

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2024

Barbora Smačková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Všeobecné ošetřovatelství

Barbora Smačková

**KVALITA ŽIVOTA PACIENTŮ S PUNKČNÍ
NEFROSTOMIÍ**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Pavlína Tůmová

PLZEŇ 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité zdroje jsem uvedl/a v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 30. 03. 2024

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Barbora Smačková

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Kvalita života pacientů s punkční nefrostomií

Vedoucí práce: Mgr. Pavlína Tůmová

Počet stran – číslované: 73

Počet stran – nečíslované: 26

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 45

Klíčová slova: kvalita života, punkční nefrostomie, ošetrovatelství, pacient

Souhrn:

Tato bakalářská práce se zabývá kvalitou života pacientů s punkční nefrostomií. Teoretická část práce je věnována punkční nefrostomii, jednotlivým aspektům života s punkční nefrostomií a celkové kvalitě života. Praktická část bakalářské práce se věnuje analýze výsledků získaných v rámci výzkumného šetření. K získání dat bylo využito standardizovaného dotazníku kvality života WHOQOL-BREF, jehož autorem je Světová zdravotnická organizace. Ze získaných výsledků vyplývá, že pacienti s punkční nefrostomií mají sníženou celkovou kvalitu života. Snížení kvality života je patrné také v oblastech fyzického zdraví, prožívání a sociálních vztahů. Existuje spojitost mezi kvalitou života a věkem pacientů s punkční nefrostomií. Ženy vyhodnotily celkovou kvalitu života nepatrně lépe než muži.

Abstract

Surname and name: Barbora Smačková

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Quality of life of patients with percutaneous nephrostomy

Consultant: Mgr. Pavlína Tůmová

Number of pages – numbered: 73

Number of pages – unnumbered: 26

Number of appendices: 4

Number of literature items used: 45

Keywords: quality of life, percutaneous nephrostomy, nursing, patient

Summary:

This bachelor's thesis examines the quality of life of patients with percutaneous nephrostomy. The theoretical part of the thesis focuses on percutaneous nephrostomy, various aspects of life with percutaneous nephrostomy, and overall quality of life. The practical part of the bachelor's thesis is dedicated to the analysis of results obtained within the research investigation. The data were obtained using the standardized WHOQOL-BREF questionnaire on quality of life, authored by the World Health Organization. The obtained results show that patients with percutaneous nephrostomy have a reduced overall quality of life. Decreased quality of life is also evident in the areas of physical health, psychological health, and social relationships. There is a correlation between quality of life and the age of patients with percutaneous nephrostomy. Women evaluated the overall quality of life slightly better than men.

Poděkování

Ráda bych poděkovala Mgr. Pavlíně Tůmové za odborné vedení bakalářské práce, poskytování cenných rad, ochotu a trpělivost. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří se zúčastnili výzkumného šetření a zdravotnickým zařízením, která výzkumné šetření povolila. Vůbec nejsrdečnější poděkování však patří mojí mamince, která mi je a vždy byla tou největší oporou.

OBSAH

SEZNAM GRAFŮ	9
SEZNAM TABULEK	11
SEZNAM ZKRATEK	12
ÚVOD.....	13
TEORETICKÁ ČÁST	14
1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA.....	14
2 PUNKČNÍ NEFROSTOMIE.....	16
2.1 Indikace a kontraindikace založení punkční nefrostomie.....	16
2.1.1 Indikace založení punkční nefrostomie	16
2.1.2 Kontraindikace založení punkční nefrostomie	18
2.2 Založení punkční nefrostomie	19
2.2.1 Předoperační období	19
2.2.2 Založení punkční nefrostomie – výkon	23
2.2.3 Pooperační období	24
2.3 Komplikace punkční nefrostomie.....	26
2.4 Edukace	27
2.4.1 Stomické poradny, stomické spolky	30
3 ŽIVOT S PUNKČNÍ NEFROSTOMIÍ	31
3.1 Péče o punkční nefrostomii	31
3.2 Vliv punkční nefrostomie na jednotlivé aspekty života	33
3.2.1 Pohybová aktivita	33
3.2.2 Spánek a odpočinek	34
3.2.3 Stravování a pitný režim.....	34
3.2.4 Hygienické péče a oblékání	35
3.2.5 Společenský život, cestování, zaměstnání.....	36
3.2.6 Psychické zdraví	37
4 KVALITA ŽIVOTA.....	39
4.1 Definice, vymezení pojmu.....	39
4.2 Měření (hodnocení) kvality života	39
PRAKTICKÁ ČÁST	42
5 FORMULACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU	42
6 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	43
6.1 Hlavní cíl	43
6.2 Dílčí cíle a výzkumné otázky	43
7 METODIKA KVALIFIKAČNÍ PRÁCE	44

7.1	Metodologie výzkumu.....	44
7.2	Charakteristika sledovaného souboru.....	45
7.3	Organizace výzkumu.....	45
7.4	Zpracování dat.....	46
8	PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ.....	47
8.1	Dílčí cíl č. 1 – Zjistit míru spokojenosti v doméně fyzické zdraví.....	47
8.2	Dílčí cíl č. 2 – Zjistit míru spokojenosti v doméně prožívání.....	54
8.3	Dílčí cíl č. 3 – Zjistit míru spokojenosti v doméně sociální vztahy.....	60
8.4	Dílčí cíl č. 4 – Zjistit míru spokojenosti v doméně prostředí.....	64
8.5	Dílčí cíl č. 5 – Zjistit míru hodnocení celkové kvality života.....	71
8.6	Dílčí cíl č. 6 – Zjistit míru spokojenosti s celkovým zdravím.....	74
	DISKUZE.....	77
	ZÁVĚR.....	84
	SEZNAM LITERATURY.....	86
	SEZNAM PŘÍLOH.....	91
	PŘÍLOHY.....	92
	Příloha č. 1 – Dotazník WHOQOL-BREF.....	92
	Příloha č. 2 – Souhlas s výzkumným šetřením ve FN Plzeň.....	95
	Příloha č. 3 – Souhlas s výzkumným šetřením v Nemocnici České Budějovice a.s.....	96
	Příloha č. 4 – Doporučení pro ošetrovatelskou praxi.....	98

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 – Míra vnímané bolesti	47
Graf č. 2 – Potřeba lékařské péče	48
Graf č. 3 – Energie pro každodenní život	49
Graf č. 4 – Schopnost pohybovat se	49
Graf č. 5 – Spokojenost se spánkem.....	50
Graf č. 6 – Spokojenost s prováděním každodenních činností.....	51
Graf č. 7 – Spokojenost s pracovním výkonem.....	52
Graf č. 8 – Hrubé skóry domény fyzické zdraví.....	53
Graf č. 9 – Celkový hrubý skór domény fyzické zdraví.....	53
Graf č. 10 – Potěšení ze života	54
Graf č. 11 – Míra smyslu života	55
Graf č. 12 – Schopnost soustředit se.....	55
Graf č. 13 – Přijetí tělesného vzhledu.....	56
Graf č. 14 – Spokojenost se sebou.....	57
Graf č. 15 – Negativní pocity	58
Graf č. 16 – Hrubé skóry domény prožívání	59
Graf č. 17 – Celkový hrubý skór domény prožívání	59
Graf č. 18 – Spokojenost s osobními vztahy	60
Graf č. 19 – Spokojenost se sexuálním životem.....	61
Graf č. 20 – Spokojenost s podporou od přátel	62
Graf č. 21 – Hrubé skóry domény sociální vztahy	63
Graf č. 22 – Celkový hrubý skór domény sociální vztahy	63
Graf č. 23 – Pocit bezpečí v každodenním životě	64
Graf č. 24 – Životní prostředí	65
Graf č. 25 – Finanční situace	65
Graf č. 26 – Přístup k potřebným informacím.....	66
Graf č. 27 – Možnost věnovat se svým zálibám.....	67
Graf č. 28 – Spokojenost s podmínkami v místě pobytu.....	67
Graf č. 29 – Spokojenost s dostupností zdravotní péče.....	68
Graf č. 30 – Spokojenost s dopravou.....	69
Graf č. 31 – Hrubé skóry domény prostředí	70
Graf č. 32 – Celkový hrubý skór domény prostředí	70

Graf č. 33 – Celková kvalita života	71
Graf č. 34 – Bodové hodnocení otázky č. 1.....	72
Graf č. 35 – Průměrné bodové hodnocení celkové kvality života.....	73
Graf č. 36 – Spokojenost se zdravím	74
Graf č. 37 – Bodové hodnocení otázky č. 2.....	75
Graf č. 38 – Průměrné bodové hodnocení spokojenosti se zdravím	76

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 – Četnost odpovědí na otázku č. 26	58
Tabulka č. 2 – Četnost odpovědí na otázku č. 1	72
Tabulka č. 3 – Četnost odpovědí na otázku č. 3	75

SEZNAM ZKRATEK

PN	punkční nefrostomie
USG	ultrasonografie
RTG	rentgen, rentgenové vyšetření
CT	výpočetní tomografie (angl. <i>Computer Tomography</i>)
EKG	elektrokardiografie, elektrokardiogram
WHO	Světová zdravotnická organizace (angl. <i>World Health Organisation</i>)
APTT	aktivovaný parciální tromboplastinový čas
GIT	gastrointestinální trakt
CMP	cévní mozková příhoda
Ch.	<i>Charrière</i> , jednotka (resp. stupnice) užívaná pro vnější průměr katétrů, cévek apod. (1 Ch. = 1/3 mm)
angl.	anglicky
atd.	a tak dále
cca	cirka, přibližně
max.	maximálně
např.	například
resp.	respektive
tj.	to je, to jest
tzn.	to znamená
tzv.	takzvaný, takzvaně

ÚVOD

Punkční nefrostomie je jedním z možných způsobů náhradní derivace moči. Jedná se o drén, který je pacientům zaváděn přes kůži až do ledvinné pánvičky, odkud odvádí moč pryč z těla. Punkční nefrostomie bývá zakládána v souvislosti s mnoha onemocněními a její založení rozhodně není výsadou jen starších pacientů. Přestože pacientů se zavedenou punkční nefrostomií není mnoho, stále se jedná o poměrně hojně prováděný výkon, který následně ovlivňuje každodenní život pacientů a v mnoha případech i celkovou kvalitu jejich života. Spojením problematiky punkční nefrostomie s problematikou kvality života vzniká velmi relevantní téma, neboť je zřejmé, že punkční nefrostomie, jakožto umělý vývod močového systému, bude téměř jistě ovlivňovat i jednotlivé aspekty života jedinců, kteří její zavedení podstoupí. Přítomnost zavedené punkční nefrostomie tak může mít dopad na řadu oblastí života, kterými jsou například fyzické a psychické zdraví jedinců, jejich sociální život, mezilidské vztahy či finanční situace.

Tato bakalářská práce se zaměřuje na problematiku punkční nefrostomie a kvality života s touto derivací moči. Hlavním cílem práce je zmapovat a zhodnotit kvalitu života pacientů s punkční nefrostomií. Dále je stanoveno několik dílčích cílů, které mají za úkol zjistit míru uspokojení v několika oblastech života (fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí, ve kterém pacienti s PN žijí), míru hodnocení celkové kvality života a míru spokojenosti se zdravím. Hodnocení bude prováděno za pomoci standardizovaného dotazníku kvality života. Obsah teoretické části práce pak vychází ze stanovených cílů. Jednotlivé kapitoly se věnují punkční nefrostomii, konkrétně shrnují indikace a kontraindikace založení PN, popisují celkovou předoperační a pooperační péči i samotný výkon založení PN. Další kapitoly jsou věnovány životu s punkční nefrostomií a vlivu punkční nefrostomie na jednotlivé aspekty života. Je zde také kapitola o edukaci pacientů a kapitola objasňující problematiku kvality života.

Motivací pro vypracování bakalářské práce zaměřené na tuto tematiku byla zejména skutečnost, že i přesto, že punkční nefrostomie má významný dopad na každodenní život pacientů, existuje jen omezené množství publikovaných prací věnovaných tomuto tématu. Dle mého názoru by si problematika kvality života pacientů s punkční nefrostomií zasloužila větší pozornost a mnohem podrobnější výzkum.

TEORETICKÁ ČÁST

1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

Hned na začátku je třeba si definovat teoretická východiska a vysvětlit základní pojmy, jež jsou pro tuto kvalifikační práci klíčové. Teoretická východiska jsou volena v závislosti na cíli kvalifikační práce a zároveň vymezují i obsah teoretické části. Jako teoretická východiska této práce byly zvoleny pojmy: kvalita života, punkční nefrostomie, ošetrovatelství a pacient.

Definovat **kvalitu života** je velmi obtížné, neboť se jedná o velice individuální a komplexní pojem. Dle Elektronického lexikonu slovenského jazyka (in: (Gurková 2011)) **kvalita** vyjadřuje jakost či hodnotu. Obecně ji můžeme chápat jako relativní koncept, který lze vyjádřit jak kvalitativními (odvozenými z hodnocení posuzovatele), tak kvantitativními (měřitelnými) ukazateli. Chceme-li definovat, co přesně hodnocení kvality zkoumá, musíme specifikovat, co je předmětem hodnocení a zároveň stanovit normu, podle které se tento předmět posuzuje. V případě, že hodnotíme kvalitu života, je předmětem hodnocení **život**, nejčastěji ten individuální. Život chápeme jako komplexní pojem, který zahrnuje všechny projevy a oblasti jeho činností (biologická existence, život společenský, rodinný, emoční apod.) v kontextu paradigmatu ošetrovatelství. Jako norma, podle níž **život** posuzujeme, slouží „životy“ dalších různých lidí s ohledem na to, co je pro každého jednoho člověka důležité (Gurková, 2011).

Punkční nefrostomie je jednou z metod derivace moči. **Nefrostomie** je drén, který se zavádí přes kůži stěny břišní do ledvinné pánvičky, odkud zajišťuje odvádění moči pryč z těla (jedná se o drenáž dutého systému ledvin) (Volf a Drábek, 2017). Samotné slovo nefrostomie je poté odvozeno ze dvou původem řeckých slov – *nefros* a *stoma*. *Nefros* je výraz pro ledvinu, *stoma* (popř. *stomatos*) znamená ústa, otvor či ústí. To přeneseně označuje vyústění dutého orgánu na povrch těla, jeho vyšití nebo vyústění pomocí drénu (jak je tomu v případě nefrostomie) (Zachová, 2010). Přídavné jméno „**punkční**“ se poté vztahuje přímo k samotnému způsobu zavádění drénu, jímž je technika perkutánní punkce. Punkce obecně znamená nabodnutí (tělní dutiny, orgánu) za účelem léčebným či diagnostickým (např. k získání vzorku nějaké tkáně) (Vokurka a Hugo, 1998-2024).

Důležité je také si definovat, co to vlastně **ošetřovatelství** je. Historicky vzato je ošetřovatelství láska k lidem, moudrost a pomoc. Dnes bychom mohli ošetřovatelství definovat jako samostatný vědní obor, který si přes všechny změny v průběhu mnoha staletí dokázal zachovat svůj jedinečný charakter. Jedná se o vysoce odbornou profesi, jenž se orientuje jak na péči v nemoci, tak i na péči ve zdraví (tj. předcházení nemocem). Nositelkami ošetřovatelství jsou především sestry (všeobecné, praktické, dětské) a porodní asistentky. Do profesní výbavy nelékařských zdravotnických pracovníků patří mimo jiné také výzkum v ošetřovatelství, praxe založená na důkazech (*evidence based practice*) či ošetřovatelství založené na důkazech (*evidence based nursing*) (Plevová, 2018).

Pacient je osoba v lékařské péči; nemocný, který podstupuje nějakou léčbu (Vokurka a Hugo, 1998-2024).

REŠERŠNÍ STRATEGIE

K definování teoretických východisek byly využity zdroje, které byly vyhledávány na základě konkrétně zvolených klíčových slov (kvalita života, punkční nefrostomie, ošetřovatelství a pacient). Klíčová slova byla následně použita k vyhledávání zdrojů přes české a zahraniční databáze (Medvik, PubMed, Google Scholar, ScienceDirect, SpringerLink). Zdroje použité v této práci pocházejí z období od roku 2002 do roku 2023. Vzhledem k omezené dostupnosti aktuální literatury na zvolené téma byly čerpáno také ze zdrojů starších deseti let. Nalezené zdroje byly selektovány dle kritérií zařazujících (odborné knihy a články v české, anglickém a slovenském jazyce týkající se zvolené problematiky) a kritérií vyřazujících (neodborné a duplicitní články). Tyto vyselektované zdroje byly následně využity při tvorbě teoretické části této práce a při zpracování diskuze. Bylo čerpáno z 21 knih, 9 odborných článků (z toho byly 4 v českém a 5 v anglickém jazyce), dvou příruček/brožur, 12 elektronických zdrojů a jedné bakalářské práce, která byla využita v diskuzi. Celkem tedy bylo využito 45 zdrojů.

2 PUNKČNÍ NEFROSTOMIE

Pokud nemůže být moč z lidského těla vylučována přirozeně cestou vývodných cest močových, je nutno zajistit jiný způsob odvádění moči, tedy tzv. derivaci moči. Jednou z metod derivace moči je i punkční nefrostomie. V rámci klasifikace močových derivací je PN derivací zevní a inkontinentní (tzn. že moč nepřetržitě odchází do sběrného sáčku a pacient její vylučování vůlí neovládá) (Pitra, 2022). Mezi další způsoby derivace moči patří například ureterální stenty (derivace moči močovodem), epicystostomie (suprapubická drenáž močového měchýře) nebo obyčejná uretrální katetrizace (katetrizace močového měchýře přes močovou trubici) (Volf a Drábek, 2017).

Dle doby, po kterou bude punkční nefrostomie pacientovi zavedena, rozlišujeme dva typy nefrostomií: **trvalou** a **dočasnou**. Dočasně zavedená PN se pacientovi ponechává pouze do odstranění příčiny obstrukce a obnovení fyziologického vylučování moči. Trvale zavedená PN pak bývá indikována převážně u různých nádorových postižení (např. nádory vývodných cest močových, nádory malé pánve) nebo u stavů po onkologické léčbě (Nermuťová a Vávrová, 2013). Rozhodnutí, zda bude PN dočasným nebo trvalým řešením pacientových obtíží, by mělo být velmi důkladně promyšleno, neboť může negativně ovlivňovat kvalitu pacientova života. Pokud se očekává, že bude derivace moči dlouhodobá či dokonce trvalá, nejprve by měl být indikován pokus o zavedení ureterálního stentu (vnitřní drenáže), avšak musí to umožňovat klinický nález a další kritéria (Teplan, 2006). Pokud je plánováno trvalé zavedení punkční nefrostomie, je důležité pečlivě zvážit, zda vůbec má být tento zákrok proveden či nikoliv. Trvalé založení PN je obvykle indikováno především u chronicky nemocných onkologických pacientů, je tedy nutné brát v potaz nejen funkční stav druhé ledviny (pokud ji nemocný má) a prognózu základního onemocnění, ale také respektovat přání pacienta (Köhler et al., 2005).

2.1 Indikace a kontraindikace založení punkční nefrostomie

2.1.1 Indikace založení punkční nefrostomie

Ačkoliv má založení punkční nefrostomie celou řadu indikací, většina důvodů pro její zavedení bývá spojena s nejrůznějšími blokádami odtoku moči z ledvinné pánvičky (Zachová, 2010). V případě, že moč nemůže z ledviny přirozeně odtékat do močovodu, bude postupně docházet k jejímu městnání v ledvinné pánvičce, a to může vést až k rozvoji

hydronefrózy. Takto se hromadící moč pak ledvinu utlačuje, což může vyústit až v trvalé poškození funkcí ledviny. Aby se takovému poškození zabránilo, je nutné zajistit drenáž tekutiny z ledviny, a to například pomocí punkční nefrostomie, která napomáhá k obnovení ledvinných funkcí (Hanuš a Macek, 2015).

Velmi častou indikací k založení PN je **supravezikální obstrukce** různé etiologie, kterou může způsobit například zaklíněný konkrement vzniklý při nefrolitiáze či ureterolitiáze. Další příčinou vzniku supravezikální obstrukce mohou být tumory pánve, které blokuji odtok moči vlivem prorůstání či utlačováním močovodu zvenčí, vzácněji se pak může jednat i o vlastní tumory uroteliální (tzn. tumory horních cest močových, tedy pánvičky a ureteru). Supravezikální obstrukci mohou rovněž způsobit stenózy močovodu či pyeloureterálního přechodu, stejně tak ji může způsobit i krevní sraženina vzniklá při traumatickém či iatrogenním poškození ledvin (např. při biopsii) (Volf a Drábek, 2017; Teplan, 2006).

Založení PN může být vhodným způsobem derivace moči i u některých **patologických postižení močového měchýře**. V rámci paliativní péče bývá tento výkon poměrně často indikován u nemocných s nádory močového měchýře. U pokročilých nálezu se většinou již nepřistupuje k radikální cystektomii, ale volí se nejvhodnější možný způsob trvalé derivace moči, a to včetně možnosti založení punkční nefrostomie (Volf a Drábek, 2017; Hora a Dolejšová, 2020).

Dalším stavem vyžadujícím derivaci moči může být **močový píštěl**. Toto patologické spojení se vytváří jako důsledek poranění močovodu, zánětu nebo různých maligních lézí. Jedná se např. o píštěle uretero-vaginální (komunikace mezi distálním močovodem a pochvou), uretero-uterinní (komunikace močovod-děloha) nebo uretero-salphingeální píštěle (spojení močovod-vejcovod). Můžeme se však setkat i s píštělemi, které vytvářejí spojení mezi močovodem a trávicím traktem (od duodena až po tračník), močovodem a kůží (uretero-kutánní píštěle) či močovodem a cévním řečištěm (uretero-vaskulární píštěle). Punkční nefrostomie je nutná k úspěšnému zhojení píštělí, často pak v kombinaci s uretrálními stenty (Teplan, 2006; Hanuš a Macek, 2015).

Založení PN může být indikováno i v rámci léčby pyonefrózy. **Pyonefróza** je závažný klinický stav, při němž je ledvina zasažena infekcí, vyplněná hnisem a zároveň je její vývodný systém obstruován. Vzniká jako komplikace akutní pyelonefritidy a dochází při ní k rychlé destrukci ledviny až s rizikem rozvoje urosepsy. Nutná je časná drenáž zasažené ledviny, odstranění obstrukce se řeší až po stabilizaci stavu. Pokud funkce ledviny klesne

pod 10 %, může to být indikací k nefrektomii, tedy chirurgickému odstranění ledviny (Vokurka a Hugo, 1998-2024; Hora a Dolejšová, 2020).

Důvodem k založení PN však nemusí být pouze onemocnění močového systému. Jednou z častých indikací jsou také **onemocnění retroperitonea**, neboť ta téměř ve všech případech způsobují obstrukci močovodů a vyžadují tak náhradní derivaci moči. Dalším důvodem pro zavedení PN mohou být **zánětlivé procesy GIT** (Crohnova choroba, apendicitida, divertikulitida sigmatu), **gastrointestinální tumory** či různé **tumory retroperitonea**. Zavedení punkční nefrostomie bývá taktéž úplným základem léčby retroperitoneální fibrózy a setkat se se zavedenou PN lze i při léčbě komplikací u nemocných s generalizovaným karcinomem prostaty, při němž poměrně často dochází k obstrukci ureterů. U většiny těchto onemocnění bývá PN pouhým dočasným opatřením, u nevléčitelných nádorových onemocnění však může být i řešením trvalým, mnohdy již v rámci paliativní péče, kde slouží především jako určitá prevence renálního selhání (Hora a Dolejšová, 2020).

Cestou punkční nefrostomie lze zajistit také **přístup pro některé endoskopické operace** na ledvinách a horních cestách močových, kterými jsou například perkutánní operace nefrolitiázy, operace stenózy pyeloureterálního přechodu či antegrádní zavádění ureterálních stentů. Po těchto zákrocích zůstává PN zavedená a slouží k derivaci moči během následného pooperačního období (Hanuš a Macek, 2015). PN může být zavedena rovněž za účelem **provedení diagnostického vyšetření** jako je například antegrádní pyeloureterografie. Při tomto invazivním radiologickém vyšetření je kontrastní látka vstříkována punkční nefrostomií do dutého systému ledvin, a tím je umožněno zobrazení ledvinné pánvičky a močovodu (Volf a Drábek, 2017; Hora a Dolejšová, 2020).

2.1.2 Kontraindikace založení punkční nefrostomie

Absolutní kontraindikací k založení punkční nefrostomie je nekorigovatelná koagulopatie (Volf a Drábek, 2017). Tento stav je charakteristický zvýšenou krvácivostí, která může být způsobena nedostatkem či poruchou koagulačních faktorů. Tento stav může být geneticky podmíněný nebo získaný (těžká jaterní dysfunkce, porucha vstřebávání vitamínu K, trauma) (Vokurka a Hugo, 1998-2024). Pokus o zavedení PN při takto vážné poruše krevní srážlivosti by mohl mít pro pacienta až fatální následky.

Mezi **relativní kontraindikace** se řadí různá nádorová onemocnění ledvin, výrazné deformity páteře či morbidní obezita (Volf a Drábek, 2017). Při morbidní obezitě brání správném zavedení katétru nejen nadměrné množství tukové hmoty v těle nemocného, ale

toto onemocnění je často spojeno i s dalšími zdravotními komplikacemi a riziky, která by mohla výkon zkomplikovat. Relativní kontraindikací může být v určitých případech i neléčená infekce močových cest či hyperkalémie, která se u pacientů s obstruovanými močovými cestami a renální dysfunkcí vyskytuje poměrně hojně. Těžká hyperkalémie (tj. vzestup hladiny draslíku nad 7 mmol/l) může vyvolat život ohrožující arytmie, proto může být v takovémto případě před pokusem o zavedení PN indikováno provedení hemodialýzy. Další relativní kontraindikací k založení PN může být nedostatečně dilatovaný kalicho-pánvičkový systém ledvin. Pokud existuje možnost, že by se kalichy mohly s určitým časovým odstupem rozšířit, mělo by být s výkonem posečkáno, aby bylo konečné provedení co nejjednodušší a pro pacienta co nejbezpečnější. Kontraindikací k provedení výkonu je také nepodepsání informovaného souhlasu nebo nevěle pacienta ke spolupráci (Young a Leslie, 2023).

2.2 Založení punkční nefrostomie

Založení punkční nefrostomie můžeme z časového hlediska rozdělit na **výkon plánovaný** a **výkon akutní**. Plánovaný výkon bývá nejčastěji indikován u různých nádorových onemocnění nebo benigních striktur močovodu, někdy je možné o něm uvažovat i v případě obstrukce či poranění močovodu, záleží však na mnoha faktorech (Teplan, 2006). Základním předpokladem k provedení plánovaného zákroku je stav, kdy má pacient obě ledviny, ale obstruována je pouze jedna z nich. I přesto, že v těchto situacích lze založení PN na určitou dobu odložit, ani tak by se s provedením nemělo příliš otálet. V případě, že dojde k obstrukci obou ledvin, nebo má pacient už jen jednu ledvinu, bývá to jednoznačnou indikací k výkonu akutnímu (Nermuťová a Vávrová, 2013). K němu se nejčastěji přistupuje při obstrukci jakékoliv etiologie, u infekčních zánětů ledvin (pyonefróza) či v případě traumatického poranění močovodu (úraz, iatrogenní poškození) (Teplan, 2006). Akutní výkon bývá prováděn v řádech několika hodin od přijetí pacienta do nemocnice (zpravidla do 48 hodin), přičemž je možné provést alespoň základní předoperační přípravu (Zeman a Krška, 2011).

2.2.1 Předoperační období

V případě, že se lékař s pacientem nakonec dohodnou na založení PN jakožto plánovaného výkonu, čeká pacienta komplexní předoperační příprava. Provedení předoperační přípravy je nezbytným předpokladem, abychom zabránili vzniku jakýchkoli pooperačních komplikací. Z časového hlediska lze předoperační přípravu rozdělit na tři na sebe navazující

části: předoperační příprava **dlouhodobá**, předoperační příprava **krátkodobá** a předoperační příprava **bezprostřední** (Slezáková et al., 2019).

Předoperační příprava dlouhodobá začíná pro pacienta asi 14 dní před naplánovaným výkonem (Slezáková et al., 2019). Na jejím úplném počátku stojí pečlivý odběr anamnézy pacienta. Lékař, nejčastěji formou rozhovoru, navazuje s pacientem prvotní kontakt a získává od něj informace o jeho nynějších onemocněních a další potřebné údaje k sestavení osobní, rodinné, pracovní a farmakologické anamnézy. Po odebrání anamnézy následuje fyzikální vyšetření. Lékař při něm pacienta vyšetřuje pohledem (aspekce), pohmatem (palpace), poslechem (auskultace) a poklepem (perkuse). Lékař dále posuzuje stav vědomí pacienta a popisuje jeho chování (Zeman a Krška, 2011). V rámci fyzikálního vyšetření v urologii je navíc ještě prováděno vyšetření per rectum (Hora a Dolejšová, 2020).

Hned od počátku je důležité nepodcenit psychickou přípravu pacienta, neboť je důležitým aspektem péče před operací. Lékař pacienta postupně seznamuje s postupem plánovaného výkonu, v našem případě založení PN. Informuje ho, jakým způsobem bude probíhat předoperační, a i následné pooperační období včetně předpokládané délky hospitalizace, rekonvalescence, potencionálních rizik a dopadů, které může operační výkon mít na pacientův další život. Dostatečná informovanost je základní strategií ke zvládnutí strachu, kteří pacienti velmi často pocítují. Důležitou roli hraje v předoperační přípravě také sestra a její postoj k pacientovi. Jejím hlavním úkolem v tomto období je pacienta dle svých kompetencí dostatečně informovat o všech předoperačních vyšetřeních, současně se snaží mu aktivně naslouchat a v případě potřeby jej uklidnit. Pokud by pacient pocítoval výrazný stres, strach a/nebo úzkost, mohlo by to mít eventuelně negativní dopad nejen na předoperační, ale i na následné pooperační období, někdy dokonce i na samotný operační výkon (Vosátková a Houdková, 2008). Jelikož založení stomie představuje pro pacienta obrovskou psychickou zátěž a změnu dosavadního způsobu života, je velkou výhodou, pokud se již v tomto období pacient setká se stomickou sestrou a naváže s ní prvotní kontakt (Zachová, 2010).

V rámci dlouhodobé předoperační přípravy je pacient odeslán ke komplexnímu internímu předoperačnímu vyšetření. Jeho součástí je vyšetření EKG, rentgenové vyšetření srdce a plic a provedení tzv. paraklinických vyšetření, což zahrnuje celé spektrum vyšetření v rámci laboratorních a zobrazovacích metod (Slezáková et al., 2019; Zeman a Krška, 2011). Součástí laboratorních vyšetření je screeningové vyšetření krve, kdy se pacientovi odebírá krev k vyšetření krevního obrazu, základní biochemie, hemokoagulace (aPTT,

Quickův test, anti-Xa) a může být zjišťována i krevní skupina a Rh faktor (pro případ nutnosti podání krevní transfuze) (Slezáková et al., 2019). Vyšetření krevní srážlivosti je před založením PN klíčové, neboť výkon může být proveden jen za předpokladu, že jsou hodnoty koagulačních parametrů u pacienta fyziologické. Užívá-li pacient antikoagulantia a/nebo antiagregancia, musí být poučen o nutnosti vysazení těchto léčiv v dostatečném časovém předstihu před operačním výkonem. V některých případech pak může být lékařem indikováno krátkodobé převedení pacienta na nízkomolekulární heparin (Hanuš a Macek, 2015). Laboratorně se kromě krve dále vyšetřuje také vzorek pacientovy moči, konkrétně se provádí vyšetření mikroskopické (vyšetření močového sedimentu) a vyšetření mikrobiologické (kultivace a citlivost). V rámci zobrazovacích metod je pak u pacienta většinou prováděno klasické ultrazvukové vyšetření. Z vyšetření specifických pro urologii se provádí například intravenózní vylučovací urografie (IVU), kde je po intravenózním podání jodové kontrastní látky na RTG snímcích patrné její vylučování ledvinami. V určitých případech, jako je například alergie na jodovou kontrastní látku, může být jako náhrada IVU provedeno CT vyšetření (Hora a Dolejšová, 2020; Nermuťová a Vávrová, 2013).

Na dlouhodobou předoperační přípravu následně navazuje **krátkodobá předoperační příprava**, která začíná 24 hodin před samotným výkonem a za její počátek můžeme považovat přijetí pacienta do nemocnice (Slezáková et al., 2019). V tomto okamžiku sestra s pacientem navazuje kontakt, ukazuje mu jeho lůžko a seznamuje jej s chodem oddělení. Nechává pacientovi vždy dostatek času, aby se v pro něj neznámém prostředí nemocnice aklimatizoval, poskytuje mu další informace o nadcházejícím výkonu (pokud je to indikováno) a nakonec mu také dává k podpisu informovaný souhlas s výkonem – v našem případě tedy se založením punkční nefrostomie (Vosátková a Houdková, 2008).

V rámci krátkodobé předoperační přípravy sestra dohlíží na celkovou hygienu pacienta a přípravu operačního pole. Celkovou hygienu dle soběstačnosti provádí sám pacient, popř. s pomocí sestry a dalšího ošetrovatelského personálu. Celková hygiena zahrnuje taktéž případné odlakování nehtů a odlíčení obličeje od všech kosmetických přípravků. Příprava operačního pole probíhá dle zvyklostí daného oddělení a může zahrnovat například předoperační dezinfekci operačního pole (Slezáková et al., 2019). Dříve se operační pole zbavovalo ochlupení již v rámci krátkodobé předoperační přípravy, ukázalo se však, že holení mnoho hodin před operací naopak zvyšuje přítomnost bakteriální flóry na kůži a drobné ranky vzniklé při nešetrném holení mohou vytvářet vstupní bránu pro infekci. Holení by tedy mělo být prováděno až těsně před výkonem (Zeman a Krška, 2011). Sestra dále pacienta

poučuje o nutnosti lačnění, a to v časovém období nejméně 6 až 8 hodin před výkonem (Slezáková et al., 2019). V praxi se na pacienty většinou apeluje, aby již od půlnoci nic nejedli, nepili, nekouřili a ani nežvýkali žvýkačky.

Ani v tomto období neopomínáme psychickou přípravu pacienta. I zde sestra hraje klíčovou roli v podpoře pacienta, projevuje empatii a umožňuje mu volně vyjadřovat jeho emoce. Aktivním nasloucháním a odpovídáním na dotazy je sestra schopna přispět k minimalizaci pacientova stresu a strachu z nadcházejícího výkonu, což je v podstatě hlavním cílem psychické přípravy v předoperačním období (Slezáková et al., 2019). Strach je sice nežádoucí, zato naprosto běžně se vyskytující emocí, a to nejen v období před operačním výkonem. U každého se strach projevuje jinak – někdo má tělesné příznaky (zrychlený pulz, zvýšené pocení, nutkání na močení atd.), u někoho může strach vyvolat poruchy myšlení a pozornosti, někdo se uzavírá do sebe a nekomunikuje, někdo může být naopak agresivní. Sestra tráví s pacientem během hospitalizace mnoho času, a tak je jejím úkolem tyto příznaky rozpoznat, monitorovat a případně o nich informovat lékaře (Vosátková a Houdková, 2008). K úpravě psychického stavu pacientů se pak často využívá účinků farmakoterapie. Anesteziolog může pacientovi v rámci premedikace naordinovat hypnotika a/nebo sedativa s cílem vylepšit kvalitu spánku a umožnit pacientovi řádně si před výkonem odpočinout (Slezáková et al., 2019).

Jako úplně poslední přichází **bezprostřední předoperační příprava**. Tou rozumíme období těsně před operačním výkonem, obvykle se jedná o časový rámec cca 2 hodin před začátkem výkonu. V této fázi předoperační přípravy sestra pečlivě kontroluje veškerou dokumentaci, včetně ověření podpisu informovaného souhlasu s výkonem. Sestra přikládá pacientovi bandáže na dolní končetiny v rámci prevence tromboembolické nemoci (TEN). Součástí je také opětovná kontrola operačního pole, kontrola lačnění a kontrola chrupu (pacient musí mít před odjezdem na operační sál vyjmutou zubní protézu). Sestra dále kontroluje sejmutí šperků (včetně jejich bezpečného uložení) a splnění všech předoperačních ordinací, což zahrnuje aplikaci premedikace dle ordinací anesteziologa a realizaci všech specifických požadavků chirurga (zavedení periferního žilního katétru, zavedení permanentního močového katétru apod.). Ještě před aplikací premedikace sestra kontroluje vyprázdnění pacienta, popř. pacienta vyzve, aby si ještě došel na toaletu. Bezprostřední předoperační příprava končí převozem pacienta na operační sál a jeho předáním personálu operačního sálu (Slezáková et al., 2019; Zeman a Krška, 2011).

2.2.2 Založení punkční nefrostomie – výkon

Založení punkční nefrostomie se obvykle provádí v místním znecitlivění na operačním sále. Dříve tento výkon patřil spíše na rentgenová pracoviště, kvůli celkové sterilitě prostředí a lepší dostupnosti potřebné zdravotnické techniky se však provádění tohoto výkonu postupně přesunulo na operační sály (Hanuš a Macek, 2015). Existují celkem dva způsoby založení nefrostomie. Prvním variantou je založení nefrostomie během otevřeného operačního výkonu. Druhou, mnohem častější variantou, je založení nefrostomie technikou perkutánní punkce (Rovný et al., 2003).

Příjezdu pacienta vždy předchází příprava samotného operačního sálu. K založení PN se využívá speciálně připravených jednorázových sterilních setů určených přímo k tomuto výkonu. Sety obvykle obsahují punkční jehlu, vodič, dilatátory, nefrostomický drén, fixační pomůcky a sběrný sáček. Vše je předem připraveno sálovou sestrou na sterilním stole, včetně dalších potřebných pomůcek (sterilní rukavice, sterilní plášť pro lékaře atd.) (Hanuš a Macek, 2015). Součástí operačního týmu je obvykle chirurg (operatér), anesteziolog, anesteziologická sestra, instrumentující sestra a obíhající sestra (Wichsová et al., 2013).

Příjem pacienta na operační sál probíhá ve vstupním filtru, kde je sestrou z oddělení (popř. lékařem) předán do péče perioperační nebo anesteziologické sestře (popř. anesteziologovi). Pacient se svlékne (pokud tak již neučinil), je přikryt prostěradlem a vlasy jsou mu zakryty speciální čepičkou. Perioperační sestra opětovně kontroluje, zda je pacient vymočený, má vyjmutou zubní protézu, sundané šperky a zabandážované dolní končetiny. Po převzetí dokumentace a ověření pacientovy identity (dotazem, identifikačním náramkem) je pacient převezen na samotný operační sál, kde bude výkon proveden (Wichsová et al., 2013). Před zahájením výkonu zaujímá pacient na operačním stole polohu na břicho, na některých pracovištích může být volena i poloha na boku. Na horní končetinu je pacientovi přiložena manžeta sloužící k monitoraci krevního tlaku, na prst či ušní lalůček je potom umístěn pulzní oxymetr, který neinvazivně měří saturaci hemoglobinu kyslíkem a snímá pacientův pulz. V některých případech mohou být pacientovi na tělo přilepeny elektrody, které snímají srdeční činnost a na monitor se promítají jako EKG křivka, někdy může být vyžadováno také měření tělesné teploty pomocí přiložení teplotního čidla.

Po těchto nezbytných úkonech již následuje dezinfekce přibližného místa punkce v zadní axilární čáře a jeho následné zarouškování (Hanuš a Macek, 2015). Lékař pomocí USG sondy vyhledá přesné místo vpichu a aplikuje do něj lokální anestetikum (Mesocain 1%).

Následně provede malý řez skalpelem do kůže. Pod stálou ultrazvukovou kontrolou řezem zavádí tenkou nefrostomickou jehlu přes kalich až do ledvinné pánvičky (Nermuťová a Vávrová, 2013). K zobrazení kalicho-pánvičkového systému ledviny během výkonu se využívá kontrastní látka, která je pacientovi podávána intravenózně, popř. ureterální cévkou. Ověřením úspěšné punkce dutého systému ledviny může být kromě zrakové kontroly také odtékání moči zavedenou nefrostomickou jehlou. Dalším krokem je zavedení vodícího drátu přes nefrostomickou jehlu. Nefrostomická jehla je následně odstraněna a pomocí vodícího drátu lékař postupně dilataje punkční kanál několika dilatátory. Po dostatečné dilataci punkčního kanálu je po vodícím drátu zaveden definitivní nefrostomický drén, obvykle ve velikosti Ch. 8-12 (Hora a Dolejšová, 2020; Rovný et al., 2003).

To vše probíhá pod stálou skiaskopickou kontrolou, ke které se využívá mobilní RTG přístroj s C-ramenem. Aby nedopatřením nedošlo k nechtěnému vytažení drénu či jeho dislokaci, je jeho konec v ledvině fixován tvarem zakončením (pig-tail, balónek), navíc ještě bývá ke kůži upevňován pomocí dvou stehů (Hanuš a Macek, 2015). Úplně na závěr je drén napojen na sběrný močový sáček, místo vpichu je opětovně vydezinfikováno a překryto sterilním krytím (Nermuťová a Vávrová, 2013).

2.2.3 Pooperační období

Založení PN se obvykle provádí v lokální anestezii, ve většině případů tedy není nutné, aby byl pacient po dokončení zákroku nadále monitorován na speciálním „dospávacím“ pokoji. Zde jsou obvykle sledováni pacienti do úplného odeznění celkové anestezie, obnovení plného vědomí a návratu obranných reflexů. Pokud jsou tedy po založení PN pacientovy životní funkce stabilní, a zároveň se nevyskytly ani žádné jiné komplikace, je možné pacienta pod dohledem lékaře předat z operačního sálu přímo personálu standartního lůžkového oddělení. Tímto okamžikem začíná bezprostřední pooperační období, které je ohraničeno dobou prvních 24 hodin po operaci (Janíková a Zeleníková, 2013).

Ošetrovatelská péče o pacienta v bezprostředním pooperačním období se řídí ordinacemi lékaře. Úplným základem je monitorování základních životních funkcí v intervalu, který určí lékař (nejdříve každých 15 minut, postupně se interval prodlužuje). Sestra u pacienta monitoruje krevní tlak, pulz, dýchání, tělesnou teplotu, saturaci a vše zaznamenává do ošetrovatelské dokumentace, v prvních hodinách po operaci obvykle zapisuje naměřené hodnoty do tzv. akutní karty. Dále sestra sleduje tekutinovou bilanci pacienta (příjem a výdej tekutin), v našem případě se pak speciálně zaměřuje na odchod moči nově zavedeným

drénem do sběrného sáčku. Dle stavu pacienta a ordinací lékaře také dochází k postupnému obnovení výživy (realimentaci). V rámci monitorace celkového stavu sestra pravidelně kontroluje stav vědomí a dotazuje se pacienta, zda pociťuje nějakou bolest (Janíková a Zeleníková, 2013). Hodnocení intenzity bolesti se v klinické praxi obvykle provádí za pomoci slovního hodnocení (0 – žádná bolest; 10 – nesnesitelná bolest) nebo vizuální analogové škály (VAS), kdy pacient opět hodnotí bolest na stupnici od žádné bolesti po nesnesitelnou bolest. Pokud pacient pociťuje bolest, řeší se to zpravidla medikamentózně, a to podáním neopioidní, popř. opioidních analgetik (Skála, 2016). Sestra podává analgetika na základě ordinací lékaře, včetně další potřebné infuzní terapie a léků (antibiotika, chronická medicína, antikoagulancia) (Janíková a Zeleníková, 2013). Dle svého uvážení se může sestra pokusit zaměstnat pacienta nějakou činností, kterou odvede jeho pozornost od vnímané bolesti, čímž přímo snižuje její intenzitu.

Velmi důležitou součástí bezprostředního pooperačního období je taktéž sledování průchodnosti nefrostomického drénu a sledování místa punkce. Pokud sestra zjistí, že místo punkce krvácí (prosáknuté krytí, pokles krevního tlaku, zrychlený pulz) nebo že má pacient v moči příměs krve (hematurie), ihned o těchto skutečnostech informuje lékaře. Sestra také sleduje a informuje lékaře o vzniku dalších příznaků případných pooperačních komplikací, kterými mohou být kromě krvácení například i šok nebo kolísání krevního tlaku. Po výkonu sestra také obvykle provádí odběr krve ke kontrolnímu laboratornímu vyšetření a průběžně sleduje výsledky těchto vyšetření (krevní obraz, koagulace, biochemie). Dále sestra pečuje o pohybový režim pacienta. Zpočátku je na pacienta apelováno, že po nezbytně dlouhou dobu musí dodržovat klid na lůžku. Po uplynutí této doby začíná postupná rehabilitace, kdy je pacient edukován například i o způsobu, jak správně vstávat z lůžka atd. Součástí pooperačního období je i péče o hygienu pacienta (Janíková a Zeleníková, 2013). V neposlední řadě nezapomínáme ani na monitoraci pacientova psychického stavu. Sestra si všímá v jakém je pacient rozpoložení, zda spolupracuje a chce se na péči o PN podílet. U pacientů může velmi snadno dojít k rozvoji psychických obtíží, poruch spánku a/nebo k celkově zhoršené péči o sebe sama, což posléze může vést až ke snížení celkové kvality života (Nermuťová a Vávrová, 2013).

2.3 Komplikace punkční nefrostomie

Stejně jako kterýkoli jiný výkon, i založení punkční nefrostomie s sebou nese rizika vzniku různých komplikací. Ty mohou nastat jak v průběhu samotného výkonu, tak i v následném v pooperačním období. Pooperační komplikace jsou nežádoucím jevem a narušují standartní průběh pooperačního období. Za vůbec nejrizikovější období pro vznik komplikací jsou považovány první dvě hodiny po operaci (Janíková a Zeleníková, 2013).

Obecně lze pooperační komplikace rozdělit následovně:

- **Obecné** (mohou nastat u každé operace) a **specifické** komplikace (specifické pro daný výkon)
- **Místní** (např. komplikace v ráně) a **celkové** (bolest, zvracení, tachykardie)
- **Bezprostřední** (v prvních 24 hodinách po výkonu), **časné** (do 2-3 týdnů po operaci) a **pozdní** komplikace (Janíková a Zeleníková, 2013).

V rámci samotného výkonu založení PN může nastat hned několik závažných komplikací. Vůbec nejčastější komplikací bývá krvácení, které může vycházet z punkčního kanálu nebo přímo z ledvinné tkáně. Mezi další komplikace, které mohou nastat, řadíme perforaci dutého systému ledviny, poranění velkých cév jako jsou aorta a dolní dutá žíla, či poranění jiných orgánů (plíce, pohrudnice, střeva, játra, žlučník). V případě vzniku alergické reakce na kontrastní látku přímo v průběhu výkonu nelze založení PN provést a výkon musí být v určitém časovém odstupu zopakován (Nermuťová a Vávrová, 2013).

Ledviny mají velmi bohaté cévní zásobení, a nejspíše proto bývá i v rámci bezprostředního pooperačního období nejčastější komplikací krvácení. Téměř ve všech případech nově založené punkční nefrostomie se setkáváme s hematurií, která by však měla ustát v řádu několika dní po operaci. Přetrvává-li déle, bývá řešením první volby výměna původního nefrostomického drénu za silnější, pokud ani to krvácení nedokáže zastavit, přistupuje se obvykle k selektivní embolizaci postižené tepny. V případě větší krevní ztráty může být lékařem indikováno podání transfúze, tato situace ovšem nastává jen v pouhém 1-2 % případů založení PN. Mortalita spojená s PN je pak ještě nižší, a to pouhých 0,1 – 0,2 %. Jednou z dalších, poměrně častých komplikací je zanesení infekce do ledviny. Tento stav může vzniknout téměř kdykoliv, nejčastěji se však projevuje jako komplikace časná či pozdní. Zanesení infekce do ledviny může vést až k rozvoji septického stavu – urosepse. Se vznikem urosepse

se setkáváme u 1–7 % případů založených punkčních nefrostomií. Bavíme-li se o závažných komplikacích, pak je riziko jejich vzniku u punkčních nefrostomií významně nižší než u nefrostomií zaváděných při otevřených operacích (Teplan, 2006).

V rámci časných a pozdních komplikací nejsou neobvyklé ani mechanické komplikace spojené se zavedenou PN. Zde bývá nejčastějším problémem dislokace nebo úplné vytažení nefrostomického drénu, dále jeho zalomení či zaškrcení v místě fixace ke kůži. Dojít může také k ucpání drénu inkrustacemi, inkrustace následně brání odtékání moči z ledviny a opět zde hrozí až rozvoj septického stavu (Hanuš a Macek, 2015; Rovný et al., 2003). Důležité je neopomenout komplikace spojené se zhoršeným psychickým stavem pacienta. Jelikož je nefrostomie mimotělním vývodem močových cest, je zde vysoká pravděpodobnost, že jejím založením dojde ke snížení celkové kvality života pacienta a s tím spojenému vzniku a rozvoji různých psychických potíží, hlavně u pacientů s trvale zavedenou PN (Nermuťová a Vávrová, 2013).

2.4 Edukace

Založení stomie představuje obrovský zásah do života pacienta a jeho běžných denních aktivit a činností. Založení stomie, a i následný život s ní, tedy vyžadují důslednou edukaci pacienta, a to jak v předoperačním, tak i v následném pooperačním období. Samotné slovo **edukace** pochází z latinského *educatio* neboli vychovávání. Termín „edukace“ není úplně snadné definovat, neboť má v různých oborech různé definice. Dle obecné pedagogiky a didaktiky (in: (Zachová, 2010, s. 45) je edukace „*synonymum pro vzdělávání, respektive výchovně-vzdělávací proces*“. V průběhu edukace je poté uplatňován tzv. **edukační proces**, který Zachová (2010, s. 46) definuje takto: „*Edukační proces je činnost, při níž dochází k učení na straně objektu, jemuž je předkládán nějakým jiným subjektem určitý druh informace*.“ V praxi jsou v našem případě informace předávány stomikovi (edukovaný subjekt) stomickou sestrou (edukátor).

Stomická sestra je odborník, který se specializuje na práci s pacienty se stomií. Hlavním cílem její práce je edukace stomika hlavně v péči o stomii, dále pacientovi pomáhá vyrovnávat se s nově vzniklou životní situací a i s návratem zpět do běžného denního života (České ILCO, b.d.). Kvalitní stomická sestra by měla být empatická, trpělivá a tolerantní. Měla by disponovat dobrými komunikačními schopnostmi, dostatkem odborných znalostí a mimo jiné také zájmem o obor, aby se mohla ve své profesi neustále zlepšovat a poskytovat

stomikům co nejlepší a nejodbornější péči. Klíčem k úspěšné edukaci je pak budování rovnocenného partnerského vztahu mezi stomickou sestrou a stomikem, ze kterého benefitují obě strany – stomik získává spojence pro každodenní boj a sestra může nově nabyté informace předávat dále (jiným stomikům či svým kolegům). Takového vztahu lze dosáhnout jen tehdy, pokud spolu obě strany budou vždy jednat s úctou a respektem a budou si vzájemně důvěřovat. Důležitým předpokladem pro roli stomické sestry je i rozvinutá schopnost sebe-reflexe, kdy si sestra uvědomuje, že je pouhým rádcem a průvodcem stomika, nikoli vševědoucí bytostí, která vždy ví, co je pro pacienta nejlepší. Důležité je si také uvědomit, že hlavním cílem edukace stomika není pouhé předávání informací, ale zásadní je hlavně schopnost pacienta osvojit si potřebné dovednosti k následnému vykonávání běžných denních činností. Sestra tak nabízí stomikovi rady nejen co se týče praktické péče o stomii, ale hlavně mu poskytuje velmi potřebnou psychickou podporu. Radí, jak se vypořádat s nástrahami každodenního života, zároveň může být nápomocná i při znovubudování přiměřených postojů nejen k okolí, ale hlavně k sobě samému. V popisu práce stomické sestry je také pomoc rodině pacienta, pokud o to jeho blízcí projeví zájem (Zachová, 2010). V některých zdravotnických zařízeních je práce stomické sestry vykonávána jako samostatná funkce, jinde je přidružená k běžné práci sestry na oddělení a v některých nemocnicích se naopak se stomickou sestrou nesetkáme vůbec (České ILCO, b.d.).

Jako velmi důležité se jeví začít s edukací budoucích stomiků již v předoperačním období. Tehdy ještě není pacient vystaven pooperační zátěži, většinou ani nebývá pod vlivem silných analgetik, která by ovlivňovala jeho pozornost, měl by tak být schopen se na edukaci lépe soustředit (Vosátková a Houdková, 2008). Již před operací by se tak pacient měl poprvé setkat se stomickou sestrou. Ta by pro něj měla být od prvopočátku osobou, které stomik důvěřuje a může se na ni kdykoli a s čímkoli obrátit, a to i po propuštění z nemocnice. Pacient by měl mít možnost pokládat stomické sestře jakékoliv otázky týkající se dané problematiky. Zároveň by měl dostat příležitost si prohlédnout a vyzkoušet pomůcky, které bude v budoucnu potřebovat, samozřejmostí by mělo být i „cvičné“ vyzkoušení péče o stomii ještě před tím, než mu vůbec bude založena. Díky předoperační edukaci pak už pacient alespoň trochu tuší, jak bude péče o jeho budoucí stomii probíhat a získá náhled na to, jakým způsobem bude probíhat edukační proces i po samotném výkonu. Kvalitní předoperační edukace může výrazně napomoci ke snížení pocitu úzkosti, kterou pacienti před založením stomie často pociťují (Zachová, 2010).

Hlavním cílem edukace v pooperačním období je pacienta naučit jak o zavedenou PN pečovat a jak zacházet se sběrným močovým systémem. Pacient již od časného pooperačního období spolupracuje se sestrou při převazech stomie, aby byl co nejlépe připraven na návrat do domácího prostředí. Celý proces převazu krytí, péče o pokožku, výměny a zacházení se sběrným močovým sáčkem je stomikovi opakovaně popsán a demonstrován, mohou být použity i tištěné edukační materiály či výuková videa. Pacient je zároveň lékařem nebo stomickou sestrou poučen o situacích, při nichž je nutné okamžitě vyhledat lékařskou pomoc (Nermuťová a Vávrová, 2013).¹

V celém průběhu edukace je třeba ke každému pacientovi přistupovat individuálně a podle toho vhodně volit denní dobu pro edukaci i způsob, jakým bude stomická sestra stomikovi informace předávat – někdo se lépe učí nápodobou, někdo zase sledováním videí či pročítáním písemných materiálů. Konkrétní obsah i rozsah edukace si určuje sama stomická sestra, řídí se však indikacemi lékaře, se kterým edukaci konzultuje. Podstatné je pacienta informacemi nezahltit a respektovat jeho potřeby a přání. Do edukačního procesu je vhodné taktéž zapojit i některou osobu pacientovi blízkou, například člena rodiny, aby byl následný návrat zpět domů co možná nejjednodušší. O úspěšné edukaci hovoříme v případě, že stomik odchází domů z nemocnice s pocitem jistoty, je schopen se sám o sebe postarat a ví, na koho se obrátit, bude-li to nutné. Veškeré náležitosti ohledně provedené edukace se zaznamenávají do dokumentace, a to i v případě, že pacient edukaci z jakéhokoli důvodu odmítne (Zachová, 2010).

Edukace však v žádném případě nekončí propuštěním pacienta z nemocnice do domácího prostředí. Součástí dalšího edukačního procesu je i tzv. reedukace, tedy znovu opakování a učení se. Reedukace se zaměřuje na opětovné opakování naučených postupů a může pacientovi přinášet i další informace, například o nových pomůckách. Reedukaci může provádět nejen stomická sestra, ale může k ní docházet i na různých setkáních stomiků (např. v rámci stomických poraden či spolků). Reedukace je neoddělitelnou součástí sebepéče, je tedy důležité na ni nezapomínat (Zachová, 2010).

¹ Proces péče o stomii a situace, při nichž by měl stomik vyhledat lékařskou pomoc, jsou popsány v kapitole 3.1 Péče o punkční nefrostomii.

2.4.1 Stomické poradny, stomické spolky

Po propuštění z nemocnice by měl mít stomik možnost začít navštěvovat některou ze **stomických poraden**. Zde většinou působí již zmiňovaná stomická sestra, která stomikovi radí se všemi problémy a zapeklitostmi ohledně stomie a stomických pomůcek, může stomii zkontrolovat anebo jen stomikovi poskytnout potřebnou podporu. Ve „stomaporadnách“ se stomik také může setkat s dalšími nemocnými se stomií, od kterých může čerpat cenné rady a zkušenosti, které mu není stomická sestra, jakožto osoba bez stomie, schopna poskytnout (Drlíková et al., 2016).

Kromě stomických poraden existují i tzv. **stomické spolky**, které sdružují pacienty se stomiemi. Jádro spolků tvoří nejčastěji zkušení stomici, kteří předávají své zkušenosti a získané informace „novým“ stomikům. Vše funguje na principu dobrovolnosti, stomik tak nemusí být členem spolku, aby se mu dostalo pomoci. První stomické spolky začaly ve světě vznikat již v 50. letech 20. století, čímž se řadí mezi první patientská sdružení, která se dokázala zorganizovat, vzájemně si pomáhat a vyměňovat získané vědomosti (Drlíková et al., 2016). Aby každý stomik znal svá práva a možnosti, byla na popud zejména těchto sdružení definována základní práva stomiků, dodnes známá pod názvem „*Charta práv stomiků*“. Stalo se tak v roce 1977 na kongresu Mezinárodní asociace stomiků (České ILCO, b.d.).

U nás započalo sdružování stomiků v 80. letech 20. století, kdy první skupiny stomiků začali organizovat lékaři v Praze a v Brně. Na počátku 90. let 20. století se pak začali organizovat sami pacienti, neboť tehdy nebyl dostatek edukovaného personálu v dané problematice, zkušenosti a vědomosti tedy předávali zkušenější stomici stomikům méně zkušeným. První oficiální neziskovou organizací sdružující stomiky na našem území se stalo **České ILCO** v roce 1992 (Drlíková et al., 2016). Mezi hlavní cíle této organizace patří zejména hájení práv stomiků včetně jednání s ministerstvy či zdravotními pojišťovnami, boj proti diskriminaci stomiků, vzdělávání stomiků i laické veřejnosti, a především pak dlouhodobá pomoc se všemi možnými problémy, které jsou spjaty s návratem stomiků do běžného života. Od roku 2022 funguje telefonická ILCO Linka psychologické pomoci, kde mohou po rezervaci termínu stomici či jejich blízcí konzultovat své problémy s proškolenými odborníky. V roce 2023 bylo pod hlavičkou Českého ILCO v České republice celkem 17 aktivních stomických spolků, které pomáhají více než 14 000 stomikům (České ILCO, b.d.).

3 ŽIVOT S PUNKČNÍ NEFROSTOMIÍ

3.1 Péče o punkční nefrostomii

V prostředí nemocnice je péče o punkční nefrostomii obvykle v režii všeobecné sestry (a lékaře), po propuštění z nemocnice však běžnou denní péči přebírá pacient, popř. osoba jemu blízká. Důležité je tedy pacienta do procesu péče zapojovat v co největší míře a co nejdříve po operaci, aby následný přechod do domácího prostředí proběhl, pokud možno, bez problémů. Ačkoliv péče o PN není nikterak složitá, je zásadní, aby byl pacient (či osoba blízká) seznámen se všemi potřebnými pomůckami a bezpečně ovládal výměnu krytí a močového sáčku. Podstatné je též pacienta seznámit s komplikacemi, které mohou v souvislosti s PN nastat, aby byl schopen je včas rozpoznat a adekvátně na ně reagovat.

Nefrostomický drén je zevně fixován ke kůži dvěma stehy a je překryt sterilními čtverci (Hanus a Macek, 2015). Drén je permanentně připojen na sběrný močový sáček. Močové sáčky se vyrábí v různých velikostech a jsou opatřeny výpustí. Přes den se běžně využívají sáčky s menším objemem (350-500 ml), jež si pacient připevňuje ke stehnu páskami se suchým zipem. Na noc je vhodnější použít sáček o větším objemu (2000 ml), a to z důvodu, aby pacient nemusel během noci opakovaně vstávat kvůli jeho vyprázdnění. Tento sáček si pacient může položit na lůžko či jej připevnit speciální háčkem na okraj postele nebo jiný kus nábytku. Sběrný sáček se v průběhu dne vypouští a vyměňuje se dle potřeby, zpravidla to bývá po třech dnech. Pacientovi také opakovaně zdůrazňujeme, že sáček musí být vždy pod úrovní nefrostomie, aby do něj mohla moč po gravitačním spádu volně odtékat. Sběrný sáček by se nikdy neměl dotýkat země, aby nedocházelo k jeho zbytečné kontaminaci (Pitra, 2022).

Ideálně by výměnu krytí měl pacient provádět každý den. Před samotným zahájením výměny si pacient připraví všechny pomůcky, které bude potřebovat. Konkrétně to jsou sterilní čtverce gázy, sterilní tampóny, dezinfekční prostředek, leukoplast, nůžky, nový sběrný močový sáček a sáček na odkládání použitého materiálu (Kalábová, 2016). Při výměně krytí se zároveň pečuje i okolí nefrostomie. K tomu jsou určeny přípravky obecně užívané v péči o stomie, kterými jsou například bariérové filmy a spreje či odstraňovače adheziv (Pitra, 2022). Všechny potřebné pomůcky jsou vydávány na lékařský předpis, který pacientovi může vystavit jeho praktický lékař nebo lékař s jinou odborností (urolog, chirurg, internista, onkolog). Pomůcky jsou předepisovány na dobu maximálně tří měsíců a až na pár výjimek jsou všechny plně hrazeny ze zdravotního pojištění (Kalábová, 2016).

Postup při výměně krytí je poměrně jednoduchý, vzhledem k umístění drénu je však vhodnější, pokud převaz provádí jiná osoba, která má k místu zavedení lepší přístup (není to však podmínkou). Jelikož by péče o PN měla být přísně sterilní, osoba provádějící převaz si po přípravě pomůcek musí vždy důkladně umýt ruce, aby se co nejvíce minimalizovalo riziko zanesení infekce. Mytí rukou by mělo být samozřejmostí před i po každé manipulaci se sběrným systémem. Pacient při převazu zaujímá polohu na boku či na zádech, popřípadě v sedě. Co nejšetrněji se odlepí původní krytí a okolí stomie se očistí sterilním tampónem s dezinfekcí. Před opětovným zakrytím drénu se důkladně prohlédne ústí stomie, zda se od posledního převazu neobjevila některé ze známek infekce (zarudnutí, otok, hnisavá sekrece, bolest) či zda není okolní kůže zasažena nějakým jiným způsobem (exantém, macerace) (Pitra, 2022). Pokud ústí stomie vypadá normálně, nefrostomický drén se podloží nastříženým sterilním čtvercem gázy, kterým se zároveň lehce obalí. V tento moment se již překryté ústí pouze zafixuje připravenou leukoplastí. Na konci převazu je též vhodné vyměnit použitý sběrný sáček za nový (Kalábová, 2016).

Pacient je kromě péče o drenážní systém opakovaně edukován také ohledně komplikací, které mohou v souvislosti s PN vznikat. Hlavní je sledovat průchodnost drénu. V případě, že moč do sběrného sáčku neodtéká, je v první řadě nutno zkontrolovat, zda v některém místě nedošlo k ohnutí či zalomení drénu. Nezbytná je obezřetnost hlavně při oblékání, neboť právě tehdy dochází k zalomení či ohnutí drénu nejčastěji. Lékařskou pomoc by měl pacient vyhledat v případě, že nedokáže odhalit zjevnou příčinu, kvůli které nedochází k normálnímu odtoku moči. V tomto případě lze přistoupit k jednorázovému proplachu nefrostomického drénu fyziologickým roztokem, standardně se však proplachování drénu nedoporučuje (Pitra, 2022). Dalším důvodem k vyhledání lékařské péče může být neobvyklé zalkení moči nebo moč obsahující příměs krve. Signálem pro návštěvu lékaře může být také bolest v bederní krajině, zvýšená teplota či dlouhodobější únava. Pacient se samozřejmě ihned dostaví k lékaři také v případě, že dojde k úplnému vypadnutí nefrostomického drénu (České ILCO, b.d.).

Kontroly punkční nefrostomie se obvykle provádějí v intervalu 14 dní, ovšem pouze za předpokladu, že pacient nemá důvod se k lékaři dostavit dříve. U trvale zavedené PN bude pacient zván k jejím pravidelným výměnám každé tři měsíce. Dočasně zavedená punkční nefrostomie se ponechává na nutně dlouho dobu, a to dokud není vyřešena základní příčina blokády ledviny (Nermuťová a Vávrová, 2013).

3.2 Vliv punkční nefrostomie na jednotlivé aspekty života

Ošetrovatelství vnímá člověka jako komplexní holistickou bytost, která má potřeby biologické, psychické, sociální a duchovní. Všechny tyto potřeby musejí být v rovnováze. Pokud tomu tak není a dojde k narušení této rovnováhy, dochází ke vzniku nemoci a poruchy jedné z částí, která následně ovlivňuje fungování jedince jako celku. Jednotlivé potřeby se vzájemně prolínají a je tedy jasné, že pokud dojde k narušení jedné části, ovlivní to i části ostatní (Plevová, 2019).

3.2.1 Pohybová aktivita

Pohyb je přirozenou součástí lidského života, proto by jej pacient neměl zanedbávat ani po založení stomie. Nejen že má pohybová aktivita pozitivní vliv na výkonnost kosterního svalstva či imunitní systém, ale rovněž příznivě působí i na pacientův psychický stav (Drlíková et al., 2016).

Možnosti pohybové aktivity se liší v závislosti na čase, který uplynul od založení stomie. V prvních několika týdnech po operaci by měl být pacient velmi obezřetný a vesměs by se měl spíše šetřit – jak po fyzické, tak i po psychické stránce. Na začátku celého procesu hraje velmi důležitou roli fyzioterapie, která učí pacienta například i to, jak správně vstávat z lůžka. Vhodnou fyzickou aktivitou může později být například léčebná tělesná výchova, která v sobě zahrnuje různá dechová cvičení a relaxační techniky, jako je například jóga. V tomto období je obecně kladen největší důraz na zajištění sebepéče a rozvoj soběstačnosti, což může významně napomoci při začleňování stomika do společnosti (Drlíková et al., 2016). Po uplynutí určité doby (obvykle 2-3 měsíců) může nefrostomik postupně začít zařazovat do svého života i další fyzické aktivity, vždy ale jen za předpokladu, že to jeho zdravotní stav umožňuje. Takovými aktivitami mohou být například turistika či lehčí cvičení bez nadměrného vzpírání. Obecným pravidlem je, že sport by nefrostomikovi nikdy neměl způsobovat bolest ani jakýkoliv diskomfort. Mezi aktivity, které naopak pro nefrostomiky vhodné nejsou, patří plavání či sporty, při nichž pacient opakovaně vykonává prudké trhavé pohyby nebo přichází do kontaktu s jinými sportovci (vzniká riziko dislokace a vytažení drénu) (Drlíková et al., 2016).

O zařazování pohybové aktivity do života po založení punkční nefrostomie a návratu k původním koníčkům se však nesnažíme u všech nefrostomiků. Pokud pečujeme o pacienta v terminálním stádiu nemoci, kdy je založení PN už jen pouhým paliativním výkonem, který mu má přinést úlevu, není na místě pacienta do jakékoliv pohybové aktivity nutit. Zároveň

do pohybové aktivity nenutíme ani pacienty, kteří dlouhodobě trpí bolestí, kterou pohyb ještě zhoršuje. Důležité je vždy a za všech okolností respektovat všechna přání a potřeby pacienta, bez ohledu na náš osobní postoj.

3.2.2 Spánek a odpočinek

Burda a Šolcová (2015, s. 178) definují spánek jako „*aktivní děj, při němž se mění stav vědomí a snižuje se aktivita organismu*“. Dostatečný a kvalitní spánek a odpočinek jsou pro udržení zdraví naprosto klíčové (Burda a Šolcová, 2015).

Spánek se zavedenou punkční nefrostomií se může pro pacienta stát velmi stresující záležitostí, kritických je zejména několik prvních týdnů po zavedení PN, když ještě nefrostomik není zcela přivyknutý přítomnosti drénu. Nejen že pacientovi zavedená „hadička“ často způsobuje velký diskomfort, navíc ještě musí mít její přítomnost neustále na paměti, neboť je velmi snadné se do drénu během spánku zamotat a zapříčinit tak jeho dislokaci či úplné vytažení. Důležité je také dbát na to, aby moč volně odtékala do sběrného sáčku, drén proto nesmí být v žádné své části ohnutý nebo zalomený (České ILCO, b.d.).

Nekvalitní spánek v kombinaci se špatným psychickým stavem pacienta mohou vést až ke vzniku spánkových poruch, jakými jsou například nespavost, časté noční probouzení se nebo spánková inverze. Při řešení těchto obtíží může být pacientovi mnohdy nápomocná tzv. "spánková hygiena". Jedná se o soubor pravidel, který by měl pacientovi pomoci dosáhnout dostatečného a kvalitního spánku. Spadá sem například zajištění tichého a klidného prostředí pro spánek, kvalitní pohodlné lůžko, dostatečná pohybová aktivita během dne nebo vynechání nápojů obsahující kofein několik hodin před spaním. V případě, že problémy přetrvávají po delší časové období, může ke snazšímu navození spánku lékař pacientovi předepsat léky, nejčastěji se volí některá hypnotika (Burda a Šolcová, 2015).

3.2.3 Stravování a pitný režim

Příjem potravy je naprosto základní potřebou lidského organismu. Jídlo dodává tělu energii pro základní životní pochody (např. činnost orgánů) a pro fyzickou aktivitu, poskytuje mu také stavební materiály pro tvorbu orgánů a tkání (Svačina, 2008).

Obecně je doporučováno jíst pestrou a vyváženou stravu s dostatkem živin a dostatečným množstvím energie. Živiny jsou základní složkou stravy a dělíme je na makronutrienty, které jsou nositeli energie (proteiny, sacharidy, lipidy, alkohol), a mikronutrienty (vitaminy a minerální látky). Denně by měl člověk sníst 4-5 jídel, zkonsumovat dostatečné množství zeleniny a ovoce a nepamínat ani na mléčné výrobky a výrobky z obilovin.

Dvakrát do týdne by měli být do jídelníčku zařazovány ryby, luštěniny pak alespoň jedenkrát týdně. Na minimum by měla být omezena konzumace sladkostí a průmyslově zpracovaných potravin, doporučuje se redukovat také příjem soli na max. 5 g denně (Svačina, 2008).

Pacienti s PN by se měli stravovat dle výše uvedených zásad zdravé stravy, jinak nemusejí dodržovat žádná konkrétní dietní opatření (Vytejková et al., 2013). I přesto je pro ně ale vhodnější, budou-li se řídit doporučeními, která obecně platí pro všechny pacienty s onemocněními ledvin. Těm je doporučováno, aby se snažili co nejvíce omezit solení a konzumaci nadměrně slaných jídel. Sedimenty z minerálních solí, jež se vytvářejí v moči, v kombinaci s nedostatečným příjmem tekutin, pak mohou vést až k ucpání nefrostomického drénu. Dále je vhodné vyvarovat se nadbytečné konzumaci bílkovin zvláště živočišného původu, omezen byl měl být také nadměrný přívod sodíku a oxalátů (oxaláty se nacházejí např. v rebarboře, řepě či čokoládě). Těmito opatřeními lze opět předcházet ucpání drénu a zároveň zajistit určitou míru profylaxe před vznikem urolitiázy (Svačina, 2008). Také je třeba mít na paměti to, že potraviny mohou ovlivňovat barvu, zápach, kyselost i zásaditost moči (Vytejková et al., 2013).

Velmi důležitý je u nefrostomiků dostatečný pitný režim – doporučuje se jim vypít alespoň 2 litry tekutin denně (Kordulová a Bittner, 2012). Nejvhodnější tekutinou je obyčejná pitná voda, dále mohou pít různé ovocné, černé či bylinné čaje (Svačina, 2008). Kyselé tekutiny, například brusinkový džus nebo rakytníková šťáva, mohou posloužit jako prevence močových infekcí a tvorby močových konkrementů. Naopak mezi nápoje, jejichž konzumaci by měli nefrostomici omezit, patří alkohol a černá káva (Vytejková et al., 2013).

3.2.4 Hygienické péče a oblékání

„Hygienu je soubor pravidel a postupů potřebných k podpoře a ochraně zdraví.“ (Vytejková et al., 2011, s. 128). Hygienou nejčastěji rozumíme udržování osobní čistoty, což v biologické rovině znamená hlavně odstranění nečistot, sekretů a mikroorganismů z těla, čímž se zároveň chráníme i proti vzniku nemocí. V psychologické rovině můžeme hygienickou péči vnímat jako něco, co jedinci může pomoci k navození pozitivních emocí a pocitu pohody. Osobní hygiena, kterou rozumíme péči jedince o sebe sama, je velmi individuální záležitostí, která je dána hodnotami a návyky, které si člověk utváří již od raného dětství. Celkovou koupel je vhodné provádět alespoň jedenkrát denně (Vytejková et al., 2011). Pro pacienty s PN je nejvhodnějším způsobem celotělové hygieny sprchování, koupání ve vaně by totiž mohlo vést až k zanesení infekce. Nefrostomikům se nedoporučuje

používání parfemovaných mýdel, neboť ta mohou pro změnu vést k podráždění okolí nefrostomie. Po provedení celkové hygieny je doporučováno rovnou provést i výměnu krytí (Kordulová a Bittner, 2012).

V rámci oblékání se nemusí nefrostomik obávat žádných velkých omezení. Oblečení by mu mělo být pohodlné, nemělo by utlačovat zavedený nefrostomický drén, ani by nějak výrazně nemělo komplikovat vypouštění sběrného sáčku. Obecně se tedy doporučuje volit spíše volnější kalhoty, delší sukně a šaty, což pacientům umožňuje snadnější fixaci a vypouštění sběrného sáčku. Nevhodné mohou být naopak upnuté svršky, při jejichž nošení vzniká vyšší riziko zalomení a poškození drénu (Drlíková et al., 2016).

3.2.5 Společenský život, cestování, zaměstnání

Mnoho stomiků se bude v raném období po založení stomie potýkat s psychickými problémy, které se mohou promítnout i do jejich společenského života. Důležité je pacientovi poskytnout náležitou podporu a klidně i opakovaně jej ubezpečit, že se založením stomie jeho život neztratil smysl. Podstatné je zdůraznit, že zůstává stále tím stejným člověkem hodným veškerých mezilidských vztahů a radostí každodenního života. Opětovné zapojení nefrostomika do společenského života v období po operaci může výrazně napomoci ke zlepšení jeho psychického zdraví.

Nefrostomici mohou bez omezení navštěvovat divadla, kina, a dokonce i koncerty. Ačkoliv není nutné přijímat žádná speciální opatření, je vhodné na některé věci myslet již s předstihem. Například při výběru místa na sezení je vhodné vybrat takové místo, kde kolem sebe bude mít pacient dostatek prostoru a zároveň se bude moci kdykoliv zvednout a dojít si na toaletu, aniž by přitom rušil ostatní návštěvníky kulturní akce. Důležité je také s sebou vždy mít náhradní močové sáčky a raději i věci na převaz drénu, v případě že by nešťastnou náhodou došlo k narušení krytí. Velmi často se pacienti při návštěvách společenských akcí obávají nechtěné pozornosti, kterou může sběrný sáček přitahovat. Takovéto obavy jsou ale nepřiměřené, neboť sáček vhodně připnutý ke stehnu by neměl být pod oblečením vůbec vidět (Drlíková et al., 2016).

Víceméně stejné zásady platí i pro cestování. Při delších cestách musí nefrostomik myslet hlavně na to, aby měl u sebe vždy dostatečné množství pomůcek (močové sáčky, převazový materiál). Při cestování letadlem by měl mít většinu pomůcek u sebe, kdyby náhodou došlo ke ztrátě či poškození odbaveného zavazadla (Drlíková et al., 2016). Před odletem do zahraničí je také důležité se předem informovat o hygienické situaci v dané zemi.

Obecně se doporučuje využívat hlavně balenou vodu, a to jak na pití, tak na ústní hygienu i mytí potravin (Vytejšková et al., 2013). Pro usnadnění cestování hlavně do zahraničí si může nefrostomik požádat o vystavení tzv. Průkazu stomika, který vydává organizace České ILCO. Průkaz je ve třech světových jazycích (čeština, angličtina, němčina) a podává informace o tom, co je stomie, jaké pomůcky pacient potřebuje či jak se ke stomikovi chovat. Nechybí zde ani kontakt na lékaře. Nefrostomik může průkaz využít na letišti, při ubytování v hotelu, ale i v nemocničním zařízení, vyskytnou-li se nějaké komplikace (České ILCO, b.d.).

Ve většině případů je pacientům s PN vystavována pracovní neschopnost (Nermutová a Vávrová, 2013). To však neznamená, že všichni nefrostomici musí nutně ukončit pracovní poměr a být v pracovní neschopnosti. Pokud to zdravotní stav pacienta dovoluje a povaha práce je slučitelná se zavedenou PN, může pacient i nadále normálně pracovat. V případě, že se pacient necítí být schopen práce na plný úvazek, je možné požádat zaměstnavatele o práci z domova či o práci na zkrácený úvazek, umožňuje-li to charakter práce. Nefrostomik si také může podat žádost o invalidní důchod, která je vždy individuálně posuzována příslušným orgánem státní správy (Zachová, 2010).

3.2.6 Psychické zdraví

Zavedením punkční nefrostomie obvykle dochází ke změně kvality života nemocného. Umělé vyvedení močového ústrojí představuje obrovskou zátěž nejen pro tělo pacienta, ale především pro jeho psychiku a psychické zdraví. Tento zákrok je navíc obvykle spjat s léčbou nějakého dalšího, často velmi závažného onemocnění. Boj s takto vážnou nemocí pak bude u každého pacienta vypadat jinak. Dle kognitivního modelu boje s nemocí jsou dva způsoby vlastního boje s nemocí – **aktivní** a **úniková strategie**. Pomocí aktivní strategie pacient sám hledá řešení problému, při únikové strategii se naopak před řešením problému schovává, od dané situace utíká či předstírá, že problém vůbec neexistuje (Křivoňavý, 2002). Obecně lze říci, že nejen nemoc, ale i zavedení a život s PN představují pro člověka velmi stresovou situaci. Někdo může být k celé situaci naprosto apatický a lhostejný, naopak někdo, kdo bude pociťovat zlost a nespravedlnost vůči své osobě, může být velmi nepříjemný a nepřátelský, v některých případech dokonce až agresivní. Jiní pacienti budou prožívat pocity naprosté beznaděje, které mohou postupně přejít až v deprese a úplnou ztrátu chuti do života. **Strategie zvládnutí stresové situace** (angl. *coping*) je vysoce individuální záležitost a závisí na osobnosti jedince (temperament, zkušenosti, seberegulace, inteligence atd.), povaze problému, situaci a jejích okolnostech (Janíková a Zeleníková, 2013). To,

jakým způsobem se člověk k celé situaci staví, může ovlivňovat subjektivní vnímání kvality vlastního života.

V předoperačním období se u pacientů projevuje strach, stres a úzkost z neznámého, pacient se může obávat ztráty soběstačnosti, někdy i ztráty zaměstnání, nedostatku financí či neschopnosti postarat se o rodinu. Po operaci se často přidává strach z péče o drén a celkově obavy z návratu do běžného života mimo zdi nemocnice. U stomiků jsou naprosto běžné obavy z reakcí okolí – jak, a zda vůbec, je společnost přijme zpět. Strach o vlastní zdraví a život pak ještě veškeré negativní emoce umocňuje. U spousty pacientů zavedená PN bude znamenat i velkou změnu ve vnímání sebe sama. Pacienti mohou mít pocity méněcennosti a celkové nedostatečnosti, v mnohých případech pak mohou tyto pocity vyústit až ve stavy sebepohrdání a sebenenávisti. Založení PN představuje změnu tělesného vzhledu, mění se pohled pacienta na vlastní tělo, což může vyvolat **narušené vnímání obrazu vlastního těla**. Obraz těla (angl. *body image*) je individuální záležitost, jenž má obrovský vliv jak na psychiku jedince, tak i na jeho sociální život. Pokud dojde ke změně tělesného vzhledu, téměř vždy to ovlivní i psychiku člověka (to samozřejmě platí i naopak). Narušený obraz těla může ovlivňovat míru sebeúcty, kterou k sobě jedinec chová, emoční prožívání, jeho chování nebo například i jeho sebevědomí. Stomici mívají velmi často obavy také v oblasti sexuálního života a partnerských vztahů, kdy mohou nabýt pocitu, že se stomií nebudou pro partnera dostatečně atraktivní a nebudou moci žít plnohodnotným **sexuálním životem**. Podstatou celého problému narušeného obrazu těla je to, že vnímání a hodnocení vlastního vzhledu jedincem se může od jeho skutečného vzhledu významně lišit (a velmi často také skutečně liší), jedinec si však tuto skutečnost není schopen uvědomit (Janíková a Zeleníková, 2013).

Pro to, aby byl pacient v co možná nejlepším psychickém rozpoložení, je naprosto klíčová podpora od jeho rodiny, přátel a dalších blízkých osob. Přes návštěvy v nemocnici během hospitalizace až po následné propuštění domů a pomoc s návratem do běžného života, rodina a nejbližší pro pacienta představují největší oporu a pomáhají utvářet bezpečné zázemí mimo nemocnici. Podporu a bezpečné prostředí by měla být schopna pacientovi poskytnout i sestra. Vždy by měla být ochotna naslouchat, může nabídnout svůj pohled na celou situaci a společně s pacientem pak hledat možná řešení nějakého konkrétního problému, který nastane (Janíková a Zeleníková, 2013).

4 KVALITA ŽIVOTA

4.1 Definice, vymezení pojmu

Kvalita života je komplexní, multidimenzionální a subjektivní koncepce, která zahrnuje různé aspekty lidského života – od tělesných funkcí až po prožívání štěstí či dosahování životních cílů (Gurková, 2011).

Jednotná definice kvality života neexistuje. Vnímání kvality života jedincem je čistě individuální záležitost, jenž je ovlivněna nejen osobnostními rysy člověka, ale například i kulturou, v níž jedinec žije. I z vědeckého hlediska se pak těžko hledá nějaké konkrétní vymezení tohoto pojmu, neboť různé vědní disciplíny vnímají a definují kvalitu života různě (Gurková, 2011). Světová zdravotnická organizace například definuje kvalitu života jako „*subjektivní vnímání vlastní životní situace ve vztahu ke kultuře a k systému hodnot, ve kterých daný člověk žije, a také ve vztahu ke svým cílům, očekáváním a starostem*“ (MZČR, 2024).

Kvalita života a ošetřovatelství existují ve vzájemně úzce provázaném vztahu. Obecně můžeme říci, že ošetřovatelství hraje významnou roli ve zlepšování kvality života pacientů, a to nejen prostřednictvím poskytování ošetřovatelské péče, ale také skrze podporu, respekt a komunikaci. V rámci ošetřovatelství se hodnocení kvality života zaměřuje na jedince ve specifické životní situaci, která souvisí s jejich momentálním zdravotním stavem (Gurková, 2011).

4.2 Měření (hodnocení) kvality života

Měření kvality života je komplexní proces, který se snaží určitým způsobem zhodnotit subjektivní i objektivní aspekty života jedince nebo skupiny.

Kvalitu života lze posuzovat ze tří různých perspektiv:

1. **Jako objektivní měření sociálních ukazatelů** – to zahrnuje hodnocení bezpečí, vzdělávání, stability rodiny atd. Někteří ukazatelé této perspektivy ovlivňují kvalitu života jen částečně a obecně lze říci, že se toto hodnocení hodí spíše pro měření kolektivní kvality života.

2. **Jako subjektivní odhad celkové spokojenosti se životem** – tato perspektiva reflektuje osobní hodnoty a životní styl jedince. Celková spokojenost není jen o počtu oblastí, ve kterých se jedinec cítí být spokojen, ale především o spokojenosti v oblastech, které on sám hodnotí jako klíčové.
3. **Jako subjektivní odhad spokojenosti s jednotlivými životními oblastmi** – tato perspektiva umožňuje hodnocení spokojenosti v jednotlivých životních aspektech, mezi něž patří například fyzická kondice, schopnost provádět běžné všední činnosti, vztahy s blízkými lidmi, prožívání, životní prostředí nebo trávení volného času (Dragomirecká a Bartoňová, 2006).

Zjednodušeně řečeno, hodnocení kvality života v podstatě spočívá ve srovnávání „životů“ různých lidí se současným zaměřením na to, co je pro každého jednoho člověka důležité. Z toho je zřejmé, že kvalitu života nelze definovat jako něco univerzálně platného, ale spíše jako hypotetický koncept, který může být naplněn pouze individuálním obsahem. (Gurková, 2011). Stejně tak platí, že ani pro měření kvality života neexistuje jeden univerzální nástroj, který bychom mohli aplikovat vždy a za všech okolností. Existuje mnoho různých instrumentů, které měří kvalitu života v různých kontextech (lékařství, psychologie, sociologie atd.). V rámci lékařství hodnocení kvality života popisuje dopad nemoci a léčby na každodenní život pacientů, zprostředkovává subjektivní pohled nemocného na celou situaci a hodnotí účinnost terapie. Sledování kvality života nám tak může posloužit například k sestavení individuálního léčebného plánu, zaměříme-li se pak na skupinu nemocných s určitými specifickými obtížemi, může být hodnocení kvality života výborným ukazatelem efektivity léčby. Při sledování populací nám pak hodnocení kvality života může posloužit jako podklad pro vytváření preventivních programů či plánování zdravotní a sociální péče (Dragomirecká a Bartoňová, 2006).

Existuje mnoho instrumentů určených pro měření kvality života, přičemž nejčastěji je využívána metoda dotazníku nebo strukturovaného rozhovoru. V rámci lékařských oborů pak existují **dotazníky generické**, které lze aplikovat na jakýkoliv soubor nemocných (popř. i zdravých), a **dotazníky specifické**, které jsou určené pro nemocné s určitými obtížemi (dotazníky obsahují položky, které zjišťují dopad těchto obtíží na kvalitu života nemocných) (Dragomirecká a Bartoňová, 2006). Mezi **generické dotazníky** patří například dotazník kvality života od Světové zdravotnické organizace (WHOQOL-100 a WHOQOL-BREF), dotazník kvality života Short Form - 36 (SF-36), metoda SEIQoL (*Schedule for the Evaluation*

of Individual Quality of Life) či metoda SIP (*Sickness Impact Profile*). Mezi **specifické dotazníky** potom lze zařadit například *Parkinson's Disease Questionnaire* (PDQ-39), který zjišťuje kvalitu života v souvislosti se zdravím u Parkinsonovy choroby, nebo dotazník *Stroke-Specific Quality Of Life measure* (SS-QoL), který se zabývá kvalitou života u osob, které prodělaly CMP (Mapi Research Institute, b.d.).

PRAKTICKÁ ČÁST

5 FORMULACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU

Punkční nefrostomie je jednou z metod derivace moči, která je využívána při specifických obtížích, často v rámci terapie určitých onemocnění či jako „úlevový“ zákrok v rámci paliativní péče. Založení punkční nefrostomie není nijak složitý výkon, dokonce ani péče o již zavedenou punkční nefrostomii není příliš komplikovaná. Jedná se však o invazivní zákrok, jehož provedením vzniká na povrchu těla pacienta umělé vyústění močového systému, což může velmi významně ovlivňovat celkovou kvalitu života jedince a jednotlivé aspekty jeho života. Právě z tohoto důvodu je praktická část této kvalifikační práce zaměřena na otázku:

„Jaká je kvalita života pacientů s punkční nefrostomií?“

Znalost těchto problematických oblastí nám může při péči o pacienty velmi pomoci. Umožní nám snáze identifikovat specifické problémy spojené s PN a zaměřit se na problémy, které pacienty skutečně trápí. Díky tomu pak můžeme péči přizpůsobit tak, aby byla pro pacienty s PN co možná nejvíce specifická, a tím jim alespoň částečně pomoci v jejich náročném boji.

6 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

6.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem výzkumného šetření této kvalifikační práce bylo **zmapovat kvalitu života** u pacientů se zavedenou punkční nefrostomií.

6.2 Dílčí cíle a výzkumné otázky

V návaznosti na jednotlivé otázky standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF byly stanoveny následující dílčí cíle:

- a) **Dílčí cíl č. 1:** Zjistit míru spokojenosti v doméně **fyzické zdraví**.

Výzkumná otázka č. 1: Do jaké míry jsou pacienti s PN spokojeni s kvalitou svého života v oblasti fyzického zdraví?

- b) **Dílčí cíl č. 2:** Zjistit míru spokojenosti v doméně **prožívání**.

Výzkumná otázka č. 2: Do jaké míry jsou pacienti s PN spokojeni s kvalitou svého života v oblasti prožívání?

- c) **Dílčí cíl č. 3:** Zjistit míru spokojenosti v doméně **sociální vztahy**.

Výzkumná otázka č. 3: Do jaké míry jsou pacienti s PN spokojeni s kvalitou svého života v oblasti sociálních vztahů?

- d) **Dílčí cíl č. 4:** Zjistit míru spokojenosti v doméně **prostředí**.

Výzkumná otázka č. 4: Do jaké míry jsou pacienti s PN spokojeni s kvalitou svého života v oblasti prostředí, ve kterém žijí?

- e) **Dílčí cíl č. 5:** Zjistit míru hodnocení **celkové kvality života**.

Výzkumná otázka č. 5: Jak hodnotí pacienti s PN celkovou kvalitu svého života?

- f) **Dílčí cíl č. 6:** Zjistit míru spokojenosti **s celkovým zdravím**.

Výzkumná otázka č. 6: Do jaké míry jsou pacienti s PN spokojeni se svým celkovým zdravím?

7 METODIKA KVALIFIKAČNÍ PRÁCE

7.1 Metodologie výzkumu

Ke sběru dat pro praktickou část bylo využito metody kvantitativního výzkumu. Tato metoda se zaměřuje na sběr a analýzu číselných údajů, nejčastěji prostřednictvím dotazníkových šetření, standardizovaných rozhovorů či analýzy dat. Kvantitativní výzkum obvykle pracuje s velkým počtem respondentů (Kutnohorská, 2009).

Pro účely této bakalářské práce byla použita metoda sběru dat pomocí standardizovaného dotazníku kvality života **WHOQOL-BREF** (Příloha č. 1). Tento konkrétní dotazník je zkrácenou verzí dotazníku WHOQOL-100, přičemž oba tyto nástroje byly vyvinuty Světovou zdravotnickou organizací (WHO) právě pro měření kvality života. Původní dotazník WHOQOL-100 obsahuje 100 položek, které jsou sdruženy do celkem šesti kategorií (fyzické zdraví, prožívání, fyzická nezávislost, sociální vztahy, prostředí a duchovní oblast). Jelikož se však tato obsáhlejší verze ukázala být pro využití v klinické praxi příliš dlouhá a nepraktická, byla vytvořena verze zkrácená, která obsahuje položek pouze 26. Dvacet čtyři položek se dotazuje na jednotlivé aspekty života, podle čehož jsou následně rozděleny do čtyř domén (fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí). Zbylé dvě položky jsou pak samostatným hodnocením celkové kvality života a celkového zdraví.

Respondenti odpovídají na otázky na škále hodnocení, která měří intenzitu, frekvenci, hodnocení nebo schopnost. Dotazníky jsou míněny k samostatnému vyplnění respondentem, které trvá řádově jen několik málo minut. Výsledky jsou pak vyjádřeny jako:

- a) *Doménové skóry*, které jsou průměrným hrubým skórem vypočítaným z příslušných položek, včetně transformace na škálu od 4 do 20 (čím vyšší číslo, tím lepší kvalita), a
- b) *Hodnoty odpovědí dvou samostatných položek* hodnotících celkovou kvalitu života a celkový zdravotní stav (Dragomirecká a Bartoňová, 2006).

Autorkami české verze dotazníku WHOQOL-BREF jsou Eva Dragomirecká a Jitka Bartoňová. Využití tohoto standardizovaného dotazníku bylo povoleno paní doktorkou Dragomireckou, která po zaslání vyplněného Objednávkového formuláře české verze dotazníku WHOQOL obratem zaslala plnou verzi dotazníku WHOQOL-BREF, kterou jsem doplnila o úvod a následně využila k získávání výsledků v rámci tohoto výzkumného šetření.

7.2 Charakteristika sledovaného souboru

Respondenti výzkumného šetření byli voleni záměrně, a to na základě splnění kritérií pro zařazení. Kritéria byla dvě – přítomnost zavedené PN po dobu minimálně dvou týdnů a věk v rozmezí od 18 do 65 let. Aby byla tato kritéria skutečně dodržena, byly do úvodu standardizovaného dotazníku přidány dvě položky, dotazující se respondentů na jejich věk a dobu zavedení PN. Všichni respondenti byli srozuměni, že jejich účast na výzkumném šetření je anonymní a zcela dobrovolná.

7.3 Organizace výzkumu

Výzkumné šetření probíhalo na několika pracovištích, která svým charakterem odpovídají zaměření výzkumu (obecně řečeno je na těchto pracovištích vyšší možná koncentrace pacientů se zavedenou PN než na jiných pracovištích). Do výzkumu se zapojila tři pracoviště Fakultní nemocnice Plzeň, konkrétně se jednalo o Urologickou kliniku (lůžková oddělení a odborné ambulance), I. interní kliniku (lůžkové oddělení – nefrologie a odborná nefrologická ambulance) a Onkologickou a radioterapeutickou kliniku (lůžková oddělení). Výzkumné šetření dále probíhalo v rámci Nemocnice České Budějovice, konkrétně pak na Urologickém oddělení. Obě zdravotnická zařízení poskytla souhlas s výzkumným šetřením (Příloha č. 2, 3). Ohledně výzkumu byla kontaktována i další zdravotnická zařízení ve větších městech, přes opakované pokusy však nedošlo k domluvě a výzkumné šetření zde tedy ani přes mou snahu nemohlo být realizováno. Prostřednictvím emailu proto také byla kontaktována kancelář patientské organizace České ILCO, kde byl díky ochotným jedincům dotazník elektronickou formou distribuován mezi dalšími pacienty s PN.

Výzkumné šetření probíhalo od října 2023 do února 2024 a zúčastnilo se jej celkem 91 respondentů. 13 dotazníků muselo být vyřazeno z důvodu nesplnění kritérií pro zařazení do výzkumného šetření. V 11 ze 13 případů se jednalo o vyřazení z důvodu příliš vysokého věku respondentů (více než 65 let), ve dvou případech pak šlo o vyřazení kvůli příliš krátké době zavedení PN (kratší doba než dva týdny). Výzkumného šetření se tedy nakonec zúčastnilo celkem **78 respondentů**. Těchto 78 respondentů bylo rozděleno do tří věkových kategorií, přičemž v každé z těchto kategorií byli dále rozděleni dle pohlaví na muže a ženy.

7.4 Zpracování dat

Data výzkumného šetření byla podle doporučeného postupu v publikaci „*WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment: příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*“ zpracována v tabulkovém procesoru Microsoft Excel. Postupně byly vypočítány průměrné bodové skóry jednotlivých položek (otázek) a hrubé skóry domén. Získané výsledky byly analyzovány a následně vizualizovány do grafů, vše se současným rozdělením respondentů dle pohlaví a věku. Bodové hodnocení jednotlivých otázek se pohybuje v rozmezí škály od 1 do 5, přičemž hodnota 5 odpovídá nejvyšší kvalitě života v dané oblasti (a naopak). Kvůli lepší orientaci v získaných výsledcích byly bodové hodnoty převedeny na procenta tak, že hodnota 1 odpovídá 0 % a nejvyšší hodnota 5 odpovídá 100 %. Hodnocení domén, které získáváme z odpovídajících položek dotazníku, se pak pohybuje v rozmezí od 4 do 20 a opět platí, že čím vyšší hodnota, tím vyšší kvalita života v dané oblasti.

Všechny grafy a tabulky obsažené v této práci jsou mým vlastním dílem a byly vytvořeny a zpracovány v programech Microsoft Excel a Microsoft Word.

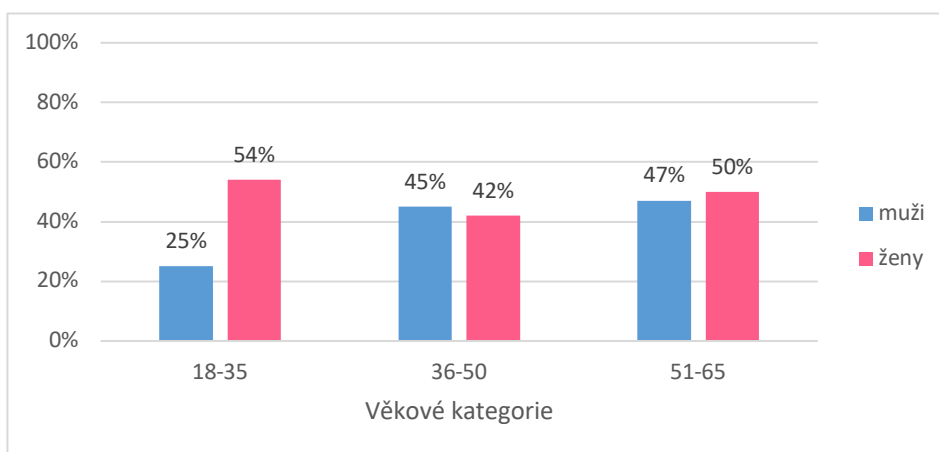
8 PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

8.1 Dílčí cíl č. 1 – Zjistit míru spokojenosti v doméně fyzické zdraví

Výzkumná otázka č. 1: *Do jaké míry jsou pacienti s PN spokojeni s kvalitou svého života v oblasti fyzického zdraví?*

Ke zjištění míry spokojenosti v doméně fyzického zdraví bylo využito otázek č. 3, 4, 10, 15, 16, 17 a 18 z dotazníku WHOQOL-BREF.

Otázka č. 3: *Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?*

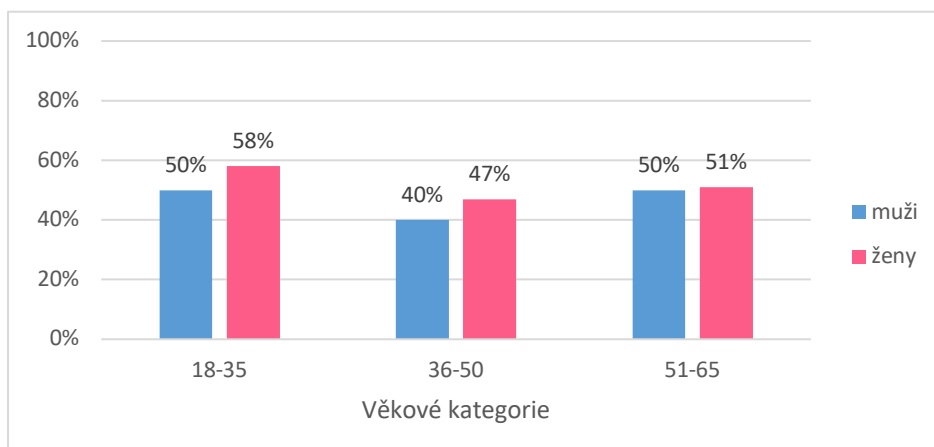


Graf č. 1 – Míra vnímané bolesti

Komentář: V kategorii 18-35 let vyhodnotili muži míru bolesti, která jim brání vykonávat potřebné činnosti na 25 %, ženy v této kategorii poté na 54 %. Muži v kategorii 36-50 let míru bolesti hodnotili 45 %, ženy 42 %. V poslední kategorii respondentů ve věku 51-65 let byla míra bolesti hodnocena muži na 47 % a ženami na 50 %.

Interpretace: Graf č. 1 odpovídá na otázku, do jaké míry brání pacientům s PN bolest ve vykonávání nezbytných činností. Z grafu lze vyčíst, že míra vnímané bolesti je velice individuální, u mužů s narůstajícím věkem stoupá, u žen kolísá a na věku je v podstatě nezávislá. Ženy průměrně pocítují vyšší míru bolesti než muži a ze všech respondentů bolest ve vykonávání potřebných činností nejméně brání mužům v kategorii od 18 do 35 let.

Otázka č. 4: *Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?*

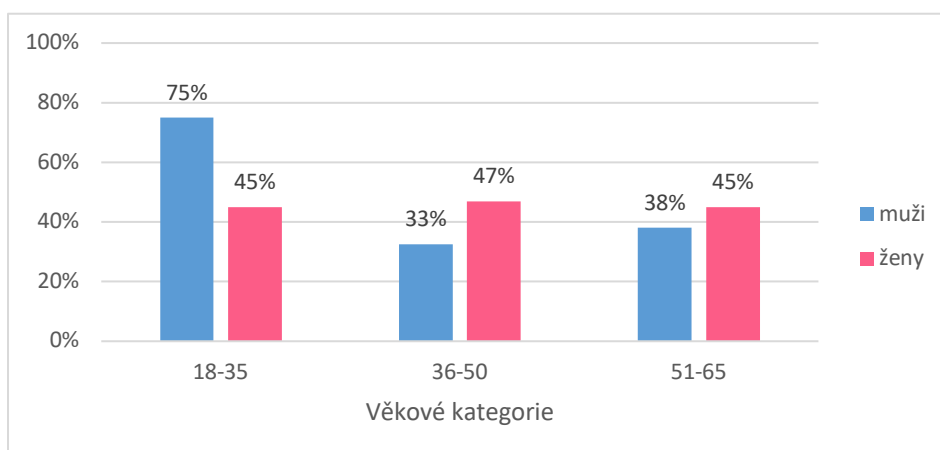


Graf č. 2 – Potřeba lékařské péče

Komentář: Míru potřeby lékařské péče vyhodnotili muži v kategorii 18-35 let na 50 %, ženy v této kategorii na 58 %. Muži mezi 36 a 50 lety zhodnotili potřebu lékařské péče v každodenním životě na 40 %, ženy na 47 %. V poslední kategorii 51-65 let udali muži hodnocení 50 % a ženy 51 %.

Interpretace: Graf č. 2 ukazuje, jak moc potřebují pacienti s PN lékařskou péčí, aby mohli fungovat v každodenním životě. Výsledné hodnoty jsou v rámci jednotlivých věkových kategorií obdobné, nejméně dle svého hodnocení potřebují ke každodennímu fungování lékařskou péčí muži v kategorii 36-50 let, nejvíce pak překvapivě ženy v kategorii od 18 do 35 let.

Otázka č. 10: *Máte dost energie pro každodenní život?*

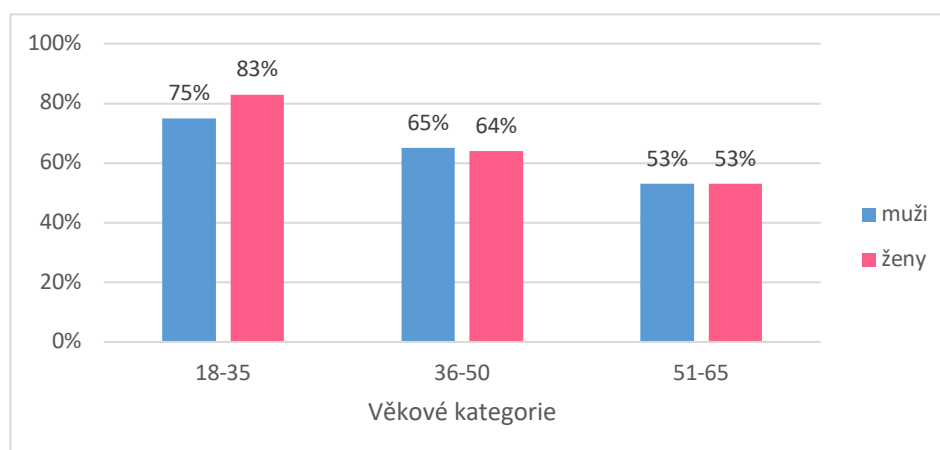


Graf č. 3 – Energie pro každodenní život

Komentář: Muži v kategorii 18-35 let hodnotili dostatek energie pro každodenní život na 75 % a ženy na 45 %. V další věkové kategorii 36-50 let vyhodnotili muži tuto oblast 33 % a ženy 47 %. Ve věku od 51 do 65 let vyhodnotili muži svůj dostatek energie na 38 % a ženy na 45 %.

Interpretace: Graf č. 3 znázorňuje, jak hodnotí pacienti s PN dostatek energie pro každodenní život. Nejvyšší míru dostatku energie pro každodenní život mají muži od 18 do 35 let, nejméně pak muži v kategorii od 36 do 50 let. U žen je skóre ve všech věkových kategoriích téměř totožné.

Otázka č. 15: *Jak se dokážete pohybovat?*



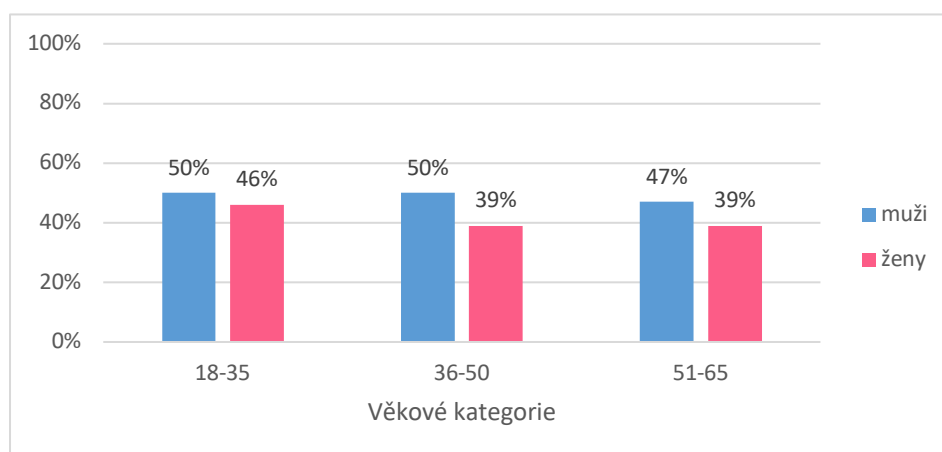
Graf č. 4 – Schopnost pohybovat se

Komentář: Schopnost pohybovat se vyhodnotili muži ve věkové kategorii 18-35 let na 75 %, ženy pak na 83 %. Ve věkové kategorii 36-50 let zhodnotili muži schopnost svého pohybu

na 65 % a ženy na obdobných 64 %. V poslední kategorii 51-65 let udala obě pohlaví naprosto totožné hodnocení (53 %).

Interpretace: Graf č. 4 ukazuje, jak se dokáží pacienti s PN pohybovat. Z grafu vyplývá, že nejlépe se dokáží pohybovat pacienti ve věku 18-35 let a že se stoupajícím věkem se schopnost pohybu snižuje.

Otázka č. 16: *Jak jste spokojen/a se svým spánkem?*

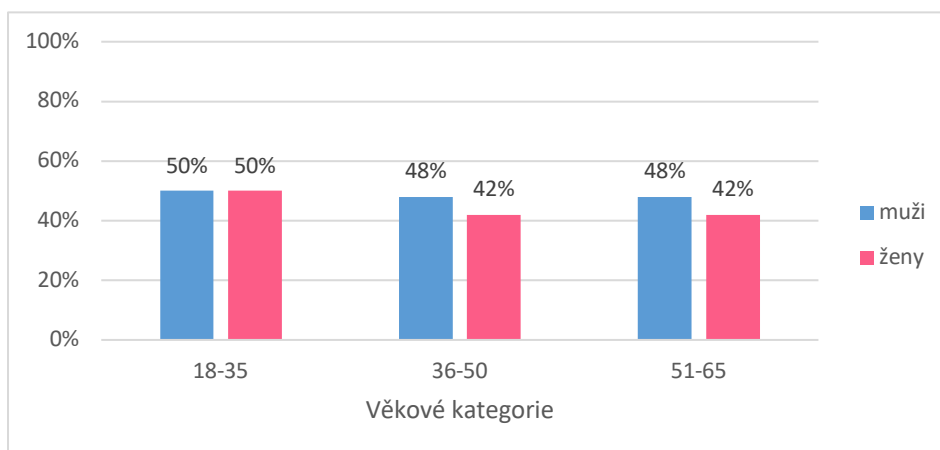


Graf č. 5 – Spokojenost se spánkem

Komentář: V kategorii 18-35 let jsou muži se spánkem spokojeni na 50 %, ženy na 46 %. Ve věkové kategorii 36-50 let vyhodnotili muži spokojenost se spánkem stejně jako v předchozí kategorii, a to na 50 %; ženy pak na 39 %. V poslední kategorii 51-65 let vyhodnotili spokojenost se spánkem muži na 47 % a ženy opět na 39 %.

Interpretace: Graf č. 5 znázorňuje spokojenost pacientů s PN se spánkem. Spokojenost se spánkem je u jednotlivých pohlaví ve všech třech věkových kategoriích obdobná, nejvíce jsou však se svým spánkem spokojeni respondenti z věkové kategorie 18-35 let, nejméně pak nejstarší respondenti z kategorie od 51 do 65 let věku. Z grafu lze vyčíst, že spokojenost se spánkem se u obou pohlaví s rostoucím věkem snižuje. Obecně nižší míru spokojenosti udaly ve všech věkových kategoriích ženy.

Otázka č. 17: *Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?*

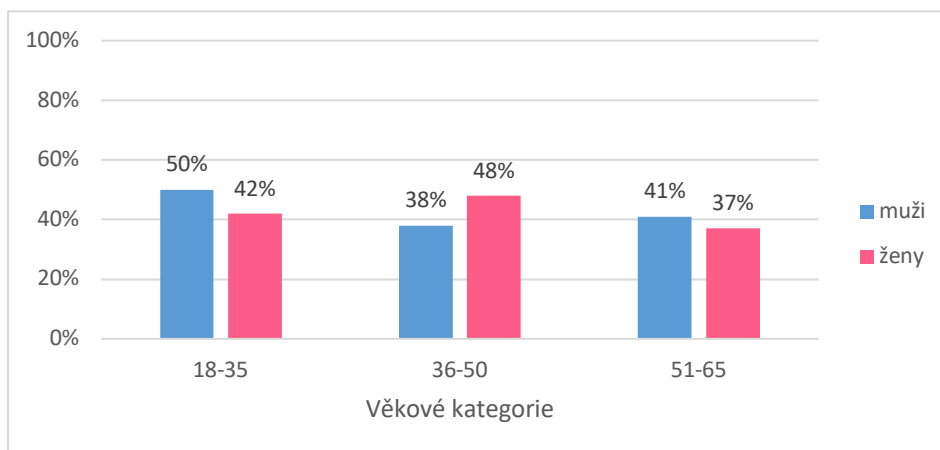


Graf č. 6 – Spokojenost s prováděním každodenních činností

Komentář: Svou spokojenost se schopností vykonávat každodenní činnosti zhodnotili muži a ženy v kategorii 18-35 let shodně (50 %). Ve věkové kategorii 36-50 let byli muži spokojeni na 48 % a ženy na 42 %. V kategorii nejstarších respondentů od 51 do 65 let vyhodnotili muži i ženy svou spokojenost totožně jako respondenti v předchozí věk. kategorii (48 % muži a 42 % ženy).

Interpretace: Graf č. 6 znázorňuje spokojenost pacientů se schopností provádět každodenní činnosti. Míra spokojenosti je ve všech věkových kategoriích obdobná, nejspokojenější jsou však v této oblasti muži a ženy z kategorie nejmladších respondentů.

Otázka č. 18: *Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?*



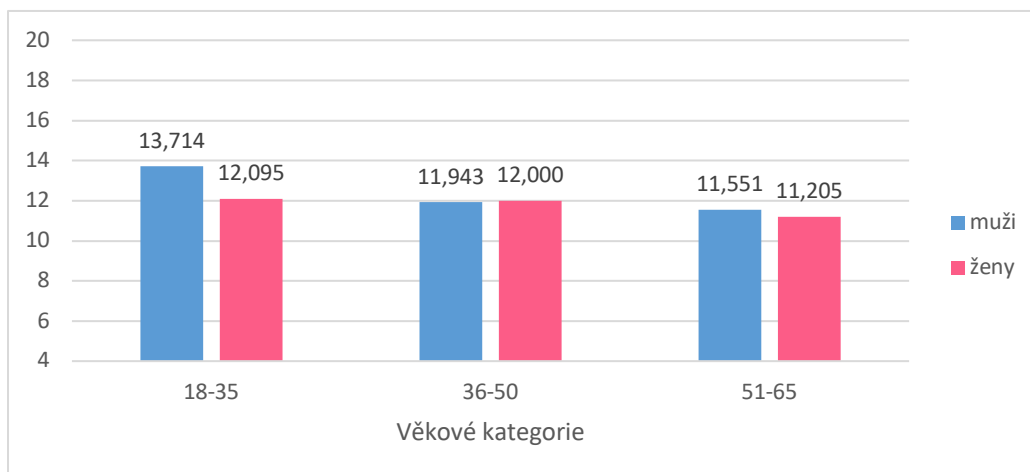
Graf č. 7 – Spokojenost s pracovním výkonem

Komentář: Muži v kategorii 18-35 let jsou se svým pracovním výkonem spokojeni na 50 %, ženy v této kategorii na 42 %. V další kategorii respondentů od 36 do 50 let jsou muži spokojeni na 38 % a ženy na 48 %. Ve věk. kategorii 51-65 let vyhodnotili muži svou spokojenost na 41 % a ženy na 37 %.

Interpretace: Graf č. 7 udává míru spokojenosti pacientů s PN s jejich pracovním výkonem. Nejvíce jsou se svým pracovním výkonem spokojeni muži z kategorie nejmladších respondentů, nejméně pak ženy z kategorie nejstarších respondentů. V průměru lze říci, že nejvyšší míru spokojenosti udali nejmladší respondenti, nejnižší naopak nejstarší respondenti.

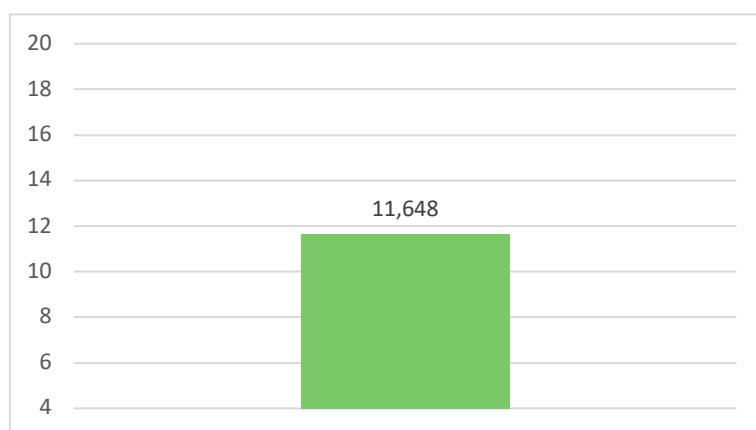
Dílčí cíl č. 1 - Zjistit míru spokojenosti v doméně fyzické zdraví

Výzkumná otázka č. 1: *Do jaké míry jsou pacienti s PN spokojeni s kvalitou svého života v oblasti fyzického zdraví?*



Graf č. 8 – Hrubé skóry domény fyzické zdraví

Komentář: Graf č. 8 zobrazuje hrubé skóry domény fyzické zdraví pro jednotlivé věkové kategorie a pohlaví. Hrubé skóry pro tuto doménu vycházejí z otázek č. , 4, 10, 15, 16, 17 a 18. Ve věkové kategorii 18-35 let dosáhla míra spokojenosti s kvalitou života v oblasti fyzického zdraví u mužů hrubého skóre 13,714 a u žen 12,095. Ve věkové kategorii 36-50 let bylo hrubé skóre u mužů 11,943 a u žen 12,000. V kategorii od 51 do 65 let muži zhodnotili míru uspokojení v této doméně skórem 11,551 a ženy 11,205.



Graf č. 9 – Celkový hrubý skór domény fyzické zdraví

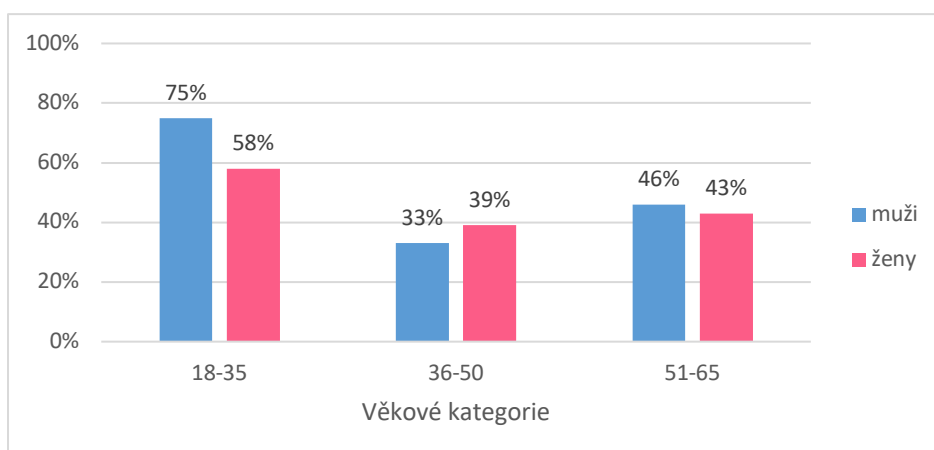
Komentář: Graf č. 9 zobrazuje průměrný hrubý skór domény fyzické zdraví pro všechny respondenty. Hodnota celkového skóru domény fyzické zdraví je 11,648.

8.2 Dílčí cíl č. 2 – Zjistit míru spokojenosti v doméně prožívání

Výzkumná otázka č. 2: *Do jaké míry jsou pacienti s PN spokojeni s kvalitou svého života v oblasti prožívání?*

Ke zjištění míry spokojenosti v doméně prožívání byly využity otázky č. 5, 6, 7, 11, 19 a 26 z dotazníku WHOQOL-BREF.

Otázka č. 5: *Jak moc Vás těší život?*

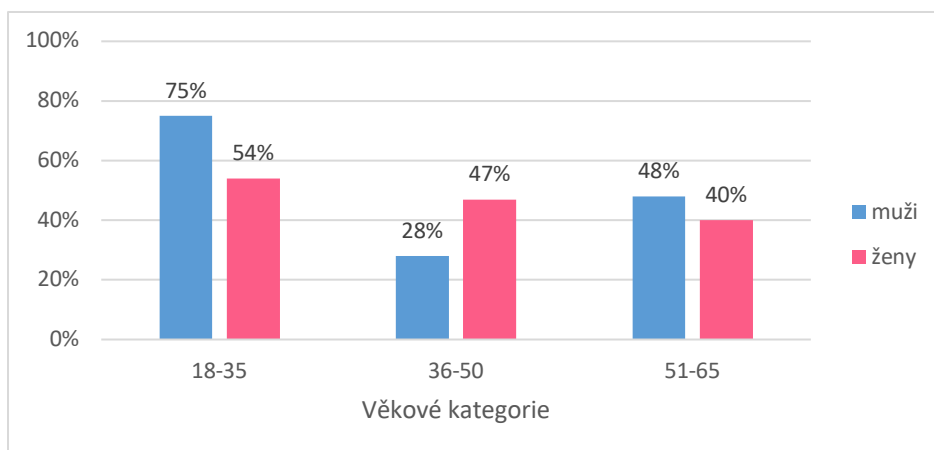


Graf č. 10 – Potěšení ze života

Komentář: Muži v kategorii 18-35 let vyhodnotili to, jak moc je těší život na 75 %, ženy v téže kategorii na 58 %. Ve věkové kategorii 36-50 let zhodnotili muži potěšení ze života 33 %, ženy 39 %. V poslední věkové kategorii od 51 do 65 let hodnotili potěšení ze života muži 46 % a ženy 43 %.

Interpretace: Graf č. 10 znázorňuje, jak moc pacienti s PN těší život. Nejvíce těší život nejmladší pacienti ve věkové kategorii od 18 do 35 let, nejméně pak respondenty ve věku od 36 do 50 let. V průměru lze říci, že mezi pacienti s PN život těší ve větší míře muže než ženy.

Otázka č. 6: *Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?*

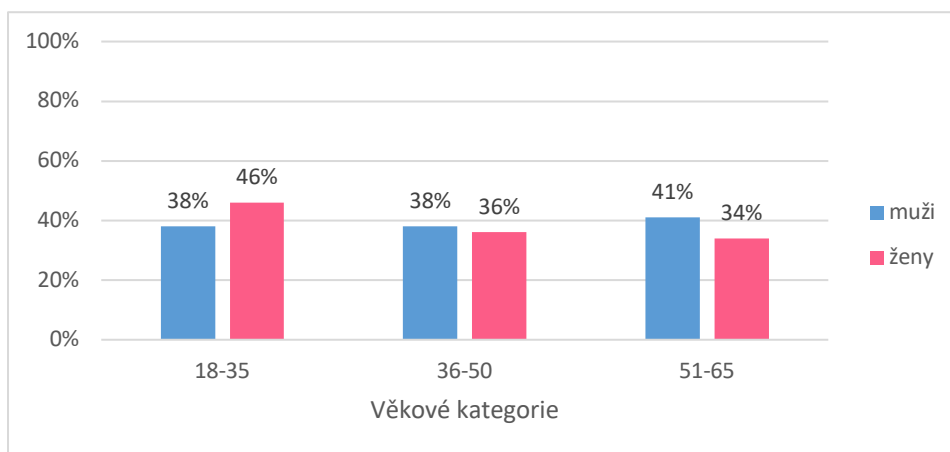


Graf č. 11 – Míra smyslu života

Komentář: V kategorii mezi 18 a 35 lety zhodnotili muži míru smyslu svého života 75 % a ženy 54 %. Muži v další kategorii (36-50 let) udali míru hodnocení 28 %, ženy poté 47 %. V poslední kategorii od 51 do 65 let vyhodnotili míru smyslu života muži na 48 % a ženy na 40 %.

Interpretace: Graf č. 11 zobrazuje, nakolik si pacienti s PN myslí, že má jejich život smysl. Nejvíce svůj život shledávají smysluplným respondenti z nejmladší věkové kategorie, nejméně smysluplný pak jejich život připadá pacientům v kategorii od 36 do 50 let věku. U žen hodnocení míry smyslu života klesá s přibývajícím věkem.

Otázka č. 7: *Jak se dokážete soustředit?*



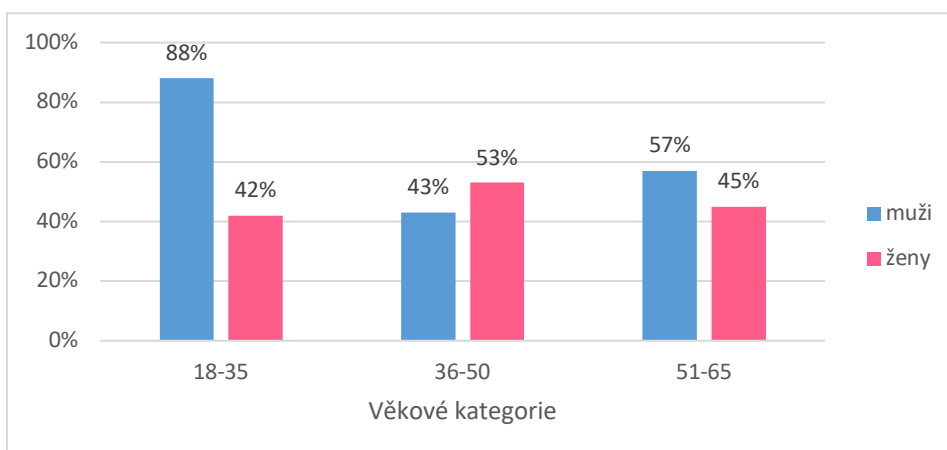
Graf č. 12 – Schopnost soustředit se

Komentář: Svou schopnost soustředit se vyhodnotili muži v první kategorii od 18 do 35 let na 38 % a ženy na 46 %. Ve věkové kategorii 36 až 50 let hodnotili muži tuto schopnost shodně jako v předchozí věkové kategorii (38 %), ženy udaly hodnocení 36 %. Mezi

nejstaršími respondenty (kategorie 51-65 let věku) zhodnotili muži svou schopnost soustředění 41 % a ženy 34 %.

Interpretace: Graf č. 12 zobrazuje subjektivní schopnost pacientů soustředit se. Nejlepší schopnost soustředit se mají dle svého hodnocení ženy patřící do nejmladší věkové kategorie, přičemž schopnost soustředit se pak u ženského pohlaví s přibývajícím věkem klesá. U mužů je míra schopnosti soustředit se v rámci jednotlivých věkových kategorií téměř totožná, nejvyššího procentuálního hodnocení pak překvapivě dosáhla u nejstarších respondentů ve věku od 51 do 65 let, což je naprosto opačný jev, než se vyskytl v kategorii žen.

Otázka č. 11: *Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?*

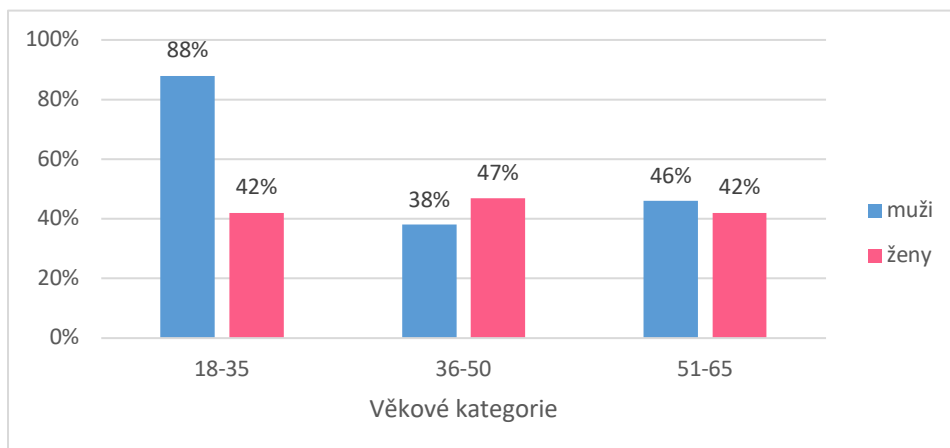


Graf č. 13 – Přijetí tělesného vzhledu

Komentář: Muži ve věkové kategorii 18-35 let dokáží svůj tělesný vzhled přijmout na 88 %, ženy v téže kategorii na 42 %. V kategorii od 36 do 50 let udali muži hodnocení 43 % a ženy 53 %. Ve věkové kategorii 51-65 let jsou muži schopni svůj vzhled akceptovat na 57 %, ženy na 45 %.

Interpretace: Graf č. 13 ukazuje, zda dokáží pacienti s PN akceptovat svůj tělesný vzhled. Nejlépe svůj vzhled dokáží akceptovat muži v kategorii nejmladších respondentů, ženy v této kategorii jej naopak akceptují nejhůře. V průměru ze všech věkových kategorií svůj tělesný vzhled hůře přijímají ženy než muži.

Otázka č. 19: *Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?*

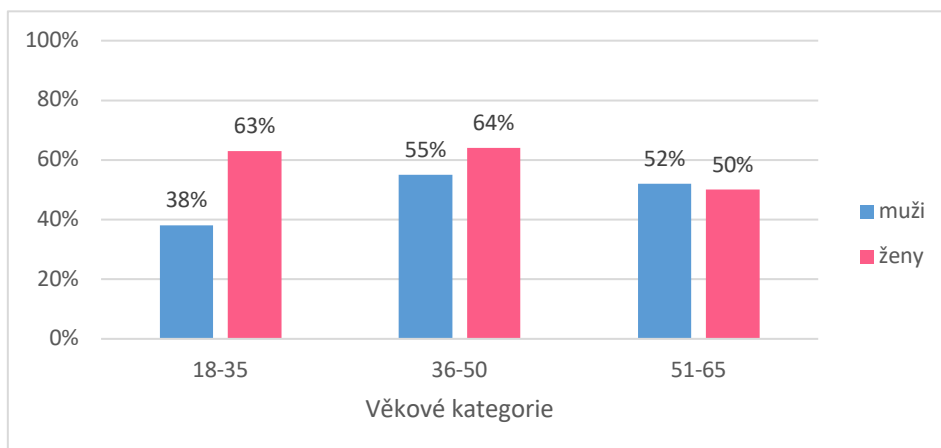


Graf č. 14 – Spokojenost se sebou

Komentář: Míru spokojenosti sami se sebou vyhodnotili muži v kategorii od 18 do 35 let na 88 %, ženy na 42 %. Ve věkové kategorii 36-50 let hodnotili muži spokojenost se sebou samými 38 % a ženy 47 %. V poslední kategorii (51-65 let) udali muži míru spokojenosti 46 % a ženy 42 %.

Interpretace: Graf č. 14 zobrazuje, jak jsou pacienti s PN spokojeni sami se sebou. Nejvyšší míru spokojenosti v této oblasti udávají mužští respondenti z nejmladší věkové kategorie (18-35 let), nejnižší míru spokojenosti naopak udaly ženy v kategoriích nejmladších a nejstarších respondentů, jejichž hodnocení bylo naprosto totožné. Zprůměrováním všech hodnot zjistíme, že ženy jsou samy se sebou obecně méně spokojené než muži. To může do jisté míry také souviset s předchozí otázkou dotazující se na přijetí tělesného vzhledu, kde ženy taktéž udaly nižší míru hodnocení než muži.

Otázka č. 26: *Jak často prožíváte negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?*



Graf č. 15 – Negativní pocity

Komentář: Muži v kategorii 18-35 vyhodnotili frekvenci negativních pocitů na 38 %, ženy v téže věkové skupině na 63 %. V další věkové kategorii od 36 do 50 let udali muži hodnocení 55 %, ženy 64 %. Ve věkové kategorii 51-65 let vyhodnotili muži to, jak často prožívají negativní pocity na 52 % a ženy na 50 %.

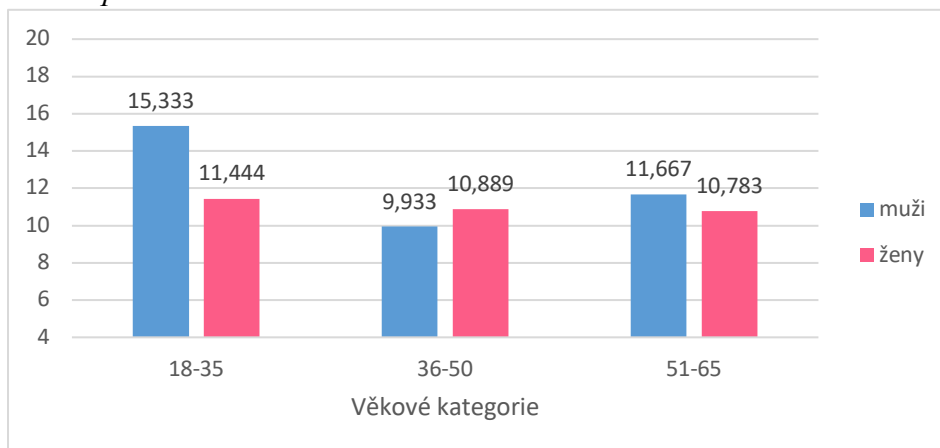
Interpretace: Graf č. 15 zobrazuje, jak často prožívají nemocní s PN negativní pocity, jakými jsou např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost či deprese. Nejčastěji mají tyto negativní pocity ženy ve věkové kategorii od 36 do 50 let, mezi muži nejčastěji prožívají tyto negativní emoce respondenti v téže věkové kategorii (36-50 let).

Věk	18-35		36-50		51-65	
	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy
Odpovědi						
<i>Nikdy</i>	0	0	0	0	1	1
<i>Někdy</i>	1	2	2	2	7	8
<i>Středně</i>	1	1	4	1	9	4
<i>Celkem často</i>	0	1	4	5	11	10
<i>Neustále</i>	0	2	0	1	0	0

Tabulka č. 1 – Četnost odpovědí na otázku č. 26

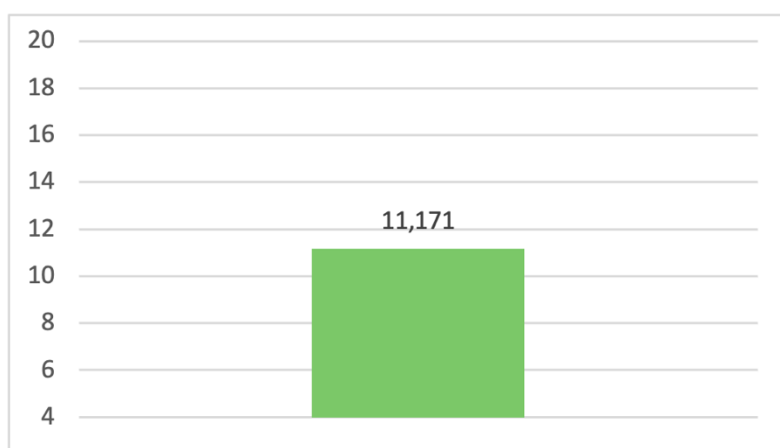
Dílčí cíl č. 2 – Zjistit míru spokojenosti v doméně prožívání

Výzkumná otázka č. 2: *Do jaké míry jsou pacienti s PN spokojeni s kvalitou svého života v oblasti prožívání?*



Graf č. 16 – Hrubé skóry domény prožívání

Komentář: Graf č. 16 ukazuje hrubé skóry domény prožívání jednotlivých věkových kategorií se současným rozdělením dle pohlaví. Hrubé skóry pro tuto doménu vycházejí z otázek č. 5, 6, 7, 11, 19 a 26. V kategorii 18-35 let dosáhla u mužů míra uspokojení v oblasti prožívání hrubého skóre 15,333 a u žen 11,444. V kategorii od 36 do 50 let muži vyhodnotili míru uspokojení skórem 9,933; ženy pak skórem 10,889. Ve věkové kategorii 51-65 let dosáhla míra uspokojení v oblasti prožívání u mužů skóre 11,667 a u žen skóre 10,783.



Graf č. 17 – Celkový hrubý skór domény prožívání

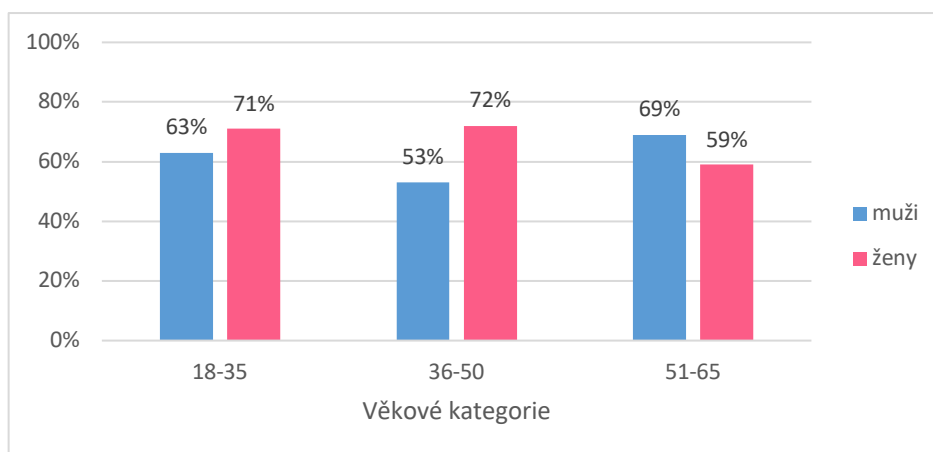
Komentář: Graf č. 17 znázorňuje průměrný hrubý skór v doméně prožívání, přičemž se jedná o hodnotu získanou z výsledků všech věkových kategorií a obou pohlaví. Hodnota celkového hrubého skóru domény prožívání je 11,171.

8.3 Dílčí cíl č. 3 – Zjistit míru spokojenosti v doméně sociální vztahy

Výzkumná otázka č. 3: *Do jaké míry jsou pacienti s PN spokojeni s kvalitou svého života v oblasti sociálních vztahů?*

Ke zjištění míry spokojenosti v doméně sociálních vztahů byly užity otázky číslo 20, 21 a 22 z dotazníku WHOQOL-BREF.

Otázka č. 20: *Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?*

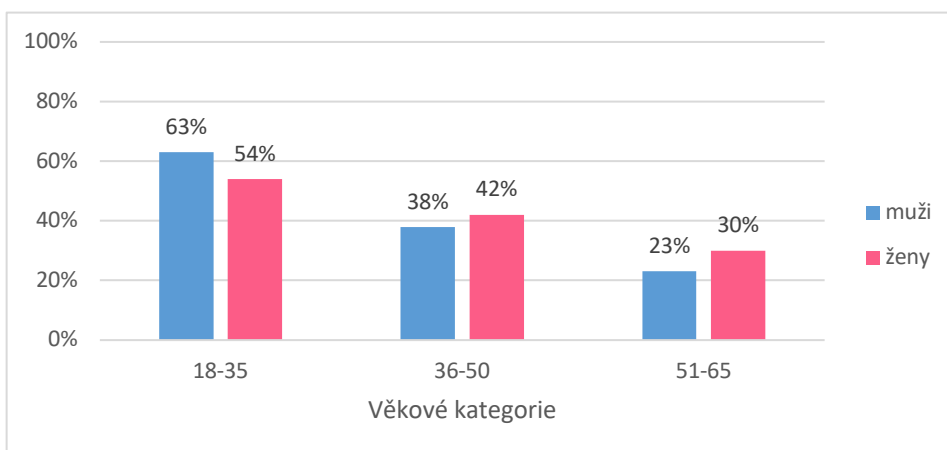


Graf č. 18 – Spokojenost s osobními vztahy

Komentář: Spokojenost s osobními vztahy vyhodnotili muži z kategorie 18-35 let na 63 % a ženy na 71 %. V další věkové kategorii od 36 do 50 let udali muži míru spokojenosti 53 % a ženy 72 %. V poslední kategorii 51-65 let zhodnotili muži svou spokojenost v této oblasti na 69 % a ženy 59 %.

Interpretace: Graf č. 18 znázorňuje, do jaké míry jsou pacienti s PN spokojeni se svými osobními vztahy. Největší spokojenost v této oblasti udávají ženy v kategorii od 36 do 50 let, muži v této kategorii naopak uvádí nejnižší míru spokojenosti. Mezi muži jsou se svými vztahy nejspokojenější ti z kategorie nejstarších respondentů, v rámci ženského pohlaví jsou naopak respondentky z této věkové skupiny nejméně spokojené. V průměru všech kategorií jsou s osobními vztahy více spokojeny ženy než muži.

Otázka č. 21: *Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?*

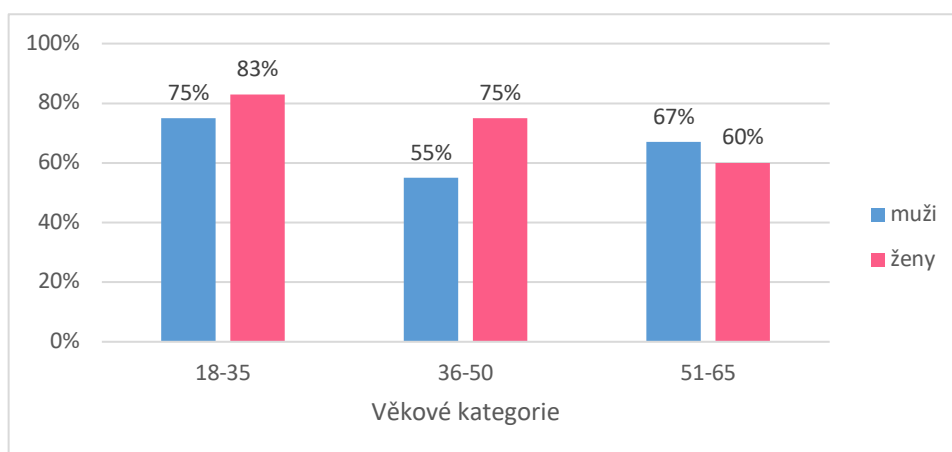


Graf č. 19 – Spokojenost se sexuálním životem

Komentář: Míru spokojenosti se svým sexuálním životem vyhodnotili muži ve věkové kategorii 18 až 35 let na 63 %, ženy na 54 %. Muži z věkové kategorie od 36 do 50 let hodnotili míru uspokojení 38 % a ženy 42 %. V kategorii 51-65 let vyhodnotili míru uspokojení se svým sexuálním životem muži na 23 % a ženy na 30 %.

Interpretace: Graf číslo 19 znázorňuje, jak jsou pacienti s PN spokojeni se svým sexuálním životem. Nejvíce jsou se svým sexuálním životem spokojeni respondenti z věkové kategorie 18-35 let, vůbec nejspokojenější jsou pak muži z této kategorie. Míra spokojenosti se sexuálním životem s rostoucím věkem u obou pohlaví klesá.

Otázka č. 22: *Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?*



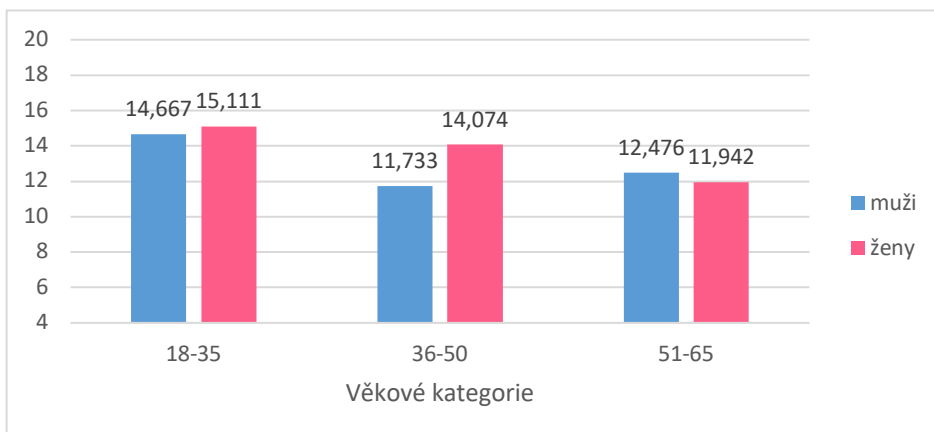
Graf č. 20 – Spokojenost s podporou od přátel

Komentář: Míru spokojenosti s podporou od přátel vyhodnotili muži mezi 18 a 35 lety na 75 %, ženy na 83 %. V další kategorii respondentů (36-50 let) udali muži míru spokojenosti 55 % a ženy 75 %. V poslední věkové kategorii od 51 do 65 let vyhodnotili tuto otázku muži na 67 % a ženy na 60 %.

Interpretace: Graf č. 20 zobrazuje, jak jsou pacienti s PN spokojeni s podporou, kterou jim poskytují přátelé. Nejvíce jsou s podporou od přátel spokojeni respondenti z nejmladší věkové kategorie od 18 do 35 let a vůbec nejvyšší míru uspokojení udaly ženy z této věkové kategorie. U žen míra spokojenosti sice s rostoucím věkem klesá, v průměru všech kategorií však lze říci, že jsou ženy s podporou od přátel spokojenější než muži.

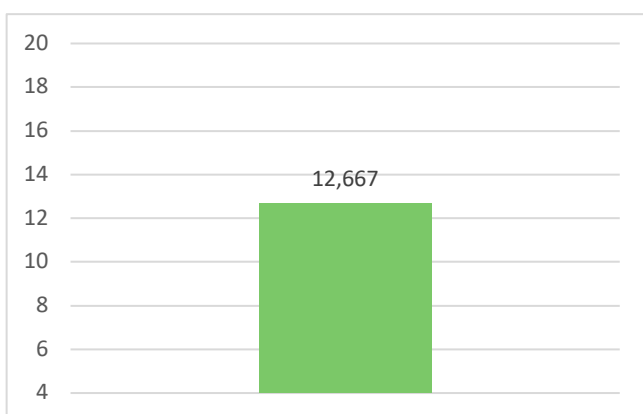
Dílčí cíl č. 3 – Zjistit míru spokojenosti v doméně sociální vztahy

Výzkumná otázka č. 3: *Do jaké míry jsou pacienti s PN spokojeni s kvalitou svého života v oblasti sociálních vztahů?*



Graf č. 21 – Hrubé skóry domény sociální vztahy

Komentář: Graf č. 21 zobrazuje průměrné hrubé skóry domény sociální vztahy pro jednotlivé věkové kategorie se současným rozdělením dle pohlaví. Hrubé skóry pro tuto doménu vycházejí z otázek č. 20, 21 a 22. Ve věkové kategorii od 18 do 35 let dosáhla u mužů míra spokojenosti v oblasti sociálních vztahů hrubého skóre 14,667 a u žen 15,111. V kategorii 36-50 let dosáhla míra uspokojení u mužů skóre 11,733, u žen pak 14,074. V kategorii od 51 do 65 let věku vyhodnotili muži míru uspokojení skóre 12,476 a ženy skóre 11,942.



Graf č. 22 – Celkový hrubý skór domény sociální vztahy

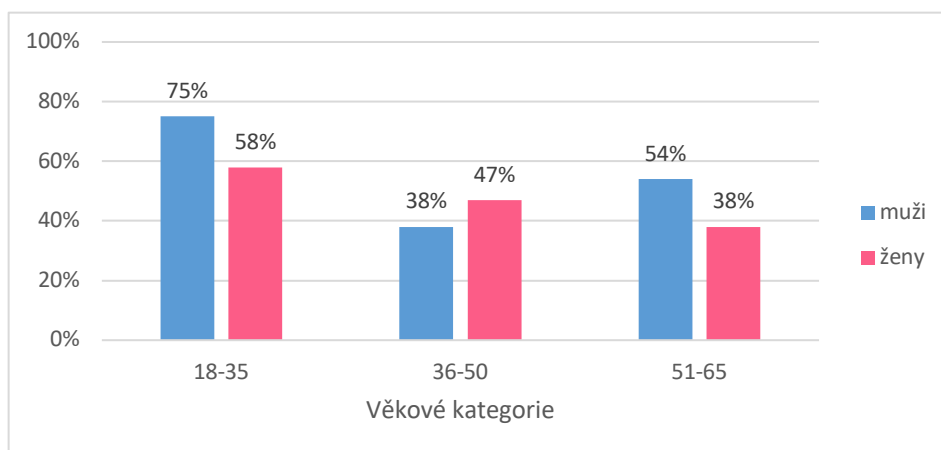
Komentář: Graf č. 22 ukazuje celkovou průměrnou hodnotu hrubého skóru v doméně sociálních vztahů. Hodnota hrubého skóru domény prožívání pro všechny věkové kategorie bez rozdílu pohlaví dosáhla hodnoty 12,667.

8.4 Dílčí cíl č. 4 – Zjistit míru spokojenosti v doméně prostředí

Výzkumná otázka č. 4: *Do jaké míry jsou pacienti s PN spokojeni s kvalitou svého života v oblasti prostředí, ve kterém žijí?*

Ke zjištění míry spokojenosti v doméně prostředí bylo využito otázek č. 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 a 25 z dotazníku WHOQOL-BREF.

Otázka č. 8: *Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?*

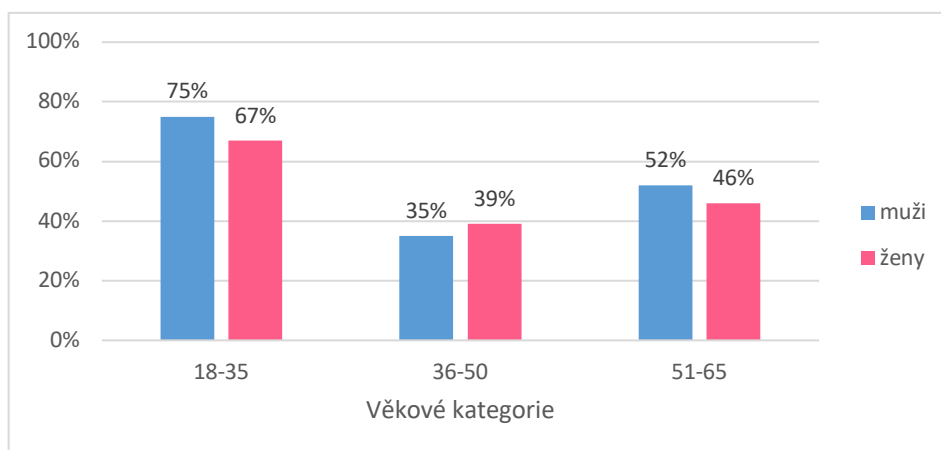


Graf č. 25 – Pocit bezpečí v každodenním životě

Komentář: Muži ve věkové kategorii 18-35 let vyhodnotili pocit bezpečí v každodenním životě na 75 %, ženy v této kategorii na 58 %. V kategorii od 36 do 50 let hodnotili muži pocit bezpečí na 38 % a ženy na 47 %. Ve věkové kategorii 51-65 let udali muži hodnocení 54 % a ženy 38 %.

Interpretace: Graf č. 23 zobrazuje, jak bezpečně se pacienti s PN cítí ve svém každodenním životě. Z grafu vyplývá, že nejbezpečněji se cítí respondenti z nejmladší věkové kategorie, absolutně nejvyšší míru hodnocení udali konkrétně muži z této kategorie respondentů. U žen pocit bezpečí se stoupajícím věkem klesá a ze zprůměrovaných hodnot lze říci, že se ženy v porovnání s muži cítí ve svém každodenním životě méně bezpečně.

Otázka č. 9: *Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?*

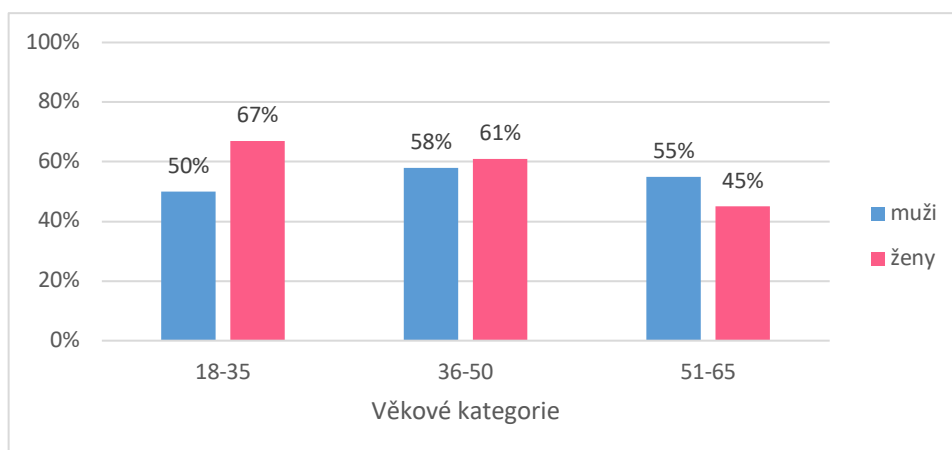


Graf č. 26 – Životní prostředí

Komentář: Muži v kategorii 18-35 let vyhodnotili to, jak zdravé je prostředí, ve kterém žijí, na 75 %, ženy v téže kategorii na 67 %. V kategorii 36-50 let vyhodnotili muži tuto položku na 35 % a ženy na 39 %. V poslední kategorii od 51 do 65 let zhodnotili muži prostředí, v němž žijí, na 52 % a ženy na 46 %.

Interpretace: Graf č. 24 vyobrazuje, za jak zdravé pokládají pacienti s PN prostředí, ve kterém žijí. Jako nejzdravější své prostředí vyhodnotili respondenti nejmladší kategorie (18-35 let), nejhůře pak respondenti z kategorie od 36 do 50 let věku.

Otázka č. 12: *Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?*

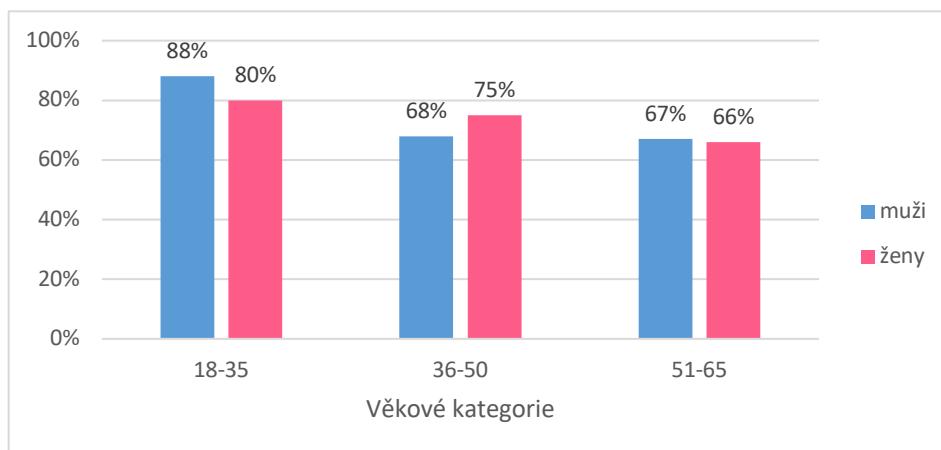


Graf č. 29 – Finanční situace

Komentář: Dostatek peněz k uspokojení svých potřeb vyhodnotili muži z kategorie 18-35 let na 50 % a ženy na 67 %. Ve věkové kategorii od 36 do 50 let zhodnotili dostatek peněžních prostředků muži na 58 % a ženy na 61 %. V poslední kategorii (51-65 let) zhodnotili muži dostatek peněz k uspokojení svých potřeb 55 % a ženy 45 %.

Interpretace: Graf č. 25 vyobrazuje, jak pacienti s PN hodnotí svou finanční situaci. Z grafu vyplývá, že nejlépe svou finanční situaci hodnotí ženy v kategorii nejmladších respondentů, nejhůře ze všech naopak ženy v kategorii nejstarších respondentů. U žen míra hodnocení s rostoucím věkem klesá. Mezi muži svou finanční situaci nejhůře hodnotí respondenti z věkové kategorie 18-35 let, což je naprostý opak k hodnocení, které udaly ženy z této kategorie.

Otázka č. 13: *Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?*

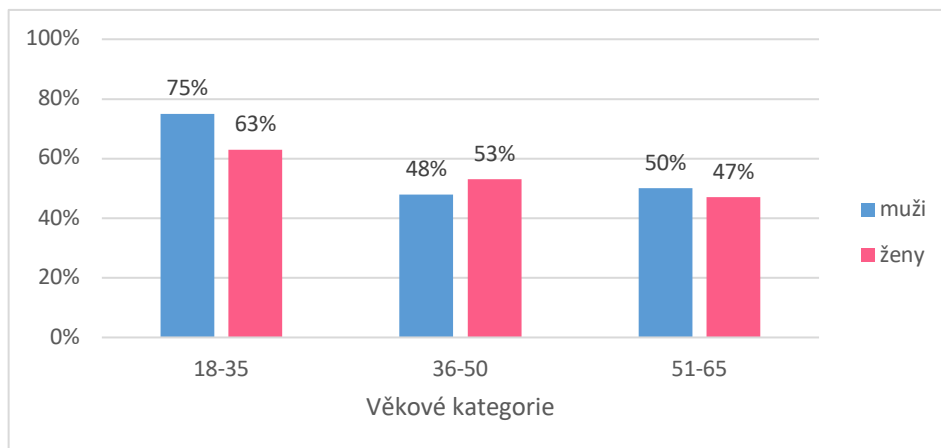


Graf č. 30 – Přístup k potřebným informacím

Komentář: Míru dostupnosti informací vyhodnotili muži z věkové kategorie 18-35 let na 88 %, ženy pak na 80 %. Ve věkové kategorii od 36 do 50 let muži vyhodnotili přístup k potřebným informacím na 68 % a ženy na 75 %. Muži z věkové kategorie 51-65 let udali hodnocení 67 % a ženy 66 %.

Interpretace: Graf č. 26 znázorňuje, v jaké míře mají pacienti s PN přístup k informacím, které potřebují pro svůj každodenní život. V největší míře mají k těmto informacím přístup věkově nejmladší respondenti (kategorie 18-35 let). Z grafu vyplývá, že všechny věkové kategorie mají relativně dobrý přístup k informacím, dle samotných respondentů však míra hodnocení s rostoucím věkem u obou pohlaví mírně klesá. To může být způsobeno tím, že starší lidé obecně mají často poměrně omezené dovednosti v práci s technologiemi a vyhledáváním na internetu, kde mohou být tyto potřebné informace získávány.

Otázka č. 14: *Máte možnost věnovat se svým zálibám?*

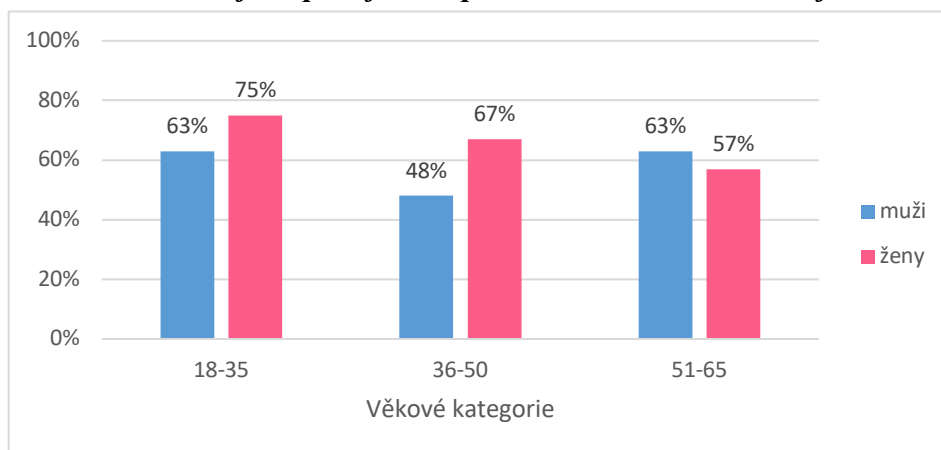


Graf č. 31 – Možnost věnovat se svým zálibám

Komentář: Možnost věnovat se svým zálibám vyhodnotili muži z kategorie 18-35 let na 75 %, ženy na 63 %. Ve věkové kategorii 36 až 50 let zhodnotili muži příležitost věnovat se svým zálibám na 48 % a ženy na 53 %. Ve věkové kategorii od 51 do 65 let vyhodnotili muži tuto možnost na 50 %, ženy pak na 47 %.

Interpretace: Graf č. 27 zobrazuje procentuální míru, kterou vyhodnotili pacienti s PN možnost věnovat se svým zálibám. Nejvyšší hodnocení udali muži v kategorii nejmladších respondentů, nejnižší hodnocení pak ženy v kategorii těch nejstarších respondentů. Z grafu vyplývá, že možnost věnovat se svým zálibám s rostoucím věkem u žen klesá.

Otázka č. 23: *Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?*

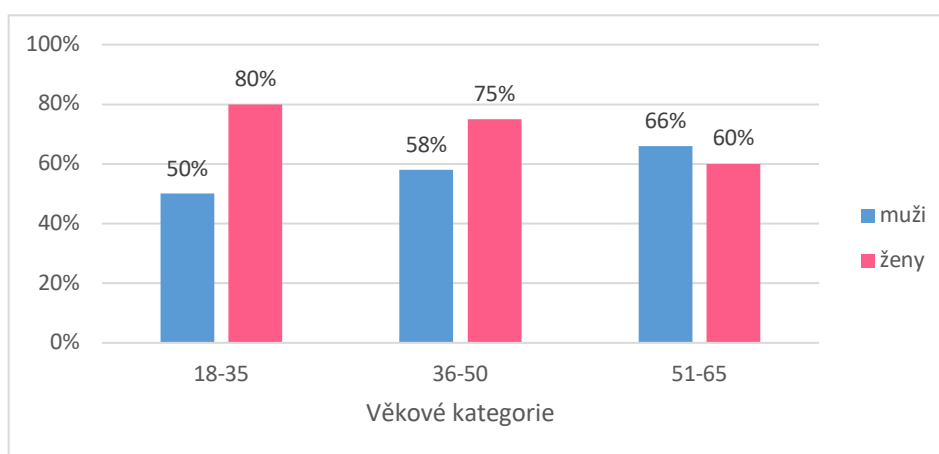


Graf č. 32 – Spokojenost s podmínkami v místě pobytu

Komentář: Spokojenost s podmínkami v místě, kde respondenti žijí, vyhodnotili muži v kategorii od 18 do 35 let věku na 63 %, ženy na 75 %. Ve věkové kategorii 36-60 let byli muži spokojeni na 48 % a ženy na 67 %. V nejstarší věkové kategorii 51-65 let zhodnotili muži svou spokojenost na 63 %, ženy pak 57 %.

Interpretace: Graf č. 28 zachycuje, jak jsou pacienti s PN spokojeni s podmínkami v místě, kde žijí. Nejspokojenější jsou s podmínkami v místě pobytu ženy v první věkové kategorii (18-35 let), přičemž respondenti obou pohlaví této kategorie vyjádřili vůbec největší spokojenost v porovnání se zbylými respondenty. Nejméně spokojeni jsou muži ve věku 36-50 let, přičemž u mužů zaznamenala spokojenost výraznější pokles pouze u této věkové kategorie, nejmladší a nejstarší respondenti pak spokojenost vyhodnotili naprosto totožně. U žen spokojenost s podmínkami v místě, kde žijí, s přibývajícím věkem klesá.

Otázka č. 24: *Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?*

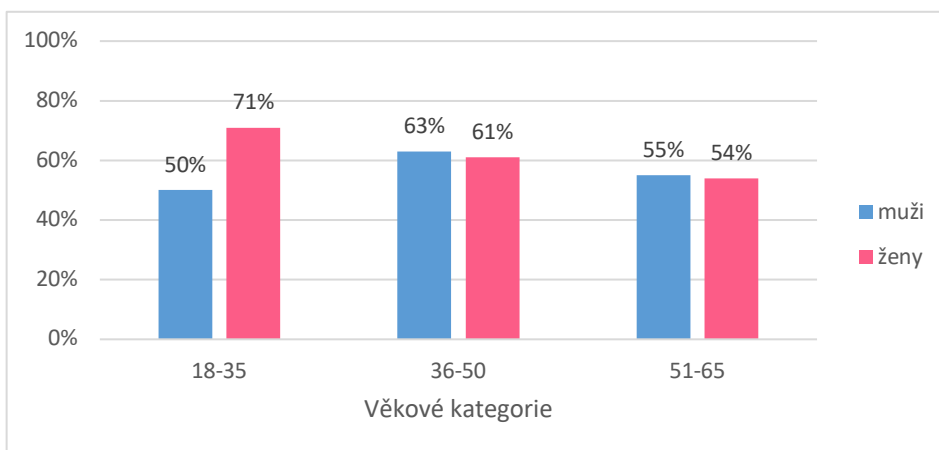


Graf č. 33 – Spokojenost s dostupností zdravotní péče

Komentář: Muži v kategorii 18-35 let vyhodnotili svou spokojenost s dostupností zdravotní péče na 50 %, ženy poté na 80 %. V další kategorii 36 až 50 let zhodnotili muži spokojenost 58 % a ženy 75 %. Ve věkové kategorii 51-65 let vyhodnotili muži svou spokojenost s dostupností zdravotní péče na 66 % a ženy na 60 %.

Interpretace: Graf č. 29 zobrazuje, jak jsou pacienti s PN spokojeni s dostupností zdravotní péče. Nejvyšší míru spokojenosti v této oblasti vyjádřily ženy ve věkové kategorii od 18 do 35 let věku, naopak muži z této věkové kategorie vyjádřili tu vůbec nejnižší míru spokojenosti. U žen spokojenost s dostupností zdravotní péče s rostoucím věkem klesá, u mužů naopak spokojenost s rostoucím věkem stoupá.

Otázka č. 25: *Jak jste spokojen/a s dopravou?*



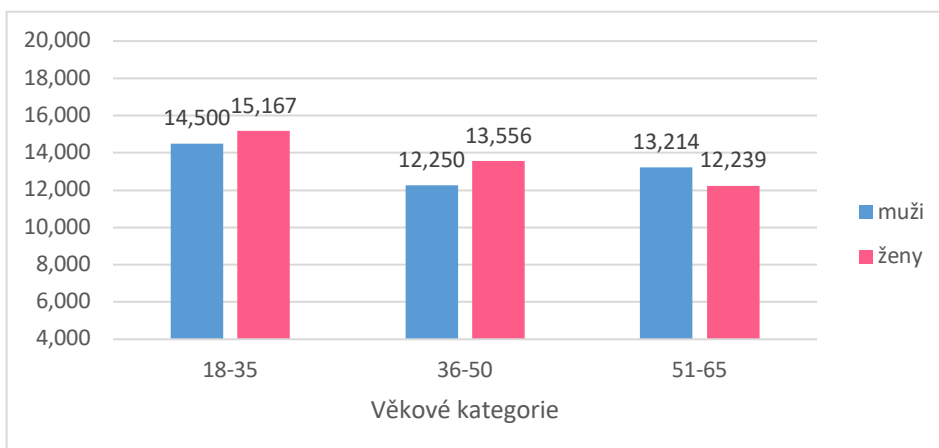
Graf č. 34 – Spokojenost s dopravou

Komentář: Míru spokojenosti s dopravou zhodnotili muži ve věku 18-35 let na 50 %, ženy na 71 %. Ve věkové kategorii 36-50 let byli muži s dopravou spokojeni na 63 % a ženy na 61 %. Mezi nejstaršími respondenty od 51 do 65 let věku udali muži míru uspokojení 55 % a ženy 54 %.

Interpretace: Graf č. 30 zobrazuje, jak jsou pacienti s PN spokojeni s dopravou. Vůbec nejspokojenější jsou s dopravou dle výsledků ženy z nejmladší věkové kategorie, přičemž míra spokojenosti v oblasti dopravy u žen s rostoucím věkem opět klesá. U mužů byla na rozdíl od žen nejnižší míra uspokojení zjištěna právě v kategorii nejmladších respondentů. Mezi muži pak nejspokojenější byli ti ve druhé věkové kategorii (36-50 let). V kategoriích 36-50 let a 51-65 let byl v rámci dané věkové skupiny v míře spokojenosti mezi jednotlivými pohlavími jen minimální rozdíl.

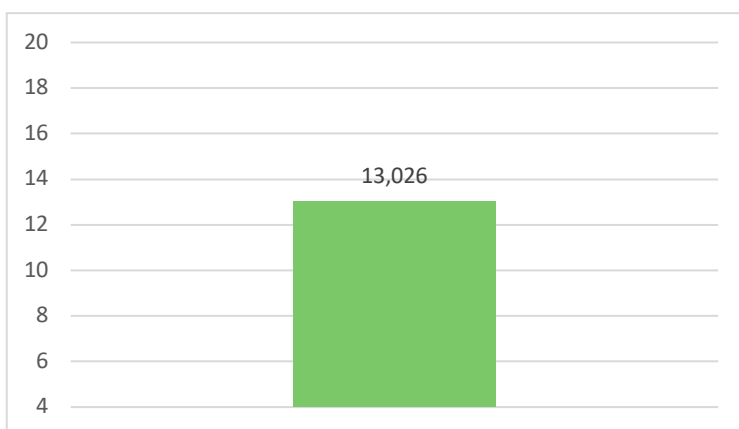
Dílčí cíl č. 4 – Zjistit míru spokojenosti v doméně prostředí

Výzkumná otázka č. 4: *Do jaké míry jsou pacienti s PN spokojeni s kvalitou svého života v oblasti prostředí, ve kterém žijí?*



Graf č. 35 – Hrubé skóry domény prostředí

Komentář: Graf č. 31 zobrazuje hrubé skóry domény prostředí v jednotlivých věkových kategoriích s rozdělením na mužské a ženské pohlaví. Hrubé skóry pro tuto doménu vycházejí z otázek č. 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 a 25. U mužů v kategorii 18-35 let dosáhla míra spokojenosti s kvalitou života v oblasti prostředí, ve kterém žijí, hodnoty 14,500 a u žen hodnoty 15,167. Ve věkové kategorii od 36 do 50 let věku dosáhla míra uspokojení u mužů hodnoty 12,250 a u žen 13,556. V poslední kategorii od 51 do 65 let věku dosáhla mezi muži míra uspokojení v oblasti prostředí hodnoty 13,214 a mezi ženami hodnoty 12,239.



Graf č. 36 – Celkový hrubý skóre domény prostředí

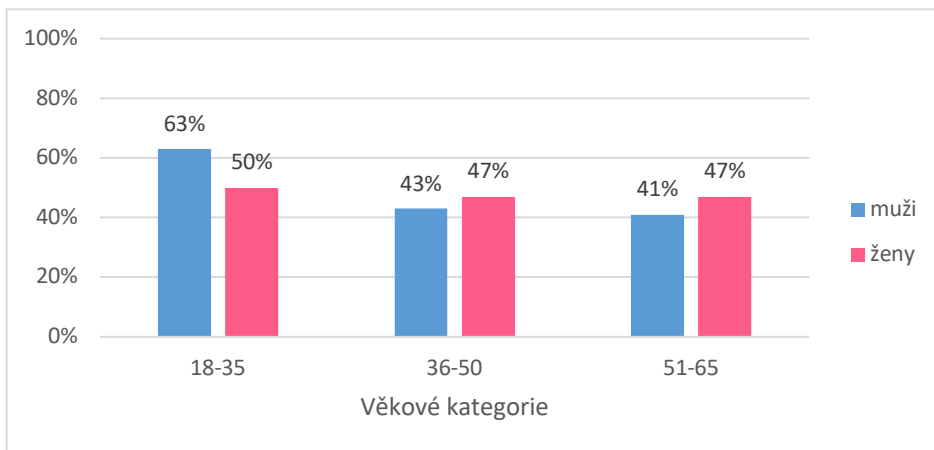
Komentář: Graf č. 32 zobrazuje průměrný hrubý skóre domény prostředí pro všechny věkové kategorie bez rozdělení na jednotlivá pohlaví. Hrubý skóre v doméně prostředí dosáhl hodnoty 13,026.

8.5 Dílčí cíl č. 5 – Zjistit míru hodnocení celkové kvality života

Výzkumná otázka č. 5: *Jak hodnotí pacienti s PN celkovou kvalitu svého života?*

Ke zjištění míry hodnocení celkové kvality života slouží otázka č. 1 z dotazníku WHOQOL-BREF.

Otázka č. 1: *Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?*



Graf č. 37 – Celková kvalita života

Komentář: Muži ve věkové kategorii od 18 do 35 let věku vyhodnotili celkovou kvalitu svého života na 63 %, ženy v této kategorii na 50 %. V kategorii 36-50 let zhodnotili muži kvalitu svého života 43 %, ženy 47 %. Ve věkové kategorii 51-65 let vyhodnotili muži celkovou kvalitu života na 41 %, ženy na 47 %.

Interpretace: Graf č. 33 zobrazuje, jak pacienti s PN hodnotí celkovou kvalitu svého života. Nejlépe zhodnotili kvalitu svého života nejmladší muži v kategorii 18 až 35 let. U mužů i u žen celková kvalita života s rostoucím věkem klesá. Ženy v kategoriích 36-50 let a 51-65 let vyhodnotily celkovou kvalitu života zcela shodně.

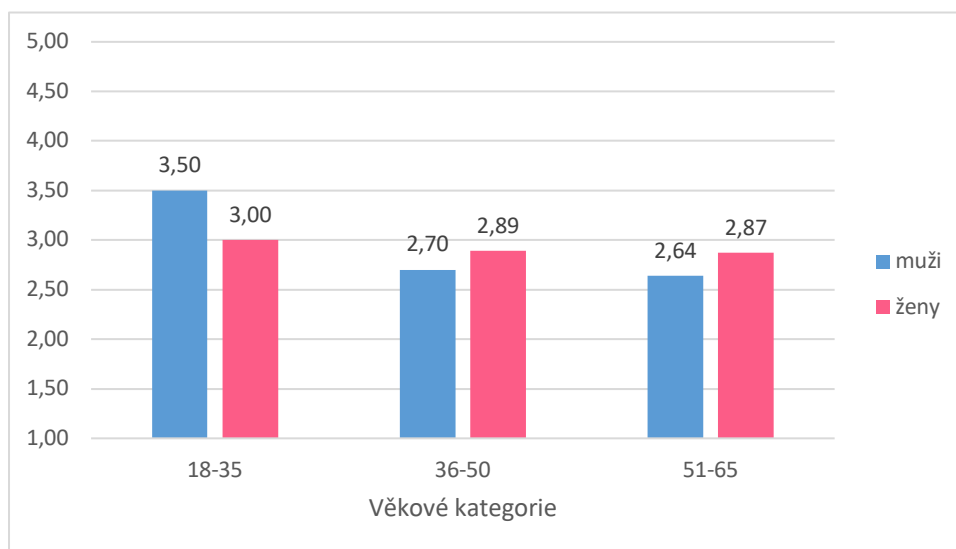
Dílčí cíl č. 5 – Zjistit míru hodnocení celkové kvality života

Výzkumná otázka č. 5: Jak hodnotí pacienti s PN celkovou kvalitu svého života?

Otázka č. 1 – Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?

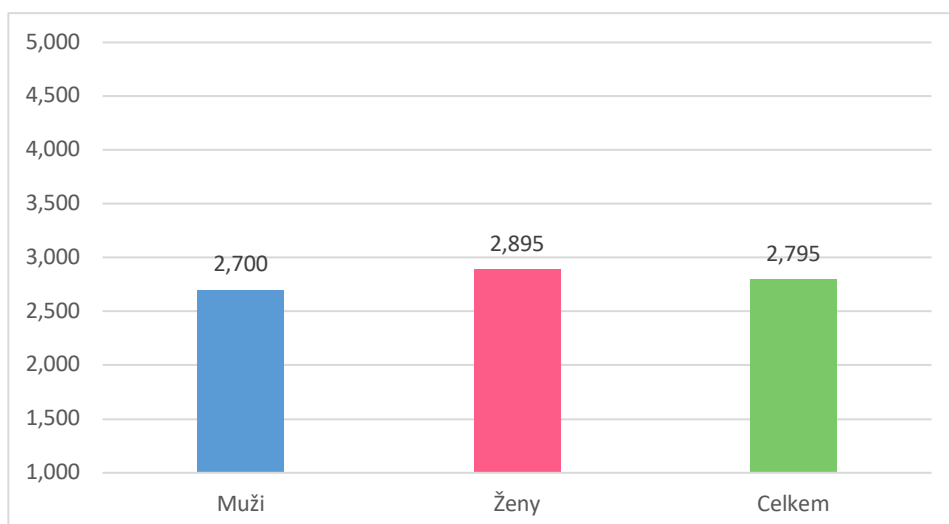
Věk	18-35		36-50		51-65	
Odpovědi	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy
Velmi špatná	0	0	1	0	3	2
Špatná	0	3	3	3	9	5
Ani špatná ani dobrá	1	0	4	4	11	10
Dobrá	1	3	2	2	5	6
Velmi dobrá	0	0	0	0	0	0

Tabulka č. 2 – Četnost odpovědí na otázku č. 1



Graf č. 38 – Bodové hodnocení otázky č. 1

Komentář: Graf č. 34 zobrazuje průměrné bodové hodnocení celkové kvality života u pacientů s PN s rozdělením na jednotlivé věkové kategorie a pohlaví. Hodnocení se pohybuje v rozmezí od 1 do 5, přičemž hodnota 1 odpovídá velmi špatné kvalitě života a hodnota 5 odpovídá velmi dobré kvalitě života. Muži v kategorii od 18 do 35 let vyhodnotili celkovou kvalitu svého života bodově na 3,50 a ženy na 3,00. Ve věkové kategorii 36-50 let dosáhlo hodnocení celkové kvality života u mužů bodového hodnocení 2,70 a u žen 2,89. V poslední kategorii respondentů mezi 51 a 65 roky života dosáhlo hodnocení u mužů bodového skóre 2,64 a u žen pak 2,87.



Graf č. 39 – Průměrné bodové hodnocení celkové kvality života

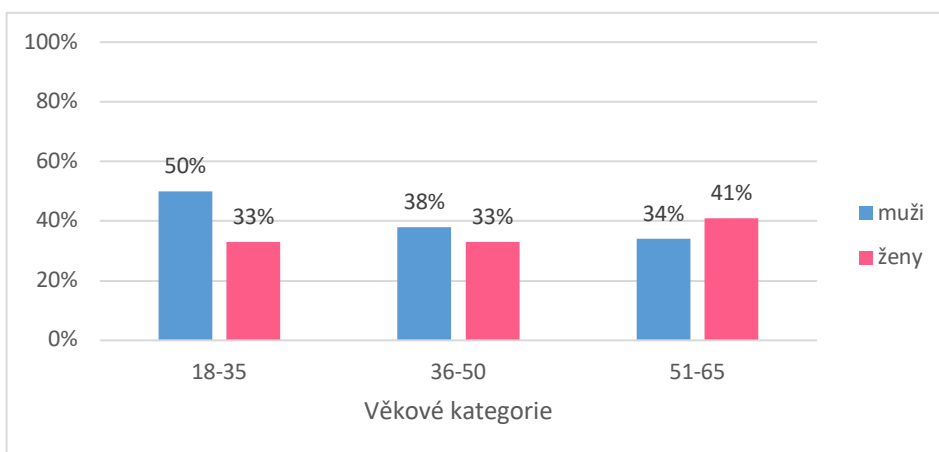
Komentář: Graf č. 35 zobrazuje průměrné hodnocení celkové kvality života u pacientů s PN s rozdělením na jednotlivá pohlaví. Hodnocení se opět pohybuje v rozmezí od 1 do 5, přičemž hodnota 5 odpovídá velmi dobré kvalitě života. U mužů dosáhlo hodnocení kvality života v průměru všech kategorií hodnoty 2,700. Všechny ženy vyhodnotily celkovou kvalitu svého života bodovým skórem 2,895. Hodnocení celkové kvality života pro všechny věkové kategorie a obě pohlaví dosáhlo průměrného bodového hodnocení 2,795.

8.6 Dílčí cíl č. 6 – Zjistit míru spokojenosti s celkovým zdravím

Výzkumná otázka č. 6: *Do jaké míry jsou pacienti s PN spokojeni se svým celkovým zdravím?*

Ke zjištění míry spokojenosti s celkovým zdravím byla použita otázka č. 2 z dotazníku WHOQOL-BREF.

Otázka č. 2: *Jak jste spokojen/a se svým zdravím?*



Graf č. 56 – Spokojenost se zdravím

Komentář: Spokojenost s celkovým zdravím muži ve věku 18-35 let zhodnotili na 50 %, ženy na 33 %. Ve věkové kategorii od 36 do 50 let vyhodnotili muži spokojenost se svým zdravím na 38 % a ženy opětovně na 33 %. V poslední kategorii 51-65 let vyhodnotili muži celkovou spokojenost se svým zdravím na 34 % a ženy na 41 %.

Interpretace: Graf č. 36 znázorňuje, jak jsou pacienti s PN spokojeni se svým zdravím. Ze všech kategorií byli se svým zdravím nejvíce spokojeni muži v nejmladší věkové kategorii. Mezi ženami byly nejspokojenější ty z kategorie nejstarších respondentů. U mužů hodnocení spokojenosti s přibývajícím věkem v této oblasti klesá, u žen naopak s přibývajícím věkem spokojenost mírně stoupá.

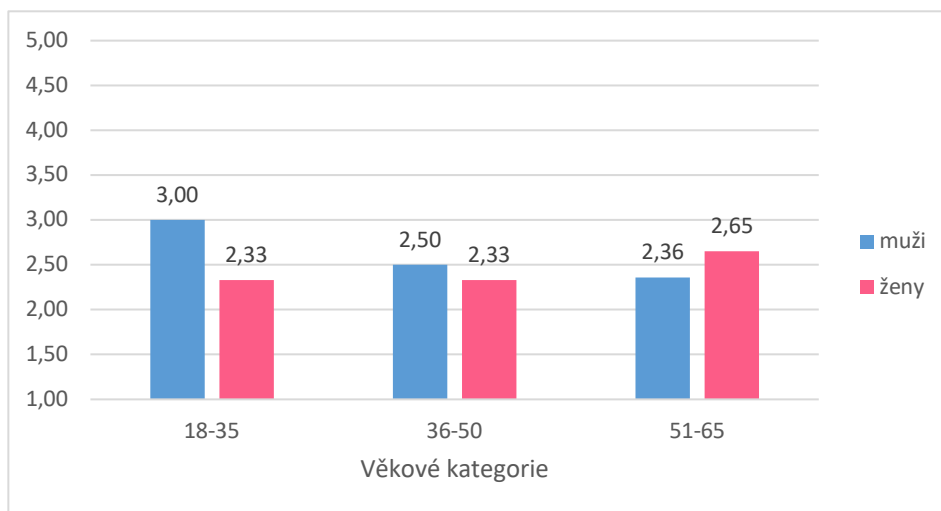
Dílčí cíl č. 6 – Zjistit míru spokojenosti s celkovým zdravím.

Výzkumná otázka č. 6: *Do jaké míry jsou pacienti s PN spokojeni se svým celkovým zdravím?*

Otázka č. 2: Jak jste spokojen/a se svým zdravím?

Věk	18-35		36-50		51-65	
	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy
<i>Velmi nespokojen/a</i>	0	1	0	0	2	0
<i>Nespokojen/a</i>	0	3	6	7	16	10
<i>Ani spokojen/a ani nespokojen/a</i>	2	1	3	1	8	11
<i>Spokojen/a</i>	0	1	1	1	2	2
<i>Velmi spokojen/a</i>	0	0	0	0	0	0

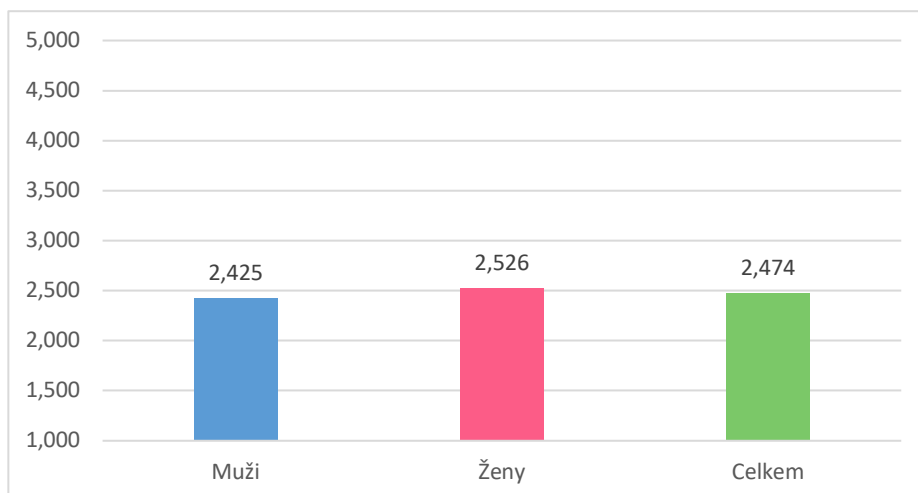
Tabulka č. 3 – Četnost odpovědí na otázku č. 3



Graf č. 58 – Bodové hodnocení otázky č. 2

Komentář: Graf č. 37 znázorňuje průměrné bodové hodnocení otázky dotazující se na míru spokojenosti s celkovým zdravím u pacientů s PN. Bodová hodnocení jsou rozdělena dle věkových kategorií a pohlaví, přičemž nejnižší hodnota 1 znamená, že jsou respondenti velmi nespokojeni se svým zdravím a hodnota 5 značí, že jsou respondenti se svým celkovým zdravím velmi spokojeni. Ve věkové kategorii 18-35 let vyhodnotili míru spokojenosti se svým zdravím muži na rovné 3 body, ženy pak na 2,33 bodu. Ve věkové kategorii 36-50 let

udali muži bodové hodnocení 2,50 a ženy 2,33. Ve třetí kategorii 51-65 let dosáhlo hodnocení spokojenosti u mužů průměrných 2,36 bodu a u žen 2,65 bodu.



Graf č. 59 – Průměrné bodové hodnocení spokojenosti se zdravím

Komentář: Graf č. 38 vyobrazuje průměrné bodové hodnocení spokojenosti s celkovým zdravím u respondentů s PN. Výsledné hodnoty jsou rozděleny na jednotlivá pohlaví, přičemž se jedná o průměrnou hodnotu ze všech věkových kategorií. Hodnocení se opět pohybuje v rozmezí od 1 do 5, a platí, že čím vyšší hodnota, tím vyšší míra spokojenosti. Muži průměrně hodnotili spokojenost s celkovým zdravím na 2,425 bodu, ženy udaly bodové hodnocení 2,526. Celkové bodové hodnocení spokojenosti se dosáhlo hodnoty 2,474.

DISKUZE

Hlavním cílem výzkumného šetření této bakalářské práce bylo zmapovat kvalitu života u pacientů se zavedenou punkční nefrostomií. V rámci dílčích cílů byla zjišťována spokojenost s kvalitou života ve čtyřech životních oblastech, celková subjektivní kvalita života a spokojenost s celkovým zdravím. První ze čtyř hodnocených oblastí života (domén) bylo fyzické zdraví, k jehož zhodnocení bylo využito otázek číslo 3, 4, 10, 15, 16, 17 a 18. Další oblastí života, která byla hodnocena, byla oblast prožívání. K jejímu hodnocení bylo využito otázek č. 5, 6, 7, 11, 19 a 26. Třetí hodnocenou oblastí byla oblast sociálních vztahů, kde byly k vyhodnocování využity otázky číslo 20, 21 a 22. Čtvrtou a zároveň poslední hodnocenou oblastí v rámci kvality života bylo prostředí, v němž pacienti s PN žijí. Ke zhodnocení této oblasti bylo využito otázek číslo 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 a 25. Ke zjištění hodnocení celkové subjektivní kvality života posloužila otázka č. 1, spokojenost s celkovým zdravím byla zjišťována skrze otázku č. 2. Jednotlivé otázky byly hodnoceny v rozpětí škály od 1 do 5, jednotlivé domény pak v rozpětí škály od 4 do 20, přičemž v obou případech platí, že čím vyšší skóre, tím vyšší kvalita života (Dragomirecká a Bartoňová, 2006). Průměrné bodové hodnocení všech otázek bylo 2,99 a průměrné hrubé skóre domén bylo 12,129.

Celkem se výzkumu zúčastnilo 78 respondentů – 40 respondentů byli muži a 38 respondentů byly ženy. Respondenti byli podle věku rozděleni do tří věkových kategorií, ve kterých byli dále rozčleněni dle pohlaví. V první věkové kategorii od 18 do 35 let bylo celkem 8 respondentů, což odpovídá procentuálnímu zastoupení 10,26 %. Dva z nich byli zástupci mužského pohlaví a šest bylo zástupkyně ženského pohlaví. Do druhé kategorie spadali všichni respondenti ve věku od 36 do 50 let, kterých bylo celkem 19 (tj. 24,36 % všech respondentů). Z těchto 19 respondentů bylo 10 mužů a 9 žen. V poslední kategorii od 51 do 65 let bylo celkem 51 respondentů, což odpovídá celkovému procentuálnímu zastoupení 65,38 % a činí tak z této věkové kategorie tu vůbec nejpočetnější. V rámci této skupiny respondentů jich 28 bylo mužského pohlaví a 23 ženského pohlaví. Nejstaršímu respondentovi bylo 65 let, nejmladšímu 25 let. Průměrný věk respondentů byl 53,7 let.

První dílčím cílem bylo zjistit **míru spokojenosti v doméně fyzické zdraví** u pacientů s PN. Celkově byla míra uspokojení v této oblasti hodnocena skórem 11,648. Ve srovnání s populační normou, která v této oblasti dosahuje průměrné hodnoty 15,55; je zjištěné skóre pacientů s PN považováno za sníženou kvalitu života v oblasti fyzického zdraví (Dragomirecká a Bartoňová, 2006). Nejlépe oblast fyzického zdraví vyhodnotili muži

z nejmladší věkové kategorie a to skórem 13,714; nejhůře potom tuto oblast zhodnotily ženy v kategorii nejstarších respondentů, a to průměrným skórem 11,205. Ve srovnání věkových kategorií dosáhla míra uspokojení v oblasti fyzického zdraví nejvyšší průměrné hodnoty u věkově nejmladších respondentů, s přibývajícím věkem pak hodnocení spokojenosti u obou pohlaví klesá. Tyto nižší hodnoty skóru u starších respondentů nejsou dle mého příliš překvapivé, neboť je obecně známo, že se lidé ve vyšším věku mnohem častěji potýkají s nedostatkem energie, zhoršenou pohyblivostí a větší morbiditou, se kterou se pak může pojít i větší míra pocíťované bolesti atd. Všechny tyto aspekty se pak mohly promítnout i do hodnocení spokojenosti v oblasti fyzického zdraví v rámci tohoto výzkumného šetření.

Součástí domény fyzické zdraví je mimo jiné také otázka číslo 3, která se respondentů dotazuje na míru pocíťované bolesti. V rámci analýzy výsledků bylo zjištěno, že ženy s PN pocíťují bolest ve větší míře než muži s PN. Ženy vyhodnotily míru bolesti, která jim brání vykonávat potřebné činnosti, v průměru na 49 %, muži pak na 39 %. Fernández-Cacho a Ayesa-Arriola (2019) ve svém článku „*Quality of life, pain and anxiety in patients with nephrostomy tubes*“ uvádějí, že ženy pocíťují větší míru bolesti než muži, což koresponduje s výsledkem získaným v rámci tohoto výzkumného šetření.

Druhým dílčím cílem této práce bylo zjistit **míru spokojenosti** pacientů s PN v **doméně prožívání**. Hodnocení této domény dosáhlo celkového skóre 11,171. To je v porovnání s populační normou, která dosahuje v této doméně průměrné hodnoty 14,78; opět považováno za sníženou kvalitu života v oblasti prožívání (Dragomirecká a Bartoňová, 2006). Nejlépe oblast prožívání zhodnotili muži ve věkové kategorii od 18 do 35 let věku, kde skóre dosáhlo hodnoty 15,333. Tato skupina respondentů je zároveň také jedinou skupinou, kde hodnota skóre dosáhla horního intervalu v rámci populační normy. Všechny ostatní skupiny pak v porovnání s populační normou spadají svými hodnotami skóru do snížené kvality života (Dragomirecká a Bartoňová, 2006). Tento významný rozdíl ve skórech mezi muži ve věkové kategorii 18-35 let a ostatními skupinami respondentů by mohl být zapříčiněn relativně nízkým počtem respondentů v této věkové kategorii. Mezi ženami pak byla stejně jako mezi muži nejspokojenější skupina nejmladších respondentek. V rámci ženského pohlaví lze zaznamenat mírný pokles spokojenosti v doméně prožívání s narůstajícím věkem, kdy nejnížší hodnoty skóre (10,783) dosáhla skupina nejstarších respondentek v kategorii od 51 do 65 let věku. Stejný jev lze pozorovat i v rámci hodnot populační normy – i zde je totiž průměrná hodnota skóre v oblasti prožívání nejnížší u nejstarších respondentů (Dragomirecká a Bartoňová, 2006). Mezi muži pak bylo nejnížší skóre v oblasti prožívání u respondentů ve

věku 36-50 let, kde dosáhlo velmi nízké hodnoty 9,933. U nejstarších respondentů mužského pohlaví pak dosáhlo skóre o něco vyšší hodnoty (11,667).

V rámci domény prožívání se dotazuje otázka číslo 26 na frekvenci prožívání negativních pocitů jako je úzkost, deprese či beznaděj. De Sousa Morais et al. (2019) uvádějí, že 44,5 % pacientů s PN zažívá pocity úzkosti a/nebo deprese před založením nefrostomie; po založení nefrostomie je to dokonce 50,5 % pacientů. V rámci našeho výzkumného šetření odpověděli pouze dva pacienti s PN, že negativní pocity neprožívají nikdy (viz. Tabulka č.1), což značí ještě vyšší frekvenci prožívání těchto negativních pocitů, než uvádí zmínění autoři ve své publikaci. Dále z vyhodnocení otázky č. 26 vyplývá, že ze všech věkových kategorií pocítují ženy negativní emoce v průměru častěji než muži. To se shoduje s tím, co uvádějí ve svém odborném článku Fernández-Cacho a Ayesa-Arriola (2019), kteří zjistili, že u žen se vyskytuje úzkost ve vyšší míře než u mužů (a to jak před, tak i po založení nefrostomie). Existuje řada důvodů, proč ženy mohou pocítovat úzkost ve vyšší míře než muži. Může to být dáno například biologickými faktory (působení ženských hormonů) nebo rolí, kterou ženy zastávají v rámci rodinného života. Ženy jako matky a pečovatelky často nesou odpovědnost za chod domácnosti, péči o děti atd., úzkost se tak u nich může projevat jako důsledek strachu, že nadále již nebudou schopny této své roli dostát (Fernández-Cacho et al., 2020). Dle mého názoru může být zjištění vyšší míry úzkosti u žen ve srovnání s muži v rámci našeho výzkumného šetření také způsobeno tím, že ženy jsou obvykle otevřenější ke sdílení svých emocí a prožitků s ostatními, zatímco muži často zůstávají uzavření a není pro ně přirozené své emoce sdílet. To by mohlo nasvědčovat tomu, že ženy byly při vyplňování dotazníku upřímnější, a proto jsme u nich zjistily vyšší míru pocítované úzkosti.

Třetí dílčí cíl měl za úkol zjistit **míru spokojenosti v doméně sociálních vztahů** u pacientů s PN. Subjektivní míra spokojenosti v této doméně dosáhla u respondentů průměrné hodnoty 12,667; což v porovnání s populační normou představuje mírně sníženou kvalitu života v oblasti sociálních vztahů. Populační norma pro tuto doménu pak dosahuje průměrné hodnoty 14,98 (Dragomirecká a Bartoňová, 2006). Vůbec nejvyšší hodnoty skóru (15,111) v oblasti sociálních vztahů dosáhly ženy ve věkové kategorii od 18 do 35 let. Stejně jako v oblasti prožívání, i v doméně sociálních vztahů je u žen s rostoucím věkem pozorovatelný pokles míry spokojenosti. Mezi muži udali největší míru uspokojení taktéž respondenti z nejmladší věkové kategorie. Naopak nejnižší míru uspokojení v rámci mužského pohlaví udali respondenti ve věkové kategorii od 36 do 50 let, kde byla hodnota skóru pouhých 11,733.

Stejný trend v rámci hrubých skóreů jsme mohli zaznamenat již v předchozí doméně, která se zabývala oblastí prožívání.

V rámci domény sociálních vztahů se vyskytla otázka, která dosáhla vůbec nejnižšího průměrného bodového hodnocení ze všech otázek. Byla to otázka číslo 21, která se dotazovala, jak jsou respondenti spokojeni se svým sexuálním životem. Bodové ohodnocení této otázky bylo při zprůměrování všech kategorií pouhých 2,308; přičemž průměrné bodové hodnocení všech otázek v této doméně bylo 3,167. V rámci běžné populace pak bodové hodnocení této otázky dosahuje dokonce hodnoty 3,64 (Dragomirecká a Bartoňová, 2006). Takto nízké bodové ohodnocení u otázky mohlo být způsobeno vysokým procentuálním zastoupením starších respondentů (respondenti věkové kategorie 51-65 let tvořili 65,38 % všech respondentů), kdy je přirozené, že spokojenost v rámci sexuálního života s rostoucím věkem obvykle klesá. Relativně nízkého hodnocení (v porovnání s ostatními otázkami z domény sociálních vztahů) však tato otázka dosáhla i u mladších respondentů, a tak může být na vině konkrétně i samotná přítomnost punkční nefrostomie jakožto umělého vývodu močových cest. Podobná skutečnost se pak objevuje například i u pacientů s urostomií, což je umělý vývod močovodu (České ILCO, b.d.). Autoři Pazar et al. (2015) ve svém článku „*Health-Related Quality of Life in Persons Living With a Urostomy*“ prezentují výsledky svého výzkumného šetření, ve kterém zjistili, že všichni zúčastnění urostomici uvedli problémy se sexuálním životem po založení stomie, 75 % respondentů pak dokonce přiznalo, že po založení urostomie již nebyli nadále sexuálně aktivní, ačkoli před operací vedli aktivní sexuální život. Nejpravděpodobnějším důvodem pro úplné odmítání sexuálního života bude dle mého nejspíše změna ve vnímání vlastního těla, která se se založením stomie bohužel neodmyslitelně pojí. Dvě třetiny respondentů s urostomií si myslí, že je jejich stomie činí méně atraktivními a 83 % respondentů uvedlo, že jsou nespokojeni se změnami, co se vzhledu jejich těla týče (Pazar et al., 2015). Tyto potíže s odlišným vnímáním sebe sama se pojí i s punkční nefrostomií. Odlišné vnímání obrazu vlastního těla může mít vliv nejen na intimní život pacientů, ale i na jejich partnerské vztahy jako takové. Jak uvádí Ziková (2014, s. 76) ve své bakalářské práci „*Ošetrovatelská péče o pacienta s nefrostomií*“, až 56 % pacientů narušila nefrostomie jejich partnerské vztahy.

Zbylé dvě otázky dotazující se na oblast sociálních vztahů, byly hodnoceny v průměru všech otázek relativně vysokým bodovým hodnocením. Otázka číslo 20, dotazující se na spokojenost s osobními vztahy, dosáhla průměrného bodového hodnocení 3,564 a otázka číslo 22, dotazující se na spokojenost s podporou, kterou respondentům poskytují přátelé,

dosáhla průměrného bodového hodnocení 3,628. Podpora rodiny a blízkých je pro pacienty s PN naprosto klíčová, a dle výzkumu lze mínit, že se jim jí skutečně dostává. Tomu odpovídá i zjištění Zikové (2014, s. 76), která ve své práci uvedla, že dokonce 94 % pacientů s nefrostomií našlo u své rodiny psychickou podporu.

Čtvrtým dílčím cílem bylo zjistit **míru spokojenosti v doméně prostředí**, ve kterém pacienti s PN žijí. Míra uspokojení v této oblasti dosáhla u respondentů celkového skóre 13,026; což z ní činí nejlépe hodnocenou doménu v porovnání s ostatními hodnocenými oblastmi. Populační norma dosahuje v této doméně hodnoty skóru 13,30. Hodnocení, které v této doméně udali pacienti s PN, pak jako jediné z doménových skóre spadá do intervalu populační normy (Dragomirecká a Bartoňová, 2006). Vůbec nejlépe vyhodnotily oblast prostředí ženy ve věku od 18 do 35 let a to skórem 15,167. U žen, stejně jako ve dvou předchozích doménách (prožívání, soc. vztahy), míra spokojenosti s rostoucím věkem klesá a nejnížší míru uspokojení tedy logicky udaly věkově nejstarší ženy (skóre 12,239). U mužů pak došlo ke stejnému jevu jako ve dvou předchozích hodnocených oblastech života (prožívání a soc. vztahy). Zde dosáhla nejvyšší míry uspokojení opět skupina nejmladších mužů, nejnížší míru uspokojení pak opětovně udala skupina respondentů ve věkové kategorii od 36 do 50 let věku. Tento trend, který se vyskytl ve třech ze čtyř domén, ukazuje to, jak jsou jednotlivé aspekty lidského života provázané a jak jedna životní oblast může ovlivňovat i ty další.

Otázka číslo 13, spadající do této domény, u respondentů zjišťovala, v jakém rozsahu mají přístup k informacím, které potřebují pro svůj každodenní život. Tato otázka dosáhla ze všech otázek vůbec nejvyššího průměrného bodového skóru (3,769). V této doméně se také vyskytly jediné dvě otázky, které u pacientů s PN měly vyšší bodové ohodnocení než u běžné populace. Byly to otázky číslo 9 („*Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?*“) a číslo 12 („*Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?*“). Otázka č. 9 dosáhla bodového skóru 2,923; přičemž průměrné bodové skóre v rámci populace je 2,85. U otázky č. 12 byl průměrný bodový skór 3,141; průměr v populaci je pak 2,87 (Dragomirecká a Bartoňová, 2006). Dobrá finanční situace většiny respondentů může naznačovat i uspokojivou situaci, co se zaměstnání týče. Mnoho pacientů může mít obavy, že nebudou mít dostatek peněz, pokud budou nuceni být delší dobu v pracovní neschopnosti. Výsledek ale může nasvědčovat tomu, že mnoho pacientů s PN vůbec nemusí v zaměstnání skončit, čemuž by odpovídalo i zjištění v práci Zikové (2014, s. 76), která uvedla, že pouhých 35 % pacientů s nefrostomií označilo zaměstnání jako oblast změny života.

Dílčím cílem číslo pět bylo zjistit **míru hodnocení celkové kvality života** u pacientů s PN. Tato otázka byla hodnocena na bodové škále 1 až 5, kdy platí, že čím vyšší hodnota, tím vyšší kvalita života. Průměrné bodového hodnocení celkové kvality života u pacientů s PN dosáhlo hodnoty 2,795. Průměrné hodnocení celkové kvality života v rámci populační normy je 3,82; výsledek u pacientů s PN tedy značí sníženou celkovou kvalitu života (Dragomirecká a Bartoňová, 2006). Nejlépe kvalitu života vyhodnotili muži v nejmladší věkové kategorii, a to bodovým hodnocením 3,50. U žen dosáhla celková kvalita života nejvyššího bodového hodnocení (3,00) v téže věkové kategorii. Nejnižší hodnocení celkové kvality života udali respondenti obou pohlaví v kategorii věkově nejstarších respondentů. U obou pohlaví míra hodnocení celkové kvality života se stoupajícím věkem klesá, což může být způsobeno například i tím, že lidé ve vyšším věku mají obecně více přidružených zdravotních problémů.

Při vyhodnocování celkové kvality života s rozdělením na jednotlivá pohlaví udali průměrně nižší míru hodnocení muži než ženy. U mužů byla celková kvalita života vyhodnocena na 2,700 a u žen na 2,895. Fernández-Cacho a Ayesa-Arriola (2019) ve svém článku „*Quality of life, pain and anxiety in patients with nephrostomy tubes*“ došli k opačnému výsledku, a to, že ženy udávaly v průměru nižší kvalitu života než muži. Tento rozdílný výsledek může být dle mého zapříčiněn například odlišným složením vybraného vzorku respondentů (jiný poměr mužů a žen, jiné věkové rozložení apod.).

Šestým dílčím cílem bylo **zjistit míru spokojenosti** pacientů s PN s **celkovým zdravím**. Naši respondenti vyhodnotili spokojenost se svým zdravím průměrným bodovým hodnocením 2,474. Tato hodnota značí v rámci populační normy podprůměr, neboť průměrné bodové hodnocení v běžné populaci je 3,68 (Dragomirecká a Bartoňová, 2006). Vůbec nejlepší bodové hodnocení (3,00) spokojenosti s celkovým zdravím udali opětovně muži z nejmladší věkové kategorie. V rámci mužského pohlaví hodnocení s rostoucím věkem postupně klesá. U žen se pak vyskytl úplně opačný trend, kdy spokojenost s celkovým zdravím s vyšším věkem stoupala. Nejvyšší míru uspokojení udaly nejstarší ženy v kategorii od 51 do 65 let (bodové hodnocení 2,65), obě kategorie mladších žen od 36 do 50 let a od 18 do 35 let pak hodnotily uspokojení naprosto shodnou bodovou hodnotou (2,33).

V rámci vyhodnocování spokojenosti se zdravím u pacientů s PN jsme zjistili, že v průměru všech věkových kategorií udávají vyšší míru spokojenosti se svým zdravím ženy než muži. Zatímco hodnocení žen dosáhlo průměrné hodnoty 2,526; u mužů bylo jen 2,425.

Jedná se o stejný jev jako jsme zaznamenali u předchozí otázky dotazující se na kvalitu života, což ukazuje především to, jak je celková spokojenost se zdravím propojena i s celkovou kvalitou života jedince.

LIMITACE VÝZKUMU

Největší limitací výzkumu byl nedostatečný počet respondentů. Ten byl dán především celkově nízkým počtem pacientů žijících s punkční nefrostomií. Dále pak byla velkou limitací nemožnost provést výzkum ve více zdravotnických zařízeních. Přestože bylo kontaktováno celkem šest zdravotnických zařízení, domluva proběhla jen se dvěma z nich, zbytek na žádosti o povolení výzkumu nereagoval. Do určité míry byla limitací výzkumu také nutnost dodržovat zařazovací kritéria, kvůli jejichž nesplnění muselo být nakonec vyřazeno 13 kompletně vyplněných dotazníků. Tato kritéria ovšem musela být dodržena, aby byla získaná data platná. Za relativní limitaci výzkumu můžeme považovat i neochotu pacientů dotazník vyplnit. Jelikož je ale PN často zakládána v rámci paliativní péče, v kontextu vážnosti zdravotního stavu a celkové životní situace daných jedinců je tak odmítnutí účasti na výzkumném šetření zcela pochopitelné.

DOPORUČENÍ PRO OŠETŘOVATELSKOU PRAXI

Jako doporučení pro ošetřovatelskou praxi by mohl posloužit krátký seznam opatření a strategií, který by mohl pomoci zlepšit životní situaci pacientů s PN. Seznam je uveden v příloze (Příloha č. 4).

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývá kvalitou života u pacientů se zavedenou punkční nefrostomií. Teoretická část se věnuje punkční nefrostomii, indikacím a kontraindikacím k jejímu zavedení, samotnému založení PN, předoperační a pooperační přípravě a také komplikacím, které mohou v souvislosti s PN vznikat. Další sekce teoretické části práce je věnována jednotlivým aspektům života a celkové kvalitě života. Hlavním cílem praktické části této bakalářské práce pak bylo zmapovat kvalitu života pacientů s punkční nefrostomií. Dále bylo staveno celkem šest dílčích cílů. Čtyři z těchto cílů měly za úkol zjistit míru spokojenosti v oblastech fyzického zdraví, prožívání, sociálních vztahů a prostředí, ve kterém pacienti s PN žijí. Další dva dílčí cíle zjišťovaly míru hodnocení celkové kvality života a míru spokojenosti s celkovým zdravím.

K dosažení cílů bylo využito jedné z metod kvantitativního výzkumu – dotazníkového šetření. Konkrétně byl použit standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF, jehož autorem je WHO. Tento dotazník hodnotí čtyři oblasti života (fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí), celkovou kvalitu života a spokojenost s celkovým zdravím. Dotazník má celkem 26 položek, z nichž se 24 dotazuje na čtyři zmiňované oblasti života a 2 zbylé otázky slouží jako samostatné hodnocení celkové kvality života a spokojenosti s celkovým zdravím. Dotazníky v tištěné formě byly mezi respondenty distribuovány ve dvou zdravotnických zařízeních, v elektronické formě byly dotazníky vyplňovány respondenty, kteří jsou zapojeni do činnosti patientské organizace České ILCO.

Z dosažených výsledků je zřejmý vliv punkční nefrostomie na kvalitu života respondentů. Byla zjištěna snížená celková kvalita života pacientů s PN. Snížení kvality života je patrné také ve třech ze čtyř zkoumaných oblastí života (fyzické zdraví, prožívání a sociální vztahy). Spokojenost s celkovým zdravím byla respondenty taktéž vyhodnocena podprůměrně. Dále lze konstatovat, že existuje zjevná souvislost mezi věkem pacientů s PN a celkovou kvalitou jejich života. Celková kvalita života byla lépe hodnocena ženami. V porovnání s hodnocením, které v této oblasti udali muži, se však nejedná o výrazný rozdíl.

Stanovený cíl této bakalářské práce byl naplněn. Získaná data mohou být potenciálně využita studenty či dalšími jedinci, kteří se v budoucnu budou problematikou kvality života pacientů s punkční nefrostomií zabývat. Jedná se jistě o zajímavou problematiku, která by byla hodna dalšího výzkumu. Podrobnější výsledky by mohly být získány při zahrnutí většího počtu respondentů či využití dalších metod výzkumu, kterými by mohly být

například standardizovaný sto položkový dotazník WHOQOL-100, dotazník WHOQOL-OLD, který je určen pro respondenty starší šedesáti let, nebo například dotazník SF – 36, který by také mohl přinést zajímavé výsledky, neboť nemá tak striktní věkové omezení.

SEZNAM LITERATURY

BURDA, Patrik a ŠOLCOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelská péče: pro obor ošetrovatel*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2015, 223 s. ISBN 978-80-247-5333-1.

ČESKÉ ILCO (bez data). *Druhy stomii – nefrostomie*. Online. České ILCO, z.s. Dostupné z: <https://www.ilco.cz/vse-o-stomii/druhy-stomii/>. [citováno: 2023-09-17].

ČESKÉ ILCO (bez data). *Průkaz stomika*. Online. České ILCO, z.s. Dostupné z: <https://www.ilco.cz/prukaz-stomika/>. [citováno: 2023-09-17].

ČESKÉ ILCO (bez data). *Stomická sestra*. Online. České ILCO, z.s. Dostupné z: <https://www.ilco.cz/stomicka-sestra/>. [citováno: 2023-09-17].

ČESKÉ ILCO (bez data). *Založení Českého ILCO*. Online. České ILCO, z.s. Dostupné z: <https://www.ilco.cz/zalozeni-ceskeho-ilco/>. [citováno: 2023-09-17].

ČESKÉ ILCO (bez data). *O nás – náš příběh*. Online. České ILCO, z.s. Dostupné z: <https://www.ilco.cz/o-nas/>. [citováno: 2023-09-17].

DE SOUSA MORAIS, Nuno; PEREIRA, José P.; MOTA, Paulo; CARVALHO-DIAS, Emanuel; TORRES, João N.; LIMA, Estêvão. *Percutaneous nephrostomy vs ureteral stent for hydronephrosis secondary to ureteric calculi: impact on spontaneous stone passage and health-related quality of life—a prospective study*. Online. Urolithiasis, volume 47, issue 6, December 2019, s. 567-573. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s00240-018-1078-2>. [citováno: 2024-02-11].

DRAGOMIRECKÁ, Eva a BARTOŇOVÁ, Jitka. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment: příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. 1. vydání. Praha: Psychiatrické centrum, 2006, 88 s. ISBN 80-85121-82-4.

DRLÍKOVÁ, Kateřina; ZACHOVÁ, Veronika; KARLOVSKÁ, Milada. *Praktický průvodce stomika*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2016, 192 s. ISBN 978-80-247-5712-4.

FERNÁNDEZ-CACHO, Luis Manuel; AYESA-ARRIOLA, Rosa. *Quality of life, pain and anxiety in patients with nephrostomy tubes*. Online. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2019. Dostupné z: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3039.3191>. [citováno: 2024-01-06].

FERNÁNDEZ-CACHO, Luis Manuel; CACHO, Pedro Muñoz; LOPE, Juan Jordá; AY-ESA-ARRIOLA, Rosa. *Percutaneous Nephrostomy and Anxiety: A Gender Matter?* Online. *Journal of Radiology Nursing*, volume 39, issue 4, December 2020, s. 323-326. ISSN: 1555-9912. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jradnu.2020.05.006>. [citováno: 2024-02-11].

GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011, 223 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3625-9.

HANUŠ, Tomáš a MACEK, Petr. *Urologie pro mediky*. Vydání první. Praha: Karolinum, 2015, 305 s. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 978-80-246-3008-3.

HORA, Milan a DOLEJŠOVÁ, Olga. *Urologie pro studenty všeobecného lékařství*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2020, 131 s. Učební texty Univerzity Karlovy. ISBN 978-80-246-4544-5.

JANÍKOVÁ, Eva a ZELENÍKOVÁ, Renáta. *Ošetrovatelská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha: Portál, 2013, 249 s. ISBN 978-80-247-4412-4.

KÖHLER, Oto; KOČÁREK, Jiří; DRLÍK, Pavel; REŽNAR, Petr; OTAVA, Zdeněk; POKORNÝ, Jan; KAPLAN, Ondřej. Endoskopické řešení obstrukcí v horních močových cestách. *Postgraduální medicína*. Roč. 7 (2005), č. 5, s. 562-568. ISSN 1212-4184.

KALÁBOVÁ, Martina Terezie. *Rady k ošetřování stomií*. Vydání první. [Praha]: Diakonie ČCE, 2016, 92 s. Rady pro pečující. ISBN 978-80-87953-11-2.

KORDULOVÁ, Pavla a BITTNER, Lukáš. Informace pro pacienty se zavedenou nefrostomií. *Urologie pro praxi*. Roč. 13 (2012), č. 2, s. 94. ISSN 1213-1768.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 198 s. Psyché. ISBN 80-247-0179-0.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada, 2009, 175 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2713-4.

MAPI RESEARCH INSTITUTE (bez data). *PROQOLID – The Patient-Reported Outcome and Quality Of Life Instruments Database*. Online. Dostupné z: <https://www.qolid.org>. [citováno: 2024-01-03].

MZČR. *Rejstřík pojmů – kvalita života*. Online. Národní zdravotnický informační portál. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2024. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/1691>. [citováno: 2024-01-11].

NERMUŤOVÁ, Zuzana a VÁVROVÁ, Petra. Punkční nefrostomie. *Sestra*. Roč. 23 (2013), č. 6, s. 39-40. ISSN 1210-0404.

PAZAR, Berrin; YAVA, Ayla; BAŞAL, Şeref. *Health-Related Quality of Life in Persons Living With a Urostomy*. Online. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, volume 42, issue 3, May-June 2015, s. 264-270. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/WON.000000000000110>. [citováno: 2024-02-11].

PITRA, Tomáš. Nefrostomie – péče a problémy. In: *Komplikace onkologických pacientů a možnosti jejich řešení v primární péči*. Praha: Grada Publishing, 2022, s. 130-134. ISBN 978-80-271-3556-1.

PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetřovatelství I. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2018, 286 s. *Sestra*. ISBN 978-80-271-0888-6.

PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetřovatelství II. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2019, 198 s. *Sestra*. ISBN 978-80-271-0889-3.

ROVNÝ, Arne; KUMSTÁT, Petr; ŠABACKÝ, Ivo. Dlouhodobé derivace moči – principy provedení. *Urologie pro praxi*. Roč. 4 (2003), č. 2, s. 69-73. ISSN 1213-1768.

SKÁLA, Bohumil. *Bolest a její farmakoterapie – doporučený diagnostický a léčebný postup pro praktické lékaře*. Online. proLékaře.cz. Datum publikace: 14. 1. 2016. Dostupné z: https://www.prolekare.cz/kreditovane-kurzy/bolest-a-jeji-farmakoterapie-doporuceny-diagnosticky-a-lecebny-postup-pro-prakticke-lekare-67/bolest_a_jeji_farmakoterapie_doporuceny_diagnosticky_a_lecebny_postup_pro_prakticke_lekare-64. [citováno: 2023-10-20].

SLEZÁKOVÁ, Lenka; ČOUPKOVÁ, Hana; MARCIÁN, Pavel; MARCIÁNOVÁ, Vladislava; PŘIKRYLOVÁ, Lucie; RÁŽKOVÁ, Ludmila. *Ošetřovatelství v chirurgii. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2019, 272 s. ISBN 978-80-247-2900-8.

SVAČINA, Štěpán. *Klinická dietologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 381 s. ISBN 978-80-247-2256-6.

TEPLAN, Vladimír. *Praktická nefrologie. 2.*, zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006, 496 s. ISBN 80-247-1122-2.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO (1998-2024). *Koagulopatie*. Online. Velký lékařský slovník On-Line. Dostupné <https://lekarske.slovníky.cz/pojem/koagulopatie>. [citováno: 2024-01-27].

VOKURKA, Martin a Jan HUGO (1998-2024). *Pacient*. Online. Velký lékařský slovník On-Line. Dostupné z: <https://lekarske.slovníky.cz/pojem/pacient>. [citováno: 2024-01-27].

VOKURKA, Martin a Jan HUGO (1998-2024). *Punkce*. Online. Velký lékařský slovník On-Line. Dostupné z: <https://lekarske.slovníky.cz/lexikon-pojem/punkce-4>. [citováno: 2024-01-27].

VOKURKA, Martin a Jan HUGO (1998-2024). *Pyonefróza*. Online. Velký lékařský slovník On-Line. Dostupné z: <https://lekarske.slovníky.cz/lexikon-pojem/pyonefroza>. [citováno: 2024-01-27].

VOLF, Petr a Martin DRÁBEK. Endoskopie v urologii a derivace moči. *Urologie pro praxi*. Roč. 18 (2017), č. 5, s. 217-222. ISSN 1213-1768.

VOSÁTKOVÁ, Karolína a HOUDKOVÁ, Alena. Psychologie nemocného v před a pooperačním období. *Sestra*. Roč. 18 (2008), č. 7-8, s. 63. ISSN 1210-0404.

VYTEJČKOVÁ, Renata; SEDLÁŘOVÁ, Petra; WIRTHOVÁ, Vlasta; HOLUBOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 228 s. ISBN 978-80-247-3419-4.

VYTEJČKOVÁ, Renata; SEDLÁŘOVÁ, Petra; WIRTHOVÁ, Vlasta; OTRADOVCOVÁ, Iva; PAVLÍKOVÁ, Pavla. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 272 s. ISBN 978-80-247-3420-0.

WICHSOVÁ, Jana. PŘIKRYL, Petr; POKORNÁ, Renata; BITTNEROVÁ, Zuzana. *Sestra a perioperační péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 192 s. ISBN 978-80-247-3754-6.

YOUNG, Michael; LESLIE, Stephen W. *Percutaneous Nephrostomy*. Online. StatPearls Publishing, 2023, s. 1-14. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493205/>. [citováno: 2023-10-22].

ZACHOVÁ, Veronika. *Stomie*. 1. vydání. Praha: Grada, 2010, 200 s. ISBN 978-80-247-3256-5.

ZEMAN, Miroslav; KRŠKA, Zdeněk. *Chirurgická propedeutika*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2011, 512 s. ISBN 978-80-247-3770-6.

ZIKOVÁ, Jana, 2014. *Ošetrovatelská péče o pacienta s nefrostomií*. České Budějovice. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Katedra ošetrovatelství a porodní asistence.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Dotazník WHOQOL-BREF

Příloha č. 2 – Souhlas s výzkumným šetřením ve FN Plzeň

Příloha č. 3 – Souhlas s výzkumným šetřením v Nemocnici České Budějovice a.s.

Příloha č. 4 – Doporučení pro ošetrovatelskou praxi

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Dotazník WHOQOL-BREF

KVALITA ŽIVOTA DOTAZNÍK SVĚTOVÉ ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACE

WHOQOL-BREF (krátká verze)

Dobrý den.

Jsem studentkou třetího ročníku oboru všeobecné ošetrovatelství na Západočeské univerzitě v Plzni a chtěla bych Vás poprosit o vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je anonymní a informace z něj budou využity pro účely mé bakalářské práce na téma „Kvalita života pacientů s punkční nefrostomií“.

Moc Vám děkuji za Váš čas a ochotu.

Barbora Smačková

INSTRUKCE

Tento dotazník zjišťuje, jak vnímáte kvalitu svého života, zdraví a ostatních životních oblastí. **Odpovězte laskavě na všechny otázky.** Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, **vyberte prosím odpověď**, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne jako první. Berte přitom v úvahu, jak běžně žijete, své plány, radosti i starosti. Ptáme se Vás na Váš život za **poslední dva týdny**.

Uved'te, prosím, odpovědi na následující položky:

Věk: _____

Pohlaví: _____

Doba zavedení punkční nefrostomie: _____

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Příloha č. 2 – Souhlas s výzkumným šetřením ve FN Plzeň



FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ

Útvar náměstka pro vnější vztahy a spolupráci s LF

Edvarda Beneše 1128/13, 301 00 Plzeň - Bory
okř Svatobory 923/80, 323 00 Plzeň - Lochotín
IČO 00889886, tel.: 377 401 111, 377 103 111

Vážená paní
Barbora Smačková
Studentka oboru Všeobecné ošetřovatelství
Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetřovatelství a porodní asistence
Západočeská univerzita v Plzni

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro vnější vztahy a spolupráci s lékařskou fakultou FN Plzeň **uděluji povolení** ke sběru dat pomocí dotazníku určeného pacientům, hospitalizovaným na níže uvedených pracovištích FN Plzeň:

- *Kliniky – I. Interní, urologická, onkologická a radioterapeutická*

Vaše šetření budete provádět, za dále uvedených podmínek, v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce na téma „Kvalita života pacientů s punkční nefrostomií“.

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

- Vrchní sestry oslovených ZOK souhlasí s Vaším postupem.
- Osobně provedete svoje šetření.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického plánu FN Plzeň. **Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372/2011 Sb.,** o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění.
- Případné údaje o zdravotním stavu respondentů, uvedené ve Vaší bakalářské práci, musí být zcela anonymizovány.
- ***Pacienty / respondenty můžete oslovovat pouze ve spolupráci se staničními sestrami oslovených ZOK FN Plzeň, a to v době výkonu Vaší, školou schválené, odborné praxe na výše uvedeném ZOK.***

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

Toto povolení nezakládá povinnost pacientů / respondentů či zdravotnických pracovníků s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráci s Vámi pacienti / respondenti pocítovali jako újmu či s dotazováním nevyšlovi souhlas nebo pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců FN Plzeň. Účast respondentů i zaměstnanců na Vašem šetření je dobrovolná.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr. Bc. Světluše Chabrová
Manažerka pro vzdělávání nelékařů
Útvar náměstkyně pro vnější vztahy a spolupráci s LF

Fakultní nemocnice Plzeň
Edvarda Beneše 1128/13, 301 00 Plzeň
Tel: 377 401 663
E-mail: chabrovas@fnplzen.cz

11. 10. 2023

Příloha č. 3 – Souhlas s výzkumným šetřením v Nemocnici České Budějovice a.s.



FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ
ZÁPADOČESKÉ UNIVERZITY
V PLZNI

Jméno a příjmení studenta: Barbora Smačková
Studijní program/ročník: Všeobecné ošetřovatelství, 3. ročník
Akademický rok: 2023/2024

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na Urologickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s.

Odůvodnění žádosti:

Souhlas s výzkumným šetřením je požadován aktuálně platnou Metodikou zpracování kvalifikačních prací¹ Fakulty zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni. Metodika ukládá studentům povinnost přiložit do své kvalifikační práce souhlas s výzkumným šetřením, realizovaným v rámci instituce.

¹BERÁNEK, V., MARTINEK, L., PFEFFEROVÁ, E., KROCOVÁ, J., FIRÝTOVÁ, R. Metodika zpracování kvalifikačních prací. 2. vyd. Plzeň : Fakulta zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni, 2019, 113 s. ISBN: 978-80-261-0760-6

Vyjádření vedoucího práce k žádosti pro oslovenou instituci:

Souhlasím

Nesouhlasím

Datum: 11.12.2023

Podpis:



Žádost pro oslovenou instituci

Vážená paní Mgr. Dohnalová,

Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na Urologickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s., jež je součástí závěrečné bakalářské práce studentky Barbory Smačkové, posluchačky bakalářského studijního programu Všeobecné ošetřovatelství, Fakulty zdravotnických studií, Západočeské univerzity v Plzni.

Hlavním cílem této práce je zmapovat kvalitu života u pacientů se zavedenou punkční nefrostomií.

Sledovaný soubor tvoří pacienti do 65 let věku se zavedenou punkční nefrostomií po dobu minimálně dvou týdnů.

Sběr dat bude proveden formou dotazníkového šetření. Využit bude standardizovaný dotazník kvality života WHOQOL-BREF od Světové zdravotnické organizace.

Výzkumné šetření bude provedeno s použitím postupů **anonymizace dat**, plně v souladu s etickými zásadami, aktuálně platnou *Metodikou zpracování kvalifikačních prací* fakulty a standardy akademického psaní.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Pavlíny Tůmové.

Výsledky šetření Vám po dokončení práce rádi poskytneme.


Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí:

Souhlasím

Nesouhlasím

V Č. Budějovicích dne 14. 12. 2023

Mgr. Hana Dohnalová
náměstkyně pro ošetřovatelskou péči
Nemocnice České Budějovice, a.s.


Razítko a podpis zástupce instituce

Příloha č. 4 – Doporučení pro ošetrovatelskou praxi

DOPORUČENÍ PRO OŠETŘOVATELSKOU PRAXI – KVALITA ŽIVOTA PACIENTŮ S PUNKČNÍ NEFROSTOMIÍ

Punkční nefrostomie je drén, který je pacientům zaváděn přes kůži stěny břišní do ledvinné pánvičky, odkud zajišťuje odvádění moči z těla rovnou do sběrného močového sáčku. Nejčastějším důvodem pro její zavedení bývá obstrukce močového systému, kdy moč nemůže odcházet z těla přirozenou cestou. Stejně jako je tomu u jiných stomií, tak i u punkční nefrostomie je ovlivněna celková kvalita života jedinců, kteří mají drén zaveden. Tato močová derivace má negativní vliv nejen na fyzické zdraví pacientů, ale i na jejich sociální vztahy a prožívání. S narůstajícím věkem se kvalita života pacientů ještě více snižuje.

Vzhledem k těmto skutečnostem je vhodné se v ošetrovatelské praxi zaměřit na následující opatření a strategie, abychom pacientům s punkční nefrostomií co nejvíce ulehčili a pokud možno zlepšili jejich náročnou životní situaci.

1. DOSTATEČNÁ INFORMOVANOST + (RE)EDUKACE PACIENTŮ

- Ošetrovatelský personál v rámci edukace pacientů a jejich rodin:
 - Podává informace o tom, co je to punkční nefrostomie a k čemu slouží, jak se o ni starat, jak pečovat o sběrný močový systém či o tom, jak včas rozpoznat možné komplikace a jak předcházet vzniku infekcí
 - Opakovaně demonstruje, jak postupovat při převazu drénu a výměně sběrného močového sáčku a do celého procesu pacienta, pokud možno, zapojuje
 - Nabádá pacienty, aby v rámci reedukace udržovali kontakt se svou stomickou sestrou, popř. jim poskytuje kontakt na místní stomickou poradnu či stomický spolek
- Vhodné je využití edukačních materiálů, jakými jsou např. různé letáčky, brožury, výuková videa, ...
- **Pozor však abychom pacienta informacemi příliš nezahltili! Ke každému pacientovi vždy přistupujeme individuálně, s ohledem na jeho věk, schopnosti, potřeby a přání**

2. PSYCHICKÁ PODPORA PŘI ADAPTACI

- Sestra by měla být pro pacienta **emocionální podporou** a měla by mu pomoci vyrovnat se s nově vzniklou životní situací
- Založení punkční nefrostomie představuje obrovský zásah do života, je tedy nutné k pacientům přistupovat obzvláště empaticky, neboť jejich psychické zdraví je v tomto období velmi křehké
- V případě, že její síly na pomoc pacientovi nestačí, může jej odkázat na nějakého odborníka (**psycholog, psychoterapeut** apod.)

3. MONITOROVÁNÍ A HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA

- Pravidelné monitorování a hodnocení kvality života pacientů s punkční nefrostomií by umožnilo ošetrovatelskému personálu snáze **identifikovat potřeby pacientů a přizpůsobit tak péči jejich individuálním potřebám**
- Průběžné sledování kvality života pacientů je sice časově náročné, ale výhody, které takové hodnocení přináší, zcela převáží všechna úskalí
- Díky takovému hodnocení pak můžeme snáze identifikovat i takové problematické oblasti života, ve kterých bychom problém třeba ani neočekávali (např. sexuální život)

4. PODPORA AKTIVNÍHO ŽIVOTNÍHO STYLU

- Sestry by měly pacienty s punkční nefrostomií motivovat k aktivnímu životnímu stylu, pokud je to možné a vhodné
- To může zahrnovat:
 - podporu při **cvičení** (vhodná je např. jóga, léčebná tělesná výchova apod.)
 - motivaci ke **zdravému stravování + dostatečnému pitnému režimu**
 - návrh na dodržování pravidel **spánkové hygieny** (v případě, že má pacient problémy se spánkem)
 - rozvíjení a hledání nových **koníčků**
 - podporu účasti v rámci různých **sociálních aktivit**

Tato doporučení by měla být přizpůsobena individuálním potřebám a situaci každého pacienta s punkční nefrostomií. Je důležité, aby ošetrovatelský personál spolupracoval s pacienty a jejich rodinami/blízkými jako partnery a respektoval jejich individuální přání a cíle.