



**UNIVERZITA KARLOVA
V PRAZE**



3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Fakultní nemocnice Královské Vinohrady – Urologická klinika

Dana Roudnická

Edukace pacientů po radikální prostatektomii

Patient's education after radical prostatectomy

Bakalářská práce

Praha, květen 2013

Autor práce: Dana Roudnická

Studijní program: Všeobecná sestra

Bakalářský studijní obor: Ošetrovatelství

Vedoucí práce: **Mgr. Libuše Gavlasová, náměstkyně pro ošetrovatelskou péči**

Pracoviště vedoucího práce: **Ředitelství FNKV**

Datum a rok obhajoby: 20. 6. 2013

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům. Dále prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze práce a verze elektronicky nahraná do SIS 3. LF UK jsou totožné.

V Praze dne 17. května 2013

Dana Roudnická

Poděkování

Děkuji paní magistře Libuši Gavlasové, náměstkyni pro ošetrovatelskou péči Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, za její spolupráci, trpělivost a potřebné rady během vedení bakalářské práce, děkuji MUDr. Lukáši Bittnerovi FEBU, FECSM, za cenná odborná doporučení a rady, mé díky patří také vrchní sestře Urologické kliniky Fakultní nemocnice Královské Vinohrady Bc. Ivetě Svatošové a mé kolegyni Ivaně Kareisové za jejich podporu. Zvláštní poděkování patří mé mamince paní magistře Miroslavě Drábkové za obrovskou oporu během celého studia.

Obsah

| | |
|---|-----------|
| ÚVOD..... | 8 |
| I. TEORETICKÁ ČÁST..... | 9 |
| 1. ANATOMIE A FYZIOLOGIE PROSTATY | 9 |
| 1. 1. FUNKCE PROSTATY | 9 |
| 1. 2. STAVBA PROSTATY | 10 |
| 2. RAKOVINA PŘEDSTOJNÉ ŽLÁZY (KARCINOM PROSTATY) | 11 |
| 2. 1. PATOLOGIE KARCINOMU PROSTATY | 11 |
| 2. 2. EPIDEMIOLOGIE | 13 |
| 2. 3. ETIOLOGIE KARCINOMU PROSTATY | 13 |
| 2. 3. 1. <i>Rizikové faktory</i> | 14 |
| 2. 4. SYMPTOMATOLOGIE | 16 |
| 2. 4. 1. <i>Mikční potíže</i> | 17 |
| 2. 4. 2. <i>Hematurie</i> | 17 |
| 2. 4. 3. <i>Hemospermie</i> | 17 |
| 2. 4. 4. <i>Erektivní dysfunkce</i> | 17 |
| 2. 4. 5. <i>Lymfatické a cévní postižení</i> | 18 |
| 2. 4. 6. <i>Anémie</i> | 18 |
| 2. 4. 7. <i>Únava, nechutenství, hubnutí</i> | 18 |
| 2. 4. 8. <i>Bolest</i> | 18 |
| 2. 5. DIAGNOSTICKÉ METODY KARCINOMU PROSTATY | 19 |
| 2. 5. 1. <i>Lékařská anamnéza</i> | 19 |
| 2. 5. 2. <i>Vyšetření per rektum</i> | 20 |
| 2. 5. 3. <i>Prostatický specifický antigen (PSA)</i> | 20 |
| 2. 5. 4. <i>TRUS – transrektální ultrasonografie</i> | 21 |
| 2. 5. 5. <i>Biopsie prostaty</i> | 22 |
| 2. 5. 6. <i>Vylučovací urografie</i> | 23 |
| 2. 5. 7. <i>Scintigrafie skeletu</i> | 23 |
| 2. 5. 8. <i>CT – počítačová tomografie</i> | 23 |
| 2. 5. 9. <i>MR – magnetická rezonance</i> | 24 |
| 2. 6. KLASIFIKACE NÁDORU PROSTATY | 24 |

| | |
|--|-----------|
| 3. MOŽNOSTI TERAPIE | 27 |
| 3.1. LÉČBA LOKALIZOVANÉHO KARCINOMU PROSTATY | 27 |
| 3.1.1. <i>Metoda pozorného sledování</i> | 27 |
| 3.1.2. <i>Radikální prostatektomie</i> | 28 |
| 3.1.3. <i>Radioterapie</i> | 28 |
| 3.2. KOMPLIKACE RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMIE | 29 |
| 3.2.1. <i>Časné komplikace radikální prostatektomie</i> | 29 |
| 3.2.2. <i>Pozdní komplikace radikální prostatektomie</i> | 29 |
| 4. EDUKACE..... | 31 |
| 4. 1. EDUKANT | 31 |
| 4. 2. EDUKÁTOR | 32 |
| 4. 3. EDUKAČNÍ KONSTRUKTY | 32 |
| 4. 4. EDUKAČNÍ PROSTŘEDÍ | 32 |
| 4. 5. ROZDĚLENÍ EDUKACE | 32 |
| 4. 5. 1. <i>Primární prevence</i> | 32 |
| 4. 5. 2. <i>Sekundární prevence</i> | 33 |
| 4. 5. 3. <i>Terciální prevence</i> | 33 |
| 4. 6. STUPNĚ EDUKACE | 34 |
| 4. 6. 1. <i>Základní edukace</i> | 34 |
| 4. 6. 2. <i>Reedukace</i> | 34 |
| 4. 6. 3. <i>Komplexní edukace</i> | 34 |
| 4. 7. ROLE SESTRY – EDUKÁTORKY | 35 |
| 4. 8. KOMPONENTY EDUKACE | 35 |
| 4. 8. 1. <i>Motivace</i> | 36 |
| 4. 8. 3. <i>Psychologický přístup</i> | 37 |
| 4. 8. 4. <i>Etický přístup</i> | 37 |
| 4. 9. METODY EDUKACE | 38 |
| 4. 9. 1. <i>Přednáška</i> | 38 |
| 4. 9. 2. <i>Vysvětlování</i> | 38 |
| 4. 9. 3. <i>Instruktaž a praktické cvičení</i> | 39 |
| 4. 9. 4. <i>Rozhovor</i> | 39 |
| 4. 9. 5. <i>Diskuze</i> | 39 |
| 4. 9. 6. <i>Konzultace</i> | 39 |
| 4. 9. 7. <i>Práce s textem</i> | 40 |
| 4. 10. EDUKAČNÍ PROCES | 40 |
| 4. 10. 1. <i>Plánování edukace</i> | 41 |
| 4. 10. 2. <i>Cíle edukace</i> | 42 |
| 4. 10. 3. <i>Didaktická edukační pravidla</i> | 44 |

| | |
|--|-----------|
| 4. 11. EDUKACE ZAMĚŘENÁ NA PACIENTY PO RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMII..... | 44 |
| II. VÝZKUMNÁ ČÁST | 46 |
| 5. METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ..... | 47 |
| 5. 1. CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU A SBĚR DAT | 47 |
| 5. 2. HYPOTÉZY A CÍLE | 48 |
| DISKUZE..... | 67 |
| ZÁVĚR..... | 71 |
| SOUHRN..... | 73 |
| SUMMARY | 74 |
| SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY | 75 |
| SEZNAM GRAFŮ | 79 |
| SEZNAM TABULEK | 80 |
| SEZNAM PŘÍLOH A OBRÁZKŮ..... | 81 |

Úvod

Téma své bakalářské práce Edukace pacienta po radikální prostatektomii jsem si vybrala z důvodu jeho aktuálnosti a potřeby jak v ošetrovatelské, tak i lékařské péči. Karcinom prostaty je jedním z nejčastějších nádorovým onemocněním mužů ve světě i v České republice. Radikální prostatektomie je zpravidla první volbou léčby lokalizovaného karcinomu prostaty, nelze však opomenout i jisté riziko komplikací v podobě inkontinence či erektilní dysfunkce, které sebou tento operační zákrok přináší. Nicméně zmíněné komplikace nemusí být trvalého charakteru. Úspěšnost operace koreluje se skutečnou pomocí, povzbuzením, motivací a orientací pacienta správným směrem, to je smysl edukace. Edukace je neoddelitelnou součástí každé terapie. Dobře vedená edukace a dostatečná informovanost pacientů jsou cestou k vyšší efektivitě léčby a eliminaci nežádoucích komplikací.

Účelem této práce je poukázat na význam edukace a její souvislost se zvyšováním spokojenosti a důvěry pacientů. Vlastní výzkum je zrcadlem kvality poskytovaných informací pacientům po radikální prostatektomii, kteří podstoupili operaci ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. Anatomie a fyziologie prostaty

Žláza předstojná čili prostata je žláza mužského pohlavního ústrojí o velikosti menšího vlašského ořechu, tedy přibližně 3 x 2,5 x 2 cm, její tvar komolého kužele lze přirovnat ke tvaru červené řepy, je uložena extra peritoneálně pod močovým měchýřem, kde nasedá na jeho hrdlo a obemyká močovou trubici. (obr. A) Za normálních okolností se hmotnost prostaty pohybuje mezi 20 – 40 gramy. Povrch prostaty je krytý vazivovou kapsulou s bohatou inervací a cévním zásobením. Přední strana prostaty směřuje ke stydké sponě, zadní strana ke konečníku. Skládá se z několika desítek drobných žlázek, které ústí spolu s chánovodem a semennými vajíčky do močové trubice v její prostatické části. Prostor mezi těmito žlázkami je vyplněn podpůrnou vazivovou tkání a hladkou svalovinou, která se tak podílí na jejich vyprazdňování. (Fiala, 2001, s. 41, Kolombo, 2008, s. 73, 89, Slezáková, 2010, s. 252, Wikipedie)(Obr. A)

1. 1. Funkce prostaty

Prostata produkuje sekret, který je průhledný, částečně mléčně zkalený, lehce kyselý povahy s typickým zápachem kaštanových květů. Prostatický výměšek se dostává do močové trubice v důsledku pohlavního dráždění, zde se mísí se sekretem z nadvarlat, sekretem ze semenných vajíček, se spermiemi a vzniká ejakulát. Sekret z prostaty tvoří asi 15% – 30% z celého množství ejakulátu, zvyšuje životaschopnost spermií a je vylučován hned z počátku ejakulace. Prostatický výměšek obsahuje nepatrné množství bílkovin, a to převážně imunoglobuliny, proteázy, kyselou fosfatázu, prostatický specifický antigen, prostaglandiny, spermin a spermidin, zinek a kyselinu citrónovou. Všechny tyto složky umožňují nebo zvyšují možnost oplodnění. Proteázy společně s prostatickým specifickým antigenem zajišťují, aby sperma bylo dostatečně řídké, zvýšenou pohyblivost spermií udržuje spermin a spermidin, děložní svalovina je stimulována prostaglandiny, kyselina citrónová v podobě

citrátu je pufr. Testosteron je jedním z mužských pohlavních hormonů neboli androgenů, který je potřeba ke správnému růstu a funkci předstojné žlázy. Na metabolismu testosteronu v prostatě se podílí zinek. (Slezáková, 2010, s. 252, Wikipedie)

1. 2. Stavba prostaty

Prostata vniká u mužského plodu již v 9. týdnu intrauterinního vývoje ze stěny močové trubice z Wolfova vývodu a okolního mezenchymu. Anatomicky se prostata dělí na pět laloků, tedy na lalok přední, střední, zadní, pravý a levý. Během života však tyto laloky srůstají a v dospělosti splynou úplně, proto se v urologii používá dělení podle McNeala na tři zóny, na zónu periferní, zónu centrální a zónu tranzitorní. Zóny mají rozdílný morfologický a embryonální původ, jsou funkčně a patogeneticky specifické. Největší zónou je periferní zóna, která tvoří asi 65% celé prostaty, obemyká distální část močové trubice, žlaznatý epitel je z urogenitálního sinu. V této zóně vniká až 70% karcinomů prostaty. Dalších 25% prostaty tvoří centrální (vnitřní) zóna, která je uložena kolem ejakulačních vývodů. Epitel centrální zóny je jak z urogenitálního sinu, tak z Wolfova kanálu. Centrální zóna zahrnuje asi 25% karcinomů prostaty. Zbývajících 5% předstojné žlázy tvoří tranzitorní (přechodná) zóna, nacházející se kolem proximální části močové trubice. V pozdějším věku může dojít v této oblasti k benigní hyperplazii prostaty. (Dvořáček, 2000, s. 179, Fiala, 2001, s. 42, Wikipedie)

2. Rakovina předstojné žlázy (karcinom prostaty)

Ještě na začátku minulého století byla prognóza karcinomu prostaty velice nepříznivá. Nemocní, postiženi touto chorobou, umírali v úporných bolestech během několika málo let od objevení se prvních příznaků. Důvodů bylo několik. Karcinom prostaty se neprojevuje časnými symptomy, které by poukázaly na jeho přítomnost. V době diagnózy již byly často metastázy rozsety v kostech pánevních, lumbálních obratlů, kosti křížové nebo stehenní. Onemocnění téměř nereagovalo na žádnou léčbu a je málo citlivé na léčbu zářením. Veškerá terapie byla ve své podstatě bezvýsledná. Tuto nepříznivou situaci ovlivnil teprve objev hormonální léčby v posledních letech druhé světové války a tento objev je nutno zařadit mezi velké lékařské objevy vůbec, nejenom pro úspěchy dosažené při léčbě karcinomu prostaty, ale také proto, že tento objev nastínil jednu z možných cest v boji proti rakovině vůbec. (Špaček, 1968, s. 575)

V současné době je karcinom prostaty nejčtenějším nádorem urogenitálního traktu vůbec a zahrnuje zhruba 15% všech maligních onemocnění mužské populace nad 50 let. Jeho četnost stoupá s věkem a kulminuje mezi sedmdesátým a osmdesátým rokem. (Slezáková, 2010, s. 252, Kawaciuk, 2009, s. 390)

2. 1. Patologie karcinomu prostaty

Vývoj karcinomu prostaty prochází stadiem iniciace, stadiem promoce a stadiem progresu. (Kawaciuk, 2009, s. 391, Fiala, 2001, s. 17) Ve stadiu iniciace dochází vlivem karcinogenů k obecným či specifickým změnám DNK, avšak primární léze jsou jen přechodné nebo eliminované opravou DNK a pozměněné buňky podléhají apoptóze. Začátek promoce nastává v situaci, kdy poškození genomu jsou rozsáhlá nebo chronická a opravný mechanismus DNK selhává, následná progresu může trvat roky. (Fiala, 2001, s. 17) Již klinicky zjištěný a diagnostikovaný karcinom prostaty zůstává někdy dlouho bez projevu biologické aktivity. Příčiny všech těchto jevů dosud nejsou dostatečně známé. (Kawaciuk,

2000, s. 217) Zhoubnou přeměnou může být zasažena každá složka předstojné žlázy. Podle buněk, z kterých novotvar vzniká, lze karcinom prostaty rozdělit na tubuloalveolární adenokarcinom, hlenotvorný adenokarcinom, malobuněčný karcinom, intraduktální karcinom, dlaždicobuněčný karcinom, karcinom z přechodného epitelu a mezenchymálních buněk. Nejčtenější maligní tumor prostaty, vyskytující se ve více než 95%, je tubuloalveolární či acinózní adenokarcinom. Výskyt tohoto karcinomu stoupá s věkem, nejčastěji je detekován po sedmdesátém roce života. Naopak výskyt hlenotvorného adenokarcinomu, malobuněčného karcinomu, intraduktálního karcinomu, dlaždicobuněčného karcinomu, karcinomu z přechodného epitelu a mezenchymálních nádorů prostaty je velice vzácný, tyto nádory zahrnují jen 5% všech karcinomů prostaty.

Významnější než místo vzniku adenokarcinomu prostaty je jeho velikost. Malé nádory s objemem do 0,5 ml tvoří metastázy jen výjimečně, nádory s objemem větším než 12 ml metastazují poměrně často. (Fiala, 2001, s. 50)

Vzhledem k tomu, že nelze přesně a s jistotou určit, kdy bude karcinom prostaty pro svého nositele klinicky bezvýznamný a bezpříznakový, je v souvislosti s prodlužující se délkou života nutné pohlížet na většinu karcinomů prostaty jako na nádory klinicky významné. (Kawaciuk, 2009, s. 394)

Při histologickém vyšetření prostat všech zemřelých mužů nad 50 let jsou karcinomatózní buňky zachycovány ve více než čtyřiceti procentech. Jde však o takzvaný latentní karcinom prostaty, který se během života vůbec nemusí projevit. Incidence klinicky zřetelného karcinomu je výrazně nižší. Riziko výskytu karcinomu prostaty u muže ve věku 50 let je 9,5%. (Kawaciuk, 2000, s. 216, 217) Provede-li se histologické vyšetření prostaty u mužů nad 80 let, jsou karcinomatózní buňky nalezeny až v 70%. Tento nepoměr mezi klinicky manifestním a latentním karcinomem prostaty, tedy tyto dva kvalitativně naprosto odlišné stavy, lze vysvětlit teorií vícestupňové kancerogeneze.

2. 2. Epidemiologie

Celosvětové průzkumy prokazují vliv geografické polohy na vzniku karcinomu prostaty. První místo incidence tohoto nádorového onemocnění zaujímají Spojené státy americké, karcinom prostaty se objevuje u Afroameričanů podstatně častěji než u bělochů, naopak nejméně jsou ohroženi Asiaté. Rasové rozdíly lze alespoň z části vysvětlit rozdílnou stravou, prostředím, životním stylem, dostupností a využíváním zdravotnických služeb. Nelze opomenout ani genetické predilekční faktory, kdy se na základě genetických změn zvyšuje senzitivita vůči androgenům a snižuje odpověď na vitamin D. Výskyt karcinomu prostaty v České republice je srovnatelný se světovým průměrem. (Fiala, 2001, s. 24 – 25, Kawaciuk, 2009, s. 390) Přestože rozloha České republiky je ve srovnání se Spojenými státy americkými asi sto dvaadvacetkrát menší, i na tomto území se vyskytují určité geografické rozdíly v incidenci rakoviny prostaty. Statistika ukazuje, že největší výskyt karcinomu prostaty je v Praze, Královéhradeckém a Brněnském kraji, naopak nejmenší výskyt je v Karlovarském, Ústeckém a Středočeském kraji. Nejvyšší úmrtnost z důvodu tohoto onemocnění zastává opět Praha, dále pak Plzeňský kraj, nejnižší úmrtnost byla zaznamenána v Ostravském a Ústeckém kraji (www.uzis.cz, viz přílohy).

2. 3. Etiologie karcinomu prostaty

Příčina této malignity není zcela zřejmá, jak jsem již uvedla výše, větší předpoklady pro vznik tohoto nádorového onemocnění mají příslušníci černé rasy a to až dvojnásobně, avšak u migrujících asiátů do Evropy či Spojených států amerických v důsledku vnějších vlivů, změny stravy, prostředí a životního stylu se rakovina prostaty vyskytuje téměř ve stejném počtu jako u Američanů. (Fiala, 2001, s. 24 – 25, Kawaciuk, 2009, s. 390, www.urologieprostudenty.cz)

2. 3. 1. Rizikové faktory

Přestože doposud není úplně objasněna etiologie karcinomu prostaty, je jisté, že se na jeho vzniku podílí spousta endogenních a exogenních rizikových faktorů. Jistou souvislost s nádorovým bujením mají genetické faktory, životní styl, životní prostředí, hormonální faktory, psychické faktory a samozřejmě také věk. Genetická výbava, věk a hormonální faktory jsou neovlivnitelné, životní styl a prostředí změnit lze.

Genetické faktory

Na vzniku karcinomu prostaty se taktéž podílejí i genetické vlivy. Bylo zjištěno, že pokud se tato nemoc projeví u otce nebo bratra, tedy u přímého příbuzného, riziko je přinejmenším dvojnásobné, pokud se však tato nemoc objeví u dvou a více příbuzných, riziko vzniku nemoci roste geometrickou řadou a je větší až jedenáctkrát, a to v podstatně nižším věku. (Fiala, 2001, s. 23, www.urologieprostudenty.cz)

Životní styl

Mezi další rizikové faktory patří i životní styl. Vyšší expozici pro vznik nejen tohoto onemocnění mají konzumenti živočišného tuku a červeného masa v nadměrném množství, nedoporučuje se ani zvýšený příjem vápníku. Není objasněno, jaký vztah má kouření s výskytem novotvaru, proto na tomto místě nelze opomenout ani kuřáky. Po požití alkoholu klesá hladina testosteronu, a tak by i alkohol mohl nést jistý podíl na vzniku kancerogeneze. (Fiala, 2001, s. 27) S těmito špatnými návyky jde ruku v ruce i celá řada přidružených onemocnění jako je vysoký krevní tlak, či postižení kardiovaskulárního systému. Preventivní účinek má dostatek ovoce a zeleniny, převážně rajčat, dále sója a zelený čaj, také je vhodné dodat organismu selen a vitamin E, všechny tyto zmíněné elementy působí jako antioxidanty a antikancerogeny. (Kawaciuk, 2009, s. 391) Co se naopak doporučuje je dodržování zdravé životosprávy, dostatek pohybu nejlépe na čerstvém vzduchu a omezení alkoholických nápojů.

Životní prostředí

Jistý vliv na nádorové bujení má i životní prostředí, naše blízké okolí a také profese. Důkazem toho jsou rozdíly incidence karcinomu prostaty v různých regionech. Rizikovým faktorem je v tomto ohledu kontakt například s pesticidy a herbicidy, které se používají v zemědělství, toxické kovové prvky a v neposlední řadě i radioaktivní materiál. (http://www.androgeos.cz/cs_CZ/rizikove-factory-nador-prostaty, www.uzis.cz)

Hormonální faktory

Androgeny a růstové faktory jsou nezbytně důležité pro vývoj jak normální prostaty, tak i karcinomu prostaty. Testosteron představuje kolem 95% cirkulujících mužských pohlavních hormonů. Převážná většina adenokarcinomů je hormonálně dependentních, tedy citlivých na hormonální léčbu. Asi 20% pokročilých nádorů však na hormonální terapii nereaguje. (Kawaciuk, 2009, s. 390)

Věk jako rizikový faktor

U čtyřicátníků či pětáctyřicátníků se karcinom prostaty objevuje jen velice zřídka. S posunem věkové hranice dožití se zvyšuje i četnost výskytu tohoto onemocnění. Podle českého statistického úřadu v roce 2002 měli muži – šedesátníci před sebou ještě téměř 18 let života. Přestože počet nemocných touto malignitou v souvislosti s věkem stoupá, není výjimkou, kdy se muži s touto diagnózou dožijí třeba devadesáti let, většinou pak skonají na nějaké přidružené onemocnění. (http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/nadeje_dozeni_a_prumerny_ve_k)

Psychické faktory

Psychické faktory sice nejsou bezprostřední příčinou nádorového bujení, přesto se domnívám, že negativní psychika může do jisté míry ovlivnit jeho progresi. Každá nemoc má svou psychickou a somatickou složku. Dlouhodobé psychické strádání, zvýšený stres, kancerofobie a neuspokojený život v osobní či pracovní rovině snižuje imunitu a může mít tedy i dopad na vznik kancerogeneze. Prevencí v tomto ohledu je nejen rozhovor s psychoterapeutem, ale také důkladná duševní hygiena v podobě pravidelného spánku, aktivního odpočinku, relaxace a podobně.

2. 4. Symptomatologie

Počínající karcinom prostaty, vyrůstající z periferní zóny, se většinou neprojevuje žádnými příznaky. S postupujícím onemocněním může dojít k mikčným potížím, hematurii, hemospermii, erektilním dysfunkcím, lymfatickému a cévnímu postižení, anémii, dalšími ukazateli jsou únava, nechutenství, hubnutí a samozřejmě také bolest.

2. 4. 1. Mikční potíže

U lokálně pokročilého tumoru se mohou objevit stejné nebo podobné potíže s močením, jaké se objevují u benigní hyperplazie prostaty. Velice příznačné je časté, bolestivé a obtížné močení, četnější noční močení, proud moči je slabší, může docházet i k úniku moči. (Fiala, 2001, s. 117) Domnívám se, že tyto problémy jsou pádným důvodem k vyhledání lékaře, přesto pod vlivem reklamy na Prostenal a jemu obdobné volně prodejné potravinové doplňky, přestože nikterak nepopírám jejich účinky při benigní hyperplazii prostaty, mnozí volí nejprve samoléčbu a tím oddalují možnost zahájení účinné terapie karcinomu prostaty.

2. 4. 2. Hematurie

Krev v moči se u karcinomu prostaty ať už v makroskopické či mikroskopické podobě objevuje jen velice ojediněle, příčinou je prorůstání nádoru do tkáně močového měchýře. (Kawaciuk, 2009, s. 398)

2. 4. 3. Hemospermie

Krev ve spermatu je o něco častějším příznakem karcinomu prostaty než hematurie. Lokální progresse nádoru s útlakem průsvitu ductus ejaculatorius může vyústit v hemospermii, a tím také snížit množství ejakulátu (Kawaciuk, 2009, s. 398)

2. 4. 4. Erektální dysfunkce

K erektilním dysfunkcím dochází u extraprostatického šíření tumoru, kdy je zasažen posterolaterální nervový svazek, který inervuje topořivá tělesa. (Kawaciuk, 2009, s. 398)

2. 4. 5. Lymfatické a cévní postižení

Postupným šířením tumoru do okolních tkání dochází v pánevní oblasti k útlaku mízního i žilního systému. (Kawaciuk, 2009, s. 398) Důsledkem je stagnace mízy v dolních končetinách a pohlavního ústrojí, objevují se lymfedémy a otoky zevního genitálu, snižuje se žilní návrat a tím se zvyšuje riziko tromboembolické nemoci dolních končetin.

2. 4. 6. Anémie

K chudokrevnosti u karcinomu prostaty může dojít při dlouhodobé hematurii, častěji však při postižení krvetvorné kostní dřeně metastázami.

2. 4. 7. Únava, nechutenství, hubnutí

Únavu, nechutenství, nechtěné hubnutí a celkovou slabost řadíme mezi celkové příznaky, které se vyskytují nejen u tumoru prostaty, ale i u jiných nádorových onemocnění. Každopádně jsou tyto projevy důležitým ukazatelem toho, že se v organismu něco děje.

2. 4. 8. Bolest

Bolest v souvislosti s karcinomem prostaty vzniká útlakem a následným poškozením nervů okolní tkáně, dále kostními metastázami, kdy jsou postiženy převážně obratle, kosti pánevní a kosti stehenní. Kostní metastázy se projevují úpornými bolestmi. Při metastatickém procesu v kostní struktuře se zvyšuje riziko patologických zlomenin. (Kawaciuk, 2009, s. 398)

2. 5. Diagnostické metody karcinomu prostaty

Základem při screeningovém vyšetření karcinomu prostaty je důkladné fyzikální vyšetření od hlavy k patě pohledem, poslechem, pohmatem a poklepem včetně vyšetření prostaty per rektum. Vyšetření krve zaměřené na hodnotu nádorového markeru PSA, dále biochemické vyšetření krve na alkalickou fosfatázu, jejíž zvýšená hodnota může poukázat na přítomnost metastatických procesů v kostech, a biochemické vyšetření moče. Pečlivě odebraná lékařská anamnéza zahrnující nynější onemocnění, osobní, farmakologickou, alergologickou, rodinnou, pracovní a sociální anamnézu je samozřejmostí. Po té se přistupuje k sonografickému vyšetření (TRUS), bioptickému vyšetření prostaty a dalším možným zobrazovacím metodám: vylučovací urografii, scintigrafii skeletu, CT, MR.

2. 5. 1. Lékařská anamnéza

Hlavním cílem při odběru lékařské anamnézy je získání cenných informací o stávajícím onemocnění, stravovacích návycích, zlozvycích (alkohol, kouření), nechtěném váhovém úbytku, chronické medikaci, alergiích, rodinném zatížení nádorovým onemocněním a jinými chorobami, pracovním prostředím a sociální situací. Důkladně zpracovaná lékařská anamnéza tvoří základ diagnózy.

Lékařskou anamnézu tvoří:

- Nynější onemocnění – zahrnuje obtíže a jejich charakter, dobu trvání a lokalizaci
- Osobní anamnéza – zahrnuje prodělané choroby, úrazy a operace včetně časového údaje, množství konzumace kávy, alkoholu, kouření a užívání návykových látek
- Farmakologická anamnéza – udává informaci o chronické medikaci
- Alergologická anamnéza

- Rodinná anamnéza – zahrnuje věk rodičů, případně, kdy a z jaké příčiny zemřeli, počet sourozenců, kardiovaskulární, nádorové, duševní či jiné onemocnění v rodině
- Pracovní anamnéza – zjišťuje možnost kontaktu se škodlivými látkami, zářením, poškození vlivem extrémních vysokých nebo nízkých teplot, vibracemi či vynucenou pracovní polohou
- Sociální anamnéza – zjišťuje, zda bydlí nemocný sám nebo s rodinou a za jakých podmínek

(Nejedlá, 2006, s. 15, 16)

2. 5. 2. Vyšetření per rektum

Vyšetření per rektum neboli DRE, DRV či PPA je jednoduché, bezbolestné, finančně i časově nenáročné vyšetření, které se provádí palpačním vyšetřením anu v poloze na zádech nebo na levém boku s pokrčenými dolními končetinami, případně v poloze na kolenou. Toto po psychické stránce nepříjemné vyšetření by měli pravidelně podstupovat všichni padesátníci v rámci dispenzarizace. Palpační vyšetření prostaty může diagnostikovat karcinom ve 30 – 40%. Prostata bývá zvětšená, hrbolatá, tužší až tvrdá a asymetrická s hmatnými uzlíky. U nálezů v pokročilejším stadiu je velice špatně ohraničená proti okolí a při pronikání nádoru do střeva je rektální sliznice proti prostatě nepohyblivá. (Kawaciuk, 2009, s. 398, Pacík, 1996, s. 17, Wikipedie, Nejedlá, 2006, s. 26)(Obr. B)

2. 5. 3. Prostatický specifický antigen (PSA)

Prostatický specifický antigen byl poprvé rozpoznán v roce 1969. Od osmdesátých let minulého století zastává post nejvýznamnějšího nádorového markeru, přestože jeho hladina v séru není přímým ukazatelem karcinomu prostaty. Sérové hodnoty PSA jsou odrazem činnosti prostatické tkáně. PSA je glykoprotein, produkováný epiteliálními buňkami zdravé i nádorově změněné prostatické tkáně, jeho sekreci značně ovlivňují androgeny. V 80% se v séru PSA

váže na antiproteázy alpha - 1 – antichymotripsin či alpha – 2 – mikroglobulin a to v poměru 1 : 1, zbylých 20% tvoří PSA volný – free (fPSA). Sérový poločas PSA po odstranění veškeré prostatické tkáně je 2 – 3 dny. Po radikální prostatektomii je koncentrace PSA nedetekovatelná za 10 – 12 týdnů. Poločas volného PSA je jen 2 – 3 hodiny. Ze séra vymizí prostřednictvím glomerulární filtrace nebo tvorby nových komplexů a antiproteázami (Kawaciuk, 2009, s. 395). Zvýšená hodnota PSA je důsledek jakékoliv porušení celistvosti buněk předstojné žlázy, prostatický specifický antigen tak z porušených buněk prosakuje do tkáně a následně se dostává do krevního řečiště. Zvýšené hodnoty PSA se objevují při zánětu prostaty, hyperplazii prostaty a samozřejmě také u karcinomu. Vyšší hladina PSA se přechodně může objevit po zevní či vnitřní stimulaci prostaty, po biopsii nebo po úrazech na perineu.

Fyziologická hodnota hladiny PSA je menší než 4 ng/l, u mladších mužů se hodnota PSA pohybuje okolo 2 ng/l. PSA denzita (PSAD) posuzuje nasycenost prostatického antigenu v souvislosti s objemem prostatické žlázy. PSA velocita (PSAV) představuje elevaci hodnoty PSA za určitou časovou jednotku, na jejím základě je stanovena případná biopsie prostaty. Výsledné hodnoty poměru volného a celkového prostatického antigenu jsou vhodnou navigací k rozlišení mezi benigní hyperplazií prostaty a karcinomem. Na vyšetření PSA v séru se odebírá asi 5 ml srážlivé krve, výsledné hodnoty slouží nejen k diagnostickým účelům, ale i ke kontrole účinnosti zvolené terapie při léčbě karcinomu prostaty. (Kawaciuk, 2009, s. 395 – 396, www.urologieprostudenty.cz)

2. 5. 4. TRUS – transrektální ultrasonografie

Sonografie je založena na rozdílném odrazu ultrazvuku od různých druhů tkání. Ultrazvuk velice snadno prostupuje živou tkání a při vhodně zvolených intenzitách je tato zobrazovací metoda naprosto bezpečná. (Rosina, 2006, s. 88, 91) Transrektální ultrasonografie je v dnešní době zcela běžným a finančně nenáročným způsobem vyšetření prostaty, močového měchýře a semenných váčků. Příprava k tomuto vyšetření není nutná, postačí spontánní vyprázdnění rektální ampuly. Vlastní vyšetření se provádí ve stejné poloze jako DRE. K

vyšetření se nejčastěji používají sondy s vysokou frekvencí (7,5–12 MHz) s obklým krystalem, který umožňuje zobrazení širokých výsečí (112–140 °) z úzkého vstupního pole. Krystaly (obvykle 128–196 elementů) jsou umístěny na konci sondy s osou rovnoběžnou se sondou (tzv. vaginální sondy) nebo osa krystalu svírá úhel 30–45 °. Sonda bývá obvykle vybavena kanálem nebo přídatným nástavcem, díky kterému lze současně provést i odběr bioptického materiálu. (Belej, 2009).

2. 5. 5. Biopsie prostaty

Nález na předstojné žláze může být a je odlišný u každého stupně nemoci. Bioptické vzorky a jejich následné histologické vyšetření slouží k potvrzení suspektní malignity. (Pacík, 1996, s. 96) Biopsie prostaty spočívá v odběru několika vzorků z různých částí prostatické tkáně rektální cestou (dříve též cestou přes perineum), a následnému mikroskopickému a cytologickému vyšetření. Biopsii vždy předchází vyšetření PSA, kde je zachycena jeho elevace a palpační vyšetření prostaty konečníkem. (Fiala, 2001, s. 108) Biopsie prostaty se provádí zpravidla na urologické ambulanci punkční jehlou či bioptickou pistolí pod sonografickou kontrolou, odebrané bioptické vzorky se ihned nakládají do Formolu. Před tímto invazivním vyšetřením je nezbytná příprava. 7 – 10 dní před odběrem bioptických vzorků je nutné vysadit antikoagulancia a antitrombotika, den před biopsií se doporučuje pouze lehká strava a vyprázdnění po aplikaci glycerinových čípků. Zákrok se provádí pod profylaktickým antibiotickým krytím, dle zvyklosti zdravotnického zařízení. Informovaný souhlas je při biopsii prostaty samozřejmostí. Po biopsii se doporučuje alespoň hodinu setrvat v čekárně a všeobecně se doporučuje klidový režim a dostatek tekutin. Mezi nejčastější komplikace tohoto zákroku patří hematurie a krvácení z konečníku. Pokud krvácení z konečníku neustává, je vhodná observace v nemocnici. Masivní krvácení z konečníku se řeší tamponádou, případně hrazením krevních ztrát.

2. 5. 6. Vylučovací urografie

Vylučovací urografie je rentgenologické funkční vyšetření vývodných cest močových pomocí kontrastní látky. V běžné diagnostice karcinomu prostaty se sice nepoužívá, může však prokázat dilataci močových cest v důsledku retence moči.

2. 5. 7. Scintigrafie skeletu

Použité radiofarmakum se hromadí v nově tvořené kostní matrix. Na scintigramech (cílených, celotělových nebo na tomografických řezech) lze identifikovat ložiska se zvýšenou nebo řidčeji sníženou osteoblastickou aktivitou vůči okolní kosti. Zvýšená osteoblastická činnost je prvotním příznakem u většiny patologických kostních procesů a častokrát předchází změnám viditelným na RTG. Při tzv. třífázové modifikaci lze mimo jiné i orientačně posoudit prokrvení v zobrazené části. (http://www.homolka.cz/cs-CZ/oddeleni/oddeleni-nuklearni-mediciny-a-pet-centrum/nase-sluzby/druhy_vysetreni/scintigrafie-skeletu.html). Toto vyšetření nepotřebuje žádnou přípravu. Indikuje se pro vyloučení nebo potvrzení kostních metastáz a následné volby terapie.

2. 5. 8. CT – počítačová tomografie

Počítačová tomografie se řadí mezi špičkové vyšetřovací metody moderní medicíny. Tato metoda využívá rentgenových paprsků k zobrazení vnitřních orgánů malé pánve v jejich pomyslném příčném průřezu, kdy jednotlivé tkáně absorbují rentgenové záření na základě své hustoty. Při detekci karcinomu prostaty se toto vyšetření neprovádí příliš často, může však prokázat existenci expanzivních procesů. CT se provádí nativně nebo s podáním kontrastní látky, pomocí které lze posoudit přítomnost zvětšených pánevních uzlin. Příprava na vyšetření spočívá pouze v lačnění. Žádanka na CT musí obsahovat případné alergie. (Pacík, 1996, s. 31, Kroutilová, 2012)

2. 5. 9. MR – magnetická rezonance

Mezi technicky nejsložitější vyšetřovací metody se řadí magnetická rezonance. Princip MR je založen na vzájemném působení jader atomů, vložených do silného magnetického pole, s přidavným vysokofrekvenčním magnetickým polem a následném počítačovém vyhodnocení chování biologických tkání v tomto poli. Nespornou výhodou je skutečnost, že při tomto vyšetření není pacient vystaven ionizujícímu záření. (Rosina, 2006, s. 221, 225) Pomocí MR lze určit stupeň zasažení prostaty a mízních uzlin. Toto vyšetření se běžně v diagnostice tumoru předstojné žlázy nevyužívá pro svou časovou a finanční náročnost. Zásadní kontraindikací magnetické rezonance jsou implantované kardiostimulátory a jiné magnetické materiály včetně tetování barvou obsahující kovové složky. (Kroutilová, 2012)

2. 6. Klasifikace nádoru prostaty

Pro volbu vhodné léčby je důležité znát rozsah nádorového postižení na základě výše zmiňovaných diagnostických metod. Obecně lze rozdělit karcinom prostaty do čtyř stádií, přičemž až ve čtvrtém stadiu jsou zasaženy mízní uzliny a objevují se vzdálené metastázy (obr. D).

Gradingový systém podle Gleasona

Americký patolog Donald Gleason navrhl již v roce 1966 systém gradování prostatického adenokarcinomu, který využívá morfologických vlastností žlázek a celkové konstrukce stavby nádorové tkáně. V současné době se udává tzv. Gleason skóre, které stanovuje dva nejčastější grady daného karcinomu. Má-li tedy pacient Gleason skóre 5 (3 + 2), znamená to, že nejčastěji se vyskytujícím gradem v rámci zaslané tkáně je grade 3, druhý nejčastější je grade 2“ (<http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/histologicke-vysetreni-prostaty-zamerene-na-adenokarcinom-171509>) Podle Gleasonova skóre tedy platí, že čím je nižší, tím vyšší je šance přežití. (Fiala, 2001, s. 78)

G – Histopatologický grading

- GX stupeň diferenciacie (rozlišení) nelze hodnotit
- G1 dobře diferencovaný (lehká anaplazie) (Gleason 2 – 4)
- G2 středně diferencovaný (střední anaplazie) (Gleason 5 – 6)
- G3 – 4 nízce diferencovaný / nediferencovaný (výrazná anaplazie) (Gleason 7 – 10)

TNM Klinická klasifikace

T – primární nádor

- TX - primární nádor nelze hodnotit
- T0 – bez známek primárního nádoru
- T1 – klinicky nezjistitelný nádor, ani palpačně, ani zobrazovacími vyšetřovacími metodami
- T1a – nádor zjištěn náhodně histologicky v 5% nebo méně resekované tkáně
- T1b - nádor zjištěn náhodně histologicky ve více než 5% resekované tkáně
- T1c – nádor zjištěn při punkční biopsii
- T2 – nádor omezen na prostatu
- T2a – nádor postihuje polovinu laloku nebo méně
- T2b – nádor postihuje více než jednu polovinu jednoho laloku, ne však oba
- T2c – nádor postihuje oba laloky
- T3 – nádor se šíří přes pouzdro prostaty
- T3a – extrakapsulární šíření (jednostranné nebo oboustranné) včetně mikroskopického postižení hrdla močového měchýře
- T3b – nádor infiltruje semenné váčky
- T4 – nádor je fixován nebo postihuje okolní struktury jiné než semenné váčky: zevní sfinkter, rektum, stěnu pánve atd.

N – regionální uzliny

- NX – regionální mízní uzliny nelze hodnotit
- N0 – regionální mízní uzliny bez metastáz
- N1 – metastázy v regionálních mízních uzlinách

M – vzdálené metastázy

- MX – vzdálené metastázy nelze hodnotit
- M0 – bez vzdálených metastáz
- M1 – vzdálené metastázy
- M1a – jiná, než regionální uzlina/y
- M1b – kost/i
- M1c – jiná/é lokalizace

Pokud je použita kategorie MX, tedy pokud není určeno stadium nemoci, může dojít k vyřazení ze stagingu. (Novák, 2011, s. 21, 196, 197, 198)

3. Možnosti terapie

Volba vhodné terapie se odvíjí nejen od stádia onemocnění, ale také od věku pacienta a jeho souhlasu s léčbou. Terapie u lokalizovaného karcinomu prostaty je naprosto rozdílná od terapie pokročilého nádoru, který prorůstá do okolních struktur a dále se šíří lymfatickou a krevní cestou. (Kawaciuk, 2009, s. 399)

3.1. Léčba lokalizovaného karcinomu prostaty

Zhruba 35% nově diagnostikovaných tumorů prostaty je lokalizovaných. Při léčbě těchto tumorů se využívají tři postupy: metoda pozorného sledování, radikální prostatektomie a definitivní radioterapie. (Kawaciuk, 2009, s. 399, Fiala, 2001, s. 141)

3.1.1. Metoda pozorného sledování

Metoda pozorného sledování neboli „watchful waiting“ se volí za předpokladu, že bude malignita postupovat velice pomalu u mužů, jejichž životní vyhlídka nepřekračuje 10 let kvůli značně pokročilému věku či výskytu dalších závažných a život ohrožujících onemocnění. Za těchto okolností se prospěch z agresivní léčby nepředpokládá. (Kawaciuk, 2009, s. 400, Fiala, 2001, s. 141) K této metodě lze přiřadit i metodu aktivního vyčkávání (expectant management). Provádí se u pacientů, kteří sice jsou vhodnými adepty k definitivní terapii, ale zvolili si sami tento postup. V tomto případě je nutné v pravidelných časových intervalech kontrolovat hladinu PSA, provádět DRV a biopsii. Výhodou je setrvalá stávající kvalita života, nevýhodou možná progresse nádoru a rozsev metastáz, kdy už není návratu k radikální terapii. (Kawaciuk, 2009, s. 400)

3.1.2. Radikální prostatektomie

První volbou u pacientů s minimálně desetiletou životní perspektivou s lokalizovaným adenokarcinomem prostaty je jednoznačně radikální prostatektomie. Při radikální prostatektomii se odstraňuje celá prostata včetně pouzdra a semenných váčků a následně se našívá uretrovesikální anastomóza. Standardně se provádí radikální retropubická prostatektomie. (Obr. C) Odborná literatura uvádí i perineální přístup, během své praxe jsem se však s radikální perineální prostatektomií nesetkala ani jednou. V současné době se do popředí dostává laparoskopická radikální prostatektomie prováděná jak transperitoneálním, tak extraperitoneálním přístupem. Radikální prostatektomii lze provést i robotickou technikou, kdy operátor pomocí 3D zobrazení má lepší orientaci a je přesnější při manipulaci s nervově cévními svazky a exaktnější při šití spoje uretry a močového měchýře. (Kawaciuk, 2009, s. 401)

3.1.3. Radioterapie

Radioterapie se využívá jak k léčbě časného stadia karcinomu prostaty, tak zamezení šíření lokálně pokročilých nádorů či zmírnění bolesti při metastatických procesech. (Fiala, 2001, s. 144) Ionizující záření použité při radioterapii má smrtící účinky na buňky orgánů a tkání, přičemž nádorové buňky jsou vůči ozáření mnohem vnímavější než buňky nepoškozené nádorovým procesem. Každá radioterapie má své komplikace v důsledku ozáření zdravé tkáně. Řádově v týdnech po ozáření se objevují reakce především na kůži a sliznicích, pozdní reakce se mohou objevit mnohdy až po několika letech po ozařování. (Rosina, 2006, s. 207, 208)

3.2. Komplikace radikální prostatektomie

Moderní operační technika u radikální prostatektomie včetně vedení anestezie zastává bezpečnou metodu s nízkou morbiditou a mortalitou. (Fiala, 2001, s. 142) Přesto během operačního zákroku, bezprostředně po něm i v následujícím období může dojít různým komplikacím, které lze rozdělit mezi časné a pozdní komplikace radikální prostatektomie.

3.2.1. Časné komplikace radikální prostatektomie

Nejzávažnější časnou život ohrožující komplikací radikální prostatektomie je bezpochyby výrazné krvácení a s ním spojený oběhový šok. Krevní ztráty do 1000 ml, které uvádí literatura jako průměr, zpravidla není třeba nijak hradit, každopádně je na místě průběžně sledovat hodnoty krevního obrazu.

Další závažnou komplikací je netěsnost v místě nově vyšité anastomózy, tedy v místě nového spojení močového měchýře a močové trubice. Řešení této komplikace spočívá v delší době zavedení močového katétru, případně v operační revizi. Ranné infekce a infekce spojené s invazivními vstupy se díky dodržování asepse, hygienické desinfekci rukou a profylaktickému krytí antibiotiky objevují jen zcela výjimečně.

3.2.2. Pozdní komplikace radikální prostatektomie

Nejvýznamnější pozdní komplikací radikální prostatektomie je močová inkontinence. Ta vzniká na základě poškození distálního sfinkteru, délkou uretrálního segmentu, stenózou anastomózy, přerušáním nervového zásobení či kombinací těchto variant. První volbou při inkontinenci je včasné a pravidelné posilování pánevního dna pomocí cviků dle Kegela, neustoupí-li inkontinenční obtíže do jednoho roku od operace, je na místě operativní řešení.

Další možnou pozdní komplikací radikální prostatektomie je erektilní dysfunkce. V minulosti byla tato komplikace téměř standardní, ovšem s identifikací nervových vláken zodpovědných za inervaci kavernózních těles a

nervy šetřícímu způsobu operace se impotence projeví jen asi u 10 % operovaných. V konzervativní terapii erektilní dysfunkce se využívá vakuové pumpy, hromadně vyráběných léčivých prostředků s účinnou látkou sildenafil (Viagra) a alprostadil (syntetický prostaglandin k injekční aplikaci do topořivých těles). Není-li konzervativní léčba účinná, je možné využít operační řešení v podobě penilní protézy.

Vzácnou komplikací cca 3% po radikální prostatektomii je stenóza v místě anastomózy, terapií v tomto případě je dilatace nebo transuretrální resekce zúženého místa. (Graham, S. D, 2010, s. 193).

4. Edukace

Motto:

"Uměním všech umění je vzdělávat člověka, tvora ze všech nejvšestrannějšího a nejzáhadnějšího".

[Řehoř z Nazianzu]

Význam slova edukace (z latinského slova *educō, educare*) značí výchovu, vedení vpřed, učení a vzdělávání jedince. Juřeníková definuje pojem edukace jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech.

Během života se průběžně setkáváme s nezáměrnou edukací, příkladem je koupě libovolného spotřebiče s návodem k použití a tím, aniž bychom si to uvědomili, jsme edukováni. K záměrné edukaci dochází při výchově dětí a na půdě škol a zdravotnických zařízení. Veškerá činnost, při které dochází k učení a vzdělávání se nazývá edukační proces. Výsledným efektem tohoto procesu je vzdělanost, vzdělání a kvalifikace. Základními činiteli edukačního procesu jsou edukant, edukátor, edukační konstrukty a edukační prostředí. (Juřeníková, 2009, s. 9-10) Edukace je jedním ze 14 komponentů poskytování základní ošetrovatelské péče, které na základě teorie potřeb a jejich uspokojování poprvé definovala V. Henderson pod názvem „Pomoc nemocnému při učení“. (Staňková, 1996, s. 46)

4. 1. Edukant

Edukantem se rozumí osoba, na kterou je edukace zaměřena. V kontextu zdravotní péče je edukant pacient. Ke každému edukantovi je nutné přistupovat jako k jedinečné bytosti s ohledem na jeho věk, zdravotní a psychický stav, etnickou a náboženskou příslušnost a vzdělání. (Juřeníková, 2009, s. 10)

4. 2. Edukátor

Edukátorem je člověk, který vzdělává edukanty a předává jim potřebné informace. Ve zdravotní péči jím bývá převážně lékař, všeobecná sestra, porodní asistentka, fyzioterapeut či nutriční terapeut. (Juřeníková, 2009, s. 10)

4. 3. Edukační konstrukty

Edukační konstrukty jsou vlastně návrhy, normy a postupy ovlivňující kvalitu edukačního procesu, kterými by se měl edukátor řídit a dle nich postupovat, aby bylo edukací dosaženo žádoucího efektu. Patří sem různé edukační plány, zákony, předpisy, edukační standardy a materiály. (Juřeníková, 2009, s. 10, 11)

4. 4. Edukační prostředí

Edukační prostředí je místo, kde k edukaci dochází. Ve zdravotnickém zařízení to bývají ambulantní prostory, u hospitalizovaných pacientů prostory na oddělení. V ideálním případě je to místnost, kde mají edukátor s edukanty soukromí, s přiměřeným osvětlením a příznivou teplotou, atmosféru edukace ovlivňuje i barva v místnosti a také její vybavení. (Juřeníková, 2009, s. 11)

4. 5. Rozdělení edukace

Edukaci lze rozdělit dle období, kdy probíhá na primární prevenci, sekundární prevenci a terciální prevenci.

4. 5. 1. Primární prevence

Oblast činnosti zdravotníků a dalších odborníků, jejichž cílem je předcházet vzniku onemocnění se nazývá primární prevence. Cílovou skupinou projektů primární prevence je zpravidla široká veřejnost, určité věkové skupiny

v populaci, či další důležité skupiny. Projekty primární prevence se zabývají konkrétními rizikovými faktory, zaměřují se na jednotlivé prvky životního stylu, primární prevence zahrnuje i očkování proti infekčním nemocem. (Svěráková, 2012, s. 9)

4. 5. 2. Sekundární prevence

Sekundární prevence je edukace pacientů, kteří již nějakou chorobou trpí, a je nezbytné, aby změnili některé své nežádoucí návyky. Cílovou metou sekundární prevence je úplné vyléčení nemoci nebo alespoň zabránění jejímu dalšímu rozvoji a eliminace možných komplikací. (Svěráková, 2012, s. 23) Sekundární prevence čili edukace je nedílnou součástí ošetrovatelské péče od přijetí pacienta do zdravotnického zařízení, v průběhu jeho hospitalizace i při propuštění do domácího ošetření.

4. 5. 3. Terciální prevence

Terciální prevence zaujímá své místo v oblasti po již prodělaném onemocnění či úrazu. Zásadním účelem terciální prevence je restituce poškozených orgánů, nácvik soběstačnosti v oblasti sebeobsluhy a optimální návrat do běžného života s využitím fyzioterapie, ergoterapie, balneoterapie a rehabilitace. Hlavními aktéry v tomto poli působnosti jsou fyzioterapeuti a ergoterapeuti. Léčbu fyzioterapií (léčba fyzikálními metodami – teplo, voda, masáž), ergoterapií (léčba prací), balneoterapií (lázeňská léčba) a rehabilitací (nápravné cvičení) provádějí speciální profese zpravidla mimo zdravotnické zařízení. (Svěráková, 2012, s. 59)

4. 6. Stupně edukace

Edukaci je možné stupňovitě rozdělit na edukaci základní, reedukaci a edukaci komplexní.

4. 6. 1. Základní edukace

Základní edukace se zabývá předáváním nových vědomostí a dovedností, kdy zásadním cílem je pozitivní změna v chování, jednání a postojů jedince. (Juřeníková, 2012, s. 11)

4. 6. 2. Reedukace

Reedukace je edukace pokračující, navazující, rozvíjející, nápravná, kdy je možné navázat na přechozí znalosti a dovednosti, a dále je prohlubovat a rozvíjet. (Juřeníková, 2012, s. 11)

4. 6. 3. Komplexní edukace

Při komplexní edukaci jsou ucelené vědomosti rozčleněny na několik úseků a předávány postupně. (Juřeníková, 2012, s. 12)

4. 7. Role sestry – edukátorky

Sestra zabývající se edukací musí mít dostatečné vědomosti jak ze sféry ošetrovatelství, pedagogiky a psychologie, tak ze sféry medicíny, které průběžně získává a obohacuje v rámci celoživotního vzdělávání. Z osobnostních předpokladů je velice důležitá odpovědnost, empatie, taktní jednání, trpělivost a ochota pomoci. Korektně prováděná edukace je spjata s dobrými komunikačními a didaktickými dovednostmi. Úkolem edukační sestry je zjistit individuální znalosti a dovednosti pacienta související s udržením či obnovením zdraví, seznámit pacienta, případně rodinné příslušníky s ošetrovatelským procesem a rozvíjet pacientovy dovednosti tak, aby zvládl zdravotní problém. Sestra edukátorka tedy musí nejprve diagnostikovat problém pacienta, který je třeba napravit, dále zhodnotí pacientovy schopnosti a poskytne přiměřené informace, měří a zaznamenává dosažené pokroky, zpětná vazba je samozřejmostí. Prostředkem k prosperující edukaci je motivace, povzbuzení a pochvala. Možné překážky v edukaci by měla sestra včas identifikovat a eliminovat. Přesto se mohou jisté bariéry objevit jak ze strany pacienta (bolest, emoce, věk, stres, jazykové, kulturní a etnické bariéry), tak ze strany zdravotnického systému (negativní vliv prostředí, nevhodná komunikace, nedostatek lidského přístupu, roztržičnost edukace, špatné načasování). (Svěráková, 2012, s. 36 – 38)

4. 8. Komponenty edukace

Základními pilíři správné edukace jsou motivace, komunikace, psychologický a etický přístup.

4. 8. 1. Motivace

Motivace je nejvýznamnějším faktorem ovlivňujícím učení. Na základě vnitřní motivace se jedinec chce něčemu novému naučit, nebo má potřebu změnit určité své návyky a postoje, kdy hybnou silou k této aktivitě je vlastní zájem. Vnější motivaci podněcuje edukátor, jehož cílem je navodit pozornost a zájem edukanta o učení. (Juřeníková, 2010, s. 14). Světlák v Edukačním sborníku z roku 2005 uvádí, že: „*S rostoucím klientovým uvědoměním roste přirozeně i jeho touha po změně. V této fázi už je klient rozhodnut, že své chování změní a začíná hledat způsoby, jak daného cílového chování dosáhnout. Nepodsouváme však pacientovi, co má dělat, ale spíše jej podporujeme v tvorbě vlastního přístupu ke změně svého chování. Vycházíme z předpokladu, že nejlepším odborníkem na rizikové chování je právě pacient, neboť jej chápe v celém kontextu svého života.*“

4. 8. 2. Komunikace

Komunikací se rozumí předávání informací a je integrálním prvkem každé edukace. Komunikace je ve vztazích mezi lidmi nevyhnutelná. Kvalita komunikace závisí na komunikačních znalostech a dovednostech mluvčího – edukátora předávajícího potřebné informace a na odezvě posluchače – edukanta, který tato sdělení přijímá. Úroveň komunikace je odrazem komunikace verbální i nonverbální. (Juřeníková, 2010, s. 16, Jobánková, 2000, s. 117)

Verbální komunikace

Verbální komunikace zahrnuje vyjadřování slovy a symboly, ve kterých se zrcadlí myšlení a pocity mluvčího. Je třeba, aby vyřčená slova a použité symboly byly jasné, výstižné a srozumitelné. Atributy verbální komunikace jsou hlasitost projevu, výška a zabarvení hlasu, rychlost řeči, pomlky a délka celého projevu.

(Juřeníková, 2010, s. 16, 17)

Nonverbální komunikace

Nonverbální komunikace odráží postoje, prožitky, pocity, které doplňují a zvyšují účinek slovního projevu, ačkoli je zpravidla bezděčná. Složkami nonverbální komunikace jsou proxemika (komunikace na základě určité vzdálenosti), mimika (komunikace pomocí mimických svalů odrážející především duševní rozpoložení), gestika (dorozumívání pomocí horních končetin, součástí je i znaková řeč), haptika (komunikace dotyky), kinetika (komunikace za pomoci pohybů celého těla), pohledy (komunikace s pomocí očního kontaktu), posturologie (komunikace na základě postojů a polohy těla, úprava vlastního vzhledu. (Juřeníková, 2010, s. 17- 20)

4. 8. 3. Psychologický přístup

V rámci psychologického přístupu vůči pacientovi je velice důležité naslouchání, empatie, projev porozumění, interpretace, zájem a podpora. Tolerance a respekt je zcela na místě, hodnocení však nikoliv. Osvojení a používání těchto dovedností podmiňuje celoživotní práci zdravotníka na sobě samém. (Beran, 2002, s. 13 – 20, 128)

4. 8. 4. Etický přístup

V lékařské a ošetrovatelské etice je nezbytné pochopit její obecné pojetí a zvyklosti v souladu s morálními volbami. Základem etického chování a jednání jsou dobročinnost, spravedlnost, autonomie, pravdomluvnost, věrnost a poctivost. (Staňková, 1994, s. 7 – 12) Svobodová v Edukačním sborníku z roku 2005 říká, že: „*Charakteristikou dobrého pečovatele je právě zájem a zvědavost o minulost člověka, o jeho prožívání, pocity. Právě tak je možné utvářet prostředí důvěry a lidské důstojnosti ve vztahu zdravotník a pacient. Podmínkou takového prostředí je ovšem takový zdravotník, který rozumí sám sobě a neredukuje pacienta na nemoc, psychosomatickou jednotu pouze na složku tělesnou.*“

4. 9. Metody edukace

Edukační metody jsou účelné vlivy edukátora vedoucí k vědomému cíli, tedy k předání konkrétních informací, zkušeností a dovedností. Při volbě vhodné edukační metody je nutné mít ohledy na zdravotní a psychický stav edukanta. Metod edukace je mnoho, lze je rozdělit na metody teoretické, teoreticko-praktické a praktické. Tyto metody je možné různě kombinovat tak, aby předávané vědomosti a dovednosti byly plnohodnotné bez obsahového zkreslení. Nejčastěji používanými metodami ve zdravotnictví jsou přednáška, vysvětlování, instruktáž a praktické cvičení, rozhovor, diskuze, konzultace a práce s textem. S výhodou je výše jmenované metody doplnit o různé pomůcky, například letáky a brožury, fotografie a obrázky, modely, ukázky zdravotnického materiálu či audiovizuální pomůcky (videonahrávka, záznam na DVD). (Juřeníková, 2010, s. 37 – 51) Výběr edukační metody a volba vhodných pomůcek a technik by měly být „šity na míru“ pro každého jedince a každý konkrétní případ.

4. 9. 1. Přednáška

Přednáška se skládá z úvodu vlastního výkladu a závěru. Je vhodná k předávání komplexních informací většímu počtu účastníků, avšak jejich aktivita je nízká a možnost zpětné vazby minimální.

4. 9. 2. Vysvětlování

Účastnické duo při vysvětlování tvoří mluvčí a posluchač. Těto metody je vhodné využít při absenci předchozích znalostí posluchače. Vysvětlování musí být jednoduché, racionální, smysluplné. Při této metodě je dostatek prostoru pro otázky a odpovědi.

4. 9. 3. Instrukce a praktické cvičení

Metoda instrukce s praktickým cvičením je propojení teorie s praxí. Po úvodním mluveném slovu přichází praktická ukázka včetně nácviku. Tato metoda vyžaduje dostatek času a opakování.

4. 9. 4. Rozhovor

Účelem rozhovoru mezi zdravotníkem a pacientem je rozvoj vzájemné spolupráce, emoční podpora a porozumění a získání cenných informací nejen o nemoci, ale i návycích a postojích nemocného. Funkční rozhovor by měl být důstojný, přátelský, důvěrný s ohledem na etický kodex. (Beran, 2002, s. 50 – 53) Při vedení rozhovoru je důležité dodržení všech pravidel správné komunikace, tj. volit správná slova, dbát na jednoduchost sdělení, mluvit souvisle výstižně a podnětně. (Křivohlavý, 1995, s. 75 – 76)

4. 9. 5. Diskuze

Metoda diskuze se uplatňuje především k procvičení již nabytých znalostí, je to metoda dialogická. Pomocí diskuze mají edukanti možnost projevit své názory a znalosti, edukátor diskuzi vede a koriguje, závěrem provede shrnutí. (Juřeníková, 2010, s. 43)

4. 9. 6. Konzultace

Konzultace je nejvíce využívanou edukační metodou ve zdravotnictví, značí setkání edukanta s odborníkem (lékařem či sestrou). Konzultace dává prostor k prodiskutování problémů, ozřejmění nejasností a prokonzultování doporučení. (Juřeníková, 2010, s. 44)

4. 9. 7. Práce s textem

Písemný text v souvislosti s edukací by neměl být hlavním a jediným zdrojem informací, pouze doplňujícím materiálem k výše zmiňovaným edukačním metodám. Nejčastěji využívanou formou písemného textu jsou letáky, brožury, plakáty, nástěnky, články v časopisech a knihy. (Juřeníková, 2010, s. 45 - 46)

4. 10. Edukační proces

Edukační proces má svou individualitu a je součástí péče o zdraví pacientů každého zdravotnického zařízení. Průběh edukace lze rozčlenit na pět fází:

1. Fáze počáteční diagnostiky

V této fázi edukátor diagnostikuje edukační potřeby edukanta, jeho dosavadní znalosti a návyky a stanovuje cíle edukace.

2. Fáze projektování

Fáze projektování zahrnuje volbu edukačních metod a pomůcek, formu, obsah edukace, vymezení časového harmonogramu.

3. Fáze realizace

Základní veličinou fáze realizace je motivace edukanta, na kterou navazuje expozice, následně fixace, průběžná diagnostika a aplikace. V této fázi edukant přijímá soubor informací od edukátora, které se za průběžné kontroly učí používat.

4. Fáze upevnění a prohlubování učiva

Čtvrtá fáze zahrnuje systematické upevňování a procvičování získaných vědomostí a dovedností.

5. Fáze zpětné vazby

Ve fázi zpětné vazby je velmi důležité zhodnotit nabyté vědomosti. (Juřeníková, 2010, s. 21 – 22)

4. 10. 1. Plánování edukace

Každou edukaci je zapotřebí důsledně naplánovat na základě získaných informací o pacientovi, jeho znalostech, návycích, postojích a potřebách. Plán edukace je tvořen souborem otázek, odpovědi jsou cestou k realizaci.

Otázky plánování edukace:

Proč edukovat?

Odpovědí na tuto otázku je jednoznačně změna, která pozitivně ovlivňuje zdraví edukanta.

Koho edukovat?

Při otázce „koho edukovat“ se nejedná o volbu či výběr edukanta, nýbrž jeho charakteristiku. Při edukaci je nutné mít na zřeteli pohlaví, věk, zdravotní a psychický stav, motivaci, postoje, schopnosti, vzdělání, zvyky, sociálně kulturní zvláštnosti a životní styl edukanta.

Co edukovat?

Jedinou možnou odpovědí je obsah edukace.

Jak edukovat?

Otázka „jak edukovat“ dává možnost volby při výběru edukační metody.

Kdo a kdy má edukovat?

Při projektování této fáze je nutná posloupnost a časový rozsah, správné načasování edukace v souladu s kompetencemi.

Kde a za jakých podmínek edukovat?

Hlavní roli při řešení této otázky hraje edukační prostředí a dostupnost podpůrných materiálů.

S jakým výsledkem edukovat?

Předpokládaný výsledek edukace určují předem stanovené cíle a jejich následné zhodnocení. (Juřeníková 2010, s. 26)

4. 10. 2. Cíle edukace

Každá edukace je prováděna s určitým záměrem a vytyčeným cílem. Odchylky mezi výsledkem edukace a edukačním cílem by měly být pouze minimální. Vhodně stanovené cíle jsou přiměřené, jednoznačné, kontrolovatelné a komplexní. Pro korektní stanovení a formulaci cílů se používají kategorizace z okruhu kognitivních (vzdělávacích) cílů, afektivních (hodnotových, postojevých) cílů a cílů zahrnujících psychomotorickou oblast (výcvikové, praktické cvičení). (Juřeníková, 2010, s. 28)

Přehled vybraných taxonomií vzdělávacích cílů:

Bloomova taxonomie vzdělávacích cílů v kognitivní oblasti (1956)

1. Znalost (zapamatování, zvnitřnění)
2. Porozumění (pochopení)
3. Aplikace (použití, uplatnění, přenesení)
4. Analýza (rozbor, rozklad, dekompozice)
5. Syntéza (skládání, spojení, sjednocení, tvorba)
6. Hodnocení (hodnotící posouzení, evaluace)

Niemierkova taxonomie vzdělávacích cílů v kognitivní oblasti (1979)

1. Vědomosti (poznatky)
 - Zapamatování vědomostí (zapamatování poznatků)
 - Porozumění vědomostem (porozumění poznatkům)
2. Dovednosti (aplikace poznatků)
 - Používání vědomostí v typových situacích
 - Používání znalostí v problémových situacích

Krathwohlova taxonomie vzdělávacích cílů v afektivní oblasti (1964)

1. Vnímání (přijímání)
2. Reagování (aktivní spolupráce)
3. Oceňování hodnot (hodnocení)
4. Organizace (integrace hodnot, systematizace hodnocení)

5. Uspořádání (zvnitřňování hodnot v charakteru)

Niemierkova taxonomie vzdělávacích cílů v afektivní oblasti (1979)

I. úroveň:

- Účast v činnosti (činnost bez iniciativy)
- Samostatné pokusy o činnost (vnitřně angažovaná činnost)

II. úroveň:

- Pozitivní vztah k činnosti (trvalé vnitřní potřeby)
- Systém činnosti (ztotožnění s činnostmi, osobitý styl)

Davyho taxonomie vzdělávacích cílů v psychomotorické oblasti (1968)

1. Nápodoba (imitace)
2. Praktická cvičení (manipulace)
3. Přesnost (zpřesňování; reprodukce + kontrola)
4. Způsob obsluhy (členění obsluhy, koordinace několika činností)
5. Automatizace (přizpůsobení, naturalizace)

Simpsonové taxonomie vzdělávacích cílů v psychomotorické oblasti (1972)

1. Vnímání činnosti, smyslová činnost
2. Připravenost na činnost
3. Napodobování činnosti, řízená činnost
4. Mechanická činnost, zručnost
5. Komplexní automatická činnost
6. Přizpůsobování, adaptace činnosti
7. Tvořivá činnost

<http://www.infogram.cz>

4. 10. 3. Didaktická edukační pravidla

Dobře prováděná edukace je v souladu s didaktickými pravidly (zásadami), které jsou zárukou úspěchu a dosažení vytyčeného cíle. Jsou to pravidla názornosti, spojení teorie s praxí, vědeckosti, přiměřenosti, soustavnosti, trvalosti, aktuálnosti zpětné vazby, individuálního přístupu, uvědomělosti, aktivity a kulturního kontextu. (Juřeníková, 2010, s. 31)

4. 11. Edukace zaměřená na pacienty po radikální prostatektomii

Stanovení diagnózy karcinomu prostaty zásadním způsobem ovlivní život každého muže. Při absenci příznaků je to jako „blesk z čistého nebe“ a zasáhne do osobní, sociální i pracovní život. Je důležité rozpoznat osobnost dotyčného a přiměřeným způsobem mu vše citlivě vysvětlit. Od diagnostiky, přes možné pooperační komplikace až k úplnému návratu do běžného života. Z tohoto pohledu začíná edukace již při první návštěvě u lékaře. Edukace je dlouhodobý proces, při kterém vedeme s pacientem dialog a požadujeme okamžitou zpětnou vazbu. Pacienty po radikální prostatektomii edukuje lékař, sestra, nutriční terapeut a fyzioterapeut. Na bedrech lékaře je předat pacientovi odborné informace týkající se seznámení s možnostmi terapie, způsobem operační léčby a případnými komplikacemi v průběhu operace, bezprostředně po ní i v dalším pooperačním období, včetně jejich řešení, to vše ještě před vlastním výkonem. Po operaci edukuje lékař pacienta o pohybovém, dietním režimu a dalších postupech terapie. S odstupem času po provedeném zákroku během pravidelných kontrol v prostatické poradně, kdy je již zřejmé, že se u pacienta objevily komplikace v podobě úniku moči či erektilní dysfunkce, lékař znovu obeznámí pacienta s možnostmi a postupem optimálního řešení těchto komplikací. Sestra v rámci svých kompetencí podněcuje pacienta ke správnému zacházení s permanentním močovým katetrem, edukuje pacienta o nezbytnosti a pravidlech hygienické péče v oblasti ústí močové trubice, po odstranění močového katetru sestra seznámí pacienta s cviky pánevního dna a jejich významem, pobízí k dodržování pitného, dietního, pohybového režimu a správných hygienických návyků, nabádá

k dodržování prevence tromboembolické nemoci, předává doporučení při propuštění do domácího ošetření. Role nutričního terapeuta je důležitá v časném pooperačním období, kdy se postupuje od čajové diety, přes bujón a kašovitou dietu až k běžné stravě. Důležitou součástí pooperační edukace je práce fyzioterapeuta, který má za úkol pacienta co nejdříve zmobilizovat. Edukace pacienta po radikální prostatektomii se váže nejen ke konkrétním činnostem, ale nabádá i ke změně životního stylu.

Motto:

„Výcvik ke zdraví - toť střídmost v jídle a píle v námahách.“

[Hippokratés]

II. VÝZKUMNÁ ČÁST

Výzkumná část bakalářské práce je cíleně zaměřena na pacienty Urologické kliniky Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, kteří jsou po radikální prostatektomii. Výše zmíněná Urologická klinika je mým pracovištěm, vím, jak zde edukace probíhá, a proto se odvažuji tvrdit, že jsou všichni pacienti po radikální prostatektomii důkladně a důsledně edukováni a jsou řádně informováni o režimu po propuštění z nemocnice i případných pooperačních komplikacích, včetně jejich řešení. Výzkumem jsem chtěla zachytit, jak tito pacienti vnímají edukaci, jak podané informace ovlivňují jejich spokojenost a důvěru v ošetrovatelský personál. Urologická klinika Fakultní nemocnice Královské Vinohrady skýtá celkem 35 lůžek, kapacita zdejšího standardního oddělení je 29 lůžek, jednotka intenzivní péče disponuje 6 monitorovanými lůžky. V loňském roce, tedy v roce 2012 bylo hospitalizováno 465 pacientů s karcinomem prostaty, z toho 72 pacientů podstoupilo radikální prostatektomii pro lokalizovaný karcinom prostaty, což tvoří přibližně 15,5 % z celkového počtu nemocných s rakovinou prostaty, přijatých k ústavnímu ošetření. Průměrný věk pacientů, kteří se podrobili tomuto operačnímu zákroku, se pohybuje okolo 66 let, nejstarší z nich oslavil v minulém roce 77. narozeniny, nejmladšímu z nich bylo loni teprve 48 let. Odoperovaní pacienti pochází nejen z Prahy, ale ze všech koutů České republiky. Tato data uvádím pro objektivní představu a srovnání počtu hospitalizovaných pacientů s karcinomem prostaty a počtu pacientů podstoupivší radikální prostatektomii pro lokalizovaný karcinom prostaty. Jedním z ukazatelů účinnosti zdravotní péče je subjektivní uspokojení pacienta z přínosnosti péče. (Gladkij, 1999, s. 88) Subjektivní uspokojení pacienta se odráží nejen na kvalitě lékařské a ošetrovatelské péče, ale lidském přístupu a informovanosti. Informace podané pacientům po radikální prostatektomii jsou předmětem mého výzkumného šetření.

5. Metodika výzkumného šetření

Pro svou práci jsem použila kvantitativní výzkum metodou dotazníkového šetření. Podstatou dotazníkového šetření je dotazník obsahující řadu otázek, které se zaměřují na určité stránky sledované péče. (Bártlová, 2000, s. 75) Sestavila jsem nestandardizovaný dotazník úzce zaměřený na míru informovanosti pacientů po radikální prostatektomii a jejich spokojenost s poskytnutými informacemi. Vlastní dotazník se skládá ze 17 položek, 14 položek tvoří uzavřené otázky, 3 položky jsou polouzavřené otázky, v závěru dotazníku je prostor k poznámkám a připomínkám respondentů. Dbala jsem na to, aby byly zaručeny tři druhy anonymity, anonymita faktická (není známo jméno respondenta), anonymita psychologická (záměrně jsem se vyhýbala intimním otázkám) a anonymita sociologická (během zpracování dat nelze respondenty identifikovat). (Bártlová, 2000, s. 31) Po zhotovení dotazníku a následné konzultaci s vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Libuší Gavlasovou jsem nejprve rozdala tři pilotní dotazníky, abych měla jistotu, že jsou respondentům jasné a srozumitelné. Distribuovala jsem celkem 50 dotazníků, návratnost byla stoprocentní, ovšem 7 dotazníků jsem musela vyřadit pro jejich neúplné vyplnění, ke zpracování jsem měla 43 dotazníků, tedy 86% z celkového počtu dotazníků. Dotazník je součástí přílohy.

5. 1. Charakteristika výzkumného vzorku a sběr dat

Výzkumný vzorek tvoří pacienti po radikální prostatektomii, kteří podstoupili operaci na Urologické klinice Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, docházející k průběžným kontrolám v prostatické poradně ambulance téže kliniky. Sběr dat jsem prováděla v průběhu měsíce ledna, února, března a na počátku dubna s laskavým svolením vrchní sestry Urologické kliniky Bc. Ivety Svatošové. Sebraná data jsou zpracována pomocí programu Microsoft Office Word 2007 a Microsoft Office Excel 2007 a zaznamenána pomocí grafů a tabulek.

5. 2. Hypotézy a cíle

Hypotéza je nepotvrzený předpoklad o existenci nebo souvislostech, příčinné podmíněnosti dosud nepoznaných jevů. (Kilíková, 2011, s. 43) Hypotéza musí být testovatelná, formulovaná v souladu s logickými pravidly, měla by být v souladu se známými empirickými fakty a měla by být prospěšná. (Žiaková, 2003, s. 130 – 131)

Zkoumanou problematikou této práce je srozumitelnost předaných informací pacientům po radikální prostatektomii v rámci edukace a jejich následné využití.

Na základě zkoumané problematiky jsem si vytyčila tři základní otázky:

- 1. Získávají pacienti po radikální prostatektomii dostatek srozumitelných informací?*
- 2. Umí pacienti po radikální prostatektomii získané informace použít?*
- 3. Mají poskytnuté informace pacientům po radikální prostatektomii vliv na spolupráci a důvěru s ošetrovatelským personálem?*

Stanovené hypotézy v této bakalářské práci mají přímou souvislost s podanými informacemi pacientům po radikální prostatektomii, jsou v kontextu s provedenou edukací.

Hypotéza č. 1

Předpokládám, že pacienti získávají dostatek srozumitelných informací.

Hypotéza č. 2

Předpokládám, že pacienti umí nabyté informace použít.

Hypotéza č. 3

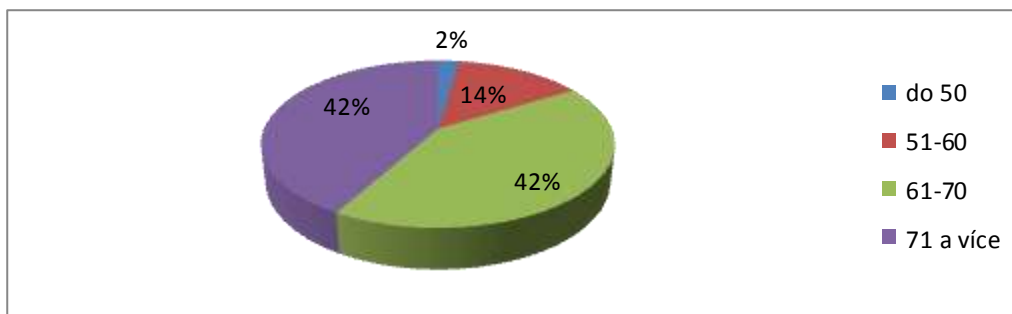
Předpokládám, že spolupráce zdravotník – pacient je na základě získaných informací lepší.

Cílem práce je zmapovat dostatečnost a srozumitelnost informací poskytnutých pacientům po radikální prostatektomii, odhalit případné rezervy v podaných informacích, zhodnotit jejich využitelnost a posoudit jejich odraz na spolupráci a důvěru mezi pacienty po radikální prostatektomii a zdravotníky poskytující těmto pacientům péči.

5. 3. Vyhodnocení dotazníkových položek a jejich interpretace

1. Kolik je Vám let?

Graf č. 1 Věk respondentů



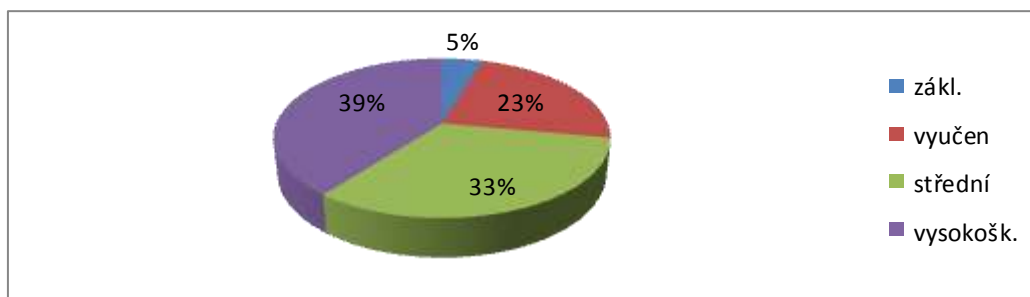
Tabulka č. 1 Věk respondentů

| Odpověď | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
|---------------|-------------------|-----------------------|
| do 50 let | 1 | 2% |
| 51-60 let | 6 | 14% |
| 61-70 let | 18 | 42% |
| 71 a více let | 18 | 42% |
| Celkem | 43 | 100% |

Dotazníková položka č. 1 znázorňuje věkovou skladbu respondentů. Dvě stejně početné skupiny tvoří respondenti ve věku 61 – 70 let a 71 a více let, každá z těchto skupin zahrnuje 42% výzkumného souboru, tedy 18 respondentů. Věková skupina 51 – 60 let je zastoupena 6 respondenty (14%), věková skupina do 50 let jedním respondentem (2%).

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Graf č. 2 Vzdělání respondentů



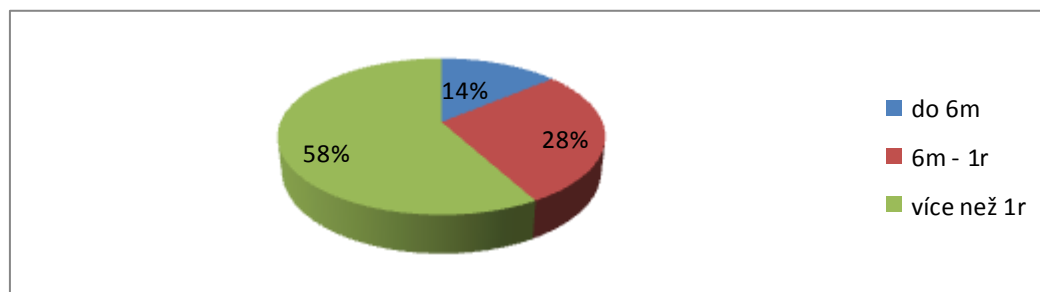
Tabulka č. 2 Vzdělání respondentů

| Odpověď | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
|---------------|-------------------|-----------------------|
| základní | 2 | 5% |
| vyučen | 10 | 23% |
| střední | 14 | 33% |
| vysokoškolské | 17 | 39% |
| Celkem | 43 | 100% |

Z celkového počtu respondentů mají základní vzdělání 2 (5%) respondenti, vyučených je 10 (23%) respondentů, středoškolské vzdělání má 14 (33%) a vysokoškolské vzdělání má 17 (39%) respondentů.

3. Jak dlouho jste po radikální prostatektomii?

Graf č. 3 Doba po prodělané radikální prostatektomii



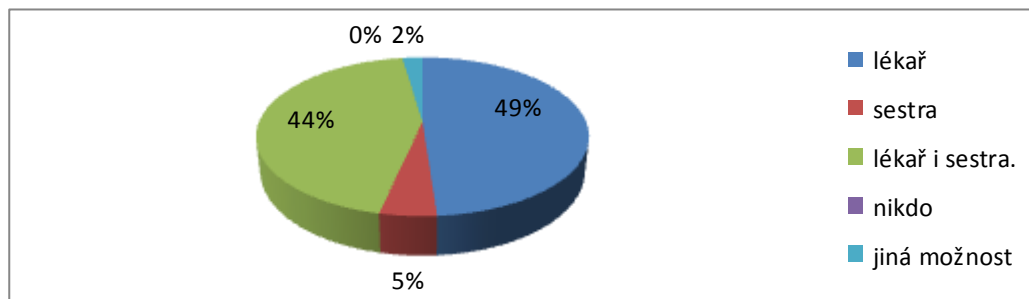
Tabulka č. 3 Doba po prodělané radikální prostatektomii

| Odpověď | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
|------------------|-------------------|-----------------------|
| do 6 měsíců | 6 | 14% |
| 6 měsíců – 1 rok | 12 | 28% |
| více než 1 rok | 25 | 58% |
| Celkem | 43 | 100% |

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 6 respondentů (14%) do šesti měsíců po radikální prostatektomii, 12 respondentů (28%), kteří podstoupili zákrok před šesti měsíci až jedním rokem a 25 respondentů (58%), kteří prodělali operaci před více než jedním rokem.

4. Kdo Vás informoval o režimu po propuštění z nemocnice?

Graf č. 4 Kdo provedl edukaci při propuštění z nemocnice



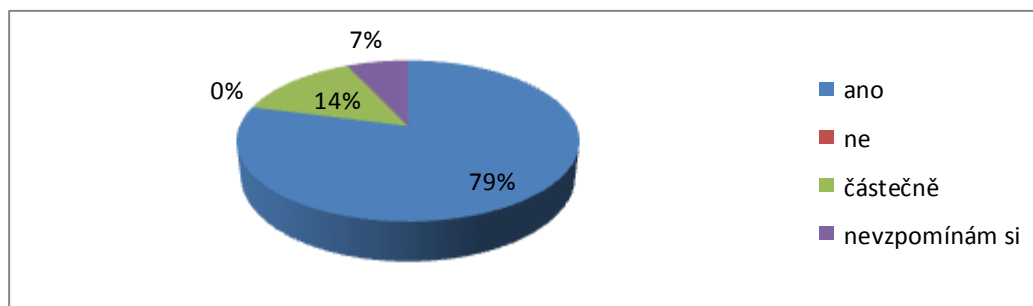
Tabulka č. 4 Kdo provedl edukaci při propuštění z nemocnice

| Odpověď | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
|----------------|-------------------|-----------------------|
| lékař | 21 | 49% |
| sestra | 2 | 5% |
| lékař i sestra | 19 | 44% |
| nikdo | 0 | 0% |
| jiná možnost | 1 | 2% |
| Celkem | 43 | 100% |

Edukace při propuštění z nemocnice byla provedena lékařem u 21 respondentů (49%), sestrou u 2 respondentů (5%), lékařem i sestrou u 19 respondentů (44%) a jednoho respondenta edukoval lékař, sestra a okolí (2%). Možnost „nikdo“ nebyla v této položce použita.

5. Byl jste informován o možných komplikacích po radikální prostatektomii zahrnující únik moči?

Graf č. 5 Informace o inkontinenci



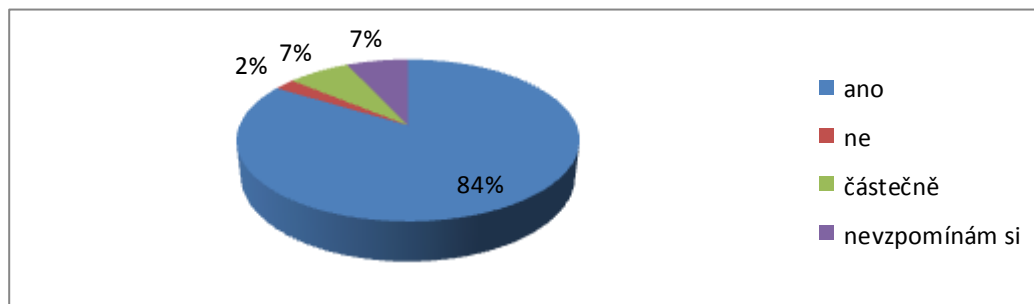
Tabulka č. 5 Informace o inkontinenci

| Odpověď | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
|----------------|-------------------|-----------------------|
| ano | 34 | 79% |
| ne | 0 | 0% |
| částečně | 6 | 14% |
| nevzpomínám si | 3 | 7% |
| Celkem | 43 | 100% |

O možné inkontinenci bylo informováno 34 respondentů (79%), částečně informováno 6 respondentů (14%), a 6 respondentů si na informace o možné inkontinenci nevzpomíná (7%). Možnost „ne“ nevedl nikdo.

6. Byl jste informován o možných komplikacích po radikální prostatektomii zahrnující poruchy v sexuální oblasti?

Graf č. 6 Informace o erektilních dysfunkcích



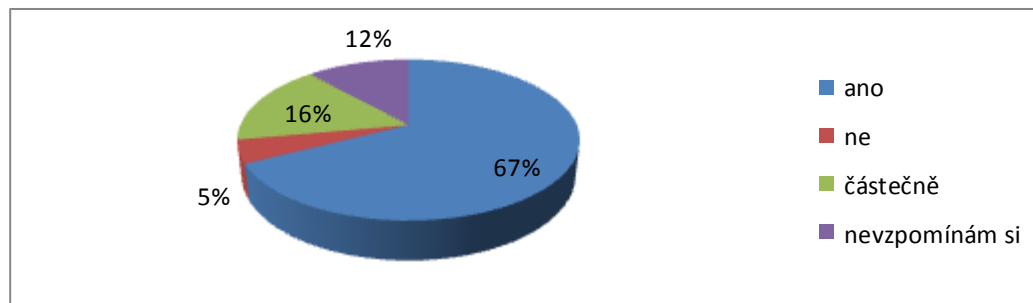
Tabulka č. 6 Informace o erektilních dysfunkcích

| Odpověď | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
|----------------|-------------------|-----------------------|
| ano | 36 | 84% |
| ne | 1 | 2% |
| částečně | 3 | 7% |
| nevzpomínám si | 3 | 7% |
| Celkem | 43 | 100% |

Informace o možných erektilních dysfunkcích dostalo 36 respondentů (84%), částečně byli informováni 3 respondenti (7%), jeden respondent informován nebyl (2%) a další 3 respondenti si na tyto informace nevzpomínají (7%).

7. Byl jste seznámen s možností řešení těchto komplikací?

Graf č. 7 Informace o možnosti řešení komplikací



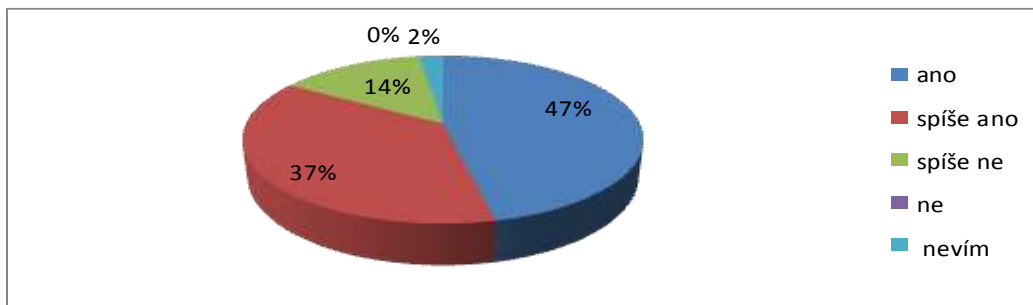
Tabulka č. 7 Informace o možnosti řešení komplikací

| Odpověď | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
|----------------|--------------------------|------------------------------|
| ano | 29 | 67% |
| ne | 2 | 5% |
| částečně | 7 | 16% |
| nevzpomínám si | 5 | 12% |
| Celkem | 43 | 100% |

O řešení možných komplikací po radikální prostatektomii bylo srozuměno 29 respondentů (67%), částečně srozuměno 7 respondentů (16%), informace o řešení možných komplikací nedostali 2 respondenti (5%) a 5 respondentů si na tyto informace nevzpomíná (12%).

8. Byly Vám sdělené informace dostačující?

Graf č. 8 Dostatečnost informací



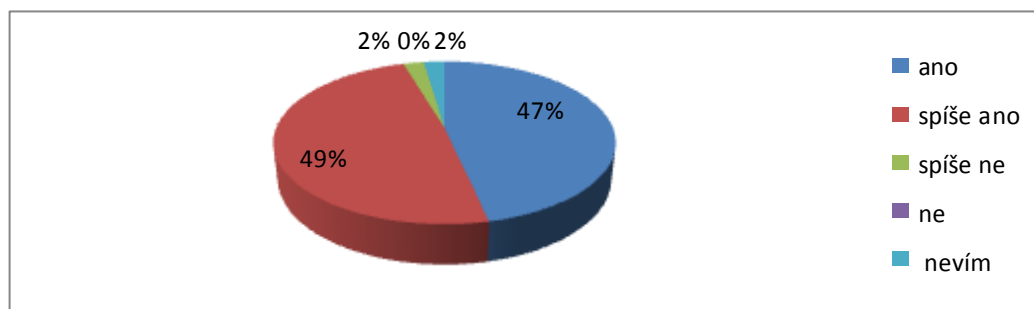
Tabulka č. 8 Dostatečnost informací

| Odpověď | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
|---------------|-------------------|-----------------------|
| ano | 20 | 47% |
| spíše ano | 16 | 37% |
| spíše ne | 6 | 14% |
| ne | 0 | 0% |
| nevím | 1 | 2% |
| Celkem | 43 | 100% |

Na otázku, zda sdělené informace byly dostačující, odpovědělo 20 dotazovaných (47%) ano, spíše ano odpovědělo 16 dotazovaných (37%), spíše ne 6 dotazovaných (14%) a jeden respondent (2%) uvedl, že neví. Možnost „ne“ neuvedl nikdo.

9. Byly Vám sdělené informace srozumitelné?

Graf č. 9 Srozumitelnost informací



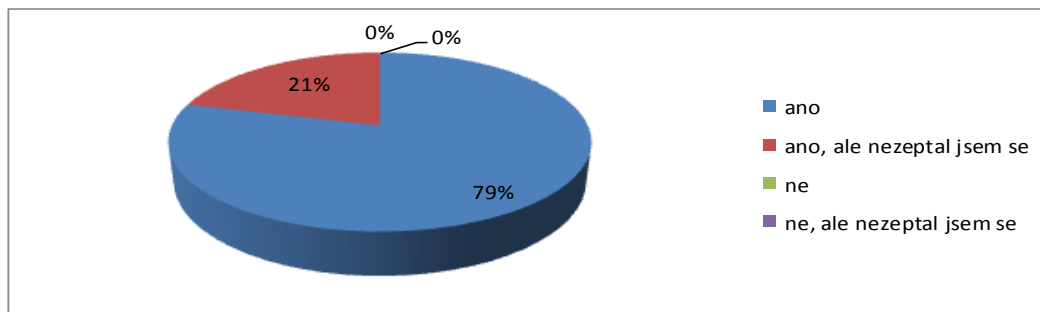
Tabulka č. 9 Srozumitelnost informací

| Odpověď | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
|----------------|--------------------------|------------------------------|
| ano | 20 | 47% |
| spíše ano | 21 | 49% |
| spíše ne | 1 | 2% |
| ne | 0 | 0% |
| nevím | 1 | 2% |
| Celkem | 43 | 100% |

Sdělené informace byly srozumitelné 20 respondentům (47%), spíše srozumitelné 21 respondentům (49%), spíše nesrozumitelné jednomu respondentovi (2%) a odpověď neví jeden respondent (2%). Možnost „ne“ neuvedl nikdo.

10. Měl jste prostor zeptat se na informace, kterým jste neporozuměl?

Graf č. 10 Prostor pro dotazy



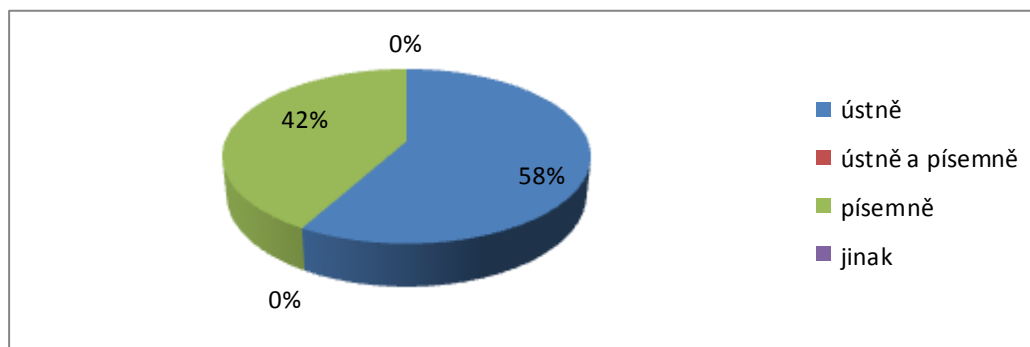
Tabulka č. 10 Prostor pro dotazy

| Odpověď | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
|------------------------------|--------------------------|------------------------------|
| ano | 34 | 79% |
| ano, ale nezeptal jsem se | 9 | 21% |
| ne | 0 | 0% |
| ne, ale chtěl jsem se zeptat | 0 | 0% |
| Celkem | 43 | 100% |

Prostor pro otázky mělo všech 43 respondentů, pouze 34 respondentů (79%) této možnosti využilo, 9 respondentů (21%) se na nic nedotazovalo. Odpověď „ne“ a „ne, ale chtěl jsem se zeptat“ neuvedl nikdo z dotazovaných.

11. Jakou formou Vám byly informace v souvislosti S Vámi prodělanou operací sděleny?

Graf č. 11 Forma sdělování informací



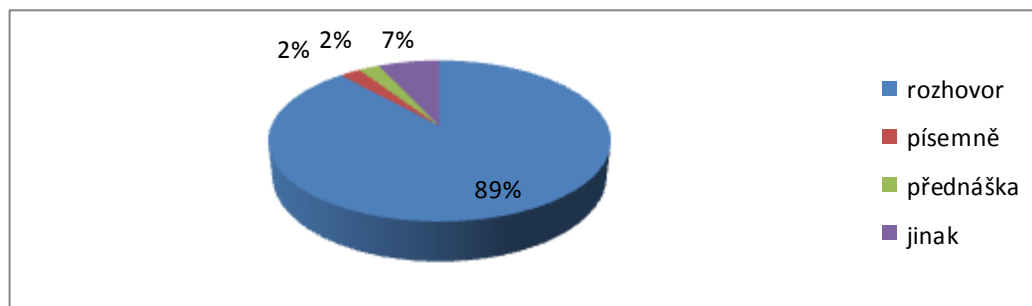
Tabulka č. 11 Forma sdělování informací

| Odpověď | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
|-----------------|-------------------|-----------------------|
| ústně | 25 | 58% |
| písemně | 0 | 0% |
| ústně a písemně | 18 | 42% |
| jinak | 0 | 0% |
| Celkem | 43 | 100% |

Slovní formou byly sděleny informace 25 respondentům (58%), ústně i písemně (pomocí brožur a letáků) 18 dotazovaným (42%). Možnost pouze písemné formy sdělení informací či jinou formou neuvedl nikdo.

12. Jaký způsob předávání informací je pro Vás nejvíce vyhovující?

Graf č. 12 Způsob předávání informací



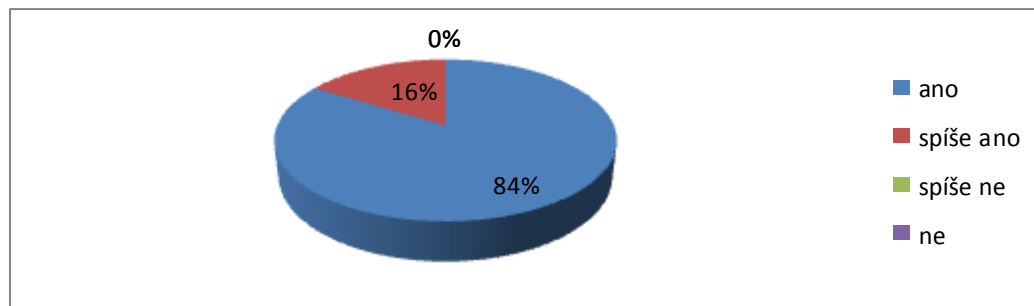
Tabulka č. 12 Způsob předávání informací

| Odpověď | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
|---------------------|-------------------|-----------------------|
| rozhovor v soukromí | 38 | 89% |
| písemně | 1 | 2% |
| přednáška | 1 | 2% |
| jinak | 3 | 7% |
| Celkem | 43 | 100% |

Nejvíce vyhovujícím způsobem předávání informací je pro 38 respondentů (89%) rozhovor v soukromí, písemnou formu předávání informací by uvítal jeden respondent (2%), formou přednášky taktéž jeden respondent (2%), 3 respondenti (7%) uvedli možnost "jinak", kterou upřesnili jako kombinaci rozhovoru v soukromí a písemné formy (brožury, letáky).

13. Jste spokojený s poskytováním informací na Urologické klinice FNKV?

Graf č. 13 Spokojenost s poskytnutými informacemi



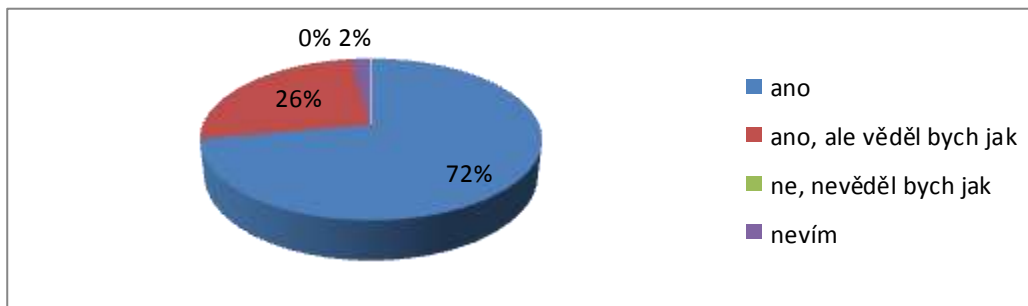
Tabulka č. 13 Spokojenost s poskytnutými informacemi

| Odpověď | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
|---------------|-------------------|-----------------------|
| ano | 36 | 84% |
| spíše ano | 7 | 16% |
| spíše ne | 0 | 0% |
| ne | 0 | 0% |
| Celkem | 43 | 100% |

Spokojeno s poskytnutými informacemi je 36 dotazovaných (84%), možnost „spíše ano“ uvedlo 7 respondentů (16%), nespokojenost a možnost „spíše ne“ neuvedl nikdo z dotazovaných.

14. Využil jste poskytnutých informací?

Graf č. 14 Využití poskytnutých informací



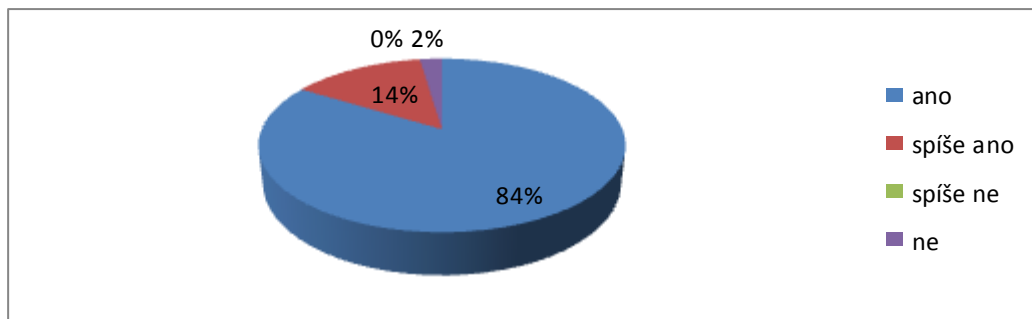
Tabulka č. 14 Využití poskytnutých informací

| Odpověď | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
|------------------------|-------------------|-----------------------|
| ano | 31 | 72% |
| ne, ale věděl bych jak | 11 | 26% |
| ne, nevěděl bych jak | 0 | 0% |
| nevím | 1 | 2% |
| Celkem | 43 | 100% |

Poskytnutých informací využilo 31 respondentů (72%), 11 respondentů (26%) uvedlo, že ačkoli poskytnutých informací nevyužili, věděli by jak je využít. Možnost „nevím“ uvedl jeden respondent (2%), možnost „ne, nevěděl bych jak“ nebyla v této položce použita.

15. Zvýšily poskytnuté informace Vaši důvěru v ošetrovatelský personál?

Graf č. 15 Důvěra v ošetrovatelský personál



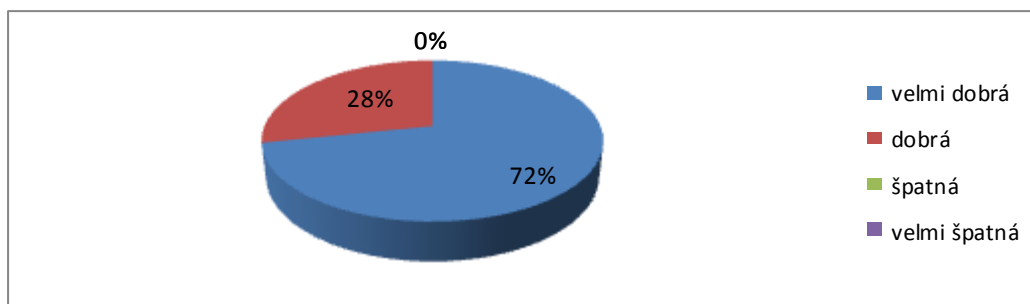
Tabulka č. 15 Důvěra v ošetrovatelský personál

| Odpověď | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
|---------------|-------------------|-----------------------|
| ano | 36 | 83% |
| spíše ano | 6 | 14% |
| spíše ne | 0 | 0% |
| ne | 1 | 2% |
| Celkem | 43 | 100% |

Důvěru v ošetrovatelský personál vyjádřilo na základě získaných informací 36 respondentů (83%), možnost „spíše ano“ uvedlo celkem 6 respondentů (14%), jeden respondent (2%) nepocítil vyšší důvěru v ošetrovatelský personál v souvislosti s podanými informacemi.

16. Jak byste ohodnotil spolupráci ošetřovatelského personálu s Vámi v souvislosti s poskytnutými informacemi?

Graf č. 16 Hodnocení spolupráce ošetřovatelského personálu



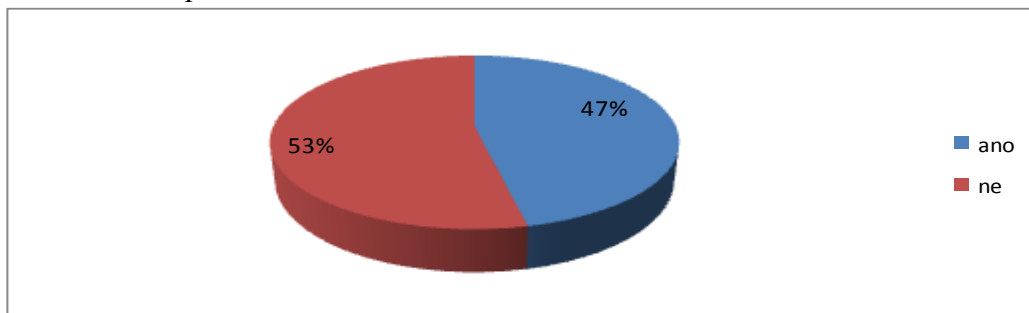
Tabulka č. 16 Hodnocení spolupráce ošetřovatelského personálu

| Odpověď | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
|---------------|-------------------|-----------------------|
| velmi dobrá | 28 | 72% |
| dobrá | 15 | 28% |
| špatná | 0 | 0% |
| velmi špatná | 0 | 0% |
| Celkem | 43 | 100% |

Velmi dobrou spolupráci s ošetřovatelským personálem v souvislosti s poskytnutými informacemi uvádí 28 respondentů (72%), 15 respondentů (28%) hodnotí spolupráci s ošetřovatelským personálem jako dobrou. Špatnou či dokonce velmi špatnou spolupráci s ošetřovatelským personálem s poskytováním informací nepocítuje žádný z dotazovaných.

17. Uvítal byste možnost setkání s jinými muži po radikální prostatektomii, kde byste si mohli formou diskuze navzájem vyměnit své zkušenosti a poznatky?

Graf č. 17 Skupinové sezení - ano či ne



Tabulka č. 17 Skupinové sezení - ano či ne

| Odpověď | Absolutní četnost | Relativní četnost v % |
|----------------|--------------------------|------------------------------|
| ano | 20 | 47% |
| ne | 23 | 53% |
| Celkem | 43 | 100% |

Setkání a možnou diskuzi k výměně zkušeností a poznatků s jinými muži po radikální prostatektomii by uvítalo 20 respondentů (47%), 23 respondentů (53%) by této možnosti nevyužilo.

Diskuze

Tématem této bakalářské práce je edukace pacientů po radikální prostatektomii. Výzkumným šetřením jsem chtěla zjistit, zda pacienti po radikální prostatektomii dostávají v rámci edukace dostatek informací, zda jsou jim srozumitelné a zda je dokáží účelně ve svém životě použít. Na základě nestandardizovaného dotazníku jsem získala data ke zhodnocení informovanosti pacientů, kteří podstoupili radikální prostatektomii na Urologické klinice Fakultní nemocnice Královské Vinohrady.

První dotazníkovou položkou jsem zjišťovala věk respondentů. Stejně početnou skupinu výzkumu reprezentovali pacienti ve věku 61 – 70 let (42%) a 71 a více let (42%), menší skupinu tvoří pacienti ve věku 51 – 60 let (14%) a jeden pacient do 50 let (2%). Literatura shodně uvádí, že nejvyšší procento karcinomu prostaty bývá u sedmdesátníků.

Nejvíce respondentů bylo s vysokoškolským vzděláním (39%), dále se středoškolským vzděláním (33%), vyučených (23%) a základním vzděláním (5%). Dotazem na vzdělání respondentů jsem chtěla zjistit, zda jsou podávané informace dostatečně srozumitelné všem. Vzhledem k vysokému počtu respondentů s vysokoškolským a středoškolským vzděláním to však nemohu s jistotou posoudit.

Třetí otázka zjišťuje uplynulý čas po radikální prostatektomii, tato otázka je pouze informativního charakteru. Nejvíce respondentů je po operaci již více než rok (58%), dále 6 měsíců – 1 rok (28%), méně než před půl rokem 6 respondentů (14%).

Edukace pacientů o režimu po propuštění z nemocnice do domácího ošetření je klíčovou záležitostí. Poskytnuté informace dodávají pacientům jistotu a bezpečí, eliminují nežádoucí jevy způsobené neznalostí. Tuto edukaci by měl provádět jak lékař, tak sestra v rámci svých kompetencí. Dotazníkové šetření prokázalo, že 21 pacientů (49%) bylo informováno lékařem, 2 pacienti (5%)

sestrou, lékařem i sestrou uvedlo 19 pacientů (44%), jeden pacient (2%) byl edukován lékařem, sestrou a svým okolím.

O možné inkontinenci po radikální prostatektomii bylo informováno 34 respondentů (79%), částečně informováno 6 respondentů (14%), na tyto informace si nevzpomínají 3 respondenti (7%). S možnými erektilními dysfunkcemi po radikální prostatektomii bylo seznámeno 36 pacientů (84%), částečně seznámeni 3 respondenti (7%), na tyto informace si nevzpomínají 3 respondenti (7%), jeden respondent (2%) uvádí, že s těmito možnými komplikacemi vůbec nebyl srozuměn. O problematice výše zmíněných možných komplikací jsem hovořila s operátory Urologické kliniky FNKV. Z rozhovoru vyplynulo, že jsou pacienti plně informováni o potenciální inkontinenci i erektilní dysfunkci.

Jak řešit případné komplikace po radikální prostatektomii ví na základě edukace 29 respondentů (67%), alespoň částečně zná řešení 7 respondentů (16%), informace o řešení možných komplikací nedostali 2 respondenti (5%) a 5 respondentů si na tyto informace nevzpomíná (12%).

Poskytnuté informace hodnotí 20 dotazovaných (47%) jako dostačující, spíše dostačující jsou pro 16 dotazovaných (37%), spíše nedostačující pro 6 dotazovaných (14%) a jeden respondent (2%) uvedl, že neví. Žádný z respondentů neohodnotil poskytnuté informace jako nedostačující.

Srozumitelnost poskytovaných informací je odrazem kvalitní edukace. Z průzkumného šetření jsem zjistila, že sdělené informace byly srozumitelné 20 respondentům (47%), spíše srozumitelné 21 respondentům (49%), spíše nesrozumitelné jednomu respondentovi (2%) a odpovědi „nevím“ využil jeden respondent (2%). Nesrozumitelné informace nebyly pro nikoho.

Domnívám se, že každá edukace potřebuje jistou časovou rezervu na případné otázky edukantů. Z mého dotazníku vyplývá, že všichni respondenti měli dostatek prostoru na své dotazy, pouze 34 respondentů (79%) této možnosti využilo, 9 respondentů (21%) se na nic nedotazovalo.

Nejpoužívanější metodou edukace ve zdravotnictví je ústní předávání informací. Ústně byly sděleny informace 25 respondentům (58%), ústně i písemně (pomocí brožur a letáků) 18 dotazovaným (42%). Možnost pouze písemné formy sdělení informací či jinou formou neuvedl v dotazníkovém šetření nikdo. Edukace formou ústního podání se dotazovaným pacientům jeví nejvíce vyhovující. Předávání informací formou rozhovoru v soukromí je pro 38 respondentů (89%) nejvhodnější, písemnou formu předávání informací by uvítal jeden respondent (2%), formou přednášky taktéž jeden respondent (2%), 3 respondenti (7%) uvedli možnost "jinak", kterou upřesnili jako kombinaci rozhovoru v soukromí a písemné formy (brožury, letáky).

Dostatek hodnotných informací podaných pacientům zvyšuje kvalitu ošetrovatelské péče a má přímou souvislost se spokojeností pacientů. Spokojených s poskytnutými informacemi se cítí 36 dotazovaných (84%), spíše spokojených je 7 respondentů (16%), nespokojený ani spíše nespokojený není žádný respondent.

Hlavním účelem poskytnutých informací je jejich následné využití. Sdělených informací využilo 31 respondentů (72%), 11 respondentů (26%) uvedlo, že ačkoli poskytnutých informací nevyužili, věděli by jak je využít.

Jádrem vzájemné spolupráce mezi pacienty a ošetrovatelským personálem je důvěra. Zvýšení důvěry v ošetrovatelský personál vyjádřilo na základě získaných informací 36 respondentů (83%), poněkud zvýšenou důvěru uvedlo celkem 6 respondentů (14%), jeden respondent (2%) nepocítil vyšší důvěru v ošetrovatelský personál v souvislosti s podanými informacemi.

Získání důvěry pacientů usnadňuje další spolupráci. Velmi dobrou spolupráci s ošetrovatelským personálem v souvislosti s poskytnutými informacemi uvádí 28 dotazovaných (72%), jeden respondent dokonce ohodnotil spolupráci jako vynikající, 15 respondentů (28%) hodnotí spolupráci s ošetrovatelským personálem jako dobrou. Špatnou či dokonce velmi špatnou spolupráci s ošetrovatelským personálem souvislosti s poskytováním informací nepocítuje žádný respondent.

Jednou z metod edukace je skupinová forma, kdy edukanti se stejným problémem mají možnost si vyměnit mezi sebou své zkušenosti. (Juřeníková, 2010, s. 36) Tuto možnost by uvítalo 20 respondentů (47%), 23 respondentů (53%) se k této možnosti nepřiklání. Toto zjištění mně velice zaujalo. Domnívám se, že by bylo pro pacienty účelné a prospěšné zorganizování skupinového sezení. Rozhodla, že seznámím vrchní sestru s tímto návrhem a otázkou, zda by tato edukační metoda byla možná realizovat.

V závěru dotazníku jsem ponechala respondentům prostor k vlastnímu vyjádření a ke sdělení připomínek, toto místo však zůstalo z valné většiny prázdné, pouze jeden respondent využil tento prostor k poděkování.

Závěr

Záměrem výzkumné části bylo zhodnotit výsledný efekt edukační činnosti poskytované pacientům po radikální prostatektomii. Posoudit její možné využití, zjistit její odraz na spolupráci a důvěru mezi pacienty a zdravotníky.

Předpokládala jsem, že pacienti získávají dostatek srozumitelných informací. K této hypotéze se vztahují dotazníkové položky č. 5, 6, 7, 8, 9, 10. Hypotéza č. 1 se na základě analýzy sebraných dat potvrdila.

Předpokládala jsem, že pacienti umí nabyté informace použít. Podkladem k potvrzení hypotézy č. 2 byla dotazníková položka č. 14, po jejím vyhodnocení byla druhá hypotéza taktéž potvrzena.

Předpokládala jsem, že spolupráce zdravotník – pacient je na základě získaných informací lepší. K ověření pravdivosti třetí hypotézy jsem použila dotazníkové položky č. 15 a 16. Rovněž třetí hypotéza se potvrdila.

Ostatní nevyčíslené dotazníkové položky se přímo nevztahují k vytyčeným hypotézám. Jejich smyslem bylo znázornit nejčastěji využívané metody edukace a zjistit, která z metod je pacienty upřednostňována a kým je edukace prováděna. Dalším účelem dotazníkového šetření bylo odhalit případné rezervy v poskytování informací, žádné jsem však nevypátrala.

Z výsledku poslední dotazníkové položky je zřejmé, že téměř polovina pacientů po radikální prostatektomii by uvítala možnost skupinového sezení, které by umožnilo výměnu názorů a poznatků. Troufám si odhadovat, že řada pacientů z ostychu odkládá léčbu pooperačních komplikací. Domnívám se, že terapeutické sezení by mohlo být impulzem k řešení inkontinence a erektilní dysfunkce.

V dnešní uspěchané době je sice nelehké, ale zároveň také nezbytné najít dostatek času a prostoru k zodpovězení dotazů všech pacientů. To, co my zdravotníci nazýváme odborně edukací a předáváním informací, vnímá pacient jako náš zájem, spoluúčast a projevy empatie o jeho vlastní osobu, nemoc a potřeby. Pacientem je v tomto případě muž, který zdolává nelehké období svého

života, potýká se s obavami, jaký dopad bude mít operace a případné komplikace na jeho osobní i sociální život. Edukace hraje v celém léčebném procesu velmi důležitou roli, protože díky správné edukaci se pacient postupně zbavuje všech obav a strachu z nejistoty, které sebou léčba nese. Díky edukaci a správně zvolené komunikaci se vytváří důvěrnější vztah zdravotník - pacient. Získání pacientovy důvěry je klíčovou záležitostí, která ovlivňuje vzájemnou spolupráci a má významný podíl na celé léčbě. Výzkumným šetřením se potvrdilo, že edukace je neoddelitelnou a neopomenutelnou součástí lékařské a ošetrovatelské péče, podané informace mají zásadní vliv na vzájemnou spolupráci ve vztahu zdravotník – pacient, a jednoznačně zvyšují důvěru pacientů, a to nejen směrem k nám zdravotníkům, ale i k celému zdravotnickému zařízení. Výstupy z výzkumu jsem konzultovala s vrchní sestrou, protože jsem přesvědčená o tom, že mohou pomoci k zvýšení a zkvalitnění ošetrovatelské péče. A to byl ten hlavní důvod, proč jsem výzkum zpracovala na naší Urologické klinice, abych svým malým přispěním k tomu mohla přispět.

Souhrn

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část.

Úvod teoretické části tvoří anatomicko – fyziologický popis prostaty. V jádru práce se věnuji samotnému karcinomu prostaty, etiologii jeho vzniku a symptomatologii. Dále popisuji diagnostické a léčebné metody lokalizovaného karcinomu prostaty, z nichž jednou z možných léčebných alternativ je zmiňovaná radikální prostatektomie, ke které patří i možné pooperační komplikace. V neposlední řadě se věnuji vymezení základních pojmů a postupů při edukaci, jako i edukaci samotné.

Závěr teoretické části patří aplikování edukace směrem k pacientům po radikální prostatektomii. V její výzkumné části zpracovávám dotazníkové šetření týkající se podaných informací pacientům po radikální prostatektomii. Výsledky jsou zaznamenány formou tabulek a grafů. Podstatou této práce je zdokumentování kvality podaných informací pacientům po radikální prostatektomii, jejich srozumitelnosti a využitelnosti v běžném pooperačním období s ohledem na jejich spokojenost a důvěru v ošetrovatelský personál.

Klíčová slova

Prostata, rakovina prostaty, radikální prostatektomie, edukace, informace

Summary

The thesis is divided into two parts: the theoretical and the research ones.

The introduction of the theoretical part is created by anatomical and physiological description of prostate gland.

The thesis is focused on the carcinoma of prostate gland, etiology of its origin and symptomatology.

Following parts are based on description of diagnostic and therapeutic methods of localized carcinoma of prostate gland. One of possible therapeutic alternatives is the mentioned radical prostatectomy with possible post-operative complications. Last but not least I am taking my interest in definitions of the most important concepts in process of education.

The conclusion of the theoretical part is focused on application of education the patients after radical prostatectomy.

The research part is focused on data processing of questionnaires concerning the information given to the patients after radical prostatectomy.

The results are taken down in charts and graphs.

The most important part of the thesis is focused on description of quality of the information given to the patients after radical prostatectomy, its comprehension and applicability during post-operative period with respect to the patients' satisfaction and confidence in therapeutic staff.

Key words

Prostate, prostate cancer, radical prostatectomy, education, informations

Seznam použité literatury

BÁRTLOVÁ, S., HNILICOVÁ, H.. *Vybrané metody a techniky výzkumu: Zjišťování spokojenosti pacientů*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2000. 118 s. ISBN 80-7013-311-2

BELEJ, K. *Transrektální sonografie v diagnostice onemocnění prostaty*. [online]. Urologie pro praxi. Vystaveno 2009. [cit. 4. 12. 2012]. Dostupné z <http://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2009/01/02.pdf>

BERAN, J., CHALOUPKOVÁ, L., TUMPACHOVÁ, N. *Základy lékařské psychologie pro bakalářské studium ve zdravotnictví*. Praha: Karolinum, 2002. 129 s. ISBN 80-246-0463-9

ČECHOVÁ, H., VOJÁČKOVÁ, M. *Transrektální biopsie prostaty*. [online]. Zdraví E15. Vystaveno 6. 4. 2006. [3. 12. 2012]. Dostupné z <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/transrektalni-biopsie-prostaty-277602>

DVOŘÁČEK, J. *Urologie praktického lékaře*. Praha: ISV, 2000. 216 s. ISBN 80 - 85866-528

FIALA, R., ZÁŤURA, F., ŽENÍŠEK, J. *Adenokarcinom prostaty od PSA k terapii*. Praha: StudiaGeo s. r. o., 2001. 213 s. ISSN 1211-0795

GLADKIJ, I., HEGER, L., STRNAD, L. *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1999. 183 s. ISBN 80-7013-272-8

GRAHAM, S. D., KEANE, T. E. *Glenn's Urologic Surgery*. Philadelphia:Lippincott Williams x Wilkins, 2010. 193 s. ISBN 978-0-7817-9141-0.

HERÁČEK, J., URBAN, M. a kol. *Urologie pro studenty*. [online], [cit. 03. 12. 2012]. Androgeos, [2012]. Dostupný z [www: http://www.urologieprostudenty.cz](http://www.urologieprostudenty.cz). Verze 2.0 [2012], ISBN 978-80-254-1859-8.

Histologické vyšetření prostaty zaměřené na adenokarcinom [online]. Zdraví E15. Vystaveno 10. 3. 2006 [cit. 3. 12. 2012]. Dostupné z <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/histologicke-vysetreni-prostaty-zamerene-na-adenokarcinom-171509>

Infogram – portál pro podporu informační gramotnosti [online]. [cit. 2. 4. 2013]. Dostupné z <http://www.infogram.cz>

JOBÁNKOVÁ, M. a kolektiv. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. 203 s. ISBN 80-7013-288-4

JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2010. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2

KAWACIUK, I. *Urologie*. Jinočany: H+H, 2000. 308 s. ISBN 80-86022-60-9

KAWACIUK, I. *Urologie*. Praha: Galén, 2009. 531 s. ISBN 978-80-7262-626-7

KILÍKOVÁ, M. *Základy metodiky vedeckej práce*. Bratislava: Ústav sociálnych vied a zdravotníctva bl. P. P. Gojčica v Prešove VŠZ a SP sv. Alžbety, n. o., 2011, 112 s. ISBN 978-80-89271-96-2

KOLOMBO, I., HANUŠ, T., TOBĚRNÝ, M., et al. *Prostata v éře robotických technologií*. Praha: Pears Health Cyber, 2008. 322 s. ISBN 978-80-904168-0-2

KROUTILOVÁ, L. *Kvalita života po radikální prostatektomii*. [online]. Digitální knihovna Univerzity Pardubice, 2012 [cit. 3. 12. 2012]. Dostupné z: http://dspace.upce.cz/bitstream/10195/46382/3/KroutilovaL_Kvalita%20zivota_MB_2012.pdf

KŘIVOHLAVÝ, J. *Rozhovor lékaře s pacientem*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1995. 155 s. ISBN 80-7013-187-X 1

LUKEŠ, M. *Karcinom prostaty*. [online]. Urologie pro studenty [cit. 3. 12. 2012]. Dostupné z <http://www.urologieprostudenty.cz/uploads/pdf/karcinom-prostaty.pdf>

Naděje dožití a průměrný věk – Metodika [online]. Český statistický úřad. [cit. 3. 12. 2012]. Dostupné z http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/nadeje_doziti_a_prumerny_vek

NEJEDLÁ, M. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2006. 248 s. ISBN 978-80-247-1150-8

NOVÁK, J. *TNM klasifikace zhoubných novotvarů*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2011. 246 s. ISBN 978-80-904259-6-5

PACÍK, D. a kolektiv. *Urologie pro sestry*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1996. 175 s. ISBN 80-7013-235-3 6.

Předstojná žláza [online]. Wikipedie [cit. 3. 12. 2012]. Dostupné z http://cs.wikipedia.org/wiki/P%C5%99edstojn%C3%A1_%C5%BE1%C3%A1za

Rakovina prostaty [online]. Vitalion [cit. 5. 12. 2012]. Dostupné z <http://nemoci.vitalion.cz/rakovina-prostaty/>

ROSINA, J., KOLÁŘOVÁ, H., STANEK, J. *Biofyzika pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2006. 232 s. ISBN 978-80-247-1383-0

Scintigrafie skeletu [online]. Nemocnice Na Homolce [cit. 3. 12. 2012]. Dostupné z <http://www.homolka.cz/cs-cz/oddeleni/oddeleni-nuklearni-mediciny-a-pet-centrum/nase-sluzby/druhy-vysetreni/scintigrafie-skeletu.html>

SCHRAML, J. *Specifický antigen (PSA)*. [online]. Vystaveno 11. 10. 2008 [cit. 6. 12. 2012]. Dostupné z <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/specificky-antigen-psa-405991>

SLEZÁKOVÁ, L. a kolektiv. *Ošetřovatelství v chirurgii II*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2010. 304 s. ISBN 978-80-247-3130-8

STAŇKOVÁ, M. *Etika v ošetřovatelské praxi: Vybrané kapitoly z publikace Sary T. Fry: Ethics in Nursing Practice, edited by International Council of Nurses, Ženeva, 1994, ČAS*

STAŇKOVÁ, M. *Základy teorie ošetřovatelství: Učební texty pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Regleta, s. r. o. 1996. 193 s. ISBN 80-7184-243-5

SVĚRÁKOVÁ, M. *Edukační činnost sestry*. Praha: Galén, 2012. 63 s. ISBN 978-80-7262-845-2

SVĚTLÁK, M. Motivace pacienta ke změně rizikových vzorců chování. In *Edukační sborník*. Brno: Masarykův onkologický ústav při příležitosti konání XXIX. Brněnských onkologických dnů s XIX. Konferencí pro sestry a laboranty, 2005. s. 50 ISBN 80-86793-05-2

SVOBODOVÁ, H. Důstojnost člověka a ošetřovatelská péče. In *Edukační sborník*. Brno: Masarykův onkologický ústav při příležitosti konání XXIX. Brněnských onkologických dnů s XIX. Konferencí pro sestry a laboranty, 2005. s. 328 ISBN 80-86793-05-2

ŠPAČEK, B. *Speciální chirurgie, II. díl*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, n. p., 1968. 660 s. 735-21-08/16

Výpočetní tomografie – CT [online]. Radiologická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně [cit. 5. 12. 2012]. Dostupné z <http://www.crs.cz/cs/informace-pro-pacienty/pocitacova-tomografie-ct.html>

ŽIAKOVÁ, K. a kolektiv. *Ošetrovatelstvo: teória a vedecký výskum*. Martin: Osveta, 2003. s. 319 ISBN 80-8063-131-X

Seznam grafů

Graf 1.: Věk respondentů

Graf 2.: Vzdělání respondentů

Graf 3.: Doba po prodělané radikální prostatektomii

Graf 4.: Kdo provedl edukaci při propuštění z nemocnice

Graf 5.: Informace o inkontinenci

Graf 6.: Informace o erektilních dysfunkcích

Graf 7.: Informace o možnosti řešení komplikací

Graf 8.: Dostatečnost informací

Graf 9.: Srozumitelnost informací

Graf 10.: Prostor pro dotazy

Graf 11.: Forma sdělování informací

Graf 12.: Způsob předávání informací

Graf 13.: Spokojenost s poskytnutými informacemi

Graf 14.: Využití poskytnutých informací

Graf 15.: Důvěra v ošetrovatelský personál

Graf 16.: Hodnocení spolupráce ošetrovatelského personálu

Graf 17.: Skupinové sezení - ano či ne

Seznam tabulek

Tabulka 1.: Věk respondentů

Tabulka 2.: Vzdělání respondentů

Tabulka 3.: Doba po prodělané radikální prostatektomii

Tabulka 4.: Kdo provedl edukaci při propuštění z nemocnice

Tabulka 5.: Informace o inkontinenci

Tabulka 6.: Informace o erektilních dysfunkcích

Tabulka 7.: Informace o možnosti řešení komplikací

Tabulka 8.: Dostatečnost informací

Tabulka 9.: Srozumitelnost informací

Tabulka 10.: Prostor pro dotazy

Tabulka 11.: Forma sdělování informací

Tabulka 12.: Způsob předávání informací

Tabulka 13.: Spokojenost s poskytnutými informacemi

Tabulka 14.: Využití poskytnutých informací

Tabulka 15.: Důvěra v ošetřovatelský personál

Tabulka 16.: Hodnocení spolupráce ošetřovatelského personálu

Tabulka 17.: Skupinové sezení - ano či ne

Seznam příloh a obrázků

Příloha č. 1: Incidence zhoubného nádoru prostaty – regionální přehled

Příloha č. 2: graf – incidence zhoubného nádoru dle regionů

Příloha č. 3: tabulka - incidence zhoubného nádoru dle regionů

Příloha č. 4: Časový vývoj hrubé incidence a mortality

Příloha č. 5: Časový vývoj hrubé mortality - muži

Příloha č. 6: Časový vývoj indexu mortalita/incidence

Příloha č. 7: Věková struktura pacientů

Příloha č. 8: Dotazník

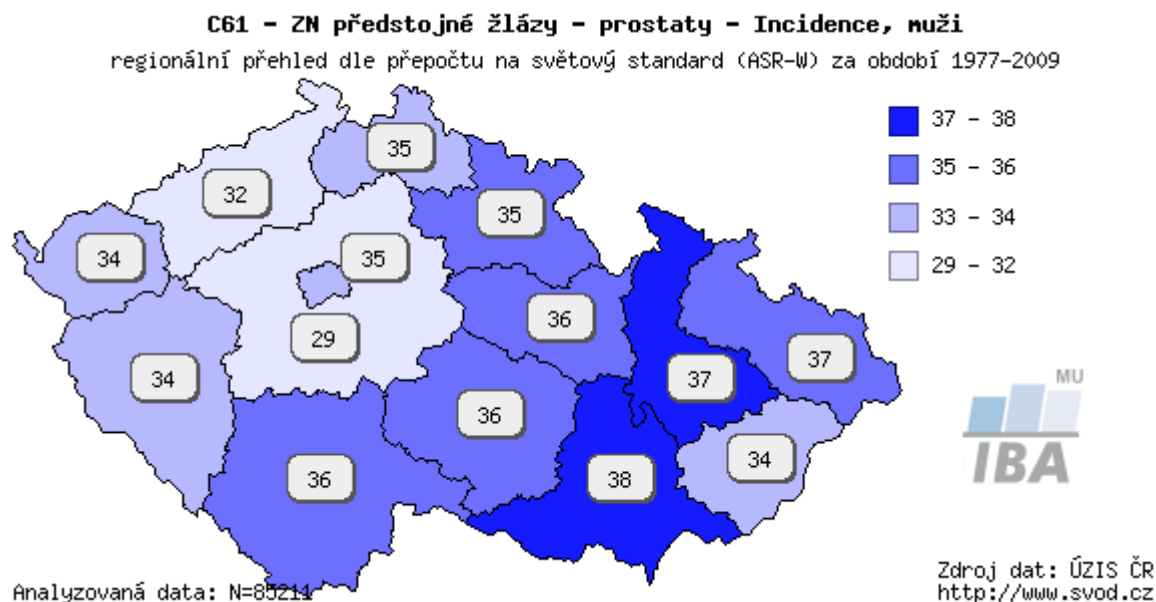
Obrázek A: Prostata

Obrázek B: Vyšetření prostaty per rektum (konečníkem)

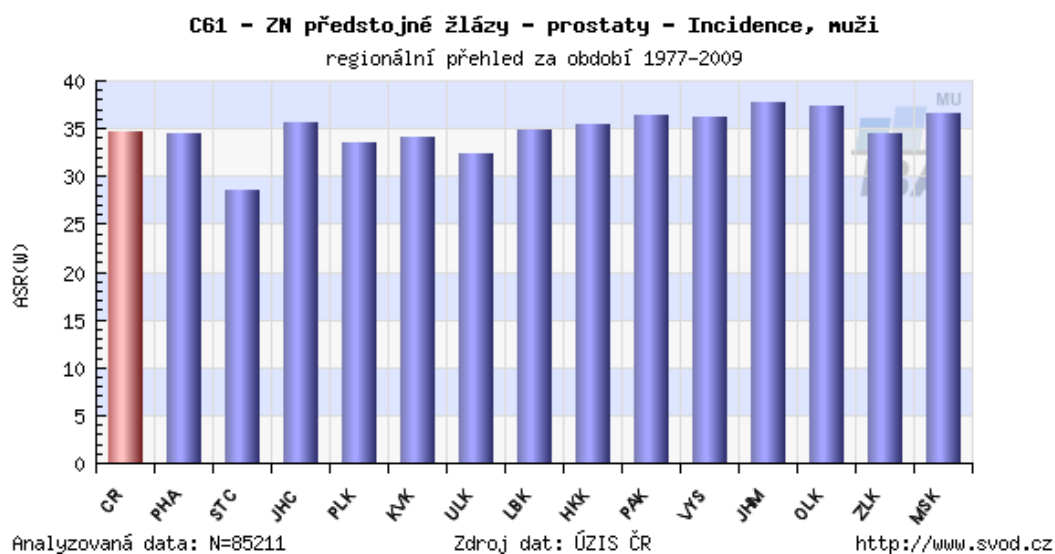
Obrázek C: Foto z operace rakoviny prostaty

Obrázek D: Stadia rakoviny prostaty

Příloha č. 1: Incidence zhoubného nádoru prostaty – regionální přehled



Příloha č. 2: graf – incidence zhoubného nádoru dle regionů



Příloha č. 3: tabulka - incidence zhoubného nádoru dle regionů

C61 - ZN předstojné žlázy - prostaty - Incidence, muži

regionální přehled dle přepočtu na světový standard (ASR-W) za období 1977-2009

| | | | | | | | |
|----------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Kraj | PHA | STC | JHC | PLK | KVK | ULK | LBK |
| Hodnota | 34.54 | 28.59 | 35.62 | 33.54 | 34.14 | 32.33 | 34.78 |

| | | | | | | | |
|----------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Kraj | HKK | PAK | VYS | JHM | OLK | ZLK | MSK |
| Hodnota | 35.47 | 36.42 | 36.26 | 37.79 | 37.34 | 34.41 | 36.61 |

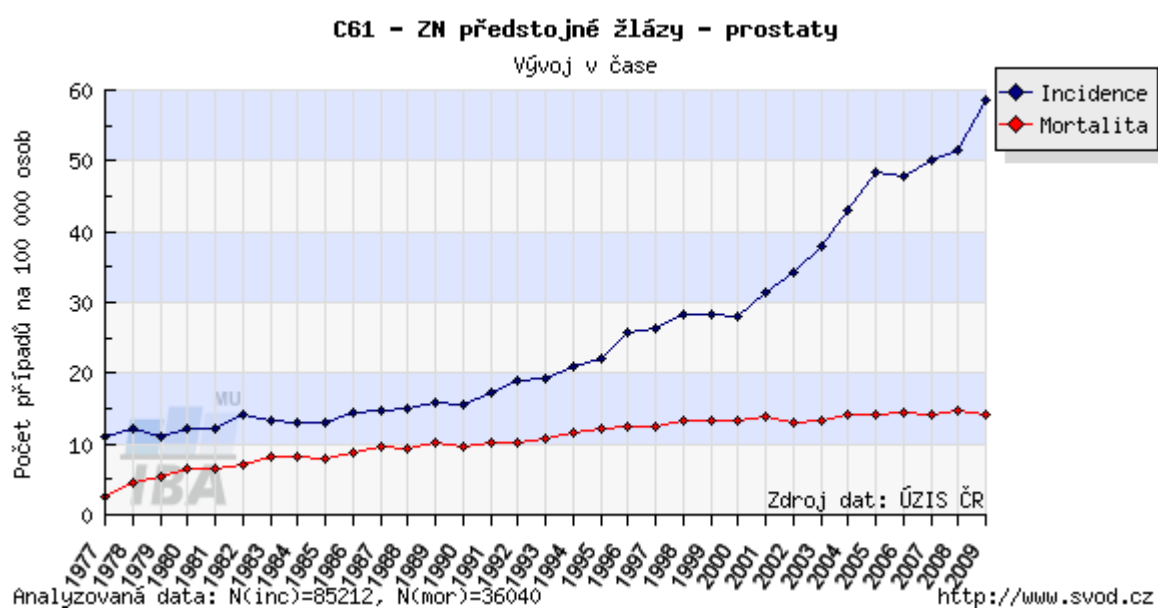
Česká republika: 34.66

Zdroj dat: ÚZIS ČR

Příloha č. 4: Časový vývoj hrubé incidence a mortality

Časový vývoj hrubé incidence a mortality

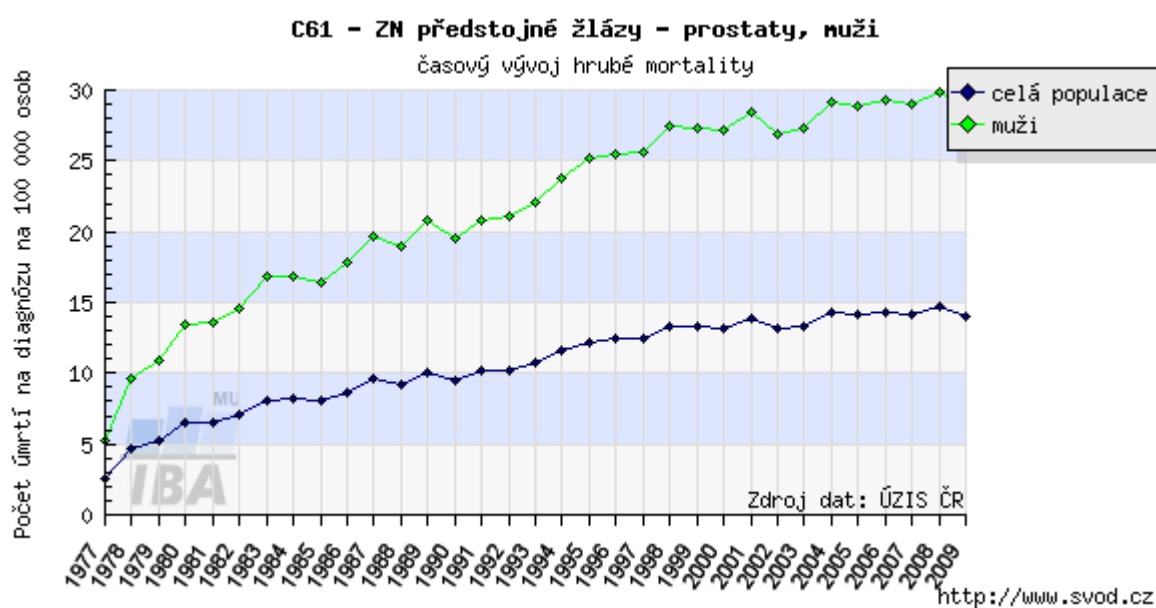
Graf zobrazuje časový vývoj hrubé incidence (počet nových případů na 100000 osob) a hrubé mortality (počet úmrtí na diagnózu na 100000 osob) pro zvolenou diagnózu v celé populaci.



Příloha č. 5: Časový vývoj hrubé mortality - muži

Časový vývoj hrubé mortality - muži

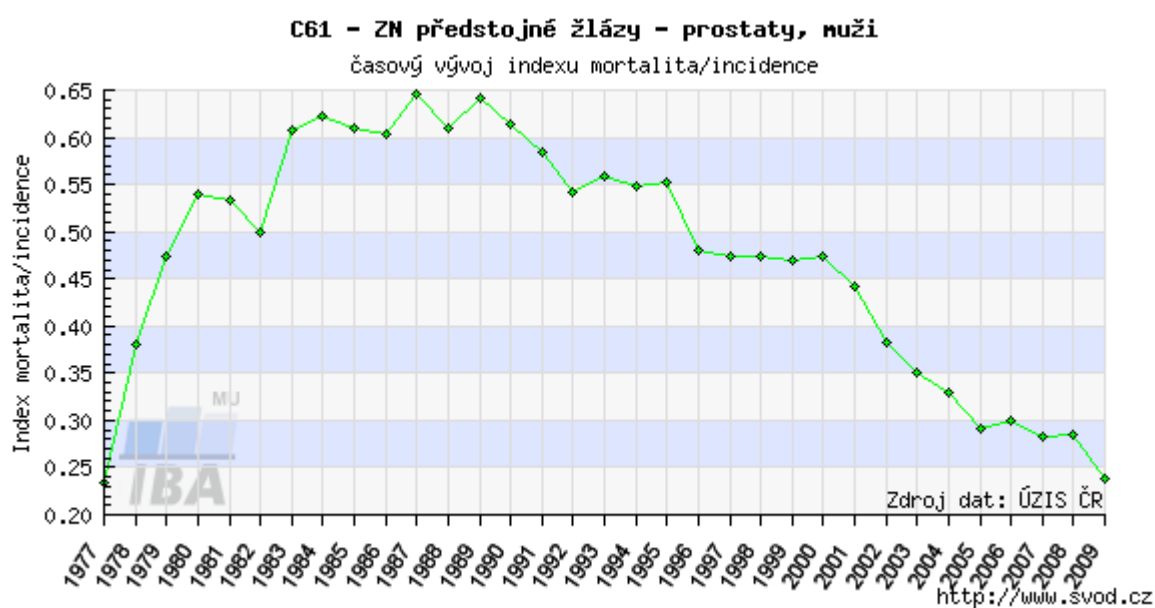
Graf zobrazuje časový vývoj hrubé mortality (počet zemřelých na diagnózu) pro zvolenou diagnózu ve srovnání celé populace a populace mužů.



Příloha č. 6: Časový vývoj indexu mortalita/incidence

Časový vývoj indexu mortalita/incidence

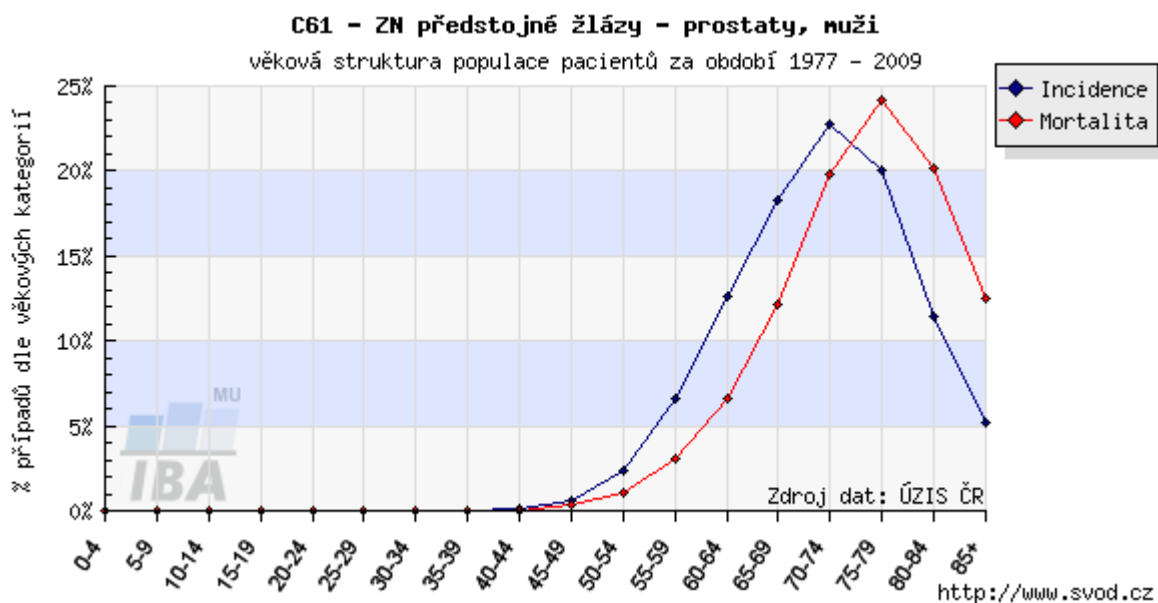
Graf zobrazuje časový vývoj indexu mortalita/incidence (poměr počtu zemřelých na diagnózu k počtu nových případů) pro zvolenou diagnózu v populaci mužů.



Příloha č. 7: Věková struktura pacientů

Věková struktura pacientů

Graf zobrazuje aktuální věkovou strukturu pacientů s danou diagnózou ZN a zemřelých na danou diagnózu ZN. Věková struktura ukazuje % zastoupení věkových skupin mezi pacienty (popř. zemřelými na diagnózu).



Příloha č. 8: Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Dana Roudnická, jsem studentkou třetího ročníku bakalářského programu Ošetřovatelství, obor Všeobecná sestra na 3. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku, který je součástí výzkumného šetření mé závěrečné práce. Dotazník je zcela anonymní a dobrovolný. Při vyplňování zvolte, prosím jednu možnost, pokud není uvedeno jinak.

Děkuji Vám za Váš čas a přeji příjemný zbytek dne.

1. Kolik je Vám let?

- a) do 50 let
- b) 51 – 60 let
- c) 61 – 70 let
- d) 71 a více let

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) základní vzdělání
- b) vyučen
- c) středoškolské
- d) vysokoškolské

3. Jak dlouho jste po radikální prostatektomii?

- a) méně než 6 měsíců
- b) 6 měsíců až 1 rok
- c) více než 1 rok

4. Kdo Vás informoval o režimu po propuštění z nemocnice?

- a) lékař
- b) sestra
- c) lékař i sestra
- d) nikdo

e) jiná možnost, prosím, uveďte.....

5. Byl jste informován o možných komplikacích po radikální prostatektomii zahrnující únik moči?

- a) ano
- b) ne
- c) částečně
- d) nevzpomínám si

6. Byl jste informován o možných komplikacích po radikální prostatektomii zahrnující poruchy v sexuální oblasti?

- a) ano
- b) ne
- c) částečně
- d) nevzpomínám si

7. Byl jste seznámen s možností řešení těchto komplikací?

- a) ano
- b) ne
- c) částečně
- d) nevzpomínám si

8. Byly Vám sdělené informace dostačující?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím

9. Byly Vám sdělené informace srozumitelné?

- a) ano
- b) spíše ano

- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím

10. Měl jste prostor zeptat se na informace, kterým jste neporozuměl?

- a) ano
- b) ano, ale nezeptal jsem se
- c) ne
- d) ne, ale chtěl jsem se zeptat

11. Jakou formou Vám byly informace v souvislosti s Vámi prodělanou operací sděleny?

- a) ústně
- b) písemně formou letáku, brožury atd.
- c) ústně i písemně
- d) jinak, prosím, uveďte.....

12. Jaký způsob předávání informací je pro Vás nejvíce vyhovující?

- a) rozhovor v soukromí
- b) písemná forma (letáky, brožury atd.)
- c) přednáška
- d) jiný způsob, prosím, uveďte.....

13. Jste spokojený s poskytováním informací na Urologické klinice FNKV?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

14. Využil jste poskytnutých informací?

- a) ano
- b) ne, ale věděl bych jak

- c) ne, nevěděl bych jak
- d) nevím

15. Zvýšily poskytnuté informace Vaši důvěru v ošetřovatelský personál?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

16. Jak byste ohodnotil spolupráci ošetřovatelského personálu s Vámi v souvislosti s poskytnutými informacemi?

- a) velmi dobrá
- b) dobrá
- c) špatná
- d) velmi špatná

17. Uvítal byste možnost setkání s jinými muži po radikální prostatektomii, kde byste si mohli formou diskuze navzájem vyměnit své zkušenosti a poznatky?

- a) ano
- b) ne

Máte-li k tomuto tématu jakékoliv poznámky či připomínky, prosím napište je zde:

.....

.....

.....

.....

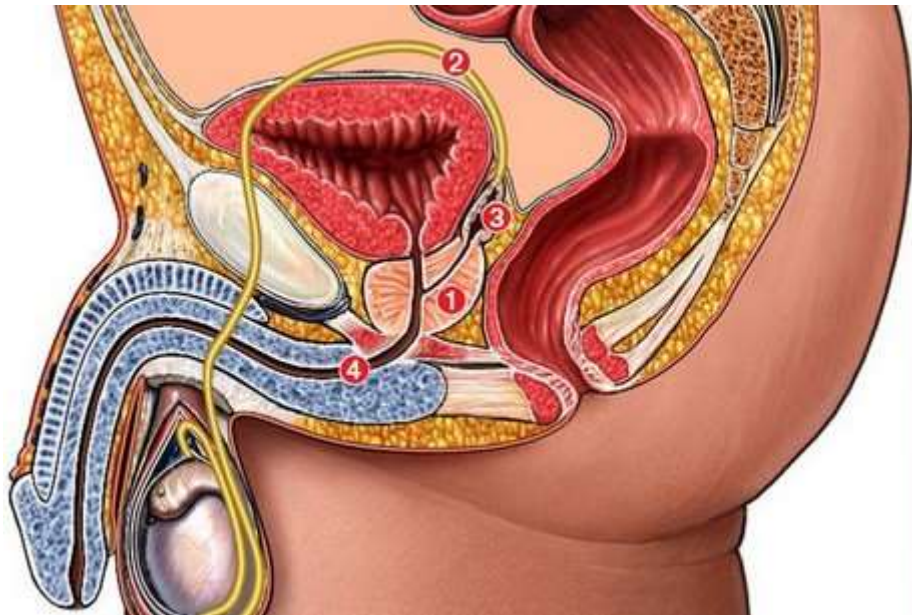
.....

.....

.....

Mnohokrát Vám děkuji za Vaši spolupráci.

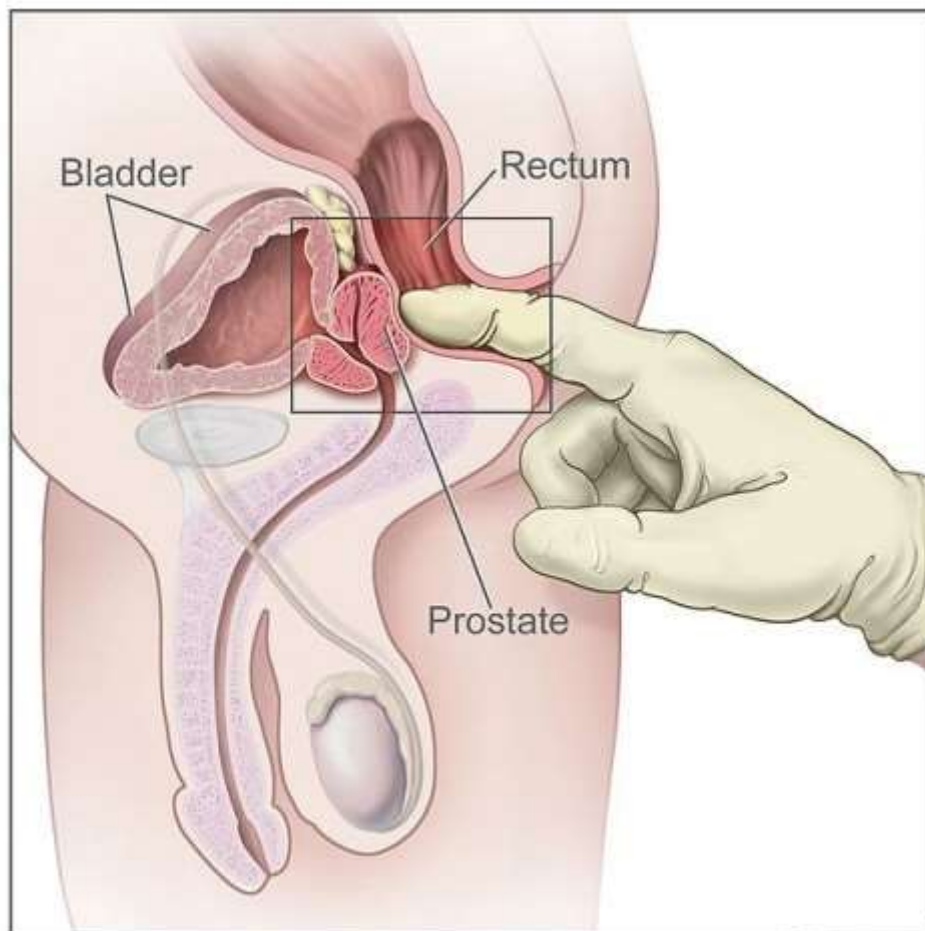
Obrázek A: Prostata



Prostata, neboli předstojná žláza (na obrázku: č.1), je umístěna pod močovým měchýřem. Je velká asi jako kaštan a obkružuje močovou trubici.

Zdroj: <http://www.zenyprozeny.cz/art/2800-rakovinu-prostaty-odhali-casto-zena/>

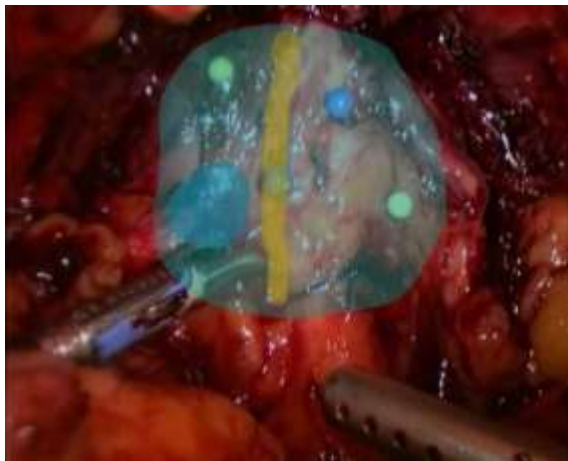
Obrázek B: Vyšetření prostaty per rektum (konečníkem)



Vyšetření prostaty, autor: Stevenfruitsmaak

Zdroj: <http://www.vylecit.cz/1002/rakovina-prostaty-strasak-vsech-muzu/>

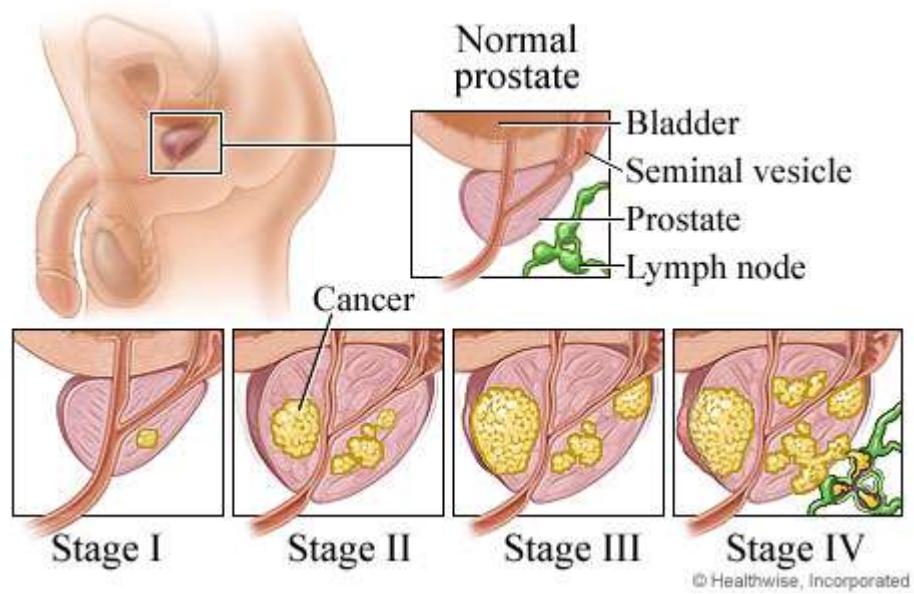
Obrázek C: Foto z operace nádoru prostaty



Skryté anatomické struktury se stanou viditelné při navigované prostatektomii: kraje prostaty (zelená), močová trubice uvnitř prostaty (žlutá), biopsie kynutého nádoru podezřelé oblasti (modrá).

Zdroj: <http://www.dkfz.de/en/mbi/projects/prostata.html>

Obrázek D: Stadia rakoviny prostaty



Zdroj: <http://www.carpediemcare.be/site/shortcodes/prostate-cancer/?lang=it>

