

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

2008

Soňa Kutílková

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

**ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ**

**ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ**

**KVALITA ŽIVOTA PACIENTŮ S DIAGNÓZOU  
KARCINOM PROSTATY**

Bakalářská práce

Autor práce: **Soňa Kutílková**

Vedoucí práce: **Prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.**

2008

**CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE  
MEDICAL FACULTY OF HRADEC KRÁLOVÉ**

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE

DEPARTMENT OF NURSING

**THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH  
PROSTATE CANCER**

Bachelor's thesis

Author: **Soňa Kutílková**

Supervisor: **Prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.**

2008

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové .....  
(podpis)

### **Poděkování**

Děkuji vedoucímu bakalářské práce profesoru PhDr. Jiřímu Marešovi, CSc. za poskytnutí cenných rad a všestrannou podporu při odborném vedení práce. Dále děkuji RNDr. Evě Čermákové za zpracování statistických údajů, MUDr. Milošovi Broďákovi, Ph.D. a Bc. Evě Langrové za čas, který mi věnovali ke konzultacím. Děkuji také svým spolupracovnícům a sestřám onkologické kliniky za spolupráci při rozdávání dotazníků.

## **OBSAH:**

|   |    |
|---|----|
| <b>ÚVOD</b> .....   | 7  |
| <b>1. CÍL PRÁCE</b> .....   | 8  |
| <b>2. TEORETICKÁ ČÁST</b> .....   | 9  |
| <b>2.1 Pojem kvality života</b> .....   | 9  |
| 2.1.1 Kvalita života a její vývoj.....  | 9  |
| 2.1.2 Definice pojmu.....   | 9  |
| 2.1.3 Kvalita života a její význam pro zdravotnictví .....                                | 10 |
| 2.1.4 Kvalita života související ze zdravím.....  | 11 |
| 2.1.5 Nástroje měření kvality života.....   | 12 |
| 2.1.6 Kvalita života onkologicky nemocných.....   | 14 |
| <b>2.2 Úloha komunikace s pacientem při zlepšování kvality péče v zdravotnictví</b> ..... | 16 |
| 2.2.1 Problémy v komunikaci mezi zdravotníky a pacienty.....                              | 16 |
| 2.2.2 Iatropatogenie způsobená komunikací.....  | 17 |
| 2.2.3 Edukace z pohledu sestry.....   | 18 |
| 2.2.4 Specifika edukace u seniorů.....  | 19 |
| <b>2.3 Maligní onemocnění prostaty, diagnostika a léčba</b> .....                         | 21 |
| 2.3.1 Epidemiologická data.....   | 21 |
| 2.3.2 Anatomie.....   | 22 |
| 2.3.3 Patologie a histopatologie.....   | 22 |
| 2.3.4 Symptomatologie karcinomu prostaty.....   | 22 |
| 2.3.5 Diagnostika karcinomu prostaty.....   | 23 |
| 2.3.6 Léčba karcinomu prostaty.....   | 23 |
| 2.3.7 Operační léčba karcinomu prostaty.....  | 24 |
| 2.3.8 Dispenzarizace pacientů s karcinomem prostaty.....                                  | 24 |
| <b>2.4 Ošetrovatelská péče o pacienty s maligním onemocněním prostaty</b>                 |    |
| 2.4.1 Předoperační péče.....  | 26 |
| 2.4.2 Pooperační péče.....  | 27 |
| <b>3. EMPIRICKÁ ČÁST</b> .....  | 31 |
| <b>3.1 Cíle výzkumu</b> .....   | 31 |
| <b>3.2 Metodika vlastního šetření</b> .....   | 32 |

|  |    |
|--|----|
| <b>3.3 Charakteristika respondentů</b> ..... | 32 |
| <b>3.4 Výsledky šetření</b> .....            | 34 |
| 3.4.1 Vyhodnocení anamnestických údajů.....  | 34 |
| 3.4.2 Vyhodnocení vlastního dotazníku.....   | 40 |
| <b>4. DISKUZE</b> .....                      | 59 |
| <b>5. ZÁVĚR</b> .....                        | 62 |
| ANOTACE.....                                 | 64 |
| LITERATURA.....                              | 67 |
| PŘÍLOHY.....                                 | 68 |

## ÚVOD

Filosofka J. Pešková říká: „...člověk je osobností tenkrát, jestliže sám sobě rozumí, dovede sebe hodnotit a pokud dovede správně najít své místo mezi druhými. Jen ten, kdo umí být sám sebou, může být také přínosem pro druhé. A domnívá se, že největší lidskou životní hodnotou, o kterou je třeba denně zápasit, je vztah člověka k člověku.“( citováno dle Berana, s.11, 1997)

Naše zdravotnictví zaznamenává v dnešní době nové pohledy na postavení pacienta v soukolí diagnostického a léčebného procesu. Psychologické poznatky však jsou v praxi nadále opomíjeny a neustále jsou využívány překonané přístupy a náhledy na osobnost pacienta, na vzájemné vztahy pacienta a všech skupin zdravotníků (lékařů, sester, pomocného personálu). Neustále máme tendenci soustředit se na fyzickou část nemoci, dokázat si pokrok v možnostech operační léčby či diagnostických postupech, ale je si nutné neustále připomínat holistický pohled na člověka. U nás sledování kvality života není běžnou záležitostí, více se kloníme k výsledkům technické stránky léčby než k prožívání pacienta. Nemoc a hospitalizace téměř vždy změní kvalitu života. Proto správně informovaný pacient má být partnerem a hlavním organizátorem svého procesu uzdravení. Jsou však naši pacienti i lékaři připraveni na tento dyadický vztahový celek?

Je nutné vidět v každém pacientovi osobnost, člověka se svými myšlenkami, pocity, obavami a být mu oporou v přijímání nepříznivých zpráv, v nelehkém rozhodování a mnohdy nepříjemné léčbě. A právě moderní ošetrovatelství umožňuje nám sestřám systematicky hodnotit a plánovitě uspokojovat bio-psycho-sociální potřeby pacientů, které povedou ke zlepšení nebo alespoň udržení kvality života.



## 1. CÍL PRÁCE

Cílem mé práce je zjistit jakou kvalitu života mají pacienti s maligním onemocněním prostaty. Porovnat dvě skupiny pacientů, u kterých byl zjištěn karcinom prostaty. První skupina nemocných podstoupila náročnou operaci radikální prostatektomii, která má za úkol odstranit nádor a postiženou žlázu. Druhá skupina pacientů absolvovala stagingovou pánevní lymfadenektomii a následně ozáření prostaty s tumorem.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou.

Cílem teoretické části bylo charakterizovat pojem kvalita života, definici, jeho vývoj a použití v medicíně. Seznámit odbornou veřejnost s koncepcí metodou SEIQoL. Poukázat na důležitost znalostí anatomie močovopohlavního systému muže a histopatogeneze karcinomu prostaty pro vysvětlení základních diagnostických a terapeutických procesů tohoto maligního onemocnění. Aplikovat získané vědomosti do léčebného procesu a tím pomoci zkvalitnit ošetrovatelskou péči. Zdůraznit význam edukace a komunikace v ošetřování nemocných.

Účelem empirické části bylo zmapovat pomocí dotazníkové metody kvalitu života pacientů s karcinomem prostaty. Porovnat oba léčebné přístupy z tak často opomíjeného hlediska jako je kvalita života pacientů s daným maligním onemocněním. Zjistit, jak se respondenti cítí, zda mají obtíže či bolesti. V neposlední řadě nechat samotné pacienty, aby ohodnotili svoji kvalitu života.

Doufám, že tato práce bude přínosem pro sestry nejen na urologii, ale i na jiných odděleních, aby si uvědomily osobnost pacienta a jeho boj o kvalitní život.

## 2. TEORETICKÁ ČÁST

### 2.1 Pojem kvality života

#### 2.1.1 Kvalita života a její vývoj

Termín „kvalita života“ byl poprvé v novodobé historii zmíněn již ve 20. letech 20. století v souvislosti s úvahami o ekonomickém vývoji a úloze státu v oblasti materiální podpory nižších společenských vrstev. Byl především zkoumán vliv státních dotací na kvalitu života chudších lidí a na celkový vývoj státních financí. Po druhé světové válce se tento termín znovu objevil v politickém kontextu v USA, kdy v 60. letech tehdejší americký prezident Johnson v jednom ze svých projevů prohlásil zlepšování kvality života Američanů za cíl své domácí politiky. Měl tím na mysli, že ukazatelem společenského blaha není prostá kvalita spotřebovaného zboží (*how much*), ale to jak dobře se lidem za určitých podmínek žije (*how good*). V 70. letech v Evropě v Německé spolkové republice sociální demokrat Willy Brant postavil politický program své strany na dosahování lepší kvality života pro své spoluobčany. Brzy tento termín zdomácněl v sociologii, kde slouží k odlišení podmínek života jako např. příjem, polit. zřízení, počet aut na domácnost od vlastního pocitu lidí.

Výzkum kvality života prodělává svůj „boom“ zejména v posledních deseti letech. Je možno obecně říct, že studium kvality života v současné době znamená hledání a identifikaci faktorů, které přispívají k dobrému a smysluplnému životu a pocitu lidského štěstí. V popředí zájmu jsou i interakce a vztahy mezi těmito faktory. Přestože pojem **kvalita života** (dále jen KŽ) je velmi frekventovaný, nejsou badatelé v názorové shodě. Je to výsledkem toho, že o KŽ se hovoří v různých souvislostech a v různých vědních disciplínách. Sociologové sledují KŽ u různých sociálních skupin, srovnávají je v rámci populace i mezikulturně, hledají faktory, které jsou nejvíce determinující. Psychologové se zaměřují na subjektivní pohodu jednotlivců a pomocí různých metod se ji pokoušejí měřit. Ve zdravotnictví se z hlediska KŽ hodnotí poskytovaná péče či jednotlivé zdravotní programy. (Payne a kol., 2005)

#### 2.1.2 Definice pojmu

V odborné literatuře existuje celá řada definic KŽ. Neexistuje však ani jedna, která by byla v průběhu posledních třiceti let všeobecně akceptována. Zjednodušeně lze

konstatovat, že v rámci všech přístupů má pojem zásadě tři rozměry, a to objektivní, subjektivní a spojení subjektivní a objektivní.

Hnilicová (2005) charakterizuje dvě základní stránky KŽ a to: subjektivní dimenze KŽ se týká lidské emocionality a všeobecné spokojenosti se životem. Objektivní KŽ vztahuje na splnění požadavků, které jsou kladeny na sociální a materiální podmínky života, sociální postavení a fyzické zdraví. Stále se diskutuje, jak tyto dvě úrovně spolu souvisí, a jak by tedy KŽ měla být nejlépe měřena.

### **Světová zdravotnická organizace definuje kvalitu života:**

Jde o individuální percipování své pozice v životě, v kontextu té kultury a toho systému hodnot, v nichž jedinec žije; vyjadřuje jedincův vztah k vlastním cílům, očekávaným hodnotám a zájmům ... zahrnuje komplexním způsobem jedincovo somatické zdraví, psychický stav, úroveň nezávislosti na okolí, sociální vztahy, jedincovo přesvědčení, víru- a to vše ve vztahu k hlavním charakteristikám prostředí... Kvalita života vyjadřuje subjektivní ohodnocení, které se odehrává v určitém kulturním, sociálním a environmentálním kontextu... kvalita života není totožná s termíny „stav zdraví“, „životní spokojenost“, „psychický stav“ nebo „pohoda“. Jde spíše o multidimenzionální pojem. WHO *Quality of Life Group* (1993, s.1)

### **2.1.3 Kvalita života a její význam pro zdravotnictví**

Pro medicínu a zdravotnictví jsou podstatné definice opírající se o pojetí zdraví WHO, kdy zdraví není chápáno pouze jako nepřítomnost nemoci, ale jako stav úplné „fyzické, psychické a sociální pohody“. KŽ rozumíme to, jak jedinec vnímá své postavení ve světě v souvislosti kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije, a to ve spojitosti k jeho osobním cílům, očekáváním, zájmům a životnímu stylu. KŽ tedy není podle Světové zdravotnické organizace výsledným součtem podmínek a zdravotního stavu, ale spíše charakterizuje vliv zdravotního stavu a podmínek na jedince. *Přepokládá se, že vztah objektivní stránky KŽ, který lze ztotožnit se životní úrovní a fyzickým zdravím a subjektivně vnímanou KŽ (subjektivním hodnocením), je zprostředkován očekáváním.* (Hnilicová, 2005)

Od 70. let je termín používán i v medicíně. Především v průběhu 80. let se začíná stále častěji používat v klinických studiích. I přes tuto skutečnost je ve českém zdravotnictví KŽ problematikou stále poměrně novou, i když v posledních letech velmi zdůrazňovanou. V mnoha odvětvích klinické medicíny dnes již existuje všeobecná shoda týkající se

nutnosti sledovat KŽ pacientů jako jednu ze základních součástí různých medicínských či zdravotnických intervencí. Lékaře i sestry dnes musí zajímat, jakou KŽ mají pacienti trpící různými nemocemi a jaký je dopad jimi zvolené konkrétní terapie na kvalitu jejich života. V medicíně a zdravotnictví je těžiště zkoumání KŽ posunuto do oblasti psychosomatického a fyzického zdraví.

#### 2.1.4 Kvalita života související se zdravím

*Je potěšující, že součástí soudobé lékařské i ošetrovatelské péče jsou úvahy nejen o zachraňování života či prodlužování délky lidského života, nýbrž i úvahy o tom, jak kvalitní budou měsíce a léta “přidaná” lidskému životu. (Mareš a kol., 2006)*

Změnil se dominantní a určující pohled profesionála, který je usměřňován pohledem pacienta a jeho blízkých. Možno proto uvést myšlenku Wilsona a Clearyho (1995), že kvalita života související se zdravím se týká především profesionálně poskytované zdravotní péče a stává se důležitým indikátorem výsledku poskytované péče.

Pojem „kvalita života“ přenesený do zdravotnictví obecně a medicínských klinických oborů má svá specifická označení HRQL (*health-related quality of life*). Není však ucelený názor na vymezení jednotné definice, příklad jedné z definic, kterou uvádí Mareš (2006): jde o kombinaci zdravotního stavu a afektivních reakcí na problémy se zdravotním stavem (Vogel et al., 1998). Obecně lze charakterizovat HRQL jako užší pojem než je kvalita života a používat ho, pokud uvažujeme o širších souvislostech poskytování zdravotní péče. Byly navrženy různé varianty překladu jako například **kvalita života související se zdravím**, na které se shodlo nejvíce autorů, jenž je obsahově neutrální, neimplikuje jednoznačně příčiny vztahu a nechává prostor i pro souvislost s nemocí. (Mareš, 2006) *Autory totiž zpravidla nezajímá kvalita života související se zdravím lidí, nýbrž kvalita života těch lidí, kteří trpí určitým typem onemocnění.* (Mareš, Marešová, 2005)

V praxi to znamená, že vedle klinických ukazatelů úspěchu či neúspěchu nasazené terapie (hladina hemoglobinu, TK, TT, krevní markery, vymizení příznaků choroby,..) se sledují subjektivní i objektivní údaje o fyzickém a psychickém stavu pacienta ( přítomnost bolesti, zvládání chůze do schodů, intenzita únavy, schopnost sebeobsluhy, převažující typ emocí či prožívaná míra úzkosti a napětí). Doktor Sandblom v *British Journal of Cancer* (2001) bolest označuje jako významný faktor snižující kvalitu života ve spojitosti s vysokým věkem a nízkým hodnocením dostupnosti zdravotní péče a paliativní léčbou.

V souvislosti s tímto není náhodou, že v medicíně bylo sledování KŽ zahájeno nejdříve u onkologicky nemocných pacientů. Je známo, že život prodlužující terapie často svojí agresivitou zhoršuje KŽ nemocných víc než nemoc samotná. Proto využití alternativních terapeutických postupů je třeba posuzovat nejenom podle jejich klinických výsledků, ale i z hlediska jejich dopadu na KŽ. Měření KŽ přináší další důležité informace, které se v klinické praxi vůbec nezjišťují. Pro pacienty jsou to skutečnosti ze subjektivního hlediska a z hlediska zvládnání života s nemocí rozhodující (emocionální prožívání nemoci, míra sociální opory, partnerské vztahy apod.). Nyní se v medicíně sleduje dopad nemoci a jejího léčení na jednotlivé životní oblasti, které ve svém souhrnu určují KŽ. Strádání v jedné oblasti nemusí vždy nutně znamenat nedostatek v jiných oblastech. Výzkumy zjišťují, že u pacientů, kteří prodělali závažné onemocnění, nastupuje změna. Začnou si život vážit a při hodnocení své kvality života často uvádějí vyšší hodnoty než jejich vrstevníci. Některé studie ukázaly, že v mnoha ukazatelích, jež jsou důležitou součástí KŽ, jako je spokojenost s rodinou, přáteli či prací, nebyl zjištěn rozdíl mezi onkologicky nemocnými pacienty, prodávajícími CHT a pacienty, kteří rakovinu nemají. Výsledky výzkumů KŽ nesporně přispívají k lepšímu pochopení nejdůležitějších věcí člověka i k pochopení podstaty jeho lidské existence. Z hlediska zdravotnictví má svůj praktický dopad v určitém přístupu k péči o nemocné i v podpoře a rozvíjení zdraví.

### **2.1.5 Nástroje měření kvality života**

K měření zdravím ovlivněné kvality života byla vyvinuta celá řada nástrojů, které lze rozdělit podle použitých metod. Základním dělením je lze rozčlenit na kvantitativní nástroje měření – dotazník (používán nejčastěji) a na kvalitativní – rozhovor. Dále na generické a specifické. Standardem je SF-36. Skupina EORTC (*European Organization for Research and Treatment of Cancer*) dotazník pro onkologicky nemocné QLQ – C30. Pro psychiatricky nemocné pacienty SQUALA, který lze podle autora použít i pro běžnou populaci.

V ČR je k dispozici oficiální překlad tohoto dotazníku (*Standart Czech Vision1.0*), který byl pořízen americkými autory. Lze jej použít pouze se souhlasem autorů a pro výzkumné účely. V současné době (2/2002) obsahuje databáze seznam 1000 dotazníků. Pro asi 300 jsou i detailní informace, ale přístupné jen členům QOLID, a to za poplatek.

Jaro Křivohlavý publikuje měření KŽ objektivními ukazateli a to Spitzerův systém vyjádření KŽ pacienta.

Tento systém QoL (*Quality of life of the patient*) patří dosud k nejčastěji používaným systémům zaznamenávání KŽ pacientů v celosvětovém měřítku.

Kritéria kvality života pacienta podle W.O. Spitzera:

- pracovní schopnost pacienta
- fyzická nezávislost pacienta na druhých lidech (cizí pomoci)
- finanční situace pacienta
- způsob trávení volného času pacienta
- bolesti pacienta
- nepohodlí daného pacienta
- nálada pacienta
- vědomí pacienta o následcích nemoci
- komunikace pacienta s okolím
- vztah pacienta s jeho primární sociální skupinou (rodina a přátelé) (Payne, 2005)

Způsob hodnocení KŽ druhými lidmi podává určité informace o celkovém stavu pacienta. Vykazuje však někdy až značné rozdíly v tom, jak kvalitu pacientova života hodnotil lékař a jak ji hodnotil sám pacient. To bylo impulzem pro hledání dalších způsobů k hodnocení a zaznamenávání často až výrazně se měnící KŽ.

Jaro Křivohlavý ve své knize *Psychologie zdraví* rozvádí koncepci metody SEIQoL:

Kvalita života jak ji chápe metoda SEIQoL (*Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life*) je individuální. K pojetí kvality života přistupuje každý tak, jak ji subjektivně vidí (chápe, definuje apod.), tedy závisí na jeho vlastním systému hodnot, který je při měření KŽ zjišťován (diagnostikován) a plně respektován. Tímto se liší od dotazníků, které systém hodnot člověku předepisují.

Aspekty života, které jsou v dané situaci a chvíli považovány danou osobou za podstatné jsou zcela svobodně voleny a mohou se v průběhu života měnit.

Jde o strukturovaný rozhovor, který je tematicky omezen na důležité aspekty kvality života. Nezahrnuje tak všechny oblasti, které by mohly přicházet v úvahu. Zjišťuje se při tom i relativní důležitost každé domény KŽ daného člověka v momentální situaci.

Hlavní myšlenkou je koncepce životních cílů.

Termín „cue“, který zde překládáme českým výrazem „životní cíl“, je jedním z klíčových pojmů metodiky SEIQoL. Jde o životní úkoly a cíle – O co Ti v životě jde a oč ti jde především (nejvíce), na co máte v životě zaměřeno v rámci celkového obrazu života? Jde o tzv. dlouhodobé snahy, ne o momentální chtění.

Příklady životních cílů:

Rodina, manželství – láska, porozumění, péče, starosti, spokojenost, vzájemné pohoda

Zdraví – udržování, boj se zdravotními těžkostmi

Duševní pohoda – duševní zdraví, dobrá nálada, chuť do života, nepropadnout depresi

Duchovní život – mít pro co žít, smysl života, víra

Vztahy mezi lidmi – přátelství, tolerance, pomáhat jiným

Práce na sobě – sebevzdělávání (učit se nové jazyky), získávat nové dovednosti

Kultura – návštěvy divadel, kin, četba knih

Sport – tělesná cvičení, pohyb, jóga

Ruční práce – šití, pletení, vaření

Koníčky – chalupa, malování, cestování

S rostoucím počtem onkologicky nemocných pacientů a zdokonalováním onkologické léčby se i u nás zvětšil zájem o sledování KŽ této skupiny nemocných.

### **2.1.6 Kvalita života onkologicky nemocných**

Jedna z definic vymezuje KŽ jako „subjektivní celkové hodnocení vlastního života“. Většina onkologů se shoduje, že KŽ vyjadřuje míru, do jaké nemoc a její léčba ovlivňují pacientovu schopnost a možnost žít takový život, s kterým by byl spokojen. Většina se také shoduje na dvou základních vlastnostech takto chápané KŽ.

*1. Mnohorozměrnost (multidimenzionalita) – KŽ se týká vždy více oblastí, počet od 3-5:*

*- oblast tělesných obtíží (např. bolest, nevolnost, únava)*

*- funkční zdatnost (např. schopnost zvládat běžné denní aktivity, pracovní zátěž)*

*- oblast psychologická, emocionální (např. nálada, úzkost, deprese)*

*- oblast sociální (např. vliv nemoci na vztahy v rodině přáteli, sociální postavení, oblast finančních obtíží)*

*- oblast existenciální a duchovní (např. otázky smyslu života, naděje, smíření a odpuštění)*

*2. Subjektivnost vyjadřuje skutečnost, že dva různí pacienti budou tutéž nemoc prožívat zcela rozdílně. (Sláma, 2005)*

Pacient prožívá v průběhu onkologického onemocnění různé tělesné obtíže často spojené s velmi dramatickým procesem psychického a existenciálního přizpůsobení. Zažívá mnohé ztráty, malá a občas i velká vítězství. Velkého množství věcí se musí vzdát, mnoho přehodnotit, mnoho přijmout. Bylo by nereálné se domnívat, že jako zdravotníci

tyto všechny výše popsané procesy „vyřešíme“. Všechny nevyřešíme, ale některé můžeme výrazně ovlivnit.

Kromě vlastní kvalifikované péče to jsou:

- vzájemná citlivá komunikace lékařů i sester s pacientem o všech stránkách nemoci a léčby, respektovat jeho přání a zvyky atd.
- organizace naší práce ve zdravotnických zařízeních – úroveň ošetrovatelského procesu, délka čekání na ambulantní vyšetření apod.
- úroveň „hotelových služeb“ – vybavení pokojů, čekáren a ambulancí kvalita a způsob servírování stravy
- zkušenost ze zahraničí svědčí o velmi pozitivním vlivu činnosti dobrovolníků na onkologických pracovištích

### **Komentář**

Snaha o zlepšení KŽ onkologicky nemocných, to nejsou především dotazníky, statistika a hromady administrativní práce navíc. Je to mnohem více výzva, abychom nasadili svoji lidskost a profesionalitu a spolu s pacienty hledali dobrá řešení jejich obtíží. (Payne, 2005).

Svůj nepopíratelný význam v hodnocení kvality života má i komunikace. Chyby v komunikaci s onkologickým nemocným jsou závažnější než u ostatních pacientů. Účinná komunikace je velkým přínosem zasahující nejen do léčby nemocného, ale následně i do poskytování kvalitní zdravotnické péče.



## **2.2 Úloha komunikace s pacientem při zlepšování kvality péče ve zdravotnictví**

Vztah a komunikační dovednost lékaře a zdravotnického personálu představují často jediný léčebný prostředek, který má lékařská věda k dispozici (zejména u vulnerabilních a citlivých pacientů). Kvalita vztahu a kvalita komunikace mezi lékařem a pacientem výrazně ovlivňují výsledek léčby. Bylo prokázáno, že existuje příznačný vztah mezi kvalitou komunikace lékaře s pacientem a jeho spokojeností s kvalitou poskytované péče. Kvalitu péče vnímá z pohledu toho jak s ním lékař komunikuje, jaké mu podává informace, jak jej přijal, jak podporuje jeho důstojnost, jaký mu dává prostor pro vyjádření jeho přání, jak pracuje se vztahem a podporuje pacientovu důvěru.

### **2.2.1 Problémy v komunikaci mezi zdravotníky a pacienty**

Liberalizace společnosti, dostupnost informačních technologií a rozvoj vzdělávacích programů zaměřených na zlepšení vztahů a komunikačních dovedností v pomáhajících profesích nám dávají příležitost pro intenzivnější spolupráci a skutečné posilování žádoucích partnerství mezi zdravotníky a pacienty. Avšak mohou vést k posílení nejistoty a pochybností v profesionální kompetence zdravotníků. Větší vzdělanost a informovanost pacientů přináší nový způsob, kterým se ptají a požadují informace. Pacienti chtějí znát alternativy léčebných postupů a chtějí mít možnost volit mezi nimi. Jsou připraveni kritizovat práci lékařů a sester, odmítnout péči, změnit lékaře či zdravotnické zařízení. Uplatňují své právo stěžovat si, mají větší právo kontrolovat práci lékařů, jiných zdravotníků, pojišťoven, na pomoc jim přicházejí právníci.

Komunikace s pacienty probíhá často v podmínkách, kdy se musí přizpůsobovat různým tlakům, které jsou na ně vyvíjeny. Na jedné straně jsou to profesionální a právní normy (lékař musí a chce léčit pacienty podle svých znalostí a svědomí, s nasazením všech dostupných prostředků v nejlepším zájmu a potřeb pacienta). Na druhé straně jsou sociální a organizační normy a cíle organizace (spravedlivé rozdělení veřejných zdrojů, úsporná opatření a tlak na vysokou produktivitu práce, spolupracovníci vyžadují kolegiální solidaritu). Pro lékaře a zdravotní sestry je v takovýchto situacích, chtějí-li docílit pacientovu spolupráci, zvýšit jeho podíl na procesu uzdravení, chtějí-li podpořit jeho soběstačnost a dát mu co nejvíce kontroly nad svým vlastním životem, jediným nástrojem hodnotná a kvalitní komunikace.

Kvalitu komunikace ve zdravotnictví ovlivňuje řada faktorů. Patří k nim:

- sociální normy a kultura pracoviště

„co nejméně poskytovat informací pacientovi a jeho rodině. Co nejméně komunikovat, držet se zpátky“ versus standardy kvality definující způsob přijímání pacientů, podávání informací apod.

- organizační podmínky

nedostatek personálu, tlak na výkon, časový stres, způsob financování zdravotní péče

- společenské podmínky

právní úprava, obava ze stížností a právních sporů

- etické normy a etická dilemata

kodexy práv pacientů, dětí a duševně nemocných, doporučené postupy versus individuální rozhodnutí, autonomie pacienta

- dovednosti komunikovat

komunikační bariéry, problematičtí pacienti, reflexe chyb v komunikaci, neobratnost v komunikaci

Efektivní komunikace může být účinným nástrojem zlepšování kvality zdravotní a sociální péče, protože pomůže docílit optimální spolupráce profesionála s pacientem. Je to nejen způsob předávání informací a získávání kontroly nad situací, ale také způsob navazování mezilidských vztahů. Nesmíme zapomínat, že v situaci kdy lékař nebo zdravotní sestra má významnou převahu nad nemocným nebo nesoběstačným pacientem, který je závislý na pomoci druhého, je to zdravotník, který nese zodpovědnost za to, že komunikace bude efektivní a povede k porozumění. Cestou ke kvalitní komunikaci je neustálé vzdělávání se v komunikačních dovednostech, ochota přehodnotit své komunikační vzorce a změnit je.

### **2.2.2 Iatropatogenie způsobená komunikací**

Psychogenní iatropatogeneze (z řeckého iatros- lékař, patos- škoda, gennaó- plodím, rodím) znamená, že dojde k přechodnému či trvalejšímu psychickému poškození pacienta vlivem jednání a komunikace zdravotnického personálu nebo vlivem zdravotnického prostředí, v němž se pacient nalézá. Z psychického poškození se jedná zejména o vyvolání nepřiměřených obav, úzkostí a strachu, které mohou vést k panice, časté depresi či nadměrnému sebepozorování. Tyto okolnosti mohou někdy vyústit do hypochondrického syndromu nebo různých druhů fobií. Nežádoucí vliv lékaře pramení jednak ze způsobu a obsahu komunikace, jednak z jeho zacházení s nemocným.

Iatropatogenie způsobená komunikací:

1. Lékař pacienta dostatečně, jasně a srozumitelně neinformuje o jeho nemoci, všech okolnostech potíží, včetně prognózy.
2. Lékař vyčítá a klade na pacienta požadavky jimž nemůže obstát, a zároveň je klade jako podmínku zlepšení zdravotního stavu nebo dokonce vyléčení.
3. Lékař sdělí informace, které vyvolají strach a obavy nemocného a nepomůže se s nimi vyrovnat.
4. Lékař může pacienta poškodit nejen tím, co řekne a udělá, ale i tím co neřekne a neudělá, ačkoliv to říci a udělat měl.
5. Je třeba, aby pacienta oslovoval jménem a před jednáním s ním si prostudoval zdravotnickou dokumentaci.

Pokud jde o jednání lékaře, traumaticky působí:

1. Všechny silné a překvapivě bolesti zákroky, na které není pacient dopřede připraven a upozorněn.
2. Jednání, jenž vyvolá ať již správný či nesprávný dojem, že je zanedbáván.

Termín iatropatogenie bývá nesprávně rozšiřován na celý zdravotnický personál všeobecně, což není správné. Ve zdravotnických zařízeních ve větším počtu pracují zdravotní sestry, které také mohou negativně působit na pacienty. Vznikl tedy speciální termín pro jejich nepřiměřené jednání **sororigenie** (základ latinský soror- sestra, druhá část pojmu- genie řecká, analogicky výraz vytvořen k termínu iatrogenie). (Mareš a kol.,2002)

### 2.2.3 Edukace z pohledu sestry

Sestry vždy v rámci svých kompetencí poskytovaly informace pacientům o jejich zdravotním stavu, diagnostických postupech, léčbě či preventivních opatřeních. Záleželo však na míře zaujetí té které pracovnice jakým způsobem, jak kvalitně a jaké informace poskytovala svým pacientům.

V rámci reformních změn se změnila i zdravotní politika státu, která klade důraz především na prevenci, na převzetí zodpovědnosti každého z nás za svůj zdravotní stav a aktivní zapojení se do léčebného procesu. A právě hodnotná edukace, založená na partnerství nemocného a zdravotníka, umožní tyto transformace uskutečnit v souladu s potřebami pacientů.

Pojem edukace vychází z latinského *educare*, což znamená vychovávat, vzdělávat. Je to tedy komunikační proces, kterým předáváme informace, učíme novým návykům, ale i eliminujeme úzkost a obavy nemocného, jeho blízkých a podporujeme proces uzdravení. Tento proces by měl být nedílnou součástí ošetrovatelského plánu péče každého pacienta. Cíle edukace si můžeme rozdělit do třech kategorií:

- kognitivní cíle
- afektivní cíle
- psychomotorické cíle

Výsledkem kognitivního cíle je pacient, který ví, zná a rozumí. Zakládá se na intelektových schopnostech. Správně vedená edukace ovlivňuje postoje, hodnoty, názory a to jsou afektivní cíle, které pracují s emocemi. Osvojení si dovedností, činností je výsledkem psychomotorického cíle.

Vlastní edukace by měla být srozumitelná, jednoduchá a časově a obsahově přiměřená. Důležitá je přizpůsobivost - neexistuje jen jedna výuková metoda, šít edukaci „na míru“ pacientovi. Každá sestra - edukátorka by si měla vytvořit edukační plán, který musí mít na paměti lidskou jedinečnost. Efektivní komunikace je základem úspěšné výuky pacientů. Je nutností, aby se ošetřující personál seznámil se základními zásadami komunikace s lidmi různých věkových skupin. Spektrum pacientů na našem urologickém oddělení je ve věkové kategorii seniorů. Proto jsem se věnovala úskalím edukace starších nemocných.

#### **2.2.4 Specifika edukace u seniorů**

Edukace seniorů může být někdy pro sestru velice frustrující. Několik negativních zkušeností s nemocnými této věkové kategorie může vést sestru k tomu, že si utvoří nebezpečný názor – „edukace seniorů je k ničemu“. Takový postoj ovlivní přístup sestry ke starším pacientům a jejich výuce. Starší lidé tedy potřebují více času k vyhodnocení a k reakci na danou informaci.

Rady pro edukaci starších pacientů:

Trpělivost – stavějte na již ověřených znalostech, dopřejte dostatek času na promyšlení odpovědi.

Pozitivní podpora při výuce – pochvalte i za snahu, nejen za dosažení očekávaných dovedností nebo znalostí.

Kladení otázek – ved'te pacienta svými otázkami k vyhodnocení jeho problémů, zaměřte se na jeden problém .

Zpětná vazba – ověřte si zda nemocný pochopil, co mu bylo vysvětleno; oslovte emoční složku nebo vytvořte mnemotechnickou pomůcku pro zapamatování důležité informace.

Nabídněte pomoc s vyplněním formulářů či testů.

Vyhodnocování pacienta – vnímejte nejen slova, ale i řeč těla, nečiňte ukvapené závěry, ověřit si, jestli to co vidíte a vnímáte opravdu nemocný cítí.

Pokuste se myslet jako pacient, vžít se do jeho situace, zamyslete se nad jeho reakcemi a situací.

*Jděte někdy „kus cesty navíc“ – nabídněte svoji přítomnost nebo pomoc.*

*Vybudujte si s pacientem důvěrný vztah. Respektujte svého pacienta a za všech okolností obhajujte jeho zájmy a jeho důstojnost. (Škrlovi, 2003)*

Starší lidé si uvědomují svá omezení, jsou obzvláště citliví na vlastní chyby, proto vnímejme jejich úzkost.

Senioři jsou často handicapováni poruchami zraku nebo sluchu.

Zrak – pište velkými tiskacími písmeny a tlustým fixem, obstarajte vhodné optické pomůcky (lupa, brýle).

Sluch – mluvte pomalu, v nižší tónině, ne v ruchu a v hluku nebo tam kde hraje rádio či TV. Poskytněte i tištěný materiál, který by podpořil to, co od vás slyšel.

Zapojte rodinu, protože výuka bez spolupráce blízkých je takřka vždy určena k zániku, navažte profesionální přátelský vztah s příbuznými a včleňte je do plánu péče o pacienta.

V další textu probereme důležitá data a informace o maligním onemocnění prostaty, o diagnostice, léčbě a především o ošetrovatelské péči o pacienty s tímto onemocněním.

## **2.3 Maligní onemocnění prostaty, diagnostika a léčba**

Zhoubné nádory prostaty jsou druhou nejčastější malignitou mužské populace a představují přibližně 16% všech maligních nádorů mužů starších 50 let. Z hlediska mortality mužské populace jsou na 3. místě. Počet diagnostikovaných nádorů nevystihuje skutečnou incidenci. Řada nemocných není včas diagnostikována, protože nepřichází včas a nádorové onemocnění je zjištěno pozdě.

### **2.3.1 Epidemiologická data**

Nádory prostaty mají významnou rasovou, geografickou a věkovou distribuci. Nejvyšší incidence dosahuje ca prostaty u černošské populace v USA, kde je u bílé rasy přibližně poloviční, nejnižší incidence je na Dálném východě.

Podle údajů Národního onkologického registru ČR bylo v ČR v roce 2000 hlášeno 2722 nových onemocnění a incidence dosáhla 54,4/ 100 000 a narůstá bohužel i mortalita na 26,6/100 000 mužů. Podrobněji v příloze č. 1.

Významným rizikovým faktorem jsou genetické vlivy. S pozitivní rodinou anamnézou se riziko výskytu zvyšuje 2-3 krát. Vedle genetických predispozic se významně uplatňují výživa a dietetické návyky, a to až 30-40% na rozvoj ca prostaty. Projektivní vliv mají fytoestrogeny z rostlinné stravy, retinoidy, selén, vit. E. Negativní vliv mají chlorované pesticidy a kadmium.

Rizikové faktory jsou obezita, sexuálně přenosné nemoci, aktivní sexuální život v rané adolescenci, konzumace mléčných výrobků a vazektomie. Ne všechny jsou všeobecně akceptovány.

### **2.3.2 Anatomie**

Žláza předstojná – prostata je nepárový, svalově žlaznatý orgán, velikosti a tvaru jedlého kaštanu, který obepíná začátek mužské močové trubice. Její širší horní část, baze, je spojena s bází močového měchýře, dolní část se zužuje v apex. Prostata má dva postranní laloky vpředu spojené vazivově svalovým isthmem. Vzadu těsně pod spodinou močového měchýře, za vnitřním ústí uretry, je menší střední lalok (Merciérův), který u starších mužů vlivem hormonální dysbalance často zbytněje a zhoršuje vyprazdňování moče. Povrch prostaty je pokryt vazivovým pouzdem. Drobné prostatické žlásky vylučují

alkalický sekret, který se při pohlavním styku stává součástí spermatu a vyúsťují několika vývody do močové trubice.

Prostata má své arteriální zásobení z arteria vesicalis inferior, která nejprve vysílá své arterioly k semenným váčkům, báze močového měchýře a prostaty a následně se dělí na dvě skupiny prostatických cév. Kapsulární větve jdoucí po povrchu v endopelvicke části probíhají paralelně s nervovými vlákny. Do kavernózních těles vstupuje arteria profunda penis, která má arteriální spojky s a. vesicalis. Venózní zásobování obstarávají tři větve véna dorsalis penis profunda.

Operatérova dokonalá znalost průběhu venózního zásobení výrazně přispívá k redukci krevních ztrát a dovednost ušetřit nervy, tzv. nervy šetřícím přístupem, zachrání většinou nervové pleteně inervující corpora cavernosa a tím erekci.

### **2.3.3 Patologie a histopatologie**

V histologických nálezech mužů nad 50 let zachytíme karcinomatózní buňky ve více než 40%, u 80- ti letých až ve 100%, ale u části z nich se v průběhu života vůbec neprojeví (latentní karcinom). Histopatologicky prokážeme více než ve 95% adenokarcinom.

Histologický obraz acinárního karcinomu prostaty (dále jen KP) velice dobře koreluje s jeho biologickou povahou, tj. se stupněm malignity. Dobře diferencované karcinomy na rozdíl od karcinomů málo diferencovaných progredují pomalu. Grading karcinomu se proto využívá k určení prognózy nádorového onemocnění tohoto typu. Na našem pracovišti preferujeme Gleason score index, který je založen na posuzování architektiky nádorových žlázek. Podle stupně diference jsou nádory klasifikovány do 5 stupňů: G1 nejlépe diferencovaný až G5 s nejnižším stupněm diference. Z dalších histologických typů to jsou duktální (endometroidní) karcinom, malobuněčný nediferencovaný karcinom, mucinózní adenokarcinom, sarkomatoidní, intraduktální karcinom z přechodného epitelu, karcinosarkom, karcinomy podobné lymfoepiteliomu, bazalioidní karcinom.

### **2.3.4 Symptomatologie karcinomu prostaty**

Karcinom prostaty nemá přesvědčivou symptomatologii. K lokoregionálním příznakům, které doprovázejí obvykle již lokálně pokročilý nádor, patří mikční obtíže.

Nemocní si stěžují jak na slábnoucí proud moči, retardaci startu, pocit rezidua po vymočení, tak i na iritační příznaky - pálení při močení, noční močení, urgence, či inkontinenci. Nemocný může mít jako první retenci moče, krev v moči – hematurii, hemospermii – krev ve spermatu, vzácně priapizmus.

Celkové příznaky, které zužují nemocného jsou algický syndrom při metastatickém postižení skeletu, doprovázený hyperkalcinemií, anémie, únava, nechutenství, úbytek hmotnosti, febrilní stavy, kachexie, ileózní stavy, DIC.

### **2.3.5 Diagnostika karcinomu prostaty**

Základním diagnostickým postupem je fyzikální vyšetření pacienta.

Nepostradatelným vyšetřením je digitální vyšetření povrchu prostaty per rektum. Dalším nezbytným ukazatelem je stanovení sérové hladiny prostatického specifického antigenu (dále jen PSA) – freePSA a total PSA, vyšetření moče chemicky a močového sedimentu.

Ze zobrazovacích metod to jsou TRUS – ultrasonografické vyšetření transrektální sondou, CT malé pánve, popřípadě MRI – magnetická rezonance, scintigrafie skeletu, RTG plic a UZ jater, eventuelně CT mozku. Při hematurii IVU – vylučovací urografii k vyloučení jiné příčiny krvácení.

Zásadní pro diagnostiku a léčbu karcinomu prostaty je bioptická punkce (biopsie) prostaty, která se provádí transrektálně nebo transperineálně.

### **2.3.6 Léčba karcinomu prostaty**

Základem pro léčbu KP musí být vždy histologie. Volba léčebného postupu závisí na rozsahu onemocnění (staging), histopatologickém stupni (grade), Gleasonově skóre a gradu, hladině PSA, „life expectancy“ (předpokládané doby života) a přítomnosti nebo absenci příznaků a především podle preference informovaného pacienta.

1. Dispenzarizace
2. Radikální prostatektomie (dále jen RPE)
3. Kryoterapie
4. Aktinoterapie
5. HIFU (léčba vysokofrekvenčním ultrazvukem)
6. Hormonální léčba
7. Chemoterapie



8. Symptomatologická léčba - neobstrukční výkony na prostatě, zajištění derivace horních močových cest, léčba bolesti, korekce anemie, psychoterapie
9. Watchful waiting – přísné sledování

### 2.3.7 Operační léčba karcinomu prostaty

RPE rozumíme odstranění celé žlázy obsahující lokalizovaný karcinom prostaty, včetně jejího pouzdra (kapsuly). Lze ji provést dvěma způsoby: radikální retropubická prostatektomie (prováděna na naší urologické klinice FN Hradec Králové) a radikální perinální prostatektomie.

Tento typ operační léčby využíváme u nemocných, kteří splňují tato indikační kritéria:

- Předpokládaná délka života nad 10 let
- PSA pod 20ng/ml
- Lokalizovaný karcinom na prostatu T1-2 N0 M0
- Gleason skóre 5-6

Přestože radikální prostatektomie má výborné výsledky v terapii karcinomu, má rovněž nezanedbatelné komplikace. Patří k nim rozsáhlé krevní ztráty, impotence, inkontinence moče, striktura uretry, hluboká žilní trombóza, plicní embolizace, poranění rekta.

Zavedení radioterapie do léčby karcinomu prostaty umožnilo radikálně léčit i pacienty, kteří nesplňují požadavky k RPE. Před zahájením vlastní aktinoterapie stanovíme postižení spádových ilických, obturatorních uzlin pánevní lymfadenektomií (dále jen PLA). Výskyt komplikací je ovlivněn rozsahem ozařovaného pole, technikou a dávkou záření. Jsou to proktitída, průjmy, cystitída s dysurií, kožní reakce, erektilní dysfunkce.

*Při porovnání těchto dvou léčebných přístupů přicházíme k zjištění, že výsledný efekt léčby je srovnatelný. Kvalitu života, ve které se odráží fyzické a emocionální funkce a únava, hodnotí stejně operovaní i ozařovaní. Sexualita a symptomy dolních močových cest se do kvality života promítají s daleko menší intenzitou.*(Fiala a kol., 2001).

### 2.3.8 Dispenzarizace pacientů s karcinomem prostaty

Diagnostikou a léčbou péče o nemocného nekončí. Úkolem další dispenzarizace je včasné odhalení recidivy onemocnění a následné léčení. První známkou recidivy je zvýšená hladina PSA v séru. Nemocní proto chodí na pravidelné kontroly, při kterých jsou

vyšetření per rektum a je odebrán PSA. První rok navštěvují lékaře po třech měsících, mezi 1.-5. rokem po šesti měsících a dále jednou ročně. S lékařem hledají možnosti řešení problémů s poruchou erekce, s inkontinencí či bolestí.

Byla –li pacientovi navrhnutá léčba radioterapií pravidelně dochází na ozařování, které je prováděno v ozařovnách onkologické kliniky. Počet sezení je 35-37. Také po ukončení aktinoterapie onkologové nabírají v obvyklých intervalech PSA a kontrolují nález per rektum. Schéma dispenzarizace je obdobné.

## **2.4 Ošetrovatelská péče o pacienty s maligním onemocněním prostaty**

Ošetrovatelský proces je systematická, racionální metoda plánování a poskytování ošetrovatelské péče. Procesem rozumíme sérii plánovaných činností nebo operací, které vedou k určitému výsledku. Je opakující se, protože všechny jeho kroky jsou ve vzájemném vztahu. Cílem ošetrovatelského procesu je zjistit a analyzovat pacientovi skutečné nebo potencionální potřeby, vypracovat plán na uspokojení těchto potřeb a následně poskytnou a vyhodnotit ošetrovatelské intervence řešící problémy nemocného.

Na základě výzkumu v 80. letech 20. století vznikl v USA model, který splňuje požadavek a rámcový standart pro systematické ošetrovatelské zhodnocení zdravotního stavu pacienta. Jedná se o model „Funkčního typu zdraví“ jehož autorkou je profesorka ošetrovatelství paní Marjory Gordonová. Princip tohoto koncepčního modelu je využíván v českém i v našem zdravotnickém zařízení ( Fakultní nemocnice v Hradci Králové).

### **2.4.1 Předoperační péče**

V rámci předoperační přípravy je nutné odstranit zejména vlivy, které mohou nepříznivě ovlivnit průběh nemoci. Velký význam má i první dojem pacienta při seznámení se s oddělením a ošetřujícím personálem. Po seznámení se s organizací ošetřující jednotky, sepsání lékařského a sesterského příjmu, začíná pacientova příprava na operaci.

Operatér a anesteziolog podrobně informují o provedení operačního výkonu a typu anestezie. Vysvětlí očekávané výsledky léčby, ale i eventuelní rizika a komplikace. Takto správně poučený nemocný podepisuje před lékařem informovaný souhlas.

Úkolem sester je vést pacientovu předoperační přípravu, která je rozhodující pro zdárný průběh samotného výkonu. Příklad ošetrovatelského plánu předoperační přípravy je uveden v příloze č.2. Efektivní edukace nám i operantovi usnadní pooperační průběh. Provádíme nácvik rehabilitačních úkonů jako jsou dechová cvičení, nácvik změny polohy, cévní gymnastiku. To vše v rámci preventivních opatření nebezpečných pooperačních komplikací – tromboembolické příhody, pneumonie, dekubitů.

Popíšeme organizaci a jednotlivé úkony obecné předoperační přípravy. Podle zvyklostí oddělení je podáno očistné klyzma a věnována pozornost péči o kůži operačního pole (oholení), míst vlhké zapářky a pupku. V předvečer operace se pacient vysprchuje, u imobilních se provádí celková koupel na lůžku. Důležitý je odpočinek a kvalitní spánek

před operací, proto je v rámci večerní premedikace paušálně také podáno hypnotikum nebo sedativum. Zákaz příjmu tekutin, stravy a kouření je minimálně 6 hodin před plánovanou anestezií, ale na druhou stranu delší hladovění není vhodné, a proto není-li jinak nutné je podávána večer tekutá strava. 30 minut před převozem pacienta na operační sál se nemocný vymočí a sestra podá premedikaci, zkontroluje odložení zubní, event. jiné protézy a provede zabandážování dolních končetin od špiček nohou až po třísla. Šperky a cenné věci si nemocný může uložit v trezoru na oddělení, event. do uzamykatelného nočního stolku. Předoperační příprava končí předáním pacienta na operační sál, kam jej odváží sanitář v doprovodu sestry spolu s kompletní dokumentací.

Nesmíme opomenout správný psychologický přístup, který spočívá v uklidnění nemocného, který mu dodá pocit jistoty a důvěry.

Pro příklad uvádím několik ošetřovatelských diagnóz, které vyplývají z procesu předoperační přípravy:

- Neznalost (potřeba poučení) z důvodu nedostatku vstupních informací, omezených poznávacích funkcí, zapomnětlivosti, nezájmu o léčebný režim
- Strach, úzkost z důvodu nepříznivé diagnózy, z operace, z anestezie, ze snížené výkonnosti, ze smrti
- Péče o sebe sama nedostatečná z důvodu prováděné předoperační přípravy, ze ztížené pohyblivosti
- Poranění, zvýšené riziko z důvodu obluženého vědomí po podání premedikace
- Poškození, zvýšené riziko z důvodu farmakoterapie, operačního výkonu, neprovedení prevence TEN
- Spánek porušený z důvodu neznámého prostředí, obav z operace

#### **2.4.2 Pooperační péče**

Faktory kladně ovlivňující pooperační nemoc:

- a) dobrý celkový zdravotní stav, dobrý stav výživy
- b) dobrý stav psychiky, důvěra v ošetřující personál, vědomí možnosti vlastního aktivního přístupu k onemocnění a právo vlastního rozhodnutí
- c) realizace operace podle nejlepších zkušeností a postupů

- d) péče poskytovaná personálem na vysoké nejen odborné, ale i lidské úrovni, s maximální profesionalitou a laskavostí a zájmem o pacienta

Pooperační režim po RPE či PLA je dán zvyklostmi urologických oddělení. Pacient ve stabilizované stavu je převezen na jednotku intenzivní péče našeho urologického oddělení. Ošetřující sestra věnuje operantovi zvýšenou pozornost. Sleduje jeho celkový stav, vědomí, prvních pooperačních dnů je pacient napojen na trvalý monitoring fyziologických funkcí. Měří a dokumentuje bilanci tekutin. Eventuelní krevní ztráty po RPE jsou kryty podáním transfuze. Ve většině případů se jedná o vlastní krev připravenou autotransfuzí. Aktivně sleduje a pomáhá tlumit subjektivně negativní pocity jako jsou nauzea a bolest. Bolest je v prvních dnech tlumena opiáty podávané i.m., i.v., případně aplikované do epidurálního katétru.

Derivace moče je zabezpečena permanentním močovým katétre, který umožňuje i správné zhojení operovaných struktur. Sestra klade velký důraz na to, aby nedošlo k nechtěnému vytažení a tím k poranění operovaných močových cest. U RPE je katétr extrahován 12. den, u PLA je ponechán do mobilizace pacienta, tj. 1. den po operaci. Sestra pečuje o operační ránu, sleduje zda neprosakuje krytí. Zaznamenává sekreci z drénu a pravidelně převazuje. Pacient dostává ATB, nejdříve i.v. formou, později per os.

Výživu a příjem tekutin doplňují nejprve infuze. Postupně přes čajovou, kašovitou dietu se pacient navrácí k běžné stravě. Sestra musí cílenými dotazy kontrolovat činnost střevní peristaltiky, odchod plynů a stolice. Návrat těchto funkcí a předcházení tromboembolických komplikací nám umožní včasná rehabilitace a vertikalizace pacienta. Nesmíme zapomínat na péči o kvalitní spánek a odpočinek nutný k rychlé regeneraci organismu.

Pokud je pooperační průběh bez komplikací, odcházejí pacienti po RPE 13. den a po PLA 5.-7. den do domácího ošetřování.

Příklady nejčastějších ošetřovatelských diagnóz, které se objevují v pooperační péči:

- bolest akutní z důvodu operace
- aspirace, zvýšené riziko z důvodu utlumení kašlavého a dávivého reflexu
- srdeční výdej snížený z důvodu poruch srdeční frekvence
- prokrvení tkání porušené z důvodu snížení objemu cirkulující krve
- tkáňová a kožní integrita porušená z důvodu operační rány, drénu
- hypertermie z důvodu operačního výkonu

- infekce, riziko vzniku z důvodu zavedení periferního nebo centrálního katétru, močové cévky, operační rány
- močení porušené z důvodu operace
- tělesné tekutiny, riziko deficitu z důvodu krevních ztrát, omezeným příjmem
- péče o sebe sama nedostatečná z důvodu stavu po chirurgickém výkonu, ztížené pohyblivosti
- spánek porušený z důvodu bolesti, vynucené polohy, ztížené pohyblivosti
- zácpa z důvodu snížené motility střeva, podávání analgetik
- poranění, zvýšené riziko z důvodu poruchy vědomí, poruchy hybnosti
- poškození, zvýšené riziko z důvodu operačního výkonu, farmakoterapie
- obraz těla porušený z důvodu obav ze ztrát tělesných, sexuálních funkcí
- léčebný režim: individuální, neúčinná interakce z důvodu nedůvěry v léčebný režim, ošetřující personál

Před propuštěním do domácí péče je nutné pacienta řádně informovat o všech problémech a úskalích zdravotního stavu, které mohou nastat. Je samozřejmostí zachování kontinuity léčeného procesu a to objednaním nemocného na dispenzarizační kontrolu do urologické ambulance a informováním praktického lékaře o návratu nemocného do jeho péče propouštěcí zprávou. Po PLA zabezpečíme předání nemocného do péče onkologů.

Příklady nejčastějších ošetrovatelských diagnóz, které se projevují v době po ukončení hospitalizace:

- močení porušené/ inkontinence z důvodu operačního výkonu
- kožní integrita porušená z důvodu močové inkontinence
- bolest akutní z důvodu operační rány
- únava z důvodu pooperačního stavu
- spánek narušený z důvodu nucení k močení
- sexuální dysfunkce z důvodu nemožnosti erekce
- sebeúcta porušená z důvodu impotence, inkontinence
- společenská interakce porušená z důvodu pooperačního stavu, inkontinence
- život rodiny porušený z důvodu změněného zdravotního stavu
- neznalost (potřeba poučení) v souvislosti s novými okolnostmi, s používáním nových pomůcek

Ošetrovatelská péče však nekončí propuštěním do domácí péče. Na pravidelných kontrolách sledujeme potřeby pacienta a v zájmu rychlé rekonvalescence nastalé problémy řešíme ve spolupráci s praktickým lékařem a eventuálně s agenturami domácí péče.

Léčba a ošetrovatelská péče o nemocné s KP staví zdravotnický personál před řadu otázek. Jednou z nich je problematika prodloužení života, ale za jakou cenu, a jak kvalitní život bude pacient prožívat. Otázka se stává naléhavější, když můžeme nemocného léčit více než jedním způsobem. Zdravotník i pacient se zajímají o to, který z těchto postupů přináší lepší kvalitu života.

### **3. EMPIRICKÁ ČÁST**

#### **3.1 Cíle výzkumu**

Ve svém výzkumu jsem se pokusila porovnat kvalitu života mužů s maligním onemocněním prostaty, kteří podstoupili rozdílnou léčbu. Zjistit, jak se pacienti, cítí vzhledem ke svému zdravotnímu stavu. Zda jsou bez obtíží, plní elánu a životní síly nebo jsou unaveni. Jaké mají pocity ze života, a jestli zvládají běžnou pracovní zátěž a mají-li chuť věnovat se svým zálibám. Zjišťuji, jak je nádorové onemocnění limituje ve společenském i soukromém životě. Zajímalo mě, zda pacient v posledních 24 hodinách pociťoval bolest a jaké byla intenzity. A především jak on sám by hodnotil kvalitu svého života. Na základě studia literatury (Fiala a kol., 2001) byly formulovány tyto hypotézy:

1. není významný rozdíl v kvalitě života pacientů po RPE a po absolvování PLA + radioterapie
2. pacienti po absolvování léčby KP, jenž mají sociální oporu v rodině a přátelích, mají lepší kvalitu života
3. nádorové onemocnění prostaty po absolvování léčby pacienty neomezuje ve společenské životě
4. pacientům po absolvování léčby KP, ať operací typu RPE nebo PLA s následným ozařováním, se jejich sexuální život nezlepší, spíše zhorší.

#### **3.2 Metodika vlastního šetření**

Výzkumné šetření bylo provedeno metodou anonymního dotazníku. Ke zkoumání intimních oblastí života mužů s maligním onemocněním považuji zvolenou metodu jako nejvhodnější. Podkladem mi byl Edincottův dotazník Q-LES-Q, který jsem modifikovala pro své potřeby. Dotazník obsahuje průvodní informace s oslovením a vlastní soubor dotazů ve formě tvrzení. Plné znění dotazníku je k dispozici v příloze.

Původní Edincottův model, jenž se věnoval kvalitě života pacientům s duševním onemocněním, jsem přizpůsobila svému výzkumu. Jeho jednotlivé oblasti jsem zjednodušila a použila ke každé skupině dvě maximálně tři tvrzení. Ke každému z výroku byly přiřazeny očíslované odpovědi s možnostmi: 1.- souhlasím, 2.- spíše souhlasím, 3.- těžko říct, 4.-spíše nesouhlasím, 5.- nesouhlasím, které pacienti zakroužkovali.



Využila jsem poznatky načerpané z odborné literatury autorů Vymětala (2003) a Křivohlavého (2003) o oblastech kvality života a vytvořila si vlastní dotazník.

Rozčlenila jsem tvrzení do 8 základních okruhů:

1. Fyzické zdraví a aktivity
2. Pocity
3. Práce, zaměstnání
4. Volný čas, koníčky, záliby
5. Sociální vztahy
6. Obecné aktivity, činnosti
7. Sexualita
8. Bolest

Část č. 3 týkající se práce, zaměstnání jsem rozdělila pro nemocné v pracovním procesu a pro důchodce.

U oblasti číslo 7. – sexualita – jsem nechala na zvážení každého dotazovaného zda mi odpoví nebo ne.

V části č. 8 zkoumající bolest jsem určila dobu, kdy pacient pociťoval bolest na posledních 24 hodin a pacient na měřítku od 1 – úplně bez bolesti po 10 – nesnesitelná bolest zakroužkoval odpovídající hodnotu.

Zvláštní pozornost jsem věnovala vlastnímu posouzení KŽ pacienty. Měli k dispozici škálu hodnocení jako při známkování ve škole 1 až 5.

Sběr informací probíhal od 31.10.2007 do 4.12.2007 na urologické klinice a na onkologické klinice Fakultní nemocnice v Hradci Králové. Vyplňování dotazníku zabralo respondentům přibližně 10 minut. Ve spolupráci s ambulantními sestrami a lékaři obou klinik se mi vrátilo 74 dotazníků. Plné znění dotazníku je k dispozici v příloze č. 3.

### **3.3 Charakteristika souboru respondentů**

Respondenty byli pacienti, kteří podstoupili operaci karcinomu prostaty nebo operaci pánevních uzlin a následné ozáření nádoru prostaty na urologické klinice Fakultní nemocnice v Hradci Králové. Osloveno bylo 80 pacientů z toho 40 s RPE a 40 s PLA + ozařování. Šest pacientů odmítlo dotazník vyplnit ( 3 s RPA a 3 s PLA). Získala jsem zpět 74 dotazníků, které byly rozděleny podle typu léčby na dvě skupiny po 37 respondentech.

Výběr respondentů byl proveden podle těchto kritérií:

1. muži s KP bez ohledu na věk
2. byli vyloučeni muži s totální androgenní blokádou ( po bilaterální orchiektomii)
3. respondenti neměli mít závažná přidružená onemocnění
4. souhlasili s účastí ve výzkumu

Ze zpracování jednotlivých anamnestických dat vyplynul průměrný věk respondentů 67,1 let. Nejmladšímu pacientovi z celého souboru bylo 54 let a nejstaršímu 82 let. Ze skupiny operovaných RPE nejmladšímu bylo 54 let a nejstaršímu 81 let a průměrem 64,2 let. Ze skupiny PLA nejmladšímu 54 let a nejstaršímu 82 let, průměr 70,1 let.

Tab. 1: Počty respondentů v jednotlivých skupinách:

| <b>věk/operace</b>       | <b>RPE</b> | <b>PLA</b> | <b>Celkem</b> |
|--------------------------|------------|------------|---------------|
| <b>1. &lt;než 60 let</b> | 9          | 3          | 12            |
| <b>2. 61-65 let</b>      | 15         | 7          | 22            |
| <b>3. 66-70 let</b>      | 8          | 7          | 15            |
| <b>4. &gt;než 71 let</b> | 5          | 20         | 25            |
| <b>Celkem</b>            | 37         | 37         | 74            |

Tab. 2: Počty respondentů v jednotlivých skupinách v procentuálním zastoupení:

| <b>věk/operace</b>       | <b>RPE%</b> | <b>PLA%</b> | <b>Celkem%</b> |
|--------------------------|-------------|-------------|----------------|
| <b>1. &lt;než 60 let</b> | 24,3        | 8,1         | 16,2           |
| <b>2. 61-65 let</b>      | 40,5        | 18,9        | 29,7           |
| <b>3. 66-70 let</b>      | 21,6        | 18,9        | 20,3           |
| <b>4. &gt;než 71 let</b> | 13,5        | 54,1        | 33,8           |
| <b>Celkem</b>            | 100,0       | 100,0       | 100,0          |

### 3.4 Výsledky šetření

Statistické zpracování bylo provedeno programem NCSS 2007 a byly použity metody deskriptivní statistiky, T- test a Chí - kvadrát test. Zpracování provedlo oddělení výpočetní techniky Lékařské fakulty v Hradci Králové pod vedením RNDr. Evy Čermákové.

#### 3.4.1 Vyhodnocení anamnestických údajů

##### Věk v době operace:

Statistické vyhodnocení anamnestických dat týkající se věku respondentů:

Tab. 3: Chí - kvadrát test:

| věk/operace    | RPE         | PLA         | Celkem       |
|----------------|-------------|-------------|--------------|
| 1. <než 60 let | 1,5         | 1,5         | 3            |
| 2. 61-65 let   | 1,45        | 1,45        | 2,9          |
| 3. 66-70 let   | 0,03        | 0,03        | 0,06         |
| 4. >než 71 let | 4,5         | 4,5         | 9            |
| <b>Celkem</b>  | <b>7,48</b> | <b>7,48</b> | <b>14,96</b> |

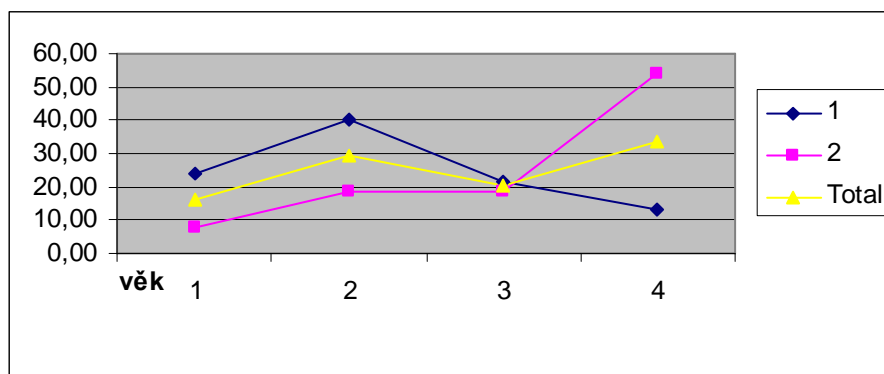
Chí-kvadrát test.....14,9757

Stupeň volnosti.....3

Hladina významnosti.....0,0018

Korigovaná hladina významnosti.....0,0016

Graf č. 1: Grafické znázornění procentuálního zastoupení respondentů:



Legenda: 1-RPE, 2-PLA, Total-Celkem

**Komentář:**

Testovaná hypotéza nezávislosti (tj. zda rozložení jednotlivých proměnných nezávisí na typu operace) byla zamítnuta ( $p=0,0016$ ). Je to způsobeno především tím, že ve věkové skupině nad 71 let je méně operací typu RPE a více PLA než by bylo za platnosti hypotézy nezávislosti.

## Doba od prodělané operace

Podle získaných dat jsem zjistila, že nejkratší doba od prodělané operace RPE byla 2 měsíce a nejdelší 9 let. U PLA nejkratší doba 6 týdnů a nejdelší interval 8 let.

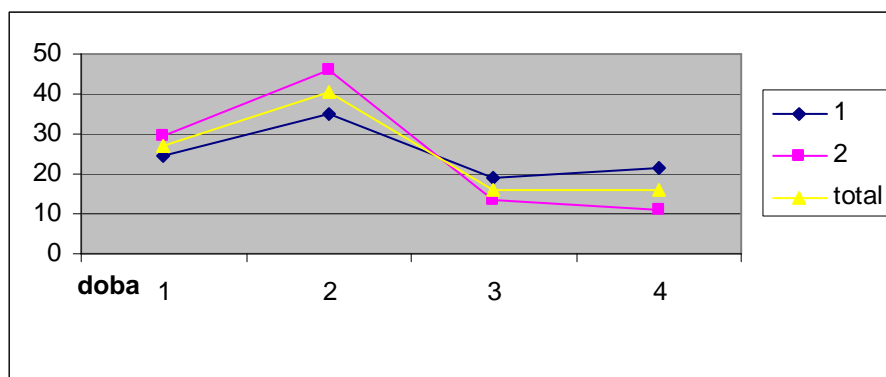
Tab. 4: Počty respondentů v jednotlivých skupinách:

| dobu/operace    | RPE       | PLA       | Celkem    |
|-----------------|-----------|-----------|-----------|
| 1. do 1 roku    | 9         | 11        | 20        |
| 2. 1-3 roky     | 13        | 17        | 30        |
| 3. 3-5 let      | 7         | 5         | 12        |
| 4. 5 a více let | 8         | 4         | 12        |
| <b>Celkem</b>   | <b>37</b> | <b>37</b> | <b>74</b> |

Tab. 5: Počty respondentů v jednotlivých skupinách v procentuálním zastoupení:

| dobu/operace    | RPE%         | PLA%         | Celkem%      |
|-----------------|--------------|--------------|--------------|
| 1. do 1 roku    | 24,3         | 29,7         | 27,0         |
| 2. 1-3 roky     | 35,1         | 45,9         | 40,5         |
| 3. 3-5 let      | 18,9         | 13,5         | 16,2         |
| 4. 5 a více let | 21,6         | 10,8         | 16,2         |
| <b>Celkem</b>   | <b>100,0</b> | <b>100,0</b> | <b>100,0</b> |

Graf č.2: Grafické znázornění procentuálního zastoupení respondentů:



Legenda: 1-RPE, 2-PLA, Total-Celkem

### Komentář:

Rozvrstvením vznikly 4 skupiny nestejně početné. Nejvíce byla zastoupena skupina pacientů, jenž prodělali operaci v období před 1 až 3 roky. Nejméně bylo pacientů ze skupiny 5 a více let u PLA.

## Nejvyšší dosažené vzdělání

K dalším statistickým údajům jsem zařadila kategorii nejvyšší dosažené vzdělání. Rozdělila jsem pacienty do 4 skupin: se základním vzděláním, vyučené, se středoškolským vzděláním ukončeným maturitou a vysokoškolsky vzdělané.

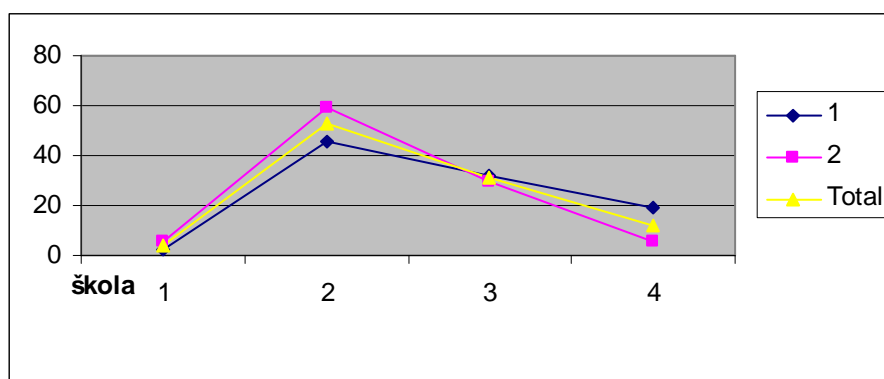
Tab. 6: Počty respondentů v jednotlivých skupinách:

| škola/operace  | RPE       | PLA       | Celkem    |
|----------------|-----------|-----------|-----------|
| 1. základní    | 1         | 2         | 3         |
| 2. vyučen      | 17        | 22        | 39        |
| 3. SŠ+maturita | 12        | 11        | 23        |
| 4. VŠ          | 7         | 2         | 9         |
| <b>Celkem</b>  | <b>37</b> | <b>37</b> | <b>74</b> |

Tab. 7: Počty respondentů v jednotlivých skupinách v procentuálním zastoupení:

| škola/operace  | RPE%         | PLA%         | Celkem%      |
|----------------|--------------|--------------|--------------|
| 1. základní    | 2,7          | 5,4          | 4,1          |
| 2. vyučen      | 45,9         | 59,5         | 52,7         |
| 3. SŠ+maturita | 32,4         | 29,7         | 31,1         |
| 4. VŠ          | 18,9         | 5,4          | 12,2         |
| <b>Celkem</b>  | <b>100,0</b> | <b>100,0</b> | <b>100,0</b> |

Graf č.3: Grafické znázornění procentuálního zastoupení respondentů:



Legenda: 1-RPE, 2-PLA, Total-Celkem

## Komentář:

Nejpočetnější skupinou jsou zastoupeni pacienti s vyučným listem a nejméně početnou jsou pacienti se základním vzděláním.

## Rodinný stav

Kvalitu života ovlivňuje i sociální opora, kterou pacient má ve své rodině. Další kategorií byl rodinný stav, který jsem rozčlenila do 4 skupin: ženatý, svobodný, vdovec, rozvedený.

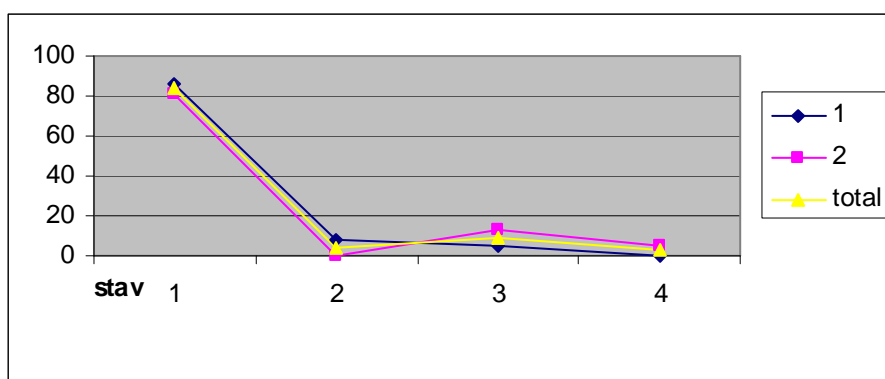
Tab. 8: Počty respondentů v jednotlivých skupinách:

| stav/operace  | RPE       | PLA       | Celkem    |
|---------------|-----------|-----------|-----------|
| 1. ženatý     | 32        | 30        | 62        |
| 2. svobodný   | 3         | 0         | 3         |
| 3. vdovec     | 2         | 5         | 7         |
| 4. rozvedený  | 0         | 2         | 2         |
| <b>Celkem</b> | <b>37</b> | <b>37</b> | <b>74</b> |

Tab. 9: Počty respondentů v jednotlivých skupinách v procentuálním zastoupení:

| stav/operace  | RPE%         | PLA%         | Celkem%      |
|---------------|--------------|--------------|--------------|
| 1. ženatý     | 86,5         | 81,1         | 83,8         |
| 2. svobodný   | 8,1          | 0,0          | 4,1          |
| 3. vdovec     | 5,4          | 13,5         | 9,5          |
| 4. rozvedený  | 0,0          | 5,4          | 2,7          |
| <b>Celkem</b> | <b>100,0</b> | <b>100,0</b> | <b>100,0</b> |

Graf č.4: Grafické znázornění procentuálního zastoupení respondentů:



**Legenda:** 1-RPE, 2-PLA, Total-Celkem

## Komentář:

Z našich sledovaných respondentů je nejpočetnější skupina ženatých a nejméně zastoupena skupina svobodných.

## Domácnost

Poslední z anamnestických údajů bylo zmapování rodinné situace, a to s kým respondent žije ve společné domácnosti. Zda žije sám, s partnerkou nebo měl k dispozici jinou možnost.

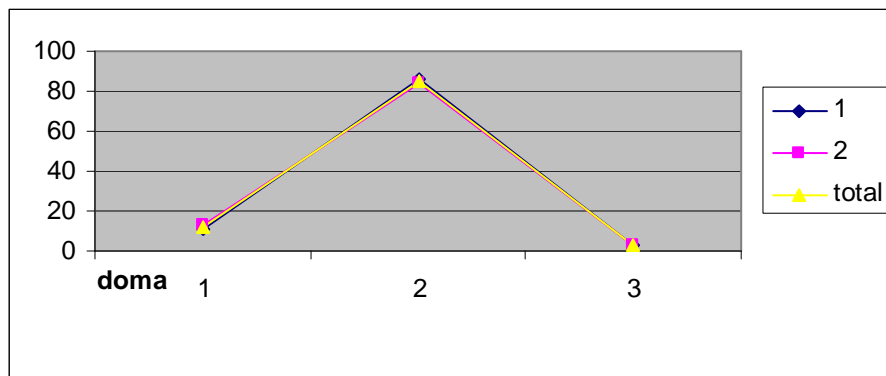
Tab. 10: Počty respondentů v jednotlivých skupinách:

| doma/operace    | RPE       | PLA       | Celkem    |
|-----------------|-----------|-----------|-----------|
| 1. sám          | 4         | 5         | 9         |
| 2. s partnerkou | 32        | 31        | 63        |
| 3. jiná možnost | 1         | 1         | 2         |
| <b>Celkem</b>   | <b>37</b> | <b>37</b> | <b>74</b> |

Tab. 11: Počty respondentů v jednotlivých skupinách v procentuálním zastoupení:

| doma/operace    | RPE%         | PLA%         | Celkem%      |
|-----------------|--------------|--------------|--------------|
| 1. sám          | 10,8         | 13,5         | 12,2         |
| 2. s partnerkou | 86,5         | 83,8         | 85,1         |
| 3. jiná možnost | 2,7          | 2,7          | 2,7          |
| <b>Celkem</b>   | <b>100,0</b> | <b>100,0</b> | <b>100,0</b> |

Graf č. 5: Grafické znázornění procentuálního zastoupení respondentů:



**Legenda:** 1-RPE, 2-PLA, Total-Celkem

### Komentář:

Nejvíce respondentů žije ve společné domácnosti s partnerkou 85,1% a nejméně zvolilo jinou možnost 2,7%.



### 3.4.2 Vyhodnocení vlastního dotazníku

#### 1. Fyzické zdraví a aktivity

a) Vzhledem k mému fyzickému zdraví jsem se cítil po čas minulého týdne zcela bez potíží a bolesti.

Tab. 12: Počty respondentů v jednotlivých skupinách:

| <b>o1a/operace</b> | <b>RPE</b> | <b>PLA</b> | <b>Celkem</b> |
|--------------------|------------|------------|---------------|
| 1. souhlasím       | 21         | 23         | 44            |
| 2. spíše souhlasí  | 10         | 8          | 18            |
| 3. těžko říci      | 3          | 3          | 6             |
| 4. spíše nesouhl.  | 2          | 2          | 4             |
| 5. nesouhlasím     | 1          | 1          | 2             |
| <b>Celkem</b>      | <b>37</b>  | <b>37</b>  | <b>74</b>     |

Tab. 13: Počty respondentů v jednotlivých skupinách v procentuálním zastoupení:

| <b>o1a/operace</b> | <b>RPE%</b>  | <b>PLA%</b>  | <b>Celkem%</b> |
|--------------------|--------------|--------------|----------------|
| 1. souhlasím       | 56,8         | 62,2         | 59,5           |
| 2. spíše souhlasí  | 27,0         | 21,6         | 24,3           |
| 3. těžko říci      | 8,1          | 8,1          | 8,1            |
| 4. spíše nesouhl.  | 5,4          | 5,4          | 5,4            |
| 5. nesouhlasím     | 2,7          | 2,7          | 2,7            |
| <b>Celkem</b>      | <b>100,0</b> | <b>100,0</b> | <b>100,0</b>   |

#### **Komentář:**

S tvrzením, že se cítí zcela bez obtíží a bolesti se v obou skupinách ztotožnilo nejvíce pacientů (56,8 % RPE a 62,2 % PLA). Avšak z každé skupiny se jeden pacient necítil bez obtíží a bolesti.

b) Vzhledem k mému fyzickému zdraví jsem se cítil po čas minulého týdne plný elánu a životní síly.

Tab. 14: Počty respondentů v jednotlivých skupinách:

| <b>o1b/operace</b> | <b>RPE</b> | <b>PLA</b> | <b>Celkem</b> |
|--------------------|------------|------------|---------------|
| 1. souhlasím       | 12         | 10         | 22            |
| 2. spíše souhlasí  | 12         | 10         | 22            |
| 3. těžko říci      | 11         | 13         | 24            |
| 4. spíše nesouhl.  | 1          | 3          | 4             |
| 5. nesouhlasím     | 1          | 1          | 2             |
| <b>Celkem</b>      | <b>37</b>  | <b>37</b>  | <b>74</b>     |

Tab. 15: Počty respondentů v jednotlivých skupinách v procentuálním zastoupení:

| <b>o1b/operace</b> | <b>RPE%</b>  | <b>PLA%</b>  | <b>Celkem%</b> |
|--------------------|--------------|--------------|----------------|
| 1. souhlasím       | 32,4         | 27,0         | 29,7           |
| 2. spíše souhlasí  | 32,4         | 27,0         | 29,7           |
| 3. těžko říci      | 29,7         | 35,1         | 32,4           |
| 4. spíše nesouhl.  | 2,7          | 8,1          | 5,4            |
| 5. nesouhlasím     | 2,7          | 2,7          | 2,7            |
| <b>Celkem</b>      | <b>100,0</b> | <b>100,0</b> | <b>100,0</b>   |

### **Komentář:**

S tvrzením, že jsou plni elánu a životní síly souhlasilo a spíše souhlasilo u RPE shodně 32,4 % respondentů. Ve skupině operovaných PLA se největší počet k tomuto tvrzení vyjadřoval možností - těžko říci - a to v 35,1 %.

c) Vzhledem k mému fyzickému zdraví jsem se cítil po čas minulého týdne unavený.

Tab. 16: Počty respondentů v jednotlivých skupinách:

| <b>o1c/operace</b> | <b>RPE</b> | <b>PLA</b> | <b>Celkem</b> |
|--------------------|------------|------------|---------------|
| 1. souhlasím       | 3          | 3          | 6             |
| 2. spíše souhlasí  | 5          | 4          | 9             |
| 3. těžko říci      | 7          | 8          | 15            |
| 4. spíše nesouhl.  | 9          | 15         | 24            |
| 5. nesouhlasím     | 13         | 7          | 20            |
| <b>Celkem</b>      | <b>37</b>  | <b>37</b>  | <b>74</b>     |

Tab. 17: Počty respondentů v jednotlivých skupinách v procentuálním zastoupení:

| <b>o1c/operace</b> | <b>RPE%</b>  | <b>PLA%</b>  | <b>Celkem%</b> |
|--------------------|--------------|--------------|----------------|
| 1. souhlasím       | 8,1          | 8,1          | 8,1            |
| 2. spíše souhlasí  | 13,5         | 10,8         | 12,2           |
| 3. těžko říci      | 18,9         | 21,6         | 20,3           |
| 4. spíše nesouhl.  | 24,3         | 40,5         | 32,4           |
| 5. nesouhlasím     | 35,1         | 18,9         | 27,0           |
| <b>Celkem</b>      | <b>100,0</b> | <b>100,0</b> | <b>100,0</b>   |

#### **Komentář:**

S tvrzením, že se cítí unaveni souhlasilo stejně v obou porovnávaných skupinách 8,1 % respondentů. Z pacientů operovaných RPE 35,1 % s výrokem nesouhlasilo a z pacientů po PLA nejvíce využilo možnosti – spíše nesouhlasím 40,5%.

## 2. Pocity

a) Během minulého týdne jsem se cítil v klidu a pohodě.

Tab. 18: Počty respondentů v jednotlivých skupinách:

| O2a/operace       | RPE       | PLA       | Celkem    |
|-------------------|-----------|-----------|-----------|
| 1. souhlasím      | 19        | 19        | 38        |
| 2. spíše souhlasí | 12        | 11        | 23        |
| 3. těžko říci     | 1         | 4         | 5         |
| 4. spíše nesouhl. | 4         | 2         | 6         |
| 5. nesouhlasím    | 1         | 1         | 2         |
| <b>Celkem</b>     | <b>37</b> | <b>37</b> | <b>74</b> |

Tab. 19: Počty respondentů v jednotlivých skupinách v procentuálním zastoupení:

| O2b/operace       | RPE%         | PLA%         | Celkem %     |
|-------------------|--------------|--------------|--------------|
| 1. souhlasím      | 51,4         | 51,4         | 51,4         |
| 2. spíše souhlasí | 32,4         | 39,7         | 31,1         |
| 3. těžko říci     | 2,7          | 10,8         | 6,8          |
| 4. spíše nesouhl. | 10,8         | 5,4          | 8,1          |
| 5. nesouhlasím    | 2,7          | 2,7          | 2,7          |
| <b>Celkem</b>     | <b>100,0</b> | <b>100,0</b> | <b>100,0</b> |

### Komentář:

S výrokem souhlasilo nejvíce pacientů shodně z obou skupin 51,4%. Po jednom respondentovi z obou skupin s tímto tvrzením nesouhlasilo.

b) Během minulého týdne jsem měl dobrý pocit ze života.

Tab. 20: Počty respondentů v jednotlivých skupinách:

| <b>O2b/operace</b> | <b>RPE</b> | <b>PLA</b> | <b>Celkem</b> |
|--------------------|------------|------------|---------------|
| 1. souhlasím       | 17         | 11         | 28            |
| 2. spíše souhlasí  | 14         | 16         | 30            |
| 3. těžko říci      | 5          | 8          | 13            |
| 4. spíše nesouhl.  | 0          | 1          | 1             |
| 5. nesouhlasím     | 1          | 1          | 2             |
| <b>Celkem</b>      | <b>37</b>  | <b>37</b>  | <b>74</b>     |

Tab. 21: Počty respondentů v jednotlivých skupinách v procentuálním zastoupení:

| <b>O2b/operace</b> | <b>RPE%</b>  | <b>PLA%</b>  | <b>Celkem %</b> |
|--------------------|--------------|--------------|-----------------|
| 1. souhlasím       | 45,9         | 29,7         | 37,8            |
| 2. spíše souhlasí  | 37,8         | 43,2         | 40,5            |
| 3. těžko říci      | 13,5         | 21,6         | 17,6            |
| 4. spíše nesouhl.  | 0,0          | 2,7          | 2,7             |
| 5. nesouhlasím     | 2,7          | 2,7          | 2,7             |
| <b>Celkem</b>      | <b>100,0</b> | <b>100,0</b> | <b>100,0</b>    |

#### **Komentář:**

S výrokem souhlasilo nejvíce pacientů ze skupiny RPE 45,9%. Ze skupiny PLA nejvíce pacientů uvedlo, že spíše souhlasí 43,2%. Po jednom respondentovi z obou skupin s tímto tvrzením nesouhlasilo.

### 3. Práce

Tuto oblast jsem rozdělila do dvou podskupin: pacientů zaměstnaných a pacientů v starobním nebo invalidním důchodu.

1.podskupina: zaměstnaní: Těchto respondentů bylo 18 a využili odpovědi číslo 1 až 3.

a) Během minulého týdne jsem stačil obvyklému pracovnímu tempu.

Tab. 22: Počty respondentů v jednotlivých skupinách:

| <b>o3a/operace</b> | <b>RPE</b> | <b>PLA</b> | <b>Celkem</b> |
|--------------------|------------|------------|---------------|
| 1. souhlasím       | 6          | 4          | 10            |
| 2. spíše souhlasí  | 2          | 3          | 5             |
| 3. těžko říci      | 2          | 1          | 3             |
| <b>Celkem</b>      | 10         | 8          | 18            |

Tab. 23: Počty respondentů v jednotlivých skupinách v procentuálním zastoupení:

| <b>o3a/operace</b> | <b>RPE%</b> | <b>PLA%</b> | <b>Celkem%</b> |
|--------------------|-------------|-------------|----------------|
| 1. souhlasím       | 60,0        | 50,0        | 55,6           |
| 2. spíše souhlasí  | 20,0        | 37,5        | 27,8           |
| 3. těžko říci      | 20,0        | 12,5        | 16,7           |
| <b>Celkem</b>      | 100,0       | 100,0       | 100,0          |

#### **Komentář:**

Z 1. podskupiny souhlasilo s výrokem nejvíce pacientů operovaných RPE 60,0% a také i operovaní PLA souhlasily nejvíce s touto možností a to 50,0%.

1. podskupina:

b) Během minulého týdne se mi dobře pracovalo.

Opět 18 respondentů odpovídalo a využilo možnosti od 1- 4.

Tab. 24: Počty respondentů v jednotlivých skupinách:

| <b>o3b/operace</b> | <b>RPE</b> | <b>PLA</b> | <b>Celkem</b> |
|--------------------|------------|------------|---------------|
| 1. souhlasím       | 5          | 4          | 9             |
| 2. spíše souhlasí  | 4          | 3          | 7             |
| 3. těžko říci      | 0          | 1          | 1             |
| 4. spíše nesouhl.  | 1          | 0          | 1             |
| <b>Celkem</b>      | 10         | 8          | 18            |

Tab. 25: Počty respondentů v jednotlivých skupinách v procentuálním zastoupení:

| <b>o3b/operace</b> | <b>RPE%</b> | <b>PLA%</b> | <b>Celkem %</b> |
|--------------------|-------------|-------------|-----------------|
| 1. souhlasím       | 50,0        | 50,0        | 50,0            |
| 2. spíše souhlasí  | 40,0        | 37,5        | 38,9            |
| 3. těžko říci      | 0,0         | 12,5        | 5,6             |
| 4. spíše nesouhl.  | 10,0        | 0,0         | 5,6             |
| <b>Celkem</b>      | 100,0       | 100,0       | 100,0           |

**Komentář:**

S výrokem souhlasilo shodně 55,0% operovaných obou skupin operací.

2. podskupina: 56 respondentů odpovídalo na výrok a využili celou škálu možností.

a) Během minulého týdne jsem zvládal práci v domácnosti bez problémů.

Tab. 26: Počty respondentů v jednotlivých skupinách:

| <b>o3an/operace</b> | <b>RPE</b> | <b>PLA</b> | <b>Celkem</b> |
|---------------------|------------|------------|---------------|
| 1. souhlasím        | 17         | 18         | 35            |
| 2. spíše souhlasí   | 8          | 7          | 15            |
| 3. těžko říci       | 0          | 2          | 2             |
| 4. spíše nesouhl.   | 1          | 1          | 2             |
| 5. nesouhlasím      | 1          | 1          | 2             |
| <b>Celkem</b>       | <b>27</b>  | <b>29</b>  | <b>56</b>     |

Tab. 27: Počty respondentů v jednotlivých skupinách v procentuálním zastoupení:

| <b>o3an/operace</b> | <b>RPE%</b>  | <b>PLA%</b>  | <b>Celkem %</b> |
|---------------------|--------------|--------------|-----------------|
| 1. souhlasím        | 63,0         | 62,1         | 62,5            |
| 2. spíše souhlasí   | 29,6         | 24,1         | 26,8            |
| 3. těžko říci       | 0,0          | 6,9          | 3,6             |
| 4. spíše nesouhl.   | 3,7          | 3,4          | 3,6             |
| 5. nesouhlasím      | 3,7          | 3,4          | 3,6             |
| <b>Celkem</b>       | <b>100,0</b> | <b>100,0</b> | <b>100,0</b>    |

**Komentář:**

S výrokem plně souhlasilo 63,0% a 62,1% respondentů obou operačních skupin.



b) Během minulého týdne jsem měl dobrý pocit z práce v domácnosti.

Tab. 28: Počty respondentů v jednotlivých skupinách:

| <b>o3bn/operace</b> | <b>RPE</b> | <b>PLA</b> | <b>Celkem</b> |
|---------------------|------------|------------|---------------|
| 1. souhlasím        | 11         | 27         | 28            |
| 2. spíše souhlasí   | 11         | 6          | 17            |
| 3. těžko říci       | 2          | 5          | 7             |
| 4. spíše nesouhl.   | 2          | 0          | 2             |
| 5. nesouhlasím      | 1          | 1          | 2             |
| <b>Celkem</b>       | 27         | 29         | 56            |

Tab. 29: Počty respondentů v jednotlivých skupinách v procentuálním zastoupení:

| <b>o3bn/operace</b> | <b>RPE%</b> | <b>PLA%</b> | <b>Celkem%</b> |
|---------------------|-------------|-------------|----------------|
| 1. souhlasím        | 40,7        | 58,6        | 50,0           |
| 2. spíše souhlasí   | 40,7        | 20,7        | 30,4           |
| 3. těžko říci       | 7,4         | 17,2        | 12,5           |
| 4. spíše nesouhl.   | 7,4         | 0,0         | 3,6            |
| 5. nesouhlasím      | 3,7         | 3,4         | 3,6            |
| <b>Celkem</b>       | 100,0       | 100,0       | 100,0          |

**Komentář:**

Operovaní RPE volili možnosti 1 a 2 v stejném počtu 40.7%. Nejvíce souhlasilo s výrokem operantů PLA 58,6%.

#### 4. Volný čas, koníčky, záliby

a) Pokud jsem měl minulý týden čas, věnoval jsem se svým zálibám, koníčkům.

Tab. 30: Počty respondentů v jednotlivých skupinách:

| <b>o4a/operace</b> | <b>RPE</b> | <b>PLA</b> | <b>Celkem</b> |
|--------------------|------------|------------|---------------|
| 1. souhlasím       | 26         | 22         | 48            |
| 2. spíše souhlasí  | 6          | 4          | 10            |
| 3. těžko říci      | 1          | 5          | 6             |
| 4. spíše nesouhl.  | 4          | 5          | 9             |
| 5. nesouhlasím     | 0          | 1          | 1             |
| <b>Celkem</b>      | <b>37</b>  | <b>37</b>  | <b>74</b>     |

Tab. 31: Počty respondentů v jednotlivých skupinách v procentuálním zastoupení:

| <b>o4a/operace</b> | <b>RPE%</b>  | <b>PLA%</b>  | <b>Celkem%</b> |
|--------------------|--------------|--------------|----------------|
| 1. souhlasím       | 70,3         | 59,5         | 64,9           |
| 2. spíše souhlasí  | 16,2         | 10,8         | 13,5           |
| 3. těžko říci      | 2,7          | 13,5         | 8,1            |
| 4. spíše nesouhl.  | 10,8         | 13,5         | 12,2           |
| 5. nesouhlasím     | 0,0          | 2,7          | 1,4            |
| <b>Celkem</b>      | <b>100,0</b> | <b>100,0</b> | <b>100,0</b>   |

#### **Komentář:**

Variantu „souhlasím“ využilo nejvíce operovaných RPE 70,3% a také operování PLA 59,5%.

b) Dokázal jsem se na ně plně soustředit a věnovat se jim.

Tab. 32: Počty respondentů v jednotlivých skupinách:

| <b>o4b/operace</b> | <b>RPE</b> | <b>PLA</b> | <b>Celkem</b> |
|--------------------|------------|------------|---------------|
| 1. souhlasím       | 24         | 22         | 46            |
| 2. spíše souhlasí  | 6          | 4          | 10            |
| 3. těžko říci      | 2          | 5          | 7             |
| 4. spíše nesouhl.  | 5          | 4          | 9             |
| 5. nesouhlasím     | 0          | 2          | 2             |
| <b>Celkem</b>      | <b>37</b>  | <b>37</b>  | <b>74</b>     |

Tab. 33: Počty respondentů v jednotlivých skupinách v procentuálním zastoupení:

| <b>o4b/operace</b> | <b>RPE%</b>  | <b>PLA%</b>  | <b>Celkem%</b> |
|--------------------|--------------|--------------|----------------|
| 1. souhlasím       | 64,9         | 59,5         | 62,2           |
| 2. spíše souhlasí  | 16,2         | 10,8         | 13,5           |
| 3. těžko říci      | 5,4          | 13,5         | 9,5            |
| 4. spíše nesouhl.  | 13,5         | 10,8         | 12,2           |
| 5. nesouhlasím     | 0,0          | 5,4          | 2,7            |
| <b>Celkem</b>      | <b>100,0</b> | <b>100,0</b> | <b>100,0</b>   |

**Komentář:**

Nejvíce pacientů s výrokem souhlasilo v obou skupinách a to 67,9% a 59,5% respondentů.

## 5. Sociální vztahy

a) Onemocnění mě omezuje ve společenském životě.

Tab. 34: Počty respondentů v jednotlivých skupinách:

| <b>o5a/operace</b> | <b>RPE</b> | <b>PLA</b> | <b>Celkem</b> |
|--------------------|------------|------------|---------------|
| 1. souhlasím       | 6          | 5          | 11            |
| 2. spíše souhlasí  | 14         | 7          | 21            |
| 3. těžko říci      | 6          | 8          | 14            |
| 4. spíše nesouhl.  | 7          | 10         | 17            |
| 5. nesouhlasím     | 4          | 7          | 11            |
| <b>Celkem</b>      | <b>37</b>  | <b>37</b>  | <b>74</b>     |

Tab. 35: Počty respondentů v jednotlivých skupinách v procentuálním zastoupení:

| <b>o5a/operace</b> | <b>RPE%</b>  | <b>PLA%</b>  | <b>Celkem%</b> |
|--------------------|--------------|--------------|----------------|
| 1. souhlasím       | 16,2         | 13,5         | 14,9           |
| 2. spíše souhlasí  | 37,8         | 18,9         | 28,4           |
| 3. těžko říci      | 16,2         | 21,6         | 18,9           |
| 4. spíše nesouhl.  | 18,9         | 27,0         | 23,0           |
| 5. nesouhlasím     | 10,8         | 18,9         | 14,9           |
| <b>Celkem</b>      | <b>100,0</b> | <b>100,0</b> | <b>100,0</b>   |

### **Komentář:**

S tvrzením spíše souhlasilo 37,8% operovaných RPE, kdežto skupina PLA spíše s výrokem nesouhlasila 27,0%.

b) Mám přátele a rodinu, kteří mě podporují v nemoci.

Tab. 36: Počty respondentů v jednotlivých skupinách:

| <b>o5b/operace</b> | <b>RPE</b> | <b>PLA</b> | <b>Celkem</b> |
|--------------------|------------|------------|---------------|
| 1. souhlasím       | 32         | 31         | 63            |
| 2. spíše souhlasí  | 3          | 4          | 7             |
| 3. těžko říci      | 0          | 1          | 1             |
| 4. spíše nesouhl.  | 2          | 1          | 3             |
| <b>Celkem</b>      | <b>37</b>  | <b>37</b>  | <b>74</b>     |

Tab. 37: Počty respondentů v jednotlivých skupinách v procentuálním zastoupení:

| <b>o5b/operace</b> | <b>RPE%</b>  | <b>PLA%</b>  | <b>Celkem%</b> |
|--------------------|--------------|--------------|----------------|
| 1. souhlasím       | 86,5         | 83,8         | 85,1           |
| 2. spíše souhlasí  | 8,1          | 10,8         | 9,5            |
| 3. těžko říci      | 0,0          | 2,7          | 1,4            |
| 4. spíše nesouhl.  | 5,4          | 2,7          | 4,1            |
| <b>Celkem</b>      | <b>100,0</b> | <b>100,0</b> | <b>100,0</b>   |

**Komentář:**

S výrokem souhlasilo shodně v obou skupinách 86,5% a 83,8% pacientů.

## 6. Obecné aktivity, činnosti

Když vezmete v úvahu všechny okolnosti:

a) Jsem se cítil v minulém týdnu celkově dobře.

Tab. 38: Počty respondentů v jednotlivých skupinách:

| <b>o6a/operace</b> | <b>RPE</b> | <b>PLA</b> | <b>Celkem</b> |
|--------------------|------------|------------|---------------|
| 1. souhlasím       | 20         | 19         | 39            |
| 2. spíše souhlasí  | 11         | 12         | 23            |
| 3. těžko říci      | 3          | 5          | 8             |
| 4. spíše nesouhl.  | 2          | 0          | 2             |
| 5. nesouhlasím     | 1          | 1          | 2             |
| <b>Celkem</b>      | <b>37</b>  | <b>37</b>  | <b>74</b>     |

Tab. 39: Počty respondentů v jednotlivých skupinách v procentuálním zastoupení:

| <b>o6a/operace</b> | <b>RPE%</b>  | <b>PLA%</b>  | <b>Celkem%</b> |
|--------------------|--------------|--------------|----------------|
| 1. souhlasím       | 54,1         | 51,4         | 52,7           |
| 2. spíše souhlasí  | 29,7         | 32,4         | 31,1           |
| 3. těžko říci      | 8,1          | 13,5         | 10,8           |
| 4. spíše nesouhl.  | 5,4          | 0,0          | 2,7            |
| 5. nesouhlasím     | 2,7          | 2,7          | 2,7            |
| <b>Celkem</b>      | <b>100,0</b> | <b>100,0</b> | <b>100,0</b>   |

### Komentář:

Obě dvě skupiny respondentů se minulém týdnu cítilo dobře a to ve více než v polovině případů 54,1% a 51,4%.

b) Jsem spokojený se svou schopností uplatnit se v každodenním životě.

Tab. 40: Počty respondentů v jednotlivých skupinách:

| <b>o6b/operace</b> | <b>RPE</b> | <b>PLA</b> | <b>Celkem</b> |
|--------------------|------------|------------|---------------|
| 1. souhlasím       | 19         | 15         | 34            |
| 2. spíše souhlasí  | 9          | 17         | 26            |
| 3. těžko říci      | 8          | 1          | 9             |
| 4. spíše nesouhl.  | 1          | 2          | 3             |
| 5. nesouhlasím     | 0          | 2          | 2             |
| <b>Celkem</b>      | <b>37</b>  | <b>37</b>  | <b>74</b>     |

Tab. 41: Počty respondentů v jednotlivých skupinách v procentuálním zastoupení:

| <b>o6b/operace</b> | <b>RPE%</b>  | <b>PLA%</b>  | <b>Celkem%</b> |
|--------------------|--------------|--------------|----------------|
| 1. souhlasím       | 51,4         | 40,5         | 45,9           |
| 2. spíše souhlasí  | 24,3         | 45,9         | 35,1           |
| 3. těžko říci      | 21,6         | 2,7          | 12,2           |
| 4. spíše nesouhl.  | 2,7          | 5,4          | 4,1            |
| 5. nesouhlasím     | 0,0          | 5,4          | 2,7            |
| <b>Celkem</b>      | <b>100,0</b> | <b>100,0</b> | <b>100,0</b>   |

**Komentář:**

S výrokem nejvíce souhlasilo 51,4% pacientů operovaných RPE. Druhou nejčastější odpovědí 45,9% bylo, že spíše souhlasí a to pacienti po PLA.

## 7. Sexualita

V této oblasti jsem nechala pacientům možnost volby zda chtějí odpovídat. Celkový počet respondentů byl 49, tj.66,2%. Z toho po RPE 30 pacientů (81,1%) a po PLA 19 pacientů (51,3%).

a) Cítím, že mě onemocnění omezuje v sexuálních aktivitách.

Tab. 42: Počty respondentů v jednotlivých skupinách:

| <b>o7a/operace</b> | <b>RPE</b> | <b>PLA</b> | <b>Celkem</b> |
|--------------------|------------|------------|---------------|
| 1. souhlasím       | 19         | 8          | 27            |
| 2. spíše souhlasí  | 5          | 3          | 8             |
| 3. těžko říci      | 2          | 1          | 3             |
| 4. spíše nesouhl.  | 2          | 2          | 4             |
| 5. nesouhlasím     | 2          | 5          | 7             |
| <b>Celkem</b>      | <b>30</b>  | <b>19</b>  | <b>49</b>     |

Tab. 43: Počty respondentů v jednotlivých skupinách v procentuálním zastoupení:

| <b>o7a/operace</b> | <b>RPE%</b>  | <b>PLA%</b>  | <b>Celkem%</b> |
|--------------------|--------------|--------------|----------------|
| 1. souhlasím       | 63,3         | 42,1         | 55,1           |
| 2. spíše souhlasí  | 16,7         | 15,8         | 16,3           |
| 3. těžko říci      | 6,7          | 5,3          | 6,1            |
| 4. spíše nesouhl.  | 6,7          | 10,5         | 8,2            |
| 5. nesouhlasím     | 6,7          | 26,3         | 14,3           |
| <b>Celkem</b>      | <b>100,0</b> | <b>100,0</b> | <b>100,0</b>   |

### Komentář:

S tvrzením souhlasilo 63,3% dotazovaných ze skupiny RPE a 42,1% ze skupiny PLA.



b) Jsem spokojený se svým sexuálním životem.

Tab. 44: Počty respondentů v jednotlivých skupinách:

| <b>o7b/operace</b> | <b>RPE</b> | <b>PLA</b> | <b>Celkem</b> |
|--------------------|------------|------------|---------------|
| 1. souhlasím       | 0          | 1          | 1             |
| 2. spíše souhlasí  | 2          | 6          | 8             |
| 3. těžko říci      | 4          | 2          | 6             |
| 4. spíše nesouhl.  | 4          | 1          | 5             |
| 5. nesouhlasím     | 20         | 9          | 29            |
| <b>Celkem</b>      | <b>30</b>  | <b>19</b>  | <b>49</b>     |

Tab. 45: Počty respondentů v jednotlivých skupinách v procentuálním zastoupení:

| <b>o7b/operace</b> | <b>RPE%</b>  | <b>PLA%</b>  | <b>Celkem%</b> |
|--------------------|--------------|--------------|----------------|
| 1. souhlasím       | 0,0          | 5,3          | 2,0            |
| 2. spíše souhlasí  | 6,7          | 31,6         | 16,3           |
| 3. těžko říci      | 13,3         | 10,5         | 12,2           |
| 4. spíše nesouhl.  | 13,3         | 5,3          | 10,2           |
| 5. nesouhlasím     | 66,7         | 47,4         | 59,2           |
| <b>Celkem</b>      | <b>100,0</b> | <b>100,0</b> | <b>100,0</b>   |

**Komentář:**

S tímto výrokem nesouhlasilo 66,7% respondentů po operaci RPE a 47,4% po PLA.

## 8. Bolest

Respondenti měli zakroužkovat příslušnou číslici na škále od 1- úplně bez bolesti po 10- nesnesitelná bolest. Dotaz byl specifikován na bolest za posledních 24 hodin. Pacienti využili měřítko pouze do stupně 7.

Tab. 46: Počty respondentů v jednotlivých skupinách:

| <b>o8/operace</b> | <b>RPE</b> | <b>PLA</b> | <b>Celkem</b> |
|-------------------|------------|------------|---------------|
| 1                 | 19         | 23         | 42            |
| 2                 | 9          | 9          | 18            |
| 3                 | 3          | 2          | 5             |
| 4                 | 3          | 1          | 4             |
| 5                 | 0          | 1          | 1             |
| 6                 | 2          | 0          | 2             |
| 7                 | 1          | 1          | 2             |
| <b>Celkem</b>     | 37         | 37         | 74            |

Tab. 47: Počty respondentů v jednotlivých skupinách v procentuálním zastoupení:

| <b>o8/operace</b> | <b>RPE%</b> | <b>PLA%</b> | <b>Celkem%</b> |
|-------------------|-------------|-------------|----------------|
| 1                 | 51,4        | 62,2        | 56,8           |
| 2                 | 24,3        | 24,3        | 24,3           |
| 3                 | 8,1         | 5,4         | 6,8            |
| 4                 | 8,1         | 2,7         | 5,4            |
| 5                 | 0,0         | 2,7         | 1,4            |
| 6                 | 5,4         | 0,0         | 2,7            |
| 7                 | 2,7         | 2,7         | 2,7            |
| <b>Celkem</b>     | 100,0       | 100,0       | 100,0          |

### Komentář:

Z obou skupin operací pacienti zvolili nejčastěji nejnižší stupeň bolesti- úplně bez bolesti. Pacienti operovaní RPE 51,4% a PLA 62,2%. Po jednom respondentovi uvedlo intenzitu bolesti na čísle 7 v obou typech operací.

### Vy sám byste hodnotil kvalitu Vašeho života ...

Na tuto otevřenou otázku respondenti měli odpovědět zakroužkováním příslušné číslice jako při hodnocení ve škole 1 až 5. Dotazovaní využili rozsah 1 až 4.

Tab. 48: Počty respondentů v jednotlivých skupinách:

| <b>doba/operace</b> | <b>RPE</b> | <b>PLA</b> | <b>Celkem</b> |
|---------------------|------------|------------|---------------|
| <b>1</b>            | 9          | 7          | 16            |
| <b>2</b>            | 19         | 19         | 38            |
| <b>3</b>            | 9          | 8          | 17            |
| <b>4</b>            | 0          | 3          | 3             |
| <b>Celkem</b>       | 37         | 37         | 74            |

Tab. 49: Počty respondentů v jednotlivých skupinách v procentuálním zastoupení:

| <b>doba/operace</b> | <b>RPE%</b> | <b>PLA%</b> | <b>Celkem%</b> |
|---------------------|-------------|-------------|----------------|
| <b>1</b>            | 24,3        | 18,9        | 21,6           |
| <b>2</b>            | 51,4        | 51,4        | 51,4           |
| <b>3</b>            | 24,3        | 31,6        | 32,0           |
| <b>4</b>            | 0,0         | 8,1         | 4,1            |
| <b>Celkem</b>       | 100,0       | 100,0       | 100,0          |

### Komentář:

Pacienti obou operačních přístupů nejvíce využili klasifikaci číslo 2 a to úplně shodně 51,4%! Nejhorší známku své kvalitě života dali pouze tři pacienti z celého souboru, kteří byli operováni a následně ozařováni.

## 4. DISKUZE

Ve své práci jsem se pokusila porovnat kvalitu života mužů s karcinomem prostaty, kteří absolvovali rozdílnou léčbu. Byl pro mne důležitý především názor pacienta, jak on sám hodnotí kvalitu svého života.

Výsledkem statistického zpracování, kdy se testovala nulová hypotéza shody jednotlivých parametrů mezi operacemi proti alternativě neshody, bylo, že nebyly nalezeny statisticky významné rozdíly.

### 1.hypotéza

*- není významný rozdíl v kvalitě života pacientů po RPE a po absolvování PLA + radioterapie*

První hypotéza vycházela z odborné literatury a terapeutického trendu, že není výrazný rozdíl mezi léčebnými přístupy - operací RPE a operací PLA s následným ozařováním co do výsledku léčby i do kvality života. I v mém výzkumu se tato hypotéza potvrdila. Nejistili jsme statisticky významný rozdíl mezi operací RPE a operací PLA v žádné z těchto 9 proměnných: fyzické zdraví, pocity, práce, volný čas, sociální vztahy, obecné aktivity, sexualita, bolest, celková kvalita života (viz příloha č. 4). Významný rozdíl byl jen u věku. I tato odlišnost však korespondovala s obsahovým zaměřením. Pánevní lymfadenektomii podstupují pacienti vyšších věkových skupin.( tab.1,2,3).

Nejzřetelněji vypovídá o konfrontaci těchto léčebných metod a jejich vliv na kvalitu života pacientů vlastní hodnocení KŽ. Obě skupiny respondentů hodnotily školní klasifikací a své kvalitě života daly dvojku identicky 51,4% (tab. 49). Také otázka bolesti dala obdobnou výpověď. Nejvíce respondentů obou porovnávaných metod léčby uvedlo, že nepocítí žádnou bolest ( tab. 46, 47).

### 2. hypotéza

*- pacienti po absolvování léčby KP, jenž mají sociální oporu v rodině a přátelích, mají lepší kvalitu života*

Druhá hypotéza, která se zaměřila na vliv dobře fungujících mezilidských vztahů na kvalitu života onkologických pacientů, byla též potvrzena.(příloha č. 4) Je potěšující, že naši pacienti mají ve svém okolí blízké, rodinu či přátele, v nichž cítí sociální oporu. S daným výrokem: *Mám přátele a rodinu, kteří mě podporují v nemoci.* souhlasilo 86,5% pacientů operovaných radikální prostatektomií a 83,8% pacientů ozařovaných. Ve

vyhodnocení této hypotézy bylo využito souvislosti celkové kvality života a proměnné v podobě odpovědi na otázku 5b a to společně u obou typů operace. (příloha č.4, tab. č. 50)

### **3. hypotéza**

*- nádorové onemocnění prostaty po absolvování léčby pacienty neomezuje ve společenském životě*

Třetí hypotéza, zabývající začleněním onkologicky nemocných do společenského života, byla také potvrzena.(příloha č. 4) Tento předpoklad nebyl však tak jednoznačný jako předcházející hypotézy. Respondenti se rozprostřeli do širokého spektra a volili z celé stupnice možnosti. S výrokem: *Onemocnění mě omezuje ve společenském životě* plně nesouhlasilo v průměru za obě skupiny 14,9% respondentů. Nejvíce operovaných RPE uvedlo, že s výrokem spíše souhlasí 37,8% a nejvíce operovaných PLA 27,0 % udává spíše nesouhlas (tab. 34,35). Tato různost by mohla vycházet z jediného statisticky výrazného rozdílu a to věku. Pacienti jenž podstupují náročnou operaci RPE jsou mladší věkové kategorie a jejich společenský život bývá aktivnější. Proto je více omezuje nádorové onemocnění ve společenském životě. A na druhé straně životní zkušenosti mohou starším pacientům pomoci vyrovnat se s novou životní etapou.

### **4. hypotéza**

*- pacientům po absolvování léčby KP, ať operací typu RPE nebo PLA s následným ozařováním, se jejich sexuální život nezlepší, spíše zhorší.*

Čtvrtá hypotéza, týkající se velmi intimní oblasti lidského života, byla potvrzena.(příloha č. 4) Pacienti měli na výběr zda-li odpoví nebo se odpovědi vyhnou. Potěšilo mě, že i na tuto otázku odpovědělo 49 respondentů (tab. 42). 63,3% operovaných (RPE) pacientů z celkového počtu 30 cítí, že jsou omezováni v sexuálních aktivitách a z 66,7% nejsou spokojeni se svým sexuálním životem. 42,1% pacientů operovaných (PLA) a ozařovaných z celkového počtu 19 cítí, že jsou omezováni ve svých sexuálních aktivitách a z 47,4% nejsou spokojeni se svým sexuálním životem (tab. 43).

Mé dotazníkové šetření prokázalo, že fakta uvedená v odborné literatuře se shodují s výsledky mého výzkumu. I zahraniční zkušenosti nám dokladují to, že oba terapeutické přístupy mají stejný vliv na kvalitu života.

Byly sice zjištěny rozdíly v porovnání průběhu léčby po RPE a RT prostaty. Zatímco RPE může mít negativní vliv na erektilní funkci a kontinenci moči, u radioterapie

je prokázáno zhoršení GIT funkcí a může se objevit iritační symptomatologie. (Frank, 2007) Porovnání těchto dvou léčebných přístupů docházíme ke zjištění, že výsledný efekt pooperačního průběhu je srovnatelný. Kvalitu života, ve které se odráží fyzická kondice, emoce a únava, hodnotí stejně pacienti po RPE i RT. Stav erektilní funkce a symptomy dolních močových cest ovlivňují kvalitu života těchto nemocných s daleko menší intenzitou.(Fiala a kol. 2001)

Můj statistický soubor byl velice různorodý co do věku respondentů i doby od operace. Právě tyto okolnosti mohly mít vliv na výsledky v oblastech vztahujících se například k únavě a bolesti. Dalším faktorem, který mohl mít ovlivňující charakter, a který musíme mít také na paměti, jsou další přidružené choroby některých nemocných (plicní, srdeční onemocnění). Ve výběru vzorku respondentů jsem se sice snažila prostudovat dostupnou zdravotnickou dokumentaci, ale ta nemusela být ve všech případech úplná.

## 5. ZÁVĚR

Ve své práci jsem se věnovala problematice kvality života pacientů s karcinomem prostaty.

Termín kvality života byl poprvé zmíněn ve 20. letech 20. století v souvislosti s ekonomikou vyspělých států. Od 70. let se pojem KŽ používá i v medicíně, kde se zkoumání posunulo do oblasti psychosomatického a fyzického zdraví. Pojem „kvalita života“ přenesený do zdravotnictví obecně a medicínských klinických oborů má svá specifické označení HRQL (*health-related quality of life*). Nejvíce autorů se shodlo na překladu *kvalita života související se zdravím*, jenž je obsahově neutrální a nechává prostor i pro souvislost s nemocí. Není náhodou, že v medicíně bylo sledování KŽ zahájeno nejdříve u onkologicky nemocných, u nichž je známo, že život prodlužující terapie často svojí agresivitou zhoršuje KŽ víc než nemoc samotná. Byly vytvořeny nástroje na měření KŽ, které lze rozdělit na kvantitativní - dotazník (používán nejčastěji) a na kvalitativní - rozhovor.

Pacient prožívá v průběhu onkologického onemocnění různé tělesné obtíže často spojené s velmi dramatickým procesem psychického a existenciálního přizpůsobení. Onkologické onemocnění samo o sobě ovlivňuje kvalitu života, ale i my zdravotníci máme velkou moc pozitivně působit na KŽ našich pacientů. I v našich zdravotnických zařízeních se začíná pojem kvality života nemocných uplatňovat v praxi a to nejen z hlediska terapeuta, ale především z pohledu nemocného člověka. Svůj nepopíratelný význam v hodnocení kvality života má i komunikace. Efektivní komunikace, důsledná edukace a vztah nemocného se zdravotnickým personálem je důležitým faktorem, který celý léčebný proces ovlivňuje.

Zhoubné nádory prostaty jsou druhou nejčastější malignitou mužské populace, z hlediska mortality mužské populace jsou na třetím místě. Terapeutovy znalosti diagnostiky, patologie, histopatologie a zkušenosti v operativě jsou velkým přínosem do kvalitního léčebného procesu. Současná medicína ve své pokroku přináší i další léčebné možnosti. Výborné výsledky má radikální prostatektomie, ale zároveň i nezanedbatelné komplikace. Zavedením radioterapie do léčby karcinomu prostaty umožnilo radikálně léčit i pacienty, kteří nesplňují požadavky k RPE. Při porovnání těchto dvou léčebných přístupů přicházíme k zjištění, že výsledný efekt léčby je srovnatelný. Kvalitu života, ve které se odráží fyzické a emocionální funkce a únava, hodnotí stejně operovaní i ozařovaní.

V neposlední řadě správné vedení celého ošetrovatelského procesu přispívá ke zlepšení kvality života našich nemocných. V rámci předoperační přípravy je nutné odstranit zejména vlivy, které mohou nepříznivě ovlivnit celý terapeutický proces. Dobře prováděná předoperační příprava a pooperační péče povedou ke zdárnému výsledku v procesu uzdravení pacienta. Kontinuita péče po propuštění do domácího ošetřování je na naší klinice samozřejmostí.

Ve svém výzkumu jsem se pokusila porovnat kvalitu života mužů s maligním onemocněním prostaty, kteří podstoupili rozdílnou léčbu. A také zjistit, jak se pacienti cítí vzhledem ke svému zdravotnímu stavu, zda jsou bez obtíží, plní elánu a životní síly nebo jsou unaveni. Jaké mají pocity ze života, a jestli zvládají běžnou pracovní zátěž, a mají-li chuť věnovat se svým zálibám. Jak nádorové onemocnění pacienty limituje ve společenském i soukromém životě. Zajímalo mě, zda pacient v posledních 24 hodinách pociťoval bolest a jaké byla intenzity. A především jak on sám by hodnotil kvalitu svého života.

Respondenty byli pacienti operovaní na urologické klinice Fakultní nemocnice v Hradci Králové a následně dispenzarizováni ambulancemi urologické a onkologické kliniky FN. Zkoumaný vzorek tvořilo 74 pacientů, kteří byli rozděleni podle typu léčby na dvě skupiny. 37 pacientů po RPE a 37 pacientů po PLA + iradiaci.

Provedený výzkum prokázal, že výsledky u našeho souboru pacientů se shodují s výsledky uváděnými v odborné literatuře. Nejdůležitější závěr zní, že neexistuje rozdíl v kvalitě života pacientů jenž byli operováni RPA či PLA a následně ozařováni v žádné z těchto 9 proměnných: fyzické zdraví, pocity, práce, volný čas, sociální vztahy, obecné aktivity, sexualita, bolest, celková kvalita života. Bylo zajímavé, jak se v některých odpovědích obě skupiny respondentů shodovaly. Všechny čtyři hypotézy byly potvrzeny a slovy statistika: nebyly nalezeny statisticky významné rozdíly. Bylo by vhodné podobná statistická šetření opakovat či používat pravidelně a zmapovat tím vývoj KŽ našich pacientů.

Výstupní data budou, jak doufám, přínosem nejen pro zdravotníky, ale budou zajímavá pro další výzkumná šetření. Také sestry by mohly najít v mé práci inspiraci pro své každodenní úsilí uspokojit potřeby svých nemocných. Avšak nejvíce byla tato práce věnována pacientům a jejich boji s maligním onemocněním



## ANOTACE

|                       |   |
|-----------------------|---|
| <b>Autor:</b>         | Soňa Kutílková  |
| <b>Instituce:</b>     | Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové<br>Oddělení ošetrovatelství                               |
| <b>Název práce:</b>   | Ochrana zdraví a bezpečnost při práci ve zdravotnictví  |
| <b>Vedoucí práce:</b> | Prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.  |
| <b>Počet stran:</b>   | 81  |
| <b>Počet příloh:</b>  | 4   |
| <b>Rok obhajoby:</b>  | 2008  |
| <b>Klíčová slova:</b> | kvalita života, radikální prostatektomie, pánevní lymfadenektomie, edukace, komunikace, ošetrovatelská péče |

Bakalářská práce pojednává o kvalitě života pacientů s diagnózou karcinom prostaty. Zaměřuje se na porovnání dvou alternativ léčby a jejich dopad na kvalitu života mužů s tímto typem nádorového onemocnění. Poukazuje na nenahraditelnost edukace a správné komunikace v procesu diagnostiky a terapie. Důraz je kladen na ošetrovatelskou péči sester.

Těžiště práce tvoří průzkumné šetření kvality života pacientů s rakovinou prostaty, jenž je porovnána s tvrzeními v dostupné odborné literatuře. Zkoumaný vzorek tvoří pacienti urologické kliniky a onkologie Fakultní nemocnice Hradec Králové. Celkem 74 pacientů bylo rozděleno na dvě skupiny. Po RPE 37 pacientů a po PLA s následným ozařováním 37 pacientů. Výzkum prokázal, že KŽ obou skupin pacientů se statisticky významně neliší.

The goal of bachelor's thesis to analyse life quality of patients suffering with the prostate cancer. It intents on confronting two therapeutic methods and their impact to life quality of the men suffering with this disease. It's referring to the importance of education and the correct way of communication while the diagnostic and therapeutic process. The main idea is emphasizing the nursing care. The main focus of the thesis lies on a exploratory survey of life quality in men suffering with prostate cancer which is being compared to the predictions available in specialized literature. The work group was created by the patients of the urology clinic and the oncology clinic of University hospital in Hradec Králové. 74 patients were divided in two groups. 37 inmates had

undergone radical prostatectomy, the others staging pelvic lymphadenectomy and subsequent irradiation. The research approved that there is no statistically significant difference of life quality in both compared respondent's groups.

## LITERATURA

- ARCHALOUSOVÁ, A. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. 1.vyd. Hradec Králové: NUCLEUS HK, 2003. 16,22s. ISBN 80-86225-33-X
- BABJUK, M., MATOUŠKOVÁ, M., NOVÁK, J. *Doporučené diagnostické a léčebné postupy u urologických nádorů*. 1. vyd. Praha: Galén, 2003. 17-23, 88s. ISBN 80-7262-233-1
- BERAN, J. *Základy komunikace s nemocným*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997. 11s. ISBN 80-7184-390-3
- DVOŘÁČEK, J. a kol.. *Urologie*. 2. díl, 1.vyd. Praha: ISV nakladatelství, 1998. 1042-1047s. ISBN80-85866-30-7
- DOENGES, M.E., MOORHOUSE M.F. *Kapení průvodce zdravotní sestry*. 2.vyd. Praha: Grada Publishing, s.r.o., 2001. 11-19s. ISBN 80-247-0242-8
- DUŠEK, P. *Zhoubné nádory prostaty*. [online]. ČOS ČLS JEP, 2006. [cit. 15.8.2007]. Dostupné na WWW: [http://www.linkos.cz/pacienti/prostata\\_clanek.php?t1=1](http://www.linkos.cz/pacienti/prostata_clanek.php?t1=1)
- ENDICOTT, J. *Kvalita prožívání radosti a spokojenosti ze života*. vyd. Praha: Amepra, s.r.o., 2003. ISBN 80-86694-02-X
- FIALA, R., ZÁŤURA, F., ŽENÍŠEK, J. *Adenokarcinom prostaty od PSA k terapii*. 1. vyd. Praha: StudiaGeo .s.r.o., 2001, 140-145s. ISSN 1211-00795
- FIALA, P., VALENTA, J., EBERLOVÁ L. *Anatomie pro bakalářské studium ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 69s. ISBN 80-246-0804-9
- FRANK, S. J. *An assessmant of quality of life following radical prostatectomy, high dose external beam radiation therapy and bradytherapy iodine implantation as monotherapies for localized prostate cancer*. [online]. J. Urol.2007. [cit. Jun 2007]. Dostupné na WWW: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- HNILICOVÁ, H. *Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví*. V Payne, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005, 205-214s., ISBN 80-7254-657-0
- KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatelstvo I*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 172s. ISBN 80-217-0528-0
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003, 243-248s. ISBN 80-7178-774-4
- MAREŠ, J. a kol. *Iatropatogenie a sororigenie aneb jak lze poškozovat člověka*. 2.vyd. Praha: Vysoká škola J.A.Komenského s.r.o., 2002. 12s. ISBN 80-86723-00-3

- MAREŠ, J. a kol. *Kvalita života u dětí a dospívajících I.*, 1.vyd. Brno: MSD, spol.s r.o., 2006.29-32s. ISBN 80-86633-65-9
- PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví.* 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 181s  
ISBN 80-7254-657-0
- SANDBLOM, G., et col. *Pain and health-related duality of life in a geographically defined population of men whith prostate cancor. British Journal of Cancer: Cancer Reseach Campaign.* 2001,497s.
- SLÁMA, O. *Kvalita života onkologicky nemocných.* V Payne, J. a kol. *Kvalita života a zdraví.* 1. vyd. Praha: Triton, 2005, 288s., ISBN 80-7254-657-0
- SVITÁKOV, P. *Potřeby pacientů/ klientů po radikální prostatektomii.* Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové v r. 2006. 27,29 s. Depon in: Archiv Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové
- ŠKRLOVI, P a M. *Kreativní ošetrovatelský management.* 1.vyd. Praha: Advent – Orion s.r.o., 2003. 392s. ISBN 80-7172-841-1
- VOMELA, J.a kol. *Chirurgie pro sestry. 1. část.* 1.vyd. Brno: IDV PZ, 1998.51,129s.  
ISBN 80-7013-262-0
- VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie.* 3. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2003. 21,79,170s.  
ISBN 80-7178-740-X

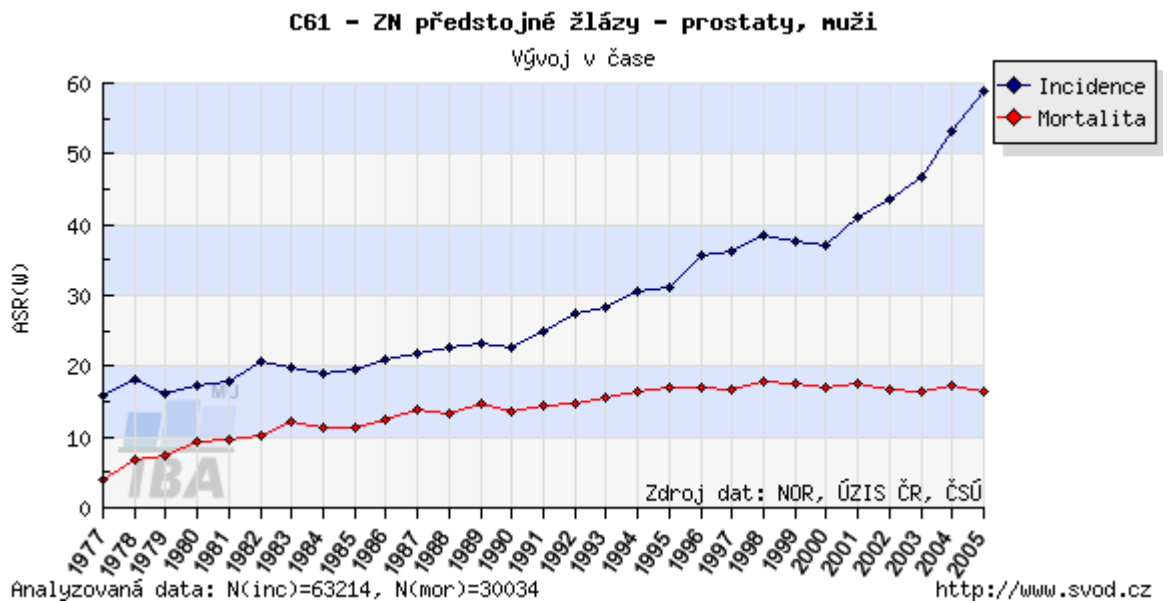
## **PŘÍLOHY**

### Seznam příloh:

1. Graf incidence a mortality u karcinomu prostaty
2. Ošetrovatelský plán předoperační přípravy
3. Plné znění dotazníku
4. Hladiny významnosti ke zkoumaným hypotézám a grafické znázornění

## Příloha č. 1

Graf incidence a mortality u karcinomu prostaty



Dostupné : <http://www.svod.cz/graph/?sessid=0f622fdde24ae9a592a0a9594363e390&typ>

## Příloha č. 2

Ošetřovatelský plán předoperační přípravy:

| Ošetřovatelská dg.   | Očekávané výsledky<br>Cíle a kritéria  | Intervence   |
|--|--|--|
| <p><b>Neznalost [potřeba poučení]</b><br/>Z důvodu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nedostatku vstupních informací</li> <li>- neznalosti zdrojů informací</li> <li>- mylného výkladu poznatků</li> <li>- zapomínání potřebných poznatků</li> <li>- nedostatečného zájmu poučit se</li> </ul> <p>Projevující se:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- žádostí o informace</li> <li>- neadekvátní spolupráci</li> </ul> | <p>Cíl:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pacient je informován a rozumí potřebným instrukcím</li> <li>- p.správně vykonává potřebné pokyny</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- zjistí úroveň znalostí pacienta (dále jen p.) a jeho postoj k edukaci</li> <li>- určí pacientovu schopnost přijmout nové poznatky</li> <li>- seznam v rámci své kompetence pacienta s léčebným plánem</li> <li>- informuj p. o změně přijímání potravy dle SOP</li> <li>- seznam p. s nutností sundání šperků, protéz, odlakováním nehtů</li> <li>- proved' edukaci dle SOP</li> <li>- poskytni prostor na p. otázky</li> <li>- proved' záznam do dokum.</li> </ul> |
| <p><b>Strach, úzkost</b><br/>Z důvodu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- prováděného výkonu</li> <li>- smrti</li> <li>- anestezie</li> <li>- bolesti</li> <li>- ze ztráty schopnosti sebepečce</li> <li>- ze změny tělesného vzhledu</li> </ul> <p>Projevující se:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- verbalizací</li> <li>- neverbálními projevy: nervozitou, zrychlenou srdeční činností, propocením</li> </ul>     | <p>Cíl:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pacient bude své pocity verbalizovat</li> <li>- p. bude mít hodnoty TK a tepu v normě</li> <li>- u p. nebudou známky stresu: třes, pocení, zvýšená srdeční činnost apod.)</li> </ul> <p>Kritéria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- hodnoty TK nepřesahují 150/90</li> <li>- hodnoty P nepřesahují 100/min.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- sleduj celkový stav p.: měř hodnoty TK a P dle ordinace lékaře</li> <li>- všímej si projevů pocení, třesu, změn barvy kůže</li> <li>- vysvětli, že mít přiměřený strach je adekvátní reakce na danou situaci</li> <li>- snaž se rozptýlit p. obavy</li> <li>- proved' zápis do dokumentace</li> </ul>   |
| <p><b>Bolest akutní</b><br/>Z důvodu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- základního onemocnění</li> <li>- přidruženého onemocnění</li> </ul> <p>Projevující se:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sníženou hybností</li> <li>- hledáním úlevové polohy</li> <li>- verbalizací</li> </ul>  | <p>Cíl:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pacient udává zmírnění bolesti</li> </ul> <p>Kritéria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- na škále bolesti p. udává menší bolest než při přijetí</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- zjistí charakter, trvání, sílu bolesti, škálu bolesti</li> <li>- zajisti p. úlevovou polohu</li> <li>- aplikuj fyzikální terapii: teplý nebo studený obklad</li> <li>- podej analgetika dle ordinací</li> <li>- povzbud'</li> <li>- proved' záznam do dokum.</li> </ul>   |

|   |  |   |
|---|--|---|
| <p><b>Poranění, zvýšené riziko</b><br/>Z důvodu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- omezené pohyblivosti</li> <li>- obluženosti po podání premedikace</li> </ul>  | <p>Cíl:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pacient se cítí bezpečně při provádění předoperační přípravy</li> <li>- p. se nezraní, nedojde k žádnému poškození</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- pouč p., že nesmí po podání premedikace již sám vstávat z lůžka, pouze pod dohledem sestry</li> <li>- zajisti pomoc provádění předoperační přípravy, při koupeli</li> <li>- zajisti bezpečnost při používání pomůcek: hole, berlí, invalidního vozíku</li> <li>- proved' záznam do dokumentace</li> </ul>                        |
| <p><b>Péče o sebe sama nedostatečná, zvýšené riziko</b><br/>Z důvodu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- vykonávání předoperační hygienické přípravy</li> <li>- přípravy kůže a střev</li> </ul>  | <p>Cíl:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- u pacienta je provedena předoperační příprava</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- informuj p. o změně ve vyprazdňování – podávání klyzmat před operací dle SOP</li> <li>- informuj p. o přípravě operačního pole dle SOP</li> <li>- postupuj dle SOP</li> <li>- proved' záznam do dokumentace</li> </ul>   |
| <p><b>Poškození v souvislosti s operačním výkonem, zvýšené riziko</b><br/>Z důvodu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- podání premedikace</li> <li>- farmakoterapie</li> <li>- neprovedení prevence TEN</li> <li>- nezajištění správné předoperační přípravy</li> <li>- alergické reakce na léky, dezinfekci</li> </ul> | <p>Cíl:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pacient nebude poškozen</li> <li>- pacient nebude mít alergickou reakci</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- informuj se o alergii p.</li> <li>- informuj celý tým o alergii</li> <li>- medikaci podávej dle ordinace lékaře v přesných časových intervalech, ve správné dávce a formě</li> <li>- zajisti provedení bandáží DK, event. elastických punčoch</li> <li>- postupuj dle SOP č.</li> <li>- proved' záznam do dokumentace</li> </ul> |
| <p><b>Léčebný režim: individuální, neúčinná interakce</b><br/>Z důvodu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nedostatku znalostí</li> <li>- nedůvěry v léčebný režim, zdravotní personál</li> </ul> <p>Projevující se:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nespolupráci</li> <li>- verbalizací</li> </ul>        | <p>Cíl:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pacient dodržuje terapeutický režim</li> <li>- p. spolupracuje se zdrav. personálem</li> </ul>                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- edukuj v rámci svých kompetencí</li> <li>- ověř si zda p. rozumí pokynům a akceptuje potřebnou změnu v jednání</li> <li>- povzbud', pochval</li> <li>- proved' záznam do dokumentace</li> </ul>  |



Použité zkratky:

TK.....krevní tlak

P.....puls

p. ....pacient

SOP.....standardní ošetřovatelský plán

### **Příloha č.3**

Plné znění dotazníku a průvodní list:

Vážený pane,

Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Hradci Králové provádí průzkum kvality života u nemocných s nádorovým onemocněním prostaty, jehož součástí je i dotazník, který Vám předkládám.

Získaná data jsou zcela anonymní a budou sloužit ke zhodnocení kvality života po prodělané operaci nebo ozáření prostaty. Výsledné hodnocení bude přínosem pro zlepšení ošetrovatelské péče v budoucnu.

Za Váš čas a ochotu k vyplnění dotazníku Vám předem děkuji.

Soňa Kutílková  
studentka 4. ročníku bakalářského studia  
obor ošetrovatelství LF UK HK

## Anonymní dotazník kvality života pacientů s onemocněním prostaty

(modifikovaně podle Edincottova dotazníku Q-LES-Q, 2023)

Označte, prosím, u každého tvrzení vždy tu číslici, která nejvíce odpovídá míře Vašeho souhlasu s nabídnutým tvrzením

Označte, prosím, jen jednu možnost.

**Věk** .....

**Doba od operace** .....

**Typ operace:** RPE (radikální prostatektomie)  
PLA (pánevní lymfadenektomie)

**Nejvyšší dosažené vzdělání:** základní  
vyučení  
středoškolské s maturitou  
vysokoškolské

**Rodinný stav:** ženatý  
svobodný  
vdovec  
rozvedený

**Domácnost:** žije sám  
s partnerkou  
jiná možnost

**Možnosti:**



| <b>1. Fyzické zdraví a aktivity</b>   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| a) Vzhledem k mému fyzickému zdraví jsem se cítil po čas minulého týdne zcela bez potíží a bolesti. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b) Vzhledem k mému fyzickému zdraví jsem se cítil po čas minulého týdne plný elánu a životní síly.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c) Vzhledem k mému fyzickému zdraví jsem se cítil po čas minulého týdne unavený.                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <b>2. Pocity</b>  |   |   |   |   |   |
| a) Během minulého týdne jsem se cítil v klidu a v pohodě.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b) Během minulého týdne jsem měl dobrý pocit ze života.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <b>3. Práce</b>   |   |   |   |   |   |
| <u>Pokud jste zaměstnán:</u>  |   |   |   |   |   |
| a) Během minulého týdne jsem stačil obvyklému pracovnímu tempu.                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b) Během minulého týdne se mi dobře pracovalo.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <u>Pokud nejste zaměstnán:</u>  |   |   |   |   |   |
| a) Během minulého týdne jsem zvládal práci v domácnosti bez problémů.                               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b) Během minulého týdne jsem měl dobrý pocit z práce v domácnosti.                                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| <b>4. Volný čas, koníčky, záliby</b>  |   |   |   |   |   |
| a) Pokud jsem měl minulý týden čas, věnoval jsem se svým zálibám, koníčkům.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b) Dokázal jsem se na ně plně soustředit a věnovat se jim.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <b>5. Sociální vztahy</b>   |   |   |   |   |   |
| a) Onemocnění mě omezuje ve společenském životě.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b) Mám přátele a rodinu, kteří mě podporují v nemoci.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <b>6. Obecní aktivity, činnosti</b>   |   |   |   |   |   |
| Když vezmete v úvahu všechny okolnosti:   |   |   |   |   |   |
| a) Jsem se cítil v minulém týdnu celkově dobře.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b) Jsem spokojený se svou schopností uplatnit se v každodenním životě.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <b>7. Sexualita</b>   |   |   |   |   |   |
| Pokud chcete odpovězete:  |   |   |   |   |   |
| a) Cítím, že mě onemocnění omezuje v sexuálních aktivitách.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b) Jsem spokojen se svým sexuálním životem.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <b>8. Bolest</b>  |   |   |   |   |   |
| Pokud jste měl bolesti za posledních 24 hodin, prosím, zakroužkujte příslušnou číslici  |   |   |   |   |   |
| <p style="text-align: center;">,-----,-----,-----,-----,-----,-----,-----,-----,-----,-----,</p> <p style="text-align: center;">1    2    3    4    5    6    7    8    9    10</p> <p>úplně bez bolesti <span style="float: right;">nesnesitelná bolest</span></p> |   |   |   |   |   |

**Vy sám by jste hodnotil kvalitu Vašeho života**  
(jako při známkování ve škole, zakroužkujte, prosím)

**1 2 3 4 5**

## Příloha č. 4

### Hypotéza č. 1

#### Celková KŽ:

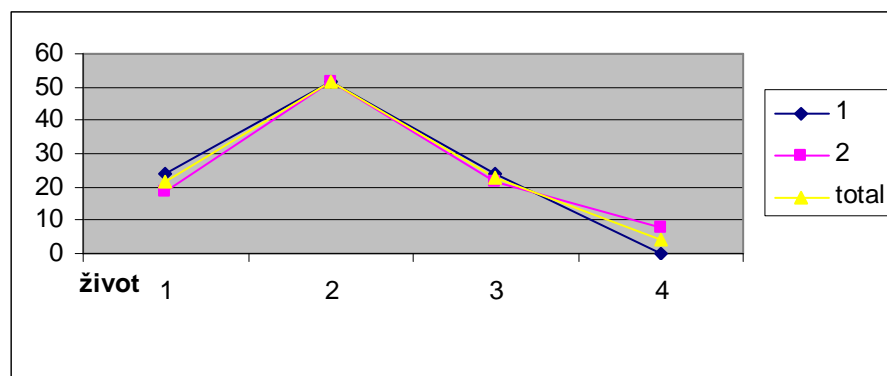
Chí-kvadrát test.....3,3088

Stupeň volnosti.....3

Hladina významnosti.....0,3464

Korigovaná hladina významnosti.....0,4367

Graf č. 6: Grafické znázornění vlastního ohodnocení KŽ v procentech:



Legenda: 1-RPE, 2-PLA, Total-Celkem

### 1. Fyzické zdraví a aktivity

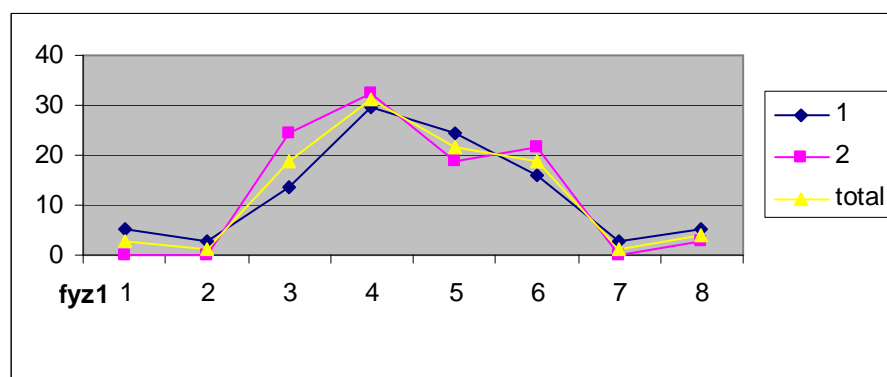
Chí-kvadrát test.....6,0553

Stupeň volnosti.....7

Hladina významnosti.....0,5332

Korigovaná hladina významnosti.....0,6325

Graf č. 7: Grafické znázornění oblasti číslo 1 společně pro oba typy operace v procentech:



## 2. Pocity

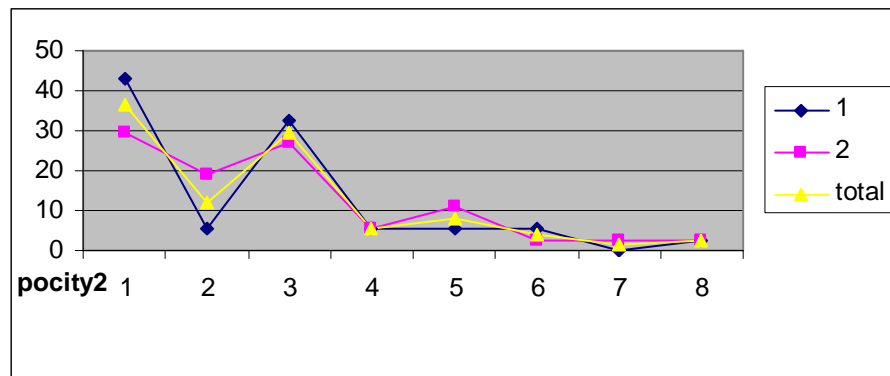
Chí-kvadrát test.....5,8855

Stupeň volnosti.....7

Hladina významnosti.....0,5331

Korigovaná hladina významnosti.....0,5426

Graf č. 8: Grafické znázornění oblasti číslo 2 společně pro oba typy operace v procentech:



Legenda: 1-RPE, 2-PLA, Total-Celkem

## 3. Práce

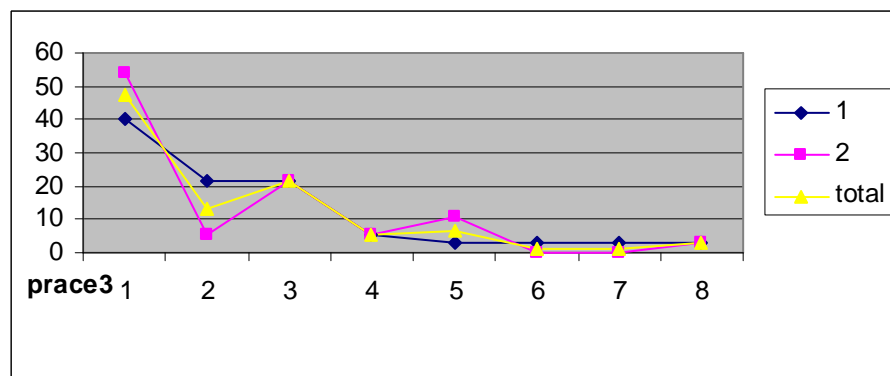
Chí-kvadrát test.....8,1142

Stupeň volnosti.....7

Hladina významnosti.....0,3226

Korigovaná hladina významnosti.....0,2734

Graf č. 9: Grafické znázornění oblasti číslo 3 společně pro oba typy operace v procentech:



Legenda: 1-RPE, 2-PLA, Total-Celkem

#### 4. Volný čas, koníčky, záliby

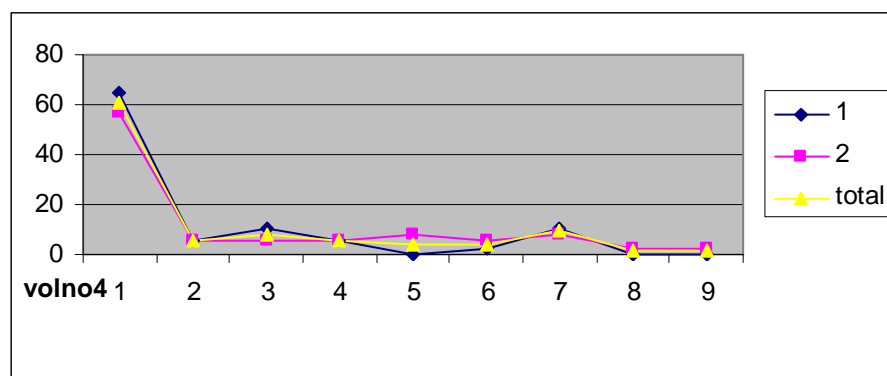
Chí-kvadrát test.....6,3428

Stupeň volnosti.....8

Hladina významnosti.....0,6088

Korigovaná hladina významnosti.....0,6864

Graf č. 10: Grafické znázornění oblasti číslo 4 společně pro oba typy operace v procentech:



Legenda: 1-RPE, 2-PLA, Total-Celkem

#### 5. Sociální vztahy

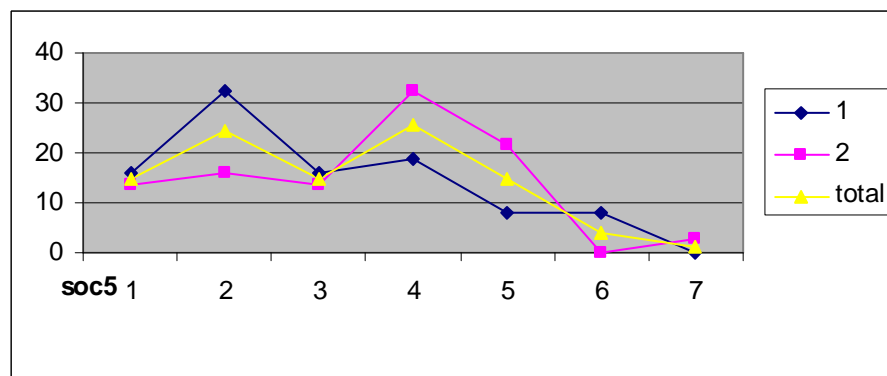
Chí-kvadrát test.....9,7703

Stupeň volnosti.....6

Hladina významnosti.....0,1346

Korigovaná hladina významnosti.....0,1259

Graf č. 11: Grafické znázornění oblasti číslo 5 společně pro oba typy operace v procentech:



Legenda: 1-RPE, 2-PLA, Total-Celkem

## 6. Obecné aktivity, činnosti

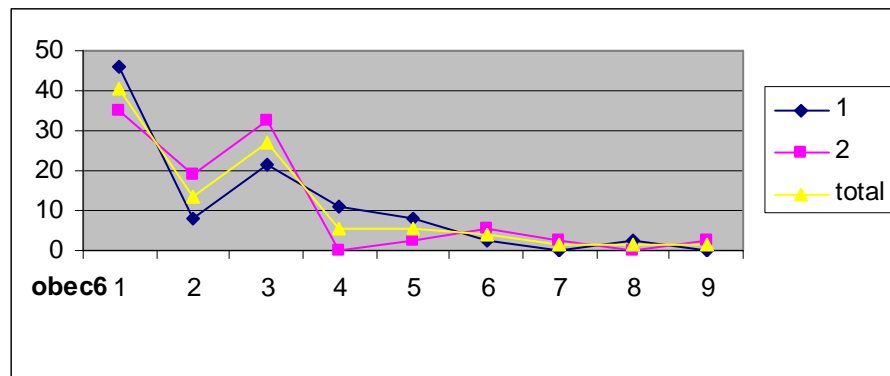
Chí-kvadrát test.....11,2666

Stupeň volnosti.....8

Hladina významnosti.....0,1870

Korigovaná hladina významnosti.....0,1440

Graf č. 12: Grafické znázornění oblasti číslo 6 společně pro oba typy operace v procentech:



Legenda: 1-RPE, 2-PLA, Total-Celkem

## 7. Sexualita

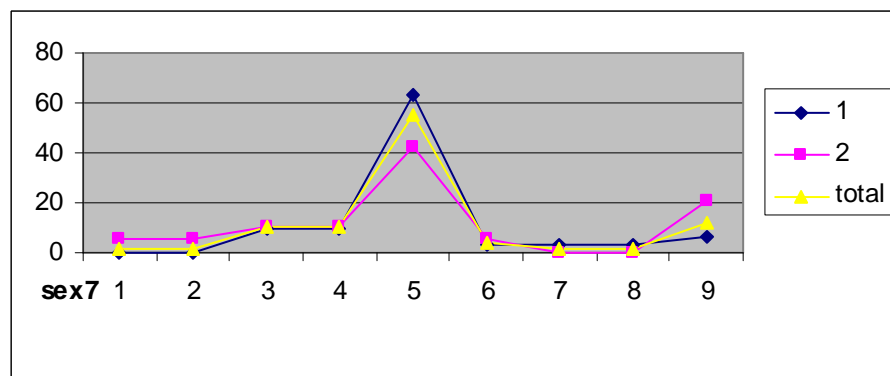
Chí-kvadrát test.....7,4544

Stupeň volnosti.....8

Hladina významnosti.....0,4884

Korigovaná hladina významnosti.....0,4671

Graf č. 13: Grafické znázornění oblasti číslo 7 společně pro oba typy operace v procentech:



Legenda: 1-RPE, 2-PLA, Total-Celkem



## Hypotéza č. 2

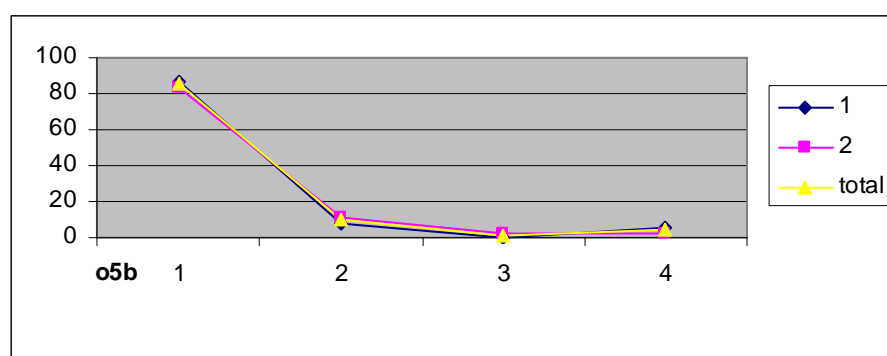
### Otázka 5b:

Chí-kvadrát test.....1,4920

Stupeň volnosti.....3

Hladina významnosti.....0,6841

Graf č. 14: Grafické znázornění otázky 5b v procentech: Mám přátele a rodinu, kteří mě podporují v nemoci.



Legenda: 1-RPE, 2-PLA, Total-Celkem

### Společné vyhodnocení celkové KŽ a proměnné 5b:

Chí-kvadrát test.....5,3707

Stupeň volnosti.....9

Hladina významnosti.....0,8008

Tab. č. 50: Procentuální znázornění závislosti celkové KŽ a proměnné 5b:

| celková KŽ/5b | 1     | 2     | 3     | 4     | Celkem% |
|---------------|-------|-------|-------|-------|---------|
| 1             | 23,8  | 14,3  | 0,0   | 0,0   | 21,6    |
| 2             | 50,8  | 57,1  | 100,0 | 33,3  | 51,4    |
| 3             | 20,6  | 28,6  | 0,0   | 66,7  | 23,0    |
| 4             | 4,8   | 0,0   | 0,0   | 0,0   | 4,1     |
| Celkem %      | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0   |

### Hypotéza č.3

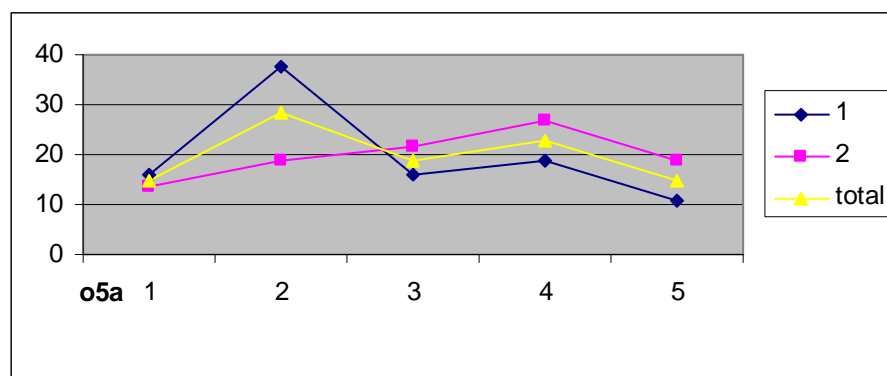
#### **Otázka 5a:**

Chí-kvadrát test.....4,0575

Stupeň volnosti.....4

Hladina významnosti.....0,3982

Graf č. 16: Grafické znázornění otázky 5a v procentech: Onemocnění mě omezuje ve společenském životě.



**Legenda:** 1-RPE, 2-PLA, Total-Celkem

### Hypotéza č. 4

Chí-kvadrát test.....7,4544

Stupeň volnosti.....4

Hladina významnosti.....0,4884

Korigovaná hladina významnosti.....0,4671

Grafické znázornění spokojenosti se svým sexuálním životem v procentech v souhrnu za obě části otázky viz graf č. 13.