

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2022

Michala Baraniková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Všeobecné ošetřovatelství, B0913P360006

Michala Baraniková

**OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTA PO RADIKÁLNÍ
PROSTATEKTOMII**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Jitka Krocová

PLZEŇ 2022

Prohlášení

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

V Plzni dne 31. 3. 2022

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Michala Baraniková

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Ošetrovatelské péče o pacienta po radikální prostatektomii

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Jitka Krocová

Počet stran – číslované: 42

Počet stran – nečíslované: 19

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 40

Klíčová slova: karcinom prostaty, radikální prostatektomie, ošetrovatelská péče

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá zkušenostmi pacientů podstupujících chirurgickou léčbu karcinomu prostaty. Je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část rozpracovává v kontextu výzkumného problému oblasti ošetrovatelství, karcinomu prostaty, léčby karcinomu prostaty a ošetrovatelské péče o pacienty podstupující radikální prostatektomii. Empirická část je zaměřená na zjištění a popis subjektivního vnímání pacientů podstupujících radikální prostatektomii. Po analýze rozhovorů je tedy možno obecně popsat zkušenosti a pocity pacientů podstupujících chirurgickou léčbu karcinomu prostaty.

Abstract

Surname and name: Michala Baraniková

Department: Nursing and midwifery

Title of thesis: Nursing care of patient after radical prostatectomy

Consultant: PhDr. Mgr. Jitka Krocová

Number of pages – numbered: 42

Number of pages – unnumbered: 19

Number of appendices: 4

Number of literature items used: 40

Keywords: prostate cancer, radical prostatectomy, nursing care

Summary:

The bachelor thesis deals with the experiences of patients undergoing surgical treatment of prostate cancer. Thesis is divided into theoretical and practical part. The theoretical part, elaborates in the context of the research problem, the areas of nursing, prostate cancer, prostate cancer treatment and nursing care of patients undergoing radical prostatectomy. The empirical part is focused on finding and describing the subjective perception of patients undergoing radical prostatectomy. After the analysis of the interviews, it is possible to describe experiences and feelings in general, of patients undergoing surgical treatment of prostate cancer.

Poděkování

Děkuji PhDr. Mgr. Jitce Krocové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů během vypracovávání celé práce a také za to, že se mnou měla trpělivost a věnovala mi svůj čas. Dále děkuji pacientům, kteří byli ochotní se účastnit mého výzkumu a poskytli mi odpovědi na otázky, které jsem mohla použít při zpracovávání empirické části.

OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ	9
SEZNAM TABULEK	10
SEZNAM ZKRATEK	11
ÚVOD.....	12
TEORETICKÁ ČÁST	13
1 OŠETŘOVATELSTVÍ.....	13
1.1 Cíle ošetřovatelství	13
1.2 Principy ošetřovatelství	13
1.3 Ošetřovatelská péče	14
2 KARCINOM PROSTATY	15
2.1 Epidemiologie karcinomu prostaty.....	15
2.1.1 Rizikové faktory karcinomu prostaty	15
2.1.2 Screening karcinomu prostaty	16
2.1.3 Prognóza karcinomu prostaty	16
2.2 Klinický obraz karcinomu prostaty	17
2.3 Diagnostika karcinomu prostaty.....	17
2.4 Staging a grading karcinomu prostaty	18
2.4.1 TNM klasifikace karcinomu prostaty	19
2.4.2 Gleasonovo skóre	20
3 LÉČBA KARCINOMU PROSTATY	21
3.1 Aktivní sledování.....	21
3.2 Radioterapie.....	21
3.3 Hormonální terapie	22
3.4 Chirurgická léčba karcinomu prostaty – Radikální prostatektomie	22
3.4.1 Možné pooperační komplikace.....	23
4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTY PODSTUPUJÍCÍ RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMII.....	26
4.1 Předoperační péče.....	26
4.2 Perioperační péče.....	27
4.3 Pooperační péče	28
4.4 Edukace pacienta po radikální prostatektomii.....	29
PRAKTICKÁ ČÁST	32
5 FORMULACE PROBLÉMU	32
6 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY/PROBLÉMY	33
6.1 Hlavní cíl	33
6.2 Dílčí cíle a výzkumné otázky/problémy	33

7	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	34
8	METODIKA PRÁCE	35
9	ORGANIZACE VÝZKUMU	36
10	ZPRACOVÁNÍ DAT	37
11	PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	38
11.1	Kategorie: Předoperační období	38
11.2	Kategorie: Vnímání pooperačního období	42
11.3	Kategorie: Propuštění domů a edukace	45
	DISKUZE	48
	ZÁVĚR.....	53
	SEZNAM LITERATURY	54
	SEZNAM PŘÍLOH	58
	Příloha A – Informovaný souhlas pro rozhovor	58
	Příloha B – Žádost o udělení souhlasu s výzkumem	59
	Příloha C – Otázky k rozhovoru	60
	Příloha D – Návrh mapy péče – RAPE (určeno pro Urologické odd. KKN a.s. KV).....	61

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Mapa kódů – Kategorie: předoperační období.....	41
Obrázek 2: Mapa kódů – Kategorie: vnímání pooperačního období.....	44
Obrázek 3: Mapa kódů – Kategorie: propuštění domů a edukace.....	47

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: TNM klasifikace karcinomu prostaty.....	19
--	----

SEZNAM ZKRATEK

APTT	aktivovaný parciální tromboplastinový test
ČR	Česká republika
DRE	digital rectal examination – digitální rektální vyšetření
EKG	Elektrokardiografické vyšetření
ev.....	eventuálně
Gy.....	Gray – jednotka absorbované dávky záření
IMRT	intensity modulated radiotherapy
JIP	jednotka intenzivní péče
KKN a.s.	Karlovarská krajská nemocnice a.s.
KV.....	Karlovy Vary
LHRH.....	LH hormon releasing – hormon uvolňující Lutropín
LUTS	low urinary tract symptoms
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
Odd.....	oddělení
PSA	prostatický specifický antigen
RAPE	Radikální prostatektomie
RTG	Rentgen
RTG S+P.....	Rentgen srdce a plíce
Rh.....	Rhesus faktor
PAD	Perorální antidiabetika
tzv.....	takzvaný
ÚZIS.....	Ústav zdravotnických informací a statistiky

ÚVOD

Záměrem této bakalářské práce je přiblížit zdravotnickým pracovníkům prožívání pacientů, kteří podstupují chirurgickou léčbu karcinomu prostaty. Jedná se o radikální metodu léčby tohoto onemocnění a spočívá v chirurgickém odstranění celé prostaty. I když je radikální prostatektomie účinnou metodou léčby, jedná se o výkon rozsáhlý, který ovlivňuje pacienta po fyzické, ale hlavně taky psychické stránce.

Onkologické onemocnění jako takové ve značné míře zasahuje psychickou stránku člověka a samotná hospitalizace, kdy je člověk přinucen vystoupit z komfortní zóny, se může ještě víc podepsat na psychice. Pacienti jdou do neznámého prostředí, častokrát s minimem informací. Objevují se i předsudky spojené se zkušenostmi z předchozích hospitalizací. Jejich nepříjemné pocity mohou zesílit během některých úkonů v rámci předoperační přípravy.

Velmi důležité je zjistit od pacientů názor na hospitalizaci z jejich pohledu, protože častokrát se zdravotnický personál zajímá o fyzickou stránku a ta psychická je opomíjena. Pro zvládnutí psychické zátěže pacienti vyžadují dostatek relevantních informací a podporu, což jim zabezpečí pocit jistoty. Zdravotnický personál jako první kontakt pacientů při hospitalizaci by proto měl ke každému přistupovat individuálně a zajímat se o jeho psychickou stránku.

Pro vyhledávání zdrojů ke zpracování teoretické části byly vymezené klíčová slova, které byly použité při vyhledávání v databázích Medvik a Google scholar. Z časového hlediska se jednalo o zdroje od roku 2014 až po současnost. Následně byly vyhledané články za pomoci vyřazujících kritérií zredukovány. Pro tvorbu teoretických východisek bylo použito 20 knižních publikací, 12 článku z recenzovaných periodik a 2 elektronické zdroje. Čerpáno bylo ze zdrojů v českém, anglickém a slovenském jazyce. Všechny citace byly zapsány dle citační normy ISO 690 a abecedně seřazeny v seznamu literatury.

TEORETICKÁ ČÁST

1 OŠETŘOVATELSTVÍ

Ošetřovatelství jako samostatná vědní disciplína, která vzniká z poznatků jiných věd, pohlíží na člověka velmi komplexně. Je multidisciplinárním oborem, který vychází z praxe jiných oborů a využívá jejich vazby. Je tedy i oborem interdisciplinárním. Současné ošetřovatelství se nově řídí dle Konceptce ošetřovatelství zakotvené ve Věstníku ministerstva zdravotnictví č.6/2021, která plně nahrazuje Konceptci ošetřovatelství vydanou v roce 2004 (Konceptce ošetřovatelství, 2021. s 9).

1.1 Cíle ošetřovatelství

Hlavním cílem je systematické a všestranné uspokojování potřeb člověka, a to především ve vztahu k udržení zdraví či potřebám spojeným se vzniklým onemocněním. Předpokladem je využití vhodných metod a úzká spolupráce ošetřovatelského týmu s pacientem.

Při uspokojování potřeb člověka přihlíží ošetřovatelství na podporu a upevňování zdraví, podílí se na navrácení zdraví. Poskytuje profesionální ošetřovatelskou péči pacientům, kteří se o sebe nemohou, nechtějí nebo neumějí pečovat a snaží se je motivovat k sebepečí. Nabízí ošetřovatelskou péči na základě vědeckých poznatků podložených ošetřovatelským výzkumem. Zaměřuje se na kvalitní edukaci pacientu a jejich blízkých. A v neposlední řadě má za cíl zmírňovat utrpení nemocného člověka a zajistit klidné umírání a důstojnou smrt (Konceptce ošetřovatelství 2021, s. 9-10).

1.2 Principy ošetřovatelství

Holistická péče přistupuje k jedinci jako k celistvé jedinečné bytosti a zohledňuje jeho bio-psycho-sociální a duchovní stránku. Princip holismu je obsažen v ošetřovatelském procesu, kde se zaměřuje na člověka jako celek, a ne jenom na nemoc.

Humanismus uznává člověka jako osobnost s právem na svobodu, štěstí, rozvoj sil a schopností. Respektuje lidská práva a práva pacientů. Důležitá je empatie, soucit, úcta, akceptace autonomie a svobody jedince.

Preventivní charakter péče je orientován na primární prevenci a veřejné zdraví, tedy zdravou populaci. Zabývá se předcházením vzniku nemocí.

Individualizovaná péče je péče poskytovaná s přihlédnutím na hodnoty, přesvědčení a kulturní zázemí pacienta. Pacient dostává odpovídající informace, aby se mohl svobodně rozhodnout ohledně léčby a péče.

Aktivní péče je ošetrovatelská péče, při které je pacient vnímaný jako aktivní účastník interakcí se zdravotnickými pracovníky. Aktivní přístup pacientů je nutný pro poskytování kvalitní a bezpečné péče. Týmová práce zajišťuje komplexnost ošetrovatelské péče. Je založena na úzké spolupráci s ostatními odborníky, kteří participují na péči o pacienta (Koncepce ošetrovatelství 2021, s. 12-13).

1.3 Ošetrovatelská péče

Komplexní ošetrovatelskou péči poskytuje ošetrovatelský tým, ve kterém má sestra své nezastupitelné místo. Spolu s dalšími zdravotnickými pracovníky se zapojuje do preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, paliativní, neodkladné a dispenzarizační péče. Mezi úkoly profese sestry patří samostatné plánování a realizace ošetrovatelské péče, plnění indikace lékaře, spolupráce s ostatními členy týmu, kontakt s rodinou pacienta, rehabilitace a resocializace pacienta. Aby se mohla sestra podílet na ošetrovatelské péči v rozsahu svých kompetencí, je hlavním požadavkem způsobilost k výkonu povolání, která je vymezena v *Zákonu č. 96/2004 o nelékařských zdravotnických povoláních*. Dalším požadavkem je, aby sestra ošetrovala pacienty s důstojností, laskavostí, úctou a empatií. (Koncepce ošetrovatelství 2021, s. 14-16)

Ošetrovatelská péče o pacienty je poskytována v rámci ošetrovatelského procesu, který představuje myšlenkový algoritmus a sérii činností na sebe navazujících. Je rozdělena do několika fází, které dohromady vytvářejí dynamický celek.

V první fázi sestra zhodnotí stav nemocného za pomoci ošetrovatelské anamnézy, shromáždí dostatek informací potřebných pro individualizovanou ošetrovatelskou péči. Následně vytýčí ošetrovatelské problémy stanovením ošetrovatelských diagnóz a určí pořadí jejich naléhavostí. Stanoví se plán ošetrovatelské péče a cíl, kterého chceme dosáhnout. Poté probíhá samotná realizace ošetrovatelského plánu. Nakonec se zhodnotí efekt poskytnuté péče, případně se plán upraví, nebyl-li dosažen předpokládaný cíl (Plevová 2019, s. 73-80).

2 KARCINOM PROSTATY

Maligní nádory prostaty jsou nejčastějším nádorovým onemocněním u mužů. I když v naprosté většině případů se jedná o adenokarcinom, což je nádor vzniklý ze žlázového epitelu, ojediněle se vyskytují třeba malobuněčný, mucinózní nebo sarkomatoidní nádory prostaty. Z méně častých nádorů je nejzávažnější právě malobuněčný karcinom, který je charakterizován vysokou malignitou, rychlým růstem a nepříznivou prognózou pro pacienta. Naopak adenokarcinom prostaty je vzhledem k tomu, že je ve většině případů diagnostikován v časném stádiu, kdy je několik možností léčby, považován za karcinom, se kterým má pacient mnohem příznivější prognózu (Hanuš et al. 2015, s. 100).

2.1 Epidemiologie karcinomu prostaty

Karcinom prostaty je u mužů, hned po karcinomu plic, druhá nejčastější příčina úmrtí z onkologických diagnóz. Podle nejnovějších dat Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR z roku 2018 byla incidence karcinomu prostaty 151/100 000 mužů, což představuje vzestup o 11,85 % oproti roku 2013. I přesto, že incidence stoupá, zůstává faktem, že za posledních 5 let se mortalita pohybuje na přibližně stejném čísle, a to 27-30/100 000. V porovnání s předešlými lety, kdy mortalita v poměru s incidencí představovala 40-50 %, je to významné zlepšení. V roce 2018 byl v České republice karcinom prostaty diagnostikován u 7938 mužů. Z celosvětového žebříčku výskytu karcinomu prostaty je tedy Česká republika na středních příčkách. Na prvních místech se objevuje Severní Amerika a skandinávské státy. Naopak nejmenší výskyt karcinomu prostaty je u mužů z Číny, Taiwanu, Thailandu a Korey (Hanuš et al. 2015, s. 101-102; Ústav zdravotnických informací a statistiky 2018).

2.1.1 Rizikové faktory karcinomu prostaty

Není možné úplně přesně vymezit všechny rizikové faktory pro vznik karcinomu prostaty. Existují ale vnitřní a vnější faktory, které jsou spojovány nebo můžou přispívat ke vzniku karcinomu prostaty. Potvrzené rizikové faktory jsou momentálně věk, rasa a národnost a také dědičnost. Věk je z hlediska rizikových faktorů tím nejvýznamnějším faktorem. S věkem stoupá incidence karcinomu prostaty rychleji než u jakéhokoliv jiného karcinomu. Dle statistiky ÚZIS ČR je jasné, že mezi 0. až 40. rokem života se nevyskytují téměř žádné případy karcinomu prostaty. Incidence se pohybuje kolem 0,1-0,4/100 000 mužů. Od 40. roku života incidence karcinomu prostaty závratně stoupá. Nejvíce případů se vyskytuje mezi 70. až 80. rokem života. Rasa a národnost je evidentní predispozicí pro vznik karcinomu prostaty. Větší výskyt onemocnění je v Severní Americe hlavně mezi Afroameričany

nebo v černé karibské skupině. Naopak nejnižší výskyt karcinomu prostaty je u mužů asijského původu. Riziko vzniku karcinomu prostaty se zvyšuje i v případě, že se karcinom objevil u příbuzných prvního stupně (otec, bratr). Všeobecně platí, že čím víc postižených příbuzných prvního stupně se objeví, tím vyšší je relativní riziko. Stravovací návyky, jako třeba nadměrná konzumace „červeného“ masa a nedostatek vlákniny, hormonální vlivy, jako hladina androgenů, a v některých případech i zaměstnání, a to zejména u farmářů a při vystavení účinkům kadmia nebo záření, lze taky považovat za faktory podílející se na vzniku karcinomu prostaty (Hanus et al. 2015, s. 102; Slezáková 2021, s. 273; Muralitharan a Ian 2017, s. 129-130).

2.1.2 Screening karcinomu prostaty

Screening je metoda zaměřená na vyhledávání a zachycení onemocnění v časném stádiu nebo stádiu, kdy onemocnění ještě nepropuklo, ale jsou přítomny závažné předpoklady pro vznik daného onemocnění. Tak jako u všech maligních nádorů, tak i u karcinomu prostaty je odhalení v časném stádiu, kdy ještě onemocnění neprojevuje žádné příznaky, hlavním předpokladem pro úspěšnější léčbu a příznivější prognózu. Záměrem screeningu karcinomu prostaty je časná detekce pro okamžité zahájení léčby a s tím související snížení mortality při současném zachování kvality života. Screening se může provádět u jakéhokoliv pacienta mužského pohlaví, který na základě zvýšené informovanosti o to sám požádá, nebo je možné vytýčit nejvíce ohrožené skupiny na základě dosavadních statistických údajů a zaměřit se právě na ně v rámci plošného screeningu. V současné době se jako nástroje pro screening karcinomu prostaty používá stanovení hladiny prostatického specifického antigenu v krvi a digitální rektální vyšetření, podle kterého je možné zjistit patologické stavy prostaty (Král a Kudláčková 2019, s. 49-50).

2.1.3 Prognóza karcinomu prostaty

Obecně platí, že čím dříve je karcinom odhalen, tím větší je předpoklad pro úspěšné vyléčení. Vzhledem k provádění screeningu karcinomu prostaty, na čem se podílí fakt zvýšené aktivity lékařské obce a stejně tak zvýšené informovanosti pacientů o potenciálním riziku postižení karcinomem prostaty a také zlepšení diagnostiky spojené s vývojem medicíny v posledních letech, je většina nádorů diagnostikována v časném stádiu. Pacient s lokalizovaným nebo regionálně šířeným adenokarcinomem prostaty má vysoký předpoklad pro úplné osvobození od karcinomu. Naopak karcinom prostaty odhalený v pozdějším stádiu, a to hlavně karcinom, u kterého se zjistí metastatický proces, má prognózu mnohem horší (Král a Kudláčková 2019, s. 48-49).

2.2 Klinický obraz karcinomu prostaty

Karcinom prostaty je v počátečních stádiích asymptomatický, a proto je odhalen jenom náhodně. Jsou-li ale symptomy, je jich několik. Základním ukazatelem je zvýšená hladina prostatického specifického antigenu v krvi, při čemž je ale nutné brát ohled na věk pacienta a velikost prostaty. To znamená, že zvýšená hladina PSA nemusí nutně znamenat přítomnost karcinomu prostaty. Mikční potíže charakterizované jako LUTS – symptomy spojené s poruchou dolních močových cest, které se dělí na obstrukční (opožděný nástup mikce, slabý přerušovaný proud moči, prodloužená doba močení a pocit nedokonalého vy-močení) a iritační (častá frekvence močení, urgencye až urgentní inkontinence a bolestivá mikce). Akutní retence moče, která se projevuje neschopností pacienta vymočit se, což je způsobeno v důsledku zvětšení prostaty (karcinomu prostaty), která utlačuje močovou trubici. Retence moče se objevuje i v případě benigní hyperplazie prostaty, proto taky není směrodatným příznakem. Hematurie je obecné označení pro přítomnost krve v moči. Rozlišujeme mikroskopickou - patrná jen pod mikroskopem, a makroskopickou - viditelná volným okem. Hematurie se objevuje až při pokročilém stádiu karcinomu prostaty a v některých případech se projeví jako masivní hematurie, která je život ohrožující, protože u pacienta dochází k anémii a v případě neřešení může dojít k vykrvácení. Urémie se objevuje velmi ojediněle a u pokročilejších stádií karcinomu prostaty. Je to stav, kdy se v organismu hromadí dusíkaté zplodiny metabolismu, mezi které patří urea. Primárně tenhle stav vzniká v důsledku poškození ledvin, proto je považován za sekundární symptom generalizovaných nádorů prostaty, kdy prorůstáním do okolních orgánů poškodí funkci ledvin. Dále se může objevit hemospermie nebo bolesti kolem konečníku či v oblasti podbřišku a na hrázi. V souvislosti s generalizací karcinomu prostaty a jako následek metastatického procesu se objevují i další příznaky, jako třeba skeletové bolesti páteře, hubnutí, únavnost, zvětšení lymfatických uzlin a podobně (Hanuš et al. 2015, s. 103; Hora et al. 2020, s. 65; Sochorová a Vidlár 2016, s. 12-15).

2.3 Diagnostika karcinomu prostaty

Diagnostika karcinomu prostaty je podstatnou částí řízena dle guidelines Evropské urologické asociace. Vyšetřovací postupy je možné rozdělit na dvě části. Detekční část je při pouhém podezření na přítomnost karcinomu prostaty, naopak stagingová je již při potvrzeném onemocnění. Při prvotní diagnostice karcinomu prostaty se při vstupním vyšetření lékař dotazuje na anamnestické údaje, zejména na rodinnou anamnézu. Vzhledem k tomu, že je

dědičnost jedním z hlavních rizikových faktorů, je podstatné vědět, jestli se onemocnění nevyskytuje již u některého z pacientových příbuzných. Odběr krve na biochemické vyšetření, přesněji na stanovení hladiny prostatického specifického antigenu, je taky zásadním v diagnostice karcinomu prostaty. Nelze dle něho ale 100 % určit diagnózu vzhledem k tomu, že s věkem a zvětšováním prostaty stoupá taky hladina PSA. Také digitální rektální vyšetření musí být provedeno vždy, a ačkoli je velmi subjektivní, je klíčové. Za pomoci tohoto vyšetření je lékař schopný posoudit velikost prostaty, tuhost prostaty, symetrii laloku, hmatné léze, jejich rozsah a polohu. Suspektní nález u DRE vyšetření by měl být indikací k biopsii prostaty bez ohledu na hodnoty PSA. V současné době se biopsie prostaty provádí sonograficky, a to transrektálně. Dle zvyklostí pracoviště se vzorky odebírají v antibiotické cloně a ambulantně. Pacient se uloží vleže na bok s pokrčenými dolními končetinami pro lepší přístup. Přes konečník je zavedena sonda, za pomoci které je možné zaměřit prostatické laloky a odebrat vzorky, které se následně ve fixačním roztoku odesílají k histologickému vyšetření. Celý výkon netrvá dlouho a neměl by být ani bolestivý, protože je použito lokální anestetikum. Právě biopsie prostaty je rozhodující vyšetření, které se využívá k absolutnímu stanovení a potvrzení diagnózy (Hanuš 2020, s.56-62; Čapoun 2021, s. 88-91).

V případě, že je pacientovi diagnostikován karcinom prostaty, lze provést doplňující vyšetření, a to zejména ve chvíli, kdy výsledek vyšetření může změnit další terapeutický postup. Jde o neinvazivní zobrazovací metody. Magnetická rezonance prostaty využívaná pro přesnější popis případné infiltrace karcinomu prostaty mimo prostatické pouzdro nebo do semenných váčků. Výpočetní tomografie u pokročilých stádií v případě podezření na postižení lymfatických uzlin a scintigrafie skeletu u předpokladu na vzdálený metastatický proces a pro hodnocení kostních metastáz (Král a Kudláčková 2019 s. 50-51; Hanuš 2020 s. 62-63; Čapoun 2021, s. 88-91).

2.4 Staging a grading karcinomu prostaty

Po histologickém potvrzení karcinomu prostaty následuje diferenciací nádorových buněk, tzv. grading tumoru, vypočítávaný za pomoci Gleasonova skóre, a zjišťuje se rozsah tumoru, tzv. staging, hodnocený za pomoci TNM klasifikace, protože z terapeutického i prognostického hlediska je nezbytné vědět, jestli je nádor ohraničený na prostatu, nebo je-li už ve stádiu prorůstání (Hradil et al. 2014, s. 15-18).

2.4.1 TNM klasifikace karcinomu prostaty

Ke klasifikaci karcinomu prostaty se momentálně využívá TNM klasifikace zhoubných novotvarů 8. vydání z roku 2017 a pro prostatu je následující:

T primární nádor
T0 primární nádor nelze hodnotit
TX bez známek primárního nádoru
T1 klinicky nezjistitelný nádor, který není palpovatelný
T1a nádor zjištěn náhodně histologicky v 5 % nebo méně resekované tkáně T1b nádor zjištěn náhodně histologicky ve více než 5 % resekované tkáně T1c nádor zjištěn při punkční biopsii (např. při zvýšené sérové hladině PSA)
T2 nádor je palpovatelný a je omezen na prostatu
T2a nádor postihuje polovinu jednoho laloku nebo méně T2b nádor postihuje více než jednu polovinu jednoho laloku, ne však oba laloky T2c nádor postihuje oba laloky
T3 nádor se šíří přes pouzdro prostaty
T3a extraprostatické šíření (jednostranné nebo oboustranné) včetně mikroskopického postižení hrdla močového měchýře T3b nádor postihuje semenný váček (váčky)
T4 nádor je fixován nebo postihuje okolní struktury jiné než semenné váčky: zevní sfinkter, rektum a/nebo stěnu pánve
N regionální mízní uzliny
NX regionální mízní uzliny nelze hodnotit
N0 regionální mízní uzliny bez metastáz
N1 metastázy v regionálních mízních uzlinách
M vzdálené metastázy
M0 bez vzdálených metastáz
M1 vzdálené metastázy
M1a jiná než regionální mízní uzlina M1b kost(i) M1c jiná (jiné) lokalizace

Tabulka 1. TNM Klasifikace karcinomu prostaty, zdroj: TNM Klasifikace zhoubných novotvarů, ÚZIS 2018

2.4.2 Gleasonovo skóre

Ze vzorku tkáně odebrané při biopsii prostaty se v případě prokázání přítomnosti nádorových buněk vypočítává Gleasonovo skóre k posouzení histopatologického stupně diferenciace. Odebrané vzorky se zkoumají pod mikroskopem a dle diferenciace buněk se určuje hodnota od 1 do 5, kdy 1 znamená nejvíce diferencovaný nádor, který je ohraničený, a 5 naopak nádor, který se aktivně šíří do zdravé tkáně. Následně se sčítají hodnoty dvou nejčastěji se vyskytujících nádorových tkání. V případě, že se vyskytuje pouze jedna, sečte se stejné číslo dvakrát. Výsledek je od 2 - nejméně nebezpečný do 10 - nejvíce nebezpečný (Čapoun 2021, s. 91).

3 LÉČBA KARCINOMU PROSTATY

U pacienta, kterému byl diagnostikován karcinom prostaty, je nezbytné okamžité zahájení léčby. S přihlédnutím na věk, celkový zdravotní stav pacienta, jeho preference a v neposlední řadě na stádium a agresivitu onemocnění, volí lékař terapeutickou metodu tak, aby byla co nejeftektivnější. Dosavadní terapeutické metody karcinomu prostaty jsou využívány samostatně a v některých případech i v kombinaci (Hanuš et al. 2015, s. 106-107).

3.1 Aktivní sledování

V případě, že je karcinom prostaty neagresivní a lokalizovaný na prostatu, zejména u mladých pacientů, kteří preferují zachování stávající kvality života a erektilní funkce, přistupuje se ke konzervativnímu postupu, tzv. active surveillance - aktivnímu sledování, které spočívá v pravidelném urologickém monitorování. Zahrnuje pravidelné odběry krve na zjištění hodnoty PSA, digitální rektální vyšetření, případně magnetickou rezonanci prostaty. Pacient je sledován přesně dle stanoveného harmonogramu a cílená terapie se zahajuje jen v případě progresse onemocnění. Stejný postup se volí i v případě, že pacient podstoupil některé z ostatních terapeutických metod a onemocnění je momentálně v regresi (Hanuš et al. 2015, s. 107).

3.2 Radioterapie

Radioterapie karcinomu prostaty je využívána u vysoce rizikových karcinomů nevhodných k radikální prostatektomii, u pacientů odmítajících radikální prostatektomii nebo u pacientů, kteří jsou ve špatném celkovém stavu, jenž neumožňuje provedení radikální prostatektomie. Spočívá v ozáření prostaty, ev. malé pánve s cílem usmrtit nádorové buňky, které jsou na ozáření dobře citlivé. Využívá se zejména teleradioterapie - zevní radioterapie s celkovou dávkou 78 Gy. Nežádoucím účinkem je ale toxicita na ostatní orgány. Možností, jak dávku redukovat, je použití moderních forem, a to zejména radioterapie s modulovanou intenzitou - IMRT. Dále také protonová terapie a *CyberKnife*. Radioterapie, kdy je záření v přímém kontaktu s postiženou tkání – brachyterapie, je v principu dvojitá. První, low dose rate je trvalá implantace radioaktivních zrn do prostaty za pomoci ultrasonografické kontroly. Druhá, high dose rate se provádí v anestezii, kdy jsou pacientovi dočasně zavedeny radioaktivní sondy do prostaty. U některých pacientů se radioterapie kombinuje s hormonální terapií, která zlepšuje klinické výsledky (Matoušková et al. 2020, s. 31-34; Čapoun 2016, s. 111-116).

3.3 Hormonální terapie

U metastatického nebo lokálně pokročilého karcinomu prostaty se volí zejména hormonální terapie. Jedná se o testosteron snižující, teda kastroční terapii. Mužské pohlavní hormony – androgeny tvoří z 90% testosteron, který je produkován Leydigovými buňkami varlat. Cílem je přerušit produkci testosteronu, a teda zastavit bujení nádorových buněk. Zabránit tvorbě testosteronu je možné dvěma způsoby. Chemicky – podáváním antiandrogenů, LHRH antagonistů nebo estrogenů, které blokují tvorbu testosteronu. Chirurgicky – bilaterální orchiektomií, kde se odstraní testikulární produkce testosteronu. Dlouhodobé snížení hladiny testosteronu je ale spojeno s řadou nežádoucích účinků, jako třeba projevy tělesné feminizace, sexuálními změnami a kardiovaskulárními komplikacemi. Proto je potřeba při volbě této formy léčby s pacientem pečlivě prodiskutovat možné nežádoucí účinky a přihlížet na jeho komorbiditu (Matoušková et al. 2020, s. 11-18; Čapoun 2019, s. 47-52).

3.4 Chirurgická léčba karcinomu prostaty – Radikální prostatektomie

V případě lokalizovaného karcinomu prostaty se pokládá za nejvhodnější možnost přistoupit k chirurgickému řešení – radikální prostatektomii, která spočívá v kompletním odstranění celé prostaty včetně pouzdra, semenných váčků a distálních chámovodů. Po odstranění se provede anastomóza krčku měchýře s membránou uretry. V některých případech, zejména u rizikových nádorů, kdy pacient vyžaduje radikální prostatektomii nebo v případě diagnostických pochybností se provádí taky extenzivní pánevní lymfadenektomie – odstranění regionálních mízních uzlin. V dnešní době je více způsobů, jak provést radikální prostatektomii, a jsou to:

Otevřená radikální prostatektomie se operuje dvěma způsoby - retropubicky nebo transperineálně. Retropubický přístup je při otevřené operaci preferován. Pacient je uložen do polohy na zádech s narovnanými dolními končetinami a mírnou hyperextenzí, která zlepšuje přístup do malé pánve. Po natření a zarouškování se pacientovi zavede měchýřový močový katetr. Operující provede řez od symfýzy po pupek a otevře Reitzův prostor. Po očištění přední plochy prostaty je tupě vypreparován a uvolněn močový měchýř a endopelvicí fascie. Problematickým místem preparace je oblast apexu prostaty, protože je v těsné blízkosti dorzálního venózního svazku, uretry, sfinktru a nervově cévních svazků. Po tom, co je otevřena endopelvicí fascie, následuje přerušení puboprostatických ligament, podvázání a přerušení dorzálního svazku a uretry. Po provedení postupné mobilizace prostaty a ošetření cév za pomoci klipu je prostata oddělená od rekta. Preparují se semenné váčky a prostata se

odděluje od hrdla močového měchýře. Ve chvíli, kdy je prostata oddělena, následuje rekonstrukce hrdla močového měchýře vstřebatelnými stehy. Nakonec se pokračuje stehy na uretre. Po kontrole těsnosti je v Reitzově prostoru ponechán drén, který je extrahován až několik dnů po operaci a dle množství sekretu. Transperineální přístup se v ČR využívá minimálně. Spočívá v uložení nemocného do vysoké litotomické polohy, kdy dolní končetiny míří kranioventrálně a incize kůže a podkoží je vedená semicirkulárně na hrázi (Macek 2014, s. 11-14; Brzek et al. 2021, s. 26-27, 30-31; Eastham 2016, s. 107-130).

Laparoskopická radikální prostatektomie spočívá v klasickém transperitoneálním přístupu, kdy pacient je v poloze na zádech a do břišní dutiny je zavedeno pět trokarů, které jsou symetricky rozděleny v podbřišku s kamerovým portem v pupku. Následně je pacient uložen do Trandelenburgovy polohy se sklonem 25 stupňů a dolními končetinami roztaženými do tvaru „V“. Další kroky jsou prováděny stejně jako v případě otevřené radikální prostatektomie, ovšem za pomoci trokarů a kamery. Liší se jenom pořadí kroků. Po tom, co je dokončena anastomóza, se prostata s vácíky vloží do extrakčního sáčku a je vyjmuta přes jeden z portů. Před ukončením se pomocí jednoho z portů založí sací drén a vyjmutím portů s následnou suturou operačních ran operace končí (Krška 2014, s. 746-752; Eastham 2016, s. 49-56).

Roboticky asistovaná radikální prostatektomie patří mezi nejnovější a nejšetrnější způsob. Vykonávána je stejným způsobem jako laparoskopická radikální prostatektomie s tím rozdílem, že je při operaci využíván robotický systém *daVinci Xi*. Operátor pracuje mimo pacienta a ovládá operační nástroje na dálku. Lepší přehled mu umožňuje trojrozměrný obraz. Velkou výhodou této operace je nižší operační zátěž pro pacienta s následnou rychlejší rekonvalescencí a méně nežádoucích účinků. Uvádí se, že robotem asistovaná radikální prostatektomie je spojená s lepšími onkologickými i funkčními výsledky, proto je tato metoda poslední dobou upřednostňována před ostatními způsoby (Brodák et al. 2017, 129-132; Davis 2016, s. 165-169).

3.4.1 Možné pooperační komplikace

Stejně jako všechny operační výkony, taky i radikální prostatektomie, ať už je prováděna jakýmkoliv způsobem, s sebou nese možné riziko pooperačních komplikací, které mohou být časté i méně časté. Jejich výskyt není omezen na určitý čas, proto je možné, že se objeví kdykoliv v pooperačním období. Časné pooperační komplikace se objevují z pravidla pár dní po operačním výkonu. Patří sem krvácení, které se objevuje v bezprostředním

pooperačním období a projevuje se vnějším krvácením jako zvětšující se hematom v okolí rány, případně vytékáním krve přímo z rány, nebo závažnější vnitřní krvácení, které nemusí být odhaleno hned a ohrožuje pacienta na životě. Někdy lze pozorovat zvýšenou sekreci z drénu. Příznaky vnitřního krvácení se projevují bledostí pacienta, nauzeou, pocitem slabosti, náhlou hypotenzí, tachykardií až hemoragickým šokem. Tento stav si vyžaduje okamžitou operační revizi a náhradu krevní ztráty. Komplikace rány jsou charakterizovány jako komplikace, které se projevují v ráně nebo jejím okolí jako začervenání rány, teplá kůže v okolí, co svědčí o přítomnosti infekce v operační ráně, ve které se může následkem infekce vytvořit podkožní absces s následným vytékáním hnisavé sekrece z rány až celkový rozpad rány. Další komplikací je infekce močových cest jako následek operačního zákroku na urogenitálním traktu. I přesto, že je infekce močových cest subjektivně nepříjemná komplikace, je poměrně lehké léčitelná. Profylakticky se pacientovi podává před radikální prostatektomií kombinace intravenózních antibiotik, která jsou aplikována také v pooperačním období. V případě rozsáhlého nálezu během operace může dojít k poranění rekta, které je ve spolupráci s chirurgem možné řešit suturou. Někdy však velikost poranění vyžaduje delší hojení, aby se předešlo vzniku píštěle, a proto je pacientovi nutné dočasně vyvést kolostomií. Urinózní píštěl vzniká při netěsnosti anastomózy. Zjišťuje se kontrolním RTG a řeší se ponecháním močového katetru na delší dobu. Celkové systémové komplikace – zvýšená tělesná teplota, nevolnost, zvracení, průjem, zácpa a pooperační ileus, objevující se jako reakce organismu na podaná anestetika nebo útlum střevní peristaltiky a žilní trombóza, která postihuje nejčastěji žíly dolních končetin, patří také k častým pooperačním komplikacím (Pešl et al. 2017, s. 10-13; Matoušková et al. 2020, s. 53-55).

Inkontinence moči, erektilní dysfunkce a striktura močové trubice jsou dlouhodobé pooperační komplikace.

Inkontinence moči je vzhledem k tomu, že se stává nejen problémem zdravotním, ale i společenským, nejobávanější komplikací. Kvůli močové inkontinenci se postupně projevují u pacienta potíže fyzické – infekce, podráždění kůže, psychosociální – ztráta sebeúcty, deprese, strach ze zápachu, porucha spánku, snížení pracovní výkonnosti, ale i ekonomické – výdaje za pomůcky, ušlá mzda, následky. Aby se eliminovalo riziko vzniku močové inkontinence po radikální prostatektomií, je vhodné ještě před plánovanou operací rehabilitovat za pomoci cviků na posílení pánevního dna a hned po výkonu - nejlépe od 4. pooperač-

ního dne v rehabilitaci pokračovat. Když konzervativní postup selže, lze přistoupit k chirurgické léčbě – umělý svěrač uretry, slingy, balonové systémy a injekční léčba (Sochorová et al. 2014, s.244-245; Singala a Craig 2017, s.11-17).

Erektální disfunkce je charakterizována jako minimálně šest měsíců trvající neschopnost udržet a dosáhnout erekce dostatečně dlouhé pro uspokojivou sexuální aktivitu. Erektální disfunkce po radikální prostatektomii vzniká poškozením kavernózních nervů v místě, kde probíhají pouzdem prostaty. Z psychosociálního hlediska má negativní dopad hlavně na mladší pacienty. Platí všeobecný názor, že pro budoucí zachování erektální funkce je vhodné, aby co nejdříve docházelo k erekci. K hodnocení závažnosti erektální dysfunkce se využívá několik dotazníků. Jedním z nich je International Index of Erectile function. Neexistuje jednoznačná shoda léčebné strategie erektální disfunkce, faktem ale zůstává, že pokud se pacient rozhodne, že chce problém řešit, možnosti existují (Broul a Schraml 2014, s.126-130; Štanc 2018, s.127-132).

4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTY PODSTUPUJÍCÍ RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMII

4.1 Předoperační péče

V momentě, kdy je pacient indikován k radikální prostatektomii, je zapotřebí zahájit předoperační přípravu. Ta se dělí na dlouhodobou a krátkodobou. Důsledně provedená předoperační příprava u pacienta vede ve značné míře k omezení vzniku pooperačních komplikací. Radikální prostatektomie je výkon plánovaný, proto by měl být dostatek času provést důsledně předoperační přípravu. V předoperačním období se zaměřujeme na poučení pacienta, nutriční podporu, rehabilitaci a předoperační optimalizaci celkového stavu a celkovou přípravu k samotnému výkonu (Adamová 2019, s. 277).

Pacient se nejvíce obává neznámého, proto by měl být v rozsahu jeho chápání dostatečně informován a poučen o následujících krocích, aby měl představu o tom, co všechno může očekávat, o tom, jak bude probíhat hospitalizace a samotný výkon. Tím se alespoň částečně eliminuje stres, který hraje zásadní roli i v pooperačním období.

Dlouhodobá předoperační příprava spočívá v základních i odborných vyšetřeních. Pacient je odeslán k internímu předoperačnímu vyšetření, které by nemělo být starší než 14 dní před samotným operačním výkonem, ke svému praktickému lékaři. Součástí tohoto vyšetření by mělo být fyzikální vyšetření a zhodnocení fyziologických funkcí, screeningové vyšetření moči - močový sediment, cukr a aceton, moč na mikrobiologické vyšetření, základní odběry krve - krevní obraz, základní biochemie, krevní skupina s Rh faktorem, APTT a Quickův test. U pacientů s karcinomem prostaty je taky vhodné vědět předoperační hodnotu PSA, EKG vyšetření a rentgenové vyšetření srdce a plic. Odborná vyšetření se dělají v případě, že je při interním předoperačním vyšetření zjištěna nějaká patologie, nebo bylo u pacienta už dříve diagnostikováno přidružené onemocnění, jako například Diabetes Mellitus, hypertenze, srdeční nebo plicní onemocnění. Pacienti, kteří užívají antikoagulační léčbu, jsou převedeni na nízkomolekulární heparin a diabetici II. typu z perorálních antibiotik na krátkodobý inzulin, nebo jsou jim léky na přechodnou dobu vysazeny (Slezáková et al. 2021, s. 98-100; Adamová 2019, s.277-285).

Krátkodobá předoperační příprava je omezena na 24 hodin před výkonem. V případě radikální prostatektomie je pacient přijat na urologické oddělení den před výkonem. Při příjmu pacient podepisuje informované souhlasy – s radikální prostatektomií a s hospitalizací. Lékař znovu pacienta informuje o všech náležitostech a zodpoví případné dotazy pacienta. Po příchodu pacienta na oddělení sestra odebere od pacienta sesterskou anamnézu, seznámí pacienta s oddělením a denním režimem na oddělení a uloží ho na pokoj. Následně proběhne anesteziologické konzilium. Lékař - anesteziolog ozřejmí pacientovi výkon z hlediska anestezie, určí druh anestezie, potřebu podání premedikace a podepíše s pacientem informovaný souhlas s podáním anestezie. Dále se provádí příprava operačního pole dle způsobu operace – očištění a oholení. Příprava střeva večer před výkonem se provede podáním očištného klyzma. Pacient před výkonem lační minimálně 6 hodin a v případě potřeby se provádí prevence tromboembolické nemoci miniheparinizací, případně bandáží dolních končetin. V případě, že má pacient implantovaný kardiostimulátor, je potřeba provést ještě kardiologickou kontrolu a preprogramaci kardiostimulátoru (Slezáková et al. 2021, s. 100-101; Libová et al. 2019, s. 42-44).

Bezprostřední předoperační příprava probíhá ráno v den operace. Pacient provede celkovou hygienu, sundá všechny šperky, vyjme zubní náhradu a odstraní kontaktní čočky. Kontrolují se fyziologické funkce a podává se naordinovaná premedikace. Zajistí se žilní vstup zavedením periferního žilního katetru a aplikují se antibiotika. U diabetiků se měří glykémie a podává se infuzní roztok, obvykle glukóza s inzulínem. Před odjezdem na sál se pacient převleče do čistého pyžama „anděla“ a sestra ještě jednou provede kontrolu verifikace s údaji pacienta (Slezáková et al. 2021, s. 101; Krška et al. 2014, s. 179-184).

4.2 Perioperační péče

Začíná předáním pacienta na operační sál, kde si pacienta přebere anesteziologická sestra, případně anesteziolog, spolu se sanitářem. Na předsáli proběhne anesteziologickou sestrou verifikace pacienta a následně je pacient odvezen na operační sál. Tam zajišťuje péči operační tým složený z operatérů, anesteziologa, perioperačních sester, anesteziologických sester a sanitáře. Po operačním výkonu se pacient převáží na dospávací pokoj, kde je monitorován minimálně 2 hodiny do odeznění anestezie a stabilizace stavu, následně je pacient přeložen na jednotku intenzivní péče na 1 - 2 dny dle stavu, kde je započata pooperační péče (Libová et al. 2019, s. 44).

4.3 Pooperační péče

Po rozsáhlém operačním výkonu je pacient hospitalizován na jednotce intenzivní péče, která je vybavena pro případ okamžitého zahájení rozšířené resuscitace a kde je zahájena bezprostřední pooperační péče, kterou provádějí školené sestry. Kontinuálně probíhá monitorace vitálních funkcí – krevní tlak, pulz saturace kyslíku, dech, tělesná teplota a EKG monitorace. Kontrolují se výsledky biochemických a hematologických vyšetření krve. Podává se infuzní terapie, antibiotika a v případě krevních ztrát také krevní deriváty (Slezáková et al. 2021, s. 98).

Bolest po operaci se objevuje zejména v operační ráně a jejím okolí – proto se pravidelně hodnotí intenzita bolesti a pacient dostává analgetika, zpravidla první dny kontinuálně. Právě bolest je zásadním faktorem ovlivňujícím spánek, proto je vhodné monitorovat bolest a vhodnými intervencemi se snažit o zmírnění/odstranění bolesti. (Libová et al. 2019, s. 45-47).

Operační rána je z operačního sálu sterilně zakryta. Je pravidelně kontrolována hlavně v prvních pooperačních hodinách, při čemž se hodnotí prosáknutí. Mírné prosáknutí není ničím zvláštní a je poměrně časté. V případě většího prosáknutí je nutné o skutečnosti informovat ošetřujícího lékaře, který rozhodne o dalším postupu. Přebav rány v případě absence příznaku komplikací se provádí až s odstupem 48-72 hodin. Při převazu se kontrolují stehy, které jsou ponechány několik dnů podle lokalizace operační rány, a okolí rány, či její zarudnutí, které se objeví v případě zánětlivé komplikace (James 2019, s.145).

Nauzea a zvracení se jako následek anestezie objevuje v prvním pooperačním dnu. Hrozí riziko aspirace, hlavně u pacienta neúplně probuzeného z anestezie. Aplikují se intravenózní antiemetika. V případě zvracení je jako preventivní opatření aspirace pacient uložen na bok. Zvracení v pozdějším období je nejčastěji příčinou atonie gastrointestinálního traktu. Trvá-li opakované zvracení, je vhodnější zavést nazogastrickou sondu a postupovat dle ošetřujícího lékaře (James 2019, 137-142).

Vylučování moči je zajištěno permanentním močovým katetrem, který má taky význam z hlediska hojení močové trubice, kdy močový katetr zajišťuje kontinuální odvádění moči. V tomhle případě je močový katetr ponechán na delší dobu. Nezbytné je udržet jeho stálou průchodnost. Benefitem zavedeného močového katetru je možnost přesné monitorace výdeje tekutin. Diuréza je sledována dle ordinace lékaře po hodině, 3, nebo za 24 hodin (Sochorová a Vidlář 2016, s. 54-55).

Přechodné utlumení trávicího ústrojí se zástavou střevní peristaltiky je běžným jevem po operačním výkonu. Projevuje se zvýšenou plynatostí se vzdučnou břicha. Pacienta trápí hlavně nepříjemný pocit. Funkce střevní pasáže se u většiny pacientů obnovuje kolem 2. až 3. pooperačního dne. Nedojde-li u pacienta k odchodu plynů, pomýšlí se na pooperační ileus, který se řeší konzervativně - intravenózní aplikací Syntostigminu za současného zavedení rektální rourky. Rehabilitace v tomhle případě také hraje značnou roli (James 2019, s. 140-145; Libová et al. 2019, s. 34).

Velký operační výkon vede k větší ztrátě tělesných tekutin. Doplnují se parenterálně podáváním elektrolytových roztoků, současně je sledována diuréza a bilance tekutin jako taková. V případě větších krevních ztrát je nutné podání krevních derivátů. Před operačním výkonem se pacientovi rezervují krevní deriváty, aby v případě nutnosti krevní transfuze byla krevní konzerva s kompatibilní krevní skupinou co nejrychleji k dispozici (Slezáková et al. 2021, s. 106).

Vzhledem k rozsáhlému operačnímu výkonu je pacient částečně imobilní. Tím může být narušen průtok krve cévním řečištěm. Proto je nezbytná prevence tromboembolické nemoci, a to zejména u pacientů, u kterých jsou přítomné rizikové faktory – obezita, věk, diabetes. Prevence TEN se zahajuje už v předoperačním období a pokračuje se s ní i v pooperační péči. Aplikuje se nízkomolekulární heparin a je možné přiložit i elastickou bandáž dolních končetin, eventuálně dolní končetiny pacienta uložit do zvýšené polohy. Co nejdříve následuje postupná rehabilitace. (Libová et al. 2019, s. 34).

Časná rehabilitace pacienta po operaci je hlavním předpokladem pro prevenci různých komplikací a brzkou normalizací tělesných funkcí.

V pooperační péči všech výše zmíněných oblastí se pokračuje i po přeložení pacienta ve stabilizovaném stavu na standardní urologické oddělení. Probíhá postupná mobilizace, rehabilitace, zotavení a příprava na dimisi.

4.4 Edukace pacienta po radikální prostatektomii

Edukace pacientů je neoddelitelnou součástí práce sestry. Je považována za základní pilíř efektivní léčby. Spousta problémů spojených s nemocí je totiž často zapříčiněna nedostatečnou informovaností, neporozuměním a negativním postojem k nemoci, což může vyústit v neochotu spolupracovat a plnit terapeutické doporučení. Obzvláště pacient, kterému byla sdělena onkologická diagnóza, nemusí být schopný zachovat si racionální myšlení a

často se k tomu staví negativně. Proto by měla edukace začít už v úplném začátku, kdy lékař navrhne všechny dostupné, vyhovující možnosti léčby. V případě, že je pacient indikován k radikální prostatektomii, měl by mu lékař vysvětlit, jak operace probíhá, jaká jsou operační rizika a pooperační komplikace. Měl by mu zodpovědět případné otázky a nechat mu dostatek času na přemýšlení. Edukační role sestry by pak měla začít hned při příchodu pacienta na urologické oddělení. Je několik edukačních oblastí spojených s diagnózou karcinomu prostaty a žádná z nich by neměla být opomenuta (Gurková 2017, s. 73-74).

Už v předoperačním období sestra celou dobu pacienta připravuje na operační zákrok a pooperační období, počínaje informacemi o všeobecné předoperační přípravě, a to poučením pacienta o nezbytnosti lačnění, provedení hygieny, přípravou střeva a zásadním nacvičením vertikalizace po operačním výkonu a léčbě pooperační bolesti.

Vzhledem k tomu, že radikální prostatektomie je výkon rozsáhlý, bude nezbytná rehabilitace – vertikalizace a mobilizace. Výhodou je pacienta edukovat už před operačním výkonem, aby si vytvořil představu, případně si jednotlivé kroky nacvičil. Dechová rehabilitace se uplatňuje v časně pooperační době. Probíhá na lůžku ve spojení s aktivním cvičením horních končetin, většinou pod vedením fyzioterapeuta a je zaměřená na hluboké dýchání několik minut, opakovaně několikrát denně. 2.-3. pooperační den se dle stavu pacienta zahajuje postupná vertikalizace. Pacient je poučen o způsobu vstávání z lůžka a ve spolupráci s fyzioterapeutem je každý den realizováno o něco víc cviků až k úplné soběstačnosti (Slezáková et al. 2021, s. 102).

Pacient by měl být edukován o tom, že v pooperačním období se může objevit bolest, která bude sledována a vhodnými intervencemi tlumena. Taky by měl být informován o možnostech léčby bolesti. Edukujeme v oblasti správného vstávání z lůžka, úlevové poloze, o tom, jak správně zacházet s ránou při kašli nebo kýchání. Odstraní se tak obavy pacienta z bolesti v pooperačním období.

Pacienta edukujeme o dietním omezení. Podávání stravy po operaci se řídí zdravotním stavem pacienta. Postupuje se dle ordinace lékaře a na základě tolerance perorální stravy pacientem. Postupně od diety čajové přes tekutou, kašovitou a šetřící. Je to z důvodu, že tonus střevní peristaltiky je snížený a pro správný rozběh je zatěžován postupně.

Permanentní močový katetr bude mít pacient po radikální prostatektomii zaveden zpravidla 14 dní. Důvod zavedení katetru je pooperační hojení anastomozy na močové trubici. Pacientovi objasníme, jak s katetrem manipulovat, a upozorníme ho na to, aby dbal na zvýšenou opatrnost, aby nedošlo k extrakci a komplikacím (Sochorová a Vidlář 2016, s. 95).

Operační rána je narušením kožní integrity, která může mít za následek vznik infekce. Proto pacienta poučíme o potřebě zvýšené celkové hygieny a čistého osobního prádla v období hojení rány. Nevhodné je s ránou sedat do koupele, bazénu a sauny, a poučíme ho, jak správně ránu přidržit v případě kašláni nebo kýčání. V případě, že pacient zpozoruje v okolí rány začervenání, teplou kůži, případně sekreci z rány, měl by neprodleně informovat sestru (James 2019, s. 60-62).

PRAKTICKÁ ČÁST

5 FORMULACE PROBLÉMU

Karcinom prostaty je nejčastější nádorové onemocnění u mužů. Vzhledem k existující propagaci prevence tohoto onemocnění a informovanosti pacientů je karcinom prostaty ve většině případů odhalen v časném stádiu. Vysoce účinnou metodou léčby lokálně ohraničeného karcinomu prostaty je radikální prostatektomie. S rostoucím počtem diagnostikovaných karcinomů prostaty stoupá i počet indikovaných pacientů k radikální prostatektomii.

Karcinom prostaty zasahuje i psychickou stránku pacienta. Vnímání v tomhle případě může být ovlivněno. Proto je důležitá komunikace ze strany zdravotnického personálu. V momentě, kdy je pacientovi navrhována jako metoda léčby radikální prostatektomie, spustí se koloběh počínající dlouhodobou předoperační přípravou a nekončící ani při propuštění domů. Někteří pacienti nemají před radikální prostatektomií žádnou zkušenost s hospitalizací a už vůbec s operačním výkonem. Pro zvládnutí psychické zátěže je proto důležité, aby měl pacient kvalitní a dostačující informace a podporu. Při příjmu a po celou dobu hospitalizace sehrává obrovskou roli sestra, která kromě péče zabezpečuje dostatečnou informovanost pacienta.

Vzhledem k tomu, že psychická stránka pacienta se podílí na průběhu a délce pooperační rekonvalescence, je porozumění toho, jak pacient vnímá předoperační a pooperační období v případě chirurgické léčby karcinomu prostaty důležité. Podle toho je sestra schopná rozhodnout, jakým způsobem a v jaké míře bude potřebné informace pacientovi podávat. Všechny tyto aspekty pak ovlivní to, jakou zkušenost si pacient odnese domů.

Byl tedy definován výzkumný problém: Jaké jsou subjektivní zkušenosti pacientů podstupujících radikální prostatektomii s pobytem v nemocnici v souvislosti s operačním výkonem?

6 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY/PROBLÉMY

6.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaké jsou zkušenosti pacientů podstupujících chirurgickou léčbu karcinomu prostaty.

6.2 Dílčí cíle a výzkumné otázky/problémy

Dílčí cíl 1: Zjistit, jak pacienti subjektivně vnímali předoperační období před radikální prostatektomií.

Dílčí cíl 2: Zjistit, jak pacienti subjektivně vnímali pooperační období po radikální prostatektomii.

Dílčí cíl 3: Zjistit, jak pacienti subjektivně vnímali edukaci při propuštění po radikální prostatektomii.

Hlavní výzkumná otázka: Jaká jsou zkušenosti pacientů podstupujících chirurgickou léčbu karcinomu prostaty?

Dílčí výzkumná otázka 1: Jak pacienti subjektivně vnímali předoperační období před radikální prostatektomií?

Dílčí výzkumná otázka 2: Jak pacienti subjektivně vnímali pooperační období po radikální prostatektomii?

Dílčí výzkumná otázka 3: Jak pacienti subjektivně vnímali edukaci při propuštění po radikální prostatektomii?

7 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Výběr participantů pro náš výzkum byl záměrný. Zacílen byl na pacienty, kteří podstoupili v Karlovarské krajské nemocnici a.s., operační výkon – Radikální prostatektomii. Oslovených bylo 5 pacientů kteří souhlasil s účastí na výzkumném šetření. Všichni pacienti byli indikováni k laparoskopické radikální prostatektomii, z čehož u jednoho pacienta museli nakonec lékaři během operace konvertovat na otevřený způsob.

8 METODIKA PRÁCE

Pro práci byla zvolena kvalitativní výzkumná metoda, která je svým holistickým přístupem orientována celostně na člověka ve všech rozměrech, návaznostech a souvislostech. Primárním cílem kvalitativního výzkumu je získat podrobný obraz, porozumět zkušenosti osob a zachytit fenomén v jeho mnohovýznamovém kontextu. Zkoumaných subjektů je malé množství, co nám ale umožňuje detailní prozkoumání, čímž se dostáváme k obrovskému množství informací (Gurková 2019, s. 14).

Pro sběr dat k výzkumu byly využity polostrukturované rozhovory s pacienty s otevřenými otázkami. Mišovič (2019) říká, že polostrukturovaný rozhovor je nejčastěji využívaná metoda sběru dat v kvalitativním výzkumu. Účastník výzkumu je dotazován předem stanovenými otázkami, které nemají předem stanovené pořadí a je možné je částečně modifikovat. V rámci rozhovoru byly využity i doplňující otázky, které sloužily na rozvinutí odpovědí dotazovaného nebo upřesnění odpovědí (Mišovič 2019, s. 20).

9 ORGANIZACE VÝZKUMU

Celý výzkum probíhal v rámci urologického oddělení v Karlovarské krajské nemocnici a.s v průběhu měsíců prosinec 2021, leden a únor 2022. Před samotným zahájením výzkumu jsem požádala o souhlas s výzkumným šetřením – *příloha B*, náměstkyni pro lékařská povolání a kvalitu Mgr. Gabrielu Fritsch Píchovu, který mi byl udělen. Participantům jsem předem vysvětlila, jak bude výzkum probíhat a že všechny informace získané výzkumným šetřením budou použity výhradně jen pro potřeby této bakalářské práce a budou anonymizovány, což bylo zpracováno i v písemné podobě do informovaného souhlasu – *příloha A*, který mi podepsali.

10 ZPRACOVÁNÍ DAT

Rozhovory proběhly retrospektivně, tedy pacienti byli dotazováni až po první ambulantní kontrole od dimise. S každým pacientem byl rozhovor proveden v nemocnici, ve vyhrazené místnosti a v soukromí. Pro záznam rozhovoru jsem využila diktafon na mobilním telefonu, o čemž byli pacienti předem informováni. Doslovné znění všech rozhovorů jsem přepsala do elektronické podoby v programu Microsoft Word. S využitím otevřeného kódování jsem následně vyhledávala a barevně rozlišovala kódy, které jsem pak roztrídila do kategorií a subkategorií. Kategorie byly vytvářeny na základě dílčích cílů a doplňované o subkategorie, které na ně navazovaly.

11 PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Pro celý výzkum byl zvolen fenomenologický přístup, jehož cílem je popis, porozumění a interpretace životní zkušenosti člověka v jeho každodenním životě. Zkoumaný fenomén se snažíme zachytit v jeho čisté podobě, nepoznamenaný předcházejícími vědomostmi a předsudky. Při fenomenologických studiích je jádrem porozumění tomu, co znamená životní zkušenost v kontextu života lidí (Gurková 2019, s. 49).

Všechny rozhovory, které jsem s participanty vedla, byly polostrukturované, s předem stanovenými otevřenými otázkami, jejichž plné znění je k nahlédnutí v příloze C. Po tom, co byly všechny rozhovory doslovně přepsány, jsem začala s analýzou získaných dat. Několikrát jsem si přepsané rozhovory pečlivě přečetla. Následně jsem v textu za pomoci otevřeného kódování vyhledávala kódy, které jsem přidělovala do kategorií, které jsem vytvořila na základě dílčích cílů, a subkategorií, které navazovaly na dané kategorie.

11.1 Kategorie: Předoperační období

Jako první dílčí výzkumný cíl jsme si stanovili zjistit, jak pacienti subjektivně vnímali předoperační období před radikální prostatektomií. Dle toho byla určena první kategorie a následně dle odpovědí pacientů byly k této kategorii vytvořené subkategorie: předešlá zkušenost s hospitalizací, pocity při příjmu, předoperační příprava a role sestry. Tyto podkategorie nakonec vytvářejí obraz o tom, jak pacienti celé předoperační období vnímali.

Subkategorie: Předešlá zkušenost s hospitalizací

P1: „*No sestřičko, já jsem nikdy předtím v nemocnici neležel, tak to pro mě bylo všechno nové.*“

P2: „*Bál jsem se Jsem přece jenom laik a v nemocnici jsem ještě nebyl jako pacient.*“

P3: „*50 let jsem v nemocnici nebyl a teď tohle... jsem byl smutnej, že to musím podstoupit.*“

P4: „*Mě už u vás nic nepřekvapí, už jsem tady ležel několikrát předtím, takže jsem věděl, do čeho jdu.*“

P5: „*Před pár lety jsem byl na operaci slepáku a sestry tam byly nepříjemný, tak jsem se obával, jestli se to nezopakuje.*“

Při otázce na to, jak pacienti vnímali přijetí do nemocnice, se všichni začali odvolávat na zkušenosti s předešlou hospitalizací. U P1, P2 a P3 převažovali obavy, strach a smutek z neznámého, protože v nemocnici ještě nikdy hospitalizováni nebyli, P4 vzhledem k tomu, že byl už několikrát hospitalizován na urologickém oddělení, přibližně věděl co očekávat, a proto neměl žádné obavy. P5 uvedl, že v minulosti podstoupil hospitalizaci na jiném oddělení, kde se sestry dle jeho slov nechovaly příjemně, a to posílilo jeho obavy i při přijetí na urologické oddělení.

Subkategorie: Pocity při příjmu

P1: *„Ale když se mě sestra ujala, tak jak jsme mluvili, tak ze mě to napětí trochu opadlo.“*

P2: *„Sestřičky byly moc milé, tak ten strach se zmírnil.“*

P3: *„Až když jsem byl na pokoji, tak jsem se trochu uklidnil.“*

P4: *„No jo, všechno to papírování jsem absolvoval znovu jako pokaždé, už mi nemuseli ani nic říkat.“*

P5: *„Musím říct, že sestra, která mě měla na starost, byla o hodně příjemnější než ty sestry minule na té chiře, nebo co to bylo za oddělení, takže jsem se dal do klidu.“*

Po tom, co pacienti přišli na příjem, shodně uznali, že při prvním kontaktu se sestrou na oddělení pocítili uvolnění a začaly v nich převládat pozitivnější pocity.

Subkategorie: Předoperační příprava

P1: *„Byl jsem překvapený, kolik toho je, nečekal jsem to.“*

P2: *„Bylo toho na mě hodně, protože to bylo furt něco, plno papírů, pak ještě odběry, jehla do ruky, kapačky a pak ještě ten klystýr ...“*

P3: *„Přípravu jsem bral jako standardní postup.“*

P4: *„Věděl jsem, že všechna ta příprava je potřebná, ale nechtělo se mi to absolvovat.“*

P5: *„Nebylo mi to vůbec příjemný, hlavně ten klystýr, ale co, už jsem přežil i horší věci.“*

V momentě, kdy byli pacienti informováni o úkonech během předoperační přípravy, nebo je přímo absolvovali, objevily se znova negativní postoje. P1 a P2 považovali množství úkonů za velké. P4 dokonce zaujal spíš odmítavý postoj. Největší problém ale měli pacienti s očištěním klyzmatem, který museli v rámci předoperační přípravy absolvovat. To v nich vyvolalo nepříjemný pocit a pocit studu.

Subkategorie: Role sestry

P1: *„Sestřičky byly hodně vstřícné a hodně se mi před operací věnovaly.“*

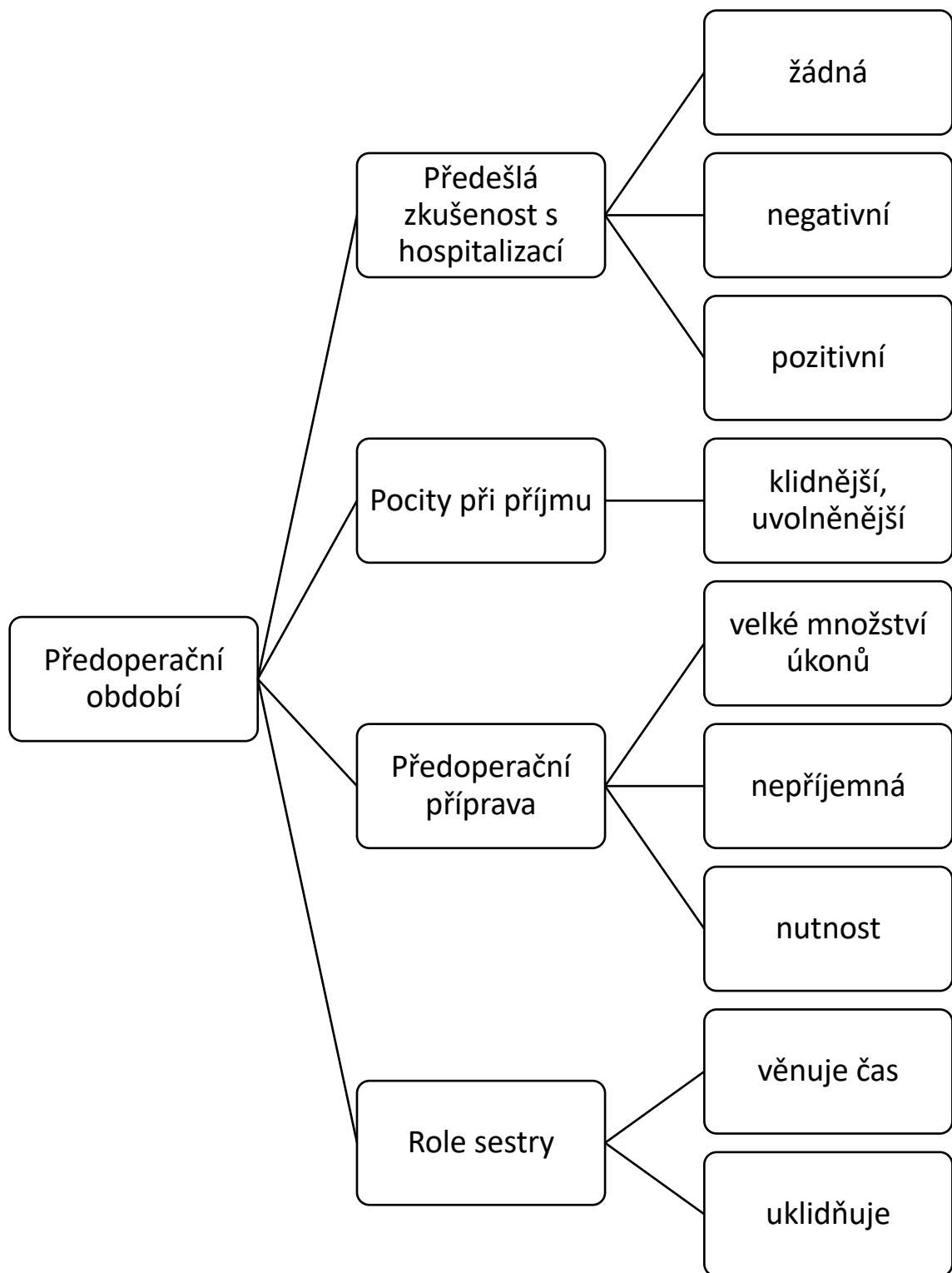
P2: *„Sestra se mě i ptala, jestli se nechci ještě na něco zeptat. Ale byla na mě moc rychlá, tak jsem si to nestihnul uvědomit.“*

P3: *„Bylo vidět, že mají hodně práce, ale i tak mi věnovala svůj čas a ani to na sobě nedala znát.“*

P4: *„...sestra mě uklidnila.“*

P5: *„...sestra, která mě měla na starost, byla o hodně příjemnější... takže jsem se dal do klidu.“*

Při rozhovorech jasně vyplynulo, že sestry sehrávaly obrovskou roli v případě prožívání předoperačního období, což se i nakonec odzrcadlilo v tom, jak pacienti celé předoperační období vnímali. Pacienti uváděli sestru jako člověka, který jim poskytl odpovědi na dotazy, uklidnil je a věnoval jim svůj čas.



Obrázek 1: Mapa kódů – Kategorie: předoperační období (zdroj: vlastní)

11.2 Kategorie: Vnímání pooperačního období

Druhý dílčí cíl měl za úkol zjistit, jak pacienti subjektivně vnímali pooperační období, zejména prvních 5 dní po operačním výkonu. Subkategorie v této části poukazují na to, co všechno vnímání pooperačního období u pacientů ovlivnilo.

Subkategorie: Stav pacientů po operaci

P1: *„To bylo ze všeho nejhorší, všechno mě bolelo, i když jsem dostával do žíly něco proti bolesti.“*

P2: *„Připravovali mě na bolest, a ono mě nic nebolelo, tak jsem byl překvapený, ale rád.“*

P3: *„Měl jsem problém vstát z postele, jak to bolelo, se to ani nedá slovy popsat.“*

P4: *„Bylo mi asi 4 dni špatně od žaludku, tak jsem se zaměřoval jenom na to a nebyl jsem schopný vnímat nic jiného.“*

P5: *„Kdybych věděl, že to bude takhle bolet, tak se na to radši vykašlu.“*

Největší problém v pooperačním období dělala pacientům bolest, která měla za následek nepříjemný zážitek. Pacienti popisovali bolest jako nejhorší překážku a velké omezení v každodenních běžných činnostech.

Subkategorie: Výstup z komfortní zóny

P1: *„Cévka mě tlačila, chtělo se mi pořád čůrat a musel jsem si zvyknout, že ji mám brát všude s sebou, jak kabelku, ale i tak jsem zapomínal.“*

P2: *„Nejhorší bylo to ležení, už mě z toho bolela záda.“*

P3: *„Já mám nejradši manželky stravu, hezky, knedlíky, buček... takže když jsem nemohl jíst po operaci normálně, tak to bylo utrpení.“*

P4: *„Jsem nebyl zvyklý na to, aby mě někdo obskakoval, bylo mi to nepříjemný, chtěl jsem to zvládnout sám.“*

P5: *„Jsem nemohl spát, bolelo to a musel jsem myslet na to, že mám cévku.“*

Dalším problémem bylo to, že pacienti byli v situaci, kdy nemohli prožívat den dle svých zvyklostí, a museli se přizpůsobit novým okolnostem. Omezený pohyb, zavedený močový katetr a dietní omezení vyvolávalo v pacientech nepříjemné pocity. Vzhledem k tomu, že to byla jen dočasná situace, se s tím smířili a snažili se přizpůsobit.

Subkategorie: Přístup zdravotnického personálu

P1: „...pečlivě mi tu ránu převazovali...“

P2: „...kolem mě běhali, cítil jsem se důležitě...“

P3: „...sestra to vzala hodně ve zkratce...“

P4: „Chodili za mnou každou chvíli a pořád se zajímali.“

P5: „...byly vstřícné, hodně se mi věnovaly....“

Tak jako v předoperačním období, i v tom pooperačním se pacienti shodli, že to, jaké měla sestra chování, se odrazilo na jejich psychickém stavu.

Subkategorie: Přípravenost

P1: „Nakonec jsem byl rád, že jsme se o tom bavili už před operací.“

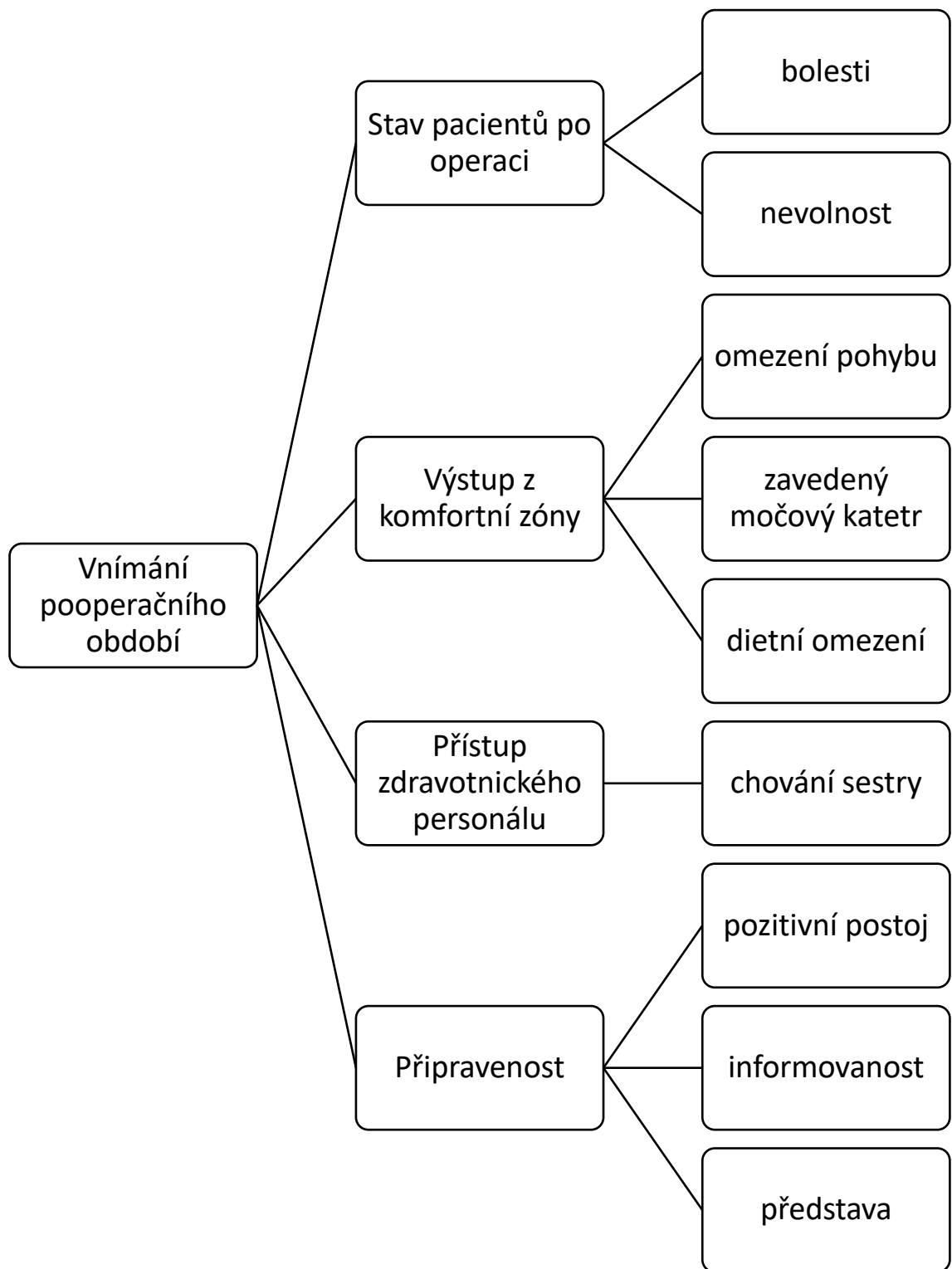
P2: „To bylo dobře, že mi to řekli už před operací.“

P3: „Už předem jsem se ptal na bolest, abych se mohl připravit.“

P4: „Jsem si pak říkal, že jsem se předtím mohl zeptat na víc věcí....ale vůbec mě to nenapadlo.“

P5: „Nejdřív jsem nevěděl, proč mi to všechno říkají už před výkonem, ale pak jsem to pochopil.“

Ukázalo se, že pozitivním faktorem z hlediska prožívání pooperačního období pacienti bylo to, jak byli o pooperačním průběhu informováni už v předoperačním období. Pacientům to aspoň z části vytvořilo obraz o tom, jak to bude vypadat a co mají očekávat. Zároveň jim to pomohlo připravit se „na nejhorší“.



Obrázek 2: Mapa kódů – Kategorie: vnímání předoperačního období (zdroj: vlastní)

11.3 Kategorie: Propuštění domů a edukace

Posledním dílčím cílem bylo zjistit, jak pacienti subjektivně vnímali edukaci při propuštění po radikální prostatektomii.

Subkategorie: Pocity při propuštění

P1: *„Byl jsem hrozně rád, že už jdu domů, sice rána mě ještě bolela, ale doma i zdi léčí.“*

P2: *„Těšil jsem se, že konečně uvidím rodinu, protože kvůli opatřením za mnou nemohli přijít.“*

P3: *„Měl jsem obavy, jestli to doma zvládnou, ale už jsem chtěl být ve své posteli.“*

P4: *„Klidně bych tady zůstal déle, bylo mi tady dobře, ale všude dobře, doma nejlíp.“*

P5: *„Už jsem chtěl zpátky do normálu.“*

Všichni pacienti se jednohlasně shodli na tom, že v nich při propuštění domu převládal pocit radosti i přesto, že někteří měli obavy z toho, jak to doma zvládnou. Těšili se, že se vrátí do svého přirozeného prostředí.

Subkategorie: Postoje k režimovým opatřením z edukace

P1: *„Jsem se snažil je dodržovat, ale znáte, jak to je, ne vždy to jde.“*

P2: *„Akceptoval jsem je.“*

P3: *„Říkal jsem si, že když je budu dodržovat, tak mi bude brzy líp.“*

P4: *„Měl jsem doma spoustu povinností, ale víceméně jsem je chtěl dodržet.“*

P5: *„Co mi řekli, to jsem dělal.“*

Při otázce na to, jaké zaujali postoje k režimovým opatřením v domácím prostředí, převládaly pozitivní názory. Pacienti byli motivováni dodržet alespoň některé z nich.

Subkategorie: Podpora rodiny

P1: *„Přišla i manželka, abychom to slyšeli oba dva, a když jsem na něco zapomněl, tak mi to pak připomněla.“*

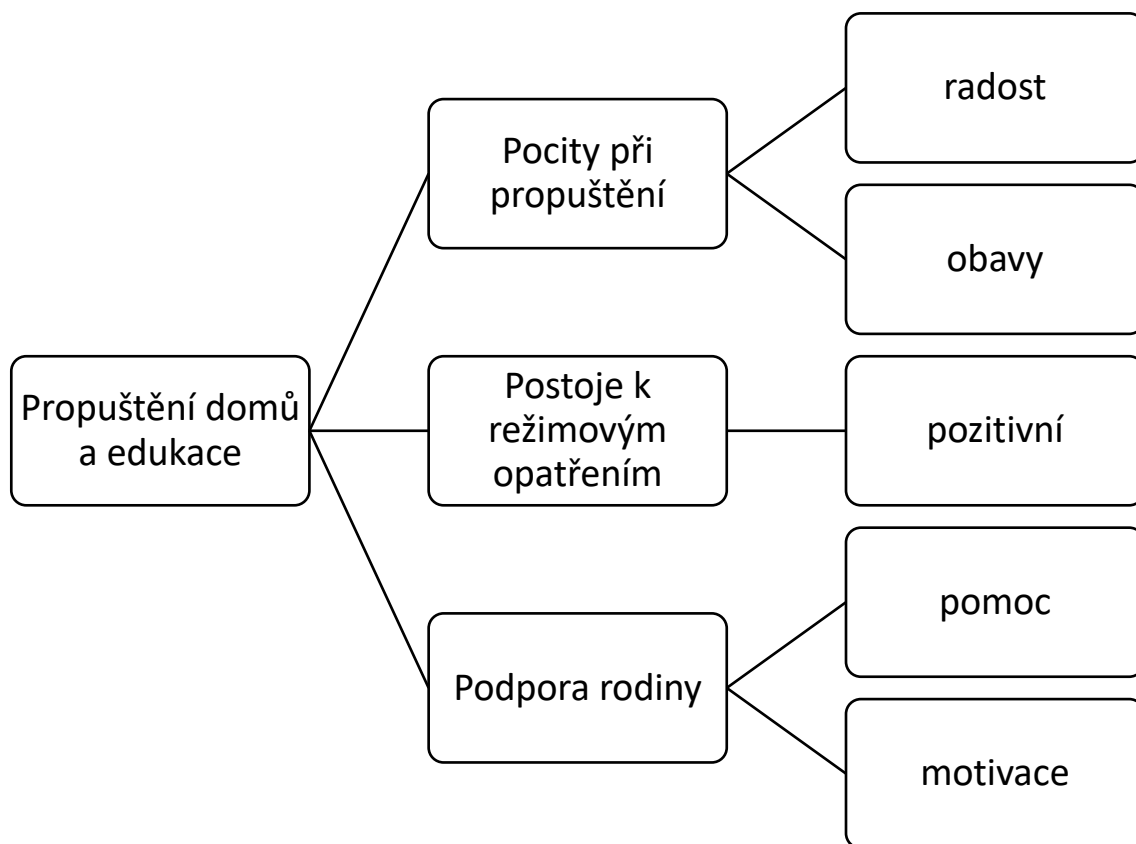
P2: *„Dcera mi píchala ty injekce do břicha. Ona je zdravotní sestra, víte?“*

P3: *„...syn se hned nabídl, že mi to dříví naseká.“*

P4: *„A manželka mi už po telefonu říkala, že mi s tím pomůže.“*

P5: *„...přijela ke mně dcera z Prahy na týden bydlet, aby mi pomohla se vším.“*

Podpora rodiny sehrála roli v pooperačním období v domácím prostředí. Každý pacient měl někoho z rodinných příslušníků, kdo mu pomohl zvládnout prvé dny v domácím prostředí, podporoval ho a motivoval k dodržování režimových opatření.



Obrázek 3: Mapa kódů – Kategorie: propuštění domů a edukace (zdroj: vlastní)

DISKUZE

V diskuzi jsou interpretovány výsledky výzkumného šetření, komentovány v širším kontextu. Budeme se snažit odpovědět na otázku, co výsledky výzkumného šetření znamenají, a srovnávat je s výsledky jiných výzkumných šetření a s odbornými zdroji. Výzkumné šetření mělo za cíl zjistit, jaké jsou zkušenosti pacientů podstupujících chirurgickou léčbu karcinomu prostaty s ošetrovatelskou péčí během hospitalizace.

Výzkum ukázal, že faktory, které ovlivnily vnímání předoperačního období, byly odlišné od faktorů v pooperačním období, které se odvíjely od momentální situace a činností. Jediným shodným ovlivňujícím faktorem bylo chování a přístup zdravotnického personálu.

Vyhodnocení výzkumných otázek

Jak pacienti subjektivně vnímali předoperační období před radikální prostatektomií?

Z rozhovorů, které byly s pacienty vedené, jasně vyplynulo, že ještě před samotným přijetím do nemocnice měli všichni pacienti představu o hospitalizaci jasně podepřenou předešlými poznatky z jiných hospitalizací. Pacienti, kteří předešlou zkušenost neměli, byli napjatí, pociťovali strach a obavy z hospitalizace. U pacientů, kteří předešlou zkušenost měli, se pocity různily na základě toho, jestli byla negativní nebo pozitivní. Podobný výsledek ve svém výzkumu uvedla i Stránská (2021), která zkoumala zkušenosti onkologicky nemocných s operačním výkonem. Ta uvedla, že velmi důležitým souvisejícím faktorem strachu, je předchozí zkušenost s operací a obecně se informátoři báli více, pokud to byla jejich první operace v životě. Negativně však může působit i předchozí špatná zkušenost s operačním zákrokem (Stránská 2021, s. 43).

Pacienti ale uvedli, že v momentě, kdy na oddělení přišli, v nich začaly převládat pozitivní emoce. Cítili uvolnění a uklidnění jednak z důvodu toho, že už nemuseli déle čekat, kdy přijde den nástupu na plánovanou operaci. Jak uvedla Stránská (2021) ve své práci, pro některé bylo lepší, když šli na operaci rychle a neměli čas přemýšlet a dělat si starosti (Stránská 2021, s.43). A za druhé velkou roli sehrál zdravotnický personál, který svým chováním zmírnil strach pacientů. To ve svém výzkumu zmínila i Riegerová (2019), která dotazníkovým šetřením dospěla k závěru, že zdravotnický personál pomohl snížit strach a úzkost před operací u 2/3 dotazovaných nemocných (Riegerová 2019, s. 59). Stránská (2021) ve svém

výzkumu také uvádí, že rodina může stejně pomáhat mírnit předoperační strach a úzkost (Stránská 2021, s. 44).

Jako problémová část v předoperačním období, která vyvolala v pacientech spíše negativní postoje, se jevila předoperační příprava. I přes to, že všichni chápali důležitost provedení předoperační přípravy, dva pacienti uvedli, že se jim zdálo, že je množství potřebných úkonů velké, což na ně působilo negativně. To mohlo být ale ovlivněno tím, že tito pacienti neměli předešlou zkušenost s hospitalizací, a tak neměli úplnou představu o tom, kolik toho předoperační příprava obnáší. Zatímco dalším problémem v mém výzkumu v rámci předoperační přípravy byla pro pacienty nutnost provedení očisty střev podáním klyzmatu, během kterého se pacienti cítili nepříjemně a styděli se, Procházková (2012) uvádí, že i když předpokládala, že nejobtížnější pro pacienty bude proces vyprazdňování trávicího traktu, obtížnější částí předoperační přípravy bylo dodržet změnu stravovacích návyků (Procházková 2012, s. 48). Nejednalo se ale o výzkum přímo zaměřený na pacienty po radikální prostatektomii. Proto je těžké posoudit, jestli by se výsledek potvrdil i v případě, že by se ho účastnili jenom pacienti po RAPE.

Po pečlivém prozkoumání rozhovoru lze říct, že v pacientech během předoperačního období převládaly negativní emoce, ať už ve spojitosti s předoperační přípravou, nebo obavami z hospitalizace či samotného výkonu. Faktem ale zůstává, že přístupem zdravotnického personálu, který poskytoval pacientům dostatek informací, se v značné míře povedlo toto období překonat bez toho, aby si pacienti odnesli špatnou zkušenost.

Jak pacienti subjektivně vnímali pooperační období po radikální prostatektomii?

To, jaký byl celkový stav pacienta po operačním výkonu, mělo dopad na to, jak pacienti pooperační období vnímali. Vzhledem k tomu, že pacienti byli dotazováni hlavně na prvních 5 dní po výkonu, pro mě bylo očekávaným výsledkem, že největší problém budou pooperační bolesti. Ten se ukázal jako pravdivý, protože až tři z pěti dotazovaných pacientů uvedli, že bolesti byly tím nejhorším, co ovlivnilo jejich pooperační období. Jak hodnotí Hlaváček (2020) ve svém výzkumu, bolest byla první věc, která člověka upozorní na to, že už je po operaci a začíná druhá část, tzv. pooperační (Hlaváček 2020, s. 46). Jeden pacient uvedl, že bolesti naopak vůbec neměl, i když předpokládal, že je bude mít, a dalšímu dělala větší potíže pooperační nauzea a nechutenství.

Když je člověk nemocný, začíná si uvědomovat, že se z něj stává pacient. Během toho se mění i jeho běžný režim. Už jenom hospitalizace je obrovská změna. V případě mého výzkumu se taky ukázalo, že po operaci pacienty trápilo nejvíc to, že museli vystoupit z komfortní zóny. Největším problémem pro ně byl zavedený močový katetr, dále dietní omezení, omezení pohybu a ztráta schopnosti sebezpěče. Jednalo se ale o problémy dočasné.

Češková (2017) ve své práci hodnotí, že pacienti, kteří byli subjektivně dostatečně informováni před operací, měli větší ochotu spolupracovat v rámci pooperačního režimu (Češková 2017, s. 44). To zhodnotili i pacienti v našem výzkumu. Pozitivně hodnotili to, že byli o pooperačním období informováni už před operačním výkonem. Pochopili, proč bylo vhodné informace podat, a pociťovali, že byli dobře připraveni na pooperační období. Jeden pacient ale vyslovil připomínku, že by se zeptal i na víc věcí, kdyby předtím věděl, na co se má ptát. V tomhle případě se nabízí otázka, v jakém rozsahu byl o pooperačním průběhu informován. Jestli nebyla některá část informací opomenuta, což v něm v rámci pooperačního období vyvolalo dojem, že se na konkrétní věc mohl sám dotázat. Stránská (2021) ale ve svém výzkumu poukazuje na to, že někteří chtějí vědět co nejvíce a dalším stačí pouze základní informace, protože detailnější informace považovali za zbytečné nebo v nich vyvolávaly nepříjemné myšlenky a pocity (Stránská 2021, s. 53). Proto je těžké zhodnotit, v jakém rozsahu pacienta informovat.

Znovu, jak v předoperačním období, tak i v období pooperačním měl velký vliv na prožívání pacientů přístup zdravotnického personálu, zejména sester. Pacienti zhodnotili, že sestry byly pečlivé, zajímaly se o jejich potřeby, věnovaly jim čas a byly vstřícné. Chování sester se podle mě podepsalo na psychické pohodě pacientů, v tomhle případě pozitivně a lze souhlasit s Hlaváčkem (2020), který říká, že sestra profesionálka by měla vystupovat tak, aby v každém jejím konání, neverbální a verbální komunikaci bylo cítit, že má zájem o pacienta a poskytovanou péči (Hlaváček 2020, s. 49).

Jak pacienti subjektivně vnímali edukaci při propuštění po radikální prostatektomii?

Když se pacient dozví, že nastal čas, kdy může jít domů, okamžitě v něm začnou převládat pozitivní emoce, což bylo i v případě mých respondentů. Důvody radosti byly různé, těšili se domů za rodinou, na známé prostředí a na to, že se budou moct postupně vrátit do starých kolejí. S radostí se ale v pacientech začaly míchat i obavy. Nebyli si úplně jistí, jestli to doma úplně zvládnou. Báli se bolestí, péče o operační ránu a dlouhodobých

komplikací. To dostává pacienty do stresující situace. Důležitá je kvalitní edukace a podpora zdravotnického personálu a rodiny. Sestra si ale musí dát pozor na používání odborných výrazů. Z výzkumu Mňáčkové (2007) totiž vyplynulo, že nejčastější chybou v edukaci je používání odborné terminologie (Mňáčková 2007, s. 73).

Při dotazování pacientů jasně vyplynulo, že edukace proběhla u každého z nich. Informace dostávali průběžně během celé hospitalizace a edukace pak proběhla ještě při propuštění, kdy si sestra vzala pacienty do soukromí a edukovala je o režimových opatřeních v domácím prostředí a péči o ránu. Pacienti vyjadřovali spokojenost s edukací, což vyjadřuje i subkategorie „Postoje k režimovým opatřením“. Pouze jeden pacient měl pocit, že mu sestra nevěnovala dostatek času. To ale nemělo vliv na jeho spokojenost. Hlaváček (2020) uvádí, že ne vždy je vzhledem k náročné práci sester dostatek času pro klidný rozhovor s pacientem (Hlaváček 2020, s. 51). S tím se i já jako sestra, která pracuje na lůžkovém oddělení, můžu ztotožnit.

Podpora rodiny u všech dotazovaných pacientů sehrála velkou roli. Šlo hlavně o pomoc s běžnými činnostmi, které pacienti nemohli vykonávat vzhledem k režimovým opatřením, o pomoc s režimovými opatřeními nebo podpora a motivace v jejich dodržování. Jeden z pacientů uvedl, že k edukaci byla přizvána i jeho manželka. Další pacient uvedl, že mu dcera přímo pomáhala s aplikací nízkomolekulárního heparinu, a tak to nemusel dělat sám. Osobně si myslím, že v tomhle případě podpora rodiny sehrává pozitivní roli. Je ale potřebné dát si pozor na rodinné příslušníky kteří jsou přehnaně starostliví, ne vždy by to mohlo mít pozitivní dopad, spíš naopak by to mohlo pacientovi v jeho rekonvalescenci uškodit.

Po pečlivém prozkoumání odpovědí týkajících se edukace, můžeme usoudit, že každý z pacientů si z ní něco vzal. Převládala motivace dodržovat režimové opatření, i když se možná některým zdálo, že jsou omezující. Konečnou edukaci při propuštění hodnotili pacienti kladně, protože nové informace jim pomohly zmírnit obavy z toho, že to doma nezvládnou.

LIMITY VÝZKUMU

Pro další zkoumání by možná bylo vhodné provést rozhovory ve třech částech v předoperačním, pooperačním období a po propuštění. Výhodou by bylo doplnit výzkum o kvantitativní výzkumnou metodu, aby bylo možné výsledky víc zevšeobecnit.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Jako doporučení pro praxi a zároveň výstup bakalářské práce byl vytvořen návrh mapy péče v předoperačním období o pacienty podstupující radikální prostatektomii, který je určen pro Urologické oddělení Karlovarské krajské nemocnice a.s. v Karlových Varech. Návrh mapy péče je k nahlídnutí v *Příloze D*.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce měla za cíl zjistit, jaké jsou zkušenosti pacientů podstupujících chirurgickou léčbu karcinomu prostaty. Pomocí dílčích cílů bylo potřeba zjistit, jak pacienti subjektivně vnímali předoperační a pooperační období a edukaci při propuštění domů.

Pro výzkumné šetření byla využita kvalitativní výzkumná metoda a na sběr dat byly použity polostrukturované rozhovory s předem stanovenými otevřenými otázkami, které byly uskutečněny s každým pacientem samostatně. Rozhovory byly prováděny retrospektivně několik dní po propuštění.

Z výzkumu vyplynulo, že všichni dotazovaní měli obavy z hospitalizace a z výkonu podepřené předešlou zkušeností. V předoperačním období jim vadilo množství úkonů předoperační přípravy a největším problémem pro ně bylo absolvování očisty střev. Pozitivně však hodnotili to, že dostali informace o pooperačním období už před operací a že na základě toho měli pocit, že byli připraveni. Dalším pozitivním faktorem byl přístup sester. Jejich příjemné chování a milé vystupování v pacientech budily příjemný dojem.

V pooperačním období byla pro pacienty největší překážkou pooperační bolest. Další překážkou byl zavedený močový katetr. Nepříjemné pocity v nich vzbuzoval fakt, že musí vystoupit z komfortní zóny, všichni však věděli, že je to jenom dočasný stav. Opět se ale ukázalo, že přístup zdravotnického personálu pomohl pozitivně ovlivnit prožívání pacientů. Při propuštění převládaly pocity radosti, nezáleželo na důvodu. Sem tam se ale objevily obavy, které pomohla zmírnit edukace a podpora rodiny.

Na základě získaných poznatků, pozitivních a negativních pocitů dotazovaných pacientů bylo možné vytvořit jako doporučení pro praxi návrh mapy ošetrovatelské péče pro radikální prostatektomii, který je určený pro Urologické oddělení KKN a.s. To by mohlo posloužit sestřím při dalším ošetřování pacientů podstupujících chirurgickou léčbu karcinomu prostaty.

SEZNAM LITERATURY

ADAMOVIČ, Zuzana, 2019. Předoperační příprava v onkochirurgii – ERAS doporučení v ambulanci praktického lékaře. *Medicína pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, **16(4)**, 277-279 [cit. 13.12.2021]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/med/2019/04/15.pdf>

BROŽÁK, Miloš; KOŠINA, Josef; PACOVSKÝ, Jaroslav; BALÍK, Michal; HOLUB, Lukáš; HUŠEK, Petr, 2017. Robotem asistovaná radikální prostatektomie – zkušenosti po provedení prvních 50 operací. *Urologie pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, **18(3)**, 129-132 [cit. 16.12.2021] ISSN 1803-5299. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/uro/2017/03/10.pdf>

BROUL, Marek; SCHRAML, Jan, 2014. Kvalita života a hodnocení erektilní dysfunkce po robotické radikální prostatektomii. *Urologie pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, **15(3)**, 126-130 [cit. 13.12.2021]. ISSN 1803-5299. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/uro/2014/03/07.pdf>

BRZEK, Vladimír; kolektiv, 2021. *Operační polohy*. Praha: Grada. 72 s. ISBN 978-80-271-2077-2

ČAPOUN, Otakar, 2016. Systémová radioterapie metastatického karcinomu prostaty s kostním postižením. *Urologie pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, **17(3)**, 111-116 [cit. 16.12.2021]. ISSN 1803-5299. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/uro/2016/03/04.pdf>

ČAPOUN, Otakar, 2019. Hormonální léčba karcinomu prostaty a kardiovaskulární onemocnění. *Urologie pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, **20(4)**, 150-156 [cit. 15.12.2021] ISSN 1803-5229. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/xon/2020/01/11.pdf>

ČAPOUN, Otakar, 2021. Vyšetřovací algoritmy u karcinomu prostaty – 1. část. *Urologie pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, **22(2)**, 88-91 [cit. 14.12.2021]. ISSN 1803-5299. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/uro/2021/02/07.pdf>

ČEŠKOVÁ, Jana. *Možnosti edukace v prevenci vzniku inkontinence po operacích prostaty*. České Budějovice, 2018. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta.

DAVIS, John W, 2016. *Robot-Assisted Radical prostatectomy: Beyond the learning curve*. New York: Springer. 329 s. ISBN 978-3-319-32639-9

PÁRAL, Jiří; kolektiv, 2020. *Chirurgická propedeutika: Základy chirurgie pro studenty lékařských fakult*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-271-135-7

EASTHAM, James A.; SCHAEFFER, Edward M., 2016. *Radical Prostatectomy – surgical perspectives*. 2. vydání. New York: Springer. 215 s. ISBN 978-14-939-465-70

GURKOVÁ, Elena, 2017. *Nemocný a chronické onemocnění: edukace, motivace a opora pacienta*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-271-0461-1

GURKOVÁ, Elena, 2019. *Praktický úvod do metodologie výzkumu v ošetrovatelství*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 95 s. ISBN 978-80-244-5627-0

HANUŠ, Tomáš; MACEK, Petr; kolektiv, 2015. *Urologie pro mediky*. Praha: Karolinum. 305 s. ISBN 978-80-246-3032-8

HANUŠ, Tomáš; kolektiv 2020. *Diferenciální diagnostika v urologii*. Praha: Raabe. 128 s. ISBN 978-80-8140-447-4

HLAVÁČEK, Lukáš. *Vnímaní pacientů před a po operačním výkonu*. Brno, 2020. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. Katedra ošetrovatelství a porodní asistence.

HORA, Milan; DOLEJŠOVÁ, Olga; kolektiv, 2020. *Urologie pro studenty všeobecného lékařství*. Praha: Karolinum. 132 s. ISBN 978-80-246-4544-5

HRADIL, David; ŠTUDENT jr., Vladimír; KRÁL, Milan; ŠTUDENT, Vladimír, 2014. Diagnostika a staging karcinomu prostaty. *Onkologie* [online]. Olomouc: Solen, **8**(1), 15-18 [cit. 14.12.2021]. ISSN 1803-5345. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/xon/2014/01/04.pdf>

JAMES, Heitz W., 2019. *Pooperační stavy: příznaky, diagnostika, postupy*. Praha: Grada. 400 s. ISBN 978-80-217-0873-2

KRÁL, Milan; KUDLÁČKOVÁ, Šárka, 2019. Karcinom prostaty – co bychom měli znát o diagnostice. *Medicína pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, **16**(1), 48-52 [cit. 15.12.2021]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/med/2019/01/10.pdf>

KRŠKA, Zdeněk; HOSKOVEC, David; PETRUŽELKA, Luboš; kolektiv, 2014. *Chirurgická onkologie*. Praha: Grada. 904 s. ISBN 978-80-247-4284-7

LIBOVÁ, Lubica; BALKOVÁ, Hilda; JANKECHOVÁ, Monika, 2019. *Ošetrovatelský proces v chirurgii*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-271-2466-4

MACEK, Petr, 2014. Úloha radikální prostatektomie v léčbě karcinomu prostaty. *Onkologie* [online]. Olomouc: Solen, **8**(1), 11-14 [cit. 14.12.2021]. ISSN 1803-5345. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/xon/2014/01/03.pdf>

MATUŠKOVÁ, Kristýna; ZVOLSKÝ, Miroslav, 2018. *TNM klasifikace zhoubných novotvarů*. 8. vydání. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. 266 s. ISBN 978-80-7472-185-4

MATOUŠKOVÁ, Michaela, 2020. *Léčba urogenitálních malignit, její nežádoucí účinky a možnosti jejich řešení*. Olomouc: Solen. 121 s. ISBN 978-80-7471-309-5

Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2021. *Koncepce ošetrovatelství* [online] Praha: MZČR. Poslední aktualizace 18.5.2021 [cit. 20.2.2022]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/9584/21397/Koncepce_oseetrovatelstvi_vestnik_6_2021.pdf

MIŠKOVIČ, Jan, 2019. *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*. Praha: Slon. 292 s. ISBN 978-80-7419-285-2

MŇAČKOVÁ, Marie. *Sestra v roli edukátora*. Zlín, 2007. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií

MURALITHARAN, Nair; IAN, Peate 2017. *Patofyziologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. Přeložila: Hana Pospíšilová. 245 s. ISBN 978-80-271-0229-7

PEŠL, Michael; ZÁMEČNÍK, Libor, 2017. Urologické komplikace po onkologické léčbě. *Urologie pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, **18**(1), 10-13 [cit. 15.12.2021]. ISSN 1803-5299. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/uro/2017/01/03.pdf>

PLEVOVÁ, Ilona; kolektiv, 2018. *Ošetrovatelství I. 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-271-0888-6

PROCHÁZKOVÁ, Pavlína. *Příprava pacienta před plánovaným operačním výkonem*, Brno, 2012. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. Katedra ošetrovatelství

RIEGEROVÁ, Michaela. *Strach a úzkost pacienta před operací*. Pardubice, 2019. Diplomová práce. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií. Katedra ošetrovatelství.

SINGALA, Ajay; COMITER, Craig, 2017. *Post-Prostatectomy Incontinence: Evaluation and management*. New York: Springer. 148 s. ISBN 978-3-319-55827-1

SLEZÁKOVÁ, Lenka; kolektiv, 2021. *Ošetrovatelství v chirurgii II*. 2. vydání. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-271-1718-5

SOCHOROVÁ, Nataša; ĎULÍKOVÁ, Josefa; BUREŠOVÁ, Eva, 2014. Inkontinence moči po radikální prostatektomii. *Urologie pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, **15**(5), 244-245 [cit. 15.12.2021] ISSN 1803- 5299. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/uro/2014/05/12.pdf>

SOCHOROVÁ, Nataša; VIDLÁŘ, Aleš, 2016. *Základy obecné urologie nejen pro sestry*. Olomouc: Solen. 108 s. ISBN 978-80-7471-142-8

STRÁNSKÁ, Kateřina. *Zkušenosti onkologicky nemocných s operačním zákrokem*. Olomouc, 2021. Diplomová práce. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií. Katedra ošetrovatelství.

ŠTANC, Otakar, 2018. Aktuální možnosti a trendy v léčbě erektilní dysfunkce. *Urologie pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, 19(3), 127-132 [cit. 16.12.2021] ISSN 1803-5229. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/uro/2018/03/06.pdf>

Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2018. Současné epidemiologické trendy novotvarů v České republice [online] Praha: ÚZIS. [cit. 15.12.2021]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008352/novotvary2018.pdf>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Informovaný souhlas pro rozhovor

Informovaný souhlas pro rozhovor

Název bakalářské práce: Ošetrovatelské péče o pacienta po radikální prostatektomii

Student: Michala Baraniková, email: misa99@students.zcu.cz

Fakulta zdravotnických studií ZČU v Plzni, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Studentka bakalářského programu Všeobecné ošetrovatelství

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Jitka Krocová

CÍL BAKALÁŘSKÉ PRÁCE:

Hlavní cíl práce: Zjistit, jaké jsou zkušenosti pacientů podstupujících chirurgickou léčbu karcinomu prostaty

Dílčí cíle práce:

- Zjistit, jak pacienti subjektivně vnímali předoperační období před radikální prostatektomii.
- Zjistit, jak pacienti subjektivně vnímali pooperační období po radikální prostatektomii.
- Zjistit, jak pacienti subjektivně vnímali edukaci při propuštění po radikální prostatektomii

S vaším svolením bude náš rozhovor součástí výzkumu. Vámi sdělené informace nebudou sdíleny s nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce.

Úryvky z rozhovoru budou použity v bakalářské práci, ale tyto citace budou vždy anonymní.

Vaše identita nebude nikomu sdělována, místo toho bude použit pseudonym. V případě jakýchkoliv nejasností můžete kdykoliv od výzkumu odstoupit.

Já

souhlasím s účastí ve výzkumu. Souhlasím s využitím mých odpovědí během rozhovoru pro bakalářskou práci. Rozumím, že mohu kdykoliv od výzkumu odstoupit a že citace mých odpovědí během rozhovoru budou použity anonymně a nebudou v bakalářské práci nijak identifikovány.

Dne:

.....

Účastník výzkumu

.....

Student

Zdroj: Vlastní

Příloha B – Žádost o udělení souhlasu s výzkumem

Žádost o udělení souhlasu s výzkumem

Vážená paní

Mgr. Gabriela Fritsch Píchová

Náměstek pro nelékařská povolání a kvalitu

Karlovarská krajská nemocnice a.s.

Bezručová 1190/19

360 01 Karlovy Vary

Věc: Žádost o povolení k provedení výzkumného šetření na urologickém oddělení

Jmenuji se Michala Baraniková a jsem studentkou 3. ročníku na Fakultě zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni, obor Všeobecné ošetřovatelství

Ve své bakalářské práci se věnuji tomu, jaké jsou zkušenosti pacientů podstupujících chirurgickou léčbu karcinomu prostaty s ošetřovatelskou péčí během jejich hospitalizace.

Téma bakalářské práce:

OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTA PO RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMII

Výzkum bych ráda provedla ve vaší nemocnici na urologickém oddělení, formou hloubkových polostrukturovaných rozhovorů s pacienty, kteří podstoupili na daném oddělení Radikální prostatektomii.

Michala Baraniková

Studentka 3. ročníku bakalářského studia FZS ZČU v Plzni obor Všeobecné ošetřovatelství

Souhlasím s provedením výzkumu:

.....

V Karlových Varech dne:

Zdroj: Vlastní

Otázky k rozhovoru

1. Popište mi, jak jste vnímal přijetí do nemocnice na plánovaný výkon – operaci prostaty.(popište pocity při procesu přijetí do nemocnice)
2. Popište mi, jak jste vnímal informace o předoperační přípravě, které Vám předávala sestra. Měl jste možnost dotázat se? Mohl byste popsat svoje pocity, které jste měl v souvislosti s informacemi o přípravě na operaci.... „co Vás čeká“?
3. Popište mi prosím, jak jste vnímal nutnou přípravu před operačním výkonem? Jaké byly Vaše pocity?
4. Popište mi, jak jste vnímal před operací informace od sestry o pooperačním období, jaké jste měl pocity? Potřeboval jste z informací o pooperačním období něco upřesnit? Popište, zda jste měl obavy a z čeho?
5. Popište mi jak jste vnímal pooperační období – tedy cca 5 dní po výkonu? jaké byly Vaše pocity? Jak jste vnímal např. pohybové omezení, dietní omezení? Jaké pocity jste měl v souvislosti s tím, že jste měl močovou cévku, žilní kanylu?
6. Jak jste vnímal svoje propuštění do domácího léčení? Jaké jste měl pocity? (Nejistota? Radost? Proč?)
7. Jak jste vnímal informace, které Vám předala sestra o režimových opatřeních, resp. možnost pohybu/omezení pohybu/pracovní neschopnost...v domácím prostředí při propuštění? Jaké jste zaujal k informacím o pohybu a režimových opatřeních postoje?
8. Jak jste vnímal informace, které Vám předala sestra o péči o ránu a dietním režimu v domácím prostředí? Jaké jste k informacím o dietních opatřeních a péči o ránu zaujal postoje?

Zdroj: Vlastní

Příloha D – Návrh mapy péče – RAPE (určeno pro Urologické odd. KKN a.s. KV)

Návrh mapy péče – RAPE (určeno pro Urologické oddělení KKN a.s. KV)	
Předoperační období	
<u>První den hospitalizace – den před operačním výkonem</u>	
Příjem pacienta	<ul style="list-style-type: none"> • kontrola úplnosti interního předoperačního vyšetření (EKG vyšetření, RTG S+P, výsledky biochemických a hematologických vyšetření krve) + odborná vyšetření • kontrola výsledků mikrobiologického vyšetření moče • kontrola vysazení léků (PAD a antikoagulancia) • odběr a sepsání ošetrovatelské anamnézy • seznámení s oddělením a uložení na pokoj
Předoperační příprava	<ul style="list-style-type: none"> • zajištění anesteziologického konzilia • odběr krve na zjištění krevní skupiny pacienta a rezervaci krevních derivátů • kontrola fyziologických funkcí, ev. glykémie • očištění a oholení operačního pole • očista střev – očištné klyzma • aplikace nízkomolekulárního heparinu • dietní omezení – tekutá dieta po podání klyzmatu a úplné lačnění od půlnoci • edukace pacienta o lačnění – od půlnoci nejíst, nepít, nekouřit
Psychická příprava pacienta	<ul style="list-style-type: none"> • individuální přístup • podat informace o nadcházejících intervencích v rámci předoperační přípravy (podrobně vysvětlit každý krok) • podat informace o průběhu operačního dne • edukovat o pooperačním období (překlad na JIP, bolest, zavedený močový katetr, dietní omezení, omezení pohybu, ev. nácvik vstávání z lůžka) • nechat prostor na dotazy a ty zodpovědět • zabezpečit možnost nerušeného spánku • podání případné premedikace
<u>Druhý den hospitalizace – 0. operační den</u>	
Předoperační příprava	<ul style="list-style-type: none"> • ranní kontrola fyziologických funkcí, ev. glykémie – zápis do dokumentace • provedení celkové hygieny pacienta • převlečení pacienta do pyžama - „anděla“ • zajištění žilního vstupu – periferní žilní katetr • podání intravenózní antibiotické profylaxe dle ordinace lékaře • sundání všech šperků a osobního prádla • vyndání zubní náhrady a kontaktních čoček • převoz pacienta na operační sál a předání anesteziologické sestře, ev. anesteziologovi
Psychická příprava pacienta	<ul style="list-style-type: none"> • podání naordinované premedikace • informovat o přibližném začátku operačního výkonu • vyhradit dostatek času na potřebné úkony • systematické provádění úkonů • zodpovědět případné dotazy • zopakovat důležité informace (lačnění, nekouření...) • komunikace s pacientem

Zdroj: Vlastní