

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

Problematika života pacientů s urostomií

bakalářská práce

Autor práce: Věra Votavová

Vedoucí práce: Mgr. Petra Kourková, MBA

Jihlava 2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Věra Votavová
Studijní program:	Ošetrovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Název práce:	Problematika života pacientů s urostomií
Cíl práce:	Zmapovat ošetrovatelskou péči a životní změny u pacientů s urostomií.

Mgr. Petra Kourková, MBA
vedoucí bakalářské práce

PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Onkologická onemocnění vylučovací soustavy patří prevalencí i incidencí k častým v populaci. Bakalářská práce se zabývá kvalitou života pacientů s urostomií. Teoretická část obsahuje obecné informace týkající se urostomie. Specifikuje potřebnou péči a problémy, které život s urostomií přináší. Náhradní derivace moči představuje náročnou situaci pro pacienta a odráží se v kvalitě života. Výstupy bakalářské práce byly získávány kvalitativní metodou rozhovory s pacienty, kteří žijí s tímto intervenčním vstupem. Informace z rozhovorů byly doplněny pomocí standardizovaného dotazníku Stoma-QOL, s cílem nalézt konkrétní odpovědi.

Klíčová slova

Urostomie, komplikace, edukace, ošetrovatelská péče, kvalita života.

Abstract

Oncological diseases of urinary system are common problem among population with its incidence and prevalence. This bachelor thesis is focused on patients quality of life with urostomy. The theoretical part contains general informations about urostomy. It necessary care and specific problems that life with stoma brings. The substitute derivation of urine represents a difficult situation for patient and affects his life quality. Data for this thesis were obtained through a qualitative research method of interview with urological patients. For this a standardized questionnaire Stoma-QOL was used.

Key words

Urostomy, complications, education, nursing care, quality of life.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byl/a jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 15. Dubna 2020

.....
Podpis studentky

Poděkování

Chtěla bych poděkovat Mgr. Petře Kourkové, MBA za odborné vedení, podnětné připomínky, trpělivost a shovívavost po celou dobu naší spolupráce. Dále bych chtěla poděkovat celé mojí rodině a kolegům z práce za podporu během studia a při psaní bakalářské práce. Samozřejmě děkuji všem osloveným respondentům za jejich spolupráci.

Obsah

Úvod	9
Motivace	10
Cíl bakalářské práce	10
1 Současný stav problematiky.....	11
1.1 Anatomie a fyziologie vylučovací soustavy	11
1.2 Onemocnění vylučovací soustavy související se založením stomie	12
1.3 Karcinom močového měchýře	13
1.3.1 Epidemiologie karcinomu močového měchýře	13
1.3.2 Etiologie a rizikové faktory karcinomu močového měchýře.....	13
1.3.3 Symptomatologie karcinomu močového měchýře.....	14
1.3.4 Diagnostika karcinomu močového měchýře	14
1.3.5 Léčba invazivního karcinomu močového měchýře	16
1.4 Pojem stomie, stomik	18
1.4.1 Stomie v dobách minulých a nedávných.....	18
1.4.2 Komplikace stomie.....	19
1.5 Předoperační příprava před radikální cystektomií	20
1.6 Ošetřování urostomie	21
1.7 Edukace stomiků	22
1.7.1 Následná stomická péče	23
1.8 Kvalita života – definice pojmu	24
1.8.1 Kvalita života v modelu Světové zdravotnické organizace.....	24
1.8.2 Koncept kvality života.....	25
1.8.3 Kvalita života pacientů po radikální cystektomii.....	25
1.8.4 Dotazník kvality života	26
2 Výzkumná část	27
2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky.....	27
2.2 Metodika výzkumu.....	27
2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí.....	29
2.4 Průběh výzkumného šetření.....	31
2.5 Zpracování získaných dat	32
2.6 Výsledky výzkumu rozhovorů.....	32
2.6.1 Otázky rozhovorů.....	32
2.6.2 Interpretace rozhovorů s respondenty	33
2.6.3 Názorná analýza výsledků	36
2.7 Výsledky dotazníku Stoma-QOL.....	43

2.7.1	Otázky z dotazníku.....	43
2.7.2	Názorná analýza výsledků dotazníku.....	44
3	Diskuze	55
4	Návrh a doporučení pro praxi.....	59
	Závěr.....	60
	Seznam použité literatury	62
	Seznam použitých zkratk	67
	Seznam tabulek	68
	Seznam příloh	69

Úvod

Ke zpracování bakalářské práce jsem si zvolila téma problematiky života pacientů s urostomií. Toto téma jsem si vybrala pro zájem o danou problematiku, protože velkou část své profesní kariéry pracuji na urologické ambulanci. V bakalářské práci jsem se zaměřila na kvalitu života pacientů s urostomií a na problémy, které život s tímto intervenčním vstupem přináší. Všichni pacienti mají urostomii z důvodu onkologického onemocnění. Urostomie má výrazný dopad na jedince, zejména po psychické stránce. Už jen samotný důvod založení urostomie, což je nejčastěji a téměř vždy onkologické onemocnění, má neblahý dopad na psychiku jedince. Pacient se jednak dozvídá nepříznivou diagnózu, podstupuje kurativní, někdy i paliativní léčbu a potýká se s nežádoucími účinky léčby. Následkem urostomie si musí zvyknout na nový život.

Výskyt onkologických onemocnění má neustále vzrůstající tendenci. Ročně jsou v České republice nově diagnostikovány desítky tisíc onkologických pacientů. Karcinom močového měchýře patří mezi nejčastější malignity močového traktu (Krška et al., 2014). Vykytuje se v každém věku, ale maximum incidence se pohybuje kolem 70. roku života (Kawaciuk, 2009). Nádorové onemocnění urogenitální soustavy je skrytou hrozbou. Nebezpečí spočívá v tom, že jde většinou o nebolestivé onemocnění (Zachová et al., 2010). Nádor roste, aniž by se to navenek projevovalo objektivními příznaky nebo subjektivní nepohodou. Člověk se může cítit zdravý, žije svůj běžný život, přitom onemocnění může být už ve velmi pokročilém stavu. V tom tkví zálužnost nádorového onemocnění (Dostálová, 2016).

Myslím si, že je velmi důležité chodit na pravidelné preventivní prohlídky ke svému praktickému lékaři. Praktický lékař provede základní vyšetření, mezi které patří i vyšetření moči. Pokud má lékař pochybnosti o zdravotním stavu pacienta, odešle pacienta na další specializované pracoviště, konkrétně na urologickou ambulanci. Na ambulanci pacientovi provedou příslušná vyšetření a dle dostupných výsledků se zahájí potřebná léčba.

Teoretická část bakalářské práce se zabývá anatomií a fyziologií vylučovací soustavy; onemocněním vylučovací soustavy, které souvisí se založením stomie. Předložená práce obsahuje samostatnou kapitolu, která se věnuje karcinomu močového měchýře (epidemiologii, etiologii, rizikovým faktorům, symptomatologii, diagnostice a léčbě

karcinomu močového měchýře). Dále se zabývá pojmem stomie, historií stomie, komplikacemi, předoperační přípravou, ošetřováním urostomie, edukací stomiků a intervencemi stomické sestry. Rovněž je zohledněna následná stomická péče a kvalita života pacientů s urostomií.

Motivace

Pracuji jako všeobecná sestra řadu let na urologické ambulanci, tudíž se s pacienty s tímto intervenčním vstupem setkávám téměř denně. V pracovní době a při provozu, který je na ambulanci, není dostatek času na rozsáhlejší rozhovory s těmito pacienty. Z tohoto důvodu jsem dlouho nemusela přemýšlet nad tím, jaké téma si zvolím pro napsání své bakalářské práce. Dalším důvodem k vybrání tohoto tématu bylo zjištění, že někteří pacienti si nemají o problémech s urostomií s kým promluvit. Při oslovování respondentů ke spolupráci jsem se setkala s reakcí, kdy mi jedna s oslovených respondentek odpověděla: „...*budu velice ráda. Manžela mé problémy doma nezajímají a nemám si s kým o tom promluvit*“. Tato reakce mě utvrdila v tom, že je potřeba se více věnovat lidem, kteří musejí žít se stomií a vyrovnávat se s každodenním životem. Jako všeobecná sestra na urologické ambulanci jim mohu být nápomocna.

Cíl bakalářské práce

Cílem bakalářské práce je zmapovat potřebnou ošetrovatelskou péči a životní změny u pacientů s urostomií. Dalším cílem práce je zjistit kvalitu života těchto pacientů.

1 Současný stav problematiky

V následujících kapitolách budou zpracovány relevantní poznatky k řešené problematice, které se stanou východiskem k navazující výzkumné části.

1.1 Anatomie a fyziologie vylučovací soustavy

Základní funkcí vylučovacího systému, který je tvořen párovými ledvinami a vývodnými cestami močovými, je tvorba moči. Vylučovací systém se tak podílí na hospodaření s minerály a vodou, na metabolismu a vylučování odpadních, toxických a nepotřebných látek. Ledviny se zapojují také do udržování krevního tlaku a produkce látek hormonální povahy (Orel et al., 2014).

Ledviny (ren, nephros) jsou párový orgán fazolovitého tvaru, modrofialové barvy, velikosti 11x5 cm u dospělého člověka, uloženy v bederní krajině. Jsou obaleny tukovým polštářem (Sochorová et al., 2016). Makroskopicky je ledvina členěna na kůru a dřeň. V kůře jsou uloženy glomeruly a proximální a distální tubulus. Do dřeně se zanořuje Henleova klička a prochází jí sběrací kanálek, který odvádí vytvořenou moč do ledvinové pánvičky. Pánvička sbírá moč ze všech nefronů a aktivně ji transportuje močovodem do močového měchýře. Funkční jednotkou ledviny je nefron. Ledviny mají dohromady kolem dvou milionů nefronů a každý z nich je sám o sobě schopný vytvářet moč (Rokyta et al., 2016). Základní funkce ledvin je exkrece moče, v níž odcházejí produkty metabolismu a v nichž převažuje produkt přeměny bílkovin (močovina v množství kolem 26 g za den). Vylučováním močoviny, solí a přebytku vody pomáhají ledviny udržovat vnitřní prostředí organismu a složení tělních tekutin – jde o rovnováhu vody a elektrolyty (Čihák, 2013).

Močovod (ureter) je dlouhý 25-30 cm, uložený retroperitoneálně, prochází po zadní stěně břišní, vstupuje do malé pánve a následně zezadu do močového měchýře. Moč je posouvána svalovinou močovodu po jednotlivých dávkách – tzv. močových vřetencích (Sochorová et al., 2016).

Močový měchýř (vesica urinaria) je dutý orgán, uložený v malé pánvi. Svou přední stěnou nasedá na stydkou kost, zadní stěna je u muže oddělena fascií od rekta. U ženy je mezi zadní stěnou měchýře a rektum umístěna pochva a děloha (Sochorová et al., 2016). Tvar měchýře závisí na stupni náplně, stavu svalové vrstvy stěny, na pohlaví a věku, rovněž na poloze a náplni okolních orgánů. Prázdný měchýř je uložen

za symfýsou, kterou kraniálně nepřesahuje (Čihák, 2013). Stěna močového měchýře je tvořena koncentrickou hladkou svalovinou ve třech vrstvách, takže při vypuzování moči se měchýř postupně kontrahuje. Močový měchýř je uzavřen dvěma svěrači. Vnitřní je tvořen hladkou svalovinou a je vůlí neovladatelný, zevní svěrač svalovinou příčně pruhovanou, a proto je vůlí ovladatelný (Rokyta et al., 2016). Močový měchýř má kapacitu zhruba 200-300 ml moči. Po překonání této kapacity výrazně stoupne v močovém měchýři tlak a dostavují se svalové kontrakce stěny měchýře doprovázené pocitem nucení k močení. Vyprazdňování močového měchýře do zevního prostředí (močení, mikce) je v podstatě míšní reflexní děj, který povzbuzuje nebo tlumí aktivitu vyšších etází centrální nervové soustavy (CSN) (Petřek, 2019).

Močová trubice u žen (urethra feminina) je dlouhá 3-4 cm, uložená za symfýzou a ústí mezi malé pysky. Mužská močová trubice (urethra masculina) je dlouhá 15-20 cm a dělí se na tři části: část prostatickou, membranózní (zadní uretra) a spongiózní (přední uretra). V oblasti membranózní se nachází příčně pruhovaný sval, který tvoří zevní svěrač a je zodpovědný za udržení moči (kontinenci). Močová trubice ústí do žaludu penisu, v prostatické části do ní ústí chánovod a semenné vácíky. Ve svém průběhu je dvakrát zakřivena (Sochorová et al., 2016). Stěna urethry se skládá ze sliznice, svalové vrstvy a zevní vazivové vrstvy (Čihák, 2013).

1.2 Onemocnění vylučovací soustavy související se založením stomie

Urologická onemocnění jsou poměrně dost častá, postihují jak ženy, tak muže i děti všech věkových kategoriích. Jedná se o močové konkrementy, záněty, funkční poruchy, vrozené vady, úrazy a nádory zhoubné i nezhoubné. Tato onemocnění mohou vést při špatné nebo pozdní léčbě až k ohrožení funkce močového systému, ztrátě ledvinných funkcí či ohrožení života samotného. Proto je důležitá prevence, kupříkladu u ledvinových konkrementů či zhoubných nádorů (Sochorová et al., 2016). Stomie je možným řešením některých onemocnění urogenitálního systému.

„Stomie vychází z řeckého slova stoma, stomatos (ústá, otvor, ústí) a znamená vyústění dutého orgánu na povrch těla jeho chirurgickým vyšetím anebo pomocí katétru“ (Zachová et al., 2010, s. 31). Indikacemi k založení stomie na urogenitálním systému mohou být jednak nádorové choroby, ale i benigní onemocnění (neurogenní léze, tuberkulóza, intersticiální cystitida, komplikované rekto-veziko-vaginální píštěle; atrofie močového měchýře, vrozené malformace, spina bifida u dětí apod.) (Zachová

et al., 2010). Stomii se bude věnovat jedna za samostatných kapitol v další části bakalářské práce.

1.3 Karcinom močového měchýře

Onkologická onemocnění jsou jedním z největších současných zdravotních problémů. V průběhu života postihne maligní nemoc každého třetího obyvatele naší republiky. Každý čtvrtý obyvatel České republiky zemře na zhoubné nádorové onemocnění. Péče o onkologické nemocné vyžaduje mnohostrannou spolupráci zdravotnických odborníků (Vorlíček et al., 2012).

Nádorové onemocnění urogenitální soustavy je skrytou hrozbou. Nebezpečí spočívá v tom, že jde většinou o nebolestivé onemocnění. Základem prevence urogenitálního onemocnění je zdravá životospráva. Stejně důležité jsou pravidelné preventivní prohlídky a vyšetření močového sedimentu. Závažné urologické onemocnění se může zpočátku projevovat pozitivním nálezem bílkovin a erytrocytů v močovém sedimentu (Zachová et al., 2010).

1.3.1 Epidemiologie karcinomu močového měchýře

Karcinom močového měchýře patří mezi nejčastější malignity močového traktu. Incidence karcinomů močového měchýře v posledních letech vzrůstá. Ještě více vzestupný trend je patrný v prevalenci tohoto onemocnění, příčinou je vysoký počet recidiv v rámci dlouhodobého sledování (Krška et al., 2014). Vyskytuje se v každém věku, ale maximum incidence se pohybuje kolem 70 ti let. Postihuje téměř 3krát častěji muže než ženy (2,7 : 1). U **mužů** je po nádorech plic, prostaty a kolorekta na čtvrtém místě žebříčku incidence a představuje přibližně 6 % všech nádorů u mužů. U **žen** je na osmém místě a tvoří 2,5 % všech nádorů u žen (Kawaciuk, 2009).

1.3.2 Etiologie a rizikové faktory karcinomu močového měchýře

Kouření cigaret se považuje za nejvýznamnější z rizikových faktorů podmiňující vznik karcinomu močového měchýře. Délka časového úseku, po kterou nemocný kouřil a množství vykouřených cigaret významně koreluje se vznikem urotelového karcinomu (tj. karcinomu z výstelky močového měchýře – přechodného epitelu nazývaného

urotel). Má se za to, že až polovina všech karcinomů močového měchýře je v příčinné souvislosti s kouřením (Vorlíček et al., 2012).

Abúzus analgetik je spojen se zvýšeným rizikem vzniku karcinomu z urotelu. Riziko sdružené s abúzem analgetik se projeví po konzumaci většího množství v delším časovém úseku (Vorlíček et al., 2012). Mezi rizikové faktory patří **expozice aromatickým aminům**. K té může dojít při výrobě barev, kovů, v petrochemickém průmyslu, při práci s asfaltem či dehtem (Krška et al., 2014).

1.3.3 Symptomatologie karcinomu močového měchýře

Nejčastějším prvním příznakem nádoru močového měchýře je asymptomatická **hematurie**, která se vyskytuje až u 85% nemocných. Téměř všichni nemocní s detekovatelným nádorem měchýře mají prokazatelnou nejméně mikroskopickou hematurii, jestliže je vyšetřen dostatečný počet vzorků moče (Kawaciuk, 2009). Hematurie je označení pro přítomnost krve v moči. Erytrocyty se v moči objevují i fyziologicky v malém množství. Jako patologický je stav označován, pokud jsou mikroskopicky zachyceny více než tři erytrocyty v zorném poli při zvětšení 400krát nebo pokud je automatickým analyzátozem zjištěno více než deset erytrocytů v mikrolitru (Herle et al., 2016). **Dysurické obtíže** mohou být u karcinomu močového měchýře či ureteru. Znamky iritace měchýře (nejčastěji pálení, řezání při močení) bývají časté u karcinomů in situ (povrchových neinvazivních). Bolesti v oblasti močového měchýře jsou příznakem pozdním. Častější močení, dráždění močového měchýře a dysurie jsou prvním příznakem zhruba u jedné třetiny nemocných. Jakékoliv systémové symptomy jsou vzácné, ale zvýšená teplota může být až u 20 % pacientů (Vorlíček et al., 2012).

1.3.4 Diagnostika karcinomu močového měchýře

Součástí správné a včasné diagnostiky je odběr anamnézy a fyzikální vyšetření jako v jiných medicínských oborech (Sochorová et al., 2016). Prvotním vyšetřením při podezření na zhoubný nádor močového měchýře je vylučovací urografie následovaná cystoskopií. Při cystoskopii je možné získat moč z obou ureterů pro cytologické vyšetření (Vorlíček et al., 2012). V diagnostice tohoto onemocnění se uplatňuje:

- **anamnéza** – má velký význam pro včasné zjištění nádoru. K anamnéze musíme přistupovat velice citlivě a přitom důsledně, někteří nemocní ze strachu z nádorového onemocnění zlehčují nebo dokonce zatajují svoje obtíže (Vorlíček et al., 2012).
- **fyzikální vyšetření** – základem je posouzení hydratace, dále koloritu kůže a spojivek ke zhodnocení možného stupně anemizace. Při vyšetření břicha je nutno se zaměřit na možnou hmatnou rezistenci nebo obvyklá bolestivá místa (suprapubicky, ureterální body, tapotement apod.). Vhodné je i per rectum vyšetření, zejména u nejasných stavů (Herle et al., 2016).
- **vyšetření moči** – aby bylo přínosné, je nutno vyšetřovat odpovídající vzorek. Pacient by měl být poučen – optimální je střední proud moči, muži musejí mít přetaženou předkožku a ženy pootevřená labia (po předchozím omytí introitu). V době menstruace je vhodnější odběr moči cévkované něco vyšetření odložit o několik dní. Primárním vyšetření moči je obvykle zkouška detekčním papírkem. Je-li pozitivní, pak je nutné další odpovídající vyšetření močového sedimentu mikroskopicky nebo automatickým zpracováním, vzhledem k riziku zkřížené nebo falešné reaktivity (Herle et al., 2016).
- **sonografie** – senzitivita sonografie pro detekci nádorů močového měchýře dosahuje u moderních přístrojů až 78 %. Sonograficky lze zjistit případnou hydronefrózu při infiltraci ústí močovodu nádorem (Krška et al., 2014).
- **cytologie** – cytologie moči je vysoce specifická a má dobrou senzitivitu pro málo diferencované nádory. Význam cytologie je nejen v rámci stanovení primární diagnózy, nezastupitelná je i v rámci sledování pacientů s nádory močového měchýře (Krška et al., 2014).
- **cystoskopie** – je endoskopické urologické vyšetření umožňující vizualizovat vnitřní plochu močového měchýře a prostaty k detekci nádorů močového měchýře, cystolitíazy, hematurie apod. (Hanuš et al., 2016). U pacientů s podezřením na nádor močového měchýře bývá realizována ambulantně, u muže flexibilním a u žen rigidním cystoskopem (Krška et al., 2014).
- **vylučovací urografie (IVU)** – vyšetření je vhodné pro posouzení intraluminálních abnormalit vývodných močových cest, např. hydronefróza, litíaza, uroteliální nádory. Má nižší senzitivitu než výpočetní tomografie, ale menší radiační zátěž (Herle et al., 2016).

- **výpočetní tomografie (CT)** – vyšetření umožňující posoudit především měkkotkáňové procesy – nádory ledvin nebo močového měchýře a stav uzlin (Herle et al., 2016).
- **transuretrální resekce (TUR)** je zcela zásadní krok v diagnostice a léčbě nádorů močového měchýře. Způsob další léčby je indikován na základě informací získaných při TUR, díky tomu může mít špatně provedená TUR pro nemocného závažné následky (Krška et al., 2014).

1.3.5 Léčba invazivního karcinomu močového měchýře

Invazivní karcinom močového měchýře, zůstává letální malignitou, pokud není léčen. Téměř 85 % pacientů zemře do dvou let. V léčbě invazivního karcinomu existují dva základní koncepty. Jedním z nich je **radikální cystektomie**, druhý postup usiluje o zachování močového měchýře a skládá se z opakované **transureterální resekce**, která se snaží odstranit maximum nádorové hmoty, v kombinaci s radioterapií a chemoterapií. Mezi urology je radikální cystektomie považována za optimální způsob léčby invazivního karcinomu močového měchýře. **Radikální cystektomie** u muže znamená odstranění močového měchýře, prostaty a semenných váčků, u žen se odstraňuje děloha s adnexy a přední stěna poševní (Krška et al., 2014). Hlavní indikací cystektomie je invazivní uroteliální karcinom močového měchýře. Cystektomie indikovaná pro jiné nádory a neonkologické stavy je málo obvyklá. Součástí cystektomie pro urologické nádory je rozšířená pánevní lymfadenektomie. Standardní součástí předoperační přípravy před cystektomií je rozhodnutí o formě derivace moči a perorální příprava střeva pro tuto derivaci (Zvara et al., 2010). Radikální cystektomie by měla být provedena do 12 týdnů od diagnózy invazivního karcinomu močového měchýře (Krška et al., 2014). **Derivace moči** po cystektomii není jednoduchým problémem, což dokazuje nepřehledná řada možných variant náhrady měchýře. Nejužívanější metodou derivace moči byla dříve prostá ureterosigmoidostomie bez vyloučení esovité kličky ze střevní pasáže. Tato metoda je ovšem zatížena vysokou morbiditou z opakované ascendentní infekce (Kawaciuk, 2009). V současné době jsou nejpoužívanější čtyři typy derivace moči:

- **Brickerova derivace** (ureteroileostomie) – exkluduje se 15-20 cm tenkého střeva, zbytek střeva se sešije anastomózou end to end. Na jednom konci je klička spojena

s močovody a z druhého konce se vytvoří vývod na stěnu břišní. Moč neustále odchází, proto vyžaduje trvalé nošení urostomického sáčku (Sochorová et al., 2016).

- **Studerova neovezika** (ortotopická neovezika) – ortotopická náhrada močového měchýře, která se vytvoří po provedení cystektomie ze segmentů tenkého střeva. Pacient obvykle močí pomocí břišního lisu. Nevýhodou může být inkontinence nebo naopak i nutnost pravidelného cévkování – čistá intermitentní katetrizace (ČIK) i větší riziko uroinfekce a vzniku urolitiázy (Sochorová et al., 2016).
- **Kock rezervoár** – z tenkého střeva se vytvoří rezervoár se svedenými močovody. Moč se hromadí v rezervoáru, který je zakončen zátkou. Obsah rezervoáru se po 4-6 hodinách vycévkuje. Tento typ stomie nevyžaduje stálé nošení sběrného sáčku (Sochorová et al., 2016).
- **Indiana Pouche** – dojde k vytvoření heterotopického ileocékálního nízkotlakého rezervoáru s chlopní. Vyústí se na stěně břišní, v okolí pupku. Rezervoár je vyprazdňován pravidelně pomocí ČIK přes kožní stomu. Jedná se o metodu jednorázového cévkování. Po vysvětlení postupu a praktické ukázce pacienti provádějí sami (Sochorová et al., 2016).

1.4 Pojem stomie, stomik

Původ slova stomie pochází z řeckého stoma, což můžeme přeložit jako ústa, ústí nebo otvor (Drlíková et al., 2016). V medicíně se jedná o umělé vyústění dutého orgánu na povrch těla (Vytejšková et al., 2013). Nositel stomie, člověk, který má konstruovaný vývod, se zkráceně označuje jako stomik. Slovenský chirurg Jaroslav Lúčan (2011) stomika definuje jako zdravotně znevýhodněného občana, který má dočasně nebo trvale vyvedený orgán na povrch těla (Drlíková et al., 2016).

1.4.1 Stomie v dobách minulých a nedávných

V dějinách medicíny nacházíme velice málo informací o stomiích. V podstatě až do 20. století nebylo mnoho známo ani o léčení pacientů se stomiemi, natož o samostatném ošetřování stomií (Zachová et al., 2010). Zmínky o prvních konstrukcích stomie sahají až do období starověkého Řecka, kdy se po zranění břicha pokoušel Praxagoras z Kosu zachránit lidský život. Šikovné ruce chirurga by na konstrukce stomií nestačily bez rozvoje anesteziologie, asepse a objevu antibiotik (Drlíková et al., 2016). Kromě technik konstrukce stomií na trávicím ústrojí se rozvinula chirurgie i v oboru urologie. Urologie dosáhla větších možností díky diagnostice pomocí cystoskopie (dále elektrokoagulace umožnila endoskopickou léčbu). Před touto érou se lékař opíral o suspektní klinický nález (hematurie, dysurie). Prvním urologem pozorující nádor močového měchýře pomocí Nitzeho cystoskopu byl Von Dittel. Stomici v dobách minulých byli velice často izolováni od společenského života, a tím se dostávali do jakéhosi začarovaného kruhu. V minulých desetiletích bylo téma stomií i přes neustávající pokrok tabuizováno. Mlčení a ostych vedlo dlouhodobě k nedostatečné informovanosti veřejnosti o problematice života stomiků. Neznalosti se samozřejmě podílely na tvorbě mylných předsudků o tom, že stomik nikdy nemůže vést aktivní a plnohodnotný život (Zachová et al., 2010).

Až do počátku 90. let 20. století bylo vytvoření stomie v našich zemích spojeno s nesmírnými obavami, a to nikoliv z důvodu medicínských, ale ošetřovatelských. Tyto obavy byly často oprávněné. Důvodem byla nemožnost spolehlivě zachytit exkrementy a minimalizovat zápach (Drlíková et al., 2016). Postupně se na trhu začaly objevovat pomůcky, které tyto problémy eliminovaly. Příkladem jsou například sáčky se samostatnou podložkou, které po správném nalepení zůstávaly na kůži průměrně tři dny a po naplnění se vyměňovaly pouze sáčky (Zachová et al., 2010).

1.4.2 Komplikace stomie

Stomickými komplikacemi označujeme nežádoucí stav či okolnosti, které ztěžují adaptaci na nové podmínky života se stomií, a to v časném nebo pozdním období. Problematika těchto komplikací zasahuje nejen fyzický stav pacienta, ale i psychosociální oblast jeho života. Předcházení komplikacím má význam pro všechny zúčastněné, stomika, všeobecnou sestru i blízké osoby (Zachová et al., 2010). Aby nedocházelo ke vzniku potíží, je potřeba se zaměřit na prevenci. Do prevence zahrnujeme i správnou volbu vytvoření stomie, stejně jako správné technické vyšití stomie chirurgem (Drlíková et al., 2016). Mezi komplikace stomie patří:

- **poškození kůže** (eroze) je nejčastější komplikací stomie. Může být způsobena chemickým nebo mechanickým drážděním, jež vede k dermatitidě;
- **parastomální absces** je lokální zánětlivou komplikací a může způsobit dehiscenci stomické sutury. Při výskytu zánětlivých reakcí následuje antibiotická léčba v návaznosti na výsledek bakteriální kultivace zánětlivého sekretu;
- **stenóza stomie** – tato komplikace znamená zúžení vývodu tak, že není volně propustný ani pro malík. Stenóza většinou provází stomii, která se sekundárně hojí (Drlíková et al., 2016);
- **macerace kůže** – se projevuje vyblednutím kůže, odlučováním povrchové vrstvy kůže a zvrásněním. Macerace je způsobena nadměrnou vlhkostí kůže pod podložkou, která může být spojena s podtékáním pomůcky, nedostatečným odpařováním vlhkosti u pomůcky, kterou nosí stomici déle, než je určeno či při nadměrném pocení
- **parastomální hernie** – představuje zevní získanou kýlu. Kýla (lat.hernia) je vyklenutí peritonea skrz štěrbinu, tzv. kýlní branku v oslabené břišní stěně (Zachová et al., 2010),
- **hypergranulace** – vzniká v místech, kde se setkává kůže a sliznice v okolí stomie. Tento růst může podpořit i chronické dráždění pomůckou (Drlíková et al., 2016).

1.5 Předoperační příprava před radikální cystektomií

Příprava pacienta na operaci a následná pooperační péče jsou nedílnou součástí samotné operace. Předoperační příprava se provádí u každého pacienta, ale její náplň záleží na množství času, který je předoperačně k dispozici, na charakteru operace a na komorbiditách pacienta. Dokonalá připravenost k operaci snižuje počet komplikací a zvyšuje procento zdárného pooperačního průběhu. Hovoříme-li o předoperační přípravě, nejčastěji máme na mysli přípravu před celkovou anestezií, což je stav navození ztráty vnímání veškerého citu s cílem zajistit bezbolestnou operaci (Bartůněk et al., 2016).

Předoperační přípravu navrhuje urolog, který indikuje operační výkon, a to v těsné spolupráci s anesteziologem, praktickým lékařem a případně dalšími specialisty, pokud je to třeba (Sochorová et al., 2016). Předoperačně se pacienti hodnotí rizikem anestezie dle American Society of Anesthesiologists (ASA). V zásadě platí, že u ASA klasifikace I provádí předoperační vyšetření praktický lékař, u pacientů ASA II a větší vyšetření provádí internista se specializovanou způsobilostí, navíc je vyšetření doplňováno specialisty (kardiolog, hematolog apod.). Základem předoperačního vyšetření je anamnéza pacienta a fyzikální vyšetření doplněné laboratorními a zobrazovacími vyšetřeními. Vždy se provádí vyšetření krve, krevní obraz a trombocyty. Nedílnou součástí je koagulační vyšetření aktivovaný parciální tromboplastinový test (APTT) a mezinárodní normalizovaný poměr (INR). Z biochemických parametrů se vyšetřuje sérová koncentrace natria, kalia, magnezia, fosforu, chloridů a dále urea, kreatinin, jaterní testy, glykemie, C-reaktivní protein (CRP). Do základního vyšetření patří chemické vyšetření moči a sedimentu. Nedílnou součástí jsou zobrazovací vyšetřovací metody. Rentgen (RTG) hrudníku se provádí u všech pacientů s ASA I nad 60 let, u kuřáků nad 40 let, po prodělaném akutním infektu, u malignit, deformit hrudníku a u všech s ASA II a více. Platnost tohoto vyšetření je beze změny zdravotního stavu 12 měsíců. Elektrokardiografie (EKG) záznam je indikován u všech nemocných nad 40 let (Bartůněk et al., 2016). Rovněž je vhodné nemocného psychicky pozitivně motivovat a získat jej k aktivní spolupráci (Krška et al., 2014). Zdravotní služby lze poskytnout pouze se souhlasem pacienta, který je zletilý a svéprávný. Pacient musí být předem řádně informován o účelu a povaze zákroku, jakož i o jeho důsledcích a rizicích. Pacient má právo svobodně dát nebo odmítnout souhlas s jakýmkoliv zákrokem

týkajícím se jeho osoby (Krška et al., 2014). Informovaný souhlas s výkonem nemocný podepíše na základě získaných informací.

Budoucí pacient s urostomií je hospitalizován ideálně 2 dny před výkonem. První den má bezsezbytkovou stravu a zakreslí se místo provedení urostomie. Nalepí se zkušebně pomůcka, aby si pacient vyzkoušel aktivity denního života, oblečení, sed, spánek a pohybovou rehabilitaci, související s operací. Druhý den přípravy střeva se podává tekutá dieta a vypije se nevstřebatelný projímavý roztok polyetylenglykolu (Fortsans) (Drlíková et al., 2016). Sestra poučí pacienta o lačnění a dle ordinace lékaře zajistí přívod tekutin a energie parenterální cestou. Prevence tromboembolické nemoci zahrnuje podání nízkomolekulárního heparinu, bandáže dolních končetin nebo použití elastických punčoch (Sochorová et al., 2016).

Bezprostřední předoperační příprava se omezuje na časový úsek, tj. asi 2 hodiny před operací. Součástí je kontrola dokumentace, kontrola operačního pole, přikládání bandáží na dolní končetiny, kontrola chrupu, lačnění, vyprázdnění a provedení speciálních požadavků chirurga (např. zavedení permanentního močového katétru, žaludeční sondy, venózního přístupu – o všech výkonech se provede záznam do dokumentace). Premedikace se aplikuje na základě ordinace anesteziologa (Slezáková et al., 2010).

1.6 Ošetřování urostomie

Urostomie je na ošetřování náročnější než ileostomie a kolostomie. Ošetřování urostomie se provádí pomocí jednodílných a dvoudílných urostomických zdravotnických prostředků (urostomická podložka, urostomický sáček, sběrný sáček). Základem je precizní příprava pomůcek (Příloha 1). Urostomie se sprchuje minimálně 1x denně, omývá se mýdlem a pečlivě se odstraní hlen (Vytejková et al., 2013). Podložky a sáčky se šetrně odstraní z kůže pomocí odstraňovače náplasti, který se může použít ve formě ubrousků nebo se aplikuje ve spreji. Kůže v okolí stomie se může omýt pomocí čistící pěny (např. Aloe Vesta, Menalind), jemného neparfémovaného mýdla (dětské, antibakteriální) nebo čistících stomických roztoků s použitím netkané textilie. Po očištění se kůže osuší nesterilním netkaným čtvercem, jednorázovými papírovými ubrousky nebo se nechá volně uschnout (vysoušení vlažným fénováním je také možné). Pokud je kůže suchá a je možné ji nechat volně bez stomických pomůcek, tzv. stomie neodvádí, rozetře se na kůži ošetřující krém a nechá se působit. Ochranný film se natírá

ubrouskem či se aplikuje sprejem a nechá se zaschnout (několik desítek sekund). Po zaschnutí vytvoří celistvý film a zvýší přilnavost pomůcek (Drlíková et al., 2016). Potom se rychle a přesně nalepí nový stomický systém. Podložka se může před nalepením na kůži nahřát (na topení nebo fénem), lépe přilne. Po nalepení stomického systému je nezbytné zůstat několik minut v klidu a přidržet si ho rukama k tělu (jednodílný systém 5-7 minut, dvoudílný systém 10-15 minut). Oba systémy je vhodné jistit pomocí přídržného pásu. Na noc se používá noční sběrný sáček o objemu 1500 ml, který se může upevnit k lůžku (Vytečková et al., 2013).

1.7 Edukace stomiků

Péče o pacienty s nutností derivovat obsah střeva nebo močových cest je dnes neodmyslitelně spjata s pojmem edukace. Co to tedy edukace je? Vysvětlení termínu není jednoduché. Původ slova vychází z latinského *educatio* – vychovávání. Obsah a metody edukace závisí na skutečnosti kdo, kde, koho a jakým způsobem edukuje. Vždy platí, že je třeba postupovat od známého k neznámému a od jednoduchého ke složitému. V jednotlivých fázích se postupně přechází od čtení z předaných materiálů k ukazování postupu ošetření, vlastnímu praktickému nácviku, opakování a procvičování naučených postupů. Edukační prostředí je do značné míry ovlivněno možnostmi, které pracoviště má. V ideálním případě je pro zkvalitnění edukačního procesu dobré, pokud všeobecná sestra může používat více míst pro edukaci: lůžko pacienta pro navázání kontaktu, dobře vybavenou koupelnu pro praktický nácvik dovedností; příjemnou, tichou a klidnou místnost pro vedení rozhovoru (Zachová et al., 2010).

Jedním z hlavních témat k edukaci je péče o urostomii. Na mnoha pracovištích urologie pracuje stomická sestra, která se specializuje na problematiku urostomií. Seznámí nemocného s pomůckami, poskytne edukační brožurky, stomické pomůcky, předvede výměnu stomického systému. V rámci předoperační přípravy si nemocný manipulaci se stomickými pomůckami zkouší sám, vybere si z několika druhů tu pomůcku, která mu bude nejlépe vyhovovat. V pooperační péči a hlavně při propuštění pacienta, patří k povinnostem stomické sestry naučit pečovat o urostomii a používat stomické pomůcky včetně příslušenství nejen pacienta, ale i jeho rodinné příslušníky (Sochorová et al., 2016, Juřeníková 2010).

Smyslem edukace v praxi není jen získání vědomostí. Pro pacienta – stomika je důležité osvojení si dovedností nezbytných pro každodenní život. Pro úspěšnou edukaci jsou podstatné také kategorie edukačního cíle a plánu. Edukační cíle musí být konkrétní a srozumitelné oběma stranám. Dobře edukovaný pacient odchází z nemocnice s jistotou a schopností se sám o sebe postarat. Pacient ví, kam se může obrátit s žádostí o pomoc a radu, kde může konzultovat případné nejasnosti (Zachová et al., 2010).

Mezi vlastnosti edukátora, které jsou důležité pro průběh úspěšné edukace, patří empatie, opravdovost, zájem, projevování úcty, schopnost vytvoření důvěryhodného vztahu, respektování každého stomika jako partnera ve spolupráci apod. (Zachová et al., 2010). Významným faktorem v procesu edukace je stomasestra. Stomasestra je profesionál, bývá nejcennějším zdrojem informací, který pacienta provází životem se stomií. Naučí pacienta se o ni nejen technicky postarat správným postupem ošetření, ale upozorní i na svízele a úskalí začátků, nač si dát pozor, jak si poradit (Drlíková et al., 2016). Smyslem práce stomické sestry jako edukátora by měla být i podpora pacienta při utváření přiměřených postojů k sobě i okolí během návratu do původního života (Zachová et al., 2010).

1.7.1 Následná stomická péče

Nový stomik při propuštění by měl odcházet domů vybaven dostatečným množstvím pomůcek a s pocitem, že zvládne sebezpečí. Stomik vždy obdrží kontakt na kluby stomiků a sám se může rozhodnout, zda bude některou z organizací kontaktovat. Dalším zdrojem informací mohou být vyškolení poradci bezplatných telefonních linek, které jsou zřizovány společnostmi dodávajícími stomické pomůcky (Zachová et al., 2010). Dlouhodobé sledování urostomiků zahrnuje 2x ročně kontrolu laboratorních hodnot renálních funkcí, s následnou sonografickou kontrolou ledvin a ileálního konduitu (uretero-ileostomie). Po 5 letech je frekvence kontrol 1x za rok do konce života (Drlíková et al., 2016).

Stomické pomůcky mohou předepisovat praktický lékař a odborný lékař – onkolog, chirurg, urolog, gastroenterolog. Stomické pomůcky a příslušenství se předepisují každý druh na jednotlivý formulář (Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku). Na základě poukazů obdrží stomici pomůcky ve specializovaných výdejnách, zdravotnických potřebách nebo lékárnách. Pomůcky mohou být odebírány maximálně na období 3 měsíců předem (Zachová et al., 2010).

1.8 Kvalita života – definice pojmu

Pojem kvalita života se začíná ve společenských vědách používat ve druhé polovině 20. století (Hudáková et al., 2013). Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) se kvalitou života rozumí: „*to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije, a ve vztahu ke svým osobním cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům*“ (Čeledová et al., 2010, s. 88). Kvalita života je pojem relativním, je výsledkem srovnávání lidí mezi sebou. Lidé ve stejné životní situaci se mohou velmi lišit v hodnocení kvality svého života. Kvalita života je také výslednicí vztahu mezi očekáváním a skutečností. Jde o možnosti naplňovat své představy o sobě samém, možnosti dosahovat životních cílů, prožívat život s radostí a uspokojením v rovině fyzické, psychologické, sociální a duchovní (Čeledová et al., 2010). I v dnešní době se při zkoumání kvality života obrací pozornost převážně na její subjektivní aspekty, přičemž jsou hledány zejména takové charakteristiky, které by změřily pocit štěstí a míru životní spokojenosti (Heřmanová, 2012).

1.8.1 Kvalita života v modelu Světové zdravotnické organizace

Kvalita života je v modelu WHO operacionalizovaná prostřednictvím šesti domén kvality života, v rámci kterých jsou vymezené příslušné indikátory:

- **fyzická kvalita života** (indikátory – prožívání bolesti, subjektivní hodnocení energie a vytrvalosti, schopnosti uvolnit se, pohyblivost a pracovní způsobilost, závislost na lécích);
- **psychická kvalita života** (indikátory – prožívání pozitivních a negativních emocí, sebehodnocení, vztah k vlastnímu tělu, schopnost koncentrace a schopnost učit se a spirituální prožívání);
- **nezávislost** (indikátory – různé aspekty omezení tělesné nezávislosti, odkázanost na pomůcky nebo léky);
- **sociální vztahy** (indikátory – subjektivní hodnocení osobních vztahů, subjektivní hodnocení sexuálního života a adekvátnost sociální opory);
- **prostředí** (indikátory – sociální a fyzikální aspekty prostředí – bydlení, okolí, finanční situace a dostupnost zdravotnictví);
- **náboženství/spiritualita** (indikátory – náboženská nebo světonázorová přesvědčení) (Gurková, 2011).

1.8.2 Koncept kvality života

Hodnocení kvality života v klinické praxi vystupuje do popředí u pacientů s chronickými, nevyléčitelnými chorobami, jako jsou například onkologická, psychiatrická, kardiovaskulární onemocnění apod. Jde o onemocnění, která se pojí s přívlastky jako – nevyléčitelné, progredující, invalidizující, vyžadující celoživotní dodržování režimových zásad (Gurková, 2011). Na koncept kvality života lze nahlížet ze dvou hledisek – subjektivního a objektivního. V současné době se odborníci ve všech oborech výrazně přiklání k subjektivnímu hodnocení kvality života. K tomuto posunu došlo i v medicíně (Dvořáčková, 2012). Objektivní kvalita života znamená splnění požadavků týkající se materiálních, sociálních požadavků života a fyzického zdraví jednotlivce. Zatímco subjektivní dimenze se týká subjektivní pohody a spokojenosti ve vztahu k jeho osobním cílům, očekáváním, zájmům, hodnotám a životnímu stylu. V ošetrovatelství podobně jako v jiných disciplínách je v rámci výzkumu obou „kvalit“ v popředí zájmu jejich vzájemný vztah (Gurková, 2011).

V literatuře jsou uváděny různé přístupy ke kvalitě života, ovlivněné především zaměřením příslušného oboru. Medicína přistupuje ke kvalitě života z hlediska zdraví a nemoci. Ošetrovatelský přístup je orientován na dobu určitému stavu zdraví, které se nachází v určitém prostředí (Farkašová et al., 2009). Kvalita života má vliv na zdraví a pohodu jedinců v každodenních činnostech (Hudáková et al., 2013).

To jak se bude pacient se svou chorobou vyrovnávat, závisí na mnoha faktorech. Jsou to především intenzita trvání a dynamika klinických symptomů onemocnění, přítomnost bolesti, prognóza apod. Proto se dnes ve všech pádech skloňuje pojem kvality života. Je to především z důvodu zachytit, popsat či nějak kvalifikovat jaký dopad má onemocnění na kvalitu života pacienta (Linková et al., 2010).

1.8.3 Kvalita života pacientů po radikální cystektomii

Kvalita života představuje dlouhodobý cíl ošetrovatelské péče. Ošetrovatelská péče v oblasti zvyšování kvality života by se měla zaměřovat nejen na fyzické aspekty, ale především na podporu návratu pacientů do běžného života, zvládání denních aktivit. Zjištění vnímání vlivu onemocnění na život pacientů může být východiskovou bází pro naplňování adekvátních intervencí (Gurková, 2011).

Doba adaptace pacienta po cystektomii je kolem jednoho roku, hodnocení kvality života by mělo být provedeno až po této době. Kvalita života po radikální cystektomii

je většinou pacientů hodnocena jako dobrá, pokud jsou bez známek recidivy onemocnění. Zásadní význam má edukace pacienta ještě před operací (Krška et al., 2014). Kvalitní péče má bezpochyby dopad na subjektivní vnímání kvality života stomiků a jejich rodin. Základní potřebou stomiků je tedy systém komplexní edukace obsažený v péči předoperační, peroperační a následné péči (Zachová et al., 2010).

1.8.4 Dotazník kvality života

V dnešní době existuje velké množství dotazníků zabývajících se kvalitou života. Poměrně známé jsou dotazníky hodnocení kvality života od Světové zdravotnické organizace – World Health Organization Quality of Life Assessment – **WHOQOL**. Uvedené dotazníky jsou jakýmsi standardním nástrojem na měření kvality života (Hudáková et al., 2013).

Dle dohledaných zdrojů se kvalitě života u pacientů se stomií věnuje **Stoma-QOL** dotazník. Otázky zařazené v dotazníku Stoma-QOL jsou výsledkem mnoha pohovorů s lidmi se stomií, které byly uskutečněny v různých zemích za účelem řešení problémů, které jsou nejdůležitější pro kvalitu života těchto lidí. Dotazník byl přeložen do 16 jazyků. S nástrojem Stoma-QOL získala zdravotní péče standard, pomocí kterého lze hodnotit kvalitu života lidí se stomií. Dotazník se skládá z 20 ti otázek, které definují největší problémy, které trápí pacienty se stomií (Coloplast, 2005). Tento dotazník bude použit ve výzkumné části bakalářské práce.

Tímto uzavírám teoretickou část bakalářské práce, která shrnuje problematiku onkologického onemocnění vedoucí k vytvoření urostomie, kvalitu života a podstatu edukace pacienta po radikální cystektomii. Účelem bylo vytvoření základu k praktické části, ve které se budu věnovat problematice života pacientů s urostomií.

2 Výzkumná část

2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cíl bakalářské práce

— **Zmapovat ošetrovatelskou péči a životní změny u pacientů s urostomií**

Stanoveny byly tyto výzkumné otázky

— **1. Jak hodnotíte kvalitu svého života s urostomií?**

— **2. Jak zvládáte péči o urostomii?**

Výzkumné otázky byly zkoumány pomocí standardizovaných dotazníků a rozhovorů.

2.2 Metodika výzkumu

Vzhledem k povaze řešené problematiky, byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie, která umožňuje pochopit bližší souvislosti daného tématu.

Kvalitativní výzkum se provádí pomocí delšího a intenzivního kontaktu s terénem nebo situací jedince či skupiny jedinců. Výzkumník se snaží získat integrovaný pohled na předmět studie (Hendl, 2016). Kvalitativní výzkum představuje systematický proces a subjektivní přístup k popisu a interpretaci životních zkušeností. Kvalitativní výzkum pracuje s malým souborem respondentů bez nároku na statistickou reprezentativnost (Bártlová et al., 2009). Kvalitativní výzkum je intenzivní a dlouhodobý, výzkumník při něm zpracovává podrobný zápis (Gavora, 2008).

Při shromažďování empirického materiálu v kvalitativním výzkumu jde především o záznamy nestandardizovaných rozhovorů, vyprávění, biografí, protokol o pozorování apod. Tato fáze je jak časově, tak obsahově velice náročná a počet zkoumaných osob nebývá příliš obsáhlý. Existuje celá řada empirických metod (Bártlová et al., 2009).

V ošetrovatelství se stal dotazník (společně s rozhovorem) jednou z nejrozšířenějších empirických metod (Žiaková et al., 2009). Dotazování je specifický způsob pro výzkum v sociálních vědách (Reichel, 2009). Podstatou dotazování je kladení otázek ve formě mluvené (interview) nebo ve formě psané (dotazník). Dotazování je tedy širším pojmem, který zahrnuje i dotazník a ten může mít řadu svých forem (Eger et al., 2017).

Dotazník je v podstatě standardizovaným souborem otázek, jež jsou předem připraveny na určitém formuláři. Získáváme jím empirické informace, založené na nepřímém dotazování se respondentů (Bártlová et al., 2009). Dotazník patří k nejčastěji používaným výzkumným nástrojům a technikám sběru dat. Jako výzkumný nástroj je dotazník v různé míře aplikován jak v kvalitativních, tak i především v kvantitativních výzkumných přístupech. V kvalitativních přístupech nebývá dotazník jediným způsobem zkoumání a je zpravidla využíván jako doplněk k dalším technikám či metodám, například jako doplněk k rozhovorům a pozorování. Z hlediska typologie dotazníků je potřebné také ujasnit si pojmy standardizovaný a nestandardizovaný dotazník. V případě standardizovaného dotazníku se jedná o dotazníky, jejichž validita a spolehlivost je známá, byla ověřena již předešlými výzkumy. Standardizované dotazníky umožňují porovnávat výsledky různých autorů. Naopak za nestandardizované dotazníky považujeme dotazníky vlastní konstrukce aplikované v rámci jednoho výzkumu (Eger et al., 2017).

V předložené bakalářské práci byla použita metoda **ohnisková skupina (focus group)**. Podstatou ohniskové skupiny je téma, ohnisko, které se odvíjí od výzkumného problému a badatelových otázek. Téma diskuse je proto vždy voleno výzkumníkem, který ho také následně představuje skupině. Platí zde stejná zásada jako u rozhovorů, a sice že téma je jasné a plně srozumitelné pro všechny účastníky (Švaříček et al., 2014). Ohniskové skupiny jsou prováděny s větším počtem účastníků než tři. Patří mezi jedny z nejprogresivnějších kvalitativních metod pro získávání dat (Miovský, 2006). Na základě diskuse s vybranými respondenty pod vedením odborného moderátora získáváme informace o názorech na zvolené téma – problematiku. Cílová skupina se obvykle skládá z 6-12 lidí, jejich diskusi řídí jeden nebo dva vyškolení moderátoři s využitím diskuse, která obvykle trvá 90 minut až dvě hodiny. Prostřednictvím rozhovoru a diskuse se členy cílové skupiny získávají moderátoři hlubší informace o tématu (Eger et al., 2017). Focus group je rychlejší metoda sběru dat než individuální rozhovory, a proto je v poslední době velmi oblíbená (Bártlová et al., 2009).

Specifikem u ohniskové skupiny je výrazně složitější organizační stránka. Prvořadým úkolem je zajištění odpovídajících prostorů. Na stejné místo přichází zároveň několik pro nás v tu chvíli velmi důležitých osob (Švaříček et al., 2014). Ohniskové skupiny můžeme z hlediska jejich průběhu rozdělit podobně jako interview

na minimálně čtyři základní fáze: zahájení skupiny, úvodní diskuse a motivační práce, jádro diskuse a ukončení diskuse (Miovský, 2006) (Příloha 2).

Pro větší validitu získaných dat byl v bakalářské práci využit i **individuální rozhovor**. Rozhovor je nejčastěji používanou metodou sběru dat v kvalitativním výzkumu (Švaříček et al., 2014). Rozhovor je ucelená soustava ústního jednání mezi tazatelem a respondentem, v němž výzkumník získává informace prostřednictvím otázek, směřující ke zjištění informací. Rozhovor by měl probíhat v přátelské atmosféře. Respondent musí být ochoten spolupracovat. Při rozhovoru jsou vhodné doplňující dotazy. Rozhovor je vhodné zaznamenávat např. na diktafon, což však může ovlivnit normální komunikaci tazatele a dotazovaného (Bártlová et al., 2009).

Odpovědi z rozhovorů byly zaznamenávány pomocí audionahrávky na diktafon. Zvukový záznam fáze získávání dat představuje pro výzkumníka velkou podporu a pomoc. Nemusí si dělat poznámky, aby zaznamenal obsah. Zvukový záznam navíc zachycuje veškeré kvality mluveného slova, tedy sílu hlasu, délku pomlky, různé doprovodné zvuky či řečové vady (Miovský, 2006). Přítomnost technického zařízení (magnetofon, mikrofon, diktafon) však může do jisté míry ovlivnit atmosféru rozhovoru a odvádět pozornost, proto je vhodné umístění mimo dosah zorného pole (Žiaková et al., 2009).

Získané údaje byly zpracovány pomocí metody **otevřené kódování**. Kódování je proces organizace dat a získání jejich redukce (Eger et al., 2017). Obecně představuje operace, pomocí nichž jsou údaje rozebrány (Švaříček et al., 2014). Kódování nám pomáhá data popsat. Kód je symbol přiřazený k úseku dat, tak že ho klasifikuje nebo kategorizuje. Kódy mají relevanci k výzkumným otázkám (Hendl et al., 2016).

Po návratu z výzkumného prostředí jsem nahrané odpovědi z diktafonu přepisovala na papír a poté do počítače. Následně probíhalo zpracování výzkumu pomocí techniky kódování a metody „tužka a papír“ viz ukázka (Příloha 3).

2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí

Kritériem pro výběr vzorku respondentů, jsou pacienti, kteří žijí s urostomií déle jak rok. Toto kritérium je poměrně důležité. Pacienti po operaci se minimálně rok s urostomií učí žít. Kritérium je striktně dodržené v bakalářské práci, proto se výzkumu nemohlo zúčastnit více respondentů. Všichni respondenti chodí na pravidelné kontroly

na urologickou ambulanci Nemocnice Jihlava. Výzkumného šetření se zúčastnilo 7 vybraných pacientů s urostomií.

Sběr informací probíhal formou dotazníkového šetření a byl doplněn polostrukturovanými rozhovory. Od tří respondentů byly informace získány metodou focus group. Zbylí čtyři respondenti poskytli informace individuálními rozhovory. Jeden respondent se ohniskové skupiny nezúčastnil z časového důvodu, chodí na směny do zaměstnání. Poslední tři respondenti odmítli ohniskovou skupinu, ale chtěli se o informace podělit individuálním rozhovorem. Výzkumné šetření probíhalo na urologické ambulanci v Nemocnici Jihlava. Před začátkem výzkumného šetření byla žádost o výzkumné šetření schválena náměstkyní ošetrovatelské péče Mgr. Jarmilou Cmunťovou (Příloha 4). Dále byli osloveni a informováni o výzkumu primář urologického oddělení, vrchní sestra urologického oddělení a vrchní sestra ambulantního traktu, kam organizačně náleží urologická ambulance. Výzkum probíhal od ledna 2020 do konce března 2020. Respondenti byli ujištěni o tom, že veškeré informace budou pouze pro účely této bakalářské práce a jejich osobní údaje nebudou nikdy a nikde použity. Respondenti svůj souhlas stvrdili podpisem (podepsané informované souhlasy jsou k nahlédnutí u výzkumníka).

V tabulce 1 jsou uvedeny základní informace o respondentech, kteří byli do empirické části bakalářské práce zapojeni. Většina respondentů jsou starší muži, kteří žijí s urostomií více jak dva roky. Někteří z nich i 10 let.

Tabulka 1 Základní informace o respondentech

respondent	věk	pohlaví	doba od operace
R1	83	muž	2 roky
R2	77	muž	5 let
R3	79	muž	10 let
R4	83	muž	10 let
R5	86	muž	6 let
R6	72	muž	7 let
R7	68	žena	3 roky

(Zdroj: autorka)

2.4 Průběh výzkumného šetření

V předvýzkumné fázi bylo osloveno 10 respondentů. Každému respondentovi byl podrobně vysvětlen průběh výzkumu a cíl, kterého chceme výzkumem dosáhnout. Respondentům bylo vysvětleno, že sběr potřebných informací bude probíhat ohniskovou metodou – focus group a informace budou doplněny vyplněním anonymního dotazníku – Stoma-QOL dotazník. Dále byli všichni respondenti informováni o použití diktafonu k pořízení audionahrávky pro sběr informací. Všichni oslovení respondenti předběžně souhlasili s účastí ve výzkumném šetření. Respondenti byli informováni o tom, že budou telefonicky kontaktováni o datu výzkumného šetření.

Po přípravě materiálu k výzkumnému šetření: vtištění dotazníku Stoma-QOL, sestavení otázek k rozhovorům, sepsání souhlasů; byli telefonicky kontaktováni respondenti, kteří v předvýzkumné fázi udělili souhlas s účastí ve výzkumu. Od sedmi respondentů z deseti mi souhlas byl potvrzen. Dvě respondentky mi svoji účast ve výzkumu nakonec odmítly. Třetí respondent se omluvil, že ze zdravotních důvodů se výzkumu nezúčastní. Dle zjištěných informací pacient v krátké době zemřel. Ze sedmi respondentů, jen tři souhlasili s metodou Focus group. Zbylí čtyři respondenti poskytli informace při individuálních rozhovorech.

Tabulka 2 Forma poskytnutých informací, potvrzení účasti

respondenti	potvrzení účasti	forma poskytnutých informací
R1	ano	focus group
R2	ano	focus group
R3	ano	individuální rozhovor
R4	ano	focus group
R5	ano	individuální rozhovor
R6	ano	individuální rozhovor
R7	ano	individuální rozhovor
R8	ne	—
R9	ne	—
R10	zemřel	—

(Zdroj: autorka)

2.5 Zpracování získaných dat

Ke zpracování bakalářské práce byl použit Microsoft Office Word 365. Kvalitativní data byla zpracována studiem údajů pomocí techniky otevřeného kódování. Na základě stanovených výzkumných otázek vztahující se k cíli a k tématu závěrečné práce.

KATEGORIE

Podotázka č. 1 k výzkumné otázce č. 1 – ZMĚNY V ŽIVOTĚ STOMIKA

Podotázka č. 2 k výzkumné otázce č. 1 – PŘÍNOS V ŽIVOTĚ STOMIKA

Podotázka č. 3 k výzkumné otázce č. 1 – INFORMACE O KLUBU STOMIKŮ

Podotázka č. 4 k výzkumné otázce č. 2 – OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O UROSTOMII

Podotázka č. 5 k výzkumné otázce č. 2 – UROSTOMICKÉ POMŮCKY

Podotázka č. 6 k výzkumné otázce č. 2 – ZÍSKÁNÍ NOVÝCH INFORMACÍ

Podotázka č. 7 k výzkumné otázce č. 2 – KDE HLEDAT POMOC PŘI POTÍŽÍCH

Výsledky empirického šetření a jejich interpretace je prezentována na následujících řádcích.

2.6 Výsledky výzkumu rozhovorů

2.6.1 Otázky rozhovorů

Otázky určené k výzkumným otázkám č. 1 a č. 2.

— **1. Jak hodnotíte kvalitu svého života s urostomií?**

— **2. Jak zvládáte péči o urostomii?**

Otázky určené respondentům:

- 1) V čem Vám urostomie změnila život? A jak ho hodnotíte?
- 2) Vidíte ve stomii nějaký přínos pro Váš život?
- 3) Poskytl Vám někdo informace o Klubu stomiků? Jste členem?
- 4) Pečujete o urostomii sám nebo Vám někdo pomáhá? Jak často o ni pečujete?

- 5) Jste spokojen s množstvím pomůcek hrazených pojišťovnou? Používáte od operace stále stejné pomůcky?
- 6) Odkud získáváte nové informace o pomůckách?
- 7) Víte na koho se obrátit při potížích s urostomií?

2.6.2 Interpretace rozhovorů s respondenty

Respondent č. 1

Respondent žije s urostomií dva roky. Na otázku, zda mu urostomie změnila život odpovídá: „*samozřejmě, že změnila.*“ Respondenta stomie ovlivňuje v některých aktivitách, hlavně v práci na zahrádce. V kontaktu s jinými lidmi necítí žádné omezování, co se týče stomie. Přínos ve stomii pro svůj život nevidí. Na otázku, jak hodnotí svůj život s urostomií odpovídá: „*ta stomie řeší základní úkony života svým způsobem. Na to si zvyknete, já si zvykl asi po půl roce.*“ O Kubu stomiků ví a je v evidenci. S péčí o urostomii mu pomáhá manželka. O urostomii pečují jednou za čtyři dny. Dodává: „*od aplikace urostomie se počet dnů, který to drží, prodlužuje.*“ S úhradou pomůcek a z množství je spokojen, zásobu doma má. Od operace používá stejnou značku pomůcek. Informace získává z časopisů, které jsou mu zasílány. Při potíží se stomií: „*zajdu na ambulanci.*“

Respondent č. 2

Respondent s urostomií žije 5 let. Život se mu s tím změnil do určité míry. Cítí se být omezen v oblečení: „*nemůžou se nosit slipy, plavky krátký. Nemůžu s tím jít plavat do bazénu, tam mě nepustí.*“ Respondenta nejvíc urostomie omezuje v sexu: „*protože bohužel to nejde.*“ Dále ho stomie omezuje při některé práci. Po zvyknutí na urostomii respondent nemá problémy se seznamovat s cizími lidmi. V cestování se stomií vidí přínos. Na otázku, jak hodnotí svůj život odpovídá bez přemýšlení: „*je to dobrý vynález, omezuje to v určitých věcech, ale zase to přináší další výhody.*“ O Klubu stomiků nemá žádné informace a ani o ně zatím nestojí. O urostomii pečuje s manželkou. Celou výměnu stomie provádí jednou za čtyři dny. Na otázku, zda je spokojen s množstvím pomůcek odpovídá: „*ze začátku jsme měli obavy, takže jsme si dokonce dokoupili sadu. Ale potom jsme přišli jak na to a bylo to čím dál*

lepší. Mám i zásoby.“ Od operace změnil akorát velikost pomůcek. Informace na ambulanci. Při potížích zajde na urologickou ambulanci, kde mu vždy pomůžou.

Respondent č. 3

Další respondent je muž, který s urostomií žije již 10 let. Hlavní změnu, mu urostomie způsobila v oblasti oblečení: *„nejlepší je to v létě, to člověk skočí do kraťasu.“* Dále cítí omezení v těžší práci a ve sportu. Na otázku, jestli mu urostomie dělá problém v kontaktu s lidmi odpovídá: *„nemám problém, dá se to dobře zakrýt...“* Pozitivum vidí v cestování. Respondent svůj život s urostomií hodnotí takto: *zachránilo mi to život, dneska už bych tady v podstatě nebyl..., je to dobrý.*“ O Klubu stomiků se informoval v nemocnici, ale členem není. O urostomii si pečuje sám: *„nedělá mi to žádnéj problém.“* Celou výměnu provádí jednou za tři dny. Množství pomůcek mu stačí. Od operace změnil druh podložek i sáčků: *„je to o 100% lepší.“* Informace získává z odborných časopisů. Na otázku, kam by se obrátil při potížích odpovídá: *„pokud by byly potíže, tak jsem obeznámen s tím, že mám zajít na urologii do Jihlavy.“*

Respondent č. 4

Další respondent je muž, který s urostomií žije již 10 let. Na otázku, jestli mu urostomie změnila život odpovídá: *„změna byla veliká ze začátku. Nosit můžu všechno kromě slipů.“* Nejvíce omezený se cítí v sexu: *„bohužel to nejde.“* Při navazování kontaktu s lidmi nemá problém. Výhodu urostomie vidí v tom, že: *„můžete spát klidně celou noc, protože dřív jsem běhal po dvou hodinách na záchod.“* Svůj život zhodnotil pozitivně. O Klubu stomiků se vyjádřil: *„informace nemám od nikoho k tomuhle tomu.“* Členem se stát nechce. S ošetřováním urostomie problém nemá. Byl i s dcerou důkladně poučen. Stomii ošetřují jednou za tři dny. S množstvím pomůcek je spokojený, zásobu doma nemá. Od operace nepoužívá stejné pomůcky, změnil pomůcky na Dansac. Respondent informace získává z časopisu: *„Helios, z toho čerpám vědomosti.“* Při potížích s urostomií by zašel na urologickou ambulanci.

Respondent č. 5

Respondent je muž, který s urostomií žije 6 let. Urostomie mu život změnila, co se týká intimního života a taky si nemůže vzít všechno oblečení, co by chtěl. V kontaktu s lidmi problém nemá: *„pod oblečením nikdo nevidí, že mám pytlík.“* V urostomii vidí přínos pro svůj život: *„napojím si sáček a nemusím v noci chodit na záchod.“* Život se stomií

hodnotí: „ze začátku jsem byl psychicky na dně, ale pomohla mi rodina. Ted' můžu říct, jsem rád, že ji mám. Zachránila mi život.“ Informace o Klubu stomiků má, je členem. O urostomii mu pečuje manželka, kompletní výměnu provádí jednou za čtyři dny. Na otázku, zda je spokojen s množstvím pomůcek odpovídá: „ano, ted' už jo. Ze začátku jsem měl trochu problém.“ Od operace používá stejnou značku pomůcek a je spokojen. Nové informace dostává z časopisu Helios a v Klubu stomiků. Při problémech se stomií by kontaktoval stomickou sestru nebo by zašel na urologickou ambulanci.

Respondent č. 6

Předposlední respondent je muž, který má urostomii 7 let. Život mu určitě změnila, ale dodává: „myslel jsem, že to bude horší.“ Urostomie pacienta omezuje v návštěvě bazénu: „to bych musel mít prvorepublikový plavky, co chlapy nosili s laclem.“ V kontaktu s lidmi žádný problém nemá. Přínos pro svůj život vidí v tom, že se k němu rodina chová ohleduplněji a že po odstranění nádoru ještě tak dlouho žije. Svůj život hodnotí: „nepřidalo mě to. Je to podstatnej zásah do života.“ O Klubu stomiků nemá žádné informace ani o ně nestojí. Na výměnu urostomie nestačí, pomáhá mu partnerka. Kompletní výměnu provádějí jednou za tři dny. S limitem pomůcek je spokojen. Od operace nepoužívá stejné pomůcky. Informace získává z firmy Coloplast a z časopisu Helios. S problémem by se dostavil na urologii.

Respondent č. 7

Nejmladší z respondentů je žena, která s urostomií žije 3 roky. Urostomie jí život změnila, byl to pro ni hrozný šok. Dodává: „po odeznění šoku a zvyknutí si na pytlík, vedu normální život. Jediný co nemůžu, je nosit dvoudílné plavky a nesmím zvedat vnoučata.“ Respondentku urostomie nijak zvlášť v běžných aktivitách neomezuje. V kontaktu s lidmi jí pytlík nedělá žádné starosti. Uvádí: „kromě mého syna o stomii nikdo neví, ani moje kamarádka. Nestojím o lítost.“ Ve stomii vidí jeden velký přínos pro svůj život: „nemusím chodit na ty špinavý záchody.“ Svůj život hodnotí docela pozitivně. O Klubu stomiků je informována od stomické sestry. Členem klubu se stát nechce. O stomii si pečuje sama. Respondentka si celou urostomii mění jednou za čtyři dny. Z množstvím hrazených pomůcek spokojená je. Doma má zásobu na jeden měsíc, od operace používá stejný druh pomůcek. Informace o nových pomůckách nehledá, je spokojena s tím, co má. Při potížích by zašla na urologickou ambulanci.

Výsledky rozhovorů jsou zaznamenány v tabulkách v následující kapitole. Dále jsou vyhodnocovány a konfrontovány v kapitole diskuze.

2.6.3 Názorná analýza výsledků

Výzkumné otázky zjišťované rozhovorem

Podotázka č. 1 k výzkumné otázce č. 1

V čem Vám urostomie změnila život? A jak ho hodnotíte?

K zodpovězení této výzkumné otázky jsem použila kvalitativní metodu rozhovorů s pacienty, kteří žijí s urostomií déle jak jeden rok (odpovědi respondentů jsou zaznamenány výše v kapitole 2.6.2). Ze získaných odpovědí jsem určila kategorii a kódy.

Kategorie: **ZMĚNY V ŽIVOTĚ STOMIKA**

Kódy: **práce, kontakt s lidmi, oblečení, intimní život, sport (plavání), zvedání vnoučat, hodnocení života**

Tabulka 3 Vizualizace č. 1, výzkumná otázka 1 — změny v životě stomika

respondent	práce	kontakt s lidmi	oblečení	intimní život	sport (plavání)	zvedání vnoučat	hodnocení života
R1	X						zvykl si
R2	X		X	X	X		dobry
R3	X		X		X		dobry
R4			X	X			pozitivně
R5			X	X			pozitivně
R6					X		negativně
R7			X			X	pozitivně

(Zdroj: autorka)

Více než polovinu respondentů urostomie ovlivňuje ve výběru oblečení. Nikoho z respondentů urostomie neovlivňuje v kontaktu s lidmi. Kromě jednoho respondenta hodnotí všichni svůj život s urostomií pozitivně. Hlavní pozitivum respondenti vidí v tom, že se po operaci zbavili onkologického onemocnění.

Podotázka č. 2

Vidíte ve stomii nějaký přínos pro Váš život?

K zodpovězení této výzkumné otázky jsem použila kvalitativní metodu rozhovorů s pacienty, kteří žijí s urostomií déle jak jeden rok (odpovědi respondentů jsou zaznamenány výše v kapitole 2.6.2). Ze získaných odpovědí jsem určila kategorie a kódy.

Kategorie: **PŘÍNOS V ŽIVOTĚ STOMIKA**

Kódy: **žádný, cestování, nerušený spánek, ohleduplnost, záchrana života, špinavé WC**

Tabulka 4 Vizualizace č. 2, výzkumná otázka 1 — přínos v životě

respondent	žádný	cestování	nerušený spánek	ohleduplnost	záchrana života	špinavé WC
R1	X					
R2		X				
R3		X			X	
R4			X			
R5			X		X	
R6				X	X	
R7						X

(Zdroj: autorka)

Mimo jednoho respondenta všichni vidí nějaký přínos v urostomii pro jejich život. Nejčastěji uvedli, že je to záchrana jejich života.

Podotázka č. 3

Poskytl Vám někdo informace o Klubu stomiků? Jste členem?

K zodpovězení této výzkumné otázky jsem použila kvalitativní metodu rozhovorů s pacienty, kteří žijí s urostomií déle jak jeden rok (odpovědi respondentů jsou zaznamenány výše v kapitole 2.6.2). Ze získaných odpovědí jsem určila kategorie a kódy.

Kategorie: **INFORMACE O KLUBU STOMIKŮ**

Kódy: **má informace, nemá informace, je členem, není členem, nemá zájem**

Tabulka 5 Vizualizace č. 3, výzkumná otázka 1 — informace o Klubu stomiků

respondent	má informace	nemá informace	je členem	není členem	nemá zájem
R1	X		X		
R2		X		X	X
R3	X			X	X
R4		X		X	X
R5	X		X		
R6		X		X	X
R7	X			X	X

(Zdroj: autorka)

Více jak polovina respondentů uvedla, že má informace o Klubu stomiků. Pouze dva respondenti jsou jeho členem. Zbytek respondentů nemá zájem o členství.

Podotázka č. 4

Pečujete o urostomii sám nebo Vám někdo pomáhá? Jak často o ni pečujete?

K zodpovězení této výzkumné otázky jsem použila kvalitativní metodu rozhovorů s pacienty, kteří žijí s urostomií déle jak jeden rok (odpovědi respondentů jsou zaznamenány výše v kapitole 2.6.2). Ze získaných odpovědí jsem určila kategorie a kódy.

Kategorie: **OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O UROSTOMII**

Kódy: **pečuje sám, pečuje rodina, pečují společně, interval výměny**

Tabulka 6 Vizualizace č. 4, výzkumná otázka 2 — ošetřovatelská péče o urostomii

respondent	pečuje sám	pečuje rodina	pečují společně	interval výměny
R1			X	1 za 4 dny
R2			X	1 za 4 dny
R3	X			1 za 3 dny
R4		X		1 za 3 dny
R5		X		1 za 4 dny
R6			X	1 za 3 dny
R7	X			1 za 4 dny

(Zdroj: autorka)

Dva z dotazovaných respondentů provádí kompletní péči o urostomii sami. Někteří pečují o vývod společně se svojí rodinou. Nejčastěji si urostomii mění za 1krát za 4 dny.

Podotázka č. 5

Jste spokojen s množstvím pomůcek hrazených pojišťovnou? Používáte od operace stále stejné pomůcky?

K zodpovězení této výzkumné otázky jsem použila kvalitativní metodu rozhovorů s pacienty, kteří žijí s urostomií déle jak jeden rok (odpovědi respondentů jsou zaznamenány výše v kapitole 2.6.2) Ze získaných odpovědí jsem určila kategorii a kódy.

Kategorie: **UROSTOMICKÉ POMŮCKY**

Kódy: **je spokojen, není spokojen, zásoba doma, změna pomůcek ne, změna pomůcek ano, jaká změna**

Tabulka 7 Vizualizace č. 7, výzkumná otázka 2 — urostomické pomůcky

respondent	je spokojen	není spokojen	zásoba doma	změna pomůcek ne	změna pomůcek ano	jaká změna
R1	X		X	X		
R2	X		X		X	velikost
R3	X				X	druh
R4	X				X	druh
R5	X			X		
R6	X		X		X	druh
R7	X		X	X		

(Zdroj: autorka)

Všichni oslovení respondenti jsou spokojeni s množstvím hrazených pomůcek pojišťovnou. Více než polovina z nich má doma i vytvořenou zásobu pomůcek pro případ nouze. Nejčastější změna pomůcek u respondentů je její druh.

Podotázka č. 6

Odkud získáváte nové informace o pomůckách?

K zodpovězení této výzkumné otázky jsem použila kvalitativní metodu rozhovorů s pacienty, kteří žijí s urostomií déle jak jeden rok (odpovědi respondentů jsou zaznamenány výše v kapitole 2.6.2). Ze získaných odpovědí jsem určila kategorii a kódy.

Kategorie: **ZÍSKÁNÍ NOVÝCH INFORMACÍ**

Kódy: **časopis, urologická ambulance, Klub stomiků, firma Coloplast, nečerpá informace**

Tabulka 8 Vizualizace č. 6, výzkumná otázka 2 — získávání nových informací

respondent	časopis	urologická ambulance	Klub stomiků	firma Coloplast	nečerpá informace
R1	X				
R2		X			
R3	X				
R4	X				
R5	X		X		
R6	X			X	
R7					X

(Zdroj: autorka)

Velká většina respondentů čerpá nové informace týkající se urostomie z odborného časopisu. Časopis pro pacienty se stomií se nazývá Helios. Tento časopis dostávají pacienti se stomií zdarma. Dále někteří respondenti získávají informace například na urologické ambulanci.

Podotázka č. 7

Víte na koho se obrátit při potížích s urostomií?

K zodpovězení této výzkumné otázky jsem použila kvalitativní metodu rozhovorů s pacienty, kteří žijí s urostomií déle jak jeden rok (odpovědi respondentů jsou zaznamenány výše v kapitole 2.6.2). Ze získaných odpovědí jsem určila kategorii a kódy.

Kategorie: **KDE HLEDAT POMOC PŘI POTÍŽÍCH**

Kódy: **urologická ambulance, stomická sestra**

Tabulka 9 Vizualizace č. 7, výzkumná otázka 2 — kde hledat pomoc při potížích

respondent	urologická ambulance	stomická sestra
R1	X	
R2	X	
R3	X	
R4	X	
R5	X	X
R6	X	
R7	X	X

(Zdroj: autorka)

Všichni oslovení respondenti by při vzniklých problémech s urostomií kontaktovali urologickou ambulanci.

2.7 Výsledky dotazníku Stoma-QOL

2.7.1 Otázky z dotazníku

Otázky z dotazníku jsou uvedeny v příloze. Výsledky dotazníkového šetření a jejich interpretace je prezentována na následujících řádcích. Ukázka vyplněného dotazníku je uvedena v příloze (Příloha č. 5).

KATEGORIE – Podotázky se vztahují k výzkumné otázce č. 1

Podotázka č. 1 – STRACH Z PLNÉHO SÁČKU

Podotázka č. 2 – OBAVA Z UVOLNĚNÍ

Podotázka č. 3 – POTŘEBA VĚDĚT O TOALETĚ

Podotázka č. 4 – OBAVA ZE ZÁPACHU

Podotázka č. 5 – OBAVA ZE ZVUKŮ ZE TOMIE

Podotázka č. 6 – ODPOČINEK BĚHEM DNE

Podotázka č. 7 – OMEZENÍ VE VÝBĚRU OBLEČENÍ

Podotázka č. 8 – ÚNAVA BĚHEM DNE

Podotázka č. 9 – SEXUÁLNÍ NEPŘITAŽLIVOST

Podotázka č. 10 – ŠPATNÝ SPÁNEK

Podotázka č. 11 – OBAVA ZE ŠUSTĚNÍ SÁČKU

Podotázka č. 12 – STUD ZA SVÉ TĚLO

Podotázka č. 13 – OBAVA ZŮSTAT PŘES NOC MIMO DOMOV

Podotázka č. 14 – SKRYTÍ STOMICKÉ POMŮCKY

Podotázka č. 15 – OBAVA Z PŘÍTĚŽE PRO OSATNÍ

Podotázka č. 16 – BLIŽŠÍ KONTAKT S PŘÁTELI

Podotázka č. 17 – POBYT MEZI LIDMI

Podotázka č. 18 – SETKÁNÍ S NOVÝMI LIDMI

Podotázka č. 19 – OSAMĚLOST MEZI LIDMI

Podotázka č. 20 – OBAVA Z TRAPNOSTI

2.7.2 Názorná analýza výsledků dotazníku

Podotázky č. 1 až č. 20 k výzkumné otázce č. 1.

K zodpovězení těchto výzkumných otázek jsem použila kvantitativní metodu, vyplnění standardizovaného dotazníku. Dotazník vyplnili pacienti, kteří s urostomií žijí déle než jeden rok. Byly určeny kategorie a kódy, byly použity z dotazníku Stoma-QOL.

Podotázka č. 1

Dostanu strach, když je sáček plný?

Kategorie: **STRACH Z PLNÉHO SÁČKU**

Kódy: **neustále, někdy, zřídka, vůbec**

Tabulka 10 Vizualizace k podotázce č. 1 — strach z plného sáčku

respondent	neustále	někdy	zřídka	vůbec
R1				X
R2		X		
R3		X		
R4				X
R5		X		
R6				X
R7		X		

(Zdroj: autorka)

Vzhledem k tomu, že dotazník Stoma-QOL je doplňková metoda k předešlým rozhovorům, nebudou jednotlivé odpovědi blíže rozepisovány. Veškeré odpovědi respondentů budou shrnuty v diskusi bakalářské práce.

Podotázka č. 2

Mám obavy, že se sáček uvolní?

Kategorie: **OBAVA Z UVOLNĚNÍ**

Kódy: **neustále, někdy, zřídka, vůbec**

Tabulka 11 Vizualizace k podotázce č. 2 — obava z uvolnění

respondent	neustále	někdy	zřídka	vůbec
R1			X	
R2			X	
R3				X
R4			X	
R5		X		
R6			X	
R7		X		

(Zdroj: autorka)

Podotázka č. 3

Cítím potřebu neustále vědět, kde je nejbližší toaleta?

Kategorie: **POTŘEBA VĚDĚT O TOALETĚ**

Kódy: **neustále, někdy, zřídka, vůbec**

Tabulka 12 Vizualizace k podotázce č. 3 — potřeba vědět o toaletě

respondent	neustále	někdy	zřídka	vůbec
R1			X	
R2				X
R3			X	
R4				X
R5				X
R6				X
R7				X

(Zdroj: autorka)

Podotázka č. 4

Bojím se, že by sáček mohl zapáchat?

Kategorie: **OBAVA ZE ZÁPACHU**

Kódy: **neustále, někdy, zřídka, vůbec**

Tabulka 13 Vizualizace k podotázce č. 4 — obava ze zápachu

respondent	neustále	někdy	zřídka	vůbec
R1				X
R2		X		
R3			X	
R4				X
R5				X
R6				X
R7				X

(Zdroj: autorka)

Podotázka č. 5

Obávám se zvuků ze stomie?

Kategorie: **OBAVA ZE ZVUKŮ ZE STOMIE**

Kódy: **neustále, někdy, zřídka, vůbec**

Tabulka 14 Vizualizace k podotázce č. 5 — obava ze zvuků ze stomie

respondent	neustále	někdy	zřídka	vůbec
R1				X
R2				X
R3				X
R4				X
R5				X
R6				X
R7				X

(Zdroj: autorka)

Podotázka č. 6

Potřebuji během dne odpočívat?

Kategorie: **ODPOČINEK BĚHEM DNE**

Kódy: **neustále, někdy, zřídka, vůbec**

Tabulka 15 Vizualizace k podotázce č. 6 — odpočinek během dne

respondent	neustále	někdy	zřídka	vůbec
R1		X		
R2				X
R3		X		
R4			X	
R5		X		
R6		X		
R7				X

(Zdroj: autorka)

Podotázka č. 7

Moje stomická pomůcka omezuje výběr oděvů, které si mohu obléknout?

Kategorie: **OMEZENÍ VE VÝBĚRU OBLEČENÍ**

Kódy: **neustále, někdy, zřídka, vůbec**

Tabulka 16 Vizualizace k podotázce č. 7 — omezení ve výběru oblečení

respondent	neustále	někdy	zřídka	vůbec
R1				X
R2				X
R3			X	
R4				X
R5		X		
R6			X	
R7		X		

(Zdroj: autorka)

Podotázka č. 8

Během dne se cítím unaven/a?

Kategorie: **ÚNAVA BĚHEM DNE**

Kódy: **neustále, někdy, zřídka, vůbec**

Tabulka 17 Vizualizace k podotázce č. 8 — únava během dne

respondent	neustále	někdy	zřídka	vůbec
R1			X	
R2				X
R3		X		
R4				X
R5		X		
R6		X		
R7				X

(Zdroj: autorka)

Podotázka č. 9

Moje stomie způsobuje, že se cítím sexuálně nepřítažlivý/á?

Kategorie: **SEXUÁLNÍ NEPŘÍTAŽLIVOST**

Kódy: **neustále, někdy, zřídka, vůbec**

Tabulka 18 Vizualizace k podotázce č. 9 — sexuální nepřítažlivost

respondent	neustále	někdy	zřídka	vůbec
R1			X	
R2			X	
R3	X			
R4				X
R5	X			
R6	X			
R7				X

(Zdroj: autorka)

Podotázka č. 10

V noci špatně spím?

Kategorie: **ŠPATNÝ SPÁNEK**

Kódy: **neustále, někdy, zřídka, vůbec**

Tabulka 19 Vizualizace k podotázce č. 10 — špatný spánek

respondent	neustále	někdy	zřídka	vůbec
R1		X		
R2				X
R3			X	
R4				X
R5		X		
R6	X			
R7				X

(Zdroj: autorka)

Podotázka č. 11

Bojím se, že bude sáček šustit a bude to slyšet?

Kategorie: **OBAVA ZE ŠUSTĚNÍ SÁČKU**

Kódy: **neustále, někdy, zřídka, vůbec**

Tabulka 20 Vizualizace k podotázce č. 11 — obava ze šustění sáčku

respondent	neustále	někdy	zřídka	vůbec
R1				X
R2				X
R3				X
R4				X
R5				X
R6				X
R7				X

(Zdroj: autorka)

Podotázka č. 12

Stydím se za své tělo kvůli vývodu?

Kategorie: **STUD ZA SVÉ TĚLO**

Kódy: **neustále, někdy, zřídka, vůbec**

Tabulka 21 Vizualizace k podotázce č. 12 — stud za své tělo

respondent	neustále	někdy	zřídka	vůbec
R1				X
R2				X
R3				X
R4				X
R5				X
R6	X			
R7				X

(Zdroj: autorka)

Podotázka č. 13

Bylo by pro mne těžké zůstat přes noc mimo domov?

Kategorie: **OBAVA ZŮSTAT PŘES NOC MIMO DOMOV**

Kategorie: **neustále, někdy, zřídka, vůbec**

Tabulka 22 Vizualizace k podotázce č. 13 — obava zůstat přes noc mimo domov

respondent	neustále	někdy	zřídka	vůbec
R1				X
R2			X	
R3			X	
R4				X
R5				X
R6				X
R7				X

(Zdroj: autorka)

Podotázka č. 14

Je těžké skrývat skutečnost, že nosím na těle stomickou pomůcku?

Kategorie: **SKRYTÍ STOMICKÉ POMŮCKY**

Kódy: **neustále, někdy, zřídka, vůbec**

Tabulka 23 Vizualizace k podotázce č. 14 — skrytí stomické pomůcky

respondent	neustále	někdy	zřídka	vůbec
R1			X	
R2				X
R3				X
R4				X
R5				X
R6		X		
R7		X		

(Zdroj: autorka)

Podotázka č. 15

Bojím se, že můj stav je pro lidi kolem mne přítěží?

Kategorie: **OBAVA Z PŘÍTĚŽE PRO OSTATNÍ**

Kódy: **neustále, někdy, zřídka, vůbec**

Tabulka 24 Vizualizace k podotázce č. 15 — obava z přítěže pro ostatní

respondent	neustále	někdy	zřídka	vůbec
R1				X
R2				X
R3			X	
R4				X
R5				X
R6			X	
R7				X

(Zdroj: autorka)

Podotázka č. 16

Vyhýbám se bližšímu fyzickému kontaktu s přáteli?

Kategorie: **BLIŽŠÍ KONTAKT S PŘÁTELI**

Kódy: **neustále, někdy, zřídka, vůbec**

Tabulka 25 Vizualizace k podotázce č. 16 — bližší kontakt s přáteli

respondent	neustále	někdy	zřídka	vůbec
R1				X
R2				X
R3				X
R4				X
R5				X
R6				X
R7				X

(Zdroj: autorka)

Podotázka č. 17

Kvůli stomii je pro mě obtížné být mezi jinými lidmi?

Kategorie: **POBYT MEZI LIDMI**

Kódy: **neustále, někdy, zřídka, vůbec**

Tabulka 26 Vizualizace k podotázce č. 17 — pobyt mezi lidmi

respondent	neustále	někdy	zřídka	vůbec
R1				X
R2				X
R3				X
R4				X
R5				X
R6				X
R7				X

(Zdroj: autorka)

Podotázka č. 18

Bojím se setkávání s novými lidmi?

Kategorie: **SETKÁNÍ S NOVÝMI LIDMI**

Kódy: **neustále, někdy, zřídka, vůbec**

Tabulka 27 Vizualizace k podotázce č. 18 — setkání s novými lidmi

respondent	neustále	někdy	zřídka	vůbec
R1				X
R2				X
R3				X
R4				X
R5				X
R6				X
R7				X

(Zdroj: autorka)

Podotázka č. 19

Mezi jinými lidmi se cítím osamělý/á?

Kategorie: **OSAMĚLOST MEZI LIDMI**

Kódy: **neustále, někdy, zřídka, vůbec**

Tabulka 28 Vizualizace k podotázce č. 19 — osamělost mezi lidmi

respondent	neustále	někdy	zřídka	vůbec
R1				X
R2				X
R3				X
R4				X
R5				X
R6				X
R7				X

(Zdroj: autorka)

Podotázka č. 20

Bojím se, že se má rodina v mé blízkosti cítí trapně?

Kategorie: **OBAVA Z TRAPNOSTI**

Kódy: **neustále, někdy, zřídka, vůbec**

Tabulka 29 Vizualizace k podotázce č. 20 — obava z trapnosti

respondent	neustále	někdy	zřídka	vůbec
R1				X
R2				X
R3				X
R4				X
R5				X
R6				X
R7				X

(Zdroj: autorka)

3 Diskuze

V této části bakalářské práce jsou data od respondentů vyhodnocena a srovnávána s výsledky dalších výzkumných prací.

Vyhodnocení výzkumné otázky č. 1: Jak hodnotíte kvalitu svého života s urostomií?

Při rozhovoru všichni respondenti uvedli, že jim urostomie změnila život, kromě jednoho dotazovaného, všichni hodnotí svůj život **kladně**. Podobné informace se podařilo nalézt i v jiném výzkumném šetření Jánské (2012), na téma Kvalita života pacientů se stomií, která zjistila, že respondenti z 82,86 % (29 respondentů) hodnotí svoji kvalitu života jako dobrou. Dabirian et al., (2010) v odborné studii uvádí, že léčebné postupy mohou nejen léčit onemocnění, ale i ovlivňovat kvalitu života pacienta. Respondenti uvedli, že největší omezení cítí v oblečení, hlavně ve **výběru spodního prádla** a v tom, že si **nemohou jít zaplavat do bazénu**. V časopise Helios Ředinová (2019) uvádí, že pokud se zahojí všechny jizvy kooperaci a stomik má vhodnou pomůcku, na kterou se může spolehnout, může si bez obav užívat vodních radovánek a sportů. Někteří z dotazovaných uvádí jako **velký problém intimní život**. Podobnými závěry disponuje i Šustáčková (2015), která uvádí, že 56% (56 respondentů) ovlivnila stomie intimní život. Anaraki et al., (2012) ve výzkumu, kterého se zúčastnilo 102 náhodně vybraných pacientů se stomií, uvádí, že 70 % pacientů není spokojeno se svým intimním životem. Vcestování s urostomií oslovení respondenti nevidí problém. Nagyová (2018) v časopise Helios uvádí, že zvláště při cestování do zahraničí je dobré si vzít dvojnásobný počet pomůcek než je obvyklé. V případě zvýšené potřeby a následném nedostatku sáčků by stomik byl odkázán na zakoupení pomůcek v cizí zemi.

Většina respondentů uvedla, že v **životě s urostomií** vidí pro svůj život nějaký **přínos**. Tři respondenti řekli, že velký přínos vidí v tom, že jim stomie **zachránila život**. Další z nich můžou nerušeně spát, nemusí v noci chodit na záchod. Jediná dotazovaná žena, bere jako klad urostomie to, že nemusí chodit na “špinavé záchody”.

Většina dotazovaných respondentů nejsou a ani se **nechtějí stát členem Klubu stomiků**. Tři z respondentů ani nevěděli, že nějaký klub je. Zcela jiné informace uvedla Šustáčková (2015) v její bakalářské práci 65 respondentů (65 %) je členem klubu

stomiků a všech 100 % dotazovaných zná tento pojem a mají informace. Z uvedených odpovědí respondentů z mé bakalářské práce lze zjistit, že pacienti mají **dostačující informace z urologické ambulance**, což je pozitivní zpětná vazba pro naše pracoviště i mne osobně.

Zhruba polovina respondentů uvedla v dotazníku *Stoma-QOL*, že někdy má **strach z plného sáčku** a stejné množství má zřídka obavu z toho, že se **sáček uvolní**. Dva z dotazovaných uvedli, že zřídka mají potřebu vědět, kde je nejbližší toaleta. Jiné informace uvedla Malíková (2013) v bakalářské práci, která se zabývá střevní stomií. 35 % respondentů (26 osob) má neustálou potřebu vědět, kde toaleta je. Tento poměrně velký rozdíl ve zjištěných datech je dle mého úsudku způsoben tím, že střevní stomie je pro pacienta horší pro kvalitu život než urostomie. Únik stolice ze stomie, a hlavně její zápach, je pro okolí pacienta znatelnější než únik moči. Občasnou obavu ze zápachu ze stomie udali dva respondenti. Žádný z respondentů, z mé bakalářské práce, nemá obavu ze zvuků, které by mohly vycházet z jejich stomie.

Větší část respondentů v dotazníku *Stoma-QOL* uvedlo, že si během dne musejí někdy odpočinout, protože se **cítí být unavení**. Jen dva z nich odpočívát vůbec nemusejí. K poměrně stejnému výsledku ve své bakalářské práci dospěla i Malíková (2013), která uvedla, že 60 % (44 osob) respondentů potřebují někdy odpočívát během dne. Myslím si, že zvýšená únava u oslovených respondentů je způsobena přidruženým onemocněním a věkem pacienta.

Jednoho respondenta urostomie vůbec neovlivňuje ve výběru oblečení. Dva respondenti v dotazníku *Stoma-QOL* uvedli, že je stomie vůbec neomezuje, ale v rozhovoru řekli, že je stomie ovlivňuje při **výběru spodního prádla** a jednoho z nich ještě ve výběru **plavek**. Tudíž většina pacientů je alespoň někdy omezena urostomií v tom, co si na sebe může obléct. Podobné zjištění uvádí ve své práci i Jánská (2012), která uvádí, že 60 % respondentů (21 osob) v dotazníkovém šetření uvedlo, že po založení stomie u nich došlo ke změně šatníku.

Pocitem neustálé **sexuální nepřítažlivosti** se trápí 3 respondenti. Naopak žádné takovéto problémy nemají 2 z celkového počtu respondentů.

Více jak polovina respondentů uvedla v dotazníku *Stoma-QOL*, že má nějaký **problém se spánkem**. Respondent č. 6 uvedl, že spí špatně neustále.

Žádný z oslovených respondentů **nemá obavu** z toho, že by sáček od urostomie mohl **šustit a byl slyšet**. Malíková (2013) ve své práci uvádí, že 26 % respondentů (19 osob) tyto obavy taky nemá.

Respondent č. 6 uvedl, že se neustále stydí za své tělo kvůli vývodu. Zbylí respondenti se **za své tělo nestydí vůbec**. Respondentka č. 7 uvedla, že kromě jejího syna, nikdo neví, že stomii vůbec má.

Respondenti č. 2 a č. 3 mají zřídka obavu zůstat přes **noc mimo svůj domov**. Ostatní respondenti tyto obavy nemají. Zcela jiné formace deklaruje Malíková (2013), která ve své práci uvádí, že 34 respondentů (46 %) má někdy obavy zůstat přes noc mimo domov. Myslím si, že je to dáno tím, že její respondenti jsou pacienti se střevní stomií a z obavy ze zápachu ze stomie nechtějí zůstat přes noc mimo svůj domov.

Větší část respondentů z bakalářské práce **nemá žádný problém skryt** to, že mají **urostomii**. Respondenti č. 1, 6 a 7 uvedli, že tento problém někdy mají. Myslím, že tento problém pocítují hlavně při výběru plavek.

Dva respondenti uvedli, že zřídka mají obavu z toho, že jsou **přítěží pro svoji rodinu** a ostatní. Zbylí respondenti vůbec takové **obavy nemají**. Odlišné informace se podařilo nalézt v jiném výzkumném šetření Malíkové (2013), která zjistila, že 11 % (8 respondentů) má neustálé obavy z toho, že jsou přítěží pro lidi kolem nich. Malíková ve své bakalářské práci pracovala ze 74 respondenty. Dle mého názoru v tomto problému hraje svou roli to, jak si respondent zvykl na fakt, že má vytvořenou stomii.

Nikdo ze zapojených respondentů **neuvedl, že má problémy v bližším kontaktu s přáteli**. Všichni se shodli, že jakmile si na vývod zvykli a smířili se s touto situací, tak jim nic nebrání, aby se stýkali se svými přáteli a trávili spolu volný čas. Nevidí ani žádný problém v tom, že mají být a **setkávat se s novými lidmi**.

Ze zkoumaného vzorku respondentů ani jeden z nich neuvedl, že by se cítil mezi jinými lidmi osamělý.

Na poslední otázku z dotazníku Stoma-QOL, uvedli respondenti opět všichni stejnou odpověď. **Nikdo** z nich **nemá žádnou obavu** z toho, že by se jejich rodina cítila v jejich **blízkosti trapně**. Malíková (2013) uvádí ve své bakalářské práci, že 39 respondentům (52 %) nemá žádné obavy z toho, že by se jejich rodina cítila trapně v jejich přítomnosti.

Výzkumná otázka č. 1 byla zodpovězena.

Vyhodnocení výzkumné otázky č. 2: Jak zvládáte péči o urostomii?

Při rozhovoru pouze dva respondenti uvedli, že si o *urostomii pečují sami*. Respondenti č. 4 a č. 5 uvádí, že se do péče o urostomii *nezapojují*. Péči nechávají pouze na své *rodině*. Zbylí respondenti pečují o urostomii společně s někým z rodiny. Zcela odlišné informace deklaruje Pavlišová (2015) ve své bakalářské práci, uvádí, že 80% respondentů si stomii ošetřují sami. Respondenti bakalářské práce při rozhovoru uvedli, že na výměnu se sami necítí. Jeden uvedl, že je to možná i z lenosti.

Respondenti jsou *spokojeni s množstvím pomůcek hrazených pojišťovnou*. Podobné zjištění uvádí ve své práci i Šustáčková (2015), která uvádí, že 71 % (71 osob) v dotazníkovém šetření uvedlo, že je spokojeno s dostupností pomůcek. Většina pacientů má doma i *rezervu* pomůcek. Poměrně stejné informace uvádí v bakalářské práci Urbánková (2013), deklaruje, že z celkového počtu respondentů (27 osob), uvedlo 48 % respondentů (13 osob), že má dostatek pomůcek pro ošetřování stomie. Od založení urostomie u většiny respondentů došlo ke *změně pomůcek* (druh pomůcek, velikost). Vávrová (2015) v časopise Helios uvádí, že vývoj pomůcek směřuje k bezpečnému a dokonalému ošetření peristomální kůže. Výběr pomůcek je vždy individuální dle potřeb stomika.

Většina respondentů nové informace získává *z odborného časopisu*. Helios je pro pacienty se stomií zdarma. Informace pacient dostává na urologickém oddělení při propuštění z hospitalizace. Respondent č. 5 je o novinkách informován také z klubu stomiků. Respondenti dále informace získávají na *urologické ambulanci*, kde jsou sledováni a *také z firmy Coloplast*, kam můžou kdykoliv zavolat na bezplatnou linku. Respondentka č. 7 uvedla, že o nové informace nestojí, je spokojena s tím, co má a nic měnit nechce.

Většina respondentů by se při *potížích s urostomií* obrátila na *urologickou ambulanci*, kde jsou *dispenzarizováni*. Zcela jiné informace uvedli respondenti v bakalářské práci Jánské (2012), kde 60 % respondentů (21 osob) uvedlo, že při potížích se stomií by se obrátili na sestru ve stomaporadně. Tento poměrně velký rozdíl je podle mého názoru částečně způsoben organizačními důvody. Pacienti na naší ambulanci jsou poučeni, že při potížích s urostomií nás mají kontaktovat. Na ambulanci jim konzultaci poskytne lékař, pacient je vyšetřen. Když je potřeba urostomii pacientovi ošetříme.

Výzkumná otázka č. 2 byla zodpovězena.

4 Návrh a doporučení pro praxi

Návrhem pro praxi je vznik informativního materiálu (letáku – Příloha 6) pro budoucí pacienty, kterým bude vytvořena urostomie. Předkládaný materiál je určitou zpětnou vazbou na avizované problémy pacientů, kteří se zúčastnili výzkumného kvalitativního šetření na urologické ambulanci Nemocnice Jihlava, p. o. Cílem je zmírnit dopad urostomie na život budoucího stomika. Následné informace vznikly z rozhovorů a dotazníků pacientů z výzkumného šetření. Tyto informace budou poskytovány dalším pacientům, kteří se budou muset naučit žít s urostomií.

1. S urostomií se nemusíte vzdávat Vašich zálib. Stačí, abyste si zvolil/a správné plavky a můžete chodit plavat do veřejného bazénu. Pro ženy jsou vhodné volnější jednodílné plavky a pro muže jsou speciální stomické plavky.
2. Urostomie pro Vás neznamenaá úplný konec sportu. Sport můžete provozovat rekreačně. Je nutné, abyste se vyvaroval/a silovým sportům – box, karate, zvedání těžkých činek apod.
3. Oblečení byste do jisté míry měl/a přizpůsobit urostomii. Neměl/a by se nosit nic, co může stomii škrtit – pásky, slipy. Ženy by měly volit volnější šaty, sukně do pasu. Kalhoty, rifle by měly být o něco volnější.
4. S urostomií můžete cestovat. Je vhodné, abyste měl/a v příruční tašce připravenou sadu na výměnu stomie, pro případ uvolnění. Jinak je cestování bez omezení.
5. Pro pacienty se stomií existuje Klub stomiků, zde můžete získávat řadu cenných informací.
6. Urostomie Vás nebude nikterak omezovat v kontaktu s Vaší rodinou ani přáteli.
7. Stomici uvádí řadu výhod ve svém životě s vývodem: ženy nemusí používat veřejné toalety; muži nemusí v noci stávat na toaletu a spí nerušeně celou noc, pozitivum vidí i v cestování atd.
8. Veškeré pomůcky jsou hrazené pojišťovnou. Pomůcek je dostatečné množství, takže se nemusí žádné. V případě, že některá pomůcka nevyhovuje, dá se vyzkoušet jiná.
9. Při výskytu potíží s urostomií se kontaktuje urologická ambulance, firma Coloplast nebo stomická sestra. Kontakt na stomickou sestru a na firmu Coloplast se dostává při propuštění z nemocnice.
10. Život s urostomií není jednoduchý, ale po zvyknutí je hodnocen pozitivně.

Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo zmapovat kvalitu života u pacientů, kteří žijí s urostomií. Další cílem bylo zjistit, jak pacienti zvládají ošetrovatelskou péči o urostomii a každodenní život s tímto intervenčním vstupem.

Reakce zúčastněných respondentů byla pozitivní. Někteří z nich byli rádi, že si na toto téma mohou s někým popovídat a vyměnit si své zkušenosti.

Cíl č. 1 se podařilo splnit, pacienti s urostomií svůj život hodnotí pozitivně. Kvalita života u těchto lidí se dá hodnotit s odstupem alespoň jednoho roku od operace. Zpočátku je pro pacienty důležité, aby se naučili oni a jejich rodina správně pečovat o urostomii. V této fázi je nezastupitelná úloha personálu na urologické ambulanci a stomické sestry, která pacienta pečlivě edukuje již před operací a edukace pokračuje po dobu hospitalizace v nemocnici.

Překvapujícím zjištěním pro mě byl fakt, že některé dotázané respondenty žijící s tímto intervenčním vstupem nejvíce trápí jejich intimní život. Ale i přesto si jeden z respondentů dokázal najít novou partnerku, protože jeho manželka zemřela.

Dále jsem zjistila, že mezi pacienty koluje informace, že s urostomií nemohou chodit plavat do veřejných bazénů. Při dispenzární návštěvě pacienta, se budu snažit tuto mylnou informaci uvést na pravou míru. Je třeba urostomiků vysvětlit, že po zahojení vývodu a zvolení vhodných plavek, se nemusejí vzdávat plavání v bazénu.

Většina lidí žijící z urostomií se cítí být limitována ve výběru jejich oblečení, hlavně v oblasti spodního prádla.

Pozitivní informace je, že velká část oslovených respondentů vidí ve svém životě s urostomií určitý přínos, ať už uvádějí záchranu jejich života či nerušený spánek. Někteří respondenti se sami vyjádřili tak, že raději budou žít s pytlíkem než chodit na chemoterapii nebo taky tady už dávno nemuseli být.

Zarážející je pro mě fakt, že tak málo respondentů má zájem o Klub stomiků. Někteří o něm nebyli ani informováni.

Většina respondentů v dotazníku Stoma-QOL uvedlo, že se během dne cítí být unaveni. Myslím, že únava je způsobena pokročilým věkem respondentů. Důležitou roli v únavě také hrají přidružené onemocnění u pacientů s urostomií.

Za pozitivní hodnotím fakt, že skoro nikdo z respondentů nemá obavu z toho, aby zůstal přes noc mimo domov. Taková obava by určitě měla negativní dopad na kvalitu života těchto lidí.

Cíl č. 2 se podařilo splnit, ošetrovatelskou péčí o urostomii s dopomocí své rodiny respondenti zvládají. Jeden z oslovených respondentů uvedl, že je to možná i leností. Jeho manželka se prý dobře naučila pečovat o pytlík. Pouze dva respondenti si o urostomii starají sami.

S limitem pomůcek hrazených pojišťovnou jsou všichni respondenti spokojeni. Většina z nich má doma vytvořenou zásobu.

Překvapujícím zjištěním byl pro mě fakt, že jedna z respondentek nepotřebuje ani nečerpá žádné novinky o pomůckách. Dle jejího vyjádření si na vývod tak zvykla, že nepotřebuje ni měnit.

Dle získaných dat je patrné, že respondenti z bakalářské práce jsou dostatečně informováni o novinkách týkající se urostomie. Při potížích s urostomií se obrací na urologickou ambulanci a my se jim vždy snažíme pomoci. Při dispenzárních kontrolách je informujeme o případných novinkách, které se týkají pomůcek a dalších věcí.

Otázka kvality života je v dnešní době velice důležitá. O to více u lidí s omezením pro život jako je urostomie. Je důležité k těmto lidem přistupovat s empatií a s úctou. Těmto lidem musíme nabídnout a zajistit vše, co v současné době je možné. Proto jsem ráda, že jsem si ke zpracování bakalářské práce vybrala téma Problematika života pacientů s urostomií. Myslím, že po zpracování práce a dohledání potřebných informací můžu být lidem s urostomií alespoň trochu nápomocná. Už jen v tom, že jim poskytnu informace o tom, že se nemusí vzdávat zmiňovaného plavání ve veřejných bazénech.

Po zpracování bakalářské práce na téma Problematika života pacientů s urostomií jsem na tento problém získala úplně jiný náhled. V dnešní době s dostupnou péčí a stomickými pomůckami lidé s tímto intervenčním vstupem mohou žít plnohodnotný život.

Seznam použité literatury

ANARAKI, Fakhrialsa et al., 2012 Quality of life outcomes in patients living with stoma. *Indian Journal of Palliative Care* [online]. **18** (3) [cit. 2020-04-16]. DOI: 10.4103/0973-1075.105687. ISSN 0973-1075. Dostupné z: <http://www.jpalliativecare.com/text.asp?2012/18/3/176/105687>

BÁRTLOVÁ, Sylva et al., 2009. *Výzkum a ošetrovatelství*. 2. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2.

BARTŮNĚK, Petr et al., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. 1. vydání. Praha: Grada, 752 s. ISBN 978-80-247-4343-1.

Czech QoL.pdf[online]. 2005 [cit. 2020-04-15]. Dostupné z: [https://www.coloplast.ca/Global/US/Ostomy/Professional/Stoma QoL/Czech QoL](https://www.coloplast.ca/Global/US/Ostomy/Professional/Stoma%20QoL/Czech%20QoL)

ČELADOVÁ, Libuše et al., 2010. *Výchova ke zdraví: Vybrané kapitoly*. 1. vydání. Praha: Grada, 128 s. ISBN 978-80-247-3213-8.

ČIHÁK, Radomír, 2013. *Anatomie* 2. 3. vydání. Praha: Grada, 512 s. ISBN 978-80-247-4788-0.

DABRIAN, Azam et al., 2010. Quality of life in ostomy patients: a quality study. *Patient Preference and Adherence* [online]. [cit. 2020-04-16]. DOI: 10.2147/PPA.S14508. ISSN 1177-889X. Dostupné z: <http://www.dovepress.com/quality-of-life-in-ostomy-patients-a-qualitative-study-peer-reviewed-article-PPA>

DOSTÁLOVÁ, Olga, 2016. *Péče o psychiku onkologicky nemocných*. 1. vydání. Praha: Grada, 168 s. ISBN 978-80-271-9255-7.

DRLÍKOVÁ, Kateřina et al., 2016. *Praktický průvodce stomikou*. 1. vydání. Praha: Grada, 196 s. ISBN 978-80-247-5712-4.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. 1. vydání. Praha: Grada, 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.

EGER, Ludvík et al., 2017. *Základy metodologie výzkumu*. 2. vydání. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 184 s. ISBN 978-80-261-0735-4.

FARKAŠOVÁ, Dana et al., 2009. *Ošetrovatel'stvo - teória*. 3. vydanie. Bratislava: Osveta, 244 s. ISBN 978-80-8063-322-6.

GAVORA, Peter, 2008. *Úvod do pedagogického výskumu*. 2. vydání. Bratislava: Univerzita Komenského, 236 s. ISBN 978-80-223-2391-8.

GURKOVÁ, Elena, 2011. *Hodnocení kvality života: Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vydání. Praha: Grada, 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9.

HANUŠ, Tomáš et al., 2016. *Diferenciální diagnostika v urologii*. 1. vydání. Praha: Raabe, 128 s. ISBN 978-80-7496-205-0.

HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. 4. vydání. Praha: Portál, 440 s. ISBN 978-80-262-0982-9.

HERLE, Petr et al., 2016. *Diferenciální diagnostika v urologii*. 1. vydání. Praha: Raabe, 128 s. ISBN 978-80-7496-205-9.

HEŘMANOVÁ, Eva, 2012. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. 1. vydání. Praha: SLON, 239 s. ISBN 978-80-7419-106-0.

HUDÁKOVÁ, Anna et al., 2013. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada, 128 s. ISBN 978-80-247-4772-9.

JÁNSKÁ, Pavla, 2012. *Kvalita života se stomií*. Praha. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze. 2. Lékařská fakulta. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/109744>

JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Praha: Grada, 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.

KAWACIUK, Ivan, 2009. *Urologie*. 1. vydání. Praha: Galén, XVI, 531 s. ISBN 978-80-7262-627-7.

KRŠKA, Zdeněk et al., 2014. *Chirurgická onkologie*. 1. vydání. Praha: Grada, 904 s. ISBN 978-80-247-4284-7.

MALÍKOVÁ, Pavla, 2013. *Kvalita života pacientů se střevní stomií*. Praha. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze. Lékařská fakulta v Hradci Králové. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/12840>.

MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vydání. Praha: Grada, 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

NAGYOVÁ, Tereza, 2018. *Helios: Vědomé rozhodnutí* [online]. **18**, s. 17. [cit. 2020-04-18]. ISSN 2533-6126. Dostupné z: <https://www.coloplast.cz/Global/CzechRepublic/Helios/Brochures/Helios> 18 web

LINKOVÁ, Marcela, et al., 2010. Kvalita života chronicky chorého člověka. In *Bedeker zdravotní*. **6(3)**, 72-73. ISSN 1337-2734.

OREL, Miroslav et al., 2014. *Somatopatologie: Nauka o nemocech těla*. 1. vydání. Praha: Grada, 192 s. ISBN 978-80-247-4714-9.

PAVLIŠOVÁ, Monika, 2015. *Život nemocných s kolostomií*. Jihlava. Bakalářské práce. Vysoká škola Polytechnická Jihlava.

PETŘEK, Josef, 2019. *Základy fyziologie člověka: pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vydání. Praha: Grada, 172 s. ISBN 978-80-271-2208-0.

REICHEL, Jiří, 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. 1. vydání. Praha: Grada, 192 s. ISBN 978-80-247-3006-6.

ŘEDINOVÁ, Marie, 2019. *Helios: Stomici mohou plavat. A to je potřeba sdělit veřejnosti* [online]. **20**, s. 8 [cit. 2020-04-18]. ISSN 2533-6126. Dostupné z: https://www.coloplast.cz/Global/CzechRepublic/Helios/Helios_201905.pdf.

ROKYTA, Richard et al., 2016. *Fyziologie*. 3. vydání. Praha: Galén, 434 s. ISBN 978 - 80-7492-238-1.

SLEZÁKOVÁ, Lenka et al., 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. 1. vydání. Praha: Grada, 239 s. ISBN 978-80-247-3129-2.

SOCHOROVÁ, Nataša et al., 2016. *Základy obecné urologie nejen pro sestry*. 1. vydání. Olomouc: Solen, 108 s. ISBN 978-80-7471-142-8.

ŠUSTÁČKOVÁ, Andrea, 2015. *Kvalita života pacientů se stomií*. Jihlava. Bakalářská práce. Vysoká škola Polytechnická Jihlava.

ŠVARŤÍČEK, Roman et al., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vydání. Praha: Portál, 384 s. ISBN 978-80-262-0644-6.

URBÁNKOVÁ, Markéta, 2015. *Helios: Život se stomií* [online]. **13**, s. 4 [cit. 2020-04-18]. ISSN 2533-6126. Dostupné z: https://coloplast.cz/PageFiles/400247/Helios/Helios_201513.pdf.

VÁVROVÁ, Markéta, 2015. *Helios: Život se stomií* [online]. **13**, s. 4 [cit. 2020-04-18]. ISSN 2533-6126. Dostupné z: https://www.coloplast.cz/PageFiles/400247/Helios/Helios_201513.pdf.

VORLÍČEK, Jiří et al., 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. vydání. Praha: Grada, 450 s. ISBN 978-80-247-3742-3.

VYTEJČKOVÁ, Renata et al., 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: Speciální část*. 1. vydání. Praha: Grada, 288 s. ISBN 978-80-247-3420-0.

ZACHOVÁ, Veronika et al., 2010. *Stomie*. 1. vydání. Praha: Grada, 232 s. ISBN 978-80-247-3256-5.

ZVARA, Vladimír et al., 2010. *Urologické operace*. 1. české vydání. Martin: Osveta, 288 s. ISBN 978-80-8063-338-7.

ŽIAKOVÁ, Katarína et al., 2009. *Ošetrovatel'stvo teória a vedecký výskum*. 2. vydání. Martin: Osveta, 322 s. ISBN 978-80-8063-304-2.

Seznam použitých zkratk

apod. – a podobně

APTT – aktivovaný parciální tromboplastinový čas

ASA – American Society of Anesthesiologists

cm – centimetr

CNS – centrální nervový systém

CRP – C – reaktivní protein

CT – výpočetní tomografie

ČIK – čistá intermitentní katetrizace

EKG – elektrokardiografie

et al. – a další

g - gram

INR – mezinárodní normalizovaný poměr

IVU – intravenózní vylučovací urografie

lat. – latinsky

ml – mililitr

např. – například

RTG - rentgen

tj. – to je

TUR – transuretrální resekce

tzv. – takzvaně

WHO – Světová zdravotnická organizace

WHOQOL – World Health Organization Quality of Life Assessment

Seznam tabulek

Tabulka 1 Základní informace o respondentech	30
Tabulka 2 Forma poskytnutých informací, potvrzení účasti	31
Tabulka 3 Vizualizace č. 1, výzkumná otázka 1 — změny v životě stomika	36
Tabulka 4 Vizualizace č. 2, výzkumná otázka 1 — přínos v životě	37
Tabulka 5 Vizualizace č. 3, výzkumná otázka 1 — informace o Klubu stomiků.....	38
Tabulka 6 Vizualizace č. 4, výzkumná otázka 2 — ošetrovatelská péče o urostomii ..	39
Tabulka 7 Vizualizace č. 7, výzkumná otázka 2 — urostomické pomůcky.....	40
Tabulka 8 Vizualizace č. 6, výzkumná otázka 2 — získávání nových informací	41
Tabulka 9 Vizualizace č. 7, výzkumná otázka 2 — kde hledat pomoc při potížích	42
Tabulka 10 Vizualizace k podotázce č. 1 — strach z plného sáčku	44
Tabulka 11 Vizualizace k podotázce č. 2 — obava z uvolnění	45
Tabulka 12 Vizualizace k podotázce č. 3 — potřeba vědět o toaletě.....	45
Tabulka 13 Vizualizace k podotázce č. 4 — obava ze zápachu	46
Tabulka 14 Vizualizace k podotázce č. 5 — obava ze zvuků ze stomie	46
Tabulka 15 Vizualizace k podotázce č. 6 — odpočinek během dne.....	47
Tabulka 16 Vizualizace k podotázce č. 7 — omezení ve výběru oblečení	47
Tabulka 17 Vizualizace k podotázce č. 8 — únava během dne.....	48
Tabulka 18 Vizualizace k podotázce č. 9 — sexuální nepřítažlivost.....	48
Tabulka 19 Vizualizace k podotázce č. 10 — špatný spánek	49
Tabulka 20 Vizualizace k podotázce č. 11 — obava ze šustění sáčku.....	49
Tabulka 21 Vizualizace k podotázce č. 12 — stud za své tělo	50
Tabulka 22 Vizualizace k podotázce č. 13 — obava zůstat přes noc mimo domov	50
Tabulka 23 Vizualizace k podotázce č. 14 — skrytí stomické pomůcky.....	51
Tabulka 24 Vizualizace k podotázce č. 15 — obava z přítěže pro ostatní	51
Tabulka 25 Vizualizace k podotázce č. 16 — bližší kontakt s přáteli.....	52
Tabulka 26 Vizualizace k podotázce č. 17 — pobyt mezi lidmi	52
Tabulka 27 Vizualizace k podotázce č. 18 — setkání s novými lidmi	53
Tabulka 28 Vizualizace k podotázce č. 19 — osamělost mezi lidmi.....	53
Tabulka 29 Vizualizace k podotázce č. 20 — obava z trapnosti	54

Seznam příloh

Příloha 1 Urostomické pomůcky

Příloha 2 Fáze ohniskové skupiny

Příloha 3 Ukázka zápisu rozhovoru

Příloha 4 Žádost o povolení výzkumu

Příloha 5 Ukázka vyplněného dotazníku Stoma-QOL

Příloha 6 Desatero pro pacienty s urostomií