



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

**Možnosti edukace v prevenci vzniku inkontinence po  
operacích prostaty**

## **DIPLOMOVÁ PRÁCE**

**Studijní program:**

**OŠETŘOVATELSTVÍ**

**Autor:** Bc. Jana Češková

**Vedoucí práce:** PhDr. Marie Trešlová, PhD.

České Budějovice 2017

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „*Možnosti edukace v prevenci vzniku inkontinence po operacích prostaty*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě 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 diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 15. 5. 2017 .....

podpis

## **Poděkování**

Ráda bych touto cestou poděkovala své vedoucí práce paní PhDr. Marii Trešlové, PhD., za její odborné vedení, trpělivost, vstřícný přístup a poskytnutí cenných rad při psaní diplomové práce. Poděkovat chci i všem respondentům, kteří mi poskytli informace pro empirickou část práce.

# **Možnosti edukace v prevenci vzniku inkontinence po operacích prostaty**

## **Abstrakt**

Cílem práce je zajistit u pacienta bezpečný pocit v předoperační přípravě, aby následně aktivněji spolupracoval v rámci prevence inkontinence v pooperačním období. Dalším cílem práce je vytvořit edukační materiál určený pacientům s plánovanou operací prostaty.

Výzkumné šetření probíhalo kvalitativní metodou pomocí dotazování formou rozhovorů. Jedna skupina pacientů byla edukována dle zvyku oddělení a druhá skupina byla edukována pomocí brožury. Při vyhledávání respondentů byli osloveni pacienti urologické ambulance Nemocnice Písek. Analýza dat byla uskutečněna metodou kódování v ruce, která se také označuje jako metoda papír a tužka.

Výsledky lze rozdělit do čtyř oblastí podle toho, k jaké výzkumné otázce se vztahují. První část výsledků poskytla informace, že pokud je pacient subjektivně dostatečně informovaný, zajistíme si tak aktivní spolupráci v prevenci inkontinence v pooperačním období. Ve druhé otázce jsme zjišťovali, zda nedostatek informací má vliv na pocit bezpečí a jistoty. I to se potvrdilo. Třetí oblast přinesla odpověď na to, zda je pacient spokojený, pokud při příjmu pocíťuje časový tlak. Většina mužů byla nespokojena, pokud časový tlak pocíťovala. Čtvrtá oblast posuzovala vhodnost edukace pomocí brožury a dle zvyklosti oddělení v úspěšnosti preventivního opatření vzniku pooperační inkontinence. Muži, kteří využili brožuru, měli vědomosti o možné komplikaci a její prevenci.

Práce poskytuje komplexní pohled na problematiku edukace v prevenci vzniku inkontinence po operacích prostaty. Výstupem práce je informační brožura pro pacienty urologické ambulance. Výsledky výzkumného šetření slouží pro zkvalitnění edukačního procesu u pacientů přicházejících k operačnímu výkonu prostaty.

## **Klíčová slova**

Edukace; inkontinence; komplikace; ošetřovatelství; prevence; prostata

## **The possibilities of education in the prevention of incontinence after prostate surgery**

### **Abstract**

The goal of the work is to ensure a safe feeling for the patient in preoperative preparation so that it can cooperate more actively in the prevention of incontinence in the postoperative period. Another goal of the work is to create an educational material intended for patients with planned prostate surgery.

The research was carried out by a qualitative method using questioning in the form of interviews. One group of patients was educated according to the custom of the department and the other group was edited using a brochure. When searching for the respondents, patients were approached by the patients of the Písek hospital. Data analysis was carried out by the hand-coded method, also referred to as the paper and pencil method.

The results can be divided into four areas according to which research question they apply. The first part of the results provided information that if the patient is subjectively well informed, we will ensure active co-operation in the prevention of incontinence in the postoperative period. In the second question, we investigated whether the lack of information has an impact on the feeling of safety and security. This has also been confirmed. The third area gave the answer to whether the patient is satisfied if he feels time pressure during reception. The majority of men were unsatisfied with the time pressure. The fourth area assessed the suitability of education through a brochure and according to the practice of the department in the success of the preventive measure of postoperative incontinence. The men who used the brochure were aware of the possible complication and its prevention.

The work provides a comprehensive view of the issue of education in prevention of incontinence after prostate surgery. The output of this work is an information brochure for patients of the urological ambulance. Results of the research are used to improve the educational process in patients coming for surgery of the prostate.

### **Keywords**

Education; incontinence; complication; nursing; prevention; prostate

## **Obsah**

<b>ÚVOD</b> .....	<b>8</b>
<b>1 SOUČASNÝ STAV</b> .....	<b>9</b>
1.1 <i>Anatomie a patofyziologie mužského močového a pohlavního ústrojí</i> .....	9
1.2 <i>Onemocnění prostaty a následná léčba</i> .....	9
1.3 <i>Diagnostika a komplikace po operacích prostaty</i> .....	14
1.4 <i>Ošetrovatelská péče</i> .....	17
1.5 <i>Etický kodex Práva pacientů</i> .....	19
1.6 <i>Nádorová onemocnění</i> .....	19
1.7 <i>Potřeby nemocného člověka</i> .....	21
1.8 <i>Onemocnění prostaty a psychika</i> .....	22
1.9 <i>Prevence onemocnění prostaty</i> .....	24
1.10 <i>Práce sestry v edukaci</i> .....	26
<b>2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY</b> .....	<b>29</b>
2.1 <i>Cíle práce</i> .....	29
2.2 <i>Výzkumné otázky</i> .....	29
<b>3 METODIKA</b> .....	<b>30</b>
3.1 <i>Metodika výzkumu</i> .....	30
3.2 <i>Charakteristika výzkumného souboru</i> .....	31
<b>4 VÝSLEDKY</b> .....	<b>32</b>
4.1 <i>Kategorizace výsledků rozhovorů s pacienty, kterým nebyla předána brožura</i> ..	32
4.2 <i>Kategorizace výsledků rozhovorů s pacienty, kterým byla předána brožura</i> .....	36
<b>5 DISKUZE</b> .....	<b>42</b>
<b>6 ZÁVĚR</b> .....	<b>47</b>
<b>7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ</b> .....	<b>48</b>

<b>8</b>	<b>KLÍČOVÁ SLOVA.....</b>	<b>55</b>
<b>9</b>	<b>PŘÍLOHY .....</b>	<b>56</b>

## Úvod

Benigní hyperplazie prostaty (BHP) je velmi časté onemocnění mužů středního a vyššího věku. Problémy s prostatou se výrazně zvyšují s věkem. Přibližně třetina mužů ve věku nad 50 let má některé projevy spojené se zvětšením prostaty. Chirurgická léčba spočívá v odstranění prostatické tkáně otevřenou cestou nebo endoskopicky. Významnou komplikací po výkonu je inkontinence. Psychická příprava pacienta před operační léčbou prostaty probíhá ústní formou, ve většině případů s nedostatkem času bez možnosti si doplnit informace o problematice. Proto je zde významná role sestry zaměřená na edukaci o komplikacích a následně zklidnění pacienta dostatečnou informovaností, tak aby byl připraven na jejich předcházení.

Teoretická část se v úvodu zabývá onemocněním prostaty a její léčbou. Druhá část teoretické práce se zaměřuje na edukaci a prevenci možných komplikací, zejména na močovou inkontinenci a sexuální dysfunkci, vzniklých v souvislosti s operačním výkonem.

Empirická část si klade za cíl poskytnout komplexní pohled na problematiku edukace v prevenci vzniku inkontinence po operacích prostaty a zdůraznit podstatu efektivní edukace v rámci prevence.



# 1 Současný stav

## 1.1 *Anatomie a patofyziologie mužského močového a pohlavního ústrojí*

Močový měchýř je dutý svalový orgán krytý z větší části adventicií, kromě dorzální stěny do apexu, na níž je pokryt pobřišnicí (Elišková a Naňka, 2009). Měchýř je uložen v malé pánvi za stydkou sponou, od které je oddělen prostorem. Fixován je jednak spojením s prostatou, jednak vazy a svaly pánevního dna. Tvar močového měchýře závisí na náplni, věku a pohlaví. Kapacita močového měchýře je 250-300 ml, bez větších problémů ale pojme i 500 ml. Vyprázdněný močový měchýř nepřesahuje úroveň stydké spony. Na močovém měchýři můžeme rozeznat dno, tělo, apex a cervix. Dno směřuje dorzokaudálně ke konečníku a k prostatě, apex ventrokranálně k pupku. Tepenné zásobení měchýře zajišťují především arteria vesicalis superior a inferior, dále větve z arteria rectalis inferior a k přední stěně směřující větve z arteria obturatoria a arteria pudenda interna. Žíly odvádějí krev z ventrální stěny do plexu vesicalis a prostaticus a následně přes venae vesicales do vena iliaca interna.

Čihák (2013) píše, že předstojná žláza neboli prostata je svalově-žláznatý orgán, který obemyká předstojnicovou část močové trubice. Své konečné velikosti dosahuje po 20 roce a její průměrná velikost je 4 cm x 3,5 cm x 1,7-2,5 cm, váha 29-40 gramů. Je uložena asi 1 cm za stydkou sponou. Prostatu dělíme na základnu, apex, přední, zadní a dolněboční plochu. Zadní plocha je obrácena ke konečníku, od něhož je oddělena pouze pomocí fascie, a proto je per rectum dobře hmatná. Při benigní hyperplazii prostaty ve vyšším věku dochází ke zbytnění. Tepenné zásobení představují větve z arteria rectalis media a arteria vesicalis inferior dorzálně a po stranách, ventrálně jsou to větve z arteria pudenda interna. Žíly z plexus venosus prostaticus odvádějí krev do vena iliaca interna.

## 1.2 *Onemocnění prostaty a následná léčba*

Benigní hyperplazie prostaty dále BHP je nejčastějším benigním nádorem u mužů ve vyšším věku (Zeman et al., 2006). Klinický projev tohoto onemocnění

ve formě příznaků dolních cest močových zhoršuje kvalitu života pacienta. BHP je uzlovité zbytnění prostaty v periuretrální oblasti. Histologicky se prokáže asi u 50% šedesátiletých mužů a téměř u 90% osmdesátiletých mužů. Etiologie zahrnuje multifaktoriální faktory, jako jsou věk, prostatický specifický antigen (PSA), objem prostaty, které jsou příčinou vzniku tohoto onemocnění. Skupina pacientů se zvýšeným rizikem vzniku a rozvoji BHP může být definována pomocí specifických rizikových faktorů. U pacientů je vhodné začít s léčbou včas. Podle obtíží se rozeznávají tři stadia vývoje onemocnění. V prvním stadiu má nemocný typické mikční obtíže, nejvíce obtěžuje časté močení v noci, ve dne jsou potíže menší. Ve druhém stadiu se obtíže zvětšují, zvyšuje se frekvence nykturie, nemocný má pocit po vymočení neúplného vyprázdnění měchýře. Třetí stadium představuje kompletní retence moče, někdy se objevuje i ischuria paradoxa, kdy přeplněný měchýř přetéká, což se projevuje stálým odkapáváním moče. Od druhého stadia je prakticky vždy přítomná močová infekce a často nalzáme cystolitiázu – konkrementy v močovém měchýři. Přesná a včasná diagnostika vede k lepším výsledkům léčby a výběru optimálního léčebného postupu. V posledních 15 letech vedl výzkum v oblasti farmakologie k vývoji a aplikaci řady nových medikamentů, které způsobily výrazný posun v léčbě. Klasická operační léčba je stále častěji nahrazována medikamentózní terapií a vývoj zaznamenávají i minimální invazivní techniky. Cílem léčby BHP je zlepšit symptomy dolních močových cest a kvalitu života pacienta, stejně jako předcházet vzniku komplikací spojených s rozvojem BHP. Operační léčba benigní hyperplazie prostaty je indikována při výskytu těžkých symptomů, které nereagují na konzervativní léčbu.

Muži, kteří mají močové zadržení, recidivující infekce močových cest, hematurie nebo močové kameny jsou kandidáty na chirurgický zákrok. Chirurgická léčba může být provedena minimálně invazivní chirurgií, nebo prostřednictvím transuretrální chirurgie, otevřené operace, nebo pomocí laserové chirurgie. Léky nejsou efektivní pro všechny trpící tímto onemocněním. Celá řada postupů, které byly vyvinuty ke zmírnění projevů BHP, které jsou méně invazivní než tradiční chirurgie. Mikrovlny rozloží přebytek prostatické tkáně v procesu zvaném transuretrální mikrovlnná termoterapie. V průběhu výkonu, chladič systém chrání močové cesty. Procedura trvá asi hodinu

a lze ji provést ambulantně. Přestože mikrovlnné postupy nejsou léčbou BHP, snižují močové projevy dyskomfortu. Tento postup však nezpůsobuje impotenci nebo inkontinenci. Více náročná transuretrální resekce prostaty (TURP), je chirurgický zákrok používaný nejčastěji. Tkáň prostaty se odstraní za použití drátěného oka resektoskopu a elektrokauterizací skrz močovou trubici. Žádný vnější řez není nutný. Během procedury chirurg používá resektoskop, pomocí kterého odebírá tkáň jeden kus po druhém. Tkáň se dostává do močového měchýře s tekutinou a ten se vyprázdní na konci operace. Tato operace má potenciální rizika, nicméně, včetně pooperačního krvácení nebo sraženin, je v současné době nejlepším řešením BHP. Další možné komplikace jsou inkontinence, impotence a retrográdní ejakulace (Kašperková a Hušek, 2011).

V transuretrální incizi prostaty (TUIP) jsou řízené, malé řezy provedeny v hladkém svalu (Kašperková a Hušek, 2011). Žádná tkáň se neodstraní, takže tento postup je nejvíce vhodný pro muže s menšími objemy prostaty. TUIP lze provádět ambulantně a má další výhodu, že je menší riziko pooperační retrográdní ejakulace, než je spojena s TURP nebo jinými prostatektomiemi. Když je prostata velmi velká, může být použita otevřená prostatektomie. Tyto postupy jsou popsány v kapitole o karcinomu prostaty, který následuje. Chirurgické řešení je spojeno s rizikem komplikací – masivní hematurie, striktura močové trubice, vzácně inkontinence. U velkého počtu pacientů se po TURP a otevřené prostatektomii vyskytuje komplikace - retrográdní ejakulace.

V laserové chirurgii se používá cystoskop. Laserové vlákno je zavedeno přes močovou trubici do prostaty. Výhodou laserové chirurgie se snižují krevní ztráty a rychlejší doba zotavení. Tato metoda však není tak účinná pro větší rozměry prostaty (LeMone et al., 2011).

Karcinom prostaty (KP) je v současné době považován za jeden z hlavních medicínských problémů v mužské populaci. Jak uvádí Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (2015), v posledních letech došlo k významnému nárůstu incidence KP. V Evropě tvoří 11% všech karcinomů u mužů, v Evropské Unii umírá na KP 9% ze všech pacientů, kteří na karcinom umírají. 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. Pro KP (Pacík, 2006) je typický nárůst incidence s věkem, zatímco mortalita s věkem klesá. Pokles mortality ve vyšších věkových skupinách lze vysvětlit tím, že muži z těchto věkových skupin zemřou dříve na jiná přidružená onemocnění především kardiovaskulárního systému. Diagnóza KP se posunuje k nižším věkovým skupinám. Příznaky karcinomu prostaty (Kawaciuk, 1992) jsou podobné jako u benigní hyperplazie prostaty. Karcinom se projevuje dysurií, retardací startu mikce, proud mikce je chabý, odkapáváním moče, nykturií a hematurií. Občas se nádor projeví bolestmi lumbosakrální páteře, pánve nebo žeber z metastáz. Nejčastějším histologickým nálezem je adenokarcinom, tvoří více než 95%. Adenokarcinom prostaty vzniká z epitelálních buněk. Aby bylo možné hodnotit a porovnávat průběh onemocnění, výsledky léčby a stejně tak i prognózu pacientů, je nutný jednotný klasifikační systém. Pro adenokarcinom prostaty se nejčastěji užívá určování stupně histologické diference nádorů Gleasonovo skóre, a dále pak mezinárodní klasifikace TNM pro popis klinického stádia nádoru. Hlavním kritériem při stanovení léčebných postupů je rozsah nádoru (Pacík, 1996). Nejčastěji rakovina prostaty metastazuje do jater, plic a kostí. Radikální léčba neboli odstranění celé prostaty i se semennými váčky je možné pouze v počátečním stádiu nádoru. Při pokročilém stadiu je potřeba komplexní léčby, jejímž cílem je zastavení nebo zpomalení růstu nádoru. Protože karcinom prostaty reaguje na hormonální léčbu, je indikována hormonální terapie.

Léčba formou androgenní deprivace se používá k léčbě pokročilého karcinomu prostaty. Buňky v rostoucím nádoru jsou závislé na androgenu. Jsou-li zbaveny androgenu, přestanou růst nebo odumřou. Bohužel, jiným rakovinným buňkám se daří bez androgenu a nejsou ovlivněny terapií ke snížení cirkulujících androgenů. Kromě toho jsou vyvíjeny nové léky, aby blokovaly účinky mužských hormonů, a probíhá výzkum, který mix hormonů je nejlepší, v závislosti na perioperačním období, kdy je neúčinnější. Food and Drug Administration (FDA) schválil degarelixum, který snižuje hladiny hormonu testosteronu. Bylo zjištěno, že je účinnější, protože se rychleji snižuje hladina hormonu než starší léky tohoto typu. Hormonální terapie může být také použita ve spojení s radiační terapií. FDA také schválila vakcínu Provenge pro léčbu

pokročilého karcinomu prostaty, která se rozšířila do dalších míst v těle a nereaguje na hormonální terapii. Lék se užívá v kombinaci s vlastními buňkami imunitního systému k útoku na rakovinu (LeMone et al., 2011).

Chirurgie rakoviny prostaty zahrnuje několik typů prostatektomie. V časných fázích onemocnění u starších mužů, může být vyléčení dosaženo pomocí jednoduché prostatektomie (jako TURP), popisované v části o benigní hyperplazii prostaty. Po operaci mají muži obvykle zkušenosti s erektilní dysfunkcí alespoň první 3 měsíce a návrat sexuální aktivity může trvat až 2 roky. Inkontinence moče může být také problém po prostatektomii (Kawaciuk, 2009).

Radikální prostatektomie zahrnuje odstranění prostaty, pouzdra prostaty, semenných váčků a části hrdla močového měchýře. V laparoskopické radikální prostatektomie (LRP) jsou malé řezy vedeny v oblasti břicha a je použit laparoskop, který se používá k odstranění prostaty. Nejběžnější radikální prostatektomie jsou děleny na tři techniky. Retropubická prostatektomie je v současné době oblíbenou metodou s cílem zlepšit problémy s erektilní dysfunkcí. Tato forma chirurgie umožňuje adekvátní kontrolu krvácení, vizualizaci prostatického lože a hrdla močového měchýře, a přístup k pánevním lymfatickým uzlinám (LeMone et al., 2011).

Perineální prostatektomie je často preferována u starších mužů, nebo u kterých jsou malá chirurgická rizika. Tento přístup vyžaduje méně času, zahrnuje méně krvácení a bolest. Nevýhodou tohoto přístupu je, že nejsou dostatečně přístupné mizní uzliny a vyžaduje se další řez k jejich získání. Suprapubická prostatektomie se používá zřídka, obvykle, když se očekávají problémy s močovým měchýřem. Kontrola krvácení je obtížnější, protože operační přístup je přes močový měchýř. TURP není proveden jako kurativní léčba, ale může být použit k úlevě od obstrukce močových cest u mužů s pokročilým onemocněním. Chirurgická intervence je nyní k dispozici pro muže s nedostatečným močovým svěračem, která je hlavní příčinou inkontinence po prostatektomii (Hanuš, 2011).

Na rozdíl od otevřené prostatektomie se při miniinvazivní roboticky asistované radikální prostatektomii do pacienta zavádí z několika drobných vpichů robotické nástroje, které přenáší všechny pohyby operátorových rukou, při mnohonásobném

zvětšení a 3D zobrazení. Pomocí těchto nástrojů je možné přesně, ale přitom radikálně odstranit nádorem postiženou tkáň, tj. prostatu, semenné vajíčky a někdy i pánevní uzliny při maximálním šetření okolních tkání močového měchýře a močové trubice, svalů umožňujících udržení moči, nervů a cév nutných k erekci. Zvětšení obrazu hluboko v pánvi usnadní i znovu spojit hrdlo močového měchýře s močovou trubicí, která byla odstraněním prostaty přerušena. V některých analýzách se ukazuje, že provedení výkonu pomocí robotické asistence vede k menšímu riziku poruchy erekce. Problémy s inkontinencí ve srovnání s otevřenou operací zůstávají stejné, i když návrat k úplnému udržení moči po robotickém výkonu bývá rychlejší (Brant et al., 2015).

Radiační terapie může být použita jako primární léčba rakoviny prostaty. Dlouhodobé problémy s impotencí a inkontinencí moči se vyskytují méně často. Pomocí radiace mohou být dodávány buď vnější nebo intersticiální implantáty radioaktivního jódu, zlata, palladia nebo iridia (brachyterapie). Intersticiální záření má nižší riziko impotence a rektální poškození než vnější paprsek záření. Radiační terapie má paliativní roli pro pacienty s metastazujícím karcinomem prostaty, snižuje objem kostních metastáz a obnovovacích funkcí jako je inkontinence (LeMone et al., 2011).

### ***1.3 Diagnostika a komplikace po operacích prostaty***

Potencionálními komplikacemi po operaci prostaty mohou být erektilní dysfunkce či močová inkontinence. V roce 1997 provedli lékaři Fiala a Zát'ura (1999) na toto téma výzkum s 63 korespondenty. 54% pacientů v odstupu 12 měsíců po operaci uvedlo, že trpí některým stupněm inkontinence. Sexuální život byl výrazně ovlivněn u 49% dotazovaných.

Močová inkontinence je samovolný odtok moči z močového měchýře, která vzniká nejčastěji při poranění svěrače. Tlaková neboli stresová inkontinence vzniká při náhlém zvýšení abdominálního tlaku. Inkontinentní člověk se často bojí zakašlat, kýchnout nebo se zasmát. Únik moče nesouvisí výhradně s věkem. V případě úniku moče jsou pomůcky pro inkontinentní nezbytné, a to včetně ochrany zabraňující nepříjemnému zápachu, který může být příčinou sociální izolace nemocného (Příbylová, 2011).

Diagnostika inkontinence zahrnuje anamnézu. Při vyšetření je pozornost věnována charakteru a délce trvání příznaků, popisu samotného úniku moči, frekvenci úniku a okolnostem, v průběhu kterých k úniku moči dochází. Odhaduje se přibližně množství uniklé moči. Značný pokrok v diagnostice inkontinence představují detailní dotazníky umožňující přesně charakterizovat subjektivní potíže. Důležitým pomocníkem v diagnostice je mikční deník, do kterého si pacient zaznamenává příjem a výdej tekutin, nucení na močení a úniku moči, vedený většinou po dobu 24 hodin. K dalším diagnostickým metodám patří laboratorní vyšetření moči, ultrazvuk podbřišku a ledvin a urodynamické vyšetření, která se provádějí ambulantně (Tkáčová et Dluhošová, 2012).

Pro zlepšení komfortu při inkontinenci jsou na trhu mnohé pomůcky. Jednou z pomůcek při inkontinenci, využívané k jímání moči bezprostředně na močové trubici, je urinal. Muži nazývaný kondomový urinal, je pomůcka podobná prezervativu, na jejímž konci je moč odváděna do jímacího sáčku. Urinal je na penisu přidržen fixačním proužkem. Permanentní močový katétr je používán u pacientů, kteří nejsou schopni močení řídit vlastní vůlí. Epicystostomie představuje v místním znecitlivění zavedení drenáže do močového měchýře přes dutinu břišní. Pokud není nutná trvalá derivace moče, je možné pacienta naučit samostatně se cévkovat neboli čistá intermitentní katetrizace (ČIK). Provádí se v pravidelných intervalech a nahrazuje nejpřirozenější způsob odchodu moče z močového měchýře. Předpokladem je schopnost pacienta provádět vyprazdňování močového měchýře jednorázovými cévkami. Obvykle se provádí 3 – 6krát denně za přísně aseptických podmínek (Louda, 2011).

Inkontinence je znepokojující komplikace po léčbě rakoviny prostaty. Radikální prostatektomie a externí-radioterapie mohou způsobit inkontinence, a to např. pokud se pacient pokusí zvednout těžký předmět (stresová inkontinence). Starší lidé mohou zaznamenat urgentní inkontinenci, nedobrovolný odchod moči pro nutnost prázdného močového měchýře. Úplný a nepředvídatelný odchod moči je klasifikován jako celková inkontinence. Mnoho mužů má významnou úzkost spojenou s urgentní epizodou na veřejnosti, protože se cítí zahanbeně a často pociťuje vinu za ztrátu kontroly. Nutno je

posoudit stupeň inkontinence a její vliv na životní styl. Sestra potřebuje určit předchozí močový vzor a typ inkontinence v současné době kvůli plánování vhodné intervence. Vhodné je se naučit Kegelovo cvičení (Příloha 1) k pomoci obnovení kontinence, které může často buď odstranit, nebo vylepšit stresovou inkontinencí. Dle výzkumu se prokázalo, že cvičení pánevních svalů před operací a bezprostředně po operaci výrazně snižuje potencionální komplikace inkontinence i erektilní dysfunkce (Siegel, 2014). Nutné je se naučit metody pro kontrolu vlhkosti a zápachu ze stresové inkontinence. Nepokoušet se zabránit náhodnému vyprazdňování omezením tekutin. Nejenom, že bude mít muž i nadále inkontinentní epizody, ale také se jeho moč stane koncentrovanější, která zhoršuje problém se zápachem. Absorpční vložky se nosí uvnitř spodního prádla a mění se podle potřeby. Většina vložek využívá polymerního gelu, který zadržuje zápach. Vhodnými opatřeními pomáhají podporovat dobrou hygienu, snižují úzkost a zvyšují komfort.

Důležité je slovně podporovat pocity pacienta ohledně vlivu inkontinence na kvalitu života. Vyslechnout obavy citlivě může pomoci člověku posunout se směrem k zdravé adaptaci na jeho postižení. Chirurgická léčba rakoviny prostaty může způsobit komplikace - erektilní dysfunkci (ED) a změny v ejakulační funkci. Hormonální terapie u pokročilého karcinomu prostaty snižuje libido a může také způsobit ED. Diagnóza rakoviny a na tělo působící změny způsobené hormonální terapií, můžou snížit sebevědomí, což může snížit sexuální touhu a ochotu sexuální interakce s partnerkou. Mnoho starších mužů sexuálně aktivní jsou plně schopni udržet erekci. Ti se proto bojí účinků léčby na jejich sexuální zdraví. To může ovlivnit průběh léčby i jejich odmítnutí veškeré léčby kvůli strachu. Výskyt ED se mění v závislosti na různých terapiích rakoviny prostaty. Důležité je poskytnout příležitost pro pacienta i jeho partnerku diskutovat o dopadech a obavách o diagnóze a léčbě sexuálních funkcí. Informace o dosažení erekce a udržení sexuální intimity je zásadní pro kvalitu života. Muž a jeho partnerka mohou vyžadovat léčbu nad rámec poskytnuté všeobecnou sestrou. Proto je vhodné mít informace i o sexuálních poradnách v okolí nemocnice (LeMone et al., 2011).



Za jednu z možností v rámci operační léčby se stále považuje implantace umělého močového svěrače, k dispozici je však celá řada dalších alternativ a další možné způsoby, které jsou ve fázi vývoje (Grimsley et Almallah, 2013).

#### **1.4 Ošetřovatelská péče**

V dlouhodobé předoperační péči je důležité posoudit znalosti pacienta a jeho blízkých v oblasti operační péče. Někteří lidé jsou zmateni ohledně operačního přístupu, protože existuje několik zcela různých metod. Ráno před výkonem, pokud bude proveden invazivním vstupem, musí být pacient oholen v místě operačního výkonu. Pacient je poučen o nutnosti důkladné hygieny, zejména v oblasti předkožky. V bezprostřední předoperační péči je také nutné informovat muže, že mu bude zaveden močový katétr na operačním sále. Pro prevenci tromboembolické nemoci mu sestra přiloží kompresní punčochy. Tato informace může snížit úzkost po operaci a zvýšit spolupráci v pooperační péči. Před operací musí pacient podepsat formuláře potvrzující souhlas s výkonem. Příprava střeva je před každým operačním výkonem a to dle zvyklostí oddělení. Vyprázdnit střevo je nutné u perineálního přístupu. Nesmí se zapomínat řešit s ochotou jakékoliv obavy, úzkosti muže z výsledku jejich operace a potenciálních dlouhodobých účinků operace na jejich sexualitu. Další obavy má pacient z rozsahu rakoviny a šance na vyléčení (LeMone et al., 2011).

Na konci operace se zavádí trojcestný katétr č. 18 – 22 Fr. s naplněným balonkem 30 – 45 ml fyziologického roztoku. Kvůli stabilitě katétru a prevenci krvácení se přilepuje ke stehnu pacienta. Pacientovi je důležité vysvětlit, že katétr může způsobit nucení na močení. Dále mohou vznikat křeče močového měchýře nebo může být zvýšeně vnímán břišní tlak či bolest v podbříšku. Proto se ujistíme, že pacient o těchto očekávaných pocitech ví a včas je nahlásí pro podání analgetik. Moč obsahuje mnoho krevních sraženin, které obarvují moč, což znamená, že se močový měchýř čistí, koagula v něm nezůstávají a předchází se obstrukci, tamponádě. Proto se tělo neustále zavodňuje infuzemi k udržení moče a sledování barvy a konzistence. Jednou z komplikací, při překročení objemu tekutin a hyponatrémii, je TURP syndrom, který se

projevuje hyponatrémií, sníženým hematokritem, hypertenzí, bradykardií, nevolností a zmateností. Pokud se tyto příznaky projeví, upozorníme lékaře. Neléčení může vyústit v disharmonii organismu. Po vyjmutí katétru sledujeme první odchod moče a jeho množství, barvu a konzistenci moče. Neopomenutelné je vysvětlení, že může docházet k pálení při močení a odchodu malých krevních sraženin. Katétr se odebírá do 24 až 48 hodin po operaci. Zlepšení kvality vyprazdňování je ovlivněno učením se pacienta spustit a zastavit proud moče několikrát během každého močení a cvičením Kegelových cviků (Příloha 1). Znovuzískání úplného ovládní svěrače může trvat až 1 rok. Pro pacienta po transuretrální resekci prostaty (TURP) je neopomenutelný monitoring krvácení prvních 24 až 48 hodin. Přítomnost velkých krevních sraženin, snížený močový výdej, rostoucí křeče močového měchýře, snížený hemoglobin a hematokrit, tachykardie a hypotenze jsou příznaky, které se okamžitě musí hlásit lékaři. Nebezpečné je pooperační tepenné nebo žilní krvácení. Namáhavé vyprázdnění stolice může zvýšit riziko krvácení, proto se zavčasu podávají laxativa. (LeMone et al., 2011).

Retropubická prostatektomie je provedena břišním řezem, proto pacienta upozorníme na nevhodné tlačení oblečení v oblasti řezu. Bolesti v oblasti jizvy či zvýšená teplota signalizují přítomnost infekce, což je důvod okamžitě navštívit lékaře (LeMone et al., 2011).

V pooperační péči je důležité monitorovat vitální funkce po dobu 24 hodin a poté v pravidelných intervalech. Aseptickými technikami lze předejít rizikům krvácení a vzniku infekce. Je nutné zajistit přesný příjem a výdej tekutin a vše pečlivě zdokumentovat do záznamů. Příjem tekutin by měl být 2 – 3 litry denně. Zvýšený příjem tekutin snižuje pálení při močení po katetrizaci a snižuje riziko vzniku infekce močových cest. Pravidelně kontrolovat průchodnost veškerých katétrů. Monitorovat barvu a charakter moči. Sledovat intenzitu a kvalitu bolesti. Analgetika a nesteroidní protizánětlivé léky jsou podávány pravidelně dle ordinace lékaře. Křeče močového měchýře mohou být doprovázeny silným nutkáním na močení a úniku moči kolem katétru. Neopomenutelnou roli v léčbě hraje i rehabilitace (Janíková et Zeleníková, 2013).

### **1.5 Etický kodex Práva pacientů**

Zdravotnický personál musí mít při práci s pacienty na mysli Práva pacientů (Haškovcová, 2015). Jedná se o nejčastější a opodstatněná přání nemocných. Jsou stylizována zpravidla tak, že doplňují etický kodex lékařů a nejsou v rozporu s platnou legislativou. Proto jsou závazná morálně, ale ne právně. Jedním z nich je právo pacienta, v rozsahu povoleném zákonem, odmítnout léčbu a být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věci důvěrnou a musí být provedena diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.

V Haškovcové (2015) najdeme etický kodex sester zaměřený na práci s pacienty. Jejich povinností je poskytnout pomoc člověku, který potřebuje jejich péči. Při poskytování péče jedná s maximální úctou k lidské důstojnosti a plně respektuje pacientovo právo na sebeurčení. Sestra není v ošetrovatelské praxi negativně ovlivněna věkem, pohlavím a osobností pacienta a stále si zachovává úctu k jeho individuálnímu hodnotovému systému a životnímu stylu. Jedná tak, aby chránila pacienta a veřejnost v případech, že zdravotní péče a bezpečí jsou narušeny neoprávněnými, protietickými nebo protiprávními zákroky jakékoliv osoby a v neposlední řadě hájí pacientovo právo na soukromí tím, že moudře a uvážlivě chrání veškeré informace důvěrné povahy.

### **1.6 Nádorová onemocnění**

Nádorová onemocnění dělíme na nádory nezhoubné (benigní) a zhoubné (maligní). U nezhoubných nádorů se nádorové buňky více množí, ale vytvářejí organizace podobné stavbě původní tkáně. Nezhoubný nádor má většinou ostré ohraničení od okolních tkání, šíří se opouzdřeně, většinou neporušuje okolní tkáně, ale pouze je roztlačuje. Metastazování, šíření u tohoto typu je vzácné. U zhoubných nádorů se růst

a množení nádorových buněk vymyká kontrole organismu. Nádorové buňky ztrácejí schopnost zemřít. Zhoubný nádor roste do okolní tkáně, kterou nejen roztlačuje, ale i jí devastuje. Po určité době růstu může být zhoubný nádor schopen vrůst do okolních krevních a mízních cév nebo vytvářet vlastní cévy. Tím dochází jednak k lepšímu zásobení nádoru živinami a kyslíkem a také je zvýšené riziko vycestování nádorových buněk do vzdálených částí těla. Maligní nádor tak vytváří vzdálená ložiska – metastázy. Nádorové buňky se mohou šířit krví, nejčastěji do oblasti kostí, jater, plic, mozku, kostní dřeně (Chocenská et al., 2009).

Žaloudík a Vyzula (2002) uvádějí, že včasné zachycení nádorového onemocnění je vyléčitelné, zatímco pokročilé stádium obvykle nikoliv. Motivace k sekundární onkologické prevenci je v laické veřejnosti ovlivněna hlavně výškou finanční účasti na preventivních vyšetřeních. Aktuální screeningové programy umožňují hrazení vyšetření pojišťovny. Jde pouze o to, aby vyšetření probíhalo kvalitně a dostatečně se opakovala nutnost pravidelných prohlídek i v následujících letech.

Na snížení nemocnosti, četností, zdravotních následků a předčasné úmrtnosti v důsledku hlavních chronických nemocí na nejnižší možnou úroveň, jako jsou kardiovaskulární a nádorová onemocnění, cukrovka, plicní onemocnění, nemoci pohybového aparátu a kazivost chrupu, se zaměřuje Program Zdraví 21 (2002) neboli Zdraví pro všechny v 21. století. Nádorová onemocnění jsou v České republice druhou nejčastější příčinou úmrtnosti. Ročně umírá na onkologická onemocnění více než 27 000 osob. Nádorová onemocnění jsou jednou z nejzávažnějších příčin nemocnosti ekonomicky aktivní části obyvatelstva. Ročně je evidováno 33 tisíc případů pracovní neschopnosti způsobené onemocněním rakovinou. Celkově tvoří ztráty národního důchodu, vydané na léčbu, hospitalizaci, nemocenské dávky a invalidní důchody 8,3 miliardy Kč ročně. Příčiny vysoké úmrtnosti a ekonomických ztrát spočívají jednak v narůstajícím výskytu chorob, jednak v pozdějším záchytu příznaků nádorových onemocnění. Česká republika zaujímá přední místo v celoevropských statistikách v incidenci rakoviny obecně. Ke splnění dílčího úkolu – úmrtnost u všech typů nádorových onemocnění u osob mladších než 65 let snížit nejméně o 15%, přičemž úmrtnost u rakoviny plic snížit o 25%, jsou určené aktivity k jeho splnění, např. návrh

a realizace programu primární prevence, včasné diagnostiky a léčby nádorových onemocnění, standardizace diagnostických a léčebných postupů, jejich odborná oponentura a periodická aktualizace, zvýšit kvalitu paliativní léčby a terminální péče u onkologicky nemocných.

### ***1.7 Potřeby nemocného člověka***

Uspokojování potřeb nemocného je nejdůležitějším a hlavním úkolem sester v nemocnici. Sestra se zabývá člověkem jako celkem, tedy jako bytostí bio-psycho-sociální, bytostí holistickou, ne pouze částmi či procesy. Potřebami se zabýval Abraham Maslow, který vytvořil jednu z nejznámějších pomůcek používající se dodnes, tzv. Hierarchie potřeb podle Maslowa. Potřeby jsou uspořádané hierarchicky, a to z hlediska naléhavosti, s níž jsou používány jako vnitřní napětí zaměřené na aktivitu. Maslowovo hierarchické uspořádání potřeb představuje organizovaný systém potřeb od nejnižších, základních, k vývojově nejvyšším. Od nejnižších jsou to fyziologické potřeby, potřeby bezpečí, potřeby lásky a sounáležitosti a nejvýše potřeby uznání (Trachtová et al., 2013)

Uspokojování biologických potřeb má u člověka sociální charakter. Proto z psychologického hlediska nemá pro něj ani tak význam existence potřeby, jako spíš způsob jejího uspokojování, což je např. oblékání či odpočinek. Bez uspokojování psychických potřeb není možný zdravý psychický vývin jednotlivce. Při trvalém neuspokojování psychických potřeb nastává psychická deprivace. Uspokojování kulturních potřeb není pro existenci člověka nevyhnutelná. Pokud člověk dosahuje svých cílů, pokud jsou uspokojovány jeho potřeby, nemusí mít strach o své zdraví. Problémy vznikají tehdy, když nemůže dosáhnout svého cíle, když je vystaven zklamání, nebo když je uspokojování jeho potřeb nemožné. Pokud se takto stane, nastává frustrace. Při frustraci se mohou objevit neurotické obtíže, jako bolest žaludku, bolesti hlavy, průjmy, nebo deprese. V této situaci člověk začne uvažovat nad důvodem a příčinami, proč se stav takto vyvíjí. Klade si otázku proč? Způsobuje, že začneme uvažovat nad svým cílem, jestli nám za to stojí. Každý člověk je jinak odolný vůči

zátěži (frustrační tolerance). Je na sestře, aby zjistila, jak člověk tuto situaci zvládá a našla efektivní intervence (Nemcová et al., 2010).

U pacientů s močovými obtížemi nesmíme opomenout jejich potřeby. Je nutné sledovat míru saturace, abychom mohli stanovit diagnózu. Proto je nutné potřeby při diagnostice seriózně posoudit. U BHP nesmíme opomenout ošetrovatelské diagnózy retence moče, akutní bolest, riziko deficitu tělesné tekutiny a strach či úzkost (NANDA International, 2016).

### ***1.8 Onemocnění prostaty a psychika***

Jedno z často používaných rčení praví, že pokud se po čtyřicítce ráno probudíte a nic vás nebolí, nejste už mezi živými (Jobánková, 2004). Věk je jedním z faktorů, které omezují v uspokojování všech potřeb člověka. Pokud však člověka nesužuje nemoc, není příliš omezen v kvalitě života. S věkem sice přicházejí různé problémy, např. používání brýlí na čtení, bolesti žaludku po konkrétní stravě, pobolívání kloubů apod., přijímáme jako fakt a nikoliv jako handicap. Co ale kvalitu života snižuje, jsou např. chronická onemocnění, onemocnění postihující intimní části těla, nemoci, které jsou považovány za nevléčitelné a chirurgické výkony, které představují zásadní zásah do organismu – amputace končetiny, ablace prsu, hysterektomie, prostatektomie či stomie. Pro nemocného je jeho choroba obvykle těžkým břemenem, zátěží a jeho reakce na tento problém nemusí být vždy shodná s očekáváním zdravotníků, jeho rodiny a přátel. Duševní stránka nemocného je důležitou složkou při léčbě a ošetřování nemocného, protože zpětně ovlivňuje průběh nemoci. Proto jsou psychogenní faktory nezanedbatelné při vzniku, v průběhu a léčbě nemoci.

Každý člověk (Čechová et al., 2004) prožívá nemoc jinak. To ovlivňuje osobnost nemocného, jeho nálada, obava a naděje, znalosti průběhu choroby a předchozí zkušenosti. Proto je potřeba při ošetřování přistupovat k nemocnému individuálně a chápat ho jako osobnost s určitými vlastnostmi a sociálními rolemi, což odpovídá lidskému, humánnímu vztahu člověka k člověku a profesionální etice sester. Informativní rozhovor s nemocným vede k porozumění a navázání dobrého kontaktu,

který zvyšuje důvěru nemocného v léčebný postup, zlepšuje vzájemnou spolupráci a směřuje k tomu, aby se pacient vyrovnal s novou situací, kterou mu nemoc způsobila, aby se nezhroutil, ale aby se aktivně zapojil do léčebného procesu.

Bolest (Munzarová, 2005) je běžnou záležitostí každého člověka a již Cicero konstatoval, že *mortalis nemo est, quem non attingat dolor morbusque* - smrtelný není ten, jehož se nedotkla bolest a nemoc. Bolest (Čechová et al., 2003), v jakékoliv podobě, provází onemocnění všech typů. Silněji ji prožíváme, pokud je tělo unaveno, vyčerpáno a pacient má strach – z hospitalizace, operace, rekonvalescence či snad ztráty zaměstnání. Úzkostní, nejistí či chroničtí pacienti jsou k bolesti mnohem citlivější, náchylnější než člověk v dobré psychické pohodě. Pochopení bolesti ze strany sestry pomůže pacientovi ve sdílení svých obtíží, pocitů nebo potřeb. Každý člověk na nemoc reaguje jinak. Např. ji bagatelizuje, neboli podceňuje, nedodrží nařízení lékaře a neléčí se. Další možností je disimulace, tedy podceňování příznaků onemocnění. Jsou i pacienti, kteří potíže zveličují, tyto projevy nazýváme agravací. Simulací naopak označujeme předstírání nemoci. Pacient se snaží ze své vymyšlené nemoci vytěžit nějakou výhodu – dítě nemusí do školy, dospělý nemusí do práce a může se věnovat svým koníčkům, na které jinak nemá čas.

I když nemoc určitým způsobem svůj příchod ohlašuje, ale klinicky se stále ještě zřetelné ataky nemoci neprojevují, pacient je zneklidněný a jeho úvahy se pohybují ve značných střídáních. Člověk uklidňuje sám sebe, aby po chvíli pro změnu pomýšlel na nejhorší. I přesto se stává, že pacient přijde k lékaři pozdě. Po určení diagnózy, a jednali se o onkologickou, se pacient vypořádává s pocity, které již v roce 1972 popsala Elisabeth Kübler-Rossová jako pět fází smutku. První fází – příchod nemoci charakterizovala jako šok, což logicky vede k popření. Říkáme si, že nás se to týkat nemůže, že se lékaři museli zmýlit. V druhé fází pacient prochází zlobou a hněvem. Toto období je nejnáročnější pro okolí pacienta, v případě hospitalizace i pro ošetřující personál. Druhá fáze pozvolna přechází do fáze třetí neboli smlouvání. Ačkoliv nemocný stále neví nic jistě, tuší, že v roli pacienta bude dlouhodobě a trvale. Čtvrtou fází jsou deprese. Deprese u somaticky nemocných je logická a ve srovnání s depresivními stavy, jak známe z oblasti psychotických onemocnění, kratší. Poslední,

pátá fáze je smíření. Pacient se začíná vyrovnávat se svým onemocněním. Dochází k psychickému uvolnění a pacient je schopný na léčbě spolupracovat a přistupovat k ní rozumně (Kutnohorská, 2007).

Původní teorie, která se snažila prokázat, že rakovina a duševní stav pacienta mají stejný biologický základ, je dnes už překonána. Přesto je ale psychika se vznikem a vývojem nemoci úzce spojena. Psychická zranitelnost se projevuje nerozhodností, nervozitou a nízkým sebevědomím osob, nebo naopak asertivním až agresivním chováním. Náchylnější jsou lidé rozvedení nebo bez partnera, nezaměstnaní, či více unavení. Velký vliv má i kouření a zvýšené požívání alkoholu. Psychika hraje velkou roli i v případě, že člověk již vážnou chorobou trpí, proto se na onkologických pracovištích stále více setkáváme se specialistou na psychickou péči (Kelnarová et Matějková, 2014).

Každý pacient pociťuje i strach. Strach z neznámého, strach z nejhorší prognózy, z lékařů, z toho co ho čeká nebo např. z nemocnice. Strach je emoce, vznikající jako reakce na hrozící nebezpečí. Jde o normální reakci na skutečné nebezpečí nebo ohrožení, která má jedince připravit na útěk, únik nebo obranu. Strach motivuje k vyhnutí se nebezpečí nebo k útěku před ním. Kde to není možné, tam se často strach mění na agresi. Ze zkušenosti víme, že silný strach se někdy podaří překonat tím, že člověk prostě zatne zuby a jde do toho. Nejdůležitější ale je, si strach přiznat a to je situace, kdy sestra může aktivně nabídnout pomoc (Říčan, 2013).

### ***1.9 Prevence onemocnění prostaty***

Prevence (z lat. praeventus – zákrok předem) neboli předcházení nemoci je důležitý prvek v udržení zdraví. Dělí se na primární, sekundární a terciární (Bártlová et Matulay, 2009).

Primární prevence zahrnuje postupy, jednání a chování směřující k zamezení vzniku nemoci. Její hlavní aktivitou je zdravotní výchova. Je zaměřená zejména na zlepšení způsobu života, na odnaučení se nezdravým návykům a na získání dovedností návyků zdravých. Rizikové faktory nádorových onemocnění jsou do značné míry také



riziky nemocí srdce a cév nebo nemocí metabolických, mezi něž patří např. cukrovka. Proto primární prevence nádorových onemocnění má širší dosah. Je také součástí společenských aktivit, které vedou k vytváření podmínek pro zdravý způsob života, které se obecně nazývají podpora zdraví. Nedostatek pohybu je rizikovým faktorem nádorových onemocnění. Je zřejmé, že primární prevence a podpora zdraví je v rukou každého jednotlivce a nikoliv zdravotníka (Bártlová et Matulay, 2009).

Sekundární prevence je zaměřena na včasné objevení prvních příznaků chorob, nejlépe ve stadiu, kdy je ještě možno dosáhnout návratu ke zdraví. Cílem je předejít rozvoji onemocnění. Patří sem i vyhledávání prekanceróz ve spojitosti s preventivními prohlídkami. Zatímco terciární prevence je zaměřena proti vzniku komplikací určité, již propuklé, nemoci (Vurm, 2007).

Podpora zdraví (Vurm, 2007) je souhrn aktivit a opatření, která směřují nejen k předcházení nemocem, ale i ke zlepšení zdravotního stavu jednotlivce i celé komunity. Využívá poznatků z epidemiologických studií, které prokázaly podíl faktorů způsobu života a práce i některých návyků a chování na vzniku a vývoji chronických onemocnění. Základním rysem podpory zdraví je podpora přímé účasti jednotlivce na uchování nebo zlepšení vlastního zdraví prostřednictvím pochopení významu změny postojů a dobrovolné změny chování a životního stylu, tzn. převzetí spoluzodpovědnosti za vlastní zdraví. V praxi to znamená přestat kouřit, zvýšit pohybovou aktivitu, zdravě a pravidelně se stravovat nebo nechat se očkovat. Prevence nemocí a podpora zdraví jsou přístupy, jimiž se moderní medicína, ale i celá společnost, snaží dosáhnout východiska ze situace, která současnost zákonitě provází. Zvýšená společenská aktivita klade vysoké nároky na každého jedince i komunity. Průvodním jevem vývoje je vysoké riziko mnoha nemocí, zejména neinfekčních. Finanční nároky na léčbu rostou, a téměř všechny státy stojí před otázkou, jak je zvládnout. Paradoxní je, že čím víc jsme jako populace na výši, tím se dostáváme, do čím dál většího dluhu vůči sobě samotným. Prevence a podpora zdraví směřuje ke snížení příčin onemocnění, a tím k zabránění vzniku a rozvoji nemocí s nimi spojených. Dlouhodobý záměr prevence je cílený na celou populaci, jednotlivé komunity či jednotlivce. Existuje opatření, kterých je možné využít. Jsou to zdravotní politika státu, výchova ke zdravému způsobu života,

komunitní programy zaměřené na zlepšení podmínek pro zdravý způsob života a motivující občany k němu a vyhledávání pacientů se zvýšenými riziky a v asymptomatickém stádiu onemocnění a jejich léčení (Vurm, 2007).

Na podporu zdraví se zaměřuje Státní zdravotnický ústav (2015). Hlavními cíli jsou např. screeningové programy, redukce nadváhy a obezity, pohybová aktivita, správná výživa a zdravější životní styl.

Jak již najdeme na stránkách Urologie pro studenty (2015), informovanost o rakovině prostaty je u české veřejnosti překvapivě malá. Výskyt zhoubného nádoru prostaty v České republice se přitom trvale zvyšuje a od roku 2012 zaznamenal nárůst o 35%. Rakovina prostaty již dokonce překonala výskyt rakoviny tlustého střeva a stala se tak nejčastějším zhoubným nádorovým onemocněním v České republice. Kvůli dosti omezené a často nepřesné znalosti problematiky prostaty ze strany české populace dochází k značným komplikacím při diagnostice a léčbě. V populaci také převažuje optimistický názor, že rakovina prostaty je ve všech stádiích běžně vyléčitelná, což je pravda jen v případech včasného záchytu. V opačném případě jde o pokročilé onemocnění spojené s metastázami do kostí, a tím smrtelnou prognózu, byť za mnoho let. Proto by nebylo vhodné rakovinu prostaty podceňovat a zapomínat na rizika, která s sebou přináší.

### ***1.10 Práce sestry v edukaci***

Edukace neboli výchova a vzdělávání je důležitou složkou nejen v pedagogice, ale i ve zdravotnictví (Průcha, 2013). Jedna z rolí sestry je role edukátorky, tedy osoby, která v jejím případě pacienta poučí, vysvětlí a naučí potřebné dovednosti a poskytne mu informace, které potřebuje k uzdravení, k udržení dosavadního zdraví či k nestresovému pobytu v nemocnici. V této situaci se sestra stává edukátorem – vyučujícím a pacient edukantem, tedy žákem, studentem. Velmi důležitou složkou v edukaci ve zdravotnictví je zajistit vhodné edukační prostředí. Je vhodná uzavřená, příjemná místnost, kde bude ideální a klidné prostředí na podání všech důležitých informací a na umožnění doptání se pacienta na nejasné věci.

Juřeniková (2010) říká, že edukační proces probíhá v pěti fázích. První fáze je počáteční diagnostika, kdy zjišťujeme pacientovi dovednosti, vědomosti a návyky. V druhé fázi sestra – edukátor s pacientem naplňuje cíle, kterých chtějí dosáhnout a rozplánují celou činnost. Třetí fáze je zaměřená na samotnou realizaci. Není jen o podávání informací ze strany sestry, ale i o aktivním přijímání pacientem. Opakováním a procvičováním naučeného se zabýváme ve čtvrté fázi procesu. Pro ukončení procesu je vyhrazena pátá fáze, kdy zpětnou vazbou sestra získává přehled o získaných pacientových informacích a dovednostech a hodnotí splnění naplánovaných cílů z druhé fáze.

Hlavními úkoly sestry je zprostředkovávání a usnadňování změny chápání myšlení a chování ve prospěch zdraví a zlepšení dosavadního životního stylu. Sestra pacienta zastupuje ve vyjednávání a navrhuje to, co je pro něj nejlepší. Role organizátorky je dalším úkolem sestry. Sestra pracuje s materiály a prostředím, které má k dispozici, postupně přechází ve výuce od jednoduššího ke složitějšímu věcem. A nakonec celou výuku zhodnotí, a to formou buď sebehodnocení, hodnocení vyučovaného nebo hodnocením provedeným nadřízeným či kolegy (Šulistová et Trešlová, 2012).

V souvislosti s inkontinencí je nejvhodnější edukací u starších pacientů osobní kontakt, protože použité písmo v informačních letáčích je příliš drobné a pro starší lidi nečitelné. Internet, jako zdroj informací připadá v úvahu jen u malého počtu pacientů, neboť většina seniorů k němu nemá přístup a neumí s ním zacházet. Často se pak stává, že postižení ani nevědí o finančním příspěvku na inkontinenční pomůcky od pojišťovny (Křížová, 2011).

Edukační sestra se snaží pacientovi pomoci pochopit jeho vlastní roli v péči o svou osobu a jeho zodpovědnost za své zdraví. Pro úspěšnost je třeba navázat kontakt s pacientem a získat si jeho důvěru. Vytvořit jeho kladný postoj k léčbě a pokynům zdravotníků. Důležité je získat pacienta pro spolupráci a motivovat jej pro určitý terapeutický postup jako pro zdraví prospěšné chování. Ambulantní sestra by se měla orientovat v nežádoucích účincích léků, které jsou k léčbě inkontinence používány. Jsou to zejména anticholinergika – Vesicare. Ty svými vedlejšími účinku mohou ovlivnit kvalitu života pacienta. V léčbě inkontinence hraje svojí roli i Kegelovo cvičení (Příloha

1). Proto by sestra měla tyto cviky znát a ne jen odkazovat na brožuru. Pacientovi se doporučuje i Pelvis klub, ve kterém se pacient dozví základní informace o inkontinenci, možnostech léčby i způsobech cvičení svalů pánevního dna (Petrášová, 2012).

## **2 Cíle práce a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíle práce**

1. Zajistit bezpečný pocit u pacienta v předoperační přípravě, aby následně aktivněji spolupracoval v rámci prevence inkontinence v pooperačním období
2. Vytvořit edukační materiál určený pacientům s plánovanou operací prostaty

### **2.2 Výzkumné otázky**

1. Mění se ochota pacientů spolupracovat v rámci pooperačního režimu podle toho, zda je subjektivně dostatečně informovaný nebo pociťuje-li nedostatek informací?
2. Jak subjektivně prožívá nedostatečně informovaný pacient před operací pocity strachu a nejistoty ve srovnání s pacientem, který je se svou informovaností spokojen?
3. Jak je pacient, pociťující při příjmu časový tlak, během celé hospitalizace subjektivně spokojený?
4. Jaký vliv má edukační brožura na využívání účinnějšího preventivního opatření vzniku pooperační inkontinence ve srovnání s pacienty edukovanými běžným způsobem?

## 3 Metodika

### 3.1 Metodika výzkumu

Téma diplomové práce bylo zpracováno na základě odborných zdrojů. Byl zvolen kvalitativní výzkum s použitím polostrukturovaného rozhovoru, ke kterému byly předem připraveny otázky se zaměřením např. na pocit z informací obdržených před a po operačním výkonu, nebo zda poskytnuté informace ovlivňují ochotu spolupracovat se zdravotnickým personálem (Příloha 2). Výzkumná část proběhla během března a dubna 2016 v okresní nemocnici v Jihočeském kraji na ambulanci urologického oddělení Písek. Hlavní sestra nemocnice dala souhlas s výzkumem (souhlas je k dispozici k nahlédnutí u autorky práce). Oslovení respondenti byli seznámeni s tématem a účelem výzkumu. Všem respondentům bylo oznámeno, že výzkum je anonymní a nahrávky budou sloužit pouze k výzkumu diplomové práce. Dotazovaní souhlasili se záznamem rozhovorů na diktafon. Rozhovory byly vedeny do nasycení odpovědí.

Empirická část proběhla ve dvou skupinách. První skupinu tvořilo deset pacientů, kteří odpovídali na připravené polostrukturované otázky tři týdny po provedeném výkonu se zaměřením na subjektivní spokojenost, dostatek informací atd. bez předchozího poučení o výkonu. Druhou skupinu tvořilo deset pacientů, kterým před výkonem byla předána připravená brožura, která byla vytvořena na základě standardů dané nemocnice, a kteří na připravené otázky odpovídali také tři týdny po výkonu.

Všechny rozhovory zaznamenané na diktafon byly přepsány a vytištěny. Každý rozhovor s pacientem byl označen číslem, na něž je odkazováno v textu. Rozhovory z první fáze byly označeny R1-R10 a rozhovory z druhé fáze R11-R20. Analýza dat byla uskutečněna metodou kódování v ruce, která se také označuje jako metoda papír a tužka (Švaříček, Šedřová a kol., 2007). Při analýze dat byla v rozhovorech vyhledávána a kódována slova nebo slovní spojení, kterými se respondenti vyjádřili, a byly z nich vytvořeny kategorie a podkategorie. U každé podkategorie jsou uvedena vyjádření respondentů s číselnými odkazy na řádku. V práci je na podkategorie

odkazováno například R1/1 (respondent 1, řádek 1) a bylo doplněno přímou citací respondenta.

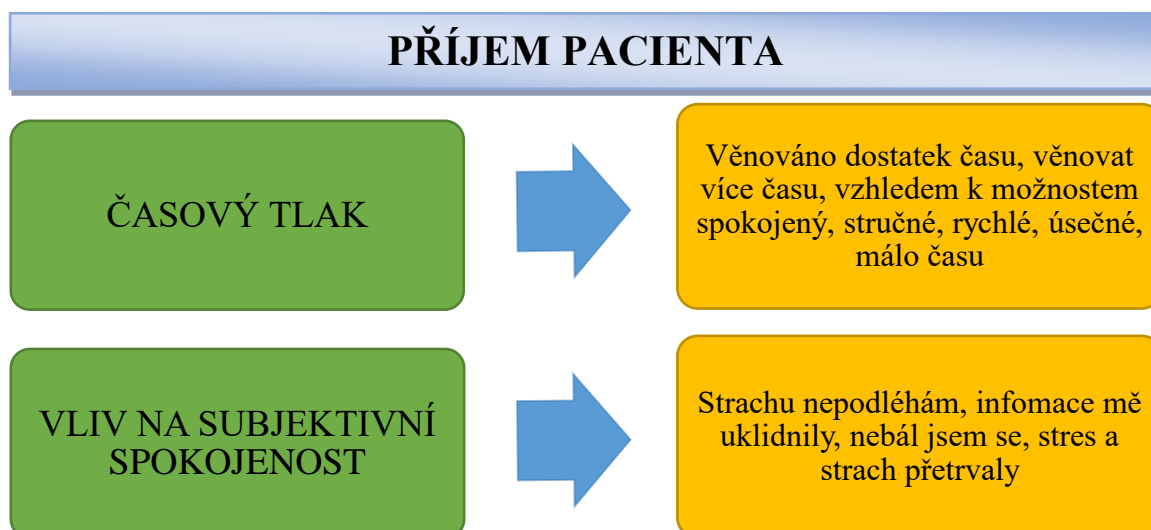
### **3.2 *Charakteristika výzkumného souboru***

Výzkumný soubor tvořilo 20 pacientů urologické ambulance s diagnostikovaným karcinomem prostaty, kterým byla doporučena chirurgická léčba. 10 pacientů bylo edukováno dle zvyku oddělení a 10 na základě vytvořené brožury. Pacientům byla předána nově vytvořená brožura na ambulanci při plánování operace a při přijetí na oddělení jim bylo umožněno doptání se na nejasnosti. Po operační rekonvalescenci se všemi vybranými pacienty proběhl rozhovor za účelem shrnutí informací.

## 4 Výsledky

### 4.1 Kategorizace výsledků rozhovorů s pacienty, kterým nebyla předána brožura

Schéma 1 – Kategorie: Příjem Pacienta



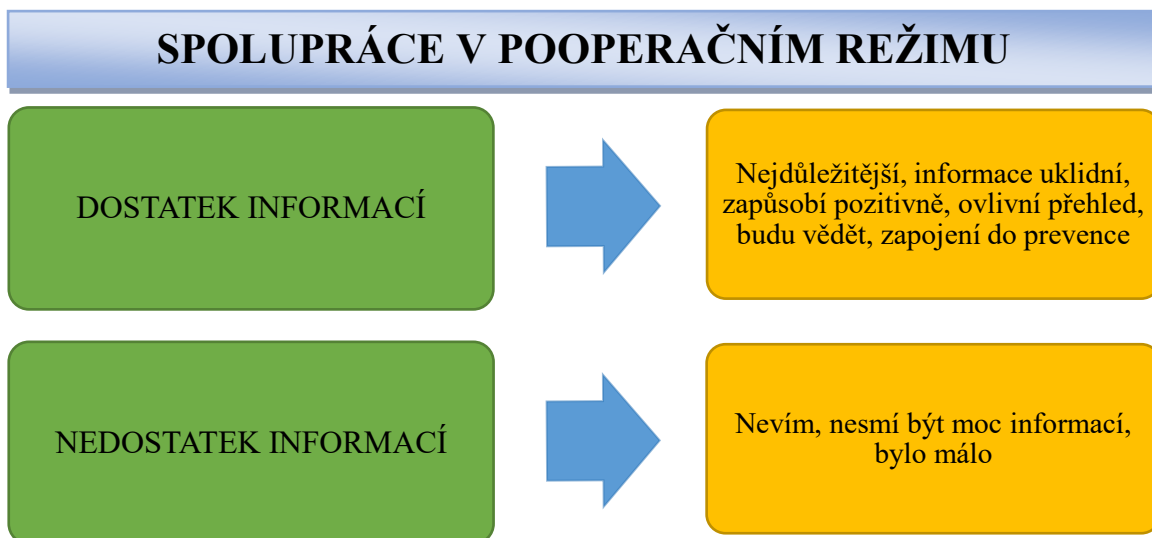
Kategorie Příjem pacienta je zaměřena na celkové pocity respondentů v souvislosti s podáním informací při příjmu. Z jednotlivých rozhovorů, které proběhly s respondenty, kteří neobdrželi před výkonem námi připravenou informační brožuru, o poskytnutí informací spojených s časovými možnostmi personálu, vyplynulo následující. Respondenti mají pocit, že informovanost o výkonu je nedostatečná a to v závislosti na časovém tlaku zdravotního personálu. R5/12 uvádí: „Bylo to poměrně rychlé“. Podobně se vyjádřil i R10/12: „Strašně málo času“. Se zaměřením na časové možnosti uvedl R3/12: „Vzhledem k možnostem jsem spokojený. Vyčerpávající“. Při posuzování subjektivní spokojenosti s podáváním informací při příjmu R10/15 uvedl: „Vzhledem k nedostatku informací ve mně strach a nejistota přetrvaly“. R6/15 řekl: „Byl jsem neustále ve stresu a strachu“. R7/15 se k problematice vyjádřil: „Informace mě uklidnily“.

- ❖ Věnováno dostatek času R1/13; R7/12; R9/12
- ❖ Věnovat více času R2/13
- ❖ Vzhledem k možnostem spokojený R3/12



- ❖ Stručné, rychlé R4/14; R5/12
- ❖ Úsečné R6/12
- ❖ Málo času R8/14; R10/12
- ❖ Strachu nepodléhám R1/16; R2/16
- ❖ Informace mě uklidnily R3/15; R4/19/20; R7/15, R8/18, R9/15
- ❖ Nebál jsem se R5/15
- ❖ Stres a strach přetrvaly R6/15, R10/15

Schéma 2 – Kategorie: Spolupráce v pooperačním režimu



Kategorie Spolupráce v pooperačním režimu se zabývá ovlivněním spolupráce s podáním dostatku či nedostatku informací, které respondenti obdrželi. V této kategorii byly vytvořeny následující podkategorie: dostatek informací a nedostatek informací. Tato data jsou znázorněna v přehledném schématu 2. V prvním rozhovoru R1/22 řekl: „*Informace o všem co může následovat, jsou to nejdůležitější*“. Podobně se vyjádřil i R6/28: „*Informace jsou velmi důležité, ...*“. Ve většině případů se respondenti shodli, ale objevil se i názor R5/29: „*...nesmí být informací moc...*“.

- ❖ Nejdůležitější R1/22; R6/28
- ❖ Informace uklidní R3/22
- ❖ Působí pozitivně R4/27
- ❖ Ovlivní přehled R7/27
- ❖ Budu vědět R8/30
- ❖ Zapojení do prevence R9/27
- ❖ Nevím R2/22
- ❖ Nesmí být moc informací R5/29
- ❖ Bylo málo R10/27

Schéma 3 – Kategorie: Subjektivní prožitky pacienta

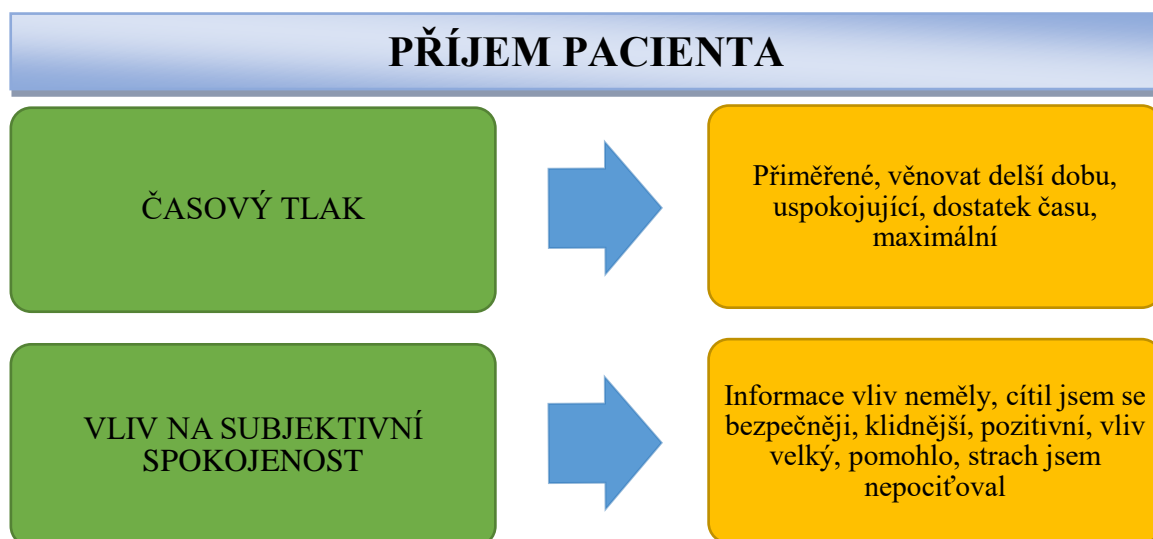


V kategorii Subjektivní prožitky pacienta jsme se respondentů ptali, jak na ně působilo množství informací týkající se před a pooperačního režimu, se většina vyjádřila záporně. R9/3 uvedl: „Informací byl nedostatek“. Stejný názor měl i R10/3: „Pro mě nevyhovující“. R3/3 se zmínil: „Trochu zmatený a nevím, zda si všechno pamatuji...“.

- ❖ Bez obav R1/2
- ❖ Spokojen R2/1; R7/1; R8/4
- ❖ Vše v pořádku R5/3
- ❖ Zmatený R3/3
- ❖ Obavy R4/1
- ❖ Nedostatečné R6/1; R9/3
- ❖ Málo R9/1; R10/1
- ❖ Nevyhovující R10/3

## 4.2 Kategorizace výsledků rozhovorů s pacienty, kterým byla předána brožura

Schéma 4 – Kategorie: Příjem Pacienta

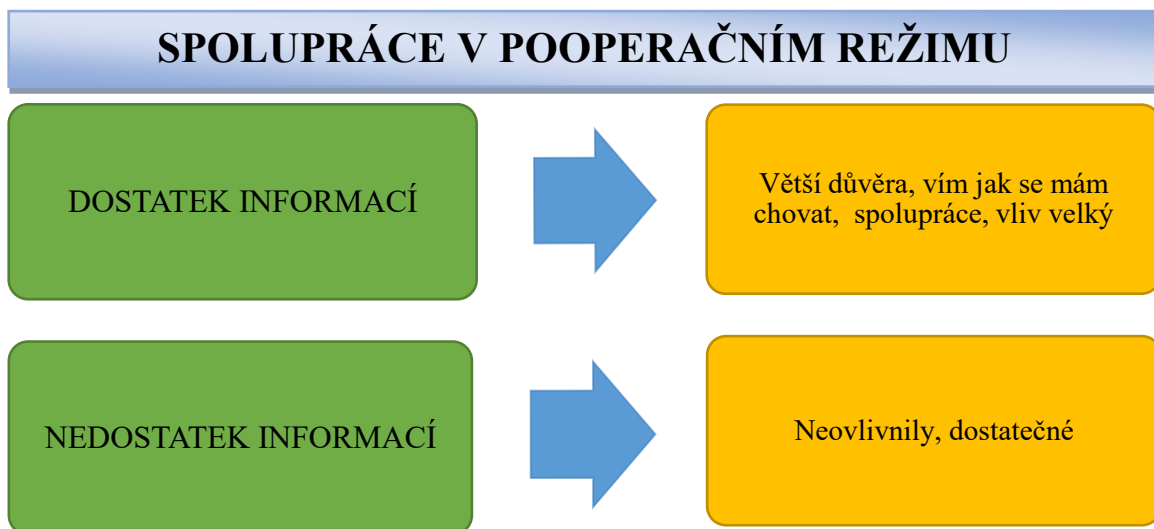


V kategorii Příjem pacienta jsme opět zjišťovali celkové pocity respondentů v souvislosti s podáním informací při příjmu. Z rozhovorů, které proběhly s respondenty, kteří obdrželi před výkonem námi připravenou informační brožuru vyplynulo uspokojení s věnovaným časem dané problematice, R13/12 řekl: „*Myslím, že mi byl věnován dostatek času*“. Podobně se vyjádřil i R19/12: „*Času, když počítám i pročítání brožury, mi bylo věnováno dostatek*“. Při posuzování subjektivní spokojenosti s podáváním informací při příjmu R12/17 řekl: „*Cítil jsem se bezpečněji, když jsem o tom měl víc informací*“. R13/15 řekl: „*...jsem měl strach menší, cítil jsem se klidněji*“.

- ❖ Přiměřené R11/14
- ❖ Věnovat delší dobu R12/14
- ❖ Dostatek času R13/12; R15/12; R16/12; R19/12
- ❖ Uspokojující R14/12; R17/12; R18/13
- ❖ Maximální R20/12
- ❖ Informace vliv neměly R11/18; R18/16
- ❖ Cítil jsem se bezpečněji R12/17

- ❖ Klidnější R13/15
- ❖ Pozitivní R14/15
- ❖ Velký vliv R15/15; R19/15
- ❖ Pomohlo R16/15
- ❖ Strach jsem nepociťoval R17/15

Schéma 5 – Kategorie: Spolupráce v pooperačním režimu



Kategorie Spolupráce v pooperačním režimu, rozdělená do dvou podkategorií Dostatek času a Nedostatek času byla hodnocena i respondenty, kteří obdrželi před výkonem námi připravenou informační brožuru. R12/23 vyjádřil svou spokojenost s informovaností: „*Určitě je větší důvěra, k tomu co dělají*“. K tomu, jak informovanost ovlivňuje pacientovu spolupráci řekl R14/21 toto: „*...když se o vás někdo zajímá, máte i vy zájem spolupracovat*“. Stejně pocity měl i R18/22: *Když vím, co po mně chce, tak je snadné spolupracovat*“. R 11/25 uvedl: „*V tomto případě spolupráci množství informací neovlivní*“.

- ❖ Větší důvěra R12/23; R19/21
- ❖ Víím, jak se mám chovat R13/21
- ❖ Spolupráce R14/21; R20/21
- ❖ Vliv velký R16/21; R17/21; R18/22
- ❖ Neovlivnily R11/25
- ❖ Dostatečné R15/21

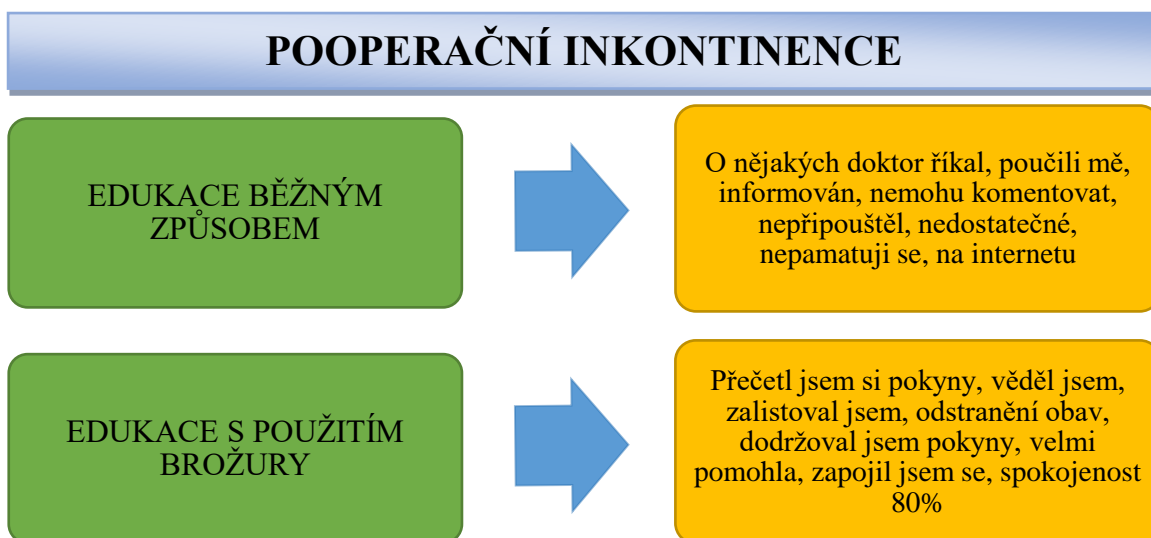
Schéma 6 – Kategorie: Subjektivní prožitky pacienta



V kategorii Subjektivní prožitky pacienta dělí se na podkategorii Dostatečně informovaný pacient a Nedostatečně informovaný pacient byla většina respondentů s obsahem a množstvím informací spokojena, R18/3 řekl: „*Informace mě plně uspokojily*“. Také svojí spokojenost vyjevil R19/3: „*...byl jsem spokojený*“. a R11/1 uvedl: „*Dodatečně můžu říci, že informace byly věcné a dostačující*“. R15/3 ale uvedl: „*Jde to*“.

- ❖ Věcné R11/1
- ❖ Spokojen R11/3; R13/3; R18/1/3; R19/3; R20/3
- ❖ Dost R12/1
- ❖ Uklidňující R13/1
- ❖ Dobrý R14/1; R15/1; R20/1
- ❖ Normální R14/3
- ❖ Užitečné R16/1
- ❖ Pozitivní R16/3; R17/3
- ❖ Jde to R15/3
- ❖ Dostačující R19/1

Schéma 7 – Komparace spokojenosti edukace pacienta s a bez brožury: Pooperační inkontinence



Kategorie Pooperační inkontinence porovnává názory respondentů na informovanost ohledně pooperačních komplikací, zejména o pooperační inkontinenci. R6/6 řekl: „*Informován jsem byl nedostatečně*“. To samé řekl i R9/6: „*Znalosti o komplikacích byly nedostatečné*“. R8/7 si o komplikacích nic nepamatoval: „*Něco mi říkali, ale všechno jsem si nepamatoval*“. Zatímco respondenti s brožurou byli spokojeni. R18/43 o brožuře řekl: „*Velmi mi pomohla*“. Podobně se vyjádřil i R19/38: „*Brožura mi velmi pomohla...*“. R14/40 pociťoval: „*Klíčové pro mě bylo odstranění obav...*“.

- ❖ Nějakých doktor říkal R1/7
- ❖ Poučili mě R2/6; R7/6
- ❖ Informován R3/6
- ❖ Nemohu komentovat R4/7
- ❖ Nepřipouštěl R5/6
- ❖ Nedostatečné R6/6; R9/6
- ❖ Nepamatuji si R8/7
- ❖ Na internetu R10/6
- ❖ Přečetl jsem si pokyn R11/43



- ❖ Věděl jsem R12/40
- ❖ Zalistoval jsem R13/38
- ❖ Odstranění obav R14/40
- ❖ Dodržel jsem pokyny R15/38
- ❖ Velmi pomohla R16/38; R18/43; R19/38
- ❖ Zapojil jsem se R17/39
- ❖ Spokojenost 80% R20/38

## 5 Diskuze

Edukace je nedílnou součástí práce všeobecné sestry. Juřeníková (2010) uvádí, že význam slova edukace pochází z latinského slova *educare*, *educare*, což se dá přeložit jako vést, vpřed, vychovávat. Pojem edukace lze vymezit jako proces neustálého ovlivňování chování s cílem kladné změny v jeho znalostech, stanoviscích, zvycích a obratnostech. Edukace znamená výchovu a vzdělávání jedince. Podle Průchy (2002) se výchova a vzdělávání v reálném čase vždy prolínají. To znamená, že sestra vede pacienta v průběhu ošetrovatelského procesu k danému cíli.

Nádor prostaty je nejběžnější karcinom mužů, v 95% jde o adenokarcinom (Schneiderová, 2014). Karcinom prostaty, podle Slezákové et al. (2010), se vyskytuje nejčastěji ve věku 50-70 let. Proto je velmi důležitá prevence pooperačních komplikací, např. močová inkontinence či erektilní dysfunkce.

Cílem diplomové práce bylo zajištění bezpečného pocitu pacienta v předoperační přípravě, aby následně aktivněji spolupracoval v rámci prevence inkontinence v pooperačním období. Pokud pacienti zvládají stres a obavy již před chirurgickým zákrokem, hlásí po operačním výkonu menší bolest, vyžadují menší dávky analgetik, mají nižší systolický krevní tlak a lepší kvalitu života (Parker, 2009).

Druhým cílem bylo vytvoření edukačního materiálu určeného pacientům s plánovanou operací prostaty. Brožura s názvem: „Čeká Vás operace prostaty?“, byla vytvořena podle zvyklostí a standardů Chirurgicko – urologického oddělení Nemocnice Písek. V brožuře se respondenti dozvěděli, co musí absolvovat před nástupem na oddělení, co je v nemocnici čeká, že je vhodné již před výkonem začít procvičovat Kegelovy cviky (Příloha 1) a pokračovat s cviky i po výkonu, dále o pooperační péči a možných komplikacích.

Při zpracování odpovědí jsme vytvořili 7 kategorií. První kategorie, která nás zajímala, byla Příjem pacienta shrnutá v přehledném schématu 1, kdy jsme zjišťovali celkové pocity respondentů ve spojitosti s časovým tlakem a vlivem na subjektivní spokojenost. Respondenti edukovaní dle zvyklosti oddělení vykazovali negativní odpovědi. Například R2/ 12/13 uvádí: „*Možná by toho času mohl věnovat víc*“. R5/12 na přímou otázku, zda bylo věnováno dostatek času k poskytnutí informací o možných

komplikacích uvedl: „*Bylo to poměrně rychle*“. R6/15 řekl: „*Byl jsem neustále ve stresu a strachu*“. Stejně pocity měl i R10/15: „*Vzhledem k nedostatku informací ve mně strach a nejistota přetrvaly*“. Jak uvádí Wetsch et al. (2009) je stres důležitým prostředkem pro přizpůsobení se změněným podmínkám prostředí, ale emoční stres a úzkost u chirurgického pacienta se odráží v perioperační tachykardii a hypertenzi. Proto se již v premedikaci podávají opiáty a benzodiazepiny, které můžou podle všeho dokonce stres u pacienta zmírnit.

Odpovědi respondentů, kteří dostali před chirurgickým výkonem námi vytvořenou brožuru (Příloha 3), ve stejné kategorii Příjem pacienta, jsou znázorněny ve schématu 4. Z odpovědí respondentů můžeme jednoznačně říci, že byli s ohledem na časový tlak, který pociťovali během edukace, z důvodu pracovní vyčerpání sester, subjektivně spokojeni. R12/17 zmiňuje: „*Cítil jsem se bezpečněji, když jsem o tom měl víc informací*“. Šamánková (2011) uvádí, že potřeba bezpečí a jistoty je druhou úrovní v Maslowově pyramidě potřeb a v nemocnici zaujímá jedno z prvních míst v žebříčku v uspokojení potřeb jedince. Abychom se cítili v bezpečí, musíme být schopni předpokládat situaci, která nás čeká. R13/12/15 řekl: „*Myslím, že mi byl věnován dostatek času. Potom jsem měl strach menší, cítil jsem se klidněji*“. Z analýzy dále vyplynulo, že informovanost měla vliv na prožívání strachu, nejistoty a bezpečí. R16/15: „*Určitě mi to pozitivně pomohlo*“. R19/15 se domnívá že: „*Měla zásadní vliv na moje pocity*“.

Kategorie nesoucí název Spolupráce v pooperačním režimu je znázorněna v přehledném schématu 2 ve vztahu k pacientům, kteří brožuru před chirurgickým výkonem k dispozici neměli. Jak již název napovídá, v průběhu analýzy dat jsme se zaměřili na ovlivnění spolupráce v pooperačním režimu s množstvím podávaných informací. Reakce na množství informací byly převážně kladné. R1/22: „*Informace o všem co může následovat, jsou to nejdůležitější*“. Stejně tak důležitost informací vyjádřil R4/27: „*Když je vše pořádně vysvětleno, rozhodně to zapůsobí pozitivně*“. V souvislosti s podáním informací měli respondenti pocit zájmu ze strany zdravotnického personálu. R6/28/29 uvedl: „*Informace jsou velmi důležité, nemocný má jistotu, že je o něj zájem a není jen počtem do statistik výkonů lékařů*“. Co se týká

informovanosti ovlivňující spolupráci po operaci řekl R7/27: „*Každá informace kladně ovlivní můj přehled a chování po operaci*“. Podobně se vyjádřil i R 8/30: *Když budu vědět, co mám a nemám dělat, tak to samozřejmě dodržím*“. Proto je velmi důležité, aby všeobecná sestra ovládala komunikaci. Venglářová a Mahrová (2006) se zabývají tím, že schopnost komunikovat slouží k navázání a rozvíjení kontaktu s pacientem a následné efektivní spolupráci. Dobře komunikovat neznámá jen zvolit správná slova, ale je i důležité být stručný, mluvit zřetelně, jednoduše a přiměřeně ke vzdělání ve zdravotnické problematice pacienta.

Ve schématu 5 znázorňujeme problematiku Spolupráce v pooperačním režimu u respondentů, kteří měli k dispozici brožuru před operačním výkonem (Příloha 3). S množstvím informací měli respondenti větší zájem o spolupráci v pooperačním období. R14/21 uvedl, jak moc informovanost může spolupráci ovlivnit: „*Velmi, když se o vás někdo zajímá, máte i vy zájem spolupracovat*“. I R 18/22 měl podobný názor: „*Opravdu může a to velmi. Když vím, co se po mně chce, tak je snadné spolupracovat*“. Jak uvádí zákon č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách, jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví lze provést pouze za podmínky, že k němu dotyčná osoba dala svobodný a především informovaný souhlas. Gyomber et al. (2010) píše, že tradiční standardní souhlas zahrnuje verbální interakci mezi pacientem a lékařem, který se často skládá z lékaře popisujícího postup a výčet všech možných komplikací. Tento didaktický přístup nezajistí, aby pacienti pochopili informace a proto je zřejmě nedostačující pro skutečný informovaný souhlas. Proto prvním krokem k získání informovaného souhlasu je usnadnit pacientovi porozumění postupů a souvisejících rizik. Pomůcky k lepšímu pochopení jsou písemné informace (brožury), ilustrace, vzdělávací videa a počítačové programy (Kuberová, 2008).

Dále jsme zjišťovali kategorii Subjektivní prožitky pacienta vzhledem k dostatečné či nedostatečné informovanosti znázorněné ve schématu 3. Při informování pacienta o jeho onemocnění, léčbě a rekonvalescenci se u onkologicky nemocných musíme zabývat i jeho pocity a rozpoložením. Zhodnotit, zda je vůbec schopný informace od nás pochopit a vnímat. Nesmíme zapomínat brát pacienta jako partnera, nerozhodovat za něj (Špirudová, 2015). Respondenti, kteří byli informováni dle zvyklosti oddělení, se

vyjadřovali ve většině záporně. R10/1/3: „Podle mého bylo poskytnuto málo informací. Pro mne nevyhovující“. Také R9/1/3 pověděl: „Poskytnutých informací bylo málo. Informací byl nedostatek“.

I kategorii Subjektivní prožitky pacienta jsme zjišťovali u respondentů, kteří před výkonem obdrželi brožuru, ta je znázorněna schématem 6. U těchto respondentů převažovaly kladné a spokojené odpovědi. R11/1/3/4 se k této problematice po výkonu vyjádřil: „Dodatečně můžu říct, že informace byly věcné a dostačující. S informacemi, které mi byly sděleny po výkonu, jsem byl spokojen a na případné moje otázky mi bylo odpovězeno“. Podobně nadšený byl i R12/3/4/5: „Dobrý, vše mi bylo dostatečně vysvětleno. Velmi mi pomohla brožura. V klidu jsem si ji přečetl doma a nebyl ve stresu, že zdržuji lékaře a ostatní pacienty v čekárně“.

Z analýzy rozhovorů vznikla další kategorie s názvem Pooperační inkontinence. V této kategorii jsme porovnávali edukaci s využitím brožury a edukaci běžným způsobem oddělení a je zobrazena ve schématu 7. Při zjišťování vědomostí o možných komplikacích respondentů z první desítky, tedy informovaných dle zvyklosti oddělení, se ukázalo, že si o potencionálních komplikacích nic nepamatují. R1/7: *O nějakých mi pak doktor říkal, ale nepamatuji si to*“. Také R8/7/8/ měl stejné vědomosti: „Něco mi říkali, ale všechno jsem si nepamatoval. Po výkonu jsem měl infekci v moči a musel brát antibiotika“. I přes poučení lékaře musel pacient hledat informace jinde. R10/6: *Vše jsem si zjišťoval na internetu*“. Respondenti, kteří měli možnost si prostudovat brožuru byli o poznání spokojenější, například R11/43/44: „V brožuře jsem si přečetl pokyny a nemusel jsem si je shánět nikde jinde, což mi dost pomohlo“. Brožura pomohla i v uvědomění si, že péče není jen o personálu, R17/39/40: „Konečně jsem pochopil, že se to může týkat i mě a začal jsem se víc zapojovat do péče“.

Cesta rakoviny nekončí s léčbou. Studie uvádějí problémy spojené se sexuální funkcí a močové inkontinence, vztahy (mezi partnery a v rodině) a finanční zátěž. Strach z úniku moči a používání inkontinentních pomůcek je pro mnoho mužů velmi ponižující. Ve skutečnosti je močová inkontinence hodnocena jako více obtěžující komplikace než erektilní dysfunkce. Existují lidé, kteří se začnou vyhýbat sociálnímu kontaktu. Tato sociální staženost je často mylně považována za projevy deprese což

paradoxně k úzkosti a depresím vede. Řešením zmírnění nebo snížení symptomů inkontinence mohou být cviky pánevního svalstva, trénink močového měchýře a anticholinergní léky. Edukační brožura je určena k prevenci těchto komplikací (De Sousa et al., 2012).

Během rozhovorů jsme zjistili, jak by pacienti získali další informace k operaci prostaty. Polovina odpověděla, že by další informace nezjišťovali, protože by nevěděli kde, druhá polovina by využila informace z internetu nebo od kamarádů.

Po prostudování jednotlivých schémat se domníváme, že zmírnění či odstranění strachu a nejistoty a dostatečná informovanost pacienta by měly být jednou z hlavních priorit každého zdravotnického personálu. Zamysleme se nad tím, jak bychom se cítili na pacientově místě my. Chtěli bychom mít strach? Chtěli bychom vědět, co nás čeká, co máme dělat? Určitě bychom chtěli mít i tyto potřeby uspokojeny.

Naším šetřením jsme odpověděli na výzkumné otázky, a to že: Ochota pacientů spolupracovat v rámci pooperačního režimu podle toho, zda jsou subjektivně dostatečně informováni, je dle výsledků šetření prokazatelně vyšší. Pacienti, kteří byli spokojeni se svou informovaností subjektivně před operací pocítili strach a nejistoty ve srovnání s pacienty nedostatečně informovanými prožívali minimálně, v některých případech vůbec. Pacienti, kteří pocítovali při příjmu časový tlak, byli během celé hospitalizace subjektivně méně spokojeni. Edukační brožura měla vliv na využívání účinnějšího preventivního opatření vzniku inkontinence ve srovnání s pacienty, kteří byli edukováni běžným způsobem, protože mohli brožuru kdykoliv využít a přesvědčit se o správnosti prevence.

Menandros řekl: „*Nemocné tělo potřebuje lékaře, nemocná duše přítele*“. Nebuďme vždy jen lékaři, sestry, zdravotníci, buďme i přátelé, kamarádi, lidé, kteří dokážou naslouchat a podrží za ruku.

## 6 Závěr

Diplomová práce Možnosti edukace v prevenci vzniku inkontinence po operacích prostaty si na základě provedených rozhovorů s pacienty dala za cíl zajistit bezpečný pocit u pacienta v předoperační přípravě, aby následně aktivněji spolupracoval v rámci prevence inkontinence v pooperačním období. Dalším cílem bylo vytvořit edukační materiál určený pacientům s plánovanou operací prostaty.

Vlastní výzkumné šetření bylo realizováno prostřednictvím kvalitativního výzkumu a technikou sběru dat byly rozhovory s polostrukturovanými otázkami, které byly uskutečněny s pacienty po operacích prostaty. Získaná data byla zpracována metodou kódování v ruce, která se také označuje jako metoda papír a tužka. Následně byly všechny výsledky zaznamenány do schémat.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že pacienti, kteří byli edukováni dle zvyku oddělení, byli ve většině případů negativně naladěni a nespokojeni s množstvím obdržených informací vzhledem k časovému tlaku, naopak pacienti, kteří měli k dispozici námi vytvořenou brožuru, vykazovali spolupráci v pooperační péči a prevenci komplikací močové inkontinence a sexuální dysfunkce.

Vzhledem k těmto skutečnostem jsme se rozhodli nabídnout námi vytvořenou brožuru urologické ambulanci Nemocnice Písek. O výsledcích výzkumného šetření byla informována také hlavní sestra nemocnice a vrchní sestra Chirurgicko – urologického oddělení.

## 7 Seznam použitých zdrojů

- 1) BÁRTLOVÁ, S., MATULAY, S., 2009. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. Martin: Osveta. 242 s. ISBN 978-80-8063-306-6.
- 2) BRANT, R. F. et al., 2015. *Laparoscopic and Robotic Radical Prostatectomy*. [online]. New York: Medscape. [cit. 2016-03-29] Dostupnost z: <http://emedicine.medscape.com/article/458677-overview>.
- 3) BRATKOVÁ, E., 2008. Metody citování literatury a strukturování bibliografických záznamů podle mezinárodních norem ISO 690 a ISO 690-2: metodický materiál pro autory vysokoškolských kvalifikačních prací. [online] Praha: Odborná komise pro otázku elektronického zpřístupňování vysokoškolských kvalifikačních prací, Asociace knihoven vysokých škol ČR. [cit. 2017-03-29]. Dostupnost z: <http://www.evskp.cz/SD/4c.pdf>.
- 4) ČECHOVÁ, V. et al., 2003. *Speciální psychologie*. 4. vydání. Brno: NCO NZO. 173 s. ISBN 978-80-7013-386-4.
- 5) ČECHOVÁ, V. et al., 2004. *Psychologie a pedagogika II*. Praha: Informatorium. 160 s. ISBN 978-80-7333-028-8.
- 6) ČIHÁK, R., 2013. *Anatomie 2*. 3. upravené a doplněné vydání. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-80-247-4788-0.
- 7) DE SOUSA, A. et al., 2012. Psychological aspects of prostate cancer: a clinical review. *Prostate Cancer and Prostatic Diseases*. [online]. London: Nature Publishing Group. 15(2), 120-127. ISSN 1365-7852. [cit. 2017-04-17]. Dostupnost z: <http://www.nature.com/pcan/journal/v15/n2/full/pcan201166a.html>.



- 8) ELIŠKOVÁ, M., NAŇKA, O., 2009. *Přehled anatomie*. 2. Vydání. Praha: Karolinum. 416 s. ISBN 978-80-246-1717-6.
- 9) FIALA, R., ZÁŤURA, F., 1999. Kontinence a erektilní dysfunkce po radikální prostatektomii zjišťována korespondenční metodou. *Česká urologie*. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně. 3(4), 27-30. ISSN 1211-8729.
- 10) GRIMSLEY, S. J. S., ALMALLAH, Z., 2013. Inkontinence u pacientů po prostatektomii: přehled současných možností vyšetřování a léčby. *Urologické listy*. [online]. Praha: Ambit Media. 11(3), 13-17. ISSN 1214-2085. [cit. 2016-02-27]. Dostupnost z: [http://www.urologickelisty.cz/urologicke-listy-clanek/inkontinence-u-pacientu-po-prostatektomii-prehled-soucasnych-moznosti-vysetrovani-a-lecby-41707?confirm\\_rules=1](http://www.urologickelisty.cz/urologicke-listy-clanek/inkontinence-u-pacientu-po-prostatektomii-prehled-soucasnych-moznosti-vysetrovani-a-lecby-41707?confirm_rules=1).
- 11) GYOMBER, D. et al., 2010. Improving informed consent for patients undergoing radical prostatectomy using multimedia techniques: a prospective randomized crossover study. *BJU International*. [online]. Oxford: Blackwell Science. 106(8), 1152-1156 ISSN 14644096. [cit. 2017-03-16]. Dostupnost z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1464-410X.2010.09309.x>.
- 12) HANUŠ, T., 2011. *Urologie*. Praha: Triton. 204 s. ISBN 978-80-7387-387-5.
- 13) HAŠKOVCOVÁ, H., 2015. *Lékařská etika*. 4. vydání. Praha: Galén. 226 s. ISBN 978-80-7492-204-6.
- 14) CHOCENSKÁ, E. et al., 2009. *Průvodce pacienta onkologickou léčbou*. Praha: Forsapi. 123 s. ISBN 978-80-87250-02-0.
- 15) ICON HEALTH PUBLICATIONS, 2004. *Kegel Exercises – A Medical Dictionary, Bibliography, and Annotated Research Guide to Internet References*. Las Vegas: Icon Health Publications. ISBN 978-05-978-3949-8.

- 16) JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R., 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-4412-4.
- 17) JOBÁNKOVÁ, M. et al., 2004. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 3. vydání. Brno: NCO NZO. 225 s. ISBN 978-80-7013-390-2.
- 18) JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
- 19) KAŠPERKOVÁ, L., HUŠEK, P., 2011. Perioperační péče v endourologii. *Sestra*. Praha: Mladá fronta. 21(11), 34-35. ISSN 1210-0404.
- 20) KAWACIUK, I., 1992. *Urologie obecná a speciální*. Jinočany: H & H. 207 s. ISBN 978-80-85467-94-1.
- 21) KAWACIUK, I., 2009. *Urologie*. Praha: Galén. 530 s. ISBN 978-80-7262-627-7.
- 22) KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., 2014. *Psychologie 2. díl. Pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada. 148 s. ISBN 978-80-247-3600-6.
- 23) KŘÍŽOVÁ, S., 2011. Inkontinence by neměla být tabu. *Sestra*. Praha: Mladá fronta. 21(3), 42. ISSN 1210-0404.
- 24) KUBEROVÁ, H., 2008. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál. 246 s. ISBN 978-80-7367-684-1.
- 25) KUTNOHORSKÁ, J., 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 163 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
- 26) LEMONE, P. et al., 2011. *Medical-Surgical Nursing: Critical Thinking in Patient Care*. Boston: Pearson. ISBN 978-0-13-507594-4.

- 27) LIGA PROTI RAKOVINĚ, 2015. Evropský kodex proti rakovině. [online].[cit. 2015-11-9]. Dostupnost z: <http://www.onko.cz/evropsky-kodex/>.
- 28) LOUDA, M., 2011. Invazivní postupy v léčbě inkontinence moči. *Sestra*. Praha: Mladá fronta. 21(3), 44-45. ISSN 1210-0404.
- 29) NANDA International, 2016. *Ošetrovatelské diagnózy – Definice a klasifikace 2015-2017*. 10. vydání. Praha: Grada. 464 s. ISBN 978-80-247-5412-3.
- 30) MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2002. *Zdraví pro všechny v 21. století*. [online]. [cit. 2015-11-18]. Dostupnost z: [http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-vstoleti\\_2461\\_1101\\_5.html](http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-vstoleti_2461_1101_5.html).
- 31) MUNZAROVÁ, M., 2005. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada. 153 s. ISBN 978-80-247-1024-2.
- 32) NEMCOVÁ, J. et al., 2010. *Moderná edukácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta. 260 s. ISBN 978-80-8063-321-9.
- 33) ÚSTAV ZDRAVOTNÍCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR, 2015. *Zhoubné nádory v roce 2011*. [online]. [cit. 2015-11-13]. Dostupnost z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/zhoubne-nadory-roce-2011>.
- 34) PACÍK, D. et al., 1996. *Urologie pro sestry*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 173 s. ISBN 978-80-7013-235-3.
- 35) PACÍK, D., 2006. *Onemocnění prostaty: příručka pro praktického lékaře*. Praha: Mladá fronta. 45 s. ISBN 978-80-204-1561-0.
- 36) PARKER, P. A. et al., 2009. The Effects of a Presurgical Stress Management Intervention for Men With Prostate Cancer Undergoing Radical Prostatectomy.

- Journal of Clinical Oncology*. [online]. Alexandria: American Society of Clinical Oncology. 27(19), 3169-3176. ISSN 0732-183x. [cit. 2017-03-16]. Dostupnost z: <http://doi.wiley.com/10.1111/bju.12989>.
- 37) PETRÁŠOVÁ, R., 2012. Role sestry v záchytné inkontinence. *Sestra*. Praha: Mladá fronta. 22(5), 51-53. ISSN 1210-0404.
- 38) PRŮCHA, J., 2013. *Moderní pedagogika*. 4. vydání. Praha: Portál. 488 s. ISBN 978-80-262-0456-5.
- 39) PŘIBYLOVÁ, R., 2011. Inkontinence se týká žen i mužů. *Sestra*. Praha: Mladá fronta. 21(3), 40-41. ISSN 1210-0404.
- 40) ŘÍČAN, P., 2013. *Psychologie. Příručka pro studenty*. Praha: Portál. 304 s. ISBN 978-80-262-0532-6.
- 41) SCHNEIDEROVÁ, M., 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-247-4414-8.
- 42) SIEGEL, A. L., 2014. Pelvic Floor Muscle Training in Males: Practical Applications. *Urology*. New York: Elsevier Science. 84(1), 1-7. ISSN 1527-9995.
- 43) SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii II*. Praha: Grada. 308 s. ISBN 978-80-247-3130-8.
- 44) STÁTNÍ ZDRAVOTNICKÝ ÚSTAV, 2015. Podpora zdraví. [online]. [cit. 2015-11-05]. Dostupnost z: <http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi>.
- 45) ŠAMÁNKOVÁ, M. et al., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.

- 46) ŠPIRUDOVÁ, L., 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství I pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-5710-0.
- 47) ŠULISTOVÁ, R., TREŠLOVÁ, M., 2012. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovateľské péči pro sestry a porodní asistentky*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. 191 s. ISBN 978-80-7394-246-5.
- 48) ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. et al., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
- 49) TKÁČOVÁ, L., DLUGOŠOVÁ, A., 2012. Močová inkontinence – teorie a praxe. *Sestra*. Praha: Mladá fronta. 22(5), 48-49. ISSN 1210-0404.
- 50) TRACHTOVÁ, E. et al., 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovateľském procesy*. 3. vydání. Brno: NCO NZO. 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2.
- 51) UROLOGIE PRO STUDENTY, 2015. *Obecná urologie*. [online]. [cit. 2015-11-05]. Dostupnost z: <http://www.urologieprostudenty.cz/index.php?page=obecna-urologie>.
- 52) VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G., 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-1262-8.
- 53) VURM, V., 2007. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. Praha: Triton. 125 s. ISBN 978-80-7254-997-9.
- 54) WETSCH, W. A. et al, 2009. Preoperative stress and anxiety in day-care patients and inpatients undergoing fast-track surgery. *British Journal of Anaesthesia*. [online]. Oxford: Oxford University Press. 103(2), 199-205 ISSN 0007-0912. [cit. 2017-03-16]. Dostupnost z: <https://academic.oup.com/bja/article-lookup/doi/10.1093/bja/aep136>.

- 55) Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), 2011. [online]. [cit. 2017-03-16]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 4. ISSN 1211-1244. Dostupnost také z: <https://zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#cast4>.
- 56) ZEMAN, M. et al, 2006. *Speciální chirurgie*. 2. vydání. Praha: Galen, Karolinum. 575 s. ISBN 978-80-7262-260-9.
- 57) ŽALOUDÍK, J., VYZULA, R., 2002. *Prevence zhoubných nádorů s ohledem na populační rizika*. Brno: Masarykův Onkologický ústav. 13 s. ISBN 978-80-238-9513-3.

## **8 Klíčová slova**

Edukace

Inkontinence

Komplikace

Ošetřovatelství

Prevence

Prostata

## **9 Přílohy**

Příloha 1: Kegelovy cviky

Příloha 2: Otázky k rozhovorům

Příloha 3: Brožura – Čeká Vás operace prostaty?



## **Příloha 1 Kegelovy cviky**

### *Cviky vleže*

- 1) Lehněte si uvolněně na podložku na zem, nohy mírně pokrčte. Při nádechu stáhněte svěrače močové trubice i konečníku, jako kdyby se vám hodně chtělo se vyprázdnit, a při výdechu vtáhněte břicho dovnitř. Vydržte 2 až 3 vteřiny a povolte. Provádějte toto cvičení 10 krát denně, po dvou týdnech můžete zvýšit na 20 krát denně.
- 2) Dalším cvikem jsou stahy pánevního dna s překlopením pánve. Výchozí poloha je stejná jako u prvního cviku. Doplníme ji zatažením břicha a zvednutím pánve nahoru nad podložku, což znamená do jedné linie s kolena a sevřeme hýždě. Potom se vrátíme zhruba 10 cm nad zem, překlopíme pánev co nejvíce nahoru, jako když chceme vytáhnout břicho pod žebra. A potom pokládáme pomalu obratel po obratli a dole úplně uvolníme. Tento cvik je třeba provádět alespoň 10 krát denně.
- 3) Lehněte si na záda, pokrčte dolní končetiny, tak že kolena jsou od sebe na šířku pánve a chodidla jsou opřena. Při nádechu postupně zvedejte páteř od jejího dolního úseku až k lopatkám. Vydržte 5 vteřin a při výdechu se postupně vracejte od lopatek ke kostrči do výchozí polohy. Cvik opakujte 3 – 5 krát.
- 4) Při provádění tohoto cviku se položte na záda, pokrčte kolena a provádějte břišní dýchání. Sevřete svěrače konečníku, vydechujte přitom ústy a zatahujte břicho. Pokuste se stáhnout svaly pánevního dna od konečníku směrem k penisu, udržte stažení po dobu 5 vteřin, potom uvolněte pánevní dno i břicho. Cvik několikrát opakujte.

### *Cviky kdykoli a kdekoli*

- 1) Během dne svaly 20 krát za sebou zatněte, postupně zvyšujte. Zpočátku si budete pomáhat břišními i hýžd'ovými svaly, později se vám podaří posilovat pánevní dno bez pomoci jiných svalů. Cvik opakujte v průběhu dne nejméně 3 krát.

- 2) Jedná se o cvik, který posiluje stahy svalů pánevního dna pro výdrž ve stažení. Zatněte svaly pánevního dna na 10 vteřin, pokud je neudržíte po tuto dobu stažené, povolte je. Dejte si 10 vteřin přestávku a cvik opakujte ze začátku 3 krát, postupně přidávejte počet opakování až na 10. Je vhodné provádět toto cvičení alespoň 3 krát denně.
- 3) Cvik začíná nádechem, potom začněte pomalu vydechovat, přičemž při výdechu zatněte svaly pánevního dna. Pokuste se přitom uvolnit ostatní svaly, uvolnění svalů je při výdechu jednodušší. Cvik opakujte zpočátku 5 krát a postupně přidávejte.
- 4) Cílem tohoto cviku je uvědomit si svaly pánevního dna a pocítit rozdíl mezi zatnutími a uvolněnými svaly. Dýchejte pomalu a uvolněně, při nádechu zatněte na 10 vteřin svaly pánevního dna a potom uvolněte. Pokuste se přitom vnímat vše, co se ve vašem těle od pasu dolů děje. Cvik opakujte alespoň 10 krát.

#### *Cviky na WC*

Další možností je přerušování proudu moči. Toto jednoduché cvičení je ideální provádět po ránu, kdy ještě svaly nejsou tak aktivní a cvičení je obtížnější, ale lépe si můžete uvědomit práci svalů. Zkuste tedy opakovaně zatínat a povolovat svaly pánevního dna v průběhu močení. Vnímejte rozdíl mezi uvolněním a stáhnutím.

Zdroj: ICON HEALTH PUBLICATIONS, 2004. *Kegel Exercises – A Medical Dictionary, Bibliography, and Annotated Research Guide to Internet References*. Las Vegas: Icon Health Publications. ISBN 978-05-978-3949-8.

## **Příloha 2 Otázky k rozhovorům**

### **Otázky pro pacienty, kterým nebyla předána brožura**

- 1) Jaký je váš pocit z informací, které jste obdržel před operací/výkonem?
- 2) Jaký je váš pocit z informací, které jste obdržel po výkonu?
- 3) Co můžete říci o vašich znalostech o možných komplikacích po výkonu, který jste prodělal?
- 4) Jak se cítíte v souvislosti s poskytnutými informacemi o opatřeních vedoucích k prevenci možných komplikací vám provedeného výkonu?
- 5) Co můžete říci k poskytnutí informací o prevenci možných komplikací vám provedeného výkonu v souvislosti s časem, který tomu byl věnován?
- 6) Měly informace vám poskytnuté vliv na vaše prožívání strachu, nejistoty, bezpečí?
- 7) Jak ovlivnily poskytnuté informace vaši ochotu spolupracovat se zdravotnickým personálem?
- 8) Jak může množství (dostatek) informací ovlivnit spolupráci se zdravotnickým personálem?
- 9) Jak ovlivnily poskytnuté informace vaše zapojení do aktivit prevence komplikací po výkonu?
- 10) Jak může množství (dostatek) informací ovlivnit vaše zapojení do aktivit prevence komplikací po výkonu?
- 11) Co si představujete pod pojmem bezpečí a jak mu rozumíte?
- 12) Co si představujete pod pojmem strach, nejistota a jak mu rozumíte?

### **Otázky pro pacienty, kterým byla předána brožura**

- 1) Jaký je váš pocit z informací, které jste obdržel před operací/výkonem?
- 2) Jaký je váš pocit z informací, které jste obdržel po výkonu?
- 3) Co můžete říci o vašich znalostech o možných komplikacích po výkonu, který jste prodělal?

- 4) Jak se cítíte v souvislosti s poskytnutými informacemi o opatřeních vedoucích k prevenci možných komplikací vám provedeného výkonu?
- 5) Co můžete říci k poskytnutí informací o prevenci možných komplikací vám provedeného výkonu v souvislosti s časem, který tomu byl věnován?
- 6) Měly informace vám poskytnuté vliv na vaše prožívání strachu, nejistoty, bezpečí?
- 7) Jak ovlivnily poskytnuté informace vaši ochotu spolupracovat se zdravotnickým personálem?
- 8) Jak může množství (dostatek) informací ovlivnit spolupráci se zdravotnickým personálem?
- 9) Jak ovlivnily poskytnuté informace vaše zapojení do aktivit prevence komplikací po výkonu?
- 10) Jak může množství (dostatek) informací ovlivnit vaše zapojení do aktivit prevence komplikací po výkonu?
- 11) Co si představujete pod pojmem bezpečí a jak mu rozumíte?
- 12) Co si představujete pod pojmem strach, nejistota a jak mu rozumíte?
- 13) Jak jste byl spokojený s brožurou? Jaký na ni máte názor?
- 14) Můžete se vyjádřit k tomu, jak by vypadal váš postup v prevenci komplikací po vašem výkonu, kdybyste neměl k dispozici tuto brožuru?
- 15) Do jaké míry vám brožura pomohla v dodržování preventivních pokynů?
- 16) Měly informace vám poskytnuté v brožuře vliv na vaše prožívání strachu, nejistoty, bezpečí?

Zdroj: Vlastní

### **Příloha 3 Brožura – Čeká Vás operace prostaty?**

# Čeká Vás operace prostaty?



Právě jste se dozvěděli, že musíte na operaci prostaty a máte obavy z toho, co Vás čeká? Pak je tato brožura určena právě Vám. Zodpoví Vám nejčastější otázky, poradí a pomůže se s operačním výkonem vyrovnat.

Co všechno musíte zařídit před nástupem do nemocnice?

Co si sebou nezapomenout vzít do nemocnice?

Jaká jsou omezení po operaci?

## OBSAH

Před nástupem absolvujete.....	4
Sebou do nemocnice si vezměte .....	5
Co Vás čeká v nemocnici.....	5
Den před operací .....	5
V den výkonu .....	6
Po výkonu.....	8
Následující dny.....	8
Domácí péče.....	9
Možné pooperační komplikace .....	9
Kegelovy cviky .....	10
Cviky vleže.....	10
Cviky kdykoli a kdekoli .....	12
Cviky na WC.....	14
Seznam použitých zdroj .....	15

## Před nástupem do nemocnice absolvujete:

- vyšetření u praktického lékaře (odběr krve, odběr moče, EKG vyšetření)
- pokud praktický lékař uzná za vhodné, pošle vás na vyšetření i k internímu lékaři
- zahájíte cvičení

Vzhledem k operaci v oblasti pánevního dna a k pooperačnímu zavedení močového katétru, je vhodné již před operací začít cvičit cviky pro posílení svalů pánevního dna, tzv. Kegelovy cviky str. 10-14. Předcházíte tak pooperační inkontinenci.

## Sebou do nemocnice

### si vezměte:



- hygienické potřeby, ručník
- pyžamo, župan
- pohodlné, pevné přezůvky
- brýle, mobil
- léky, které užíváte v originálních obalech
- knížku, časopis
- do nemocnice si neberte větší obnos peněz a cenné věci

## Co Vás čeká



### v nemocnici:

#### *Den před operací:*

- den příjmu do nemocnice
- na ambulanci si vloží sestra vaše osobní údaje do počítače
- sestra na oddělení s vámi sepíše ošetřovatelskou, a lékař později lékařskou dokumentaci
- po určení vašeho pokoje a lůžka si vybalíte a převlékněte se do pyžama

- od sestry dostanete souhlasy k operaci, přečtete si je a v případě souhlasu podepíšete
- pokud jdete na výkon, po kterém budete z operačního sálu převezeni na jednotku intenzivní péče – vám sdělí sestra, připravíte si hygienické potřeby, brýle a mobil do příruční tašky
- během odpoledne za vámi přijde lékař (anesteziolog), aby vám sdělil informace o způsobu a průběhu anestézie, který vás následující den bude na sále uspávat
- s ohledem na výkon vám urolog určí druh vyprázdnění střev
- sestra vás informuje, jakým způsobem vyprázdnění bude
- pokud vám anesteziolog předepsal lék na spaní, sestra vám ho večer nabídne

#### *V den výkonu:*

- od půlnoci nebudete nic jíst, pít, kouřit, ani cucat bonbony ani žvýkat žvýkačky
- ráno se vysprchujete a důkladně si umyjete penis i žalud
- ráno dostanete pouze nezbytné léky, které určí anesteziolog. Zapijte je douškem vody. Sami si



žádné léky neberte!

- sestra vám před výkonem přiloží elastické punčochy k prevenci případných pozdějších komplikací
- jakmile zavolají ze sálu, že jste na řadě a sestra vám bude moci aplikovat premedikaci (lék, který určil anesteziolog – nejčastěji se aplikuje opiát na zklidnění a Atropin na snížení slinění), oznámí vám, abyste se došel vymočit, vyndal umělý chrup (máte-li), sejmul šperky, piersing a kontaktní čočky
- pouze oblečený do anděla (bez spodního prádla, ponožek apod.) si lehněte na lůžko, sestra vám píchne injekci
- po injekci již nevstávejte, mohl byste upadnout
- před odjezdem na operační sál je sestra povinna vám zkontrolovat řádně omytý žalud
- v případě jakýchkoliv nejasností či obav neváhejte požádat sestru o informaci, radu nebo ujištění

*Po výkonu:*

- po operaci odpočívejte a snažte se spát
- pít můžete začít po pokynu od sestry, cca 2 hodiny po operaci – nejlepší je černý neslazený čaj nebo neperlivá neochucená voda
- i když se budete cítit dobře, nepijte minerálky, slazené nápoje ani nejezte, hrozí vám nebezpečí zvracení či dušení
- po operaci budete mít zavedený močový katetr neboli cévku
- sestra vás bude informovat, kdy budete moci poprvé vstát, a pomůže vám, zajistí, aby nedošlo k případnému pádu
- řiďte se pokyny personálu

*Následující dny:*

- doporučuje, abyste dostatečně pil, což vede k očištění moči. To je důležité k tomu, aby mohla být močová cévka odstraněna
- po vytažení cévky, nahlaste první močení sestře a druhá moč se musí nabrat do označené zkumavky a poslat do laboratoře

### Domácí péče:



- i doma dostatečně odpočívejte
- nezapomínejte dostatečně pít
- nezvedejte těžká břemena (nákup, atd.)
- zakázáno je jezdit na kole
- pokud budete mít zvýšenou teplotu nad 37,5°C, začervenatou či teplou ránu po operaci, navštivte neprodleně svého obvodního či urologického lékaře
- Kegelovy cviky provádějte do plnohodnotného udržení moče stejně jako před operací
- po operaci nezadržujte moč, choďte se vymočit hned po pocítění nutkání na vymočení

### Možné pooperační komplikace:

- Infekce močových cest
- Močová inkontinence
- Erektální dysfunkce

### KEGELOVY CVIKY



### Cviky vleže



- 1) Lehněte si uvolněně na podložku na zem, nohy mírně pokrčte. Při nádechu stáhněte svěrače močové trubice i konečníku, jako kdyby se vám hodně chtělo se vyprázdnit, a při výdechu vtáhněte břicho dovnitř. Vydržte dvě až 3 vteřiny a povolte. Provádějte toto cvičení 10 krát denně, po dvou týdnech můžete zvýšit na 20 krát denně.

2) Dalším cvikem jsou stahy pánevního dna s překlopením pánve. Výchozí poloha je stejná jako u prvního cviku. Doplníme ji zatažením břicha a zvednutím pánve nahoru nad podložku, což znamená do jedné linie s koleny a sevřeme hýždě. Potom se vrátíme zhruba 10 cm nad zem, překlopíme pánev co nejvíce nahoru, jako když chceme vtáhnout břicho pod žebra. A potom pokládáme pomalu obratel po obratli a dole úplně uvolníme. Tento cvik je třeba provádět alespoň 10 krát denně.

3) Lehněte si na záda, pokrčte dolní končetiny, tak že kolena jsou od sebe na šířku pánve a chodidla jsou opřená. Při nádechu postupně zvedejte páteř od jejího dolního úseku až k lopatkám. Vydržte asi 5 vteřin a při výdechu se postupně vracete od lopatek ke kostrči do výchozí polohy. Cvik opakujte 3–5 krát.

4) Při provádění tohoto cviku se položte na záda, pokrčte kolena a provádějte břišní dýchání. Sevřete svěrač konečníku, vydechujte přitom ústy a zatahujte břicho.

Pokuste se stáhnout svaly pánevního dna od konečníku směrem k penisu, udržte stažení po dobu 5 vteřin, potom uvolněte pánevní dno i břicho. Cvik několikrát opakujte.



### **Cviky kdykoli a kdekoli**



1) Během dne svaly 20 krát za sebou zatněte, postupně zvyšujte. Zpočátku si budete pomáhat břišními i hýžd'ovými svaly, později se vám podaří posilovat pánevní dno bez pomoci jiných svalů. Cvik opakujte v průběhu dne nejméně 3 krát.

2) Jedná se o cvik, který posiluje stahy svalů pánevního dna pro výdrž ve stažení. Zatněte

svaly pánevního dna na 10 vteřin, pokud je neudržíte po tuto dobu stažené, povolte je. Dejte si 10 vteřin přestávku a cvik opakujte ze začátku 3 krát, postupně přidávejte počet opakování až na 10. Je vhodné provádět toto cvičení alespoň 3 krát denně.

3) Cvik začíná nádechem, potom začněte pomalu vydechovat, přičemž při výdechu zatněte svaly pánevního dna. Pokuste se přitom uvolnit ostatní svaly, uvolnění svalů je při výdechu jednodušší. Cvik opakujte zpočátku 5 krát a postupně přidávejte.

4) Cílem tohoto cviku je uvědomovat si svaly pánevního dna a pocítit rozdíl mezi zatnutými a uvolněnými svaly. Dýchejte pomalu a uvolněně, při nádechu zatněte na 10 vteřin svaly pánevního dna a potom uvolněte. Pokuste se přitom vnímat vše, co se ve vašem těle od pasu dolů děje. Cvik opakujte alespoň 10krát.

## Cviky na WC



Další možností je přerušování proudu moči. Toto jednoduché cvičení je ideální provádět po ránu, kdy ještě svaly nejsou tak aktivní a cvičení je obtížnější, ale lépe si můžete uvědomit práci svalů. Zkuste tedy opakovaně zatínat a povolovat svaly pánevního dna v průběhu močení. Vnímejte rozdíl mezi uvolněním a stáhnutím.

## *Seznam použitých zdrojů*

ICON HEALTH PUBLICATIONS, 2004. *Kegel Exercises – A Medical Dictionary, Bibliography, and Annotated Research Guide to Internet References*. Las Vegas: Icon Health Publications. ISBN 978-05-978-3949-8.

Ošetrovatelské standardy Chirurgie – Urologie, ORL Nemocnice Písek

V případech nutnosti volejte na standardní část Chirurgie – Urologie, ORL Nemocnice Písek **tel.: 382 772 266**

Nebojte se na cokoliv zeptat. Ano, sestry mají hodně práce, ale na Vás si čas udělají.

Nebojte se zazvonit! Nerušíte ani neobtěžujete, sestry Vám rády jakkoliv pomůžou, proto tu jsou, pro pacienty.



## **Seznam použitých zkratk**

PSA - Prostatický specifický antigen

BHP - Benigní hyperplazie prostaty

TURP - Transuretrální resekce prostaty

TUIP - Transuretrální incize prostaty

KP - Karcinom prostaty

EU - Evropská unie

FDA - Food and Drug Administration

ČIK - Čistá intermitentní katetrizace

Např. - Například

Atd. - A tak dále