

Kvalita života pacientů po močové derivaci

Miroslava Červenková

Bakalářská práce
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Miroslava ČERVENKOVÁ**

Osobní číslo: **H10225**

Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Kvalita života pacientů po močové derivaci**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury se zaměřením na danou problematiku.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti kvality života a močových derivací.

Příprava metodiky a průzkumné části.

Realizace průzkumu pomocí dotazníkového šetření.

Zpracování, vyhodnocení, interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

DVOŘÁČEK, Jan a Marko BABJUK et al. Onkourologie. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-349-4.

GURKOVÁ, Helena. Hodnocení kvality života. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3625-9.

KAWACIUK, Ivan. Urologie. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-626-7.

TANAGHO, Emil A. a Jack W. McANINCH. Smithova všeobecná urológia. Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-8063-206-5.

ZVARA, Vladimír a Michal HORŇÁK. Urologické operácie. Martin: Osveta, 2009. ISBN 978-80-8063-317.


Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Petr Snopek, DiS.**

Ústav ošetrovatelství


Datum zadání bakalářské práce: **7. února 2013**

Termín odevzdání bakalářské práce: **24. května 2013**

Ve Zlíně dne 7. února 2013


doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 7.3.2013

Cihelková M.

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací;

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce si klade za cíl pomocí dotazníkového šetření prozkoumat, jak pacienti po trvalé močové derivaci vnímají kvalitu svého života a jak vnímají svou osobní identitu. Teoretická část se zabývá pojmem „kvalita života“. Dále pak je věnována anatomii a fyziologii močového systému. Mimo jiné také popisuje rozdělení jednotlivých močových derivací a zaměřuje se na ošetrovatelskou péči o pacienta s karcinomem močového měchýře, který musí podstoupit jednu z možných derivací moči.

V praktické části analyzuji získané výsledky z dotazníků. Je zaměřena na zjištění, jak se pacienti psychicky vyrovnávají s určitým typem močové derivace a jaký to má dopad na jejich osobní život.

Klíčová slova: derivace moči, kvalita života, močové cesty, karcinom močového měchýře, pacient

ABSTRACT

The bachelor thesis aims to explore how patients who have persistent urinary diversion perceive the quality of their lives and how they perceive their personal identity. The theoretical part deals with a medical term “quality of life”. Further, it is focused on the anatomy and physiology of the urinary system. Moreover, the bachelor thesis describes the categorization of urinary diversions and focuses on nursing care of patients with bladder cancer which must undergo one of the possible urinary diversion.

The practical part deals with an analysis of the results obtained from a questionnaire survey. It is focused on finding out how the patients with certain type of urinary diversion cope with their mental state and what impacts it has on their personal lives.

Keywords: urinary diversion, quality of life, urinary tract, cancer of the urinary bladder, patient

Touto cestou bych chtěla poděkovat panu Mgr. Petru Snopkovi, DiS. za jeho užitečné rady, psychickou podporu a trpělivost při vedení mé bakalářské práce. Můj veliký dík patří také všem ochotným respondentům, kteří se dobrovolně zúčastnili mého výzkumu. V neposlední řadě velice děkuji staniční sestře urologického oddělení ve FN Ostrava, Bc. Ludmile Hranické, MUDr. Ondřeji Havránkovi a stomické sestře urologické kliniky ve FN Olomouc, Haně Mišurcové za cenné informace a pomoc při vyhledávání a oslovování respondentů.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 KVALITA ŽIVOTA.....	12
1.1 DEFINICE POJMU KVALITA ŽIVOTA	12
1.2 VÝZNAM POJMU KVALITA ŽIVOTA VE ZDRAVOTNICTVÍ	12
1.3 KVALITA ŽIVOTA V SOUVISLOSTI S MOČOVÝMI DERIVACEMI	13
2 ANATOMICKO – FYZIOLOGICKÝ POPIS MOČOVÉHO ÚSTROJÍ.....	15
2.1 LEDVINY.....	15
2.2 VÝVODNÉ CESTY MOČOVÉ	15
3 MOČOVÉ DERIVACE	17
3.1 HISTORIE	17
3.2 ROZDĚLENÍ MOČOVÝCH DERIVACÍ	17
3.2.1 Dočasné močové derivace.....	17
3.2.2 Trvalé močové derivace	19
3.2.2.1 Kontinentní močové derivace	19
3.2.2.2 Inkontinentní močové derivace	20
4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S MOČOVOU DERIVACÍ.....	22
4.1 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTA V PŘEDOPERAČNÍM OBDOBÍ.....	22
4.2 SPECIFIKA PÉČE O PACIENTA V INTRAOPERAČNÍM OBDOBÍ	23
4.3 SPECIFIKA PÉČE O PACIENTA V POOPERAČNÍM OBDOBÍ.....	23
4.3.1 Specifika péče u jednotlivých typů močových derivací	24
4.3.1.1 Ortotopní derivace	24
4.3.1.2 Heterotopní derivace.....	25
4.3.1.3 Ureteroileostomie	25
4.3.1.4 Anální kontinentní rezervoár.....	26
4.4 KOMPLIKACE SPOJENÉ S MOČOVÝMI DERIVACEMI	26
4.4.1 Časné pooperační komplikace.....	26
4.4.2 Pozdní pooperační komplikace	27
4.5 EDUKACE PACIENTA PŘED PROPUŠTĚNÍM DO DOMÁCIHO PROSTŘEDÍ	29
5 STOMIE V SOUVISLOSTI S MOČOVÝMI DERIVACEMI.....	30
5.1 STOMICKÉ POMŮCKY.....	30
5.2 POSTUP PŘI OŠETŘENÍ STOMIE.....	31
II PRAKTICKÁ ČÁST	32
6 METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	33
6.1 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO PROJEKTU	33
6.2 SEZNÁMENÍ S DOTAZNÍKEM WHOQOL-BREF	33
6.3 POPIS VYPLŇOVÁNÍ A VYHODNOCOVÁNÍ DOTAZNÍKU WHOQOL-BREF.....	33
6.4 FORMULACE CÍLŮ VÝZKUMNÉHO PROJEKTU	35
6.5 SBĚR DAT.....	35
6.6 ANALÝZA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	35
6.6.1 Analýza demografických údajů.....	36

6.6.2	Analýza dotazníku WHOQOL-BREF	42
7	VYHODNOCENÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	69
7.1	VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	69
8	DISKUZE	72
	ZÁVĚR	77
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	79
	SEZNAM OBRÁZKŮ	83
	SEZNAM TABULEK	85
	SEZNAM PŘÍLOH	87

ÚVOD

Derivace moči obecně znamená odvedení moči z lidského těla. Nejčastěji je indikována při patologické obstrukci horních nebo dolních močových cest. Jejím účelem je v co největší míře nahradit původní funkci močových cest. Cílem léčby těchto pacientů je trvalé, většinou chirurgické odstranění překážky a znovuobnovení průchodnosti močových cest. U některých pacientů je třeba primárně volit derivaci moči trvalou. Jedná se především o pacienty s nádorovým onemocněním močového měchýře, kteří jsou léčeni radikální cystektomií s následnou močovou derivací.

Všechny typy močových derivací určitým způsobem výrazně zasahují do kvality života pacientů, protože vylučování moči je jednou z nejdůležitějších, každodenních biologických potřeb. Výběr nejvhodnějšího typu derivace závisí především na celkovém zdravotním stavu a schopnosti spolupráce pacienta se zdravotnickým personálem. Ta je totiž nesmírně důležitá.

V praktické části mé bakalářské práce se soustředuji zejména na pacienty s tzv. Brickerovou močovou derivací. Tento typ derivace jsem si vybrala z důvodu časté indikace lékaři a také proto, že s touto derivační operací musí nemocný souhlasit, ať už podstupuje jakýkoliv typ derivace moči. Nastanou-li totiž jakékoliv komplikace během operačního výkonu, ihned se na možnost derivace dle Brickera přechází. Výzkumné šetření zjišťuje, jak vyvedení uretero-ileostomie na povrch těla s následnou nutností být odkázán na stomickou pomůcku ovlivňuje kvalitu života pacientů, jaký má Brickerova derivace dopad na jejich osobní život a osobní identitu.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 KVALITA ŽIVOTA

1.1 Definice pojmu kvalita života

Pojem *kvalita života* bylo poměrně dlouhou dobu díky jeho komplexnosti velice obtížné definovat. (Dragomirecká, 1997 cit. podle Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 9).

Podle světové zdravotnické organizace je definována podle toho, *jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, v níž žije, a ve vztahu k cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům*. (Sestra 9/2006)

Elektronický slovník vymezuje pojem kvalita buď jako jakousi určující, závaznou normu, která se přibližuje k něčemu očekávanému nebo ho ve druhém případě vysvětluje jako *výraz na označení specifických charakteristik, vlastností, atributů, se kterými se daný objekt liší od objektů jiných, bez zdůrazňování míry uspokojení určitých potřeb*. Kvalita zahrnuje zejména hodnotící proces. V našem případě hodnotíme život. Ten můžeme chápat mnoha způsoby, například jako opak smrti. Mimo jiné ale zahrnuje všechny jeho oblasti, tedy komplexně život osobní, profesní, citový atd. Proto je důležité se tázat: *Kvalitu jakého života hodnotíme?* (Gurková, 2011, s. 21)

Významným způsobem v oblasti kategorizace konceptů kvality života přispěla Veenhovenová pomocí své teorie tzv. „čtyř kvalit života“. Mezi tyto kvality zařazuje životní předpoklady, životní výsledky, vnější kvality a vnitřní kvality. Díky těmto vymezením můžeme *kategorizovat koncepty dobrého života podle toho, kterým aspektem kvality života se zabývají*. (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 9)

1.2 Význam pojmu kvalita života ve zdravotnictví

Ačkoliv se v medicíně termín kvalita života objevil již v 70. letech, přesto je stále považován za poměrně novou problematiku. Žádnému ze zdravotníků nesmí být lhostejné, jak jejich pacienti vnímají kvalitu svého života v souvislosti s daným onemocněním. Zejména lékaři by se měli zajímat, jaký bude mít jejich zvolená terapie dopad na kvalitu pacientova života. (Sestra© 2007-2013)

Úspěšnost při stanovování ošetrovatelských intervencí je závislá na správné definici a měřitelnosti kvality života. Proto je nezbytné, aby byl tento pojem v ošetrovatelství přesně vymezen. (Gurková, 2011, s. 26)

Nejčastěji se kvalita života zjišťuje buď pomocí dotazníků, nebo prostřednictvím strukturovaného rozhovoru. Díky těmto metodám je možné zjistit psychický a fyzický dopad pacientů na dané onemocnění a léčbu. Sledování kvality života má svůj počátek u onkologických pacientů. Má bakalářská práce se mimo jiné soustřeďuje na jedince po komplexním odstranění močového měchýře pro jeho karcinom. Tedy i oni jsou onkologickými pacienty.

1.3 Kvalita života v souvislosti s močovými derivacemi

Každá močová derivace významně ovlivňuje kvalitu života pacienta, u kterého je nutno ji provést. Je samozřejmá snaha zvolit u pacienta typ derivace, který co nejpřesněji napodobuje fyziologickou funkci močového měchýře, ale její ideální forma není dosud k dispozici. (Linkos© 2013)

Pokud je nutné provést radikální cystektomii u žen, je nezbytné odstranit také dělohu, adnexe, přední plochu pochvy a pánevní uzliny. Mužům se společně s močovým měchýřem odstraňuje prostata, semenné vajíčky a mimo jiné jsou přerušeny také semenné cesty. To s sebou nese za následek stav, kdy pacient není schopen ejakulace a v horších případech také neschopnost erekce. Veškeré tyto skutečnosti mají za následek změny v sexuálním životě pacientů, což také ovlivňuje kvalitu jejich života. (Sestra© 2007-2013)

Relativně nejvěrněji napodobuje funkci močového měchýře kontinentní ortotopická neovezika, ta ale není proveditelná u všech pacientů, jak je uvedeno dále. V případě ideálního výsledku je pacient po ortotopické derivaci moči kontinentní a může mít i velmi uspokojivý sexuální život, což znamená, že je schopen pohlavního styku. (Linkos© 2013)

Předpokládaná spolupráce pacienta z dlouhodobého ošetrovatelského hlediska je totiž zcela zásadní. Při volbě formy derivace moči je nutno komplexně posoudit celkový stav pacienta. Pokud je postižen závažnými přidruženými chorobami, volí se u něj spíše jednodušší typ derivační operace. (Urologie pro studenty© 2008-2009)

Je jasné, že provedení inkontinentní derivace moči vyžaduje následné ošetřování stomie jímacími pomůckami a stomie samotná zásadně ovlivňuje kvalitu života pacienta. Nicméně i pacienti s ortoptickou náhradou měchýře musí kromě pravidelného posilování břišního lisu provádět také intermitentní autokatetrizaci z důvodu dokonalého vyprázdnění neoveziky a jednak k vypláchnutí hlenu tvořeného střevním segmentem použitým k derivaci. Pokud se jedná o nespolupracujícího pacienta, který autokatetrizace neprovádí, může dojít k perforaci neoveziky s následnou peritonitidou, která přímo ohrožuje pacienta na životě.

Proto je u nespolupracujících pacientů nebo u pacientů, kteří z jakéhokoliv důvodu autokaterizace provádět nemohou, lépe zvolit derivaci inkontinentní nejčastěji formou ureteroileostomie. Tyto informace jsem získala během mé souvislé praxe na urologickém oddělení ve FN Ostrava.

2 ANATOMICKO – FYZIOLOGICKÝ POPIS MOČOVÉHO ÚSTROJÍ

Močové ústrojí označujeme jako soustavu orgánů, jejichž hlavním úkolem je odvedení nahromaděných odpadních látek ven z těla.

2.1 Ledviny

Jedná se o párový orgán červenohnědé barvy a fazolovitého tvaru, který je uložen v retro-peritoneálním prostoru dutiny břišní. Jsou velké asi 12 cm na výšku a 6 cm na délku. Jejich tloušťka se pohybuje okolo 3 cm. Na mediálním okraji každé ledviny se nachází hilus, což je místo, kde odstupuje ledvinná pánvička, vstupuje ledvinová tepna (*arteria renalis*) a vychází ledvinová žíla (*vena renalis*). Na jejím řezu rozlišujeme světlou a tmavou vrstvu. Světlá vrstva představuje kůru, která obsahuje asi milión nefronů. Naproti tomu tmavá vrstva je označována jako ledvinová dřeň. Tato dřeň je uspořádána do pyramid, jejichž dírkované vrcholky směřují k hilu. Těmito vrcholky procházejí vývodné kanálky ledvin a jsou obaleny ledvinovými kalichy. (Elišková, Naňka, 2009, s. 190 – 192)

Výše zmíněný nefron představuje základní stavební a funkční jednotku ledvin. Skládá se z Malpighiho tělíska, proximálního tubulu, Henleovy kličky, distálního tubulu a sběrných kanálků. Malpighiho tělísko tvoří klubičko kapilár – glomerulum. To obsahuje přívodnou a odvodnou cévu (*vas afferens* a *vas efferens*) a dvojlist Bowmanova pouzdra. Mezi tyto listy je filtrována primární moč, které se za 24 hodin vytvoří asi 150 litrů a z tohoto prostoru také odstupuje proximální tubulus. Na tento úsek navazuje Henleyova klička, ve které vzniká výsledný objem definitivní moči, které je zhruba 1,5 litrů za den. Tato klička na sebe pojí distální tubulus, ve kterém dochází k acidifikaci moči. (Dylevský, 2009, s. 356-358; Elišková, Naňka, 2006, s. 192)

Ledviny mají také endokrinní funkci, protože vytvářejí a do krve vylučují hormon renin, který se podílí na regulaci krevního tlaku. (Čihák, 2002, s. 248)

2.2 VÝVODNÉ CESTY MOČOVÉ

Vývodné cesty močové volně navazují na ledviny a řadíme mezi ně kalichy ledvinné, ledvinné pánvičky, močovody, močový měchýř a močovou trubici. (Dylevský, 2009, s. 360)

Ledvinové kalichy jsou charakteristické svým pohárkovitým tvarem a svým okrajem jsou spojené s tkání ledviny kolem papily. Malé kalichy se postupně sbíhají ve větší a tím vzniká ledvinová pánvička. Ta se vyznačuje pyramidovým tvarem, jehož vrcholky směřují k hilu. Směrem z pánvičky pak vystupuje močovod. Jedná se o trubici, díky které se moč z ledvinové pánvičky dostává do močového měchýře. Močový měchýř je uložen v malé pánvi, přesněji za symfýzou. Je to dutý orgán, který slouží jako rezervoár moči. Jeho tvar je ovlivněn více faktory. Zejména věkem, stavem svalové stěny, pohlavím a v neposlední řadě množstvím právě přítomné moči. Močový měchýř se při náplni 350 – 400 ml vyprazdňuje. (Čihák, 2002, s. 271-277; Elišková, Naňka, 2006 s. 194)

Ženská močová trubice měří zhruba 4 cm a je lokalizována těsně před pochvou. Její stěnu tvoří sliznice tvořící podélné řasy, hladká svalovina a vazivo. Naproti tomu mužská močová trubice je společným vyústěním také pohlavních cest. Její stěna se skládá ze sliznice, která je rovněž poskládána v podélné řasy, a z hladké svaloviny. Kolem části močové trubice a také nad ní je umístěna svalovina příčně pruhovaná. Oba typy močové trubice obsahují přechodný epitel. (Elišková, Naňka, 2006, s. 198-206)

3 MOČOVÉ DERIVACE

3.1 Historie

První zmínky o úspěšném provedení derivační operace sahají až do poloviny 19. století, kdy Sir John Simon svému pacientovi vytvořil píštěl mezi terminálními částmi močovodů a rektum. Hedvábné stehy protáhl do rekta pomocí stříbrné trubičky zavedené do terminálního úseku močovodu pomocí jehly, která byla vyrobena z hodinového péra. (Dvořáček, Babjuk, 2005, s. 183)

Problematika močových derivací je neodlučně spojena s chirurgem, profesorem Karlem Maydlem, který v roce 1894 implantoval trigona močového měchýře do sigmatu u nemocných s extrofií močového měchýře. Maydlova trigonoplastika je jednou z mála českých priorit v chirurgii, tedy operace, která po celém světě nese jméno svého autora. (Kawaciuk, 2009, s. 4)

Ureteroileostomie byla poprvé popsána Zaayerem. Častěji je však spojována se jménem Brickerera, který ji zdokonalil a prosadil v padesátých letech. I přesto, že je v dnešní době popsáno mnoho jiných metod močových derivací, ta Brickerova je dodnes tou nejčastější. (Dvořáček, Babjuk, 2005, s. 184)

Během 80. a 90. let minulého století umožnil pokrok v oblasti šicích materiálů a nové poznatky v oblasti neuroanatomie pánevního dna vytvoření kontinentních ortotopických derivací moči, kdy snahou těchto výkonů je skutečná náhrada močového měchýře a tím zachování co největší kvality života pacientů. Z nejrůznějších modifikací chirurgických technik, které k náhradě měchýře využívají různé střevní segmenty a různými technikami do nich implantují močovody je nutno zmínit jméno Urse Studera, jehož ileální ortotropní neovezika je celosvětově nejrozšířenější. (Dvořáček, Babjuk, 2005, s. 188-192)

3.2 Rozdělení močových derivací

3.2.1 Dočasné močové derivace

Tyto derivace se můžou aplikovat na horní i na dolní močové cesty.

Na dolních močových cestách lze derivovat moč klasicky, pomocí močového katetru, nebo vytvořením epicystostomie, což je výkon, kdy lékař provede přes stěnu v podbřišku punkci močového měchýře pomocí duté jehly a skrz ni zavede cévku, kterou je většinou jen do-

časně jímána moč ven z těla. Tento výkon se většinou provádí u pacientů s onemocněním prostaty nebo u striktur močové trubice.

Derivace horních močových cest se většinou indikuje u pacientů s kameny blokujícími horní močové cesty a u pacientů s nádory močového měchýře s hydronefrózou. Moč se v těchto případech z těla odvádí třemi způsoby:

1. **Nefrostomie** – spočívá v napíchnutí ledvinového kalichu nebo ledvinové pánvičky se zavedením tenkého katetru do ledviny za účelem odtoku moči z těla. Celý výkon probíhá pod ultrazvukovou a rentgenovou kontrolou. (FNO, informovaný souhlas)
2. **Extraanatomický stent** – po stáži na operačním sále ve FN Ostrava jsem zjistila, že bývá indikován u pacientů s obstrukcí močovodu, u nichž je předpokládána krátká životní prognóza. Zavádí se přes močový měchýř. Ve výsledku je tedy jeden konec stentu umístěn v měchýři a druhý v močovodu.
3. **Renovesikální bypass/Renokutánní bypass** – dle MUDr. Havránka se jde o zcela novou metodu k derivaci moči u pacientů s krátkou životní prognózou, u nichž operace představuje již neúměrnou zátěž. Byla vyvinuta ve Vídni a je někdy nazývána jako extraanatomický stent. Je prováděna ve FN Ostrava zatím jako na jediném pracovišti v ČR. Provádí se tak, že se speciální hadička zavede stejně jako nefrostomie do ledviny ale její druhý konec se nenapojí na sběrný sáček, ale speciálním zaveděčem se protáhne podkožím do hypogastria, kde je vyvedena povrch kůže (renokutánní), a podobně jako ureteroileostomie se ošetří standardně stomickými pomůckami. Pokud se provádí oboustranně, je možné hadičky vyvést v jednom místě. V případě, že má pacient hydronefrózu způsobenou útlakem nebo postižením močovodu (nádory retroperitonea, uzlinové postižení retroperitonea) a má zdravý močový měchýř, je možno konec extraanatomického stentu zavést do močového měchýře podobným způsobem, jako se zavádí epicystostomie. Stenty vydrží průchodné zhruba 12 měsíců a proto jsou indikovány u pacientů s obdobně krátkou životní prognózou.

3.2.2 Trvalé močové derivace

3.2.2.1 *Kontinentní močové derivace*

Snaží se co nejvíce přiblížit normální funkci močového měchýře tím, že využívá přirozený svěrač a močovou trubici pacienta. Pro nemocné, kteří tento výkon podstupují to má velké psychologické i funkční výhody. Není výjimkou, že muži mají po operaci zachovanou erekci a jsou schopni pohlavního styku. Aby byl u pacienta tento způsob náhrady možný, je nutná u každého jedince intaktní močová trubice a funkční svěrač. V případě, že pacientova uretra nemůže být použita k derivaci, je možno možné provést kontinentní derivaci jako heterotopickou, u níž se kontinence dosahuje speciálními chirurgickými postupy. (Tanagho, McAninch, 2006, s. 423-424; Urologické listy, 2012/3)

Pro kontinentní derivace moči obecně platí, že by neměly být prováděny u pacientů se závažnější renální insuficiencí. Moč, která je zadržována v neovezice je totiž částečně vstřebávána střevní sliznicí zpět do organismu a její vyloučení je další zátěží pro ledviny. U zdravého člověka toto nepředstavuje významnější problém, ale u pacienta s renální insuficiencí může dojít k postupnému přetížení a následně i selhání ledvin a proto je nutno volit derivaci ureteroileostomií. Moč kontinuálně odtéká z těla do urostomického sáčku a nedochází tak k jejímu zpětnému vstřebávání. (Převzato od MUDr. Havránka)

Ortotopické náhrady

Jedná se o rezervoár vytvořený z detubularizované části střeva, který je následně anastomózou našit na zachovalou močovou trubici. Při této variantě močové derivace je tedy nutné, aby byl odstraněn močový měchýř. Pacientům je tak umožněno močit přirozenou cestou. Jelikož je ponechán funkční svěrač, je tak zajištěna plná kontinence. Vyprazdňování je uskutečňováno pomocí břišního lisu. U všech je pooperačně nutná akutokaterizace k vyprázdnění neoveziky a výplachu hlenů tvořených střevním segmentem. Mimo jiné je třeba dbát také na časnou rehabilitaci, při které dochází ke zvětšování objemu močového měchýře. Při správném provádění rehabilitace se pacient stává během dne plně kontinentní, v noci se však objevují případy časté inkontinence. (Kawaciuk, 2009, s. 374; Urologické listy, 2012/3; Dvořáček, Bajuk, 2005, s. 190)

Kutánní heterotopické kontinentní derivace

Tento druh rezervoáru se může vytvářet buď z 50 – 75 cm dlouhé části tenkého střeva, detubulizací a kombinací segmentů tenkého i tlustého střeva. Z těchto výše jmenovaných

částí trávicího traktu se vytvoří nízkotlaký rezervoár sférického tvaru. Do takto vytvořeného měchýře jsou implantovány oba uretery a vývod, který vede většinou do pupku je uzpůsoben tak, že je zabráněno samovolnému odtoku moči. Pacient se proto tímto vývodem v pravidelných intervalech cévkuje sám a je tímto ušetřen od zevního zařízení. Díky tomu je způsob derivace vhodný zejména pro pacienty mladšího věku. Tito pacienti však musejí být dostatečně motivováni a informováni o nutnosti přísné rehabilitace. (Kawaciuk, 2009, s. 374; Urologické listy, 2012/3)

Anální kontinentní derivace

Pacientům, kterým je indikován tento způsob derivace, je rezervoár vytvořen z esovité kličky tlustého střeva. Ta zároveň není vyloučena ze střevní pasáže jejím podélným protnutím o délce asi 15 cm. Do nově vytvořené neoveziky jsou implantovány močovody. Vytvoří se tak nízkotlaký úsek střeva, což má za cíl snížení rizik ascendentní infekce ledvin. Nejčastěji je prováděna jako tzv. Mainz pouch II, ale má také obdobné varianty, z nichž je vhodné zmínit Motol pouch vyvinutým v Praze. Původně se jednalo o velmi populární a často užívanou formu derivace, nicméně při dlouhodobém sledování pacientů bylo zjištěno, že se u nich vyskytuje velké procento komplikací (infekce, lithiasa, celkové metabolické komplikace vedoucí k osteoporóze). Je to dáno tím, že v části tlustého střeva použité k derivaci dochází k největšímu zpětnému vstřebávání moči a navíc je zde největší množství patogenní střevní flory. Proto je v současné době postupně od tohoto typu derivace většinou opouštěno. (Dvořáček, Babjuk, 2005, s. 192-195)

3.2.2.2 Inkontinentní močové derivace

Obecně splňuje prvotní cíl močové derivace a tedy odvedení moči z těla ven. Proto vyžaduje používání stomických pomůcek. (Postgraduální medicína© 2013)

Kutánní ureterostomie

Tato operace bývá indikována u klientů, kteří jsou v celkově zhoršeném stavu a karcinom močového měchýře jim nedovoluje podstoupit jiné, větší operace. Jedná se o zejména o pacienty, u kterých je využití střeva k derivaci limitováno různými faktory (předchozí operace zejména v ileocekální oblasti - pravostranná hemikolektomie pro nádor, morbus crohn). (Zvara, Horňák, 2009, s. 91)

Tento typ operace je vhodný zejména při derivaci moče pouze na jedné straně (pacienti s jednou ledvinou). Při této operaci lékař vyšije dolní část močovodů na kůži břicha. Pokud

se derivují obě strany, jsou nutné mít buďto dvě stomie nebo se močovod jedné z ledviny našije „end to side“ (koncem na bok) močovodu druhé ledviny, tzv. transureteroureteroanastomoza a tento se pak vyvede jako jedna stomie. Nevýhodou této derivace jsou relativně časté striktury samotné stomie, které jsou v dnešní době velice jednoduše řešitelné zavedením stentu. Hlavní výhodou je menší operační zátěž, protože se zde nevyužívá střevní segment.¹

Uretero-ileostomie

K tomuto typu močové derivace je používána 15-20 cm dlouhá terminální klička ilea. Do jednoho jejího konce jsou implantovány močovody a druhý konec je pak vyveden jako ileostomie. Moč je tak jímána do zevního zařízení, který je připevněn k samolepící podložce na kůži v pravém dolním kvadrantu. Tato operace je vhodná u pacientů, kterým není možné využít jejich močovou trubici k náhradě močového měchýře a pokud není ortotropní derivace indikována z jiných, většinou onkologických důvodů. Vzhledem k relativně nejmenší perioperační zátěži je vhodná pro pacienty v horším celkovém stavu, dále je indikována jako paliativní derivace u inoperabilních nádorů měchýře s obstrukcí horních močových cest před paliativní radioterapií.

Jako první tuto metodu použil doktor Bricker, a proto je právem označována za tzv. „Brickerovu derivaci“. (Urologické listy, 2012/3; převzato od MUDr. Havránka)

¹ Volně přeloženo od Walsh, Retik, Stamey, Vaughan, 1991, s. 2659- 2661

4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S MOČOVOU DERIVACÍ

4.1 Specifika ošetrovatelské péče o pacienta v předoperačním období

Všichni pacienti podstupující tento náročný operační výkon musí být zdravotnickým personálem dostatečně informováni o cílech léčby a možných komplikacích každé z metod močové derivace. Mimo jiné musí vědět, jak derivace ovlivní jejich tělesnou podobu, životní styl a v neposlední řadě jejich sexuální život. Jednou z dalších neméně důležitých informací se pro ně stává fakt, že v případě indikace jakéhokoliv typu derivace moči musí pacienti počítat s možností inkontinentní ureteroileostomie, která může být v případě nepříznivého operačního nálezu – např. rozsáhlých srůstů po předchozích operacích, jedinou technicky proveditelnou formou derivace.

Z anamnézy, která je vždy nezbytná, se zjišťují zejména jakékoliv dřívější břišní nebo pánevní operace či ozáření. Důležité jsou údaje o resekci střeva, ozařování, renální nedostatečnosti, enteritidě nebo ulcerózní kolitidě. (Tanagho, McAninch, 2006, s. 419)

Zpravidla se pacientům vyšetřuje krevní obraz, mineralogram, urea a kreatinin. Nesmí být také opomenuto vyšetření horních močových cest pro zjištění případné hydronefrózy nebo litiázy. (Tanagho, McAninch, 2006, s. 419). Pokud pacient pravidelně užívá antiagregantia, je nutné, pokud neurčí lékař jinak, tyto léky týden před výkonem vysadit. Při užívání anti-koagulačních léků je také nezbytné několik dní před výkonem rovněž jejich vysazení a nahrazení injekční formou. (FN Ostrava, informovaný souhlas)

1- 2 dny před operací se připravuje střevo. U všech pacientů se určí místo pro případné vyšití stomie (tedy i u pacientů podstupující ortotropní neoveziku). Ještě před jejím případným našitím se pacientům na zkoušku nalepí stomický sáček s podložkou. Místo připevnění by mělo být suché, bez kožních defektů, jizev a jakýchkoliv prominencí kostí. Sáček by měl držet v sedě, v leže i ve stoje. Nejčastější místo vyvedení stomie bývá v pravém dolním kvadrantu. (Tanagho, McAninch, 2006, s. 419-420)

Den před výkonem sestra dále vyholí místo operačního pole a pacienta poučí, že od půlnoční nesmí nic jíst, pít a ani kouřit.

Ráno, v den výkonu sestra provede pacientovi bandáž dolních končetin jako prevenci tromboembolické nemoci, podá antibiotika, zkontroluje řádně podepsaný souhlas

s výkonem a ujistí se, že je pacient lačný a nemá na sobě žádné šperky. V případě zubní, nebo jiné protézy se přesvědčí, zda si ji pacient odejmul a uschoval.

Po aplikaci premedikace je nutné, aby už nemocný nevstával z postele. V této chvíli je pacient řádně připraven k výkonu.

4.2 Specifika péče o pacienta v intraoperačním období

V intraoperačním období je pacient ošetřován zdravotnickým personálem operačního sálu. V této fázi se klade důraz především na zachování přísné sterility při jakékoliv manipulaci s pacientem i mimo něj. Dále na udržování správné polohy pacienta a prevenci před poraněním při polohování. Operační tým musí dbát na správné používání vhodných ochranných pomůcek.

Důležité je také přesné monitorování a včasné zapisování fyziologických funkcí do příslušné dokumentace. Tuto úlohu má na starosti anesteziolog. Nesmí se opomenout na vedení příslušné dokumentace a dbát na správný postup při ošetrovatelských výkonech.

Po ukončení operace se vždy provádí přesný soupis použitého materiálu a nástrojů. Operátor musí vždy vypsát operační protokol. (Mikšová, Froňková, Zajíčková, 2006, s. 99)

Po tomto typu operace jsou pacienti převáženi na JIP.

4.3 Specifika péče o pacienta v pooperačním období

Pooperační období začíná v době, kdy se pacient probudí z anestezie (Mikšová, Froňková, Zajíčková, 2006, s. 99). Pacient je z operačního sálu přemístěn na dospávací pokoj, odkud je po nabytí vědomí přeložen na chirurgickou jednotku intenzivní péče. Tam je pozornost věnována především jeho celkovému stavu. (Valenta a spol., 2003, s. 50)

Pacient je po přijetí na JIP zpravidla napojen na monitor, díky kterému mu jsou sledovány základní fyziologické funkce, centrální venózní tlak a arteriální tlak. Jako prevence hypoxie je mu vždy dána kyslíková maska s tepelnou nebulizací. Ještě ze sálu mu je zavedena nasogastrická sonda, která mu je ponechána do obnovení pasáže střevní. Je vhodné začít s časným zahájením výživy duodenální sondou. (Sestra, 2006/ 7-8)

Díky velké ztrátě tělesných tekutin u pacienta dochází k nerovnováze vodního a elektrolytového hospodářství. Míra narušení závisí především na rozsahu operačního výkonu, na stavu pacienta po operaci a na možnosti přijímat tekutiny per os. Proto je zde nezbytné

sledovat diurézu, specifickou váhu moči a hladinu iontů v krvi. Zpravidla je tedy pacientovi ordinována infuzní terapie. (Zeman a spol., 2000, s. 301)

Pokud pacient při operaci ztratí větší množství krve, obvykle se uhrazuje pomocí autotransfuze. (Sestra, 2006/6-7)

Neméně důležitá je také poloha nemocného, která bývá zpravidla vleže na zádech. Kvůli prevenci plicních a tromboembolických komplikací je důležitá včasná mobilizace pacienta (Zeman a spol., 2000, s. 298). Výjimkou jsou pacienti po ortotropních náhradách močového měchýře, u kterých je mobilizace zahájena nejdříve druhý až třetí pooperační den a to z důvodu prevence roztržení anastomózy neoveziky a močové trubice. U pacientů s ostatním typem derivace je možno zahájit vertikalizaci první pooperační den. (Převzato od Bc. Hranické).

Péče o operační ránu zahrnuje zejména její důkladné kontrolování v prvních hodinách po operaci. Zvýšenou pozornost je třeba věnovat případnému prosakování krve nebo jinou tekutinou. Pokud zpozorujeme, že sterilní krytí prosakuje v malé míře, postačí nám přiložení další sterilní vrstvy na ránu. Je – li prosakování intenzivnější, je zapotřebí sejmout krycí obvazy a zkontrolovat stav rány. Obvazy zpravidla odnímáme třetí až čtvrtý den po operaci (Zeman a spol., 2000, s. 302-303; Way a kolektiv, 1998, s. 59).

Kromě operační rány je povinností sestry pečovat o centrální žilní katetr, epidurální katetr, nasogatrickou sondu a v neposlední řadě provádět opatření proti vzniku dekubitů.

4.3.1 Specifika péče u jednotlivých typů močových derivací

Týkají se zejména ošetrovatelské péče na standardním oddělení, kam jsou pacienti překládáni většinou třetí až pátý pooperační den a následné péče ambulantní.

Veškeré informace, které budou následovat, jsou poznatky z praxe na urologickém oddělení ve FN Ostrava.

4.3.1.1 Ortotropní derivace

Pacienti po tomto typu derivace jsou po dolní střední laparotomii. Zpravidla mají vyvedený jeden drén, který se odstraňuje podle množství odpadů z drénu. Většinou se odstraňuje třetí až pátý den, někdy již na JIP.

Do neoveziky mají pacienti zavedený permanentní močový katetr Ch. 16 – 18. Dále je drenáž neoveziky zajištěna epicistostomií, vyvedenou přes stěnu neoveziky a stěnu břišní

do sběrného sáčku. První dva až tři dny po operaci je vhodné neproplachovat neoveziku, protože v tomto období je největší riziko poškození celistvosti neoveziky. Od třetího dne se provádí proplachy přibližně 20-50 ml borové vody nebo fyziologického roztoku tak, aby se odstranil hlen produkovaný střevem, ze kterého je neovezika vytvořena. Proplachuje se vždy katetr i epicystostomie, většinou dvakrát až třikrát denně.

Spojení mezi neovezikou a močovody jsou pojištěna uretrálními cévkami Ch 6., které vedou z ledvin močovody do neoveziky a jsou vyvedeny její stěnou a stěnou břišní opět do sběrných sáčků. Průchodnost uretrálních cévek je na rozdíl od katetru a epicystostomie nutno kontrolovat už od časného pooperačního období. Pravidelně se provádí jejich proplachy. Provádí se za aseptických podmínek 2 ml sterilního proplachového roztoku. Uretrální cévky se odstraňují desátý pooperační den.

Jako poslední pacientovi zůstává permanentní močový katetr a v této době je pacient edukován tak, aby byl schopen sám provádět proplachy neoveziky katetrem. Po odstranění katetru 2 – 3 týdny po operaci je nutno pacienta edukovat o čisté intermitentní katetrizaci.

Následně pacient provádí autokatetrizaci většinou dvakrát denně kvůli odstranění nahromaděného hlenu a k docévkování zbytkové moči, protože většina pacientů zpočátku nedokáže přirozenou cestou nový močový měchýř dostatečně vyprázdnit.

4.3.1.2 Heterotopní derivace

Péče je v podstatě shodná jako u předchozího typu derivace, pacienti se však následně necévkují přes močovou trubici, ale přes nově vytvořené stomaneoveziky, které je většinou vyvedené do pupku.

4.3.1.3 Ureteroileostomie

Pacienti po tomto typu derivace mají rovněž drén, důležité však je, že mají vyvedenou v pravém dolním kvadrantu urostomii, která je již na sále ošetřena jímacími pomůckami. Z urostomie jsou do sběrného sáčku vyvedeny uretrální cévky, které jsou zavedeny do ledvin jako pojistka anastomózy močovodů a střeva. Tyto cévky je taktéž nutno proplachovat již v časném pooperačním období. Odstraňovány jsou standardně desátý pooperační den. Odpadá tak nutnost proplachu neoveziky a hlavní cíl ošetrovatelské péče je edukace pacienta v péči o urostomii, která se provádí po odstranění uretrálních cévek.

4.3.1.4 Anální kontinentní rezervár

Pacienti mají dolní laparotomii, uretrální cévky jsou vyvedeny přes konečník, stejně tak je do konečníku zaveden gumový drén k derivaci „močostolice“. Důležitá je opět péče o průchodnost uretrálních cévek. Kvůli vysoké četnosti dlouhodobých komplikací se tento způsob využívá velice zřídka.

4.4 Komplikace spojené s močovými derivacemi

Začleníme-li určitou část střevního segmentu do urogenitálního systému, může to mít za následek jisté komplikace, které celkově ovlivňují kvalitu života pacientů. (Postgraduální medicína© 2013)

Každý typ močové derivace s sebou nese určitá rizika. Komplikace, které mohou nastat, vznikají buď v souvislosti se špatně zvolenou chirurgickou technikou, se základním onemocněním a jeho následnou léčbou a v neposlední řadě také závisí na věku a délce sledování pacienta. (Tanagho, McAninch, 2006, s. 429)

Komplikace, které se pojí s močovými derivacemi, bychom mohli rozdělit na časné a pozdní.

4.4.1 Časné pooperační komplikace

Objevují se zhruba u 10 % pacientů. Řadíme mezi ně zejména krvácení, střevní neprůchodnost, urinózní sekreci a urosepsi.

Pooperační, rychle ustávající hemoragická sekrece je běžná. Avšak pokud krvácení i nadále přetrvává a tento fakt má dopad i na krevní obraz klienta, je nezbytně nutné věnovat zvýšenou pozornost koagulačním faktorům klienta. Pokud je krvácení závažnější, je nezbytná operační revize. (Urologické listy, 2012/3)

Střevní neprůchodnost

Vzniká v souvislosti s nadměrnou manipulací se střevem. To může mít za následek mechanickou obstrukci střeva v místě jeho přemostění anebo stlačení tenkého střeva v místě, kde se nachází exkludovaná klička. (Zvara, Horňák, 2009, s. 99)

Urinózní sekrece

Pokud z drénu pozorujeme nadměrnou sekreci, je nezbytné biochemické vyšetření sekretu. Při zjištění zvýšené hodnoty kreatininu je zapotřebí hledat místo, kde moč uniká. Lékař tak

činí propláchnutím stentu a katetru do rezervoáru. Místo úniku nám rovněž pomůže nalézt rentgenový snímek. Tyto případy si obvykle nežadají chirurgické řešení. (Urologické listy, 2012/3)

Urosepse

Může vzniknout v případě obstrukce horních močových cest nebo při nevyprázdňené rezervoáru hlenem, který tak znemožňuje průchodnost drénu. (Urologické listy, 2012/3)

4.4.2 Pozdní pooperační komplikace

Do pozdních pooperačních komplikací řadíme zejména metabolické poruchy, potíže se stomatem, zánět pánvičky ledvinné a litiázu. Objevují se zhruba u 10 – 20 % pacientů.

Metabolické poruchy

Pokud je jakákoliv část střeva začleněna do průběhu močových cest, mohou se u pacienta objevit značné metabolické poruchy. Čím vyšší segment trávicího traktu použijeme k derivaci moče, tím větší riziko metabolických poruch se bude u pacienta objevovat. Například, použijeme-li jejunum, může to mít za následek hyponatrémii, hypochlorémii, hyperkalémii a metabolickou acidózu. Tyto poruchy se budou projevovat nauzeou, zvracením, nechutí k jídlu a svalovou slabostí.

Začleníme-li do močového traktu jinou část střeva, například ileum, pacient bude sice rovněž ohrožen rizikem metabolických poruch, ale povaha komplikací se bude poněkud lišit. Jelikož přes povrch tohoto druhu segmentu běžně dochází ke vstřebávání sodíku a chloridů, nese tento fakt za následek ztráty bikarbonátů do lumenu střeva.

U pacientů s ureterosigmoideostomií je větší míra rizika vzniku hyperchloremické acidózy, než u pacientů, kteří mají rezervoár vytvořený z jiného úseku střeva. Důvodem je větší povrch a delší kontakt moče. Výše zmíněná metabolická acidóza se projevuje zejména slabostí, nauzeou, zvracením, Kussmaulovým dýcháním a odvápnění kostí. To může vést až ke komatu. (McDougal a spol., 1988; Kawakita a spol., 1996 cit. podle Tanagho, McAninch, 2009, s. 429- 431)

Pokud je pacientovi vytvořeno stoma z ilea, stoupá u něj riziko poruchy vstřebávání vitamínu A a D. Je-li u něj resekován pouze krátký úsek ilea, bude to mít za následek lehkou malabsorpci a steatoreu (nadměrné množství tuků ve stolici), protože se do tlustého střeva dostávají žlučové soli. Pokud je v colonu větší koncentrace těchto solí, dochází k poruše vstřebávání vody a elektrolytů v tráčnicku.

Dlouhý úsek resekovaného ilea ve značené míře omezuje reabsorpci žlučových solí na minimum. To má za následek těžkou malabsorpci tuků.

Resekce ilea je také spojena s nedostatkem vitamínu B12 (Terai a spol. 1997; Fujisava a spol., 2000b. cit. podle Tanagho, McAninch, 2006, s. 431). Vyčerpání zásob tohoto vitamínu vede k megaloblastové anémii a periferním paresteziím. Proto je u těchto pacientů nezbytné vyšetření hladiny tohoto vitamínu. Pokud se ho potvrdí nedostatek, je nutná jeho doživotní substituce.

Potíže se stomatem

Konstrukce stomatu je velice důležitá. Nejdůležitější je však u pacientů, kteří jsou po derivační operaci odkázáni na zevní zařízení (Fitzerald a spol., 1997 cit. podle Tanagho, McAninch, 2006, s. 431).

Mezi komplikace, které se vztahují ke stomatu bychom mohli zařadit jeho zúžení, parastomální kýlu, různými způsoby podrážděnou pokožku nebo mykotickou infekci. Stenózu stomatu snadno odhalíme pomocí jeho katetrizace a změřením objemu reziduální moči. Při potvrzení stenózy se provádí jeho revize.

Pacienti s ureteroileostomií se mohou setkat s podrážděním pokožky nebo dokonce její infekcí. Děje se tak z důvodu delšího kontaktu pokožky s močí. Kromě moči může být pokožka také citlivá na adheziva. Těmto komplikacím zabráníme, pokud budeme při tvarování nebo vystřihování dodržovat správnou velikost otvoru na podložce. Pokud je neovezika správně vytvořena a umístěna, je výběr druhu jímacího zařízení jednodušší. Výběr správného typu stomické pomůcky je závislý na šikovnosti pacienta, jeho preferencích, dostupných zdrojích a v neposlední řadě konstrukci samotné neoveziky. (Tanagho, McAninch, 2006, s. 429 – 433)

Zánět pánvičky ledvinné

Pyelonefritidou po derivační operaci je postiženo zhruba 10 % pacientů.

Důležitost správného odběru moči na kultivační vyšetření je předpokladem pro správnou léčbu této komplikace. Sestra neodebírá moč se sběrného sáčku, ale pomocí katetru z řádně odezinfikovaného stomatu. U pacientů s klasickým rezervoárem se nesmí zapomenout změřit reziduum. Existuje nepatrné procento pacientů, u kterých dochází k poruše renálních funkcí. Ty se projevují hydronefrózou, vzestupem sérového kreatininu nebo kombinací obou těchto projevů.

Lithiasa

Příčinou vzniku konkrementů mohou být nevstřebatelné svorky, síťky nebo šicí materiál, který se požívá k tvorbě neoveziky. Dalším rizikovým faktorem pro vznik lithiázy jsou bakterie žijící v močových cestách. Hovoříme zejména o bakterii *Proteus* nebo *Klebsiella*. Konkrementy vzniklé díky bakteriím si vyžadují odstranění konkrementu a léčbu samotné infekce. (Ostrher, Poulen a Steven, 2000 cit. Podle Tanagho, McAninch, 2006, s. 432-433). Velikost konduity, stagnace moči a dehydratace jsou velkým rizikovým faktorem pro vznik lithiázy. (Tanagho, McAnich, 2006, s. 429 – 433)

4.5 Edukace pacienta před propuštěním do domácího prostředí

Ještě před propuštěním pacienta do domácího prostředí je nezbytné, aby jej sestra edukovala o důležitosti pravidelně navštěvovat specializovanou ambulanci. Důvodem je průběžné kontrolování pacientova zdravotního stavu po náročném zákroku. V ambulanci mu jsou pomocí ultrazvuku vyšetřovány ledviny a neovezika. Nezbytná je také rentgenová kontrola močového rezervoáru a vylučovací urografie. Neopomíná se také na vyšetření vnitřního prostředí, funkčnost ledvin, cytologická a bakteriologická vyšetření a v neposlední řadě na endoskopické vyšetření močového rezervoáru, tzv. pouchoskopie. (Sestra, 2006/7-8)

Nezbytně nutná je zejména včasná rehabilitace. V případě, že je pacient propuštěn do domácího prostředí se stomií, je důležité, aby byl schopen samostatné péče o jeho zevní zařízení. Pacienti s heterotopní derivací musí být schopni provádět autokatetrizaci kutánního stomatu.

5 STOMIE V SOUVISLOSTI S MOČOVÝMI DERIVACEMI

Při nádorovém onemocnění močového měchýře je nezbytné jeho chirurgické odstranění, tzv. radikální cystektomie. S tímto výkonem jde ruku v ruce velice vysoká pravděpodobnost, že bude pacientovi jímána moč do stomického sáčku, pomocí tzv. ureteroileostomie. Velice důležitá je proto včasná a důkladná edukace pacienta to ještě před samotným výkonem. (Sestra 10/2009)

Nejdůležitější pro budoucího a potencionálního stomika je smířit se s tím, že bude žít se zevním zařízením a že se s ním bude muset naučit správně manipulovat. Kromě správné manipulace je nezbytné, aby věděl, že hlen, který je z urostomie produkován společně s močí, je vlastně fyziologické pro střevo, ze kterého je vývod vytvořen. Pokud stomie jeví známky jakýchkoliv změn a odchylek od normálu, je důležité obrátit se na lékaře nebo sestru. (Convatec© 2013)

5.1 Stomické pomůcky

V první řadě musíme klást důraz na vhodně zvolenou pomůcku, která musí pacientovi vyhovovat ve všech směrech. Nesmí ho omezovat jak při její výměně, tak při její aplikaci a ošetřování. Tyto podmínky závisí na věku klienta, jeho celkovém zdravotním stavu a manuální šikovnosti. Při edukaci pacienta se doporučuje spoluúčast někoho z rodiny, aby byl také seznámen se způsobem aplikace. Pokud pacient žije sám, je vhodné kontaktovat pracovníka sociální služby. (Convatec© 2013)

Druhy stomických systémů:

Jednodílný systém

Obsahuje sáček, na jehož jedné straně je lepivá vrstva. Pomocí šablony se na této vrstvě odměří správná velikost otvoru a ten se následně vystřihne a přilepí na urostomii. Je nezbytné klást důraz na správnou velikost otvoru. Příliš malý otvor nese za následek zaškrceání stomie, poškození sliznice, krvácení nebo dokonce nekrózu. Pokud naopak zvolíme příliš velký otvor, může docházet k podtékání. To bude mít za následek poškození kůže a následné uvolnění pomůcky.

Dvoudílný systém

Skládá se z podložky, kterou na sebe přírubovým kroužkem pojí urostomický sáček. Podložky je doporučováno měnit každý třetí den. Existuje mnoho tvarů a velikostí. Příprava

podložky se shoduje s jednodílným systémem, proto se tedy musíme opět dávat pozor, abychom neměli otvor příliš malý nebo příliš velký. Otvory je možno tvarovat buďto manuálně nebo podle šablony s následným vystřížením. Pro klienty s vpadlými urostomiemi pod úroveň břicha existují speciální tvarovatelné podložky, které se dají tzv. „vytvarovat“ do kůže. (Convatec© 2013; Stomie© 2009-2013)

Příslušenství pro stomie:

- Vyrovnávací pasta - používá se k vyrovnání záhybů objevující se v kůži. Mimo to srovnává také jizvy pod podložkou.
- Vyplňovací pasta – chrání pokožku v okolí stomie a zabraňuje podtékání. Nesmí se aplikovat pod podložku.
- Čistící ubrousky – chrání před podrážděním pokožky.
- Odstraňovač podložky – usnadňuje odstraňování podložky či jednodílného sáčku.
- Ochranný film – chrání kůži před jejím poškozením, jako je např. tvorba puchýřků nebo odření pokožky.
- Ochranný pudr – zklidňuje pokožku pod podložkou.
- Zklidňující krém – zrychluje proces hojení podrážděné pokožky. (Stomie© 2009-2013)

5.2 Postup při ošetření stomie

Jednou z nejdůležitějších zásad při výměně zevního zařízení je především suchá a u mužů oholená kůže, protože jedině na takovou kůži se nám podaří bezproblémově nalepit podložku, popřípadě urostomický sáček s lepidlovou vrstvou.

Musíme mít vždy na paměti, že moč se tvoří a tudíž i vytéká neustále a proto nezapomínáme přiložit tampón na místo stomie již v době omývání a vysoušení pokožky. Většinou se pokožku doporučuje vysoušet fénem.

Po odstranění fólie připevňujeme podložku vždy odspodu a postupně ji prsty uhlazujeme. Na takto připevňovanou podložku můžeme napojit urostomický sáček.

Jednodílné systémy se doporučuje připevňovat před zrcadlem, rovněž od spodní části směrem nahoru. Na oba systémy je možno napojit noční sáček.

V případě jakýchkoliv nerovností na kůži je vhodné aplikovat vyrovnávací pastu a na podrážděnou pokožku se doporučuje ochranný pudr. (Convatec© 2013)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

6.1 Charakteristika výzkumného projektu

Jelikož se tato bakalářská práce zabývá kvalitou života pacientů po močové derivaci, použila jsem pro výzkumné šetření zkrácenou verzi standardizovaného dotazníku „WHOQOL“, který hodnotí kvalitu života. Cílovou skupinou dotazovaných respondentů byli pacienti s vyvedenou ureteroileostomií, tzv. Brickerovou močovou derivací po odstranění močového měchýře. Derivační operace nepatří mezi jednoduché chirurgické výkony, a proto se bohužel neprovádějí ve všech nemocnicích. Výzkumné šetření tedy probíhalo ve stomických poradnách vybraných nemocničních zařízení.

6.2 Seznámení s dotazníkem WHOQOL-BREF

Standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF sestavila pracovní skupina WHOQOL. Ta se zabývala tvorbou kvality života. Skupinu tvořili odborníci celkově z 15 výzkumných center celého světa. Autoři české verze jsou Eva Dragomirecká a Eva Bartoňová.

Jedná se o zkrácenou verzi dotazníku WHOQOL-100, který obsahuje 100 položek. Z důvodu obsáhlosti původní verze jsem použila oficiální zkrácenou verzi, která se skládá z 26 položek. Ty se sdružují do čtyř životních oblastí, které jsou uváděny jako tzv. domény, a dvou dalších samostatných položek, které hodnotí kvalitu života a spokojenost se zdravím respondentů. Položky v dotazníku byly vybrány tak, aby pokrývaly široké spektrum aspektů kvality života. Znění jednotlivých položek bylo převzato bez sebemenších změn z plné verze dotazníku WHOQOL-100.

Dotazník slouží k tomu, aby mohl jedinec samostatně zhodnotit jeho vlastní kvalitu života. Je vyplňován samostatně osloveným respondentem a slouží ke zhodnocení kvality života skupin nebo populací, v mém případě skupiny pacientů po močové derivaci dle Brickera.

Vyplnění dotazníku trvá přibližně 5-10 minut. Dotazník není vhodný k zachycení vlivu bezprostřední nálady nebo krátkodobých změn. (Adiktologie© 2011-2013)

6.3 Popis vyplňování a vyhodnocování dotazníku WHOQOL-BREF

Tento dotazník by se měl standardně vyplňovat na klidném místě. Ještě před jeho samotným vyplňováním by si respondenti měli přečíst instrukce na titulní straně. Ta dotazované

informuje o tom, o jaký dotazník se jedná a k jakému účelu budou použity samotné výsledky šetření.

Ten, kdo dotazník poskytuje, by si měl dát pozor, aby respondentu při vyplňování nikterak neovlivňoval. Stejně tak by mu neměl vysvětlovat otázky jinými slovy.

Výsledky vyplněných dotazníků zjistíme, pokud vypočítáme průměrné hrubé skóry ze čtyř základních domén a dvou samostatných položek, které hodnotí celkovou kvalitu života (Q1) a zdravotní stav respondenta (Q2).

Pro doménu *Fyzické zdraví* je nutné vypočítat průměrný hrubý skór z těchto položek: q3, q4, q10, q15, q17 a q18. Abychom zjistili, jaký je hrubý skór z domény *Prožívání*, musíme vypočítat průměr položek: q5, q6, q7, q11, q19 a q26. Skór domény *Sociální vztahy* vypočítáme, pokud vypočítáme průměr položek: q20, q21 a q22. Skór poslední domény s názvem *Prostředí* zjistíme, pokud vytvoříme průměr u položek: q8, q9, q12, q13, q14, q23, q24 a q25. Rozpětí u jednotlivých domén se pohybuje od minima 4 do maxima 20. Čím vyšší hodnota nám vyjde, tím lepší má respondent kvalitu života.

Pro vytvoření skóru je nám k dispozici více možností. Mou volbou byla tvorba skóru pomocí počítačové aplikace Microsoft Office Excel.

Abychom mohli použít vzorce v buňkách, musíme si nejdříve sjednotit datový soubor. První řádek v souboru bude označovat jednotlivé položky dotazníku (A1-Z1 = q1-q26). Další čtyři soubory v tomtéž řádku nám představují jednotlivé domény (D1 – *fyzické zdraví*, D2 – *prožívání*, D3 – *sociální vztahy* a D4 – *prostředí*). Do těchto buněk nám postupně po řádcích budou vycházet průměrné skóry jednotlivých domén. Jinými slovy, bude ve sloupci AA doména 1, ve sloupci AB doména 2, atd. Do řádku č. 2 ve stejném sloupci je nutné navolit do jednotlivých buněk vzorce.

Pro buňku ve sloupci AA2, v první doméně a druhém řádku napíšeme vzorec pro doménu *fyzické zdraví*: =PRŮMĚR((6-C2;(6-D2);J2;O2;P2;Q2;R2)*4. Díky tomuto vzorci se nám v jediném řádku, ve sloupcích objeví označení určitých položek (tj. C2 = q3, D2 = q4, J2 = q10, O2 = q15, P2 = q16, Q2 = q17, R2 = q18). Jelikož je u vybraných položek dotazníku (q3, q4 a q26) obrácená škála hodnocení, je nezbytné ve vzorci odečíst od čísla šest.

V buňce AB2 musíme nastavit vzorec, který bude vypadat takto: =PRŮMĚR(E2;F2;G2;K2;S2;(6-Z2))*4. Získáme tak průměrný skór u domény č. 2 *prožívání*. (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 23 – 25)

Ke zjištění skóru u domény 3, *sociální vztahy* je třeba na buňku AC2 nastavit vzorec: =PRŮMĚR(T2;U2;V2)*4.

Pokud pro buňku AD2 zadáme vzorec: =PRŮMĚR(H2;I2;L2;M2;N2;W2;X2;Y2)*4, zjistíme průměr poslední domény s názvem *prostředí*.

Hrubé skóry za celý soubor zjistíme, pokud pod celý sloupec AA2 zadáme vzorec: =PRŮMĚR (AA2:AA_{x+1}). AA2 nám logicky označuje buňku a x nám udává počet případů, kdy přičteme jedničku. Díky tomuto vzorci zjistíme průměrný skór za celý soubor první domény. Obdobně se vypočítají i ostatní domény. (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 23 – 25)

6.4 Formulace cílů výzkumného projektu

Při mém výzkumném šetření jsem si stanovila za cíl zjistit:

- jak vnímají pacienti po Brickerově močové derivaci kvalitu svého života,
- jak vnímají svou osobní identitu,
- jaký má tato operace dopad na jejich život.

Na tyto otázky mám v plánu odpovědět prostřednictvím vyhodnocení vyplněných standardizovaných dotazníku WHOQOL-BREF.

6.5 Sběr dat

Výzkumné šetření probíhalo od ledna do dubna 2013. Dobrovolně se ho zúčastnili respondenti, kteří se dostavovali do stomické poradny za účelem kontroly okolí stomatu a výměn stomických sáčků. Za pomoci stomasestry vyplňovali anonymní, standartizovaný dotazník. Na závěr byly přiloženy demografické údaje.

Sběr dat byl prováděn ve Fakultní nemocnici v Ostravě, Fakultní nemocnici v Olomouci a Všeobecné fakultní nemocnici v Praze.

6.6 Analýza výzkumného šetření

Po předběžné dohodě s výše zmíněnými zdravotnickými zařízeními bylo distribuováno celkem 90 dotazníků. Z toho 30 dotazníků do Fakultní nemocnice v Olomouci, 30 dotazníků do Fakultní nemocnice v Ostravě a zbylých 30 dotazníků bylo určeno pro pacienty ve VFN v Praze.

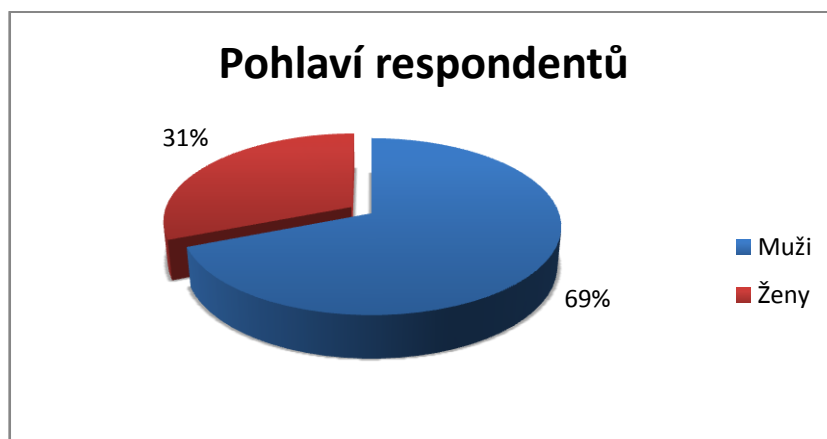
Z Fakultní nemocnice v Ostravě bylo vráceno 25 dotazníků, z nichž museli být dva vyřazeny kvůli neúplným údajům. Z Fakultní nemocnice v Olomouci nazpět zaslali 19 dotazníků a z tohoto počtu byli vyřazeny také dva dotazníky ze stejných důvodů. Ve Všeobecné fakultní nemocnici bylo vyplněno 12 dotazníků, ale do výzkumu jich bylo zařazeno pouze 11. Celkově se mi tedy vrátilo 56 dotazníků, z nichž bylo nutné 5 vyřadit z důvodu jejich neúplného vyplnění. Návratnost hodnotitelných dotazníků v závěru činila 56,6 %, což v absolutní četnosti znamená 51 kusů.

6.6.1 Analýza demografických údajů

Pohlaví respondentů

Tabulka 1: Pohlaví respondentů

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Muži	35	69
Ženy	16	31
Celkem	51	100



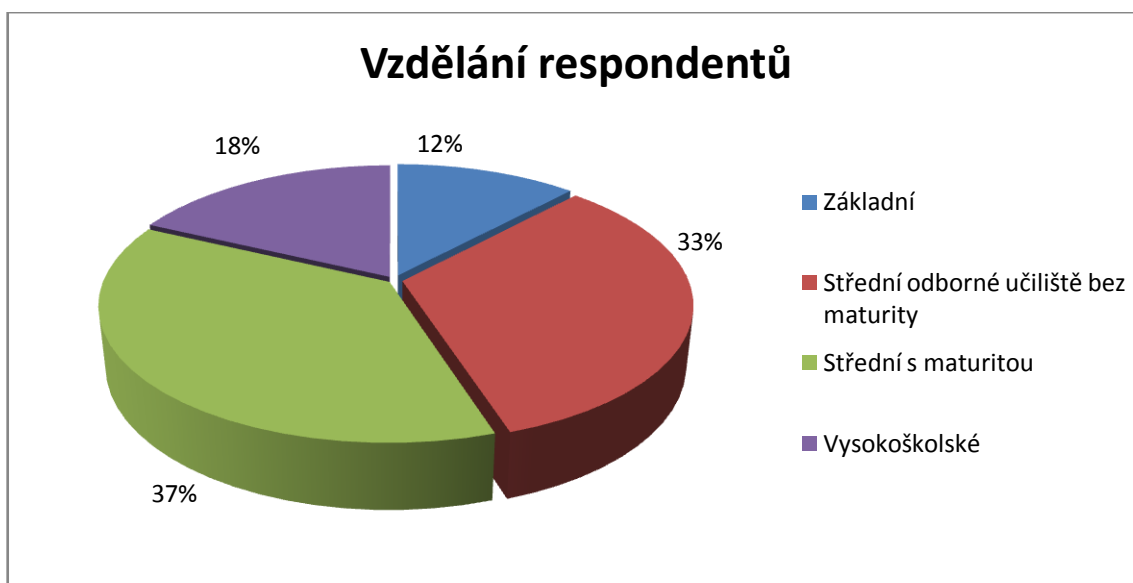
Graf 1: Pohlaví respondentů

Do výzkumného šetření byly v závěru započteny dotazníky celkem od 51 respondentů, z nichž 35 (69 %) tvořili *muži* a 16 (31 %) *ženy*.

Vzdělání respondentů

Tabulka 2: Vzdělání respondentů

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Základní	6	12
Střední odborné učiliště bez maturity	17	33
Střední s maturitou	19	37
Vysokoškolské	9	18
Celkem	51	100



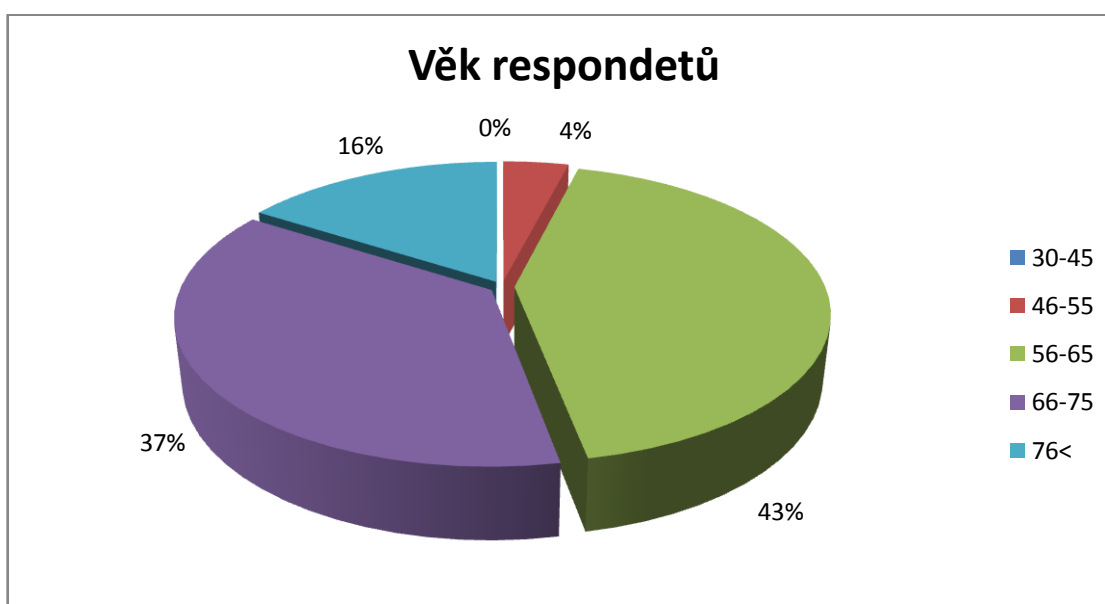
Graf 2: Vzdělání respondentů

Z dotazníkového šetření jsem zjistila, že 6 respondentů (12 %) má *základní vzdělání*, 17 respondentů (33 %) uvedlo *střední odborné vzdělání bez maturity*, 19 (37 %) jich dosáhlo *středního vzdělání s maturitou* a 9 respondentů (18 %) uvedlo, že mají vzdělání *vysokoškolské*.

Věk respondentů

Tabulka 3: Věk respondentů

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
30-45	0	0
46-55	2	4
56-65	22	43
66-75	19	37
76<	8	16
Celkem	51	100



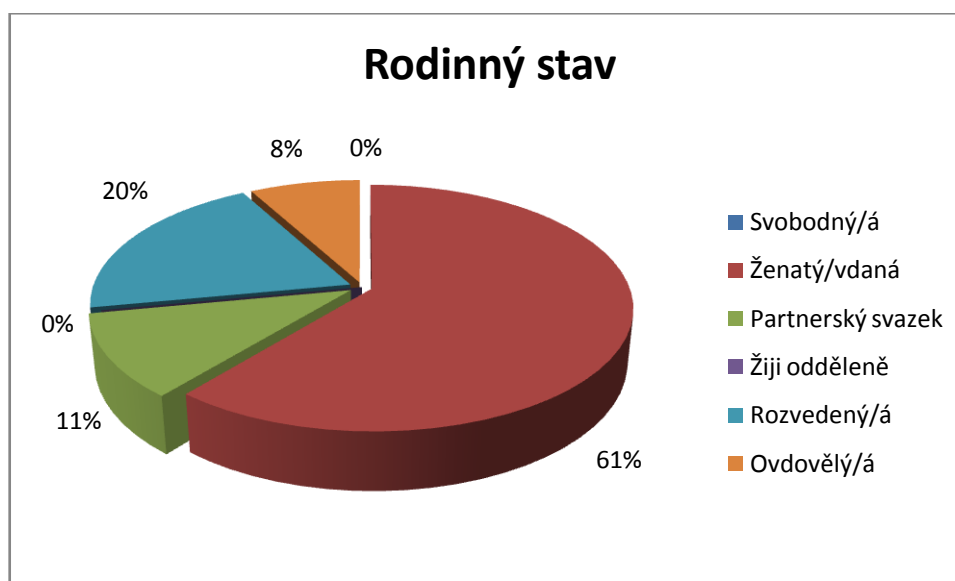
Graf 3: Věk respondentů

Dalším demografickým údajem byl věk respondentů. Zde jsem zjistila, že žádný z pacientů není *mladší 46 let*. Respondenti ve věku 46 – 55 byli celkem 2 (4 %). Větší zastoupení měli respondenti věku od 56 – 65 let (37 %). Těch bylo celkem 19. Nejvíce pacientů (22), kteří jsou po derivaci moči dle Brickera jsou ve věku od 66 -75 let a celkově pokrývají 37 % grafu. Zbylí respondenti (8) jsou staří 75 let a více. Jejich procentuální zastoupení činí 16 %.

Rodinný stav

Tabulka 4: Rodinný stav respondentů

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Svobodný/á	0	0
Ženatý/vdaná	31	61
Partnerský svazek	6	11
Žiji odděleně	0	0
Rozvedený/á	10	20
Ovdovělý/á	4	8
Celkem	51	100



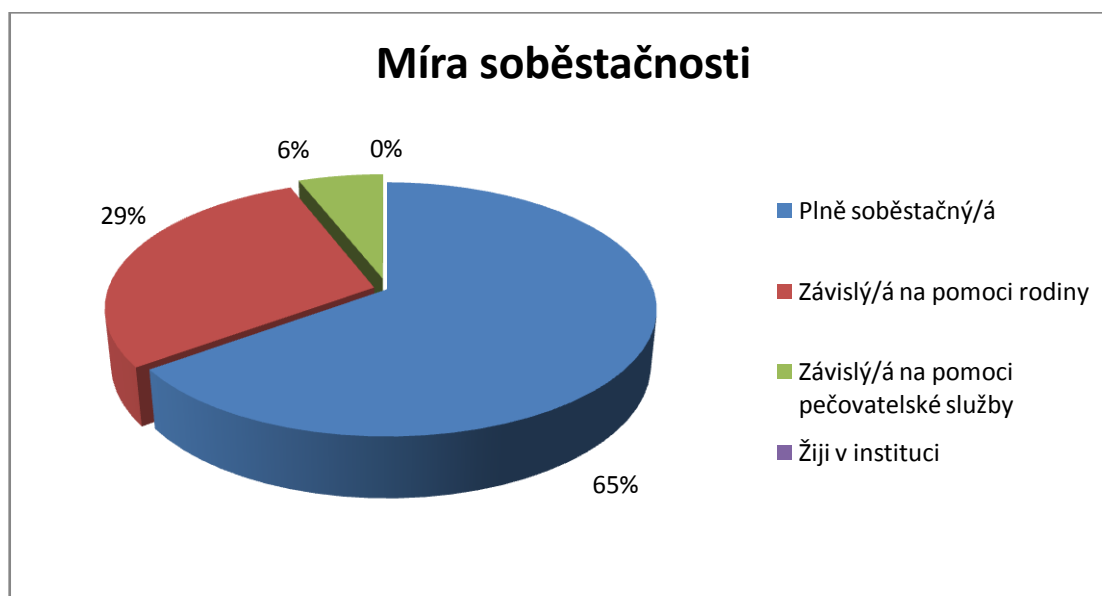
Graf 4: Rodinný stav respondentů

Na otázku ohledně rodinného stavu odpovědělo 31 dotazovaných (61 %), že žijí v *manželském svazku*. 6 (11 %) uvedlo, že je v *partnerském vztahu*, 10 respondentů (20 %) je *rozvedených* a pouze 4 pacienti (8 %) jsou *ovdovělí*. Nikdo z pacientů nevedl, že by byl *svobodný*, nebo *žil odděleně*.

Míra soběstačnosti

Tabulka 5: Míra soběstačnosti respondentů

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Plně soběstačný/á	33	65
Závislý/á na pomoci rodiny	15	29
Závislý/á na pomoci pečovatelské služby	3	6
Žijí v instituci	0	0
Celkem	51	100



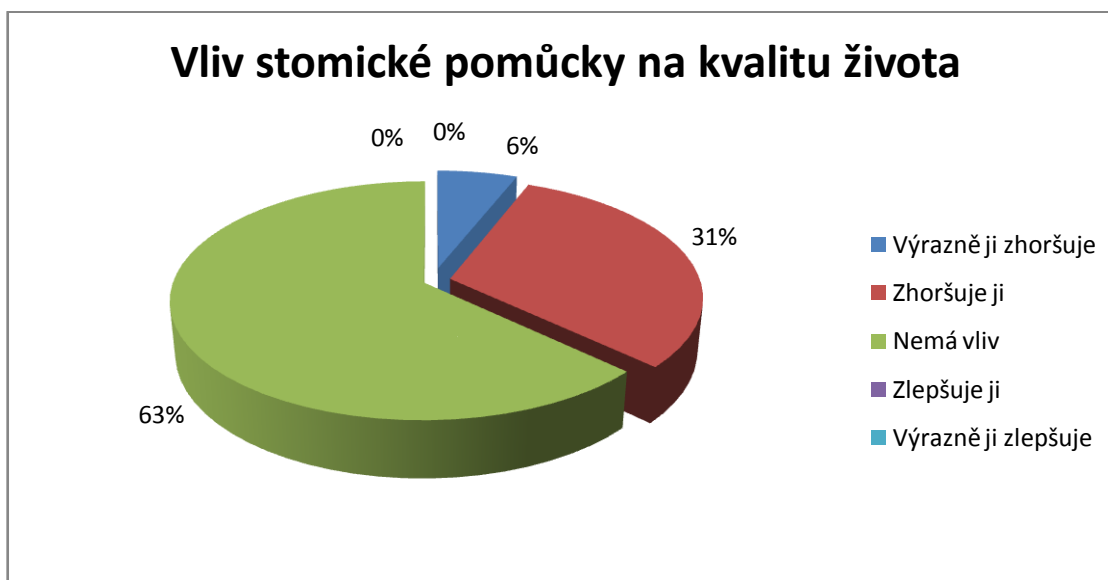
Graf 5: Míra soběstačnosti respondentů

Celkového počtu dotazovaných 33 respondentů (65 %) uvedlo, že jsou *plně soběstační*. 15 (29 %) jich uvedlo, že jsou *závislí na pomoci z rodiny* a 3 dotazovaní (6 %) jsou *závislí na pomoci pečovatelské služby*. Ani jeden respondent neuvedl, že by žil v *nějaké instituci*, např. *domově důchodců*.

Vliv stomické pomůcky na kvalitu života

Tabulka 6: Vliv stomické pomůcky na kvalitu života respondentů

	Relativní četnost	Absolutní četnost (%)
Výrazně ji zhoršuje	3	6
Zhoršuje ji	16	31
Nemá vliv	32	63
Zlepšuje ji	0	0
Výrazně ji zlepšuje	0	0
Celkem	51	100



Graf 6: Vliv stomické pomůcky na kvalitu života respondentů

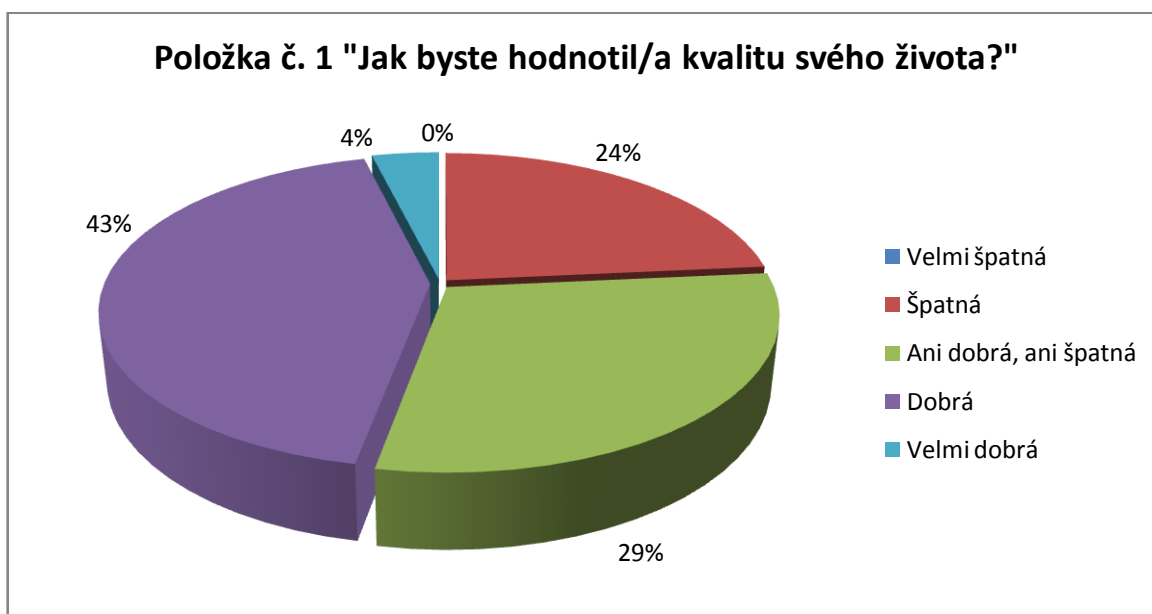
V posledním osobním údaji bylo mým cílem zjistit, jak stomická pomůcka ovlivňuje život respondentů. Tři dotazovaní pacienti (6 %) uvedli, že jim stomická pomůcka *výrazně zhoršuje* kvalitu jejich života. Dalších 16 (31 %) dotazovaných uvedlo, že jim tato pomůcka život *zhoršuje* a zbylých 32 lidí (63 %) odpovědělo, že na ně nutnost nosit sběrný sáček *vliv nemá*. Nikdo z pacientů nevěděl, že by jim stomická pomůcka *zlepšovala* nebo *výrazně zhoršovala* život.

6.6.2 Analýza dotazníku WHOQOL-BREF

Položka č. 1 „Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života?“

Tabulka 7: Položka č. 1

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Velmi špatná	0	0
Špatná	12	24
Ani dobrá, ani špatná	15	29
Dobrá	22	43
Velmi dobrá	2	4
Celkem	51	100



Graf 7: Položka č. 1

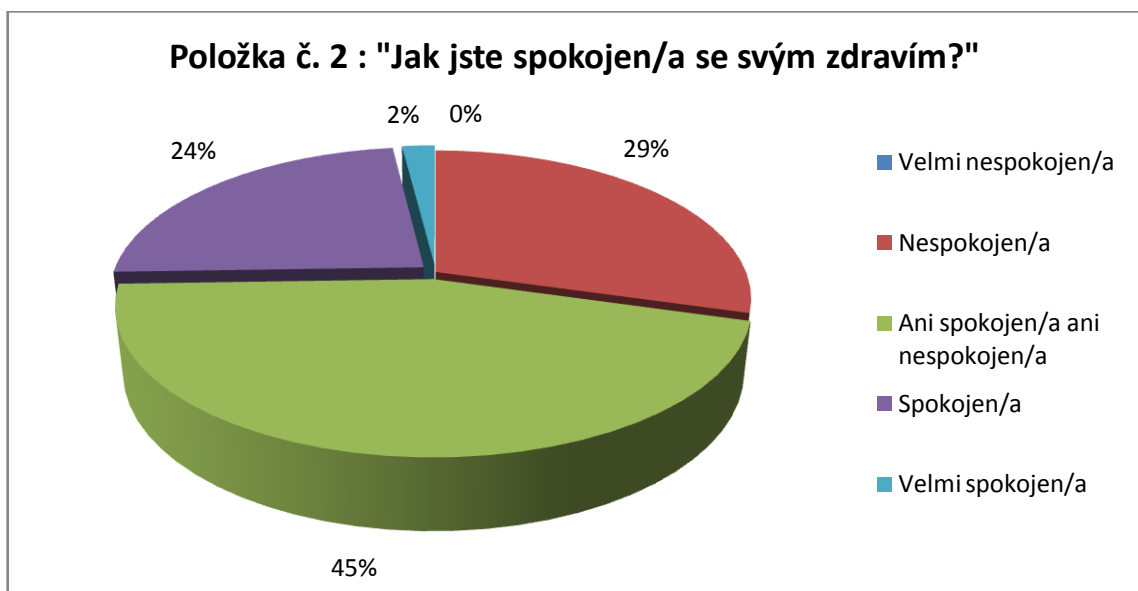
První samostatná položka hodnotila kvalitu života respondentů. Ti si mohli vybrat odpověď ze škály od 1 do 5, přičemž čím vyšší číslo si na stupnici zvolili, tím lepší kvalitu života u sebe hodnotili. Celkový průměr odpovědí za první položku činil 3,27 (směrodatná odchylka 0,87). Z celkového počtu 51 respondentů ani jeden nehodnotil svou kvalitu života jako *velmi špatnou*. 12 (24 %) respondentů v této položce udalo, že je *špatná*. Neutrální,

tedy odpověď *ani dobrá ani špatná* si zvolilo 15 pacientů, tedy 29 %. 22 (43 %) uretero-ileostomiků uvedlo, že je jejich kvalita života *dobrá* a pouze 2 (4 %) odpověděli, že je *velmi dobrá*.

Položka č. 2 „Jak jste spokojen/a se svým zdravím?“

Tabulka 8: Položka č. 2

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Velmi nespokojen/a	0	0
Nespokojen/a	15	29
Ani spokojen/a ani nespokojen/a	23	45
Spokojen/a	12	24
Velmi spokojen/a	1	2
Celkem	51	100



Graf 8: Položka č. 2

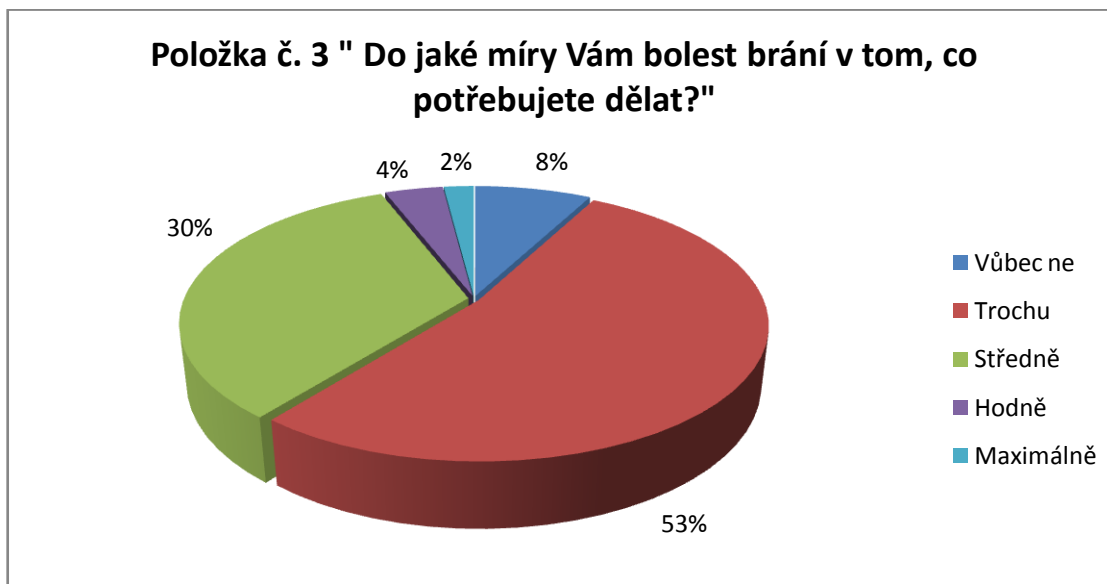
Druhá samostatná položka zjišťovala, jak jsou respondenti spokojeni se svým zdravím. Celkový průměr této položky činil 2,98 (standardní odchylka od průměru tedy byla 0,79).

Nikdo z dotazovaných nevedl, že by byl/a *velmi nespokojen/a*. 15 (29 %) pacientů se ohodnotilo položkou: *nespokojen/a*. Nejvíce respondentů odpovědělo, že nejsou *ani spokojeni ani nespokojeni* (23, tedy 45 %). 12 (24 %) pacientů uvedlo, že jsou se svým zdravím spokojeni a jeden pacient (2 %) označil položku *velmi spokojen/a*.

Položka č. 3 „Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?“

Tabulka 9: Položka č. 3

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Vůbec ne	4	8
Trochu	27	53
Středně	17	30
Hodně	2	4
Maximálně	1	2
Celkem	51	100



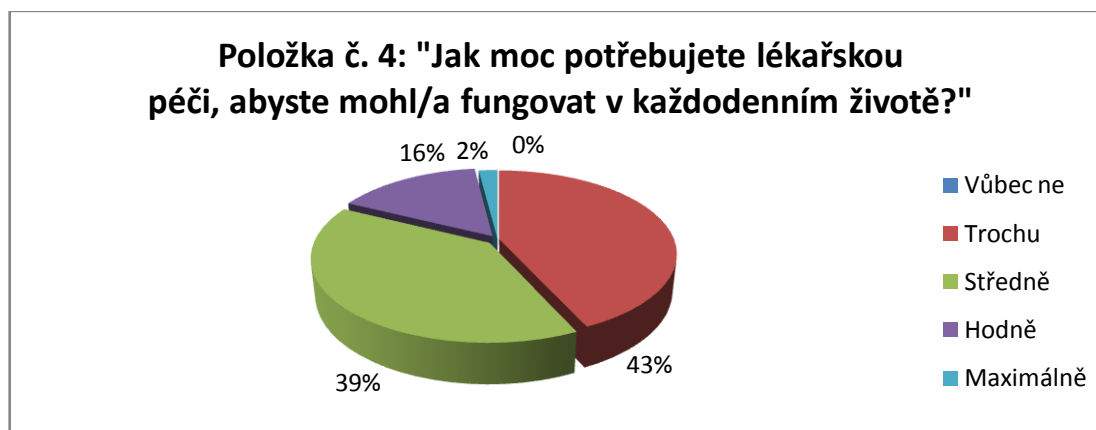
Graf 9: Položka č. 3

Cílem třetí položky bylo zjistit, do jaké míry respondentům bolest brání v tom, co potřebují dělat. Možnosti odpovědí se od předchozích lišily. V nabídce byla možnost vybrat si, jestli je bolest neomezuje vůbec, trochu, středně nebo maximálně. Čím více je bolest omezovala, tím horší známkou (jako ve škole) bolest ohodnotili. Celkový průměr odpovědí na tuto otázku činil 2,39 (STD – 0,78). Ve výsledku 4 pacienti (8 %) odpověděli, že je bolest *vůbec* neomezuje. 27 respondentů (53 %) udalo, že je bolest omezuje *trochu*. 30 %, tedy 17 dotazovaných, bolest omezuje *středně*. 2 respondenti (4 %) tuto položku oznámkovali číslem 4, tedy ti jsou bolestí omezováni *hodně* a pouze jeden pacient (2 %) je omezován *maximálně*.

Položka č. 4: „Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?“

Tabulka 10: Položka č. 4

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Vůbec ne	0	0
Trochu	22	43
Středně	20	39
Hodně	8	16
Maximálně	1	2
Celkem	51	100



Graf 10: Položka č. 4

Další položka se respondentů tázala na to, „jak moc potřebují lékařskou péči, aby mohli fungovat v každodenním životě“. Po zprůměrování této otázky vyšla hodnota 2,76 (STD – 0,79). Až do deváté položky byla škála odpovědí nezměněna. Nikdo z dotazovaných neodpověděl, že lékařskou péči *vůbec* nepotřebuje. 22 (43 %) pacientů, a tedy největší procento uvedlo, že pro svůj každodenní život lékařskou péči potřebují *trochu*. 20 (39 %) pacientů zaznačilo na této položce odpověď *středně* a 8 (16 %) jich odpovědělo *hodně*. Jeden respondent (2 %) uvedl, že lékařskou péči potřebuje *maximálně*.

Položka č. 5: „Jak moc Vás těší život?“

Tabulka 11: Položka č. 5

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Vůbec ne	1	2
Trochu	6	12
Středně	18	35
Hodně	19	37
Maximálně	7	14
Celkem	51	100



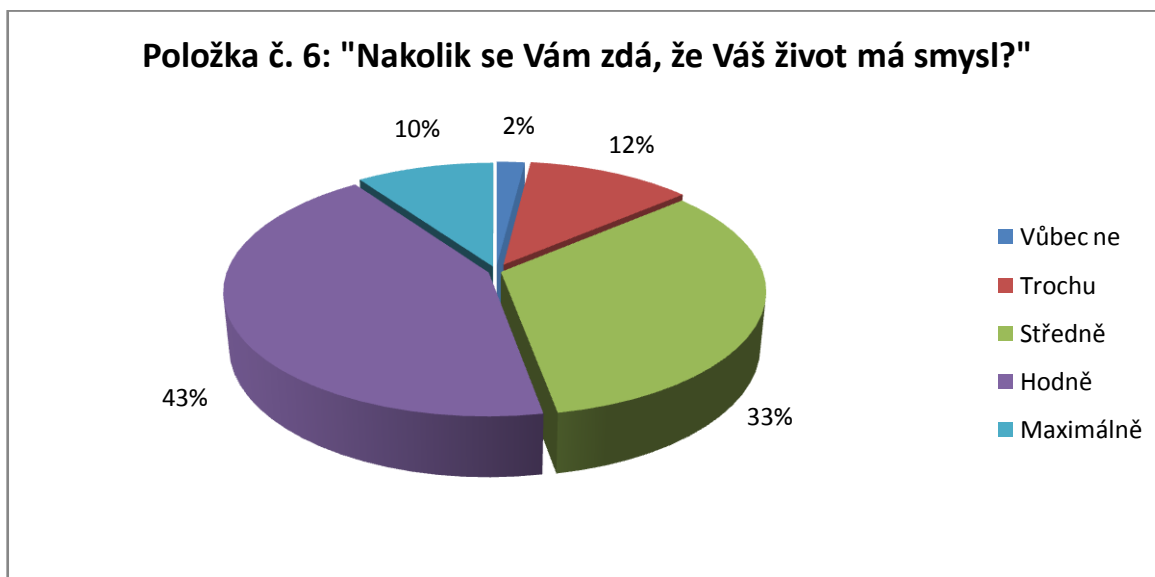
Graf 11: Položka č. 5

Položka č. 5 se respondentů dotazovala na to, jak moc je těší život. Celkový průměr odpovědí na tuto položku činil 3,46 (STD – 0,95). Jeden z dotazovaných (2 %) uvedl, že ho život netěší *vůbec*. 6 pacientů (12 %) na škále zaznačilo, že je život těší *trochu*, 35 (18 %) respondentů život těší *středně*, 19 (37 %) *hodně* a 7 (14 %) *maximálně*.

Položka č. 6: „Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?“

Tabulka 12: Položka č. 6

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Vůbec ne	1	2
Trochu	6	12
Středně	17	33
Hodně	22	43
Maximálně	5	10
Celkem	51	100



Graf 12: Položka č. 6

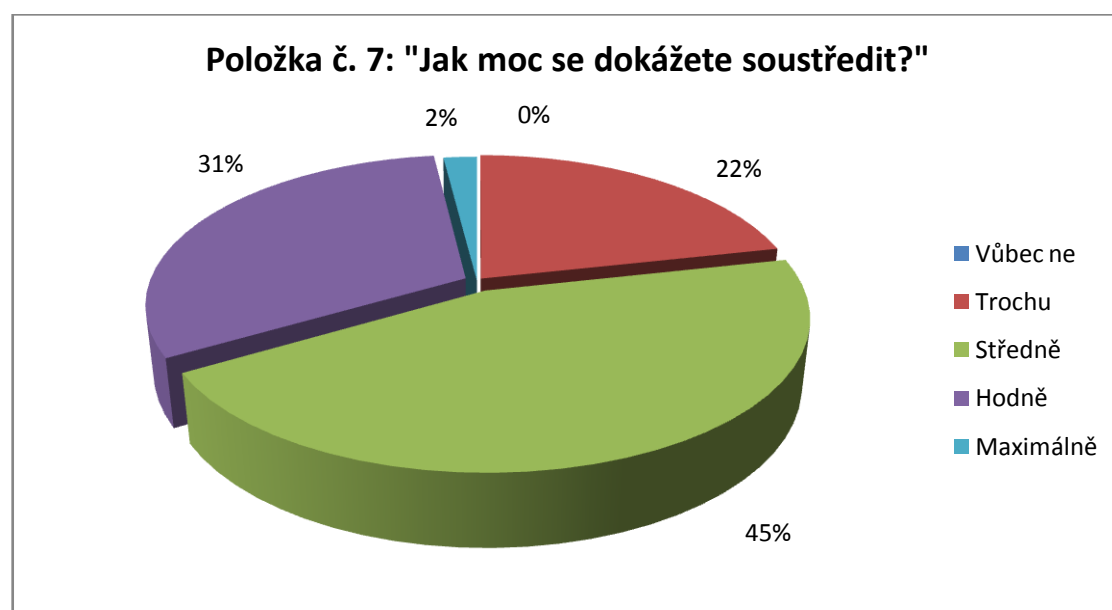
V této položce se pacientů dotazují, nakolik se jim zdá, že jejich život má smysl. Po zprůměrování všech odpovědí výsledek činil 3,47 (STD – 0,9). Jeden respondent (2 %) uvedl,

že jeho život nemá smysl *vůbec*. 6 (12 %) dotazovaných na škále zaznačili položku *trochu*, 17 (33 %) jich zaznačilo *středně* a 22 (43 %) pacientů odpovědělo, že jejich život má smysl *hodně*. Život zbylých pěti (10 %) uretero-ileostomiků má smysl *maximálně*.

Položka č. 7: „Jak moc se dokážete soustředit?“

Tabulka 13: Položka č. 7

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Vůbec ne	0	0
Trochu	11	22
Středně	23	45
Hodně	16	31
Maximálně	1	2
Celkem	51	100



Graf 13: Položka č. 7

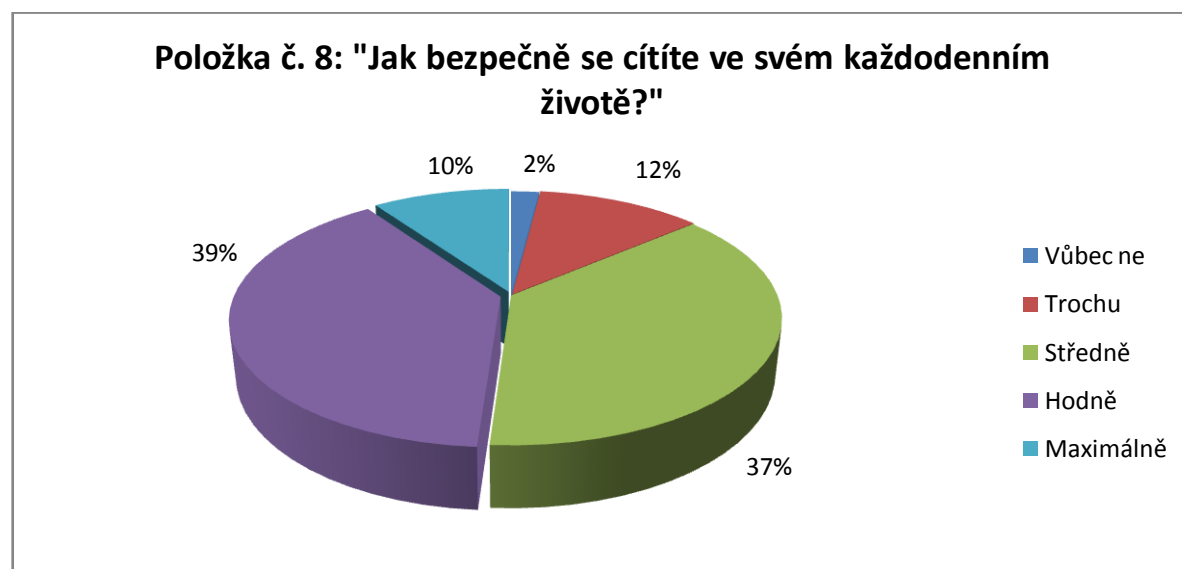
V položce č. 7 bylo za úkol zjistit, jak moc se dokážou respondenti soustředit. Průměr všech odpovědí za tuto položku byl 3,14 (STD – 0,78). Žádný z dotazovaných v této po-

ložce neuvedl, že by se nedokázal soustředit *vůbec*. 11 (22 %) respondentů v dotazníku zaznačilo, že se dokážou soustředit jen *trochu*. 23 (45 %) pacientů se dokáže soustředit *středně*, 16 (31 %) odpovědělo *hodně* a jeden respondent v této položce na škále zaznačil číslo 5, tedy *maximálně*.

Položka č. 8: „Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?“

Tabulka 14: Položka č. 8

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Vůbec ne	1	2
Trochu	6	12
Středně	19	37
Hodně	20	39
Maximálně	5	10
Celkem	51	100



Graf 14: Položka č. 8

Tato položka zjišťovala, jak bezpečně se pacienti cítí ve svém každodenním životě. Průměr této otázky činil 3,43 (STD – 0,9). Odpověď *vůbec ne* zaznačil v dotazníku pouze jeden (2 %) respondent. 6 (12 %) dotazovaných zaznačili v této položce odpověď *trochu*. 19 (37 %) pacientů si vybralo možnost „středně“ a nejvíce dotazovaných, kterých bylo 20 (39 %) se shodovalo s možností *hodně*. 5 (10 %) respondentů se ve svém životě cítí *maximálně* bezpečně.

Položka č. 9: „Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?“

Tabulka 15: Položka č. 9

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Vůbec ne	2	4
Trochu	5	10
Středně	18	35
Hodně	19	37
Maximálně	7	14
Celkem	51	100



Graf 15: Položka č. 9

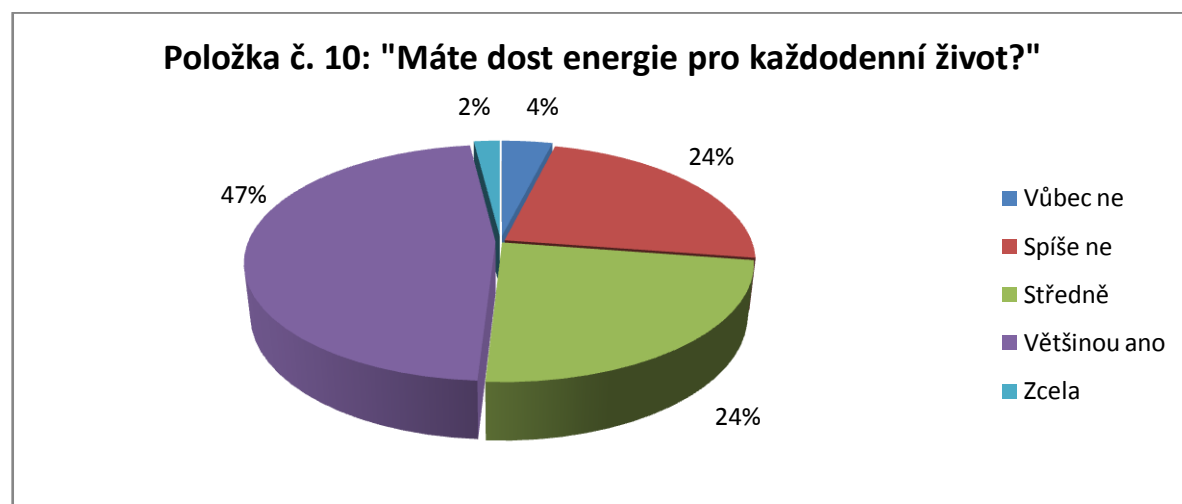
Cílem deváté položky bylo zjistit, jak zdravé je prostředí, ve kterém dotazovaní žijí. Po zprůměrování všech odpovědí na tuto otázku vyšlo číslo 3,47 (STD – 0,99). Dva respon-

denti (4 %) v dotazníku zaškrtnli možnost *vůbec ne*. 5 (10 %) dotazovaných uvedlo, že prostředí, ve kterém žijí je zdravé *trochu*. Odpověď *středně* si vybralo 18 (35 %) respondentů. 19 (37 %) uvedlo, že jejich prostředí je zdravé *hodně* a zbytek dotazovaných 7 (14 %) žije v *maximálně* zdravém prostředí.

Položka č. 10: „ Máte dost energie pro každodenní život?“

Tabulka 16: Položka č. 10

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Vůbec ne	2	4
Spíše ne	12	24
Středně	12	24
Většinou ano	24	47
Zcela	1	2
Celkem	51	100



Graf 16: Položka č. 10

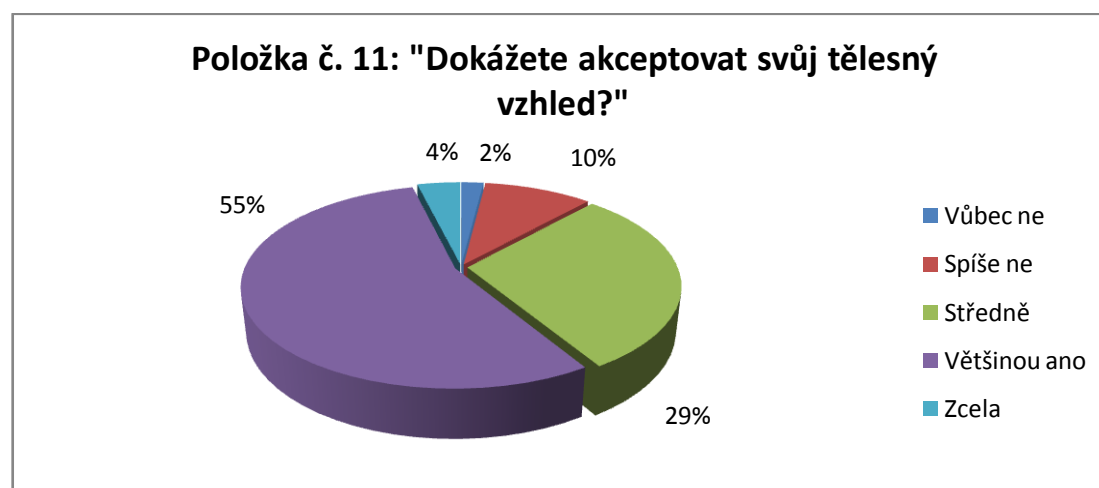
Tato položka zjišťuje, zda mají respondenti dostatek energie pro svůj každodenní život. Průměr odpovědí za tuto položku vyšel 3,2 (STD – 0,96). Od této až do čtrnácté položky byly možnosti odpovědí opět trochu pozměněny. Dotazovaní si zde mohli zvolit odpověď

dle svého uvážení z tohoto výběru: 1 – vůbec ne, 2- spíše ne, 3 – středně, 4 – většinou ano, 5 – zcela. Odpověď *vůbec ne* si vybrali 2 pacienti. 12 (24 %) respondentů si zvolilo možnost *spíše ne*. Stejně množství dotazovaných (24 %) uvedlo také možnost *středně*. Největší procento (47 %) a tedy 24 pacientů si na škále vybrali odpověď *většinou ano*. Pouze jeden (2 %) dotazovaný uvedl, že má dost energie *zcela*.

Položka č. 11: „Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?“

Tabulka 17: Položka č. 11

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Vůbec ne	1	2
Spíše ne	5	10
Středně	15	29
Většinou ano	28	55
Zcela	2	4
Celkem	51	100



Graf 17: Položka č. 11

Tato položka si kladla za cíl zjistit, do jaké míry jsou dotazovaní schopni akceptovat svůj tělesný vzhled. Celkový průměr odpovědí vyšel 3,49 (STD – 0,81). Pouze jeden respon-

dent (2 %) uvedl, že ho nedokáže akceptovat *vůbec*. 5 (10%) pacientů si zvolili možnost *spíše ne*. Odpověď *středně* zaškrtnulo 15 (29 %) dotazovaných. Číslo 4 na škále u této otázky si vybralo 28 (55 %) pacientů. Zbylí 2 respondenti (4 %) uvedli, že svůj tělesný vzhled dokážou akceptovat *zcela*.

Položka č. 12: „ Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?“

Tabulka 18: Položka č. 12

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Vůbec ne	7	14
Spíše ne	13	26
Středně	20	39
Většinou ano	10	20
Zcela	1	2
Celkem	51	100



Graf 18: Položka č. 12

Dvanáctá položka se pacientů dotazuje, zda mají dost peněz k uspokojení svých potřeb. Odpovědi byly opět zprůměrovány a výsledek činil 2,71 (STD – 1,01). 7 (14 %) respondentů v dotazníku zaznačilo odpověď *vůbec ne*. Možnost *spíše ne* si na škále v této položce zvolilo 13 (26 %) respondentů. Nejvíce pacientů uvedlo odpověď *středně*. Těch bylo celkem 20 (39 %). 10 (20 %) dotazovaných uvedlo v dotazníku možnost *většinou ano* a pouze jeden (2 %) respondent odpověděl zaškrtnutím odpovědi *zcela*.

Položka č. 13: „ Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?“

Tabulka 19: Položka č. 13

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Vůbec ne	0	0
Spíše ne	3	6
Středně	21	41
Většinou ano	22	43
Zcela	5	10
Celkem	51	100



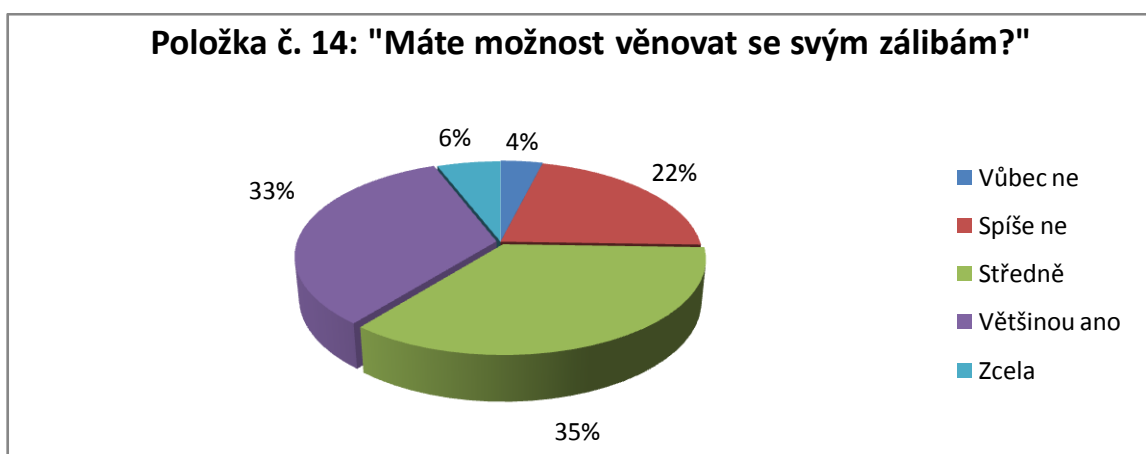
Graf 19: Položka č. 13

Tato položka se respondentů táže, zda mají přístup k informacím, které potřebují pro svůj každodenní život. Průměr odpovědí na tuto položku vyšel 3,57 (STD – 0,76). Odpověď *vůbec ne* neoznačil žádný respondent. 3 (6 %) pacienti v dotazníku zaznačili možnost *spíše ne*. 21 (41 %) dotazovaných uvedlo odpověď *středně* a nejčastěji si pacienti vybírali možnost *většinou ano*. Těch bylo celkově 22 (43 %). Zbýlých 5 (10 %) dotazovaných zaznačilo ve škále číslo 5 (odpověď *zcela*).

Položka č. 14: „ Máte možnost věnovat se svým zálibám?“

Tabulka 20: Položka č. 14

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Vůbec ne	2	4
Spíše ne	11	22
Středně	18	35
Většinou ano	17	33
Zcela	3	6
Celkem	51	100



Graf 20: Položka č. 14

V jakém rozsahu mají pacienti možnost věnovat se svým zálibám, zjišťovala položka číslo 14. Průměr odpovědí tentokrát činil 3,16 (STD – 0,97). 2 (4 %) respondenti uvedli, že nemají možnost se svým zálibám věnovat *vůbec*. Odpověď *spíše ne* zaznačilo celkově 11 (22 %) dotazovaných a nejvíce pacientů si na škále vybralo možnost *středně*. Těch bylo celkem 18 (35 %). 17 (33 %) respondentů v dotazníku zaznamenalo možnost *většinou ano*. U zbylých 3 (6 %) dotazovaných bylo zjištěno, že jejich volba odpovědi byla *zcela*

Položka č. 15: „Jak se dokážete pohybovat?“

Tabulka 21: Položka č. 15

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Velmi špatně	0	0
Špatně	10	20
Ani špatně ani dobře	12	24
Dobře	28	55
Velmi dobře	1	2
Celkem	51	100



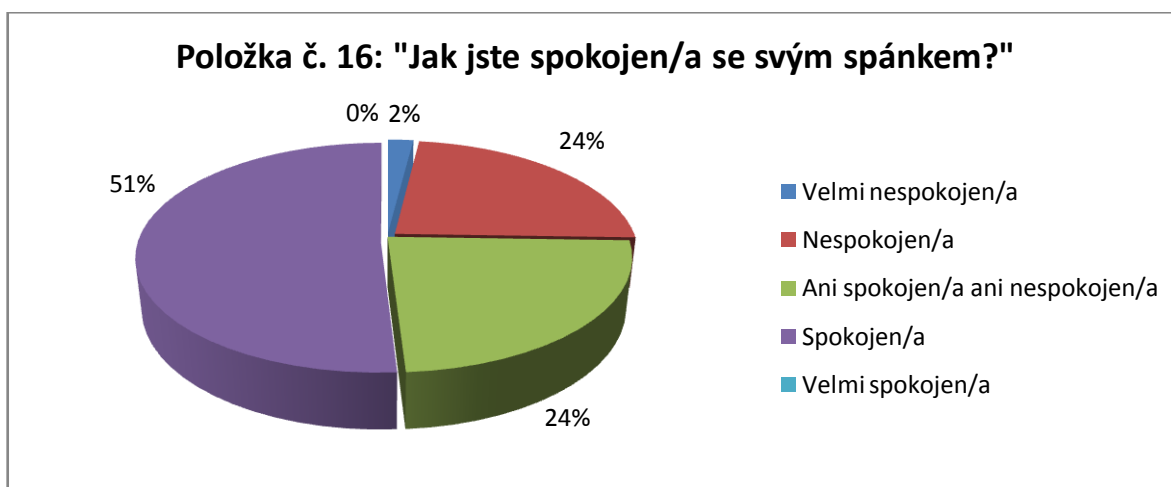
Graf 21: Položka č. 15

Tato položka nalézala odpověď na otázku, jak se dokážou pacienti pohybovat. U odpovědí byl opět vypočítán průměr a výsledkem bylo číslo 3,39 (STD – 0,83). Škála odpovědí u této položky byla stejná jako u první položky. Žádný z dotazovaných si v dotazníku nezvolil odpověď *velmi špatně*. 10 (20 %) respondentů uvedlo, že se dokážou pohybovat *špatně*. Odpověď se zněním *ani špatně ani dobře* si vybralo 12 (24 %) pacientů. Nejfrekventovanější možností v položce byla odpověď *dobře*. Tu si zvolilo 28 (55 %) dotazovaných. Jeden respondent (2 %) uvedl, že se dokáže pohybovat *velmi dobře*.

Položka č. 16: „Jak jste spokojen/a se svým spánkem?“

Tabulka 22: Položka č. 16

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Velmi nespokojen/a	1	2
Nespokojen/a	12	24
Ani spokojen/a ani nespokojen/a	12	24
Spokojen/a	26	51
Velmi spokojen/a	0	0
Celkem	51	100



Graf 22: Položka č. 16

Položka č. 16 se respondentů dotazovala, jak jsou spokojeni se svým spánkem. Až do 26. položky jsou nyní možnosti odpovědí formulovány stejně jako u položky č. 2. Průměr všech odpovědí u této položky činil 3,24 (STD – 0,89). Z celkového počtu 51 respondentů 1 (2 %) uvedl, že je se svým spánkem *velmi nespokojen*. 12 (24 %) dotazovaných posoudilo, že jsou se svým spánkem *nespokojeni* a stejný počet pacientů (24%) také uvedlo, že nejsou *ani spokojeni ani nespokojeni*. 26 (51 %) uretero-ileostomiků je podle výsledků z dotazníků se svým spánkem *spokojeno* a žádný respondent nevedl, že by byl se svým spánkem *velmi nespokojen*.

Položka č. 17: „ Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?“

Tabulka 23: Položka č. 17

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Velmi nespokojen/a	1	2
Nespokojen/a	9	18
Ani spokojen/a ani nespokojen/a	23	45
Spokojen/a	18	35
Velmi spokojen/a	0	0
Celkem	51	100



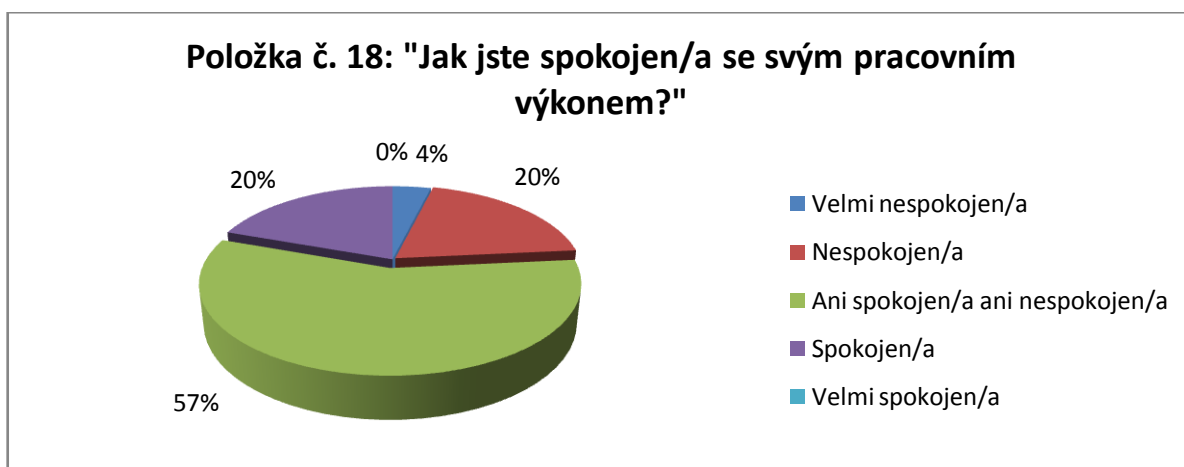
Graf 23: Položka č. 17

Tato položka u pacientů zjišťovala, jak jsou spokojeni se svou schopností provádět každodenní činnosti. Odpovědi byly opět zprůměrovány a výsledek vyšel 3,14 (STD – 0,78). 1 (2 %) respondent uvedl, že je se svou schopností provádět každodenní činnosti velmi *nespokojen/a*. Možnost *nespokojen/a* si vybralo 9 (18 %) pacientů. 23 (45 %) dotazovaných na položku odpovědělo, že nejsou *ani spokojeni ani nespokojeni*. Se svou schopností provádět každodenní činnosti bylo 18 (35 %) respondentů *spokojeno*. Žádný pacient neuvedl odpověď *velmi spokojen/a*.

Položka č. 18: „Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?“

Tabulka 24: Položka č. 18

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Velmi nespokojen/a	2	4
Nespokojen/a	10	20
Ani spokojen/a ani nespokojen/a	29	57
Spokojen/a	10	20
Velmi spokojen/a	0	0
Celkem	51	100



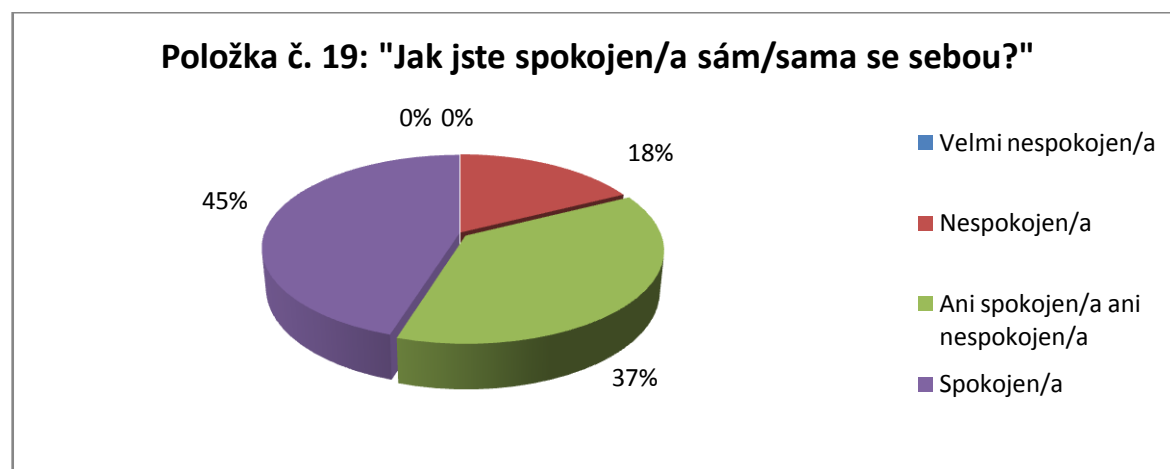
Graf 24: Položka č. 18

Výše uvedená položka se zaměřuje na zjištění, jak jsou respondenti spokojeni se svým pracovním výkonem. Průměr všech odpovědí u této položky vyšel 2,92 (STD – 0,74). 2 (4 %) dotazovaných uvedlo, že jsou se svým pracovním výkonem *velmi nespokojeni*. Odpověď *nespokojen/a* si vybralo 10 (20 %) respondentů a nejfrekventovanější odpověď v této položce zněla *ani spokojen/a ani nespokojen/a*. Na tu odpovědělo 29 (57 %) pacientů. Zbýlých 10 (20 %) dotazovaných si ve škále zvolili možnost *spokojen/a*. Žádný respondent v dotazníku nezaznačil, že by byl se svým pracovním výkonem *velmi spokojen*.

Položka č. 19: „Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?“

Tabulka 25: Položka č. 19

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Velmi nespokojen/a	0	0
Nespokojen/a	9	18
Ani spokojen/a ani nespokojen/a	19	37
Spokojen/a	23	45
Velmi spokojen/a	0	0
Celkem	51	100



Graf 25: Položka č. 19

Položka č. 19 si klade za cíl zjistit, jak jsou respondenti spokojeni sami se sebou. Celkový průměr odpovědí činil 3,27 (STD – 0,95). Žádný z dotazovaných neodpověděl, že by se sebou byl *velmi nespokojen*. 9 (18 %) respondentů ve škále zaznačilo odpověď *nespokojen/a*. 19 (37 %) uvedlo, že se sebou nejsou *ani spokojeni ani nespokojeni*. Nejvíce pacientů se v této položce shodlo, s možností *spokojen/a*. Těch bylo celkem 23 (47 %). Žádný z respondentů rovněž nezaznačil, že by byl sám se sebou *velmi spokojen*.

Položka č. 20: „Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?“

Tabulka 26: Položka č. 20

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Velmi nespokojen/a	0	0
Nespokojen/a	2	4
Ani spokojen/a ani nespokojen/a	5	10
Spokojen/a	28	55
Velmi spokojen/a	16	31
Celkem	51	100



Graf 26: Položka č. 20

20. položka hodnotila u respondentů spokojenost s jejich osobními vztahy. Průměr všech odpovědí byl v této položce 4,14 (STD – 0,75). Nikdo z dotazovaných neuvedl, že by byl nespokojen se svými osobními vztahy. 2 (4 %) pacienti na škále v této položce zaznačili, že jsou s osobními vztahy *nespokojeni*. 5 (10 %) dotazovaných si vybralo odpověď *ani spokojen/a ani nespokojen/a*. Nejvíce respondentů 28 (55 %) se ohodnotilo možností 4 *spokojen/a*. Zbylých 16 (31 %) dotazovaných uvedlo odpověď *velmi nespokojen/a*.

Položka č. 21: „Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?“

Tabulka 27: Položka č. 21

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Velmi nespokojen/a	3	6
Nespokojen/a	18	35
Ani spokojen/a ani nespokojen/a	19	37
Spokojen/a	10	20
Velmi spokojen/a	1	2
Celkem	51	100



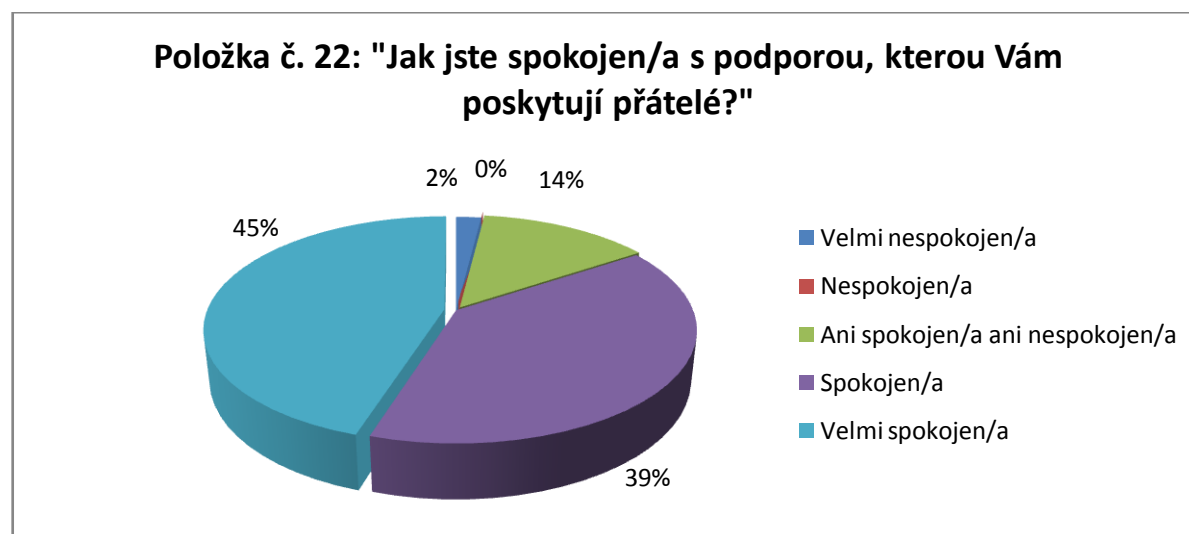
Graf 27: Položka č. 21

Spokojenost se sexuálním životem hodnotila položka č. 21. I u odpovědi této položky byl vypočítán průměr. Ten činil 2,76 (STD – 0,91). Z dotazníkového šetření vyplynulo, že 3 (6 %) respondenti jsou se svým sexuálním životem *velmi nespokojeni*. 18 (35 %) dotazovaných si ve škále této položky vybrali možnost *nespokojen/a*. Odpověď *ani spokojen/a ani nespokojen/a* zaznačilo 19 (37 %) uretero-ileostomiků. 10 (20 %) dotazovaných je se svým sexuálním životem *spokojeno* a 1 (2 %) pacient v dotazníku ve škále uvedl odpověď *velmi spokojen/a*.

Položka č. 22: „Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?“

Tabulka 28: Položka č. 22

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Velmi nespokojen/a	1	2
Nespokojen/a	0	0
Ani spokojen/a ani nespokojen/a	7	14
Spokojen/a	20	39
Velmi spokojen/a	23	45
Celkem	51	100



Graf 28: Položka č. 22

Úkolem položky č. 22 bylo zjistit, jak jsou respondenti spokojeni s podporou, kterou jim poskytují přátelé. Průměr odpovědí na tuto otázku byl tentokrát 4,25 (STD – 0,84). Pouze 1 (2 %) pacient uvedl, že je s podporou svých přátel *velmi nespokojen/a*. Žádný z dotazovaných si na škále nevybral možnost *nespokojen/a*. 7 (14 %) respondentů tvrdí, že nejsou s podporou svých přátel *ani spokojeni ani nespokojeni*. Další část dotazovaných, kterých bylo celkem 20 (39 %) odpověděla prostřednictvím možnosti *spokojen/a* a 25 (45 %) pacientů, jichž bylo nejvíce, jsou s podporou svých přátel *velmi spokojeni*.

Položka č. 23: „Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, ve kterém žijete?“

Tabulka 29: Položka č. 23

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Velmi nespokojen/a	2	4
Nespokojen/a	5	10
Ani spokojen/a ani nespokojen/a	14	28
Spokojen/a	17	33
Velmi spokojen/a	13	26
Celkem	51	100



Graf 29: Položka č. 23

Tato položka se respondentů dotazovala, jsou spokojeni s podmínkami v místě, kde žijí. Průměr všech odpovědí na tuto položku činil 3,67 (STD – 1,09), přičemž 2 (4 %) dotazovaní uvedli, že jsou *velmi nespokojeni*. 5 (10 %) pacientů je *nespokojeno*, 14 (28 %) jich není ani *spokojeno ani nespokojeno* a největší procento dotazovaných 17 (33 %) tvrdí, že jsou s podmínkami v místě bydliště *spokojeni*. 13 (26 %) ureteroileostomiků si na škále vybralo možnost pod číslem 5 (*velmi dobře*), ti jsou tedy *velmi spokojeni*.

Položka č. 24: „Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?“

Tabulka 30: Položka č. 24

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Velmi nespokojen/a	0	0
Nespokojen/a	4	8
Ani spokojen/a ani nespokojen/a	14	28
Spokojen/a	29	57
Velmi spokojen/a	4	8
Celkem	51	100



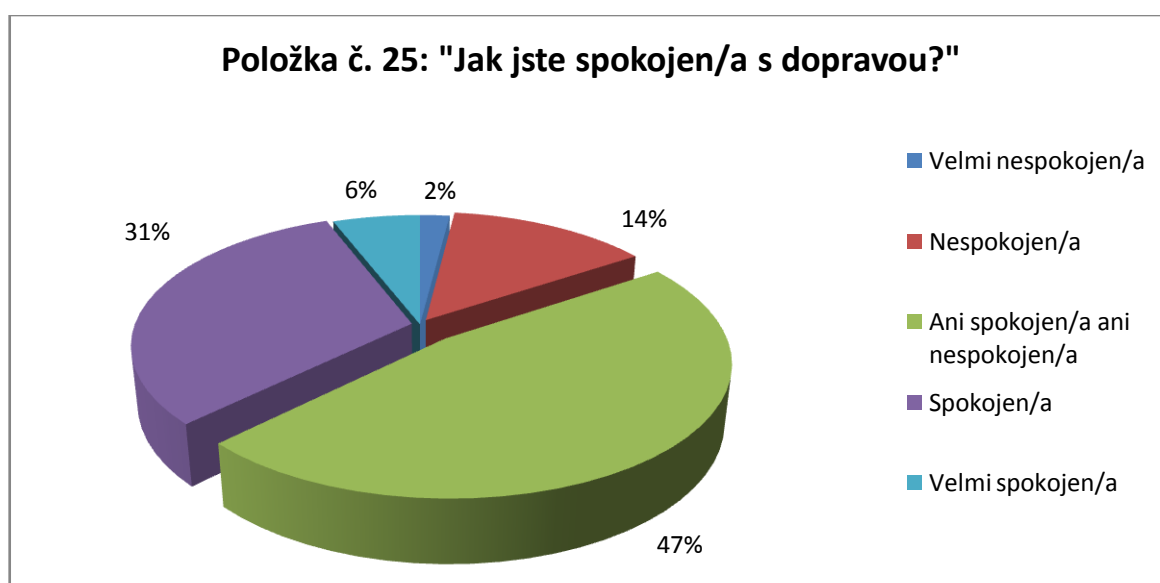
Graf 30: Položka č. 24

24. položka zjišťovala, jak jsou dotazovaní spokojeni s dostupností zdravotní péče. Průměr odpovědí byl 3,65 (STD – 0,74). Žádný respondent si u této položky nevybral možnost: *velmi nespokojen/a*. 4 (8 %) respondentů tvrdí, že jsou *nespokojeni*, 14 (28 %) jich není *ani spokojeno ani nespokojeno* a nejfrekventovaněji označovanou možností bylo, že jsou pacienti *spokojeni*. Těch bylo celkem 29 (57 %). 4 (8 %) dotazovaní také uvedli, že jsou s dostupností zdravotní péče *velmi spokojeni*.

Položka č. 25: „Jak jste spokojen/a s dopravou?“

Tabulka 31: Položka č. 25

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Velmi nespokojen/a	1	2
Nespokojen/a	7	14
Ani spokojen/a ani nespokojen/a	24	47
Spokojen/a	16	31
Velmi spokojen/a	3	6
Celkem	51	100



Graf 31: Položka č. 25

Předposlední položka zkoumala, jak jsou klienti spokojeni s dopravou. Průměr odpovědí tentokrát činil 3,25 (STD – 0,84). 1 (2 %) respondent uvedl, že s ní je *velmi nespokojen*. 7 (14 %) jich v dotazníku zaznačilo, že jsou s dopravou *nespokojeni* a 24 (47 %) dotazovaných na tuto otázku odpovědělo, že nejsou *ani spokojeni ani nespokojeni*. 16 (31 %) respondentů si na škále u této položky vybralo možnost *spokojen/a* a zbylí 3 (6 %) klienti jsou s dopravou *velmi spokojeni*.

Položka č. 26: „ Jak často prožíváte negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?“

Tabulka 32: Položka č. 26

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Nikdy	7	14
Někdy	25	49
Středně	11	22
Celkem často	8	16
Neustále	0	0
Celkem	51	100



Graf 32: Položka č. 26

Poslední položka se tázala, jak často dotazovaní pacienti prožívají negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese. Možnosti odpovědí byly pozměněny následujícím způsobem: Nikdy – 1, někdy – 2, středně – 3, celkem často – 4, neustále – 5. Také odpovědi na tuto položky se musely zprůměrovat. Výsledným číslem tedy bylo 2,39 (STD – 0,92). 7 (14 %) respondentů tvrdí, že výše uvedené pocity neprožívají *nikdy*. 25 (49 %) jich zase ve škále u této položky zaznačilo odpověď *někdy*. 11 (22 %) dotazovaných vyjmenované pocity prožívají „středně často“ a 8 (16 %) se shodlo s možností *celkem často*. Žádný z pacientů netrpí rozmrzelostí, beznadějí, úzkostí nebo depresí *neustále*.

7 VYHODNOCENÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

7.1 Výsledky výzkumného šetření

Následující tabulky a grafy porovnávají průměrné skóry a standardní odchylky populačních norem s výsledky mého šetření.

Výsledkem první samostatné položky v šetření (*Q1 – kvalita života*) je průměrná hodnota 3,27. Ta se liší od populační normy, která má průměrnou hodnotu 3,82 (viz. tabulka).

Výsledkem druhé samostatné položky v šetření (*Q2 – spokojenost se zdravím*) je průměrná hodnota 2,98. Ta se liší od populační normy, která má průměrnou hodnotu 3,68 (viz. tabulka).

Výsledkem domény č. 1 (*fyzické zdraví*) je průměrná hodnota 13,00. Ta se liší od populační normy, která je 15,55. Tato výsledná hodnota znamená *mírně sníženou* kvalitu života (viz. tabulka).

Výsledkem domény č. 2 (*prožívání*) je průměrná hodnota 13,65. Jelikož je populační norma této domény 14,78, výslednou hodnotu řadíme do *spodní hranice intervalu normy* (viz. tabulka).

Výsledkem domény č. 3 (*sociální vztahy*) je průměrná hodnota 14,88. Jelikož je populační norma této domény 14,98, výslednou hodnotu řadíme rovněž do *spodní hranice intervalu normy* (viz. tabulka).

Výsledkem domény č. 4 (*prostředí*) je průměrná hodnota 13,45. Jelikož je populační norma této domény 13,30, výslednou hodnotu hodnotíme jako *průměr kvality života* (viz. tabulka).

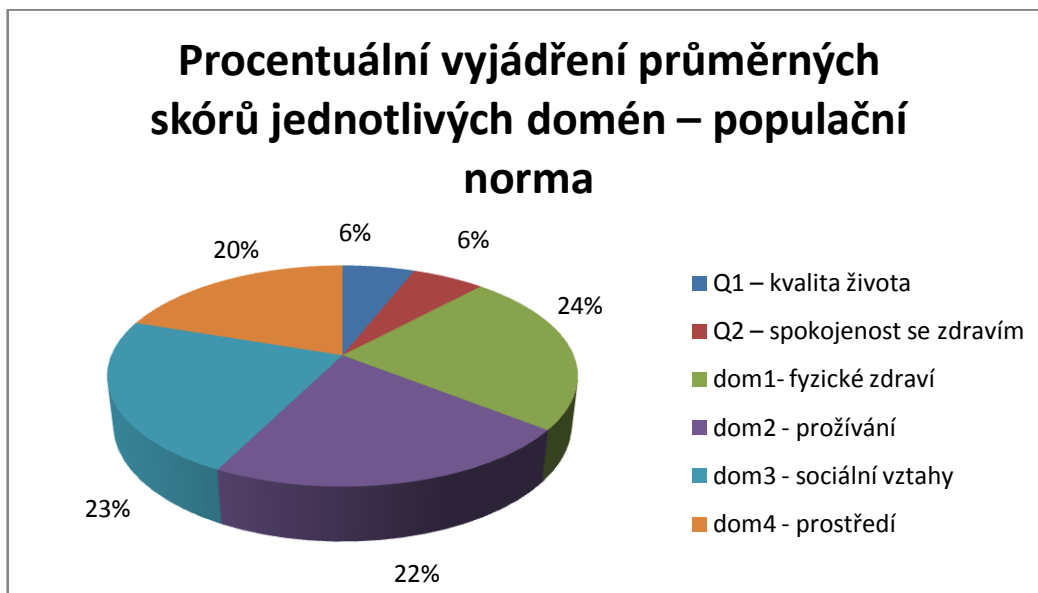
Nejlépe ohodnocenou doménou je doména č. 3 (*sociální vztahy*), oproti populační normě, kde je nejlépe ohodnocena doména č. 1 (*fyzické zdraví*). Druhou, nejlépe hodnocenou doménou se stala doména č. 2 (*prožívání*), oproti populační normě, která tak hodnotí doménu č. 3 (*sociální vztahy*). Třetí nejlépe hodnocenou doménou je v mém šetření doména č. 4 (*prostředí*), oproti populační normě, která tak hodnotí doménu č. 2 (*prožívání*). Nejhorše hodnocena se v mém výzkumu stala doména č. 1 (*fyzické zdraví*), oproti populační normě, která tak hodnotí doménu č. 4 (*prostředí*).

Tabulka 33: Přehled průměrných skóru a standardních odchylek jednotlivých domén – populační norma

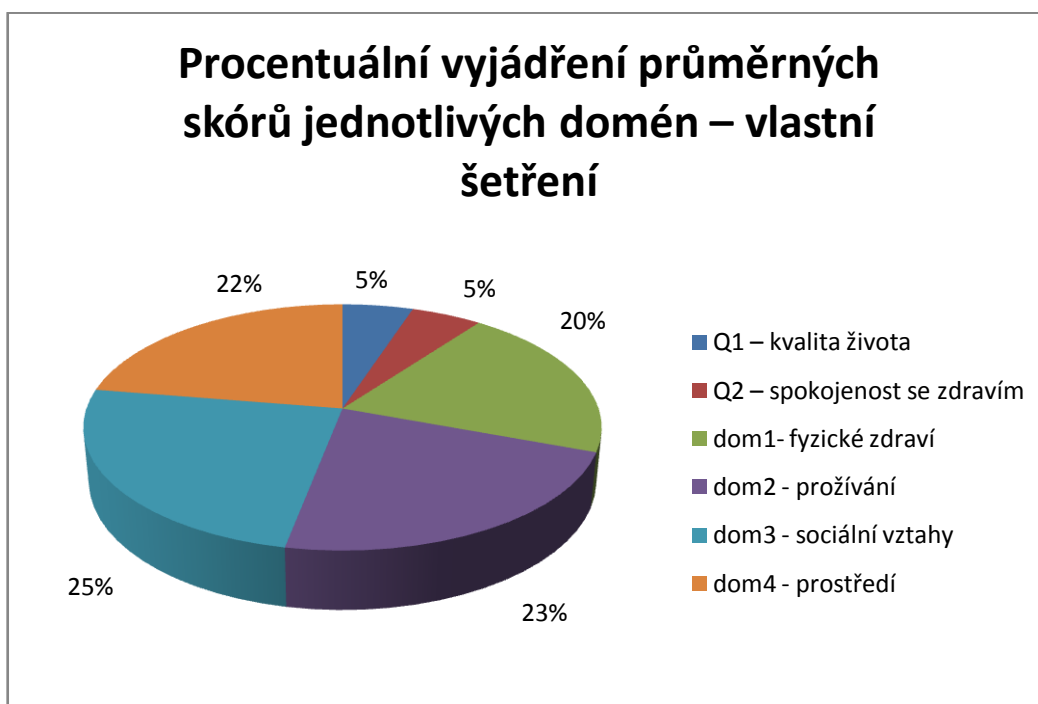
Domény	Průměrné skóry	STD
Q1 – kvalita života	3,82	0,72
Q2 – spokojenost se zdravím	3,68	0,85
dom1- fyzické zdraví	15,55	2,55
dom2 - prožívání	14,78	2,43
dom3 - sociální vztahy	14,98	2,89
dom4 - prostředí	13,30	2,08

Tabulka 34: Přehled průměrných skóru a standardních odchylek jednotlivých domén – vlastní šetření

Domény	Průměrné skóry	STD
Q1 – kvalita života	3,27	0,87
Q2 – spokojenost se zdravím	2,98	0,79
dom1- fyzické zdraví	13,00	2,28
dom2 - prožívání	13,65	2,67
dom3 - sociální vztahy	14,88	2,80
dom4 - prostředí	13,45	2,68



Graf 33: Přehled průměrných skóre jednotlivých domén – populační norma



Graf 34: Přehled průměrných skóre jednotlivých domén – vlastní šetření

8 DISKUZE

Má bakalářská práce si kladla za cíl zjistit, jak pacienti po cystektomii s následnou močovou derivací dle Brickera vnímají kvalitu svého života, jak vnímají svou osobní identitu a jaký má tato operace dopad na jejich osobní život. K šetření jsem použila standardizovaný dotazník WHOQOL – BREF. Výsledky z dotazníku jsem porovnávala s populační normou, kterou určila příručka pro uživatele české verze standardizovaného dotazníku kvality života. Výsledky jsou pro lepší orientaci vyznačeny v tabulkách. Číselný údaj v tabulce vždy znamená buď průměr odpovědí mých 51 respondentů na danou položku, nebo standardizovaný průměr populační normy.

Následující tabulka zobrazuje první dvě samostatné položky dotazníku

Tabulka 35: Přehled průměrných skóreů prvních dvou samostatných položek Q1 a Q2

	<i>Q1</i>	<i>Q2</i>
Vlastní šetření	3,27	2,98
Populační norma	3,82	3,68

První samostatná položka se klientů tázala, *jak by zhodnotil/a kvalitu svého života – Q1*. Průměr odpovědí respondentů (3,27) v mém šetření ukazuje, že nejčastěji volenou odpovědí bylo *ani dobře ani špatně*. Naproti tomu populační norma stanovuje, že by klienti hodnotili kvalitu svého života *dobře* (průměr – 3,82).

Druhá samostatná položka, která měla znění, *jak jste spokojen/a se svým zdravím – Q2*, měla v mém šetření výsledný průměr 2,98. Na tuto otázku tedy dotazovaní nejčastěji odpovídali, že se svým zdravím nejsou *ani spokojeni ani nespokojeni*. Můj výsledek se od populační normy poněkud liší. Její průměr je 3,68. Populační norma tedy kvalitu svého života hodnotí rovněž *dobře*.

Následující tabulka znázorňuje položky č. 3, 4, 5, 6, 7, 8 a 9.

Tabulka 36: Přehled průměrných skóreů u položek q3-q9

	<i>q3</i>	<i>q4</i>	<i>q5</i>	<i>q6</i>	<i>q7</i>	<i>q8</i>	<i>q9</i>
Vlastní šetření	2,39	2,76	3,49	3,47	3,14	3,43	3,47
Populační norma	1,97	1,84	3,83	3,86	3,55	3,24	2,85

Cílem třetí otázky bylo zjistit, do jaké míry klientům bolest brání v tom, co potřebují dělat. Výsledky mého šetření ukazují, že dle průměru (2,39) byla nejčastější volená odpověď *trochu*. Populační norma považuje za standard tutéž odpověď (průměr 1,97). Čtvrtá otázka se respondentů ptala, jak moc dotazovaní potřebují lékařskou péči, aby mohli fungovat v jejich každodenním životě. V mém šetření bylo díky průměru 2,76 nefrekventovanější odpověď *středně*. Odpovědi této položky se odchylovaly od populační normy, která určovala odpověď *trochu* (průměr 1,84). Položka č. 5, *jak moc Vás těší život*, získala v mém šetření průměr 3,49. Díky této hodnotě se stala na tuto otázku nejčastější odpověď *středně*. Populační norma v této položce stanovovala průměr 3,83. Její standardní odpovědí bylo *hodně*. Otázka č. 6 se v dotazníku pacientů dotazovala, *nakolik se jim zdá, že má jejich život smysl*. Průměr odpovědí na tuto otázku činil v mém šetření 3,47 oproti populační normě, která tak stanovovala hodnotu 3,86. V největší míře se tedy pacienti po Brickerově derivaci v této položce shodovali s odpovědí *středně*. Standardizovanou odpovědí dle populační normy byla odpověď *hodně*. U další položky (č. 7) jsem se snažila zjistit, do jaké míry se účastníci mého šetření dokážou soustředit. Výsledek hodnoty 3,14 znamená, že se pacienti dokážou soustředit do *střední* míry, což se opět neshoduje s populační normou, která za svůj standard udává odpověď *hodně* (průměr - 3,55). Jak bezpečně se cítí respondenti v jejich každodenním životě, se snažila zmapovat otázka č. 8. Průměr mých odpovědí (3,43) byl vyšší, než standard (3,24). Přesto se v tomto případě mé výsledky shodují s normou, a tedy nejfrekventovanější odpovědí byla v obou případech možnost *středně*. Položka č 9. s názvem *jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete*, průměrem 3,47 převyšovala standardní normu 2,85. Tyto hodnoty udávají, že se klienti v mém šetření opět shodují s normou populace a všichni žijí ve *středně* zdravém prostředí.

Následující tabulka znázorňuje položky č. 10, 11, 12, 13, 14.

Tabulka 37: Přehled průměrných skóre u položek q10 – q14

	<i>q10</i>	<i>q11</i>	<i>q12</i>	<i>q13</i>	<i>q14</i>
Vlastní šetření	3,2	3,49	2,71	3,57	3,16
Populační norma	3,62	3,90	2,87	3,87	3,33

Průměrné hodnoty odpovědí v otázce č. 10, která se ptala, zda mají dotazovaní dost energie pro každodenní život, byly v mém šetření 3,2 a v populační normě 3,62. Díky těmto výsledkům mohu uvést, že pacienti po Brickerově derivaci moči mají *středně* velké množství

energie pro svůj každodenní život. Populační norma se v této položce prezentuje odpovědí *většinou ano*. Na míru akceptovatelnosti tělesného vzhledu se soustředila položka č. 11. Standardní průměr, který byl tentokrát 3,90, převyšoval průměr odpovědí z mého dotazníku (3,49). Díky zevnímu zařízení, na které jsou mí respondenti odkázáni, je přesto překvapivé, že nefrekventovanější odpovědí byla možnost *středně*. Ta se lišila od standardní odpovědi s názvem *většinou ano*. Položka č. 12 hodnotila, jestli mají pacienti dostatečné množství peněz k uspokojení svých potřeb. Podle průměrů odpovědí, který byl v mém šetření 2,71 a v populační normě 2,87, jsem zjistila, že respondenti mého šetření mají *středně* velké množství finančních prostředků. Tento výsledek se shoduje také s průměrem. To, do jaké míry mají dotazovaní přístup k informacím, které potřebují pro svůj každodenní život, se tázala položka č. 13. Po srovnání mých výsledků (3,57) s všeobecným průměrem (3,87) mohu napsat, že v této položce byla v obou případech finální odpověď *většinou ano*. Další otázka zjišťovala, v jakém rozsahu mají klienti možnost věnovat se svým zálibám. Účastníci mého šetření a populační norma se také v tomto případě shodli se jednou nejčastěji volenou odpovědí, kterou byla tentokrát možnost *středně*.

Následující tabulka znázorňuje položku č. 15

Tabulka 38: Přehled průměrných skóre u položky q 15

	<i>q15</i>
Vlastní šetření	3,39
Populační norma	4,27

Patnáctá položka se zabírala tím, v jakém rozsahu se klienti mohou pohybovat. Jednotlivé odpovědi jsem u této otázky opět zprůměrovala (výsledkem bylo číslo 3,39) a srovnala s normou populace (4,27). Pacienti po močové derivaci dle Brickera se v největší míře shodli na tom, že se nepohybují *ani dobře ani špatně*, zatímco norma populace si stanovuje jako odpověď *dobře*.

Následující tabulka znázorňuje položky č. 16 – 25.

Tabulka 39: Přehled průměrných skóre u položek q16-q25

	q16	q17	q18	q19	q20	q21	q22	q23	q24	q25
Vlastní šetření	3,24	3,14	2,92	3,27	4,14	2,76	4,25	3,67	3,65	3,25
Populační norma	3,61	3,76	3,76	3,57	3,75	3,64	3,85	3,54	3,70	3,19

Výsledná odpověď není stejná ani na otázku č. 16, která zkoumala, jak jsou dotazovaní spokojeni se svým spánkem. Uretero-ileostomici nejsou podle průměru odpovědi 3,24 se svým spánkem *ani spokojeni ani nespokojeni*, na rozdíl od průměru (3,61), který určoval standard odpovědi možnost *spokojen/a*. Otázka č. 17 se chtěla dopátrat výsledné odpovědi na otázku: *Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?* Podle průměrů odpovědí mého šetření (3,14) klienti nejčastěji volili odpověď *ani spokojen/a ani nespokojen/a*. Populace určovala normu odpovědí *spokojen/a* (průměr 3,76). To, jak jsou respondenti spokojeni s jejich pracovním výkonem, řešila 18. otázka. Průměrnou hodnotou odpovědí na tuto položku bylo číslo 3,27, což vypovídá o tom, že pacienti, kteří se zúčastnili mého šetření, nejsou *ani spokojeni ani nespokojeni* se svým výkonem. Tato, u mého výzkumného projektu nefrekventovanější odpověď, se liší od populačně stanovené normy, protože ta si za svou výslednou odpověď stanovuje možnost *spokojen/a* (průměrná hodnota 3,76). Otázka č. 19 se tázala, jak jsou klienti spokojeni sami se sebou. Průměr mých odpovědí (3,27) dokazuje, klienti po Brickerově derivace moči se sebou nejsou *ani spokojeni ani nespokojeni*. Tato odpověď se neshoduje s normou (3,57), která tvrdí, že pacienti jsou se sebou většinou *spokojeni*. Jednou lépe hodnocenou položkou celého výzkumu byla právě ta, která se populace ptala na spokojenost s jejich osobními vztahy (č. 20). U účastníků mého výzkumu mě překvapil vysoký průměr odpovědí, který byl 4,25. Tento průměr značí *spokojenost* pacientů s jejich vztahy s okolím a navíc se shoduje se populační normou, kterou dokonce průměrově lehce převyšuje (populační norma je určena průměrem 3,75). Poněkud „při zemi“ už ale zůstává výsledný průměr odpovědí na otázku, která řeší sexuální oblast. Uretero-ileostomici nejsou podle průměru 2,76 *ani spokojeni ani nespokojeni* se svým sexuálním životem. Populační norma je s ním naopak dle průměru 3,64 *spokojena*. Položka č. 22 byla rovněž, jako tomu bylo u 20. položky, jednou z nejlépe hodnocených. Jejím cílem bylo zjistit spokojenost dané populace s podporou, kterou jí poskytují přátelé. Pacienti účastníci se mého výzkumu zhodnotili, že jsou s podporou svých přátel *spokojeni*

(průměr byl 4.25). Se stejnou odpovědí se shodla také populační norma, která se ale prezentuje s menším průměrem (3,85). Další otázka (č. 23) chtěla vědět, jak jsou respondenti spokojeni s podmínkami v místě, ve kterém žijí. Ani v tomto případě se má cílová skupina neliší od výsledné odpovědi, kterou určuje norma. Všichni dotazovaní jsou tedy s podmínkami v místě bydliště *spokojeni* (průměr mého šetření byl 3,67 na rozdíl od standardního průměru 3,54). Míru spokojenosti s dostupností zdravotní péče mapovala 24. otázka. Průměr odpovědí účastníků mého výzkumu činil 3,65. Jelikož je populační normou průměr 3,70, je jisté, že všichni respondenti ve škále nejčastěji volili odpověď *spokojen/a*. Spokojenost s dopravou zjišťovala zase položka č. 25. Klienti, kteří se účastnili mého výzkumu, jsou dle průměru 3,25, s dopravou spokojeni do *střední* míry. Také tady se proto shodujeme se populační normou, která za svůj průměr považuje hodnotu 3,19.

Následující tabulka znázorňuje položku č. 26.

Tabulka 40: Přehled průměrných skóre u položky q 26

	q26
Vlastní šetření	2,39
Populační norma	2,53

Poslední 26. položka se dotazovala, jak často populace prožívá negativní pocity, jako je rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese. Zde si již výsledné odpovědi lišily. Jak můžeme vidět v tabulce, po zprůměrování odpovědí pacientů v mém výzkumu mi vyšlo číslo 2,39. Toto číslo se ve škále blíží nejvíce k možnosti odpovědi *někdy*. Podle příručkou určené normy, která za svůj průměr považuje hodnotu 2,53, se výsledky liší, protože číslo 2,53 už spadá pod průměr možnosti odpovědi *středně*.

ZÁVĚR

Má bakalářská práce ve své první části stručně popisuje anatomii ledvin a močových cest, zmiňuje se o termínu „kvalita života“ a v největší míře se věnuje močovým derivacím. Druhá část mé práce prostřednictvím kvantitativního výzkumu zjišťuje, jak se pacienti, kteří museli podstoupit Brickerovu močovou derivaci psychicky vyrovnávají s tímto faktem a jaký má tato chirurgická operace dopad na jejich osobní život.

K šetření jsem použila zkrácenou verzi standardizovaného dotazníku kvality života „WHOQOL – BREF“. Výsledky jsem pak srovnala s populační normou, kterou určovala příručka pro uživatele české verze dotazníku „WHOQOL“.

Výzkumného šetření se dobrovolně zúčastnilo celkem 51 respondentů. Každá položka v dotazníku (kromě položky Q1 a Q2, které byly samostatné), se řadila do určité domény. Ty byly celkově 4: fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy, prostředí.

Odpovědi položek, které patří do domény č. 1 (fyzické zdraví) jsem zprůměrovala a srovnala s populační normou. Podle standardizované tabulky jsem pak zjistila, že výsledky první domény v mém šetření znamenají *mírně sníženou kvalitu života*.

Analýzu jsem provedla také u odpovědí položek patřící do domény č. 2 (prožívání). Výsledek druhé domény jsem dle tabulky zařadila do kategorie *spodní hranice normy*.

Výsledky odpovědí řadící se do domény č. 3 (sociální vztahy) se rovněž vešly do kategorie *spodní hranice normy*.

Poslední hodnocenou doménou byla doména č. 4 (prostředí). Podle odpovědí respondentů jsem tuto doménu zařadila do kategorie: *průměr kvality života*.

Nejlépe hodnocenou doménou v mém šetření se stala doména č. 3 (sociální vztahy). V populační normě je na tomto místě umístěna doména č. 1 (fyzické zdraví). Na druhém místě je v mém šetření doména č. 2 (prožívání). Populační norma určuje na druhé místo třetí doménu (sociální vztahy). Třetí nejlépe hodnocenou doménou je v mém šetření doména č. 4 (prostředí), oproti populační normě, která stanovuje třetí nejlépe hodnocenou doménu č. 2 (prožívání). Na posledním místě a zároveň nejhůře hodnocenou doménou se podle výsledků v mých dotaznících stala první doména (fyzické zdraví). Populační norma řadí na poslední místo čtvrtou doménu (prostředí).

Celých 65 % respondentů v dotazníku udalo, že jsou *plně soběstační*. 29 % dotazovaných je pak *závislých na pomoci rodiny* a 6 % uretero-ileostomiků označilo, že je *závislých na*

pomoci pečovatelské služby. Za zmínku stojí také zjištění, stomická pomůcka nemá vliv na 63 % pacientů. 31 % jich tvrdí, že jim tato pomůcka kvalitu života zhoršuje a 6 % klientům kvalitu života zhoršila výrazně. Myslím si, že důvodem takového výsledku je zejména to, že jsou pacienti rádi, že se vůbec zbavili karcinomu močového měchýře a že díky alternativě, jako je močová derivace mohou žít ještě další desítky let. Dalším důvodem může být i fakt, že velká část pacientů měla nepochybně zhoršenou kvalitu života díky svému základnímu onemocnění, které může působit pacientovi takové problémy, že i vytvoření stomie pro ně znamená v podstatě úlevu.

Ze standardizovaného dotazníku bych ráda vyzdvihla hned první položku, která se klientů tázala, jak by oni sami zhodnotili kvalitu svého života. Jsem velice ráda, že zde mohu napsat, že ani jeden dotazovaný kvalitu svého života nezhodnotil velmi špatně. 24 % klientů kvalitu svého života zhodnotilo špatně. Celých 29 % klientů se k této otázce postavilo neutrálně. Největší procento (43 %) pacientů zhodnotilo kvalitu svého života dobře a 4 % dotazovaných ji označilo dokonce jako velmi dobrou.

Výsledky mé práce považuji za překvapivé, a proto bych je ráda sdělila veřejnosti.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Knižní tituly

ČIHÁK, Radomír, 2002. *Anatomie 2*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0143-X.

DRAGOMIRECKÁ Eva a Jitka BARTOŇOVÁ, 2006. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 80-85121-4.

DVOŘÁČEK, Jan a Marko BABJUK, 2005. *Onkourologie*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-349-4.

DYLEVSKÝ, Ivan, 2009. *Funkční anatomie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3240-4.

ELIŠKOVÁ, Miloslava a NAŇKA Ondřej, 2006. *Přehled anatomie*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-1216-X.

GURKOVÁ, Helena, 2011. *Hodnocení kvality života*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3625-9.

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

LAWRENCE W. Way et al., 1998. *Současná chirurgická diagnostika a léčba, 1. díl*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-397-9.

MIKŠOVÁ Zdeňka, Marie Zajíčková a Marie Froňková, 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1443-4.

TANAGHO, Emil A. a Jack W.McANINCH, 2006. *Smithova všeobecná urológia*. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-206-5.

VALENTA, Jiří et al., 2007. *Základy chirurgie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-7262-403-4.

WALSH C. Patrick et al., 1991. *Campbell's urology*. Philadelphia: W. B. Sanders company. ISBN 0-7216-3059-6.

ZEMAN, Miroslav, 2003. *Chirurgická propedeutika*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-705-2.

ZVARA, Vladimír a Michal HORŇÁK, 2009. *Urologické operácie*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-317-2.

Články v periodikách

ČERMÁK, Aleš et al. *Kontinentní a inkontinentní derivace moči, měchýř šetřící postupy*. Urol List, 2012, roč. 10, č. 3, s. 34-43. ISSN 1214-2085.

Dragomirecká, Eva. *Nemoc a kvalita života*. Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky, 2006, roč. 16, č. 9, s. 8. ISSN 1210-0404.

LOUDA, Miroslav. *Co je vhodné vědět o operaci radikální cystektomie*. Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky, 2009, roč. 19, č. 10, s. 56-57. ISSN 1210-0404.

NAGYOVÁ Martina a Petra BARTONÍKOVÁ. *Ošetřování pacienta po radikální cystektomii*. Sestra: Odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky, 2006, roč. 16, č. 7-8, s. 27-28. ISSN 1210-0404.

Internetové zdroje

Adiktologie [online]. ©2011-2013 [cit. 2013-03-15]. Dostupné z:

<http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/586/904/Dotaznik-kvality-zivota-WHOQOL-BREF-a-WHOQOL-100>.

Convatec. [online]. ©2013 [cit. 2013-03-15]. Dostupné z :

<http://www.convatec.cz/stomie/pece-o-stomie/urostomie>.

ČAPÁK, Ivo a Jan DOLEŽEL. *Chirurgická léčba karcinomu močového měchýře*. Linkos [online]. 2008. Říj 11, [cit. 2013-03-01]. Dostupné z:

<http://www.linkos.cz/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/abstrakta/cislo/2572/>.

HERÁČEK, Jiří a Michael URBAN. Derivace moče po odstranění močového měchýře. *Urologie pro studenty*. [online]. ©2013 [cit. 2013-03-05]. Dostupné z: <http://www.urologieprostudenty.cz/uploads/pdf/derivace-moce-po-odstraneni-mocoveho-mechyre.pdf>.

HNILICOVÁ, Helena. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. [online]. 2003, roč. 13, č. 5 [cit. 2013-01-30]. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/kvalita-zivota-a-jeji-vyznam-pro-medicinu-a-zdravotnictvi-151408>.

LOUDA, Miroslav. Co je vhodné vědět o operaci radikální cystektomie. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. [online]. 2009, roč. 19, č. 10 [cit. 2013-01-30]. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/co-je-vhodne-vedet-o-operaci-radikalni-cystektomie-447358>.

Seznam použitých symbolů a zkratk

cm - centimetr

č. - číslo

ČR - Česká republika

dom. - doména

FN - Fakultní nemocnice

Ch. - Charier (značí obvod katetru v milimetrech)

JIP - Jednotka intenzivní péče

ml - mililitr

Q - Question (otázka)

QOL - Quality of life

s. - strana

spol. - společnost

STD - standardní odchylka, směrodatná odchylka (= synonymum)

tzv. - tak zvaný

VFN - Všeobecná fakultní nemocnice

viz. - lze vidět

WHO - World Health Organization

SEZNAM OBRÁZKŮ

<i>Graf 1: Pohlaví respondentů</i>	36
<i>Graf 2: Vzdělání respondentů</i>	37
<i>Graf 3: Věk respondentů.....</i>	38
<i>Graf 4: Rodinný stav respondentů</i>	39
<i>Graf 5: Míra soběstačnosti respondentů</i>	40
<i>Graf 6: Vliv stomické pomůcky na kvalitu života respondentů</i>	41
<i>Graf 7: Položka č. 1</i>	42
<i>Graf 8: Položka č. 2</i>	43
<i>Graf 9: Položka č. 3</i>	44
<i>Graf 10: Položka č. 4</i>	45
<i>Graf 11: Položka č. 5</i>	46
<i>Graf 12: Položka č. 6</i>	47
<i>Graf 13: Položka č. 7</i>	48
<i>Graf 14: Položka č. 8</i>	49
<i>Graf 15: Položka č. 9</i>	50
<i>Graf 16: Položka č. 10.....</i>	51
<i>Graf 17: Položka č. 11.....</i>	52
<i>Graf 18: Položka č. 12.....</i>	53
<i>Graf 19: Položka č. 13.....</i>	54
<i>Graf 20: Položka č. 14.....</i>	55
<i>Graf 21: Položka č. 15.....</i>	56
<i>Graf 22: Položka č. 16.....</i>	57
<i>Graf 23: Položka č. 17.....</i>	58
<i>Graf 24: Položka č. 18.....</i>	59
<i>Graf 25: Položka č. 19.....</i>	60
<i>Graf 26: Položka č. 20.....</i>	61
<i>Graf 27: Položka č. 21.....</i>	62
<i>Graf 28: Položka č. 22.....</i>	63
<i>Graf 29: Položka č. 23.....</i>	64
<i>Graf 30: Položka č. 24.....</i>	65
<i>Graf 31: Položka č. 25.....</i>	66
<i>Graf 32: Položka č. 26.....</i>	67

<i>Graf 33: Přehled průměrných skóre jednotlivých domén – populační norma</i>	71
<i>Graf 34: Přehled průměrných skóre jednotlivých domén – vlastní šetření.....</i>	71

SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka 1: Pohlaví respondentů</i>	<i>36</i>
<i>Tabulka 2: Vzdělání respondentů</i>	<i>37</i>
<i>Tabulka 3: Věk respondentů</i>	<i>38</i>
<i>Tabulka 4: Rodinný stav respondentů</i>	<i>39</i>
<i>Tabulka 5: Míra soběstačnosti respondentů</i>	<i>40</i>
<i>Tabulka 6: Vliv ureteroileostomie na kvalitu života respondentů</i>	<i>41</i>
<i>Tabulka 7: Položka č. 1</i>	<i>42</i>
<i>Tabulka 8: Položka č. 2</i>	<i>43</i>
<i>Tabulka 9: Položka č. 3</i>	<i>44</i>
<i>Tabulka 10: Položka č. 4</i>	<i>45</i>
<i>Tabulka 11: Položka č. 5</i>	<i>46</i>
<i>Tabulka 12: Položka č. 6</i>	<i>47</i>
<i>Tabulka 13: Položka č. 7</i>	<i>48</i>
<i>Tabulka 14: Položka č. 8</i>	<i>49</i>
<i>Tabulka 15: Položka č. 9</i>	<i>50</i>
<i>Tabulka 16: Položka č. 10</i>	<i>51</i>
<i>Tabulka 17: Položka č. 11</i>	<i>52</i>
<i>Tabulka 18: Položka č. 12</i>	<i>53</i>
<i>Tabulka 19: Položka č. 13</i>	<i>54</i>
<i>Tabulka 20: Položka č. 14</i>	<i>55</i>
<i>Tabulka 21: Položka č. 15</i>	<i>56</i>
<i>Tabulka 22: Položka č. 16</i>	<i>57</i>
<i>Tabulka 23: Položka č. 17</i>	<i>58</i>
<i>Tabulka 24: Položka č. 18</i>	<i>59</i>
<i>Tabulka 25: Položka č. 19</i>	<i>60</i>
<i>Tabulka 26: Položka č. 20</i>	<i>61</i>
<i>Tabulka 27: Položka č. 21</i>	<i>62</i>
<i>Tabulka 28: Položka č. 22</i>	<i>63</i>
<i>Tabulka 29: Položka č. 23</i>	<i>64</i>
<i>Tabulka 30: Položka č. 24</i>	<i>65</i>
<i>Tabulka 31: Položka č. 25</i>	<i>66</i>
<i>Tabulka 32: Položka č. 26</i>	<i>67</i>

<i>Tabulka 33: Přehled průměrných skóru a standardních odchylek jednotlivých domén</i>	
– populační norma	70
<i>Tabulka 34: Přehled průměrných skóru a standardních odchylek jednotlivých domén</i>	
– vlastní šetření	70
<i>Tabulka 35: Přehled průměrných skóru prvních dvou samostatných položek Q1 a Q2</i>	72
<i>Tabulka 36: Přehled průměrných skóru u položek q3-q9</i>	72
<i>Tabulka 37: Přehled průměrných skóru u položek q10 – q14</i>	73
<i>Tabulka 38: Přehled průměrných skóru u položky q 15</i>	74
<i>Tabulka 39: Přehled průměrných skóru u položek q16-q25</i>	75
<i>Tabulka 40: Přehled průměrných skóru u položky q 26</i>	76

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Dotazník WHOQOL-BREF – česká verze

Příloha P II: Objednávkový formulář dotazníku WHOQOL - BREF

Příloha P III: Přehled domén a položek WHOQOL – BREF

Příloha P IV: Intervaly populačních norem pro domény a položky celkového hodnocení WHOQOL-BREF

**DOTAZNÍK SVĚTOVÉ ZDRAVOTNICKÉ
ORGANIZACE**
WHOQOL –BREF (krátká verze)

Vážená paní, vážený pane

Jmenuji se Miroslava Červenková a jsem studentkou Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Obracím se na Vás s laskavou žádostí o vyplnění anonymního dotazníku, jehož výsledky použiji k mému výzkumu, který je součástí mé bakalářské práce.

Prosím Vás o vyplnění všech otázek. Nebudete – li si jistí, jak na otázku odpovědět, obvykle bývá správnou volbou ta odpověď, která Vás napadne jako první.

Tento dotazník zjišťuje, jak vnímáte kvalitu svého života, zdraví a ostatních životních oblastí. Prosím odpovídejte pravdivě.

Přečtěte si laskavě každou otázku, zhodnoťte své pocity a zakroužkujte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

	velmi špatná	špatná	ani špatná ani dobrá	dobrá	velmi dobrá
1. Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?	1	2	3	4	5

	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
2. Jak jste spokojen/a se svým zdravím?	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, jak moc jste během posledních dvou týdnů prožíval/a určité věci.

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
3. Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?	1	2	3	4	5
4. Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?	1	2	3	4	5
5. Jak moc Vás těší život?	1	2	3	4	5
6. Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?	1	2	3	4	5
7. Jak se dokážete soustředit?	1	2	3	4	5
8. Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	1	2	3	4	5
9. Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, v jakém rozsahu jste dělal/a nebo mohl/a provádět určité činnosti v posledních dvou týdnech.

	vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
10. Máte dost energie pro každodenní život?	1	2	3	4	5
11. Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?	1	2	3	4	5
12. Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?	1	2	3	4	5
13. Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?	1	2	3	4	5
14. Máte možnost věnovat se svým zálibám?	1	2	3	4	5

	velmi špatně	špatně	ani špatně ani dobře	dobře	velmi dobře
15. Jak se dokážete pohybovat?	1	2	3	4	5

Další otázky se zaměřují na to, jak jste byl/a šťastný/á nebo spokojený/á s různými oblastmi svého života v posledních dvou týdnech.

	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
16. Jak jste spokojen/a se svým spánkem?	1	2	3	4	5
17. Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?	1	2	3	4	5
18. Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?	1	2	3	4	5
19. Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?	1	2	3	4	5
20. Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?	1	2	3	4	5
21. Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?	1	2	3	4	5
22. Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?	1	2	3	4	5
23. Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?	1	2	3	4	5
24. Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?	1	2	3	4	5
25. Jak jste spokojen/a s dopravou?	1	2	3	4	5

Následující otázka se týká toho, jak často jste prožíval/a určité věci během posledních dvou týdnů.

	nikdy	někdy	středně	celkem často	neustále
26. Jak často prožíváte negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?	1	2	3	4	5

DĚKUJEME VÁM ZA ČAS, KTERÝ JSTE VĚNOVAL/A VYPLNĚNÍ DOTAZNÍKU.

Příloha P II: Objednávkový formulář dotazníku WHOQOL - BREF

Zasílejte na adresu: P. Hrbáč, Lékařská diagnostická Psychiatrická klinika, Ústav pro léčbu duševních onemocnění, Fakultní nemocnice v Olomouci, I. P. Pavlova 6, Olomouc, tel. 585 421 113, e-mail: hrba@lekarstvi.upol.cz

**OBJEDNÁVKOVÝ FORMULÁŘ ČESKÉ VERZE
DOTAZNÍKU WHOQOL**

Jméno a příjmení <i>Miroslava Červenková</i>		Organizace
Adresa <i>Dr. Mrazelkova 1166/69 OSTRAVA-HRAŠŤKA 700 30</i>		Telefon
E-mail <i>mir.cervenkova@email.cz</i>		Fax
URL adresa		
Název projektu <i>KVALITA ŽIVOTA PACIENTŮ PO MOCOVÉ DEZINAKCI</i>		
Charakteristika soupera <i>BACALNĚŠOVÁ PRAHE</i>	Předpokládaná velikost soupera <i>cca 100 osob</i>	Předpokládané datum dokončení <i>J. J. 2013</i>
Stručný popis projektu <i>Do rámce WHOQOL-BREF bude sloužit ke výzkumným účelům, které je součástí mé bakalářské práce. Slouží studijní program osteodermatologie, obor všeobecná lékařství na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Předpokládají pocis respondentů je cca 60. zaměřím mí práce je zjistit vliv močové dezinky na kvalitu života pacientů.</i>		
Objednávám	<input checked="" type="checkbox"/> WHOQOL-BREF	<input type="checkbox"/> WHOQOL-100
Zavazuji se k respektování autorských práv uvedených v Příručce pro uživatele.		
Dne <i>11.2.2013</i>	Podpis <i>Červenková M.</i>	

Příloha III: Přehled domén a položek WHOQOL- BREF

domény		položky	
dom1	fyzické zdraví	q3	bolest a nepříjemné pocity
		q4	závislost na lékařské péči
		q10	energie a únava
		q15	pohyblivost
		q17	každodenní činnosti
		q18	pracovní výkonnost
dom2	prožívání	q5	potěšení ze života
		q6	smysl života
		q7	soustředění
		q11	přijetí tělesného vzhledu
		q19	spokojenost se sebou
		q26	negativní pocity
dom3	sociální vztahy	q20	osobní vztahy
		q21	sexuální život
		q22	podpora přátel
		q8	osobní bezpečí
dom4	prostředí	q9	životní prostředí
		q12	finanční situace
		q13	přístup k informacím
		q14	záliby
		q23	prostředí v okolí bydliště
		q24	dostupnost zdravotní péče
		q25	doprava
2 samostatné položky		Q1	kvalita života
		Q2	spokojenost se zdravím

Příloha P IV: Intervaly populačních norem pro domény a položky celkového hodnocení WHOQOL-BREF

domény		průměr	STD	minimum	maximum
dom1	Fyzické zdraví	15,55	2,55	5,14	20,00
dom2	Duševní zdraví	14,78	2,43	6,67	20,00
dom3	Sociální vztahy	14,98	2,89	4,00	20,00
dom4	Životní podmínky	13,30	2,08	6,00	18,50
Q1	Kvalita života	3,82	0,72	1,00	5,00
Q2	Spokojenost se zdravím	3,68	0,85	1,00	5,00

2

²² Poznámka: Rozpětí škály u domén je 4-20, u jednotlivých otázek (Q1aQ2) je 1-5; přičemž vyšší skóre znamená lepší kvalitu života (pouze u domén).