

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

**Jana Kolářová**

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**Kvalita života nemocného s inkontinencí po radikální  
prostatektomii  
Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Jitka Krocová

PLZEŇ 2014

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne

.....  
vlastnoruční podpis

Děkuji Mgr. et Mgr. Jitce Krocové za odborné vedení práce, poskytování rad, materiálních podkladů a trpělivost při zpracování této práce. Zároveň děkuji vedení Urologické kliniky FN Plzeň za umožnění výzkumné činnosti. Zvláštní poděkování patří mojí rodině za trpělivost a psychickou podporu během celého mého studia.

# OBSAH

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST .....	10
1 PROSTATA.....	10
1.1. Anatomie prostaty.....	10
1.2 Funkce prostaty.....	10
2 KARCINOM PROSTATY .....	12
2.1 Etiologie.....	12
2.2 Symptomatologie .....	12
3 DIAGNOSTIKA KARCINOMU PROSTATY .....	13
3.1 Palpační rektální vyšetření.....	13
3.2 Prostatický specifický antigen .....	13
3.3 Transrektální ultrazvukem vedená biopsie prostaty (TRUS-B) .....	14
3.3.1 Příprava nemocného k biopsii prostaty.....	14
3.4 Zobrazovací metody .....	14
4 LÉČBA KARCINOMU PROSTATY .....	16
4.1 Radikální prostatektomie (RAPE) .....	16
4.1.1 Předoperační příprava .....	17
4.1.2 Pooperační péče .....	18
4.1.3 Pooperační komplikace.....	18
5 PÉČE O PERMANENTNÍ MOČOVÝ KATÉTR (PMK).....	20
5.1 Edukace v péči o PMK .....	20
6 EDUKACE PACIENTA .....	22
6.1 Edukační proces.....	23
6.2 Pomůcky při edukaci .....	24
6.3 Edukace pacienta s inkontinencí.....	24
7 KVALITA ŽIVOTA.....	26
7.1 Metody měření kvality života .....	27
PRAKTICKÁ ČÁST .....	29
8 FORMULACE PROBLÉMU .....	29
9 CÍL VÝZKUMU .....	30
10 CHARAKTERISTIKA SOUBORU.....	32
11 METODA SBĚRU DAT .....	32

12 ORGANIZACE VÝZKUMU .....	33
13 ZPRACOVÁNÍ DAT .....	34
14 ANALÝZA ÚDAJŮ .....	35
15 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ .....	46
16 DISKUSE .....	49
ZÁVĚR.....	52
POUŽITÁ LITERATURA	
ODBORNÁ TERMINOLOGIE	
SEZNAM ZKRATEK	
SEZNAM GRAFŮ	
SEZNAM PŘÍLOH	

## Anotace

Příjmení a jméno: Kolářová Jana

Katedra: Ošetrovatelství

Název práce: Kvalita života nemocného s inkontinencí po radikální prostatektomii

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Jitka Krocová

Počet stran – číslované: 53

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 25

Počet příloh: 13

Počet titulů použité literatury: 34

Klíčová slova: Radikální prostatektomie, inkontinence, kvalita života

## Souhrn:

Ve své bakalářské práci se věnuji problematice nádorového onemocnění prostaty a komplikacím operační léčby tohoto onemocnění. Zmiňuji anatomii a fyziologii prostaty, symptomatologii a etiologii onemocnění, vyšetřovací metody, terapeutické postupy. Praktická část práce se zaměřuje na problematiku života mužů s inkontinencí jako komplikací po radikální prostatektomii. Cílem práce je pomocí průzkumu zjistit, jak tato pooperační komplikace změnila kvalitu jejich života. Výsledky šetření jsou zpracovány v grafech. V závěru práce je připojeno doporučení pro praxi, navrhuje zlepšení péči o nemocné s inkontinencí po radikální prostatektomii.

## Annotation

Surname and name: Kolářová Jana

Department: Take Care of Patients

Title of thesis: Quality of life in patient with urinary.incontinence after radical prostatectomy

Consultant: Mgr. et Mgr. Jitka Krocová

Number of pages – numbered: 53

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 25

Number of appendices: 13

Number of literature items used: 34

Keywords: radical prostatectomy, inkontinence, quality of life

## Summary:

In my thesis I deal with the issue of prostate cancer and complications of surgical treatment. I wrote about the anatomy and physiology of the prostate, symptomatology and etiology, diagnostic methods and therapeutic procedures. The practical part of this thesis focuses the issue of male life with incontinence as a complication after radical prostatectomy. The aim of my work is the determination (using survey) of these postoperative complications and change of their life after that. Final results are processed in diagrams. In conclusion there is given recommendation for practice. How to improve care of patients with incontinence after radical prostatectomy.

## ÚVOD

Nádorové onemocnění prostaty je nečastější nádorové onemocnění mužů a jeho incidence od roku 2008 prudce stoupá (příloha č. 3). Jedinou kurativní metodou tohoto onemocnění je radikální prostatektomie. Indikace pro tento operační zákrok jsou přísné, výkon je poměrně složitý a možné komplikace tohoto operačního zákroku mají dopad na kvalitu života. Pacient se po diagnostikování nádorového onemocnění vyrovnává s onkologickou diagnózou a vizí operačního zákroku. Zároveň musí čelit možným komplikacím operace, která jim dává šanci na další život, ale také přináší rizika, mezi které patří porucha sexuálních funkcí a inkontinence moči.

Ve své práci se věnuji hlavně problematice inkontinence moči po tomto radikálním výkonu. Používáním nových operačních metod sice těchto komplikací ubývá, ale stále se vyskytují ve vysokém měřítku. Pro muže je to výrazná frustrace, je ovlivněn jejich pracovní, společenský, kulturní a intimní život. Komplikace mu mohou přinést omezení v běžných aktivitách, v životě. Zdravotník musí přistupovat k pacientovi individuálně, trpělivě a empaticky, musí pochopit pacientovy pocity a obavy a snažit se mu pomoci.

Cílem této práce je pomocí šetření zjistit kvalitu života mužů, kteří inkontinenci moči měli, nebo jí stále trpí a museli se s tímto handicapem naučit žít. Dílčím cílem práce je pak určit, jaká je jejich informovanost o této problematice a možnostech jejího řešení. Výstupem bakalářské práce je doporučení pro praxi týkající se kvalitnější péče, edukace pacientů a návrhu postupů vedoucích ke zlepšení sebepéče mužů po tomto zákroku.



# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 PROSTATA

Prostata se řadí mezi další přídatné pohlavní žlázy u muže a je uložena pod dnem močového měchýře. U zdravého muže je velikosti kaštanu, symetrická, hladká, elastická a nebolestivá. Je to nepárový orgán, jehož tkáň se skládá z drobných žlázek a hladké svaloviny. Středem prostaty prochází močová trubice, prostata ji obepíná na jejím začátku (2, s. 206; 1, s. 242-243).

### 1.1. Anatomie prostaty

U prostaty můžeme rozlišit horní plochu (*basis prostatae*), která je naléhající na močový měchýř, dále hrot prostaty (*apex prostatae*), který míří směrem dolů a dosahuje k diafragma urogenitale. Od baze k apexu prochází prostatou část močové trubice zvaná prostatická uretra (*pars prostatica urethrae*), která dělí prostatu na přední a zadní plochu. Přední plocha (*facies anterior*) je obrácena ke sponě stydké, zadní plocha (*facies posterior*) je obrácena k rektu, kde je možné ji při vyšetření *per rectum* nahmatat. (2, s. 206; 3, s. 11)

Povrch prostaty je pokryt vazivovým obalem. Na něj zvenku naléhá žilní pleteň (*plexus venosus prostaticus*). Prostatu i s pletením pokrývá pánevní facie a tvoří tak další obal (*capsula periprostatica*), pomocí kterého je fixován k okolí. (2, s. 206)

V současnosti se prostata dělí do tří zón. Periferní zóna je nejrozsáhlejší, 70 % objemu tvoří žlázy, které produkují sekret, jenž může být zdrojem maligních buněk a karcinomu prostaty. Vnitřní (centrální) zóna s podslizničními žlázami tvoří asi 25% objemu prostaty. Nejméně rozsáhlá je přechodná zóna s 5 % žláz. Je umístěna kolem močové trubice. Hyperplázie žláz této zóny a periurethrálních žláz způsobuje benigní hypertrofii prostaty. (2, s. 206)

### 1.2 Funkce prostaty

Žlázy prostaty tvoří sekret, jenž je při ejakulaci vypuzován do uretry a tvoří asi 30% objemu ejakulátu. Sekret je bezbarvý s kyselým pH (6,4).

Jeho úkolem je zajistit výživu a pohyblivost spermií, má rovněž vliv na zkapalnění spermatu a také má antibakteriální účinky. Dále prostata splňuje funkci v uzavření semenných a žlázových vývodů, jenž ústí v místě uložení prostaty do močové trubice a tím

brání při močení vstupu moči do těchto cest. Hladká svalovina vnitřního svěrače při vývodu močové trubice z močového měchýře v místě horního okraje prostaty naopak nepodléhá volní inervaci, při ejakulaci uzavírá močovou trubici a tím brání vstupu ejakulátu do močového měchýře. (2, s. 206; 3, s. 11)

## **2 KARCINOM PROSTATY**

Karcinom prostaty je nejčastějším maligním onemocněním mužů v České republice a představuje závažný zdravotní problém naší planety. Tento zhoubný nádor se převážně vyskytuje u mužů ve věku nad 50 let (příloha č. 6). 10% mužské populace může tímto nádorem onemocnět a 3% zemřít. Adenokarcinomem, nejčastějším karcinomem prostaty, každoročně onemocní kolem 400 000 mužů.(4, s. 15; 5, s. 225)

### **2.1 Etiologie**

Etiologie karcinomu prostaty není přesně známa. Vznik ovlivňují četné rizikové faktory, z nichž nejzávažnější je věk, rasová příslušnost a výskyt v rodině. Dále existuje celá řada potenciálních vlivů, jako je životní styl, dietní zvyklosti, hormonální vlivy. (5, s. 231-233)

### **2.2 Symptomatologie**

Většina karcinomu vzniká v periferní zóně prostaty, proto nemusí mít zpočátku žádné projevy. Potíže jako celková slabost, obtížné močení, retence moči, bolesti zad nebo hematurie svědčí pro již pokročilou chorobu. Naštěstí díky informovanosti a využití lepších vyšetřovacích metod jsou tyto případy již vzácné. (6, s. 398; 7, s. 105)

### **3 DIAGNOSTIKA KARCINOMU PROSTATY**

Základní metodou v diagnostice je odběr osobní anamnézy, kdy lékař posoudí riziko vzniku onemocnění (výskyt u bratra, otce), dále hodnotí především současné symptomy. Dalším základním vyšetřením je palpační vyšetření per rectum a odběr krve k detekci prostatického specifického antigenu (PSA). K výše uvedeným metodám řadíme také transrektální ultrasonografii (TRUS) a biopsii prostaty. (7, s. 105)

#### **3.1 Palpační rektální vyšetření**

Tento postup by měl být součástí preventivního vyšetření každého muže nad 50 let. Jakékoliv zvětšení, nerovnost, asymetrie, tuhý uzel či bolestivost je indikací k biopsii prostaty a dalšímu vyšetření. (7, s. 105)

#### **3.2 Prostatický specifický antigen**

Prostatický specifický antigen je základní nádorový marker při podezření na zhoubné onemocnění prostaty. Provádí se odběr krevního vzorku, ve kterém se stanovuje hladina tohoto antigenu. Jedná se o glykoproteid produkovaný epitelem prostaty. Vyšší hladina v séru může být způsobena benigním zvětšením prostaty, zánětem nebo karcinomem. (3, s. 10)

Normální hodnoty se pohybují mezi 0-4 ng/ml, zvýšené (podezřelé) hodnoty mezi 4-10 ng/ml, ty představují tzv. šedou zónu, kdy se u části nemocných potvrdí benigní hyperplazie prostaty a u části karcinom. U hodnot nad 10 ng/ml musíme uvažovat o pravděpodobném nález karcinomu. (9, s. 395)

Normální hodnoty však nevylučují karcinom prostaty, proto se využívá PSA specifita, která značí poměr volné frakce PSA k celkovému PSA. Dále je nutno počítat s tím, že hladina s postupujícím věkem stoupá. Proto se využívají věkově specifické hodnoty PSA. U některých nemocných může hladina PSA kolísat, proto se ke zpřesnění diagnostiky používá PSA velocita, což je progrese hladiny PSA během 12 měsíců. (7, s. 105-107)

Hodnota PSA je zvýšená po vyšetření per rectum, biopsii prostaty a katetrizaci močového měchýře, proto odběr provádíme před těmito výkony, nebo s časovým odstupem. (3, s. 15)

Výskyt nádorového onemocnění prostaty se za posledních 20 let zdvojnásobil, nárůst je to dosti velký. Sledování PSA je tak vhodné vyšetřovat u mužů starších 50 let v rámci běžných preventivních prohlídek. (8, s. 53)

### **3.3 Transrektální ultrazvukem vedená biopsie prostaty (TRUS-B)**

Biopsie prostaty je invazivní diagnostickou metodu, kdy se pomocí transrektální sonografie cílně odeberou histologické vzorky prostaty. Bioptuje se buď suspektní ložisko, nebo se odebere minimálně 10 vzorků z celé prostaty. (7, s. 106)

Standardně se k odběru vzorku tkáně používá automatická bioptická pistole. Pomocí pérového mechanismu pistole následuje bleskový pohyb bioptické jehly, při kterém je odebrán vzorek tkáně. Výhodou této techniky je možnost odběru vzorků bez větší traumatizace. (5, s. 277)

Diagnostická významnost samotného transrektálního ultrazvukového vyšetření se nepotvrdila, bylo prokázáno, že metoda nemusí časný karcinom prostaty lokalizovat. Biopsie je pro potvrzení karcinomu nezbytná. Pokud je výsledek mikroskopického vyšetření vzorků negativní a hladina PSA je stále vyšší, je třeba odběr s odstupem nejméně 6 měsíců opakovat. (6, s. 398-399)

#### **3.3.1 Příprava nemocného k biopsii prostaty**

Výkon je vhodné provádět v lokální anestezii či analgosedaci a s antibiotickou profylaxí jako prevencí infekčních komplikací. (7, s. 106)

Nemocný je seznámen s jednoduchou přípravou a poučen o důležitosti vysazení léků ovlivňující srážlivost krve, které by neměl užívat již týden před plánovaným výkonem. Samotný výkon je muži hodnocen jako minimálně bolestivý, může však způsobovat nepříjemné pocity. Důležitý je citlivý a taktní přístup personálu a zachování maximální intimity. Nemocný musí být před výkonem seznámen se vznikem možných komplikací a podepisuje souhlas s provedením výkonu. (3, s. 17)

### **3.4 Zobrazovací metody**

Zobrazovací metody zastávají v diagnostice karcinomu prostaty významnou roli, zejména pokud jde o včasné odhalení a charakteristiku nádoru. Podle přesné diagnózy je možno zvolit optimální způsob léčby, či sledovat regresi či progresi onemocnění. Kromě již zmíněného sonografického vyšetření prostaty včetně dopplerovského se využívá

magnetická rezonance, scintigrafie skeletu ke zjištění možných metastáz a výpočetní tomografie. (5, s. 286-291)

## **4 LÉČBA KARCINOMU PROSTATY**

Léčba i prognóza karcinomu prostaty je závislá na rozsahu onemocnění (stage) a histologické diferenciaci (grade). Z terapeutického a prognostického hlediska je důležité posoudit, zda je nádor ještě ohraničený na prostatu, nebo se nachází již i mimo prostatu a v jakém rozsahu - jestli je postižení lokální, nebo jde o systémové onemocnění. Konečnou diagnózu stanovuje patolog, který při hodnocení rozsahu nádoru klinickou klasifikací potvrdí, nebo opraví. Chybné zařazení nádoru může vést k nedostatečnému, nebo naopak zbytečnému léčení nemocného. (5, s. 319)

Karcinom prostaty má dvě varianty - kurativní a paliativní. Mezi kurativní léčbu u lokalizovaných karcinomů patří radikální prostatektomie, zevní ozařování a brachyterapie. Do paliativní léčby řadíme hormonální léčbu, řešení kostních metastáz a bolesti. Asi 90% nemocných s lokalizovaným karcinomem prostaty přežije v průměru 10 let, 5-7 let nemocní s uzlinovým postižením. (5, s. 319)

Vzhledem k rozsáhlosti tématu je bakalářská práce zaměřena pouze na variantu léčby lokálně ohraničeného karcinomu prostaty, kterou je radikální prostatektomie (RAPE).

### **4.1 Radikální prostatektomie (RAPE)**

Radikální prostatektomie je operační zákrok, kdy se odstraňuje celá prostata se semennými vajíčky a následným provedením uretrovezikální anastomózy. Při výkonu se může rovněž provádět pánevní lymfadenektomie, zejména pokud je tu vyšší riziko postižení lymfatických uzlin. Tato operace je první volbou u nemocných s lokalizovaným karcinomem a předpokládanou dobou přežití nejméně 10 let. (7, s. 108; 9, s. 400)

RAPE může být provedena jako radikální retropubická prostatektomie, která je dnes standardem v operační léčbě karcinomu prostaty, nebo jako dnes už méně častá radikální prostatektomie z perineálního přístupu. Stále více je využívána laparoskopická radikální prostatektomie prováděná transperitoneálně i extraperitoneálně. Její výhodou jsou menší krevní ztráty, kratší doba hospitalizace a rekonvalescence. Robotická radikální prostatektomie je variantou laparoskopického výkonu. Benefitem jsou větší možnosti operátora v pohybu nástrojů a trojrozměrný pohled, což lze s výhodou uplatnit při lepší orientaci v prostoru při samotné prostatektomii, šetření nervově cévních svazků a šití ureterovezikální anastomózy. (7, s. 108)

#### 4.1.1 Předoperační příprava

V případě chirurgické léčby nádorů je úloha sestry mimořádně důležitá. K úzkosti a strachu pacienta z onkologického onemocnění se přidružuje ještě obava z operace, jejích následků a trvalých změn. Významná je úloha sestry v komunikaci s nemocným. Je důležité srozumitelně a opakovaně v jednotlivých krocích vysvětlovat operační zákrok, přípravu před operací a pooperační péči. Důležité je i zapojení nemocného do péče a navázání partnerského vztahu. Nemocný by měl mít rozhodně možnost spolurozhodovat o jednotlivých krocích péče. Zpravidla je přijímán na oddělení den před plánovaným výkonem. S sebou si přinese výsledky provedeného předoperačního vyšetření (interní vyšetření s EKG, laboratorní vyšetření, RTG plic) a eventuelní další doplňující vyšetření dle doporučení lékaře. Tato vyšetření si zajistí prostřednictvím svého praktického lékaře. Je s výhodou, pokud nemocný vzhledem k pooperačním krevním ztrátám podstoupí 2-3 týdny před plánovaným výkonem na transfúzní stanici odběr vlastní krve k možné autotransfúzi. Zpravidla se jedná o 250-600 ml krve. (11; 5, s. 321)

Součástí předoperační přípravy je rozhovor s anesteziologem. Ten nemocnému vysvětlí průběh anestezie a možnosti jejího podání. Většinou se jedná o celkovou anestezii, která může být doplněna anestézií epidurální. Výhodou epidurální anestezie je její použití v pooperačním období. (11; 5, s. 321)

RAPE je náročná operace, proto by měl být nemocný lékařem dostatečně informován o průběhu plánované operace a o možných komplikacích. Informace by měly být podány srozumitelně a nemocný by měl mít dostatek prostoru pro otázky, které by měl lékař citlivě a s empatií zodpovědět. Informace by měly být podávány v soukromí. Součástí obecné předoperační přípravy je příprava střeva dle standardního postupu kliniky/oddělení, popř. přání operátora. V rámci speciální přípravy sestra pacienta poučí o režimových opatřeních souvisejících s typem výkonu, dále dle ordinace lékaře a anesteziologa zajistí podání večerní premedikace a opatření v prevenci tromboembolické nemoci (TEN). Součástí speciální přípravy před operací je také podávání antibiotické profylaxe, infuzí dle ordinace lékaře. V den operace sanitář provede šetrné oholení operačního pole pomocí jednorázových pomůcek v rozsahu nutném k typu výkonu. Sestra zajistí celkovou hygienu nemocného, dohlédne nad odstraněním protetických pomůcek a šperků. V rámci prevence TEN nasazuje bandáže dolních končetin nemocného, event. kompresivní punčochy. Pečlivě vede dokumentaci, plní další ordinace lékaře, na výzvu



aplikuje premedikaci a vždy doprovází nemocného na operační sál. Na předsáli předává sestra nemocného s dokumentací do péče anesteziologické sestře. (11)

#### **4.1.2 Pooperační péče**

V pooperačním období patří mezi prioritní oblasti prevence pooperačních komplikací sledování stavu operační rány a monitorování bolesti. Každopádně péče o pacienta musí respektovat jeho individuální potřeby, kulturní rozdíly a jeho přání. Péče musí být koordinovanou činností všech členů ošetrovatelského týmu nelékařských zdravotnických pracovníků-sester, fyzioterapeutů, nutričních specialistů a pomocného personálu. Nemocného po operačním výkonu předává anesteziolog kompetentní všeobecné sestře do další péče, informuje ji o jeho aktuálním zdravotním stavu. Sestra přebírá dokumentaci nemocného včetně anesteziologického záznamu a ošetrovatelské perioperační dokumentace. U nemocného je nutný v časném pooperačním období kontinuální monitoring vitálních funkcí. Sestra kontroluje stav vědomí a základní životní funkce nemocného, operační ránu, odvod z drénů, množství a barvu moči ze zavedeného permanentního močového katétru (PMK). Zajišťuje vhodnou polohu nemocného. Dle ordinací lékaře podává infuzní terapii, antibiotika, antiagregancia, odebírá biologický materiál. Hodnotí bolest, podává analgetika a kontroluje jejich účinek. Sleduje subjektivní potíže nemocného. Pečuje o PMK a žilní vstupy, případně o epidurální katétr. Jakékoli změny hlásí ihned lékaři, vše pečlivě zaznamenává do dokumentace. (12)

V následné pooperační péči kromě výše uvedeného sestra nadále plní ordinace lékaře, zajišťuje hygienu nemocného, pečuje o jeho lůžko, osobní a ložní prádlo, sleduje a zajišťuje příjem tekutin a potravy, včetně vyprazdňování. Stará se o rehabilitaci nemocného a časnou mobilizaci jako prevenci tromboembolické nemoci, dekubitů a pneumonie. Vše zaznamenává do dokumentace. (11)

Při nekomplikovaném průběhu je nemocný propuštěn 5-6 den po operaci dle celkového stavu do domácí péče. Je informován o stavu operační rány, dalším postupu a možných komplikacích hojení. PMK se běžně ponechává 2-3 týdny, nemocný je v péči o něj pečlivě edukován. (3, s. 21; 5, s. 325) Odstranění PMK probíhá při ambulantní kontrole.

#### **4.1.3 Pooperační komplikace**

Komplikace vzniklé po RAPE souvisí s technickou náročností operace a přehledností operačního pole. Mezi nejčastější rané komplikace patří krvácení z operační

rány a poranění rekta, dále urinální únik z anastomózy, tromboembolické komplikace, infekce v ráně. Mezi pozdní komplikace řadíme strikturu v anastomóze, erektilní dysfunkci a inkontinenci moči. (9, s. 402)

Inkontinence moči, převážně stresová, se v časném pooperačním období vyskytuje poměrně často. Do jednoho roku dochází k úpravě stavu u více než 90% nemocných,  $\frac{3}{4}$  jsou kontinentní již do 3 měsíců od operace. Těžká inkontinence zůstává asi u 4% nemocných. (5, s. 326)

## **5 PÉČE O PERMANENTNÍ MOČOVÝ KATÉTR (PMK)**

Močový katétr se zavádí z důvodu jednorázového vyprázdnění močového měchýře, nebo k zabezpečení permanentního odtoku moči v indikovaných případech. Při jeho zavádění je třeba dodržet přísnou aseptiku, zavedení katétru indikuje lékař. Stejně tak je důležitá monitorace příznaků celkové infekce (febrilie, tachykardie, třesavka, pocení,...). V časném pooperačním období, při snížené sebekpěči pacienta, kompetentní nelékař pečuje o celkovou hygienu genitálu. (28, s. 304)

Používání sterilní uzavřených drenážních systémů je samozřejmostí, odtok moči musí být plynulý, kontrolujeme průchodnost a dokonalou těsnost systému. Vzorky moči by měly být odebírány pouze z odběrového portu po jeho desinfekci. (12)

### **5.1 Edukace v péči o PMK**

Zdravotník by měl nemocnému podat takové informace, dovednosti a návyky, které mu budou nápomocny v obnově zdraví, či jej udrží na přijatelné úrovni. Edukovaného je třeba upozornit na možné chyby, kterých by se mohl závčas vyvarovat. Informace by měly být podávány co nejsrozumitelněji takovou metodou, která odpovídá věku a individuálním schopnostem nemocného. (13, s. 8-14)

U nemocných po RAPE je důležité močový katétr ponechat ještě několik týdnů z důvodu zhojení ureterovezikální anastomózy. Při propuštění do domácího léčení musí být nemocný (popř. partner, rodina, blízký) edukován v péči o PMK. Nemocný by měl dodržovat pečlivou osobní hygienu. Urogenitální oblast mýt vodou a mýdlem nebo speciálním sprchovým gelem nejméně 2x denně. Před výměnou sběrného sáčku, která se provádí 1x za 3 dny, je třeba si taktéž pečlivě umýt ruce. Rovněž osobní prádlo a lůžkoviny je třeba udržovat v čistotě. Nemocný nadále sleduje vzhled a množství moči, dbá na funkčnost systému dle informací, které mu byly poskytnuty před odchodem z oddělení nemocnice. Je poučen o možných příznacích infekce. Důležité je dodržování pitného režimu z důvodu hydratace nemocného, průchodnosti PMK a stagnace moči v močových cestách, což by mohlo podporovat vznik infekčních komplikací. (12)

Po odstranění katétru může dojít ke krátkodobé či přetrvávající inkontinenci moči. Nemocný by měl být o tomto již předem informován a edukován zdravotníky a vybaven náležitými pomůckami. Komplexní edukace pacienta po odstranění PMK zahrnuje nejen informace o vhodných pomůckách, ale i režimových opatřeních, rehabilitaci svalů dna

pánevního, správné hygieně. Více o edukaci pacienta s inkontinencí bude zmíněno v samostatné kapitole této práce. (12)

## 6 EDUKACE PACIENTA

Edukace v ošetrovatelství má v současnosti významnou a nezastupitelnou roli. Úlohou sestry je uspokojovat biologické, fyziologické, sociální a spirituální potřeby pacienta. Role sestry se v posledních desetiletích neomezuje na pozici ošetrovatelky, ale zastává roli obhájkyně, partnerky, manažerky, vychovatelky a edukátorky. Edukaci chápe moderní ošetrovatelství jako proces výchovy a vzdělávání pacientů, jejich blízkých a příbuzných. Je v současnosti nástrojem na zapojení účasti pacienta a jeho rodiny na procesu poskytování ošetrovatelské péče. Vyučování a vzdělávání není doménou pouze pedagogiky, ale má i multidisciplinární význam. (13, s. 9)

Edukace v oblasti zdraví musí probíhat v procesu, tedy v tomto případě v edukačním procesu. Jde o systém poskytování ošetrovatelské péče, součástí je výchova ke zdraví, prevence, diagnostika a terapie. Edukační proces v ošetrovatelství představuje záměrné poskytování informací, které se úzce váží na vzniklý problém pacienta, celý proces se uskutečňuje ve specifickém prostředí a ve vzájemném vztahu mezi nelékařem a pacientem. (32, s. 56)

Edukátor je ten, kdo edukační aktivitu produkuje, např. nelékařský zdravotnický pracovník, lékař, učitel, lektor, instruktor. Edukant je objekt edukace bez ohledu na věk, pohlaví, národnost, náboženství, typ léčby, atd. Aby byl splněn cíl edukačního procesu, mezi edukátorem a edukovaným musí být vzájemný vztah. (13, s. 11)

Edukační prostředí je místo, kde se edukace odehrává, jsou na něj kladeny jisté významné nároky. Prostor by měl být klidný, pohodlný a příjemný pro obě strany, tedy edukátora i edukanta. Než sestra nebo kterýkoliv edukátor začne edukovat nemocného, mělo by být zajištěno vhodné prostředí bez hluku, dostatečně intimní, příjemně osvětlené a především je důležité vyhradit si pro klienta dostatek času. Správná edukace má jasné a dané zásady, které by měl edukátor dodržovat. Sestra (edukující nelékař) si musí stanovit reálné cíle celého procesu tak, aby vycházely z potřeb pacienta. Důležité je udržovat stálý kontakt s pacientem, vyžadovat zpětnou vazbu, podporovat a povzbuzovat ho, motivovat jedince. Zásadou je i využití klientových dosavadních znalostí a schopností chápat všechny informace. Podstatou správné edukace je jasná komunikace, bez odborných výrazů, stručná a zřetelná. Hlavním cílem edukace je, aby se dostalo nemocnému co nejvíce znalostí o daném aktuálním problému, který ho právě trápí, zajímá. (13, s. 15-23)

Cíle edukace jsou krátkodobé a dlouhodobé. Lze je také rozdělit na kognitivní, afektivní, behaviorální. Během celé edukace si nelékař vede záznamy o tom, co už bylo zodpovězeno a co je třeba vysvětlit či případně zopakovat. (22, s. 17)

## 6.1 Edukační proces

Edukační proces má tři fáze: plánování, realizace, hodnocení. Přípravnou fází edukačního procesu je plánování - projektování, která má za cíl sledování odpovědí a souboru otázek. Otázka *proč?* hledá smysl, účel změny, které se má docílit, schopnost klienta učit se, úroveň vědomostí, mentálních schopností nemocného a ostatních důležitých věcí. V otázce *koho?* se představuje objekt, kterého je třeba edukovat, který potřebuje nové informace o jeho diagnóze, konkrétních problémech, např. inkontinenci. Edukanti se liší věkem, pohlavím, vzděláním, zkušenostmi, jazykem, minoritou, životním stylem, hodnotovým systémem, názorem na zdraví a nemoc, sociálním prostředím a společensko ekonomickými poměry, ve kterých klient žije. *Co edukovat?* tvoří soubor cílů edukace, které mohou mít podobu znalostí, vědomostí, schopností, zručností a postojů. *Jak edukovat?* je způsob podání informací. Nejprve je důležité stanovení priorit a rozhodování o procesech, které vyvolají změnu chování, jednání a postojů klienta. Znamená to celkově sledovat jednotlivce, skupiny a jejich motivaci, jejich orientaci v daném problému, emocionální podporu a jejich celkový bio - psycho - sociální stav. V otázce *za jakých podmínek?* edukovat, představuje materiální, časové, organizační, prostorové a personální zajištění edukačního procesu. V poslední otázce *s jakým efektem?* se hodnotí, zda sestra či nelékař splnili stanovený cíl a zhodnotili dosažené změny, kterých klient dosáhl. Např. prevence komplikací spojených s inkontinencí. (31, s. 31;13, s. 26)

Druhá fáze procesu-realizace, spočívá ve schopnosti motivovat jednotlivce či skupinu ke spolupráci. Získat důvěru nemocného bývá velmi obtížné. Proto je v roli sestry průběžně motivovat a posilovat sebedůvěru pacienta, chválit jeho pokroky. Třetí fází je hodnocení edukace, má za cíl zjišťování, rekapitulování a posuzování dosaženého stavu procesu edukace. Pokud nelékař správně nezhodnotí edukaci, nemůže zjistit její efektivnost. Tato fáze vyžaduje systematičnost, spolehlivé metody, projevy jednotlivce. Na hodnocení je třeba potřebný čas a prostor. Pokud dojde k nesprávné a neefektivní informovanosti klienta, je třeba začít znovu a vyvarovat se chyb, kterých se edukátor dopustil. Ke správné edukaci napomáhá řada faktorů, v edukaci je nejdůležitější komplexnost, motivace, pohotovost a zpětná vazba, schopnost vcítit se do přání, představ, potřeb klienta. (13, s. 16)

## 6.2 Pomůcky při edukaci

V dnešní době je velké množství vyučovacích metod, které rozhodují o správném směřování ke stanovenému cíli. Do edukačních metod patří: slovní (výklad, přednáška, rozhovor), názorně demonstrační, praktické, sdělovací, motivační, diagnostické kombinace s vyučovacími formami a pomůckami. Mezi edukační materiály lze započítat leták či brožuru, kterou by sestra měla pacientovi poskytnout, tiskové materiály, a v dnešní modernizované době i CD, DVD atd. Pacient by si měl všechny pomůcky osahat, prohlédnout, materiály prostudovat. (13, s. 52; 22, s. 21)

Sestra se musí ubezpečit v důvěře pacienta, bez té by výsledek byl poloviční. Samozřejmě, že existují i faktory, které ovlivňují samotného edukovaného, např. únava, bolest, nezáměr, pasivita, pesimismus, strach, obava, nevhodná doba a prostředí. (13, s. 49)

## 6.3 Edukace pacienta s inkontinencí

Edukace pacienta s inkontinencí vyžaduje citlivý, empatický přístup. Inkontinence je citlivý a intimní problém, o kterém se klient, zvláště pak muži, ostýchají hovořit. Mnohdy zatají edukujícímu zdravotníkovi detaily či své pocity, které mohou být rozhodující. Důvodem je pocit nedůvěry či nejistota. I v tomto případě je důležitá volba klidného prostředí pro edukaci- místnost, kde je zaručena intimita klienta, není zde edukační proces rušen např. telefony, procházejícími osobami atd.

Důležitý je výběr správné inkontinentní pomůcky, volba je řízena několika faktory. Jednak je to stupeň a typ inkontinence, dále celkový stav pacienta a jeho preference. Stupeň inkontinence určuje lékař, sestra dle toho doporučuje vhodné pomůcky. Výběr pomůcky pacientem se odvíjí právě od celkového stavu pacienta, škále jeho aktivit, soběstačnosti a dalších faktorů. Pacientovi by měly být nabídnuty dostupné vhodné pomůcky, měl by být seznámen s možnostmi jejich kombinace (např. vložné pleny „na noc“ a kornouty „na den“) a možnostmi preskripce pomůcky. Je třeba zvážit zpočátku předpis jen např. jednoho balení pomůcek tzv. „na vyzkoušení“ a následně po zhodnocení, zda daná pomůcka vyhovuje či ne, buď dopsání počtu balení pomůcky do limitu nebo po dohodě s pacientem změna pomůcky, či doplnění o např. jiný typ pomůcky. V doporučeních upozorní zdravotník i na úpravu oděvu a nošení oblečení, které lze snadno svléknout. (28, s. 302)

Dalším důležitým momentem edukace pacienta s inkontinencí je informace o dostatečné a správné hygieně a jejich důvodech. Edukátor nesmí zapomínat v tomto

případě na informace ohledně správného pitného režimu. Pacient s inkontinencí se často snaží svůj problém řešit omezením tekutin, resp. nedodržuje pitný režim. To však vede k postupné dehydrataci a vzniku komplikací např. infekce cest močových. Důležité je i upozornění na vhodné a nevhodné tekutiny v pitném režimu. Ideální je interval 2 hodiny mezi napitím a vyprázdněním, pacient by měl dodržovat postupný pravidelný příjem tekutin v době od 7,00-19,00 hodin v množství 2,5-3 litry. (28, s. 302)

Neméně důležitá je v těchto případech informace o správných stravovacích návycích s dostatkem vlákniny, konzumace ovoce, zeleniny, celozrnného pečiva, samozřejmě v množství zohledněném na aktuální doporučený režim u pacienta (např. diabetická dieta). Chronická zácpa oslabuje svaly pánevního dna a práci střev, což inkontinenci zhoršuje. (28, s. 302)

Edukující zdravotník vysvětlí pacientovi za pomoci nákresů, brožur, DVD cviky k posílení pánevního dna, doporučí vhodnou frekvenci cvičení, vhodná je i případná konzultace s fyzioterapeutem. Zvláště důležitý je vztah pacienta a edukujícího, pacient musí vědět, že se může na zdravotníka kdykoliv obrátit při jakýchkoliv komplikacích či problémech. Zde je právě zásadní důvěra pacienta k sestře, zdravotníkovi. (28, s. 302)



## 7 KVALITA ŽIVOTA

Vymezit pojem kvalita či kvalita života není vůbec jednoduché. Jak uvádí např. Gurková (2011, s. 23) „*Koncept kvality života zahrnuje celou škálu různorodých oblastí zkušenosti člověka - od fyzických funkcí až po oblasti spojené s dosahováním životních cílů a prožíváním životního štěstí*“. Světová zdravotnická organizace (WHO, 1994) uvádí ve své definici: „*Kvalita života je to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům.*“ (Křivohlavý, 2001, s. 189)

Variabilně a v odlišných sociokulturních souvislostech byly sociální, kulturní, politické, ekonomické, medicínské, interpersonální psychologické, filosofické a historické aspekty lidského života pojmenovány značným počtem definic a přístupů k tomuto pojmu. Problematika kvality života je zkoumána několika vědními obory - lékařstvím, filosofií, sociologií, pedagogikou, andragogikou a jinými. (27, s. 213; 25, s. 23-24)

Pohled jednotlivých vědních disciplín je někdy odlišný, taktéž vymezení toho pojmu je tak různorodé a odlišné. Z hlediska původu je termín “kvalita” odvozen od latinského slovo qualis a to zase od kořene qui – kdo, ve významu “kdo to je”, eventuálně “jaké to je”? V českém jazyce kořen slova Kdo – “k” směřuje ke slovům charakteru “kéž” nebo “kýžený”, tedy žádoucí stav. To lze zaznamenat i v českém ekvivalentu pro kvalitu “jakost” - např. v souběhu s doplněním v podobě přívlastku dobrá, nejlepší až znamenitá nebo opačně špatná jakost. Kvalita života v ošetrovatelství je často definována celkovou životní spokojeností a spokojeností jedince ve specifických oblastech života, nebo v jejich procesu vnímání, je značně individuální. Stanovení kvality života v ošetrovatelské péči je nejčastěji hodnocení klienta, který definuje vlastním (subjektivním) sdělením zdravotní stav, bolest, spokojenost, touhu. Standardně je dána kvalita života úrovní duševní a tělesné činnosti spolu s pracovní výkonností a tělesnou, duševní a sociální pohodou. (30, s. 162; 27, s. 213)

Kvalita života bývá porovnávána v několika dimenzích. Rozsah jejího pojetí je veliký, z celé problematiky jsou vybírány jen dílčí celky. V makro rovině jsou porovnávány velké společenské celky, jako jsou např. státy, aktuálními jsou zde otázky jako je boj s chudobou, epidemiemi a jiné. V mezi rovině se porovnávají otázky kvality života malých sociálních skupin, jde zde zejména o respekt vzájemných vztahů mezi lidmi, o morální hodnotu života člověka. Prolínají se zde otázky uspokojování a neuspokojování

lidských potřeb, existence humanitních hodnot v dané skupině a hodnotových hierarchiích. V personální rovině je definice kvality života jednoznačná, řeší život jednotlivce, týká se každého z nás. Popisuje vztah mezi zážitkem a reflexí nad vlastní existencí, jde o subjektivní úsudek jedince. Fyzická/tělesná existence je další rovinou kvality života, jedná se o pozorovatelné chování druhých lidí, které se dá objektivně měřit a porovnávat. (30, s. 264)

## 7.1 Metody měření kvality života

Metod měření kvality života je velké množství. Mohou se dělit na tři základní skupiny. Kvalitu života vyhodnocuje druhá osoba, kvalita života se měří buď obecně, nebo dle určitých daných kritérií. Nevýhodou tohoto hodnocení je rozpor mezi subjektivním hodnocením pacienta a hodnocením druhou osobou. (27, s. 217)

Další metody jsou řízené tak, že kvalitu života vyhodnocuje sám pacient, jedná se tedy o subjektivní hodnocení pacienta. V tomto měření vstupuje do hodnocení tzv. fenomenální hledisko neboli vnitřní referenční rámec pacienta a analýza subjektivního posuzování. Měří se zde kvalita života dle pacientových vnitřních kritérií, je zde kladen důraz na spokojenost konkrétního jedince. Dále lze kvalitu života vyhodnocovat metodou smíšenou v kombinaci prvního a druhého typu zmíněných měření. (30, s. 168-169)

Hodnocení kvality života pacienta je nepostradatelné, doplňuje objektivní posouzení zdravotního stavu pacienta a hlavně důsledek nemoci na každodenní život člověka. Je to mimo jiné i nástroj pro hodnocení účinnosti léčby a postupů zvláště v případech, kde nedochází vždy k úplnému vyléčení. (30, s. 243; 25, s. 103)

K měření kvality života se používá hodnocení fyzického zdraví v somatické oblasti (aktivity denního života, mobilita, závislost na lécích nebo prostředcích, pracovní možnosti, odpočinek a spánek, diskomfort a bolest). V psychické (emoční) oblasti se posuzuje vztah k vlastnímu tělu, prožívání pozitivních a negativních emocí, sebeúcta, osobní přesvědčení (náboženská víra), schopnost koncentrovat se a učit se. Sociální vztahy hodnotí pak osobní vztahy jedince, jeho možnost sociální opory a pacienti zde subjektivně hodnotí svůj sexuální život. Kvalita života se sleduje ve všech oblastech komplexně. „Kvalita života představuje dlouhodobý cíl ošetrovatelské péče.“ říká Gurková (2011, s. 140).

Zvyšování kvality života by mělo směřovat k podpoře pacienta k návratu do běžného života, zvládání aktivit denního života a využití sociální opory. Zjištěný vliv onemocnění na jedince je východiskem pro plánování odpovídajících a efektivních

intervencí, které dále vedou k vytvoření kladného a vstřícného vztahu zdravotníka s pacientem a zlepšení kvality života jedince. (25, s. 140-141)

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 8 FORMULACE PROBLÉMU

Bakalářská práce je zaměřena na kvalitu života nemocných po radikální prostatektomii trpících inkontinencí moči jako komplikací tohoto výkonu. Tato komplikace zasahuje výrazně do jejich života. Představuje hygienický problém, ale také ovlivňuje psychiku a celkový zdravotní stav nemocných. Zasahuje do jejich sociální pozice, často znemožňuje opětovné zařazení do pracovního procesu, znovu zapojení do běžných aktivit a mnohdy může nemocného až izolovat od okolí. Práce je zaměřena na subjektivní hodnocení kvality života pacientů po zmiňovaném operačním zákroku. Úlohou práce je zjistit, jak inkontinence ovlivňuje kvalitu života pacientů. Jsou muži dostatečně informováni o možnostech a vhodných pomůckách, které by zkvalitnily jejich život s inkontinencí?

## 9 CÍL VÝZKUMU

Cílem práce je posoudit kvalitu života mužů po radikální prostatektomii a zaměřit se na ty, kteří trpí inkontinencí jako komplikací tohoto operačního výkonu. Pomocí průzkumu bude zjištěno, zda se u pacientů po operaci změnila kvalita jejich života, jak se vyrovnali se změnami souvisejícími s inkontinencí a zda jsou o možných řešeních problému dostatečně informováni. Součástí práce bude i návrh postupů ke zlepšení sebezpečí pacientů.

**Cíl 1:** Muži po radikální prostatektomii trpí inkontinencí déle než půl roku po operaci

**Předpoklad 1:** Domníváme se, že inkontinencí trpí většina mužů po radikální prostatektomii ještě 6 měsíců po výkonu.

K tomuto předpokladu se vztahují otázky dotazníku (viz. příloha č.12) č. 2, 4, 5.

K předpokladu byla stanovena kritéria: v otázce č. 2 zvolí respondenti ve více než v 50 ti% odpověď „d“ (6-12 měsíců) a odpověď „e“ (více než rok), v otázce č. 4 odpoví 80 % respondentů ano. V otázce č. 5 zvolí 80 % respondentů varianty časového údaje od 6 ti měsíců, až stále trvá, tj. varianty odpovědí na otázku „e-g“. Celkem tedy byly stanoveny 3 kritériální otázky. Pro potvrzení hypotézy bylo nutné, aby byly 100%, tj. 3 otázky, byly vyhodnoceny s pozitivním výsledkem dle stanovených podmínek.

**Cíl 2:** Zjistit, zda pacienti byli před operací poučeni o možných komplikacích a zda získávají další informace o inkontinenci ještě z jiných zdrojů, než od zdravotníků.

**Předpoklad 2:** Domníváme se, že většina pacientů získala dostatečné informace o inkontinenci od zdravotníků.

K druhému předpokladu se vztahují otázky č. 3, 6, 7, 8.

K předpokladu byla stanovena kritéria: u otázky č. 3 zvolí respondenti ve více než v 50 ti% odpověď ano, v otázce č. 6 zvolí v 50 ti % respondenti odpověď ano. V otázkách č. 7 a 8 zvolí respondenti v 50 ti % varianty odpovědi- zdravotník (PL, urolog, sestra,...). Celkem tedy byly stanoveny 4 kritériální otázky. Pro potvrzení hypotézy bylo nutné, aby minimálně v 70%, tj. 3 otázky, byly vyhodnoceny s pozitivním výsledkem dle stanovených podmínek.

**Cíl 3:** Zmapovat, zda nemocní mají dostatek informací o vhodných pomůckách k řešení inkontinence a jaké typy pomůcek používají.

**Předpoklad 3:** Předpokládáme, že většina pacientů používá vyhovující a dostačující inkontinentní pomůcky

K předpokladu č. 3 se vztahují otázky č. 9,10, 11, 12,13.

K předpokladu byla stanovena kritéria: u otázky č. 10 a 11 zvolí v odpovědi respondenti ve více než 50 ti% odpověď ano. Celkem tedy byly stanoveny 2 kritériální otázky, pro potvrzení hypotézy bylo nutné, aby byly 100%, tj. 2 otázky byly vyhodnoceny s pozitivním výsledkem dle stanovených podmínek. Otázky č. 9,12,13 slouží ke komplexnějšímu zmapování dílčího cíle.

**Cíl 4:** Nemocní po radikální prostatektomii vnímají inkontinenci jako faktor, který významně ovlivnil kvalitu jejich života.

**Předpoklad 4:** Domníváme se, že většina dotázaných vnímá inkontinenci jako životní zátěž.

K předpokladu byly určeny otázky dotazníku č. 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21.

K předpokladu byla stanovena kritéria: u otázky č. 14, 15, 16, 17, 18, 19 zvolí v odpovědi respondenti ve více než 50 ti% odpověď ano či ano částečně. V odpovědi na otázku č. 20 bylo nutné, aby respondenti v 50 ti% zvolili odpověď „horší, výrazně horší a špatnou“, v odpovědích na otázku č. 21 bylo nutné, aby odpovědi zněly v 50 ti% určitě ano a spíše ano. Celkem tedy bylo stanoveno 8 kritériálních otázek, pro potvrzení hypotézy bylo nutné, aby bylo 75%, tj. 6 otázek vyhodnoceno s pozitivním výsledkem dle stanovených podmínek.

## **10 CHARAKTERISTIKA SOUBORU**

V průzkumu jsem oslovila muže, pacienty Urologické kliniky FN Plzeň, kteří podstoupili radikální prostatektomii. Respondenti jsou různého věkového rozmezí a rozdílnou dobu po výkonu. Podmínka byla, aby vybraní nemocní neměli zaveden permanentní močový katétr.

## **11 METODA SBĚRU DAT**

K získání požadovaných dat k bakalářské práci jsem zvolila kvantitativní průzkum prováděný pomocí dotazníkového šetření. Použitý dotazník byl strukturovaný, obsahoval 22 otázek. 17 otázek bylo uzavřených, 3 polouzavřené, 1 otevřená a 1 filtrační. Toto šetření bylo prováděno s laskavým svolením vedení Fakultní nemocnice Plzeň a vedení Urologické kliniky. Vlastnímu výzkumu předcházela předvýzkum. Oslovila jsem respondenty, kterými byli pacienti urologické kliniky po jiném typu operačního zákroku na prostatě (transureterální resekce prostaty, transvesikální prostatektomie), všichni pacienti byli bez močového katétru. Důvodem zvolení tohoto předvýzkumného výběrového souboru respondentů, bylo zhodnotit, zda jsou otázky v dotazníku srozumitelné a jasné. Tyto dotazníky nebyly zařazeny do výzkumné části, předvýzkum ukázal potřebu specifikovat otázky č. 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20.

## 12 ORGANIZACE VÝZKUMU

Dotazníky byly rozdávány v ambulantním traktu Urologické kliniky FN Plzeň po dobu 3 měsíců. Získávání a používání informací z dotazníků bylo přísně anonymní. Oslovení respondenti své odpovědi, resp. vyplněné dotazníky, vkládali do dopisních obálek a vhadzovali do připravené schránky. Ta byla otevřena po skončení dotazníkového šetření 3. 2. 2014. Tímto byla zachována zmiňovaná anonymita dotazníkového šetření. Osloveno bylo 30 mužů, dotazníky vyplnilo 21 respondentů, návratnost byla 70 %. V průzkumu byli osloveni pacienti po radikální prostatektomii, kteří se dostavili na ambulanci urologické kliniky ke kontrole. Kontakt s pacienty a žádost o vyplnění probíhalo na osobní úrovni. Muži byli osloveni individuálně, protože problematika je citlivá. Radikální prostatektomie je zákrok prováděný dle přísných kritérií, jak již bylo uvedeno v začátku práce, a je jedinou definitivní možností léčby pacientů s karcinomem prostaty. Počet respondentů účastnících se dotazníkového šetření není vysoký. Klinika ošetřuje nemocné ze široké spádové oblasti. Pacienti s onemocněním prostaty zde sice absolvují operační zákrok, ale k další kontrole část z nich již dochází k urologovi v místě bydliště, tudíž nebylo možné je osobně oslovit. Zaslání dotazníků na adresy pacientů se jevilo jako neosobní a vzhledem k tématu nevhodné. Další překážkou byl stud, kdy se někteří oslovení muži striktně odmítali dotazníkového šetření zúčastnit, přestože bylo anonymní. Nicméně problematika inkontinence po radikální prostatektomii je z hlediska oboru urologie a ošetrovatelské péče o pacienta po tomto výkonu zásadní a proto bylo téma voleno.



## 13 ZPRACOVÁNÍ DAT

Výsledky dotazníkového šetření jsou uváděny v grafech. Počty jsem stanovovala z absolutní četnosti (A), což se rovná počtu případů zahrnutých do jedné skupiny z celkového počtu odpovídajících

a relativní četnosti  $\frac{A}{B} \times 10^2 = \text{výsledek v \%}$

(B) = celkový počet odpovídajících.

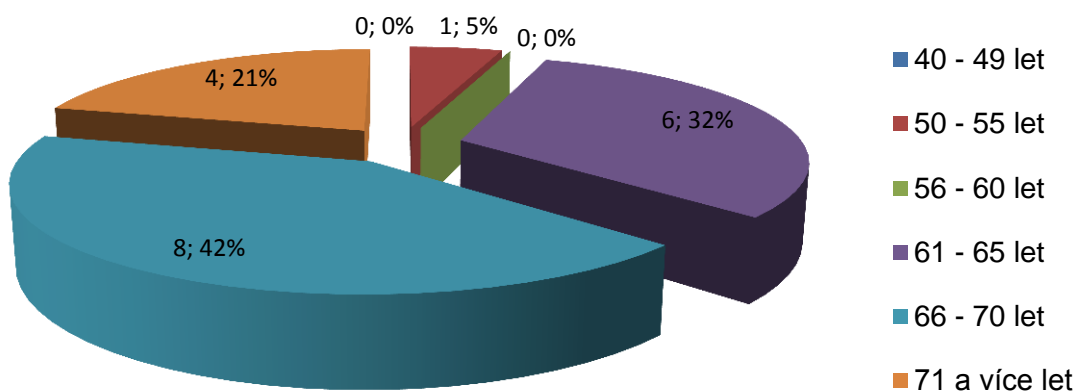
Procentuální výsledky uvádím v celých číslech, zaokrouhlováním je způsoben vzniklý rozdíl. U grafů je před závorkou vyjádřena v % relativní četnost a v závorce je vždy uvedena v celých číslech četnost absolutní. Na dotazník odpovídalo 21 respondentů, což je považováno za 100% v otázce č. 1-4, od otázky č. 5 odpovídali již pouze respondenti, kteří odpověděli na otázku č. 4 kladně, těch bylo 16. Od otázky č. 5 odpovídá 16 respondentů, což je 100%.

Výsledky získaných informací budou zpracovány procentuálně i v absolutních číslech a vyjádřeny v grafech.

## 14 ANALÝZA ÚDAJŮ

Otázka č. 1: Kolik je Vám let?

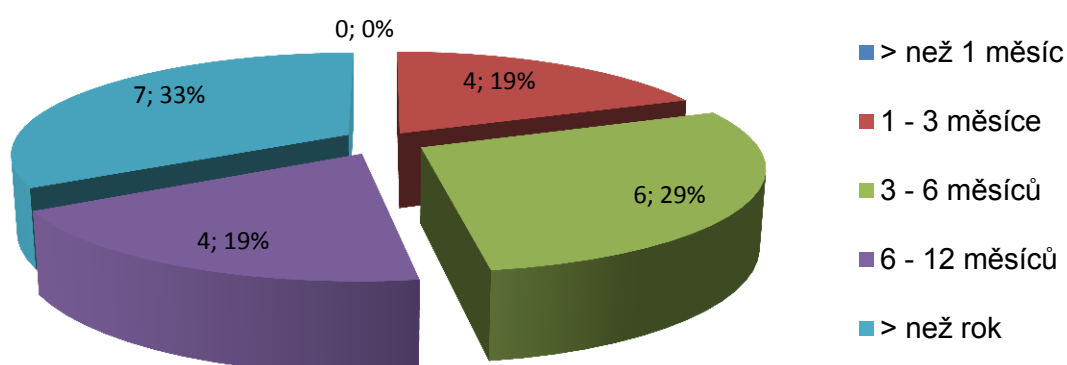
Graf č. 1 - Věk respondentů



**Popis grafu:** graf ukazuje věkovou strukturu respondentů. Žádný respondent nepatřil do skupiny 40-49 let. Nejvíce početnou byla věková skupina 66-70 let, respondentů bylo 8 (42%), pacientů věkové skupiny 61-65 let bylo 6 (32%), 4 (21%) respondenti byli ve věku 71 a více let. Jeden respondent (5%) byl ve věku 50-55 let.

Otázka č. 2: Jak jste dlouho po operaci?

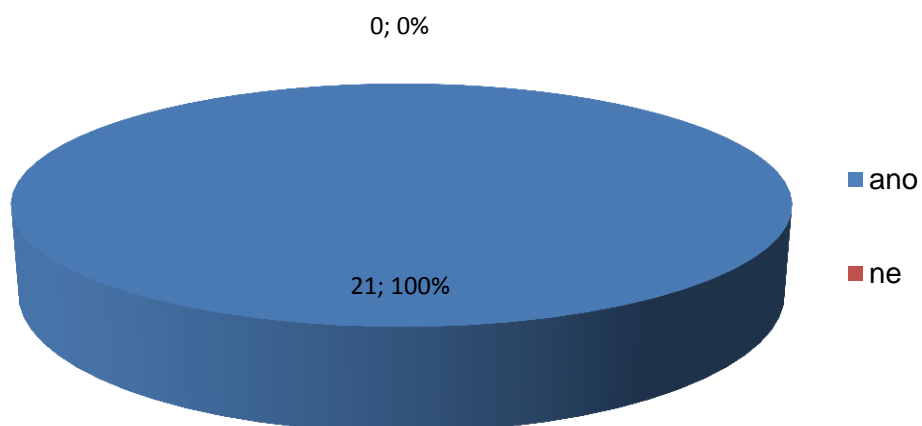
Graf č. 2 - Interval po operaci.



**Popis grafu:** graf č. 2 vyjadřuje dobu, kterou jsou pacienti po operačním výkonu. Více než rok bylo po operaci 7 (33%) respondentů, shodně 4 (19%) pacienti jsou po operaci 6-12 měsíců nebo 1-3 měsíce. 3-6 měsíců bylo po operaci 6 (29%) dotázaných.

**Otázka č. 3:** Byl jste před operací poučen o možných komplikacích?

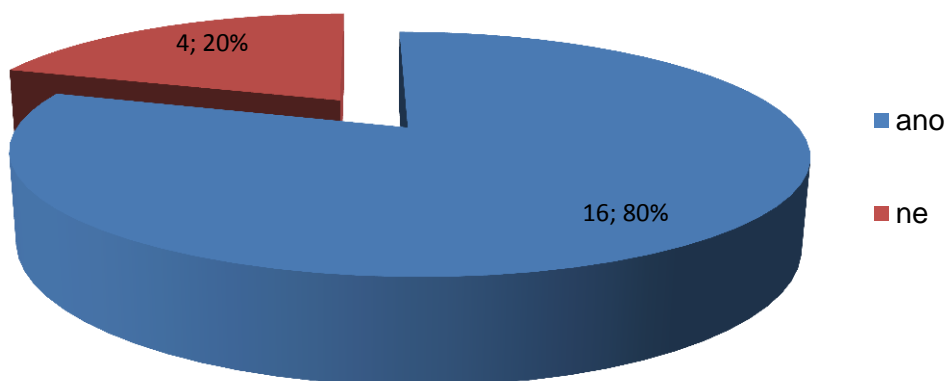
**Graf č. 3 - Informovanost o komplikacích výkonu.**



**Popis grafu:** graf znázorňuje odpovědi na dotaz, zda byli pacienti poučeni o možných komplikacích operačního výkonu. Shodně 21 (100%) dotázaných odpovědělo kladně.

**Otázka č. 4:** Trpíte nebo jste po operaci (přechodně) trpěl únikem (inkontinencí) moči?

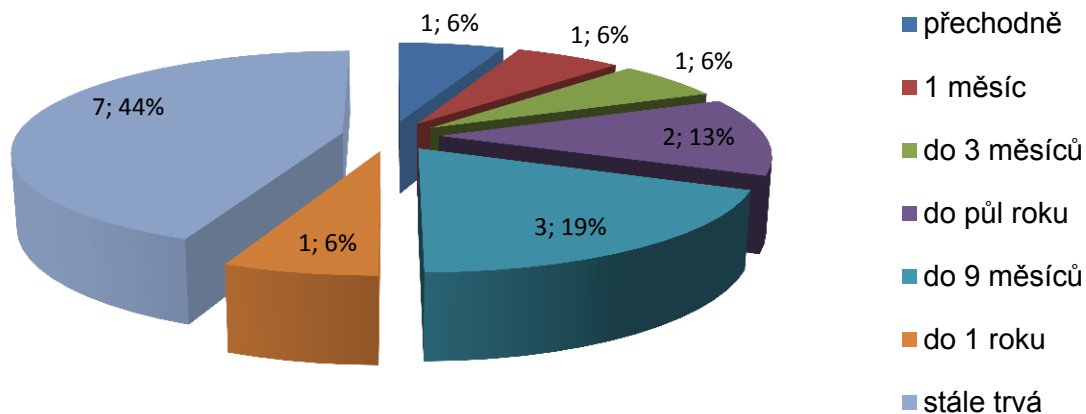
**Graf č. 4 - Výskyt inkontinence po operaci**



**Popis grafu:** odpověď na dotaz, zda pacienti trpěli nebo trpí inkontinencí moči po operaci udává graf č. 4. 80% (16) respondentů uvedlo, že inkontinencí trpí nebo trpělo, 4 (20%) respondenti uvedli, že problémem netrpí ani netrpěli.

**Otázka č. 5:** Únikem moči (inkontinencí) jsem po operaci (resp. po odstranění močové cévky po operaci) trpěl?

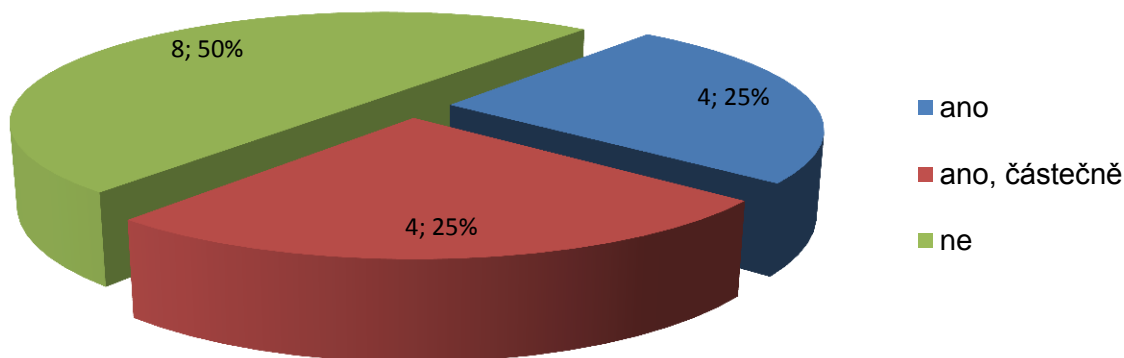
**Graf č. 5 - Doba trvání inkontinence**



**Popis grafu:** graf ukazuje přehled o době trvání úniku moči po operaci. U 7 (44%) respondentů únik moči trvá, do 9 měsíců trpělo inkontinencí 19% (3) pacienti, 2 (13%) odpovídajících udalo dobu trvání úniku do půl roku. Shodně 1 respondent, tj. 6% volilo odpovědi do 1 roku, do 3 a 1 měsíce a variantu „přechodně“.

**Otázka č. 6:** Byly pro Vás informace poskytnuté zdravotníkem o problematice úniku moči (pomůckách, možném cvičení, léčbě...) dostačující?

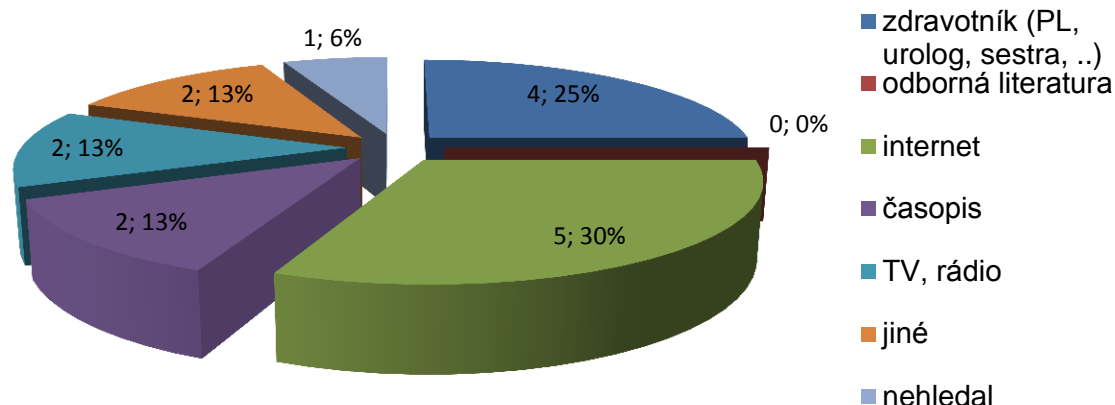
**Graf č. 6 - Rozsah informovanosti**



**Popis grafu:** rozsah informovanosti o problematice zobrazuje graf č. 6. Pro 4 (25%) respondenty byly poskytnuté informace dostačující, pro 4 (25%) pacienty byly informace dostačující částečně a pro 8 (50%) respondentů byly informace nedostatečné.

**Otázka č. 7:** Další informace o problému úniku moči jsem získal?

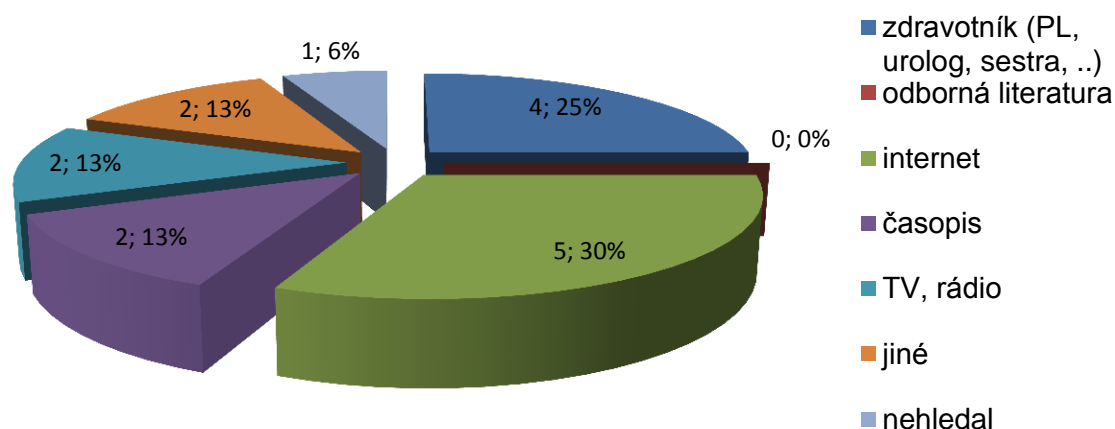
**Graf č. 7 - Informační zdroje**



**Popis grafu:** graf zobrazuje, odkud pacienti po operačním zákroku čerpali informace o úniku moči. 2 (13%) pacienti uvedli, že získali informace ze zdrojů označených jako jiné, jednalo se o informace od známých, příbuzných a z vlastních zkušeností. Od zdravotníka (praktického lékaře, urologa, sestry,...) získali doplňující informace ve 4 (25%) případech, 1 respondent (6%) jiné informace nehledal, informace na internetu vyhledalo 5 (30%) dotázaných. 2 respondenti (13%) uvedli, že informace získali z TV /rádia a shodný počet respondentů si informace přečetl v novinách či časopise. V odborné literatuře nehledal informace nikdo z dotázaných.

**Otázka č. 8:** Které informace pro Vás byly nejužitečnější?

**Graf č. 8 Nejužitečnější informace o problematice.**

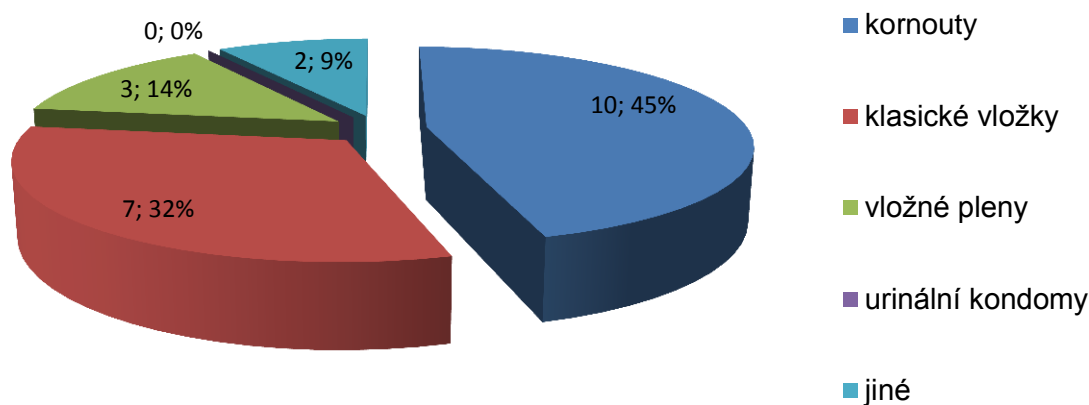


**Popis grafu:** v grafu č. 8 volili pacienti pro ně nejužitečnější informační zdroje. 4 respondenti (25%) zvolili jako nejlepší informační zdroj zdravotníka (PL, urolog, sestra,...). Shodně vždy 2 (13%) z respondentů získali informace z časopisů a novin,

TV/rádia, anebo uvedli položku jiné, 5 (30%) respondentů uvedlo jako nejužitečnější zdroj internet. Variantu „Odborná literatura“ nevolil nikdo a jeden respondent (6%) informace nehledal.

**Otázka č. 9:** Používám nebo jsem používal tyto pomůcky?

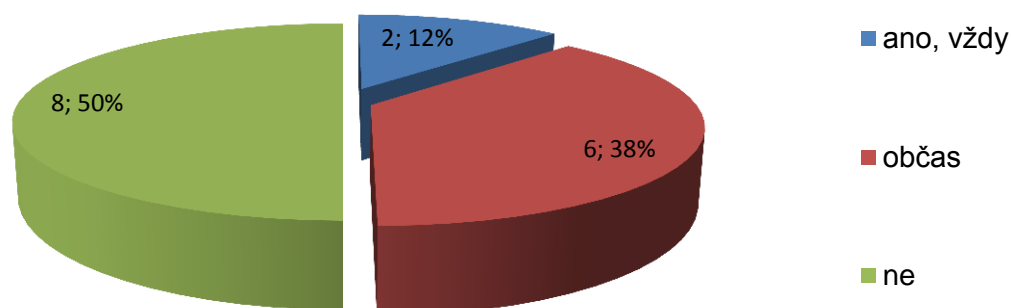
**Graf č. 9 - Typy používaných pomůcek**



**Popis grafu:** graf poskytuje přehled o typech pomůcek používaných pacienty. 10x (v 45%) byly voleny „kornouty“, 7x klasické vložky. 3 respondenti využívají nebo využívali vložné pleny a 2x je respondenty označena varianta „jiné“. Urinální kondomy nevyužíval ani nevyužívá nikdo.

**Otázka č. 10:** Bylo nebo je množství pomůcek dostatečné?

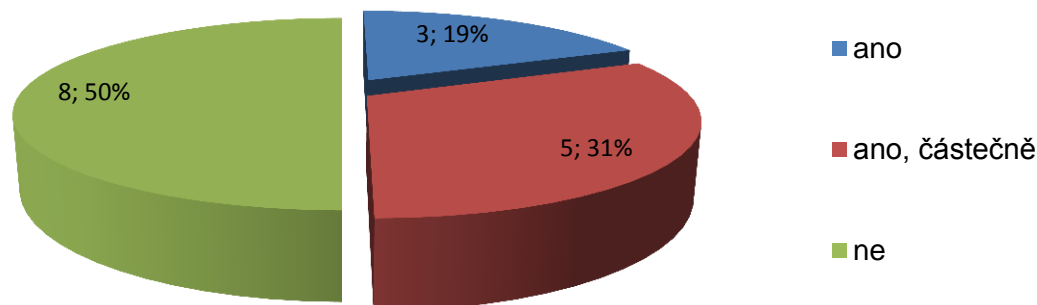
**Graf č. 10 - Dostatečný počet pomůcek.**



**Popis grafu:** graf č. 10 odpovídá na otázku, zda bylo množství pomůcek pro klienty dostačující. 2 (12%) dotázaní odpověděli, že vždy bylo množství dostatečné, 6 (38%) respondentů uvedlo, že množství bylo dostatečné občas a 8 (50%) klientů uvedlo, že množství bylo nedostatečné.

**Otázka č. 11:** Vyhovují nebo vyhovovaly Vám předepsané pomůcky?

**Graf č. 11 - Vhodnost pomůcek**



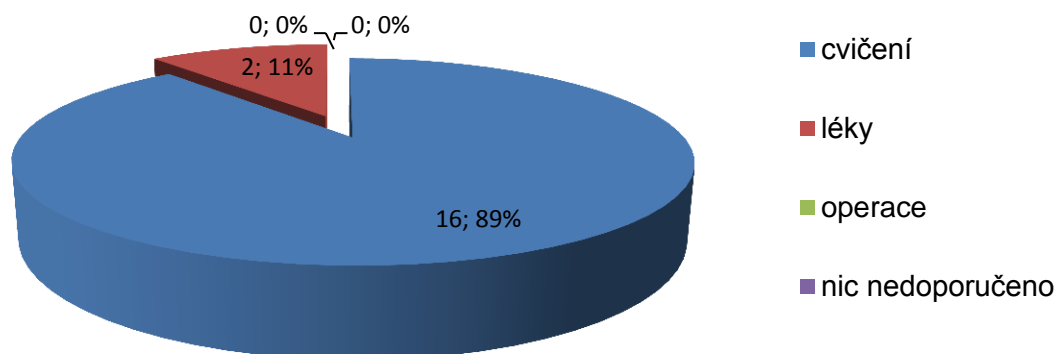
**Popis grafu:** vhodnost pomůcek volených u pacientů zobrazuje graf č. 11. Jako vhodně volené používané pomůcky označili 3(19%) dotázaní. 8 (50%) pacientů uvedlo, že pomůcky byly pro ně nevhodné a částečně vhodné byly volené pomůcky pro 5 (31%) respondentů.

**Otázka č. 12:** Pokud Vám tyto pomůcky nevyhovují, napište proč?

Odpovědi na otázku č. 12 nejsou zobrazeny v grafu, odpovídalo pouze 5 respondentů, kteří v předchozí otázce uvedli, že pomůcky jim nevyhovovaly či vyhovovaly pouze částečně. Jako důvod, proč jim pomůcky nevyhovovaly, bylo uvedeno: ve dvou případech nebyli klienti spokojeni s typem pomůcky (s „kornouty“), 2 pacienti napsali, že se jim pomůcka odlepovala a pro jednoho respondenta byly pomůcky „velké“.

**Otázka č. 13:** V souvislosti s únikem moči mi bylo doporučeno nebo je mi doporučováno?

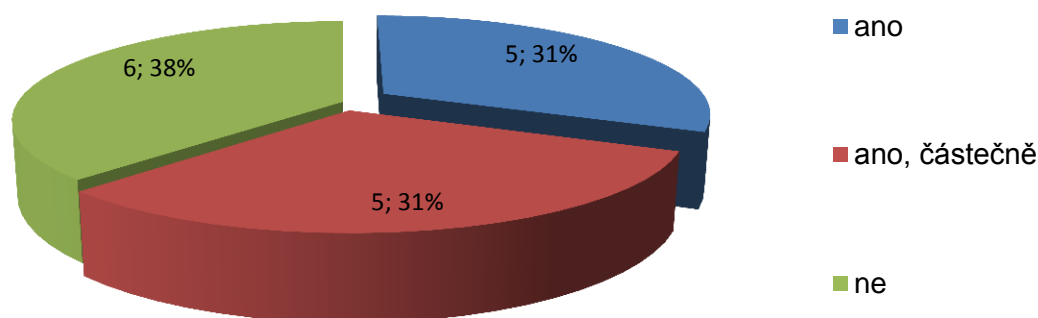
**Graf č. 13 - Další doporučení v souvislosti s inkontinencí.**



**Popis grafu:** graf přehledně zobrazuje doporučení, které bylo sděleno pacientovi s únikem moči. 16 (89%) respondentům bylo doporučeno cvičení pánevního dna, 2 dotazovaným, tj. 11% byly předepisovány léky. Operační řešení a jiná doporučení neuvádí žádný respondent.

**Otázka č. 14:** Ovlivňuje nebo ovlivňoval únik moči Váš rodinný život?

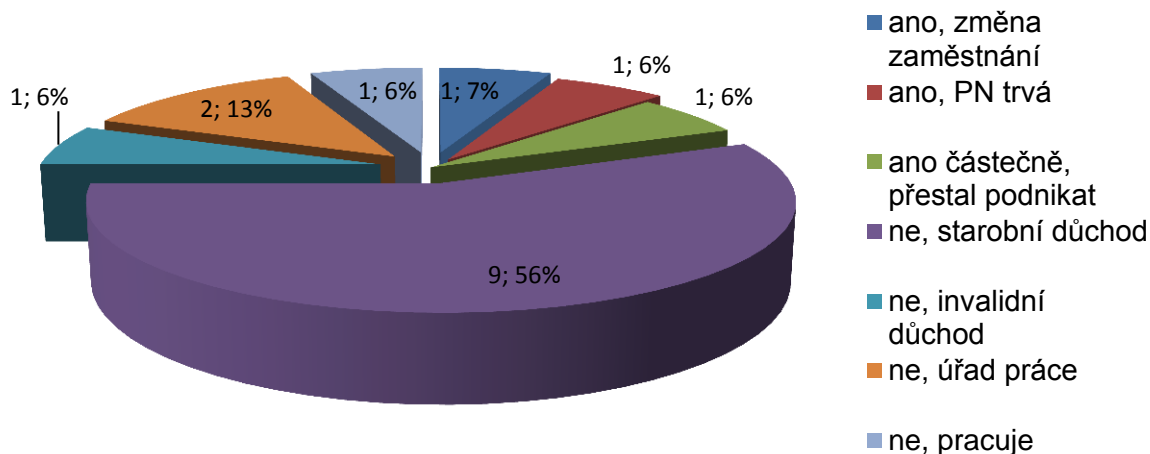
**Graf č. 14 - Změny v rodinném životě.**



**Popis grafu:** znázornění vlivu komplikace operace na rodinný život ukazuje graf č. 14. Shodně 5 (31%) dotazovaných zvolilo odpovědi ano a částečně ano. 6 (38%) pacientů uvedlo, že vliv na rodinný život inkontinence nemá.

**Otázka č. 15:** Ovlivňuje nebo ovlivňoval únik moči Váš pracovní život?

**Graf č. 15 - Změny v pracovním životě.**

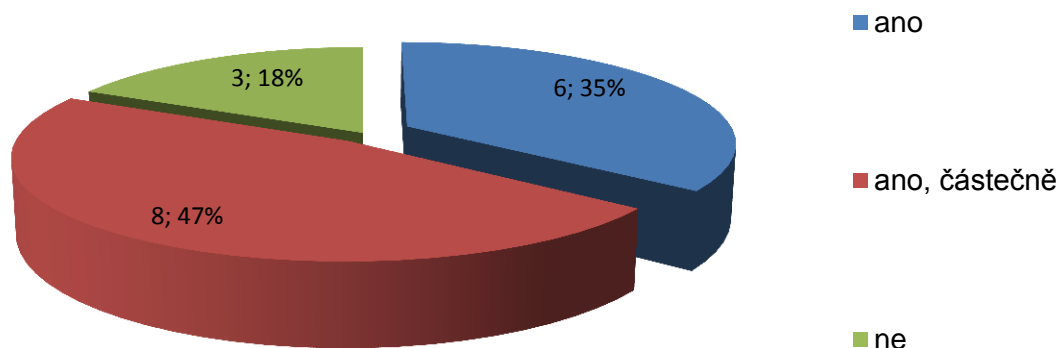


**Popis grafu:** graf č. 15 ukazuje odpovědi na otázku, zda únik moči ovlivnil pracovní život dotazovaných. 9 (56%) pacientů uvedlo, že jsou ve starobním důchodu. Shodně 1 respondent odpověděl na otázku takto: částečně ano, přestal podnikat, ne, je v invalidním důchodu, u jednoho trvá pracovní neschopnost, změna zaměstnání. Jeden dotazovaný stále pracuje ve stejné pozici. Dva dotazovaní (13%) jsou na úřadu práce.



**Otázka č. 16:** Ovlivňuje nebo ovlivňoval únik moči Váš společenský život?

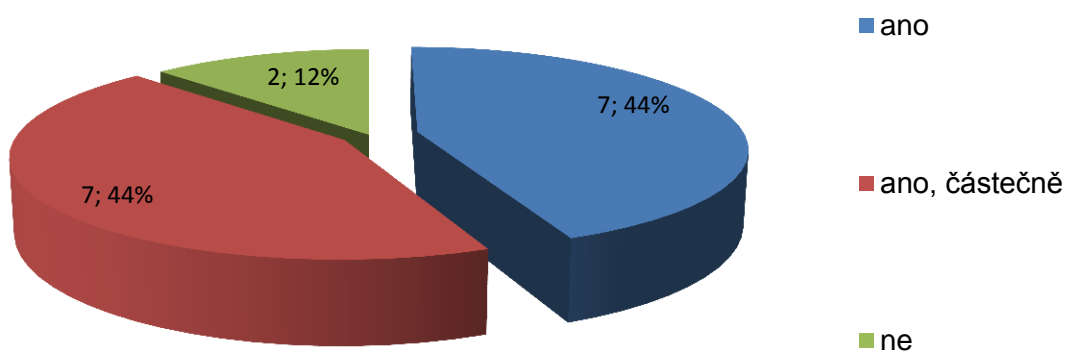
**Graf č. 16 - Změny ve společenském životě.**



**Popis grafu:** graf č. 16 udává přehled o odpovědích na otázku, zda únik moči ovlivňuje společenský život klienta. 8 (47%) respondentů odpověděla, že částečně ano, 6 pacientů, tj. 35% označilo odpověď ano. 3 dotázaní uvedli, že společenský život ovlivněn není.

**Otázka č. 17:** Ovlivňuje nebo ovlivňoval únik moči Váš intimní život?

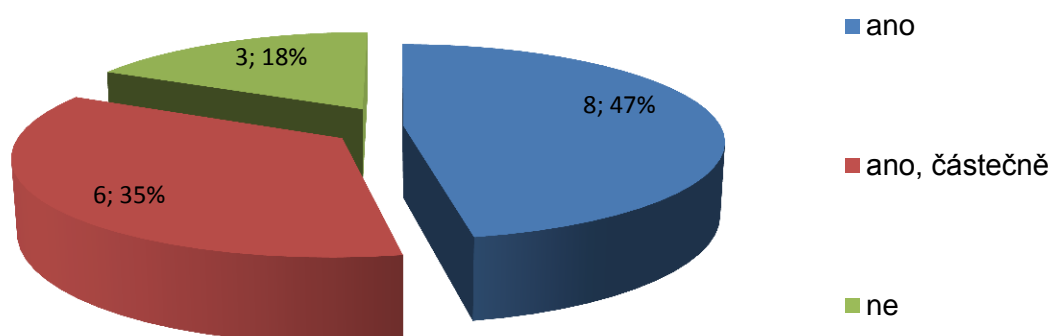
**Graf č. 17 - Změny v intimním životě.**



**Popis grafu:** změny v pacientově intimním životě mapuje přehledně graf č. 17. Shodně 7 (44%) zvolilo možnost ano a částečně ano. 2 respondenti uvedli, že intimní život změněn není.

**Otázka č. 18:** Ovlivňuje nebo ovlivňoval únik moči Váš kulturní život?

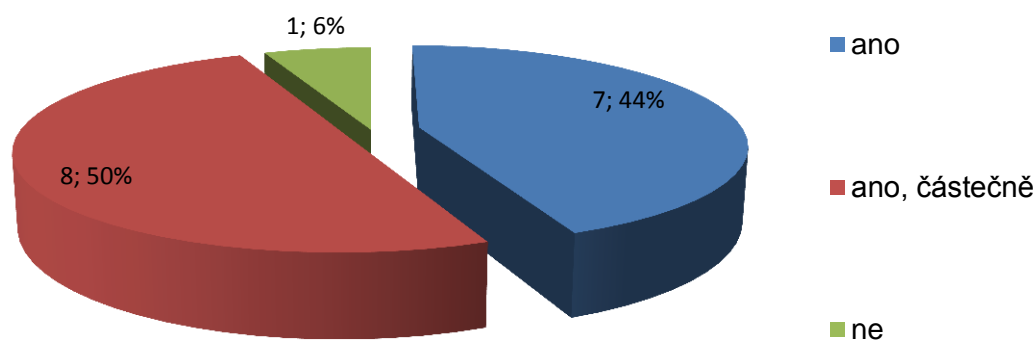
**Graf č. 18 - Změny v kulturním životě**



**Popis grafu:** graf hodnotí odpovědi pacientů na otázku, zda inkontinence ovlivňuje jejich kulturní život. 8 (47%) dotázaných uvedlo, že ano, částečně je ovlivněn u 6 (35%) pacientů a neovlivnil život 3 (18%) dotázaných.

**Otázka č. 19:** Ovlivňuje nebo ovlivňoval únik moči Vaši každodenní práci?

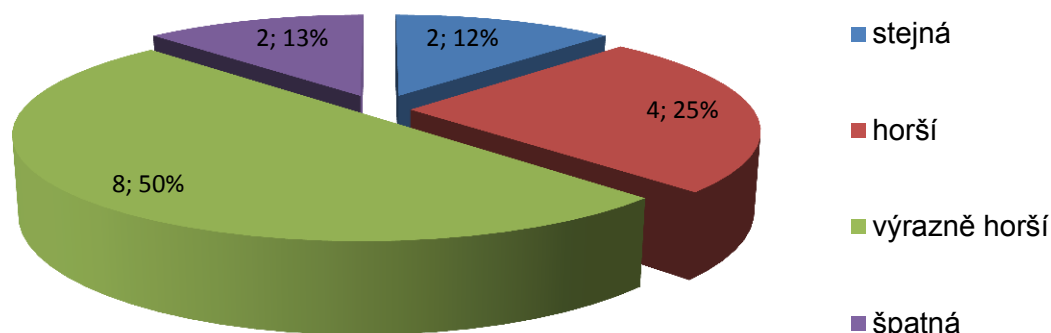
**Graf č. 19 - Změna v činnostech každodenní práce.**



**Popis grafu:** graf udává odpověď na otázku č. 19. 8 (50%) dotázaných uvedlo, že únik moči jejich každodenní činnosti ovlivňuje částečně, 7 (44%) dotázaných napsalo jednoznačně „ano“. Únik moči neomezuje v každodenních činnostech 1 (6%) pacienta.

**Otázka č. 20:** Celkově vnímám kvalitu života po operaci?

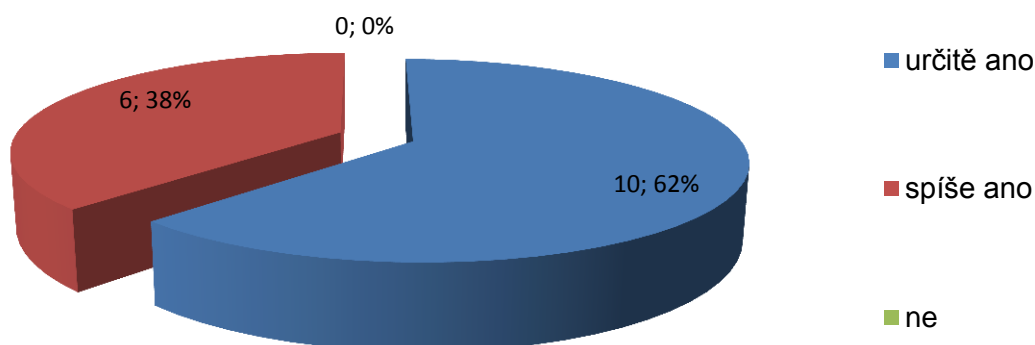
**Graf č. 20 - Vnímání kvality života.**



**Popis grafu:** tento graf zobrazuje výsledky otázky, jak je vnímána současná kvalita života pacientem. 8 (50%) dotázaných uvedlo, že je kvalita života výrazně horší, pro 4 (25%) muže je kvalita života horší, shodně po dvou dotázaných (12 a 13%) volilo odpověď stejná nebo špatná.

**Otázka č. 21:** Vnímáte (vnímali jste) únik moči jako životní zátěž?

**Graf č. 21 - Inkontinence jako životní zátěž.**



**Popis grafu:** graf č. 21 zobrazuje odpovědi na otázku, zda je subjektivně pro pacienta únik moči životní zátěž. 10 (62%) dotázaných uvedlo odpověď určitě ano, 6 dotázaných (38%) označilo možnost spíše ano.

**Otázka č. 22:** Chcete-li se vyjádřit k problematice úniku moči, napište, prosím, své připomínky, názory, pocity, zkušenosti...

Odpovědi na otázku nejsou znázorněny v grafu, pacienti uváděli své pocity, připomínky, názory. Dva muži uvedli, že je pro ně problém erektilní dysfunkce, jeden

pacient uvádí pocit smutku z dlouhotrvající pracovní neschopnosti. Názorem jednoho nemocného je to, že „zvyknout se dá na vše“ a další si přeje, aby se jeho stav nezhoršoval. Pět respondentů si stěžovalo na nedostatek předepsaných pomůcek a na finanční náročnost při pořizování dalších. Ostatní dotázaní se nevyjádřili.

## 15 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

### **Cíl 1: Zjistit, zda muži po radikální prostatektomii trpí inkontinencí moči déle než půl roku po operaci**

K cíli se vztahovaly otázky č. 2, 4, 5. Těmito otázkami jsem zjišťovala, jak dlouho jsou muži po operaci, zda trpí inkontinencí a jak dlouho inkontinence přetrvává.

K tomuto cíli se vztahoval **předpoklad č. 1**: Domnívám se, že inkontinencí trpí většina mužů po radikální prostatektomii ještě 6 měsíců po výkonu.

Předpoklad jsem si ověřila otázkou č.5, kdy muži odpovídali, že v 63% inkontinence trvá déle než půl roku. Otázky č. 2 a 4 se týkaly časového úseku od operace a dotazu na kontinenci.

#### **Předpoklad č. 1 se potvrdil.**

### **Cíl 2: Zjistit, zda nemocní byli před operací poučeni o možných komplikacích a zda získávají další informace o inkontinenci ještě z jiných zdrojů, než od zdravotníků**

K cíli se vztahují otázky č. 3, 6, 7, 8. Zjišťovala jsem, zda nemocní dostali dostatečné informace, od koho a zda byly tyto informace užitečné.

K tomuto cíli se vztahuje **předpoklad č. 2**: Domnívám se, že většina nemocných získala dostatečné informace o inkontinenci od zdravotníků.

Tento předpoklad jsem ověřila otázkou č. 3, kdy více než 100% respondentů odpovědělo, že bylo poučeno o možných komplikacích výkonu. V otázce č. 6, zda byly informace od zdravotníků o problematice inkontinence dostačující, odpovědělo 25% ano a 25% ano částečně a pro 50% byly informace nedostačující. V otázce č. 7 měli respondenti odpovědět, odkud získali informace o úniku moči. Informace od zdravotníků obdrželo 25% dotázaných, 13% z jiných zdrojů (od známých, příbuzných či vlastních zkušeností), informace na internetu vyhledalo 30% dotázaných, z médií a časopisů či novin shodně po 13%. V odborné literatuře nehledal žádný z dotázaných a 6% respondentů nehledalo informace vůbec.

Na otázku č. 8 dotázaní odpovídali, jaké informační zdroje pro ně byly nejužitečnější. 25% volilo zdravotníky, 30% uvedlo internet. Shodně vždy po 13% získali

respondenti informace z médií, časopisů či novin a jiných zdrojů (známí, příbuzní, vlastní zkušenosti). Variantu informací z odborné literatury nezvolil nikdo a 6% dotázaných nehledalo žádné informace vůbec.

Celkem byly stanoveny 4 kriteriální otázky, pro potvrzení bylo nutné, aby minimálně v 75% tj. 3 otázky byly vyhodnoceny s pozitivním výsledkem dle stanovených podmínek.

**Předpoklad č. 2 se nepotvrdil.**

**Cíl 3: Zmapovat, zda nemocní mají dostatek informací o vhodných pomůckách k řešení inkontinence a jaké typy pomůcek používají**

K cíli se vztahovaly otázky č. 9, 10, 11, 12, 13. Tyto otázky zjišťovaly, jaké pomůcky muži při inkontinenci používali, zda jejich množství bylo dostačující, zda jim vyhovovaly či ne a zda jim byly doporučeny jiné metody k řešení inkontinence.

K tomuto cíli se vztahuje **předpoklad č. 3**: Předpokládám, že většina nemocných používá vyhovující a dostačující inkontinentní pomůcky.

Předpoklad jsem ověřovala pomocí otázek č. 10 a 11. Na otázku č. 10 měli respondenti odpovídat, zda je množství pomůcek dostatečné. 12% dotázaných odpovědělo, že je množství dostatečné, 50% uvedlo, že občas, 38% odpovědělo, že množství dostatečné není. Otázka č. 11 posuzuje vhodně volené pomůcky pro nemocné. Vhodné byly pro 19% dotázaných, pro 31% vhodné částečně a 50% nevyhovují vůbec.

Pro potvrzení předpokladu bylo nutné, aby 100%, tj. 2 odpovědi byly vyhodnoceny s pozitivním výsledkem. Otázky č. 9, 12, 13 slouží ke komplexnějšímu zmapování dílčího cíle.

**Předpoklad č. 3 se nepotvrdil.**

**Cíl 4: Nemocní po radikální prostatektomii vnímají inkontinenci jako faktor, který významně ovlivnil kvalitu jejich života.**

K cíli jsou přiřazeny otázky č: 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, které se zabývají vlivem inkontinence na osobní život nemocného a jak nemocný celkově vnímá kvalitu života po operaci.

K tomuto cíli se vztahuje **předpoklad č. 4**: Domnívám se, že většina dotázaných vnímá inkontinenci jako životní zátěž.

Tento předpoklad jsem si ověřila otázkami č. 14, 14, 16, 17, 18, 19 týkajícími se osobního života respondentů. Zde zvolili nemocní, že ve více jak v 50% se týkala změn v jejich osobním životě. U otázky č. 20 týkající se vnímání současné kvality života uvedlo 50% dotázaných výrazné zhoršení, 25% zhoršení a 25% kvalitu špatnou nebo stejnou. U otázky č. 21 vnímá únik moči jako životní zátěž určitě ano 62% a spíše ano 38% mužů.

**Předpoklad č. 4 se potvrdil.**

## 16 DISKUSE

Cílem bakalářské práce bylo zhodnotit, jak muži vnímají kvalitu života s inkontinencí, zda jsou o problematice plně informováni a zda mají k dispozici dostatečné množství vyhovujících pomůcek, které by jim pomohly život s tímto handicapem ulehčit.

Dotazník byl určen mužům po radikální prostatektomii. Jediným omezením průzkumu bylo, aby nemocní neměli zaveden permanentní močový katétr. Věkovou hranici jsem určila od 40 let výše. Žádný respondent nepatřil do skupiny 40-49 let. Nejvíce početnou skupinou byli muži ve věku 66-70 let (38%), druhou početně nejvýznamnější skupinou byli muži mezi 61-65 lety (29%). V 9% byli muži starší než 71 let a v 5% ve věku 50-55let. V tomto se výsledky poněkud liší ve srovnání se statistickým projektem SVOD (21, 2013), který se zabývá epidemiologií nádorů v České republice a jejich analýzou. Zde byl největší výskyt zhoubného nádoru prostaty ve věkovém rozmezí 70-74 let (23%), naopak první výskyty jsou tu popsány již po 40 roce věku.

Další analýza dat ukazuje, zda nemocní trpěli po operaci inkontinencí moči. V 76% uvedli, že ano, v 24% odpověděli, že ne. V tomto je tvrzení shodné s odbornými publikacemi (9, 2009). Inkontinence se bohužel řadí mezi komplikace tohoto výkonu.

V otázce, jak dlouho trpěli inkontinencí moči, respondenti uvádí, že přechodně a do 3 měsíců jen 6 %, 6 měsíců 13%, 9 měsíců 19% respondentů. Rok trpělo inkontinencí jen 6% mužů a u 44% stále trvá. Ženíšek (18, 2010) uvádí ve svém článku incidenci inkontinence po výkonu v publikovaných studiích od 1% do alarmujících 47%. Vzhledem ke zdokonalování diagnostiky, brzkému zachytu stále častějšího výskytu karcinomu prostaty a větším počtům radikálních prostatektomií bude problematika stále aktuálnější.

Další otázka zjišťovala, zda byly informace o inkontinenci poskytnuté zdravotníkem dostačující. 25% dotázaných odpovědělo ano, 25% částečně a překvapivě 50% respondentů uvedlo, že informace byly nedostačující. Rovněž v otázce, od koho muži získali informace o problematice inkontinence, odpověděli, že od zdravotníků pouze 25%. V dotaze, zda jim předepsané pomůcky vyhovovaly, odpověděla polovina dotázaných, že nikoliv. Nabízí se zde otázka, zda by bylo vhodné, aby byli zdravotníci v této problematice více proškoleni a mohli nemocné vhodně edukovat. Jak uvádí Hladká (23, 2012) ve své práci, nejde jen o to, znát názvy a výrobce pomůcek, ale vždy zohlednit individuální potřeby nemocného, znát vlastnosti pomůcek a zvolit tu správnou. Citlivým a taktním přístupem nemocného, eventuelně i členy jeho rodiny edukovat o dané problematice a v případě potřeby nabídnout dopomoc při nácviku v používání pomůcky.



V souvislosti s inkontinencí bylo nemocným nejčastěji doporučováno cvičení na posilování svalstva pánevního dna (v 89%). S touto variantou konzervativního řešení močové inkontinence po radikální prostatektomii se ztotožňuje mnoho publikací. Ženíšek (18, 2010) uvádí, že cvičení svalstva pánevního dna urychlí návrat ke kontinenci lépe a rychleji, než u mužů, kteří necvičili vůbec. Podle práce Žižkové (24, 2011) studie prokázaly, že behaviorální terapie spolu s prováděním cviků snižuje inkontinenci až o 50%.

Další otázky dotazníku směřovaly ke zhodnocení celkové kvality života po operačním zákroku. Respondenti odpovídali na dotazy týkající se ovlivnění různých oblastí života, jako je zaměstnání, rodina a denní aktivity, cestování, zájmy, návštěvy, domácí práce. V neposlední řadě byli dotazováni na intimní život. 50% mužů uvedlo, že kvalitu svého života vnímá jako výrazně horší, 25% horší, ve 13% špatnou a 12% dotázaných uvedlo, že kvalita života je stejná. Jeden respondent dokonce uvedl, že zvyknout se dá na vše. Myslím, že je škoda, že nemocný buď problém úmyslně bagatelizuje, nebo prostě na svůj stav rezignoval. V takovémto případě by jistě bylo ze strany zdravotníků vhodné nemocného motivovat, aby se účastnil léčebného procesu a nezůstával takto v pasivitě.

Na dotaz, zda muži vnímají únik moči jako životní zátěž, odpovědělo určitě ano 62% a spíše ano 38%. Z odpovědí jednoznačně vyplývá, že muži inkontinenci vnímají jako obrovskou zátěž, která jejich život významně negativně ovlivňuje a zasahuje do jejich identity. Celkově tedy podle průzkumu převažuje u mužů zhoršená kvalita života. Kroutilová (29, 2012), která se ve své práci věnovala také tomuto tématu, dospěla k závěru, že téměř tři čtvrtiny nemocných jsou s celkovou kvalitou života spokojeny. Výsledky mého šetření dopadly tedy výrazně hůře, než jak uvádí Kroutilová.

V poslední otázce měli respondenti možnost vyjádřit své vlastní názory a myšlenky. V několika případech uváděli, že předepsané pomůcky pro ně nejsou dostatečné, co se týče množství a že si je musí dodatečně dokupovat. Vadila jim hlavně finanční zátěž. Stejně názory uvádí ve své práci Pavlíková (33, 2013) i Žižková (24, 2011). Množství pomůcek, které jsou hrazeny zdravotní pojišťovnou, není často dostačující a klient si musí určité množství dokupovat. V tomto se naše zjištění ztotožňují. Metodika preskripce savých pomůcek je v České republice definována zákonem 48/1997 Sb. (34), kde je stanoveno maximální množství pomůcek na určité časové období. Zákon počítá se spoluúčastí nemocného. Zdravotník by měl vždy pečlivě zvážit, jaký produkt je pro klienta nejvhodnější, zda je materiál dostatečně savý, zadržuje dostatečné množství moči

a zápachu, zda je jeho použití pro pacienta jednoduché či dobře srozumitelné a také brát v úvahu pořizovací náklady vzhledem k finančním možnostem klienta.

### **Doporučení pro praxi**

Inkontinence moči je velmi závažný, a přesto málo diskutovaný problém. Lidé se o tomto problému často stydí hovořit. Úlohou zdravotníků by mělo být nejen nemocné s inkontinencí, ale i širokou veřejnost o této problematice informovat a pokud možno „proškolit“.

Z výsledků mé práce vyplynulo, že nemocní nebyli dostatečně informováni ani o problematice inkontinence, ani o výběru vhodných pomůcek. Předpokladem k předávání informací veřejnosti je především to, aby sami zdravotníci znali problematiku vzniku inkontinence, účastnili se různých odborných kurzů a seminářů, kde by získali přehled o dostupných pomůčkách pro inkontinentní a také se naučili psychologickému přístupu k lidem s tímto onemocněním. Měli by mít dostatečný přehled o typech, dostupnosti a finanční nákladnosti pomůcek. Je nutné volit vhodný a vyhovující typ pomůcek, či jejich kombinaci tak, aby nemocným postačovalo množství hrazené zdravotní pojišťovnou a nemuseli je ve velké míře dokupovat.

Na podkladě výsledků z této bakalářské práce bude navržena pro praxi v rámci mého pracoviště informační brožura pro veřejnost, která by byla dobře dostupná jak v tištěné podobě, tak i formou poučného filmu na DVD. Srozumitelnou metodou by vysvětlovala problematiku inkontinence. Popisovala by nejen příčiny vzniku inkontinence, ale také možnosti diagnostiky a léčby. Informovala by o absorpčních pomůčkách a preventivních opatřeních včetně cviků na posilování svalstva pánevního dna. Zároveň by instruovala nemocné, jak pomůcky používat. Také by měla obsahovat kontakty na organizace, které se problematice věnují, pořádají přednášky a kurzy a poskytují psychickou podporu například formou setkávání se v terapeutických skupinách. Přínosem by bylo zřízení poraden či edukačních center přímo ve zdravotnických zařízeních, kde se zabývají onemocněními prostaty. Důležité je, aby lidé věděli, že se problém s inkontinencí dá řešit a není nutné, aby zůstal ve společnosti tabu.

## ZÁVĚR

O inkontinenci moči se nemocní všeobecně zdráhají hovořit, někdy se tomuto tématu vyhýbají i zdravotníci. Část nemocných, přestože tyto problémy mají, vůbec nikdy nevyhledá odbornou pomoc. Navzdory tomu je to pro člověka takto postiženého velmi devastující problém, který ho ovlivňuje psychicky i fyzicky a někdy může vést až k sociální izolaci. Mnohdy zásadně zasahuje i do života člověka, který o takto nemocného pečuje. Na něm leží starost s obstaráváním pomůcek, či musí každodenně překonávat nechuť ze styku s močí. Na pečujícího je také kladena velká zátěž v podobě očekávané psychické podpory.

Bakalářská práce je zaměřena na kvalitu života mužů, kteří trpí postprostatektomickou inkontinencí moči. Teoretická část se věnuje anatomii a fyziologii prostaty, etiologii, symptomatologii, diagnostice a léčbě karcinomu prostaty. Praktická část ukazuje výsledky průzkumu kvality života mužů po radikální prostatektomii trpících inkontinencí. Data byla získávána pomocí dotazníků a zjištěné informace jsou znázorněny v grafech. Dle zpracovaných údajů lze potvrdit, že inkontinence moči negativně zasáhla nebo zasahuje do života většiny mužů po radikálním výkonu na prostatě. Celkově také dotázaní hodnotili kvalitu života po operaci horší, než před ní.

Problematika je rozsáhlá a je třeba také zmínit, že k dalším komplikacím radikální prostatektomie patří i např. erektilní dysfunkce. Onemocnění prostaty postihuje i muže mladšího věku a tato komplikace může být pro ně zásadní. Zde je jistě na místě konzultace s psychologem.

Překvapujícím výsledkem mého průzkumu bylo zjištění, že se nemocní negativně vyjadřovali k dotazu, zda jim předepsané pomůcky vyhovují. Rovněž je zarážející, že ani podané informace od zdravotníků nebyly pro respondenty relevantní. Dotázaní v průzkumu udávali, že často informace získávali i z jiných zdrojů. Povinností edukujících zdravotníků je mít maximální znalosti o problematice, nabídnout psychickou podporu, zmírnit obavy a stud a získat si důvěru takto postižených. V závěru práce jsou navržena doporučení pro praxi, jak zjištěnou situaci řešit a jak zlepšit péči o pacienty po radikálním zákroku na prostatě.

Radikální prostatektomie je kurativní zákrok, kritéria k této operaci jsou přísně zvažována, tato skutečnost již byla v práci opakovaně zmíněna. Každý nemocný má právo na kvalitní život, úkolem nelékaře je poskytnout pacientovi kvalitní komplexní

ošetřovatelskou péčí před operačním výkonem, v raném i pozdním pooperačním období. Výsledky práce ukázaly na nedostatky, ty však budou poučením a ve své praxi se nelékaři budou snažit uvedenou skutečnost radikálně změnit. Doporučení pro praxi navržená v této práci budou součástí nápravných opatření v provozu. Výzkumný vzorek respondentů průzkumu nebyl velký, výsledek však ukázal, že dopad inkontinence jako komplikace po radikální prostatektomii je pro muže velmi frustrující a výrazně ovlivňuje všechny dimenze kvality jejich života. Individuální přístup k těmto nemocným, vnímání jejich potřeb a současně jejich motivace k řešení problému je předpokladem ke zlepšení kvality života nemocných s inkontinencí moči.

## POUŽITÁ LITERATURA

1. DYLEVSKÝ, Ivan. *Základy anatomie*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2006, 271 s. ISBN 80-7254-886-7.
2. ELIŠKOVÁ, Miloslava a Ondřej NAŇKA. *Přehled anatomie*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2006, 309 s. ISBN 80-246-1216-X.
3. KOŽÍŠKOVÁ, Zlata. *Kvalita života nemocného s erektilní dysfunkcí po radikální prostatektomii*. Plzeň, 2009. Bakalářská práce. ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI, fakulta zdravotnických studií.
4. PACÍK, Dalibor. Možnosti léčby karcinomu prostaty ohraničeného na prostatickou žlázu. *Lékařské listy: Příloha zdravotnických novin*. Praha: Mladá fronta, 2008, roč. 57, č. 14, s. 14-17. Dostupné z: <http://www.zdn.cz>
5. DVOŘÁČEK, Jan, Marko BABJUK. *Onkourologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005, 589 s. ISBN 80-726-2349-4.
6. VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012, 448 s. ISBN 978-802-4737-423.
7. BALÍK, Michal a Miloš BRODÁK. Lokalizovaný karcinom prostaty-diagnostika a léčba. *Urologie pro praxi*. 2011, roč. 12, č. 2, str. 105-110, ISSN 1213-1768.
8. ŽALOUĐÍK, Jan. *Vyhňte se rakovině, aneb, prevence zhoubných nádorů pro každého*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 189 s. Doktor radí. ISBN 978-80-247-2307-5.
9. KAWACIUK, Ivan. *Urologie*. 1. vyd. Galén, c2009, 531 s. ISBN 978-80-7262-626-7.
10. ČERMÁK, Aleš a Dalibor PACÍK. *Inkontinence moči*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2006, 119 s. ISBN 80-725-4875-1.
11. FN Plzeň, Standard SZN/UROL/0/001/00/02 Ošetřování nemocných před-po urologických operačních výkonech
12. FN Plzeň, Standard SNL/DOS/SOP/006/04 Katetrizace močového měchýře
13. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-802-4721-712. 13.

14. KRHUT, Jan. *Neurourologie*. 1. vyd. Praha: Galén, c2005. ISBN 80-726-236-5
15. SOCHOROVÁ, Nataša. Inkontinence moči a jednorázové absorpční pomůcky. *Urologie pro praxi*. 2008, roč. 9, č. 2, s. 92-95. ISSN 1213-17685.
16. VILHELMOVÁ, Libuše. Inkontinence moči, diagnostika a léčba. *Urologie pro praxi*. 2011, roč. 12, s. 97-99. ISSN 1213-1768.
17. LACHVÁČ, Ľubomír. Inkontinencia moču v ambulancii praktického lekára. *Via practica* [online]. 2010, roč. 7, č. 2, s. 73-79 [cit. 2014-03-04]. Dostupné z:<http://www.solen.sk>
18. ŽENÍŠEK, Jaroslav. Inkontinence moči po radikální prostatektomii. *Urologie pro praxi*. 2010, roč. 11, č. 1, s. 26-28. ISSN 1213-1768.
19. URBAN, Michael, Jiří HERÁČEK a Tomáš NOVOTNÝ. Současné možnosti chirurgické léčby inkontinence moči u mužů po operaci prostaty. *Urologie pro praxi*. 2012, roč. 13, č. 5, s. 200-202. ISSN1213-1768.
20. CENTEMERO, A et al. Preoperative pelvic floor muscle exercise for early continence after radical prostatectomy: a randomised controlled study. *Guidelines on Urinary Incontinence*. 2013, roč. 57, č. 6, s. 1039-43. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20227168>
21. *Epidemiologie zhoubných nádorů v České republice* [online]. Brno: Institut biostatistiky a analýz Masarykovy univerzity, 2005 [cit. 2014-03-08]. Dostupné z: <http://www.svod.cz>
22. DOBIÁŠOVÁ, Jana. *Ošetrovatelský management u klienta s permanentním močovým katétrem v domácí péči*. Ústí nad Labem, 2012. bakalářská práce. UNIVERZITA JANA EVANGELISTY PURKYNĚ V ÚSTÍ NAD LABEM. Ústav zdravotnických studií
23. HLADKÁ, Michaela. *Problematika pacientů s močovou inkontinencí*. Olomouc, 2012. bakalářská práce. UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI. Fakulta zdravotnických věd
24. ŽIŽKOVÁ, Miriam. *Inkontinence moči po radikální prostatektomii*. Olomouc, 2011. bakalářská práce. UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI. Fakulta zdravotnických věd

25. GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 223 s. Sestra. ISBN 978-802-4736-259.
26. *Velký lékařský slovník* [on line]. Maxdorf, 2008 [cit. 8.3.2014]. Dostupné z: <http://lekarske.slovníky.cz>
27. FARKAŠOVÁ, Dana. *Ošetrovatelstvo-teória*. Martin: Osveta, 2009. ISBN: 978-80-8063-322-6.
28. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 2007. Praha Grada publishing. 2007. Počet stran 352+16 stran barevných příloh. ISBN 978\_80-247-1830-9.
29. KROUTILOVÁ, Lucie. *Kvalita života po radikální prostatektomii*. Pardubice, 2012. diplomová práce. UNIVERZITA PARDUBICE. Fakulta zdravotnických studií
30. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 1.vyd. Praha: Portál, 2001, 279 s. ISBN 80-717-8551-2.
31. NOVOTNÁ, Alena. *Úloha sestry v péči o pacienty s dysfunkcí dolních cest močových*. České Budějovice, 2012. bakalářská práce. JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. Zdravotně sociální fakulta
32. ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatelství*. 2. vyd. Martin: Osveta, 2005. 117 s. ISBN 80-8063-193-X.
33. *ABZ.cz: slovník cizích slov* [online]. 2005-2014 [cit. 2014-03-08]. Dostupné z: <http://www.slovník-cizich-slov.abz.cz>
34. AION.CS. *Zákony pro lidi.cz* [online]. Zlín, 2010-2014 [cit. 2014-03-14]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48>

## ODBORNÁ TERMINOLOGIE

Adenokarcinom	- maligní epitelový tumor ze žlázové tkáně
Analgetika	- léky tlumící bolest
Analgoosedace	- analgezie s lehkým útlumem vědomí
Analýza	- rozbor, rozklad
Anestezie	- ztráta cití, vnímání dotyku a bolesti v celém rozsahu
Antiagregancia	- léky proti shlukování krevních destiček
Antibakteriální	- protizánětlivé
Autotransfúze	- navrácení pacientovi jeho vlastní krve do krevního oběhu, která mu byla plánovaně odebrána a skladována v krevní bance
Benigní	- nezhoubný
Biopsie	- vyšetření vzorku lidského orgánu nebo tkáně
Brachyterapie	- radioterapie, kdy se implantát-radioaktivní drát nebo zrna zavádí do nádoru, nebo jeho těsné blízkosti
Dekubit	- proleženina
Diafragma urogenitale	- bránice močového a pohlavního ústrojí
Diagnostika	- proces stanovení diagnózy vyšetřováním pacienta
Diferenciace	- podobnost nádorových buněk se strukturou orgánu
Edukace	- výchova
Edukant	- osoba, která provádí výchovné působení
Edukátor	- Edukátor
Ejakulace	- vystříknutí semene ze ztopořeného penisu
Ejakulát	- tekutina vystříkovaná ze ztopořeného penisu při sexuálním vyvrcholení
Empatie	- schopnost porozumět druhé osobě, pochopit její myšlenky, emoce
Epidurální anestezie	- ztráta cití dolní části těla na podkladě lokálně podaného anestetika do epidurálního prostoru páteřního kanálu
Epidurální katétr	- tenká hadička zavedená mezi tvrdou plenu míšni a páteřní kanál
Epitel	- krycí tkáň, výstelka
Erektivní dysfunkce	- porucha sexuální funkce, porucha schopnosti ztopoření penisu



Etiologie	- příčina nemoci
Extraperitoneálně	- mimo dutinu břišní
Fascie	- povázka, vazivový obal svalu
Febrilie	- horečnatý stav
Genitál	- pohlavní ústrojí
Handicap	- nevýhoda, překážka, tělesné postižení
Hematurie	- přítomnost krve v moči
Histologie	- vědní obor zabývající se studiem struktur tkání, zkoumá patologické změny tkání
Hyperplazie	- zmnožení buněk a tkání
Hypertrofie	- růst tkáně vlivem zvětšování objemu jednotlivých buněk
Hypotéza	- předpoklad
Incidence	- počet nově vzniklých případů dané nemoci ve vybrané populaci za určité časové období
Indikace	- rozhodný důvod či soubor okolností, vyžadující určitý léčebný nebo diagnostický postup
Inervace	- zásobování těla nervovými vlákny prostřednictvím určitého nervu
Inkontinence	- mimovolní únik moči
Intimita	- soukromí
Karcinom	- zhoubný nádor vycházející z epitelu
Katetrizace	- zavedení cévky (katétru) do dutého systému
Kompresivní	- stlačující
Kontinence	- schopnost a dovednost udržení, ovládnání něčeho (např. moče)
Kontinuální	- souvislý, nepřetržitý
Kurativní metoda	- léčebná metoda
Lokální	- místní
Lymfadenektomie	- chirurgické odstranění mízních uzlin
Maligní	- zhoubný

Marker	- ukazatel
Mentální	- duševní, myšlenkový, rozumový
Metastáza	- vzdálené ložisko maligního nádoru
Minorita	- menšina
Mobilizace	- uvedení sil a prostředků do pohotovosti
Monitoring	- sledování, dohlížení
Multidisciplinární	- přístup charakterizovaný spoluprací více vědních oborů
Paliativní léčba	- léčba zmírňující symptomy onemocnění ale neovlivňující průběh onemocnění
Palpační	- zjišťovaný pohmatem
Pasivita	- nečinnost, nebojovnost
Per rektum	- přes konečník
Periferní	- vnější
Perineální	- přes hráz, oblast mezi zevními pohlavními orgány a řitním otvorem
Perioperační	- v období okolo operace
Periurethrální	- obklopující močovou trubici
Permanentní močový katétr	- cévka zaváděná do močového měchýře přes močovou trubici, která je ponechána dlouhodobě
Pesimismus	- ztráta perspektiv, nedůvěra v budoucnost
Pneumonie	- zánět plic
Postprostatektomická	- po odstranění prostaty
Preference	- zvýhodnění, přednost, přednostní právo
Premedikace	- podávání léků k útlumu neurovegetativního systému před zákrokem
Prevence	- předcházení něčemu, ochrana před něčím, předcházení nežádoucím jevům
Priorita	- věc mající přednost
Profylaxe	- předcházení vzniku nových onemocnění
Progrese	- zvyšování intenzity nebo rozsahu, zhoršování

Prostatektomie	- odstranění prostaty
Protetický	- náhradní, umělý
Realizace	- uskutečnění
Reflexe	- sebepoznání, uvážení okolností, myšlení o myšlení samém
Regrese	- pohyb zpět, ústup
Rehabilitace	- navrácení porušené funkce, nápravné cvičení
Rektum	- konečník, konečná část tlustého střeva od esovité kličky k řitnímu otvoru
Retence moče	- zadržování moči v močovém měchýři s nemožností vymočit se
Retropubická	- za stydkou kostí
Stagnace	- zastavení vývoje, uváznutí
Striktura	- zúžení
Subjektivní	- z osobního hlediska
Symptom	- příznak onemocnění
Symptomatologie	- soubor příznaků, kterými se může projevit určitá nemoc
Tachykardie	- zrychlená srdeční činnost
Terapie	- způsob léčení
Transperitoneálně	- přes dutinu břišní
Transrektální	- přes konečník
Transureterální	- přes močovou trubici
Transvezikální prostatektomie	- odstranění zvětšené části prostaty otevřenou cestou přes močový měchýř
Traumatizace	- vznik a působení poranění
Tromboembolická nemoc	- onemocnění způsobené vznikem krevní sraženiny s jeho následným uvolněním a uvíznutím na jiném místě, nejčastěji v plicích
Uretra	- močová trubice
Uretrovezikální anastomóza	- spojení močové trubice s močovým měchýřem
Urodynamické vyšetření	- vyšetření za pomoci speciálního přístroje měřícího transport moče, kterým se určují příčiny poruch funkcí dolních cest močových

## **SEZNAM ZKRATEK**

EKG	-	elektrokardiograf
PSA	-	prostatický specifický antigen
PMK	-	permanentní močový katétr
RAPE	-	radikální prostatektomie
RTG	-	rentgenové vyšetření, snímek
SVOD	-	webový portál o epidemiologii nádorů České republiky
TEN	-	tromboembolické nemoc
TRUS	-	transrektální ultrasonografie
TRUS-B	-	transrektální ultrazvukem vedená biopsie prostaty
WHO	-	světová zdravotnická organizace

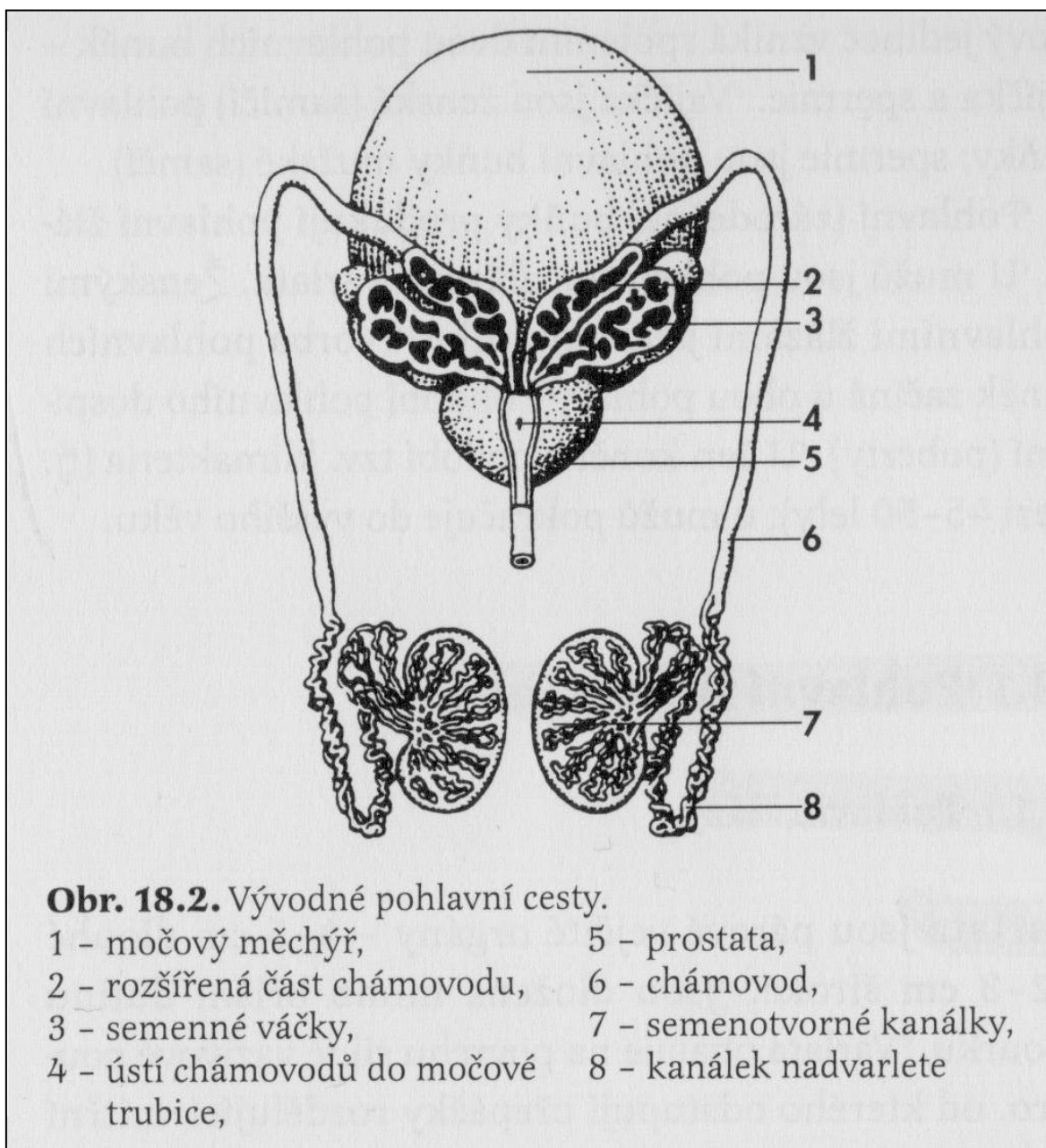
## SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 - Věk respondentů	str. 33
Graf č. 2 - Interval po operaci	str. 33
Graf č. 3 - Informovanost o komplikacích výkonu	str. 34
Graf č. 4 - Výskyt inkontinence po operaci	str. 34
Graf č. 5 - Doba trvání inkontinence	str. 35
Graf č. 6 - Rozsah informovanosti	str. 35
Graf č. 7 - Informační zdroje	str. 36
Graf č. 8 - Nejužitečnější informace o problematice	str. 36
Graf č. 9 - Typy používaných pomůcek	str. 37
Graf č. 10 - Dostatečný počet pomůcek	str. 37
Graf č. 11 - Vhodnost pomůcek	str. 38
Graf č. 13 - Další doporučení v souvislosti s inkontinencí	str. 38
Graf č. 14 - Změny v rodinném životě	str. 39
Graf č. 15 - Změny v pracovním životě	str. 39
Graf č. 16 - Změny ve společenském životě	str. 40
Graf č. 17 - Změny v intimním životě	str. 40
Graf č. 18 - Změny v kulturním životě	str. 41
Graf č. 19 - Změna v činnostech každodenní práce	str. 41
Graf č. 20 - Vnímání kvality života	str. 42
Graf č. 21 - Inkontinence jako životní zátěž	str. 42

## SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1 - Vývodné pohlavní cesty
- Příloha č. 2 - Prostata po radikální prostatektomii
- Příloha č. 3 - Nárůst výskytu karcinomu prostaty
- Příloha č. 4 - Incidence a mortalita karcinomu prostaty
- Příloha č. 5 - Srovnání incidence karcinomu prostaty v ČR s ostatními zeměmi světa
- Příloha č. 6 - Věková struktura výskytu karcinomu prostaty
- Příloha č. 7 - Biopsie prostaty pomocí transrektální ultrasonografické sondy
- Příloha č. 8 - Pomůcky k biopsii prostaty
- Příloha č. 9 - Typy pomůcek při inkontinenci moči
- Příloha č. 10 - Návod k použití kondomového urinálu
- Příloha č. 11 - Povolení sběru informací k dotazníkovému šetření
- Příloha č. 12 - Dotazník
- Příloha č. 13 - Edukační brožura - Deník o močení

**Příloha č. 1 - Vývodné pohlavní cesty**

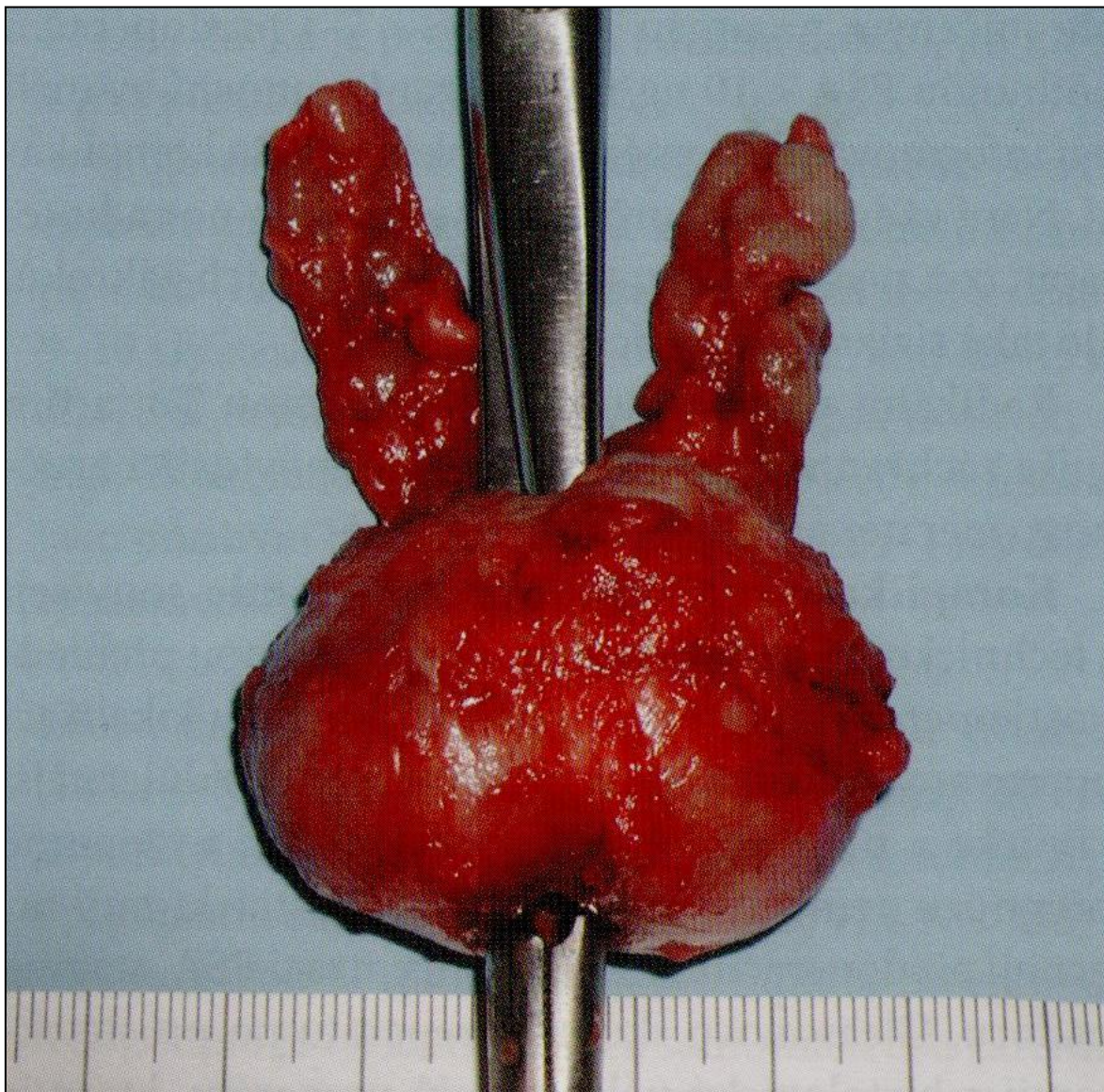


**Obr. 18.2.** Vývodné pohlavní cesty.

- |                                       |                           |
|---------------------------------------|---------------------------|
| 1 - močový měchýř,                    | 5 - prostata,             |
| 2 - rozšířená část chámovodu,         | 6 - chámovod,             |
| 3 - semenné vâčky,                    | 7 - semenotvorné kanálky, |
| 4 - ústí chámovodů do močové trubice, | 8 - kanálek nadvarlete    |

Zdroj: Základy anatomie, Dylevský 2006

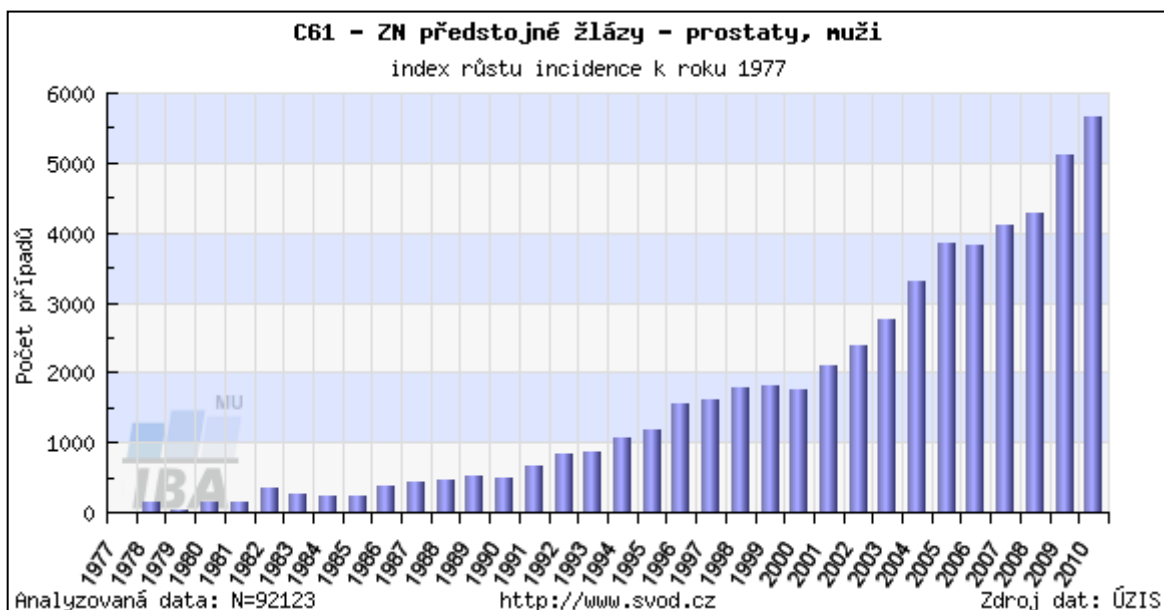
**Příloha č. 2 - Prostata po radikální prostatektomii**



Zdroj: Urologie, Kawaciuk 2009

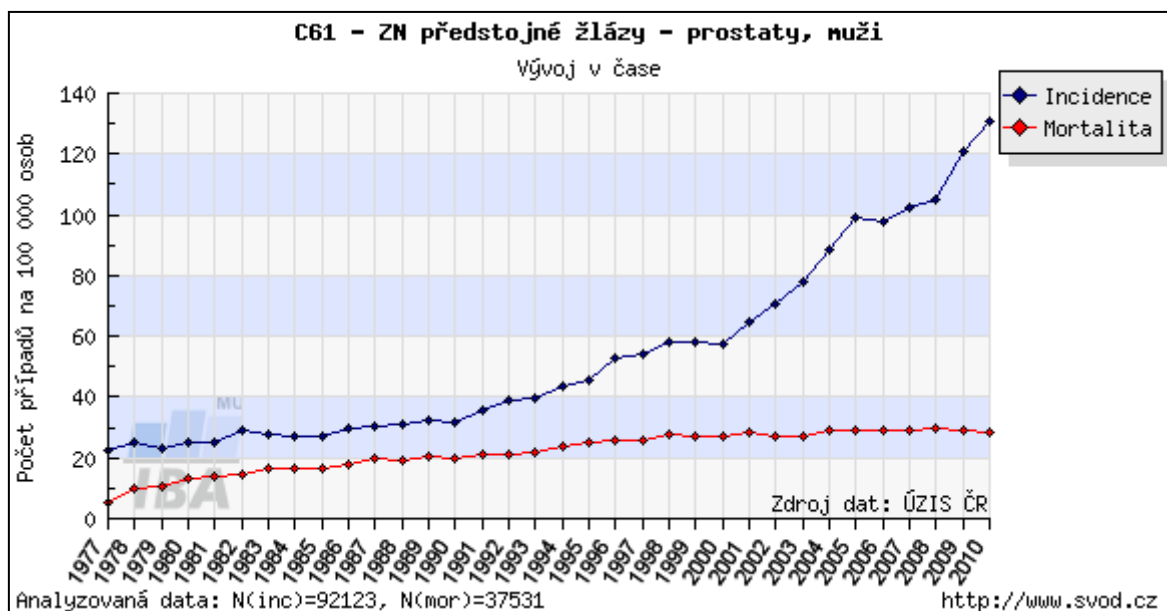


### Příloha č. 3 - Nárůst výskytu karcinomu prostaty



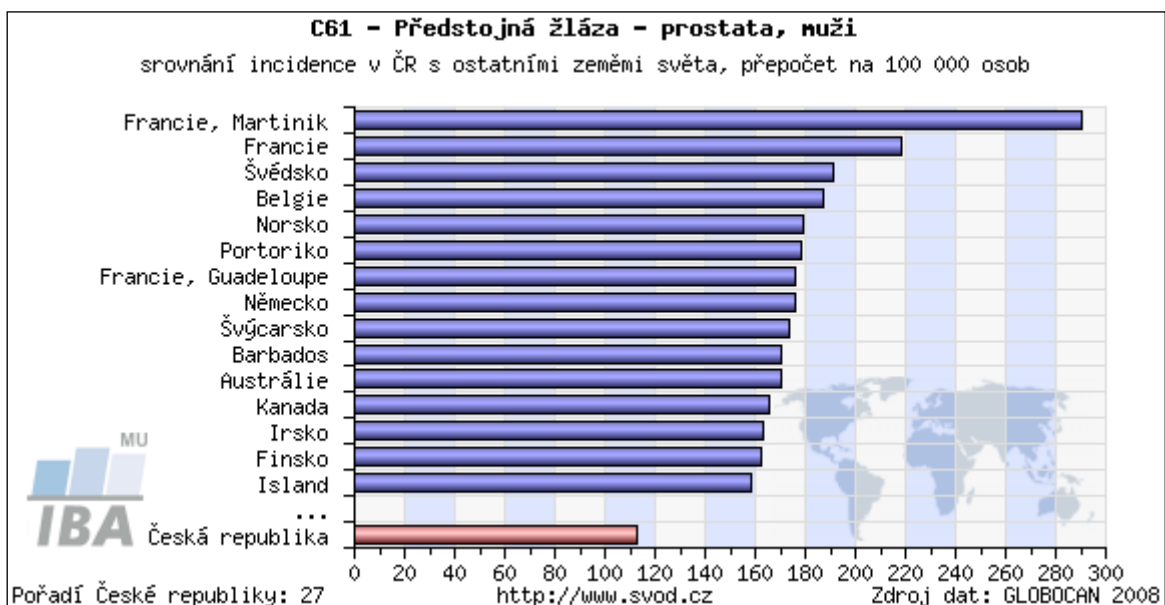
Zdroj: <http://www.svod.cz>

### Příloha č. 4 - Incidence a mortalita karcinomu prostaty-vývoj v čase



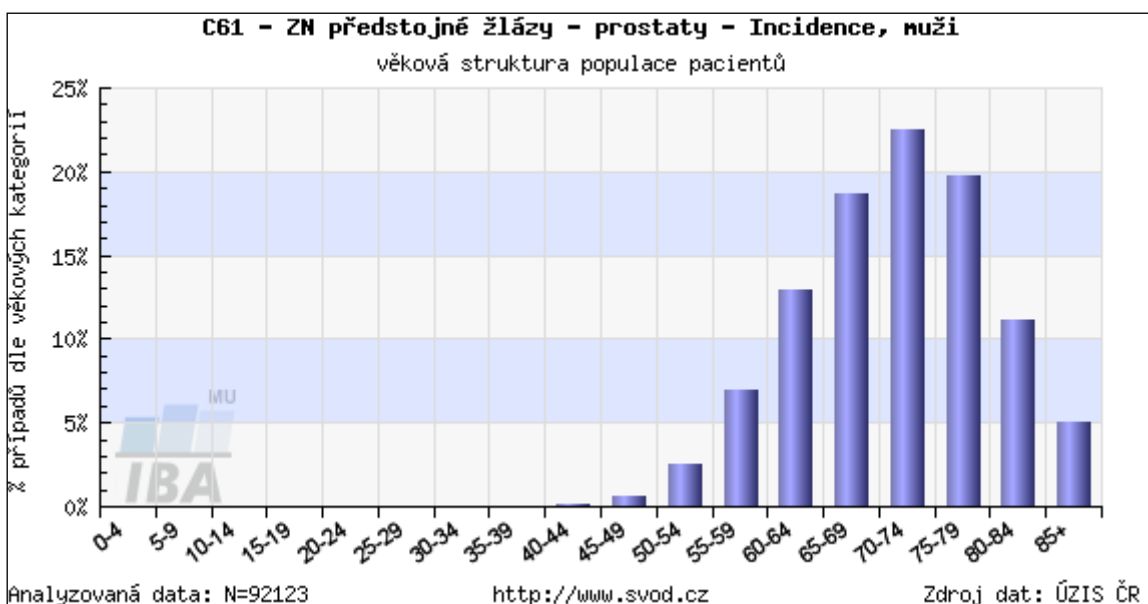
Zdroj: <http://www.svod.cz>

**Příloha č. 5 - Srovnání incidence karcinomu prostaty v ČR s ostatními zeměmi světa**



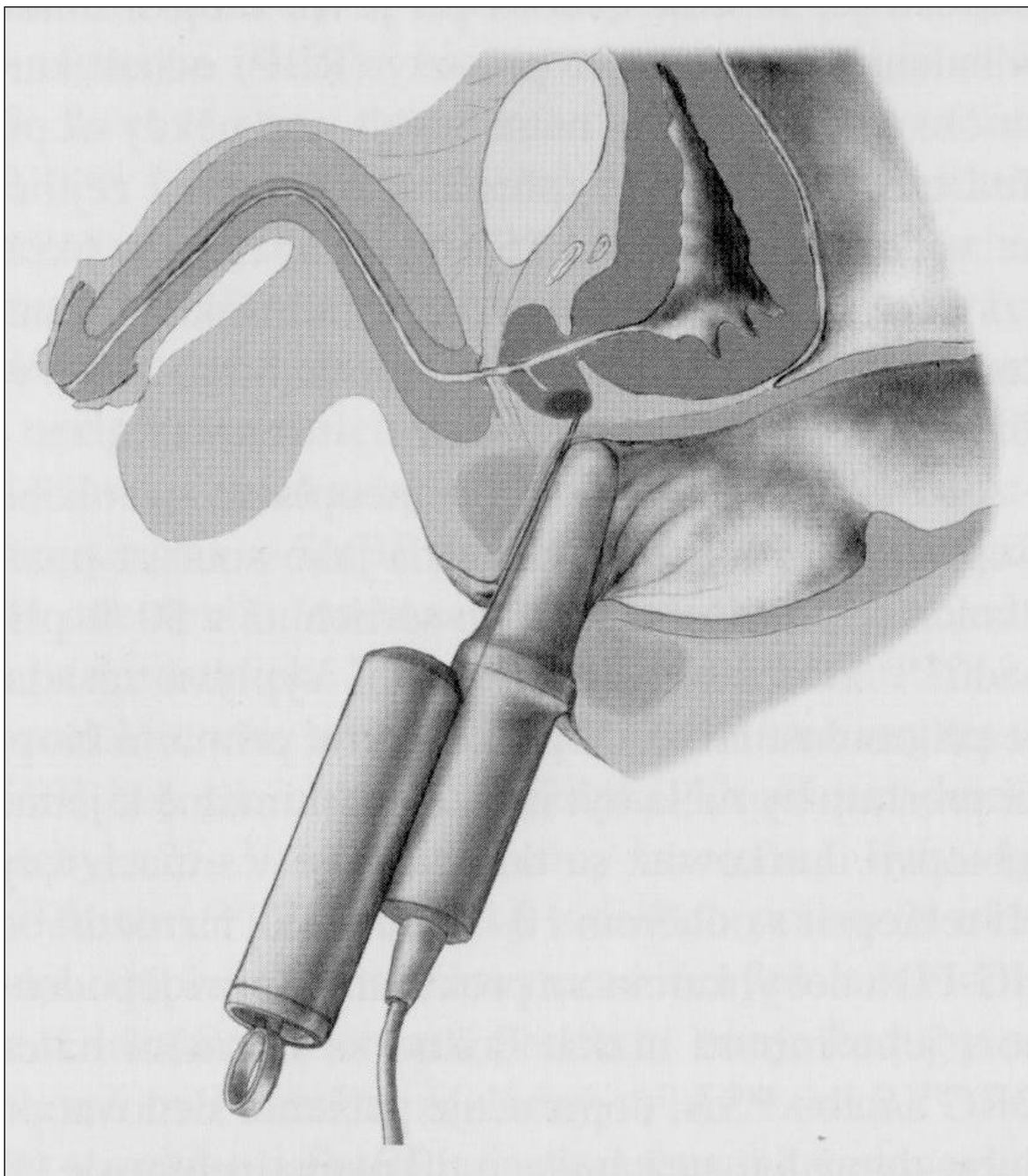
Zdroj: <http://www.svod.cz>

**Příloha č. 6 - Věková struktura výskytu karcinomu prostaty**



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

**Příloha č. 7 - Biopsie prostaty pomocí transrektální ultrasonografické sondy**

















Zdroj: Onkourologie, Dvořáček, Babjuk et al. 2005

**Příloha č. 8 - Pomůcky k biopsii prostaty**



Zdroj: vlastní

## Příloha č. 9 - Typy pomůcek při inkontinenci moči

Typ inkontinence	Příznaky	Pacient	Savost	Vhodné pomůcky	
Lehká inkontinence	Občasný únik moči, tzn. únik po kapkách nebo max. 1–2x denně, především při vyšší fyzické námaze, kýchnutí, kašlání nebo v těhotenství (únik moči do 100 ml za 4 hodiny).	Aktivní/mobilní		MoliMed vločky	MoliMed M pro muže speciálně tvarované pomůcky
		Žena/muž		 Ultra Micro, Micro Light, Micro, Mini, Midi, Maxi	 for men Active for men Protect
Střední inkontinence	Častý únik moči, tzn. únik proudem několikrát denně (únik moči od 100 ml do 200 ml za 4 hodiny).	Aktivní/mobilní		MoliForm vložené pleny	MoliPants soft fixační kalhotky
		Žena/muž		 Normal, Plus, Extra, Super	 Small, Medium, Large, Extra Large, Extra Extra Large
Těžká inkontinence	Trvalý únik moči, tzn. únik několikrát denně – i v noci, může být spojen s inkontinencí stolice (únik moči více než 200 ml za 4 hodiny).	Aktivní/mobilní	den  noc 	MoliCare Mobile na den natahovací kalhotky	MoliCare Mobile Super na noc
		Žena/muž		 Extra Small, Small, Medium, Large, Extra Large	 Small, Medium, Large
		Mobilní/ležící	den  noc 	MoliCare na den zalepovací kalhotky	MoliCare Super na noc
		Žena/muž		 Extra Small, Small, Medium, Large, Extra Large	 Small, Medium, Large

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







## Příloha č. 10 - Návod k použití kondomového urinálu

**MUŽSKÁ INKONTINENCE - informace pro pacienty**

**Použití PENILEX® STANDARD**

Kondomový urinál z latexu pro lékařské použití se přichycuje ke kůži přiloženou speciální oboustranně lepicí páskou. Urinál je nepropustný, nealergizuje kůži a je možné jej dobře propojit se všemi typy sěmňových močových sáčků.

---

-  1 - Uchopte rukou lepicí pásku a sejměte ochrannou papírovou vrstvu z jedné její plochy
-  2 - Poté pásku obraťte lepicí vrstvou ke kůži a navívejte ji kolem kofene penisu ve vzdálenosti zhruba 1 cm od styčkových kostí. Příliš neťahujte! Kůže nesmí být vlhká či mastná ani podrážděná.
-  3 - Konce pásky se mohou mírně překrývat či k sobě pouze naléhat. Pro lepší přilnavost celý obvod pásky mírně přitiskněte ke kůži.
-  4 - Odstraňte ochrannou vrstvu i z vnější strany lepicí pásky.
-  5 - Kondomový urinál navlékněte na penis tak, aby mezi žaludem a odvodnou trubicí urinálu zůstal prostor asi 1 cm.
-  6 - V místě lepicí pásky urinál přitiskněte po celém obvodu. Při sejmutí postačí urinál opět srolovat směrem od kofene penisu k žaludu. Místo na kůži, kde byla přilepena pásky, omyjte mýdlem.

---

**UPOZORNĚNÍ:**  
Urinál je potřeba vyměňovat každý den. Předejdete tak podráždění kůže, infekcím či vzniku plesňových onemocnění!  
Několkadenní používání téhož urinálu je navíc velmi nehygienické!  
Jedno balení obsahuje 30 kusů a je určeno na jeden měsíc.

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



## **Příloha č. 11 - Povolení sběru informací k dotazníkovému šetření**

*Vážená paní*

*Jana Kolářová*

*Studentka oboru Všeobecná sestra, Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence*

### **Povolení sběru informací ve FN Plzeň**

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň povolují Vaše dotazníkové šetření u pacientů Urologické kliniky FN Plzeň, v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce s názvem „*Kvalita života nemocného s inkontinencí po radikální prostatektomii*“, za níže uvedených podmínek.

Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření ve FN Plzeň:

- Vrchní sestra osloveného pracoviště souhlasí s Vaším postupem.
- Osobně povedete svoje šetření.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického řádu FN Plzeň. **Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372 / 2011 Sb., § 65, odst. 3.**
- Údaje ze zdravotnické dokumentace, které budou uvedeny ve Vaší bakalářské práci, musí být anonymizovány.

Po zpracování Vámi zjištěných údajů poskytnete zdravotnickému oddělení / klinice či organizačnímu celku FN Plzeň závěry Vašeho šetření, pokud o ně projeví oprávněný pracovník ZOK / OC zájem.

Toto povolení nezakládá povinnost zdravotnických pracovníků, pacientů / respondentů s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců, či pokud by spolupráci s Vámi pacient / respondent pocítoval jako újmu. Účast na Vašem šetření je dobrovolná a je vyjádřením ochoty ke spolupráci oslovených zaměstnanců / pacientů / respondentů FN Plzeň s Vámi.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

*Mgr., Bc. Světluše Chabrová  
manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP  
zástupkyně náměstkyně pro oš. péči*

*Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň  
tel.: 377 103 204, 377 402 207  
e-mail: [chabrovas@fnplzen.cz](mailto:chabrovas@fnplzen.cz)*

23. 9. 2013

## **Příloha č. 12 - Dotazník**

Dobrý den.

Jmenuji se Jana Kolářová, jsem studentkou Západočeské univerzity v Plzni obor Ošetrovatelství a zároveň pracuji na Urologické klinice v Plzni.

Ráda bych Vás touto cestou chtěla požádat o vyplnění dotazníku, který je nedílnou součástí mé bakalářské práce na téma „Kvalita života nemocného s inkontinencí po radikální prostatektomii“.

Cílem mé práce je navrhnout zlepšení v péči o pacienty po operaci a následné péče o ně. Vaše odpovědi a postřehy budou pro mě cenným vodítkem.

Děkuji Vám za trpělivost, ochotu a spolupráci při vypracování dotazníku.

**Jana Kolářová**

### **1. Kolik je Vám let?**

- a. 40 - 49
- b. 50 - 55
- c. 56 - 60
- d. 61 - 65
- e. 66 – 70
- f. 71 a více let

### **2. Jak jste dlouho po operaci?**

- a. Méně než 1 měsíc
- b. 1 – 3 měsíce
- c. 3 – 6 měsíců
- d. 6 – 12 měsíců
- e. Více než 1 rok

### **3. Byl jste před operací poučen o možných komplikacích?**

- a. Ano
- b. Ne

### **4. Trpíte nebo jste po operaci (přechodně) trpěl únikem moči (inkontinencí)?**

- a. Ano
- b. Ne

(pokud jste odpověděl NE, poděkuji Vám za spolupráci. Prosím Vás jen o zaslání či vrácení dotazníku).



**5. Únikem moči (inkontinencí) jsem po operaci (resp. po odstranění močové cévky po operaci) trpěl:**

- a. Jen přechodně, do týdne problém zmizel
- b. Zhruba 1 měsíc
- c. Do 3 měsíců
- d. Do půl roku
- e. Do 9 měsíců
- f. Do 1 roku
- g. Stále trvá

**6. Byly pro Vás informace poskytnuté zdravotníkem o problematice úniku moči (pomůckách, možném cvičení, léčbě,...) dostačující?**

- a. Ano
- b. Ano částečně
- c. Ne

**7. Další informace o problému úniku moči jsem získal:**

- a. Od mého praktického lékaře
- b. Z odborné literatury
- c. Z internetu
- d. Z časopisu, novin
- e. Z televize či rádia
- f. Jiné, napište.....
- g. Žádné další informace jsem nehledal

**8. Které informace pro Vás byly nejužitečnější?**

- a. Od mého praktického lékaře
- b. Z odborné literatury
- c. Z internetu
- d. Z časopisu, novin
- e. Z televize či rádia
- f. Jiné, napište.....

**9. Používám nebo jsem používal tyto pomůcky:**

- a. „Kornouty“ – pánské vložky
- b. Klasické vložky
- c. Vložné pleny
- d. Urinální kondomy
- e. Jiné, prosím, napište jaké:

**10. Bylo nebo je množství pomůcek dostatečné?**

- a. Ano vždy
- b. Občas
- c. Ne

**11. Vyhovují nebo vyhovovaly Vám předepsané pomůcky?**

- a. Ano
- b. Ano částečně
- c. Ne

**12. Pokud Vám předepsané pomůcky nevyhovují, napište proč. (odpovídají pouze Ti, kteří v otázce č. 12 odpověděli ANO ČÁSTEČNĚ nebo NE**

**13. V souvislosti s únikem moči mi bylo doporučeno nebo je mi doporučováno:**

- a. Cvičení svalů pánevního dna
- b. Užívání léků
- c. Operace
- d. Nebylo mi nic doporučeno

**14. Ovlivňuje nebo ovlivňoval únik moči Váš rodinný život (vztahy v rodině, rodinné soužití,...)?**

- a. Ano
- b. Ano částečně
- c. Ne

**15. Ovlivňuje nebo ovlivňoval únik moči Váš pracovní život?**

- a. Ano 1. musel jsem změnit zaměstnání (přestat podnikat)  
2. jsem stále v pracovní neschopnosti  
3. jiné, prosím, napište jak .....
- b. Ano částečně 1. musel jsem změnit zaměstnání (přestat podnikat)  
2. jsem stále v pracovní neschopnosti  
3. jiné, prosím, napište jak .....
- c. Ne 1. jsem ve starobním důchodu  
2. před operací jsem byl v invalidním důchodu  
3. před operací jsem byl na úřadu práce  
4. jiné, prosím, napište jak .....

**16. Ovlivňuje nebo ovlivňoval únik moči Váš společenský život (cestování, návštěvy, zájmy...)?**

- a. Ano  
b. Ano částečně  
c. Ne

**17. Ovlivňuje nebo ovlivňoval únik moči Váš intimní život?**

- a. Ano  
b. Ano částečně  
c. Ne

**18. Ovlivňuje nebo ovlivňoval únik moči Váš kulturní život (společenské akce, návštěvy divadel, kina,...)?**

- a. Ano  
b. Ano částečně  
c. Ne

**19. Ovlivňuje nebo ovlivňoval únik moči Vaše každodenní činnosti (nákupy, práce na zahradě, domácí práce,...)?**

- a. Ano  
b. Ano částečně  
c. Ne

**20. Celkově vnímám kvalitu života po operaci:**

- a. Stejnou jako před operací
- b. Horší než před operací
- c. Výrazně horší než před operací
- d. Špatnou

**21. Vnímáte (vnímal jste) únik moči jako životní zátěž?**

- a. Určitě ano
- b. Spíše ano
- c. Ne

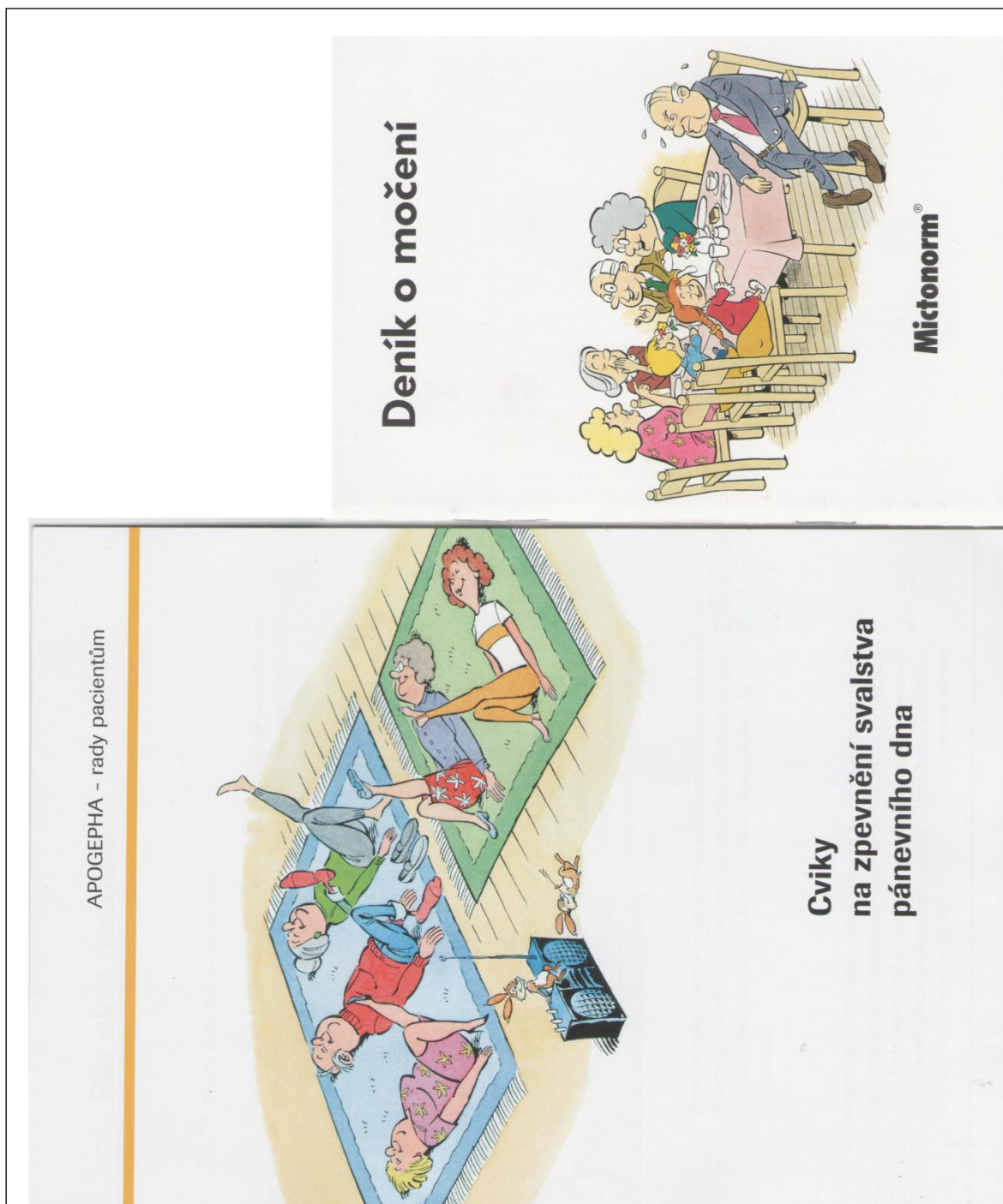
**22. Chcete-li se vyjádřit k problematice úniku moči, napište, prosím, své připomínky, názory, pocity a zkušenosti**

.....

.....

.....

**Příloha č. 13 - Edukační brožura - Deník o močení**



Zdroj: <http://www.apogepha.de> (materiály vlastní)