

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ

ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

KVALITA ŽIVOTA DOSPĚLÝCH OSOB
S BENIGNÍ HYPERPLAZIÍ PROSTATY

Bakalářská práce

Autor práce: **Petra Kroutilová**

Vedoucí práce: **MUDr. Jaroslav Pacovský, Ph. D.**

2012

CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
MEDICAL FACULTY OF HRADEC KRÁLOVÉ

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE

DEPARTMENT OF NURSING

THE QUALITY OF LIFE IN ADULTS
WITH BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA

Bachelor's thesis

Author: **Petra Kroutilová**

Supervisor: **MUDr. Jaroslav Pacovský, Ph. D.**

2012

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 Trojovicích

.....

(podpis)

Poděkování

Velice děkuji vedoucímu bakalářské práce MUDr. Jaroslavu Pacovskému, Ph. D. za poskytnutí cenných rad, čas věnovaný ke konzultacím a všestrannou podporu při odborném vedení mé práce. Dále děkuji svým spolupracovnícům z urologické ambulance za spolupráci při distribuci a následný sběr dotazníků.

V neposlední řadě také vyjadřuji poděkování mé rodině za podporu, povzbuzení a pomoc po celou dobu studia.

OBSAH:

ÚVOD	7
1. CÍL PRÁCE	9
2. TEORETICKÁ ČÁST	10
2.1 Pojem kvality života	10
2.1.1 Kvalita života a její historie	10
2.1.2 Definice pojmu	10
2.1.3 Význam kvality života	11
2.1.4 Faktory ovlivňující kvalitu života	12
2.1.5 Metody měření a hodnocení kvality života	13
2.2 Benigni hyperplazie prostaty, diagnostika, léčba	16
2.2.1 Anatomie, fyziologie	16
2.2.2 Prevalence a incidence	16
2.2.3 Klasifikace	17
2.2.4 Rizikové faktory	18
2.2.5 Patologické změny	18
2.2.6 Klinický obraz	19
2.2.7 Diagnostika	20
2.2.8 Možnosti léčby – farmakologická, chirurgická	22
2.3 Ošetrovatelská péče o pacienty před a po operaci prostaty – TURP	28
2.3.1 Předoperační péče	28
2.3.2 Pooperační péče	29
3. EMPIRICKÁ ČÁST	32
3.1 Cíle výzkumu	32
3.2 Metodika vlastního šetření	33
3.3 Charakteristika souboru respondentů	33
3.4 Výsledky vyšetření	35
3.4.1 Vyhodnocení anamnestických údajů	35
3.4.2 Vyhodnocení vlastního dotazníku	42

4. DISKUZE	64
5. ZÁVĚR	76
ANOTACE	79
LITERATURA A PRAMENY	81
SEZNAM ZKRATEK	83
SEZNAM TABULEK	85
SEZNAM GRAFŮ	87
SEZNAM PŘÍLOH	88
PŘÍLOHY	89

ÚVOD

V dnešní moderní době se stále více lidí zajímá a pečuje o své zdraví vlivem osvěty a řady preventivních programů. Každý člověk je zodpovědný za své zdraví a je mu dána možnost podílet se a rozhodovat o léčbě nemoci spolu s lékařem. Je aktivním účastníkem spolu se zdravotníky snahy o udržení či navrácení vlastního zdraví a soběstačnosti. Ve všech oborech medicíny neustále dochází k rozvoji nových možností léčby co nejméně invazivních a zatěžujících pacienta. Také vyšší vzdělání populace a dostupnější lékařská péče, zaměřená hlavně na preventivní péči o zdraví, má za následek, že se lidé dožívají vyššího věku. Se zvyšující se věkovou hranicí přibývá hlavně seniorů, ale i lidí v produktivním věku. Tito lidé se hlavně zajímají o své zdraví a kvalitní prožití života. Souvisí to také s pracovním vytížením a prodloužováním věkové hranice k odchodu do starobního důchodu. Každý by se určitě rád dožil seniorského věku v relativně dobrém zdraví a prožil toto období života kvalitně, spokojeně, ale i aktivně. S rostoucí věkovou hranicí dožití se ale zvyšuje výskyt různých chorob a zdravotních potíží a tím ovlivnění kvality života.

Pracuji na urologické ambulanci, kam docházejí muži i ženy s nejrůznějšími urologickými problémy. Převládá však návštěvnost mužské populace a to převážně s problémy s prostatou, nejčastěji s benigní hyperplazií prostaty (BHP). Není to život ohrožující onemocnění, nemělo by se však podceňovat, jelikož patří mezi progredující onemocnění. V důsledku neléčení a progresu BHP může dojít k závažným komplikacím až k selhání ledvin, což může mít i fatální následky. Dalším rizikem je možnost koexistujícího karcinomu prostaty, jehož incidence trvale narůstá.

Vlivem zvyšování životní úrovně a věku přibývá v dnešní době mužů, kteří se zajímají o své zdraví pro kvalitní prožití života. Týká se to hlavně pracovní činnosti, rodinného a společenského života a vlastních zájmů, které tato nemoc negativně ovlivňuje. Nemocného omezuje fyzicky a hlavně psychicky. Proto se muži snaží hledat a získávat různé dostupné informace hlavně o civilizačních a dědičných chorobách a chodit na preventivní prohlídky až už k praktickému či odbornému lékaři. V dnešní době probíhá spousta bezplatných preventivních programů v rámci primární péče. Pozitivní je, že na preventivní vyšetření chodí převážná část mužů mladšího věku. Tím se zvyšuje možnost včasného záchytu zejména maligního onemocnění a jeho vhodná léčba. V rámci prevence BHP a karcinomu prostaty se provádí u mužů od padesáti let jednou ročně odběr krve na PSA (prostatický specifický antigen) a vyšetření konečníkem. Také se využívají dotazníková šetření na zdravotní stav a kvalitu života při různých onemocněních. Na BHP je používán mezinárodní dotazník

I-PSS skóre (International Prostate Symptom Score). Díky těmto dostupným vyšetřením by měl proběhnout včasný záchyt tohoto onemocnění, navržen a zahájen další postup vyšetření a následné vhodné léčby. V současnosti jsou ve farmakologické léčbě preparáty dobře účinkující, které účinně zamezí další progresi onemocnění.

Muži vyššího věku, pokud jim onemocnění nezpůsobí vážné komplikace, sami lékařskou pomoc nevyhledávají. Někteří to totiž považují za normální součást stáří a nebo mají stud se s tím svěřit.

Dnešní moderní medicína se snaží pohlížet na člověka jako na jednotlivce a přihlíží i na jeho bio-psycho-sociální potřeby, které vedou ke zlepšení nebo alespoň udržení kvality života.

1. CÍL PRÁCE

Cílem mé práce je zjistit kvalitu života u pacientů po transuretrální resekci prostaty (TURP) pro benigní hyperplazii prostaty (BHP).

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou.

V teoretické části je charakteristika pojmu kvality života, definice pojmu, její význam, metody měření a hodnocení v ošetrovatelském procesu. Následuje popis anatomie a fyziologie prostaty, klasifikace benigní hyperplazie prostaty, rizikové faktory vzniku, patologické změny a klinický obraz. Dále je přehled diagnostických vyšetření u BHP s následnými možnostmi léčby. Na závěr této části jsem zařadila ošetrovatelskou péči o pacienta před a po operaci prostaty, transuretrální resekci prostaty, po které zjišťuji a hodnotím kvalitu života.

V empirické části jsou zaznamenány hypotézy a výsledky vlastního šetření pomocí dotazníkové metody o kvalitě života pacientů po TURP. Jaké problémy je obtěžují po operaci, co nejvíce očekávali, že selepší či zhorší po operaci a zda se jejich očekávání splnilo či nesplnilo.

Cílem této práce bylo zodpovědět na tyto otázky:

1. Jaká léčba předcházela operaci prostaty?
2. Jak ovlivnila operace prostaty kvalitu života v bio-psycho-sociálních potřebách?
3. Co pacienti očekávali, že selepší po operaci prostaty?
4. Čeho se pacienti obávali, že se zhorší po operaci prostaty?
5. Co se u pacientů opravdu zlepšilo a po jaké době po operaci prostaty?
6. Co se u pacientů opravdu zhoršilo a po jaké době po operaci prostaty?

2. TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Pojem kvality života

2.1.1 Kvalita života a její historie

Termín „kvalita života“ byl v historii poprvé zmíněn ve 20. letech minulého v souvislosti s úvahami o ekonomickém vývoji a úloze státu v oblasti materiální podpory nižších společenských vrstev. Výzkum kvality života byl iniciován sociálními vědami koncem šedesátých a začátkem sedmdesátých let 20. století. Předmětem výzkumu byly především ekonomické a sociální indikátory kvality života. První celonárodní šetření kvality života obyvatelstva proběhlo v 70. letech v USA. Cílem šetření bylo vyvinout subjektivní indikátory, které by ukazovaly, jak lidé hodnotí svůj život, a které by doplňovaly objektivní charakteristiky životních podmínek obyvatelstva. (J. Payne a kol., 2005, s. 205, 206)

V různém historickém a sociokulturním kontextu a různou měrou byly sociální, kulturní, ekonomické, medicínské, interpersonální, psychologické a filozofické aspekty lidského života začleněny do velkého množství definic.

Za posledních 30 let je zkoumána problematika kvality života ve více vědních oborech, hlavně v medicíně, ošetrovatelství, psychologii, filosofii, sociologii, pedagogice, ekonomii a dalších. Koncept kvality života získal v jednotlivých vědních disciplínách své nezastupitelné místo. (Gurková, 2011, s. 23) Od 70. let je užíván termín kvality života i v medicíně a v průběhu 80. let se stále častěji začíná používat v klinických studiích.

Studium kvality života v současné době znamená hledání a identifikaci faktorů, které přispívají k dobrému a smysluplnému životu a k pocitu lidského štěstí. Ve zdravotnictví je kvalita života problematikou stále poměrně novou, ale zejména v posledních letech velmi zdůrazňovanou.

2.1.2 Definice pojmu

V průběhu vývoje ošetrovatelství byla vytvořena celá řada definic kvality života. Pojmem „život“ vyjadřujeme také způsob, jak žijeme. Termín kvalita života se v odborném jazyce používá na popis pozitivních i negativních aspektů života. V odborné literatuře se také

chápe kvalita života jako to, čím se vyznačuje život daného jednotlivce v porovnání se životem jiných. Také je označována jako multidimenzionální, multifaktoriálně podmíněná, multidisciplinární a s vysokou mírou komplexnosti. (Gurková, 2011, s. 22, s. 23) Padilla uvádí, že v ošetrovatelském výzkumu je kvalita života nejčastěji definována jako psychologická, tělesná, sociální a finanční (materiální) spokojenost.

Nejčastěji citovanou definicí kvality života v medicíně a ošetrovatelství je definice vytvořená pracovní skupinou WHOQOL (World Health Organisation Quality of Life). Kvalita života v ní vyjadřuje to „... jak lidé vnímají svoje místo v životě , v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žijí, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, standardům a zájmům“ (The WHOQOL-Group, 1995, s. 1405).

Celkově lze shrnout definice kvality života v ošetrovatelství do následujících společných znaků: (Gurková, 2011, s. 51)

- Kládou důraz na kognitivní aspekt, proces hodnocení individuálních životních podmínek nebo jejich subjektivní vnímání.
- Definují kvalitu života ve významu celkové životní spokojenosti, pohody a nikoliv zdraví.
- Explicitně nekládou důraz na determinaci zdravím.
- Kládou důraz na subjektivnost, dominanci subjektivních indikátorů – percepce nebo hodnocení je založené na interních standardech (hodnotách, očekáváním, aspiracích apod.).
- Zdůrazňuje multidimenzionálnost kvality života.

2.1.3 Význam kvality života

Pojem kvalita života je předmětem hodnocení života. Zdraví, lidské potřeby, sebezpečí, denní aktivity, pohoda a existenční rozměr lidského života jsou dalšími pojmy, které úzce souvisí s kvalitou života.

V ošetrovatelství je kvalita života vymezena v několika významech jako:

1. schopnost vést normální život
2. štěstí a spokojenost
3. dosahování osobních cílů
4. schopnost vést sociálně „aktivní“ život
5. jako úroveň potenciální tělesné a mentální kapacity (Gurková, 2011, s. 25).

Kvalita života vyjadřuje víceúrovňový pohled člověka na možnosti jeho fyzického, psychospirituálního a sociálního uplatnění v životě. Je nejvíce spojována s kognitivním komponentem – spokojenosti / nespokojenosti se životem.

Hnilicová (2005) uvádí v souvislosti s vývojem kvality života tři přístupy k individuální kvalitě života:

1. **psychologický**, kde dominují pojmy jako pohoda, štěstí, spokojenost, sebeaktualizace, smysl života a další
2. **sociologický**, kde jsou zdůrazněny atributy sociální úspěšnosti a subjektivní pocit jednotlivce ve vztahu k nim a pojem životní úrovně ve vztahu ke kvalitě života
3. **medicínský (zdravotnický)**, kde dominuje zdravý a funkční stav.

Správné zjištění kvality života je základním předpokladem k úspěšnosti ošetrovatelských intervencí zaměřených na její zlepšení kvality. Lékaře dnes zajímá, jakou kvalitu života mají pacienti trpící různými nemocemi a jaký je dopad konkrétní zvolené terapie na kvalitu jejich života. Klade se důraz na subjektivní prožívání pacienta, ke zlepšení kvality života a k běžnému dennímu „fungování“ pacienta.

Každý pacient vnímá svou kvalitu života odlišně od ostatních lidí a v závislosti na situaci. Ve zdravotnictví má svůj praktický dopad v určitém přístupu k péči o nemocné i v podpoře a rozvíjení zdraví. (J. Payne a kol., 2005, s. 214)

2.1.4 Faktory ovlivňující kvalitu života

Kvalita života je primárně ovlivněna řadou faktorů. Mezi významné patří zdraví a kvalitní zdravotní péče. Podle názorů a znalostí o příčinách a podmínkách zdraví a nemoci člověka byly sestaveny komplexně působící determinanty na zdraví a kvalitu života, které jsou:

- genetická výbava
- zdravotnictví
- faktory prostředí
- způsob života

Také to souvisí se společenskými, politickými a kulturními aspekty života. Dalšími aspekty jsou: úroveň vzdělání, životní úroveň, životní styl, životní a společenské prostředí.

Farmakoekonomický faktor hodnotí finanční nákladnost, efektivitu a bezpečnost léčby. Dalším faktorem je dopad onemocnění a terapeutických intervencí na zdravotní stav pacienta. Zdravotní stav pacienta je tvořený oblastmi – tělesná oblast, individuální fyzické fungování, duševní zdraví a sociální pohoda. Podle modelu Ferrellové (1992) onemocnění nejdříve ovlivňuje osobní fungování, které se následně projeví v psychologickém distresu nebo pohodě a celkovém pocitu zdraví. Celkový pocit zdraví následně ovlivňuje sociální fungování. (Gurková, 2011, s. 81)

V ošetrovatelské literatuře je kvalita života nejčastěji rozdělená do pěti domén:

1. tělesná pohoda
2. psychická pohoda
3. sociální vztahy
4. somatické aspekty související s onemocněním a léčbou
5. spiritualita. (Gurková, 2011, s. 73)

Pro objasnění vztahu mezi doménami a determinantami kvality života je nejznámější ošetrovatelský model autorů Padilla et al. Ti v modelu specifikují vztahy mezi čtyřmi kategoriemi proměnných, který model zahrnuje:

1. doménami kvality života
2. ošetrovatelskými intervencemi
3. kognitivně-emočními změnami
4. osobnostními charakteristikami, onemocněním a jeho léčbou.

Na kvalitu života má vliv spojení i řady různých faktorů, které mezi sebou reagují a ovlivňují lidský rozvoj na úrovni jednotlivce i na úrovni celé společnosti. Mezi tyto faktory řadíme: zdravotní, sociální, ekonomické a environmentální.

2.1.5 Metody měření a hodnocení kvality života

Kvalitu života můžeme hodnotit jako subjektivní, individuální a komplexní, týkající se všech oblastí života. Abychom mohli kvalitu života pacientů zlepšit, musíme ji nejdříve přesně definovat a následně měřit. Hodnotíme to, co je pro každého důležité pro kvalitní život ve specifické životní situaci ve vztahu ke zdravotnímu stavu. (Gurková, 2011, s. 25) Také hodnotíme kvalitu života podle ukazatelů zdravotního stavu a zachování funkcí.

Pro hodnocení kvality života se nejčastěji používá kvantitativní nástroj měření – dotazník a kvalitativní nástroj měření – strukturovaný rozhovor.

Dotazníky kvality života lze rozdělit na:

1. **obecné** – zjišťují všeobecně celkový stav a nejsou zaměřeny na žádnou konkrétní nemoc, možnost použití u zdravých i nemocných osob
2. **specifické** – jsou zaměřené na konkrétní typ onemocnění a zjišťují dopad nemoci na kvalitu života.

Při výběru nástrojů měření kvality života bychom měli preferovat ty, které u pacienta posuzují také individuální důležitost jednotlivých domén. Browne et al. uvádějí, že nástroj měření kvality života by měl obsahovat tři základní prvky:

- **oblasti**, na které můžeme život rozdělit (např. rodinný život, zdraví, vztahy s jinými apod.),
- **kritéria**, podle kterých se posuzují a na základě kterých se rozlišuje vyšší a nižší úroveň kvality života,
- **důležitost**, která se přisuzuje jednotlivým oblastem a na základě které se rozlišuje jejich větší a menší důležitost ve vztahu ke kvalitě života. (Gurková, 2011, s. 112)

Na měření a hodnocení kvality života související se zdravím jsou používány v medicínských oborech konceptuální modely HRQoL (Health-Related Quality of Life). Specifickým prvkem HRQoL je zdraví jako zásadní proměnná.

Pro měření jsou používány **generické** nástroje měření funkčního zdravotního stavu, které zdůrazňují fyzické, psychické, sociální a existencionální aspekty zdraví. A dále jsou používány nástroje **specifické** za účelem měření ve specifických populacích pacientů.

Tyto specifické nástroje byly vytvořeny a aplikovány pro účely ošetrovatelských klinických studií. Obsahují specifické oblasti vycházející z požadavků konkrétního onemocnění, které mají přesněji zachytit efektivnost ošetrovatelské intervence. (Gurková, 2011, s. 3)

Také je rozlišeno měření a hodnocení mezi **objektivní** a **subjektivní** kvalitou života. Mezi **objektivní aspekty** patří materiální a sociální požadavky života a fyzické zdraví jednotlivce. **Subjektivní aspekty** se týkají subjektivní pohody, vyjádření svých emocí, spokojenosti či nespokojenosti se životem ve vztahu k jeho osobním cílům, zájmům, očekáváním, hodnotám a životnímu stylu vůbec.

Výzkumy dokazují, že kvalita života posuzovaná samotným pacientem je podstatně rozdílná od té, jakou od něj předpokládají blízcí nebo zdravotničtí pracovníci. Ti při hodnocení kladou větší důraz na fyzické aspekty.

Pro subjektivní vnímání zdraví a denních aktivit byl Světovou zdravotnickou organizací (WHO) vytvořen nástroj měření WHOQOL. Pro měření individuální kvality života je práce autorského kolektivu O'Boyle, McGee, Joyce (1994), který vypracoval nejznámější

metodiku SEIQoL (Schedule for Evaluation of Individual Quality of Life – Program hodnocení individuální kvality života).

V souvislosti s měřením kvality života je možno najít více než 100 publikací v databázi MEDLINE a databáze známá jako PROQOLID (Patient – Reported Outcomes and Duality of Life Instrument Databáze).

2.2 Benigní hyperplazie prostaty, diagnostika, léčba

2.2.1 Anatomie a fyziologie

Prostata, neboli předstojná žláza, je součástí mužských pohlavních orgánů a nachází se v malé pánvi pod močovým měchýřem. Zde obepíná kruhovitě začátek močové trubice. Protože je prostata pohlavní žlázou, vyvíjí se do své velikosti a funkční zdatnosti teprve během pohlavního dospívání. V nezvětšeném stavu se tvarem a velikostí přirovnává ke kaštanu. Největší průměr prostaty je 3-5 cm a váha se pohybuje mezi 15 a 20 gramy. Má elastickou konzistenci a je červenošedá.

Významnou úlohou zdravé prostaty je vylučování alkalického sekretu hlenovité konzistence, který se smísí při odchodu spermatu se semennou tekutinou a tím vyvolá pohyblivost spermií. (Hanuš, 2011, s. 14)

Prostata je tvořena několika částmi:

- **periferní zónou** tvořící 70 % žlázy mladých mužů
- **centrální zónou** zahrnující 25 % objemu žlázy
- **přechodnou zónou** představující 5 %, která zahrnuje periuretrální tkáň, s věkem a při BHP se objem této části zvětšuje
- **fibromuskulární stroma** představující poslední část a zbytek žlázy v přední části prostaty. (Verner, 2005, s. 14)

2.2.2 Prevalence a incidence

Benigní hyperplazie prostaty (BHP) je nezhoubné zvětšení části prostaty, které souvisí se zvyšujícím se věkem mužské populace.

Prevalence BHP je zjišťována a hodnocena při autopsiích dle histologické prokazatelnosti. I přesto, že je histologicky prokazatelná, nemusí způsobovat u mnoha mužů žádné klinické potíže a proto nemají potřebu navštívit lékaře či nikdy nevyužijí žádnou z léčebných možností hyperplazie prostaty.

To, co muže vede k vyšetření, jsou až obtěžující symptomy BHP, nejčastěji mikční symptomy dolních cest močových, tzv. LUTS (low urinary tract symptoms). Tyto symptomy negativně ovlivňují běžné denní aktivity a snižují kvalitu života. V dnešní době jsou muži o BHP již dostatečně informováni a vyhledávají pomoc u praktických lékařů, urologů nebo

v lékárnách. Ale jsou také muži, kteří přijímají postupné objevování se mikčních potíží jako přirozený průběh stárnutí a tak si na život s LUTS postupně zvykají.

Dle studií, které se zabývaly touto problematikou, se zjistilo, že prevalence a incidence LUTS spojené s BHP se zvyšuje spolu s věkem a svého vrcholu dosáhla v devátém decenniu života pacienta. V tomto věku byla zjištěna BHP u 88 % histologických vzorků pacientů (Urol List 2009, s. 71). Dále byla zjištěna prevalence BHP v populaci zhruba 10 % u třicetiletých pacientů, 20 % u čtyřicetiletých pacientů, 50-60 % u šedesátiletých, 80 - 90 % u pacientů mezi 70 a 80 lety. (Urologie pro praxi 3/2007, s. 120)

BHP je tedy chronickým onemocněním s tendencí k progresi, které postihuje muže bez ohledu na rasu, podnebí, ekonomickou vyspělost, sexuální orientaci i způsob života.

2.2.3 Klasifikace

Podle závažnosti se vyskytuje jako forma:

1. **mikroskopická** – klinicky nemá, histologicky je charakterizována hyperplazií stromálních a epitelových buněk v periuretrální zóně prostaty, začíná ve čtvrté dekádě života a s věkem progreduje
2. **makroskopická** – manifestuje se obtížemi, neboť buněčná proliferace stromálních a epitelových buněk v periuretrální zóně prostaty vede ke zvětšení hmotnosti žlázy, rovněž narůstá s věkem a vyskytuje se nejčastěji u mužů v pátém a devátém decenniu
3. **klinická** – charakterizovaná přítomností klinických příznaků onemocnění dolních močových cest (LUTS), je klinicky prokazatelná. (Verner, 2005, s. 12)

BHP dále rozdělujeme do tří stádií:

1. **stádium** – nemocný má typické mikční obtíže, z nichž nejvíce obtěžuje časté močení v noci a pocit náhlého nucení k mikci během dne
2. **stádium** – obtíže progredují, frekvence nykturie se zvětšuje, nemocný má pocit neúplného vyprázdnění měchýře po vymočení a při vyšetření nalezneme různě velké postmikční reziduum jako známku postupné dekompenzace detruzoru, začínají se vyskytovat komplikace jako je uroinfekce, cystolithiáza, hypertrofie stěny měchýře či vznik divertiklu měchýře
3. **stádium** – je charakterizováno chronickou retencí moče s dilatací močového měchýře, někdy i „překapáváním“ močového měchýře (ischuria paradoxa) projevující se stálým odkapáváním moči což může vyústit při delším trvání tohoto stavu v oboustrannou

ureterohydronefrózu s rozvojem urémie a urosepsy, subjektivně nemocný pociťuje žízeň, nechutenství až odpor k jídlu a hubnutí.

2.2.4 Rizikové faktory

Etiologie BHP není doposud jasná, může být vyvolána celou řadou faktorů. Do této etiologie jsou zahrnuty hormony, růstové faktory a stromálně epiteliální interakce.

Prostata je hormonálně závislý orgán, kde stroma (hladká svalovina a vazivo) je bohatá na estrogenní receptory a oblast žláz na receptory androgenní. Předpokladem pro fyziologický rozvoj prostaty je vzájemná vyrovnanost androgenů a estrogenů. Pokud je rovnováha porušena je dán předpoklad pro vznik BHP. Příčinou vzniku jsou tedy **hormonální změny způsobené stářím**. Tyto dva faktory mají přímý vztah k rozvoji BHP. Mezi další specifické rizikové faktory progresu patří **prostatický sérový antigen (PSA) a objem prostaty**.

Doposud nebyly zaznamenány přesvědčivé důkazy rozvoje BHP ve spojitosti s kouřením, s nadměrným příjmem alkoholu, obezitou, intenzitou sexuálního života nebo vazektomií. Dále byly dávány do souvislosti s klinickou BHP chronické stavy, a to hypertenze nebo diabetes mellitus. Avšak vzhledem k častému výskytu těchto chorob u stárnoucích mužů lze předpokládat spíše společný výskyt u velké skupiny pacientů, kdy se mohou projevit obdobnými příznaky a jejich odlišení je obtížné.

Dalším rizikovým faktorem je **familiární výskyt a genetické predispozice**. Některé studie předpokládají autozomálně dominantní zatížení, které vzniká u mužů operovaných pro BHP před 60. rokem života. Ti mají genetické riziko čtyřnásobně vyšší oproti ostatním. (P. Verner, 2005, s. 18)

Všeobecně lze říci, že BHP postihuje muže bez ohledu na rasu, podnebí, ekonomickou vyspělost, sexuální orientaci i způsob života. (Urologie pro praxi, 5/2007, s. 224)

2.2.5 Patologické změny

BHP obvykle postihuje přechodnou zónu prostaty, která obepíná močovou trubici. Je způsobena nemaligním zvětšením prostaty na podkladě zmnožení stromálních buněk, které se vyskytují pouze za přítomnosti dihydrotestosteronu, což je u všech mužů s funkčními

varlaty (testes). Varlata produkují testosteron, ze kterého je pomocí enzymu 5-alfa reduktázy konvertován zmíněný dihydrotestosteron a jím způsobená stimulace receptoru vede k hyperproliferaci žlaznatých struktur. Od středního věku se snižuje produkce androgenů a relativně se zvyšuje hladina estrogenů, které jsou také zodpovědné za zbytnění stromální složky a tím růst prostaty.

Jako stimulatory růstu prostaty a androgenní vliv na epitelovou komponentu působí aktivace a produkce růstových faktorů. Další vliv mají kmenové buňky, které abnormálním zráním a částečně autonomním růstem vedou k hyperproliferaci žlaznatých struktur prostaty. Na vznik BHP má vliv i nedostatečná apoptóza buněk, kdy buňky BHP mají významně prodloužený poločas svého života. Dochází tedy k jejich zmnožení v důsledku snížení četnosti jejich zániku, nikoliv důsledkem zvýšeného růstu a autonomie.

Hyperplazie postihuje jak glandulární pojivovou tkáň, tak i buňky hladké svaloviny. Kontrakce hladké svaloviny v prostatě také mohou být vyvolány prostřednictvím sympatického nervového systému a tím dále zhoršovat již vzniklou obstrukci. Na výtokové obstrukci, kterou způsobuje BHP, se podílejí dva mechanismy:

1. **statický** mechanismus, charakterizován nárůstem středního laloku prostaty a periuretrálních žlázek, což způsobuje nárůst hmotnosti žlázy
2. **dynamický** mechanismus, který je dán zvýšenou kontrakcí hladké svaloviny v prostatickém stromatu a hrdle močového měchýře.

Právě tyto dva mechanismy obstrukce nám dovolují pochopit, kdy a jak nasadit správnou medikamentózní léčbu.

2.2.6 Klinický obraz

Klinický obraz je výsledkem kombinovaného podílu tří hlavních patofyziologických mechanismů, kterými jsou:

1. subvesikální obstrukce způsobená zvětšenou prostatou při BHP
2. porušená kontraktilita detruzoru
3. instabilita detruzoru. (Urologie pro praxi, 2008, s. 139)

BHP se projevuje subjektivními obtížemi, které dělíme na **obstrukční** a **iritační** příznaky.

Mezi **obstrukční příznaky**, způsobené obstrukcí hrdla močového měchýře vlastním růstem prostaty, patří:

- retardace startu mikce
- slabý proud moči
- přerušovaný proud
- nutnost použití břišního lisu při mikci
- pocit neúplného vyprázdnění měchýře po mikci a s tím související recidivující močové infekce
- inkontinence
- paradoxní ischurie
- akutní močová retence.

Vlivem vysokého tlaku při močení, kdy se svalové snopce rozestupují a stěna měchýře se zde oslabuje, se mohou tvořit výchlípky (divertikly), které jsou zdrojem chronické reziduální moče.

Mezi **iritační příznaky**, způsobené hyperaktivitou detruzoru měchýře jako reakce na obstrukci, patří:

- časté močení (polakisurie)
- noční močení (nykturie) několikrát za noc
- přerušované močení
- nucení k mikci (urgence) s inkontinencí
- postmikční inkontinence
- bolesti břicha.

Pro vyhodnocení těchto obtíží, včetně jejich vlivu na kvalitu života nemocného, se používá I-PSS dotazník. Dle dotazníků bylo zjištěno, že nejvíce obtěžující jsou urgencye, kdy nutnost být vždy v „blízkosti toalety“ zasahuje do řady společenských aktivit. A dále to je nykturie, což má psychické a fyzické následky z chronicky nekvalitního spánku.

2.2.7 Diagnostika

Převážně přicházejí muži k lékaři až při přítomnosti mikčních symptomů dolních močových cest (LUTS) nasvědčujících obstrukci. LUTS nejsou však specifické jen pro BHP, ale může je způsobit i řada jiných afekcí postihujících dolní močové cesty, které způsobují

výtokovou obstrukci měchýře. Je tedy nutno zdůraznit, že žádný příznak není pro BHP specifický a pouhý výčet mikční symptomatologie k diagnostice nevede, proto je vždy třeba vyloučit i jiná závažná onemocnění. K tomu je potřeba provést dostatečnou diferenciálně diagnostickou rozvahu.

Guidelines EAU (European Association of Urology) rozdělují vyšetření na **doporučená**, která je třeba provést vždy, **volitelná**, která se provádějí ve speciálních případech a **nedoporučená**, která nemají podle současných poznatků v diagnostice BHP opodstatnění.

Mezi **doporučená vyšetření** patří:

- zjištění osobní anamnézy, popsání příznaků nemoci, zhodnocení celkového stavu, výskyt teplot a infekčních komplikací, rodinné anamnézy a farmakologické anamnézy
- fyzikální vyšetření včetně zevního genitálu a vyšetření per rectum, kdy se hodnotí charakter a míra zvětšení prostaty
- vyšetření moči chemicky a močového sedimentu pro vyloučení mikrohematurie či leukocyturie, laboratorní vyšetření renálních funkcí (urea, kreatinin) a stanovení prostatického specifického antigenu (PSA), který je produkován výhradně buňkami prostaty a slouží k detekci hlavně karcinomu prostaty
- ultrasonografie ledvin, močových cest a močového měchýře
- uroflowmetrie (UFM), která nám zobrazuje kvalitu močového proudu a měří množství moče po vymočení, bezprostředně po mikci se měří ultrasonograficky postmikční reziduum.

V neposlední řadě se hodnotí vyplněné dotazníky I-PSS, které slouží k objektivizaci subjektivních obtíží a do jaké míry BHP ovlivňuje kvalitu života nemocného. Výsledky symptom skóre z tohoto dotazníku pomáhají při volbě vhodné léčby a při sledování odpovědi na léčbu.

Za standardní postup při vyšetřování BHP se také považuje zaznamenávání 24hodinové frekvence a objemu mikce v průběhu úvodního vyšetření do mikčního deníku. Tato neinvazivní metoda nám také poskytuje důležité informace o LUTS.

Mezi **volitelná vyšetření** patří:

- transrektální ultrasonografie prostaty (TRUS), která slouží ke stanovení hmotnosti a velikosti prostaty
- vylučovací urografie (IVU), která se provádí hlavně u recidivujících uroinfekcí, při urolitiáze v anamnéze, hematurii nebo močové retenci

- urodynamické vyšetření, které je považováno za doplňující diagnostický test pro léčbu BHP
- cystoskopie, která je vhodná při výskytu hematurie, umožňuje potvrdit příčiny obstrukce výtoku a zároveň vyloučit přítomnost intravezikálních abnormalit.

Počítačová tomografie (CT) a magnetická rezonance (MRI) patří mezi **nedoporučená** vyšetření, která podle současných poznatků v diagnostice BHP nemají opodstatnění.

Je třeba zvážit přínos výsledků získaných vyšetřeními, jejich invazivitu vůči nemocnému a ekonomickou účelnost při volbě diagnostických metod. Kvalifikované vyhodnocení LUTS spadá výlučně do kompetence urologa, kdy je třeba zjistit, zda je jejich příčinou opravdu BHP či jiné i závažné onemocnění. A pouze urolog může optimálně zvolit léčbu.

2.2.8 Možnosti léčby – farmakologická, chirurgická

Cílem léčby je zmírnit mikční symptomy nemocného, zabránit možným komplikacím a další progresi BHP a tím zlepšit kvalitu života u těchto pacientů. Volba léčby závisí na intenzitě obtíží a zohledňuje stav i přání pacienta.

U některých mužů je považováno za první krok v léčebném procesu tzv. **pozorné vyčkávání** (watchful waiting, tj. WW). Je vhodné pro muže s mírnými až středně závažnými symptomy, u kterých nepřevládají iritační příznaky a proto nevyžadují farmakologickou ani chirurgickou léčbu. Tento způsob léčby má také minimální dopad na kvalitu života nemocného. Obvykle se jedná o edukaci a uklidnění pacienta, sledování v pravidelných intervalech a úpravu životního stylu a návyků.

V případě progresu mikčních symptomů zahajujeme **farmakologickou léčbu**. V rámci farmakologické léčby se používají:

- alfablokátory
- inhibitory 5-alfa reduktázy
- fytofarmaka.

Mezi nejčastěji užívanou skupinou léků patří **alfablokátory** – antagonisté alfaadrenergických receptorů. Napětí hladké svaloviny a tím oslabený průtok moči a zhoršení LUTS je zprostředkováno aktivací noradrenergických receptorů alfa-1. Inhibicí těchto receptorů se vyvolá relaxace hladké svaloviny v prostatě a zlepšení průtoku moči a LUTS.

Neovlivňuje však přirozený průběh BHP, ale jen symptomatologii. Efekt této léčby se dostavuje během několika dní, je bezpečná a účinná. Výhoda těchto přípravků je dlouhodobý účinek, a proto se užívají jedenkrát denně. Tato léčba vede k rychlému zlepšení symptomů a je proto u pacientů dobře tolerována.

Další skupinou jsou **inhibitory 5-alfa reduktázy**, které byly vyvinuty s cílem potlačit tvorbu dihydrotestosteronu a zastavit progresi růstu prostatické tkáně. Tím ovlivňuje přirozený průběh BHP. Testosteron, který je v buňkách prostaty, je působením enzymu 5-alfa reduktázy přeměňován na dihydrotestosteron, který působením na prostatickou tkáň vyvolává BHP. Užívání těchto přípravků vede k poklesu symptom skóre, zmenšení objemu prostaty a zvýšení rychlosti průtoku moči. Snižuje progresi onemocnění a riziko chirurgického výkonu a vzniku akutní močové retence. Je třeba si uvědomit, že nástup účinku a efekt této léčby je minimálně za tři měsíce. Pro dosažení rychlejšího účinku se může podávat v kombinaci s alfablokátory.

V poslední době došlo ke zvýšenému užívání **fytofarmak** při léčbě symptomů dolních cest močových a BHP. Lidé v dnešní době preferují spíše „přírodní léčbu“, která je i volně dostupná ke koupi v lékárnách bez receptu. Tyto preparáty obsahují různé rostlinné extrakty, mezi které patří nejčastěji kopřiva dvoudomá, vrbovka malokvětá, semínka dýně, slivoně africká, třapatka nachová, trpasličí palma atd. Složení rostlinných extraktů je komplexní, jsou dobře tolerovanými preparáty s minimem nežádoucích účinků.

Obecně však neexistují přesvědčivé důkazy o mechanismu působení těchto různorodých látek a není zcela prokázán jejich léčebný účinek. Předpokládá se multifaktoriální efekt léčby, a to převážně protizánětlivý, inhibice 5-alfa reduktázy, antiandrogenní a estrogenní efekt, alterace růstových hormonů nebo i placebo efekt. V odborné literatuře se uvádí, že analýza dostupných studií neprokázala významný rozdíl mezi těmito produkty a placebem, a proto Světová zdravotnická organizace tedy užívání rostlinných extraktů nedoporučuje alespoň do doby, než budou k dispozici přesvědčivější důkazy. (Urol List 2010, 8: s. 54)

Pokud ale nemocný zaznamená zlepšení ve svém zdravotním stavu při užívání fytoterapie, není důvod ji neužívat. (Urologie pro praxi; 3/ 2007, s. 122)

V posledních letech prodělala farmakologická léčba BHP veliký pokrok a představuje u řady pacientů standardní a dostačující způsob léčby, proto je operační léčba indikována méně často. I přesto se najdou pacienti, u kterých je tato léčba nedostatečná nebo selže úplně, a tak mají pacienti závažné symptomy a může dojít i k výskytu komplikací. Pak se přistupuje k **léčbě chirurgické**.

Mezi absolutní indikace k chirurgické léčbě BHP patří:

- opakované akutní retence moči
- tvorba kamenů v měchýři
- poškození ledvin na podkladě subvezikální obstrukce
- opakované močové infekce
- opakovaná makroskopická hematurie se zdrojem v prostatě.

Chirurgická léčba je také indikována pokud pacient odmítá farmakologickou léčbu a žádá aktivní intervenci. Provádí se minimálně invazivní postupy a klasické operační metody. K nejčastější a nejdostupnější klasické operační léčbě patří endoskopicky prováděné výkony jako jsou:

- transuretrální resekce prostaty – TURP
- transuretrální incize prostaty - TUIP
- transuretrální elektrovaporizace prostaty - TUVP
- transvezikální prostatektomie prováděné otevřenou cestou.

Za velmi propracovanou metodu s dlouhou tradicí, nejčastěji používanou invazivní metodou léčby BHP a považovanou za „zlatý standard“ je TURP. Operační výkon se provádí v celkové nebo spinální anestezii.

O endoskopické nebo otevřené operační léčbě rozhoduje indikace lékaře, který bere v úvahu hlavně velikost a objem prostaty, komplikace spojené s BHP a průchodnost uretry. Ale také věk, celkový stav pacienta a přidružené choroby kardiovaskulární, respirační, cerebrální, diabetes apod. Při indikaci se přihlíží i na závažnost subjektivních příznaků a jejich vliv na kvalitu života. V dnešní moderní době mnozí pacienti i lékaři dávají přednost rychlé úpravě symptomů a zlepšení kvality života.

Vědeckotechnický pokrok ale přinesl i další metody v léčbě BHP se snahou zmenšit invazivitu léčby. Miniinvazivní technikou jsou:

- transuretrální ablace pomocí jehly – TUNA,
- transuretrální termoterapie s aplikací mikrovln – TUMT,
- fokusovaná ultrazvuková terapie o vysoké intenzitě – HIFU
- transuretrální ablace prostaty s užitím etanolu – TEAP.

Všechny tyto metody jsou založeny na vzniku koagulační nekrózy tkáně s jejím následným zjizvením. Výkon se provádí v minimální či žádné anestezii, což je výhodou pro pacienta. Nevýhodou je dlouhá doba do nástupu efektu léčby s možnými iritačními problémy, které vedou k delší době ponechání močového katétru.

Podle odborné literatury se tyto postupy nedoporučují v rámci první volby léčby, neboť bylo zjištěno, že nedosahují stejné míry účinnosti jako TURP. Uvádí se, že po miniinvazivních technikách pacienti vyžadovali během dvou let po výkonu provedení reoperace TURP.

Další metodou léčby BHP je použití laseru. Efekt laserových paprsků spočívá v přeměně jejich elektromagnetické energie v energii tepelnou po absorpci paprsků ve tkáni prostaty. Při těchto operacích se užívá Nd:YAG-laserové světlo přenášené optickým vláknem, které se zavádí do běžného cystoskopu. Proto se všechny aplikace laseru provádějí transuretrálně pod přímou kontrolou zraku operátora v celkové nebo regionální anestezii. Aplikace laseru se systematicky opakuje než je veškerá viditelná obturující prostatická tkáň koagulována. Výkon trvá přibližně 45 minut. (Urol List 2009; 7: s. 71)

Podle metodiky celého postupu a podle typu použitého laseru dělíme tyto výkony na několik základních typů:

- transuretrální laserem indukovaná prostatektomie – TULIP
- vizuální laserová ablace prostaty – VLAP
- intersticiální laserová koagulace prostaty – ILC
- kontaktní vaporizace prostaty – CLAP
- Holmium-laserová resekce – HoLRP
- enukleace prostaty – HoLEP.

Randomizované studie porovnávaly účinnost laseru a TURP a byly zjištěny celkem srovnatelné výsledky ve zlepšení symptom skóre a zvýšení rychlosti průtoku u obou operací. Dále podle prokázaných významných rozdílů ve výskytu komplikací související s léčbou laserem a TURP, byla upřednostněna laserová prostatektomie jako bezpečnější výkon. Léčba laserem má ale i nevýhody, kam patří delší doba návratu k normální mikci, závažná dysurie, její malý okamžitý efekt a nutnost katetrizace během několika dní po operaci po dobu 3 – 4 týdnů, i déle. Byla prokázána po pěti letech zhruba u 43,8 % pacientů recidiva obstrukce a provedení TURP. Proto je třeba dbát zvýšené obezřetnosti při indikování laserové léčby. Je doporučována hlavně pacientům, kteří užívají antikoagulační léčbu, nejsou kandidáty pro TURP, mají objem prostaty do 50 gramů a chtějí si udržet ejakulaci.

Zatím je ale skutečností, že lepší dlouhodobé výsledky a lepší či srovnatelnou účinnost než léčba laserem nabízejí TURP a TUIP. (Urol List 2009; 7: s. 71)

Z toho vyplývá, že dnešní medicína s technickým rozvojem nabízí jak lékařům, tak pacientům širokou škálu léčebných možností. S tím také souvisí nutnost provádět u všech pacientů podstupující léčbu sledování, které závisí na zvolené terapii.

U pozorného vyčkávání (WW) se vyšetřují po šesti měsících a následně jednou ročně, kdy se sleduje rychlost průtoku moči a postmikčního rezidua a I-PSS skóre.

Při léčbě alfa-blokátory se pacienti vyšetřují po prvních šesti týdnech pro posouzení odpovědi na léčbu. Dojde-li k úlevě symptomů a nejsou žádné nežádoucí vedlejší účinky, lze v léčbě pokračovat. Pacienti se sledují po šesti měsících a dále jednou ročně pokud nedochází ke zhoršování symptomů. Doporučuje se sledovat I-PSS skóre, rychlost průtoku moči a postmikční reziduum.

U léčby inhibitory 5-alfa reduktázy se pacienti vyšetřují po prvních dvanácti týdnech léčby a po šesti měsících pro posouzení odpovědi na léčbu. Dále se pokračuje po šesti měsících a poté jednou za rok, kdy sledujeme I-PSS skóre, rychlost průtoku moče a postmikční reziduum.

Po operační léčbě se kontrolují po cca 6 týdnech, kdy je posouzen histologický nález a zhodnocena časná pooperační morbidita. Dále se pokračuje dlouhodobým sledováním po třech měsících, kdy se hodnotí výsledky a úspěšnost operační léčby. Provádí se doporučená vyšetření I-PSS skóre, rychlost průtoku moči a postmikční reziduum a nepovinné vyšetření kultivace moči. Histologické vyšetření je povinné po každé operaci prostaty.

U alternativní terapie se doporučuje dlouhodobé sledování vzhledem k obavám o účinnosti a trvání účinku této léčby. Interval sledování záleží na zvolené léčbě.

Sledování u většiny miniinvazivních terapií se doporučuje I-PSS skóre, rychlost průtoku moči a postmikční reziduum, nepovinné je vyšetření kultivace moči a povinné je histologické vyšetření tam, kde je při výkonu dostupné.

V mé práci se věnuji kvalitě života po nejčastěji doporučované a používané endoskopické operační léčbě prostaty - TURP. Tato metoda tvoří 95 % ze všech chirurgických postupů léčby BHP. Indikuje se při středních a závažných příznacích na dolních močových cestách (LUTS) a s objemem prostaty 30 – 80 ml. Při indikaci se posuzuje do jaké míry ovlivňují příznaky LUTS kvalitu života. Někteří pacienti mají příznaky, na které si zvykli a jejich odstranění není potřeba. Ale jsou pacienti, kteří mají příznaky, tím se snižuje jejich kvalita života a je potřebná léčba. O léčebném postupu je zpravidla rozhodnuto podle závažnosti subjektivních příznaků, jejich vlivu na kvalitu života a na objektivních parametrech, což je uroflowmetrie a reziduální moč.

Indikací pro chirurgickou léčbu jsou také **komplikace BHP**, kam patří:

- recidivující retence moče
- makroskopická hematurie

- BHP refrakterní na medikamentózní léčbu inhibitory 5-alfareduktázy či α -blokátory
- insuficience ledvin
- konkrementy v močovém měchýři
- zvýšený objem reziduální moče
- pacienti, kteří odmítají medikamentózní léčbu a žádají aktivní intervenci.

Kontraindikací TURP jsou striktury močové trubice a těžké ankylózy v kyčelním kloubu.

2.3 Ošetrovatelská péče o pacienty před a po operaci prostaty - TURP

Ošetrovatelský proces je systematická, racionální metoda plánování a poskytování ošetrovatelské péče. Cílem je zjistit a analyzovat skutečné a potenciaální potřeby pacienta. Po té vypracovat ošetrovatelský plán na uspokojení těchto potřeb a následně poskytnout a vyhodnotit ošetrovatelské intervence, které řeší dané problémy pacienta.

V našem zdravotnickém zařízení (Fakultní nemocnice v Hradci Králové) je využíváno k tvorbě ošetrovatelského plánu principu koncepční modelu „Funkčního typu zdraví“, jehož autorkou je Marjory Gordonová. Je to model, který splňuje požadavek a standard pro systematické ošetrovatelské zhodnocení zdravotního stavu pacienta.

2.3.1 Předoperační péče

Pacient se přijímá na standardní urologické oddělení den před plánovanou operací. Zde probíhá seznámení pacienta s oddělením, s jeho organizací, domácím řádem a s ošetřujícím personálem. Poté následuje sepsání sesterského a lékařského příjmu a začíná samotná předoperační příprava na operaci.

Lékař operatér pacienta podrobně informuje o způsobu provedení operačního výkonu, o očekávaném výsledku léčby, ale i o možném riziku a komplikacích při a po výkonu. Také je pacient informován o typu anestezie od anesteziologa. Pokud je nemocný takto se vším správně a srozumitelně poučen, podepisuje s lékaři informované souhlasy.

Další přípravu a edukaci zajišťuje sestra. Seznámí pacienta s organizací a jednotlivými úkony předoperační přípravy. Provádí s pacientem nácvik rehabilitačních úkonů v rámci preventivního opatření vzniku možných pooperačních komplikací, hlavně tromboembolické příhody. S tím souvisí podání injekce nízkomolekulárního heparinu k zabránění žilní trombózy večer před operací dle ordinace lékaře. Ráno před operací se provede bandáž dolních končetin jako prevence žilní trombózy. Také se jako prevence možné pooperační infekce podávají na operačním sále antibiotika dle ordinace lékaře. Dále sestra podává nemocnému klyzma v rámci přípravy střev před operací. V předvečer operace pacient provádí celkovou hygienu ve sprše. U imobilních pacientů provádí celkovou koupel na lůžku sestra. Večer před výkonem sestra poučí pacienta o zákazu kouření, příjmu tekutin a jídla minimálně 6 hodin před operací. Upozorní na odložení šperků, hodinek, brýlí, zubních a jiných protéz

ráno před odvozem na operační sál. Večer podává sestra v rámci premedikace hypnotikum nebo sedativum dle ordinace anesteziologa, což je důležité pro kvalitní spánek, odpočinek a uklidnění pacienta před operací.

Ráno pacient provádí ranní hygienu. Premedikace se podává 30 minut před odvozem pacienta na operační sál. Před podáním premedikace se vymočí, sestra zabandážuje dolní končetiny a zkontroluje odložení šperků, hodinek, brýlí, zubních a jiných protéz. Na operační sál odváží pacienta sanitář v doprovodu sestry spolu s kompletní dokumentací a předáním nemocného na sál končí předoperační příprava.

Nejdůležitější z celé předoperační přípravy je správný psychologický přístup ošetřujícího personálu k uklidnění nemocného a tím dodání pocitu důvěry a jistoty.

2.3.2 Pooperační péče

Po operaci TURP je pacient převezen na dospávací jednotku, kde je sledován anesteziologickou sestrou. Po dvou hodinách po operaci si přebírá pacienta z dospávací jednotky sestra a lékař ze standardního oddělení.

Operant je převezen na oddělení, kde mu ošetřující sestra věnuje zvýšenou péči a pozornost. Sestra pravidelně kontroluje fyziologické funkce a jeho celkový stav. Aktivně sleduje a napomáhá tlumit subjektivně negativní pocity jako jsou nauzea a bolest podáním léků dle ordinace ošetřujícího lékaře.

Výživa a příjem tekutin je v den operace zajištěn infuzemi. Od prvního dne po operaci může pacient normálně jíst a pít. Sestra kontroluje cílenými dotazy odchod plynů a stolice.

Derivace moče je zajištěna trojcestným permanentním katétrem s trvalým proplachováním. Proplachový systém a průchodnost permanentního katétru sestra pravidelně sleduje, aby nedošlo k ucpání cévky krevní sraženinou či k nechtěnému vytažení katétru. Proplach močového měchýře se provádí neustále dokud trvá větší krvácení, zpravidla prvních 24 hodin po operaci. Permanentní katétr se odstraňuje tehdy, pokud již není moč zbarvená krví. To je nejčastěji 2. – 4. den po operaci. Po vytažení katétru se sleduje, zda se pacient spontánně vymočí a kontroluje se reziduum po vymočení. Další den po vytažení cévky je pacient propuštěn do domácího ošetření.

Pooperačně se pokračuje v podávání injekcí k zabránění žilní trombózy do doby, než je pacient plně mobilizován. Do té doby procvičuje dolní končetiny vleže na lůžku. V den operace je nutný klid na lůžku, vstávat a chodit začíná pacient následující den po operaci.

Včasnou rehabilitací a mobilizací se snažíme předcházet tromboembolickým komplikacím. Přestože se snažíme předcházet všem závažným komplikacím, mohou se po operaci vyskytnout. Jsou to:

1. **časné komplikace** v době hospitalizace, kam patří:

- krvácení do močového měchýře bezprostředně po operaci
- infekce močových cest s teplotou
- bolest
- TUR-syndrom vznikající po déletrvajících endoskopických výkonech
- perforace chirurgického pouzdra prostaty nebo močového měchýře při hluboké resekci

2. **pozdní komplikace**, které se mohou rozvinout během pobytu doma a jsou to:

- krvácení do moči s nebo bez odchodu krevních sraženin
- tamponáda močového měchýře krevními sraženinami
- teploty a pálení během mikce při rozvoji infekce močových cest
- inkontinence – únik moči po ochabnutí či poškození svěrače
- retrográdní ejakulace, kdy sperma vytéká při ejakulaci do močového měchýře a ne močovou trubicí
- striktury močové trubice

Před propuštěním do domácí péče se pacient řádně informuje a poučí o všech problémech, které mohou nastat. Doporučuje se hlavně fyzické šetření zhruba 1-2 týdny po výkonu, prevence prochlazení a dodržování pitného režimu minimálně 2 litry tekutin denně. Dále je objednan k další dispenzarizaci na kontrolu do urologické ambulance za 6-8 týdnů po operaci pro výsledek histologie resekátu, vyšetření močového sedimentu a k ultrazvukovému vyšetření reziduální moči po vymočení. V případě potíží či vzniku komplikací může pacient navštívit urologickou ambulanci ihned. Je také informován i praktický lékař o propuštění a návratu nemocného do jeho péče propouštěcí zprávou. Propuštěním pacienta do domácí péče nekončí ošetrovatelská péče. Další péče je mu věnována při pravidelných kontrolách právě v ambulanci, kde se sledují potřeby a nastalé problémy spojené s rekonvalescencí. Jejich řešení je důležité pro další zlepšování prožití kvalitního života pacienta. Také rodina nemocného by se měla aktivně podílet na další následné ošetrovatelské péči, především vyjádřením psychické a fyzické podpory a pomoci. Před ukončením hospitalizace je důležitá edukace nemocného a jeho rodiny o prognóze onemocnění, nejvhodnějším způsobu života a vhodných činnostech. Informovat nemocného

o možnosti získat kompenzační nebo ošetrovatelské pomůcky a dle potřeby zajistit kontakt se sociální pracovníci. Ta může poskytnout pomoc při zajištění doplňkových domácích služeb. Výsledkem kvalitní spolupráce s nemocným a jeho rodinou je pak propuštění pacienta do připravené, informované a poučené rodiny do domácího ošetření. Funkční rodina, která se chce o nemocného starat má roli podpůrnou, výchovnou a ochrannou v péči o nemocného, a to velice přispívá ke zkvalitnění života nemocného.

3. EMPIRICKÁ ČÁST

3.1 Cíle výzkumu

Ve svém výzkumu jsem se pokusila zmapovat kvalitu života pacientů s benigním onemocněním prostaty, kteří prodělali operační léčbu – TURP. Cílem bylo zjistit, zda měli respondenti před touto operací již léčbu BHP a jakou. Jak se cítí vzhledem ke svému zdravotnímu stavu po fyzické a psychické stránce po prodělané operaci. Jak to ovlivnilo jejich osobní, rodinný a společenský život, zda se mohou věnovat bez omezení svým zálibám a zda zvládají každodenní běžné činnosti a pracovní zátěž. Také mě zajímalo, v čem respondenti očekávali zlepšení po operaci a co očekávali, že se naopak zhorší. Dále zjišťuji, zda se jejich očekávání splnilo či nespnilo. Porovnávám výsledky očekávaných změn s pooperační realitou. Hodnotím, zda po operaci došlo ke zlepšení nebo zhoršení problémů a po jaké době. Ale především jak je sám pacient celkově spokojený s kvalitou života.

Na základě dostupných informací jsem formulovala tyto hypotézy:

HYPOTÉZA 1: Předpokládám, že bude více respondentů se středoškolským vzděláním s maturitou a vysokoškolským vzděláním, neboť je u nich předpoklad lepší spolupráce při přijetí léčby a v léčbě samotné.

HYPOTÉZA 2: Domnívám se, že vzhledem k vyšší věkové hranici pacientů bude více respondentů důchodců než respondentů v pracovním procesu.

HYPOTÉZA 3: Předpokládám, že 80 % respondentů nebude mít po operaci problémy s močením.

HYPOTÉZA 4: Předpokládám, že u 90 % respondentů se po operaci prostaty zlepší kvalita spánku.

HYPOTÉZA 5: Domnívám se, že respondenti nebudou po operaci omezeni v činnostech každodenního života a v pracovním výkonu.

HYPOTÉZA 6: Domnívám se, že 90 % respondentů bude mít po operaci oporu ve své rodině, okolí nebo u přátel.

HYPOTÉZA 7: Domnívám se, že minimálně polovina respondentů bude mít po operaci problémy v sexuálním životě ve smyslu zhoršení.

3.2 Metodika vlastního šetření

K výzkumnému šetření jsem použila kvantitativní metodu formou dotazníkového šetření. Podkladem pro vytvoření anonymního dotazníku byla zkrácená verze mezinárodního dotazníku na kvalitu života WHOQOL – BREF a mezinárodní dotazník I-PSS. Sestavila jsem soubor otázek nejvíce odrážející kvalitu života po operaci prostaty (TURP) pro BHP. Dotazník obsahuje průvodní informace s oslovením a soubor otázek s možností výběru odpovědi. Plné znění dotazníku je k dispozici v příloze č. 2, s. 94.

V dotazníku jsem použila otázky na kvalitu života s orientací na oblast zdravotní, osobní a sociální. Podle jednotlivých oblastí jsem použila otázky zaměřené na fyzické a psychické problémy, na spokojenost se zdravím, na schopnost vykonávat každodenní činnosti, možnost věnovat se svým zálibám a pracovní činnosti. V oblasti sociální jsou to otázky na spokojenost s osobním, rodinným a společenským životem. Poslední otázka je zaměřena na posouzení celkové spokojenosti s kvalitou života.

Na základě schválené žádosti o provedení výzkumného šetření jsem distribuovala dotazník na urologické ambulanci Urologické kliniky Fakultní nemocnice v Hradci Králové. Sběr informací probíhal od začátku října 2011 do konce prosince 2011 ve spolupráci s ambulantními sestrami a lékaři této kliniky. Vyplnění dotazníku respondentům zabralo přibližně 10 – 15 minut. Schválená žádost o povolení dotazníkového šetření je uvedena v příloze č. 3, s. 98.

3.3 Charakteristika souboru respondentů

Respondenty byli vybráni pacienti, kteří podstoupili operaci benigního nádoru prostaty, konkrétně transuretrální resekci prostaty na urologické klinice Fakultní nemocnice v Hradci Králové, kde jsou následně dispenzarizováni na tamní urologické ambulanci.

Pro výběr respondentů jsem stanovila minimální dobu od operace, a to půl roku od operace, neboť to je doba pro rekonvalescenci, úpravu a vymizení problémů po provedeném operačním výkonu. Do 6 měsíců od operace může být pro funkční změny po operaci obtížné hodnocení efektu chirurgické léčby respondenty. Dále jsem stanovila věkovou hranici v rozmezí od 50 do 70 let, neboť v mladším věku není tato operace tolik častá a ve věku nad 70 let mohou kvalitu života a problémy po operaci zhoršit přidružené

komorbidit. V tomto věkovém rozmezí, které jsem zvolila jsou pacienti stále v produktivním věku, jsou převážně zaměstnání, mají své záliby, kterým se aktivně věnují a zajímají se o svůj osobní, rodinný i společenský život. To vše souvisí a je ovlivněno kvalitou života. Hodnocení kvality života je u oslovených respondentů ovlivněno především provedeným operačním zákrokem.

Bylo rozdáno celkem 60 dotazníků. Z toho čtyři respondenti odmítli dotazník vyplnit a dva dotazníky byly neúplně vyplněné. Zpět jsem získala 54 dotazníků správně vyplněných, které jsem použila k vlastní průzkumné práci. Respondenti, kteří vyplnili dotazník, dobrovolně souhlasili s účastí na mém výzkumném šetření.

3.4 Výsledky šetření

V této části mé práce jsem zpracovala výsledky ze získaných dotazníků. Získaná data interpretuji v tabulkách a grafech zpracované v tabulkovém editoru Microsoft Office Excel 2003. V tabulkách je uváděna absolutní četnost a relativní četnost v procentech, která je zaokrouhlena na jedno desetinné místo. V grafech je užita relativní četnost v procentech.

3.4.1 Vyhodnocení anamnestických údajů

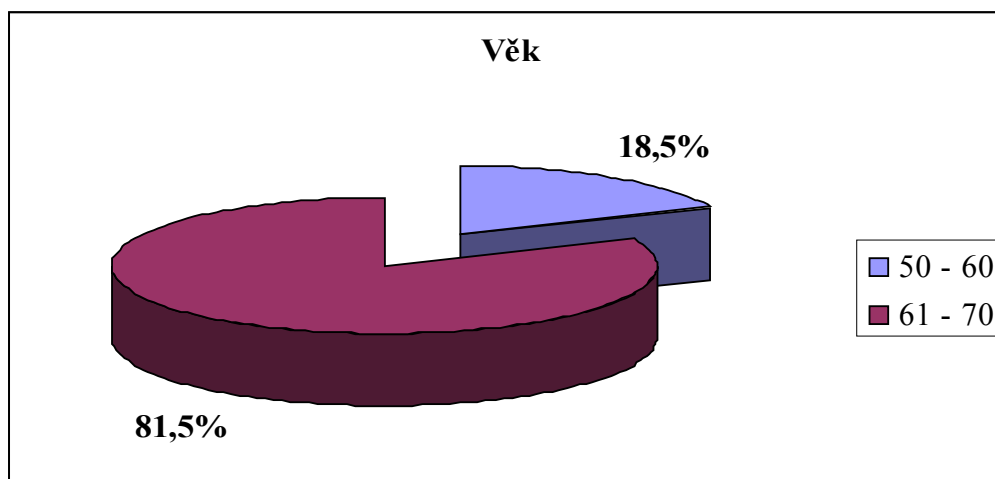
Věk respondentů

Definovala jsem věkové rozmezí respondentů s ohledem na onemocnění a předpokládanou chirurgickou léčbu, po které hodnotím kvalitu života. Věkové rozmezí od 50 do 70 let jsem rozdělila do dvou období, a to od 50 do 60 let a od 61 do 70 let.

Tabulka 1: Počty respondentů a procentuální zastoupení v jednotlivých intervalech:

VĚK	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
50 - 60	10	18,5
61 - 70	44	81,5
Celkem	54	100%

Graf 1 – Věk respondentů v procentuálním zastoupení



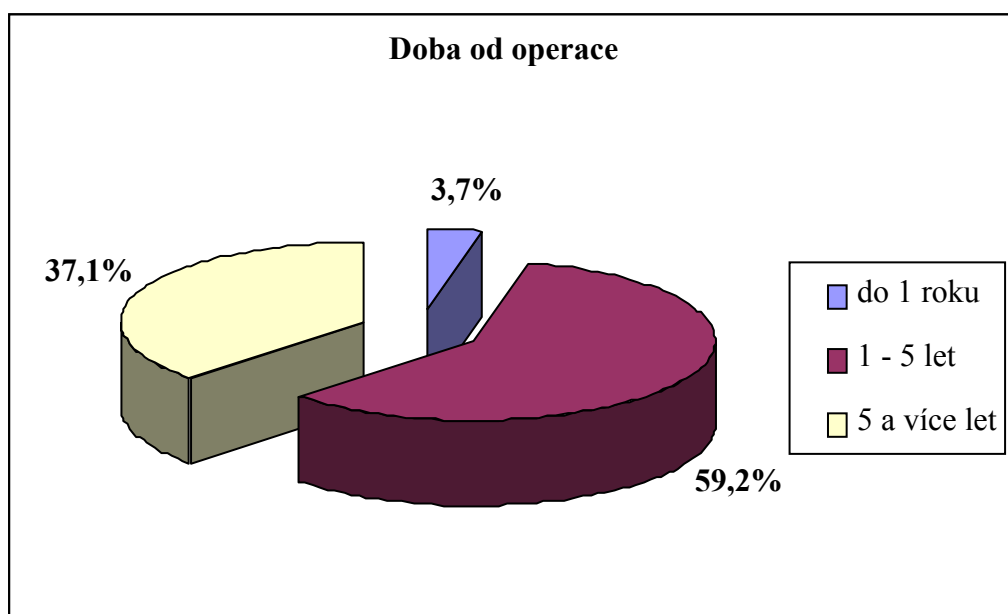
Doba od prodělané operace

Podle získaných dat jsem zjistila nejkratší dobu od prodělané operace TURP a to bylo 8 měsíců . Nejdelší interval od operace bylo 10 let.

Tabulka 2: Počty respondentů a procentuální zastoupení v jednotlivých intervalech:

DOBA OD OPERACE	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
do 1 roku	2	3,7
1 – 5 let	32	59,2
5 a více let	20	37,1
Celkem	54	100%

Graf 2 – Doba od prodělané operace v procentuálním zastoupení



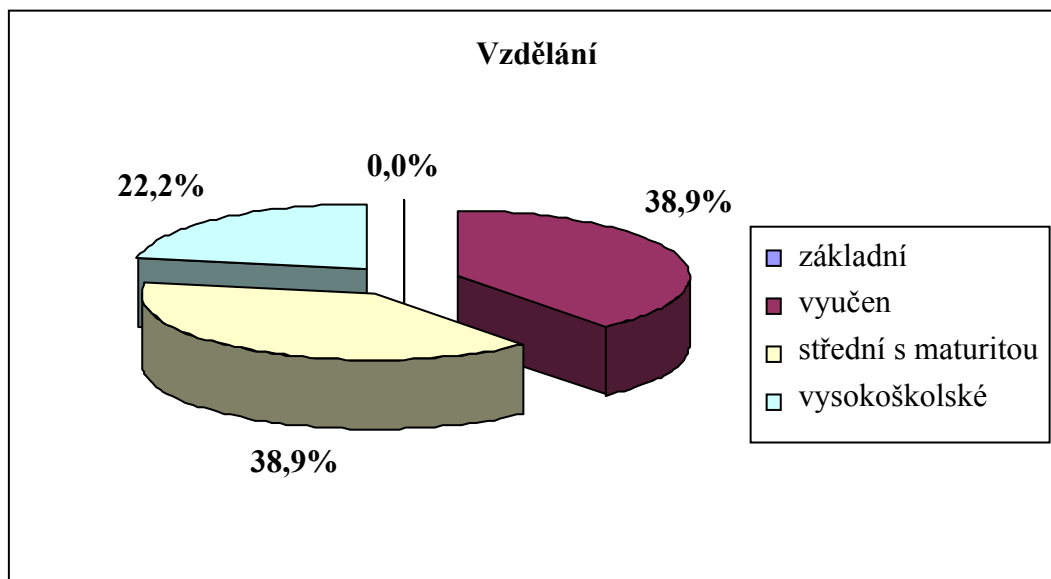
Nejvyšší dosažené vzdělání

Mezi statistické údaje jsem zařadila také nejvyšší ukončené vzdělání pacientů, které je rozděleno do čtyř skupin: základní, vyučen, střední s maturitou a vysokoškolské vzdělání.

Tabulka 3: Počty respondentů a procentuální zastoupení v jednotlivých skupinách:

VZDĚLÁNÍ	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Základní	0	0
Vyučen	21	38,9
Střední s maturitou	22	40,8
Vysokoškolské	11	20,3
Celkem	54	100%

Graf 3 – Nejvyšší dosažené vzdělání v procentuálním zastoupení



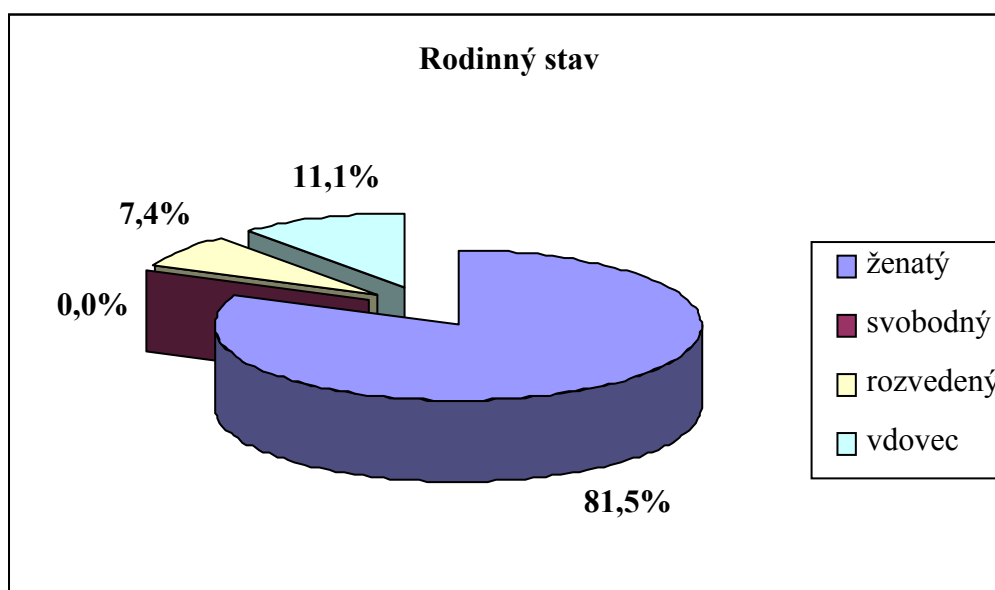
Rodinný stav

Dalším hodnoceným údajem je rodinný stav pacienta, neboť kvalitu života ovlivňuje i sociální opora od jeho vlastní rodiny. Tuto kategorii jsem rozdělila do čtyř skupin na: ženatý, svobodný, rozvedený a vdovec.

Tabulka 4: Počty respondentů s procentuálním zastoupením v jednotlivých skupinách:

RODINNÝ STAV	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ženatý	44	81,5
Svobodný	0	0
Rozvedený	4	7,4
Vdovec	6	11,1
Celkem	54	100%

Graf 4 – Rodinný stav v procentuálním zastoupení



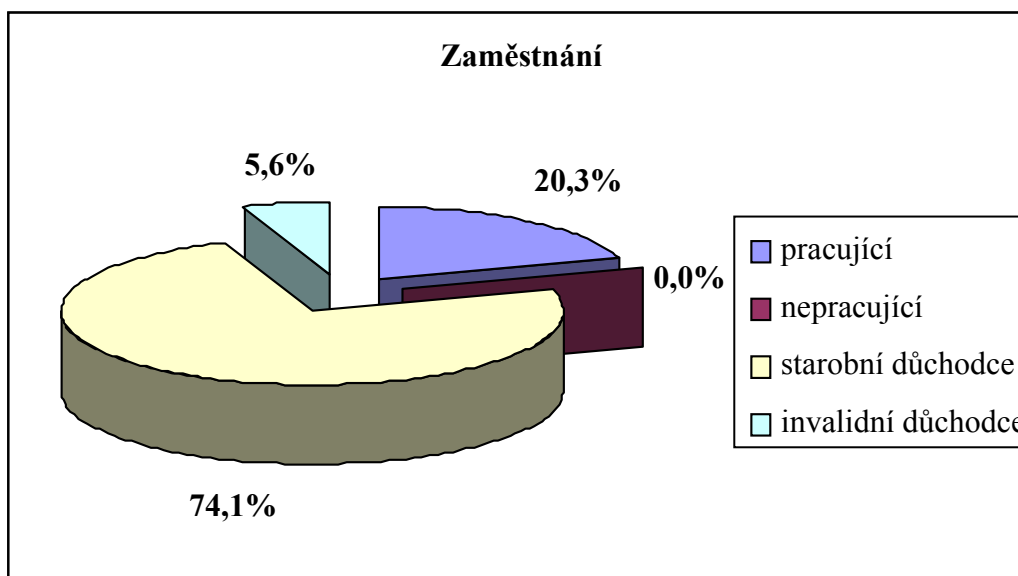
Zaměstnání

Dalším anamnestickým údajem je zmapování pracovní činnosti. Zda se aktivně účastní pracovního procesu nebo je nezaměstnaný, starobní důchodce nebo invalidní důchodce.

Tabulka 5: Počty respondentů s procentuálním zastoupením v jednotlivých skupinách:

ZAMĚSTNÁNÍ	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Pracující	11	20,3
Nepracující	0	0
Starobní důchodce	40	74,1
Invalidní důchodce	3	5,6
Celkem	54	100%

Graf 5 – Zaměstnání v procentuálním zastoupení



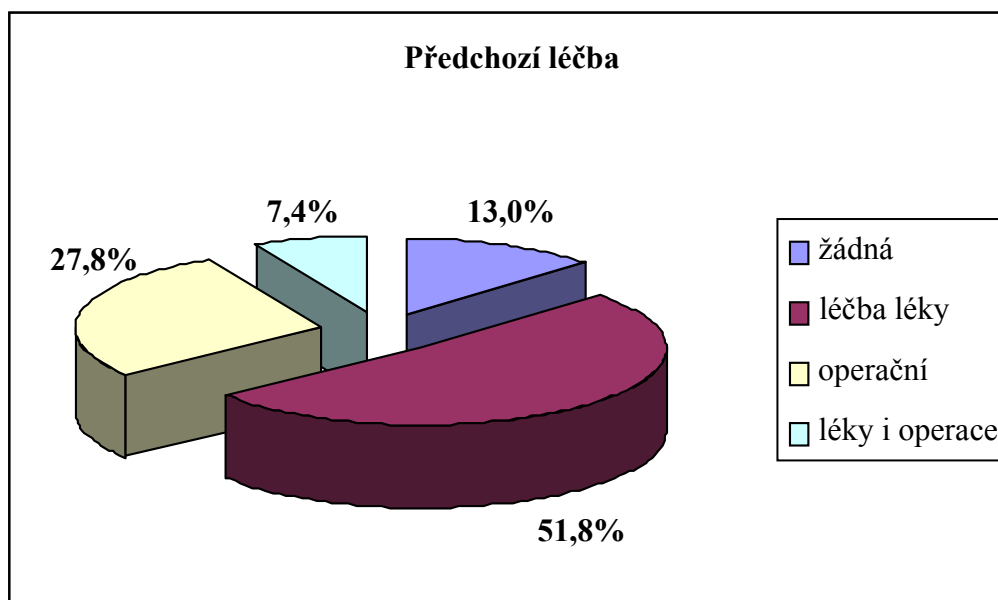
Předchozí léčba benigní hyperplazie prostaty

Ke statistickým údajům jsem zařadila i jakou měli léčbu BHP před prodělanou operací. Jsou zde čtyři možnosti předchozí léčby, které přicházejí v úvahu. Jsou to: žádná, léčba léky, operační nebo léky i operace.

Tabulka 6: Počty respondentů s procentuálním zastoupením v jednotlivých možnostech:

PŘEDCHOZÍ LÉČBA	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Žádná	7	13
Léčba léky	28	51,8
Operační	15	27,8
Léky i operace	4	7,4
Celkem	54	100%

Graf 6 – Předchozí léčba v procentuálním zastoupení



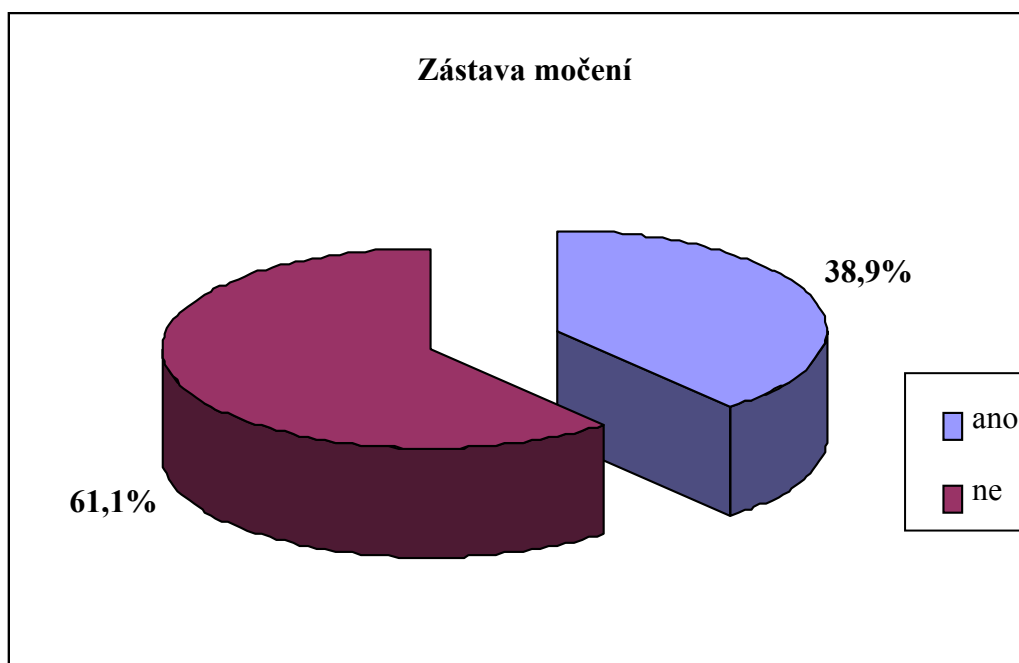
Měl jste někdy zástavu močení ?

Posledním anamnestickým údajem je zhodnocení, zda měl pacient někdy zástavu močení – retenci. Možnosti odpovědi jsou pouze dvě a to: ano a ne.

Tabulka 7: Počty respondentů s procentuálním zastoupením v jednotlivých možnostech:

ZÁSTAVA MOČENÍ	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	21	38,9
Ne	33	61,1
Celkem	54	100%

Graf 7 – Zástava močení v procentuálním zastoupení



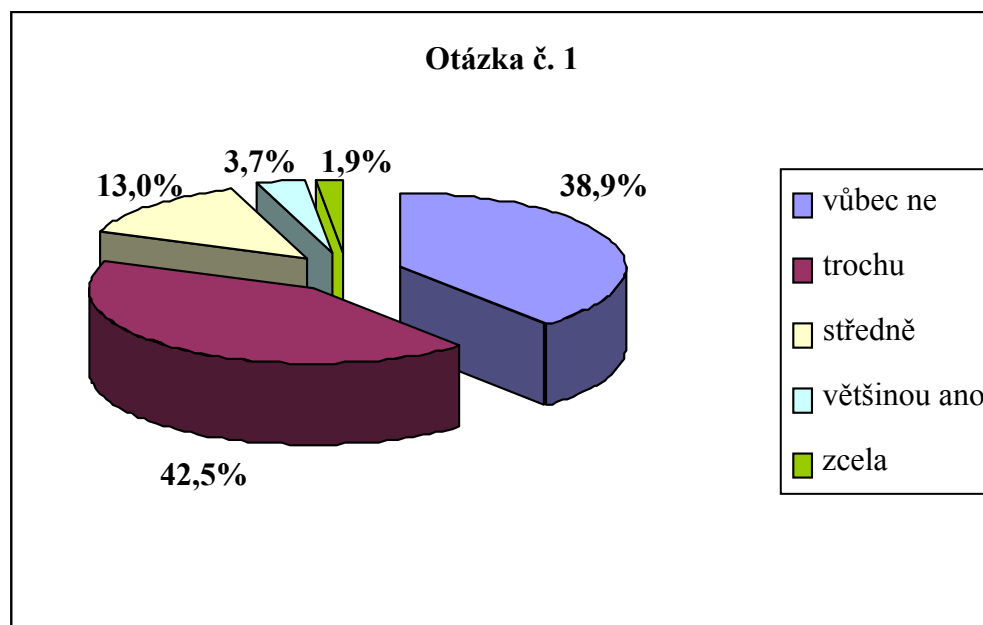
3.4.2 Vyhodnocení vlastního dotazníku

Otázka č. 1 – Jak hodně Vám problémy s močením brání dělat to, co potřebujete?

Tabulka 8: Počty respondentů s procentuálním zastoupením v jednotlivých možnostech:

Otázka č. 1	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Vůbec ne	21	38,9
Trochu	23	42,5
Středně	7	13
Většinou ano	2	3,7
Zcela	1	1,9
Celkem	54	100%

Graf 8 – Problémy s močením v procentuálním zastoupení

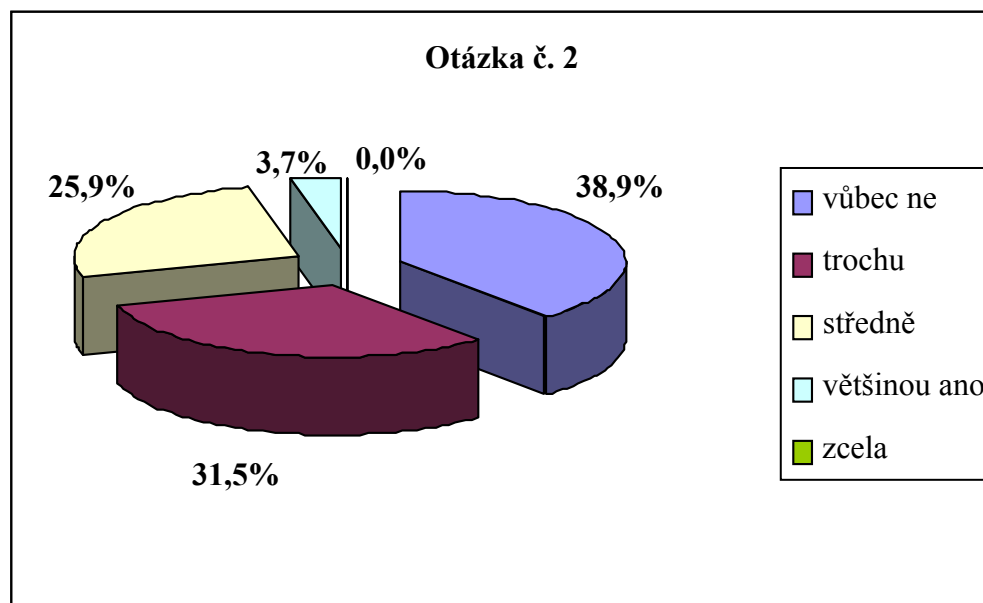


Otázka č. 2 – Jak hodně potřebujete lékařskou péči pro fungování v každodenním životě?

Tabulka 9: Počty respondentů s procentuálním zastoupením v jednotlivých možnostech:

Otázka č. 2	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Vůbec ne	21	38,9
Trochu	17	31,5
Středně	14	25,9
Většinou ano	2	3,7
Zcela	0	0
Celkem	54	100%

Graf 9 – Potřeba lékařské péče v procentuálním zastoupení

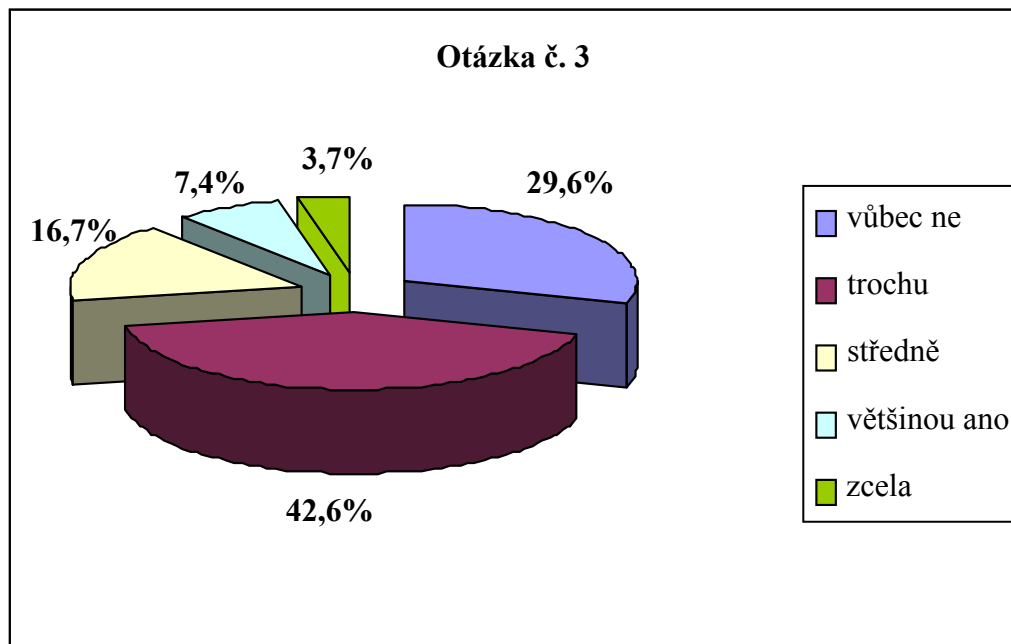


Otázka č. 3 – Jak hodně Vás trápí únava?

Tabulka 10: Počty respondentů s procentuálním zastoupením v jednotlivých možnostech:

Otázka č. 3	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Vůbec ne	16	29,6
Trochu	23	42,6
Středně	9	16,7
Většinou ano	4	7,4
Zcela	2	3,7
Celkem	54	100%

Graf 10 – Problémy s únavou v procentuálním zastoupení

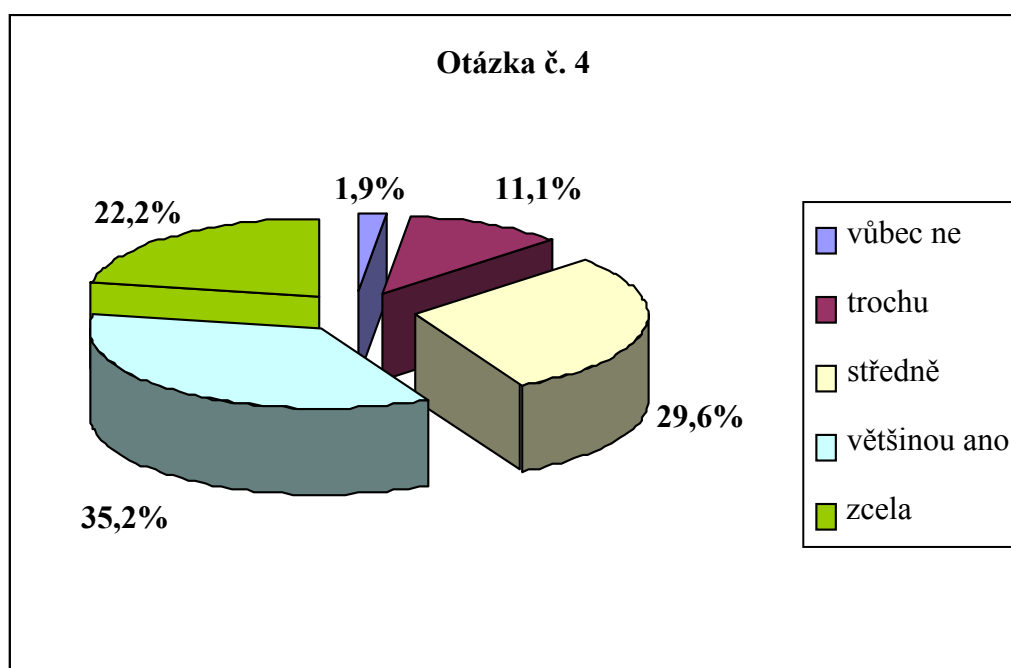


Otázka č. 4 – Jak hodně máte energie pro každodenní život?

Tabulka 11: Počty respondentů s procentuálním zastoupením v jednotlivých možnostech:

Otázka č. 4	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Vůbec ne	1	1,9
Trochu	6	11,1
Středně	16	29,6
Většinou ano	19	35,2
Zcela	12	22,2
Celkem	54	100%

Graf 11 – Energie pro každodenní život v procentuálním zastoupení

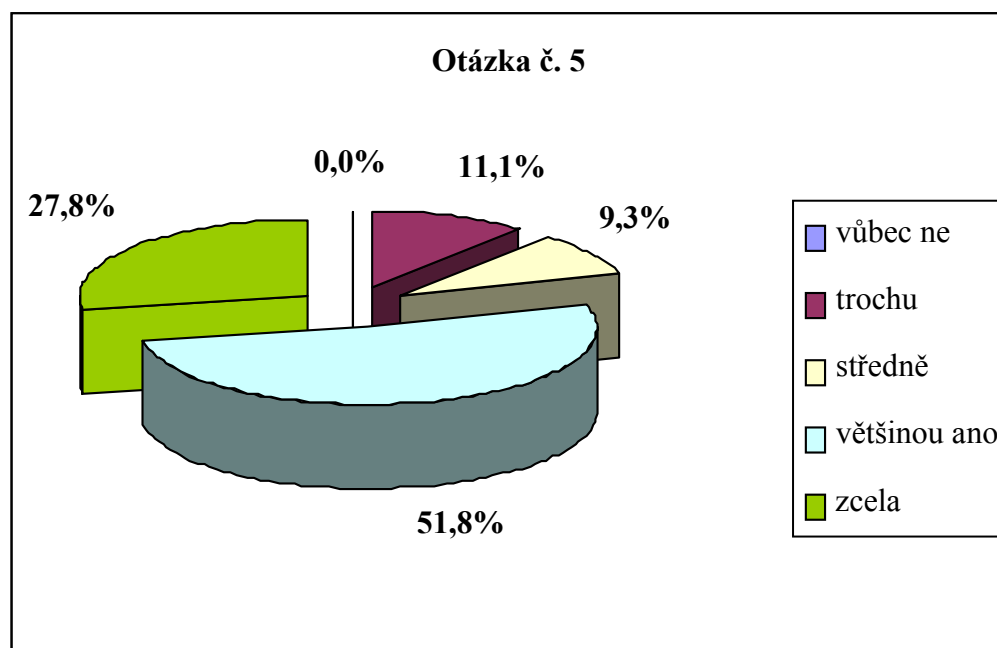


Otázka č. 5 – Jak moc máte možnost se věnovat svým zálibám?

Tabulka 12: Počty respondentů s procentuálním zastoupením v jednotlivých možnostech:

Otázka č. 5	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Vůbec ne	0	0
Trochu	6	11,1
Středně	5	9,3
Většinou ano	28	51,8
Zcela	15	27,8
Celkem	54	100%

Graf 12 – Možnost věnovat se svým zálibám v procentuálním zastoupení

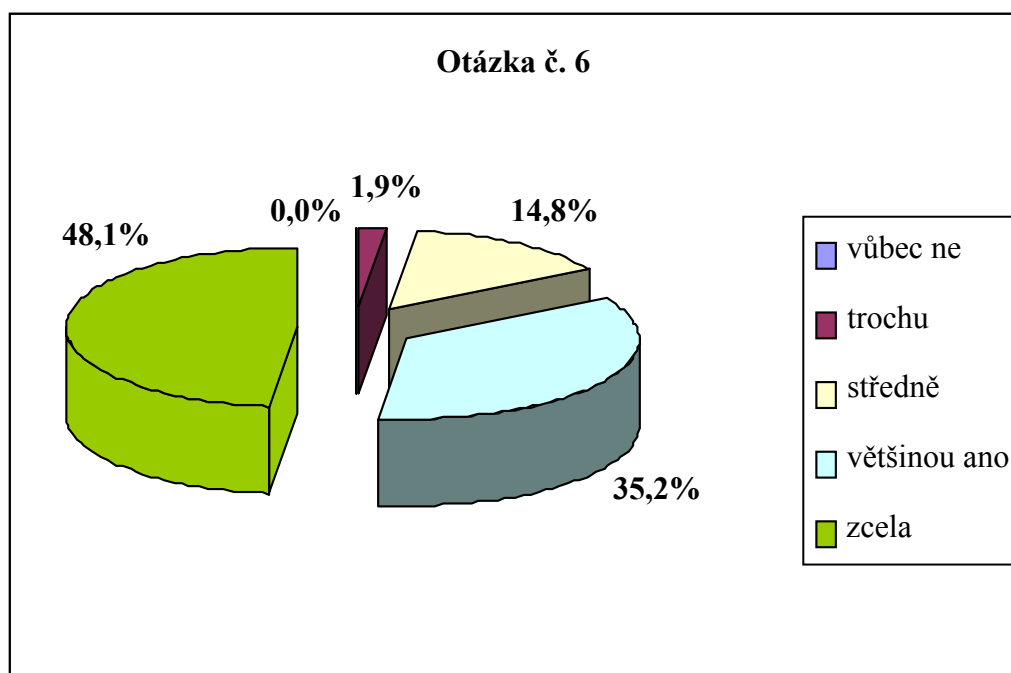


Otázka č. 6 – Jak moc se dokážete pohybovat?

Tabulka 13: Počty respondentů s procentuálním zastoupením v jednotlivých možnostech:

Otázka č. 6	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Vůbec ne	0	0
Trochu	1	1,9
Středně	8	14,8
Většinou ano	19	35,2
Zcela	26	48,1
Celkem	54	100%

Graf 13 – Možnost pohybu v procentuálním zastoupení

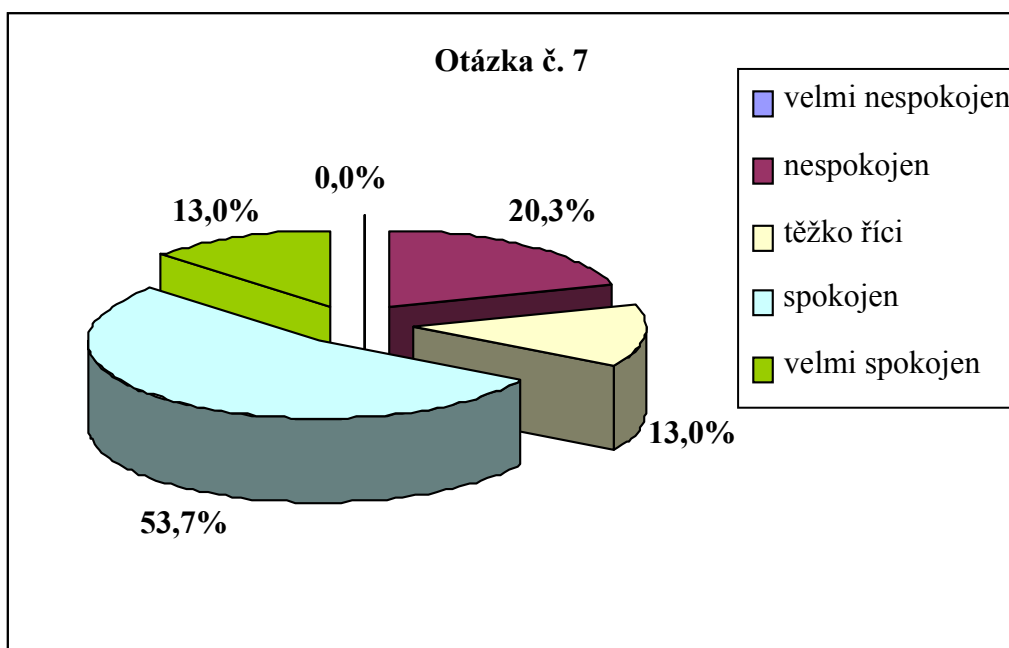


Otázka č. 7 – Jste spokojen se svým spánkem?

Tabulka 14: Počty respondentů s procentuálním zastoupením v jednotlivých možnostech:

Otázka č. 7	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Velmi nespokojen	0	0
Nespokojen	11	20,3
Těžko říci	7	13
Spokojen	29	53,7
Velmi spokojen	7	13
Celkem	54	100%

Graf 14 – Spokojenost se spánkem v procentuálním zastoupení

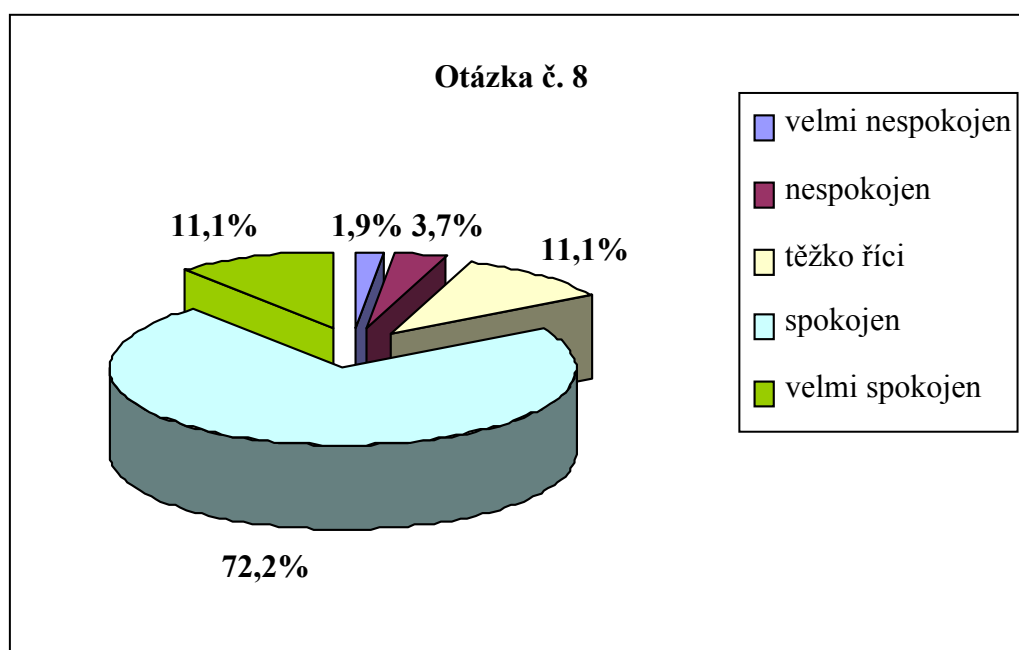


Otázka č. 8 – Jste spokojen se svou schopností provádět každodenní činnosti?

Tabulka 15: Počty respondentů s procentuálním zastoupením v jednotlivých možnostech:

Otázka č. 8	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Velmi nespokojen	1	1,9
Nespokojen	2	3,7
Těžko říci	6	11,1
Spokojen	39	72,2
Velmi spokojen	6	11,1
Celkem	54	100%

Graf 15 – Schopnost provádět každodenní činnosti v procentuálním zastoupení

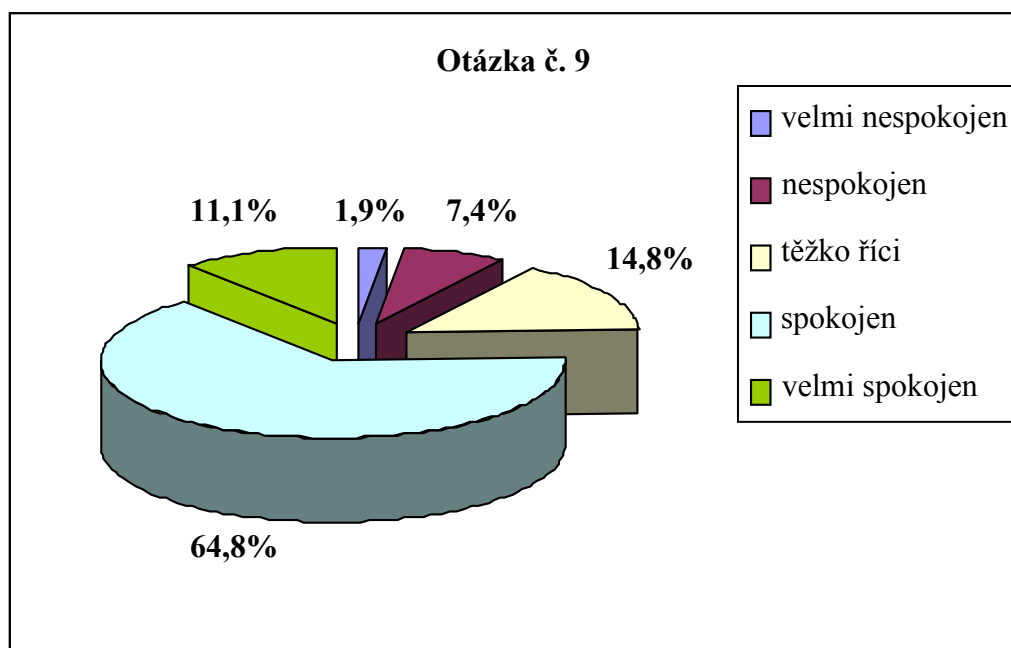


Otázka č. 9 – Jste spokojen se svým pracovním výkonem?

Tabulka 16: Počty respondentů s procentuálním zastoupením v jednotlivých možnostech:

Otázka č. 9	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Velmi nespokojen	1	1,9
Nespokojen	4	7,4
Těžko říci	8	14,8
Spokojen	35	64,8
Velmi spokojen	6	11,1
Celkem	54	100%

Graf 16 – Spokojenost s pracovním výkonem v procentuálním zastoupení

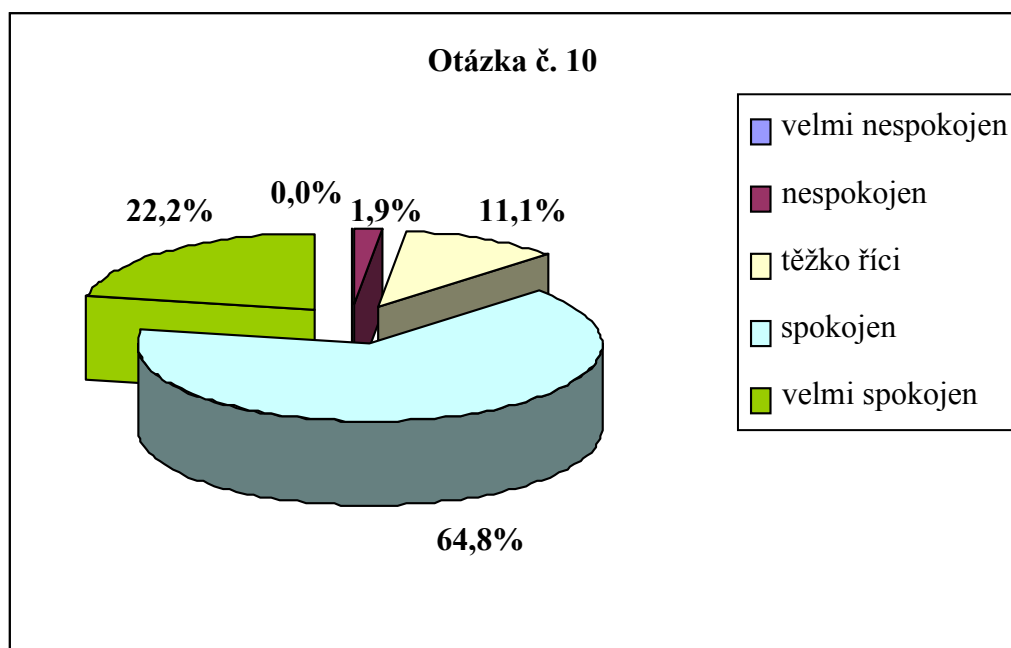


Otázka č. 10 – Jste spokojen se svými osobními vztahy?

Tabulka 17: Počty respondentů s procentuálním zastoupením v jednotlivých možnostech:

Otázka č. 10	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Velmi nespokojen	0	0
Nespokojen	1	1,9
Těžko říci	6	11,1
Spokojen	35	64,8
Velmi spokojen	12	22,2
Celkem	54	100%

Graf 17 – Spokojenost s osobními vztahy v procentuálním zastoupení

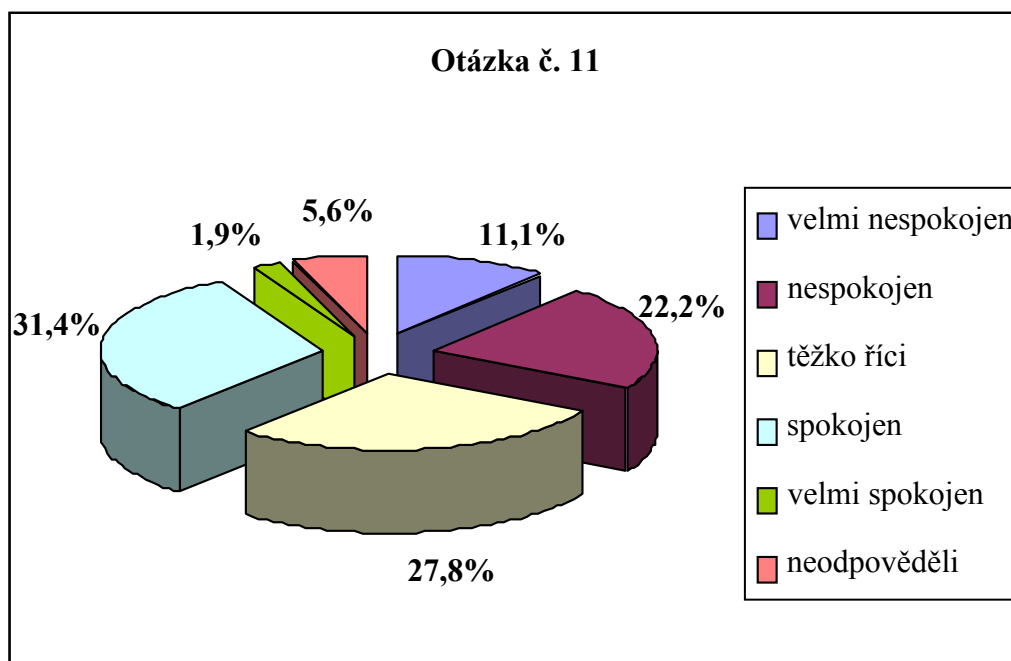


Otázka č. 11 – Jste spokojen se svým sexuálním životem?

Tabulka 18: Počty respondentů s procentuálním zastoupením v jednotlivých možnostech:

Otázka č. 11	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Velmi nespokojen	6	11,1
Nespokojen	12	22,2
Těžko říci	15	27,8
Spokojen	17	31,4
Velmi spokojen	1	1,9
Neodpověděli	3	5,6
Celkem	54	100%

Graf 18 – Spokojenost se sexuálním životem v procentuálním zastoupení

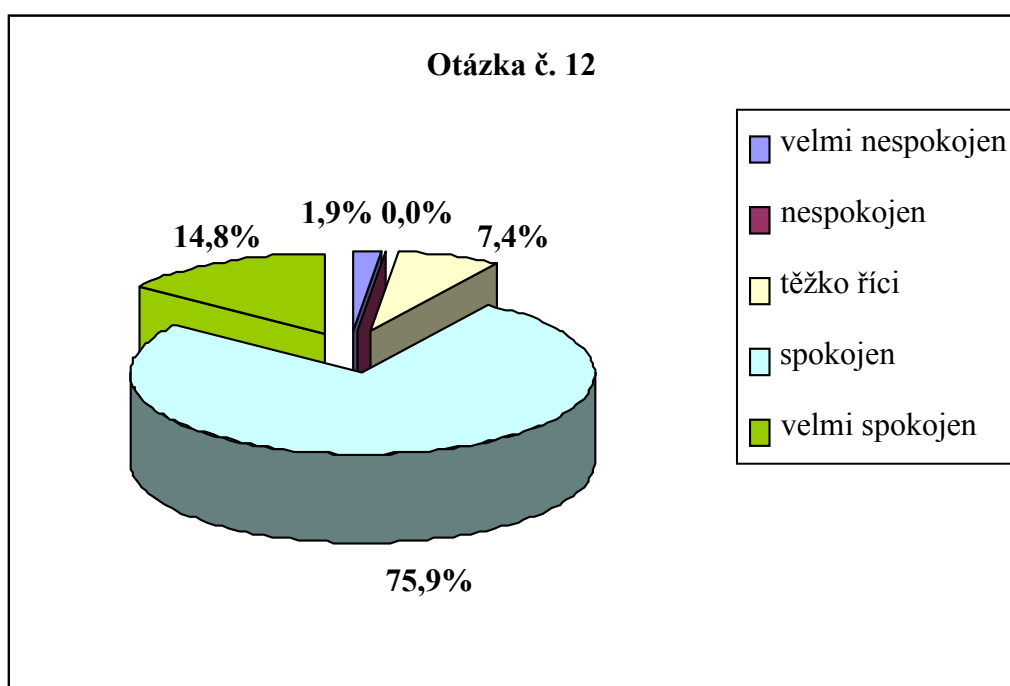


Otázka č. 12 – Jste spokojen s podporou ze strany Vašich přátel?

Tabulka 19: Počty respondentů s procentuálním zastoupením v jednotlivých možnostech:

Otázka č. 12	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Velmi nespokojen	1	1,9
Nespokojen	0	0
Těžko říci	4	7,4
Spokojen	41	75,9
Velmi spokojen	8	14,8
Celkem	54	100%

Graf 19 – Podpora od přátel v procentuálním zastoupení

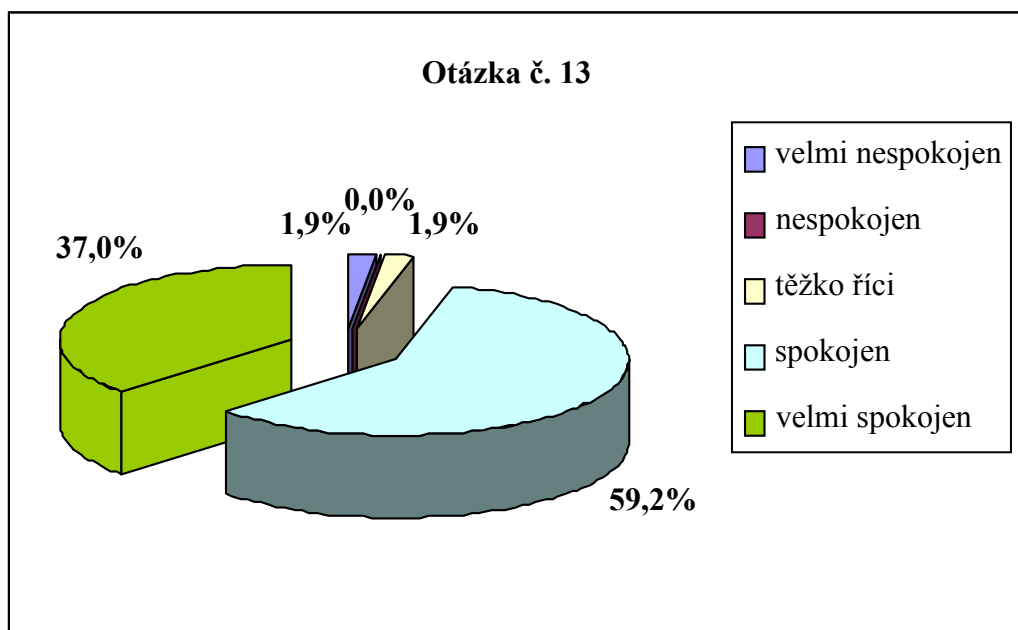


Otázka č. 13 – Jste spokojen s podporou ze strany Vaší rodiny?

Tabulka 20: Počty respondentů s procentuálním zastoupením v jednotlivých možnostech:

Otázka č. 13	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Velmi nespokojen	1	1,9
Nespokojen	0	0
Těžko říci	1	1,9
Spokojen	32	59,2
Velmi spokojen	20	37
Celkem	54	100%

Graf 20 – Podpora od rodiny v procentuálním zastoupení

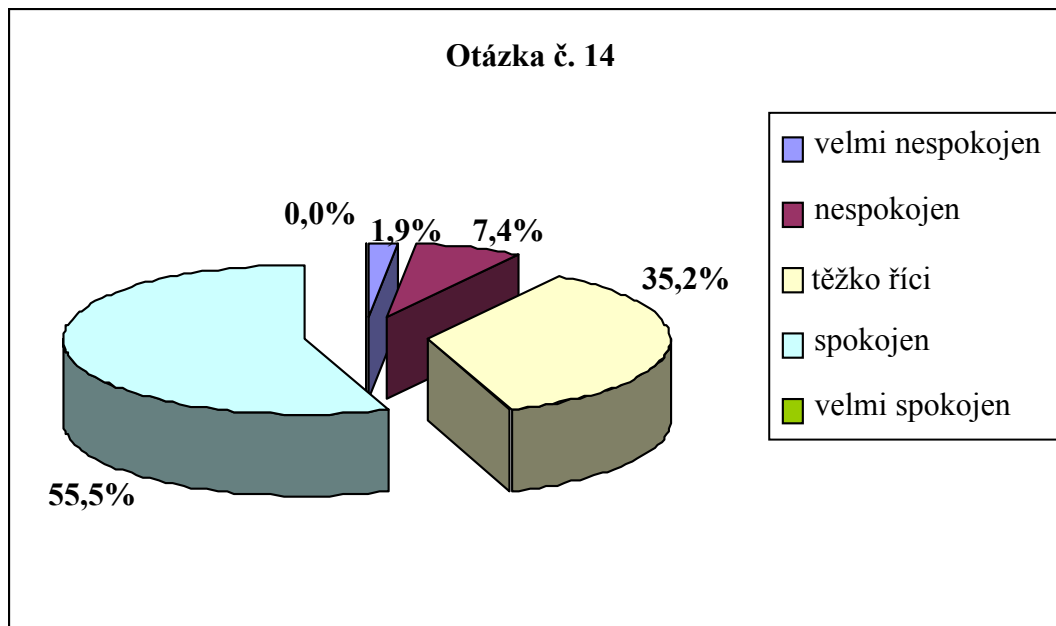


Otázka č. 14 – Jste spokojen se svým zdravím?

Tabulka 21: Počty respondentů s procentuálním zastoupením v jednotlivých možnostech:

Otázka č. 14	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Velmi nespokojen	1	1,9
Nespokojen	4	7,4
Těžko říci	19	35,2
Spokojen	30	55,5
Velmi spokojen	0	0
Celkem	54	100%

Graf 21 – Spokojenost se svým zdravím v procentuálním zastoupení

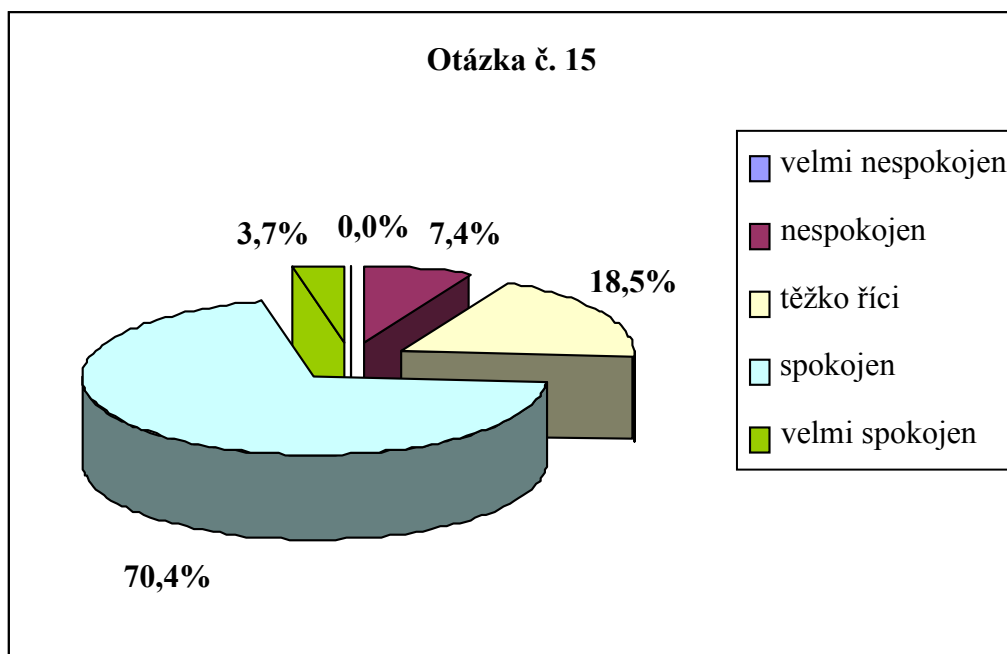


Otázka č. 15 – Jste spokojen s kvalitou svého života?

Tabulka 22: Počty respondentů s procentuálním zastoupením v jednotlivých možnostech:

Otázka č. 15	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Velmi nespokojen	0	0
Nespokojen	4	7,4
Těžko říci	10	18,5
Spokojen	38	70,4
Velmi spokojen	2	3,7
Celkem	54	100%

Graf 22 – Spokojenost s kvalitou života v procentuálním zastoupení



Otázka č. 16 – Co jste očekával od operace prostaty – TURP?

Tuto otázku jsem rozdělila na část A a část B. V části A uvádějí respondenti z předem daných možností v čem očekávali zlepšení po operaci prostaty. V části B respondenti uvádějí z předem daných možností čeho se obávali, že se zhorší po operaci prostaty.

Část A – Očekával jsem zlepšení v:

Tabulka 23: Počty respondentů s procentuálním zastoupením v jednotlivých možnostech:

Otázka č. 16, část A	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Častost močení	34	63,0
Noční močení	25	46,3
Síla proudu moči	20	37,0
Zbavení se léčby léky	16	29,6
Zlepšení spánku	15	27,8
Pocit zbytku moči po vymočení	11	20,3
Zbavení se cévky	10	18,5
Nutnost tlačit	8	14,8
Zvýšení sebevědomí	6	11,1
Sexuální život	3	5,6
Močové infekce	3	5,6
Neudržení moči	2	3,7
Neoznačili žádnou možnost	0	0

Otázka č. 16: Část B – Bál jsem se zhoršení v:

Tabulka 24: Počty respondentů s procentuálním zastoupením v jednotlivých možnostech:

Otázka č. 16, část B	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Neoznačili žádnou možnost	20	37,0
Neudržení moči	15	25,9
Sexuální život	13	24,1
Častost močení	10	18,5
Noční močení	7	13,0
Zbavení se léčby léky	4	7,4
Síla proudu moči	4	7,4
Pocit zbytku moči po vymočení	4	7,4
Močové infekce	3	5,6
Zvýšení sebevědomí	3	5,6
Zbavení se cévky	2	3,7
Nutnost tlačit	1	1,9
Zlepšení spánku	1	1,9

Otázka č. 17 – Jak se skutečně cítíte po operaci prostaty – TURP?

Otázka byla rozdělena na část C a část D. V části C hodnotím, co se opravdu zlepšilo po operaci prostaty. V části D hodnotím co se opravdu zhoršilo po operaci. Respondenti měli v obou částech otázky na výběr z předem daných možností a mohli označit více odpovědí, maximálně však tři.

Část C – Co se opravdu zlepšilo:

Tabulka 25: Počty respondentů s procentuálním zastoupením v jednotlivých možnostech:

Otázka č. 17, část C	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Síla proudu moči	28	51,8
Noční močení	26	48,1
Častost močení	20	37,0
Zbavení se léčby léky	12	22,2
Zlepšení spánku	12	22,2
Zvýšení sebevědomí	10	18,5
Nutnost tlačit	9	16,6
Zbavení se cévky	7	13,0
Pocit zbytku moči po vymočení	6	11,1
Sexuální život	3	5,6
Neudržení moči	2	3,7
Močové infekce	2	3,7
Neoznačili žádnou možnost	1	1,9

Otázka č. 17: Část D – Co se opravdu zhoršilo:

Tabulka 26: Počty respondentů s procentuálním zastoupením v jednotlivých možnostech:

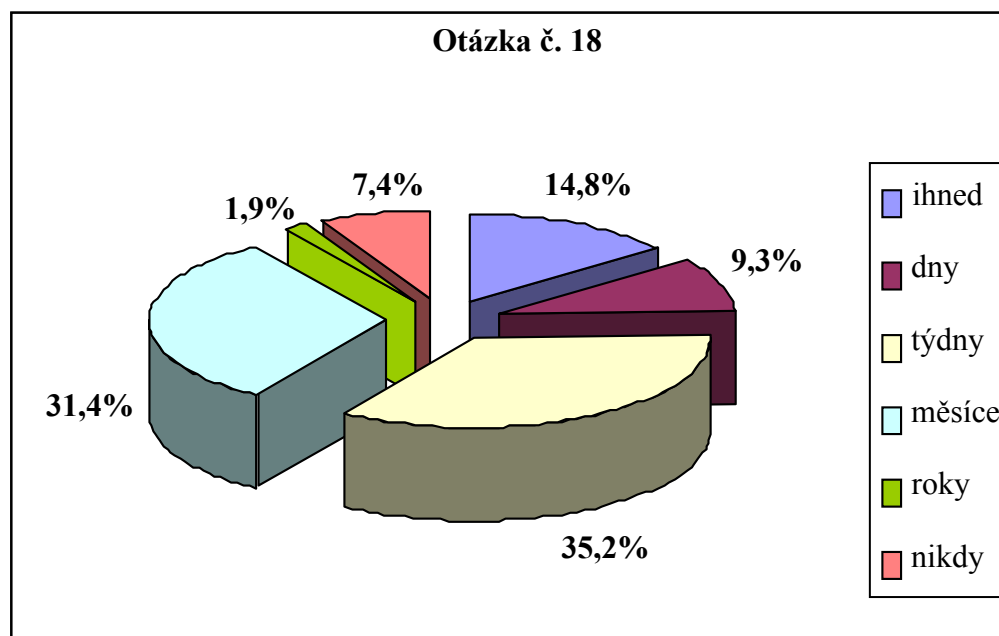
Otázka č. 17, část D	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Neoznačili žádnou možnost	23	42,5
Sexuální život	11	20,3
Neudržení moči	8	14,8
Častost močení	7	13
Pocit zbytku moči po vymočení	5	9,2
Síla proudu moči	4	7,4
Noční močení	3	5,6
Nutnost tlačit	3	5,6
Zlepšení spánku	2	3,7
Močové infekce	1	1,9
Zbavení se cévky	0	0
Zbavení se léčby léky	0	0
Zvýšení sebevědomí	0	0

Otázka č. 18 – Po jaké době došlo ke zlepšení problémů po operaci prostaty?

Tabulka 27: Počty respondentů s procentuálním zastoupením v jednotlivých možnostech:

Otázka č. 18	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ihned	8	14,8
Dny	5	9,3
Týdny	19	35,2
Měsíce	17	31,4
Roky	1	1,9
Nikdy	4	7,4
Celkem	54	100%

Graf 23 – Doba zlepšení problémů od operace v procentuálním zastoupení

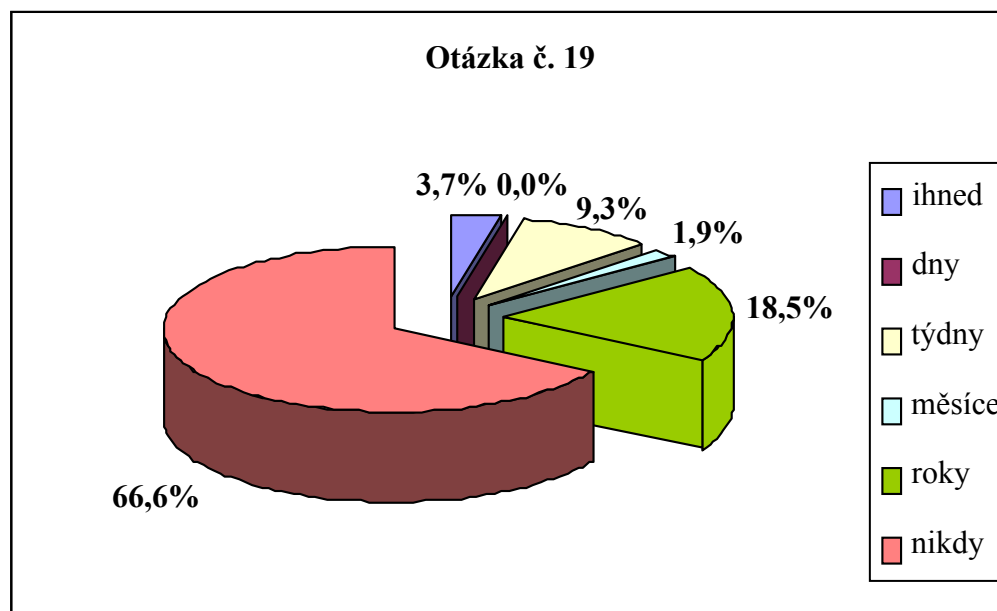


Otázka č. 19 – Po jaké době došlo ke zhoršení problémů po operaci prostaty?

Tabulka 28: Počty respondentů s procentuálním zastoupením v jednotlivých možnostech:

Otázka č. 19	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ihned	2	3,7
Dny	0	0
Týdny	5	9,3
Měsíce	1	1,9
Roky	10	18,5
Nikdy	36	66,6
Celkem	54	100%

Graf 24 – Doba zhoršení problémů od operace v procentuálním zastoupení

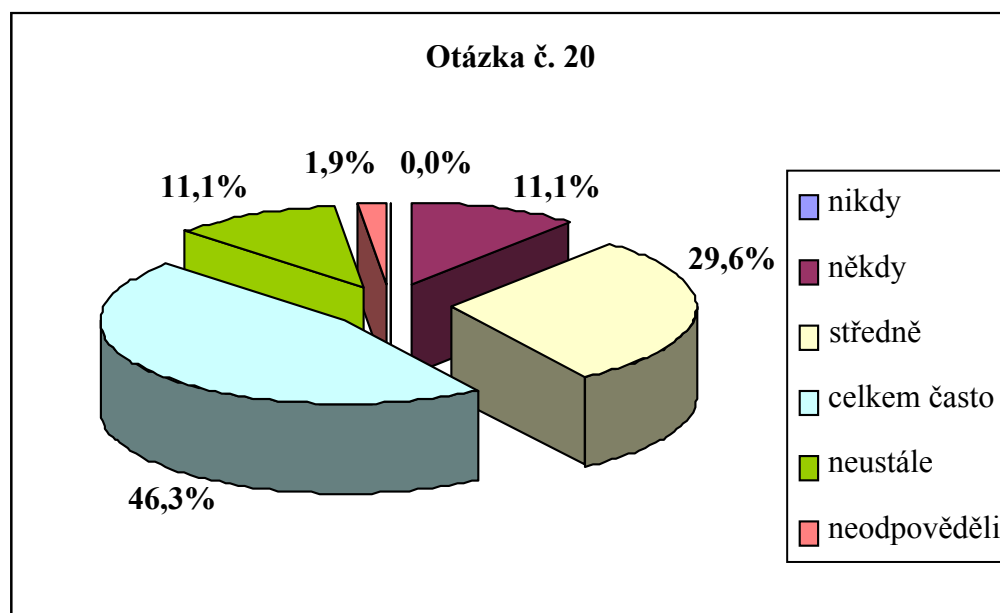


Otázka č. 20 – Cítíte se celkově spokojený?

Tabulka 29: Počty respondentů s procentuálním zastoupením v jednotlivých možnostech:

Otázka č. 20	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Nikdy	0	0
Někdy	6	11,1
Středně	16	29,6
Celkem často	25	46,3
Neustále	6	11,1
Neodpověděli	1	1,9
Celkem	54	100%

Graf 25 – Celková spokojenost v procentuálním zastoupení



4. DISKUZE

Ve své bakalářské práci zkoumám bio-psycho-sociální hlediska spokojenosti s kvalitou života u respondentů po operaci benigního nádoru prostaty. V této části práce blíže rozeberu jednotlivé položky z dotazníku a prezentuji informace získané od respondentů.

Při výběru respondentů bylo podmínkou, aby jako léčbu BHP prodělali endoskopickou operaci prostaty, kterou je transuretrální resekce prostaty. Některé dosažené výsledky bych ráda porovnávala s výsledky z odborné literatury a odborných časopisů zabývajících se touto problematikou.

První část dotazníku byla zaměřena na základní anamnestické údaje. První položkou je **věk** pacienta. Z odborné literatury je známo, že hyperplastické změny na prostatě začínají u mužů již po 30. roce života. BHP je charakteristické pro vyšší střední věk. V dnešní době lékaři diagnostikují toto onemocnění již po 40. roce života. Umožňují jim to stále dokonalejší metody diagnostiky, kterých neustále přibývá. V současné době je velice dobře účinná farmakologická léčba na ovlivnění růstu prostaty, i přesto někteří pacienti vyžadují léčbu chirurgickou. Manifestace onemocnění se projevuje až se zvyšujícím se věkem, většinou po 50. roce života. Proto jsem definovala věkovou hranici od 50. let do 70. let. Vyšší věkovou hranici jsem nevolila, neboť předpokládám v tomto věku nárůst komorbidit, které by mohly negativně ovlivnit hodnocení kvality života spojenou s prodělanou operací prostaty. Vyhodnocením anamnestických dat týkající se věku respondentů jsem zjistila, že nejvíce respondentů bylo v rozmezí od 61 do 70 let, a to 44 (81,5 %) respondentů. V rozmezí od 50 do 60 let bylo 10 (18,5 %) respondentů. Toto onemocnění spojené s operační léčbou je charakteristické pro vyšší střední věk, což se potvrdilo vyhodnocením údajů o věku respondentů. Zjistila jsem, že operační léčbu BHP podstupují převážně muži po 60. roce života. Věkové rozdělení pacientů zobrazuje tabulka 1, s. 35 a graf 1, s. 35.

Další položkou je **doba od operace**, kdy jsem stanovila hranici od půl roku a více od operace. Je všeobecně známo, že po operacích bývá určitá doba na rekonvalescenci a postupnou úpravu celkového stavu pacienta. Po této operaci prostaty je uváděna doba pro úpravu a projevení se správného efektu léčby minimálně půl roku. Do této doby je obtížné hodnocení efektu léčby pro funkční změny, které nastaly v průběhu předešlé léčby. Proto jsem ve svém šetření vyloučila respondenty, kteří byli méně jak půl roku po operaci prostaty. Respondenti doplňovali dobu od operace do dotazníku sami. Nejkratší doba od operace byla uvedena 8 měsíců a nejdelší uvedenou dobou od operace bylo 10 let. Dobu do 1 roku

po operaci uvedli 2 (3,7 %) respondenti. Dále jsem vymezila dobu 1 – 5 let po operaci, kterou uvedlo 32 (59,2 %) respondentů. V tomto období odpovídalo nejvíce respondentů, což je nejlépe odpovídající hodnotitelná skupina pro kvalitu života po prodělané operaci prostaty. Poslední vymezení doby bylo 5 a více let po operaci, kdy již kvalita života může být ovlivněna přidruženými komorbiditami. Ale po této delší době po operaci můžeme hodnotit dlouhodobý efekt operační léčby a s tím související kvalitu života. V této skupině bylo 20 (37,1 %) dotazovaných. Rozdělení doby od operace a počty respondentů zobrazuje tabulka 2, s. 36 a graf 2, s. 36.

Nejvyšší ukončené vzdělání je dalším anamnestickým údajem. Vzdělání hraje také svoji roli v kvalitě života. S tím souvisí **1. hypotéza**, kdy se domnívám, že bude nejvíce respondentů se středním vzděláním s maturitou a vysokoškoláků, neboť u respondentů s vyšším vzděláním bude větší spolupráce při přijetí léčby a v léčbě samotné pro zkvalitnění života. Nejpočetněji bylo zastoupeno vzdělání střední s maturitou, které uvedlo 22 (40,7 %) respondentů. Vysokoškolsky vzdělaných bylo 11 (20,4 %) respondentů. Druhou nejpočetnější skupinou byli respondenti se vzděláním vyučen, kterou tvořilo 21 (38,9 %) dotazovaných. Nejméně zastoupenou skupinou bylo ukončené základní vzdělání, které neuvedl žádný z respondentů. Po sečtení vysokoškolsky vzdělaných a středoškolsky vzdělaných respondentů s maturitou, což je 33 (61,1 %) respondentů a to je více jak polovina z celkového počtu dotazovaných, je patrné, že **hypotéza 1 se potvrdila**. Výsledky k této problematice zobrazuje tabulka 3, s. 37 a graf 3, s. 37.

Důležitým údajem pro hodnocení kvality života je **rodinný stav** respondentů. Ten souvisí se sociální stránkou života a má vliv na další ošetrovatelskou i celkovou péči v domácím prostředí. To se pak odrazí na kvalitě života respondentů. Sám respondent aktivně usiluje o návrat a udržení vlastního zdraví a soběstačnosti v základních každodenních činnostech. K tomu je také nezbytné získat ke spolupráci i rodinné příslušníky a nejbližší sociální okolí. Rodina by se měla přímo spolupodílet na další péči o nemocného v oblasti psychické a fyzické podpory a pomoci. Měla by pozitivně ovlivňovat kvalitu života nemocného. Proto jsou ve výhodě respondenti ženatí, kteří mají svoji rodinu. Ale i ti, kteří tuto možnost nemají, mohou mít ve svém okolí přátele či blízké, kteří jim pomáhají nebo vyjadřují podporu. Nejhůře na tom jsou nemocní, kteří žádnou podporu ani pomoc ze svého okolí nemají. Ve svém šetření jsem zjistila, že nejvíce respondentů bylo ženatých, a to 44 (81,5 %). Pak následovali vdovci, kterých bylo 6 (11,1 %) dotazovaných. Další skupinou byli rozvedení. To uvedli 4 (7,4 %) respondenti. Možnost „svobodný“ neuvedl žádný z respondentů. Údaje o rodinném stavu jsou uvedeny v tabulce 4, s. 38 a grafu 4, s. 38.

Další hodnocenou položkou z anamnestických údajů bylo **zaměstnání**. Jak jsem již uvedla, BHP je charakteristické pro vyšší střední věk, proto i možnost operačního řešení tohoto onemocnění přichází převážně ve starším věku života. Proto jsem v **hypotéze 2** předpokládala, že největší skupinu respondentů budou tvořit důchodci nad respondenty v pracovním procesu.

Ze všech respondentů bylo nejvíce starobních důchodců. To uvedlo 40 (74,1 %) dotazovaných. Poté následovala skupina respondentů v pracovním procesu v počtu 11 (20,3 %) dotazovaných. Nejméně početnou skupinou byli invalidní důchodci, což uvedli 3 (5,6 %) respondenti. Podle zjištěných údajů se **hypotéza 2 potvrdila**. To, že bylo nejvíce respondentů starobních důchodců nám koreluje s vymezenou věkovou hranicí dotazovaných, kdy převažovala skupina od 61 – 70 let věku, což je doba odchodu do starobního důchodu. Na druhou stranu lze předpokládat, že skupina pracujících bude více motivována ke spolupráci na léčbě a bude očekávat rychlé zlepšení zdravotního stavu pro časnou možnost vrátit se do pracovního procesu. Vše je zpracováno v tabulce 5, s. 39 a grafu 5, s. 39.

Dále jsem hodnotila **předchozí léčbu BHP** před prodělanou operací prostaty. Z toho vyplývá jaký důvod byl k indikaci chirurgického způsobu léčby prostaty. Na výběr jsem zvolila čtyři možné varianty. První varianta byla, že nepředcházela žádná léčba před operací prostaty. Tuto variantu uvedlo 7 (13 %) respondentů. Podle dostupných informací je známo, že nemusí být žádná léčba před prodělanou operací. Nejčastějším důvodem se uvádí opakované retence moče, recidivující močové infekce, cystolitiáza a renální insuficience z důvodu intravezikální obstrukce zbytnělou prostatou. Je to u respondentů, kteří doposud neudávali žádné velké mikční problémy, které by ovlivňovaly jejich kvalitu života. Až při výše zmiňovaných důvodech se při vyšetření zjistí benigní zvětšení prostaty, kdy farmakologická léčba by byla neúčinná a vyžaduje to již léčbu chirurgickou. Druhá varianta byla předchozí léčba léky. Respondenti byli léčeni farmakologickými preparáty, ale u některých tato léčba je méně účinná nebo selže úplně. Potom se přistupuje k léčbě chirurgické. Předchozí léčbu léky uvedlo nejvíce z celkového počtu respondentů, a to 28 (51,8 %) dotazovaných. Třetí variantou je předchozí léčba již operační. BHP se řadí mezi recidivující onemocnění. I po chirurgické resekcí prostaty může dojít znovu k nárůstu prostatické tkáně. Jak uvádí odborná literatura je prokázáno, že při transuretrální resekcí prostaty zbývá na periférii tkáň prostaty (tzv. chirurgické pouzdro), která je potencionálním zdrojem vzniku recidivy. Tuto možnost uvedlo 15 (27,8 %) respondentů, což je skoro třetina z celkového počtu respondentů. Poslední variantou byla předchozí léčba léky i léčba operační, kterou uvedli 4 (7,4 %) respondenti. I přes léčbu léky a následně i operační léčbu respondenti

prodělali opět operaci prostaty. Proč tomu tak bylo jsem již nezjišťovala. Ale byl by to jistě zajímavý námět pro zpracování další odborné práce. Všechny dostupné údaje jsem zpracovala do tabulky 6, s. 40 a grafu 6, s. 40.

S hodnocením předchozí léčby souvisí již zmiňovaná retence moči a to jsem zjišťovala v posledním dotazu těchto anamnestických údajů. Hodnotila jsem, jestli **měli respondenti někdy zástavu močení**. Zde se nabízely pouze dvě možnosti: ano a ne. Více bylo respondentů, kteří retenci moči nikdy neměli. To uvedlo 33 (61,1 %) dotazovaných. Dalších 21 (38,9 %) respondentů uvedlo odpověď kladnou, že již někdy prodělali zástavu močení. Předpokládám, že pro tyto respondenty, co zástavu močení prodělali, je to nepříjemný zážitek, který by již nechtěli zažít. A to je jeden z důvodů, proč podstoupili operační řešení BHP. Údaje o tomto problému zobrazuje tabulka 7, s. 41 a graf 7, s. 41.

Druhá část dotazníku je zaměřena již na konkrétní otázky na kvalitu života spojenou s prodělanou operací BHP, které jsem zpracovala. Pro lepší možnost zhodnocení jednotlivých otázek jsem je rozdělila do těchto oblastí: fyzické zdraví a pocity, práce, každodenní činnosti a záliby, sociální vztahy, sexuální život, očekávané změny od operace, vývoj stavu a změny po operaci, kvalita života a celková spokojenost.

První zvolenou oblastí pro hodnocení jednotlivých otázek je **fyzické zdraví a pocity**. Do této oblasti jsem zařadila **otázky č. 1, 2, 3, 4, 6, 7 a 14**.

V **otázce č. 1** hodnotím, zda respondentům brání problémy s močením dělat to, co potřebují. To je i tvrzením **hypotézy 3**, kdy se domnívám, že respondentům nebudou bránit problémy s močením dělat to, co potřebují. Nejvíce odpovědí na tuto otázku bylo u možnosti „trochu“, kterou volilo 23 (42,5 %) respondentů z celkového počtu 54 (100 %) dotazovaných. Druhou nejčastější odpovědí bylo, že jim problémy s močením vůbec nebrání dělat to, co potřebují. Tuto možnost zvolilo 21 (38,9 %) respondentů. Sečtením těchto dvou pozitivních možností nám vyjde, že 44 (81,4 %) respondentům nebrání potíže s močením dělat to, co potřebují a tím se **hypotéza 3 potvrdila**. Dále problémy s močením ohodnotilo možností „středně“ 7 (13 %) dotazovaných. Možnost „většinou ano“ zvolili 2 (3,7 %) respondenti. Nejméně byla uvedena možnost „zcela“, kterou zvolil pouze 1 (1,9 %) dotazovaný. Vše je zpracované v tab. 8, s. 42 a grafu 8, s. 42.

Otázky č. 2, 3, 4 a 14 se zaměřují na energii, pocity únavy, zdraví a potřebu lékařské péče. V **otázce č. 4** jsem zjistila, že energii pro každodenní život má zcela 12 (22,2 %) respondentů a většinou ano 19 (35,2 %) respondentů. Součtem obou hodnot nám vyjde, že má energii pro každodenní život 31 (57,4%) respondentů, což je více jak polovina z celkového počtu 54 (100 %) dotazovaných. Středně hodně energie má 16 (29,6 %) respondentů. Možnost

„trochu“ energie pro každodenní život uvedlo 7 (13 %) respondentů. A možnost „vůbec ne“ uvedl 1 (1,9 %) respondent. Vše je zpracováno v tab. 11, s. 45 a grafu 11, s. 45.

Pocit únavy, kterou hodnotím v **otázce č. 3**, netrápí vůbec 16 (29,6 %) respondentů a jen trochu 23 (42,6 %) respondentů. Z toho vyplývá, že pocit únavy vůbec netrápí nebo jen trochu celkem 39 (72,2 %) respondentů, což pozitivně ovlivňuje kvalitu života. Středně unaveno se cítilo 9 (16,7 %) dotazovaných. Odpověď „většinou ano“ se vyskytla u 4 (7,4 %) respondentů. Zcela trápila únava 2 (3,7 %) respondenty. Tyto údaje jsou zpracované v tabulce 10, s. 44 a grafu 10, s. 44.

Lékařskou péči potřebující pro fungování v každodenním životě hodnotím v **otázce č. 2**. Nejčastěji se objevila možnost odpovědi „vůbec ne“, kterou zvolilo 21 (38,9 %) respondentů. Druhou nejčastější odpovědí bylo „trochu“, kterou vybralo 17 (31,5 %) dotazovaných. S odpovědí „středně“ se ztotožnilo 14 (25,9 %) respondentů. Mezi nejméně zastoupenou odpovědí je „většinou ano“, kterou zvolili 2 (3,7 %) respondenti. Žádný z dotazovaných nevedl, že by zcela potřeboval lékařskou péči pro fungování v každodenním životě. Údaje jsou zpracovány v tabulce 9, s. 43 a grafu 9, s. 43.

S tím souvisí **otázka č. 14** na spokojenost se zdravím. Vzhledem k prodělané operační léčbě nejčastěji uváděli respondenti, že jsou spokojeni se svým zdravím. Tuto odpověď zvolilo 30 (55,5 %) dotazovaných. Další častou odpovědí byla možnost „těžko říci“, kterou uvedlo 19 (35,2 %) respondentů. Ti nebyli zcela spokojeni se svým zdravím. V menším počtu, a to 4 (7,4 %) respondenti, byli nespokojeni se svým zdravím. Odpověď „velmi nespokojen“ uvedl 1 (1,9 %) dotazovaný. S odpovědí „velmi spokojen“ se neztotožnil žádný z respondentů. Vše je uvedeno v tabulce 21, s. 55 a grafu 21, s. 55.

Do této oblasti jsem zahrнула i **otázku č. 6** na pohyblivost respondentů. V této otázce mě zajímalo jak hodně jsou pohybově omezeni. Nejčastější odpovědí byla možnost zcela úplná pohyblivost, kterou uvedlo 26 (48,1 %) dotazovaných. Druhou nejčastější odpovědí byla možnost, že mají většinou dobrou pohyblivost. Tuto odpověď volilo 19 (35,2 %) respondentů. Středně omezenou pohyblivost mělo 8 (14,8 %) respondentů. Nejméně byla zastoupena odpověď „trochu“, což uvedl 1 (1,9 %) respondent, který byl nejvíce pohybově omezen.

Z těchto údajů nám vychází, že respondentů, kteří se zcela či většinou ano dokáží bez problémů pohybovat, bylo 45 (83,3 %) dotazovaných. To je důležité hlavně pro kvalitu života po operaci, neboť je udáváno, že imobilita významně negativně ovlivňuje kvalitu života. Údaje jsou zpracovány v tabulce 13, s. 47 a grafu 13, s. 47.

Zbývá hodnocení **otázky č. 7**, která se týká spokojenosti se spánkem. Spánek u tohoto onemocnění je ovlivněn častým nočním močením, což negativně ovlivňuje kvalitu spánku.

To je tématem **hypotézy 4**, ve které se domnívám, že pacienti po prodělané operaci budou spokojeni se svým spánkem, neboť by mělo vymizet časté noční močení. Vyhodnocením této otázky jsem zjistila, že 29 (53,7 %) respondentů uvedlo spokojenost se svým spánkem. Velmi spokojeno bylo 7 (13 %) respondentů, což se shodovalo počtem respondentů s odpovědí „těžko říci“. Nespokojenost se svým spánkem vyjádřilo 11 (20,3 %) dotazovaných. Z těchto údajů je zřejmé, že **hypotéza 4 se potvrdila**. Více jak polovina respondentů odpověděla kladně, a to celkem 36 (66,6 %) dotazovaných. Tato otázka je zpracována v tabulce 14, s. 48 a grafu 14, s. 48.

Do druhé zvolené oblasti jsem zařadila otázky ohledně **pracovní a každodenní činnosti** a s tím související **záliby**. A to **otázky č. 5, 8 a 9**. S těmito otázkami souvisí **hypotéza 5**, kde se domnívám, že respondenti nebudou omezeni v pracovním výkonu a činnostech každodenního života.

Spokojenost s pracovním výkonem hodnotím v **otázce č. 9**. Zde uvedlo 35 (64,8 %) respondentů spokojenost se svým pracovním výkonem a velmi spokojeno bylo 6 (11,1 %) dotazovaných. Přesně se nedokázalo rozhodnout 8 (14,8 %) respondentů a zvolili odpověď „těžko říci“. Nespokojenost se svým pracovním výkonem vyjádřili 4 (7,4 %) respondenti. Velmi nespokojen byl 1 (1,9 %) respondent. Otázka je zpracována v tabulce 16, s. 50 a grafu 16, s. 50.

Spokojenost se schopností provádět každodenní činnosti hodnotí **otázka č. 8**. Více než polovina respondentů byla spokojena se schopností vykonávat každodenní činnosti. Tuto možnost zvolilo 39 (72,2 %) dotazovaných. V možnostech „velmi spokojen“ a „těžko říci“ na otázku ohledně svých schopností odpovědělo shodným počtem 6 (11,1 %) respondentů. Nespokojenost u této otázky uvedli 2 (3,7 %) respondenti. Velmi nespokojen se svou schopností vykonávat každodenní činnost byl 1 (1,9 %) respondent. Tato otázka je zpracována v tabulce 15, s. 49 a grafu 15, s. 49.

U obou otázek převažují více než v polovině kladné odpovědi a tak **hypotéza 5 byla potvrzena**.

V poslední **otázce č. 5** této oblasti hodnotím možnost věnovat se svým zálibám. Respondenti nejvíce odpovídali, že většinou mají možnost věnovat se svým zálibám. Tuto odpověď zvolilo 28 (51,8 %) dotazovaných. Druhou nejčastější odpovědí bylo, že se můžou „zcela“ věnovat svým zálibám, kterou volilo 15 (27,8 %) respondentů. Středně hodně se může věnovat svým zálibám 5 (9,3 %) dotazovaných. Možnost věnovat se svým zálibám jenom trochu odpovědělo 6 (11,1 %) respondentů. Žádný z dotazovaných neuvedl, že by se vůbec nemohl věnovat svým zálibám, což je pozitivní zjištění. Zde je také pozitivní, že více

jak polovina dotazovaných, a to celkem 43 (79,7 %) respondentů uvedlo, že má většinou či zcela možnost věnovat se svým zálibám. Vše je zpracováno v tabulce 12, s. 46 a grafu 12, s. 46.

Třetí zvolenou oblastí jsou **sociální vztahy**, kam patří **otázka č. 10, 12 a 13**. S těmito otázkami souvisí **hypotéza 6**, kde se domnívám, že respondenti budou mít po prodělané operaci podporu ve své rodině nebo přátelích.

V **otázce č. 10** hodnotím odpovědi jak jsou respondenti spokojeni se svými osobními vztahy. Spokojenost uvedlo 35 (64,8 %) respondentů a velmi spokojeno bylo 12 (22,2 %) respondentů. Méně spokojeno se svými osobními vztahy bylo 6 (11,1 %) dotazovaných a nespokojen byl 1 (1,9 %) respondent. Velmi nespokojen se svými osobními vztahy nebyl žádný z dotazovaných. Tím jsem zjistila, že převážná část respondentů hodnotí pozitivně spokojenost se svými osobními vztahy, což je také důležité pro kvalitní prožití života. Otázka č. 10 je zpracována v tabulce 17, s. 51 a grafu 17, s. 51.

Se sociálními vztahy souvisí také podpora ze strany přátel, kterou hodnotím v **otázce č. 12**. Nejčastější odpovědí byla „spokojenost“ s podporou ze strany přátel, kterou uvedlo 41 (75,9 %) respondentů. Velmi spokojeno potvrdilo 8 (14,8 %) dotazovaných. Respondenti, kteří nedokázali přesně zhodnotit tuto otázku byli 4 (7,4 %) z celkového počtu hodnocených dotazníků. Jen 1 (1,9 %) z dotazovaných uvedl, že je velmi nespokojen. Ale i tak převážná část respondentů odpověděla kladným hodnocením. Vše je zpracováno v tabulce 19, s. 53 a grafu 19, s. 53. Nejdůležitější otázkou je **otázka č. 13** na spokojenost ze strany rodiny. Rodina je důležitou oporou a podporou hlavně po psychické stránce a tím i zkvalitnění života nemocného. I zde odpovědělo nejvíce respondentů, a to 32 (59,2 %), že jsou spokojeni s podporou ze strany rodiny. Nezanedbatelný není ani počet respondentů, kteří volili variantu odpovědi „velmi spokojen“, to uvedlo 20 (37 %) dotazovaných. Respondent, který ohodnotil otázku odpovědí „těžko říci“ byl 1 (1,9 %) a 1 (1,9 %) respondent uvedl, že je velmi nespokojen. I přesto více jak polovina ze všech dotazovaných respondentů uvedlo spokojenost ze strany své rodiny a tím se **hypotéza 6 potvrdila**. Toto hodnocení nám koreluje z anamnestickým údajem ohledně rodinného stavu, kdy více jak polovina respondentů, a to 44 (81,5 %) uvedlo, že je ženatých. Údaje k této otázce jsou zpracovány v tabulce 20, s. 54 a grafu 20, s. 54.

Další zvolenou oblastí je hodnocení **sexuálního života**, který je spojen po této operaci s ejakulací. V odborné literatuře se uvádí, že jednou z prokazatelných nevýhod je retrográdní ejakulace, což snižuje spokojenost se sexuálním životem. Po odstranění zbytnělé prostatické tkáně zůstane rozšířená zadní část močové trubice, kde při ejakulaci zůstane sperma,

kteří následně proniká rozšířeným hrdlem močového měchýře do měchýře odkud je pak při močení vymočeno. Proto se domnívám v **hypotéze 7**, že respondenti nebudou spokojeni se svým sexuálním životem. K tomuto problému se vztahuje **otázka č. 11**. Zde odpovědělo 17 (31,4 %) respondentů, že jsou spokojeni se svým sexuálním životem a 1 (1,9 %) respondent byl velmi spokojen. Dále bylo 15 (27,8 %) respondentů, kteří nebyli přesvědčeni zda ano či ne. Naopak 12 (22,2 %) respondentů uvedlo nespokojenost se svým sexuálním životem a 6 (11,1 %) dotazovaných bylo velmi nespokojeno. Dotazník byl dobrovolný, tudíž 3 (5,6 %) respondenti na tuto otázku neodpověděli. Celkový počet spokojených a velmi spokojených respondentů je 18 (33,3 %) respondentů. Celkový počet respondentů, kteří uvedli nespokojenost je také 18 (33,3 %) dotazovaných. Vzhledem k tomuto vyrovnanému počtu spokojených a nespokojených respondentů se **hypotéza 7 nepotvrdila ani nevyvrátila**. Tato otázka je zpracována v tabulce 18, s. 52 a grafu 18, s. 52.

Oblast **očekávaných změn od operace** hodnotím v **otázce č. 16**, kterou jsem rozdělila do dvou částí, **část A** a **část B**. V obou částech měli respondenti na výběr z těchto možností: 1. noční močení, 2. síla proudu moči, 3. nutnost tlačit, 4. častost močení, 5. pocit zbytku moči po vymočení, 6. zbavení se cévky, 7. zvýšení sebevědomí, 8. sexuální život, 9. neudržení moči, 10. močové infekce, 11. zlepšení spánku, 12. zbavení se léčby léky. Toto jsou nejčastější problémy spojené s BHP, které provázejí, znepríjemňují a tím i ovlivňují či dokonce snižují kvalitu života.

V **části A** otázky č. 16 mají respondenti z daných možností označit, v čem nejvíce očekávají zlepšení po operaci prostaty. Každý respondent mohl označit maximálně tři nejvíce odpovídající možnosti. Nejčastěji uváděli, že nejvíce očekávají od operace zlepšení v častosti močení, a to celkem uvedlo 34 (62,9 %) respondentů. Časté močení snižuje kvalitu života a negativně ovlivňuje nemocného po stránce pracovní, společenské, osobní a rodinné. Souhrnně řečeno ovlivňuje provádění každodenních činností nemocného. Druhou nejčastější očekávanou změnou ve zlepšení od operace bylo „noční močení“, kterou uvedlo 25 (46,2 %) respondentů. Noční močení souvisí s ovlivněním spokojenosti se spánkem, kdy tento problém hodnotím v otázce č. 7, ale i v této otázce je na výběr možnost očekávání ve zlepšení spánku, kterou uvedlo 15 (27,8 %) dotazovaných. Vlivem špatného spánku může být zvýšená únava a méně energie pro každodenní život. Tyto dva problémy hodnotím v otázce č. 3 a č. 4. Třetí nejvíce uváděnou očekávanou změnou bylo zlepšení v síle proudu moči, což zvolilo 20 (37 %) respondentů z celkového množství 54 (100 %) respondentů. Dalšími častými volenými možnostmi bylo zbavení se léčby léky, u 16 (29,6 %) dotazovaných, zlepšení v pocitu zbytku moči po vymočení očekávalo 11 (20,3 %) dotazovaných a zbavení se cévky uvedlo

10 (18,5 %) respondentů, kteří měli před operací zaveden permanentní močový katétr. Ostatní možnosti byly uváděny méně jak deseti respondenty. Nejméně udávali respondenti, že očekávali zlepšení v neudržení moči. To označili pouze 2 (3,7 %) respondenti. Tyto uváděné možnosti jsou zároveň problémy, které nejvíce a nejčastěji trápili respondenty před operací prostaty. Vše je zpracované v tabulce 23, část A, s. 57.

V **části B** této otázky měli respondenti označit z uvedených možností čeho se nejvíce obávali, že se zhorší po operaci prostaty. Opět měli označit tři možnosti nejvíce vystihující jejich obavy. Nejvíce respondentů, a to celkem 20 (37,0 %), v této otázce neuvedlo žádnou z nabízených možností. Z toho lze usuzovat, že byli správně a dostatečně respondenti edukováni lékařem, a nebo edukováni nebyli a žádných problémů se neobávali. Ti, kteří na tuto otázku odpověděli se nejčastěji obávali neudržení moči po operaci, a to uvedlo 14 (25,9 %) respondentů. Druhou nejčastější obavou bylo ovlivnění sexuálního života, což označilo 13 (24,1 %) dotazovaných. Tyto dva problémy jsou uváděny a potvrzeny v odborné literatuře jako možné časté komplikace po operaci prostaty. Také jsou s nimi seznamováni pacienti před operací a proto se jich obávají, neboť taktéž negativně ovlivňují a snižují kvalitu života nemocného i jeho sebevědomí. Patří sem i třetí nejvíce volená možnost „častost močení“, kterou označilo 10 (18,5 %) respondentů. Další možnosti volilo méně jak deset respondentů. Nejméně se obávali nutnosti tlačit při močení a problémy se spánkem po operaci. Tyto možnosti shodně zvolil pouze 1 (1,9 %) respondent. Veškeré údaje k této části otázky jsou uvedeny v tabulce 24, část B, s. 58.

Do předposlední oblasti **hodnocení vývoje stavu po operaci** jsem zařadila **otázky č. 17, 18 a 19**. V těchto otázkách hodnotím, jak se skutečně cítí po prodělané operaci prostaty, co se zhoršilo a co se zlepšilo a po jaké době po operaci. **Otázka č. 17** je zpracována v tabulce 25, část C, s. 59 a v tabulce 26, část D, s. 60. Zde hodnotím jak se skutečně respondent cítí, co se opravdu zlepšilo a co se opravdu zhoršilo po operaci prostaty. Otázka má dvě části, **část C** a **část D**, ve kterých mají respondenti na výběr z těchto možností odpovědi: 1. noční močení, 2. síla proudu moči, 3. nutnost tlačit, 4. častost močení, 5. pocit zbytku moči po vymočení, 6. zbavení se cévky, 7. zvýšení sebevědomí, 8. sexuální život, 9. neudržení moči, 10. močové infekce, 11. zlepšení spánku, 12. zbavení se léčby léky. V **části C** této otázky respondenti měli označit z výše uvedených možností, co se u nich opravdu zlepšilo po prodělané operaci. Nejvíce respondenti udávali zlepšení po prodělané operaci v síle proudu moči, což znamená, že se podstatně zlepšily obstrukční problémy a pacienti nemusí tlačit při močení. To uvedlo 28 (51,8 %) respondentů, a to je více jak polovina dotazovaných. Druhým nejčastějším problémem, ve kterém došlo ke zlepšení

po operaci bylo noční močení. Tuto možnost označilo 26 (48,1 %) respondentů, což je téměř polovina dotazovaných. Třetí nejvíce udávanou možností bylo zlepšení v četnosti močení po operaci. S tímto souhlasilo 20 (37 %) respondentů. Dalšími častými uváděnými možnostmi v tom, co se opravdu zlepšilo po operaci bylo zlepšení spánku a zbavení se léčby léky se shodným počtem 12 (22,2 %) respondentů. Zbavení se léčby léky má vliv na zvýšení sebevědomí, které uvedlo 10 (18,5 %) respondentů. Další uváděné možnosti již byly označeny méně jak deseti respondenty. Nejméně udávali zlepšení v neudržení moči a močových infekcí, které označili se shodným počtem 2 (3,7 %) respondenti. Vše je uvedeno v tabulce 25, část C, s. 59.

V **části D** této otázky měli označit ze stejných uvedených možností, v čem došlo po operaci opravdu ke zhoršení. Z celkového počtu 54 (100 %) respondentů neoznačilo žádnou z možných odpovědí 23 (42,5 %) respondentů. Tím potvrdili to, že se po prodělané operaci nic nezhoršilo. To je téměř polovina z celkového počtu respondentů, což je pro nás zdravotníky pozitivní a potěšující informace. Ze zbylých 31 (57,4 %) respondentů nejvíce uvedlo, že se opravdu zhoršil sexuální život. To odpovědělo 11 (20,3 %) respondentů. Ovlivnění sexuálního života po operaci prostaty je u každého muže individuální. Ne u všech mužů dochází ke zhoršení sexuálního života. Převážně je zhoršení sexuálního života spojeno s poklesem potence, která souvisí s hormonálními změnami spojené s BHP a s vyšším věkem mužů. A hlavně muži vyšší věkové hranice podstupují operaci prostaty, které mají již výše uvedené změny. Tyto změny před operací a samotná operace mohou negativně ovlivnit kvalitu sexuálního života spolu s retrográdní ejakulací, o které se zmiňují při hodnocení oblasti sexuálního života. Druhou nejčastější odpovědí na zhoršení problémů po operaci bylo neudržení moči. To uvedlo 8 (14,8 %) respondentů. Neudržení moči je jednou z dalších možných pooperačních komplikací, která je způsobena ochabnutím svěrače vlivem zavedeného permanentního katétru v době po operaci nebo operačním poškozením svěrače. Většinou je jen přechodná a může se objevit např. při kašlání či zvedání těžkých břemen. U některých jedinců může přetrvávat i delší čas a k vymizení dochází až po letech po operaci. Zde je nutná komplexní léčba a používání vhodných inkontinenčních pomůcek na doporučení lékaře. V dnešní době je terapie inkontinence velmi dobře ovlivněna různými možnostmi léčby včetně kompenzačních pomůcek na různé druhy inkontinence. Třetí nejčastější možností, kterou respondenti uvedli, že se po operaci zhoršila, byla častost močení, která většinou souvisí se sekundární hyperaktivitou močového měchýře. To uvedlo 7 (12,9 %) respondentů. Také pocit zbytku moči po vymočení označilo 5 (9,2 %) respondentů jako problém, který se opravdu zhoršil po operaci. To je způsobeno dekompenzací detrusoru

po operačním zákroku. Další uvedené problémy byly voleny méně jak čtyřmi respondenty. Tato část otázky je zpracována v tabulce 26, část D, s. 60.

Do této oblasti patří též **otázky č. 18 a 19**, kde respondenti měli označit z uvedených možností dobu, po jaké došlo ke zlepšení a ke zhoršení problémů po operaci prostaty. V **otázce č. 18** hodnotím, po jaké době po operaci došlo u respondentů ke zlepšení problémů. Respondenti měli na výběr z těchto možných odpovědí: ihned, dny, týdny, měsíce, roky, nikdy. Zlepšení problémů uvedlo na dobu týdnů 19 (35,2 %) respondentů, což je nejvíce z celkového počtu 54 (100 %) respondentů. Druhou nejčastější udávanou dobou byly měsíce, kterou označilo 17 (31,4 %) respondentů. Dále pak uvedlo 8 (14,8 %) dotazovaných, že ke zlepšení problémů po operaci došlo ihned. Možnost „dny“ označilo 5 (9,25 %) respondentů. Nejméně byla uvedena doba „roky“, kterou zvolil pouze 1 (1,9 %) respondent. Ovšem byla označena i možnost, že „nikdy“ nedošlo po operaci ke zlepšení problémů, a to uvedli 4 (7,4 %) respondenti. Vzhledem k celkovému počtu respondentů je to pouze malé procento, které by se ale nemělo podceňovat. Tyto údaje nám vypovídají o vývoji stavu po operaci a jak dlouho mají být pacienti po operaci trpěliví, než dojde ke zlepšení problémů. Tato otázka je zpracovaná v tabulce 27, s. 61 a grafu 23, s. 61.

Také může dojít ke zhoršení problémů po operaci a po jaké době, to hodnotím v **otázce č. 19**, která je zpracována v tabulce 28, s. 62 a grafu 24, s. 62. V této otázce opět měli respondenti na výběr z těchto daných možností: ihned, dny, týdny, měsíce, roky, nikdy. Nejčastěji uváděli respondenti, že ke zhoršení problémů po operaci „nikdy“ nedošlo. Takto odpovědělo 36 (66,6 %) dotazovaných. Druhou nejčastější uváděnou dobou, po jaké došlo po operaci ke zhoršení problémů byly „roky“, a tu označilo 10 (18,5 %) respondentů. Další možnou odpovědí bylo, že ke zhoršení problémů došlo po týdnech po operaci, kterou uvedlo 5 (9,2 %) respondentů. Nejméně odpověděl možností „měsíce“ 1 (1,9 %) respondent a 2 (3,7 %) respondenti uvedli, že ke zhoršení došlo ihned po operaci. Nikdo z dotazovaných neuvedl, že by ke zhoršení problémů došlo během několika dní po operaci prostaty. Z tohoto zhodnocení je zřejmé, že u více jak poloviny respondentů ke zhoršení problémů po operaci nikdy nedošlo, a nebo v několika málo případech až po letech po provedené operaci. To potvrzuje informace z odborné literatury, že BHP je recidivující onemocnění.

V poslední oblasti hodnotím **spokojenost s kvalitou života a celkovou spokojenost**. Do této oblasti jsem zařadila **otázku č. 15**, ve které hodnotí respondenti svoji spokojenost s kvalitou života. Tato otázka je zpracována v tabulce 22, s. 56 a grafu 22, s. 56.

Po vyhodnocení odpovědí jsem zjistila, že spokojenost s kvalitou svého života uvedlo 38 (70,4 %) respondentů, což je více jak dvě třetiny z celkového počtu respondentů.

Byli také 2 (3,7 %) respondenti, kteří byli velmi spokojeni. Druhou nejvíce uváděnou odpovědí byla možnost „těžko říci“, kterou označilo 10 (18,5 %) respondentů. Ti přesně nedokázali určit, zda jsou spokojeni s kvalitou svého života. Nespokojenost s kvalitou svého života uvedli 4 (7,4 %) respondenti, což je v porovnání s počtem spokojených respondentů příznivý výsledek. S možností „velmi nespokojen“ se neztotožnil žádný z respondentů. S touto otázkou souvisí **otázka č. 20**, kde respondenti hodnotí, zda se cítí celkově spokojeni. Otázka je zpracována v tabulce 29, s. 63 a v grafu 25, s. 63. Z možných odpovědí nejčastěji respondenti uváděli, že se cítí celkově spokojeni „celkem často“. Tuto možnost označilo 25 (46,3 %) respondentů a pokud k tomuto číslu přičteme 6 (11,1 %) respondentů, kteří odpověděli, že se cítí spokojeni „neustále“, potom se více jak polovina z celkového počtu respondentů cítí celkově spokojena. Další častou odpovědí byla označena možnost „středně“, kterou odpovědělo 16 (29,6 %) respondentů. Byla také uvedena odpověď, že celkově spokojený se cítí „jen někdy“ 6 (11,1 %) dotazovaných. Na tuto otázku 1 (1,9 %) dotazovaný neodpověděl. Žádný z respondentů neodpověděl možností, že se „nikdy“ necítil celkově nespokojený, což je pozitivní zjištění. Porovnáním vyhodnocení obou otázek, které spolu úzce souvisí a jsou hlavním tématem mé práce, jsem zjistila, že dvě třetiny z celkového počtu respondentů je spokojeno s celkovou kvalitou svého života po prodělané operaci. Zbývá jedna třetina respondentů není zcela spokojena s celkovou kvalitou života.

Závěrem diskuze lze říci, že dle zjištěných výsledků celkové spokojenosti s kvalitou života je toto operační řešení prostaty celkem přijatelná varianta chirurgické léčby BHP.

4. ZÁVĚR

Bakalářská práce měla za cíl zjistit a zhodnotit kvalitu života po operaci prostaty TURP pro BHP. Jaké změny pacienti nejvíce očekávali, že se po operacilepší, v čem očekávali zhoršení a jak bylo či nebylo jejich očekávání splněno. Jde o porovnání výsledků očekávaných změn s pooperační realitou.

V teoretické části se věnuji kvalitě života všeobecně, její definici a významu, faktorům ovlivňující kvalitu života a popisují metody měření a hodnocení kvality života. Dále se již věnuji samotné problematice BHP. Podle odborné literatury nejprve popisují anatomické uspořádání prostaty, fyziologické změny spojené s narůstajícím věkem u mužů a nárůst rizika vzniku BHP. Poté se věnuji patologickým změnám na prostatě a s tím spojenou symptomatologií s obstrukčními a iritačními příznaky. Dále uvádím, která vyšetření se používají při diagnostice BHP a následné nastavení vhodného způsobu léčby farmakologické či chirurgické. Zde popisují jaký je v dnešní době velký výběr možností ve farmakologické léčbě a stále technicky lepší možnosti v chirurgické léčbě, které umožňují dosažení dobrého výsledku, menšího operačního traumatu a zabránění pooperačních a časných pooperačních komplikací. Na konci této části popisují ošetrovatelskou péči o pacienty před a po operaci prostaty, a to konkrétně po TURP, kdy správné vedení celého ošetrovatelského procesu přispívá ke zlepšení kvality života našich pacientů. Neméně důležitá je kontinuita péče po propuštění pacienta do domácího ošetřování. V současné době s rozvojem ošetrovatelství se získává do ošetrovatelské péče o pacienta k aktivní spolupráci jeho rodina či nejbližší sociální okolí. Výsledkem je vytvoření sociálně-podpůrného prostředí po propuštění pacienta z nemocnice do domácího ošetřování a jeho vedení ke zdravému způsobu života, dodržování konkrétních doporučených opatření vycházejících z daného onemocnění a stavu s ohledem na další způsob zkvalitnění života.

V empirické části analyzuji a interpretuji výsledky průzkumného šetření a hodnotím splnění cílů a hypotéz. Zkoumaný vzorek tvořilo 54 respondentů, kteří prodělali transuretrální resekci prostaty pro BHP na Urologické klinice Fakultní nemocnice v Hradci Králové a jsou následně dispenzarizováni na tamní ambulanci. Pokusila jsem se zmapovat jak anamnestické údaje souvisí a ovlivňují tuto operační léčbu BHP a jejich vliv na kvalitu života po prodělané operaci. Z výsledků provedeného šetření jsem zjistila, že převážná část respondentů, kteří podstoupili operaci BHP byli starší šedesáti let. S věkovou hranicí nám koreluje větší zastoupení starobních důchodců než pracujících respondentů. Převážná část respondentů měla

minimálně středoškolské vzdělání, což příznivě ovlivňuje vyšší compliance při diagnostice, přijetí léčby a léčbě samotné. Dalším údajem je rodinný stav, kde je důležitá podpora a pozitivní vliv rodiny, rodinných příslušníků či přátel na vytvoření sociálního zázemí a tím ovlivnění kvality života nemocného. To se prokázalo, neboť nejvíce respondentů bylo ženatých. Dále jsem zjistila, že chirurgické léčbě BHP nejčastěji předcházela léčba farmakologická, která ale již nebyla dostatečně účinná nebo selhala úplně, proto bylo přistoupeno k operačnímu řešení.

V další části dotazníku jsem zpracovala a hodnotila konkrétní otázky na kvalitu života po prodělané operaci, co nejvíce a co nejméně trápilo a ovlivnilo kvalitu života našich respondentů. Hodnotila jsem v čem očekávali zlepšení a v čem zhoršení a co se opravdu zlepšilo a co zhoršilo po prodělané operaci prostaty. Z šetření jsem zjistila, že nejvíce respondenti očekávali po operaci prostaty zlepšení v častém močení, nočním močení, v síle proudu moči, zbavení se léčby léky a zlepšení spánku, což souvisí s nočním a častým močením. Z toho také vyplývá, že to jsou nejčastější problémy, které je nejvíce obtěžovaly před operací. Ve skutečnosti nejvíce respondenti uvedli, že se opravdu zlepšilo noční močení, síla proudu moči, častost močení, zlepšení spánku a zbavení se léčby léky. Z toho je patrné, že se po operaci opravdu splnilo vše, co respondenty nejvíce obtěžovalo před operací a v čem očekávali zlepšení, což je velice pozitivní zjištění pro úspěšnost a vhodnost této léčby. Nejméně očekávali zlepšení v neudržení moči, sexuálním životě a močových infekcích. Toto jsou také problémy, které je nejméně obtěžovaly před operací prostaty.

Před operací se nejvíce se respondenti obávali zhoršení v neudržení moči po operaci, zhoršení sexuálního života, častého močení a nočního močení. A ve skutečnosti bylo 23 respondentů, kteří neuvedli žádnou z nabízených možností, že se opravdu zhoršilo po operaci. Z toho lze odvodit, že se u nich nic nezhoršilo po operaci prostaty. Zbýlých 31 respondentů nejvíce uvádělo zhoršení po operaci v sexuálním životě, neudržení moči a častosti močení. To se také potvrdilo ve skutečnosti v porovnání s tím, čeho se nejvíce obávali před operací. Nejméně se obávali po operaci zhoršení v nutnosti tlačit při močení, zhoršení spánku a nutnosti zavedení cévky. Ve skutečnosti se žádná z těchto obav opravdu nezhoršila.

Dále jsem zjistila, že nejvíce docházelo ke zlepšení problémů za týdny nebo měsíce, což je pozitivní výsledek. Toto zjištění se dá použít pro další edukaci jak dlouho mají být pacienti trpěliví, než dojde ke zlepšení problémů. Také jsem zjistila, že ke zhoršení problémů dochází převážně až po letech po operaci. Ovšem 36 (66,6 %) respondentů uvedlo, že ke zhoršení nedošlo nikdy a to je velice pozitivní výsledek, který nám dokazuje, že tato operace prostaty je přijatelné řešení a dobrá varianta chirurgické léčby BHP.

Z tohoto šetření vyplývá, že pacienti, kteří podstoupili tuto operaci prostaty, jsou celkově spokojeni jak s operací tak i kvalitou života po operaci. Výše uvedené problémy ve smyslu zhoršení po operaci jsou pro nás sestry ale i lékaře poučení, jak nastavit a zlepšit edukaci před operací, aby byla dostatečná informovanost, zájem a spolupráce pacienta při samotné léčbě a s tím spojených možných komplikacích. Vliv na kvalitu života pacienta však má i jeho rodina a sociální okolí, kdy je tedy důležitá jejich edukace a spolupráce v následné domácí péči o nemocného. Jedním z dalších faktorů mající vliv na hodnocení kvality života je také správná a kvalitní ošetrovatelská péče o pacienta.

Kvalita života je individuální, proto se v dnešní době upřednostňuje holistický pohled na pacienta. Provádění měření a hodnocení kvality života je důležité jak pro zdravotnické pracovníky, tak i pro samotné pacienty, kterým to může přinést kvalitnější a spokojenější život vlivem zkvalitnění celkové péče a poskytovaných služeb.

ANOTACE

- Autor:** Petra Kroutilová
- Instituce:** Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové
Oddělení ošetrovatelství
- Název práce:** Kvalita života dospělých osob s benigní hyperplazií prostaty
- Vedoucí práce:** MUDr. Jaroslav Pacovský, Ph.D.
- Počet stran:** 99
- Počet příloh:** 3
- Rok obhajoby:** 2012
- Klíčová slova:** kvalita života, benigní hyperplazie prostaty, transuretrální resekce prostaty, ošetrovatelská péče

Bakalářská práce pojednává o problematice benigní hyperplázie prostaty a její léčbě. BHP patří k onemocnění snižující kvalitu života. Tento problém se vyskytuje u mužů stále častěji a vyžaduje důkladnou a správnou diagnostiku a následně vhodně nastavenou léčbu. Tato práce je aktuální pro většinu mužů i v mladším věku, neboť změny na prostatě začínají již po 30. roce života.

Bakalářská práce je zaměřena na kvalitu života po operační léčbě BHP, kterou je transuretrální resekce prostaty – TURP. Jejím obsahem a cílem je zjištění ukazatelů, které nejvíce pacienty s BHP obtěžovaly. Dále hodnotí, co nejčastěji očekávají pacienti od operace prostaty ve smyslu zlepšení či zhoršení, a co se opravdu po operaci zlepšilo či zhoršilo a po jaké době po operaci.

Tato bakalářská práce posuzuje výsledky očekávaných změn kvality života pacientů s pooperační realitou, zda bylo či nebylo splněno jejich očekávání.

ANOTATION

Author: Petra Kroutilová

Institution: Institute of Social medicine
Department of Nursing
Charles University in Prague
Medical Faculty of Hradec Králové

Title of Thesis: The Quality of Life in Adults with benign Prostatic Hyperplasia

Supervisor: Jaroslav Pacovský, M.D., Ph.D.

Pages number: 99

Attachments number: 3

Year of Disputation: 2012

Key words: Quality of life, benign prostatic hyperplasia, transurethral resection of the prostate, nursing care

Bachelor's thesis presents problem of the benign prostatic hyperplasia (BPH) and its management. BPH disease drops down quality of life. The incidence of these problems increases and BPH needs correct diagnostics following by adequate therapy. This thesis is interesting for majority of men, even for younger of them, because the pathologic changes in the prostate can be found in men after the 30th year of age.

Bachelor's thesis is focused on the quality of life just after the surgical management of BPH – Transurethral resection of the Prostate – TUR-P. The objective of this thesis is an evaluation of the factors with the deepest impact on BPH symptoms and complications. Moreover it evaluates patients' expectancies of improvement or worsening and compares them with the post-operative reality even in time period.

LITERATURA A PRAMENY

- ADAMCOVÁ, Gabriela. *Benigní hyperplazie prostaty a její vliv na kvalitu života seniorů*.
Diplomová práce obhájená na Lékařské fakultě Masarykovy Univerzity v Brně v r. 2010.
108 s. Depon in: Archiv Katedry ošetrovatelství Lékařské fakulty Masarykovy
Univerzity v Brně
- BROŽÁK, M., HOLUB, L. Urologická klinika FN a LF UK Hradec Králové,
Farmakoterapie benigní hyperplazie prostaty-prevence, účinné preparáty, nežádoucí
účinky. *Urologie pro praxi*. Olomouc: Solen, s.r.o., ISSN 1213-1768. 2006, roč. 7, č. 5,
s. 210-213.
- DVOŘÁČEK, Jan a kol. *Urologie III.díl*. 1. vyd. Praha: ISV nakladatelství, 1998. ISBN 80-
85866-30-7
- EMBERTON, M. Medical Treatment of Benign Prostatic Hyperplasia: Physician and
Patient Preference and Satisfaction. *International Journal of Clinical Practice*,
Danvers (USA): Blackwell Publishing. 2010, roč. 64: s. 1425-1435.
- GURKOVÁ Alena. *Hodnocení kvality života-Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*.
1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9
- HANÁK, T., KUMSTÁT, P., PACÍK, D. Urologická klinika FN Brno, Prostatektomie:
minulost, současnost, budoucnost..., *Urologie pro praxi*. Olomouc: Solen, s.r.o., ISSN
1213-1768. 2002, roč. 3, s. 101-105.
- HANUŠ, Tomáš. *Urologie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2011. 207 s. ISBN 978-80-7387-387-5
- HORA, M., KLEČKA, J., BĚHOUNEK, P. Urologická klinika FN a LF UK, Plzeň,
Kombinovaná léčba benigní hyperplazie prostaty, ano či ne? *Urologie pro praxi*.
Olomouc: Solen, s.r.o., ISSN 1213-1768. 2008, roč. 9, č. 2, s. 54-60.
- JUŘENOVÁ, H., Urologická klinika FN Olomouc, Úloha rodiny a nejbližšího sociálního
prostředí v ošetrovatelské péči. *Urologie pro praxi*. Olomouc: Solen, s.r.o., ISSN 1213-
1768. 2005, roč. 6, č. 1, s. 33.
- KAWACIUK, Ivan. *UROLOGIE*. 1. vyd. Praha: Galen, 2009. 531 s. ISBN 978-80-7262-
627-7
- KLEČKA, J., HORA, M. Urologická klinika FN Plzeň, Benigní hyperplazie prostaty
a současné trendy v léčbě. *Urologie pro praxi*. Olomouc: Solen, s.r.o., ISSN 1213-
1768. 2007, roč. 8, č. 3, s. 120-126.

- KUTÍLKOVÁ, Soňa. *Kvalita života u pacientů s karcinomem prostaty*. Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové v r. 2008. Depon in: Archiv Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové
- LUKEŠ, M., ZÁLESKÝ, M., ZACHOVAL, R., HERÁČEK, J., SACHOVÁ, J., URBAN, M. Urologická klinika 3. LF UK a FN KV, Praha, Nové trendy v chirurgické léčbě benigní hyperplazie prostaty – méně invazivní postupy. *Urologie pro praxi*. Olomouc: Solen, s.r.o., ISSN 1213-1768. 2006, roč. 7, č. 2, s. 56-59.
- MANGERA, A., CHAPPLE, C. R. Clinical Research Fellow, Sheffield Teaching Hospitals, Vyšetření a medikamentózní léčba benigní hyperplazie prostaty. *Urologické listy*. Praha: Medica Healthworld, a.s., ISSN 1214-2085. 2010, roč. 8, č. 4, s. 50-57.
- MARENČÁK, J., NÁTER, S., MASKALÍK, M. Urologické oddelenie NsP Skalica, TURP u pacientov s benignou hyperpláziou prostaty a s chronickou retenciou moču a renálnou insuficienciou. *Urologie pro praxi*. Olomouc: Solen, s.r.o., ISSN 1213-1768. 2006, roč. 7, č. 4, s. 175-178.
- MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1999. 164 s. ISBN 80-7013-277-9
- NAGY, V. Urologická klinika LF UPJŠ a FN LP, Košice, Kvalita sexuálního života u pacientov po chirurgickej liečbe benignej hyperplazie prostaty. *Urologie pro praxi*. Olomouc: Solen, s.r.o., ISSN 1213-1768. 2005, roč. 6, č. 4, s. 171-173.
- PAYNE, Jan a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0
- REUTER, H.J, EPPLE, W., REUTER, M. *Prostata a její onemocnění*. Viktoria Publishing, a.s., 1989, 141 s., ISBN 80-85605-63-5
- ŠVIHRA, J., BAŠKA, T., SZALAYOVÁ, A., BUSHNELL, D. M., MACKO, L., POLIAK, L., LUPTÁK, J., KLIMENT, J. Medikamentózna a chirurgická liečba benignej hyperplazie prostaty v Slovenskej republike – prierez 10ročným sledovaním. *Urologie pro praxi*. Olomouc: Solen: s.r.o., ISSN 1213-1768. 2006, roč.7, č. 4, s. 168-170.
- VERNER, Pavel. *Benigní hyperplazie prostaty*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2005. 88 s. ISBN 80-7345-074-7
- ZACHOVAL, R., URBAN, M. a kolektiv. *Causae mortis v urologii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 312 s. ISBN 80-247-0452-8
- ZVARA, V., HORŇÁK, M. a kolektiv. *Urologické operace*. 1. české vydání, Martin: Vydavatelství Osveta, spol. s.r.o, 2010. 288 s. ISBN 978-80-8063-338-7

SEZNAM ZKRATEK

apod.	a podobně
a. s.	akciová společnost
atd.	a tak dále
BHP	benigní hyperplazie prostaty
cca	cirka, přibližně
CLAP	kontaktní vaporizace prostaty
CT	počítačová tomografie
č.	číslo
EAU	European Association of Urology – Evropská urologická společnost
HIFU	fokusovaná ultrazvuková terapie o vysoké intenzitě
HoLEP	enukleace prostaty
HoLRP	Holmium-laserová resekce
HRQoL	Health-Related Quality of Life – konceptuální model měření a hodnocení kvality života
ILC	intersticiální laserová koagulace prostaty
I-PSS	International Prostate Symptom Score – Mezinárodní stupnice prostatických symptomů
IVU	intravenózní vylučovací urografie
kol.	kolektiv
LUTS	Low Urinary Tract Symptoms – mikční symptomy dolních cest močových
ml.	mililitr
MRI	magnetická rezonance
PROQOLID	Patient – Reported Outcomes and Duality of Life Instrument Databáze – internetová databáze
PSA	prostatický specifický antigen
roč.	ročník
s.	strana
SEIQoL	Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life – Program hodnocení individuální kvality života.
spol. s.r.o	společnost s ručením omezeným

TEAP	transuretrální ablace prostaty s užitím etanolu
tj.	to jest
TRUS	transrektální ultrasonografie prostaty
TUIP	transuretrální incize prostaty
TULIP	transuretrální laserem indukovaná prostatektomie
TUNA	transuretrální ablace pomocí jehly
TUMT	transuretrální termoterapie s aplikací mikrovln
TURP	transuretrální resekce prostaty
TUVP	transuretrální elektrovaporizace prostaty
tzv.	tak zvaně
UFM	uroflowmetrie
WHO	World Health Organisation – Světová zdravotnická organizace
WHOQOL	World Health Organisation Quality of Life
WW	watchful waiting – pozorné vyčkávání
vyd.	vydání

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Věk - Počty respondentů s procentuálním zastoupením v jednotlivých možnostech	35
Tabulka 2: Doba od operace - Počty respondentů s procentuálním zastoupením v jednotlivých možnostech	36
Tabulka 3: Vzdělání - Počty respondentů s procentuálním zastoupením v jednotlivých možnostech	37
Tabulka 4: Rodinný stav - Počty respondentů s procentuálním zastoupením v jednotlivých možnostech	38
Tabulka 5: Zaměstnání - Počty respondentů s procentuálním zastoupením v jednotlivých možnostech	39
Tabulka 6: Předchozí léčba - Počty respondentů s procentuálním zastoupením v jednotlivých možnostech	40
Tabulka 7: Zástava močení - Počty respondentů s procentuálním zastoupením v jednotlivých možnostech	41
Tabulka 8: Otázka č. 1 - Počty respondentů s procentuálním zastoupením v jednotlivých možnostech	42
Tabulka 9: Otázka č. 2 - Počty respondentů s procentuálním zastoupením v jednotlivých možnostech	43
Tabulka 10: Otázka č. 3 - Počty respondentů s procentuálním zastoupením v jednotlivých možnostech	44
Tabulka 11: Otázka č. 4 - Počty respondentů s procentuálním zastoupením v jednotlivých možnostech	45
Tabulka 12: Otázka č. 5 - Počty respondentů s procentuálním zastoupením v jednotlivých možnostech	46
Tabulka 13: Otázka č. 6 - Počty respondentů s procentuálním zastoupením v jednotlivých možnostech	47
Tabulka 14: Otázka č. 7 - Počty respondentů s procentuálním zastoupením v jednotlivých možnostech	48
Tabulka 15: Otázka č. 8 - Počty respondentů s procentuálním zastoupením v jednotlivých možnostech	49

Tabulka 16: Otázka č. 9 - Počty respondentů s procentuálním zastoupením v jednotlivých možnostech	50
Tabulka 17: Otázka č. 10 - Počty respondentů s procentuálním zastoupením v jednotlivých možnostech	51
Tabulka 18: Otázka č. 11 - Počty respondentů s procentuálním zastoupením v jednotlivých možnostech	52
Tabulka 19: Otázka č. 12 - Počty respondentů s procentuálním zastoupením v jednotlivých možnostech	53
Tabulka 20: Otázka č. 13 - Počty respondentů s procentuálním zastoupením v jednotlivých možnostech	54
Tabulka 21: Otázka č. 14 - Počty respondentů s procentuálním zastoupením v jednotlivých možnostech	55
Tabulka 22: Otázka č. 15 - Počty respondentů s procentuálním zastoupením v jednotlivých možnostech	56
Tabulka 23: Otázka č. 16, část A - Počty respondentů s procentuálním zastoupením v jednotlivých možnostech	57
Tabulka 24: Otázka č. 16, část B - Počty respondentů s procentuálním zastoupením v jednotlivých možnostech	58
Tabulka 25: Otázka č. 17, část C - Počty respondentů s procentuálním zastoupením v jednotlivých možnostech	59
Tabulka 26: Otázka č. 17, část D - Počty respondentů s procentuálním zastoupením v jednotlivých možnostech	60
Tabulka 27: Otázka č. 18 - Počty respondentů s procentuálním zastoupením v jednotlivých možnostech	61
Tabulka 28: Otázka č. 19 - Počty respondentů s procentuálním zastoupením v jednotlivých možnostech	62
Tabulka 29: Otázka č. 20 - Počty respondentů s procentuálním zastoupením v jednotlivých možnostech	63

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 – Věk respondentů v procentuálním zastoupení	35
Graf 2 – Doba od prodělané operace v procentuálním zastoupení	36
Graf 3 – Nejvyšší dosažené vzdělání v procentuálním zastoupení	37
Graf 4 – Rodinný stav v procentuálním zastoupení	38
Graf 5 – Zaměstnání v procentuálním zastoupení	39
Graf 6 – Předchozí léčba v procentuálním zastoupení	40
Graf 7 – Zástava močení v procentuálním zastoupení	41
Graf 8 – Problémy s močením v procentuálním zastoupení	42
Graf 9 – Potřeba lékařské péče v procentuálním zastoupení	43
Graf 10 – Problémy s únavou v procentuálním zastoupení	44
Graf 11 – Energie pro každodenní život v procentuálním zastoupení	45
Graf 12 – Možnost věnovat se svým zálibám v procentuálním zastoupení	46
Graf 13 – Možnost pohybu v procentuálním zastoupení	47
Graf 14 – Spokojenost se spánkem v procentuálním zastoupení	48
Graf 15 – Schopnost provádět každodenní činnosti v procentuálním zastoupení	49
Graf 16 – Spokojenost s pracovním výkonem v procentuálním zastoupení	50
Graf 17 – Spokojenost s osobními vztahy v procentuálním zastoupení	51
Graf 18 – Spokojenost se sexuálním životem v procentuálním zastoupení	52
Graf 19 – Podpora od přátel v procentuálním zastoupení	53
Graf 20 – Podpora od rodiny v procentuálním zastoupení	54
Graf 21 – Spokojenost se svým zdravím v procentuálním zastoupení	55
Graf 22 – Spokojenost s kvalitou života v procentuálním zastoupení	56
Graf 23 – Doba zlepšení problémů od operace v procentuálním zastoupení	61
Graf 24 – Doba zhoršení problémů od operace v procentuálním zastoupení	62
Graf 25 – Celková spokojenost v procentuálním zastoupení	63

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č.1 – Poučení k TURP	89
Příloha č. 2 – Samotný dotazník	94
Příloha č. 3 – Povolení o provedení výzkumu	98

PŘÍLOHY

Příloha č.1 – Poučení k TURP

POUČENÍ K TUR - PROSTATY.

Vážený pane,

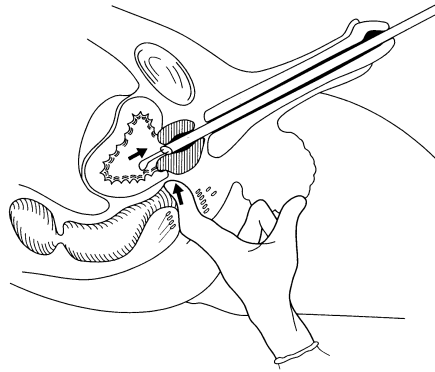
Vaším ošetřujícím lékařem Vám byla zjištěna diagnóza **benigní hyperplazie prostaty (BHP) nebo karcinom prostaty**. U BHP se jedná o nezhoubné zbytnění tkáně způsobující různý stupeň útlaku močové trubice procházející prostatou. V počátku se projevuje potížemi s močením (časté nucení na močení, slabý proud moči, špatné spouštění, nutnost tlačení při močení a jiné) a pocitem neúplného vyprázdnění močového měchýře (reziduum moči). V pokročilém stavu může dojít až k zástavě močení (močová retence). Často bývá přidružena infekce močových cest, která potíže s močením ještě zhoršuje. U nádoru prostaty je tento výkon používán při obdobných obtížích jako u BHP, ale nedochází tak k jeho vyléčení, ale pouze ke zlepšení kvality močení.

Před výkonem:

- Den před výkonem Vám bude **odebrána krev** na přípravu krevních transfusí.
- Večer před operací vám bude podána injekce k **zabránění žilní trombózy**.
- Ráno před operací Vám budou **zabandážovány dolní končetiny** také jako prevence žilní trombózy.
- Na operačním sále dostanete **antibiotika**, jako prevence možné infekce.
- Bude potřeba provést **přípravu střev**, a to podáním klyzmat.

Popis operace:

Endoskopická operace prostaty pro (BHP i nádor prostaty) se provádí za kontroly zraku přes močovou trubici speciálními nástroji, **resektoskopy**. Cílem výkonu je zprůchodnění močové trubice procházející zvětšenou prostatou a tím odstranit překážku (zbytnělou tkáň prostaty) při močení. Po endoskopickém zákroku není na těle pacienta patrná operační jizva. Operace se provádějí v celkové nebo svodné anestezii, pacient leží na zádech s pokrčenými dolními končetinami fixovanými od sebe. Podmínkou správného provedení endoskopického výkonu je náplň močového měchýře speciálním roztokem a jeho kontinuální výměna, aby byl zachován dobrý přehled oblasti odstraňované tkáně. Resektoskopy pracují s resekční kličkou na principu elektrického oblouku v kapalném prostředí. Elektrický proud na resekční kličce přístroje má dva účinky, **resekci** (řezání) umožňující postupné odstranění nežádoucí tkáně a **koagulaci** (zastavení krvácení) na ranné ploše po resekci. Před ukončením operace lékař odstraní získanou tkáň prostaty, která se nahromadila během operace v močovém měchýři, a tyto vzorky jsou odeslány na histologické vyšetření. Poté zavádí močovou cévku (permanentní katétr) pro bezpečný odtok moče z močového měchýře.



Obr: Schéma transuretrální resekce prostaty

Alternativy výkonu:

Alternativou této metody je výkon **neprovádět**, což povede ke zhoršení mikce s nutností zavedení permanentního katétru, který může zůstat i trvalým řešením problému. Léčba medikamentózní je Vás již bez valného efektu. Další metodou je **čistá intermitentní katetrizace močového měchýře**. Z ostatních metod lze provést **endoskopické zavedení prostatické spirály**, která vyztuží prostatickou močovou trubici. Při větších rozměrech prostaty je vhodná také **transvezikální prostatektomie** - odstranění prostaty řezem vedeným nad sponou stydkou po pupek přes močový měchýř. Tato operace se nedoporučuje u prostaty menších rozměrů (původně plánované k endoskopickému řešení TUR-P) pro vyšší riziko krvácení při vlastním výkonu a pooperačně.

Péče po výkonu:

- Po operaci budete umístěn na **standardní oddělení**.
- V případě potřeby Vám budou podávány léky na **tlumení bolesti**.
- **Antibiotika** dostanete jen v den operace, v den vytažení močového katétru Vám budou 2x podána perorální močová antiseptika.
- **Infuze** vám budou podávány podle potřeby.
- Po operaci budete mít zavedenou **cévku** na 2-5 dní podle síly krvácení.
- Pooperačně budeme pokračovat v podávání injekcí k **zabránění žilní trombózy**, s touto léčbou budeme pokračovat do doby, kdy budete plně mobilizován. Bude potřeba pravidelně procvičovat dolní končetiny.
- **Dieta** - jíst budete moci normálně od druhého dne po operaci
- Po operaci bude **nutný klid na lůžku**, chodit začnete následující den po operaci, nebo dle Vašeho aktuálního stavu.

Komplikace při a po výkonu:

- Časné komplikace v (době hospitalizace)
 - Nejčastější komplikací bezprostředně po TUR P je **krvácení do močového měchýře (2-5%)**. Tento stav řešíme obvykle podáním léků podporujících krevní srážlivost a ponecháním cévky do zklidnění krvácení. V závažnějších případech je obvykle nutné odstranění krevních sraženin odsátím a podání krevního převodu (transfúze krve) dle laboratorních vyšetření.
 - **Infekce močových cest s teplotou (1-4%)** vyžaduje podání antibiotik a ponechání permanentního katétru do ústupu febrilie. Výskyt infekce močových cest prodlužuje hojení resekční plochy a může zhoršovat pooperační krvácení. V případě prokázání močové infekce jsou antibiotika ponechána cca 7 dní.
 - **Bolest** – je nejčastějším příznakem po jakékoliv operaci. Té se zabránit nedá, dá se však účinně tlumit. Vnímání bolesti je u každého jiné, nelze tedy dopředu odhadnout její intenzitu. Pokud budete trpět bolestí, pak si neváhejte říci ošetřujícímu personálu. Ten zajistí její adekvátní podání léků proti bolesti.
 - **TUR-syndrom (do 0,1%)** je méně častou komplikací vznikající po déletrvajících endoskopických výkonech. Příčinou je průnik proplachového roztoku otevřenými cévami při operaci do krevního oběhu s poruchou vnitřního prostředí organismu. V těžkých případech může dojít až k srdečnímu selhání. Tento stav vyžaduje intenzivní sledování a pooperační péči na JIP.
 - Zřídka může dojít k **perforaci** (porušení celistvosti) **pouzdra prostaty (0,4-1,6%)** s následným únikem proplachové tekutiny do okolí močového měchýře. U drobných poranění je stav možno vyřešit konzervativně (bez operace) déletrvým ponecháním cévky a intenzivním sledováním nemocného. V těžších případech je nutná otevřená operační revize.
- Pozdní komplikace, které se mohou rozvinout během pobytu doma
 - **Krvácení do moči** s nebo bez odchodu krevních sraženin - kontrola urologem a úprava pitného režimu, podání léků na zvýšení krevní srážlivosti a podání močových antiseptik, či antibiotik (ATB), dle intenzity krvácení eventální hospitalizace
 - **Tamponáda močového měchýře** - vyplnění měchýře krevní sraženinou s nemožností se vymočit, vyžadující hospitalizaci, výplach koagul, zavedení močové proplachové cévky a podání ATB, + léků podporujících krevní srážlivost
 - **Teploty a pálení během mikce** při rozvoji infekce močových cest kontrola urologem, zajištění dostatečného přísunu tekutin a podání močových antiseptik, nebo ATB. Vysoké teploty se zimnicí a třesavkou vyžadují vždy hospitalizaci + podání ATB, infuzí a zavedení močového katétru do ústupu teplot
 - Operací může být ovlivněno držení moče a to z více důvodů. Inkontinence (**únik moči**) je způsobena ochabnutím svěrače při zavedené cévce, operačním poškozením svěrače. Většinou je jen přechodná. Sporadicky se vyskytuje trvalá pooperační inkontinence u 2-3% pacientů.
 - U některých pacientů dochází ke **změně ejakulace** – k tzv. „retrográdní ejakulaci“ - kdy sperma vytéká při ejakulaci do měchýře a ne močovou trubicí

z penisu. Ejakulát je vymočen s močí. Proto po operaci většinou odpadá schopnost oplodnit ženu přirozenou cestou, pozor – nejedná se o antikoncepční metodu!

- Operační výkon je vždy velká zátěž pro organismus. Přestože veškerá vyšetření prokázala, že operace je pro vás bezpečná, může nastat některá z obecných komplikací, které nemají souvislost s typem vaší operace, jako například:
 - **Alergická reakce** – Tato reakce se může objevit při přípravě k operaci během operace i v pooperačním průběhu. Jedná se o přecitlivělost na podaný lék nebo desinfekční prostředek. Může se projevit jako kopřivka, zarudnutí, svědění kůže, ale může mít i podobu závažnější jako jsou dechové obtíže, celková slabost, pokles krevního tlaku s rozvojem šokového stavu. Projevuje se nejčastěji do několika vteřin nebo minut po podání léku nebo desinfekčním prostředku (při desinfekci operačního pole). Tato reakce se může vyskytnout také kdykoli i u pacientů, kteří dosud nejsou na nic alergičtí. Pokud budete podobnou reakci pozorovat ihned informujte zdravotní personál.
 - **Trombóza hlubokých žil dolních končetin** – Tato komplikace se může objevit během operace a v pooperačním období. Jedná se o vytvoření krevní sraženiny v žilním systému dolních končetin. Největším rizikem je odtržení této sraženiny, kdy je krevním řečištěm odplavena do plicních cév, které může ucpat. Závažnost této komplikace závisí na velikosti této sraženiny a místu, kde k ucpání došlo. V konečném důsledku pak může způsobit dechové obtíže, šokový stav nebo při velkém objemu i smrt. Riziko trombózy se zvyšuje s nehybností po operaci, nehybností končetin, dehydratací, dále u pacientů, kteří trpí onemocněním žil dolních končetin nebo u takových, kteří již podobnou komplikaci prodělali. Jako prevenci vzniku této komplikace podáváme látky na ředění krve po dobu imobilizace.
 - **Plicní komplikace** – Tato komplikace může vzniknout během operačního výkonu a v pooperačním období. Může se vyskytnout zánět hrtanu, průdušnice, průdušek i zánět plic (zápal plic). Nejvíce riziková jsou pacienti s již dříve přítomným onemocněním plic. Prevencí je včasná mobilizace a úprava polohy pacienta. V pooperačním období po rozsáhlých výkonech v břišní dutině se může objevit pohrudniční výpotek. Je to přítomnost tekutiny mezi pohrudnicí a plicemi. Zánět léčíme podáním antibiotik, pokud to vyžaduje stav pacienta, velký hrudní výpotek je nutno vydrénovat – vypustit.
 - **Srdeční komplikace** – Vyskytují se během operace nebo v pooperačním období. Operace i pooperační stav je pro celý organismus velmi náročná zátěž, která může způsobit srdeční nepravidelnost (arytmii), infarkt nebo srdeční selhávání, zejména u pacientů s již známým srdečním onemocněním.
 - **Riziko závažného postižení a smrti po operaci** – Každá operace i pooperační průběh může ve výjimečných případech mít závažné komplikace, které mohou vést k trvalé invaliditě nebo ke smrti pacienta.

Všem závažným komplikacím se snažíme předcházet a v případě jejich výskytu je ihned co nejúčinněji řešit.

Doporučení po propuštění:

- Operace pro Vás **nebude znamenat změnu v dietním režimu.**
 - **Příjem tekutin** bude třeba dodržovat minimálně 2 litry denně
 - **Fyzické šetření** cca 1-2 týdny po výkonu, prevence prochlazení, plná fyzická zátěž za 2-3 týdny.
 - **Kontrola v urologické ambulanci** je u nekomplikovaného průběhu za 8 týdnů po operaci, s ultrazvukovým vyšetřením zbytkové moči + kontrola histologie resektátu
- V případě obtíží či vzniku komplikací je návštěva v urologické ambulanci dříve samozřejmostí.

Štítek pacienta

Souhlas pacienta

Pan/paní MUDr. mě v rozhovoru podrobně informoval/a o plánovaném zákroku a léčebném výkonu. Též jsem byl/a informován/a o možných variantách zákroku, jeho následcích a komplikacích. Vše mi bylo sděleno srozumitelně, bylo mi umožněno si vše řádně zvážit a měl/a jsem též možnost se zeptat na vše, co považuji za podstatné a bylo mi umožněno klást doplňující otázky. Byl/a jsem upozorněna na eventuelní nutnost zákrok rozšířit nebo modifikovat v závislosti na místním nálezu a celkovém stavu organismu.

Považuji poučení za dostatečné, nemám další otázky a souhlasím s navrhovaným výkonem. V případě nutnosti souhlasím i s nutným rozšířením nebo modifikací výkonu, v případě potřeby i s podáním transfuze krve.

Datum

Podpis pacienta

Podpis zákonného zástupce.....

Podpis lékaře

Vážený pane,

prosím o vyplnění anonymního dotazníku, který se týká průzkumu kvality života s benigním onemocněním prostaty a to především po operaci prostaty – transuretrální resekci prostaty – TURP, kterou jste podstoupil. Získané informace jsou zcela anonymní a budou výhradně použity do bakalářské práce pro Lékařskou fakultu Univerzity Karlovy v Hradci Králové, kde studuji ve 3. ročníku bakalářského studia.

Za Vaši ochotu a čas strávený vyplněním dotazníku Vám předem děkuji.

Petra Kroutilová
studentka 3. ročníku bakalářského studia
obor ošetrovatelství, LF UK Hradec Králové

Anonymní dotazník kvality života pacientů s onemocněním prostaty

(Modifikovaně podle dotazníku kvality života WHOQOL-BREF.)

Označte či doplňte odpovídající možnost odpovědi:

Věk let

Doba od operace

Nejvyšší ukončené vzdělání:

základní

vyučen

střední s maturitou

vysokoškolské

Rodinný stav:

ženatý

svobodný

rozvedený

vdovec

Zaměstnání:

pracující/ nepracující

starobní důchodce

invalidní důchodce

Předchozí léčba benigní hyperplazie prostaty (BHP):

žádná

léčba léky

operační

Měl jste někdy zástavu močení :

ano

ne

Přečtěte si, prosím, každou otázku, zhodnoťte podle svých pocitů a zakroužkujte u každé otázky číslo stupnice, které nejvíce vystihuje Vaši odpověď.

Pokud nechcete na některou otázku odpovídat, tak ji vynechte.

	vůbec ne	trochu	středně	většinou ano	zcela
1. Jak hodně Vám problémy s močením brání dělat to, co potřebujete ?	1	2	3	4	5
2. Jak hodně potřebujete lékařskou péči pro fungování v každodenním životě ?	1	2	3	4	5
3. Jak hodně Vás trápí únava ?	1	2	3	4	5
4. Jak hodně máte energie pro každodenní život ?	1	2	3	4	5
5. Jak moc máte možnost se věnovat svým zálibám ?	1	2	3	4	5
6. Jak moc se dokážete pohybovat ?	1	2	3	4	5

	velmi nespokojen	nespokojen	těžko říci	spoko- jen	velmi spoko- jen
7. Jste spokojen se svým spánkem ?	1	2	3	4	5
8. Jste spokojen se svou schopností provádět každodenní činnosti ?	1	2	3	4	5
9. Jste spokojen se svým pracovním výkonem ?	1	2	3	4	5
10. Jste spokojen se svými osobními vztahy ?	1	2	3	4	5
11. Jste spokojen se svým sexuálním životem ?	1	2	3	4	5
12. Jste spokojen s podporou ze strany Vašich přátel ?	1	2	3	4	5
13. Jste spokojen s podporou ze strany Vaší rodiny ?	1	2	3	4	5
14. Jste spokojen se svým zdravím ?	1	2	3	4	5

15. Jste spokojen s kvalitou svého života ?	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

Přečtěte si, prosím, každou otázku, zhodnoťte podle svých pocitů a zakroužkujte u každé otázky maximálně 3 možnosti, které nejvíce vystihují Vaši odpověď.

16. Co jste očekával od operace prostaty – TURP ?

A. Očekával jsem zlepšení v :	B. Bá� jsem se zhoršení v :
1. noční močení	1. noční močení
2. síla proudu moči	2. síla proudu moči
3. nutnost tlačít	3. nutnost tlačít
4. častost močení	4. častost močení
5. pocit zbytku moči po vymočení	5. pocit zbytku moči po vymočení
6. zbavení se cévky	6. zbavení se cévky
7. zvýšení sebevědomí	7. zvýšení sebevědomí
8. sexuální život	8. sexuální život
9. neudržení moči	9. neudržení moči
10. močové infekce	10. močové infekce
11. zlepšení spánku	11. zlepšení spánku
12. zbavení se léčby léky	12. zbavení se léčby léky

17. Jak se skutečně cítíte po operaci prostaty – TURP ?

C. Co se opravdu zlepšilo:	D. Co se opravdu zhoršilo:
1. noční močení	1. noční močení
2. síla proudu moči	2. síla proudu moči
3. nutnost tlačít	3. nutnost tlačít
4. častost močení	4. častost močení
5. pocit zbytku moči po vymočení	5. pocit zbytku moči po vymočení
6. zbavení se cévky	6. zbavení se cévky
7. zvýšení sebevědomí	7. zvýšení sebevědomí
8. sexuální život	8. sexuální život
9. neudržení moči	9. neudržení moči
10. močové infekce	10. močové infekce
11. zlepšení spánku	11. zlepšení spánku
12. zbavení se léčby léky	12. zbavení se léčby léky

18. Po jaké době došlo ke zlepšení problémů po operaci prostaty ?	ihned	dny	týdny	měsíce	roky	nikdy
19. Po jaké době došlo ke zhoršení problémů po operaci prostaty ?	ihned	dny	týdny	měsíce	roky	nikdy

	nikdy	někdy	středně	celkem často	neustále
20. Cítíte se celkově spokojený ?	1	2	3	4	5

Příloha č. 3 – Povolení o provedení výzkumu

Vážená paní
Mgr. Dana Vaňková
náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Fakultní nemocnice
Hradec Králové

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na Urologické klinice Fakultní nemocnice Hradec Králové

Vážená paní

dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na ambulanci Urologické kliniky v rámci závěrečné bakalářské práce Petry Kroutilové, narozené 20.8.1973, studentky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství – obor: všeobecná sestra, kombinované formy na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové.

Cílem této práce je zhodnotit kvalitu života u pacientů s benigní hyperplazií prostaty, a to po provedeném výkonu, transuretrální prostatektomií – TURP. Využití získaných informací povede k dalšímu zkvalitnění péče o tyto pacienty a ke snaze pochopit jejich prožívání nemoci.

Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku, který přikládám k žádosti. Podkladem k sepsání /sestavení/ přiloženého dotazníku byl mezinárodně uznávaný dotazník pro zjišťování kvality života cíleně upravený pro potřebu našeho výzkumu.

Závěrečná bakalářská práce je zpracována pod odborným vedením MUDr. Jaroslavem Pacovským, Ph.D., vedoucím lékařem urologického oddělení I na Urologické klinice FN v Hradci Králové.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem

MUDr. Jaroslav Pacovský, Ph.D.
Urologická klinika
FN Hradec Králové
Tel: 495833378
Email: pacovsky@fnhk.cz

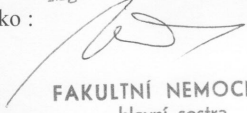
61	Fakultní nemocnice Hradec Králové
004	Sokolská tř. 581, 500 06 Hradec Králové
559	Urologická klinika FN Hradec Králové
	MUDr. Jaroslav Pacovský Ph.D.
	tel. 495 833 378
	Email: pacovsky@fnhk.cz

VYJÁDRĚNÍ INSTITUTE

- souhlasím
- ~~nesouhlasím~~

Odůvodnění :

Datum : 22.11.2011

Podpis, razítko :
Mgr. Dana Vaňková

FAKULTNÍ NEMOCNICE
hlavní sestra
500 05 HRADEC KRÁLOVÉ