



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Péče o nemocné po prostatektomii s využitím
ošetřovatelského modelu Callisty Roy**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:

SPECIALIZACE V OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Iva Kramářová

Vedoucí práce: PhDr. Věra Stasková, Ph.D.

České Budějovice 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Péče o nemocné po prostatektomii s využitím ošetrovatelského modelu Callisty Roy*” 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 jejích 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 bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 9. 8. 2023

.....

Iva Kramářová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat své vedoucí diplomové práce PhDr. Věře Staskové, Ph.D. za odborné vedení, pomoc a rady při zpracování této práce. Taktéž bych chtěla poděkovat všem pacientům a sestřám, se kterými jsem vedla rozhovor.

Péče o nemocné po prostatektomii s využitím ošetřovatelského modelu Callisty Roy

Abstrakt

Diplomová práce se věnuje ošetřovatelské péči o nemocné po prostatektomii s využitím ošetřovatelského modelu Callisty Roy. Stav po operaci prostaty je pro muže novou životní zkušeností, na kterou je potřeba se adaptovat. Adaptaci pacientů se věnovala Callista Roy, která je autorkou adaptačního modelu.

V diplomové práci byly stanoveny tři cíle. Prvním cílem bylo zjistit, jaké intervence sestry využívají k podpoře adaptace pacientů po provedené prostatektomii v jednotlivých adaptačních módech Callisty Roy. Druhým cílem bylo zjistit, jaké stimuly sestry sledují při poskytování ošetřovatelské péče pacientovi po prostatektomii, a třetím cílem bylo zjistit, jaké problémy mají pacienti po prostatektomii v jednotlivých adaptačních módech. Pro tyto tři cíle jsme si stanovili tři výzkumné otázky. Diplomová práce obsahuje dva výzkumné vzorky. Prvním výzkumným vzorkem jsou sestry z urologické jednotky intenzivní péče a sestry ze standardního lůžkového urologického oddělení a druhým výzkumným vzorkem jsou pacienti hospitalizovaní na urologickém standardním oddělení.

Získání dat bylo provedeno skrze kvalitativní šetření, metodou dotazování, technikou rozhovorů u pacientů po prostatektomii v nemocničním zařízení a sester pečujících o tyto nemocné. Výzkumné šetření je doplněno zúčastněným pozorováním. Výzkumné šetření probíhalo v únoru až březnu roku 2023.

Z výsledků rozhovorů se sestrami vyplynulo, že sestry využívají při poskytování ošetřovatelské péče nemocnému po prostatektomii prvky z adaptačního fyziologického módu.

Z výsledků rozhovorů s pacienty vyplynulo, že nespatřují žádný problém v adaptaci na nemocniční prostředí a ani s adaptací na stav po odstranění prostaty. Z výpovědí pacientů implicitně vyplynulo, že bagatelizují problémy a uvítali by pomoc s podporou adaptace.

Výsledky diplomové práce mohou sloužit jako studijní materiál pro studenty zdravotnických oborů. Diplomová práce může být inspirací pro sestry v podpoře adaptace pacientů po provedené prostatektomii.

Klíčová slova

Callista Roy; prostatektomie; pooperační péče; edukace; sestra; ošetrovatelská péče; ošetrovatelský proces; adaptace psychologická; komplikace; fyziologická adaptace; komunikace

Taking Care of Prostatectomy Patients Using Callista Roy's Nursing Model

Abstract

This diploma thesis deals with nursing care for prostatectomy patients using Callista Roy's nursing programme. The situation, after prostate surgery, is a new life experience for men, that takes adaptation. Callista Roy, the author of Adaptation Model, was dealing with patient adaptation.

The diploma thesis has set three aims. The first aim was to find out what interventions are used by nurses to support patient adaptation after prostatectomy in individual Callista Roy's adaptation models. The second aim was to find out what stimuli nurses observe while providing prostatectomy patients with nursing care, and the third aim was to find out what problems prostatectomy patients face in individual adaptation modes. Three research questions were determined for these three aims. The diploma thesis contains two research files. The first research file are Urological Intensive Care Unit nurses and the other one are patients hospitalized at the Urological Standard Unit.

Data was collected using qualitative research, methodology of questionnaires, interviewing technique in prostatectomy patients at a hospital facility and nurses taking care of these patients. The survey is made complete by participant observation. The survey was carried out in February and March 2023.

Nurse interview results have proven that nurses apply elements of the adaptation physiological mode when providing prostatectomy patients with nursing care.

Patient interview results have proven they do not observe any problem in adapting to hospital environment nor in adapting to the state after having their prostate removed. The patient interview results have implicitly proven that they downplay the problems, and they would appreciate some help supporting their adaptation.

The results of this diploma thesis may serve as a study material for healthcare field students. The diploma thesis may serve as inspiration for nurses supporting patient adaptation to carried-out prostatectomy.

Key Words

Callista Roy; prostactetomy; post-surgical care; education; nurse; nursing care; nursing process; psychological adaptation; complications; physiological adaptation; communication

Obsah

Úvod.....	10
1 Současný stav	12
1.1 Anatomie mužského pohlavního ústrojí.....	12
1.2 Onemocnění prostaty vedoucí k chirurgickému řešení	13
1.2.1 Záněty prostaty	13
1.2.2 Benigní hyperplazie prostaty	14
1.2.3 Karcinom prostaty a jeho léčba	15
1.3 Pooperační komplikace po prostatektomii a jejich řešení.....	18
1.4 Úloha sestry v pooperační péči po prostatektomii	20
1.5 Adaptace ve zdraví a nemoci	28
1.5.1 Proces adaptace nemocného po prostatektomii	30
1.5.2 Intervence sestry při adaptaci nemocných po prostatektomii.....	31
1.6 Adaptační model: Callista Roy	33
1.6.1 Teoretická východiska a myšlenkové předpoklady modelu.....	35
1.6.2 Hlavní jednotky modelu Callisty Roy	35
1.6.3 Základní metaparadigmatické pojmy podle Callisty Roy.....	36
1.6.4 Pojetí modelu Callisty Roy	37
1.7 Aplikace adaptačního modelu Callisty Roy u nemocných po prostatektomii .	38
2 Cíle práce a výzkumné otázky.....	43
2.1 Cíle práce	43
2.2 Výzkumné otázky.....	43
3 Metodika.....	44
3.1 Metoda výzkumu a technika sběru dat.....	44
3.2 Charakteristika výzkumného vzorku.....	45
4 Výsledky výzkumu	47
4.1 Identifikační údaje sester – Jednotka intenzivní péče	47
4.2 Identifikační údaje sester – Standardní lůžkové oddělení.....	48
4.3 Kategorizace výsledků výzkumného šetření – sestry.....	49
4.3.1 Kategorie 1 – Podpora pacienta v sebedpěči	49
4.3.2 Kategorie 2 – Podpora pacienta v relaxaci a spánku	52
4.3.3 Kategorie 3 - Sebepojetí	54
4.3.4 Kategorie 4 – Podpora pacienta v adaptaci na nemocniční prostředí	54

4.3.5	Kategorie 5 – Podpora pacienta v adaptaci na stav po prostatektomii	55
4.4	Identifikační údaje pacientů	58
4.5	Kategorizace výsledků výzkumného šetření - pacienti	59
4.5.1	Kategorie 1 – Ošetrovatelská péče.....	59
4.5.2	Kategorie 2 – Sebeuvědomění pacienta.....	59
4.5.3	Kategorie 3 – Adaptace pacienta na nemocniční prostředí.....	60
4.5.4	Kategorie 4 – Adaptace pacienta v pooperačním období	61
5	Diskuze	62
6	Závěr.....	74
7	Seznam použité literatury	76
8	Seznam příloh.....	83
9	Seznam zkratk.....	98

Úvod

Prostatektomie je chirurgický přístup, kdy se odstraní celá prostata a semenné vajíčky. Obvykle se používá u mužů s lokalizovaným karcinomem prostaty. Karcinom prostaty je třetí nejčastější zhoubné onemocnění mužů v České republice. Tvoří asi 4 % všech nádorů. Nejen pro lékaře, ale i pro sestru je důležité znát klinický obraz, diagnostiku, způsoby terapie, a především pak pooperační péči po prostatektomii a možné nežádoucí komplikace. Nezbytnou součástí ošetrovatelské péče je edukace nemocných o pooperačním období.

Vzhledem k tomu, že u mužů po odstranění prostaty se jedná o nově vzniklou situaci, je potřeba se adaptovat. Nemocný je v neustálé interakci s prostředím, které se stále mění. Do jaké míry se nemocný přizpůsobí, o tom rozhoduje síla stimulu a adaptační úroveň nemocného. Je tedy žádoucí, aby sestry byly schopny identifikovat maladaptivní chování a stimuly, a následně nemocnému pomoci k adekvátní adaptaci.

Teoretická část diplomové práce popisuje anatomii mužského pohlavního ústrojí, onemocnění prostaty vedoucí k chirurgickému řešení, pooperační komplikace po prostatektomii a jejich řešení. V diplomové práci je zmíněna úloha sestry v pooperační péči po prostatektomii. Dále teoretická část obsahuje představení adaptačního modelu Callisty Roy s následnou aplikací adaptačního modelu u nemocných po prostatektomii.

Ke sběru výzkumných dat byla využita kvalitativní metoda za pomoci techniky rozhovorů u nemocných po prostatektomii na urologickém oddělení a sester pečujících o tyto nemocné. Cílem diplomové práce je zjistit, jaké prvky adaptačního modelu Callisty Roy využívají a jaké stimuly sledují sestry při poskytování ošetrovatelské péče pacientovi po prostatektomii. Dalším cílem je zjistit, jaké problémy mají pacienti po prostatektomii v jednotlivých adaptačních módech.

Téma diplomové práce, které se týká péče o nemocné po prostatektomii s využitím modelu Callisty Roy, jsem si vybrala především z důvodu vlastní zkušenosti s těmito nemocnými v rámci odborné praxe. Během praxe na urologickém oddělení jsem měla možnost získat vlastní prožitky o tom, jaké je to poskytovat ošetrovatelskou péči nemocným po odstranění prostaty, jak vnímají a jak se adaptují na nově vzniklou životní situaci. Téma svým obsahem považuji za velmi zajímavé a aktuální. Proto bych ráda

poukázala na důležitost sestry v podpoře adaptačních mechanismů a adaptivního chování u nemocných po prostatektomii.

1 Současný stav

1.1 Anatomie mužského pohlavního ústrojí

Cílem této kapitoly je uvést anatomii mužského pohlavního ústrojí a přiblížit tak fyziologii pohlavního systému. Mužské pohlavní orgány zahrnují mužské vnitřní pohlavní orgány (*organa genitalia maskulina interna*) a mužské zevní pohlavní orgány (*organa genitalia maskulina externa*) (viz Příloha č. 1) (Čihák, 2013). K mužským zevním pohlavním orgánům řadíme scrotum a penis (Dylevský, 2019). Mezi mužské pohlavní vnitřní orgány patří varlata, nadvarlata, chámovody, měchýřkové žlázy a vypuzovací kanálky, prostata, močová trubice (Čihák, 2013).

Varle (testis) je mužská pohlavní žláza, která je uložena v šourku (viz Příloha č. 2). Velikost v dospělosti činí 4-5 x 3-3,5 cm a váží přibližně 25 g (Naňka, Elišková, 2015). Varlata produkují mužský pohlavní hormon zvaný testosteron a vytvářejí se v nich spermie (Valenta et al., 2007). Varle má hladký povrch, je pružné, tuhé a je velmi citlivé na tlak (Čihák, 2013). Na zadním okraji varlete se nachází vývodné cesty, nervy a cévy (Naňka, Elišková, 2015). Varlata jsou obalena silným vazivovým pouzdrem. V jednotlivých oddílech varlete se nacházejí semenotvorné kanálky. Ve stěně semenotvorných kanálků se vyskytují dva typy základních buněk, a to jsou semenné buňky (spermie) a Sertoliho buňky (Dylevský, 2019). Spermie jsou vysoce specializované buňky lidského organismu. Zralá spermie je malá buňka, která se skládá z hlavičky, krčku a bičíku. Sertoliho buňky tvoří prostředí, ve kterém probíhá látková výměna pohlavních buněk (Dylevský, 2009). Nadvarle (epididymis) je uloženo na horní a zadní ploše varlete. Skládá se z hlavy (*caput epididymidis*), těla (*corpus*) a ohonu (*cauda*), který přechází do chámovodu. Nadvarle je rezervoárem zralých spermií uvolněných z varlete (Naňka, Elišková, 2015). Spermie v nadvarleti získávají schopnost samostatného pohybu a udržují si plnou funkční zdatnost přibližně 40 dnů (Dylevský, 2019). Šourek neboli scrotum je vak, který je tvořený kůží a podkožním vazivem zavěšený pod symfýzou. Kůže je tenká a porostlá chlupy, obsahuje mazové a potní žlázy. Ve scrotu jsou uložena varlata a nadvarlata. Chámovod je tenká trubice, která je dlouhá asi 35 – 40 cm a spojuje nadvarle s močovou trubicí. Díky tomu umožňuje transport spermií do močové trubice (Naňka, Elišková, 2015). Měchýřkové žlázy jsou párové a nacházejí se na zadní a spodní straně močového měchýře. Žlázy produkují sekret, který zvyšuje pohyblivost spermií. Močová trubice vystupuje ze dna močového

měchýře a probíhá prostatou. Ve stěně močové trubice se nacházejí drobné žlázy produkující hlen, který chrání povrch sliznice. Pyj je kopulační orgán, který je v ochablém stavu dlouhý 12 až 14 cm, při napřímení se přibližně o 3 až 5 cm prodlužuje. Skládá se z jednoho nepárového a jednoho párového topořivého tělesa (Dylevský, 2019).

Předstojná žláza (prostata) je přídatná pohlavní žláza u muže (viz Příloha č. 3). Nachází se na začátku močové trubice, těsně pod močovým měchýřem. Povrch prostaty je pokrytý vazivovým obalem. Prostata je tvořena 30-50 tuboalveolárními žlázami, které tvoří prostatický sekret, ten je při ejakulaci vypuzován do urethry a tvoří až 30 % objemu ejakulátu (Naňka, Elišková, 2015).

1.2 Onemocnění prostaty vedoucí k chirurgickému řešení

V této kapitole se zabýváme nemocemi prostaty, které mohou vést k chirurgickému řešení, a to k prostatektomii.

1.2.1 Záněty prostaty

Prostatitidou se rozumí zánět prostaty, který může probíhat buď akutní formou, či chronicky (Valenta et al., 2007). Akutní prostatitida je běžnou diagnózou. Nejčastějším patogenem je bakterie Escherichia Coli. U pacientů s infekcí HIV nebo u pacientů s imunodeficiencí může být zánět prostaty způsoben patogeny například M. tuberculosis, Histoplasma capsulatum a Candida. Rizikem vzniku akutní prostatitidy je rovněž transrektální biopsie prostaty (Hora, Dolejšová et al., 2021). Katetrizace močového měchýře a invazivní výkony, například endoskopie, zejména biopsie prostaty jsou dalším rizikem pro vznik prostatitidy. Projevy akutního zánětu prostaty jsou nespecifická febrilie, zimnice, třesavka, polakisurie, dysurie, urgentní močení a flour z uretry (Hanuš, Macek et al., 2016). V případě dysurie se rozumí obtíže při močení, které provází zánět. Polakisurie znamená časté močení při nezměněném množství moči za 24 hodin (Nejedlá, 2015a). Typická je bolest a tlak v konečníku, diskomfort na hrázi, což znesnadňuje sezení a zapříčiňuje slabší proud moči, a to může vést až k akutní retenci moči. K celkové alteraci stavu dochází u těžších infekcí (Hanuš, Macek et al., 2016). Základním vyšetřením je kultivace moči, vyšetření moči chemicky a sedimentu. Dalším důležitým vyšetřením je vyšetření per rectum. Prostata je prosáklá, zvětšená a bolestivá. Může být hmatný absces. Vyšetření PSA se provádí v případě nejasného vyšetření per rectum k vyloučení karcinomu prostaty (Hora, Dolejšová et al., 2021). Při ultrazvukovém vyšetření lékař vyloučí absces prostaty. Nutnost hospitalizace závisí na celkovém stavu.

Nutný je klid na lůžku a při retenci moče lékař zavádí punkční epicystostomii nad sponou. Při kontraindikaci punkční epicystostomie lékař zavede pouze tenký permanentní katétr uretrou. Podává se antibiotická terapie. S výsledky kultivace se upravuje léčba dle citlivosti. Celková doba podávání antibiotik činí 14 až 21 dní. Dle potřeby se podávají analgetika, antipyretika a nesteroidní antirevmatika (Hanuš, Macek et al., 2016). Velmi důležitý je dostatečný příjem tekutin. Zhruba 10 % pacientů může mít retenci moči, která se léčí uretrální anebo suprapubickou katetrizací (Hora, Dolejšová et al., 2021). Chronický zánět prostaty se projevuje opakovanými ataky akutního zánětu. Terapie zahrnuje fyzikální terapii a masáže prostaty (Valenta et al., 2007). U chronického zánětu bývá bolestivá ejakulace a hemospermie. Antibiotická léčba by měla trvat po dobu čtyř až šesti týdnů (Hora, Dolejšová et al., 2021).

1.2.2 Benigní hyperplazie prostaty

Benigní hyperplazie prostaty (dále jen BHP) je nezhoubné onemocnění prostaty. Jedná se o zvětšení předstojné žlázy vyvolané zmnožením především stromálních buněk. Dále je postižena i epiteliální část žlázy. Histologicky je možné změny prokázat až u 50 % mužů nad 60 let (Hora, Dolejšová et al., 2021). Benigní hyperplazie prostaty je nejrozšířenější benigní onemocnění u mužů. Růst prostaty je ovlivněn hormonálně a souvisí s produkcí hormonu testosteronu. Zvětšená žláza vytváří překážku v odtoku moči z močového měchýře, který se snaží zbytněním svalstva překonat překážku. Později svalstvo ochabne a močový měchýř se při mikci zcela nevyprázdní. Nastane přeplnění močového měchýře, rozšíření močovodů a pánvičky až atrofie ledvin (Slezáková et al., 2019). Přesná příčina vzniku onemocnění není známá (Mcvarrym et al., 2010). Jedná se o multifaktoriální onemocnění. Významnou roli mají především hormony, a to testosteron. Důležitou roli hraje věk, protože s vyšším věkem stoupá výskyt benigní hyperplazie prostaty (Hanuš, Macek et al., 2016). Na vzniku onemocnění se dále podílí dědičnost, změny endokrinního systému, chemické vlivy vnějšího prostředí a skladba stravy, převaha živočišných tuků (Slezáková et al., 2019). Mezi komplikace BHP patří retence moči s paradoxní ischurií, tvorba cystolitiázy, divertikly močového měchýře a hematurie (Hora, Dolejšová et al., 2021). Hematurie je definována jako nález krve v moči. Za patologii se pokládá nález více než dvou miliónů erytrocytů, které se vyloučí za 24 hodin. Jedná se o velmi závažný příznak (Navrátil et al., 2017). Prvotními příznaky BHP jsou častější močení, obzvláště v noci (nykturie) a obtížné močení (dysurie). Dalšími příznaky jsou hematurie, pyurie, proteinurie, dyspeptické potíže (nechutenství až odpor

k jídlu, žízeň, hubnutí, trávicí potíže, zácpa), bolesti hlavy, únava (nedostatek spánku pro časté močení), občasné subfebrilie (v důsledku infekce reziduální moči), bolest z naplněného močového měchýře. Dle míry obtíží se rozeznávají tři stadia vývoje onemocnění, a to fáze kompenzační, fáze částečné dekompenzace a fáze dekompenzace (Slezáková et al., 2019). Doporučená vyšetření pro diagnostiku onemocnění zahrnuje anamnézu, klinické vyšetření, vyšetření per rectum, analýzu moči, PSA, kreatininu, ultrazvuk ledvin, močového měchýře a prostaty (Hora, Dolejšová et al., 2021). Dále se využívá uroflowmetrie, která hodnotí rychlost mikčního proudu. Důležitými vyšetřeními pro diagnostiku BHP jsou urodynamické vyšetření, cystoskopie a biopsie prostaty (Slezáková et al., 2019). Cílem léčby benigní hyperplazie prostaty je zlepšení kvality života. Pro většinu nemocných je první metodou volby konzervativní terapie, která spočívá ve sledování a podávání farmak (Hora, Dolejšová et al., 2021). Konzervativní terapie zahrnuje úpravu stravy (zákaz dráždivých jídel a alkoholu), úpravu životosprávy, hormonální terapii, rostlinné přípravky (kořen kopřivy), cévkování (k jednorázovému zvládnutí retence moči), ATB, chemoterapeutika. Chirurgické řešení nastane v případě neúspěchu konzervativní léčby (Slezáková et al., 2019). Prostatektomie znamená odstranění adenomu, který působí obstrukci a provádí se endoskopicky (operační výkon se značí TURP, to znamená transuretrální resekce prostaty), otevřeně anebo laparoskopickým přístupem (Hora, Dolejšová et al., 2021).

1.2.3 Karcinom prostaty a jeho léčba

Výskyt karcinomu prostaty se stále navyšuje. Přibližně 10 % tvoří karcinom prostaty ze všech zhoubných nádorů. Velmi často se vyskytuje ve věkovém rozmezí od 50 do 75 let (Slezáková et al., 2019). Existuje velký rozdíl mezi incidencí karcinomu prostaty a úmrtím na toto onemocnění. Výsledky získané během pitvy ukázaly, že asi u 60 až 70 % mužů, kteří zemřou na jinou příčinu, je histologicky prokázán karcinom prostaty (Mottet et al., 2014). Jedná se o nejčastější nádorové onemocnění u mužů. Z hlediska onkologických diagnóz je karcinom prostaty po karcinomu plic nejčastější příčina úmrtí. Mezi rizikové faktory řadíme věk (Hanuš, Macek et al., 2016). Onemocnění se nejčastěji objevuje ve věku 50 až 75 let (Slezáková et al., 2019). Čím je člověk starší, tím vyšší je riziko vzniku karcinomu prostaty (Hanuš, Macek et al., 2016). Výskyt karcinomu prostaty se na celém světě zvyšuje. Nejvyšší riziko je u Afroameričanů v USA a v Karibských státech (Rogers et al., 2022). Nejnížší incidenci na světě má Japonsko a Čína (Hanuš, Macek et al., 2016). Vliv dědičnosti je nepochybně prokázán. Jakmile se

v rodině objeví karcinom prostaty, nastává dvojnásobné riziko onemocnění. Nadbytek červeného masa, a naopak nedostatek vlákniny vede ke zvýšení rizika vzniku karcinomu prostaty. Jako prevence se uvádí obilí, luštěniny a zelenina. Další příčinou tohoto onemocnění jsou hormonální vlivy. Androgeny mají vliv na růst rakoviny prostaty, a z tohoto důvodu je podávání androgenů a zjištěného karcinomu prostaty kontraindikováno (Slezáková et al., 2019). Muži, kteří jsou léčeni s karcinomem prostaty, zažívají větší psychickou zátěž, úzkost a mají zvýšené riziko sebevraždy (Occhipinti et al., 2019). Dopad na duševní zdraví může být dlouhodobý (Siddons et al., 2013).

Dle Hory a Dolejšové et al. (2021) je většina karcinomů prostaty zjištěna náhodně pomocí PSA. Mezi nejčastější symptomy řadíme mikční obtíže, a to především akutní retence moče, hematurie, urémie a anurie. Vyskytují se i symptomy z generalizace, jako jsou skeletové bolesti páteře (viz Příloha č. 4). Dále únava, hubnutí, bolesti na hrázi, hemospermie či zácpa (Hora, Dolejšová et al., 2021). Nastávají potíže s močením obstrukčního charakteru, dochází k oslabení proudu moči, zpomalené močení a potíže s močením iritativního charakteru, to znamená okamžitá nutnost močení, močení je nutkavé a bolestivé, a to zejména v noci. Příznaky jak obstrukční, tak i iritativní, mohou se navzájem kombinovat (Slezáková et al., 2019).

Dle Hory a Dolejšové et al. (2021) je vyšetření per rectum k časně detekci karcinomu prostaty velmi nevhodné. Důležitou diagnostikou je odběr krve na prostatický specifický antigen (PSA). PSA zvyšují ale i jiné choroby, jako například prostatitida či benigní hyperplazie prostaty. Čím je PSA vyšší, tím je vyšší pravděpodobnost generalizace (Hora, Dolejšová et al., 2021). V osobní anamnéze pátráme po stravovacích návycích pacienta a v rodinné anamnéze se dotazujeme na onemocnění v rodině. Transrektální ultrasonografie je diagnostická metoda, která umí zobrazit nádory pouze v malém procentu (Slezáková et al., 2019). Umožňuje provést cílenou biopsii jednotlivých struktur prostaty (viz Příloha č. 5). Histologické potvrzení o diagnóze karcinomu prostaty je nezbytnou nutností před zahájením léčby (Hora, Dolejšová et al., 2021). Metoda CT a MR se využívají ke zjištění rozsahu onemocnění. Doplňující diagnostika zahrnuje scintigrafii skeletu, aby se vyloučila kostní generalizace. Tato metoda odhalí metastázy o několik měsíců dříve než rentgenové zobrazení. CT břicha slouží ke zjištění metastáz v játrech a rtg plic se využívá k vyloučení plicního postižení (Slezáková et al., 2019).

Karcinom prostaty rozdělujeme dle rozsahu onemocnění na lokalizovaný, lokálně pokročilý a metastatický. Lokalizovaný karcinom je omezený pouze na žlázu. Lokálně pokročilý karcinom prorůstá skrz pouzdro, do semenných váčků anebo do spádových lymfatických uzlin (Hanuš, Macek et al., 2016). Léčba karcinomu prostaty závisí na stadiu a biologické agresivitě nádoru, věku a celkovém zdravotním stavu klienta a jeho přání (Hora, Dolejšová et al., 2021). Lékaři volí tři základní typy léčby, mezi něž patří konzervativní, radikální a paliativní. Konzervativní terapie spočívá ve sledování pacienta a léčba je zahájena v období progresu. Cílem radikální terapie je trvale vyléčit. Paliativní péče poskytuje pacientovi zmírnění bolesti a mikčních obtíží (Hanuš, Macek et al., 2016). Radikální prostatektomií se rozumí odstranění prostaty s vazivovým pouzdem a semenných váčků (viz Příloha č. 6). Jedná se o velmi obtížný výkon (Ferreira et al., 2019). U rizikových tumorů se provádí extenzivní pánevní lymfadenektomie. Radikální prostatektomie je doporučována spíše u pacientů s tumorem nízké a středně rizikových (Hora, Dolejšová et al., 2021). Tato léčebná metoda je jediná, u které bylo prokázáno prodloužení přežití oproti pouhému sledování pacienta. Výkon spočívá v odstranění prostaty a semenných váčků, vytvoří se anastomóza mezi hrdlem močového měchýře a močovou trubicí. Prostatektomii je možno provést otevřeně nebo laparoskopickou metodou. V současné době je nejčastěji prováděna roboticky asistovaná laparoskopická prostatektomie (RALRP) (Hanuš, Macek et al., 2016). Laparoskopická prostatektomie a roboticky asistovaná laparoskopická prostatektomie vykazují menší množství krevních ztrát, nižší počet transfuzí. Zkrátila se doba hospitalizace a rekonvalescence (Brodčák et al., 2018). Velký rozdíl mezi otevřenou a laparoskopickou metodou je v ceně výkonu a v nákladech na pořízení laparoskopických a robotických systémů. Močový katétr, který slouží po prostatektomii k derivaci moče a umožňuje zhojení anastomózy, se běžně odstraňuje po 5 až 14 dnech (Hanuš, Macek et al., 2016). Do komplikací prostatektomie patří inkontinence moče, erektilní dysfunkce, aspermie neboli suchá ejakulace, malátnost a úzkost (Kim, Ahn, 2016). Bezprostřední komplikace po odstranění prostaty jsou poranění rekta, hluboká žilní trombóza a plicní embolie. Perioperační mortalita činí přibližně 0,5 %. Dlouhodobé komplikace mají souvislost s poškozením neurovaskulárních svazků. Lehká inkontinence dosahuje 50 %, těžká inkontinence dosahuje až 15 % a problémy s erekcí můžou nastat u všech operovaných pacientů (Hanuš, Macek et al., 2016). Další léčebná metoda zahrnuje zevní radioterapii, která je v České republice velmi rozšířená. Výsledky léčby jsou srovnatelné s operačním zákrokem. Ozařování pacienta probíhá 5krát do týdne po dobu 7 až 8 týdnů. Zhruba u

poloviny pacientů se objeví porucha potence, kontinence je zachována (Slezáková et al., 2019). Radioterapii postupují většinou starší pacienti se závažnými nemocemi. Základní indikací pro radioterapii je lokalizovaný nebo lokálně pokročilý karcinom prostaty. Ve výjimečných případech se radioterapie provádí i u pacientů s klinicky patrnou regionální lymfadenopatií, bez známek generalizace (Hanuš, Macek et al., 2016). Vedlejší účinky radioterapie zmírňují moderní formy (Hora, Dolejšová et al., 2021). Brachyradioterapie je prováděna v kombinaci se zevní radioterapií ve 3. a 5. týdnu zevní radioterapie. Provádí se zavedením zářiče přímo do oblasti prostaty. Transrektální ultrazvuk umožňuje naplánování polohy aplikátorů. Ozařování se provádí ve spinální anestezii trvající přibližně 10 minut (Slezáková et al., 2019). Mezi nejčastější komplikace se řadí zhoršení mikčních obtíží a akutní retence, erektilní dysfunkce a inkontinence moči. Hormonální léčba je využívána u primárně metastatického karcinomu prostaty, u metastáz, které vznikly v průběhu sledování po radikální léčbě, při postižení lymfatických uzlin po radikální prostatektomii, a i jako doplňková léčba k radioterapii. Hormonální léčba se provádí buď bloádou syntézy testosteronu, to znamená kastrace, anebo bloádáním vazby testosteronu na androgenní receptor, antiandrogeny. Cílem kastrace je snížit hladinu testosteronu. Při léčbě pomocí antiandrogenů zůstává hladina testosteronu stejná. (Hanuš, Macek et al., 2016). Dle Donovan et al. (2018) androgenní terapie není považována za léčitelnou a disponuje celou řadou nepříznivých účinků, jako je například erektilní dysfunkce, snížená sexuální touha a neschopnost dosažení orgasmu.

Recidiva karcinomu prostaty se vyskytuje u jedné čtvrtiny mužů, kteří podstoupili radikální prostatektomii či radioterapii (Stura et al., 2016).

1.3 Pooperační komplikace po prostatektomii a jejich řešení

Erektilní dysfunkce je častým a běžným následkem u mužů po radikální prostatektomii. Vznik je připisován vaskulárnímu poranění či poranění hladké svaloviny (Hakky et al., 2013). Erektilní dysfunkce znamená přetrvávající neschopnost dosáhnouti dostatečné erekce, která zajistí uspokojivý pohlavní styk. Narušuje psychické a psychosociální zdraví nemocného a zhoršuje kvalitu jeho života (Wespes et al., 2014). Erektilní dysfunkce způsobuje problémy v sexuálních a intimních vztazích, vede k pocitům rezignace či frustrace (Bordajandi et al., 2020). Na vzniku erektilní dysfunkce se podílí několik faktorů. Důležitým faktorem je status předoperační potence (Wespes et al., 2014). Erektilní dysfunkce přetrvává delší dobu po operačním výkonu. Mezi další vlivy, které

se mohou podílet na vzniku erektilní dysfunkce, patří pooperační infekční komplikace v malé pánvi a adjuvantní hormonální terapie pomocí antiandrogenů (Broul et al., 2014). Moderní léčba erektilní dysfunkce spočívá v podávání inhibitorů fosfodiesterázy 5 (PDE5- I). Tato léčba erektilní dysfunkce je velmi bezpečná a dobře tolerovaná. Zlepšení sexuální funkce je spojeno s rychlým nástupem účinku a trvání efektu. Muži očekávají vysoký terapeutický efekt s dostatečnou rigiditou, snadné podání léků a minimum vedlejších účinků. Po radikální prostatektomii je efekt léčby u nemocných nedostatečný. Důležitou roli zde hraje časový interval do zahájení léčby, stupeň zachování nervovcévního svazku, věk, kvalita erekce před operací, kardiovaskulární nemoci a kvalita partnerského vztahu (Šrámková, 2014). Takzvaná penilní rehabilitace se věnuje ochraně erektilní tkáně. Cílem této rehabilitace je zachování erektilní tkáně tak, aby pacient měl co nejlepší šanci na navrácení své erektilní funkce. Všechny pacienty je nutné sledovat 24 měsíců po operačním zákroku. Je to období, kdy většina pacientů dosáhne obnovy erekce (Kubiček, 2018).

Radikální prostatektomie je jednou z nejčastějších příčin stresové inkontinence u mužů. Jedná se o významný faktor, který negativně ovlivňuje kvalitu života mužů po odstranění prostaty (Študent et al., 2017). Inkontinence moči je nejobávanější komplikací po odstranění prostaty. Zhruba každý čtvrtý muž s karcinomem prostaty trpí únikem moči (Burešová et al., 2018). Inkontinence nese fyzické následky (infekce, podráždění kůže), psychosociální (deprese, strach ze zápachu, poruchu spánku, ztráta sebeúcty), ale i ekonomické následky spojené s výdaji za pomůcky na inkontinenci (Sochorová et al., 2014). U mužů se často rozvinou psychické problémy, včetně snížení sebeúcty, podrážděnost a strach, které narušují kvalitu jejich života (Wang et al., 2018). Důležité je, aby pacient po operaci posiloval svalovinu pánevního dna. Pokud posilování pánevního dna je nedostačující, je k dispozici několik operačních řešení. Jako klasická metoda je používána implantace umělého močového svěrače. Tato metoda dosahuje nejspolehlivějších výsledků (Grimsley, Almallah, 2013). Chirurgická léčba se využívá po selhání konzervativní terapie s odstupem 6 až 12 měsíců od prostatektomie (Zachoval et al., 2014).

Dalšími pooperačními komplikacemi jsou rektoanastomotické píštěle u mužů po laparoskopickém odstranění prostaty. Nejsou častými komplikacemi, ale jedná se o vážné komplikace. Řešením je derivace střeva nad píštělí, takzvaná sigmoideostomie a derivace moče, tedy zavedení permanentního močového katétru nebo epicystostomie. Tyto metody

vedou ke spontánnímu uzávěru píštěle. Uzávěr píštěle perineální cestou je obtížný operační výkon, který ale vede k definitivnímu vyřešení stavu nemocného (Novák et al., 2018).

Opožděné neurokognitivní zotavení (DNCR), dříve pooperační kognitivní dysfunkce, je běžná komplikace v časném pooperačním období po radikální prostatektomii. Zpožděné neurokognitivní zotavení je definováno jako pooperační pokles kognitivních funkcí ovlivňující paměť, zpracování informací a výkonnou funkci (Kahl et al., 2021).

Dalšími možnými komplikacemi po prostatektomii jsou pooperační nauzea a vomitus, zvýšené krvácení mimo močový trakt (zvýšený odpad krve do drénu), zvýšené krvácení do močového traktu (zvýšený odpad krve do permanentního močového katétru s nebezpečím ucpání koaguly a vzniku močové retence), zvýšený únik moči netěsnou anastomózou, infekce dutiny břišní, porucha motility GIT, paralytický ileus, nutnost operační revize (krvácení, nitrobřišní infekce), hypertenze, hypotenze, arytmie, srdeční selhání, akutní koronární syndrom, oligurie, renální selhání, multiorgánové selhání (Kokoška et al., 2012).

1.4 Úloha sestry v pooperační péči po prostatektomii

Důležitou úlohou sestry je pečovat o pacienta po prostatektomii v pooperačním období. Po ukončení operačního zákroku, tedy odstranění prostaty, probíhá fáze pooperační. Do další péče sestry předává pacienta anesteziolog s dokumentací (Wichsová et al., 2013). Pooperační období je čas od probuzení pacienta po anestezii až po jeho propuštění do domácí péče (Libová et al., 2019). Pacienti po radikální prostatektomii jsou umístěni na urologickou jednotku intenzivní péče (JIP), kde se o ně starají všeobecné sestry. Ošetrovatelská pooperační péče zahrnuje intenzivní 24hodinový dohled, diagnostické a léčebné postupy, sledování a podporu fyziologických funkcí. Délka hospitalizace na jednotce intenzivní péče se liší, odvíjí se od zdravotního stavu pacienta. Následně je pacient převezen na standardní urologické oddělení. Práce všeobecné sestry na tomto oddělení obnáší širokou škálu odborných znalostí a dovedností. Všeobecná sestra provádí ošetrovatelské intervence, které jsou shodné s ošetrovatelskou péčí na standardním urologickém oddělení, ale jsou rozšířené o oblast intenzivní medicíny. Péče po prostatektomii vyžaduje nepřetržitou kontrolu zdravotního stavu pacienta a rychlé reakce při vzniku akutní situace. Důležitou součástí je také dokonalá komunikace celého ošetrovatelského týmu a multidisciplinární spolupráce (Drábková, 2015). Ošetrovatelské

strategie na podporu kvality života je třeba zaměřit nejen na pacienta, ale i na jeho rodinu. Cílem je umožnit rodině zapojit se do zdravotní péče. Podpora kvality života pacienta je nástrojem pro prevenci recidiv karcinomu prostaty. Zlepšení kvality života pacienta vyžaduje ze strany ošetřujících sester dostatek času a schopnost vcítit se pocitů pacienta a jeho rodiny. Úlohou sestry je podporovat pacienty a jejich rodiny v adaptačních snahách a pomoci jim nacházet reálné možnosti zvýšení úrovně kvality jejich života (Kollárová, Vidová, 2013). Je nutné, aby sestra přistupovala k pacientovi komplexně, nikoliv jen k danému symptomu, tedy k onemocnění prostaty, a na základě toho přístupu s ním komunikovala. Pro rozhovor mezi sestrou a pacientem je důležitá úcta k nemocnému, důvěryhodnost, ochota a trpělivost mu naslouchat, brát nemocného takového, jaký je, a schopnost empatie. Nezbytnou součástí rozhovoru je přátelská atmosféra. Vždy by se měla sestra zeptat, zda nemocný všemu rozuměl a dát mu možnost položit otázky (Harsa, 2016).

Všeobecná sestra monitoruje základní vitální funkce včetně případných známek nedostatečně odezdnělé svalové relaxace a nadměrného účinku peroperačně podaných opiátů (Kokoška et al., 2012). Sestra měří pacientovi krevní tlak, pulz, dech, tělesnou teplotu, centrální žilní tlak, saturaci krve kyslíkem a kontroluje stav vědomí (Schneiderová, 2014). Nejčastější místa pro měření krevního tlaku jsou horní a dolní končetiny (Červenková et al., 2018). Pro měření je třeba zvolit manžetu vhodné velikosti. Manžeta je přiložena tak, aby nebyla příliš volná a ani příliš pevně utažená. Na JIP sestra používá multifunkční monitor fyziologických funkcí. Digitální přístroj ukazuje i hodnotu středního tlaku. Sestra sleduje dle monitoru krevní tlak jak neinvazivní, tak i invazivní metodou (Vytejková et al., 2013). K měření arteriálního tlaku je třeba zavést pacientovi katétr do arterie, nejčastěji do arterie radialis (Páral et al., 2020). Hodnoty krevního tlaku sestra zapisuje do zdravotnické dokumentace i s časem měření. Při ošetřování arteriálního katétru a měření invazivního arteriálního tlaku musí sestra dodržovat ošetřování katétru za přísně aseptických podmínek. Do arteriálního katétru se nesmí aplikovat žádné léky a musí být řádně fixován. Sestra sleduje prokrvení končetiny, kde je zavedena arteriální kanyla. Sleduje barvu, teplotu a brnění končetiny. Sestra pravidelně sleduje místo a okolí zavedení arteriálního katétru a funkčnost systému. Převaz kanyly provádí sestra za jeden až tři dny (Vytejková et al., 2013). Jestliže by sestra potřebovala znát hodnotu centrálního žilního tlaku, tak se pacientovi zavádí centrální žilní katétr do horní duté žíly nebo podklíčkové žíly, případně do stehenní žíly (Páral et al., 2020). Při hodnocení pulzu

sestra sleduje frekvenci, rytmus a charakter. Využívá se kontinuální monitorování pulzu pomocí monitoru. Při hodnocení dechu si sestra všímá frekvence, kvality, hloubky a pravidelnosti. Rovněž si všímá barvy kůže a sliznic. Důležitá je i poloha, kterou pacient zaujímá, a zvukové fenomény při poslechu (Vytejková et al., 2013). Pulsní oxymetrie je základní neinvazivní metoda sloužící k měření saturace hemoglobinu kyslíkem (SpO₂). Sestra přiloží čidlo na prst nebo ušní lalůček pacientovi a měří kontinuální saturaci hemoglobinu kyslíkem v periferní krvi. Fyziologická hodnota činí 95 -100 % (Páral et al., 2020). Tělesná teplota se zpravidla měří dvakrát denně a kolísá v průběhu dne v rozmezí 36,0 až 36,9 °C. Naměřenou tělesnou teplotu sestra zapisuje do zdravotnické dokumentace. Existuje několik metod, jak sestra může pacientovi změřit teplotu – metoda bezdotykového měření na čele, metoda měření ze zvukovodu, metoda orální, metoda axilární, metoda měření v tříslé, metoda rektální a metoda vaginální (Červenková et al., 2018). Stav vědomí se u pacienta monitoruje pomocí klinického zhodnocení stavu vědomí, a to skrze GCS – Glasgow Coma Scale (Páral et al., 2020). Sledování vědomí u pacienta je specifické tím, že je výhradně závislé na zdravotnickém personálu a nelze využít žádný přístroj. Sestra hodnotí otevírání očí, slovní a motorickou odpověď. Pacient může být celkem ohodnocen 3 až 15 body. Pacient, který je při vědomí, dosahuje 15 bodů. Hodnota pod 8 bodů ukazuje na závažnou poruchu vědomí, a pokud pacient dosáhne pouze 3 bodů, tak se nachází v hlubokém bezvědomí. Výsledky Glasgow Coma Scale sestra zapisuje v číselné podobě do zdravotnické dokumentace. Dále sestra věnuje pozornost velikosti a reakci zornic. Pomocí malé svítilny sestra posvítí pacientovi do oka a sleduje reakci zornic. Zjišťuje, jestli zornice reagují na osvit či nikoliv. Jestliže zornice reagují, tak se po osvětlení zúží. Pokud se zornice nezúží, jedná se o patologickou reakci. Dále sestra sleduje, zda mají obě zornice stejnou velikost. Za fyziologický stav se považují zornice, které jsou stejně velké, nazývají se izokorické. Sestra všechny výsledky pozorování zaznamenává do pacientovy dokumentace (Vytejková et al., 2013). Další činností sestry je monitorace pooperační bolesti u pacienta. Sestra nikdy nesmí podcenit bolest u pacienta, sleduje intenzitu, charakter, lokalizaci a reakci na léky (Janíková, Zeleníková, 2013). V prvním pooperačním dni po operačním výkonu dosahuje pooperační bolesti téměř 100 % pacientů. Důležitostí je vyšetřit povahu a původ každé pooperační bolesti (Rokyta et al., 2009). Sestra hodnotí bolest podle subjektivních pocitů pacienta. Ve většině případů sestry pečující o nemocné využívají k hodnocení bolesti vizuální analogovou škálu – VAS. Na této škále pacient sděluje hodnotu své bolesti od 1 do 10 (Rokyta et al., 2017). Mezi další diagnostické metody bolesti se řadí Denní záznam

bolesti dle Melzacka, Mapa bolesti podle M. S. Margolese, Numerická škála bolesti, Škála výrazů obličeje při měření intenzity bolesti. Bolest u pacienta se projevuje zvýšeným krevním tlakem, pulsem, dechem, mydriázou, neklidem, strachem a opoceností. Léčba bolesti je komplexní, zahrnuje farmakologickou terapii, ale i nefarmakologický přístup. Používají se jak neopiátová analgetika, tak opiátová analgetika (Červenková et al., 2018). Mezi neopiátová analgetika patří Paracetamol a nesteroidní analgetika, například Ibuprofen a Diclofenak. Opiátová analgetika jsou Tramadol, Morfin (Páral et al., 2020). Sestra by měla být empatická a vnímavá vůči projevům bolesti, nebagatelizovat projevy bolesti, sleduje verbální i neverbální projevy bolesti. Aplikuje analgetika dle ordinace lékaře a sleduje jejich efektivnost či případné nežádoucí účinky. Poradí pacientovi úlevovou polohu na zádech s pokrčenými dolními končetinami a zabezpečí klidné prostředí. Veškeré informace zapisuje do dokumentace pacienta a informuje ošetřujícího lékaře (Červenková et al., 2018).

Nezbytnou součástí ošetrovatelské péče sestry o pacienta po prostatektomii je péče o invazivní vstupy. Invazivní vstupy jsou možnou bránou infekce. Pro aplikaci intravenózních léků a infuzní terapie musí mít pacient zajištěný žilní vstup, a to buď periferní žilní kanylu, nebo centrální žilní katétr (Janíková, Zeleníková, 2013). Vhodné ošetření periferního žilního katétru je neodmyslitelnou součástí ošetrovatelské péče. Péče je zaměřena především na krytí místa vstupu katétru do kůže. Používá se sterilní krytí katétru, například textilní lepicí krytí, textilní lepicí krytí s transparentním okénkem a transparentní semipermeabilní fólie. Výměny krytí jsou indikovány dle potřeby, v rozmezí 24 až 72 hodin. Převaz katétru je indikován dle potřeby a podle typu krytí. Sestra si k převazu na táč připraví nesterilní čisté rukavice, antiseptický kožní roztok, sterilní tampóny, čisté sterilní krytí, náplast, lihový fix a emitní misku. Dále sestra kontroluje známky infekce. Případná infekce se projevuje zarudnutím v místě zavedení, sekrecí a hmatným zatvrdnutím v průběhu žíly. Pacient pociťuje bolest při palpaci či při aplikaci léčiva. Přítomnost infekce bývá ve většině případů spojena s neprůchodností katétru. Periferní žilní katétr sestra uzavírá plastovou luer zátkou nebo bezjehlovou spojkou (Vytejková et al, 2015). Periferní žilní kanyla může být zavedena v žíle maximálně 72 hodin. Důležité je, aby sestra sledovala, zda nedochází k paravazaci léčiv (Janíková, Zeleníková, 2013). Jedná se o stav, kdy dochází k úniku léčiva mimo cévní systém do okolních tkání a v extrémních případech může dojít i k amputaci končetiny (Charvát et al., 2016). Sestra podává léčivo určené k intravenózní aplikaci dle ordinace

lékaře. Léčivo musí být připraveno za aseptických podmínek. Před aplikací léčiva do periferního žilního katétru sestra používá ochranné rukavice a nedotýká se sterilních spojů a kónusů. Před vstupem do katétru sestra očistí spoj, či bezjehlovou spojku pomocí čtverečku s dezinfekcí. Katétru sestra proplachuje opatrně a je nutné se vyvarovat nadměrné fyzické síle, aby nedošlo k nežádoucímu spláchnutí velkého trombu do oběhu nebo k mechanickému poškození katétru. Sestra podává do katétru léky bolusově anebo pomocí infuze. Před, mezi a po podání léků by sestra měla vždy použít proplach fyziologickým roztokem nebo aquou pro injectione (Vytejšková et al, 2015). Do kompetencí sestry patří aplikace léků dle ordinace lékaře a sledování jejich účinku. Nejčastěji sestra aplikuje analgetika a antibiotika. Sestra sleduje nežádoucí účinky (Janíková, Zeleníková, 2013). Časová délka zavedení centrálního žilního katétru se řídí indikací lékaře na základě potřeby katétru a klinických příznaků. Péče zahrnuje krytí místa vstupu katétru do kůže, převaz katétru, kontrolu známek infekce, uzavření katétru, aplikaci léčiva do centrálního žilního katétru, aplikaci infuze do centrálního žilního katétru, odběry krve z centrálního žilního katétru, měření centrálního žilního tlaku a v neposlední řadě odstranění centrálního žilního katétru (Vytejšková et al, 2015). Manipulace s katétrem musí probíhat za přísně aseptických podmínek. Dezinfekci sestra nestříká přímo na CŽK a vždy musí dodržet předepsanou expozici. K proplachování katétru sestra používá stříkačku o objemu alespoň 10 ml a větší. Stříkačky s menším objemem mohou způsobit poškození katétru. Katétru se nesmí proplachovat silou (Dingová et al., 2018). Pacienti po prostatektomii mají zpravidla zavedený permanentní močový katétru, o který pečuje sestra. Péče o permanentní močový katétru se zaměřuje na bezpečné zajištění odtoku moči a prevenci infekce močových cest. Sestra sleduje bilanci tekutin, provádí záznam do zdravotnické dokumentace. Sleduje a zajišťuje hygienu urogenitální části. Dále sestra sleduje u pacienta funkčnost zavedeného katétru a zodpovídá za předání informací lékaři o změnách, které se týkají fungování odtoku moči. O výměně permanentního močového katétru rozhoduje lékař. V případě výskytu infekce sestra sleduje a zaznamenává příznaky celkové infekce – subfebrilie, tachykardie, tachypnoe, pocení, třesavka, poruchy vědomí a příznaky lokální infekce – bolest, pálení, svědění, zvýšená dráždivost. Sleduje a zaznamenává barvu, zápach, příměsi a množství moči (Veverková et al., 2019b). Katéetrová infekce močových cest je nejčastější nozokomiální infekcí. Původcem může být *Escherichia Coli*. Nemocnému sestra podává antibiotika dle ordinace lékaře (Kachlová, Plevová, 2022). Sestra edukuje pacienta o nežádoucí extrakci katétru. Upozorňuje na důležitost udržování dostatečného

proplachování katétru dodržováním pitného režimu. Sestra zajišťuje odtok a prevenci zalomení katétru vhodnou polohou rezervoáru ku poloze pacienta. Sestra umístí rezervoár pod úroveň močového měchýře a sběrný sáček nesmí ležet na zemi. Pravidelně vypouští sběrný sáček, aby předešla k přeplnění a zpětnému návratu moči do močového měchýře. Zaznamenává do dokumentace délku zavedení katétru a výměnu sběrného sáčku (Vytejšková et al., 2013).

Pacient po radikální prostatektomii má v podbřišku pooperační ránu. První operační den sestra kontroluje krycí obvaz na operační ráně, zda neprosakuje a kontroluje vzhled okolní kůže. Jakmile krytí prosakuje, tak ho sestra doplní o další vrstvu obvazu. V případě nedostatečnosti informuje lékaře. Je-li operační rána bez komplikací, první převaz sestra provádí za aseptických podmínek dle ordinace lékaře s odstupem jednoho až dvou dnů (Janíková, Zeleníková, 2013). Sestra provádí převaz rány za účelem výměny krytí v případě prosáknutí sekretem, nefunkčnosti obvazu, uplynutí maximální doby použití obvazu. Dále za účelem kontroly rány (například infekce či krvácení), dezinfekce, čištění a výplach rány, aplikací léčivých přípravků, mastí, odstranění stehů. Odstranění kožních stehů je vždy indikováno lékařem. Stehy se odstraňují zpravidla 7. až 10. pooperační den (Vytejšková et al., 2015). Porušení kožního krytu umožňuje vstup infekce do organismu (Veverková et al., 2019a). Hojení rány probíhá buď prvním typem per primam, anebo druhým per secundam (Pejznochová, 2010). Hojení rány je ovlivněno několika faktory, které se dělí na vnitřní a vnější. Mezi vnitřní faktory se řadí například věk pacienta a stav výživy. Do zevních faktorů patří léky, infekce a různé mechanické vlivy (Janíková, Zeleníková, 2013).

Po radikální prostatektomii má pacient v místě po odstraněné prostatě zavedený drén, který odvádí ranou sekreci. Sestra se seznámí v protokolu s lokalizací zavedení jednotlivých drénů a úkolem sestry je o ně pečovat (Vytejšková et al., 2015). V rámci péče o drény a drenážní systémy sestra edukuje pacienta o přítomnosti a významu drénu, sleduje a zaznamenává množství, barvu a charakter odsátého obsahu. Sestra dbá o fixaci drénu, provádí převazy za aseptických podmínek dle ordinace lékaře, kontroluje a zaznamenává funkčnost a průchodnost drénu dvakrát denně, započítává množství odvedeného sekretu do celkového denního výdeje pacienta a hlásí každou změnu lékaři (Libová et al., 2019). Při převazu sestra pracuje velmi opatrně, aby omylem neodstranila drén. Při převazu používá sterilní materiál a instrumentárium. Dezinfekci provádí směrem

kruhovým způsobem od drénu směrem vně. Odstranění drénu probíhá na základě ordinace lékaře, sestra asistuje lékaři při vytažení drénu (Vytejková et al., 2015).

Výživa je hlavní a důležitý faktor při vzniku, prevenci a léčbě onemocnění a hojení ran. Péče o výživu je základní součástí péče o nemocného po prostatektomii. Pacienti musí dostávat výživu, která je pro ně přiměřená a je v souladu s jejich zdravotním stavem. Pacienti po prostatektomii mají po operaci dietu omezenou na tekutou stravu a po obnovení pohybu střev je poté dieta převedena na racionální stravu (Vytejková et al., 2011). Výživa má významný vliv pro prevenci vzniku dekubitů, ale i pro jejich následnou léčbu. Udržuje totiž pokožku vláčnou, zajišťuje vyváženost živin, vitamínů, stopových prvků, minerálních látek a zvyšuje imunitu proti infekci a zkracuje dobu léčby vzniklých ran (Brabcová, 2021). Stav výživy u nemocného sestra sleduje již v období před operačním výkonem, aby se předešlo případné malnutrici (Janíková, Zeleníková, 2013). Malnutricí se rozumí nedostatečný přívod energie a živin s důrazem na nepříznivé klinické výsledky (Kasper, 2015). Správná výživa může vést ke snížení úmrtnosti a omezit tak počet komplikací v průběhu celé předoperační i pooperační péče. Jakmile začne nemocný po operačním výkonu přijímat stravu, není potřebná zvláštní nutriční podpora. Pokud snížení příjmu potravy u nemocného trvá více jak 5-7 dní, může dojít k podvýživě, a poté je třeba zvážit nutriční podporu. Při hladovění u nemocných po prostatektomii dochází ke katabolismu. Dochází ke ztrátám dusíku a bílkovin, a tyto ztráty ovlivňují například hojení ran (Janíková, Zeleníková, 2013).

Dále sestra sleduje odchod plynů a stolice. Každý odchod stolice zapíše do dokumentace nemocného. Sestra hodnotí formu, barvu, příměsi, množství a zápach stolice (Burda, Šolcová, 2015). Zástava plynů a stolice se řadí k přechodným pooperačním stavům. Příčina je dočasné zastavení střevní peristaltiky. Typické příznaky jsou vzednutí břicha, nevolnost, bolest břicha kolikovitého charakteru. Sestra zavede pacientovi rektální rourku do konečníku, a tím dochází k samovolnému odchodu plynů. Rektální rourka může být zavedena maximálně 20 minut. Plynatost lze dobře ovlivnit i změnou polohy nemocného, posazováním a včasnou mobilizací. K podpoře střevní peristaltiky sestra aplikuje léky dle ordinace lékaře (Slezáková et al., 2019). Při neúspěchu sestra provede klyzma (Janíková, Zeleníková, 2013).

Hygienická péče o pacienta je velmi důležitá. V prvních pooperačních dnech je omezená díky klidovému režimu a pobytu na lůžku (Janíková, Zeleníková, 2013). Sestra ošetřuje

pravidelně dutinu ústní a dle stavu pacienta motivuje k čištění zubů a vyplachování úst několikrát denně. Díky omezení příjmu tekutin před operací i po operačním výkonu dochází k osychání jazyka a sliznice ústní dutiny, a to vede k nepříjemnému zápachu. Dále sestra dbá na celkovou hygienu nemocného (Slezáková et al., 2019). Hygienická péče se řídí dle stavu nemocného a jeho soběstačností. Je nutné dbát na zvýšenou hygienu genitálu a výměnu osobního prádla. Sestra klade důraz na čistotu močové cévky a dbá na prevenci opruzenin a proleženin (Burda, Šolcová, 2016). Velký význam v prevenci dekubitů mají časté změny polohy nemocného, pečlivě upravené lůžko a péče o predilekční místa (Slezáková et al., 2019). V pooperačním období se sestra věnuje prevenci tromboembolické nemoci. Péče je zaměřena na rizikové skupiny nemocných, jakou jsou obézní pacienti, pacienti s tromboembolickou anamnézou. Sestra přikládá elastické bandáže a podává antikoagulantia v podobě nízkomolekulárního heparinu dle ordinace lékaře (Slezáková et al., 2019). Jedná se o léky, které snižují krevní srážlivost a zabraňují tvorbě a narůstání trombů, podávají se jako prevence po operačním výkonu (Nejedlá, 2015b). Sestra mobilizuje pacienta, a co nejdříve ho vede k soběstačnosti. Provádí rovněž cévní a dechovou gymnastiku s pacienty (Burda, Šolcová, 2016). Lékař určuje postup při mobilizaci pacienta a míru pohyblivosti v pooperačním období. Sestra edukuje pacienta o správném vstávání z lůžka po prostatektomii (Trachtová et al., 2013). V praxi to znamená, že pacient po této operaci vstává z lůžka bez sedu přímo do stoje (Janská, 2008). U pacienta po delší imobilizaci na lůžku nacvičuje sestra vstávání v tomto pořadí: vstávání z lůžka, stoj vedle lůžka, sezení v křesle, pomalá chůze kolem lůžka. Před vlastním vstáváním se musí sestra postarat o infuzi, kterou odpojí od pacienta. Drény a močovou cévku uvolní z lůžka. Sestra musí být pacientovi neustále na blízku, protože při delší imobilizaci na lůžku může nastat u pacienta ortostatický kolaps (Trachtová et al., 2013). Cílem správné mobilizace nemocného po prostatektomii je zmírnění bolestí a snazší vstávání z lůžka po operaci (Žáková, Sušinová, 2002). Po odstranění prostaty dochází k poruše funkce svěrače, kterou je potřeba obnovit. Sestra edukuje pacienta o provedení návniku sevření svěrače kolem zavedeného katétru. Doporučuje se cvičit přibližně deset sekund, a to i 50krát za den. Po odstranění katétru je stále důležité, aby pacient pokračoval ve cvičení a zapojil do návniku i stahy hýžďových svalů a svaly pánevního dna (Janská, 2008).

Při propuštění pacienta do domácí péče sestra edukuje o kontrolní návštěvě lékaře, užívání léků, režimovém opatření (pitný režim, prevence prochladnutí...), jak pečovat o

močový katétr (Burda, Šolcová, 2016). Sestra edukuje pacienta, jak si má správně pečovat o jizvy po prostatektomii. Časně po operačním výkonu je jizva červená, postupem času jizva bledne. Vyzrávání jizev může trvat měsíce až několik let (Janíková, Zeleníková, 2013). Sestra edukuje pacienta o udržování čerstvé jizvy v čistotě, aby nestrhával strupy a ránu neškrábal. Je třeba vyčkat, než se strup sám odloučí. Dále je třeba první tři měsíce chránit jizvu před slunečním zářením, vyhýbat se sauně, soláriu a chladu. Dále sestra edukuje o omezení fyzické aktivity, aby nedocházelo k natahování kůže. Důležitým bodem edukace je vynechat těsné oblečení ze syntetického materiálu, vynechat koupání až čtyři týdny po operačním výkonu. Sestra doporučí krátké sprchování spíše vlažnou vodou s použitím mýdla bez parfemace a alkoholu. Po osprchování pacient osuší jizvu mírným tlakem ručníku. Sestra doporučí pacientovi pravidelné promašťování jizvy (Smičková, 2011).

1.5 Adaptace ve zdraví a nemoci

Stav po operaci prostaty je pro muže novou životní zkušeností, na kterou je potřeba se adaptovat. Termín adaptace pochází z latinského slova adaptatio, a to znamená přizpůsobení. Jedná se o proces a výsledek procesu ve společenské skupině, v organizaci či v kultuře. Adaptace přispívá k přežití, fungování, udržování rovnováhy se sociálním a přírodním prostředím. Obecně pojem adaptace znamená schopnost individua či skupiny přežít v daném sociálním a přírodním prostředí. Úspěch člověka závisí na jeho schopnosti přizpůsobit se okolí. Efektivita adaptace v sociálním prostředí závisí zejména na sociálním učení (Nešpor, 2018). Adaptace probíhá na různých stupních vývoje existence člověka. Předmětem zájmu jsou adaptační procesy probíhající uvnitř sociální skupiny, ve které se člověk přizpůsobuje podmínkám společnosti, anebo adaptační procesy, jež probíhají mezi sociální skupinou a podmínkami vnějšího prostředí. Adaptační procesy nejsou pouze pasivním přejímáním norem sociálního prostředí, ale i aktivním působením na společenskou realitu (Bondy, 2018).

Adaptace vyjadřuje nejobecnější funkci psychiky. Adaptace je funkcí osobnosti, to znamená, že se jinak přizpůsobuje introvert a jinak extrovert. Na různých úrovních probíhá adaptace sociální a biologická. Sociální adaptace vzniká vztahem mezi jednotlivcem a prostředím. Kvalita vztahu je dána dvěma faktory, vnitřními (osobnostními) a vnějšími, kterými jedince ovlivňuje prostředí. Sociální přizpůsobení souvisí se sociální zralostí, tedy citovou a rozumovou. Biologická adaptace vzniká

nepodmíněnými reflexními mechanismy a homeostatickými procesy. Psychologickou podstatou adaptace je identifikace člověka s určitou společenskou rolí. Úspěšné plnění rolí dává pocit spokojenosti, což úzce souvisí se seberealizací jedince. Z ošetrovatelského pohledu je na proces adaptace během nemoci zaměřen adaptační model Callisty Roy. Dle Callisty Roy je hlavním cílem ošetrovatelství pomáhat člověku posilovat jeho zdraví skrze podporu jeho adaptace na zevní i vnitřní stimuly, rozvíjet adaptivní způsoby reakce na stresory. Na průběh adaptace má vliv poměr racionality a emocionality. Během první fáze adaptace převažuje emocionalita a racionalita je potlačena. Ve druhé fázi adaptace se snižuje intenzita prožívání a emoce jsou pod rozumovou kontrolou. Stav odpovídá emocionální neutralitě (Mellanová, 2017).

Nemoc je definována jako porucha zdraví. Jedná se o poruchu systému člověka – prostředí (Zacharová, 2017). Jakékoliv onemocnění, zejména chronické, představuje značný stres. Způsob zvládnutí stresu rozhoduje o budoucím vývoji psychického stavu nemocného a o dalším vývoji zdravotního stavu (Ptáčková, Ptáček et al., 2021). Mezi nejznámějšího představitelů v oblasti výzkumu stresu a stresových reakcí se řadí Hans Selye, jenž definoval stres jako reakci na stresor, která následně vede k odpovědi celého organismu. Lidský organismus je od narození adaptován na vnější vlivy. Jestliže intenzita vnějších vlivů nepřesáhne kapacitu, tak je organismus schopen bez jakýchkoliv následků zvládat běžné stresující situace. Pokud je kapacita nervového systému snížena díky genetickým vlivům nebo událostí, tak je adaptabilita a schopnost zvládat stres podstatně snížena (Jochmannová, Kimplová et al., 2022).

Psychosociální adaptací se rozumí schopnost integrace onemocnění či zdravotního postižení do jednotlivých oblastí života člověka, jeho identity, sebepojetí a vnímání těla. Je to proces, ve kterém se nemocný pohybuje od stavu pasivity do stavu integrace (Ptáčková, Ptáček et al., 2021). V první fázi adaptace dochází k vysokému nárůstu prožívání. Člověk, který onemocněl, se stává závislý na druhých či může být ohrožený na životě (Mellanová, 2017). Plná adaptace znamená, že člověk je schopný plné psychosociální adaptace. Svůj zdravotní stav je schopen integrovat do jednotlivých oblastí života, identity, sebepojetí a vnímání těla. Při mírně narušené adaptaci je schopnost psychosociální adaptace mírně narušena v důsledku zdravotních, psychických či sociálních obtíží. Nemocný je stále schopen svůj zdravotní stav integrovat do jednotlivých oblastí života, identity, sebepojetí a vnímání těla přijatelným způsobem. Při středně narušené adaptaci člověk není schopen svůj zdravotní stav integrovat do

jednotlivých oblastí života, ale přesto se o to pokouší. Závažně narušená adaptace je stav, kdy nemocný není schopen sám svůj zdravotní stav integrovat do jednotlivých oblastí života a ani se o to nepokouší. Vymizelá adaptace znamená, že nemocný je zcela pasivní a rezignuje, a to ovlivňuje jeho zdravotní a psychický stav (Ptáčková, Ptáček et al., 2021).

1.5.1 Proces adaptace nemocného po prostatektomii

Karcinom prostaty zásadně ovlivňuje psychickou stránku pacienta. Na nádorové onemocnění není člověk nikdy připraven. Záleží na psychické odolnosti, ochotě spolupracovat se zdravotnickým personálem a na podpoře rodiny a nejbližších. Velmi důležitá je komunikace ze strany lékaře a zdravotnického personálu. Onemocnění prostaty je obrovským zásahem do sebevědomí a sebehodnocení nemocného. U mužů po prostatektomii se mohou vyvinout depresivní příznaky a suicidální myšlenky, pochybnosti o mužské roli a o sobě samém. Nemocný se může vyhýbat kontaktům s ostatními lidmi a izolovat se od nich. Zůstane tak sám se svými traumatizujícími myšlenkami, obavami a nejistotou z budoucnosti. Onemocnění zasáhne nemocného v osobní, psychické, tělesné a sociální oblasti. Z tohoto důvodu je velmi důležité s nemocným otevřeně hovořit, poskytnout mu kvalitní a dostačující informace a nedílnou součástí je již zmiňovaná podpora rodiny a nejbližších osob (Harsa, 2016). Prostata je sexuálním orgánem muže. Zasahuje jednak do problematiky močení, ale i jiných funkcí lidského organismu, jako je například sexuální oblast (Kollárová, Vidová, 2013). Erektální dysfunkce postihuje 30 až 100 % pacientů, spontánní erekci nemá většina pacientů. Zejména mladší pacienti si zakládají na sexuální výkonnosti, ale neuvědomují si, že pro jejich partnerky to nemusí být to nejdůležitější. Jestliže nastane taková situace, je vhodné, aby nemocný s partnerkou navštívil odborníka, například klinického psychologa anebo psychoterapeuta, a problém začnou společně řešit. Společně lze nalézt vhodné řešení pro oba dva a nemocný tak nemusí vnímat další fáze života jak ztracené. Dále může vzniknout zúžení močové trubice v místě operace. Je nutností upozornit nemocného na redukci v sexuální oblasti. Nemocný prožívá změny v oblasti sociální, tělesné a psychické. Je hospitalizovaný a dlouhodobě v pracovní neschopnosti. Vyskytnout se mohou problémy v rodině, ale i v práci. Nemocný se stává závislý na pomoci blízkých. Může se více izolovat, necítí se v kondici, vadí mu časté dotazy druhých, stydí se, stává se nejistým, podrážděným, má strach. Postupem času se může zhoršovat kvalita života, ztrácet životní smysl a být i suicidální. Odstranění prostaty se může projevovat bolestmi, somatickou slabostí a dalšími jinými projevy, a to může

zhoršit zdravotní stav nemocného. Vhodná komunikace lékaře a zdravotnického personálu má významný vliv na kvalitu života nemocných. Důležitá je i spoluúčast nemocného při sdíleném rozhodování o léčbě (Harsa, 2016).

1.5.2 Intervence sestry při adaptaci nemocných po prostatektomii

Nedílnou součástí péče o nemocného po prostatektomii je předání přesných informací o jeho onemocnění a dále o tom, co ho čeká v průběhu diagnostického a ošetrovatelského procesu. Ošetrovatelské strategie sestry zaměřuje na pacienta, ale také rovněž na jeho rodinu. Cílem sestry je umožnit rodině a příbuzným se zapojit do ošetrovatelské péče. Podporuje pacienty a jejich rodiny v adaptačních snahách a pomáhá jim nacházet reálné možnosti zvýšení úrovně kvality jejich života (Kollárová, Vidová, 2013). Vhodná komunikace sestry s rodinou nemocného slouží k porozumění potíží, které nemocný má či se v nejbližší době mohou vyskytnout (Harsa, 2016). Sestra se snaží o vytvoření vzájemného vztahu s pacientem založeného na důvěře, což je předpokladem úspěšného odhalení překážek během ošetrování. Tato spolupráce musí být založena na projevování úcty a respektování lidské důstojnosti s vysokou úrovní etické vyspělosti. Sestra přistupuje k pacientovi skrze holistický přístup, který vnímá pacienta jako jedinečnou biopsychosociální a spirituální bytost. Úlohou sestry ve spolupráci s lékařem je pomoci pacientovi, aby pochopil význam a důležitost diagnostických metod a léčby. Dále zvýšit úroveň vědomostí a zručností pacienta a tímto eliminovat úzkost a strach z neznámého (Kollárová, Vidová, 2013). Každý pacient by měl být od lékaře a sestry vhodně informován o způsobu a výsledcích léčby a o ošetrovatelské péči. Nutné je, aby byl pacient upozorněn na limity a redukce v jeho soukromém životě, především pak v sexuální oblasti. Důležitá je tedy komunikace o blízké a vzdálené budoucnosti, jak bude nemocný po prostatektomii fungovat a žít. Pro rozhovor je zásadní a důležité, aby sestra projevila úctu k nemocnému a přesvědčila ho, že je hodna jeho důvěry. Sestra by měla být ochotná naslouchat nemocnému a být trpělivá. Důležitou roli hraje empatie, sestra se snaží vcítit do prožívání nemocného. Nedílnou součástí komunikace je přátelská atmosféra. Během rozhovoru se sestra dotazuje pacienta, zda nemocný všemu porozuměl. Sestra dává možnost položit otázky. Během komunikace s nemocným sestra udržuje přiměřený oční kontakt. Je potřeba mít na paměti, že nemocný prožívá změny nejen v sociální oblasti, ale i v tělesné a psychické. Je dlouhodobě v pracovní neschopnosti. Mohou nastat jak problémy v rodině, tak i v zaměstnání. Nemocný se stává závislý na pomoci druhých, nemusí se cítit v kondici a může se izolovat od druhých. Mohou mu

vadit netaktní dotazy od druhých. Stydí se, je podrážděný a ve strachu. Postupně se může zhoršovat kvalita života nemocného. Může trpět bolestí, což zhoršuje jeho celkový psychický stav. Z těchto důvodů je nutné, aby sestra přistupovala k nemocnému komplexně, a ne pouze jako k danému symptomu, tedy k onemocnění prostaty. Podstatné je, aby způsob komunikace byl přizpůsobený mentální a věkové úrovni nemocného (Harsa, 2016).

Mezi interpersonální zručnosti se řadí komunikace, naslouchání, projevování zájmu a soustrasti. Sestra by měla disponovat vědomostmi a informacemi, které umožňují získání údajů takovým způsobem, který upevňuje individualitu nemocného a integritu rodiny. Sestra by měla ovládat řešení problémů, kritické myšlení a vytvářet realistické ošetrovatelské úsudky (Tóthová et al., 2014). Verbální komunikace je nástrojem profesionální práce sester a důležitým aspektem ošetrovatelské péče. Komunikace je neoddělitelnou součástí procesu, který je zaměřený na podporu, uchování a prevenci zdraví. Individuální přístup patří k základním požadavkům komunikace mezi sestrou a nemocným. Sestra přizpůsobuje své jednání specifickým zvláštnostem nemocného. To, co jeden pacient vnímá jako nepřijatelné, tak pro druhého pacienta to může být samozřejmostí. Slova, která sestra používá při komunikaci s jedním pacientem, se druhého mohou dotknout či vyvolat negativní reakci. Sestra využívá citlivý a taktní přístup k nemocným, zjišťuje, co může pacientovi pomoci, či naopak by ho mohlo nepříznivě ovlivnit (Zacharová, 2016). Empatie znamená schopnost vcítění se do pocitů a situace nemocného. Slouží sestře k pochopení reakce pacienta a umožní předvídat, jak bude reagovat. Na základě empatie sestra volí vhodný způsob komunikace. Sestra aktivně empaticky vystupuje a všímá si situace, ve které se nemocný nachází, snaží se vcítit do nemocného v rozmanitosti jeho životních rolí. Sestra zvažuje další vývoj nemoci, a jaké to má důsledky pro nemocného (Venglářová, Mahrová, 2006). Součástí komunikace je i úcta k pacientovi. Sestra si váží nemocného vždy a v každé situaci za jakýchkoliv okolností, respektuje ho jako individuální osobnost. Pozitivní vztah k nemocnému se vyvíjí v průběhu vzájemné interakce během poskytování ošetrovatelské péče. Sestra verbálně, ale i neverbálně odráží svůj postoj k nemocnému. Projeví se to v řeči, ve výrazu tváře, a i například při pohledu či pohybech těla (Zacharová, 2016). Situace nemocného je zásadní změnou a zásahem do jeho života. Často se jedná o zásah neočekávaný, který je provázen pocitem vykojení, zklamání, selhání či beznaděje. Nemocný prožívá pocit strachu, úzkosti a nejistoty (Tóthová et al., 2014). V pacientovi dochází ke střetu pocitů

naděje a důvěry s pocity strachu a nejistoty. Prožívá stav zvaný citová ambivalence (Zacharová, 2016). Touží po nabytí rovnováhy a bezpečí, a toto je hlavním cílem komunikačních intervencí sestry v rámci poskytování ošetrovatelské péče. Během komunikace mezi sestrou a pacientem je velmi důležitým prvkem naslouchání. Naslouchání patří mezi základní komunikační dovednosti sestry. Skrz naslouchání sestra odhaluje to, co se skrývá za slovy pacienta. Umožňuje sestře porozumět tomu, co nemocný říká, jak rozumí, jak prožívá a cítí. Co sestra zjistí nasloucháním, tak zpracovává pomocí kritického myšlení a tvoří tak základ pro následující spolupráci s nemocným v rámci ošetrovatelské péče (Tóthová et al., 2014). Neverbální komunikace je definována jako řeč těla. Patří k ní veškeré projevy, které jsou vysílány, aniž by sestra mluvila, ale i ty, kterými řeč doprovází (Venglářová, Mahrová, 2006). Ošetrovatelská péče je ovlivněna vzájemnou interakcí sestry a pacienta. Zkušenosti a zážitky, které má nemocný z předchozích setkání s ošetrující sestrou, nadále ovlivňují neverbální komunikaci v nadcházející komunikaci. Nonverbální projevy sestry během její práce mají svůj význam. Pomáhají sestře zvýšit efektivitu komunikace, zvládat a překonávat komunikační překážky, kontrolovat a usměrňovat jednání a chování, ovlivňovat dojem, lépe pochopit prožívání, emocionální stavy, potřeby pacientů. Sestra by měla neverbální projevy umět vnímat a rozeznávat ve vztahu k osobnosti a aktuálnímu prožívání nemocného. Sestra si musí uvědomit, že pracuje nejen ve specifických podmínkách, ale že především pracuje s člověkem, který se ocitá v nelehké životní situaci (Zacharová, 2016). Nejedná se pouze o pacienta, ale i o rodinného příslušníka anebo doprovázející osobu. Sestry by tedy měly disponovat nezbytnou a velmi důležitou dovedností, a to je vyznat se v řeči těla a umět pracovat s neverbálními projevy a naslouchat nonverbálním projevům nemocných (Zacharová, 2017).

1.6 Adaptační model: Callista Roy

Autorka adaptačního modelu Callista Roy se narodila 14. 10. 1939 v Los Angeles v USA. Následně v roce 1960 získala základní ošetrovatelské vzdělání na Mount Mary's College a v roce 1963 ukončila bakalářské studium v ošetrovatelství na University of California (Sitzman, Eichelberger, 2011). Callista Roy pracovala jako sestra a staniční sestra na dětské klinice (Plevová, et al., 2018). V roce 1966 získala magisterské vzdělání v ošetrovatelství na University of California v Los Angeles. Další magisterské studium absolvovala v oboru sociologie v roce 1973. V tomto oboru Callista Roy pokračovala doktorským studiem, které ukončila v roce 1977 (Sitzman, Eichelberger, 2011). Callista

Roy se stala vedoucí ošetrovatelského oddělení na Mount Mary's College v Los Angeles a pracovala jako odborná asistentka na School of Nursing University v Portlandu. Byla ředitelkou Mount Saint Mary's Hospital v Tucsonu a dále profesorkou na Boston College of Nursing v Massachusetts. V roce 1985 absolvovala habilitační řízení z klinické neurologie a stala se členkou Americké akademie věd, osobností Ameriky, členkou NANDA a také členkou Světové organizace žen. Callista Roy v roce 2007 získala cenu Žijící legenda ošetrovatelství (Plevová, et al., 2018).

Při tvorbě adaptačního modelu byla Callista Roy inspirována koncepčním ošetrovatelským modelem Dorothy Johnson. Callista Roy byla v roce 1963 vyzvána Dorothy Johnson na sesterském semináři k rozvoji konceptuálních modelů ošetrovatelství (Plevová, et al., 2018). Základní koncept adaptačního modelu začala rozvíjet již během magisterského studia na University of California v Los Angeles. V její práci je patrné její profesní zaměření, které je spojeno s pediatrickým ošetrovatelstvím, ve kterém spatřovala významnou roli ošetrovatelství v podpoře přizpůsobení pacienta s ohledem na odolnost jeho samého a rodinných příslušníků vůči změnám ve zdravotním stavu nebo obavám o něho (Tóthová, Olišarová et al., 2017). V době, kdy Callista Roy pracovala na dětském oddělení, tak si všímala schopností dětí, jak se přizpůsobují fyzickým a psychickým změnám. Právě pozorování dětské adaptace ji přivedlo na myšlenku k tvorbě ošetrovatelského adaptačního modelu. Tento model vytvořila v průběhu magisterského studia ošetrovatelství v letech 1964 až 1966 (Pavlíková, 2006). Při tvorbě adaptačního modelu byla Callista Roy ovlivněna Ruth Wu, Connie Robinson a Barbarou Smith Moran z prostředí klinické praxe. Byla ovlivněna i holistickými teoriemi stresu a adaptace v pracích od autorů Hans Selye a Richard Stanley Lazarus, adaptační teorií Harry Helson, Systémovým modelem von Bertalanffy a teorií definitivního systému Anatol Rapoport (Sitzman, Eichelberger, 2011). V roce 1970 adaptační model poprvé publikovala Callista Roy v článku „Adaptation: A Conceptual Framework for Nursing“ a následně se tento model stal součástí vzdělávání a rovněž i vědecké a výzkumné praxe (Tóthová, Olišarová et al., 2017). Callista Roy nadále adaptační model rozvíjela ve výzkumu, který byl zaměřený na pacienty s neurologickým deficitem (Plevová, et al., 2018). V roce 1976 byl Adaptační model publikován v monografii „Introduction to Nursing: An Adaptation Model“. Další výzkumná pozorování Callista Roy realizovala v letech 1976 až 1977 (Pavlíková, 2006). Věnovala se pedagogické práci a výzkumu na Graduate Faculty Nurse Theorist Boston College, School of Nursing. Adaptační model v pojetí Callisty Roy tvoří

základní rámec pro teorii, praxi a výzkum v ošetrovatelství (Sitzman, Eichelberger, 2011).

1.6.1 Teoretická východiska a myšlenkové předpoklady modelu

Adaptační model se řadí mezi systémové modely. Model je ovlivněný Bertalanffyho teorií systémů a Helsonovou adaptační teorií. Z teorie systémů Callista Roy rozvinula myšlenku, že člověka nejlépe vystihuje celistvost, to znamená holismus, vzájemná závislost, procesy kontroly, informační zpětná vazba a komplexnost. Z adaptační teorie převzala myšlenku, že chování lidí je v základě přizpůsobivé a úrovně adaptace se u lidí mění v závislosti na podmínkách. Dalšími teoretickými východisky jsou Maslowovy práce a sociální interakční teorie (Farkašová et al., 2006). Příjemcem ošetrovatelství může být jedinec, skupina, společnost či komunita, kdy je člověk charakterizovaný jako biopsychosociální bytost, otevřený a holistický adaptivní systém (Pavlíková, 2006). V pojetí adaptačního modelu Callisty Roy jsou lidé živé systémy v neustálé interakci s měnícím se prostředím a snaží se přizpůsobit za pomoci tvořivých a kreativních činností (Tóthová, Olišarová et al., 2017). Systém je skupinou jednotek spojených tak, že tvoří celek, který je charakterizovaný vstupem, kontrolou, procesy, výstupem a zpětnou vazbou. Lidé a prostředí jsou otevřené systémy, vyměňují si energii, hmotu a informace (Pavlíková, 2006). Prostor je utvářeno vlivem vnitřních a vnějších stimulů, které se nacházejí v okolí jedince nebo skupiny (Tóthová, Olišarová et al., 2017). Ve stále se měnícím prostředí si člověk musí udržovat svou integritu, tedy přizpůsobovat podnětům z vnějšího a vnitřního prostředí. Schopnost člověka přizpůsobovat se změnám prostředí se mění v závislosti na věku pacienta a jeho životních zkušenostech (Plevová, et al., 2018). Prostor tvoří podmínky ovlivňující vývoj a chování jedinců a skupin. Svými vnitřními a vnějšími faktory působí na schopnost jedince přizpůsobovat se. Jakákoliv změna prostředí vyžaduje energii potřebnou pro adaptaci na tuto změnu (Pavlíková, 2006).

1.6.2 Hlavní jednotky modelu Callisty Roy

Cílem ošetrovatelství je podpora adaptace ve zdraví i v nemoci v každém ze čtyř adaptačních způsobů (některé autorky uvádějí „adaptační módy“ či „adaptační oblasti“). *Pacient* je biopsychosociální bytost, která je v neustálé interakci s prostředím, a má čtyři způsoby adaptace, založené na fyziologických potřebách, sebekoncepci (fyzikální ego, morálně-etické ego, sebedůvěra, sebeúcta), funkčních rolích a vzájemné závislosti.

Pacient je příjemcem ošetrovatelské péče. Je chápán jako adaptační systém s vnitřními procesy. *Role sestry* spočívá v podpoře pacientových adaptačních mechanismů a adaptivního chování prostřednictvím manipulace se stimuly (fokální, kontextuální, reziduální) (Plevová, et al., 2018). *Zdrojem potíží* jsou neefektivní aktivity pro udržení integrity pacienta. *Ohniskem zásahu* jsou fokální, kontextuální a reziduální stimuly. *Způsobem zásahu* se rozumí identifikace stimulů a následná práce s nimi, jejich zvyšování, snižování a udržování. *Důsledkem* jsou očekávané způsoby chování pacienta, což je výsledkem efektivních aktivit pacienta (Pavlíková, 2006). Výsledkem ošetrovatelské činnosti jsou přizpůsobené odpovědi pacienta na stimuly vedoucí ke zdraví (Plevová, et al., 2018).

Adaptační model zahrnuje i čtyři základní hodnoty obsahu cíle: zájem sestry o pacienta, ošetrování jako podpora a napomáhání pacientovy adaptace, podpora procesu adaptace, která je předpokladem k zachování energie, soustředování se na pacienta jako na jedince adaptujícího se na stimuly, jež jsou výsledkem jeho pozice v rovině zdraví a nemoci (viz Příloha č. 7) (Farkašová et al., 2006).

1.6.3 Základní metaparadigmatické pojmy podle Callisty Roy

Osoba je v pojetí modelu Callisty Roy definována jako bio-psycho-sociální bytost se složkami, které jsou v jednotlivých systémech v neustálém vztahu k prostředí. Člověk se přizpůsobuje neustálým změnám. Stav adaptace odráží úroveň aktivity a obráceně úroveň aktivity je odrazem stavu adaptace (Farkašová et al., 2006). Osoba je příjemcem ošetrovatelské péče jako adaptační systém s vnitřními procesy (kognátorem, regulátorem) a efektorovým systémem (čtyři adaptační oblasti, módy, způsoby). Člověk jako systém je celek, a ten se skládá ze subsystémů, které mají funkční smysl. *Zdraví* je považováno za stav a proces, jehož výsledkem je úspěšná adaptace na stimuly vycházející z prostředí. Zdraví a nemoc jsou dvě dimenze lidského života, kterými se zabývá ošetrovatelství. Pokud nefunguje mechanismus přizpůsobování se, tak jedinec onemocní. Pokud se jedinec dokáže přizpůsobit vlivům stimulů, je připravený opět reagovat na další stimuly, a to je podstata léčení a zdraví (Pavlíková, 2006). Jedinec čelí problémům, na které se musí adaptovat. *Prostředí* je definováno jako veškeré podmínky, situace a okolní vlivy, ovlivňování vývoje a chování osob nebo skupin. Prostředí, které se mění, stimuluje adaptační reakce. Prostředí zahrnuje jak vnitřní, tak vnější faktory, jež mění potřebu člověka zvyšovat energii na adaptaci v dané situaci. Existují tři typy faktorů prostředí,

kteře ovlivňují jedince, a to ohniskové, reziduální a kontextuální, ty jsou Callistou Roy označovány jako stimuly (Farkašová et al., 2006). Jakákoliv změna prostředí požaduje od člověka více energie pro adaptaci na novou situaci (Pavlíková, 2006). *Ošetřovatelství* definovala Callista Roy jako vědu a praxi, která rozšiřuje schopnost adaptace člověka, obohacuje jej a přetváří prostředí. Za ošetřovatelské intervence považovala posuzování chování a stimulů ovlivňující adaptaci člověka nebo skupiny. Ošetřovatelská péče je poskytována metodou ošetřovatelského procesu, obsahuje šest fází (Plevová, et al., 2018).

1.6.4 Pojetí modelu Callisty Roy

Adaptací se rozumí proces, při kterém se jedinec přizpůsobuje změnám prostředí. Z prostředí vycházejí *stimuly*, na něž člověk reaguje a kterým se přizpůsobuje. Stimuly jsou podněty z vnitřního i z vnějšího prostředí, které vyvolávají adaptační odpověď či reakci. Pro adaptaci jsou důležité druhy stimulů neboli podnětů a adaptační niveau, tedy adaptační úroveň (Pavlíková, 2006). Existují tři druhy stimulů. Fokální (ohniskový) stimul je podnět, jenž právě teď působí na člověka a na který okamžitě reaguje. S fokálním stimulem se člověk dostane do konfrontace okamžitě. Působí na člověka nejsilněji a urychluje jeho adaptivní chování (Farkašová et al., 2006). Kontextuální stimul působí náhodně současně s fokálním stimulem. Snižuje, anebo zvyšuje účinek fokálního stimulu (Plevová, et al., 2018). Reziduální stimul představuje názory, povahové rysy a postoje. Reziduální stimuly bývají většinou stálé a vycházejí z osobnosti jedince (Farkašová et al., 2006).

Pojem *adaptační niveau* znamená adaptační úroveň, která představuje individuální rozsah efektivních (adaptivních) reakcí jedince na stimuly. Je to vlastní rozsah individuálních reakcí člověka na podněty. Existují dvě reakce na stimuly. Adaptivní reakce podporuje jedincovu integritu, vývoj, cíle, růst, moc a zlepšují jeho kontrolu nad prostředím, podporují jeho celistvost. Nepřesahají tedy adaptační niveau jedince. Naopak neefektivní reakce přesahuje adaptační niveau jedince. Nepřispívají k dosažení adaptivních cílů (Pavlíková, 2006).

V adaptačním modelu Callista Roy představila dva navzájem související *adaptační systémy člověka*, a to kontrolní a efektorové (Plevová, et al., 2018).

Kontrolní systém obsahuje naučené či zděděné mechanismy kontroly procesů, překonávání nebo zvládnání situace. Tento systém tvoří regulátor a kognátor. Jsou to

metody na zvládnutí situace (Pavlíková, 2006). Regulátor reaguje na stimuly skrze nervové, chemické a endokrinní reakce. Naopak kognátor reaguje pomocí vyšší nervové činnosti, jako je paměť, emoce, učení a rozhodování (Plevová, et al., 2018).

Na kognitivní a regulativní proces navazuje *efektorový adaptační systém* (Tóthová, Olišarová et al., 2017). Po zpracování kontrolních systémů převádí reakce jedinců do čtyř adaptačních oblastí, které jsou označené jako adaptační mody, do nichž patří fyziologická oblast, sebepojetí, rolová funkce a vzájemná závislost (viz Příloha č. 8). Fyziologický adaptační systém obsahuje reakce spojené se strukturou těla a způsobem jeho funkce (Pavlíková, 2006). Fyziologická oblast zahrnuje výživu, vyprazdňování, tekutiny, dýchání a cirkulaci, aktivitu, odpočinek, spánek, tělesnou teplotu, smyslové vnímání, endokrinní systém. Adaptační systém sebepojetí, sebeuvědomění zahrnuje fyzikální část a osobnostní složku. Adaptační systém zvládnutí rolí (viz Příloha č. 9) obsahuje identifikaci a zvládání rolí. Zahrnuje primární, sekundární a terciární role (Tóthová, Olišarová et al., 2017). Rolová funkce je takzvané plnění povinností založených na dané pozici ve společnosti. Myšlenka je přenesena do Rolového stromu. Primární roli vyjadřuje kmen, který souvisí s věkem a pohlavím (například starý muž), je relativně trvalá a daná role. Sekundární roli vyjadřují větve. Jedná se o relativně trvalou, vybranou roli (například učitel, lékař, mechanik). Terciární roli představují listy. Tato role je dočasná a vybraná (například člen komise) (Farkašová et al., 2006). Adaptační systém vzájemné závislosti zahrnuje vzájemnou závislost či nezávislost v rámci interpersonálních vztahů dvou a více osob během zajišťování potřeb jedince (Pavlíková, 2006).

1.7 Aplikace adaptačního modelu Callisty Roy u nemocných po prostatektomii

Callista Roy se na podporu adaptace zaměřuje prostřednictvím zlepšení vzájemné interakce osoba a prostředí. Jedná se o proces, který je neustálý a současně probíhající. Callista Roy na rozdíl od běžně používaného pětifázového ošetrovatelského procesu používá šestifázový ošetrovatelský proces. V pojetí Callisty Roy kvalita ošetrovatelského procesu závisí na základě důkladného zhodnocení požadavků na ošetrovatelskou péči u pacienta po prostatektomii. Dříve než sestra zvolí nejvhodnější způsob ošetrovatelské péče o pacienta po odstranění prostaty, tak by měla v první fázi ošetrovatelského procesu získat o pacientovi co nejvíce potřebných informací (Žiaková et al., 2007). V první fázi ošetrovatelského procesu sestra hodnotí pozorovatelné a nepozorovatelné chování ve

čtyřech způsobech adaptace, a to ve fyziologické oblasti, sebepojetí, pomocí rolové funkce a vzájemné závislosti (Plevová et al., 2018). Tyto čtyři adaptační módy jsou dle Callisty Roy ve vzájemném vztahu. Odpověď v jednom adaptačním módu aktivuje stimuly, a to má vliv na ostatní módy. K tomu, aby sestry mohly pacientovi pomoci v adaptaci po prostatektomii, je potřeba, aby poznaly jednotlivé adaptační módy, neboť reakce na stimuly se projeví v jednotlivých adaptačních módech (Pavlíková, 2006). *Fyziologický způsob adaptace* je vztahován k fyzikálním a chemickým procesům organismu. Způsob adaptace tohoto chování je odrazem fyziologické činnosti jednotlivých systémů organismu. Jestliže dojde u pacienta po prostatektomii k uspokojení fyziologických potřeb, fyziologická integrita je zachovaná. Chování pacienta po odstranění prostaty je projevem fyziologické aktivity buněk, orgánů, tkání, systémů a lidského těla. Jakmile dojde k aktivaci ohniskových, kontextuálních a reziduálních stimulů, tak se pacient po prostatektomii bude v souvislosti s adaptací chovat buď adaptivně, anebo neefektivně. Fyziologický modus zahrnuje výživu, vyprazdňování, tekutiny, dýchání a cirkulaci, aktivitu, odpočinek, spánek, tělesnou teplotu, smyslové vnímání (zrak, sluch, čich, hmat, chuť a pocit bolesti), endokrinní systém, rovnováhu tekutin a elektrolytů (homeostáza) a neurologický systém (Plevová et al., 2018). V oblasti výživy může na nemocného působit jako fokální stimul prostatektomie anebo nemocniční prostředí, což může vést k neúčinné odpovědi organismu. Úlohou sestry je zjistit, jaká jídla pacient preferuje a zvyklostní pitný režim. Sestra sleduje kožní turgor nemocného, sleduje stav sliznic, aplikuje infuzní terapie dle ordinace lékaře, zajistí zvýšený příjem tekutin, sleduje bilanci tekutin a provádí záznam do dokumentace. V oblasti vylučování sestra pomáhá nemocnému ve způsobu vyprazdňování. Pomůže mu na podložní mísu a zajistí intimitu a důslednou hygienu genitálu. Sestra sleduje četnost odchodu stolice, pravidelnost, tvar, barvu stolice, příměsí. Dále sleduje močení, dysurii, polakisurii, krev v moči, stav pocení. Při zavedení permanentního močového katétru sestra informuje nemocného o způsobu vyprazdňování moči, sleduje průchodnost permanentního katétru a pocity nemocného. V případě vytažení permanentního močového katétru informuje nemocného o nutnosti vymočení do 8 hodin po vytažení, zvýšeného příjmu tekutin a nevhodnosti zdržovat moč (Slezáková et al., 2019). Dýchání a cirkulace zahrnuje požadavky organismu na kyslík. Základní fyziologické projevy souvisí s ventilací mezi vnitřním a vnějším prostředím, výměnou a transportem plynů (Žiaková et al., 2007). V oblasti aktivity a odpočinku sestra zjistí spánkové rituály nemocného a dle možností je respektuje. Upraví lůžko dle přání nemocného, vyvětrá pokoj. Zajistí klid nemocnému ke

spánku a dostatečné zatemnění. Sestra pomáhá pacientovi zaujmout vhodnou polohu, dle ordinace lékaře podává medikaci k podpoře spánku. V prvních dnech po prostatektomii nemocný preferuje odpočinek. V této oblasti může adaptaci nemocného zhoršit působení fokálního stimulu, jako je pooperační bolest operační rány. Úlohou sestry je pomoci nemocnému ve snížení, či odstranění bolesti. V pravidelných intervalech sleduje výskyt bolesti – lokalizaci, charakter. Zhodnotí intenzitu bolesti na škále. Všímá si neverbálních projevů nemocného. Podává analgetika dle ordinace lékaře a sleduje jejich účinek (Slezáková et al., 2019). Smysly obsahují sensorické fungování zraku, sluchu, čichu, hmatu a chuti v interakci s prostředím a pocíťováním bolesti. Neurologické funkce tvoří součást regulačního subsystému kopingového mechanismu. Koordinují pohyb, vědomí a kognitivní a emocionální funkce. Endokrinní funkce prostřednictvím hormonální sekrece spolu s neurologickými funkcemi řídí fungování organismu. Endokrinní systém hraje důležitou roli při reakcích na stresové situace a tvoří základ regulačního subsystému kopingového mechanismu (Žiaková et al., 2007).

Adaptace pomocí sebekoncepce a identifikace ve skupině spočívá v tom, jak se nemocný po prostatektomii cítí, a to jak po stránce fyzické, tak i psychické. Adaptace pomocí sebekoncepce se vztahuje k jednotlivci, ale i ke skupině. Ve vztahu k jednotlivci zahrnuje sebekoncepce fyzický aspekt, to znamená, jak se nemocný cítí po fyzické stránce po odstranění prostaty, jak je spokojený se svým fyzickým vzhledem. Sebekoncepce ve vztahu k jednotlivci dále zahrnuje osobnostní aspekt, to znamená představy o sobě, představy o ideálním já, co chci dokázat, morální a spirituální pohled ve vztahu ke světu. *Adaptační modus rolové funkce* se u nemocných po prostatektomii zaměřuje zejména na roli, kterou sehrává jedinec ve společnosti. Primární role je provázená charakteristickým chováním, které vyplývá z věku, pohlaví a vývojového stupně. Sekundární role je provázena chováním, které vyplývá z primární role a vývojového období. Terciární role souvisí jak s primární, tak i se sekundární. Jednotlivé role jedinec plní současně, anebo se vzájemně prolínají. V rámci posouzení sestry zjišťuje, jestli si nemocný uvědomuje plnění svých rolí. Pro pacienta po odstranění prostaty je velmi důležité uvědomění si cílů k jejich dosažení. Jestliže si nemocný uvědomí své role, naskytuje se mu možnost je prostřednictvím stanovených cílů naplnit (Plevová et al., 2018). Primární role u nemocného po prostatektomii je daná. Jedná se totiž o věk a pohlaví. Jiným způsobem se budou adaptovat muži mladšího věku, a naopak jiným způsobem muži staršího věku. Úkoly, které jsou spojené se sekundární rolí, vyplývají z vývojového období a primární

role – manžel, otec, role v zaměstnání. Prostatektomie coby stimul fokální může nemocnému způsobit nepříjemný pocit z nedostatečného plnění rolí. Nemocný po odstranění prostaty se ocitá v nové roli, a to v roli nemocného, tzv. terciární roli. Sestra pomáhá nemocnému s adaptací na tuto novou roli. Může dojít ke vzniku rolového konfliktu, stresu, narušení sociální interakce (Žiaková et al., 2007). *Modus adaptace vzájemné závislosti* je zaměřený na interakci nemocného ve skupině. Vztahy, jež vyplývají ze vzájemné závislosti, zahrnují vztahy s významnými osobami nemocného – manželka, rodič, rodinní příslušníci, přátelé a podpůrný systém, který pomáhá při plnění cílů – osoby, skupiny, organizace. Tento modus se zaměřuje na interakce nemocného po prostatektomii, sestry, lékaře, jiný zdravotnický personál a rodinu (Plevová et al., 2018).

Ve druhé fázi ošetrovatelského procesu sestra identifikuje faktory ovlivňující chování nemocného po prostatektomii. Jsou jimi ohniskové, kontextuální a reziduální stimuly (Žiaková et al., 2007). Ohniskové stimuly jsou takové, které vyžadují okamžitou odpověď a tuto reakci Callista Roy nazývá jako faktor stresu. Kontextuální stimuly zprostředkovávají faktory vyplývající z působení ohniskových podnětů. Rozpoznání reziduálních stimulů (názory, postoje, charakterové a osobnostní rysy) je pro sestru velmi obtížné (Plevová et al., 2018). Třetí fáze ošetrovatelského procesu obnáší stanovení sestrou ošetrovatelské diagnózy, které jsou výsledkem kritického myšlení sestry při pozorování chování pacienta (Žiaková et al., 2007). Například riziko retence moči v souvislosti s překážkou v jejím odtoku z močového měchýře, porušený spánek jako následek tělesného omezení, zhoršená pohyblivost pro bolest operační rány, riziko imobilizačního syndromu v souvislosti s vynuceným upoutáním na lůžko, riziko infekce v souvislosti s invazivními vstupy, akutní bolest, deficit sebeděče při oblékání, deficit sebeděče při koupání a hygieně v souvislosti s bolestí, vyčerpaností nebo únavou, deficit sebeděče při jídle, strach, riziko zácpy či porušená kožní integrita v souvislosti s operačním zákrokem (Slezáková et al., 2019). Po stanovení diagnóz sestra seřadí dle priorit. Nejprve je nutné řešit problémy v chování u pacientů po prostatektomii, které ohrožují na životě, a poté následuje řešení problémů v chování ohrožující růst a vývoj pacienta po prostatektomii. Dále sestra řeší poruchy chování mající vliv na přežití lidské společnosti a chování, které ovlivňuje dosažení plného potenciálu pacienta (Plevová et al., 2018). Ve čtvrté fázi sestra stanovuje ošetrovatelské cíle zaměřené na očekávané chování nemocného po poskytnutí ošetrovatelské péče. Čtvrtá fáze obsahuje i stanovení ošetrovatelských intervencí, jež se skládají celkem ze tří částí: chování, očekávaná změna

a časový plán jednotlivých ošetrovatelských intervencí. V páté fázi sestra stanoví ošetrovatelské intervence, ty jsou zaměřeny na manipulaci se stimuly – snižování, nebo zvyšování. Cílem je dosažení pozitivní reakce v chování za účelem ulehčení průběhu nemoci, léčby a rekonvalescence. V šesté fázi sestra vyhodnocuje, posuzuje účinnost ošetrovatelských intervencí na adaptivní chování nemocného ve čtyřech způsobech adaptace. Pro zhodnocení využívá sestra následující kritéria: cíl byl splněný, nemocný se chová adekvátně ve vztahu ke stanoveným cílům a reakce na působící podněty je adaptivní. Jestliže nebylo cíle dosaženo, je třeba, aby sestra přehodnotila fázi hodnocení chování nemocného a působící podněty a následně celý ošetrovatelský plán (Žiaková et al., 2007).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

Tato kapitola popisuje cíle práce a výzkumné otázky, které jsem si v diplomové práci předem určila.

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit, jaké intervence sestry využívají k podpoře adaptace pacientů po provedené prostatektomii v jednotlivých adaptačních módech Callisty Roy.

Cíl 2: Zjistit, jaké stimuly sestry sledují při poskytování ošetrovatelské péče pacientovi po prostatektomii.

Cíl 3: Zjistit, jaké problémy mají pacienti po prostatektomii v jednotlivých adaptačních módech.

2.2 Výzkumné otázky

VO1: Jaké prvky adaptačního modelu Callisty Roy využívají sestry při poskytování ošetrovatelské péče pacientovi po prostatektomii?

VO2: Jaké stimuly sestry sledují při poskytování ošetrovatelské péče pacientovi po prostatektomii?

VO3: Jaké problémy mají pacienti po prostatektomii v jednotlivých adaptačních módech?

3 Metodika

3.1 *Metoda výzkumu a technika sběru dat*

Diplomová práce na téma „*Péče o nemocné po prostatektomii s využitím ošetrovatelského modelu Callisty Roy*“ se skládá z teoretické a výzkumné části. Teoretická část byla zpracována pomocí rešerše z Národní lékařské knihovny a s podporou zdrojů vyhledaných prostřednictvím Akademické knihovny Jihočeské univerzity a v moderní on-line knihovně Bookport.

Výzkumná část byla zpracována kvalitativní metodou dotazování, technikou polostrukturovaného rozhovoru u pacientů po prostatektomii na urologickém lůžkovém oddělení v nejmenované nemocnici Jihočeského kraje a sester pečujících o tyto nemocné (viz Příloha č. 10).

Před zahájením výzkumného šetření byla podána žádost o souhlas s provedením výzkumu. Po poskytnutí souhlasu byla kontaktována hlavní sestra, náměstkyně pro ošetrovatelskou péči. Dále byla kontaktována vrchní sestra urologického lůžkového oddělení, která nás nasměrovala na staniční sestru jednotky intenzivní péče a staniční sestru standardního urologického oddělení. Jednotlivé staniční sestry nás dále odkázaly na sestry, které byly ochotné poskytnout rozhovor. Všechny sestry, které nám poskytly rozhovor, byly předem seznámeny s tématem a cílem diplomové práce. Všechny rozhovory byly se souhlasem nahrávány a poté byla provedena doslovná transkripce. Sestry byly velmi vstřícné a poskytly nám odpovědi na otázky k rozhovoru. Žádná z nich neodmítla poskytnout odpovědi na otázky v rozhovoru. Rozhovor obsahoval 25 otázek. Rozhovory trvaly zhruba 30 až 40 minut a byly prováděny během února 2023. Celkem bylo provedeno 7 rozhovorů se sestrami na urologické jednotce intenzivní péče a 5 rozhovorů se sestrami na standardním lůžkovém urologickém oddělení. Pro výzkumné šetření byly vybírány sestry s minimálně dvouletou praxí na urologickém oddělení. Jednalo se o záměrný výběr. Po dosažení teoretické saturace byl ukončen sběr dat. To znamená do okamžiku, kdy se přestanou generovat nové informace, a nastane teoretické nasycení vzorku (Švaříček et al., 2010).

Následně po přesné transkripci byly rozhovory analyzovány a poté provedeno kódování, metodou „Tužka a papír“. Dle Švaříčka et al. (2010) je kód označení, slovo či krátká fráze, kterou vystihuje určitý typ a odlišuje se tak od ostatních. Po vytvoření kódů byla

provedena kategorizace, to znamená shromažďování kódů do jednotlivých kategorií dle jejich podobnosti. Doslovné odpovědi sester jsou v diplomové práci zvýrazněny kurzívou a tučně jsou vyznačeny jednotlivé kódy.

Podobný postup u analýzy dat byl proveden u rozhovorů s pacienty. Celkem bylo provedeno 5 rozhovorů s pacienty na standardním lůžkovém urologickém oddělení. Všichni pacienti, kteří nám poskytli rozhovor, byli předem seznámeni s tématem a cílem diplomové práce. Všechny rozhovory byly se souhlasem nahrávány a poté byla provedena doslovná transkripce. Pro zařazení nemocných do výzkumného šetření jsme si stanovili kritérium hospitalizace 3. den po provedené prostatektomii. Rozhovor obsahoval 29 otázek. Rozhovory s pacienty trvaly zhruba 30 až 40 minut. Rozhovory probíhaly v březnu roku 2023. Po dosažení teoretické saturace dat byl sběr dat ukončen. Po přesné transkripci jsou rozhovory zpracovány technikou kódování, metodou „Tužka a papír“. Jednotlivé kódy jsou v diplomové práci zvýrazněny tučně a kurzívou jsou označeny doslovné odpovědi pacientů.

3.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Diplomová práce obsahuje dva výzkumné vzorky. Prvním výzkumným vzorkem jsou sestry z urologické jednotky intenzivní péče a sestry ze standardního lůžkového urologického oddělení a druhým výzkumným vzorkem jsou pacienti hospitalizovaní na urologickém standardním oddělení. První výzkumný vzorek se skládal ze 7 informantů. Informanty jsou sestry, které pracují na urologické jednotce intenzivní péče. Pět z nich jsou všeobecné sestry, jedna z nich je sestra se specializací a jedna je praktická sestra. Nejmladší sestře bylo 22 let a nejstarší 47 let. Ani jedna ze sester nezná adaptační model Callisty Roy. Všechny sestry souhlasily s anonymním výzkumem. V textu jsou sestry pro lepší přehlednost označeny SJ1 až SJ7. Dále se první výzkumný vzorek skládal z 5 informantů. Informanty jsou sestry pracující na standardním lůžkovém urologickém oddělení. Tři z nich mají bakalářské vzdělání, jsou to všeobecné sestry. Jedna sestra má středoškolské vzdělání s maturitou a je také všeobecná sestra. A jedna sestra má pouze středoškolské vzdělání a pracuje na pozici jako praktická sestra. Nejmladší sestře bylo 22 let a nejstarší 52 let. Všechny sestry souhlasily s anonymním výzkumem. Sestry jsou pro lepší přehlednost označeny SS1 až SS5.

Druhý výzkumný vzorek se skládal z 5 informantů. Informanti jsou pacienti, kteří jsou hospitalizovaní na urologickém standardním lůžkovém oddělení po prostatektomii, a to

3. pooperační den. Každý pacient souhlasil s anonymním výzkumem. Nejmladšímu pacientovi bylo 55 let a nejstaršímu 65 let. Pro lepší přehlednost jsou pacienti v textu označeny P1 až P5.

4 Výsledky výzkumu

V této kapitole se zabýváme výsledky dvou výzkumných šetření.

4.1 Identifikační údaje sester – Jednotka intenzivní péče

Tabulka 1: Identifikační údaje o sestřích z Urologické jednotky intenzivní péče

Sestra	Věk	Nejvyšší dosažené vzdělání	Praxe na urologii	Adaptační model
SJ1	28 let	Magisterské	4 roky	Nezná
SJ2	43 let	Bakalářské	13 let	Nezná
SJ3	47 let	Bakalářské	25 let	Nezná
SJ4	24 let	Bakalářské	2,5 roku	Nezná
SJ5	22 let	Středoškolské s maturitou – praktická sestra	2 roky	Nezná
SJ6	27 let	Bakalářské	3 roky	Nezná
SJ7	30 let	Bakalářské	8 let	Nezná

Zdroj: Vlastní, 2023

Sestře 1 (SJ1) je 28 let, pracuje jako všeobecná sestra se specializací a má 4 roky praxe na urologickém oddělení intenzivní péče. Rozhovor trval 40 minut. Adaptační model Callisty Roy nezná.

Sestra 2 (SJ2) má vysokoškolské bakalářské vzdělání, je tedy všeobecná sestra. Je jí 43 let a praxi na urologické intenzivní péči má 13 let. Rozhovor trval 30 minut. Adaptační model Callisty Roy nezná.

Sestře 3 (SJ3) je 47 let. Praxi na urologické jednotce intenzivní péče má 25 let a pracuje na pozici jako všeobecná sestra. Rozhovor trval 35 minut. Adaptační model Callisty Roy nezná.

Sestra 4 (SJ4) má vysokoškolské bakalářské vzdělání. Je jí 24 let a praxi v oboru urologie má 2,5 roku jako všeobecná sestra. Rozhovor trval 40 minut. Adaptační model Callisty Roy nezná.

Sestře 5 (SJ5) je 22 let. Má středoškolské vzdělání s maturitou a praxi na urologii má 2 roky. Rozhovor trval 35 minut.

Sestra 6 (SJ6) má vysokoškolské bakalářské vzdělání, je tedy všeobecná sestra. Praxi na urologické jednotce intenzivní péče má 3 roky. Je jí 27 let. Rozhovor trval 35 minut. Adaptační model Callisty Roy nezná.

Sestře 7 (SJ7) je 30 let. Má vysokoškolské bakalářské a praxi na urologické intenzivní péči má 8 let. Rozhovor trval 30 minut. Adaptační model Callisty Roy nezná.

4.2 Identifikační údaje sester – Standardní lůžkové oddělení

Tabulka 2: Identifikační údaje o sestřích z Urologického standardního lůžkového oddělení

Sestra	Věk	Nejvyšší dosažené vzdělání	Praxe na urologii	Adaptační model
SS1	24 let	Bakalářské	3 roky	Zná
SS2	52 let	Středoškolské s maturitou – Všeobecná sestra	35 let	Nezná
SS3	46 let	Bakalářské	27 let	Nezná
SS4	22 let	Středoškolské s maturitou – praktická sestra	3 roky	Nezná
SS5	33 let	Bakalářské	10 let	Nezná

Zdroj: Vlastní, 2023

Sestře 1 (SS1) je 24 let, pracuje jako všeobecná sestra a má 3 roky praxe na urologickém standardním oddělení. Rozhovor trval 30 minut. Adaptační model Callisty Roy zná.

Sestra 2 (SS2) má středoškolské vzdělání s maturitou, je všeobecná sestra. Je jí 52 let a praxi na urologickém oddělení má 35 let. Rozhovor trval 30 minut. Adaptační model Callisty Roy nezná.

Sestře 3 (SS3) je 46 let. Praxi na urologickém oddělení má 27 let a pracuje na pozici jako všeobecná sestra. Rozhovor trval 40 minut. Adaptační model Callisty Roy nezná.

Sestra 4 (SS4) má středoškolské vzdělání s maturitou. Je jí 22 let a praxi v oboru urologie má 3 roky jako praktická sestra. Rozhovor trval 35 minut. Adaptační model Callisty Roy nezná.

Sestře 5 (SS5) je 33 let. Má vysokoškolské bakalářské vzdělání a praxi na urologickém oddělení má 10 let. Rozhovor trval 35 minut.

4.3 Kategorizace výsledků výzkumného šetření – sestry

Tabulka 3: Kategorizace výsledků

Kategorizace výsledků	
Kategorie 1	Podpora pacienta v sebekéči
Kategorie 2	Podpora pacienta v relaxaci a spánku
Kategorie 3	Sebepojetí
Kategorie 4	Podpora pacienta v adaptaci na nemocniční prostředí
Kategorie 5	Podpora pacienta v adaptaci na stav po prostatektomii

Zdroj: Vlastní, 2023

4.3.1 Kategorie 1 – Podpora pacienta v sebekéči

První kategorie s názvem Podpora pacienta v sebekéči je zaměřená na to, jak sestry na jednotce intenzivní péče a na standardním oddělení podporují pacienty po prostatektomii v sebekéči. Dále je tato kategorie zaměřená na podporu pacientů při vyprazdňování a na péči o permanentní močový katétr.

Všechny sestry na jednotce intenzivní péče SJ1 až SJ7 uvádějí, že pacienti dostávají během pobytu čaj k lůžku, mají pouze čajovou dietu. Sestry SJ3, SJ4 a SJ7 dodaly, že pacienti postupně přecházejí na kašovitou, poté šetřící, a nakonec racionální stravu, ale to jsou pacienti už většinou na standardním oddělení. Na jednotce intenzivní péče

dostávají pouze čaj k lůžku a druhý den kašovitou stravu. SJ3 odpověděla: „*První den po operaci mají čaj. Pak postupně přecházejí na dietu. První den kašovitá, šetrící a poté racionální strava.*“ SJ4 upřesňuje: „*Pacienti po prostatektomii mají ještě u nás čajovou dietu. Poté postupně přechází k racionální stravě. Pacienty tu moc dlouho nemáme, velice rychle jdou zpět na standard. Což má výhodu v tom, že si musí sebek péči zajistit sami.*“ SJ7 konstatuje: „*Pacienti po prostatektomii u nás nejedí, mají povoleno pouze čaj. Poté postupně přechází na kašovitou stravu a následně přichází racionální strava, ale to už většinou jsou na standardním oddělení.*“

Všechny sestry SJ1 až SJ7 uvedly, že hygienu u pacientů po prostatektomii provádějí prvně **na lůžku s lavůrkem** a druhý den ráno dle zdravotního stavu **odvedou pacienta do sprchy**.

Všechny sestry na standardním oddělení SS1 až SS5 se shodly, že se snaží, aby pacienti dělali všechno **sami**. **Nabádají** je, aby se snažili dělat veškeré úkony v sebek péči **sami**. V případě potřeby sestry dopomohou. Kladou důraz na **edukaci**, důležitý je **slovní kontakt a instruktáž**. Pacienti jsou většinou **soběstační**. Sestra SS1 zdůraznila: „*Snažím se, aby pacient dělal všechno sám. Během hygieny se snažím, aby se sám umyl.*“ Sestra SS2 odpověděla: „*Slovní kontakt je nejdůležitější a zpětné kontroly, zda mi rozumí, co jsem po něm chtěla a na co jsme se ho ptala.*“ Sestra SS5 doplnila: „*Většinou jsou pacienti soběstační.*“

Všechny sestry SJ1 až SJ7 ve většině případech vyprazdňování na jednotce intenzivní péče neřeší. Pacienti **jsou vyprázdnění** před operačním výkonem a poté mají pouze čajovou dietu. K prvnímu odchodu stolice u pacientů po operaci dochází zpravidla až na standardním oddělení. V případě potřeby sestra zajistí **podložní mísu**. Každý pacient má po zákroku zavedený **permanентní močový katétr**, o který sestra řádně pečuje. Sestra SJ1 přibližuje: „*Kladu důraz, aby byla močová cévka v čistotě. Je důležité, aby se pravidelně vypouštěl močový sáček a kontrolovala se průchodnost cévky.*“ Sestra SJ4 doplnila: „*Předcházení infekcí, pravidelná hygiena, kontrola průchodnosti. Někdy se stane, že se cévka ucpe. Moč může být po výkonu hematurická. Takže se musí cévka propláchnout a zprůchodnit.*“ Sestry SJ5 a SJ7 dodávají, že zjišťují, zda cévka neobtéká či není ucpaná.

Další výsledky představují, jak sestry na standardním oddělení zajišťují vyprazdňování a jak se starají o permanentní močový katétr. Všechny sestry SS1 až SS5 uvedly, že pacienti

mají zavedený **permanentní močový katétr** a jsou ve většině případech **soběstační** a dojdou si sami na toaletu při potřebě na stolicí. V případě nesoběstačného pacienta, využívají **pomůcky**, jako je **podložní mísa** nebo **pojízdný klozet**. U močového katétru kontrolují **průchodnost**, dodržují **hygienu**, udržují cévku **v čistotě**, kontrolují, zda cévka **neobtéká**.

Z výsledků je zřejmé, že sestry předávají pacientům vědomosti, dovednosti a informace pro průběžnou sebekéči **ústně, slovně** a případnou **instruktáží**. Naopak SJ5 uvedla: „*U nás se tyto informace nepředávají, toto se řeší až na standardním oddělení.*“

Sestry SS1 až SS5 předávají pacientům vědomosti, dovednosti a informace skrze **edukaci**, případně **instruktáží**.

V rámci sebekéče pacientů se sestry věnují i mobilizaci. Kategorie se tedy zaměřuje, jakým způsobem sestry podporují pacienty v mobilizaci po operačním zákroku.

Sestry SJ1, SJ2, SJ3, SJ4, SJ6 a SJ7 odpověděly, že v den operace pacienty nemobilizují, ale nechají je ležet na lůžku. Pacienty mobilizují až **druhý den** po zákroku a **nesmí si sedat**. Pacienti se zvedají z lůžka **druhý den přes všechny čtyři končetiny**, tak aby si nesesdali. Sestra SJ2 konstatuje: „*Pacienta učíme vstávat v lůžku přes všechny čtyři končetiny, protože si nesmí sedat. Bud' jim to slovně vysvětlíme anebo předvedeme.*“ Sestra SJ3 upřesňuje: „*Musíme jim vysvětlit, aby si po výkonu nesesdali, takže je naučíme vstávat.*“ Sestra SJ4 dodala: „*Je specifické to, že si nesmí sedat na nic tvrdého, jenom na toaletu. Pacienti musí specificky vstávat přes všechny čtyři končetiny, nesmí se posadit.*“ Sestry SJ6 a SJ7 dodávají, že mobilizaci mimo lůžko zajišťuje **rehabilitační sestra**. Sestra SJ5 zdůraznila, že mobilizaci mimo lůžku zajišťuje rehabilitační sestra, ale naopak uvedla, že mobilizaci pacienta na lůžku sama nijak zvlášť nepodporuje.

Sestry SS1 až SS5, že **edukují** pacienty **o správném vstávání přes všechny čtyři končetiny**, nesmí si sedat. Dále se všechny sestry shodly, že pacienti jsou většinou **chodící**, a tudíž mobilizaci **nepodporují** dalším jiným způsobem. Následnou mobilizaci zajišťuje **rehabilitační sestra**. Sestra SS1 odpověděla: „*Edukuji pacienty, jak mají vstávat z lůžka. Nesmí po operaci sedět.*“ Sestra SS4 přibližuje: „*Pacienti jsou zpravidla chodící. Někteří mají rozepsané rehabilitace. Nacvičujeme správné vstávání z lůžka, a to na všechny čtyři končetiny.*“

V rámci první kategorie vyplývá i podpora sester pacientům k efektivnímu dýchání. Sestry z jednotky intenzivní péče se shodly, tedy sestry SJ1 až SJ7, že pacientům po operaci podávají **kyslík** pomocí **kyslíkových brýlí**. U pacientů se sníženou saturací skrze **kyslíkovou masku**. Sestry SJ2, SJ3, SJ4 a SJ6 doplnily, že pacientům dají hlavu do **zvýšené polohy** a zajistí **rehabilitační pomůcky k dýchání** a **rehabilitační sestru**. Sestra SJ3 sdělila: „*Většinou po výkonu mají kyslík. A když se vyspí z narkózy, tak si většinou dýchají sami. Najdeme polohu, zvedneme pod hlavou, aby se jim lépe dýchalo. Když mají dobrou saturaci, tak se jim kyslík vypíná.*“ Sestra SJ4 upřesňuje: „*Pokud je to potřeba, tak dostanou pacienti kyslík, tedy oxygenoterapii. Dále zvýšená poloha, popřípadě zajistíme dechovou rehabilitaci.*“ Sestra SJ6 dodala: „*Po příjezdu ze sálu dostávají kyslík. Dáme hlavu do zvýšené polohy při špatném dýchání. Případně máme k dispozici rehabilitační sestru.*“

Stejně výsledky vplynuly z analýzy dat u sester pracujících na standardním lůžkovém oddělení, a to, že sestry SS1 až SS5 zajistí **zvýšenou polohu pacientovi pod hlavou**, aplikují **kyslík** dle ordinace lékaře a zajišťují **rehabilitační pomůcky k dýchání**.

4.3.2 Kategorie 2 – Podpora pacienta v relaxaci a spánku

Kategorie s názvem Podpora pacienta v relaxaci a spánku se zabývá výsledky, jak sestry podporují pacienta v relaxaci a odpočinku a také jak podporují spánek u pacientů v nemocničním prostředí.

Sestry SJ1 a SJ4 se shodly, že se snaží u pacientů dodržet denní režim, to znamená, aby pacienti byli **přes den aktivní** a **v noci spali**. Naopak sestry SJ2, SJ3, SJ5, SJ6 a SJ7 odpověděly, že nijak zvlášť **nepodporují pacienta** v relaxaci a odpočinku. Sestra SJ2 konstatuje: „*Po operaci to zajistit nejde.*“ Sestra SJ5 upřesňuje: „*Na jednotce intenzivní péče je to náročné. Protože je zde hluk, je to otevřená místnost.*“ Sestry SJ6 a SJ7 dodávají, že většinu času pacienti **prospí** a poté **odcházejí na standardní oddělení**.

Z výsledků je zřejmé, že sestry SS1, SS3, SS4 a SS5 podporují pacienty v relaxaci a odpočinku pomocí **televize**. Sestry nabízejí různé **časopisy** a **knihy** k četbě. Naopak sestra SS2 uvedla, že pacienty v žádném případě **nepodporuje** v relaxaci a odpočinku: „*Nijak. Pacienti si dělají, co chtějí, mají svůj režim. Vysvětlují pacientům, že by těsně po operaci měli spíše odpočívat, relaxovat a nechat si píchnout injekci proti bolesti.*“

Součástí kategorie je podpora spánku u pacientů v nemocničním prostředí sestrami. Sestry SJ1, SJ2, SJ3, SJ6 a SJ7 podávají pacientům **léky k tlumení bolesti a léky na spaní** v den operace **nedostávají**, až druhý den mohou dostat. Sestra SJ2 zdůraznila: „*Zhasíná se na noc. Snažíme se udělat klid, ikdyž na Jipce je to náročné, když je v noci příjem. Tak jsou vzhůru všichni, když přijímáme pacienta. Zajišťujeme, aby jim nebylo horko ani zima. Podáváme léky proti bolesti.*“ Sestry SJ1, SJ3, SJ6 a SJ7 dodaly, že pacientům nabízejí **špunty do uší**. Sestra SJ5 odpověděla jinak než ostatní sestry: „*Bohužel nejde eliminovat zvuk, takže nijak nepomůžeme.*“ Podobně odpověděla i sestra SJ4, která ještě dodala: „*To je velký problém. Všichni si stěžují, že se tady nevyspí. Je zde neustále ruch. V noci se snažíme být co nejvíce po tichu a pracovat za malého osvětlení.*“

Sestry SS2, SS3, SS4 a SS5 uvedly, že podporují spánek u pacientů v nemocničním prostředí podáním **medikace na spaní dle ordinace lékaře a injekcí ke snížení bolesti**. Sestra SS2 odpověděla: „*Zeptám se, jestli nechce injekci na bolest, aby se mu lépe usínalo a spalo, nebo tabletku na spaní.*“ Sestra SS3 upřesňuje: „*Pacienti si nosí z domova svoje prášky na spaní, to se nám stává často, že jsou na ně navyklí. Anebo když nemohou spát a jsou nervózní, tak musím dle ordinace lékaře podat medikaci.*“ Sestra SS4 odpověděla: „*Dávám prášky na spaní dle ordinace lékaře.*“ Sestra SS5 doplnila: „*Pacienti mohou dostat injekci na bolest, aby se jim lépe spalo, anebo přímo medikaci na spaní.*“ Naopak sestra SS1 uvedla, že se snaží dodržovat **návyky**, na které je pacient zvyklý z domova: „*Snažíme se dodržovat návyky, na které jsou pacienti zvyklí z domova. Někdo si pouští rádio, někdo televizi, něco si přeje vyvětrat, než jde spát.*“

Z analýzy výsledků vyplynulo, jakým způsobem sestry reagují na bolest pacienta po provedené prostatektomii. Z výsledků je zřejmé, že všechny sestry SJ1, SJ2, SJ3, SJ4, SJ5, SJ6 a SJ7 reagují na bolest pacienta **podáním analgetik či opiátů dle ordinace lékaře**. Sestra SJ3 k tomu dodala, že zajistí pacientovi **změnu polohy**.

Další výsledky představují, jakým způsobem sestry reagují na bolest pacienta po provedené prostatektomii na standardním lůžkovém oddělení. Z výsledků je zřejmé, že všechny sestry SS1 až SS5 reagují podáváním **analgetik dle ordinace lékaře**. Sestra SS1 dodala: „*Snažím se nejdříve o změnu polohy, aplikuji prvky chladu a poté přichází na řadu analgetika dle ordinace lékaře.*“ Sestra SS3 upřesňuje: „*Po výkonu se ptáme na bolesti. Pacienty edukujeme, že pokud mají bolesti, mají ihned zvonit. Podáváme léky dle ordinace lékaře.*“

4.3.3 Kategorie 3 - Sebepojetí

Tato kategorie představuje, jak sestry pomáhají pacientům s adaptací narušeného obrazu vlastního těla. Z analýzy výsledků vyplynulo, zda sestry splňují pacientům nějaká přání ohledně víry.

Všechny sestry SJ1 až SJ7 se shodly, že se pacientům **nevěnují** a nepomáhají jim s adaptací narušeného obrazu vlastního těla. Například Sestra SJ2 odpověděla: „*Tady nijak prostě.*“ Sestra SJ3 odpověděla: „*Nijak. To tady neřešíme.*“ Sestra SJ5 dodala: „*Toto se řeší až na standardu, myslím.*“ Sestra SJ6 zdůraznila: „*Nijak zvlášť toto tady neřešíme, a je to z důvodu, že pacienti jsou tu velmi krátce a většinu času prospí.*“

Všechny sestry SS1 až SS5 uvedly, že pacientům **nepomáhají** s adaptací narušeného obrazu vlastního těla. Tuto oblast adaptace sestry **neřeší**. Sestry SS2 a SS5 dodaly, že toto je spíše oblast řešení pro **lékaře**.

Další výsledky představují, zda sestry splňují pacientům nějaká přání ohledně víry. Čtyři sestry SJ1, SJ2, SJ5 a SJ6 uvedly, že se se doposud **nesetkaly s tím**, že by pacienti měli nějaká přání ohledně víry. Sestry SJ2 a SJ7 dodaly, že mohou zavolat **nemocničního kaplana**. Sestra SJ1 odpověděla: „*Zatím jsem se nesetkala, že by někdo měl nějaké speciální přání.*“ Sestra SJ2 uvedla: „*Nesetkala jsem se s tím. Můžeme zavolat nemocničního kaplana.*“ Sestra SJ5 odpověděla: „*Ještě jsem se s tím nesetkala, že by nějaký pacient měl přání ohledně víry.*“ Sestra SJ6 odpověděla: „*Nesetkala jsem se s tím.*“ Naopak sestry SJ3 a SJ4 odpověděly, že žádná přání ohledně víry pacientům **nesplňují**.

Z výsledků vyplývá, že sestry SS1, SS2, SS4 a SS5 odpověděly, že **se** s tímto ještě **nesetkaly** či nemají **žádné zkušenosti**. Naopak sestra SS3 odpověděla, že mají k dispozici **kněze**, nemocničního **kaplana**: „*K dispozici je kněz. Pokud pacienti chtějí, zavoláme na ředitelství a zařídíme kaplana.*“

4.3.4 Kategorie 4 – Podpora pacienta v adaptaci na nemocniční prostředí

Následující kategorie představuje, jak sestry pomáhají pacientům se zvládnutím adaptace na nemocniční prostředí.

V této kategorii nás zajímalo, jak sestry pomáhají pacientům se zvládnutím adaptace na nemocniční prostředí. Sestry SJ1, SJ3, SJ4, SJ5, SJ6 odpověděly, že pacienti mají

k dispozici na boxech **televizi** a jinak, že pacienti mají u sebe **telefony**. Nabízejí jim časopisy, knížky, aby si mohli **číst**. Umožňují **návštěvy**. Sestra SJ1 zdůraznila: „*Na boxech máme televize, rádi si pustí televizi. Umožňujeme, aby si četli. Návštěvy jsou samozřejmě možné od prvního pooperačního dne, ne v den operace. Tak nějak umožňujeme, o co má pacient zájem. Co si sám řekne.*“ Sestra SJ3 upřesňuje: „*Většinou tu moc neleží. Zvládají to dobře. Jsou unavení po operaci, většinu času prospí. Když to jde, tak se jim nabídne televize. Mají u sebe telefony.*“ Sestry SJ2 a SJ7 odpověděly jinak než ostatní sestry. **Nepomáhají** pacientům se zvládnutím adaptace na nemocniční prostředí. Pacienti většinu času **prospí** a nijak jim nepomáhají. Sestra SJ2 přibližuje: „*To nevím, jak jim pomáháme se adaptovat na nemocniční prostředí. Prostě jak přijedou, tak spí.*“ Sestra SJ7 dodala: „*Tak většinu času u nás na oddělení prospí. Nijak extra toto neřešíme.*“

Všechny sestry SS1 až SS5 se shodly, že pomáhají pacientům se zvládnutím adaptace na nemocniční prostředí skrze **edukaci** o jednotlivých činnostech, které je čekají a o tom, jak bude probíhat **hospitalizace**. Sestra SS1 odpověděla: „*Pomocí edukace o jednotlivých činnostech. Jak funguje oddělení a plus provozní řád na oddělení.*“ Podobně odpověděla i sestra SS4: „*Důležitou roli hraje komunikace a edukace. Vysvětlujeme pacientům, vše co je čeká a jak bude probíhat hospitalizace.*“

4.3.5 Kategorie 5 – Podpora pacienta v adaptaci na stav po prostatektomii

Tato kategorie se zabývá výsledky, jak sestry pomáhají pacientům se zvládnutím adaptace na stav po prostatektomii.

Sestry SJ3, SJ4, SJ6 a SJ7 **nijak** nepomáhají pacientům se adaptovat na nově vzniklou situaci, a to stav po prostatektomii. Tímto se **nezabývají, není na to prostor**. Sestra SJ3 zdůraznila: „*Tady nijak.*“ Sestra SJ4 dodala: „*Z našeho pohledu asi nijak. Není na to prostor. Tady pacienti řeší spíše bolesti.*“ Naopak sestry SJ1, SJ2 a SJ5 uvedly, že se snaží pacientovi **odpovídat na jeho dotazy a hovoří s nimi**. Dbají důraz na **komunikaci**. Snaží se mu všechno **vysvětlit**. Sestra SJ1 odpověděla: „*Zodpovídám jejich dotazy.*“ Sestra SJ2 odpověděla podobně: „*Když mají otázky, tak se s nimi hovoří. To je jako rozhovor. Vysvětlit všechno.*“ Obdobně odpověděla i sestra SJ5: „*Komunikuji s nimi.*“

Další výsledky představují, že všechny sestry SS1 až SS5 **nepomáhají** pacientům se adaptovat na nově vzniklou situaci, a to stav po prostatektomii. Tři sestry SS2, SS3 a SS4 uvedly navíc, že tuto oblast adaptace řeší **lékaři**. Sestra SS2 odpověděla: „*Toto řeší lékař.*“ Podobně odpověděla sestra SS3: „*Jestli se vyskytnou potíže, řeší to lékař. My jako sestry moc nepomůžeme.*“ Sestra SS4 odpověděla: „*Nijak, to řeší lékaři.*“

Z analýzy výsledků dále vyplynulo, jak sestry reagují, pokud chce s nimi pacient sdílet svoje těžkosti. Kategorie představuje i výsledky, jak se sestry zajímají o to, jak pacienti vidí sami sebe po operaci. Kategorie se zabývá i tím, co podle sester působí na pacienty po prostatektomii pozitivně a co naopak negativně.

Sestry SJ1, SJ3, SJ4, SJ5, SJ6 a SJ7 uvedly, že se zajímají pouze o jeden problém pacienta, a tím je **bolest**. Sestra SJ3 odpověděla: „*Zajímá nás bolest.*“ Sestra SJ5 odpověděla: „*O problémy pacientů se samozřejmě zajímám a nejčastěji se jedná o problémy spojené s bolestí.*“ Naopak sestra SJ2 odpověděla, že **se nezajímá** o problémy pacientů.

Z analýzy výsledků vyplývá nezájem sester o problémy pacientů. Čtyři sestry SS1, SS3, SS4 a SS5 odpověděly, že se **nezajímají** a problémy řeší **lékař**. Sestra SS2 odpověděla odlišně než ostatní sestry: „*Zajímám se, zda pacient nemá únik moči, zda má krvácení po vyndání cévky.*“

Potěšující jsou však výsledky reakcí sester, pokud chce s nimi pacient sdílet jeho těžkosti. Šest sester SJ1, SJ2, SJ4, SJ5, SJ6, SJ7 odpověděly, že pacienta **vyslechnou, povídají si** s ním. Sestra SJ1 upřesňuje: „*Tak asi vyslechnutím, a tak nějak s čím můžu poradit, tak poradím. Myslím, že důležité je to vyslechnutí, že pacient vidí, že to má komu říct.*“ Sestra SJ5 upřesňuje: „*Snažím se ho vyslechnout. I když mě osobně nějaké těžkosti poslouchají špatně, protože pro mě samotnou je to náročné, jsem velmi empatická, tak to občas taky těžko nesu. Snažím se je vyslechnout a pomoci jim.*“ Naopak sestra SJ3 odpověděla: „*Tak ho necháme. Nijak.*“

Z výsledků je zřejmé, že sestry SS1 až SS5 reagují na pacienty, pokud s nimi chce sdílet jeho těžkosti, skrze **vyslechnutí**. Snaží se mu **být oporou. Povídají si** s pacientem.

Všechny sestry SJ1 až SJ7 se shodly, že **se nezajímají** o to, jak pacienti vidí sami sebe po operaci. Sestra SJ5 přibližuje: „*O to se vyloženě nezajímám, o to jak sami sebe po operaci vidí. Zajímám se spíše o to, zda nemají bolesti či se jim pohodlně leží.*“

Další výsledky představují, zda se sestry zajímají o to, jak pacienti vidí sami sebe po operaci na standardním oddělení. Sestry SS1 až SS5 **se nezajímají**. Sestra SS5 přibližuje: *„No, to asi ne. A ani na to nemáme čas.“*

Sestry SJ2, SJ3, SJ4, SJ6, SJ7 se shodly, že si myslí, že na pacienty po prostatektomii působí pozitivně především to, že **mají operaci za sebou** a že **se zbavili nádoru**. Naopak sestry SJ1 a SJ5 odpověděly, že pozitivně působí **vlivy sester**, že je o ně **postaráno** a **věnuje se** jim dostatek času. A naopak negativně na pacienty působí podle všech sester SJ1 až SJ7 zavedený **permanентní močový katétr, drén a kanyly**. Sestry SJ1, SJ4 a SJ7 dodávají, že negativně působí i to, že pacienti mají **omezený pohyb** a jsou **upoutaní na lůžku**. Sestry SJ3, SJ4 a SJ6 se shodly, že mezi další negativní vlivy, které působí na pacienta pro prostatektomii, tak je **specifické vstávání z lůžka přes všechny čtyři končetiny** a že si **nesmí sedat**. Sestra SJ2 dodala, že pacienti řeší, zda budou schopni **erekce**.

Z analýzy výsledků vyplynulo, že sestra SS3 neřeší, co působí na pacienty po prostatektomii pozitivně a co negativně. Sestra SS3 odpověděla: *„To tady neřešíme.“* Naopak ostatní sestry odpověděly jinak. Sestry SS1, SS2, SS4 a SS5 se shodly, že pozitivně působí na pacienty **ošetřovatelská péče**, to znamená, že je o ně **postaráno** a jsou dobře **edukováni**. Sestra SS1 odpověděla: *„Pozitivně určitě, když jsou pacienti edukováni. Podpora rodiny a milý přístup sester, personálu hodně ovlivňuje pozitivně pacienta.“* Sestra SS2 přibližuje: *„Pozitivně působí to, že se zajímáme, jestli nemá bolesti, zda nepotřebuje léky na spaní, nepotřebuje převléct lůžko a podobně. Toto přispívá k lepší adaptaci.“* Sestry SS4 a SS5 opověděly obdobně. Naopak, to co působí na pacienty negativně, jsou **pooperační komplikace**. Například sestra SS4 uvedla: *„Negativně bych řekla asi případné komplikace po zákroku.“*

4.4 Identifikační údaje pacientů

Tabulka 4: Identifikační údaje o pacientech

Pacient	Pohlaví	Věk	Zaměstnání	Typ operace	Pooperační den
P1	muž	65 let	Důchodce	TURP	3.
P2	muž	63 let	Technik	TURP	3.
P3	muž	59 let	Strojvedoucí	TURP	4.
P4	muž	55 let	Učitel	TURP	4.
P5	muž	60 let	Řidič	TURP	3.

Zdroj: Vlastní, 2023

Pacientovi 1 (P1) je 65 let a je v důchodu. Je hospitalizovaný po transuretrální resekci prostaty třetí den. Rozhovor trval asi 30 minut.

Pacientovi 2 (P2) je 63 let, je to muž a pracuje jako technik. Je hospitalizovaný po transuretrální resekci prostaty třetí den. Rozhovor trval přibližně 30 minut.

Pacientovi 3 (P3) je 59 let a pracuje jako strojvedoucí. Je hospitalizovaný po transuretrální resekci prostaty čtvrtý den. Rozhovor trval přibližně 35 minut.

Pacientovi 4 (P4) je 55 let, pracuje jako učitel na střední škole. Je hospitalizovaný po transuretrální resekci prostaty čtvrtý den. Rozhovor trval přibližně 35 minut.

Pacientovi 5 (P5) je 60 let a je řidičem autobusu. Je hospitalizovaný po transuretrální resekci prostaty třetí den. Rozhovor trval asi 30 minut.

4.5 Kategorizace výsledků výzkumného šetření - pacienti

Tabulka 5: Kategorizace výsledků

Kategorizace výsledků	
Kategorie 1	Ošetrovatelská péče
Kategorie 2	Sebeuvědomění pacienta
Kategorie 3	Adaptace pacienta na nemocniční prostředí
Kategorie 4	Adaptace pacienta v pooperačním období

Zdroj: Vlastní, 2023

4.5.1 Kategorie 1 – Ošetrovatelská péče

První kategorie je zaměřená, jak sestry pomáhají pacientům v oblasti příjmu potravy, tekutin, při vyprazdňování, při hygieně. Dále jakým způsobem sestry pomáhají pacientům s podporou spánku. V této kategorii je také představeno, jaké spánkové rituály mají pacienti.

Všichni pacienti P1 až P5 jsou **soběstační**, nepotřebují pomoci při příjmu potravy a tekutin, při vyprazdňování ani při hygieně. Dva pacienti P1 a P5 uvedli, že jim sestra nepomáhá s podporou spánku. Pacient P5 dodal: „*Nepomáhá, mám z domu špunty do uší.*“ Naopak pacienti P2, P3 a P4 odpověděli, že dostávají od sester **léky na spaní**. Pacient P3 upřesňuje: „*Večer si řeknu o prášky na spaní.*“ Na otázku, zda mají pacienti nějaké spánkové rituály, odpověděli pacienti P1, P3 a P5, že **nemají žádné**. Obdobně odpověděl i pacient P2, že v nemocnici **nemá žádné**, ale doma má psa. Pacient P4 sleduje před spaním televizi.

4.5.2 Kategorie 2 – Sebeuvědomění pacienta

Z analýzy výsledků vyplynulo, zda pacienti vnímají nějaké omezení ve společnosti či v zájmové činnosti. Zabýváme se tím, zda pacienti mají možnost v nemocnici vyznávat víru a zda potřebují nějakou pomoc po propuštění z nemocnice domů.

Z výsledků je zřejmé, že pacienti P2, P3, P4 a P5 **vnímají omezení** ve společnosti. Naopak pacient P1 odpověděl: „*To ani ne. Většinu času trávím doma a něco tvořím. Do velkých společností nechodím.*“ Všichni pacienti P1 až P5 se shodli, že **vnímají** nějaké

omezení v zájmové činnosti. Například pacient P1 přibližuje: „*Jo, to ano. Jsem vášnivý šachista a tady v nemocnici bohužel hrát šachy úplně nejde s pacienty. Jako jo, můžu si zahrát na telefonu, ale to není ono. Mám rád hraní osobně u stolu.*“

Z analýzy výsledků je zřejmé, že pacienti P1, P2, P3 a P5 jsou **nevěřící, bez víry**. Odlišně odpověděl pacient P4: „*Jsem věřící, ale nevyžaduji zvláštní přání ohledně víry.*“

Všichni pacienti P1 až P5 se shodli, že **nepotřebují** žádnou pomoc po propuštění z nemocnice.

4.5.3 Kategorie 3 – Adaptace pacienta na nemocniční prostředí

Třetí kategorie se věnuje pocitům omezení v době nemoci, a zda jim dělá problém komunikace s cizími lidmi. Z analýzy výsledků vyplynulo, jak pacienti vnímají roli pacienta. Dále je tato kategorie zaměřená, zda dělá pacientům problém se adaptovat na nemocniční prostředí, jak nemocniční prostředí vnímají a jak se jim podařilo se přizpůsobit na nové prostředí.

Z analýzy výsledků vyplynulo, že všichni pacienti, tedy P1 až P5, **cítí omezení** v době nemoci. Pacient P3 přibližuje: „*Každopádně. Nejsem tak pohyblivý, mám nějaké vstupy do těla, hadičky, musím být v nemocnici. Musím mít klidový režim.*“ Pacient P4 upřesňuje: „*Ano, jak jsem říkal v zájmové činnosti a taky tu mám velmi omezený pohyb. Vadí mi ta cévka.*“ Všichni pacienti P1 až P5 se shodli, že jim **nedělá problémy** komunikace s cizími lidmi.

Na otázku, jak pacienti vnímají roli pacienta, odpověděli pacienti odlišně. Pacient P1: „*Když to musí být, tak to musí být.*“ Pacient P2 uvedl: „*Této otázce nerozumím. Jsem spokojen s přístupem doktorů.*“ Pacient P3 odpověděl: „*Nevím, jak bych na to odpověděl.*“ Pacient P4 odpověděl: „*Tak, že tu musím být ze zdravotních důvodů.*“ Pacient P5 odpověděl: „*Jako pacient, který se léčí, aby mohl jít, co nejdříve domů.*“

Z výsledků je zřejmé, že pacientům po provedené prostatektomii **nedělá problém** se adaptovat na nemocniční prostředí. Například pacient P1 odpověděl: „*Vůbec nedělá. Už jsem totiž byl několikrát v nemocnici kvůli úrazům a podobně.*“ Podobně odpověděl i pacient P3: „*Nedělá, párkrát jsem už byl v nemocnici.*“ Pacient P4 upřesňuje: „*Nedělá,*

ale raději bych byl doma.“ Všichni pacienti P1 až P5 vnímají nemocniční prostředí **velmi dobře, pozitivně, bez problémů.**

4.5.4 Kategorie 4 – Adaptace pacienta v pooperačním období

Kategorie představuje výsledky týkající se vnímání problémů s adaptací na stav po odstranění prostaty, a jak se pacienti adaptují na nově vzniklou situaci po odstranění prostaty.

Všichni pacienti P1 až P5 se shodli, že **nevnímají žádný problém** s adaptací. Pacient P1 uvedl: *„Ne, můj otec byl také na této operaci a byl v pořádku.“* Pacienti P1 až P5 se adaptují na nově vzniklou situaci po odstranění prostaty **dobře, v pořádku.** Pacient P1 odpověděl: *„Při příjmu u lékaře to bylo špatné, ale teď v pořádku. No, jinak víte no, já už děti mám...“* Pacient P2 odpověděl: *„Jo, dobře myslím.“* Pacient P3 uvedl: *„Dobrý průběh to má.“* Pacient P4 přibližuje: *„Tak nějak zatím dobře. Pan doktor mi říkal, že operace proběhla v pořádku.“* Pacient P5 odpověděl: *„No, doktoři mi řekli, že můj stav po operaci vypadá dobře, nejsou žádné komplikace, tak snad taky půjdu brzy domů.“*

Z rozhovorů dále vyplynulo, jak pacienti vnímají pooperační stav a v jakých oblastech pociťují problémy po operaci, co pacientům pomáhá, co je podporuje v pooperačním průběhu.

Pacienti P1 až P5 vnímají pooperační stav **velmi dobrý.** Pacienti spatřují největší problém, že mají zavedený **permanentní močový katétr**, dále **pobyt v nemocnici** spojený s **klidovým režimem, omezený pohyb, zavedená kanyla** a v neposlední řadě jim **chybí rodina.**

Z výsledků je zřejmé, že pacienty P2, P3, P4 a P5 podporuje v pooperačním průběhu **rodina, manželka, telefonní rozhovory s rodinou, návštěvy.** Například pacient P5 odpověděl: *„Podporuje mě manželka s dětmi. A taky brácha, voláme si.“* Naopak pacient P1 odpověděl jinak: *„Nevím, myslím na to, že půjdu domů. Jsem kutil. Tady v nemocnici jen koukám na televizi a nemám, co dělat. Těším se domů.“*

Z analýzy výsledku je patrné, že pacienti vnímají sestry po operaci jako **milé, příjemné, ochotné, hodné, empatické, pozitivní a usměvavé.**

5 Diskuze

V této kapitole se zabýváme hledáním souvislostí mezi teoretickými poznatky a výsledky, které vyplynuly skrze provedené kvalitativní výzkumné šetření. V diskuzi jsou zmíněny cíle diplomové práce, výzkumné otázky a výsledky. Empirické šetření bylo realizováno pomocí kvalitativní metody za využití polostrukturovaných rozhovorů.

Prvním cílem bylo zjistit, jaké intervence sestry využívají k podpoře adaptace pacientů po provedené prostatektomii v jednotlivých adaptačních modech Callisty Roy. Druhým cílem bylo zjistit, jaké stimuly sestry sledují při poskytování ošetrovatelské péče pacientovi po prostatektomii. Posledním třetím cílem bylo zjistit, jaké problémy mají pacienti po prostatektomii v jednotlivých adaptačních modech.

Výzkumné šetření bylo provedeno se sestrami z urologické jednotky intenzivní péče, sestrami z urologického standardního oddělení a s pacienty, kteří byli hospitalizováni na urologickém lůžkovém oddělení v nejmenované nemocnici Jihočeského kraje.

První výzkumná otázka byla „*Jaké prvky adaptačního modelu Callisty Roy využívají sestry při poskytování ošetrovatelské péče pacientovi po prostatektomii?*“ V rámci výzkumného šetření jsme se zaměřovali na intervence, které využívají sestry k podpoře adaptace pacientů po provedené prostatektomii v jednotlivých adaptačních modech Callisty Roy. V publikaci Pavlíkové (2006) je rozlišen adaptační modus fyziologický, modus sebepojetí, modus rolové funkce a modus vzájemné závislosti (viz Příloha č. 8).

V pojetí Callisty Roy kvalita ošetrovatelského procesu závisí na základě důkladného zhodnocení požadavků na ošetrovatelskou péči u pacienta po prostatektomii. Dříve než sestra zvolí nejvhodnější způsob ošetrovatelské péče o pacienta po odstranění prostaty, tak by měla v první fázi ošetrovatelského procesu, získat o pacientovi co nejvíce potřebných informací (Žiaková et al., 2007). V první fázi ošetrovatelského procesu sestra hodnotí pozorovatelné a nepozorovatelné chování ve čtyřech způsobech adaptace, a to ve fyziologické oblasti, sebepojetí, pomocí rolové funkce a vzájemné závislosti (Plevová et al., 2018). Tyto čtyři adaptační módy jsou dle Callisty Roy ve vzájemném vztahu. Odpověď v jednom adaptačním modu aktivuje stimuly, které pak ovlivňují adaptaci v ostatních modech. K tomu, aby sestry mohly pacientovi pomoci v adaptaci po prostatektomii, tak je potřeba, aby poznaly jednotlivé adaptační módy, neboť reakce na stimuly se projeví v jednotlivých adaptačních modech (Pavlíková, 2006).

Fyziologický modus je spojený s fyzikálními i chemickými procesy, které jsou typické pro živé organismy. Tento modus zahrnuje výživu, vyprazdňování, tekutiny, dýchání a cirkulaci, aktivitu, odpočinek, spánek, tělesnou teplotu, smyslové vnímání (zrak, sluch, čich, hmat, chuť a pocit bolesti), endokrinní systém. Dále obsahuje reakce, které jsou spojené se strukturou těla a způsobem jeho funkce (Tóthová, Olišarová et al., 2017). Úlohou sestry je zjistit, jaká jídla pacient preferuje a zvyklostní pitný režim. Sestra sleduje kožní turgor nemocného, sleduje stav sliznic, aplikuje infuzní terapie dle ordinace lékaře, zajistí zvýšený příjem tekutin, sleduje bilanci tekutin a provádí záznam do dokumentace (Slezáková et al., 2019). Z výsledků našeho výzkumného šetření vyplynulo, že všechny sestry (SJ) a sestry (SS) využívají při poskytování ošetrovatelské péče nemocnému po prostatektomii prvky z fyziologického adaptačního módu. Všechny sestry na jednotce intenzivní péče SJ1 až SJ7 uvádějí, že pacienti dostávají během pobytu čaj k lůžku, mají pouze čajovou dietu. Sestry SJ3, SJ4 a SJ7 dodaly, že pacienti postupně přecházejí na kašovitou, poté šetřící a nakonec racionální stravu, ale to jsou pacienti už většinou na standardním oddělení. Na jednotce intenzivní péče dostávají pouze čaj k lůžku a druhý den kašovitou stravu (Kategorie 1).

V oblasti vylučování sestra pomáhá nemocnému ve způsobu vyprazdňování. Pomůže mu na podložní mísu a zajistí intimitu a důslednou hygienu genitálu. Sestra sleduje četnost odchodu stolice, pravidelnost, tvar, barvu stolice, příměsi. Dále sleduje močení, dysurii, polakisurii, krev v moči, stav pocení. Při zavedení permanentního močového katétru sestra informuje nemocného o způsobu vyprazdňování moči, sleduje průchodnost permanentního katétru a pocity nemocného. V případě vytažení permanentního močového katétru, informuje nemocného o nutnosti vymočení do 8 hodin po vytažení, zvýšeného příjmu tekutin a nevhodnosti zdržovat moč (Slezáková et al., 2019). Všechny sestry SJ a sestry SS uvedly, že pacienti mají zavedený permanentní močový katétr a jsou ve většině případech soběstační a dojdou si sami na toaletu při potřebě na stolicí. Potěšující bylo zjištění z výsledků našeho výzkumného šetření, pokud je pacient nesoběstačný, využívají sestry pomůcky, jako je podložní mísa nebo pojízdný klozet. U močového katétru kontrolují průchodnost, dodržují hygienu, udržují cévku v čistotě, kontrolují, zda cévka neobtéká. Všechny sestry SJ1 až SJ7 uvedly, že hygienu u pacientů po prostatektomii provádějí prvně na lůžku s lavůrkem a druhý den ráno dle zdravotního stavu odvedou pacienta do sprchy. Z výsledků našeho výzkumného šetření je zřejmá podpora adaptace pacientů sestrami ve fyziologickém adaptačním módu.

V oblasti aktivity a odpočinku sestry zjistí spánkové rituály nemocného a dle možností je respektuje. Upraví lůžko dle přání nemocného, vyvětrá pokoj. Zajistí klid nemocnému ke spánku a dostatečné zatemnění. Sestra pomáhá pacientovi zaujmout vhodnou polohu, dle ordinace lékaře podává medikaci k podpoře spánku (Slezáková et al., 2019). Sestry SJ1 a SJ4 se shodly, že se snaží u pacientů dodržet denní režim, to znamená, aby pacienti byli přes den aktivní a v noci spali. Naopak sestry SJ2, SJ3, SJ5, SJ6 a SJ7 odpověděly, že nijak zvlášť nepodporují pacienta v relaxaci a odpočinku. Sestra SJ2 konstatuje: „*Po operaci to zajistit nejde.*“ Sestra SJ5 upřesňuje: „*Na jednotce intenzivní péče je to náročné. Protože je zde hluk, je to otevřená místnost.*“ Sestry SJ6 a SJ7 dodávají, že většinu času pacienti prospí a poté odcházejí na standardní oddělení. Z výsledků je zřejmé, že sestry SS1, SS3, SS4 a SS5 podporují pacienty v relaxaci a odpočinku skrze sledování televize. Sestry nabízejí různé časopisy a knihy k četbě. Naopak sestra SS2 uvedla, že pacienty v žádném případě nepodporuje v relaxaci a odpočinku: „*Nijak. Pacienti si dělají, co chtějí, mají svůj režim. Vysvětlují pacientům, že by těsně po operaci měli spíše odpočívat, relaxovat a nechat si píchnout injekci proti bolesti.*“ Výsledky výzkumného šetření poukazují na skutečnost, že sestry reagují na stimuly, které vycházejí z vnějšího prostředí.

Dále z analýzy výsledků vyplynulo, jak sestry podporují spánek u pacientů v nemocničním prostředí. Sestry SJ1, SJ2, SJ3, SJ6 a SJ7 podávají pacientům léky k tlumení bolesti a léky na spaní v den operace nedostávají, až druhý den je mohou dostat. Sestry SJ1, SJ3, SJ6 a SJ7 dodaly, že pacientům nabízejí špunty do uší. Sestry SS2, SS3, SS4 a SS5 uvedly, že podporují spánek u pacientů v nemocničním prostředí podáním medikace na spaní dle ordinace lékaře a injekcí ke snížení bolesti. Naopak sestra SS1 uvedla, že se snaží dodržovat návyky, na které je pacient zvyklý z domova: „*Snažíme se dodržovat návyky, na které jsou pacienti zvyklí z domova. Někdo si pouští rádio, někdo televizi, někdo si přeje vyvětrat, než jde spát.*“

Úlohou sestry je pomoci nemocnému ve snížení či odstranění bolesti. V pravidelných intervalech sleduje výskyt bolesti – lokalizaci, charakter. Zhodnotí intenzitu bolesti na škále. Všimá si neverbálních projevů nemocného. Podává analgetika dle ordinace lékaře a sleduje jejich účinek (Slezáková et al., 2019). Z analýzy výsledků vyplynulo, jakým způsobem sestry reagují na bolest pacienta po provedené prostatektomii, tedy jak pracují se stimulem bolesti. Z výsledků je zřejmé, že všechny sestry SJ1, SJ2, SJ3, SJ4, SJ5, SJ6 a SJ7 reagují na bolest pacienta podáním analgetik či opiátů dle ordinace lékaře. Sestra

SJ3 k tomu dodala, že zajistí pacientovi změnu polohy. Z výsledků je zřejmé, že všechny sestry SS1 až SS5 reagují podáváním analgetik dle ordinace lékaře, tedy sestry reagují na stimuly. Jako fokální stimul lze označit operaci, tedy prostatektomii. Bolest pak jako kontextuální stimul, na který sestry reagují. Sestry snižují kontextuální stimul v pojetí modelu Callisty Roy, tedy cílí intervence na snižování kontextuálního stimulu.

Z výsledků je zřejmé, že sestry předávají pacientům informace a vědomosti pro průběžnou sebekpéči ústně, případnou instruktáží a učí je dovednostem. Všechny sestry na standardním oddělení SS1 až SS5 se shodly, že se snaží, aby pacienti dělali všechno sami. Dokonce je nabádají, aby se snažili dělat veškeré úkony v sebekpéči sami. V případě potřeby sestry dopomohou. Kladou důraz na edukaci, důležitý je slovní kontakt a instruktáž. Pacienti jsou většinou soběstační. Naše výsledky se shodují s Burdou a Šolcovou (2016), dle kterých sestra mobilizuje pacienta, a co nejdříve ho vede k soběstačnosti. Provádí rovněž cévní a dechovou gymnastiku s pacienty (Burda, Šolcová, 2016). Sestra edukuje pacienta o správném vstávání z lůžka po prostatektomii (Trachtová et al., 2013). V praxi to znamená, že pacient po této operaci vstává z lůžka bez sedu přímo do stoje (Janská, 2008). Výsledky poukazují na to, že sestry učí pacienty po prostatektomii vstávat správným způsobem. Sestry SJ a sestry SS se shodují, že edukují pacienty o správném vstávání přes všechny čtyři končetiny, nesmí si sedat. Dále se všechny sestry shodly, že pacienti jsou většinou chodící, a tudíž mobilizaci nepodporují dalším jiným způsobem. Následnou mobilizaci zajišťuje rehabilitační sestra.

Dále sestry dle publikace Páral et al. (2020) měří kontinuální saturaci hemoglobinu kyslíkem v periferní krvi a dle ordinace lékaře aplikují pacientovi kyslík. (Páral et al., 2020). Sestry z jednotky intenzivní péče se shodly, tedy sestry SJ1 až SJ7, že pacientům po operaci podávají kyslík pomocí kyslíkových brýlí. U pacientů se sníženou saturací skrze kyslíkovou masku. Sestry SJ2, SJ3, SJ4 a SJ6 doplnily, že pacientům dají hlavu do zvýšené polohy a zajistí rehabilitační pomůcky k dýchání a rehabilitační sestru. Pro příklad uvádíme odpovědi sester. Sestra SJ3 sdělila: „*Většinou po výkonu mají kyslík. A když se vyspí z narkózy, tak si většinou dýchají sami. Najdeme polohu, zvedneme pod hlavou, aby se jim lépe dýchalo. Když mají dobrou saturaci, tak se jim kyslík vypíná.*“ Sestra SJ4 upřesňuje: „*Pokud je to potřeba, tak dostanou pacienti kyslík, tedy oxygenoterapii. Dále zvýšená poloha, popřípadě zajistíme dechovou rehabilitaci.*“ Sestra SJ6 dodala: „*Po příjezdu ze sálu dostávají kyslík. Dáme hlavu do zvýšené polohy při špatném dýchání. Případně máme k dispozici rehabilitační sestru.*“ Stejně výsledky

vyplývaly z analýzy dat u sester pracujících na standardním lůžkovém oddělení, a to, že sestry SS1 až SS5 zajistí zvýšenou polohu pacientovi pod hlavou, aplikují kyslík dle ordinace lékaře a zajišťují rehabilitační pomůcky k dýchání. Z pohledu ošetrovatelského modelu Callisty Roy jsou to potěšující zjištění, neboť sestry reagují na stimuly, které vycházejí z vnějšího prostředí.

V publikaci Pavlíkové (2006) adaptační modus sebepojetí, sebeuvědomění zahrnuje fyzikální část, osobnostní a interpersonální složku. V tomto módu dle Tóthové a Olišarové et al. (2017) nalézáme také vnímání sebe sama a morální, etické a spirituální sebepojetí. Adaptace pomocí sebekoncepcie a identifikace ve skupině spočívá, jak se nemocný po prostatektomii cítí, a to jak po stránce fyzické, tak i psychické, jak je spokojený se svým fyzickým vzhledem (Plevová et al., 2018).

Všechny sestry SJ1 až SJ7 se shodly, že se pacientům nevěnují a nepomáhají jim s adaptací narušeného obrazu vlastního těla. Všechny sestry SS1 až SS5 uvedly, že pacientům nepomáhají s adaptací narušeného obrazu vlastního těla. Tuto oblast adaptace sestry neřeší. Sestry SS2 a SS5 dodaly, že toto je spíše oblast řešení pro lékaře. Tyto výsledky jsou zarážející, neboť poukazují na skutečnost, že v tomto adaptačním modu sebepojetí, sebeuvědomění sestry nesledují a nestanovují žádné stimuly, které působí na pacienty.

Dle mého názoru, by právě sestry měly sledovat, co na pacienty působí a jak je podpořit v adaptaci na stav po odstranění prostaty. Pro muže se jedná o velmi náročné období a je třeba, aby se sestry zajímaly o to, jak se nemocný vnímá a cítí se jak po stránce fyzické, ale i psychické. Domnívám se, že nezájem sester může u nemocných vzbuzovat nedůvěru a horší průběh adaptace na nově vzniklou situaci.

Další výsledky představují, zda sestry splňují pacientům nějaká přání ohledně víry. Čtyři sestry SJ1, SJ2, SJ5 a SJ6 uvedly, že se se doposud nesetkaly s tím, že by pacienti měli nějaká přání ohledně víry. Sestry SJ2 a SJ7 dodaly, že mohou zavolat nemocničního kaplana. Sestra SJ1 odpověděla: „*Zatím jsem se nesetkala, že by někdo měl nějaké speciální přání.*“ Sestra SJ2 uvedla: „*Nesetkala jsem se s tím. Můžeme zavolat nemocničního kaplana.*“ Sestra SJ5 odpověděla: „*Ještě jsem se s tím nesetkala, že by nějaký pacient měl přání ohledně víry.*“ Sestra SJ6 odpověděla: „*Nesetkala jsem se s tím.*“ Naopak sestry SJ3 a SJ4 odpověděly, že žádná přání ohledně víry pacientům nesplňují. Z výsledků vyplývá, že sestry SS1, SS2, SS4 a SS5 se s uspokojováním potřeby

víry ještě nesetkaly či nemají žádné zkušenosti. Naopak sestra SS3 odpověděla, že mají k dispozici kněze, nemocničního kaplana: „*K dispozici je kněz. Pokud pacienti chtějí, zavoláme na ředitelství a zařídíme kaplana.*“

Adaptační modus zvládnutí rolí (viz Příloha č. 9) obsahuje identifikaci a zvládnání rolí. Zahrnuje primární, sekundární a terciární role (Tóthová, Olišarová et al., 2017). Rolová funkce je takzvané plnění povinností založených na dané pozici ve společnosti. Myšlenka je přenesena do Rolového stromu. Primární roli vyjadřuje kmen, který souvisí s věkem a pohlavím (například starý muž), je relativně trvalá a daná role. Sekundární roli vyjadřují větve. Jedná se o relativně trvalou, vybranou roli (například učitel, lékař, mechanik). Terciární roli představují listy. Tato role je dočasná a vybraná (například člen komise) (Farkašová et al., 2006). V rámci posouzení sestra zjišťuje, jestli si nemocný uvědomuje plnění svých rolí. Pro pacienta po odstranění prostaty je velmi důležité uvědomění si cílů k jejich dosažení. Jestliže si nemocný uvědomí své role, naskytuje se mu možnost je prostřednictvím stanovených cílů naplnit (Plevová et al., 2018). Primární role u nemocného po prostatektomii je daná. Jedná se totiž o věk a pohlaví. Jiným způsobem se budou adaptovat muži mladšího věku a naopak jiným způsobem muži staršího věku (Žiaková et al., 2007).

Úkoly, které jsou spojené se sekundární rolí, tak vyplývají z vývojového období a primární role – manžel, otec, role v zaměstnání. Prostatektomie coby stimul fokální může nemocnému způsobit nepříjemný pocit z nedostatečného plnění rolí. Nemocný po odstranění prostaty se ocitá v nové roli, tzv. přejímá terciární roli. Sestra pomáhá nemocnému s adaptací na tuto novou roli, a to roli nemocného. Může dojít ke vzniku rolového konfliktu, stresu, narušení sociální interakce (Žiaková et al., 2007). Jako alarmující lze uvést, že sestry SJ3, SJ4, SJ6 a SJ7 nijak nepomáhají pacientům se adaptovat na nově vzniklou situaci, a to stav po prostatektomii. Tímto se nezabývají, není na to prostor. Sestra SJ3 zdůraznila: „*Tady nijak.*“ Sestra SJ4 dodala: „*Z našeho pohledu asi nijak. Není na to prostor. Tady pacienti řeší spíše bolesti.*“ Naopak sestry SJ1, SJ2 a SJ5 uvedly, že se snaží pacientovi odpovídat na jeho dotazy a hovoří s nimi. Z těchto výsledků je zjevná snaha o podporu adaptace skrze kladení důrazu na komunikaci. Snaží se mu všechno vysvětlit. Všechny sestry SS1 až SS5 nepomáhají pacientům se adaptovat na nově vzniklou situaci, a to stav po prostatektomii. Tři sestry SS2, SS3 a SS4 uvedly navíc, že tuto oblast adaptace řeší lékaři.

Z výsledků dále vyplynulo, jak sestry pomáhají pacientům se zvládnutím adaptace na nemocniční prostředí. Z pohledu adaptačního modelu Callisty Roy je nemocniční prostředí dalším stimulem, který působí na pacienty, a to kontextuálním stimulem. Sestry SJ1, SJ3, SJ4, SJ5, SJ6 odpověděly, že pacienti mají k dispozici na boxech televizi a jinak, že pacienti mají u sebe telefony. Nabízejí jim časopisy, knížky, aby si mohli číst. Umožňují návštěvy. Sestry SJ2 a SJ7 odpověděly jinak než ostatní sestry. Nepomáhají pacientům se zvládnutím adaptace na nemocniční prostředí. Dle sester pacienti většinu času prospí a nijak jim nepomáhají. Sestra SJ2 přibližuje: „*To nevím, jak jim pomáháme se adaptovat na nemocniční prostředí. Prostě jak přijedou, tak spí.*“ Sestra SJ7 dodala: „*Tak většinu času u nás na oddělení prospí. Nijak extra toto neřešíme.*“ Všechny sestry SS1 až SS5 se shodly, že pomáhají pacientům se zvládnutím adaptace na nemocniční prostředí skrze edukaci o jednotlivých činnostech, které je čekají a o tom, jak bude probíhat hospitalizace. Sestra SS1 odpověděla: „*Pomocí edukace o jednotlivých činnostech. Jak funguje oddělení a plus provozní řád na oddělení.*“ Podobně odpověděla i sestra SS4: „*Důležitou roli hraje komunikace a edukace. Vysvětlujeme pacientům, vše co je čeká a jak bude probíhat hospitalizace.*“

Posledním zmiňovaným modem je modus vzájemné závislosti, který zahrnuje individuální vztahy mezi lidmi a jejich vnímání, přijímání a projevoování lásky, spokojenost ve vztazích, rozvoj a smysluplnou komunikaci. Důležité je naplnění pocitu bezpečí v rámci mezilidských vztahů (Tóthová, Olišarová et al., 2017). Adaptační systém vzájemné závislosti zahrnuje vzájemnou závislost či nezávislost v rámci interpersonálních vztahů dvou a více osob během zajišťování potřeb jedince (Pavlíková, 2006). Z analýzy výsledků vyplývá, že sestry SJ1, SJ3, SJ4, SJ5, SJ6 a SJ7 se zajímají pouze o jeden problém pacienta, a tím je bolest, kterou lze dle modelu Callisty Roy vnímat jako kontextuální stimul. Naopak sestra SJ2 odpověděla, že se nezajímá o problémy pacientů. Z analýzy výsledků vyplývá nezájem sester o problémy pacientů, což je alarmující. Čtyři sestry SS1, SS3, SS4 a SS5 odpověděly, že se nezajímají a problémy řeší lékař. Lze nepřímou usuzovat, že sestry nestanovují stimuly v této oblasti – adaptačním modu.

Potěšující jsou však výsledky reakcí sester, pokud chce s nimi pacient sdílet jeho těžkosti. Šest sester SJ1, SJ2, SJ4, SJ5, SJ6, SJ7 odpověděly, že pacienta vyslechnou, povídají si s ním. Z výsledků je zřejmé, že sestry SS1 až SS5 reagují na pacienty, pokud s nimi chce

sdílet jeho těžkosti, skrze vyslechnutí. Snaží se mu být oporou. Povídají si s pacientem. To znamená, že sestry snaží snižovat negativně působící stimul na pacienta.

Dle Tomey a Alligood (2007) zahrnuje modus vzájemné závislosti individuální a kolektivní vztahy mezi lidmi, jejich cíle a rozvoj. Nezávislé vztahy požadují ochotu a schopnost akceptovat aspekty – láska, respekt, hodnota, výchova, dovednosti, vědomosti, povinnosti, materiální zázemí, talent a čas. Tento modus se zaměřuje na interakce nemocného po prostatektomii, sestry, lékaře, jiného zdravotnického personálu a rodiny (Plevová et al., 2018).

Všechny sestry SJ1 až SJ7 se shodly, že se nezajímají o to, jak pacienti vidí sami sebe po operaci. Sestra SJ5 přibližuje: „*O to se vyloženě nezajímám, o to jak sami sebe po operaci vidí. Zajímám se spíše o to, zda nemají bolesti či se jim pohodlně leží.*“ I z dalších výsledků vyplývá nezájem sester SS1 až SS5 o to, jak pacienti vidí sami sebe po operaci na standardním oddělení. Sestry SS1 až SS5 se nezajímají. Sestra SS5 přibližuje: „*No, to asi ne. A ani na to nemáme čas.*“

Sestry SJ2, SJ3, SJ4, SJ6, SJ7 se ve výpovědích shodly, že si myslí, že na pacienty po prostatektomii působí pozitivně především to, že mají operaci za sebou a že se zbavili nádoru. Naopak sestry SJ1 a SJ5 odpověděly, že pozitivně působí vlivy sester, že je o ně postaráno a věnuje se jim dostatek času. A naopak negativně na pacienty působí podle všech sester SJ1 až SJ7 zavedený permanentní močový katétr, drén a kanyly, které lze implicitně označit jako kontextuální stimuly působící na nemocného po prostatektomii. Sestry SJ1, SJ4 a SJ7 dodávají, že negativně působí i to, že pacienti mají omezený pohyb a jsou upoutaní na lůžku. Sestry SJ3, SJ4 a SJ6 se shodly, že mezi další negativní vlivy, které působí na pacienta pro prostatektomii, tak je specifické vstávání z lůžka přes všechny čtyři končetiny a že si nesmí sedat. Z výsledků je zřejmé, že sestry pracují s negativními stimuly. Sestra SJ2 dodala, že pacienti řeší, zda budou schopni erekce. Sestry SS1, SS2, SS4 a SS5 se shodly, že pozitivně působí na pacienty ošetrovatelská péče, to znamená, že je o ně postaráno a jsou dobře edukováni. Sestry SS4 a SS5 opověděly obdobně. Naopak, to co působí na pacienty negativně, jsou pooperační komplikace. Například sestra SS4 uvedla: „*Negativně bych řekla asi případné komplikace po zákroku.*“

Na základě analýzy výsledků lze uvést odpověď na první výzkumnou otázku: Z analýzy odpovědí dotazovaných sester lze sledovat, ikdyž sestry Adaptační model neznají a při

poskytování ošetrovatelské péče nemocným po prostatektomii zjevně nepracují dle Adaptačního modelu Callisty Roy, tak intuitivně prvky modelu využívají z prvního fyziologického modu. Zbylé tři mody jsou sestrami opomíjeny.

Druhou výzkumnou otázkou ve znění „*Jaké stimuly sestry sledují při poskytování ošetrovatelské péče pacientovi po prostatektomii?*“ jsme se snažili zjistit, zda sestry z urologického oddělení sledují podněty z vnějšího a vnitřního prostředí, které vyvolávají u pacientů adaptační odpověď. Podněty, které pramení z prostředí vyvolávající adaptivní nebo maladaptivní reakci, jsou pojmenovány jako stimuly. Callista Roy označuje tři druhy stimulů – fokální, kontextuální a reziduální (Tóthová, Olišarová et al., 2017). Nemocný na tyto stimuly reaguje a přizpůsobuje se jim. Stimuly jsou podněty z vnitřního i z vnějšího prostředí, které vyvolávají adaptační odpověď či reakci (Pavlíková, 2006). Fokální (ohniskový) stimul je podnět, který právě teď působí na nemocného a na který okamžitě reaguje. S fokálním stimulem se nemocný dostane do konfrontace okamžitě. Působí na nemocného nejsilněji a urychluje jeho adaptivní chování (Farkašová et al., 2006). Z výsledků vyplynulo, že jako fokální stimul u pacientů můžeme označit provedenou operaci - prostatektomii.

Kontextuální stimul působí náhodně současně s fokálním stimulem. Snižuje anebo zvyšuje účinek fokálního stimulu (Plevová et al., 2018). Z analýzy výsledků můžeme označit jako kontextuální stimuly bolest, nemocniční prostředí, zavedený permanentní močový katétr, drén, kanyly, dietní režim, hluk, specifické vstávání z lůžka, pooperační komplikace, omezený pohyb a upoutání na lůžko (viz Příloha č. 11). Na základě analýzy odpovědí jsme zjistili, že sestry (SJ) a sestry (SS) sledují funkčnost permanentního močového katétru, udržují jej v čistotě, kontrolují průchodnost a zda cévka neobtéká a nedošlo k rozvoji infekce močových cest. Dále sestry (SJ) a sestry (SS) sledují saturaci krve. Sestry zajistí zvýšenou polohu nemocnému pod hlavou, aplikují kyslík dle ordinace lékaře pomocí kyslíkových brýlí či kyslíkové masky a zajišťují rehabilitační pomůcky k efektivnímu dýchání. Sestry (SJ) a sestry (SS) se shodly, že sledují, aby se nemocnému dobře spalo. Podávají léky na spaní či nabízejí špunty do uší a aplikují analgetika dle ordinace lékaře. Důležitým stimulem, který působí na nemocné po prostatektomii, a na který se sestry (SJ) a sestry (SS) nejvíce zaměřují, je právě pooperační bolest.

Z této oblasti bylo zjištěno, že sestry nesledují u pacientů žádné reziduální stimuly. Reziduální stimul představuje názory, povahové rysy a postoje. Reziduální stimuly bývají

většinou stálé a vycházejí z osobnosti nemocného (Farkašová et al., 2006). Dle Pavlíkové (2006) se reakce na stimuly dělí na adaptivní a neefektivní. Adaptivní reakce na stimuly jsou takové, které nepřesahují adaptační niveau nemocného. Adaptivní reakce podporuje integritu, růst, vývoj, moc a cíle nemocného. Adaptivní reakce zlepšují kontrolu nad prostředím, podporují celistvost. Naopak neefektivní reakce jsou takové, které přesahují adaptační niveau nemocného a nepřispívají k dosažení adaptivních cílů. Neefektivní reakce vedou k dezintegraci nemocného.

Na základě analýzy výsledků lze uvést odpověď na druhou výzkumnou otázku: I přesto, že sestry model Callisty Roy neznají, neví, co je to stimul, výsledky výzkumného šetření ukazují, že i přesto o stimulech přemýšlí, skrytě stimuly stanovují a pracují s nimi. Z výsledků opět vyplynulo, že sestry sledují stimuly, které působí na nemocného pouze z prvního fyziologického adaptačního modu a ostatní tři mody jsou opomíjeny. Sestry nepomáhají nemocným s adaptací narušeného obrazu vlastního těla a nezajímají se o to, jak pacienti vidí sami sebe po operaci, odkazují se na lékaře, který tuto oblast dle výpovědi sester řeší a sleduje. Dle mého názoru by měly sestry projevat více empatie vůči nemocným a pokusit se o větší zájem o nemocného jako bio-psycho-sociálního jedince. Sestry sledují spíše biologickou stránku jedince, ale už se méně zajímají nebo nezajímají o problémy v psycho-sociální oblasti. Domnívám se, že v případě, kdyby sestry projevovaly větší zájem v podpoře adaptace nemocných na stav po prostatektomii a zajímaly by se o problémy pacientů, a o to jak pacienti vidí sami sebe po operaci, došlo by k rychlejší adaptaci nemocných na nově vzniklou situaci.

Třetí výzkumná otázka byla „*Jaké problémy mají pacienti po prostatektomii v jednotlivých adaptačních modech?*“ Dle Hakky et al. (2013) je erektilní dysfunkce častým a běžným následkem u mužů po radikální prostatektomii. Wespes et al. (2014) zmiňuje, že erektilní dysfunkce narušuje psychické a psychosociální zdraví nemocného a zhoršuje kvalitu jeho života. Erekttilní dysfunkce způsobuje problémy v sexuálních a intimních vztazích, vede k pocitům frustrace a rezignace (Bordajandi et al., 2014). Radikální prostatektomie je i jednou z nejčastějších příčin stresové inkontinence u mužů. Jedná se o významný faktor, který negativně ovlivňuje kvalitu života mužů po odstranění prostaty (Študent et al., 2017). Dle Burešové et al. (2018) je inkontinence moči nejobávanější komplikací po prostatektomii. Přibližně každý čtvrtý muž s karcinomem prostaty trpí únikem moči. Sochorová et al. (2014) uvádí, že inkontinence moči nese sebou fyzické následky (infekce, podráždění kůže), psychosociální (deprese, strach ze

zápachu, porucha spánku, ztráta sebeúcty), ale i ekonomické následky, které jsou spojené s výdaji za pomůcky na inkontinenci. Dle Wang et al. (2018) se u mužů často rozvinou psychické problémy, včetně snížení sebeúcty, podrážděnost a strach, které narušují kvalitu jejich života. Harsa (2016) ve své publikaci uvádí, že u mužů po prostatektomii se mohou vyvinout depresivní a suicidální myšlenky, pochybnosti o mužské roli a o sobě samém. Nemocný se může vyhýbat kontaktům s ostatními lidmi a izolovat se od nich. Nemocný prožívá změny v oblasti sociální, tělesné a psychické. Je hospitalizovaný a dlouhodobě v pracovní neschopnosti. Vyskytnout se mohou problémy v rodině, ale i v práci. Nemocný se stává závislý na pomoci blízkých. Může se více izolovat, necítí se v kondici, vadí mu časté dotazy druhých, stydí se, stává se nejistým, podrážděným, má strach. Odstranění prostaty se může projevovat bolestmi, somatickou slabostí a dalšími jinými projevy, a to může zhoršit zdravotní stav nemocného.

Z výsledků vyplývá, že v prvním fyziologickém modu pacienti vnímají jako problém zavedený permanentní močový katétr, omezený pohyb, klidový režim a zavedenou kanylu. Ve druhém modu nazvaném sebepojetí, sebeuvědomění vnímají pacienti omezení ve společnosti a v zájmové činnosti. Pro příklad uvádíme odpovědi pacientů: P1 přibližuje: *„Jo, to ano. Jsem vášnivý šachista a tady v nemocnici bohužel hrát šachy úplně nejde s pacienty. Jako jo, můžu si zahrát na telefonu, ale to není ono. Mám rád hraní osobně u stolu.“* Ve třetím modu rolová funkce z analýzy výsledků vyplynulo, že pacienti cítí omezení v době nemoci. Pacient P3 přibližuje: *„Každopádně. Nejsem tak pohyblivý, mám nějaké vstupy do těla, hadičky, musím být v nemocnici. Musím mít klidový režim.“* Pacient P4 upřesňuje: *„Ano, jak jsem říkal v zájmové činnosti a taky tu mám velmi omezený pohyb. Vadí mi ta cévka.“* V posledním čtvrtém modu vzájemné závislosti jsme zjistili, že pacienti spatřují největší problém v pobytu v nemocnici spojený s klidovým režimem a v neposlední řadě jim chybí rodina (viz Příloha č. 12).

Ačkoliv z analýzy výsledků je patrné, že pacienti nepotřebují žádnou pomoc po propuštění z nemocnice, nedělá jim problémy komunikace s cizími lidmi, nedělá jim problém se adaptovat na nemocniční prostředí, nevnímají žádný problém s adaptací na stav po odstranění prostaty, tak na základě uskutečněných rozhovorů s pacienty se lze domnívat, že bagatelizují problémy a domnívám se, že by uvítali pomoc s podporou adaptace. Z rozhovorů s pacienty jsem cítila, že nějaký problém skrývají, neboť pacienti byli během rozhovorů velmi ostýchaví a nesmělí. Výsledky výzkumného šetření směřují k tomu, že se zde otevírá prostor pro sestry, aby byly využívány prvky z Adaptačního

modelu Callisty Roy, protože sestry mají k pacientům nejbližší. Navazují s nimi mezilidské vztahy a vytvářejí vztah vzájemné důvěry. V praxi by to znamenalo, že sestry by se tedy seznámily s Adaptačním modelem a prvky z modelu využívaly.

Na základě analýzy výsledků lze uvést odpověď na třetí výzkumnou otázku: v prvním fyziologickém modu pacienti vnímají jako problém zavedený permanentní močový katétr, omezený pohyb, klidový režim a zavedenou kanylu. Ve druhém modu nazvaném sebepojetí, sebeuvědomění vnímají pacienti omezení ve společnosti a v zájmové činnosti. Ve třetím modu rolová funkce vnímají pacienti omezení v době nemoci. V posledním čtvrtém modu vzájemné závislosti pacienti spatřují největší problém v pobytu v nemocnici spojený s klidovým režimem a v neposlední řadě jim chybí rodina.

6 Závěr

V diplomové práci jsme se zabývali péčí o nemocné po prostatektomii s využitím ošetrovatelského modelu Callisty Roy. Karcinom prostaty je třetí nejčastější zhoubné nádorové onemocnění mužů v České republice. Stav po odstranění prostaty je pro muže novou životní zkušeností, na kterou je potřeba se adaptovat.

V teoretické části jsme zmínili anatomii mužského pohlavního ústrojí, diagnostiku, symptomatologii a pooperační komplikace u onemocnění vedoucí k chirurgickému řešení. Dále je v práci popsána nejen léčba chirurgická, ale i konzervativní léčba. V teoretické části je uvedena úloha sestry v pooperační péči po prostatektomii a aplikace adaptačního modelu Callisty Roy u nemocných po prostatektomii.

Pro diplomovou práci jsme si stanovili tři cíle. Prvním cílem bylo zjistit, jaké intervence sestry využívají k podpoře adaptace pacientů po provedené prostatektomii v jednotlivých adaptačních modech Callisty Roy. Druhým cílem bylo zjistit, jaké stimuly sestry sledují při poskytování ošetrovatelské péče pacientovi po prostatektomii, a třetím cílem této práce bylo zjistit, jaké problémy mají pacienti po prostatektomii v jednotlivých adaptačních modech. Pro splnění těchto tří výzkumných cílů jsme si položili tři výzkumné otázky. Jaké prvky adaptačního modelu Callisty Roy využívají sestry při poskytování ošetrovatelské péče pacientovi po prostatektomii? Jaké stimuly sestry sledují při poskytování ošetrovatelské péče pacientovi po prostatektomii? Jaké problémy mají pacienti po prostatektomii v jednotlivých adaptačních modech?

Výzkumnou část jsme realizovali skrze kvalitativní výzkum, metodou dotazování, technikou polostrukturovaných rozhovorů u pacientů po odstranění prostaty v nemocničním zařízení na urologickém oddělení a sester, které pečují o tyto nemocné. Získané informace od sester jsou rozčleněny do pěti kategorií a od pacientů do čtyř kategorií.

Z výsledků rozhovorů se sestrami vyplynulo, že sestry primárně model neznají. Při poskytování ošetrovatelské péče nemocným po prostatektomii zjevně nepracují dle Adaptačního modelu Callisty Roy, ale výsledky šetření poukazují na intuitivní využívání prvků modelu Callisty Roy z prvního fyziologického modu. Zbylé tři mody (modus sebepojetí, modus rolové funkce a modus vzájemné závislosti) jsou sestrami opomíjeny. Dále bylo zjištěno, že sestry sledují stimuly, které působí na nemocného

pouze z prvního adaptačního fyziologického modu a ostatní tři mody jsou opomíjeny. Z výsledků rozhovorů s pacienty vyplynulo, že spatřují největší problém v zavedeném permanentním močovém katétru, dále pobyt v nemocnici spojený s klidovým režimem, omezený pohyb, zavedená kanyla a v neposlední řadě jim chybí rodina.

Diplomová práce může sloužit jako zdroj zajímavých informací pro studenty zdravotnických oborů a pro sestry při poskytování ošetrovatelské péče nemocným po provedené prostatektomii. Výsledky výzkumného šetření budou předány na pracoviště, na kterém bylo realizováno výzkumné šetření. Diplomová práce může být inspirací pro vznik interaktivního semináře či workshopu. Náplní a cílem semináře by byla podpora nemocných v adaptaci s využitím modelu Callisty Roy.

7 Seznam použité literatury

1. BONDY, M., 2018. *Sociologická encyklopedie*. Adaptace [online]. Praha: Sociologický ústav AV ČR [cit. 2022-09-18]. Dostupné z: [https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Adaptace_\(MSgS\)](https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Adaptace_(MSgS))
2. BORDAJANDI, M., et al., 2020. *Sexual experiences after non-nerve sparing radical prostatectomy*. 33. ISSN 1982-0194.
3. BRABCOVÁ, S., 2021. *Péče o rány pro sestry a ostatní nelékařské profese*. Praha: Grada. 184 s. ISBN 978-80-271-3133-4.
4. BROŽÁK, M., et al., 2018. *Česká urologie*. Zkušenosti z prvních 400 robotem asistovaných radikálních prostatektomií. 22, 52. ISSN 1211-8729; 2336-5692.
5. BROUL, M., et al., 2014. *Česká urologie*. Hodnocení erektilní dysfunkce po roboticky asistované radikální prostatektomii. 18(4), 333-324. ISSN 1211-8729; 2336-5692.
6. BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2015. *Ošetrovatelská péče 1. díl*. Praha: Grada. 228 s. ISBN: 978-80-247-5333-1.
7. BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2016. *Ošetrovatelská péče 2. díl*. Praha: Grada. 234 s. ISBN: 978-80-247-5334-8.
8. BUREŠOVÁ, E., et al., 2018. *Česká urologie*. Incidence inkontinence moči u mužů před radikální prostatektomií. 22, 70. ISSN 1211-8729; 2336-5692.
9. ČERVENKOVÁ, Z., et al., 2018. *Ošetrovatelské postupy*. Pardubice, 144 s. ISBN 978-80-7560-184-9.
10. ČIHÁK, R., 2013. *Anatomie 2*. 3., upravené a doplněné vydání. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-80-247-9210-1.
11. DINGOVÁ, M., et al., 2018. *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada. 316 s. ISBN 978-80-271-0717-9.
12. DRÁBKOVÁ, P., 2015. *Florence*. Ošetrovatelská péče u pacienta po urologické operaci na jednotce intenzivní péče. 11(6), 15-13. ISSN 1801-464X.

13. DYLEVSKÝ, I., 2009. *Funkční anatomie*. Praha: Grada, 544 s. ISBN 978-80-247-3240-4.
14. DYLEVSKÝ, I., 2019. *Somatologie: pro předmět Základy anatomie a fyziologie člověka*, 3., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 312 s. ISBN 978-80-271-2111-3.
15. DONOVAN, K., et al., 2018. *Effect of androgen deprivation therapy on sexual function and bother in men with prostate cancer: A controlled comparison*. *Psychooncology*. 27(1), 324-316. doi: 10.1002/pon.4463.
16. FARKAŠOVÁ, D., et al., 2006. *Ošetrovatelství – teorie*. Martin: Osveta. 211 s. ISBN: 80-8063-227-8.
17. FERREIRA, L., C., et al., 2019. *Effectiveness of a home care teaching program for prostatectomized patients: a randomized controlled clinical trial*. 54. doi: 10.1590/S1980-220X2018012503421.
18. GRIMSLEY, S. J. S., ALMALLAH, Z., 2013. *Urologické listy*. Inkontinence u pacientů po prostatektomii: přehled současných možností vyšetřování a léčby. 11(3), 17-13. ISSN1214-2085; 1801-7584.
19. HAKKY, S., T., et al., 2013. *Urologické listy*. Současné postupy při rehabilitaci penisu. 11(4), 10-6. ISSN 1214-2085; 1801-7584.
20. HANUŠ, T., MACEK P., et al., 2016. *Urologie pro mediky*. Praha: Karolinum, 306 s. ISBN 978-80-246-3008-3.
21. HARSA, P., 2016. *Urologie pro praxi*. Komunikace s pacientem po radikální prostatektomii. 17(5), 245-243. ISSN 1213-1768; 1803-5299.
22. HORA, M., DOLEJŠOVÁ O., et al., 2021. *Urologie pro studenty všeobecného lékařství*. Praha: Karolinum, 132 s. ISBN 978-80-246-4544-5.
23. CHARVÁT, J., et al., 2016. *Žilní vstupy: dlouhodobé a střednědobé*. Praha: Grada. 184 s. ISBN 978-80-247-5621-9.
24. JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R., 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii*. Praha: Grada. 256s. ISBN 978-80-247-4412-4.

25. JANSKÁ, O., 2008. *Urologie pro praxi: Rehabilitace v urologii*. 9(3), 150-147.
26. JOCHMANNOVÁ, L., KIMPLOVÁ, T., 2022. *Psychologie zdraví*. Biologické, psychosociální, digitální a spirituální aspekty. Grada: Praha. 552 s. ISBN: 978-80-271-2569-2.
27. KAHL, U., et al., 2021. *Health Qual Life*. Outcomes Health-related quality of life and self-reported cognitive function in patients with delayed neurocognitive recovery after radical prostatectomy: a prospective follow-up study. 19, 64. doi.org/10.1186/s12955-021-01705-z.
28. KACHLOVÁ, M., PLEVOVÁ, I., 2022. *Postupy v ošetrovatelské péči 2. Bariérová ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-271-1243-2.
29. KASPER, H., 2015. *Výživa v medicíně a dietetika*. Praha: Grada. 592 s. ISBN 978-80-247-4533-6.
30. KIM, H., S., AHN, H., J., 2016. *International Journal of Urological Nursing*. Effects of stress, dyadic communication and adaptation on prostatectomy patients' quality of life. 11(1), 22-13. doi:10.1111/ijun.12115.
31. KOKOŠKA, V., et al., 2012. *Urologie pro praxi*. Roboticky asistovaná radikální prostatektomie z pohledu anesteziologa a intenzivisty. 13(1), 21-17. ISSN 1213-1768; 1803-5299.
32. KOLLÁROVÁ, L., VIDOVÁ, K., 2013. *Sestra*. Transuretrální resekce prostaty vs. kvalita života. 23(12), 46-43. ISSN 1210-0404.
33. KUBÍČEK, V., 2018. *Urologie pro praxi*. Sexuální dysfunkce u pacientů po radikálních uro-onkologických výkonech. 19(5), 236-234. ISSN 1213-1768; 1803-5299.
34. LIBOVÁ, L., et al., 2019. *Ošetrovatelský proces v chirurgii*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-271-1405-4.
35. MCVARYM, T. K., et al., 2013. *Urologické listy*. Guidelines AUA pro řešení benigní hyperplazie prostaty. 11(3), 81-43. ISSN 1214-2085; 1801-758.
36. MELLANOVÁ, A., 2017. *Psychosociální problematika v ošetrovatelské profesi*. Praha: Grada. 112s. ISBN: 978-80-247-5589-2.

37. MOTTET, N., et al., 2014. *Urologické listy*. Guidelines pro léčbu karcinomu prostaty. 12(3), 76-44. ISSN 1214-2085; 1801-7584.
38. NAŇKA, O., ELIŠKOVÁ M., 2015. *Přehled Anatomie*. 3., doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén, 416 s. ISBN 978-80-7492-206-0.
39. NAVRÁTIL, L., et al., 2017. *Vnitřní lékařství*. 2., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. 560 s. ISBN 978-80-271-0210-5.
40. NEJEDLÁ, M., 2015. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-4449-0.
41. NEJEDLÁ, M., 2015. *Klinická propedeutika*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-4402-5.
42. NOVÁK, K., et al., 2018. *Česká urologie*. Léčba rektoanastomotických píštělí po laparoskopické radikální prostatektomii. 22, 20. ISSN 1211-8729; 2336-5692.
43. OCCHIPINTI, S., et al., 2019. *A prospective study of psychological distress after prostate cancer surgery*. *Psychooncology*. 28(12), 2395-2389. doi: 10.1002/pon.5263.
44. PÁRAL, J., et al., 2020. *Chirurgická propedeutika: Základy chirurgie pro studenty lékařských fakult*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-271-1235-7.
45. PAVLÍKOVÁ, S., 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada. 150 s. ISBN: 80-247-1211-3.
46. PEJZNOCHOVÁ, I., 2010. *Lokální ošetřování ran a defektů na kůži*. Praha: Grada. 80 s. ISBN 978-80-247-2682-3.
47. PETRUSEK, M., 2018. *Sociologická encyklopedie*. Adaptace [online]. Praha: Sociologický ústav AV ČR [cit. 2022-09-18]. Dostupné z: <https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Adaptace>
48. PLEVOVÁ, I., et al., 2018. *Ošetrovatelství I*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-271-0888-6.
49. PTÁČKOVÁ, H., PTÁČEK, R., et al., 2021. *Psychosociální adaptace ve stáří a nemoci*. Praha: Grada. 184 s. ISBN: 978-80-271-0876-3.

50. ROGERS, F., et al., 2022. *Education and support for erectile dysfunction and penile rehabilitation post prostatectomy: A qualitative systematic review*. ISSN 0020-7489. doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104212.
51. ROKYTA, R., et al., 2009. *Bolest a jak s ní zacházet*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-3012-7.
52. ROKYTA, R., et al., 2017. *Léčba bolesti v primární péči*. Praha: Grada. 184 s. ISBN 978-80-271-0312-6.
53. SCHNEIDEROVÁ, M., 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-247-4414-8.
54. SIDDONS, H., M., et al., 2013. *A randomised, wait-list controlled trial: evaluation of a cognitive-behavioural group intervention on psychosexual adjustment for men with localised prostate cancer*. 22, 2192-2186. DOI: 10.1002/pon.3273.
55. SITZMAN, L., K., EICHELBERGER, W., L., 2011. *Understanding the Work of Nurse Theorists*. Second edition. 241 s. ISBN 978-0-7637-7816-3.
56. SLEZÁKOVÁ, L., et al., 2019. *Ošetrovatelství v chirurgii I. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. 276 s. ISBN 978-80-247-2900-8.
57. SLEZÁKOVÁ, L., et al., 2019. *Ošetrovatelství v chirurgii II*. Praha: Grada. 308s. ISBN 978-80-247-3130-8.
58. SMIČKOVÁ, E., 2011. *Medicína pro praxi: Péče o jizvy*. 8(1), 33-31. ISSN 1214-8687.
59. SOCHOROVÁ, N., et al., 2014. *Urologie pro praxi*. Inkontinence moči po radikální prostatektomii. 15(5), 245-244. ISSN 1213-1768; 1803-5299.
60. STURA, I., et al., 2016. *PSA-Based Computational Approach Predicts the Timing of Cancer Relapse in Prostatectomized Patients*. 76(17), 4947-4941. doi: 10.1158/0008-5472.
61. ŠRÁMKOVÁ, T., 2014. *Urologické listy*. Erekttilní dysfunkce a její léčba – farmakologický a klinický profil avanafilu. 12(2), 67-65. ISSN 1214-2085; 1801-7584.

62. ŠTUDENT, V., et al., 2017. *Urologie pro praxi*. Faktory ovlivňující kontinenci po radikální prostatektomii. 18(3), 118-115. ISSN 1213-1768; 1803-5299.
63. ŠVARŤÍČEK, R., et al, 2010. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
64. TÓTHOVÁ, V., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2. vydání. Praha: Triton, 225 s. ISBN 978-80-7387-785-9.
65. TÓTHOVÁ, V., OLÍŠAROVÁ, V., et al., 2017. *Využití koncepčních modelů v práci sester v klinickém a komunitním ošetrovatelství*. Praha: NLN. 196 s. ISBN: 978-80-7422-630-4.
66. TRACHTOVÁ, E., 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2.
67. VALENTA, J., et al., 2007. *Základy chirurgie*. 2., doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén. 277 s. ISBN 978-80-7262-403-4.
68. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G., 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-1262-8.
69. VEVERKOVÁ, E., et al., 2019. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře I*. Praha: Grada. 228 s. ISBN 978-80-247-2747-9.
70. VEVERKOVÁ, E., et al., 2019. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře II*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-271-2099-4.
71. VYTEJČKOVÁ, R., et al., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: Obecná část*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-3419-4.
72. VYTEJČKOVÁ, R., et al., 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: Speciální část*. Praha: Grada. 272 s. ISBN 978-80-247-3420-0.
73. VYTEJČKOVÁ, R., et al., 2015. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: Speciální část*. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-3421-7.

74. WANG, CH., et al., 2018. *Support Care Cancer*. Extended nursing for the recovery of urinary functions and quality of life after robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy: a randomized controlled trial. 26(5), 1560-1553. doi: 10.1007/s00520-017-3988-x.
75. WESPES, E., et al., 2014. *Urologické listy*. Guidelines pro léčbu mužské sexuální dysfunkce: erektilní dysfunkce a předčasná ejakulace. 12 (1), 90-59. ISSN 1214-2085; 1801-7584.
76. WICHSOVÁ, J., et al., 2013. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3754-6.
77. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-271-0156-6.
78. ZACHAROVÁ, E., 2017. *Zdravotnická psychologie. 2.*, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-271-0155-9.
79. ZACHOVAL, R., et al., 2014. *Praktický lékař*. Metody chirurgické léčby stresové inkontinence po radikální prostatektomii. 94(3), 125-120. ISSN 0032-6739; 1805-4544.
80. ŽÁKOVÁ, M., SUŠINOVÁ J., 2002. *Urologie pro praxi: Prevence tromboembolické nemoci a rehabilitace u pooperačních stavů*. 3(4), 168-167.
81. ŽIAKOVÁ, K., et al., 2007. *Ošetrovatelské konceptuálne modely*. Osveta. 189 s. ISBN 978-80-8063-247-2.

8 Seznam příloh

Příloha č. 1

Přehled orgánů mužského pohlavního ústrojí

Příloha č. 2

Varle s nadvarletem

Příloha č. 3

Prostata

Příloha č. 4

Masivní postižení skeletu karcinomem prostaty

Příloha č. 5

Schéma biopsie prostaty

Příloha č. 6

Radikální prostatektomie

Příloha č. 7

Grafické znázornění zaměření ošetrovatelských činností v adaptačním modelu Callisty Roy

Příloha č. 8

Adaptační systémy člověka

Příloha č. 9

Adaptační systém zvládnutí rolí (Rolový strom)

Příloha č. 10

Otázky k rozhovoru

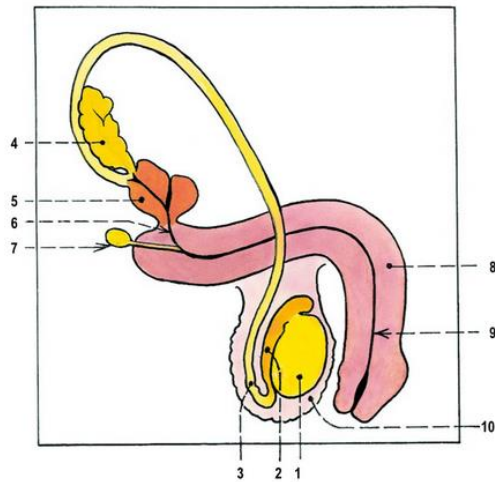
Příloha č. 11

Kontextuální a fokální stimuly

Příloha č. 12

Problémy pacientů po prostatektomii

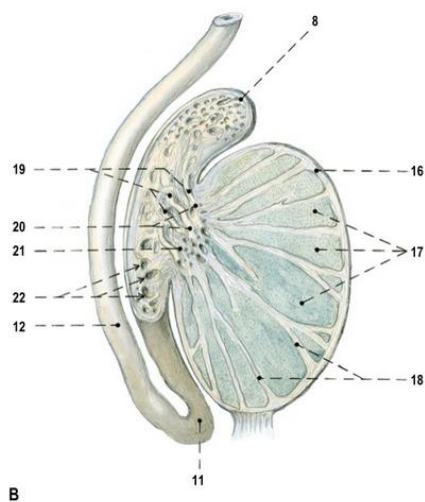
Příloha č. 1 – Přehled orgánů mužského pohlavního ústrojí



Obr. 212. PŘEHLED ORGÁNŮ MUŽSKÉHO POHLAVNÍHO ÚSTROJÍ; pohled zprava; schema
1 testis
2 epididymis
3 ductus deferens
4 glandula vesiculosa
5 prostata
6 urethra masculina
7 glandula bulbourethralis
8 penis
9 urethra masculina
10 scrotum

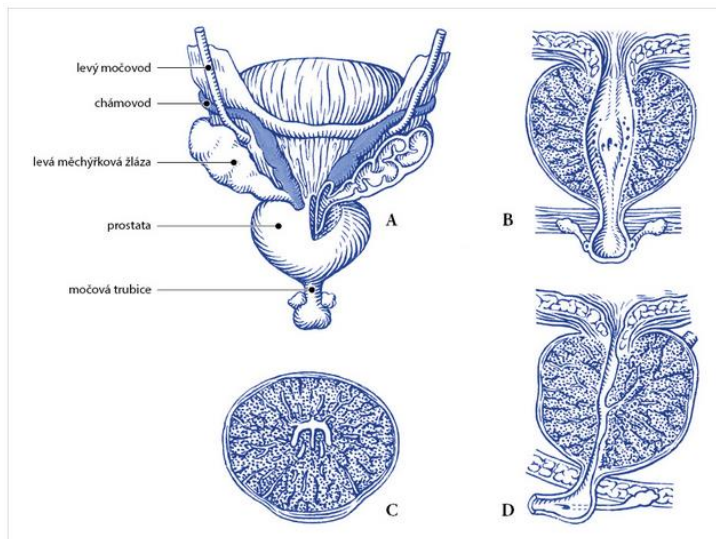
Zdroj: ČIHÁK, R., 2013. *Anatomie 2. 3.*, upravené a doplněné vydání. Praha: Grada, s. 319. ISBN 978-80-247-9210-1.

Příloha č. 2 – Varle s nadvarletem



Zdroj: ČIHÁK, R., 2013. *Anatomie 2. 3.*, upravené a doplněné vydání. Praha: Grada, s. 321. ISBN 978-80-247-9210-1.

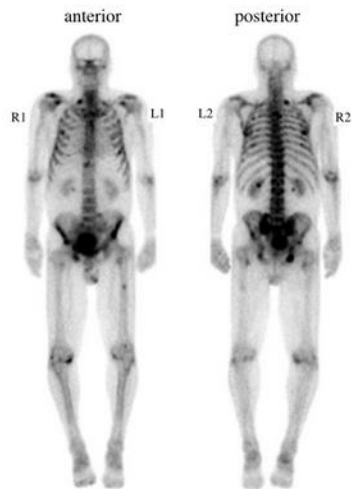
Příloha č. 3 – Prostata



Obr. 13.4 Prostata: A – dorzální plocha močového měchýře, B – frontální řez prostatickou částí močové trubice, C – horizontální řez prostatou a močovou trubicí, D – mediální řez prostatou a dnem močového měchýře

Zdroj: DYLEVSKÝ, I., 2019. *Somatologie: pro předmět Základy anatomie a fyziologie člověka*, 3., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, s. 224. ISBN 978-80-271-2111-3.

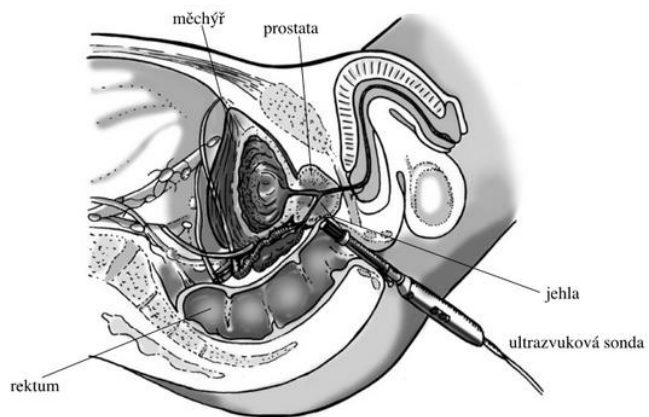
Příloha č. 4 – Masivní postižení skeletu karcinomem prostaty



Obr. 8.5. Masivní postižení skeletu karcinomem prostaty (tzv. supersken)

Zdroj: HANUŠ, T., MACEK P., et al., 2016. *Urologie pro mediky*. Praha: Karolinum, s. 106. ISBN 978-80-246-3008-3.

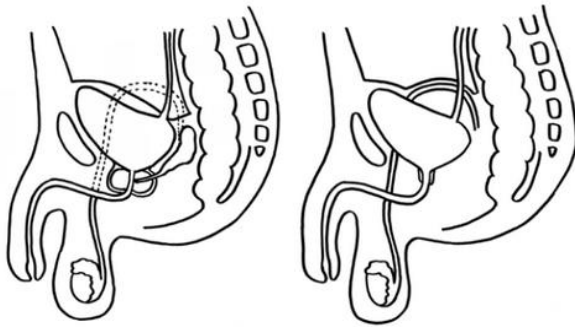
Příloha č. 5 – Schéma biopsie prostaty



Obr. 8.3. Schéma biopsie prostaty

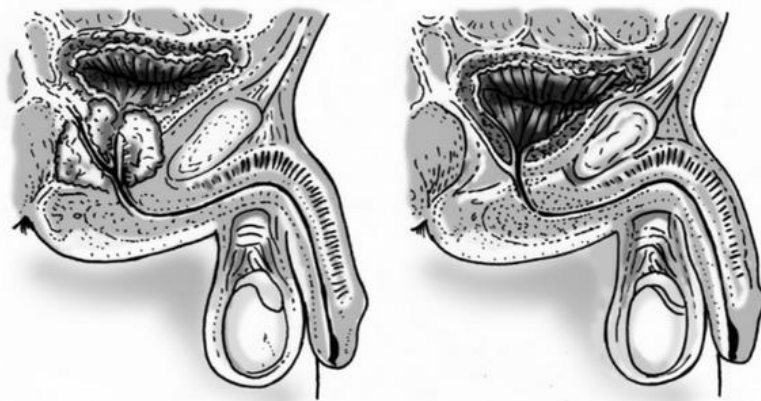
Zdroj: HANUŠ, T., MACEK P., et al., 2016. *Urologie pro mediky*. Praha: Karolinum, s. 105. ISBN 978-80-246-3008-3.

Příloha č. 6 – Radikální prostatektomie



Obr. 15. Schéma radikální prostatektomie. Vlevo stav před operací, vpravo stav po operaci – odstraněna prostata včetně pouzdra, semenné vajíčky, část chámovodů, část hrdla močového měchýře

Zdroj: HORA, M., DOLEJŠOVÁ O., et al., 2021. *Urologie pro studenty všeobecného lékařství*. Praha: Karolinum, s. 69. ISBN 978-80-246-4544-5.

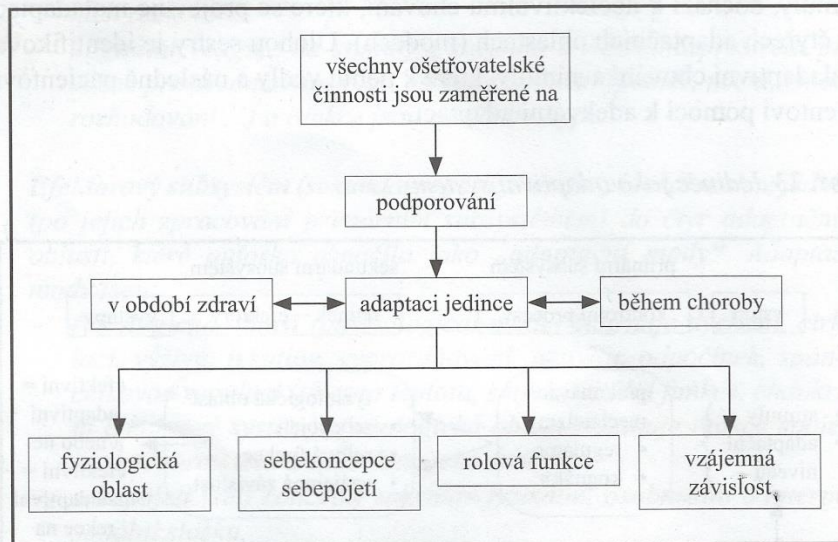


Obr. 8.6. Schéma stavu před radikální prostatektomií a po ní

Zdroj: HANUŠ, T., MACEK P., et al., 2016. *Urologie pro mediky*. Praha: Karolinum, s. 108. ISBN 978-80-246-3008-3.

Příloha č. 7 – Grafické znázornění zaměření ošetřovatelských činností v adaptačním modelu Callisty Roy

Obr. 25 Grafické znázornění zaměření ošetřovatelských činností v modelu C. Roy



Zdroj: FARKAŠOVÁ, D., et al., 2006. *Ošetřovatelství – teorie*. Martin: Osveta, s. 118. ISBN: 80-8063-227-8.

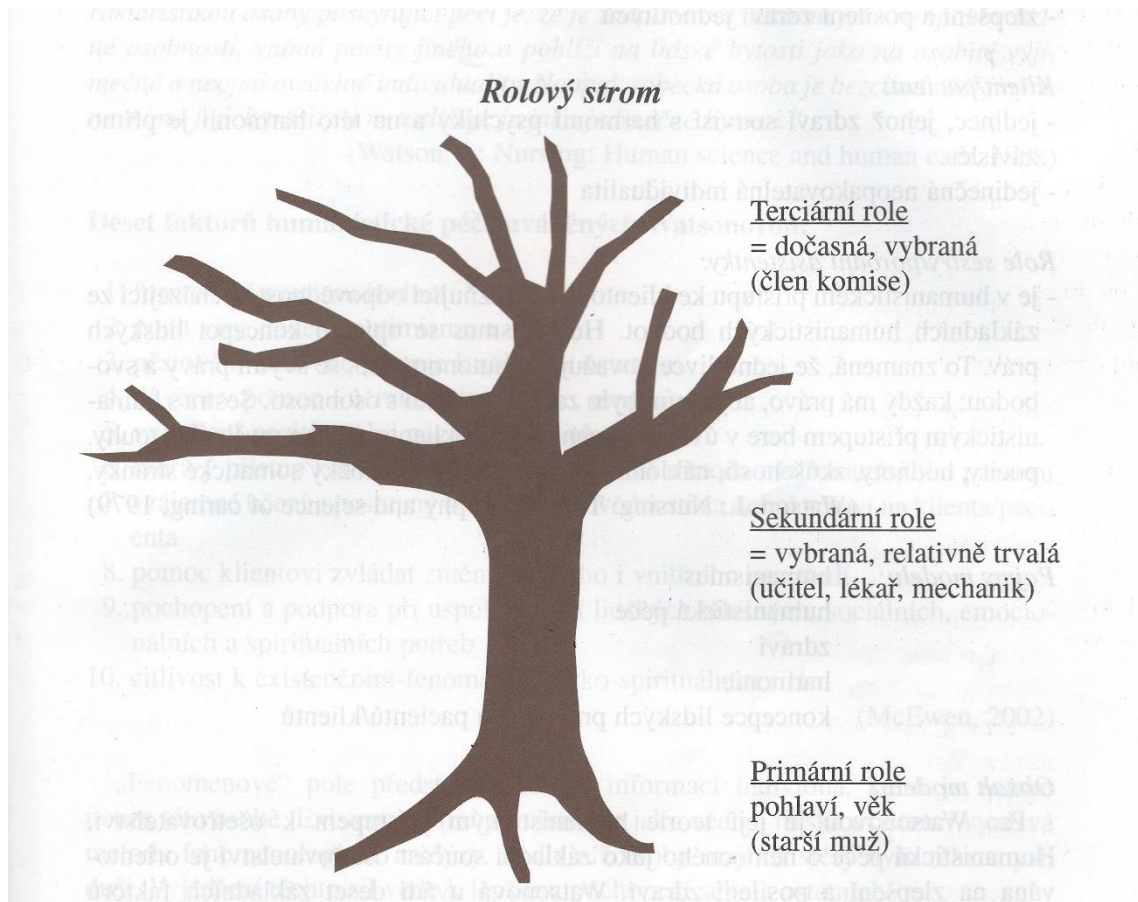
Příloha č. 8 – Adaptační systémy člověka

Tab. 1: Adaptační systémy člověka.

Fyziologický adaptační systém dýchání a cirkulace tekutiny výživa vyprazdňování aktivita, odpočinek, spánek celková regulace fyziologické hodnoty smyslové vnímání endokrinní systém
<i>Adaptační systém sebepojetí-sebeuvědomění</i> fyzikální část osobnostní část interpersonální část
<i>Adaptační systém zvládnutí rolí</i> primární role sekundární role terciální role
<i>Adaptační systém vzájemné závislosti</i> nezávislost závislost vzájemná závislost

Zdroj: ARCHALOUSOVÁ, A., SLEZÁKOVÁ, Z., 2005. *Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe.* Hradec Králové: Nucleus, s. 101. ISBN: 80-86225-63-1.

Příloha č. 9 – Adaptační systém zvládnutí rolí (Rolový strom)



Zdroj: ARCHALOUSOVÁ, A., 2003. *Přehled vybraných ošetřovatelských modelů.*

Hradec Králové: Nucleus, s. 71. ISBN: 80-86225-33-X.

Příloha č. 10 – Otázky k rozhovorům

Rozhovor pacienti

- 1) Kolik je Vám let?
- 2) Jaké je Vaše povolání?
- 3) Kolikátý den jste po operačním výkonu (prostatektomii)?
- 4) Jak vnímáte nemocniční prostředí? Jak se Vám podařilo se přizpůsobit na nové prostředí?
- 5) Jak se adaptujete na nově vzniklou situaci po odstranění prostaty?
- 6) Jak vnímáte Váš pooperační stav? V jakých oblastech pociťujete problémy po operaci?
- 7) Co Vám pomáhá? Co vás podporuje v pooperačním průběhu?
- 8) Jak vnímáte sestru po operaci?

Fyziologický adaptační systém

- 9) Jak Vám sestra pomáhá s příjmem potravy a tekutin?
- 10) Jste schopný se najíst sám? Nebo potřebujete pomoc?
- 11) Máte nějaké dyspeptické potíže? Poruchu polykání?
- 12) Jak Vám sestra pomáhá s vyprazdňováním? Sám, s pomocí na WC, pojízdný klozet, podložní mísa?
- 13) Máte zajištěný dostatečný přísun tekutin?
- 14) Jak Vám sestra pomáhá v pohybových aktivitách? Posazení v lůžku, přesun do koupelny?
- 15) Jak Vám sestra pomáhá v oblasti hygieny?
- 16) Jak Vám sestra pomáhá s podporou spánku?
- 17) Máte nějaké spánkové rituály?

Adaptační systém sebepojetí, sebeuvědomění

- 18) Jak vnímáte sám sebe po operaci?
- 19) Jste smířen s obrazem vlastního těla?
- 20) Vnímáte nějaké omezení ve společnosti?
- 21) Vnímáte nějaké omezení v zájmové činnosti?
- 22) Jak zvládáte stresové situace?
- 23) Máte možnost v nemocnici vyznávat víru?
- 24) Chcete zajistit kněze, pastora?
- 25) Cítíte omezení kvůli své víře?
- 26) Máte nějaká přání ohledně víry?
- 27) Potřebujete nějakou pomoc po propuštění z nemocnice?

Adaptační systém zvládnutí rolí

- 28) Odpovídá Váš věk tomu, jak se cítíte?
- 29) Jakou roli zastáváte mimo nemocnici a v nemocnici?
- 30) Cítíte omezení v době nemoci?
- 31) Dělá Vám problémy komunikace s cizími lidmi?
- 32) Jak vnímáte roli pacienta?
- 33) Dělá Vám problém se adaptovat na nemocniční prostředí?
- 34) Vnímáte problém s adaptací na stav po odstranění prostaty?

Adaptační systém vzájemné závislosti

- 35) Cítíte se vyrovnaný?
- 36) Jak vnímáte svoji závislost na druhé osobě po operaci?
- 37) Zvládáte stresové situace bet problémů sám?
- 38) Jak dlouho u Vás probíhá závislost na druhé osobě?
- 39) Jste na někom závislý?
- 40) Je někdo závislý na Vás?
- 41) Jak dlouho trvá adaptace na cizí osoby? Prostředí?
- 42) Vadí Vám změny?
- 43) V čem spatřujete největší problém? Co Vám chybí?

Zdroj: Vlastní, 2023

Rozhovor sestry

- 1) Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?
- 2) Kolik je Vám let?
- 3) Jak dlouho pracujete na urologickém oddělení?
- 4) Znáte ošetrovatelský adaptační model Callisty Roy?

Fyziologický adaptační systém

- 5) Jak pacientovi zajišťujete stravu?
- 6) Jak podporujete pacienta v sebeděči? Strava, hygiena, pohyb.
- 7) Jak podporujete pacienta v mobilizaci na lůžku a mimo lůžko?
- 8) Jak zajišťujete u pacienta vyprazdňování? S pomocí na WC, pojízdný klozet či podložní mísa?
- 9) Jak se staráte o močový katétr?
- 10) Jak podporujete pitný režim u pacientů?
- 11) Jak pomáháte pacientům k efektivnímu dýchání?
- 12) Jak podporujete spánek u pacientů v nemocničním prostředí?
- 13) Jak podporujete pacienta v relaxaci a odpočinku?
- 14) Jak reagujete na bolest pacienta?

Adaptační systém sebezpečí, sebeuvědomění

- 15) Jak pomáháte pacientům s adaptací narušeného obrazu vlastního těla?
- 16) Splňujete pacientům nějaká přání ohledně víry?
- 17) Jakým způsobem předáváte pacientům vědomosti, dovednosti a informace potřebné pro průběžnou sebezpečí?

Adaptační systém zvládnutí rolí

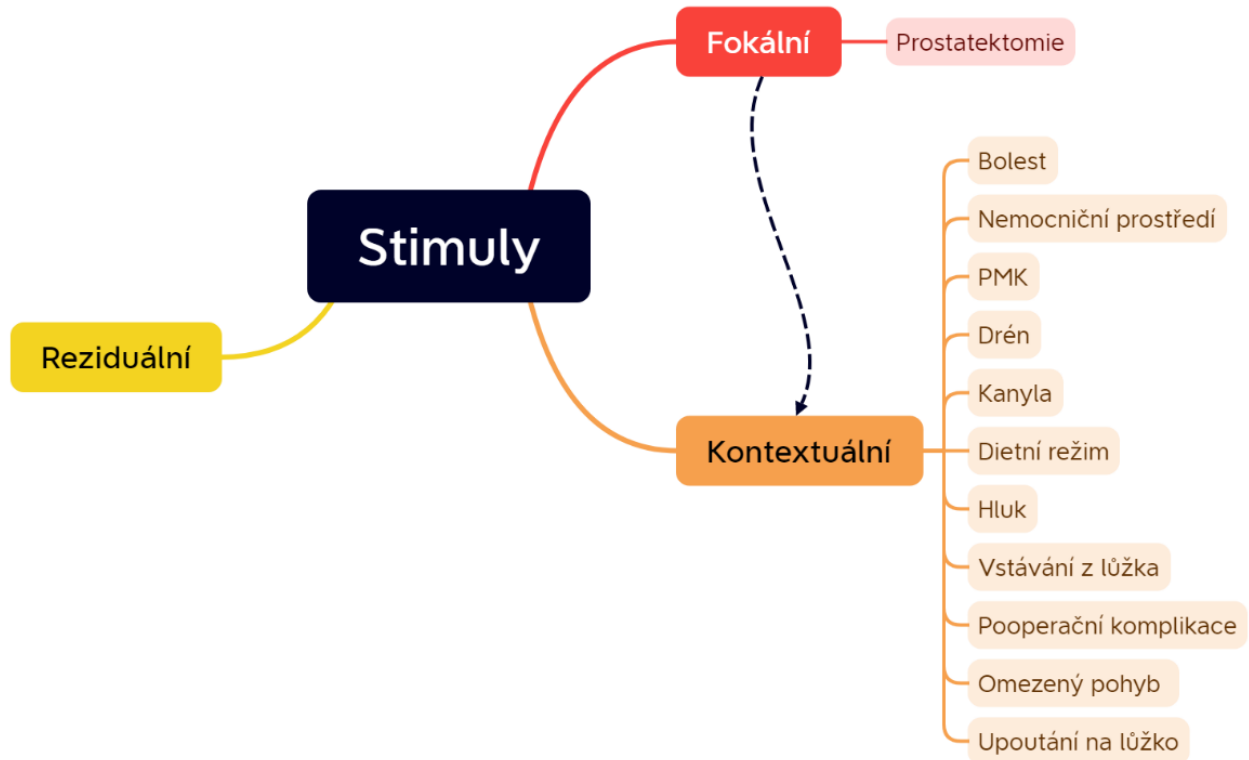
- 18) Jak pomáháte pacientům se zvládnutím adaptace na nemocniční prostředí?
- 19) Jak pomáháte pacientům se adaptovat na nově vzniklou situaci, a to stav po prostatektomii?

Adaptační systém vzájemné závislosti

- 20) Zajímáte se o problémy pacientů? Pokud ano, o jaké?
- 21) Jak reagujete, pokud s Vámi chce pacient sdílet svoje těžkosti?
- 22) Zajímáte se o to, jak pacienti vidí sami sebe po operaci?
- 23) Jak pobíhá komunikace mezi Vámi a pacientem?
- 24) Co podle Vás působí na pacienty po prostatektomii pozitivně a co negativně?
- 25) Zda sledujete, jestli pacienty něco ovlivňuje v průběhu adaptace.

Zdroj: Vlastní, 2023

Příloha č. 11 - Kontextuální a fokální stimuly



Presented with **xmind**

Zdroj: Vlastní v programu Xmind, 2023

Příloha č. 12 - Problémy pacientů po prostatektomii



Presented with **xmind**

Zdroj: Vlastní v programu Xmind, 2023

9 Seznam zkratek

ATB – antibiotikum

BHP – benigní hyperplazie prostaty

CT – počítačová tomografie

CŽT – centrální žilní katétr

DNCR - opožděné neurokognitivní zotavení

GCS – Glasgow Coma Scale

GIT – gastrointestinální trakt

HIV – virus lidské imunitní nedostatečnosti

JIP – jednotka intenzivní péče

MR – magnetická rezonance

PMK – permanentní močový katétr

PSA – prostatický specifický antigen

RALRP – roboticky asistovaná laparoskopická radikální prostatektomie

RTG – rentgenové vyšetření

SpO₂ – Nasycenost krve kyslíkem

TURP – transuretrální resekce prostaty

VAS – vizuální analogová škála