



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav ošetrovatelství

**Ošetrovatelská péče o nemocného s diagnózou
Benigní hyperplazie prostaty**

*Nursing care for patient with dg. Benign
prostatic hyperplasia*

Případová studie

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Praha, únor 2009

Stanislava Grégrová

Autor práce: Stanislava Grégrová
Bakalářský studijní program: OŠETŘOVATELSTVÍ
Bakalářský studijní obor: Zdravotní vědy

Vedoucí práce: Mgr. Milena Vaňková
Pracoviště vedoucího práce: UK v Praze, 3. lékařská fakulta
Ústav ošetřovatelství

Odborný konzultant: MUDr. Tomáš Baitler
Pracoviště odborného konzultanta: FNKV v Praze
Urologická klinika

Termín obhajoby: 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 9.února 2009

Stanislava Grégrová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala MUDr. Tomáši Baitlerovi a Mgr. Mileně Vaňkové za poskytnutí cenných odborných i teoretických informací a praktických poznatků, které jsem využila při psaní této bakalářské práce. Ráda bych jim též poděkovala za vstřícnost a ochotu při poskytování konzultací v průběhu přípravy a dokončení této práce.

Obsah

	Strana
ÚVOD.....	7
1. KLINICKÁ ČÁST	8
1.1. Charakteristika onemocnění	8
1.1.1. Anatomie – prostata	8
1.1.2. Fyziologie	8
1.1.3. Patologie a patofyziologie	9
1.1.4. Etiologie (příčiny)	9
1.1.5. Příznaky	10
1.1.6. Vyšetření	10
1.1.7. Léčba	13
1.1.8. Prevence	14
1.2. Základní údaje o nemocném	15
1.2.1. Osobní údaje	15
1.2.2. Rodinná a osobní anamnéza	15
1.2.3. Stav při přijetí	16
2. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST	17
2.1. Úvod	17
2.2. Ošetrovatelská anamnéza a hodnocení nemocného v den zahájení péče (1. den hospitalizace)	18
2.3. Ošetrovatelské diagnózy k určitému dni	21
2.4. Ošetrovatelský plán krátkodobý	22
2.5. Dlouhodobý plán	29
2.5.1. Průběh hospitalizace	29
2.5.2. Ošetrovatelské diagnózy	30
2.6. Psychologie nemocného	31
2.7. Sociální problematika	33
2.8. Prognóza	33
2.9. Edukační plán nemocného	33

<i>2.9.1. Cíl edukačního plánu</i>	33
<i>2.9.2. Realizace edukačního plánu</i>	33
ZÁVĚR	35
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	36
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	37
PŘÍLOHY	

Úvod

Cílem mé bakalářské práce je zpracování případové studie ošetrovatelské péče o šedesátiletého pacienta, který byl hospitalizován na jednotce intenzivní péče urologické kliniky s diagnózou Benigní hyperplazie prostaty. Nemocný byl přijat pro chirurgické řešení, byla provedena otevřená prostatektomie.

V klinické části své práce se zabývám anatomii a fyziologií prostaty a její patologií. Dále pak etiologií, symptomatologií, vyšetřovacími metodami, terapií a prevencí u benigní hyperplazie prostaty.

V ošetrovatelské části práce jsem na principu ošetrovatelského procesu zpracovala ošetrovatelský plán u pacienta po prostatektomii. Při sběru informací jsem vycházela z teoretického modelu funkčních typů zdraví Mariory Gordonové. Potřebné informace jsem získala ze zdravotnické dokumentace, od pacienta, vlastním pozorováním a z poznatků dalších členů zdravotnického týmu. Na základě zjištěných informací jsem stanovila aktuální a potenciální ošetrovatelské diagnózy. Ošetrovatelský proces, který jsem zpracovala se týká druhého dne hospitalizace, nultého operačního dne, kdy byl pacient přijat z operačního sálu na jednotku intenzivní péče.

1. Klinická část

1.1 Charakteristika onemocnění

1.1.1. Anatomie – Prostata

Prostata (předstojná žláza) je pohlavní žláza, která má velikost vlašského ořechu a je součástí mužského reprodukčního systému. Je uložena těsně pod močovým měchýřem, kde prstencovitě obklopuje začátek močové trubice. Prostatu tvoří dva laloky, pravý a levý. Nejvzdálenější část od močového měchýře se nazývá **apex** a část , která se dotýká močového měchýře se nazývá **baze**. Prostata má tvar předozadně oploštělého komolého kužele, který je obrácen vzhůru k močovému měchýři svou bází. Prochází jí močová trubice a ejakulární vývod. Žláza je tvořena typickými prostatickými žlázkami. Prostor mezi nimi (**stroma**) vyplňuje vazivo a buňky hladké svaloviny. Žlásky se nacházejí na periferii prostaty a stroma okolo močové trubice. Celou prostatu obklopuje pevné vazivové pouzdro (viz. Příloha č. 1). (4,9,10)

1.1.2. Fyziologie

Sekret, který prostata produkuje tvoří 15-30% objemu ejakulátu. Tento sekret je tekutý, bezbarvý a kyselé reakce (pH 6,4). Výměšek obsahuje prostaglandiny, polyamidy (spermin a spermidin), imunoglobuliny, zinek, kyselinu citrónovou, kyselou fosfatázu a proteázy.

Prostaglandiny – povzbuzují děložní svalovinu a tím napomáhají transportu spermií.

Spermin – má vliv na pohyblivost spermií a jejich schopnost oplodnit vajíčko.

Zinek – má vliv na metabolismus testosteronu v prostatě a v komplexu se přikládá na buněčnou membránu spermií.

Kyselina citrónová – má funkci pufru ve formě citrátů.

Proteázy – způsobují zkapalnění ejakulátu.

Ke správné funkci a svému růstu potřebuje prostata **androgeny** – mužské pohlavní hormony. Nejvíce pak **testosteron**, který se tvoří v Leydigových buňkách varlat a tvoří 90% androgenů v mužském organismu. 98% testosteronu se váže na bílkoviny krevní plazmy. Chemickými pochody dochází k tvorbě specifických bílkovin, ty působí na stroma a žlázové buňky a udržují prostatu v činnosti. **(10)**

1.1.3. Patologie a patofyziologie

Nejčastější nezhoubnou formou buněčného bujení u mužů je benigní hyperplazie prostaty. Prostata dospělého muže váží asi 20 gramů. Do 4.-5.dekády života zůstává stejná, pak se u velké většiny mužů začíná zvětšovat. Zvětšení a následné zbytnění žlázy je závislé na přeměně testosteronu na dihydrotestosteron vlivem enzymu 5-alfa-reduktázy. Zbytnění prostaty je způsobené množstvím buněk tkáně prostaty. Nezhoubné zvětšení vzniká v místě vymezené tkáně (stromatu). Té je nejvíce okolo močové trubice, proto dochází k jejímu stlačení a tím ke změnám v plynulém odtoku moče z močového měchýře. Močový měchýř musí proto vyvinout větší sílu, aby moč úplně odtekla. Dalším důvodem ke špatnému odtoku moče je zvětšování prostaty směrem nahoru k močovému měchýři. Dochází ke změně nervové regulace. V některých případech může benigní hyperplazie prostaty způsobovat vážné problémy, jako infekci močových cest a akutní retenci moče. Pokud není onemocnění léčeno může dojít k poškození močového měchýře a ledvin, z důvodu městnání moče. Onemocnění probíhá dlouhodobě a potíže se pozvolna zhoršují. **(1,6,10)**

1.1.4. Etiologie (příčiny)

Příčiny vzniku benigní hyperplazie prostaty nejsou doposud zcela objasněny. Určitou roli při jejím vzniku hrají hormony, především androgeny a estrogeny. U mladších mužů může být zvětšení prostaty způsobeno akutním nebo chronickým zánětem. Zbytnění vzniká většinou na základě biologických změn v 5.-7. deceniu muže.

Na vzniku benigní hyperplazie prostaty se podílí **endokrinní systém** – vliv dihydrotestosteronu, který se váže na specifický steroidní receptor, dochází k aktivaci protoonkogenů a ty produkují růstové faktory. Dále se ukazuje, že existuje **dědičnost** pro BHP. Je prokázán vliv **skladby stravy** s převahou živočišných tuků. Vyšší výskyt je prokazatelný u obézních mužů. Uplatňují se i **chemické vlivy vnějšího prostředí** a **způsob pohlavního života** – prodělané pohlavní choroby a dráždění anální oblasti. (3,4,10)

1.1.5. Příznaky

Příznaky, kterými nemocní muži trpí, jsou **obstrukční** (vyprazdňovací) a **iritační** (jímací).

Obstrukční příznaky jsou způsobeny útlakem močové trubice zvětšenou prostatou a patří k nim obtížné močení - jeho začátek (nemocný musí tlačit nebo čekat, než začne močit, často si sedá), slabý nebo přerušovaný proud moče a pocit neúplného vyprázdnění močového měchýře. Extrémním příznakem je retence moče a odkapávání moče po kapkách z přeplněného měchýře (ischuria paradoxa).

Iritační příznaky jsou způsobeny drážděním močového měchýře zvětšenou prostatou a patří k nim časté nucení na močení, častější a noční močení a bolest při močení. (3,10)

1.1.6. Vyšetření

1. Digitální rektální vyšetření

Toto vyšetření je zvláště významné ve screeningu u mužů starších 50 ti let. Provádí se tak, že lékař zavede ukazovák přes anální otvor do konečníku. Přes stěnu konečníku je prostata dobře hmatná a lze posoudit její tvar, velikost i charakter. Prostata má mít zhruba velikost vlašského ořechu, má být hladká, elastická, symetrická se žlábkem uprostřed, nebolestivá a ohraničená proti okolí. Lze vyšetřit pouze asi 1/3 povrchu žlázy, proto nelze vyšetření považovat za hlavní diagnostickou metodu pro benigní hyperplazii

prostaty, ale je užitečná pro přibližné určení velikosti prostaty, pomáhá lékaři při určení nejlepšího léčebného postupu a je dostupná každému lékaři.

2. Mezinárodní stupnice prostatických symptomů – IPSS

Na základě dotazníku, který slouží ke stanovení závažnosti příznaků, hodnotí nemocný v měsíčním intervalu příznaky komplikující vyprazdňování močového měchýře a jejich vliv na kvalitu každodenního života. Při odpovědích na standardní otázky lze dosáhnout celkem 35 ti bodů. Tento dotazník je přínosem pro lékaře, protože ne vždy je velikost prostaty ukazatelem závažnosti příznaků benigní hyperplazie prostaty. V některých případech může velká prostata působit jen malé potíže, zatímco jindy při malé prostatě se můžou najít i závažné příznaky (viz Příloha č. 2).

3. Prostatický specifický antigen - PSA

PSA je enzym, který produkují normální i rakovinné buňky prostaty. Je přítomen v séru a jeho vyšetřením lze lépe odlišit nezhoubné a zhoubné onemocnění prostaty. Normální hladina PSA v séru je pod 4 ng/ml a je během 24 hod. stálá. Zvýšení hladiny PSA v séru může vyvolat benigní hyperplazie prostaty, zánět prostaty, karcinom prostaty a iritace v anální oblasti.

4. Uroflowmetrie – měření rychlosti průtoku moče

Slouží k orientačnímu zjištění, jestli nemocný trpí obstrukcí dolních močových cest. Močí se do předem připravené nádoby (uroflowmetru) a následně se vyhodnocuje křivka, která zobrazuje rychlost průtoku moči v čase.

5. Sonografie prostaty

Jedná se o ultrazvukové vyšetření prováděné **transabdominálně** – přes břišní stěnu nebo **transrektálně** – zavedením ultrazvukové sondy do konečníku. Vyšetření ultrazvukem umožňuje přesné zjištění velikosti a tvaru prostaty a je přínosem pro plánované operace a rozhodování o vhodném léčení.

6. Vyšetření reziduální (zbytkové) moči

Při tomto vyšetření se sonograficky měří množství moče, které zůstává v močovém měchýři po úplném vymočení. Při závažném množství reziduální moči v měchýři je nutné zahájit léčbu. Vyšetření reziduální moči pomáhá lékaři při rozhodování k indikaci operačního řešení.

7. Vyšetření moči

Standardně se provádí chemické vyšetření moče + sediment a bakteriologické vyšetření na kultivaci + citlivost. Zjišťuje se přítomnost krve, bílkoviny nebo bakterií v moči. Objevuje se často u starších mužů, především s benigní hyperplazií prostaty.

8. Vyšetření renálních funkcí

Z krevního vzorku se vyšetřuje urea a kreatinin. Provádí se u mužů s příznaky benigní hyperplazie prostaty. Hladina těchto látek v séru ukazuje na funkci ledvin.

9. Cystoskopie

Cystoskopie je endoskopické vyšetření, které je indikováno u některých pacientů s benigní hyperplazií prostaty, pokud je uvažováno o operaci nebo je podezření na zánět, zúžení **uretry** (močové trubice), následky předchozí operace prostaty nebo pokud se v moči objeví krev. U tohoto vyšetření se zavádí do uretry **flexibilní** (ohebný) nebo **rigidní** (neohebný) **endoskop** (trubice tvořená vlákny vedoucími světlo), který umožňuje lékaři přímo prohlédnout dolní močové cesty. Takto lze zjistit obstrukci uretry nebo hrdla močového měchýře, zvětšení prostaty, neobvyklé anatomické změny nebo kameny v močovém měchýři.

10. RTG vyšetření

Nejčastěji se provádí uretrocystografie (UCG), kdy se provádí nástřik uretry s kontrastní látkou pod RTG přístrojem. Ve zcela ojedinělých případech se provádí vylučovací urografie a CT vyšetření. **(3,4,10)**

1.1.7. Léčba

1. Pečlivé sledování

V případě mírných příznaků stačí jen pečlivé sledování nemocného, není nutná jakákoliv aktivní léčba. To je možné přibližně u 10 – 15% postižených mužů.

2. Farmakologická léčba

a) blokátory 5-alfa-reduktázy – ovlivňují statickou komponentu – vlastní zvětšení tkáně související s působením hormonů. Léky působící na molekulu steroidů zmenšují prostatu a tím zmírňují potíže s močením. Snižují účinně hladinu dihydrotestosteronu v krvi i v prostatě.

b) alfablokátory – ovlivňují dynamickou komponentu - sevření, kterému je vystavena uretra a jež souvisí s aktivitou sympatického nervového systému. Blokátory alfa-1-adrenergických receptorů snižují svalové napětí v prostatě i v oblasti hrdla močového měchýře a tím zlepšují vlastní močení i ostatní příznaky, především časté nucení na močení. Dochází k cílenému ovlivnění receptorů, které jsou umístěny ve svalové tkáni, v pouzdře prostaty a v oblasti hrdla močového měchýře. Předepisují se většině mužů, kteří mají příznaky benigní hyperplazie prostaty a nemají výrazně zvětšenou prostatu.

c) fytopreparáty – tablety nebo čaje, které obsahují jednu nebo více rostlinných látek, které mají protizánětlivý účinek, působí proti otokům, zlepšují pružnost stěny močového měchýře a mají příznivý vliv na obtíže s močením způsobené BHP.

3. Chirurgická léčba

Transuretrální resekce prostaty (TURP)

Provádí se většinou u prostaty, která není větší než 60 gramů. Jde o endoskopický výkon, který se provádí v celkové nebo svodné anestezii při krátkodobé hospitalizaci (4-5 dní). Do uretry je zaveden resektoskop a pod

kontrolou zraku se odstraňuje elektrickou kličkou tkáň prostaty. Krvácení během výkonu se staví koagulačním proudem. Resekovaná tkáň se vyplachuje zavedeným tubusem. Na konci výkonu se zavádí dvou nebo třícestný permanentní močový katétr a jeho nafouknutý balonek stlačí plochu vzniklou odstraněním tkáně prostaty.

Transuretrální incize prostaty (TUIP)

Postup operace je stejný jako u TURP, ale chirurg provede pouze jeden nebo dva řezy na prostatě, které uvolní hrdlo močového měchýře a sníží tlak na uretru. Prostata se pouze nařízne, ale neodstraňuje. Výkon se též provádí v celkové nebo svodné anestezii.

Otevřená prostatektomie (PE)

Provádí se u hyperplazie prostaty, která je obvykle větší než 60 gramů, v celkové nebo svodné anestezii, při hospitalizaci 7-10 dní. Při tomto výkonu se odstraňuje celý adenom prostaty a ponechávají se pouze žlázky v tzv. chirurgickém pouzdře. Provádí se dolní střední laparotomie, otevře se močový měchýř a prostata se odstraní z lůžka (enukleace), zavede se permanentní močový katétr a založí se epicystostomie (drenáž močového měchýře). Po té se do epicystostomie se napojí kontinuální laváž, která proplachuje močový měchýř a zabraňuje tak tvorbě koagul (krevní sraženiny). Následně se uzavírá močový měchýř, zavádí se drén do Retziiova prostoru a provádí se sutura rány po vrstvách. **(3,4,10)**

1.1.8. Prevence

Vzhledem ke skutečnosti, že benigní hyperplazie prostaty nemá žádnou konkrétní příčinu jsou v rámci prevence doporučeny pravidelné prohlídky a pohovory u lékaře, které jsou velkou pomocí. Ke zmírnění příznaků se doporučují určité změny životního stylu. Muži by měli omezit nebo vyloučit pití alkoholu, kávy, příliš chladných nápojů a jiných dráždivých tekutin. Vhodné je pití zeleného čaje, který má příznivý vliv na prostatu. Nepříznivý vliv na relaxaci svalů v prostatě a hrdle močového měchýře mají též

adrenergní léky, které snižují prokrvení a zhoršují příznaky benigní hyperplazie prostaty zhoršeným volným průtokem moče. Jsou to léky proti nachlazení, ucpaní nosu a alergiím. Zvýšené riziko retence moče nastává v chladném počasí a u imobilních pacientů. Příznivý vliv má pravidelné cvičení s výjimkou jízdy na kole, kdy dochází k tlaku na prostatu. Nepříznivě působí sezení na příliš měkkých sedadlech. Důležité je močit pravidelně během dne a vymočit se, když je pocíťována potřeba (nezadržovat moč). Příjem tekutin by měl být asi 2 litry denně, pít by se mělo průběžně a nikoliv naráz a před spaním. **(3,4,10)**

1.2 Základní údaje o nemocném

1.2.1. Osobní údaje

Pacient J. V., narozen v roce 1947, trvale bytem v Praze, osoba samostatně výdělečně činná, byl přijat na urologickou kliniku 19.10.2008 k plánované operaci – prostatektomii – pro benigní hyperplazii prostaty (zbytnění žlázy).

1.2.2. Rodinná a osobní anamnéza

Oba rodiče žijí, matka 83 let, otec 84 let. Sourozence nemá, žije s manželkou v bytě v činžovním domě.

Pacient je kuřák, alkohol pije příležitostně. Je sledován mnoho let v gastroenterologické poradně pro VCHGD (vředová choroba gastroduodeální).

NO (nynější onemocnění)

Před dvěma lety byl vyšetřen na urologické ambulanci pro nykturii (časté noční močení), zjištěna hyperplazie prostaty (zbytnění). Byla zahájena medikamentózní léčba alfa-blokátorem (Omnice 0-0-1 tbl. p.o.).

Nyní, pro zhoršující se problémy a hyperplazii prostaty, byl přijat k plánovanému operačnímu výkonu – prostatektomii (PE) – odstranění prostaty.

1.2.3. Stav při přijetí

Váha :	95 kg
Výška :	190 cm
TK :	140/85 mmHg
TF :	50/min. (mnoho let sin.bradykardie v souvislosti s aktivním sportem)
TT :	36,6°C
DF :	16/min.

Fyzikální a somatické vyšetření pacienta při příjmu :

Hlava, krk, hrudník :	bez patologického nálezu
Břicho :	měkké, nebolestivé, bez rezistence
Končetiny :	bez otoků nebo příznaků tromboembolické nemoci
Bederní krajiny, ledviny :	nehmatné a nebolestivé
Močový měchýř :	nehmatný
Zevní genitál :	penis, varlata i nadvarlata bez patologie
Per rektum :	prostata celkově ohraničená, tužší, asymetrický levý lalok, který je větší, sliznice rekta v dosahu prstu bez patologie.

2. Ošetrovatelská část

2.1. Úvod

Charakteristickým rysem moderního ošetrovatelství je uspokojování potřeb zdravého i nemocného člověka. Děje se tak systematicky a plánovitě prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Sestry by se měly zabývat člověkem jako celkem, jako bytostí bio-psycho-sociální, nebo-li bytostí holistickou. Holismus je řecké slovo a znamená celek. Pokud dojde k poruše jedné z částí celku, vyplývá z toho, že jde o poruchu celého systému. (5,8)

Ošetrovatelská péče je pro sestru velmi důležitou součástí její práce a je chápána jako odborná činnost zaměřená na zachování, upevňování a obnovu zdraví jednotlivců a skupin.

K posouzení stavu potřeb klienta vycházím z modelu „Funkční typy zdraví“ („Functional Health Patterns“). Autorkou tohoto modelu je Dr. Marjory Gordonová. Její model vychází z toho, že všem jedincům jsou společné určité typy chování, které mají souvislost s jejich zdravím, kvalitou života, rozvojem jejich schopností a dosažením lidského potenciálu. Obsahem ošetrovatelské anamnézy jsou subjektivní údaje, které získáme rozhovorem s klientem a objektivní údaje, které zjistíme pozorováním a vyšetřením. Ke screeningu se používá fyzikální vyšetření, pozorování a kladení stručných otázek. Tento model obsahuje dvanáct níže uvedených oblastí, které představují funkční i dysfunkční součást zdravotního stavu klienta. (5,8)

Charakteristika jednotlivých oblastí:

Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví – zahrnuje klientovo vnímání zdraví, péče o něj, životní styl a zvládání rizik spojených se zdravotním stavem.

Výživa a metabolismus – obsahuje způsob příjmu potravy a tekutin, typ a kvalitu stravy, užívání náhradních výživných látek a vitamínů, hodnocení kůže, vlasů, nehtů, sliznic a chrupu.

Vylučování – zahrnuje vylučování močového měchýře, střev i kůže.

Aktivita, cvičení – zahrnuje informace o běžných denních aktivitách (viz Příloha č. 3), trávení volného času.

Spánek, odpočinek – obsahuje způsob spánku, odpočinku a relaxace a jejich kvalitu.

Vnímání, poznávání – obsahuje sluch, zrak, čich, chuť, hmat a používání kompenzačních pomůcek, informuje o bolesti a způsobu jejího tlumení, zhodnocení kognitivních schopností.

Sebekoncepce, sebeúcta – zahrnuje vnímání sebe sama a emocionálních stavů.

Plnění rolí, mezilidské vztahy – zahrnuje vnímání hlavních rolí v běžných životních situacích.

Sexualita, reprodukční schopnosti – informuje o eventuelních problémech této oblasti.

Stres, zátěžové situace, jejich zvládnutí, tolerance – informuje o zvládnutí stresových situací.

Víra, přesvědčení, životní hodnoty – vnímání životních hodnot včetně víry.

Jiné – jiná podstatná sdělení.

2.2. Ošetrovatelská anamnéza a hodnocení nemocného v den zahájení péče (1. den hospitalizace)

Šedesátiletý pacient J. V. byl s diagnózou benigní hyperplazie prostaty přijat dne 19. 10. 2008 na standardní oddělení Urologické kliniky.

Ošetřovatelskou anamnézu jsem zpracovala na základě informací získaných od klienta, vlastním pozorováním a z lékařské dokumentace.

Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Pan J.V. je hospitalizován poprvé. Před dvěma lety navštívil urologickou ambulanci pro časté noční močení a bylo zjištěno mírné zvětšení prostaty. Byla zahájena medikamentózní léčba a nyní byl indikován k plánované operaci - prostatektomii. Do této doby byl sledován pro vředovou chorobu žaludku. Jinak se cítí zdravý, dodržuje všechny předepsané a doporučené rady od lékaře. Pacient kouří 20 cigaret denně, zatím s tím nechce přestat. Alkohol pije pouze příležitostně.

Výživa a metabolismus

Pacient jí pravidelně 4krát denně, spíše střední porce a z důvodu vředu na žaludku se snaží jíst nedráždivou stravu. Denně vypije 2 až 2,5 litrů tekutin. Nyní v nemocnici pije podstatně méně a od přijetí nic nejedl, z důvodu operace následujícího dne. Stav kůže je v normě, nepotí se, sliznice jsou vlhké a chrup má vlastní.

Vylučování

Doma se vyprazdňuje pravidelně, projímadla neužívá. Často chodí v noci na toaletu z důvodu nočního močení.

Aktivita, cvičení

Pán mnoho let aktivně sportoval a v rámci pasivního odpočinku luští křížovky a sleduje televizi. Jeho koníčkem je práce na zahrádce a kutilství. Je plně soběstačný, občas má problémy při vstávání. Chvilí mu trvá, než rozhýbe ztuhlé klouby, ale říká, že je to „v souvislosti s věkem“.

Spánek, odpočinek

Spánek má narušen, protože chodí v noci často močit (až 5x). Chodí spát kolem 22. hod. a vstává v 6.30 hod. Do práce odchází v 7.30

hod. Cítí se nevyspalý. Těší se, že mu po operaci tyto problémy ustanou a dostatečně se v klidu vyspí.

Vnímání, poznávání

Nemá potíže se sluchem ani zrakem, nosí pouze brýle na čtení. Orientuje se a odpovídá přiměřeně, problémy s pamětí zatím nepozoruje. Žádnou bolest doma neudával.

Sebekoncepce, sebeúcta

Sám sebe hodnotí jako „klidného a vyrovnaného člověka“. Snaží se být vždy v pohodě. Je moc rád, že šel na operaci, protože už nebude mít problémy s močením a jizva na břicho mu nevadí.

Plnění rolí, mezilidské vztahy

Klient pracuje jako osoba samostatně výdělečně činná, žije s manželkou v bytě v činžovním domě. Manželka je mu velkou psychickou oporou. Pravidelně udržuje kontakt se svými rodiči i s rodinami svého syna a dcery. Ve volných chvílích se rád věnuje vnoučatům.

Sexualita, reprodukční schopnost

Na tuto oblast jsem se nezaměřovala, respektovala jsem přání klienta o tomto tématu nehovořit. O případných pooperačních sexuálních problémech si přeje mluvit se svým ošetřujícím lékařem.

Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

Stresové situace zvládá pacient dobře, řeší vše v klidu a dohromady s rodinou. Při stresu se jde projít nebo poslouchá rádio. Každý den se těší na své vnuky a vnučky, až přijdou na návštěvu.

Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Jeho současným životním cílem je co možná nejrychleji se uzdravit. Za nejdůležitější životní hodnotu považuje zdravou a spokojenou rodinu. Věřící není, ale rád si někdy zajde do kostela.

Jiné

Nebylo nic, co by pacient chtěl ještě sdělit. (8)

2.3. Ošetrovatelské diagnózy k určitému dni

Ošetrovatelské diagnózy jsem stanovila ke druhému dni hospitalizace, k nultému operačnímu dni. Tento den jsem vybrala proto, že byl pro klienta nejnáročnější, přejímala jsem ho z operačního sálu a starala se o něho celý den. (viz. Příloha č. 4)

Aktuální diagnózy

1. Akutní bolest v souvislosti s operačním výkonem
2. Porucha vyprazdňování moči z důvodu operačního výkonu
3. Snížená soběstačnost v oblasti hygieny související s pooperačním režimem
4. Snížení objemu tělesných tekutin související s aktivními ztrátami
5. Porucha tkáňové integrity související s operačním výkonem

Potenciální diagnózy

1. Riziko vzniku infekce související s operační ránou, zavedením permanentního močového katétru a periferního žilního katétru
2. Riziko tromboembolické nemoci související s pooperačním režimem
3. Riziko pooperačních komplikací související s operací – patologické změny vitálních funkcí, nepřiměřené krvácení z operační rány a velké množství krve v moči

2.4. Ošetrovatelský plán krátkodobý

1. Akutní bolest v souvislosti s operačním výkonem

Cíl: Klient udává zmírnění bolesti, hodnotí bolest maximálně stupněm dva na 5-ti stupňovém měřítku bolesti. (viz. Příloha č. 5)

Ošetrovatelské intervence:

- sledovat intenzitu a lokalizaci bolesti
- všímat si projevů mimoslovní komunikace
- sledovat základní vitální funkce
- zajistit klid, odpočinek a úlevovou polohu
- respektovat popis bolesti klienta
- zajistit podávání analgetik dle ordinace lékaře
- zaznamenávat do dokumentace

Realizace plánu:

Přirozenou reakcí organismu na chirurgický výkon je bolest. V pooperačním období hraje významnou roli jako varující signál. Při přijetí ze sálu na jednotku intenzivní péče byl klient napojen na monitor, kde se sledovaly po patnácti minutách základní vitální funkce. Vzhledem k tomu, že výkon byl proveden ve svodné spinální anestézii, byl klient uložen na lůžko ve vodorovné poloze. Za dvě hodiny po odeznění svodné anestézie začal pociťovat bolest v operační ráně, hodnota TK se zvýšila ze 120/80 mmHg na 150/100 mmHg. Byla zajištěna úlevová poloha mírným pokrčením nohou a podávána analgetika dle ordinace lékaře, Dolsin 100 mg intramuskulárně podle potřeby klienta / limit á 6 hodin/ a v mezičase byl podáván Algifen jedna ampulka intravenózně. Po třiceti minutách se projevil účinek analgetika. Hodnota TK se snížila na 110/60 mmHg a bolest se zmírnila. Intenzitu bolesti jsme s klientem sledovali podle „měřítka škály

bolesti“ (viz Příloha č. 5). Všechny poznatky o bolesti, způsobu a intenzitě, jsem pravidelně zapisovala do dokumentace včetně času aplikace a podpisu sestry.

Hodnocení:

Stanovených cílů bylo dosaženo, analgetická léčba byla účinná a úlevová poloha byla vyhovující. Klient hodnotí bolest stupněm dva.

2. Porucha vyprazdňování moči z důvodu operačního výkonu

Cíl: Klient má průchodnou močovou cévku

Ošetrovatelské intervence:

- sledovat pravidelně průchodnost močové cévky
- odstranit včas krevní sraženiny
- udržovat správnou rychlost kontinuální laváže
- kontrolovat správnou polohu močové cévky
- sledovat bilanci tekutin
- dodržovat aseptický postup při manipulaci s močovou cévkou

Realizace plánu:

Po uložení klienta na lůžko byl permanentní katétr uložen do správné polohy, kontrolována jeho průchodnost a udržována kontinuální laváž. Kontrola průchodnosti byla nutná vzhledem k odchodu krevních sraženin v důsledku operačního výkonu. Při každém proplachu katétru a odsátí krevních koagul byly používány sterilní pomůcky a byl zajištěn aseptický postup. Každé čtyři hodiny byla prováděna bilance tekutin a pravidelně

zaznamenávána do dokumentace, včetně laváže. Příjem a výdej tekutin byl vyrovnaný.

Hodnocení:

Všechny cíle byly splněny, močový katétr se nacházel ve správné poloze a byl průchodný.

3. Snížená soběstačnost v oblasti hygieny související s pooperačním režimem (viz. Příloha č. 6)

Cíl: Klient je částečně soběstačný a spolupracuje se sestrami při toaletě

Ošetrovatelské intervence:

- snažit se o spolupráci s klientem
- snažit se docílit toho, aby se aktivně zapojoval do denních aktivit
- pochválit za každou aktivitu
- zajistit pomůcky k lůžku při hygieně
- zajistit soukromí při hygieně

Realizace plánu:

Vzhledem ke klidovému režimu v prvních třech dnech po operaci probíhala hygiena pacienta pouze na lůžku. První den byl pacient z velké části závislý na sestře. V odpoledních hodinách jsme u pacienta provedly toaletu a vyměnily jsme lůžkoviny. Pacient projevil snahu o umytí jemu dostupných částí těla. Pochválily jsme ho za pomoc a snaživost. Všechny potřebné pomůcky jsme připravily těsně k lůžku a pro zajištění pacientova soukromí jsme zatáhly okolo lůžka závěsy.

Hodnocení:

Byly splněny všechny cíle, klient se začal aktivně zapojovat při hygieně.

4. Snížení objemu tělesných tekutin související s aktivními ztrátami

Cíl: Klient dodržuje pitný režim a je dostatečně hydratován

Ošetrovatelské intervence:

- sledovat příjem a výdej tekutin
- sledovat základní vitální funkce
- sledovat kožní turgor a sliznice
- podávat infúze dle ordinace lékaře
- zaznamenávat do dokumentace

Realizace plánu:

Pacientovi kapal z operačního sálu anesteziologem podaný Ringerův roztok 1000 ml i. v. a dále měl od lékaře naordinovány další infuzní roztoky. Plasmalyte 2x1000 ml i. v. a Ringerův roztok 1000ml i. v. Po čtyřech hodinách na JIP začal přijímat tekutiny per os. Na stolek u lůžka jsme připravily skleničku s čajem a trubičkou na pití. Průběžně jsme čaj dolévaly a zapisovaly do dokumentace vypité množství. Příjem a výdej tekutin byl v rovnováze a vitální funkce byly v normě (TK 125/75 mmHg, TF 45/min., SaO₂ 97%). Sliznice byly vlhké a kožní turgor přiměřený.

Hodnocení:

Klient vypil dostatečné množství tekutin a jeho hydratace byla uspokojivá.

5. Porucha tkáňové integrity související s operačním výkonem

Cíl: Operační rána je klidná, bez známek infekce, hojí se per primam

Ošetrovatelské intervence:

- kontrolovat operační ránu 4x denně

- dodržovat aseptický postup při převazech operační rány
- sledovat hojení rány

Realizace plánu:

Operační rána byla každý den při ranní vizitě převazována s použitím sterilních nástrojů a materiálu, byl dodržován aseptický postup. Vždy po šesti hodinách byla kontrolována intenzita prosáknutí krytí operační rány.

Hodnocení:

Cíle byly splněny, operační rána je klidná, nejeví známky infekce a hojí se per primam.

6. Riziko vzniku infekce související s operační ránou, zavedením permanentního močového katétru a periferního žilního katétru

Cíl: Klient nemá žádné známky infekce

Ošetrovatelské intervence:

- zajistit aseptický postup při převazech operační rány
- zajistit aseptický postup při manipulaci s katétry
- aplikovat ordinovaná antibiotika dle rozpisu
- sledovat známky začínající infekce (bolestivost, zčervenání, otok v okolí katétru)
- sledovat místo vpichu
- sledovat průchodnost permanentního katétru
- zaznamenávat do dokumentace

Realizace plánu:

Při převazech bylo postupováno asepticky, byla aplikována lékařem naordinovaná antibiotika (Augmentin 1,2g i.v. á 8 hod.) Každý den byla provedena kontrola a převaz periferního žilního katétru, místo vpichu bylo klidné a nejevilo známky infekce nebo zánětu. Při každé intravenózní aplikaci a výměně infuzního setu bylo postupováno asepticky. Permanentní močový katétr byl průběžně kontrolován, při každém jeho proplachu bylo postupováno asepticky a byly používány sterilní pomůcky. Ústí močové trubice se kontrolovalo při hygieně, okolí bylo klidné. Vše bylo zaznamenáno do dokumentace.

Hodnocení:

Cíl byl splněn, u klienta nedošlo ke známkám infekce.

7. Riziko tromboembolické nemoci související s pooperačním režimem

Cíl: Klient nemá známky tromboembolické nemoci

Ošetrovatelské intervence:

- kontrolovat denně bandáže dolních končetin
- podávat léky dle ordinace lékaře
- zajistit rehabilitační program
- povzbuzovat klienta ke spolupráci při rehabilitaci
- sledovat příznaky tromboembolické nemoci

Realizace plánu:

Při každé toaletě byla nově provedena bandáž dolních končetin, jedenkrát denně v 17 hod. byl dle ordinace lékaře aplikován Clexane 0,4 ml

subkutánně, pacient si procvičoval dolní končetiny (prováděl plantární flexi a extenzi), jedenkrát denně docházela rehabilitační sestra, která s pacientem pasivně cvičila.

Hodnocení:

Cíl byl splněn, u pacienta nejsou žádné známky tromboembolické nemoci.

8. Riziko pooperačních komplikací související s operací

Cíl: U klienta se včas odhalí pooperační komplikace

Ošetrovatelské intervence:

- sledovat základní vitální funkce
- kontrolovat průběžně barvu moče
- kontrolovat pravidelně operační ránu
- informovat lékaře při závažných změnách
- zaznamenávat do dokumentace

Realizace plánu:

U pacienta byly kontinuálně monitorovány vitální funkce. Za třicet minut od přijetí ze sálu došlo u pacienta k poklesu tepové frekvence na 38 pulzů/min. Přivolaný lékař naordinoval Atropin 0,5mg intravenózně. Po aplikaci se frekvence upravila na 50 pulzů/min., což je pacientova normální hodnota. Průběžně jsme sledovaly barvu moče, která byla v mezích normy zbarvena krví v souvislosti s provedeným operačním výkonem. Zpočátku jsme operační ránu, její sterilní krytí, kontrolovaly po hodině a protože obvaz byl prosáklý jen mírně, po třech hodinách se začala jeho kontrola provádět standardně každé čtyři hodiny. Vše bylo zaznamenáno do dokumentace.

Hodnocení:

U pacienta byla včas zjištěna bradykardie, k jiným komplikacím pooperačního stavu nedošlo.

2.5. Dlouhodobý plán

2.5.1. Průběh hospitalizace (19.10.-29.10.2008)

Pacient byl 19.10. přijat na standardní oddělení urologické kliniky. V den přijetí byla provedena předoperační příprava a vyšetření anesteziologem, který naordinoval premedikaci.

20.10. – den operačního výkonu. Na výzvu z operačního sálu byla podána premedikace (Dolsin 100 mg a Atropin 1,0 mg i.m) a pacient byl odvezen na operační sál. Ve svodné (spinální) anestézii byla provedena transvesikální prostatektomie.

Z operačního sálu byl pacient uložen na lůžko JIP urologické kliniky. Měl zavedeny čtyři invazivní vstupy – periferní žilní katétr, permanentní močový katétr, epicystostomie a drén z Retziova prostoru. Do peroperačně vyvedené epicystostomie je zavedena kontinuální laváž fyziologickým roztokem. Pacient byl napojen na monitor a kontinuálně byly monitorovány vitální funkce (TK, TF, EKG, SaO₂). Kyslíkovými brýlemi je podáván zvlhčený kyslík s průtokem 5l/min. Po 30 ti min. dochází k poklesu TF na 38/min., volán lékař a je aplikován Atropin 0,5 mg i.v. Po té úprava frekvence na 50/min.

Dále je prováděna pravidelná kontrola průchodnosti močové cévky, její proplachy a odsávání krevních sraženin. Lékařem jsou naordinována antibiotika (Augmentin 1,2g á 8 hod. i.v.) v rámci prevence infekce, antikoagulační léčba (Clexane 0,4 ml/1x denně s.c.) – prevence TEN a léky při bolestech (Dolsin 50 mg á 6 hod. i.m. a Algifen 1 amp. i.m.).

Odpoledne je provedena kontrola krevního obrazu, který je v normě. Odváděná moč se postupně čistí.

Pacientův stav je stabilizovaný, v noci spal klidně a druhý den dopoledne byl přeložen na standardní oddělení. Na oddělení byla po třech dnech zrušena laváž, poté byla odstraněna epicystostomie a další den byl vytažen drén z Retzia. Čtvrtý den byl pacient vertikalizován. Osmý pooperační den byla odstraněna močová cévka, kontrolováno spontánní močení, které se po několika hodinách upravilo do normy. Pacient byl poučen o nutnosti dostatečného příjmu tekutin. Jedenáctý den hospitalizace byl pacient propuštěn do domácího ošetření s následnými ambulantními kontrolami.

2.5.2. Ošetrovatelské diagnózy

1. Porucha vyprazdňování moči v souvislosti s :

- tvorbou krevních sraženin
- neprůchodností močové cévky
- odstraněním močové cévky

Porucha vyprazdňování moči je aktuálním i dlouhodobým problémem, který vyplývá z provedeného operačního výkonu prostatektomie. Důležitá je kontrola správné polohy močové cévky, kontrola její průchodnosti a sledování množství a barvy moče.

Po celou dobu hospitalizace jsme sledovali průchodnost močové cévky. V prvních třech dnech po operaci je sledování průchodnosti cévky důležité, protože se po provedeném výkonu tvoří a vyplavují krevní sraženiny. Podle potřeby jsme prováděli opakovaně proplachy permanentního močového katétru a odsávali krevní koagula za použití sterilních pomůcek a sterilního fyziologického roztoku. V těchto dnech jsme i plně zajišťovali hygienickou péči o močovou cévku a genitál. V dalších dnech, kdy se již zvýšila pacientova soběstačnost a byl vertikalizován, prováděl si hygienu sám. Byl upozorněn na možná rizika při manipulaci s cévkou, především jejího zalomení a nebezpečí vzniku infekce při jejím rozpojení s odvodným systémem. Močová cévka byla po celou dobu hospitalizace udržena

průchodná, ve správné poloze a nedošlo k infekci. Pacient byl bez teploty, cítil se dobře a bilance tekutin byla v rovnováze. Devátý den po operaci byl pánovi po ranní vizitě permanentní močový katétr odstraněn. Poučili jsme ho o nutnosti dostatečného příjmu tekutin, nahlášení prvního spontánního vymočení a nezadržování moče. Po dvou hodinách od odstranění močové cévky se pacient spontánně vymočil a neudával žádné komplikace.

2. Riziko vzniku infekce v souvislosti s porušenou tkáňovou integritou

K porušení tkáňové integrity dochází v důsledku provedeného operačního výkonu.

Počínaje prvním pooperačním dnem byly každý den prováděny převazy operační rány. Při převazech jsme dbali na přísný aseptický postup, používali jsme sterilní nástroje a sterilní krycí materiál. Operační rána byla po celou dobu klidná a její okolí nejevilo známky infekce. Podle ordinace lékaře byla pacientovi v pravidelných intervalech podávána antibiotika v rámci prevence od prvního do čtvrtého dne hospitalizace. Antibiotika snášel pacient dobře, bez projevů vedlejších účinků. Od pátého dne byla operační rána chráněna pouze roztokem jódkolodia. Desátý pooperační den, před pacientovým propuštěním do domácího ošetření, byla rána klidná a byly odstraněny kožní stehy. Pán byl poučen, jak má o ránu dále pečovat. Vhodné je každodenní sprchování rány a promašťování jejího okolí. (2,7)

2.6. Psychologie nemocného

Prožívání nemoci

Vzhledem k dostatečné informovanosti a velké podpoře rodiny prožívá pacient nemoc i hospitalizaci klidně a věří, že mu po operaci ustanou dosavadní problémy.

Postoj k nemoci

Pacientův postoj k nemoci je smířený, „ prostě to tak je“. Po domluvě s lékařem uznal, že operace je nejrychlejší možné řešení jeho současných problémů.

Reakce na pobyt v nemocnici

Přestože je pacient hospitalizován poprvé, reaguje klidně a rozumně a snaží se spolupracovat s ošetřujícím personálem.

Zhodnocení komunikace

Vyjadřovací schopnosti klienta jsou dobré, rád si povídá, na vše co mu není jasné nebo ho zajímá se bez problémů zeptá.

Zvládání komunikace

Pacient komunikuje bez zábran a komplikací. Během rozhovoru udržuje pozornost a oční kontakt. Nečiní mu obtíže vyjádřit své pocity a potřeby.

Zvládání stresu

Žádný velký stres nepocítuje, z operace a z „narkózy“ měl obvyklý přirozený strach, ale velmi mu pomohla přítomnost manželky během příjmu na oddělení. Pacient má u sebe malé rádio se sluchátky, poslouchá hudbu.

Obranné mechanismy

Ze všeho se snaží vypovídat.

Motivace k léčbě

Největší motivací k radikálnímu řešení byla únava a pocit nevyspání z přerušovaného spánku, který ho vyčerpává.

2.7. Sociální problematika

Pacient nemá žádné sociální problémy, žije s manželkou ve vyrovnaném a hezkém vztahu, s dětmi se pravidelně stýkají a těší se z vnoučat. Jedenáctý den hospitalizace je pán propuštěn do domácího ošetření v dobrém stavu, o vše se postará manželka a na ambulantní kontroly ho bude vozit syn.

2.8. Prognóza

Vzhledem k nekomplikovanému průběhu operace i pooperační péče, by měly pacientovi ustát dosavadní obtíže. V některých případech může dojít k opakovanému výskytu choroby, neboť prostata může „dorůst“. K úplnému zhojení lůžka prostaty dochází za 4-6 měsíců. Po této době by se měl nemocný navrátit k naprosto normálnímu stylu života s dodržováním doporučení od lékaře, která nejsou výrazně omezující. (dostatek tekutin, předejít prochlazení a vyvarovat se dlouhému a přílišnému tlaku na prostatu).

2.9. Edukační plán nemocného

2.9.1. Cíl edukačního plánu

Cílem edukačního plánu je vysvětlit pacientovi nutnost jeho spolupráce v předoperačním i pooperačním období. Stručně, a pro pacienta srozumitelně, vysvětlit jaké výkony a omezení bude nutné podstoupit a proč. Dále nemocného informovat o nezbytnosti jeho spolupráce s ošetřujícím personálem při zvládnutí pooperační bolesti a důležitosti rehabilitačního cvičení.

2.9.2. Realizace edukačního plánu

Pacient byl již před přijetím lékařem podrobně informován o diagnóze, indikaci k výkonu a samotném operačním výkonu. Já jsem pacientovi vysvětlila, že dnes odpoledne mu provedeme očistné klyzma a nebude již večerjet, od půlnoci nebude nic pít, ráno mu zavedeme intravenózní kanylu a po výzvě z operačního sálu dostane injekci do svalu

s premedikací a sálový sanitář ho odveze na operační sál. Ujistila jsem se, že pán všemu rozumí. Po té jsem ho informovala, že po operaci bude ze sálu převezen na jednotku intenzivní péče, kde bude pravděpodobně jen do druhého dne. Dále jsem ho poučila o tom, že po odeznění svodné anestézie začne pociťovat bolest v operační ráně. Na měřítku škály bolesti (viz. Příloha č. 5) jsme si s pacientem ujasnili míru bolesti, při které si řekne o injekci proti bolesti. Vysvětlila jsem mu, jak vypadá poloha, která mu uleví od bolesti. Zdůraznila jsem též nutnost pooperační rehabilitace k předejití tromboembolické nemoci.

Závěr

Cílem této práce je zpracování případové studie šedesátiletého pacienta, u kterého byla provedena prostatektomie pro benigní hyperplazii prostaty. Pacient byl hospitalizován na urologické klinice jedenáct dnů. Operační den byl druhým dnem hospitalizace. Ošetrovatelský plán jsem vypracovala ke druhému dni hospitalizace, nultému operačnímu dni. Tento den byl pro pacienta náročný z hlediska operačního výkonu, anestézie a bezprostřední intenzivní pooperační péče.

Do domácí péče byl pan J. V. propuštěn devátý pooperační den. Doma s ním bude manželka. Operační rána byla klidná, pacient byl poučen jak má o ránu pečovat. Na kontrolu byl pacient objednan za dva dny na urologickou ambulanci.

Pacientovi byly poskytnuty telefonní kontakty pro případ potíží nebo dotazů.

Seznam použité literatury

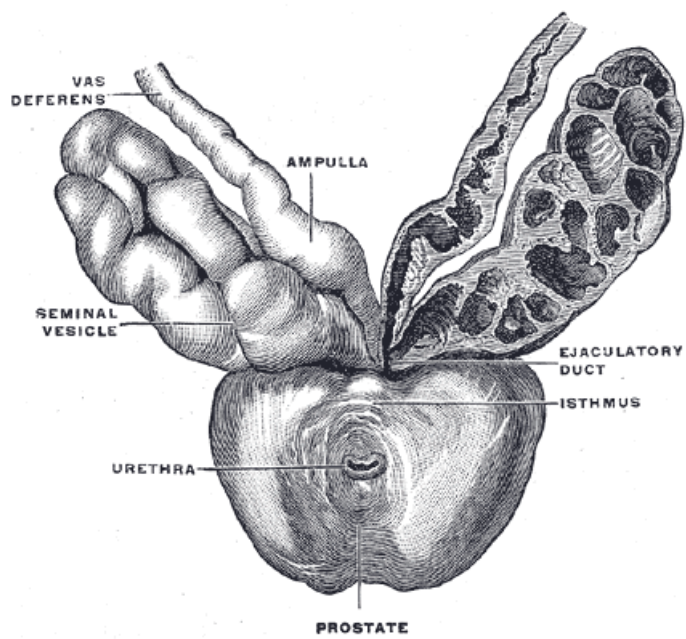
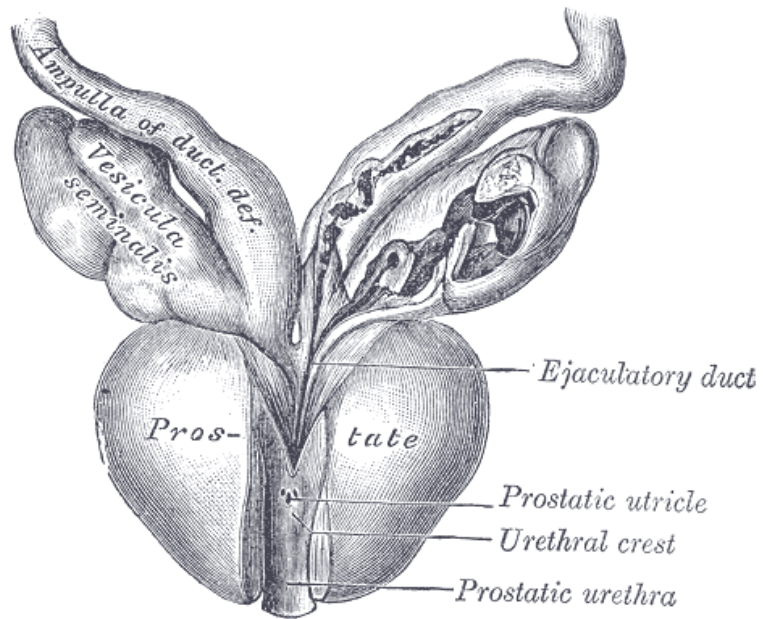
- 1) BÁRTOVÁ, J. : *Patologie pro bakaláře*. Praha, UK, 2004, 170 s. ISBN 80-2460794-8
- 2) DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F. : *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha, Grada Publishing, 1996, 569 s. ISBN 80-7169-294-8
- 3) DVORŇÁČEK, J. a kol. : *Urologie, III.díl* : Praha, ISV nakladatelství, 1998, 564 s. ISBN 80-85866-30-7
- 4) EICHENAUER, R. H., VANHERPE, H. : *Urologie klinika a praxe*. Praha, Scientia Medica, 1996, 597 s. ISBN 80-85526-36-0
- 5) FARKAŠOVÁ, D. a kol. : *Ošetrovatelství – teorie*. Martin, Osveta, 2006, 211 s. ISBN 80-8063-227-8
- 6) MAČÁK, J. , MAČÁKOVÁ J. : *Patologie*. Praha, Grada Publishing, 2004, 347 s. ISBN 80-247-0785-3
- 7) MAREČKOVÁ, J. : *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha, Grada Publishing, 2006, 264 s. ISBN 80-247-1399-3
- 8) STINGL, J. a kol. : *Základy anatomie pro bakalářské studium*. Praha, UK, 3. LF Anatomický ústav, 2001
- 9) TRACHTOVÁ, E. : *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno, NCO NZO, 2005, 185 s. ISBN 80-7013-324-4
- 10) jiný zdroj – <http://www.andrologie.cz> – Androgeos (on line)
19.2.2009

Seznam použitých zkratek

amp.	ampule
BHP	Benigní hyperplazie prostaty
CT	počítačová tomografie
DF	dechová frekvence
EKG	elektrokardiograf
i.m	intramuskulárně
i.v.	intravenózně
JIP	jednotka intenzivní péče
p.o.	perorálně
RTG	rentgen
SaO₂	saturace kyslíkem
s.c.	subkutánně
tbl.	tablety
TEN	tromboembolická nemoc
TF	tepová frekvence
TK	krevní tlak
TT	tělesná teplota

Příloha č. 1

Zdroj: <http://www.andrologie.cz>



Příloha č. 2

Zdroj: <http://www.andrologie.cz>

Mezinárodní stupnice prostatických symptomů - IPSS

Příznaky za poslední měsíc	Nikdy	Asi v 1 z 5 případů	Méně často než v polovině případů	Asi v polovině případů	Více než v polovině případů	Téměř vždy
Pocit neúplného vyprázdnění měchýře po vymočení	0	1	2	3	4	5
Nutnost močit během dvou hodin po předchozím vymočení	0	1	2	3	4	5
Při jednom močení bylo nutné několikrát přestat a začít znovu	0	1	2	3	4	5
Měl jsem nucení na močení	0	1	2	3	4	5
Měl jsem slabý proud moči	0	1	2	3	4	5
Musel jsem tlačit, abych se vymočil	0	1	2	3	4	5
V noci jsem musel vstávat kvůli močení	0	1	2	3	4	5

Příloha č. 3

Barthelův test základních všedních činností ADL (activity daily living)

- slouží ke zhodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech
činnost provedení činnosti bodové skóre

1. najedení, napití samostatně bez pomoci 10
s pomocí 5
neprovede 0
2. oblékání samostatně bez pomoci 10
s pomocí 5
neprovede 0
3. koupání samostatně nebo s pomocí 5
neprovede 0
4. osobní hygiena samostatně nebo s pomocí 5
neprovede 0
5. kontinence moči plně kontinentní 10
občas inkontinentní 5
trvale inkontinentní 0
6. kontinence stolice plně kontinentní 10
občas inkontinentní 5
inkontinentní 0
7. použití WC samostatně bez pomoci 10
s pomocí 5
neprovede 0
8. přesun lůžko – židle samostatně bez pomoci 15
s malou pomocí 10
vydrží sedět 5
neprovede 0
9. chůze po rovině samostatně nad 50 m 15
s pomocí 50 m 10
na vozíku 50 m 5
neprovede 0
10. chůze po schodech samostatně bez pomoci 10
s pomocí 5
neprovede 0
HODNOCENÍ:
0-40 bodů vysoce závislý
45-60 bodů závislost středního stupně
65-95 bodů lehká závislost
100 bodů nezávislý

Příloha č. 5

Jednoduchá deskriptivní škála bolesti



0
žádná

1
mírná

2
střední

3
silná

4
velmi silná

5
nesnesitelná

Příloha č. 6

Barthelův test základních všedních činností ADL (activity daily living)

- slouží ke zhodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech
činnost provedení činnosti bodové skóre

1. najedení, napití samostatně bez pomoci 10
s pomocí 5
neprovede 0
2. oblékání samostatně bez pomoci 10
s pomocí 5
neprovede 0
3. koupání samostatně nebo s pomocí 5
neprovede 0
4. osobní hygiena samostatně nebo s pomocí 5
neprovede 0
5. kontinence moči plně kontinentní 10
občas inkontinentní 5
trvale inkontinentní 0
6. kontinence stolice plně kontinentní 10
občas inkontinentní 5
inkontinentní 0
7. použití WC samostatně bez pomoci 10
s pomocí 5
neprovede 0
8. přesun lůžko – židle samostatně bez pomoci 15
s malou pomocí 10
vydrží sedět 5
neprovede 0
9. chůze po rovině samostatně nad 50 m 15
s pomocí 50 m 10
na vozíku 50 m 5
neprovede 0
10. chůze po schodech samostatně bez pomoci 10
s pomocí 5
neprovede 0
HODNOCENÍ:
0-40 bodů vysoce závislý
45-60 bodů závislost středního stupně
65-95 bodů lehká závislost
100 bodů nezávislý