

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Úloha sestry při transrektální biopsii prostaty

Bakalářská práce

Autor práce: Dominika Hesounová

Studijní program: Ošetrovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Monika Kyselová, MBA

Datum odevzdání práce: 2. května 2012

Abstract

The topic of this bachelor thesis is: The role of nurses in the transrectal prostate biopsy.

The thesis is divided into the theoretical and the practical parts. The theoretical part focuses on the description of the prostate carcinoma, which is the second most frequent malignity in men. It describes the risk factors of the illness that may have influence on the development of prostate carcinoma, and the symptoms that the illness manifests itself by. Further, it describes the fundamental diagnostic methods and prevention measures. Of the diagnostic methods, a more detailed analysis is made of transrectal ultrasonography connected with prostate biopsy. The theoretical part also describes the nursing care of patients who undergo transrectal prostate biopsy. The nurse is an integral part of the care of these patients, not only before and during the performance but also after it.

The practical part employs the quantitative research by means of questionnaires. The questionnaires were aimed at patients undergoing transrectal prostate biopsy and at nurses who take care of these patients. The research investigation was conducted in urologic departments of selected hospitals in the Region of South Bohemia. The objective of this thesis was to find out what role nurses play in the care of patients indicated for transrectal ultrasonography-guided prostate biopsy. We set three hypotheses: H1: Patients obtain more information from the nurse than from the physician before the examination; H2: Nurses have a sufficient space to carry out the education; H3: Nurses have sufficient information about transrectal prostate biopsy. The questionnaires for the patients were aimed at the character and amount of information that they receive before and after prostate examination. The questionnaires for the nurses concerned the way the in which the education is carried out, and the extent of knowledge connected with this.

In the Discussion chapter, the questionnaire results from the nurses and the patients are compared with available literature.

The output of my bachelor thesis is a proposal of nursing care standards in transrectal ultrasonography and prostate biopsy (TRUS).

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci na téma „Úloha sestry při transrektální biopsii prostaty“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne

.....

(jméno a příjmení)

Poděkování:

Chtěla bych poděkovat vedoucí práce Mgr. Monice Kyselové, MBA, za odborné vedení práce, cenné rady a připomínky, bez kterých by tato bakalářská práce nemohla vzniknout a dostala tak konečnou podobu. Dále bych chtěla poděkovat svým blízkým za trpělivost a podporu při studiu a psaní bakalářské práce.

Seznam použitých zkratk

KP	Karcinom prostaty
TRUS	Transrektální ultrasonografie s biopsií prostaty
PSA	Prostatický specifický antigen

Obsah

ÚVOD	2
1 SOUČASNÝ STAV	3
1.1 Anatomie a fyziologie prostaty	4
1.2 Dělení nádorů prostaty	5
1.2.1 Epiteální benigní nádory	5
1.2.2 Maligní nádory prostaty	6
1.2.3 Ostatní tumory	6
1.3 Karcinom prostaty	7
1.3.1 Etiologie	7
1.3.2 Rizikové faktory	7
1.3.3 Příznaky	9
1.3.4 Diagnostika	10
1.3.5 Transrektální ultrasonografie a biopsie prostaty	11
1.3.6 Prevence	13
1.4 Ošetrovatelská péče	15
1.4.1 Ošetrovatelská péče před výkonem	15
1.4.2 Ošetrovatelská péče během výkonu	16
1.4.3 Ošetrovatelská péče po výkonu	17
1.5 Edukace a sestra	18
2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY	19
2.1 Cíl práce	19
2.2 Hypotézy	19
3 METODIKA	20
4 VÝSLEDKY	21
4.1 Dotazníkové šetření	21
4.1.1 Dotazník pro pacienty	21
4.1.2 Dotazník určený sestřám	34
5 DISKUZE	41
6 ZÁVĚR	46
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	47
8 KLÍČOVÁ SLOVA	51
9 PŘÍLOHY	52

Úvod

Jeden z největších zdravotních problémů naší populace v poslední době představuje karcinom prostaty (KP). V posledních desetiletích se stále zvyšuje výskyt tohoto nádorového onemocnění, kdy 10% mužů může tímto nádorem onemocnět a až 3% na něj zemřít. Karcinom prostaty tvoří 15% všech maligních nádorů u mužů nad 50 let a jeho incidence nadále stoupá s věkem. Vyšší výskyt karcinomu prostaty mají za následek každoročně přibývajícím preventivním odběrům hodnot prostatického specifického antigenu (PSA) u mužů staršího věku, kdy díky tomuto vyšetření jsou odhalena i časná stadia karcinomu, na která by se jinak nepřišlo.

Bohužel ani vyšetření prostatického specifického antigenu (PSA) v dnešní době není dostatečně specifické, slouží k potvrzení diagnózy karcinomu prostaty transrektální ultrasonografie s biopsií prostaty (TRUS) a následným histopatologickým vyšetřením odebrané tkáně.

Významnou úlohu před tímto vyšetřením, během něj, ale i po něm zaujímá sestra, která nejen že odpovídá pacientovi na otázky týkající se TRUS, snaží se ho psychicky povzbudit, ale také pacienta na samotný výkon připravuje a pečuje o něj po výkonu. Proto je důležité, aby ona sama měla dostatek času na edukaci, potřebné množství informací a materiálů k tomuto vyšetření.

Tato bakalářská práce je zaměřena na to, jakou roli hraje sestra v péči o pacienta indikovaného k TRUS. Ve svém výzkumu jsem se zaměřila na to, zda pacienti dostávají před TRUS více informací od sestry než od lékaře. Dále na to, zda sestry mají dostatečný prostor pro provádění edukace a jestli mají dostatek informací o tomto vyšetření

Výsledky šetření zjistí, jestli pacienty více informují lékaři nebo sestry a zda sestry mají dostatek času a potřebných informací, aby mohly provádět edukaci pacienta.

1 Současný stav

Na přelomu 2. a 3. tisíciletí zůstává zhoubný nádor prostaty druhou nejčastější malignitou u mužů, a proto představuje jeden z největších zdravotních problémů naší planety. V posledních desetiletích stále více vzrůstá frekvence výskytu tohoto nádorového onemocnění a jediné karcinomy, které se objevují ještě častěji, jsou karcinomy plic (1, 2, 3, 4).

„Je to život ohrožující (zhoubný) nádor s neexistující kauzální léčbou, který se převážně vyskytuje u mužů ve věku nad 50 let (1, s. 225)“. Když se vezmou všechny maligní nádory u mužů starších 50 let, tak karcinomy prostaty představují přibližně 16 %, čímž z hlediska mortality jsou na třetím místě v tomto žebříčku. Téměř 16% mladé mužské populace má velkou pravděpodobnost, že tímto nádorem onemocní a 3% riziko, že na něj zemře. Délka lidského života se totiž neustále prodlužuje, v dnešní době se za počátek stáří považuje 65. rok života a o lidech do 74. roku se mluví jako o mladých seniorech. Starší senioři jsou lidé nad 75 let. Vzrůst výskytu karcinomu prostaty je čím dál větší, a pokud nedojde ke změnám ohledně prevence a léčby, stane se tento nádor jedním ze zabijáků mužských seniorů (1, 2, 5).

„Adenokarcinom prostaty je druhým nejčastějším solidním karcinomem, kterým každoročně onemocní cca 400 000 mužů (1, s. 225)“. Toto číslo je vysoké i z toho důvodu, že každoročně přibývá preventivní vyšetřování hodnot prostatického specifického antigenu (PSA) u mužů staršího věku, kdy díky tomuto vyšetření bývají odhalena i časná stádia karcinomu, během nichž se ještě neobjevují žádné příznaky, a tudíž by se na toto onemocnění nijak jinak nepřišlo (1, 2, 6).

„V České republice zaujímal KP v roce 2003 12 % z celkového počtu hlášených novotvarů, čímž se zařadil na třetí místo po novotvarech tlustého střeva a plic. Z celkové mortality na zhoubné novotvary zaujímal karcinom prostaty 9 %. Incidence i mortalita mužské populace na toto onemocnění stoupá. Podle dat uvedených v Národním onkologickém registru z roku 2003 se incidence KP od roku 1970 do roku 2003 zvýšila ze 17,7/100000 obyvatel na 75/100000 obyvatel. Současně s incidencí má vzestupný trend i mortalita na tento novotvar. Od roku 1970 vystoupala tato mortalita ze 14/100000 na 29,3/100000 zemřelých obyvatel v roce 2003 (7)“.

„V roce 2007 byl v Česku KP diagnostikován u 5094 pacientů, zatímco úmrtí nastalo v 1443 případech. V posledních 15 letech se incidence KP v ČR více než zdvojnásobila, mortalita ale dlouhodobě stagnuje, dokonce začíná mírně klesat.

V celosvětovém srovnání (data z roku 2002) zaujímá ČR 40. místo v incidenci a 52. místo v mortalitě na KP. Karcinom prostaty postihuje převážně starší populaci, představuje tedy závažnější problém ve vyspělých zemích s poměrně větším zastoupení seniorů. Průměrný věk v době diagnózy je 67 let a odhaduje se, že KP snižuje očekávanou délku života přibližně o devět let (8, s. 36)“.

1.1 Anatomie a fyziologie prostaty

Předstojná žláza neboli prostata je přídatná pohlavní žláza muže, která se nachází kolem začátku močové trubice, těsně pod močovým měchýřem na svalovém dnu pánve. Je to orgán srdčitého tvaru o velikosti 3 x 4 x 2cm. Prostatu pokrývá vazivové pouzdro, jehož úkolem je upevňovat prostatu k okolním orgánům a z něhož dále odstupují vazivové přepážky, jimiž je prostata rozdělena na pravý a levý lalok. Tyto laloky spojuje klín tkáně, který ve stáří mohutní a dává vzniknout střednímu laloku prostaty. Středem prostaty prochází močová trubice, do které zde ústí jak chámovody, tak i měchýřkovité žlázy. Prostata má většinou tvar komolého, předozadně mírně oploštělého kužele, obráceného bází vzhůru k měchýři (9, 10, 11, 12).

Prostata obsahuje asi 30 až 50 tuboalveolárních žláz, jež jsou zanořeny ve stromatu, tvořeném spleť vaziva a hladké svaloviny. Při pohlavním dráždění se hladká svalovina začne smršťovat, a do močové trubice je ze žlázek vylučována zkalená mléčná tekutina zabezpečující pohyblivost a výživu spermií procházejících chámovodem směrem do močové trubice. Tento sekret tvoří 15 – 30 % ejakulátu a jeho cílem je neutralizovat kyselou reakci poševní sliznice. Sekret prostaty je tekutý, bezbarvý, kyselé reakce (pH 6,4) a obsahuje zinek, který ovlivňuje metabolismus testosteronu v prostatě, mimo to se v komplexu příkládá na buněčnou membránu spermií. Dále obsahuje kyselinu citronovou, jež ve formě citrátů má funkci pufru. Prostaglandiny stimulují svalovinu dělohy a pomáhají tím k transportu spermií. Spermin ovlivňuje pohyblivost spermií a jejich schopnost oplození vajíčka. A nakonec obsahuje proteasy způsobující řídnutí ejakulátu. Obsah prostaty a měchýřkovitých žlázek je vyprazdňován do močové trubice, kde se smíchává se spermiemi a hlenovitým sekretem nadvarlete, a tím vzniká tekutina nazývaná ejakulát (9, 10, 11, 12)

Prostata je jako jiné přídatné pohlavní žlázy sensitivní na hormony. Vývoj prostaty je ovlivněn hormonem testosteronem, jehož receptory jsou exprimovány v buňkách mezenchymu v základu prostaty. Testosteron účinkuje jak na stroma, tak i na žlázové

buňky a udržuje prostatu v činnosti. Během jednotlivých fází vývoje člověka má prostata tendenci se zvětšovat, na rozdíl od většiny orgánů. V průběhu období mezi 20. a 50. rokem věku je prostata zhruba 4cm široká, 3,5cm vysoká a 2cm silná. Novorozenec má prostatu o velikosti hrášku a hmotnosti kolem 3 až 5gramů. V této velikosti zůstává do nástupu puberty, kdy působením hormonů dochází k jejímu zvětšení do velikosti přirovnávané k jedlému kaštanu. Její váha činí něco okolo 20gramů. Takto velká zůstává zhruba do padesátého roku věku a pak začne opět nabývat. V extrémních případech může prostata vážit až 200gramů a někdy i více (9, 13, 14).

1.2 Dělení nádorů prostaty

1.2.1 Epiteální benigní nádory

Do těchto nádorů patří bazocelulární adenom-nebo také jinak nazývaný adenom z bazálních buněk. U tohoto adenomu se nacházejí dobře ohraničené uzle, a přesto, že je jejich průměr velký jen něco málo přes 1cm, jsou téměř většinou brány již za skutečné nádory. Histologicky je tento nádor tvořen žlázkami s tmavým vícevrstevným epitelem (1).

Další nádor, který můžeme do této skupiny zařadit, je nefrogenní adenom, vyskytující se ve vývodných cestách močových, které jsou vystlané přechodním epitelem. „Mikroskopicky je nádor tvořen drobnými tubulárními žlázkami těsně na sebe natlačenými, uloženými v edematózním submukózním stromatu uretry. Někdy zasahuje do vlastní tkáně prostaty (1, s. 242)“. Na rozdíl od karcinomu prostaty zde chybí charakteristické známky maligního procesu a dále též chybí PSA (1).

O multilokulárním prostatickém cystadenomu se dá říct, že je to vzácná nádorová intraprostatická léze, jež je tvořena velkými cystami a aciny, vystlanými prostatickým epitelem (1).

Prostatická intraepiteliální neoplazie (PIN) je brána jako jedna z nedůležitějších prekurzorů adenokarcinomu prostaty, kdy dochází k intraepiteliálním neoplastickým změnám vývodů a acinů prostaty. Je to takzvaná premaligní afekce v prostatě, neboli zjednodušeně řečeno předchůdce karcinomu prostaty. Pokud dojde k histologickému průkazu PIN, karcinom prostaty se objeví většinou do deseti let (1, 6, 7, 15).

1.2.2 Maligní nádory prostaty

Adenokarcinom s různým stupněm diferenciací buněk je v poslední době jeden z nejčastějších histologických nálezů, jež tvoří více než 95 % maligních nádorů prostaty. Pro doplnění informací je nutné zmínit i další nádory, které jsou sice méně časté, ale riziko jejich výskytu stále přetrvává. Do těchto nádorů patří duktální karcinom, objevující se v oblasti prostatické části uretry nebo dále vzniká ve velkých periuretrálních prostatických vývodech. Tento nádor tvoří přibližně 0,5 % adenokarcinomů prostaty (1, 7).

Další typ patřící do adenokarcinomů je mucinózní karcinom, který lze diagnostikovat pouze tehdy, jestliže 25 % objemu nádoru je složeno pouze z hlenových hmot a další podmínkou je, že tyto hmoty musí být uloženy extracelulárně (1).

Velmi nebezpečný druh je karcinom z prstenčitých buněk, jehož prognóza je obvykle špatná, neboť doba přežití po zjištění tohoto nádoru se pohybuje mezi 32 až 60 měsíci (1).

Neuroendokrinní karcinom prostaty je vysoce maligní tumor, vyskytující se ve dvou variantách – malobuněčný karcinom a maligní karcinoid. Téměř většina karcinomů prostaty obsahuje příměs buněk neuroendokrinního původu, které ovlivňují růst nádoru prostřednictvím endokrinních a parakrinních mechanismů (1).

Skvamózní a adenoskvamózní karcinomy jsou velmi vzácné, zatím bylo zjištěno a popsáno pouze něco kolem 50 případů. Tento karcinom obvykle vzniká v periuretrálních vývodech a jeho původ není zcela jasný (1).

Sarkomatoidní karcinomy (jinak nazývané metaplastické karcinomy) vznikají buď jako primární tumory prostaty, nebo se vyvíjejí z adenokarcinomu po radioterapii. Tento nádor má též špatnou prognózu, kdy medián přežívání je pouze 12 měsíců (1).

Při dělení karcinomů prostaty je nutno ještě zmínit karcinom z přechodného epitelu, lymfoepiteální karcinom, onkocytární karcinom a karcinomy s vystupňovanou granulomatózní reakcí, kdy případy těchto nádorů jsou popisovány pouze ojediněle (1).

1.2.3 Ostatní tumory

Na závěr dělení nádorů prostaty nesmíme opomenout ještě jednu složku nádorů, která se nazývá Ostatní tumory. Do této složky patří leiomyosarkomy, rhabdomyosarkomy, lymfomy a tumory, které prorůstají z okolí anebo v horším případě do prostaty metastazují (1).

1.3 Karcinom prostaty

1.3.1 Etiologie

„Etiologie karcinomu prostaty (CaP) není, tak jako u většiny nádorů, přesně známa. Prevalence okultního CaP je po celém světě prakticky stejná, tedy geograficky nezávislá. Zvrat ke klinickému CaP ovlivňují četné rizikové faktory, z nichž nejzávažnější jsou vyšší věk, rasová příslušnost a familiární výskyt (1, s. 231)“.

1.3.2 Rizikové faktory

V dnešní době je známa již celá řada faktorů (jak vnějších tak vnitřních), které jsou dávány do souvislostí s karcinomem prostaty a podíl těchto rizikových faktorů působících na vznik nádorové progresse a mortality se liší (1, 6).

Významným endogenním rizikovým faktorem je na prvním místě dědičnost. Nedá se totiž přehlédnout, že se riziko vzniku karcinomu prostaty u mužů zvyšuje tehdy, kdy se již v rodině toto onemocnění objevilo. Pokud je nemocí postižený přímý příbuzný nacházející se v 1. linii (bratr či otec), riziko výskytu karcinomu prostaty se minimálně zdvojnásobí. S pozitivní rodinnou anamnézou, kdy nemocní jsou dva nebo více přímých příbuzných, stoupá riziko 5-11krát. Proto v rodinách s pozitivní anamnézou KP se mužům doporučuje, aby začali se sledováním již ve 40 letech (6, 7, 16, 17).

Druhým z nejvýznamnějších endogenních faktorů je věk, kdy je dobře známo, že s přibývajícím věkem rapidně vzrůstá výskyt karcinomu prostaty. U žádného jiného nádoru tuto závislost na věku nenajdeme. Pokud se provádí histologické vyšetření prostaty u mužů nad 50 let, šance, že zde budou zachyceny buňky karcinomu, je více než 40 %, u 80 letých mužů je tato šance, až ve 100% (6, 16).

Je velmi zajímavé, že na vzniku karcinomu prostaty se též podílí i rasové vlivy. Výskyt karcinomu prostaty je podstatně vyšší u mužů s černou pletí, kdy populační studie dokazují, že hladina testosteronu, což je mužský pohlavní hormon, je nejvyšší u černých mužů. Černoši mají tudíž nejvyšší riziko vzniku KP ze všech etnických skupin na světě. Díky studiím byla jednoznačně prokázána etnická skupina, která má nejvyšší výskyt karcinomu prostaty ve světě – jsou to Afroameričané (6, 17, 18).

„Karcinom se u Afroameričana vyvíjí podstatně dříve než u ostatních etnických skupin, je agresivnější, časněji metastazuje, a tím i přežívání je významně menší než u jiných skupin obyvatel (6, s. 24)“.

Již bylo zmíněno, u jaké etnické skupiny najdeme nejvyšší výskyt karcinomu prostaty, proto je dále důležité podotknout, že střední výskyt karcinomu prostaty je u bílých mužů a nejnižší výskyt je prokázán u Japonců a čínských zemědělců. Migrační studie dokazují, že významnou roli představuje změna zevního prostředí hostitelské země a s ní i související změna stravy, životního stylu, dostupnosti a využívání zdravotnických služeb (6, 18).

Dalším faktorem, který by mohl mít vliv na vznik karcinomu prostaty, jsou hormony. Jenže zatím, na rozdíl od jiných endogenních faktorů, je jejich vliv pouze pravděpodobný (1). „Androgeny mají zásadní význam pro normální růst i funkci prostaty, ale i pro vznik a progresi karcinomu prostaty. To podporuje i zjištění, že se tento nádor nevyskytuje u kastrovaných mužů a u jedinců s kongenitálními hormonálními abnormalitami. Existuje řada důkazů o významné roli sexuálních hormonů jako iniciátorů a promotorů vzniku CaP (1, s. 232)“.

Mezi exogenní faktory patří geografické vlivy, které jsou jedním z prokázaných faktorů, který se podílí na vzniku karcinomu prostaty. Nejnižší výskyt rakoviny prostaty je v Číně a též v Japonsku, naopak nejvyšší výskyt je ve Skandinávii. Do geografických oblastí, kde je nevyšší riziko incidence, patří: západní Evropa, Severní Amerika, Austrálie a Blízký východ. Oproti tomu nejmenší riziko výskytu rakoviny prostaty je na Dálném východě (6).

Na vzniku karcinomu prostaty se dále podílí také životní styl. Alkohol, snižující hladinu testosteronu v mužském těle, by mohl hrát jistou roli v kancerogenezi, ale jak velká je tato role, se stále ještě neví. Podíl kouření na vzniku karcinomu prostaty zatím zůstává stále nejasný, jelikož existují údaje, které jsou pro i proti tomuto vztahu (1, 6).

Též se řeší, jestli sexuální aktivita má nějakou souvislost se vznikem karcinomu prostaty. Časný začátek sexuálního života, větší množství sexuálních partnerů či častost sexuálních styků nebo i mimomanželské sexuální vztahy byly označeny jako možné rizikové faktory. Naproti tomu byl naprosto vyloučen přenos karcinomu prostaty jako infekčně podmíněné a sexuálně přenosné choroby (1, 6).

Riziko pro vznik karcinomu prostaty představuje také vyšší stupeň obezity a sedavý způsob zaměstnání i života (6). „Sama obezita zvyšuje riziko karcinomu prostaty 2-4krát, zejména u extrémně obézních mužů. Pokud se však sleduje vztah mezi pokročilým onemocněním s agresivním tumorem a obezitou, má obezita spíše

projektivní vliv. Vysoká fyzická aktivita podporuje rozvoj pokročilých stádií karcinomu (6, s. 28)“.

K životnímu stylu též patří dietní faktory, stravovací návyky a zvyklosti člověka, které hrají významnou roli při vzniku karcinomu prostaty. Dalo by se říct, že stravovací návyky patří mezi jedny z nejzávažnějších faktorů zevního prostředí, podílejících se na vzniku karcinomu prostaty. Řada studií dokazuje vztah mezi nadměrnou konzumací červeného masa a potravin obsahujících nadměrné množství tuku a vznikem karcinomu prostaty. Vyšší riziko též představují nasycené mastné kyseliny. Jak tento vztah funguje, zatím není přesně známo, ale studie dokazují, že v oblastech, kde je vyšší příjem tuků, je i mnohem vyšší výskyt karcinomu. Naopak důležitá součást stravy je zelenina, která na rozdíl od masa může chránit proti vzniku karcinomu prostaty (1, 6, 19).

1.3.3 Příznaky

Klinické příznaky se u pacienta mění podle toho, v jakém stadiu se choroba nachází. Karcinom prostaty bohužel ve svém časném stadiu nezpůsobuje žádné symptomy, je zcela němý a to je jeden z hlavních důvodů, proč 30-40% pacientů přichází k vyšetření pozdě, v době generalizace nádoru. V pokročilejších stádiích choroby lze příznaky rozdělit do dvou skupin a to na příznaky lokální a celkové (2, 20, 21).

Lokální příznaky se objevují podle toho, jak se nádor zvětšuje a kam prorůstá. Může způsobovat obtíže s defekací, která se projevuje obtížnou či bolestivou stolicí, zácpou nebo se může objevit krev ve stolici. Karcinom může též prorůst do okolních tkání a tím způsobovat bolest na hrázi a v konečníku. Dále způsobuje problémy s močením, kdy obstrukční příznaky způsobuje rostoucí karcinom, který má kompresivní vliv na prostatickou uretru. Jsou to příznaky jako obtížné a přerušované močení, ochablý močový proud, pocit nedokonalého vyprázdnění, které může přecházet v retenci moče anebo se může objevit až paradoxní ischurie. Karcinom též může prorůst do močového měchýře a tak vyvolat makroskopickou či mikroskopickou hematurii. Útlakem močovodů vzniká překážka pro odtok moče z horních močových cest s následným městnáním moče v močovodech a ledvinách, kdy konečnou fází může být až selhání funkce ledvin. U pacienta se dále může objevit hemosperma (přítomnost krve v ejakulátu), bolestivá ejakulace (prorůstání nádoru do semenných váčků) nebo erektilní dysfunkce (1, 5, 21, 22).

Do celkových příznaků patří únava, nechutenství, febrilní stavy, hmotnostní úbytek až celková kachexie, bolesti v pánevních kostech a lumbální páteři, patologické zlomeniny, anémie, ileózní stavy, hyperkalcémie při skeletových metastázách či diseminovaná intravaskulární koagulace. Možné jsou též otoky dolních končetin. Tento karcinom rád metastazuje do regionálních uzlin malé pánve, hematogenní cestou vytváří především osteoplastické metastázy v kostech pánve, páteře a hrudního koše (2, 5, 20, 21).

1.3.4 Diagnostika

Do základních diagnostických metod, které se využívají při pátrání po přítomnosti karcinomu prostaty, patří anamnéza, klinické fyzikální vyšetření, vyšetření moče chemicky a vyšetření močového sedimentu, vyšetření per rektum, vyšetření hladiny prostatického specifického antigenu (PSA) v krvi, transabdominální ultrasonografie, transrektální ultrasonografie s biopsií prostaty a diagnostika kostního postižení (6).

Vyšetření prostaty *per rektum* je nebolestivé, je součástí základního fyzikálního vyšetření a mělo by být prováděno pravidelně i v ordinaci každého praktického lékaře. Toto vyšetření začíná stanovením tvaru a odhadem velikosti prostaty. Zdravá prostata je hladká, nebolestivá, symetrická, má normálně elastickou konzistenci, je nezvětšená, ohraničená proti okolí a má lehký žlábek uprostřed. U karcinomu prostaty bývá typický nález hrbolaté, asymetrické, tvrdé a nepřesně ohraničené prostaty. Někdy se může stát, že je prostata tuhá jako kost, a proto je velmi těžké ji odlišit od symfýzy. Tyto změny jsou průkazné u větších či pokročilejších karcinomů (1, 7, 23, 24, 25).

Při vyšetření per rektum se dá hodnotit pouze jen dorzální část prostaty (což je asi 1/3 povrchu), která je obrácená směrem do konečníku. Dá se říci, že jediné štěstí je, že se v této oblasti nachází tzv. periferní zóna, kde se vyskytuje nejvíce karcinomů, které můžeme vyšetřením per rektum odhalit. Průkaz abnormality při tomto vyšetření může znamenat přítomnost karcinomu prostaty 15-40% případů, avšak pozitivní nález při rektální palpaci ještě nemusí znamenat karcinom prostaty a proto je na ošetřujícím lékaři či urologovi, aby zvážil vhodnost provedení biopsie prostaty a ještě předtím provedli odběr krve na stanovení hodnoty PSA (7, 25, 26, 27).

„**Prostatický specifický antigen (PSA)** je v současnosti klinicky nejvýznamnějším nádorovým markerem karcinomu prostaty. Prostatický specifický antigen je glykoproteid, složený z 237 aminokyselin, který produkují epiteální buňky zdravé

i nádorové prostatické tkáně. PSA tedy není specifický pro karcinom a sérové hodnoty PSA mohou být zvýšené i při benigní hyperplazii prostaty, prostatitidě nebo u dalších nemaligních onemocnění (7, s. 5)“. Za normální hodnotu se dříve považovalo PSA méně než 4ng/ml. Bohužel tato hodnota se ukázala jako příliš vysoká a proto v současné době se nejčastěji udává jako prahová hodnota 2,5-3ng/ml. Dále se nesmí zapomínat na fakt, že se zvyšujícím věkem stoupá i hladina PSA, a proto je dobré používat tzv. věkově specifické hodnoty PSA. Tudíž by indikační hranice pro biopsii neměla být stejná pro 70letého muže jako pro 50letého muže (7, 17, 28).

Transabdominální ultrasonografie má za úkol vyhodnotit stav nitrobřišních a pánevních orgánů (2).

Transrektální ultrasonografie je základní zobrazovací vyšetření prostaty, kdy se posuzuje struktura žlázy a stav semenných váčků. Je to metoda, která z větší části nahradila rentgenová vyšetření, zrychlila diagnostiku karcinomu prostaty a přispívá ke stanovení klinického rozsahu onemocnění (2, 5, 23).

Biopsie prostaty je jediným vyšetřením, které definitivně potvrzuje diagnózu karcinomu prostaty. Jedná se o mikroskopický průkaz karcinomu, kdy u pacienta je proveden odběr vzorků z prostaty, které jsou dále poslány na histopatologické vyšetření. Počet odebraných vzorků závisí nejen na věku pacienta, ale také na hodnotách PSA a hlavně na velikosti prostaty. Výkon se dá provést cestou perineální (přes hráz), kdy se používá pouze lokální anestezie nebo transrektálně (přes konečník). Odborně popsáno viz kapitola 1.3.5 (2, 5, 23).

Je zjištěno, že karcinom prostaty nejčastěji metastazuje do kostí. Aby se správně určil rozsah onemocnění a následná léčba, která je na tomto rozhodnutí závislá, je důležité znát velikost postižení skeletu. Nejčastěji používanou jednoduchou metodou pro toto zjištění je radioizotopové vyšetření – **scintigrafie skeletu**. Tato metoda je založena na aplikaci zářiče vychytávaného v nádorovém ložisku a následně jeho odhalení scintikamerou. Pacientovi se do žíly vstříkne radioaktivně značená látka, která se vychytává především v kostech a proto je v místě metastáz zvýšené nahromadění radioaktivity (23, 29).

1.3.5 Transrektální ultrasonografie a biopsie prostaty

V minulosti byla diagnostika karcinomu prostaty obtížná tím, že jediné vyšetření prostaty byla pouze palpce per rektum. Velký pokrok v diagnostice bylo objevení

ultrasonografie. Transrektální ultrasonografie (TRUS), s možností biopsie a možnost stanovení prostatického specifického antigenu (PSA) výrazně ovlivnily a posunuly dopředu diagnostiku karcinomu prostaty (30).

Transrektální ultrasonografie byla původně vyvinutá jako vyšetřovací metoda pomáhající objasnit onemocnění konečníku, ale již v šedesátých letech minulého století byla poprvé použita k hodnocení prostaty. První biopsie prostaty byla provedena již v roce 1930 pomocí transperineální jehly. Poté v roce 1937 byla poprvé provedena transrektální biopsie pod palpační kontrolou (30, 31).

„Ultrazvukové přístroje byly v té době značně primitivní a získané snímky měly nízkou kvalitu, pro běžnou praxi nepoužitelnou. Dalším pokrokem ultrazvukové technologie byly sondy s vyšší frekvencí, schopné mnohem lépe zobrazit strukturu prostaty. Celá řada studií hodnotila význam tohoto vyšetření pro diagnostiku a také screening karcinomu prostaty. Ukázalo se že, většinu zhoubných nádorů nelze pomocí ultrasonografie zobrazit nebo je obraz nespecifický a etiologii nálezu je obtížné určit (27, s. 69)“.

„TRUS je v současnosti široce dostupná, cenově nenáročná a přesná zobrazovací metoda, ovšem nepoužitelná v primární diagnostice nebo screeningu. Její výtěžnost odpovídá přibližně vyšetření per rektum. Pro vysoké procento nesprávně pozitivních nálezů, nízkou specifiku se nedoporučuje pro včasnou diagnostiku karcinomu prostaty. Její hlavní význam je v kombinaci s biopsií prostaty při podezření na karcinom vycházející z vyšetření per rektum a hodnocení PSA.. Umožňuje provedení sonograficky kontrolované biopsie z těch oblastí prostaty, kde je největší pravděpodobnost nálezu karcinomu (27, s. 69)“.

Diagnóza karcinomu prostaty je histopatologická, proto včasné a správně indikovaná a provedená biopsie hraje důležitou roli. Důležitou roli i z toho důvodu, že před zahájením léčby karcinomu prostaty je hlavní potvrdit diagnózu jak histologicky, tak i cytologicky (32).

Transrektální biopsie prostaty prováděná pod sonografickou kontrolou prošla od doby svého zavedení, což bylo v 80. letech minulého století, zajímavou historií. V počátcích svého zavedení se potýkala s různými problémy, např.: malá zkušenost urologů, diskomfort pacientů, neznalost zonální anatomie prostaty a lokalizace nádorů měly za příčinu, že zájem o toto vyšetření byl velmi malý. V současné době se využívá

tzv. transrektálně kontrolovaná biopsie, kdy se cíleně umisťují bioptické jehly do přesně určeného místa podle předem zvolené strategie (32).

„Systematická biopsie (SBP) znamená, že odběr vzorků se provádí systematicky z předem stanovených lokalizací. Punkční jehla je naváděná pomocí TRUS. Při snaze o detekci karcinomu musíme brát v úvahu vztah mezi počtem odebraných vzorků a velikostí prostaty. Z logické úvahy vyplývá, že pokud nejsme schopni ultrazvukem přesněji detekovat nádorové ložisko, jedná se o náhodný odběr (32, s. 24)“.

„Statistika velkých čísel ukazuje, že čím je větší objem prostaty při stejném počtu vzorků, tím je nižší pravděpodobnost záchytu karcinomu. Tuto chybu se snaží korigovat různé strategie odběrů vzorků tak, aby byl vyvážený vztah mezi co možná nejvyšší úspěšností detekce nádoru za použití pouze nezbytného počtu biopsií (32, s. 24)“.

Pokud jsou výsledky biopsie negativní a u pacienta stále trvá podezření na karcinom prostaty díky přetrvávajícím či dokonce narůstajícím hodnotám PSA, je vhodné biopsii opakovat s odstupem 6 měsíců, kdy se provádí odběr 20 nebo více vzorků a jedná se o tzv. saturační biopsii (28, 32).

Bohužel toto vyšetření mohou provázet i nepříjemné komplikace, které se projevují několik hodin až dnů po vyšetření. Patří sem zejména viditelné krvácení do moče (2-5 dní) nebo stolice, absces prostaty, zánět nadvarlete, krvácení z konečníku a přítomnost krve v ejakulátu (hemosperma), které může trvat až několik měsíců. Vážnější infekční komplikace jsou zcela řídkým jevem, ale to neznamená, že by měly být podceňovány. Každá febrilie po biopsii vyžaduje pozornost lékaře a pokud je stav vážnější, následuje hospitalizace. Nesmírně vzácnou komplikací je erektilní dysfunkce, která může vzniknout pohmožděním nervově cévního svazku, jež probíhá těsně kolem prostaty. Naštěstí tato komplikace je pouze dočasná (19, 33, 34).

1.3.6 Prevence

Cíl moderní medicíny již není kladen pouze na samotné a úspěšné vyléčení dané nemoci, čím dál větší důraz je kladen také na předcházení vzniku nemoci – na prevenci. Je tomu tak i u karcinomu prostaty, u kterého je prevence jedním ze způsobů, jak ovlivnit jeho výskyt a dále také jeho mortalitu. Jak je již psáno výše, karcinom prostaty patří do skupiny nejčastěji se objevovaných karcinomů, a tudíž je jedním z velkých zdravotních problémů. Pokud bude prevence karcinomu prostaty dostatečně velká,

mohla by snížit stále narůstající náklady, které musí být vynaloženy na potřebnou zdravotní péči (1).

Primární prevence především zahrnuje snížení působení toxinů ze zevního prostředí a dále úpravu životního stylu (1).

„V rámci primární prevence karcinomu prostaty jde především o eliminaci nebo minimalizaci všech známých rizikových faktorů. Jak už bylo uvedeno, jsou v tomto ohledu naše vědomosti nedokonalé a pokud je známe, pak jsou většinou neovlivnitelné (věk, rasa, dědičnost, familiární výskyt a normální funkce varlat) (1, s. 315)“.

Poněkud nadějnější je možnost každého muže ovlivnit svoje rizikové návyky, kdy jde především o *změnu životního stylu*. Pacient by měl omezit příjem tuků a potravin obsahujících nasycené kyseliny a cholesterol a s tím i souvisí omezení příjmu masa z různých druhů včetně ryb. Pacient dále nesmí zapomínat na střídmé solení a slazení a měl by snížit příjem alkoholických nápojů. Naopak by se měl naučit jíst čerstvé ovoce a zeleninu. Do dietních faktorů je nutné zařadit příjem vitaminů, a to konkrétně vitamin A a D. Zvýšené množství vitaminu A rostlinného původu v těle muže snižuje riziko vzniku karcinomu prostaty, bohužel však živočišný vitamin A má přesně opačný vliv na toto riziko. Vitamin D, jež tělo získává ze slunečního záření, má antitumorózní vlastnosti, a proto pokud je ho nedostatek, zvyšuje riziko vzniku karcinomu prostaty. Je dokázáno, že v oblastech s nízkým slunečním zářením, je zvýšené riziko vzniku karcinomu prostaty. Vitamin D je důležitý i z toho důvodu, že jeho aktivní forma inhibuje růst buněk karcinomu (1, 6, 19).

„*Chemoprevenci* můžeme definovat jako podávání léků, které brání anebo alespoň brzdí karcinogenezi, nádorový růst a jeho progresi. V případě karcinomu prostaty, který je typický vysokou frekvencí latentního nádoru, je to snaha o potlačení kritických změn vedoucích k jeho nekontrolovanému a překotnému růstu. Muži ve věku od 40 do 70 let jsou nejvhodnější skupinou pro chemoprevenci. Ideálem je, aby chemopreventivní léky byly minimálně toxické a neměly závažné vedlejší účinky a aby byl k dispozici i spolehlivý marker, kterým bychom progresi rozpoznali (1, s. 316)“.

„**Sekundární prevence** znamená screening karcinomu prostaty, který je definován jako aktivní vyšetření asymptomatických mužů podle určitých kritérií (1, s. 318)“.

„Cílem je diagnostikovat onemocnění v časném stádiu, kdy je ještě možná účinná léčba.

Tím se dosahuje snížení morbidity nebo mortality na vyhledávané onemocnění (6, s. 87)“.

Bohužel se v České republice screening karcinomu prostaty zatím neprovádí. Většinou se na toto onemocnění přijde, až když nemocný dorazí na vyšetření kvůli svým urologickým potížím (6).

1.4 Ošetrovatelská péče

1.4.1 Ošetrovatelská péče před výkonem

Tak jako při jakémkoliv jiném vyšetření i zde je důležitá přítomnost sestry jak před výkonem, při výkonu, ale i po výkonu (33).

Vyšetření se většinou provádí za hospitalizace pacienta, ale může být prováděno i ambulantně, záleží to na zvyklostech zdravotnického zařízení (33).

Před výkonem je nutné, aby měl pacient vyšetřenou moč kultivačně a srážlivé krevní parametry (Quick a APTT). Pacient musí 7 dní před výkonem vysadit léky ovlivňující srážlivost krve (např. Anopyrin, Warfarin, Godasal) (33).

Sestra při objednávání pacienta k výkonu připraví pro lékaře informovaný souhlas s poučením o transrektální sonografii a biopsii. Poté lékař poučí pacienta o výkonu a jeho průběhu, vysvětlí pacientovi, kdy má vzít léky, vysadit eventuálně antikolagulancia. Pacient se též dozví kdy a v kolik hodin se má dostavit na plánovaný výkon (33).

Biopsie je sice krátkodobý, ale invazivní výkon, proto se před vyšetřením doporučuje antibiotická profylaxe (nejčastěji se podává fluorochinolom). Antibiotika pacient začne brát jeden až dva dni před výkonem a zpravidla je bere ještě dva dni po výkonu. Cílem této profylaxe je snížit riziko infekčních komplikací, které by mohli vzniknout po vyšetření. U pacientů s nižší obranyschopností vůči infekcím (pacienti trpící diabetem mellitem nebo jiným onemocněním) se doporučuje delší doba podávání antibiotik (34, 35).

Sestra poučí pacienta o dietním opatření před plánovanou biopsií. Pacient by měl jíst netučnou stravu (bujony), dále pak netučná masa nebo bezezbytkovou stravu. V den vyšetření může ještě pacient lehce posnídat – na toto je hlavně potřeba upozornit diabetiky, aby následně nedošlo k hypoglykemii. Sestra nesmí zapomenout na pitný režim, kdy pacientovi vysvětlí, že je důležité, aby před vyšetřením vypil dostatek

tekutin. Ty jsou důležité pro naplnění močového měchýře, což lékaři usnadní orientaci v sono obrazu (36).

Sestra podá pacientovi před výkonem mikroklyzma do konečníku, nejčastěji pomocí Yal gelu, aby byl před vyšetřením dostatečně vyprázdněný. Pacientovi před zaváděním vysvětlí, jak bude aplikace mikroklyzma probíhat a uklidní klienta, že je to sice trochu nepříjemný, ale ne bolestivý výkon (37).

Sestra si připraví veškeré pomůcky – Yal gel (klyzma o malém obsahu, které je v plastové nádobce s aplikátorem), mesocain gel či vaselinu, nepromokavou podložku, nesterilní rukavice a buničinu. Sestra odvede pacienta do soukromí, většinou na koupelnu, kde je lehátko, na které se pacient před zavedením položí. Pokud je pacient sám na pokoji, může provést aplikaci zde. Sestra těsně před tím, než se pacient položí, připraví na lehátko nepromokavou podložku. Pacient se položí na bok zády k sestře. Sestra si nasadí rukavice, dostatečně protřepá tubu s roztokem, aby vevnitř vznikla pěna, ulomí horní víčko aplikátoru a na aplikátor namaže mesocain gel pro znecitlivění či vazelinu pro usnadnění vniknutí aplikátoru do konečníku. Sestra pacienta požádá, aby si sundal kalhoty, a upozorní ho, že začíná zavádět. Aplikátor zavede do konečníku a vyprázdní celý obsah nádobky, vyndá aplikátor a otře konečník pacienta buničinou. Poté pacienta požádá, aby obsah udržel v sobě co nejdéle, a když to bude pro pacienta neudržitelné, může se vyprázdnit (37).

1.4.2 Ošetrovatelská péče během výkonu

V den výkonu sestra zkontroluje podepsaný informovaný souhlas s výkonem, který musí být podepsaný jak nemocným, tak lékařem. Znovu se informuje, zda nemocný nebere léky na srážení krve a zda bral předepsané léky jako prevenci před vyšetřením.

Sestra na zákrokovém sálku připraví veškeré pomůcky k biopsii prostaty - punkční jehla, punkční atašmán, sterilní gumový prst, bioptický odběrový systém (biopty-gun), proužky molitanu + pinzetu (na kraj sterilního stolku) a prezervativ (33).

Mimo sterilní stolek sestra připraví 10% formalin v močových zkumavkách označených čísly 1-15 (fixační tekutina), mesocain gel v tubách i s aplikátorem (na jednu punkci jeden mesocain), mesocain gel ve stříkačce 10 ml s rektální rourkou, vytisknuté štítky se jménem pacienta a odezinfikovanou rektální sondu (33).

„Zkumavky se označí jménem pacienta, většinou se odebírá 10-12 vzorků. Formalin ve zkumavce slouží k fixaci odebraného vzorku, který se natírá na malé molitanové proužky (33, s. 46)“.

Pacienta znovu o výkonu poučí, pomůže mu zaujmout litotomickou polohu na vyšetřovacím stole. Do konečníku aplikuje 10 ml mesocain gelu, který nechá chvíli působit z důvodu znecitlivění. Pacient je celou dobu informován o všem, co dělá a bude dělat jak sestra, tak i lékař. Sestra lékaři do gumového prstu a na jeho povrch aplikuje celou tubu mesocain gelu. Lékař provede transrektální sonografii a poté bioptickou jehlou provádí odběr vzorků, které dává sestře na sterilní stolek. Ta si je přebírá pinzetou a natahuje na molitany a konec označuje černou tuší. Pořadí odpovídá tomu, jak lékař vzorky odebírá. Všechny vzorky po skončení výkonu naskládá do jednotlivých označených zkumavek, dobře uzavře, lékař přiloží žádanku na histologické vyšetření a sestra zajistí transport vzorků do laboratoře patologického oddělení. Během výkonu sestra sleduje pacienta, komunikuje s ním (33).

1.4.3 Ošetrovatelská péče po výkonu

Po vyšetření je vhodné nechat pacienta chvíli ležet na lehátku, očistí se konečník a ponechá kousek buničiny (pro možné drobné krvácení). Sestra opět pacienta poučí, že bude 2 hodiny ležet, musí močit do nádoby a sledovat barvu moče, může být hematurická. Pomůže pacienta obléci, a pokud je hospitalizovaný, zařídí jeho transport na oddělení. Pokud je výkon proveden ambulantně, pacient setrvá na ambulanci do té doby, než se vymočí. Když moč není hematurická a pacient je v pořádku, může v doprovodu druhé osoby opustit ambulanci. Pacient je poučen, že se může objevit mírné krvácení jak z konečníku, tak i do moče. Pacient je objednan ke kontrole pro výsledky biopsie (za 2-3 týdny) a informován, že při objevení se některé z komplikací (velké krvácení, teploty, bolesti, obtížné močení) se neprodleně dostaví na urologickou ambulanci (33).

Jako při jakémkoliv jiném výkonu, tak i zde je nutná spolupráce sestry a lékaře, aby výkon proběhl v klidu a bez problémů. Je důležité, aby se pacient cítil spokojený (33)

1.5 Edukace a sestra

Pojem edukace je ve zdravotnictví chápán jako výchova pacienta, která vede ke zvýšení péče pacienta o vlastní onemocnění, pacient se snaží převzít větší část odpovědnosti za vlastní zdraví na sebe. Díky edukaci se zlepšuje i spolupráce mezi pacientem a celým zdravotnickým týmem, což je velmi důležité při poskytování lékařské a ošetrovatelské péče. Edukační proces v ošetrovatelství vyjadřuje takové činnosti, kdy pacient získává nové poznatky prostřednictvím sestry. Při tomto procesu dochází ke zvyšování informací u pacienta, obecně dochází k jeho vzdělávání a rozvíjení osobnosti. Cílem zde není jen získání nových poznatků a vědomostí, ale jde i o dosažení určité změny v jeho chování (38).

V edukačním procesu sice pacient má získat nové poznatky a informace, ale budou mu k ničemu, pokud je nepochopí a nebude je umět použít ve svém životě. Proto je důležité, aby si pacient osvojil určité dovednosti jak v oblasti teoretické, tak v činnosti praktické. Pro všechny tyto věci musí být edukace nedílnou součástí ošetrovatelské péče. V edukaci se setkáváme se dvěma pojmy-edukátor a edukant. Edukátor je ten, kdo někoho edukuje (učí) a edukant je ten, kdo se něčemu novému učí (38).

V ošetrovatelství jsou většinou edukátory sestry. A jako na jiné edukátory, tak i na sestry jsou kladeny určité požadavky. Sestra musí umět dobře navázat kontakt s pacientem a vytvořit si u něho důvěru. Pro svoji edukaci by měla mít dobré teoretické znalosti a také praktické dovednosti. S tím dále souvisí dobré verbální, ale i nonverbální komunikační schopnosti. Je dobré, aby byla empatická a hlavně měla snahu pacientovi pomoci. Pokud sestra získá pacienta ke spolupráci, měla by ho dostatečně umět motivovat (38).

Co všechno by sestra edukantka měla být schopná pacientovi nabídnout? Určitě informace o diagnostických a terapeutických výkonech-v rámci svých kompetencí. Měla by umět poučit pacienta o správné životosprávě a rizikových faktorech, které mají negativní vliv na jeho zdraví. Měla by pacientovi nabídnout edukační materiály týkající se jeho problému, obohatit ho různými radami, nápady a doporučeními. Sestra též pomáhá pacientovi při získávání nových dovedností a nácviku zručnosti při jejich provádění. Vždyť právě sestra je hned druhá osoba po lékaři, na které mají pacienti nejvíce otázek a je to ona kdo se snaží zbavit pacienta strachu a pomoci mu v jeho nemoci (38).

2 Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Cílem práce je zjistit, jakou roli hraje sestra v péči o pacienta indikovaného k TRUS.

2.2 Hypotézy

H1: Pacienti dostávají před vyšetřením více informací od sestry než od lékaře.

H2: Sestry mají dostatečný prostor pro provádění edukace.

H3: Sestry mají dostatek informací o TRUS.

3 Metodika

Ke sběru dat byla použita metoda kvantitativního šetření pomocí dotazníků. Dotazníky byly určeny pacientům, kteří podstoupily transrektální biopsii prostaty a sestrám, které tyto pacienty ošetřují. Výzkumné šetření bylo provedeno na vybraných urologických odděleních v nemocnicích jihočeského regionu.

Cílovou skupinou dotazníkového šetření byly pacienti a sestry urologického oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. a Nemocnice Písek, a.s.

V rámci kvantitativního šetření bylo pacientům rozdáno 130 dotazníků (příloha 1), vráceno bylo 101 dotazníků, z toho 10 dotazníků bylo vyřazeno z důvodu neúplnosti. Návratnost byla 78%. K výzkumnému zpracování bylo použito 91 dotazníků. Dotazník obsahoval 23 otázek, z toho 22 otázek bylo uzavřených a 1 otázka byla polouzavřená. U otázky 7 mohli respondenti zaškrtnout více odpovědí.

Dále v rámci kvantitativního šetření byly rozdány dotazníky sestrám (příloha 2) pracujícím na urologickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. a Nemocnice Písek, a.s.. Rozdáno bylo 35 dotazníků, vráceno bylo 28 dotazníků. Žádný dotazník nebyl vyřazen z důvodu neúplnosti. Návratnost byla 80%. Ve výzkumu bylo použito všech 28 dotazníků. Dotazník obsahoval 13 otázek, z toho bylo 8 otázek uzavřených, 3 otázky otevřené a 2 otázky polouzavřené.

Výsledky byly zpracovány do grafů pomocí počítačového programu Microsoft Excel.

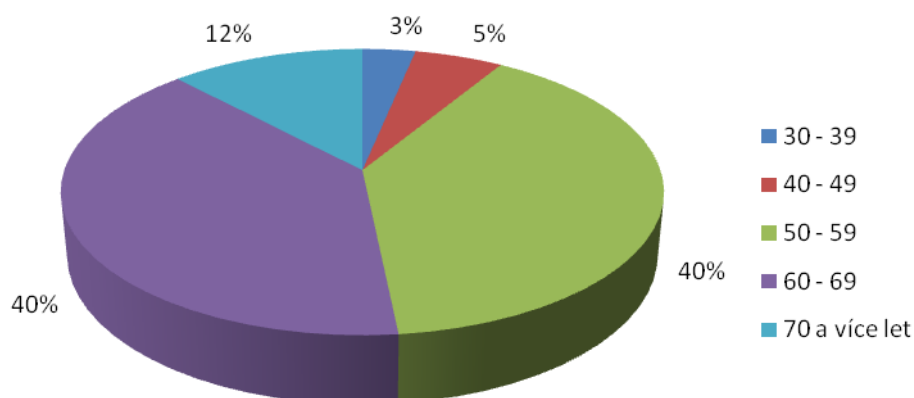
4 Výsledky

4.1 Dotazníkové šetření

V rámci dotazníkového šetření byly zpracovány 2 dotazníky. Jeden dotazník byl určen pro pacienty, kteří podstoupili vyšetření prostaty pomocí transrektální biopsie a druhý pro sestry, které se s těmito pacienty ve své praxi setkávají.

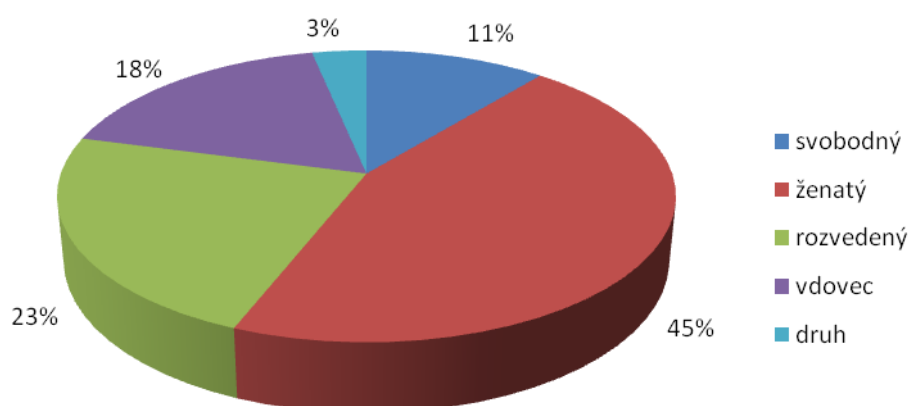
4.1.1 Dotazník pro pacienty

Graf 1 Věk respondentů



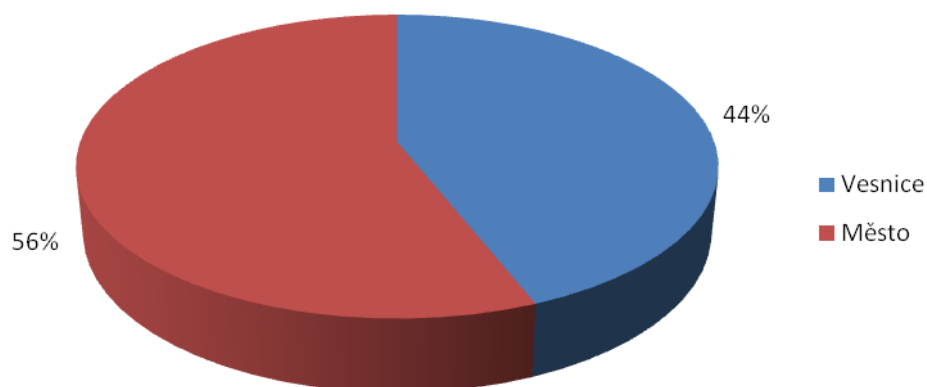
Z celkového počtu 91 respondentů (100%), uvedlo 36 pacientů věk mezi 50-59 (40%), 36 pacientů uvedlo věk mezi 60-69 (40%), 11 pacientů uvedlo věk 70 a více let (12%), 5 pacientů uvádí věk 40-49 (5%) a pouze 3 pacienti uvedli věk 30-39 (3%).

Graf 2 Rodinný stav respondentů



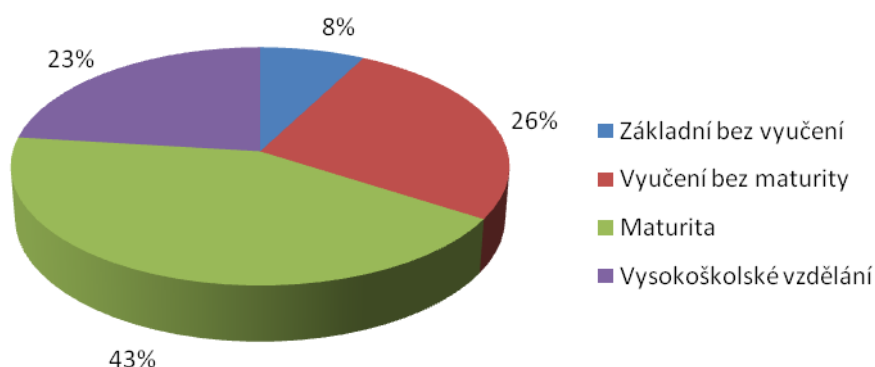
Graf 2 znázorňuje rodinný stav respondentů, kdy 41 (45%) respondentů je ženatých, 21 (23%) rozvedených, 16 respondentů (18%) jsou vdovci, 10 respondentů (11%) je stále svobodných a 3 respondenti (3%) označili možnost druh.

Graf 3 Bydliště respondentů



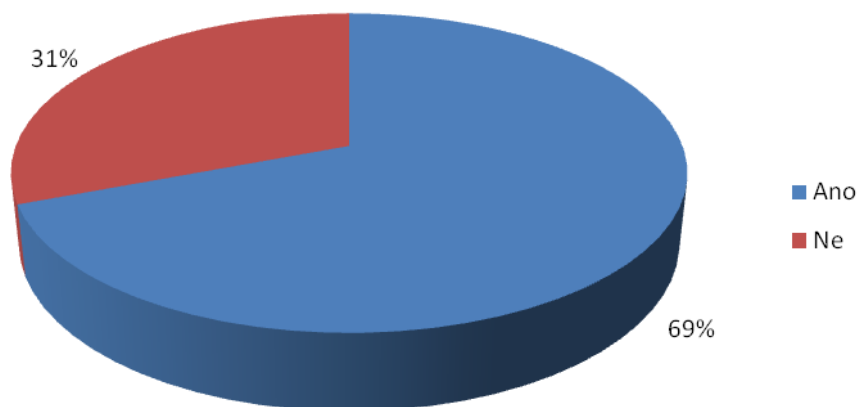
Graf 3 ukazuje bydliště respondentů, nejvíce respondentů bydlí na vesnici 51 (56%) a nejméně ve městě 40 (44%).

Graf 4 Vzdělání respondentů



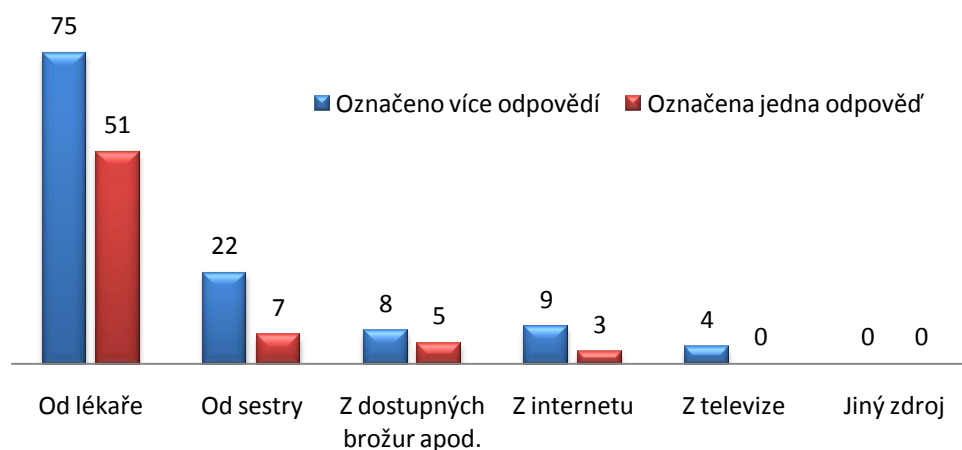
Graf 4 ukazuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Z celkového počtu 91 respondentů (100%) má nejvíce pacientů 39 (43%) vzdělání zakončené maturitou, 24 pacientů (26%) má vyučení bez maturity, 21 pacientů (23%) má vysokoškolské vzdělání a pouze 7 pacientů (8%) má základní vzdělání bez vyučení.

Graf 5 Pravidelné kontroly u urologa



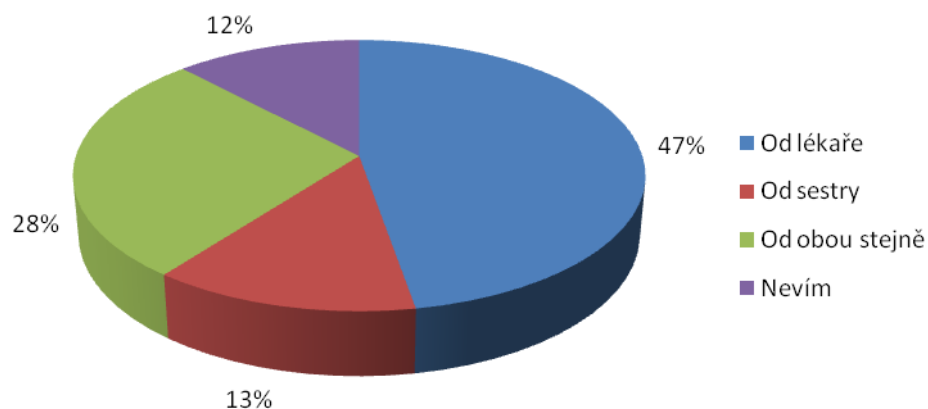
Graf 5 ukazuje, jak pacienti chodí na pravidelné kontroly ke svému urologovi. 63 respondentů (69%) uvedlo, že chodí na pravidelné kontroly a 28 respondentů (31%) na pravidelné kontroly ke svému urologovi nechodí.

Graf 6 První informace o zákroku



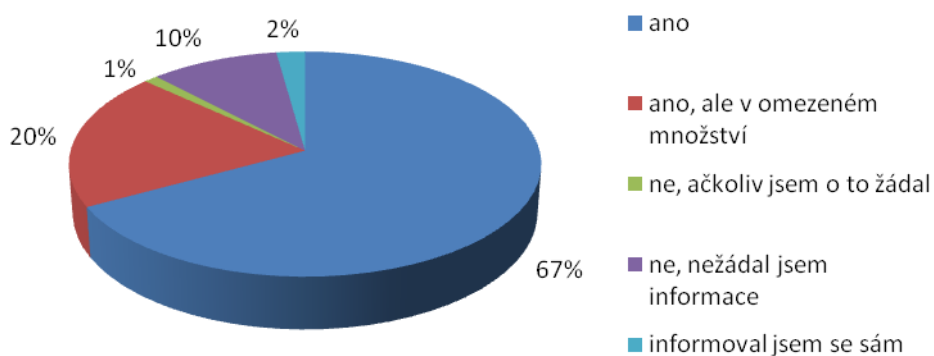
Graf 6 zobrazuje počet respondentů, kteří zvýraznili pouze jednu nabízenou možnost (červené sloupce) a počet respondentů, kteří označili zároveň více nabízených možností (modré sloupce). Z grafu vyplývá, že první informace o zákroku sděluje pacientovi nejčastěji sám lékař, případně sestra. Menší část respondentů získala povědomí o zákroku prostudováním informačních brožur nebo vyhledáváním na internetu. Zcela zanedbatelné množství respondentů se o zákroku dozvědělo z televize. Spolu s malým počtem respondentů, kteří se dozvěděli o zákroku z internetu.

Graf 7 Více informací o zákroku pacient získal od:



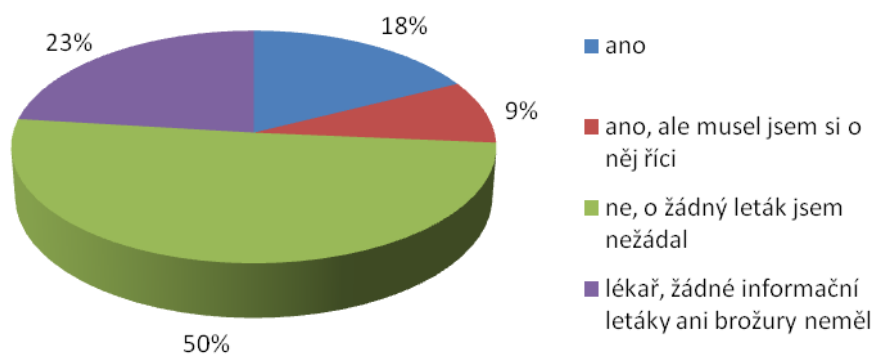
Graf 7 ukazuje, že 43 pacientů (47%) získalo více informací od lékaře, 25 pacientů (28%) obdrželo informace od lékaře i sestry, 12 pacientů (13%) obdrželo informace od sestry a 11 pacientů (12%) neví, od koho získali více informací.

Graf 8 Dostatek informací o zákroku od sestry u urologa



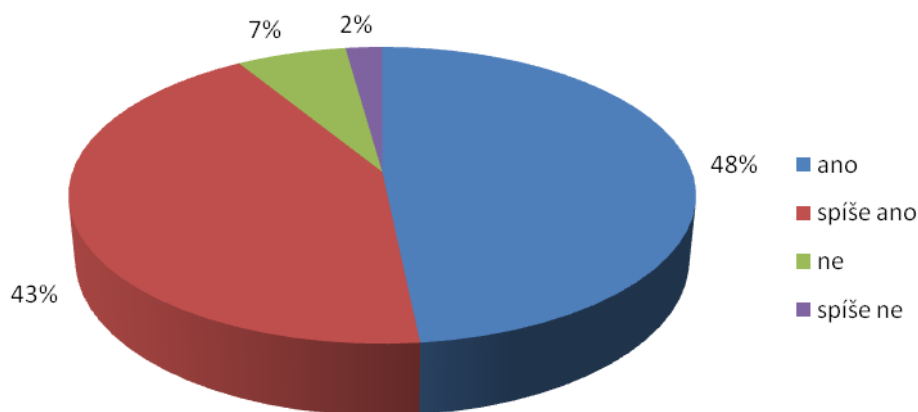
Graf 8 ukazuje, že 61 pacientů (67%) dostalo dostatek informací, 18 pacientů (20%) informace dostalo v omezeném množství, 9 pacientů (10%) nežádalo žádné informace, 2 pacienti (2%) se informovali sami a pouze 1 pacient (1%) informace nedostal, ačkoliv o to žádal.

Graf 9 Obdržel pacient informační letáky, brožury, apod.?



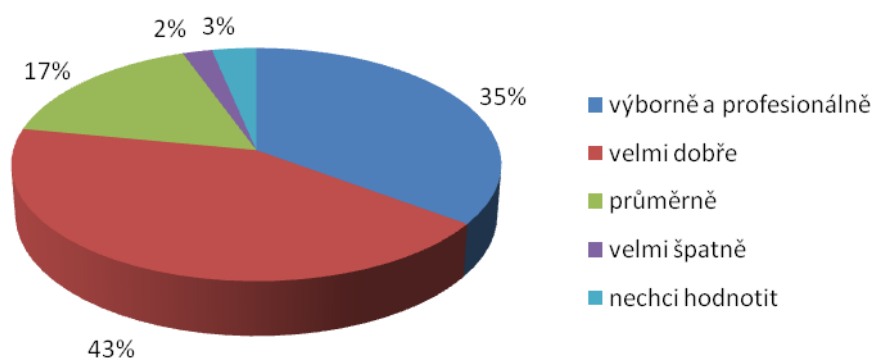
Z grafu 9 vyplývá, že 46 pacientů (50%) o žádný leták nežádal, 21 pacientů (23%) uvedlo, že lékař žádné informační letáky ani brožury v ordinaci neměl, 16 pacientů (18%) informační letáky dostali a 8 pacientů (9%) dostalo letáky na požádání.

Graf 10 Srozumitelnost informací od sestry před zákrokem



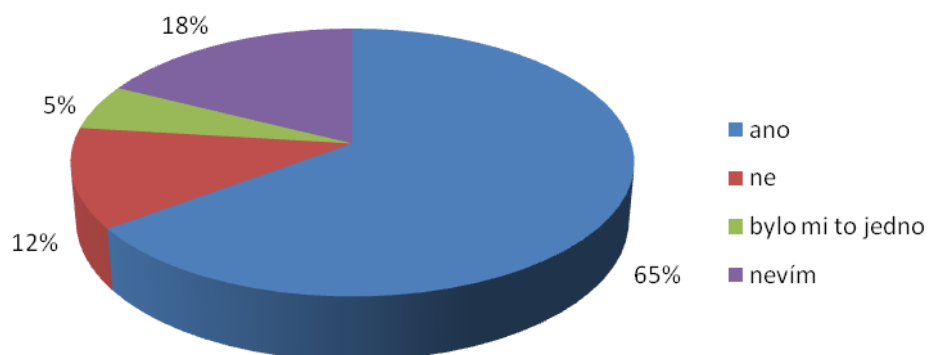
Graf 10 zobrazuje, že pro 44 pacientů (48%) byly informace srozumitelné, pro 39 pacientů (43%) spíše ano, 6 pacientů (7%) uvedlo, že informace pro ně byly nesrozumitelné a pro 2 pacienty (2%) byly informace spíše nesrozumitelné.

Graf 11 Jak na pacienty působil kontakt se zdravotní sestrou u urologa



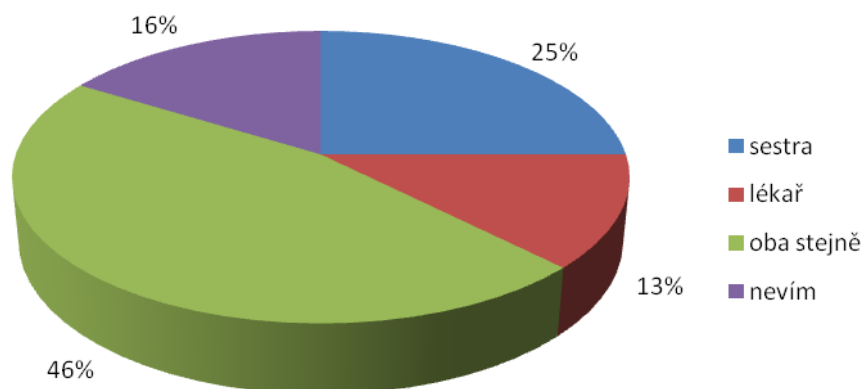
Graf 11 ukazuje, že 39 pacientů (43%) uvedlo odpověď velmi dobře, 32 pacientů (35%) označilo odpověď výborně a profesionálně, 15 pacientů (17%) uvádí, že průměrně, 3 pacienti (3%) tuto otázku nechtějí hodnotit a 2 pacienti (2%) uvádí, že velmi špatně.

Graf 12 Bylo pro pacienty nepříjemné zjištění, že by měli podstoupit tento zákrok?



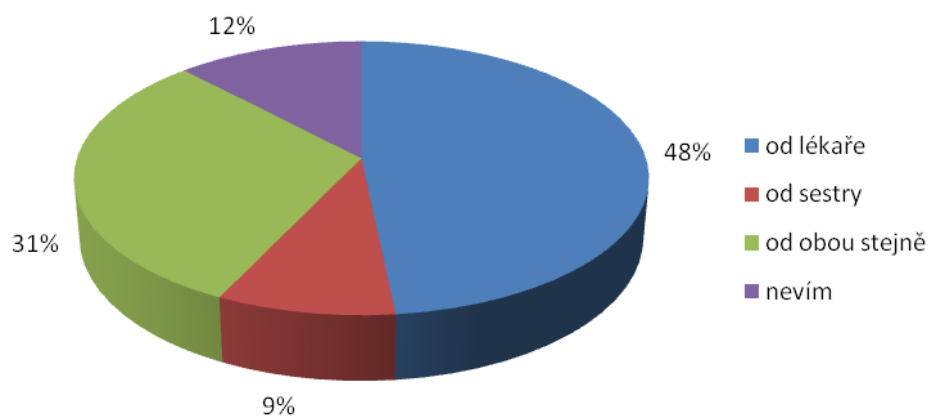
Graf 12 znázorňuje, že pro 59 pacientů (65%) bylo nepříjemné zjištění, že by tento výkon měli podstoupit, 16 pacientů (18%) uvedlo odpověď, že neví, pro 11 pacientů (12%) to nepříjemné zjištění nebylo a 5 pacientům (5%) to bylo jedno.

Graf 13 Kdo se více pacientovi snažil pomoci při tomto zjištění



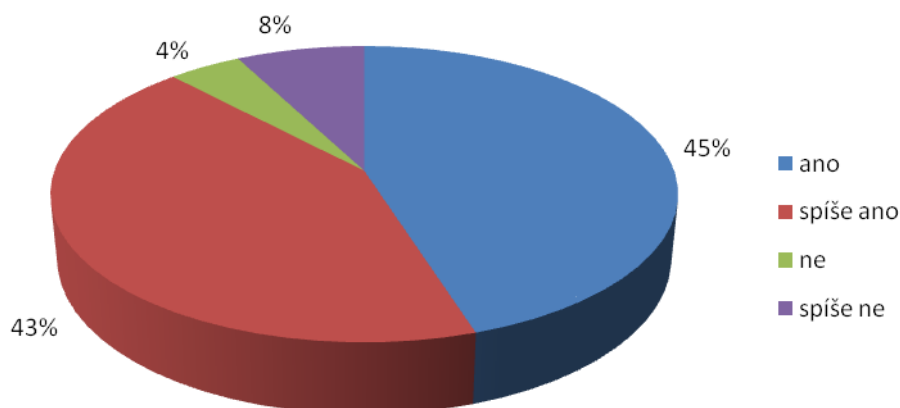
Graf 13 ukazuje, že 42 pacientů (46%) uvádí, že při tomto zjištění se jim snažili pomoci jak lékař, tak sestra, 23 pacientům (25%) se snažila pomoci hlavně sestra, 14 pacientů (16%) uvedlo odpověď, že neví a 12 pacientům (13%) se snažil pomoci převážně lékař.

Graf 14 V nemocnici pacienti získali více informací o zákroku od:



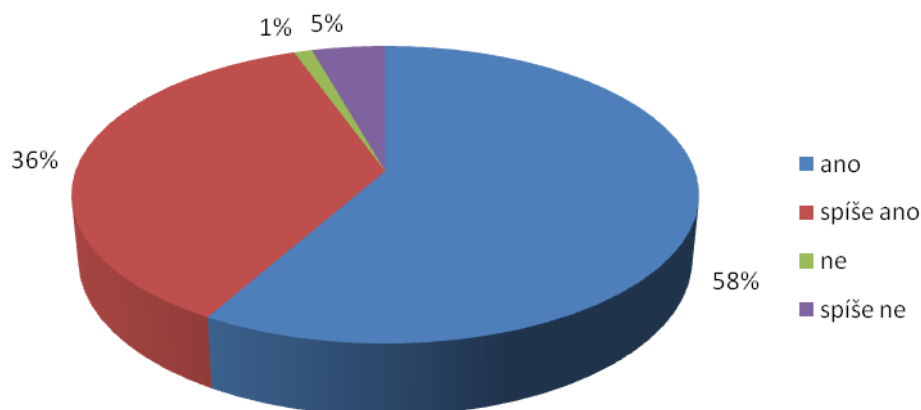
Z grafu 14 vyplynulo, že 44 pacientů (48%) více informací získalo od lékaře, 28 pacientů (31%) od sestry i lékaře stejně, 11 pacientů (12%) neví, od koho získali více informací a 8 pacientů (9%) získalo více informací od sestry.

Graf 15 Srozumitelnost informací od lékaře v nemocnici před výkonem



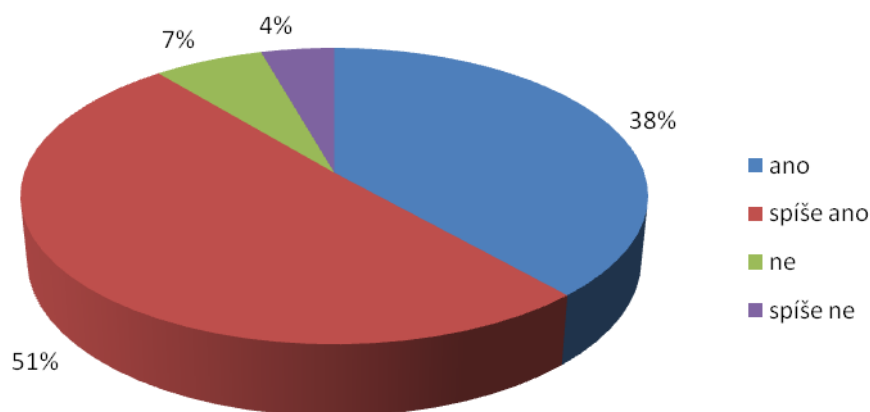
Graf 15 dokazuje, že 41 pacientům (45%) přišli informace srozumitelné, 39 pacientům (43%) spíše srozumitelné, 7 pacientům (8%) spíše srozumitelné nepřipadali a 4 pacientům (4%) vůbec srozumitelné nepřipadali.

Graf 16 Srozumitelnost informací od zdravotní sestry v nemocnici před výkonem



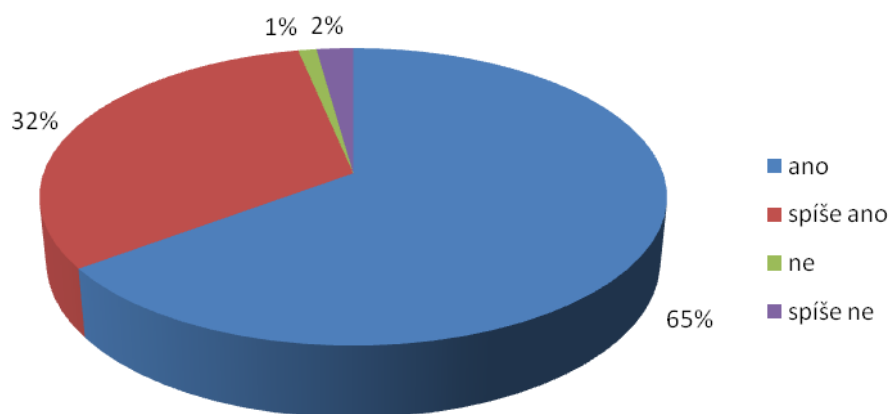
Graf 16 poukazuje na to, že 53 pacientům (58%) informace připadali dostatečné a srozumitelné, 33 pacientům (36%) spíše připadali srozumitelné, 4 pacientům (5%) spíše nepřipadali srozumitelné a pouze 1 pacientovi (1%) nepřipadali srozumitelné.

Graf 17 Měla sestra dostatek času poskytnout informace před vyšetřením



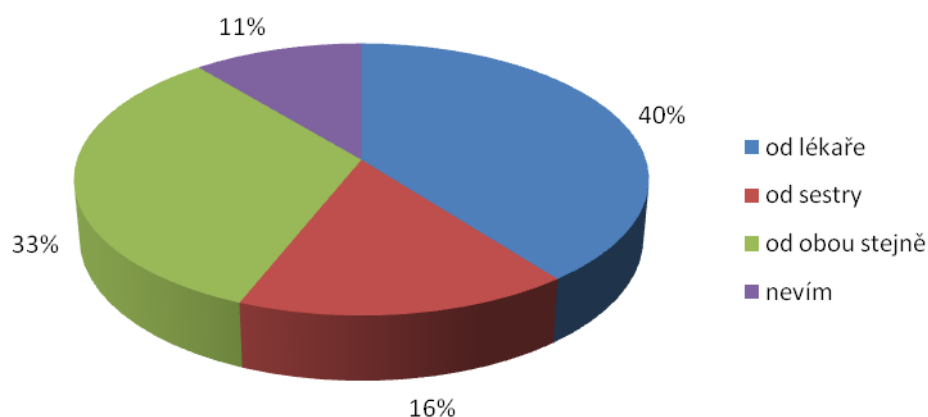
Graf 17 ukazuje, že 46 pacientů (51%) uvedlo odpověď spíše ano, 35 pacientů (38%) odpověď ano, 6 pacientů (7%) uvedlo odpověď ne a 4 pacienti (4%) udávají, že spíše ne.

Graf 18 Dostal pacient dostatek informací o vyšetření



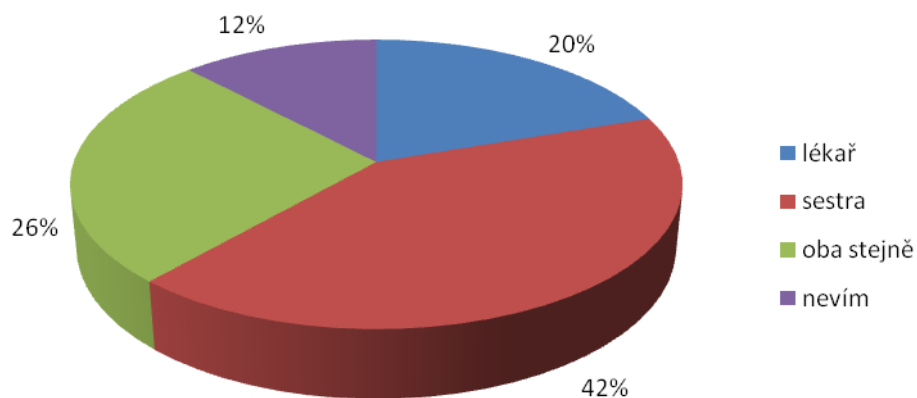
Graf 18 nám dokazuje, že 59 pacientů (65%) na tuto otázku odpověděli ano, 29 pacientů (32%) odpovědělo, že spíše ano, 2 pacienti (2%), že spíše ne a 1 pacient (1%) odpověděl, že ne.

Graf 19 Více informací o komplikacích pacient obdržel od?



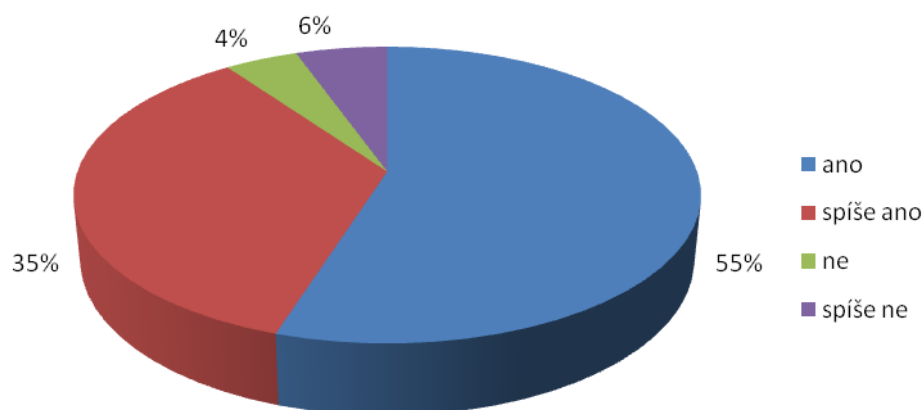
Graf 19 udává, že 36 pacientů (40%) získalo nejvíce informací o komplikacích od lékaře, 30 pacientů (33%) získalo stejné množství informací jak od sestry, tak od lékaře, sestru uvedlo v dotazníku pouze 15 pacientů (16%), 10 pacientů (11%) uvedlo, že to neumí posoudit.

Graf 20 Kdo s pacientem komunikoval více v průběhu vyšetření?



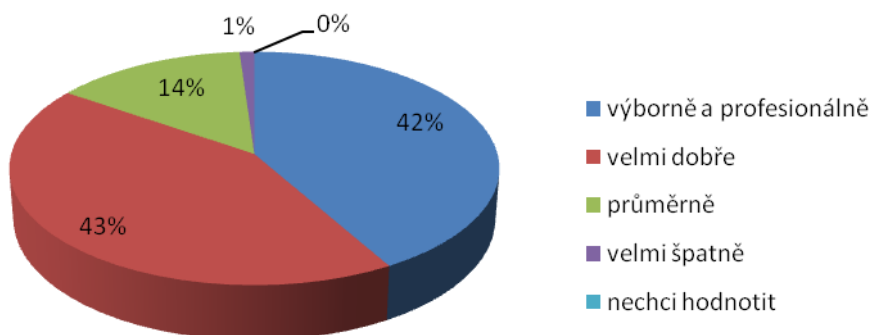
Graf 20 ukazuje, že nejvíce s pacienty v průběhu vyšetření komunikuje sestra, 38 pacientů (42%), lékaře označilo 18 pacientů (20%), 24 pacientů (26%) vnímalo komunikaci se sestrou i lékařem na stejné úrovni a 11 pacientů (12%) nevědělo, kdo s nimi komunikoval více.

Graf 21 Komunikovala s pacientem zdravotní sestra během výkonu?



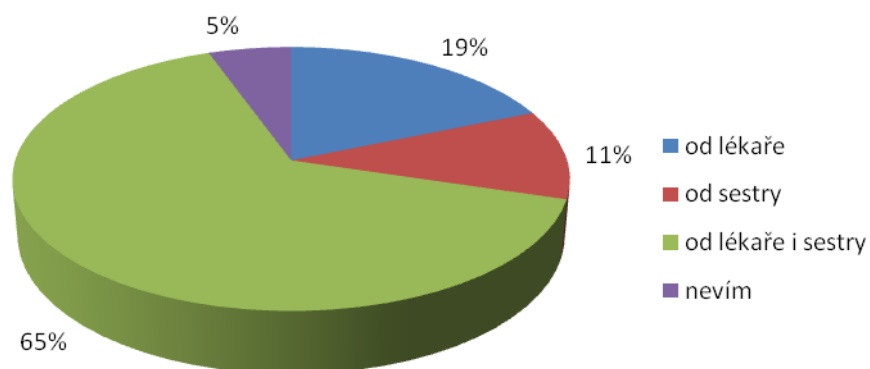
Z grafu 21 vyplývá, že s 51 pacienty (56%) komunikovala sestra během výkonu, 32 pacientů (35%) spíše souhlasilo, 5 pacientů (5%) označilo odpověď, že s nimi sestra spíše nekomunikovala a 3 pacienti (4%) odpověděli, že s nimi sestra nekomunikovala.

Graf 22 Jak na pacienty působil kontakt se zdravotní sestrou během výkonu



. Jak vyplývá z grafu 22, že 39 pacientů (43%) vnímalo kontakt se zdravotní sestrou jako velmi dobrý, 38 pacientů (42%) uvedlo kontakt se zdravotní sestrou jako výborný a profesionální, 13 pacientů (14%) označilo odpověď průměrně a na 1 pacienta (1%) působil kontakt se sestrou velmi špatně.

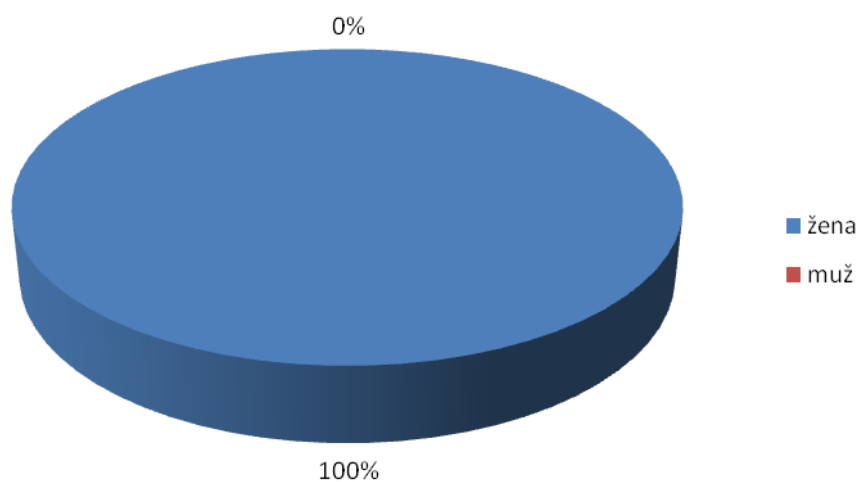
Graf 23 Informace, jak se má pacient chovat po vyšetření, získal od:



Z grafu 23 vyplývá, že 59 pacientů (65%) informace o chování po vyšetření získalo od lékaře i sestry zároveň, 17 pacientů (19%) získalo informace pouze od lékaře, 10 pacientů (11 %) pouze od sestry, 5 pacientů (5%) neví.

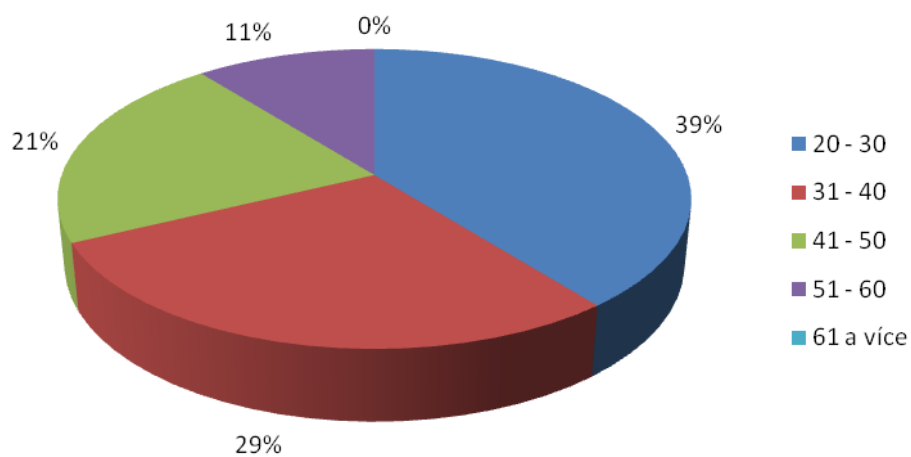
4.1.2 Dotazník určený sestřám

Graf 24 Pohlaví respondentů



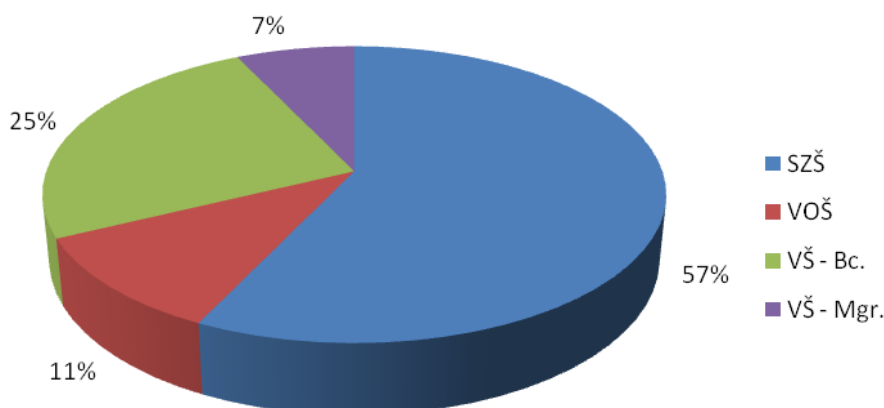
Graf 24 ukazuje, že všech 28 respondentů (100%) jsou ženského pohlaví.

Graf 25 Věk zdravotních sester



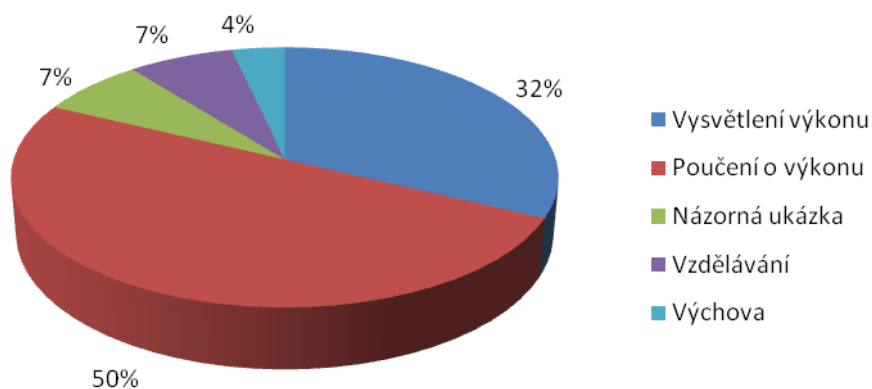
Z celkového počtu 28 (100%) sester, je 11 sester ve věkovém rozmezí 20 – 30 let (39%), ve věku 31 – 40 let se nacházelo 8 sester (29%), 6 sester ve věku 41 -50 let (21%) a 3 ve věku od 51 do 60 let (11%).

Graf 26 Nejvyšší dosažené vzdělání zdravotních sester



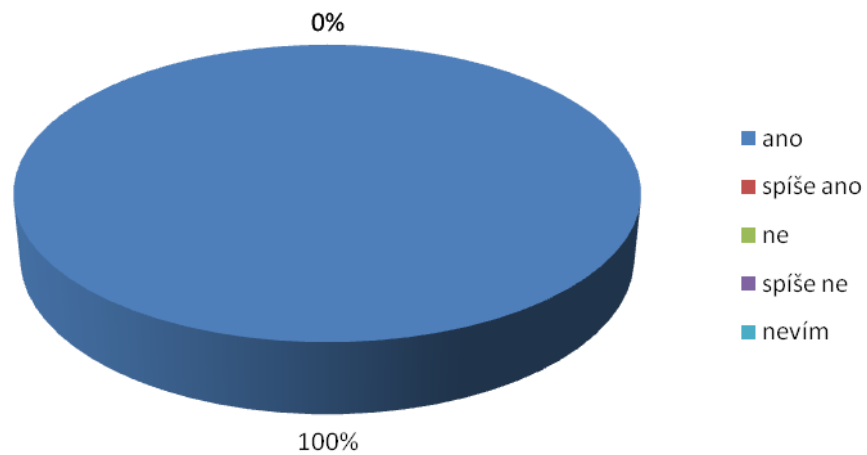
Z celkového počtu 28 (100%) sester, 16 sester dokončilo střední zdravotní školu (57%), vysokoškolské vzdělání zakončené titulem bakalář zvolilo 7 sester (25%). Vyšší odbornou školu úspěšně dokončily 3 sestry (11%) a vysokou školu zakončenou titulem Mgr. 2 sestry (7%).

Graf 27 Pojem edukace



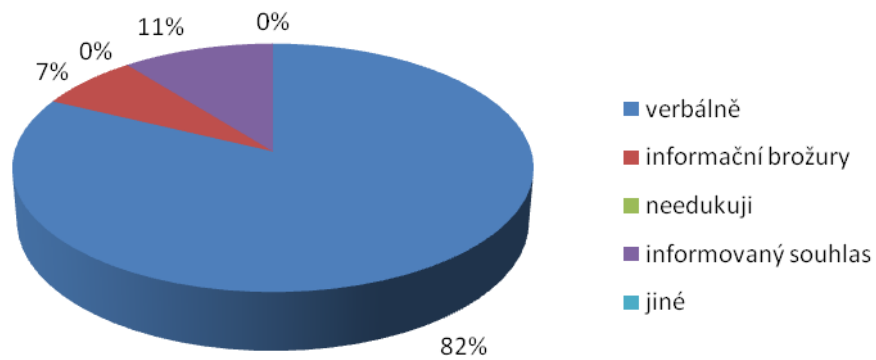
U grafu 27 nejčastější odpovědí bylo, že edukací sestry rozumí poučení o výkonu, 14 sester (50%), 9 sester (32%) uvedlo vysvětlení o výkonu, 2 sestry (7%) uvedly názornou ukázkou, 2 sestry vzdělání (7%) a 1 sestru (4%) výchovu.

Graf 28 Edukace jako součást ošetrovatelské péče



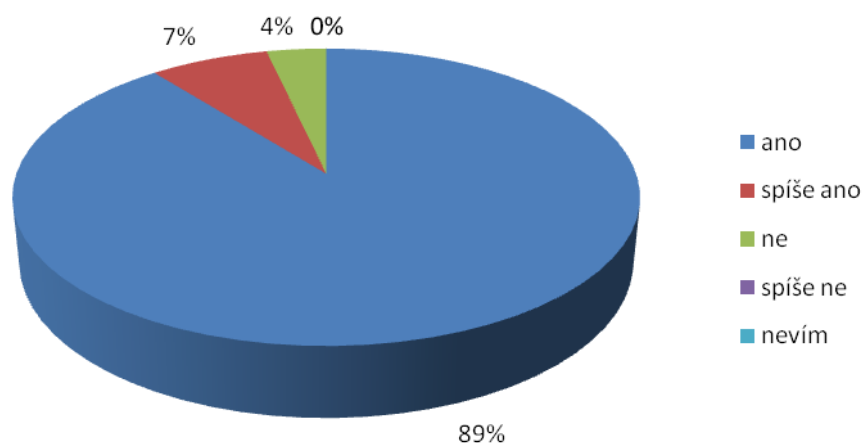
Z celkového počtu 28 (100%) sester všechny sestry (100%) vnímají edukaci jako součást ošetrovatelské péče

Graf 29 Nejčastější forma edukace



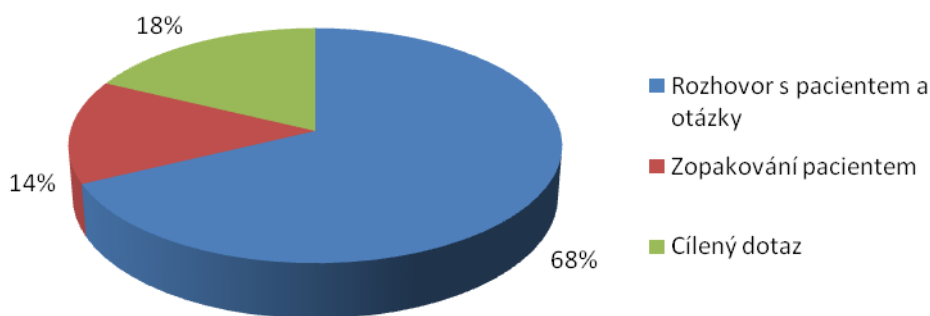
Z celkového počtu 28 (100%) sester verbálně edukuje 23 sestry (82%), 3 sestry (11%) pomocí informovaného souhlasu a 2 sestry (7%) k edukaci využívají informační brožury.

Graf 30 Zpětné ověřování informací



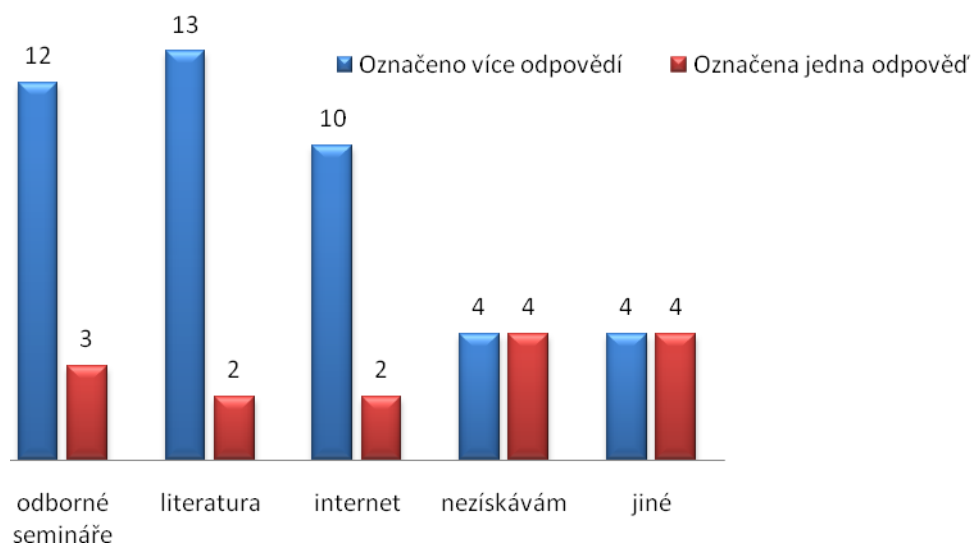
Z celkového počtu 28 (100%) sester si 25 sester (89%) ověřuje, že pacient informacím rozuměl, 2 sestry (7%) uvádějí, že spíše ano a 1 sestra (4%) si neověřuje, zda pacient informacím o zákroku rozuměl.

Graf 31 Způsob jakým si sestry ověřují zda pacient chápe informace



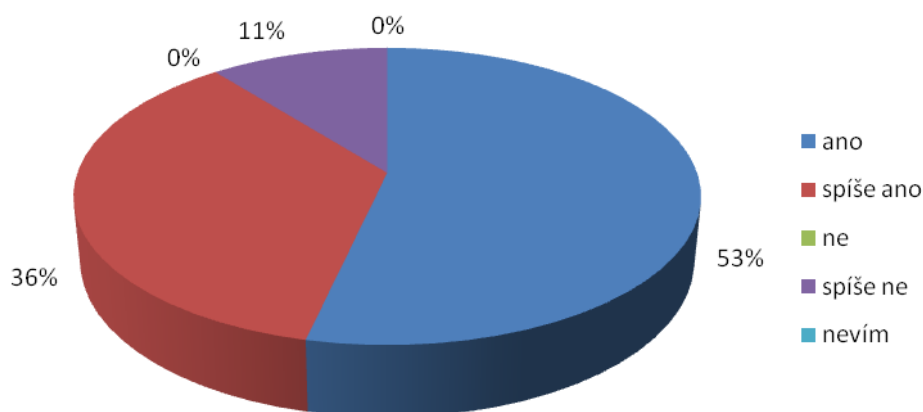
Z celkového počtu 28 (100%) sester využívá 19 sester (68%) k ověření přímý rozhovor s pacientem doplněný o otázky, 5 sester (18%) využívá cílený dotaz a 4 sestry (14%) si nechají předané informace zopakovat pacientem.

Graf 32 Získávání informací o zákroku



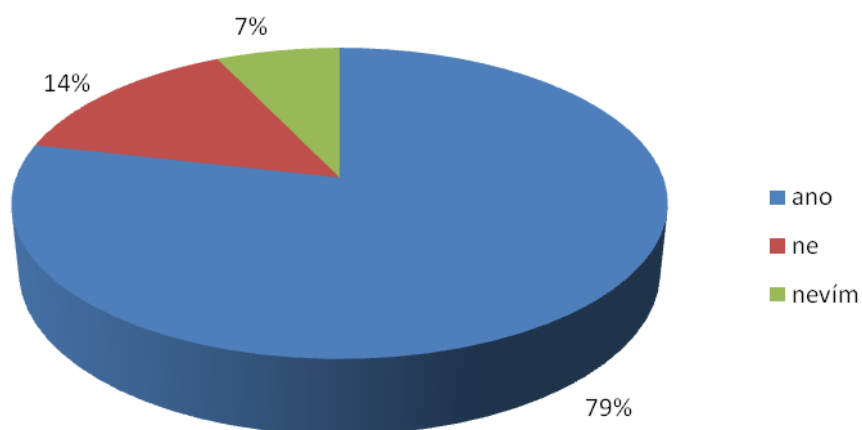
Graf 32 ukazuje, že v této otázce měly sestry možnost zvolit více odpovědí. Červené sloupce ukazují počet odpovědí při zvolení pouze jedné možnosti. Modré sloupce berou v potaz i sestry, které zaškrtnly více možností. Sestry nejčastěji využívají ke své edukaci odbornou literaturu (13 dotázaných), účast na odborných seminářích (12 dotázaných) a také internet (10 dotázaných). Celkem 4 sestry informace nezískávají a zbylé 4 využívají jiné formy získávání informací.

Graf 33 Čas k provádění edukace



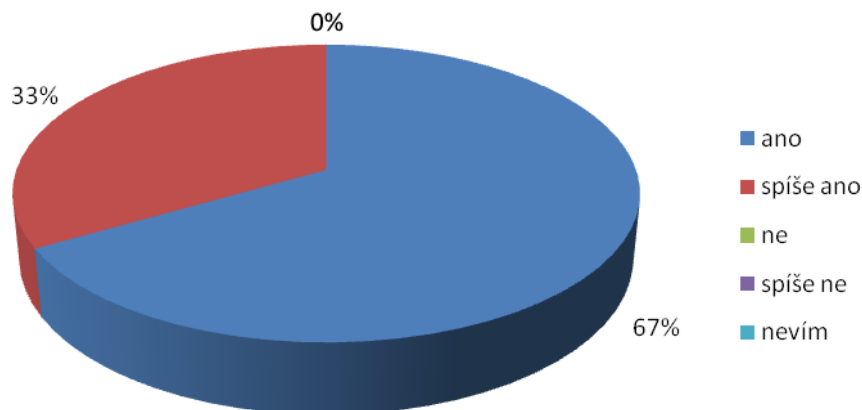
Graf 33 vypovídá o tom, že 15 sester (53%) má čas na provádění edukace, 10 sester (36%) spíše ano a 3 sestry (11%) spíše čas nemají.

Graf 34 Edukační materiál na oddělení



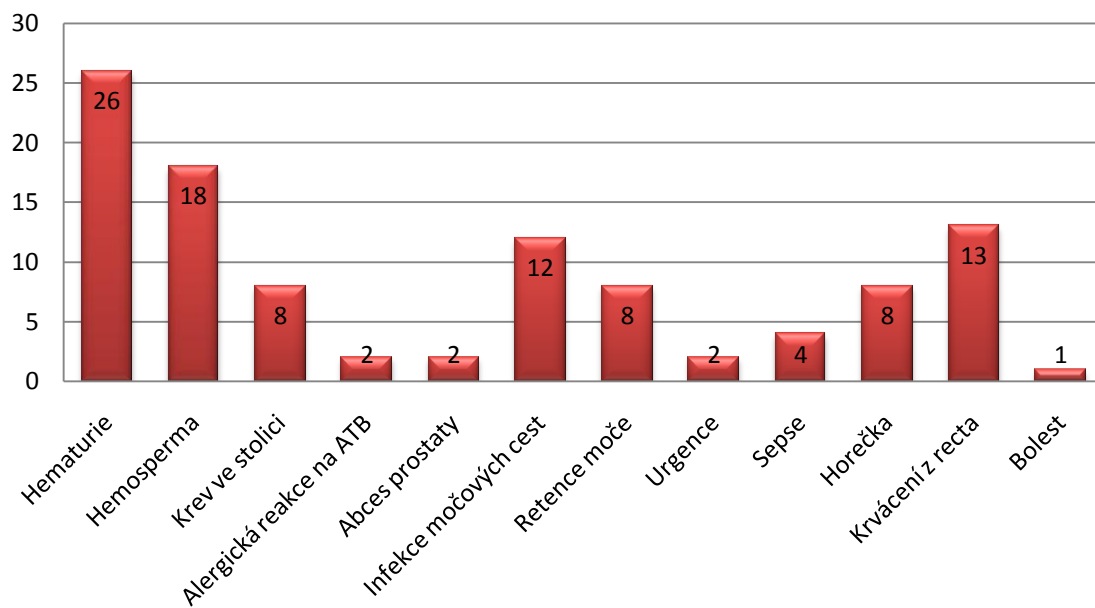
Graf 34 ukazuje, že 22 sester (79%) na oddělení má edukační materiály, 4 sestry (14%) edukační materiál nemají a 2 sestry (7%) neví zda mají na oddělení nějaké materiály týkající se tohoto vyšetření.

Graf 35 Edukační materiál



Graf 35 ukazuje, že 6 sester (100%) v předchozí otázce odpovědělo, že na oddělení žádný edukační materiál nemají. Z toho 4 sestry (67%) by edukační materiál uvítaly a 2 sestry (33%) by edukační materiál spíše uvítaly.

Graf 36 Znalost komplikací po vyšetření



Graf 35 udává nejčastí komplikace po vyšetření: hematurie 26 odpovědí sester hemosperma (18), krvácení z recta (13) a infekce močových cest (12). Dále sestry uváděly krev ve stolici (8), horečka (8), sepse (4), bolest (1), urgence (2), alergická reakce na ATB (2) a abces prostaty (2).

5 Diskuze

Téma bakalářské práce je: Úloha sestry při transrektální biopsii prostaty. Praktická část práce využívá kvantitativního šetření pomocí dotazníků. Dotazníky byly určeny pacientům podstupujícím transrektální biopsii prostaty a sestřám, které tyto pacienty ošetřují. Výzkumné šetření bylo provedeno na Urologickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. a Nemocnice Písek, a.s..

V kvantitativní části výzkumného šetření byly stanoveny hypotézy: H1 Pacienti dostávají před vyšetřením více informací od sestry než od lékaře; H2 Sestry mají dostatečný prostor pro provádění edukace; H3 Sestry mají dostatečné informace o transrektální biopsii.

V dotazníku určeném pro pacienty (Příloha 1) byly úvodní otázky zaměřeny na charakteristiku zkoumaného souboru. Výzkumného šetření se účastnilo 91 pacientů. Graf 1 nám ukazuje věkové rozpětí respondentů ve výzkumném souboru. Nejvíce respondentů bylo ve věkovém rozmezí 50-69 let (80%, 36). Jak uvádějí Čapoun a Hanuš (8), průměrný věk v době diagnózy karcinomu prostaty je 67 let, což odpovídá i věkovému rozpětí našich respondentů.

Graf 2 znázorňuje rodinný stav respondentů. Nejvíce pacientů bylo ženatých 45% (41), poté následovali rozvedení 23% a 18% vdovců. Další otázka je zaměřena na bydliště pacientů, kdy nejvíce pacientů žije na vesnici 56% a nejméně ve městě 44% (graf 3). V otázce čtvrté jsme zjišťovali nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Nejpočetnější skupinou jsou respondenti se vzděláním, zakončeném maturitou 44%, dále vyučení bez maturity 26%, vysokoškolské vzdělání 23% a základní vzdělání bez vyučení má 8% (graf 4). Graf 5 ukazuje pravidelné kontroly respondentů u urologa, kdy 69% (63) pacientů chodí na pravidelné kontroly ke svému urologovi a 31% pacientů na pravidelné kontroly nechodí. Vysoký počet pacientů, kteří pravidelně navštěvují svého urologa je potěšující, protože pravidelné kontroly hladiny PSA v krvi a vyšetření prostaty per rektum jsou důležité pro objevení se prvních známek podezření na karcinom prostaty. Zvýšená hladina PSA a „podezřelý“ palpační nález na prostatě jsou vždy signálem k provedení biopsie prostaty. Jak uvádí Fiala, Zát'ura a Ženíšek (6) ve své publikaci, je důležité diagnostikovat karcinom prostaty v co nejčasnějším stadiu, aby mohla být co nejdříve zahájena účinná léčba.

První hypotéza zněla, zda pacienti dostávají před vyšetřením více informací od sestry než od lékaře. V rámci kvantitativního šetření v dotazníku respondenti

odpovídali na několik otázek k ověření této hypotézy. Výsledky dotazníku ukazují, že na ambulanci dostalo 47% pacientů více informací před vyšetřením od lékaře, 28% pacientů uvedlo, že dostalo stejně informací jak od lékaře tak sestry, 13% pacientů udává, že více informací získali od sestry a 12% pacientů neví, od koho získali více informací (graf 7). Podobné výsledky udávají i pacienti po vyšetření. V průběhu hospitalizace v nemocnici 48% pacientů dostalo více informací před vyšetřením od lékaře, 31% pacientů dostalo stejné množství informací od sestry i lékaře, 12% pacientů nedokázalo tuto otázku posoudit a pouze 9% pacientů získalo více informací před vyšetřením od sestry (graf 14). Pacienti dále měli možnost zhodnotit, zda při hospitalizaci, v nemocnici obdrželi dostatek informací o možných komplikacích, které mohou po výkonu nastat. 65% pacientů uvedlo, že dostalo v nemocnici dostatek informací o možných komplikacích, 32 % pacientů uvedlo, že spíše ano, pouze 2% pacientů uvedlo, že spíše ne a 1% pacientů uvedlo, že dostatek informací nedostalo (graf 18). V grafu 19 můžeme vidět, od koho v nemocnici dostali pacienti více informací o možných komplikacích. Nejvíce informací pacienti obdrželi od lékaře (40 %), celkem 33% pacientů vnímalo množství informací získané od lékaře i od sestry stejně, sestru uvedlo v dotazníku pouze 16% pacientů a zbylých 11% pacientů uvedlo, že tuto otázku neumí posoudit. Pacienti dále posuzovali, kdo jim poskytl více informací o tom, jak se mají chovat po vyšetření. Zde 65 % pacientů uvádí, že stejné množství informací jim poskytl lékař i sestra, 19% pacientů označilo pouze lékaře, 11 % sestru a 5% pacientů uvedlo, že neví. Na základě výše uvedených výsledků lze vyslovit závěr, že hypotéza 1 „Pacienti dostávají před vyšetřením více informací od sestry než od lékaře” se nepotvrdila.

V dotazníku určeném pro sestry (Příloha 2) jsou úvodní otázky zaměřeny na charakteristiku zkoumaného souboru. Výzkumného šetření se účastnilo 28 respondentů, všichni respondenti byly ženy (100%), graf 24. Sestry byly ve věku 20-30 let (39%), 31-40 let (29%), 41-50 let (21%), 51-60 let (11%) a ve věku 61 let a více se nenacházela žádná sestra (0%). Nejvíce sester se nacházelo ve věkovém rozmezí 21-40 let (68%), graf 25. Další otázka byla zaměřena na nejvyšší dosažené vzdělání sester, 57% sester dokončilo střední zdravotnickou školu, 25% sester má vysokoškolské vzdělání zakončené titulem bakalář, 11% sester má Vyšší odbornou školu a vysokou školu se získaným titulem Mgr. má 7% sester.

Druhá hypotéza se týkala sester a jejich času pro provádění edukace. Byla stanovena hypotéza 2 „Sestry mají dostatečný prostor pro provádění edukace“. V rámci kvantitativního šetření v dotazníku, pacienti i sestry odpovídali na několik otázek k ověření této hypotézy. Nejprve jsme se zaměřili na to, co si sestry představují pod pojmem edukace. 50% sester si pod pojmem edukace představuje poučení o výkonu, 32% sester pojem edukace chápe jako vysvětlení výkonu, jako názornou ukázkou a vzdělání si edukaci představuje 7% sester a 4% sester uvádí výchovu, graf 27. Též jsme se ptali, jestli sestry vnímají edukaci jako součást ošetrovatelské péče a vyšla nám jednoznačná odpověď, kdy všechny sestry (100%) vnímají edukaci jako součást ošetrovatelské péče, graf 28. To je výborné zjištění, protože jak uvádí Juřeníková ve své publikaci (39), úkolem každé sestry je umožnit pacientovi získávání nových informací, dovedností a návyků, které mu pomůžou obnovit jeho zdraví. Z tohoto důvodu je edukace nedílnou součástí ošetrovatelského procesu. Sestry jsme se dotazovali, zda mají dostatečné množství času a prostoru na edukaci pacienta. Graf 38 vypovídá o tom, že 53% sester má čas na edukaci, 36% sester si myslí, že spíše mají čas a 11% sester uvádí, že spíše čas na edukaci nemají. Na času vyhrazenými sestrami pro edukaci též závisí, jakým způsobem sestry edukují pacienty před transrektální ultrasonografií s biopsií prostaty. Sestry nejčastěji uvedly, že informace předávají prostřednictvím verbální edukace (82%), informovaného souhlasu (11%) a informační brožury (7%), graf 29. Jak je možno vidět, téměř většina sester uvedla možnost verbální edukace, která mezi těmito odpověďmi je nejvíce časově náročná. Dále 89% sester uvedlo, že si zpětně ověřuje, zda pacient všem informacím rozuměl, 7% sester si spíše ověřuje, zda pacient všemu rozuměl a pouze 4% sester si zpětně nic neověřuje, graf 30. Graf 31 ukazuje, jakým způsobem si sestry ověřují, že pacient chápe všechny informace. 68% sester využívá k ověření přímý rozhovor s pacientem doplněný o otázky, 18% sester využívá cílený dotaz a 14 % sester si nechá předané informace zopakovat pacientem, graf 31.

Juřeníková se ve své publikaci (39) též zmiňuje o zásadách zpětné vazby (feedbacku), kde uvádí, že edukátor by měl po celou dobu edukace kladením vhodných otázek zjišťovat, zda edukant předkládaným informacím rozumí, pamatuje si je a umí je využít při praktických činnostech. Graf 17 nám ukazuje, jaký názor měli pacienti na to, jestli na ně sestra v nemocnici má dostatek času, při poskytování informací před tímto vyšetřením. 51% pacientů uvedlo, že spíše ano, 38% pacientů uvedlo, že ano, 7% uvádí,

že ne a 4% pacientů uvedlo, že spíše ne. S tím kolik má sestra času pro edukaci také souvisí, jaké informace podává-jestli jsou informace dostatečné a srozumitelné. Pacienti hodnotili, jestli informace získané před vyšetřením od zdravotních sester v nemocnici nebo na ambulanci byly dostatečné a srozumitelné. Graf 10 nám zobrazuje, že pro 48% pacientů, byly informace získané od ambulantní sestry dostatečné srozumitelné, 43% pacientů udává odpověď, že spíše ano, 7% uvádí, že informace nebyly dostatečné a srozumitelné a pouze pro 2% byly informace spíše nesrozumitelné. Graf 16 ukazuje podobné výsledky, kdy 58% pacientů hodnotilo informace od zdravotních sester v nemocnici jako naprosto dostatečné a srozumitelné, 36% pacientů připadali informace spíše jako srozumitelné, 5% uvedlo, že informace spíše nebyly srozumitelné a pouze 1% pacientů informace nepřipadali dostatečné a srozumitelné. Pacienti dále mohli zhodnotit, zda dostali dostatek informací před provedenou transrektální biopsií prostaty od zdravotní sestry u jejich ambulantního urologa. 67% pacientů dostalo dostatek informací, 20% pacientů informace dostalo, ale v omezeném množství, 10% pacientů uvedlo, že nežádali žádné informace, 2% pacientů se informovali sami a pouze 1% pacientů uvedlo, že informace nedostali, ačkoliv o to žádali, graf 8. Workman (40) uvádí, že s pacientem je třeba před jakýmkoliv zákrokem mluvit, podat mu vhodné množství informací, dát písemné informace o plánovaném zákroku, aby si vše mohl prostudovat a připravit si případné další otázky. Informování pacienta před zákrokem zmírňuje jeho úzkost. Na základě těchto výsledků můžeme konstatovat, že hypotéza 2 „Sestry mají dostatečný prostor pro provádění edukace” se potvrdila.

Třetí hypotéza se týkala sester a jejich informací o transrektální biopsii. Byla stanovena hypotéza 3 „Sestry mají dostatečné informace o transrektální biopsii“. V rámci kvantitativního šetření v dotazníku, sestry odpovídaly na několik otázek k ověření této hypotézy. Nejprve jsme se sester ptali, jakým způsobem získávají informace o transrektální biopsii prostaty. Graf 32 ukazuje, že v této otázce měly sestry možnost zvolit více odpovědí. Sestry nejčastěji využívají ke své edukaci odbornou literaturu (13 dotázaných), účast na odborných seminářích (12 dotázaných) a také internet (10 dotázaných). Celkem 4 sestry informace nezískávají a zbylé 4 využívají jiné formy získávání informací. Abychom zjistili i odborné znalosti sester, položily jsme jim otázku, jaké komplikace může mít pacient po tomto vyšetření. Jak ukazuje graf 35, nejčastější odpovědí se stala hematurie (26 odpovědí). Dalšími často zmiňovanými komplikacemi byla přítomnost krve ve spermatu (18), krvácení z recta (13) a infekce

močových cest (12). Dále byly také zmíněny komplikace: krev ve stolici (8), horečka (8), sepse (4), bolest (1), urgence (2), alergická reakce na ATB (2) a abces prostaty (2). Všechny komplikace, které sestry uvedly ve svých odpovědích uvádí i Pacík (19, 34) ve svých publikacích, z čehož nám vyplývá, že se sestry sami aktivně snaží získávat informace, které dále poskytují pacientům. Na základě těchto výsledků můžeme konstatovat, že hypotéza 3 „Sestry mají dostatečné informace o transrektální biopsii ” se potvrdila.

6 Závěr

Předmětem výzkumného šetření bylo zmapovat úlohu sestry při transrektální biopsii prostaty. Karcinom prostaty je jedním z největších zdravotních problémů naší populace a jeho výskyt se neustále zvyšuje. Jednou z nejlepších diagnostických metod karcinomu prostaty je v dnešní době transrektální biopsie prostaty. Významnou úlohu před tímto vyšetřením, během něj, ale i po něm zaujímá sestra, která nejen že odpovídá pacientovi na otázky týkající se TRUS, snaží se ho psychicky povzbudit, ale také pacienta na samotný výkon připravuje a pečuje o něj po výkonu. Proto je důležité, aby ona sama měla dostatek času na edukaci, potřebné množství informací a materiálů k tomuto vyšetření.

Na základě cíle byly stanoveny tři hypotézy. První hypotéza „Pacienti dostávají před vyšetřením více informací od sestry než od lékaře“, se nepotvrdila. Z výsledků dotazníku jsme zjistili, že pacienti jak na ambulanci, tak v nemocnici dostávají více informací před transrektální biopsií prostaty od lékaře. Druhá hypotéza „Sestry mají dostatečný prostor pro provádění edukace“, se potvrdila. Tuto hypotézu potvrdily jednak sestry, které uvedly, že čas a prostor na edukaci pacienta mají, a jednak pacienti, kteří potvrdili, že sestra na ně měla dostatek času při podávání informací před vyšetřením. Všechny sestry vnímají edukaci jako součást ošetrovatelské péče. Třetí hypotéza „Sestry mají dostatečné informace o transrektální biopsii“, se potvrdila. Sestry se sami aktivně vzdělávají pomocí odborné literatury, odborných seminářů nebo internetu, aby mohly pacienty lépe informovat před tímto vyšetřením.

Výsledky výzkumného šetření pomohly zmapovat působení sestry při transrektální biopsii prostaty, vytvořit standardní ošetrovatelský postup pro sestry (příloha 3) a informační brožuru pro pacienty podstupující transrektální biopsii prostaty.

7 Seznam použitých zdrojů

- 1) DVORÁČEK, Jan a Marek BABJUK et al. *Onkourologie*. 1. vyd. Praha: Galen, 2005. 589 s. ISBN 80-7262-349-4.
- 2) BABJUK, M., M. MATOUŠKOVÁ a J. NOVÁK. *Doporučené diagnostické a léčebné postupy u urologických nádorů*. 1.vyd. Praha: Galen, 2003. 95 s. ISBN 80-7262-233-1.
- 3) MAČÁK, Jiří a Jana MAČÁKOVÁ. *Patologie*. 1.vyd. Praha: Grada, 2004. 348 s. ISBN 80-247-0785-3.
- 4) MAŠEK, Ladislav a Lubomír HYRŠL. Aktivní sledování karcinomu prostaty s nízkým rizikem – současný pohled. *Urologie pro praxi*. 2010, roč. 11, č. 5, s. 262-265. ISSN 1213-1768.
- 5) STANÍK, Michal. Diagnostika a léčba karcinomu prostaty ve stáří. *Česká geriatrická revue*. 2007, roč. 5, č. 4, s. 202-210. ISSN 1214-0732.
- 6) FIALA, R., F. ZÁŤURA, a J. ŽENÍŠEK. *Adenokarcinom prostaty od PSA k terapii*. 1. vyd. Praha: StudiaGeo, 2001. 213 s. ISBN 80-2392-095-2.
- 7) LUKEŠ, Martin. Karcinom prostaty. In: *Urologie pro studenty*. [online]. Androgeos, (2011). Verze 2.0 (2011). ISBN 978-80-254-1859-8. [cit. 2011-12-22]. Dostupné z: <http://www.urologieprostudenty.cz/uploads/pdf/karcinom-prostaty.pdf>
- 8) ČAPOUN, Otakar a Tomáš HANUŠ. Konzervativní postupy u karcinomu prostaty. *Postgraduální medicína*. 2011, roč. 13, č. 1, s. 36-41. ISSN 1212-41-84.
- 9) ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 2*. 2. vyd. Praha: Grada, 2002. 488 s. ISBN 80-247-0143-X.
- 10) DYLEVSKÝ, Ivan. *Základy funkční anatomie*. 1. vyd. Olomouc: Poznání, 2011. 332 s. ISBN 978-80-87419-06-9.

- 11) DYLEVSKÝ, Ivan. *Funkční anatomie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 544 s. ISBN 978-80-247-3240-4.
- 12) DYLEVSKÝ, Ivan. *Základy anatomie* 1. vyd. Praha: Triton, 2006. 271 s. ISBN 80-7254-886-7.
- 13) PORŠOVÁ-DUTOIT, Irena. *Mužský hypogonadismus*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2005. 192 s. ISBN 80-7345-035-6.
- 14) *Prostata*. [online]. [cit. 2011-10.15]. Dostupné z: <http://prostata.ordinace.biz/>
- 15) HES, O., M. MICHAL a P. MUKENŠÁBL et al. *Nádory prostaty*. [online]. [cit. 2011-12-04]. Dostupné z: <http://www.prostata.nadory.cz/d1.html>
- 16) *Rizikové faktory*. [online]. [cit. 2011-12-20]. Dostupné z: http://www.androgeos.cz/cs_CZ/rizikove-faktory-nador-prostaty
- 17) PACÍK, Dalibor. *Onemocnění prostaty. Současná klinická praxe. Supplementum*. 2005, Brno: Medica, č. 2, 39 s. ISSN 1213-7790.
- 18) SEDLÁČKOVÁ, Helena. *Nádorová onemocnění prostaty*. [online]. 3.12.2010 [cit. 2011-12-23]. Dostupné z: <http://www.prevencenadoru.cz/cz/nadorova-onemocneni/-prostaty/article.html?id=497>
- 19) PACÍK, Dalibor. *Onemocnění prostaty. Příručka pro praktického lékaře*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta a.s., 2006. 48 s. ISBN 80-204-1561-0.
- 20) BABJUK, M., M. MATOUŠKOVÁ, J. FÍNEK, L. PETRUŽELKA et al. *Konsenzuální doporučené postupy v uroonkologii*. 1. vyd. Praha: Galen, 2009. 126 s. ISBN 978-80-7262-639-7.

- 21) PACÍK, D., J. HERÁČEK, M. URBAN a L. ZÁMEČNÍK. Problematika stárnoucího muže. *Současná klinická praxe, Supplementum*. 2005, Brno: Medica, č. 1, 43 s. ISSN 1213-7790.
- 22) HANUŠ, Miroslav a Michaela MATOUŠKOVÁ. *Prostata: Problém nejen mužské populace*. 1.vyd. Praha: Jalna, 1995. 79 s. ISBN 80-901743-0-2.
- 23) *Vyšetření při karcinomu prostaty*. [online]. [cit. 2011-12-26]. Dostupné z: <http://www.mojeprostate.cz/zhoubnezvetseni/vysetreni>
- 24) HERÁČEK Jiří a Michael URBAN et al. Nádory prostaty. In: *Urologie pro studenty*. [online]. Androgeos, (2011). Verze 2.0 (2011). ISBN 978-80-254-1859-8. [cit. 2011-12-03]. Dostupné z: <http://www.urologieprostudenty.cz/nadory-prostaty>
- 25) KOLOMBO, Ivan , et al. Prostatický specifický antigen (PSA) a digitální rektální vyšetření (DRE) v diagnostice karcinomu prostaty. *Urologie pro praxi*. 2008, roč. 9, č. 2, s. 83-88. ISSN 1213-1768.
- 26) HERBER, Otto et al. *Onemocnění prostaty: Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. 1. vyd. Praha: SVL ČLS JEP, 2005, 14 s. ISBN 80-86998-06-1.
- 27) KAPLAN, O., K. BELEJ, O. KÖHLER. Současné trendy diagnostiky karcinomu prostaty. *Onkologie*. 2010, roč. 4, č. 2, s. 68-71. ISSN 1210-0404.
- 28) BALÍK, Michal a Miloš BROŽÁK. Lokalizovaný karcinom prostaty-diagnostika a léčba. *Urologie pro praxi*. 2011, roč. 12, č. 2, s. 105-110. ISSN 1213-1768.
- 29) STÁHALOVÁ, Vladimíra. *Rakovina prostaty*. [online]. [cit 2012-04-13]. Dostupné z: http://www.lpr.cz/index.php/ke-stazeni/doc_download/95-rakovina-prostaty
- 30)BELEJ, Kamil. Transrektální biopsie v diagnostice karcinomu prostaty. *Urologie pro praxi*. 2009, roč. 10, č. 5, s. 287-293. ISSN 1213-1768.

- 31) BELEJ, Kamil. Screening karcinomu prostaty. *Onkologie*. 2009, roč. 3, č. 6, s. 351-356. ISSN 1210-0404.
- 32) ČERMÁK, Aleš a Dalibor PACÍK. Transrektální ultrazvukem vedené biopsie prostaty. *Urol list*. 2007, roč. 5, č. 4, s. 22-29. ISSN 1214-2085.
- 33) SOCHOROVÁ, Nataša a Božena MIŠURDOVÁ. Asistence sestry při biopsii prostaty. *Urologie pro praxi*. 2010, roč. 11, č. 1, s. 45-46. ISSN 1213-1768.
- 34) PACÍK, Dalibor. *Karcinom prostaty pro praktického onkologa, urologa i rodinného lékaře*. 1. vyd. Praha: We make media, 2007, 69 s. ISBN 978-80-254-0568-0.
- 35) BROŽÁK, Miloš et al. Jednodenní antibakteriální profylaxe u biopsie prostaty. *Urologie pro praxi*. 2009, roč. 10, č. 6, s. 339-340. ISSN 1213-1768.
- 36) ČECHOVÁ, Hana a Míla VOJÁČKOVÁ. Transrektální biopsie prostaty. *Sestra*, 2006, roč. 16, č. 4, s.47. ISSN 1210-0404.
- 37) KRIŠKOVÁ, Anna, et. al. Ošetrovatel'ské techniky. 2. vyd. Martin: Osveta, 2006. 780 s. ISBN 80-8063-202-2.
- 38) *Edukace*. [online]. [cit.2012-04.13]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/edukace.aspx?id=1>
- 39) JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
- 40) WORKMAN, B.A., BENNETT, C.L. *Klíčové dovednosti sester*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006. 260 s. ISBN 80-247-1714-X.

8 Klíčová slova

Karcinom prostaty

Pacient

Sestra

Transrektální biopsie prostaty

9 Přílohy

Příloha č. 1: Dotazník pro pacienty

Příloha č. 2: Dotazník pro sestry

Příloha č. 3: Standardní ošetrovatelský postup

Příloha č. 1

Dotazník pro pacienty

Vážený paciente,

chtěla bych Vás poprosit o pár minut Vašeho volného času, potřebného k vyplnění mého dotazníku, který mi pomůže ke zpracování bakalářské práce na téma Úloha sestry při transrektální biopsii prostaty.

Dotazník je anonymní, získaná data budou po grafickém zpracování sloužit výhradně pro účely uvedené bakalářské práce.

Děkuji za Váš čas při vyplňování tohoto dotazníku.

S pozdravem Dominika Hesounová, studentka ZSF JU, bakalářského programu Všeobecná sestra.

Instrukce k vyplnění dotazníku:

U každé otázky zvolte prosím pouze jednu odpověď (pokud není uvedeno jinak), kterou prosím zakroužkujete.

1) Kolik je Vám let?

- a) 30 – 39
- b) 40 – 49
- c) 50 - 59
- d) 60 – 69
- e) 70 a více

2) Jaký je Váš rodinný stav?

- a) svobodný
- b) ženatý
- c) rozvedený
- d) vdovec
- e) druh

3) Kde bydlíte?

- a) na vesnici
- b) ve městě

4) Vaše nejvyšší dosažené vzdělání je?

- a) základní bez vyučení
- b) vyučení bez maturity
- c) maturita
- d) vysokoškolské

Informace týkající se Vašeho pobytu na AMBULANCI:

5) Chodíte na pravidelné kontroly k Vašemu urologickému lékaři?

- a) ano
- b) ne

6) Od koho jste získal první informace o transrektální biopsii prostaty? (možno zaškrtnout i více odpovědí)

- a) od lékaře
- b) od sestry
- c) z dostupných letáků, brožur, odborných časopisů
- d) z internetu
- e) televize
- f) z jiného zdroje.....

7) Více informací před o transrektální biopsií prostaty jste získal od...?

- a) lékaře
- b) sestry
- c) obou stejně
- d) nevím

8) Dostal jste od zdravotní sestry Vašeho urologa dostatek informací před provedenou transrektální biopsií prostaty?

- a) ano
- b) ano, ale v omezeném množství
- c) ne, ačkoliv jsem o to žádal
- d) ne, nežádal jsem informace
- e) sám jsem se informoval prostřednictvím letáků, internetu nebo odborných článků

9) Dostal jste od Vašeho urologa nebo jeho zdravotní sestry letáky či informační brožury o transrektální biopsii prostaty?

- a) ano
- b) ano, ale musel jsem si o něj říci
- c) ne, nežádal jsem o žádný leták či informační brožury
- d) lékař v ordinaci žádné informační letáky či brožury neměl

10) Byly pro Vás informace získané před tímto vyšetřením od sestry dostatečné a srozumitelné?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne

11) Jak na Vás působí kontakt se zdravotní sestrou u Vašeho urologa?

Zapůsobil na mě:

- a) výborně a profesionálně
- b) velmi dobře
- c) průměrně
- d) velmi špatně
- e) nechci hodnotit

12) Bylo pro Vás nepříjemné zjištění, že by jste měl podstoupit transrektální biopsii prostaty?

- a) ano
- b) ne
- c) bylo mi to jedno
- d) nevím

Pokud jste na minulou otázku odpověděl ne, prosím tuto otázku nevyplňujte

13) Kdo se Vám při tomto zjištění snažil více pomoci?

- a) sestra
- b) lékař
- c) oba stejně
- d) nevím

Informace týkající se HOSPITALIZACE (pobyt v nemocnici):

14) V nemocnici jste více informací o transrektální biopsii prostaty získal od...?

- a) od lékaře
- b) od sestry
- c) obou stejně
- d) nevím

15) Byly pro Vás všechny informace získané v nemocnici od lékaře před tímto vyšetřením dostatečné a srozumitelné?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne

16) Byly pro Vás všechny informace získané od zdravotní sestry v nemocnici před tímto vyšetřením dostatečné a srozumitelné?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne

17) Měla na Vás zdravotní sestra dostatek času při poskytování informací před tímto vyšetřením?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne

18) Dostal jste v nemocnici dostatek informací o možných komplikacích, které mohou po vyšetření nastat?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne

19) Více informací o možných komplikacích, které mohou po vyšetření nastat jste získal od:

- a) lékaře
- b) sestry
- c) obou stejně
- d) nevím

20) Kdo s Vámi komunikoval více v průběhu vyšetření?

- a) lékař
- b) sestra
- c) oba stejně
- d) nevím

21) Komunikovala s Vámi zdravotní sestra během výkonu?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne

22) Jak na Vás působil kontakt se zdravotní sestrou během vyšetření? Zapůsobil na mě:

- a) výborně a profesionálně
- b) velmi dobře
- c) průměrně

- d) velmi špatně
- e) nechci hodnotit

23) Informace o tom, jak se máte chovat po vyšetření jste získal od:

- a) lékaře
- b) sestry
- c) lékaře i sestry
- d) nevím

Příloha č. 2

Dotazník pro sestry

Dobrý den,

jmenuji se Dominika Hesounová a jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty, Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, oboru všeobecná sestra.

Dovoluji si Vás požádat o vyplnění dotazníku, který je nezbytný pro výzkumnou část mé bakalářské práce na téma: **Úloha sestry při transrektální ultrasonografii a biopsii prostaty.**

Do dotazníku prosím vyplňte odpovědi, které se nejvíce shodují s Vaším názorem. Odpovědi zaškrtněte nebo doplňte svými slovy na vyznačené místo.

Děkuji Vám za Vaši ochotu a čas při vyplňování dotazníku.

1) Pohlaví

- a) žena b) muž

2) Kolik je Vám let?

- a) 20-30
b) 31-40
c) 41-50
d) 51-60
e) 61 a více

3) Vaše nejvyšší dosažené vzdělání je?

- a) SZŠ b) VOŠ
c) VŠ-Bc d) VŠ-Mgr

4) Co si představujete pod pojmem edukace?

(prosím napište Váš názor)

.....
.....
.....

5) Vnímáte edukaci jako součást ošetrovatelské péče?

- a) ano b) spíše ano
c) ne d) spíše ne e) nevím

6) Jakým způsobem edukujete pacienta před transrektální ultrasonografií s následnou biopsií prostaty?

- a) verbálně
b) informační brožury
c) needukuji
d) jiné (prosím vypište).....

7) Ověřujete si zpětně, zda pacient informacím rozuměl?

- a) ano b) spíše ano
c) ne d) spíše ne e) nevím

8) Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a kladně, uveďte, jakým způsobem si ověřujete, že pacient podaným informacím porozuměl.

.....
.....
.....

9) Jakým způsobem získáváte informace o transrektální ultrasonografii s biopsií prostaty?

- a) odborné semináře b) literatura c) internet
d) nezískávám e) jiné (prosím vypište).....

10) Máte čas a prostor na edukaci pacienta?

- a) ano b) spíše ano
c) ne d) spíše ne e) nevím

11) Máte na oddělení edukační materiál týkající se tohoto vyšetření?

- a) ano
b) ne
c) nevím

12) Pokud ne, uvítali by jste na oddělení edukační materiál na toto téma?

- a) ano b) spíše ano
c) ne d) spíše ne e) nevím

13) Jaké komplikace může mít pacient po tomto vyšetření?

(prosím vypište)

.....
.....
.....

Ještě jednou děkuji za Váš čas a spolupráci.

Dominika Hesounová

Příloha č. 3

Nemocnice XY.

STANDARD OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE č. xx**Název SOP: Standart ošetřovatelské péče u pacienta s transrektální ultrasonografií prostaty s biopsií prostaty (TRUS)**

<i>Charakteristika standardu</i>	Standardní ošetřovatelský postup
<i>Cíl standardu</i>	Sestra zná ošetřovatelský postup u pacienta s transrektální ultrasonografií prostaty s biopsií prostaty (TRUS), zná přípravu před vyšetřením, péči po, možné komplikace, umí poučit P/K
<i>Cílová skupina pacientů</i>	Standard je určen pro pacienty s indikací k TRUS vyšetření
<i>Místo použití</i>	Lůžková a ambulantní část urologického oddělení nemocnice
<i>Poskytovatelé péče, pro něž je standard závazný</i>	Všeobecné sestry, které získaly kvalifikaci dle zákona č.96/2004 Sb., ve znění novely zákona č.105/2011 Sb. Všeobecné sestry specializované v rozsahu získané specializace, Zdravotnický asistent dle zákona č. 96/2004 Sb., ve znění novely zákona č. 105/2011 sb.
<i>Odpovědnost za realizaci</i>	Vedoucí pracovníci na úseku ošetřovatelské péče
<i>Platnost standardu od:</i>	1.1.2013
<i>Frekvence kontroly</i>	1 x za 2 roky
<i>Revize standardu provedena dne:</i>	
<i>Kontrolu vykoná</i>	Manažer/ka ošetřovatelství (manažer/ka kvality ošetřovatelské péče, hlavní sestra, vrchní sestra, staniční sestra)
<i>Kontaktní osoba</i>	XX
<i>Odborný garant</i>	XY
<i>Schválil</i> Náměstek pro ošetřovatelskou péči – hlavní sestra	XX

Standardní ošetřovatelský postup č. XX

Péče o pacienta s transrektální ultrasonografií prostaty s biopsií prostaty (TRUS)

Úvod

Každý muž od 50 let věku by měl jednou ročně absolvovat vyšetření prostaty, zahrnující palpační vyšetření per rectum a odběr žilní krve ke stanovení hodnot PSA. Pokud je hladina PSA zvýšena nebo je palpační nález suspektní, indikuje urolog transrektální ultrasonografií prostaty s biopsií prostaty.

Indikace k provedení transrektální ultrasonografie prostaty s biopsií prostaty:

- Podezření na onemocnění prostaty (BHP, Ca prostaty)
- Zvýšená hladina PSA v krvi (prostatický specifický antigen)
- Měření objemu prostaty
- Hodnocení difuzních a ložiskových změn

Kontraindikace provedení transrektální ultrasonografie prostaty + biopsie prostaty:

- Porucha srážlivosti krve
- Léky ovlivňující krevní srážlivost
- Akutní nebo exacerbovaný chronický zánět ledvin, močových cest, prostaty

Definice standardu

Transrektální ultrasonografie prostaty s biopsií prostaty je invazivní sonografické vyšetření prostaty pomocí speciální sondy s následným odběrem vzorků tkáně prostaty tenkou jehlou přes stěnu konečníku pod sonografickou kontrolou v antibiotické cloně

Cíl standardu

Sestra zná ošetřovatelský postup u pacienta s transrektální ultrasonografií prostaty + biopsií prostaty (TRUS), zná přípravu pacienta před vyšetřením, péči po, možné komplikace, umí poučit pacienta o výkonu.

KRITÉRIA STRUKTURY

S1 Kompetentní osoby k výkonu:

-přípravu před vyšetřením provádí všeobecná sestra

-samotný výkon provádí lékař za asistence všeobecné sestry

Všeobecná sestra, všeobecná sestra Bc.a Mgr., Diplomované všeobecné sestry, všeobecná sestra specialista, zdravotnický asistent

S2 Pomůcky

- Yal gel, rukavice, vazelína nebo jiný lubrikant, buničitá vata, podložka, emitní miska
- Sterilní stolek: perforovaná rouška, UZ sonda, prezervativ, Mesocain gel, čtverce, dezinfekce, zavaděč punkční jehly, punkční jehla, 2 injekční jehly k nabírání vzorku, 2 páry sterilních rukavic, bioptická pistole, stojan se zkumavkami naplněnými konzervačním roztokem
- Mimo sterilní stolek: štítky s iniciálami pacienta očíslované podle vzorků, jednorázové rukavice, Mesocain gel pro vyšetření per rektum

S3 Dokumentace

Sestra zapíše ošetrovatelské činnosti do ošetrovatelské dokumentace.

Lékař do dekursu zapíše důvod vyšetření, datum vyšetření. Po vyšetření se provede záznam do dokumentace.

S4 Prostředí

- Ambulance nebo pokoj pacienta
- Urologický sálek

KRITÉRIA PROCESU

Ošetrovatelský postup

a) před výkonem

P1 Sestra podá pacientovi dostatek informací o přípravě, průběhu a ošetření po výkonu a zmírní jeho obavy.

P2 Sestra zajistí dle ordinace lékaře potřebné odběry biologického materiálu (APTT, QUICK, mikroskopické a bakteriologické vyšetření moče).

P3 Sestra zajistí přípravu pacienta před výkonem:

- dietní opatření: den před plánovaným vyšetřením jíst netučnou stravu
- pitný režim: důležitý je dostatek tekutin před vyšetřením, naplněný močový měchýř usnadní lékaři orientaci v UZ obraze
- vyprázdnění konečníku. Dle ordinace lékaře v 6.00 hod ráno aplikovat Yal gel do konečníku
- dle ordinace lékaře podat ATB – obvykle 1 tbl ciprofloxacinu ráno a večer před výkonem

P4 Sestra zajistí psychickou přípravu pacienta.

b) při / během výkonu

P5 Sestra zajistí přípravu sterilního stolu.

P6 sestra pomůže pacientovi zaujmout litotomickou polohu na vyšetřovacím stole

P7 Sestra asistuje během vyšetření lékaři a ukládá vzorky do konzervačního roztoku.

P8 Sestra po celou dobu výkonu s pacientem komunikuje, uklidňuje ho, sleduje celkový stav.

P9 Sestra v případě krvácení po výkonu asistuje lékaři při zavádění sterilní longety do stěny konečníku.

c) po výkonu

P10 sestra pomůže pacientovi při opouštění vyšetřovacího stolu

P11 sestra zajistí transport pacienta zpět na lůžkovou část oddělení

P12 Sestra kontroluje stav pacienta, sleduje močení, barvu moči a event. krvácení z konečníku, FF.

P13 Sestra zajistí klidový režim na lůžku (dobu určuje lékař).

P14 Sestra donese pacientovi snídani k lůžku.

P15 Sestra zajistí močovou láhev k kůžku pacienta.

P16 Sestra zajistí extrakci longety dle ordinace lékaře, pokud byla zavedena.

P17 Sestra zajistí úklid pomůcek.

P18 Sestra zajistí transport odebraných vzorků do laboratoře patologického oddělení

P19 Sestra provede záznam do dokumentace.

d) záznam do dokumentace

P20 Sestra zapíše hodnoty FF, čas extrakce longety.

P21 Sestra zaznamená změny týkající se stavu P/K.

Komplikace (nebývají časté)

- krvácení z konečníku
- hematurie
- hemosperma
- zimnice, třesavka, horečka
- močová infekce
- zánět prostaty

Zvláštní upozornění

- Pokud pacient krvácí z konečníku - většinou do 24 hodin krvácení samo ustane. Pokud ne, je nezbytné přivolat lékaře.
- Před odchodem do domácí péče pacienta poučíme o nutnosti dodržování klidového režimu, příjmu tekutin a možnosti objevení se některé z komplikací.

KRITÉRIA VÝSLEDKU

V1 Sestra umí připravit pacienta po psychické a fyzické stránce na TRUS.

V2 Sestra umí připravit všechny pomůcky k TRUS vyšetření.

V3 Sestra umí poučit pacienta o výkonu a režimu po TRUS.

Literatura

1. DVOŘÁČEK, J. *Urologie praktického lékaře*. 1.vyd. Praha: ISV, 2008. 291 s. ISBN 80-85-866-52-8.
2. MORÁVEK, P. *Základy urologie pro studující medicíny*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2001. 142 s. ISBN 80-246-0209-1.
3. KAWACIUK, I. *Urologie*. 1.vyd. Praha: Galén, 2009. 531s. ISBN 987-80-7262-627-7.

Zpracovala:

Hesounová Dominika

Seznam osob, které na SOP spolupracovaly