ruce a prosí Boha o pomoc, ať už je věřící nebo ne.“* Jeho cílem, kromě co brzkého uzdravení, je urovnání rodinných vztahů a vyřešení problémů se synem. Také by chtěl být co nejvíce se svým vnukem.

3. Průběh hospitalizace

Pacient byl přijat plánovaně k operačnímu výkonu – resekce ledviny vlevo. Osobně jsem s pacientem viděla až třetí den hospitalizace, který byl zároveň prvním pooperační dnem. První dva dny hospitalizace jsem informace získávala pouze zprostředkovaně od druhých sester a také nahlédnutím do zdravotnické dokumentace. Proto se zde budu prvními 2 dny zabývat pouze stručně.

1. den hospitalizace

Na oddělení přišel pacient z příjmové ambulance krátce po poledni. Sestra pacienta seznámila s oddělením a jeho řádem a vysvětlila mu, co jej v nejbližším čase čeká. Poté s pacientem vyplnila ošetřovatelskou anamnézu a odebrala vzorek krve na transfuzní rezervu. Pacientovi byl také do levé horní končetiny zaveden periferní žilní katetr. Ve 20 hodin aplikovala sestra pacientovi subkutánně Clexane 0,4ml. Od půlnoci pacient dle ordinace lékaře zůstal nalačno, tedy již nic kromě léků nepřijímal per os, o čemž byl s dostatečným předstihem opakovaně edukován sestrou. Zároveň byl také pacient poučen, že od půlnoci již nesmí ani kouřit, nicméně pacient byl nekuřák, proto se jej toto omezení nedotklo.

2. den hospitalizace

Ráno pacient ještě dostal svou chronickou medikace, tedy Betaloc SR 200 - 1/ 2 tbl., Telmisartan 80 – 1 tbl. a Omeprazol 20 - 1 tbl. Po provedení ranní hygieny byly pacientovi nasazeny bandáže na obě dolní končetiny v rámci prevence vzniku tromboembolické nemoci. Pacient byl edukován, že má v klidu počkat na lůžku až do operace.

Kolem sedmé hodiny pacienta navštívil lékař a sdělil mu ještě jednou, co jej přesně čeká. Samozřejmě byl pacientovi dán dostatečný prostor na vlastní dotazy. V 10 hodin dopoledne, tedy 30 minut před samotným operačním výkonem, byl pacinetovi profylakticky podán Amoksiklav 1,2g ve 100ml fyziologického roztoku, který kapal 30 minut. Periferní žilní katetr, zavedený do levého předloktí, byl funkční a průchozí. Místo vpichu bylo klidné. VIP (Visual Infusion Phlebitis Scale) skóre bylo 0. Periferní žilní katetr byl během dne kontrolován průběžně, zvláště před každým podáním intravenózních léčiv. Zároveň byly pacientovi před odjezdem na operační sál přeměřeny fyziologické funkce. Krevní tlak byl 118/87 mmHg, puls byl 89 tepů za minutu a teplota těla činila 36,4°C. Před samotným výkonem byla dle bezpečnostních standardů několikrát provedena kontrola totožnosti pacienta pomocí aktivní identifikace a také kontrola správnosti vyznačené strany operačního výkonu.

Ve 13 hodin přijel pacient na jednotku intenzivní péče, kde byl připojen k monitoru, jež mu do 16:20 hodin měřil každých 20 minut hodnoty krevního tlaku a pulzu. Poté, na základě ordinace lékaře, byly tyto hodnoty sledovány každé 4 hodiny. Pooperační monitorace byla lékařem ukončena v 16:20. Hodnota krevního tlaku byla 149/91 mmHg a puls byl 93 tepů za minutu.

Ve 13:20 udával pacient bolest VAS 3, proto dostal Novalgin 1g/2ml ve 100 ml fyziologického roztoku i.v. na 30 minut. Bolest však neustoupila, ve 13:40 udával pacient hodnotu VAS 6 a proto dostal na základě dekurzu subkutánně 1 ampuli Dipidoloru 7,5mg/ml. Poté již bolest ustoupila, sestra se na její přítomnost však pacienta dále pravidelně dotazovala. V 16 hodin udával pacient opět hodnotu VAS 4, proto podle lékařské ordinace dostal intramuskulárně Almiral 75 mg/3ml. Bolest opět ustoupila a znovu se objevila s intenzitou VAS 3 až ve 20 hodin, kdy dostal pacient znovu Novalgin 1g/2ml ve 100 ml fyziologického roztoku i.v. na 30 minut. Poté ve 22 hodin udával pacient hodnotu VAS 6 a dostal tedy znovu subkutánně 1 ampuli Dipidoloru 7,5 mg/ml, načež bolest konečně ustoupila.

Ve 14 hodin byl pacientovi intravenózně podán Isolyte 100 0ml rychlostí 150 ml/hodinu. Ve 21 hodin dostal pacient intravenózně ještě 500ml fyziologického roztoku, který kapal 5 hodin.

V 18 hodin a poté ve 2 hodiny ráno dostal pacient profylakticky Amoksiklav 1,2 g do 100ml fyziologického roztoku na 30 minut.

Ve 20 hodin byl pacientovi intravenózně podán Helicid 1 ampule 40 mg ve 100 ml fyziologického roztoku a Degan 1 ampule 5ml ve 100 ml fyziologického roztoku, obojí na 30 minut. Také byl ve 20 hodin pacientovi aplikován subkutánně Clexane 0,4 ml jako prevence vzniku tromboembolické nemoci.

V 17 hodin byl na základě ordinace od lékaře pacientovi proveden odběr krve na krevní obraz. Z těchto výsledků lékaře zajímala zejména hodnota hemoglobinu, která činila 149 g/l.

Subjektivně pacienta pobolívalo břicho a operační rány, umístěné na pacientově levém boku, jinak si pacient na nic nestěžoval. Dle objektivního nálezu byl pacient afebrilní, břicho bylo prohmatné, drén odvedl 100ml hematózního obsahu a permanentní močový katetr odvedl 300 ml žluté moči. Celodenní příjem tekutin u pacienta byl 1100 ml a výdej činil 400 ml.

3. den hospitalizace

Třetí den hospitalizace byl pro pacienta prvním pooperačním dnem. Pacient ležel na jednotce intenzivní péče. Krátce po šesté hodině ráno jsem přišla na sesternu, kde jsem se o pacientovi při předávání služby dozvěděla všechny důležité informace, a seznámila jsem se s jeho zdravotnickou dokumentací. Vzhledem k tomu, že byl pacient teprve krátce po operaci a celý předchozí den, měl ordinován klid na lůžku, bylo u něj nutné provést ranní hygienu na lůžku.

Přišla jsem za pacientem, představila jsem se mu a sdělila jsem mu, co bude následovat. Pacient byl vlídný a přívětivý, nicméně působil unaveně. Říkal, že se mu v noci špatně spalo a proto je hodně unavený. Přinesla jsem mu ke stolku plastové umyvadlo s teplou vodou a mýdlem a podala jsem pacientovi perlan. Na základě vzájemné domluvy a vlastního pozorování, čeho je pacient fyzicky schopný, jsme se domluvili, že si v lůžku sám umyje části těla, na které dosáhne a já mu poté pomohu umýt záda a další části těla, pro něj obtížně dosažitelné.

Zatímco se pacient umýval, dala jsem mu čistou kapnu, jelikož tu svou měl mírně od krve. Poté jsem mu umyla záda, genitál a nohy. Přitom jsem dbala zvýšené pozornosti na stav kůže a predilekčních míst. Stav a barva kůže byly fyziologické. Žádný, ani počínající stupeň dekubitu jsem nikde nepozorovala. Pacient byl navíc v lůžku poměrně dobře pohyblivý a sám se přetáčel. Poté, co byl umytý, vyměnila jsem pod ním ještě látkovou podložku a nabídla jsem mu promazat záda francovkovou mastí. To pacient přijal s radostí. Poté jsem mu ještě k lůžku přinesla plastový kelímek s vodou a emitní misku, aby s mohl vyčistit zuby. Poté, co byla ranní hygiena hotová, celý pacientův stolek jsem vydesinfikovala.

Dále přišlo na řadu podávání léků. Vše jsem pečlivě připravila dle ordinace lékaře. Pacient dostal Betaloc SR 200 ½ tablety, Telmisartan 80 1 tabletu a Omeprazol 1 tabletu. Dále dostal v 8 hodin vykapat Amoksiklav 1,2 g ve 100 ml fyziologického roztoku na 30 minut, 1 ampuli Helicidu 40 mg a 1 ampuli Deganu 5 ml, obojí ve 100 ml fyziologického roztoku. Periferní žilní katetr měl zavedený druhý den, a to na levém předloktí. Krytí neprosakovalo a okolí vpichu bylo klidné a nejevilo žádné známky zarudnutí či otoku. Stav periferní žilního katetru byl pravidelně kontrolován a kanyla byla před i po každém podání infuze propláchnuta 10 ml fyziologického roztoku. Ráno pacienta dále navštívil jeho ošetřující lékař, který jej vyšetřil a zkontroloval jak celkový stav, pacienta, tak stav operační rány. Rána byla sterilně krytá a krytí bylo v dobrém stavu, proto bylo na ráně ponecháno další 3 dny. Poté ještě proběhla velká vizita. Snídani pacient ten den na základě ordinace lékaře zatím nedostal. K pití jsem pacientovi donesla teplý černý čaj. V 9 hodin dostlal pacient infuzi Isolyte 1000 ml rychlostí 150 ml/h.

Dopoledne přišla za pacientem fyzioterapeutka. Nejprve se seznámila s pacientovou dokumentací a přeptala se na jeho stav. Poté přišla za pacientem, představila se mu a seznámila ho s rehabilitačním režimem. Na základě ordinace lékaře s pacientem nejprve prováděla dechová cvičení a poté s ním nacvičovala sed. Ten den měl pacient od lékaře ordinován relativní klid na lůžku. Rehabilitace skončila krátce po jedenácté hodině. Pacient si tedy mohl trochu odpočinout a o půl hodiny později jsem mu přivezla oběd. Pacient na základě ordinace lékaře dostal samotný bujón. Nepůsobil moc nadšeně, ale vzhledem k tomu, že měl vlastní zkušenosti již z předchozích hospitalizací a že byl o formě postupné realimentace informován, s touto formou stravy krátce po operaci počítal.

Během dne jsem se aktivně ptala pacienta, zda nemá bolesti. Kolem poledne pacient na stupnici VAS od jedné do deseti udával intenzitu číslo 4, proto jsem mu podle dekurzu podala Novalgin 1g/2ml i.v. Po půl hodině jsem se pacienta na bolest přeptala znovu, ale pacient klidně spal, proto jsem jej nebudila. Po probuzení nicméně žádnou bolest neudával.

Znovu jsem se přeptala pacienta na bolest o tři hodiny později a pacient opět udával VAS 4. Tentokrát pacient, opět na základě lékařské ordinace, dostal Paracetamol 1g i.v. Po 30 minutách již pacient bolest neudával. Další analgetikum pacient poté dostal až ve 22 hodin, kdy intenzita bolesti na desetistupňové škále dosáhla hodnoty VAS 5. To podala sestra pacientovi jednu ampuli Almiralu 75 mg/3ml intramuskulárně. Pokud by byla bolest ještě silnější, mohl na základě dekurzu dostat pacient ještě jednu ampuli Dipidoloru subkutánně, nicméně, toho nebylo potřeba využít.

Odpoledne pacient většinou spal nebo odpočíval. Říkal, že si číst ani nechce a do mobilu se mu prý špatně koukalo. Občas si povídal s ostatnímu spolupacienty.

Dle dekurzu byl pacientovi během celého dne po 4 hodinách měřen krevní tlak pomocí manžety připojené k monitoru a příjem a výdej tekutin, dále byla pravidelně sledována funkčnost permanentního močového katetru a drénu. Na ráně se však nacházelo krytí na 3 dny, proto jsem pozorovala hlavně stav okolí rány a povrch krytí, zda není porušený či prosáklý. Nejvyšší hodnota krevního tlaku za celý den byla 138/89 mmHg v 10:00 a nejnižší byla 123/78 mmHg ve 22:00. Drén za celý den odvedl 150 mililitrů hematózní tekutiny. Permanentní močový katetr odváděl žlutou moč. Za celý den (24h) odvedl 3 litry moči, což odpovídalo příjmu tekutin za stejnou dobu.

V rámci prevence vzniku tromboembolické nemoci byl pacientovi ve 20 hodin aplikován subkutánně Clexane 0,4 ml přibližně 5 cm nalevo od pupku. Pacient měl také celý den ze stejného důvodu dle ordinace lékaře zabandážované obě dolní končetiny. Vzhled a funkčnost bandáží byla pravidelně kontrolována a vždy se minimálně jednou denně – při ranní hygieně, dávaly nové. Ve 20 hodin dostal pacient dále dle dekurzu intravenózně 1 ampuli Helicidu 40 mg a 1 ampuli Deganu 5 ml, obojí ve 100 ml fyziologického roztoku.

Během dne byla pravidelně, zvláště však před podáním léčiv intravenózně, kontrolována funkčnost periferního žilního katetru, zavedeného do levého předloktí a okolí místa vpichu. VIP skóre činilo 0, tedy nebyla přítomná bolest ani reakce v okolí.

4. den hospitalizace

Ráno jsem opět přišla krátce po šesté hodině k předávání služby. Přes noc u pacienta nedošlo k žádné náhlé změně. Poté jsem opět s přáním dobrého rána přišla za samotným pacientem a opět jsme začali s ranní hygienou, která byla provedena v lůžku. Pacient byl opět hodně unavený. Říkal, že mu nevadí brzké ranní vstávání, ale že se mu špatně spí hlavně z důvodu pro něj příliš vysoké teploty v celé místnosti. Na protějším lůžku ležel totiž naopak pacient, který si i přesto, že jsem mu přinesla další deku, stěžoval, že je mu zima. Zvýšenou teplotu však na základě jejího měření sestrou neměl. Pravděpodobně to tedy souviselo s běžnými životními návyky a rozdílnými fyziologickými potřebami obou pacientů. Pacientovi, o kterého se v této práci zajímám, však velmi zvedla náladu skutečnost, že už mohl v lůžku i sedět, což mělo na jeho celkový, hlavně psychický stav výrazně pozitivní efekt. Hygiena tedy probíhala podobně jako předchozí den. Opět jsem pacienta v rámci podpory zlepšení soběstačnosti nechala provést vše, co byl schopen zvládnout a se zbylými úkony jsem mu pomohla. Také jsem mu převlékla a upravila lůžko. Takovéto shrnuté lůžkoviny mohou zvláště u ležících pacientů velmi výrazně ovlivnit vznik dekubitů. Stav pacientovy kůže byl však normální bez patologických změn v barvě či stavu a ani predilekční místa pro vznik dekubitů nevypadala nijak narušeně. Poté jsem pacientovi opět přinesla kelímek s vodou a emitní misku, aby si mohl vyčistit zuby. Nabídla jsem také, že mu zase mohu promazat záda *„tou větrovou mastičkou“*, tedy francovkovým krémem, což pacient s radostí přijal.

Když byla ranní hygiena hotová, opět jsem pacientovi vydesinfikovala stolek a další omyvatelné plochy u lůžka. Poté opět dostal pacient na základě dekurzu léky. Stejně jako předchozí den, se jednalo o Betaloc SR 200 ½ tablety, Telmisartan 80 1 tabletu a Omeprazol 20 1 tabletu. Poté jej přišel zkontrolovat ošetřující lékař, který následně udělal zápis do zdravotnické dokumentace. Co se týče operační rány umístěné na levém pacientově boku, nebyly patrné žádné známky prosaku, proto se lékař rozhodl krytí ještě ponechat do dalšího dne, aby tak bylo dosaženo jeho maximálního účinku.

V 8 hodin dostal pacient do periferního žilní katetru dle ordinace lékaře ve 100 ml fyziologického roztoku 1 ampuli Helicidu 40 mg a 1 ampuli Deganu 5 ml a také Amoksiklav 1,2 g také ve 100ml fyziologického roztoku, který pacient na základě lékařské ordinace dostával již ode dne operačního výkonu vždy po 8 hodinách. Krátce poté jsem pacientovi podala snídani. Tento den měl již na základě ordinace lékaře dysfagickou dietu. Snědl tedy přesnídávku a jogurt a měl radost, že může alespoň takto omezeně jíst.

Jelikož byl periferní žilní katetr zavedený již třetí den, kvůli bezpečnosti a v rámci prevence komplikací s jeho dlouhodobým zavedením jsem jej podle směrnic musela vytáhnout a zavést pacientovi nový. Nový periferní žilní katetr jsem pacientovi zavedla do pravého předloktí a jeho funkčnost reakce v okolí místa vpichu jsem dále průběžně sledovala, jakož i případnou přítomnost bolesti.

V 9 hodin jsem podala pacientovi infuzi Isolyte 1000 ml, která následně kapala až do 17h večer.

Dopoledne opět přišla fyzioterapeutka, které jsme sdělily všechny podstatné informace o jeho stavu a kondici. Fyzioterapeutka poté šla za pacientem a na základě ordinace lékaře pomohla pacientovi, aby se postavil a následně chvíli chodil u lůžka. Přitom jsem také sledovala pacientovu pohyblivost. Poté, co si pacient lehl zpět, znovu jsem mu převázala bandáže na dolních končetinách.

Krátce před dvanáctou hodinou jsem přinesla pacientovi oběd. Byl to vývar a mírně zahuštěná omáčka. Pacient snědl oběd celý. Odpoledne pacient odpočíval, ani neuváděl žádnou bolest. Kolem třetí hodiny odpoledne telefonoval s manželkou a měl celkově lepší náladu. V 16 hodin jsem pacientovi podala Amoksiklav 1,2 g ve 100 ml fyziologického roztoku.

Kromě toho jsem pacienta pravidelně navštěvovala, přičemž jsem kontrolovala jeho celkový stav, stav vstupů, drénů, permanentního močového katetru a podobně. Také jsem s pacientem vedla rozhovory a v neposlední řadě jsem dohlížela na to, aby měl vždy dostatek pití. Nejraději pacient byl, když měl na stolku k dispozici černý čaj i vodu, aby to mohl střídat. Večer jsem mu opět upravila lůžko tak, aby se mu, dle možností, lépe spalo a také aby se minimalizovalo riziku vzniku dekubitů a proleženin vlivem příliš výrazných záhybů v lůžkovinách.

Na základě ordinace lékaře dostal pacient ještě ve 20h preventivně Clexane 0,4 ml, tentokrát na rozdíl od předchozího dne 5 cm napravo od pupku. Také dostal opět ve 100m fyziologického roztoku po jedné ampuli Deganu 5 ml a Helicidu 40 mg.

Ve 22 hodin udával bolest s hodnotou VAS 4, proto na základě dekurzu dostal intravenózně do periferního žilního katetru Novalgin 1g/2ml ve 100ml fyziologického roztoku. Infuze kapala 30 minut. Po třiceti minutách byla již hodnota VAS 0.

Krevní tlak byl pacientovi dle dekurzu měřen po 4 hodinách a hodnoty jsme samozřejmě kontrolovaly podle monitoru, ke kterému byla pacient připojen. V 10:00 byly hodnoty krevního tlaku například 137/83 mmHg, ve 14:00 131/79 mmHg a v 18:00 byl tlak krve u pacienta 134/84 mmHg. Hodnoty dalších fyziologických funkcí, jako by byla například hodnota saturace či teplota těla, nebyly lékařem dle dekurzu vyžadovány. Permanentní močový katetr odváděl žlutou moč. Za celý den (24h) celkem 3 litry, což odpovídalo dennímu příjmu tekutin. Jednalo se o Folleyův Tiemannův balónkový močový katetr, který měl pacient zavedený 3. den.

5. den hospitalizace

Ráno jsem přišla na sesternu v 6:20. Vzhledem k tomu, že pacient předchozí den již chodil a cítil se dobře, a podle informací od noční směny nenastaly žádné nové problémy, doprovodila jsem pacienta do sprchy, aby se mohl úplně umýt. Pacient tuto informaci uvítal s radostí. Nejprve jsem mu řekla, aby se posadil na lůžku a chvíli tak zůstal, aby u něj nedošlo k ortostatické hypotenzi. Pacient také vypil hrnek vody (čaj nechtěl). Po chvilce si ze stolku vytáhl ručník a své hygienické potřeby a došla jsem s ním až do sprchy. Cestou jsem neustále dbala na pacientovu bezpečnost. Do koupelny jsem mu dala židli, aby se na ni v případě potřeby mohl posadit. Druhá kolegyně mezitím pacientovi kompletně převlékla lůžko, aby se mohl vrátit již do čistého.

Poté, co se pacient vrátil zpátky do lůžka na jednotku intenzivní péče, opět jsem jej připojila k monitoru a podala jsem mu ranní léky dle ordinace lékaře. Ty byly stejné jako předchozí dny, čily ½ tablety Betaloc SR 200, 1 tableta Telmisartan 80 a 1 tabletu Omeprazol. V 8 hodin dostal pacient vykapat Amoksiklav 1,2 g ve 100 ml fyziologického roztoku.

Tento den pacientovi navíc na základě ordinace lékaře vzhledem k deficitu kalia přibyl další lék – Kalnormin 1-1-1. Tento deficit lékař zjistil na základě výsledků z odběru krve u pacienta tento den ráno. Kvůli tomuto problému byla pacientovi také v 9 hodin podána infuze 500 ml fyziologického roztoku s 20 ml 7,45% KCl. Ta kapala rychlostí 150 ml/h. Mezitím však ještě proběhla návštěva pacienta lékařem a pacient dostal snídani. Tentokrát už měl dietu ORL a snědl celou porci.

Jelikož již bylo krytí na ráně 3. den, spolu s lékařem jsme provedli převaz. Lékař zkontroloval, že byla rána klidná, hojila se per primam a svorky byly na svém místě. Poté jsem mu ránu opět odesinfikovala desinfekcí Cutasept a přelepila sterilním krytím Cosmopor. Spádová drenáž z rány za celý den odvedla 30ml serosangvinolentní sekrece.

Dopoledne pacienta opět navštívila fyzioterapeutka a spolu s pacientem tentokrát již chodila po chodbě. Na urologické klinice jsou totiž prostory řešeny tak, že jednotka intenzivní péče navazuje na standardní lůžkové oddělení, od něhož je oddělena dveřmi. Při rehabilitaci pomocí chůze lze tedy plně využívat dlouhou chodbu, jíž standardní oddělení disponuje. Po rehabilitaci udával pacient hodnotu bolesti VAS 4, proto dostal dle ordinace lékaře intravenózně Novalgin 1 g/2ml ve 100 ml fyziologického roztoku na 30 minut. Po půl hodině již pacient bolesti neměl.

V poledne dostal pacient oběd a opět snědl celou porci, ačkoliv mu prý příliš nechutnal. Chtěl ale co nejdříve nabrat síly a uzdravit se. Toto nám velmi příznačně dokazuje uvědomělost pacienta a jeho pozitivní přístup k celému léčebnému procesu. Odpoledne dostal pacient ve 14h Amoksiklav 1,2 g ve 100 ml fyziologického roztoku. Zbytek odpoledne si pacient většinu času četl nebo sledoval zprávy v mobilu. Aby nerušil ostatní pacienty, měl samozřejmě připojená sluchátka.

Ve 20 hodin večer měl pacient opět naordinovaný subkutánně Clexane 0,4, který opět dostal několik centimetrů od pupku na druhou stranu než předchozí den. Ve 22 hodin udával bolest VAS 3 a dostal proto na bolest dle ordinace lékaře intravenózně Novalgin 1g/2ml. Po 30 minutách již žádné bolesti neudával. Hodnoty krevního tlaku měl pacient po celý den v rozmezí 123/78 (v 6 hodin ráno) a 134/86 (v 18h večer). Foleyův balónkový permanentní močový katetr odváděl žlutou moč. Množství moči za celý den byl 2,5 litru, což odpovídalo dennímu příjmu tekutin. Periferní žilní katetr, zavedený do pravého předloktí, byl funkční a průchozí. Okolí místa vpichu bylo klidné bez přítomnosti nějaké reakce. VIP skóre činilo 0.

6. den hospitalizace

Ráno proběhlo vše naprosto stejně jako předchozí den. Dopoledne lékař provedl převaz, odstranil drén z ledviny a sestra pacientovi poté na pokyn lékaře vytáhla permanentní močový katetr. Pacient byl o všem důkladně edukován a poučen. Lékař také rozhodl o překladu pacienta z jednotky intenzivní péče na standardní oddělení. Samotný překlad proběhl po obědě. Tento den měl pacient již dietu 5, tedy bezezbytkovou. Jídlo mu tak již chutnalo více než předchozí dny.

Jak již je psáno výše, vzdálenost mezi jednotkou intenzivní péče a standardním lůžkovém oddělení činí pouze jednu chodbu, proto samotný fyzický přesun vykonal pacient pěšky s doprovodem fyzioterapeutky v rámci rehabilitačního cvičení. Osobní věci pacienta byly převezeny na jeho nový pokoj hned vzápětí. V těsné souvislosti s přeložením pacienta proběhlo taktéž předání informací o něm a zdravotnické dokumentace mezi sestrou z jednotky intenzivní péče a sestrou na standardním oddělení. Ta následně za pacientem došla a seznámila se s ním osobně.

Přesun na standardní oddělení zlepšil pacientovi náladu a to přispělo i ke zlepšení jeho celkového stavu. Pokoj byl dvoulůžkový a s druhým pacientem si velmi dobře rozuměli. Odpoledne si tak spolu povídali a dívali se společně na televizi. Následující den měl být pacient v případě, že nenastanou žádné komplikace, propuštěn domů.

Během dne pacient dopoledne a večer udával bolest hodnoty VAS 4. V obou případech mu dle ordinace lékaře byl intravenózně podán Novalgin 1,2 g ve 100 ml fyziologického roztoku na 30 minut. Po dokapání již pacient bolest neudával.

Večer, po dokapání analgetika, jsem pacientovi z pravého předloktí vytáhla periferní žilní katetr, jelikož byl zavedený již třetí den. Na místě vpichu nebyl přítomná žádná známka flebitidy či jiných komplikací. Intravenózně již pacient žádnou medikaci nedostával, proto jsem mu již nový periferní žilní katetr nezaváděla.

7. den hospitalizace

Ráno proběhlo vše stejně jako předchozí den. Pacientovi byla odebrána krev na vyšetření krevního obrazu, urey, kreatininu a iontogramu. Také mu byl změřen krevní tlak, jehož hodnota činila 138/91 mmHg. Puls byl 93 tepů za minutu. Pacient dostal svou chronickou medikaci, tedy Betaloc SR 200 1/ 2 tbl., Telmisartan 80 1 tbl. a 1 tabletu Omeprazolu 20. Při vizitě lékař rozhodl, že bude pacient ten den propuštěn a seznámil s tím pacienta, který tuto zprávu zavolal svému kamarádovi, aby pro něj přijel autem a odvezl jej domů. Přestože pacient již od předchozího dne téměř počítal s tím, že půjde dnes domů, bylo na něm vidět, jak se mu po sdělení této zprávy výrazně ulevilo a domů se těšil.

Na operační ránu bylo pacientovi aplikováno rychleschnoucí filmové krytí Opsite. Pacient byl o všem edukován a poučen, aby ránu sprchoval pouze vodou bez mýdla.

Kolem osmé hodiny dostal pacient snídani – na základě lékařské ordinace měl dietu 9B, tedy diabetickou. V 10 hodin mu sestra přinesla propouštěcí zprávu a o půl hodiny pacient odcházel domů za doprovodu svého kamaráda.

Pacientovi byl před propouštěním odstřižen identifikační náramek. Dostal dvě kopie propouštěcí zprávy (jednu pro svého praktického lékaře) a proběhla edukace o klidovém režimu, termínu kontroly na ambulanci, užívání léků a postupu při případných komplikacích. Samozřejmě byl při edukaci také dostatečný prostor pro dotazy pacienta.

Při edukaci sestra vysvětlovala několik oblastí týkající se rekonvalescence v domácím prostředí. Vysvětlila mu, co konkrétně pro něj bude znamenat dodržování lidového režimu, a to sice, že se minimálně do příští kontroly na urologické ambulanci má pacient vyhýbat namáhavým fyzickým činnostem, jako například sport nebo zvedání předmětů těžších než jsou 2 kilogramy.

Velký důraz při edukaci sestra kladla na dodržování pitného režimu. Pacient by měl pít co nejvíce, minimálně 2-3 litry tekutin denně. Ačkoliv byla operační rána po laparoskopických vstupech na levém boku pacienta již zcela klidná, přesto byl pacient poučen, aby ji sprchoval čistou vodou. Také sestra pacienta upozornila na komplikace, při kterých by měl zavolat na ambulanci s nepřetržitou pohotovostní službou. Mezi tyto komplikace by mohla patřit hematurie, tedy krev v moči, úporná bolest v ráně, vytékající hnis z rány, náhlé nevolnosti nebo například teplota. Pacient byl však také poučen, že na bolest si sám může v případě potřeby vzít běžná analgetika, jako je například Paralen či Ibalgin. Termín kontroly na ambulanci by stanoven za dva týdny.

4. Ošetřovatelské problémy ke 4. dni hospitalizace

Konkrétně u tohoto pacienta se mi jako dva hlavní ošetřovatelské problémy jevila únava či nedostatek energie a dále bolest, kterou pacient pociťoval. Proto se tedy budu nyní těmto dvěma problémům věnovat blíže.

4.1. Únava z důvodu onkologického onemocnění a z důvodu narušeného spánku

Nejprve je třeba popsat únavu jako pojem. V různých odborných publikacích se jednotlivé definice liší. Na začátek je však potřeba zdůraznit, že únava je problém, který je nejčastěji zmiňován právě u pacientů s nádorovým onemocněním. Jedná se o symptom, který negativně ovlivňuje nejen průběh samotné léčby, ale bývá často přítomen ještě i rok po ukončení léčby a tedy nepříznivě provází život pacienta také v každodenních činnostech.

Jedna z definic zní: *„Únava je subjektivní tělesný a psychický prožitek pacienta, který má vliv na kvalitu života pacienta.“ (Machálková a kol., 2022).*

Tomáš Büchler nabízí definici chronické únavy: *„Chronická únava (fatigue) je syndrom charakterizovaný sníženou energií a zvýšenou potřebou odpočinku, které jsou neúměrné úrovni aktivity. Může být doprovázena pocity celkové slabosti, sníženou koncentrací, sníženým zájmem o obvyklé aktivity, poruchami spánku, emoční nestabilitou a kognitivními problémy.“ (Büchler, 2023).*

Pohled na únavu z jiného úhlu nám nabízí také psychiatr Radkin Honzák. Říká, že: *„Patologická únava je důsledek nějakého chorobného procesu oslabujícího organismus, ať již je to akutní onemocnění, chronický nedostatek některé nezbytné látky nebo metabolická porucha omezující optimální výkon.“ (Honzák, 2011)*

Únava jako taková je však doprovázena mnoha dalším symptomy. Souvisí se ztrátou energie a má významný vliv na rozvoj úzkostných či depresivních poruch, zhoršení a zpomalení metabolismu a sníženou obranyschopnost celého organismu především k infekčním onemocněním, čili nepříznivě ovlivňuje celý imunitní systém pacienta. U onkologických pacientů se vyskytuje až v 96% případů. (Machálková a kol., 2022).

4.1.1. Etiologie vzniku únavy

Únava může vznikat z různých důvodů, jež se vyskytují v různé míře u různých pacientů zcela individuálně v závislosti na celkovém stavu, specifických fyziologických vlastnostech organismu daného jedince, na biologické povaze nádoru jako takového, na nastavení a povaze léčby, na různých vnějších faktorech a dalších okolnostech. Některé příčiny únavy jsou snadno rozpoznatelné a definovatelné, což výrazně napomáhá jejich léčbě či alespoň jejich zmírnění (například anémie), ale samotná patofyziologie únavy zůstává stále ve velké míře skryta hlubšímu poznání a tedy i možnosti většího rozvoje adekvátní terapeutické činnosti. (Jedlička, Elbl, 2007).

Nouza tvrdí , že samotná etiologie únavy není zcela popsaná a jednoznačně objasněná (Nouza, 1999). Obecně rozlišujeme zejména únavu fyzickou, duševní a kombinovanou. Při intenzivní svalové práci se hromadí laktát, která je posléze postupně ze svalové hmoty odplavována krví. K většímu hromadění dochází při nedostatku kyslíku, zvláště při vrcholových sportech. Duševní únavu pociťuje člověk při vyčerpání dostupných energetických zásob v mozku. (Nouza, 1999).

4.1.2. Problémy související s únavou

Jak již bylo řečeno, únava je subjektivně prožívaný stav, pro zdravotní sestru tedy může častokrát být problematické její rozeznání a diagnostika. Únavu také každý pacient prožívá zcela individuálně a specificky, rozpoznání tohoto problému tedy vyžaduje naprostou pozornost sestry věnovanou pacientu a jeho specifickému chování. Únava nebývá charakterizována specifickým držením těla či zvukových projevů pacienta. Projevy únavy se zrcadlí v rovině afektivní, fyzické a kognitivní, viz. následující tabulka. (Machálková a kol. 2022).

Tabulka 1: *Problémy související s únavou pacienta s onkologickým onemocněním:* (Machálková a kol., 2022; str. 277).

Rovina projevů problémů		
FYZICKÁ	**KOGNITIVNÍ**	**AFEKTIVNÍ**
Celková slabost	Snížené soustředění se	Snížená motivace
Nedostatek energie	Špatná krátkodobá paměť	Dráždivost, smutek
Nespavost/zvýšená spavost		
Neodpočinutí si		
Vyšší potřeba odpočinku		
Nedokončení aktivit		
Závislost na druhých		

4.1.3. Únava v souvislosti s onkologií

Přímo v onkologii známe pojem *cancer-related fatigue (CRF)*, tedy únavový syndrom. Jedná se nejčastější problém, který udává většina onkologických pacientů a to jak během samotného onemocnění, tak i po ukončení léčby. Mnohdy je únava vnímána a snášena pacienty hůře než bolesti. (Vodvářka, 2007).

Únava je dnes považována za jeden z nejčastějších a nejobtížnějších vedlejších účinků rakoviny a její léčby. (Lawrence, Kupelnick, 2004).

Únava může být zvýšená již před zahájením léčby a obvykle se zvyšuje během léčby rakoviny, včetně léčby ozařováním, chemoterapií, hormonální a/nebo biologickou léčbou. Odhady prevalence únavy během léčby se pohybují od 25 % do 99 % v závislosti na konkrétním pacientovi, typu podstoupené léčby a způsobu hodnocení. (Servaes, Verhagen, 2002).

Ve většině studií 30 % až 60 % pacientů uvádí během léčby středně těžkou až těžkou únavu, která může v některých případech vést k přerušení léčby. Únava se obvykle zlepší během roku po ukončení léčby, ačkoli malá část pacientů pociťuje únavu ještě několik měsíců nebo let po úspěšné léčbě. Studie dlouhodobě přežívajících pacientů s rakovinou naznačují, že přibližně čtvrtina až třetina z nich pociťuje přetrvávající únavu až 10 let po stanovení diagnózy rakoviny. (Bower, Ganz et al., 2006).

Únava má negativní dopad na práci, sociální vztahy, náladu a každodenní aktivity a způsobuje významné zhoršení celkové kvality života během léčby i po ní. Únava může být také prediktorem kratšího přežití. (Groenvold, Aagaard Petersen et al., 2007).

Z výpovědí pacientů vyplývá, že únava spojená s nádorovým onemocněním je závažnější, trvalejší a více vyčerpávající než "normální" únava způsobená nedostatkem spánku nebo nadměrnou námahou a nezmírňuje se dostatečným spánkem nebo odpočinkem. (Poulson, 2001).

Cella, Davis a kol. píší, že intenzita a délka trvání únavy, kterou pociťují pacienti s nádorovým onemocněním a osoby, které jej prodělaly, je výrazně větší než u zdravých jedinců a způsobuje výraznější zhoršení kvality života. Únava spojená s rakovinou je různorodá a může mít fyzické, psychické a emocionální projevy včetně generalizované slabosti, snížené koncentrace nebo pozornosti, emoční lability a snížené motivace nebo zájmu o obvyklé činnosti. Ačkoli má únava související s nádorovým onemocněním některé

společné rysy s depresí, pacienti pociťují únavu jako samostatný a hlavní příznak, který zhoršuje náladu a funkční možnosti. (Cella, Davis, a kol., 2001).

4.1.4. Možnosti diagnostiky únavy

Aby se dalo nejen s únavou, ale s jakýmkoliv jiným problémem pracovat, je důležité jeho správné rozpoznání a určení. V případě diagnostiky únavy je stěžejní role sestry, jež s pacientem tráví většinu času. Sestra má pacienta kontrolovat v pravidelných intervalech a všímat si veškerých projevů pacienta, které k určení ošetřovatelské diagnózy vedou. Již od počátku léčby je tedy třeba od sestry aktivní přístup, neboť pacient často sám od sebe určující symptomy nesdělí. Nasnadě je pravidelný screening projevů únavy a jejich zápis do dokumentace. K tomuto screeningu slouží různé nástroje, například The functional Assessment of Cancer Therapy – Fatigue, Piper Fatigue Self-Report Scale, The Schwartz Cancer Fatigue Scale či Fatigue Symptom inventory. (Burkertová, 2006). Burkertová dále uvádí, že existuje množství dalších nástrojů, jako jsou například dotazníky kvality života a únavy jako součásti kvality života, indexy výkonnosti a životních funkcí a podobně. V běžné klinické praxi se však dotazníky z důvodu časové náročnosti prakticky nevyužívají. (Vodvářka, 2004).

K posouzení a práci s únavou je možné použít různé strategie, jako například vedení deníku samotným pacientem, což nám pomůže udělat si na základě statistických údajů obraz o časovém managementu pacientovy energie a únavy. V určitých případech, nakolik je to v možnostech zdravotnického či sociálního zařízení, kde pacient leží, je velmi výhodné přizpůsobit plánované aktivity a výkony u pacienta době, kdy má nejvíce energie. (Porock, 2005). Avšak při krátkodobé hospitalizaci, zvláště na odděleních chirurgického typu, jako je například urologie, je toto časové přizpůsobení se u konkrétního pacienta takřka nemožné.

Únavu jako ošetřovatelský problém u tohoto pacienta jsem identifikovala zejména na základě vlastního pozorování doplněného o rozhovory s pacientem či s dalšími sestrami a zkombinovaného s nastudováním odborné literatury týkající se tohoto problému. V neposlední řadě mi při určování pomohly již nabité zkušenostmi, získané péčí o jiné pacienty.

Hlavních určujících znaků, jež mě konkrétně u tohoto pacienta na problém s únavou upozornily, bylo několik. U pacienta byla výrazně přítomná zejména zvýšená spavost přes den, patrná vysoká míra námahy se soustředěním, a to zejména při delších rozhovorech a v neposlední řadě také skutečnost, že pacient evidentně potřeboval a vynakládal k vykonávání běžných činností, jako například telefonický rozhovor či vstávání z lůžka mnohem více energie, než je pro tyto činnosti obvyklé. Zde je nutno dodat, že námaha při vstávání z lůžka jistě nebyla způsobena pouze pacientovou únavou, nýbrž také jeho celkovým oslabeným fyzickým stavem a přítomností bolesti, kterou se budu v této práci zabývat dopodrobna v další části.

Dále jsem si u pacienta všimla i několika méně patrných znaků poukazujících na přítomnost únavy. Tyto znaky byly méně patrné nejspíše proto, že si jejich přítomnost pacient sám uvědomoval a aktivně se jich snažil vyvarovat, což mu nicméně bralo další energii. Jednalo se zejména o snížený zájem o okolí, přecházející postupně až v lhostejnost a netečnost ze strany pacienta. Právě proto, že se tyto symptomy snažil spíše skrývat, objevovaly se více teprve ve chvíli, kdy byla u pacienta míra únavy nejvyšší, na což mě kromě těchto potlačovaných příznaků upozornila i vyšší intenzita těch znaků, které jsem zmiňovala výše.

4.1.5. Možnosti terapie únavy

Při nastavování terapie a léčby musíme co nejpřesněji znát původ a faktory ovlivňující únavu u konkrétního pacienta. V našem případě udával pacient dva hlavní důvody únavy. Prvním důvodem byla vynucená poloha daná polohou operační rány, která se nacházela na boku pacienta a druhým důvodem byla příliš vysoká teplota v místnosti, zejména na jednotce intenzivní péče. Tyto dva faktory tedy společně vedly k nedostatku spánku a nemožnosti vyspat se, což mělo za následek únavu. Kromě toho byl pacient v běžném životě zvyklý na pohybovou či fyzickou aktivitu. Rád se prý běžně prochází na čerstvém vzduchu. Při hospitalizaci v nemocnici však měl zejména v prvních pooperačních dnech klidové režimové opatření a klid na lůžku. Na nespavost má jistě vliv psychické nastavení pacienta, který se přirozeně strachoval o své zdraví a prožíval chvíle silné nejistoty.

Některé z těchto jmenovaných problémů bylo možné vyřešit, či alespoň zmírnit. Potřeba nižší teploty na pokoji a čerstvého vzduchu na pokoji se dala alespoň částečně naplnit vypnutím topení a větráním okna, samozřejmě v rozumné míře a po domluvě

druhého pacienta, který na pokoji ležel. Problém s únavou se také zmenšoval v průběhu přibývajících dnů hospitalizace a s tím spojené postupné navyšování rehabilitace a pohybu. To vedlo také ke zlepšování celkového stavu pacienta a tedy i k jeho větší psychické pohodě. Toto zlepšení po psychické stránce vedlo k větší chuti do běžných denních aktivit a tedy i ke zvýšení potřeby i výdeje energie přes den a klidnějšímu spánku v noci. Brzké ranní probouzení zdravotnickým personálem pacientovi dle jeho vlastní výpovědi naopak nevadilo.

Obecné možnosti terapie zvláště chronické únavy mohou být buď nefarmakologické nebo farmakologické. Nefarmakologická terapie pracuje jak s různými možnostmi zvládání stresu, tak i s podporou celkové fyzické aktivity. Může dle potřeby zahrnovat fyzické či dechové cvičení nebo i nutriční intervenci. K vyrovnávání se se stresem mohou pomoci různé kognitivní techniky, relaxace, či nácvik mindfulness. V indikovaných případech se může přistoupit také k psychologické intervenci. (Büchler, 2023).

Ačkoliv univerzální farmakologický postup v terapii únavy dosud neexistuje, některými látkami jistých pozitivních výsledků dosaženo bylo. Jedná se například o metylfendanilát či modafinil. U žen při antiestrogenní hormonální léčbě s návaly horka při terapii únavy pomohly antidepresiva paroxetin a venlafaxin. Krátkodobě lze využít účinků dexametazonu či prednisonu u pacientů s metastatickým onemocněním. (Büchler, 2023).

Sestra si tedy má udělat ucelený obraz o celkové únavě pacienta. Pozorované oblasti je třeba doplnit odbornými znalostmi, jako jsou například druhy únavy, její důsledky, příčiny, faktory k ní vedoucí a podobně. Tyto informace následně porovnává se symptomy u konkrétního pacienta, na něhož je třeba se dívat holisticky jako na zcela individuální bytost se všemi svými vlastnostmi a potřebami.

4.1.6. Přístup k pacientovi trpícímu únavou

Poté, co sestra na základě znalostí a vlastního pozorování stanoví ošetřovatelský problém – únavu u konkrétního pacienta, měla by se snažit odhalit všechny její příčiny a vytvořit plán péče.

Důležité je mluvit o tomto problému přímo s pacientem a odhalit tak, co může za únavou stát. Samozřejmě by sestra měla informovat také lékaře, protože vhodná léčba základních příčin únavy může zlepšit a zvýšit úroveň aktivity pacienta a tím snížit únavu, kterou pacient pociťuje. (Cumpian, 2023).

Problém únavy by se každopádně neměl bagatelizovat, ale měl by se naopak brát vážně, protože v péči o pacienta hraje zásadní rozdíl i postoj sestry a otevřenost k řešení i problémů, které se na první pohled nemusí jevit jako prvoplánové. (Fosnocht, Ende, 2023)

Únava je často zdravotníky nerozpoznávána a nedostatečně léčena, částečně kvůli nedostatku znalostí o opatření zaměřených na mechanismus jejího vzniku. (Minton, Berger a kol., 2013).

Konkrétně u pacienta popisovaného v této práci byla únava velmi patrná. Jak již bylo zmíněno, hlavními příčinami bylo onkologické onemocnění a nevyhovující podmínky pro spánek. Poté, co došlo k překladu z jednotky intenzivní péče na standardní oddělení, problém s únavou se velmi významně zmenšil, jelikož se pacient mohl lépe vyspat. Také tomu jistě přispěla i edukace pacienta o tom, aby se snažil věnovat během dne nějaké aktivitě, nakolik je to z vzhledem k jeho stavu možné, aby poté mohl v noci spát. K řešení problému únavy jistě také přispělo zlepšení psychického stavu pacienta poté, co si začal velmi dobře rozumět s druhým pacientem v pokoji.

4.2. Bolest z důvodu operačního výkonu

Nyní se budu blíže věnovat druhému ošetřovatelskému problému o pacienta, a to přítomnosti bolesti zejména v oblasti operační rány umístěné na levém boku pacienta.

Dle WHO (Wealth health organisation – světová zdravotnická organizace) je bolest „Nepříjemný smyslový a emocionální zážitek spojený se skutečným nebo potencionálním poškozením tkáně organismu.“ Tato definice je převzata z IASP (The International Assotiation for the Study of Pain - Mezinárodní asociace pro studium bolesti). Tato definice je však ochuzena o některé důležité detaily, například opomíjí bolest chronickou a jiné druhy. Proto existuje ještě několik dalších definic pro popsání zbylých domén, týkající se bolesti. (Rokyta, 2018).

4.2.1 Druhy bolesti

Různých klasifikací bolesti existuje velké množství. Jedním z příkladů klasifikace je rozdělení bolesti dle etiopatogeneze na bolest nociceptivní (somatická bolest a viscerální bolest) a neuropatickou a rozdělení dle průběhu na bolest akutní, chronickou a rekurentní.

Bolest podle etiopatogeneze:

Na základě místa vzniku bolesti rozlišujeme bolest neuropatickou a bolest nociceptivní, která se dále dělí na bolest somatickou a viscerální.

Neuropatická bolest má svůj původ přímo v poškození somatosenzorického systému. Jedná se tak tedy o bolestivý stav, který se řadí k těm nejhůře léčitelným. Podle toho, zda se poškození nachází v centrálním nebo periferním nervovém systému, rozlišujeme neuropatickou bolest centrální a periferní. K příčinám poškození centrálního nervového systému mohou patřit například stavy po iktu, roztroušená skleróza či místní léze. Periferní bolest bývá obvykle způsobena fokální nebo systémovou neuropatií nebo neuralgií. (Ambler, 2007). Neuropatickou bolest lze také dělit na bolest spontánní a stimulovanou. Tyto dva typy se však mohou vyskytovat i kombinovaně. Vzhledem k již zmiňované skutečnosti ohledně náročné léčby tohoto typu bolesti bývají pacienti trpící neuropatickou bolestí nezřídka přesměrováni na specializované ambulance bolesti. Neuropatie dále může být například alkoholová (přibližně u 10% alkoholiků), diabetická

(asi 11-20% diabetiků) nebo HIV pozitivní neuropatie (u HIV+ pacientů dosahuje incidence 28%). (Hakl, 2016).

Noticeptivní bolest vnímá člověk na základě podráždění nocisenzorů. Těch existují tři druhy. Prvním typem jsou vysokoprahové mechanoreceptory, které při nízkoprahovém nastavení zachycují jemné a mnohdy příjemné dotekové podněty. Při jejich silnějším podráždění se však jejich vnímání přepne na vysokoprahové a tím pádem cítíme bolest. Jde o Merkelovy disky, Vater-Paciniho tělíska a podobně. Pro vnímání bolesti způsobené teplem či chladem slouží člověku polymodární nocisenzory. Za normálních okolností působení tepla či chladu nebolí. O bolesti se bavíme až ve chvíli, kdy nám přílišná teplota způsobí popáleniny či omrzliny. Pro zaznamenání tepla slouží Ruffiniho tělíska, k detekci chladu tělíska Krauseho. Posledním typem receptorů pro vnímání bolesti slouží volná nervová zakončení primárních aferentních vláken, tedy vlastní nocisenzory. Tyto receptory jsou také známé pod pojmem *silent receptors*, neboli mlčící receptory. Jejich jedinou funkcí zůstává totiž právě zaznamenávání bolesti, proto fungují pouze v okamžiku, kdy je bolestivý podnět natolik silný, aby je podráždil. (Rokyta, 2018).

Viscerální bolest je přenášena skrze autonomní nervový systém a jejím zdrojem jsou vnitřní orgány. Je charakteristická tím, že ji pacient nedokáže přesně lokalizovat. Bývá popisována jako tupá, ale může být vnímána například i jako mravenčení, pálení či brnění. V některých případech může vyústit také v změnu citlivosti či ztrátu funkce daného orgánu. Viscerální bolest je dále charakteristická svým vyzařováním do jiných částí těla mimo postižený orgán. Typickým příkladem viscerální bolesti je například kolika. (Sláma, Vafková, 2020).

Somatická bolest se oproti předchozímu typu liší snadnou lokalizovatelností, tím pádem bývá pacient schopen na přímo na postižené místo ukázat. (Slováček, 2012).

Bolest podle průběhu:

Akutní bolest je pro pacienta i jeho okolí přímým signálem na konkrétní problém v těle. Má tedy příčinu, která je známá. Po odstranění této příčiny bolest obvykle zmizí, v určitých případech se však může po nějaké době vrátit. Příkladem akutní bolesti může být například akutní appendicitita, fraktura, či například kolika. (Rokyta, 2018).

Mezi symptomy, jež mohou akutní bolest doprovázet a mohou tak pomoci při diagnostice, patří například pocení, tachykardie, tachypnoe, vazokonstrikce, mydriáza, střevní paralýza, retence moči, katabolismus či hyperglykémie. (Fricová, 2009)

Akutní bolest trvá od několika sekund do třech měsíců. Bývá snadno lokalizovatelná a dominuje při ní sympatikus nad parasympatikem. Dalším jejím rysem je, že zpravidla dobře reaguje na léčbu. Zvláště v případě poúrazových a pooperačních stavů. Pokud totiž její léčba není adekvátní, hrozí rozvoj dalších pooperačních komplikací, jako je například zhoršení psychického stavu pacienta. Neléčená akutní bolest může také přejít v chronickou přetrvávající bolest, která znamená již obtížnější a delší léčbu. Akutní bolest se rozděluje na běžnou krátkodobou bolest, průlomovou bolest a další typy bolesti (migréna, neuralgická bolest, kolika). (Holbová, 2015). Některým typům akutní bolesti se budu věnovat blíže.

Průlomová bolest se vyskytuje při náhlém, přechodném zhoršení bolesti chronické. Její původ je tedy třeba hledat v důvodu chronické bolesti ,kterou pacient trpí již delší dobu. Sláma uvádí, že průlomovou bolestí trpí 40-70% pacientů s onkologickým onemocněním. Na tomto místě je také třeba rozlišit průlomovou bolest od bolesti intermitentní epizodickou. Ta se totiž vyskytuje u pacientů, kteří chronickou bolestí netrpí a neužívají, pravidelně analgetika, pouze občas prožívají stavy středně silné až silné bolesti. Průlomová bolest se také nesmí zaměnit s bolestí pociťovanou těsně před podáním pravidelně užívaného analgetického přípravku. Takováto bolest se totiž nazývá *bolest na konci dávkového intervalu („end of dose pain“).* (Sláma, 2011).

Neuralgická bolest je termín, který je používán pro charakteristiku zpravidla záchvatovité bolesti s původem v senzitivních nervech. Bártková píše, že: *„Maximální intenzity dosahuje v úvodu, Je popisována jako ostrá, bodavá, připodobňována je k výboji elektrického proudu či šlehnutí bičem. Trvá zlomek sekundy až několik sekund. Přichází jednotlivě či v nakupených výbojích. Typické jsou spouštěcí faktory (dotek, chlad, specifické činnosti) vyvolávající bolest. Neurologický nález je normální.“* (Bártková, 2018, str. 146).

Dále píše, že se tyto bolesti mohou u pacientů objevovat buď denně, nebo třeba i v období několika týdnů či dokonce měsíců. Poté však následuje období zcela bez bolesti,

které trvá obvykle delší dobu, avšak u každého pacienta to bývá různé. Neuralgická bolest se běžně vyskytuje sezónně – nejčastěji na jaře nebo na podzim. (Bártková, 2018).

Kolikovitá bolest má svůj původ ve hladké svalovině orgánu, který je ucpaný nějakou překážkou, což zabraňuje jeho normální funkci. Pomocí prudkých stahů hladké svaloviny se orgán snaží překážku odstranit, což způsobuje záchvaty kolikovité bolesti. Nejčastěji jsou tedy v souvislosti s kolikou zmiňovány ledviny, žlučové cesty, močovod nebo část gastrointestinálního traktu. Pro koliku je také typické střídání záchvatů prudké, intenzivní bolesti s obdobími klidu. Kolika bývá také často doprovázena nauzeou či zvracením. (Štefánek, 2011).

Chronická bolest představuje pro pacienta dlouhodobý problém, který trvá minimálně 3-6 měsíců. O chronické bolesti však mluvíme také v případě, kdy bolest výrazně přesahuje dobu, po kterou daný problém či onemocnění obvykle trvá. Statisticky se vyskytuje nejčastěji v souvislosti s vertebrogenním onemocněním. Na pacientovi, trpícímu chronickou bolestí, lze obvykle pozorovat objektivní bolestivé příznaky, jimiž může být v závislosti na konkrétním problému a příčině například kulhání, pláč, bolestivé grimasy apod. Mezi další symptomy chronické bolesti patří poruchy spánku a chování, deprese, změny osobnosti, zhoršená kvalita života, sociální izolace, zácpa, či poruchy libida. (Fricová, 2009).

Rekurentní neboli návratové bolesti se vyznačují přerušovanými atakami, mezi nimiž uběhlo méně než 3 měsíce. Jsou-li intervaly mezi těmito bolestivými stavy delší, řadíme je spíše mezi bolesti akutní. (Vrba, 2008).

4.2.2. Hodnocení bolesti

Definovat intenzitu a charakter bolesti bývá nezřídka velmi obtížné vzhledem k skutečnosti, že již z definice bolesti vyplývá, že se jedná o subjektivní zkušenost. Tato zkušenost je navíc u každého člověka ovlivněna dalšími, zcela individuálními faktory. Na prožívání bolesti mají jistě mimo jiné vliv nejrůznější psychické, fyzické, sociální, kulturní či spirituální faktory, minulé zkušenosti s bolestí či utrpením daného člověka, či spousta jiných okolností. (Pokorná, 2013).

Abychom mohli bolest správně léčit, je třeba správně zhodnotit celkový stav pacienta a mít dostatek informací. Zajímáme se tedy hlavně o příčinu, typ, časový průběh, intenzitu bolesti a vliv dalších somatických a psychosociálních faktorů. Prožívání bolesti a vyjadřování pacienta totiž může být výrazně ovlivněno například úzkostmi, depresemi, deliriem a podobně. (Pochop, 2023).

Příklady hodnotících škál bolesti

Různých nástrojů pro hodnocení bolesti existuje velké množství. Uvádím zde příklady některých z nich.

VAS – Vizuální analogová škála:

V praxi se s hodnocením bolesti podle VAS – vizuální analogové škály setkáváme nejčastěji. Tato metoda je velmi jednoduchá a snadno použitelná již u dětí předškolního věku. Jedná se vyjádření bolesti podle stupnice (může se jednat například o úsečku, či postupně se rozšiřující trojúhelník) od jedné do deseti, tedy *zcela bez bolesti* až *nejvyšší představitelná bolest*. (Kozáková, 2015).

Výhodou této hodnotící techniky je její rychlé, jednoduché a univerzální použití. Mnohokrát se setkáme v dekurzu s ordinací lékaře na podání analgetika při konkrétní hodnotě bolesti dle VAS. Její použití je však omezené u pacientů, kteří se z jakýchkoliv důvodů nemohou vyjádřit nebo nejsou schopni komunikace.

BPI – Brief pain inventory – Krátký inventář bolesti

BPI umožňuje pacientům hodnotit závažnost jejich bolesti a míru, do jaké jejich bolest zasahuje do běžných oblastí vnímání a fungování. Původně byl BPI vyvinut k hodnocení bolesti související s nádorovým onemocněním, ale ukázalo se, že je vhodným nástrojem hodnocení bolesti způsobenou širokou škálou různých klinických stavů. Existuje delší a kratší verze BPI, avšak v nemocničním prostředí se z důvodu stručnosti a snadného

využití pacientem doporučuje využít spíše kratší verzi, která však neobsahuje všechny možné deskriptory bolesti, jako je pálení, brnění a podobně. (Cleeland, 1991) .

MPQ – McGill pain questionnary – McGillský dotazník bolesti

MPQ se skládá zejména ze tří hlavních okruhů popisovaných pacienty verbálně - senzorického, emočního a hodnotících - které pacienti používají k upřesnění subjektivního prožívání bolesti. Obsahuje také stupnici intenzity a další položky pro určení charakteristických vlastností pociťované bolesti.

4.2.3. Léčba bolesti

Farmakoterapie

„Cílem léčby bolesti je snížit bolest na přijatelnou úroveň nebo v ideálním případě bolest pacientovi odstranit úplně.“ (Kršiak, Fricová, 2018, str. 235).

WHO – Světová zdravotnická organizace – rozděluje léčbu bolesti dle její intenzity do třech základních stupňů. Tento žebříček je tak zároveň vodítkem pro lékaře, aby mohli při farmakologické léčbě bolesti zvolit správná analgetika. Tento systém se opírá o VAS (vizuální analogovou škálu). Při VAS 1-3 se jedná o mírnou bolest, druhý stupeň je vyhrazen pro střední bolest – VAS 4-6 a třetí stupeň, představující nejvyšší bolest, je zaznamenán na škále hodnotami 7-10.

První stupeň bývá dle tohoto systému léčen neopioidními analgetiky. Při druhém stupni se bolest léčí slabými opioidy, jež jsou doplněny neopioidními analgetiky. Při bolesti třetího stupně přichází na řadu silné opioidy, které mohou či nemusí být doplněny neopioidními analgetiky. Bolest jakéhokoliv stupně může být dále doplněna o další koanalgetika dle uvážení lékaře a potřeby pacienta. (Kršiak, Fricová, 2015) Koanalgetika jsou skupiny léčiv, která bolest netlumí přímo, ale různými mechanismy zvyšují účinnost analgetik nebo napomáhají lepšímu snášení bolesti. Můžeme mezi ně zahrnout například antiepileptika či antidepresiva. (Rychlíčková, 2015).

Nefarmakologické postupy léčby bolesti

Jak již bylo zmíněno výše, bolest je pacientem vnímána subjektivně a může vycházet z různých příčin. Při zjišťování charakteru bolesti u pacienta musíme tedy posoudit jeho celkový stav, správně určit příčinu bolesti a vhodně nastavit léčbu.

Nefarmakologických postupů v léčbě bolesti existuje celá řada v závislosti na její etiologii. Řadíme mezi ně například rehabilitaci, psychoterapii, pastorační péči, radioterapii, neurochirurgické postupy, stabilizaci páteře a dlouhých kostí a podobně. (Sláma, Vafková, 2020)

Je tedy zřejmé, že v léčbě bolesti bývá velmi potřebná interdisciplinární spolupráce mezi různými odborníky v závislosti na konkrétních potřebách daného pacienta. Je to ale právě zdravotní sestra, která má u konkrétního pacienta znát důležité aspekty jeho biologické, psychologické, sociální a spirituální složky, citlivě a pohotově reagovat na jeho bolestivé projevy, hledat jejich příčinu a úzce spolupracovat s ostatními zdravotníky s cílem co nejefektivněji pacientovi pomoci.

4.2.4. Průběh bolesti během hospitalizace pacienta

Po celou dobu hospitalizace byla u pacienta, kterým se v této práci zabývám, pečlivě monitorována a zaznamenávána. Všechny sestry, které se o pacienta staraly, se jej pravidelně na přítomnost bolesti ptaly a pacient byl edukován také o tom, že může pomocí signalizačního zvonku u lůžka v případě náhlé bolesti (či kteréhokoliv jiného problému) sestru kdykoliv přivolat.

Bolesti se u pacienta objevily až po příjezdu z operačního sálu na jednotku intenzivní péče. Všechny se týkaly operační rány.

Nejintenzivnější bolest prožíval pacient 1.a 2. pooperační den, a to v místě operační rány. 1. pooperační den udával pacient ve 12:00 hodnotu VAS 4 a proto mu dle ordinace lékaře byl podán Novalgin 1 g/2ml ve 100ml fyziologického roztoku i.v. na 30 minut. V 15:00 dosáhla hodnota VAS opět 4 a proto dostal pacient podle dekurzu Paracetamol 1 g ve 100 ml fyziologického roztoku i.v. na 30 minut. Ve 22:00 udával pacient bolest VAS 5 a dostal proto na základě ordinace lékaře Almiral 75 mg/3ml i.m.

Vždy půl hodiny po každém podání analgetika byla jeho účinnost zkontrolována přímým dotazem sestry na pacienta na přítomnost bolesti a v případě, že byla bolest stále přítomná, dostal pacient jiné analgetikum dle ordinace lékaře se zachováním jím stanovených dávek a intervalů mezi nimi.

Třetí a čtvrtý pooperační den udával pacient dopoledne (většinou po fyzické aktivitě) a večer ve 22:00 hodnotu bolesti VAS 4 a ve všech případech dostal Novalgin 1 g/2ml ve 100 ml fyziologického roztoku intravenózně na 30 minut. Po 30 minutách pacient již žádné bolesti nepociťoval.

Diskuze

Práce se zabývala případem pacienta po resekci levé ledviny z důvodu zhoubného nádoru. Takovýto zákrok je významným zásahem do lidského organismu.

Pacient byl od začátku se zákrokem smířený, ačkoliv sdělení diagnózy snášel zejména zpočátku podle vlastních slov velmi těžce i vzhledem k zátěži v rodinné anamnéze. Resekci pravé i levé ledviny z důvodu stejné diagnózy podstoupil navíc již v roce 2021, nyní se jednalo o recidivu nádoru. Ačkoliv po vyslechnutí diagnózy byl pacient v šoku a psychicky situaci hůře snášel, nyní je odhodlaný se úplně uzdravit a vrátit se ke své rodině a k zaměstnání.

Jedním z ošetřovatelských problémů, kterým se v této práci podrobněji zabývám je únava. Podle Machálkové a kol. se únava vyskytuje u 96% pacientů trpících onkologickým onemocněním. (Machálková, a kol., 2022).

Studie publikovaná v roce 2023 v *International journal of Nursing Sciences* se zabývá vztahem mezi únavou, kvalitou života a bolestí u pacientů s nádorovým onemocněním. Sběr dat probíhal od května do listopadu 2019 a zúčastnilo se jej 224 pacientů. Podle výsledků této studie mají pacienti se středně silnou a silnou bolestí více příznaků únavy a nižší kvalitu života než pacienti s mírnou bolestí. Bolest ovlivňuje běžný fyzický výkon pacientů, jejich rehabilitaci a sociální interakce a může se u nich častěji objevit únava související s rakovinou (Cancer Related Fatigue – CRF). (Liu a kol., 2023).

V porovnání s mým pacientem si lze všimnout právě souvislosti mezi únavou a bolestí. Pacient měl nejvíce bolestí v prvních pooperačních dnech, kdy také zároveň nejvíce pociťoval i únavu. V dalších pooperačních dnech, kdy již byla bolest menší nebo žádná, se pacient také cítil i méně unavený.

Na základě vlastního pozorování a rozhovoru s pacientem můžeme vyvodit, že měla únava u tohoto pacienta více příčin, avšak porovnáme-li jeho případ například právě s touto studií, můžeme vidět, že jedním z hlavních příčin únavy u pacienta v průběhu hospitalizace mohla být právě bolest, která během hospitalizace postupně spolu s únavou ustupovala.

Velmi zajímavé výsledky i vzhledem k mému pacientovi přinesla i australská metaanalýza z roku 2011, která se zabývala otázkou, zda a jaký vliv mají psychologické proměnné na časné zotavení po chirurgickém výkonu. Z analýzy 16 studií, mezi kterými existovala značná heterogenita vzešly zajímavé souvislosti mezi různými psychickými stavy u pacientů a dobou jejich rekonvalescence.

Celkově se zdálo, že zotavení komplikuje úzkost, vnitřní hněv, aktivní překonávání obtíží, subklinická deprese a vnitřní hněv, zatímco pozitivní optimismus, religiozita, schopnost ovládání hněvu, nízké očekávání bolesti a mechanismus vnější kontroly zřejmě podporují zotavení.

Ukázalo se také, že psychologické intervence (řízená relaxace, podpůrná návštěva páru a psychiatrický rozhovor) podporují rekonvalescenci. Mezi psychologické faktory, které nesouvisely s výsledky chirurgického zákroku, patřily osamělost, vnímaná sociální opora, vyjadřování hněvu a vlastnosti hněvu. (Mavros a kol., 2011).

V informovaném souhlasu k resekci ledviny, který pacient podepisoval ještě před provedením operačního výkonu je uvedeno, že průměrná délka hospitalizace u tohoto výkonu bývá 5-8 dní. (Zdravotnická dokumentace, 2024). Délka hospitalizace tohoto pacienta byla 7 dní, což tedy odpovídá průměru.

Při porovnání výsledků studie zmíněné v předchozím odstavci s tímto konkrétním pacientem si lze povšimnout oblastí, které mohly přispět ke skutečnosti, že pobyt v nemocnici netrval déle. Mezi tyto oblasti bych zařadila hlavně pacientův pozitivní optimismus (radost z vnuka, touha být s manželkou a s rodinou apod.). Sám totiž při rozhovorech, které jsem s ním vedla udával, že si s manželkou jsou vzájemnou oporou a že je pro něj obrovskou motivací chuť být co nejvíce se svým vnukem. Také pacient udával různé další aktivity, kterým se rád věnuje a které jsou pro něj v životě důležité.

Dalším faktorem jistě byla skutečnost, že se nejednalo o první pacientovu hospitalizaci s touto diagnózou. Dle jeho vlastních slov si při této hospitalizaci již tedy dokázal lépe představit, co jej čeká a to i v oblasti bolesti, kterou snášel prý lépe než minule. Toto naprosto koresponduje se zmíněným výzkumem.

Neméně důležitým faktorem vzešlým ze studie a který se u mého pacienta objevoval velmi silně byla jeho schopnost zvládání hněvu a jeho mechanismus kontroly negativních myšlenek. Pacient si dle svých slov byl velmi dobře vědom své přirozené náchylnosti k propadání negativním myšlenkám, vedoucích k úzkostným stavům, nicméně tato jeho znalost vlastního nitra a povahových sklonů mu umožňovala se těmto myšlenkám a stavům ve většině případů úspěšně vyhýbat, což u něj přispívalo k převaze rozumové stránky nad emocionální a tím pádem i k jeho soustředění se na jasně vytyčený cíl, tedy úplné uzdravení a návrat do života.

Závěr

V této práci jsem se zabývala ošetřovatelským procesem u pacienta po resekci levé ledvin z důvodu karcinomu. V teoretické části práce zmiňuji nejdůležitější fakta o anatomii a fyziologii ledvin. Dále se věnuji jednotlivým vyšetřovacím metodám v urologii s větším důrazem na ty z nich, které pomáhají právě při diagnostice renálního karcinomu. Poté se již soustředím na karcinom jako takový a sice jeho symptomům, komplikacím, léčbě a prognóze.

Praktická část práce se týká konkrétního pacienta s diagnózou karcinom ledviny, který byl hospitalizován v pražské fakultní nemocnici na urologickém oddělení. Informace jsem získávala zprostředkovaně od sester na urologickém oddělení, nahlížením do zdravotnické dokumentace v rozsahu vymezeném zákonem 372/2011 Sb., o zdravotních službách, konkrétně §65, dále vlastním pozorováním pacienta a pomocí rozhovorů s ním. Informovaný souhlas pacienta je u mě k nahlédnutí, stejně jako souhlas náměstkyně pro ošetřovatelskou péči v této nemocnici s nahlížením do zdravotnické dokumentace tak, jak je to stanoveno zmíněným zákonem.

V praktické se tedy nejprve věnuji lékařské a ošetřovatelské anamnéze obecně pomocí modelu funkčního zdraví podle Marjory Gordonové. Konkrétně u tohoto pacienta byly do očí zejména dva hlavní ošetřovatelské problémy, a sice únava z důvodu onkologického onemocnění a z důvodu narušeného spánku a bolest z důvodu operačního výkonu. Oběma problémům věnuji v této práci značnou část, neboť pochopení jejich vzniku a souvislostí může výrazně přispět ke zlepšení celkového stavu pacienta a taktéž k lepšímu a rychlejšímu průběhu celé léčby.

V závěrečné diskuzi porovnávám případ pacienta s několika proběhnuvšími výzkumy, které měly blízko k případu tohoto pacienta a umožnily celou problematiku vidět v novém světle.

Seznam použité literatury

Seznam tištěných zdrojů:

1. AMBLER, Zdeněk. Neuropatická bolest – mechanismus, příčiny a možnosti farmakoterapie. *Neurologie pro praxi.* 2007, (2), 107-110
2. BÁRTKOVÁ, Andrea. Bolestivé léze kraniálních nervů a další bolestivé syndromy v obličeji. *Medicína pro praxi*. 2018, roč. 15, č. 3, s. 146.
3. BÜCHLER, Tomáš. Chronická únava. In: SAMUEL, Vokurka. *Komplikace onkologických pacientů a možnosti jejich řešení v primární péči*. Grada, 2023, s. 87.
4. DYLEVSKÝ, Ivan. *Funkční anatomie*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3240-4.
5. FIALA, Pavel; VALENTA, Jiří a EBERLOVÁ, Lada. *Stručná anatomie člověka*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2693-2.
6. FRICOVÁ, Jitka. Akutní a chronická bolest. In: ROKYTA, Richard. *Bolest a jak s ní zacházet*. Grada, 2009, s. 34-35. ISBN 978-80-247-3012-7.
7. HAKL, Marek. Léčba neuropatické bolesti. *Neurologie pro praxi*. 2016, 17(2), 113-116.
8. HALUZÍKOVÁ, Jana a BŘEGOVÁ, Bohdana. *Ošetřovatelství v nefrologii*. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-247-5329-4.
9. HANUŠ, Tomáš a MACEK, Petr. *Urologie pro mediky*. V Praze: Univerzita Karlova,
10. nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-3008-3.
11. JEDLIČKA, František, Lubomír ELBL, Ingrid VÁŠOVÁ, Iva TOMÁŠKOVÁ, Jiří VORLÍČEK a Jindřich ŠPINAR. Únavový syndrom u onkologického pacienta: možnosti diagnostiky a léčby. *Vnitřní lékařství*. 2007, (9), 979.
12. KRŠIAK, Miloslav a FRICOVÁ, Jitka. Léčba bolesti. In: ROKYTA, Richard. *Léčba bolesti v primární péči*. Grada, 2018, s. 235. ISBN 978-80-271-0312-6.
13. KRŠIAK, Miloslav a FRICOVÁ, Jitka. Léčba bolesti. In: ROKYTA, Richard. *Léčba bolesti v primární péči*. Grada, 2018, s. 235-237. ISBN 978-80-271-0312-6.

14. MERKUNOVÁ, Alena a OREL, Miroslav. *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1521-6.
15. HORA, Milan a DOLEJŠOVÁ, Olga. *Urologie pro studenty všeobecného lékařství*. Praha: Karolinum, 2020. ISBN 978-80-246-4544-5.
16. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Posuzování stavu zdraví a ošetřovatelská diagnostika: v moderní ošetřovatelské praxi*. Sestra (Grada). Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5376-8.
17. OREL, Miroslav. *Anatomie a fyziologie lidského těla: pro humanitní obory*. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-0531-1.
18. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovateľstva v kocke*. Sestra (Grada). Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1918-4.
19. POCHOP, Lukáš. Bolest a průlomová bolest. In: VOKURKA, Samuel. *Komplikace onkologických pacientů a možnosti jejich řešení v primární péči*. Grada, 2023, s. 74. ISBN 978-80-271-3556-1.
20. POKORNÁ, Andrea. *Ošetřovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje*. Sestra (Grada). Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4316-5.
21. Porock, D. Únava. In O'Connor, M., Aranda, S. *Paliativní péč e pro sestry vš ech oborů*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2005. s. 115-127. ISBN 80-247-1295-4.
22. ROKYTA, Richard; BEDNAŘÍK, Josef; FRICOVÁ, Jitka; KRŠIAK, Miloslav; LEJČKO, Jan et al. *Léčba bolesti v primární péči*. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-271-0312-6.
23. SLOVÁČEK, Ladislav. Viscerální bolest v onkologii. *Onkologie*. 2012, (2), 18-20.
24. SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ, Mária. *Péče o duchovní potřeby nemocných v ošetřovatelské praxi*. Přeložil Ludmila MÍČOVÁ. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing, 2022. ISBN 978-80-271-3242-3.
25. VAĽOVÁ, Zuzana. In: HANUŠ, Tomáš a MACEK, Petr. *Urologie pro mediky*. Karolinum, 2016, s. 9. ISBN 978-80-246-3008-3.
26. Vodvářka, P.: Únava při onemocněních zhoubnými nádory. In Vorlíček, J., Adam, Z., Pospíšilová, Y.: *Paliativní medicína*. 2. vyd. Praha : Grada Publishing, 2004. s. 397-422. ISBN 80-247-0279-7.
27. VODVÁŘKA, Pavel. Únavový syndrom v onkologii – editorial. *Vnitřní lékařství*. 2007, č. 53, s. 930.

28. VRBA, Ivan. Diferenciální diagnostika a léčba bolestí zad. *Interní medicína pro praxi*. 2008, (3), 142.
29. Zdravotnická dokumentace

Seznam internetových zdrojů:

1. BOWER, Julienne; GANZ, Patricia a DESMOND, Katherine. *Fatigue in long-term breast carcinoma survivors: a longitudinal investigation*. Online. National library of medicine. 2006. Dostupné z: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16400678/. [cit. 2024-03-23].
2. BURKERTOVÁ, Hana. *Ošetřovatelská péče u onkologicky nemocných s únavou (fatigue)*. Online. Linkos. 2006. Dostupné z: https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinarni-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/osetrovatelska-pece-u-onkologicky-nemocnych-s-unavou-fatigue/. [cit. 2024-02-08]
3. BÜCHLER, Tomáš. Karcinom ledviny a jeho léčba. Online. *Postgraduální nefrologie*. 2020, roč. 18, č. 1, s. 8. Dostupné z: file:///C:/Users/lidac/Downloads/Karcinom%20ledviny%20a%20jeho%20l%C3%A9%C4%8Dba.pdf. [cit. 2024-04-19].
4. CELLA, David; DAVIS, Kristina; BREITBART, William a CURT, Gregory. *Cancer-related fatigue: prevalence of proposed diagnostic criteria in a United States sample of cancer survivors*. Online. National library of medicine. 2001. Dostupné z: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11454886/. [cit. 2024-03-23].
5. CLEELAND, Charles. *The Brief Pain Inventory*. Online. MD Anderson Cancer center. 2024. Dostupné z: https://www.mdanderson.org/research/departments-labs-institutes/departments-divisions/symptom-research/symptom-assessment-tools/brief-pain-inventory.html. [cit. 2024-04-02].
6. CUMPIAN, Tabitha. *Fatigue Nursing Diagnosis & Care Plans*. Online. Nurse Together. 2023. Dostupné z: https://www.nursetogether.com/fatigue-nursing-diagnosis-care-plan/. [cit. 2024-04-02].
7. FOSNOCHT, Kevin a ENDE, Jack. *Approach to the adult patient with fatigue*. Online. UpToDate. 2023. Dostupné z: https://medilib.ir/uptodate/show/2783. [cit. 2024-04-02].
8. FRANĚK, Miloslav a RYCHLÍK, Ivan. *Úvod do fyziologie ledvin a jejich úloha v metabolismu glukózy*. Online. Medical Tribune. 2012. Dostupné z: https://www.tribune.cz/archiv/uvod-do-fyziologie-ledvin-a-jejich-uloha-v-metabolismu-glukozy/. [cit. 2024-04-16].

9. GROENVOLD, Mogens; AAGAARD PETERSEN, Morten; IDLER, Elen; BUE BJORNER, Jakob; FAYERS, Peter et al. *Psychological distress and fatigue predicted recurrence and survival in primary breast cancer patients*. Online. National library of medicine. 2007. Dostupné z: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17203386/. [cit. 2024-03-23].

10. GRONKA, Leoš; PORŠOVÁ, Martina; KOLOMBO, Ivan; PONĚŠICKÝ, Jiří; PORŠ, Jaroslav et al. Karcinom ledviny - současné trendy. Online. *Urologie pro praxi*. 2008, roč. 9, č. 3, s. 120-127. Dostupné z: https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2008/03/05.pdf. [cit. 2024-04-17].

11. HOLBOVÁ, Tereza. *Terapie bolest*. Online. PharmaNews. 2015. Dostupné z: https://www.pharmanews.cz/clanek/terapie-bolesti/. [cit. 2024-04-02].

12. HONZÁK, Radkin. *Únava bez příčiny*. Online. Psychologie.cz. 2011. Dostupné z: https://psychologie.cz/unava-bez-priciny/. [cit. 2024-03-23].

13. KNAPOVÁ, Jaroslava. *Ošetřovatelský proces a potřeby člověka*. Online. Inovace VOV. 2019. Dostupné z: https://www.vovcr.cz/odz/zdrav/499/page18.html. [cit. 2024-02-06].

14. KOCÁK, Ivo. *O nádorech ledvin*. Online. Linkos. 2006. Dostupné z: https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/onkologicke-diagnozy/nadory-ledviny-a-mocoveho-mechyre-c64-c67/o-nadorech-ledvin/. [cit. 2024-04-16].

15. KOLOMBO, Ivan; KLÉZL, Petr; KLEČKA, Jiří; BITTNER, Lukáš; HRUŠKA, Miroslav et al. Karcinom ledviny z pohledu urologa. Online. *Onkologie*. 2014, roč. 8, č. 5, s. 201. Dostupné z: https://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2014/05/04.pdf. [cit. 2024-04-16].

16. KOZÁKOVÁ, Radka. *Hodnocení bolesti*. Online. Seniorzone. 2015. Dostupné z: https://www.seniorzone.cz/33/hodnoceni-bolesti-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4Er0GQgsOusWM6PnFpU7eRJU/. [cit. 2024-02-15].

17. LAWRENCE, Donald; KUPELNICK, Bruce; MILLER, Kimberly; DEVINE, Deirdre a LAU, Joseph. *Evidence report on the occurrence, assessment, and treatment of fatigue in cancer patients*. Online. National library of medicine. 2004. Dostupné z: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15263040/. [cit. 2024-03-23].

18. LIU, Dun; WENG, Jin-Sen; KE, Xi; WU, Xian-Xi a HUANG, Si-Tiang. *The relationship between cancer-related fatigue, quality of life and pain among cancer patients*. Online. ScienceDirect. 2023. Dostupné

z: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352013222001041. [cit. 2024-04-10].

19. LOUNOVÁ, Veronika a ŠTUDENT, Vladimír. Diagnostika a staging nádorů ledvin. Online. *Urologie pro praxi*. 2021, roč. 22, č. 4, s. 177-180. Dostupné z: https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2021/04/03.pdf. [cit. 2024-04-17].

20. MA, Yiuxia; YANG, Mengiao; HE, Bo; WANG, Chenxia; HUANG, Can et al. Prevalence and risk factors of cancer-related fatigue: A systematic review and meta-analysis. Online. 2020. Dostupné z: https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103707. [cit. 2024-04-03].

21. MACHÁLKOVÁ, Lenka; ŠTUREKOVÁ, Lenka a ROČKOVÁ, Šárka. Nursing management of fatigue in cancer patients. Online. *Onkologie*. 2022, roč. 16, č. 5, s. 276-278. ISSN 18024475. Dostupné z: https://doi.org/10.36290/xon.2022.053. [cit. 2024-02-08].

22. MAVROS, Michael; ATHANASIOU, Stavros; GKEGKES, Ioannis; POLYZOS, Konstantinos; PEPPAS, George et al. *Do Psychological Variables Affect Early Surgical Recovery?* Online. Plos One. 2011. Dostupné z: https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0020306. [cit. 2024-04-12].

23. MINTON, Ollie; BERGER, Ann; BARSEVICK, Andrea; CRAMP, Fiona; GOEDENDORP, Martine et al. *Cancer-related fatigue and its impact on functioning*. Online. American cancer society. 2013. Dostupné z: https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/cncr.28058. [cit. 2024-04-02].

24. NOUZA, Martin. *Únava známá a neznámá*. Online. Centrum klinické imunologie. 1999. Dostupné z: https://www.imunologie.cz/lecebna-napln/unava-a-chronicky-unavovy-syndrom/unava-znama-a-neznama/. [cit. 2024-02-08].

25. NOVOTNÁ, Martina, Barbora NECHANSKÁ, Klára HAVLOVÁ, Alexander NEDBÁLEK a Jakub ŘEZÁČ. Karcinom ledviny. *Česká urologická společnost ČLS JEP* [online]. 2023 [cit. 2024-04-19]. Dostupné z: https://www.cus.cz/pro-pacienty/diagnozy/karcinom-ledviny/

26. PETEJOVA, Nadezda a MARTINEK, Arnost. Renal cell carcinoma: Review of etiology, pathophysiology and risk factors. Online. *Biomedical Papers*. 2016, roč.

160, č. 2, s. 183-194. ISSN 12138118. Dostupné z: https://doi.org/10.5507/bp.2015.050. [cit. 2024-04-16].

27. PONĚŠICKÝ, Jiří; ČERNOHORSKÝ, Stanislav; ŠPRLÁKOVÁ-PUKOVÁ, Andrea a MECHL, Marek. MRI - vyšetření urogenitálního systému - nové postupy a jejich využití. Online. *Urologické listy*. 2006, roč. 4, č. 2, s. 41-43. Dostupné z: https://www.prolekare.cz/casopisy/urologicke-listy/2006-2/mri-vysetreni-urogenitalniho-systemu-nove-postupy-a-jejich-vyuziti-50116. [cit. 2024-04-17].
28. POULSON, Jane. *Not just tired*. Online. National library of medicine. 2001. Dostupné z: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11689589/. [cit. 2024-03-23].
29. PULCER, Jan. Používání zobrazovacích metod urolitiázy. Online. *Urologie pro praxi*. 2016, roč. 17, č. 5, s. 214-216. Dostupné z: https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2016/05/04.pdf. [cit. 2024-04-17].
30. RYCHLÍČKOVÁ, Jitka. *Koanalgetika - správná volba a indikace*. Online. Solen medical education. 2001. Dostupné z: https://www.solen.cz/artkey/lek-201503-0004_Koanalgetika-spravna_volba_a_indikace.php. [cit. 2024-03-23].
31. SACHDEVA, Kush. Renal Cell Carcinoma Treatment & Management. *Medscape* [online]. 2023 [cit. 2024-04-19]. Dostupné z: https://emedicine.medscape.com/article/281340-treatment?form=fpf
32. SERVAES, Petra; VERHAGEN, Charlotte a BLEIJENBERG, Gijs. *Fatigue in cancer patients during and after treatment: prevalence, correlates and interventions*. Online. National library of medicine. 2002. Dostupné z: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11750837/#full-view-affiliation-1. [cit. 2024-03-23].
33. SLÁMA, Ondřej a VAFKOVÁ, Tereza. *Management bolesti*. Online. Paliativní péče. 2020. Dostupné z: https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps19/paliativni_pece/web/pages/03_03_typy_bolesti.html. [cit. 2024-02-09].
34. SLÁMA, Ondřej. *Průlomová bolest - nejčastější klinické formy, způsoby hodnocení a základní strategie léčby - paliativní sekce*. Online. Linkos. 2011. Dostupné z: https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinarni-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/prulomova-bolest-nejcastejsi-klinicke-formy-zpusoby-hodnoceni-a-zakladni-strateg/. [cit. 2024-05-08].

35. STOLZ, Josef a NOVÁK, Jan. Léčba metastazujícího karcinomu ledviny. Online. *Česká urologie*. 2004, č. 1, s. 25-27. Dostupné z: https://www.czechurol.cz/pdfs/cur/2004/01/07.pdf. [cit. 2024-04-19].
36. ŠTEFÁNEK, Jiří. *Glomerulus*. Online. Medicína, nemoci, studium na 1. FL UK. 2011. Dostupné z: https://www.stefajir.cz/glomerulus. [cit. 2024-04-16].
37. ŠTEFÁNEK, Jiří. *Kolika*. Online. Medicína, nemoci, studium na 1. LF UK. 2011. Dostupné z: https://www.stefajir.cz/kolika. [cit. 2024-05-08].
38. ŠTEFÁNEK, Jiří. *Vyšetření moči*. Online. Medicína, nemoci, studium na 1. LF UK. 2011. Dostupné z: https://www.stefajir.cz/vysetreni-moci. [cit. 2024-04-17].
39. ÚSTAV OŠETŘOVATELSTVÍ, 3. LF UK. Ošetřovatelská anamnéza [online]. Dostupná z: https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/180190/130340559.pdf?sequence=1&isAllowed=y [cit.13.5.2024]
40. VESELÝ, Štěpán; KAWACIUK, Ivan; DUŠEK, Pavel; SCHMIDT, Marek; REJCHRT, Michal et al. *Lokální recidivy u karcinomu ledviny*. Online. Linkos. 2008. Dostupné z: https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinarni-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/lokalni-recidivy-u-karcinomu-ledviny/. [cit. 2024-04-19].
41. VONDRÁČEK, Jan; VONDRÁČEK, Lubomír a VOLEJNIKOVÁ, Zuzana. Anamnéza a její právní úskalí. Online. *Neurologie pro praxi*. 2012, roč. 13, č. 4, s. 237. Dostupné z: https://www.solen.cz/pdfs/neu/2012/04/15.pdf. [cit. 2024-04-17].

Seznam použitých zkratek

a kol. - a kolektiv

apod. - a podobně

BMI – Body Mass Index

BPI – Brief Pain Inventory

C – Celsius

cit. - citovánof

cm – centimetr

CRF – Cancer Related Fatigue

CT – výpočetní tomografie

g – gram

g/l – gramů na litr

h – hodina

HIV – Human Immunodificiency Virus

i.v. - intravenózně

IASP – The International Assotiation for the Study of Pain

KCl – Chlorid draselný

kg – kilogram

mg – miligram

ml - mililitr

mmHg – milimetrů rtuti

MPQ – McGill Pain Questionnary

MRI – magnetická rezonance

PET – pozitronová emisní tomografie

Sb. - sbírky

st. p. - status post

str. - strana

tbl. - tableta

VAS – vizuální analogová škála

VIP – Visual Infusion Phlebitis Scale

WHO – World Health Organization

Seznam obrázků, tabulek a grafů

Tab. č. 1 *Problémy související s únavou pacienta s onkologickým onemocněním*
MACHÁLKOVÁ, Lenka, Lenka ŠTUREKOVÁ a Šárka ROČKOVÁ. Ošetřovatelský management únavy u pacientů s onkologickým onemocněním. *Onkologie*. 2022, (5), 277.

Seznam příloh

Příloha č. 1: Ošetřovatelská anamnéza 3. LF UK
ÚSTAV OŠETŘOVATELSTVÍ, 3. LF UK. Ošetřovatelská anamnéza [online]. Dostupná z: https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/180190/130340559.pdf?sequence=1&isAllowed=y [cit.13.5.2024]

Přílohy:

Ošetřovatelská anamnéza

(Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK – pro studijní účely)

Oddělení : *Urologie*

Datum a čas odběru anamnézy: *5. 2. 2024*

Jméno (iniciály) : *XY* Pohlaví: *muž* Věk : *55 let*

Datum přijetí: *31. 1. 2024*

Stav: *ženatý* Povolání: *Řidič*

Rodina informována o hospitalizaci : ***ano*** ~~ne~~

Diagnóza při přijetí (základní): *Zhoubný novotvar ledviny mimo pánvičku*

Chronická onemocnění : *Arteriální hypertenze, pollinosis, diabetes mellitus II. typu.*

Infekční onemocnění: ***NE*** ~~ANO~~

Režimová opatření: ---

Léčba:

Operační výkon: *Resekce ledviny vlevo* Pooperační den:*4.*

Farmakoterapie: *(P-V-//-R)*

Betaloc SR 200 0-0-//-1/2

Telmisartan 80 0-0-//-1

Omeprazol 20 0-0-//-1

Kalnormin 1g 1-1-//-1

Amoksiklav 1,2g do 100ml fyziologického roztoku po 8 hodinách

Fyziologický roztok 500ml + 40ml 7,45% KCl

Clexane 0,4ml po 24 hodinách

Jiné léčebné metody: ---

Má nemocný informace o nemoci : ***ano*** ~~*ne*~~ ~~*částečně*~~

Alergie: ~~*ano*~~ ***ne*** ~~*jaké*~~:

Fyziologické funkce:

P: *79/min* TK: *134/86* D: *17/min* SpO2: *98%* TT: *36,4°C*

1) Vědomí

stav vědomí : GSC : *15 (plné vědomí, bez patologie)*

při vědomí

~~*porucha vědomí*~~

~~*bezvědomí*~~

Orientovaný

~~*Dezorientovaný*~~

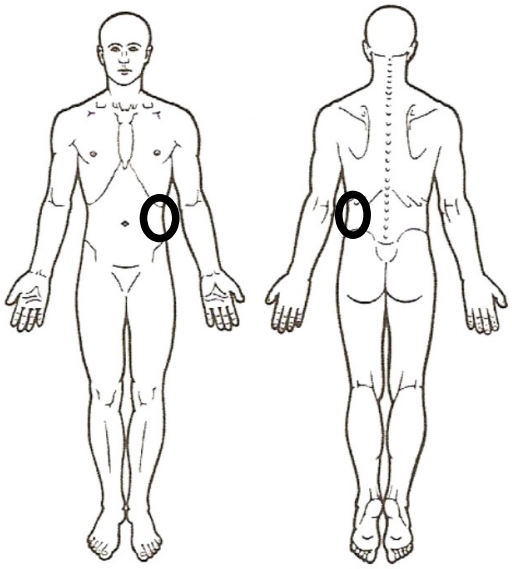
2) Bolest

bolest: ***ano*** ***akutní*** ~~*chronická*~~

tupá ***bodavá*** ~~*křečovitá*~~ ~~*svalová*~~ ~~*jiná*~~

~~*ne*~~

lokalizace:



Intenzita: /--------/---------/--------/---------/--------/--------/--------/--------/--------/---------/

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3) Dýchání

potíže s dýcháním: ~~*ano*~~ ***ne***

dušnost: ~~*ano*~~ ~~*klidová*~~ ~~*námahová*~~ ~~*noční*~~

ne

Kuřák: ~~*ano*~~ ***ne*** Kašel: ~~*ano*~~ ***ne***

.....

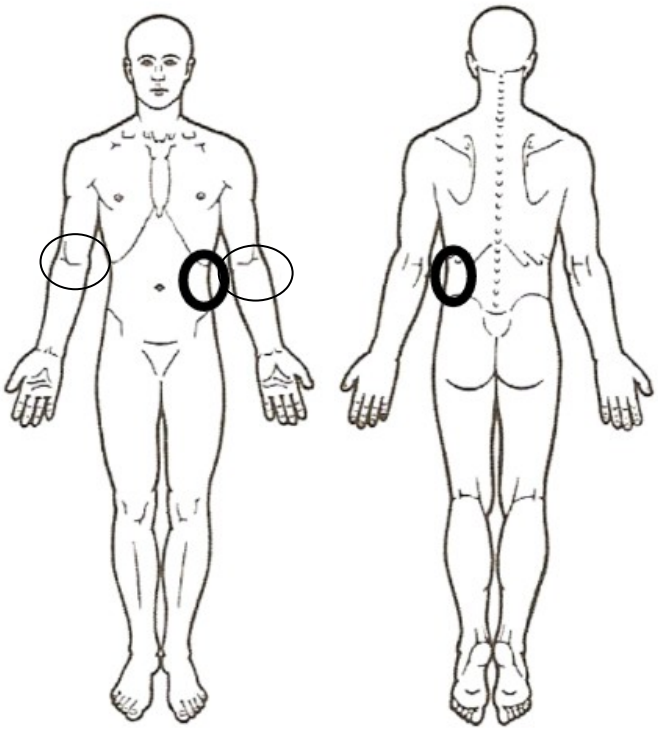
4) Stav kůže

změny na kůži: ***ano*** ~~*ekzém*~~ ~~*otoky*~~ ~~*dekubity*~~ ***jiné***

~~*ne*~~

Riziko vzniku dekubitů – Nortonové skóre: *32 – žádné riziko*

lokalizace :



operační rána

hematomy po odběrech krve v oblasti vena mediana cubiti

Hodnocení rány: *Operační rána klidná, bez sekrece, hojí se per primam. Z rány vyvedena spádová drenáž. Funkční, drén odvedl 70ml hematózní tekutiny.*
Ošetření rány:*Sterilní suché krytí – Cosmopor.*

5) Vnímání zdraví
Celková úroveň zdraví (nemocnost, vleklá choroba)

Hypertenze – kompenzovaná antihypertenzivy; pollinosis; diabetes mellitus II. typu; st. p. resekci pravé i levé ledviny.

Úrazy: ~~*ano*~~ ***ne*** ~~*jaké*~~:

6) Výživa, metabolismus
Dieta: *5 (bezezbytková)* Nutriční skóre:
Hmotnost: *102kg* Výška: *169cm* BMI: *35,7*
Chuť k jídlu: ***ano*** ~~*ne*~~
Potíže s přijímáním potravy: ~~*ano*~~ ***ne*** ~~*jaké*~~
Užívá doplňky výživy: ~~*ano*~~ ***ne*** ~~*jaké*~~
Enterální výživa ---- Parenterální výživa ----
Denní množství tekutin: *2-3l* Druh tekutin: *voda, černý čaj, infuzní roztoky*
Úbytek nebo zvýšení hmotnosti v poslední době: ~~*ano*~~ *ne* ~~*o kolik*~~
Umělý chrup: ~~*ano*~~ ***ne*** ~~*horní dolní*~~
Potíže s chrupem: ~~*ano*~~ ***ne***

7) Vyprazdňování
problémy s močením: ~~*ano*~~ ~~*pálení*~~ ~~*řezání*~~ ~~*retence*~~ ~~*inkontinence*~~
ne
problémy se stolicí: ~~*ano*~~ ~~*průjem*~~ ~~*zácpa*~~ ~~*inkontinence*~~
ne
stolice pravidelná: ***ano*** ~~*ne*~~
datum poslední stolice: *5. 2. 2024*
Způsob vyprazdňování:

~~*podložní mísa/močová láhev*~~
~~*Inkontinenční pomůcky*~~
~~*Toaletní křeslo*~~
Močový katétr *- počet dní zavedení****: 5***

~~*Rektální odvodný systém*~~

~~*Stomie*~~

8) Aktivita, cvičení

Pohybový režim: *III - chůze*

Barthel test: *90 bodů – lehká závislost*

Riziko pádu: ~~*ANO*~~ ***NE*** *skóre:2 body – bez rizika*

Pohyblivost: ***chodící samostatně*** ~~*chodící s pomocí*~~

~~*ležící pohyblivý*~~ ~~*ležící nepohyblivý*~~

pomůcky jaké: ----

9) Spánek, odpočinek

počet hodin spánku: *6* hodina usnutí: *22:30*

poruchy spánku: ~~*ano*~~ ***ne*** *jaké:* ----

hypnotika: ~~*ano*~~ ***ne***

návyky související se spánkem: *doma se před spaním dívá na televizi*

10) Vnímání,poznávání

potíže se zrakem: ***ano*** ~~*ne*~~ jaké: *krátkozrakost, dalekozrakost*

potíže se sluchem: ~~*ano*~~ ***ne*** jaké: ---

porucha řeči: ~~*ano*~~ ***ne*** jaká: ---

kompenzační pomůcky: ***ano*** ~~*ne*~~ jaké*: dioptrické brýle*

orientace: ***orientován*** ~~*dezorientovaný*~~

místem ***časem*** ***osobou***

11) Orientační zhodnocení psychického a sociálního stavu

Emocionální stav: ***klidný*** ~~*rozrušený*~~

Pocit strachu nebo úzkosti: ~~*ano*~~ ***ne***

Úroveň komunikace a spolupráce: ***dobrá*** ~~*obtížná*~~

Plánovaní propuštění

Bydlí doma sám: ~~*ano*~~ ***ne***

kdo bude o klienta pečovat po propuštění: *v menší míře manželka, dále kamarád*

kontakt s rodinou: ***ano*** ~~*ne*~~

12) Invazivní vstupy

Drény: ***ano*** ~~*ne*~~ jaké: *spádový drén z levé ledviny* Datum zavedení: *1. 2. 2024*

Permanentní močový katétr: ***ano*** ~~*ne*~~

i.v. vstupy :

ano

periferní datum zavedení: *2. 2. 2024* kde: *pravá horní končetina*

stav : *VIP O - funkční*

centrální datum zavedení: --- kde:---

stav : .---

~~ne~~

Sonda: ~~ano~~ **ne** jaká: --- datum zavedení: ---

Stomie: ~~ano~~ **ne** jaká: --- stav: ---

Endotracheální kanyla: ~~ano~~ **ne** č.ETR: --- datum zavedení: ---

Tracheotomie: ~~ano~~ **ne** č.: --- od kdy: ---

Arteriální katétr: ~~ano~~ **ne**

Epidurální katétr: ~~ano~~ **ne**

Jiné invazivní vstupy: ---

Základní hodnotící škály pro identifikaci rizik

1. Barthelové test základních všedních činností (ADL - activities of daily living)

Činnost	Provedení činnosti	Body
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	(10) 5 0
2. oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí	(10) 5

	neprovede	0
3. koupání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
4.osobní hygiena	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
5.kontinence moči	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
6.kontinence stolice	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
7.použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko- židle	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
9.chůze po rovině	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

Zdroj: Staňková,M.: České ošetřovatelství 6- Hodnotící a měřící techniky v ošetřovatelské praxi. Brno.IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

Hodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech:

0-40 bodů: vysoce závislý

45-60 bodů: závislost středního stupně

65-95 bodů: lehce závislý

100 bodů: nezávislý

2. Hodnocení rizika vzniku dekubitů - rozšířená stupnice dle Nortonové

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružená onemocnění	Fyzický stav	Vědomí	Aktivita	Mobilita	Inkontinence
Úplná 4	<10 4	Normální 4	Žádné 4	Dobrý 4	Bdělý 4	Chodí 4	Úplná 4	Není 4
Částečně omezená 3	<30 3	Alergie 3	DM,vysoká TT,anémie,kachexie 3	Zhoršený 3	Apatický 3	S doprovodem 3	Část. omezená 3	Občas 3
Velmi omezená 2	<60 2	Vlhká 2	Trombóza, obezita 2	Špatný 2	Zmatený 2	Sedačka 2	Velmi omezená 2	Převážně moč 2
Žádná 1	>60 1	Suchá 1	Karcinom 1	Velmi špatný 1	Bezvědomí 1	Leží 1	Žádná 1	Moč+stolice 1

Zdroj: Staňková,M.: České ošetřovatelství 6- Hodnotící a měřící techniky v ošetřovatelské praxi. Brno.IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

Nebezpečí vzniku dekubitu je významné při 25 bodech a méně.

3. Hodnocení nutričního stavu

NRS – Nutritional Risk Screening

Je BMI (kg/m2) pod 20,5?	ANO	(NE)
Zhubl pacient za poslední 3 měsíce?	ANO	(NE)
Omezil pacient příjem stravy v posledním týdnu?	ANO	(NE)
Je pacient závažně nemocen (např. intenzivní péče)?	ANO	(NE)

Hodnocení:

Jsou-li všechny odpovědi NE, opakujte hodnocení 1x týdně.

Je-li jedna opověď ANO, zavolejte nutričního specialistu.

Zdroj: Grofová, Z., Nutriční podpora – praktický rádce pro sestry, Grada 2007

4. Zhodnocení rizika pádu u pacienta

Dle Conleyové upraveno Juráskovou 2006 – doporučeno ČAS

Rizikové faktory pro vznik pádu

Anamnéza:

DDD (dezorientace, demence, deprese)	3 body
věk 65 let a více	2 body
pád v anamnéze	1 bod
pobyt prvních 24 hodin po přijetí nebo překladu na lůžkové odd.	1 bod
zrakový/sluchový problém	(1 bod)
užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizery, antidepresiva, antihypertenziva, laxativa)	(1 bod)

Vyšetření

Soběstačnost

- úplná (0b)
- částečná 2b
- nesoběstačnost 3b

Schopnost spolupráce

- spolupracující (0b)
- částečně 1b
- nespolupracující 2b

Přímým dotazem pacienta (informace od příbuzných nebo ošetřovatelského personálu)

Míváte někdy závratě?	~~ANO~~	3 body
Máte v noci nucení na močení?	~~ANO~~	1 bod
Budíte se v noci a nemůžete usnout?	~~ANO~~	1 bod

Celkem: *2 body*

0-4 body	Bez rizika
5-13 bodů	Střední riziko
14-19 bodů	Vysoké riziko

5. Hodnocení vědomí

Glasgow Coma Scale

Hodnocený parametr	Reakce	Body
Otevření očí	spontánně otevřené	4
	na slovní výzvu	3
	na bolestivý podnět	2
	oči neotevře	1
Slovní odpověď	přiléhavá	5
	zmatená	4
	jednotlivá slova	3
	hlásky, sténání	2
	neodpovídá	1
Motorická reakce	pohyb podle výzvy	6
	na bolestivý podnět účelný pohyb	5
	na bolestivý podnět obranný pohyb	4
	na bolestivý podnět jen flexe	3
	na bolestivý podnět jen extenze	2
	na bolestivý podnět nereaguje	1

Hodnocení: 15 bodů - pacient při plném vědomí

3 body - pacient v hlubokém bezvědomí

Zdroj: NEUWIRTH, J. Sledování a hodnocení fyziologických funkcí. In: KOLEKTIV AUTORŮ Základy ošetřování nemocných. Praha: Karolinum, 2005, s. 46-56. ISBN 80-246-0845-6

Ošetřovatelské zhodnocení:

Pacient je klidný, spolupracující, orientovaný místem, časem i osobou.
Invazivní vstupy: Periferní žilní katetr zavedený 3. den na pravém předloktí – funkční, průchozí, VIP O.
Rehabilitační režim: chůze. Jinak odpočívá v lůžku a dívá se na televizi.
Barthel test: 90 bodů
Bez rizika vzniku dekubitů. Škála dle Nortonové: 31 bodů
Bez rizika pádu. Podle Conleyové 2 body.
Riziko bolesti: Pravidelně kontrolována a sledována VAS. Podání analgetik dle ordinace lékaře.
Riziko vzniku tromboembolické nemoci: podávání Clexane 0,4mg subkutánně 1x denně. Bandáže dolních končetin.
Riziko infekce: Podávání antibiotik po 8 hodinách; sledování teploty těla.