

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

**POTŘEBY PACIENTŮ/KLIENTŮ PO RADIKÁLNÍ
PROSTATEKTOMII**

Bakalářská práce

Vypracovala: Pavlína Svitáková
Vedoucí práce: MUDr. Bohumil Skála, Ph.D

Hradec Králové 2006

**CHARLES UNIVERZITY IN PRAGUE
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ**

**PATIENTS`/CLIENTS` NEEDS
AFTER RADICAL PROSTATECTOMY**

Bachelor work

The Author: Pavína Svitáková
Supervisor: MUDr. Bohumil Skála, Ph.D

Hradec Králové 2006

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovávala samostatně s využitím citované literatury.

V Praze, dne 10.dubna 2006

Pavλίna Svitáková

.....

Poděkování

Děkuji vedoucímu bakalářské práce MUDr. Bohumilu Skálovi Ph.D za poskytnutí rad a odborné vedení bakalářské práce. Dále děkuji PhDr. Alexandře Archalousové a MUDr. Jiřímu Kočárkovi za čas, který mi věnovali k odborným konzultacím. Děkuji také pracovníkům urologického oddělení Ústřední vojenské nemocnice v Praze, že mi na svém oddělení umožnili provádět výzkum.

Motto:

„Pohled na šťastného člověka uklidňuje. Skutečnost, že jsme jej šťastným učinili my, oblažuje.“

(Theodor G. Hippel)

ÚVOD	8
1 CÍL PRÁCE	9
2 TEORETICKÁ ČÁST	10
2.1 POJEM POTŘEBY ČLOVĚKA	10
2.1.1 Jednota organismu – holismus	10
2.1.2 Vztah potřeb a motivace	11
2.1.3 Klasifikace potřeb	11
2.2 NEMOCNÝ ČLOVĚK A JEHO POTŘEBY	15
2.2.1 Systematické vyvozování a uspokojování potřeb pacienta/klienta	15
2.2.2 Anatomie a fyziologie prostaty	17
2.2.3 Nádory prostaty, diagnostika a léčba	17
2.2.4 Radikální prostatektomie – RAPE	18
2.3 POTŘEBY PACIENTA/KLIENTA PO OPERACI RAPE.....	20
2.3.1 Běžný pooperační režim po RAPE.....	20
2.3.2 Nejčastější komplikace operace ovlivňující kvalitu života	20
2.3.3 Vzniklé ošetrovatelské problémy z pohledu sestry	24
2.4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA PO RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMII.....	27
2.4.1 Zhodnocení stavu klienta	27
2.4.2 Stanovení ošetrovatelské péče.....	27
2.5 EDUKACE JAKO DŮLEŽITÁ SOUČÁST OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU.....	29
2.5.1 Pojem edukace.....	29
2.5.2 Podmínky edukace	30
2.5.3 Edukace pacienta/klienta před operací radikální prostatektomie	31
2.5.4 Edukace pacienta/klienta v bezprostředním období po operaci	31
2.5.5 Edukace pacienta/klienta před propuštěním do domácího léčení	34
2.5.6 Edukace pacienta/klienta po operaci při ambulantních kontrolách.....	37
3 EMPIRICKÁ ČÁST	38
3.1 CÍLE VÝZKUMU	38
3.2 METODIKA VLASTNÍHO ŠETŘENÍ.....	39
3.3 CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ	39
3.4 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ	40
3.4.1 Vyhodnocení anamnestických údajů.....	40
3.4.2 Vyhodnocení vlastního dotazníku	42
4 DISKUSE – VYHODNOCENÍ HYPOTÉZ	57
5 ZÁVĚR	60
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	61
PŘÍLOHY	63

Úvod

Švýcarský lékař- internista Dr. Paul Tournier vyšetřoval ve své ženevské ordinaci stovky pacientů. Věnoval se jim jak se sluší a patří. Časem si ale všiml, že někteří pacienti odcházejí sice s receptem, ale zároveň i s určitým otazníkem ve tváři. Byli vyšetřeni, diagnostikováni a poléčeni, avšak něco „zůstávalo ve vzduchu“ A tak je Dr. Tournier pozval ještě jednou. Tentokrát ne do ordinace, ale domů, do soukromí, ke krbu. Tam bylo více času a jiné prostředí. Tam docházelo k dlouhým rozhovorům. Ukázalo se, že mnohým pacientům se po nich velice ulevilo. Zbavili se těžkostí. Uzdravili se nejen tělesně, ale i duševně. Díky řadě knih Dr. P. Tourniera se zprávy o těchto rozhovorech dostaly do světa. Byly podnětem k nastoupení podobné cesty pro mnohé.[1, s. 9]

Od té doby uplynulo již mnoho času. Současné zdravotnictví (ošetřovatelství) zaznamenalo zvláště v poslední době velký vývoj, přineslo nové pohledy na přístup k nemocným lidem. Některé poznatky bývají však v praxi stále ještě opomíjeny.

Rysem moderního ošetřovatelství je holistický pohled na člověka. Člověk je bytostí bio-psycho-sociální, což znamená, že mají být systematicky hodnoceny a plánovitě uspokojovány všechny jeho potřeby. Nemoc a hospitalizace téměř vždy brání lidem v uspokojování vlastních potřeb a úkolem zdravotníků, především sester, je systematickými zásahy pomoci tyto potřeby uspokojit. Holistické problematice je v současné době věnována stále větší pozornost, jaká je ale skutečná praxe?

Radikální prostatektomie je operační výkon, který do života pacienta silně zasáhne, pozmění některé jeho potřeby i hierarchii hodnot. Je však radikální chirurgickou léčbou při diagnostikovaném karcinomu prostaty a může toto onemocnění zcela vyléčit. Incidence karcinomu prostaty v České republice vzrůstá a nyní stojí na druhém místě nádorových onemocnění mužů. Nezbytností při volbě léčebného postupu tohoto onemocnění je kromě posouzení biologického a psychického stavu i souhlas informovaného nemocného.

Pacient/klient musí být již předem seznámen s nejčastějšími obtížemi, které po absolvování této operace mohou nastat. Jedině tak se na nastalé problémy může připravit a snáze se s nimi vyrovnat. Z dlouhodobějších, někdy trvalých, obtíží jde hlavně o močovou inkontinenci a erektilní dysfunkci (impotenci), které mají velký vliv na psychickou i sociální oblast jimi postiženého člověka.

Jaký dopad má skutečně radikální prostatektomie a její následky na lidskou psychiku, sebevědomí muže i jeho další interakci se sociálním prostředím? Jsou na problémy, které s sebou operace přináší, naši pacienti/klienti od zdravotníků dostatečně připraveni? Snáší edukovaní nemocní léčbu, a vše co s ní souvisí, lépe?

Zdravotnický personál má často tendenci soustředit se na fyzikální stránku nemoci, proto je třeba si neustále opakovat, že musíme mít zájem i o pacientovi/klientovi myšlenky, pocity a obavy, musíme mu být oporou. Vnitřní psychický stav totiž ovlivňuje i vnější somatickou stránku každého člověka.

1 Cíl práce

Cílem mé práce je poukázat na širší potřeb nemocného člověka v holistickém pojetí. Zaměřuji se na úlohu sestry při identifikaci potřeb pacienta/klienta i při jejich uspokojování formou ošetrovatelského procesu.

Bližší se zabývám potřebami pacientů po radikální prostatektomii, tedy po výkonu, který ve většině případů souvisí s nádorovým onemocněním a kdy samo sdělení diagnózy přináší určité psychické trauma. Po výkonu, který ač nabízí úplné vyléčení, přináší sebou rizika nepřijemných trvalých následků, které zasahují všechny součásti osobnosti, a se kterými je pacient nucen se vyrovnat. Ve své práci poukazuji na to, jak svým působením může v těchto složitých životních situacích pomoci sestra, která zná problematiku dané operace a dokáže nejen identifikovat nastalé problémy, ale částečně také dokáže problémy předvídat a pacienta na ně připravit. Zdůrazňuji důležitost vhodné edukace pacientů/ klientů , která pomůže zmírnit dopad těchto následků, a která podpoří změnu chování pacientů/klientů tak, aby mohlo dojít snadněji k uzdravujícímu procesu, a aby i oni částečně převzali za tento proces zodpovědnost.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí.

Cílem teoretické části je vysvětlit základní pojmy (potřeby, holismus), objasnit v ní podstatu operace radikální prostatektomie a přiblížit možné trvalé následky. Na daný stav dále aplikuji ošetrovatelský proces včetně edukace pacienta/klienta, protože mám pocit, že výuka pacientů/klientů v mnoha zdravotnických zařízeních ČR není ještě prováděna důsledně a systematicky, nebo je zcela opomíjena.

V empirické části popisuji průběh a výsledky zkoumání metodou dotazníků. Cílem této části je zjistit míru připravenosti (informovanosti) pacientů/klientů po radikální prostatektomii na nastalé pooperační problémy a zmonitorovat jejich konkrétní potřeby v průběhu bezprostředního pooperačního období a v období po mírném časovém odstupu.

Tato práce může být návodem všem sestrám urologických oddělení, aby si uvědomily, s jakými problémy se jejich pacienti/klienti potýkají a jak jim mohou svým vhodným působením pomoci. Mnou vypracovaný návod na ošetrovatelský proces a edukační plány mohou být jimi přímo využity. Věřím, že i sestry z jiných oddělení najdou v těchto řádcích myšlenky, které si převedou na „svá“ oddělení a „své“ pacienty/klienty. Hlavním cílem práce je vyjít vstříc pacientům/klientům a pomoci zkvalitnit ošetrovatelskou péči.

2 Teoretická část

2.1 Pojem potřeby člověka

Potřeba je stav organismu charakterizovaný nedostatkem něčeho či porušením vnitřní psychické nebo fyziologické rovnováhy a podněcující jedince k chování, které vede k odstranění tohoto nedostatku, a které má rovnováhu znovu vytvořit. Potřeby člověka pobízejí k vyhledávání určité podmínky nezbytné k životu, popřípadě vedou k vyhýbání se určité podmínce, která je pro život nepříznivá. Prožívání nedostatku ovlivňuje psychiku člověka, jeho pozornost, myšlení, emoce i volní procesy, a tím vytváří celkový vzorec chování jednotlivce. Jednání zaměřené k uspokojení potřeby převádí potřebu na její psychologickou úroveň.

S pojmem potřeba se ale setkáváme ve více významech. Z biologického hlediska vyjadřuje potřeba stav narušené fyziologické rovnováhy (homeostázy). Některé biologické potřeby, např. potřeba vápníku, nemají psychickou odezvu. Z ekonomického hlediska jde o nutnost nebo žádost něco vlastnit či užívat, čímž je potřebou míněn určitý prostředek k dosahování nějakého psychologického cíle. Psychologický význam pojmu je zcela specifický a vyjadřuje psychický stav odrážející nějaký nedostatek. Psychologický význam potřeby je spojen s významem sociálním, vyjadřujícím nedostatky v sociálním životě jedince. [2, s. 10]

F. Dorsch (1963) říká, že: „Potřeba je stav nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí, tedy jako něco, co živá bytost nutně potřebuje pro svůj život a vývoj“. Psychicky je to „s prožíváním nedostatku spojený cit, který je spojen se snahou po zvládnutí tohoto nedostatku, po uspokojení..“ [3, s. 82]

Lidé si jsou ve svých potřebách velmi podobní, ale každý je vyjadřuje a uspokojuje svým způsobem. Určitý vliv na determinaci potřeb má např. kultura. V průběhu života se potřeby vyvíjejí a kultivují, mění se z hlediska kvality i kvantity.

V termínu potřeba je zdůrazněna jednota vnitřního s vnějším, s okolním světem, každá potřeba se vztahuje k něčemu v prostředí. [2, s. 10]

2.1.1 Jednota organismu – holismus

Holismus /z řeckého holos – celek/ je filosofický směr, který vnímá živé organismy jako jednotné celky, jejichž jednotlivé části jsou stále ve vzájemné interakci a v interakci se svým okolím. Termín holismus zavedl ve své knize „Holismus a evoluce“ r. 1926 jihoafrický politik a generál J. Ch. Smuts. Podle něho je celek neredukovatelný, nehmotný a nepoznatelný. Lze rozdělit na části, ale tímto rozdělením celistvost zanikne. Při poruše v jedné části vzniká porucha celého systému.

Lidská bytost je z hlediska holistického přístupu tvořena potřebami biologickými, sociálními a psychickými. Psychické potřeby zahrnují potřeby kognitivní- poznávací, emocionální a duchovní. Mezi těmito součástmi existuje nepřetržitá vzájemná interakce, tzv. psychosomatický vztah. Somatická nerovnováha vytváří nerovnováhu psychickou a psychická nerovnováha somatickou. Adekvátní uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb je podmínkou zachování rovnováhy a zdraví člověka. Pokud má ošetřovatelská intervence člověku pomoci při udržování zdraví, adekvátním prožíváním nemoci, zotavování se z nemoci nebo umírání, je nutné, aby byly současně uspokojovány všechny jeho potřeby. Proto představuje nové pojetí péče nejen péči o tělo, ale i o duši (psychiku) člověka.

Pojem „Holistické zdraví“ zahrnuje celou osobnost člověka: celistvou bytost a všechny stránky jejího životního stylu- tělesnou zdatnost, primární prevenci negativních tělesných a emocionálních stavů, zvládnutí stresu, citlivost k prostředí, sebekoncepci a duchovno. Holistická péče (v době zdraví i nemoci) pomáhá lidem převzít odpovědnost za své zdraví,

hledat alternativy, zdravý způsob života, sebeuspokojení a mobilizaci vnitřních hojivých sil. [4, s. 8]

2.1.2 Vztah potřeb a motivace

Potřeby a motivy jsou vnitřní psychické stavy. Ve zjednodušujícím pohledu bývají oba tyto termíny ve svém významu ztotožňovány, resp. potřeby bývají chápány jako druh motivů. V hlubší analýze procesu motivace je však nutné jejich rozlišení. [5, s. 27]

Potřeba je podle psychologů subjektivně pociťovaný nedostatek něčeho nezbytného, je to stav organismu, který startuje proces motivace. Mluvíme o tzv. motivačním napětí, které je reakcí na daný nedostatek.

Termín motivace je odvozen od latinského slova moveo – hýbám a vyjadřuje přenesené hybné síly chování, které směřují za uspokojením nenaplněné potřeby. Motivace je proces iniciovaný výchozím motivačním stavem, v jehož obsahu se odráží nějaký deficit ve fyzickém či sociálním bytí jedince, a směřující k odstranění tohoto deficitu, které je prožíváno jako určitý druh uspokojení. Výchozí motivační stav charakterizovaný nějakým deficitem lze označit jako potřebu. Něco potřebovat znamená udržovat takový stav věcí, který je nezbytný k udržování bezporuchového fyzického či sociálního fungování. Smyslem chování je pak udržování tohoto stavu, resp. jeho obnova, když došlo k jeho narušení. Chování je instrumentální aktivita zprostředkující vztah mezi potřebou a jejím uspokojením. Motiv pak vyjadřuje obsah tohoto uspokojení. [5, s. 27] Proč se člověk chová tím nebo oním způsobem, je právě otázkou motivace. (W. Keller, 1954) Motivace je proces, který určuje směr, sílu a trvání určitého chování a jednání. (J. F. Hall, 1961)

Ne každé chování a jednání je ale motivováno, u mnoha činů si člověk neuvědomuje jejich skutečnou psychologickou příčinu. V tomto smyslu se hovoří o nevědomé motivaci. Nevědomou motivací se tedy myslí to, že má jedinec nevědomou potřebu a nevědomě hledá vědomý cíl. Mezi nevědomými a vědomými motivy není ostrá hranice a mnohé motivy mohou mít jak nevědomé tak vědomé aspekty. [2, s. 11]

Tab.1: Schéma motivace a příslušného operantního chování: [2, s.11]

motivační napětí potřeba	instrumentální chování činnost	dovršující chování uspokojení
pocit hladu	jedení	nasyčení
pocit únavy	odpočívání	obnova sil
ospalost	spánek	osvěžení

Motivaci jednotlivce, jeho potřeby i způsoby jejich vyjádření a uspokojování určuje hierarchie hodnot, velký vliv má sociální prostředí rodiny a způsob výchovy.

2.1.3 Klasifikace potřeb

Všeobecná encyklopedie [6, s.220] rozlišuje potřeby primární (biologické, fyziologické), nutné k přežití organismu, a potřeby sekundární (psychologické a sociální povahy), z nichž některé jsou životně důležité pro rozvoj osobnosti. Existuje pět skupin sekundárních potřeb: a) dostatek podnětů a poznatků; b) potřeba smysluplného uspořádání těchto podnětů (souvislosti, řád); c) potřeba citového vztahu, přijetí, bezpečí a ochrany; d) potřeba uznání, ocenění, sociální role; e) potřeba perspektivy, otevřené budoucnosti.

V psychologii se obvykle objevuje třídění na potřeby biogenní (fyziologické) na jedné straně a potřeby psychogenní, sociogenní a psychologické na straně druhé. Z pohledu ošetřovatelství odpovídá toto dělení holistickému (celostnímu) přístupu k člověku.

Pojem potřeba vyjadřuje tedy určité nedostatky, z biologických jde např. o nedostatek jídla, pohybu a spánku, z nedostatků v sociálním životě může jít o nedostatek zázemí, opory, úcty a lásky. [2, s. 11-12]

Z biologických deficitů organismu se vysvětluje geneze potřeb fyziologických, které vystupují ve funkci autoregulace chápané jako udržování fyziologické homeostázy. „Motivace vzniká na základě odchylky té či oné životně důležité konstanty organismu od úrovně zabezpečující jeho normální životní činnost, tj. na základě určité potřeby“ (K. V. Sudakov, 1971). Vzniklá fyziologická potřeba má povahu neuropsychické aktivace a naučený vzorec uspokojení pak směřuje aktivitu organismu k určité dovršující reakci. V průběhu vývoje pak toto uspokojení dostává povahu zvyku a více či méně cyklického procesu (cykly jedení, odpočinku, spánku, sexuální aktivity atd.). Také psychologické sociogenní potřeby vznikají z deficitů sociální existence, v níž se uplatňuje jakási analogie homeostázy, tj. udržování určitých konstant (např. určité míry kontaktu mezi rodiči a dětmi). Jejich narušení vyvolává příslušnou sociální potřebu; nedostává-li se např. dítěti dostatek pozornosti ze strany rodičů, vzniká u něj potřeba rodičovské pozornosti. Sociogenní potřeby jsou v tomto smyslu interindividuálně velmi odlišné, nicméně vyjadřují určité obecně lidské tendence. Obecně to formuluje J. Reykowski (1977): „Psychické potřeby jsou vzbuzeny tehdy, když se děje něco, co se neshoduje s očekáváními, nebo něco, co je v rozporu s návyky.“ Většina sociálních potřeb vyjadřuje tedy nedostatky v sociálních podmínkách života jedince, na něž si zvykl nebo které vystupují ve srovnání s jinými jedinci. [3, s.83]

Potřeby třídili různí psychologové, každý sestavil jiný index potřeb. Henry A. Murray (1839), americký psycholog třídí potřeby z několika hledisek. Především rozdělil potřeby na viscerogenní (primární) a psychogenní (sekundární), ty pak dále třídí na potřeby kladné a záporné.

Tab. 2: Index viscerogenních potřeb: [2, s.13]

A. Nedostatky (vedoucí k příjmu) sekrece (životní zdroje)	1. Potřeba vdechu (kyslíku)	+
	2. Potřeba vody	+
	3. Potřeba potravy	+
	4. Potřeba hmatového pocíťování	+
	5. Potřeba sexuální	+
	6. Potřeba laktace	+
B. Teze směřující ke zbavení se něčeho exkrece (odpady)	7. Potřeba výdechu	-
	8. Potřeba mikce	-
	9. Potřeba defekace	-
C. Poškození (vedoucí k odtážení)	10. Potřeba vyhýbání se noxe	-
	11. Potřeba vyhýbání se horku	-
	12. Potřeba vyhýbání se chladu	-
	13. Potřeba vyhýbání se poškození	-

Tab. 3: Index psychogenních potřeb: [2, s. 13]

Potřeby spojené s neživými předměty:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Potřeba aktivizace - zvětšování majetku, získávání. 2. Potřeba uchování - kompletování a uchování věcí. 3. Potřeba uspořádání - pořádek, organizování. 4. Potřeba podržení - ukládání peněz, vlastnictví věcí. 5. Konstrukce - vytváření, budování, vyhotovení
Potřeby vyjadřující ambice, prestiž, dokonalost a moc:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Superiorita - potřeba převyšování jiných. 2. Respekt - potřeba ocenění, pochvaly, uznání. 3. Předvádění se - prezentování se efektním způsobem. 4. Nedotknutelnost - nedopustit snížení vlastní hodnoty. 5. Sebeobrana - ospravedlnění svého jednání. 6. Protipůsobení - překonávání neúspěchu úsilím. 7. Potřeba úspěchu - učinit něco nejlépe.
Potřeby projevení síly a získávání obdivu:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dominance - mít vliv na jiné a řídit je 2. Potřeba projevit úctu někomu výše postavenému. 3. Napodobování - shoda s jinými. 4. Nezávislost (autonomie) - odporování vlivu jiných. 5. Diferenciace - odlišování se od jiných.
Potřeby poškozování jiných i sebe sama:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Agrese - napadání jiných, vysmívání se, ponižování. 2. Pokoření se - akceptování a poddání se trestu. 3. Vyhnutí se pohanění - dobré chování a vyhýbání se nekonvenci.
Potřeby vztahující se k náklonnostem (citům) lidí:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Afiliace - navazování přátelství. 2. Odmítání - ignorování, nebo vylučování někoho. 3. Ošetřování - starání se o někoho. 4. Závislost - hledání pomoci a podpory. 5. Lásky - potřeba mít někoho rád a být někým milován.
Sociální potřeby v užším smyslu:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hry a zábavy - hledání rozptýlení a uvolnění. 2. Explorace - zkoumání, dotazování se, uspokojování zvědavosti. 3. Vysvětlování a demonstrace - podávání informací, výkladu.

Kromě tohoto třídění používá Murray ještě klasifikaci potřeb na manifestní a latentní. Manifestní potřeba zahrnuje veškerou činnost, která je skutečná, objektivizovaná, předchází jí většinou vědomý záměr. Latentní potřeby jsou částečně objektivizované a subjektivizované formy činnosti, které mohou mít formu tužeb a přání individua. [3, s. 83]

Další známé třídění potřeb provedl americký psycholog Abraham H. Maslow (1908 – 1970). Ve svých teoriích zdůrazňuje těsné propojení filosofie a psychologie a navrhuje, aby se předmětem zájmu psychologů stala též filosofie hodnot. Maslowova filosofie člověka je součástí jeho světového názoru, který se nazývá holisticko-dynamickým. [7, s. 287]

Zabýval se problematikou motivace a vypracoval hierarchický systém lidských potřeb, které rozdělil na nižší – potřeby fyziologické a bezpečí a na vyšší – potřeby sounáležitosti, uznání a seberealizace, nebo je dělil na nedostatkové (fyziologické, bezpečí, sounáležitosti a lásky, úcty a sebeúcty) a růstové, tzv. metapotřeby (potřeby sebeuskutečnění, poznávání a rozumění, estetických prožitků).

Podle Maslowa má každý jedinec individuální systém motivů, který je hierarchicky uspořádán, protože některé z motivů jsou silnější než jiné. Lidské potřeby jsou uspořádány v systému podle své naléhavosti. Podle Maslowa je člověk bytost, která málokdy dosahuje stavu plnějšího uspokojení, vyjma krátké doby. Proto, jakmile je jedna potřeba uspokojena, staví se hned místo ní druhá. Pro lidskou bytost je charakteristické, že prakticky stále něco vyžaduje.

Hierarchické uspořádání potřeb vede k tomu, že neuspokojené „nižší“ potřeby převládnu a zvítězí v konfliktu nad neuspokojenými „vyššími“ potřebami. Potřeba seberealizace, postavená nejvýše, vyžaduje uspokojení všech dalších potřeb. Seberealizující se jedinci musí být tedy všeobecně uspokojeni a duševně zdraví.

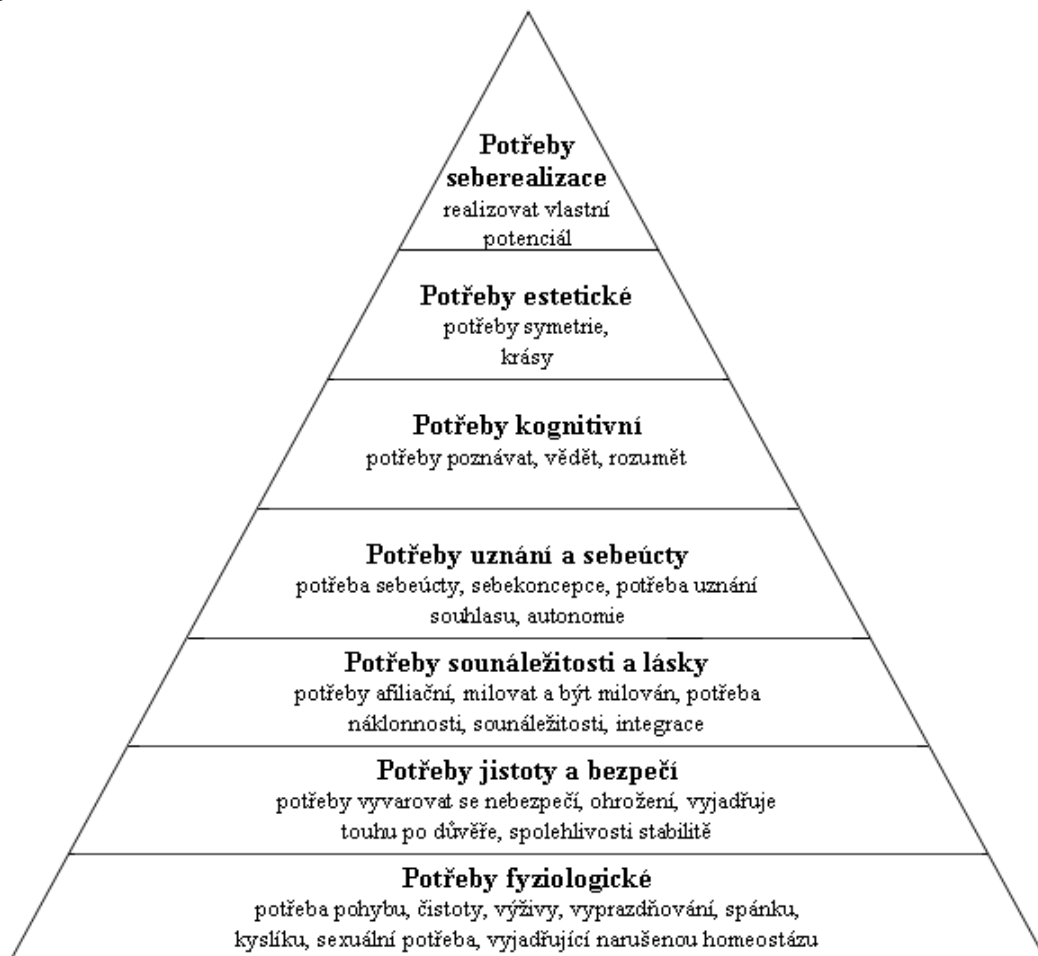
Jedinec je integrovaný a organizovaný celek a každá potřeba je vždy výrazem celého jedince. Je-li např. člověk hladový, je hladový celý a projevuje se to v jeho vnímání, myšlení, cítění i chtění. Teprve je-li uspokojena nižší potřeba, může dominovat potřeba vyšší a determinovat chování jedince. Vyšší potřeby jsou subjektivně méně naléhavé, ale jejich uspokojení vede k žádoucnějším subjektivním výsledkům, tj. hlubšímu pocitu štěstí, klidu a bohatství vnitřního života. Ti, u nichž došlo k uspokojení obou druhů potřeb, cení si obvykle vyšších potřeb víc než nižších.

Motivační život jedince může být popsán jako vzestup různými vrstvami pyramidy potřeb. Vyšší potřeby se objevují později jak ve fylogenetickém, tak v ontogenetickém vývoji. U novorozenců dominují fyziologické potřeby hladu a žízně a potřeby bezpečí, mladší děti jsou ovládány potřebami bezpečí a lásky, starší potřebami lásky a uznání. Potřeba seberealizace se objevuje až v adolescenci, plně vyjádřená je až v dospělém věku.

Jsou-li základní potřeby jedince trvale frustrovány, nacházíme u něj projevy psychopatologie. [2, s. 13-16]

Obr. 1: Maslowova hierarchie potřeb: [2, s.15]

Upraveno podle Atkinsonová, Atkinson, Smith, Bem: Psychologie. Praha, Victoria Publishing 1995



2.2 Nemocný člověk a jeho potřeby

Existuje celá řada faktorů, které znemožňují, narušují, popř. mění způsob uspokojování potřeb člověka. Nemoc je jedním z nich. Brání lidem v uspokojování jejich potřeb a sama modifikuje způsob vyjádření potřeb a možnosti jejich uspokojování. Lidé mohou pociťovat některé potřeby, ale v jejich uspokojování jim brání buď přímo jejich neschopnost způsobená zdravotním stavem, nebo je omezuje nařazený léčebný režim. V uspokojování fyziologických i psychosociálních potřeb napomáhají nemocným různými zásahy sestry.

Charakteristickým rysem moderního ošetrovatelství je systematické hodnocení a plánování uspokojování potřeb zdravého i nemocného člověka. Sestry se zabývají člověkem jako bytostí bio-psycho-sociální, bytostí holistickou. Holistický přístup k člověku začaly sestry v klinické praxi prosazovat v důsledku snahy o zachování rovnováhy mezi technickým pokrokem a potřebami člověka.

Důležitou roli ve vyjádření potřeb člověka a v jejich psychické odezvě hrajou i okolnosti, za kterých nemoc vzniká. Nemocný člověk bude jinak vyjadřovat a uspokojovat své fyziologické i psychogenní potřeby v domácí péči, jinak při hospitalizaci v nemocničním zařízení. Vždy je nutno brát v úvahu i specifické situace, např. onemocnění na cestách mimo domov aj.

Nemocní často zaměřují veškerou svou pozornost na fyziologické potřeby a přechodně se nezabývají potřebami vyšší úrovně. Až když jsou potřeby fyziologické uspokojeny, chce nemocný uspokojovat potřeby vyšší. [2, s.16-17]

Koncepce holismu aplikovaná na lidi a jejich zdravotní stav zdůrazňuje skutečnost, že sestry musí brát na zřetel osobu jako celek v její bio-psycho-sociální jednotě. Společným zájmem zdravotníků i nemocného je jeho návrat ke zdraví. Sestra pomáhá zpočátku pacientovi při uspokojování biologických potřeb, s postupným uzdravováním tato potřeba pomoci sestry klesá. Vedle biologických potřeb (např. dostatku spánku, přiměřené výživy, dobrých hygienických podmínek a podmínek pro vyprazdňování) by měl mít nemocný uspokojeny i potřeby jistoty a bezpečí, sociálního kontaktu, úcty, potřeby estetické, poznávací atd. Je třeba myslet na to, že uzdravovací procesy podpoří dobrá psychická pohoda nemocného. Sestra může znalostí o lidských potřebách využít při edukaci nemocného a tak podpořit nemocného v jeho seberealizaci.

Hodnocení potřeb je základem pro hodnocení nemocného, zařazení problémů do priorit a plánování ošetrovatelských zásahů.

2.2.1 Systematické vyvozování a uspokojování potřeb pacienta/klienta

Poznatky o základních potřebách tvoří teoretický podklad pro ošetrovatelský proces a jeho aplikaci v nemocniční i domácí péči. Znalost faktorů a situací, vlivem kterých se potřeby mění, umožňují sestře přiměřenou intervenci u stresovaného pacienta.

Ošetrovatelský proces je systematická metoda plánování a poskytování ošetrovatelské péče. Samotný pojem „proces“ představuje sérii plánovaných činností zaměřených na dosažení určitého výsledku, v našem případě je cílem pozitivní změna zdravotního stavu pacienta/klienta.

Ošetrovatelský proces začíná hodnocením stavu pacienta/klienta, pokračuje postupným stanovením a realizací ošetrovatelské péče, včetně vyhodnocování její účinnosti. Z praktického hlediska je metodou řešení pacientových/klientových problémů. Cílem ošetrovatelského procesu je uspokojování jeho individuálních potřeb. [8, s. 118-119]

Sestra nejdříve zhodnotí celkový zdravotní stav pacienta/klienta, sestaví anamnézu a provede základní fyzikální vyšetření. Z hlediska holistické teorie je osobnost člověka nejkompexněji pojata v rámci „Modelu funkčního zdraví“ Marjory Gordonové, jehož

strukturu tvoří 12 oblastí: vnímání zdraví, výživa a metabolismus, vylučování, aktivita - cvičení, spánek, odpočinek, vnímání – citlivost – poznávání, sebepojetí a sebeúcta, mezilidské vztahy – role, sexualita, stres, víra - životní hodnoty, a jiné. [9, s. 22] Na základě získání informací ze všech těchto oblastí života pacienta/klienta a po fyzikálním vyšetření vyvodí sestra pacientovi/klientovi problémy. Problém pacienta/klienta vzniká ve chvíli, kdy není schopen uspokojit vlastní potřebu a pro udržení či znovunabytí zdraví potřebuje pomoc. Součástí psychosociálního zhodnocení je velmi důležité identifikovat stresory, které pacienta/klienta ohrožovaly nebo ohrožují.

Určené aktuální i potencionální problémy a jejich příčiny sestra pojmenuje. K formulaci využívá standardní taxonomie a ošetrovatelské terminologie – ošetrovatelských diagnóz. Ošetrovatelské diagnózy jsou tedy determinovány individuálními potřebami a problémy jednotlivců, kteří potřebují péči.

V další fázi sestra sestaví písemný individuální plán ošetrovatelské péče. Seřadí ošetrovatelské diagnózy podle priorit, ke každé ošetrovatelské diagnóze stanoví očekávané výsledky a ošetrovatelské zásahy. Podle tohoto plánu sestra realizuje péči a pozoruje vývoj stavu pacienta/klienta. Jeho stav dokumentuje, průběžně vyhodnocuje a upravuje dle něho ošetrovatelské plány. Uspokojování biogenních potřeb kontroluje sestra většinou objektivními metodami (např. potřebu výživy metodou vážení atp.), ale pocit uspokojení či neuspokojení těchto potřeb může být i subjektivní záležitostí pacienta s odlišným výsledkem než je sesterské objektivní zhodnocení. Posouzení, zda je uspokojena psychologická (a sociální) potřeba, je ve většině případů hodnocením subjektivním.

Pokud má ošetrovatelská intervence člověku pomoci, je nutné, aby byly současně uspokojovány jeho fyziologické i psychosociální potřeby, účinná pomoc klientovi tedy musí zahrnovat jak psychologický, tak somatický ošetrovatelský zásah. Uvědomění si psychosomatické interakce je základem holistické péče.

2.3 Nádorová onemocnění prostaty, indikace k léčbě a její úskalí

2.3.1 Anatomie a fyziologie prostaty

Prostata (předstojná žláza) je uložena mezi močovým měchýřem a pánevním dnem a obepíná po celém obvodu močovou trubici. Má tvar ventrodorzálně oploštělého komolého kužele a velikost kaštanu. Prostata je svalově-žláznatý orgán. Mezi žlázkami prostaty jsou roztroušeny buňky hladké svaloviny a buňky vaziva. Povrch prostaty je pokryt vazivovým pouzdem, ze kterého odstupují tenké přepážky, rozdělující žlázu na laloky.

Prostatické žlázy produkují řídký, mléčně zkalený sekret, který se při pohlavním dráždění stává součástí ejakulátu a svým alkalickým složením neutralizuje kyselé poševní prostředí a usnadňuje proniknutí spermií do dělohy.[10, s. 140]

Prostata má své arteriální zásobení z a.vesicalis inferior, která se po vyslání drobných větviček k semenným váčkům a bázi močového měchýře a prostaty, rozděluje do dvou skupin prostatických cév. Kapsulární větve jdoucí po povrchu prostaty v endopelvicke fascii, probíhají paralelně s nervovými vlákny. Samotné nervy operatér při operaci prostaty zpravidla nevidí, ale ušetří-li tyto cévy, zachrání většinou nervové pleteně inervující corpora cavernosa. Do kavernózních těles přivádí krev a. pudenda, ale mezi ní a a. vesicalis existují arteriální spojky.

Venózní zásobení prostaty obstarávají tři větve v. dorsalis penis profunda. Operátérova znalost venózního zásobení prostaty je nezbytná pro výraznou redukci krevních ztrát při operaci.[11, s. 1065-1066]

2.3.2 Nádory prostaty, diagnostika a léčba

Zhoubné nádory prostaty jsou po kožních nádorech druhou nejčastější malignitou mužské populace a představují přibližně 16% všech nádorů mužů starších 50 let. Jeho incidence je závislá na věku, zvyšuje se se stárnutím s maximem v 6. a 7. deceniu. Mortalita na karcinom prostaty kolísá v průmyslových společnostech mezi 3,5 až 4,5%, což řadí toto onemocnění v incidenci na druhé místo po karcinomu plic. [12, s. 13] Ve více než 95% nádorů se jedná o adenokarcinom.

Z patologickoanatomického hlediska se jedná o abnormální nekoordinovaný růst epiteliálních buněk prostaty, které rostou lokálně invazivně. Nádorová tkáň má i schopnost zakládání vzdálených metastáz.

Průběh onemocnění je dlouho asymptomatický, hematurie, hemosperma nebo mikční (obstrukční a iritační) příznaky jsou obvykle známkou již pokročilého onemocnění. Nezřídka se onemocnění projeví až vzdálenými metastázami – např. skeletální bolestí při kostních metastázách.

Časná diagnostika onemocnění je věcí pravidelného sledování mužů nad 50 let. Lékař ročně provádí vyšetření per rectum, případně stanoví prostatický specifický antigen (PSA) a jeho volnou frakci (free PSA) a podezření na karcinom doplní urolog transrektální ultrasonografií a biopsií prostaty. Biopsie prostaty je základem pro diagnostiku a léčbu.

Při histologickém průkazu karcinomu se doplní staging, tzn. stanoví se rozsah onemocnění (velikost nádoru, eventuelní postižení uzlin či přítomnost metastáz), které je nezbytné pro indikaci léčby a odbornou komunikaci. Nezbytností při volbě léčebného postupu je souhlas informovaného nemocného.

Při časně detekci nádoru může nemocný podstoupit radikální chirurgickou léčbu, většinou radikální prostatektomií. Z dalších možností léčby se nabízí radiační terapie, kryoterapie nebo pozdržení progresu onemocnění u pokročilejších stavů hormonální blokádu (androgenní ablací či medikamentózně). V případě metastáz lze zlepšit kvalitu života alespoň

zmírněním bolestí. Pro pacienta/klienta s náhodným nálezem malého ložiska karcinomu prostaty je obvyklým postupem sledování pacienta/klienta. Výsledek léčby onemocnění závisí především na stadiu onemocnění, v němž byla stanovena diagnóza.

2.3.3 Radikální prostatektomie – RAPE

Cílem postupu u mužů s lokalizovaným karcinomem prostaty a očekávanou délkou života nad 10 let, musí být eradikace onemocnění. Radikální prostatektomie je metodou první volby. Ve skutečnosti neexistuje pro radikální prostatektomii věkový limit, proto by pacientovi/klientovi neměl být odepřen tento přístup pouze na podkladě jeho věku.

Pacient/klient se musí po podrobném poučení o léčebných metodách pro konkrétní způsob léčby rozhodnout sám. Vždy je nutno zohlednit individuální strukturu hodnot samotného nemocného, proto je třeba pacienta/klienta před operací skutečně detailně informovat o všech operačních rizicích a ponechat mu dostatečnou dobu k jeho rozhodnutí. S výhodou je zde součinnost klinického psychologa.

Definitivnímu rozhodnutí o typu léčby obvykle předchází pánevní lymfadenektomie . Může se provést buď laparoskopicky jako samostatný výkon nebo na začátku radikální operace s rychlou biopsií. Je-li histologický nález negativní, může následovat radikální operace. [13, s. 222]

Podstata radikální prostatektomie spočívá v kompletním odstranění prostatické žlázy a semenných váčků s následnou anastomózou uretro-vezikální. Existuje více modifikací techniky operace: kromě retropubického přístupu lze operovat z přístupu perineálního; v poslední době byla do klinické praxe zavedena technika minimálně invazivní-laparoskopická. [14, s. 426]

Radikální prostatektomie je technicky náročnou operací. Nezvládnutí jejích úskalí vede k nepříjemným komplikacím. [13, s. 222]

Tab. 4: Komplikace radikální prostatektomie: [15, s. 41]

Komplikace	Incidence (%)
Úmrtí při operaci	0,0- 2,1
Velké krvácení	1,0- 11,5
Poranění recta	0,0- 5,4
Hluboká žilní trombóza	0,0- 8,3
Plicní embolizace	0,8- 7,7
Lymfokéla	1,0- 3,0
Odkapávání moči, fistula	0,3- 15,4
Mírná stresová inkontinence	4,0- 15,4
Výrazná stresová inkontinence	0,0-15,4
Impotence	29,0- 100,0
Obstrukce hrdla moč. měchýře	0,5- 14,6
Ureterální obstrukce	0,0- 0,7
Striktura uretry	2,0- 9,0

Kromě exaktní diagnostiky je předpokladem indikace RAPE též celkově příznivý zdravotní stav nemocného. Jde o operaci spojenou s rizikem peroperačních krevních ztrát i s rizikem komplikací tromboembolických.

Kvalita života po provedené radikální prostatektomii je dána zejména kritériem kvality kontinence a kvality uchování erektilní funkce. Rozpracování techniky radikální prostatektomie bylo umožněno detailním studiem topografických vztahů anatomických struktur s pochopením hlavního významu souvislosti porušení nervově cévních svazků s erektilními poruchami. Morfologická škála anatomie apexu prostaty má zase bezprostřední vztah k zevnímu sfinkteru, jehož peroperační léze má za následek poruchu kontinence. Proto se při operaci operatér snaží šetřit nervově cévní svazky probíhající laterálně po obou stranách prostaty a při preparaci v oblasti apexu prostaty se snaží neporanit hlubší struktury diafragmatu, zejména svalová vlákna sfinkteru uretry. Operatér je často postaven před závažné rozhodování mezi upřednostněním požadavků onkologické radikality či aspektů kvality života nemocného v pooperačním období. Pakliže je zjištěna peroperačně infiltrace nervově cévních svazků nádorem, preferuje se vždy onkologická radikalita; u těchto nemocných pak nutno s erektilními poruchami počítat prakticky zákonitě. [14, s.427]

2.4 Potřeby pacienta/klienta po operaci RAPE

2.4.1 Běžný pooperační režim po RAPE

Režim pacienta/klienta po radikální prostatektomii je dán zvyklostmi urologických oddělení. Pacient/klient je po operaci převezen z operačního sálu na dospávací pokoj, je-li ve stabilizovaném stavu, předává se poté na lůžkové oddělení urologie nebo ideálně na pooperační oddělení.

Ošetřující sestra věnuje pacientovi/klientovi zvýšenou pozornost. Sleduje celkový stav pacienta/klienta, monitoruje v pravidelných intervalech fyziologické funkce (TK, P, D, SaO₂, EKG křivku, TT), měří a dokumentuje bilanci tekutin. Aktivně sleduje a pomáhá tlumit subjektivně negativní pocity pacienta/klienta, např. nauzeu nebo bolest. Bolest může být tlumena v prvních pooperačních dnech i opiáty aplikovanými i.v. nebo i.m., případně analgézií aplikovanou do epidurálního katétru.

Pacient/klient je ze sálu přivezen se zavedeným permanentním močovým katétrem, který mu je ponechán po dobu 2-3 týdnů (dle zvyklostí pracoviště, většinou ale 21 dní). Velký důraz se klade na to, aby během tohoto období nedošlo k nechtěné extrakci původního katétru a tím poranění operovaných struktur, proto můžeme např. katétr fixovat k penisu ještě náplastí.

Sestra pečuje o operační ránu. Sleduje, zda neprosakuje její krytí, sleduje výdej z drénů (většinou jde o 1-2 drény na samospád). Podle sekrece z drénů mohou být tyto zprvu zastřiženy do obvazu a poté extrahovány. Rána se pravidelně převazuje, po týdnu se obvykle extrahují stehy. Pacient/klient dostává ATB, zprvu v i.v. formě, později v tabletách.

Výživa pacienta/klienta a tekutiny jsou doplňovány zpočátku v infuzích. V 1. pooperační den smí pacient/klient čaj po lžičkách, postupně se přes čajovou, pooperační kašovitou a šetrící dietu(4) navrácí ke své běžné stravě. Předepsaná dieta se řídí funkcí pacientovi/klientovi střevní peristaltiky, odchodem plynů a stolice.

Z důvodu tromboembolických komplikací jsou pacientovi/klientovi bandážovány dolní končetiny a aplikovány antikoagulanty. Již 1. pooperační den začíná pacient rehabilitovat, zatím jen na lůžku. Z důvodu rizika uvolnění vesiko-uretrální anastomózy vstávali dříve pacienti/klienti (samozřejmě dle zvyku oddělení) až třeba 3.-4. den. Dnes, díky zlepšující se kvalitě šicího materiálu, smějí být opatrně vertikalizováni již 2. pooperační den.

Z nemocnice může být pacient/klient propuštěn, stojí-li o to a umožňuje-li to jeho stav, po extrakci stehů z operační rány. V takovém případě odchází do domácí péče i se zavedeným močovým katétrem a 21. den se k hospitalizaci minimálně na 2 dny vrací, aby mu byl močový katétr vyjmut, a aby se následně pohlídal nástup fyziologického močení. V tuto dobu jsou ale v určité míře všichni pacienti/klienti inkontinentní.

Následné sledování pacienta/klienta, nenastanou-li nepředpokládané komplikace vyžadující hospitalizaci, probíhá formou ambulantních kontrol na urologii. Radikální chirurgická léčba bez pooperačních komplikací, vyžaduje pracovní neschopnost 6-8 týdnů, jinak se řídí komplikujícími faktory.[16]

2.4.2 Nejčastější komplikace operace ovlivňující kvalitu života

Inkontinence moči

Inkontinence je stav nedobrovolného úniku moči, který představuje medicínsko-psychologický a sociálně-hygienický problém. Je mimořádně závažným jevem, představujícím osobní dyskomfort a často i sociálně společenské omezení v běžném životě.

Jako primární příčina inkontinence se jeví poškození zevního svěrače uretry, ale může jít i o poškození hladké svaloviny močové trubice nebo o poranění nervově cévních svazků,

kteří ji zásobují. Zabezpečení močové kontinence může být rovněž poškozeno vznikem kontraktury hrdla močového měchýře nebo naopak příliš širokým hrdlem. Konečně mnoho mužů má vyvinutou hypertrofii detruzoru a sníženou complianci močového měchýře z důvodu již existující výtokové obstrukce močového měchýře, což oddaluje dosažení plné kontinence. [17, s.256.]

Incidence močové inkontinence po radikální prostatektomii se pohybuje dle literárních pramenů od 5 –30%. [18, s. 10] Je třeba ale vzít v potaz celou škálu poruch kontinence. S lehkou posturální inkontinencí stresového charakteru nutno v časném pooperačním období počítat prakticky vždy; tato má většinou tendenci ke spontánní úpravě. Příznivý vliv mají rehabilitační cviky (tzv. Kegely) na posílení svalstva pánevního dna a farmakoterapie (nasazení imipraminu nebo alfa-agonistů, při léčbě hypertenze vysadit alfa-adrenergní antagonisty), využít lze i rektální elektrostimulace. Pacienti/klienti by se měly také vyhybat nápojům obsahujícím kofein a alkohol. [17, s. 256] Nemocní zpravidla potřebují pomůcky pro inkontinenci ve stále menší míře a nakonec jen jako pojistku při společensky exponovaných situacích.

Totální inkontinence, kdy moč odchází samovolně prakticky stále (i vleže), je následkem závažného poranění svěrače. Zde je léčba svízelná a prakticky jedinou možností je následná léčba chirurgická. [14, s. 427]

Všeobecně přijatelnou chirurgickou metodou při vyšším stupni inkontinence je intrauretrální aplikace kolagenových, silikonových, event. teflonových injekcí, která navozuje fyziologické močení. Látka se submukózně aplikuje do oblasti svěrače uretry, čímž dojde k zúžení lumen a zvýšení výtokového odporu močové trubice. Injekční léčba je jednoduchá, minimálně invazivní, výkon lze provést i v lokální anestezii. Kolagen je však poměrně drahý, procento následného selhání vysoké a k dosažení žádoucího výsledku je třeba opakované aplikace, protože materiál se postupně vstřebává. Těžké případy inkontinence tento postup prakticky neřeší.

Za zlatý standart v léčbě inkontinence je považován arteficiální svěrač, ale jeho mechanické závady a operační revize nejsou vzácností. Jde o zařízení složené ze 3 částí, manžety, rezervoáru a pumpy, které jsou spojeny hadičkou. Manžeta se umísťuje kolem uretry, rezervoár do podkoží podbřišku, balónková pumpa do skrota. Stlačením pumpy se přesune náplň manžety do rezervoáru a pacient může volně močit. Asi za 3 minuty se tekutiny automaticky vrátí do manžety. Umělý svěrač neumožňuje fyziologické močení a jeho obsluha vyžaduje určité manuální a mentální schopnosti pacienta/klienta. Nevýhodou je i jeho vysoká cena.

Novou metodou v léčbě inkontinence se stává bulbouretrální slingová operace prolenovou páskou, podobná technikám řešícím po řadu let ženskou močovou inkontinenci. Jde o metodu jednoduchou, bezpečnou a levnější než je arteficiální svěrač, přičemž zajistí fyziologické močení. Páska z autologního (např. břišní fascie) nebo syntetického materiálu se jako smyčka podvlékne pod močovou trubici a dotáhne k fascii přímých břišních svalů tak, aby uzavírala močovou trubici a zabránila tak úniku moči. [18, s. 9-12, 19, s. 5]

V případě, že léčba inkontinence selže, nebo ji není možno z různých důvodů uskutečnit, nezbyvá pacientovi nic jiného, než nadále využívat protetických pomůcek.

Pro inkontinentní pacienty/klienty je k dispozici velký výběr pomůcek a přípravků různých firem, které zabezpečují spolehlivé a nenápadné jímání moči a výrazně tak pomáhají ke zkvalitnění života takto postižených. Důležitým cílem u těchto lidí je také zabránit poškození pokožky látkami vzniklými rozkladem moči.

Pomůcky pro inkontinentní muže lze rozdělit na pomůcky sběrné, odvádějící moč do sáčku nebo nádoby (např. kondomový urinál), obstrukční, které fungují na bázi uzavření/sevření močové trubice (penilní svorka) a absorbční (s různou sací silou), které jsou

v současné době nejpoužívanější . Jde o vložky (vkládají se do fixačních kalhotek), pleny, absorbční kalhotky, speciální kapsy pro muže a podložky k ochraně křesla či lůžka. [20]

Sortiment pomůcek by měl znát nejen lékař, ale i zdravotní sestra, která by měla umět pacientovi/klientovi poradit, jaká z pomůcek je pro něj nejvhodnější. Při výběru pomůcky bychom měli vždy zvážit druh a stupeň inkontinence, osobní preference pacienta/klienta, fyzické a mentální schopnosti pacienta/klienta, jeho anatomické proporce a konečně cenu pomůcek.

S výběrem pomůcky většinou ochotně poradí i v každé lékárně nebo prodejně zdravotnických potřeb, případně na bezplatných telefonních linkách či webových stránkách firem vyrábějících tyto pomůcky. Některé firmy ochotně na požádání zašlou zdarma vzorek vybrané pomůcky k vyzkoušení.

Inkontinentní nemocní by také měli vědět, že jim lékař (urolog i praktický lékař) na většinu z těchto pomůcek může vystavit poukaz, a že je většina pomůcek hrazena pojišťovnou. Předepisování se děje dle stupňů inkontinence a samozřejmě do určitého množství (podmínky VZP jsou v příloze č.1). [21] Pro kvantifikaci inkontinence lze použít tzv. "pad test": pacient/klient váží vložky nebo pleny za určitý časový interval (obvykle za 1-2h), kdy vypije určené množství tekutiny a vykonává činnosti provokující únik moči. Na konci testu pacient/klient zváží vložky nebo pleny a nárůst hmotnosti udává míru inkontinence. [19, s.4]

U mnoha mužů trpících inkontinencí se objevují časté vyrážky a kožní defekty. Proto by měl být pacient/klient, kromě zmíněných pomůcek, upozorněn na důležitost ošetřování pokožky namáhané inkontinencí speciální kosmetikou, která ji dokáže před agresivními vlivy, jako je moč, ochránit. Zvýšená osobní hygiena (omývání postižených partií několikrát denně nejlépe po úniku moči) je samozřejmostí. Účinným pomocníkem v kritických situacích mohou být také účelné, snadno otevíratelné oděvy.[22]

Možností řešení inkontinence je mnoho. Nikdo nechce žít se studem a obavami, s omezením v různých oblastech života. Není třeba inkontinenci obětovat fyzickou aktivitu, cestování, společenský nebo sexuální život. Je na zdravotnících, aby vhodné řešení pacientovi/klientovi nabídli a pomohli s jeho výběrem.

Impotence

Impotence, neboli erektilní dysfunkce, je neschopnost dosáhnout dostatečné erekce potřebné k normálnímu pohlavnímu styku. Protože schopnost pohlavního styku patří k základním potřebám normálního muže, je pro jeho vlastní sebedůvěru zásadně důležitá skutečnost, zda-li dosahuje normální erekce.[23, s. 8]

Impotence je i přes zdokonalující se operační metodiky nejčastější komplikací radikální prostatektomie. Podstatou erektilní dysfunkce po RAPE je poškození autonomních kavernózních nervů, u některých jedinců se na erektilní dysfunkci může podílet poškození vnitřní pudendální aretrie.

Poškození kavernózních nervů vedlo k rozvoji impotence dříve u 100% pacientů/klientů. Obratem bylo až zavedení nervy šetřící metodiky, která se neustále vyvíjí a výsledky se zlepšují. [24,s. 29]

Návrat sexuální funkce koreluje se třemi faktory: věk, klinické a patologické stadium a chirurgická technika (zachování nebo excize nervově-cévních svazků). K nejlepší restituci sexuálních funkcí dochází u pacientů/klientů mladých a s nádorem ohraničeným na prostatickou žlázu. A to jsou také pacienti/klienti, kteří mohou mít z operace největší benefit. [17, s. 257]

Z prací o erektilních dysfunkcích po RAPE je znám fakt, že v pooperačním období dochází k postupné reparaci erektility, a to až 24 měsíců od operace. Absence pravidelných a rigidních erekcí ale vede k hypoxii kavernózní tkáně, dochází k vazokonstrikci, fibróze a

erektilní dysfunkci. Proto, aby byla zachována naděje na co nejlepší návrat spontánní erektility, je doporučována co nejčastější sexuální rehabilitace, a to v době, kdy pacienti/klienti často na sex nemají ani pomyslení. V praxi se doporučuje co nejdříve dosahovat pravidelných erekcí, aby docházelo k pravidelné oxygenaci kavernózní tkáně, čímž se zabrání její fibrotizaci. Farmaka se podávají proto již za 1 měsíc od operace. [24, s. 29-30] Podporujeme jimi pacienty/klienty k sexuální aktivitě až do úplného návratu erekce. Z farmakologických přípravků mohou pacienti/klienti využít perorální sildenafil nebo intrauretrální prostaglandin či intrakavernózní injekce alprostadilu [17, s. 257], při kterých si pacient/klient vpichuje lék přímo do topořivého tělesa velmi jemnou jehlou. Po několika pokusných injekcích pod dohledem urologa je pacient/klient schopen si injekce píchat sám doma. Musí být ale dostatečně poučen o příznacích možných komplikací a o dávkování. Doporučuje se injekce aplikovat ve dvou až tří denních intervalech. [23, s. 39-40] K sexuální aktivitě lze podporovat i pomocí vakuového zařízení. Vždy věříme, že tyto prostředky napomůžou dosáhnout trvalé schopnosti spontánní erekce. [17, s. 257] Mímotělní podtlakový erektor, zvláštní cylindr s vakuovou pumpou, který se nasazuje kolem penisu, se dá používat jen časově omezenou dobu. Vypumpováním vzduchu z komory se vytvoří podtlak, který nasává krev do topořivých těles penisu. Nakonec se kolem kořene penisu obtočí gumová manžeta, takže je v penisu krev na určitou dobu zadržena a vzniká erekce. Tento způsob nejčastěji používají muži, kteří se bojí injekcí a odkládají implantaci penilní protézy.

Implantace penilní protézy je dnes běžným chirurgickým výkonem, který nemívá komplikace a vyřeší problém s nedostavující se erekcí. V současné době jsou k dispozici tři základní druhy penilních protéz: polotuhé, rozpínatelné (inflatabilní) jednodílné nebo vícedílné. U polotuhých je nevýhodou, že udržují jakousi stálou poloerekci, která se dá jen obtížně zamaskovat. Jsou ovšem nejlevnější. U jednodílných penilních protéz se erekce dosahuje mačkáním pumpičky umístěné za žaludem penisu, k ochabnutí dochází po zmáčknutí speciální chlopně a nebo při ohnutí penisu při jeho bázi. Ve srovnání s vícedílnou protézou je zde erekce i úplnost ochabnutí méně dokonalá. Vhodná je pro starší pacienty/klienty, kteří vyžadují co nejmenší chirurgický výkon a spolehlivé zařízení. Vícedílné protézy jsou ze všech hledisek nejlepší, ale operační zákrok, při kterém se tato protéza implantuje, je o něco rozsáhlejší a komplikovanější. První část, rozpínatelné válce, se voperují do topořivých těles, drobná pumpička se umísťuje do šourku a rezervoár se implantuje do oblasti pánve. Celý hydraulický systém je vyplněn fyziologickým roztokem. Když chce muž dosáhnout erekce, stiskne pumpičku v šourku a erekce může být udržována tak dlouho, jak je partnery požadováno. Pro odeznění erekce stačí stisknout malou chlopně v oblasti pumpičky v šourku. Erekcí je s vícedílnou protézou nejpřirozenější, ochabnutí penisu nejdokonalejší. [23, s. 43-52]

Podle výzkumu prováděného v období r.2000 - 2002 na urologii v Motole, je nejvíce pacientů/klientů, kteří navštívili andrologickou poradnu v souvislosti s erektilní dysfunkcí po RAPE, léčeno intrakavernózními injekcemi (79.2%). Léčbu perorální podstupuje 8.3% pacientů a 12.5% pacientů léčbu vzdalo. Přitom žádný nemocný nevyužívá podtlakový erektor, ani neřešil impotenci implantací penilní protézy. Intrakavernózní aplikace alprostadilu se jeví, dle tohoto výzkumu, jako nejúčinnější a velmi dobře nemocnými tolerované, zatímco perorální léčba vykazuje nejmenší účinnost. [25, s. 26]

Možností řešících impotenci se tedy nabízí opět několik. Muži, které tento problém trápí, by měli mít možnost se o nabízených technikách dozvědět a vhodnou si vybrat.

Zmiňované nejčastější komplikace RAPE, močová inkontinence a impotence, jsou témata, které se dotýkají nejcitlivější stránky mužů a omezují je ve všech oblastech holistické osobnosti. Pro některé z nich jde o téma, které o co více je zasahuje, o to méně jsou ochotni o

něm mluvit. Na zdravotnicích je, aby pacienty/klienty na následné pooperační potíže připravili, i aby jim současně nabídli škálu možných řešení.

2.4.3 Vzniklé ošetrovatelské problémy z pohledu sestry

Během pooperačního období se potřeby klientů/pacientů mění, některé vznikají, jiné zanikají. K sepsání vzniklých ošetrovatelských problémů u pacientů/klientů po radikální prostatektomii a následnému sestavení ošetrovatelského procesu jsem využila vlastních zkušeností získaných dosavadní praxí na urologickém oddělení a informací získaných během bakalářského studia.

Problémy pacienta/klienta zasáhnou již v předoperačním období. Z biologických potřeb se u pacientů/klientů s karcinomem prostaty mohou již v předoperačním období objevit potíže s močením či erekcí. Sdělení diagnózy ale u většiny pacientů/klientů zasáhne převážně jejich psychickou oblast. Ovládne je strach, úzkost či beznaděj. Mají před sebou nelehký úkol rozhodování pro konkrétní způsob léčby, přitom do dané chvíle o karcinomu prostaty a jeho léčbě nevěděli většinou nic nebo jen málo. Nejistota, která je zasahuje, se týká nejen výsledků diagnostických vyšetření, ale i budoucích výsledků léčby, konkrétních komplikací, i toho, jak ovlivní nemoc jejich další život, třeba právě v oblasti sociální, budou-li muset změnit zaměstnání, koníčky, přijdou-li tak o přátele či dokonce ztratí partnerku.

Rozhodne-li se pacient/klient pro léčbu radikální prostatektomií, tráví v nemocnici již minimálně 2 dny před operací a k výkonu se připravuje. Nepříjemné je lačnění, předoperační příprava střeva laxancii a klyzmaty, i vytržení ze zaběhlého denního režimu, od rodiny a přátel, do neznámého prostředí.

V časném pooperačním období je pacient/klient značně omezen léčebným režimem, ale i svými subjektivními pocity. Zpočátku nesmí vstávat, není schopen základní sebeobsluhy a stává se závislým na pomoci sestry. Mívá bolesti, někdy nauzeu, cítí se slabý. Pocit, že mu z těla vychází několik hadiček, také mnohým nedělá dobře a navíc se bojí, aby si s nimi „něco“ neudělali, čímž by si ublížili a zkomplikovali léčbu. O to více se tedy cítí nejistí v nové situaci. Změněný dietní režim na pacienta/klienta brzy dolehne pocitem hladu. Není jim dobře, někdy stále pochybují o tom, jestli podstoupení operace bylo tou nejlepší volbou, stále je před nimi otazník toho, co bude vlastně dál. Potřebují se svěřit se svými obavami, potřebují odpovědi na své otázky, se kterými jsou zavřeni sami ve své posteli. Pokud jsou pacienti/klienti na pooperačním pokoji, nemají za nimi většinou ani přístup návštěvy.

Sestry v tomto období pečují o pacienta/klienta komplexně. Jde nejen o návrat fyziologických funkcí a vodního a minerálního hospodářství organismu do normálních mezí, ale i o obranu proti infekci podáváním naordinovaných antibiotik, aseptickými postupy při převazech, při péči o vstupy, obstaráváním hygieny. Neméně důležitý je ale vhodný psychologický přístup. Po pár dnech, když už pacienti/klienti vstávají, uvědomují si snad ještě více svou slabost a nejistotu, dopomoc sestry při mytí či oblékání je v prvním týdnu nutná. Bolesti pomalu odeznívají. Po několika dnech hladovění a infuzí dostanou pacienti/klienti své první jídlo, ne všichni jsou z něj ale nadšeni. Při ležení v posteli se většina z nich brzy začne nudit, není –li pokoj nadstandardně vybaven alespoň televizí, nepřinesli-li si sebou dostatek knih či časopisů, nebo nedochází-li za nimi denně návštěva. A takové štěstí většina pacientů/klientů opravdu nemá.

Po vyndání stehů z operační rány je pacientům/klientům nabídnuto, že mohou strávit několik dní (do dne extrakce močové cévky) doma. Volba je na nich. U některých vítězí touha po domácím prostředí, po rodině, někoho ovládne nejistota, že sám péči o sebe nezvládne, zvláště když se musí postarat i o svou močovou cévku. A co když přijdou bolesti nebo nějaké jiné komplikace?

Ze zjištěných problémů můžeme vyvodit, které potřeby bývají v souvislosti s operací neuspokojeny. Samozřejmě, jak již bylo zmíněno, každý člověk je individuální osobnost a dle toho se jeho potřeby mohou odlišovat.

Nejčastěji vzniklé neuspokojené potřeby po radikální prostatektomii v době hospitalizace:

A) primární (biologické):

- potřeba přirozeného pohybu (v souvislosti s naordinovaným léčebným režimem, slabostí a bolestmi)
- potřeba přijímání potravy (v souvislosti s nauzeou, hladem nebo změnou jídelníčku)
- potřeba fyziologického vylučování stolice (v souvislosti s omezeným pohybem a sníženou střevní peristaltikou po operaci)
- potřeba fyziologického vylučování moče (v souvislosti s nepříjemnostmi vzniklými z důvodu zavedené močové cévky)
- potřeba bezbolestného stavu (v souvislosti s bolestí operační rány, s cizím tělesem v těle – močovou cévkou)
- potřeba vnitřní homeostázy organismu a vyhybání se noxe (biologická potřeba, která nemusí mít psychickou odezvu, souvisí s narušením vnitřního prostředí operací, s rizikem vzniku infekce při narušené kožní integritě, změnou příjmu potravy a tekutin i jejich vylučováním)

B) sekundární (psychosociální):

- potřeba vědět a rozumět (v souvislosti s onemocněním, s výsledky operace, prognózou, s pooperačním režimem)
- potřeba jistoty, bezpečí a důvěry ve zdravotníky (v souvislosti s obávaným onemocněním rakovinou, v souvislosti s cizím tělesem v těle- drény, močová cévka, se změněným prostředím i režimem)
- potřeba nezávislosti a sebeúcty (v souvislosti s neschopností základní sebeobsluhy, se změněným režimem)
- potřeba smysluplného využití času (v souvislosti s nudou v uzavřeném nemocničním prostředí)
- potřeba kontaktu s rodinou a přáteli (v souvislosti s odloučením a touhou se svěřit, popovídat si s někým blízkým)

Den vyndání cévky je pacienty/klienty radostně očekáván, někteří si ale uvědomí, že ač už budou vypadat zdravě, následky operace jim život ještě pozmění. Na jak dlouho, jak moc? Močová inkontinence je jistě nepříjemnou záležitostí a kromě používání pomůcek, narušování nočního spánku a nutnosti zvýšené hygieny, ke které vedou pocity vlastního dyskomfortu i strach, aby potíže neprozradil močový zápach, zasáhne některým inkontinence do společenského života. Raději se izolují, než aby se na jejich problém přišlo. Potíže s erekcí ovlivní některým partnerský život a muži mohou mít pocit, že už ztratili příliš mnoho.

Návrat do běžného života ještě chvíli potrvá. Motivace, citlivý přístup okolí a dostatečná informovanost o pomůckách a postupech, které jim tento návrat k normálnímu životu usnadní, je v tomto období tím nejdůležitějším, čím mohou zdravotníci pomoci.

Nejčastěji vzniklé neuspokojené potřeby po radikální prostatektomii v době po propuštění z nemocnice:

A) primární (biologické):

- potřeba čistoty (v souvislosti s únikem moči)
- potřeba spánku (v souvislosti s nočním nucením na močení)
- potřeba sexu (v souvislosti s erektilní dysfunkcí následkem operace)
- potřeba pohybu - dostatku fyzických sil (v souvislosti s přetrvávající pooperační slabostí či bolestmi)

B) sekundární (psychosociální):

- potřeba vědět a rozumět (v souvislosti s pooperačními následky, s nimi souvisejícími novými postupy/používáním a obstaráváním nových pomůcek)
- potřeba setkávat se s přáteli, chodit za kulturou (v souvislosti s omezením společenských aktivit vzhledem k močové inkontinenci)
- potřeba vykonávat své zaměstnání a koníčky (v souvislosti s inkontinencí nebo omezením pooperačním režimem, slabostí či bolestí)
- potřeba uznání a sebeúcty (v souvislosti s erektilní dysfunkcí a inkontinencí)
- potřeba lásky (v souvislosti s narušením intimního vztahu s partnerkou při erektilní dysfunkci a inkontinenci)
- potřeba jistoty a otevřené budoucnosti (v souvislosti se strachem, že se zdravotní stav nezlepší, s obavami z recidivy)

2.5 Ošetrovatelský proces u pacienta po radikální prostatektomii

2.5.1 Zhodnocení stavu klienta

Jak již bylo zmíněno, nejkompexněji je osobnost člověka pojata v Modelu funkčního zdraví M. Gordonové. Při použití vzoru anamnézy a fyzikálního vyšetření dle tohoto modelu, získáme holistický obraz o našem pacientovi/klientovi a jeho současném stavu. Anamnézu odebíráme při přijetí pacienta/klienta k hospitalizaci (ve většině zdravotnických zařízení se odebírá tzv. zkrácená anamnéza), během hospitalizace je ale třeba informace doplňovat, aktualizovat a přehodnocovat. Důležité je, aby sestry nejen kladly otázky, ale aby pacienta sledovaly a uměly zhodnotit a porovnat změny stavu, například jeho změněné nálady. Je důležité vědět, zda pacient rozumí svému zdravotnímu stavu, zná léčebný režim a z něho vyplývající omezení, ví, jaké pomůcky, léky či postupy používat na zmírnění obtíží a zda-li je skutečně používá. Na zmíněné oblasti je třeba se zaměřit převážně v době, kdy pacienta propouštíme (ať již dočasně, nebo trvale) do domácího léčení.

V době, kdy pacient/klient dochází po operaci na ambulantní kontroly, musí se sestra sama aktivně ptát zvláště na problémy související s inkontinencí. Zjišťuje pacientovi/klientovi běžné způsoby vylučování moče, frekvenci močení v noci a přes den, závislost uniklé moče na činnosti, množství uniklé moče (množství použitých absorbčních pomůcek), charakter moči. Dále se ptá, zda a jaké pacient/klient používá pomůcky, je-li s nimi spokojen, umí-li je správně použít. Sestra by měla zjistit, zda má pacient dostatečné množství potřebných pomůcek a zda ví, jakým způsobem a kde si další pomůcky obstarat. Všímá si kůže v okolí genitálu, zda není poškozená působením moči. Zjišťuje, zda pacient/klient zná a dodržuje doporučené postupy zmírňující inkontinenci. Sestra by se měla ptát, jaká omezení v běžném životě inkontinence pacientovi/klientovi přináší, zda se pacient/klient s problémem přiměřeně vyrovnal, či se trápí, jak se k jeho problému staví jeho blízké okolí, rodina.

I když sestry bývají ze zdravotníků častěji považovány za ty, kterým se pacienti/klienti svěřují, u problémů s erekcí to až takovým pravidlem nebývá. Pacient/klient se v případě tohoto problému snáze svěří lékaři- urologovi. A tak i možné návrhy řešení erektilních dysfunkcí zůstávají doménou lékařů. Je třeba ale myslet na to, že si pacient/klient s erektilní dysfunkcí zaslouží holistický přístup zdravotníků, protože samotný problém může být i v tomto případě zapříčiněn (resp. zhoršován) psychikou pacienta/klienta a jeho strachem ze selhání. Je přínosné vědět, jakou důležitost přikládá souloži ve vztahu partnerka a jaké je očekávání pacienta/klienta a páru, pokud jde o výsledek léčby. [26, s. 12-17]

2.5.2 Stanovení ošetrovatelské péče

Problémy, které zjistíme zhodnocením stavu klienta, pojmenujeme odbornou ošetrovatelskou terminologií a tyto ošetrovatelské diagnózy seřadíme podle důležitosti. Stanovíme si cíle péče a sesterské intervence, kterými stanovených cílů dosáhneme.

Pro příklad uvádím několik nejčastějších ošetrovatelských diagnóz, které se objevují po radikální prostatektomii v době hospitalizace (vyplývají z problémů uvedených v kapitole 2.4.3):

- riziko infekce z důvodu operační rány, zavedené močové cévky, periferní nebo centrální žilní kanyly

- porucha soběstačnosti (seběpěče) v oblasti hygieny, oblékání a vyprazdňování z důvodu změněného pohybového režimu, pooperační bolesti a slabosti, z důvodu neznalosti míry povoleného pohybu
- změna ve vyprazdňování střeva – zácpa, z důvodu snížené střevní peristaltiky v souvislosti s chirurgickým zákrokem, z důvodu změněného pohybového a dietního režimu
- bolest z důvodu operační rány, z důvodu cizího tělesa v těle (močová cévka, drény)
- neznalost (potřeba informací) z důvodu nedostatečné edukace o vlastním onemocnění, výsledcích operace, prognóze, s pooperačním režimem
- strach z důvodu onemocnění rakovinou, v souvislosti s výsledky léčby a následky onemocnění (zvláště při nedostatečné informovanosti)
- sebeúcta porušená z důvodu snížené soběstačnosti, z důvodu neznalosti souvislostí v neznámém prostředí a situaci
- společenská interakce porušená z důvodu nedostupnosti blízkých osob, z důvodu nedůvěry ve zdravotnický personál, uzavřenosti v souvislosti se situačně sníženou sebeúctou

Příklad nejčastějších ošetřovatelských diagnóz, které se objevují po radikální prostatektomii v době po ukončené hospitalizaci:

- močení porušené/inkontinence z důvodu poškození svěrače uretry operací, z důvodu dlouhodobě zavedeného močového katétru
- kožní integrita porušená z důvodu močové inkontinence
- neznalost (potřeba informací) v souvislosti s novými léčebnými postupy, v souvislosti s používáním nových pomůcek
- spánek porušený z důvodu nucení na močení v noci a z důvodu pocitu dyskomfortu při močové inkontinenci
- společenská interakce porušená v souvislosti s močovou inkontinencí nebo z důvodu nemožnosti vykonávat své koníčky/zaměstnání v souvislosti s pooperačním zdravotním stavem a nařízeným režimem
- sexualita porušená/sexuální dysfunkce z důvodu nemožnosti erekce po chirurgickém zákroku, z důvodu močové inkontinence
- sebeúcta snižena z důvodu impotence, inkontinence
- zvládání situace rodinou neúčinné v souvislosti s citovým odcizením partnerky při změněném sexuálním a společenském životě partnerů

2.6 Edukace jako důležitá součást ošetrovatelského procesu

Historicky sestry poskytovaly pacientům v každé době nějaké informace o jejich zdravotním stavu, léčbě, možných komplikacích a potřebných krocích k jejich prevenci. Kvalita poskytovaných informací byla přímo úměrná množství času, zkušeností a „pracovnímu nadšení“ kterými ta která sestra disponovala.

Výuka pacientů/klientů v ČR se v mnoha zdravotnických zařízeních stále pokládá za určitý nadstandard, není prováděna důsledně a systematicky a její efektivita není vyhodnocována. Sestry se často ani nesnaží přesvědčit se, zda pacient předané informaci, instrukci nebo letáčku rozumí, nebo zda si vůbec něco zapamatoval.

Se změnou zdravotní politiky státu se klade velký důraz na uspokojování potřeb uživatelů péče a na jejich převzetí zodpovědnosti za svůj zdravotní stav a jejich zapojení se do léčby. Podávání informací o důvodech a podstatě jednotlivých vyšetření, výkonech, prognóze onemocnění, očekávaných následcích a možnostech jejich ovlivnění se nesmí podceňovat. Sestra musí předat nejen informaci o tom, co by měl pacient/klient dělat, ale také proč. Jedině tak se zbaví pacient/klient možného strachu, získá důvěru ve zdravotnický personál a bude spolupracovat při společném plánování a realizaci ošetrovatelské (i lékařské) péče. Sestry se někdy mylně domnívají, že určitou informaci nebo radu bude pacient/klient dodržovat jen proto, že mu byla předána „autoritou“. Když se pacient/klient radou neřídí, bývá označen za pacienta, který „nespolupracoval“.

Je třeba si uvědomit, že mnoho pacientů/klientů, zvláště v průběhu hospitalizace, není schopno vnímat podrobné informace týkající se jejich choroby, kondice, léčby nebo potřebných preventivních opatření. Sestra má mít schopnost vyhodnotit i další možné bariéry, které by mohly ovlivnit pochopení instrukcí pacientem/klientem a jeho schopnost se radami, které mu předává, řídit. Takové bariéry se objevují zvláště u starších pacientů/klientů, např. špatný zrak, sluch, nedostatek manuální zručnosti, ztráta krátkodobé paměti.

Nesprávně edukovaný nebo vůbec neinformovaný pacient/klient snáší léčbu i vše, co s ní souvisí, velmi špatně, nespolupracuje, chová se neadekvátně. Stupeň neadekvátního chování pacienta/klienta (např. neklid, agresivita, negativismus, apatie) je mírou vnitřního pocitu úzkosti různé intenzity. Zdravotnický personál má často tendenci soustředit se pouze na fyzikální stránku nemoci, ale výuka pacienta/klienta musí zahrnovat také zájem o jeho obavy, myšlenky a pocity. Musí mu pomoci pochopit to, k čemu došlo, pomoci mu opravit si své miskoncepce a zredukovat pocity úzkosti. Kromě neznalosti a neprovádění správných postupů směřujícím k uzdravení, může totiž nakonec somatickou vnější stránku pacienta/klienta ovlivnit samotný negativní vnitřní psychický stav.

2.6.1 Pojem edukace

Pojem edukace vychází z latinského educare, což znamená vychovávat, vzdělávat. Z toho vyplývá, že edukace znamená výchovu a vzdělávání[6], tedy proces předávání informací pacientovi/klientovi, výuka nových návyků, stereotypů.

Výuka pacientů/klientů je komunikační proces, který snižuje nebo eliminuje úzkosti a obavy pacienta/klienta a podporuje proces jeho uzdravení. Tento proces je nedílnou součástí plánu péče každého pacienta/klienta, vyjma těch, jejichž kritický stav výuce zabraňuje. Edukace ale zahrnuje nejen pacienta/klienta samotného, ale i jeho rodinné příslušníky tam, kde je to zapotřebí. Na základě pěstovaného, terapeutického důvěryhodného vztahu, dochází mezi sestrou a pacientem/klientem ke smysluplnému dialogu o jeho nemoci, o pocitech, které v něm nemoc vyvolává a o problémech, které jsou důsledkem jeho onemocnění. Na základě

tohoto dialogu dochází většinou u pacientů/klientů k pochopení a akceptování jeho stavu a plánovaných léčebných intervencí, což podporuje uzdravující proces. [28]

Cílem ošetrovatelského personálu při výuce pacienta/klienta tedy je:

- podpořit pacienta/klienta
- předat informace
- pomoci pacientovi/klientovi pochopit podstatu nemoci a její příčiny
- opravit jeho miskoncepce
- pomoci pacientovi/klientovi pochopit jeho vlastní roli v péči o svoji osobu a jeho zodpovědnost za své zdraví

Cílem edukace je:

- takové předání informace pacientovi/klientovi, které podpoří jeho schopnost změnit své chování tak, aby mohlo dojít k uzdravujícímu procesu, a aby si byl pacient/klient schopen dosažené zdraví udržet
- nabídnutí výuky ve správném čase (pro pacienta/klienta) a začleněním jak pacienta/klienta, tak i členů rodiny
- iniciování edukačního procesu získáním informací o pacientových/klientových potřebách, jejich vyhodnocení a oslovením těchto potřeb
- předání informací o potřebných zdrojích/organizacích v komunitě
- informování pacienta/klienta o jeho lécích
- informování pacienta/klienta o bezpečném a správném (účinném) používání pomůcek k životu
- informování propuštěného pacienta/klienta o následné péči a kde ji v případě potřeby získat
- informovanost pacienta/klienta o dodržování dietetických zásad a o interakci potravin a léků

Cíle edukace si můžeme rozdělit na cíle kognitivní, afektivní a psychomotorické. Výsledkem kognitivního cíle je, aby pacient/klient věděl, znal a rozuměl. Zakládá se na jeho intelektových schopnostech. Afektivní cíle edukace se týkají ovlivnění postojů, hodnot, názorů a životních přesvědčení. Zahrnují emoce. Psychomotorické cíle si kladou za úkol osvojení a používání dovedností, činností.

2.6.2 Podmínky edukace

Aby edukace byla co nejúčinnější, vyžaduje náležité prostory a pomůcky, dokumentaci – edukační protokoly, na kterých nám pacient/klient potvrdí proběhlou srozumitelnou edukaci podpisem (příklad edukačního protokolu je součástí přílohy číslo 2) a dobře proškolené sestry. Sestra – edukátorka musí mít znalosti toho, co učí, musí mít velkou schopnost empatie a ochotu pomoci, respekt k osobnosti pacienta/klienta, správné verbální i neverbální komunikační schopnosti, konzultační dovednosti – schopnost upřesnit, shrnout, podpořit, vysvětlit a ujasnit, schopnost uspořádat společné cíle, předat zpětnou vazbu, motivovat, uzavřít rozmluvu.

Při předávání informací musí myslet na důležitost srozumitelného, jednoduchého a časově a obsahově přiměřeného předávání informací. Proto by si měla před prováděním edukace vytvořit edukační plán, tzn. vytvořit si strukturu edukace k danému tématu.

Po celou dobu edukace musí mít sestra edukátorka na paměti lidskou individualitu a svůj cíl: pomoci člověku v těžké životní situaci.

2.6.3 Edukace pacienta/klienta před operací radikální prostatektomie

V době, kdy pacient/klient dochází na urologickou ambulanci, dozvídá se svou diagnózu a možná řešení, informuje pacienta/klienta o všech záležitostech především lékař. Ale ve chvíli, kdy pacient/klient dostává informace o následcích operace, může sestra sama nabídnout například základní informace o sortimentu pomůcek pro inkontinentní a jejich dostupnosti, přičemž zdůrazní jejich diskrétnost. Pacientovi to tak může usnadnit rozhodování o volbě léčebného postupu. Nemůžeme ale předpokládat, že si z této předoperační edukace pacient něco zapamatoval natolik, že by další edukaci na stejné téma už nepotřeboval.

V této fázi má totiž většina pacientů/klientů více starostí s nemocí a operací samotnou a vedlejší následky operace mu připadají často nedůležité, když řeší boj o holý život. Také proto v této fázi mnoho pacientů/klientů nemluví s lékařem o tématu erektilní dysfunkce, v tuto chvíli jim připadá problém nicotný, nestojí ani o nabízené léky, které, kdyby byly nasazeny po operaci včas, mohly by erekci vylepšit. Proto by už v této fázi měla mít sestra na pacienta/klienta dostatek času, aby mohla navázat s pacientem/klientem vztah plný důvěry, a aby zjistila více informací o všech oblastech pacientova dosavadního života, protože se dá předpokládat, že až pacient/klient překlene akutní období léčby, bude chtít žít stejným způsobem, jakým byl zvyklý žít. To by měla sestra pacientovi/klientovi připomenout, i když by ho měla i připravit na situace, které na jeho psychiku mohou v pooperační době hodně doléhat. Důležité je, aby s ním promluvila o veškerých řešeních, která by mu návrat k stejnému životnímu stylu, na jaký byl zvyklý, mohla usnadnit.

V době, kdy je pacient/klient přijat k hospitalizaci a připravuje se na operaci, je úkolem sestry, aby ho seznámila s organizačním chodem oddělení, s harmonogramem vizit i podávaného jídla, aby pacienta/klienta informovala o vhodném čase návštěv i o možnostech trávení času mimo pokoj, seznámila ho s nabídkou využívání televize, případně knih a časopisů z knihovny oddělení, informovala ho o předoperačním režimu, dietních omezeních, střevu vyprazdňovacích procedurách, i o případné změně jeho medikace. Důležitá je psychická předoperační příprava. Sestra by měla mít čas promluvit s pacientem/klientem, vyposlechnout si jeho obavy a pacienta psychicky podpořit.

Je běžným postupem, že pacient/klient před operací potvrzuje svůj souhlas s operací, po dostatečné informovanosti lékařem urologem i anesteziologem, podpisem. Stejně by měl i v ošetřovatelské dokumentaci potvrdit podpisem to, že dostal pro něj vyčerpávající, srozumitelné informace od sestry.

2.6.4 Edukace pacienta/klienta v bezprostředním období po operaci

V době po operaci je pacient značně omezen léčebným režimem i vlastními negativními pocity. Pacient musí vědět o tom, že má nárok na léky proti bolesti, případně proti nevolnosti, a že každou změnu subjektivních pocitů má hlásit. Sestra vše zapisuje do dokumentace.

Důležité je, aby pacient denně (i vícekrát) dostával informace o svém léčebném režimu, o tom, co smí a co ne, ať už jde o předepsanou dietu nebo pohybový režim. V bezprostředním pooperačním období, kdy sestra plně pomáhá pacientovi/klientovi při běžných aktivitách (mytí, oblékání, pohyb na lůžku i mimo něj), snaží se pacientovi postupně ukazovat, jak se má pohybovat, aby ho operační rána nebolela, a aby jí nepoškodil, jak má pečovat o močovou cévku, jak s ní zacházet tak, aby nemusel mít strach, že si neodbornou manipulací zkomplikuje svůj zdravotní stav. Sestra tak postupně vede pacienta/klienta k soběstačnosti.

Sestra musí aktivně pozorováním i přímými otázkami odhalit příčiny pacientovi nejistoty a reagovat na ně. Pacient zase musí mít pocit, že se s jakýmkoli dotazem může kdykoli na sestru obrátit.

Pokud pacient projeví zájem odejít do domácího léčení ještě před extrakcí močového katétru, musíme ho opět důrazně poučit o dodržování léčebného režimu, správném používání léků a zacházení s odvodným močovým systémem. Můžeme si sestavit pro tuto příležitost edukační plán.

Edukační plán u pacienta se zavedeným permanentním močovým katétre:

Kazuistika:

Muž, 62 let, 11. den po operaci radikální prostatektomie. Má zavedený permanentní močový katétr. Byla mu nabídnuta možnost strávit několik dní i se zavedeným močovým katétre v domácím prostředí, pacient/klient rád této možnosti využije. Předpokládá se, že bude propuštěn zítra.

Pacient/klient byl během hospitalizace průběžně informován o léčebném, dietním, pitném, pohybovém a hygienickém režimu, neví ale přesně, jak v daném režimu pokračovat. Projevil mírnou nejistotu v souvislosti s nově nastávající situací, která předpokládá, že si při drobných obtížích poradí sám.

Edukační dg:

Neznalost léčebného, pitného, pohybového, hygienického režimu
sebepéče v souvislosti se zavedeným permanentním močovým katétre

Cíle edukace:

Kognitivní:

Pacient/klient zná svou momentální naordinovanou medikaci, svůj léčebný, dovolený pohybový, pitný a dietní režim. Ví o důležitosti dodržování zvýšené hygieny, ví, jak zacházet při dodržování zásad aseptiky bezpečně a účelně se systémem: permanentní močový katétr + močový sáček. Zná příznaky porušeného odtoku moče z močového měchýře, projevy neprůchodnosti katétru a projevy infekce. Ví, co případně těchto potíží, dělat.

Psychomotorické:

Pacient/klient zvládá postupy základní sebepéče, pohybuje se bez větších potíží při zavedeném močovém katétre. Umí pospojovat systém močový katétr + sáček, umí vypouštět moč z močového sáčku. Umí si bezpečně a účelně fixovat sáček k tělu při předpokládaném pohybu, umí si vytvořit závěsný systém k lůžku na noc.

Afektivní:

Pacient/klient vyvíjí snahu o zvládnutí úkonů základní sebepéče i péče o permanentní močový katétr. Uvědomuje si důležitost dodržování pitného režimu a zvýšené hygieny. Svůj zdravotní stav i nutnost dodržování nových postupů akceptuje.

Organizace edukačního plánu:

- Časová dotace: 2 lekce (dnes a zítra), každá cca 20 minut
- Obsah:
 1. lekce: medikace, dietní, pitný, pohybový a hygienický režim, péče o systém permanentní močový katétr + odvodný sáček, způsoby fixace
 2. lekce: opakování, předvedení naučených dovedností pacientem, komplikace funkčnosti močového katétru, pomoc při obtížích
- Druh edukace: individuální (pacient/klient a zdravotní sestra)
- Místo edukace: vyšetřovna urologického oddělení
- Pomůcky: skutečně používané pomůcky (2 druhy močových sáčků- běžný a diskrétní, držátko na sáček, fixační páska), sepsaný individuální soupis medikačních změn
- Metody: přednášky, diskuze, demonstrace, odpovědi na dotazy

Vlastní plán:

1. lekce:

- vysvětlení změn v medikaci
- vysvětlení změn v dietním a pitném režimu (zvýšený příjem tekutin) a důvodů, které ke změnám vedou
- vysvětlení povoleného pohybového režimu a důvodů tohoto režimu
- vysvětlení důležitosti hygienického režimu (hygiena operační rány, okolí močového katétru), důvodů tohoto režimu a možných úskalí
- vysvětlení a předvedení péče o systém permanentní močový katétr + odvodný sáček, vysvětlit zásady asepse, zdůraznit, že není vhodné systém zbytečně rozpojovat, předvedení způsobů fixace sestrou, následně pacientem
- vysvětlení příznaků porušeného odtoku moči, neprůchodnosti katétru, infekce v močových cestách, řešení těchto stavů
- shrnutí, případné pacientovy dotazy

2. lekce:

- opakování předešlé lekce, zdůraznění nejdůležitějších úskalí
- předvedení nově získaných dovedností pacientem/klientem, oprava případných nedokonalostí
- předání sepsaného individuálního medikačního plánu, zdůraznění jeho změn
- předání telefonického kontaktu na urologickou ambulanci a oddělení
- diskuze o pocitech pacienta/klienta, prostor pro jeho dotazy
- shrnutí

Závěrečné hodnocení:

Pacient/klient pochopil důležitost dodržování svého léčebného, pohybového, hygienického, pitného a dietního režimu. Zvládá možné způsoby fixace odvodného močového systému a péči o něj. Zná příznaky komplikující stav, ve kterých je nutné informovat lékaře (sestru). Pacient/klient nepocítuje obavy ze sebepoškození při manipulaci s odvodným močovým systémem, ani strach, že základní úkony sebezpečí nezvládne. Do domácího léčení odchází v psychické pohodě.

2.6.5 Edukace pacienta/klienta před propuštěním do domácího léčení

Den, kdy bývá pacient/klient po operaci z nemocnice propuštěn, se řídí nejčastěji stupněm inkontinence pacienta/klienta po extrakci močového katétru a individuálním zvládním (zvláště psychickým) této situace pacientem. Na urologickém oddělení ústřední vojenské nemocnice v Praze to bývá nejčastěji 2- 3. den po extrakci katétru.

Před propuštěním pacienta/klienta informujeme, jak má pokračovat v pohybovém, dietním, pitném a medikačním režimu, jak má pečovat o ránu. Nejdůležitější část sesterské edukace se v této fázi týká inkontinence a všeho, co s ní souvisí. I pro tuto fázi edukace je vhodné vytvořit si edukační plán.

Edukační plán u pacienta s inkontinencí po radikální prostatektomii:

Kazuistika:

Muž, 62 let, 19.den po operaci radikální prostatektomie, 20.den se zavedeným PMK. PMK plánován pozítří k extrakci, předpokládá se následná močová inkontinence.

Pacient/klient je lékařem informován o vyndání PMK a o předpokládané močové inkontinenci s postupnou zmírňující se tendencí. Dosud nemá představu, jak mu močová inkontinence zasáhne do života, jak její příznaky co nejlépe zvládat a zmírňovat.

Edukační dg:

Neznalost pojmu o dg. inkontinence

sebepečce při inkontinenci – pomůcky, hygiena

RHB cviků pro zmírnění inkontinence

Cíle edukace:

Kognitivní:

Zná pojem močová inkontinence, její příznaky a projevy, vývoj inkontinence při jeho základní dg., ví o nutnosti dodržování zvláštní péče při močové inkontinenci, zná sortiment pomůcek k inkontinenci, ví, kde si tyto pomůcky může opatřit. Ví o možnosti aktivního postupu při zmírňování inkontinence, zná rehabilitační cviky pro zpevnění a ovládnutí svalů pánevního dna.

Psychomotorický:

Pacient/klient si umí opatřit adekvátní pomůcky používané při močové inkontinenci, dokáže předvést využití těchto pomůcek. Umí předvést cviky na posílení pánevního dna.

Afektivní:

Pacient/klient vyvíjí snahu zmírnit nepříjemné projevy při inkontinenci, udržovat se dodržováním hygieny a používáním pomůcek v čistotě, aby mohl být nadále normálně sociálně integrován. Pacient/klient respektuje tuto pooperační komplikaci, uvědomuje si rozsah zátěže a nutnost správné péče a aktivního přístupu pro zmírnění nastalých potíží.

Organizace edukačního plánu:

- Časová dotace: 4 lekce a 20 minut /denně 1 lekce/, začít 20. pooperační den
- Obsah:
 1. lekce: termín inkontinence, její projevy, předpokládaná tendence u pooperačních stavů po radikální prostatektomii.
 2. lekce: hygienická péče, seznámení se sortimentem pomůcek k inkontinenci, jejich dostupností, ceníkem. Použití těchto pomůcek.
 3. lekce: RHB pánevního dna, ukázky a naučení cviků.
 4. lekce: hodnocení edukačního procesu – diskuse, kladení otázek, pozorování pacienta/klienta při praktickém použití pomůcek, informace před dimisí
- Druh edukace: individuální (pacient/klient a zdravotní sestra)
- Místo edukace: vyšetřovna urologického oddělení
- Pomůcky: obrázkové letáčky, brožury a ceníky firem vyrábějících pomůcky pro pacienty s močovou inkontinencí, vzorky absorbčních a jiných pomůcek k močové inkontinenci, vytištěné materiály z internetu, brožurka s obrázky cviků ke zpevnění pánevního dna.
- Metody edukace: přednášky, diskuse, demonstrace, odpovědi na dotazy.

Vlastní plán:

1. lekce:

- definice inkontinence
- inkontinence jako problém mnoha lidí
- inkontinence a z ní vyplývající nepříjemné souvislosti pro pacienta/klienta
- základní nástin možností řešení – pomůcky (druhy) , podrobněji budou probrány v následující lekci, pacientovi ukázány obrázky a zapůjčeny informační letáky firem, aby si je během dne prohlédl a na příští lekci už mohl vznášet eventuelní dotazy
- pozitivní závěr – v rámci pooperačního stavu po radikální prostatektomii jde většinou pouze o dočasný problém, zkrácení doby problému může ovlivnit i sám pacient – např. prováděním cviků – bude probráno ve 3. lekci

2. lekce:

- eventuelní dotazy k minulé lekci
- důležitost hygieny při inkontinenci z hlediska komfortu pacienta/klienta i jeho sociální integrace, používání krémů proti opruzeninám
- pomůcky užívané při mužské močové inkontinenci – urinální kondomy a sáčky, svorky, absorbční pomůcky – kolektory a vložky
- sortiment předveden na letáčcích dodavatelských firem, ukázány vzorky jednotlivých pomůcek
- zdůrazněna diskrétnost při použití jednotlivých pomůcek
- předvedeno použití urinálních sáčků - úchyty sáčků suchým zipem na stehno, držákem k lůžku
- předvedeno použití absorbčních pomůcek, přídržné mužské síťované prádlo
- doporučení pomůcek – postupné použití od pomůcek pro silnější inkontinenci až po pomůcky pro slabou inkontinenci

- možnosti získání pomůcek, lékařský předpis, lékárna, zdravotnické potřeby, ceníky
- místo pro dotazy, diskuze
- vybavení pacienta/klienta doporučenými absorbčními pomůckami pro předpokládaný 1 týden silnější inkontinence

3. lekce:

- eventuelní dotazy k předešlé lekci, diskuze
- diskuze s pacientem/klientem o pocitech, které prožívá po vytažení PMK, dosavadní zkušenosti s používanými pomůckami pro inkontinenci, eventuelní hledání vhodných řešení
- možnost ovlivnění inkontinence pacientem/klientem – cvičení
- rehabilitace a příznivé ovlivnění svalových skupin pánevního dna
- prohlédnutí brožurky s vyobrazenými a popsány cviky
- předvedení a nácvik některých cviků s pacientem/klientem
- věnování brožurky s doporučenými cviky
- přislíbena konzultace a nácvik cviků dnes v odpoledních hodinách s RHB sestrou

4. lekce:

- diskuze o prožívaných pocitech
- dotaz na pacientovi/klientovi zkušenosti s pomůckami
- dotaz na spokojenost pacienta/klienta z proběhlé edukační hodiny s RHB sestrou
- nechat si předvést některé z naučených cviků na zpevnění svalů pánevního dna
- nechat si předvést, jak pacient/klient umí přikládat a fixovat pomůcky pro močovou inkontinenci, eventuelně doučit – znova demonstrovat a nechat si pacientem/klientem předvést
- povzbuzení pacienta/klienta před propuštěním do domácího ošetření, telefonický kontakt na urologickou ambulanci i oddělení, termín plánované kontroly, zdůraznění možnosti dostavit se na urologickou ambulanci i mimo daný termín při pociťovaných obtížích

Závěrečné hodnocení:

Pacient/klient akceptuje nastalý dočasný problém, psychicky je vyrovnaný. Zvládl samostatné přikládání a fixování pomůcek určených k močové inkontinenci, nepociťuje při jejich použití dyskomfort ani nutnost sociální izolace. Chápe předpokládaný vývoj inkontinence v čase a s tím související změnu v použití pomůcek od pomůcek pro silnější inkontinenci až po pomůcky k slabé inkontinenci. Má představu, které pomůcky následně zvolí, ví, jakou cestou si pomůcky obstará. Pozitivně se staví k aktivní možnosti ovlivnění inkontinence – zvládá široký okruh cviků k posílení svalů pánevního dna. Ví, na koho se v případě obtíží může obrátit. Do domácího ošetření odchází v psychické pohodě.

Poznámka: V případě, že byl pacient/klient před extrakcí katétru v domácím léčení a nastupuje druhou část hospitalizace v den extrakce katétru, je třeba časově upravit edukační plán. Je nutné spojit první lekci s druhou, případně lze spojit i třetí lekci se čtvrtou.

2.6.6 Edukace pacienta/klienta po operaci při ambulantních kontrolách

V domácím prostředí se pacient/klient řídí radami, které obdržel při opouštění zdravotnického zařízení. Při ambulantních kontrolách je úkolem zdravotníků, aby zjistili, jak se těmito radami pacient/klient řídí, zda mu to nečiní problém, jaké jsou jeho aktuální největší problémy, zda má pocit zlepšování svého zdravotního stavu, jak se celkově cítí. Edukace v ambulanci je ve většině případů opakováním a zdůrazňováním předešlých zásad, upravených podle aktuální situace.

Úkolem sestry je poopravit případné nesprávné používání pomůcek pro inkontinentní, které zjistí jak cílenými dotazy, tak fyzikálním vyhodnocením stavu. Veškeré informace, které sestra podává, a to nejen v ambulanci, musí být samozřejmě v souladu s lékařskými doporučeními.

Úkolem sestry v ambulanci je pomoci pacientovi/klientovi pochopit nový zdravotní stav, zredukovat jeho pocity úzkosti a dodat mu do další životní cesty optimismu.

3 Empirická část

3.1 Cíle výzkumu

Ve svém výzkumu jsem se pokusila zjistit, jaká je míra uspokojené kognitivní potřeby – potřeby informací v souvislosti s operací, během různých léčebných období, u pacientů/klientů, kteří absolvují radikální prostatektomii. Dále jsem zjišťovala, jak vnímají pacienti/klienti jednotlivá léčebná období, jak jsou informováni o problémech, které v souvislosti s operací mohou nastat a jaké problémy je v jednotlivých obdobích, i po určitém časovém odstupu po operaci, skutečně trápí. Zjišťuji tak, jaké skutečné důsledky s sebou radikální prostatektomie nese do dalšího života těch, kteří ji absolvují.

Jelikož je soubor dotázaných respondentů odoperován na stejném pracovišti (Ústřední vojenská nemocnice v Praze), zjišťuji tak vlastně, jestli je edukační proces těchto pacientů/klientů prováděný v průběhu léčebného procesu zdravotníky tamního oddělení (na kterém jsem zaměstnaná), správně a účelně.

Jakým způsobem na tomto oddělení probíhá edukace, jsem nastínila v teoretické části. Nemáme sice přímo vytvořené edukační plány, ale obsah edukace odpovídá přibližně tomu, co jsem do edukačních plánů v teoretické části zanesla. Edukaci pacientů s inkontinencí (tedy i pacientů po radikální prostatektomii, ve chvíli, kdy se jim extrahuje močový katétr) obstarává vyškolená edukační sestra. V případě její nepřítomnosti ji zastoupí staniční sestra oddělení, ale je-li potřeba, je schopna ji nahradit kterákoli z ostatních sester.

Zajímalo mě, jak sami pacienti/klienti hodnotí úroveň edukace na tomto oddělení, a zda jsou po proběhlé edukaci schopni se doporučenými postupy řídit. Dále jsem se zajímala o to, zda jsou pacienti/klienti sami ochotni další informace o svém zdravotním stavu dohledávat.

Hypotézy

1. Většina pacientů/klientů se cítí být v souvislosti s operací dostatečně informována během celého léčebného procesu, edukace bývá přiměřená věku i vzdělání.
2. Většina pacientů/klientů si i přes pocit dostatečné informovanosti shání další informace o pomůckách, které má v souvislosti s operací používat.
3. Nejlepších edukačních výsledků je docíleno v edukaci inkontinentních pacientů/klientů prováděné školenou edukační sestrou. Pacienti/klienti se v souvislosti s novou situací (v souvislosti s inkontinencí) necítí bezradní a dokážou se bez obtíží řídit doporučenými radami.
4. V bezprostředním pooperačním období (v době hospitalizace po operaci) trápí pacienty/klienty převážně problémy vedoucí ke vzniku primárních potřeb.
5. V období po ukončení hospitalizace po operaci trápí pacienty/klienty převážně problémy vedoucí k sekundárním (psychosociálním) potřebám.
6. V období po delším časovém odstupu po operaci (min. za 3 měsíce po operaci) uvádí potíže, kterými se trápí, méně než polovina respondentů, protože na následky operace byli dobře připraveni.

3.2 Metodika vlastního šetření

Výzkumné šetření bylo provedeno metodou anonymního dotazníku. Tuto metodu považuji za nejvhodnější k zjišťování problémů v intimní oblasti.

Dotazník ve formě tří stran A4 tvoří úvodní strana s oslovením a poučením, 2. strana s anamnestickými údaji a s otázkami zaměřenými na informovanost pacientů/klientů po operaci radikální prostatektomie a 3. strana se souborem otázek zaměřených na zjištění konkrétních biogenních i psychosociálních potřeb pacientů/klientů po operaci radikální prostatektomie, které jsem vytvořila na základě zkušeností z praxe na urologickém oddělení a na základě informací získaných během bakalářského studia. Plné znění dotazníku je k dispozici v příloze č.3.

Dotazník obsahoval otázky uzavřené i otevřené, pacienti/klienti se navíc mohli slovně vyjádřit ke kterékoli otázce. Ke zpracování, další vyhodnocování a grafické znázornění odpovědí, jsem použila program Excel.

Své respondenty jsem si vybrala na základě spolupráce s urologickým oddělením Ústřední vojenské nemocnice v Praze. K účelům výzkumu jsem oslovila všechny pacienty po radikální prostatektomii operované v rozmezí leden 2004 až srpen 2005.

Sběr dat probíhal během listopadu a prosince 2005, tak, aby i poslední operovaný pacient/klient odpovídal minimálně po uplynutí 3 měsíců po výkonu. Rozeslala jsem poštou 63 dotazníků (počet je dán charakteristikou respondentů) spolu s ofrankovanou obálkou s nadepsanou adresou a prosbou o jejich vyplnění a navrácení obratem. Vrátilo se 53 dotazníků, z toho 3 dotazníky jsem musela vyřadit pro jejich nepoužitelnost (neúplné vyplnění). Ačkoliv byl dotazník anonymní, mnoho pacientů/klientů se podepsalo, někteří připojili i dopis s telefonním číslem a nabídkou, že budu-li chtít, rádi mi poskytnou další informace.

K vlastnímu výzkumům jsem použila 50 správně a úplně vyplněných dotazníků.

3.3 Charakteristika respondentů

Respondenty ve výzkumu dotazníkovou metodou jsou pacienti/klienti, kteří byli operováni pro karcinom prostaty radikální prostatektomií v Ústřední vojenské nemocnici v Praze v době od 1.1. 2004 do 31.8. 2005. Osloveni byli všichni pacienti/klienti operovaní zde v tomto období, jejich počet byl 63. Odpovídali anonymně a na základě dobrovolnosti. Získala jsem tak zpět 53 dotazníků, 3 z nich byly vyplněny neúplně.

3.4 Výsledky šetření

3.4.1 Vyhodnocení anamnestických údajů

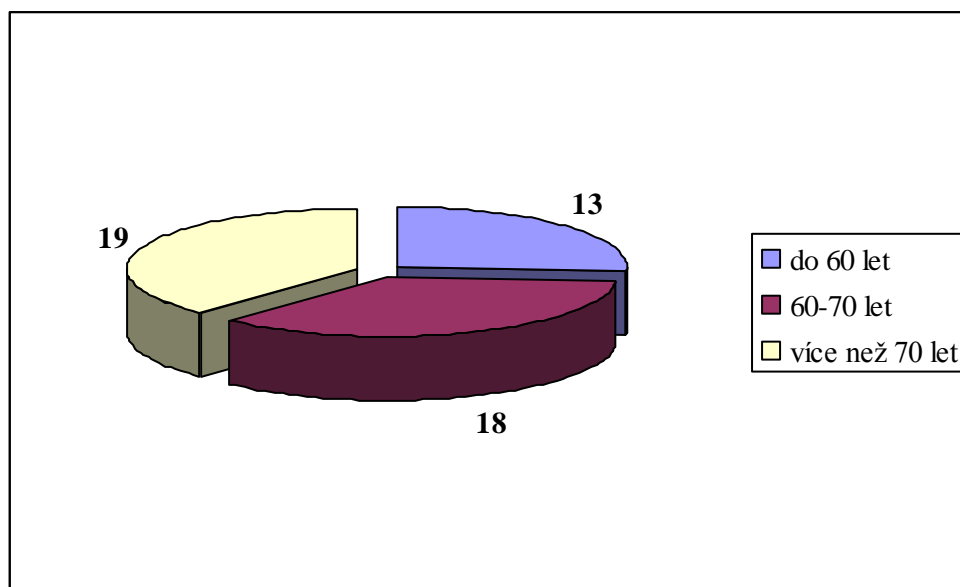
Věk v době operace:

Ze zpracování jednotlivých anamnestických údajů v dotaznících vyplynul průměrný věk respondentů 66,4 let. Nejmladšímu pacientovi/klientovi bylo 48 let a byl jediný, kterému bylo pod 50 let, nejstarší pacient byl operován ve věku 77 let.

Tab. 5: Věkové zastoupení respondentů

věková kategorie	do 60 let	60 - 70 let	více než 70 let
počet respondentů	13 (26%)	18 (36%)	19 (38%)

Graf 1: Věkové zastoupení respondentů



Komentář:

Rozdělením celkového počtu respondentů podle jednotlivých věkových kategorií jsme získali 3 přibližně stejně velké skupiny pro další srovnávání odpovědí v dotazníku.

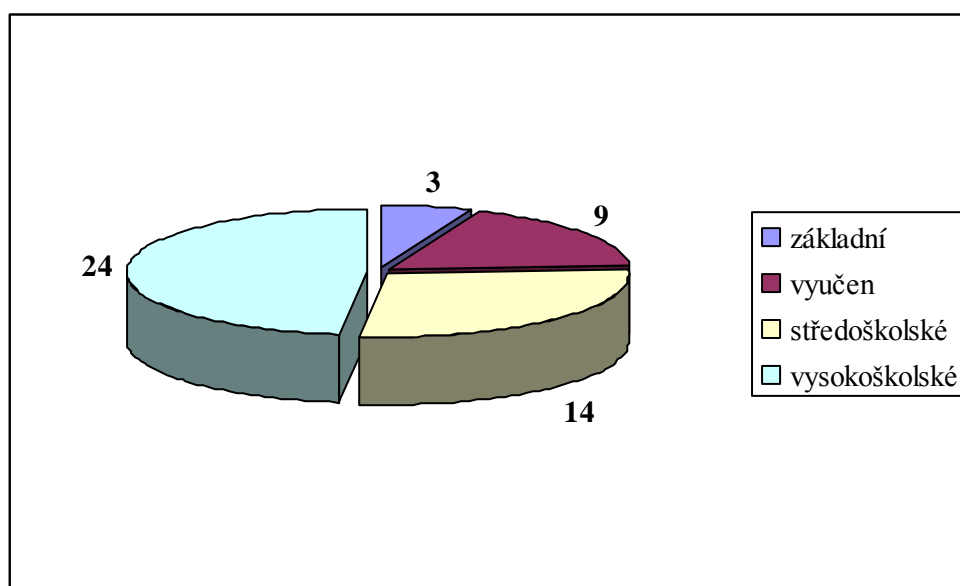
Nejvyšší ukončené vzdělání:

Podle získaných anamnestických údajů jsem rozdělila pacienty/klienty na 4 skupiny: se základním vzděláním, vyučené, se středoškolským vzděláním ukončeným maturitou a na pacienty/klienty vysokoškolsky vzdělané.

Tab. 6: Zastoupení respondentů podle nejvyššího dosaženého vzdělání

dosažené vzdělání	základní	vyučen	středoškolské s maturitou	vysokoškolské
počet respondentů	3 (6%)	9 (18%)	14 (28%)	24 (48%)

Graf 2: Zastoupení respondentů podle nejvyššího dosaženého vzdělání



Komentář:

Rozvrstvením pacientů/klientů podle nejvyššího dosaženého vzdělání, vznikly skupiny nestejně početné. Nejvíce zastoupena byla skupina vysokoškolsky vzdělaných, nejmenší zastoupení měla skupina pacientů/ klientů se základním vzděláním.

3.4.2 Vyhodnocení vlastního dotazníku

Vyhodnocení informovanosti pacientů/klientů během léčebného procesu

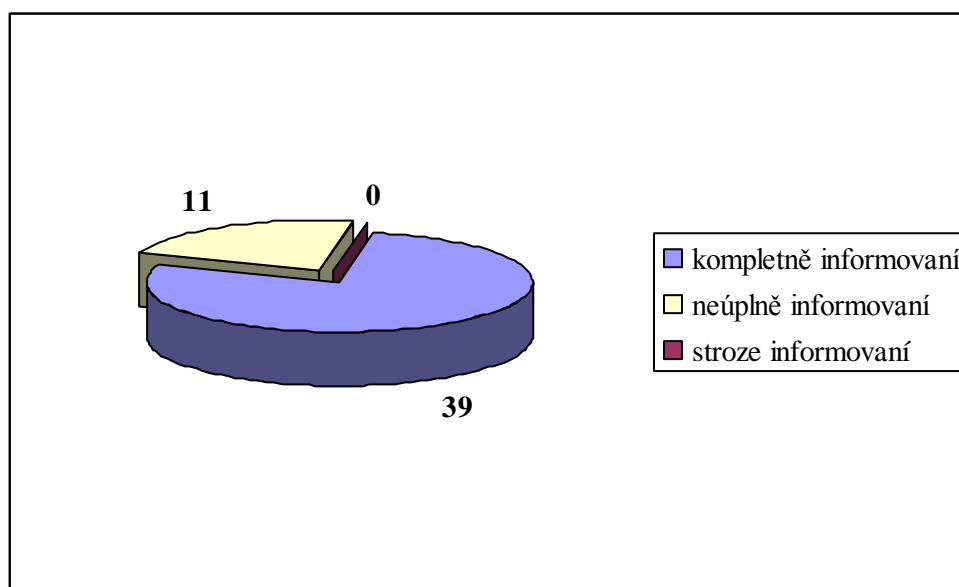
Informovanost před operací:

Pacienti/klienti měli zhodnotit, zda měli pocit, že byli před operací dostatečně informováni o operaci, pooperačním průběhu a možných pooperačních komplikacích. Dostali na výběr ze 3 možných variant odpovědí.

Tab. 7: Rozdělení respondentů dle pocitu dostatečné informovanosti před operací

míra informovanosti	kompletně informovaní	neúplně informovaní	stroze informovaní
počet respondentů	39 (78%)	11 (22%)	0 (0%)

Graf 3: Rozdělení respondentů dle pocitu dostatečné informovanosti před operací



Komentář:

Nejvíce pacientů/klientů (78%) mělo pocit kompletní informovanosti, v průběhu léčby a rekonvalescence je nic nepřekvapilo. 22% pacientů/klientů bylo před operací sice informováno, uvedli však, že na některé věci připraveni nebyli. Žádný z pacientů/klientů nevedl, že by dostal před operací pouze strohé informace.

Z 11 pacientů/klientů, kteří měli pocit neúplné informovanosti, odpovědělo 6 na podotázku, která situace či problém je nejvíce zaskočila. 3 pacienti nedostali kompletní informace o problémech s erekcí, 1 z nich nebyl připraven na důsledky v partnerském životě. 2 pacienti byli překvapeni mírou pooperační bolesti, 1 z nich si stěžoval i na neúplné informace o inkontinenci. 1 pacient neočekával potíže související s permanentním močovým katétrem.

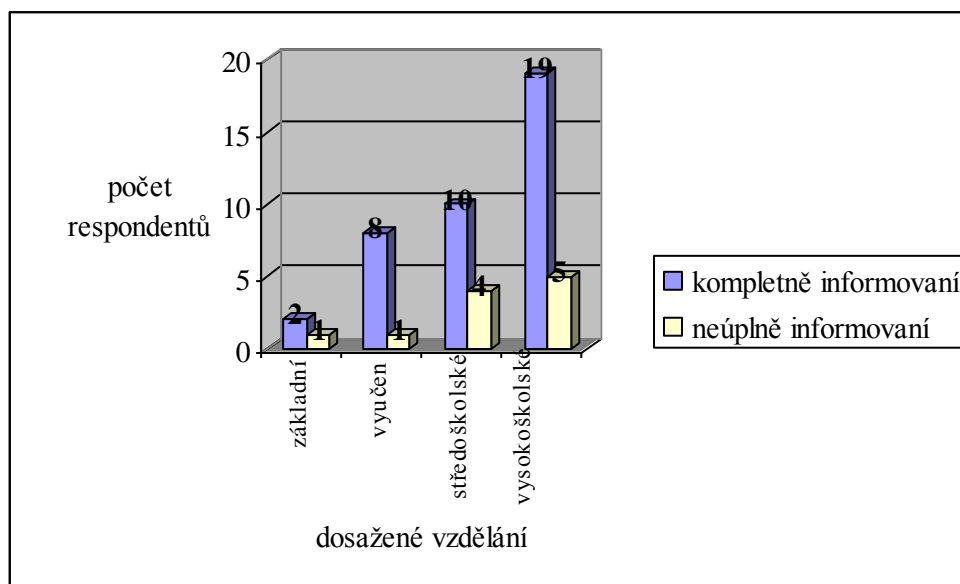
Porovnávání míry předoperační informovanosti v jednotlivých skupinách:

Předoperační informovanost závislosti na vzdělání:

Tab. 8: Porovnání míry informovanosti v jednotlivých skupinách dle dosaženého vzdělání

nejvyšší dosažené vzdělání	základní	vyučen	středoškolské s maturitou	vysokoškolské
pacienti s pocitem dostatečné informovanosti	2 (67%)	8 (89%)	10 (71%)	19 (79%)
pacienti s pocitem nedostatečné informovanosti	1 (33%)	1 (11%)	4 (29%)	5 (21%)

Graf 4: Míra informovanosti v jednotlivých skupinách dle dosaženého vzdělání



Komentář:

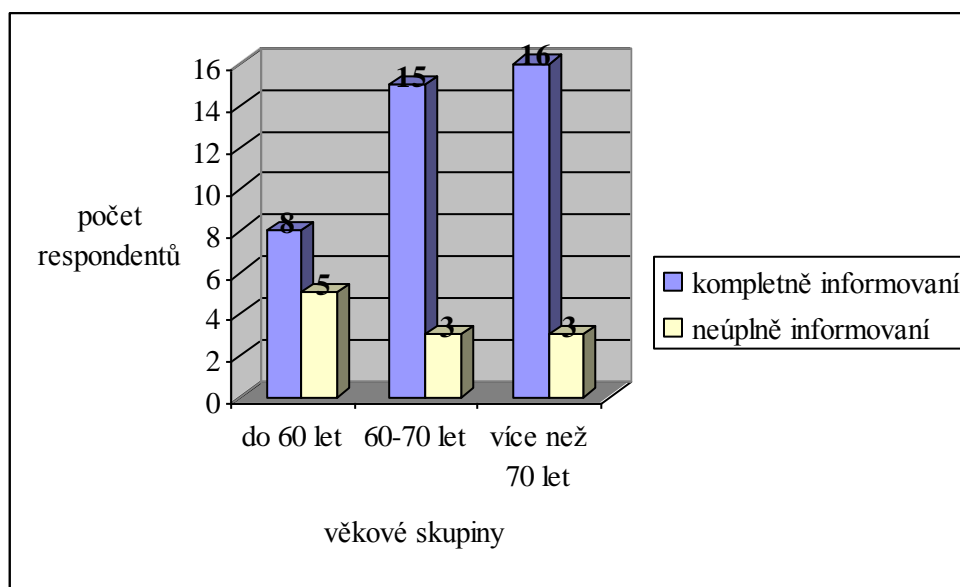
Porovnávala jsem pocity z informovanosti v době před operací ve skupinách respondentů s různým stupněm vzdělání. Každou skupinu jsem porovnávala samostatně. V každé skupině byl vyšší počet pacientů/klientů, kteří měli pocit, že byli kompletně informováni. Nejvíce pacientů/klientů, kteří měli pocit, že byli dostatečně informováni, obsahovala skupina vyučených (89% respondentů této skupiny). Pocity neúplně informovanosti měli nejvíce respondenti ze skupiny se základním vzděláním (33% respondentů této skupiny). Pro přesnější zpracování výsledků by ovšem bylo třeba více zástupců této skupiny.

Předoperační informovanost v závislosti na věku:

Tab. 9: Porovnání míry informovanosti v jednotlivých skupinách dle věku

věková kategorie	do 60 let	60 - 70 let	více než 70 let
pacienti s pocitem dostatečné informovanosti	8 (62%)	15 (83%)	16 (84%)
pacienti s pocitem nedostatečné informovanosti	5 (38%)	3 (17%)	3 (16%)

Graf 5: Míra informovanosti v jednotlivých skupinách dle věku



Komentář:

Porovnávala jsem pocity z informovanosti v době před operací ve skupinách respondentů v různých věkových skupinách. Každou skupinu jsem porovnávala samostatně. V každé skupině převládal počet pacientů/klientů, kteří se cítili dostatečně informovaní. Nejvíce pacientů/klientů, kteří měli pocit, že byli dostatečně informováni, obsahovala skupina nejstarších respondentů ve věku nad 70 let (84% respondentů této skupiny). Pocity neúplně informovanosti měli nejvíce respondenti z nejmladší skupiny do 60 let (38% respondentů této skupiny).

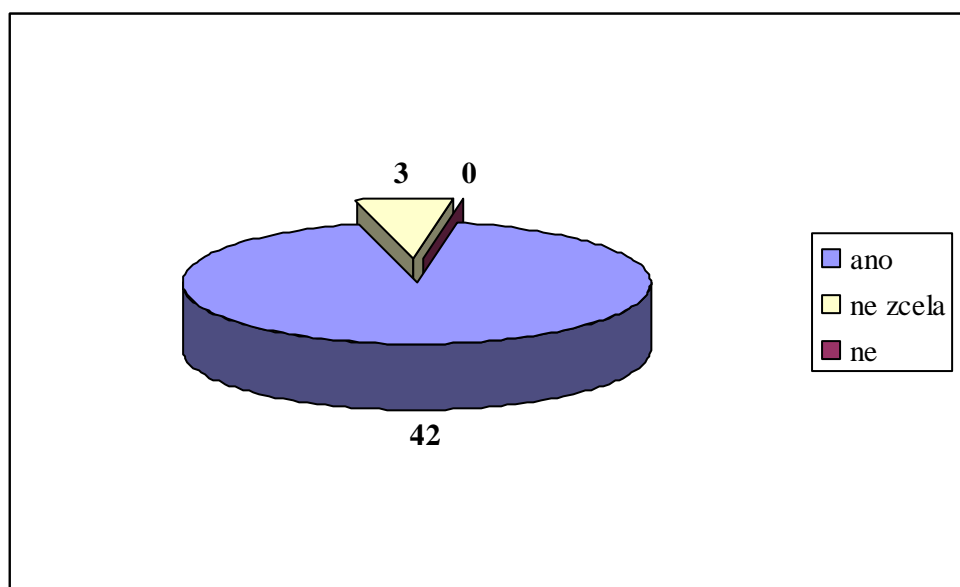
Informovanost před propuštěním do domácího léčení se zavedeným močovým katétre:

Pacienti/klienti, kteří byli propuštěni do domácího léčení ještě se zavedeným močovým katétre, měli zhodnotit, zda byli před propuštěním dostatečně informováni o zacházení s cévkou, pomůckách a hygieně. Dostali na výběr ze 3 možných variant odpovědí.

Tab. 8: Rozdělení respondentů dle pocitu dostatečné informovanosti

poučení	ano	ne zcela	ne
počet respondentů	42 (93%)	3 (7%)	0 (0%)

Graf 4: Rozdělení respondentů dle pocitu dostatečné informovanosti



Komentář:

Z 50 respondentů zůstalo pouze 5 mužů po celou dobu, po kterou měli zavedený permanentní močový katétr, v nemocnici. 45 mužů bylo s permanentním močovým katétre na několik dní propuštěno domů. Z těchto mužů mělo 42 (93%) pocit, že byli před propuštěním dostatečně informováni o zacházení s cévkou, pomůckách a hygieně. 3 pacienti/klienti (7%) měli pocit, že dostatečně informováni nebyli. Žádný z pacientů/klientů nevedl, že by informace nedostal vůbec.

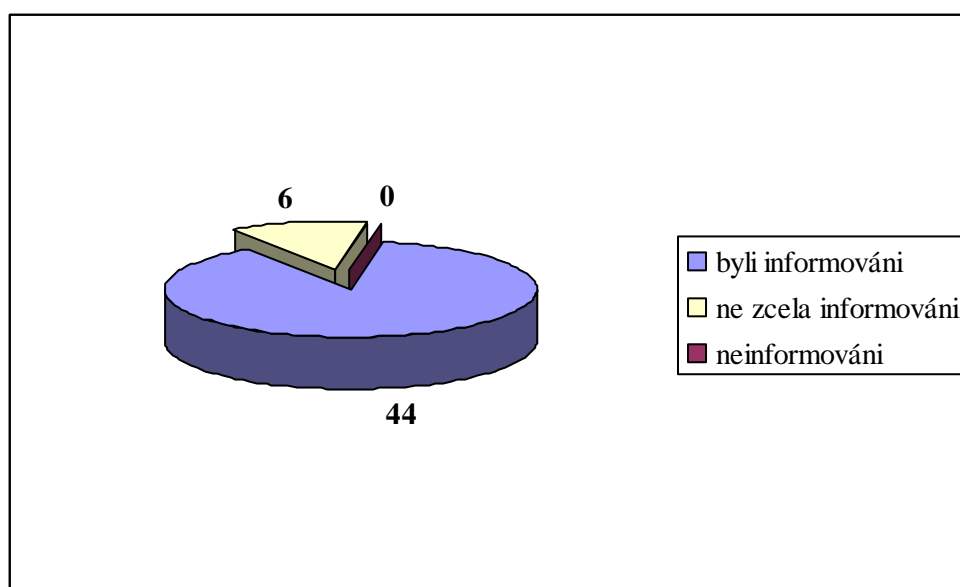
Informovanost o pomůckách/přípravcích/postupech před ukončením hospitalizace:

Pacienti/klienti měli zhodnotit, zda byli před propuštěním z nemocniční léčby po vyndání močového katétru dostatečně informováni o pomůckách/přípravcích/postupech, které mají používat. Dostali na výběr ze 3 možných variant odpovědí.

Tab. 9: Rozdělení respondentů dle pocitu informovanosti před ukončením hospitalizace

poučení před dimisí	ano	ne zcela	ne
počet respondentů	44 (88%)	6 (12%)	0 (0%)

Graf 5: Rozdělení respondentů dle pocitu informovanosti před ukončením hospitalizace



Komentář:

Většina pacientů/klientů (88%) měla pocit, že byli před ukončením hospitalizace po vyndání močové cévky dostatečně informováni o pomůckách/přípravcích/postupech, které mají používat. Pocit, že informace nebyly dostatečné, mělo 12% respondentů. Žádný muž nevedl, že by nebyl vůbec informován.

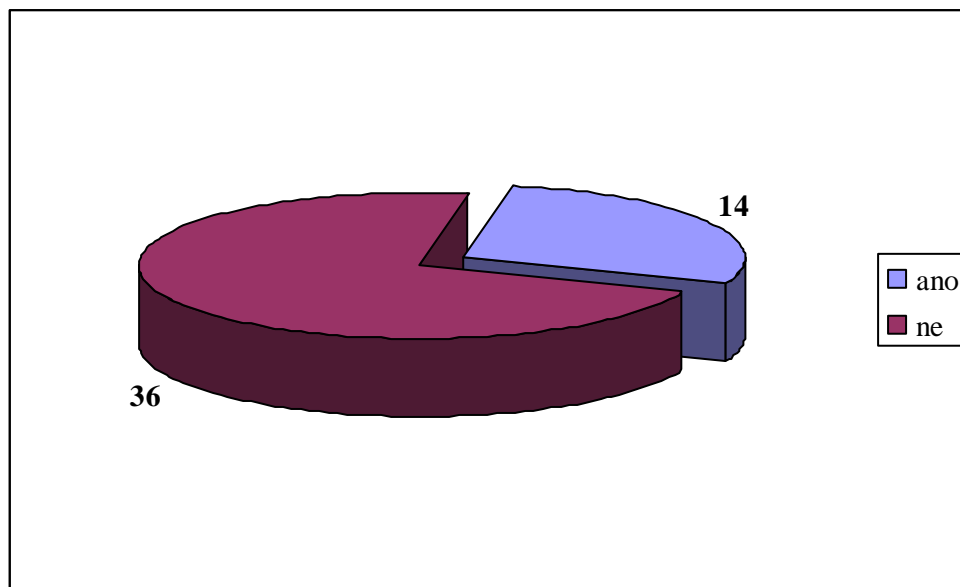
Samostatné dohledávání informací pacienty/klienty:

Zjišťovala jsem, zda si pacienti/klienti dohledávali další informace o pomůckách samostatně.

Tab. 10: Rozdělení respondentů podle vyvíjení aktivity samostatného dohledávání informací

samostatné dohledání informací	ano	ne
počet respondentů	14 (28%)	36 (72%)

Graf 6: Rozdělení respondentů podle vyvíjení aktivity samostatného dohledávání informací



Komentář:

Další informace o pomůckách si samostatně dohledávalo pouze 14 pacientů/klientů (28%). Na podotázku, kde informace sháněli, odpovědělo 10 respondentů. 3 dohledávali informace na internetu, 2 se doptávali dodatečně na urologické ambulanci, 2 využili propagačních letáků firem vyrábějících potřebné pomůcky, přičemž 1 z nich získal tyto letáky na urologickém oddělení, 2. si je sehnal v lékárně. 1 pacient se zeptal přímo lékárníka, 1 pacient se po informacích sháněl u své dcery lékařky, 1 pacient se doptával u ostatních pacientů.

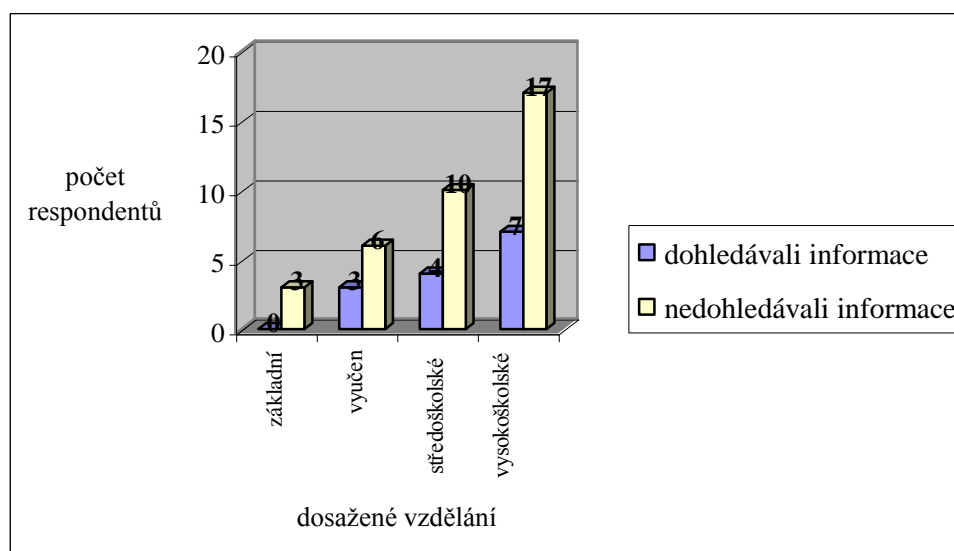
Porovnání aktivity dohledávání informací o pomůckách v jednotlivých skupinách:

Samostatné dohledávání informací v závislosti na vzdělání:

Tab. 11: Porovnání míry aktivity dohledávání informací ve skupinách s různým vzděláním

nejvyšší dosažené vzdělání	základní	vyučen	středoškolské s maturitou	vysokoškolské
pacienti dohledávající informace o pomůckách	0 (0%)	3 (33%)	4 (29%)	7 (29%)
pacienti nedohledávající informace o pomůckách	3 (100%)	6 (67%)	10 (71%)	17 (71%)

Graf 7: Porovnání míry aktivity dohledávání informací ve skupinách s různým vzděláním



Komentář:

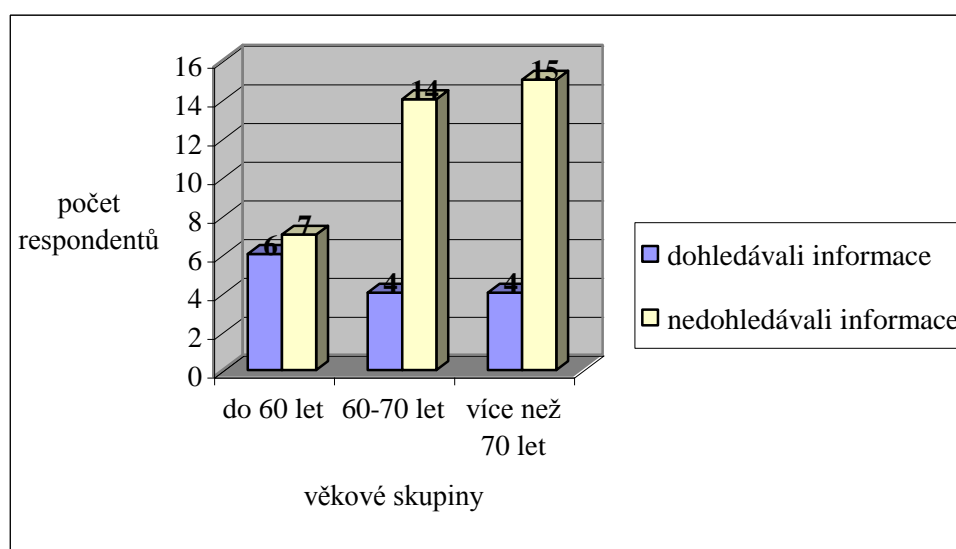
Porovnávala jsem skupiny respondentů s různým stupněm vzdělání podle toho, zda jejich zástupci samostatně dohledávali informace o pomůckách potřebných pacienty/klienty po propuštění z nemocnice. V každé skupině převládali tací, kteří informace o pomůckách samostatně nedohledávali. Nejvíce si informace o pomůckách dohledávali zástupci ze skupiny vyučených (33% této skupiny), nejméně tuto aktivitu vyvíjeli respondenti ze skupiny se základním vzděláním, ve které další informace o pomůckách nesháněl nikdo.

Samostatné dohledávání informací v závislosti na věku:

Tab. 12 : Porovnání samostatného dohledávání informací v různých věkových skupinách

věková kategorie	do 60 let	60 - 70 let	více než 70 let
pacienti dohledávající informace o pomůckách	6 (46%)	4 (22%)	4 (21%)
pacienti nedohledávající informace o pomůckách	7 (54%)	14 (78%)	15 (79%)

Graf 8 : Porovnání samostatného dohledávání informací v různých věkových skupinách



Komentář:

Porovnávala jsem různé věkové skupiny podle toho, v jaké míře jejich zástupci samostatně dohledávali informace o pomůckách potřebných pacienty/klienty po propuštění z nemocnice. V každé skupině převládali tací, kteří informace o pomůckách samostatně nedohledávali. Nejvíce si informace o pomůckách dohledávali zástupci z nejmladší věkové skupiny tj. do 60let (46% této skupiny), nejméně tuto aktivitu vyvíjeli nejstarší respondenti tj. z věkové skupiny nad 70 let.

Informovanost o jednotlivých pomůckách/přípravcích/postupech při ukončení hospitalizace

Zjišťovala jsem, o kterých pomůckách/přípravcích/postupech byli pacienti/klienti při ukončení hospitalizace skutečně informováni a v jaké míře tato konkrétní doporučení využívali.

Tab. 13: Informace o pomůckách/přípravcích/postupech při dimisi a jejich konkrétní využití

	informován	používal	neinformován a používal	informován a nepoužíval
absorpční pomůcky - vložky, pleny kalhotky	50 (100%)	49 (98%)	0	1
cviky na zpevnění svalů pánevního dna	48 (96%)	44 (88%)	0	4
podložky k ochraně lůžka, křesla	13 (26%)	12 (24%)	0	1
masti na operační jizvu	8 (16%)	8 (16%)	1	1
léky proti bolesti	6 (12%)	6 (12%)	4	4
léky na zlepšení erekce	5 (10%)	4 (8%)	0	1
léky zlepšující močení	5 (10%)	3 (6%)	1	3
kolektory na penis (kapsičky)	5 (10%)	1 (2%)	0	4
krémy na opruzeniny	2 (4%)	2 (4%)	2	2
urinální kondomy s odvodným sáčkem	2 (4%)	1 (2%)	0	1
svorky na penis	2 (4%)	0	0	2
podtlakové erektory, penilní protézy	0	0	0	0

Komentář:

Výsledky šetření jsem seřadila v tabulce sestupně podle častosti informovanosti o konkrétní záležitosti. Nejvýše stojí absorpční pomůcky určené pro inkontinentní osoby, o kterých byli při propuštění informováni všichni pacienti/klienti, téměř všichni (98%) je i využívali. 96% pacientů/klientů bylo také informováno o cvicích na zpevnění svalů pánevního dna pro zmírnění inkontinence. Cvičilo jich 88%. O všech ostatních pomůckách/přípravcích/postupech bylo informováno, dle jejich vyjádření, méně než polovina pacientů/klientů. Některých přípravků/postupů pacienti/klienti využívali, aniž by je o nich před ukončením hospitalizace zdravotníci informovali.

Spočítala jsem také, jestli se lišil počet udělených rad u pacientů, kteří se cítili být před ukončením hospitalizace dostatečně informováni, od pacientů, kteří se považovali pouze částečně informované. Skutečně, pacienti částečně informovaní, obdrželi průměrně 2,5 rad na osobu, pacienti dostatečně informovaní obdrželi průměrně 3 rady.

Vyhodnocení problémů v pooperačním období

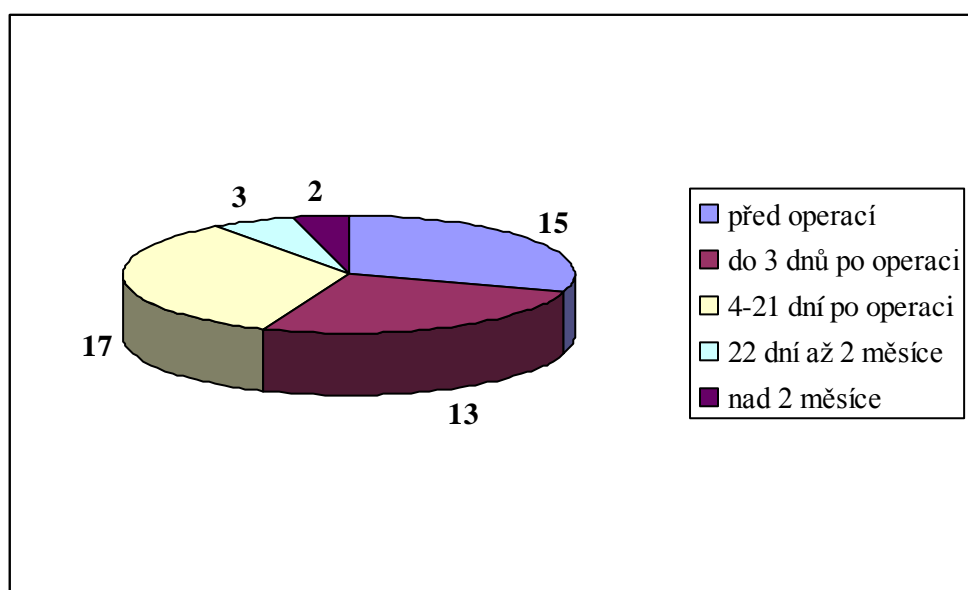
Období, které pacienti označili za nejtěžší v časové závislosti na operaci:

Zjišťovala jsem, které období pacienti považovali v souvislosti s operací za nejtěžší. Vybrat jsem dala z nabídky 4 časově různě dlouhých období. Intervaly těchto období jsem vytvořila na základě svých zkušeností podle souboru potřeb, které v daném období převládají.

Tab. 14: Období považovaná za nejtěžší v souvislosti s operací

nejtěžší období	před operací	do 3 dnů	4 - 21dní	22 dní až 2 měsíce	nad 2 měsíce
počet respondentů	15 (30%)	13 (26%)	17 (34%)	3 (6%)	2 (4%)

Graf 9: Období považovaná za nejtěžší v souvislosti s operací



Komentář:

Za nejtěžší období považuje většina pacientů/klientů (34%) dobu 4-21 dní po operaci. Období nad 2 měsíce po operaci je považováno za nejméně náročné (považuje ho za nejtěžší pouze 4% respondentů)

V další fázi dotazníku jsem zjišťovala, které konkrétní problémy (nenaplněné potřeby) pacienti/klienty v různé fázi pooperačního období nejvíce trápily. Nabízené problémy se týkají potřeb biogenních (primárních) i psychosociálních (sekundárních). Dle toho, jaký typ potřeby převážně daný problém vyvolává, jsem rozdělila následující tabulky. Problémy v tabulce jsou seřazeny sestupně podle stupně, v jaké míře respondenty trápily. Abych tyto tabulky mohla takto seřadit a výsledky znázornit v grafu, počítala jsem odpověď ano za 1 bod a odpovědi občas za ½ bodu.

Problémy v době hospitalizace:

Tabulky problémů vedoucí převážně k primárním nebo sekundárním potřebám v této době obsahují 13 nabízených položek.

Tab. 15: Problémy vedoucí spíše ke vzniku primárních potřeb v době za hospitalizace

problém	ano	občas	ne
močová cévka - omezování v pohybu z obavy z vytrhnutí	14	26	10
narušení spánku	9	20	21
potíže při vyprazdňování stolice	12	8	30
močová cévka - způsobovala bolest	5	13	32
bolest (mimo bolesti způsobené cévkou)	7	10	33
pocit nedostatečné hygieny	6	10	34
slabost, únava	5	12	33
připoutání na lůžko	6	6	38
změna jídelníčku	1	10	39
ruch, hluk na pokoji	0	11	39
močová cévka - pocit nedostatečného vyprázdnění	2	6	42
nepohodlná postel	3	2	45
špatné hojení rány	1	3	46
suma hodnot	71	137/2	442

Komentář:

Za největší problém vedoucí k neuspokojení primárních potřeb v tomto období bylo považováno omezení pohybu způsobené zavedením močové cévky (vzniklá neuspokojená potřeba pohybu). Tento problém trápil 80% pacientů/klientů, 28% respondentů trápil hodně. Další výraznou vzniklou potřebou v tomto období je potřeba spánku, kterou označilo za neuspokojenou 58% respondentů. Všechny ostatní problémy byly označeny za obtěžující menším počtem pacientů/ klientů, než kterými takto označeny nebyly.

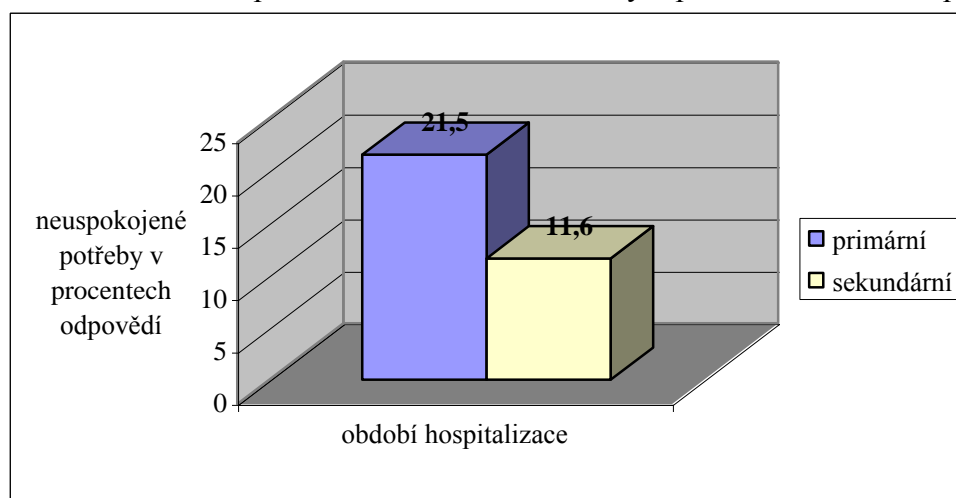
Tab. 16: Problémy vedoucí spíše ke vzniku sekundárních potřeb v době za hospitalizace

problém	ano	občas	ne
nemožnost věnovat se práci a koníčkům	12	10	28
nejistý v nové situaci a prostředí	6	19	25
nesoběstačnost při pohybu a zajišťování základních potřeb	2	12	36
nuda	1	11	38
absence TV + informací o vnějším světě	3	5	42
chyběly informace o vlastním zdravotním stavu	3	4	43
málo kontaktů s rodinou	2	5	43
nemožnost trávit čas v nemocničním parku	4	1	45
vadili spolubydlicí na pokoji	0	6	44
neútulný pokoj	1	4	45
neochota sester	1	2	47
absence pohovoru	0	2	48
absence zajištění duchovních potřeb	0	0	50
suma hodnot	35	81/2	534

Komentář:

Za největší problém vedoucí k neuspokojení sekundárních potřeb v tomto období bylo považováno znemožnění věnovat se své práci/koníčkům (vzniklá neuspokojená potřeba seberealizace). Označilo ho 64% respondentů, přičemž 24% respondentů trápil tento problém hodně. Další výraznou vzniklou potřebou v tomto období je potřeba pocitu jistoty vzniklá v souvislosti s novou situací a prostředím, označená za neuspokojenou 50% respondentů. Všechny ostatní problémy byly označeny za obtěžující menším počtem pacientů/ klientů, než kterými takto označeny nebyly.

Graf 10: Porovnání problémů vedoucích k odlišným potřebám v době hospitalizace



Komentář:

V období hospitalizace si pacienti/klienti téměř 2x více stěžovali na problémy vedoucí k primárním potřebám. Z celkového množství 650 odpovědí v každé z tabulek, označili pacienti/klienti za tíživé 208 problémů vedoucí k primárním potřebám, z toho jsem 137 položkám udělila váhu ½ bodu. V další tabulce bylo respondenty označeno 116 problémů vedoucích spíše k sekundárním potřebám, z toho ½ bodu bylo přiděleno 81 položkám.

Problémy po ukončené hospitalizaci (do 3 měsíců po operaci):

Tab. 17: Problémy vedoucí spíše ke vzniku primárních potřeb v době po propuštění

problém	ano	občas	ne
narušení spánku	23	14	13
slabost, únava	13	11	26
bolest související s operací	5	9	36
pocit nedostatečné hygieny	5	8	37
Opruzeniny	4	6	40
suma hodnot	50	48/2	152

Komentář:

Za největší problém vedoucí k neuspokojené primární potřebě je v období po ukončené hospitalizaci považován narušený spánek, který celkově označilo 74% respondentů, pro 42 % respondentů byl tento problém závažný. Ostatní problémy byly označeny za obtěžující menším počtem pacientů/ klientů než kterými takto označeny nebyly.

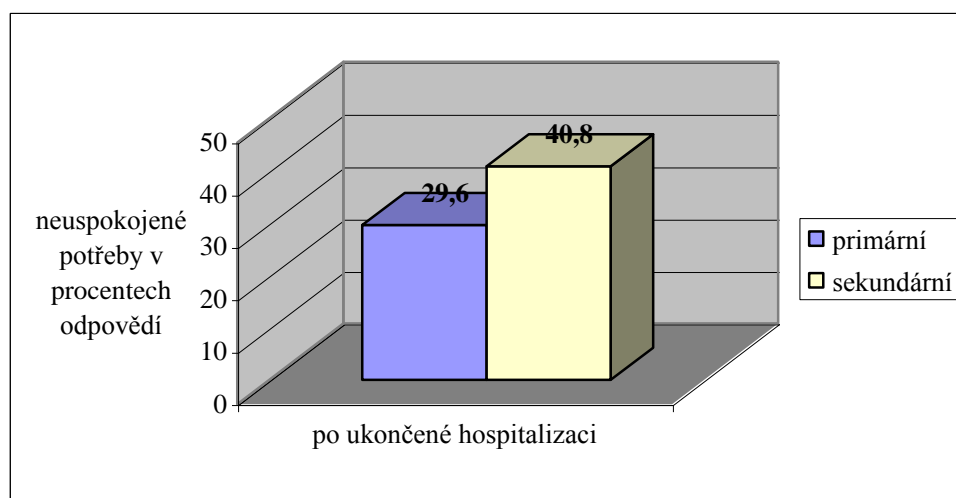
Tab. 18: Problémy vedoucí spíše ke vzniku sekundárních potřeb v době po propuštění

problém	ano	občas	ne
únik moči - připadal si nejistý v nové situaci	21	17	12
potíže s erekcí	24	4	22
neznal léky, pomůcky ke zlepšení erekce	14	6	30
strach z nezlepšení zdravotního stavu	9	16	25
vyhýbání se společnosti kvůli úniku moči	5	15	30
nemohl vykonávat své koníčky, zaměstnání	9	7	34
nevěděl na koho se má obrátit se svými problémy	10	2	38
nevěděl jaké pomůcky pro inkontinenci má používat	5	5	40
citové odcizení s partnerkou	5	2	43
neuměl zacházet s novými pomůckami	1	7	42
odcizení od přátel	2	2	46
chybělo zajištění duchovních potřeb	0	1	49
suma hodnot	105	84/2	411

Komentář:

Za největší problém považovali pacienti/klienti nejistotu spojenou s únikem moči, celkem byl tento problém označen 64% respondentů, 42% respondentů jej označilo za výrazný. Dalším problémem v tomto období, kterým se trápilo 56% mužů, byly potíže s erekcí. 48% mužů trápil tento problém dokonce velmi, čímž překonal dle tohoto kritéria i předešlý jmenovaný problém.

Graf 11: Porovnání problémů vedoucích k odlišným potřebám v době po ukončené hospitalizaci



Komentář:

Abych mohla porovnávat míru neuspokojených primárních a sekundárních potřeb, použila jsem z tabulky č. 18 pouze 5 prvních položek, abych tak získala stejný počet položek jako obsahuje tabulka č. 17. Z celkového množství 250 odpovědí v každé z použitých tabulek, označili pacienti/klienti za tíživé 98 problémů vedoucích k primárním potřebám, z toho jsem 48 položkám udělila váhu ½ bodu. V další tabulce bylo respondenty označeno 131 problémů vedoucích spíše k sekundárním potřebám, z toho ½ bodu bylo přiděleno 58 položkám. Sekundární potřeby byly v tomto období naplněny méně.

Přetrvávající problémy s odstupem 3 – 22 měsíců po operaci (podle doby, která uplynula od výkonu do doby vyplňování dotazníku):

Poslední otázkou jsem zjišťovala, zda a jaké problémy přetrvávají a trápí respondenty v době vyplňování dotazníku. Nenabízela jsem žádné položky k označení, odpovědi byly volné. Přetrvávající potíže přiznalo 36 respondentů, 13 z nich uvedlo více než 1 problém.

Tab. 19: Přetrvávající potíže v časovém odstupu 3 – 22 měsíců po operaci

přetrvávající potíže	porucha erekce	Inkontinence	časté močení	bolest	nespavost	odcizení manželky	obavy z recidivy	společenské neaktivity	deprese
počet respondentů	20 (40%)	18 (36%)	5 (10%)	5 (10%)	3 (6%)	2 (4%)	2 (4%)	1 (2%)	1 (2%)

Komentář:

Nejčastější problém, kterým se trápí pacienti/klienti po uplynutí bezprostředního pooperačního období po radikální prostatektomii, je porucha erekce následovaná inkontinencí.

Někteří pacienti/klienti přidali k této a předešlé otázce přímo poznámku, že např. potíže s erekcí mají, ale tento problém je nijak netrápí.

4 Diskuse – vyhodnocení hypotéz

Ve své práci jsem se pokusila zjistit úroveň informovanosti a připravenosti pacientů/klientů na obtíže související s operací radikální prostatektomie a na míru zátěže, která ve spojitosti s nastalými problémy, na pacienty/klienty doléhá. Získané výsledky podávají také informace o tom, jak zdravotníci zvládají proces edukace.

První hypotéza, že se většina pacientů/klientů cítí být v souvislosti s operací dostatečně informována během celého léčebného procesu, se potvrdila. Pocit úplné informovanosti uvádí ve všech zkoumaných fázích (před operací, před dočasným propuštěním do domácí péče i před ukončením hospitalizace) od 78% do 93% respondentů, žádný z respondentů nikdy nevedl, že by dostal pouze strohé nebo dokonce žádné informace. Kognitivní potřeby (potřeby informací v souvislosti s operací v různých fázích léčby) jsou tedy u pacientů spíše uspokojeny.

Při porovnávání jednotlivých skupin poklesl pouze pocit nedostatečné informovanosti v předoperačním období u pacientů nejmladší věkové skupiny do 60 let na 62% oproti pacientům z nejstarší skupiny nad 70 let, kteří měli pocit kompletních informací v nejvyšším zastoupení (84%). Obdobný pocit nekompletní informovanosti měli pacienti se základním vzděláním, u kterých poklesl pocit dostatečné informovanosti na 67%. Vzorek respondentů této skupiny je ale malý, proto se domnívám, že by objektivita výsledků mohla být diskutabilní, protože s vyšším vzděláním pocit dostatečné informovanosti nestoupá. Naopak, hned následující skupina (vyučených) obsahuje subjektivně nejlépe informované pacienty. Proč ale s klesajícím věkem klesá i pocit získání kompletních informací od zdravotníků? Je to snad tím, že čím starší pacient/klient, tím je ve své roli pasivnější a více se odevzdává do péče zdravotníkům, kterým důvěřuje? Touží mladší pacienti/klienti po dostatečných informacích proto, aby lépe mohli o svém léčebném procesu spolurozhodovat a převzít za svůj zdravotní stav odpovědnost?

Hned druhá hypotéza, že si většina pacientů/klientů i přes dostatečný pocit informovanosti, shání další informace o pomůckách, které má v souvislosti s operací používat, samostatně, by nám tuto domněnku mohla potvrdit, i přesto, že tato hypotéza potvrzena nebyla. Samostatně totiž dohledávalo další informace pouhých 28% respondentů. Ale právě ve skupině nejmladších respondentů bylo až 46% pacientů/klientů, kteří si informace dohledávali, se stoupajícím věkem tato aktivita klesá. Nebo je nejmladší věkové skupině věnována skutečně nejmenší pozornost při edukaci, takže dohledávání informací je pro ně nutností? Tomu by však neodpovídaly výsledky srovnání v tabulce respondentů rozdělených podle vzdělání, kde ačkoliv si pacienti/klienti se základním vzděláním připadali nejméně informováni, další informace nesháněl ani jeden z respondentů této skupiny a subjektivně nejlépe informovaní vyučení dohledávali informace nejvíce.

Třetí hypotéza, týkající se hodnocení práce edukační sestry v oblasti inkontinence, nás nutí podívat se na informovanost pacientů z několika úhlů. Když porovnáím míru informovanosti před ukončením hospitalizace, na které se tato edukační sestra velkou měrou podílí, má pocit kompletní informovanosti 88% klientů, což je o 10% více, než je u klientů hodnotících předoperační informovanost. Snad i výsledky, které jsem hodnotila v rámci předešlé hypotézy, by skutečnosti, že edukační sestra dosahuje nejlepších edukačních výsledků, nahrávaly, tedy že pacienti/klienti po edukaci pověřenou sestrou neměli potřebu shánět další informace o pomůckách. Když pak porovnáím jednotlivé položky v tab. 13, ve které pacienti potvrzují edukaci o jednotlivých pomůckách/přípravcích/postupech při dimisi, potvrdilo skutečně nejvíce pacientů, že byli informováni o absorpčních pomůckách (celých 100% respondentů, přičemž 98% je používalo), o cvicích na zpevnění svalů pánevního dna

(edukaci potvrdilo 96% respondentů, 88% respondentů je i cvičilo) a o podložkách k ochraně křesla či lůžka (potvrdilo 26% pacientů/klientů, 24% jich těchto pomůcek využívalo). Tyto 3 jmenované položky, které spadají do oblastí, o kterých informuje edukační sestra, stojí v tabulce nejvýše, tedy informovanost o nich potvrdilo nejvíce respondentů. Informovanost o položkách, o kterých informují především lékaři (léky proti bolesti, zlepšující močení, zlepšující erekci), potvrdilo vždy jen pouhých 10-12% respondentů. Hypotézu číslo tři tak mohu z tohoto pohledu považovat za potvrzenou. Co ovšem mluví proti práci edukační sestry, je fakt, že informace o urinálních kondomech s odvodným sáčkem či svorkách na penis potvrdili vždy pouze 4% respondentů. Skutečně tyto informace ostatní pacienti/klienti vůbec nedostali nebo byli informace o těchto pomůckách natolik nedůrazné, že si je pacienti/klienti nezapamatovali? Je pravda, že i ta 4% pacientů, která informovanost o nich potvrdila, tyto pomůcky nevyužívala, resp. pouze urinální kondom s odvodným sáčkem využil 1 pacient/klient. Také informace o krémech na opruzeniny dostala (resp. potvrdila) pouhá 4% pacientů/klientů, přičemž tento problém trápil po skončené hospitalizaci 20% pacientů! Co mě ještě překvapilo, že žádný pacient nedostal informace o řešení problémů s erektilní dysfunkcí pomocí penilní protézy nebo podtlakového erektoru. Je pravda, že já jako sestra pracující na oddělení, odkud je vzorek zkoumaných respondentů, vím, že žádná ze sester informace na toto téma nepodává. Ze získaných odpovědí v dotazníku je zřejmé, že tyto informace nejspíše nepodává ani lékař. Zaráží mne to o to více, že jsou to právě problémy s erekcí, které pacienty po několika měsíčním odstupu po operaci, nejvíce trápí, jak dokazuje tab. 19. U kterých pomůcek, které vylepšují kvalitu života pacientů/klientů, končí odpovědnost sestry a její kompetence edukovat a začíná odpovědnost lékaře? Nemohla by některé jmenované položky převzít do své edukační odpovědnosti dobře vyškolená vysokoškolsky vzdělaná sestra? Může taková sestra nastínit možnost řešení některých problémů léky?

K hodnocení třetí hypotézy bych ještě chtěla dodat, že období po ukončené hospitalizaci považuje za nejtěžší nejnižší procento pacientů/klientů (do 2 měsíců je to 6%, nad 2 měsíce 4% respondentů). I tento poznatek může souviset s tím, že dobře edukovaný pacient má méně obtíží.

Když se ale podívám na tabulku č. 18, stojí pocit nejistoty v souvislosti s únikem moči na prvním místě problémů, které trápily pacienty/klienty v období po skončení hospitalizace. Tato nejistota trápila celkem 64% respondentů, přičemž 42% respondentů trápila hodně, u 40% respondentů tento problém způsobil, že se alespoň občas vyhýbali společnosti, 20% respondentů uvádí, že si minimálně někdy nevěděli rady, jaké pomůcky k inkontinenci použít, 16% respondentů minimálně občas v době po propuštění z nemocnice nové pomůcky použít nedovedlo.

64% pacientů, trpících nejistotou v souvislosti s únikem moči, považují za vysoké procento, které jednoznačně potvrzení třetí hypotézy zpochybňuje. Otázkou ovšem je, jak vysoké procento takových pacientů by bylo v případě, že by edukační sestrou proškoleni nebyli.

Čtvrtá hypotéza, že v bezprostředním pooperačním období trápí pacienty více problémy vedoucí k nenaplnění primárních potřeb, se potvrdila. Na problémy vedoucí k primárním potřebám si stěžovalo dvakrát více respondentů než na problémy vedoucí k sekundárním potřebám.

Pátá hypotéza se také potvrdila, protože v období po ukončené hospitalizaci přestávají pacienti/klienty primární potřeby trápit, přibližně o třetinu více je zatěžují problémy směřující k absenci splněných psychosociálních (sekundárních) potřeb.

Tyto dvě hypotézy potvrzují fakt uvedený v teoretické části práce [2, s. 17], totiž, že nemocný se nejprve zaměřuje hlavně na primární potřeby, až po jejich uspokojení se zabývá potřebami vyšší úrovně, stejným způsobem vysvětluje svou pyramidu potřeb i A. Maslow,

podle kterého musí být vždy nižší potřeby uspokojeny, aby mohla dominovat potřeba vyšší. [2, s. 14]

Poslední vytyčená, šestá hypotéza, potvrzena nebyla. Počet pacientů, kteří mají i v období po minimálně třech měsících po operaci nějaké potíže, které je trápí, je vyšší než polovina, resp. jde o 72% respondentů. 46% trápí potíže s močením (únik moči nebo časté močení), 40% trápí potíže s erekcí. Čímž je potvrzen výrok, že kvalita života po radikální prostatektomii je dána zejména kritériem kvality kontinence a kvality uchování erektilní funkce.[14, s. 427]

Jsou to jistě potíže s močením, jejichž důsledky jsou nespavost (6%) a společenské neaktivity (2%) u pacientů/klientů po radikální prostatektomii, a erektilní dysfunkce, která pak vede k citovému odcizení s manželkou (4%). A jsou to právě tyto oblasti, ve kterých případně připadají pacientům/klientům podané informace v době před operací nedostatečné. Zvláště informace o potížích s erekcí dostávají pacienti/klienti nepřesné, snad optimistické, nebo skutečně dochází k tomu, že jim tyto následky operace v době, kdy myslí na právě nově diagnostikovaný karcinom a na záchranu svého života, připadají nedůležité. Každopádně musím ještě jednou i na tomto místě zopakovat, že přesto považují období nad 2 měsíce po operaci za nejtěžší pouze 4% pacientů/klientů, čímž je toto období považováno za nejméně náročné. Oproti tomu jsou předešlá časnější pooperační období hodnocena jako nejtěžší několikanásobně vyšším počtem respondentů (kromě období 22dní až 2 měsíce, které označilo za nejtěžší pouze 6%) a dokonce i období před operací je hodnoceno jako nejtěžší vysokým počtem dotázaných (30%) a staví ho tak na druhé místo této tabulky (tab.14).

5 Závěr

Ve své práci jsem se zabývala potřebami nemocných, konkrétně potřebami pacientů/klientů po radikální prostatektomii. Protože je tato operace často spojena s nepříjemnými následky (jde hlavně o močovou inkontinenci a erektilní dysfunkci), které zasahují všechny stránky osobnosti a jejího životního stylu, snažila jsem se zjistit, jak dobře byli pacienti/klienti operovaní v Ústřední vojenské nemocnici v Praze, v průběhu celé léčby a i o těchto následcích předem informováni a jak jim tyto následky a radikální prostatektomie vůbec, změnila život a ovlivnila jejich potřeby.

Výsledky výzkumu prokázaly, že se pacienti/klienti operovaní v Ústřední vojenské nemocnici cítili po všech stránkách a ve všech obdobích převážně dobře informovaní. Z pacientů, kteří považovali informace před operací za neúplné, protože je některé problémy v následujícím období překvapily, označilo za nepřesné nejčastěji informace týkající se potíží s erekcí. Jeden pacient přímo napsal, že nebyl připraven na důsledky, které s sebou tyto potíže přinášejí v manželském životě.

Nejen tato poznámka, ale i v dotazníku označené konkrétní problémy, které v jednotlivých fázích pacienty/klienty trápily, svědčí o tom, že člověk je bytost holistická, a že i třeba některé nedostatečně naplněné primární potřeby, mohou velmi ovlivnit psychiku člověka a jeho sociální interakci, čímž se prokazuje, že radikální prostatektomie ovlivní životní styl operovaných a převrátí jejich potřeby ve všech směrech. Tyto potřeby se ale v průběhu léčebného procesu vyvíjejí a mění, až se u většiny pacientů/klientů po několika měsících vrátí opět do původní podoby, nebo se s novými skutečnostmi muži naučí žít tak, že je následky výkonu přestanou jakkoli omezovat.

Nutno také říci, že téměř každá situace je řešitelná, močová inkontinence i erektilní dysfunkce jsou v současné době stále častěji připomínanými tématy, nabízejícími těm, které trápí, několik možností jejich řešení. Je úkolem zdravotníků, ale i samotných pacientů/klientů, společnými silami to správné, individuálně nejvhodnější řešení, pro pacienta/klienta nalézt.

Ve výzkumu jsem potvrdila některé již zveřejněné poznatky, například vyšší míru pooperačních problémů závislých na vzniku inkontinence a erektilní dysfunkce v souvislosti s proběhlou operací. Co mě ale překvapilo, a o čem jsem nikde zmínku nenašla, bylo v jaké míře udávají pacienti/klienti problémy s nově vzniklou bolestí v souvislosti s operací ještě v době delší než jsou 3 měsíce po absolvovaném výkonu. 10% takto postižených respondentů považují za vysoký počet.

Závěrem bych chtěla dodat, že jelikož období nad 2 měsíce po operaci, označilo za nejtěžší nejnižší počet respondentů, pouhá 4% z nich oproti např. 30% respondentům, podle kterých byla nejtěžší dobou doba před operací (čímž je toto období řazeno na druhé místo), je nejspíš míra problémů vycházejících z pooperačních následků daleko lépe překonatelnější, než psychický stav spojený s obavami a strachem v době, kdy člověk přemýšlí nad tím, zda má absolvovat operaci, nebo jakým jiným způsobem se zákeřnou nemocí, jakou karcinom prostaty jistě je, bojovat. Tento fakt tedy mluví každopádně ve prospěch operace radikální prostatektomie a měl by být připomínán pacientům/klientům, kteří váhají nad tím, zda tuto operaci podstoupit či nikoli.

Seznam použité literatury

- [1] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Povídej – Naslouchám*. Praha : Návrat, 1993. 105 s. ISBN 80-85495-18-X
- [2] TRACHTOVÁ, Eva; FOJTOVÁ, Gabriela; MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd., Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. 186 s. ISBN 80-7013-324-8
- [3] NAKONEČNÝ, Milan. *Lexikon psychologie*. Praha : Vodnář, 1995. 397 s. ISBN 80-85255-74-X
- [4] MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 1. vyd., Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1999. 164 s. ISBN 80-7013-277-9
- [5] NAKONEČNÝ, Milan. *Motivace lidského chování*. Praha : Academia, 1996. 270 s. ISBN 80-200-0592-7
- [6] *Všeobecná encyklopedie 6. svazek*. 1. vyd., Praha : Diderot, 1999. 482 s. ISBN 80-902555-8-2
- [7] MADSEN, K.B. *Moderní teorie motivace*. Praha : Avicenum, 1979. 509 s. 1. vyd., ISBN 99-00-00625-X
- [8] MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetrovatelství 1. díl*. 1. vyd., Praha : Karolinum, 2002. 188 s. ISBN 80-246-0429-9
- [9] ARCHALOUSOVÁ, Alexandra. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. 1. vyd., Hradec Králové : Nucleus HK, 2003. 104 s. ISBN 80-86225-33-X
- [10] DYLEVSKÝ, Ivan. *Somatologie 2.díl*. Praha : Institut pro další vzdělávání lékařů a farmaceutů, 1980. 296s.
- [11] DVOŘÁČEK, Jan. Et al. *Urologie 2. díl*. 1. vyd., Praha : ISV, 1998. 1194 s. ISBN 80-85866-30-7
- [12] BLYWEERT, W.; VAN POPPEL, H. Dietní návyky a prevence karcinomu prostaty. *Urologické listy*, 2003, roč. 1, č. 1, s. 13-16. ISSN 1214-2085
- [13] KAWACIUK, Ivan. *Urologie*. Praha : H a H, 2000. 308 s. ISBN 80-86022-60-9
- [14] KOTEK, V.; ROVNÝ, A. et al. Kvalita života pacientů po radikální prostatektomii. *Causa subita*, 2001, roč. 4, č. 9, s. 426-427. ISSN 1212-0197
- [15] AUS,G.; ABOU, C.C.; PACIK, D. et al. Guidelines eau pro diagnostiku a terapii karcinomu prostaty. *Urologické listy*, 2003, roč. 1, č. 1, s. 31-69. ISSN 1214-2085

- [16] MATOUŠKOVÁ, Michaela. et al. *Karcinom prostaty* [online]. ČLS JEP, 2002. [cit. 12.11.2005]. Dostupné na WWW: <http://www.cls.cz/dp/2002/t105.rtf>
- [17] PACÍK, D.; WALSH, P. C. Radikální retropubická prostatektomie – nejúčinnější a nejméně zatěžující metoda pro vyléčení lokalizovaného karcinomu prostaty – II. díl. *Urologie pro praxi*, 2002, roč. 3, č. 6, s. 252-257. ISSN 1213-1768
- [18] URBAN, N.; LUKEŠ, M. et al. Chirurgická léčba močové inkontinence u muže – TBT (tension bulbourethral tape): dlouhodobé sledování. *Česká urologie*, 2005, roč. 9, č. 1, s. 9-13. ISSN 1211-8729
- [19] ZACHOVAL, R. Inkontinence moči u mužů. *Sestra*, 2005, roč. 15, č. 7-8 (příloha), s. 4-5. ISSN 1210-0404
- [20] Druhy pomůcek. [cit. 25.3.2006] Dostupné na WWW: www.inkontinence-info.cz/pomucky.htm
- [21] Pomůcky pro inkontinenci. [cit. 23.3.2006] Dostupné na WWW : http://www.vzp.cz/http://u-por2p.op99.vzp.cz/NASApp/xqw/webdav/vzp_rs2/getPathFile/internet/lekari/ciselniky/%25C4%258C%25C3%25ADseln%25C3%25ADky%2520-%2520verze%2520580/vhtml/81Podskupiny.html#pod02
- [22] Inkontinence. [cit. 12.9.2003] Dostupné na WWW: <http://www.ereska.cz/postrehy/inko/hartmann.html>
- [23] PACÍK, D.; WILSON. S.K. *Impotence není nezvratná*. [S.I.] : Nadace „Na pomoc pacientům stíženým impotencí“, 1993. 52 s.
- [24] HORA, M. Erektální dysfunkce po radikálních onkologických operacích v malé pánvi. *Urologické listy*, 2003, roč. 1, č. 2, s. 29-30 . ISSN 1214-2085
- [25] HANEK, P.; KAWACIUK, I.; JAROLÍM, L. Léčba erektilní dysfunkce po radikální prostatektomii. *Česká urologie*, 2003, roč. 7, č. 3, s.26. ISSN 1211-8729
- [26] WRIGHT, P. Holistická péče o erektilní dysfunkci. *Update*, 2003, roč. IV, č. 3, s. 12-17. ISSN 1213-4856
- [27] DOENGES, M. E.; MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2., přeprac. a rozš. vyd., Praha : Grada Publishing, 2001. 568 s. ISBN 80-247-0242-8
- [28] *Jak dokumentovat edukaci pacientů* [online]. INTERNET Medical EDucation, 03.05. 2002, [cit.4.3.2006] Dostupné na WWW: http://www.intermed.cz/index.php?p=preview&sekce=3_1&id=43

Přílohy

Seznam příloh:

1. Informace z číselníku VZP – zdravotnické prostředky předepisované na poukaz
2. Edukační protokol
3. Dotazník

1. Informace z číselníku VZP

Informace z číselníku VZP

ZDRAVOTNICKÉ PROSTŘEDKY - PT předepisované na Poukaz

Zdravotnické prostředky předepisované na Poukaz, jsou v datovém číselníku ZP označené symbolem "P" v poli PRO. Součástí číselníku zdravotnických prostředků (dále jen ZP) jsou závazné metodiky k předepisování ZP na Poukaz, odpovídající specifikaci dané podskupiny.

Přehled podskupin v číselníku ZP (ZP předepisované na Poukaz)

PODSKUPINA 02 - POMŮCKY PRO INKONTINENCI

Pomůcky pro inkontinentní pojištěnce předepisuje smluvní lékař Pojišťovny odbornosti PRL, URN, GYN, NEU, GER na Poukaz. Nárok na předpis vzniká při splnění indikací od 3 let věku pojištěnce a to pouze při prokázané patologické inkontinenci. **Odborný lékař** v jehož péči je inkontinentní pojištěnec, **je povinen písemně informovat praktického lékaře** pojištěnce o vyšetření a předepsání pomůcky (viz Metodika týkající se předepisování na Poukaz).

Pojištěncům v ústavní péči (hospitalizace) a v odborných léčebnách Pojišťovna tyto pomůcky **nehradí**.

Uvedené pomůcky mohou být předepsány na Poukaz nejvýše na dobu 3 měsíců. Tato **maximální preskripce** se využívá především **u pacientů ve stabilizovaném stavu**, u kterých je předpoklad účelného využití celého množství.

Pomůcky pro inkontinentní dělíme na **savé, sběrné a obstrukční**.

Indikací pro předpis na pomůcky pro inkontinentní pacienty je inkontinence dělená do tří stupňů na **lehkou, střední a těžkou**. Nejedná se o diagnózu, ale o stupeň finanční náročnosti na ošetřování a zajištění inkontinentního pacienta.

- I. **stupeň: lehká inkontinence** - především stresová inkontinence všech stupňů, kde se zpravidla volí vložky pro lehkou inkontinenci. Používání pomůcek je nepravidelné.
 - a. ztráty moče jsou 50-100 ml v průběhu 4 hodin,
 - b. únik moče nastává při kašli, smíchu, kýchnutí či zvedání předmětů.

V případech ostatních typů inkontinence (reflexní, urgentní, extrauretrální), kde není prioritní stresový manévr, musí odborník klasifikaci provést s přihlédnutím k údajům v mikční kartě pacienta (anamnéza) případně k výsledkům vyšetření dolních močových cest (fyzikální vyšetření, cystoskopie, uroflowmetrie, cystografie, ultrasonografie apod.).

- II. **stupeň: střední inkontinence** - ostatní typy inkontinence zejména u mobilních pacientů. Využívány jsou především pleny absorpční. Používání pomůcek je nutné denně.
 - a. ztráty moče při tomto stupni se pohybují do 200 ml za 4 hodiny,
 - b. únik moče nastává při změně polohy, při běhu, chůzi, chůzi po schodech, při fyzické námaze.
- III. **stupeň: těžká inkontinence** - ostatní typy inkontinence v pokročilém stádiu především u ležících pacientů, spojené také s inkontinencí stolice. Využívány jsou hlavně kalhotky absorpční. Používání pomůcek je trvalou nutností.
 - a. ztráty moče jsou větší než 200 ml za 4 hodiny, případně kombinované s retencí stolice.
 - b. moč, příp. stolice uniká trvale, bez možnosti jakkoli kontrolovat tento stav.

Pomůcky pro inkontinentní jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění dle následujících limitů:

- I. **stupeň:**
 - vložky pro lehkou inkontinenci - maximálně 150 ks měsíčně - nejvýše do 550,- Kč,
 - fixační kalhotky - maximálně 24 ks ročně - nejvýše do 190,- Kč,
 - kondomy urinální - maximálně 30 ks měsíčně - nejvýše do 900,- Kč,
 - sáčky sběrné urinální - maximálně 10 ks měsíčně - nejvýše do 600,- Kč,
 - svorka inkontinenční pro muže - maximálně 2 ks ročně.
- II. **stupeň:**
 - pleny vložné, vložky - maximálně 150 ks měsíčně - nejvýše do 900,- Kč,
 - fixační kalhotky - maximálně 24 ks ročně - nejvýše do 190,- Kč,
 - kondomy urinální - maximálně 30 ks měsíčně - nejvýše do 900,- Kč,

- sáčky sběrné urinální - maximálně 10 ks měsíčně - nejvýše do 600,- Kč,
- svorka inkontinenční pro muže - maximálně 2 ks ročně.

III. stupeň:

- kalhotky plenkové - maximálně 150 ks měsíčně - nejvýše do 1.400,- Kč,
- kondomy urinální - maximálně 30 ks měsíčně - nejvýše do 900,- Kč,
- sáčky sběrné urinální - maximálně 10 ks měsíčně - nejvýše do 600,- Kč,
- svorka inkontinenční pro muže - maximálně 2 ks ročně.

Fixační kalhotky (tj. fixace absorpčních prostředků pro inkontinenci) je možné předepsat, pokud pacient **používá vložky nebo absorpční pleny, maximálně 24 kusů ročně nejvýše do 190,- Kč.**

Absorpční pomůcky **pro I. a II. stupeň** rozlišujeme podle gramáže:

- Vložka absorpční - pomůcka o hmotnosti **do 60 gr,**
- Plena absorpční - pomůcka **nad 60 gr.**

Podložky absorpční - lze předepsat pouze inkontinentním pojištěncům, **u kterých je rozumné, pro regeneraci pokožky, kombinovat vložky nebo vložné pleny s podložkami, kde jejich úhrada musí být součástí finančního limitu pro I. nebo II. stupeň.**

U III. stupně, tedy u těžkých případech inkontinence, případně inkontinence spojené s retencí stolice, slouží jako duplicitní ochrana pacienta a je možné je předepsat nad finanční limit kalhotek s úhradou 75% a omezením do 60 kusů na měsíc.

Absorpční pomůcky jsou nově rozděleny dle stupňů inkontinence I. – III. s přiřazením konkrétních výrobků seřazených podle savosti. Fixační kalhotky, podložky a absorpční kalhotky pro děti jsou zařazeny v samostatných oddílech.

Pro předpis Poukazu pro inkontinentního pojištěnce platí:

- a) na Poukaze může být předepsána pouze jeden druh absorpční pomůcky pro inkontinentní s využitím možnosti předepsání více poukazů,
- b) pro předpis je směrodatný údaj o stupni inkontinence v návaznosti na finanční limit,
- c) u I. a II. stupně je možno využít kombinaci vložek a vložných plen a stejně tak u II. a III. stupně lze kombinovat vložné pleny a kalhotky pro denní a noční období v možném **dvou nebo tříměsíčním preskripčním období.** To znamená, že pacient může být přes den zařazen do II. stupně a využívat vložné pleny a v noci využít plenkové kalhotky, které jsou zařazeny ve III. stupni,
- d) savé pomůcky, tedy vložky, vložné pleny a kalhotky absorpční by **neměly být zavedeny na těle pacienta z hygienických důvodů déle než 8 hodin !**
- e) v žádném případě nesmí dojít k překročení limitu stanoveném pro dané stupně,
- f) o vystavení Poukazu musí být proveden záznam v dokumentaci pojištěnce s uvedením stupně patologické inkontinence a údaj o množství předepsaných pomůcek.

3. Dotazník

Vážený pane,

jmenuji se Pavlína Svitáková a jsem studentkou Lékařské fakulty v Hradci Králové University Karlovy v Praze. Letos mé studium končí. Součástí státní bakalářské zkoušky je vypracování bakalářské práce. Jelikož pracuji jako zdravotní sestra na urologickém oddělení Ústřední vojenské nemocnice v Praze, rozhodla jsem se vypracovat práci na téma: Potřeby pacientů/ klientů po radikální prostatektomii.

Tímto se na Vás obracím s prosbou o pomoc. Předkládám Vám dotazník, který je součástí studie a zjišťuje Vaše zkušenosti související s danou operací. Dotazník je anonymní a veškeré informace jsou důvěrné. Výsledky průzkumu budou použity ke zkvalitnění ošetrovatelské péče o pacienty po radikální prostatektomii.

Bud'te prosím tak laskav, v dotazníku zakroužkujte nebo zaškrtejte (dle návodu) odpovědi, které Vám nejvíce vyhovují. Do textu můžete i libovolně psát - případné připomínky dopište vedle své odpovědi nebo na konec dotazníku. Za každou připomínku děkuji.

Přikládám ofrankovanou obálku s nadepsanou adresou, na kterou, prosím, zašlete obratem vyplněný dotazník.

Velice vám děkuji za vaši ochotu a spolupráci.

Pavlína Svitáková
studentka 4. ročníku oboru ošetrovatelství LF HK UK v Praze

Anamnestické údaje: Věk v době operace:
Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

Vlastní dotazník:

Zakroužkujte odpověď, se kterou nejvíce souhlasíte. Pokud máte k otázce nějakou připomínku, dopište ji vedle, nebo přiložte na konec dotazníku.

1/ Máte pocit, že jste byl PŘED OPERACÍ dostatečně informován o operaci, pooperačním průběhu a možných pooperačních komplikacích?

- A/ Ano, informace byly kompletní, celkem mě nic nepřekvapilo, na vše jsem byl připraven
 - B/ Poučen jsem byl, přesto mě v průběhu pooperačního období a rekonvalescence některé věci překvapily, protože mě na ně nikdo nepřipravil
 - C/ Informace byly velmi strohé, vše jsem se dozvídal až následně, když jsem se v nové situaci a s novým problémem setkal.
- V případě, že jste zaškrtl odpověď B nebo C, napište prosím, kterou situaci či problémem jste byl po operaci nejvíce zaskočen:

2/ V případě, že jste byl propuštěn z nemocnice v období, kdy jste měl ještě zavedenou močovou cévku, máte pocit, že jste byl při propuštění dostatečně poučen o zacházení s cévkou, o hygieně, pomůckách ?

A/ ano B/ ne zcela C/ ne

3/ Byl jste při propuštění z nemocnice po vyndání močové cévky informován o pomůckách/přípravcích/postupech, které máte používat?

A/ Ano B/ ne zcela C/ ne

4/ Dohledával jste si další informace o pomůckách samostatně?

A/ Ano B/ ne

pokud ano, napište prosím , kde :.....

5/ V prvním sloupečku zaškrtněte, o kterých pomůckách/ přípravcích/ postupech jste byl při propuštění z nemocnice bez močové cévky informován a vedle zaškrtněte ty, které jste v době po operaci skutečně používal

	Byl jsem nformován	Používal jsem
absorbční pomůcky – vložky, pleny, kalhotky		
kolektory na penis /kapsičky/		
podložky k ochraně lůžka, křesla		
urinální kondomy s odvodným sáčkem		
svorky na penis		
krémy na opruzeniny		
masti na operační jizvu		
léky zlepšující močení		
léky na bolest		
léky na zlepšení erekce		
podtlakové erektory, penilní protézy pro zlepšení erekce		
cviky na zpevnění svalů pánevního dna		

6/ Které z daných období vám připadalo nejtěžší?

- A/ před operací
- B/ do 3 dnů po operaci
- C/ 4 - 21 dní (byl jste propuštěn i s močovou cévkou domů? –ano, ne -zakroužkujte)
- D/ 22 dní až 2 měsíce
- E/ nad 2 měsíce

7/ V období v nemocnici mě hodně trápilo: / zaškrtněte odpověď, se kterou souhlasíte/

Změna jídelníčku	ano	občas	ne
Potíže při vyprazdňování stolice	ano	občas	ne
Slabost, únava	ano	občas	ne
V noci jsem nemohl spát	ano	občas	ne
Ruch , hluk na pokoji	ano	občas	ne
Připoutání na lůžko v prvních pooperačních dnech	ano	občas	ne
Postel byla nepohodlná	ano	občas	ne
Pocit nedostatečné hygieny	ano	občas	ne
Močová cévka- omezovala mě v pohybu, bál jsem se, že si jí vytrhnu	ano	občas	ne
Močová cévka- měl jsem pocit nedostatečného vyprázdnění	ano	občas	ne
Močová cévka- působila mi bolest	ano	občas	ne
Bolest (mimo bolest působenou cévkou)	ano	občas	ne
Špatné hojení rány	ano	občas	ne
Připadal jsem si nejistý v nové situaci a prostředí	ano	občas	ne
Zdravotní sestry byly neochotné	ano	občas	ne
Vlastní nesoběstačnost při pohybu a zajišťování základních potřeb	ano	občas	ne
Měl jsem málo kontaktu s rodinou	ano	občas	ne
Vadili mi moji spolubydlíci na pokoji	ano	občas	ne
Chybělo mi si s někým popovídat	ano	občas	ne
Pokoj mi připadal neútulný	ano	občas	ne
Nemožnost trávit čas v příjemném nemocničním parku	ano	občas	ne
Chyběla mi televize, abych věděl, co se děje ve světě	ano	občas	ne
Chyběly mi informace o mém zdravotním stavu	ano	občas	ne
Nuda	ano	občas	ne
Nemohl jsem se věnovat své práci, koníčkům	ano	občas	ne
Chybělo mi zajištění duchovních potřeb	ano	občas	ne

8/ V období po propuštění z nemocnice (už bez močové cévky) do 3 měsíců po operaci mě hodně trápilo:

Slabost, únava	ano	občas	ne
Narušený spánek – vstával jsem na WC	ano	občas	ne
Pocit nedostatečné hygieny	ano	občas	ne
Únik moči – připadal jsem si nejistý v nové situaci	ano	občas	ne
Opruzeniny	ano	občas	ne
Bolest související s operací	ano	občas	ne
Kvůli úniku moči jsem se vyhýbal společnosti	ano	občas	ne
Citové odcizení s partnerkou	ano	občas	ne
Odcizení od přátel	ano	občas	ne
Nevěděl jsem jaké pomůcky pro inkontinenci mám používat	ano	občas	ne
Nevěděl jsem, jaké pomůcky / léky používat pro zlepšení erekce	ano	občas	ne
Nevěděl jsem, na koho se mám se svými problémy obrátit	ano	občas	ne
S novými pomůckami jsem neuměl zacházet	ano	občas	ne
Potíže s erekcí	ano	občas	ne
Nemohl jsem vykonávat své koníčky/ zaměstnání	ano	občas	ne
Chybělo mi zajištění duchovních potřeb	ano	občas	ne
Měl jsem strach, že nedojde ke zlepšení mého stavu	ano	občas	ne

9/ Přetrvávají některé potíže, které vás trápí, dosud? Napište prosím, které:

.....

Potřeby pacientů/klientů po radikální prostatektomii

Patients`/Clients` Needs after Radical Prostatectomy

Práce věnovaná potřebám pacientů/klientů po radikální prostatektomii ve své teoretické části poukazuje nejprve obecně na šíři potřeb nemocného člověka v holistickém pojetí a poté se zabývá blíže potřebami pacientů/klientů po výše jmenované operaci. Přibližuje podstatu operace a její možné trvalé následky, ze kterých vyplývají pro pacienta/klienta nově vzniklé problémy a potřeby, které se dotýkají všech oblastí jeho osobnosti. Práce je zaměřena na úlohu sestry při identifikaci a uspokojování těchto potřeb formou ošetrovatelského procesu, zdůrazněna je důležitost vhodné edukace. Výzkum empirické části zjišťuje míru připravenosti (informovanosti) pacientů/klientů po radikální prostatektomii na nastalé pooperační problémy a monitoruje jejich konkrétní potřeby v různých fázích pooperačního období.

The theoretical part of the present thesis, which is focused on needs of patients/clients after the radical prostatectomy, is concerned with the needs of an ill human as such within the framework of the holistic concept. Then, it analyses specific prostatectomy-patient-related needs. The thesis reveals the fundamental of this operation and its lasting ill effects that cause various problems and bring along specific needs. The above-mentioned effects concern all parts of human personality. The thesis deals with the nurse's role while identifying and satisfying these needs within the framework of the nursing process. The importance of an appropriate education is stressed as well. The practical research part not only analyses the level of patients'/clients' foreknowledge of eventual post-operative problems and complications but it monitors also their concrete needs in different stages of the post-operative period.