

**Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta**

Studijní program : ošetřovatelství

Studijní obor: ošetřovatelství

ID studijního oboru : 5341R003

Martina Machačová

Ošetřovatelská kazuistika u pacienta s tumorem varlete

Nursing Case Report of Patient with Testicular Tumor

Bakalářská závěrečná práce

Vedoucí závěrečné práce : PhDr. Helena Chloubová

Praha, 10. 03. 2009

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a všechny uvedla všechny použité informační zdroje.

V Praze dne 10. 03. 2009

vlastnoruční podpis

Děkuji PhDr. Heleně Chloubové za odborné vedení práce a poskytování rad, které mi byly velkým přínosem. Také bych chtěla vyslovit poděkování lékařům, vrchní sestře a celému kolektivu urologického oddělení za psychickou podporu a vycházení vstříc po celou délku mého studia na vysoké škole. Velký dík patří také mé kolegyni z endoskopického sálku, která za mě vynakládala pracovní úsilí v době mé časté nepřítomnosti vzniklé studijním volnem a přípravou na státnice.

vlastnoruční podpis

Obsah

Úvod.....	7
A Klinická část	8
1 Charakteristika maligního nádoru varlat	8
1.1 Etio - patogeneze nádorů varlat	8
1. 1. 1 Etiologie	8
1. 1. 2 Patogeneze	8 - 10
1.2 Klinický obraz	10
1. 2. 1 Symptomatologie	10
1. 2. 2 Diagnostika	11
1. 2. 3 Terapie	12 - 13
1.3 Standartní pooperační oš.péče	13
1.4 Prognóza	14
1.5 Edukace	15
1. 5. 1Kryokonzervace spermatu	15
1. 5. 2Projekt - URANOS	16
1.6 Prevence	17
1.7 Dispenzafizice po dokončené léčbě	17
B Ošetrovatelská část - ošetrovatelská péče	18
2 Identifikační údaje	18
3 Lékařská anamnéza a diagnóza	19
3.1 Anamnéza	19
3.2 Lékařská diagnóza	19
4 Diagnosticko - terapeutické péče	20
4.1 Fyziologické funkce	20
4.2 Laboratorní vyšetření.....	20 - 21
4.3 Ostatní vyšetření	22 - 24
5 Terapie	25
5.1 Chirurgická terapie	24 - 25
5.2 Oxygenoterapie	25
5.3 Farmokoterapie	25
5.4 Dietoterapie	26
5.5 Fyzioterapie - rehabilitace	26
6 Stručný průběh hospitalizace	26

C Ošetrovatelská část	27
7 Ošetrovatelská anamnéza a hodnocení současného stavu	27
7.1 Subjektivní náhled pacienta + hodnocení sestry	27
7.2 Základní fyziologické potřeby	28
7.2.1 Dýchání	28
7.2.2 Hydratace	28
7.2.3 Výživa	28
7.2.4 Vyprazdňování moče	29
7.2.5 Vyprazdňování stolice	29
7.2.6 Odpočinek a spánek	29
7.2.7 Teplo a pohodlí	30
7.2.8 Bolest	30 - 31
7.2.9 Tělesná hygiena a stav kůže	31
7.2.10 Tělesná a duševní aktivita	32
7.2.11 Sexuální potřeby	32
7.3 Psychosociální potřeby	33
7.3.1 Psychický stav	33
7.3.2 Existencionální potřeby	33
7.3.2.1 Potřeba bezpečí a jistoty	33
7.3.2.2 Soběstačnost	34
7.3.2.3 Zdraví	34
7.3.2.4 Stres, schopnost adaptace	34
7.3.3 Afiliační - vztahové potřeby	35
7.3.3.1 Potřeba lásky a sounáležitosti	35
7.3.3.2 Sebepojetí a sebeúcta	35
7.3.3.3 Seberealizace a sebeaktualizace	36
7.4 Psychosociální hodnocení	36
8 Ošetrovatelské diagnózy	37
8.1 Předoperační diagnózy	37
8.2 Pooperační diagnózy	37
9 Ošetrovatelské cíle, plány, realizace, hodnocení	38
9.1 Předoperační diagnózy - cíle, plány, realizace, hodnocení	38
9.1.1 Porucha existencionálních potřeb - bezpečí a jistot	38
9.1.2 Akutní bolest	39
9.1.3 Strach z důvodu operačního výkonu	40
9.2 Pooperační diagnózy - cíle, plány, realizace, hodnocení	41
9.2.1 Porucha zdraví	41
9.2.2 Absence informací	42
9.2.3 Porucha spánku	43
9.2.4 Sociální izolace	44
9.2.5 Akutní bolest	45 - 46
9.2.6 Porušená kožní integrita	47
9.2.7 Změna sebepojetí	48
9.2.8 Porucha existencionálních potřeb	49
9.2.9 Změna výživy a močení	50
10 Edukace pacienta	51
11 Ošetrovatelský závěr a prognóza	52
12 Přehled zkratk	53
13 Seznam použité literatury a jiných zdrojů	54

Seznam příloh :

- Přílohy :**
1. Vstupní ošetřovatelský plán
 2. Plán ošetřovatelské péče
 3. Opis ošetřovatelské dokumentace pac. z chorobopisu
 4. Histologické vyšetření
 5. Operační protokol
 6. Ukázka operačního zásahu – orchiektomie u pacienta
 7. Diagnosticko – léčebný algoritmus pro nádory varlat
 8. Edukační materiál samovyšetření varlat
 9. Měřicí technika - BM index
 10. Příklad jídelníčku bezbílkovinné diety – před sběrem moče na globální clearanc
 11. Dotazník projektu Úranos
 12. Výstupy z informačního portálu SVOD
 13. Prohlášení zájemce
 14. Evidence zápůjček

ÚVOD

Pro moji závěrečnou bakalářskou práci jsem si zvolila téma „Problematika ošetrovatelské péče u pacienta s diagnózou maligní nádor varlete“. Pracuji na standardním urologickém oddělení, kde vykonávám funkci staniční sestry osmým rokem. Hlavní důvod, proč jsem si zvolila toto téma je fakt, že jsem za poslední dva roky zaznamenala velký nárůst pacientů ve věkovém rozmezí 22–38 let s touto diagnózou na našem oddělení. Těmto pacientům se věnuji po celou dobu jejich léčení, vč. podávání chemoterapie. Prožívám s nimi nepříjemné okamžiky jejich léčby, naslouchám jejich osobním, rodinným i pracovním problémům. Toto onemocnění představuje nejen medicínský, ale především psychosociální problém. Proto přístup k těmto pacientům by měl být holistický.

Zhoubné nádory varlat (dále ZNV) tvoří v zemích s bílou populací jen asi 1–2 % všech zhoubných nádorů mužské populace. Významné jsou však tím, že postihují mladší muže, polovina ZNV je diagnostikována před 35. rokem věku. Ve věkové kategorii 20–35 let jsou ZNV nejčastějšími zhoubnými novotvory. Tumory varlat jsou v 70 % diagnostikovány ve věkové skupině 20–40 let, ve 20 % se vyskytují nad 40 let a pouze v 10 % se nacházejí u mužů a chlapců mladších 20 let. Drtivou většinu z nich (93%) představují nádory terminativní (germinální), vycházející ze zárodečného epitelu. I když incidence testikulárních germinálních nádorů varlat v zemích západního typu z nejasných důvodů celkem plynule vzrůstá, zlepšené diagnostické metody, nádorové markery, účinná kombinovaná chemoterapie a modifikace chirurgických metod vedly k redukci mortality více než 50 % před rokem 1970 na méně než 5 % v roce 1997. Přehledně zobrazené výstupy z informačního portálu SVOD vypovídají o incidenci nádorů varlat v ČR a o věkové struktuře pacientů s tímto onemocněním (*viz příloha č. 12*).

A KLINICKÁ ČÁST

1 CHARAKTERISTIKA maligního nádoru varlat

1.1 ETIO – PATOGNEZE NÁDORŮ VARLAT

1.1.1 Etiologie

Testikulární terminální nádory mají významnou rasovou, geografickou a věkovou distribuci. Přibližně 90 % těchto nádorů zjistíme u bílé rasy, 6,6 % u černochů a 3,4 % u ostatních ras. Nejvyšší incidence je v Dánsku, nejnižší na Dálném východě. Etiologie testikulárních nádorů není jasná. Predispozicí jsou genetické faktory ve spojitosti s některými odchylkami somatosexuálního vývoje (např. Klinefelterův syndrom, androgenrezistentní mužský pseudohermafroditismus). Riziko rozvoje TGN u sourozenců a dětí postižených otců je 6 krát vyšší oproti ostatní populaci. Za rizikové faktory se považují: kryptorchismus, atrofie varlete, trauma a genetická zátěž. Je skutečností, že nemocní s poruchami sestupu varlete nebo s atrofickým varletem jsou postiženi nádorem výrazně častěji. U nekorigovaného kryptorchismu dochází k rozvoji testikulárního nádoru ve 12–33 % i v sestouplém varleti. U 25 % mužů s oboustranným kryptorchismem se vyvíjí tumor oboustranně. Abdominální lokalizace kryptorchismu zvyšuje riziko vzniku 6 krát proti extragonadální retenci varlete. Přibližně 7–10 % mužů s nádorem varlete má v anamnéze poruchu sestupu varlete. Trauma se zdá být spíše upozorňujícím faktorem na zvětšené, nádorově změněné varle. O genetickém faktoru se uvažuje, protože u dvojčat nebo přímých příbuzných se vyskytují z převážné většiny nádory shodných typů.¹⁾

1.1.2 Patogeneze

Naprostá většina primárních nádorů varlete jsou nádory germinální (až 95%). Germinální nádory ne seminomového typu mají původ v maligní transformaci pluripotentní buňky nebo v jejich částečně diferencovaných elementech. Seminomy vycházejí z částečně diferencovaných buněk semenných kanálků (spermatogonií a spermatocytů).

Z pluripotentních terminálních buněk vzniká během buněčné diferenciace normální spermatocyt. Patologická diferenciace vede ke vzniku seminomu nebo embryonálního karcinomu. Embryonální karcinom v čisté podobě je vzácný, častěji bývá sdružen s jinými komponentami, nejčastěji s teratomovou složkou. V séru postižených je možné prokázat AFP (α^1 -fetoprotein). Karcinom ze žlutkového vaku bývá součástí smíšených nádorů, asi ve 20 % produkuje AFP. Nádor časně metastazuje krevní cestou, je velmi agresivní a inkurabilní. Choriokarcinom vychází z terminálních buněk s trofoblastickou diferenciací (cytotrofoblast a syncytiotrofoblast), časně metastazuje krevní cestou do plic, jater a mozku. Teratom dosahuje nejvyššího výskytu v dětském věku. Biologické chování závisí na převažující složce. Zralý teratom často prokážeme ve zbytkových nádorech po předchozí chemoterapii. Až na choriokarcinom, který metastazuje primárně hematogenně, všechny ostatní nádory varlete metastazují primárně převážně lymfogenně. Regionální uzliny pro varle jsou uzliny parakavální a paraaortální do výše renálního hilu a dále společně zevní ilické uzliny po bifurkaci arterie a. iliaca.¹⁾

1) Babjuk, M., Matoušková, M., Novák, J.: *Doporučené diagnostické a léčebné postupy u urologických nádorů*, Praha: nakl. Galén s Českou urologickou společností ČLS JEP, 2003, ISBN 80 – 7262 – 233 – 1, s. 29, 30

Klinická a patologická klasifikace nádorů dovoluje srovnání nádorů stejného klinického stadia a histopatologického charakteru. Rozsah primárního nádoru se stanoví až po provedené radikální orchiektomii (pT). Histopatologický grading není pro nádory varlete použitelný. Součástí stagingu – kategorie S – je vyšetřování nádorových markerů. Buněčné klony GNNST produkují onkofetální a placentární proteiny. *Mezinárodní klinická klasifikace nádorů TNM z anatomického rozsahu nádorového onemocnění zjištěného ještě před zahájením léčby – klinický staging nádorů*. Kategorie T (tumor) – vymezuje rozsah primárního nádoru, kategorie N (nodus) postižení spádových lymfatických uzlin a kategorie M (metastáza) průkaz vzdálených metastáz. Morfologickým korelátém této předléčebné klinické klasifikace je *postchirurgická histopatologická klasifikace pTNM*, která vyjadřuje *patologicko- anatomický staging nádorů*.^{2,3,4,)}

*U mého pacienta byl histologicky nalezen smíšený maligní nádor z germinálních buněk, který má především komponentu embryonálního karcinomu a velmi zajímavě rozprostřenou fokální diferenciaci do nádoru ze žloutkového váčku (histologický popis viz příloha č.4).*⁵⁾

Germinální tumory (nádory ze zárodečných buněk), dále jen GT.

GT tvoří většinu primárních nádorů varlat. Je nutné je všechny považovat za nádory maligní a proto je velmi důležité adekvátní zpracování nádorové tkáně. Více než 90 % metastáz je identických s primárními tumory varlete. Je třeba též vzít v úvahu, že „metastáza“ GT nádoru, např. v mozku či mediastinu, nemusí být nutně metastázou, ale může jít o GT.

Embryonální karcinom (dále jen EK)

Maligní nediferencovaný teratom (termín zahrnuje i nádor ze žloutkového váčku dospělých). EK je druhý nejčastější „čistý“ terminální novotvar, tvoří zhruba 20 % všech nádorů varlete. Vyskytuje se ve věkovém rozmezí 25–35 let. Jen výjimečně bývá nalézán u pacientů před pubertou a po 50. roce věku.

Nádor ze žloutkového váčku (dále jen YST)

YSZ se vyskytuje hlavně v dětském věku. Až 80 % nádorů se diagnostikuje do 2 let od narození. Jejich četnost výrazně klesá s narůstajícím věkem. Čisté formy YST se chovají příznivěji než EK, jsou léčitelné chirurgickou resekci a následnou chemoterapií.^{5,6)}

2) Babjuk, M., Matoušková, M., Novák, J.,: *Doporučené diagnostické a léčebné postupy u urologických nádorů*, Praha: nakladatelství Galén s Českou urologickou společností ČLS JEP, 2003, ISBN 80 – 7262 – 233 – 1, s. 29, 30

3) Droste, K., Planta von M., překlad : Víšek, V.,: *Memorix – vademecum lékaře*, Praha: nakladatelství Scientia Medica, 1992, ISBN 80 – 85526 – 04 – 2, s. 211, 212 - 213

4) Chorobopis pacienta – výsledek histologického vyšetření

5) Dvořáček, J.,: *Urologie praktického lékaře*, Praha: ISV nakladatelství, 2000, ISBN 80 – 85866 – 52 – 8, s.165

6) Dvořáček, J., Babjuk, M. et al.: *Onkourologie*, Praha: Galén, UK, Karolinum, 2005, ISBN 80 – 7262 – 349 – 4, s. 471 - 476

Dle WHO (World Health organization) je doporučována následující klasifikace nádorů varlat:

1. Germinální nádory

- *intratubulární neoplazie z germinálních buněk*
- *seminom*
- *spermatocytární seminom*
- *embryonální karcinom*
- *nádor ze žloutkového vaku*
- *choriokarcinom*
- *teratom (zralý, nezralý, s maligní komponentou)*
- *smíšené (s více než jednou histologickou komponentou ⁷⁾*

2. Negerminální nádory

- *z Leydigových buněk*
- *ze Sertoliho buněk*
- *z buněk granulózy*
- *smíšené*
- *neklasifikované*

1. SMÍŠENÉ germinální a negerminální nádory ⁷⁾

1. 2 KLINICKÝ OBRAZ

1. 2. 1 Symptomatologie

- nejčastějším příznakem je změna velikosti varlete, tedy jeho zvětšení, často pohmatem nebolestivé
- častá je rovněž změna konzistence (tuhosti) varlete, nález zatvrdnutí, tuhého uzlíku na povrchu varlete
- zvětšené varle svoji vahou může vést k tupé a tahavé bolesti v podbříšku a tříse nebo k nepříjemným pocitům „*těžkého varlete*“.
- zvětšení, otok a citlivost prsou bývá způsobeno hormonální aktivitou nádoru
- při rozsáhlém metastatickém postižení plic a nitrohručních uzlin se může objevit bolest břicha, dušnost, bolest hrudníku, vzácně chrapot a kašel s příměsí krve
- nespecifickými příznaky jsou nechutenství, hubnutí, nauzea, zvracení

Při těchto příznacích se nemusí vždy jednat o nádorové onemocnění, ale je nutné ihned navštívit lékaře, protože včasný záchyt nemoci a léčba vede ve vysokém procentu (až 90 %) k trvalému vyléčení. ^{8,9)}

7) Dvořáček, J., Babjuk, M. et al.: *Onkourologie*, Praha: Galén, UK, Karolinum, 2005, ISBN 80 – 7262 – 349 – 4s. 471

8) Dvořáček, J., Babjuk, M. et al.: *Onkourologie*, Praha: Galén, UK, Karolinum, 2005, ISBN 80 – 7262 – 349 – 4 s. 490, 491

9) Dvořáček, J.,: *Urologie praktického lékaře*, Praha: ISV nakl., 2000,ISBN 80 – 85866 – 52 – 8, s.168

1. 2. 2 Diagnostika (příloha č. 7)

Testikulární terminální nádory mohou být poměrně dlouhou dobu asymptomatické, což je jednou z příčin, proč při prvním vyšetření nalézáme nádorové onemocnění často již ve stadiu diseminace.

Obligátní vyšetřovací metody:

Při *palpačním vyšetření* je nádorem postižené varle zpravidla zvětšené, tuhé, tvrdé s nerovným povrchem a většinou nebolestivé. Toto vyšetření pomůže rozlišit nádor od nenádorových příčin zvětšení varlete a šourku jako je cysta, spermatokéla, zánět varlete, hydrokéla (zmnožení tekutiny v obalech varlete), hematom. Toto vyšetření je zcela nebolestivé.

Sonografické vyšetření umožňuje diferencovat i velmi malé intratestikulární nádory.

Dalším důležitým vyšetřením je *CT (počítačová tomografie)* vyšetření břicha a malé pánve, magnetická rezonance, *RTG* či *CT vyšetření plic*, případně *scintigrafie skeletu* pro zjištění rozsahu onemocnění, zda je nádorem postiženo jen varle nebo jsou nádorem postiženy nitrobřišní či nitrohruďní uzliny případně orgány.

Ke standardním vyšetřením patří i podrobné *laboratorní vyšetření krve* a stanovení tzv. nádorových markerů *AFP (alfa fetoprotein)* – je dominantním sérovým proteinem v raném období embryonálního vývoje (je secernován fetálním žloutkovým váčkem, játry a v gastrointestinálním traktu), *beta hCG* (lidský choriogonadotropin) – je sekreční produkt trofoblastické tkáně, *PLAP* (placentární alkalická fosfatáza) – je fetální izoenzym, odlišný od alkalické fosfatázy dospělých. Více než 40 % nemocných s pokročilými terminálními nádory má zvýšené hladiny. Tyto nádorové markery jsou citlivým ukazatelem aktivity nádorového onemocnění, proto jsou pravidelně sledovány během celé léčby i při jeho sledování po ukončení léčby. *LDH* (laktát dehydrogenáza) je všudypřítomný enzym. Jako nádorový marker může posloužit u neseminomových nádorů a pokročilých seminomů pro monitorování úspěšnosti léčby.

Fakultativní vyšetřovací metody:

CT mozku při metastatickém postižení plic a při vysokých hodnotách beta hCG v případě choriocarcinomu.

Dolní končetinová lymfografie – při nejasném CT vyšetření.

Sonografické vyšetření periferních uzlin. ^{10, 11, 12)}

10) Dvořáček, J., Babjuk, M. et al.: *Onkourologie*, Praha: Galén, UK, Karolinum, 2005, ISBN 80 – 7262 – 349 – 4, s. 491- 493

11) Dvořáček, J.: *Urologie praktického lékaře*, Praha: ISV nakl., 2000, ISBN 80 – 85866 – 52 – 8, s.168

12) Richards, A., Edwards, S.: *Repetitorium pro zdravotní sestry*, Praha: Grada Publishing, a.s., 2004, ISBN 80-247-0932-5, s. 310, 311 (přeloženo z anglického originálu „A Nurse’ s Survival Guide to the Ward“ – 2003)

1. 2. 3 Terapie

Léčebné postupy

Nádory varlat jsou ve vysokém procentu dobře léčitelné, často i vyléčitelné, a to i v případě vzdálených metastáz.

Před zahájením terapie je žádoucí provést spermioqram a následně kryokonverzaci spermatu v případě přání nemocného.

Chirurgická léčba

Léčba germinálních nádorů varlete je zahájena orchiektomií. Radikální orchiektomie představuje odstranění varlete se všemi jeho obaly a funikulem z vysokého řezu v třísle. Odstraněné varle je podrobena histologickému vyšetření patologem, které určí histologický typ nádoru. Tento výsledek má zásadní vliv na volbu léčebného plánu. V některých případech lze operačně odstranit i zbytkové metastázy po předchozí chemoterapii či radioterapii.

Léčba seminomů ve stadiu I. a II.A spočívá v pooperační aktinoterapii spádových lymfatických uzlin. Chemoterapie cytostatiky je většinou aplikována tam, kde selhává ozáření. U stadia II.B a III. volíme primárně chemoterapii (cisplatina, neomycin). Seminomy jsou neobyčejně citlivé na ozáření a chemoterapii. Jejich kurabilita se pohybuje až mezi 90–95 % a je vysoká i při postižení retroperitoneálních uzlin.

Léčba nonseminomů standardně zahrnuje retroperitoneální lymfadenektomii již u nemocných s nádorem ve stadiu I. ^{13, 14, 15)}

Radioterapie

Léčba zářením využívá ionizující záření k ničení nádorových buněk. Provádí se na přístroji (lineárním urychlovači), který je podobný rentgenovému přístroji. Ozařované pole zaujímá mízní uzliny břicha a pánve. Tato léčba ničí nádorové metastázy v uzlinách, ale i potencionální mikrometastázy, které nemusí být rozpoznatelné při CT vyšetření. Radioterapie je zpravidla aplikována denně od pondělí do pátku, často ambulantně. Celá léčba trvá asi 4 týdny. Ozařované pole je pečlivě zaměřeno a vymezeno značkami na kůži po celou dobu radioterapie. Okolní zdravé tkáně i zdravé varle jsou vykrývány a před radioterapií chráněny. Radioterapie nebolí, ale je doprovázena celkovou únavou, může se vyskytnout i nevolnost, průjem nebo častější močení. V ozařovaném poli se může objevit podráždění a zarudnutí kůže, prořídnutí vlasů nebo přechodná ztráta ochlupení. Radioterapie může i přes vykrývání zdravého varlete poškodit tvorbu spermií ve zdravém varleti. ¹⁶⁾

13) Dvořáček, J., Babjuk, M. et al.: *Onkourologie*, Praha: Galén, UK, Karolinum, 2005, ISBN 80 – 7262 – 349 – 4, s. 496

14) Dvořáček, J.: *Urologie praktického lékaře*, Praha: ISV nakladatelství, 2000, ISBN 80 – 85866 – 52 – 8, s.168, 169

15) Kawaciuk, I.: *Urologie*, Jinočany: H+H nakladatelství, 2000, ISBN 80 – 86022 – 60 – 9, s. 230, 231

16) Onkologické odd. nemocnice Most, odd. Nukleární medicíny Chomutov

Chemoterapie

Při této léčbě se používají cytostatika, látky zabraňující tvorbě a dělení buněk a jejich množení, tím i růstu nádoru. Současně působí toxicky na některé zdravé buňky. Cytostatika, ať už se podávají ve formě infúzí, injekcí nebo tablet, pronikají krví k nádorovým buňkám v celém těle. Chemoterapie se zpravidla podává v cyklech s různě dlouhým intervalem. V případě nádorů varlat se často podává ve formě 5 denní infúzní léčby, která se opakuje po 3–4 týdnech. Léčba cytostatiky po chirurgickém výkonu se nazývá *adjuvantní* (zajišťovací) chemoterapie, která má zničit možný nezjistitelný nádor ve formě mikrometastáz. V případě pokročilého onemocnění s již zjištěnými metastázami se chemoterapie nazývá *kurativní* (léčebná). Často i v tomto případě se podaří úplné vyléčení nebo stabilizace onemocnění.¹⁷⁾

1. 3 STANDARTNÍ POOPERAČNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA PO RADIKÁLNÍ ORCHIEKTOMII

Pacient je po operaci přivezen z „dospávacího“ pokoje ARO na standardní jednotku urologického oddělení. Po této operaci není nutné pacienta sledovat na JIP. Jsou měřeny základní fyziologické funkce – TK, P, TT po dvou hodinách, je sledován výdej z podtlakové drenáže „Redon“ dle ordinace lékaře. Kontrola operační rány a sekrece je provedena ihned po příjezdu na oddělení. Operační rána v tříslu je zaledována jako prevence otoku. Permanentní žilní katétr je ponechán do druhého dne k event. zajištění žíly pro podání ATB i.v., infúzní terapie. Pacient je poučen o nutnosti dodržování klidu na lůžku do druhého rána. Je sledováno první spontánní vymočení do sběrné nádoby, kterou má pacient připravenou u lůžka. Druhý den pacient vstává z lůžka a za asistence sestry je doprovázen k umyvadlu k provedení ranní toalety. Z operační rány je při převazu sejmuto krytí z operačního sálu, okolí je očištěno od lepidla z krytí a rána zakryta pouze tekutým obvazem NOVIKOV. Redonův drén je vyjímán 2–3 den dle množství sekrece. Pacient je propuštěn do domácího ošetření 4–5 den po operaci. Poté je pacient pozván na kontrolu do urologické ambulance, kde se dle výsledku histologického vyšetření naplánuje další léčebný plán.¹⁸⁾

17) Onkologické odd. nemocnice Most

18) Standard urologického oddělení nemocnice Most

1.4 PROGNOZA

U pacientů se seminomy nastává asi u 5–15 % nemocných většinou relaps během prvních dvou let. Nádorová masa se objeví v mediastinu nebo supraklavikulárních uzlinách, ozářená oblast zůstává zpravidla nepostižená.

U pokročilého onemocnění pacienti se seminomy, germinálními nádory neseminomového typu přežívá v závislosti na prognostických ukazatelích 48–92 % nemocných.

U neseminomů: asi 23–28 % nemocných v klinickém stadiu II. má ve skutečnosti patologické stadium I. a budou sledováni podle pravidel tohoto stadia. Ostatní pacienti spadají do patologického stadia II. a procento relabujících záleží na typu zvolené terapie. Ať už je léčebná taktika jakákoli, k relapsu dochází v drtivé většině do dvou let a vně oblasti předchozí resekce.

U neseminomů je v I. stadiu účinnost 100 % .

Rozlišujeme následující prognostické faktory:

- vaskulární invaze
- přítomnost histologicky specifikované neseminomové složky
- pokročilý lokální nález (pT v rámci histologické klasifikace rozsahu nádoru)
- předoperační zvýšení markerů

Celkově je prognóza nemocných s nádory varlat dobrá – až 95 % nemocných se vrací do normálního života a lze je zpět zařadit i do normálního pracovního procesu.

Přestože jsou nádory varlat dobře léčitelné, představují ve věku 15–35 let nejčastější příčinu úmrtí na zhoubné onemocnění mužů.^{19, 20)}

Pesimismus není na místě

Přijde-li mladý muž hned poté, kdy si objevil bulku na varleti, zatvrdnutí, neobvyklý tah ve varleti nebo jeho zvětšení, je velmi pravděpodobné, že se zcela vyléčí.

Tato nemoc se navíc nevrací tak často, jako je tomu u jiných nádorů. Relaps, tedy znovu vzplanutí choroby, se objevuje v tomto případě jen u deseti procent mladých mužů.

¹⁹⁾ Dvořáček, J., Babjuk, M. et al.: *Onkourologie*, Praha: Galén, UK, Karolinum, ISBN 80 – 7262 – 349 – 4, 2005, s. 509, 510

²⁰⁾ Dvořáček, J.,: *Urologie praktického lékaře*, Praha: ISV nakladatelství, 2000, ISBN 80 – 85866 – 52 – 8, s. 169

1. 5 EDUKACE

Náš pacient byl hospitalizován na urologickém oddělení od 23. – 27.9.2008. Při propuštění byl poučen o klidovém režimu, absenci fyzické námahy, zdržení se prozatím pohlavního styku. Dále byl seznámen s možností před zahájením terapie provést spermioqram a následně kryokonzervací spermatu v příslušném zdravotnickém zařízení, např. v Praze U Apolináře. Byl poučen o délce pracovní neschopnosti, která se bude odvíjet dle následující léčby. Tomuto pacientovi byly nabídnuty dvě možnosti. První možnost je čerpat pracovní neschopnost nepřetržitě s vycházkami neomezeně. Druhá možnost je po každé hospitalizaci pracovní neschopnost dle rozhodnutí pacienta ukončit a vykonávat dále pracovní činnost do další hospitalizace. Toto by se opakovalo dle naplánované onkologické léčby asi 4–6 krát s rozstupem 3–4 týdnů.²¹⁾

1. 5. 1 Kryokonzervace spermatu nebo s počtím počkat dva roky

Protože rakovina varlete postihuje především mladé muže, nabízejí lékaři možnost uchování spermatu. Odebírá se sice jen jedno varle, ale ozařování a cytostatika mohou poškodit genetický materiál.

Proto je doporučována kryokonzervace – metoda zamražení spermií, která dává možnost uchování spermií po dobu až několika let. Je vhodná před plánovanou protinádorou léčbou partnera (ozařování, chemoterapie, operační léčba), dále při rychle se zhoršující kvalitě spermií, či při dlouhodobě plánované nepřítomnosti partnera.

Dítě počaté bezprostředně po terapii ozařováním je pak ohrožené vrozenými vývojovými vadami. Podobně je tomu u chemoterapie, která staví růst buněk zhoubných, ale i zdravých.²²⁾

21) zdravotnický personál urologického oddělení – lékař, staniční sestra

22) informace onkologického oddělení Most

1. 5. 2 Projekt – ÚRANOS

Jedním z center zapojených do tohoto projektu je: Koordinující klinické zařízení – pracoviště hlavního řešitele: Onkologické oddělení Fakultní Thomayerovy nemocnice, Praha.

Informační a analytické zázemí – pracoviště spoluředitele : Institut biostatistiky a analýz, Masarykova univerzita, Brno

Hlavní řešitel a odborný garant: Prof. MUDr. Jitka Abrahámová, DrSc. Přednosta koordinujícího klinického pracoviště

Projekt Úranos se zaměřuje na zpětnou vazbu i průběžnou digitalizaci klinických dat od pacientů se zhoubnými nádory varlat. Základním cílem je iniciovat a v praxi zprovoznit užívání parametrické dokumentace pacienta s tímto onemocněním, a to v komplexní podobě od sběru dat i rizikových faktorech, přes diagnostiku onemocnění až po záznamy o průběhu terapie a hodnocení dosažených výsledků.

Data hodnocená v rámci projektu Úranos

Retrospektivní sběr dat v rámci tohoto projektu je zaměřen na mapování výskytu rizikových a prognostických faktorů u testikulárních germinálních nádorů v české populaci a na zhodnocení jejich významu a vlivu pro následný léčebný proces. Sběr dat se týká nejen pacientů diagnostikovaných na toto onemocnění, ale i zdravých lidí. Výsledné zhodnocení tedy umožní u klíčových parametrů i porovnání s populačním pozadím. Zvláštní pozornost je věnována i znalosti samovyšetřování a povědomí mužů o rizicích této choroby.

Část hodnocených dat je získávána od pacientů formou dotazníku (***příloha č.11***).²³⁾

23) www.uranos.registry.cz – pracoviště hlavního řešitele: Onkologické oddělení Fakultní Thomayerovy nemocnice
Praha

1. 6 PREVENCE

Účinná primární prevence v pravém slova smyslu neexistuje. V rámci sekundární prevence je jedinou účinnou metodou samovyšetřování. Samovyšetřování varlat má i nadále mezi ostatními diagnostickými metodami nezastupitelné místo. Opakovaným vyšetřením se muži naučí dokonale poznat svoje varlata a můžou tak velmi brzy zjistit jakoukoliv odchylku od předchozího stavu. Je však důležité vědět, že samovyšetření v rámci osobní hygieny nenahrazuje při zjištění změn, vyšetření lékaře. V rámci preventivních prohlídek praktickým lékařem je nutné neopomenout pravidelné vyšetření zevního genitálu.

SAMOVYŠETŘENÍ VARLAT

Samovyšetření by měl muž provádět každý měsíc – od patnácti let vyžaduje určitý cvik, není však složité se ho naučit. (příloha č. 8)

Postup:

- Mělo by být běžnou součástí osobní hygieny.
- Po osprchování vlažnou vodou, kdy je šourek uvolněný a vláčný, se postaví muž před zrcadlo a prohlídí si pozorně šourek. Hledá změny v objemu, asymetrii varlat a jejich nepravidelnosti a změny na kůži šourku.
- Vyšetřuje pohmatem každé varle zvlášť tak, že jemně prohmatává mezi palcem a ostatními prsty.

Hledá jakékoliv nepravidelnosti v konzistenci, objemu i povrchu.

LÉKAŘSKÉ VYŠETŘENÍ

Obavy z lékařského vyšetření nejsou na místě – s každým podezřelým nálezem, nečekat na bolest a kontaktovat praktického lékaře nebo urologa, který pacienta odborně a bezbolestně vyšetří a zajistí další potřebná vyšetření, jenž s vysokou pravděpodobností vyloučí nádorové onemocnění.²⁴⁾

ZVÝŠENÍ INFORMOVANOSTI

Získávat informace – informační brožury, internetové stránky, v komunikačních médiích.

1. 7 DISPENZARIZACE U PACIENTŮ PO DOKONČENÉ LÉČBĚ

1. a 2. rok - kontrola klinickým onkologem po 3 měsících

3. a 6. rok – kontrola klinickým onkologem po 6 měsících

7. a další roky – kontrola klinickým onkologem po roce²⁵⁾

Klinické vyšetření, laboratorní vyšetření a zobrazovací metody (CT/ultrasonografie retroperitonea, kontralaterálního varlete, CT plic, event. scintigrafie skeletu, CT jater a mozku) vylučující recidivu a progresi onemocnění podle individuálního stavu pacienta a předchozí léčby.²⁶⁾

24) Edukační materiál urologického oddělení

25) Informace onkologického oddělení Most

26) Babjuk, M., Matoušková, M., Novák, J.,: *Doporučené diagnostické a léčebné postupy u urologických nádorů*, Praha: nakladatelství Galén s Českou urologickou společností ČLS JEP, 2003, ISBN 80 – 7262 – 233 – 1, s. 29, 30

B PRAKTICKÁ ČÁST – ošetrovatelská péče

2 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: J.W.

Oslovení: pan

Rok narození: 1982

Věk: 26 let

Stav: ženatý

Vyznání: bez vyznání

Vzdělání: středoškolské

Povolání: vedoucí směny v nástrojárně

Národnost: česká

Pojišťovna: vojenská (201)

Adresa:

Telefon:

Osoba, kterou lze kontaktovat: manželka Zdeňka

Datum přijetí: 23.9.2008

Hlavní důvod přijetí: tumor testis – akutní operace orchiektomie²⁷⁾

V tomto plánu ošetrovatelské péče jsou zahrnuty první čtyři dny hospitalizace. První den je dnem operace, ostatní dny jsou dny pooperační, v průběhu kterých jsem pacienta ošetřovala na urologickém oddělení Nemocnice Most denně v době od 6:00 do 14:30 hodin.

²⁷⁾ chorobopis pacienta

3 LÉKAŘSKÁ ANEMNÉZA A DIAGNÓZA

3.1 ANAMNÉZA

Pacient J.W. byl přijat akutně na naše oddělení dne 23.9.2008 v 10:00hod. k akutní operaci radikální orchiektomii pro nádor levého varlete.

OA: prodělal běžné dětské choroby, jinak vážněji nestonal. Hraje lední hokej, který je nyní jeho velkým koníčkem, dříve hrával závodně. Udává pouze úrazy spojené s hokejovými zápasy, hlavně kolene, občas nějaké „to šití“. Nekuřák, alkohol jen příležitostně.

RA: stran uropoetického traktu negativní, nádorové onemocnění v rodině neudává

AA: pyl, prach

SA: ženatý, má dvě malé děti – chlapce, jeden navštěvuje mateřskou školku, s druhým synem je manželka na mateřské dovolené.

FA: sezónně Zyrtec, jinak negativní

PA: vystudoval střední průmyslovou školu, nyní pracuje jako vedoucí směny nástrojárny

Urologická anamnéza–vyjímám: Sledován od 11/2007 u svého urologa – pro intermitentní orchialgie l.sin., úraz neguje

11/2007 UZ scrota: popsáno jako infiltrát caudy levého nadvarlete vtlačeny do levého varlete 21x13x13 mm

1/2008 statická scintigrafie varlat: bez ložiskové patologie

Dnes 23.9.2008 vyšetřen na naší urologické ambulanci při lůžkovém oddělení pro bolesti v levém bedru s iradiací do levého hemiskrota. Zde provedeno sonografické vyšetření, kde bylo zjištěno ložisko v dolní polovině levého varlete echogenní 25 x 34 x 35mm v progresi minulého vyšetření u svého urologa, susp. tumorové etiologie

3.2 Lékařská diagnóza:

tumor testis
lymfadenopatie
polynosis

Operační diagnóza: tumor testis

Operační výkon: radikální orchiektomie²⁸⁾

28) přijímací formulář – chorobopis pacienta

4 DIAGNOSTICKO – TERAPEUTICKÁ PÉČE

4.1 FYZIOLOGICKÉ FUNKCE

Při příjmu a v den operace: 23.9.2008

Vědomí: plně při vědomí
FF: TK – 110/70, P – 74/min, TT – 36,4°C
Dýchání: pravidelné, 14/min
Výška: 180 cm
Váha: 83 kg
BMI: 23,88 – ideální váha (*příloha č. 9*)

Po příjezdu z operačního sálu: 16:00hod. hodnoty měřeny odpolední a noční službou

tab.č. 1

Čas	Tlak krve	Puls	Tělesná teplota
16:00	125/75	70'	36,8°C
18:00	115/70	65'	37,0°C
20:00	120/70	62'	36,9°C
22:00	115/75	65'	37,3°C
24:00	120/70	60'	37,3°C

24.9.2008 hodnoty měřeny noční službou

tab.č.2

Čas	Tlak krve	Puls	Tělesná teplota
02:00	-	-	37,2°C
04:00	-	-	37,4°C
06:00	120/75	70'	37,2°C

4.2 LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

Předoperační vyšetření 23.9.2008

Hematologické vyšetření:

Krevní obraz

tab.č. 3

<i>Datum</i>	<i>23.9.2008</i>	<i>Jednotka</i>	<i>Referenční mez</i>
Hemoglobin	146,0	g/l	120 – 165
Hematokrit	0,428		0,35 – 0,47
Erythrocyty	4,890	tera/l	3,8 – 5,00
Leukocyty	13,300 ↑	giga/l	4,00 – 10,00
Trombocyty	259,0	giga/l	150 – 350

^{29, 30)}

29) Chorobopis pacienta

30) Droste, K., Planta von M., překlad: Víšek, V.I.,: *Memorix – vademecum lékaře*, Praha: nakl. Scientia Medica, 1992, ISBN 80-85526-04-2, s.190

Sedimentace: 40/70 ↑ norma: muži po 1 h 3 – 8 mm, po 2 h 5 – 18 mm
ženy po 1 h 6 – 11 mm, po 2 h 6 – 20 mm

Hemokoagulační vyšetření:

Quick test: 82 % norma: 70 – 120 %

INR: 1,12

APPT: 26' ; kontrola 27' norma: 26 – 38 s.

Biochemické vyšetření:

tab.č.4

Datum	23.9.2008	Jednotka	Referenční mez
S – urea	4,0	mmol/l	3,0 – 8,3
S – kreatinin	92	μmol/l	60 – 115
S – kys.močová	321	μmol/l	180 – 420
S – Na	135	mmol/l	132 – 149
S – K	3,9	mmol/l	3,8 – 5,0
S – Cl	99	μkat/l	95 – 108
S – bilirubin celk.	11,0	μmol/l	2,0 – 18,4
S – bilirubin konj.	0	j	0 – 0
S – ALT	0,31	μkat/l	0,15 – 0,78
S – AST	0,39	μkat/l	0,29 – 0,79
S – LD	4,68 ↑	μkat/l	1,75 – 3,8
S – glukosa	5,9	mmol/l	3,3 – 5,6
S – Ca	2,53	mmol/l	2,0 – 2,6
S – P	0,84	mmol/l	0,70 – 1,5
S – HCG beta	< 1,20	IU/l	0,0 – 5,0
S – AFP	1 820,98 ↑	Ng/mL	0,0 – 10,9

31, 32)

Biochemické vyšetření moče a močového sedimentu:

pH U – erytrocyty 0 – 4

Bílkovina U – leukocyty 0 – 4

Glukóza

Ketolátky } negativní Dlaždic.epitelie 1 – 4

Urobilinogen Bakterie 4

Bilirubin

Krev

Sérologické vyšetření: odebráno 23.9., výsledek 24. 9.2008

RRR – ELISA syphylis screen negativní

Bakteriologické vyšetření moče: odebráno 23.9, výsledek 24.9.2008

Bez bakteriálního nálezu ³¹⁾

31) chorobopis pacienta

32) Droste, K., Planta von M., překlad : Víšek, Vl.,: *Memorix – vademecum lékaře*, Praha: nakl. Scientia Medica, 1992, ISBN 80-85526-04-2, s.198, 203

4.3 OSTATNÍ VYŠETŘENÍ

Pacient s sebou přinesl: ambulantní urologický nález své uroložky
ambulantní urologický nález naší urologické ambulance,
vč. doporučení k přijetí na oddělení

Provedená vyšetření při příjmu:

Interní konzilium:

OA: Kromě letní alergie na pyly vážněji nestonal, dobře toleruje fyzickou zátěž, sportuje.
Obj.: Sklery a spojivky normální barvy, hrdlo klidné, mírně hypertrofické tonzily bez čepů a povlaků. Krk: bpn. Na plicích je čisté dýchání. Akce srdeční je pravidelná, ozvy ohraničené,
P 99/min., TK 140/70. Břicho je měkké, játra těsně pod obloukem, slezina nezvětšená
DK: bpn.
EKG: SPR, intermediální, poloha srdeční, bez známek poruchy myokardu

Závěr: interní nález je v mezích normy

Anesteziologické vyšetření:

CA neměl, alergie léková není, sledován pro alergii prach, pyly, příležitostně bere Zyrtec.
ASA 2
premedikace: Dormicum 5 mg, Dolsin 100 mg – obojí i.m.

Zobrazovací vyšetření

Ultrazvukové vyšetření ledvin a varlat:

Pravá ledvina má norm. polohu, tvar a velikost, v horní polovině je patrný parenchymový můstek, šíře parenchymu je 15 mm. Dutý systém je jemný, bez konkrementů. Také levá ledvina má norm. polohu i tvar, délka je 12,5 cm, šíře parenchymu 17 mm, i zde je ve střední části patrný parenchym. můstek, dutý systém je jemný, bez konkrementů.

Pravé varle měří 46 x 23 mm, levé 48 x 30 mm. Pravé varle má zcela pravidelnou strukturu a přiměřenou echogenitu i vaskularizaci. Nadvarle vpravo v oblasti hlavy měří 5,5 mm. Vlevo je varle difúzně hypoechogenní, v dolní polovině je patrné echogenní ložisko velikosti 25 x 34 x 35 mm s anechogenními okrsky nepravidelného tvaru o max. velikosti 16 x 11 mm. Nadvarle v oblasti hlavy má šíři 8 mm, bez výraznějších strukturálních změn. Výraznější kolekce tekutiny ve skrotu není diferencovatelná.

Závěr: Ložisko v dolní polovině levého varlete v progresi velikosti (viz výše), zachovaný parenchym varlete je difúzně hypoechogenní. Vzhledem k progresi nálezu nutno zvažovat tumorovou etiologii.³³⁾

³³⁾ chorobopis pacienta

Rengenové vyšetření plic:

Na snímku v normální projekci jsou bránice v normálním postavení, hladké. Plicní pole jasná. Hilová kresba přiměřená. Srdce aortálního tvaru, nezvětšené.

Závěr: Plíce bez infiltrací. Nezvětšené srdce s přiměřenou plicní vaskularizací.

Pooperační vyšetření: 26.9.2008

biochemické vyšetření séra

tab.č.5

S – AFP	1 463,96 ↑	Ng/mL	0,0 – 10,9
S – LD	3,89 ↑	µkat/l	1,75 – 3,8
S – HCG beta	< 1,20	IU/l	0,0 – 5,0

AFP a LD je oproti předoperačnímu odběru nižší.

CT vyšetření břicha a hrudníku

Na zhotovených řezech v retroperitoneu paraaortálně pod odstupem renálních tepen jsou patrná 2 ložiska. Vpravo velikosti 56x65x93 mm a vlevo velikosti 27x31x32 mm. Patrná komprese VCI a lehce i abdominální aorty. V oblasti krku, mediastina bez známek zvětšených uzlin.

Plicní parenchym bez ložiskových změn. Játra, pankreas, slezina, ledviny a nadledviny jsou beze změn. V tříselech a v axilách jsou patrné uzliny velikosti do 8 mm.

Závěr: Dva rozsáhlejší pakety uzlin v retroperitoneu před velkými cévami v úrovni pod renálními tepnami. Zřetelný tlak na VCI. Drobné uzliny v tříselech a v axilách nejspíše nejsou meta.

28.9.2008 biochemické vyšetření séra (sběr moče 27.9. – 28.9)

Kreatinová clearanc globální

tab.č.6

Diuréza	2700 ml
Doba sběru moče	24 hod.
Kreatinin v krvi	91 µmol/l
Kreatinin v moči	6966 µmol/l

Tab.č.7

Výpočty			rozsah	ženy	muži
Moč za čas	0,031	ml/s			
Clearanc kreatininu	2,392	ml/s	20 – 40 let 40 let a více	1,925-2,835 1,642-2,178	1,803 – 2,637 1,912 – 2,168
Tubulární resorpce	0,987			0,983–0,995	0,983 – 0,995

34, 35)

34) chorobopis pacienta

35) biochemická laboratoř nemocnice Most

26.9.2008

ORL vyšetření před podáním chemoterapie

Slyší dobře, tinitus a vertigo neguje.

Ušní vyš.: bubínek šedý, klidný s reflexy, zvuk. volný

Nosní: průduchy volné, bez hlenu, septum mírně doprava

Krk: bpn.

Závěr: normacusis, dále audio vyšetření

Audio: sluch v normě, tympanometrie bilat. A křivka, vpravo rozdvojený vrchol

Doporučení: Kontrola po skončení všech cyklů chemoterapie.

5 TERAPIE

5.1 Chirurgická terapie

Předoperační chirurgická péče:

Pacient byl akutně přijat v dopoledních hodinách, poučen o dodržení předoperačního lačnění, že nesmí pít a kouřit, žvýkat, bombony. Byly ihned provedeny naordinované odběry STATIM (KO, biochemie sérum, vč. nádorových markerů + moč, koagulace, FW, dále byl pacient odeslán na interní konzilium a rtg plic STATIM).

Pacient byl oholen v operační oblasti (genitál, podbřišek, do půlky stehen). S lékařem, který pacienta poučil a seznámil s operací, sepsal informovaný souhlas a po provedeném ARO konziliu, po aplikaci premedikace a navléknutí bandáží na DK byl pacient odvezen ve 12:30 hod. na operační sál.

Operační protokol – viz příloha č.5, 6

Operační rána – pacient indikován k akutní operaci radikální orchiektomii pro nově diagnostikovaný tu levého varlete. Dle operačního protokolu byl proveden kožní řez v levém podbřišku a varle odstraněno. Vložen Redon drén. Rána kryta sterilním Mepore krytím. Po příjezdu z „dospávacího“ pokoje ARO provedena kontrola operační rány – krytí suché, rána klidná a proto nebyla odpolední směnou nově převázána. Změřeny FF a dále měřeny po dvou hodinách (TK, P, TT), sledován výdej z drénu dle rozpisu lékaře, okolí drénu klidné. Do permanentního žilního katétru není nic aplikováno, okolí klidné, krytí čisté. Sledováno první spontánní vymočení, které je bez potíží. Pacient je bdělý, bez dyspeptických potíží, bolesti při příjmu z „dospávacího“ pokoje ARO neudává, poučen o možnosti aplikace analgetik opět dle rozpisu lékaře. Po ostatní dny byla operační rána kryta sterilním tekutým obvazem NOVIKOV, převazy jsem prováděla střídavě s ošetřujícím personálem. Kontrola operační rány byla prováděna 2x denně jak lékařem při převazu, tak mnou a ošetřujícím personálem – ta klidná, bez sekrece, mírně oteklá, bez zarudnutí.³⁶⁾

36) chorobopis pacient

Výdej z drénu REDON: 23.9. – 24.9

tab. č. 8

16:00	20 ml
19:00	10 ml
24:00	-
03:00	10 ml
06:00	10 ml

Invazivní vstupy: V průběhu operace zaveden Redon drén do podkoží, který je kryt sterilní longetou, byl vytažen třetí pooperační den 26.9.2008. Po vytažení byla provedena dezinfekce dehiscence Braunodermem a kryta sterilním krytím – tampónem. Permanentní žilní katétr vytažen 24.9.2008 jelikož nebyl využíván.

5. 2 Oxygenoterapie

– nebyla aplikována

5. 3 Farmakoterapie

Před operací: příležitostně Zyrtec p.o. V den operace nebyl podán.

Premedikace: Dormicum 5 mg i.m. + Dolsin 100 mg i.m. – aplikováno ve 12:00 hod., aplikovala sloužící zdravotní sestra pověřená k aplikaci opiátů

Po operaci: při bolesti – Dolsin 50 mg s.c., max. 3x denně

tab. č. 9

Název léku	Generický název	Forma	Dávkování	Skupina
Zyrtec	Cetirizini dihydrochloridum	tablety	1x denně	Selektivní antihistaminikum
Dolsin 100 mg	Pethidiny hydrochloridum 50 mg	Injekční roztok	100 mg – ½ hod. před operací i.m.	Analgetikum, anodynum
Dormicum 5 mg	Midazolamum	Injekční roztok	5 mg – ½ hod. před operací i.m.	Benzodiazepinové hypnotikum
Dolsin 50 mg	Pethidiny hydrochloridum 50 mg	Injekční roztok	50 mg s.c při bolesti	Analgetikum, anodynum

37, 38)

37) chorobopis pacienta

38) Suchopár, J., a kolektiv: Remedia Compendium, nakl. Panax, 1996, ISBN 80 – 902126 – 3 – 8, s. 603, 164, 124

5. 4 Dietoterapie

Před operací – při příjmu byla lékařem pacientovi předepsána dieta OS – pacient byl poučen, že nesmí nic jíst, pít, kouřit, žvýkat, cucat bombony.

Po operaci – dle doporučení z příjmové dokumentace byla pacientovi lékařem doporučena první pooperační den dieta č.11 – výživná, a to vzhledem k jeho závažnému nádorovému onemocnění a další předpokládané náročné pooperační léčbě cytostatiky. Od 25.9. je mu naordinována dieta SOK (bezbílkovinná), kterou je nutné dodržovat před sběrem moče na globální clearance. Pacient byl poučen o nutnosti vynechat po tyto dny jídla s obsahem bílkovin (ukázka jídelníčku – *příloha č. 10*).

5. 5 Fyzioterapie – rehabilitace

Před operací – vzhledem k věku pacienta nebyla nutná

Po operaci – první pooperační den jsem pacienta poučila o nutnosti pooperační dechové rehabilitace (dostatečné hluboké dýchání, odkašlávání). K prevenci tromboembolické nemoci aktivně cvičí s DK (dorzální, plantární flexe), krčí a narovnává kolena. Vzhledem k věku pacienta byl mobilizován již první pooperační den ráno a večer, a to k umyvadlu na pokoji, kde provedl potřebnou hygienu. Jinak doporučen ještě klid na lůžku, na toaletu měl povoleno si dojít.^{39, 40, 41, 42)}

6 Stručný průběh hospitalizace

Pacient byl akutně přijat okolo 10:00 hodiny k akutní operaci radikální orchiektomii pro nově diagnostikovaný tumor levého varlete. Operace proběhla bez komplikací, operační rána byla klidná, bez sekrece. Pooperační průběh klidný. Operační rána byla ledována, výměny ledů prováděny pravidelně dle potřeby. 2. den po operaci byla operační rána mírně oteklá, bez zarudnutí, což je fyziologické. Redon drén odváděl první den větší množství sanquinoletní tekutiny. Permanentní žilní katétr vyjmut 1. pooperační den, drén Redon 3. pooperační den. Pacient postupně vertikalizován, stravou zatížen již první pooperační den. Proběhla další potřebná vyšetření před následnou chemoterapeutickou léčbou a do domácího ošetřování byl propuštěn 5. pooperační den.⁴³⁾

39) informace od pacienta

40) chorobopis pacienta

41) Rozsypalová, M., Šafránková, A.,: *Ošetřovatelství I*, Praha: nakl. Informatorium, 2002, ISBN 80 – 86073 – 96 - 3

42) Vomela, J., kolektiv autorů.,: *Chirurgie pro sestry*, Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1998, ISBN 80 – 7013 – 262 - 0

43) ošetřovatelská dokumentace pacienta

C OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

7 Ošetřovatelská anamnéza a hodnocení současného stavu pacienta ve dnech 23.9. – 26.9.2008.

7.1 Subjektivní náhled pacienta na hospitalizaci, hodnocení sestrou

Do současné doby nebyl 26 letý pan X.Y. nikdy hospitalizován v nemocnici. Prodělal pouze klasická dětská onemocnění, vážně nikdy nestonal. Tuto akutní hospitalizaci bere jako nutnost, součást a začátek léčby svého závažného onemocnění, o kterém se dozvěděl asi před dvěma hodinami na naší urologické ambulanci. Je si samozřejmě vědom závažnosti svého onemocnění. Klade si stále mnoho otázek: „ Proč mě zrovna se to muselo stát? Co bude dál? “ Zajímá se o prognózu onemocnění. Zdůrazňuje svou návštěvu na urologické ambulanci svého urologa, kterého navštívil asi před rokem. Lékařka tehdy sdělila po různých vyšetřeních , že se nejedná o žádné závažné onemocnění. Proč je tedy nyní na tom takto? „Nezanedbala něco?“ Myslí si, že mu nevěnovala dostatečnou pozornost, že pokud by byl již před rokem odeslán na naši ambulanci nemuselo to takto dopadnout. Není si vědom jakéhokoli svého pochybení, že by něco zanedbal.^{44, 45)}

Hodnocení sestry:

Pacient má náhled na své onemocnění. Má pozitivní myšlení především do budoucnosti. Je informován dostatečně o svém závažném onemocnění, má zájem dozvědět se možnosti další léčby. Ty jsou mu bohužel vysvětleny jen okrajově vzhledem k neznámému histologickému vyšetření. Má starosti o délku pracovní neschopnosti vzhledem k nutnosti zajistit finančně svou rodinu. Je komunikativní, velmi dobře spolupracuje.

44) Archalousová, A.,: *Přehled vybraných ošetřovatelských modelů*, Ráby: vydavatelství Nukleus HK, 2003, ISBN 80 - 86225 – 33 - X, s. 83

45) informace pacienta

7. 2 Základní fyziologické potřeby

7. 2. 1 Dýchání

Anamnéza:

Zadýchává se jen při sportování a někdy v době sezónní alergie. Jinak nemá s dýcháním žádné problémy.

Před operací:

Dýchá klidně, pravidelně 17 dechů za minutu. Bez dušnosti.

Po operaci na oddělení:

Po návratu z dospávacího pokoje bez dušnosti, dýchání pravidelné, 15 dechů za minutu.

7. 2. 2 Hydratace

Anamnéza:

Doma vypije okolo 2 litrů tekutin denně, nejraději má studené čaje – zelený čaj, coca – colu, minerální vodu. Nemá rád jen čistou vodu, perlivou však snese. Denně vypije dvě kávy – pije jen rozpustnou kávu. Alkohol pije jen příležitostně.

Před operací:

Je dostatečně hydratován. Kožní turgor v normě. Bez otoků dolních končetin a ostatních částí těla.

Po operaci na oddělení:

Po příjezdu na oddělení podány pacientovi tekutiny až po dvou hodinách, kdy mu byl nabídnut čaj po doušcích. Poté již přijímal tekutiny (neperlivé) bez omezení. U pacienta nejsou zřetelné žádné známky otoků na dolních končetinách ani na ostatních částech těla.

7. 2. 3 Výživa

Anamnéza:

Stravuje se přes týden velmi nepravidelně. Hlavně v zaměstnání. O víkendu se snaží jíst pravidelně. Není vybíravý v jídle, ale nechutná mu koprová omáčka. Občas má chuť na sladké. Asi týden mu moc nechutná, přikládá to trvajícím bolestem. Zhubl během 14 dní asi 2 kila

Před operací:

BMI u pacienta 23,9 – ideální váha. Tělesná konstituce odpovídá věku pacienta a jeho sportovním zájmům. Neudává známky dyspeptických potíží. Chrup má vlastní, dutina ústní je velmi dobře udržována. Sliznice dutiny ústní růžová, bez povlaku. Zubní protězu netřeba.

Po operaci na oddělení:

Po přivezení z „dospávacího“ pokoje pacient ponechán nalačno. Nejeví známky dyspeptických potíží. Zatím nechce nic jíst, udává, že nemá hlad. První den po operaci měl pacient doporučenou dietu č.11. Snědl již celou snídani a poté už problém se stravou nenastal. Druhý den po operaci mu byla bohužel opět změněna dieta na SOK – bezbílkovinou, která je nutná 2 dny před sběrem moče na globální clearance. Pacient měl po této dietě hlad a proto jsem mu vysvětlila, které potraviny si může nechat přinést nebo koupit navíc. Pacient po dobu hospitalizace zhubl o 2 kila. Nechutenstvím netrpěl, ale bezbílkovinná dieta mu moc nechutnala.

7. 2. 4 Vyprazdňování moče

Anamnéza:

Doma neměl pacient žádné problémy s vyprazdňováním moče. Močí bez potíží, bolestí. Moč udává, že má světle žlutou barvu.

Před operací:

Při příjmu pacient obržel sterilní zkumavku k odběru moče na bakteriologické vyšetření a zkumavku na biochemické vyšetření moče. Moč ve zkumavkách byla čirá, bez patologických příměsí, barvy světle žluté. Má obavy o vyprazňování moče po operaci, kdy nebude moci vstávat z lůžka a bude muset močit do sběrné nádoby.

Po operaci:

Po přivezení na oddělení byl pacient bez permanentního katétru. Bylo proto pacientovi vysvětleno, že musí močit do sběrné nádoby, protože nesmí zatím vstávat. Ráno již má dovoleno dojít si na toaletu za doprovodu zdravotnického personálu. Moč fyziologické barvy, bez příměsí, normálního množství.

7. 2. 5 Vyprazdňování stolice

Anamnéza:

Doma chodil na stolicí pravidelně 1–2x denně, stolice byla normální konzistence a barvy. Na stolicí byl naposledy 23.9.2008 ráno.

Před operací:

Na oddělení od doby operace na stolicí nebyl. Opět udává velké obavy z vyprazdňování stolice na společných toaletách. Má strach ze špinavých toalet a ztráty soukromí.

Po operaci:

K pooperačnímu vyprázdnění dochází až 3. pooperační den, kdy je pacientovi půjčen klíč od toalety pro invalidy, aby měl své soukromí a nemusel se obávat nečistoty. Peristaltika je obnovena 2. pooperační den, plyny odcházejí.

7. 2. 6 Odpočinek a spánek

Anamnéza:

Doma spí velmi dobře, rád odpočívá po dobrém nedělním obědě. Nejraději spí v poloze na břiše. V noci občas vstává k mladšímu šestiměsíčnímu synovi, ale opětovné usínání mu nedělá vůbec žádné problémy. Z práce chodí často unavený. Jde na procházku s rodinou, zacvičit si – to bere jako nutnou relaxaci a vypnutí od běžných starostí.

Před operací:

V nemocnici neví, jak se mu bude usínat a spát, protože zde nebude mít žádnou fyzickou zátěž a bude moci spát i přes den. Obává se i přemýšlení nad jeho onemocněním a proto nebude moci usnout. Nejraději prý usíná vedle své manželky.

Po operaci na oddělení :

Po příjezdu na oddělení pacient bdělý, dále však pospává. Cítí se unavený. Bolesti udává až po 4 hodinách. Po podání analgosadace usíná, spánek má klidný. Probouzí se až k ránu, kdy opět pociťuje bolesti a nechává si aplikovat analgetika po kterých opět klidně usíná. Spánek je po ostatní dny hospitalizace bez potíží.

7. 2. 7 Teplota a pohodlí

Anamnéza:

Nemá moc rád přetopené místnosti, doma spí při otevřeném okně, v zimě ložnici nevytápějí. S manželkou mají zdravotní matraci a polohovatelný rošt ve dvoulůžku, nemá rád měkké matrace. Doma se cítí dobře. Bydlí v panelovém domě – 4. patro s výtahem. Před dvěma měsíci dokončili rekonstrukci bytu, koupili si nový nábytek. Má z toho radost. Doma nejraději nosí krátké kalhoty a tričko s krátkým rukávem.

Před hospitalizací a operací:

Nerad by chodil oblečen v pyžamupo oddělení. Vysvětlili jsme mu, že může zůstat oblečen tak, jak mu to bude vyhovovat aby se cítil pohodlně a sebejistě. Nemá rád vysoko pod hlavou, žádal nás zda nemáme polštář s menší náplní. Jeho žádosti jsme vyhověli. Pacienta jsme umístili na dvoulůžkový pokoj na kterém byl zatím sám. Vybral si polohovací lůžko blízko u okna. Místnost si ihned vyvětral. Zdá se mu, že je na oddělení i na pokoji velmi teplo.

Po operaci na oddělení :

Pacienta jsme po příjezdu na oddělení umístili na malý dvoulůžkový pokoj, na který byl umístěn již před operací. Lůžko jsme umístili opět u okna vzhledem k tomu, že má rád vyvětrané místnosti. Také jsme chtěli, aby měl pacient po operaci dostatečný klid a soukromí vzhledem k nutnosti močit do sběrné nádoby. Žádal nás o toto již před operací. Lůžko mu moc nevyhovuje, matrace je měkká a bolí ho záda. Ostatní dny na oddělení sdílel dvoulůžkový pokoj s mladým pacientem, který měl téměř stejné nároky jako on.

7. 2. 8 Bolest

Anamnéza:

Doma ho bolest v levém bedru, která vystřelovala až do skrota velmi obtěžovala. Léky proti bolesti pomáhaly jen na krátkou dobu. Bolest se snažil snášet, je prý zvyklý na bolest, ale na jinou – zranění z hokeje, ale tato bolest byla jiná a v posledních dnech čím dál horší. Proto se dostavil k nám na ambulanci, aby se tato situace vyřešila a bolestí se zbavil.

Před operací :

Při přijetí udával intenzitu bolesti dle VAS bolesti na stupni 4. Bolest vykazoval v oblasti levého bedra vystřelující do levého scrota. Z jeho mimiky bylo patrné, že ho bolest velmi obtěžuje a je mu nepříjemná. Nevykazoval známky dyspeptických potíží, ale poslední dobou ho bolest omezovala i v jeho denních a sportovních aktivitách. Přiznal se i ke změnám svého chování k rodině, toto ho velmi trápilo. Bolest tlumit analgetiky zatím odmítal. Poradili jsme mu tedy úlevovou polohu s podložením scrota a uložením na pravý bok. Premedikace mu byla aplikována dle rozpisu lékaře ARO, a to ½ hodiny před akutní operací. Její účinek jsme již nezaznamenali, jelikož byl v krátké době po její aplikaci odvezen na operační sál.

Po operaci na oddělení :

Po příjezdu na oddělení byl pacient bez bolestí, operační rána byla zaledována. První bolesti udával po 3 hodinách na pravítku bolesti ukázal stupeň č. 5. Bolest udával v místě

operační rány a zavedeného Redonova drénu. Bolest pacienta obtěžovala a nemohl opět usnout. Byl mu proto aplikován Dolsin 50 mg s.c. Po této dávce pacient klidně usíná, bolesti ustoupily. Budí se opět k ránu kolem 4 hodiny s bodavou bolestí hlavně v okolí drénu. Vykazuje intenzitu bolesti na stupni č. 3. Operační rána je zaledována, drén upraven tak, aby netáhl operační ránu a je opět aplikován dle ordinace lékaře Dolsin 50 mg s.c. Úleva od bolesti nastává po 20 minutách, udává i zlepšení v oblasti drénu. Usíná a je buzen až na ranní toaletu. Po ostatní dny již udává jen mírné bolesti na stupni č. 1–2 v operační ráně a okolí Redonova drénu. Aplikaci analgetik odmítá, operační ránu leduje, okolí drénu je klidné, bez zarudnutí a drén vždy upraven do polohy, aby pacienta nikde netáhl. Poučen však, že si může kdykoliv říci o aplikaci analgetika pokud ho budou bolesti jakkoli obtěžovat, omezovat a budou pro něho nepříjemné a nesnesitelné.

7. 2. 9 Tělesná hygiena a stav kůže

Anamnéza:

Pacient je doma plně soběstačný, sprchuje se 2x denně, ráno a večer. Ráno se raději sprchuje vlažnou vodou. Zuby má vlastní, chodí pravidelně na preventivní prohlídky. Hygienu dutiny ústní provádí ráno a večer. Klade velký důraz na osobní hygienu a svůj zevnějšek. Má velké obavy z čistoty společných toalet a koupelny.

Před operací:

Na pacientovi je zřetelně znát, že o sebe velmi dbá. Je upravený, oholený, vlasy má ostříhány na krátko. Nehty má krátké a čisté. Má velké obavy z čistoty společných toalet a koupelny. Kůže je růžová, bez ikterického zbarvení a patologického nálezu. Kožní turgor normální.

Po operaci na oddělení:

První pooperační den pacient v doprovodu sanitáře provedl ranní toaletu u umyvadla v pokoji, večerní toaletu již sám opět jen na pokoji. Zatím není doporučeno sprchování. Druhý pooperační den již hygienu zvládá sám bez problémů. Osprchování je dovoleno druhý pooperační den po sejmutí sterilního obvazu a natření operační rány Novikovem. Nemožnost vykonat večerní toaletu osprchováním nesl dle sesterského záznamu velmi špatně, ale po vysvětlení důvodu proč se nesmí osprchovat vše pochopil a těšil se na druhý den ráno, až mu bude sejmut obvaz a bude se moci osprchovat.

Po operaci je celkový stav kůže nezměněn a bez patologického nálezu. Okolí žilní kanyly a Redonova drénu je bez známek infekce, zarudnutí a otoku. Operační rána v levém třísele je velikosti asi 8 cm. Obsahuje 8 stehů. Rána je klidná, bez sekrece, kryta do druhého pooperačního dne sterilním krytím Mepore. Poté byl obvaz sejmut a operační rána potřena sterilním tekutým obvazem Novikowem. Pacient při každém převazu operační rány velmi dobře spolupracoval.

7. 2. 10 Tělesná a duševní aktivita

Anamnéza:

Pacient pracuje na ranní směně jako vedoucí směny nástrojárny. Velmi rád se věnuje sportování – jezdí na kole, plave. Dříve hrával závodně hokej, asi před třemi lety skončil se závodní kariérou a teď se mu věnuje jen rekreačně. Chodí hrát asi 3x v týdnu s kamarády protože si chce zachovat svou fyzickou zdatnost. Občas si zajde do posilovny zacvičit. Velmi rád chodí s rodinou na procházky do přírody, často jezdí autem na výlety. Chodí také všichni plavat. Rád čte časopisy – sportovní, automobilové.

Před operací:

Pacient je při příjmu soběstačný, samostatně pohyblivý. Nemá problémy navázat kontakt s personálem, velmi dobře spolupracuje.

Po operaci na oddělení :

Po operaci byl pacient velmi unavený, pospával a nevykonával žádnou tělesnou aktivitu, kromě rehabilitace na lůžku. Prováděl dechová cvičení. Manželka mu přinesla televizor a DVD přehrávač, aby si tak mohl zkrátit dlouhé chvíle trávené v nemocnici. Četl časopisy, později se s manželkou a občas i se syny procházel po zahradě nemocnice.

7. 2. 10 Sexuální potřeby

Manželství má pan X.Y. velmi šťastné a po intimní stránce spokojené. Bojí se však budoucnosti, jaký bude intimní život po operaci, jak bude manželka nahlížet na to, že nebude mít jedno varle? Přijme to jako skutečnost, nebude jí to vadit, omezovat při intimních chvílích? ^{46, 47, 48, 49)}

46) Rozsypalová, M., Šafránková, A.,: *Ošetřovatelství I*, Praha: nakl. Informatorium, 2002, ISBN 80 – 86073 – 96 - 3

47) Trachtová, E., Fojtová, G., Mastiliaková, D.,: *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*, Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999, ISBN 80-7013-285- X

48) Archalousová, A.,: *Přehled vybraných ošetřovatelských modelů*, Ráby: vydavatelství Nukleus HK, 2003, ISBN 80-86225-33-X

49) Informace pacienta

50) Trachtová, E., Mastiljaková, D., Fojtová, G. ,: *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*, Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999, ISBN 80 – 7013 – 285 - X

7. 3 Psychosociální potřeby

7. 3. 1 Psychický stav

Před hospitalizací a operací:

Pacient je orientován, odpovídá přiměřeně. Je mírně rozrušený, potřeboval by mít více informací o svém zdravotním stavu. Aktivně klade otázky, co bude po operaci, jaká bude další terapie, obává se budoucnosti.

Po operaci na oddělení:

Po převezení z dospávacího pokoje pacient bdělý, pospává. Ráno po probuzení se cítí unavený, neklidný z výsledku histologického vyšetření na které si bude muset asi 10 dní počkat. Nemá z toho dobrý pocit. Je po další dny je úzkostný, nejistý z budoucnosti. Snaží se však tyto projevy nedávat najevo. Je stále komunikativní, s personálem vychází velmi dobře. Se mnou navázal důvěryhodný a přátelský vztah. Velmi nám tento vztah pomáhal v dalších dnech hospitalizace. Neváhal více se svěřovat se svými obavami, úzkostí a strachu z dalších hospitalizací, které pro něho budou znamenat nepříjemné pocity spojené s chemoterapií. Kládl mi také mnoho otázek týkajících se dalšího intimního života. Hodně mi v těchto otázkách pomáhala manželka pacienta.

7. 3. 2 Existenciální potřeby

7. 3. 2. 1 Potřeba bezpečí a jistoty

Před hospitalizací a operací:

Své obavy a rozrušení se snaží skrývat za dobrou náladu, výřečnost. Z jeho hlasu však cítím nejistotu, obavy, rozrušení, neklid. Potřebuje si o všem podrobně promluvit, obává se toho co bude dál, jak to bude se zaměstnáním o které by velmi nerad přišel, za jak dlouho se vrátí do zaměstnání, velké starosti si dělá s finančním zajištěním rodiny. Zejména v manželce vidí velkou oporu, mají se velmi rádi a navzájem se podporují. V zaměstnání má dobrý kolektiv, práce ho baví, má ji rád. Posledních asi 14 dní chodil z práce velmi unavený. Příkládal to k jeho trvajícím bolestem v bedru, které ho omezovaly v různých aktivitách a rodinu proto trochu zanedbával.

Po operaci na oddělení:

Stále má potřebu mluvit o své budoucnosti a finančním zajištění své rodiny. Má přeci dva malé syny a manželku na mateřské dovolené. Z jeho neverbální komunikace jsem často pociťovala vnitřní neklid, úzkost. Má strach a obavy jak na něho bude nahlížet manželka, že jí bude i vadit ztráta jednoho varlete, přestože velmi dobře ví, že ho má velmi ráda. Strach je v tomto případě opravdu větší. Děti jsou ještě malé, hlavně druhému synovi je šest měsíců a má obavy, že pokud bude nyní trávit více času v nemocnici „bude si ho pamatovat jako tátu“, to by ho hrozně mrzelo. Neví, není si zcela jist co ho vlastně v budoucnosti čeká – jaká bude další léčba a jak na ní bude reagovat. Toto ho velmi znepokojuje.

7. 3. 2. 2 Soběstačnost

Před hospitalizací a operací:

Plně soběstačný mladý pacient.

Po operaci na oddělení:

Ráno při ranní hygieně jsem pacientovi poskytla pomoc při chůzi k umyvadlu na pokoji, ranní toaletu již zvládá sám bez potíží. Je mu poté doporučen ještě klid na lůžku, který velmi rád uvítal, zatím se cítí unavený a slabý. V lůžku je plně soběstačný, na toaletu je první pooperační den doprovázen ošetřujícím personálem. Není si zatím sám sebou jist. Večerní toaletu již zvládl dle večerní směny sám, ale opět jen u umyvadla na pokoji. Ostatní dny byl již plně soběstačný.

7. 3. 2. 3 Zdraví

Před hospitalizací a operací:

Nebyl nikdy vážně nemocný, v nemocnici také ještě nebyl. Toto je jeho první zkušenost. Byl u své uroložky před rokem, která ho však ujistila, že je vše v pořádku. Sám má pocit, že nic nezanedbal. V rodině popírá nádorového onemocnění. Uznává, že jeho životospráva je přes týden velmi nepravidelná, ale o víkendu se snaží její pravidelnost dodržovat. Je si vědom, že toto však nestačí. Jeho pohybová aktivita je na velmi dobré úrovni. Hraje hokej – dříve hrával v Mostě závodně, dnes již jen rekreačně. Jezdí na kole, někdy si zajde do posilovny. Musí si udržovat dobrou tělesnou kondici.

Po operaci na oddělení:

Je rád, že je již po operaci. Bolesti, které cítil před operací pomalu ustupují. Uvědomuje si závažnost svého onemocnění a že ho čeká běh na dlouhou trať. Udělá však vše pro své uzdravení. Dělá to přeci pro sebe a hlavně pro svou rodinu, kterou miluje. Zajímal se i o možnosti léčitelství, homeopatie, význam bylinek.

7. 3. 2. 4 Stres, zátěžové situace, schopnost adaptace

Problémy si většinou vyřeší sám nebo se poradí s lidmi, kterým může věřit a ví, že mu pomůžou. V poslední době si připadal dost „v úzkých“, měl a má stále obavu o svůj zdravotní stav spojený se svými obtížemi a závažným onemocněním. Jeho obavy stále přetrvávají, není si jist, zda další potřebná léčba bude účinná, jaké ho čekají komplikace spojené s následnou léčbou. Nemá problémy se změnou prostředí, adaptuje se rychle. Rád se seznamuje s novými lidmi, poznává nové věci. Bylo by mu však milejší, pokud by to „NOVÉ“ poznával někde jinde a za příjemnější situace.

7. 3. 3 Afiliční – vztahové potřeby

7. 3. 3. 1 Potřeba lásky a sounáležitosti

Před hospitalizací a operací:

Má velmi krásný vztah k rodině. Má dvě malé děti – chlapce ve věku 6 let a ½ roku. Manželka ho doprovází až na pokoj a čeká na jeho odjezd na operační sál. Snaží se ho do této doby podporovat hlavně psychicky. Děti hlídá babička. Zdravotnický personál se snaží být po celou dobu před operací být k pacientovi empatický, vstřícný. Komunikuje s námi otevřeně. Snažím se společně s ostatním personálem pacienta maximálně podporovat, rozmlouvat a navazovat vztah důvěry, porozumění, přátelství, který nám bude nápomocný hlavně po operaci.

Po operaci na oddělení:

Po celou dobu hospitalizace a očekávání výsledku histologického vyšetření se ho manželka snaží psychicky podporovat. Na návštěvy dochází každý den v různou denní dobu a na neomezenou dobu. Snažili jsme se jim všemožně vyhovět. Chybí mu však synové, kteří jsou ještě příliš malí a do nemocnice na oddělení nesmějí. Proto je manželce doporučeno, aby syny přivedla jen do vstupní haly, kde si mohou sednout nebo odtud jít na zahradu. Velmi se těší na každé společné setkání. Pacient byl po operaci více komunikativnější, nesnažil se skrývat své pocity. Chápali jsme jeho změny v chování, za které se nám vždy omlouval. Vysvětlila jsem mu, že se nám omlouvat nemusí, že to vše souvisí s jeho diagnózou a má právo na své projevy pocitů, které cítí.

7. 3. 3. 2 Sebepojetí, sebeúcta

Před hospitalizací a operací,:

Sám sebe hodnotí jako mírného, přátelského člověka, schopného se postarat o sebe a svou rodinu. Vzhledem ke své povaze má mnoho přátel. Občas se však není schopen rychle a správně rozhodnout. Má radost z každého svého úspěchu. Váží si manželky za péči o své dva malé syny. Někdy, ale jen zřídka, postrádá dobrou náladu, ale to si jde raději zacvičit nebo si zahrát hokej s kamarády, aby rodina netrpěla jeho rozladěností.

Po operaci na oddělení:

Vlastního zdraví si váží, je to společně s rodinou to nejcennější co v životě má. Proto se teď musí věnovat svému onemocnění, bojovat s ním a nevzdát to. Věří lékařům a ošetřujícímu personálu, že udělají vše co bude v jejich silách, aby se „uzdravil“.

Na oddělení se velmi dobře zadaptoval. Nemá problémy se seznámit s ostatními pacienty. Zatím není smířen se svým velmi závažným onemocněním, ale doufá, že to zvládne – prostě musí a dává si to za prvořadý úkol. Má přeci rodinu, děti, práci, která ho baví.

7. 3. 3. 3 Seberealizace, sebeaktualizace

Svůj volný čas tráví nejčastěji s rodinou, rád sportuje. Dříve hrál závodně hokej, nyní hraje jen rekreačně. Rád chodí s rodinou na vycházky, plavat s dětmi. Rád jezdí na kole a zajde občas i do posilovny, aby si udržel dobrou fyzickou kondici. Přečte si občas časopisy o sportu. Politika ho vůbec nezajímá. Je zaměstnán jako vědoucí směny nástrojárny. Tohoto postavení si váží. Snaží se neustále vzdělávat ve svém oboru, být dobrým vedoucím a kamarádem. Začal navštěvovat na začátku září kurz anglického jazyka. Nyní ho musel kvůli své nemoci přerušit. Má plány dále si zvyšovat kvalifikaci studiem vysoké školy, ale nyní neví, jak to vše dopadne. Občas ho někteří kolegové navštívili. Kolektiv je vstřícný, přátelský, těší se až se vrátí do práce. Podporují ho v jeho těžké situaci. Toto mu velmi pomáhalo. Věří, že se brzy vrátí do práce. Nechce doma zahálet. Musí bojovat.

Věřící není, ani není zapojen v žádné náboženské skupině. Na osoby, které jsou věřící reaguje v celku kladně. Věří sám v sebe. ^{51, 52, 53})

7. 4 Psychosociální hodnocení :

Pan X.Y. je velmi příjemný, milý, přátelský a komunikativní typ člověka. Jeho psychosociální stránka je nyní narušena nově zjištěným nádorovým onemocněním varlete. Toto zjištění a následné odebrání nemocného varlete je pro každého mladého muže ve zralém reprodukčním věku velmi těžká zkouška a rozhodnutím. Myslím si a věřím, že můj pacient toto těžké a dlouhé období léčby překoná společně se svou manželkou velmi hladce. Jsou oba mladí, mají se rádi. Jeho snaha a úsilí uzdravit se je obrovská. Ke své ženě má velkou důvěru a má v ní cennou psychickou oporu, kterou bude velmi potřebovat.

51) Trachtová, E., Fojtová, G., Mastiliaková, D.,: *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999, ISBN 80-7013-285- X

52) Archalousová, A.,: *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*, Ráby: vydavatelství Nukleus HK, 2003, ISBN 80-86225-33-X

53) informace pacienta

8 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

8.1 Předoperační ošetřovatelské diagnózy:

- ❖ *Porucha existenciálních potřeb – bezpečí a jistot pro akutní poruchu zdraví s diagnózou tumor varlete projevující se pocity ohrožení, nejistotou z budoucnosti, změnou chování*
- ❖ *Akutní bolest v levém bedru vystřelující do levého varlete z důvodu zjištěného nádorového onemocnění projevující se omezenou hybností, verbalizací problémů a změnou životního stylu*
- ❖ *Strach z důvodu operačního výkonu – orchiektomie projevující se verbalizací, obavami, nejistotou*

8.2 Pooperační ošetřovatelské diagnózy :

- ❖ *Porucha zdraví v souvislosti s potvrzenou závažnou diagnózou a následnou operací orchiektomií, možnými pooperačními komplikacemi, s plánovanou léčbou, projevující se verbálními projevy úzkosti, mimikou, změnami nálad*
- ❖ *Absence informací vztahující se k prognóze a rekonvalescenci projevující se častým dotazováním*
- ❖ *Porucha spánku v souvislosti se strachem, bolestí, poruchou biorytmu a tělesného omezení projevující se únavou, potížemi s usínáním a povrchním spánkem*
- ❖ *Sociální izolace v souvislosti s hospitalizací, operací projevující se odloučením od rodiny a malých dětí, projevující se smutkem*
- ❖ *Akutní bolest v souvislosti s operační ránou projevující se verbalizací, bolestivou mimikou, zaujímáním úlevové polohy a přáním analgetické farmakoterapie*
- ❖ *Porušená kožní integrita v souvislosti s operační ránou, se zavedeným permanentním žilním katétrem, Redon – drénem a rizikem komplikací: krvácení a infekce*
- ❖ *Změna sebepojetí v souvislosti s onemocněním, ztrátou pohlavní části těla projevující se strachem z odmítnutí nebo reakce rodiny či poruchou sexuální aktivity*
- ❖ *Porucha existenciálních potřeb, především sociálních a ekonomických jistot rodiny, projevující se obavami z nedostatečné finanční podpory rodiny a event. ztrátou zaměstnání*
- ❖ *Změna výživy a močení pro naordinované pooperační vyšetření moče s 2 denní bezbílkovinnou dietou a zachytem moče do sběrné nádoby*

9 OŠETŘOVATELSKÉ CÍLE, PLÁNY, REALIZACE, HODNOCENÍ

9.1 PŘEDOPERAČNÍ DIAGNÓZY

- ❖ 9.1.1 *Porucha existenciálních potřeb – bezpečí a jistot pro akutní poruchu zdraví s diagnózou tumoru varlete projevující se pocity ohrožení, nejistotou z budoucnosti, změnou chování*

Cíl:

- pacient bude seznámen s časovým harmonogramem léčby
- bude znát přibližnou dobu jednotlivých hospitalizací a celkové léčby
- bude schopen si naplánovat své rodinné, pracovní a osobní zájmy
- úzkost bude zmírněna nebo úplně potlačena
- bude schopen o svých problémech mluvit
- promluví s rodinou – manželkou, odpoví na dotazy v rámci své kompetence

Plán :

- navaž důvěryhodný vztah
- podpoř pacienta k tomu, aby o své úzkosti mluvil kdykoli bude chtít
- nabídní, po dohodě s lékařem, pacientovi pomoc psychologa
- zajistí rozhovor s pacientem v soukromí a ve vhodném prostředí
- buď empatická a ochotně odpovídej na otázky pacienta, týkající se všeho, co ho v souvislosti s jeho nemocí, zajímá
- snaž se pacienta podporovat a kdykoli mu naslouchat
- seznam pacienta v rámci svých kompetencí s budoucí možnou léčbou a jejím časovým rozvržením

Realizace :

- S pacientem jsem před operací velmi dlouho vedla rozhovor o budoucí možné léčbě, o délce hospitalizací a jak dlouho asi trvá celá délka léčby chemoterapií. Celý ošetřovatelský tým se snažil být k pacientovi velmi vstřícný, empatický. S povděkem uvítal nabízené soukromí k rozhovoru. Nabídla jsem mu také možnost popovídat si před operací s psychologickým pracovníkem. Zatím však tuto pomoc odmítá. Po celou dobu před operací jsem mu dodávala odvalu, zmírňovala jeho úzkost a obavy jeho manželky, která nám i pacientovi byla velmi nápomocná.

Hodnocení :

U pacienta se nám nepodařilo před operací úzkost zcela odstranit, ale ke zmírnění dochází hlavně v přítomnosti jeho manželky, která ho velmi podporuje. S pacientem jsme nestihli probrat všechny informace týkající se jeho onemocnění, léčby a časového harmonogramu vzhledem k nedostatečnému časovému rozmezí, které jsme mohli využít pro tento účel. Domluvili jsme se ovšem na využití dostatečného času po operaci, kdy se budeme této problematice věnovat. Velmi dobře spolupracoval a byl ochoten o nově vzniklých problémech, týkajících se jeho závažného onemocnění, mluvit. Neskrýval však i beznaděj a úzkost z nově vzniklé situace.

9. 1. 2 Akutní bolest v levém bedru vystřelující do levého varlete z důvodu zjištěného nádorového onemocnění projevující se omezenou hybností, verbalizací problémů a změnou životního stylu

Cíl :

- pacient bude znát příčinu svých bolestí
- bude spolupracovat v paliativní péči zmírnění bolesti
- bolest bude snížena o 1 – 2 stupně na VAS bolesti
- bolest nebude pacienta před operací obtěžovat a omezovat

Plán :

- vysvětlí pacientovi, jak může být bolest před operací zmírněna nebo odstraněna
- vyslechni pacienta, buď empatická
- snaž se pacientovi být vždy nápomocná
- monitoruj a zaznamenej v dokumentaci všechny aspekty bolesti každé dvě hodiny
- podej naordinovaná analgetika a sleduj jejich účinek
- pokus se, společně s pacientem najít úlevovou polohu, která bolest zmírní
- sleduj mimiku pacienta a jeho změny v chování pozitivně podporuj
- premedikuj včas dle ordinace anesteziologa

Realizace :

- pacientovi jsem vysvětlila, že si může kdykoli říci, pokud bude mít bolesti, které ho budou obtěžovat nebo omezovat v jeho činnostech, o injekci na ztlumení bolestí, kterou mu lékař naordinoval. Poučila jsme ho úlevové poloze, která spočívala v podložení a „zaledování“ varlete. Intenzita bolesti byla různá a dle informací pacienta byla závislá na pohybu. Doporučila jsem pacientovi klid na lůžku s využitím vhodné polohy, která zmírní intenzitu bolesti a nebude ho tolik obtěžovat. Stupeň bolesti jsem zaznamenávala a po mém odchodu domů ošetřovatelský tým do ošetřovatelské dokumentace po dvou hodinách. Premedikace byla aplikována denní sestrou v odpoledních hodinách před odjezdem na sál.

Hodnocení :

- Pacient byl lékařem při příjmu seznámen s příčinou svých bolestí a poučen o možnosti aplikace analgetik, které jeho obtíže zmírní. Analgetickou léčbu odmítl a využil pouze doporučený klid na lůžku s podložení a zaledováním scrota. Našel si sám polohu, která mu vyhovovala a při které se mu výrazně ulevilo. Nechal si vždy velmi rád poradit a byl vstřícný ke všemu ošetřujícímu personálu. Nechtěl nás moc obtěžovat, ale podařilo se mi vysvětlit mu podstatu snížení intenzity bolesti a její zmírnění. Bolest se nám zcela odstranit nepovedlo, jelikož měl pacient před akutní operací a ložisko bolesti spočívalo v nově zjištěném nádorovém onemocnění, ale stupeň bolesti se snížil na 2 ze 4. To jsem považovala za velký úspěch. S pacientem a manželkou jsem velmi často promlouvala, byla jim vždy nápomocna. Změny mimiky jsme u pacienta vyzorovali v době příjmu a při zmírnění bolesti. Tvář byla radostnější a chování veselejší. Sloužící sestra nestihla bohužel zaznamenat do dokumentace zda u pacienta došlo ke zmírnění bolesti po předešlé premedikaci z důvodu rychlého odvozu na operační sál.

9. 1. 3 Strach z důvodu operačního výkonu – orchiektomie projevující se verbalizací, obavami, nejistotou

Cíle :

- pacientův strach a obavy z operace se sníží na minimum
- pacient je schopen mluvit o svých problémech
- pacient bude dostatečně informován o před- a pooperačním léčebném režimu

Plán :

- promlouvej s pacientem klidně, trpělivě odpovídej na otázky, nespěchej, naslouchej se zájmem a úctou, používej srozumitelné výrazy
- navaž důvěryhodný vztah
- buď pacientovi stále nablízku nebo zaříď, aby u něho mohl někdo z blízkých být až do odjezdu na operační sál
- vysvětli pacientovi průběh operace, kde bude po operaci, pooperační léčebný režim
- podporuj psychicky pacienta, pobízej pacienta ke slovnímu vyjádření svých negativních pocitů
- v případě vystupňovaného strachu zajisti konzultaci s lékařem a anesteziologem

Realizace :

- Již při přijímání na naše oddělení jsme s pacientem navázali velmi přátelský rozhovor. Pacient byl velmi přátelský a kladl nám velmi mnoho otázek, na které jsem se mu snažila vhodně a cíleně odpovědět. Promlouvala jsem s ním a vysvětlovala mu průběh operace, že se po dospání vrátí na naše oddělení, na svůj pokoj. Seznámila jsem ho s pooperačním režimem této operace. Až do doby odjezdu na operační sál byla u pacienta přítomna manželka, která ho také velmi psychicky podporovala. Obě jsme ho aktivně pobízely k slovnímu vyjadřování svých pocitů.

Hodnocení :

- S pacientem jsem v předoperačním období navázala přátelský a důvěryhodný vztah. Pacient uvítal mé informace a vzbuzoval ve mně pocit potlačeného strachu. Má, vzhledem ke krátkému času, který jsme měli před operací pro sdělení mnoha informací týkajících se jeho onemocnění, operace a budoucnosti, dostatečné množství informací o onemocnění a možných komplikacích. Jeho strach se snížil také v důsledku přítomnosti jeho manželky, která ho podporovala až do doby, než byl odvezen na operační sál. ^{54, 55, 56, 57)}

54) Červinková, E., kolektiv autorů .: *Ošetřovatelské diagnózy*, Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2003, ISBN 80 – 7013 – 358 – 9

55) Donges, Marilyn, E., Moorhouse, Mary, F. .: *Kapesní průvodce zdravotní sestry*, Praha: nakl. Grada publishing, 2001, ISBN 80 – 247 – 0242 – 8

56) Trachtová, E., Mastiljaková, D., Fojtová, G. .: *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*, Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999, ISBN 80 – 7013 – 285 – X

57) Informace od pacienta

9. 2 POOPERAČNÍ DIAGNÓZY

9. 2. 1 *Porucha zdraví v souvislosti s potvrzenou závažnou diagnózou a následnou operací orchiektomií, možnými pooperačními komplikacemi, s plánovanou léčbou, projevující se verbálními projevy úzkosti, mimikou, změnami nálad*

Cíl :

- pacient vnímá závažnost své diagnózy s ochrannými reakcemi
- pacient prožívá postupná stádia pod kontrolou a s podporou personálu a rodiny

Plán :

- zajisti rozhovor s lékařem
- všiměj si neverbálních projevů strachu
- spolupracuj s rodinou - manželkou
- poskytni potřebné informace v rámci svých možností a kompetencí
- seznam pacienta s možnými komplikacemi, event. plánovanou léčbou
- buď empatická, milá
- povzbuzuj pacienta, aby se ptal na vše co mu není jasné
- zajisti, po dohodě s lékařem, event. pohovor s psychologem
- snaž se pacienta podporovat a kdykoli mu naslouchat

Realizace :

- Několikrát za den jsem s pacientem promlouvala, ochotně mu naslouchala. Pooperační komplikace, týkající se operační rány, jsem pacientovi podrobně vysvětlila a on mi kladl zpětně otázky. Jeho obavy se mi podařilo zmírnit vysvětlením, že pooperační komplikace se většinou vyskytují u starších a chronicky nemocných lidí a že u pacientů jeho věku se vyskytují jen ve velmi malém procentu. Na dotazy o plánované léčbě jsme vedli rozhovory jen okrajově, jelikož jsme ještě neznali výsledek histologického vyšetření. Nabídnutý rozhovor s psychologem pacient zatím odmítl.

S manželkou pacienta jsem si velmi často povídala a věnovala jí dostatek času.

Hodnocení :

- Pacient ode mne získal mnoho informací, týkajících se možných komplikací po operaci, možnosti event. další léčby, které jsem ráda a ochotně v rámci svých kompetencí mohla sdělit. Myslím si, že se mi z větší části podařilo překonat strach z pooperačních komplikací a event. další plánované léčby. Pacient se cítil po ostatní dny lépe, byl komunikativnější, dobrá nálada u něho již nechyběla. Střídala se však s úzkostí a rozladěností. Tyto změny nálad příkládám hlavně postupnému třídění mnoha informací a postupnému uvědomování si závažnosti svého onemocnění.

9. 2. 2 Absence informací vztahujících se k prognóze a rekonvalescenci projevující se častým dotazováním

Cíl :

- Pacient bude dostatečně informován a bude klidnější

Plán :

- navaž důvěryhodný vztah
- zajisti spolupráci s pacientem v pooperačním období
- zajisti rozhovor s lékařem, poskytni potřebné informace v rámci svých možností a kompetencí
- zajisti rozhovor s pacientem v soukromí a ve vhodném prostředí
- buď empatická
- zajisti vhodný tištěný edukační materiál
- povzbuzuj pacienta, aby se ptal na vše, co mu není jasné
- používej slovní zásobu a výrazy, kterým pacient rozumí
- snaž se pacienta podporovat a kdykoli mu naslouchat
- udržuj oční kontakt během rozhovoru s pacientem

Realizace :

- Ochotně jsem s pacientem promlouvala a podávala mu v rámci svých kompetencí důležité informace o event. možnostech jeho další léčby. Lékař s pacientem bohužel promluvil jen krátce po operaci, kdy mu sdělil výsledek operace, že na výsledek histologického vyšetření musíme vyčkat. Ostatní členové ošetrovatelské týmu se snažili být k pacientovi empatičtí a ochotně mu naslouchali. S povděkem uvítal nabízené soukromí k rozhovoru.

Hodnocení :

Pacient ode mne získával postupně mnoho informací, které ho zajímali a měl zájem se dozvědět co nejvíce o své nemoci a léčbě. Byl za ně velmi vděčný. Bylo mu však líto, že mu lékaři nevěnovali více času. Rozhovor s lékařem mu byl poskytnut vždy jen na jeho vyžádání o sdělení nových informací. Pacient odcházel domů s pocitem dostatečných informací o svém onemocnění. Byl si vědom toho, že více informací mu lékař sdělí, až bude mít k dispozici výsledek histologického vyšetření. Vděčil za ně hlavně mně a sestřám urologického oddělení.

9.2.3 *Porucha spánku v souvislosti se strachem, bolestí, poruchou biorytmu a tělesného omezení projevující se únavou, potížemi s usínáním a povrchním spánkem.*

Cíl :

- pacient bude lépe usínat a bude spát nejméně šest hodin bez probuzení
- pacient bude pociťovat zlepšení pocitu celkové pohody a odpočatosti
- bude schopen popsat faktory, které mu brání spát nebo zkracují jeho spánek
- bude mít pocit pohody a spokojenosti

Plán :

- sleduj průměrnou délku spánku pacienta
- zjisti oblíbenou polohu při usínání a další předspánkové návyky
- zjisti faktory, které způsobují potíže s usínáním
- vytvoř a udržuj vhodné a klidné prostředí
- uprav lůžko dle přání pacienta
- vyvětrej před spaním pokoj
- neruš zbytečně spánek pacienta
- umožni vykonávat před spaním činnosti, na které byl zvyklý
- podej event. hypnotika dle ordinace lékaře a sleduj jejich efekt

Realizace :

- Pacient během dne pospával pouze první dva pooperační dny, kdy se cítil unavený a nevěděl jakou polohu má zaujmout, aby eliminoval bolest v operační ráně a nepříjemné pocity ze zavedeného drénu. Toto jsme napravili „zaledováním“ operační rány, úpravou drénu tak, aby netáhl, úpravou lůžka. Úlevovou polohu si našel na zádech pokud ležoval operační ránu, pokud ne tak na levém boku, kde drén tak netáhl a nasazením analgetik v bezprostřední pooperační době dle ordinace lékaře. Potíže s usínáním přisuzuje změně prostředí, nedostatku pohybu, na který je zvyklý – má naordinovaný klid na lůžku, stále velkému teplu v pokoji, a to i po vyvětrání místnosti. Nechával si proto otevřené okno celou noc.

Hodnocení :

- Podařilo se nám docílit dobrého usínání a nepřerušovaného 6-ti hodinového spánku až téměř před propuštěním, kdy měl již dostatek pohybu, nemusel již pobývat většinu dne na lůžku. Noční směna se snažila pacienta nerušit, kontrolovala ho však pravidelně po třech hodinách. Domluvila se vždy s pacientem, že pokud bude potřebovat cokoli dříve, tak si zazvoní na sestru, nebo si dojde na sesternu. Bolest pomalu odeznívala i bez podaných analgetik, raději zaujímal takovou polohu, která mu nejvíce vyhovovala. Po vyjmutí drénu z operační rány byl pacient již plně spokojen. Dobře spolupracoval s ošetřujícím personálem a uměl si vždy říci pokud potřeboval pomoc nebo radu. Také se již velmi těšil domů na svou rodinu.

9. 2. 4 Sociální izolace v souvislosti s hospitalizací, operací projevující se odloučením od rodiny a malých dětí projevující se smutkem

Cíl :

- pacient se nebude cítit sociálně izolován
- bude mít dostatek možností styku s rodinou, přáteli

Plán :

- zajisti maximální komunikaci s pacientem
- všiměj si neverbálních projevů strachu
- spolupracuj s rodinou, přáteli
- umísti pacienta na pokoj, dle jeho představ
- buď vstřícná, nápomocná, ochotná pomoci
- zajisti návštěvy i mimo návštěvní hodiny
- snaž se domluvit s manželkou na možnosti návštěvy jeho dvou synů

Realizace :

- Návštěvy jsem s pacientem a ošetrovatelským personálem domluvila neomezené. Pouze jsme se dohodli na době konce návštěv, a to na 20:00 hod. Manželka také byla velmi ráda, jelikož se musela postarat o hlídání 2 malých synů, které v době, kdy byla na návštěvě za manželem, hlídaly střídavě babičky. Přes manželku jsem zařídila i návštěvu kolegů z práce. Velmi pacienta potěšilo, že se mohl vidět se syny. Bohužel na naše oddělení děti do 10 let nesmí, a tak jsme rodině nabídli možnost návštěvy na zahradě nemocnice nebo ve vstupní hale.

Hodnocení :

- Pacient pociťoval sociální izolaci pouze první dva dny po operaci, kdy bylo třeba dodržovat klid na lůžku a nemohl se stýkat se syny. Vše se později upravilo, kdy se již mohl setkat s celou rodinou a trávit s nimi společné chvíle. Měl ke mně plnou důvěru, kterou jsem nikdy nezklamala. Vzhledem k tomu, že na naše oddělení děti do 10 let nesmí, nabídli jsme rodině možnost návštěvy na zahradě nemocnice nebo ve vstupní hale. Docílili jsme všestranné spokojenosti. Během hospitalizace ho každý den navštěvovala manželka a jednou měl návštěvu kolegů z práce. Rodiče jsem nezastihla. Svěřil se mi, že ani nechce, aby ho zde navštěvovali a dělali si starosti. Rád se s nimi setká až po propuštění v domácím prostředí.

9. 2. 5 Akutní bolest v souvislosti s operační ránou projevující se verbalizací, bolestivou mimikou, zaujímáním úlevové polohy a přáním analgetické farmakoterapie

Cíl :

- krátkodobý : pacient - bude mít dostatek informací o strategiích na zmírnění nebo odstranění bolesti
 - bude udávat zmírnění nebo odstranění bolesti do dvou hodin
 - bude umět používat strategie na zmírnění, odstranění bolesti
- dlouhodobý : pacient - bude schopen vykonávat běžné denní aktivity
 - bude umět kontrolovat svoji bolest
 - nebude mít neverbální příznaky
 - nebude projevoval verbálně bolest

Plán :

- posuď psychický stav pacienta, vezmi v úvahu jeho věk a dosavadní zkušenosti s bolestí
- podej pacientovi dostatek informací
- sleduj a zaznamenávej faktory, které způsobují bolest
- sleduj a zaznamenávej průběh, lokalizaci, kvalitu, typ, intenzitu bolesti
- podporuj pacienta, buď mu nápomocná
- vhodně uprav lůžko, zajisti klidné prostředí
- zajisti chladné obklady
- zkontroluj ránu a postavení drénu
- doporuč vhodnou polohu na spánek
- buď tolerantní a ohleduplná na bolestivé projevy
- podej analgetika dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinek
- zjisti účinek po 10 min. po podání analgetik
- vybídni pacienta, aby popsals svou bolest

Realizace :

- Pacient byl po přivezení z dospávacího pokoje sledován každou hodinu ošetřujícím personálem. Operační rána byla „zaledována“, drén Redon byl upraven do polohy tak, aby netáhl a nezpůsobil pacientovi bolestivé podněty. Pacient udával jen mírné bolesti, které nikam nevyzařovaly, bolest byla ostrá, občas s píchnutím v místě operační rány. Sloužící sestra vysvětlila pacientovi příčinu píchání a proč má tuto bolest. Byl seznámen s možností aplikace analgetik. Proto byl poučen, aby si řekl ihned, jak bude bolest cítit nepříjemnou a aby ho neobtěžovala při spánku. Pacient sám si našel nejvhodnější polohu – na levém boku se zaledovaným tříselem. Asi po dvou hodinách po přivezení z operačního sálu si řekl o injekci na ztišení bolesti. Stupeň bolesti před aplikací analgetika ukázal č.5. Po 20 minutách se již bolest zmírnila na stupeň č.2 a pacient klidně usnul. Kolem čtvrté hodiny ranní se bolest znovu opakovala ve stejné intenzitě. Opět bylo aplikováno analgetikum s kladným účinkem. Nyní bolest povolila až na stupeň č.1. Ostatní dny již injekci

analgetik odmítal, postačila mu jen úlevová poloha a úprava lůžka dle přání pacienta.

Hodnocení :

- Pacient byl seznámen po operaci s možnostmi tlumení bolesti. Pochopil všechny informace sdělené sestrou a souhlasil, že bude dodržovat doporučené úlevové polohy, bude dostatečně ledovat operační ránu a při obtěžujících a nekontrolovaných bolestech bude informovat ošetřující personál. Bolesti pacienta byly před podáním analgetik na stupni č. 5, po 20 min. na stupni č. 2 a po druhém podání analgetik již na stupni č. 1. Velmi dobře reagovaly bolesti na opiodní analgetika, které měl pacient ordinována lékařem. Další pooperační dny již nebylo třeba tlumit bolest analgetiky, pacient uměl využívat strategií, které mu od mírných bolestí pomáhaly. Od druhého operačního dne již zvládal veškeré denní aktivity zcela sám a byl plně soběstačný. Bolest neprojevoval žádnými verbálními příznaky.

9. 2. 6 Porušená kožní integrita v souvislosti s operační ránou, se zavedeným permanentním žilním katétrem, Redon – drénem a rizikem komplikací: krvácení a infekce

Cíl :

- pacientovi se budou všechny rány a vstupy hojit bez komplikací
- pacient se bude umět zapojit do preventivních, ale i léčebných opatření

Plán :

- zabraň rozvoji infekce
- místo vpichu a vývodu drénu udržuj čisté a suché
- pouč pacienta o vhodnosti čistoty obvazu a krytí PŽK a drénu
- sleduj místo operační rány
- krytí na kanyle vyměň dle potřeby, podle druhu zvoleného krytí dle standardu
- zajisti včasnou výměnu kanyly (po 72 hod. nejdéle)
- při projevech zánětu (zarudnutí, otok, bolest) žilní katétr extrahuj a event. vyměň
- asepticky pečuj o okolí drénu a kanyly
- používej sterilní materiál/pomůcky při převazu
- udržuj drén průchodný a dbej na jeho funkčnost
- sleduj celkové projevy organismu na event. zánětlivý proces a o změně stavu pacienta informuj lékaře
- dle ordinace lékaře podávej event. ATB
- měř a sleduj základní fyziologické funkce

Realizace :

- Operační ránu jsem převazovala první pooperační dny sterilním krytím Mepore dle potřeby. Poté již jen tekutým obvazem Novikov. Rána byla čistá, klidná, bez sekrece, zarudnutí. Žilní kanylu jsem odstranila první pooperační den, pacient neměl naordinováno žádné podávání medikace i.v. Okolí PŽK bylo při vyjmutí bez zarudnutí, bolestivosti. V okolí drénu nebyly žádné známky zánětu, bylo klidné, drén byl průchodný. Výměnu jsem provedla pouze 1x. Extrakce drénu 3. pooperační den byla bez komplikací a zánětlivých změn. Dehiscence po drénu byla kryta sterilním tampónem. Při propuštění pacienta byla i tato dehiscence kryta sterilním tekutým obvazem Novikov. Fyziologické funkce měřené dle rozpisu (*viz str. 20*).

Hodnocení :

- Při všech převazech operační rány a extrakci permanentní žilní kanyly pacient velmi dobře spolupracoval. Byl si vědom nutnosti udržet operační ránu v čistotě a suchu. O drén pečoval velmi pečlivě, vždy si ho upravil na lůžku i při chůzi tak, aby ho netáhl a nezpůsobil mu nepříjemné pocity. Při vyjímání drénu pocíťoval nepříjemný pocit tlaku. Po vyjmutí byla dehiscence a okolí drénu klidné, bez zarudnutí. Mírná sekrece se objevila asi ½ hodiny po vyjmutí drénu. Toto však nezpůsobilo žádné vážné poškození okolí dehiscence. Sekrece ustala do dvou hodin po vyjmutí drénu. Fyziologické funkce v normě.

9. 2. 7 *Změna sebepojetí v souvislosti s onemocněním, ztrátou pohlavní části těla projevující se strachem z odmítnutí nebo reakce rodiny či poruchou sexuální aktivity.*

Cíl :

- pacient změní názor a pocity o sobě samém
- akceptuje změny, které nastaly
- nebude mít strach z reakce rodiny
- bude seznámen s možností náhrady chybějícího varlete

Plán :

- zjistí od pacienta i rodiny základní příčinu vzniku změny v sebepojetí
- nauč pacienta verbalizovat své pocity a problémy
- pomáhej pacientovi tak, aby byl schopen přijímat pomoc druhých
- doporuč po dohodě s lékařem pomoc psychologa
- informuj pacienta o možnostech náhrady vyoperovaného orgánu
- informuj pacienta o možnosti kryokonzervace spermatu před chemoterapií

Realizace :

- Pacient první dny po operaci nechtěl o svém problému mluvit s nikým. Sdělil nám, že přijde sám, pokud si bude jist, že o svém problému bude již schopen hovořit a nechá si poradit, co dále by měl udělat pro změnu svého sebepojetí. Doporučila jsem mu pomoc psychologa, který by ho mohl navštívit na oddělení než bude propuštěn do domácího ošetřování. Lékař pacientovi doporučil vhodnost kryokonzervace spermatu před započatím chemoterapeutické léčby. Byla mu nabídnuta také možnost náhrady vyoperovaného varlete. Nechala jsem pacienta, aby sám měl možnost přijít a navázat rozhovor. Rozhovor jsem se snažila navazovat tak, aby neměl pocit, že se ho snažím nevhodně vyslychat a poučovat. Respektovala jsem jeho intimitu.

Hodnocení :

- S pacientem jsme vedli velmi přátelské rozhovory. Nebránil se komunikaci pokud jsme nezačali rozmlouvat o jeho operaci a ztrátě varlete. To zatím odmítal. Sám za mnou přišel a požádal mě asi 3. pooperační den zda bych mu nesjednala společně s manželkou schůzku s panem primářem. To bylo samozřejmé a schůzku jsme tedy domluvili na odpolední hodinu, kdy již mohla přijít i manželka. Rady a doporučení pana primáře vzal velmi vážně, tento rozhovor pomohl obou manželům. Pomoc psychologa odmítl.

Kryokonzervaci, která mu byla nabídnuta, pacient po dohodě s manželkou zatím odmítá. Má již dva syny a další děti již mít nechtějí. Možnost náhrady odejmutého varlete si ještě rozmyslí a poradí se doma v klidném prostředí s manželkou. Velmi mě potěšilo, že pacient odcházel domů s pocitem, že jsme mu pomohli zařadit se zpět do rodiny, že manželka ho vidí takového jaký je on sám, stále ho miluje i s jeho nynějším hendikepem a vážným onemocněním. Jsou si oba vědomi, že léčba bude náročná a dlouhodobá.

9. 2. 8 Porucha existenciálních potřeb především sociálních a ekonomických jistot rodiny projevující se obavami z nedostatečné finanční podpory rodiny a event. ztrátou zaměstnání

Cíl :

- akceptuje změny, které nastaly
- docílí individuální vyřešení problémů dané situace
- bude umět verbalizovat daný problém

Plán :

- nauč pacienta verbalizovat své pocity a problémy
- získej informace o jednotlivých členech rodiny
- buď vždy vstřícná, milá, empatická
- zdůrazni, že určité problémy a krize vždy byly, ale jsou řešitelné

Realizace :

- Pacient měl zpočátku velké obavy ze ztráty svého zaměstnání. Neuměl si představit, jak bude živit rodinu, pokud by dlouhodobě byl ve stavu pracovní neschopnosti. Manželka je na mateřské dovolené a peněz nemají mnoho. Z těchto jeho problémů vyplývala úzkost, smutek a obavy pacienta, které vyvrcholily vždy změnami nálad. Proto jsme společně s lékařem nabídli pacientovi řešení, že nebude muset být v pracovní neschopnosti po celou dobu léčení, ale jen vždy na dobu, která bude nutná k hospitalizaci a nezbytné rekonvalescenci. Rozhodnout se bude moci sám a podle toho, jak se bude cítit po jednotlivých cyklech chemoterapie.

Hodnocení :

- Pacientovi toto řešení velmi vyhovovalo a souhlasil s tím, že se vždy rozhodne sám dle svého psychického a zdravotního stavu. Jeho úzkost a smutek se tímto řešením výrazně zlepšily. Podařilo se nám docílit akceptace změny svého zdravotního a psychického stavu.

9. 2. 9 Změna výživy a močení pro naordinované pooperační vyšetření moče s 2 denní bezbílkovinnou dietou a záchytem moče do sběrné nádoby

Cíl :

- pacient pochopí nutnost dodržet bezbílkovinnou dietu
- bude seznámen s nutností provedení tohoto vyšetření
- bude seznámen s nutností a technikou sběru moče po dobu 24 hodin

Plán :

- pouč pacienta o době a nutnosti dodržovat bezbílkovinnou dietu
- buď trpělivá, vstřícná, empatická
- seznam pacienta se sběrem moče po dobu 24 hod. a ukaž mu sběrnou nádobu a její umístění
- pokus se zajistit intimitu při sběru moče
- nauč pacienta používat v čase diety vhodné potraviny

Realizace :

- Vymezila jsem si dostatek času na rozhovor s pacientem v klidném a příjemném prostředí. Zvolila jsem proto svou kancelář, kde jsme nebyli nikým rušeni. Pacient toto uvítal a byl vděčný, že rozhovor neprobíhá na pokoji v přítomnosti druhého pacienta. Vysvětlila jsem mu důvod diety a sběru moče. Vymezila jsem pacientovi toaletu pro invalidy, kterou užíval v době sběru jen sám. Ukázala jsem mu, kde bude mít sběrnou nádobu připravenou a bude ji mít popsanou svým jménem. Poučila jsem ho, že tento postup sběru moče, vč. dodržení diety bude nutný vždy před nástupem na chemoterapii, abychom měli přehled o dobré funkci ledvin dříve než bude podána.

Hodnocení :

- Podařilo se mi velmi dobře vysvětlit pacientovi vše co bylo potřeba k vyšetření moče na globální clearenc. Myslím si, že vše dobře pochopil a věřil, že je to nutné. Byl velmi vděčný za samostatnou toaletu. Bylo by mu nepříjemné shromažďovat moč 24 hodin na společných toaletách.
Dieta se pacientovi moc nelíbila. Myslí si, že bude mít hlad. Probrali jsme tedy společně s manželkou možnosti potravin, ovoce a zeleniny, které by mohla přinést navíc. Souhlasil tedy, že dietu dodrží, aby vyšetření bylo v pořádku. Dobře pochopil techniku sběru moče a věděl, že mu bude vždy nápomocna sestra, pokud nebude něco vědět. Při propuštění jsem si ověřila, zda pacient zná délku a techniku sběru moče před I. cyklem chemoterapie. Toto znal dobře. Domluvili jsme se, že se za mnou ještě zastaví po kontrole v naší ambulanci až bude vědět přesný termín nástupu na I. cyklus chemoterapie. Vše si znovu probereme a data nutná pro sběr a dodržení diety napíšeme. ^{58, 59, 60, 61)}

58) Červinková, E., kolektiv autorů .: *Ošetrovatelské diagnózy*, Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2003, ISBN 80 – 7013 – 358 – 9

59) Donges, Marilynn, E., Moorhouse, Mary, F. .: *Kapesní průvodce zdravotní sestry*, Praha: nakl. Grada publishing, 2001, ISBN 80 – 247 – 0242 - 8

60) Trachtová, E., Mastiljaková, D., Fojtová, G. .: *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999, ISBN 80 – 7013 – 285 – X

61) Informace od pacienta

10 EDUKACE PACIENTA

Před propuštěním do domácího ošetřování jsem pacienta poučila o nutnosti dodržovat stále klidový režim. Nevykonávat těžké, namáhavé práce, nezvedat žádné těžké předměty. Ptal se na to, zda může chovat ½ ročního syna. Toto však zatím nebylo vhodné a vysvětlila jsem, že ho má raději chovat v sedě. Mohla by se udělat v operační ráně kýla. Operační ránu mohl pouze sprchovat, ničím nemydlit. Doporučili jsme zatím vynechat koupání ve vaně a společných bazénech. Operační ránu nemusí krýt žádným obvazem, stačí tekutý obvaz, který mu byl nově natřen v den propuštění. Byl mu dán termín kontroly – vyjmutí stehů, kontroly operační rány a naplánování chemoterapie dle výsledků histologického vyšetření na naší ambulanci.

Domluvili jsme se na tom, že se za mnou zastaví po kontrole na ambulanci, aby mi sdělil termín nástupu k I. cyklu chemoterapie a probrali jsme společně ještě dodržení bezbílkovinné diety a sběr moče na globální clearenc. Opatřila jsem mu jídelníček od naší nutriční terapeutky, aby měl přehled o vhodném jídle této diety.

Při edukaci pacienta byla přítomna jeho manželka, která mi byla nápomocná po celou dobu hospitalizace jejího manžela. Přál si to i pacient.

Lékař ještě s pacientem před propuštěním probral možnost kryokonzervace spermatu a pokud by souhlasil, jak má postupovat. Další nabídkou byla náhrada vyoperovaného varlete. Pacient si vše rozmyslí a své rozhodnutí nám sdělí při další hospitalizaci.

11 OŠETŘOVATELSKÝ ZÁVĚR A PROGNÓZA

26-tiletý pacient J.W. byl přijat na urologické oddělení nemocnice Most pro nově vzniklé nádorové onemocnění — *tumor levého varlete*. Operace byla provedena akutně v den přijetí po obvyklých předoperačních vyšetřeních. Pooperační průběh byl bez komplikací, operační rána se hojila per primam.

Ošetrovatelské problémy, které jsem zaznamenala po dobu mého ošetřování se týkaly převážně péče o psychický stav a edukaci pacienta ve smyslu další možné léčby, kterou bychom společně procházeli. Tomuto problému jsem věnovala velmi mnoho času. Ostatní ošetrovatelské intervence byly oproti psychickému stavu pacienta zanedbatelné. Dostatek času jsem také věnovala rozhovorům s manželkou pacienta, která byla velmi příjemná a měla velké obavy o zdraví svého manžela.

Pacient byl vzhledem ke svému věku plně soběstačný, veškeré denní aktivity si obstaral svépomocí, kromě prvního pooperačního dne, kdy mu byla poskytována dopomoc. Časté a neomezené návštěvy – především manželky vedly k postupnému zlepšení jeho nálady a psychického stavu. Jeho velká schopnost navazovat kontakt a dobře komunikovat mu byla velkým přínosem. Navázali jsme s pacientem a jeho manželkou přátelský a důvěryhodný vztah, který mu dopomohl znovu se navrátit do rodiny a společnosti. Pacient je velmi vázaný na svou rodinu, svojí manželku velmi miluje a je jí vděčný za vše, co pro něho a děti udělala po dobu jeho hospitalizace.

Prognóza :

Pacient prodělal operaci tumoru levého varlete. Operační rána byla zhojena per primam. Dlouhodobou léčbu svého onemocnění, kterou má před sebou, bere jako nutnost a předpoklad k úplnému uzdravení.

Má milující manželku, která ho podporuje ve všech směrech a má velkou zásluhu na celkovém zlepšení jeho psychického stavu. Jeho obrovská vůle chtít se uzdravit, navrátit své rodině tátu, pohodu a klid mu určitě dopomůžou vrátit se do běžného způsobu života a docílit plného zdravení.

Sebereflexe :

S pacientem a jeho manželkou se mi podařilo během krátké doby navázat velmi přátelský a důvěryhodný vztah. Pacient byl velmi komunikativní i vůči ostatnímu personálu, který si ho také oblíbil. Tento pacient ve mně probudil ponaučení, že láska, rodina a obrovská vůle bojovat s takto zákeřnou nemocí je nade vše. Že ani peníze zde nehrají po velkém uvážení žádnou roli. Tato práce je pro mě velkým přínosem a ponaučením jak je náročné pečovat, komunikovat a získat si důvěru těchto pacientů v jejich nově vzniklé náročné životní situaci.

12 PŘEHLED ZKRATEK

SVOD	-	webový portál o epidemiologii zhoubných nádorů České republiky
ČR	-	Česká republika
TGN	-	testikulární germinální nádor
CT	-	počítačová tomografie
RTG	-	rentgenové vyšetření
ARO	-	anesteziologicko - resuscitační oddělení
JIP	-	jednotka intenzivní péče
FF	-	fyziologické funkce
TK	-	tlak krevní
P	-	puls
TT	-	tělesná teplota
ATB	-	antibiotika
l.sin	-	levá strana
UZ, SONO	-	ultrazvukové vyšetření
OA	-	osobní anamnéza
DK	-	dolní končetina
ASA 2	-	riziková skupina před anestézií
VCI	-	vena cava inferior
ORL vyš.	-	otorinolaryngologické vyšetření
FW	-	sedimentace
p. o.	-	per os
i. m.	-	intramuskulární
i. v.	-	intravenózní
s. c.	-	subcutánní
VAS	-	vizuální analogová škála

13 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A JINÝCH ZDROJŮ

1. Archalousová, A.,: Přehled vybraných ošetrovatelských modelů, Ráby: vydavatelství Nukleus HK, 2003, ISBN 80-86225-33-X
2. Babjuk, M., Matoušková, M., Novák, J.,: Doporučené diagnostické a léčebné postupy u urologických nádorů, Praha: nakl. Galén s Českou urologickou společností ČLS JEP, 2003, ISBN 80 – 7262 – 233 – 1, s. 29, 30
3. Červinková, E., kolektiv autorů ,: Ošetrovatelské diagnózy, Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2003, ISBN 80 – 7013 – 358 – 9
4. Donges, Marilyn, E., Moorhouse, Mary, F. ,: Kapesní průvodce zdravotní sestry, Praha: nakl. Grada publishing, 2001, ISBN 80 – 247 – 0242 – 8
5. Droste, K., Planta von M., překlad : Višek, V.,: Memorix – vademecum lékaře, Praha: nakladatelství Scientia Medica, 1992, ISBN 80 – 85526 – 04 – 2, s. 190, 198, 203, 211, 212, 213
6. Dvořáček, J., Babjuk, M. et al.: Onkourologie, Praha: Galén, UK, Karolinum, ISBN 80 – 7262 – 349 – 4, 2005, s. 471 – 476, 490, 491 – 493, 496, 509, 510
7. Dvořáček, J.,: Urologie praktického lékaře, Praha: ISV nakladatelství, 2000, ISBN 80 – 85866 – 52 – 8, s. 165, 168, 169
8. Kawaciuk, I.,: Urologie, Jinočany: H+H nakladatelství, 2000, ISBN 80 – 86022 – 60 – 9, s. 230, 231
9. Richards, A., Edwards, S.,: Repetitorium pro zdravotní sestry, Praha: Grada Publishing, a.s., 2004, ISBN 80-247-0932-5, s. 310, 311 (přeloženo z anglického originálu „A Nurse´ s Survival Guide to the Ward“ – 2003)
10. Rozsypalová, M., Šafránková, A.,: Ošetrovatelství I, Praha: nakl. Informatorium, 2002, ISBN 80 – 86073 – 96 – 3
11. Suchopár, J., a kolektiv: Remedia Compendium, nakl. Panax, 1996, ISBN 80 – 902126 – 3 – 8, s. 603, 164, 124
12. Trachtová, E., Mastiljaková, D., Fojtová, G. ,: Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu, Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999, ISBN 80 – 7013 – 285 – X
13. Vomela, J., kolektiv autorů, : Chirurgie pro sestry, Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1998, ISBN 80 – 7013 – 262 - 0

ZDROJE:

1. Biochemická laboratoř nemocnice Most, o. z.
2. Edukační materiál urologického oddělení
3. Chorobopis pacienta
4. Informace od pacienta
5. Informace oddělení nukleární medicíny nemocnice Chomutov, o. z.
6. Informace onkologického oddělení nemocnice Most, o. z.
7. Ošetrovatelská dokumentace pacienta
8. Přijímací formulář z chorobopisu pacienta
9. Standard urologického oddělení nemocnice Most, o. z.
10. www.uranos.registry.cz
11. Zdravotnický personál urologického oddělení – lékař, staniční sestra

PŘÍLOHY

SEZNAM PŘÍLOH

1. Vstupní ošetřovatelský plán
2. Plán ošetřovatelské péče
3. Opis ošetřovatelské dokumentace pac. z chorobopisu
4. Histologické vyšetření
5. Operační protokol
6. Ukázka operačního zásahu – orchiektomie u pacienta
7. Diagnosticko – léčebný algoritmus pro nádory varlat
8. Edukační materiál samovyšetření varlat
9. Měřicí technika - BM index
10. Příklad jídelníčku bezbílkovinné diety – před sběrem moče na globální
clearenc
11. Dotazník projektu Úranos
12. Výstupy z informačního portálu SVOD
13. Prohlášení zájemce
14. Evidence výpůjček