

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2024

Bc. Věra Procházková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství N5341

Bc. Věra Procházková

Studijní obor: Ošetrovatelská péče v chirurgických oborech 5341T015

**KVALITA ŽIVOTA PACIENTŮ PO RADIKÁLNÍ
CYSTEKTOMII S NÁHRADNÍ DERIVACÍ MOČE ILEÁLNÍ
NEOVEZIKOU**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Ratislavová Kateřina, Ph.D.

PLZEŇ 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu literatury.

V Plzni dne 31. 3. 2024

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Bc. Procházková Věra

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Kvalita života pacientů po radikální cystektomii s náhradní derivací moče ileální neovezikou

Vedoucí práce: Mgr. Ratislavová Kateřina, Ph.D.

Počet stran – číslované: 68

Počet stran – nečíslované: 12

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 37

Klíčová slova: radikální cystektomie – močový měchýř – nádorové onemocnění – ileální neovezika – inkontinence – deficit sebepéče – kvalitativní výzkum – analýza – kvalita života – edukace

Souhrn:

Diplomová práce se zabývá kvalitou života pacientů po radikální cystektomii s náhradní derivací moče ileální neovezikou.

Během posledních 30 let došlo až k trojnásobnému nárůstu nádorového onemocnění močového měchýře. Zhoubné nádory močového měchýře jsou 9. nejčastějším nádorovým onemocněním ve světě. Radikální cystektomie s derivací ileální neovezikou je jedním z řešení a péče o nemocného je specifická. Derivace ileální neovezikou je nejvíce fyziologická a pro pacienta přirozená. Teoretická část přináší informace o anatomii močového ústrojí, o diagnostice a léčbě nádorového onemocnění močového měchýře, druhy derivací, předoperační a pooperační péči a pooperační komplikace. Jedna kapitola je věnována metodě Fast track. V teoretické části také uvádím přehled pomůcek pro pacienty s inkontinencí.

V empirické části se zaměřuji identifikování faktorů ovlivňující kvalitu života pacientů, kteří jsou již minimálně jeden rok po radikální cystektomii s náhradní derivací moče

ileální neovezikou. S pacienty bylo provedeno kvalitativní výzkumné šetření doplněné dotazníkem kvality života Světové zdravotnické organizace WHOQoL-BREF.

Abstract

Surname and name: Bc. Procházková Věra

Department: Nursing and midwifery assistance

Title of thesis: The quality of life of patients after radical cystectomy with a substitute urinary derivative of the ileal obstruction

Consultant: Mgr. Ratislavová Kateřina, Ph.D.

Number of pages – numbered: 68

Number of pages – unnumbered: 12

Number of appendices: 5

Number of literature items used: 37

Keywords: radical cystectomy – urinary bladder – cancer – ileal obstruction – incontinence – self-care deficit – quality research – analysis – quality of life – education

Summary:

The diploma thesis deals with the quality of life of patients after radical cystectomy with replacement diversion of urine by ileal neovesicle.

During the last 30 years, there has been a threefold increase in bladder cancer. Malignant tumors of the bladder are the 9th most common cancer in the world. Radical cystectomy with ileal neovesical derivation is one of the solutions and patient care is specific. Derivation with an ileal neovesicle is the most physiological and natural for the patient. The theoretical part provides information on the anatomy of the urinary system, diagnosis and treatment of bladder cancer, types of derivations, pre- and post-operative care and post-operative complications. One chapter is devoted to the Fast track method. In the theoretical part, I also present an overview of aids for patients with incontinence.

In the empirical part, I focus on identifying factors affecting the quality of life of patients who are already at least one year after radical cystectomy with replacement diversion of urine due to ileal neovesicles. A qualitative research study was conducted with the patients

supplemented with the World Health Organization's WHOQoL-BREF quality of life questionnaire.

Předmluva

Téma diplomové práce jsem zvolila z důvodu zvyšování počtu nemocných s nádorovým onemocněním močového měchýře. Pracuji na Urologické klinice Fakultní nemocnice v Plzni a pacientům, kteří mají nádorové onemocnění močového měchýře s nutností řešení radikální cystektomií, zde poskytujeme odbornou ošetrovatelskou péči. Cílem diplomové práce je určení hlavních faktorů ovlivňující kvalitu života pacientů po radikální cystektomii s náhradní derivací moče ileální neovezikou.

Poděkování

Děkuji Mgr. Kateřině Ratislavové, Ph.D. za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji vrchní sestře Urologické kliniky FN Plzeň Mgr. Zlatě Kožíškové za odborné konzultace. Ráda bych poděkovala kolegyním a lékařům Urologické kliniky FN Plzeň za cenné rady. Velké poděkování patří mé rodině, partnerovi a přátelům za velkou podporu a trpělivost při mém studiu a psaní diplomové práce.

OBSAH

SEZNAM TABULEK	13
SEZNAM ZKRATEK	14
ÚVOD.....	15
TEORETICKÁ ČÁST	16
1 MOČOVÝ SYSTÉM.....	16
1.1 Horní cesty močové	16
1.2 Dolní cesty močové	16
2 NÁDORY MOČOVÉHO MĚCHÝŘE.....	19
2.1 Diagnostika nádorů močového měchýře.....	19
2.1.1 Vyšetření moče	19
2.1.2 Zobrazovací metody	20
2.1.3 Endoskopické metody	20
2.1.4 Histologické a cytologické vyšetření.....	20
3 LÉČBA NÁDORŮ MOČOVÉHO MĚCHÝŘE	22
3.1 Neinvazivní nádory	22
3.2 Invazivní nádory	22
3.3 Radioterapie a chemoterapie.....	23
3.4 Paliativní léčba.....	24
4 DERIVACE MOČE.....	25
4.1 Ortotopická ileální neovezika	25
4.2 Heterotopické neoveziky s kontinencí kutánním stomatem	25
4.3 Ureteroileostomie (Brickerova derivace).....	25
4.4 Sigma – rectum pouch (Ureterosigmoideostomie)	26
5 PŘEDOPERAČNÍ PÉČE	27
6 FAST TRACK.....	29
7 POOPERAČNÍ PÉČE	31
8 POOPERAČNÍ KOMPLIKACE.....	33
9 INKONTINENCE	36
10 EDUKACE	38
11 KVALITA ŽIVOTA.....	40
11.1 Dotazník kvality života dle Světové zdravotnické organizace.....	41
EMPIRICKÁ ČÁST	43
12 FORMULACE PROBLÉMU	43
13 CÍL A ÚKOLY PRÁCE	44
13.1 Hlavní cíl.....	44

13.2	Dílčí cíle	44
13.3	Výzkumné otázky.....	44
14	METODIKA PRÁCE	45
14.1	Charakteristika sledovaného souboru.....	46
14.2	Organizace výzkumu.....	46
15	ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	48
15.1	Kategorie: Faktory ovlivňující fyzický stav pacienta	50
15.2	Kategorie: Faktory ovlivňující psychický stav pacienta	50
15.3	Kategorie: Faktory ovlivňující sociální oblast pacienta.....	52
15.4	Kategorie: faktory ovlivňující duchovní oblast a životní styl pacienta.....	53
15.5	Zkušenost se zdravotníky	54
16	ANALÝZA DOTAŽNÍKU WHOQOL – BREF.....	55
16.1	Doména 1- Fyzické zdraví	55
16.2	Doména 2- Prožívání.....	56
16.3	Doména 3- Sociální vztahy	57
16.4	Doména 4- Prostředí.....	57
16.5	Celková kvalita života a zdravotního stavu.....	58
16.5.1	Celková kvalita života Q1	59
16.5.2	Zdravotní stav Q2	59
	DISKUZE	60
	ZÁVĚR.....	65
	SEZNAM LITERATURY.....	67
	SEZNAM PŘÍLOH	71
	PŘÍLOHY	72

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Demografické údaje respondentů	48
Tabulka 2 Jednotlivé výsledky participantů u domény 1	55
Tabulka 3 Jednotlivé výsledky participantů u domény 2	56
Tabulka 4 Jednotlivé výsledky participantů u domény 3	57
Tabulka 5 Jednotlivé výsledky participantů u domény 4	58
Tabulka 6 Jednotlivé výsledky participantů u položky Q1	59
Tabulka 7 Jednotlivé výsledky participantů u položky Q2	59

SEZNAM ZKRATEK

aa	arteriae
BCG	Bacillus Calmette – Guérin
cm	centimetr
CSK	cystoskopie
CT	výpočetní tomografie (computer tomography)
ČIK	čistá intermitentní katetrizace
ERAS	Enhanced Recovery After Surgery
ESPEN	Evropská společnost pro parenterální a enterální výživu
ks	kus
ml	mililitr
NGS	nasogastrická sonda
P	participant
PET	pozitronová emisní tomografie
PET/ CT	hybridní kombinované vyšetření metodami PET a CT současně
PMK	permanentní močový katétr
q	označení položky dotazníku WHOQoL- BREF
RACE	radikální cystektomie
SD	starobní důchod
Th	označení pro hrudní obratle (vertebrae thoracicae)
TUR	transureterální resekce
v	vena
VRE	Vankomycin rezistentní enterokok

ÚVOD

Radikální cystektomie je pro pacienty s invazivním nádorem infiltrujícím svalovinu močového měchýře a vybranými neinfiltrujícími nádory močového měchýře standardní léčbou. Pokrok v medicíně a technice operačního přístupu dovozuje operovat i nemocné ve vyšším věku. Vytvoření náhrady močového měchýře ileální ortotopickou neovezikou je preferovanějším způsobem náhradní derivace moče, který se nejvíce podobá normálnímu stavu. Radikální cystektomie je náročnou operací a při výběru správné derivace zůstává kvalita života u většiny pacientů přijatelná.

Cílem diplomové práce je zmapování hlavních faktorů ovlivňujících kvalitu života pacientů po radikální cystektomii s ileální ortotopickou neovezikou.

V teoretické části je popsána metoda léčby nádorů močového měchýře, předoperační příprava, metoda Fast track, pooperační péče o pacienty po radikální cystektomii s konkrétní derivací. Součástí je kapitola týkající se inkontinence moče, se kterou se v prvních měsících pacienti po radikální cystektomii s ileální ortotopickou neovezikou potýkají. Poslední kapitolou teoretické části je kapitola o kvalitě života.

V empirické části diplomové práce jsou představeny a analyzovány výsledky kvalitativního výzkumného šetření, které bylo provedeno s vybranými pacienty po radikální cystektomii s náhradní derivací moče ileální ortotopickou neovezikou a splňovali kritéria pro zařazení do výzkumu. Součástí empirické části je analýza výsledků dotazníku WHOQoL-BREF.

Při vypracování diplomové práce byla použita odborná literatura a publikace. Použité zdroje jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

TEORETICKÁ ČÁST

1 MOČOVÝ SYSTÉM

Močový systém dělíme na horní a dolní cesty močové. Mezi horní cesty močové řadíme ledviny a močovody, mezi dolní cesty močové močový měchýř a močovou trubici. Základní funkcí močového systému je odstraňování odpadních látek z krve. Močí je z krve vylučována nadbytečná voda, soli a produkty látkové výměny (Čihák, 2013, s. 247-248).

1.1 Horní cesty močové

Ledviny jsou párový orgán a tvarem připomínají fazolový bob. Jsou uloženy v retro-peritoneálním prostoru a pravá ledvina bývá často o kousek výš než levá. Základní funkční jednotkou ledvin je nefron. V ledvinách je filtrována krevní plazma a tím je vytvářena moč, jejíž množství závisí na příjmu a ztrátách tekutin včetně minerálů kůží a plícemi, objem se pohybuje mezi 1000- 2000ml. Ledviny lze považovat za endokrinní žlázy, jejichž funkcí je produkování a uvolňování reninu do krve, ten ovlivňuje krevní tlak a také uvolňování erythropoetinu ovlivňujícího tvorbu erytrocytů (Čihák, 2016, s. 261-263).

Močovod je přibližně 25-30 cm dlouhá a 4-7 mm široká trubice, která z ledvinné pánvičky pomocí peristaltiky hladké svaloviny posouvá v malých objemech definitivní moč do močového měchýře (Čihák, 2016, s. 274).

1.2 Dolní cesty močové

Močový měchýř je dutý nepárový orgán, tvořící rezervoár na dočasné shromáždění moče. Anatomické uložení močového měchýře je v malé pánvi za symfýzou. Sliznice vystylající močový měchýř je kryta přechodných epitelem, má jasně červenou barvu a je složena v řasy. Epitel je chráněn hlenem, který produkují povrchové buňky epitelu. Řasy jsou kompatibilně síťovitě uspořádány k vnitřní svalové vrstvě stěny. Fundus měchýře ostře ohraničuje hladké trojúhelníkové pole bez řas – trigonum vesicae. Skládání a zplošťování řas sliznice zajišťuje dle náplně podslizniční vazivo, které je řídké a dostatečně vysoké. Nízké řasy sliznice vyzdvihují Bellovy snopce, proužky svaloviny nacházející se po stranách trigona. V trigonu je sliznice a svalovina těsně spojena, a proto se tam nenacházejí řasy. V místě, kde není povrch močového měchýře krytý peritoneem, se nachází řídký obal z kolagenního vaziva – adventicie. Adventicie měchýře je označována jako fascia vesicae, do okolí přechází pod názvem paracystium (Čihák, 2016, s. 277-278, 280, 283).

Stupeň náplně, stav svalové hmoty, pohlaví, věk, poloha a náplň okolních orgánů má vliv na tvar močového měchýře. Pocit na močení se dostaví při náplni 250-300 cm³, která je považována za fyziologickou. Močový měchýř však pojme 500-700 cm³ bez mimořádného roztažení. Močový měchýř muže je menší a užší než močový měchýř ženy. (Čihák, 2016, s.277-278)

Pod sliznicí se nachází svalová vrstva stěny. Svalovina je složena ze tří vrstev, které nejsou přesně rozloženy. Třívrstvý soubor svaloviny nacházející se na vrcholu, spodině a těle močového měchýře zajišťuje hlavní funkci močového měchýře, kterou je vyprazdňování moče. Rozlišujeme vnitřní síťovitou (plexiformní) vrstvu, která je nejslabší a při kontrakci vyzdvihuje slizniční řasy. Střední cirkulární vrstva vytváří musculus sphincter vesicae, který se nachází okolo krčku měchýře a jehož kaudálním pokračováním je hladký svěrač močové trubice. Zevní podélná vrstva probíhající od vrcholu močového měchýře kaudálně přechází po stranách ve vzájemně se křížící šikmé snopce. (Čihák, 2016, s. 277-278)

Močový měchýř je bohatě cévně zásoben, horní polovinu měchýře vyživují aa. vesicales superiores a dolní část těla a fundus vyživují aa. vesicales inferiores. Průběh cév na močovém měchýři je přizpůsobený měnícím se objemům v souvislosti s jeho náplní. Žilní pleteně tvoří jeden či více žilních kmenů odtékajících do v. iliaca interna. Mízní cévy, které se nalézají ve stěnách močového měchýře, vytvářejí perivezikální pleteně. Z perivezikální pleteně je míza odváděna mízními cévami podél žil do nodi iliaci externi z přední části měchýře a do nodi iliaci interni z bočních a zadních částí močového měchýře. Nervy močového měchýře tvoří plexus vesicalis nacházející se po obou stranách fundu. Nervová vlákna sympatická ovlivňují napětí musculus sphincter vesicae a uzavírají vstup do močové trubice. Parasympatická vlákna vyvolávají stah musculus detrusor a jejich pomocí je aktivován otevírací mechanismus močové trubice. Bolest, pocit nucení a napětí stěny močového měchýře jsou vedeny spinálními nervy do míchy. (Čihák, 2016, s. 277-278, 280, 283).

Močová trubice ženy a muže je rozdílná. Znalost rozdílnosti je u zdravotních sester a lékařů důležitá a má zásadní význam při zavádění permanentního močového katetru. Močová trubice u ženy je dlouhá 3-4 cm a široká přibližně 6 mm. Vyústí mezi malými pysky. Řasy sliznice utvářejí její hvězdovitý tvar. Močová trubice ženy má tři úseky – intramurální, pánevní, hrázový. Mužská močová trubice není pouze močová vývodná cesta, ale také vývodná cesta pohlavní. Délka mužské močové trubice je 20-22 cm a vyústí na žaludu penisu. V průběhu močové trubice se střídají zúžená a rozšířená místa, proto je šířka močové

trubice nepravidelná. Pokud je mužský penis ochablý, má močová trubice esovitý průběh. U muže rozdělujeme čtyři úseky na močové trubici – intramurální, prostatický, bulbární a penilní (Čihák, 2016, s. 287-289, 325, 327).

2 NÁDORY MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

Druhým nejčastějším nádorem urogenitálního traktu je karcinom močového měchýře. Vyskytovat se mohou v každém věku, maximum onemocnění se vyskytuje okolo 70. roku. Dědičnost nádorového onemocnění močového měchýře nebyla prokázána a přesná příčina vzniku není známa. Existuje mnoho rizikových faktorů, které mohou vznik karcinomu močového měchýře zapříčinit. Mezi rizikové faktory řadíme výfukové plyny, metabolity tryptofanu, léčbu cyklofosfaminem, aromatické aminy, radioterapii pánve. Dalším rizikovým faktorem je i dlouhodobý nízký příjem tekutin, kdy je moč značně koncentrovaná. Nejvyšší riziko a jednoznačně prokázaný vyvolávající faktor při vzniku karcinomu močového měchýře je kouření cigaret, kdy riziko vzniku je až 4krát vyšší a je příčinou 25-60 % karcinomů (Kawaciuk, 2009, s. 361; Hora, 2020, s. 80–81).

Nádory močového měchýře rozlišujeme na primární, kam zařazujeme epitelální karcinomy (90-95 %) a uroteliální karcinomy (90 %) a na sekundární vznikající prorůstáním malignit z okolí (gynekologické, střevní) nebo metastázy (plíce, žaludek), které jsou vzácnější (Hora, 2020, s. 81).

2.1 Diagnostika nádorů močového měchýře

Primárním příznakem, který přivede nemocné (až 85 %) k lékaři je bezbolestná asymptomatická hematurie. Je důležité vyšetřit moč v dostatečném množství ve více vzorcích, protože téměř všichni nemocní s odhaleným nádorem močového měchýře mají minimálně mikroskopickou hematurii. U nemocných se dále objevuje soubor obtíží jako je dysurie, polikasurie a nutkavé nucení na močení. Při invazivním karcinomu se objevuje narůstající bolest v boku nebo bedrech, otoky dolních končetin a také hmatná rezistence v malé pánvi. Pokud je při bimanuálním vyšetření hmatný nádor, je vysoká pravděpodobnost infiltrace hluboké svaloviny, popřípadě perivezikálního tuku, a tím je horší prognóza onemocnění (Kawaciuk, 2009, s. 365–366).

2.1.1 Vyšetření moče

Při vyšetření pacienta s urologickým problémem na ambulanci, vyšetřujeme vzorek moče orientačně diagnostickými proužky, kdy lze zjistit přítomnost patologických komponentů v moči. Základní vyšetřovací metodou moče je mikroskopické vyšetření, kdy je nejvhodnější poslat vzorek první ranní moče (Hanus, 2015, s. 10).

Při cytologickém vyšetření moče je vyšetřována moč spontánně vymočená, katetrizovaná, výplachová nebo odebraná tzv. kartáčkovou metodou, kdy je podezřelé místo otřeno tenkým cirkulujícím kartáčkem (tzv. brushing). Přesnost výsledků cytologického vyšetření je závislá na způsobu odběru, technice a rychlosti zpracování vzorku a také na zkušenostech cytopatologa. Na cytologii neodesíláme první ranní moč, kdy je možná přítomnost rozloženého buněčného materiálu, který byl dlouhodobě vystaven agresivnímu prostředí v močovém měchýři. K cytologickému vyšetření moče je doporučen druhý vzorek ranní moče. Vzorek je vždy nutné po odběru zafixovat pomocí cytofixačního média. Buňky nádoru se uvolňují do moče intermitentně, a proto je vhodné vyšetřit od jednoho pacienta alespoň 3 vzorky odebrané během tří různých dnů (Hanuš, 2015, s. 10-11; Kawaciuk, 2009, s. 367; Pivovarová, 2018, s. 232-233).

2.1.2 Zobrazovací metody

Základní neinvazivní a rychlou zobrazovací metodou je ultrasonografie. Při dostatečné náplni močového měchýře, která je pro toto vyšetření důležitá, se detekční schopnost pohybuje okolo 95 %. K přesnějšímu vyšetření zobrazujícím propagaci tumoru do okolí, pánevní nebo paraaortální lymfadenopatii, postižení horních močových cest, jaterních metastáz větších než 2 cm anebo postižení lymfatických uzlin se využívá CT vyšetření. CT vyšetření se vždy musí provádět s vylučovací fází. V diagnostice pomocí zobrazovacích metod je využíváno scintigrafické vyšetření skeletu při podezření na kostní metastázy. K celotělovému stagingu je využíváno hybridní vyšetření PET/CT (Kawaciuk, 2009, s. 366).

2.1.3 Endoskopické metody

Endoskopické vyšetření se provádí u každé bezbolestné hematurie. Cystoureteroskopií zaznamenáme lokalizaci, počet a morfologii nádorových lézí, identifikujeme ureterální ústí a zhodnotíme kvalitu vylučování moče. Pokud je terén nepřehledný a nelze identifikovat ureterální ústí využijeme chromocystoskopii. Nádorové léze v běžném bílém světle přehlédnutelné a nenápadné se pomocí 3% roztoku kyseliny 5- aminolevulové (5- ALA) aplikované do močového měchýře 2-3 hodiny před vyšetřením zvýrazní a provede se fotodynamická diagnostika (Kawaciuk, 2009, s. 367).

2.1.4 Histologické a cytologické vyšetření

Odebrané vzorky nádorové tkáně z močového měchýře se odesílají na histologické a cytologické vyšetření, které je podkladem pro další léčbu a pravidelné sledování nemocných. Vhodné reprezentativní vzorky jsou zajištěny při prvotní transureterální resekci nádoru, jsou

odebrány ze svaloviny měchýře a ze spodiny nádoru. Lze také provést studenou biopsii pomocí biotických kleštíček, avšak zde jsou vhodné vzorky odebrány výjimečně (Kawaciuk, 2009, s. 367).

3 LÉČBA NÁDORŮ MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

Při nálezů nádoru močového měchýře je důležité znát, zda se jedná o nádor invazivní či neinvazivní a dle toho se volí způsob léčby. To, o který nádor se jedná, zjišťujeme pomocí TNM klasifikace, kdy hodnotíme primární tumor, postižení mízních uzlin a vzdálené metastázy. Při indikaci léčebného postupu je důležité brát ohled na věk, celkový stav nemocného, následnou kvalitu života, rozsah nádoru a dále je rozhodováno dle stanovení klinického a histopatologického stagingu a gradingu malignity (Kawaciuk, 2009, s. 364, 368).

3.1 Neinvazivní nádory

U neinvazivních nádorů je léčbou první volby transureterální resekce (TUR) nádoru a elektrokoagulace krvácení. Nemocní s nízkou rizikovými nádory jsou pravidelně kontrolování pomocí endoskopie, která je zpočátku provedena po třech měsících a dále po 6-12 měsících. Po transureterální resekcí vysoce rizikového nádoru následuje léčba intravezikální imunoterapií, kdy je aplikována Bacillus Calmete – Guérin vakcína (dále jen BCG) nebo intravezikální chemoterapie spočívající v aplikaci Epirubicinu nebo Mitomycinu C (Kawaciuk, 2009, s. 369, 371; Hora, 2020, s. 82).

Aplikace BCG vakcíny probíhá ve 2 fázích, dle Moralesova schématu. V první fázi, tzv. indukční je podáno 6 dávek v týdenních intervalech a následně je provedena kontrolní cystoskopie. Během druhé, udržovací fáze jsou aplikovány 3 dávky v týdenních intervalech v různém režimu. Nejprve po 3 měsících, dále po 6 měsících a po 12 měsících. Dlouhodobá léčba aplikací BCG vakcíny může trvat až 3 roky. Pokud po dvou cyklech léčba selže nebo se objeví recidiva nádoru, který je vysoce rizikový, je nemocný indikován k radikální cystektomii (Kawaciuk, 2009, s. 370-371; Hora, 2020, s. 82).

Intravezikální chemoterapií Epirubicinem podanou jednorázově do močového měchýře bezprostředně nebo nejpozději do 6-24 hodin po transureterální resekcí nádoru zvyšujeme efektivnost výkonu. U Mitomycinu C se začíná aplikací 4 dávek v týdenním intervalu a dále jednou dávkou po 4 týdnech. Léčba Mitomycinem C se podává jeden rok. Nežádoucím účinkem intravezikální chemoterapie je u 40 % nemocných chemická cystitida (Kawaciuk, 2009, s. 371; Hora, 2020, s. 82).

3.2 Invazivní nádory

Prognóza invazivních nádorů močového měchýře není moc příznivá, a pokud nejsou léčeny, umírá 85 % nemocných do dvou let od stanovení diagnózy. Je postižena svalovina

močového měchýře a nádory mohou prorůst do okolí. U invazivních nádorů močového měchýře je za optimální způsob léčby považována radikální cystektomie, kdy je dle dostupných analýz zjištěno delší přežití nemocných. Druhou možností léčby jsou opakované transureterální resekce nádoru se snahou odstranění maximálního množství nádoru a zachováním močového měchýře. Opakované transureterální resekce jsou kombinovány s chemoterapií a radioterapií (Hora, 2020, s. 82; Hanuš, 2015, s. 130).

Pokud jsou invazivní nádory řešeny radikální cystektomií, měla by být operace provedena do 12 týdnů od stanovení diagnózy. Časným operačním výkonem je sníženo riziko větší lokální pokročilosti a postižení uzlin. U radikální cystektomie je vyšší riziko komplikací z důvodu radikálnosti výkonu. Mužům je při operaci odstraněna kromě močového měchýře i prostata a semenné vajíčky, ženám je odstraněna děloha, vaječníky, vejcovody a přední proximální část pochvy. Během výkonu je prováděna pánevní lymfadenektomie, která je nejspolehlivější diagnostická metoda možného metastatického postižení lymfatických uzlin. Odstraňovány jsou mízní uzliny z okolí zevních ilických cév a podél vnitřních ilických cév. Lymfadenektomie je kurativní pouze v případě malého postižení uzlin. Pokud je nález pokročilý je indikována adjuvantní chemoterapie (Kawaciuk, 2009, s. 371-372, Hanuš, 2015, s. 130-131; Hora, 2020, s. 82).

Každému pacientovi s invazivním nádorem močového měchýře řešeným radikální cystektomií, je nutné zajistit náhradní derivaci moče (Hora, 2020, s. 82).

3.3 Radioterapie a chemoterapie

Radioterapie se využívá v případě, kdy pacient odmítá radikální cystektomii. Přistupuje se k ní s určitými výhradami, protože může zhoršit kvalitu života nemocného. Tato alternativa radikální cystektomie zajistí přibližně čtvrtině nemocných se zachováním vlastního močového měchýře pětileté přežití. Rizikové jsou vysoké dávky záření, ty mohou způsobit postradiační cystitidu a svraštění močového měchýře (Kawaciuk, 2009, s. 375).

Chemoterapii lze podat předoperačně, perioperační nebo pooperačně. Předoperační podání má nevýhodu v oddálení definitivní radikální léčby a nemá vliv na prodloužení přežití. U perioperační chemoterapie také nebyl prokázán vliv na prodloužení přežití, bylo pouze zaznamenáno snížení stadiu nádoru. Pooperační chemoterapii, která je brána jako adjuvantní léčba, lze podat u vybraných pacientů, kteří mají pokročilý nádor močového měchýře a jsou postiženy lymfatické uzliny (Kawaciuk, 2009, s. 375).

3.4 Paliativní léčba

Cílem paliativní léčby neboli paliativní péče je zlepšení kvality a prodloužení života nemocného. Jde o komplexní péči o pacienta, kdy se nezaměřujeme pouze na nádorové onemocnění, ale především na léčbu bolesti, na výživu, na zachování důstojnosti. V rámci paliativní péče podporujeme i rodinu nemocného (Sláma, 2014).

U paliativní péče je důležitá empatie, vstřícnost a otevřená komunikace s pacientem a rodinou, je důležité znát pacientovu míru porozumění situace. Zaměřujeme se také na sociální zázemí, rodinné vztahy, komunikační zvyklosti, finanční podmínky, umožňujeme pacientovi duchovní rituály a respektujeme jeho víru (Sláma, 2014).

Komunikace je zde jako nástroj léčby, pokud správně komunikujeme s nemocným i rodinou, můžeme předejít vzniku konfliktu, frustraci a vyčerpání. Nasloucháme a dáváme prostor pro dotazy. Při sdělování špatné diagnózy můžeme použít protokol SPIKES a pomocí strategie NURSE můžeme reagovat na emoce pacienta. Dále při sdělování diagnózy je vhodné být otevřený, mluvit věcně, informace podávat postupně a nechat dostatek času pro přijetí situace. Je důležité mít na mysli 5 fází adaptace na nemoc popsané Elisabeth Kübler – Rossové (Vokurka, 2018, s. 81).

Paliativní péči v České republice poskytují hospice, domácí hospicová péče nebo denní stacionáře (Sláma, 2014).

Při karcinomu močového měchýře je cílem léčby zastavení hematurie, залéčení infekce močových cest a v případě dilatace horních močových cest její odstranění zavedením punkční nefrostomie. Do paliativní léčby zahrnujeme paliativní transureterální resekci nádoru, koagulaci krvácení, aktinoterapii, derivaci kožní ureterostomií. Zajišťujeme léčbu bolesti (Hora, 2020, s. 84).

4 DERIVACE MOČE

Zajištění odvodu moče z těla jednou z variant náhrady močového měchýře po radikální cystektomii nebývá lehkým úkolem. Možností, jak derivaci zajistit je několik, v současnosti se používají čtyři typy derivace (Kawaciuk, 2009, s. 373).

4.1 Ortotopická ileální neovezika

Derivace ortotopickou ileální neovezikou je nejvíce podobná normálnímu stavu. Nemocní se za pomoci břišního lisu vyprazdňují přirozeným způsobem. K vytvoření rezervoáru nahrazující močový měchýř se využívá přibližně 55-60 cm ilea, které je poskládáno do tvaru písmena N nebo W, dle použitého operačního postupu (Studerova derivace, Hautmannova derivace, Mansour pouch). Neovezika se napojí anastomózou přímo na močovou trubici. Pacienti mají po operaci zavedený permanentní močový katetr (Hora, 2020, s. 83; Hanuš, 2015, s. 132; Míka, 2016, s. 56).

Vytvoření ortotopické ileální neoveziky má svá kritéria a není možné ji provést u pacientů se stresovou inkontinencí, s karcinomem in situ, s poškozeným příčně pruhovaným svěračem, s karcinomem zasahujícím do uretry u mužů i žen, u karcinomu zasahujícím do hrdla močového měchýře u žen, u nemocných s Crohnovou chorobou nebo poškozenými jaterními funkcemi. Také se neprovádí u nemocných se sníženým intelektem, sníženou mobilitou. Kontraindikací bývá i mentální stav nemocného, kdy ho není možno naučit, jak močový měchýř vyprazdňovat nebo pacient neakceptuje nutnost doživotní dispenzarizace (Kawaciuk, 2009, s. 374; Hanuš, 2015, s. 131-132).

4.2 Heterotopické neoveziky s kontinencí kutánním stomatem

U derivace kutánním stomatem je vytvořen rezervoár, do kterého jsou implantovány močovody. Dále je vytvořen vývod, nejčastěji v pupku, který je upraven tak, aby moč samovolně neunikala. Pacient s touto derivací musí provádět v pravidelných intervalech autokatetrizaci. Nevýhodou je kapacitní nedostatečnost stomie a možné riziko úniku moče (Kawaciuk, 2009, s. 374; Hora, 2020, s. 84).

4.3 Ureteroileostomie (Brickerova derivace)

Principem derivace je vytvoření konduity, kdy k vytvoření je potřeba kolem 15 cm kličky ilea na cévní stopce. Tato část ilea je vyloučena ze střevní pasáže, je vytvořen rezervoár a na orální konec, který je uzavřen, jsou našity močovody a aborální konec je vyšit jako inkontinentní stomie na povrch břišní stěny. Kontinuita střeva je obnovena tak, že vytvořený

rezervoár je uložen pod střevní anastomózu. Současně se provádí i ureterektomie. Tento typ derivace se volí u starších a více nemocných pacientů. Nemocní jsou edukováni v používání stomických pomůcek (Hanuš, 2015, s. 131-132; Hora, 2020, s. 83; Kawaciuk, 2009, s. 374).

4.4 Sigma – rectum pouch (Ureterosigmoideostomie)

Jde o heterotopický rezervoár, kdy kontinenci zajišťuje anální svěrač. Dle způsobu operačního postupu můžeme rozlišit Mainz pouch II. a Motol pouch. U obou metod je vytvořen nízkotlaký rezervoár, a tak jsou omezeny recidivy vzestupných infekcí ledvin. Další derivací tohoto typu je augmentovaný rektální měchýř. U derivací tohoto druhu je riziko vzniku adenokarcinomu tlustého střeva, a proto jsou pravidelně prováděny koloskopické kontroly (Hora, 2020, s. 83; Kawaciuk, 2009, s. 374-375).

5 PŘEDOPERAČNÍ PÉČE

Dostatečná a důsledně provedená předoperační příprava nemocného je důležitá pro nekomplikovaný průběh výkonu, k minimalizování vzniku pooperačních komplikací a následný průběh realimentace. Výkony jsou děleny na plánované, urgentní a výkony z vitální indikace. V případě radikální cystektomie se jedná vždy o plánovaný výkon (Čoupková, 2010, s. 34).

Předoperační příprava dlouhodobá, která začíná již indikací nemocného k operačnímu výkonu, zahrnuje interní vyšetření, které by nemělo být starší než jeden měsíc před plánovaným příjmem k výkonu. Ideální stáří předoperačního vyšetření je 14 dní. V rámci interního vyšetření se provádí vyšetření krve, vyšetření moče (chemicky a kultivačně), RTG srdce a plic, EKG vyšetření. Předoperační vyšetření bývá doplněno speciálním vyšetřením, pokud pacient dochází do odborných poraden (kardiologie, diabetologie, endokrinologie, u žen gynekologie) nebo o další zobrazovací metodu, nejčastěji CT vyšetření. Před radikálním výkonem, kde je riziko vyšší ztráty krve, může nemocnému být doporučen odběr vlastní krve – autotransfúze (Čoupková, 2010, s. 34).

Před radikální cystektomií během fyzické přípravy klademe důraz na lačnění, kdy je využita enterální výživa formou sippingu a dostatečný příjem tekutin. Důležitou součástí je prázdnění podáním roztoku k vyprázdnění perorální cestou nebo opakovanými očistnými klysmaty. O způsobu prázdnění rozhoduje operátor. Pacient sám nebo s pomocí zdravotního personálu provede celkovou hygienu těla, je provedena příprava operačního pole oholením a následnou dezinfekcí. Profylakticky je dle ordinace lékaře aplikován subkutánně nízkomolekulární heparin (Čoupková, 2010, s. 35).

V den přijetí proběhne anesteziologické konzilium, kdy je pacient seznámen s anestezií a možnými riziky, které s ní souvisí. Anesteziolog zhodnotí celkový stav pacienta, předepíše premedikaci a doplní ordinace. V rámci konzilia může anesteziolog nemocnému nabídnout zavedení epidurálního katetru před operací, kterým lze zajistit kvalitní analgezii po výkonu, a díky které je usnadněno odkašlávání a dechová rehabilitace v prvních pooperačních dnech (Čoupková, 2010, s. 35; Jelínek, 2010).

V operační den, 2 hodiny před operačním výkonem probíhá bezprostřední příprava. Je to období, kdy je kontrolována dokumentace, operační pole, kontroluje se lačnění a vy-

prázdnění pacienta. Přikládají se bandáže nebo elastické punčochy, pacient je vyzván k odložení šperků a jiných kovových předmětů na těle, vyndání zubní nebo jiné protézy, pokud ji má. Je zaveden periferní žilní katetr a aplikována infuzní terapie a podána premedikace dle anesteziologa. V případě vyžádání speciálních úkonů (zavedení PMK, NGS) je provedeme a zaznamenáme do dokumentace (Čoupková, 2010, s. 35).

6 FAST TRACK

V posledních 20 letech se v chirurgických oborech usiluje o omezení pooperačních komplikací a zkrácení doby hospitalizace. Hospitalizaci lze zkrátit pomocí Fast tracku, metody akcelerované rehabilitace označovanou jako ERAS (Enhanced Recovery After Surgery). Jedná se o soubor moderních multioborových přístupů. Na péči se podílí lékaři, zdravotní sestry, fyzioterapeuti a nutriční terapeuti. K využití ERAS zatím neexistuje jednotný protokol pro radikální cystektomii, klíčové prvky jsou ovšem stejné (Čapka, 2017; Míka, 2013).

Základní součástí je důkladná předoperační edukace pacienta o operaci a jejích důsledcích, mnoho pacientů si změnu, která po operaci nastane, nedokáže představit. Dostatek pozornosti, opakovaná slovní i písemná edukace o výkonu a pooperační péči, prostor pro dotazy nemocného i jeho rodiny mohou pomoci předejít stavu úzkosti a snížení stresu z operace (Čapka, 2017; Míka, 2013).

Nutriční stav nemocného má zásadní vliv na výsledek operace a riziko vzniku komplikací v pooperačním období. Zhodnocení a případná úprava nutričního stavu před operací pomáhá ke snížení morbidit a mortality. Evropská společnost pro parenterální a enterální nutriční (ESPEN) vytvořila doporučené postupy pro předoperační popíjení nutričně vhodných přípravků již v domácím prostředí. Fast track nedoporučuje lačnění od půlnoci, naopak doporučuje podávání tekutin ještě 2-3 hodiny před výkonem (Čapka, 2017; Míka, 2013).

Mechanická příprava střeva, která je u radikální cystektomie požadována, může být dle fast track protokolu vynechána. Cílem přípravy je snížení rizika kontaminace operačního pole bakteriemi ze střev a následných infekčních komplikací. Příprava střeva pomocí klystýrů a osmoticky aktivních látek vyvolávajících osmotický průjem přináší nemocným tělesný diskomfort, způsobuje dehydrataci, podráždění střevní sliznice a minerální rozvrat. Prevencí vzniku infekcí je podávání profylaktické dávky antibiotik, doba podání by neměla přesáhnout 72 hodin, poté by šlo již o terapeutické podání (Čapka, 2017; Míka, 2013; Tyrizis, 2014).

Dalším z faktorů ovlivňujícím zotavování se pacienta po radikální cystektomii je včasné podání enterální nebo perorální výživy. Součástí fast track protokolu je podání výživy do 24 hodin po operaci, aby se předešlo období dlouhého střevního klidu, možné atrofii sliz-

nice a vzniku pooperačního ilea. Podání stravy perorálně je pro pacienta fyziologické a nejméně stresující. V případě nutnosti zavedení nasogastrické sondy je vhodné její časné odstranění. Fast track protokol doporučuje vyhnout se preventivnímu zavádění nasogastrické sondy (Čapka, 2017; Míka, 2013).

Nejčastější komplikací po radikální cystektomii bývá paralytický ileus. Prevencí vzniku ilea je již šetrná manipulace se střevem při operaci, šetrná anestezie, epidurální analgezie, včasná mobilizace, včasné podání prokinetik a také podání žvýkaček. Žvýkání zajišťuje zvýšenou tvorbu slin a podporuje obnovení peristaltiky střev. Funkční gastrointestinální trakt je důležitý pro postupný přechod na normální stravu (Čapka, 2017; Míka, 2013).

Analgetická léčba po radikální cystektomii epidurálním katetrem je dle fast track protokolu nejlepší volbou pro zvládnutí prvních pooperačních dnů. Epidurální katetr se zavádí do oblasti hrudní páteře Th 9-11 a používají se anesteziology určené analgetické směsi. Využití epidurální analgezie je preferováno také proto, že podání běžných opiátů může způsobit zástavu peristaltiky a vyvolat pocity nauzei (Čapka, 2017).

7 POOPERAČNÍ PÉČE

Do stabilizace oběhu, dostatečné spontánní ventilace, schopnosti kašlat a polykat, zůstává pacient pod odborným intenzivním dohledem. Při nutnosti umělé plicní ventilace je pacient hospitalizován na klinice anestezie, resuscitace a intenzivní medicíny. Po dlouhých a náročných výkonech je hospitalizován na jednotce intenzivní péče. K zajištění bezprostřední pooperační péče jsou využívány dospávací pokoje, které bývají součástí operačních sálů anebo pooperační pokoje. Operatér zapisuje do dokumentace potřebné ordinace týkající se péče o drény, katetry, podání infuzní terapie a léků (Slezáková, 2010, s. 36-37).

Na standardní oddělení je pacient předáván při plném vědomí. Základním úkolem pooperační péče je sledování fyziologických funkcí – krevní tlak, puls, dech, saturace kyslíkem, vědomí. Údaje zaznamenáváme do akutní karty. Současně sledujeme operační ránu, diurézu moče, výdej z drénu, odvod z nasogastrické sondy, stav a barvu kůže a sliznic. Hodnotícími škálami hodnotíme bolest a invazivní vstupy – periferní nebo centrální žilní katetr, epidurální katetr (Slezáková, 2010, s. 37).

Udávání bolesti pacientem nikdy nebagatelizujeme. Po operaci jde o častý jev, pokud je ovšem intenzivní a trvá déle než dva dny, může znamenat vznik infekce v ráně, krvácení nebo rozestup rány. K hodnocení bolesti využíváme hodnotící škály – verbální, neverbální, vizuální nebo dotazníky. O bolesti informujeme vždy ošetřujícího nebo sloužícího lékaře a dle jeho ordinace jsou podávána analgetika (Slezáková, 2010, s. 37).

V prvních dnech po operaci přebírá sestra starost o celkovou hygienu těla. Zvláštní péči vyžaduje dutina ústní, kdy je po operaci stejně jako před ní omezený příjem tekutin. Může docházet k osychání jazyka, sliznice dutiny ústní a k nepříjemnému zápachu z úst. Součástí péče je úprava lůžka, péče o predilekční místa a prevence tromboembolické nemoci ponecháním bandáží nebo elastických punčoch do plné mobility pacienta a aplikace nízko-molekulárního heparinu subkutánně dle ordinace lékaře (Slezáková, 2010, s. 38-39).

Po chirurgickém výkonu sledujeme bilanci tekutin. V případě nauzei a zvracení je příjem tekutin zajištěn infuzní terapií. Při velké krevní ztrátě během operačního výkonu může dojít k rozvratu vodního a elektrolytového hospodářství, a proto je nutné sledování příjmu a výdeje tekutin (Slezáková, 2010, s. 38).

Vzedmuté břicho doprovázeno bolestí a nevolností může být příznakem dočasné zástavy odchodu plynů a stolice způsobené zástavou střevní peristaltiky vlivem podání velké

dávky opiátů nebo výkonem na střevě. Pacienta vyzýváme k aktivnímu polohování na lůžku, podáváme prokinetika a v případě potřeby lze zavést rektální rourku do konečníku k volnému odchodu plynů (Slezáková, 2010, s. 38).

Po radikální cystektomii s derivací ileální neovezikou je vyprazdňování moče obstaráno permanentním močovým katetrem a dvěma ureterálními katetry. Permanentní močový katetr je od druhého dne nebo dle ordinace lékaře proplachován malým množstvím fyziologického roztoku (50ml), který se pomocí Janettovy stříkačky pomalu vpraví do rezervoáru a opatrně zpět odsaje. I přesto, že je využitá část střeva vyřazena z gastrointestinálního traktu, zůstává mu jeho vlastnost vytváření hlenu, který může způsobit neprůchodnost permanentního katetru. Proplachy se provádějí 3krát denně nebo dle ordinace ošetřujícího lékaře. Množství fyziologického roztoku se postupně zvyšuje (až do 100ml), tím je navyšována kapacita močového měchýře. Proplach musí být prováděn za aseptických podmínek, aby se předešlo riziku vzniku infekce. Permanentní močový katetr a ureterální katetry se odstraňují dle ordinace operátora nebo ošetřujícího lékaře, jejich odvodu a také dle stavu nemocného.

8 POOPERAČNÍ KOMPLIKACE

Radikální cystektomie je výkon dlouhý, technicky náročný a mnoho časných komplikací nesouvisí s typem zvolené derivace, ale s náročností výkonu. Vliv na pooperační průběh mají i zkušenosti operátora a množství provedených radikálních cystektomií na konkrétním pracovišti (Hanuš, 2015, s. 131).

Jednou z častých komplikací po radikální cystektomii je ileus, vznikající jako reakce na manipulaci se střevem při dlouhém operačním výkonu. Často bývá během výkonu zavedena nasogastrická sonda, která by měla být ponechána pouze pár pooperačních dnů, aby se předešlo nadměrnému polykání vzduchu, který nebývá sondou evakuován. Pokud není zavedena a pacient trpí nevolností či zvracením je vhodné ji zavést. Obnovu funkce střev podpoříme také podáním nesteroidních antiflogistik (Nieh, 2008).

Pokud u pacienta pozorujeme zvýšenou sekreci z drénu, je nezbytné myslet na to, že se jedná o únik moči. Pomocí biochemického rozboru a stanovení hladiny kreatininu můžeme rychle určit, zda se jedná o moč (zvýšená hladina kreatininu) nebo o lymfu (hladina stejná jako v séru). Často řešíme únik konzervativně, kdy propláchneme permanentní katétr a ureterální stenty, ty mohou být uzavřeny hlenem (Nieh, 2008).

Pokud je během prvních 48hodin pacient oligurický až anurický může to být způsobeno otokem ileální kličky, který lze pomocí tenkého gumového katetru přemostit. Často jsou pacienti nedostatečně zavodněni. Je důležité předejít nadměrnému rozpětí rezervoáru pravidelným proplachem permanentního katetru, kdy zároveň vyloučíme přítomnost krevní sraženiny či hlenové zátky. Během operace jsou podány antibiotika, která pomáhají eliminovat přítomnost většiny mikroorganismů v močových cestách. Podání antibiotik by nemělo přesáhnout 72hod, poté se jedná o terapeutické podání. Také je důležité, aby měl pacient před operací negativní kultivaci moče. I přes tato opatření se může pooperační průběh zkomplikovat vznikem urosepsy. Důležité v tomto případě je aplikace vhodných antibiotik, doplnění tekutin a pravidelné kontroly zánětlivých parametrů v krvi (Nieh, 2008).

Radikální cystektomie je velký operační zákrok v dutině břišní, a proto je zde vysoké riziko pooperačního krvácení. Pokud přetrvává hemoragická sekrece z drénu, je zřetelný pokles v krevním obraze a je nutné opakované podávání transfuzí je důležité provést vyšetření koagulace, zda nemá pacient nějakou poruchu krevní srážlivosti a poté CT vyšetření. Pokud

CT vyšetření ukáže zdroj krvácení, je nutné přistoupit k operační revizi (Nieh, 2008; Čermák, 2012).

Během radikální cystektomie se u mnoha pacientů provádí také pánevní lymfadenektomie a pacient je v tomto případě ohrožen vyšším rizikem vzniku žilní trombózy nebo plicní embolie. Při podezření na tuto komplikaci je potřeba provést vyšetření krve, Dopplerovského ultrasonografii žil a provést CT nebo scintigrafické vyšetření plic (Čermák, 2012; Hanuš, 2015, s. 262; Nieh, 2008).

Při derivaci ileální neovezikou se používá přibližně 55 cm dlouhý segment tenkého střeva. I přes vyloučení této části střeva z gastrointestinálního traktu (GIT) mu zůstává jeho přirozená vlastnost – tvorba hlenu. Již druhý den po operaci se začíná s pravidelnými proplachy katetru fyziologickým roztokem. Množství použitého fyziologického roztoku se postupně zvyšuje (50- 100ml), důležité je během proplachu také zpětná aspirace (Čermák, 2012; Nieh, 2008)

V prvních měsících po radikální cystektomii s náhradní derivací ileální neovezikou se pacienti potýkají s inkontinencí způsobenou nedostatečnou silou stahu zevního svěrače. Postupným roztahováním rezervoáru se snižuje intraluminální tlak a dochází ke zlepšení inkontinence. Většina pacientů s ileální neovezikou je po několika měsících od operace již přes den kontinentní, avšak dochází k noční inkontinenci. Ta je způsobena mnoha faktory. I přes snížený příjem tekutin během spánku, nedochází k poklesu objemu moči a při vyšší koncentraci moče pronikne více vody do rezervoáru přes jeho stěnu k vyrovnání osmolarity. Pacienti se budí tak 1- 2krát za noc proto, aby se došli vymočit (Nieh, 2008).

Pozdní komplikací po radikální cystektomii s derivací ileální neovezikou bývají metabolické poruchy. U této derivace, kdy je využito více než 50 cm terminálního ilea se objevují poruchy tvorby a vstřebávání vitamínů a minerálů. Pacienti jsou pravidelně minimálně po dobu 5 let kontrolováni a hlídá se především hladina vitamínu B₁₂, kdy jeho nízká hladina může způsobit nezvratné neurologické problémy či zvýšit riziko vzniku megaloblastické anémie. Také je narušené vstřebávání vitamínu D, jeho nedostatek může způsobit poruchu mineralizace kostí (Nieh, 2008; Tan, 2015).

Mnoho pacientů mívá pozitivní nález leukocytů v moči, často bez přítomnosti jiných známek infekce, a i přesto praktičtí lékaři nasazují antibiotickou terapii. Nejprve je však

nutné vyloučit přítomnost močových konkrémentů či jiné obstrukce močových cest a až poté zahájit léčbu antibiotiky (Čermák, 2012; Nieh, 2008; Tan, 2015).

9 INKONTINENCE

Inkontinence je definována Mezinárodní společností pro inkontinenci (ICS- The International Continence Society) jako jakýkoliv nechtěný vůlí neovladatelný a objektivně prokazatelný únik moči, představující sociální a hygienický problém (Drábková, 2014).

Výbor pro standardizaci ICS vypracoval dělení inkontinence na extrauterální, kdy moč uniká jinými cestami, než je přirozené a jde často o inkontinenci způsobenou vrozenými vývojovými vadami. Druhým typem je inkontinence ureterální, kdy moč odchází močovou trubicí a řadíme sem urgentní, stresovou a kombinovanou inkontinenci a inkontinenci z přetékání, tzv. paradoxní. V literatuře se můžeme také dočíst o farmakologické inkontinenci způsobenou účinkem některých léků či inkontinenci funkční, vznikající jako následek psychosociálních faktorů (snížená mobilita, delirantní stavy, deprese) (Drábková, 2014; Hruška, 2013).

Bez ohledu na vyvolávající příčinu dělíme inkontinenci na tři stupně dle závažnosti. Pokud se jedná o občasný únik moči v množství 50 - 100ml za čtyři hodiny je inkontinence hodnocena jako 1. stupeň – mírná. Při častém mimovolném úniku moči, který se opakuje několikrát denně a týká se množství 100- 200ml moči za čtyři hodiny jde o 2. stupeň – střední inkontinence. O třetím stupni inkontinence, tzv. těžké inkontinenci mluvíme tehdy, je-li únik trvalý a mimovolní i vleže a množství moče je vyšší než 200ml za čtyři hodiny (Drábková, 2014).

Moderní pomůcky pro inkontinentní by svými vlastnostmi měly přispět ke zkvalitnění života pacientů s inkontinencí. Důraz je kladen na jejich účinnost, přizpůsobivost, schopnost absorpce a pohlcování pachů, bránění množení mikroorganismů a také na jednoduchou manipulovatelnost s pomůckou, prodyšnost. Použití vhodných pomůcek pomáhá předcházet vzniku kontaktní iritativní dermatitidě (Drábková, 2014; Horčíčka, 2013).

Pomůcky pro inkontinentní jsou hrazeny prostředky veřejného zdravotního pojištění, jsou limitovány preskripcí a vydávány na základě vystavení poukazu. Poukaz na pomůcky předepisuje praktický lékař, urolog, gynekolog, neurolog nebo geriatr. V dokumentaci pacienta musí být proveden záznam, kde je uveden stupeň inkontinence a množství předepsaných pomůcek (Horčíčka, 2013).

Na trhu je velké množství pomůcek pro inkontinentní. Tato problematika se netýká pouze žen nebo seniorů, jak je nejčastěji mediálně zveřejňováno. S inkontinencí různého

stupně se potýká jedinec v různé věku bez ohledu na pohlaví či společenskou roli. Pomůcky je potřeba vybírat individuálně a adekvátně ke stupni inkontinence. Volit můžeme z pomůcek otevřených – urinální kondom, absorpční vložky pro ženy a pro muže, z polootevřených, do kterých zařazujeme plenky s nastavitelnými pásky anebo z pomůcek uzavřených, kdy se jedná o plenkové kalhotky a o natahovací plenkové kalhotky. Při inkontinenci lze vybírat i z doplňkových pomůcek kam jsou zařazeny fixační kalhotky, vložné pleny, savé podložky na lůžko, močové láhve, podložní misky a sběrné močové sáčky. Za dlouhodobé pomůcky pro inkontinentní jsou považovány permanentní močové katetry, mezi krátkodobé patří veškeré absorpční pomůcky (Drábková, 2014; Horčíčka, 2013).

Nejdůležitější je pro pacienta překonat strach, stud a přiznat si problém. Poté můžeme my zdravotníci pomoci vybrat vhodnou pomůcku a umožnit mu návrat k běžnému životu (Drábková, 2014).

10 EDUKACE

Edukace je nepostradatelnou součástí léčebného procesu. Do edukace nezahrnujeme pouze předání velkého množství informací, ale také sestavení edukačního plánu a nácvik praktických dovedností (Svěráková, 2012, s. 23).

Edukace, latinsky „educare, educare“ je sekundární prevencí, kdy jde o vzdělávání zaměřené na pacienty. V rámci edukace se snažíme předcházet rozvoji komplikací určitého onemocnění, anebo přispět k úplnému vyléčení (Svěráková, 2012, s. 23).

Během edukace jsou využívány znalosti z jiných vědních odvětví, nejčastěji ze sociologie, etiky, pedagogiky, psychologie a komunikace. Nezbytná je aktivní spoluúčast pacienta na tvorbě edukačního plánu. Pacientův postoj a přístup k edukaci je ovlivněn nemocí, strachem z nové situace, nepřijetím nemoci, bolestí, osobností nemocného, celkovým stavem a je důležité brát ohled na tyto faktory (Svěráková, 2012, s. 24, 38).

Právo na edukaci má každý pacient a během ní se sestra musí řídit zásadami stejně jako při jiné výuce. Nejdůležitějším faktorem je individuální přístup, dále trpělivost, empatie, pozornost a takt. V procesu přípravy edukačního plánu je důležitá komunikace sestry s pacientem, zjistíme tak pacientův pohled na vlastní zdraví, potřeby, ochotu učit se. Při rozhovoru také získáme informace o jeho společenské a ekonomické situaci. Proces edukace přizpůsobujeme věku pacienta, jinak přistupujeme k pacientům vyššího věku a jinak k mladému pacientovi (Svěráková, 2012, s. 29, 32- 34).

Sestra pomáhá pacientovi s vybudováním nových návyků, předává informace o zdravotním stavu v rozmezí svých kompetencí. Poučuje o dodržování léčebného režimu, diety, pravidelném užívání medikace a také nemocného motivuje. Úspěšnost edukace a dosažení stanovených cílů zjistíme pomocí hodnocení, které je v edukaci klíčovým momentem. Nejde jen o závěrečné hodnocení, ale také o hodnocení průběžné. Během průběžného hodnocení můžeme zjistit, zda pacient vše správně pochopil nebo je potřeba něco zopakovat. Účinnost edukace lze ověřit položením kontrolních otázek, písemným testem nebo samostatným provedením výkonu, ve kterém je pacient edukován. Při každém i sebemenším pokroku pacienta chválíme a povzbuzujeme (Svěráková, 2012, s. 24, 35).

Každou provedenou edukaci je důležité zaznamenat do dokumentace. Záznam o edukaci informuje každého člena týmu a předcházíme tím duplicitě informací. V případě podání stížnosti pacientem nebo jeho rodinou je sestra záznamem chráněna. Na konci každé edukace

je doporučeno, aby pacient svým podpisem stvrdil její absolvování, že výklad pochopil a praktický výkon vyzkoušel. Sestra by měla zaznamenat i to, jak pacient při edukaci reagoval (Svěráková, 2012, s. 35-36).

Mnoho pacientů si informace o svém onemocnění a jeho léčbě vyhledává na internetu, a proto je důležité, aby sestra byla vzdělaná v oblasti medicíny a ošetrovatelství. Sestra edukátorka musí být empatická, ochotná pomoci, musí umět komunikovat na vysoké úrovni. Informace, které během edukace pacientovi předává, musí umět správně dávkovat a sděluje pouze to, co v rámci kompetencí může. Stejně tak jako se mohou objevit překážky na straně pacienta, mohou se objevit i na straně zdravotníka. Mezi překážky na straně sestry patří nedostatek soukromí, ignorování potřeb pacienta, spěch a nedostatek času na edukaci, podceňování důležitosti edukace (Svěráková, 2012, s. 36-38).

Znalosti a dovednosti v oblasti edukace předává sestra pacientovi nejčastěji pomocí mluveného slova, kdy při vzájemné diskusi tak získá informace o pacientovi a ujasní si, co pacient potřebuje vědět a zda chápe předané informace. Edukaci může doplnit pomocí audiovizuálních pomůcek, na kterých pacient může vidět praktický nácvik činnosti. Dále edukaci doplňuje letáčky, brožurami, plakáty a články z odborných publikací (Svěráková, 2012, s. 38-39).

Americký sociální psycholog Kurt Lewin je autorem třífázového modelu změn. Model lze využít i během edukace. Tento model Lewin demonstruje na kostce ledu, kterou chce změnit na kužel. Aby bylo možné změnu provést, je první fází „rozmrazení“, kdy v případě ošetrovatelské péče lékař oznámí pacientovi jeho diagnózu. V této fázi je důležité uvědomění si nutnosti změny životního stylu. V první fázi, která je ovlivněna i charakterem onemocnění je důležitá motivace. Pokud pacient uvidí změnu, často úlevu při změně diety, pochopí nutnost změny snáz. Druhá fáze neboli „stádium pohybu“ je plánování a postupná realizace změny. Pacient se učí nové dovednosti a získává poznatky. Je důležité, aby pacienta podporovala i rodina. Třetí fází je „zafixování znovuzmrazením“, kdy jsou nové vědomosti a znalosti zařazeny mezi běžné denní činnosti. Pacient je povzbuzen viditelnými změnami, jako je snížení hmotnosti, úprava hodnot krevního tlaku a také zvládnutí praktické činnosti. Ocenění lékařem a sestrou je pro pacienta velmi důležité a chválou by se nemělo šetřit (McGrath, 2015, s. 150; Svěráková, 2012, s. 29).

11 KVALITA ŽIVOTA

Kvalita vyjadřuje hodnotu, jakost. Lze ji vyjádřit ve dvou významech. Prvním významem je normativní kategorie, kdy se přibližuje k představám či potřebám jedince. Druhým významem je označení specifických vlastností nebo charakteristik, které od sebe určité objekty odlišují (Gurková, 2011, s. 21).

Ve zdravotnictví a medicíně se do popředí dostává téma kvality života v 80. letech minulého století. Zkoumáno je psychosomatické a fyzické zdraví. Setkáváme se s pojmem „Health related quality of life“ (HRQoL), v překladu jde o „kvalitu života ovlivněnou zdravím“. (Payne et al., 2005, s. 418)

V posledních 30. letech se studium kvality života rozvíjí a jde více do hloubky. Pokud hodnotíme kvalitu života, je objektem život jednotlivce, kdy paradigmatem je osoba. V ošetrovatelství se často zaměřujeme na kvalitu života pacienta s určitým onemocněním, kterou lze hodnotit individuálně, komplexně a subjektivně. Během měření porovnáváme to, co je důležité pro jednotlivce, nelze ji tudíž definovat všeobecně. Kvalita života je zkoumána v mnoha vědních oborech, nejčastěji v medicíně, ošetrovatelství, psychologii, sociologii, ekonomii a filozofii. V pojetí kvality života a vyhranění toho, co jí definuje, posuzujeme různé oblasti, ve kterých člověk získal zkušenosti – fyzické funkce, oblast dosahování životních cílů, životní štěstí. I přes to, že není kvalita života všeobecně definována a každý obor zabývající se tímto tématem má svou definici a svůj úhel pohledu, má tento koncept své nenahraditelné místo (Gurková, 2011, s. 23; Payne et al., 2005, s. 253).

V ošetrovatelství je nejčastěji využívána definice kvality života dle Světové zdravotnické organizace (WHO – World Health Organization). Kvalita života jednotlivců je chápána jako vnímání svého místa v životě s životními cíli, očekáváním, zájmy a standardy v souladu s kulturou a hodnotovým systémem (Gurková, 2011, s. 51).

Kvalita je relativní kategorií, lze ji vyjádřit kvalitativně, pomocí hodnotového systému hodnotitele nebo kvantitativními indikátory, které jsou objektivní a lze je změřit. Při hodnocení kvality je důležité stanovení předmětu a normy, podle které budeme předmět hodnotit. Pokud hodnotíme kvalitu života, je objektem život jednotlivce, kdy paradigmatem je osoba. (Gurková, 2011, s. 21-22).

Kvalitu života můžeme měřit subjektivně, kdy jednotlivec hodnotí svůj život a své okolí (vzdělání, zaměstnanost) naopak u objektivního hodnocení se dotazujeme např. na kvalitu zdravotní péče (Cocks, 2002, s. 118).

Jednou z metod sledování kvality života je rozhovor, který je zaměřený na jednotlivce. Rozhovor může být osobní nebo formou telefonního hovoru. Tato metoda bývá časově i finančně náročná, a proto se častěji přistupuje k měření dotazníkovým šetřením. U dotazníkového šetření se objevuje několik faktorů, které mohou ovlivnit validitu a důvěryhodnost získaných dat. Ovlivňujícími faktory jsou rozsah a obsah dotazníku, výběr participantů, distribuce a návratnost dotazníků (Payne et al., 2005, s. 269–272).

11.1 Dotazník kvality života dle Světové zdravotnické organizace

Dotazník Světové zdravotnické organizace (WHO) WHOQoL- 100 je tvořen 100 otázkami, uspořádanými do 24 podblastí, které byly dále uspořádány do 6 dimenzí. Každá podoblast má 4 otázky. Součástí je i jedna nespecifická oblast (Rogalewitz et al., 2017).

Pro praxi byl však dotazník WHOQoL- 100 moc rozsáhlý, a proto byla z každé podoblasti vybrána jedna otázka. K vybraným otázkám byly přidány dvě otázky k celkovému hodnocení a vznikla tak zkrácená verze WHOQoL – BREF. Verze WHOQoL – BREF je několik, za nejdůležitější jsou považovány dvě verze – verze vydaná WHO v Ženevě a americká verze vydaná Washingtonskou univerzitou. V češtině existují 2 překlady (Mravčík a Lajčková; Dragomirecká a Bartoňová), které se liší v pokynech pro využití a slovních formulacích. Rozdíly mohou narušit interpretaci výsledků provedeného výzkumu (Rogalewitz et al., 2017).

U WHOQoL – BREF stejně jako u WHOQoL- 100, je u některých otázek obrácená stupnice hodnocení. Stejně jako při klasifikaci je u tří otázek (3,4,26) 1 nejlepší a 5 nejhorší, zatímco u ostatních otázek je to naopak (1 nejhorší, 5 nejlepší) (Rogalewitz et al., 2017).

Verze Dragomirecké a Bartoňové bývá častěji využívána, je nejvíce podobná verzi vydané WHO. K překladu byly využity 2 nezávislé překlady, porovnání a posouzení odborníky užívající aktivně dvou jazyků. Následné přeložení do angličtiny pomohlo najít a opravit rozpory v pojmech a významu slova (Rogalewitz et al., 2017).

Před zahájením výzkumného šetření s dotazníkem WHOQoL – BREF byla požádána PhDr. Eva Dragomirecká, PhD. o souhlasné stanovisko s využitím verze dotazníku vyplněním registračního formuláře. Po obdržení elektronické verze dotazníků, byli účastníci osloveni a požádáni o vyplnění dotazníku.

EMPIRICKÁ ČÁST

12 FORMULACE PROBLÉMU

Diplomová práce se zabývá kvalitou života pacientů po radikální cystektomii s náhradní derivací moče ortotopickou ileální neovezikou u pacientů s karcinomem močového měchýře.

Nádorovým onemocněním močového měchýře jsou častěji postiženi muži ve věku 60–70 let. U žen ve stejné věkové kategorii je to 3krát méně častá malignita. K chirurgické léčbě karcinomu močového měchýře radikální cystektomií se přistupuje v případech, že již nelze nádory léčit transureterální resekcí (TUR), nádor rychle roste, je agresivní a invaduje svalovinu močového měchýře. Pacient je tak ohrožen vznikem metastáz.

Každý pacient s invazivním nádorem močového měchýře indikován k radikální cystektomii musí mít zajištěnou náhradní derivaci moče, která zajišťuje odvod moče z močových cest a ven z těla. Jednou z možností radikální cystektomie je derivace ortotopickou ileální neovezikou. Radikální cystektomii je doporučováno provést nejpozději do 12 týdnů od stanovení diagnózy.

Období před a po operaci představuje pro pacienta jeho rodinu velice psychicky náročné období, kdy se po vyslechnutí diagnózy závažného onemocnění musí vyrovnat s vědomím možného ohrožení na životě. Je důležité pacienta dostatečně informovat o léčbě, možných komplikacích a následné rekonvalescenci. Radikální cystektomie představuje pro nemocného velký zásah, který může narušit vnímání obrazu svého těla a také to, zda a jak bude schopen žít tak jako před zjištěním diagnózy karcinomu močového měchýře a nutnosti jeho radikálním řešením.

Jaká je kvalita života pacientů po radikální cystektomii s náhradní derivací moče ortotopickou ileální neovezikou a jaké faktory z oblasti fyzické, psychické, sociální a duchovní ji ovlivňují nejvíce?

Zdravotnický personál by měl být pro pacienta zdrojem informací a měl by mu je poskytnout bez požádání. V období nemoci je někdy nutné informace opakovaně sdělovat a připomínat. Je tomu tak vždy?

13 CÍL A ÚKOLY PRÁCE

13.1 Hlavní cíl

Analyzovat faktory ovlivňující kvalitu života pacientů po radikální cystektomii s náhradní derivací moče ortotopickou ileální neovezikou.

13.2 Dílčí cíle

1. Zjistit jaké faktory fyzické povahy ovlivňují kvalitu života po radikální cystektomii s náhradní derivací moče ortotopickou ileální neovezikou.
2. Zjistit jaké faktory psychické povahy ovlivňují kvalitu života po radikální cystektomii s náhradní derivací moče ortotopickou ileální neovezikou.
3. Zjistit jaké faktory sociální oblasti ovlivňují kvalitu života po radikální cystektomii s náhradní derivací moče ortotopickou ileální neovezikou.
4. Zjistit jaké faktory duchovní oblasti ovlivňují kvalitu života po radikální cystektomii s náhradní derivací moče ortotopickou ileální neovezikou.
5. Prozkoumat zkušenost pacientů s nádorovým onemocněním močového měchýře s nutností provedení radikální cystektomie s náhradní derivací moče ortotopickou ileální neovezikou.

13.3 Výzkumné otázky

1. Jaké jsou faktory ovlivňující fyzický stav pacienta po radikální cystektomii s náhradní derivací moče ortotopickou ileální neovezikou?
2. Jaké jsou faktory ovlivňující psychický stav pacienta po radikální cystektomii s náhradní derivací moče ortotopickou ileální neovezikou?
3. Jaké jsou faktory ovlivňující sociální oblast v životě pacienta po radikální cystektomii s náhradní derivací moče ortotopickou ileální neovezikou?
4. Jaké jsou faktory ovlivňující duchovní oblast v životě pacienta po radikální cystektomii s náhradní derivací moče ortotopickou ileální neovezikou?
5. Jaké je kvalita života vybraných pacientů po radikální cystektomii s náhradní derivací moče ortotopickou ileální neovezikou hodnocená dotazníkem WHOQoL-BREF?

14 METODIKA PRÁCE

Snahou empirické části diplomové práce je pomocí subjektivního přístupu a systematického procesu popsat a interpretovat faktory ovlivňující kvalitu života pacientů, kterým byl diagnostikován invazivní karcinom močového měchýře a podstoupili radikální cystektomii s náhradní derivací moče ortotopickou ileální neovezikou.

Vzhledem k cílům výzkumu byl použit kvalitativní výzkumný přístup.

Na začátku kvalitativního výzkumu se vybírá téma a určují se základní výzkumné otázky, proto je tento výzkum považován za pružný typ výzkumu. Metodolog Creswell v roce 1998 definoval kvalitativní výzkum jako „*proces hledání a porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému*“ (Hendl, 2023, s. 46).

Sběr a analýza dat probíhá v delším časovém intervalu. Po analýze dat se rozhodne, zda zjištěná data výzkumník potřebuje a popřípadě začne s novým sběrem a analýzou. Práce výzkumníka připomíná práci detektiva. Součástí výsledné zprávy o výzkumu jsou citace oslovených participantů a poznámky výzkumníka (Hendl, 2023, s. 46).

K získání informací od participantů byl využit návod k rozhovoru, který zajišťuje, že se během rozhovoru proberou všechna témata. Pomocí návodu zůstává volnost k přizpůsobení formulace otázek a nejvýhodnějšímu využití času na rozhovor. Návod je uspořádán ve dvou sloupcích, pomáhá tazateli udržet zaměření rozhovoru, zároveň však dává dotazovanému prostor pro vlastní pohled zkušenost (Hendl, 2023, s. 178-179).

Rozhovor neboli interview je metodou poznávací, výzkumnou a diagnostickou. Délka rozhovoru by neměla přesáhnout 45 minut. V rámci kvalitativního šetření je hlavními metodami sběru dat naslouchání vyprávění, kladení otázek a získání odpovědí od participantů. Verbální kontakt mezi tazatelem a respondentem, při kterém pomocí pokládání otázek získáme potřebná data a také můžeme podchytit hlubší kontext odpovědi. Tato metoda je pružná, dynamická a dá se přizpůsobit situaci i samotnému respondentovi a otázku lze v případě nutnosti zopakovat. Při využití rozhovoru jako výzkumné metody musíme dodržet kritéria objektivity, reliability a validity. Během rozhovoru je důležité navodit příjemnou a přátelskou atmosféru, používat srozumitelný jazyk a pojmut rozhovor přirozeně a nenásilně tak, aby otázky navazovaly jedna na druhou a střídaly se těžší s lehčími (Bártlová, 2008, s. 88-89; Žiaková, 2009, s. 151).

14.1 Charakteristika sledovaného souboru

Pro empirickou část diplomové práce bylo záměrně vybráno 8 participantů. Hlavním kritériem pro výběr participantů bylo to, aby byli více než jeden rok po radikální cystektomii s náhradní derivací moče ileální neovezikou. Osloveno bylo 5 mužů a 3 ženy. Jeden z participantů – mužů, během výzkumného šetření zemřel na Urologické klinice na pozdní komplikace spojené se základním onemocněním, a proto s ním nemohl být výzkumný rozhovor dokončen. Do výzkumného šetření bylo zařazeno 7 rozhovorů s participanty.

Oslovení jsou v době zahájení výzkumu po výkonu v rozmezí 5–9 let.

14.2 Organizace výzkumu

Po udělení souhlasu manažerky pro vzdělávání a výuku nelékařských zdravotnických pracovníků FN Plzeň (příloha č. 1) bylo v období 2. - 20. 12. 2019 zahájeno výzkumné šetření k vyhledání vhodných participantů. V lednu 2024 byla opět oslovena Mgr. Světluše Chabrová – manažerka pro vzdělávání a výuku nelékařských zdravotnických pracovníků, o souhlasné stanovisko (příloha č. 2) s pokračováním výzkumného šetření z důvodu doplnění výzkumu o dotazník WHOQoL – BREF.

K získání dat pacientů, byla využita statistická data zapůjčena od přednosta Urologické kliniky FN Plzeň. Po vybrání pacientů po radikální cystektomii s náhradní derivací moče ortotopickou ileální neovezikou, kteří splňovali kritéria pro zařazení do výzkumu, bylo pod dohledem vrchní sestry Urologické kliniky FN Plzeň nahlédnuto do lékařské a ošetrovatelské dokumentace a následně byly získány telefonické kontakty na pacienty pro možnost domluvení se na osobním setkání a provedení rozhovoru.

Z důvodu aktuální epidemiologické situace bylo výzkumné šetření provedeno telefonickým rozhovorem (participanti P1, P2, P4, P6, P7) anebo videohovorem (P3, P5) přes službu WhatsApp. Před provedením samotného rozhovoru byly respondentům po domluvě zaslány poštou/ emailem souhlasy s účastí ve výzkumu (příloha č. 3). Oslovení participantů byli předem upozorněni na možnost odstoupení od výzkumu bez udání důvodu. Všichni oslovení se výzkumu zúčastnili dobrovolně.

V průběhu telefonního hovoru/ videohovoru bylo dodrženo soukromí participanta a nebyla přítomna žádná třetí osoba. Rozhovor trval přibližně 35-45 minut a se souhlasem participantů byl pořízen audiozáznam. Na audiozáznam byli všichni participantů upozorněni

před začátkem rozhovoru. Získané údaje byly poté přepsány do písemné formy. Participantka P1 doplnila informace zasláním emailu, který byl vytištěn a z osobní emailové schránky vymazán.

Získaná data z rozhovorů byla opakovaně pročitána, podrobena obsahové analýze, kódována metodou „tužka – papír“. Byly stanoveny hlavní kategorie, které odpovídají dílčím cílům práce a poskytují odpovědi na výzkumné otázky.

K doplnění výzkumného šetření byl použit dotazník kvality života Světové zdravotnické organizace (WHO) WHOQoL – BREF (příloha č. 4). Jde o zkrácenou verzi WHOQoL-100. Zkrácená verze obsahuje 26 položek, kdy dvě jsou samostatné a hodnotí celkovou kvalitu života a celkový zdravotní stav. Ostatních 24 položek je rozděleno do čtyř domén (doména fyzického zdraví, prožívání, sociálních vztahů a prostředí) a zastupují facety, ze kterých byla vybrána nejsilněji korelující položka.

Dotazník byl analyzován pomocí Příručky pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace přeloženou Evou Dragomireckou a Jitkou Bartoňovou. Výsledky jsou zapsány do datové tabulky. V diplomové práci byl použit program Microsoft Excel a byly použity vzorce u konkrétních funkcí.

15 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Výzkumného šetření týkajícího se kvality života pacientů po radikální cystektomii s konkrétní derivací moče se zúčastnilo 7 participantů (dále P1-P7) - 3 ženy a 4 muži.

Na začátku každého rozhovoru byly zkontrolovány demografické údaje participantů. Průměrný věk participantů v době operace byl 64,8 let.

Participant (P)	Věk v době operace	Rok operace	Pohlaví	Vzdělání	Rizikové faktory (mimo kouření)	Kouření před operací
P 1	62 let	2018	Žena	SŠ	Ne	Exkuřačka
P 2	69 let	2016	Muž	SŠ	Výfukové plyny	Exkuřák
P 3	58 let	2014	Muž	VŠ	Ne	Ano
P 4	69 let	2016	Žena	SŠ	Ne	Ne
P 5	65 let	2018	Žena	Vyučená	Ne	Exkuřačka
P 6	69 let	2017	Muž	Vyučený	Výfukové plyny	Exkuřák
P 7	62 let	2018	Muž	SŠ	Výfukové plyny	Exkuřák

Tabulka 1 Demografické údaje respondentů

Po upřesnění demografických údajů (Tab. č. 1), bylo zjištěno, že pouze jedna z participantek (P4) nikdy nebyla aktivním kuřákem. V době provedení šetření bylo pět z participantů exkuřáky již od doby před nemocí nebo přestali kouřit po oznámení diagnózy. Participant P3 kouřil před operací a svého zlovyku se nevzdal ani po operaci.

Kouření je dle odborné literatury až z 65 % vyvolávajícím, faktorem vzniku nádoru močového měchýře.

V úvodu rozhovoru jsem se oslovených dotazovala na to, jak se jim daří teď s odstupem několika let od operace.

Participantka P1 odpověděla: „*Nyní se cítím vcelku dobře, i když moje neovezika nefunguje, nemohu močit, tak se musím cévkovat*“. Participant P2 udal, že se cítí velmi dobře a dodal „*S nemocí a celou situací jsem vyrovnaný*“. Participant P3 podstoupil operaci páteře, jejíž bolesti ho trápily už dříve a s úsměvem dodal „*Teď už je všechno opravené*“. Participantka P4 na otázku, jak se jí teď po 7 letech daří, odpověděla: „*Mám se tak, že to jde. Trávíme s manželem, který má teď zdravotní potíže, čas na chalupě. Pravidelně chodím na sono a CT vyšetření, po kterém jsem teď měla slabou alergickou reakci*“. Participantka P5 je 5 let po operaci a udala „*Nemám se ani dobře, ale ani špatně. Tak normálně*“. Participant P6 a P7 odpověděli velmi stručně. P6 „*Ani dobrý, ani špatný*“ a P7 „*Aktuálně se mám velmi dobře*“.

Druhou otázku jsem cílila na prožívání prvního roku po operaci. Odstup jednoho roku od operace byl hlavním kritériem výběru participantů. V tomto období si museli participanté přivyknout na změnu, kterou jim operace přinesla. Každý toto období prožíval jinak.

Participant P1, P3, P4, P5 a P7 v prvním roce museli být hospitalizováni kvůli IMC. Participant P2 se po nutné rekonvalescenci vrátil k práci, „*Bral jsem to tak jak to je*“ udal. Participant P6 zhodnotil první rok jako náročnější období, „*Zvyknout si na to, že musím kvůli inkontinenci na noc nosit plenu s vyšší savostí*“. U participantky P4 se objevoval pocit vyšší únavy, „*Díky slabosti a vyrážce na ruce, nohou a obličeji jsem zjistila, že mám IMC, jinak mě nic nebolelo, nic jsem necítila. Po půl roce se to opakovalo*“.

Participant P3 zhodnotil první rok od operace těmito slovy: „*První rok byl náročný, měl jsem IMC. Špatně jsem spal, měl jsem strach z pomočování, ale teď už mám spánek velmi kvalitní, mám cévku. Nejradostnější zprávou bylo, že není potřeba chemoterapie a jsem zdravý*“. Špatný spánek v prvním roce uvedla také participantka P5, než si zvykla. Participant P7 řekl: „*První rok proběhl v pohodě, vše se vrátilo zpátky*“.

Po úvodních otázkách týkajících se aktuálního stavu a prožití prvního roku od operace byly otázky cílené na jednotlivé oblasti života pacienta, které by mohly ovlivnit jeho kvalitu. Odpovědi související s jednotlivými oblastmi – fyzický stav, psychický stav, sociální a duchovní oblast a životní styl, bych ráda analyzovala v následujícím textu.

15.1 Kategorie: Faktory ovlivňující fyzický stav pacienta

Radikální cystektomie je jak časově, tak i fyzicky náročná operace. V somatické oblasti jsem se zajímala o to, zda mají participanti nějaké tělesné obtíže po operaci, zda mají dostatek energie a tělesné síly, popřípadě nějaké jiné tělesné komplikace, které by jejich kvalitu života ovlivňovaly.

Participantka P1 odpověděla: „*I po nemoci/ operaci jsem šťastná. Podle okolí jsem byla před operací hyperaktivní, teď jsem ráda, že se v poledne na hodinku mohu natáhnout. Brzy se nyní unavím.*“ Participant P2 udal „*Po operaci mám inkontinenci, hlavně v noci. Dával jsem si mezi nohy bažanta, teď používám urinální kondom a nemusím se bát, že vyleju bažanta do postele.*“ U participanta P3 komplikace po operaci vyřešilo zavedení PMK, udává: „*Dva roky mě trápila inkontinence, musel jsem se krátce cévkovat. Z důvodu zúžení močové trubice, jsem musel podstoupit další zákrok a poté mi byl zaveden permanentní močový katetr, který mám stále a chodím k Vám (pozn. Urologická klinika – ambulance) na výměny.*“

Větší únavu udává i participantka P4, kdy dodala, že běžné denní činnosti zvládá. Zmiňuje také nutnost metody ČIK a **únik moče**. „*Musím si hlídat čas a jít pravidelně na WC, abych neměla únik moči, přes den se musím 5x vycévkovat a na noc používám inkontinenční kalhotky a ještě vložku.*“ Problém s častějšími IMC má participantka P5, stejně tak je u ní nutnost využití metody ČIK. „*Musím se od roku 2019 čikovat, ale na to si člověk zvykne.*“

„*Získal jsem kartu ZTP na auto, jinak mě kromě úniku moče nic moc netrápí. Občas pociťuju větší únavu a nedělám náročnější manuální práci na zahradě. Více odpočívám.*“, uvedl participant P6. Participant P7 omezil sport, dodal, že to bylo spíš kvůli věku než nedostatku energie. Zmínil také to, že se po operaci potýká s inkontinencí moče hlavně v noci. „*Ale spím dobře, když spím, tak spím*“, dodal. Jako pooperační komplikaci zmínil participant P7 kýlu v jizvě. „*V jizvě se mi udělala pooperační kýla, ale to už je vyřešené.*“

15.2 Kategorie: Faktory ovlivňující psychický stav pacienta

Vyslechnutí diagnózy závažného onemocnění je náročnou životní situací. Přijetí nemoci má své fáze, které přicházejí v různém pořadí, obvykle první bývá šok. Člověk je slo-

žitá osobnost a každý se se špatnou diagnózou vyrovnává jinak. Přítomnost negativních myšlenek není neobvyklá a v období rekonvalescence je důležité mít u sebe někoho, kdo nemocnému pomůže nemoc přijmout.

Po oznámení závažné diagnózy, kterou nádorové onemocnění bezpochyby je, je důležité, aby pacient věděl, že na tak náročnou životní situaci není sám. Kromě rodiny a přátel hrají důležitou roli i zdravotní pracovníci. Se změnami, které nemoc přinesla, participantům nejvíce pomohla a dále pomáhá rodina. Participantka P1 uvedla, že jí také hodně **pomáhá** zaměstnankyně lékárny, která jí zajišťuje poukazy na zdravotní pomůcky a jejich objednání a také sestřička u obvodního lékaře, která jí objednává pomůcky pro inkontinentní s dovozem až domů. „*K životu přistupuji tak, že vždycky může být hůř. Co by jiný za to dal, kdyby na tom byl jako já. Jiný jsou na tom hůř. Díky pomoci manžela, jen tím, jaký je, jsem svou nemoc zvládla.*“ Participantka P4 udala, že žádnou pomoc nepotřebovala, nemoc a změny s ní spojené přijala. „*Někdy jsem našťvaná, že si musím hlídat čas na pravidelné močení. Nejuchám, protože nemůžu cestovat, dříve jsme jezdili hodně s manželem a poté s kamarádkou. Ted' se bojím případných komplikací a musela bych mít samostatný kufr na pomůcky.*“

Participant P2 nepocit'uje žádné negativní pocity k nemoci a dodává: „*Na svou nemoc nemyslím, očekával jsem, kdy to přijde. Otec měl nádor prostaty.*“ Stejně tak participant P3 udal, že: „*Když by nepřišlo tohle, přišlo by něco jiného, a tak je to stále. Po sdělení diagnózy jsem si šel zapálit a tato neřest mi zůstala. Žádná panika, cítil jsem se odevzdaně.*“

„*Někdy jsem celkově našťvaná, že mě to potkalo a říkám si proč zrovna já? Když mi diagnózu oznámili, cítila jsem se psychicky špatně. V minulosti jsem měla nádor prsu a potíže se štítnou žlázou. Bylo toho na mě moc. Ted' už je to lepší.*“, vyjádřila své pocity participantka P5.

Participant P6 teď žádné negativní pocity v souvislosti s nemocí nemá, dodal: „*Po zjištění, co mi je, mi bylo ouvej. Byl to pro mě zlý sen. Ted' jsem na tom úplně zlatě. Mohlo být hůř.*“ Někdy člověk cítí, že je něco takzvaně špatně, tyto pocity měl participant P7 a vyjádřil se takto: „*Předtím jsem tušil, že je něco špatně. Byl jsem našťvaný sám na sebe. Ted' je zdraví na prvním místě, víc se o sebe starám.*“

Všichni z oslovených se shodli na tom, že nejvíce jim pomohla nemoc přijmout rodina. „*Hodně mi pomohla manželka, po operaci mě na nohy postavila její polévka.*“ řekl participant P7. Participant P3 se zajímal hlavně o pocity své nyní již bývalé partnerky, která

mu nemoc pomohla přijmout. „*Nepřipouštěl jsem si, že to dopadne špatně. První, co mě zajímalo, bylo, jak to přijme moje přítelkyně. Její manžel zemřel na rakovinu varlat.*“

15.3 Kategorie: Faktory ovlivňující sociální oblast pacienta

V oblasti sociální problematiky jsem se zajímala o vliv nemoci na vztahy s rodinou a blízkými a také o to, zda byl ovlivněn pracovní život participantů a trávení volného času. Podpora rodiny a blízkých je vždy důležitá, v době nemoci obzvlášť. Sdílená starost, je poloviční starost. Participantů uvedli, že vztahy v rodině ovlivněny nebyly. Rodina projevila o nemocného zájem a více se sblížili.

„*Ze začátku měli všichni – manžel, děti, sestry větší strach, teď se to uklidnilo*“ řekla participantka P1. Participant P2 měl také velkou oporu ve své rodině. „*V prvním roce mě hodně podpořila moje žena, děti a vnoučata a stále máme pěkný vztah. Nyní se o manželku starám kvůli neurodegenerativnímu onemocnění já.*“

Participant P3 zmiňuje starost svých rodičů. „*Moje matka to snášela nejhůř, ale byli mi s tátou oporou.*“ Participantka P5 zmiňuje větší strach o děti, rodina jí byla velkou oporou. Dodává však: „*Známý nevěděli, jak se mnou mluvit. Jak se říká, v nouzi poznáš přítele.*“

Radikální cystektomie s náhradní derivací moče ileální neovezikou není důvodem proč se nevrátit do práce, pokud to zdravotní stav dovolí. Participantů P1, P2, P3, P5 a P7 se vrátili do práce. Participant P3 udal: „*Během pobytu v nemocnici a následně po dobu rekonvalescence o mě kolegové a kolegyně projevovali zájem, a to mě těšilo.*“ Participantů P1, P4 a P6 byli v době operace již ve starobním důchodu (dále SD), participantka P1 uvedla **ukončení pracovního poměru**, který vykonávala již v době SD.

„*Po nemoci jsem se vrátil ke svému podnikání ve stavebnictví*“ řekl participant P2. Participantka P4 na rok po operaci vynechala univerzitu třetího věku, „*nevěřila jsem si, že držím moč.*“ Volný čas tráví s manželem na chalupě. „*Když mi přijde, že jsem na chalupě moc dlouho a udělala jsem toho dost, jedu zpět do města – poklidím, sejdu se s kamarádkami na kafe.*“

Volný čas si více plánuje participantka P5, uvedla: „*Musím si volný čas plánovat, to už jsem si zvykla. Dřív jsem musela být u všeho, teď se necítím vnitřně dobře mezi větším množstvím lidí.*“

V oblasti sociální problematiky byla položena otázka týkající se sexuálního života participantů. Všichni dotazovaní byli předem upozorněni na to, že na tuto otázku odpovídat nemusejí a je pouze jejich rozhodnutí, zda odpoví. Všichni participanti odpověděli a šest z nich udalo, že jejich sexuální život nemocí a následně operací ovlivněn byl. U participantů mužů (P2, P3, P6 a P7) byl ovlivněn radikalitou výkonu, kdy participant P3 uvedl: „*Využívali jsme s partnerkou jiné alternativy k uspokojení. Ztrátu erekce beru jako trvalý následek po operaci.*“ Participant P7 si situaci vyčítá. „*Kvůli mně není žádný sex.*“ Participantka P1 udává: „*Jsem s partnerem více opatrní z důvodu zkrácení pochvy během výkonu.*“ Participantka P4 s pobaveným výrazem ve tváři uvedla: „*Přišla jsem domů a řekla jsem, že to nebudeme ani zkoušet, že to mám zakázané. Manžel to respektoval a ani to nevyžadoval, navíc mi táhlo na sedmdesát.*“ U participantky P5 vymizelo libido. „*Intimní život s manželem nemáme, libido po operaci zmizelo.*“

15.4 Kategorie: faktory ovlivňující duchovní oblast a životní styl pacienta

Nemoc, nejčastěji ta vážná jako je například nádorové onemocnění nás donutí se zastavit, přemýšlet, něco v životě změnit. Oslovených participantů jsem se ptala, zda něco ve svém životě po nemoci změnili, jestli jim nemoc přinesla nějaké poučení.

Participantka P1 si vždy života vážila a nebrala ho jako samozřejmost. Po oznámení diagnózy si řekla: „*Jsi blbá, holt ses k nádoru prokouřila.*“ Od zjištění diagnózy participantka P1 nekouří. „*Díky nemoci jsem si po operaci už nezapálil cigaretu. Začal jsem si víc vážit věcí, které jsem bral automaticky.*“ Uvedl participant P2.

Participant P3 k této oblasti řekl: „*Aby člověk žil, musí něco obětovat. Díky nemoci řeším zdravotní potíže hned a nečekám, kdybych to udělal už předtím, nemuselo to dojít tak daleko.*“ Participantka P4 si myslí, že to tak mělo být, udala: „*Nevím, proč nemoc přišla, ale mělo to tak být. Žila jsem vždy šedý život. Možná jóga mi pomohla to celé přijmout, jak to je. K životu přistupuji stále stejně.*“

Participantka P5 se cítí být klidnější. „*Dříve jsem žila hektickým životem. Těsně po operaci jsem byla nesoustředěná. Vím, že je dobré jít k doktoru hned a nečekat.*“ Participanti P6 a P7 uvedli, že nic výrazně nezměnili. Uvědomili se, že musí jít včas k doktoru.

Často se lidé vzdají z důvodu nemoci svých zlovyků, jinak tomu nebylo ani u 5 z oslovených. V případě participantů P1, P2, P5, P6 a P7 přestali kouřit v různém časovém období před operací. Participantka P4 nikdy nebyla aktivní kuřačkou a neuvedla žádný jiný

zlozvyk, který by mohl být rizikovým faktorem. Participant P3 si tento zlozvyk ponechal i po operaci. Participantka P1 více respektuje únavu. Participant P3 s pobavením dodal: „*Vždycky jsem byl lehkoživka, zhýralý život. Nic jsem nezměnil.*“ Participantka P4 změnila po operaci své stravovací návyky: „*Odríkám si po operaci maso.*“ Participantka P5 si častěji říká: „*Nemusíš, uděláš to zítra.*“ Participant P6 vidí největší změnu v tom, že „*dřív jsem nemusel nosit plenu, mohl jsem v létě s vnoučaty do bazénu.*“ Participant P7 opět k tomuto tématu dodal stručnou odpověď: „*Moc jsem nezměnil.*“

15.5 Zkušenost se zdravotníky

V závěru rozhovoru jsem se zajímala o zkušenosti participantů se zdravotnickým personálem. Již od prvních projevů nemoci byli zdravotníci nedílnou součástí jejich života. Po dobu hospitalizace a rekonvalescence jsou často i jedinými, se kterými mohli o svých potížích mluvit. Všichni oslovení měli během diagnostiky i léčby většinou dobré zkušenosti. Informace o možnosti derivace ortotopickou ileální neovezikou byla pro ně novinkou.

Participant P2 zmínil: „*Nádor jsem očekával, ale ne nádor močového měchýře. Neovesika pro mě byla nová informace, nikdy jsem o tom neslyšel. Jediné, co mi vadilo, bylo to, že mi neřekli na ambulanci o urinálním kondomu. O tom vím až od Vás. Určitě by se pacientům tato možnost měl říkat, budou líp spát.*“ Participantka P1 vidí velkou výhodu v **pomoci při zařizování pomůcek pro inkontinentní**. „*Hodně mi pomáhá paní Panušková z organizace Zelená hvězda a sestřička od praktického lékaře.*“

Ostatní z oslovených udali se zdravotníky dobré zkušenosti a dodávají, že se s nimi setkávají hlavně na pravidelných kontrolách ať už při návštěvě ambulance na Urologické klinice nebo u svých privátních urologů, kam někteří z nich docházejí.

16 ANALÝZA DOTAZNÍKU WHOQOL – BREF

Každá doména byla samostatně analyzována a vyhodnocena v programu Microsoft Excel. U zanesení výsledků do tabulky programu, kdy řádek označený číslem (např. 1-60) představuje výsledek respondenta a sloupec označený písmenem (např. A-AA) jednotlivé položky dotazníku, byla použita funkce „=PRŮMĚR“ k vypočtení průměrného hrubého skóru.

Rozmezí hrubého skóru je 4-20, kdy hodnota 4 představuje minimum a hodnota 20 maximum. Čím vyšší hodnota hrubého skóru je, tím poukazuje na vyšší kvalitu života. Skóry domén jsou přizpůsobeny tak, aby bylo možné je srovnat s doménami dotazníku WHOQoL-100.

16.1 Doména 1- Fyzické zdraví

Průměrný hrubý skór domény 1 vypočteme ze sedmi položek obsahující otázky:

q3: Do jaké míry máte pocit, že Vám fyzická bolest brání dělat to, co potřebujete?

q4: Jak moc potřebujete nějakou léčbu, abyste fungoval/a v běžném životě?

q10: Máte dost energie pro běžný život?

q15: Jak velké potíže Vám dělá pohybovat se mimo domov?

q16: Jak spokojený/á jste se svým spánkem?

q17: Jak spokojený/á jste s tím, jak jste schopen/a vykonávat každodenní aktivity?

q18: Jak spokojený/á jste se svou schopností pracovat?

dom1	P	q3	q4	q10	q15	q16	q17	q18	hrubý skór	průměr
ženy	P1	4	5	3	4	2	4	4	11,43	
	P4	5	4	3	5	3	4	4	12,57	
	P5	5	4	5	4	4	4	3	13,14	
muži	P2	5	4	4	4	3	4	4	12,57	
	P3	3	3	4	4	5	4	4	15,43	
	P6	5	3	3	4	3	3	3	11,43	
	P7	5	3	4	4	5	4	4	14,29	
								90,86	12,98	

Tabulka 2 Jednotlivé výsledky participantů u domény 1

Vzorec použitý v programu Microsoft Excel:

=PRŮMĚR((6-C2);(6-D2);J2;O2;P2;Q2;R2)*4

U výpočtu musíme u položek q3 a q4 odečíst hodnotu od čísla 6 z důvodu otočení škály. Průměrná hodnota u domény 1 je u obou pohlaví 12,98 kdy rozdíl oproti populační normě domén pro dotazník WHOQoL-BREF, která činí 15,55 je 2,57. Z výsledku můžeme vyčíst, že zde se jedná o mírně sníženou kvalitu fyzického života. Je zde tedy zřejmé, že nemoc a její následné řešení participantům kvalitu fyzického zdraví snížila.

16.2 Doména 2- Prožívání

Průměrný hrubý skór domény 2 vypočteme ze šesti položek obsahující otázky:

q5: Jak moc Vás těší život?

q6: Nakolik se Vám zdá, že má Váš život smysl?

q7: Jak jste schopen/a se soustředit?

q11: Jste schopen/a akceptovat svůj fyzický vzhled?

q19: Jak spokojený/á jste sám/a se sebou?

q26: Jak často jste prožíváte negativní pocity jako špatná nálada, zoufalství, úzkost, deprese?

dom2	P	q5	q6	q7	q11	q19	q26	hrubý skór	průměr
ženy	P1	5	5	4	4	4	5	15,33	
	P4	5	4	4	4	4	5	14,67	
	P5	4	4	4	4	4	3	15,33	
muži	P2	5	5	3	5	4	5	15,33	
	P3	5	5	4	4	4	5	15,33	
	P6	4	4	3	5	4	5	14,00	
	P7	3	4	4	3	3	3	13,33	
								103,33	14,76

Tabulka 3 Jednotlivé výsledky participantů u domény 2

Vzorec použitý pro výpočet v programu Microsoft Excel:

=PRŮMĚR(E2;F2;G2;K2;S2;(6-Z2))*4

U výpočtu musíme u položky q26 odečíst hodnotu od čísla 6 z důvodu otočení škály. Průměrná hodnota u domény 2 je u obou pohlaví 14,76. Populační norma domény 2 u dotazníku WHOQoL- BREF je 14,78. Rozdíl činí 0,02 a dle intervalu populační normy, který je 14,8 se tedy výsledek týkající se prožívání pohybuje v hodnotách průměru.

16.3 Doména 3- Sociální vztahy

Průměrný hrubý skór vypočítáme ze tří položek.

q20: Jak spokojený/á jste se svými osobními vztahy?

q21: Jak spokojený/á jste se svým sexuálním životem?

q22: Jak spokojený/á jste s podporou, kterou Vám poskytují Vaši přátelé?

dom3	P	q20	q21	q22	hrubý skór	průměr
ženy	P1	5	3	4	16,00	
	P4	5	3	4	16,00	
	P5	4	2	4	13,33	
muži	P2	5	2	4	14,67	
	P3	4	1	4	12,00	
	P6	5	2	4	14,67	
	P7	4	1	4	12,00	
					98,67	14,10

Tabulka 4 Jednotlivé výsledky participantů u domény 3

Vzorec použitý v programu Microsoft Excel:

=PRŮMĚR(T2;U2;V2)*4

Průměrná hodnota u domény 3 je u obou pohlaví 14,10. Populační norma domény 3 u dotazníku WHOQoL- BREF je 14,98. Rozdíl činí 0,88 a dle intervalu populační normy, který je 15,0 se tedy výsledek týkající se sociálních vztahů pohybuje v hodnotách průměru.

16.4 Doména 4- Prostředí

Průměrný hrubý skór získáme výpočtem z osmi položek.

q8: Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?

q9: Jak zdravé je Vaše prostředí, ve kterém žijete?

q12: Máte dost peněz na to, abyste uspokojil/a své potřeby?

q13: Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?

q14: Máte možnost se věnovat svým zájmům?

q23: Jak spokojený/á jste s místem kde žijete?

q24: Jak spokojený/á jste s dostupností Vaší zdravotní péče?

q25: Jak spokojený/á jste s dopravou?

dom4	P	q8	q9	q12	q13	q14	q23	q24	q25	hrubý skór	průměr
ženy	P1	4	4	3	3	4	4	4	4	15,00	
	P4	4	4	4	4	4	4	4	4	16,00	
	P5	4	4	4	4	4	4	4	4	16,00	
muži	P2	4	4	3	3	4	4	4	4	15,00	
	P3	4	4	4	5	5	4	4	4	17,00	
	P6	4	4	4	4	4	4	4	4	16,00	
	P7	4	4	4	4	4	4	4	4	16,00	
										111,00	15,86

Tabulka 5 Jednotlivé výsledky participantů u domény 4

Vzorec použitý pro výpočet v programu Microsoft Excel:

=PRŮMĚR(H2;I2;L2;M2;N2;W2;X2;Y2)*4

Průměrná hodnota u domény 4 je u obou pohlaví 15,86. Populační norma domény 4 u dotazníku WHOQoL – BREF je 13,30. Rozdíl činí 2,56 a dle průměru intervalu populační normy, který je 13,3 se tedy výsledek týkající se prostředí pohybuje v hodnotách mírně zvýšené kvality života.

16.5 Celková kvalita života a zdravotního stavu

Zde hodnotíme samostatné položky dotazníku týkající se kvality života (Q1) a zdravotního stavu (Q2). K hodnocení používáme škálu 1-5, kdy u položky Q1 znamená 1- velmi špatná a 5- velmi dobrá. U položky Q2 znamená 1- velmi nespokojen/a a 5- velmi spokojen/a.

16.5.1 Celková kvalita života Q1

Q1: Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?

Použitý vzorec pro výpočet v programu Microsoft Excel: =PRŮMĚR(A2:A8)

kvalita života	P	Q1	průměr
Ženy	P1	3	
	P4	3	
	P5	4	
Muži	P2	4	
	P3	4	
	P6	3	
	P7	3	
		24	3,43

Tabulka 6 Jednotlivé výsledky participantů u položky Q1

Celkový průměr participantů u hodnocení položky kvality života je 3,43 a v porovnání s populační normou pro dotazník WHOQoL- BREF, kdy průměr je 3,82 a tak rozdíl činí 0,39.

16.5.2 Zdravotní stav Q2

Q2: Jak jste spokojen/a se svým zdravím?

Použitý vzorec v programu Microsoft Excel: =PRŮMĚR(B2:B8)

zdravotní stav	P	Q2	průměr
ženy	P1	3	
	P4	4	
	P5	4	
muži	P2	4	
	P3	4	
	P6	4	
	P7	3	
		26	3,71

Tabulka 7 Jednotlivé výsledky participantů u položky Q2

Celkový průměr participantů u hodnocení položky kvality života je 3,71 a v porovnání s populační normou pro dotazník WHOQoL- BREF, kdy průměr je 3,62 rozdíl činí 0,09.

DISKUZE

Radikální cystektomie je i přes vývoj léčebných metod, kdy lze zachovat močový měchýř, považována za nejlepší způsob léčby invazivního nádoru močového měchýře (pT2a – pT4a dle TNM klasifikace). Během této náročné operace je nutné zajistit nemocnému náhradní derivaci moče, jednou z nich je ortotopická ileální neovezika.

Cílem diplomové práce bylo identifikovat hlavní faktory ovlivňující kvalitu života pacientů po radikální cystektomii s vybranou náhradní derivací moče. Empirická část práce byla realizována pomocí kvalitativního výzkumu, kdy byl s oslovenými pacienty proveden rozhovor s otázkami zaměřenými na oblast fyzického a psychického stavu, sociální problematiky a duchovní oblasti. Zajímaly mě také zkušenosti participantů se zdravotníky.

Z osobních údajů participantů bylo zjištěno, že šest ze sedmi oslovených jsou kuřáci. Pět pacientů již v různém časovém úseku před operací kouřit přestalo, jeden z mužů kouří stále. Dle knihy *Urologie pro mediky* od Hanuše (2015, s. 126) zvyšuje kouření riziko vzniku nádorového onemocnění močového měchýře až čtyřnásobně. Zde je diskutabilní případ jedné z participantek (P4), která před onemocněním ani v minulosti nikdy aktivně nekouřila. Participantka P4 také uvedla, že si není vědoma ani žádného rizikového faktoru, který by mohl onemocnění způsobit. V odborném článku Vařečkové et al. (2016) zabývajícím se souvislostí vzniku karcinomu močového měchýře a kouřením autorka uvádí, že ohroženi jsou i tzv. pasivní kuřáci, kteří jsou cigaretovému kouří vystaveni již od útlého věku, a právě často jde o ženy. Zmiňuje se také, že výsledky studií jsou stále nejednoznačné.

První výzkumnou otázkou bylo: **Jaké jsou faktory ovlivňující fyzický stav pacienta po radikální cystektomii s náhradní derivací moče ileální ortotopickou neovezikou?**

V prvním roce muselo být 5 z oslovených hospitalizováno pro infekci močových cest (dále IMC). V odborném článku Tan et al. (2015) zmiňuje, že přítomnost leukocytů a bakterií v moči je u nemocných (pacientů) s neovezikou běžná. Většina pacientů může podle něj být bezpříznaková. U participantky P4 se IMC projevila vyrážkou na horních i dolních končetinách a zvýšenou únavou. Tan et al. (2015) také ve svém článku zmiňuje, že pokud nemají pacienti příznaky, neměli by být léčeni antibiotiky. Vzhledem k tomu, že se k vytvoření ileální ortotopické neoveziky využívá část ilea, je běžné, že u pacientů s neovezikou jsou v kulturačním vyšetření moče bakterie přítomné. Při léčbě bezpříznakové IMC by mohlo dle Tana et al. (2015) dojít k antibiotické rezistenci.

Oslovení participantů v oblasti fyzického zdraví uvádí, že se potýkají se samovolným únikem moči. Mírou denní **inkontinence** se zabýval ve svém výzkumu Tan et al. (2015) uvádí, že až 90 % pacientů, kteří jsou rok po operaci, využívá pouze jednu inkontinentní vložku denně. Z dotazovaných participantů pět uvedlo, že používají přes den vložku pro inkontinentní pouze preventivně, participant P2 uvedl, že přes den použije pomůcku pouze výjimečně a participant P3 nevyužívá nic. Noční inkontinencí trpí šest z dotazovaných, pět z nich používá vložky nebo absorbční pleny, jeden z mužů (P2) si vkládá mezi nohy močovou lahev. Během rozhovoru s participantem P2 byla probrána možnost využití urinálního kondomu na noc, využití této pomůcky by mu značně vylepšila kvalitu spánku a nemusel by se bát, že by se mu močová lahev vylila v lůžku. O výhodách využití urinálního kondomu u mužů s inkontinencí se zabývala ve svém výzkumu Macaulay et al. (2015) kde zmiňuje, že se kvalita života mužů zlepšila nejvíce právě při využívání urinálního kondomu. Participant P3 se s denní i noční inkontinencí potýkal 2 roky, poté se musel krátce autokatetrizovat, a nakonec mu byl zaveden permanentní močový katetr.

Participantů udávají **zvýšenou míru únavy** po operaci. Je vytvoření ileální ortotopické neoveziky příčinou zvýšené únavy? U čtyř dotazovaných je po operaci přítomna vyšší míra únavy během zvládání každodenních činností. V této oblasti byla hodnocena kvalita spánku, kdy participantů porovnávali stav před operací a po operaci. Před operací pět respondentů uvedlo, že spali bez obtíží a nyní mají tři z nich kvalitu spánku zhoršenou. Důvodem zhoršení spánku je noční inkontinence, se kterou se potýká pět z oslovených pacientů. Již před operací měli dva participantů zhoršený spánek, protože museli navštívit toaletu.

Oslovené participantky využívají během dne metodu čisté intermitentní katetrizace, kdy pomocí sterilního katetru a čistých umytých rukou evakuují moč z močového měchýře několikrát denně v pravidelných intervalech nebo dle potřeby. Dvě z participantek uvedly, že se katetrizují 4- 5krát denně, třetí z žen se katetrizuje až 7krát během dne. Z mužů participantů se katetrizoval pouze participant P3 po dobu přibližně 2-3 měsíců. U nemocných s neovezikou jde nejčastěji o docévkování jak ve svém článku uvádí Julínková (2002). U nemocných by mohlo vzniknout postmikční reziduum, kde může docházet ke zmnožení bakterií, které jsou stále přítomné v rezervoáru.

Druhá výzkumná otázka zněla: **Jaké jsou faktory ovlivňující psychický stav pacienta po radikální cystektomii s náhradní derivací moče ileální ortotopickou neovezikou?**

V oblasti zaměřené na psychický stav pacientů bylo stěžejní otázkou to, zda pocítují nějaké negativní myšlenky vůči své nemoci. Vokurka (2018, s. 81) ve své knize popisuje pravidla pro sdělování špatné zprávy – protokol SPIKES. Komunikace je v tomto ohledu nejdůležitější pro to, jak pacient diagnózu přijme a jak se postaví k možnosti léčby a dalšího postupu. Pro sestru je v knize popsána strategie NURSE. Při sdělení diagnózy se čtyři z participantů zachovali racionálně a přijali situaci tak, jak je a začali se zajímat o další postup. Jeden z mužů byl **naštvaný** sám na sebe a zbylí dva participanti se cítili špatně. Participant P3 uvedl, že spíš myslel na svou partnerku, a na to, jak to přijme ona, sám to bral racionálně a šel si ven zakouřit. Byl to snad ochranný mechanismus, jak se vypořádat s touto diagnózou? Každý nemocný se se sdělením diagnózy vypořádá po svém, prochází si různými fázemi adaptace na nemoc, které popsala Elisabeth Kübler – Rossová. Participantka P5 udala, že nad sebou občas pocítí **sebelítost** a ptá se „*Proč zrovna já?*“

Výzkumná otázka č. 3: **Jaké jsou faktory ovlivňující sociální oblast v životě pacienta po radikální cystektomii s náhradní derivací moče ileální ortotopickou neovezikou?**

S přijetím diagnózy participantům pomohla a během léčby byla největší oporou rodina. Jak velkou roli hrají v pomoci přijmout nemoc zdravotníci? Myslím, že bychom se k nemocným neměli chovat jako k nemocným, ale brát je jako jedince, kteří mají i jiný život než ten v období nemoci. V problematice inkontinence je pro pacienty velkou pomocí dostatečné informování o pomůckách pro inkontinentní, popřípadě jejich zajištění v dostatečném množství. Pozitivní zkušenost má participantka P1, kdy jí pomáhá s objednáním pomůcek sestřička od praktického lékaře. Za negativní zkušenost bych považovala zkušenost participanta P2, kdy nebyl seznámen s možností využití urinálního kondomu.

Nemoc není náročnou situací pouze pro nemocného, nemocí jsou zasaženi také rodinní příslušníci a lidé v blízkém okolí, jako jsou například kolegové z práce. Vztahy s rodinou u participantů ovlivněny nebyly, naopak byly posíleny nemocí. Pouze jedna z žen uvedla, že se změnilы vztahy s přáteli, kteří nevěděli, jak s nemocnou komunikovat a doslova dodala „*v nouzi poznáš přítele*“. Tento výrok participantky mě přiměl přemýšlet, zda to tak opravdu je. Je opravdu tak těžké komunikovat s nemocným? Dle Pospíchala (2019), který se ve své publikaci zabývá komunikací s nemocnými, je opravdu lepší neříct nic než říct

něco nevhodného. Onkologicky nemocný pořád zůstává tou samou osobou jako před nemocí, není proto nutné, aby se jediným tématem rozhovoru stala nemoc. Každý nemocný se chce především bavit o běžných tématech.

Participant P1, P2, P3, P5 a P7 se po rekonvalescenci vrátili zpět do práce. Participant P3 dokonce uvedl, že ho zájem kolegů těšil.

V oblasti sociální problematiky bylo také zmíněno velice osobní téma týkající se sexuálního života participantů. Tato oblast je velmi citlivá, proto k ní bylo přistupováno velmi opatrně a participant byli upozorněni na možnost neodpovídat. Jak se vyrovnat s tak radikálním řešením? Pro muže bývá ztráta erekce „*trvalým následkem*“, jak to nazval participant P3. V odborném článku Hoon et al. (2019) se můžeme dočíst, že sexuální funkce ženy může být ovlivněna vnímáním obrazu svého těla. U mužů je tato funkce ovlivněna radikalitou výkonu a je přítomna erektilní dysfunkce. Participantka P5 udala po výkonu vymizení libida, Hoon et al. (2019) ve svém článku udává snížení sexuální touhy až u 37,5 % žen z 27 zařazených do výzkumného šetření.

Následující dvě otázky byly: **Jaké jsou faktory ovlivňující duchovní oblast a životní styl pacienta po radikální cystektomii s náhradní derivací moče ileální ortotopickou neovazikou?**

Je potřeba onemocnět, abychom si začali vážit života a celkového zdraví? Z výzkumného šetření vyplynulo, že až nádorové onemocnění močového měchýře, které muselo být řešeno radikální cystektomií participanty, přimělo si uvědomit, že je někdy potřeba zpomalit, zastavit se a nespěchat. Navíc všichni již nyní nepodceňují jakékoliv zdravotní potíže a řeší je s lékařem hned. Proč to tak nemůže být pořád? Je to strach, který nám „brání“ jít k lékaři? Participant P2 během rozhovoru zmínil, že nádorové onemocnění očekával. Participantka P4 se dlouhodobě věnovala Hatha józe, kdy udala, že právě ta jí pravděpodobně pomohla smířit se se situací.

Za pozitivní změnou, za kterou osobně považují to, že participant (P1, P2, P5, P6, P7) přestali kouřit, po prožití celkově negativní zkušenosti – oznámení diagnózy nádorového onemocnění, bychom mohli hledat tzv. posttraumatický růst. Svobodová (2018) ve své diplomové práci uvádí, že dle zakladatele analytické psychologie Carla Gustava Junga jde o proces individualizace, který lze srovnat s procesem růstu lidské osobnosti. Dle Junga jde o vnitřní vývoj nezávislý na vědomých příkazech či tužbách.

Paradoxy související s kvalitou života se ve své studii zabývala Řehulková et al. (Brno, 2008), kdy pojem paradox dává do souvislosti se zdravím významově jako „nečekaný, podivný rozpor“. Ve své práci uvádí, že lidé s chronickým onemocněním, kam řadí onkologické onemocnění, se ve svém vnímání kvality života neliší od zdravých jedinců, jak by se tradičně očekávalo. Dalším paradoxem uváděným v práci Řehulkové et al. (Brno, 2018) je přínos pozitivních důsledků po prodělaném traumatu, kdy může dojít ke zlepšení kvality života oproti době před nemocí. V případě oslovených participantů hodnotím z mého pohledu „příchod“ nádorového onemocnění močového měchýře a nutnost jeho řešení radikální cystektomií s konkrétní derivací moče jako nutné ponaučení a uvědomění si škodlivosti kouření, které je největším rizikovým faktorem.

Pět z oslovených přestalo kouřit, což bylo tou největší změnou pro zdraví, kterou nemoc přinesla. Během své praxe jsem se setkala i s názorem „*Proč přestat kouřit, když už měchýř stejně nemám?*“. Tento názor nevyslovil žádný z oslovených participantů, nicméně by tento výrok mohl vystihnout situaci participanta P3, který kouřit nepřestal.

Názor participantů na zdravotníky byl jednoznačný, všichni se shodli, že jejich zkušenosti byly pozitivní. Zdravotnický personál jim ohledně nemoci a léčby poskytl dostatek informací, které participanté potřebovali. Určitě je vhodné, aby zdravotníci projevovali o nemocné zájem i v ambulantní traktu. Pokud nenastanou nějaké komplikace s nutností hospitalizace, tak jako personál u lůžka ztrácíme s nemocnými kontakt.

Participant P2 vyjádřil zklamání v neinformování o možnosti řešení noční inkontinence a následném řešení kvality spánku.

Jak pacientů po radikální cystektomii s náhradní derivací moče s konkrétní derivací pomoci nejvíce?

Během vyhodnocení dotazníku Světové zdravotnické organizace WHOQoL-BREF vyšlo najevo, že i přes radikalitu výkonu a nutné rekonvalescenci po operaci se kvalita života pacientů a vnímání jejich celkového zdraví pohybuje v rozmezí průměrných hodnot intervalů normy, které uvádí Dragomirecká v českém překladu příručky pro uživatele české verze dotazníku WHOQoL-BREF na straně 42.

K přijetí svého stavu participanté potřebovali přibližně 1-2 roky od operace.

ZÁVĚR

Ošetrovatelská péče o pacienty po radikální cystektomii s náhradní derivací moče ileální ortotopickou neovezikou je specifická. Důležité je poskytnout kvalitní péči i následně v ambulantním traktu, kam docházejí pacienti v rámci dispenzarizace.

Hlavním výzkumným cílem diplomové práce bylo analyzovat faktory ovlivňující kvalitu života pacienta v oblasti fyzického a psychického zdraví, v oblasti sociální a duchovní. Jedním z dílčích cílů bylo prozkoumat zkušenosti pacientů s nádorovým onemocněním močového měchýře a následným radikálním řešením.

Během výzkumného šetření bylo možné zmapovat pocity, které participanti s nádorovým onemocněním močového měchýře prožívají. Během výzkumu pro mě bylo důležité zaměřit se na oblasti, ve kterých můžeme my, zdravotníci pacientům po radikální cystektomii s náhradní derivací moče ileální ortotopickou neovezikou pomoci.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že největším faktorem ovlivňujícím kvalitu života pacientů je **močová inkontinence**, se kterou se potýkají všichni oslovení. Nejčastěji jde o noční inkontinenci. U mužů participantů je zásadní ztráta erekce, kterou jeden z mužů označil za „*trvalý následek*“.

Doporučení pro praxi

V rámci zkvalitnění péče o pacienty po radikální cystektomii s konkrétní derivací moče je důležitý holistický a empatický přístup ošetrovatelského personálu k nemocným a být jim v době nemoci, rekonvalescence a následné dispenzarizace k dispozici. Poskytnutí dostatku informací pacientovi i rodině je základem kvalitní péče. Pokud budeme správně komunikovat a naslouchat, budeme schopni poskytnout adekvátní pomoc.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že největším problémem ovlivňujícím kvalitu života pacientů po radikální cystektomii s derivací moče ileální ortotopickou neovezikou je inkontinence, převážně noční. Vzhledem k tomuto problému, byl vytvořen informační leták o problematice inkontinence po výkonu a jsou uvedeny odkazy na internetové stránky, kde mohou pacienti získat dostatek informací o inkontinenci a jejím řešení a také vzorky pomůcek zdarma.

Leták (příloha č. 5) by mohl být součástí informací předávaných při propuštění pacientů po radikální cystektomii s konkrétní derivací moče na naší klinice (pozn. Urologická klinika FN Plzeň).

SEZNAM LITERATURY

BÁRTLOVÁ, Sylva, Petr SADÍLEK a Valérie TÓTHOVÁ. *Výzkum a ošetřovatelství*. Vyd. 2., přeprac. a dopl. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. ISBN 978-80-7013-467-2.

COCKS, E. 2002. Evaluation of quality in learning disability services. In Race, D. (ed.). *Learning Disability: A Social Approach*. London: Routledge, pp. 118-136

ČAPKA, David, Ivan KOLOMBO, Petr KLÉZL, et al. Radikální cystektomie v éře ERAS. *Urologie pro praxi*. 2017, 18(3), 98-104. ISSN 1213-1768. Dostupné také z: <http://www.urologiepropraxi.cz/archiv.php>

ČERMÁK, Aleš, Dalibor PACÍK a Vítězslav VÍT. Kontinentní a inkontinentní derivace moči, měchýř šetřící postupy. *Urologické listy*. 2012, 10(3), 34-43. ISSN 1214-2085. Dostupné také z: <http://www.urologickelisty.cz/urologicke-listy-archiv-cisel>

ČIHÁK, Radomír a GRIM, Miloš, ed. *Anatomie 2. 3.*, upr. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2013. 497 s. ISBN 978-80-247-4788-0.

ČOUPKOVÁ, Hana a Lenka SLEZÁKOVÁ. *Ošetřovatelství v chirurgii I*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN isbn978-80-247-3129-2.

DRAGOMIRECKÁ, Eva a BARTOŇOVÁ, Jitka. WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment: příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. ISBN 80-85121-82-4.

DRÁBKOVÁ, Pavla. Inkontinenční pomůcky v ošetřovatelské péči. *Florence*. 2014, 10(10), 8-10. ISSN 1801-464X. Dostupné také z: <http://www.florence.cz/>

DVOŘÁČEK, Jan a Marko BABJUK. *Onkourologie*. Praha: Galén, c2005. ISBN 80-7262-349-4.

GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetřovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3625-9.

HANUŠ, Tomáš a Petr MACEK. *Urologie pro mediky*. V Praze: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-3008-3.

HAWTHORNE, G., Herrman, H. & Murphy, B. Interpreting the WHOQOL-Brèf: Preliminary Population Norms and Effect Sizes. *Soc Indic Res* 77 ,37–59 (2006). <https://doi.org/10.1007/s11205-005-5552-1>

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Páté, přepracované vydání. Praha: Portál, 2023. ISBN 978-80-262-1968-2.

HOON, CH., Park JY, Bae JH, Tae BS. Health-related quality of life after radical cystectomy. *Transl Androl Urol* 2020;9(6):2997-3006. doi: 10.21037/tau.2020.02.01

HORA, Milan a Olga DOLEJŠOVÁ. *Urologie pro studenty všeobecného lékařství*. Praha: Karolinum, 2020. ISBN 978-80-246-4544-5.

HORČIČKA, Lukáš. Inkontinenční – absorpční prostředky. *Interní medicína pro praxi*. 2013, 15(1), 31-33. ISSN 1212-7299. Dostupné také z: <http://www.internimedicina.cz/archiv.php>

HRUŠKA, František. Inkontinenční pomůcky. *Urologie pro praxi*. 2013, 14(3), 123-125. ISSN 1213-1768. Dostupné také z: <http://www.urologiepropraxi.cz/archiv.php>

JANÁČEK, Julius. *Statistika jednoduše: průvodce světem statistiky*. Praha: Grada Publishing, 2022. ISBN 9788027117383

JELÍNEK, Petr, Jiřina FRGALOVÁ, Štěpán RUSÍN a H. BUŘILOVÁ. Přínos předoperačně zavedeného epidurálního katetru u radikálních cystektomií. In: *Edukační sborník*. 2010, s. 64-65.

KAWACIUK, Ivan. *Urologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009, 531 s. ISBN 978-80-7262-626-7.

MACAULAY, M., Broadbridge, J., Gage, H., Williams, P., Birch, B., Moore, K. N., Cottenden, A., & Fader, M. J. (2015). A trial of devices for urinary incontinence after treatment for prostate cancer. *BJU international*, 116(3), 432–442. <https://doi.org/10.1111/bju.13016>

MAKOVIČKA, Jiří. *Excel pro přírodovědce*. V Praze: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2016. ISBN 9788024631394.

MCGRATH, James a BATES, Bob. *89 nejdůležitějších manažerských teorií pro praxi*. Překlad Hana Škapová. 1. vydání. Praha: Management Press, 2015. 261 stran. ISBN 978-80-7261-382-3.

MÍKA, David, Ondřej HAVRÁNEK, David NĚMEC, Radek SÝKORA a Jan KRHUT. Metoda akcelerované rehabilitace v perioperační péči u urologických výkonů. *Česká urologie* [online]. Olomouc: Solen, 2013, 17(4), 221-226 [cit. 2019-03-29]. ISSN 1803-6597. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-urologie/2013-4/metoda-akcelerovane-rehabilitace-v-perioperacni-peci-u-urologicky-vykonu-47068>

MÍKA, David, Ondřej HAVRÁNEK, David NĚMEC, Radek SÝKORA, Libor LUŇÁČEK a Jan KRHUT. Časné perioperační komplikace u pacientů po radikální cystektomii s ortotopní náhradou močového měchýře. *Česká urologie*. 2016, 20(2), 148-153. ISSN 1211-8729. Dostupné také z: <http://www.czechurol.cz/>

NIEH, Peter T. Komplikace spojené s cystektomií a derivací moči. *Urologické listy*. 2008, 6(2), 48-52. ISSN 1214-2085. Dostupné také z: http://www.urologickelisty.cz/pdf/ul_08_02_07.pdf

PAYNE, Jan. Kvalita života a zdraví. V Praze: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.

PIVOVARČÍKOVÁ, Kristýna, Tomáš PITRA, Milan HORA, Marián ŠVAJDLER a Ondřej HES. Aktuální pohled na močovou cytologii: Co by měl urolog vědět? *Česká urologie*. 2018, 22(4), 242-250. ISSN 1211-8729. Dostupné také z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-urologie/2018-4-18/aktualni-pohled-na-mocovou-cytologii-co-by-mel-urolog-vedet-107368>

POSPÍCHAL, M., Jak mluvit s někým, kdo má rakovinu, *Linkos*, 2019. [Online] dostupné z: <https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/pomoc-v-nemoci/psychologicka-pomoc/jak-mluvit/jak-mluvit-s-nekym-kdo-ma-rakovinu-nova-stranka/> [Přístup získán 27 březen 2021].

ROGALEWICZ, Vladimír & Barták, Miroslav & Sihelnikova, Milena. (2017). Poznámka k použití dotazníku kvality života WHOQOL-BREF v českém prostředí [A note on application of the WHOQOL-BREF questionnaire on quality of life in the Czech environment]. *Casopis lékařů českých*. 156. 88-92.

SKÁLA, Bohumil, SLÁMA, Jiří VORLÍČEK a Ladislav KABELKA. Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře 2011: [novelizace 2011]. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, 2011. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-51-0.

SVOBODOVÁ, Iva. Krize v životě člověka a posttraumatický růst: diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta pedagogická, Katedra tělesné výchovy a výchovy ke zdraví, 2018. Vedoucí práce RNDr. Mgr. Alice Prokopová, Ph.D.

TAN, W. S., LAMB, B. W., & KELLY, J. D. (2015). Complications of Radical Cystectomy and Orthotopic Reconstruction. *Advances in urology*, 2015, 323157.
<https://doi.org/10.1155/2015/323157>

TYRITZIS, I. S. a P. N. WIKLUND. Roboticky asistovaná radikální cystektomie – operační postupy a hodnocení onkologických a funkčních výsledků a výskyt komplikací. *Urologické listy*. 2014, 12(2), 40-44. ISSN 1214-2085. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/urologicke-listy-clanek/roboticky-asistovana-radikalni-cystektomie-operacni-postupy-a-hodnoceni-onkologickyh-a-funkcnich-vysledku-a-vysk-49214>

VAŘECHOVÁ, Kateřina, Jitka JANOUTOVÁ a Vladimír JANOUT. Karcinom močového měchýře a kouření – přehledový článek. *Urologické listy*. 2016, 14(1), 32-35. ISSN 1214-2085. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/urologicke-listy-clanek/karcinom-mocoveho-mechyre-a-koureni-prehledovy-clanek-58087>

VOKURKA, Samuel a Petra TESAŘOVÁ. Onkologie v kostce. Praha: Current Media, [2018]. Medicus. ISBN 978-80-88129-37-0.

ŽIAKOVÁ, Katarína a kolektív. Ošetrovatel'stvo teória a vedecký výskum. Martin: Osveta, 2009. ISBN 978-80-8063-304-2.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Souhlasné stanovisko s výzkumným šetřením r. 2019

Příloha č. 2 Souhlasné stanovisko s výzkumným šetřením r. 2024

Příloha č. 3 Informovaný souhlas s výzkumem

Příloha č. 4 Dotazník kvality života WHOQoL- BREF

Příloha č. 5 Informační leták pro pacienty

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 Souhlasné stanovisko s výzkumným šetřením r. 2019



Vážená paní
Věra Procházková, Bc., DiS.
Studentka oboru Ošetrovatelská péče v chirurgických oborech
Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Západočeská univerzita v Plzni

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň **povoluji** Vaše šetření na *Urologické klinice (UROL) FN Plzeň*, v souvislosti s vypracováním Vaší diplomové práce s názvem *„Kvalita života pacientů po radikální cystektomii s náhradní derivací moče ilašší neovezikou“*.

Vaše šetření bude probíhat pomocí rozhovoru s pacienty *Urologické kliniky*, a dále získáváním informací o ošetrovatelských a léčebných postupech, tamtéž.

Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření ve FN Plzeň:

- Vroční sestra souhlasí s Vaším šetřením.
- Vaše šetření osobně provedete.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického plánu FN Plzeň. Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění.
- Údaje ze zdravotnické dokumentace pacientů, jakož i údaje, které vám pacienti sami sdělí a budou uvedeny ve Vaší diplomové práci, musí být zcela anonymizovány.
- **Sběr informací budete provádět pod odborným vedením oprávněného zdravotnického pracovníka FN Plzeň, kterým je paní Kožíšková Zlata, Mgr. et Mgr., vrchní sestra UROL FN Plzeň.**

Po zpracování Vámi zjištěných údajů poskytnete zdravotnickému oddělení / klinice či organizačnímu celku FN Plzeň závěry Vašeho šetření, pokud o ně projeví oprávněný pracovník ZOK / OC zájem a budete se aktivně podílet na případné prezentaci výsledků Vašeho šetření na vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.

Toto povolení nezakládá povinnost respondentů s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráci s Vámi respondenti považovali jako újmu či s rozhovorem nevystavili souhlas, a dále pokud by spolupráce s vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců. Účast všech jmenovaných osob na Vašem šetření je dobrovolná.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr. Bc. Světlana Chudáková
mamošerka pro vzdělávání a výzkum MCL2P
zástupkyně náměstkyně pro oš. péči

Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň
tel. 377 393 294, 377 462 207
e-mail: svetlana.chudakova@fnplzeň.cz

V Plzni 25. 10. 2019

Příloha č. 2 Souhlasné stanovisko s výzkumným šetřením r. 2024



FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ
Útvar náměstka pro vnější vztahy a spolupráci s LF
Edvarda Beneše 1128/13, 301 00 Plzeň - Šibovka
okres Světovody 923/06, 323 00 Plzeň - Luchtán
ICO 00669060, tel.: 377 401 111, 377 163 111

Vážená paní

Věra Procházková, Bc., DiS

Studentka oboru Ošetrovatelská péče v chirurgických oborech

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence, Fakulta zdravotnických studií

Západočeská univerzita v Plzni

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro vnější vztahy a spolupráci s lékařskou fakultou FN Plzeň **povoluji** sběr informací na *Urologické klinice (UROL)* FN Plzeň. Vaše šetření budete provádět v souvislosti s vypracováním Vaší diplomové práce s názvem „Kvalita života pacientů po radikální cystektomii s náhradní derivací moče ileální neovezikou“. Vaše šetření bude probíhat pomocí rozhovorů s pacienty UROL, a dále získáváním informací o ošetrovatelských a léčebných postupech, tamtéž.

Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření ve FN Plzeň:

- Vrchní sestra UROL souhlasí s Vaším postupem.
- Vaše šetření osobně povedete.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického plánu FN Plzeň. **Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování**, v platném znění.
- **Rozhovory budete realizovat se svolením paní Kožíškové Zlaty, Mgr. et Mgr., vrchní sestry UROL FN Plzeň, se kterou budete konzultovat i výsledky Vašeho šetření před zveřejněním ve Vaší diplomové práci.**

Po zpracování Vámi zjištěných údajů **poskytnete** Zdravotnickému oddělení / klinice či Organizačnímu celku FN Plzeň závěry Vašeho šetření, pokud o ně projeví oprávněný pracovník ZOK / OC zájem a budete se aktivně podílet na případné prezentaci výsledků Vašeho šetření na vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.

Toto povolení nezakládá povinnost pacientů / zdravotnických pracovníků s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců, jejich soukromí či pokud by spolupráci s Vámi zaměstnanci / respondenti pocítovali jako újmu nebo s rozhovorem nevyslovili souhlas. Účast respondentů na Vašem šetření je dobrovolná.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr. Bc. Světluše Chabrová

Manažerka pro vzdělávání nelékařů

Útvar náměstkyně pro vnější vztahy a spolupráci s LF

Fakultní nemocnice Plzeň

Edvarda Beneše 1128/13, 301 00 Plzeň

Tel: 377 401 663

E-mail: chabrovass@fnplzen.cz

16. 1. 2024

Informovaný souhlas s výzkumem

Dobrý den,

Jmenuji se Věra Procházková a jsem studentkou navazujícího magisterského studia Fakulty zdravotnických studií na Západočeské univerzitě v Plzni. Kromě studia pracuji na Urologické klinice ve Fakultní nemocnici v Plzni. V tomto akademickém roce (2020/2021) mě čeká státní závěrečná zkouška jejíž součástí je napsání diplomové práce. Téma mé práce je „Kvalita života pacientů po radikální cystektomii s náhradní derivací moče ileální neovezikou“. V teoretické části práce se zabývám anatómií močového ústrojí, diagnostikou a léčbou nádorů močového měchýře, předoperační a pooperační péče, druhy derivací a také zmiňuji přehled pomůcek pro inkontinentní. V empirické části bych ráda na základě rozhovoru s Vámi informovala o faktorech ovlivňující kvalitu života pacientů po radikální cystektomii, při které byla provedena derivace moči ileální neovezikou (vytvoření „nového“ močového měchýře). Vybrala jsem Vás cíleně z důvodu toho, že jste tuto operaci podstoupil/a a je to již více než jeden rok od operace. Nebudou zveřejněny žádné citlivé údaje ani informace, podle kterých by se dalo zjistit, že jste to přímo vy. Zápisem rozhovoru bude nahráván na diktafon. Písemná verze bude uložena a uschována spolu s informovaným souhlasem o provedení výzkumu.

Já _____ narozená/ý _____,

Souhlasím s účastí ve výzkumné studii, provedené k sepsání diplomové práce Bc. Věry Procházkové, studentky magisterského navazujícího studia na FZS ZČU v Plzni. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon a jeho písemnou formou. Rozumím, že mohu kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo od práce. Rozumím, že získané informace budou použity anonymně a nebudou zneužity k jiným účelům než k napsání diplomové práce.

Student:

Bc. Věra Procházková, DiS.
Fakulta zdravotnických studií ZČU v Plzni, Katedra ošetřovatelství a porodní asistence
Email: prochva28@gmail.com

Vedoucí diplomové práce:

Mgr. Kateřina Rátislavová, Ph.D.
Fakulta zdravotnických studií ZČU v Plzni, Katedra ošetřovatelství a porodní asistence
Email: ratislav@kns.zcu.cz

Název diplomové práce:

Kvalita života pacientů po radikální cystektomii s náhradní derivací moče ileální neovezikou

Cíl práce:

Hlavní cíl práce je zaměřen na kvalitu života pacientů po radikální cystektomii s náhradní derivací moče ileální neovezikou se záměrem identifikovat faktory ovlivňující kvalitu života.

V Plzni

Datum: _____ Podpis účastníka: _____

Datum: _____ Podpis studentky: _____

DOTAZNÍK KVALITY ŽIVOTA (WHOQOL)

[Poznámka: dejte participantovi kartičku s odpověďmi č. 4.]

Následující otázky se ptají na to, jak jste vnímal kvalitu svého života, zdraví a jiných oblastí Vašeho života. Přečtu Vám jednotlivé otázky spolu s možnostmi odpovědí. **Vyberte prosím odpověď, která se Vám zdá nejvhodnější.** Pokud si nejste jistá/ý, jak na otázku odpovědět, obvykle je nejlepší ta odpověď, která Vás napadne jako první.

		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	Průměrně	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	Naprostě
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 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 pociťoval/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?

Následující tabulka by měla být vyplněna po ukončení rozhovoru.

	Rovnice pro vypočtení skóre v jednotlivých částech/oblastech	Hrubé skóre	Transformované skóre*	
			4-20	0-100
27	Oblast 1 $(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>	a. =	b:	c:
28	Oblast 2 $Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>	a. =	b:	c:
29	Oblast 3 $Q20 + Q21 + Q22$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>	a. =	b:	c:
30	Oblast 4 $Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>	a. =	b:	c:

Kartička s odpověďmi 4

Oddíl 6: WHOQOL-BREF

(Otázky 1, 15)

Velmi špatná
Špatná
Ani špatná ani dobrá
Dobrá
Velmi dobrá

(Otázky 2, 16 – 25)

Velmi nespokojený/á
Nespokojený/á
Ani spokojený/á ani nespokojený/á
Spokojený/á
Velmi spokojený/á

(Otázky 3 – 9)

Vůbec ne
Málo
Přiměřeně
Velmi
V obrovské míře

(Otázky 10 – 14)

Vůbec ne
Málo
Přiměřeně
Většinou
Naprosto

(Otázka 26)

Nikdy
Zřídka
Celkem často
Velmi často
Stále

POUČENÍ PRO PACIENTY PO RADIKÁLNÍ CYSTEKTOMII S DERIVACÍ MOČE ILEÁLNÍ NEOVEZIKOU

Vážená paní, Vážený pane,

Při operačním výkonu, který jste podstoupil/a Vám byl z důvodu nádorového onemocnění odstraněn močový měchýř a jako jeho náhrada byl vytvořen rezervoár pro shromažďování moče tzv. neovezika.

Po výkonu se můžete potýkat s inkontinencí moče.

Co je to inkontinence?

Inkontinence je samovolný, vůlí neovladatelný únik moče. Postihnout může všechny věkové kategorie a obě pohlaví, včetně dětí. Únik moče může negativně ovlivňovat kvalitu Vašeho života, a proto je důležité ji včas řešit.

Inkontinenci během dne lze lépe kontrolovat díky dennímu režimu, např. pravidelné návštěvy toalety. V noci, při svalové relaxaci může být inkontinence silnější a tak může ovlivnit kvalitu Vašeho spánku, a proto je důležité snížit příjem tekutin cca od 17hodiny, navštívit před spaním toaletu a zvolit vhodnou pomůcku (absorpční vložky, vložné pleny, navlékací plenkové kalhotky, pro muže urinální kondom aj.).

Se zvolením vhodné pomůcky Vám pomůže zdravotnický personál (sestra, lékař) a bude Vám vystaven poukaz na pomůcku, kterou si vyzvednete v lékárně nebo ve zdravotnických potřebách.

Při zhoršení stavu (snížený výdej moče během dne) je důležité navštívit lékaře- urologa, aby provedl potřebná vyšetření, jako je sonografie močového měchýře pro kontrolu rezidua (zbytková moč v močovém měchýři), sonografie ledvin, uroflowmetrie.

Více informací o úniku moči si můžete přečíst např. na internetových stránkách www.tenac.cz, kde najdete nabídku pomůcek i kosmetiky pro péči o pokožku.

Vypracovala: Bc. V. Procházková

