

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2013

Jitka Urbánková

Fakulta zdravotnických studií

Studijní program: Ošetrovatelství B 5345

Jitka Urbánková

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**Kvalita života pacienta při onemocnění močového měchýře
s náhradní derivací moče**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Zlata Kožíšková

PLZEŇ 2013

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 27. 3. 2013

.....

vlastnoruční podpis

Děkuji Mgr. Zlatě Kožíškové za odborné vedení práce, poskytování rad, materiálních podkladů a nedocenitelnou psychickou podporu.

Dále děkuji pracovníkům FN Plzeň Mgr. Světluši Chabrové, vedení Urologické kliniky Prof. MUDr. Milanovi Horovi Ph.D., MBA a vrchní sestře Mgr. Jitce Krocové za umožnění výzkumné činnosti.

Anotace

Příjmení a jméno: Urbánková Jitka

Katedra: Ošetřovatelství

Název práce: Kvalita života pacienta při onemocnění močového měchýře s náhradní derivací moče

Počet stran: číslované 62, nečíslované 29

Počet příloh: 8

Počet titulů použité literatury: 26

Klíčová slova: kvalita života pacienta, radikální cystektomie, urostomie

Souhrn:

Tato práce se zabývá problematikou kvality života u pacientů s náhradní derivací moče – urostomií. Popisuje anatomii a fyziologii močových cest. Pojednává o diagnostice a terapeutických možnostech při onemocnění karcinomu močového měchýře. Též se zmiňuje o radikální cystektomii, po které následuje vytvoření urostomie. Právě náhradní derivace moče – urostomie může pro pacienta představovat náročnou situaci s následnou změnou kvality života. Při zvládnutí této nelehké zátěže je velmi důležitá práce lékaře, všeobecné sestry v roli edukátorky, také sestry v roli pacientova partnera a samozřejmě podpora rodinných příslušníků. Praktická část je zaměřena na kvalitu života pacienta s urostomií v závislosti na jeho subjektivním hodnocení.

Anotation

Name: Urbankova Jitka

Department of Nursing

Title: Quality of life for patients with bladder disease and replacement urine derivation

Page numbers: numbered 62 not numbered 29

Attachments: 8

Literature: 26

Key words: patient's quality of life, radical cystectomy, urostomy

Abstract:

This work deals with the issue of patients' quality of life following replacement urine derivation-urostomy. It describes the anatomy and physiology of the urinary tract. This work also discusses diagnosis and therapeutic treatment possibilities with bladder cancer. Urostomy following radical cystectomy is also mentioned. It is the urine derivation-urostomy, which can become a difficult situation for patients and affect patients' quality of life. It is during this difficult time that the work of a doctor and a nurse as educators and support partners as well as family support are of utmost importance.

The practical part of this work is targeted at the quality of life for patients with urostomy and their subjective evaluation of it.

Obsah

ÚVOD	11
1 Anatomie a fyziologie močové soustavy	13
1.1 Renes (ledviny)	13
1.2 Ledvinové kalichy (calices renales).....	14
1.3 Močovod (ureter)	14
1.4 Močový měchýř (vesica urinaria)	14
1.5 Ženská močová trubice (urethra feminina)	15
1.6 Mužská močová trubice (urethra masculina).....	15
2 Nádory močového měchýře	15
2.1 Epidemiologie	15
2.2 Etiologie a rizikové faktory	16
2.3 Symptomatologie	16
2.4 Diagnostika	17
2.5 Terapie	18
2.5.1 Cystektomie.....	19
3 Derivace moči	19
3.1 Urostomie.....	20
3.2 Kriteria pro výběr derivace po cystektomii	21
4 Kvalita života	23
4.1 Metody měření kvality života	24
4.1.1 Nemoc jako náročná životní situace.....	25
4.1.2 Strategie zvládání životních obtíží	25
4.1.3 Strategie zvládání stresu.....	26
5 Edukace	27
6 Stomie.....	27
6.1 Kdo to je stomik.....	28
6.2 Stomické pomůcky	28
Adhezní technologie	28
Jednodílný systém	29
Dvoudílný systém	29
6.3 Stomický koutek	29
6.4 Kvalita života urostomiků.....	29
6.5 Spolky a sdružení stomiků.....	30

PRAKTICKÁ ČÁST	32
7 Formulace problému	33
7.1 Formulace hypotéz.....	33
8 Cíl a úkol průzkumu.....	34
9 Vzorek respondentů.....	34
9.1 Metody výzkumu	34
9.2 Zpracování údajů	35
10 Prezentace a interpretace získaných údajů	36
Otázka číslo 2.....	37
Otázka číslo 3.....	38
Otázka číslo 4.....	39
Otázka číslo 5.....	40
Otázka číslo 6.....	41
Otázka číslo 7.....	42
Otázka číslo 8.....	43
Otázka číslo 9.....	44
Otázka číslo 10.....	45
Otázka číslo 11.....	46
Otázka číslo 12.....	47
Otázka číslo 13.....	48
Otázka číslo 14.....	49
Otázka číslo 15.....	50
Otázka číslo 16.....	51
Otázka číslo 17.....	52
Otázka číslo 18.....	53
Otázka číslo 19.....	54
Otázka číslo 20.....	55
Otázka číslo 21.....	56
11 DISKUSE	57
ZÁVĚR.....	62
POUŽITÁ LITERATURA	
POUŽITÉ CITACE	
PŘÍLOHY	
Příloha 1	

Příloha 2

Příloha 3

Příloha 4

Příloha 5

Příloha 6

Příloha 7

Příloha 8

ÚVOD

Pracuji jako zdravotní sestra na urologické klinice Fakultní nemocnice v Plzni. Zde se denně setkávám s pacienty, kteří mají různé druhy náhradní derivace moče. Psychické vypětí je v souvislosti s touto náhradní derivací moči pro pacienty velmi vysoké. Pacient se musí vyrovnat s diagnózou a přijmout fakt, že již nebude močit přirozenou cestou, nýbrž moč bude derivována stomií a jímacím orgánem bude urostomický sáček. Tato skutečnost samozřejmě ihned, ve většině případů značně ovlivní pacientovu kvalitu života. Potom ovšem závisí na psychické vyspělosti a povaze pacienta, na podpoře jeho rodiny a hlavně na lékařích spolu s všeobecnými sestrami, jak se k dané problematice pacient postaví. Bez školených sester a odborně vedené edukace pacienta by se nedalo pomoci ke zkvalitnění a zlepšení pacientova života. V současné době se stomiím obecně věnuje značná pozornost. Probíhají stomické kurzy, které se zabývají výukou zdravotnického personálu jak pečovat o pacienty se stomií, aby se pacientům mohl v mezích možností zkvalitnit jejich další život.

Kvalita života pacientů mne zajímala též z důvodu, že tyto pacienty většinou osobně znám již z doby před operací. Sleduji, jak se mění jejich kvalita života, jak se s urostomií sžívají a s pomocí svých rodinných příslušníků zvládají tuto nelehkou situaci, kterou péče o urostomii bezesporu je.

Práce pojednává především o kvalitě života pacientů s náhradní derivací moče. V teoretické části práce začíná anatomii a fyziologií močového ústrojí, nádory močového měchýře, přes derivace moči, kvalitu života (její měření), zabývá se též strategiemi zvládání obtížných situací, zvládáním stresu, až po edukaci, která je nedocenitelnou pomocí při zvládání životní zátěže a při nácviku života se stomií, dále se zabývá stomiky, stomickými pomůckami a končí kvalitou života urostomiků. V praktické části této práce se věnuji výzkumnému šetření ohledně kvality života pacientů s urostomií, snažím se zde obsáhnout všechny otázky dle kritéria měření kvality života pacienta. Cílem této části je zjistit jak pacienti vnímají svoji kvalitu života s urostomií, jak dalece jsou odkázáni na pomoc při ošetřování urostomie na druhém člověku, zda mají dle jejich názoru dostatek pomůcek potřebných k ošetřování urostomie. Zajímá mne též oblast jejich každodenního, jak pracovního, tak soukromého života včetně intimní sféry.

Díky dotazníkovému šetření byl tento cíl splněn a bylo mne umožněno nahlédnout do pocitů urostromiků, které jsou mnohdy odlišné od našeho očekávání.

1 Anatomie a fyziologie močové soustavy

Soustava močová je společný název soustavy dutých orgánů, kterými je exkretována moč z těla. Má za úkol odvádět z těla odpadní látky. Podílí se na stálosti vnitřního prostředí (homeostáza).

Skládá se z močotvorného systému – ledvin, ledvinných kalichů, ledvinných pánviček, močovodů, močového měchýře a močové trubice, u mužů též odvodné pohlavní cesty.

1.1 Renes (ledviny)

Ledviny jsou párovým orgánem fazolovitého tvaru, červenohnědé barvy. Parenchym ledviny se dělí na kůru (cortex) a dřeň (medulla), jelikož je parenchym velmi křehký, je obalen tuhým vazivovým pouzdrém (capsula fibrosa). Ledviny jsou uloženy po obou stranách páteře za pobřišnicí v tukovém pouzdře (capsula adiposa), obklopeném renální fascií ve výši 1. a 3. bederního obratle. Mají svoji funkční jednotku, kterou je nefron. Začíná ledvinovými tělísky (Malpighiho tělísky), uloženými v kůře ledvinné. Tělísky se skládají z cévního klubíčka (glomerulu), každé klubíčko má svojí přívodnou a odvodnou tepénku a je obaleno Bowmanovým pouzdrém. Z Bowmanova pouzdra vychází odvodný ledvinný kanálek, který má několik částí: proximální tubulus, Henleyovu kličku a distální tubulus, jenž ústí do sběracího kanálku. Kanálek s mnoha dalšími ústí do ductus papilaris, které ústí na ledvinových papilách, kde dochází k reabsorpci vody, tak že celkové množství moči u zdravého člověka je 1,5 – 2 litry za 24 hodin.

V ledvinách je produkován renin a erythropoetin. Renin má vliv na zvýšení krevního tlaku. Erythropoetin ovlivňuje tvorbu krve.

Krev přichází do ledviny arteria renalis z břišní aorty. Vstup tepen renálních do ledvin je v oblasti renálního hilu, uvnitř se postupně větví až na arteria interlobulares, z nich přecházejí v arteriolae glomerulares afferentes (pro glomeruly). Ty se po výstupu z glomerulu dělí do jemných sítí, větvičích se kolem proximálního a distálního kanálku a postupně se sbíhají do vena renalis a odtud do vena cava inferior, která ústí do pravé srdeční síně.

1.2 Ledvinové kalichy (calices renales)

Ledvinové kalichy obemykají ledvinné papily (papillae renales) a jejich spojením přechází v ledvinnou pánvičku (pelvis renalis), která je uložena v ledvinové brance, z níž vystupuje močovod.

1.3 Močovod (ureter)

Močovod je dlouhý přibližně 30 cm, o průměru mezi 4 - 6 mm a slouží k transportování moče pomocí peristaltických vln. Probíhá kaudálním směrem, má ve svém průběhu tři fyziologická zúžení (pars abdominalis, pars pvcica a pars intramuralis). Uretery jsou tvořeny sliznicí ureteru (tunica mucosa), ve střední vrstvě hladkou svalovinou (tunica muscularis) a vnější vrstvou je pak obalové vazivo (tunica adventicia). Díky svalovině močovody vykonávají peristaltické pohyby a transportují moč, kterou ejakulují do močového měchýře. Močovody ústí šikmo zezadu (medio-kaudálně) do močového měchýře a končí zde na sliznici jako ústí močovodu (ostium ureteris). V oblasti trigona je ústí močovodu chráněno slizniční řasou proti zpětnému návratu moče (reflexu) . (1,3)

1.4 Močový měchýř (vesica urinaria)

Močový měchýř je nepárovým orgánem, slouží jako rezervoár moči a následně k evakuaci moče. Je uložen za sponou stydkou (symfysou). Hlavní stavební složkou jeho stěny je svalovina, která je na mnoha místech zesílena a napomáhá fixaci močového měchýře. Podslizniční vazivo (tela submucosa) je řídké, sliznice je kryta vícevrstevným přechodným epitelem a je složena z řasy, v oblasti fundu (spodiny měchýře) je vyhlazena do trojúhelníkového pole (trigonum vesicae). U močového měchýře popisujeme: tělo (corpus), vrchol (apex), spodinu (fundus) a hrdlo (cervix), jímž přechází v močovou trubici. Horní plocha močového měchýře je kryta peritoneem, to přechází u muže na konečník a u ženy naléhá na přední plochu dělohy.

Močový měchýř má kapacitu rozdílnou u žen 350 - 750ml, u mužů 250 - 550ml. Nucení na močení bývá u zdravého člověka přibližně při náplni 150 - 200ml. Tento pocit je však individuální. Podílí se zde řada vnějších a vnitřních vlivů, jako stres, vnější teplota, obezita, těhotenství, benigní hyperplazie prostaty, diabetes melitus apod.

Vyprazdňování močového měchýře obstarává třívrstvý soubor hladké svaloviny v apex fundus et corpus vesicae až k cervix vesicae, známý jako musculus detrusor, který představuje vypuzovací systém. Je inervován parasymptikem. Uzavírací systém ústí močové trubice je musculus sphincter vesicae a je inervován sympatikem. Vylučování moče je reflexně řízeno z bederní části míchy souhrou autonomních nervů a míchy po dosažení fyziologické náplně močového měchýře. (1,2,3)

1.5 Ženská močová trubice (urethra feminina)

Ženská močová trubice je dlouhá 3 - 4 cm o průměru přibližně 8 mm, je rovná. Má dva svěrače, vnitřní tvořený z hladké svaloviny (musculus sphincter vesicae) a vnější ze svaloviny příčně pruhované (musculus sphincter urethrae). Vychází šikmo vpřed z vnitřního ústí močového měchýře (ostium urethrae internum). Zevní ústí (ostium urethrae externum) je uloženo mezi malými stydkými pysky před ústím poševním. (2)

1.6 Mužská močová trubice (urethra masculina)

Mužská močová trubice je u muže nejen močovou cestou vývodnou, ale od vyústění ductus ejaculatorii také cestou vývodnou pohlavní. Mužská uretra má délku přibližně 20 - 22 cm, vychází z močového měchýře (pars intramuralis). Zde je svěrač z hladkého svalstva (musculus sphincter vesicae) inervovaný sympatikem, prochází prostatou (pars prostatica), kde ústí ductus ejaculatorii, dále přes pars membranacea, kde je svěrač příčně pruhovaného svalstva (musculus sphincter urethrae), dále přes fixní ohyb (curvatura subpubica) a pokračuje houbovým tělesem pyje (pars spongiosa), je zde mobilní ohyb (curvatura praepubica) a vyústí na žaludu pyje. Její průběh je esovitý, dvakrát zahnutý. (1,2,3)

2 Nádory močového měchýře

2.1 Epidemiologie

Nádor močového měchýře je nejčastějším nádorem močového traktu. Častěji se vyskytuje u mužů, než u žen v poměru přibližně 2,7: 1. V České republice počet karcinomu močového měchýře rok od roku plynule stoupá. Vyskytuje se v každém věku, ale jeho

maximální incidence bývá u pacientů okolo 70 -ti let věku. U mužů je tento karcinom na čtvrtém místě incidence po nádorech plic, prostaty a kolorekta. Tvoří přibližně 6% všech mužských nádorů. U žen tvoří 2,5% všech nádorů a je na osmém místě.

Karcinomy močového měchýře nelze téměř nikdy nalézt v autopsii jako incidentální nádory, ale téměř všechny se klinicky diagnostikují. (4,5)

2.2 Etiologie a rizikové faktory

Etiologie nádorového onemocnění močového měchýře není zcela přesně známa, ale známé jsou rizikové faktory.

Nejznámějším rizikovým faktorem je kouření cigaret. Zde závisí na časové délce, po kterou pacient kouřil a na množství vykouřených cigaret. Další riziko je spojené s abúzem (zneužívání) analgetik, což se projeví až po delším časovém úseku konzumace většího množství analgetik.

Souvislost se zvýšeným rizikem vzniku karcinomu močového měchýře mají také karcinogeny působící na močový měchýř, především aromatické aminy například anilin, naftilamin, benzidin, výfukové plyny, akrolein, ale také cyklofosfamid používaný dlouhodobě jako imunosupresivum u některých autoimunitních onemocnění. A další škodlivé látky.

Predisponujícími faktory jsou také častěji se opakující močové infekce, které mohou přejít v chronické infekce močových cest, znamenají vyšší riziko vzniku karcinomu močového měchýře.

Všechny tyto rizikové faktory mají vzájemnou souvislost s výskytem urotelového karcinomu (karcinom z výstelky močové). (5,6,7,8)

2.3 Symptomatologie

Nejčastějším příznakem nádorů močového měchýře bývá hematurie (krev v moči). Dělíme ji na mikroskopickou, kdy krev není patrná pouhým okem a makroskopickou, která může být od růžové (barva vypraného masa) až po jasně krvavou (barva téměř čisté krve), která se nazývá masivní hematurie. Občas se mohou tvořit též

krevní koagula, jež často způsobují retenci moče (zástavu močení). Každá hematurie by měla být důkladně vyšetřena.

Mezi časté příznaky patří dysurie (obtížné a bolestivé močení, mnohdy provázené pálením a řezáním při močení).

Velmi často jsou nádory močového měchýře asymptomatické, kdy je nález karcinomu močového měchýře potvrzen, jako vedlejší nález, například při sonografickém, komputerní tomografie (CT), magnetická rezonance (MR), vylučovací urografie (VUR), či rentgenové (RTG) vyšetření zjištěný náhodně. A to proto, že toto onemocnění nemusí způsobovat v počátečních stádiích žádné bolesti a obtíže.

Ivan Kawaciuk (Urologie 2009, s. 366) uvádí k dané problematice, že u pokročilých karcinomů močového měchýře jsou již možnosti objevení bolesti v boku nebo v bedrech. V případě uretrální obstrukce, se mohou objevit edémy dolních končetin, někdy i hmatná rezistence v malé pánvi. Jen zřídka a pouze u velmi pokročilých karcinomů pacienti udávají nechutenství, váhový úbytek a také bolesti břicha a kostí. (5,6,7)

2.4 Diagnostika

K základním diagnostickým vyšetřením patří sepsání anamnézy, kdy lékař posuzuje možnost výskytu karcinomu urotraktu v rodině a příbuzenstvu; neodmyslitelná je též osobní anamnéza z hlediska kouření a návykových látek, pracovní anamnéza, alergická anamnéza a také údaje o dlouhodobě užívaných lécích. Důležité je i zhodnocení současných symptomů. Nedílnou součástí je celkové klinické vyšetření pacienta lékařem. Mezi základní vyšetřovací metody patří vyšetření moči chemicky i sedimentu, kultivace moči a zjištění citlivosti na antibiotika při případné infekci. K dalšímu vyšetření močového traktu patří i vyšetření celého systému včetně ledvin a močovodů.

Na základě ordinace lékaře se u pacientů nabírá cytologie moči, toto vyšetření zjišťuje přítomnost (nádorových) buněk v moči. Dále bývá ordinována cystoskopie, která je v současné době nenahraditelnou vyšetřovací metodou. Umožňuje lékaři prohlédnout vnitřní povrch dutiny močového měchýře a močové trubice včetně úseku, který prochází prostatou. Jedná se o endoskopické vyšetření. Diagnostické cystoskopické vyšetření bývá prováděno ambulantně. Řadí se mezi základní vyšetření při prokázání hematurie (makroskopické i mikroskopické).

Další diagnostická vyšetření, ordinovaná lékaři jsou zobrazovací metody k vyšetření horních i dolních cest močových, jako **ultrasonografie (USG)**, **intravenózní**

vylučovací urografie (IVU) je vyšetření, pomocí kterého lze zobrazit vylučovací systém ledviny, ledvinné kalichy a pánvičky, močovody a močový měchýř. **Výpočetní tomografie (CT)** radiologická vyšetřovací metoda, která za pomoci rentgenového záření umožňuje zobrazení vnitřností těla člověka. CT vyšetření ledvin a močového traktu je hojně využíváno pro zpřesnění stagingu primárního tumoru. Na ještě větší přesnosti získává toto vyšetření při podání kontrastní látky do žíly, pak je nazýváno **angio CT (AG CT)**. Může nahradit vylučovací urografii (v případě alergické reakce pacienta na kontrastní látku). **Magnetická rezonance (MR)** v poslední době je hojně využívána Magnetická rezonance. Pomocí MR je možné provést pomocí zobrazení řezu určité oblasti těla, ty dále zpracovávat a spojovat až k výslednému 3D obrazu požadovaného orgánu. Je indikována u pacientů s renální insuficiencí a alergiků. (5,6,8)

2.5 Terapie

Léčba nádorů močového měchýře kromě zkušenosti a zodpovědnosti vyžaduje též správnou indikaci ke správnému léčebnému postupu. Je třeba zhodnotit celkový stav nemocného, rozsah nádoru, nezbytnou radikalitu operace, ale též přihlídnout k tomu, jak bude ovlivněna kvalita dalšího pacientova života

Nejčastější terapií bývá **trans uretrální resekce tumoru (TUR)**, což je to endoskopická operace. U nádorů neprorůstajících svalovinou má TUR kromě diagnostické i terapeutickou úlohu. Ošetření povrchových nádorů je možné opakovat.

Intravezikální chemoterapie a imunoterapie je účinnou léčbou tyto výplachy močového měchýře pomáhají oddálit, či zabránit recidivě onemocnění. Léčba probíhá ambulantně, po předchozím vyprázdnění močového měchýře je pacientovi aplikována do močového měchýře účinná látka. Tato léčba zvyšuje efektivitu trans uretrální léčby a je snahou s její pomocí snížit četnost recidiv u neinvazivních tumorů.

Radioterapie je vhodná tam, kde stav nemocného je nevhodný pro radikální operační výkon, nebo pokud pacient odmítl chirurgický výkon. Není indikována u neinvazivních karcinomů močového měchýře, kvůli relativní radiorezistenci a pozdním nežádoucím účinkům jako je ztráta elasticity močového měchýře, svrštění močového měchýře a častým strikturám ureterů. (7,6)

2.5.1 Cystektomie

Další léčebnou metodou je radikální cystektomie, zvláště u prorůstajících tumorů močového měchýře, často se opakujících zánětů močového měchýře, ale též u močových měchýřů po iradiaci malé pánve. Cystektomie je operační odstranění močového měchýře, je standardní léčbou u invazivního onemocnění karcinomu močového měchýře bez vzdálených metastáz.

Podle stagingu, gradingu a histologického typu nádoru se odvíjí prognóza přežití pacienta. Nejsou-li postižené lymfatické uzliny pak pětiletého přežití dosahuje přibližně 70 – 80%. Při infiltraci nádoru do uzlin pohybuje se přežití pacientů mezi 15 - 35%.

U mužů se při cystektomii odstraňuje močový měchýř, prostata, semenné vajíčky, dále se provádí pelvická lymfadenektomie.

U žen se odstraňuje močový měchýř, uretra, děloha vejcovody, vaječníky, přední stěna poševní a také se odstraňují pánevní lymfatické uzliny.

Derivace moče po cystektomii je velmi složitá záležitost, důkazem toho je řada různých variant náhrady močového měchýře. Asi nejpoužívanější je operace dle Brickera, jedná se o ureteroileostomii = vyústění močovodu do terminální části tenkého střeva, kdy se oba močovody svedou do exkludované části ilea (vyřazené ze střevní pasáže), která se vyvede břišní stěnou ven a používá se k derivaci moči při karcinomu močového měchýře.

Jelikož se jedná o velmi náročnou operaci, rozsáhlou a technicky náročnou, je možné ji provádět pouze na vybraných pracovištích. Je náročný i pro pacienta, z tohoto důvodu vyžaduje celkový dobrý stav nemocného i dostatečnou předpokládanou délku jeho života. (6,7,5,8,9,10)

3 Derivace moči

„ Definice. Pod pojmem derivace moči rozumíme zajištění pasáže a odvodu moči jiným než přirozeným způsobem. V širším slova smyslu považujeme za derivaci i přímý odvod moči z těla různými katétry, například uretrálním, ureterálním, nebo nefrostomickým.“ DVOŘÁČEK, Jan a BABJUK Marko. *Onkourologie.* (s. 183)

Mezi náhradní derivace moče patří nefrostomie, epicystostomie, čistá intermitentní katetrizace, permanentní močová katetrizace, urostomie. (11)

3.1 Urostomie

Derivace moči vznikají převážně po cystektomii, ale v současné době nejsou výjimkou ani paliativní zákroky, kdy bývá močový měchýř pacientovi ponechán. Derivací je velké spektrum a mohou se ještě modifikovat, ideální a plošně použitelná metoda neexistuje, proto se volí pro každého pacienta individuální způsob provedení léčebné operace.

Urostomie z časového hlediska dělíme na **dočasné**, slouží k zajištění přechodné drenáže moče v pooperačním období, nebo před plánovaným operačním výkonem. Nebo **trvalé**, které dále můžeme členit na **zevní** (vyústující na povrch těla jako ureteroileostomie) či **vnitřní** (jako příklad ureterosigmoideostomie, ureteroenterostomie, ureterostomie).

Další dělení je na **kontinentní** derivace moči (zde si pacienti neaplikují žádné inkontinenční pomůcky), jejich princip spočívá ve vytvoření nitrotělního močového rezervoáru přibližují se fyziologické činnosti močového měchýře a **inkontinentní**. Zavedením urostomií se pacientovi radikálně sníží kvalita života a mnohdy není jednoduché se s tímto zásahem smířit.

Kontinentní derivace

Podstatou kontinentních derivací je vytvoření nitrotělního rezervoáru z některého střevního segmentu, kdy je pacient schopen se ve zvolené chvíli a v určitém konfortu se dostatečně vyprázdnit. Záleží zde na použitém střevním segmentu.

Rozdělení kontinentních derivací moči na:

Ortotopické neoveziky náhrady močového měchýře vytvořené na správném, přiměřeném, či stejném místě a dělí se podle segmentu použitého střeva.

Hetrotopické neoveziky náhrady močového měchýře vytvořené na jiném než obvyklém místě uložení dle anatomických parametrů, ty se dělí podle typu cévkovatelného ventilu.

Kontinentní náhrady využívající anální svěrač s oddělením moči a stolice sem patří různé typy rektálních měchýřů.

Urostomie inkontinentní, spočívá ve vyvedení močových cest před stěnu břišní. Moč z ní vytéká permanentně a je jímána do urostomických sáčků s drenážním systémem.

Zde je potřeba pacienta a jeho rodinu seznámit a edukovat v používání inkontinentních, stomických pomůcek a péči o stomii.

Konduit s využitím segmentu tlustého střeva patří mezi inkontinentní močové derivace. Zde je okludovaná klička transverza. Tato metoda je hojně užívána u pacientů po radioterapii v oblasti malé pánve, kde mohou být výrazné změny na tenkých kličkách a terminálních ureterech.

Jejunální conduit je alternativou, když nelze použít ileum, nebo tlusté střevo, je to další inkontinentní derivace. Závažný problém zde však působí metabolické komplikace nazývané syndromem jejunálního konduitu (hyponatrémie, hypochlorémie a těžká acidóza).

Kožní ureterostomie, je dle literatury snadno proveditelná metoda, která se řadí také do inkontinentních derivací, bývá vhodná v případech, kde je vyžadována drenáž pouze z jedné ledviny. Používá se výjimečně, pouze jako paliativní forma derivace moče.

Ileální conduit dle Brickera je nejčastější používanou inkontinentní močovou derivací po cystektomii. Jedná se zde o provedení ureterointestinální anastomózy (napojení močovodu na kyčelník), jejíž podstatou je vytvoření co nejširší komunikace mezi močovody a střevem, bez snahy bránit reflexu (návratu) moče.

Ještě před provedením operace je velmi důležité provést důkladnou přípravu a edukaci pacienta a rodinných příslušníků. Podmínkou k provedení ureteroileostomie je schopnost pacienta nebo jeho blízkých zvládnout pravidelnou péči o urostomii a její okolí spojené s výměnou urostimických pomůcek. Velmi důležité je umístění (lokalizace) budoucí stomie, pro snazší obsluhu. Obvykle bývá vývod umístěn v pravém podbříšku mezi pupkem a spina iliaca anterior superior. Musí být dostatečně daleko od všech míst znemožňujících bezpečné přilepení jímacích sáčků (např. kožních záhybů, jizev, či kostních prominencí). (11,3,4,9)

3.2 Kriteria pro výběr derivace po cystektomii

Z důvodů velkého spektra výkonů a možnostmi jejich modifikací, může se volit pro každého pacienta individuální způsob derivace. Proto je třeba zvažovat následující hlediska. **Onkologické hledisko**, kdy derivace nesmí limitovat radikalitu výkonu ani následnou adjuvantní léčbu.

Rozsah a prognóza onemocnění.

Celkový stav a sociální situace pacienta, schopnost péče o stomické pomůcky, případně možnost katetrizace, celkový biologický i psychický stav pacienta, ošetrovatelské možnosti v rámci rodiny.

Přání a preference pacienta.

Přidružené choroby, stav renálních funkcí, funkce a kapacita jaterního parenchymu.

Močové ústrojí, jeho stav a možnost použitelnosti, stav horních cest močových, možnost použitelnosti uretry a svěračového mechanismu, případné předchozí operace, či radioterapie.

Gastrointestinální trakt a jeho předchozí onemocnění, případné chirurgické operace, diverkultida, délka střevního závěsu, možné předchozí radioterapie. (11,3,9)

4 Kvalita života

Kvalita je logicky chápána jako soud, jde o subjektivní úsudek, který je výsledkem zvažování a porovnávání více hodnot. Sama kvalita je hodnotou. Je experienciálním (zážitkovým) vztahem, výsledkem zamyšlení (reflexí) nad vlastní existencí.

Kvalita vyjadřuje hodnotu, jakost, je to relativní kategorie (vychází z hodnotového systému), není absolutní (každý jedinec má jiné hodnoty). Nejčastěji se hodnotí jednotlivý (individuální) život. Každý z nás v této sféře sám hodnotí kvalitu svého vlastního života. Prolínají se zde osobní hodnoty jednotlivého člověka, jako jsou jeho představy, pojetí vlastního života, naděje, očekávání, přesvědčení a podobně.

Kvalita života – tento termín se používá k popisu příznivých (pozitivních) i nepříznivých (negativních) úhlů pohledu na život jedince. Je označována jako mnoho úrovnový fenomén s vysokou mírou komplexnosti. Nemá přímou, jednoznačnou definici. Každý jedinec má na kvalitu života jiný (vlastní) názor. Ale i u jednoho jedince se v průběhu života podle okolností mění náhled na kvalitu života podle prožívaných událostí. Jinak ji posuzuje zdravý jedinec a jinak jedinec sužovaný nemocí. Ukazuje se zde rozpor mezi sny, ambicemi a nadějemi člověka a jeho reálnými zkušenostmi.

Kvalita života v ošetrovatelství je často definována skrz celkovou životní spokojenost a spokojenost ve specifických oblastech života, nebo v jejich procesu vnímání. Při stanovení kvality života v ošetrovatelství nejčastěji hovoříme o vlastním (subjektivním) hodnocení zdravotního stavu, bolesti, spokojenosti a o pacientově naději.

Nejběžněji je dána kvalita života úrovní duševní a tělesné činnosti spolu s pracovní výkonností a úrovní tělesné, duševní a sociální pohody.

Z filozofického hlediska je člověk chápán jako aktivní bytost, hledající smysl své existence a smysl svého života. Pak lze kvalitu života určovat podle jeho žebříčku hodnoty potřeb. Hodnotu potřeb nám znázorňuje například Maslowova pyramida potřeb. Všeobecně je známo, že níže položené potřeby jsou významnější a jejich alespoň částečné uspokojení je podmínkou pro vznik méně naléhavých a vývojově vyšších potřeb. Ale ani toto tvrzení nelze úplně bezvýhradně tvrdit. (12,13,14)

Světová zdravotnická organizace (WHO, 1994) uvádí ve své definici: „*Kvalita života je to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům.*“ (15)

Kvalita života bývá porovnávána v několika rovinách. Jelikož je její rozsah pojetí veliký, bývají proto vybírány z celé problematiky jen dílčí celky. V makro rovině, kdy jsou porovnávány velké společenské celky (státy, kontinenty a podobně), řeší se zde otázky jako je hladomor, chudoba boj s epidemiemi a jiné. V mezo rovině se porovnávají otázky kvality života malých sociálních skupin (školy, školky, nemocnice, domovy důchodců, a další). V této rovině jde o respekt vzájemných vztahů mezi lidmi, o morální hodnotu života člověka. Prolínají se zde otázky uspokojování a neuspokojování lidských potřeb, existence humanitních hodnot v dané skupině a hodnotových hierarchiích. V personální rovině je její definice nejjednoznačnější, zabývá se životem jednotlivce, týká se každého z nás. Je to vztah mezi zážitkem a reflexí nad vlastní existencí, jde o subjektivní úsudek. Fyzická (tělesná) existence je další rovinou, zde se jedná o pozorovatelné chování druhých lidí, které se dá objektivně měřit a porovnávat.(13)

4.1 Metody měření kvality života

Metod měření kvality života je velké množství. Mohou se dělit na tři základní skupiny: 1. Kvalitu života vyhodnocuje druhá osoba, zde se může měřit kvalita života obecně, nebo arbitrálně (podle určitých kritérií). Toto měření vykazuje někdy dost značné rozdíly mezi hodnocením druhou osobou a vlastním hodnocením pacienta.

2. Kvalitu života vyhodnocuje sám pacient (subjektivní hodnocení pacienta). V tomto měření vstupují do hry fenomenální hledisko (vnitřní referenční rámec pacienta) a analýza subjektivního posuzování. Měří se zde kvalita podle pacientových interních kritérií, je zde kladen důraz na spokojenost dané osoby.

3. Kvalitu života vyhodnocujeme metodou smíšenou v kombinaci 1. a 2. typu měření.

Hodnocení kvality života pacienta je nedocentitelné, doplňuje objektivní posouzení zdravotního stavu pacienta a dopad nemoci na pacientův každodenní život. Hodnotí se účinnost léčby v každodenním životě především tam, kde nedochází vždy k úplnému vyléčení. (13,15)

Při měření kvality života využíváme široké spektrum specifických nástrojů měření. Neměly by se zde používat nástroje, které jsou určeny pro měření kvality zdraví.

K měření kvality života se používá hodnocení: **fyzického zdraví v somatické oblasti**, zde se hodnotí aktivity denního života, mobilita, závislost na lécích či prostředcích, pracovní možnosti, odpočinek a spánek, diskomfort a bolest. V **psychické (emoční) oblasti** se hodnotí vztah k vlastnímu tělu, prožívání pozitivních a negativních, sebeúcta, osobní přesvědčení (náboženská víra), schopnost koncentrovat se a učit se. **Sociální vztahy** hodnotíme osobní vztahy, možnost sociální opory a klienti zde subjektivně hodnotí svůj sexuální život. Hodnocení **prostředí** jako například hluk, znečištění ovzduší, doprava, **ekonomické oblasti** (finanční zdroje a zabezpečení), **osobnostní problémy** (fyzická ochrana a bezpečnost, zdraví a sociální péče, domácí prostředí), **kognitivní oblasti** (zde možnosti získávání informací), volnočasové aktivity (rekreace apod.).

Kvalita života se objektivně měří komplexně, ve všech těchto oblastech. (12)

4.1.1 Nemoc jako náročná životní situace

Každá nemoc, která svým průběhem, či svými následky snižuje kvalitu života, je pro pacienta náročnou životní situací. Tento fakt klade zvýšené nároky na adaptaci, úsilí a motivaci pacienta. Jelikož pacient nepřijímá pouze skutečnost svého onemocnění, ale přijímá vše, co mu sebou onemocnění přináší. Zároveň je postaven před úkol překonávat problémy, které jsou ve spojení s nemocí, před úkol vyrovnání se se změněným zdravotním stavem a nemenším úkolem akceptovat onemocnění. Proto je pro nemocného jeho choroba těžkou životní zátěží a jeho reakce se nemusí vždy shodovat s očekáváním zdravotníků, rodiny a jeho blízkého okolí.

Psychický stav pacienta spolu s jeho reakcí a prožíváním vlastní nemoci jsou nedílnou složkou náležící k vlastnímu ošetřování a k léčbě.

4.1.2 Strategie zvládání životních obtíží

Strategie je technika, neboli dovednost dovést stav věcí k předem stanovenému cíli.

Dostaneme li se do těžké zdravotní situace a pak li, že se z ní máme snahu dostat, volíme strategické různé druhy postupů, které vedou k vytčenému cíli, což je zdraví. Dělení strategií je například na strategie aktivní (útok) a pasivní (obrana). Při boji s nemocí

se dělí často strategie na strategie k vyrovnání se s daným problémem (například smíření s operací, radioterapií a podobně) a dále na strategie, kdy je třeba vyrovnat se s nežádoucím emocionálním stavem (příklad je snížení míry strachu a obav pacienta).

Další hojně užívané strategie jsou například strategie akceptace (přijetí) připuštění existence problému a možnost změny prioritizace plánů a revizi cílů, což může vést k optimálnímu využití času a ke konstruktivní činnosti.

Strategie změny rámce, snahou této strategie, po přijaté zprávě vidět svět v jiných barvách. Dívat se jinak na svět, přehodnotit důležité a nedůležité cíle.

Strategie popření, pacient odmítá přijmout realitu dané situace, snaží se držet pohledu, který již není platný.

Strategie vzdání se boje (rezignace) jinak „složení zbraní“, vzdání se všeho co by mohlo jeho situaci zlepšit.

Řada studií prokazuje, že postoj optimistického a pesimistického pacienta je odlišný při volbě strategií vedoucích ke zvládnání životních těžkostí. U optimisticky smýšlejícího jedince je daleko častěji vidět plánování strategie, řešení problému, změny rámce těžké situace a snaha přijmout (akceptovat) danou situaci, kdežto pesimisté se snaží raději problém nevidět. Optimisté se snaží aktivně přistupovat k boji. Na rozdíl od pesimistů, u kterých převažuje takzvané katastrofické myšlení a snaží se často nepříjemné věci zaspat, vytěsnit jídlem, alkoholem, či drogami. (16)

4.1.3 Strategie zvládnání stresu

Stres v medicíně se dá definovat jako souhrn duševních a fyzických reakcí jedince na nepříjemné a nepříjemné podněty. Je to obecná odezva na značně působící zátěž ať fyzickou, či psychickou.

Pro správné zvládnání stresu a určení strategie je velmi důležitá pomoc a spolupráce zdravotnického personálu, pacienta a jeho rodiny. U pacienta je nutné sebeuvědomění si situace a vědomí zájem ke zlepšení, či stabilizaci zdravotního stavu. Na druhé straně, role zdravotní sestry je důležitá pro účinnou pomoc pacientovi a jeho rodině, její úlohou je vhodná, účelná a komplexní edukace. K tomu je nově dodáván od firmy coloplast balíček pro edukaci o stomii (viz. Příloha č. 1) (17,18)

5 Edukace

Název edukace vychází z latinského slova *educare*, jehož významem je vychovávat, vést vpřed. V postatě jde o výchovu a vzdělávání jedince. Výchovou se u jedince rozvíjejí postoje, zájmy, potřeby a také chování. Vzdělávání je proces, rozvíjející klientovy vědomosti, schopnosti, návyky a dovednosti. Tyto pojmy se v edukaci navzájem prolínají a nejdou od sebe úplně oddělit.

Edukace má ve zdravotnictví svou nezastupitelnou úlohu, především v primární péči. Měla by vést ke zkvalitnění života jedince, k jeho předcházení nemoci, udržení nebo navrácení zdraví. Velkou roli hraje v prevencích. V **primární prevenci** je edukace zaměřena na prevenci nemocí, opatření zdraví prospěšná k udržení zdraví a na zlepšení kvality života. **Sekundární prevence** se zaměřuje na edukaci jedinců, u kterých je již nemoc prokázána a snaží se o ovlivnění jejich vědomostí, dovedností a postojů, tím směrem aby došlo k co nejlepšímu vlivu na pacientovo uzdravení a ke snížení rizika vzniku komplikací. Její hlavní soustředění je na vhodné dodržování léčebného režimu, na udržení soběstačnosti a na prevenci recidiv. **Terciální prevence**, zde se edukací zaměřujeme na jedince mající již trvalé a nezvratné změny zdravotního stavu. Zde se snaží edukace zaměřit na zlepšení kvality života, kterou lze ovlivnit tak, aby se předešlo dalším možným komplikacím.

Edukaci dále dělíme na **základní edukaci**, při které jsou pacientovi předávány nové vědomosti či dovednosti, kdy se snažíme o motivaci a změnu jedincova hodnotového žebříčku nebo postojů. **Reedukaci (pokračující, rozvíjející)**, což je taková edukace, kdy jsme schopni navázat na dřívější vědomosti již předem edukovaného pacienta a jeho dovednosti spolu s vědomostmi dále rozvíjet či prohlubovat. **Komplexní edukace** je edukace, kdy jsou pacientovi v etapách předávány ucelené znalosti a postupně se budují dovednosti, spolu s postoji pro zdraví prospěšná opatření, vedoucí ke zlepšení či udržení zdraví. Tento typ je nejběžněji užívaný v kurzech. (20, 22)

6 Stomie

Stomie je vyústěním tlustého střeva, tenkého střeva nebo močovodu. Stomie se zakládá dočasně pro odlehčení činnosti orgánu například při hojení po operacích, nebo trvale, je uměle chirurgicky založená.

Stomie se zakládá při zánětlivém nebo nádorovém onemocnění trávicího, či vylučovacího traktu nebo po úrazech. Stomie patří mezi operace, které zachraňují a prodlužují život.

Stomie dělíme podle typu vývodu na tři základní typy – kolostomie (vyústění tlustého střeva), ileostomie (vyústění tenkého střeva) a urostomie (umělé vyústění močového měchýře). Stomie mohou být buď dočasné (vytvořené na omezenou dobu) nebo trvalé. (9)

6.1 Kdo to je stomik

Je to pacient, který má dočasně nebo trvale vyvedený dutý orgán na povrch těla. Nejčastěji se jedná o tlusté střevo, tenké střevo nebo močové cesty, čímž dochází ke změně základních fyziologických funkcí, k neovládatelnému vyprazdňování stolice, střevního obsahu nebo moči nepřírozenou cestou. Tyto stomie mívají často za následek změnu životního stylu a ztrátu sebedůvěry pacientů. Je nutností smířit se s používáním stomických pomůcek a zvládnout techniku jejich výměny. Stomie však není nemoc a lidé mohou vykonávat vše, na co byli zvyklí včetně sportu a plaveckých aktivit. (9,20,21)

6.2 Stomické pomůcky

Stomické pomůcky slouží k jímání stolice, moči a případných pachů. Dnes jsou k dostání pomůcky v mnoha různých tvarech a velikostech a barvách pro maximální pohodlí stomika. Součástí pomůcek pro stomiky se staly prostředky pro ochranu a péči o pokožku v okolí stomie. Jsou to nedocenitelní pomocníci. Patří sem odstraňovače lepu, čistící ubrousky, vyrovnávací podložky a pasty, ochranné ubrousky a krémy, pudry, pásy a podobně.

U stomických pomůcek rozeznáváme tři různé systémy dle způsobu použití:

Adhezní technologie

Adhezní (samolepící) technologie vyniká komfortem při použití, šetrností k pokožce a flexibilitou při použití. Sáček se na podložku přilepí pomocí samolepícího kroužku na průhlednou plochu podložky.

Jednodílný systém

Jednodílný systém je charakteristický mnohostraností a komfortem během použití. Sáček je opatřen lepicí (adhezivní) vrstvou, která je s ním pevně spojena. Sáček se u urostomií 1x denně, vyměňuje kompletně.

Dvoudílný systém

Dvoudílný systém je mnohostranný při použití a citlivý k pokožce. Skládá se z podložky, ta se ponechává na těle 3 dny a sáčku, který vyměňujeme v závislosti na typu stomie 1-2x denně.

Vhodný typ urostomických pomůcek je pacientovi vybírán podle toho jaký druh pomůcky je pro něj vhodný. Zohledňují se při výběru věk a fyzická aktivita pacienta, tělesná konstituce a jeho manuální zručnost, popřípadě zručnost rodinných příslušníků. Jelikož je na našem trhu velký výběr urostomických pomůcek, od různých firem, vybírá si pacient také podle svých ekonomických možností (dle doplatků na pomůcky) a lepicích schopností či doplňkového sortimentu dané firmy. (23,9)

6.3 Stomický koutek

Takto se nazývá místo, kde si pacienti v domácím prostředí mohou vyměňovat urostomické pomůcky, provádět toaletu vývodu a ošetřovat případné postižení (zarudnutí) kůže. Tento koutek by měl být oázou pro pacienta, který by zde neměl být rušen, pokud sám o pomoc druhé osoby nepožádá. Koutek by měl být zařízen v koupelně, kde má pacient svou uzavíratelnou nádobu, do které si ukládá své urostomické pomůcky (sáčky, nůžky na vystřížení patřičného otvoru, odstraňovač lepu, adhezivní ubrousky k lepšímu přilepení sáčků, zásyp, holicí strojek je-li zapotřebí, tampony, papírové kapesníky a další dle potřeby pacienta). (9, 10)

6.4 Kvalita života urostomiků

U většiny pacientů, znamená vytvoření urostomie velkou změnu v jeho dosavadním životním stylu. Ale při správné edukaci a při pacientově optimistickém náhledu na další životní etapy je snažší zařazení do běžného života od plnění pracovních povinností, péči o domácnost až po sportovní aktivity. Záleží také na tom jak byl pacient fyzicky zdatný ještě v době před vytvořením urostomie. Pokud pacient provozoval nějaký sport pravidelně, není důvod se k němu nenavrátit po době rekonvalescence (2-3 měsíce), nepatří-li tento

sport mezi nevhodné. Jako nevhodné sporty pro urostomiky se řadí sporty, při nichž může dojít k nečekaným pohybům, či silové práci například posilování, bojová umění, míčové hry, hokej a podobně.

Naopak vhodné jsou sporty jako je turistika, jízda na kole, i návštěva fitness je vhodná pod dohledem zkušeného trenéra, který dohlédne na správnost a vhodnost prováděného cvičení, je důležité nepřetěžovat břišní oblast. Mezi vhodné sporty se řadí také plavání, pro tento typ sportu jsou již pro urostomiky vyráběny různé druhy plaveckého oblečení (viz příloha č. 2 a 3). Tento typ sportovního oblečení je diskrétně řešen a urostomické pomůcky jsou v něm pěkně ukryté a nenápadné. I tyto „zdanlivé“ maličkosti dokáží zlepšit kvalitu pacientova života. Pro urostomiky je také vyráběno speciální spodní prádlo (viz příloha 4), které napomáhá udržení správné polohy stomického sáčku a snaží se zmírnit nebezpečí jeho odlepení.

Urostomie není důvodem pro uznání stupně invalidity, ale i tato oblast musí být individuálně posuzována. Aktuálně se posuzuje způsobilost pro původní pracovní zařazení. Pacient s urostomií by měl být opatrný na zdvihání břemen a ta by neměla být větší než 2-3 kg. Přímo nevhodná pro pacienty s urostomií není ani práce na zahradě, ovšem i zde je třeba provést racionální stanovení pacientovo nároků na sebe sama, aby nedocházelo k přetěžování organismu. Pacient s urostomií nemá nárok na získání mimořádných výhod zdravotně postižených (průkazy ZTP či ZTP/P), pokud k tomuto není nějaký jiný zdravotní důvod.

Pacienti s urostomií mohou řídit motorové vozidlo, je zde ovšem problém s bezpečnostním pásem, který by mohl způsobit poranění stomie, či snížení funkčnosti stomických pomůcek. Tento problém se dá většinou vyřešit vypodložením bezpečnostního pásu v oblasti stomie. Ani cestování na větší vzdálenosti není pro urostomika nemožné. Je jen třeba mít s sebou dostatečné vybavení urostomických pomůcek a v příručím zavazadle připravené věci na komplexní ošetření urostomie v případě potřeby cestou. (9, 10)

6.5 Spolky a sdružení stomiků

Možnosti pro sdružování stomiků je v české republice velká řada, ale bohužel nejsou tyto spolky zavedené úplně ve všech krajích. Nejznámějším klub stomiků je ILCO, celorepublikové sdružení stomiků, v současné době má 17 navzájem spolupracujících lokálních klubů. Byl založen v Brně v roce 1992. Jeho název se skládá z písmen IL jako

ileostomie a CO což znamená kolostomie. Úkolem takového spolku je zastupovat a hájit zájmy stomiků při jednání s ministerstvy, s orgány státní správy, i s výrobcí pomůcek, všude tam kde by jednotlivec neměl šanci uspět. Další úlohou takového spolku je šířit pravdivé informace o životě a potřebách stomiků v naší společnosti.

Mnoho zajímavostí mohou pacienti získat v četných internetových odkazech, které má snad každá firma vyrábějící stomické pomůcky. Na odkazech těchto firem se mohou pacienti dozvědět také otázky na své problémy, pokud se je neodvážjí řešit jiným způsobem, například dotazem na lékaře, či stomickou sestru.

Dále jsou vydávány a zdarma distribuovány stomické časopisy například Radim, Stomické listy a další. (9, 10)

PRAKTICKÁ ČÁST

7 Formulace problému

Praktická část bakalářské práce je věnována problematice kvality života pacientů po radikální cystektomii s náhradní derivací moče. Práce je zaměřena především na subjektivní hodnocení kvality života samotných pacientů s urostomií.

7.1 Formulace hypotéz

Hypotéza 1: Největší skupinu pacientů s náhradní derivací moče - urostomií tvoří pacienti ve věku 60-69 let.

K této hypotéze se vztahují otázky v dotazníku (viz příloha č. 5) číslo 1 a 2.

Hypotéza 2: Většina pacientů s náhradní derivací moče vnímá náhradní derivaci moče - urostomii jako životní zátěž.

K této hypotéze přináležejí otázky číslo 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 18 a 20.

K hypotéze byla stanovena kritéria: u otázky číslo 3, 4, 5, 6, 7, 8 zvolí respondenti ve více jak v 50-ti % varianty odpovědi ano a částečně ano. V otázkách číslo 9 a 10 zvolí více jak v 50-ti % respondenti variantu odpovědi většinou, nebo téměř vždy. U otázky číslo 11 zvolí pacienti ve více jak v 50-ti % odpověď ano a spíše ano. V otázce číslo 20 bylo nutné, aby respondenti zvolili ve více jak v 50-ti% odpovědí varianty o něco horší a o mnoho horší. Otázka číslo 18 byla k hypotéze číslo 2 vytvořena jako doplňující otázka, pro lepší pochopení problematiky a nemá kritériální význam.

Celkem tedy bylo stanoveno 10 kritériálních otázek, pro potvrzení hypotézy bylo nutné, aby minimálně 50-ti %, tj. 5 otázek bylo vyhodnoceno s pozitivním výsledkem dle stanovených podmínek.

Hypotéza 3: Většina pacientů je v péči o urostomii závislá na pomoci jiné osoby. K hypotéze byla stanovena otázky číslo 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 a 19.

U těchto otázek byla stanovena tato kritéria: Stěžejními otázkami byly určeny otázky číslo 12 a 13. V otázce číslo 12 ke kladnému zhodnocení bylo nutné, aby více jak 50% respondentů zvolilo varianty odpovědí jen ojedinele, občas, většinou a téměř vždy. U otázky číslo 13 bylo nutné, aby více jak 50% respondentů volilo odpověď rodinný příslušník a zdravotní služba. Otázky číslo 14, 15, 16, 17, 18 a 19 byly k hypotéze stanoveny jako doplňující otázky.

8 Cíl a úkol průzkumu

Cílem a úkolem mého výzkumného šetření bylo zjistit, jak pacienti po radikální cystektomii vnímají a prožívají změnu kvality života způsobenou vznikem urostomie a jakým způsobem zvládají péči o urostomii.

9 Vzorek respondentů

Vzorkem respondentů byli pacienti Urologické kliniky Fakultní nemocnice v Plzni, kteří podstoupili radikální cystektomii s vytvořením urostomie. Hlavní podmínkou bylo, aby vybraní pacienti byli více než 3 měsíce po operaci s vytvořenou urostomií.

Rozdala jsem mezi respondenty 30 dotazníků. Návratnost byla 90%, to je návratnost 27 dotazníků.

9.1 Metody výzkumu

Zvolená výzkumná metoda mé bakalářské práce je kvantitativní průzkum prováděný pomocí dotazníkového šetření. Toto šetření bylo prováděno s laskavým svolením vedení Fakultní nemocnice Plzeň a vedení urologické kliniky. Vlastnímu výzkumu předcházela předvýzkum. Oslovila jsem respondenty, kteří nesplňovali kritérium stanovené pro respondenty, tj., nebyli více jak 3 měsíce po operaci. Důvodem zvolení tohoto předvýzkumného výběrového souboru respondentů, bylo zhodnotit, zda jsou otázky v dotazníku srozumitelné a jasné. Tyto dotazníky nebyly zařazeny do výzkumné části.

Pro sběr dat byla použita metoda dotazníkového šetření (příloha č. 5), obsahující dohromady 21 otázek. Z toho bylo 15 otázek uzavřených, 3 otázky polootevřené a 2 otázky otevřené.

Výzkum byl anonymní, probíhal na Urologické klinice FN Plzeň Bory od listopadu 2012 do konce února 2013. Respondenti své odpovědi vkládali do dopisních obálek a vhazovali

do předem připravené schránky a ta byla otevřena po skončení dotazníkového šetření. Tím to byla zachována anonymita.

9.2 Zpracování údajů

Výsledky dotazníkového šetření jsou uváděny v grafech a pro lepší přehlednost ještě v tabulkách (příloha č. 8)

Počty jsem stanovovala z absolutní četnosti (**A**), což se rovná počtu případů zahrnutých do jedné skupiny z celkového počtu odpovídajících

A

a relativní četnosti = ----- X 10^2 = výsledek v %.

B

(**B**) = celkový počet odpovídajících. (21)

Procentuální výsledky uvádím v celých číslech, zaokrouhlováním je způsoben vzniklý rozdíl.

U grafů je před závorkou vyjádřena v % relativní četnost a v závorce je vždy uvedena v celých číslech uvedena četnost absolutní.

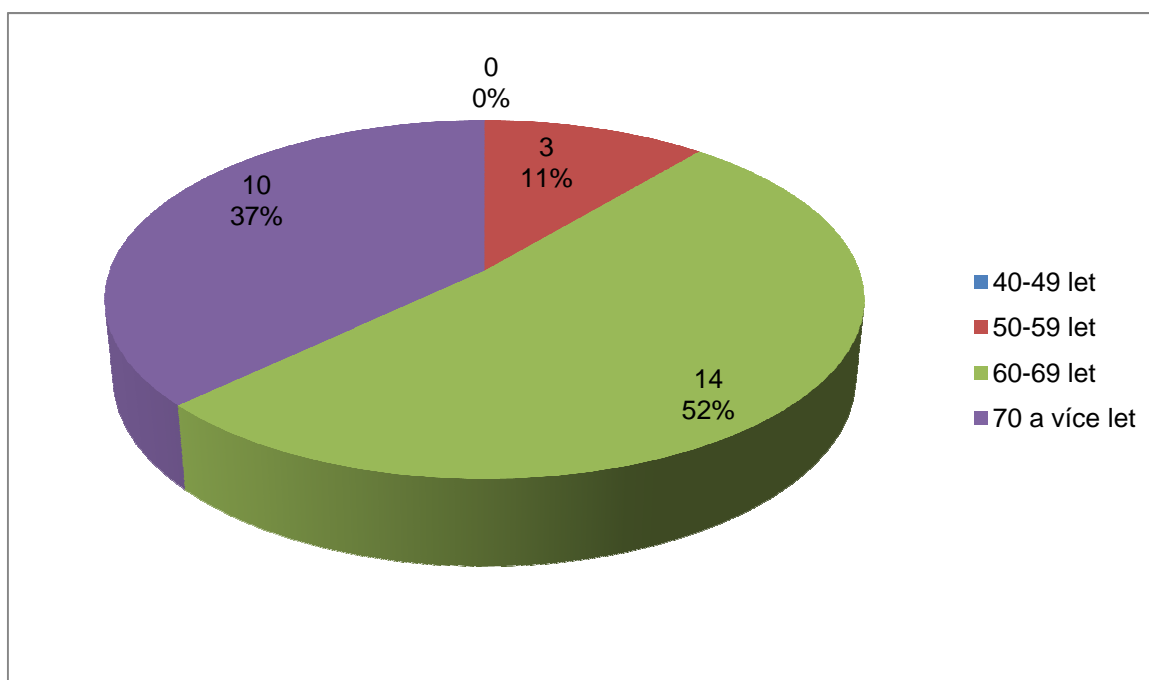
Na otázky odpovědělo 27 respondentů, což je považováno za 100%.

10 Prezentace a interpretace získaných údajů

Otázka číslo 1

Kolik je Vám let?

Graf č. 1 Struktura výběrového vzorku pacientů po RACE dle věku

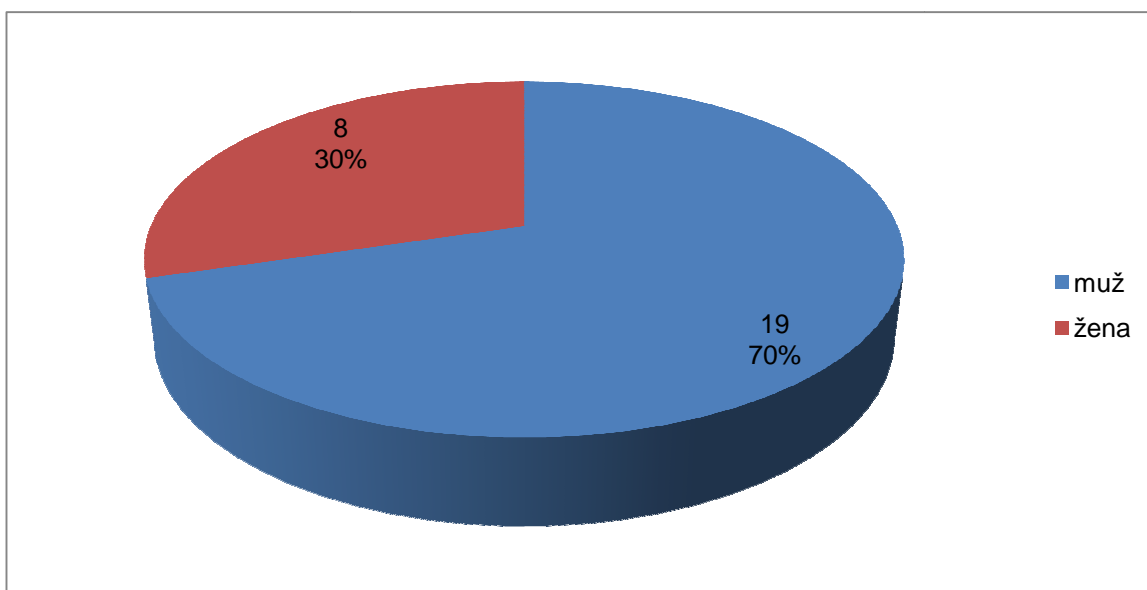


Popis grafu: Na otázku věku odpovědělo 52% (14) dotazovaných pacientů ve věku 60-69 let, 32% (10) pacientů ve věku 70 a více let, 11% (3) pacientů ve věku 50-59 let, pacientů v rozmezí 40-49 let neodpovídal žádný pacient 0% (0).

Otázka číslo 2

Jste muž, žena?

Graf č. 2 Struktura výběrového vzorku respondentů dle pohlaví.

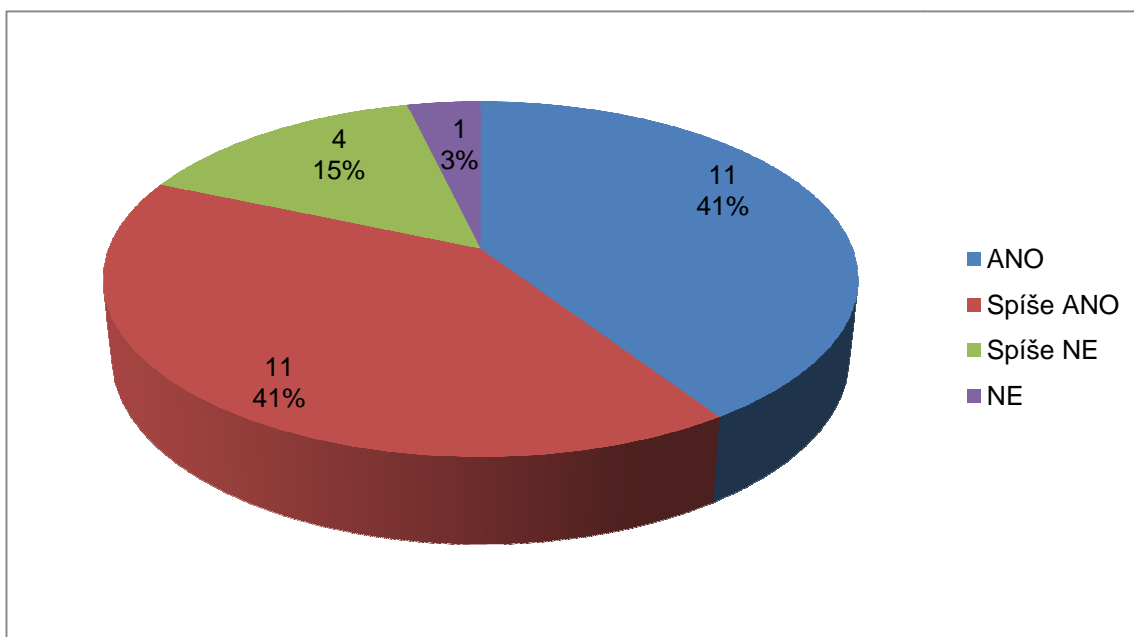


Popis grafu: Z dotazovaných pacientů podle pohlaví bylo 30% (8) žen a 70% (19) mužů.

Otázka číslo 3

Vnímáte náhradní derivaci moče (urostomii) jako životní zátěž?

Graf č. 3 Struktura výběrového vzorku respondentů dle vnímání životní zátěže.

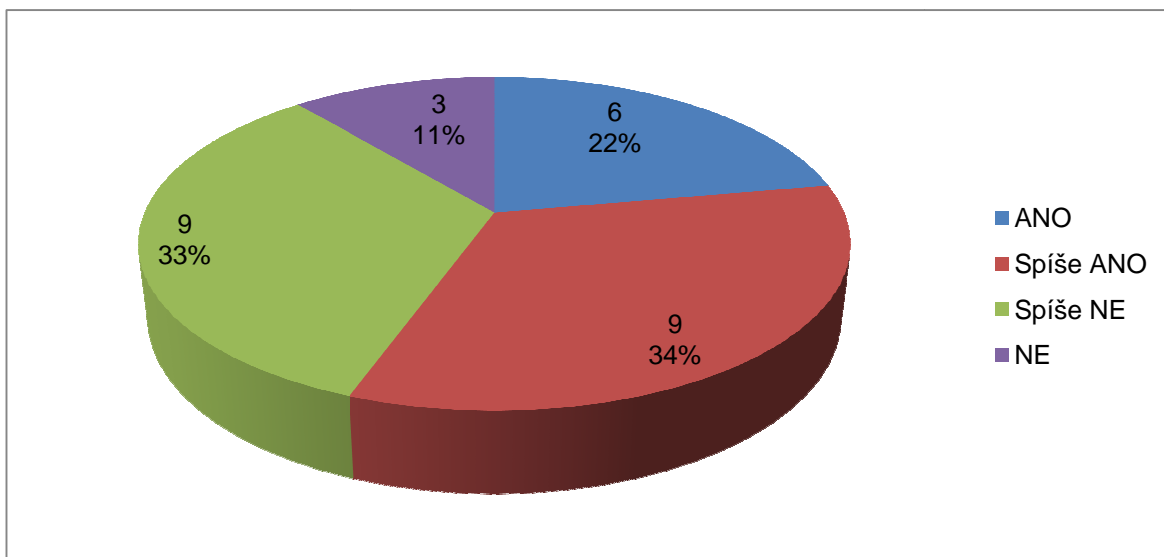


Popis grafu: Náhradní derivaci moče jako životní zátěž vnímá 41% (11) pacientů a zvolili odpověď ANO, 41% (11) pacientů volilo variantu odpovědi spíše ANO, náhradní derivaci jako životní zátěž spíše nevnímá 15% (4) a naproti tomu urostomii nevnímá jako životní zátěž pouze 3% (1) pacientů.

Otázka číslo 4

Ovlivnila urostomie Váš pracovní život?

Graf č. 4 Struktura respondentů dle ovlivnění pracovního života.

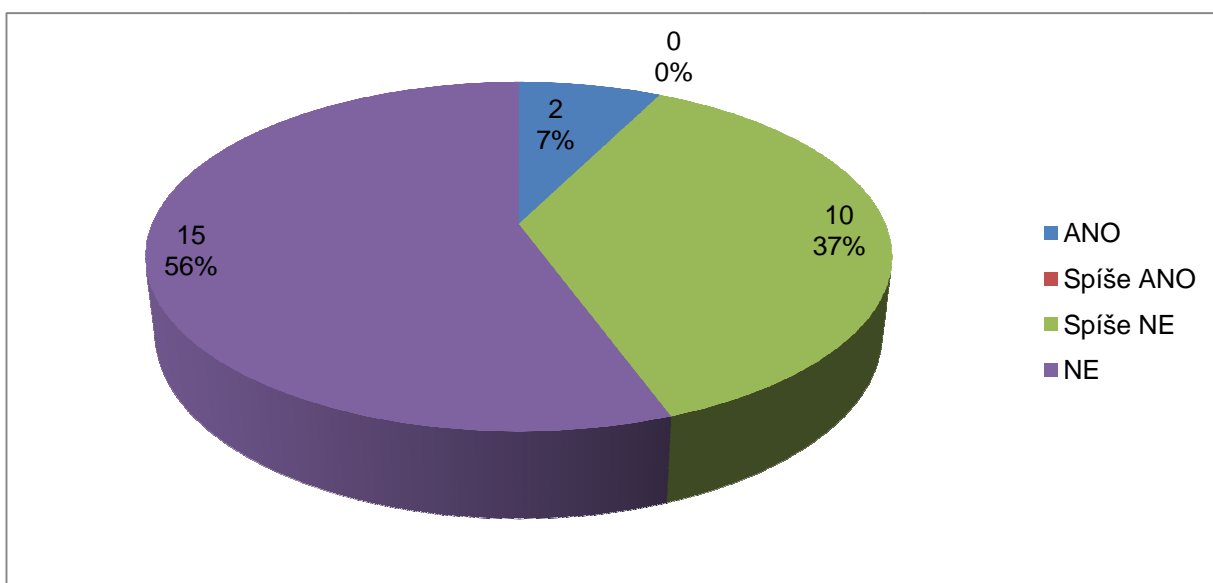


Popis grafu: Urostomie ovlivnila pracovní život u 22,% (6) dotázaných pacientů ANO, 34% (9) pacientů volilo odpověď spíše ANO, 33% (9) pacientů zvolilo variantu odpovědi spíše NE pacientů. Pracovní život urostomie neovlivnila u 11% (3) pacientů.

Otázka číslo 5

Ovlivnila urostomie Váš rodinný život, rodinné soužití (vztahy v rodině, podpora od rodiny...).

Graf č. 5 Struktura respondentů dle ovlivnění rodinného soužití.

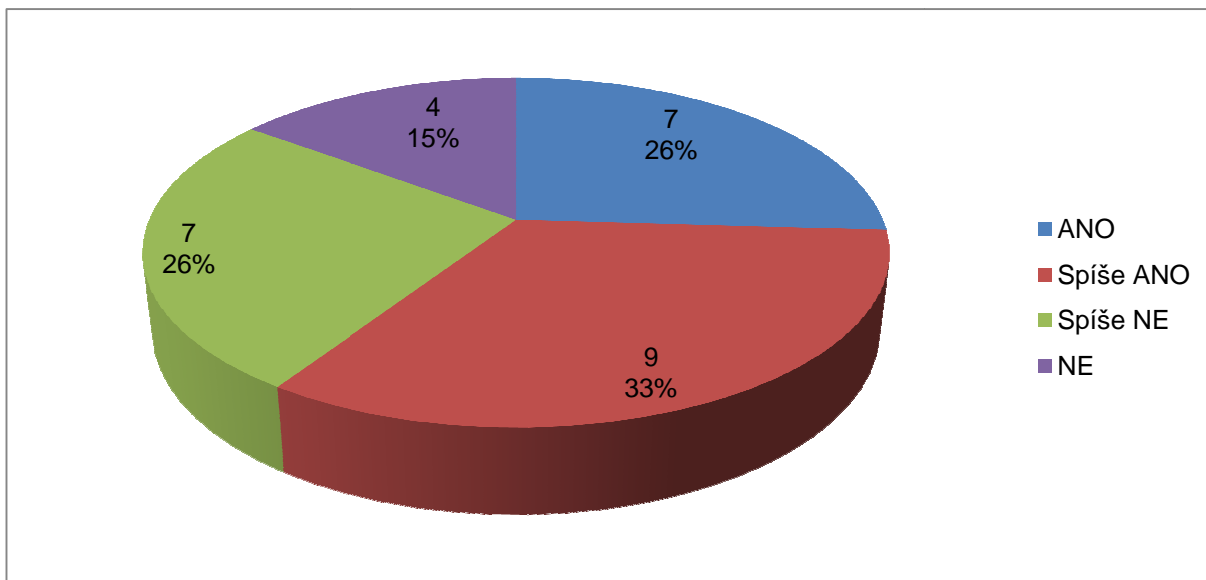


Popis grafu: Ovlivnění rodinného života udává 7% (2) dotazovaných pacientů, ovlivnění spíše ANO ne zvolil žádný pacient 0% (0), variantu odpovědi spíše NE 37% (10) pacientů a rodinný život neovlivnila urostomie u 56% (15) dotázaných pacientů.

Otázka číslo 6

Ovlivnila urostomie Váš společenský život (cestování, náplň volného času...)?

Graf č. 6 Struktura respondentů dle ovlivnění společenského života.

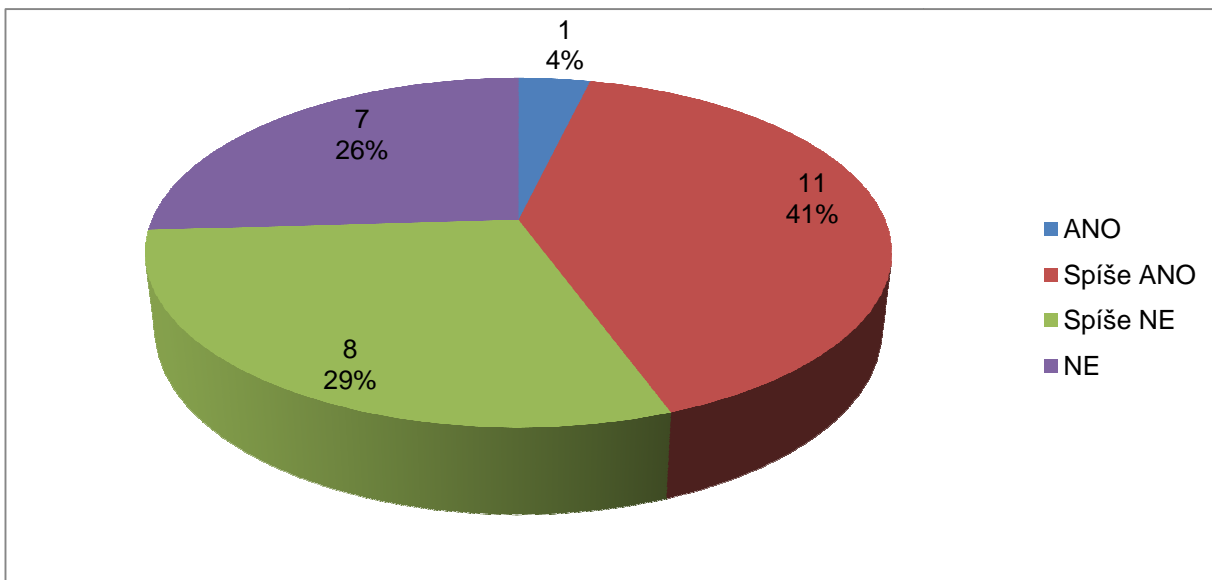


Popis grafu: Společenský život ovlivnila urostomie u 26% (7) pacientů, stejný počet pacientů volilo odpověď spíše NE 26% (7). Naopak společenský život urostomie neovlivnila u 15% (4) pacientů a 33% (9) pacientů využilo možnost odpovědi spíše ANO.

Otázka číslo 7

Ovlivnila urostomie Vaše každodenní činnosti (domácí práce, nákupy...)?

Graf č. 7 Struktura vzorku respondentů dle ovlivnění každodenní činnosti.

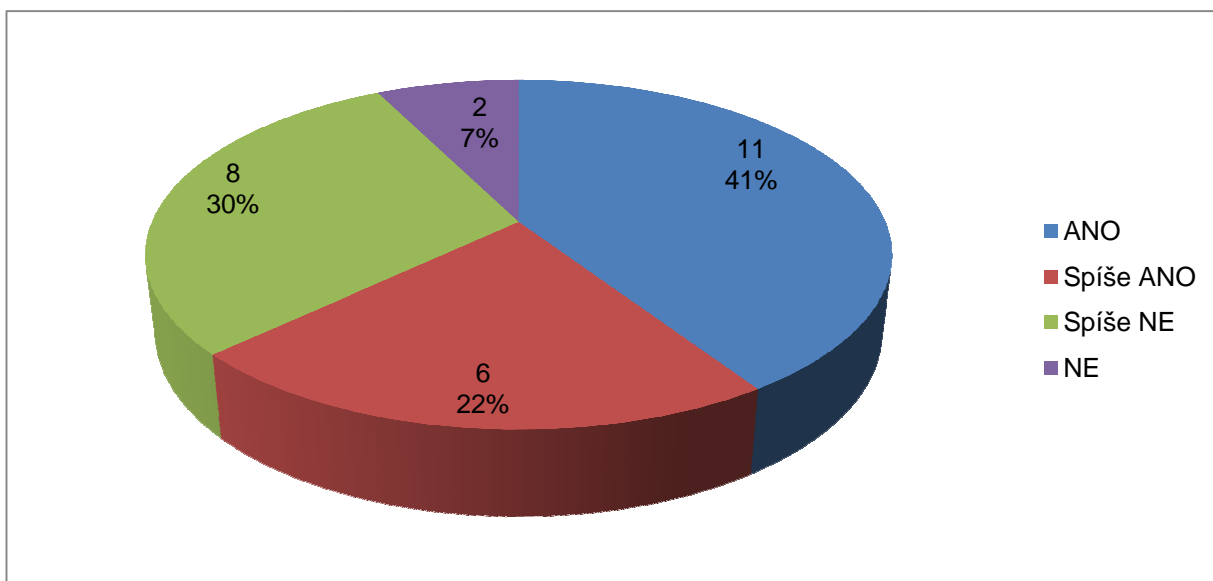


Popis grafu: Ovlivnění každodenní činnosti díky urostomii vnímá jako ANO 4% (1), spíše ANO 41% (11) a spíše NE 29% (8) pacientů. NE uvedlo 26% (7) pacientů.

Otázka číslo 8

Ovlivnila urostomie Váš intimní život?

Graf č. 8 Struktura vzorku respondentů dle vnímání ovlivnění intimního života.

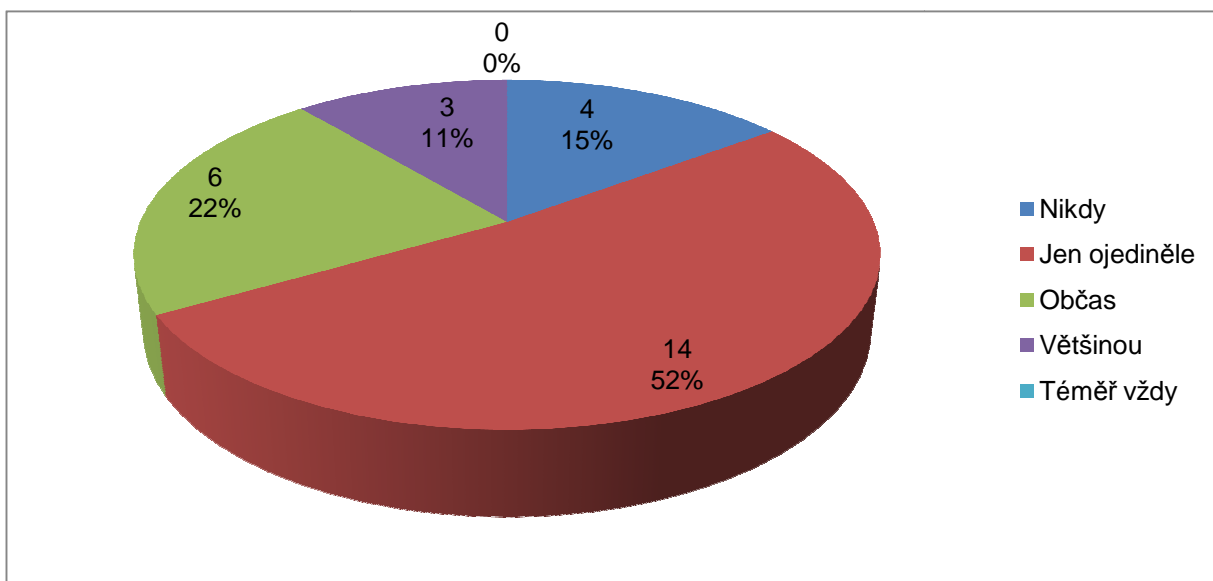


Popis grafu: Ovlivnění intimního života vnímá jako: ANO 41% (11), spíše ANO 22% (6), spíše NE 30% (8) pacientů. Urostomie neovlivnila intimní život u 7% (2) dotazovaných pacientů.

Otázka číslo 9

Zažíváte po operaci – po vytvoření urostomie pocity lítosti nebo strachu?

Graf 9 Struktura vzorku respondentů zažívajících pocity lítosti nebo strachu.

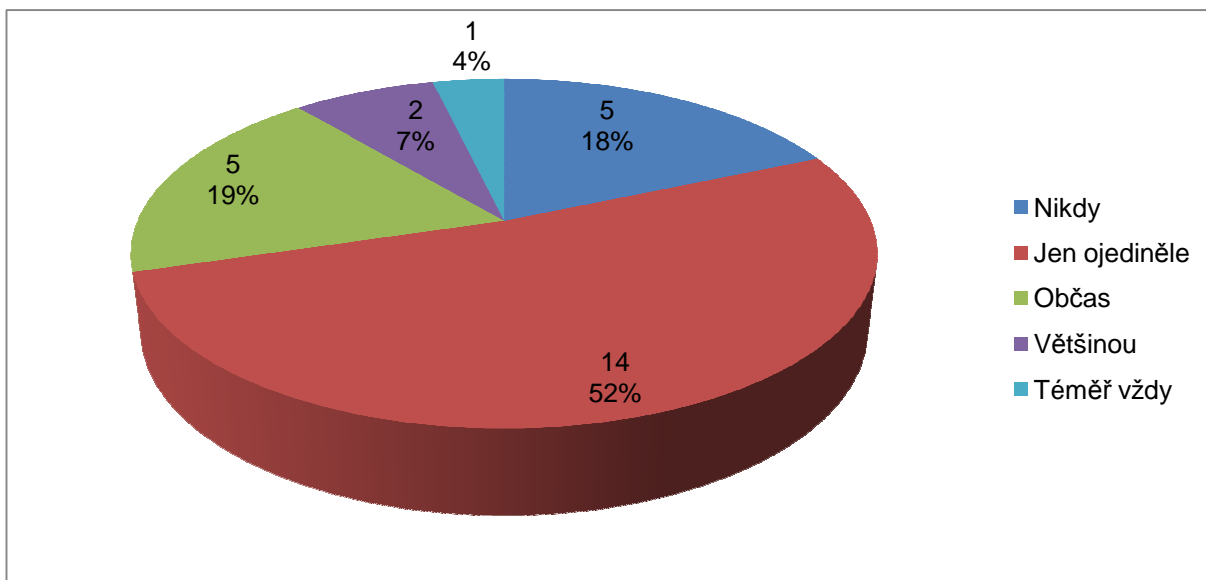


Popis grafu: Pocity lítosti nebo strachu zažívá jen ojedinele 52% (14) pacientů, občasné zažívání strachu udává 22% (6) pacientů, většinou pocity strachu a lítosti pocítuje 11% (3) pacientů, naopak nikdy tyto pocity nevnímá 15% (4) pacientů a variantu téměř vždy ne zvolil žádný pacient 0% (0).

Otázka číslo 10

Máte po operaci – vytvoření urostomie problémy se spánkem?

Graf č. 10 Struktura vzorku respondentů vnímajících problémy se spánkem.

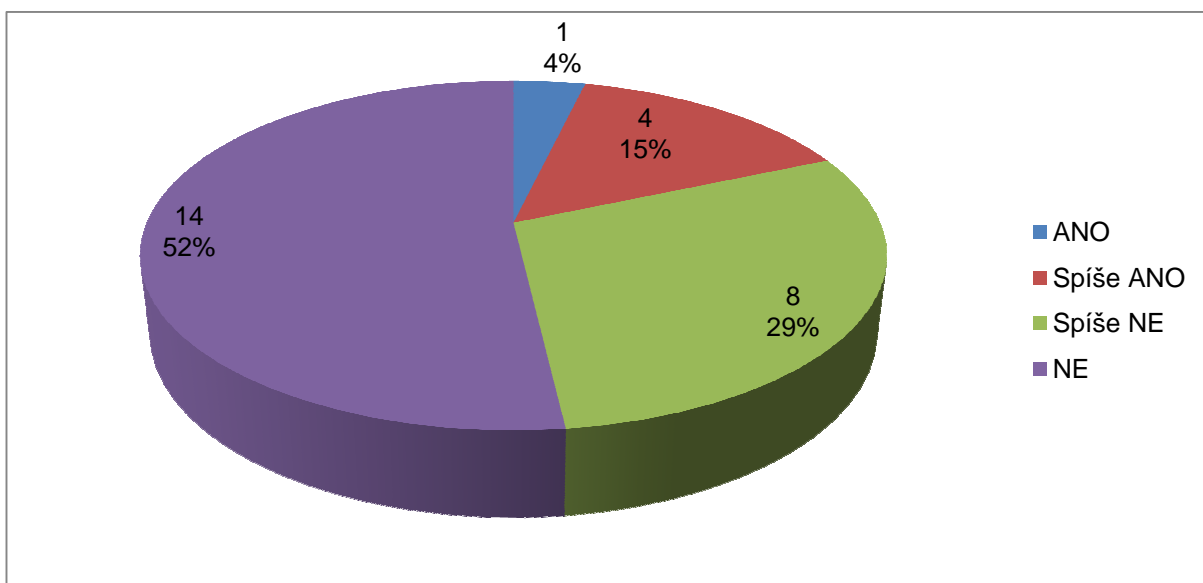


Popis grafu: Po operaci udává ojedinělé problémy se spánkem 52% (14) pacientů, občasné problémy udává 19% (5) pacientů, nikdy nemá problémy se spánkem 18% (5) pacientů, většinou má problémy 7% (2) pacientů a problémy se spánkem má téměř vždy 4% (1) pacientů.

Otázka číslo 11

Uvítal/a byste po operaci – po vytvoření urostomie odbornou psychologickou podporu, pomoc?

Graf č. 11 Struktura vzorku respondentů po RACE, názory na odbornou psychologickou podporu, pomoc.

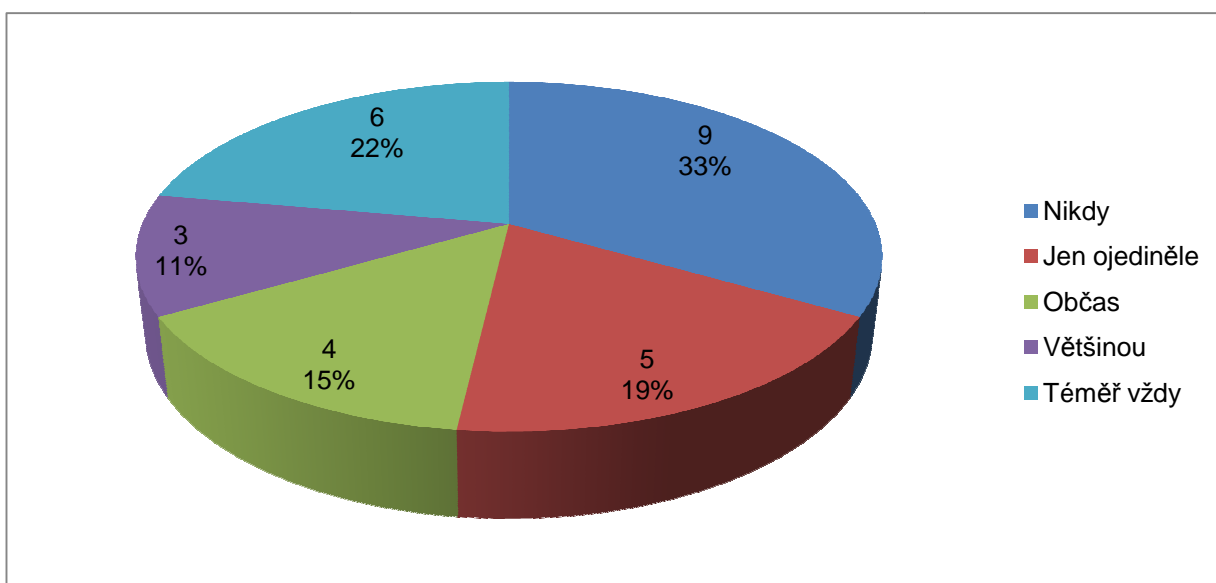


Popis grafu: Na otázku, zda by pacienti uvítali psychologickou podporu, pomoc dotázaní pacienti uvedli: ANO ve 4% (1), spíše ANO odpovědělo 15% (4) pacientů, spíše NE udalo 29% (8) pacientů a NE uvedlo 52% (14) pacientů.

Otázka číslo 12

Potřebujete při ošetřování urostomie (výměně sáčku a péči o urostomii) pomoc druhé osoby?

Graf č. 12 Struktura vzorku pacientů po RACE vnímajících potřebu pomoci druhé osoby.

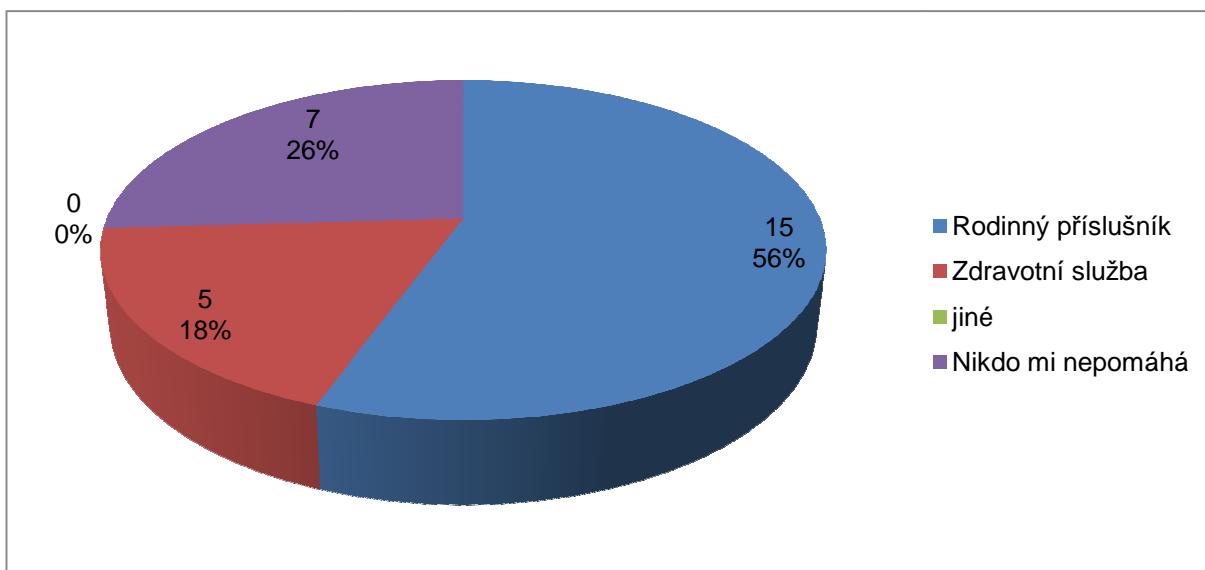


Popis grafu: Pomoc při ošetřování urostomie potřebuje téměř vždy 22% (6) pacientů, většinou pomoc potřebuje 11% (3) pacientů, občas 15% (4) pacientů, pomoc ojedinele vyžaduje 19% (5) pacientů. Nejvíce pacientů pomoc při ošetřování nepotřebuje nikdy a to 33% (9).

Otázka číslo 13

Kdo Vám při ošetřování pomáhá?

Graf č. 13 Struktura vzorku respondentů dle pomoci při ošetřování.

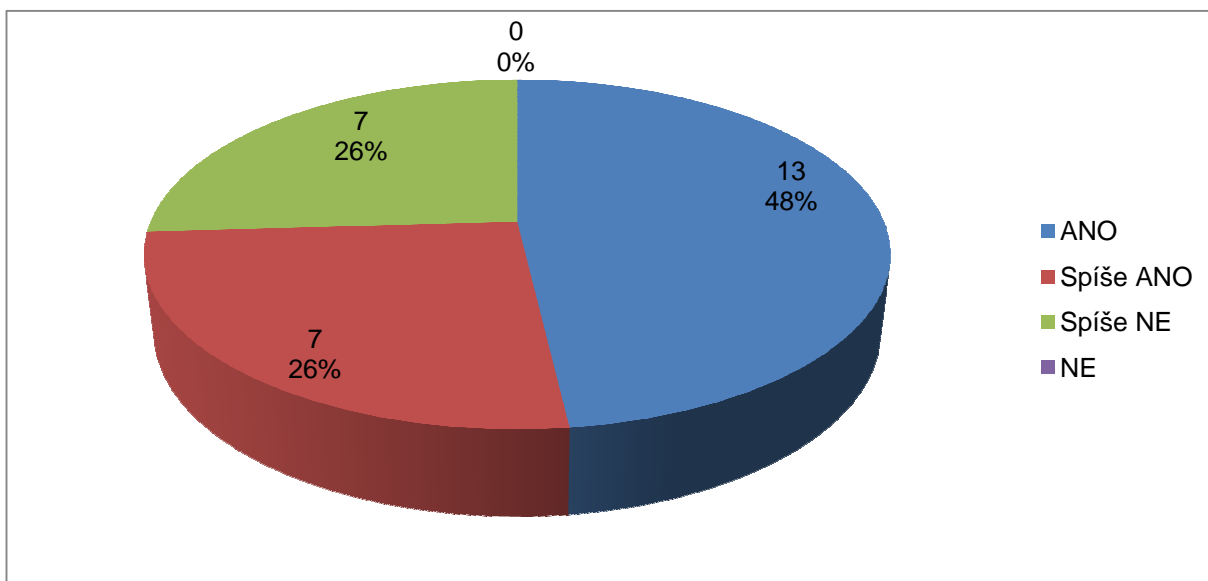


Popis grafu: V této otázce kdo pacientům při ošetřování urostomií pomáhá, pacienti odpověděli: rodinný příslušník 56% (15), zdravotní služba pomáhá pacientům v 18% (5), jiné neodpověděl žádný pacient 0% (0), nikdo mi nepomáhá uvedli pacienti ve 26% (7).

Otázka číslo 14

Máte vždy dostatek urostomických pomůcek?

Graf č. 14 Struktura vzorku respondentů dle pacientova hodnocení dostatečného množství urostomických pomůcek.

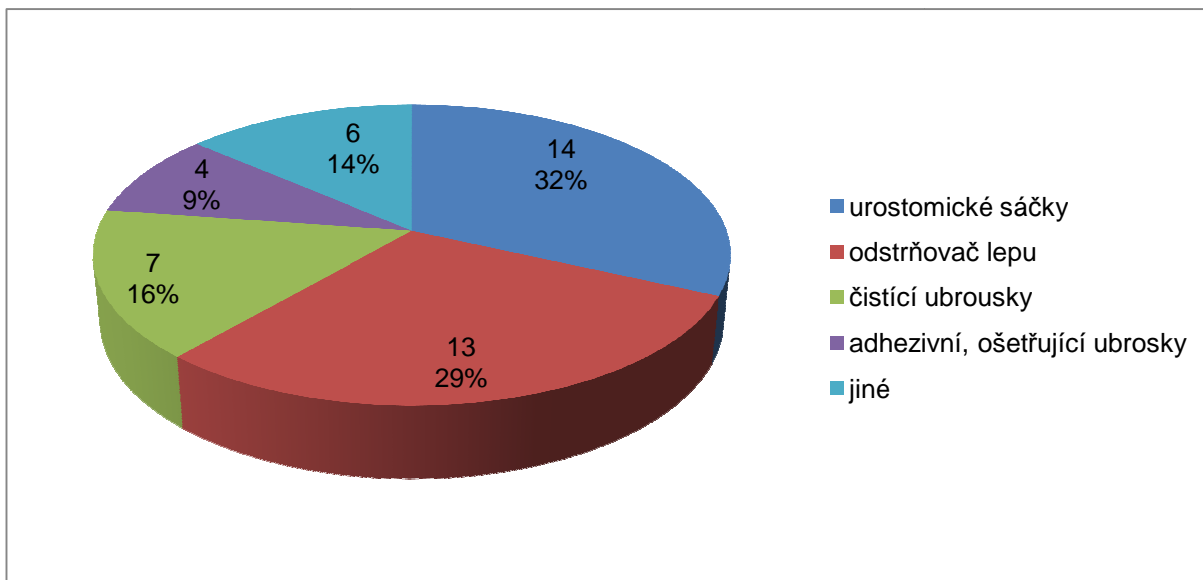


Popis grafu: Dostatek pomůcek pro ošetřování stomie má 48% pacientů, variantu odpovědi spíše ANO zvolilo 26% (7) pacientů, stejný počet pacientů 26% (7) udává spíše nedostatek pomůcek, odpověď NE ne zvolil žádný pacient 0% (0).

Otázka číslo 15

Jaké pomůcky byste potřeboval/a ve větším množství?

Graf č. 15 Struktura vzorku respondentů vyjadřujících svoji potřebu navýšení pomůcek.

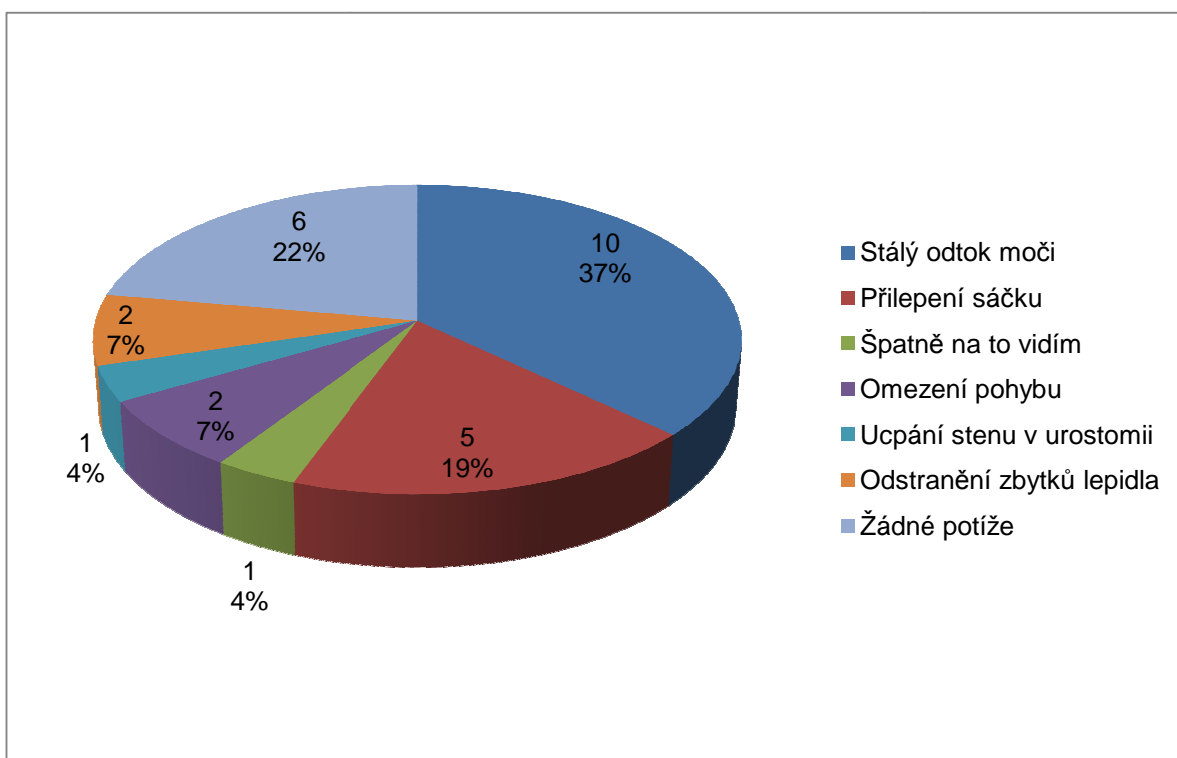


Popis grafu: V této otázce pacienti vyjadřují své potřeby a přání navýšení pomůcek potřebných k ošetření urostomie, bylo zde možné označit více možností. Proto je zde za 100% považováno 44 odpovědí. Navýšení množství urostomických sáčků by uvítalo 32% (14) pacientů, odstraňovače lepu ve větším množství uvítalo 29% (13) pacientů, čistící ubrusky 16% (7) pacientů, adhezivní, ošetřující ubrusky 9% (4) pacientů. Variantu odpovědi jiné 14% (6) pacientů, kde uvedli, že mají dost pomůcek a žádné navýšení tudíž nepotřebují.

Otázka číslo 16

Co Vám dělá při ošetřování urostomie největší potíže?

Graf č. 16 Struktura respondentů dle potíží při ošetřování urostomie

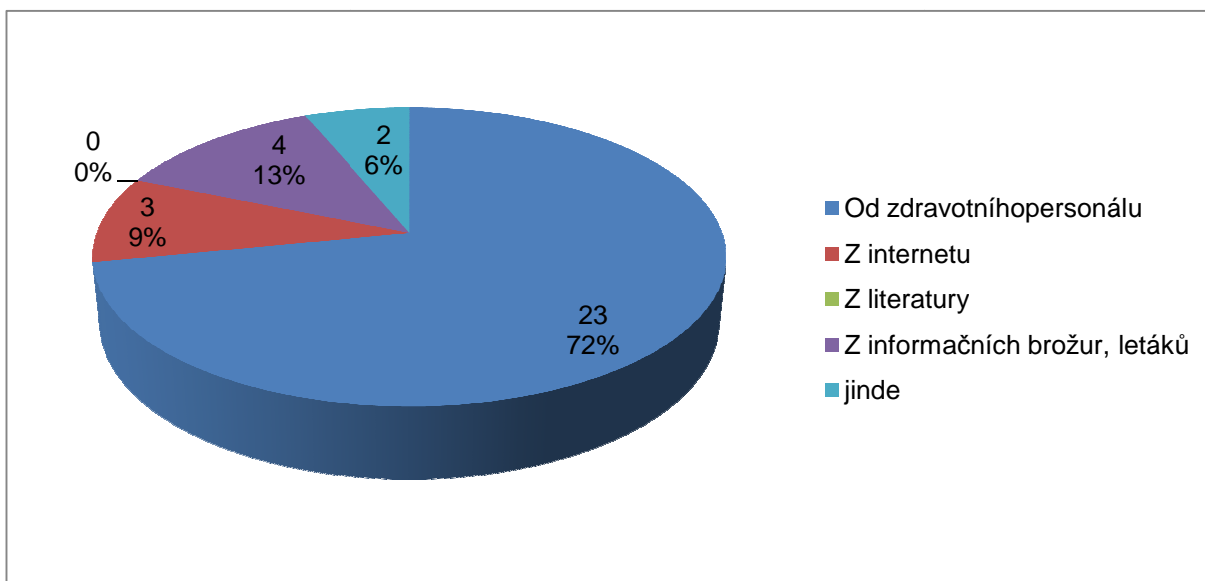


Popis grafu: Při ošetřování urostomie činí pacientům největší potíže stálý odtok moče a to v 37% (10), 19% (5) pacientů má problémy s přilepením sáčku, problém s omezením pohybu udává 7% (2) pacientů, stejný počet pacientů 7% (2) má problémy s odstraněním lepidla, 4% (1) pacientů udává „špatně na to vidím“ a stejný počet pacientů má problémy s ucpáváním stentu v urostomii. Žádné potíže nemá 22% (6) pacientů.

Otázka číslo 17

Informace o stomických pomůckách jste získal/a?

Graf č. 17 Struktura vzorku respondentů dle získávání informací o stomických pomůckách.

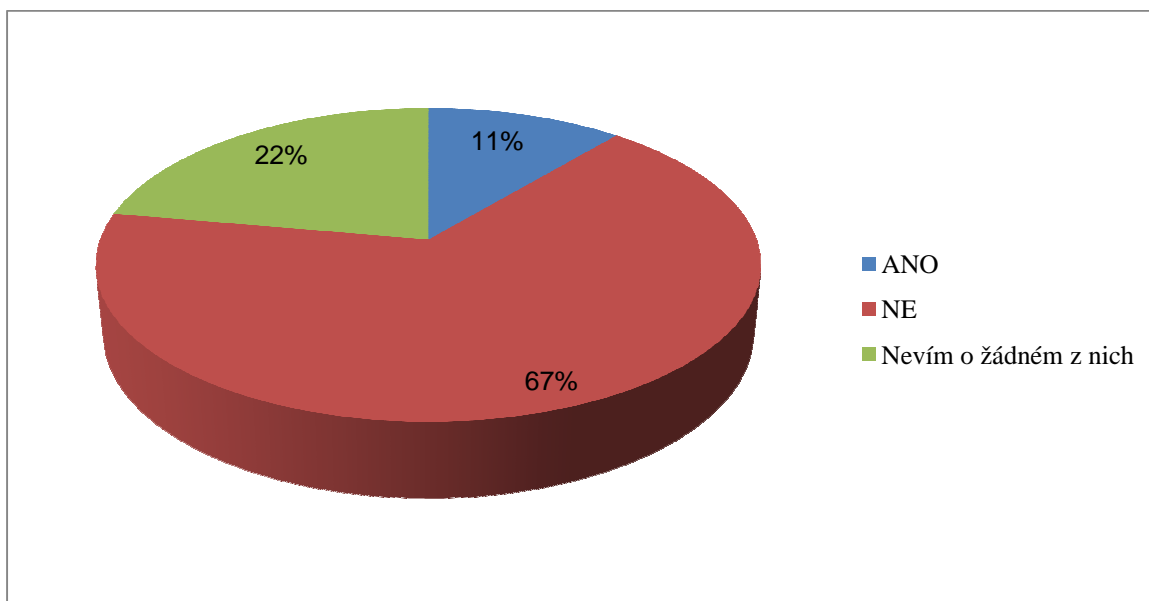


Popis grafu: Nečastěji informace pacienti získali od zdravotnického personálu a to v 72% (23), z internetu získalo informace 9% (3) pacientů, z informačních letáků 13% pacientů a z literatury informace nezískal žádný 0% (0) pacient. Variantu jiné zvolilo 6% (2) pacientů, kdy jeden pacient získal informace od kamaráda a druhý z bezplatné linky pomoci. Za 100% je považováno 32 odpovědí, jelikož bylo možné uvést více možností odpovědi.

Otázka číslo 18

Jste členem nebo navštěvujete některý spolek stomiků, či urostomiků?

Graf č. 18 Vzorek respondentů dle členství ve spolcích stomiků, urostomiků

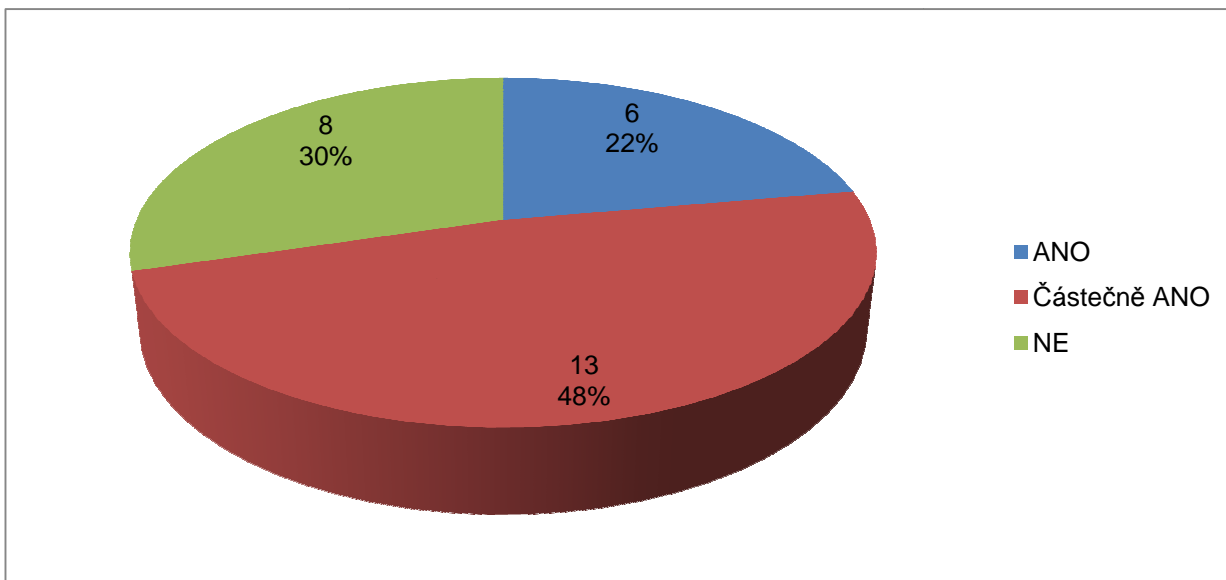


Popis grafu: Členem spolku stomiků je 11% pacientů. O žádném spolku stomiků neví 22% pacientů a 67% pacientů není členem klubu stomiků.

Otázka číslo 19

Máte v domácím prostředí svůj stomický koutek?

Graf č. 16 Vzorek respondentů dle vlastnictví stomického koutku.

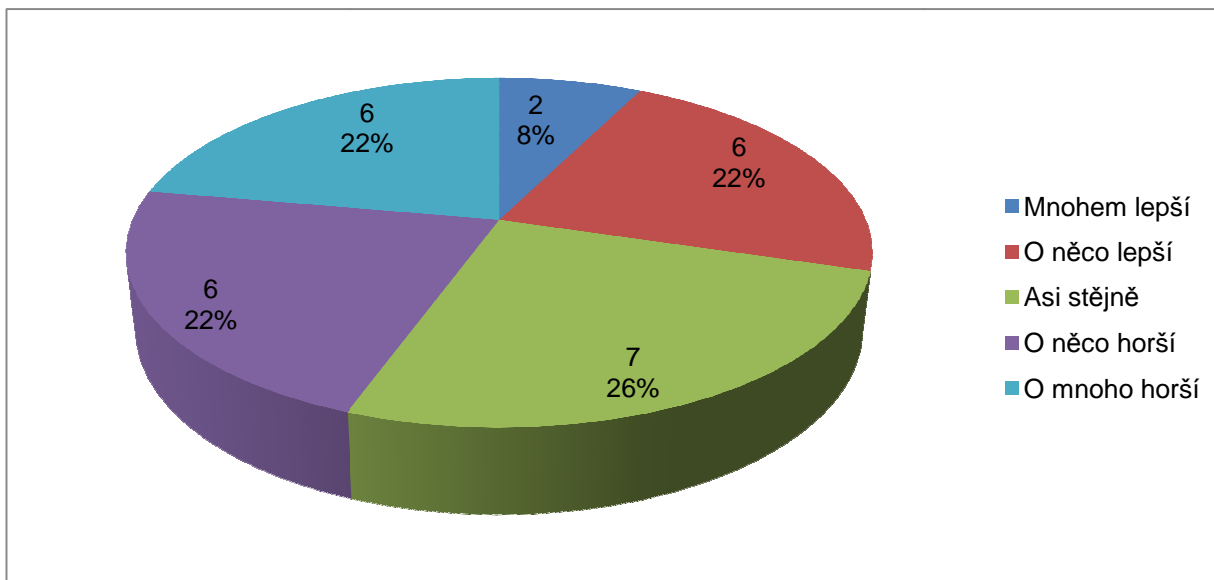


Popis grafu: V domácím prostředí má stomický koutek 22% (6) pacientů, největší skupinu tvoří pacienti, kteří mají stomický koutek jen částečně. Stomický koutek nemá 30% (8) pacientů.

Otázka číslo 20

Jak hodnotíte kvalitu svého života po operaci – po vytvoření urostomie?

Graf č. 20 Vzorek respondentů hodnotících kvalitu svého života po operaci.



Popis grafu: Kvalitu svého života po operaci o mnohem lepší hodnotí 8% (2) pacientů, o něco lepší 22% (6) pacientů. Asi stejně hodnotí kvalitu života po operaci 26% (7) pacientů, o něco horší se cítí 22% (6) pacientů. O mnoho horší hodnotí svojí kvalitu života 22% (6) dotazovaných pacientů.

Otázka číslo 21

Chcete-li se k dané problematice blíže vyjádřit, nebo více rozvést odpovědi k jednotlivým otázkám, zde prosím napište své pocity, názory, problémy, zkušenosti.

Na tuto otázku neodpověděl žádný z respondentů.

11 DISKUSE

V bakalářské práci jsem se zabývala kvalitou života pacientů s vytvořenou urostomií. Cílem a úkolem mého průzkumného šetření bylo zjistit, jak pacienti po radikální cystektomii vnímají a prožívají změnu kvality života, jenž může být způsobena urostomií a jakým způsobem zvládají péči o urostomii.

Hypotéza číslo 1 se potvrdila, jelikož 52 % (14) respondentů bylo v rozmezí 60-69 let (graf č. 1). Což se shoduje i v odborné literatuře s prof. Dvořáčkem, doc. MUDr. Kawaciukem i s prof. Horou. Převážnou částí respondentů 70% (19) tvořili muži, oproti tomu pouze 30% (8) byly ženy (graf č. 2).

Pacienti s urostomií mohou vnímat urostomii jako životní zátěž (graf č.3). V této otázce zvolilo odpověď ano 41% a spíše ano taktéž 41%, to znamená, že pro 82% dotazovaných pacientů je urostomie zátěží. Určitým překvapením pro mne byli odpovědi dotazovaných, kdy 15% uvedlo, že urostomii jako životní zátěž spíše nevnímají a 3% (1 pacient) tento problém vůbec jako životní zátěž nevnímá. Zde se nabízí myšlenka, jestli pacienti v těchto případech nejsou závidění hodnou osobou, která je tak optimisticky naladěna, že se i s touto překážkou jakou urostomie dle mého názoru je dokázali smířit a přijmout ji jako nedílnou součást jejich dalšího života.

Další otázka, náležící k hypotéze číslo 2 bylo zjistit vliv urostomie na pracovní život pacienta v důsledku urostomie (graf č. 4). V důsledku urostomie došlo k ovlivnění pracovního života u 22% pacientů. Variantu odpovědi spíše ano uvedlo 34% dotazovaných pacientů. Celkem tedy došlo k ovlivnění pracovního života u 56% dotazovaných. Naproti tomu spíše nedošlo k ovlivnění u 33% a nedošlo k ovlivnění pracovního života vůbec u 11 % respondentů.

V otázce číslo 5 byla zaměřena na vliv náhradní derivace moče na rodinný život pacienta a soužití s ostatními členy rodiny (graf č. 5). Dle názoru 7% pacientů jim urostomie jejich rodinný život ovlivnila. Naopak 56% pacientů vliv urostomie na rodinný život neudává. Variantu odpovědi, kde pacienti uvádí, že urostomie jejich život spíše neovlivňuje volilo 17% pacientů, což dokazuje, že dotazovaní pacienti mají ve své rodině silnou oporu při zvládání těžkostí a to jim podstatně ulehčuje a zvyšuje kvalitu jejich života.

V otázce číslo 6 zda urostomie ovlivňuje společenský život pacienta bylo uvedeno v dotaznících, že došlo k ovlivnění 26%. Spíše ovlivnění se cítí 33% pacientů, naopak spíše ne uvedlo 26% a ne uvedlo 15% pacientů (graf č. 6). Z toho vyplývá, že u 59 % pacientů urostomie společenský život ovlivnila.

Další otázka se týkala ovlivnění sféry každodenních činností pacienta, jako jsou domácí práce, nákupy a podobně (graf č. 7). Na tuto otázku číslo 7 pacienti odpovídali následovně. K ovlivnění každodenních činností došlo u 4% pacientů, spíše ano uvedlo 41% dotazovaných. Proti tomu respondenti uvedli spíše ne v 29% a ne zadali pacienti v 26%. K ovlivnění každodenních činností v důsledku urostomie, dle získaných odpovědí nedochází u 55% pacientů.

Otázka číslo 8 se zajímá o ovlivnění intimního života pacienta s urostomií. Pacienti uvedli ovlivnění intimního životave 41% , 22% dotazovaných se cítí spíše ovlivnění, spíše neovlivněno se cítí 30% pacientů a 7% pacientů vliv urostomie na svůj intimní život nepocítuje (graf č. 8). K ovlivnění intimního života dle údajů pacientů došlo u 63% dotazovaných.

Na dotaz zažívají-li pacienti po operaci s následným vytvořením urostomie pocity lítosti nebo strachu pacienti v otázce číslo 9 uvádí, že nikdy nezažívá tyto pocity 15% pacientů, jen ojediněle (v méně jak 50%) tyto pocity prožívá 52% dotázaných, občasné pocity úzkosti a strachu uvádí 22% dotazovaných a většinou prožívá strach a úzkost 11% pacientů. Téměř vždy strach ani lítost nikdo z pacientů nezažívá (graf č. 9). Strach a úzkost v důsledku urostomie nebývá u pacientů dle jejich hodnocení častým jevem.

Otázka číslo 10 se zabývá problémy se spánkem (graf č. 10). Zde pacienti odpovídali následovně. V 18% pacienti odpověděli, že nikdy nezažívají problémy se spánkem, jen ojedinělé problémy udává 52% dotazovaných, občasné problémy udává (zhruba v 50%) 19% pacientů, většinou má problémy se spánkem 7% respondentů, téměř vždy pocítují spánkové problémy 4% dotázaných pacientů. Většina pacientů zažívá problémy se spánkem jen ojediněle, z čehož vyplývá, že urostomie nijak výrazně spánek neovlivňuje.

V otázce číslo 11 bylo hodnoceno, zda by pacienti uvítali odbornou psychologickou podporu, nebo pomoc. O psychologickou podporu má zájem pouze 4% pacientů. O psychickou podporu má spíše zájem 15% pacientů. Velká většina pacientů o psychologickou podporu nemá zájem (graf č. 11). Dle mého názoru, naši pacienti ještě nejsou v plné míře připraveni požádat o psychologickou pomoc, protože v sobě mají zakódovaný strach z dřívější doby, že psycholog a psychiatr jsou něco nepatřičného a to

oni nepotřebují. V této oblasti by nemusela být na škodu vhodná edukace k rozšíření jejich povědomí o těchto oborech a patřičné vysvětlení výhod, kterých se pacientům může dostat, jako například snížení pocitů lítosti a strachu, omezení poruch spánku, pomocí navození optimistického postoje k danému onemocnění a životu s urostomií. I Jaro Křivohlavý(16) zmiňuje, že při optimistickém postoji je rekonvalescence a úzdrava daleko rychlejší a snažší.

K 2.hypotéze je vztažena i otázka číslo 20. Zde pacienti hodnotí svojí vlastní kvalitu života po vytvoření urostomie. Zde 44% dotazovaných zhodnotilo po operaci svojí kvalitu života jako horší, 30% pacientů uvedlo životní kvalitu po operaci jako lepší a 26% vidí svojí kvalitu života stejnou jako před operací (graf č. 20). Ani v této otázce se úplně nenaplnilo mé očekávání, jelikož jsem si myslela, že se zde zobrazí větší rozdíl mezi hodnocením lepší a horší kvality života.

Dle vyhodnocení všech dotazníkových otázek nedošlo k pozitivnímu hodnocení hypotézy u otázek číslo 5, 7, 9, 10, 11, 20 , tj. více než 50% otázek bez pozitivního výsledku hodnocení. Hypotéza číslo 2 se dle stanovených kritérií nepotvrdila. Ačkoli toto zjištění je velice překvapivé, většina pacientů s náhradní derivací moče, urostomií jako životní zátěž nevnímá.

Otázka číslo 12 se zabývá potřebou pomoci druhé osoby při ošetřování urostomie (graf č. 12).V následujících odpovědích uvedlo 33% respondentů, že nepotřebuje pomoc nikdy, ale 19% pacientů potřebuje pomoc jen ojedinele, 15% pacientů potřebuje občasnou pomoc, většinou vyžaduje pomoc 11% pacientů a téměř vždy 22% pacientů. Z výsledku vyplívá, že u většiny pacientů při ošetřování urostomie je potřeba pomoci druhé osoby.

Na dotaz číslo 13, kdo pacientům s ošetřování urostomie pomáhá, byla nejčastější odpověď v 56% rodinný příslušník a v 18% odpovědí pacienti uváděli zdravotní službu. Nikdo mi nepomáhá uvedlo 26% pacientů. Odpověď jiné nikdo z respondentů neuvedl. Je zde vidět, že většina respondentů potřebuje pomoc druhé osoby při ošetřování urostomie (graf č. 13).

Velmi mne udivil výsledek dotazu na to, zda mají pacienti dostatek zdravotních pomůcek k ošetřování urostomie. V otázce číslo 14, (graf č. 14); 48% pacientů uvedlo, že má dostatek pomůcek, spíše dostatek pomůcek má 26% respondentů a naopak 26% pacientů uvedlo spíše jejich nedostatek. Ne neuvedl žádný pacient. S největším nedostatkem potřebných pomůcek k ošetřování urostomií se pacient nejčastěji potýká v časném období po radikální cystektomii (RACE). Pacienti nemývají většinou dostatek,

až do doby, než se naučí správné péči o ni. Je nutné si uvědomit, že při nedostatku pomůcek se jako důsledek tohoto problému mohou rozvinout komplikace, jako je například infekce, macerace kůže v okolí stomie a podobně. Pokud má pacient nedostatek pomůcek k ošetřování urostomie, neznamená to, že při vyčerpání limitu preskripce zůstane pacient bez patřičného vybavení. Situace je řešitelná takzvanou žádostí o zvýšenou úhradu na danou pomůcku, žádost je poté předávána a schvalována zdravotní pojišťovnou, kde je pacient jako pojištěnec vedený.

V otázce číslo 15 nás zajímají pomůcky, kterých by pacienti potřebovali k ošetřování urostomie více (graf č. 15). Respondenti směli označit více odpovědí. Nejvíce by pacienti uvítali navýšení v množství urostomických sáčků a to ve 32% , 29% by uvítalo navýšení odstraňovače lepu k snazšímu odlepení urostomického sáčku. O navýšení čistících ubrousků by mělo zájem 16%, o adhezivní ošetřující ubrusky má zájem 9% respondentů. V této otázce byla možnost vypsát i jiné pomůcky, dle potřeby pacientů, ale dotazovaní zde uvedli, že mají dost pomůcek a tudíž žádné navýšení nepotřebují, takto odpovědělo 14% respondentů.

Otevřenou otázkou v dotazníku byla otázka číslo 16. V této otázce pacienti uváděli své problémy spojené s ošetřováním urostomie. Nejčastějším problémem je u 37% pacientů stálý odtok moči, 19% uvádí jako největší problém přilepení sáčku, 4% doslova uvádím „špatně na to vidím“, 7% pacientů má při ošetřování stomie problém s omezením pohybu, 4% pacientů uvádí jako problém ucpávání stentu, u 7% je problémem odstranění zbytků lepidla a 22% respondentů žádné potíže neudává (graf č. 16).

V 17. otázce byli pacienti tázáni na to, kde získali informace o stomických pomůckách (graf č. 17). Nejčastěji odpovědělo 72% dotazovaných, že získalo informace od zdravotnického personálu, což svědčí o dobré edukaci sester. Z internetu získalo informace 9% respondentů, z informačních brožur a letáků je informováno 13% pacientů, 6% respondentů uvedlo v možnosti jinde, že získal 1 pacient informace z bezplatné linky pomoci a 1 pacient získal informace od kamaráda.

Otázka číslo 18 (graf č. 18), zde pacienti uváděli, zda jsou členy nebo navštěvují-li nějaký spolek urostomiků, či stomiků. Nejčastější odpovědí zde bylo ne a to v 67%. Nevím o žádném spolku urostomiků odpovědělo 22% pacientů, členy těchto spolků je 11% pacientů. Tato otázka by stála za větší prozkoumání, zda by pacienti s urostomií měli vůbec zájem scházet se a diskutovat o svých problémech. Dle mého názoru bývají tato setkání pacientů s podobným problémem velmi užitečná pro psychiku pacientů (vidí, že problém nemají jen oni, ale s podobným problémem se potýkají i další pacienti). se shodnu

Jareo Křivohlavý a Veronika Zachová se zmiňují o vhodnosti zapojení pacientů s podobnou diagnózou do spolků, kde si mohou vyměňovat své poznatky a názory na kvalitu života, popřípadě zjistit možnosti na zkvalitnění stávajícího života. Ale dle odpovědi respondentů se výzkumné šetření se s myšlenkou autorů neshoduje. Je zde vidět určitá uzavřenost pacientů s urostomií a možná i nechuť dělit se o své poznatky s ostatními pacienty.

Na otázku číslo 19, zda mají pacienti doma svůj stomický koutek odpovědělo 22% respondentů, že stomický koutek mají, částečně vybavený stomický koutek má 48% pacientů a 30% dotazovaných stomický koutek nemají. Tyto odpovědi, že většina pacientů má alespoň částečně doma svůj koutek (místo), kde je možné provést v klidu ošetření urostomie je velice pozitivní zjištění. Svůj stomický koutek má doma 70% dotazovaných pacientů, což je z hlediska intimity pro některé pacienty velice důležité.

Hypotéza číslo 3 byla potvrzena, většina pacientů potřebuje pomoc druhé osoby. Z dotazníkového šetření bylo potvrzeno, že touto osobou je nejčastěji rodinný příslušník.

ZÁVĚR

Život pacienta s náhradní derivací moče – urostomií je velkou psychickou i fyzickou zátěží nejen pro pacienta, ale bezesporu i pro jeho nejbližší okolí a hlavně rodinné příslušníky. Péče o tuto stomii potřebuje velkou dávku odvahy a odhodlání. Velmi důležité je optimistické naladění pacienta a jeho snaha vyrovnat se s novým a pro něj neznámým úkolem.

Pro pacienty je důležité, že se svou chorobou nebojují sami, ale pro tento boj mají velkou oporu v kolektivu zdravotnického personálu, na který se mohou kdykoli obrátit o pomoc, či radu.

Doporučením pro praxi by mohlo být zřízení poraden pro pacienty, kam by mohli docházet řešit své problémy s urostomií, případně se telefonicky dotazovat na možnosti péče o urostomii a velkou výhodou by bylo spojení s psychologickou poradnou k možnému ulehčení psychické zátěže, kterou bezesporu pacienti mají, i když se o ní nezmiňují. Do budoucna by mohlo být zajímavé provést šetření na kvalitu života pacientů s náhradní derivací moče formou, ne dotazníkové metody, ale formou rozhovoru, kvalitativním výzkumem, kdy se pacienti dle mého mínění více osmělí a při navázání stavu důvěry, budou schopni o svých problémech více hovořit.

POUŽITÁ LITERATURA

1. FIALA, Pavel, Jiří VALENTA a Lada EBERLOVÁ. *Anatomie pro bakalářské studium ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004, 136 s. ISBN 80-246-0804-9.
2. ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 2*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002, 470 s. ISBN 80-247-0143-X.
3. LENKA SLEZÁKOVÁ A KOL. *Ošetrovatelství v chirurgii II*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 987-80-247-3131-8
4. VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012, 448 s. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4737-423.
5. KAWACIUK, Ivan. *Urologie*. 1. vyd. Praha: Galén, c2009, 531 s. ISBN 978-80-7262-626-7.
6. DVOŘÁČEK, Jan. *Urologie: obecná a speciální urologie*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova - Vydavatelství Karolinum, 1997, 198 s. ISBN 80-718-4313-X.
7. HORA, Milan. *Urologie pro studenty všeobecného lékařství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004, 115 s. ISBN 80-246-0857-X.
8. PACÍK, Dalibor. *Urologie pro sestry*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 1996, 173 s. ISBN 80-701-3235-3.
9. ZACHOVÁ, Veronika. *Stomie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 200 s. ISBN 978-802-4732-565.
10. LÚČAN, Jaroslav. *Stomie a stomici*. 2011. vyd. P+M. ISBN 9788089410118.
11. DVOŘÁČEK, Jan a Marko BABJUK. *Onkourologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005, xxiv, 589 s. ISBN 80-726-2349-4.
12. VORLÍČEK, Jiří, ABRAHÁMOVÁ, Jitka a VORLÍČKOVÁ, Hilda. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012, 448 s. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4737-423.

13. GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 223 s. Sestra. ISBN 978-802-4736-259.
14. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2002, 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
15. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001, 279 s. ISBN 80-717-8551-2.
16. DRAGOMERICKÁ, Eva. *Brno INCO FORUM, 2005: Kvalita života a nemoc* [online]. Česká společnost podpory zdraví. Brno: INCO FORUM, 2005 [cit. 2013-02-23]. Dostupné z: http://www.incoforum.cz/download/2_5_konf_Dragomir_Brno2005.ppt
17. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Optimismus, pesimismus a prevence deprese*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 138 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4740-072.
18. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 119 s.. ISBN 978-802-4731-490
19. HRUBÁ, Marcela, FORETOVÁ, Lenka a VORLÍČKOVÁ, Hilda. *Role sestry v prevenci a včasné diagnostice nádorových onemocnění*. 1. vyd. Brno: Masarykův onkologický ústav, 2001, 77 s. ISBN 80-238-7618-X.
20. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 77 s. ISBN 978-802-4721-712.
21. Certifikovaný kurz zlepšení péči o stomické pacienty. *Braunoviny: měsíčník společnosti skupiny B. Braun pro ČR a SR*. 2012, roč. 2012, č. 12. ISSN 1801-0342. DOI: 1801-0342.
22. KRISTOVÁ, Jarmila a Zuzana TOMAŠKOVÁ. *Komunikácia v ošetrovatelstve*. [1. vyd.]. Martin: Osveta, 2002, 164 s. ISBN 80-806-3107-7.

23. BÁRTLOVÁ, Sylva, SADÍLEK, Petr a TÓTHOVÁ, Valérie. *Výzkum a ošetřovatelství*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005, 146 s. ISBN 80-701-3416-X.
24. České ILCO: dobrovolné sdužení stomiků. MAREK, Vlastimil. © 2010 PAVEL KREML KONTAKT WEBMASTER. *Něco v síti: fejetony, které vycházely od roku 1997 na internetu na adrese <http://svet.namodro.cz>* [online]. 1. vyd. Praha: Dharma Gaia, 1999, Poslední aktualizace: 5.3.2013 [cit. 2013-03-25]. Dostupné z: <http://www.ilco.cz/cojestoma.php>
25. Informační web pro stomiky: Informační web o problematice stomií. STRÁNKY STOMIE.CZ PROVOZUJE SPOLEČNOST CONVATEC ČR. *Stomie.cz.: .Informace o sstomiích* [online]. Stránky stomie.cz provozuje společnost ConvaTec ČR. [cit. 2013-03-25]. Dostupné z: <http://www.stomie.cz/stomicke-pomucky>
26. Oblečení "na míru" pro aktivní vozíčkáře a osoby s jiným hendikepem: plavky pro stomiky. ITALSKÝ VÝROBCE LYDDA WEAR. *Mailto:czinfo@lyddawear-international.com: plavky pro stomiky* [online]. [cit. 2013-03-25]. Dostupné z: <http://www.lyddawear.cz/28%7C.k.XTV100.plavky-pro-stomiky.html>

POUŽITÉ CITACE

DVOŘÁČEK, Jan, BABJUK, Marko. *Onkourologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005, xxiv, 589 s. ISBN 80-726-2349-4. (s. 183)

DRAGOMERICKÁ, Eva. *Brno INCO FORUM, 2005: Kvalita života a nemoc* [online]. Česká společnost podpory zdraví. Brno: INCO FORUM, 2005 [cit. 2013-02-23]. Dostupné z: http://www.incoforum.cz/download/2_5_konf_Dragomir_Brno2005.ppt

ODBORNÁ TERMINOLOGIE

Abúzus – nadměrné užívání drog

Adhezní technologie – přilnavost

Alergická reakce – reakce přecitlivělého organismu na alergen

Anamnéza – předchorobí

Anatomické parametry – tělesné parametry

Angio – počítačová technologie se zobrazením cév

Apex, Apex fundus - vrchol

Aromatické aminy – organické sloučeniny

Arteria interlobulares – konečná tepna v ledvině

Arteria renales – ledvinná tepna

Autoimunitní onemocnění – imunitní odpověď

Autonomní nervy – nervová soustava nezávislá na centrálním nervstvu

Benigní hyperplazie prostaty – nezhoubně zvětšená prostata

Bowmanovo pouzdro – pouzdro ledvinného glomerulu

Calices renalis – ledvinové kalichy

Capsula adiposa – tukové pouzdro obalující ledviny

Capsula fibrosa – vazivové pouzdro obalující ledviny

Cervix vesicae – hrdlo močového měchýře

Cystektomie – chirurgické odstranění cysty

Corpus – tělo

Corpus vesicae – tělo močového měchýře

Cortex – kůra

Curvatura – zakřivení

Cystoskopie – endoskopické vyšetření močového měchýře

Cytologie moči – vyšetření moči na přítomnost zhoubných buněk, orientační

Čistá intermitentní katetrizace – samocévkování pacienta

Derivace moči – náhradní vývod moči

Diabetes melitus – úplavice cukrová

Diskomfort – snížení kvality

Distální tubulus – kanálek v ledvině

Diverkultida – výchlípky

Drenáž moči – odvod moči

Ductus ejaculatorie – společné vyústění chámovodu a semenného váčku

Ductus papilaris – ústí vyprazdňovacích kanálků v ledvinách

Dysuria – zhoršení močení

Edém dolních končetin – otok dolních končetin

Edukace – výuka

Ejakulace moči – výstřik moči

Endoskopická operace – Miniinvazivní operace, vyšetření pomocí endoskopu

Ericystostomie – vývod moči přes stěnu břšní

Epidemiologie – odvětví studující zdraví a nemocnost obyvatelstva

Etiologie – soustavné hledání a výklad příčin

Evakuace moči – odvod moči

Exkludované části ilea – vyvedená část střeva

Experimentální vztah – zkušební vztah

Exkretovaná moč – vyvedená (vyloučená) moč

Fundus – spodní část, spodina

Gastrointestinální trakt – trávicí soustava

Glomerul – klubko rozvětvených vlásečnic v ledvině

Grading – mikroskopická diferenciovanost nádoru

Hematurie – přítomnost krve v moči

Hematurie makroskopická – přítomnost krve v moči viditelná pouhým okem

Hematurie masivní – přítomnost krve v moči, silné krvácení do moči

Hematurie mikroskopická – přítomnost krve v moči, viditelná pod mikroskopem

Heterotopické neoveziky – náhrady močové ho měchýře vytvořené na jiném než obvyklém místě

Histologický typ – typ nádoru určený mikroskopickou metodou a barvením buněk

Homeostáza – vnitřní prostředí organismu

Hypochlorémie – snížení chlóru

Hyponatrémie – snížení sodíku

Ileální konduit dle Bricker – ortotopická náhrada močovodů

Ileostomie – vývod tenkého střeva

Ileum – tenké střevo

Imunoterapie – léčba nástroji imunity

Imunosupresivum – léky k potlačení imunity

Indikace – stavy pacienta, při nichž je podání daného léčiva

Incidentální nádory – nepodstatné nádory

Inervace parasymptika – Nervy vegetativního (autonomního) nervstva

Infiltrace nádoru – prorůstání nádoru

Inkontinenční pomůcky – pomůcky zachycující neustále odtékající moč

Intravenózní vylučovací urografie – vysvětleno ve zkratkách

Intravezikální chemoterapie – Léčba močového měchýře aplikací výplachové látky

Karcinogen – látka podporující vznik nádoru

Karcinom močového měchýře – nádor močového měchýře

Katétry – cévky

Katétry nefrostomické – cévka odvádějící moč z ledviny

Katétry ureterální – cévka odvádějící moč z močovodů

Katétry uretrální – cévka odvádějící moč z močového měchýře

Kaudální směr – neregistrovaný směr

Kognitivní oblast – oblast poznání

Kolorektum – část tlustého střeva

Kolostomie – vývod stolice ze střeva

Kontinentní derivace moči – ovládání vylučování moči

Krevní koagula – krevní sraženina

Kultivace moči – vyšetření moči na přítomnost bakterií

Lymfatické uzliny – mízní uzliny

Magnetická rezonance – vyšetření zobrazující orgány v těle

Malpighiho tělíška – klubka vlásečnic

Mediokaudální – paprskovitý

Medulla – hranice prodloužené a páteřní míchy

Močová infekce – přítomnost bakterií v moči

Musculus detrusor – svalovina močového měchýře

Musculus sphincter urethrae – zevní svěrač močového měchýře

Musculus sphincter vesicae – vnitřní svěrač močového měchýře

Asymptomaticky - bez příznaků

Náhradní derivace moči – náhradní odtok moči

Nefrostomie – drenážní trubice odvodu moči přímo z ledviny

Neinvazivní karcinom – neprorůstající nádor

Ortotopické neoveziky – náhrady močového měchýře vytvořené na obvyklém (stejném) místě

Ostium urethrae externum – vývod močové trubice vnější
Ostium urethrae internum – vývod močové trubice vnitřní
Ostium ureteris – vývod močové trubice
Papillae renales – papilka, svod do pánvičky v ledvině
Pars abdominalis – v retroperitoneu břicha
Pars intramuralis – ve stěně močového měchýře
Pars pelvica – průběh malou pánví
Pelvicá lymfadenektomie – odstranění lymfatických uzlin v pánvi
Pelvis renalis – ledvinná pánvička
Peritoneum – pobřišnice
Permanentní močová katetrizace – zavedení cévky (permanentní katetr)
Prostata – žláza, která je součástí mužského močopohlavního systému
Proximální tubulus – místo, kde dochází ke zpětnému vstřebávání moči
Radikální cystektomie – chirurgické odstranění močového měchýře
Radioterapie – léčení pomocí rentgenového záření
Reedukce – zpětná výuka
Renální fascie – ledvinová pojivová tkáň
Renální tepny – ledvinné tepny
Retence moči – zadržování moči, nemožnost se vymočit
Sonografické vyšetření – vyšetření ultrazvukovým přístrojem
Staging – odstupňování pokročilosti maligního nádoru
Stomické pomůcky – pomůcky, které zachycují moč či stolici
Stomie – umělé vyústění dutého orgánu
Striktura ureteru – zúžení ureteru
Symfyza – spona stydká
Terapeutická úloha – léčebná úloha
Těžká acidóza – silné překyselení
Transuretální léčba – léčba přes močovou trubici
Tranuretální resekcce tumoru – odstranění tumoru přes močovou trubici
Trigonum vesicae – trigonum močového měchýře
Tunica mucosa – slizniční vrstva
Tunica muscularis – svalová vrstva
Ureter – močovod
Ureteroileostomie – vyústění močovodu přes ileální část střeva

Ureterostomie – vyústění močovodu přes stěnu břišní
Urethra feminina – ženská močová trubice
Urethra maskulina – mužská močová trubice
Urethra – močová trubice
Uretrální obstrukce – překážka v močové trubici
Urostomické pomůcky – pomůcky k zachycení moče
Urostomické sáčky – sáčky k jímání moči
Urostomie – odvod moči
Urostomie inkontinentní – náhradní odvod moči s jejím stálým jímáním
Urostomik – pacient s náhradním vývodem moči
Urotelový karcinom – nádor z uretelové výstelky
Vena cava inferior – velká dutá žíla
Vena renalis – ledvinná žíla
Vesica urinaria – močový měchýř
Výpočetní tomografie – CT, uváděno ve zkratkách

SEZNAM ZKRATEK

AG CT – angiografie (zobrazení cév) s komputerovou tomografií

CT – computerová tomografie

MR – magnetická resonance

RACE – radikální cystektomie

RTG – zkratka používaná pro rentgenové vyšetření, snímek a podobně

TURT – transureterální resekce tumoru

USG – ultra sonograf

VUR (IVU) – vylučovací urografie (intravenózní vylučovací urografie)

WHO – světová zdravotnická organizace

ZTP (průkaz) – průkaz pro zdravotně, tělesně postižené

ZTP/P (průkaz) – průkaz pro zdravotně, tělesně postižené + průvodce

PŘÍLOHY

Příloha 1



Obrázek 1 Předoperační stomický balíček

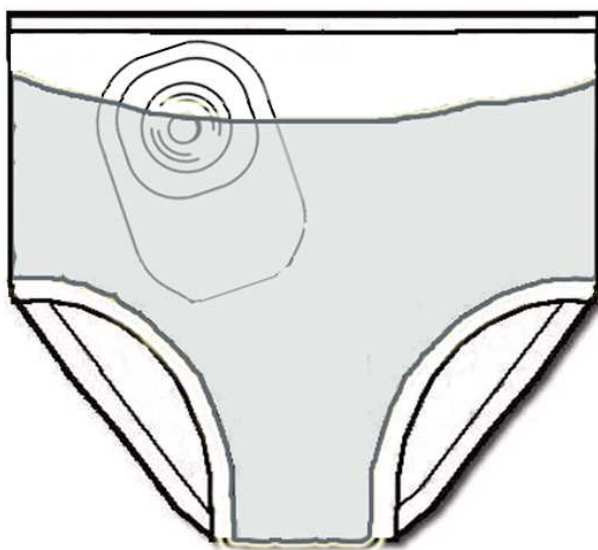
Zdroj vlastní

Příloha 2



Obrázek 2 Pánské plavky pro stomiky

Zdroj: <http://www.lyddawear.cz/28%7C.k.XTV100.plavky-pro-stomiky.html>



Linea STOMIA by LYDDA WEAR

Obrázek 3 Pánské plavky pro stomiky (vnitřní část)

Zdroj: <http://www.lyddawear.cz/28%7C.k.XTV100.plavky-pro-stomiky.html>

Příloha 3



Obrázek 4 Dámské plavky pro stomiky

Zdroj: <http://www.lyddawear.cz/28%7C.k.XTV100.plavky-pro-stomiky.html>



Obrázek 5 Dámské plavky pro stomiky 2

Zdroj: <http://www.lyddawear.cz/28%7C.k.XTV100.plavky-pro-stomiky.html>

Příloha 4



Obrázek 6 Dámské slippy pro stomiky

Zdroj: <http://www.lyddawear.cz/28%7C32%7C.k.YWX120.html>



Obrázek 7 Pánské slippy pro stomiky

Zdroj: <http://www.lyddawear.cz/28%7C32%7C.k.YWX120.html>

Příloha 5

Dotazník na kvalitu života u pacientů s náhradní derivací moče (urostomií)

Dobrý den, jsem studentkou třetího ročníku Západočeské univerzity v Plzni na Fakultě zdravotnických studií, obor: Všeobecná sestra. V současné době píši bakalářskou práci na téma „Kvalita života pacienta s náhradní derivací moče (urostomií)“.

K této práci bych ráda na základě Vašich názorů, zkušeností a odpovědí získala více informací o kvalitě života pacientů po cystektomii, jimž byla založena urostomie (náhradní vývod moče).

Odpovězte na otázky podle instrukcí. Pokud si nebudete svou odpovědí jisti, odpovězte, dle svého přesvědčení.

Dotazník je anonymní, proto ho nepodepisujte!

Velice děkuji za vyplnění tohoto dotazníku!

Autor dotazníku : Jitka Urbánková

Dotazník

1. Kolik je Vám let? (Zatrhněte jednu z možností)

- 40-49 let
- 50-59 let
- 60-69 let
- 70 a více let

2. Jste

- Muž
- Žena

3. Vnímáte náhradní derivaci moče (urostomii) jako životní zátěž? (Zatrhněte jednu z možností)

- ANO
- Spíše ANO (ve více jak 50%)
- Spíše NE (v méně jak 50%)
- NE

4. Ovlivnila urostomie Váš pracovní život? (Zatrhněte jednu z možností)

- ANO
- Spíše ANO (ve více jak 50%)
- Spíše NE (v méně jak 50%)
- NE

5. Ovlivnila urostomie Váš rodinný život, rodinné soužití (vztahy v rodině, podpora od rodiny...)? (Zatrhňte jednu z možností)

- ANO
- Spíše ANO (ve více jak 50%)
- Spíše NE (v méně jak 50%)
- NE

6. Ovlivnila urostomie Váš společenský život (cestování, náplň volného času...)? (Zatrhňte jednu z možností)

- ANO
- Spíše ANO (ve více jak 50%)
- Spíše NE (v méně jak 50%)
- NE

7. Ovlivnila urostomie Vaše každodenní činnosti (domácí práce, nákupy...)? (Zatrhňte jednu z možností)

- ANO
- Spíše ANO (ve více jak 50%)
- Spíše NE (v méně jak 50%)
- NE

8. Ovlivnila urostomie Váš intimní život? (Zatrhňte jednu z možností)

- ANO
- Spíše ANO (ve více jak 50%)
- Spíše NE (v méně jak 50%)
- NE

9. Zažíváte po operaci – po vytvoření urostomie pocity lítosti nebo strachu?
(Zatrhnete jednu z možností)

- Nikdy
- Jen ojediněle (v méně jak 50%)
- Občas (zhruba v 50%)
- Většinou (ve více jak 50%)
- Téměř vždy

10. Máte po operaci – po vytvoření urostomie problémy se spánkem? (Zatrhnete jednu z možností)

- Nikdy
- Jen ojediněle (v méně jak 50%)
- Občas (zhruba v 50%)
- Většinou (ve více jak 50%)
- Téměř vždy

11. Uvítal/a by jste po operaci – po vytvoření urostomie odbornou psychologickou podporu, pomoc? (Zatrhnete jednu z možností)

- Ano
- Spíše ano (ve více jak 50%)
- Spíše ne (v méně jak 50%)
- Nevím
- Ne

12. Potřebujete při ošetřování urostomie (výměně sáčku a péči o urostomii) pomoc druhé osoby? (Zatrhňte jednu z možností)

- Nikdy
- Jen ojediněle (v méně jak 50%)
- Občas (zhruba v 50%)
- Většinou (ve více jak 50%)
- Téměř vždy

13. Kdo Vám při ošetřování urostomie pomáhá (Zatrhňte jednu nebo více možností podle svého uvážení)

- Rodinný příslušník, uveďte kdo.....
- Zdravotní služba (Home care, Domácí péče a pod.)
- Jiné, uveďte.....
- Nikdo mi nepomáhá

14. Máte vždy dostatek urostomických pomůcek? (Zatrhňte jednu z možností)

- Ano
- Spíše ano (ve více jak 50%)
- Spíše ne (v méně jak 50%)
- Ne

15. Jaké pomůcky by jste potřeboval(a) ve větším množství ? (Zatrhňte jednu nebo více možností podle svého uvážení)

- Urostomické sáčky
- Odstraňovač lepu
- Čistící ubrousky
- Adhezivní, ošetřující ubrousky

- Jiné, uveďte.....
.....

16. Co Vám dělá při ošetřování urostomie největší potíže?

Uveďte:.....
.....
.....

17. Informace o stomických pomůckách jste získal(a)? (Zatrhněte jednu nebo více možností podle svého uvážení)

- Od zdravotnického personálu
 Z internetu
 Z literatury (uveďte jaké).....
 Z informačních brožur, letáků
 Jinde (uveďte kde).....

18. Jste členem nebo navštěvujete některý spolek stomiků, či urostomiků? (Zatrhněte jednu z možností)

- Ano
 Ne
 Nevím o žádném z těchto spolků

19. Máte v domácím prostředí svůj stomický koutek¹? (Zatrhnete jednu z možností)

- ANO
- Částečně ANO
- NE

20. Jak hodnotíte kvalitu svého života po operaci – po vytvoření urostomie (Jednu z možností)

- Mnohem lepší, než před operací
- O něco lepší, než před operací
- Asi tak stejně jako před operací
- O něco horší, než před operací
- O mnoho horší, než před operací

21. Chcete-li se k dané problematice blíže vyjádřit, nebo více rozvést odpovědi k jednotlivým otázkám, zde prosím napište své pocity, názory, problémy, zkušenosti.

.....
.....
.....
.....
.....

¹ Stomický koutek je místo vyhrazené vaší péči o urostomii, máte zde uloženy věci potřebné k výměně stomického sáčku (sáčky, nůžky, odstraňovač lepu, čtverce apod.).

Příloha 7



FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ
Útvar náměstka pro ošetrovatelskou péči

Vážená paní
Jitka Urbánková
Studentka FZS ZČU

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň povoluji Vaše výzkumné šetření ve FN Plzeň, v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce s názvem „Kvalita života pacienta při onemocnění močového měchýře s náhradní derivací moče - urostomií“, za níže uvedených podmínek.

Podmínky pro umožnění sběru dat tazatelům ve FN Plzeň (v rámci studentských – výzkumných / dotazníkových šetření):

- **VNELZP (vrchní sestra) osloveného pracoviště souhlasí s Vaším šetřením**
- Osobně provádíte svoje šetření
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického řádu FN Plzeň. Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372 / 2011 Sb..

Po zpracování Vámi zjištěných údajů poskytnete ZOK FN Plzeň závěry Vašeho výzkumu, pokud o ně projeví oprávněný pracovník ZOK zájem.

Toto povolení nezakládá povinnost zdravotnických pracovníků, pacientů / respondentů s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců, či pokud by spolupráci s Vámi pacient / respondent pociťoval jako újmu. Účast na vyplnění dotazníku je dobrovolná a je vyjádřením ochoty ke spolupráci oslovených zaměstnanců / pacientů / respondentů FN Plzeň s tazatelkou.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr., Bc. Světluše Chabrová
manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP
zástupkyně náměstkyně pro oš. péči

Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň
tel.. 377 103 204, 377 402 207
e-mail: chabrovas@fnplzen.cz

1. 11. 2012

Příloha 8

Tabulka č. 1 Struktura výběrového vzorku pacientů po RACE dle věku.

Věk	40-49 let	50-59 let	60-69 let	70 a více let
Počet pacientů	0	3	14	10

Tabulka č. 2 Struktura výběrového vzorku respondentů dle pohlaví.

Pohlaví	Muž	Žena
Počet pacientů	19	8

Tabulka č. 3 Struktura výběrového vzorku respondentů dle vnímání životní zátěže.

Vnímání životní zátěže	ANO	Spíše ANO	Spíše NE	NE
Počet pacientů	11	11	4	1

Tabulka č. 4 Struktura respondentů dle ovlivnění pracovního života.

Vnímání změny pracovního života	ANO	Spíše ANO	Spíše NE	NE
Počet pacientů	6	9	9	3

Tabulka č. 5 Struktura respondentů dle ovlivnění rodinného soužití.

Vnímání změny v rodinném životě	ANO	Spíše ANO	Spíše NE	NE
Počet pacientů	2	0	10	15

Tabulka č. 6 Struktura respondentů dle vnímání ovlivnění společenského života.

Vnímání změny ve společenském životě	ANO	Spíše ANO	Spíše NE	NE
Počet pacientů	7	9	7	4

Tabulka č. 7 Struktura respondentů dle ovlivnění každodenní činnosti.

Vnímání změny v každodenních činnostech	ANO	Spíše ANO	Spíše NE	NE
Počet pacientů	1	11	8	7

Tabulka č. 8 Struktura respondentů dle vnímání ovlivnění intimního života.

Vnímání změny v intimním životě	ANO	Spíše ANO	Spíše NE	NE
Počet pacientů	11	6	8	2

Tabulka 9 Struktura respondentů zažívajících pocity lítosti nebo strachu.

Pocity lítosti/strachu	Nikdy	Jen ojediněle	Občas	Většinou	Téměř vždy
Počet pacientů	4	14	6	3	0

Tabulka č. 10 Struktura respondentů vnímajících problémy se spánkem.

Problémy se spánkem	Nikdy	Jen ojediněle	Občas	Většinou	Téměř vždy
Počet pacientů	5	14	5	2	1

Tabulka č. 11 Struktura vzorku respondentů po RACE, názory na odbornou psychologickou podporu, pomoc.

Uvítání psychologické podpory	ANO	Spíše ANO	Spíše NE	NE
Počet pacientů	1	4	8	14

Tabulka č. 12 Struktura vzorku pacientů po RACE vnímajících potřebu pomoci druhé osoby.

Potřeba pomoci při ošetřování	Nikdy	Jen ojediněle	Občas	Většinou	Téměř vždy
Počet pacientů	9	5	4	3	6

Tabulka č. 13 Struktura vzorku respondentů dle pomoci při ošetřování.

Uvítání psychologické podpory	Rodinný příslušník	Zdravotní služba	jiné	Nikdo mi nepomáha
Počet pacientů	15	5	0	7

Tabulka č. 14 Struktura vzorku respondentů dle pacientova hodnocení dostatečného množství urostomických pomůcek.

Dostatečné množství pomůcek	ANO	Spíše ANO	Spíše NE	NE
Počet pacientů	13	7	7	0

Tabulka č. 15 Struktura vzorku respondentů vyjadřujících svoji potřebu navýšení pomůcek.

Nedostatečné pomůcky	Urostomické sáčky	Odstraňovač lepu	Čistící ubrousky	Adhezivní, ošetřující ubrousky	Jiné
Počet odpovědí	14	13	7	4	6

Tabulka č. 16 Struktura respondentů dle potíží při ošetřování urostomie.

Potíže při ošetřování	Stálý odtok moči	Přilepení sáčku	Špatně na to vidím	Omezení pohybu	Ucpání stentu v urostomii	Odstranění zbytků lepidla	Žádné potíže
Počet pacientů	10	5	1	2	1	2	6

Tabulka č. 17 Struktura vzorku respondentů dle získávání informací o stomických pomůckách.

Nedostatečné pomůcky	Od zdravotního personálu	Z internetu	Z literatury	Z informačních brožur, letáků	Jinde
Počet odpovědí	23	3	0	4	2

Tabulka č. 18 Vzorek respondentů dle členství ve spolcích stomiků, urostomiků.

Navštěvování stomických spolků	ANO	NE	Nevím o žádném z těchto spolků
Počet pacientů	3	18	6

Tabulka č. 19 Vzorek respondentů dle vlastnictví stomického koutku.

Stomický koutek domácím prostředím	ANO	Částečně ANO	NE
Počet pacientů	6	13	8

Tabulka č. 20 Vzorek respondentů hodnotících kvalitu svého života po operaci.

Vnímání kvality života po operaci	Mnohem lepší	O něco lepší	Asi stejně	O něco horší	O mnoho horší
Počet odpovědí	2	6	7	6	6