



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav ošetřovatelství

**Ošetřovatelská péče o nemocného
s dg. renální karcinom**

*Nursing Care of the Patient with Renal Cell
Carcinoma*

případová studie

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Praha, únor 2009

Markéta Landovská

Autor práce: **Markéta Landovská**
Bakalářský studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**
Bakalářský studijní obor: **Zdravotní vědy**

Vedoucí práce: **Mgr.Jana Holubová**
Pracoviště vedoucího práce: KU v Praze, 3. lékařská fakulta,
Ústav ošetřovatelství

Odborný konzultant: **MUDr.Viktor Vik**
Pracoviště odborného konzultanta: FTNsP v Praze
Urologické oddělení

Termín obhajoby: 9. duben 2009

Prohlášení

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

V Praze dne 21. února 2009

Markéta Landovská

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Janě Holubové a MUDr. Viktorovi Vikovi za jejich cenné rady a připomínky při vypracovávání mé bakalářské práce. Zároveň děkuji všem, kteří mi ochotně pomáhali. Velké poděkování patří PhDr. Magdaleně Frouzové a MUDr. Ivaně Matouškové.

Markéta Landovská

OBSAH

1. ÚVOD.....	6
2 . KLINICKÁ ČÁST.....	7
2.1. ANATOMIE A FYZIOLOGIE LEDVIN	14
2.2.1 Charakteristika a incidence.....	14
2.2.2 Etiologie.....	14
2.2.3 Příznaky.....	14
2.2.4 Diagnostika.....	15
2.2.5 Léčba.....	17
2.2.6 Prognóza.....	17
2.2.7 Strategie léčby.....	18
2.3. ZÁKLADNÍ ÚDAJE O NEMOCNÉM	19
2.3.1 Identifikační údaje.....	19
2.3.2 Okolnosti přijetí.....	19
2.3.3 Údaje z lékařské anamnézy.....	19
2.3.4 Diagnostický souhrn.....	21
2.3.5 Souhrn terapeutických opatření.....	22
2.3.6 Stručný průběh hospitalizace.....	25
2.3.7 Doporučení lékaře.....	28
3.OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST.....	29
3.1. OŠETŘOVATELSKÝ PROCES.....	29
3.2. MODEL Y OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	30
3.2.1 Model funkčních typů zdraví Marjory Gordonové.....	30
3.3. OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA.....	32
3.4. OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY.....	37
3.4.1 Aktuální ošetřovatelské diagnózy.....	37
3.4.2 Potencionální ošetřovatelské diagnózy.....	38
3.5. KRÁTKODOBÝ PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE JEHO REALIZACE A HODNOCENÍ.....	38
3.5.1. Aktuální ošetřovatelské diagnózy.....	38
3.5.2. Potencionální ošetřovatelské diagnózy.....	42
3.6. DLOUHODOBÝ PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	45
3.7. PSYCHOLOGIE NEMOCNÉHO.....	46
3.8. EDUKACE NEMOCNÉHO.....	48
4.ZÁVĚR.....	50
POUŽITÁ LITERATURA.....	51
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	52
SEZNAM PŘÍLOH.....	54

1 ÚVOD

Cílem mé bakalářské práce je zpracování případové studie ošetrovatelské péče u 60letého pacienta A.V. s diagnózou renální karcinom, který byl přijat na urologické oddělení k plánované nefrektomii.

V klinické části se zabývám popisem anatomie a fyziologie ledviny, uvádím charakteristiku a patofyziologii onemocnění, klinický obraz karcinomu ledviny, vyšetření vedoucí k diagnóze a řešení tohoto stavu.

V ošetrovatelské části používám metodu ošetrovatelského procesu, která vychází z modelu Funkčního zdraví Majory Gordonové. Díky získaným informacím ze zdravotnické dokumentace, od pacienta, a zdravotnických pracovníků jsem analyzovala veškeré problémy a stanovila tak aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy. K řešení problémů pacienta jsem stanovila krátkodobý plán ošetrovatelské péče. Popisuji zde realizaci plánu a hodnocení ošetrovatelských intervencí.

V závěru práce se soustředím na psychologickou problematiku nemocného a jeho edukaci. Cílem mé edukace bylo poučení pacienta o pooperační rekonvalescenci, dodržování lékařských a ošetrovatelských doporučení, podání dostatku informací o následcích a zodpovězení veškerých otázek pacienta, které byly v mé kompetenci.

Na konci práce je uveden seznam použité literatury a seznam použitých zkratk. Práce je doplněna přílohami.

2 KLINICKÁ ČÁST

2.1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE LEDVIN

LEDVINA, ren, nefros

Ledvina je párový orgán fazolovitého tvaru, červenohnědé barvy. Ledviny jsou uloženy po obou stranách páteře v retroperitoneu, obaleny tukovými polštáři. Pravá ledvina je vzhledem k játrům uložena většinou o něco níže než levá. Ledvina je přibližně dlouhá 12 cm, 3 cm silná a 6 cm široká. Hmotnost je kolem 120 – 160 gramů. Mediální okraj ledviny se nazývá hilus renalis a je to místo, ve kterém vstupují do ledviny nervy, vstupují a vystupují krevní a lymfatické cévy. V tomto místě také opouštějí ledvinu močovody. Povrch ledviny obaluje vazivové pouzdro. Ledviny jsou připojeny velkými renálními tepnami na břišní aortu a renálními žilami na dolní dutou žílu.

Na řezu ledvinou lze rozlišit světlejší šedě růžovou zrnitou kůru - cortex renalis a tmavší červenohnědou žíhanou dřev - medulla renalis. Zatímco kůra tvoří celistvou vrstvu, dřev je rozdělena do deseti až dvaceti pyramidových útvarů. Kůra se nachází pod pevným vazivovým pouzdrem na povrchu ledviny. Proti dřevu je ohraničena zvlněnou hranicí, vzniklou tím, že dřev je upravena do několika pyramidových útvarů, zatímco korová vrstva tvoří úzký pásek (cca 5-7 mm) vybihající mezi pyramidy dřevě (Dylevský 2000). Kůra obsahuje ledvinná Malpighická tělíska, které jsou složena z glomerulu – klubíčka cév a Bowmanova pouzdra, které toto klubíčko obklopuje. Vnitřní list Bowmanova váčku naléhá na stěnu kapilár cévního klubka, a vnější list přechází do stěny odstupujícího kanálku. Mezi vnitřním a zevním listem je mezera, ze které začíná systém ledvinových kanálků. První částí je mnohonásobně stočený kanálek prvního řádu proximální tubulus, který přechází v Henleovu kličku, to je kanálek tvaru vlásky, jejíž ohyb míří k hilu ledviny (Linc a Doubková 1999). Rozeznáváme na ní raménko sestupné a vzestupné. Vzestupné raménko pokračuje v mnohonásobně stočený kanálek druhého řádu distální tubulus. Ten přechází

v kanálek sběrný, který odvádí moč z mnoha malpighických tělísek a ústí na vrcholcích dřevných pyramid ledviny. Bowmanovo pouzdro, glomerulus a ledvinové kanálky vyjma kanálků sběrných tvoří základní funkční jednotku zvanou nefron. Bowmanovo pouzdro, a proximální a distální tubulus leží v kůře ledviny, Henleova klička a sběrné kanálky leží ve dřeni. Déka jednoho nefronu je cca 30 – 40 mm. V každé ledvině je více než jeden milion nefronů (Linc a Doubková 1999) a každý z nich sám o sobě je schopný vytvářet moč. Celkový vnitřní povrch všech glomerulů se odhaduje na 1 m² (Linc a Doubková 1999). Tato plocha filtruje z krevní plazmy tzv. primární moč.

Kapilárami glomerulů protéká krev, jejíž plazma se filtrací zbavuje látek, které se dostanou spolu s filtrovanou vodou přes stěnu kapilár a vnitřní stěnu Bowmanova váčku do štěrbin váčku, a odtud do proximálního kanálku ledviny. Funkce glomerulu a Bowmanova váčku připomíná filtr. Stěna kapilár a váčku nepropouští buňky a nefiltrují se zde prakticky žádné plazmatické bílkoviny. Tekutina přefiltrovaná do štěrbin Bowmanova váčku se nazývá glomerulární infiltrát neboli primární moč. Té se tvoří během 24 hodin 180 litrů. Přičemž 99% se v kanálcích vstřebává zpět, takže definitivní množství moči je 1000 – 1500 ml denně. Primární moč odtéká ze štěrbin Bowmanova pouzdra do kanálků, kde je upravovaná na definitivní moč. Při průtoku proximálním kanálkem, Henleovou kličkou a distálním kanálkem se primární moč postupně zbavuje vody, glukózy, aminokyselin a částí minerálních látek. Tyto látky se vstřebávají zpět do krve, která protéká sítěmi kapilár kolem ledvinových kanálků (Dylevský 2000). Na vrcholy pyramid se upínají ledvinové kalichy, které přechází do ledvinové pánvičky.

(Linc a Doubková 1999 ; Dylevský 2000)

CÉVNÍ ZÁSOBENÍ LEDVINY

Ledviny patří k orgánům, které jsou nejlépe zásobeny krví. Oběma ledvinami za minutu proteče asi 1,2 litrů krve (Linc a Doubková 1999). Renální tepna - a.renalis je větví břišní aorty - a.abdominalis. Před vstupem do ledviny se větví

na 2 až 3 větve, které zásobují horní, střední a dolní část ledvin. Arterie se v ledvidách dělí na stále drobnější větve, které jdou až do kůry ledvin.

Tam z těchto odstupují tzv. přívodné cévy – vas afferens, které se stáčíjí do klubiček – glomerulů. Vas afferens je širší než odvodná céva vas efferens. Už tím je zabezpečeno, aby v glomerulu byl vyšší krevní tlak než v ostatních arteriích (Rokyta a kol. 1999). Zvláštní funkční význam mají odvodné tepénky vasa recta z glomerulů ležící blízko dřene – z tzv. juxtamedulárních glomerulů. Probíhají přímo směrem k hrotu ledvinových pyramid, těsně vedle Henleových kliček. Krev se pak vrací žilkami, které mají stejný přímý průběh. Toto tvoří morfologický podklad protiproudového koncentračního mechanismu ledvin (Linc a Doubková 1999). Z každého klubička je krev odváděna pomocí odvodné cévy - vas efferens. Odvodná céva se větví do kapilárních sítí kolem ledvinových kanálků. Z těchto kapilár odtéká krev do renální žíly, která vzniká z žil, které se na hranici kůry a dřene obloukem dostávají mezi pyramidy dřene. Renální žíla poté ústí do dolní duté žíly – vena cava inferior.

U zdravého člověka protéká ledvinami cca 1300 ml krve za minutu. Až 90 % krve protéká kůrou ledvin. Dřeň je velmi málo prokrvená. Větší průtok krve dřeni by vymýval ionty a nedosáhlo by se osmotické stratifikace dřene (Rokyta a kol. 1999).

(Linc a Doubková 1999 ; Rokyta a kol. 1999)

FUNKCE JEDNOTLIVÝCH ČÁSTÍ NEFRONU

GLOMERULUS

- filtračním tlakem zde vzniká z krevní plazmy primární moč
- cca 170 l primární moči za 24 hodin
- primární moč odtéká do tubulů
- některé látky se vylučují přímo jen glomerulární filtrací – např. inulin, kreatinin, dále tedy jen protékají

PROXIMÁLNÍ TUBULUS

- zpětná izoosmotická resorbce množství primární moči
- resorbuje se 70 – 80 %
- vstřebává se tu voda - pasivně, ionty sodíku, chloru, močovina, bikarbonáty, draslík, vápník, hořčík, fosfáty, glukóza a aminokyseliny
- do Henleovy kličky odchází isoosmotická tekutina

HENLEOVA KLIČKA

- ve dřeni, téměř všechny struktury mají vlásenkové uspořádání, tekutina teče ve dvou vedlejších raménkách protiproudem, což je důležité pro osmotickou úpravu tubulární tekutiny
- sestupné raménko je volně prostupné pro vodu a ionty, tlustá část vzestupného raménka je pro vodu neprostupná, což je stěžejní pro vytvoření vysokého osmotického tlaku ve dřeni, který zajišťuje tvorbu koncentrované moči

DISTÁLNÍ TUBULUS

- přitéká sem hypotonická tekutina
- zpětně se zde resorbuje voda na 1% původního objemu
- resorbce sodíku, chloru, močoviny, fosfátů, draslíku, bikarbonátů
- vstřebávání je aktivní a závislé na stupni hydratace organismu
- vstřebávání vody a sodíku je zde řízeno aldosteronem – mineralokortikoid z kůry nadledvin, vazopresinem – ze zadního laloku hypofýzy, a atriálním natriuretickým faktorem – z myokardu síní (ten zvyšuje vylučování sodíku)
- udržuje stálé rozložení extracelulární tekutiny (ECT)

SBĚRACÍ KANÁLEK

- histologicky patří pod vývodné cesty močové, ale funkčně patří k nefronu
- zde se upravuje tubulární tekutina na definitivní moč

- pro vodu prostupný, vystupuje z něj voda po osmotickém gradientu do vysoce koncentrované dřeně a tak se moč zahušťuje
- velikost prostupnosti řídí aldosteron a vazopresin
- aktivně se podílí na pH moči – tím se podílí na udržování homeostázy organismu

(Rokyta a kol. 1999)

ODVODNÉ CESTY MOČOVÉ

K odvodným cestám močovým patří kalichy ledvinné, pánvičky, močovody, močový měchýř a močová trubice. Ledvinné kalichy obepínají ledvinné papily a spojují se po několika ve 3 – 4 větší kalichy – calices renales, které přechází v pánvičku ledvinnou – pelvis renalis uloženou v místech ledvinového hilu. Z pánvičky pak vychází močovod – ureter, dlouhý asi 35 cm, vedoucí do močového měchýře.

PŘEHLED FUNKCÍ LEDVIN

VYLUČOVACÍ

- vylučují se zplodiny metabolismu
- kyselina močová – produkt metabolismu purinů
- močovina – konečný produkt metabolismu bílkovin
- kreatinin – konečný produkt metabolismu svalů
- látky, kterých je v těle nadbytek – voda, sodík, draslík, fosfáty a vápenné ionty

ENDOKRINNÍ

- juxtaglomerulární aparát, jehož buňky jsou schopny secernovat renin – secernován jako odpověď na snížené prokrvení ledvin, na stimulaci vegetativním systémem nebo na sníženou koncentraci sodíku a chloru v distálním tubulu ; renin je součástí systému renin – angiotensin – aldosteron, který udržuje složení plazmy a reguluje krevní tlak
- erythropoetin – vzniká v 90 % v ledvinách, reguluje tvorbu červených krvinek
- aktivace vitamínu D - vitamín D podstupuje v ledvinách závěrečnou přeměnu na aktivní kalciferol, jehož funkcí je podporovat vstřebávání vápníku a fosfátů ve střevě a v ledvinách a podílet se na řízení metabolismu vápníku v kostech

ŘÍZENÍ OBJEMU KRVE A KREVNÍHO TLAKU

- tlaková diuréza – zvýšení objemu moči a snížení cirkulujícího objemu
- humorální mechanismy – zvýšený krevní tlak způsobuje zvýšený výdej natriuretického faktoru a to má za následek větší vylučování sodíku a následně vody
- při vyšším tlaku se snižuje sekrece reninu a antidiuretického hormonu

UDRŽOVÁNÍ ACIDOBAZICKÉ ROVNOVÁHY

- změna velikosti výdeje bikarbonátů a vodíkových iontů
- při acidóze se vylučuje větší množství vodíkových iontů, než bikarbonátu a tím se acidita snižuje
- mechanismy jsou komplikované, proto úprava acidobazické rovnováhy ledvinami nastupuje až za několik dní (na rozdíl od nárazníkového krevního systému, či dýchacího systému)

ŘÍZENÍ ČINNOSTI LEDVIN

ŘÍZENÍ PRŮTOKU KRVE LEDVINAMI

- zajišťováno vazomotorickou reakcí vas afferens a vas efferens
- působením sympatiku – autoregulace průtoku krve ledvinami
- juxtaglomerulární aparát – systém renin – angiotensin, který způsobuje vazodilataci vas afferens a vazokonstrikci vas efferens
- systém kalikrein – kinin – způsobuje vazodilataci

ŘÍZENÍ TUBULÁRNÍCH PROCESŮ

- řízeno hormony
- vazopresin – antidiuretický hormon působí na distální tubulus a sběrací kanálek, vyplavuje se z neurohypofýzy na základě vzestupu osmolality krevní plazmy, zvyšuje zpětnou resorpci a tím snižuje množství vylučované moči
- aldosteron – reguluje objem ECT prostřednictvím zpětné resorbce Na^+ a vylučování K^+ .

(Rokyta a kol. 1999)

2.2 PATOFYZIOLOGIE RENÁLNÍHO KARCINOMU

2.2.1 Charakteristika a incidence

Karcinom ledviny je nejčastějším nádorem ledviny dospělého věku. Tvoří asi 80 % maligních nádorů ledvin, a asi 3 % všech maligních nádorů v dospělosti (Dvořáček, Babjuk a al. 2005). Muži jsou postiženi dvakrát častěji než ženy. Nejčastěji se vyskytují mezi 5. – 7. dekadou života (Kawaciuk 2000). Vzácně se vyskytuje bilaterálně. Nejčastěji se jedná o světlobuněčný karcinom – asi v 70 %. Poprvé byl popsán Grawitzem v 19. století. Vzniká z buněk proximálních tubulů.

(Dvořáček, Babjuk a al. 2005 ; Kawaciuk 2000)

2.2.2 Etiologie

Etiologie je neznámá. Častější výskyt v průmyslově vyspělých zemích vede k domněnce o vlivu civilizačních faktorů (Dvořáček, Babjuk a al. 2005). Dosud je progázán pouze vliv kouření a obezity na vznik onemocnění. V poslední době se diskutuje i o vlivu hypertenze. Familiární výskyt renálního karcinomu není významný. Kromě rizikových faktorů byli popsány i látky s protektivním účinkem. Jedná se zejména o citrusy, vitamín C, beta – karoten a jiné (Dvořáček, Babjuk a al. 2005). S rozvojem genetických vyšetřovacích metod byla i u renálního karcinomu popsána patologie na některých genech.

(Dvořáček, Babjuk a al. 2005)

2.2.3 Příznaky

Ve 40 – 50 % je renální karcinom asymptomatický a je zjištěn náhodně, na podkladě ultrazvuku nebo výpočetní tomografie, které jsou prováděny pro zcela jiný druh potíží. Prvním příznakem zvláště v minulosti, kdy nebyly možnosti používání zobrazovacích metod, byla klasická trias – bolesti v boku nebo zádech,

makroskopická hematurie a hmatná rezistence. Možným projevem je také renální kolika vzniklá při odchodu koagul (Dvořáček, Babjuk a al. 2005). Mezi příznaky pokročilého stádia patří varikokéla, častěji vlevo při nádorové trombóze v renální žíle, popřípadě otoky dolních končetin při nádorové trombóze v dolní duté žíle. Mezi další příznaky můžeme zařadit příznaky spojené s přítomností metastáz – neurologické projevy při metastázách do CNS a patologické zlomeniny při osteolytických metastázách do skeletu. Nádor má silný metastatický potenciál a může metastazovat téměř kamkoli, nejčastěji však do plic. Mezi nespecifické projevy můžeme zařadit váhový úbytek, únavu, subfebrilie a noční pocení. Často se setkáváme s tzv. paraneoplastickými projevy vyvolané patologickou produkcí látek, které ledvina normálně produkuje. Po provedení nefrektomie tyto příznaky vymizí. Patří sem např. hypertenze ze zvýšené produkce reninu, polycytemie z nadprodukce erytropoetinu a anémie z chronických krevních ztrát.

(Kawaciuk 2000 ; Dvořáček, Babjuk a al. 2005)

2.2.4 Diagnostika

KLINICKÉ VYŠETŘENÍ

- fyzikální vyšetření - hmatná nitrobřišní rezistence
- vyšetření moče chemicky a vyšetření močového sedimentu – hematurie
- vyšetření krve – zvýšená sedimentace
 - hyperkalcémie (paraneoplastické příznaky)
 - hladina alkalické fosfatázy (jaterní, kostní metastázy)
 - hladina hemoglobinu a trombocytů (prognóza)
 - hladina sérového kreatininu (globální funkce ledvin)

(Babjuk, Matoušková a Novák 2003)

ZOBRAZOVACÍ METODY

- nejdůležitější, pomáhají určit rozsah onemocnění a tím zvolit strategii léčby
- ultrasonografie – většinou prvním vyšetřením, rozliší solidní a cystické léze, zobrazí dolní dutou žílu při posouzení na nádorový trombus
- výpočetní tomografie (CT) – s podáním kontrastní látky je v současnosti metodou volby, hodnotí se rozsah tumoru a jeho ohraničení, vztah k okolním orgánům, stav jater, postižení regionálních uzlin, postižení renální žíly či dolní duté žíly trombem
- magnetická rezonance - s podáním kontrastní látky, vysoká senzitivita, nevýhodou je vysoká cena
- vylučovací urografie – v současnosti je na ústupu, nahrazena jinými méně invazivními a přesnějšími zobrazovacími metodami
- renální angiografie- pro posouzení charakteru nádoru, v současnosti zcela nahrazeno angioCT vyšetřením
- kavografie- při posuzování trombózy dolní duté žíly, v současnosti zcela nahrazeno angioCT vyšetřením

(Dvořáček, Babjuk a al. 2005)

STANOVENÍ ROZSAHU (tzv.staging) ONEMOCNĚNÍ

- vyšetření krevního obrazu
- základní biochemie včetně kreatininu
- RTG hrudníku
- scintigrafie skeletu
- eventuelně cílené RTG snímky

2.2.5 Léčba

Vzhledem k prokázané rezistenci karcinomu ledviny na konvenční chemoterapii a radioterapii je základem léčby léčba chirurgická, která jediná přináší významnou naději na vyléčení.

LÉČBA LOKALIZOVANÉHO KARCINOMU

- radikální nefrektomie – odstranění celé ledviny s tukovým pouzdem a Gerotovou fascií
- u pacientů s menšími extrarenálně uloženými nádory (do 4 cm) resekce ledviny
- v případě nádorů se známkami mikroangioinvasze nebo u nádorů s pozitivním uzlinovým nálezem je indikována také adjuvantní léčba – immunochemoterapie popř. v současnosti biologická léčba

LÉČBA METASTAZUJÍCÍHO KARCINOMU

- v případě např. krvácení do ledviny – paliativní nefrektomie
- v případě operabilních metastáz jejich odstranění (maximálně ve dvou orgánových lokalizacích)
- imunoterapie a chemoterapie a biologická léčba
- symptomatická léčba – léčba bolesti, radioterapie kostních metastáz

2.2.6 Prognóza

Prognóza závisí na rozsahu onemocnění tzv. stádiu, ve kterém bylo onemocnění zachyceno a dále pak na diferenciaci (tzv. gradingu) vlastního nádoru. Při klasifikaci karcinomu ledviny se používá grading dle Fuhrmanové, který hodnotí histopatologický stupeň diferenciaci nádoru. Stadium, tzv. staging – klasifikace nádorů dle velikosti a šíření. Používá se TNM klasifikace, kde kategorie T vypovídá o primárním nádoru, kategorie N o šíření malignity do lymfatických uzlin a kategorie M ukazuje na manifestaci metastáz.

Nádorová propagace do lymfatických uzlin je prognosticky velmi špatnou známkou. Tito nemocní umírají většinou do tří let. Přítomnost metastáz je velmi nepříznivým prognostickým faktorem. Nádor metastazuje nejčastěji krevní cestou do plic, jater, mozku a kostí. Vzácně se vytvoří solitární metastáza. U zachycení lokalizovaného karcinomu ledviny (T1 – T3) bez propagace do lymfatických uzlin a bez orgánových metastáz při včasné a správně provedené chirurgické léčbě je prognóza velmi dobrá a naděje na pětileté přežití operovaných se pohybuje mezi 60-95% v závislosti na T primárního nádoru.

(Dvořáček, Babjuk a al. 2005 ; Babjuk, Matoušková a Novák 2003)

2.2.7 Strategie léčby

Základem je léčba chirurgická. Vzhledem k možnostem vzniku metastáz i mnoho let po ukončení léčby musí být pacient celoživotně dispenzarizován. Cílem dispenzarizace je tedy včasné odhalení lokální recidivy či metastatických ložisek. Dispenzarizaci zajišťuje urolog ve spolupráci s onkologem či praktickým lékařem a zajišťuje klinické a laboratorní vyšetření, CT nebo ultrasonografie retroperitonea, RTG plic eventuelně scintigrafii skeletu či CT jater a mozku.

(Babjuk, Matoušková a Novák 2003)

2.3 ZÁKLADNÍ ÚDAJE O NEMOCNÉM

2.3.1 Identifikační údaje

Jméno a příjmení: A.V.

Věk: 60 let

Pohlaví: mužské

Povolání: tesař, pokrývač, živnostník

Stav: ženatý

Kontaktní osoba: manželka Markéta

Dieta: č.3, nyní pouze čaj

Datum přijetí: 11. 1. 2009

Oslovení: pan A.

2.3.2 Okolnosti přijetí

Při pravidelné kontrole 5.12 2008 na ORL, kde je dispenzarizován pro onkologické onemocnění zjištěném v roce 1993, byla diagnostikována mikroskopická hematurie, proto byl ještě týž den odeslán na urologii k vyšetření. Dne 5.12 2008 podstoupil urologické vyšetření a vzhledem ke stanovenému závěru byl objednan na operační zákrok k nefrektomii na 12. ledna 2009.

2.3.3 Údaje z lékařské anamnézy

OSOBNÍ ANAMNÉZA

Běžné dětské nemoci, v roce 1993 extirpace glandulae parotis dx., pro tumor, následně dispenzarizován. V roce 2007 při úraze oka mu byl diagnostikován glaukom, pravidelně chodí na kontroly, kape oční kapky. Jiné nemoci pacient neudává.

RODINNÁ ANAMNÉZA

Otec zemřel v 90 letech ve spánku, matka žije u bratra, zdráva. Sourozenci a děti jsou zdraví.

ALERGICKÁ ANAMNÉZA

Pacient neudává žádnou alergii.

FARMAKOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Pacient kape kapky do očí Carteol.

PRACOVNÍ A SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA

Pracuje jako klempíř, pokrývač. Spolu se synem má malou stavební firmu. Je vyučen klempířem. Žije s manželkou a dvěma dětmi – dcerou, která studuje ekonomii a se synem.

ABÚZUS

Dříve kouřil i 50 cigaret denně, od srpna 2008 omezuje na cca 10 cigaret denně. Alkohol pije příležitostně. Drogy neužívá.

OBJEKTIVNÍ NÁLEZ

Pacient je orientovaný, spolupracuje, bez ikteru a cyanózy, afebrilní, bez klidové dušnosti.

Hrudník – symetrický, dýchání čisté sklípkové, akce srdeční pravidelná, ozvy ohraničené

Břicho – klidné, měkké, palpačně nebolestivé, bez hmatných rezistencí

Tapotement- bilaterálně negativní

Zevní genitálie – bez patologického nálezu

Per rectum – prostata nezvětšená, elastická, nebolestivá, bez suspekce na karcinom

Váha: 78 kg

Výška: 180 cm

TK: 165/90

TF: 75/min.

TT: 36,8 °C

ZÁVĚR

Pacient se cítí dobře, bolesti neguje. Při CT břicha byl potvrzen tumor pravé ledviny, ve žlučníku zobrazen 15 mm konkrément. Objednán k radikální nefrektomii vpravo. Vzhledem k nálezu na žlučníku byla doporučena cholecystektomie, kterou pacient rázně odmítá.

2.3.4 Diagnostický souhrn

Diagnosticky významná vyšetření:

LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

Krevní obraz	Norma	5. 12. 2009
Leukocyty	4-10x10 ⁹ /l	9.5 x 10 ⁹ /l
Erytrocyty	4.5-6.30x10 ¹² /l	4.73 x10 ¹² /l
Hemoglobin	140-180 g	136 g/l
Hematokrit	0.380-0.520	0.411
Trombocyty	140-440 x10 ⁹ /l	226 x10 ⁹ /l

Biochemie	Norma	5. 12. 2009
Urea	2.7-8.5 mmol/l	5.0 mmol/l
Kreatinin	60-115 umol/l	73 umol/l
Sodík	137-144 mmol/l	143 mmol/l
Draslík	3.6- 4.9 mmol/l	4.6 mmol/l
Chlór	97 – 108 mmol/l	107 mmol/l
Bilirubin	5- 20 umol/l	4.0 umol/l
ALT	0.20-0.65 ukat/l	0.56 ukat/l
AST	0.20-0.60 ukat/l	0.42 ukat/l
CRP	0-5 mg/l	3.3 mg/l
GMT	0.10-0.70 ukat/l	0.65 ukat/l
ALP	0.70- 2.60 ukat/l	2.00 ukat/l

Vyšetření močového sedimentu – Erytrocyty do 6-8 na pole.

SONOGRAFIE BŘICHA

Patrné nehomogenní, vyklenující se ložisko bez ostrých kontur velikosti 48 x 47 mm ve střední části pravé ledviny.

Cholecystolithiasa 15 mm v průměru bez dilatace žlučových cest, bez viditelných známek zánětlivých změn. Žlučník částečně kontrahován.

Na ostatních orgánech dutiny břišní a kontralaterální ledvině fyziologický nález.

CT VYŠETŘENÍ BŘICHA

Vyšetření provedeno nativně a postkontrastně. Na horním pólu pravé ledviny patrný kulovitý postkontrastně se sytící útvar o velikosti 50 x 50 mm vyklenující se perirenálně. Gerotovu fascii útvar nepřekračuje. Známky generalizace ani známky prorůstání mimo perirenální prostor nebyly nalezeny.

Žlučník s 15 mm konkrementem, cholecystolithiáza.

2.3.5 Souhrn terapeutických opatření

OPERACE

Plánovaná radikální nefrektomie provedena v celkové anestezii v poloze na zádech transperitoneálně. Při operaci zjištěna akutní cholecystitis se zaklíněným konkrementem, tudíž byla perioperačně indikována a provedena akutní subserosní cholecystektomie. Zavedeny 2 tužkové drény. Doba trvání operace byla 1 hod. a 40 min. Na histologii byla odeslána pravá ledvina a žlučník.

VÝSLEDEK HISTOLOGIE

Pravá ledvina – makroskopicky prokázán „opouzdřený“ nádor, pravděpodobně ze spodní strany infiltruje vykynující se část ledvinového pouzdra. Mikroskopicky je prokázán relativně diferencovaný místy cystický prokrváčený renální karcinom ze světlých, vodojasných buněk. Propagace nádoru v hilových strukturách nebyla zastižena. T 1, N 0, M 0

Žlučník – mikroskopicky prokázaná těžká exacerbovaná cholecystitis s chronickým abscesem starého data v submukóze. Velmi nápadná fibrózní produktivní pericholecystitis.

FARMAKOTERAPIE

Augmentin 1,2 g

Indikační skupina: antibiotikum, amoxicilin potencovaný klavulanátem

Indikace: léčení bakteriálních infekcí vyžadujících antibiotickou léčbu, perioperační antibiotická profylaxe.

Nežádoucí účinky: alergické reakce, především kopřivka a vyrážky, dále potíže v oblasti zažívacího ústrojí, jako je nevolnost, zvracení a průjem

Dávkování: 1,2g i.v. à 8hod (celkem podány 3 dávky)

Carteol gtt.

Indikační skupina: oftalmologikum

Indikace: vysoký nitrooční tlak, chronický glaukom s otevřeným úhlem

Dávkování: 1x denně kapka do obou očí

Degan

Indikační skupina: prokinetikum, antiemetikum

Indikace: urychlení obnovy střevní pasáže po chirurgickém výkonu, odstranění paralytického pooperačního ileu

Nežádoucí účinky: nejsou známy

Dávkování: 1amp (10mg) i.v. à 8hod

Fragmin 2500 m. j

Indikační skupina: nízkomolekulární heparin

Indikace: léčba akutní trombózy hlubokých žil a plicní embolie, profylaxe tromboembolie v souvislosti s chirurgickým výkonem,

Nežádoucí účinky: krvácení, hematomy v místě vpichu

Dávkování: 2.500j s.c. à 12hod

Novalgin

Indikační skupina: analgetikum, antipyretikum

Indikace: akutní silné bolesti při poraněních, po operacích, kolikách, tumorech; bolesti a vysoké teploty kde jsou kontraindikována jiná antipyretika

Nežádoucí účinky: nauzea, zvracení, bolest břicha, sucho v ústech, alergická kožní reakce; vzácně celkové alergické reakce až anafylaktický šok, hypotenze, leukopenie.

Dávkování: maximální dávka je 3x500 -1000 mg za den, i.v., při bolesti

Quamatel

Indikační skupina: antiulcerózum, antagonist H2 receptorů

Indikace: stavy bezvědomí jako prevence stresového vředu, před operací jako prevence aspirace kyselého žaludečního obsahu.

Nežádoucí účinky: nejsou známy

Dávkování: 1amp (20mg) i.v. à 12hod

Tramal

Indikační skupina: analgetikum, anodynum

Indikace: akutní silné bolesti při poraněních, po operacích, při tumorech

Nežádoucí účinky: nauzea, zvracení, sucho v ústech, únava, pocení, rozmazané vidění

Dávkování: 50 – 100 mg ve 4 -6 hod. intervalech

REHABILITACE

Od prvního pooperačního dne byla prováděna individuální rehabilitace, pacient cvičil na lůžku za asistence fyzioterapeuta. Indikována dechová cvičení, druhý den po operaci vertikalizace za pomoci fyzioterapeuta a chůze kolem lůžka z dopomocí.

DIETA

Dvě hodiny po skončení operace čaj po lžičkách, poté od 2. pooperačního dne tekutá strava a bujón, 3. pooperační den strava kašovitá. Střevní peristaltika je obnovena 3. den po operaci a od 4. pooperačního dne je pacient plně realimentován běžnou stravou – dieta č. 3 – racionální.

2.3.6 Stručný průběh hospitalizace

Pan A. byl přijat na urologické oddělení 11.1 2009 k plánovanému operačnímu výkonu, radikální transperitoneální nefrektomii vpravo pro zhoubný nádor. Před přijetím byla, za spolupráce s praktickým lékařem pacienta, provedena veškerá základní předoperační vyšetření. Při přijetí byl pacient seznámen s režimem oddělení a byla zahájena předoperační příprava. Ošetřujícím lékařem byl obeznámen s průběhem operace a možnými riziky a komplikacemi a podepsal informovaný souhlas k operačnímu výkonu. Anesteziologem byl informován o průběhu a možnostech anestezie a podepsal informovaný souhlas s anestézií. Následující den byla provedena operace v celkové anestezii, po operaci byl pacient převezen na jednotku intenzivní péče urologického oddělení. První pooperační den, byl přeložen zpět na standardní lůžkové urologické oddělení.

SOUHRN PROVEDENÝCH VYŠETŘENÍ

Předoperační vyšetření

Provedeno ve spolupráci s praktickým lékařem nemocného

- interní vyšetření
- kompletní laboratorní vyšetření (urea, kreatinin, AST, ALT, GMT, iontoqram, FW, KO, koagulační parametry)
- RTG srdce + plíce
- EKG
- nedílnou součástí předoperačního vyšetření je vyjádření praktického lékaře k únosnosti anestézie pro daného pacienta, na základě provedených vyšetření dle klasifikace ASA (American Society of Anesthesiologists)
- po přijetí je dle závažnosti a rizikovosti operačního výkonu u pacienta doplněno vyšetření k určení krevní skupiny a zajištění krevních derivátů pro případné nutné podání

Pooperační vyšetření

V pooperačním období byly jednotlivé krevní testy opakovány dle ordinací ošetřujícího lékaře, s hlavním cílem dokonalé monitorace zdravotního stavu a vnitřního prostředí pacienta.

OPERAČNÍ DEN

Večer před operací byl pacientovi podán Fragmin 2500 m.j. s.c. a Diazepam 5 mg p.o., dle ordinace anesteziologa. Od půlnoci byl pacient lačný. Ráno byla provedena bandáž dolních končetin, v rámci prevence tromboembolické nemoci a byl zajištěn periferní žilní vstup. Ráno, přibližně 30 minut před transportem pacienta na operační sál k operačnímu výkonu, byla podána premedikace (Atropin 1mg i.m., Dolsin 100mg i.m.).

POOPERAČNÍ PÉČE

Pooperační péče na JIP

Po operaci byl pacient převezen na jednotku intenzivní péče, kde mu byly monitorovány životní funkce. Bezprostředně po operaci byl krevní tlak měřen po 15 minutách, po 4 hodinách byl interval prodloužen na 60 minut. Bilance tekutin byla měřena po 6 hodinách. Byla prováděna pravidelná kontrola operační rány (prosáknutí sterilního krytí), kontrola a měření odpadu z nitrobřišních drénů (celkem 430ml za 24 hodin), a kontrola celkového stavu nemocného. Od prvního pooperačního dne pacient cvičil na lůžku za asistence fyzioterapeuta. První pooperační den byl také pacient přeložen na standardní lůžkové oddělení.

Farmakologická medikace podávaná na JIP

- Infúze Ringerův roztok 1/1
- Hartmannův roztok 1/1
- G 10% + Humulin R
- Analgetika (Tramal, Novalgin)
- Fragmin 2.500j s.c. á 12hod k prevenci TEN
- Augmentin 1,2 g i.v. á 8 hod. profylaktické podávání, první dávka podaná v operační den v 6,00hod
- Quamatel 20mg i.v. á 12hod jako profylaxe stresového peptického vředu
- Degan 10mg i.v. á 8 hod jako podpora restituce paralytického pooperačního ileu

Pooperační péče na standardním lůžkovém oddělení

Po překladi na standardní oddělení byl pacientovi měřen krevní tlak a pulz 3x denně, tělesná teplota monitorována 2x denně. Druhý pooperační den byl pacient za pomoci fyzioterapeuta vertikalizován a byl schopen chůze s pomocí okolo lůžka. Střevní peristaltika byla obnovena 3 den po operaci. Ten den byl též odstraněn močový katetr, periferní žilní katetr a břišní drény. Od 4. pooperačního dne byl pacient plně realimentován. Postupně byla vysazována pooperační

medikace. Antibiotická profylaxe Augmentin 1,2 g i.v. – podány pouze 3 dávky, 1. dávka ráno v 6,00hod před operací, Degan a Quamatel vysazen po obnovení střevní pasáže tj. 3.pooperační den, tromboembolická profylaxe Fragmin 2.500j s.c á 12hod byla ukončena 5.pooperační den po plné mobilizaci pacienta. Šestý pooperační den byl pacient propuštěn do domácího ošetřování s analgetickou medikací Novalgín tbl.

Pacient poučen o pooperačním režimu a o nutnosti kontaktovat svého praktického lékaře do tří dnů od propuštění. Byla naplánována ambulantní kontrola na 11. pooperační den.

2.3.7 Doporučení lékaře

Při ambulantní kontrole, která proběhla 11. pooperační den, byl pacient ošetřujícím lékařem seznámen s histologickým nálezem, který v den propuštění ještě nebyl k dispozici. Dále byl pacient seznámen s další prognózou onemocnění a s plánovaným dispenzarizačním programem. Byly odstraněny stehy. Rána byla zhojena per primam.

3. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

Ošetrovatelská péče vycházela z metodiky ošetrovatelského procesu. Ke zhodnocení stavu nemocného a stanovení ošetrovatelských diagnóz jsem použila model fungujícího zdraví Marjory Gordonové. Informace o nemocném jsem získala rozhovorem s nemocným, rozhovorem se zdravotnickým týmem, studiem zdravotnické dokumentace a vlastním pozorováním.

3. 1. OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Ošetrovatelský proces je systematická, racionální metoda poskytování ošetrovatelské péče. Je základním metodickým rámcem pro realizaci cílů ošetrovatelství. Umožňuje systematický specifický způsob individualizovaného přístupu k ošetrování nemocného/klienta v nemocniční a terénní péči. Jeho cílem je zhodnotit zdravotní stav pacienta, akutní a potencionální problémy v péči o zdraví, stanovit si plán ošetrovatelské péče k zhodnocení potřeb nemocného a poskytnout ošetrovatelské intervence k uspokojení těchto potřeb. „Ošetrovatelský proces je cyklický děj, což znamená, že jednotlivé fáze následují za sebou v logickém pořadí, ale zároveň v jednom čase může být v činnosti více než jedna jeho složka“ (Kozierová, Erbová a Olivieriová 1995).

Ošetrovatelský proces má 5 fází :

- shromažďování údajů – zhodnocení nemocného, zajištění informací
- stanovení ošetrovatelské diagnózy
- plánování ošetrovatelské péče, stanovení cílů
- realizace navržených intervencí
- zhodnocení efektu poskytnuté péče

(Kozierová, Erbová a Olivieriová 1995)

Nedílnou součástí ošetřovatelského procesu je tedy i ošetřovatelská diagnóza. V současnosti existuje mnoho různých definic ošetřovatelské diagnózy.

Severoamerická asociace pro ošetřovatelskou diagnostiku North American Nursing Diagnosis Association (dále jen NANDA), přijala následující z nich (Kozierová, Erbová a Olivieriová 1995) : Ošetřovatelská diagnóza je klinickým zhodnocením individuálních, rodinných nebo společenských vlivů na zdravotní stav nebo životní projevy nemocného člověka. Je základnou, ze které pro sestru vyplývají určité povinnosti - ošetřovatelské úkony, za které je sestra zodpovědná (Doenges a Moorhouse 1999). Ošetřovatelská diagnostika je způsobem rozpoznání a řešení pacientových potřeb a problémů a významně se podílí na vylepšování ošetřovatelské péče.

Pro úspěšné vykonávání ošetřovatelského procesu je tudíž velmi důležité, aby sestra disponovala nejen technickými a teoretickými znalostmi, ale též ovládala komunikační dovednosti a byla empatickou a vyzrálou osobností.

(Kozierová, Erbová a Olivieriová 1995)

3.2. MODELY OŠEŘOVATELSKÉ PÉČE

Koncepční modely předpokládají systematickou strukturu, zdůrazňují určité činnosti a poukazují na řešení praktických problémů. Definují cíl a rozsah poskytované péče a umožňují dokumentovat péči a její výsledky a dále umožňují optimální komunikaci mezi sestrami. Koncepční modely vycházejí z filozofických názorů a přesvědčení, které se vztahují k člověku jako k těžišti zájmu, k prostředí, které ho obklopuje a k vzájemným interakcím mezi nimi (Farkašová 2006).

3.2.1. Model funkčních typů zdraví Marjory Gordonové

Tento model je orientován na zdraví a jeho podporu. Gordonová ve svém modelu vychází z toho, že všichni jedinci mají společné určité typy chování, které souvisí s jejich zdravím a kvalitou života. Popis a hodnocení typů zdraví umožňuje sestře rozpoznat funkční a dysfunkční chování (může později vyvolávat onemocnění), případně stanovit ošetřovatelskou diagnózu (Farkašová 2006).

Sběr informací je založen na dvanácti funkčních typech zdraví. Ty zároveň reprezentují okruh základních údajů v ošetřovatelské anamnéze. Každá tato oblast,

kteřá představuje určitý typ zdraví, může být buď funkční nebo dysfunkční. Dysfunkční oblast může být známkou problému, po identifikaci sestřa takový vzorec označí a stanoví ošetrvatelskou diagnózu.

Ošetrvatelská anamnéza obsahuje údaje získané od pacienta a dále údaje získané pozorováním a vyšetřením. Otázky pokládané pacientovi musí být stručné a musí se přizpůsobit klientovi a dané situaci. Model lze využít v nemocniční i komunitní péči.

Dvanáct vzorců zdraví :

1. *Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví* - popisuje vnímání zdraví a pohody pacientem, jakým způsobem o své zdraví pečuje, dodržování lékařských a ošetrvatelských doporučení
2. *Výživa – metabolismus* – způsob přijímání tekutin a potravin vzhledem k potřebě pacienta, kvalita a kvantita konzumovaného jídla a tekutin
 - stav kůže, vlasů, chrupu, tělesná výška a hmotnost a teplota
 - užívání potravinových doplňků a vitamínů
3. *Vylučování* – potíže a poruchy ve vyprazdňování, způsob vylučování
4. *Aktivita, cvičení* – způsoby udržování tělesné kondice, aktivity ve volném čase, způsob trávení volného času, faktory, které jedinci brání v provozování aktivit
5. *Spánek, odpočinek* – způsob spánku a odpočinku, formy relaxace
6. *Vnímání, poznávání* – sluch, zrak, chuť, čich, používání kompenzačních pomůcek ; úroveň vědomí a kognitivní schopnosti; bolest
7. *Sebekoncepce, sebeúcta* – vnímání sebe sama, emoce, neverbální komunikace
8. *Plnění rolí, mezilidské vztahy* – plnění životních rolí, úroveň mezilidských vztahů
9. *Sexualita, reprodukce* – spokojenost v sexuálním životě, poruchy či potíže v této oblasti; u žen porody, potraty, menstruační cyklus a problémy s tím související
10. *Stres, zátěžové situace a jejich zvládnutí* – nejdůležitější životní změny v posledních dvou letech, individuální způsoby zvládnutí stresu, podpora rodiny a jiných podpůrných systémů
11. *Víra, přesvědčení, životní hodnoty* – vnímání životních hodnot, náboženství
12. *Jiné*

(Trachtová 2006)

3. 3. OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

Ošetrovatelskou anamnézu u pacienta A.V. jsem sepsala dle modelu funkčního zdraví majory Gordonové 1.den hospitalizace pacienta.

Informace jsem získala rozhovorem s nemocným, konzultací s ošetrovatelským týmem a ošetřujícím lékařem, dále jsem čerpala ze zdravotnické dokumentace a z vlastního pozorování.

VNÍMÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU, AKTIVITY K UDRŽENÍ ZDRAVÍ

Nynější hospitalizace je pro pana A. druhá v pořadí. V roce 1993 mu byl odoperován zhoubný nádor na slinné žláze, byl hospitalizován 11 týdnů. V roce 2000, při povodních, se mu udělala boule na druhé straně krku, nemohl otočit hlavou, boule mu spontánně zmizela, manželka mu přesto našla specialistu na ORL, kde je od té doby pravidelně sledován. V prosinci v rámci této kontroly mu byla odebrána moč, kde byla zjištěna krev, ihned byl poslán na urologii. Má pocit, že při kontrastním vyšetření ledvin se mu podráždil žlučník a proto musel na Silvestra navštívit pohotovost v místě bydliště kvůli velkým bolestem. Tam mu byla dána medikace a doporučeno odstranění žlučníku, což rázně odmítl. Při nynější operaci mu byla cholecystektomie udělána z důvodu akutního zánětu a nyní je za to moc rád.

Současné onemocnění se snaží dle vlastních slov zvládnout, a je rozhodnut dodržovat zdravější životní styl. Je rád, že se na onemocnění přišlo včas. Pan A. kouří cigarety. Kuřáctví se věnuje přes 40 let, nepřestal ani po onkologickém onemocnění v roce 1993. Poslední dva měsíce se rozhodl množství vykouřených cigaret snížit na 10 denně, dříve kouřil kolem 40 cigaret denně. Nyní si dal závazek nekouřit vůbec. Manželka se k němu také přidala.

Po operaci se cítí zesláblý, ale říká, že to určitě vše vydrží. Má bolesti v místě operačního zákroku. Nejvíce má obavy ze zakašlání a smíchu, to ho rána bolí nejvíce.

VÝŽIVA A METABOLISMUS

Doma jí pacient nepravidelně, tučnou a nepestrou stravu. Dle vlastních slov se stravuje jako každý člověk na vesnici. Pěstuje prasata a slepice, tak si dopřává čerstvá vejce a hodně masa. Má rád i zeleninu z vlastní zahrádky, ovoce. Má velké nadšení vylepšit své stravovací návyky, které nepovažuje za úplně vhodné, ale rozhodl se, žít zdravěji. Vzhledem k prodělané cholecystektomii, je rozhodnut dodržovat adekvátní dietní opatření. Denně vypije kolem 2 litrů tekutin, pije vodu, čaje, občas i kávu. Každý den vypije i jedno pivo. Chrup má vlastní. Pacient má BMI 24,1. Tato hodnota se pohybuje v normálním pásmu. Kůže je bez patrných změn a patologií.

Nyní po operaci zatím smí pouze čaj po lžičkách, už se těší, až se pořádně nají.

VYLUČOVÁNÍ

Močí bez problému, stolici má pravidelnou, žádná projímadla nikdy neužíval. Projevil obavy, jak zvládne vyprazdňování po operaci, nerad by chodil na podložní mísu.

Po operaci má zavedený permanentní močový katetr, na stolici zatím nebyl, plyny zatím neodešly.

AKTIVITA, CVIČENÍ

Celý život byl velmi aktivní, téměř stále se pohybuje venku a to v práci i ve volném čase. Jako řidič si sám nakládá a vykládá zboží a materiál. A jako pokrývač a tesař se také nezastaví. Domnívá se tedy, že fyzické aktivity má dost. Rád by sportoval, dříve se věnoval fotbalu a tenisu, ale nyní na to už nemá čas. Vždy vykonával v rámci svého povolání dost fyzické práce a je tomu rád. Doufá a ani si vlastně nepřipouští možnost, že by se do svého zaměstnání nevrátil. Je si vědom, že ze začátku se bude muset určitě šetřit, ale je přesvědčen o tom, že to zvládne.

Od prvního pooperačního dne má naplánované cvičení a vstávání z lůžka s fyzioterapeutem, na které se těší.

SPÁNEK, ODPOČINEK

Se spánkem problémy doma nemá, má přes den tolik práce, že jakmile ulehne tak usne. Neužívá žádné léky na spaní. Spánek má dobrý, v noci se neprobouzí. Odpočívá aktivně. Když mu čas dovolí, rád zušlechťuje svůj rodinný domek, rád zedničí a nejraději pracuje se dřevem. Má malou dílnu, kde si vyrábí nábytek, nebo drobnosti ze dřeva a při tom si dle svých vlastních slov nejlépe odpočine.

VNÍMÁNÍ, POZNÁVÁNÍ

Má pocit, že poslední dobou se zhoršil jeho sluch, nemyslí si ale, že by potřeboval naslouchátko. Stačí jen, když s ním lidé mluví dostatečně nahlas a srozumitelně. Příliš zvyšovat hlas není nutné. Brýle používá na čtení, dříve měl brýle z lékárny, nyní si nechal předepsat brýle na blízko od lékaře a je to daleko lepší. Na oční kontroly chodí pravidelně od října 2007, kdy mu byl náhodně zjištěn, při úrazu oka – při práci se dřevem si zapíchl do oka třísku, zvýšený nitrooční tlak. Cizí těleso bylo bez následků odstraněno, ale byl mu tehdy diagnostikován glaukom – zelený zákal. Je si vědom co to znamená, od té doby totiž u něj jednou proběhl glaukomový záchvat s krutými bolestmi hlavy a očních víček. A proto si pravidelně každý den kape do očí dle doporučení lékaře kapky – antiglaukomatika. Tuto záležitost v žádném případě nepodceňuje, o zrak nechce přijít, je velmi dobře edukován. Přemýšlí též o operaci katarakty, která mu byla při poslední návštěvě u očního lékaře doporučena, ale trochu se bojí, protože jak říká, je to přece jen oko a neumí si takovou operaci vůbec představit.

S pamětí problémy nemá, i když si uvědomuje, že to už není, jako když mu bylo dvacet. Často řídí, a přitom si uvědomuje, že jeho reakce jsou pomalejší a proto sám sobě slíbil, že jakmile ucítí, že „ už to nepůjde“, tak řídit přestane, jelikož si je vědom, že by mohl být nebezpečím nejenom pro sebe, ale také pro druhé.

Bolest se snaží vždy zvládat bez medikamentů, ty užívá pouze v nejhorsím případě.

Informace získává ze sdělovacích prostředků, čte noviny, sleduje televizi, informace o nových trendech v oblasti jeho podnikání získává komunikací s dodavateli, ať už formou písemnou – přes poštu, či rozhovorem. V každém případě odmítá internet a moderní formy komunikace např. e-mailem. Myslí si, že to už není pro něj a učit se to ani nechce. Rád by četl knihy, ale při čtení vždy usne.

Pacient je plně orientován. Jeho slovní projev je ucelený v kongruenci s nonverbálními projevy. Z jeho projevu číší optimismus a chuť spolupracovat. Řeč je srozumitelná a souvislá.

SEBEPOJETÍ, SEBEÚCTA

Je rád, že i přes svůj věk, je schopen zastávat svoji práci a koníčky, jež jsou rovněž poměrně fyzicky náročné. Nepochybuje o tom, že se zase navrátí do pracovního procesu. Je proto plný optimismu. Cítí se manuálně velmi zručný a je rád, že postavil domek, který zvelebuje. Když se dozvěděl o svém onemocnění, měl takové smutnější období, byl stresovaný, ale pak si řekl, že je dobře, že se na to přišlo takhle brzo. Teď už to dle svých slov zvládá dobře, protože počítá s dobrým výsledkem.

Zneklidňuje ho, že by třeba někdy nemusel zvládat věci, tak jako je zvládal dříve. A to nejen vzhledem ke svému zdraví, ale též má obavy z finanční krize.

Nyní po operaci, je rád že už zákrok proběhl a nakonec oceňuje i to, že mu byl odoperován i ten žlučník, i když se tomu před tím tak bránil. Věci bere tak jak přijdou a teď už se těší domů, chybí mu tady hlavně pohyb.

PLNĚNÍ ROLÍ, MEZILIDSKÉ VZTAHY

Bydlí s manželkou a dvěma dospělými dětmi v rodinném domku se zahradou na vesnici, kde má také psa, který je pro něj také členem rodiny, má kočky a pěstuje králíky a slepice. Má dceru a syna. Je pro něj velmi důležité, aby ho děti respektovaly. A i když jsou již dospělé, trvá na tom, aby dodržovaly zaběhnutý řád rodiny, dokud spolu bydlí ve společné domácnosti. Dcera ještě studuje a syn s ním provozuje rodinnou firmu v oblasti pokrývačství a tesařiny. Manželka je zaměstnána jako účetní, tak také vypomáhá, když je třeba v rodinné firmě. Manželství považuje za spokojené, děti mu dělají radost. Je rád, že když nastanou problémy, tak se může na rodinu spolehnout. I teď, když chce zlepšit svůj přístup ke zdravé výživě a zdravějšímu životnímu stylu tak se k němu manželka přidala.

Má dva bratry, s nimiž je stále v kontaktu a celé rodiny si vzájemně rozumí a navštěvují se. Také má hodně přátel ve vesnici, někteří z nich ho byli také navštívit v nemocnici. Rád si zajde pohovořit s přáteli do místní hospody, bez přátel by dle jeho názoru neměl život cenu. Svoji rodinu a vůbec širší rodinu považuje za podporu v zátěžových situacích. Vnímá, jak moc mu rodina pomáhá a jakou oporu v ní má při současném onemocnění.

SEXUALITA, REPRODUKČNÍ SCHOPNOSTI

Má dvě zdravé děti, žádné onemocnění pohlavních orgánů u něj neproběhlo. Vzhledem k věku pacienta a situaci jsem upustila od další konverzace na toto téma.

STRES, ZÁTĚŽOVÉ SITUACE

Pacient je přesvědčen, že veškeré záležitosti se hlavně musí řešit a nesmí se odkládat. To považuje za chybu. Po náročném pracovním dni si rád dá pivo, příležitostně víno, ale v žádném případě to nepřehání. V jakékoliv zátěžové situaci se může spolehnout především na manželku a bratry. Cokoliv se děje, jde se jako první poradit s manželkou. V posledních dvou letech zažil jednu vážnou stresující záležitost, kterou s manželkou společně překonali, ale nechce o ní vůbec mluvit.

Vzhledem k patrnému rozrušení jsem proto od dalšího vyptávání na toto téma upustila.

VÍRA, PŘESVĚDČENÍ, ŽIVOTNÍ HODNOTY

V současné době považuje za svůj cíl vrátit se co nejdříve do práce, protože má nasmlouváno mnoho práce, a hlavně ho to baví.

Otázkám ohledně víry se nevyhýbá. Dříve nevěřil, ale nyní už věří v nějakou vyšší moc. Věří „svým způsobem“. Hlavně věří v sílu negativní energie, která se k člověku vždy vrátí. Věří, že cokoliv špatného člověk udělá, či vysloví tak se obrátí proti němu samému.

3. 4. OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

Na základě informací získaných od pacienta, ošetřujícího personálu, ze zdravotnické dokumentace a jejich vyhodnocením jsem stanovila aktuální ošetřovatelské diagnózy pro druhý den hospitalizace, tj. operační den. Ošetřovatelské diagnózy jsem stanovila aktuální a potencionální a jsou seřazeny dle naléhavosti. Cíle jsou stanoveny na dobu 12–ti hodinové pracovní směny.

3.4.1. Aktuální ošetřovatelské diagnózy

- bolest v místě operačního zákroku v důsledku operačního výkonu
- změny fyziologických funkcí z důvodu operačního výkonu
- omezení soběstačnosti v oblasti hygienické péče v důsledku operačního výkonu
- porucha integrity kůže v souvislosti s operační ránou a periferním žilním katetrem

3.4.2. Potencionální ošetrovatelské diagnózy

- riziko poranění a pádu v souvislosti se stavem po anestezii
- riziko vzniku tromboembolické nemoci
- riziko vzniku infekce z důvodu zavedeného močového katetru, invazivního žilního vstupu a operační rány

3.5. KRÁTKODOBÝ PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE, JEHO REALIZACE A HODNOCENÍ

Tento plán péče je stanoven k operačnímu dni a je zaznamenán v ošetrovatelské dokumentaci viz. příloha č. 1

3.5.1. Aktuální ošetrovatelské diagnózy

BOLEST V MÍSTĚ OPERAČNÍHO ZÁKROKU V DŮSLEDKU OPERAČNÍHO VÝKONU

Krátkodobý cíl

- pacient chápe příčinu své bolesti
- pacient udává zmírnění intenzity bolesti dle VAS (vizuální analogová škála) do jedné hodiny od podání analgetik - VAS \leq 3

Plán ošetrovatelské péče

- zjistit přesnou lokalizaci a charakter bolesti
- sledovat pravidelně stupeň intenzity bolesti
- informovat o vhodné úlevové poloze
- podat analgetika dle ordinace lékaře
- sledovat účinek podávaných analgetik

- akceptovat projevy pacientovi bolesti tak, jak ji vnímá pan A.

Realizace a hodnocení

Pan A. lokalizoval bolest v oblasti operační rány, jednalo se o tupou bolest vyzařující do okolí v souvislosti s operačním výkonem. Vysvětlila jsem pacientovi, že se jedná o běžnou záležitost související s operačním výkonem. Stupeň bolesti byl vyjádřen pomocí pravítkové stupnice na škále v rozmezí 0 – 10. Pacient udával číslo 6. Dle ordinace lékaře byl aplikováno analgetikum Tramal 100 mg i.v. Zhruba 10 minut po aplikaci bolest ustupuje. Pacient udával na stupnici bolesti číslo 2. Ve spolupráci s pacientem byla nalezena úlevová poloha na levém boku. Dále jsem obeznámila pacienta o omezení bolesti při kašli fixací operační rány.

ZMĚNY FYZIOLOGICKÝCH FUNKCÍ Z DŮVODU OPERAČNÍHO VÝKONU

Krátkodobý cíl

- jakékoliv nežádoucí změny fyziologických funkcí budou včas odhaleny
- fyziologické funkce budou v normě
- bude dosaženo hemodynamické stability

Plán ošetrovatelské péče

- monitorovat fyziologické funkce dle ordinace lékaře
- sledovat stav orientace pacienta, stav vědomí, bilanci tekutin
- mít připravené veškeré funkční pomůcky ke KPR
- sledovat saturaci O₂
- sledovat pravidelnost a frekvenci dýchání

Realizace a hodnocení

U pana A.V. byly sledovány fyziologické funkce. Bylo mu kontinuálně monitorováno EKG, měřen pulz a saturace O₂. Pravidelně jsem zaznamenávala frekvenci tepu, zaznamenávala jsem hodnoty systolického a diastolického tlaku, sledovala jsem frekvenci a pravidelnost dýchání. Pacient byl permanentně monitorován a pod neustálým dohledem. Saturace O₂ se pohybovala v rozmezí 97 – 99 %, pacient dýchal spontánně, pravidelně. Pacienta jsem uložila do mírného polosedu na boku. Tato poloha pro něj byla vyhovující i ohledně bolesti v operační ráně. Během služby nedošlo k poruše dýchání v důsledku doznívající anestezie. Krevní tlak byl měřen nejprve čtyři hodiny po patnácti minutách, dále dle ordinace lékaře, byl po čtyřech hodinách krevní tlak měřen jednou za hodinu. V noci byl krevní tlak měřen po třech hodinách. Tělesnou teplotu jsem měřila po třech hodinách a sledovala jsem zda pacient nejeví známky podchlazení. Kůže byla prokrvená, na akrálních částech nebylo přítomno cyanotické zbarvení. Vzhledem k vlivu anestezie na močení (často se vyskytuje snížená tvorba moče) jsem zaznamenávala jsem množství a barvu moče. Pacient měl ze sálu zavedený PMK, sledovala jsem množství a barvu moče ve sběrném sáčku. Hydratace byla zajištěna intravenózním podáváním infúzních roztoků dle ordinace lékaře. Sledovala jsem příjem a výdej tekutin. Bilanci tekutin jsem sledovala po 6 hodinách. Měřila jsem množství odváděné tekutiny z obou drénů. Rána nekrvácela, obvaz neprosakoval Pacient byl po celou dobu stabilizovaný, jeho vitální funkce se pohybovaly ve fyziologickém rozmezí.

PORUCHA INTEGRITY KŮŽE V SOUVISLOSTI S OPERAČNÍ RÁNOU A S PERIFERNÍM ŽILNÍM KATETREM

Krátkodobý cíl

- včasné odhalení možných infekčních komplikací v místě operační rány
- pacient nepociťuje bolest nebo svědění v místě invazivního vstupu

Plán ošetrovatelské péče

- kontrolovat ránu a sledovat případné změny
- sledovat drény a jejich funkčnost
- sledovat místo vpichu invazivních vstupů a jejich okolí
- aseptická péče o rány a invazivní vstupy

Realizace a hodnocení

Operační rána byla sterilně kryta z operačního sálu, každé dvě hodiny jsem kontrolovala zda rána nekrvácí, obvaz neprosakuje a drény odvádějí přiměřené množství sekretu. Operační rána neprosakovala, tužkové drény odváděly serosanguinózní sekret v množství 150 ml / 12 hod.. Místo vpichu periferní žilní kanyly nejevilo žádné známky infekce jako je bolest, zarudnutí nebo svědění.

OMEZENÍ SOBĚSTAČNOSTI V OBLASTI HYGIENICKÉ PÉČE V DŮSLEDKU OPERAČNÍHO VÝKONU

Krátkodobý cíl

- pacient provádí úkony v péči o sebe samého na úrovni jeho možností
- pacient bude mít uspokojeny potřeby v oblasti hygienické péče

Plán ošetrovatelské péče

- zhodnotit stupeň soběstačnosti dle Barthel testu
- pomáhat v oblastech, kde je pacient nesoběstačný

- ujistit se zda má pacient po ruce signalizační zařízení a jestli ho umí používat

Realizace a hodnocení

U pacienta jsem uskutečnila Barthel test (viz.příloha č.2), test základních všedních činností. Součet bodového skóre se v tomto případě rovnal 60, což svědčí o závislosti středního stupně. Z testu vyplynulo, že pacient potřebuje pomoc v oblasti hygienické péče, při změnách polohy a při oblékání. V těchto oblastech jsem dle potřeby pomáhala. Večer byla provedena hygienická péče na lůžku. Zajistila jsem pacientovi umývadlo a hygienické pomůcky. Pomohla jsem pacientovi se posadit a veškeré pomůcky k hygieně jsem mu dala na dosah rukou. Pacientovi jsem pomáhala v oblastech hygienické péče o dolní končetiny, genitálie a záda. Pacienta jsem ujistila, že kdykoli bude potřebovat uspokojit potřeby v oblasti sebepéče, které není schopen v důsledku operačního zákroku dočasně zajistit sám, může se na mne kdykoli obrátit. Ujistila jsem se také, jestli má v dosahu ruky signalizační zařízení a umí ho používat.

Pacient měl uspokojeny potřeby v oblasti hygienické péče. Pomáhala jsem v oblastech, kde bylo potřeba a ve kterých nebyl dle svých aktuálních možností schopen si tuto sebepěči pacient zajistit sám.

3.5.2. Potencionální ošetrovatelské diagnózy

RIZIKO PORANĚNÍ A PÁDU V SOUVISLOSTI SE STAVEM PO ANESTEZII

Krátkodobý cíl

- pacient neupadne ani se neporaní
- pacient si uvědomuje zvýšené riziko a jeho důvody

Plán ošetrovatelské péče

- vysvětlit pacientovi rizika související s doznívající anestezií

- ujistit se, zda má pacient v dosahu signalizační zařízení
- zajistit pacienta proti pádu
- pomáhat pacientovi v sebepěči
- zajistit stálý dohled

Realizace a hodnocení

Pacientovi jsem vysvětlila rizika doznívající anestezie a informovala jsem ho o rizicích spojených s neuváženým vstáváním z lůžka. Tento den jsem také věnovala zvýšenou ošetrovatelskou péči ve smyslu uspokojování jeho základních potřeb. Ujistila jsem se, že pacient má v dosahu signalizační zařízení a že ho dokáže používat. Jednu stranu lůžka jsem zajistila postranicí, které jsem také využila s pacientem jako pomůcku při posazení. Upozornila jsem ale pacienta, že při jakémkoliv posazování či polohování je nutná přítomnost ošetřujícího personálu. Během služby k pádu ani poranění nedošlo, pacient se choval velmi zodpovědně a uváženě.

RIZIKO VZNIKU TROMBOEMBOLICKÉ NEMOCI /TEN/

Krátkodobý cíl

- pacient bude bez známek TEN (otok lýtky, bolest, barevné změny kůže)
- bude znát cviky na prevenci TEN a bude schopen je sám aktivně provádět
- jakékoli projevy TEN budou včas odhaleny

Plán ošetrovatelské péče

- kontrolovat funkčnost bandáží dolních končetin
- vysvětlit pacientovi důležitost aktivního cvičení jako prevence TEN
- obeznámit pacienta s nutností aktivního provádění cviků na lůžku
- aplikovat léky dle ordinace lékaře

Realizace a hodnocení

Již před operačním zákrokem bylo zahájeno podávání nízkomolekulárního heparinu dle ordinace lékaře jako prevence TEN. Dolní končetiny byly před

operací zabandážovány v souladu se standardy ošetrovatelské péče. Pacientovi jsem vysvětlila důležitost prevence TEN a poučila jsem ho o nutnosti procvičování dolních končetin na lůžku minimálně každé čtyři hodiny - kroužení chodidla, plantární flexe a extenze, střídavé natahování a pokrčování dolních končetin a prstů u nohou. Znamky TEN za po dobu mé služby neprojevíly, přiložené bandáže dolních končetin byly plně funkční.

RIZIKO VZNIKU INFEKCE Z DŮVODU ZAVEDENÉHO MOČOVÉHO KATETRU, INVAZIVNÍHO ŽILNÍHO VSTUPU A OPERAČNÍ RÁNY

Krátkodobý cíl

- včasné rozpoznání případných infekčních komplikací
- pacient je informován o dodržování hygienických zásad jako prevence vzniku infekce

Plán ošetrovatelské péče

- dodržovat aseptický přístup při převazech a manipulaci
- sledovat známky infekce místní i celkové
- sledovat místo vpichu i.v. kanyly
- převazy provádět dle potřeby
- udržovat uzavřený systém pro PMK, sledovat barvu a charakter moče
- podávat léky dle ordinace lékaře
- sledovat charakter a množství odváděných tekutin drény z operační rány
- dodržovat řádnou prevenci vzniku nozokomiálních nákaz a zabránit přenosu ošetrovatelským personálem
- informovat pacienta o nutnosti dodržování hygienických opatření

Realizace a hodnocení

Pacienta jsem informovala o nutnosti důkladného dodržování osobní hygieny a hygieny rukou. K veškerým úkonům jsem použila pomůcky a postupy shodné se standardy ošetrovatelské péče, vždy jsem postupovala asepticky. Dbala jsem na pravidelnou dezinfekci a mytí rukou, kdykoliv jsem pečovala o pacienta. Používala jsem jednorázové pomůcky, které jsem po použití zlikvidovala dle platných předpisů. Pravidelně jsem kontrolovala místo vpichu žilní kanyly, kontrolovala jsem operační ránu, stav PMK, pečovala jsem o drény, sledovala jejich odvodný sekret a celkový stav pacienta. Podávala jsem antibiotika dle ordinace lékaře, sledovala jsem tělesnou teplotu a projevy celkových známek infekce. Během mé služby k projevům infekce nedošlo, dodržela jsem veškeré postupy k prevenci vzniku infekce a nozokomiálních nákaz.

(Mikšovská, Froňková a Zajíčková 2006 ; Červinková a kol. 2006)

3.6. DLOUHODOBÝ PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

V průběhu celé hospitalizace bylo prioritou zabránit nepříznivým vlivům a komplikacím spojených s hospitalizací, invazivními zásahy a upoutáním na lůžko.

První pooperační den, byl pacient přeložen z JIP na standardní lůžkové oddělení. Dvě hodiny po operaci směl pacient čaj, první a druhý pooperační den, měl pacient dietu tekutou a bujón a třetí pooperační den stravu kašovitou. Střevní peristaltika byla obnovena 3. pooperační den, od 4. pooperačního dne měl pacient dietu č. 3 racionální stravu. Pacient byl schopen samostatného a dostatečného příjmu tekutin. Třetí pooperační den byly také odstraněny drény, močový katetr a periferní žilní katetr. Tromboembolická profylaxe Fragminem byla ukončena 5. pooperační den po plné mobilizaci pacienta. Po celou dobu hospitalizace jsme pravidelně kontrolovali vzhled a stav operační rány. Při převazu byl kladen důraz na dodržování hygieny a aseptických postupů, důležitých k prevenci vzniku

infekčních komplikací a nozokomiálních nákaz, které v případě vzniku, zásadně ovlivní průběh hospitalizace a pooperační rekonvalescence.

Při individuální rehabilitaci byl kladen důraz na prevenci vzniku TEN a brzkou vertikalizaci. Třetí pooperační den pacient zvládl samostatně chůzi kolem lůžka.

Nadále byly monitorovány fyziologické funkce, krevní tlak byl měřen třikrát denně a tělesná teplota byla měřena dvakrát za den. Léky byly podávány dle ordinace lékaře. Šestý pooperační den, byl pacient propuštěn do domácího ošetřování. V rámci histologického vyšetření byl prokázán relativně diferencovaný renální karcinom ze světlých buněk. Nebylo zjištěno postižení jiných tkání, ani infiltrace do lymfatického systému. Bylo zjištěno stadium T1N0M0, což značí velmi dobrou prognózu bez nutnosti zajišťovací chemoterapie. V rámci histologie byl též vyšetřen žlučník, kde byl prokázán těžký fibrózní zánět s chronickým abscesem.

Pacient byl lékařem informován o svém zdravotním stavu a edukován o dodržování léčebného režimu o plánu následné péče a o základních principech racionální výživy. Byl poučen o tom, aby do tří dnů po propuštění navštívil svého praktického lékaře. Byl objednan na kontrolu do urologické ambulance, kde mu bude sdělen výsledek histologického vyšetření.

3.7 PSYCHOLOGIE NEMOCNÉHO

Pacient je definován v Praktickém slovníku medicíny jako osoba v lékařské péči, jako léčící se nemocný člověk (Zacharová, Hermannová a Šrámková 2007). Pacientem se člověk nenarodí, ale stane se jím. Každý proces změny zdravého člověka na pacienta má svoji stránku patofyziologickou, psychologickou a sociální (Zacharová, Hermannová a Šrámková 2007). Nemoc znamená pro člověka mnoho změn v mnoha oblastech života, byť jen dočasných.

Někdy jsou tyto změny velmi nenadálé, rychlé a dramatické, což se týkalo i pana A. Pan A. šel na preventivní prohlídku a při vyšetření moče mu bylo zjištěna mikroskopická hematurie. Ještě ten samý den byl odeslán na urologii, kde mu po

sérii vyšetření, které trvaly přesně jeden den byla doporučena operace a sjednán termín. Tyto události potvrzují, že psychologický přístup zdravotníků k nemocným by se měl stát samozřejmostí.

S panem A. se velmi dobře komunikovalo. Byl velmi ochotný ke spolupráci, snažil se zodpovědět jakoukoliv moji otázku. I když již jednou prodělal onkologické onemocnění, byl plný energie a nepřipouštěl možnost, že by se nevrátil do práce a aktivního života. Na druhou stranu, velmi zodpovědně přistupoval k otázce změny životního stylu. Domluvili se s manželkou, že definitivně přestanou kouřit, protože i to podle něj mohlo přispět ke vzniku nemoci. Vzhledem k odstranění žlučníku se rozhodl jíst daleko zdravěji a dodržovat dietní opatření. Jeho rozhodnutí, naklonit se více ke zdravému životnímu stylu, jsem samozřejmě velmi podpořila.

O své diagnóze byl plně informován a souhlasil s okamžitým chirurgickým řešením. V mezidobí od stanovení diagnózy do operace prodělal žlučníkový záchvat a bylo mu doporučeno chirurgické řešení, které opakovaně odmítl. Nyní je rád, že odstranění žlučníku proběhlo současně s odstraněním ledviny, a ještě z jednoho řezu.

V nemocnici působil příjemným dojmem, byl velmi komunikativní a dobře spolupracoval jak s lékaři, tak s ošetřujícím personálem. Chtěl být co nejrychleji soběstačný a přál si jít rychle domů.

Výsledek histologického vyšetření, tedy potvrzení renálního karcinomu ve stádiu T1N0M0, byl pacientovi sdělen a vysvětlen ošetřujícím lékařem 11.den od operace při ambulantní kontrole. Přijal ho velmi klidně s tím, že to očekával. Byl lékařem obeznámen s prognózou, která je v jeho případě velmi dobrá.

Péče o psychickou pohodu

Po celou dobu hospitalizace chodili za panem A. návštěvy. Vedle rodinných příslušníků, i kamarádi a přátelé. Pacient byl na oddělení přijat s nádorem ledviny, o kterém nevěděl, jestli byl zhoubný nebo ne. Na výsledky histologie čekal se zájmem, nicméně byl rozhodnut situaci nevzdávat za žádnou cenu. K onemocnění přistupoval optimisticky a byl rozhodnut dodržovat zodpovědně veškeré doporučení lékařů a sester. Ve volném čase si četl a hovořil se spolupacienty,

luštil křížovky a sudoku, ale už se těšil na pohyb, který mu v nemocnici moc chyběl.

3.8. EDUKACE NEMOCNÉHO

Edukace znamená výchova pacientů s určitou chorobou. Umožňuje zvýšení zájmu péče pacienta o vlastní zdravotní stav a průběh choroby. (Vokurka a Hugo 2000). V současné době se stále více ukazuje, jak nezastupitelnou úlohu mají sestry právě v této oblasti.

Edukace pana A. byla zaměřena zejména na problematiku dodržování zásad zdravého životního stylu, na péči o operační jizvu a na důležitost dodržování pravidelných dispenzarizačních prohlídek. U pacienta se jednalo o druhé onkologické onemocnění v průběhu 15 let. Onemocnění nejsou v souvislosti. Proto jsem pacientovi doporučila změny ve smyslu zdravého životního stylu a to zejména ve stravování. Pacientovi byl odstraněn žlučník, takže by neměl mít v tomto smyslu v budoucnu problémy s běžnou stravou. Pacientovi jsem doporučila jsem radikální změny v jídelníčku : Především výrazné omezení masných výrobků a uzenin, jejichž konzumace byla u pana A. velmi nadměrná. Dále omezení živočišných tuků a jejich náhradení kvalitními rostlinnými produkty, např. kvalitním panenským olivovým olejem. Mléčné výrobky preferovat kysané a nízkotučné. Doporučila jsem konzumovat pouze lehce stravitelné maso, jako je drůbeží a králičí a ryby. Nejvhodnější úprava je vaření či dušení. Nahradit bílé pečivo pečivem celozrnným a v hojném množství konzumovat ovoce a zeleninu. Jídlo si rozdělit do několika menších porcí denně 6 – 8. Strava by měla být pestrá, často obměňovaná s dostatkem tekutin. Doporučila jsem též omezení množství konzumovaného alkoholu.

Pacient se rozhodl, že po návratu z nemocnice již nebude kouřit. Proto jsem pacienta upozornila na možnost navštívení specializované poradny pro odvykání kouření v Praze.

Dále jsem pacienta edukovala v oblasti péče o ránu. Po návratu domů ránu lehce sprchovat, nemydlit. Po dohojení provádět péči o jizvu. Okolí jizvy masírovat například měsíčkovou mastí, či sádlem. Po úplném zhojení je možné masírovat i jizvu.

Vzhledem k onkologickému onemocnění a vzhledem k tomu, že pacientovi zůstala pouze jedna ledvina, upozornila jsem pana A. na přizpůsobení svého životního tempa okolnostem. Doporučila jsem zvážení pracovního zatížení a upozornila jsem na rizika spojené s prací ve výškách a z možnými důsledky pádu. Pacientovi jsem vysvětlila, jak je pro něj důležitý v těchto dnech odpočinek a klidový režim.

Pacient při edukaci spolupracoval, aktivně se ptal na okolnosti, které mu nebyly úplně jasné. Uznal, že bude lépe nyní nějaký čas spíše odpočívat a více se šetřit. Velmi se zajímal o poradnu pro odvykání kouření, protože se bojí, zda bude mít pevnou vůli vydržet nekouřit sám bez cizí pomoci.

Pacient se nyní již těší domů a je odhodlán dodržovat veškerá lékařská i ošetrovatelská doporučení.

4.ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem zpracovala případovou studii pacienta s renálním karcinomem s T1N0M0, což značí velmi dobrou prognózu.

Sledovala a ošetřovala jsem ho v průběhu jeho hospitalizace na urologickém oddělení, která trvala 8 dní. Při jeho pobytu nenastaly žádné komplikace.

Při propuštění do domácího ošetřování byl jeho stav dobrý. Pacient byl plně soběstačný. Ošetřujícím lékařem byl upozorněn na nutnost důsledného dodržování léčebného klidového režimu a o potřebě pravidelných kontrol. Byl poučen o tom, aby do tří dnů po propuštění navštívil svého praktického lékaře a do jednoho měsíce navštívil ambulantního urologa v místě bydliště. Byl seznámen s prognózou svého onemocnění. Pacient byl s péčí na oddělení velmi spokojen. S panem A.V. se mi velmi dobře spolupracovalo. Jeho přístup k řešení jeho zdravotního stavu byl aktivní a pan A. byl velmi pozitivně naladěný.

POUŽITÁ LITERATURA

- Babjuk, Marko, Michaela Matoušková, a Jaroslav Novák. *Doporučené diagnostické a léčebné postupy u urologických nádorů*. Praha: Galén, 2003
ISBN 80 - 7262 - 233 - 1
- Červinková, Eliška, a kol. *Ošetrovatelské diagnózy*. Brno: NCO NZO, 2006
ISBN 80-7013-443-7
- Doenges, Marilyn E, a Mary Frances Moorhouse. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 1999 ISBN 80-7169-294-8
- Dvořáček, Jan, Marko Babjuk, a et al. *Onkourologie*. Praha: Galén, 2005
ISBN 80-7262-349-4
- Dylevský, Ivan. *Somatologie*. Olomouc: Epava, 2000 ; ISBN 80 - 86297 - 05 - 5
- Farkašová, Dana a kolektiv. *Ošetrovatelství - teorie*. Martin: Osveta, 2006
ISBN80-8063-227-8
- Kawaciuk, Ivan. *Urologie*. Jinočany: H&H, 2000 ; ISBN 80-86022-60-9
- Kozierová, Barbara, Glenora Erbová, a Rita Olivieriová. *Ošetrovatel'stvo I*. Sv. 1. 2 sv. Martin, Slovensko: Osveta, 1995; ISBN 80-217-0528-0
- Linc, Rudolf, a Alena Doubková. *Anatomie hybnosti*. Sv. II. Praha: Karolinum, 1999 ; ISBN 80-7184-836-0
- Mikšovská, Zdeňka, Marie Froňková, a Marie Zajíčková. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. Praha: Grada Publishing, 2006 ; ISBN 80-247-1443-4
- Rokyta, Richard, a kol. *Fyziologie*. PRAHA: ISV, 1999
ISBN 80 - 85866 - 45-5
- Staňková, Marta. *České ošetrovatelství 6, Hodnotící a měřící techniky v praxi*. Brno: NCO NZO, 2006 ; ISBN 80-7013-323-6
- Trachtová, Eva, a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: NCO NZO, 2006
ISBN 80-7031-324-4
- Vokurka, Jan, a Jan Hugo. *Praktický slovník medicíny*. Praha: MAXDORF, 2000 ISBN 80-85912-38-4
- Zacharová, E., M. Hermannová, a J. Šrámková. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2007 ; ISBN 978-80-247-2068-5

SEZNAM ZKRATEK

a.	arterie
ALP	alaninaminotransferáza
ALT	alkalická fosfatáza
amp.	ampule
ASA	kvalifikace American Society of Anesthesiologists
AST	aspartátaminotransferáza
BMI	Body Mass Index
cm	centimetr
CNS	centrální nervový systém
CT	výpočetní tomografie
č.	číslo
Dg.	diagnóza
ECT	extracelulární tekutina
EKG	elektrokardiogram
FW	sedimentace
G	glukóza
g	gram
GMT	gamaglutamyltransferáza
hod.	hodin
i.m.	intramuskulárně
i.v.	intravenózní
j.	jednotka
JIP	jednotka intenzivní péče
kol.	kolektiv
KPR	kardiopulmonální resuscitace
min.	minut
mg	miligram
ml	mililitr
mm	milimetr
NANDA	Severoamerická asociace pro ošetrovatelskou diagnostiku
např.	například

ORL	otorhinolaryngologie
p.o.	per os
PMK	permanentní močový katetr
RTG	radiodiagnostické vyšetření
s.c.	subkutánně
TEN	tromboembolická nemoc
Tbl.	tableta
TF	tepová frekvence
TK	krevní tlak
TT	tělesná teplota
VAS	vizuální analogová škála

SEZNAM PŘÍLOH:

1. Ošetřovatelská anamnéza a plán ošetřovatelské péče
2. Barthel test – test základních všedních činností

Ošetrovatelský záznam

Jméno a příjmení : A.V.
 Věk : 60 let
 Vyznání : -
 Povolání : klamník, levičák, smarobník
 Národnost : česka
 Osoba, kterou lze kontaktovat : manželka
 Oslovení : pan A.
 Datum přijetí : 11. ledna 2009
 Hlavní důvod přijetí : plánovaná operace
 Datum a kam propuštěn : přijetím 11. 1. 2009 domů

- Lékařská diagnóza:
 1. relativní souzřemí ok.
 2. glaukom
 3.
 4.

Jak je nemocný informován o své diagnóze? Průběh na Neurologii a ORL, kde je konzultována, pro malou mírnější kataraktu v (max.) je plně informován a velmi aktivním člověkem
 Osobní anamnéza : často dlouhá nemoc, v r. 1993 relaps glaukoma, později ok. předána na ORL, glaukom - porušená dobažít na oči vrtání

Rodinná anamnéza. ok. relaps v 90 letech u otce, matka slepota, chudnutí, děti relaps

Vyšetření. Fyziologus' vyšetření, RTG STP, sanna kůže, CT vyšetření kůže, kompletní krevní obraz, EKG, KO, vyšetření močového sedimentu, vyšetření moči, Tg, P, Tl, EKG

Terapie. Causedol gls. - kape 1x denně, má se řešit jiné léky nemoc

Důležité informace o stavu nemocného: GLAUKOM
=> nevolat parasympolytika a ~~para~~ sympatolymetika

Alergie : jídlo Ne Ano pokud ano, které.....
 Léky Ne Ano pokud ano, které.....
 Jiné Ne Ano pokud ano, které.....

Nemocný má u sebe tyto léky : *Carbocel glu. -ocní kapky*

Je poučen, že je nemá brát Ano Ne
Jak je má brát Ano Ne

Psychický stav (vědomí, orientace, neklid, nálada).....
*Pan A. je orientován. Strach předem je malý.
Lékařem je velmi dobře spolupracoval a je optimistický
maladiv. Křiv je rozumný a čestný.*

Sociální situace (bydlení, příbuzní, kontakt se sousedy, sociální pracovníci...)
*Bydlí v manželstvu a dvěma dospělými dětmi, v
sedmém domě a kádrovém na rovinu.*

Jak pacient vnímá svou nemoc a hospitalizaci, co očekává :

1. Proč jste přišel do nemocnice (k lékaři) ? *Byl doporučen k ORL,
5. 10. byl na spáchtat a byla vyšetřována nemoc na H. ledna*
2. Co si myslíte, že způsobilo vaši nemoc? *Neví*
3. Změnila tato nemoc nějak váš způsob života? Pokud ano, jak?
„samotářství, je to všechno moc spole“; bude muset reformovat životní styl
4. Co očekáváte, že se s Vámi v nemocnici stane?
„bude odleze a pak se snad uzdravím“
5. Jaké to pro Vás je být v nemocnici?
racijí je doma
6. Jak dlouho tu podle Vás budete?
Pan A. předpokládá, že asi týden
7. S kým doma žijete? Je na Vás někdo závislý?
Žije v manželstvu a dětem, šel pan je dospělí.
8. Kdo je pro Vás nejdůležitější (nejbližší) člověk?
Manželka a děti rodiny
9. Jaký dopad má vaše přijetí do nemocnice na Vaši rodinu?
Je v muni' sluzet a firmu sama.
10. Může Vás někdo z rodiny (nebo blízkých) navštěvovat?
Předpokládá, že máti roztoku.
11. Co děláte rád ve volném čase?
Radl aktivně odpočívá, vyhledá si malý les, rád pracuje v dřevě
12. Jak očekáváte, že se vám bude po propuštění doma dařit?
*Předpokládá, že bude muset vyjít určitá část,
muže bude vše odpočívá. Má děti adkem, a i partu
si vyhledá se v mu bude dává dává.*

Specifické základní potřeby

1. Pohodlí, odpočinek, spánek

a) Bolest / nepohodlí

- Pociťujete bolest nebo něco nepříjemného? Ano Ne
pokud ano, upřesněte.....

- Měl jste bolest nebo jiné nepříjemné potíže už před přijetím? Ano Ne
pokud ano, upřesněte.....

- Na čem je bolest závislá?.....

- Co jste dělal pro úlevu bolesti (obtíží)?.....

- Došlo po naší léčbě k úlevě? Úplně Částečně Ne

- Pokud budete mít u nás bolesti/ potíže, co bychom mohli udělat pro jejich zmírnění? *Podle toho jaké symptomy vyjádří podle bolesti*.....

Hodnocení sestry : *Pan A. v době vyšetření dle příznaků bolesti nepot.*.....

b) Odpočinek /spánek

- Máte nějaké obtíže se spánkem nebo odpočinkem od té doby, co jste přišel do nemocnice? Ano Ne
pokud ano, upřesněte.....

- Měl jste potíže i doma? Ano Ne

- Usínáte obvykle těžko? Ano Ne

- Budíte se příliš brzy? Ano Ne
pokud ano, upřesněte.....

- Co podle Vás způsobuje Vaše potíže?.....

- Máte nějaký návyk, který Vám pomáhá lépe spát?.....

- Berete doma léky na spaní? Ano Ne
pokud ano, které.....

- Zdřímnete si i během dne? Jak často a jak dlouho? *Když máš hodně náročnou dobu, podle toho jaké symptomy máš, ať "stálo má co dělat".*.....

Hodnocení sestry: *Pan A. v domě má obtíže 1-10 hodin denně. Nemoci se neprotiví*.....

2. Osobní péče

- Můžete si všechno udělat sám? Ano Ne

- Potřebujete pomoc při umytí? Ano Ne

- Potřebujete pomoc při čištění zubů? Ano Ne
- Máte obvykle kůži **suchou** **mastnou** **normální**
- Pokud máte problémy, jak si ošetřujete doma pleť? *Pokud má... pocit suché pleti, maže si ji krémem na suché řadivo*
- Potřebujete pomoc při koupání? Ano Ne
- Kdy se obvykle koupete? **ráno** **odpoledne** **večer** je to jedno

Hodnocení sestry: *Pan A. je upravený, ejnost dává o vlastní hygienu. Sse předcházel, že n propuštění období bude poskytnut pomoc a školení vzhledem k vlastní hygieny.*

3. Bezpečí

a) lokomotorické funkce

- Máte potíže s chůzí? Ano Ne
pokud ano, upřesněte.....
- Měl jste potíže s chůzí už před přijetím? Ano Ne
pokud ano, upřesněte.....
- Řekl Vám zde v nemocnici někdo, abyste nechodil? Ano Ne
pokud ano, upřesněte.....
- Očekáváte nějaké problémy s chůzí po propuštění? Ano Ne **Nevím**
pokud ano, jak očekáváte, že je zvládnete?.....

b) zrak

- Máte nějaké potíže se zrakem? **Ano** Ne
pokud ano, upřesněte. *leží u... a glaukomem, je sledován na oční klinice, kape kapky do očí, krev má u ruce*
- Nosíte brýle? **Ano** Ne *na čtení*
pokud ano, máte s nimi nějaké problémy? *nemá*

c) sluch

- Slyšíte dobře? Ano **Ne**
- Pokud ne, užíváte naslouchadlo? Ano **Ne**
- Jak jinak si pomáháte, abyste rozuměl? *Nemá u... a o nej. brýle, sluchové pomůcky a pomalu.*

Hodnocení sestry: *Pan A. podle o sluchu nemá, leží u... a glaukomem a je pravidelně sledován na oční klinice a pomalu.*

4. Strava/dutina ústní

- a) Jak vypadá váš chrup? **dobrý** vadný
- Máte zubní protézu? **horní** **dolní** **žádnou**
- Dělá Vám stav Vašeho chrupu při jídle potíže? Ano **Ne**
pokud ano, upřesněte.....

- Máte rozbolavělá ústa? **Ano** Ne
pokud ano, ruší Vás to při jídle?.....

b) Myslíte, že máte tělesnou váhu přiměřenou? Ano **Ne**
- pokud vyšší (o kolik?).....
- Pokud nižší (o kolik?).....

c) Změnila se Vaše váha v poslední době? **Ano** Ne
- pokud ano, o kolik kg jste zhubnul.....přibral.....

d) Změnila nemoc Vaši chuť k jídlu? **Ano** Ne
- Co obvykle jíte? Pan A. se neponavuje na vyžítka v jídle, má rád mléko.
- Je něco, co nejíte? **Ano** Ne
- Pokud ano, co a proč?.....

- Máte zvláštní dietu? **Ano** Ne
- Pokud ano, jakou?.....

- Měl jste nějakou dietu, než jste přišel do nemocnice? **Ano** Ne
- Pokud ano, upřesněte.....
- Co by mohlo Váš problém vyřešit?.....

- Čekáte, že po návratu z nemocnice budete mít speciální dietu? Ano **Ne**
- Pokud ano, očekáváte, že ji budete schopen dodržovat?
Budu se snažit dodržet si režim, pokud bude možná.

Hodnocení sestry: Pan A. má špatnou chuť, jí mléko, dříve se dříve neponavuje, na peristaltiku a nemocnici se chvilu aplikoval doma rovněž režim.

5. Tekutiny

- Změnil jste příjem tekutin , od té doby, co jste onemocněl?

Zvýšil snížil nezměnil

- Co rád pijete?

vodu

mléko

ovocné šťávy

kávu

čaj

nealkoholické nápoje

- Co nepijete rád?.....

- Kolik tekutin denně vypijete? Polovina k litru

- Máte k dispozici dostatek tekutin? Ano **Ne**

Hodnocení sestry: Pan A. doma vypije polovinu z litru tekutin, není vyživující, má rád i obvyklé nápoje.

6. Vyprazdňování

a) Střeva

- Máte obvykle normální stolici zácpu průjem
- Jak často chodíte obvykle na stolicí? *každý den*
- Kdy se obvykle vyprazdňujete? *radu*
- Berete projímadlo? pravidelně často příležitostně nikdy
- Pomáhá Vám něco, abyste se vyprázdnil? Ano Ne
Pokud ano, co je to? *sušené ovoce*
- Máte nyní problémy se stolicí? Ano Ne
Pokud ano, jak by se daly řešit?

b) Močení

- Měl jste potíže s močením před příchodem do nemocnice? Ano Ne
Pokud ano, upřesněte.....
Jak jste je zvládal/a?.....
- Co by Vám pomohlo řešit potíže s močením v nemocnici?.....
- Očekáváte potíže s močením po návratu z nemocnice? Ano Ne
Pokud ano, myslíte, že to zvládnete?

Hodnocení sestry: *Pan A. se doma vyprazdňuje pravidelně, s močovým problémem nemá. Přijal doporučení, jak se bude s vyprazdňováním sblížit po operaci, neodchází na pravidelné návštěvy.*

7. dýchání

- Měl jste před onemocněním nějaké problémy s dýcháním? Ano Ne
Pokud ano, upřesněte.....
- Měl jste potíže před příchodem do nemocnice? Ano Ne
Pokud ano, upřesněte.....
Jak jste je zvládal?.....
- Máte nyní potíže s dýcháním? Ano Ne
Pokud ano, co by Vám pomohlo?.....
- Očekáváte, že budete mít potíže po návratu domů? Ano Ne Nevím
Pokud ano, zvládnete to?.....

- Kouříte? Ano Ne
Pokud ano, kolik? *Dávce 40 cigaret denně, sedm z nich je 10 cigaret*

Hodnocení sestry: *Pan A. problémy s dýcháním nemá, chce se řídit lékařem*

8. Kůže

- Pozorujete změny na kůži? Ano Ne
- Svědí Vás kůže? Ano Někdy

Hodnocení sestry: *Kůže jen A. je ke měji, pavní a kůže.*

9. Aktivita, cvičení, záliby

- Chodíte do zaměstnání? Ano Ne
Pokud ano, co děláte?..... *klauzury, práce, má malou firmu a gym*

- Máte potíže pohybovat se v domácnosti? Ano Ne

- Máte doporučeno nějaké cvičení? Ano Ne
Pokud ano, upřesněte..... *" má chodí pohyb a pedic "*

- Víte, jaký je Váš pohybový režim v nemocnici? Ano Ne

- Jaké máte záliby, které by Vám vyplnily volný čas v nemocnici?.....

- *čtení knih, turistika, práce, sudoku*
- Můžeme něco udělat v jejich uskutečnění? ... *ne*

Hodnocení sestry: *Pan A. je velmi aktivní, a nemocnici si bude mohl dělat u čtení knih a sudoku.*

10. Sexualita (otázky závisí na tom, zda pacient považuje za potřebné o tom mluvit)

- Způsobila Vaše nemoc nějaké změny ve Vašem pohlavním životě? Ano Ne
Pokud ano, upřesněte.....

- Očekáváte, že se Váš pohlavní život změní po odchodu z nemocnice? Ano Ne
Pokud ano, upřesněte.....

Hodnocení sestry: *Neponěvřela jsem pohlaví kvůli tomu o panu A. na jeho kóma.*

Různé

- Jakou školu jste ukončil? *gymnium klauzura*

- Očekáváte, že se po odchodu z nemocnice změní Vaše role manžela (manželky), otce (matky), nebo jiné sociální vztahy? Ano Ne
Pokud ano, upřesněte.....

- Jak velká je Vaše rodina? *počet a velikost rodiny, práce a občas je rád že má svou rodinu*
- S kým společně žijete? *manželka, 2 děti*
- Kdo se o Vás může postarat? .. *manželka a manžel a 2 děti poměry*

- V jakém bytě žijete? *V domku se zahrádkou na venku*
- Máte dostatek informací o Vašem léčebném režimu? **Ano** **Ne**
- Máte dostatek informací o nemocničním režimu? **Ano** **Ne**
- Máte nějaké specifické problémy týkající se Vašeho pobytu v nemocnici? *ne*
- Chcete mi ještě něco říci, co by nám pomohlo v ošetrovatelské péči? *ne*



Hodnocení sestry: *Pan A. je příjemný, v rodině velmi spokojen. S ošetrovatelkou a lékařskou péčí je spokojen. "Někdy jsou na něj trochu" a má dostatek informací*



Jak sestra nemocného souhrnně vidí

Snadno odpovídá ✓	Odpovídá váhavě
Neptá se	Mlčenlivý
Hovorný ✓	Spolupracuje ✓
Úzkostlivý	Vyděšený
Nejistý	Nedůvěřivý
Rozzlobený	Smutný
Rychle chápe ✓	Pomalu chápe
Nechápavý	Aktivní ✓
Přízpůsobivý ✓	Nepřízpůsobivý
Psychicky stabilní ✓	Psychicky labilní
Dobře se ovládá	Špatně se ovládá

Shrnutí závěrů důležitých pro ošetrovatelskou péči:

*Panem A. je velmi dobře spoluprací, je velmi aktivní, přizpůsobivý. Má dobré rodinné vztahy a zájem. Má u nás každý den, bere si sám kafe. Má glaukom!!!
 Iste předváděl v penultimé prezentaci duce jemu a jeho ukyje.
 Pan A. je příjemný, je o něm dobře komunikace. Již několik hodin již dostatek (má psychické) díky o možnosti upřednostni na podání mlce. Raději by se hodil činu a doprce na kvalitě.
 Velmi rád by předal kufřík a rád by se odměnilo sítmi slyší, zejména v oblohy.*

Datum	Ošetrovateľská diagnóza	Ciele (krátkodobé, dlhodobé)	Plán ošetrovateľské péče	Efekt poskytnutú péče	Podpis sestry
12/1/09	Bolest v mláči Operatívne zobrazenie v oblasti obrazového výkonu	<ul style="list-style-type: none"> - pacient chápe pôsobenie svojho bolesti - pacient vedie k užívaniu analgetík podľa potreby - pacient vedie k užívaniu NAB do potreby - pacient vedie k užívaniu podstupov v. 3 	<ul style="list-style-type: none"> - spísiť pránu k užívaniu bolesti a analgetík - sledovať peristaltiku - sledovať intenzitu bolesti - informovať o možnosti užívania príjmu - podľa analgetík podľa potreby - sledovať vývoj procedúr analgetík - akceptovať porušenie pravidel príjmu, príjmu príjmu - príjmu 	<p>Podarilo sa zobraziť mláču. Pacientovi je poskytnutá analgetická liečba. Pacient je informovaný o možnosti užívania príjmu podľa potreby. Pacient vedie k užívaniu analgetík podľa potreby. Pacient vedie k užívaniu príjmu podľa potreby. Pacient vedie k užívaniu príjmu podľa potreby.</p>	
12/1/09	Zmny FF a dýchacích funkcií	<ul style="list-style-type: none"> - monitorovať stav FF - podľa potreby - FF podľa potreby - podľa potreby - podľa potreby 	<ul style="list-style-type: none"> - monitorovať FF podľa potreby - podľa potreby - podľa potreby - podľa potreby - podľa potreby - podľa potreby - podľa potreby - podľa potreby 	<p>FF sledovaný podľa potreby. Pacient vedie k užívaniu analgetík podľa potreby. Pacient vedie k užívaniu príjmu podľa potreby. Pacient vedie k užívaniu príjmu podľa potreby. Pacient vedie k užívaniu príjmu podľa potreby.</p>	

Datum	Ošetrovateľská diagnóza	Ciele (krátkodobé, dlhodobé)	Plán ošetrovateľské péče	Efekt poskytnuté péče	Podpis sestry
22/1/09	Prucha megaly húst v prsných a operatívne Dlham hrdla	- potm' odobrad mery'ca infekcie bakteri' v duti prsa' so'by - pacient neprijíe kľud naba n'ozri' a n'arúba inervide p'lyhu	- kontrolovať právu a dĺžku p'p'ach' so'by - sledovať d'rž a jejich funkciu - sledovať n'ub' p'vica infekcie n'by n' jejich n'by' - vypracovať p'í o 'n'ozri' n'by	Pracovník p'ru seda nepočuje sleu' n'by' p'ru so'by a n'ozri' a chabúce n'ub'la, d'ž' je odobrad a n'ozri' so'by. Operatívne reparácie, d'ž' n'ub'ly p'ru n'ozri' n'ub' a n'ozri' n'ub' je n'ub'. Pracovník p'ru p'ru so'by p'ru n'ub'ly p'ru n'ub'ly p'ru.	
22/1/09	Omara' n'ozri' v p'ru'by p'ru n'ub' v d'ž' n'ub'ly n'ub'ly	- pacient p'ru n'ub' o n'ub' n'ub'ly n'ub' n'ub'ly - pacient n'ub' n'ub'ly p'ru n'ub'ly p'ru n'ub'ly	- Rhočenie d'ž' n'ub'ly n'ub' n'ub'ly n'ub' - p'ru n'ub' n'ub'ly, n'ub' je n'ub'ly n'ub' - n'ub'ly n'ub' n'ub'ly n'ub' n'ub'ly n'ub' n'ub'ly n'ub'	Nub'ly n'ub' n'ub'ly n'ub' n'ub'ly n'ub' n'ub'ly n'ub' n'ub'ly n'ub' n'ub'ly n'ub' n'ub'ly n'ub' n'ub'ly n'ub' n'ub'ly n'ub' n'ub'ly n'ub'	

Datum	Ošetrovateľská diagnóza	Ciele (krátkodobé, dlhodobé)	Plán ošetrovateľské péče	Efekt poskytnuté péče	Podpis sestry
				<p>a podľa svojho Sformulovať ciele mať pocit že som čas a som to som Pacient máť všetky potreby v oblasti fyzickej a psychologickej.</p>	<p>Lee.</p>
14/1/09	<p>Riziko poranení a pádu v súvislosti so zmenou v analógi.</p>	<p>- Pacient nevykazuje ani se nepáda - Pacient si podtrhuje riziko pádu a jeho obmedzenia</p>	<p>- Vypracovať plán ošetrovateľskej a zdravotníckej - Vyššie sa, kde má pacient a dnu vypracovať svedky - Režim pacienta podľa potreby - Pomoc pacientovi a rodinici - Režim podľa potreby</p>	<p>Pracovník som pacienta. Pacient vypracoval a vypracoval sa eda má a dnu vypracoval, pacient a má sa vypracovať. Jedna dnu jedna dnu Pacienta. Pacient som pacienta so pacienta. Pacient má všetky potreby a potreby má podľa, pacient a dnu má vypracovať</p>	<p>Lee.</p>

Datum	Ošetřovatelská diagnóza	Cíle (krátkodobé, dlouhodobé)	Plán ošetřovatelské péče	Efekt poskytnuté péče	Podpis sestry
22/1/09	Přechod nervová somatoneurologická nemoc (TER)	<ul style="list-style-type: none">- pacient bude bez průjemů TER- bude snázt emy na pultu TER a bude schopna je sám eliminovat pomocí- jíst 3x denně po jídle TER a dle potřeby odlehčit	<ul style="list-style-type: none">- udržet pacienta bez průjemů TER- vyhodnotit pacienta dle schopnosti eliminovat průjem pomocí TER- edukovat pacienta o nutnosti odstranit průjem pomocí- aplikovat léky dle indikace	<p>Kontrola jím kontrola polohy kontrola PR.</p> <p>Pacient jím specifika ošetřovat průjemů' pomocí obvlasti lůžka, nutričního léků k léčbě. Specifika jím léků dle léků dle léků. Specifika TER a léků dle specifika, jím specifika</p>	Lem.

Datum	Ošetrovateľská diagnóza	Ciele (krátkodobé, dlhodobé)	Plán ošetrovateľské péče	Efekt poskytnuté péče	Podpis sestry
14/1/09	<p>Riziko úrazu infekcie a ototochu spojené so zhoršenou imunitou a poruchou sekrécie</p>	<ul style="list-style-type: none"> - riziko úrazu spojené so zhoršenou imunitou a poruchou sekrécie - riziko ototochu spojené so zhoršenou imunitou a poruchou sekrécie 	<ul style="list-style-type: none"> - dodržovanie hygieny - podpora poľnohospodárskeho a morálneho - sledovanie stavu - riziko úrazu spojené so zhoršenou imunitou a poruchou sekrécie - riziko ototochu spojené so zhoršenou imunitou a poruchou sekrécie 	<p>Priehľadnosť pľúc, normálna dýchacia frekvencia a normálna teplota</p>	
	<p>Poruchy pohybového aparátu spojené so zmenami v krvných parametroch a poruchou krvného obehu</p>	<ul style="list-style-type: none"> - riziko porúch pohybového aparátu spojené so zmenami v krvných parametroch a poruchou krvného obehu 	<ul style="list-style-type: none"> - sledovanie krvného tlaku - dodržovanie liečebného režimu - riziko porúch pohybového aparátu spojené so zmenami v krvných parametroch a poruchou krvného obehu 	<p>Normálna krvný tlak, normálna dýchacia frekvencia a normálna teplota</p>	
	<p>Riziko úrazu spojené so zmenami v krvných parametroch a poruchou krvného obehu</p>	<ul style="list-style-type: none"> - riziko úrazu spojené so zmenami v krvných parametroch a poruchou krvného obehu 	<ul style="list-style-type: none"> - sledovanie krvného tlaku - dodržovanie liečebného režimu - riziko úrazu spojené so zmenami v krvných parametroch a poruchou krvného obehu 	<p>Normálna krvný tlak, normálna dýchacia frekvencia a normálna teplota</p>	
	<p>Riziko úrazu spojené so zmenami v krvných parametroch a poruchou krvného obehu</p>	<ul style="list-style-type: none"> - riziko úrazu spojené so zmenami v krvných parametroch a poruchou krvného obehu 	<ul style="list-style-type: none"> - sledovanie krvného tlaku - dodržovanie liečebného režimu - riziko úrazu spojené so zmenami v krvných parametroch a poruchou krvného obehu 	<p>Normálna krvný tlak, normálna dýchacia frekvencia a normálna teplota</p>	

Datum	Ošetrovateľská diagnóza	Ciele (krátkodobé, dlhodobé)	Plán ošetrovateľskej péče	Efekt poskytnuté péče	Podpis sestry
			<p>Príprava pacienta a mužov: obličkových bytových jednotiek</p>	<p>Príprava pacienta jeva sa možnosť obstaranie dieťaťa program. Príprava jeva krolomni PHK, Akcia sôm a dieťa, Mária opina Právi kôž a Práda jeva Celosť Mno prichádza pozis vlyča svedob íspku. Práda jeva Právi kôž a faraceni roan íspku. Práda jev íspku. Práda jev íspku.</p>	