

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství



Jana Bukovská

Ošetřovatelská péče o pacienta s karcinomem prostaty po robotické radikální prostatektomii

*Nursing care of the Patient with prostate cancer after
Robotic Radical Prostatectomy.*

Bakalářská práce

Praha, červen 2014

Autor práce: Jana Bukovská

Studijní program: Ošetrovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **Mgr. Jana Holubová**

Odborný konzultant: **MUDr. Ondřej Kaplan**

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

Předpokládaný termín obhajoby: červen 2014

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 bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3. LF UK jsou totožné.

V Praze dne

Podpis

Na tomto místě bych ráda poděkovala MUDr. Ondřeji Kaplanovi za odborné vedení, cenné rady a připomínky ke klinické části práce a paní Mgr. Janě Holubové za odborné vedení a cenné rady k ošetrovatelské části mé bakalářské práce.

Obsah

Úvod.....	6
1. Anatomie prostaty.....	7
1.1 Stavba prostaty	7
1.2 Funkce prostaty	8
1.3 Patologie prostaty.....	8
2. Karcinom prostaty – patologie a patofyziologie.....	9
2.1 Epidemiologie	9
2.2 Symptomatologie	10
2.3 Diagnostika Ca prostaty	10
2.3.1 Klasifikace adenokarcinomu.....	13
2.3.2 Prognóza Ca prostaty	14
2.3.3 Léčba Ca prostaty	14
2.3.3.1 Konzervativní léčba.....	15
2.3.3.2 Chirurgická léčba – roboticky asistovaná radikální prostatektomie..	15
3. Nemocniční farmakoterapie.....	18
3.1 Před operací.....	18
3.2 Po operaci.....	21
4. Hospitalizace.....	23
4.1 Anamnéza.....	23
4.2 Průběh hospitalizace.....	24
5. Ošetrovatelská část	29
5.1 Ošetrovatelský proces	29
5.1.1 Ošetrovatelský model fungujícího zdraví podle Marjory Gordon.....	30
5.2 Ošetrovatelská anamnéza 3. den hospitalizace	32
5.3 Ošetrovatelské diagnózy stanovené ke třetímu dni hospitalizace	35

5.3.1	Aktuální diagnózy.....	36
5.3.2	Potencionální diagnózy.....	39
5.4	Dlouhodobý plán péče.....	43
5.5	Edukace.....	44
5.6	Psychologické hodnocení.....	46
5.6.1	Psychologický přístup k onkologicky nemocným.....	47
	Závěr.....	48
	Summary.....	49
	Abstrakt.....	50
	Použité zdroje.....	51
	Seznam zkratk.....	53
	Seznam tabulek.....	55
	Seznam příloh.....	56

Úvod

Téma své bakalářské práce „Ošetrovatelská péče o pacienta s karcinomem prostaty po robotické radikální prostatektomii“ jsem si vybrala pro zájem o obor urologie. Hlavním záměrem je zpracování případové studie u pacienta X. Y.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části. Část klinickou a ošetrovatelskou. V klinické části bakalářské práce se věnuji anatomickému popisu prostaty, patofyziologii - nádory prostaty, diagnostice a terapii karcinomu prostaty a robotickému operačnímu systému da Vinci. V závěru klinické části jsou uvedeny údaje o nemocném a průběh hospitalizace.

Druhá část bakalářské práce je zaměřena na ošetrovatelskou péči, ve které se nejprve zabývám teorií ošetrovatelského procesu, dále pokračuji zpracováním ošetrovatelské anamnézy podle Marjory Gordonové. Část bakalářské práce je věnována i ošetrovatelskému plánu s aktuálními a potencionálními diagnózami, kde jsem se zaměřila na cíl diagnózy, plán péče, realizaci a hodnocení poskytnuté péče.

V závěru bakalářské práce je uveden dlouhodobý ošetrovatelský plán, zhodnocen psychický stav nemocného a edukace pacienta.

K bakalářské práci je připojen seznam zkratk, literatura a přílohy.

1. Anatomie prostaty

Prostata (předstojná žláza) je přídatná pohlavní žláza muže, jejíž sekret je součástí ejakulátu. Fyziologicky je prostata kulovitého tvaru, váží zhruba 20 gramů, je uložena pod močovým měchýřem a jako prstenec obkružuje močovou trubici. Je vklíněná do prostoru mezi konečníkem a stydkou kostí, její apex naléhá na pánevní dno a baze tvoří spodinu močového měchýře. [2]

1.1 Stavba prostaty

Předstojná žláza je svalově žláznatý orgán, který je tvořen 30 – 50 tuboalveolárními žlázkami, obklopenými vazivovým stromatem a hladkou svalovinou. Vývody žlázek ústí do močové trubice. Na povrchu je krytá vazivem, které je opředené sítí cév a nervů.

Prostata během embryologického vývoje vzniká z 5 laloků: předního, středního, zadního, levého a pravého. Postupně srůstají a v dospělosti muže zcela splynou. Rozdělení prostaty podle McNeala na tři zóny:

1. *Periferní zóna* – zahrnuje tu část prostaty, která je uložena zevně pod vazivovým pouzdem. Epitel žlázek pochází z urogenitálního sinu. Je největší, tvoří 65 % předstojné žlázy. Tato zóna je nejčastějším místem vzniku karcinomů prostaty.
2. *Centrální zóna* – se nachází kolem ejakulačních vývodů. Epitel jejích žlázek pochází z Wolffova vývodu i z urogenitálního sinu. Tvoří 25% objemu prostaty.
3. *Tranzitorní (přechodná) zóna* – Obklopuje prostatickou část močové trubice. Tvoří 5 % předstojné žlázy. Ve vyšším věku je místem vzniku benigní hyperplazie prostaty [4]

1.2 Funkce prostaty

Prostatické žlázy produkují sekret, který se při ejakulaci mísí se spermiemi a tvoří 15 – 30% ejakulátu. Samotný sekret prostaty je bezbarvá tekutina, se slabě kyselou reakcí (pH 6,4). Obsahuje bílkoviny, hlavně imunoglobuliny, proteázy, kyselou fosfatázu a prostatický specifický antigen, polyaminy (spermidin a spermin), kyselinu citronovou, prostaglandiny a zinek. Prostatický specifický antigen a proteázy udržují sperma dostatečně řídké, pohyblivost spermií zvyšují spermin a spermidin, svalovinu dělohy stimulují prostaglandiny, kyselina citronová ve formě citrátů slouží jako pufr. Metabolismus testosteronu ovlivňuje zinek. Ke správné funkci potřebuje prostata vliv androgenů (mužských pohlavních hormonů) především testosteron. Bez nich produkce sekretu ustává a postupně involuje.

1.3 Patologie prostaty

Mezi nejčastější onemocnění prostaty řadíme BHP (benigní hyperplazie prostaty), zánětlivá onemocnění prostaty a karcinomy.

2. Karcinom prostaty – patologie a patofyziologie

„Nejčastějším histologickým nálezem je adenokarcinom s různým stupněm diferenciací buněk. Adenokarcinom tvoří více než 95 % maligních nádorů prostaty. Adenokarcinom prostaty vzniká z epitelálních buněk prostatických acinů (acinární karcinom) nebo vzácněji ve velkých periuretrálních prostatických vývodech (duktální karcinom). Mezi další vzácné varianty karcinomu prostaty patří např. mucinózní karcinom, malobuněčný karcinom, karcinom z prstěncitých buněk, adenoidně bazocelulární karcinom, sarkomatoidní karcinom či karcinom z přechodního epitelu.“¹

2.1 Epidemiologie

Karcinom prostaty je onemocnění s celosvětově rostoucím počtem nově zachycených případů. Podle statistických údajů je nejčastějším nádorovým onemocněním mužů v rozvinutých zemích a po karcinomu plic druhou nejčastější příčinou úmrtí z onkologických důvodů. Za posledních dvacet let se incidence karcinomu prostaty v ČR téměř ztrojnásobila. Úmrtí na karcinom prostaty je ale více než třikrát nižší. Dle údajů Národního onkologického registru z roku 2009 činí počet nově zachycených karcinomů prostaty v ČR 119,3 případů na 100 000 mužů a úmrtnost 28,5 případů na 100 000 mužů. V absolutních číslech to znamená, že v roce 2009 bylo odhaleno 6154 mužů s tímto nádorem a 1472 mužů na něj zemřelo. Za posledních třicet let se celkové pětileté přežití u KP zvýšilo z 68% na současných téměř 100%, tzn., že naprostá většina pacientů po pěti letech od diagnózy svého onemocnění stále žije. [1]

„Počet případů rakoviny prostaty u mužů v posledních 20 let dramaticky vzrostl. V roce 1990 byl počet nových případů 1607, v roce 2010 už to bylo 6771, a v roce 2014 se očekává, že tuto zprávu lékaři sdělí zhruba devíti tisícům mužů. Nemoc je zákeřná v tom, že v počátcích se těžko pozná. „Zčásti je to dáno tím, že stoupá výskyt všech druhů rakoviny v populaci, a zčásti je to v důsledku lepší diagnostiky nemocných,“ řekl Právu profesor Marek Babjuk, přednosta urologické kliniky pražské Fakultní nemocnice

¹ <http://www.urologieprostudenty.cz/onkologicka-urologie/nadory-prostaty>

Motol. Rakovina prostaty se vyvíjí zhruba patnáct let. Nejohroženější jsou muži od 55. roku věku.²

Dalším z prokázaných rizikových faktorů je rasová souvislost. Afroameričané mají výrazně vyšší riziko než běloši a nejnižší riziko mají Asiati. Z Evropanů mají nejčastěji vyskytující se karcinomy prostaty Skandinávci, kteří jsou často nositeli i agresivnějších forem karcinomů.

2.2 Symptomatologie

Většina karcinomů vyrůstá z periferní zóny prostaty, a proto nepůsobí delší dobu žádné obtíže. Mezi první příznaky patří problémy při močení, které mohou souviset s nezhoubným zvětšením prostaty, jež je také většinou přítomné. Mezi tyto známky patří časté močení přes den (polakisurie), v noci (nykturie), nucení na močení (urgence), únik moči po vymočení, obtížné močení nebo slabý proud (dysurie), nebo pocit nedostatečně vyprázdněného močového měchýře. Hematurie jako první příznak je vzácná. Nezřídka se onemocnění přihlásí až projevy generalizace, bolesti žeber, pánve nebo lumbosakrální páteře z metastáz (skeletové bolesti). V těchto případech bývají přítomny celkové příznaky, jako je slabost, nechutenství, apatie a hubnutí. Karcinom metastazuje matogenně především vertebrálním řečištěm do kostí. Tam tvoří osteoplastické metastázy (hlavice femuru, pánev, LS Th páteř, žebra). Vzácně se objevují i metastázy v játrech a plicích. Nádor se propaguje do regionálních uzlin (sakrální, ilické a paraaortální). Důsledkem masivního lymfatického postižení jsou otoky dolních končetin a zevního genitálu. [1]

2.3 Diagnostika Ca prostaty

Naprostá většina případů karcinomu prostaty je odhalena na základě vyšetření krve na hladinu prostatického specifického antigenu (PSA). Další nezbytnou součástí vyšetření je per rectum vyšetření (zhodnocení prostaty pohmatem přes konečník).

² <http://www.cus.cz/pro-pacienty/aktuality/rakovina-prostaty-dramaticky-pribyva/>

Na základě těchto vyšetření lékař doporučí biopsii prostaty. Mikroskopické zpracování odebraných vzorků je zásadní pro určení diagnózy karcinomu a stupně jeho agresivity. Bez histologického potvrzení diagnózy tedy není možné zahájit případnou léčbu. [1]

Fyzikální vyšetření

Vyšetření per rektum by mělo být součástí každého vyšetření muže nad 50 let. Jakékoli tvrdé ložisko při palpaci prostaty, které nelze jinak vysvětlit, je indikací k biopsii prostaty. [1]

PSA

Základním markerem karcinomu prostaty je *prostatický specifický antigen* – PSA. V současné době je naprostá většina případů Ca prostaty odhalena na základě vyšetření krve na hladinu prostatického specifického antigenu – PSA. Prostatický specifický antigen – PSA, je bílkovina, která je tvořena pouze v prostatických žlázkách, jedná se o orgánově specifický ukazatel. Funkcí PSA je zkapalnění spermatu, jehož největší koncentrace je v semeni, jen malá část se uvolňuje do krevního řečiště. Při poškození žlázek a struktury buněk se PSA dostává do krve ve vyšší míře a může tak upozornit na patologický proces v prostatě. Zvýšená hodnota PSA, ale neznamená vždy přítomnost karcinomu. Vyskytuje se například i při horečnatých infekcích močových cest a při akutní prostatitidě. Kolísavá, trvale zvýšená hodnota PSA může poukazovat i na chronickou prostatitidu. Invazivní vyšetření (cystoskopie, kolonoskopie) mohou také neúměrně zvýšit hladinu PSA. Existuje řada odvozených hodnot PSA, které pomáhají v rozhodovacím procesu, nejčastěji se užívá poměr volného a vázaného PSA. Poměr nad 25% se považuje za normální, poměr pod 10 - 15% za vysoce podezřelý. Hodnota PSA je také závislá na věku a velikosti prostaty. Proto byly vytvořeny tzv. věkově specifické limity pro PSA.

U pacientů mezi 60 – 69 lety je hladina PSA 4,0 ng/ml ještě „normální“, u pacientů o dvacet let mladších, je to již jasná indikace pro další vyšetřování. Se stoupající hladinou PSA stoupá riziko Ca prostaty. [14]

Punkční biopsie prostaty

Cílem a podstatou diagnostického postupu je odběr tkáně prostaty pro histologické vyšetření. Biopsie se nejčastěji provádí přes konečník pod ultrazvukovou kontrolou. Před samotným vyšetřením je nutné udělat vyšetření krve (KO, srážlivost), důkladné vyprázdnění konečníků (Yal, večer a ráno před výkonem) a antibiotická profylaxe (Cotrimaxazol 960 mg). Pacienti, kteří užívají léky snižující krevní srážlivost, je vysadí 5 dní před biopsií.

Během vyšetření lékař znovu pohmatem vyšetří prostatu, následně zavede do konečníku ultrazvukovou sondu a zhodnotí strukturu prostaty, semenných váčků a okolních struktur. Vzhledem k tomu, že vyšetření může být bolestivé, aplikuje se standardně před odběrem vzorků lokální anestezie do okolí prostaty nebo se jednu hodinu před výkonem aplikuje do konečníku indometacinový čípek. U pacientů, kteří podstupují biopsii prostaty poprvé, je minimální počet odebraných vzorků 10, nejčastěji však 12. V případech, kdy se biopsie indikuje opakovaně, se počet vzorků zvyšuje.

Mezi možné komplikace patří krvácení do konečníku (3%), do moče (15%), ve spermatu může krev přetrvávat až několik týdnů (38%). Infekční komplikace – horečka (0,8%), zánět prostaty (1%), zánět nadvarlete (0,7%), retence (0,2%).

K minimalizaci rizika rozvoje komplikací musí pacient po výkonu dodržovat klidový režim, dostatečný pitný režim, po dobu 2 – 3 dnů se vyvarovat fyzické zátěži a užívat ATB dle pokynů lékaře. [7]

2.3.1 Klasifikace adenokarcinomu

„Klasifikace tumor uzlina metastáza, (Tumour Node, Methastasis – TNM)

T Primární tumor

TX Primární tumor nelze hodnotit

T0 Žádný důkaz primárního tumoru

T1 Klinicky němý, nehmatný nebo pomocí vyšetření nezobrazitelný tumor

T1a Histologický nález tumoru v méně než 5 % resekované tkáně

T1b Histologický nález tumoru ve více než 5 % resekované tkáně

T1c Tumor identifikovaný biopsií jehlou (např. při zvýšení hodnoty PSA)

T2 Tumor ohraničený na prostatu¹

T2a Tumor postihující polovinu jednoho laloku nebo méně

T2b Tumor postihující více než polovinu jednoho laloku, ovšem nikoliv oba laloky

T2c Tumor postihující oba laloky

T3 Tumor přesahující prostatickou kapsulu²

T3a Extrakapsulární rozšíření (unilaterální nebo bilaterální)

T3b Invaze tumoru do jednoho, popř. obou semenných váčků

T4 Tumor invaduje nebo je zjištěn v okolních strukturách kromě semenných váčků:

hrdlo močového měchýře, zevní sfinkter, rektum, levátor nebo pánevní stěna

N Regionální lymfatické uzliny³

NX Regionální lymfatické uzliny nelze hodnotit

N0 Metastázy nejsou přítomny v regionálních lymfatických uzlinách

N1 Metastázy jsou přítomny v regionálních lymfatických uzlinách

M Vzdálená metastáza⁴

MX Vzdálené metastázy nelze hodnotit

M0 Vzdálené metastázy nejsou přítomny

M1 Vzdálené metastázy jsou přítomny

M1a Mimoregionální lymfatická uzlina nebo uzliny

M1b Kost (i)

M1c Ostatní místo/a³

2.3.2 Prognóza Ca prostaty

Prognóza nemocných s generalizovaným karcinomem prostaty je velmi variabilní. Deset procent nemocných s metastázami nežije déle než 6 měsíců, naopak stejný počet mužů, tzn. dalších deset procent, přežívá s metastázami déle než 10 let. Padesát procent nemocných přežívá tři roky od vzniku metastatického onemocnění. [1]

2.3.3 Léčba Ca prostaty

Léčba je závislá na stupni pokročilosti onemocnění. Zcela se liší léčba lokalizovaného karcinomu ohraničeného na předstojnou žlázu a nádoru pokročilého, s místním prorůstáním do okolí prostaty nebo generalizovaného nádoru s hematogenní nebo lymfatickou propagací.

Lokalizovaný karcinom prostaty (T1, T2) indikujeme k radikální prostatektomii, která spočívá v odstranění celé žlázy s pouzdrem a semennými vajíčky (extrakapsulární prostatovezikulektomii) a následné anastomóze močového měchýře se zadní močovou trubicí. [1]

³ http://www.uroweb.org/fileadmin/tx_eauguidelines/2006/Full/cz_2006_Prostate_Cancer.pdf

2.3.3.1 Konzervativní léčba

Mezi konzervativní léčbu patří radioterapie, brachyterapie, hormonální léčba, a chemoterapie.

V radioterapii se využívá k léčbě nádorů ionizujícího záření. Podle způsobu aplikace záření se dělí na radioterapii zevní (teleterapii) a vnitřní (brachyterapii). Podle cíle, kterého chceme dosáhnout na radioterapii kurativní a paliativní. Kurativní radioterapie aplikuje vysokou dávku záření s cílem nádor zcela zničit. Účelem paliativní radioterapie je prodloužit přežití a odstranit potíže nemocného například při postižení kostí, při bolestech nebo krvácení.

Radikální radioterapie je doporučována u pokročilejších nádorů šířících se do blízkého okolí prostaty, při vyšších hladinách PSA. Je metodou volby také u nemocných ve vyšším věku či trpících dalšími závažnějšími chorobami.

Brachyterapie je vnitřní ozáření, při kterém je zdroj záření umístěn přímo do nádoru nebo jeho blízkosti.

Cílem hormonální léčby je navození útlumu androgenů, která povede i k útlumu buněk primárního tumoru i případných metastáz.

Chemoterapie se volí tehdy, byly-li ostatní postupy již použity, ale karcinom stále pokračuje v růstu. Cílem je zlikvidovat rychle rostoucí nádorové buňky.

2.3.3.2 Chirurgická léčba – roboticky asistovaná radikální prostatektomie

Robotická radikální prostatektomie je nejmodernější inovací minimálně invazivní chirurgické léčby lokalizovaného nádoru prostaty, která se rychle rozšiřuje a v některých zemích již zcela převládá. Kromě klasické otevřené radikální prostatektomie je v chirurgické léčbě využívána i laparoskopická operace, ale celkový počet jak otevřené, tak laparoskopické radikální prostatektomie celosvětově rychle klesá.

První robotické operace, které proběhly ve Francii v roce 2000, nevzbudily téměř žádnou pozornost. Až práce Mani Menona (2001) ve Vattikuti Urologickém institutu

Henryho Forda v Detroitu stály na počátku moderní éry robotických prostatektomií. V současnosti je v České republice instalováno celkem 8 robotů Da Vinci v 6 robotických centrech.

Robotický Systém Da Vinci je systém kdy lékař sedící za konzolou ovládá 3 (nebo 4) robotická ramena. Systém má 3 části:

- konzola, za níž sedí operatér,
- vlastní robot s rameny,
- věž zpracovávající obraz/insuflátor.

Hlavní operatér ovládá robota zpoza konzoly, umístěné mimo operační stůl. Z endoskopu se trojrozměrný (3D) obraz promítá na konzole v 10 násobném zvětšení a operatér ovládá pohyby robotických ramen svým palcem a ukazovákem. Pedály umožňují ovládání koagulace, ostření obrazu, přepínání mezi jednotlivými rameny. Přenášení pohybu eliminuje otřesy, což umožňuje velmi přesné a jemné pohyby. [5]

Výhody/Nevýhody

Robotická operace má všechny přednosti laparoskopických operací, pokud je srovnáváme s operací otevřenou: nižší ztráta krve, kratší doba hospitalizace, rychlejší návrat k aktivnímu životu. Nejvýraznější rozdíl mezi laparoskopickým a roboticky asistovaným zákrokem je intuitivní povaha pohybu všech instrumentů a 3D zobrazení.

Větší pohyby na konzole mohou být transformována do mikropohybů na místě operace. Tím se vyloučí problémy, které souvisejí s třesem rukou. Předpokládá se, že součinnost těchto faktorů posiluje obratnost a zlepšuje viditelnost, což vede k větší přesnosti, ke snížení ztráty krve, a zmírnění operačních komplikací. Navíc při roboticky asistovaném zákroku operatér zaujímá pohodlnější operační polohu

Nejvýraznější nevýhodou systému Da Vinci je jeho cena. V ČR je cena robota cca 50 mil. Kč, náklady na jednu radikální prostatektomii činí asi 100.000 Kč. [5]

Onkologické a funkční výsledky

Snahou je dosáhnout dobrého funkčního výsledku s ohledem na kontinenci a erekci. Operaci lze provést se zachováním nervověcévních svazků, při které se zvyšuje pravděpodobnost zachování erekce. Záleží na přání mužů, zdali o to stojí. Rizikem je větší pravděpodobnost ponechání nádorové tkáně. Pozitivní okraj znamená, že nádor nemusel být kompletně odstraněn, resp. negativní okraj dává vysokou naději na celkové odstranění nádoru. [5]

Někteří robotičtí urologové v USA a v Evropě (Menon, Patel, Ahlering, Wiklund 2008) dosahují velmi nízkého zastoupení tzv. pozitivních okrajů, což je velmi obtížné u otevřených a zejména laparoskopických operací. S větší zkušeností se výsledky zlepšují nejrychleji právě u robotických operací. Funkční výsledky po radikální prostatektomii, návrat kontinence a erekce jsou dosahovány specifickou operační technikou danou pro určitý typ operace. Při otevřené operaci hluboko v malé pánvi je velmi obtížné provést dokonalou suturu anastomózy hrdla močového měchýře a uretry a většina urologů ji provádí jen několika jednotlivými stehy. Laparoskopicky je to technicky obtížné, většinou je anastomóza provedena pokračujícím stehem. Robot umožňuje excelentní provedení anastomózy nejen pokračujícími stehy. Močový katetr je možné po robotické operaci odstranit již 7 – 10 den po operaci, zatímco po otevřené operaci je katetr ponechán 2 až 3 týdny. Návrat kontinence přímo souvisí s technikou operace. Nejrychlejší je po robotické operaci, a to o 3 – 4 měsíce dříve, než po otevřené operaci. Celkový návrat kontinence 1 rok po operaci je u všech tří typů operací srovnatelný a činí 85 %. [5]

Doba operace, perioperační a pooperační komplikace

Přibližná délka operace je 120 minut. Průměrná doba hospitalizace po robotické prostatektomii je 4 – 5 dnů. Doba ponechání permanentního močového katétru je 10 dnů. Publikované krevní ztráty jsou přibližně 50 ml a krevní převody jsou zcela výjimečné. Také procento perioperačních komplikací jako je komplikované hojení, netěsnost anastomózy a její striktury jsou přímo závislé na technice anastomózy a jsou u robotických operací poměrně vzácné. [5]

3. Nemocniční farmakoterapie

3.1 Před operací

Před výkonem je třeba, aby pacient byl řádně připraven. Dbá se na kompletní vyprázdnění střev (možné riziko poranění) a psychickou pohodu pacienta.

Espumisan 40 mg tbl p. o. – léková skupina Digestiva (deflatulancia)

Podává se pacientovi v rámci předoperační přípravy střeva, zmírňuje plynatost.

„Léčivý přípravek, který účinně odstraňuje pocit tlaku v břiše, pocit plnosti a plynatost. Espumisan obsahuje farmakologicky aktivní látku simethicon (polydimethylsiloxan), která snižuje povrchové napětí. Simethicon narušuje povrchové napětí plynových bublinek obsažených v potravě a hlenu trávicích cest. Tyto bublinky se změnou povrchového napětí porušují, uvolňují se z nich plyn, který se může snadněji vstřebat stěnou zažívací trubice, nebo je postupně vylučován zažívacími cestami. Simethicon neovlivňuje chemické reakce probíhající ve střevech. V trávicích cestách se Simethicon nevstřebává a po průchodu trávicím traktem je vylučován v nezměněné formě.“⁴

Dávkování: 1 den před výkonem 2 – 2 – 2 tbl

Fortrans 3000 ml p. o. – léková skupina Osmotické laxativum

Podává se pacientům před RAPE, pro kompletní vyprázdnění střev.

„Podání roztoku s makrogolem vyvolá úplné vyprázdnění střevního obsahu.

Přípravek má takové složení, že připravený roztok nezpůsobí po požití žádnou střevní ani plazmatickou nerovnováhu elektrolytů.“⁵

Dávkování: 1 den před výkonem 14- 18 hod pacient popíjí nápoj

⁴ Příbalová informace pro uživatele Espumisanu 40 mg

⁵ Příbalová informace pro uživatele Fortrans 3000 ml

Entizol 250mg tbl p. o. – léková skupina chemoterapeutikum, imidazolový derivát

Podává se pacientům před RAPE profylakticky k potlačení střevní mikroflóry.

„Léčivá látka přípravku, metronidazol, působí proti řadě bakterií a prvoků vyvolávajících infekční onemocnění.“⁶

Dávkování: 1 den před operací 0 – 2 – 2 tbl (0 -14 - 22 hod)

Oxazepam 10mg tbl p. o. – léková skupina Anxiolytikum

Pacient před operací dostane oxazepam na spaní, slouží k navození spánku, uklidnění a zároveň jako příprava na anestezii.

„Přípravek Oxazepam Léčiva patří mezi benzodiazepiny. Oxazepam Léčiva tlumí zvýšenou činnost některých částí nervového systému, která vzniká jako reakce na stresovou situaci a snižuje, až odstraňuje tak psychické napětí a úzkost. Jeho zklidňující účinek může zabránit nespavosti, jež úzkost doprovází. Mírně snižuje napětí kosterního svalstva.“⁷

Dávkování: na noc 1 tbl (22 hod)

Cefuroxim Kabi 1500 mg i. v. – léková skupina Antibiotikum

Podává se profylakticky před a po výkonu.

„Axetine je baktericidní cefalosporinové antibiotikum, které je odolné k většině betalaktamáz a je účinné proti široké řadě G+ a G+ bakterií. Současné podání s metronidazolem je vhodné u prokázaných nebo suspektních aerobních nebo anaerobních infekcí jako je peritonitida, aspirační pneumonie, absces plic, pánve nebo mozku, nebo je vhodný při chirurgických kolorektálních nebo gynekologických zákrocích.“⁸

⁶ Příbalová informace pro uživatele Entizol 250 mg

⁷ Příbalová informace pro uživatele Oxazepam 10 mg

⁸ Příbalová informace pro uživatele Cefuroxim Kabi 1500 mg

Dávkování: Profylakticky Cefuroxim Kabi 1500 mg ve 100 ml Fyziologickém roztoku na 30 min v 6 hod (v den operace)

Metronidazol 500 mg (100 ml) i. v. – léková skupina Chemoterapeutikum

Podává se pouze profylakticky v den výkonu spolu s Cefuroxim Kabi 1500 mg.

„Léčba a prevence infekcí, které jsou či mohou být vyvolány anaerobními bakteriemi. Profylaktické použití je přednostní vždy u operací s vysokým rizikem anaerobních infekcí.“⁹

Dávkování: Profylakticky 2 dávku na 20 minut v 6.30hod

Dormicum 5mg v 1ml i. m. – léková skupina HYPNOTIKA, SEDATIVA

Používá se na výzvu anesteziologa před odjezdem na sál. Slouží ke zklidnění a jako premedikace před anestezií.

„Přípravek DORMICUM je krátce působící lék, který navozuje spánek. Každá ampule obsahuje roztok látky midazolam, která se používá v následujících indikacích.

K sedaci při zachovaném vědomí (ke zklidnění) před a během diagnostických či terapeutických zákroků, ať už jsou prováděny v lokální anestézii, či bez ní.

K anestézii – Jako premedikace před navozením anestézie. K zahájení anestézie- Jako spouštěcí látka či sedativní složka v kombinované anestézii.“¹⁰

⁹ Příbalová informace pro uživatele Metronidazol 500mg

¹⁰ Příbalová informace pro uživatele Dormicum 5mg

3.2 Po operaci

Novalgin injekce 5ml i. v. – léková skupina Analgetikum, Antipyretikum

Podáváme pacientům k tlumení bolesti a při teplotách nad 37,5 C

„Novalgin je nenávykové pyrazolové analgetikum s analgetickými, antipyretickými a spazmolytickými účinky. Protože se může přípravek podávat intravenózně, lze dosáhnout velmi silného analgetického účinku při různých stavech a je možné tak ovlivňovat bolest, která by v jiném případě reagovala jen na přípravky obsahující opiáty. Novalgin i ve vysokých dávkách (na rozdíl od opiátů) nezpůsobuje návyk, ani útlum dýchání. Neovlivňuje střevní peristaltiku, porodní stahy, nebo vypuzení kamínků. Účinek Novalginu nastupuje během 30 minut a přetrvává přibližně 4 hodiny.“¹¹

Dávkování: Novalgin 5 ml do 100 ml FR i. v. max. a 6 hod

Fraxiparin multi 0,4 ml s. c. – léková skupina Antikolaguans, Antitrombotikum

Charakteristika: je lék, který pomáhá zabraňovat tvorbě krevních sraženin v cévách (trombóza) nebo léčí krevní sraženinu, pokud se již vytvořila.

Dávkování: Fraxiparin multi 0,4 ml s. c. v 18 hod a 24 hod

Cefuroxim Kabi 1500 mg i. v.

Viz. výše

Dávkování: Cefuroxim Kabi 1500 mg do 100 ml FR a 8 hod (14 - 22 – 6 hod)

Plasmalyte 1000 ml i. v.

Slouží k doplnění tekutin po operaci.

„Izotonický infuzní roztok určený k intravenózní aplikaci. Plasmalyte roztok je možno použít, k náhradě objemu ztracené tekutiny, k níž došlo v důsledku různých stavů

¹¹ Příbalová informace pro uživatele Novalgin injekce 5 ml

včetně ztrát při operaci, v případě hemoragického šoku a všech klinických stavů, které vyžadují rychlou krevní transfuzi, k léčbě lehké acidózy krve.“¹²

Dávkování: dle ordinace lékaře

Glukóza 5% 500 ml inj - roztoky pro parenterální výživu, cukry

Nosný roztok pro kompatibilní elektrolytové koncentráty a léčiva

Dávkování: dle ordinace lékaře

Controloc 40 mg i. v. – indikační skupina Antacida

Používá se jako profylaxe vředové choroby gastroduodena

„Controloc i. v. je selektivní inhibitor protonové pumpy, lék snižující tvorbu kyseliny v žaludku. Používá se k léčbě onemocnění žaludku a střev souvisejících s tvorbou kyseliny.“¹³

Dávkování: Controloc 40 mg do 100 ml FR i.v. 1 – 0 – 1 (18 – 6 hod)

¹² Příbalová informace pro uživatele Plasmalyte 1000 ml

¹³ Příbalová informace pro uživatele Controloc 40 mg

4. Hospitalizace

4.1 Anamnéza

Základní údaje o nemocném

Iniciály: M. S.

Pohlaví: muž

Věk: 59 let

Lékařská anamnéza

Osobní údaje:

Pán M. S. 59 let, ženatý, mistr elektrotechnik

Rodinná anamnéza:

Matka zemřela v 71 letech na karcinom plic, otec zemřel na plicní embolii při flebotrombóze v 76 letech, dcera zdravá

Osobní anamnéza:

Běžné dětské nemoci, vážněji nestonal, úrazy 0

Předchozí operace: APPE 1993, cirkumcize 2008, TURP 2012

Farmakologická anamnéza: Vasocardin 50 mg, Oxazepam 10mg p. o. při potřebě

Alergie: Neguje

Abusus: 15cigaret denně, alkohol minimálně

Sociální anamnéza: Žije v domě se ženou, v Lanškrouně.

Nynější onemocnění:

Nemocný po TURP dne 11/2012 v Ústí nad Orlicí.

Histol. adenokarcinom prostaty klasifikace T1b Nx M0 GS 3+3, PSA 0,757 ng/ml.

Výkon: Roboticky asistovaná radikální prostatektomie

Interní, anesteziologické a laboratorní vyšetření v normě.

Status preasens:

TK 138/85 mmHg, P 76/min, počet dechů 17/min, TT 36,5 stupňů C.

váha: 87 kg, výška 175 cm, BMI 28 (nadváha)

Orientace v normě, spolupracuje, normální kolorit kůže

HLAVA: pokleповě nebolestivá, výstupy hlavových nervů intersticiální, bulby ve středním postavení, zornice isokorické, spojivky růžové, skléry bílé.

KRK: lymfatické uzliny nebolestivé, nezvětšené, štítnice nezvětšená, hrdlo klidné, náplň krčních žil přiměřená.

HRUDNÍK: symetrický, dýchání čisté alveolární, poklep jasný, ozvy ohraničené pravidelné.

BŘICHO: dýchá v celém rozsahu, palpačně nebolestivé, bez patologické rezistence.

KONČETINY: bez známky varixů, bez známky otoků, pulzace periferních cév hmatná.

PER RECTUM: normální nález.

4.2 Průběh hospitalizace

Pan M. S. už nalačno nastoupil ráno dne 18. 4. 2013 k příjmu na plánovaný výkon Roboticky asistovanou radikální prostatektomii (DVP) na urologické oddělení ÚVN. Po přijetí lékařem podepsal informovaný souhlas s operací. Sestra vysvětlila

pacientovi přípravu před výkonem. Odpoledne byl fyzioterapeutem edukován o pooperační vertikalizaci, nácvik vstávání z lůžka. Proběhla příprava operačního pole, holení.

Od 14. hod do 18. hod pacient pil Fortrans na vyprázdnění střev. Pan M. S. dostal medikaci, viz. ordinace lékaře (Espumisan, Entizol, Oxazepam). Od půlnoci pacient nepije, nejí, nekouří.

19. 4. 2013 Pacient si došel do sprchy, sbalil si hygienické potřeby včetně osobních věcí na JIP, byly mu změřeny fyziologické funkce, zavedena periferní žilní kanyla a podány infuze (Cefuroxim 1500 mg i. v. ve 100 ml FR, 200 ml Metronidazol 500 mg i. v.) dle ordinace lékaře. V 7.30 hod nataženy kompresní punčochy a po premedikaci pacienta (Dormicum 5 mg i. m.) je odvezen na sál. Po operaci je pacient přeložen na JIP, kde zůstává do druhého dne.

20. 4. 2013

Pan M. S. je dnes 1. den po operaci. V dopoledních hodinách byl z jednotky intenzivní péče přeložen zpět na urologické oddělení. Na pacientovi bylo vidět, že mě rád vidí, řekl mi, že se těší na svůj pokoj, na JIPu celou noc nespál. Rušili ho přístroje, které neustále pípaly.

Sestra z jipového oddělení mi předala veškeré informace o pacientovi. Pacient má fyziologické funkce v normě (TK = 125/70, P = 75, TT = 36,8⁰ C). Z invazivních vstupů má periferní žilní katetr (PŽK) zavedený ve vena radialis krytý průhlednou fólií v PHK. Čtyři operační rány jsou převázané Curaporem. Pacient má zavedený permanentní močový katetr, tzv. Tiemanův katetr o velikosti Ch = 24. Katetr odvádí čistící moč.

Břišní drén na spád zavedený v preperitoneálním prostoru vpravo odvádí krvavý sekret.

První vertikalizaci po operaci provedl s pacientem rehabilitační pracovník. Vysvětlil mu, jak nejlépe z lůžka vstát. Ranní hygiena proběhla u umyvadla za dopomoci jipové sestry.

Po překlada na urologické oddělení jsem nejdříve zajistila rozhovor s lékařem operátorem. Následně jsem ho uložila na lůžko. Pomohla jsem mu s elektronickým ovládáním postele a nastavila mu výšku postele podle pohodlí. Pacient byl poučen o péči o PMK (hygienická péče, vypouštění sáčku). S pacientem jsem se domluvila, že dnes mu budu ještě vypouštět sběrný sáček já. Vysvětlila jsme mu, že si lékař přeje sledovat bilanci tekutin. Dostal tužku a papír, na který si bude psát, kolik toho vypije za 24 hodin. Pacient informován o vysokém riziku pádu.

Zkontrolovala jsem invazivní vstupy a operační ránu, která byla převázána ráno od jipové sestry. Pacientovi od 11 hod do 14 hod kapal Plasmalyte roztok 1000 ml intravenózně. V poledne jsem mu změřila tlak, hodnota byla v normě (125/79). Během dne lehce spával. Řekl si jednou o analgetika, která mu pomohla, udával VAS 5. Hodinu po vykapání infuze byl bez bolestí. Prošla jsem se s pacientem po pokoji. V chůzi si je už jistější.

K obědu dostal pacient bujón, již mu odcházely plyny.

Odpoledne za panem M. S. přišla manželka s dcerou na návštěvu. Zvedli mu náladu, ale pan M. S. se necítil dobře, tak s ním byly jen hodinku a rozloučili se s ním. Šel je vyprovodit na konec chodby. Chodí už lépe, přidržuje se pro jistotu zábradlí. V odpoledních hodinách jsem provedla převaz operačních ran, byly mírně prosáklé. Použila jsme dezinfekci Cutasept a sterilní krytí Curapor.

V 18 hodin pacientovi aplikuji Fraxiparin 0,4 ml s. c, do paže jako prevenci TEN, antibiotika dle ordinace lékaře a kontroluji fyziologické funkce. Tlak 140/88, P 80, TT = 37,4 stupňů, lékař informován o zvýšené tělesné teplotě.

Na večerní vizitě pacientovi sdělí, že zvýšená teplota je po tomto zákroku běžná a je to jen reakce organismu na operační zákrok. Pacient je mnohem klidnější.

Po celý den jsem pacientovy nechala kompresní punčochy. K večeri pacient dostal opět bujón.

Bilance pro dnešní den je v normě. (Příjem intravenózní 1300 ml, per os 600 ml, výdej moč 2200, břišní drén 35 ml). Příjem 1900 ml, výdej 2255 ml.

21. 4. 2013 Kontrolní krevní odběry (krevní obraz, biochemie) jsou v normě. Drén odvedl 35 ml za 24 hodin, lékař rozhodl drén zkrátit. Pacient se dostavil na vyšetřovnu, kde mu byl zkrácen drén (střížen do vatového krytí) a zkontrolován prosak krytí. PMK odvádí žlutou moč. Rány ošetřeny dezinfekcí Cutasept a následně tekutým obvazem OPSITEm. Pacient má dietu číslo 2 (šetřící, kašovitá). Bilance zrušena. Podány antibiotika i. v., Controloc i. v., Fraxiparin s. c. dle ordinace lékaře. FF jsou v normě, hygiena probíhá u umyvadla. Bolesti neguje. Sundány kompresní punčochy.

22. 4. 2013 Dle ordinace lékaře vyndán drén, po drénu ránu kryje náplast Curapor. PŽK EX. Pacient má dietu číslo 4 (šetřící s omezením tuku). Výměna sběrného sáčku na moč. Fraxiparin dle ordinace lékaře. FF jsou v normě.

23. 4. 2013 Kontrola operačních ran, ranka po drénu použit tekutý obvaz OPSITE, dieta č. 3 (racionální). V Dopolnedních hodinách je pacient propuštěn domů. Poučen o domácím režimu, sebeděči, péči o operační ránu, péči o PMK. Dán cestovní močový sáček. Termín kontroly (29. 4. 2013) na vyndání stehů a PMK, výsledky histologie na urologické ambulanci.

Medikace při propuštění se nezměnila, pacient bude užívat Vasocardin dle zvyku.

Výsledky vyšetření z data 21. 4. 2013 jsou uvedeny v tabulce č. 1 a č. 2.

Tab. č. 1 **Krevní obraz**

VYŠETŘENÍ	VÝSLEDEK	JEDNOTKY	MEZE
Leukocyty	8.45	$\times 10^9/l$	(4.00 – 10.00)
Erytrocyty	4.94	$\times 10^{12}/l$	(4.00 – 5.80)
Hemoglobin	142.0	g/l	(135.0 – 175.0)
Hematokrit	0.39	arb. j.	(0.40 – 175.0)
Objem erytrocytů	79	fL	(82 – 98)
Konc. Hb v ery	0.36	kg/l	(0.32 – 0.36)
Obsah Hb v ery	28.70	pg	(28.00 – 34.00)
RDW distr. Erytr.	15.9	%	(10.0 – 15.2)
Trombocyty	315.00	$\times 10^9/l$	(150.00 – 400.00)
MPV	9.90	fL	(7.80 – 11.00)

Zdroj: Vlastní tabulka na základě údajů ze zdravotnické dokumentace

Tab. č. 2 **Biochemie krve**

VYŠETŘENÍ	VÝSLEDEK	JEDNOTKY	MEZE
Urea	5.20	mmol/l	(2.76 – 8.07)
Kreatinin	80.2	umol/l	(63.0 – 104.0)
Na	140.8	mmol/l	(136.0 – 145.0)
K	4.09	mmol/l	(3.50 – 5.10)
Cl	103.6	mmol/l	(98.0 – 107.0)

Zdroj: Vlastní tabulka na základě údajů ze zdravotnické dokumentace

5. Ošetrovatelská část

5.1 Ošetrovatelský proces

„Je profesionální způsob uvažování sestry o nemocném a o jeho individuální problematice, jenž ovlivňuje její způsob práce s nemocným.

Skládá se z těchto fází:

- Zhodnocení nemocného – zjišťování informací
- Stanovení ošetrovatelské diagnózy
- Plánování ošetrovatelské péče
- Provedení navržených opatření
- Zhodnocení efektu poskytnuté péče¹⁴

1. *Fáze – zhodnocení nemocného – („Kdo je můj nemocný?“)*

„Je potřeba získat co nejvíce důležitých a potřebných informací. Mezi ně řadíme identifikační údaje, momentální zdravotní stav a údaje z oblasti zdravotní, sociální a psychologické. Informace získáváme rozhovorem s pacientem a rodinou, pozorováním, testováním a měřením. Všechny získané informace zaznamenáváme do ošetrovatelské dokumentace.

2. *Fáze – stanovení ošetrovatelských potřeb, diagnóz, problémů – („Co ho trápí?“)*

Ošetrovatelská diagnóza je identifikací potřeb nemocného. Ty jsou onemocněním narušeny, nebo jsou poruchou zdravotního stavu vyvolány. Důležité je, dohodnout se s nemocným o pořadí naléhavosti.

¹⁴ Staňková, M.: *Základy teorie ošetrovatelství: učební texty pro bakalářské a magisterské studium*, Praha: Karolinum, 1996, str. 13, ISBN 80-718-4243-5

3. Fáze – plánování ošetrovatelské péče- („Co pro něho mohu udělat?“)

Výsledkem plánování ošetrovatelské péče je stanovení krátkodobých a dlouhodobých cílů ošetrovatelské péče. Navrhne vhodná opatření pro jeho dosažení, je potřeba dohodnout se s nemocným o jejich naléhavosti a pořadí jejich provedení.

4. Fáze – realizace plánu

V této fázi se plní úkoly, které byly navrženy naším plánem.

5. Fáze – zhodnocení efektu poskytnuté péče – („Pomohla jsme mu?“)

Při zhodnocení efektu poskytnuté péče hodnotíme, zdali došlo ke splnění cílů ošetrovatelské péče. Pokud cíle nebyly splněny, slouží nám zhodnocení jako podklad ke tvorbě nového ošetrovatelského plánu.¹⁵

5.1.1 Ošetrovatelský model fungujícího zdraví podle Marjory Gordon

Po posouzení zdravotního stavu pacienta jsme si vybrala ošetrovatelský model dle Marjory Gordon – *Model fungujícího zdraví*. „Model je odvozený z interakcí osoby – prostředí. Zdravotní stav jedince je vyjádření bio-psycho-sociální interakce.“¹⁶

Sestra z přijatých informací zjistí, zda se jedná o vzorec zdraví funkční nebo dysfunkční. K posouzení, o jaký vzorec se jedná, je dobré, aby sestra porovnávala získané údaje s individuálním výchozím stavem, normami stanovenými pro danou věkovou skupinu, normami společenskými a kulturními.

Funkční vzorec zdraví je vzájemné působení mezi člověkem a prostředím. U funkčního typu zdraví jsou popisovány faktory biologické, psychologické, kulturní, sociální

¹⁵ Staňková, M.: *Základy teorie ošetrovatelství: učební texty pro bakalářské a magisterské studium*, Praha: Karolinum, 1996, str. 13, ISBN 80-718-4243-5

¹⁶ Pavlíková, S., *Modely ošetrovatelství v kostce*, Grada, 2006, str. 100, ISBN 80-247-1211-3

a duchovní. Pro dysfunkční vzorec je typický projev aktuálního onemocnění, ale i potencionálního problému.

„Základem modelu je dvanáct vzorců, ze kterých je model tvořen:

- Vnímání zdravotního stavu, aktivit k udržení zdraví
- Výživa a metabolismus
- Vylučování
- Aktivita, cvičení
- Spánek, odpočinek
- Vnímání, poznávání
- Sebekoncepce, sebeúcta
- Plnění rolí, mezilidské vztahy
- Sexualita, reprodukční schopnost
- Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance
- Víra, přesvědčení, životní hodnoty
- Jiné¹⁷

¹⁷ Trachtová, E., *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, Brno, 2001, str. 167, ISBN 80-701-3324-4

5.2 Ošetřovatelská anamnéza 3. den hospitalizace

Ošetřovatelskou anamnézu jsem s panem M. S. vyplňovala 3. den hospitalizace, 1. pooperační den na urologickém oddělení Ústřední Vojenské nemocnice.

Vnímání zdravotního stavu, aktivit k udržení zdraví

Pacient do této doby nikdy v nemocnici hospitalizován nebyl. Často do zdravotnického zařízení docházel, za svou nemocnou matkou, která později v nemocnici zemřela. Hospitalizaci však snáší dobře.

Myslí si, že se o své zdraví stará relativně dobře. Sportuje, jí střídmě a pravidelně. Nemocný se hodnotí jako optimista.

Pacient se po operaci cítí slabý a pociťuje bolest. Pacientovi byly podány léky, které mu od bolesti pomohly.

Výživa a metabolismus

Doma se pacient stravuje 5x denně. Snídani a večeři mu připraví manželka, na obědy chodí v práci. Sám rád vaří, je dobrým kuchařem, je to jeho koníček. Má rád polévky, maso a omáčky. Ke svačině jí obvykle ovoce. Má rád českou kuchyni. Často hřeší s uzeninami, tučnými a kořeněnými jídly.

Z tekutin pije hlavně minerálku nebo vodu s citronem, občas zelené čaje, které mu připravuje manželka. Kávu pije s chutí po obědě. V průběhu celého dne vypije v průměru dva litry tekutin.

Při váze 87 kg a výšce 175 cm má pacient nadváhu. Jeho BMI je 28 což je nadváha. Zubní protézu zatím nemá. Kůže je bez vyrážky, či jiných patologií.

Třetí den hospitalizace pacient má dietu 0 (tekutou), dostal bujón k obědu a večeři. Chutná mu ovocný čaj a občas si dá sklenku urologického, který má k dispozici na pokoji. U pacienta se měří bilance tekutin. Pacient si zapisuje, kolik tekutin vypije.

Vylučování

Pacient je plně kontinentní. Problémy při močení jako je pálení nebo řezání neměl. Na stolicí chodí pravidelně jedenkrát denně. Stolica je dle popisu pacienta bez příměsí.

Pacient má 1. pooperační den zavedený močový katetr (Ch = 24). Cítí nepříjemný tlak, vadí mu cizí těleso v močové trubici. U pacienta se měří bilance tekutin. Pacient si poctivě zapisuje, kolik moče vypustil ze sběrného sáčku. Na stolicí zatím nebyl.

Aktivita a cvičení

V domácím prostředí se pan M. S. cítí v dobré fyzické kondici. Občas se při námaze zadýchá, ale to přičítá kouření. Každoročně jezdí s manželkou na hory lyžovat, věnují se cyklistice, rádi chodí do přírody na túry. Dělá práci, která ho baví a cítí se v ní dobře. Veškerý volný čas tráví na zahradě, kde pěstuje ovoce a zeleninu. Rád chodí na pravidelné procházky se svým psem. Užívá si radostné chvílky s dcerou a vnoučaty. První pooperační den má pacient nařízen klidový režim. Sám se cítí slabý a nejistý v chůzi.

Spánek a odpočinek

Doma chodí spát kolem 23. hodiny, ale kolem 5. hodiny je již vzhůru a vstává. O víkendu si po obědě lehne k televizi a na hodinku usne. Výjimečně užívá léky na spaní, které má předepsané jeho manželka, jež trpí nespavostí. Nejraději relaxuje při práci na zahradě nebo na procházce v lese když venčí svého psa.

Přes den pacient odpočívá. Má televizi na pokoji, ale neměl náladu a necítil se dobře. Pacient je unaven, protože se na JIPu vůbec nevyspal. Večer prášek na spaní nechtěl. V noci spal přerušovaně, budily ho rušivé elementy. Vadili mu ostatní pacienti, myšlenky o budoucnosti, bouchání dveří.

Vnímání a poznávání

Pan M. S. má rád společnost. Často ze své přátelé a rodinu na návštěvu. Problémy se sluchem nemá. Nosí brýle na čtení. Pan M. S. je o svém zdravotním stavu plně informován.

Pacient je plně při vědomí, je orientován místem i časem. Všechny informace od ošetřovatelského personálu chápe, pokud mu byla informace nejasná, ihned se zeptal. Komunikace s panem M. S. je bezproblémová, odpovídá bez váhání. Pacient rád komunikuje s nemocničním personálem, utíká mu tak čas strávený na nemocničním lůžku.

Sebekoncepce, sebeúcta

Pacient má zdravé sebevědomí, je milý a přátelský ke svému okolí.

Plnění rolí, mezilidské vztahy

Pacient bydlí s manželkou v domku se zahradou. Pana M. S. první den po operaci navštívila manželka s dcerou a vnoučaty. Pacient byl po návštěvě v potěšen, protože jim řekl, ať nejezdí a přesto přijeli. S dcerou má velmi dobrý přátelský vztah. S manželkou se nikdy nehádají a je pro něj v této těžké chvíli velkou oporou.

Sexualita, reprodukční činnost

Na otázku sexuality jsem se neptala

Stres, zátěžové situace, jejich zvládnutí, tolerance

Pan M. S. se se stresem vypořádává díky cigaretám. Obvykle se s ním setkává v práci. S manželkou mají velice pěkný vztah a nehádají se.

Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Pacient je nevěřící a nevyžaduje tak žádné duchovní služby. Nejdůležitější je pro něj jeho rodina.

Jiné

Pacient se těší domů. Bude se snažit omezit kouření, dodržovat správnou životosprávu.

5.3 Ošetrovatelské diagnózy stanovené ke třetímu dni hospitalizace

Diagnózy jsme stanovila na podkladě sepsané ošetrovatelské anamnézy, která vznikla na základě pozorování, rozhovoru s pacientem, doplnila z lékařské ošetrovatelské dokumentace a z rozhovoru s lékařem.

Aktuální ošetrovatelské diagnózy

- Akutní bolest z důvodu operačního výkonu
- Riziko vzniku pádu z důvodu snížené soběstačnosti
- Porucha spánku z důvodu změny prostředí a stresové zátěže

Potencionální diagnózy

- Riziko vzniku infekčních komplikací z důvodu zavedení invazivních vstupů (zavedený permanentní močový katetr, periferní kanylace, operační rána)
- Strach z důvodu nejisté budoucnosti
- Riziko vzniku TEN z důvodu základního onemocnění

5.3.1 Aktuální diagnózy

Akutní bolest z důvodu operačního výkonu

Cíl:

- Pan M. S. bude udávat do 30 minut po podání analgetik snížení bolesti ze stupně 5 na stupeň 2 VAS.

Plán ošetrovatelské péče:

- Poučit pacienta o funkci signalizačního zařízení
- Vysvětlit a poučit o funkčnosti vizuální analogové škály
- Podle VAS pravidelně hodnotit intenzitu bolesti
- Aplikovat analgetika dle ordinace lékaře
- Sledovat nonverbální projevy pacienta
- Informovat lékaře v případě bolesti pacienta
- Založit do ošetrovatelské dokumentace záznam o bolesti
- Vysvětlit pacientovi proč má bolesti
- Zajistit dostatek odpočinku a klidné prostředí
- Poučit pacienta, aby v případě bolesti informoval sestru

Realizace ošetrovatelské péče:

V 15 hod si pacient stěžoval na bolesti. Na VAS zhodnotil intenzitu bolesti na stupeň 5. Pacientovi jsem podala analgetika (5 ml Novalgin i. v. ve 100 ml FR) dle ordinace lékaře.

Po 15 minutách pacient udává zmírnění bolesti. Po 30 minutách od podání analgetik pan M. S., udává VAS 2. Pacientovi jsem se snažila zajistit klidné a příjemné prostředí, vyvětrala jsem pokoj a ztišila televizi. Sladovala jsem nonverbální projevy nemocného.

Intenzitu, lokalitu a charakter bolesti jsem zaznamenala do tabulky bolesti. Poučila jsem pacienta, o použití signalizačního zařízení v případě potřeby.

Hodnocení:

Pacient udával po 15 minutách od podání analgetik zmírnění bolesti, do 30 minut udával VAS 2.

Riziko vzniku pádu z důvodu snížené soběstačnosti.

Cíl:

- Snížit riziko pádu

Plán ošetrovatelské péče:

- Zjistit stupeň rizika vzniku pádu dle stupnice Conleyové
- Zjistit stupeň Barthel testu
- Edukace pacienta o možném riziku pádu
- Dopomoc při běžných denních činnostech
- Zajistit signalizační zařízení
- Kontrola tlaku dle ordinace lékaře
- Vhodná obuv

Realizace ošetrovatelské péče:

Dle stupnice Conleyové má pacient střední riziko pádu.

Dle Barthel testu pacient je v základních všedních činnostech (hygiena, oblékání, chůze) soběstačný s malou dopomocí. Stupeň Barthel testu je 65 bodů.

Pacient je zedukován o riziku pádu. Dostal červený náramek, který zdravotníkům dá jasně najevo, že pacient je rizikový.

Poučila jsem ho, aby nechodil po chodbách, kde je čerstvě vytřeno. Všude na chodbách jsou madla, kterých se v případě potřeby může přidržovat. Až bude vstávat z lůžka, aby si sedl nejdřív s nohama dolů, chvíli počkal, aby nedošlo k ortostatické hypotenzi a poté opatrně vstával. V případě nejistoty aby neváhal a použil signalizační zařízení. Zkontrolovala jsem jakou má pacient obuv, zhodnotila jsem ji jako vhodnou.

Pacient byl poučen, aby si dal pozor na všechny sběrné sáčky a řádně si je dával při chůzi na háček, který mu ošetrovatelský personál poskytl. Signalizační zařízení má pacient u postele, přesvědčila jsem se, že s ním umí zacházet. Sdělila jsem mu, ať se ho nezdráhá použít, kdykoli bude potřebovat. Kontroluji pacientovi tlak 2x denně. FF jsou fyziologické v rozmezí (od 125 – 140/70 – 90).

Hodnocení:

Cíl byl splněn. Pacientovi M. S. jsem byla nápomocná, kdykoli si sám se sebou nebyl jistý. Během 12 hodin nedošlo k pádu.

Porucha spánku z důvodu změny prostředí a stresové zátěže

Cíl:

- Pacient bude ráno udávat, že se cítí odpočatý
- Pacient bude spát nepřetržitě 4 hodiny

Plán:

- Poskytnout prostor pro vyjádření svých emocí
- Zajistit informovanost pacienta o jeho zdravotním stavu
- Upravit lůžko před spaním
- Respektovat zvyklosti nemocného před spánkem
- Zajistit vyvětraný pokoj
- Medikace dle ordinace lékaře

Realizace ošetrovatelské péče:

Pacient má od lékaře veškeré informace o zdravotním stavu. Na večerní vizitě má dostatek času se lékařem zeptat na otázky, které ho zajímají. Večerní hygienu pacient zvládl sám, umyl se u umyvadla. Noční sestrou mu bylo upraveno lůžko. Před spaním (kolem 20té hodiny) si pacient začal číst knihu. Po 21. hodině pacient dostal hypnotika (Oxazepam 10 mg tbl p. o.) dle ordinace lékaře. Sestra vyvětrala pokoj a pohovořila si s pacientem. Dala mu prostor pro vyjádření jeho emocí. Sdělil jí, jak se cítí, a že když bude něco potřebovat, použije signalizační zařízení. Po domluvě zhasla v pokoji hlavní světlo a nechala svítit jen lampičku nad hlavou pacienta. Sestra zavřela dveře do pokoje a na chodbě nechala svítit jen noční světlo. Při kontrolách oddělení kolem půlnoci a po třetí hodině ranní pan M. S. spal.

Hodnocení:

Pan M. S. během noci jedenkrát procitl. Ráno byl probuzen sestrou na měření TT a TK. Cítí se odpočatý, spal v kuse čtyři hodiny.

5.3.2 Potencionální diagnózy

Riziko vzniku infekčních komplikací z důvodu zavedení invazivních vstupů (zavedený permanentní močový katetr, periferní kanylace, operační rána)

Cíl:

- Včasné odhalení komplikací
- Minimalizovat riziko infekce

Plán:

- Informovat pacienta o projevech zánětu
- Dodržovat zásady asepsy při manipulaci s invazivními vstupy + ošetření rány
- Kontrolovat místo kolem invazivních vstupů a rány

- Péče o invazivní vstup dle příslušného oš. standardu
- Kontrola TT
- Edukace pacienta o péči PMK
- Kontrola polohy a průchodnosti PMK
- Kontrola vzhledu a množství moče
- Zápis do dokumentace

Realizace ošetrovatelské péče:

Pacienta informuji o projevech zánětu (bolestivost, zarudnutí, otok, zvýšená tělesná teplota). Pan M. S. má z invazivních vstupů periferní žilní kanylaci v pravé horní končetině (ve vena radialis), permanentní močový katetr (Ch = 24), břišní drén v retroperitoneálním prostoru vpravo na spád a 4 operační ranky.

PMK (Ch = 24) s močovým sáčkem byl popsán datem zavedení (expirace 3 dny). Pacientovi jsme vysvětlila, že pokud by pociťoval pálení, řezání, svědění nebo jiný nepříjemný pocit, ať informuje sestru. Pacient byl ještě před operací seznámen s důvodem zavedení PMK, bude mu ponechán 10 dní. Ukázala jsme mu jak o PMK při hygieně pečovat, jak se vypouští sáček a jak dodržovat hygienické zásady. Z PMK odchází čistá moč.

PŽK je zavedena 2. den ve vena radialis v PHK, přelepena průhlednou folií. Místo vpichu je klidné, bez zarudnutí, nebolestivé. Do kanyly podáváme antibiotika a analgetika (Cefuroxim 1500 mg i. v. a Novalgin 5 ml i. v.), je volně průchozí. Dle ošetrovatelského standardu může zůstat zavedena až několik dní. Záleží na její funkčnosti, známkách projevů zánětu a na pacientovi.

Břišní drén je uložen v preperitoneálním prostoru vpravo. Je fixován jedním stehem a náplastí. Sterilní krytí Curapor. Převazuje se 1x denně, nebo dle potřeby. Břišní drén je na spád a odvádí serosangvinózní obsah. Měříme bilanci, od operace drén odvedl spádem 35 ml. Kontrola TT 2x denně. Teplota se pohybuje v rozmezí 37 – 37,5⁰ C.

Operační rány jsou klidné bez známek zánětu. Převazují se jednou denně. Dezinfikujeme Cutaseptem a kryjeme Curaporem.

Hodnocení:

Cíl byl splněn. Nebyly zaznamenány známky zánětu. Tělesná teplota u pana M. S. je po robotické operaci standardní. Pacient užívá antibiotika dle ordinace lékaře.

Strach z důvodu nejisté budoucnosti

Cíl:

- Pacient bude udávat snížení strachu

Plán:

- Sledovat nonverbální projevy
- Zajistit rozhovor pacienta s lékařem
- Nechat pacientovi dostatek prostoru pro jeho dotazy
- Mluvit jasně zřetelně
- Zajistit klidné prostředí
- Dát pacientovi najevo, že mám na něj čas
- Spolupráce s rodinou

Realizace ošetrovatelské péče:

Po příjezdu z JIPu na urologické oddělení bylo na pacientovi znát, že je rád že se vrátil a má už vše za sebou. Pacientovi jsem vysvětlila, jak budou probíhat následující dny a co ho čeká dnes. Pacient chtěl mluvit s lékařem, který ho operoval. Lékař za pacientem přišel na pokoj. Po rozhovoru s lékařem se pacient uvolnil a mohl vstřebávat všechny informace od sestry. Všemmu ihned porozuměl. Kdyby se chtěl na cokoli zeptat, nebo mu nebylo něco jasné, může se obrátit na ošetřující personál.

Pacient měl na odreagování na pokoji televizi, donesl si notebook s připojením na internet, knihu. Rodina pacienta navštívila.

Hodnocení:

Pan M. S. po rozhovoru s lékařem byl podstatně klidnější. Snažila jsme mu poskytnout veškeré informace dle mé kompetence, odreagovat ho a zajistit mu klidné prostředí. Pacientův strach nezmizel, jen se zmírnil.

Riziko vzniku TEN z důvodu operačního výkonu

Cíl:

- Snížit riziko vzniku TEN

Plán:

- Kontrola projevů TEN
- Kontrola funkčnosti bandáže dolních končetin
- Kontrola projevů krvácivosti
- Aplikace antikoagulancií dle ordinace lékaře
- Cviky DK
- Vertikalizace

Realizace ošetrovatelské péče:

Sleduji projevy pacienta, kontroluji stav DK. Pacient má kompresní punčochy. Kontroluji, zda jsou správně natažené. Z JIPu jsem si ho přivezla již vertikalizovaného. Pacient je poučen o rehabilitaci v lůžku (extenze a plantární flexe DK). Kontroluji projevy krvácení, např. z nosu nebo z dásní. Pacient je poučen o riziku krvácení. V případě výskytu, hned nahlásí sestře. Pacientovi aplikuji Fraxiparin 0,4 ml s. c. v 18 hodin do paže.

Hodnocení:

Nejsou shledány příznaky TEN

5.4 Dlouhodobý plán péče

Péče o pacienta 4. den hospitalizace

Ráno byl pacient probuzen na měření tlaku a tělesné teploty. Odebrala se mu krev na kontrolní krevní obraz a biochemické vyšetření. Na vizitě mu lékař sdělil veškeré informace, které si pacient přál vědět. V dopoledních hodinách se dostavil na vyšetřovnu, kde mu byly zkontrolovány a převázány operační ranky. Krytí operačních ran bylo bez prosaku, takže byly ošetřeny jen dezinfekcí a tekutým obvazem Opsite. Břišní drén, který odvedl 35 ml, byl střižen do vatového krytí. Pacient byl poučen, že v případě prosaku obvazu, má přijít na převaz. PMK odvádí žlutou moč. PŽK nejeví známky infekce. Pacienta místo vpichu nebolí a je volně průchozí. Pacient dnes má dietu č. 2.

Odpoledne za ním přišla návštěva. Cítil se již lépe.

Večerní medikace proběhla dle ordinace lékaře. Na večerní vizitě bylo zkontrolováno vatové krytí, které bylo bez prosaku. Na noc dostal prášek na spaní.

Péče o pacienta 5. den hospitalizace

Ranní měření dle zvyklosti oddělení. Po vizitě se pacient se dostavil na vyšetřovnu, kde mu byl odstraněn zbytek drénu. Ranka byla převázána sterilními čtverci. Operační ranky jsou klidné. PŽK odstraněna. Výměna sběrného sáčku na moč za nový. Odpoledne za ním přišla manželka. Večer v doprovodu sestry se pacient vysprchoval. Cítil se jako znovuzrozený. Poté se na vyšetřovně vyměnily sterilní čtverce za Curapor.

Pacient má dietu číslo 4 (šetřící s omezením tuku). Fraxiparin 0,4 ml se aplikoval do levé paže dle ordinace lékaře. FF jsou v normě (v rozmezí 125 – 140/75 – 85).

Péče o pacienta 6. den hospitalizace

Ranní měření dle zvyklosti oddělení. Na vizitě pacientovi potvrdili dimisi. K snídani měl již racionální stravu (dieta č. 3). Poté mu by vyměněn sběrný močový sáček za cestovní, který se suchým zipem připevní na dolní končetinu a sáček tak může nosit

pod kalhotami. Pacient dostal termín kontroly, na kterou se dostaví na urologickou ambulanci. Tam mu bude odstraněn PMK, stehy a dozví se výsledky histologie.

5.5 Edukace

Edukace je proces, kdy je možné ovlivnit chování jedince s cílem navodit u něj pozitivní změny ve vědomostech, návycích, postojích a dovednostech.

Edukaci dělíme na:

- a) Primární prevence – je zaměřena na edukaci zdravých jedinců, kdy je nutné, aby došlo k udržení zdraví a zlepšení kvality života.
- b) Sekundární prevence – probíhá u nemocných jedinců, kde se snažíme ovlivnit vědomosti, postoje a dovednosti jedince, tak aby došlo k pozitivnímu vlivu k jeho uzdravení a nedošlo k případným komplikacím.
- c) Terciární prevence – se zaměřuje na jedince, kteří mají trvalé a nenávratné změny zdravotního stavu. V terciární prevenci je důležité se zaměřit na zlepšení kvality života, aby nedošlo k dalším komplikacím, jen ke zlepšení. [3]

Omezit či přestat s kouřením

Pan M. S. kouří již od mládí. Pokoušel se několikrát přestat, bohužel neúspěšně. Občas vykouří i krabičku cigaret denně. Ví, že si škodí zdraví, ale nedokáže si život bez cigaret představit. Řekla jsem pacientovi o existenci center, která nabízejí pomoc při odvykání s kouřením. Dostal ode mě Edukační leták – pomoc při odvykání kouření.

Pohybová aktivita

Pan M. S. chodí na procházky se psem, lyžuje, jezdí na kole. Má zahradu, o kterou pečuje. Pacient je pohybově velmi aktivní. Doporučila jsme mu i jiný pohyb, který si myslím, by mu mohl být blízký – nordic walking. Pacient mé rady vyslechl.

Vertikalizován rehabilitační sestrou. První pooperační den se pan M. S. šetřil. Přes den spíše odpočíval. Prošel se po chodbě jednou se mnou a odpoledne s manželkou. Po pokoji se pohyboval sám. Vertikalizován rehabilitační sestrou. Druhý pooperační den se pacient pohyboval bez obtíží a s větší jistotou. Obuv má vhodnou. Na chodbě se přidržuje madel.

Správná životospráva

Strava je velmi důležitá pro správné fungování celého organismu. Je nutné ve stravě přijímat potřebné živiny, vitamíny a minerály. Skladba potravy by měla být nejlépe v tomto poměru – bílkoviny 15%, cukry 50 – 55% tuky 30 – 35 %. Množství soli přijímané během jednoho dne, by nemělo přesahovat více jak 6 g.

Stravovat bychom se měli 5x denně v menších porcích. Důležitou a nezbytnou součástí začínajícího dne je snídaně. Během dne s postupujícím časem, by měl klesat kalorický příjem. Za jeden den by měl pan M. S. vypít 2 litry tekutin, nejlépe neperlivou vodu. Jíst dostatek luštěnin, ryby, mléčné výrobky, tmavé pečivo, ovoce a zeleninu. Energetický příjem musí odpovídat i energetickému výdeji.

Během hospitalizace byla pacientovi podávána dieta č. 2 (mletá , šetřící pooperační), 4. (šetřící s omezením tuků) a následně dieta č. 3 (racionální).

Stres

S pacientovou diagnózou přichází vlna emocí. Při této nevyzpytatelné a vleklé nemoci má pacient strach, obavy a deprese. Přetrvávající stres zvyšuje hladinu adrenalinu a noradrenalinu, což jsou stresové hormony. Dochází tím zatěžování oběhové soustavy, nespavosti, nechutenství. Při rakovině většina pacientů změní pohled na svůj život. Změní priority a hodnoty. Nejdůležitější pro ně je zdraví a dobrý vztah s partnerem a nejbližšími. Je nutné, aby pacient relaxoval, měl dostatek spánku, sportoval a byl se svými blízkými.

5.6 Psychologické hodnocení

Pacient je definován v praktickém slovníku medicíny jako osoba v lékařské péči, jako léčící se nemocný člověk. Termín „pacient“ je odvozen od latinského slova „patiens“ - trpělivý, trpící od „patior“ - trpět. Pacientem se nerodíme, pacientem se staneme. Každý proces změny zdravého člověka v pacienta má svou stránku fyziologickou, patofyziologickou, psychologickou a sociální.

Při narušení zdraví, při negativních změnách zdravotního stavu dochází nejen k biologickým změnám, ale i ke změně sociální role, která se stává pro nemocného člověka velmi nepříjemná. Nemoc znamená pro člověka radikální změnu sociální situace a prostředí, v němž žije.

Většina nemocných při běžných onemocněních reaguje přiměřeně, přijímá diagnózu a doporučení k léčbě, dodržuje pokyny, spolupracuje ve snaze se uzdravit. Podle toho, jakou hodnotu má choroba pro nemocného, můžeme postoj k nemoci rozdělit do několika skupin:

- 1.) Normální postoj k nemoci odpovídá skutečnému stavu nebo tomu, co bylo nemocnému o nemoci sděleno. Nemocný je na nemoc přiměřeně adaptován.
- 2.) Bagatelizující postoj znamená, že nemocný podceňuje závažnost nemoci, neléčí se a navrhovaná opatření nedodržuje. Důvodem bývá přeceňování svých možností a podceňování zdraví, jako důležité hodnoty. Často je za tímto postojem i strach (z bolesti, z potíží, z následků, ze ztráty osobní prestiže).
- 3.) Repudiační postoj znamená zapuzení choroby. Nemocný nebere nemoc na vědomí, nejde k lékaři a potlačuje myšlenku na nemoc a úvahy o ní. Jedná se o nevědomou disimulaci.
- 4.) Když nemocný záměrně zkresluje nebo popírá, své potíže jedná se o disimulační postoj, motivy bývají různé, například co nejdříve se vrátit do zaměstnání z finančních důvodů či z pocitu nepostradatelnosti. [15]

5.6.1 Psychologický přístup k onkologicky nemocným

Po potvrzení diagnózy prochází nemocný velmi náročným obdobím, ve kterém se střídají fáze šoku, zloby, smlouvání, popření, rezignace, deprese, na které navazuje fáze odevzdanosti. Nemocného provází úzkost, tíseň a bezradnost, často i smutné myšlenky na to, že mu život končí. Reakce pacientů na onkologickou diagnózu je odlišná od reakcí na jiný druh onemocnění, a proto je psychologická podpora těchto nemocných ze strany zdravotníků nejen potřebná, ale vyžaduje i vysokou profesionalitu.

Důležitou úlohu sehrává přístup zdravotníků a rodinných příslušníků. Pomáhají zvládat nemocnému změny emocionálních stavů a reakce v průběhu léčebného procesu. Z pocitů dominuje zvýšená emotivita, ve které pacienti prožívají smutek, obavy ze samoty, pocity bezmoci a strachu ze smrti. Reakce pacientů na nemoc závisí i na zdravotním uvědomění, které bývá ovlivněno výchovou, vztahem k vlastnímu zdraví a zkušenostmi s medicínskou a ošetrovatelskou péčí, ale také hodnotovým systémem každého člověka.

Pan M. S. si teď uvědomuje, že prožíval stres, ale potlačoval ho. Říkal mi, že se stresuje hlavně v práci. Se zaměstnanci, a s velkou odpovědností, kterou má. Na stres mu pomáhají cigarety. Nejvíce jich vykouří v práci. Stres v sobě potlačuje. Chce si užívat s manželkou hezké chvílky a nechce jí přidělovat starosti. Kvůli stresovému napětí ho někdy trápí nespavost. Teď, když je nemocný, svůj strach neskrývá. Manželka a dcera s vnoučaty mu jsou velkou oporou. Baví se o svém zdravotním stavu otevřeně. Mrzí ho, že se jeho blízcí trápí. Nabídla jsme panu M. S. psychologa, s kterým by si on i jeho rodina mohli promluvit. Pomohl by jim zvládnout napětí a stres. Ale pacient odmítl, věří, že to zvládnou sami.

Svou hospitalizaci pacient považuje doposud za největší stresovou zátěž. Oceňuje přístup sester a lékařů, kteří ho mile překvapili svojí empatií a milým chováním. [15]

Závěr

Pan M. S. zvládl hospitalizaci dobře. S přibývajícými dny se cítil subjektivně dobře a těšil se domů. Cítil se den ode dne lépe. Největší změnu pocítil třetí pooperační den, když mu byl zkrácen břišní drén a vyndána kanyla, mu zbyl jen močový katetr. Došel si do sprchy a cítil se jak znovuzrozený. Na pokoj k panu M. S. přibyl pacient se stejnou diagnózou a čekala ho také robotická operace. Myslím si, že panu M. S. pomohlo, když si povídal s někým, koho potkalo to samé co jeho. Stali se z nich přátelé, dodávali si navzájem odvalu a zkušenosti.

Pan M. S. byl 6 den hospitalizace propuštěn domů. Byl edukován v oblasti zdravé výživy, kouření, pohybové aktivity, stresové zátěže a péče o PMK a operační ranky.

S panem M. S. byla komunikace po dobu hospitalizace bezproblémová a velmi příjemná.

Pacient svoji nemoc bere vážně, a proto se rozhodl, že se pokusí svůj životní styl přehodnotit a přestane kouřit. Z edukace během hospitalizace si odnesl podstatné informace, které bude aplikovat ve svém životě.

Summary

The theme of this bachelor thesis is a *Nursing care of the Patient with prostate cancer after Robotic Radical Prostatectomy*. This theme I chose for the interest in the field of urology. The main purpose is an elaboration of a case study regarding the patient M. S. The bachelor thesis contains two parts, the clinical one and the nursing one.

The clinical part of the thesis deals with anatomical-physiological introduction of a prostate followed by definition, etiology, pathophysiology, clinical picture, diagnosis and prostate cancer therapy. In the end of the clinical part presents data about the patient.

The second part of the bachelor thesis focuses on nursing care. First I deal with nursing process theory and further I concern myself with elaboration of nursing anamnesis according to Marjora Gordon. A part of the work is focused on a nursing plan with current and potential diagnoses, in which I pay attention to the diagnosis objective, nursing plan, implementation and assessment of the provided care.

The end of the bachelor thesis contains a long-term nursing plan, the patient's state of mind as well as education of the patient.

Abstrakt

Téma bakalářské práce Ošetrovatelská péče o pacienta s karcinomem prostaty po robotické radikální prostatektomii jsem si vybrala pro zájem o obor urologie.

Hlavním záměrem je zpracování případové studie u pacienta M. S.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, část klinickou a ošetrovatelskou. V klinické části bakalářské práce se věnuji anatomicko – fyziologickému popisu prostaty, poté definice, etiologii, patologii, klinickému obrazu, diagnostice a terapii karcinomu prostaty. Závěrem klinické části jsou uvedeny údaje o nemocném.

Druhá část bakalářské práce je zaměřena na ošetrovatelskou péči, nejprve se zabývám teorií ošetrovatelského procesu, dále pokračuji zpracováním ošetrovatelské anamnézy podle Marjory Gordonové. Část bakalářské práce je věnována ošetrovatelskému plánu s aktuálními a potencionálními diagnózami. Kdy jsme se zaměřila na cíl diagnózy, plán péče, realizaci a hodnocení poskytnuté péče.

V závěru bakalářské práce je dlouhodobý ošetrovatelský plán, psychický stav nemocného a edukace pacienta.

Použité zdroje

Literatura

- [1] BRODĚÁK, M. a kol.: *KARCINOM PROSTATY A RADIÁLNÍ PROSTATEKTOMIE*, Solen, s. r. o., 2013, ISBN 978-80-7471-018-6
- [2] DYLEVSKÝ, I.: *SOMATOLOGIE*, Epava Olomouc, 2000, ISBN 80-86297-05-5
- [3] JUŘENÍKOVÁ, P.: *ZÁSADY EDUKACE V OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI*, Praha, Grada Publishing, 2010, ISBN 978-802-4721-712.
- [4] KAWACIUK, I.: *UROLOGIE*, H & H, 2000, ISBN 80-86022-60-9
- [5] KÖHLER, O.: *ROBOTICKÁ RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMIE*, Urologické oddělení ÚVN Praha
- [6] KOUTECKÝ, J. a kol.: *KLINICKÁ ONKOLOGIE*, Riopress Praha, 2004, ISBN 80-86221-77-6
- [7] LUPIAK, J.: *TRANSREKTÁLNÍ ULTRASONOGRAFIA PROSTATY (TRUS)*, Osveta, s. r. o., 2002, ISBN 80-8063-097-6
- [8] MAČÁK, J.: MAČÁKOVÁ, J.: *PATOLOGIE*, Grada publishing, 2004, ISBN 80-247-0785-3
- [9] MIKŠOVÁ, Z., FRONKOVÁ, M., ZAJÍČKOVÁ, M.: *KAPITOLY Z OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE II*, Grada publishing, 2006, ISBN 978-80-247-1443-1
- [10] PACÍK, D., a kol.: *UROLOGIE PRO SESTRY*, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví Brno, 1996, ISBN 80-7013-235-3
- [11] PAVLÍKOVÁ, S., *MODELY OŠETŘOVATELSTVÍ V KOSTCE*, Grada, 2006, ISBN 80-247-1211-3
- [12] STAŇKOVÁ, M.: *ZÁKLADY TEORIE OŠETŘOVATELSTVÍ: UČEBNÍ TEXTY PRO BAKALÁŘSKÉ A MAGISTERSKÉ STUDIUM*, Praha: Karolinum, 1996, ISBN 80-718-4243-5
- [13] TRACHTOVÁ, E., *POTŘEBY NEMOCNÉHO V OŠETŘOVATELSKÉM PROCESU*, Brno, 2001, ISBN 80-701-3324-4

[14] UROLOGICKÉ LISTY, 4/2006, Karcinom prostaty, ISSN 1214-2085, MK ČR E 14292

[15] ZACGARIVÁ, E.: *Základy zdravotnické psychologie*, Ostravská univerzita v Ostravě, 2013, ISBN 978-80-7464-275-3

Internetové zdroje

<http://www.cus.cz/pro-pacienty/diagnozy/karcinom-prostaty>

http://projekty.osu.cz/svp/opory/LF_Zacharova_Zaklady-zdravotnicke-psychologie_adaptace.pdf

http://www.uvn.cz/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=157&tmpl=component&format=raw&Itemid=761&lang=cs

<http://www.urologieprostudenty.cz/onkologicka-urologie/nadory-prostaty>

<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/psychosocialni-aspekty-pri-osetrovani-onkologickeho-pacienta-459784>

<http://www.onkologickecentrum.cz/centrum-lecby-rakoviny-prostaty/moznosti-lecby-rakoviny-prostaty.aspx#aktivni-dozor>

Seznam zkratek

LS lumbosakrální

Th hrudní

KO krevní obraz

TRUS transrektální ultrasonografie prostaty

DM diabetes melitus

BDN běžné dětské onemocnění

APPE appendektomie

TURP transuretrální resekce prostaty

TK tlak krevní

P puls

TT tělesná teplota

C stupeň celsia

Kg kilogram

Cm centimetr

BMI body mass index

BPN bez příznaků

RAPE radikální prostatektomie

TBL tablety

p. o. per os

i. v. intravenózně

ml mililitr

mg miligram

FR fyziologický roztok

DVP Davinciho prostatektomie

ÚVN ústřední vojenská nemocnice

JIP jednotka intenzivní péče

LHK levá horní končetina

PHK pravá horní končetina

PMK permanentní močový katetr

Ch Charrierova stupnice

FCE funkce

UROHO standartní urologické lůžkové oddělení

TBL tablety

BDK bandáž dolních končetin

Seznam tabulek

Tabulky	Strana
Tabulka 1	27
Tabulka 2	28

Seznam příloh

Příloha 1 – Ošetřovatelská anamnéza

Ošetřovatelská anamnéza

Oddělení : UROLOGICKÉ ODD.

Datum a čas odběru anamnézy : 20.8.2013

Jméno (iniciály) : M.P. Pohlaví : M Věk : 59

Datum přijetí : 19.4.2013 Datum propuštění : 23.9.2013

Stav : ŽENATÝ Povolání : ELEKTROTECHNIK

Rodina informována : ano ne

Diagnóza při přijetí (základní) : KIRCNOH ŽLOUTATY

Chronická onemocnění : HYPERTENZE

Infekční onemocnění : NE ANO

Režimová opatření :

Léčba:

Operační výkon : ANO Pooperační den : 1

Farmakoterapie : PLASMALYTE 1000 ml i.v.

..... CEFURONIM KABI 1500 mg i.v.

..... HEPARIN i.v.

..... FRAXIPARIN 0,9 ml s.o.

..... NOVALEIN 5ml i.v.

Jiné léčebné metody :

Má nemocný informace o nemoci : ano ne částečně

Alergie : ano ne jaké :

Fyziologické funkce : P : 67 TK : 125/74 D : 16 SpO2 : - TT : 36,5

Hmotnost : 77 kg Výška : 175 cm

1) Vědomí

stav vědomí : při vědomí porucha vědomí bezvědomí GSC :

Orientovaný Deorientovaný

.....

5) Vnímání zdraví

Celková úroveň zdraví (nemocnost, vleklá choroba)..... *HYPERTENZE*

Úrazy: ano ne jaké:

Prodělaná dětská onemocnění : *ZÉJME DĚTSKÉ NEHTOCI*

Infekční onemocnění : ano ne jaká :

6) Výživa, metabolismus

Dieta:..... *TERUTA!* Nutriční skóre:..... -

Chuť k jídlu : ano ne

Potíže s přijímáním potravy : ano ne jaké:

Jakým druhům potravin dává přednost : *pokřky, maso, omáčky*

Užívá doplňky výživy : ano ne jaké :

Enterální výživa *Avicla*..... Parenterální výživa..... -

Denní množství tekutin : *1,5l*..... Druh tekutin : *čaj, voda*

Úbytek nebo zvýšení hmotnosti v poslední době : ano ne o kolik : *3 kg*

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

poslední stolice : *18.7.2019*

Způsob vyprazdňování : podložní mísa/močová láhev

Inkontinenční pomůcky

Toaletní křeslo

Močový katétr počet dní zavedení:..... *1*

Rektální odvodný systém:.....

Stomie.....

8) Aktivita, cvičení

Pohybový režim : *FLÈXE a EXTENZE DE P LUMBU, chiize*

Barthel test:..... *65*

Riziko pádu: ANO skóre..... *60*

NE

Pohyblivost : chodící samostatně chodící s pomocí
 ležící pohyblivý ležící nepohyblivý
 pomůcky jaké :

9) Spánek, odpočinek

počet hodin spánku : 6 hodina usnutí : 7⁰⁰ 22:00
poruchy spánku : ano ne jaké : ANIENI'
hypnotika : ano ne
návyky související se spánkem :

10) Vnímání, poznávání

potíže se zrakem: ano ne jaké :
potíže se sluchem: ano ne jaké :
porucha řeči: ano ne jaká :
kompenzační pomůcky: ano ne jaké :

orientace : orientován dezorientovaný místem časem osobou

11) Sebepečení, sebeúcta – hodnocení psychosociálního stavu

je raději : sám v kolektivu
co si myslí o svém zevnějšku a o sobě : MO' JAKOŽE' SEBEVĚDOMI'
pocit zlosti, vzteku : ano ne
pocit strachu : ano ne z čeho : Z NEJISTE' BUDOUCNOSTI'
pocit úzkosti : ano ne
jak klient vyjadřuje negativní emoce : NEŽÁVA' NANEHO
emocionální stav : ŽOŘKA'
Úroveň komunikace a spolupráce : ŽOŘKA'

12) Role, vztahy

vztah klienta k ostatním lidem : mily' a přátel'sy'
bydlí doma sám : ano ne
kdo bude o klienta pečovat po propuštění : manželka
kontakt s rodinou : ano ne

13) Reprodukce, sexualita

počet porodů :

počet potratů :

antikoncepce : ano ne jaká :

pravidelnost menstruace : ano ne Klimakterium : ano ne

problémy s prostatou : ano ne jaké :

pohlavní onemocnění : ano ne jaké :

zvláštnosti v sexuálním chování :

14) Stres, zátěžové situace

psychický stav : klidný rozrušený úzkostný depresivní strach

prožívá nějaké napětí : ano ne jaké, z čeho : *nejistota' budoucnost*

způsob odraťování : *CIGARETY*

kouření : ano ne kolik : *15*

alkohol : ano ne kolik :

drogy : ano ne jaké :

15) Víra

Víra ano ne jaká :

16) Invazivní vstupy

Drény : ano ne jaké : *NEJEM!* Datum zavedení : *19.1.2013*

Permanentní močový katétr : ano ne

i.v. vstupy : ano periferní datum zavedení : *19.1.2013* kde : *LHK, PHK*

Stav : *Dobry!*

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

Zdroj: Staňková, M.: České ošetrovatelství 6- Hodnotící a měřicí techniky v ošetrovatelské 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 ošetrovatelství 6- Hodnotící a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi. Brno. IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

Nebezpečí vzniku dekubitu je významné při 25 bodech a méně.

Příloha 2 – Ošetrovatelská dokumentace

DATUM	OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA	CÍLE	PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE- BODY	EFEKT POSKYTNUTÉ PÉČE	PODPIS
20.4.13	Riziko bolesti a diskomfortu operace nebo vyjmutí	Do 30 min. od podání analgetik snížení bolesti a stupň 5 na stupni 2 VAS	<ul style="list-style-type: none"> pacienta při nymatizaci dáváme vymědit VAS Abdomen bolesti dle VAS aplikace analgetik sledovat pacienta informovat lékaře záznam na ose objektivně zajistit klidné prostředí 	P. po 30 minutách udával snížení bolesti dle VAS na stupni 2	Buberská
20.4.13	Riziko vzniku pádu a diskomfortu mírně nebo středně	Snížit riziko pádu	<ul style="list-style-type: none"> Stupeň rizika pádu dle Canlegand Stupeň Boursaels Edukace P. o možném vzniku pádu Dopomoc Signalizační zařízení podpora otčen Kontrola TK 	P. přem byla nehamocná. Během 12 hodin nedošlo k pádu	Buberská
20.4.13	Porucha spánku a diskomfortu směry prostředků a strachu o léčbu	Pacient bude odpočívá Pacient bude spát nepřetržitě 4 hodiny	<ul style="list-style-type: none"> Informovanost pacienta o jeho zdravotním stavu úprava lůžka postup při vyšetření medicace vyhlásk pacienta 	Cíle ne odpočívá. Spal v kuse 4 hodiny	Buberská

DATUM	OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA	CÍLE	PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE- BODY	EFEKT POSKYTNUTÉ PÉČE	PODPIS
20.4.13	Riziko vzniku infekčních komplikací a diskomfortu vzhledem k invazivním postupům (Přk, PMK, dren) oper. rány	<ul style="list-style-type: none"> časné odhalení komplikací minimalizovat riziko infekce 	<ul style="list-style-type: none"> Informovat Pa. o provedení zákroku zohlednit asepsu Sledovat směrův zákroku Kontrola pulsu a průchodnosti PRK makulot moze zápis do dokumentace 	Nelby saramenný známky zámetu	Buberská
20.4.13	Strach a diskomfort nejisté vzhledem k	Pacient bude udávat mírně strach.	<ul style="list-style-type: none"> Sledovat nannabělní prvky Reakce na léčbu Dostatek času Spolupráce s Rodinou 	Pacientin strach se snížil, jen se smínil	Buberská
20.4.13	Riziko vzniku TEN a diskomfortu operace nebo vyjmutí	Snížit riziko vzniku TEN	<ul style="list-style-type: none"> Kontrola projevu TEN funkční BDK Kontrola projevu známek antikoagulační omby TK nerušování 	Nejasa sledování písma TEN	Buberská