

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

ÚSTAV OŠETŘOVATELSTVÍ

Michal Šimčík

**Kvalita života pacientů po radikální
prostatektomii**

Bakalářská práce

Praha 2016

Autor práce: **Michal Šimčík**

Vedoucí práce: **Mgr. Jana Křivková**

Oponent práce: **Phdr. Šárka Tomová Ph.D**

Datum obhajoby: **2016**

Bibliografický záznam

ŠIMČÍK, Michal. Kvalita života pacientů po radikální prostatektomii, 2016, 117 stran, Bakalářská práce, Univerzita Karlova v Praze, 2. Lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství. Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Jana Křivková

Abstrakt

Primárním záměrem této bakalářské práce je zmapovat kvalitu života pacientů, kteří podstoupili radikální prostatektomii pro adenokarcinom prostaty. Hlavními cíli výzkumného šetření je zhodnocení v jakých oblastech pacienti pociťují nejmarkantnější zhoršení kvality života, vytyčení nejčastějších ošetrovatelských problémů, které sebou operační výkon přinesl, ve smyslu holistického pojetí nemocného a porovnání výsledků šetření s dříve realizovanými studii. Na základě výsledků statistické analýzy dat, získaných cestou anonymního dotazníku, by měl vzniknout teoretický výstup o kvalitě nemocných po tomto operačním výkonu, jenž by měl zahrnovat také vytvoření praktického a informativního materiálu, jehož snahou bude zlepšit adaptaci nemocných na změnu vlastního zdravotního stavu a zmírnit tak negativní psychosociální prožívání nemoci.

Abstract

The primary objective of this thesis is to explore the quality of life of patients who had undergone radical prostatectomy for prostate adenocarcinoma. The main objectives of the research is to evaluate the areas in which patients experience a more noticeable deterioration in quality of life, defining the most common nursing problems that brought them operational performance, within the meaning of holistic understanding of the patient and comparing the survey results with earlier surveys conducted. Based on the results of the statistical analysis of data obtained through an anonymous questionnaire should have a theoretical output of the quality of patients after the surgery, which should also include the creation of a practical, informative and educative material whose aim will be to improve adaptation to change his own ill health and mitigate the negative psychosocial illness experience.

Klíčová slova

karcinom, kvalita, prostata, urologie, život

Keywords

cancer, quality, prostate, urology, life

Zadávací protokol

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

2. lékařská fakulta

Ústav ošetřovatelství

Akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení: **Michal Šimčík**

Studijní program: **Ošetřovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Děkan fakulty Vám podle zákona č. 111/1998 Sb. určuje tuto bakalářskou práci:

Název práce: **Kvalita života pacientů po radikální prostatektomii**

Zásady pro vypracování:

Bakalářská práce musí splňovat požadavky uvedené v Opatření děkana 2. LF UK č. 12/2010. Zpracováním bakalářské práce student/ka prokáže, že se umí samostatně orientovat ve studovaném oboru a že v průběhu studia získal/a a zároveň je i schopen/a v praxi uplatňovat teoretické poznatky a praktické postupy (metody). Bakalářská práce musí být původním a samostatně zpracovaným odborným textem. Při zpracování bakalářské práce se student/ka může opírat o výsledky a zkušenosti získané jinými autory, avšak vždy musí tyto výsledky a zkušenosti konfrontovat s vlastními názory, úvahami, hodnoceními a závěry. Rozsah bakalářské práce vyplývá z povahy zpracovávaného tématu, přičemž její minimální rozsah činí 40 stran normovaného textu. Referenční seznam musí obsahovat nejméně 25 položek časopiseckých, literárních či elektronických zdrojů informací. Do referenčního seznamu se nezapočítávají pouhá abstrakta. Zpracováním bakalářské práce musí student prokázat schopnost pracovat s aktuální odbornou literaturou vztahující se k řešené problematice, včetně práce s cizojazyčnou literaturou a s dalšími prameny. Citace typu "ústní sdělení" a "nepublikovaná data" (s výjimkou vnitřních předpisů a standardů) nelze v bakalářské práci použít.

Seznam odborné literatury:

GURKOVÁ, E. Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetřovatelský výzkum. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 223 s. ISBN 978-802-4736-259.

JAROŠOVÁ, D., ZELENÍKOVÁ, R. Ošetřovatelství založené na důkazech: Evidence Based Nursing. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. 136 s. ISBN 978-802-4753-454.

TRACHTOVÁ, E., TREJTNAROVÁ, G., MASTILIAKOVÁ, D. Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu: Evidence Based Nursing. Vyd. 3., nezměn. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. 185 s. ISBN 978-807-0135-532.

KAWACIUK, I. Urologie. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 531 s. ISBN 978-807-2626-267.

BRODÁK, M. Karcinom prostaty a radikální prostatektomie. Vyd. 1. Olomouc : Solen, 2013. ISBN 978-80-7471-018-6.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Křivková Jana**

Oponenti: **PhDr. Tomová Šárka, PhD.**

Konzultanti:

Datum zadání bakalářské práce: 30.9.2015

Termín odevzdání bakalářské práce: dle harmonogramu příslušného akademického roku


.....
Vedoucí katedry

V Praze dne 30.9.2015


.....
Děkan

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracoval samostatně pod vedením Mgr. Jany Křivkové, uvedl všechny použité literární a odborné zdroje a dodržoval zásady vědecké etiky. Dále prohlašuji, že stejná práce nebyla použita pro k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze 15. 4. 2016

Michal Šimčík

Poděkování

Rád bych na tomto místě poděkoval všem pracovníkům ústavu ošetrovatelství a zejména paní Mgr. Janě Křivkové za cenné rady a lidský přístup během tvorby této práce.

OBSAH

1	ÚVOD	12
1.1	CÍLE PRÁCE.....	13
2	TEORETICKÁ ČÁST	14
2.1	KVALITA ŽIVOTA	14
2.1.1	Kvalita života ve vztahu k ošetřovatelství.....	15
2.2	ANATOMIE A FYZIOLOGIE PROSTATY	16
2.3	KARCINOMY PROSTATY.....	18
2.3.1	Epidemiologie, incidence a prevalence onemocnění.....	18
2.3.2	Patofyziologie karcinomu prostaty.....	19
2.3.3	Klinický obraz karcinomu prostaty	20
2.4	DIAGNOSTIKA A VYŠETŘOVACÍ METODY	20
2.4.1	Vyšetření per rektum (DRE).....	21
2.4.2	Prostatický specifický antigen (PSA).....	22
2.4.3	Transrektální ultrasonografie (TRUS).....	22
2.4.4	Biopsie prostaty.....	22
2.4.5	Pomocné vyšetřovací metody.....	23
2.4.6	Klasifikace karcinomu prostaty.....	23
2.5	LÉČBA KARCINOMU PROSTATY.....	24
2.5.1	Terapie lokalizovaného karcinomu prostaty.....	24
2.6	RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMIE.....	25
2.6.1	Retropubická radikální prostatektomie.....	26
2.6.2	Miniinvazivní techniky radikální prostatektomie	26
2.6.3	Princip nervy šetřící radikální prostatektomie.....	27
2.6.4	Časné komplikace a následky radikální prostatektomie	27
2.6.5	Vedlejší následky radikální prostatektomie	28
2.6.6	Prognóza a po radikální prostatektomii	29
2.6.7	Dispenzarizace po radikální prostatektomii.....	30
2.6.8	Ošetřovatelská péče o pacienta po radikální prostatektomii.....	30
2.6.9	Příjem nemocného a příprava k operačnímu výkonu	30
2.6.10	Specifika ošetřovatelské pooperační péče.....	32
2.6.11	Fyzioterapie a její význam v léčbě pooperační inkontinence	34
2.6.12	Edukace a propuštění do domácího prostředí	35
3	EMPIRICKÁ ČÁST	36

Bakalářská práce	Kvalita života pacientů po radikální prostatektomii	
3.1	VÝZKUMNÉ CÍLE A PRACOVNÍ HYPOTÉZY	36
3.2	METODIKA.....	37
3.3	ORGANIZACE ŠETŘENÍ	38
3.4	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU.....	38
3.5	INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	40
3.5.1	Dotazník WHOQOL-BEF	40
3.5.2	Dotazník vlastní konstrukce	65
3.6	DISKUSE	75
3.6.1	Vyhodnocení výsledků výzkumného šetření	75
3.6.2	Porovnání výsledků výzkumného šetření s dříve realizovanými studii	96
4	ZÁVĚR.....	97

SEZNAM ZKRATEK

CT	computed tomography, počítačová výpočetní tomografie
CVP	central venous pressure, centrální žilní tlak
ČR	Česká republika
DRE	digital rectal examination, vyšetření per rectum
ED	erektilní dysfunkce
EKG	elektrokardiografie
GS	Gleasonovo skóre
g	gram hmotnosti
ml	mililitr objemu
MRI	magnetická rezonance
PIN	prostatická intraepiteální neoplazie
PMK	permanentní močový katétr
PSA	prostatický specifický antigen
RTG	skiografie
TRUS	transrektální ultrasonografie
USA	United States of America, Spojené státy americké
WHO	The World Health Organization, Světová zdravotnická organizace
ZN	zhoubný novotvar

1 ÚVOD

Karcinom prostaty je celosvětově vnímán jako jeden z nejzávažnějších problémů moderní medicíny v dospělé mužské populaci. Jedná se o nejčastější malignitu v urologii a zároveň o druhou nejčastější mužskou onkologickou diagnózu v České republice.

Zlatým standardem chirurgické terapie ohraničených nálezů je radikální prostatektomie. Tento rozsáhlý pánevní operační výkon, který mnohdy intenzivně zasahuje do biopsychosociální reality nemocných, s sebou přináší celou řadu časných i pozdních pooperačních komplikací a nežádoucích následků.

Vzhledem k tomu, že problematika nádorových onemocnění stále neztrácí nic na své aktuálnosti, stejně jako téma kvality života nemocných podstupující jakoukoli radikální onkologickou léčbu rozhodl jsem se v rámci své bakalářské práce zmapovat kvalitu života pacientu a nejčastější problémy které sebou operační výkon přináší.

Domnívám se, že v souvislosti s léčbou a ošetrovatelskou péčí je nezbytné abychom, vytvářeli zpětnou vazbu, do jaké míry zasahují terapeutické intervence do kvality života pacientů a v jaké míře jsou schopni se adaptovat na změnu zdravotního stavu. Hlavní motivací ke zpracování toho tématu byl ale fakt, že se jako urologická sestra každodenně setkávám s touto úzkou skupinou nemocných a snaha rozšířit odborné i veřejné povědomí o dané problematice. Mezi hlavní cíle této práce je přinést základní teoretická východiska a praktická tvrzení o kvalitě života pacientu po radikální prostatektomii na podkladě vlastního výzkumného šetření. V klinické praxi může být práce využita jako studijní materiál urologickým, chirurgickým ale i všeobecným sestram pracujících v jakémkoli oboru a zároveň pomoci dalším studentům či odborníkům na poli ošetrovatelství zabývající se hodnocením kvality života. Nicméně mým vlastním záměrem při tvorbě bylo rozšířit povědomí o karcinomu prostaty, Vzhledem k závažnosti vzrůstající incidence tohoto onkologického onemocnění je nutné jej vnímat jako globální celospolečenský problém.

Jedno ze základních posláních ošetrovatelství je prevence a pozitivní působení v péči o vlastní zdraví jako tu nejzákladnější hodnotu. Z těchto důvodů bych byl rád, kdyby práce minimálně pozvedla odborné a laické povědomí o karcinomu prostaty a zdravotnický personál ještě s větší intenzitou předával informace o tomto onemocnění a nabádal nejen pacienty, ale i své blízké k preventivnímu urologickým kontrolám.

Práce je rozdělena na dvě části. V úvodu teoretické části je na základě práce s dostupnou aktuální literaturou věnován prostor snaze vymezit pojem kvality života. Další kapitoly jsou věnovány základní anatomii prostaty, epidemiologii, patofyziologii karcinomů prostaty, diagnostice a léčbě. Největší prostor je pak věnován samotné radikální prostatektomii, jejím komplikacím, následkům a ošetrovatelské péči po výkonu. Druhá empirická část je věnována snaze předložit hodnocení kvality života pacientů po radikální prostatektomii. V jejím úvodu jsou stanoveny výzkumné cíle a hypotézy. Dále je nastíněna metodika šetření a použité metodické nástroje hodnocení. Největší prostor je pak věnován interpretaci výsledků výzkumného šetření a jednotlivým závěrům o kvalitě života, shrnutých v diskusi

1.1 Cíle práce

1. Předložit souhrn teoretických poznatků o karcinomu prostaty a vybraných aspektů kvality života pacientů po radikální prostatektomii na podkladě vlastního výzkumného šetření
2. Zvolit a vytvořit vhodný nástroj k hodnocení aspektů kvality života pacientů po radikální prostatektomii a po pilotáži jej zadat pracovní skupině respondentů
3. Po zpracování a utřídění získaných dat provést primární statistickou analýzu
4. Porovnat výsledky výzkumného šetření s jinými dříve realizovanými studii

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Kvalita života

Pokud bychom chtěli jasně a konkrétně definovat pojem kvalita života, s nejvyšší pravděpodobností se nám to nepovede. Jedná se o natolik multidimenzionální veličinu s takovou mírou subjektivní a individuální dynamiky, že do dnešního dne v podstatě neexistuje konkrétní, jednotná koncepce tohoto čím dál tím více skloňovaného termínu. Obecně lze rozdělit kvalitu života na dvě dimenze a to objektivní a subjektivní, které se pak orientují na určitou populaci nebo jedince. (Gurková, 2011)

Vůbec poprvé začal být termín uchopován ve 20. letech minulého století na úrovni politicko-ekonomické. V té době a dále na přelomu II. světové války mělo hodnocení kvality života spíše objektivní a parametrickou podobu. Na přelomu 60. a 70. let začaly vznikat první sociologické studie ve vztahu ke kvalitě života a následně s příchodem humanistické psychologie začal pojem získávat i své psychologické a filosofické základy. Zde začal být tento termín postupně spojován s pojmy jako subjektivní pohoda, well-being, apod. Dnes má kvalita života naprosto multidisciplinární podobu a dotýká se všech lidských činností. Můžeme na ni nazírat z pohledu ekonomiky, politiky, ekologie sociologie, psychologie, pedagogiky, filosofie, medicíny a z mnoha, dalších úhlu. (Gurková, 2014)

Každý obor pojímá kvalitu života trochu rozdílně a má vlastní metodologii jejího poznání a hodnocení. „Koncept kvality života můžeme tak přirovnat k průsečíku, k bodu ve kterém se prolínají různé roviny a přístupy jeho vymezení.“ (Gurková, 2011, s. 24) Zřejmě nejkomplexněji konceptualizuje jednotlivé dimenze kvality života Veenhoven, ve své teorii čtyř kvalit, kdy každá z nich vytváří jiný disciplinární přístup a přináší vlastní metody hodnocení. (Dragomerická, Bartoňová, 2006)

Čtyři kvality života	Vnější kvalita života (charakteristiky prostředí, společnosti)	Vnitřní kvalita života (Charakteristiky jedince)
Předpoklady (životní šance)	Vhodnost prostředí (zahrnuje ekologické, sociální, ekonomické a kulturní podmínky) Koncepty: životní prostředí, sociální kapitál, prosperita, životní úroveň Předmět zájmu: Ekologie, sociálně-politických věd	Životaschopnost jedince (zahrnuje zdraví, psychologický kapitál, adaptační potenciál) Koncepty: fyzické a duševní zdraví, vědomosti, způsobilosti Předmět zájmu: medicíny, psychologie, pedagogiky
Výsledky (životní výsledky)	Užitečnost života (týká se vnější užitečnosti člověka pro blízké prostředí, společnost, lidstvo) Koncepty mravní vývoj, transcendence Předmět zájmu filosofických disciplín	Vlastní hodnocení života (široce aplikované pojetí kvality života) Koncepty: subjektivní spokojenost, pohoda, smysl života Předmět zájmu humanistických disciplín

TAB. 1: Čtyři kvality života modifikované dle Veenhovena

2.1.1 Kvalita života ve vztahu k ošetřovatelství

Na poli zdravotní péče a ošetřovatelství je kvalita života v souvislosti s určitým typem onemocnění či zdravotním znevýhodněním čím dál více diskutovanějším tématem. Do určité míry lze tvrdit, že kvalita života pacientů je jistou výslednicí zdravotní péče a určitým způsobem odráží i její kvalitu. Nicméně vzhledem k individuálnímu a subjektivnímu prožívání nemoci nemůže být objektivním indikátorem kvality péče. (Gurková, 2011)

Na druhé straně Dragomerická a Bartoňová uvádějí že, „je subjektivním a měřitelným konstruktem, který je vhodnějším indikátorem zdraví definovaného jako stav celkové fyzické, duševní a sociální pohody, a ne pouze nepřítomnost nemoci (WHO 1946), než mortalita a morbidita.“ (Dragomerická, Bartoňková, 2006, s. 10) Jak už vyplývá ze samotného paradigmatu ošetřovatelství, je v souvislosti s kvalitou života předmětem zájmu především individuální život jedince v jeho přirozeném prostředí. Stejně jako v jiných oborech i v systému ošetřovatelství je koncepce a definice pojmu kvality života nejednoznačná. (Gurková, 2011)

V první řadě je nutné si uvědomit, že stejně jako nelze definovat zdraví jakožto nepřítomnost nemoci, tak nelze v případě nemoci automaticky vnímat kvalitu života za

narušenou. V ošetrovatelství není pojem vymezován pouze na základě biologických předpokladů, ale především celou řadu psychologických, sociologických, spirituálních a filosofických směrů a především pak pod proudem holismu jako základní filosofii ošetrovatelství. Kvalitu života bychom v ošetrovatelství mohli do jisté míry tedy chápat jako souhrnný nadpojem, který v sobě zahrnuje, více dynamických komponentů ve vzájemné interakci viz tabulka 1. (Gurková, 2014)

2.2 Anatomie a fyziologie prostaty

Předstojná žláza neboli prostata je jednou z přídatných mužských pohlavních žláz, která je uložena kolem začátku močové trubice a těsně naléhá na spodní stěnu močového měchýře. Jedná se o svalově žláznatý orgán, který je v literatuře svou velikostí a tvarem přirovnáván ke kaštanu. Svou definitivní podobu získává v období kolem puberty. Obvykle bývá široká 4 cm, vysoká 3,5 cm a v předozadním rozměru dosahuje délky 2 cm. Na prahu dospělosti se váhou prostata pohybuje kolem 8 g a poté přibývá na objemu v průběhu věku v závislosti na testosteronu jako růstového faktoru. (Čihák, 2011)

V anatomii prostaty rozlišujeme:

- Basi (basis prostatae), přiléhající k močovému měchýři
- Hrot (apex prostatae), který sahá ve ventrokaudálním směru až k diaphragma urogenitale
- Laterální plochy (facies inferolaterales) jsou obráceny k diaphragma pelvi
- Plochu přední a zadní (facies anterior at posterior), kdy přední plochou je prostata fixována ligamenty (lig. puboprostatica) k symfýze a zadní plocha naléhá přímo přes vazivovou ploténku na rektum. (vyšetření per rektum). Při horním okraji této plochy v blízkosti base vstupují do prostaty oba ductus ejaculatori, probíhající ve středním laloku uvnitř prostaty a ústící do mužské uretry. (Naňka, Elišková, 2009)

Celá prostata je uložena ve vazivovém pouzdru a je tvořena z 30-50 tuboalveolárních žláz, hladkou svalovinou a vazivovým stromatem. Žlázy vytváří prostatický sekret, který je v průběhu ejakulace vypuzován do uretry a tvoří až 30 % samotného ejakulátu. Jsou vystlány jednořadým i víceřadým epitelem, jehož charakter se odvíjí od věku a hormonální stimulace. Celou prostatou pak prostupuje hladká

svalovina a vazivové stroma obklopující veškeré tyto žlázy. Část předního úseku je tvořena pouze vazivem a svalovinou. Ve stěně prostatické uretry nad collicus seminalis navazuje svalovina na svalovinu krčku močového měchýře a kontrahuje se při ejakulaci. Z funkčního hlediska má prostata význam především pro kvalitu a množství ejakulátu. Obsahuje důležité látky pro výživu a mobilitu spermií. (Čihák, 2011)

Samotná stavba a funkce prostaty je silně ovlivněna hormonálním působením, především testosteronem, čehož se klinicky využívá v terapii pokročilých karcinomů prostaty a věkem. (Naňka, Elišková, 2009)

Dělení koncentrických zón dle McNeala, 1968

- Periferní prostatická zóna je svou velikostí nejrozsáhlejší. Je tvořena dlouhými a rozvětvenými žlázami, dosahující k povrchu zadní plochy a pokračují dopředu po laterálních plochách. Žlázy v této zóně tvoří asi 70 % objemu prostaty a produkuje největší část sekretu. Právě v této zóně lze nejčastěji nalézt buněčný zdroj karcinomu prostaty.
- Centrální neboli vnitřní zóna obsahuje podslizniční žlázy. Tvoří asi 25 % celkového objemu prostaty a zaujímá oblast kolem ductus ejaculatori od báze po collicus seminalis.
- Přejídná zóna se rozkládá svými žlázami periurethrálně ve sliznici močové trubice. Vpředu před touto zónou se nachází nežláznatá část prostaty tvořena fibromuskulárním stromatem. V této oblasti dochází k hyperplazii žláz, která je v pozdním věku zdrojem benigní hypertrofie prostaty. (Naňka, Elišková, 2009)

Cévní zásobením, inervací a lymfatickou drenáž zajišťují:

- a. rectalis media (dorsální strana)
- a. vesicalis inferior (dorsální strana)
- a. pudenda interna (strana přední)
- Žilní pleteně se utváří pod vazivovým obalem (plexus venosus prostaticus), který je napojen na plexus močového měchýře. Zde odtéká krev do vena iliaca interna. Klinicky jsou významné vertebrální a paravertebrální pleteně, jako zdroj metastatického šíření primárního karcinomu prostaty.

- Inervována je prostata především vegetativně z plexus hypogastricus inferior
- Lymfatickou drenáž tvoří nn. l. iliaci interni a nn. l. sacrales. (Naňka, Elišková, 2009)

2.3 Karcinomy prostaty

2.3.1 Epidemiologie, incidence a prevalence onemocnění

Kawaciuk uvádí, že „karcinom prostaty tvoří asi 15 % všech maligních nádorů u mužů nad 50 let a do budoucna bude příčinou úmrtí 3 % žijících mužů ve věku 50 let.“ (Kawaciuk, 2009, str. 390) Dále uvádí, že jeho incidence roste v podstatě exponenciálně s věkem s maximem v 70 a 80 roku života. S příchodem diagnostiky na základě PSA se lead time snížil a věk v době stanovení diagnózy poklesl přibližně do šestého decénia. Díky screeningu PSA se také navýšil výskyt lokalizovaných, ohraničených nálezů oproti těm generalizovaným. Ještě v závěru minulého století byla většina zachycených nálezů ve stádiu metastatického šíření. (Kawaciuk, 2009)

K obdobným závěrům dochází i Čapoun v Hanušově editoriale. Uvádí že, „karcinom prostaty tvoří asi 11 % všech malignit u mužů a po karcinomu plic je nejčastějším solidním karcinomem. Asi 80 % karcinomů prostaty je diagnostikováno u mužů starších 65 let. S nástupem diagnostiky pomocí prostatického specifického antigenu (PSA) došlo k nárůstu incidence s mírným poklesem mortality a záchytem časnějších stádií onemocnění.“ (Hanuš, 2011, str. 133)

Nejpodrobnější informace poté zřejmě poskytuje výroční zpráva Ústavu statistiky a zdravotnických informací ČR z roku 2011 v sekci novotvary „*Nejčastějším zhoubným nádorem mužů (s výjimkou dg. C44) je od roku 2005 ZN prostaty (dg. C61). V roce 2011 bylo hlášeno 6 964 případů ZN prostaty. Vyšší výskyt nádorů prostaty je vysvětlován jednak stárnutím populace, jednak nárůstem rutinního preventivního vyšetřování hodnot prostatického specifického antigenu (PSA) u starších mužů. Díky tomu jsou častěji odhalena i časná stadia karcinomu. Míra standardizované úmrtnosti na ZN prostaty od roku 2004 dlouhodobě klesá. V roce 2011 zemřelo na diagnózu C61 v ČR 1 314 mužů (25,5 na 100 000 mužů).*“ (Ústav statistiky a zdravotnických informací ČR, 2011)

V celosvětovém měřítku jsou v incidenci zaznamenávány výrazné geografické, ale i rasové rozdíly. Nejvyšší výskyt vykazuje USA s incidencí 124,8 : 100 000 mužů.

Opačná situace platí pro státy asijské, zejména pro Čínu kde je výskyt karcinomu prostaty výrazně nižší. (Kawaciuk, 2009)

2.3.2 Patofyziologie karcinomu prostaty

Z dostupných poznatku vědy, histologických vyšetření a pitevních nálezů vyplývá, že prekancerózní buňky jsou přítomny až u 40 % mužů starších 50 let. Velké množství těchto nálezů představuje latentní karcinom prostaty, který se ale jako solidní nádor nemusí klinicky vůbec projevit nebo pacienti umírají na jinou komorbiditu dříve než dojde k rozvoji onemocnění. V histologii se lze setkat s označením PIN tzv. prostatická intraepiteliální neoplazie. Jedná se o atypické buňky vyskytující se v okolí prostatických vývodů a acinů. Rozlišujeme PIN 1 představující low – grade (low risk) a PIN 2 high-grade (high-risk). Tyto nálezy nepředstavují solidní karcinom, ale vyžadují pozornost a sledování. V případě PIN 2, jakožto zvýšeného rizika vzniku karcinomu prostaty může být za výjimečných okolností i indikací k radikální prostatektomii. (Kawaciuk, 2009)

Nejčastější histologickou malignitou je nádor vycházející z epiteliálních buněk ductů a acinů prostaty označovaný jako adenokarcinom. Tento typ nádorů tvoří více jak 95 % všech maligních nálezů. Adenokarcinom je hormonálně dependentní na testosteron, který působí na prostatu jako růstový faktor. Této vlastnosti se využívá i v léčbě pokročilých neohrazených nálezů. Vniká obvykle multifokálně a vychází většinou z periferní zóny. Obvykle se vyskytuje spolu s benigní hyperplazií prostaty, ale není její prekancerózou. Ostatní typy nádorů jako intraduktální karcinom, vysoce agresivní malobuněčný karcinom a hlenotvorný adenokarcinom, karcinomy z přechodného epitelu nebo mezenchymální nádory (0,1 - 0,2 %) apod. jsou relativně nebo vysoce vzácné a obvykle bývají spojeny s horší nebo infaustní prognózou. (Pacík, 2007)

Etiopatogeneze karcinomu prostaty je nejasná, přesto známe některé činitele a rizikové faktory. Významným faktorem podmiňující vznik karcinomu prostaty je hereditární zátěž. Riziko vzniku karcinomu se násobí v závislosti na počtu postižených příbuzných. Odhaduje se, že až 10 % karcinomů má dědičný základ. Obecně je mezi autory přijímaná teorie, že vznik karcinomu prostaty je ovlivněn exogenně. Této domněnce napovídají i významné geografické rozdíly v incidenci onemocnění. Stejně jako u většiny nádorů se předpokládá, že příčinou je působení známých karcinogenů jako například nevhodná strava, kouření, opakované infekce urogenitálního systému,

ionizující záření atd. Autoři také uvádí, že vliv na rozvoj onemocnění může mít nadměrný přísun kalcia, nízký příjem vitamín, zejména E a D nebo stopových prvků, například selenu. Naproti tomu existuje předpoklad i o určitých protektivních faktorech. Literární prameny uvádí například preventivní vliv tzv. fytoestrogenů a izoflavonů, obsažených například v sóji. Napovídá tomu i nízká incidence karcinomu prostaty v asijských státech kde je v národní kuchyni sója hojně využívána. Stejně tak působení některých antioxidantů obsažených v zeleném čaji. (Kawaciuk, 2009)

2.3.3 Klinický obraz karcinomu prostaty

Lokalizovaný adenokarcinom prostaty probíhá obvykle asymptomaticky a často k prvním projevům dochází až v okamžiku generalizace onemocnění. Až dvě třetiny pacientů je v době stanovení diagnózy bez příznaků. Výskyt regionálních příznaků povětšinou značí již rozvoj nádorové infiltrace. Patří sem především mikční obstrukční obtíže a iritativní příznaky, jako jsou urgencye, nykturie či polakysurie. Tyto symptomy jsou ale společné i u prosté benigní hyperplazie prostaty. Lokálně pokročilý nález může být provázen hematurií, hemospermií, erektilní dysfunkcí a obstrukcí horních močových cest s hydronefózou. Pro metastatické šíření svědčí bolesti skeletu, především lumbální páteře kam adenokarcinom prostaty nejčastěji metastazuje. Na základě narušení skeletu se mohou vyskytovat patologické fraktury a při pánevní lymfadenopatii mnohdy velice rozsáhlé lymfedémy dolních končetin. Stejně jako jiná nádorová onemocnění je v pozdním a terminálním stadiu onemocnění provázeno chronickou bolestí, nechutenstvím, ubýváním na váze, kachexií, únavou, febrilními stavy, anémií a poruchami koagulace. (Hanuš, 2011)

2.4 Diagnostika a vyšetřovací metody

Lékař nikdy neopomíjí podrobnou anamnézu. Pokud pátrá přímo po adenokarcinomu prostaty, zaměřuje se především na nynější obtíže pacienta, výskyt malignit v rodině a především adenokarcinomu prostaty v přímé linii a na současné mikční obtíže. V rámci fyzikálního vyšetření má poté největší význam vyšetření per rektum, jakožto jediná cesta palpačního vyšetření prostaty. Jedná se samozřejmě o orientační vyšetření, kdy je nutno zmínit, že adenokarcinom prostaty probíhá téměř vždy společně s benigní hyperplazií, ne však na jejím podkladě. Každé klinické urologické vyšetření zahrnuje chemicko-morfologické a případně i bakteriologické vyšetření moče.

Převrat v diagnostice adenokarcinomu prostaty sehrálo zavedení PSA do klinické praxe. Jedná se o specifický prostatický antigen, jehož hladina v séru se zvyšuje v případě rozvíjejícího se nádoru prostaty. Laboratorní norma je méně jak 4 ng/ml, ale ani zvýšené PSA nemusí být vždy signifikantním průkazem maligního procesu, protože hladina PSA stoupá například i při prostatitidě, po jízdě na kole nebo po souloží. (Kawaciuk, 2009)

V rámci zobrazovacích metod se běžně v klinické praxi provádí transrektální ultrasonografie (TRUS). Nález hypoechogenních ložisek v periferní zóně prostaty je suspektní, asi 40 % karcinomů prostaty je izoechogenní. Hlavní přínos TRUS spočívá v zpřesnění odebírané tkáně při biopsii. (Babjuk, Matoušková, 2009)

Veškeré tyto vyšetřovací metody, společně zvyšují možnost záchytu adenokarcinomu prostaty, ale signifikantní a rozhodující je vždy histopatologický nález na základě biopsie. Pouze na základě výsledku histologie, dle TNM klasifikace a Gleasonova skóre, jenž hodnotí strukturu prostatických žlázek lze stanovit přesnou diagnózu, rozsah postižení a tím i prognózu onemocnění. Pro zpřesnění diagnózy, vyloučení nebo lokalizaci metastatického postižení a vyjasnění operačního přístupu lze provést CT, scintigrafii skeletu, případně také MRI. (Abrhámová, 2011)

2.4.1 Vyšetření per rektum (DRE)

DRE neboli digital rectal examination je jednou ze základních součástí klinického fyzikálního vyšetření a mělo by být vlastní každému lékaři. Dle doporučených postupu by mělo být součástí každé preventivní prohlídky muže staršího 50 let. Jedná se o nebolestivé, ale velice nepříjemné a choulostivé vyšetření. Z těchto důvodů je povinností sestry chránit pacientovu intimitu a zajistit dostatečné soukromí během vyšetření. Doporučí pacientovi vhodnou polohu, nejlépe na zádech s pokrčenými nohama, eventuálně na boku. U pacientů se sníženou mobilitou zajistí pacientovi pomoc. Lékař vyšetřuje prostatu ukazovákem dominantní ruky za použití velkého množství lubrikantů. Za normální nález se považuje ohraničená, hladká, elastická struktura a nebolestivá palpace s odhadem velikosti 15 - 20 g. U malých karcinomů je vyšetření nesignifikantní u rozsáhlých nálezů lze orientačně hodnotit rozsah postižení. Hmatatelné uzlíky a tvrdá resistance může nasvědčovat karcinomu prostaty, ale ani pozitivní DRE není dostačující k uzavření diagnostického závěru. Následovat musí další specifická vyšetření a diferenciální diagnostika. (Kawaciuk, 2009)

2.4.2 Prostatický specifický antigen (PSA)

PSA je nejvýznamnější klinický onkomarker v diagnostice karcinomu prostaty. Chemicky se jedná o glykoprotein složený z 237 aminokyselin a je produkován epiteliálními buňkami nádorové, ale i zdravé tkáně. Přestože se nazývá jako specifický, nelze jej vnímat jako specifický pro karcinom prostaty. Jeho hladina v séru se zvyšuje normálně při benigní hyperplazii prostaty, při prostatitidě, při retenci a k elevaci může docházet i po instrumentálních endoskopických zásazích, po jízdě na kole, nebo po ejakulaci. Za referenční rozmezí je považována hodnota pod 4 mg/ml. Při hodnotách a vyšších jak 4 mg/ml by již měla následovat biopsie prostaty a v případě že je společně s vyšším PSA, i pozitivní DRE jedná se absolutní indikaci k biopsii.

Sestra odebírá 3 - 5 ml nesrážlivé krve do zkumavky s antikoagulačním činidlem K3 EDTA nebo použije zkumavku se separačním gelem. Následně po bezpečné identifikaci pacienta, označení vzorku a se správně vyplněnou žádankou odesílá vzorek do biochemické laboratoře. Vyšetření se provádí v režimu rutina. Přestože z výsledku PSA lze signifikantně odhalit karcinom prostaty je nutné si uvědomit, že hladina PSA se zvyšuje fyziologicky celý život a jako diagnostická metoda je výrazně citlivější než další diagnostické postupy. (Kawaciuk, 2009)

2.4.3 Transrektální ultrasonografie (TRUS)

TRUS je ultrazvukové vyšetření prostaty vedené rektální sonografickou sondou. Zobrazení nádoru je ve velké míře otázkou samotné velikosti léze. Kwaciuk uvádí: „Bylo prokázáno, že TRUS nemůže lokalizovat časný karcinom prostaty. Omezení TRUS spočívá v tom, že většina hypoechoгенích lézí nalezená pomocí TRUS nejsou karcinomy a že 50 % nepalpovatelných nádoru do 1 cm nelze vizualizovat pomocí TRUS.“ (Kawaciuk, 2009, str. 398).

Dále je nutné zmínit, že nejběžnějším sonografickým nálezem karcinomu je hypoechoгенí léze, kdy obecně hypoechoгенí nálezy nejsou typické pro nádor a také až 40 % tumorů je izoechoгенích, čili na sonografii nedetekovatelných. Z těchto důvodů má dnes TRUS klinický význam v identifikaci podezřelých lézí, ale především zvyšuje přesnost při biopsii prostaty. (Abrahamová, 2011)

2.4.4 Biopsie prostaty

Jedná se o invazivní, ale standardní zajištění vzorků prostatické tkáně pro histologické vyšetření. Obvykle se provádí ambulantně v analgosedaci. Výjimečně

v celkové anestezii za jednodenní hospitalizace. Odběr je veden tranzrektální cestou pomocí jehly, obvykle o velikosti 18 G a za sonografické kontroly. Je indikována při suspektním DRE a elevaci PSA. Počet odebíraných vzorků se odvíjí od velikosti prostaty a daného nálezu, ale obvykle se odebírá 6 - 12 vzorku. V souvislosti s minimalizací rizik spojených s biopsií je nutné před výkonem vysadit jakoukoli antikoagulační léčbu a podat antibiotickou profylaxi. (Kawaciuk, 2009)

Starší polymorbidní pacienti nebo pacienti s vyšším sklonem ke krvácivosti se obvykle hospitalizují na jeden den. V takovém případě je úlohou sestry především monitoring fyziologických funkcí, celkového stavu pacienta a sledování případných krvácivých komplikací. (Sochorová, Miňšurdová, 2010)

Biopsie prostaty je jediná 100% signifikantní metoda na základě, které lze diagnostikovat karcinom prostaty. Bez histopatologického nálezu nelze zacílit adekvátní terapii ani stanovit prognózu nemocného. (Abrhámová, 2011)

2.4.5 Pomocné vyšetřovací metody

Další vyšetřovací metody jsou především zobrazovací a mohou sloužit například k vyjasnění terapeutické nebo předoperační rozvahy, ale především odhalit vzdálené metastázy. CT malé pánve se provádí před zahájením radioterapie. Vzdálené metastázy může odhalit společně tranzabdominální ultrasonografie a RTG hrudníku. Vzhledem k hematogenní povaze šíření vertebrálním povodím má největší význam scintigrafie skeletu, kde se postižení těl obratlů zobrazí kumulací radiofarmaka. (Kawaciuk, 2009)

2.4.6 Klasifikace karcinomu prostaty

Pro výběr optimální terapie a predikci prognózy, je nezbytné znát rozsah a stupeň nádorového onemocnění na základě histo-patologického nálezu. Staging adenokarcinomu prostaty je stejně jako u jiných malignit stanovován pomocí TNM klasifikace - tumor, nodus, metastázy. Grading adenokarcinomu prostaty je oproti tomu specifický. Je více systémů jak stanovit diferencovanost nádoru prostaty, ale v dnešní době je nejčastěji využíváno Gleasonovo skóre. Skórování spočívá v identifikaci tkáňové architektiky jednotlivých nádorových fokusů, kdy je každému přiřazený grade, v rozmezí 1 - 5. Ze součtu dvou nejčastěji se vyskytujících architektonik je nádoru poté přiřazeno dané skóre. Za příznivé skóre se považuje 2 - 4, rizikově je vnímán skór 5 - 7 a za prognosticky nepříznivé pak skóre 8 až 10. (Babjuk, Matoušková, 2009)

2.5 Léčba karcinomu prostaty

Je logické, že terapie adenokarcinomu prostaty je rozdílná v jednotlivých případech a odvíjí se od rozsahu a pokročilosti nádorového procesu. Naprosto rozdílná bude léčba lokalizovaného adenokarcinomu prostaty, ohraničeného na prostatu oproti stádiu nádorové generalizace. Na základě určitých modelů sestavených mezinárodní urologickou společností vznikly jakési nomogramy a tabulky, které za pomoci mnoha ukazatelů (TNM, GS, sérové PSA, TRUS apod.) pomáhají urologům a onkologům cílit a individualizovat neoptimálnější terapii a stanovovat co možná nejpřesnější prognózu nádorového onemocnění. (Babjuk, Matoušková, 2009)

Vzhledem k tématu mé práce příkládám v následující kapitole a podkapitolách pouze přehled jednotlivých terapeutických možností a věnuji se pouze chirurgické terapii u lokalizovaných nálezů ve stupni T1, T2 a T3. (Abrahámová, 2011)

2.5.1 *Terapie lokalizovaného karcinomu prostaty*

Watchful waiting: Pasivní, ale pozorné vyčkávání je vhodné především u pacientů s histologickým nálezem v úrovni T1a, starších 70 let u kterých je délka přežití odhadována pod 10 let a dále u rizikových pacientů s nálezem adenokarcinomu v rozsahu T3. (Abrahámová, 2011)

Expectant management: Přístup aktivního vyčkávání spočívá v pozorném monitoringu nálezu a případně okamžitou terapeutickou intervencí v případě nádorové progresy. Tento postup zahrnuje pravidelné sledování sérové hladiny PSA, nálezu DRE a periodickou biopsii prostaty. V případě nádorové progresy v rámci těchto metod je pacient indikován k radikální chirurgické léčbě. (Babjuk, Matoušková, 2009)

Radikální prostatektomie: Radikální prostatektomie je indikována u lokalizovaného lokalizovaného karcinomu prostaty a v této práci je jí věnována samostatná kapitola. (Brod'ák, 2009)

Radikální radioterapie: V případě radioterapie se jedná o konzervativní ekvivalent radikální operativy. Cílem každé radioterapie je destrukce nádorových buněk snížením jejich schopnosti vlastní reparační. Nejvíce je využíváno tzv. brzdné záření pomocí lineární akcelerace částic a paprsků X. Trendem posledních let je užívat modulovanou radioterapii, která je izolována přímo na prostatu a chrání přilehlé tkáňové struktury. V současné době má moderní medicína k dispozici již velice sofistikované softwarové systémy a výpočetní optimalizační techniky plánování, kdy

lze velice dobře kontrolovat intenzitu paprsku a lokaci jeho působení. Své místo v konzervativní terapii pomocí ionizujícího záření má také brachyterapie. Jedná se o přímou implementaci radioaktivních izotopů perineální cestou. Moderní techniky brachyterapie pod sonografickou, CT nebo MRI kontrolou jsou schopné přesné redukce a izolace radiační dávky v prostatě. Obvykle jsou v různé míře kombinovány se zevní radioterapií. (Doležal, 2010)

2.6 Radikální prostatektomie

Jak už bylo řečeno, operační léčba lokalizovaných nálezů je zlatým standardem v péči o pacienty s karcinomem prostaty. Radikální prostatektomie je pro nemocného poměrně náročný operační výkon nejen po fyzické stránce, ale vzhledem k choulostivosti dané problematiky sebou přináší i významnou psychologickou a sociální zátěž. V základu se jedná o operativní odstranění celé prostaty spolu se semennými vajíčky včetně pouzdra a následně se provádí zpětné anastomozování močového měchýře se zadní uretrou. Poměrně často je spolu s prostatektomií prováděna také bilaterální pánevní lymfadenektomie, pokud je předpokládáno postižení lymfatických uzlin. Jedná se o rozsáhlou pánevní operativu, při které dochází k otevření močových cest. Z těchto důvodů je vzhledem k vysokému riziku trombo-embolických a infekčních komplikací nutná adekvátní miniheparinizace a antibiotická profylaxe. Výkon je prováděn v celkové či kombinované anestezii. V rámci pooperačního pain managementu je možné v případě indikace anesteziologem a s informovaným souhlasem pacienta využívat spinální blokádu. (Brodák, 2014)

K operačnímu výkonu jsou indikováni pacienti, u kterých se předpokládá více jak ydesetileté přežití a histologický nález je ve stupni T1 a T2, kdy až na individuální výjimky nepřesahuje hladina PSA 20 ng/ml. V některých případech lze provést radikální prostatektomii i u karcinomu hodnoceného v úrovni T3a, ale s vysokým rizikem progresu či recidivy. (Babjuk, Matoušková, 2009)

Radikální prostatektomii lze provádět pomocí několika operačních přístupů. V první řadě je to prostatektomie otevřená, retropubická nebo málo používaná perineální perineální technika, laparoskopická a dnes i roboticky asistovaná prostatektomie. (Brodák, 2013)

2.6.1 Retropubická radikální prostatektomie

První retropubická prostatektomie byla provedena v roce 1947 a i přes postupnou integraci miniinvazivních technik se do dnešního dne stále jedná o nejčastější typ operačního řešení karcinomu prostaty a vzhledem k její propracovanosti je se všemi dalšími přístupy porovnávána. Pacient je uveden do celkové anestezie opět v litotomické poloze a je mu zaveden permanentní močový katetr o velikosti 16 - 20 CH, jelikož větší průměr katétru je pro operátora snáze palpovatelný během preparace apexu a přerušeni uretry. Dolní střední laparotomií k symfýze nebo příčným řezem proniká operátor extraperitoneálně v Retziově prostoru nad močový měchýř až do pánve. Na základě zvyklostí pracoviště či na přání operátora lze na začátku operace provést pánevní lymfadenektomii.

Prostata je uvolněna od symfýzy a následně je po pečlivé preparaci, vybavena i se semennými vajíčky. Po anastomóze uretrálního pahýlu a sutuře hrdla měchýře je výkon zakončen kontrolou těsnosti anastomózy a dokonalé hemostázy. K anastomóze je ještě přiložen drén, který je vyveden mimo ránu a ponechán na dobu 1 - 3 dnů. Močový katétr je ponechán do zhojení anastomózy přibližně na 4 týdny. (Brodčák, 2014)

2.6.2 Miniinvazivní techniky radikální prostatektomie

Podobně jako v jiných chirurgických oborech získává své místo operační laparoskopie i v urologii. Dnes je již běžnou praxí laparoskopická operativa ledvin a mnoho českých center nabízí svým pacientům laparoskopickou radikální prostatektomii jako miniinvazivní alternativu retropubické prostatektomie.

Pro pacienta se jedná o komfortnější operaci spojenou s podstatně nižší krevní ztrátou a kratší rekonvalescencí. Operátorovi nabízí díky zvětšení obrazu větší přesnost a přehled v operačním poli. Na druhé straně se jedná o poměrně náročnou techniku, která vyžaduje poměrně dlouhou dobu do jejího zvládnutí.

Laparoskopická radikální prostatektomie nabízí dva přístupy extraperitoneální a peritoneální. Upřednostňovanější se jeví extraperitoneální prostatektomie, protože je méně invazivní, pooperačně byla zaznamenána menší spotřeba analgetik a je zde menší riziko urinózní sekrece. Nevýhodná se jeví pro operátora svou obtížnější manipulací s nástroji ve zmenšeném operačním přístupu a operační čas bývá do zvládnutí techniky delší než u otevřené prostatektomie.

S pokrokem techniky a robotiky celá řada autorů předpokládá, že do budoucna se zlatým standardem chirurgické terapie karcinomu prostaty stane robotem asistovaná

radikální prostatektomie. Dnes je tomu tak již v USA a v některých západních státech Evropy. Jedná se o unikátní zobrazovací, výpočetní a intervenční systém, jehož onkologické a operační výsledky jsou naprosto srovnatelné s ostatními technikami a jak ukazují nejnovější srovnávací zahraniční studie je spojen s podstatně nižším výskytem časných a pozdních komplikací a vedlejších následků. Bohužel velkou nevýhodou je poměrně velká pořizovací cena, proto jej mám k dispozici zatím jen několik českých center. (Brod'ák, 2014)

2.6.3 Princip nervy šetřící radikální prostatektomie

Vzhledem k tomu, že nejčastějším následkem radikální prostatektomie je narušení erektilní funkce a to bez ohledu na zvolený operační přístup, vznikla teorie nervy šetřící radikální prostatektomie. Na základě rozšíření anatomických poznatku bylo zjištěno, že jestliže jsou chráněny dorsolaterální nervové a cévní svazky kde se nachází nervová vlákna kavernózních tělísek, může být pooperačně erektilní funkce zachována nebo může dojít k její rychlejší obnově či udržení její kvality. Na základě klinických studií bylo později zjištěno, že nervy šetřící technika má i vliv na pooperační udržení kontinence. V průběhu vývoje operační techniky bylo dále zjištěno, že nejvíce drobných nervových svazků je zachráněno, pokud je prováděna tzv. intrafasciální nervy šetřící radikální prostatektomie, kdy se postupuje šetrně mezi fasciemi a samotná preparace je prováděna bez použití elektrokoagulace. Tuto zachovnou techniku lze dobře provádět přístupem retropubickým a robotem asistovaným. Intrafasciální nervy šetřící techniku nelze provádět za použití laparoskopie, ale dorsolaterální svaz lze zachovat i při této technice. Vzhledem k tomu, že je při každém odstraňování nádoru nutné myslet na riziko pozitivního chirurgického okraje, které si může vyžadovat další terapeutickou zátěž pro pacienta, je tato technika indikována pouze u pacientů s ohraničeným nálezem. (Brod'ák, 2014)

2.6.4 Časné komplikace a následky radikální prostatektomie

Radikální prostatektomie je rozsáhlý operační výkon a jako každá taková operativa může mít své časně a pozdní komplikace stejně jako dlouhodobé následky. Mezi nejčastější perioperační a bezprostředně pooperační komplikace patří zejména krvácení, které může být mnohdy velice významné a může vyžadovat podání krevních derivátů v horších případech chirurgickou revizi. Pacient po tomto výkonu je samozřejmě také ohrožen trombo-embolickými a také infekčními komplikacemi.

Vhodnou prevencí jim, ale poměrně dobře čelit. Z čistě urologických komplikací to může být narušená průchodnost permanentního močového katétru, dále PMK nebo jejího vytržení. Proplachy PMK se nedoporučují a znovuzavedení močového katetru je vzhledem k anastomóze neproveditelné a velice ošemetné. V takových případech lze provést epycystostomii, případně založit nový katétr operační revizí. Jinou a poměrně závažnou a obtížně řešitelnou komplikací může být urinózní sekrece drénem nebo ránou, která značí netěsnost anastomózy. Únik moči mimo systém močových cest závažně narušuje hojení operovaných struktur a rány a může vyústit až v rozvoj akutní peritonitidy. Naštěstí tyto závažné komplikace nejsou příliš časté. (Brod'ák, 2014)

2.6.5 Vedlejší následky radikální prostatektomie

Vzhledem k vývoji v diagnostice karcinomu prostaty je dnes radikální prostatektomie prováděna čím dál mladším mužům a to mnohdy i v produktivním věku. Z těchto důvodů mohou následky operačního výkonu významně narušit kvalitu života pacientů.

V bezprostředním odstupu od operace trpí určitou formou inkontinence valná většina mužů. Většinou převládá stresová složka, kdy dochází k úniku moči ve chvílích zvýšení intraabdominálního tlaku např.: při kašli, kýčání či zvýšené fyzické námaze. Nicméně ve většině případů dochází individuálně k úpravě samovolně, v průběhu několika měsíců až dvou let. Možností jak uspišit návrat kontinence je dobrá edukace v oblasti cviků posilující pánevní dno. (Čermák, Pacik, 2006)

Pouze u malého procenta pacientů je inkontinence trvalá a neovlivnitelná cvičením. V těchto případech jsou pacienti indikováni k chirurgické rekonstrukční léčbě. (Ženíšek, 2010)

Vůbec nejčastějším následkem operace je erektilní dysfunkce. Literární zdroje uvádí riziko porušení erektilní funkce v 10 - 98 % případů a to i přes použití nervy šetřící operační techniky. Příčinou je pooperační neuropraxie nervových vláken, k níž dochází u většiny pacientů po výkonu. Jedná se o reverzibilní stav, ale návrat intaktní inervace je mnohem pozvolnější než kontinence. Může trvat až dva roky a u starších pacientů nebo u pacientů trpících určitou formou dysfunkce před výkonem nemusí být erektilita návratná vůbec. Dlouhodobá inaktivita erektilních tělísek způsobuje jejich potupnou fibrotizaci a to může mít také za následek jejich trvalou poruchu. (Brod'ák, 2014)

Terapie ED patří do rukou androloga, který by měl pacienta seznámit se všemi aspekty terapie. V počátcích terapie jsou podávány inhibitory fosfodiesterázy, jako je Vardenafil nebo Tadalafil. Tyto inhibitory jsou však účinné po odeznění neuropraxie, cca 12 - 18 měsíců po výkonu. Dále své místo v terapii i rehabilitaci má využití vakuových pump. Vzhledem k vyšší invazivnosti a rizikům je metodou druhé volby intrakavernózní terapie vasoaktivními látkami, jako je prostaglandin E. Tato metoda je však vhodná pouze u mladších pacientů a vyžaduje vysokou míru edukovanosti v souvislosti s autoaplikací. U vysoce motivovaných a vhodných pacientů lze po vyčerpání terapeutických možností využít implantaci penilních protéz. (Zámečník, 2008)

Je nezbytné si uvědomit, že léčba erektilní dysfunkce je svízelná a mnohdy také zdoluhavá a vysoce nákladná. Z těchto důvodů mnoho pacientů ztrácí motivaci pokračovat v terapii. Významnou součástí každé terapie je také odpovídající psychopodpora a psychoterapie. (Zámečník, 2008)

Triádu nejčastějších specifických komplikací po radikální prostatektomii uzavírá striktura zadní uretry v místě anastomózy. Jedná se o zúžení uretry vznikající na podkladě zjizvení příslušné tkáně. Příčiny vzniku jsou multifaktoriální. Mezi tyto faktory patří opakované endoskopické výkony močových cest a výkony na prostatě, větší krevní ztráty během výkonu, poperační urionózní sekrece a dlouhodobá katetrizace. Literární zdroje uvádějí výskyt striktur až v 32 % případů. Toto zúžení logicky působí obstruktivně. Následkem jsou mikční obtíže, jako je slabý proud moči, močová rezidua a následný rozvoj močových infekcí až opakované retence kdy následná katetrizace může být velice obtížná. V těchto případech je řešení vždy invazivní. Lze provádět dilataci speciálními močovými katétry nebo optickou uretotomii provádějící se za pomoci endoskopu. Bohužel tyto postupy jsou mnohdy pouze přechodným řešením a jsou spojené s častým výskytem recidiv. Nadějnějším výkonem se jeví spíše přímá incize a vaporizace striktury s ošetřením tkáně laserem, případně bipolární resekce anastomózy. (Brod'ák, 2014)

2.6.6 Prognóza a po radikální prostatektomii

Prognóza adenokarcinomu prostaty se odvíjí v závislosti na pokročilosti nálezu. K hlavním kritériím prognózy patří vstupní PSA, histologický nález, věk pacienta a komorbidita. Obecně lze tvrdit že, nálezy ohraničené na prostatu mají dobrou prognózu. Po úspěšné radikální onkologické léčbě dosahuje pětiletého přežití až 90 % pacientů.

V případě, že nádor již infiltroval, jiné tkáňové struktury odvíjí se efektivita léčby od povahy a biologického chování tumoru, což bohužel jen velice těžko určit. Důsledkem toho je, že jsou někteří pacienti léčeni přes příliš, jiní nedostatečně. V dnešní době máme v rukou celou řadu nástrojů určených k odhadu progresu, ale ani ty nám nedají právo pacientovi slibovat úplné vyléčení. (Kawaciuk, 2009)

2.6.7 Dispenzarizace po radikální prostatektomii

Pacienti po radikální prostatektomii jsou vždy dlouhodobě sledováni v odborných ambulancích příslušných center. Monitoring efektu léčby a detekce potencionálních komplikací je nezbytnou součástí péče o onkologicky nemocné. Po uplynutí bezprostřední doby po výkonu jsou pacienti zváni každé tři měsíce ke kontrole a odběru PSA a to po dobu jednoho roku a dále každých 6 měsíců. Dle platné vyhlášky by pak měli pacienti být sledováni trvale jednou ročně, minimálně po dobu 10 let. (Brod'ák, 2014)

2.6.8 Ošetrovatelská péče o pacienta po radikální prostatektomii

Pokud sestra posuzuje kvalitu života pacientů, po operačním výkonu je nezbytné, aby chápala ošetrovatelskou dimenzi pooperačního stavu a znala nejčastější ošetrovatelské problémy, které sebou daný výkon přináší. Z tohoto důvodu v závěru teoretické části přináším základní shrnutí ošetrovatelských specifik v souvislosti s retropubickou radikální prostatektomii vyplývající s dostupné literatury a vlastní praxe.

2.6.9 Příjem nemocného a příprava k operačnímu výkonu

Pacient je zpravidla přijímán se všemi informovanými souhlasy a kompletním předoperačním vyšetřením den před výkonem. Sestra seznámí pacienta s chodem oddělení a snaží se poskytnout maximum informací o předoperační přípravě a průběhu hospitalizace. Na základě ošetrovatelské anamnézy a fyzikálního vyšetření vyhodnotí stávající potřeby nemocného a snaží se především zmírnit strach a obavy s nadcházejícího výkonu. Výkonu předchází klasická předoperační a anesteziologická příprava.

Před jakýmkoli operačním výkonem je nezbytné vyhodnotit stav výživy a hydratace. U pacientů se sklonem k podvýživě je dobré kompenzovat případnou poruchu výživy již v rámci dlouhodobé předoperační přípravy, např. vysokoenergetický sipping. (Slezáková, 2010)

U pacientů trpících obezitou je doporučováno redukovat váhu. Pacient obvykle lační 6 - 8 hodin před operací, dehydrataci je předcházeno intravenózním podáváním tekutin a elektrolytů. U nemocných s poruchou výživy či hydratace lze předpokládat vyšší riziko pooperačních komplikací.

Spánková hygiena je nezbytnou součástí krátkodobé předoperační přípravy. Snahou sestry je zajistit odpovídající prostředí a zmírnit strach a úzkost z nadcházejícího výkonu. Většinou je jsou v rámci premedikace anesteziologem podávány na noc léky s anxiolytickým či sedativním účinkem. Obecně platí, že je snaha cílit noční premedikaci na sedaci a bezprostřední premedikaci na anxiolýzu a analgézii. (Trachtová, 2010)

Bezprostředně před většími urologickými výkony je prováděno kontrolní bakteriologické a biochemické vyšetření moči. Sestra v rámci anamnézy věnuje zvláštní pozornost potencionálním problémům a patologiím v souvislosti s mikcí. Předoperační příprava střeva se řídí ordinací lékaře eventuálně přímo operátéra. V souvislosti s rozsáhlejšími pánevními výkony je povětšinou aplikováno klasické očistné nebo menší klyzma. Bezprostředně před premedikací se pacient pokud možno spontánně vymočí a katetrizace močového měchýře je prováděna až přímo na operačním sále. (Slezáková, 2010) Sestra na základě ošetrovatelské anamnézy a pozorování vyhodnotí stupeň soběstačnosti a konkrétní pacientovi limity v denních činnostech. Informuje pacienta o pohybovém režimu včetně nácviku posazování, mobilizace v lůžku apod. Poučí pacienta o nutnosti pečlivé ranní hygieny a případně zajistí dopomoc. Příprava operačního pole před prostatektomií spočívá v oholení genitálu a břicha. V rámci ranní hygieny je ještě prováděna toaleta a desinfekce pupku.

Před operačním výkonem pacient vysazuje veškerou medikaci s antikoagulačními a antiagregačními účinky a je převáděn na nízkomolekulární hepariny. Odpovídající miniheparinizace je však podávána všem pacientům minimálně den před výkonem. Před radikální prostatektomií je zvykem příprava krevních derivátů v případě většího perioperačního krvácení. Možností je v i rámci dlouhodobé přípravy odběr vlastní krve k autotranzfuzi. V rámci prevence embolických komplikací jsou bezprostředně před výkonem pacientovi provedeny bandáže dolních končetin pomocí obinadel nebo kompresních punčoch. (Slezáková, 2010), (Trachtová, 2010)

2.6.10 Specifika ošetrovatelské pooperační péče

Po výkonu je pacient zpravidla přijímán na jednotku intenzivní péče a to dle stavu přibližně na dobu 1-2 dnů. Pacient je zde důsledně monitorován a péče je zaměřena především na kompenzaci bezprostředního pooperačního stavu. U pacienta jsou monitorovány veškeré fyziologické funkce, včetně základní EKG křivky, saturace tkání kyslíkem, bilance tekutin a v indikovaných případech i CVP. Po kompenzaci stavu u nekomplikovaných průběhů je pacient překládán na standardní oddělení k dohojení a rekonvalescenci přibližně na dobu 5 dnů až jednoho týdne. (Slezáková, 2010)

Pacient po takto rozsáhlém výkonu přijímá v den po výkonu pouze tekutin a to dle tolerance přibližně za 4 hodiny po vyvedení z anestezie. Dále je postupně realimentován, jako každý pacient po břišní operativě. První den dostává pouze bujón následně poté kašovitou stravu a přibližně 3 - 4 den je převáděn v případě, že nejsou jiné dietní restriktce na stravu racionální. Sestra sleduje pacientovu toleranci na dietní zátěž a v případě intolerance informuje lékaře o nutnosti zpomalit vývoj realimentaci. Obvykle není zvykem podávat parenterální výživu. Sestra by po plné realimentaci měla pacienta poučit, aby v následujících týdnech navýšil energetický příjem především stran příjmu bílkovin a esenciálních aminokyselin, pro zlepšení pooperačního hojení a rekondice. Není na škodu zařadit do stravovacího režimu také vysokoenergetický sipping, zvláště pak u starších pacientů se sklonem k podvýživě. Samozřejmě nezapomínáme na spolupráci s nutričním terapeutem, který je plně kompetentní v oblasti výživových doporučení. Významnou roli v péči o pacienty je adekvátní hydratace. Po urologických výkonech je tendence podávat velké množství infuzních roztoku a pacient je nabádán, aby perorální příjem neklesal pod 2500 ml tekutin za 24 hodin. Z těchto důvodů sledujeme nejen známky dehydratace ale i potencionální příznaky hyperhydratace. V rámci JIP je dobrým odrazem hydratace organismu právě zmiňovaný CVP dále i na standardním oddělení, stav sliznic, kožní turgor, bilance tekutin atd. (Slezáková, 2010)

Po radikální prostatektomii je perioperačně zaváděn močový katétr o větší velikosti. Jedná se povětšinou o klasický dvojcestný Tiemannův katétr velikosti 16 - 24 CH. V případě radikální prostatektomie nejsou na rozdíl od prosté prostatektomie nebo desobstrukčních výkonů kontinuální lavage močového měchýře a intermitentní proplachy doporučovány z důvodu vytvořené anastomózy zadní uretry a hrdla. Proto se již obvykle u radikální prostatektomie neseťkáme s třicestným katétrem.

Z těchto důvodů je nezbytné aby sestra dbala na průchodnost PMK více než jindy. Sleduje stav hematurie a navyšuje perorální příjem tekutin nebo dle ordinace lékaře intravenózně podávané množství infuzního roztoku. Močový měchýř musí zůstat neustále kolabován, aby měla anastomóza dobré podmínky pro hojení a to i v domácím prostředí. S katétrek zbytečně nemanipulujeme, neuzavíráme a v žádném případě neměníme jeho usazení v hrdle měchýře. S katétrek zacházíme přísně asepticky a dbáme na důkladnou hygienu genitálu minimálně dvakrát denně. V případě neprůchodnosti nebo vzniku tamponády močového měchýře koaguly, může ošetřující lékař provést decentní proplach měchýře Janettovou stříkačkou s maximálním objemem 100 ml fyziologického roztoku při kterém mu sestra asistuje. Pokud se nepodaří katétr zprůchodnit, nezbyvá lékaři obvykle nic jiného než zajistit punkční suprapubickou drenáž založením epicystostomie. Někteří operatři epicystostomi zakládají již v operačním sále a ta poté slouží jako pojistka. Vzhledem k tomu, že v případě radikální prostatektomie je pacient propouštěn do domácího prostředí i se zavedeným katétrek je nezbytné, abychom pacienta od počátku vedli k osvojení vhodných hygienických návyků a dalších zásad v souvislosti s PMK. Pokud manipulujeme s PMK vždy pacientovi sdělíme důvod a za jakým účelem a jakým způsobem ke katétru má přistupovat on sám.

V dnešní době máme v rukou mnoho farmakologických i nefarmakologických nástrojů k tišení bolesti. Hodnocení a tišení bolesti patří k elementárním činnostem každé sestry a v chirurgických provozech. Sestra nepodává slepě pouze léky s analgetickým účinkem, dle ordinace lékaře. Hodnotí bolest dle příslušné škály a napomáhá pacientovi bolest zvládat i nefarmakologicky. Ve spolupráci s fyzioterapeutem učí správným technikám dýchání a mobilizace na lůžku. Aktivně využívá metody distrakce a relaxace. V souvislosti s radikální prostatektomií nemocné nejčastěji trápí bolesti v okolí rány a břicha. Konkrétní analgésie je individualizována dle doporučení anesteziologa a ordinována ošetřujícím lékařem. V rámci intenzivní péče je u pánevních operací jednou z metod volby kombinovaná spinální analgésie, pomocí epidurálního katétru. Obvykle se jedná o směs opiátu a anestetik ředěných v nosném médiu a aplikovaných přes lineární dávkovač. Jedná se o velice efektivní způsob tišení akutní bolesti, který ale sebou přináší také určitá rizika a povinnosti vplývající pro ošetřující personál. Sestra důsledně sleduje intenzitu bolesti a potenciální nežádoucí účinky terapie. Sleduje bedlivě fyziologické funkce krevní tlak, rytmus, dechovou frekvenci a především výskyt poruch čítí a hybnosti. Epidurálnímu katétru věnuju

náležitou péčí. Manipulaci a převazy provádí přísně asepticky. Antibakteriální filtr měníme v pravidelných intervalech dle doporučení výrobce. (Slezáková, 2010)

Pacienty v časném pooperačním období také často trápí určitý dyskomfort v souvislosti s močovým katétrem. Muži si často stěžují na pálení, řezání, paradoxní urgence a tenesmy močového měchýře. Sestra by měla nemocného ujistit, že takové pocity jsou běžné a poučit jej aby se nesnažil překonávat nucení na močení tlakem do pánevního dna. V těchto případech aplikujeme dle ordinace kombinovanou spasmolytika typu metamizol. (Slezáková, 2010)

Pacient po radikální prostatektomii dodržuje v den výkonu absolutní klid na lůžku. V dalších dnech je pacient fyzioterapeutem posazován poučen o prevenci TEN pomocí mobilizace na lůžku, provádění cévní gymnastiky a o základních cvičích k posílení pánevního dna, s kterými je dobré začít co nejdříve a to i přes zavedený PMK. Obvykle začínáme aktivizací pánevních svěračů. Veškerý pohybový režim se odvíjí od stavu hematurie, abychom předešli případnému excesivnímu krvácení. Rehabilitační ošetřovatelství se pak soustředí na aktivizaci a návraty soběstačnosti. V průběhu hospitalizace je dobré minimálně jednou provést přehodnocení instrumentačního testu všedních činností a porovnat výsledek se vstupní hodnotou v ošetřovatelské anamnéze. (Slezáková, 2010)

2.6.11 Fyzioterapie a její význam v léčbě pooperační inkontinence

Fyzioterapie po radikální prostatektomii je základní úroveň léčby pooperační inkontinence. Nezahrnuje pouze samotné cvičení a celou úpravu životního stylu jako je odpovídající stravování, kvalitní pitný režim, včetně odbourání nevhodných tekutin s obsahem kofeinu, redukce hmotnosti u obézních pacientů a eliminace působení škodlivin jako je tabákový kouř nebo konzumace alkoholu. Fyzioterapie musí být individualizována věku a fyzické kondici pacienta. Základ tvoří cviky aktivizující svěrače a svalstvo pánevního dna. S šetrným cvičením je dobré začít již za hospitalizace, v rámci péče na standardním oddělení, kde je i lepší prostředí na odpovídající edukaci v této oblasti. Po extrakci PMK je nutné vyhodnotit stav kontinence a typ případné inkontinence. U pacientů kde převládá urgentní inkontinence, lze pokračovat v cvičení a zařadit do programu například trénink močového měchýře, kdy pacient zaznamenává do mikčního deníku konkrétní časy mikce a postupně se snaží prodlužovat jednotlivé intervaly mezi močením. Případně aby se během močení pokoušel střídavě zastavovat a spouštět proud silou vlastního svěrače. Pro

fyzioterapeutickou léčbu inkontinence je potřeba velice dobře školeného fyzioterapeuta v této oblasti, protože správné cvičení a zapojování konkrétních pánevních svalů je poměrně náročné na osvojení a musí být prováděno správně. Dalšími možnostmi v komplexní péči o pacienty jsou metody jako biofeedback, elektrostimulace, magnetoterapie a komplexní posturální přístupy. Tyto metody mají většinou, ale v rukou soukromá specializovaná fyzioterapeutická nebo urologická centra. Nelze také opominout, že léčba inkontinence je poměrně dlouhá a vyžaduje značnou míru motivace a psychopodpory. (Fiala, 2015)

2.6.12 Edukace a propuštění do domácího prostředí

Pacient po radikální prostatektomii je zpravidla propouštěn přibližně po týdenní hospitalizaci. V té době by měl být již plně obeznámen v oblasti pooperačního režimu. Sestra jej seznámí o komplexní péči o močový katétr, především stran nutnosti zvýšené hygieny v okolí katétru, dodržování optimálního pitného režimu a udržování průchodnosti katétru. V tomto období již katétr lze uzavírat sterilním uzávěrem, ale maximálně na dobu 2-3 hodin, poté je nutné měchýř vyprázdnit. Poskytneme nemocnému dostatek prostoru na dotazy a poté jej případně vybaví nutnými pomůckami a instruuje jej o manipulaci s nimi. Pacient po dobu 6 týdnů dodržuje relativní klidový režim a měl by být poučen o zákazu zvedat těžká břemena, ale zároveň aby podporoval fyzickou aktivitu a pokračoval v cvicích, posilující pánevní dno. (Slezáková, 2010)

3 EMPIRICKÁ ČÁST

Tato část práce je věnována předložení vlastního výzkumného šetření v oblasti kvality života pacientů po radikální prostatektomii. V úvodu jsou formulovány výzkumné cíle a hypotézy. Na dalších stránkách je poté popsána metodika a organizace šetření a charakterizován výzkumný soubor. Následující výsledková část interpretuje statistickou analýzu jednotlivých položek dotazníků a hypotéz, zprostředkovanou především formou tabulárních a grafických přehledů. Následně je zakončena v diskusi, shrnutím nejzásadnějších tvrzení vyplývajících z výzkumného šetření.

3.1 Výzkumné cíle a pracovní hypotézy

Pro záměry této bakalářské práce byly stanoveny následující výzkumné cíle:

Cíl 1: Vybrat vhodný standardizovaný instrument pro měření kvality života a zároveň vytvořit dotazník vlastní konstrukce, který bude specificky zaměřen na problematiku nežádoucích následků radikální prostatektomie

Cíl 2: Dotazníky otestovat v rámci pilotní studie a poté po úpravách zadat vybrané skupině pacientů po radikální prostatektomii

Cíl 3: Utřídit získaná data a provést primární statistickou analýzu jednotlivých položek dotazníku, z které vzejdou ověřená teoretická tvrzení o kvalitě života pacientů po radikální prostatektomii

Cíl 4: Porovnat výsledky výzkumu s dříve realizovanými studiemi

Pracovní hypotézy:

Hypotéza č. 1

Lze předpokládat, že rozdíly v odpovědích respondentů na jednotlivé položky zjišťující vybrané aspekty kvality jejich života nebudou ve většině případů statisticky významné v souvislosti s jejich věkem.

Hypotéza č. 2

Lze předpokládat, že rozdíly v odpovědích respondentů na jednotlivé položky zjišťující vybrané aspekty kvality života nebudou ve většině případů statisticky významné v souvislosti s dobou uplynulou od operačního výkonu.

Hypotéza č. 3

Lze předpokládat, že na základě spokojenosti respondentů s kvalitou života nebudou ve většině případů rozdíly v odpovědích na jednotlivé položky zjišťující vybrané aspekty jejich kvality života statisticky významné.

Hypotéza č. 4

Lze předpokládat, že na základě spokojenosti respondentů s vlastním zdravím nebudou ve většině případů rozdíly v odpovědích na jednotlivé položky zjišťující vybrané aspekty jejich kvality života statisticky významné.

3.2 Metodika

Vlastní sběr dat byl realizován kvantitativní metodou dotazování prostřednictvím anonymního dotazníku. Následná statistická analýza vznikla za pomoci programu Microsoft Excel a STATISTICA 12. Pro účely výzkumného šetření byl zvolen zkrácený standardizovaný dotazník kvality života Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF. Dotazník se stává z 26 skórovacích položek rozdělených do 4 oblastí. Fyzickou oblast hodnotí otázky č. 3, č. 4, č. 10, č. 15, č. 16, č. 17 a č. 18, které se dotazují na bolest, závislost na lékařské péči, únavu, mobilitu, spánek a pracovní výkonost. Druhá doména psychického prožívání je hodnocena otázkami č. 5, č. 6, č. 7, č. 11, č. 19 a č. 26 a sleduje potěšení ze života, smysl vlastního života, schopnost soustředění, přijetí tělesného vzhledu, spokojenost s vlastním já a negativní pocity. Doména sociálních vztahů zahrnuje osobní vztahy, sexuální život a podporu přátel v otázkách č. 20, č. 21 a č. 22. Oblast prostředí se soustředí na životní prostředí, osobní bezpečnost, ekonomickou situaci, přístup k informacím, záliby, dostupnost zdravotní péče a dopravu. V dotazníku se jedná o otázky č. 8, č. 9, č. 12, č. 13, č. 14, č. 23, č. 24 a č. 25. Dvě otázky č. 1 a č. 2 jsou orientovány na celkové hodnocení kvality života a funkční stav zdraví mimo tyto oblasti. Zároveň byl dotazník doplněn dvěma otázkami k charakterizování výzkumného souboru, které směřovali na věk a dobu uplynulou od operace. Vzhledem k tomu, že tento dotazník je velice obecný a nehodnotí významné aspekty konkrétního onemocnění či stavu, vytvořil jsem pro účely šetření ještě jeden specifický. Polostrukturovaný dotazník vlastní konstrukce zahrnoval 18 uzavřených otázek, předložených formou multiple-choice a orientoval se na specifické problémy pacientů před a po radikální prostatektomii. Četnost a vnímání mikčních obtíží sledovali otázky č. 1, č. 2, č. 9 a č. 10. Otázky č. 3, č. 4, č. 5, č. 6, č. 7, č. 11, č. 12, č. 13, č. 14 a č. 15 sledovali četnost, míru a vnímání poruch kontinence a nakonec otázky č. 8, č. 16 a

17 hodnotili sexuální aspekty života respondentů před a po výkonu. V závěru obou dotazníků byl pro respondenty vyhrazen prostor pro přímá sdělení. Oba dotazníky jsou součástí přílohy. (příloha č. 1 s. 101)

3.3 Organizace šetření

Se souhlasem náměstkyně pro ošetrovatelskou péči bylo výzkumné šetření realizováno na půdě urologické kliniky FNKV v období května až října 2015. Po sestavení obou dotazníků proběhl v odborných ambulancích pilotní předvýzkum, kdy jsem v odborných ambulancích distribuoval 10 dotazníků. Pilotáž ověřovala pouze srozumitelnost jednotlivých otázek a tyto data nebyla zařazena do vlastního výzkumného šetření. Po opravách a úpravě některých formulací v dotazníku vlastní konstrukce, bylo do ambulančí a poraden distribuováno 80 dotazníků. Návratnost činila 71 dotazníků, z níž byli vzhledem k neúplnému vyplnění, vyřazeny 4 dotazníky. Celková návratnost dotazníku zařaditelných k statistické analýze tedy činila 67 dotazníků (83,75 %). Jednotlivé položky každého dotazníku byly poté přeneseny do programu Microsoft Excel 2010 a následně analyzovány v programu STATICTICA 12.

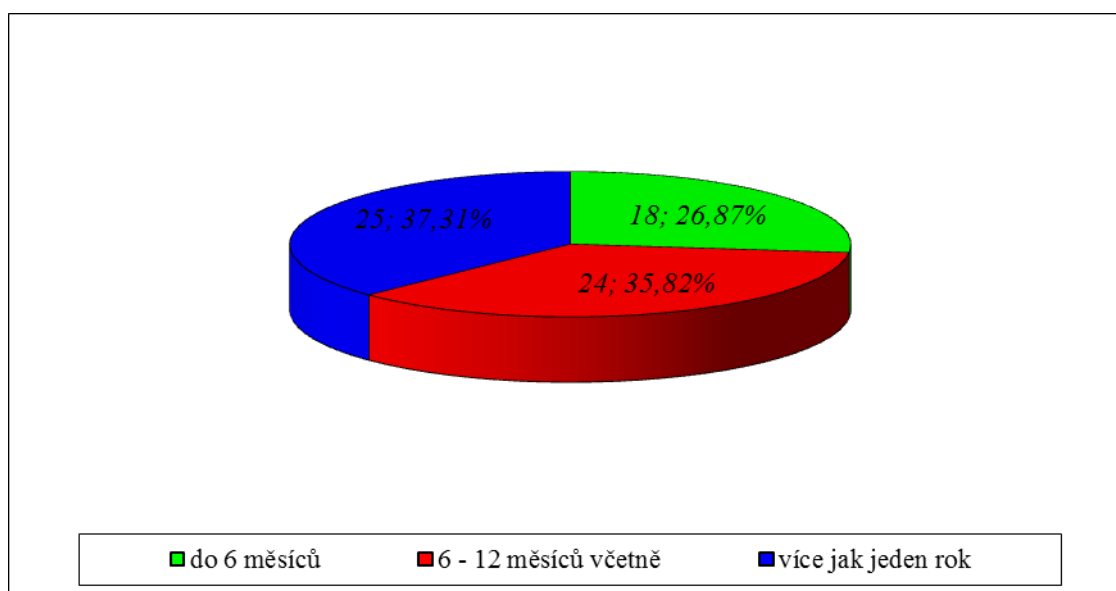
3.4 Charakteristika výzkumného souboru

Pracovní skupinu respondentů tvořili pacienti, kteří podstoupili retropubickou radikální prostatektomii v letech 2010 - 2015. Jedinou podmínkou byl minimálně 3 měsíční odstup od operace, jelikož nepokládám za vhodné hodnotit kvalitu života pacientů v průběhu rekonvalescence. V následujícím tabelárním přehledu je soubor charakterizován na základě věkové kategorie. Doba uplynulá od výkonu je znázorněna níže, formou výsečového diagramu

Věk		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
40 - 49 let	3	4,48
50 - 59 let	17	25,37
60 - 75 let	41	61,19
Více jak 75 let	6	8,96
Celkem:	67	100,00

TAB. 2: Rozložení respondentů na základě věku

Z uvedeného přehledu vyplývá, že z celkového počtu 67 respondentů bylo 41 respondentů zastoupeno ve věkové kategorii 60 - 75 let, (61,19 %.) V kategorii 50 - 59 let se šetření účastnilo 17 respondentů, tedy 25,37 %. V kategorii 75 let a více, 6 respondentů (8,96 %) a nejméně početnou skupinou byli respondenti ve věkové kategorii 40 - 49 let. V této kategorii se šetření účastnili pouze 3 respondenti (4,48 %).



OBR. 1: Rozložení respondentů na základě doby uplynulé od výkonu

Z obrázku je patrné, že skupina respondentů, která absolvovala radikální prostatektomii před méně jak šesti měsíci, byla zastoupena 18 respondenty neboli 26,87

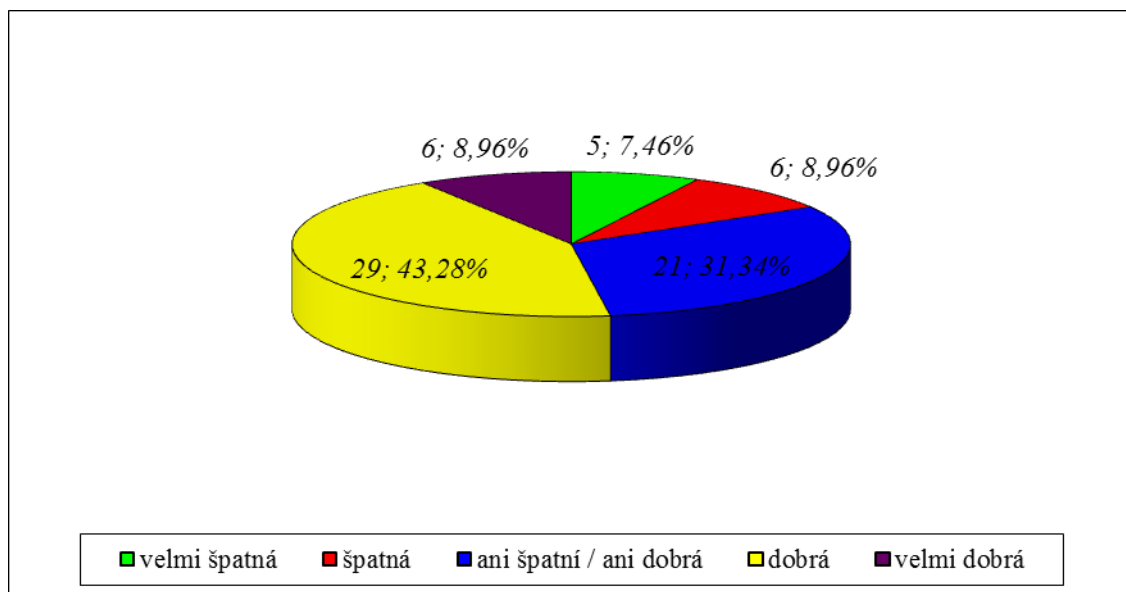
%. V kategorii 6 - 12 měsíců od operace bylo do šetření zapojeno 24 respondentů (24,35 %) a respondentů s více jak jednoletým odstupem od výkonu bylo 25, čili 25,37 %.

3.5 Interpretace výsledků výzkumného šetření

Následující stránky jsou věnovány samotnému vyhodnocení jednotlivých položek v dotaznících a to stanovením absolutní a relativní četností konkrétních odpovědí. Interpretace výsledků standardizovaného dotazníku je předložena především formou tabelárních přehledů. Pouze u prvních dvou otázek vztahující se přímo k jednotlivým hypotézám je interpretace doplněna také grafickým znázorněním a to formou výsečových diagramů. Interpretace dotazníku vlastní konstrukce je naopak celá formulována pomocí srovnávacích histogramů.

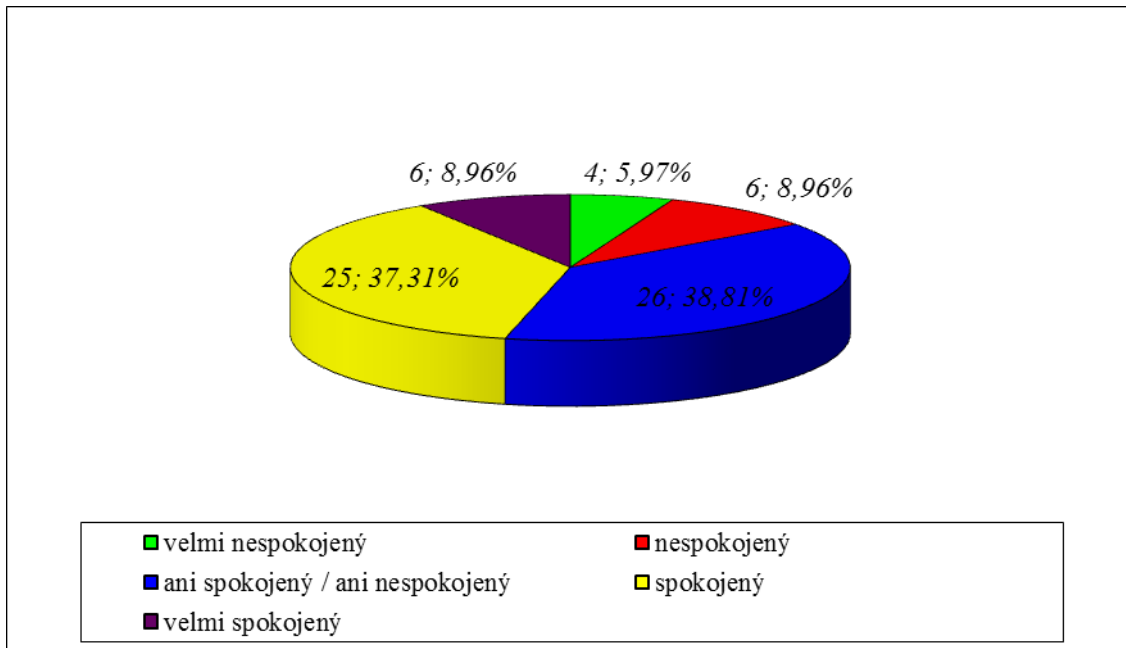
3.5.1 Dotazník WHOQOL-BEF

Otázka č. 1: Jak byste zhodnotil kvalitu svého života?



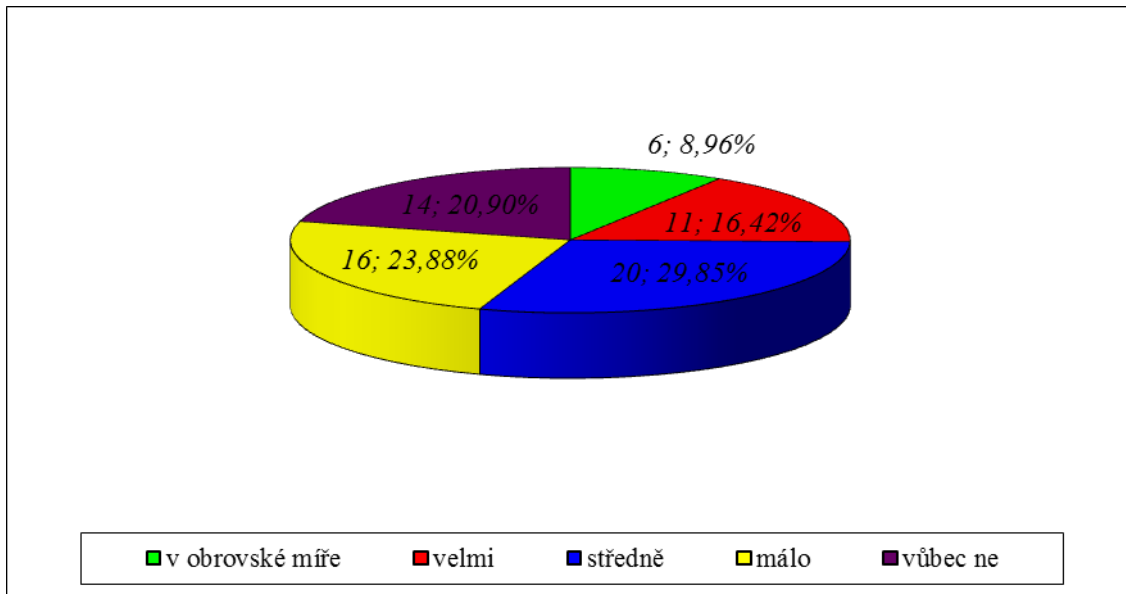
OBR. 2: Diagram hodnocení kvality života respondenty

Z diagramu je zřejmé, že pouze 6 respondentů (8,96 %) hodnotilo svou kvalitu života jako velmi dobrou. Dobrou kvalitu života pociťuje 29 respondentů (43,28 %), variantu ani špatná/ani dobrá zvolilo 21 respondentů (31,34 %), špatnou kvalitu života hodnotilo 6 respondentů (8,96 %) a velmi špatnou 5 respondentů (7,46 %).

Otázka č. 2: Jak spokojený jste se svým zdravím?

OBR. 3: Diagram spokojenosti respondentů se zdravím

Velmi spokojených s vlastním zdravím je 6 respondentů (8,96 %). Alternativu spokojený zvolilo 25 respondentů (37,31 %), možnost ani spokojený/ani nespokojený 26 respondentů (38,81 %). Nespokojenost s vlastním zdravím pak pocítuje 6 respondentů (8,96 %) a velmi nespokojených s vlastním zdravím jsou respondenti 4 (5,97 %).

Otázka č. 3 Do jaké míry Vám bolest brání dělat to, co potřebujete?

OBR. 4: Diagram vnímání hodnocení bolesti respondenty

Z přehledu je patrné, že 6 respondentů (8,96 %) je limitováno bolestí v obrovské míře. Velmi je bolestí limitováno 11 respondentů (16,42 %), středně 20 dotazovaných respondentů (29,85 %). Málo brání bolest 16 respondentům (23,88 %) a vůbec, pak 14 respondentům (20,90 %).

Jak moc potřebujete nějakou léčbu, abyste fungoval v běžném životě?		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
v obrovské míře	6	8,96
velmi	12	17,91
středně	22	32,84
málo	20	29,85
vůbec ne	7	10,45
Celkem:	67	100,00

TAB. 3: Subjektivní vnímání potřeby léčby pro fungování v běžném životě

Z toho tabelárního přehledu vyplývá, že 6 respondentů (8,96 %) potřebuje určitou léčbu pro běžné fungování v obrovské míře, jako velmi hodnotilo tuto potřebu 12 respondentů (17,91 %), středně dle svého názoru 22 respondentů (32,84 %) a vůbec tuto potřebu nepocítuje 7 respondentů (10,45%).

Jak moc Vás baví život?		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
vůbec ne	4	5,97
málo	12	17,91
středně	26	38,81
velmi	19	28,36
v obrovské míře	6	8,96
Celkem:	67	100,00

TAB. 4: Míra potěšení ze života

Tabelární přehled znázorňuje četnost odpovědí respondentů, jak moc je baví život. Kategorii vůbec ne zvolili 4 respondenti (5,97 %), 12 respondentů (17,91 %) uvedlo, že je život baví málo a 26 (38,81 %) středně. Oproti tomu 19 respondentů život baví velmi (28,36 %), a 6 respondentů (8,96 %) baví život v obrovské míře.

Do jaké míry má Váš život podle Vás smysl?		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
vůbec ne	5	7,46
málo	11	16,42
středně	26	38,81
velmi	19	28,36
v obrovské míře	6	8,96
Celkem:	67	100,00

TAB. 5: Vnímání smyslu života respondenty

Z tohoto přehledu je zřejmé, že v obrovské míře spatřuje smysl vlastního života 6 respondentů (8,96 %), 19 (28,36%) respondentů velmi a ve střední míře 26 respondentů (38,81 %). Malý smysl vlastního života udává 11 respondentů (16,42 %) a 5 respondentů (7,46 %) vůbec žádný smysl vlastního života nenachází.

Jak dobře jste schopen se soustředit?		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
vůbec ne	2	2,99
málo	14	20,90
středně	34	50,75
velmi	16	23,88
v obrovské míře	1	1,49
Celkem:	67	100,00

TAB. 6: Hodnocení schopnosti soustředění

V obrovské míře je schopen se soustředit 1 respondent (1,49 %), 16 (23,88 %) je schopno se soustředit velmi, variantu středně zvolilo 34 respondentů (50,75 %). Málo pak pocítuje schopnost soustředění 14 respondentů (20,90 %) a vůbec nejsou schopni se soustředit 2 respondenti (2,99 %)

Jak bezpečně se cítíte v každodenním životě?		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
vůbec ne	1	1,49
málo	14	20,90
středně	31	46,27
velmi	17	25,37
v obrovské míře	4	5,97
Celkem:	67	100,00

TAB. 7: Subjektivní vnímání bezpečnosti respondentů v každodenním životě

Pocit bezpečí v každodenním životě mají v obrovské míře 4 respondenti (5,97 %), velmi bezpečně se cítí 17 respondentů (25,37 %), středně udává pocit bezpečí 31 respondentů (46,27 %). Málo má pocit bezpečí 14 respondentů (20,90 %) a vůbec 1 respondent (1,49 %).

Jak zdravé je fyzické prostředí ve kterém žijete?		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
vůbec ne	3	4,48
málo	9	13,43
středně	33	49,25
velmi	19	28,36
v obrovské míře	3	4,48
Celkem:	67	100,00

TAB. 8: Vnímání respondentů do jaké míry považují své prostředí za zdravé

V obrovské míře považují své prostředí za zdravé 3 respondenti (4,48 %), jako velmi zdravé jej hodnotilo 19 respondentů (28,36 %), alternativu středně zvolilo 33 respondentů (49,25 %). Za málo zdravé své fyzické prostředí považuje 9 respondentů (13,43 %) a vůbec ne 3 respondenti (4,48 %).

Máte dost energie pro běžný život?		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
vůbec ne	1	1,49
málo	13	19,40
středně	29	43,28
velmi	20	29,85
v obrovské míře	4	5,97
Celkem:	67	100,00

TAB. 9: Hodnocení dostatku energie pro běžný život respondenty

V obrovské míře pocítují energii pro každodenní život 4 respondenti (5,97 %), 20 respondentů (29,58 %) pocítuje dostatek energie velmi, středně 29 respondentů (43,28 %), málo 13 respondentů (19,40 %) a málo energie pocítuje 1 respondent (1,49 %).

Jste schopen přijmout svůj fyzický vzhled?		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
vůbec ne	2	2,99
málo	9	13,43
středně	23	34,33
velmi	18	26,87
v obrovské míře	15	22,39
Celkem:	67	100,00

TAB. 10: Hodnocení schopnosti respondentů přijmout svůj fyzický vzhled

Tabelární přehled znázorňuje, že v obrovské míře je schopno akceptovat svůj vzhled 15 respondentů (22,39 %). Velmi dobře přijímá svůj vzhled 18 respondentů (26,87 %), středně 23 respondentů (34,33 %), málo 9 respondentů (13,43 %) a vůbec nejsou schopni přijmout svůj vzhled 2 respondenti (2,99%).

Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
vůbec ne	4	5,97
málo	14	20,90
středně	30	44,78
velmi	14	20,90
v obrovské míře	5	7,46
Celkem:	67	100,00

TAB. 11: Hodnocení vlastních ekonomických prostředků respondenty

V obrovské míře je spokojeno se svými finančními prostředky 5 respondentů (7,46%), velmi pak 14 respondentů (20,90 %) a středně 30 (44,78 %). Málo peněz k uspokojení svých potřeb naproti tomu pociťuje 14 respondentů (20,90 %) a variantů vůbec ne, zvolili 4 respondenti (5,97 %).

Jak dostupné jsou pro Vás informace, které potřebujete pro svůj každodenní život?		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
málo	13	19,40
středně	32	47,76
velmi	20	29,85
v obrovské míře	2	2,99
Celkem:	67	100,00

TAB. 12: Hodnocení dostupnosti informací respondenty

Z tabulky je zřejmé, že v obrovské míře jsou informace dostupné pro dva respondenty (2,99 %), pro 20 respondentů jsou informace dostupné velmi (29,85 %), středně pro 32 respondentů (47,76 %) a málo dostupné jsou pro 13 dotazovaných respondentů (19,40 %)

Máte dostatek příležitostí pro rozvíjení svých zájmů?		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
vůbec ne	1	1,49
málo	12	17,91
středně	27	40,30
velmi	24	35,82
v obrovské míře	3	4,48
Celkem:	67	100,00

TAB. 13: Hodnocení dostatku příležitostí k rozvíjení vlastních zájmů

V obrovské míře mají příležitost k rozvíjení svých zájmů 3 respondenti (4,48 %), velmi 24 respondentů (35,82 %) a středně 27 respondentů (40,30 %). Jako malé tyto příležitosti hodnotilo 12 respondentů a 1 respondent (1,49 %) měl pocit, že nemá vůbec žádné příležitosti k rozvíjení vlastních zájmů.

Jak velké potíže Vám dělá pohybovat se mimo domov?		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
velmi špatně	4	5,97
špatně	13	19,40
ani špatně / ani dobře	27	40,30
dobře	12	17,91
velmi dobře	11	16,42
Celkem:	67	100,00

TAB. 14: Hodnocení schopnosti pohybovat se mimo domov

Z uvedeného přehledu týkající se pohybu mimo domov vyplývá, že 11 respondentů (16,42 %) se pohybuje mimo domov velmi dobře a 12 respondentů (17,91 %) dobře. Variantu ani špatně / ani dobře zvolilo 27 respondentů (40,30 %). Špatně se mimo domov pohybuje 13 respondentů (19,40%) a velmi špatně 4 respondenti (5,97 %).

Jak spokojený jste se svým spánkem?		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
velmi nespokojený	2	2,99
nespokojený	19	28,36
ani spokojený / ani nespokojený	23	34,33
spokojený	20	29,85
velmi spokojený	3	4,48
Celkem:	67	100,00

TAB. 15: Spokojenost respondentů s vlastním spánkem

V oblasti spánku uvedli 3 respondenti, že jsou velmi spokojení (4,48 %), 20 respondentů je spokojených (29,85 %) a 23 respondentů (34,33 %) zvolilo variantu ani spokojený/ani nespokojený. Nespokojených s vlastním spánkem je 19 respondentů (28,36 %) a velmi nespokojení jsou dva respondenti (2,99 %).

Jak spokojený jste s tím, jak jste schopný vykonávat každodenní aktivity?		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
velmi nespokojený	1	1,49
nespokojený	20	29,85
ani spokojený / ani nespokojený	26	38,81
spokojený	19	28,36
velmi spokojený	1	1,49
Celkem:	67	100,00

TAB. 16: Spokojenost respondentů s vykonáváním každodenních aktivit

Z přehledu je patrné že pouze 1 respondent je velmi spokojený se svou schopností vykonávat každodenní aktivity (1,49 %), 19 respondentů je spokojených (28,36 %), 26 není ani spokojených / ani nespokojených (38,1 %). Nespokojených v oblasti denních aktivit je 20 respondentů (29,85 %) a velmi nespokojený je 1 respondent (1,49 %).

Jak spokojený jste se svou schopností pracovat?		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
velmi nespokojený	3	4,48
nespokojený	13	19,40
ani spokojený / ani nespokojený	32	47,76
spokojený	16	23,88
velmi spokojený	3	4,48
Celkem:	67	100,00

TAB. 17: Spokojenost respondentů s pracovním výkonem

Se svým pracovním výkonem jsou velmi spokojeni 3 respondenti (4,48 %), 16 respondentů zvolilo alternativu spokojený (23,88 %). Variantu ani spokojený / ani nespokojený zvolilo 32 respondentů (47,76 %). Nespokojených je pak 13 respondentů (19,40%) a velmi nespokojení jsou 3 respondenti (4,48 %)

Jak spokojený jste sám se sebou?		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
velmi nespokojený	3	4,48
nespokojený	13	19,40
ani spokojený / ani nespokojený	27	40,30
spokojený	22	32,84
velmi spokojený	2	2,99
Celkem:	67	100,00

TAB. 18: Spokojenost respondentů s vlastním já

V přehledu lze vidět, že velmi spokojených s vlastním já jsou dva respondenti (2,99 %), spokojených je 22 respondentů (32,84 %) a alternativě ani spokojený / ani nespokojený se přiklonilo 27 respondentů (40,30 %). Nespokojených sám se sebou je 13 respondentů (19,40%) a velmi nespokojeni jsou 3 respondenti (4,48 %)

Jak spokojený jste se svými vztahy?		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
velmi nespokojený	4	5,97
nespokojený	15	22,39
ani spokojený / ani nespokojený	24	35,82
spokojený	22	32,84
velmi spokojený	2	2,99
Celkem:	67	100,00

TAB. 19: Spokojenost respondentů s vlastními vztahy

V oblasti vlastních vztahů jsou velmi spokojeni 2 respondenti (2,99 %), spokojených je 22 respondentů (32,84 %) a ani spokojených / ani nespokojených je 24 respondentů (35,82 %). Velmi nespokojeni jsou 4 respondenti (22,39 %) a nespokojeno je pak 15 respondentů (22,39 %)

Jak spokojený jste se svým sexuálním životem?		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
velmi nespokojený	9	13,43
nespokojený	22	32,84
ani spokojený / ani nespokojený	24	35,82
spokojený	11	16,42
velmi spokojený	1	1,49
Celkem:	67	100,00

TAB. 20: Spokojenost respondentů se sexuálním životem

Z přehledu vyplývá, že v oblasti sexuálního života je pouze 1 respondent velmi spokojený (1,49 %). Spokojených je 11 respondentů (16,42 %) a variantu ani spokojena ani nespokojen zvolilo 24 respondentů (35,82 %). Nespokojeno je 22 respondentů (32,84 %) a 9 (13,43 %) je nespokojeno velmi.

Jak spokojený jste s podporou, kterou Vám poskytují Vaši přátelé?		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
velmi nespokojený	2	2,99
nespokojený	6	8,96
ani spokojený / ani nespokojený	27	40,30
spokojený	24	35,82
velmi spokojený	8	11,94
Celkem:	67	100,00

TAB. 21: Spokojenost respondentů s podporou vlastních přátel

S podporu poskytující vlastní přátelé je velmi spokojeno 8 respondentů (11,94 %) dalších 24 respondentů (35,82 %) uvedlo, že je spokojeno a 27 respondentů (40,30 %) není ani spokojeno / ani nespokojeno. Celkově 6 respondentů (8,96 %) je nespokojeno a dva respondenti jsou nespokojeno velmi (2,99 %)

Jak spokojený jste se svým bydlením?		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
nespokojený	10	14,93
ani spokojený / ani nespokojený	24	35,82
spokojený	28	41,79
velmi spokojený	5	7,46
Celkem:	67	100,00

TAB. 22: Spokojenost respondentů s bydlením

Z přehledu je patrné že, velmi spokojeno s vlastním bydlením je 5 respondentů (7,64 %), spokojených je pak 28 respondentů (41,79%) a ani spokojených / ani nespokojených je 24 respondentů (35,82 %). Nespokojených je 10 respondentů (14,93 %) kdy žádný z dotazovaných nebyl nespokojen velmi (0 %).

Jak spokojený jste s dostupností vaší zdravotní péče?		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
velmi nespokojený	2	2,99
nespokojený	8	11,94
ani spokojený / ani nespokojený	27	40,30
spokojený	24	35,82
velmi spokojený	6	8,96
Celkem:	67	100,00

TAB. 23: Spokojenost respondentů s dostupností zdravotní péče

Z tabulárního přehledu je zřejmé, že velmi s dostupností zdravotní péče je spokojeno 24 respondentů (35,82 %) a velmi pak 6 respondentů (8,96 %). Variantu ani spokojený / ani nespokojený zvolilo 27 respondentů (40,30 %), nespokojeno je 8 respondentů (11,94 %) a nespokojeni velmi jsou respondenti 2 (2,99 %).

Jak spokojený jste s tím, jak se Vám daří dostat tam, kam potřebujete?		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
nespokojený	9	13,43
ani spokojený / ani nespokojený	29	43,28
spokojený	25	37,31
velmi spokojený	4	5,97
Celkem:	67	100,00

TAB. 24: Spokojenost respondentů dostat se tam kam potřebují

Z přehledu je patrné že, 4 respondenti jsou velmi nespokojeni (5,97 %), dalších 25 respondentů (37,31 %) je spokojeno a 29 respondentů (43,28 %) není ani spokojeno / ani nespokojeno. Z celkového počtu dotazovaných respondentů je pouze 9 (13,43 %) v dané oblasti nespokojeno a žádný respondent (0,00 %) není velmi nespokojen.

Jak často jste měl negativní pocity jako špatná nálada, zoufalství a deprese?)		
Kategorie	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
stále	3	4,48
velmi často	14	20,90
celkem často	18	26,87
Zřídka	29	43,28
Nikdy	3	4,48
Celkem:	67	100,00

TAB. 25: Hodnocení četnosti výskytu negativních pocitů respondenty

Z posledního tabelárního přehledu v rámci WHOQOL-BREF je patrné, že 3 respondenti nikdy nepociťují výše zmíněné negativní pocity (4,48 %) a 29 (43,28 %) zřídka, ale celkem často podobné pocity pociťuje 18 respondentů (26,87 %), velmi často 14 (20,90%) a stále trápí tyto pocity 3 respondenty (4,48 %).

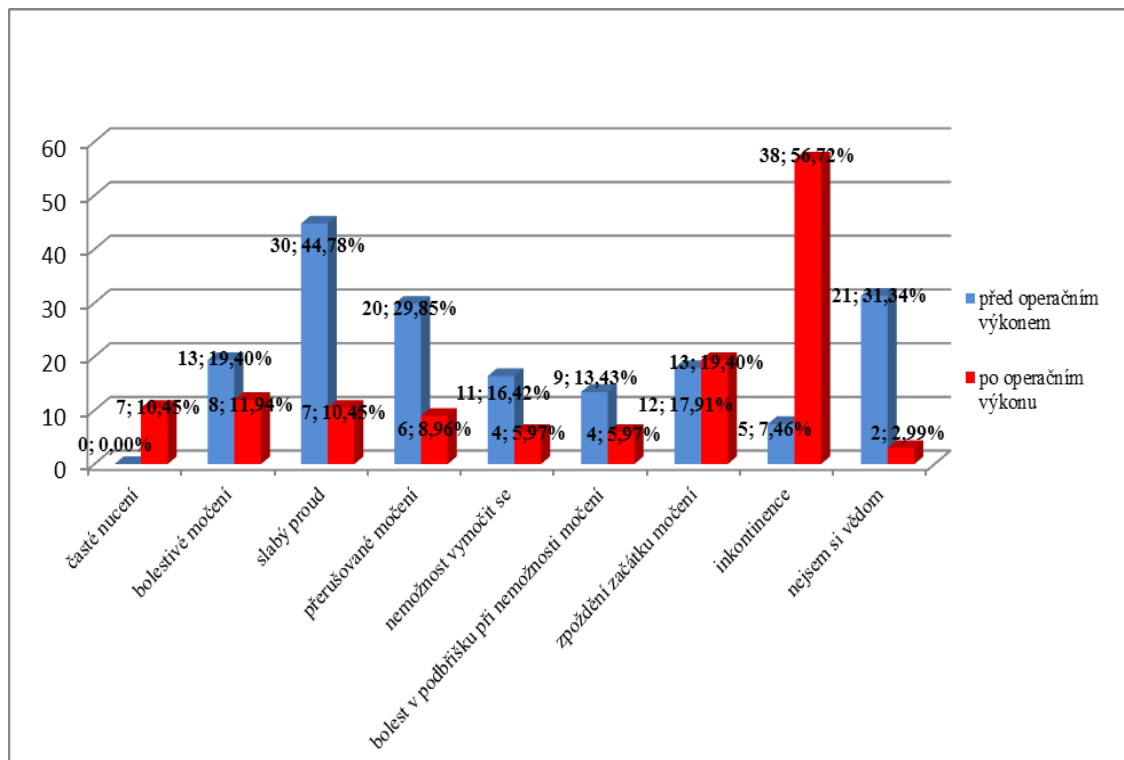
3.5.2 *Dotazník vlastní konstrukce*

Cílem dotazníku bylo především porovnat četnost příznaků základního onemocnění, negativních následků operačního výkonu a jejich vnímání respondenty před a po operačním výkonu. Jednotlivé položky dotazníku byly, až na poslední otázku, formulovány zdvojeně, kdy jedna směřovala na období před radikální prostatektomií a druhá na období po výkonu. V následující interpretaci jsou četnosti odpovědí na tyto zdvojené otázky předloženy sloučeně, pomocí srovnávacích histogramů a poslední otázka pomocí výsečového diagramu

Otázka č. 1: *Pocíval jste před operací, některé z níže uvedených obtíží při močení ?*

Otázka č. 9: *Pocítujete po operaci, některé z níže uvedených obtíží při močení?*

(respondenti mohli volit více alternativ odpovědí)

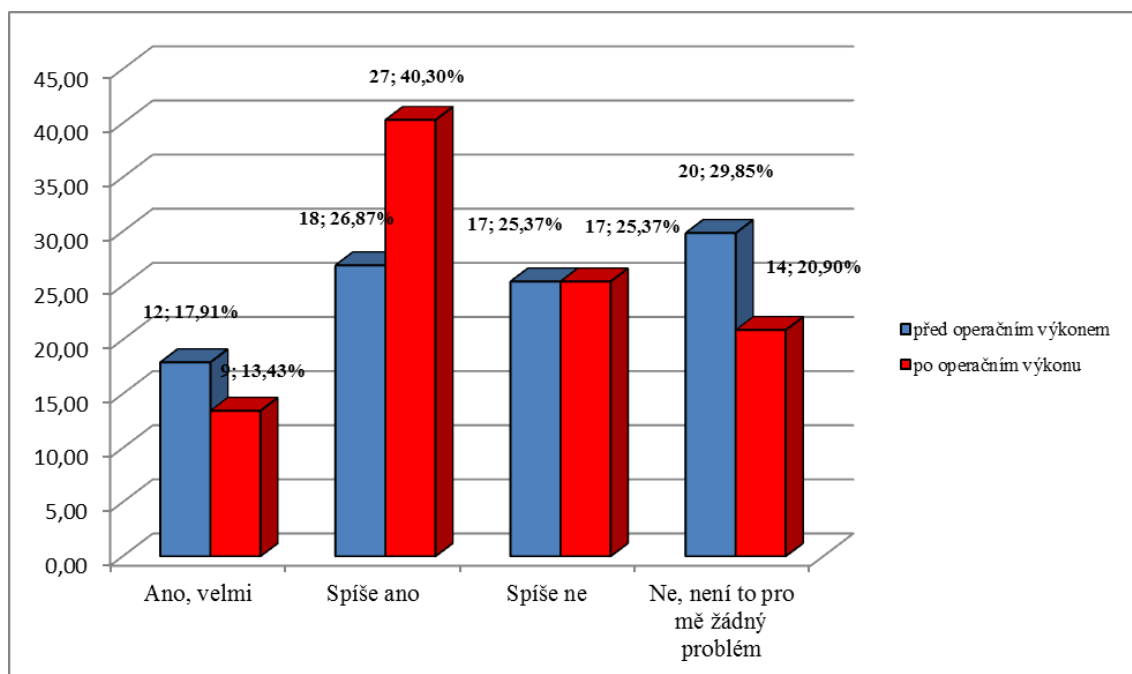


OBR. 5: Mikční obtíže před a po výkonu

Z grafického přehledu zaměřeného na mikční obtíže všech 67 respondentů jsou patrné výrazné rozdíly v četnosti udávaných mikčních obtíží. V předoperačním období žádný respondent neudával časté nucení (urgence) přičemž po výkonu se s tímto potýkalo 7 (10,45 %) respondentů. Bolesti při močení udávalo 13 (19,40 %) respondentů před výkonem. Po prostatektomii se četnost ale snížila a disurické bolesti udávalo 8 (11,94 %) respondentů. Slabý proud při močení udávalo předoperačně 30 (44,78 %) respondentů ale po radikální léčbě četnost poklesla na 7 (10,45 %) dotazovaných, z celkového počtu 67. Možným vysvětlením je vzhledem k věku našich respondentů, pravděpodobně souběžně probíhající hyperplazie prostaty. Obdobným způsobem poklesla i četnost udávaného přerušovaného močení. Před výkonem tak činila 20 (29,85 %) respondentů, ale po výkonu 6 (8,96 %). Nemožnost vymočení před výkonem trápila 11 (16,42 %) respondentů a 9 (13,43 %) respondentů se setkala s bolestivou retencí. Po výkonu se s obdobnými příznaky v obou případech setkali pouze 4 (5,97 %) respondenti. Zpoždění proudu moči před výkonem udávalo 12 (17,91 %) respondentů, po výkonu četnost stoupla o jednoho respondenta na 13 (19,40 %).

Zřejmě nejzásadnější rozdíl v četnosti před a po výkonu je patrný v udávaném uniku moči. Před výkonem trpělo určitou formou inkontinence pouze 5 respondentů (7,46 %), po výkonu však inkontinenci udávalo 38 (56,72 %) respondentů z celkového počtu 67 dotazovaných. Obdobně si lze všimnout, že před operačním výkonem si nebylo žádných mikčních potíží vědomo 21 (31,34 %) respondentů, ale po výkonu byli bez mikčních obtíží pouze dva respondenti (2,99 %) z celého souboru.

Otázka č. 2/č. 10: *Byl/(Je nyní) některý z těchto problémů pro Vás limitující (omezující) v běžném každodenním životě?*

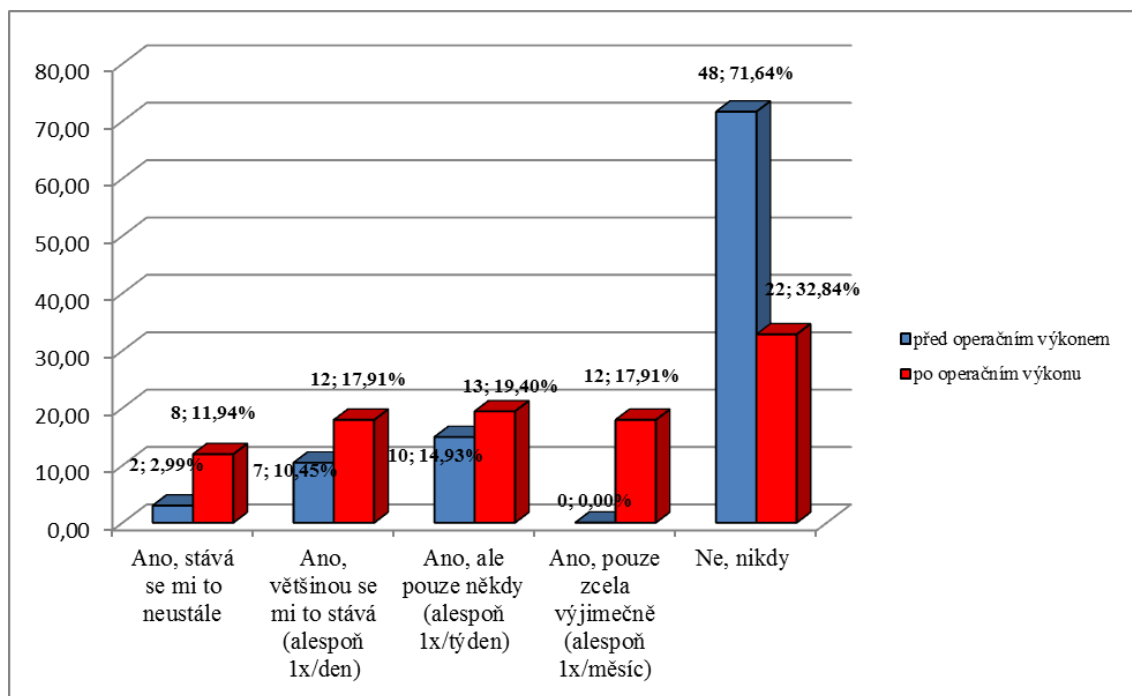


OBR. 6: Hodnocení limitů v běžném životě v souvislosti s mikčními obtížemi

Další otázky se dotazovaly respondentů, do jaké míry pociťovali limity v každodenním životě v souvislosti s výše zmíněnými mikčními obtížemi. Grafický přehled opět porovnává absolutní a relativní četnost jednotlivých odpovědí před a po výkonu. V předoperačním období se cítilo velmi limitováno 12 (17,91 %) respondentů po výkonu četnost lehce poklesla a velmi se cítilo limitováno 9 (13,43 %) respondentů. Variantu, že spíše ano zvolilo před výkonem 18 (26,87 %) respondentů. Po operaci, ale takto odpovídalo již 27 respondentů (40,30 %). Variantu že spíše se necítí mikčními

obtížemi limitováno udávalo před výkonem i po výkonu stejné množství dotazovaných, 17 (25,37 %) respondentů. Nakonec pak 20 (29,85 %) respondentů před výkonem a 14 (20,90 %) po výkonu nevnímalo mikční obtíže jako žádný problém, který by je mohl limitovat v běžných aktivitách denního života.

Otázka č.3/č.11: *Stávalo se Vám před operací/ Stává se vám nyní po operaci, že Vám moč unikala/uniká při kašli, kýchání nebo fyzické zátěži?*

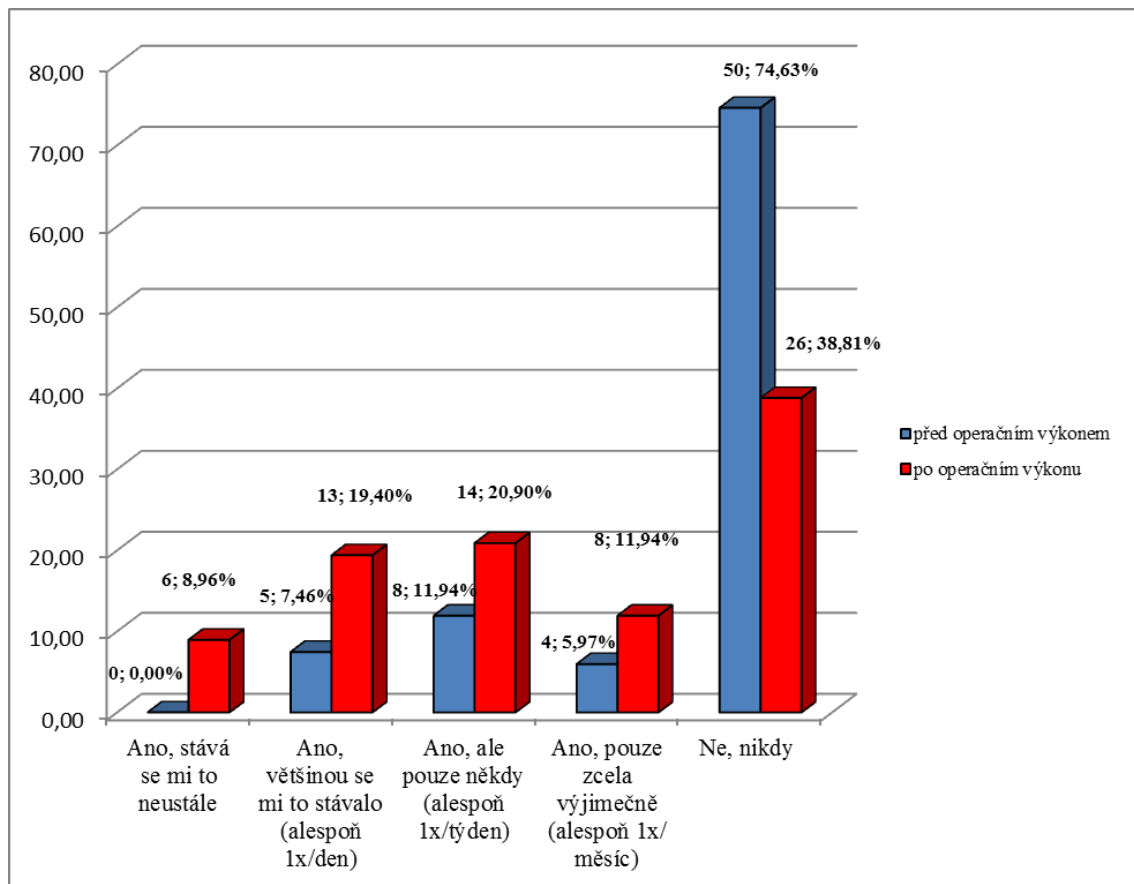


OBR. 7: Stresová inkontinence před a po výkonu

V předoperačním období neustále trápila stresová inkontinence 2 (2,99 %) respondenty a po výkonu stoupla četnost na 8 (11,94 %) respondentů. S podobnou příhodou se každodenně setkávalo 7 (10,45 %) respondentů, ale po výkonu četnost opět stoupla a to na 12 (17,91 %) respondentů. Pouze někdy (1x týdně) stresovou složku inkontinence udávalo před výkonem 10 (14,93 %) respondentů a po výkonu 13 (19,40 %). Jako s excesivní, výjimečnou situací (1x za měsíc) se s unikem moči v předoperačním období nesetkal žádný respondent, ale po výkonu již 12 (17,91 %). Variantu, že se nikdy nesetkali s unikem moči při kašli či kýchání volilo před prostatektomií 48 (71,64 %) respondentů po výkonu tato četnost poklesla na 22 (32,84 %) respondentů. Na základě

této analýzy tedy, lze tvrdit, že četnost a frekvence stresové inkontinence stoupla po výkonu oproti stavu před výkonem poměrně významně.

Otázka č.4/č.12: *Stávalo se Vám před operací/ Stává se Vám po operaci, že Vám moč unikala/uniká bez zjevné příčiny či předchozího nucení na močení?*

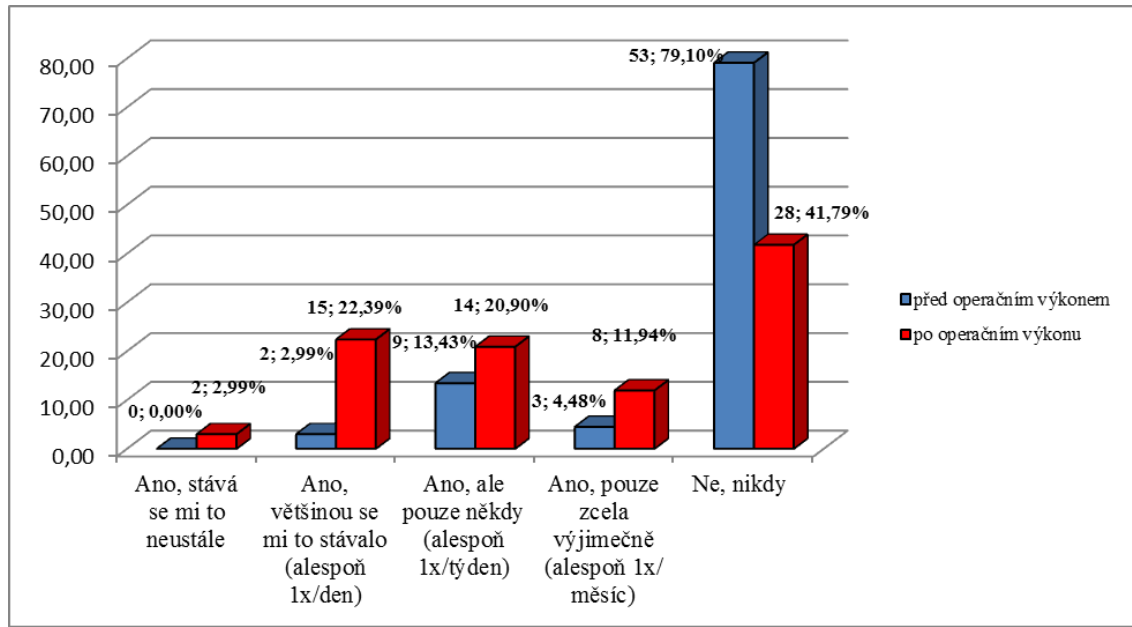


OBR. 8: Urgentní inkontinence před a po výkonu

Se samovolným unikem moči bez zjevné příčiny, převládající neustále se před výkonem neseťkal žádný z respondentů. Po výkonu udávalo neustálý unik moči 6 (8,96 %) respondentů. Ano, většinou se mi to stává (alespoň 1 x denně) zvolilo před výkonem jako odpověď 5 (7,46 %) respondentů a pooperačně 13 (19,40 %) dotazovaných. Variantu ano, ale pouze někdy (1x týdně) volilo před výkonem 8 (11,94 %) respondentů a po výkonu 13 (19,40 %). Zcela výjimečně se s podobnou situací potkali před výkonem 4 (5,97%) respondenti a po výkonu 8 (11,94 %). Nikdy se pak před výkonem s takovýmto unikem moči neseťkalo 50 (74,63%) respondentů oproti stavu po výkonu

kdy se s takovou příhodou nesetkalo 26 (38,81 %) respondentů. Opět lze tvrdit, že na základě porovnaných četností došlo u pacientů po výkonu ke zhoršení kontinence

Otázka č.5/č.13: *Trpěl jste před operací/Trpíte po operaci únikem moči během spánku?*

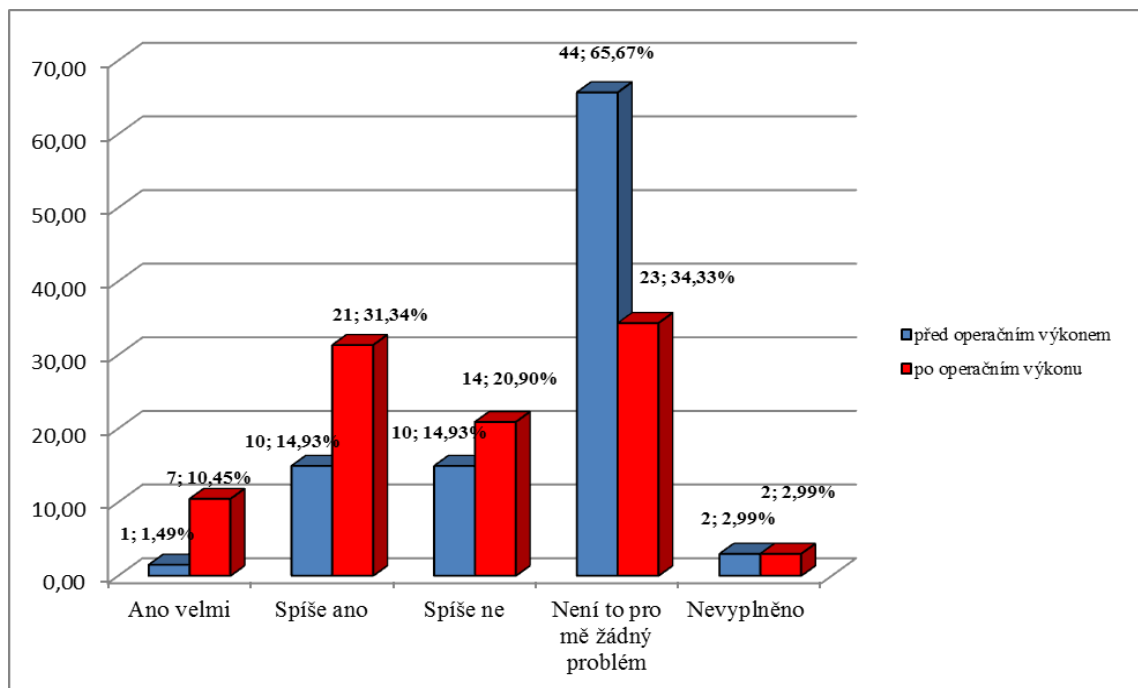


OBR. 9: Inkontinence během spánku

Obrázek grafického přehledu znázorňuje porovnání četností a hodnocení frekvence inkontinenčních příhod ve spánku. Po výkonu 2 (2,99 %) respondentů uvedlo, že unik moči během spánku se vyskytuje neustále oproti stavu před výkonem, kdy tuto variantu nevolil žádný z respondentů. Variantu, většinou se mi to stává v průběhu jednoho dne, volili před výkonem 2 (2,99 %) respondenti naproti tomu v otázce na dobu po výkonu se k této odpovědi přiklonilo 15 (22,39 %) respondentů.

Pouze někde (1x týdně) se s unikem moči ve spánku setkávalo 9 (13,43 %) respondentů před výkonem, a 14 (20,90 %) dotazovaných po výkonu. Jako výjimečně (1x za měsíc) hodnotili frekvenci příhod před operací 3 (4,48 %) respondenti, kdy v době po operaci tak činilo 8 (11,94 %) z celkového počtu. Nikdy se před operací nesetkalo s takovou příhodou 53 (79,10 %) oproti tomu v období po výkonu opět zaznamenáváme téměř poloviční pokles četnosti na 28 (41,79 %) respondentů, kteří se s unikem moči ve spánku nesetkali.

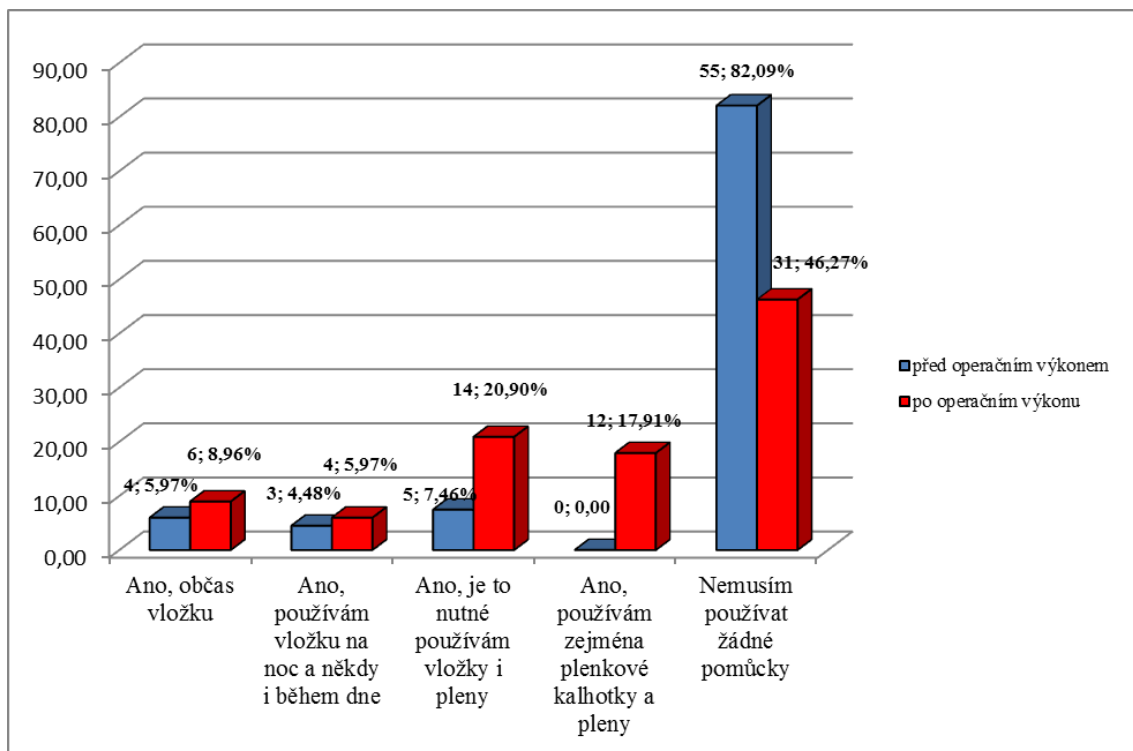
Otázka č.6/č.14: *Byl pro Vás/Je pro Vás únik moči limitující) omezující v běžném každodenním životě*



OBR. 10: Hodnocení limitů v běžném životě v souvislosti s inkontinencí

Inkontinenci jako problém v každodenním životě hodnotilo po prostatektomii jako velmi limitující 7 (10,45 %) respondentů naproti tomu v době před operací hodnotil svou inkontinencí takto pouze 1 (1,49 %) respondent. Variantu, spíše ano, volilo před výkonem 10 (14,93 %) respondentů. Po operaci se četnost této odpovědi zdvojnásobila na 21 (31,34 %) respondentů. Jako problém, který respondenti spíše není limitem v každodenním životě, hodnotilo inkontinenci 10 (14,93 %) dotazovaných respondentů před výkonem a 14 (20,90 %) po výkonu. Inkontinenci před operací nevnímalo jako problém 44 respondentů (65,67 %) nicméně po výkonu se k této odpovědi přiklonilo už jen 23 (34,33 %). Tento propad bychom teoreticky mohli vysvětlit tím, že u pacientů trpících inkontinencí již předoperačně, mohlo po prostatektomii dojít k jejímu zhoršení. Dva respondenti (2,99 %) z celkového počtu 67 respondentů tuto otázku nevyplnili.

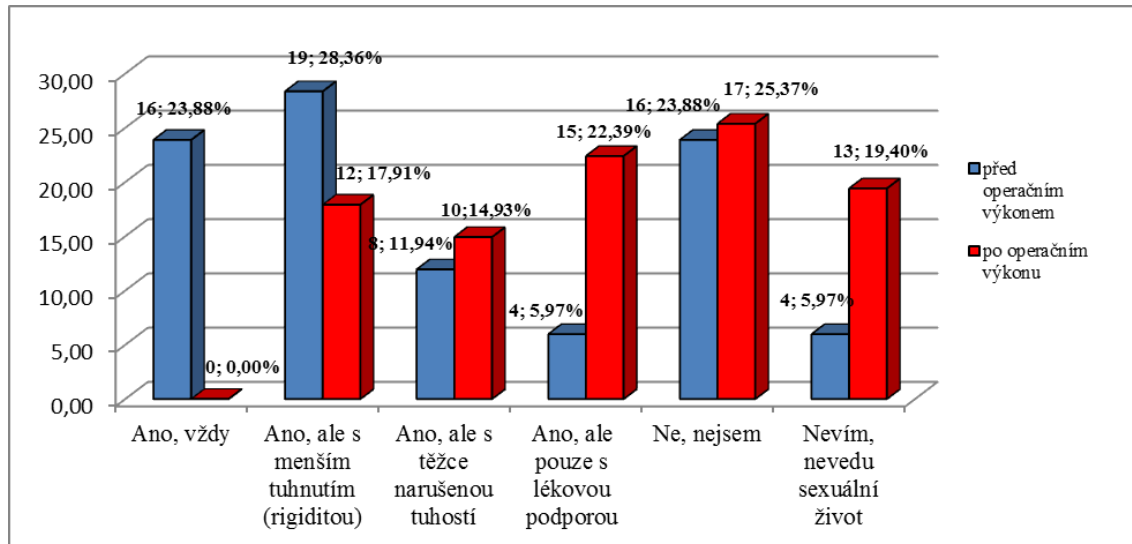
Otázka č.7/č.15: *Používal jste před operací/Používáte po operaci nějaké inkontinenční pomůcky, jako například vložky, plenkové kalhotky, pleny, podložky apod.?*



OBR. 11: Používání inkontinenčních pomůcek před a po výkonu

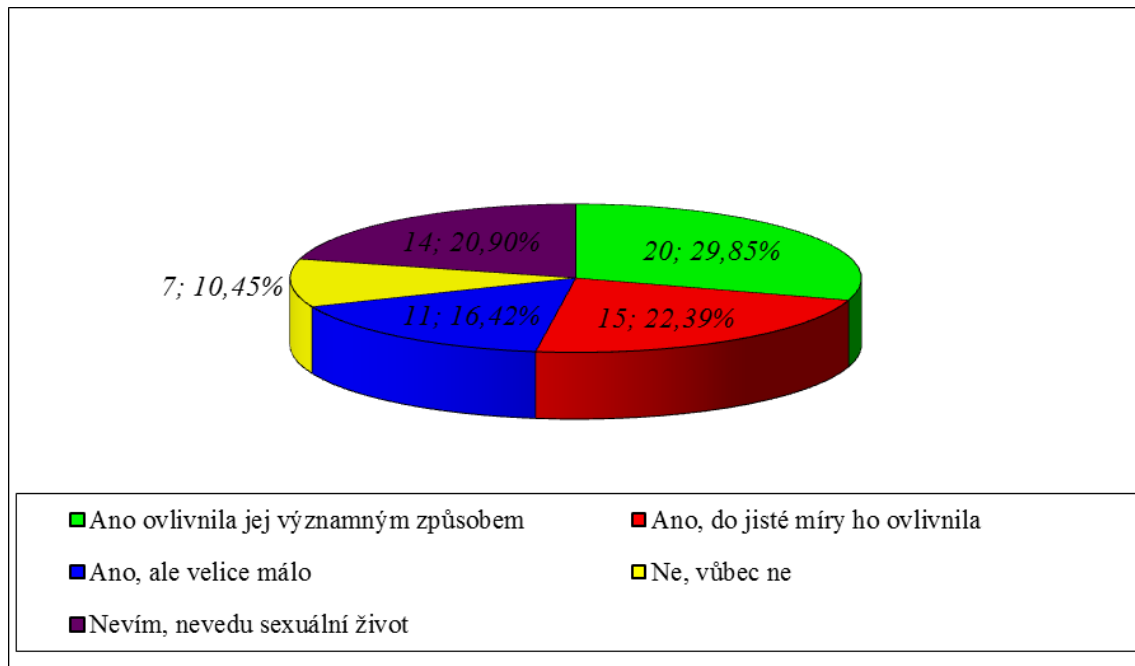
V oblasti používání inkontinenčních pomůcek udávali 4 (5,97 %) respondenti před výkonem, že jsou nuceni občas použít vložku, 3 (4,48 %) používaly vložku pravidelně na noc a někdy i během dne, u 5 (7,46 %) bylo nutné používat vložky i pleny, ale nikdo z respondentů nebyl nucen používat pouze plenkové kalhotky nebo pleny a 55 (82,09 %) respondentů nemuselo používat žádné inkontinenční pomůcky. Naopak po prostatektomii nemuselo žádné pomůcky používat 31 (46,27 %) dotazovaných. Vložku občas používá 6 (8,96%) respondentů, pravidelně na noc a občas během dne 4 (5,97 %) respondenti, u 14 (20,90 %) respondentů je nutné používat vložky i pleny a pro 12 (17,91 %) respondentů je vložka nedostatečná a používají zejména pleny a plenkové kalhotky.

Otázka č.8/č16: *Byl jste před operací/ Jste nyní po operaci schopen dosáhnout plné erekce?*



OBR. 12: Hodnocení erektilní dysfunkce před a po výkonu

Před operačním zákrokem bylo schopno vždy plné erekce 16 (23,88 %) respondentů, po výkonu, ale tuto odpověď nezvolili ani jeden z 67 dotazovaných. Menší rigiditu, ale přeci jen schopnost dosáhnout erekce zaznamenávalo před výkonem 19 (28,36 %) respondentů po prostatektomii 12 (17,91 %). Erektilitu s těžce narušenou rigiditou pohlavního údu udávalo, v období před operací, 8 (11,94 %) respondentu a v období po prostatektomii četnost stoupla na 10 (14,93 %) dotazovaných. Erektilitu medikamentózně podporovali před zákrokem 4 respondenti a po výkonu již 15 (22,39 %). U 16 (23,88 %) respondentů nebyla erektilita přítomna již před výkonem a tato četnost se v období po prostatektomii zvýšila pouze o jednoho respondenta na 17 (25,37 %). Sexuální život před operací nevedli 4 (5,97 %) respondenti, ale po výkonu takto odpovědělo respondentů 13 (19,40 %). Lze tedy tvrdit, že četnost určité formy erektilní dysfunkce v pooperačním výkonu stoupla nebo se její charakter prohloubil, protože je nutné si uvědomit, že nemalé procento pacientů určitou formou erektilní dysfunkce trpělo již v předoperačním období a zároveň vzhledem k věku respondentů je předpokládána pravděpodobnost výskytu poruchy erektility jednoznačně vyšší.

Otázka č. 17: *Do jaké míry se domníváte, že operace ovlivnila Váš sexuální život?*

OBR. 13: Vnímání dopadu operačního výkonu na sexuální život

Poslední otázka směřovala již pouze na období po operaci. Na otázku 20 (29,85 %) respondentů odpovědělo, že prostatektomie ovlivnila jejich sexuální život významným způsobem. K alternativě, že do jisté míry prostatektomie jejich sexuální život ovlivnila, se přiklonilo 15 (22,39 %) respondentů a 11 (16,42 %) respondentů se domnívá, že operace jejich sexuální život ovlivnila, ale velice málo. Variantu, ne vůbec sexuální život neovlivnila, volilo 7 (10,45 %) dotazovaných a 14 (20,90 %) uvedlo, že nevede sexuální život.

3.6 Diskuse

Tato část bakalářské práce je věnována výsledkům výzkumného šetření na základě stanovených hypotéz a porovnání vlastních závěrů s dříve realizovanými studiiemi

3.6.1 *Vyhodnocení výsledků výzkumného šetření*

V následující podkapitole jsou ověřovány stanovené hypotézy na základě statistického testu významnosti pomocí Pearsonova chí – kvadrátu. Posuzovány byly vybrané aspekty kvality života pacientů po operačním výkonu v souvislosti s vlastním subjektivním hodnocením kvality života, spokojeností s vlastním zdravím, v souvislosti s věkem respondentů a dobou uplynulou od radikální prostatektomie a to stanovením statisticky významných rozdílů v distribuci jednotlivých odpovědí. Vzhledem k relativně malému souboru respondentů a jejich nerovnoměrnému rozložení v jednotlivých kategoriích byly posuzované kategorie sloučeny následujícím způsobem:

Věk respondentů:

1. skupina A, 40 – 59 let
2. skupina B, 60 let a více

Doba uplynulá od operačního výkonu

1. skupina A, do 12 měsíců od výkonu (včetně)
2. skupina B, více jak 1 rok od výkonu

Subjektivní hodnocení kvality života

1. skupina A, distribuce odpovědí velmi dobrá a dobrá
2. skupina B, distribuce ostatních odpovědí

Spokojenost s vlastním zdravím

1. skupina A, distribuce odpovědí velmi spokojený a spokojený
2. skupina B, distribuce ostatních odpovědí

V následujícím tabelárním přehledu jsou modře zvýrazněny jednotlivé položky, kde byly zaznamenány statisticky významné rozdíly v distribuci jednotlivých odpovědí ve vazbě na sloučené kategorie respondentů

Výsledky Pearsonova – chí kvadrátu v odpovědích na jednotlivé položky WHOQOL ve vazbě na posuzované kategorie				
Položky dotazníku WHOQOL-BREF	věk	doba od oper. výkonu	kvalita života	spokojeno st se zdravím
Věk	x-x-x	0,1483	0,0343	0,0701
Doba od operačního výkonu	0,1602	x-x-x	0,7507	0,5921
Jak byste zhodnotil kvalitu svého života?	0,1076	0,8725	x-x-x	0,0000
Jak spokojený jste se svým zdravím?	0,2317	0,4634	0,0000	x-x-x
Do jaké míry máte pocit, že Vám fyzická bolest brání dělat to, co potřebujete?	0,7096	0,1338	0,5306	0,9295
Jak moc potřebujete nějakou léčbu, abyste fungoval v běžném životě?	0,0706	0,2182	0,5774	0,8279
Jak moc Vás baví život?	0,0342	0,6396	0,1901	0,3148
Do jaké míry má Váš život podle Vás smysl?	0,0527	0,6289	0,8615	0,8507
Jak dobře jste schopni se soustředit?	0,0914	0,6493	0,1216	0,2041
Jak bezpečně se cítíte v každodenním životě?	0,1059	0,5206	0,1379	0,3033
Jak zdravé je fyzické prostředí ve kterém žijete?	0,4874	0,6989	0,6838	0,7145
Máte dost energie pro běžný život?	0,0773	0,5669	0,4934	0,6270
Jste schopni přijmout svůj fyzický vzhled?	0,0829	0,5438	0,1620	0,6120
Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?	0,0418	0,2546	0,1236	0,0658
Jak dostupné jsou pro vás informace, které potřebujete pro svůj každodenní život?	0,0129	0,6434	0,0130	0,0604
Máte dostatek příležitostí pro rozvíjení svých zájmů?	0,2216	0,3409	0,0526	0,0914
Jak velké potíže Vám dělá pohybovat se mimo domov?	0,0740	0,5379	0,6611	0,3630
Jak spokojený jste se svým spánkem?	0,0457	0,0786	0,2167	0,1121
Jak spokojený jste s tím, jak jste schopni vykonávat každodenní aktivity?	0,0533	0,1851	0,1309	0,2498
Jak spokojený jste se svou schopností pracovat?	0,0058	0,0153	0,0688	0,0676
Jak spokojený jste sám se sebou??	0,0019	0,1648	0,1568	0,2924
Jak spokojený jste se svými vztahy?	0,0022	0,4438	0,1614	0,3283
Jak spokojený jste se svým sexuálním životem?	0,2443	0,1729	0,0194	0,0529
Jak spokojený jste s podporou, kterou vám poskytují Vaši přátelé?	0,2057	0,3674	0,0256	0,2847
Jak spokojený jste se svým bydlením?	0,0583	0,1734	0,1185	0,3784
Jak spokojený jste s dostupností Vaší zdravotní péče?	0,6751	0,2209	0,0676	0,5555
Jak spokojený jste s tím jak se Vám daří dostat tam kam potřebujete?	0,1992	0,0404	0,1962	0,8054
Jak často jste měl negativní pocity jako špatná nálada, zoufalství a deprese?	0,4925	0,3210	0,0466	0,5348
Do jaké míry se domníváte, že operace ovlivnila Váš sexuální život?	0,0680	0,0537	0,3018	0,3957

TAB. 26: Přehled hodnot chí – kvadrátu v souvislosti s aspekty kvality života

Hypotéza č. 1

Lze předpokládat, že rozdíly v odpovědích respondentů na jednotlivé položky zjišťující vybrané aspekty kvality života nebudou ve většině případů statisticky významné v souvislosti s jejich věkem.

Na základě výše uvedených hodnot vypočítaného Pearsonova chí kvadrátu lze tuto nulovou hypotézu akceptovat s výjimkou ($p < 0,05$) u těchto položek:

Jak moc vás baví život?

Maté dost peněz k uspokojení svých potřeb?

Jak dostupné jsou pro Vás informace, které potřebujete pro svůj každodenní život?

Jak spokojený jste se svým spánkem?

Jak spokojený jste se svou schopností pracovat?

Jak spokojený jste sám se sebou?

Jak spokojený jste se svými vztahy?

V následujících tabelárních přehledech jsou interpretovány konkrétní statisticky signifikantní rozdíly v distribuci odpovědí na tyto položky dotazníku v souvislosti s věkem respondentů.

Jak moc Vás baví život?	2-rozměrná tabulka: Pozorované četnosti		
	Věk 60 a více let	Věk 40 - 59 let	Řádkové Součty
Vůbec ne	2	2	4
Sloupcová relativní četnost	4,26%	10,00%	
Řádková relativní četnost	50,00%	50,00%	
Celková relativní četnost	2,99%	2,99%	5,97%
Málo	12	0	12
Sloupcová relativní četnost	25,53%	0,00%	
Řádková relativní četnost	100,00%	0,00%	
Celková relativní četnost	17,91%	0,00%	17,91%
Středně	20	6	26
Sloupcová relativní četnost	42,55%	30,00%	
Řádková relativní četnost	76,92%	23,08%	
Celková relativní četnost	29,85%	8,96%	38,81%
Velmi	10	9	19
Sloupcová relativní četnost	21,28%	45,00%	
Řádková relativní četnost	52,63%	47,37%	
Celková relativní četnost	14,93%	13,43%	28,36%
V obrovské míře	3	3	6
Sloupcová relativní četnost	6,38%	15,00%	
Řádková relativní četnost	50,00%	50,00%	
Celková relativní četnost	4,48%	4,48%	8,96%
Celková absolutní četnost	47	20	67
Celková relativní četnost	70,15%	29,85%	100,00%
Pearsonov chí kvadrát	10,39931	df = 4	p = ,03421

TAB. 27: Postoj k životu ve vazbě na věk

Z tohoto přehledu a výpočtu Pearsonova chí – kvadrátu je zřejmé, že na 5% hladině významnosti lze zaznamenat jasnou statistickou závislost ($p = ,003421$), mezi věkem a četností jednotlivých odpovědí na otázku „Jak moc Vás baví život?“.

V tabelárním přehledu si lze všimnout, že varianty velmi nebo v obrovské míře volilo ve věkové kategorii 60 let a více pouze 27,66 % ($n=13$) respondentů naopak v kategorii 40 – 59 let se k těmto alternativám klonilo 60 % ($n=12$) respondentů. Varianty vůbec ne, málo a středně zvolila více jak ½ respondentů starších 60 let.

Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?	2-rozměrná tabulka: Pozorované četnosti		
	Věk 60 a více let	věk 40 - 59 let	Řádkové součty
Vůbec ne	4	0	4
Sloupcová relativní četnost	8,51%	0,00%	
Řádková relativní četnost	100,00%	0,00%	
Celková relativní četnost	5,97%	0,00%	5,97%
Málo	11	3	14
Sloupcová relativní četnost	23,40%	15,00%	
Řádková relativní četnost	78,57%	21,43%	
Celková relativní četnost	16,42%	4,48%	20,90%
Přiměřeně	23	7	30
Sloupcová relativní četnost	48,94%	35,00%	
Řádková relativní četnost	76,67%	23,33%	
Celková relativní četnost	34,33%	10,45%	44,78%
Většinou	8	6	14
Sloupcová relativní četnost	17,02%	30,00%	
Řádková relativní četnost	57,14%	42,86%	
Celková relativní četnost	11,94%	8,96%	20,90%
Naprosto	1	4	5
Sloupcová relativní četnost	2,13%	20,00%	
Řádková relativní četnost	20,00%	80,00%	
Celková relativní četnost	1,49%	5,97%	7,46%
Celková absolutní četnost	47	20	67
Celková relativní četnost	70,15%	29,85%	100,00%
Pearsonuv chí kvadrát	9,921023	df=4	p=,04178

TAB. 28: Hodnocení ekonomických prostředků ve vazbě na věk

Na základě shora stanovených relativních četností a výpočtu Pearsonova chí-kvadrátu vyplývá že, na 5% hladině významnosti existují statisticky významné rozdíly ($p = ,04178$) mezi distribucí jednotlivých odpovědí na otázku „ Máte dost peněz na uspokojení svých potřeb?“ a mezi skupinou respondentů v kategorii 40 - 59 let a v kategorii více jak 60 let.

Na základě stanovených četností odpovědí lze říci, že respondenti v kategorii 40 – 59 let jsou více spokojeni se svými finančními prostředky než respondenti v kategorii 60 let a více. V kategorii 60 let volilo varianty vůbec ne, málo a přiměřeně 80,85 % ($n = 38$) respondentů naopak v kategorii 40-59 let se k těmto variantám přiklonilo 50 % ($n = 10$) respondentů. Většinou nebo naprosto je se svou ekonomickou situací spokojeno 50 % ($n = 10$) respondentů ve věku 40-59 let proti 19,15 % ($n = 9$) v kategorii respondentů starších 60 let.

Jak spokojený jste se svým spánkem?	2-rozměrná tabulka: Pozorované četnosti		
	Věk 60 a více let	Věk 40 - 59 let	Řádkové Součty
Velmi nespokojený	1	1	2
Sloupcová relativní četnost	2,13%	5,00%	
Řádková relativní četnost	50,00%	50,00%	
Celková relativní četnost	1,49%	1,49%	2,99%
Nespokojený	16	3	19
Sloupcová relativní četnost	34,04%	15,00%	
Řádková relativní četnost	84,21%	15,79%	
Celková relativní četnost	23,88%	4,48%	28,36%
Ani spokojený/ani nespokojený	19	4	23
Sloupcová relativní četnost	40,43%	20,00%	
Řádková relativní četnost	82,61%	17,39%	
Celková relativní četnost	28,36%	5,97%	34,33%
Spokojený	10	10	20
Sloupcová relativní četnost	21,28%	50,00%	
Řádková relativní četnost	50,00%	50,00%	
Celková relativní četnost	14,93%	14,93%	29,85%
Velmi spokojený	1	2	3
Sloupcová relativní četnost	2,13%	10,00%	
Řádková relativní četnost	33,33%	66,67%	
Celková relativní četnost	1,49%	2,99%	4,48%
Celková absolutní četnost	47	20	67
Celková relativní četnost	70,15%	29,85%	100,00%
Pearsonův chí - kvadrát	9,7006367	df=4	p=,04568

TAB. 28: Spokojenost se spánkem ve vazbě na věk

Z výše uvedeného přehledu vyplývá, že na 5% hladině významnosti je statisticky významná závislost ($p = ,04568$) mezi četnostmi jednotlivých odpovědí na otázku „Jak spokojený jste se svým spánkem?“ a rozdělením respondentů na základě věku.

Na základě porovnání relativní četnosti jednotlivých odpovědí mezi věkovými kategoriemi lze říci, že velmi nespokojení, nespokojení nebo ani spokojeni/ani nespokojeni je 76,6 % ($n = 36$) respondentů ve věkové kategorii 60 let. Oproti tomu v kategorii 40-59 let volilo tyto varianty 40 % respondentů ($n = 8$). Spokojeno nebo velmi spokojeno je v kategorii 40 – 59 let 60 % ($n = 12$) oproti 23,41 % ($n = 12$) respondentů v kategorii starších 60 let.

Jak spokojený jste se svou schopností pracovat?	2-rozměrná tabulka: Pozorované četnosti		
	Věk 60 a více let	Věk 40 - 59 let	Řádkové Součty
Velmi nespokojený	3	0	3
Sloupcová relativní četnost	6,38%	0,00%	
Řádková relativní četnost	100,00%	0,00%	
Celková relativní četnost	4,48%	0,00%	4,48%
Nespokojený	9	4	13
Sloupcová relativní četnost	19,15%	20,00%	
Řádková relativní četnost	69,23%	30,77%	
Celková relativní četnost	13,43%	5,97%	19,40%
Ani spokojený/ani nespokojený	27	5	32
Sloupcová relativní četnost	57,45%	25,00%	
Řádková relativní četnost	84,38%	15,63%	
Celková relativní četnost	40,30%	7,46%	47,76%
Spokojený	8	8	16
Sloupcová relativní četnost	17,02%	40,00%	
Řádková relativní četnost	50,00%	50,00%	
Celková relativní četnost	11,94%	11,94%	23,88%
Velmi spokojený	0	3	3
Sloupcová relativní četnost	0,00%	15,00%	
Řádková relativní četnost	0,00%	100,00%	
Celková relativní četnost	0,00%	4,48%	4,48%
Celková absolutní četnost	47	20	67
Celková relativní četnost	70,15%	29,85%	100,00%
Pearsonův chí – kvadrát	14,52655	df=4	p=,00579

TAB. 30: Spokojenost s pracovním výkonem ve vazbě na věk

Z tohoto tabelárního přehledu a hodnoty Pearsonova chí-kvadrátu plyne, že na 5% hladině významnosti je zřejmá statisticky významná závislost mezi věkovými kategoriemi respondentů a distribucí jednotlivých odpovědí na otázku „ Jak spokojený jste se svou schopností pracovat?“. V kategorii pacientů starších 60 let je se svou schopností pracovat velmi nespokojeno, nespokojeno nebo ani nespokojeno/ani spokojeno 82,98 % (n = 39) oproti kategorii respondentů ve věku 40 - 59 let kde se k těmto variantám přiklonilo 45,00 % (n = 9) dotazovaných. V této souvislosti je nutné uvědomit si, že řada pacientů ve výzkumném souboru je již v důchodovém věku.

Jak spokojený jste sám se sebou??	2-rozměrná tabulka: Pozorované četnosti		
	Věk 60 a více let	Věk 40 - 59 let	Řádkové Součty
Velmi nespokojený	3	0	3
Sloupcová relativní četnost	6,38%	0,00%	
Řádková relativní četnost	100,00%	0,00%	
Celková relativní četnost	4,48%	0,00%	4,48%
Nespokojený	12	1	13
Sloupcová relativní četnost	25,53%	5,00%	
Řádková relativní četnost	92,31%	7,69%	
Celková relativní četnost	17,91%	1,49%	19,40%
Ani spokojený /ani nespokojený	22	5	27
Sloupcová relativní četnost	46,81%	25,00%	
Řádková relativní četnost	81,48%	18,52%	
Celková relativní četnost	32,84%	7,46%	40,30%
Spokojený	10	12	22
Sloupcová relativní četnost	21,28%	60,00%	
Řádková relativní četnost	45,45%	54,55%	
Celková relativní četnost	14,93%	17,91%	32,84%
Velmi nespokojený	0	2	2
Sloupcová relativní četnost	0,00%	10,00%	
Řádková relativní četnost	0,00%	100,00%	
Celková relativní četnost	0,00%	2,99%	2,99%
Celková absolutní četnost	47	20	67
Celková relativní četnost	70,15%	29,85%	100,00%
Pearsonův chí - kvadrát	17,08759	df = 4	p = ,00186

TAB. 31: Spokojenost s vlastním já ve vazbě na věk

Vzhledem ke stanoveným četnostem jednotlivých odpovědí a vypočítané hodnotě Pearsonova chí – kvadrátu v 5% hladině významnosti ($p = ,00186$) ve shora uvedeném tabelárním přehledu lze tvrdit, že existuje statisticky významná souvislost mezi distribucí jednotlivých odpovědí na otázku „Jak spokojený jste sám se sebou“ a rozdělením respondentů na základě věku.

Ve věkové kategorii respondentů starších 60 let volilo varianty ani spokojen/ani nespokojen, nespokojen až velmi nespokojen 78,72 % ($n = 37$) respondentů oproti 30 % ($n = 6$) respondentům ve věkové kategorii 40 – 59 let. Spokojeno nebo velmi spokojeno je pak 21,28 % ($n = 10$) respondentů ve věku 60 let a více a 70 % ($n = 14$) ve věkovém rozmezí 40 – 59 let.

Jak spokojený jste se svými vztahy?	2-rozměrná tabulka: Pozorované četnosti		
	věk 60 a více let	věk 40 - 59 let	Řádkové součty
Velmi nespokojený	4	0	4
Sloupcová relativní četnost	8,51%	0,00%	
Řádková relativní četnost	100,00%	0,00%	
Celková relativní četnost	5,97%	0,00%	5,97%
Nespokojený	13	2	15
Sloupcová relativní četnost	27,66%	10,00%	
Řádková relativní četnost	86,67%	13,33%	
Celková relativní četnost	19,40%	2,99%	22,39%
Ani spokojený/ani nespokojený	20	4	24
Sloupcová relativní četnost	42,55%	20,00%	
Řádková relativní četnost	83,33%	16,67%	
Celková relativní četnost	29,85%	5,97%	35,82%
Spokojený	10	12	22
Sloupcová relativní četnost	21,28%	60,00%	
Řádková relativní četnost	45,45%	54,55%	
Celková relativní četnost	14,93%	17,91%	32,84%
Velmi nespokojený	0	2	2
Sloupcová relativní četnost	0,00%	10,00%	
Řádková relativní četnost	0,00%	100,00%	
Celková relativní četnost	0,00%	2,99%	2,99%
Celková absolutní četnost	47	20	67
Celková relativní četnost	70,15%	29,85%	100,00%
Peasonuv chí - kvadrát	16,75562	df=4	p=,00216

TAB. 32: Spokojenost se vztahy ve vazbě na věk

Na základě uvedených četností a Pearsonova chí – kvadrátu v tabelárním přehledu lze přijmout tvrzení, že na 5% hladině významnosti existuje statisticky významná souvislost ($p = ,00216$) mezi distribucí jednotlivých variant odpovědí na otázku „Jak spokojený jste se svými vztahy?“ a věkem respondentů.

Pouze 21,28 % ($n = 10$) respondentů starších 60 let uvedlo, že je spokojeno se svými vztahy a 0,00 % ($n = 0$) respondentů v této kategorii volilo variantu velmi spokojený, oproti skupině respondentů ve věkové kategorii 40 – 59 let kde se k těmto dvou variantám klonilo 70,00 % ($n = 14$).

Hypotéza č. 2

Lze předpokládat, že rozdíly v odpovědích respondentů na jednotlivé položky zjišťující vybrané aspekty kvality jejich života nebudou ve většině případů statisticky významné v souvislosti s dobou uplynulou od operačního výkonu.

Na základě vypočítaných hodnot Pearsonova chí-kvadrátu uvedených v tabulce č. 26 lze tuto hypotézu formulovanou jako nulovou akceptovat, s výjimkou ($p < 0,05$) pro tyto položky:

Jak spokojený jste se svou schopností pracovat?

Jak spokojený jste s tím, jak se Vám daří dostat tam, kam potřebujete?

V následujících tabelárních přehledech jsou interpretovány konkrétní statisticky signifikantní rozdíly v distribuci odpovědí na tyto položky ve spojitosti s dobou uplynulou od operačního výkonu

Jak spokojený jste se svou schopností pracovat?	2-rozměrná tabulka: Pozorované četnosti		
	doba od operačního výkonu, více než 12 měsíců	doba od operačního výkonu, do 12 měsíců včetně	Řádkové součty
Velmi nespokojený	3	0	3
Sloupcová relativní četnost	12,00%	0,00%	
Řádková relativní četnost	100,00%	0,00%	
Celková relativní četnost	4,48%	0,00%	4,48%
Nespokojený	2	11	13
Sloupcová relativní četnost	8,00%	26,19%	
Řádková relativní četnost	15,38%	84,62%	
Celková relativní četnost	2,99%	16,42%	19,40%
Ani spokojený/ani nespokojený	16	16	32
Sloupcová relativní četnost	64,00%	38,10%	
Řádková relativní četnost	50,00%	50,00%	
Celková relativní četnost	23,88%	23,88%	47,76%
Spokojený	3	13	16
Sloupcová relativní četnost	12,00%	30,95%	
Řádková relativní četnost	18,75%	81,25%	
Celková relativní četnost	4,48%	19,40%	23,88%
Velmi spokojený	1	2	3
Sloupcová relativní četnost	4,00%	4,76%	
Řádková relativní četnost	33,33%	66,67%	
Celková relativní četnost	1,49%	2,99%	4,48%
Celková absolutní četnost	25	42	67
Celková relativní četnost	37,31%	62,69%	100,00%
Pearsonův chí – kvadrát	12,29203	df=4	p=,01531

TAB. 33: Spokojenost s pracovním výkonem v souvislosti s dobou od výkonu

Z tohoto výše uvedeného přehledu je na základě porovnání četností a hodnoty Pearsonova chí – kvadrátu patrné, že na 5% hladině významnosti je statisticky významná souvislost mezi distribucí odpovědí na otázku „Jak jste spokojen se svou schopností pracovat?“ a dobou uplynulou od operačního výkonu.

V kategorii respondentů, kteří absolvovali operační výkon více jak před 12 měsíci si lze paradoxně povšimnout že, 84,00 % (n = 21) respondentů v této skupině je velmi nespokojena, nespokojena nebo ani spokojena/ani nespokojena kdy naopak ve skupině respondentů s méně jak ročním odstupem od výkonů je distribuce těchto odpovědí nižší a to v 64,29 % případů (n = 27). Opět je na tomto místě nutno vzít v úvahu, že většina respondentů ve výzkumném souboru je již v důchodovém věku.

Jak spokojený jste s tím, jak se Vám daří dostat tam, kam potřebujete?	2-rozměrná tabulka: Pozorované četnosti		
	doba od operačního výkonu, více než 12 měsíců	doba od operačního výkonu do 12 měsíců včetně	Řádkové Součty
Velmi nespokojený	0	0	0
Sloupcová relativní četnost	0,00%	0,00%	
Řádková relativní četnost	0,00%	0,00%	
Celková relativní četnost	0,00%	0,00%	0,00%
Nespokojený	3	6	9
Sloupcová relativní četnost	12,00%	14,29%	
Řádková relativní četnost	33,33%	66,67%	
Celková relativní četnost	4,48%	8,96%	13,43%
Ani spokojený/ani nespokojený	16	13	29
Sloupcová relativní četnost	64,00%	30,95%	
Řádková relativní četnost	55,17%	44,83%	
Celková relativní četnost	23,88%	19,40%	43,28%
Spokojený	6	19	25
Sloupcová relativní četnost	24,00%	45,24%	
Řádková relativní četnost	24,00%	76,00%	
Celková relativní četnost	8,96%	28,36%	37,31%
Velmi spokojený	0	4	4
Sloupcová relativní četnost	0,00%	9,52%	
Řádková relativní četnost	0,00%	100,00%	
Celková relativní četnost	0,00%	5,97%	5,97%
Celková absolutní četnost	25	42	67
Celková relativní četnost	37,31%	62,69%	100,00%
Pearsonův chí – kvadrát	8,290662	df=3	p=,04037

TAB. 34: Spokojenost respondentů s dopravou ve vazbě na dobu od výkonu

Z tabelárního přehledu a stanovené hodnoty Pearsonova chí – kvadrátu vyplývá, že na 5% hladině významnosti existuje statisticky významná závislost ($p = ,04037$) mezi distribucí odpovědí na otázku „ Jak se Vám daří dostat se tam, kam potřebujete?“ a dobou uplynulou od operačního výkonu ve smyslu, že ve skupině respondentů s více jak ročním odstupem uvedlo 24,00 % ($n = 6$) respondentů variantu spokojený a v skupině s odstupem od výkonu do 12 měsíců se k variantám spokojený a velmi spokojený přiklonilo 54, 76 % ($n = 23$) z celkového počtu.

Hypotéza č. 3

Lze předpokládat, že na základě spokojenosti respondentů s kvalitou života nebudou ve většině případů rozdíly v odpovědích na jednotlivé položky zjišťující vybrané aspekty jejich kvality života statisticky významné

Na základě přehledu jednotlivých výpočtů Pearsonova chí – kvadrátu v tabulce č. 26 lze opět nulovou hypotézu akceptovat, vyjma následujících položek:

Věk

Jak spokojený jste se svým zdravím?

Jak dostupné jsou informace, které potřebujete pro svůj každodenní život?

Jak spokojený jste se svým sexuálním životem?

Jak spokojený jste s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?

Jak často jste měl negativní pocity jako špatná nálada, úzkost, deprese?

V následujících tabelárních přehledech jsou jednotlivé statisticky signifikantní rozdíly v distribuci odpovědí na tyto položky opět podrobněji probrány.

Věk	2-rozměrná tabulka: Pozorované četnosti		
	kvalita života ostatní odpovědi	kvalita života dobrá nebo velmi dobrá	Řádkové součty
40 – 49 let	0	3	3
Sloupcová relativní četnost	0,00%	8,57%	
Řádková relativní četnost	0,00%	100,00%	
Celková relativní četnost	0,00%	4,48%	4,48%
50 – 59 let	5	12	17
Sloupcová relativní četnost	15,63%	34,29%	
Řádková relativní četnost	29,41%	70,59%	
Celková relativní četnost	7,46%	17,91%	25,37%
60 – 75 let	22	19	41
Sloupcová relativní četnost	68,75%	54,29%	
Řádková relativní četnost	53,66%	46,34%	
Celková relativní četnost	32,84%	28,36%	61,19%
Více jak 75 let	5	1	6
Sloupcová relativní četnost	15,63%	2,86%	
Řádková relativní četnost	83,33%	16,67%	
Celková relativní četnost	7,46%	1,49%	8,96%
Celková absolutní četnost	32	35	67
Celková relativní četnost	47,76%	52,24%	100,00%
Pearsonův chí kvadrát	8,651549	df=3	p=,03430

TAB. 35: Věk ve vazbě na vlastní hodnocení vlastní kvality života

Z tabelárního přehledu a výpočtu Pearsonova chí – kvadrátu vyplývá, že na 5% hladině významnosti existuje statisticky významná souvislost mezi věkem respondentů a vlastním hodnocením dvojí kvality života. S menší mírou rozpaků nutno konstatovat, že respondenti ve věku 40 – 59 hodnotili svou kvalitu života jako dobrou nebo velmi dobrou v 42,86 % případů (n = 15) a k ostatním variantám se přiklonilo pouze 15,63 % (n = 5). Naopak respondenti starší 60 let distribuovali ostatní odpovědi v 84,38 % (n = 27). Z tohoto vyplývá, že starší pacienti udávají subjektivně horší kvalitu života než pacienti mladší. Logicky tento nálezný možná vysvětlit tím, že se stoupajícím věkem respondentů může přibývat i polymorbidit, které mohou umocňovat negativní vliv na vnímání vlastní kvality života.

Jak spokojený jste se svým zdravím?	2-rozměrná tabulka: Pozorované četnosti		
	kvalita života ostatní odpovědi	kvalita života dobrá nebo velmi dobrá	Řádkové Součty
Velmi nespokojený	3	1	4
Sloupcová relativní četnost	9,38%	2,86%	
Řádková relativní četnost	75,00%	25,00%	
Celková relativní četnost	4,48%	1,49%	5,97%
Nespokojený	5	1	6
Sloupcová relativní četnost	15,63%	2,86%	
Řádková relativní četnost	83,33%	16,67%	
Celková relativní četnost	7,46%	1,49%	8,96%
Ani spokojený/ani nespokojený	22	4	26
Sloupcová relativní četnost	68,75%	11,43%	
Řádková relativní četnost	84,62%	15,38%	
Celková relativní četnost	32,84%	5,97%	38,81%
Spokojený	1	24	25
Sloupcová relativní četnost	3,13%	68,57%	
Řádková relativní četnost	4,00%	96,00%	
Celková relativní četnost	1,49%	35,82%	37,31%
Velmi spokojený	1	5	6
Sloupcová relativní četnost	3,13%	14,29%	
Řádková relativní četnost	16,67%	83,33%	
Celková relativní četnost	1,49%	7,46%	8,96%
Celková absolutní četnost	32	35	67
Celková relativní četnost	47,76%	52,24%	100,00%
Pearsonův chí - kvadrát	39,90054	df=4	p=,00000

TAB. 35: Spokojenost se zdravím ve vazbě na kvalitu života

Na základě výše uvedeného tabelárního přehledu lze konstatovat, že existuje na 5% hladině významnosti statisticky signifikantní souvislost mezi spokojeností respondentů s vlastním zdravím a subjektivním vnímáním vlastní kvality života. Ve skupině respondentů, kteří hodnotili svou kvalitu života jako dobrou nebo velmi dobrou bylo se svým zdravím velmi nespokojeno, nespokojen nebo ani spokojeno/ani nespokojeno 17,15 % (n=5) respondentů kdy naopak ve skupině respondentů, kteří hodnotili svou kvalitu života, jako zhoršenou se k těmto variantám odpovědí přiklonilo až 93,76 % (n=30) respondentů.

Jak dostupné jsou pro vás informace, které potřebujete pro svůj každodenní život?	2-rozměrná tabulka: Pozorované četnosti		
	kvalita života, ostatní odpovědi	kvalita života, dobrá nebo velmi dobrá	Řádkové součty
Vůbec ne	0	0	
Sloupcová relativní četnost	0,00%	0,00%	
Řádková relativní četnost	0,00%	0,00%	
Celková relativní četnost	0,00%	0,00%	0,00%
Málo	10	3	13
Sloupcová relativní četnost	31,25%	8,57%	
Řádková relativní četnost	76,92%	23,08%	
Celková relativní četnost	14,93%	4,48%	19,40%
Přiměřeně	17	15	32
Sloupcová relativní četnost	53,13%	42,86%	
Řádková relativní četnost	53,13%	46,88%	
Celková relativní četnost	25,37%	22,39%	47,76%
Většinou	5	15	20
Sloupcová relativní četnost	15,63%	42,86%	
Řádková relativní četnost	25,00%	75,00%	
Celková relativní četnost	7,46%	22,39%	29,85%
Naprosto	0	2	2
Sloupcová relativní četnost	0,00%	5,71%	
Řádková relativní četnost	0,00%	100,00%	
Celková relativní četnost	0,00%	2,99%	2,99%
Celková relativní četnost	32	35	67
Celková absolutní četnost	47,76%	52,24%	100,00%
Pearsonův chí kvadrát	10,78152	df=3	p=,01297

TAB. 35: Dostupnost informací ve vazbě na kvalitu života

Na základě tabelárního přehledu a výpočtu Pearsonova chí-kvadrátu lze na 5% hladině významnosti připustit, že existuje statisticky významná závislost mezi distribucí odpovědí na otázku „ Jak dostupné jsou pro Vás informace, které potřebujete pro svůj každodenní život?“ a subjektivním hodnocením vlastní kvality života. V kategorii respondentů, kteří hodnotili svou kvalitu života jako dobrou nebo velmi dobrou se k variantám málo a přiměřeně přiklonilo 51,43 % (n=18) respondentů a v kategorii respondentů vnímající svou kvalitu života jako zhoršenou se k těmto alternativám odpovědi přiklonilo 84,38 % (n=27) respondentů.

Jak spokojený jste se svým sexuálním životem?	2-rozměrná tabulka: Pozorované četnosti		
	kvalita života, ostatní odpovědi	kvalita života, dobrá nebo velmi dobrá	Řádkové součty
Velmi nespokojený	7	2	9
Sloupcová relativní četnost	21,88%	5,71%	
Řádková relativní četnost	77,78%	22,22%	
Celková relativní četnost	10,45%	2,99%	13,43%
Nespokojený	14	8	22
Sloupcová relativní četnost	43,75%	22,86%	
Řádková relativní četnost	63,64%	36,36%	
Celková relativní četnost	20,90%	11,94%	32,84%
Ani spokojený/ani nespokojený	7	17	24
Sloupcová relativní četnost	21,88%	48,57%	
Řádková relativní četnost	29,17%	70,83%	
Celková relativní četnost	10,45%	25,37%	35,82%
Spokojený	3	8	11
Sloupcová relativní četnost	9,38%	22,86%	
Řádková relativní četnost	27,27%	72,73%	
Celková relativní četnost	4,48%	11,94%	16,42%
Velmi spokojený	1	0	1
Sloupcová relativní četnost	3,13%	0,00%	
Řádková relativní četnost	100,00%	0,00%	
Celková relativní četnost	1,49%	0,00%	1,49%
Celková absolutní četnost	32	35	67
Celková relativní četnost	47,76%	52,24%	100,00%
Pearsonův chí kvadrát	11,74275	df=4	p=,01937

TAB. 36: Spokojenost se sexuálním životem ve vazbě na kvalitu života

Z výše uvedeného přehledu a výpočtu Pearsonova chí-kvadrátu vyplývá, že na 5% hladině významnosti existuje statisticky významná souvislost mezi distribucí odpovědí na otázku „Jak spokojen jste se svým sexuálním životem?“ a subjektivním hodnocením vlastní kvality života.

Respondenti ve skupině, kteří vnímají svou kvalitu života jako velmi dobrou nebo dobrou distribuovali odpovědi velmi nespokojený, nespokojený, ani spokojený/ani nespokojený v 77,14 % (n = 27) případů a naopak ve skupině respondentů volící při hodnocení vlastní kvality života jiné odpovědi se jich k těmto alternativám odpovědi přiklonilo 87,51 % (n = 28).

Z toho vyplývá, že skupina hodnotící svou kvalitu života jako dobrou nebo velmi dobrou je ve více případech spokojena se svým sexuálním životem než ostatní respondenti, kteří se v souvislosti s kvalitou života přiklonili k jiným variantám odpovědí. Nicméně spokojeno nebo velmi spokojeno se sexuálním životem je v součtu všech 67 respondentů pouze 35,37 % (n = 12)

Jak spokojený jste s podporou, kterou vám poskytují Vaši přátelé?	2-rozměrná tabulka: Pozorované četnosti		
	kvalita života, ostatní odpovědi	kvalita života, dobrá nebo velmi dobrá	Řádkové Součty
Velmi nespokojený	2	0	2
Sloupcová relativní četnost	6,25%	0,00%	
Řádková relativní četnost	100,00%	0,00%	
Celková relativní četnost	2,99%	0,00%	2,99%
Nespokojený	6	0	6
Sloupcová relativní četnost	18,75%	0,00%	
Řádková relativní četnost	100,00%	0,00%	
Celková relativní četnost	8,96%	0,00%	8,96%
Ani spokojený/ani nespokojený	13	14	27
Sloupcová relativní četnost	40,63%	40,00%	
Řádková relativní četnost	48,15%	51,85%	
Celková relativní četnost	19,40%	20,90%	40,30%
Spokojený	8	16	24
Sloupcová relativní četnost	25,00%	45,71%	
Řádková relativní četnost	33,33%	66,67%	
Celková relativní četnost	11,94%	23,88%	35,82%
Velmi spokojený	3	5	8
Sloupcová relativní četnost	9,38%	14,29%	
Řádková relativní četnost	37,50%	62,50%	
Celková relativní četnost	4,48%	7,46%	11,94%
Celková relativní četnost	32	35	67
Celková absolutní četnost	47,76%	52,24%	100,00%
Pearsonův chí-kvadrát	11,09161	df=4	p=,02555

TAB. 36: Spokojenost s podporou přátel ve vazbě na kvalitu života

Z tabelárního přehledu a výpočtu Pearsonova chí kvadrátu je patrné, že na 5% hladině významnosti ($p = ,02555$) můžeme připustit, že existuje statistická signifikantní souvislost mezi distribucí odpovědí, na shora uvedenou otázkou a subjektivním hodnocením vlastní kvality života respondenty.

Respondenti v kategorii hodnotící svou kvalitu života jako dobrou nebo velmi dobrou jsou častěji spokojeni s podporou svých přátel a to v 60 % (n=30) případů oproti druhé skupině kde byly tyto odpovědi distribuovány v 34,38 % (n=11) případů.

Jak často jste měl negativní pocity jako špatná nálada, zoufalství úzkost a deprese?	2-rozměrná tabulka: Pozorované četnosti		
	kvalita života, ostatní odpovědi	kvalita života, dobrá nebo velmi dobrá	Řádkové součty
Stále	3	0	3
Sloupcová relativní četnost	9,38%	0,00%	
Řádková relativní četnost	100,00%	0,00%	
Celková relativní četnost	4,48%	0,00%	4,48%
Velmi často	10	4	14
Sloupcová relativní četnost	31,25%	11,43%	
Řádková relativní četnost	71,43%	28,57%	
Celková relativní četnost	14,93%	5,97%	20,90%
Celkem často	5	13	18
Sloupcová relativní četnost	15,63%	37,14%	
Řádková relativní četnost	27,78%	72,22%	
Celková relativní četnost	7,46%	19,40%	26,87%
Zřídka	13	16	29
Sloupcová relativní četnost	40,63%	45,71%	
Řádková relativní četnost	44,83%	55,17%	
Celková relativní četnost	19,40%	23,88%	43,28%
Nikdy	1	2	3
Sloupcová relativní četnost	3,13%	5,71%	
Řádková relativní četnost	33,33%	66,67%	
Celková relativní četnost	1,49%	2,99%	4,48%
Celková absolutní četnost	32	35	67
Celková relativní četnost	47,76%	52,24%	100,00%
Pearsonův chí – kvadrát	9,655693	df=4	p=,04664

TAB. 37: Prožívání negativních pocitů ve vazbě na kvalitu života

Z tabelárního přehledu a stanoveného Pearsonova chí – kvadrátu lze na 5% hladině významnosti připustit statisticky významné rozdíly v souvislosti s distribucí odpovědí na otázku „Jak často jste měl negativní pocity jako špatná nálada, zoufalství, úzkost, deprese?“ a vlastním hodnocením kvality života respondenty.

Skupina hodnotící svou kvalitu života jako dobrou nebo velmi dobrou, volila alternativy stále, velmi často nebo celkem často v 48,57 % (n = 17) případů a skupina,

kteřá hodnotila svou kvalitu života využitím jiných alternativ odpovědí, se k těmto variantám přiklonila v 56,26 % případů.

Hypotéza č. 4

Lze předpokládat, že na základě spokojenosti respondentů s vlastním zdravím nebudou ve většině případů rozdíly v odpovědích na jednotlivé položky zjišťující vybrané aspekty jejich kvality života statisticky významné.

Na základě přehledu Pearsonova chí-kvadrátu v tabulce č. 26 přijímám nulovou hypotézu s výjimkou ($p < 0,05$) pro položku: Jak byste zhodnotil kvalitu svého života?

V následujícím tabelárním přehledu jsou popsány konkrétní statisticky významné rozdíly v distribuci jednotlivých odpovědí na základě spokojenosti se zdravím.

Jak byste zhodnotil kvalitu svého života?	2-rozměrná tabulka: Pozorované četnosti		
	spokojenost se zdravím, ostatní odpovědi	spokojenost se zdravím, spokojený, velmi spokojený	Řádkové Součty
Velmi špatná	4	1	5
Sloupcová relativní četnost	11,11%	3,23%	
Řádková relativní četnost	80,00%	20,00%	
Celková relativní četnost	5,97%	1,49%	7,46%
Špatná	6	0	6
Sloupcová relativní četnost	16,67%	0,00%	
Řádková relativní četnost	100,00%	0,00%	
Celková relativní četnost	8,96%	0,00%	8,96%
Ani dobrá/ani špatná	20	1	21
Sloupcová relativní četnost	55,56%	3,23%	
Řádková relativní četnost	95,24%	4,76%	
Celková relativní četnost	29,85%	1,49%	31,34%
Spokojený	5	24	29
Sloupcová relativní četnost	13,89%	77,42%	
Řádková relativní četnost	17,24%	82,76%	
Celková relativní četnost	7,46%	35,82%	43,28%
Velmi spokojený	1	5	6
Sloupcová relativní četnost	2,78%	16,13%	
Řádková relativní četnost	16,67%	83,33%	
Celková relativní četnost	1,49%	7,46%	8,96%
Celková absolutní četnost	36	31	67
Celková relativní četnost	53,73%	46,27%	100,00%
Pearsonův chí - kvadrát	39,95480	df=4	p=,0000

TAB. 38: Hodnocení kvality života respondenty ve vazbě na spokojenost se zdravím

Z tabelárního přehledu a hodnoty Pearsonova chí – kvadrátu vyplývá, že na 5 % hladině významnosti zaznamenáváme statisticky významné rozdíly v distribuci jednotlivých odpovědí na otázku „Jak byste zhodnotil kvalitu svého života“ na základě spokojenosti respondentů s vlastním zdravím. Respondenti ve skupině spokojených nebo velmi spokojených s vlastním zdravím distribuovali odpovědi velmi špatná, špatná, ani špatná/ani dobrá v 6,46 % (n = 2) případech, ale respondenti ve skupině, kteří nebyli zcela spokojeni se svým zdravím tyto varianty volili v 83,34 % (n=30) případech.

3.6.2 Porovnání výsledků výzkumného šetření s dříve realizovanými studii

Bc. Dana Roudnická, Edukace pacientů po radikální prostatektomii, 3 lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Bakalářská práce. Bc. Roudnická se ve své absolventské práci zabývá edukací této skupiny nemocných ve spojení s kvalitou života. Vzhledem k tomu, že využívá při výzkumném šetření čistě dotazník vlastní konstrukce nelze výsledky výzkumného šetření porovnávat.

Bc. Jana Kolářová, Kvalita života nemocného s inkontinencí po radikální prostatektomii, fakulta zdravotních studií, Západočeská Univerzita, Bakalářská práce. Bc. Kolářová ve své práci hodnotí stav kontinence a její vliv na kvalitu života. Vzhledem k tomu, že využívá dotazník vlastní konstrukce a jiné statistické testy nelze výsledky výzkumného šetření porovnávat.

Bc. Lucie Kroutilová, Kvalita života pacientů po radikální prostatektomii, fakulta zdravotních studií, Univerzita Pardubice, Diplomová práce.

Bc. Kroutilová ve své diplomové práci posuzuje kvalitu života pacientů také dotazníkem WHOQOL-BREF. Obdobně jako já ve svém výzkumném šetření se zaměřuje na to, zda má věk a doba uplynulá od výkonu vliv na kvalitu života pacientů. Využívá také statistický test významnosti pomocí Pearsonova chí – kvadrátu kde dochází k obdobným závěrům. Nicméně vzhledem k tomu že, Bc. Kroutilová své dotazníky skórovala a dále využívá vyšší statistické metody nelze další výsledky výzkumného šetření porovnávat.

4 ZÁVĚR

Hodnotit kvalitu života jakékoli populační skupiny je vysoce nesnadný úkol. Přestože se jedná o měřitelný konstrukt, nepokládám za vhodné přiřazovat kvalitě života jakoukoli nominální hodnotu nebo kategorii. Kvalitu života vnímá každý z nás velice individuálně a je u každého jedince velice proměnlivá na základě vlastního žebříčku hodnot. Závěrem lze říci, že přestože pacienti po radikální prostatektomii trpí častěji inkontinencí, mikčnými obtížemi a sexuální dysfunkcí, dokáží se na tyto změny relativně dobře adaptovat, ale přesto lze pozorovat v některých oblastech kvality života zhoršení některých měřených parametrů. Považuji za nezbytné zdůraznit, že nejvíce statisticky významných rozdílů v odpovědích respondentů bylo zaznamenáno v souvislosti s věkem. Ve výzkumném souboru bylo mnoho starších pacientů, kteří přicházeli k prostatektomii s celou řadou přidružených onemocnění, které mohou ve velké míře také ovlivnit vlastní kvalitu života a to je nutné v tomto případě zohlednit.

Pokud bychom měli shrnout získané informace, lze tvrdit, že pacienti, kteří vnímali svou kvalitu života jinak než velmi dobrou nebo dobrou byli častěji nespokojeni s vlastním zdravím, se sexuálním životem a častěji propadají pocitům jako zoufalství, úzkost či deprese. Osobním překvapením je pro mě zjištění, že doba uplynulá od výkonu neměla na většinu vybraných aspektů kvality života statistický význam. Předpokládal jsem, že s odstupem od výkonu se budou jednotlivé parametry spíše zlepšovat, ale až na dvě výjimky zůstaly ustálené.

Pokud bych výzkumné šetření realizoval znovu, volil bych zřejmě jiné instrumenty k hodnocení. Dotazník WHOQOL-BREF je velice obecný a nezkoumá specificky významné aspekty kvality života této skupiny pacientů. Dále bych rozdělil pacienty jiným způsobem na základě věku a vytvořil podsoubory pacientů trpících inkontinencí a erektilní dysfunkcí. Pro opravdu signifikantní závěry o kvalitě života pacientů po radikální prostatektomii jsem si také uvědomil, že je nutné znát kvalitu života pacientů před operačním výkonem, abych mohl dojít k závěru, že operační výkon jejich kvalitu života narušuje.

REFERENČNÍ SEZNAM

KAWACIUK, Ivan. *Urologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 532 s. ISBN 978-80-7262-626-7.

TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. 185 s. ISBN 80-7013-324-4.

DRAGOMERICKÁ, Eva; BARTOŇOVÁ, Jitka. *Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2006. 76 s. ISBN 80-85121-82-4.

ADAM, Zdeněk; KREJČÍ, Marta; VORLÍČEK, Jiří. *Obecná onkologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2011. 786 s. ISBN 978-80-7262-715.

BABJUK, Marko; MATOUŠKOVÁ, Michaela. *Konsenzuální doporučené postupy v uroonkologii*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 95 s. ISBN 9788072626397.

GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. 223 s. ISBN 9788024736259.

SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelství v chirurgii II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 300 s. ISBN 9788024731308.

ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 2*. 2. vyd. Praha: Grada, 2013. 488 s. ISBN 978-80-247-4788-0.

ABRHÁMOVÁ, Jitka. *Doporučený postup pro léčbu vybraných urologických onemocnění: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. 2011. Praha: Společnost všeobecného lékařství: Centrum doporučených postupů, 2011. 145 s. ISBN 978-80-86998-50-3.

ŽENÍŠEK, Jaroslav. Inkontinence moči po radikální prostatektomii. *Urologie pro praxi*. 2010, 1, s. 26-28 ISSN -1803-5299.

DUŠEK, Pavel. *Farmakologická léčba karcinomu prostaty: průvodce ošetřujícího lékaře*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2010. 156 s. ISBN 978-80-7345-215-5.

DOLEŽEL, Martin. *Cílená radioterapie karcinomu prostaty*. 1. vyd. Hradec Králové: Nucleus HK, 2011. 100 s. ISBN 978-80-87009-81-9.

BRODÁK, Miloš. *Karcinom prostaty a radikální prostatektomie*. 1. vyd. Olomouc: Solen, 2013. 160 s. ISBN 978-80-7471-018-6.

PETRUŽELKA, Luboš. *Pokročilý metastazující karcinom prostaty jako chronicky léčitelné onemocnění*. 1. Vyd. Praha: Mediprint, 2014. 156 s. ISBN 978-80-905639-9-5.

NAŇKA, Ondřej; ELIŠKOVÁ, Miroslava. *Přehled Anatomie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 416 s. ISBN 9788072626120.

Česká urologická společnost ČLSP JEP. 2012. *Česká urologická společnost ČLSP JEP: Karcinom prostaty* [online]. Olomouc: Česká urologická společnost ČLSP JEP [cit. 2016-01-15]. Dostupné z: <http://www.cus.cz/pro-pacienty/diagnozy/karcinom-prostaty/>

ČAPOUN, Otakar; HANUŠ, Tomáš. *Urologie*. 1. Vyd. Praha: Triton, 2011. 175 s. ISBN 9788073873875.

Novotvary 2011 ČR [online]. 2011. Praha: Ústav statistiky a zdravotnických informací ČR [cit. 2016-01-14]. Dostupné z: www.uzis.cz

SOCHOROVÁ, Nataša; Mišurdová, Božena. Asistence sestry při biopsii prostaty. *Urologie pro praxi*. 2010, roč. 11, č. 1, s. 45-46. ISSN 1213-1768.

ČERMÁK, A., PACIK, *Inkontinence moči*. 1.vyd. Praha, Trion, 2006, 114 s. ISBN 80-247-0143-X.

ZÁMEČNÍK, Libor. Erektální dysfunkce. *Postgraduální medicína: Andrologie*. 2008, roč. 10, č. 4, s 383-390. ISSN 1212-4184.

FIALA, Jiří. *Fyzioterapeutické přístupy u pacientů s močovou inkontinencí po radikální prostatektomii*. Praha, 2015. 95 stran. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika rehabilitačního lékařství.

BOCCON-GIBOD, L.; KIRKALI, Z.; FLESHNER, N. *Prostate cancer: New insights into minimal and localised disease: active surveillance*. *Eur Urol Suppl*, 2009, 8, p. 718-720.

MENON M, TEWARY A, BAIZE B, ET AL. *Prospective comparison of radical retropubic prostatectomy and robot-assisted anatomic prostatectomy: the Vattikuti Urology Institute experience*. *Urology*. 2002;60:864-868

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Dotazník WHOQOL – BREF	101
Příloha č. 2: Dotazník vlastní konstrukce.....	107
Příloha č. 3: Koncept osvětového letáku.....	115

Příloha č. 1

Vážení pacienti,

Moje jméno je Michal Šimčík a jsem studentem 3. ročníku studijního programu Ošetřovatelství, v oboru všeobecná sestra na 2. Lékařské fakultě Univerzity Karlovy. Rád bych Vás v rámci mého šetření pro mou absolventskou práci požádal o vyplnění krátkého anonymního dotazníku. Cílem šetření je pokusit se zmapovat kvalitu života po radikální prostatektomii pro adenokarcinom prostaty a zhodnotit problémy, které s sebou operační výkon pro pacienta přináší. Prosím Vás, abyste dotazník vyplňovali svědomitě a pravdivě. Získaná data a závěry mohou vnést více světla do problematiky v péči o stejně nemocné a zlepšit odborné a laické povědomí o adenokarcinomu prostaty, jakožto druhého nejčastějšího onkologického onemocnění mužů. Při vyplňování dotazníku zvolenou možností vždy zakroužkujte.

Děkuji za Váš čas

Dotazníkové šetření kvality života po radikální prostatektomii

Vyplňte prosím váš věk a dobu, která uplynula od operace:

Věk:

- a. 40-49 let
- b. 50-59 let
- c. 60-75 let
- d. Více jak 75 let

Doba od operačního výkonu:

- a. Do 6 měsíců
- b. 6-12 měsíců
- c. Více jak 1 rok

Dotazník kvality života

		Velmi špatná	Špatná	Ani špatná ani dobrá	Dobrá	Velmi dobrá
1	Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života?	1	2	3	4	5

		Velmi nespokojený/ á	Nespokojený /á	Ani spokojený/á ani nespokojený/ á	Spokojený/á	Velmi spokojený(á)
2	Jak spokojený/á jste se svým zdravím?	1	2	3	4	5

Následující otázky se ptají na to, **do jaké míry** jste v posledních 4 týdnech zažil/a/pocítil/a některé situace.

		Vůbec ne	Málo	Středně	Velmi	V obrovské míře
3	Do jaké míry máte pocit, že Vám fyzická bolest brání dělat to, co potřebujete?	5	4	3	2	1
4	Jak moc potřebujete nějakou léčbu, abyste fungoval/a v běžném životě?	5	4	3	2	1
5	Jak moc Vás baví život?	1	2	3	4	5
6	Do jaké míry má Váš život podle Vás smysl?	1	2	3	4	5

		Vůbec ne	Málo	Priměřeně	Velmi	V obrovské míře
7	Jak dobře jste schopen/a se soustředit?	1	2	3	4	5
8	Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	1	2	3	4	5
9	Jak zdravé je Vaše fyzické prostředí, ve kterém žijete?	1	2	3	4	5

Následující otázky se vás ptají na to, do jaké míry jste v posledních čtyřech týdnech zažíval/a nebo byl/a schopen/a dělat určité věci.

		Vůbec ne	Málo	Průměrně	Většinou	Naprosto
10	Máte dost energie pro běžný život?	1	2	3	4	5
11	Jste schopen/a přijmout svůj fyzický vzhled (to, jak vypadáte)?	1	2	3	4	5
12	Máte dost peněz na to, abyste uspokojil/a své potřeby?	1	2	3	4	5
13	Jak dostupné jsou pro Vás informace, které potřebujete pro svůj každodenní život?	1	2	3	4	5
14	Máte dostatek příležitostí pro rozvíjení svých zájmů?	1	2	3	4	5

		Velmi špatně	Špatně	Ani špatně ani dobře	Dobře	Velmi dobře
15	Jak velké potíže Vám dělá pohybovat se mimo domov?	1	2	3	4	5

		Velmi nespokojený/á	Nespokojený/á	Ani spokojený/á ani nespokojený/á	Spokojený/á	Velmi spokojený/á
16	Jak spokojený/á jste se svým spánkem?	1	2	3	4	5
17	Jak spokojený/á jste s tím, jak jste schopen/a vykonávat každodenní aktivity?	1	2	3	4	5
18	Jak spokojený/á jste se svou schopností pracovat?	1	2	3	4	5
19	Jak spokojený/á jste sám/a se sebou?	1	2	3	4	5

20	Jak spokojený/á jste se svými osobními vztahy?	1	2	3	4	5
21	Jak spokojený/á jste se svým sexuálním životem?	1	2	3	4	5
22	Jak spokojený/á jste s podporou, kterou Vám poskytují Vaši přátelé?	1	2	3	4	5
23	Jak spokojený/á jste se svým bydlením?	1	2	3	4	5
24	Jak spokojený/á jste s s dostupností Vaší zdravotní péče?	1	2	3	4	5
25	Jak spokojený/á jste s tím, jak se Vám daří dostat se tam, kam potřebujete?	1	2	3	4	5

Následující otázka se zajímá o to, jak často jste pocíval/a nebo zažívala určité věci/pocity v posledních čtyřech týdnech.

		Nikdy	Zřídka	Celkem často	Velmi často	stále
26	Jak často jste měl/a negativní pocity jako špatná nálada, zoufalství, úzkost, deprese?	5	4	3	2	1

Máte nějaké připomínky/chcete ještě k hodnocení něco říci?

Příloha č. 2**1. Pociťoval jste, před operací, některé z níže uvedených obtíží při močení?****(Lze zaškrtnout více možností)**

- a. Časté nucení na močení
- b. Bolestivé močení, pálení, řezání apod.
- c. Slabý proud moči
- d. Přerušované močení
- e. Nemožnost se vymočit
- f. Bolest v podbříšku při nemožnosti vymočení
- g. Zpoždění začátku močení
- h. Inkontinence (samovolný únik moče)
- i. Nejsem si vědom žádných obtíží při močení
- j. Jiné (Prosím vypište).....

2. Byl některý z těchto problémů pro vás limitující (omezující) v běžném každodenním životě?

- a. Ano, velmi
- b. Spíše ano
- c. Spíše ne
- d. Ne, není to pro mě žádný problém

3. Stávalo se Vám, před operací, že vám unikala moč při kašli, kýchání nebo fyzické zátěži?

- a. Ano, stávalo se mi to neustále
- b. Ano, většinou se mi to stávalo (alespoň 1x/den)
- c. Ano, ale pouze někdy (alespoň 1x/týden)
- d. Ano, pouze zcela výjimečně (alespoň 1x/ měsíc)
- e. Ne, nikdy se mi to nestalo

4. Unikala Vám moč, bez zjevné příčiny či předchozího nucení na močení, před operačním výkonem?

- a. Ano, stávalo se mi to neustále
- b. Ano, většinou se mi to stávalo (alespoň 1x/den)
- c. Ano, ale pouze někdy (alespoň 1x/týden)
- d. Ano, pouze zcela výjimečně (alespoň 1x/ měsíc)
- e. Ne, nikdy se mi to nestalo

5. Trpěl jste před operací únikem moči během spánku?

- a. Ano, stávalo se mi to neustále
- b. Ano, většinou se mi to stávalo (alespoň 1x/den)
- c. Ano, ale pouze někdy (alespoň 1x/týden)
- d. Ano, pouze zcela výjimečně (alespoň 1x/ měsíc)
- e. Ne, nikdy se mi to nestalo

6. Byl pro vás únik moči limitující (omezující) v běžném každodenním životě?

- a. Ano, velmi
- b. Spíše ano
- c. Spíše ne

d. Není to pro mě žádný problém

7. Používal jste nějaké inkontinenční pomůcky, jako například vložky, plenkové kalhotky, pleny, podložky apod.

- a. Ano občas vložku
- b. Ano, používal jsem vložku na noc a někdy i během dne
- c. Ano, bylo to nutné, používal jsem vložky i pleny
- d. Používal jsem zejména plenkové kalhotky a pleny
- e. Nemusel jsem používat žádné pomůcky
- f. Jiné (Prosím vypište).....

8. Byl jste před operací prostaty schopen dosáhnout plné erekce?

- a. Ano, vždy
- b. Ano, ale s menším tuhnutím (rigiditou)
- c. Ano, ale s těžce narušenou tuhostí
- d. Ano, ale pouze s lékovou podporou (léky typu Viagra, Cialis, Levitra apod.)
- e. Ne, nebyl
- f. Nevím, nevedl jsem sexuální život

Následující otázky se zabývají problémy PO OPERAČNÍM VÝKONU

9. Pociťujete nyní při močení, po operačním výkonu některé z níže uvedených obtíží při močení? (Lze zaškrtnout více možností)

- a. Časté nucení na močení
- b. Bolestivé močení, pálení, řezání apod.
- c. Slabý proud moči
- d. Přerušované močení
- e. Nemožnost se vymočit
- f. Bolest v podbříšku při nemožnosti vymočení
- g. Zpoždění začátku močení
- h. Inkontinence (samovolný únik moče)
- i. Nejsem si vědom žádných obtíží při močení
- j. Jiné (Prosím vypište).....

10. Je nyní některý z těchto problémů pro vás limitující (omezující) v běžném každodenním životě

- a. Ano, velmi
- b. Spíše ano
- c. Spíše ne
- d. Ne, není to pro mě žádný problém

11. Stává se nyní, že Vám uniká moč při kašli, kýchání nebo fyzické zátěži?

- a. Ano, stává se mi to neustále
- b. Ano, většinou se mi to stává (alespoň 1x/den)
- c. Ano, ale pouze někdy (alespoň 1x/týden)
- d. Ano, pouze zcela výjimečně (alespoň 1x/ měsíc)
- e. Ne, nikdy

12. Uniká Vám nyní po operaci moč, bez zjevné příčiny či předchozího nucení na močení?

- a. Ano, stává se mi to neustále
- b. Ano, většinou se mi to stává (alespoň 1x/den)
- c. Ano, ale pouze někdy (alespoň 1x/týden)
- d. Ano, pouze zcela výjimečně (alespoň 1x/ měsíc)
- e. Ne, nikdy

13. Trpíte nyní po operaci unikem moči během spánku?

- a. Ano, stává se mi to neustále
- b. Ano, většinou se mi to stává (alespoň 1x/den)
- c. Ano, ale pouze někdy (alespoň 1x/týden)
- d. Ano, pouze zcela výjimečně (alespoň 1x/ měsíc)
- e. Ne, nikdy

14. Je pro vás únik moči limitující,(omezující) v běžném každodenním životě?

- a. Ano, velmi
- b. Spíše ano
- c. Spíše ne
- d. Není to pro mě žádný problém

15. Používáte nějaké inkontinenční pomůcky, jako například vložky, plenkové kalhotky, pleny, podložky apod.

- a. Ano občas vložku
- b. Ano, používám vložku na noc a někdy i během dne
- c. Ano je to nutné používám vložky i pleny
- d. Ano, používám zejména plenkové kalhotky a pleny
- e. Nemusím používat žádné pomůcky
- f. Jiné (prosím vypište).....

16. Jste nyní, po operaci schopen dosáhnout erekce?

- a. Ano, vždy
- b. Ano, ale s menším tuhnutím (rigiditou)
- c. Ano, ale s těžce narušenou tuhostí
- d. Ano, ale pouze s lékovou podporou (léky typu Viagra, Cialis, Levitra apod.)
- e. Ne, nejsem
- f. Nevím, nevedu sexuální život

17. Do jaké míry se domníváte, že operace ovlivnila váš sexuální život?

- a. Ano ovlivnila jej významným způsobem
- b. Ano, do jisté míry ho ovlivnila
- c. Ano, ale velice málo
- d. Ne, vůbec ne
- e. Nevím, nevedu sexuální život

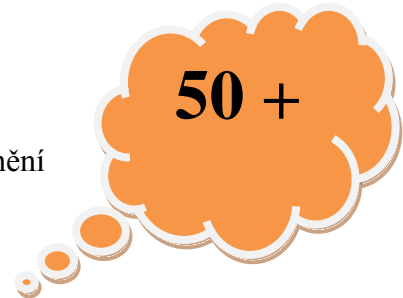
Máte nějaké připomínky/chcete ještě k hodnocení něco říci?

Příloha č. 3

Rakovina prostaty „věc veřejná“

Karcinom prostaty je 2. nejčastější nádorové onemocnění u mužů

Screening PSA může odhalit velice časná stadia onemocnění



- **V ČR JE ROČNĚ DIAGNOSTIKOVÁNO AŽ 7000 PACIENTŮ.**
- **DIAGNÓZU DNES SLYŠÍ I MUŽI MLADŠÍ 50 LET**
- **V DOBĚ PROGESE JSOU TITO MUŽI BEZ PŘÍZNAKŮ**
- **SPECIFICKÁ PREVENCE NEEXISTUJE**
- **JEDNODUCHÝM ODBĚREM KRVE LZE ODHALIT KARCINOM PROSTATY VE SVÉ NĚMĚ DOBŘE LÉČITELNÉ FORMĚ**
- **STUD Z UROLOGICKÉHO VYŠETŘENÍ NENÍ NA MÍSTĚ**

Jeli vám více jak 50 let, měli jste být včera u urologa.....

Více informací o karcinomu prostaty naleznete na stránkách České urologické společnosti.