

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
ÚSTAV NELÉKAŘSKÝCH STUDIÍ**

KVALITA ŽIVOTA PACIENTŮ SE STŘEVNÍ STOMIÍ

Bakalářská práce

Autor: **Dominika Pištinková**

Vedoucí práce: **Mgr. Eva Vachková, Ph.D.**

2021

CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ
DEPARTMENT OF NON – MEDICAL STUDIES

QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH
INTESTINAL STOMA

Bachelor's thesis

Author: **Dominika Pištinková**

Supervisor: **Mgr. Eva Vachková, Ph.D.**

2021

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně pod odborným vedením Mgr. Evy Vachkové, Ph.D. Veškerou odbornou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové

.....

Dominika Pištinková

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Evě Vachkové, Ph.D., za její odborné vedení, cenné rady, podporu a vstřícnost při zpracování mé bakalářské práce. Mé poděkování dále patří ochotným pacientům a sestřám, za jejich trpělivou spolupráci a za to, že se se mnou podělili o své životní zkušenosti.

V neposlední řadě bych chtěla poděkovat mojí rodině za jejich podporu po celou dobu mého studia.

Obsah

ÚVOD	9
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 Stomie	11
1.1 Rozdělení stomií.....	11
1.1.1 Rozdělení dle lokalizace.....	11
1.1.2 Rozdělení dle účelu.....	13
1.1.3 Rozdělení dle časového trvání.....	14
1.1.4 Rozdělení dle způsobu provedení.....	14
2 Indikace k vytvoření stomie	16
2.1 Nádorová onemocnění a prekancerózy střev.....	16
2.1.1 Kolorektální karcinom.....	16
2.1.2 Familiární adenomatózní polypóza.....	17
2.2 Idiopatické střevní záněty.....	18
2.2.1 Crohnova choroba.....	18
2.2.2 Ulcerózní kolitida.....	19
2.3 Divertikulární nemoc tlustého střeva.....	19
2.4 Vrozené vývojové vady střeva.....	19
2.4.1 Hirschprungova choroba.....	19
2.4.2 Anální a rektální atrézie.....	20
2.4.3 Nekrotizující enterokolitida.....	20
2.5 Náhlé příhody břišní v souvislosti se stomií.....	21
2.5.1 Ileus.....	21
2.5.2 Poranění anorektální oblasti.....	21
3 Předoperační péče	22
3.1 Dlouhodobá předoperační péče.....	22

3.2	Krátkodobá předoperační příprava.....	24
3.3	Bezprostřední předoperační příprava	25
4	Pooperační péče	26
4.1	Bezprostřední pooperační péče	26
4.2	Následná pooperační péče.....	26
5	Komplikace stomií.....	28
5.1	Časné komplikace stomií	28
5.2	Pozdní komplikace stomií	30
6	Ošetrovatelská péče o pacienta se stomií.....	33
6.1	Specifika ošetřování ileostomie, kolostomie.....	33
6.2	Stomické pomůcky.....	34
6.2.1	Moderní stomické pomůcky	35
6.3	Postup při výměně stomického systému	35
6.3.1	Jednodílný systém	35
6.3.2	Dvoudílný systém.....	36
6.3.3	Systém adhezivní technologie.....	36
6.4	Specifika práce stomasestry	36
6.5	Následná stomická péče, stomapradny	37
7	Kvalita života	40
7.1	Historie pojmu kvalita života	40
7.2	Definice kvality života	41
7.3	Kvalita života v souvislosti se zdravím.....	42
7.4	Měření kvality života	43
7.4.1	Vybrané specifické dotazníky k měření kvality života	44
7.5	Kvalita života pacienta se stomií.....	45
7.5.1	Dříve realizované studie.....	47

8	Životní styl pacienta se stomií	48
8.1	Výživa a pitný režim stomika	48
8.2	Aktivní život stomika.....	51
8.3	Metody regulace vyprazdňování stomika	52
8.4	Sexuální život stomika	54
8.4.1	Těhotenství u žen se stomií	55
8.5	Psychosociální problematika u stomiků.....	56
8.5.1	Sdružení určená pro stomiky.....	57
8.6	Socio-ekonomické problémy stomiků.....	58
8.7	Rodinný a společenský život stomiků.....	59
	EMPIRICKÁ ČÁST	60
9	CÍLE VÝZKUMU	61
10	METODIKA VÝZKUMU.....	62
10.1	Použitá metoda	62
10.2	Výběr a charakteristika respondentů	63
10.3	Zpracování získaných dat	64
11	VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	65
11.1	Vyhodnocení sociodemografických údajů a údajů o stomii.....	65
11.2	Vyhodnocení dotazníků WHOQOL-BREF.....	74
11.3	Vyhodnocení dotazníku STOMA-QOL	103
12	DISKUSE.....	115
	ZÁVĚR.....	138
	ANOTACE.....	140
	ANOTATION.....	140
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	142
	SEZNAM ZKRATEK.....	147
	SEZNAM GRAFŮ	148

SEZNAM TABULEK.....	150
SEZNAM PŘÍLOH.....	152
PŘÍLOHY	153

ÚVOD

Pro svojí bakalářskou práci jsem si zvolila téma „*Kvalita života u pacientů se střevní stomií.*“ Jedním z hlavních důvodů, proč jsem se rozhodla právě pro tuto problematiku, je moje práce na chirurgickém oddělení, kde se velmi často setkáváme s pacienty po operacích střev, které ve většině případů končí právě s vytvořenou stomií.

S faktem, že bude muset mít člověk dočasně či trvale na svém těle připevněný sáček na odvod stolice, a tím bude narušena jedna z fyziologických a intimních stránek jeho osobnosti, se každý vyrovnává individuálně. Pro člověka se během chvíle změní v podstatě všechno, na co byl doposud zvyklý. Stomik se musí potýkat se změnou svého fyzického vzhledu, což má často za následek snížení sebevědomí a narušení vnímání obrazu vlastního těla. V mnoha případech není operační vyvedení stomie konečnou fází terapie, ale může na ní navazovat např. léčba cytostatiky či radioterapie. Navazující léčba může ještě zhoršit adaptaci pacienta na život se stomií. U stomie se navíc může vyvinout velká spousta časných či pozdních komplikací, např. špatně zvolené místo stomie, parastomální kýla či ileus. Všechny tyto faktory výrazně ovlivňují kvalitu života stomika.

Cílem mé práce je zjistit, jak moc stomie nemocného ovlivňuje v jednotlivých aspektech života a jaké jsou individuální rozdíly kvality života mezi několika proměnnými (pohlaví, rozdílné věkové skupiny či typ stomie). Kvalita života je velmi těžko definovatelný pojem, který se prolíná několika vědními obory. Každý z nás má rozdílné představy o kvalitním životě. Tyto představy se odvíjí od našeho fyzického a psychického stavu, rodinného zázemí, sociální a ekonomické situace.

Hodnocení kvality života v medicíně a ošetrovatelství nás zajímá hlavně ve spojitosti s určitou sebereflexí poskytované lékařské a ošetrovatelské péče. Můžeme podle jednotlivých hodnotících technik zjistit, kterou oblast péče je třeba u pacienta zlepšit. Důležité je ke každému pacientovi přistupovat individuálně a přizpůsobit péči jeho potřebám. Dalším neméně důležitým úkolem pro všeobecnou sestru je dostatečná edukace pacienta. Správnou edukací a komunikací s pacientem pak může být vytvořena dlouhodobá efektivní spolupráce, kdy společně pracujeme na plnění jednotlivých cílů, a tím dochází ke zlepšení péče a již zmíněné kvality života nemocného.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Stomie

Pojem stomie, stomik

Stomie vychází z řeckého slova *stoma, stomatos* (ústa, otvor, ústí) a znamená vyústění dutého orgánu na povrch těla jeho chirurgickým vyšitím, nebo pomocí katétru. V současnosti jsou stomie zakládány z důvodu onemocnění střev nebo jiných nitrobřišních orgánů a komplikací vzniklých při jejich léčbě. Nejčastěji se jedná o tlusté střevo, tenké střevo nebo močové cesty (Zachová a kol., 2010, s. 31).

Pokud jde o vyústění tlustého střeva, mluvíme o tzv. kolostomii. V případě tenkého střeva se jedná o ileostomii. Mezi stomie močového ústrojí řadíme nefrostomie (vyústění ledvinné pánvičky), epicystostomie (vyústění močového měchýře) a nejméně častý typ stomií – urostomie (vyústění močovodu).

Stomik

Pojem stomik využíváme jako označení pro člověka s vyšitou stomií. Pokud je stomie dočasná, pacienta po zanoření stomie již stomikem nenazýváme. Pokud má pacient trvalou stomii, stává se stomikem do konce života.

1.1 Rozdělení stomií

1.1.1 Rozdělení dle lokalizace

Stomie podle lokalizace dělíme na ileostomie a kolostomie.

Ileostomie

Ileostomie je chirurgické vyústění tenkého střeva břišní stěnou. Na tenkém střevě můžeme rozlišovat vývod z první části tenkého střeva – duodenostomii i z úseku jejuny – jejunostomii (Zachová a kol. 2010, s. 35).'

V České republice je přibližný podíl ileostomií 18 %. Vyústění ileostomie je obvykle v pravém dolním kvadrantu břišní stěny. Vzhledem k tomu, že v obsahu tenkého střeva je ještě mnoho tekutin a trávících šťáv, je potřebné, aby ileostomie vyčnívala několik centimetrů nad kůži. Snižuje se tím kontakt střevního sekretu

s kůží, a tím i riziko jejího poškození agresivními střevními enzymy (Marková, 2006, s. 20).

Tvar ileostomie je kruhovitý o průměru 2 – 2,5 cm, o něco menší než u kolostomie. Ileostomie vylučuje nepřetržitě řídký žlučovitě zelený agresivní obsah, který nezapáchá, protože je zde méně bakterií než v tlustém střevě. Ileostomie může být jednohlavňová i dvouhlavňová. Dvouhlavňová ileostomie se zakládá na konečné části ilea těsně před jeho vyústěním do tračnicku. Jednohlavňová ileostomie se zakládá jako rezervoár z tenkého střeva. Je zakončena ventilovým uzávěrem, který zabraňuje nepřetržitému vytékání. Zpočátku ileostomie vylučuje 1–2 l obsahu. Po 4–8 týdnech se obsah zredukuje na přibližně 500–800 ml za den (Marková, 2006, s. 20).

Kolostomie

Kolostomie je chirurgické vyústění tlustého střeva přes břišní stěnu na povrch kůže. Jedná se o nejčastější typ stomie. V České republice je přibližný podíl kolostomiků asi 69 %. Má kruhový tvar jasně červeného zbarvení, které je dáno barvou střevní sliznice. Kolostomie má v průměru 2–5 cm a je také mírně vyvýšená nad povrch kůže. Ve sliznici střeva nejsou nervová zakončení pro vnímání bolesti, proto kolostomie není citlivá na pohmat (Marková, 2006, s. 20).

Konzistence obsahu a frekvence vyprazdňování záleží na výši umístění stomie. V případě sigmoideostomie je vylučována již formovaná stolice několik hodin po jídle. Z vývodu střeva odchází i střevní plyny, což bývá pro pacienty velmi nepříjemné. Úpravou stravy se však pacient může naučit vyprazdňování částečně ovládat. Vyústit lze kteroukoli část tlustého střeva (Marková, 2006. s. 20).

Z hlediska lokalizace kolostomie rozlišujeme:

- *Cékostomie* – znamená chirurgické vyústění slepého střeva v oblasti přechodu tenkého a tlustého střeva. Dnes se vytváří ojediněle v případě paralytického ileu jako prevence spontánní perforace střeva. Cékostomii lze vytvořit pomocí drénu nebo Foleyova katétru.

- *Ascendentostomie* – stomie vyvedená v úseku vzestupného tračnicku. Stolice je v této části střeva velmi tekutá. Tento typ stomie je velmi ojedinělý.

- *Transverzostomie* – vývod v úseku příčného tračníku. Příčná kolostomie může být vytvořena po určitou dobu, aby zabránila průchodu stolice částí tlustého střeva, která je zanícená, infikovaná, nemocná nebo nově operovaná, a tím je umožněno hojení. Taková kolostomie je obvykle dočasná.

- *Descendentostomie* – vývod v úseku sestupného tračníku. Společně se sigmoideostomií se jedná o nejčastější typ kolostomie. Stolice v této části střeva je pevná a neobsahuje dráždivé enzymy. V tomto místě může k vyprazdňování docházet reflexně v pravidelných, předvídatelných intervalech. K pohybu střev dojde poté, co se ve střevě nad kolostomií shromáždí značné množství stolice.

- *Sigmoideostomie* – vývod esovité kličky tlustého střeva. Sigmoideostomie je nejčastějším typem stomie. Stomie je umístěna v levé části podbřišku. Nejčastěji se k sigmoideostomii přistupuje při operaci nádorových onemocnění, především pokud je nutné odstranit konečník.

1.1.2 Rozdělení dle účelu

Stomie můžeme dělit podle účelu založení na výživné stomie a derivační stomie.

Výživné stomie

Výživné stomie se zakládají na horní části zažívacího ústrojí a slouží k zajištění přísunu speciálně upravené stravy. K tomuto účelu nejlépe a dlouhodobě slouží gastrostomie (Drlíková, Zachová, Karlovská a kol., 2016, s. 22).

Gastrostomie znamená vytvoření umělého otvoru břišní stěnou do žaludku. Sonda se obvykle zavádí endoskopicky, a proto se tento postup označuje jako perkutánní endoskopická gastrostomie (PEG).

K indikacím založení PEG patří nutnost dlouhodobého krmení, nebo okolnosti, které vyžadují krmení delší dobu než dva týdny. Další možností výživové stomie je perkutánní endoskopická jejunostomie (PEJ). Provádí se kombinovaným přístupem

fibroskopem a punkcí břišní stěny. Výživová jejunostomie znamená zavedení katétru do proximálního jejunu za účelem enterální výživy perioperačně (Svačina, 2008, s. 73).

Derivační stomie

Derivační stomie jsou uměle vytvořená vyústění, která zajišťují dočasný nebo trvalý odchod obsahu z dutých orgánů do jímacího zařízení (Vytejková a kol., 2013, s. 159).

1.1.3 Rozdělení dle časového trvání

Podle časového trvání můžeme stomie dělit na dočasné a trvalé stomie.

Dočasné stomie

Dočasné stomie bývají vytvořeny na dobu, kterou stěna orgánové soustavy potřebuje na obnovení své plné funkčnosti. Dočasné stomie bývají častěji vyvedeny na tenkém střevě z toho důvodu, že jejich konstrukce i zanoření jsou lépe tolerované a při jejich vytvoření je zachována konečná část tlustého střeva, a především řitní svěrač. (Drlíková a kol., 2016, s.16).

I dočasná stomie se může stát stomií trvalou, pokud stomik nechce již podstupovat další operaci, která je nutná k obnově kontinuity střeva přirozenou cestou, nebo to nedovolí jeho zdravotní stav (Zachová a kol., 2010, s. 31).

Trvalé stomie

Trvalé stomie jsou zakládány po radikálních resekcích operacích. U trvalých stomií již není možná pozdější anastomóza. Druhým důvodem pro ponechání stomie natrvalo je vysoké riziko operačního výkonu a anestezie pro pacienta (Drlíková a kol., 2016, s. 16).

1.1.4 Rozdělení dle způsobu provedení

Nástěnná stomie

Nástěnná stomie je nejčastěji vytvářena v oblasti céka nebo příčného tračníku, používá se již méně často. Bývá obvykle dočasná a odlehčuje střevo nad uzávěrem, který je později odstraněn anebo odvádí střevní obsah nad anastomózou, a tím umožňuje jeho lepší zhojení. Konstruována je tak, že v krátké laparotomii je střevo přišito

k pobřišnici a pak otevřeno a druhou řadou stehů je otvor ve střevě přifixován ke kůži (Lukáš, 2005, s. 258).

Axiální (dvouhlavňová) stomie

Zakládá se na esovitě kličce nebo na příčném tračníku či ileu. Indikace jsou stejné jako u nástěnné stomie a je i metodou volby jako stomie trvalá u inoperabilních procesů pod ní. Střevo je protaženo otvorem ve stěně břišní a stomie musí být konstruována tak, aby bylo znemožněno zatékání obsahu do odvodného ramene (Lukáš, 2005, s. 258).

Terminální (jednohlavňová) stomie

Zakládá se nejčastěji na esovitě kličce po odstranění konečníku, eventuálně výše po odstranění celého střeva a konečníku, v krajním případě jako terminální ileostomie. Vytvořeným otvorem přiměřené velikosti ve stěně břišní se vyvede konec střeva a ve dvou vrstvách se přišije ke stěně břišní (Lukáš, 2005, s. 258). Distální konec je buď z důvodu patologického procesu extirpován, nebo slepě uzavřen (Marková, 2006, s. 21).

2 Indikace k vytvoření stomie

Indikace k trvalé nebo dočasné stomii se v podstatě překrývají. Při rozhodování, zda bude pro pacienta vhodnější trvalá nebo dočasná ileostomie či kolostomie, rozhoduje chirurg na základě lokalizace a závažnosti onemocnění. Nejčastější indikací k vytvoření stomie je kolorektální karcinom, téměř 50 % všech stomií. Na druhém místě po kolorektálním karcinomu jsou nejčastější příčinou stomií idiopatické střevní záněty, které jsou indikací v 15–20 % případů. Ileostomie bývají nejčastěji indikovány jako protektivní u distálně uložených anastomóz či jako terminální po proktokolektomii pro medikamentózně refrakterní ulcerózní kolitidu, proktokolitidu u Crohnovy choroby a familiární adenomatózní polypózu (Lukáš, Hoch, 2018, s. 502).

Kolostomie se zakládá jako terminální – nejčastější sigmoideostomie – po operaci dle Milese, operaci dle Hartmanna nebo nízké přední resekci, pro obnovení či udržení průchodnosti střeva u pacientů s distálně uloženou obstrukcí, k derivaci stolice z pánve při poranění anorekta, u pacientů s totální anální inkontinencí a jako protektivní u distálně uložených anastomóz (Lukáš, Hoch, 2018, s. 503).

Protektivní kolostomie má umožnit snadné ošetřování a zrušení.

V současnosti mají v této indikaci přednost ileostomie před kolostomiemi. Kolostomie je obecně indikována ve všech případech přerušení kontinuity střeva, kde by provedení primární anastomózy nebylo bezpečné (Lukáš, Hoch, 2018, s. 503).

2.1 Nádorová onemocnění a prekancerózy střev

2.1.1 Kolorektální karcinom

Kolorektální karcinom (KRK) je genetickým onemocněním vycházejícím z epitelových buněk tlustého střeva. Vývoj nádoru z premaligní léze je dlouhodobý proces trvající obvykle kolem 7–10 let. Nejčastěji se vyskytuje u lidí nad 50 let věku, častěji u mužů. Maximum výskytu je mezi 70–80 rokem života. Rizikové faktory kolorektálního karcinomu dělíme na endogenní a exogenní. Mezi exogenní faktory řadíme nedostatek pohybu, obezitu, kouření, zvýšenou konzumaci alkoholu, červeného masa a živočišných tuků (Lukáš, Hoch, 2018, s. 413).

Klinické příznaky se u KRK objevují často až u pokročilých forem onemocnění. Pravostranné formy (36 %) jsou dlouho klinicky němé, manifestují se mikroskopickou hypochromní anemií, bolestí břicha, hubnutím nebo vzdálenými příznaky. Nádory v levé části tračníku se manifestují časněji, projevují se změnou charakteru stolice, krvácením z konečníku nebo poruchou pasáže. Za základní diagnostickou metodu považujeme v případě KRK, koloskopii, která zároveň může být terapeutická nebo sloužit pro odběr biopsie (Lukáš, Hoch, 2018, s. 417).

Před zahájením adekvátní terapie KRK je nezbytné nemocné kompletně vyšetřit pomocí zobrazovacích metod a stanovit staging a klinické stádium dle sedmé TNM klasifikace. Chirurgická léčba je základní a nezastupitelnou léčebnou modalitou. Operace spočívá v odstranění úseku střeva spolu s přiléhajícím mezokolem obsahujícím spádová lymfata a v obnově střevní kontinuity anastomózou (Lukáš, Hoch, 2018, s. 417).

KRK představuje nádorové onemocnění, kterému lze včas předejít prováděním metod primární a sekundární prevence. Hlavním cílem primární prevence je úprava životního stylu a jídelníčku. Hlavními metodami sekundární prevence jsou screening, tj. časná diagnostika choroby u asymptomatických jedinců od 50 let věku a dispenzarizace, tj. dlouhodobé sledování rizikových skupin populace. Cílem screeningu je zvýšení četnosti záchytu tzv. pokročilého adenomu. Neméně významným výstupem screeningu je dlouhodobý pokles incidence a mortality (Lukáš, Hoch, 2018, s. 420,423).

2.1.2 Familiární adenomatózní polypóza

Familiární adenomatózní polypóza (FAP) je autozomálně dominantně dědičné onemocnění tlustého střeva způsobené zárodečnou mutací genu APC. Onemocnění je charakterizované výskytem četných adenomů tračníku a konečníku. Vystavuje často svého nositele absolutnímu riziku kolorektálního karcinomu ale i jiných extrakolických tumorů.

Konvenčním léčebným postupem je odstranění tračníku – kolektomie. Většina pacientů s klasickou FAP podstoupí kolektomii mezi 15. a 25. rokem věku (Cyraný, Bureš, Rejchrt, Kopáčová, 2018, s. 635).

Registrace a screening vedou k redukci incidence a mortality kolorektálního karcinomu u pacientů s FAP a jejich příbuzných. V České republice je registr veden již od roku 2008, od roku 2016 s podporou Ministerstva zdravotnictví a České gastroenterologické společnosti (Cyrany, Bureš, Rejchrt, Kopáčová, 2018, s. 641).

2.2 Idiopatické střevní záněty

Idiopatické střevní záněty (ISZ) jsou charakterizovány zánětem a poškozením tkání v průběhu celého trávicího traktu. Idiopatické střevní záněty zahrnují dvě odlišné poruchy, Crohnovu chorobu (CD) a ulcerózní kolitidu (UC), které se liší patofyziologií, postiženými částmi gastrointestinálního traktu, příznaky, komplikacemi, průběhem onemocnění a léčbou.

2.2.1 Crohnova choroba

Crohnova nemoc se manifestuje jako fokální, asymetrický a transmurální zánět trávicího traktu, který může být doprovázen tvorbou granulomů. Crohnova nemoc může postihnout kterýkoliv segment od úst po anus. Crohnova nemoc se ve 40 % vyskytuje jako ileokolitida a ve 30 % jako ileitida a jejunoileitida (Lukáš, Hoch, 2018, s. 179).

„Pro Crohnovu chorobu je typické segmentální postižení GIT – tj. střídání zánětlivých a nepostižených úseků. Etiologie Crohnovy choroby je stále nejasná, ale genetické, imunologické a environmentální faktory přispívají k riziku vzniku a progresi onemocnění. Mezi hlavní příznaky řadíme bolesti břicha a průjemovitou stolicí. Mezi další příznaky patří únava, úbytek hmotnosti, horečka, anémie a opakované píštěle nebo jiné perianální nálezy (vředy nebo trhliny). CD se nejčastěji vyskytuje u pacientů mladších 30 let, i když u starších jedinců se jejich výskyt zvyšuje.“

(Roda, G., Chien Ng, S., Kotze, PG et al., 2020, online, vlastní překlad).

Terapeutická doporučení zmiňují šetřící hodnotnou stravu, která by měla být bez nestravitelných zbytků. Farmakoterapie zahrnuje protizánětlivé léky ve formě tablet, čípků, dále glukokortikoidy, imunosupresiva, antibiotika, probiotika, léčbu monoklonálními protilátkami a další biologickou léčbu. U chirurgické léčby je riziko recidivy onemocnění i po úspěšné operaci (Zachová a kol., 2010, s. 26).

2.2.2 Ulcerózní kolitida

Ulcerózní kolitida patří rovněž mezi idiopatické střevní záněty, ale postihuje především tlusté střevo. Jedná se o hemoragicko-hnisavý až ulcerózní zánět sliznice a submukózy konečníku a přilehlé části tlustého střeva. Ulcerózní kolitida nikdy nepostihuje tenké střevo. Průměrný věk pacientů s UC je 11 let, 20 % pacientů je diagnostikováno před dvacátým rokem života. Podle lokalizace rozlišujeme dva základní syndromy, a to rektální syndrom – tenesmy a kolitický syndrom – křečovitě bolesti břicha s vodnatými průjmy s příměsí krve a hlenu, ztráty albuminů. Střevní stěna oslabená ulceracemi může perforovat nebo se maligně zvrhnout. Indikován je radikální chirurgický výkon – kolektomie (Zachová a kol., 2010, s. 27).

2.3 Divertikulární nemoc tlustého střeva

Jde o onemocnění charakterizované výskytem divertiklů (výchlipek) střeva. Nejvíce divertiklů se vyskytuje v oblasti esovité kličky. Při zánětlivém postižení divertiklů vzniká divertikulitida, která může vést k ohraničené peritonitidě. Pokud dojde k perforaci zánětlivě postiženého divertiklu s vylitím střevního obsahu, vzniká difúzní peritonitida. Divertikulóza může být symptomatická, nebo se projevuje nespecifickými obtížemi, jako jsou bolesti v levém podbříšku a poruchy odchodu plynů i stolice. Nekomplikovaná divertikulóza bez perforace se léčí konzervativně dietou bohatou na vlákninu, podáváním antibiotik a parenterální výživou (Schneiderová, 2014, s. 115).

Chirurgická léčba je indikovaná v případě komplikací jako jsou perforace, ileus nebo píštěl. Operační výkon může být zakončen trvalou či dočasnou stomií.

2.4 Vrozené vývojové vady střeva

2.4.1 Hirschprungova choroba

Hirschprungova choroba (*megacolon congenitum*) je způsobena vrozenou agangliózou distální části tlustého střeva. V důsledku toho dochází k zúžení postižené části tračníku a následné dilataci. V 80 % postihuje chlapce, výskyt je asi 1 případ na 3 až 5 tisíc novorozenců. Klinické příznaky se objeví záhy po narození špatným

odchodem smolky. Novorozenec trpí obstipací, vzedmutím břicha a zvracením (Vodička, 2014, s. 163).

Bezprostředně po stanovení diagnózy se zakládá kolostomie. Postoperačně se pravidelně vytvoří normální kontinence (Muntau, 2009, s. 368).

2.4.2 Anální a rektální atrézie

Anální a rektální atrézie znamená vrozený uzávěr dolní části střeva v důsledku neoddělení dolního střeva od ventrálně uloženého urogenitálního systému během embryonálního vývoje. Onemocnění je často spojeno s inkontinencí jako dlouhodobým následkem. Výskyt je 1 případ na 1500 narozených novorozenců (Muntau, 2014, s. 368).

Rozlišujeme dvě formy atrézie – *vysoká atrézie* (40 % pacientů) a *nízká atrézie* (60 % pacientů). Postnatálně je nápadné chybění anu a vymizení anální řasy. Pokud není onemocnění rozpoznáno, rozvíjí se ileus. U nízkých atrézií se provádí transanální anoproktální plastika co nejdříve po stanovení diagnózy (Muntau, 2014, s. 368).

2.4.3 Nekrotizující enterokolitida

Nekrotizující enterokolitida (*NEC*), je onemocnění typické pro silně a extrémně nezralé novorozence. Nezralá sliznice není schopna odolávat bakteriím a jejich toxinům a podléhá zánětlivé gangréně různého rozsahu. Mezi klinické projevy *NEC* řadíme systémové příznaky septického šoku a projevy ze strany gastrointestinálního traktu (Dort, Dortová, Jehlička, 2013, s. 92).

Léčba je zaměřena na léčbu septického stavu, zajištění vitálních funkcí, parenterální výživu, hrazení krevních ztrát. Velmi často je nutná chirurgická léčba, která zahrnuje dekompresi proximálního úseku střeva s enterostomií, případně resekci nekrotického střeva.

Někdy se jako následek proběhlé *NEC* může vyvinout stenóza střeva vyžadující operační řešení i několik týdnů po akutním onemocnění. Konečným důsledkem může být syndrom krátkého střeva s malabsorbí (Dort, Dortová, Jehlička, 2013, s. 92).

2.5 Náhlé příhody břišní v souvislosti se stomií

2.5.1 Ileus

Ileózní stavy v oblasti tenkého a tlustého střeva a konečníku se liší četností a příčinou. Adheze, uskřínutí v zevních a vnitřních kýlách, strangulace, volvulus, invaginace, biliární příčiny, cizí tělesa, Crohnova choroba, novotvary jsou příčinou neprůchodnosti tenkého střeva. Příčinami ileu tlustého střeva jsou nádory, komplikace divertikulární choroby, komplikace ulcerózní kolitidy nebo Crohnovy choroby, komplikace po radioterapii, paralytický ileus či zácpa. Podle lokalizace mohou být zasaženy všechny části tlustého střeva, nejčastěji je postiženo sigmoideum (Lukáš, Hoch a kol., 2018, s. 489).

Podle manifestace lze ileózní stavy dělit na akutní a chronické, obstrukci na kompletní či inkompletní a tzv. „open loop“ nebo „closed loop“. V běžné terminologii inkompletní odpovídá názvu subileózní stav. Příznaky se liší podle příčiny, lokalizace a úplnosti uzávěru. Od pomalu nastupujících – zpravidla při nádoru, často provázených dlouhodobou ztrátou chuti k jídlu, hubnutím, bolestmi po jídle, ztrátovou mikrocytární anémií – až po prudké, neustupující bolesti při střevní ischémii a gangréně střeva při peritonitidě. Dále se objevuje zvracení, zástava odchodu plynů a stolice. Zvracení střevního obsahu – miserere – je příznakem pozdním (Lukáš, Hoch a kol., 2018, s. 489).

Léčba střevní neprůchodnosti je konzervativní a operační. Konzervativní léčba je součástí komplexního ošetření ileu v době stanovování diagnózy, v přípravě k operaci a v pooperačním období. Jen v určitých případech funkčního ileu postačí konzervativní léčba k jeho zvládnutí. Základní a život zachraňující léčbou střevní neprůchodnosti z mechanických příčin je operace, tu je zpravidla nutno provést akutně (Jech, Hoch, Kouda, 2005, s. 72).

2.5.2 Poranění anorektální oblasti

Poranění anorektální oblasti může vzniknout při traumatu, frakturách pánevních kostí, pádu na předměty, autohaváriích, při invazivních vyšetřeních střev, poranění cizími tělesy apod. Dočasně je možné vyvést kolostomii a oblast drénovat. Střevo může být poraněno i úsecích tenkého střeva, pak se zakládá ileostomie (Zachová a kol., 2010, s. 28).

3 Předoperační péče

Příprava pacienta na operaci a následná pooperační péče jsou nedílnou součástí samotné operace. Dokonalá připravenost k operaci snižuje riziko komplikací a zvyšuje procento zdárného pooperačního průběhu

(Bartůněk, Jurásková, Heczková, a kol., 2016, s. 287).

Předoperační péče u stomiků je velmi specifická. Pacient, který musí podstoupit urgentní výkon na tenkém či tlustém střevě, ve své podstatě nikdy jistě neví, zda mu bude stomie vytvořena, či ne. O vyšití stomie u akutních operačních výkonů rozhoduje chirurg ve většině případů až na operačním sále. Z tohoto důvodu je pacient předoperačně vystaven velkému stresu, který často může zhoršit nedostatečná informovanost, psychická nepřipravenost a další faktory. Proto by se ošetřující lékař společně s všeobecnou sestrou měli vždy ujistit, že pacient byl co nejvíce informován o průběhu operace, pooperační prognóze a možných komplikacích.

Elektivní operační výkony jsou z hlediska informovanosti, psychické přípravy a praktické zdatnosti nemocného lépe zvladatelné jak pro pacienta, tak pro zdravotnický personál.

3.1 Dlouhodobá předoperační péče

Dlouhodobá předoperační péče v obecné rovině zahrnuje období 14 dní před elektivním operačním výkonem. Pokud bychom ale měli hovořit o předoperační přípravě u pacienta před operací s možným založením stomie, můžeme mluvit o období mnohem delším. Pacient se s předstihem setkává s chirurgem, kterého označujeme jako proktologa. Proktolog s pacientem prodiskutuje, který typ stomie je pro něj nejvhodnější. Zároveň nemocného informuje o tom, zda se bude jednat o stomii dočasnou či trvalou (Drlíková, Zachová, Karlovská a kol., 2016, s. 49).

Velmi důležitým krokem je vhodný výběr umístění stomie. Zakreslení stomie je možné v případě elektivních operací, když jde o akutní stav, je tato možnost omezena. Stomická sestra na břicho namaluje několik značek, které operatérovi usnadní orientaci

na břicho. V případě, že budoucí stomik souhlasí, může si před operací nalepit i stomický sáček, aby věděl, jak se asi bude cítit (Drlíková, Zachová, Karlovská a kol., 2016, s. 49).

Společně s operátorem přichází stomická sestra zhodnotit vzhled břicha, zda jsou na něm přítomné jizvy po předchozích operacích, mateřská znaménka, eventuálně kýly. Někdo má na břicho více prostoru pro zakreslení stomie, hůře se však může chirurgovi operovat pro velkou vrstvu podkožního tuku. Pokud je pacient velmi štíhlý, je výběr místa pro vytvoření stomie většinou omezen vyčnívajícými žebry, trny a lopatami kostí kyčelních. Dále se pacient učí správné vstávání z lůžka, správné odkášlávání či jak zabránit nežádoucímu pohybu při kýchnutí (Drlíková, Zachová, Karlovská a kol., 2016, s. 49).

Nácvik těchto stereotypů, které pacientům mohou přijít jako samozřejmé, je velmi důležitý pro lepší adaptaci v pooperačním období. Stomická sestra díky vzájemně strávenému času při komplexní edukaci poznává stomika jako člověka, jeho reakce, preference, zájmy, vnímání problémů apod. Vztah edukátora a stomika není vztahem závislosti, dominance nebo podřízenosti, ale vztahem partnerství a vzájemného respektu. Výuka stomika musí být dokumentována v chorobopisu a v sesterské dokumentaci. Má zde být i místo pro záznam odmítnutí edukace ze strany pacienta. Součástí edukace je i pozdější reedukace postupů, informování o nových pomůckách (Zachová a kol., 2010, s. 57-58).

Součástí dlouhodobé předoperační přípravy je základní předoperační vyšetření, na které se pacient objedná ke svému praktickému lékaři. Předoperační vyšetření by nemělo být starší než dva týdny. Základní vyšetření se skládá z laboratorního vyšetření séra a moči, EKG a RTG srdce a plic. Další specializovaná vyšetření, jako např. kardiologické, diabetologické, neurologické či nefrologické vyšetření, je individuální pro každého pacienta dle jeho osobní anamnézy. Podle výsledků všech vyšetření internista zhodnotí všechna rizika a rozhodne se, zda je pacient způsobilý k výkonu v celkové anestezii. K plánované hospitalizaci tedy pacient již přichází s posudkem od svého praktického lékaře.

3.2 Krátkodobá předoperační příprava

Období krátkodobé předoperační přípravy je omezeno na 24 hodin před operačním výkonem. Pacient musí být před operačním výkonem 6–8 hodin lačný, u klientů s poruchami výživy a s dehydratací se zajišťuje přívod energie a tekutin parenterální cestou. Dochází tak ke snížení rizika pooperačních komplikací. Před operací na střevě se zavádí permanentní močový katétr na příslušném oddělení nebo přímo na operačním sále (Zachová a kol., 2010, s. 62).

Součástí předoperační přípravy před plánovanou operací tlustého střeva je vyčištění tlustého střeva prostřednictvím projímadel, klysmat nebo perorálních hyperosmolárních roztoků. U urgentních operací, kdy je předoperační doba limitována časem 2–4 hodin a vzhledem k charakteru onemocnění se tato příprava neprovádí (Zachová a kol., 2010, s. 62).

Krátkodobá předoperační péče dále zahrnuje prevenci tromboembolické nemoci v podobě aplikace nízkomolekulárního heparinu a bandáží dolních končetin. Před výkonem podáváme antibiotickou profylaxi podle ordinace lékaře. U polymorbidních pacientů se předoperační příprava odvíjí podle charakteru onemocnění – kompenzace diabetes mellitus, hypertenze, astmatu (Otradovcová, Kubátová et al., 2006, s. 25).

Za pacientem dále přichází anesteziolog, zhodnotí jeho zdravotní stav a seznamuje ho s anestezií a také s rizikem, které může nastat v průběhu operace. Doplňuje anesteziologické ordinace před výkonem a rozhoduje o premedikaci u klienta. Velmi důležitou částí krátkodobé předoperační přípravy je také psychická příprava pacienta. Cílem psychické přípravy je minimalizace strachu a stresu z operace. Na tomto úkolu se podílí jak lékaři, tak i sestry (Slezáková a kol., 2010, s. 35).

Pacient by měl mít možnost konzultovat s lékařem své dotazy, obavy a očekávání. Chirurg s pacientem probere přibližnou délku trvání, standardní průběh operačního výkonu, všechny možné komplikace a pooperační péči.

3.3 Bezprostřední předoperační příprava

Bezprostřední předoperační příprava je omezena na časový úsek přibližně dvě hodiny před operačním výkonem. Součástí je kontrola dokumentace pacienta, kontrola operačního pole, kontrola zakreslení stomie, přiložení bandáží na dolní končetiny, kontrola chrupu, lačnění, vyprázdnění a provedení speciálních požadavků chirurga. Premedikaci sestra aplikuje na základě ordinace anesteziologa. Ten také rozhodne o tom, jaké léky, v jaké formě a ve které dobu pacient dostane (Slezáková a kol., 2010, s. 35).

Při urgentních operacích většinou chirurg nemá velký časový prostor pro komunikaci s pacientem. Pacient získává základní informace o nutnosti operačního výkonu, možných komplikacích a pooperační prognóze. V tak krátkém čase není možnost setkání stomické sestry s nemocným, a tím pádem odpadá možnost edukace pacienta v péči o stomie. V některých případech se pacient o vytvoření stomie dozvídá až v čase po operaci. Tato skutečnost může u nemocného vyvolat pocity beznaděje, šoku či zlosti, což může výrazně ovlivnit jeho budoucí spolupráci se zdravotnickým personálem.

4 Pooperační péče

4.1 Bezprostřední pooperační péče

Podle závažnosti operačního výkonu, polymorbidity a komplikací, probíhá pooperační péče na JIP nebo ARO, kde jsou monitorovány vitální funkce pacienta, aplikovány parenterální, enterální nebo kombinované výživy, péče o všechny invazní vstupy – centrální žilní katétr, permanentní močový katétr, jejunální a nazogastrickou sondu a drény, péče o ránu, monitorace a léčba bolesti (Otradovcová, Kubátová et al., s.28).

Na operačním sále nalepí sálová sestra na stomii jednodílný průhledný výpustný sáček bez filtru, který může, ale nemusí být sterilní. Sáček může zůstat nalepený i 48 hodin, pokud nepodtéká a drží. Přes průhledný sáček se pravidelně kontroluje tvar, velikost, barva, otok stomie, množství a barva sekretu. Stomická sestra dochází za pacientem denně a podle jeho stavu provádí základní pooperační edukaci na lůžku. Ke každému pacientovi přistupuje individuálně a k edukaci ho nenutí (Otradovcová, Kubátová et al., s.28).

4.2 Následná pooperační péče

Následná pooperační péče začíná ve chvíli, kdy je pacient přeložen z JIP na standardní chirurgické oddělení až do doby propuštění do domácího prostředí. Hlavním cílem je naučit pacienta soběstačnosti při ošetřování stomie. Edukace je individuální a postupná. Nejdříve sestra provádí výměnu pomůcek, vysvětluje postup a pacient se pouze dívá. Pak provádí výměnu pomůcek pacient, sestra mu pomáhá, radí, vysvětluje, opakuje a chválí ho. V další fázi provádí pacient výměnu pomůcek samostatně, sestra ho kontroluje, pomáhá již jen radou a chválí ho. V ideálním případě je pacient soběstačný (Otradovcová, Kubátová et al., 2006, s. 29).

Před propuštěním by měl být stomik vybaven základními stomickými pomůckami maximálně na jeden měsíc, informačními brožurami, které obsahují rady a pokyny k ošetřování stomie a o vhodné životosprávě. Měl by být seznámen i se stravovacím režimem, se změnami životního stylu. Dříve než je pacient propuštěn

do domácího prostředí, je nutné, aby uměl a znal, eventuálně rodinní příslušníci, způsob ošetření stomie, změny ve stravování a životním stylu, projevy možných komplikací, kontakt na stomickou poradnu, kontakt na výdej stomických pomůcek, na kluby stomiků i jiné svépomocné organizace (Marková, 2006, s. 30).

5 Komplikace stomií

Stomickými komplikacemi označujeme nežádoucí stav či okolnosti, které ztěžují adaptaci na nové podmínky života se stomií, a to v časném nebo pozdním období. Podle toho je rozdělujeme na časně a pozdní komplikace. Problematika těchto komplikací zasahuje nejen fyzický stav pacienta ale i psychosociální oblast jeho života. V průběhu edukace stomiků a jejich blízkých se komplikace mohou odhalovat a pacient je s potencionálními riziky seznámen, stejně tak se základními preventivními a komplikace zmírňujícími opatřeními (Zachová a kol., 2010, s. 151).

Navzdory zdokonalení operační techniky, zlepšení pooperační péče a dostupnosti moderních stomických pomůcek, zůstává četnost komplikací, spojených se založením stomie, vysoká. Dle současných literárních pramenů je udávána v širokém rozmezí 10-70 % v závislosti na celé řadě faktorů, jako je lokalizace stomie, způsob její konstrukce, naléhavost operace, stav nutrice, charakter základního onemocnění či celkový stav nemocného (Lukáš, Hoch, 2018, s. 505-506).

5.1 Časně komplikace stomií

Mezi časně komplikace řadíme nevhodnou lokalizaci stomie, nekrózu, krvácení, ileus a parastomální absces. Incidence časných komplikací se pohybuje kolem 34 %.

Nevhodná lokalizace stomie

S touto komplikací se setkáváme především u pacientů, kterým byla stomie vyšita při akutním operačním zákroku. Špatné umístění stomie pacienta omezuje při pohybu, sezení či chůzi. Stomické pomůcky obtížně fixujeme, může docházet k zatékání střevního obsahu a tím pádem může vzniknout parastomální dermatitida. Řešením této komplikace může být použití vyrovnávací pasty a flexibilních stomických pomůcek. Další možností je reoperace stomie (Adamová, Slováček, Bár, Juřicová, Vlček, 2015, s. 44).

Prevenčí potíží plynoucí z nevhodného umístění stomie je pečlivý předoperační výběr tohoto místa. V akutním případě, kdy není místo vhodné stomie předem

označeno, se zakládá ve 2/3 spojnice mezi spina iliaca anterior superior a pupkem (Adamová, Slováček, Bár, Juřicová, Vlček, 2015, s. 44).

Nekróza stomie

Nekrózu řadíme mezi časnou pooperační komplikaci, která vyplývá z nedostatečného prokrvení stomie. Červená, vitální barva se ztrácí, sliznice má tmavě červený povlak, lividní nafialovělé zbarvení a postupně dochází ke změknutí nekrotické tkáně, zežloutnutí a sliznice se začíná odlučovat. Nekróza stomie vzniká také při sutuře stomie pod napětím. Částečné povrchové odloučení se může v malé míře objevit i u vitálních, funkčních stomií (Zachová a kol., 2010, s. 153-154).

V případě, že je nekrotická pouze sliznice, lze postupovat konzervativně. Postižená část sliznice se spontánně odloučí a střevo pod ní zůstane vitální. Při nekróze celé stomie je nutná reoperace, při které se odstraní devitalizovaná část střeva a vyvede se nová stomie. K této komplikaci dochází až u 13 % pacientů a častěji se s ní setkáváme u obézních pacientů. Nekróza je také více častá u kolostomiků (Lukáš, Hoch, 2018, s. 506).

Krvácení

Příčinou může být trauma, recidiva základního onemocnění, parastomální varixy, které vznikají při portální hypertenzi. Drobné krvácení ze sliznice lze ošetřit hemostyptiky, krvácení z varixů lze někdy zastavit opichovými ligaturami, někdy je nutná mobilizace stomie od kůže a přešití jejího okraje pokračujícím stehem (Adamová, Slováček, Bár, Juřicová, Vlček, 2015, s. 45).

Ileus

Ileus jako časná komplikace založení stomie vzniká nejčastěji inkarcerací kliček mezi ramenem stomie a břišní stěnou. Řešení je operační (Lukáš, Hoch, 2018, s. 507).

Parastomální absces

Vzniká v důsledku sterkorální kontaminace okolí stomie, např. při proříznutí stehu nebo při nešetrné preparaci. Drobné stehové abscesy se ošetřují ambulantně, velký absces je nutné incidovat a pátrat po jeho příčině. Krajním řešením je reoperace a reinzerce stomie (Lukáš, Hoch, 2018, s. 507).

5.2 Pozdní komplikace stomií

Mezi pozdní komplikace stomií patří stenóza, retrakce, prolaps, parastomální kýla, píštěl, krvácení, peristomální kožní změny, ileus a recidiva základního onemocnění ve stomii. Incidence pozdních komplikací se udává v širokém rozmezí 6-76 %. Přes 90 % těchto komplikací se vyskytuje v prvních 6 měsících po operaci (Lukáš, Hoch, 2018, s. 506).

Stenóza stomie

Stenóza vzniká jako následek ischemie či zánětu okolí stomie. Často je spojena s retrakcí. Nevýrazná stenóza se řeší konzervativně, tedy dilatací ústí pomocí prstu či dilatátoru a úpravou diety s prevencí obstipace. V případě těžké stenózy je nutné operační řešení (Lukáš, Hoch, 2018, s. 507).

Stomická sestra prakticky edukuje pacienta o dilataci, pacient dilatuje doma, alespoň jednou denně 15 minut (Otradovcová, Kubátová et al., 2006, s. 45).

Akutní retrakce stomie

Vtažení ústí stomie pod úroveň kůže s částečnou nebo kompletní mukokutánní separací, které může způsobit závažné septické komplikace v důsledku sterkorální kontaminace okolí stomie a peritoneální dutiny. Při mírné retrakci vystačí vyplňovací pasty a konvexní podložky, v případě závažné retrakce je nutná chirurgická korekce. Retrakce je udávána u 14 % kolostomií a 12 % ileostomií (Lukáš, Hoch, 2018, s. 506).

Prolaps stomie

Prolaps znamená vyhřeznutí střeva bez peritoneálního vaku z dutiny břišní. Střevo se vysunuje přes stomický otvor až o několik centimetrů. Při malém prolapsu je potřeba pamatovat při přípravě pomůcek na dostatečnost otvoru pro zvětšující se střevní vývod. Prolabující střevo se musí manuálně reponovat do dutiny břišní, aby nebylo uskřínuto cévní zásobení stomie. Operačním řešením se upravuje ústí stomie, aby nedocházelo k jejímu prolapsu, střevo se fixuje k peritoneu anebo se resekuje (Zachová a kol., 2010, s. 160).

Parastomální kýla

Nejčastější komplikace stomie je parastomální kýla. Vzniká oslabením břišní stěny a částečným nebo úplným uvolněním fascie od střešní kličky. Okolo stomie se vytvoří vyklenutí, které se postupně zvětšuje. Malou kýlu kompenzujeme břišním pásem. Na kýle pomůcky obtížně drží. Vybíráme vhodné flexibilní pomůcky. Pacienta edukujeme v péči o kůži. Operace parastomální kýly je vždy riziková, hojení v infekčním prostředí komplikované (Otradovcová, Kubátová, et. al., 2006, s. 46).

Píštěle okolo stomie

Píštěl se může vyskytnout v okolí stomie jako komplikace idiopatického střevního zánětu nebo v časném pooperačním období jako reakce na šicí materiál – tzv. stehová píštěl. Způsobuje nepřílnavost pomůcek, podtékání stolice a iritaci kůže pod podložkou. Přítomnost píštěle vyžaduje komplexní ošetrovatelský a léčebný přístup (Lukáš, Hoch, 2018, s. 508).

Krvácení

Příčinou krvácení v pozdním pooperačním období může být trauma, recidiva základního onemocnění, parastomální varixy, užívání léků, jako antikoagulancia a steroidy. Kapilární krvácení z okrajů stomie způsobené manipulací se stomickými pomůckami zpravidla spontánně ustane (Lukáš, Hoch, 2018, s. 508).

Peristomální kožní změny

Kožní změny v okolí stomie vznikají v důsledku chemického, mechanického a biologického dráždění kůže. Tyto změny zahrnují kontaktní iritační dermatitidu, alergickou dermatitidu, peristomální mykózu a pyoderma gangrenosum (Lukáš, Hoch, 2018, s. 508).

- *Iritální dermatitida* – je způsobena chemickou iritací kůže agresivními exkrementy při podtékání stolice. Iritální dermatitida vyžaduje komplexní ošetrovatelský přístup, zpravidla je nutná reedukace pacienta, úprava či výměna pomůcek, aplikace různých ochranných a vyrovnávacích prostředků. Pokud není stav zvládnutelný konzervativně, je nutná chirurgická korekce stomie (Lukáš, Hoch, 2018, s. 508)

- *Alergická dermatitida* – alergická reakce je kožní reakce na adhezivum anebo látky obsažené v příslušenství (Lukáš, Hoch, 2018, s. 508).
- *Peristomální mykóza* – vzniká v terénu macerované kůže pod podložkou při podtékání stolice. Nejčastějším původcem mykotické infekce je *Candida albicans*, která je součástí střevní mikroflóry. V terapii se využívají antimykotické masti (Lukáš, Hoch, 2018, s. 508).
- *Pyoderma gangrenosum* – je vzácné kožní onemocnění s chronickým průběhem, které se manifestuje gangrenózními vředy (Lukáš, Hoch, 2018, s. 508).

Ileus

Ileus v pozdním pooperačním období je nejčastěji způsoben adhezemi, stenózou stomie, inkarcerací parastomální kýly, rekurencí základního onemocnění nebo zbytky potravy. V případě inkompletní překážky lze postupovat konzervativně, jinak je řešení operační (Lukáš, Hoch, 2018, s. 509).

Recidiva základního onemocnění ve stomii

Je relativně vzácnou komplikací. V případě pozitivního nálezu je nutné operační řešení – resekce postižené části střeva (Lukáš, Hoch, 2018, s. 509).

Komplikace stomie při radioterapii a chemoterapii

Aplikace cytostatik může vést ke změně pH potu a může se objevit nesnášenlivost na některý druh pomůcek. U pacientů s onkologickou léčbou proto není vhodné předepisovat pomůcky na celé 3 měsíce. U kožních komplikací zkusíme jiný druh pomůcek (Otradovcová, Kubátova et. al., 2006, s. 47).

6 Ošetrovatelská péče o pacienta se stomií

Péče o pacienta se stomií vyžaduje komplexní ošetrovatelský a léčebný přístup. Všeobecná sestra by měla nejen ovládat praktické základy ošetrovatelské péče o stomie, ale také zvládat správný psychologický přístup k pacientům s touto diagnózou. Po vytvoření stomie se nemocnému zásadně změní kvalita života ve všech aspektech. V potřebách a každodenních činnostech, které do této doby pacient bez problémů vykonával, může být nyní velmi distancován či dokonce úplně indisponován. Všeobecná sestra by měla brát ohled na pacientovo pojetí nemoci a pomoci mu co nejvíce s adaptací na nově vzniklou životní situaci. Základem je spolupráce s pacientem a vytvoření důvěry na obou stranách.

6.1 Specifika ošetrování ileostomie, kolostomie

Specifika ošetrování ileostomie

Ileostomie bývá vyšita v pravém mesogastriu. Střevo je vytaženo 3–5 cm nad úroveň kůže. To napomáhá snadnějšímu ošetrování a zabraňuje poškození kůže trávicími enzymy, neboť obsah ileostomie sice nezapáchá díky nepřítomnosti kvasných bakterií, ale je díky přítomnosti trávicích enzymů více agresivní. K poškození kůže může také přispívat jeho řídká konzistence a nepřetržité vylučování za 3–6 hodin po jídle. Množství obsahu činí asi 1,5 litru za 24 hodin. Později dochází k určitému přizpůsobení střeva a obsah se stává hustší a je ho méně (Marková, 2006, s. 46).

Používáme jednodílné i dvoudílné pomůcky s výpustným sáčkem. V nemocnici dáváme přednost sáčkům průhledným. U terminální ileostomie je v indikovaných případech vhodné používat jako definitivní řešení dvoudílný systém s konvexní podložkou. Již v nemocnici je nutné podrobně edukovat pacienta a rodinu. Informujeme je o nutnosti pravidelné hygieny stomie a okolní kůže. Informace o možných komplikacích dáváme postupně podle mentálních schopností každého pacienta (Otradovcová, Kubátová et al., 2006, s. 16).

Specifika ošetřování kolostomie

Vyústění tlustého střeva před stěnu břišní nebo na ni. Vhodně založená kolostomie má zvýšenou manžetu 0,5 – 1 cm. Bezprostředně po operaci využíváme průhledné vypustné sáčky bez filtru. Po stabilizaci stavu odchází kašovitá nebo formovaná stolice 1 – 3x denně do nevypustných sáčků s filtrem (Otradovcová, Kubátová et al., 2006, s. 16).

V nemocnici probíhá podrobná edukace pacienta a rodiny – předáváme informace o hygienickém režimu a používání ochranných a čistících stomických prostředků (Otradovcová, Kubátová et al., 2006, s. 16).

Dalším nedílným aspektem péče o kolostomii je podpora duševního zdraví pacienta prostřednictvím důkladného posouzení psychomotorických funkcí, a to především zvládnutí péče o stomii. Špatné vnímání tělesného obrazu, sexuální nespokojenost a deprese jsou běžné u pacientů s kolostomií. Ke zmírnění těchto příznaků může být zapotřebí psychiatrické a behaviorální poradenství.

6.2 Stomické pomůcky

Stomické pomůcky mají za úkol zachytávat obsah vycházející ze stomie, chránit kůži před erozí způsobenou agresivními výměškami a vlhkostí, zabránit úniku zápachu mimo stomický systém, hojit případné poškození kůže a vrátit člověku kontrolu nad vyprazdňováním alespoň jejich prostřednictvím (Drlíková, Zachová, Karlovská, 2016, s. 67).

Stomické pomůcky patří mezi zdravotnické prostředky hrazené z veřejného zdravotního pojištění, předepisovány mohou být na poukazy pacientům při poskytování ambulantních služeb, jak je uvedeno v novele **č. 3 zákona o veřejném zdravotním pojištění č. 48/1997 Sb.** Sortiment pomůcek je k dispozici podle množství a finančních limitů tak, aby stomik na žádnou pomůcku nemusel za běžných okolností finančně přispívat. Optimální frekvence výměny pomůcek vychází ze stanovených limitů spotřeby (Drlíková, Zachová, Karlovská, 2016, s. 67).

6.2.1 Moderní stomické pomůcky

V České republice si stomici mohou vybrat ze širokého sortimentu čtyř značek, které nabízejí stomické pomůcky (*Convatec, Coloplast, B-braun a Dansac*). Moderní stomické pomůcky jsou vytvářeny tak, aby zvyšovaly přilnavost stomické pomůcky a zároveň napomáhaly při jejím odstraňování. Dále napomáhají k vyrovnání nerovností nebo při hojení kožních defektů v okolí stomie.

6.3 Postup při výměně stomického systému

Stomické systémy dělíme na jednodílné, dvoudílné a systémy adhezivní technologie. Vlastní výměna systému se skládá z šetrného odstranění stávajícího systému, změření velikosti stomie, kontroly stavu kůže v okolí stomie, přípravy nové pomůcky, přípravy peristomální kůže, nalepení pomůcky/nasazení sáčku, eventuálně odpuštění plynu a úklid pomůcek. Jednotlivé kroky mohou probíhat v jiném pořadí, individuálně (Zachová a kol.,2010, s. 68).

6.3.1 Jednodílný systém

Jednodílný systém se skládá z lepicí podložky, která je pevně spojená se stomickým sáčkem. Po naplnění stomického sáčku se mění vždy celý systém. Jednodílný systém se vyměňuje podle toho, zda je sáček výpustný či uzavřený. Pokud je sáček výpustný, výměna probíhá jednou denně. V případě uzavřeného sáčku je nutno jej měnit dvakrát denně a dále podle potřeby. Sáčky stomického systému mohou být průhledné, neprůhledné, s filtrem či bez filtru. Výpustné sáčky jsou výpustné na sponu nebo na suchý zip. Pokud jednodílný systém odvádí velké množství stolice, např. u ileostomie, můžeme na jednodílný systém napojit vypouštěcí močový sáček.

Před aplikací jednodílného systému musí být kůže v okolí čistá a suchá. Proti nechtěnému úniku obsahu ze stomie můžeme do stomie vložit na dobu výměny systému menstruační tampón. K omytí kůže používáme neparfémovaná mýdla a čistou vodu. U mužů je důležité oholení kůže v okolí stomie. Dále použijeme odstraňovač adheziv ve formě napuštěných čtverečků či spreje. Při podráždění okolní kůže můžeme použít pudr, který je přímo určen pro stomiky. Pokud sledujeme nerovnost v okolí stomie, existují nejrůznější vyrovnávací pasty, pásky nebo těsnící kroužky, které zabraňují podtékání pomůcky. Do okolí stomie aplikujeme ochranný film ve formě tělové vody

či napuštěného čtverečku, který zlepšuje přilnavost a chrání kůži. V případě řídkého střevního obsahu můžeme využít zahušťující adsorbenty. Proti zápachu aplikujeme do sáčku pohlcovače pachu vytvořené na bázi oleje či spreje. Sáček před aplikací zahřejeme elektrickým fénem a před nalepením zkontrolujeme jeho teplotu pohmatem. Sáček lepíme na stomii po správném vystřížení, který by měl být maximálně o 2-3 mm větší, než je velikost stomie. Po nalepení pečlivě přitlačíme podložku od středu směrem k okrajům, aby se pevně přilepila k pokožce.

6.3.2 Dvoudílný systém

Dvoudílný systém se skládá z lepící podložky, která se pomocí plastového přírubového kroužku spojuje se stomickým sáčkem. Na podložku lze nasazovat různé typy sáčků, které se ale musí shodovat velikostí. Podložka by se měla měnit po 2 až 3 dnech, abychom předešli kožním komplikacím.

Postup při výměně dvoudílného systému je stejný jako při výměně jednodílného systému. Dvoudílný systém je vhodný pro stomiky, kteří potřebují při ošetřování stomie pomoc druhé osoby. Dvoudílný systém také umožňuje případné otočení sáčku na stranu.

6.3.3 Systém adhezivní technologie

Adhezivní technologie vznikla spojením výhod jednodílného a dvoudílného systému. Základem adhezivního systému je podložka, která se nalepuje na peristomální kůži po vystřížení nebo vytvarování. Ponechává se po dobu 3–4 dnů. Sáček je opatřen adhezivní pěnou, která se nalepuje na plastovou fólii (Zachová a kol., 2010, s. 77).

6.4 Specifika práce stomasestry

Z důvodu nutnosti zajistit komplexní péči o pacienty se stomiemi, celosvětově vznikla v roce 1958 paramedicínská profese nazvaná stoma – terapeut neboli enterostomický terapeut. Tuto funkci zastává kvalifikovaná sestra se specializací v tomto oboru. Vyhláška MZ České republiky č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků, zařazuje činnosti spojené s ošetřováním pacientů se stomií do specializace s názvem Sestra pro péči o pacienty ve vybraných klinických oborech (Marková, 2006, s. 61).

Sestra, která ošetřuje pacienty se stomií a která absolvuje specializační studium se zaměřením na ošetrovatelskou péči o výše zmíněné pacienty, bude mít ze zákona kompetenci bez odborného dohledu a bez indikace provádět poradenskou činnost, seznamovat pacienty se sortimentem stomických pomůcek, doporučovat vhodné pomůcky, provádět instruktáž o jejich manipulaci a vést pacienty k soběstačnosti. Na základě indikace lékaře může stoma sestra vyhledat a označit optimální místo pro budoucí stomii (Marková, 2006, s. 61).

Důležitou úlohu má stomasestra již v předoperačním období, během celé hospitalizace a poté v období následné péče, kdy je pacient propuštěn do domácího prostředí. Po celou dobu, kdy má pacient stomii, je stomasestra jakýmsi styčným bodem mezi stomikem a lékařem (Marková, 2006, s. 62).

6.5 Následná stomická péče, stomaporadny

Propuštění pacienta z hospitalizace k domácímu ošetřování by mělo být realizováno až po pečlivém zvážení chirurga a stomasestry, která zhodnotí soběstačnost pacienta v péči o stomii. Pokud pacient není soběstačný, nebo není schopen informace pochopit, stomasestra edukuje rodinu. Při překladi do zařízení následné péče nebo agentury domácí péče, předává stomasestra informace pečujícímu zdravotnickému personálu (Zachová a kol., 2010, s. 79).

S edukovaným nemocným se setkává lékař a stomická sestra při první kontrole po operaci. Ve většině případů je při první návštěvě nutné projít se stomikem celý edukační proces znovu. Pacient z nemocnice odchází vybavený pomůckami na 1 měsíc. Není vhodné na začátek období předepsat stomikovi pomůcky na dobu 3 měsíců, což je maximální množství pomůcek čerpané najednou. Tvar stomie i její okolí se může změnit, jsou odhalovány nerovnosti, kožní záhyby, praktické nevýhody pomůcek, které se během hospitalizace neprojeví. Při kontrole ve stomické poradně se posuzují změny stomie a jejího okolí. Stomická sestra při volbě pomůcek a reedukaci všechny změny zohledňuje (Zachová a kol., 2010, s. 79).

Finanční a množství limity stomických pomůcek a příslušenství jsou dány pojišťovnou. Stomická sestra myslí na to, aby nedošlo k znehodnocení pomůcek a zároveň ke komplikacím z nedostatečné péče. Vhodnou variantou je i systém preskripce pomůcek na 1 měsíc od určité společnosti a jejich vystřídání, aby si stomik mohl vyzkoušet a vybrat nejvhodnější. Vedení přehledu o spotřebě pomůcek napomáhá karta, obsahující též záznam potřebných kódů stomických pomůcek pro praktického lékaře, přehled adres a kontaktů na stomasestru, lékaře, svépomocné skupiny, kam se může v případě nejasností obrátit (Zachová a kol., s. 79–80).

Stomik vždy obdrží kontakt na kluby stomiků a sám se může rozhodnout, zda bude některé organizace kontaktovat. Dalším zdrojem informací mohou být vyškolení poradci bezplatných telefonních linek, které jsou zřizovány společnostmi dodávajícími stomické pomůcky. Stomické pomůcky předepisuje praktický lékař a odborný lékař: onkolog, chirurg, urolog či gastroenterolog (Zachová a kol., 2010, s. 81)

Na základě poukazu obdrží stomici pomůcky ve specializovaných výdejnách, zdravotnických potřebách nebo lékárnách. Pokud stomik není fyzicky či psychicky schopen zvládnout sebekéči a nelze ji zajistit ani prostřednictvím rodinného příslušníka, je ve spolupráci s praktickým lékařem kontaktována agentura domácí péče. Částečná soběstačnost stomika je ale nezbytná (Zachová a kol., 2010, s. 81).

Stoma poradny

Edukace pacienta stomickou sestrou po propuštění dále probíhá v rámci stoma poradny. Ordinační hodiny jsou ve většině případů stanoveny jeden den v týdnu. Při návštěvě pacienta se sestra stomikovi individuálně věnuje, snaží se mu poradit a pomoci s jeho potížemi. Vybere a předepíše pacientovi vhodnou pomůcku a seznamuje jej s novinkami dostupnými na trhu. Pacientovi, který navštíví poradnu poprvé, provede nejprve vstupní vyšetření. Následuje úvodní rozhovor, při kterém sestra zjišťuje dosavadní způsob ošetřování stomie a způsob obstarávání pomůcek. Vstupní vyšetření zahrnuje změření stomie, zjištění tvaru a barvy, vyšetření průchodnosti stomie, komplikace a vyšetření okolí stomie včetně případné parastomální kýly (Marková, 2006, s. 63).

Po úvodním vstupním vyšetření sestra pacientovi předá základní informace o aktivitách, které by měl provádět z důvodu předcházení komplikací: například při kašlání a kýčání zatlačovat stomii rukou, nezvedat těžká břemena, udržovat určitou techniku při vstávání z lůžka a podobně. Teprve poté podá informace o technice používání stomických pomůcek. Často vznikají problémy s předčasným odlepováním pomůcky z důvodu různých nerovností. Mnohdy se musí přikročit k vylučovací metodě, aby se našlo optimálnější řešení (Marková, 2006, s. 63).

Na závěr stomasestra poradí se stravovacími zásadami a informuje o sociálních výhodách jako je sociální příspěvek na zvýšení životní náklady, případnou možnost získání průkazu ZTP či TP, předá pacientovi kontaktní adresu a telefonní číslo na poradnu a předepíše poukazy na pomůcky (Marková, 2006, s. 64).

Stomická sestra zaznamenává data do ošetrovatelské dokumentace. Podle záznamů můžeme hodnotit stav stomika a častost výskytu komplikací během jeho života. Stejně jako povědomí o již vyzkoušených pomůčkách a výsledcích jejich vhodnosti pro podmínky konkrétního stomika (Zachová a kol., 2010, s. 83).

Pokud probíhá pooperační období bez potíží, následují kontroly po dobu 5 let v intervalu 6 měsíců, poté v intervalu 1 roku (Zachová a kol., 2010, s. 83).

7 Kvalita života

Kvalita života je velmi těžko definovatelný pojem a je velmi individuální u každého člověka. Při měření kvality života vycházíme hlavně ze subjektivních pocitů dané osoby, které může ovlivnit hned několik faktorů. Hlavní důvod, proč monitorujeme kvalitu života, je snaha o zlepšení životních podmínek a odstranění determinantů, které kvalitu ovlivňují. Toto hodnocení pro nás pak může být velmi nápomocné při poskytování ošetrovatelské péče u pacienta, pro kterého může být určitá doména kvality života oslabena z důvodu akutního či chronického onemocnění.

7.1 Historie pojmu kvalita života

Pojem kvalita života (*quality of life, QOL*) má relativně dlouhou a zajímavou historii. Jeho první výskyt se dnes datuje do 20. let 20. století. Např. H. Hnilicová (2005) připomíná, že se objevil už v diskusích o vztahu ekonomických a sociálních hledisek při státní podpoře chudších vrstev obyvatelstva. V r. 1958 ekonom J. Galbraith, v knize Společnost hojnosti, kritizoval ideu stálého rozšiřování průmyslové výroby jako zdroje blahobytu. Napsal: To, co je důležité pro naše dobro, nespočívá v kvantitě; je to kvalita života (Mareš a kol., 2006, s. 11).

Do obecného povědomí však tento pojem vstoupil až v šedesátých letech 20. století jako výraz metaforický, který shrnoval sociálně-politické cíle americké administrativy za vlády prezidenta Johnsona. L.B. Johnson v r. 1964 totiž prohlásil: Cíle nemůžeme poměřovat výší našich bankovních kont. Mohou být měřeny pouze kvalitou života, který naši občané prožívají (Mareš a kol., 2006, s. 11).

Pojem kvalita života se svou stručností a intuitivní srozumitelností pro veřejnost rychle ujal a stal se v politice i v mediálním světě módním slovem (Rapley, 2003). Také v Evropě brzy zdomácněl, neboť ho v sedmdesátých letech použil německý kancléř W. Brandt v politickém programu své vlády (Hnilicová, 2005).

Teprve později se z něj postupně stával pojem vědecký, nejprve v sociologii a potom i ve vědách o člověku (Mareš a kol., 2006, s. 11).

Rozvíjel se třemi směry:

- a) *objektivním* – byl chápán jako souhrn objektivních indikátorů, např. o kvalitě životních podmínek v dané zemi
- b) *subjektivním* – byl chápán jako souhrn subjektivních indikátorů, např. o kvalitě jedincovy „cesty životem“,
- c) *kombinací objektivních a subjektivních indikátorů*

(Mareš a kol., 2006, s. 11).

7.2 Definice kvality života

Koncept kvality života zahrnuje širokou škálu různorodých oblastí zkušenosti člověka – od fyzických funkcí až po oblasti spojené s dosahováním životních cílů a prožíváním životního štěstí. Při vymezení toho, co kvalita života vyjadřuje, se nejčastěji setkáváme s předponou *multi* (Gurková, 2011, s. 21).

Kvalita života je multidimenzionální, multifaktoriálně podmíněná a mluvíme o ní jako o fenoménu multiúrovňovém, multidisciplinárním, tedy o fenoménu s vysokou mírou komplexnosti (Gurková, 2011, s. 21).

Kvalita není absolutní, ale relativní kategorií, protože může být vyjádřena kvalitativními (vycházejícími z hodnotového systému toho, kdo ji posuzuje) a kvantitativními (objektivními, měřitelnými) indikátory. Tím zároveň zahrnuje i proces hodnocení. Pokud chceme vymežit, na jaký druh hodnocení je kvalita zaměřena, musíme určit jeho předmět a zároveň normu, se kterou je předmět porovnáván (Gurková, 2011, s. 22).

Protože v případě kvality života je předmětem hodnocení život, je důležité zodpovědět základní otázku: Kvalitu, jakého života hodnotíme? (Gurková, 2011, s. 21-23).

7.3 Kvalita života v souvislosti se zdravím

Obecný pojem kvalita života se v posledních desetiletích využívá v mnoha oborech. Setkáváme se s ním také ve zdravotnictví, a to jak v ošetrovatelství (Kingová, Hindsová, 2003), tak především v lékařských oborech (Mareš a kol., 2006, s. 29).

Ve zdravotnictví, které vztahuje kvalitu života ke zdraví a nemoci, se počet praktických aplikací neustále zvyšuje. S kategorií kvalita života se pracuje v dlouhodobých výzkumech přežívání pacientů, v klinických výzkumech ověřujících nové léčebné postupy a nové léky, ale též při standardní léčbě chronických a velmi vážných onemocnění (Mareš a kol., 2006, s. 29).

Dominující pohled profesionálů je nyní standardně doplňován a korigován pohledem pacienta samotného i jeho rodinných příslušníků (v případě malých dětí jde o pohled rodičů). Obecně lze říct, že kvalita života související se zdravím se týká především profesionálně poskytované zdravotní péče a stává se důležitým indikátorem výsledku poskytované péče (Wilson, Cleary, 1995).

Kategorie „kvalita života“, aplikovaná ve zdravotnictví obecně a jednotlivých medicínských oborech, má své specifické označení: **HRQL** – *health-related quality of life*. Při teoretickém vymezování tohoto pojmu však nepanuje jednota. V empirických šetřeních se autoři nezatěžují diskusemi o jeho teoretických základech a různými možnostmi jeho vymezení. Dokládá to mj. údaj uváděný Gillem a Feinsteinem, že pouze v 15 % publikací, věnovaných empirickému výzkumu HRQL, je tento pojem nějak definován. V ostatních případech se autoři spokojují s uvedením pouhého názvu a zkratky (cit. podle Coyne, Davis, Frech et al., 2002, s.143-144).

Teoretik M. Rapley (2003, s. 140) doporučuje přiklonit se k definici navržené americkým Centrem pro prevenci a léčbu nemocí. HRQL jako vědecká kategorie je použitelná jak na úrovni jedince, tak skupiny lidí, ale i celých populací (Mareš a kol., 2006, s. 30).

Obecně lze říct, že HRQL je užší pojem než kvalita života (Spilker, Revicky, 1996; Sherman, Slick, Connolly et al., 2002; Epstein, Stinson, Stevens, 2005) a je vhodné s ním pracovat, pokud uvažuje o širších kontextech systémů poskytování zdravotní péče (Mareš a kol., 2006, s. 31).

7.4 Měření kvality života

Šířka vnímání pojmu „kvalita života“, různý účel, pro který byl daný instrument vytvořen, s sebou přináší i velké množství metod pro jeho měření. Jedno z nejznámějších dělení metod měření kvality života je od Křivohlavého (2002):

- *Hodnocení kvality života provádí druhá osoba* – metoda objektivní
- *Hodnocení provádí druhá osoba* – metoda subjektivní
- *Kombinace předchozích metod* – metody smíšené

Dragomirecká a Bartoňová (2006) uvádějí, že kvalita života může být měřitelná ze tří perspektiv:

- jako objektivní měření sociálních ukazatelů v termínech možností, bariér a zdrojů okolí
- jako subjektivní odhad celkové spokojenosti se životem
- jako subjektivní odhad spokojenosti s jednotlivými oblastmi života

Kvalitu života lze sledovat individuálně, kde slouží k optimálnímu sestavení plánu terapie, volbě léčebné modality a vyhodnocení použitých postupů. Lze jí také sledovat u skupiny pacientů s určitým typem onemocnění či potíží, kde může být měření kvality života indikátorem efektu léčby a dopadu vedlejších účinků terapie či léků. Populační šetření kvality života jsou popisem rizikových skupin obyvatelstva a jejich cílem je následné nastavení preventivních programů a plánování zdravotní i sociální péče o tyto skupiny obyvatel (Škvrňáková, Mandysová, 2018, s. 105).

K hodnocení kvality života u nemocných jsou používány nástroje kvantifikující dopad nemoci na běžný život nemocného formalizovaným a standardizovaným postupem. Nejobvyklejšími nástroji ke zjišťování dat pro hodnocení kvality života jsou dotazníky

nebo strukturované rozhovory. Dotazníky lze rozdělit na dva základní typy: dotazníky generické a specifické. Některé literární prameny uvádějí třetí typ dotazníků, tzv. standardizované dotazníky. Výběr nástroje pro měření je ovlivněn několika faktory (Škvrňáková, Mandysová, 2018, s. 106).

7.4.1 Vybrané specifické dotazníky k měření kvality života

World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL-100)

Jedná se o dotazník subjektivního hodnocení kvality života, zdraví a ostatních životních situací respondenta za posledních 14 dní. Zahrnuje 24 aspektů života sdružených do 6 kategorií (domén) zahrnujících fyzické zdraví, prožívání, fyzickou nezávislost, sociální vztahy, prostředí a spiritualitu. V dotazníku je 100 otázek, z toho 4 položky hodnotí celkovou kvalitu života a celkové zdraví. Respondenti hodnotí jednotlivé otázky na 5bodových Likertových škálách vyjadřujících množství, kapacitu, četnost, spokojenost atd. (Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

WHOQOL-BREF, česká verze

Jedná se o zkrácenou verzi WHOQOL-100 pro potřeby klinické praxe. Byla vytvořena na základě analýzy dvaceti výzkumných center z celého světa. Základní strukturu tvoří 4 domény (fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí), 24 facet a 2 položky jsou samostatným hodnocením celkové kvality života a celkového zdravotního stavu. Oba dotazníky jsou doporučeny pro hodnocení kvality života skupin nebo populací s možností srovnání výsledků na mezinárodní či regionální úrovni. Bývají užívány u skupin osob s určitou diagnózou či postižením nebo k hodnocení sociálních a zdravotních intervencí.

Medical Outcomes Study 36 Item Short Form (SF-36), česká verze

Dotazník poskytující hodnocení všeobecných konceptů souvisejících se zdravím, které nejsou specifické pro konkrétní onemocnění, věk nebo typ léčby. Obsahuje 36 položek (kratší verze SF-12 obsahuje 12 položek). Fyzické zdraví zastupují subškály – omezení fyzických aktivit, omezení a vykonávání sociálních aktivit, omezení vykonávání obvyklých činností v důsledku tělesných a zdravotních problémů. Dále je v této škále zařazeno hodnocení bolesti a celkové vnímání zdraví. Výhodou tohoto

nástroje je normování, standardizace, která umožňuje porovnávání s jinými vzorky respondentů na celém světě (Gurková, 2011, Moravcová, Mareš, Ježek, 2014).

European Quality of Life Questionnaire – Version EQ-5D

Dotazník je výsledkem mezinárodní spolupráce v rámci European Quality of Life Group. Představuje standardizovaný, generický nástroj hodnocení zdravotního stavu. Nástroj hodnotí dva ukazatele – subjektivní a objektivní. Objektivní zahrnuje pět položek – pohyblivost, sebeděče, obvyklé činnosti, bolest/potíže, úzkost/deprese. Každá položka je skórována na třístupňové škále – bez potíží, mírné potíže, intenzivní potíže. Celkem vzniká 243 kombinací zdravotního stavu. Výstupem je EQ-5D index nabývající hodnotu 0-1 (0- nejhorší zdravotní stav, 1- nejlepší zdravotní stav). Subjektivní ukazatel zahrnuje vizuální analogovou škálu (hodnota 100- nejlepší zdravotní stav, 1- nejlepší zdravotní stav), respondent vyznačí svůj subjektivně vnímaný zdravotní stav na stupnici tzv. teploměru. Výstupem je EQ-5D VAS (subjektivní zdravotní stav) nabývající hodnotu 0-100. Nástroj byl použitý v různých mezinárodních klinických studiích a ekonomických analýzách (Gurková, 2011, s. 146).

Psychological General Well-Being Index (dále PGWB)

Představuje unidimenzionální soubor 68 položek a jeho zkrácená verze (PGWB-S) 22 položek, které reprezentují intrapersonální, afektivní nebo emocionální stavy, reflektující aktuální stav subjektivní pohody nebo distresu (Grossi et al., 2006). Uvedený nástroj je dostupný v českém i slovenském překladu (Gurková, 2011, s. 146).

7.5 Kvalita života pacienta se stomií

Kvalitou života stomiků se zabývala například Montreuxská studie, která probíhala v 16 evropských zemích. Kvalita života stomiků je do velké míry závislá na jeho prognóze související se základním onemocněním, které bylo důvodem pro vyvedení stomie než na samotném faktu stomie. Jinak kvalitu života vnímají pacienti s trvalou stomií u onkologického onemocnění a jinak pacienti s dočasnou stomií (Marková, 2006, s. 66).

Nejčastějšími faktory, které ovlivňují kvalitu života jsou: strach ze smrti, zdravotní omezení, ztráta sebeúcty v souvislosti s tělesnými změnami, ztráta sociálních jistot, ztráta společenské prestiže, obava z nové situace, změny v rodinných vztazích, finanční potíže v souvislosti se ztrátou zaměstnání (Marková, 2006, s. 66).

Kvalitu života může ovlivnit již důkladná předoperační příprava, pečlivá edukace pacienta i rodiny, psychická podpora, zajištění vhodné následné péče a poradenské pomoci, poradenství v sociálních otázkách, minimalizace bolesti (Marková, 2006, s. 66).

V současné době je možné nemocnému umožnit život téměř bez omezení. Stomie sama o sobě nebrání zařazení do pracovního procesu či v mimopracovních aktivitách. Stomici mohou sportovat, koupat se ve veřejných koupalištích, mohou vést společenský i spokojený partnerský a sexuální život. Kvalita života záleží spíše na základním onemocnění, rodinném zázemí a psychickém stavu pacienta než na stomii samé. S rozvojem stomických pomůcek a zlepšení jejich dostupnosti se kvalita našich stomiků zásadně zlepšila (Marková, 2006, s. 66).

Na kvalitě života stomiků se významně podílí existence stomických poraden a funkce stoma sestry působící jako kvalifikovaný poradce a zajišťující komplexní, kontinuální péči o stomiky. Kvalita života obecně je tím lepší, čím menší je rozdíl mezi očekáváním a představami jednotlivce o životě a realitě skutečného světa. Adaptace neboli přizpůsobení se novým životním podmínkám je proces, který trvá neustále. Stomik se vyrovnává s faktory fyzickými, emocionálními a sociálními faktory. Proces adaptace na některá omezení je individuální (Marková, 2006, s. 66).

Cílem celého ošetřujícího týmu, a především stoma sestry, je dovést klienta do takové kvality života, kdy je schopen strávit každý den na vrcholu svých možností, pokud možno bez subjektivních těžkostí se zachováním aktivity a v pěstování pozitivních sociálních vztahů (Marková, 2006, s. 67).

7.5.1 Dříve realizované studie

Jak již bylo zmíněno, na kvalitu života pacienta se stomií má vliv hned několik faktorů. V informacích, které ve své výzkumné práci uvedla Javulková (2012) a ze kterých vycházím, se můžeme dozvědět, že dle Baxterové je málo studií, které hodnotí vliv stomie na kvalitu života pacienta z důvodu nedostatku specifických validních nástrojů. The Stoma Quality of Life Scale (dále SQOLS) je validizovaný a reliabilní specifický dotazník pro využití v klinické praxi u pacientů se stomií. Obsahuje celkem 21 položek rozdělených do třech oblastí. První oblast posuzuje práci a sociální funkce (6 položek), druhá hodnotí sexualitu a body image (5 položek) a třetí oblast hodnotí stoma funkci (6 položek). Zvláště 1 položka posuzuje finanční dopad, 1 podráždění pokožky a 2 položky měří celkovou spokojenost (Baxterová, 2006, s. 205).

Další studii, která se zabývá kvalitou života stomiků, vedl Priet (2005), jehož cílem bylo popsat vývoj a validizaci Stoma-QOL jako specifického nástroje pro měření kvality života pacientů s ileostomií a kolostomií. Předběžná verze dotazníku obsahující 37 položek byla přeložena do německého, francouzského, španělského a dánského jazyka. Finální podoba dotazníku obsahuje 20 položek, které jsou rozčleněny do 4 domén (spánek, sexuální aktivita, vztahy s rodinou a blízkými přáteli a sociální vztahy k jiným než rodinným příslušníkům a blízkým přátelům). Studie potvrzuje vhodnost nástroje v klinickém výzkumu a praxi (Prieto, 2005, s. 1, Javulková, 2012, s. 23).

The Stoma Quality of Life Index (dále SQLI) byl Jiménezzovou použit ve tříměsíční prospektivní studii prováděné s 336 pacienty s cílem vyhodnotit kvalitu života stomiků pomocí standardního klinického sledování pomocí SQLI versus telemonitoringu. Dotazník byl použit a validizován v Montreux study (Javulková, 2012, s. 23).

Studie Montreux je celoevropská studie, která probíhala v 16 státech, ve které se 618 sester ze stomických ambulancí dotazovalo 4739 pacientů v období bezprostředně po operaci a dále za 3, 6, 9 a 12 měsíců na kvalitu jejich života. Ze studie vyplývá, že významně více problémů se zavedením stomie mají ti pacienti, kteří si byli nejistí v péči o stomii anebo se jim nepodařil navázat dobrý vztah se stomickou sestrou. Tento vztah je, jak dokládá studie, zvláště důležitý v prvních šesti měsících po operaci (Marquis a kol., 2008, str. 48).

8 Životní styl pacienta se stomií

Životní styl pacienta, kterému byla dočasně či trvale vytvořena stomie, se změní v podstatě ve všech ohledech. Pacient se musí na tuto novou zkušenost adaptovat a přizpůsobit jí všechny své dosavadní každodenní rituály. Může se stát, že pacient, který byl před vyvedením stomie soběstačný, se najednou ocitá v situaci, kdy pro něj dříve běžně zvládnutelné činnosti představují překážku, ať už fyzického či psychického rázu. Dále se můžeme setkat s pacienty, kteří před vyvedením stomie aktivně sportovali, rádi trávili čas ve společnosti, nebo si velmi zakládali na vzhledu vlastního těla, a nyní mohou mít pocit, že stomie je v těchto aktivitách částečně až úplně omezující. Lékaři, všeobecné sestry a stomické sestry by měli, ve spolupráci s rodinou pacienta, umožnit stomikovi žít alespoň částečně tak kvalitní život, na jaký byl zvyklý před operací.

V ošetrovatelství, na rozdíl od medicíny, nehraje nemoc dominantní úlohu, proto je pro sestru snazší vidět za konkrétní nemocí nemocného člověka, snáze se soustředit na jeho osobnost a potřeby, jeho subjektivní zkušenost, která je nepříjemná a která mění a omezuje jeho zvyky, snižuje tělesné i psychické funkce, sociální situaci, zhoršuje kvalitu života obecně a často s sebou přináší i přímé ohrožení života, nebo si to nemocný myslí. Profesionální přístup sestry k pacientovi vyjadřuje její kongruentnost ve vnímání pacienta jako člověka s jeho vlastním pojetím nemoci jako ošetrovatelského problému (Mareš, Vachková, 2011, s. 97).

8.1 Výživa a pitný režim stomika

V průběhu onemocnění a léčby je nemocný edukován nejen o zdravotním stavu, funkci trávící trubice, ale i o stravovacích návycích. Edukace přispívá lepšímu porozumění reakcím organismu v souvislostech s příjmem tekutin a potravy (Zachová a kol., 2010, s. 96).

Všeobecně se 6–8 týdnů po operaci doporučuje bezsezbytková dieta, která je lehce stravitelná, mechanicky, chemicky i termicky šetrící, nenadýmavá, bohatá na bílkoviny a vitaminy. Pokud má pacient jiné, chronické onemocnění, při kterém je nutné dodržovat dietu, měl by jí dodržovat jako v období před operací.

U jednotlivých potravin je lepší nejdříve vyzkoušet jejich vliv a poté je zařadit či vypustit z jídelníčku. Všechny pokrmy by měly být do měkka vařené nebo dušené, mechanicky velmi jemně upravené bez kůrek, slupek a zrníček. K obecným zásadám patří jíst střídavě, 3x denně a potraviny důkladně rozkousat tak, aby se vypěstoval stereotyp vyprazdňování, nejlépe ráno doma. Je třeba jíst v klidu, bez spěchu a rozrušení. Smažená jídla je nutno konzumovat jen ojedinele. Stolicí je potřeba udržovat mírně tekutou, ale na druhé straně se stomik musí vyhýbat potravinám, které jsou až příliš projímavé (Marková, 2006, s. 51).

U ileostomiků se často vlivem rozsáhle resekce tenkého střeva objevuje tzv. syndrom krátkého střeva. V tomto případě je nutné podávat bezezbytkovou stravu. Ileostomický obsah tvoří až z 90 % voda, proto je potřeba počítat s určitými poruchami metabolické adaptace, kdy dochází ke ztrátám některých minerálů a vody. Z minerálů se ve větším množství vylučuje zejména sodík a draslík. Hypokalémie se projevuje malátností, anorexií, podrážděností, bolestí hlavy, křečemi a žizní. Tento stav může vyústit až k fibrilaci síní s možností srdeční zástavy. U ileostomiků je tedy vhodné preventivně přidávat do stravy sůl a podávání minerálních vod v množství až jeden litr denně (Marková, 2006, s. 53).

Po větších resekcích terminálního ilea dále dochází k malabsorpci vitamínu B12. V tomto případě, jeho nedostatek kompenzujeme perorální substituací (Marková, 2006, s. 53).

Zásady výživy kolostomiků

- Je vhodné vypěstovat stereotyp vyprazdňování – nejlépe ráno doma. Za tímto účelem by se měla strava přijímat třikrát denně ve stejnou dobu. Snídaně a obědy by měly být vydatné.
- Důležitý je dostatečný příjem tekutin, aby množství moče nekleslo pod jeden až dva litry za den.
- Není vhodné nadměrné omezování v jídle. Zpravidla potraviny, které pacient snášel před založením stomie, nečiní problémy ani poté.

- Čím více bílkovin strava obsahuje, tím je stolice více tuhá. Udržujeme stolicí mírně tekutou.
- Vhodné je vyhýbat se jídlům, která působí projímavě: tučná jídla, celozrnný chléb, luštěniny, zelí, kapusta, květák, řepa, fazolky, okurky, houby, syrové ovoce, aromatická zelenina (paprika, česnek, cibule, ředkvičky), ostré koření, syrové mléko, šumivé nápoje, koncentrované alkoholické nápoje.
(Web ILCO, 2020).

Zásady výživy ileostomiků

- Dieta má být kaloricky vydatná a chutná. Pokrmy mají být raději jednoduché, nepříliš tučné ani sladké.
- Důležitý je přísun vitamínů nejlépe v ovocných šťávách. Příjem soli by neměl klesat pod šest až devět gramů denně. Důležitý je i dostatek ostatních minerálů.
- Ileostomik musí mít dostatek tekutin. Vhodné je pít zejména při jídle, alespoň jeden a půl až dva litry denně. Při pití mimo jídlo je vhodné sníst něco menšího, aby se tekutina smísila s potravou.
- K zahušťování obsahu se doporučuje rýže, borůvky, černý čaj, strouhaná jablka.
- Vyhýbat se jídlům, která mohou způsobit koliku, např. pomerančová dužnina, slupky z rajčat, okurky, ořechy, kukuřice.
- Přijímat stravu častěji, pravidelně a v menších dávkách. Večeřet málo a brzy. Hladovění střevo nezklidňuje, ale naopak podněcuje k tvorbě plynů.
- K dobré funkci ilea přispívá duševní klid a přiměřený pohyb na čerstvém vzduchu.
- Pozor na možnou nesnášenlivost některých potravin (mléko, med).
- Při průjmech omezit kávu, cukr, sladkosti, luštěniny, alkohol, švestky, třešně, hrušky, fíky, kyselé zelí. Vhodné jsou masové vývary, čokoláda, banány, strouhaná jablka, svařené mléko, brambory.
- Při nadýmání je nutno vynechat zelí, kapustu, luštěniny, květák.
(Web ILCO, 2020).

Doména	Třída	Ošetřovatelská diagnóza	Určující znaky	Rizikové faktory / Související faktory
2. Výživa	4. – <i>Metabolismus</i>	Riziko nestabilní glykémie		- nedostatečné znalosti o léčbě onemocnění - neefektivní management léčby - zhoršený zdravotní stav
	5. – <i>Hydratace</i>	Riziko nerovnováhy elektrolytů		- průjem - nedostatečný objem tekutin - oslabený regulační mechanismus - léčba
		Snížený objem tekutin	- změna psychického stavu - změna kožního turgoru - snížený krevní tlak - tachykardie - slabost - žízeň - suchá kůže	- aktivní pokles objemu tělesných tekutin - oslabení regulačních mechanismů

Tabulka č. 1 - Ošetřovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie (výživa)

8.2 Aktivní život stomika

Po uplynutí doby rekonvalescence, která při nekomplikovaném zdravotním stavu trvá 2-3 měsíce po operaci, je pohybový režim součástí pravidelných rekondičních aktivit. Vhodný je přirozený pohyb, turistika, cvičení na míči, jízda na kole, plavání. Cvičení by nemělo způsobovat bolesti a nepříjemné pocity, úkolem aktivit je navodit i dobrou náladu. Škodlivě mohou působit trhavé, nekoordinované pohyby. Podmínkou pro zahájení aktivit jsou pochopitelně funkční stomické pomůcky (Zachová a kol., 2010, s. 87).

Stomik může používat různé druhy stomických pomůcek podle druhu aktivity. K dispozici jsou rovněž speciálně upravené plavky jak pro ženy, tak pro muže. Při plavání stomik může také využít speciálně vyrobené stomické zátky či krytky. Stomik nemusí mít obavy ani z opalování či saunování. V případě návštěvy fitness je vhodné se poradit s odborníkem, aby byly zvoleny cviky nepřetěžující břišní oblast. Při zahájení turistiky je dobré stanovit si počáteční krátkou trasu a zapojit rodinu či přátele. Pokud se stomik necítí dobře, je lépe cvičit méně intenzivně (Zachová a kol., 2010, s. 88)

Doména	Třída	Ošetřovatelská diagnóza	Určující znaky	Související faktory
4. Aktivita/odpočinek	1. – Spánek	Nespavost	- změny emoci - změny koncentrace - potíže se spaním - nedostatek energie - potíže s usínáním	-strach -tělesný diskomfort -deprese -smutek -hormonální změny
	2. – Aktivita/cvičení	Zhoršená tělesná pohyblivost	-diskomfort -zpomalené pohyby -trhavé pohyby -změna chůze -potíže při otáčení	-intolerance aktivity -malnutrice -bolest -farmaka -snížená vytrvalost
	3. – Rovnováha energie	Únava	-změny koncentrace -změny libida -introspekce -letargie -apatie -pocit viny kvůli neplnění vlastních povinností	-úzkost -spánková deprivace -fyzický stav -ztráta kondice -uvádí nudný životní styl -stresory -okolní bariéry (např. okolní hluk, neznámé prostředí)

Tabulka č. 2 - Ošetřovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie (aktivita)

8.3 Metody regulace vyprazdňování stomika

Hlavním problémem při vyprazdňování u ileostomiků je velmi tekutá až vodnatá stolice v brzké době po operaci. Stolice může být až několik litrů denně, a proto ileostomici využívají výpustný systém. Pokud nedošlo ke zkrácení délky tenkého střeva, střevo se postupně naučí zahušťovat a z několika litrů tekutiny, které odcházely z tenkého střeva bezprostředně po operaci, se stane vypouštění sáčků 5 – 6x za den. Tekutý až vodnatý obsah odcházející ze stomie je tedy u některých druhů stomii fyziologický (Drlíková, Zachová, Karlovská a kol., 2016, s. 143).

Do úseků, kde je střevo vyvedeno, se voda nestihne vstřebat. Aby obsah sáčku nešplouchal, neobtěžoval a jeho vypouštění bylo více pod kontrolou, mohou ileostomici používat zahušťovací prostředky (adsorbenty), které se vkládají či sypou do sáčku. Tekutý obsah přeměňují v kašovitou, želatinovou hmotu. Existují ve formě kapslí, tablet, polštářků s absorpčním uhlím nebo brček s granulami. Některé mohou také svým složením tlumit zápach ze stomie (Drlíková, Zachová, Karlovská a kol., 2016, s. 144).

Zatímco u ileostomiků je problémem tekutá stolice, kolostomici mají z dlouhodobého hlediska spíše tendenci k zácpě. Zácpa neboli obstipace je definována jako obtížné, “méně časté a málo vydatné vyprazdňování střev“ (Vokurka, Hugo, 2004, s. 615).

U stomika se může na zácpě podílet nedostatek pohybu, strava s nízkým obsahem vlákniny a tekutin, psychická zátěž, užívané léky (analgetika) nebo základní onemocnění. Zácpa může být akutní nebo chronická. Příčinou akutní zácpy je většinou dietní chyba, ale i překážka v trávicím traktu. Překážka může být ať už v průběhu střeva, tak i na jejím konci ve stomii – když je zúžená, stenotická. I nově vzniklá parastomální kýla může změnit rytmus vyprazdňování.

U chronické zácpy se jedná spíše o funkční záležitost. Stomik by měl zvýšit příjem tekutin, přidat nevstřebatelnou vlákninu, pohybovou aktivitu nebo masáže břicha. Reflex vyprazdňování můžeme navodit i vypitím teplého nápoje zhruba půl hodiny před obvyklou dobou vyprazdňování. Další možností je medikamentózní ovlivnění konzistence stolice, kdy využíváme například laktulózu. V případě, že je vyloučena překážka v trávicím traktu, která může ovlivňovat vyprazdňování stolice, je další z možností kolostomiků nácvik irigace – výplach střeva (Drlíková, Zachová, Karlovská a kol., 2016, s. 145).

Kromě osvědčené metody irigace se v dnešní době zdokonalují možnosti bezsáčkových pomůcek ve tvaru disku, která se nasazuje na podložku dvoudílného systému, který po nasazení přilne ke stomii a dočasně brání samovolnému odchodu stolice. Dalším úkolem pomůcky je tlumení zvukových fenoménů při odchodu plynů a redukce zápachu prostřednictvím uhlíkového filtru. Výhodou je i mechanická ochrana stomie, proto jí mohou na určené denní období preferovat aktivní lidé, kteří se bojí mechanického poškození sliznice stomatu při sportu, pohybu, péči o děti apod. Při dodržení správných postupů používání pomůcky a u vhodně vybraných stomiků, může pomůcka zásadně ovlivnit kvalitu života stomiků (Zachová, 2010, s. 106-107).

Doména	Třída	Ošetrovatelská diagnóza	Určující znaky	Související faktory
3. Vylučování a výměna	2. – <i>Funkce gastrointestinálního systému</i>	Zácpa	-bolest břicha -anorexie -snížený objem stolice -vzedmuté břicho -tvrdá, formovaná stolice -borborismus -bolest hlavy -porucha trávení -tlak v okolí stomatu -zvracení -bolest při defekaci -palpačně zjištěná masa stolice v břiše -silná plynatost	<i>Funkční</i> – nepravidelné defekační návyky, nedávná změna prostředí, habituální potlačování potřeby defekace <i>Mechanické</i> – nerovnováha elektrolytů, peristomální kýla, prolaps stomie <i>Farmakologické</i> – abúzus laxativ, farmaka <i>Fyziologické</i> – dehydratace, nedostatečný příjem vlákniny <i>Psychogenní</i> – zmatenost, deprese, emoční narušení
		Průjem	-bolest břicha -naléhavá potřeba -hyperaktivní střevní zvuky -tekutá stolice $\geq 3x/24$ hodin	-infekce -malabsorpce -enterální výživa -léčba -abúzus laxativ -gastrointestinální iritace
		Dysfunkční gastrointestinální motilita	-křeče v břiše -absence plynatosti -průjem -potíže s odchodem stolice -regurgitace -zvracení -abdominální dvstenze	-úzkost -enterální výživa -imobilita -intolerance jídla -malnutrice -sedavý způsob života -léčba

Tabulka č. 3 – Ošetrovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie (vylučování)

8.4 Sexuální život stomika

Cesty vedoucí ke spokojenému životu zabíhají do mnoha oblastí. Jednou z nich je bezesporu sféra naplňování sexuálních potřeb, ať již mají formy uspokojování sexuálních potřeb u lidí odlišnou podobu. Variabilita projevů, prožívání sexuální přitažlivosti i sexuálních aktivit, může minimalizovat potíže, které se vyskytnou při zájmu o zahájení sexuálního života po odeznění akutní fáze onemocnění, léčby či zdárné zvládnutí adaptace na tělesnou změnu (Zachová a kol., 2010, s. 107).

Zpočátku je na prvním místě nabytí sebevědomí a sebejistoty, vyrovnání se se změnou tělesného vzhledu a fyziologických projevů. U stomiků mohou často doznívat pooperační bolesti, což znesnadňuje sexuální sblížení. Je otázkou, kdo z partnerů by měl udělat první krok. Oba partneři by proto měli oboustranně komunikovat, aby se

vzájemně podpořili a využili vhodného času pro intimní kontakt (Zachová a kol., 2010, s. 108).

Pro stomiky obou pohlaví platí doporučení zvážit vhodné stomické pomůcky či prádlo. Existuje mnoho typů stomických sáčků, v různých velikostech a tvarech, které se dají pro sexuální aktivity zhodnotit jako nejvhodnější. Ideální doba pro zahájení sexuálního života po operaci není stanovena, záleží na rychlosti rekonvalescence a může se pohybovat mezi 6-12 měsíci po chirurgickém výkonu. Život stomiků je ale vždy nutno posuzovat individuálně a ani pro sexuální život není žádný předpis nebo norma, která by platila pro všechny (Zachová a kol., 2010, s. 109).

Profesionálové ani stomici nejsou zvyklí na toto téma diskutovat. Dobrou pozici pro zahájení rozhovoru o partnerských problémech může mít zkušená stomická sestra, která by měla stomika podpořit i při vyhledávání odborné pomoci sexuologa, gynekologa či androloga (Zachová a kol., 2010, s. 110).

8.4.1 Těhotenství u žen se stomií

Samotný fakt založení stomie není překážkou těhotenství ani porodu. Rozhodování o budoucím mateřství může ovlivnit možnost odběru folikulární tekutiny od dárkyně nebo od samotné pacientky (Zachová a kol., 2010, s. 111).

Pokud se partneři rozhodnou pro početí, je vhodné kontaktovat ošetřujícího lékaře stomičky a současně jejího gynekologa. Ten doporučí v indikovaných případech absolvovat genetickou konzultaci. Období rekonvalescence po operaci určuje ošetřující lékař s ohledem na charakter léčby i operace. Udává se obvyklá doba pro těhotenství 2 roky po operačním výkonu (Zachová a kol., 2010, s. 111).

Stomičky jsou po celou dobu těhotenství v péči ošetřujícího lékaře (chirurga) a stomické sestry. Mohou se vyskytovat komplikace ve smyslu prolapsu stomie, kdy je fixace pomůcek zhoršena. Z hlediska plánování těhotenství se u stomiček, zejména s ileostomií, musí zvážit vhodná kontraceptiva či kombinace antikoncepčních metod, protože se mohou hormonální tablety nedostatečně vstřebávat. Pro ženu i dítě je příznivější těhotenství plánovat (Zachová a kol., 2010, s. 111).

Doména	Třída	Ošetrovatelská diagnóza	Určující znaky	Související faktory
8. Sexualita	2. – <i>Sexuální funkce</i>	Sexuální dysfunkce	-změna v sexuální aktivitě -změna v zájmu o jiné -změna v zájmu o sebe -změna sexuální role	-absence blízké osoby -změněná funkce těla -změněná struktura těla -konflikt hodnot

Tabulka č. 4- Ošetrovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie (sexualita)

8.5 Psychosociální problematika u stomiků

Každé závažné onemocnění trvající delší dobu a zanechávající fyzické následky, způsobí určitou psychickou odezvu. Mezi psychickým prožíváním nemoci jsou velké individuální rozdíly závislé na diagnóze a lokalizaci onemocnění (Marková, 2006, s. 56).

Nutnost vyvedení stomie vyvolá u většiny lidí zděšení, předpokládaným důvodem může být především nedostatek informací v povědomí veřejnosti, která se dosud s problematikou života stomiků nesečkala. Onemocnění je samo o sobě novou zátěžovou životní situací, která vyžaduje smíření a nabytí ztracené rovnováhy. Člověk se musí vyrovnat se sebou samým i se svým okolím. Tento pojem znamená pro každého člověka něco jiného a každý člověk prožívá fáze onemocnění odlišně. To je třeba zmínit i při hledání vhodného přístupu k člověku, kterého postihla nemoc a operace se založením stomie (Zachová a kol., 2010, s. 114).

Úkolem pacienta je projít cestou plnou úkolů týkajících se smířování, akceptace a adaptace na zcela nové životní podmínky. Subjektivní prožívání nemoci velmi ovlivňuje množství a kvalita informací o prevenci, léčbě, nemoci i potencionálních komplikacích. Svízelné může být rovněž prožívání obav o budoucnost. Mnoho lidí může trápit myšlenka na zanedbání prevence či míru zavinění současného zdravotního stavu. Při prožívání onemocnění má zásadní slovo právě věk osobnosti. Jinak vnímá onemocnění dítě závislé na matce a rodině, jinak dospělý člověk zapojený do společenských úkolů a jinak bude nemoc prožívat senior. Obecně vzato jsou lidé vyššího věku charakterizováni zhoršenou adaptací na změnu životních podmínek (Zachová a kol., 2010, s. 115).

Dále záleží na typu osobnosti. Odlišně budeme přistupovat k lidem s introvertním temperamentem nebo extrovertům. Pokud je situace pro člověka z jakéhokoliv důvodu ztížená nebo znemožněna, projevuje se tato maladaptace obranným, většinou nepřiměřeným chováním. V konkrétních podobách hovoříme o egocentrismu, identifikaci, projekci, racionalizaci, kompenzaci a hostilitě, které představují agresivní formy (Zachová a kol., 2010, s. 116).

Založení stomie představuje zásah do běžného života člověka v tom smyslu, že v situacích, které běžně zvládal, musí opět nabýt dostatečnou sebejistotu. Shrňme-li hlavní oblasti představující počáteční překážky pro adaptaci, jsou to zdravotní problémy, zvládání ošetřování stomie, psychické potíže a sociální nesnáze. Život se stomií představuje rovněž stálé získávání rad, informací a možností nových pomůcek (Zachová a kol., 2010, s. 120).

Dostupnost stomických poraden, ale i aktivit klubů stomiků se rozrůstá, a tak se zlepšuje i pomoc stomikům ve svízelných situacích. Dobrovolníci, kteří se navrátili do plnohodnotného života, mohou snížit stresové napětí, přehnané obavy nového stomika a normalizovat postoj k onemocnění (Zachová a kol., 2010, s. 122).

8.5.1 Sdružení určená pro stomiky

Vysoce pozitivní úlohu v prožívání pacienta hrají kluby stomiků. Jsou to dobrovolná sdružení nositelů stomií, jejichž posláním je hájit zájmy stomiků, především v oblasti dostupnosti kvalitních kompenzačních pomůcek. Členové klubu se pravidelně schází a pořádají setkání s odborníky z různých oborů, se kterými hledají odpovědi na otázky a problémy, které život se stomií přináší. Samotný fakt, že se mohou sejít lidé se stejným postižením, má velký informační, psychologický i společenský efekt. Členy klubu se mohou stát i rodinní příslušníci (Marková, 2006, s. 57).

České ILCO, z. s.

České ILCO je dobrovolné sdružení stomiků. Ve vedení Českého ILCO a klubech stomiků pracují stomici, kteří již život se stomií zvládli a mají dostatek informací a zkušeností, které mohou předávat dál. „ILCO“ znamená zkratku latinských slov *ILeum* = část tenkého střeva, *COlon* = tlusté střevo (web linkos, 2021, online).

České ILCO, z. s. zastřešuje od roku 1992 regionální spolky stomiků v ČR. Zastupuje jejich zájmy v mezinárodních organizacích, spolupracuje se zdravotníky, výrobci stomických pomůcek, pojišťovny, zákonodárci a dalšími organizacemi. Od roku 1993 je členem Světové organizace stomiků (IOA) a Evropské organizace stomiků (EOA) (web linkos, 2021, online).

Cílem ILCO je zajistit důstojný život stomikům a jejich návrat do běžného života. Pomáhá řešit problémy nejen zdravotní, ale i sociální a psychické. Aktivně hájí práva stomiků, sledují legislativní procesy v oblasti zdravotních a sociálních služeb (web linkos, 2021, online).

České ILCO nyní sdružuje celkem 20 spolků stomiků a dalších 7 spolků stomiků s nimi spolupracuje (web České ILCO, 2020).

Doména	Třída	Ošetřovatelská diagnóza	Určující znaky	Související faktory
9. Zvládání/tolerance zátěže	2. – Reakce na zvládání zátěže	Úzkost	-snížená produktivita -neklid -obavy ze změny v životě -lítostivost	-významná změna -situační krize -ohrožení současného stavu -konflikt hodnot -neuspokojené potřeby
		Neefektivní popírání	-popírá strach z invalidity -nepřiměřený afekt -odmítá zdravotní péči -nevnímá relevantnost symptomů -opožděné vyhledávání zdravotní péče	-úzkost -nadměrný stres -strach ze strany autonomie -nedostatek emoční podpory -hrozba nepříjemné reality -nedostatečný smysl pro kontrolu
		Bezmocnost	-odcizení -závislost na druhých -deprese -pochybnosti ohledně výkonu rolí -stud -neadekvátní participace na péči	-složitá léčba -nedostatečné mezilidské interakce -dysfunkční institucionální prostředí

Tabulka č. 5 - Ošetřovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie (tolerance zátěže)

8.6 Socio-ekonomické problémy stomiků

Stomie je uvedena v legislativě jako postižení, které životní podmínky značně zhoršuje, takže stomikovi vzniká nárok na částečný nebo plný invalidní důchod. Každý

konkrétní případ je posuzován jednotlivě Lékařskou posudkovou službou. U onkologických pacientů je po dobu probíhající onkologické léčby zpravidla přiznán

plný invalidní důchod. Tato doba je průměrně dlouhá asi 2 roky. Dále má stomik nárok na státní sociální podporu. Dávky sociální pomoci nemusí přímo souviset s náklady, které v souvislosti se zdravotním stavem vznikají. Jedná se o dávky poskytované v závislosti na výši příjmu a dále dávky v nezávislosti na příjmu. Dávky sociální péče se týkají také získání průkazky TP A ZTP (Marková, 2006, s. 58).

Stomici nejsou posuzováni jako osoby s podstatným omezením schopnosti pohyblivosti nebo orientace a nevztahuje se na ně nárok na průkaz osob se zdravotním postižením. Pouze v případech vážných zdravotních omezení z důvodu jiné nemoci je možné průkaz získat (web České ILCO, 2020).

8.7 Rodinný a společenský život stomiků

Kvalita partnerského a rodinného života pacienta se stomií záleží na způsobu života a vztazích existujících již před operací. Psychická odezva na závažné onemocnění je provázena úzkostí, hněvem, depresí, pocity zoufalství až beznaděje. To vše může vést až k vyhýbání se jakémukoliv společenskému i partnerskému životu a pocitu izolace. O to více v této fázi života, pacient potřebuje podporu rodiny a vědomí klidného chápajícího zázemí. O existenci stomie by měl být informován partner, který je zároveň poučen o způsobu ošetřování stomie. Stomik sám rozhodne koho dalšího chce informovat o stomii. V případě opětovného návratu do zaměstnání, je vhodné o této skutečnosti informovat nadřízeného. Po rekonvalescenci je vhodné, aby se stomik zapojil do společenského života, nestránil se svých přátel, nebál se navštěvovat kulturní akce jako je divadlo, kino, restaurace a podobně. Problémem by neměla být ani delší dovolená, pokud si sebou stomik vezme dostatečnou zásobu stomických pomůcek a bude mít podmínky pro ošetřování stomie (Marková, 2006, s. 55).

Doména	Třída	Ošetrovatelská diagnóza	Určující znaky	Související faktory
12. Komfort	1. – <i>Tělesná komfort</i> 2. – <i>Komfort prostředí</i> 3. – <i>Sociální prostředí</i>	Zhoršený komfort	-změněný vzorec spánku -úzkost -strach -pocit diskomfortu -pláč -podrážděnost	-symptomy související s nemocí -nedostatek soukromí -nedostatečné zdroje -léčba -škodlivé stimuly z prostředí
	3. – <i>Sociální komfort</i>	Sociální izolace	-absence podpůrného systému -touha být sám -nemoc -uzavřenost -pocity odlišné od ostatních	-změny duševního stavu -změny tělesného vzhledu -změněný stav wellness -neschopnost zapojit se do uspokojujících osobních vztahů -nedostatečné osobní zdroje

Tabulka č. 6 – Ošetrovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie (komfort)

EMPIRICKÁ ČÁST

9 CÍLE VÝZKUMU

HLAVNÍ CÍL

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaká je míra kvality života u pacienta se střevní stomií.

DÍLČÍ CÍLE

Cíl č. 1 – Zjistit, jak moc se liší kvalita života pacientů se střevní stomií od kvality života normální populace.

Cíl č. 2 – Porovnat kvalitu života pacientů ve vztahu k různým typům stomie.

Cíl č. 3 – Zjistit vliv dalších proměnných (věk, rodinný stav, dočasnost stomie) na kvalitu života pacienta se stomií.

Cíl č. 4 – Zjistit, zda má doba vyvedení stomie vliv na kvalitu života pacienta.

Cíl č. 5 – Zmapovat koncept specifické kvality života u pacientů se střevní stomií.

10 METODIKA VÝZKUMU

10.1 Použitá metoda

Ke zpracování empirické části bakalářské práce jsem využívala kvantitativní metoda výzkumu. Jako výzkumný nástroj byla vybrána zkrácená verze standardizovaného dotazníku Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF, na který následně navazuje nestandardizovaný dotazník Stoma – QOL. Jak jsem již zmiňovala v teoretické části mé práce, dotazník WHOQOL-BREF je zkrácená verze dotazníku WHOQOL-100, který byl vytvořen pro potřeby klinické praxe.

Základní strukturu dotazníku tvoří 4 domény (*fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí*), 24 facet a 2 položky jsou samostatným hodnocením celkové kvality života. Oba dotazníky jsou doporučeny pro hodnocení kvality života skupin nebo populací s možností srovnání výsledků na mezinárodní či regionální úrovni.

Doména fyzického zdraví hodnotí bolest, závislost na lékařské péči, únavu, pohyblivost, spánek, každodenní a pracovní činnosti (otázky z dotazníku č. 3, 4, 10, 15, 16, 14, 18). K doméně prožívání jsou soustředěny otázky na potěšení ze života, smysl života, schopnost soustředění, spokojenost se sebou samým a negativní pocity (otázky dotazníků č. 5, 6, 7, 11, 19, 26). V doméně sociálních vztahů jsou hodnoceny otázky týkající se osobních vztahů, sexuálního života, na podporu přátel a osobního bezpečí (otázky dotazníku č. 20, 21, 22). Poslední doména prostředí je zaměřena na finanční situaci, prostředí v okolí bydliště, dostupnost zdravotní péče a dopravy (otázky dotazníku č. 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25) (Dragomerická, 2006, s. 17-23).

Nestandardizovaný dotazník Stoma-QOL byl vytvořen pro měření kvality života osob se stomií. Otázky zařazené v dotazníku Stoma-QOL jsou výsledkem mnoha pohovorů s lidmi s vývodem, které byly uskutečněny v různých zemích za účelem řešení problémů, které jsou nejdůležitější pro kvalitu života těchto lidí. Dotazník pokrývá tyto problémy: obavy o spánek, obavy o sexuální život, obavy z rodinných vztahů a vztahů k blízkým přátelům a obavy týkající se vztahů s jinými lidmi. Dotazník tvoří dvacet otázek. Je nutné pamatovat na to, že aby dotazník fungoval, musí být zodpovězeno

všech 20 otázek. Proto nesmí ani jedna otázka zůstat nezodpovězena. Každá otázka má jen jednu možnou odpověď. Otázky jsou velmi jednoduché a vyplnění dotazníku netrvá déle než asi 5 - 10 minut (us.coloplast.com, online).

Po vyplnění dotazníků se sečte všech dvacet obodovaných otázek a získá se tím tzv. *Raw score* (skutečné skóre), které se pomocí skórovacího systému pro dotazník Stoma-QOL (příloha č. 6) vyhodnotí jako tzv. *Final score* (konečné skóre), které ukáže, jaká je kvalita života dotazovaného podle dotazníku Stoma-QOL (Malíková, 2013, s. 66).

10.2 Výběr a charakteristika respondentů

Samotné výzkumné šetření probíhalo v Pardubické krajské nemocnici a.s. – Chrudimské nemocnici na chirurgickém oddělení a ve stomické poradně. Výzkum probíhal od října 2020 do dubna 2021 a jako prvotní cíl byl stanoven celkový počet 60 odevzdaných dotazníků. Vzhledem k omezenému provozu stomické poradny a zrušení elektivních výkonů z důvodu zhoršené epidemiologické situace, byla návratnost dotazníků velmi nízká. Celkový počet vyplněných dotazníků z Chrudimské nemocnice činil 20 dotazníků, návratnost byla tedy pouhých 33,3 %.

Z tohoto důvodu jsem oslovila členy internetové skupiny *Stomici – I stomici mají májové dny*, která sdružuje stomiky všech věkových kategorií z celé České republiky s různými druhy stomií. Dotazník byl rozeslán celkem 130 respondentům. Osloveni byli pouze kolostomici a ileostomici. Celková návratnost z internetové skupiny byla 124 dotazníků, tedy 95,4 %. Celkové množství vyplněných dotazníků bylo 144. Vzhledem k primárně stanovenému cíli byla tedy procentuální návratnost 240 %.

Respondenti byli v úvodní části dotazníku krátce seznámeni s cílem výzkumu a informováni o způsobu vyplnění, aby bylo co možná nejvíce zamezeno chybnému vyplnění či přehlédnutí některé otázky.

10.3 Zpracování získaných dat

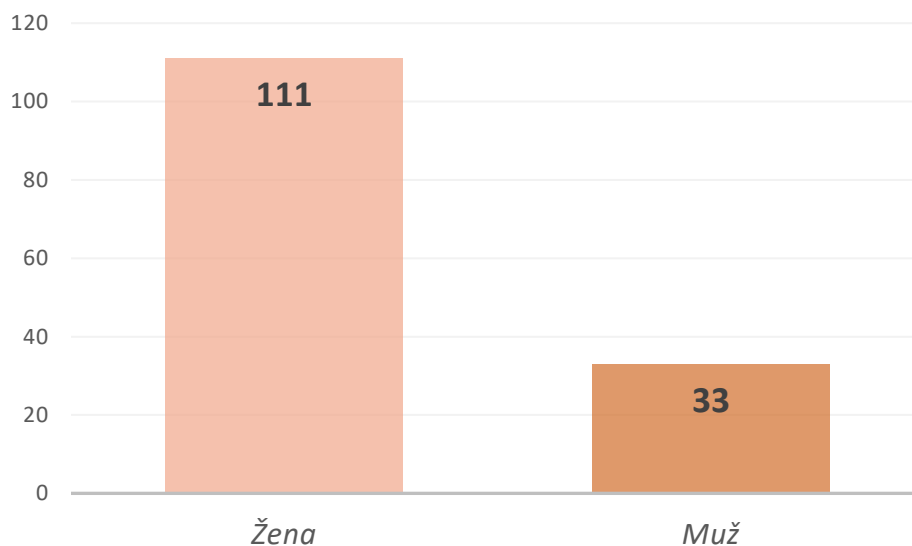
Výsledky výzkumného šetření byly zpracovány a vyhodnoceny pomocí programu Microsoft Excel 2019 a statistického programu GraphPad Prism 9. Otázky jsou analyzovány a vyobrazeny formou grafů a tabulek. Výsledky obsahují absolutní a relativní četnosti.

Pro statistické vyhodnocení získaných poznatků, byla využita metoda neparametického testu nulové hypotézy Mann – Whitney U – test a jeho rozšířená verze Kruskal – Wallisův test, ANOVA test a metody deskriptivní statistiky.

11 VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

11.1 Vyhodnocení sociodemografických údajů a údajů o stomii

Otázka č. 1 – Pohlaví



Graf č. 1 – Pohlaví respondentů

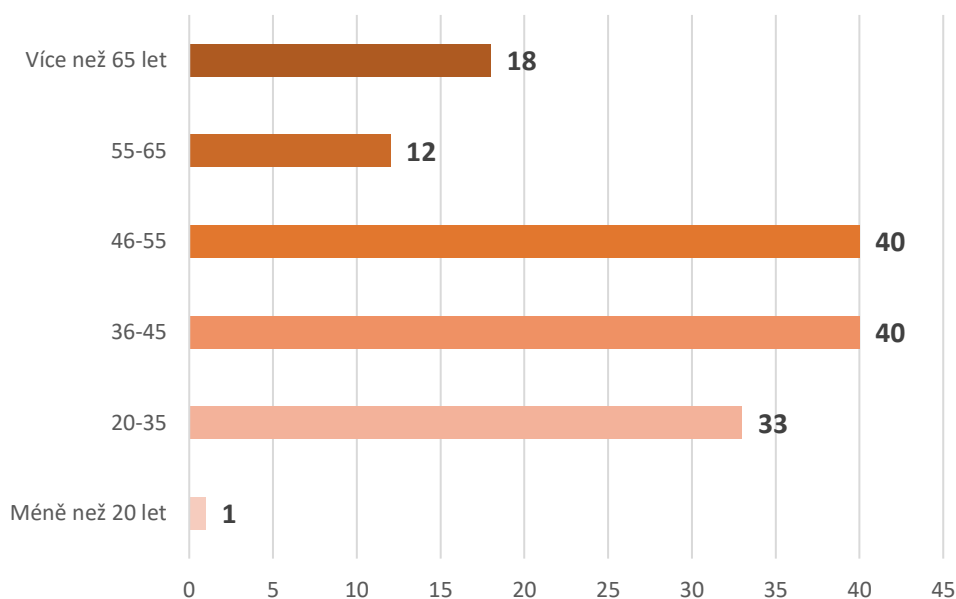
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ženy	111	77,1 %
Muži	33	22,9 %
Σ	144	100 %

Tabulka č. 7 – Pohlaví respondentů

Interpretace:

Z celkového počtu 144 respondentů vyplnilo dotazník celkem 111 žen (**77,1 %**) a 33 mužů (**22,9 %**).

Otázka č. 2 – Věk



Graf č. 2 – Věk respondentů

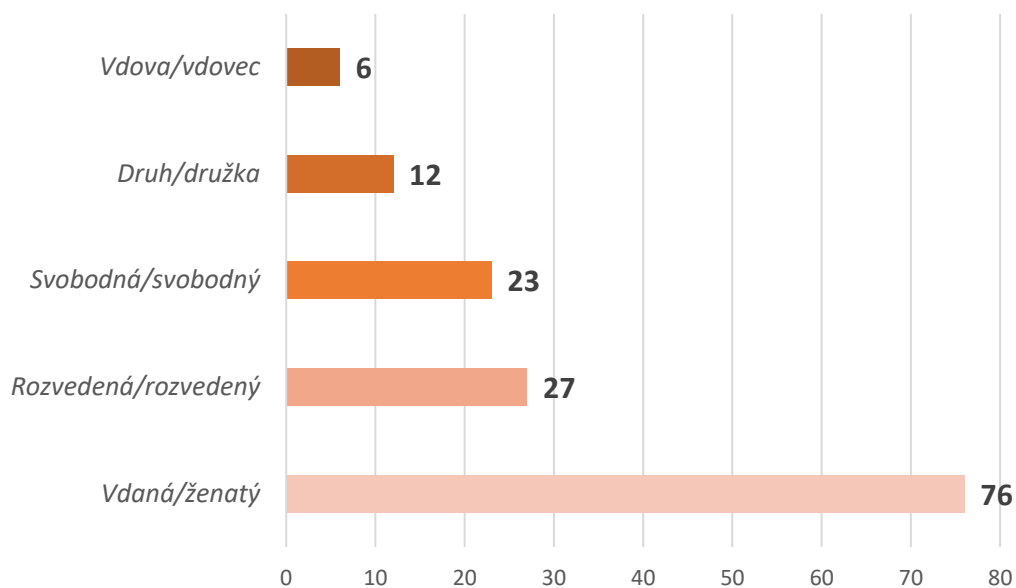
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Méně než 20 let	1	0,7 %
20 – 35	33	22,9 %
36 – 45	40	27,8 %
46 – 55	40	27,8 %
55 – 65	12	8,3 %
Více než 65 let	18	12,5 %
Σ	144	100 %

Tabulka č. 8 - Věk respondentů

Interpretace:

Ve druhé otázce se zaměřuji na věk respondentů. Na grafu č. 2 můžeme vidět, že z celkového množství respondentů 144 je 1 respondent (**0,7 %**) mladší 20 let. Věk 20 – 35 let udává 33 respondentů (**22,9 %**). 40 respondentů (**27,8 %**) bylo ve věku 36 – 45 let a stejný počet osob udává věk 46 – 55 let (**27,8 %**). 12 respondentů (**8,3 %**) odpovědělo, že spadají do věkové skupiny 55 – 65 let. Věk více než 65 let uvedlo 18 respondentů (**12,5 %**).

Otázka č. 3 – Rodinný stav



Graf č. 3 – Rodinný stav respondentů

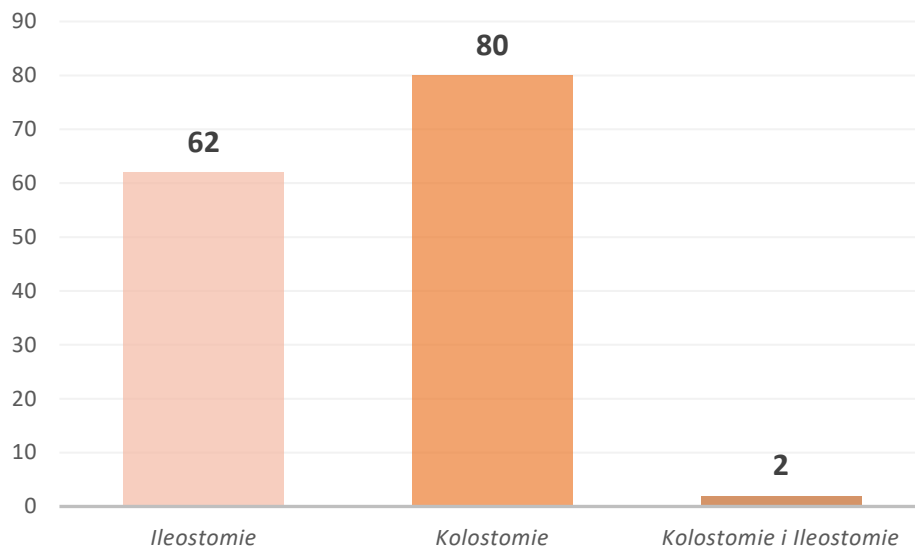
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vdova/Vdovec	6	4,2 %
Druh/družka	12	8,3 %
Svobodná/svobodný	23	16 %
Rozvedená/rozvedený	27	18,8 %
Vdaná/ženatý	76	52,8 %
Σ	144	100 %

Tabulka č. 9 - Rodinný stav respondentů

Interpretace:

Ovdoovělých respondentů odpovědělo celkem 6 (**4,2 %**). V nesezdaném svazku je celkem 12 respondentů (**8,3 %**). Svobodných je celkem 23 respondentů (**16 %**), rozvedených celkem 27 respondentů (**18,8 %**). Více než polovina respondentů (**52,8 %**) uvedla, že je v manželském svazku.

Otázka č. 4 – Jaký máte typ stomie?



Graf č. 4 – Typ stomie

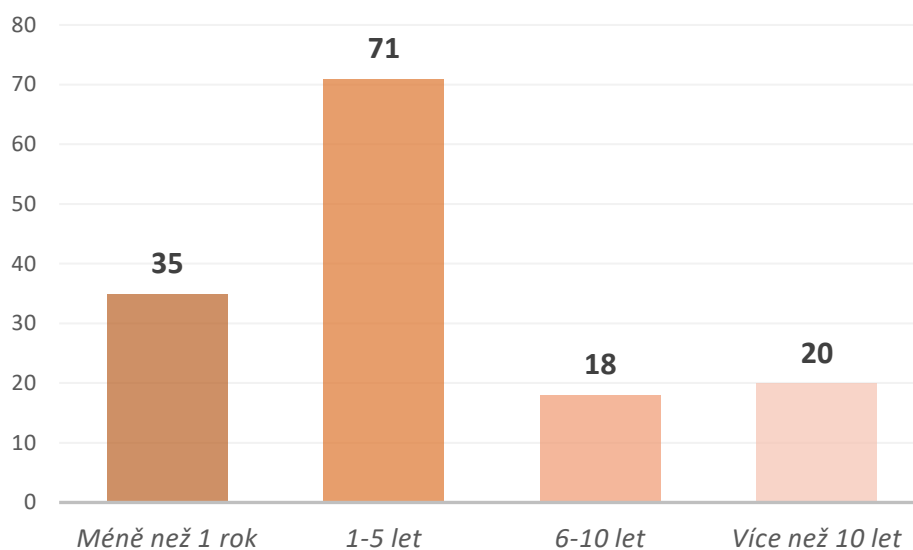
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ileostomie	62	43,1 %
Kolostomie	80	56,3 %
Kolostomie i ileostomie	2	1,4 %
Σ	144	100 %

Tabulka č. 10 - Typ stomie

Interpretace:

62 respondentů (43,1 %) odpovědělo, že jim byla vytvořena ileostomie. Kolostomii má 80 respondentů (56,3 %). 2 respondenti (1,4 %) uvedli, že mají vyvedenou ileostomii i kolostomii.

Otázka č. 5 – Jaká je doba uplynula od založení stomie?



Graf č. 5 – Doba od založení stomie

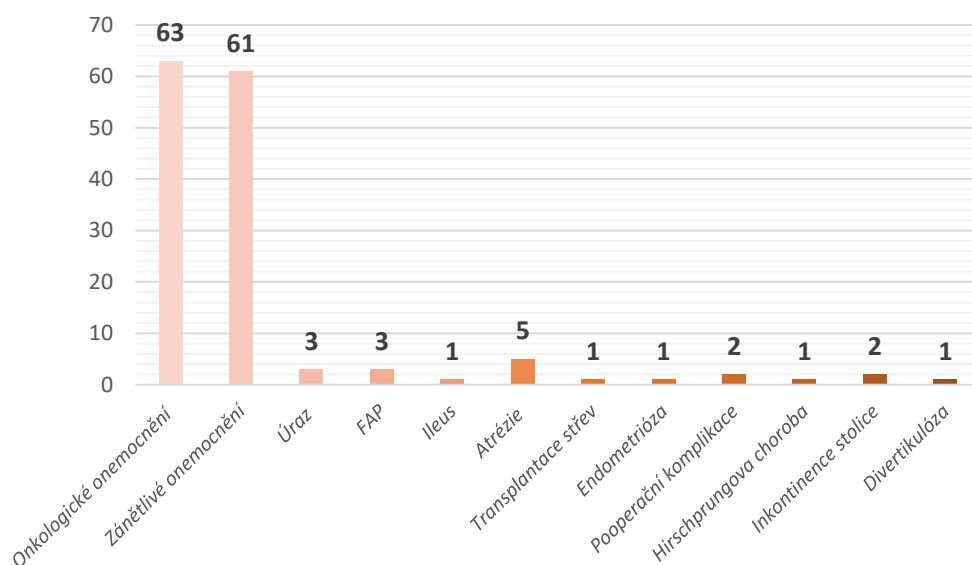
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Méně než 1 rok	35	24,3 %
1 – 5 let	71	49,3 %
6 – 10 let	18	12,5 %
Více než 10 let	20	13,9 %
Σ	144	100 %

Tabulka č. 11 - Doba od založení stomie

Interpretace:

Období vyvedení stomie kratší než 1 rok udává celkem 35 respondentů (24,3 %). 71 respondentů (49,3 %) má stomii 1 – 5 let a 18 respondentů (12,5 %) udává dobu vyvedení jejich stomie 6 – 10 let. Více než 10 let má stomii 20 respondentů (13,9 %).

Otázka č. 6 – Jaký byl důvod založení stomie?



Graf č. 6 – Důvod založení stomie

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Onkologické onemocnění	63	43,8 %
Zánětlivé onemocnění	61	42,4 %
Úraz	3	2,1 %
FAP	3	2,1 %
Ileus	1	0,7 %
Atrézie	5	3,5 %
Transplantace střev	1	0,7 %
Endometrióza	1	0,7 %
Pooperační komplikace	2	1,4 %
Hirschprungova choroba	1	0,7 %
Inkontinence stolice	2	1,4 %
Divertikulóza	1	0,7 %
Σ	144	100 %

Tabulka č. 12 - Důvod založení stomie

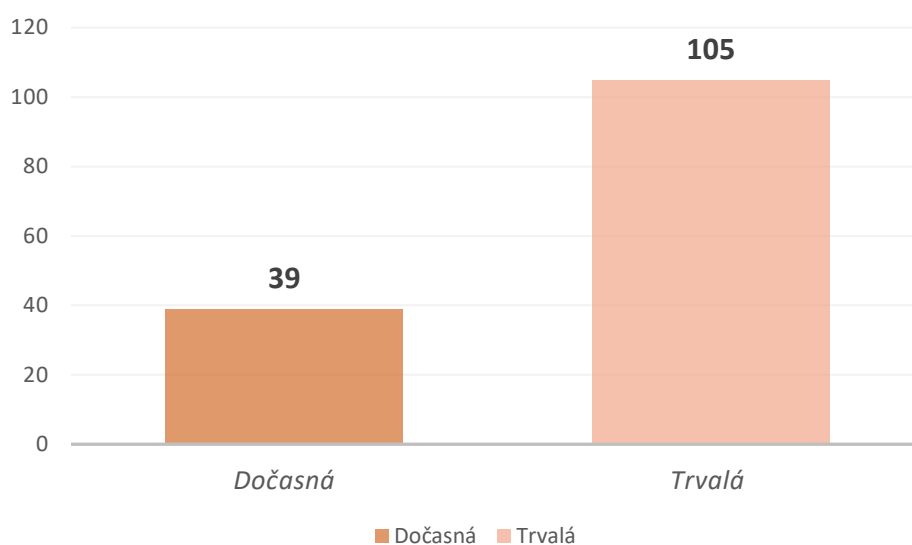
Interpretace:

V otázce číslo 6 se věnuji příčinám, které u respondentů vedly k vytvoření stomie. Jako nejčastější příčinu udává 63 respondentů **(43,8 %)** onkologické onemocnění. Další, nejvíce udávanou příčinou je zánětlivé onemocnění (*Crohnova choroba, Ulcerózní kolitida*), které přiznává 61 respondentů **(42,4 %)**.

Úraz, jako příčinu vytvoření stomie vybrali 3 respondenti **(2,1 %)**. Familiární adenomatózní polypóza byla vyvolávající příčinou u 3 respondentů **(2,1 %)**. Ileus u 1 respondenta **(0,7 %)**, vrozená atérie u 5 respondentů **(3,5 %)**, transplantace střev u 1 respondenta **(0,7 %)**, endometrióza u 1 respondenta **(0,7 %)**.

Pooperační komplikace, které vedly k vyvedení stomie, vznikly u 2 respondentů **(1,4 %)**. Dalšími příčinami byla Hirschprungova choroba u 1 respondenta **(0,7 %)**, inkontinence stolice u 2 respondentů **(1,4 %)** a divertikulóza u 1 respondenta **(0,7 %)**.

Otázka č. 7 – Vaše stomie je?



Graf č. 7 – Typ stomie z časového hlediska

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Dočasná	39	27,1 %
Trvalá	105	72,9 %
Σ	144	100 %

Tabulka č. 13 - Typ stomie z časového hlediska

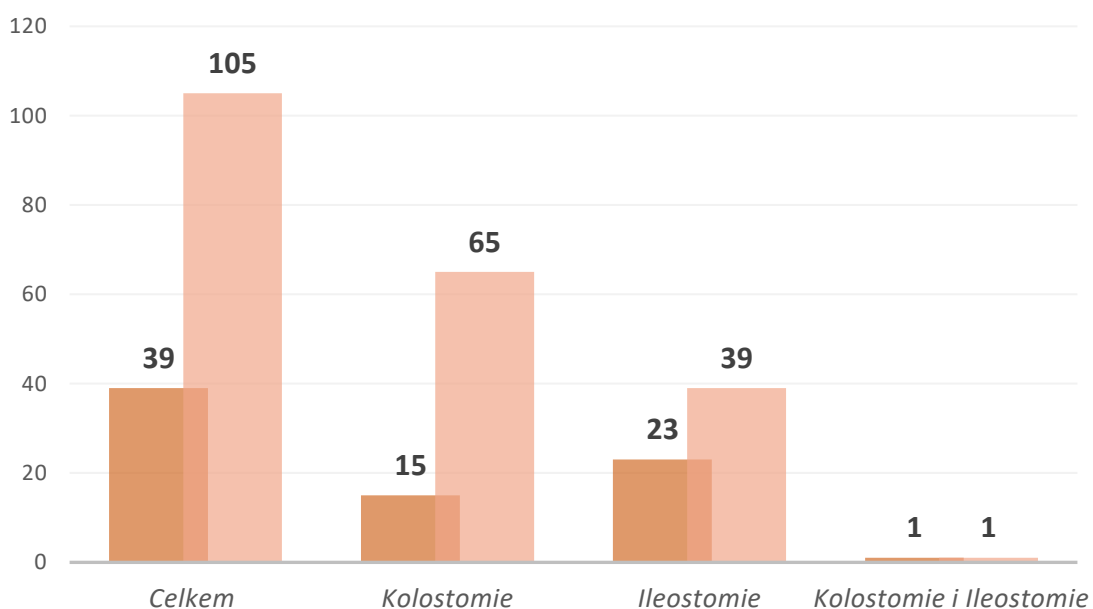
Interpretace:

Otázka číslo 7 je zaměřena na druh stomie z časového hlediska. Dočasnou stomii má 39 respondentů (**27,1 %**). V porovnání s typem stomie, dočasnou ileostomii má 23 respondentů (**16 %**) a dočasnou kolostomii 15 respondentů (**10,4 %**).

Trvalou stomii udává 105 respondentů (**72,9 %**), z čehož 65 respondentů má trvalou kolostomii (**45,1 %**) a 39 respondentů trvalou ileostomii (**27,1 %**). Jeden respondent (**0,1 %**) udává dočasnou ileostomii s kolostomií. Jeden respondent (**0,7 %**) má vytvořenou kolostomii s ileostomií trvale.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Dočasná ileostomie	23	16,0
Dočasná kolostomie	15	10,4
Trvalá ileostomie	39	27,1
Trvalá kolostomie	65	45,1
Dočasná kolostomie/ileostomie	1	0,1
Trvalá ileostomie/kolostomie	1	0,7
Σ	144	100 %

Tabulka č. 14 - Typ stomie z časového hlediska v porovnání s druhem stomie



Graf č. 8 – Typ stomie z časového hlediska v porovnání s druhem stomie

Interpretace:

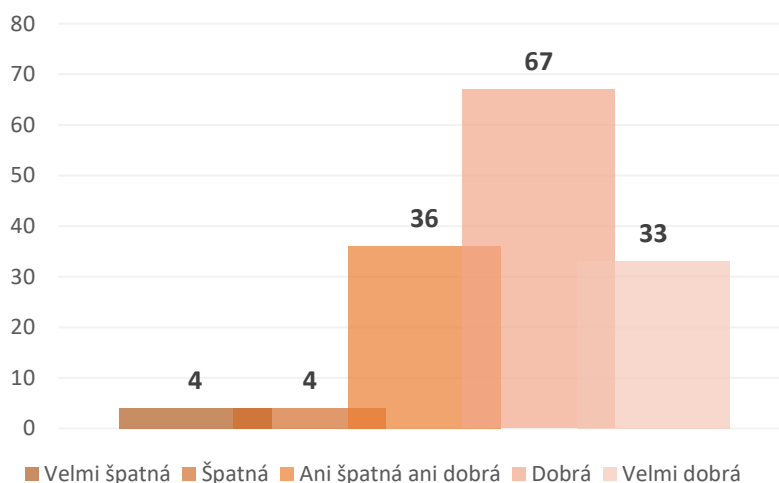
Na grafu č. 8 můžeme pozorovat porovnání mezi typem stomií dle umístění a druhu stomie z časového hlediska. Vidíme, že nejčastějším typem stomie je trvalá kolostomie, kterou má 65 respondentů (**45,1 %**). Oproti tomu dočasnou kolostomii má vyvedeno jen 15 respondentů (**10,4 %**), což je nejmenší skupina dotazovaných. Druhým, nejčastějším typem stomií je trvalá ileostomie – 39 respondentů (**27,1 %**). Dočasnou ileostomii přiznává 23 respondentů (**16,0 %**).

U obou typů stomií je výskyt vyrovnaný – jeden respondent (**0,1 %**) odpověděl, že jeho kolostomie i ileostomie jsou dočasné. Jeden respondent (**0,7 %**) uvedl, že jeho kolostomie i ileostomie jsou trvalé.

11.2 Vyhodnocení dotazníků WHOQOL-BREF

(Celé znění dotazníku – Příloha č. 5)

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



Graf č. 9 – Hodnocení kvality života

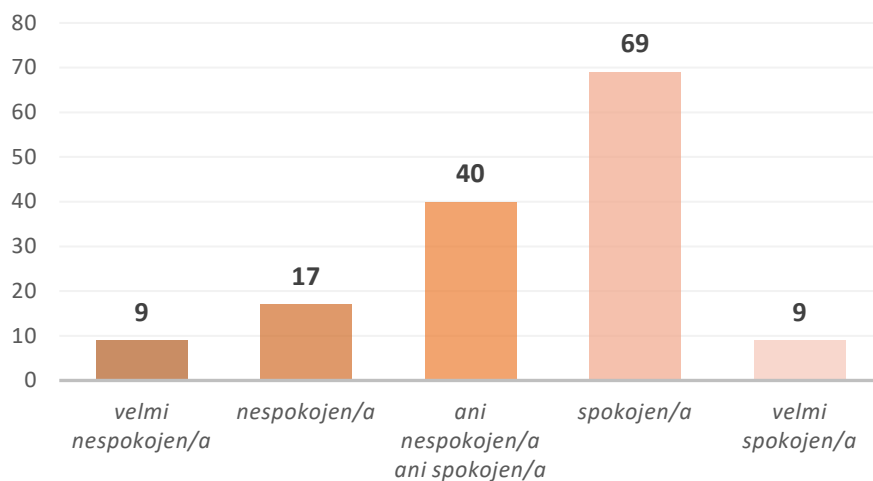
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi špatná	4	2,8 %
Špatná	4	2,8 %
Ani špatná ani dobrá	36	25,0 %
Dobrá	67	46,5 %
Velmi dobrá	33	22,9 %
Σ	144	100 %

Tabulka č. 15 - Hodnocení kvality života

Interpretace:

V první otázce dotazníku WHOQOL – BREF (Q1), byla respondentům položena otázka, která se zaměřuje na celkové zhodnocení kvality života. Jako velmi špatnou hodnotí kvalitu života 4 respondenti (2,8 %). Stejný počet respondentů (2,8 %) považuje kvalitu jejich života za špatnou. 36 dotazovaných (25 %) uvedlo, že kvalita jejich života není ani špatná, ani dobrá. Nejvíce respondentů (67 osob – 46,5 %) považuje kvalitu svého života za dobrou. Jako velmi dobrou hodnotí kvalitu života 33 osob (22,9 %).

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



Graf č. 10 – Spokojenost se zdravím

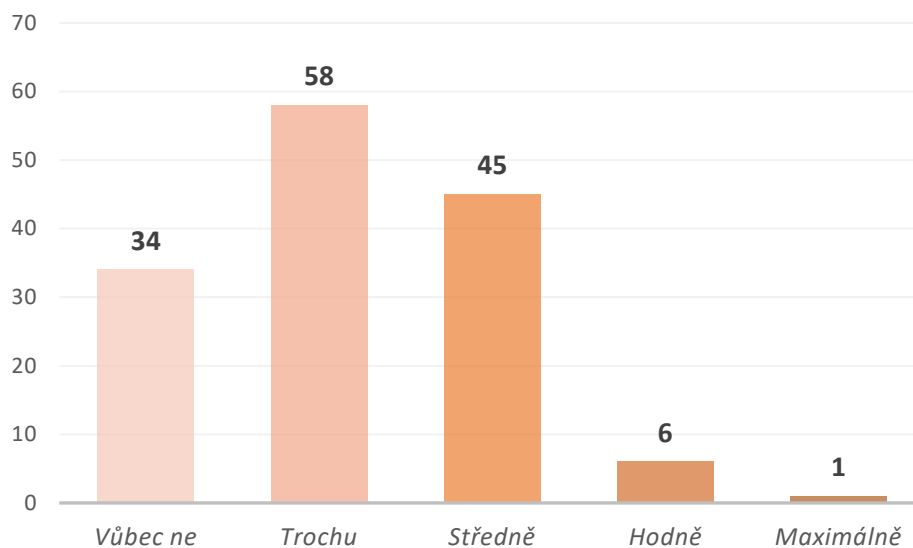
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi nespokojen/a	9	6,3 %
Nespokojen/a	17	11,8 %
Ani spokojen/a ani nespokojen/a	40	27,8 %
Spokojen/a	69	47,9 %
Velmi spokojen/a	9	6,3 %
Σ	144	100 %

Tabulka č. 16 - Spokojenost se zdravím

Interpretace:

V druhé otázce dotazníku WHOQOL – BREF (Q2), byla respondentům položena otázka, která zjišťuje, jak jsou pacienti spokojeni se svým zdravím. 9 respondentů (6,3 %) odpovědělo, že je se svým zdravím velmi nespokojeno. 17 respondentů (11,8 %) je se svým zdravím nespokojeno. Neutrálně své zdraví hodnotí 40 respondentů (27,8 %), tudíž nejsou ani spokojeni, ani nespokojeni. Největší počet respondentů, přesněji 69 osob (47,9 %) je se svým zdravím spokojeno. Velmi spokojeno je 9 respondentů (6,3 %).

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



Graf č. 11 – Omezení činností z důvodu bolesti

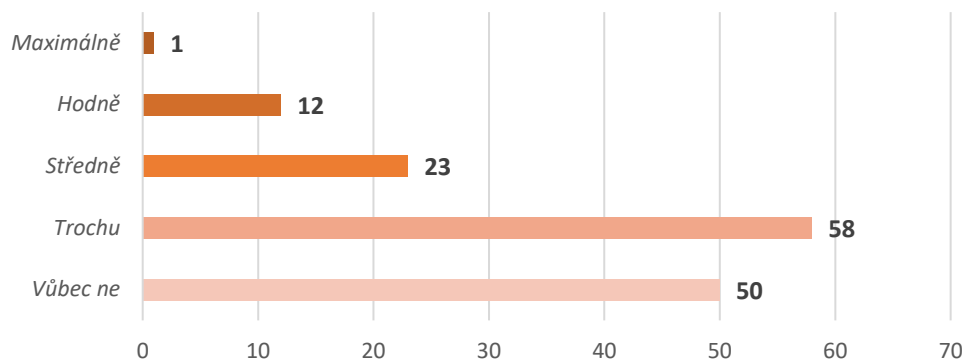
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	34	23,6 %
Trochu	58	40,3 %
Středně	45	31,3 %
Hodně	6	4,2 %
Maximálně	1	0,7 %
Σ	144	100 %

Tabulka č. 17 - Omezení činností z důvodu bolesti

Interpretace:

Na otázku číslo 3, ve které se zaměřuji na bolest, která respondenty omezuje v provádění běžných činností odpovědělo 34 dotazovaných (23,6 %), že bolest je vůbec neomezuje. Trochu bolest omezuje celkem 58 lidí (40,3 %). 45 osob (31,3 %) zvolilo střední působení bolesti na jejich denní aktivitu. Značné omezení v denních činnostech udává 6 respondentů (4,2 %). Maximální omezení v každodenních činnostech kvůli bolesti přiznává 1 respondent (0,7 %).

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



Graf č. 12 – Potřeba lékařské péče pro fungování v každodenním životě

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	50	34,7 %
Trochu	58	40,3 %
Středně	23	16,0 %
Hodně	12	8,3 %
Maximálně	1	0,7 %
Σ	144	100 %

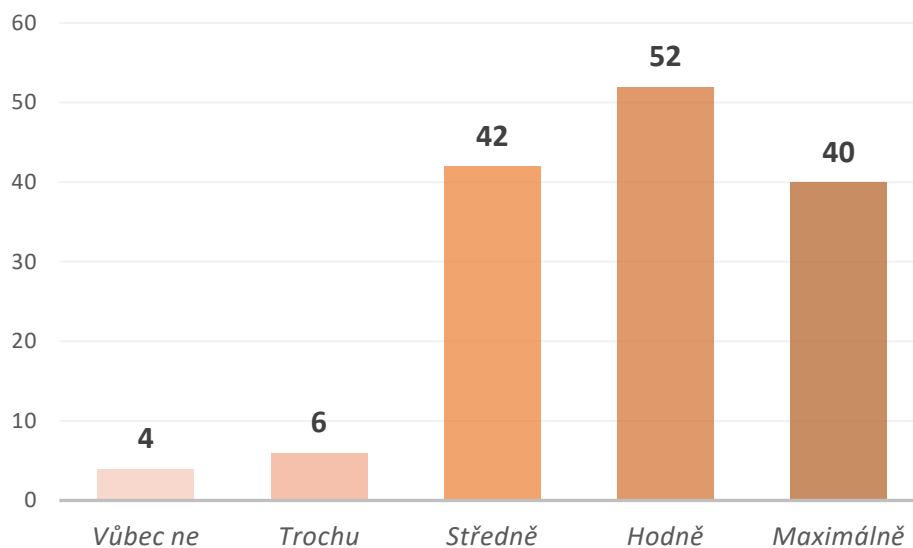
Tabulka č. 18 - Potřeba lékařské péče pro fungování v každodenním životě

Interpretace:

50 respondentů (**34,7 %**) uvedlo, že vůbec nepotřebují lékařskou péči, aby zvládli fungovat v každodenním životě. Největší počet respondentů – 58 osob (**40,3 %**), přiznává, že občasnou lékařskou péčí pro fungování v každodenním životě potřebují.

23 respondentů (**16 %**) zvolilo odpověď středně. 12 osob (**8,3 %**) je hodně závislých na lékařské péči. 1 respondent (**0,7 %**) uvedl, že se bez lékařské péče téměř neobejde.

Otázka č. 5 – Jak moc Vás těší život?



Graf č. 13 – Potěšení ze života

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	4	2,8 %
Trochu	6	4,2 %
Středně	42	29,2 %
Hodně	52	36,1 %
Maximálně	40	27,8 %
Σ	144	100 %

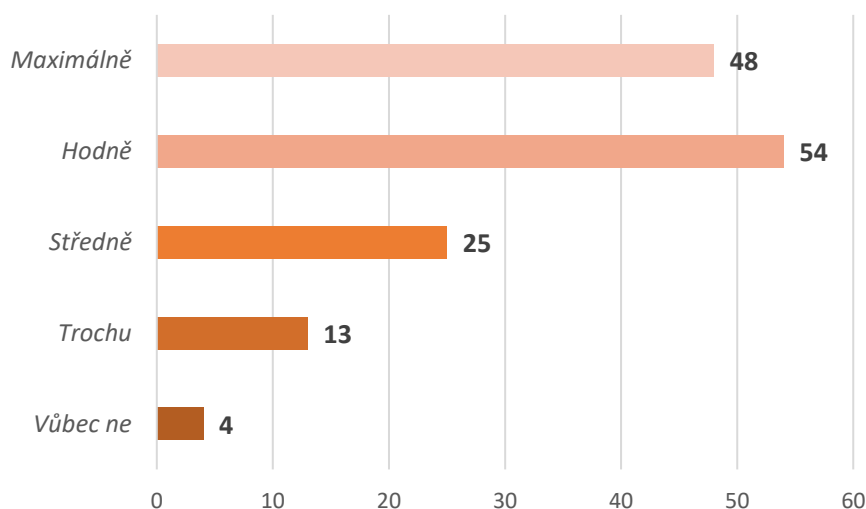
Tabulka č. 19 - Potěšení ze života

Interpretace:

V otázce číslo 5 byla respondentům položena otázka „*Jak moc Vás těší život?*“. 40 respondentů (**27,8 %**) odpovědělo, že ze svého život se těší maximálně. Největší počet respondentů, přesněji 52 (**36,1 %**) udává, že život je těší hodně.

42 dotazovaných (**29,2 %**) se ze života těší středně. Méně se ze života těší 6 respondentů (**4,2 %**). 4 respondenti (**2,8 %**) nemají žádný pocit potěšení ze svého života.

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



Graf č. 14 – Pocit smysluplnosti života

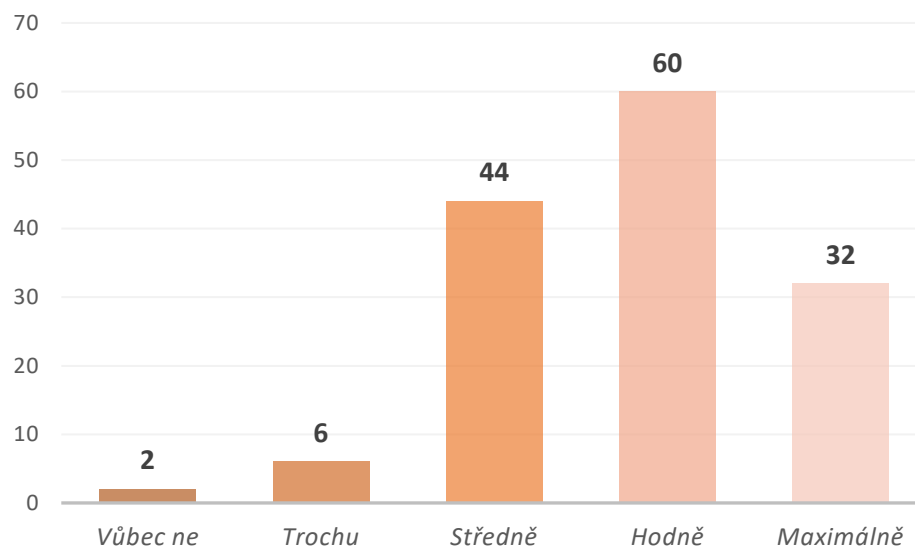
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	4	2,8 %
Trochu	13	9,0 %
Středně	25	17,4 %
Hodně	54	37,5 %
Maximálně	48	33,3 %
Σ	144	100 %

Tabulka č. 20 - Pocit smysluplnosti života

Interpretace:

V této otázce byla respondentům položena otázka, nakolik mají pocit, že má jejich život smysl. Pozitivně odpovědělo 48 respondentů (33,3 %), kteří podstatu smyslu svého života považují za maximální. 54 respondentů (37,5 %) si myslí, že jejich život má smysl hodně. Neutrálně na tuto otázku odpovědělo 25 respondentů (17,4 %). Menší smysl života udává 13 respondentů (9 %). Ve svém životě nevidí smysl 4 respondenti (2,8 %).

Otázka č. 7 – Jak se dokážete soustředit?



Graf č. 15 – Schopnost soustředit se

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	2	1,4 %
Trochu	6	4,2 %
Středně	44	30,6 %
Hodně	60	41,7 %
Maximálně	32	22,2 %
Σ	144	100 %

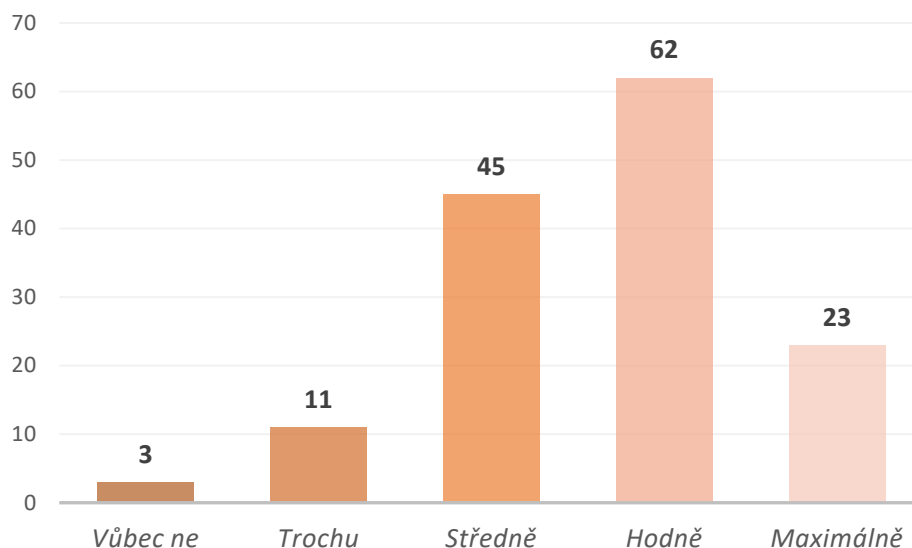
Tabulka č. 21 - Schopnost soustředit se

Interpretace:

Maximálně se dokáže soustředit 32 respondentů (22,2 %). Dobře se dokáže soustředit 60 respondentů (41,7 %). Neutrální soustředěnost uznává 44 respondentů (30,6 %). Hůře se soustředí 6 respondentů (4,2 %).

2 respondenti odpověděli, že vůbec nemají schopnost se soustředit (1,4 %).

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



Graf č. 16 – Pocit bezpečí v každodenním životě

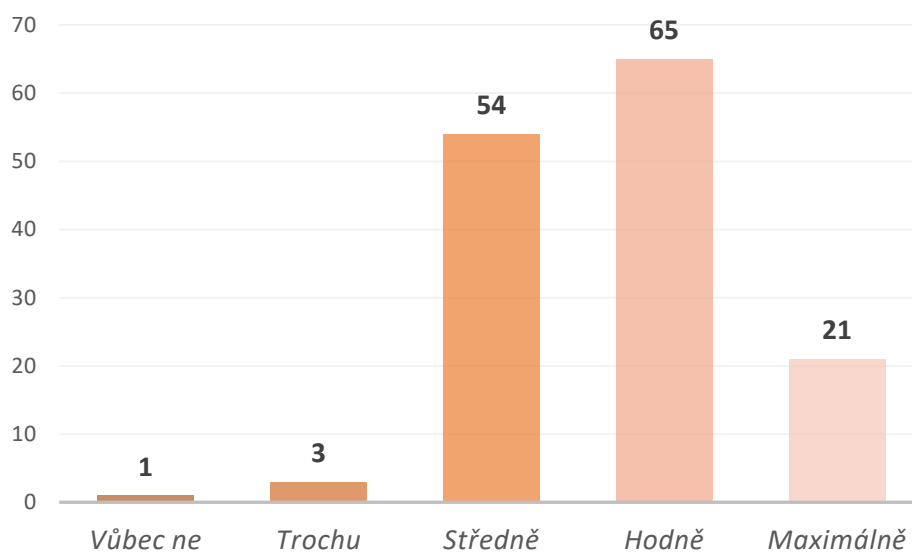
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	3	2,1 %
Trochu	11	7,6 %
Středně	45	31,3 %
Hodně	62	43,1 %
Maximálně	23	16,0 %
Σ	144	100 %

Tabulka č. 22 - Pocit bezpečí v každodenním životě

Interpretace:

Maximálně bezpečně se cítí 23 respondentů (**16 %**). Ve svém životě se hodně bezpečně cítí 62 respondentů (**43,1 %**). Neutrální soustředěnost uznává 44 respondentů (**30,6 %**). Hůře se soustředí 6 respondentů (**4,2 %**). Vůbec se nezvládají soustředit 2 respondenti (**1,4 %**).

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



Graf č. 17 – Zdravé prostředí

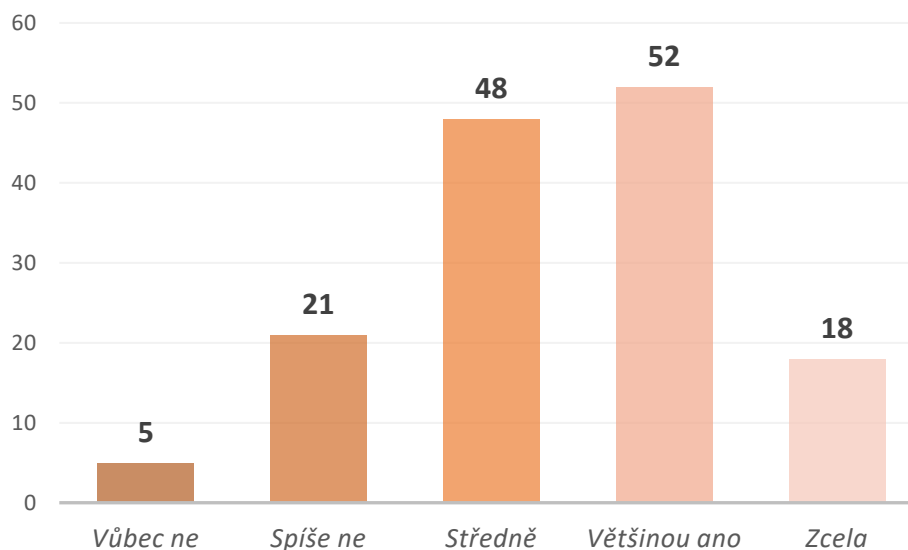
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	1	0,7 %
Trochu	3	2,1 %
Středně	54	37,5 %
Hodně	65	45,1 %
Maximálně	21	14,6 %
Σ	144	100 %

Tabulka č. 23 - Zdravé prostředí

Interpretace:

Skoro polovina dotazovaných respondentů 45,1 % (**65 osob**) uvedlo, že prostředí kolem nich je hodně zdravé. 54 respondentů (**37,5 %**) odpovědělo, že prostředí kolem nich je středně zdravé. 21 lidí (**14,6 %**) si myslí, že prostředí kolem nich je maximálně zdravé. Negativně na tuto otázku odpověděli 3 respondenti (**2,1 %**), kteří si myslí, že prostředí kolem nich je nedostatečně zdravé. 1 respondent (**0,7 %**) své prostředí vůbec nepovažuje za zdravé.

Otázka č. 10 – Máte dost energie pro každodenní život?



Graf č. 18 – Pocit dostatečné energie pro každodenní život

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	5	3,5 %
Spíše ne	21	14,6 %
Středně	48	33,3 %
Většinou ano	52	36,1 %
Zcela	18	12,5 %
Σ	144	100 %

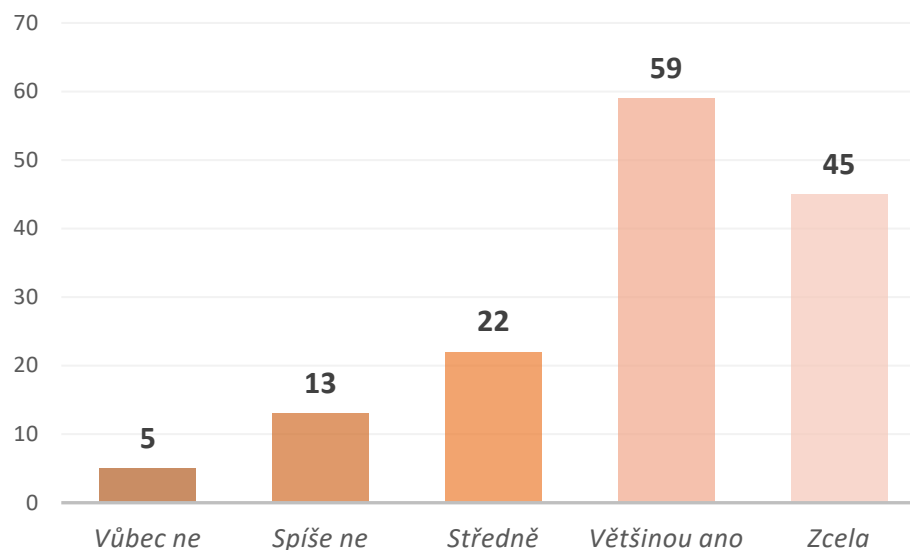
Tabulka č. 24 - Pocit dostatečné energie pro každodenní život

Interpretace:

V otázce číslo 10 byla respondentům položena otázka, zda mají dostatek energie pro každodenní život. Největší počet respondentů, celkem 52 osob (**36,1 %**) odpovědělo, že většinou pocítují dostatek energie pro své běžné denní činnosti.

Zcela plní energie pro každodenní život se cítí 18 dotazovaných (**12,5 %**). Neutrální odpověď zvolilo 48 respondentů (**33,3 %**). Méně energie ve svém životě má 21 osob (**14,6 %**). Úplný nedostatek energie pro každodenní fungování pocítuje celkem 5 dotazovaných (**3,5 %**).

Otázka č. 11 – Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?



Graf č. 19 – Akceptace tělesného vzhledu

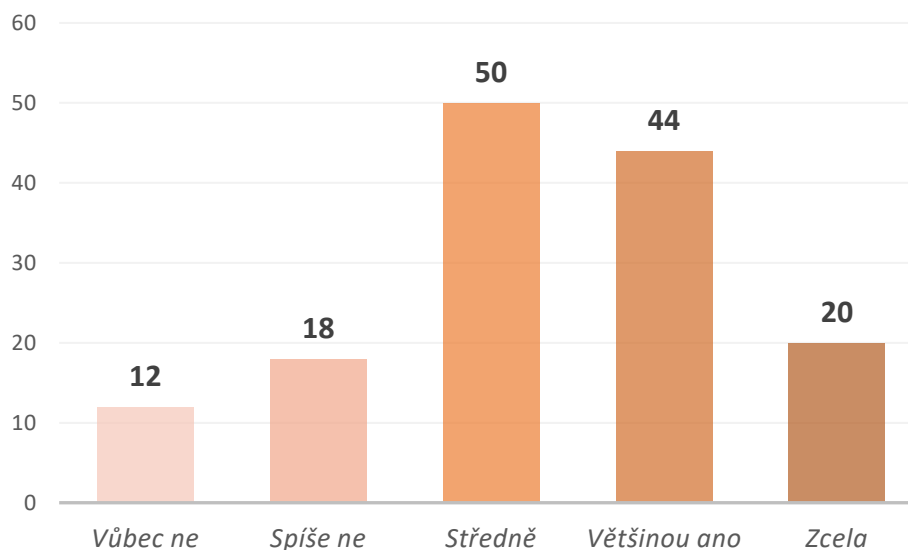
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	5	3,5 %
Spíše ne	13	9,0 %
Středně	22	15,3 %
Většinou ano	59	41,0 %
Zcela	45	31,3 %
Σ	144	100 %

Tabulka č. 25 - Akceptace tělesného vzhledu

Interpretace:

Otázka číslo 11 byla zaměřena na to, jak respondenti vnímají svůj tělesný vzhled. Zcela dokáže svůj vzhled akceptovat 45 respondentů (**31,3 %**). 59 osob (**41,0 %**) většinou dokáže svůj vzhled akceptovat. 22 osob (**15,3 %**) odpovědělo, že je se svým vzhledem spokojeno středně. Spíše se svým vzhledem není spokojeno 13 respondentů (**9 %**). 5 dotazovaných (**3,5 %**) odpovědělo, že se svým vzhledem nejsou spokojeni vůbec.

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



Graf č. 20 – Dostatek peněz pro uspokojení potřeb

Odpoověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	12	8,3 %
Spíše ne	18	12,5 %
Středně	50	34,7 %
Většinou ano	44	30,6 %
Zcela	20	13,9 %
Σ	144	100 %

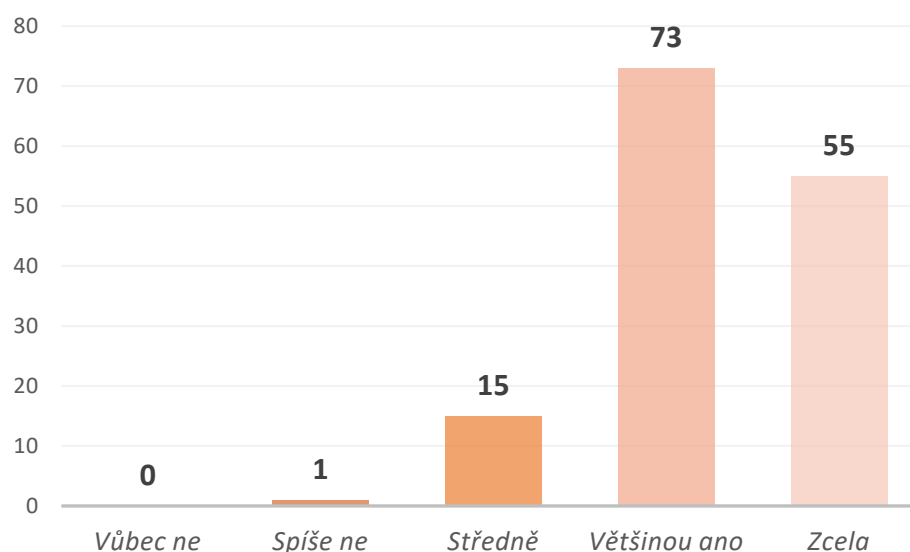
Tabulka č. 26 - Dostatek peněz pro uspokojení potřeb

Interpretace:

20 respondentů (**13,9 %**) uvedlo, že mají dostatek financí pro uspokojení svých potřeb. 44 osob (**30,6 %**) má pocit, že má dost peněz.

Největší počet respondentů 34,7 % (**50 osob**) se domnívá, že má střední finanční možnosti k zabezpečení svých každodenních potřeb. Spíše nedostatek financí přiznává 18 respondentů (**12,5 %**). 12 respondentů (**8,3 %**) uvádí, že vůbec nemají finance pro uspokojení svých potřeb.

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



Graf č. 21 – Přístup k informacím

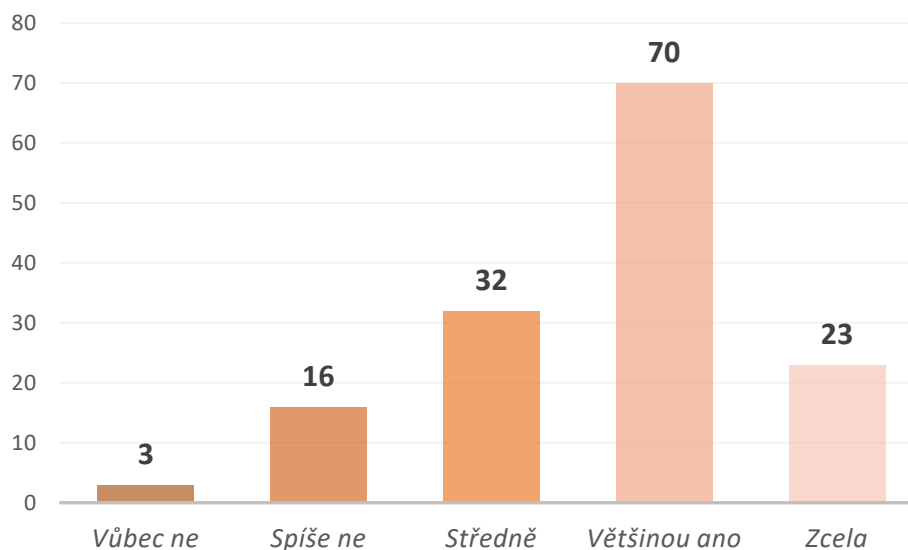
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	0	0 %
Spíše ne	1	0,7 %
Středně	15	10,4 %
Většinou ano	73	50,7 %
Zcela	55	38,2 %
Σ	144	100 %

Tabulka č. 27 - Přístup k informacím

Interpretace:

55 respondentů (**38,2 %**) uvedlo, že mají zcela dostatečný přístup k informacím, které potřebují pro svůj každodenní život. Více jak polovina respondentů – 73 osob (**50,7 %**) uvedlo, že většinou mají přístup k informacím. Středně má k informacím přístup 15 respondentů (**10,4 %**). 1 respondent (**0,7 %**) odpověděl, že spíše nemá přístup k informacím. Pozitivní je, že ani jeden respondent (**0 %**) nezvolil odpověď, že nemá vůbec přístup k žádným informacím.

Otázka č. 14 – Máte možnost věnovat se svým zálibám?



Graf č. 22 – Možnost věnovat se svým zálibám

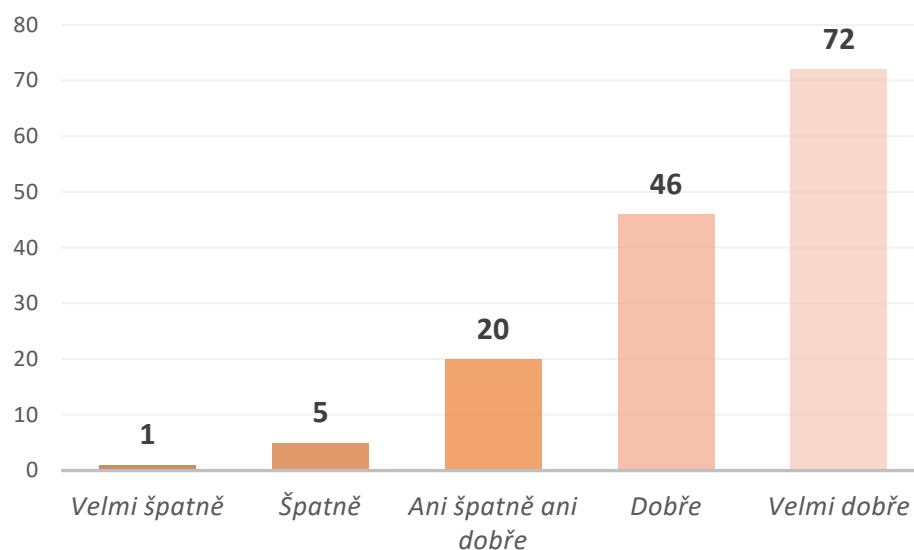
Odpoověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vůbec ne	3	2,1 %
Spíše ne	16	11,1 %
Středně	32	22,2 %
Většinou ano	70	48,6 %
Zcela	23	16,0 %
Σ	144	100 %

Tabulka č. 28 - Možnost věnovat se svým zálibám

Interpretace:

Téměř polovina dotazovaných – 70 osob (**48,6 %**) uvedla, že většinou mají možnost věnovat se svým zálibám. Velmi pozitivně odpovědělo 23 respondentů (**16 %**), kteří mají pocit, že se mohou zcela věnovat svým zálibám. Neutrálně odpovědělo 32 dotazovaných (**22,2 %**). 16 osob odpovědělo, že spíše nemají možnost věnovat se tomu, co je baví. Vůbec se svým zálibám nemohou věnovat 3 respondenti (**2,1 %**).

Otázka č. 15 – Jak se dokážete pohybovat?



Graf č. 23 – Schopnost pohybovat se

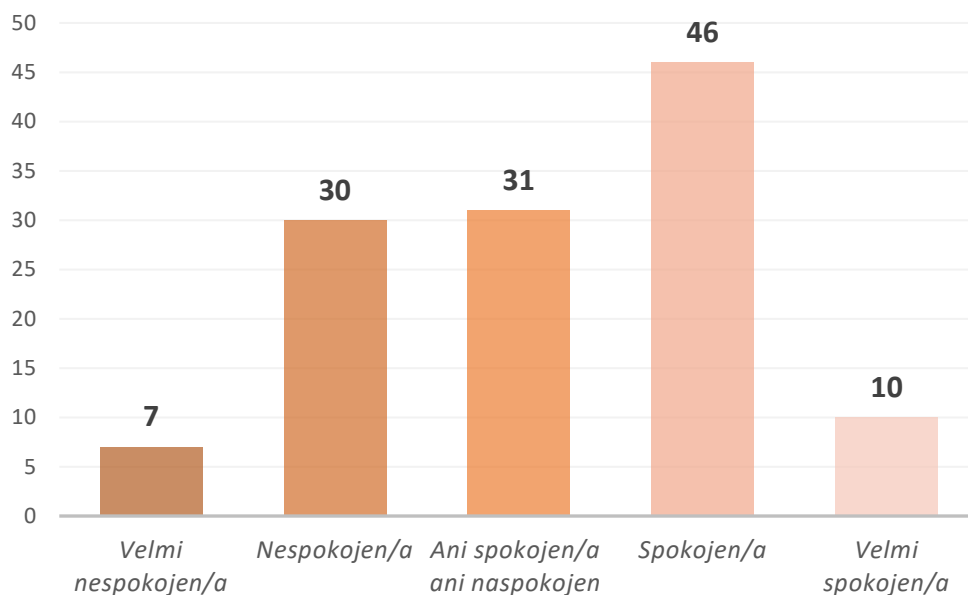
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi špatně	1	0,7 %
Špatně	5	3,5 %
Ani špatně ani dobře	20	13,9 %
Dobře	46	31,9 %
Velmi dobře	72	50,0 %
Σ	144	100 %

Tabulka č. 29 - Schopnost pohybovat se

Interpretace:

Pouze 1 respondent (**0,7 %**) uvedl, že se pohybuje velmi špatně. Špatnou pohyblivost přiznává 5 respondentů (**3,5 %**). 20 dotazovaných (**13,9 %**) se nepohybuje ani špatně, ani dobře. Dobře se pohybuje 46 respondentů (**31,9 %**) a velmi dobře 72 respondentů (**50 %**).

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



Graf č. 24 – Spokojenost se spánkem

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi nespokojen/a	7	4,9 %
Nespokojen/a	30	20,8 %
Ani spokojen/a ani nespokojen/a	31	21,5 %
Spokojen/a	46	31,9 %
Velmi spokojen/a	10	6,9 %
Σ	144	100 %

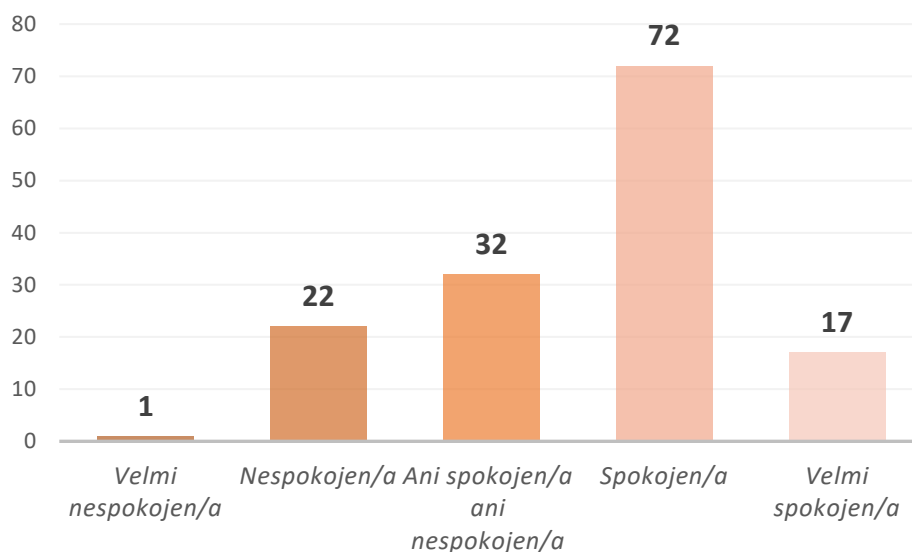
Tabulka č. 30 - Spokojenost se spánkem

Interpretace:

Nejvíce respondentů – 46 osob (**31,9 %**) uvedlo, že jsou se svým spánkem spokojeni a 10 respondentů (**6,9 %**) je velmi spokojeno. 31 dotazovaných (**21,5 %**) nedokáže posoudit svoji spokojenost se spánkem.

Nespokojeno je 30 respondentů (**20,8 %**) a velmi nespokojeno 7 respondentů (**4,9 %**).

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



Graf č. 25 – Schopnost provádět každodenní činnosti

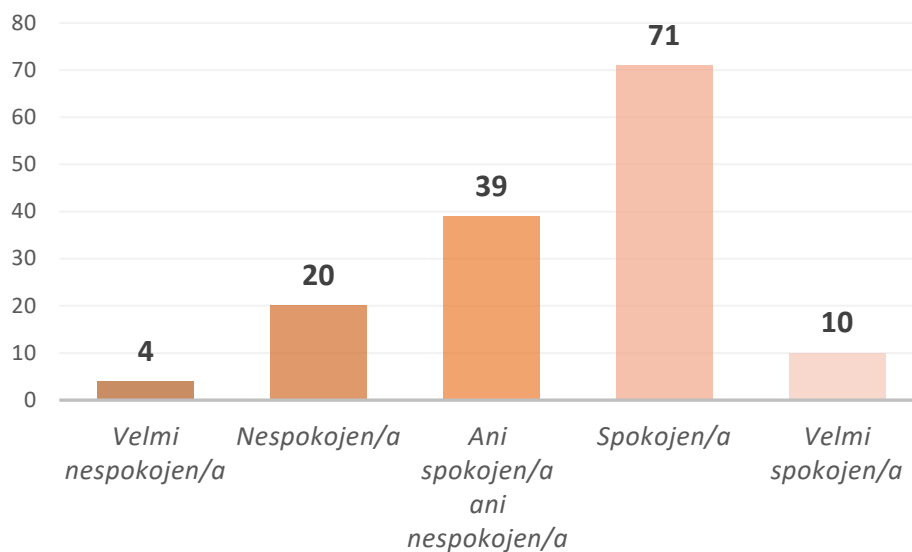
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi nespokojen/a	1	0,7 %
Nespokojen/a	22	15,3 %
Ani spokojen/a ani nespokojen/a	32	22,2 %
Spokojen/a	72	50,0 %
Velmi spokojen/a	17	11,8 %
Σ	144	100 %

Tabulka č. 31 – Schopnost provádět každodenní činnosti

Interpretace:

Přesně polovina respondentů – 72 (**50 %**) odpověděla, že jsou spokojeni se svojí schopností provádět každodenní činnosti a 17 respondentů (**11,8 %**) se cítí velmi spokojeni. Neutrálně odpovědělo 32 respondentů (**22,2 %**). Nespokojeni s prováděním každodenních činností se cítí 22 respondentů (**15,3 %**) a 1 respondent (**0,7 %**) se cítí velmi nespokojen.

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



Graf č. 26 – Spokojenost s pracovním výkonem

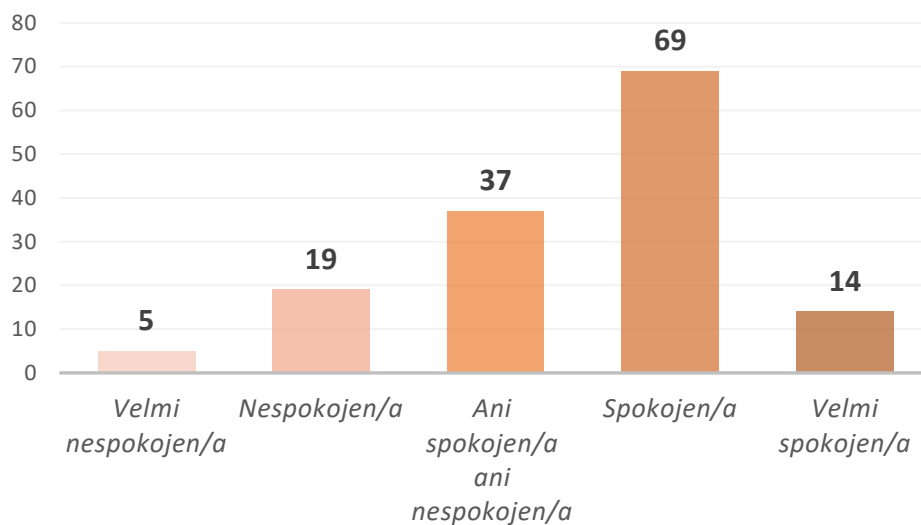
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi nespokojen/a	4	2,8 %
Nespokojen/a	20	13,9 %
Ani spokojen/a ani nespokojen/a	39	27,1 %
Spokojen/a	71	49,3 %
Velmi spokojen/a	10	6,9 %
Σ	144	100 %

Tabulka č. 32 - Spokojenost s pracovním výkonem

Interpretace:

Téměř polovina respondentů – 71 (**49,3 %**) uvedla, že je spokojena se svým pracovním výkonem. Velmi spokojeno je se svým pracovním výkonem 10 dotazovaných (**6,9 %**). Neutrálně odpovědělo 39 respondentů (**27,1 %**). Nespokojeno je 20 respondentů (**13,9 %**) a velmi nespokojeni jsou 4 respondenti (**2,8 %**).

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



Graf č. 27 – Spokojenost s vlastní osobou

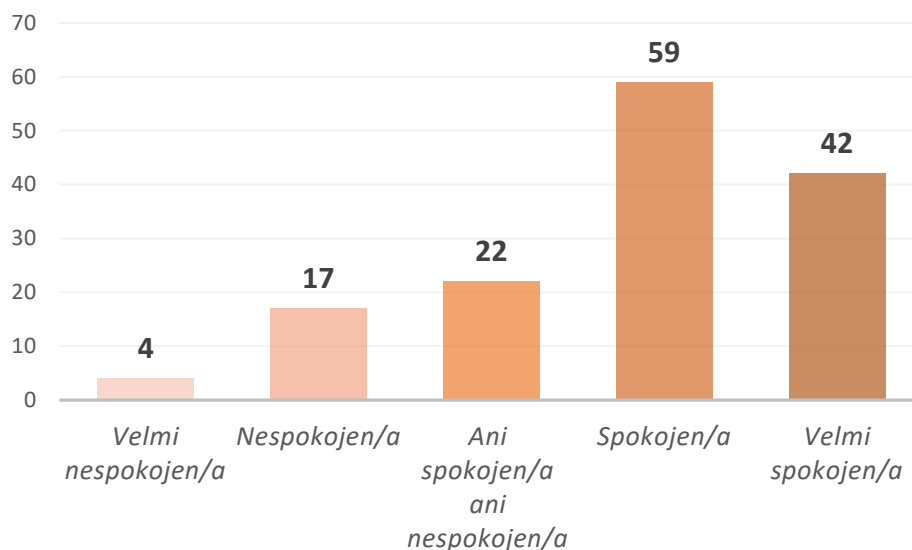
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi nespokojen/a	5	3,5 %
Nespokojen/a	19	13,2 %
Ani spokojen/a ani nespokojen/a	37	25,7 %
Spokojen/a	69	47,9 %
Velmi spokojen/a	14	9,7 %
Σ	144	100 %

Tabulka č. 33 - Spokojenost s vlastní osobou

Interpretace:

Téměř polovina respondentů – 71 (**49,3 %**) uvedla, že je spokojena se svým pracovním výkonem. Velmi spokojeno je se svým pracovním výkonem 10 dotazovaných (**6,9 %**). Neutrálně odpovědělo 39 respondentů (**27,1 %**). Nespokojeno je 20 respondentů (**13,9 %**) a velmi nespokojeni jsou 4 respondenti (**2,8 %**).

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



Graf č. 28 – Spokojenost s osobními vztahy

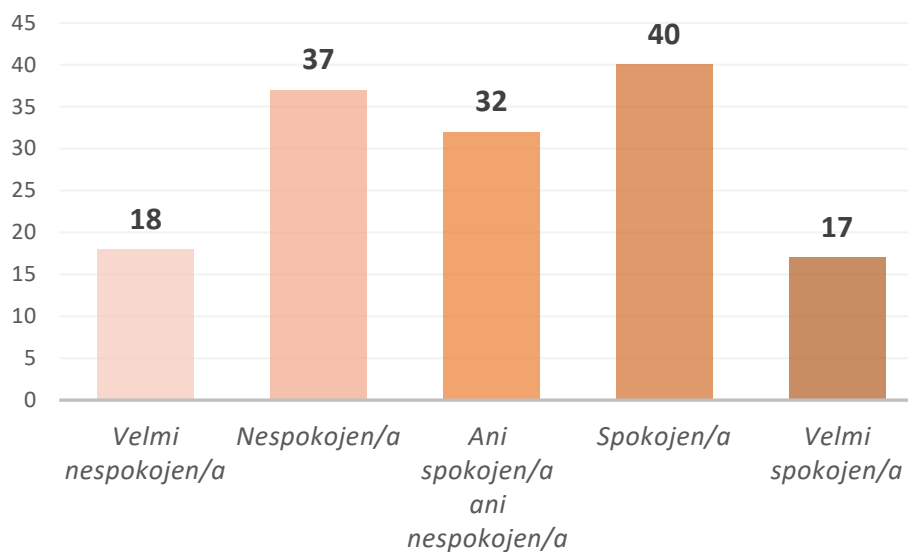
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi nespokojen/a	4	2,8 %
Nespokojen/a	17	11,8 %
Ani spokojen/a ani nespokojen/a	22	15,3 %
Spokojen/a	59	41,0 %
Velmi spokojen/a	42	29,2 %
Σ	144	100 %

Tabulka č. 34 - Spokojenost s osobními vztahy

Interpretace:

V otázce číslo 20, která je zaměřena na spokojenost respondentů s jejich osobními vztahy, odpovědělo 59 respondentů (41 %) že jsou spokojeni a 42 respondentů (29,2 %) že jsou velmi spokojeni. Ani spokojeno, ani nespokojeno je 22 respondentů (15,3 %). Nespokojeno je 17 dotazovaných (11,8 %) a velmi nespokojeni jsou 4 respondenti (2,8 %).

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



Graf č- 29 – Spokojenost se sexuálním životem

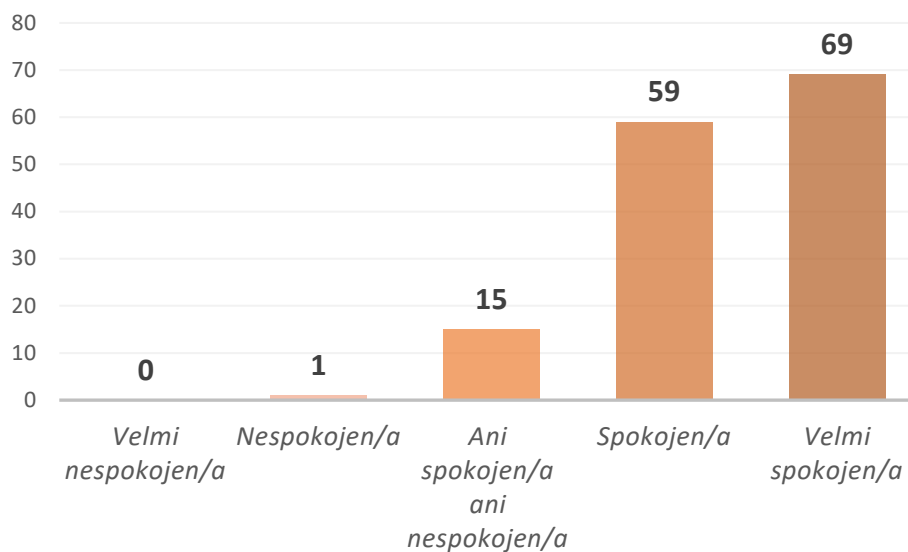
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi nespokojen/a	18	12,5 %
Nespokojen/a	37	25,7 %
Ani spokojen/a ani nespokojen/a	32	22,2 %
Spokojen/a	40	27,8 %
Velmi spokojen/a	17	11,8 %
Σ	144	100 %

Tabulka č. 35- Spokojenost se sexuálním životem

Interpretace:

V případě sexuálního života uvedlo 40 respondentů (**27,8 %**) že je spokojeno. 17 respondentů (**11,8 %**) je se svým sexuálním životem velmi spokojeno. Neutrálně odpovědělo celkem 32 respondentů (**22,2 %**). Spíše nespokojeno je v této oblasti 37 respondentů (**25,7 %**), což byla druhá nejčastější odpověď. Velmi negativně vnímá svůj sexuální život až 18 respondentů (**12,5 %**).

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



Graf č. 30 – Podpora poskytovaná přáteli

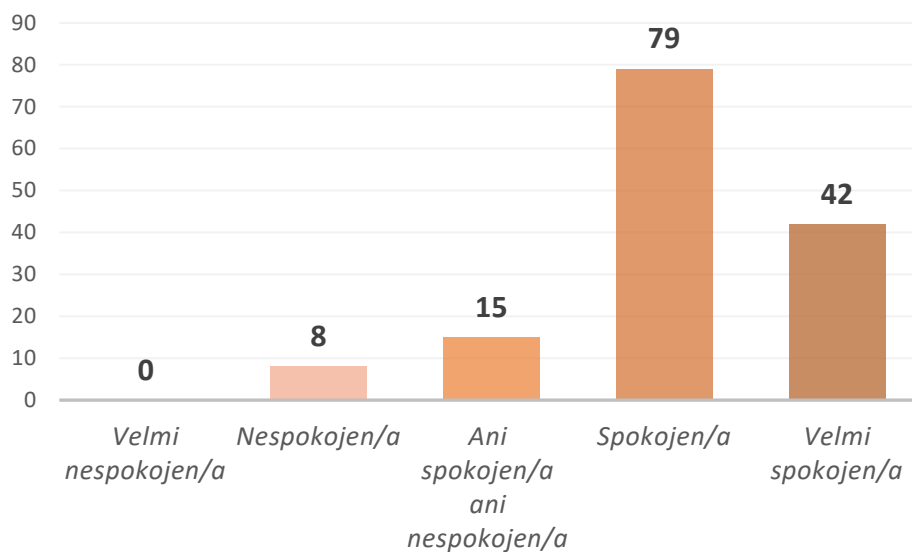
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi nespokojen/a	0	0 %
Nespokojen/a	1	0,7 %
Ani spokojen/a ani nespokojen/a	15	10,4 %
Spokojen/a	59	41,0 %
Velmi spokojen/a	69	47,9 %
Σ	144	100 %

Tabulka č. 36 - Podpora poskytovaná přáteli

Interpretace:

Velmi pozitivně odpovědělo 69 respondentů (**47,9 %**). Spokojeni s podporou svých přátel je celkem 59 respondentů (**41 %**). 15 respondentů (**10,4 %**) není s podporou přátel ani spokojeno, ani nespokojeno. Nespokojený s podporou přátel byl 1 respondent (**0,7 %**). Velmi nespokojený nebyl nikdo (**0 %**).

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



Graf č. 31 – Spokojenost s životními podmínkami

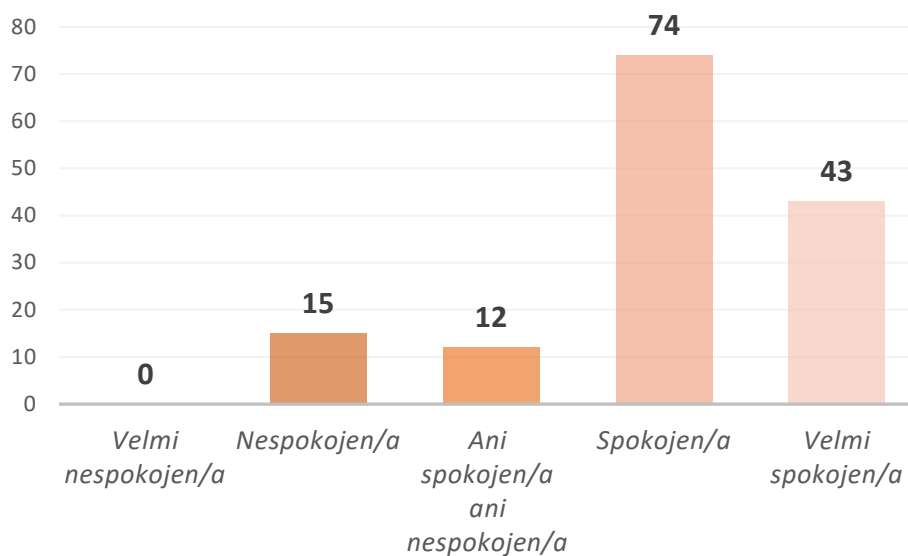
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi nespokojen/a	0	0 %
Nespokojen/a	8	5,6 %
Ani spokojen/a ani nespokojen/a	15	10,4 %
Spokojen/a	79	54,9 %
Velmi spokojen/a	42	29,2 %
Σ	144	100 %

Tabulka č. 37 - Spokojenost s životními podmínkami

Interpretace:

Velmi spokojeno je s podmínkami v místě, kde žijí 42 respondentů (29,2 %). Nejvíce respondentů odpovědělo, že jsou spokojeni s podmínkami ve svém okolí (54,9 %). Neutrálně odpovědělo 15 osob (10,4 %). Nespokojeno je pouhých 8 respondentů (5,6 %). Velmi nespokojený nebyl žádný respondent (0 %).

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



Graf č. 32 – Spokojenost s dostupností zdravotní péče

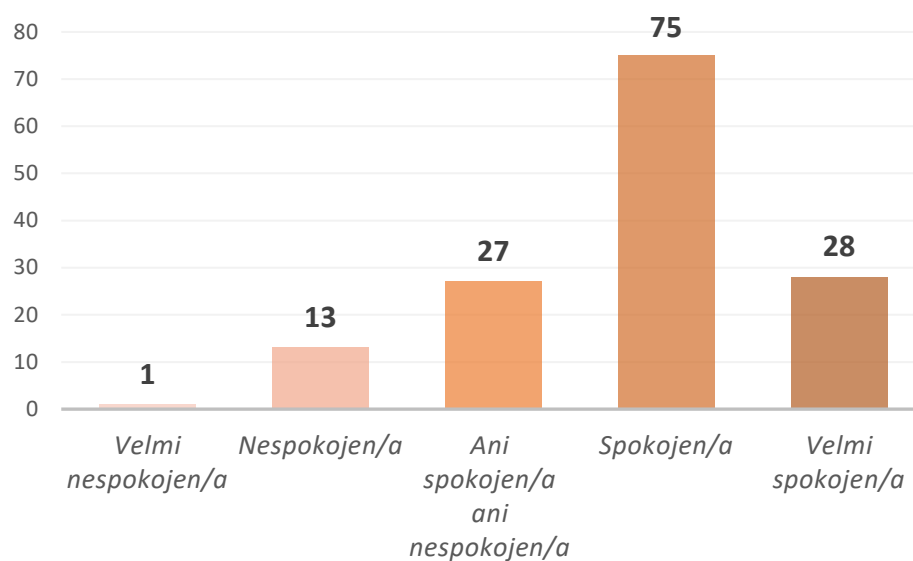
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi nespokojen/a	0	0,0 %
Nespokojen/a	15	10,4 %
Ani spokojen/a ani nespokojen/a	12	8,3 %
Spokojen/a	74	51,4 %
Velmi spokojen/a	43	29,9 %
Σ	144	100 %

Tabulka č. 38 - Spokojenost s dostupností zdravotní péče

Interpretace:

74 respondentů (**51,4 %**) je spokojeno s dostupností zdravotní péče v místě, kde žijí. 43 respondentů (**29,9 %**) je velmi spokojeno. Neutrálně odpovědělo 12 respondentů (**8,3 %**). Nespokojených je 15 respondentů (**10,4 %**) a žádný respondent (**0 %**) není velmi nespokojený.

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



Graf č. 33 – Spokojenost s dopravou

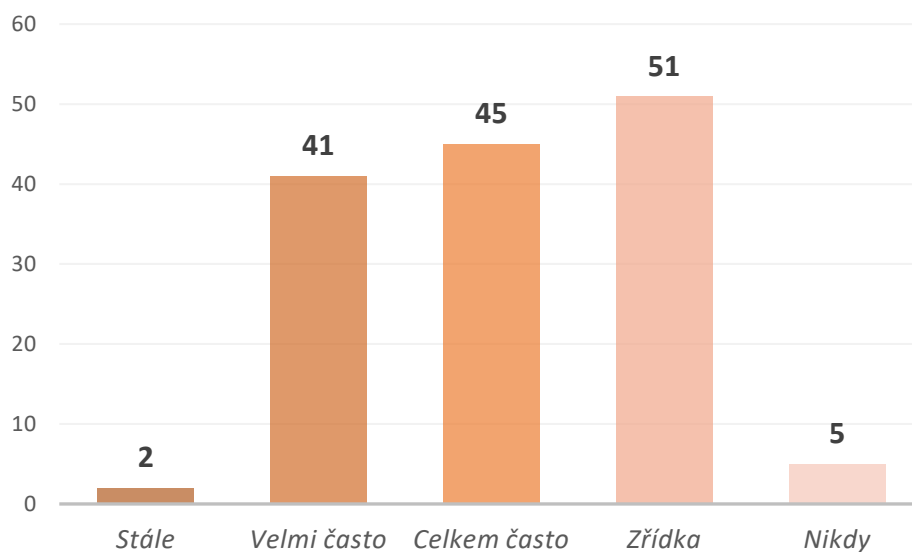
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi nespokojen/a	1	0,7 %
Nespokojen/a	13	9,0 %
Ani spokojen/a ani nespokojen/a	27	18,8 %
Spokojen/a	75	52,1 %
Velmi spokojen/a	28	19,4 %
Σ	144	100 %

Tabulka č. 39 - Spokojenost s dopravou

Interpretace:

Spokojeno s dopravou je 75 respondentů (**52,1 %**). Velmi spokojeno se cítí 28 respondentů (**19,4 %**). Neutrálně odpovědělo 27 respondentů (**18,8 %**). Negativně odpovědělo 13 respondentů (**9 %**), kteří odpověděli, že s dopravou jsou nespokojeni. Velmi nespokojen je 1 respondent (**0,7 %**).

Otázka č. 26 – Jak často jste měl/a negativní pocity jako špatná nálada, zoufalství, úzkost, deprese?



Graf č. 34 – Negativní pocity

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Stále	2	1,4 %
Velmi často	41	28,5 %
Celkem často	45	31,3 %
Zřídka	51	35,4 %
Nikdy	5	3,5 %
Σ	144	100 %

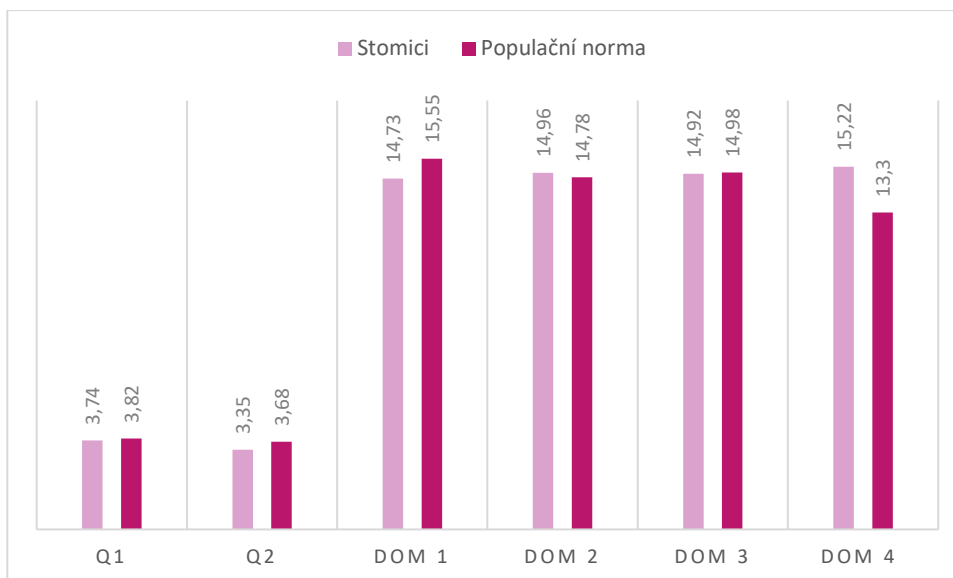
Tabulka č. 40 - Negativní pocity

Interpretace:

Velmi často prožívá negativní pocity či nálady 41 respondentů (**28,5 %**). Celkem často 45 respondentů (**31,3 %**). 2 respondenti (**1,4 %**) uvedli, že negativní emoce prožívají neustále. Zřídka pozoruje negativní myšlenky 51 dotazovaných (**35,4 %**). 5 respondentů (**3,5 %**) neprožívá negativní emoce vůbec.

Položky dotazníku WHOQOL-BREF	Pacienti se stomií (průměr)	Populační norma (průměr)	STD
Q1 – Celková kvalita života	3,74	3,82	0,04
Q2 – Spokojenost se zdravím	3,35	3,68	0,17
q3 – Bolest a nepříjemné pocity	2,18	4,03	0,93
q4 – Závislost na lékařské péči	2,00	4,16	1,08
q5 – Potěšení ze života	3,82	3,83	0,005
q6 – Smysl života	3,90	3,86	0,02
q7 – Soustředění	3,79	3,55	0,12
q8 – Osobní bezpečí	3,63	3,24	0,20
q9 – Životní prostředí	3,71	2,85	0,43
q10 – Energie a únava	3,40	3,62	0,11
q11 – Přijetí tělesného vzhledu	3,88	3,90	0,01
q12 – Finanční situace	3,29	2,87	0,21
q13 – Přístup k informacím	4,26	3,87	0,20
q14 – Zálaby	3,65	3,33	0,16
q15 – Pohyblivost	4,27	4,27	0
q16 – Spánek	3,29	3,61	0,16
q17 – Každodenní činnosti	3,57	3,76	0,10
q18 – Pracovní výkonnost	3,44	3,76	0,16
q19 – Spokojenost se sebou	3,47	3,57	0,05
q20 – Osobní vztahy	3,82	3,75	0,04
q21 – Sexuální život	3,01	3,64	0,32
q22 – Podpora přátel	4,36	3,85	0,26
q23 – Prostedí v okolí bydliště	4,08	3,54	0,27
q24 – Dostupnost zdravotní péče	4,01	3,70	0,20
q25 – Doprava	3,81	3,19	0,31
q26 – Negativní pocity	2,41	3,47	0,53

Tabulka č. 41 - Populační normy kvality života (Dragomirecká, Bartoňová, 2006).



Graf č. 35 – Porovnání jednotlivých domén s populační normou

Otázky a domény dotazníku WHOQOL – BREF	Pacienti se stomií	Populační norma
Q1 – Celková kvalita života	3,74	3,82
Q2 – Spokojenost se zdravím	3,35	3,68
DOM 1 – Fyzické zdraví	14,73	15,55
DOM 2 – Prožívání	14,96	14,78
DOM 3 – Sociální vztahy	14,92	14,98
DOM 4 - Prostředí	15,22	13,30

Tabulka č. 42 - Porovnání jednotlivých domén s populační normou

Interpretace:

V tabulce č. 41 jsou znázorněny jednotlivé položky dotazníku WHOQOL – BREF. Výsledné průměrné hodnoty kvality života pacientů se zavedenou střevní stomií jsou porovnány s průměrnými hodnotami kvality života relativně zdravé populace.

Podle průměrných výsledků můžeme sledovat, že kvalita života pacientů se střevní stomií je snižena oproti průměrné kvalitě života normální populace. V první otázce dotazníku (Q1), která se zabývá celkovou kvalitou života můžeme sledovat, že kvalita života pacientů se stomií je podle výsledků dotazníků horší v porovnání s

populační normou (rozdíl 0,08). Otázka číslo 2 (**Q2** – spokojenost se zdravím) poté vyšla s rozdílem 0,33 oproti populační normě.

Když si rozebereme jednotlivé domény dotazníku WHOQOL-BREF, v doméně číslo 1 (*fyzické zdraví*) vychází kvalita života stomiků oproti populační normě horší v otázkách zabývajících se bolestí a nepříjemnými pocity (**q3** – rozdíl 1,85), závislostí na lékařské péči (**q4** – rozdíl 2,16), energií a únavou (**q10** – rozdíl 0,22), spánkem

(**q16** – rozdíl 0,43), každodenními činnostmi (**q17** – rozdíl 0,19) a pracovní výkonností (**q18** – rozdíl 0,32). V otázce číslo 15 – pohyblivost, nebyl mezi kvalitou života stomiků a populační normou žádný rozdíl.

V doméně číslo 2 (*prožívání*) je kvalita života stomiků snížena u otázky číslo 5, která se zaměřuje na potěšení ze života, kdy nám vyšel nepatrně horší rozdíl (0,005) oproti normě v populaci. Dále vyšla horší kvalita života u otázky číslo 11 (přijetí tělesného vzhledu), kdy vyšel rozdíl 0,02 oproti populační normě a v otázce číslo 19 (spokojenost se sebou), kdy vyšel rozdíl 0,1 oproti normální populaci. Největší rozdíl poté vyšel u otázky číslo 26 (negativní emoce), kdy byl celkový rozdíl 1,06 oproti populační normě. Naopak vyšší skóre oproti populační normě získaly v této doméně otázky číslo 6 (smysl života), číslo 7 (soustředění).

Doména číslo 3 (*sociální vztahy*) měla v našem případě velmi pozitivní výsledky. Snížený průměr kvality života se objevil u otázky číslo 21 (sexuální život), kdy kvalita života je snížena s rozdílem 0,63 oproti normě. Otázky číslo 20 (osobní vztahy) a č. 23 (prostředí v okolí bydliště) získaly vyšší skóre oproti populační normě.

Poslední doména číslo 4 (*prostředí*), získala oproti populační normě ve všech otázkách (**q8, q9, q12, q13, q14, q23, q24 a q25**) vyšší skóre.

11.3 Vyhodnocení dotazníku STOMA-QOL

Otázka č. 27 – Dostanu strach, když je sáček plný.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Neustále	28	19,4 %
Někdy	47	32,6 %
Zřídka	43	29,9 %
Vůbec	26	18,1 %
Σ	144	100 %

Tabulka č. 43 - Obavy z plného sáčku

Interpretace:

Neustálé obavy z plného sáčku uvedlo 28 respondentů (**19,4 %**). Občasné obavy má 47 respondentů (**32,6 %**). Zřídka má strach 43 respondentů (**29,9 %**) a žádné obavy nemá 26 dotazovaných (**18,1 %**).

Otázka č. 28 – Mám obavy, že se sáček uvolní.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Neustále	29	20,1 %
Někdy	56	38,9 %
Zřídka	44	30,6 %
Vůbec	15	10,4 %
Σ	144	100 %

Tabulka č. 44 - Obavy, že se sáček uvolní

Interpretace:

29 respondentů (**20,1 %**) odpovědělo, že mají neustále obavy z uvolnění sáčku. Občasné obavy mívá 56 dotazovaných (**38,9 %**). Málokdy má tyto obavy 44 respondentů (**30,6 %**) a vůbec 15 respondentů (**10,4 %**).

Otázka č. 29 – Cítím potřebu neustále vědět, kde je toaleta.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Neustále	39	27,1 %
Někdy	41	28,5 %
Zřídka	40	27,8 %
Vůbec	24	16,7 %
Σ	144	100 %

Tabulka č. 45 - Neustála potřeba vědět, kde je toaleta

Interpretace:

Takřka neustále potřebuje ujištění o přítomnosti toalet 39 dotazovaných (27,1 %). Někdy cítí tuto potřebu 41 dotazovaných (28,5 %). Zřídka 40 respondentů (27,8 %) a vůbec 24 respondentů (16,7 %).

Otázka č. 30 – Bojím se, že by sáček mohl zapáchat.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Neustále	38	26,4 %
Někdy	37	25,7 %
Zřídka	31	21,5 %
Vůbec	38	26,4 %
Σ	144	100 %

Tabulka č. 46 - Obavy ze zapáchajícího sáčku

Interpretace:

Neustálé obavy ze zapáchajícího sáčku prožívá až 38 respondentů (26,4 %), stejný počet respondentů (26,4 %) neprožívá takové pocity vůbec. Zřídka takový pocit má 31 respondentů (21,5 %) a občas 37 respondentů (25,7 %).

Otázka č. 31 – Obávám se zvuků ze stomie.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Neustále	31	21,5 %
Někdy	45	31,3 %
Zřídka	44	30,6 %
Vůbec	24	16,7 %
Σ	144	100 %

Tabulka č. 47 - Obavy ze zvuků stomie

Interpretace:

44 dotazovaných (**30,6 %**) se zřídka obává zvuků z jejich stomie. Někdy se zvuků bojí 45 respondentů (**31,3 %**).

Neustále tento strach prožívá 31 respondentů (**21,5 %**). Naproti tomu 24 respondentů tento pocit nemá vůbec (**16,7 %**).

Otázka č. 32 – Potřebuji během dne odpočívat.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Neustále	25	17,4 %
Někdy	73	50,7 %
Zřídka	36	25,0 %
Vůbec	10	6,9 %
Σ	144	100 %

Tabulka č. 48 - Potřeba odpočinku během dne

Interpretace:

Polovina respondentů – 73 osob (**50,7 %**) odpověděla, že někdy potřebují více odpočinku během dne. Neustálou potřebu spánku během dne pociťuje 25 respondentů (**17,4 %**). Zřídka potřebuje odpočinek během dne 36 respondentů (**25 %**). 10 dotazovaných (**6,9 %**) nepociťuje potřebu spánku během dne vůbec.

Otázka č. 33 – Moje stomická omezuje výběr oděvů, které si mohu obléknout.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Neustále	34	23,6 %
Někdy	53	36,8 %
Zřídka	31	21,5 %
Vůbec	26	18,1 %
Σ	144	100 %

Tabulka č. 49 - Omezení výběru oděvů

Interpretace:

Nejvíce respondentů – 53 (**36,8 %**) odpovědělo, že někdy musí omezovat výběr jejich oblečení kvůli stomii na svém těle. 34 respondentů (**23,6 %**) stále omezují výběr oblečení kvůli jejich stomii. 26 dotazovaných (**18,1 %**) téměř vůbec neomezuje jejich stomie ve výběru toho, co si oblečou. 31 probandů (**21,5 %**) zřídka musí své oblékání přizpůsobovat stomické pomůcce.

Otázka č. 34 – Během dne se cítím unaven/á.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Neustále	26	18,1 %
Někdy	82	56,9 %
Zřídka	29	20,1 %
Vůbec	7	4,9 %
Σ	144	100 %

Tabulka č. 50 - Únava během dne

Interpretace:

Více jak polovina respondentů – 82 (**56,9 %**) odpověděla, že během dne pocít'ují někdy únavu. 29 respondentů (**20,1 %**) zažívá únavu během dne zřídka a 26 dotazovaných (**18,1 %**) je během dne unaveno neustále. 7 respondentů (**4,9 %**) nepocít'uje únavu během dne vůbec.

Otázka č. 35 – Moje stomie způsobuje, že cítím sexuálně nepřítažlivý/á.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Neustále	29	20,1 %
Někdy	45	31,3 %
Zřídka	29	20,1 %
Vůbec	41	28,5 %
Σ	144	100 %

Tabulka č. 51 - Pocit sexuální nepřítažlivosti

Interpretace:

Nejvíce respondentů – 45 (**31,3 %**) odpovědělo, že občas se cítí díky své stomii sexuálně nepřítažliví. Neustále se tak cítí 29 dotazovaných (**20,1 %**). Stejný počet respondentů – 29 (**20,1 %**) se sexuálně nepřítažliví cítí zřídka. 41 proband (**28,5 %**) vůbec necítí sexuální nepřítažlivost.

Otázka č. 36 – V noci špatně spím.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Neustále	27	18,8 %
Někdy	58	40,3 %
Zřídka	42	29,2 %
Vůbec	17	11,8 %
Σ	144	100 %

Tabulka č. 52 - Špatný spánek

Interpretace:

Špatný noční spánek téměř neustále prožívá 27 respondentů (**18,8 %**). 58 probandů (**40,3 %**) přiznává, že občas trpí nespavostí. 42 dotazovaných (**29,2 %**) zřídka trpí poruchami spánku a 17 (**11,8 %**) jimi netrpí vůbec.

Otázka č. 37 – Bojím se, že sáček bude šustit a bude to slyšet.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Neustále	17	11,8 %
Někdy	35	24,3 %
Zřídka	25	17,4 %
Vůbec	67	46,5 %
Σ	144	100 %

Tabulka č. 53 - Obavy ze šustění sáčku

Interpretace:

Téměř polovina probandů – 67 (**46,5 %**) nemá vůbec obavy ze šustění stomické pomůcky. 35 respondentů (**24,3 %**) tuto obavu zažívá někdy. Neustále tímto pocitem trpí 17 dotazovaných (**11,8 %**) a zřídka 25 osob (**17,4 %**).

Otázka č. 38 – Stydím se za své tělo kvůli vývodu.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Neustále	25	17,4 %
Někdy	36	25,0 %
Zřídka	30	20,8 %
Vůbec	53	36,8 %
Σ	144	100 %

Tabulka č. 54 - pocit studu za své tělo

Interpretace:

53 respondentů (**36,8 %**) vůbec necítí pocit studu za své tělo kvůli stomii. Zřídka se za své tělo stydí 30 respondentů (**20,8 %**). Občas 36 respondentů (**25 %**). Neustálý pocit studu kvůli stomii zažívá 25 probandů (**17,4 %**).

Otázka č. 39 – Bylo by pro mě těžké zůstat přes noc mimo domov.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Neustále	19	13,2 %
Někdy	38	26,4 %
Zřídka	32	22,2 %
Vůbec	55	38,2 %
Σ	144	100 %

Tabulka č. 55 - Obavy z přespání mimo domov

Interpretace:

Nejvyšší počet respondentů – 55 osob (**38,2 %**) odpovědělo, že vůbec nemají obavy, když musí někde přespát. Občas takové obavy má 32 respondentů (**22,2 %**) a někdy 38 probandů (**26,4 %**). Nepředstavitelná je tato představa pro 19 respondentů (**13,2 %**).

Otázka č. 40 – Je těžké skrýt skutečnost, že nosím na těle stomickou pomůcku.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Neustále	13	9 %
Někdy	43	29,9 %
Zřídka	33	22,9 %
Vůbec	55	38,2 %
Σ	144	100 %

Tabulka č. 56 - Obtíže se skrytím stomické pomůcky

Interpretace:

55 respondentů (**38,2 %**) odpovědělo, že je vůbec netrápí obtíže se skrytím své stomické pomůcky. Někdy tuto problematiku řeší 43 probandů (**29,9 %**) a zřídka 33 osob (**22,9 %**). Neustále se tímto problémem trápí až 12 respondentů (**9%**).

Otázka č. 41 – Bojím se, že můj stav je pro lidi kolem mě přítěží.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Neustále	13	9,0 %
Někdy	35	24,3 %
Zřídka	32	22,2 %
Vůbec	64	44,4 %
Σ	144	100 %

Tabulka č. 57 - Obavy z toho, že budu pro okolí přítěží

Interpretace:

Největší počet respondentů – 64 osob (**44,4 %**) odpovědělo, že vůbec nemají strach z toho, že by jejich stomie byla pro okolí přítěží. 32 respondentů (**22,2 %**) tyto pocity zažívá zřídka a 35 probandů (**24,3 %**) někdy. Neustále má pocit, že je pro okolí jejich stomie přítěží 13 respondentů (**9 %**).

Otázka č. 42 – Vyhýbám se bližšímu fyzickému kontaktu s přáteli.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Neustále	10	6,9 %
Někdy	22	15,3 %
Zřídka	31	21,5 %
Vůbec	81	56,3 %
Σ	144	100 %

Tabulka č. 58 - Vyhýbání se fyzickému kontaktu

Interpretace:

Více jak polovina respondentů – 81 (**56,3 %**) odpověděla, že se vůbec nevyhýbají fyzickému kontaktu s přáteli. 31 respondentů (**21,5 %**) se zřídka vyhýbá fyzickému kontaktu a 22 respondentů (**15,3 %**) se přátelům vyhýbá někdy. Neustále se kvůli stomii fyzickému kontaktu vyhýbá 10 respondentů (**6,9 %**).

Otázka č. 43 – Kvůli stomii je pro mě obtížné být mezi jinými lidmi.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Neustále	9	6,3 %
Někdy	29	20,1 %
Zřídka	29	20,1 %
Vůbec	77	53,5 %
Σ	144	100 %

Tabulka č. 59 - Obtíže být mezi jinými lidmi

Interpretace:

77 respondentů (**53,5 %**) netrpí vůbec obtížemi být mezi ostatními lidmi. Stejný počet respondentů – 29 osob (**20,1 %**) odpovědělo že někdy mají problémy s tím, trávit čas mezi ostatními lidmi a 29 osob (**20,1 %**) že tímto problémem trpí zřídka. Neustále se touto myšlenkou zaobírá 9 probandů (**6,3 %**).

Otázka č. 44 – Bojím se setkání s novými lidmi.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Neustále	9	6,3 %
Někdy	34	23,6 %
Zřídka	23	16,0 %
Vůbec	78	54,2 %
Σ	144	100 %

Tabulka č. 60 - Obavy ze setkání s novými lidmi

Interpretace:

78 respondentů (**54,2 %**) odpovědělo, že vůbec nemají obavy ze setkání s novými lidmi. 23 probandů (**16 %**) zřídka ovlivňuje stomie v setkání s novými lidmi. Někdy je stomie překážkou v setkání s novými lidmi pro 34 respondentů (**23,6 %**).

Pouze 9 respondentů (**6,3 %**) má z této situace strach.

Otázka č. 45 – Mezi jinými lidmi se cítím osamělý/á.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Neustále	13	9,0 %
Někdy	30	20,8 %
Zřídka	37	25,7 %
Vůbec	64	44,4 %
Σ	144	100 %

Tabulka č. 61 - Pocity osamělosti mezi jinými lidmi

Interpretace:

Neustále trpí pocitem osamělosti mezi jinými lidmi 13 respondentů (9 %). Naproti tomu 64 respondentů (44,4 %) tímto pocitem netrpí vůbec. Někdy tímto pocitem trpí 30 respondentů (20,8 %) a zřídka 37 probandů (25,7 %).

Otázka č. 46 – Bojím se, že se má rodina cítí v mé blízkosti trapně.

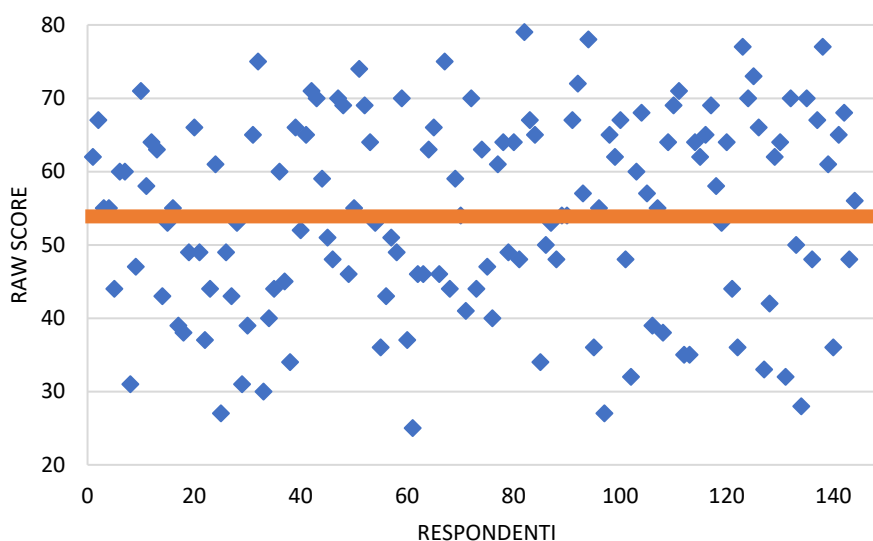
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Neustále	5	3,5 %
Někdy	18	12,5 %
Zřídka	20	13,9 %
Vůbec	101	70,1 %
Σ	144	100 %

Tabulka č. 62 - Obavy z toho, že se rodina cítí trapně

Interpretace:

Až 101 respondentů (70,1 %) odpovědělo, že vůbec nemají pocit, že by se jejich rodina v jejich okolí kvůli stomii cítila trapně. 20 respondentů (13,9 %) má zřídka tento pocit a 18 respondentů (12,5 %) tímto pocitem trpí občas. Neustále se pocitem, že se rodina v jejich přítomnosti cítí trapně zaobírá 5 respondentů (3,5 %).

Vyhodnocení raw score dotazníku Stoma – QOL



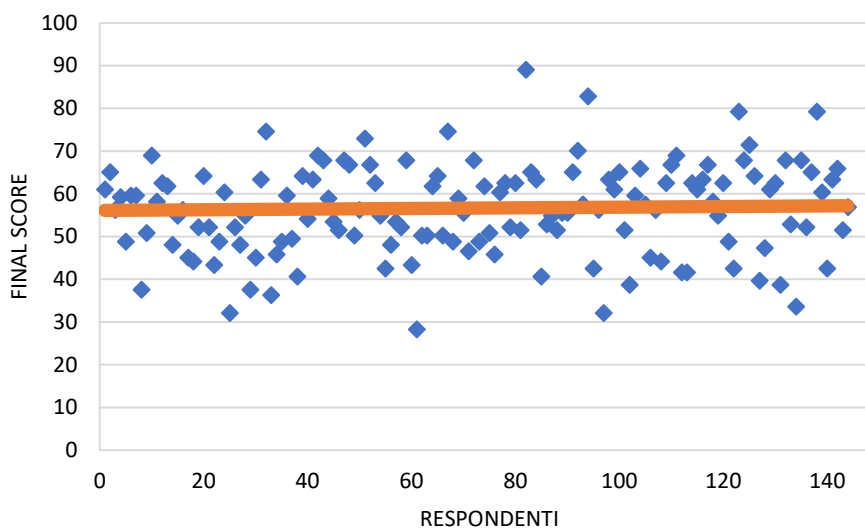
Graf č. 36 – Vyhodnocení Raw score – Stoma – QOL

Interpretace:

Na grafu č. 55 můžeme vidět výsledky raw score (**hrubé skóre**), které získáme součtem všech 20 položek dotazníku Stoma – QOL.

Každá otázka je hodnocena body 1 – 4. Minimální hodnota raw score je 20 a maximální hodnota raw score je 80. Při vyhodnocení našich dotazníků, byla minimální získaná hodnota hrubého skóre 25 bodů a maximální hodnota 79 bodů. Průměrná hodnota raw score byla následně vyhodnocena u 144 respondentů jako 54,36 bodů. Pod tento průměr se dostalo celkem 67 respondentů (**46,5 %**) a nad hranici celkového průměru poté 77 respondentů (**53,7 %**). Celkově tedy více respondentů spadá do skupiny nadprůměrné hodnoty hrubého skóre.

Vyhodnocení final score dotazníku Stoma – QOL



Graf č. 37 – Vyhodnocení Final score – dotazník Stoma – QOL

Interpretace:

V grafu č. 56 jsou znázorněny hodnoty final score (*konečné skóre*), které získáme pomocí převedení hodnot podle skórovací tabulky k dotazníku Stoma – QOL (příloha č. 6).

Hodnoty raw score (*hrubé skóre*) vložíme do hodnotící tabulky a tím získáme hodnoty final score (*konečné skóre*). Final score vyjadřuje celkovou kvalitu života daného respondenta.

Bodové rozmezí final score je na škále 0 – 100, kdy 0 (náleží 20 bodům raw score) a 100 (náleží 80 bodům raw score). Čím vyšší je konečné skóre, tím vyšší je kvalita života. V případě našich respondentů bylo nejvyšší dosažené konečné skóre 89,02 bodů (79 bodů raw score) a nejnižší dosažené skóre 28,24 (25 bodů raw score). Celkový průměr final score je 55,79 bodů. Nad tuto hranici se, stejně jako v předchozím grafu, dostalo 77 respondentů a pod průměrnou hranici 67 dotazovaných.

12 DISKUSE

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaká je kvalita života u pacientů se střevní stomií. Kvalita života je velmi individuální u každého člověka a má na ní vliv mnoho faktorů, jako jsou například věk, pohlaví či rodinný stav daného jedince. Jedním z našich cílů bylo zjistit, jak velký vliv mají tyto jednotlivé proměnné na kvalitu života stomiků. V případě našeho výzkumného souboru jsme si jako další cíl s vedoucí mé práce určily zjistit, jak velký vliv má rozdílný typ, doba vyvedení či dočasnost stomie na kvalitu života a zmapovat koncept specifické kvality života u pacientů se střevní stomií. Velmi nás také zajímalo, jak signifikantní jsou rozdíly v kvalitě života osob se střevní stomií a relativně zdravé populace.

Výzkum probíhal pomocí dotazníkového šetření na chirurgickém oddělení Pardubické krajské nemocnice a.s. Dále byl dotazník zaslán stomikům z online skupiny „*Stomici – I stomici mají májové dny*“. Celkem se výzkumného šetření zúčastnilo 144 respondentů. Jako nástroj pro metodologické šetření byl vybrán standardizovaný dotazník Světové zdravotnické organizace WHOQOL – BREF a specifický dotazník Stoma – QOL.

V první části dotazníku jsem se zaměřila na sociodemografické údaje respondentů, které jsem poté využila při vyhodnocování jednotlivých dílčích cílů. Převážnou většinu respondentů tvořily ženy, kterých odpovědělo celkem 111 (77 %). Respondenti byli nejčastěji ve věku 36 – 55 let (55 %), ale velkou skupinu tvořila i mladší věková kategorie 20 – 35 let (23 %), což pro mě bylo velmi překvapivé. Výzkumný soubor tvořilo 80 kolostomiků (56 %), a 62 ileostomiků (44 %). 105 respondentů (73 %) uvedlo, že mají trvalou stomii a 39 probandů (27 %) má stomii dočasně. Co se týče časového období od vytvoření stomie, největší skupina respondentů uvedla, že stomii mají 1 – 5 let (49 %). Nejvíce respondentů – 76 osob (53 %) uvedlo, že jsou v manželském svazku. Velmi překvapivý výsledek mi přinesla otázka, která se zabývala příčinou založení stomie. Respondenti, kteří odpověděli, že mají stomii v důsledku zánětlivého onemocnění, bylo 61 (42 %). V porovnání s počtem respondentů, kterým byla stomie vytvořena z důvodu onkologického onemocnění – 63 osob (44 %), byl počet respondentů téměř vyrovnaný.

Pro porovnání výsledků našeho výzkumného šetření jsme použily poznatky z bakalářské práce Pavly Malíkové z roku 2013, která se zabývala stejnou problematikou. Dále byly využity výsledky výzkumu z bakalářské práce Kláry Ptáčkové z roku 2020, která se zabývala vlivem stomie na život člověka, bakalářské práce Pavly Jánské z roku 2012 a bakalářské práce Ivany Hejlové z roku 2012.

Pro druhou část dotazníku byl použit standardizovaný dotazník WHOQOL – BREF, který, jak již bylo zmíněno, se skládá z 24 položek uspořádaných do 4 domén (*fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí*) a dvou samostatných otázek, které se zaměřují na celkovou kvalitu života (Q1) a spokojenost se zdravím (Q2). Otázka zaměřující se na to, jak by respondenti hodnotili celkovou kvalitu života pro nás byla klíčovou pro vyhodnocení hlavního cíle výzkumného šetření. Na tuto otázku respondenti odpovídali na stupnici 1 (nejhorší kvalita života) – 5 (nejlepší kvalita života). Jak můžeme vidět na grafu č. 9, největší počet respondentů – 67 osob (46,5 %) hodnotí svoji kvalitu života jako dobrou. Jako velmi dobrou poté hodnotí kvalitu života 33 respondentů (22,9 %). Neutrálně odpovědělo 36 dotazovaných (25 %). 4 respondenti (2,8 %) uvedli, že kvalita jejich života je špatná a stejný počet respondentů svoji kvalitu života považuje za velmi špatnou (2,8 %). Průměrná kvalita života našeho výzkumného souboru vyšla 3,74.

Dílčí cíl 1: Zjistit, jak moc se liší kvalita života pacientů se střevní stomií od kvality života normální populace.

V porovnání s hodnotami v tabulce číslo 41 můžeme vidět, že pacienti se stomií mají mírně sníženou kvalitu života oproti populační normě (rozdíl 0,08) a také hůře hodnotí úroveň svého zdraví (rozdíl 0,33). Při zaměření se na výsledky v jednotlivých doménách poté můžeme v tabulce č. 42 sledovat, že stomici vykazovali horší kvalitu života v oblasti fyzického zdraví (DOM 1), kde byl rozdíl oproti populační normě 0,82. Doména číslo 2 (prožívání) a doména číslo 4 (prostředí) naopak dosáhly vyšších hodnot, než je populační norma. Doména číslo 3 (sociální vztahy) byla nepatrně snížena s rozdílem 0,06 oproti populační normě. Pro porovnání výsledků našeho výzkumného souboru jsem použila výsledky výzkumu z bakalářské práce Pavly Malíkové z roku 2013, která svůj výzkum zaměřila na 74 respondentů se střevní stomií a také využila pro hodnocení kvality života dotazník WHOQOL – BREF. I v případě jejího výzkumu byla

kvalita stomiků snížena hlavně v otázkách Q1 a Q2. Dále popisuje horší výsledky v doméně číslo 1 (fyzické zdraví), doméně číslo 2 (prožívání) a doméně číslo 3 (sociální vztahy) v porovnání s populační normou. Doména číslo 4 (prostředí) poté vykazovala vyšší hodnoty než normální populace. Při porovnání obou výzkumů tedy můžeme říct, že respondenti z bakalářské práce Malíkové hodnotí kvalitu jejich života hůře než pacienti z našeho výzkumného souboru.

Zajímalo nás, proč stomici z našeho výzkumného souboru, mají lepší průměr kvality života v doméně prožívání a prostředí než normální populace. Stejného výsledku dosáhla ve svém výzkumu z roku 2012 například Hejlová, která se zabývala kvalitou života vybraných osob s Crohnovou chorobou, kdy nemocní dosáhli vyšších hodnot jak v doméně prostředí, tak v doméně prožívání. Podobné výsledky poskytuje i výzkum zveřejněný v časopisu Kontakt z roku 2016, který provedli Mahrová, Svoboda, Křížová, Prajsová a Dragomirecká, a který byl zaměřen na kvalitu života u pacientů podstupujících peritoneální dialýzu. I v tomto případě hodnotili respondenti kvalitu života v doménách prožívání a prostředí lépe než normální populace.

Domnívám se, že pozitivní výsledky v těchto doménách jsou ovlivněny velkým pokrokem v léčebných a ošetrovatelských postupech u chronicky nemocných pacientů. Zdravotní péče je pro pacienty velmi dostupná prostřednictvím stomických poraden a je více zaměřená na správnou edukaci, kterou provádějí kvalifikované stomické sestry. Došlo také k velké popularizaci domácí péče či domácí hospicové péče, která umožňuje poskytování odborné zdravotnické péče nemocným v prostředí jejich domova.

Chronicky nemocní pacienti mají možnost se se svými problémy svěřovat nejen rodině a přátelům ve svém okolí, ale také vzniká čím dál více spolků, kde se soustředí nemocní se stejnou problematikou. Dále došlo k vzniku různých internetových skupin či diskusí, kde se mohou stomici navzájem podpořit a sdílet mezi sebou své zkušenosti. Pro chronicky nemocného člověka je podle mého názoru nejdůležitější cítit psychickou podporu od nejbližších, cítit se potřebný a mít stálou perspektivu ve svém životě. Také si myslím, že pro člověka, který trpí chronickým onemocněním nejsou faktory prostředí tak moc důležité, jako například fyzické zdraví.

Dílčí cíl 2: Porovnat kvalitu života pacientů ve vztahu k různým typům stomie.

Jako druhý dílčí cíl jsme si určily porovnat kvality života pacientů ve vztahu k různým typům stomie. K dosažení tohoto cíle nám napomohla otázka č. 4, kde jsme se právě zaměřily na typ stomie dotazovaných. Jelikož jsme výzkum zaměřily pouze na pacienty se střevní stomií, měli respondenti na výběr ze tří odpovědí (kolostomie, ileostomie, kolostomie i ileostomie). Pro nízký počet odpovědí u možnosti kolostomie i ileostomie, kdy odpověděli pouze 2 respondenti, jsme respondenty přiřadily každého k jedné skupině. Jak je znázorněno na grafu číslo 45, nejvíce respondentů – 82 (56,3 %) odpovědělo, že mají kolostomii a 62 respondentů má ileostomii (43,1 %). Pro vyhodnocení výsledků kvality života jsem opět použila finální skóre dotazníku WHOQOL – BREF a Stoma – QOL. Předpokládala jsem, že ileostomici budou hodnotit celkovou kvalitu života hůř než pacienti s kolostomií. Stanovila jsem si proto několik hypotéz, které jsem poté statisticky ověřila pomocí neparametrického testu nulové hypotézy – Mann – Whitney U – test.

H₁. Pacienti s ileostomií mají nižší kvalitu života než pacienti s kolostomií.

V případě první hypotézy jsem předpokládala, že pacienti s ileostomií hodnotí svoji kvalitu života hůř než pacienti s kolostomií a existuje tak statisticky významná závislost mezi typem stomie a kvalitou života. Stanovila jsem si tedy nulovou hypotézu H₀, že: „pacienti s ileostomií hodnotí kvalitu života stejně jako pacienti s kolostomií“ a alternativní hypotézu H₁, že: „pacienti s ileostomií hodnotí kvalitu jejich života hůř než pacienti s kolostomií“. V případě této hypotézy vyjde hodnota kvantilu **p= 0,0549**. Signifikantní rozdíl je tedy větší než 0.05 (0,0549>0,05). V tomto případě hypotézu, že: „pacienti s ileostomií hodnotí kvalitu jejich života hůř než pacienti s kolostomií“, na hladině pravděpodobnosti 5 % nelze přijmout. **Typ stomie tedy v případě našeho výzkumného souboru nemá žádný vliv na kvalitu života.**

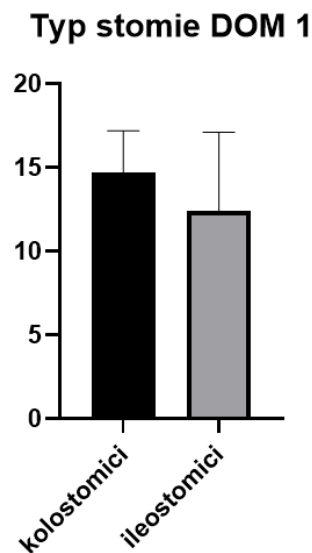
H₂ – Pacienti s kolostomií jsou více spokojeni se svým zdravím než pacienti s ileostomií.

Stejně jako v případě první hypotézy jsem si opět stanovila nulovou hypotézu H₀, která zní: „pacienti s kolostomií jsou spokojeni se svým zdravím stejně jako pacienti s ileostomií“ a alternativní hypotézu H₂, že: „pacienti s kolostomií jsou více spokojeni se svým zdravím než pacienti s ileostomií“. I v případě druhé hypotézy vyšla hodnota p

větší než 0,05 ($p=0,0936$). Hypotézu, že: „pacienti s kolostomií jsou více spokojeni se svým zdravím než pacienti s ileostomií,“ tedy nelze přijmout. Můžeme tedy říct, že **typ stomie v případě našeho výzkumného souboru nemá vliv na spokojenost nemocného se zdravím.**

H₃ – Pacienti s kolostomií lépe hodnotí kvalitu svého fyzického zdraví než pacienti s ileostomií.

V případě další hypotézy jsem předpokládala, že kolostomici budou v doméně číslo 1 dosahovat vyšších hodnot než ileostomici. Stanovila jsem si tedy opět nulovou hypotézu H_0 , že: „pacienti s kolostomií hodnotí kvalitu svého fyzického zdraví stejně jako pacienti s ileostomií“ a alternativní hypotézu H_3 , že: „pacienti s kolostomií hodnotí kvalitu jejich fyzického zdraví lépe než pacienti s ileostomií“. Hodnota kvantilu v tomto případě vyšla nižší než 0,05 ($p=0,0085$) a tím pádem přijímám alternativní hypotézu H_3 . Na grafu 38 jsou poté znázorněny průměrné hodnoty obou skupin. Rozdíl mezi mediány obou skupin je 2,005. **Pacienti s kolostomií v našem výzkumném souboru tedy hodnotí kvalitu fyzického zdraví lépe než pacienti s ileostomií.**

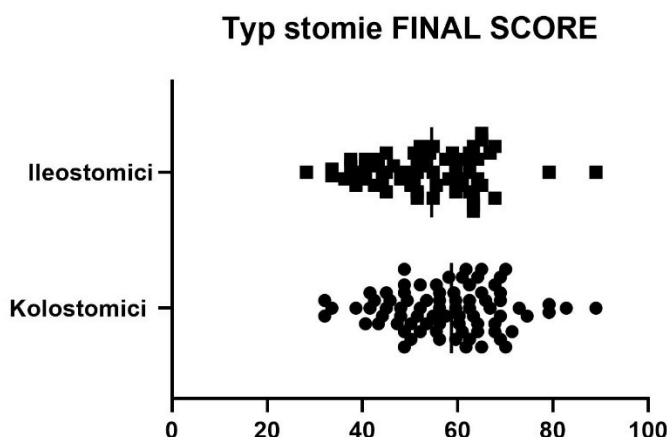


Graf č. 38 – Typ stomie DOM 1 (průměr)

H₄ – Hodnoty final score vykazují vyšší hodnoty u kolostomiků než u ileostomiků.

Dále jsem předpokládala, že hodnoty final score budou u ileostomiků vykazovat nižší hodnoty než v případě kolostomiků. Opět jsem si stanovila nulovou hypotézu H_0 , že: „hodnoty final score nedosahují u pacientů s kolostomií vyšších hodnot než u

pacientů s ileostomií“ a alternativní hypotézu H_4 , že: „hodnoty final score dosahují u pacientů s kolostomií vyšších hodnot než u pacientů s ileostomií“. Pomocí statistického ověření jsem poté získala výsledek statistické významnosti $p=0,0375$. Na grafu číslo 39 je poté znázorněn medián obou skupin. Alternativní hypotézu H_4 tudíž přijímám a mohu říct, že **hodnoty final score dotazníku Stoma-QOL v případě našeho výzkumného souboru dosahují vyšších hodnot u kolostomiků než u ileostomiků.**



Graf č. 39 – Final score u typu stomie (medián)

Když bychom tedy shrnuly poznatky získané pomocí výsledků, které jsme si statisticky ověřily, můžeme konstatovat, že typ stomie má určitý vliv na kvalitu života stomika. V největší míře ovlivňuje typ stomie spokojenost s fyzickým zdravím, na které se soustředí otázky v doméně číslo 1. To můžeme posoudit i podle výsledků, které jsou znázorněny v grafu číslo 40, kde je vidět signifikantní rozdíl mezi ileostomií a kolostomií. S doménou číslo 1 úzce souvisí i otázka Q2, která se zabývá spokojeností se zdravím obecně. Statisticky je zde ale malý signifikantní rozdíl mezi oběma skupinami. Myslím si, že tento rozdíl je způsoben obecným zaměřením otázky Q2, která se soustřeďuje na celkovou spokojenost se zdravím, kdežto doména číslo 1 se zaměřuje na specifické problémy a potřeby probandů.

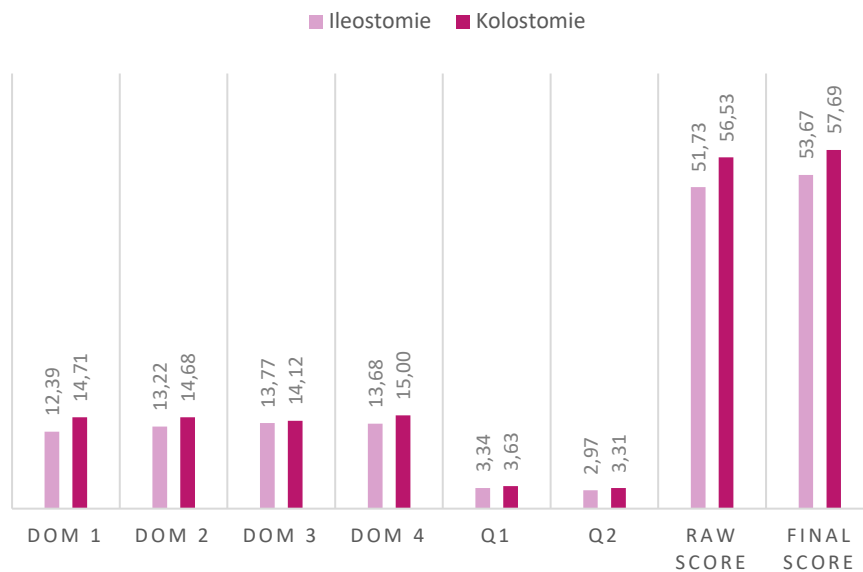
Na grafu číslo 40 můžeme vidět, že celkové skóre všech domén bylo u ileostomiků nižší než u kolostomiků, ovšem opět se statisticky nevýznamnými rozdíly. Co se týče jednotlivých otázek v doméně číslo 1, ileostomici vykazovali horší výsledky v otázce, která se zaměřuje na omezení činností z důvodu bolesti. Tento fakt může být způsoben primárně například rozsáhlým operačním výkonem na tenkém střevě, který

vedl k vytvoření ileostomie nebo onemocněním, které může i po vytvoření ileostomie opět progredovat (např. *Crohnova choroba*) či sekundárně kupříkladu bolestivostí v okolí stomatu (*iritační dermatitidy, kandidóza*). Stolice v tenkém střevě není zahuštěná a obsahuje vyšší podíl trávicích enzymů, proto dochází mnohem častěji k iritaci peristomální pokožky. Stolice také odchází mnohem častěji a ve větším množství, než je tomu u kolostomie. Všechny tyto aspekty poté ovlivňují kvalitu života ileostomika.

Více jsem se poté zaměřila na otázku **Q17**, která se zabývá schopností provádět každodenní činnosti. Předpokládala jsem, že z důvodu frekventovanějšího vylučování stolice a potřeby zvýšené péče o stomii, budou ileostomici distancováni od schopnosti provádět každodenní činnosti, tak jak byli zvyklí před operací. Celkový průměr výsledků této otázky je v případě našeho výzkumného souboru 3,57. Ileostomici, jak jsem předpokládala, skutečně hodnotí jejich schopnost provádět činnosti hůře než kolostomici.

Bohužel jsem neměla možnost, své dosavadní poznatky porovnat s jinými výzkumy, protože jsem nenašla žádný výzkum, který by se přímo zabýval rozdíly v kvalitě života u různých typů stomie. Podle mého názoru se kvalita života ileostomiků v posledních letech zdárně vyrovnává kvalitě života kolostomiků.

S příchodem modernějších stomických pomůcek a nových léčebných či ošetrovatelských přístupů, se péče o pacienty s ileostomií zlepšuje. Například společnost OstomyCure AS se sídlem v Oslu od roku 2020 pracuje na vývoji revoluční lékařské technologie zvané *Transcutaneous Implant Evakuation Solution - TIES*®, která by měla být určena pro pacienty s Ulcerózní kolitidou či Crohnovou chorobou, kteří by jinak byli odkázáni na život s trvalou ileostomií. Tato pomůcka by měla být ekonomicky výhodná a sloužit jako prevence herniace, podráždění pokožky či infekce a měla by pracovat na principu bezsáčkové metody. Myslím si, že pokud se tato metoda rozšíří globálně, mohlo by to znamenat velký pokrok ve zlepšení kvality života ileostomiků.



Graf č. 40 – Jednotlivé skóre v porovnání s typem stomie

Dílčí cíl 3: Zjistit vliv dalších proměnných (pohlaví, věk, rodinný stav, dočasnost stomie) na kvalitu života pacienta se střevní stomií.

Další cíl byl zaměřen na specifikaci vlivu dalších proměnných na kvalitu života pacienta se střevní stomií. K dosažení tohoto cíle nám opět posloužily otázky, které se v první části dotazníku zaměřují na sociodemografické údaje respondentů. Především poté otázky směřující na pohlaví, věk, rodinný stav a dočasnost stomie. Jak již bylo zmíněno, kvalita života je velmi individuální a při jejím hodnocení hraje roli mnoho faktorů. Pomocí statistických metod jsem vyhodnotila jednotlivé proměnné s jednotlivými doménami dotazníku WHOQOL-BREF a Stoma – QOL. Ty, kde byly významnější signifikantní rozdíly nebo naopak vyšly rozdíly menší, než jsem očekávala, jsem poté zařadila do této diskuse. Opět jsem využila pro statistické porovnání neparametrický test nulové hypotézy – Mann – Whitney test a ordinary one-way ANOVA test. Stejně jako u předchozího cíle jsem si znovu stanovila pracovní hypotézy.

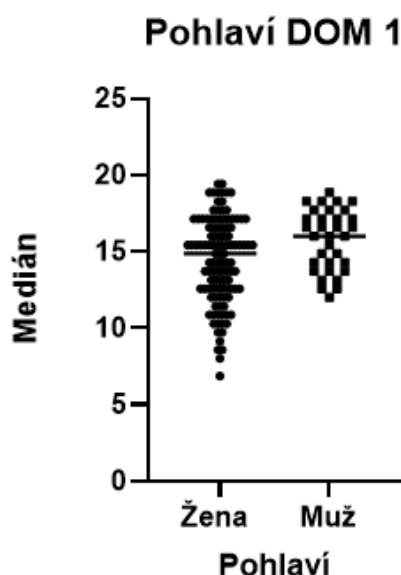
H₅ – Muži hodnotí kvalitu jejich života lépe než ženy.

Předpokládala jsem, že muži budou dosahovat vyšších výsledků v otázce Q1 než ženy. Stanovila jsem si tedy nulovou hypotézu H₀, která zní, že: „muži hodnotí kvalitu jejich života stejně jako ženy“ a alternativní hypotézu H₅, že: „muži hodnotí kvalitu

jejich života lépe než ženy“. Celkově dotazník zodpovědělo 111 žen a 33 mužů. Dochází tedy k výraznému nepoměru mezi počtem respondentů. I přesto průměrná hodnota kvality života u mužů z našeho výzkumného souboru je 3,76, kdežto u žen je průměrná hodnota 3,62 (rozdíl 0,14). Po statistickém ověření nám vyšlo, že hodnota $p=0,7628$. Na hladině statistické významnosti, kdy $P < 0.05$, tedy alternativní hypotézu H_5 nelze přijmout. **Můžeme tedy konstatovat, že pohlaví v případě našeho výzkumného souboru nemá vliv na kvalitu života.**

H_6 – Muži dosahují vyšších výsledků v DOM 1 (fyzické zdraví) než ženy.

V případě další hypotézy jsem se snažila porovnat výsledky mezi pohlavími v doméně číslo 1, která se zaměřuje na fyzické zdraví. Předpokládala jsem, že muži budou v této doméně dosahovat vyšších výsledků než ženy. Průměrná hodnota v DOM1 v případě našeho výzkumného souboru vyšla u žen 14,42 a u mužů 15,77 (rozdíl 1,35). Rozdíl je tedy signifikantní. Stanovila jsem si nulovou hypotézu, že: „muži dosahují v DOM1 stejných výsledků jako ženy“ a alternativní hypotézu H_6 , že: „muži dosahují vyšších výsledků v DOM1 než ženy“. Po statistickém ověření nám vychází hodnota $p=0,0145$. Na hladině statistické významnosti, kdy $P < 0.05$, tedy alternativní hypotézu H_6 přijímám a **mohu říct, že muži v případě našeho výzkumného souboru hodnotí své fyzické zdraví lépe než ženy.**



Graf č. 41 – Pohlaví – DOM 1 (medián)

H₇ – Ženy dosahují horších výsledků v DOM 2 (prožívání) než muži.

I v případě další hypotézy jsem předpokládala, že ženy budou hůře hodnotit otázky, které se soustředí na prožívání daného jedince. Průměrná hodnota DOM2 u žen je 14,74 a u mužů 15,70 (rozdíl 0,96). Stanovila jsem si opět nulovou hypotézu, která zněla, že: „ženy dosahují stejných výsledků v DOM 2 jako muži“ a alternativní hypotézu H₇ že: „ženy dosahují horších výsledků v DOM 2 než muži“. Rozdíl ale není statisticky významný, protože hodnota $p=0,1354$. Proto alternativní hypotézu H₇ nelze přijmout. **Pohlaví tedy v případě našeho výzkumného souboru nemá významnější vliv na citové prožívání respondentů.**

H₈ – Respondenti ve věku 20 – 35 let hodnotí kvalitu jejich života lépe než respondenti ve věku 55 – 65 let a více jak 65 let.

V případě další hypotézy jsem předpokládala, že respondenti ve věku 20 – 35 let hodnotí kvalitu jejich života lépe než respondenti ve věku 55 – 65 let a více jak 65 let. Celkový průměr u 33 respondentů ve věku 20 – 35 let byl 3,94, u 12 respondentů ve věku 55 – 65 let poté 3,59 a u 19 probandů starších 65 let byla poté průměrná hodnota 3,58. Pro statistické ověření jsem v tomto případě použila Kruskal – Wallisův test, který slouží pro více než 2 pozorování. Stanovila jsem si opět nulovou hypotézu, že: „respondenti ve věku 20 – 35 let hodnotí kvalitu jejich života stejně jako respondenti ve věku 55 – 65 let a více jak 65 let“ a alternativní hypotézu H₈, že: „respondenti ve věku 20-35 let hodnotí kvalitu jejich života lépe než respondenti ve věku 55 – 65 let a více jak 65 let“. Hodnota pravděpodobnosti v tomto případě $p=0,2229$ na hladině statistické významnosti, kdy $P < 0.05$, tedy alternativní hypotézu H₈ nemohu přijmout. **Můžeme tedy říct, že věk v případě našeho výzkumného souboru nemá větší vliv na kvalitu života respondentů.**

H₉ – Hodnoty final score dosahují rozdílných hodnot v závislosti na věkové kategorii respondentů.

V případě této hypotézy jsem předpokládala, že hodnoty final score budou rozdílné u jednotlivých věkových kategorií. Průměrná hodnota final score u věkové skupiny 20 – 35 let byla 56,55, u respondentů ve věku 36 – 45 poté 54,67, ve věku 46 – 55 55,49, u věkové skupiny 56 – 65 let poté 55,61 a u probandů starších 65 let byl průměr 56,63. Pro statistické ověření jsem využila one – way ANOVA test. Stanovila jsem si nulovou hypotézu, že: „hodnoty final score nedosahují rozdílných hodnot

v závislosti na věkové kategorii respondentů“ a alternativní hypotézu, že: „hodnoty final score dosahují rozdílných hodnot v závislosti na věkové kategorii respondentů“. Hodnota pravděpodobnosti $p = 0,9494$ je větší než 0,05 a tím pádem není statistická významnost mezi jednotlivými věkovými kategoriemi a final score. Alternativní hypotézu H_9 tudíž nelze přijmout. **V případě našeho výzkumného souboru tedy neměla věková kategorie respondentů vliv na hodnoty final score.**

H_{10} – Rozvedení respondenti dosahují nižších skóre v DOM 3 (sociální vztahy) než respondenti, kteří jsou v manželském svazku.

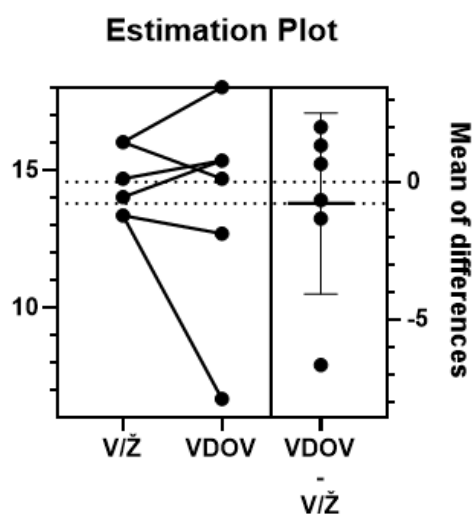
Předpokládala jsem, že respondenti, kteří jsou rozvedení, budou dosahovat horších výsledků v doméně číslo 3, která se skládá z otázek zaměřujících se na sociální vztahy respondentů než respondenti, kteří jsou v manželském svazku. Průměrná hodnota DOM 3 u respondentů v manželském svazku byla 15,51. U rozvedených respondentů poté tato hodnota byla 13,38 (rozdíl 2,13). Rozdíl byl tedy v tomto případě opravdu příznačný. Opět jsem si stanovila nulovou hypotézu, že: „rozvedení respondenti dosahují stejných výsledků v DOM 3 jako respondenti v manželském svazku“ a alternativní hypotézu H_{10} , že: „rozvedení respondenti dosahují nižších skóre v DOM 3 než respondenti, kteří jsou v manželském svazku“ a své výsledky jsem statisticky ověřila.

S výsledkem $P = 0,0036$ na hladině statistické významnosti, kdy $P < 0.05$ tedy přijímám alternativní hypotézu H_{10} . **Můžeme tedy konstatovat, že rozvedení respondenti v případě našeho výzkumného souboru opravdu dosahují nižších skóre v doméně sociálních vztahů než respondenti v manželském svazku.**

H_{11} – Respondenti, kteří jsou v manželství vykazují lepší výsledky v DOM 2 (prožívání) než ovdovělí respondenti.

Dále nás zajímalo, zda má rodinný stav vliv na prožívání daného jedince. Průměrná hodnota u 76 respondentů, kteří jsou v manželství byla 15,18 a u 6 ovdovělých respondentů 13,78. Určila jsem si opět nulovou hypotézu, že: „respondenti, kteří jsou v manželství nevykazují lepší výsledky v DOM 2 než ovdovělí respondenti“ a alternativní hypotézu H_{11} , že: „respondenti, kteří jsou v manželství vykazují lepší výsledky v DOM 2 než ovdovělí respondenti“. V tomto případě jsem použila párový t-test. Pro nízký počet odpovědí ovdovělých respondentů ale nemůžeme vyvodit vyšší

statistický závěr a párování nebylo statisticky efektivní. Hodnota $p=0,0584$ je na hranici statistické významnosti, kdy $P < 0.05$ a **alternativní hypotézu H_{11} tedy nelze přijmout.**



Graf č. 42 – Grafické znázornění párového t-testu u H_{11}

H_{12} – Respondenti, kteří mají dočasnou stomii hodnotí kvalitu jejich života lépe než respondenti s trvalou stomií.

Předpokládala jsem, že stomici s dočasnou stomií budou hodnotit kvalitu jejich života lépe než stomici s trvalou stomií. Respondentů s dočasnou stomií odpovědělo celkem 39 a respondentů s trvalou stomií bylo celkem 105. Průměrná hodnota otázky Q1 u možnosti trvalá stomie byla 3,26 a u dočasné stomie byl průměr 3,78. Stanovím si nulovou hypotézu, že: „respondenti, kteří mají dočasnou stomii hodnotí kvalitu jejich života stejně jako respondenti s trvalou stomií“ a alternativní hypotézu H_{12} , že: „respondenti, kteří mají dočasnou stomii hodnotí kvalitu jejich života lépe než respondenti s trvalou stomií“. Pro statistické ověření jsem opět použila Mann – Whitney test. Hodnota $p= 0,0284$ je na hladině statistické významnosti menší než 0,05. Tím pádem mohu přijmout alternativní hypotézu H_{12} a **konstatovat, že respondenti s dočasnou stomií v případě našeho výzkumného souboru opravdu vykazují vyšší hodnoty kvality života než pacienti s trvalou stomií.**

H₁₃ – Respondenti s trvalou ileostomií hodnotí kvalitu jejich života hůře než respondenti s trvalou kolostomií.

Dále jsme chtěli specifikovat kvalitu života u trvalé stomie s ohledem na typ stomie. Porovnávala jsem tedy odpovědi respondentů s trvalou ileostomií, kterých odpovědělo 66 a respondentů s trvalou kolostomií, kterých bylo 40. Průměrný výsledek kvality života u respondentů s trvalou ileostomií byl 3,05 a u respondentů s kolostomií byl průměr 3,85. Stanovila jsem si opět nulovou hypotézu, že: „respondenti s trvalou ileostomií mají stejnou kvalitu života jako respondenti s trvalou kolostomií“ a alternativní hypotézu H₁₃, že: „respondenti s trvalou ileostomií hodnotí kvalitu jejich života hůře než respondenti s trvalou kolostomií“. Po statistickém vyhodnocení nám vyšel výsledek **p= 0,0001**. Můžeme tedy říct, že rozdíl je statistický významný. Tím pádem přijímám alternativní hypotézu H₁₃ a **mohu konstatovat, že v případě našeho výzkumného souboru hodnotí pacienti s trvalou ileostomií jejich kvalitu života hůře než pacienti s trvalou kolostomií.**

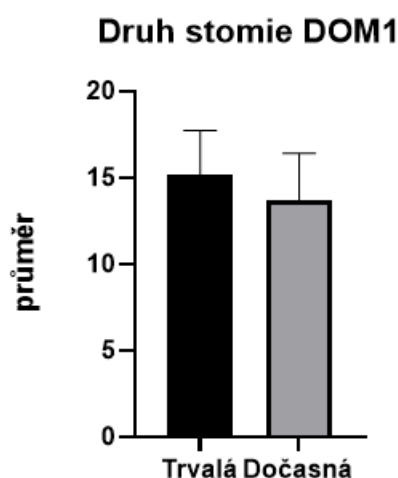
H₁₄ – Respondenti s trvalou ileostomií hodnotí kvalitu jejich života hůře než respondenti s dočasnou ileostomií.

Předpokládala jsem, že pacienti s trvalou ileostomií budou hodnotit kvalitu jejich života hůře než pacienti s dočasnou ileostomií. Dočasných ileostomiků odpovědělo celkem 23 (průměr 3,64) a respondentů s trvalou ileostomií odpovědělo 39 (průměr 4,17). Nulová hypotéza v tomto případě zněla, že: „respondenti s trvalou ileostomií mají stejnou kvalitu života jako respondenti s dočasnou ileostomií“ a alternativní hypotéza H₁₄, že: „respondenti s trvalou ileostomií hodnotí kvalitu jejich života hůře než respondenti s dočasnou ileostomií“. Hodnota **p=0,0604** je na hladině statistické významnosti větší než 0,05. Alternativní hypotézu H₁₄ tím pádem nemohu přijmout a **můžeme říct, že v případě našeho výzkumného souboru nehraje dočasnost ileostomie vliv na kvalitu života respondentů.**

H₁₅ – Respondenti s trvalou stomií vykazují vyšší hodnoty v DOM 1 než pacienti s dočasnou stomií.

Dále jsem předpokládala, že respondenti s trvalou stomií budou lépe hodnotit kvalitu jejich fyzického zdraví než respondenti s dočasnou stomií. Stomici s trvalou stomií udávali v doméně číslo 1 průměrný výsledek 15,43, kdežto stomici s dočasnou stomií hodnotili průměrně jejich kvalitu života výsledkem 13,71. Signifikantní rozdíl

jsem si opět statisticky ověřila a určila si nulovou hypotézu, že: „respondenti s trvalou stomií nevykazují vyšší hodnoty v DOM 1 než pacienti s dočasnou stomií“ a alternativní hypotézu H_{15} , že: „respondenti s trvalou stomií vykazují vyšší hodnoty v DOM 1 než pacienti s dočasnou stomií“. Po statistickém ověření mi vyšla hodnota $p=0,0033$. Signifikantní rozdíl je tedy menší než 0,05 a můžeme ho tak považovat za statisticky významný. Přijímám tedy alternativní hypotézu H_{15} a **mohu konstatovat, že v případě našeho výzkumného souboru hodnotí respondenti s trvalou stomií kvalitu jejich fyzického zdraví lépe než respondenti s dočasnou stomií.**



Graf č. 43 – Druh stomie DOM 1 (průměr)

Když tedy opět shrneme všechny statisticky ověřené výsledky, které nám poskytly odpovědi respondentů na jednotlivé sociodemografické údaje, můžeme konstatovat, že určitý vliv na kvalitu života tyto proměnné mají. Podle mého názoru velmi záleží i na typu osobnosti daného jedince, jeho psychickém stavu a odolnosti vůči všem působícím stresorům. Vytvoření stomie je pro člověka velká změna v dosavadním životě. Někdo se s touto skutečností smíří lépe, někdo se s ní nemusí smířit nikdy. Zajímalo nás, jak moc může adaptaci na stomii ovlivnit pohlaví respondentů. K tomu se vztahuje hypotéza číslo 5, kdy jsem předpokládala, že muži budou hodnotit kvalitu jejich života lépe než ženy.

V případě našeho výzkumného souboru se nám tato hypotéza nepotvrdila. Předpoklad, že kvalita života bude vycházet lépe u mužů než u žen, jsem stavěla na svých dedukcích, kdy si myslím, že muži nemají zvýšené nároky na jejich kvalitu života

jako ženy. Ženy si podle mého názoru více zakládají na svém vnějším image a hůře akceptují změněný obraz svého těla. Na to navazuji hypotézou H₇, kdy jsme předpokládaly, že ženy budou dosahovat horších výsledků v DOM 2, která je zaměřena na citové prožívání respondentů. Tato doména zahrnuje právě otázky, týkající se akceptace tělesného vzhledu (Q11), potěšení ze života (Q5), smyslu života (Q6), schopností soustředit se (Q7), spokojeností sám/sama se sebou (Q19) a prožívání negativních emocí (Q26). I v případě H₇ se nám tato hypotéza nepotvrdila. Pohlaví tedy v případě našeho výzkumného souboru nesehrálo větší roli v prožívání jedince. I přes to ale při zaměření se na jednotlivé otázky, můžeme říct, že ženy jsou až dvakrát tolik nespokojeny s obrazem svého těla než muži. Ženy v případě našeho výzkumného souboru také hůře hodnotily otázku **Q19** a **Q26**.

Své výsledky jsem neměla možnost porovnat s výzkumem z České republiky, protože se žádný výzkum nezabýval výhradně vlivem pohlaví na kvalitu života. Výzkum Lojo, De la Villa, Vega a Torres, který v roce 2018 zveřejnili v časopisu *American Journal of Gastroenterology*, a který byl zaměřen na genderové rozdíly kvality života souvisejících se stomií u Portorikánců s IBD interpretoval výsledky, které zmiňují významně lepší skóre kvality života u mužů než u žen. Podle něj by ošetřující personál měl věnovat zvýšenou pozornost depresi, poruchám spánku a narušenému obrazu těla, zejména pak u žen. Dále jsem použila k porovnání výzkum Josého O. Silvy z roku 2019, který byl publikován v časopise *Journal of Coloproctology*, který provedl průřezovou studii o vlivu některých sociodemografických údajů na kvalitu života pacientů se stomií. Ze svého výzkumu vyvodil závěr takový, že při zvažování vlivu pohlaví nebyly pozorovány žádné významné rozdíly jak v celkovém skóre, tak v analýze jednotlivých domén. Uvádí ale, že předchozí studie provedena v Německu ukázala, že ženy vykazují nižší skóre v oblasti fyzického zdraví a u mužů je snížena kvalita života v sexuální oblasti. Ve své práci zmiňuje i předchozí studii provedenou v Turecku se 44 pacienty, kteří podstoupili abdominální resekci, kdy výsledky jasně ukázaly, že ženy mají výrazně horší skóre než muži v obecném vnímání zdraví, emociální a duševní složce. Silva také uvádí, že pohlaví může ovlivnit kvalitu života respondentů, ale nestačí k tomu, aby se stalo prediktivním faktorem. K upřesnění těchto údajů by podle něj mohl pomoci výzkum prováděný u větší populace s vyváženějším poměrem mužů a žen.

Co se týče vlivu stáří respondentů na jejich kvalitu života, nepotvrdil se nám žádný statisticky významný rozdíl mezi jednotlivými věkovými kategoriemi. Předpokládala jsem, že bude určitý statisticky významný rozdíl mezi mladší věkovou skupinou 20 – 35 a věkovou skupinou 55 – 65 let a více jak 65 let. Myslím si, že mladší lidé jsou schopni se rychleji adaptovat na nové změny než starší generace i z důvodu větší životní motivace. Na druhou stranu si ale myslím, že starší lidé mají za sebou více životních zkušeností. Opět jde ale o velmi individuální faktor. V našem případě hodnotili pacienti ve věku 20 – 35 let a 36 – 45 let lépe otázky sdružující se do domény číslo 1 (*fyzické zdraví*), týkající se dostatku energie pro každodenní činnosti, spokojenost se spánkem nebo schopnosti pohybovat se. Opět ale nebyla shledána větší statistická významnost. Nebyla shledána žádná statistická významnost ani v případě výsledků final score dotazníku Stoma – QOL a jednotlivými věkovými kategoriemi.

Pro porovnání svých výsledků jsem opět neměla možnost využít výzkum provedený v České republice, protože jsem nenašla žádný, který by se přímo specifikoval na vliv věku na kvalitu života. Využila jsem poznatky ze starší pilotní studie Normana z roku 2007, který se právě zabíral vlivem věku na kvalitu života stomiků. Ten uvádí, že u mladších jedinců se zlepšily fyzické schopnosti na maximum již 6 měsíců po vytvoření stomie, kdežto u starších jedinců došlo k dosažení fyzických možností po 12 měsících. V závěru své studie také zmiňuje, že by bylo vhodné zaměřit se na péči o starší pacienty, kteří vyžadují větší fyzickou a duševní podporu při adaptaci na život se stomií.

Dále nás zajímalo, zda má vliv rodinný stav respondentů na kvalitu jejich života. Předpokládala jsem, že respondenti, kteří jsou v manželství budou vykazovat lepší výsledky v otázkách v doméně č. 3 (sociální vztahy) než rozvedení respondenti. Při porovnání výsledků v DOM 3 u rozvedených respondentů a výsledků u respondentů v manželství nám vyšel statistický rozdíl $p = 0,0036$. Tudiž se nám potvrdila naše hypotéza. DOM 3 se skládá z otázek, které se zabývají osobními vztahy (Q20), spokojeností se sexuálním životem (Q21) a podporou poskytovanou přáteli (Q22). Nejhůře poté rozvedení respondenti hodnotili otázku Q21 (průměr 2,57). Podobné výsledky přinesla ve svém výzkumu i Plazibat v roce 2017, který byl zveřejněn v časopisu Southeastern European Medical Journal a zabýval se právě vlivem rodinného stavu na kvalitu života pacientů s kolostomií. Ve svém výzkumu popisuje signifikantní

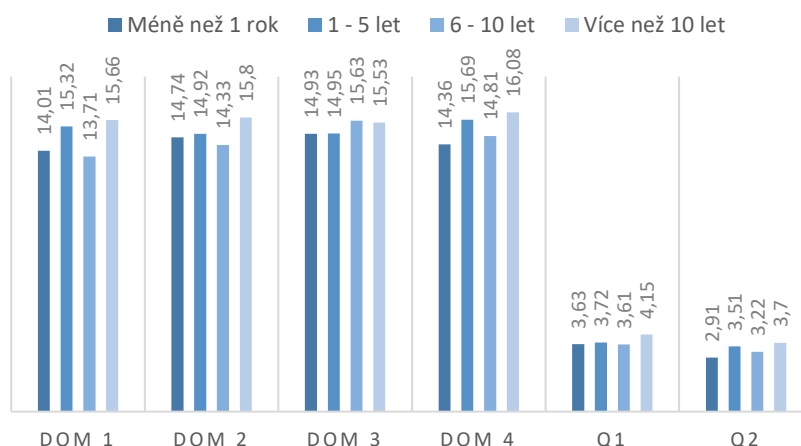
rozdíly mezi respondenty, kteří žijí sami (svobodní, rozvedení či ovdovělí) a respondenty, kteří jsou v manželském či nesezdaném svazku. Tyto rozdíly se poté týkají hlavně fyzického zdraví (Spearmanův korelační koeficient $\rho = 0.945$), duševního zdraví ($\rho = 0.943$), sociálních vztahů ($\rho = 0.829$) a duševní pohody ($\rho = 0.886$).

Myslím si, že horší výsledky v oblasti osobních a sexuálních vztahů u rozvedených či ovdovělých respondentů mohou být způsobeny pocitem osamění, beznaděje. Pacienti se stomií zůstávají sami na nově vzniklou situaci a nedostává se jim tak mnohdy dostatečná podpora. Co se týče sexuálních problémů, ty mohou být často způsobeny i sníženým sebevědomím po vytvoření stomie a následně problémy při hledání nového partnera. Bylo by určitě vhodné více se zaměřit na psychický stav stomika již před propuštěním, zjistit, jaká je jeho sociální anamnéza a případně nabídnout pomoc psychologa, informovat ho o spolcích stomiků, kde se sdružují lidé se stejnými problémy. Jako další jsem hodnotila vliv dočasnosti stomie na kvalitu života. Jako první hypotézu jsem si stanovila hypotézu, že: „respondenti, kteří mají dočasnou stomii hodnotí kvalitu jejich života lépe než respondenti s trvalou stomií“. Předpokládala jsem, že respondenti s dočasnou stomií mají větší motivaci přečkat jejich životní období se stomií, které je dočasné, kdežto respondenti s kolostomií se musí vyrovnat s tím, že stomii budou mít na svém těle pravděpodobně do konce života. Po statistickém ověření této hypotézy opravdu vyšel statisticky významný rozdíl mezi těmito dvěma skupinami. V další hypotéze jsem se více zaměřila na rozdílné typy stomií a na to, jak jejich dočasnost ovlivňuje kvalitu jejich života. Porovnávala jsem mezi sebou respondenty s trvalou ileostomií a respondenty s trvalou kolostomií a jejich odpovědi v otázce Q1. Stanovila jsem si hypotézu, která zněla, že: „respondenti s trvalou ileostomií hodnotí kvalitu jejich života hůře než respondenti s trvalou kolostomií“. Tato hypotéza se mi potvrdila. Ileostomici s trvalou stomií v našem výzkumném souboru vykazují horší výsledky než kolostomici s trvalou stomií. Celkově respondenti s dočasnou stomií hodnotí nejhůře doménu číslo 1 (průměr 13,71). Respondenti s trvalou stomií získali v doméně číslo 1 průměrný výsledek 15,18. Po statistickém ověření se mi potvrdilo, že dočasnost stomie vykazuje statisticky významný rozdíl. Pacienti s trvalou stomií v případě našeho výzkumného vzorku hodnotili všechny domény dotazníku WHOQOL-BREF převážně kladně. Horší výsledky poté vycházejí především v DOM 3 (sociální vztahy), kdy výsledné průměrné skóre bylo 14,81. Tento výsledek ale nebyl nijak signifikantně rozdílný oproti ostatním doménám.

Dílčí cíl 4: Zjistit, zda má doba vyvedení střevní stomie vliv na kvalitu života.

Další cíl práce byl zaměřen na to, zda má doba vyvedení stomie vliv na kvalitu života stomiků. K dosažení tohoto cíle jsem využila výsledky z první části dotazníku, kde byla respondentům položena otázka, jak dlouho mají vyvedenou stomii.

Období vyvedení stomie kratší než 1 rok udává celkem 35 respondentů (24,3 %). 71 respondentů (49,3 %) má stomii 1 – 5 let a 18 respondentů (12,5 %) udává dobu vyvedení jejich stomie 6 – 10 let. Více než 10 let má stomii 20 respondentů (13,9 %). Předpokládala jsem, že doba zavedení nebude mít významnější statistický vliv na kvalitu života respondentů. Stejný výsledek interpretuje ve své diplomové práci i Marešová (2009), která prováděla výzkum u 55 respondentů se střevní stomií. Ta ve své práci uvedla, že nevyhodnotila žádný statisticky významný rozdíl mezi různými časovými obdobími zavedení stomie. Myslím si, že adaptace na život se stomií je časově velmi individuální u každého stomika a nelze tvrdit, že každý se přizpůsobí této situaci stejně rychle. Někdo se se stomií naučí žít rok po vyvedení a někdo se ani po 10 letech nedokáže smířit s tím, že má na svém těle stomický sáček. Ke statistickému ověření jsem použila Kruskal – Wallisův test, který slouží k porovnání více skupin mezi sebou.



Graf č. 44 – Jednotlivé domény dotazníku WHOQOL – BREF a doba zavedení stomie

Statisticky významný rozdíl jsem zaznamenala v doméně číslo 1 (fyzické zdraví), kdy je hodnota $p=0,0065$. Můžeme tedy konstatovat, že doba zavedení stomie má určitý vliv na fyzické zdraví respondentů v našem výzkumném souboru. Výsledky jsou znázorněny na grafu č. 44. Stomici, kteří mají stomii méně než 1 rok hodnotili

jejich fyzické zdraví průměrnou hodnotou 14,01. Nejlépe hodnotí kvalitu fyzického zdraví stomici, kteří mají jejich stomii více než 10 let (15,66). Nejhorší výsledky vykazovala skupina stomiků, která má stomii 6 – 10 let (13,71). Stomici, kteří mají stomii 5 – 10 let dosáhli průměrné hodnoty 15,32. Hůře respondenti hodnotili otázku Q16, která se zaměřuje na spokojenost se spánkem, zejména potom respondenti, kteří mají stomii méně než 1 rok. Tento výsledek může být způsoben strachem z přeplněného stomického sáčku a následného úniku stolice během noci či pocitem diskomfortu při poloze na břiše nebo na boku. Postupem času se stomik naučí znát své limity a dokáže upravit své spánkové rituály. Stomická sestra by měla pacienta edukovat o tom, že je únik stolice mimo sáček přirozený, lze mu předcházet a přizpůsobit těmto situacím lůžko (gumová podložka, pogumované prostěradlo).

V doméně číslo 2 (prožívání) nebyl vyhodnocen žádný statisticky významný rozdíl. Nejlepší výsledky ale i v tomto případě vykazují stomici, kteří mají stomii více než 10 let (15,8). Nejhůře na otázky v této doméně odpovídali respondenti, kteří mají stomii 6 – 10 let (14,33). Stomici, kteří mají stomii 1 – 5 let získali celkový průměr 14,92. Respondenti, kteří jsou stomiky kratší dobu než 1 rok poté průměrně hodnotili jejich emocionální prožívání výsledkem 14,74. Stejně tak v doméně číslo 3 (sociální vztahy) nebyl shledán žádný statisticky významný rozdíl. Nejhůře kvalitu sociálních vztahů hodnotí stomici, kteří mají stomii méně než 1 rok. Doména číslo 3 se skládá z otázek, které se zabývají spokojeností s osobními vztahy (Q20), se sexuálním životem (Q21) a podporou poskytovanou přáteli (Q22). Pacient, který se stal čerstvě stomikem nemusí být plně smířen s faktem, že mu byla vytvořena stomie. Může prožívat pocity vzteku či beznaděje nebo odmítat sociální kontakt. Tím pádem můžou hůře hodnotit otázky, které se právě zaměřují na tyto oblasti. Ošetřující personál by měl v tomto případě edukovat stomika i jeho rodinu o potřebě trpělivosti a možnosti psychologické pomoci.

I v případě domény číslo 4 (prostředí), vyšlo konečné skóre (14,36) nejhůře u stomiků, kteří mají stomii méně než 1 rok. Při porovnání s ostatními časovými obdobími byl rozdíl statisticky významný. Statistická významnost byla menší než 0,05 ($P=0,0198$). Na grafu č. 44 můžeme vidět, že nejlepšího skóre (16,08) dosáhli stomici, kteří mají stomii více než 10 let. Doména číslo 4 se skládá z 8 otázek zaměřujících se na vliv zevního prostředí. Když se zaměříme na jednotlivé otázky z této domény, horší

výsledky vykazují stomici, kteří mají stomii méně než 1 rok u otázky Q14 (*možnost věnovat se svým zálibám*) a otázky Q12 (*dostatek peněz pro uspokojení potřeb*). Respondenti s nově vytvořenou stomií nemusí mít dostatek informací o sociálních výhodách pro stomiky (*příspěvek, průkaz TP/ZTP*), které by mohli zlepšit jejich finanční situaci. O těchto výhodách by měli být stomici edukováni stomickou sestrou před propuštěním z hospitalizace či v rámci stomických poraden. Dále by měli stomici konzultovat s lékařem možnost znovu se vrátit ke svým hobby a aktivitám, které vykonávali před vytvořením stomie. Spolu se stomickou sestrou poté mohou konzultovat vhodné stomické pomůcky, které jim umožní tyto aktivity znovu bez omezení vykonávat.

Když se podíváme na výsledky v otázce Q2 (*spokojenost se zdravím*), můžeme vidět, že nejméně jsou se svým zdravím spokojeni stomici, kteří mají stomii kratší dobu než 1 rok. Při porovnání s ostatními obdobími nám vyšel statisticky významný rozdíl ($p=0,0063$). Můžeme tedy říct, že doba zavedení stomie ovlivňuje spokojenost respondentů s jejich zdravím. Nejlépe své zdraví hodnotí stomici, kteří mají stomii více než 10 let (3,7). Za nejhorší své zdraví považují stomici, kteří mají stomii méně než 1 rok (2,91).

Rozdíly v otázce Q1 zaměřující se na celkovou kvalitu života respondentů nevykazovaly statisticky významný rozdíl. Nejhorše hodnotí kvalitu svého života stomici, kteří mají stomii 6 – 10 let (3,61). Nejlepší výsledky poté vykazují stomici, kteří mají stomii více než 10 let (4,15).

Podle získaných poznatků tedy můžeme konstatovat, že doba vyvedení stomie tedy nemá významnější vliv na kvalitu života respondentů v našem výzkumném souboru a spíše ovlivňuje jednotlivé domény než celkovou kvalitu života. Při zprůměrování všech domén a otázek u každého časového období jsme zjistily, že celkově nejlepší skóre vykazují stomici, kteří mají stomii více než 10 let (11,82). Stomici, kteří žijí se stomií více než 10 let se již podle mě dokázali plně adaptovat na stomii, a proto pozitivně hodnotí kvalitu jejich života. Jak už jsem ale zmiňovala, adaptace na změnu v podobě vytvořené stomie je velmi individuální a nelze tedy tvrdit, že každý se plně přizpůsobí za stejné časové období.

Dílčí cíl 5: Zmapovat koncept specifické kvality života u pacientů se střevní stomií.

V posledním cíli svého výzkumu jsem chtěla zmapovat problematiku specifické kvality života u pacientů se střevní stomií. Více jsem se zaměřila na výsledky respondentů v dotazníku Stoma – QOL, který se přímo specifikuje na problémy, se kterými se pacienti se stomií musí každý den potýkat. Jednotlivé výsledky respondentů již byly analyzovány výše. Dotazník Stoma-QOL se skládá z 20 otázek, které lze hodnotit na stupnici 1 – 4. Při sečtení všech odpovědí získáme hodnotu hrubého skóre, které poté převedeme pomocí hodnotící tabulky na hodnotu final score. V případě našeho výzkumného souboru byla průměrná hodnota final score 55,79. Minimální hodnota final score byla 28,24 a maximální hodnota poté 89,02 bodů. Malíková (2013) ve své bakalářské práci uvedla, že průměrná hodnota final score u 74 respondentů se střevní stomií byla v případě jejího výzkumu 51,1. Můžeme tedy konstatovat, že stomici z našeho výzkumného vzorku dosáhli vyšší hodnoty final score.

Celkově respondenti nejčastěji volili odpověď vůbec ne – která je hodnocena čtyřmi body (963 odpovědí). Nejhůře poté respondenti hodnotili otázku, týkající se únavy (průměr 2,12) a potřeby odpočinku během dne (průměr 2,22). Horší skóre bylo také zaznamenáno u otázky týkající se omezeného výběru oděvů (průměr 2,34), obavy z uvolnění sáčku (průměr 2,31) či obavy ze zvuků vycházejících ze stomie (průměr 2,42). Naopak nejlépe respondenti hodnotili otázku, která se týkala případných obav, že se rodina v okolí stomika cítí trapně (průměr 3,51). Respondenti z našeho výzkumného souboru nejhůře hodnotili jejich spánek a potřebu odpočívat. Ostatně i v dotazníku WHOQOL-BREF jsem zaznamenala horší výsledky v otázkách týkajících se spánku a energie. Ráda bych navázala na dílčí cíl číslo 4, kde jsem zmiňovala, že stomici, kteří mají stomii kratší dobu než 1 rok vykazovali právě horší hodnoty v otázce Q16 dotazníku WHOQOL-BREF, která se zaměřuje na spokojenost se spánkem. Myslím si, že i v případě dotazníku Stoma-QOL mohou horší výsledky v oblasti únavy a spánku pramenit ze strachu z přeplněného sáčku či uvolnění během noci, které se mohou objevovat nejčastěji právě u stomiků s nově vytvořenou stomií. Problémy s nedostatkem spánku a únavou nutně nemusí mít původ ve strachu z úniku stolice či jiné nepříjemné situace, která se může objevit během noci, ale mohou být způsobeny např. celkově špatným psychickým stavem, bolestí nebo jinými nepříjemnými subjektivními pocity. Stomik by se měl se o svých problémech s insomnií vždy poradit se svým lékařem či

stomickou sestrou, kteří by měli společně pátrat po etiologii těchto obtíží. Mohou využít nejrůznějších hodnotících technik podle subjektivně popisovaných pocitů stomika např. VAS, Pittsburský index kvality spánku atd. Nedostatek spánku může být důležitým aspektem ovlivňujícím aktivitu stomika, psychosociální oblast a zhoršovat tak adaptaci na život se stomií.

Další oblastí, která byla respondenty hůře hodnocená, byla oblast sexuální. Průměrné skóre v otázce číslo 9, která se právě zaměřuje na pocity sexuální nepřítažlivosti vyšlo v případě našeho výzkumného vzorku 2,57. 29 respondentů (16 %) udává, že stomie u nich neustále způsobuje pocity sexuální nepřítažlivosti. 45 respondentů (31 %) tyto pocity prožívá někdy. Podobně koncipovaná otázka v dotazníku WHOQOL-BREF, také vykazovala horší výsledky v sexuální oblasti. Negativní pohled na sexuální život může mít souvislost s narušeným obrazem těla, nepříjemnými pocity kvůli stomii a sníženým sebevědomím. Stomici také mnohdy nemusí být připraveni otevřeně hovořit o intimních problémech se svým lékařem, stomickou sestrou či se svým partnerem. Zajímavé výsledky interpretoval ve svém zahraničním výzkumu v časopisu *International Journal of Nursing Sciences* i Liao (2014), který uvádí, že problémy v sexuální oblasti nemají v případě výsledků zkoumaného vzorku ani tak původ v emocionálním prožíváním jedinců jako spíše v kulturním rozdílu mezi populacemi. Konstatuje, že výsledky jeho výzkumu, který byl realizován v Pekingu, mohly být ovlivněny určitým konzervativním názorem čínské populace na sex. Liao ve svém výzkumu také uvedl, že specifické problémy v sexuální oblasti spojené se stomií, mohou být u stomika ještě prohloubeny tím, že lidé v Číně zřídka diskutují o sexuálních problémech se zdravotnickým personálem nebo se tomuto tématu úplně vyhýbají. Kromě toho zdravotnický personál jen zřídka hovoří o těchto problémech s pacienty a jejich partnery. Proto si myslím, že je opravdu důležité hovořit se stomikem o této problematice a ujistit je v tom, že jde o naprosto přirozenou lidskou potřebu.

Na tuto problematiku úzce navazují i potíže s narušeným obrazem těla. Respondenti v případě našeho výzkumného souboru vykazovaly horší výsledky v otázce, která se týkala pocitu studu kvůli stomii (průměr 2,77). Respondenti také přiznávají, že stomie omezuje výběr oblečení, které mohou nosit (průměr 2,34). Tyto negativní pocity opět většinou souvisí se strachem z uvolnění stomického sáčku a

následným únikem stolice, únikem plynů, zvuků ze stomie, zápachem nebo neustálou potřebou vědět, kde je nejbližší toaleta. Edelmann ve svém výzkumu zdůrazňuje, že ztráta kontroly nad tělesným chováním, ztrapňuje jednotlivce ztrátou soukromí a pocity marginalizace. Tyto negativní pocity mohou u stomika vyvolat pocit ztráty vlastní identity a sociální role, na kterou byl zvyklý v období před zavedením stomie.

Pozitivním zjištěním pro mě bylo, že stomici v našem výzkumném souboru vcelku kladně hodnotili otázky, které se týkají sociálních vztahů. 56 % respondentů nemá vůbec potřebu vyhýbat se fyzickému kontaktu s přáteli. 53 % respondentů odpovědělo, že pro ně není obtížné být mezi ostatními lidmi a 54 % respondentů nemá problém při seznamování s novými lidmi. Velmi pozitivní výsledky vykazovala poslední otázka dotazníku Stoma – QOL, která se zaměřuje na obavy z toho, že se rodina v okolí stomika cítí trapně, kdy 70 % respondentů uvedlo, že vůbec netrpí tímto pocitem.

Po vyhodnocení výsledků respondentů v dotazníku Stoma – QOL můžeme konstatovat, že stomici hodnotí kvalitu života se stomií velmi dobře. Také můžeme říct, že nejhůře hodnocenou oblastí byla oblast zabývající se spánkem a odpočinkem a sexuální oblast. Určitě by tedy bylo vhodné se více zaměřit na problémy se spánkem u stomiků, které mohou dlouhodobě ovlivňovat fyzické i psychické schopnosti.

Myslím si, že dotazník Stoma – QOL je vhodným nástrojem pro hodnocení kvality života stomiků a mohl by být přínosem pro zlepšení dosavadních problémů, které se nejčastěji u pacientů se stomií vyskytují. Určitě by bylo vhodné, kdyby při každé návštěvě stomika ve stomické poradně byl stomikovi předložen dotazník a stomická sestra by tak mohla revidovat oblasti života, ve kterých je kvalita snižena nebo naopak zvýšená. Výsledky dotazníku by pak následně mohly být určitou zpětnou vazbou pro stomickou sestru.

ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala kvalitou života pacientů se střevní stomií. Práce byla rozdělena na teoretickou a empirickou část. V teoretické části jsem se snažila pomocí odborné literatury interpretovat základní informace o problematice střevních stomií, vymezila základní pojmy týkající se stomie a uvedla jsem základní rozdělení stomií, indikace k vytvoření stomie a krátce se věnovala předoperační a pooperační péči. Také jsem se zaměřila na obecnou definici kvality života a specifické aspekty ošetrovatelské péče o stomika, ke kterým jsem zároveň stanovila jednotlivé ošetrovatelské diagnózy.

V empirické části bakalářské práce jsem si stanovila hlavní a dílčí cíle. Výzkum probíhal formou kvantitativního výzkumu prostřednictvím dotazníkového šetření. Pro tento účel jsem použila standardizovaný dotazník od Světové zdravotnické organizace WHOQOL – BREF a dotazník Stoma – QOL. Šetření se zúčastnilo 144 respondentů s vytvořenou střevní stomií. Část respondentů byla hospitalizována v období říjen 2020 až duben 2021 v Nemocnici Pardubického kraje a.s. Z důvodu špatné epidemiologické situace většina respondentů odpovídala formou on-line zasláného dotazníku.

Dílčí cíle jsem si stanovila na základě získaných sociodemografických údajů o věku, pohlaví, rodinném stavu, dočasnosti a typu střevní stomie. Zjistila jsem, že respondenti v našem výzkumném souboru hodnotí svou kvalitu života hůře než normální populace, a to především v oblasti fyzického zdraví. V dalším cíli jsem se zaměřila na kvalitu života ve vztahu k různým typům stomie, kdy jsem zjistila, že typ stomie nemá v případě našeho výzkumného vzorku větší vliv na kvalitu života. Typ stomie měl ale vliv na hodnocení kvality fyzického zdraví, kdy kolostomici vykazovali lepší výsledky v této oblasti než ileostomici.

Z aspektů, které nejvíce ovlivňují vnímání kvality života měla největší vliv dočasnost stomie. Pohlaví respondentů nemělo vliv na kvalitu života, ale ženy vykazovaly horší výsledky v doméně fyzického zdraví. Nebyl shledán významnější statistický rozdíl mezi jednotlivými věkovými kategoriemi a kvalitou života. Ukázalo se, že respondenti v manželském svazku lépe hodnotí doménu sociálních vztahů než

rozvedení respondenti. V posledním cíli jsem se zabývala specifickou kvalitou života pacientů se stomií, kdy jsem více rozebrala výsledky respondentů v dotazníku Stoma – QOL. Za nejvíce problematické oblasti, ve kterých respondenti vykazovali nejhorší výsledky, jsem vyhodnotila oblast sexuální a oblast týkající se spánku a odpočinku. Naopak mě příjemně překvapily výsledky v oblasti sociálních vztahů, kde byly odpovědi respondentů velmi pozitivní.

Výsledky, které byly interpretovány v mé bakalářské práci, ale vykazují specifickou kvalitu života u malého výzkumného vzorku. Mé výsledky jsem se snažila porovnat s již dříve provedenými výzkumy, které byly provedeny i v zahraničí pro celistvější pohled na tuto problematiku. Přesto je kvalita života velmi individuální pojem, který je ovlivněn velkým množstvím vnějších i vnitřních faktorů.

Závěrem bych chtěla dodat, že nejdůležitějším faktorem pro úspěšnou adaptaci pacienta na stomii, a tím dosažení optimální hodnoty kvality života, je vzájemná spolupráce stomika se zdravotnickým personálem. Tato spolupráce by měla být dlouhodobá a založena na pozitivním přístupu jak ze strany stomika, tak ze strany ošetřujícího personálu. Lékař společně se sestrou musí brát každého stomika jako individuálního jedince a přizpůsobit této skutečnosti veškerou poskytovanou péči.

ANOTACE

Autor: Dominika Pištinková

Instituce: Ústav nelékařských studií

Název práce: Kvalita života pacientů se střevní stomií

Vedoucí práce: Mgr. Eva Vachková, Ph.D.

Počet stran: 165

Počet příloh: 7

Rok obhajoby: 2021

Klíčová slova: kvalita života, střevní stomie, stomik, ošetrovatelská péče, WHOQOL – BREF, Stoma – QOL

Bakalářská práce pojednává o kvalitě života pacientů se střevní stomií. V teoretické části jsou interpretovány základní informace týkající se problematiky stomií, definován pojem kvalita života a specifika ošetrovatelské péče u pacientů se střevní stomií.

Empirická část je zaměřena na výsledky kvantitativního dotazníkového šetření, ke kterému byl využit standardizovaný dotazník WHOQOL – BREF a specifický dotazník Stoma – QOL. Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 144 respondentů se střevní stomií. Následně jsou v této části bakalářské práce diskutovány stanovené cíle, kde jsou porovnávány hodnoty kvality života s populační normou. Dále se empirická část práce zaměřuje na vliv vybraných proměnných, typu, a době založení stomie na kvalitu života a zmapován koncept specifické kvality života pacientů se střevní stomií.

ANOTATION

Name and surname of the author: Dominika Pištinková

Institution: Charles University in Prague

Faculty of Medicine in Hradec Králové, Department of Non-medical Studies

Title: Quality of life of patients with intestinal stoma

Supervisor: Mgr. Eva Vachková, Ph.D.

Number of pages: 165

Number of appendixes: 7

Year of defense: 2021

Keywords: quality of life, intestinal stoma, ostomy, nursing care, WHOQOL – BREF, Stoma – QOL

The bachelor's thesis deals with the quality of life of patients with intestinal stoma. In the theoretical part, basic information related to the issue of stomas is interpreted, the concept of quality of life and the specifics of nursing care in patients with intestinal stoma are defined.

The empirical part focuses on the results of the quantitative questionnaire survey, for which the standardized WHOQOL – BREF questionnaire and the Stoma – QOL questionnaire were used. A total of 144 respondents with intestinal stoma participated in the survey. Subsequently, in this part of the bachelor's thesis, the set goals are discussed, where the values of quality of life are compared with the population standard. Furthermore, the empirical part of the thesis focuses on the influence of selected variables, type, and time of foundation of stoma on quality of life and mapped the concept of a specific quality of life of patients with intestinal stoma.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ZACHOVÁ, Veronika. *Stomie*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3256-5.
- MARKOVÁ, Marie. *Stomie gastrointestinálního a močového traktu*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-434-8.
- DRLÍKOVÁ, Kateřina, Veronika ZACHOVÁ a Milada KARLOVSKÁ. *Praktický průvodce stomika*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5712-4
- SVAČINA, Štěpán. *Klinická dietologie*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2256-6.
- VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3420-0.
- LUKÁŠ, Karel. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1283-0.
- LUKÁŠ, Karel a Jiří HOCH, ed. *Nemoci střev*. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 9788027103539.
- CYRANY, Jiří, BUREŠ, Jan, REJCHRT, Stanislav, KOPÁČOVÁ, Marcela. *Familiární adenomatózní polypóza: komplexní péče o pacienty*. *Vnitr Lek.* 2018;64(6):635-641.
- SCHNEIDEROVÁ, Michaela. *Perioperační péče*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4414-8.
- VODIČKA, Josef. *Speciální chirurgie. 2., dopl. vyd.* Praha: Karolinum, 2014. ISBN 978-80-246-2512-6.
- MUNTAU, Ania. *Pediatric. 2. české vyd.* Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4588-6.

MUNTAU, Ania. *Pediatricie*. Praha: Grada, 2009. ISBN 9788024725253.

DORT, Jiří, Eva DORTOVÁ a Petr JEHLIČKA. *Neonatologie*. 2., upr. vyd. Praha: Karolinum, 2013. ISBN 978-80-246-2253-8.

BARTŮNĚK, Petr, Dana JURÁSKOVÁ, Jana HECZKOVÁ a Daniel NALOS, ed. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4343-1.

OTRADOVCOVÁ, Iva a Lucie KUBÁTOVÁ. *Komplexní péče o pacienta se stomií*. Praha: Galén, c2006. Care. ISBN 8072624326.

ČOUPKOVÁ, Hana a Lenka SLEZÁKOVÁ. *Ošetřovatelství v chirurgii I*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3129-2.

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

MANDYSOVÁ, Petra a Jana ŠKVRŇÁKOVÁ. *Diagnostika poruch polykání z pohledu sestry*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0158-0.

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

MAREŠ, Jiří. *Kvalita života u dětí a dospívajících*. Brno: MSD, 2006-. ISBN 80-86633-65-9.

MAREŠ, Jiří a Eva VACHKOVÁ. *Pacientovo pojetí nemoci III*. Brno: MSD, 2011. ISBN 978-80-7392-191-0.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Velký lékařský slovník*. 4., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, c2004. ISBN 8073450372

HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU, ed. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace ...* Přeložil Pavla KUDLOVÁ, přeložil Petra MANDYSOVÁ. Praha: Grada, [2010] -. ISBN 9788024754123.

LOJO J.; DE LA VILLA R., MAYTE V., TORRES E., *Gender Differences in Stoma-Related Quality of Life in Puerto Ricans With IBD*, American Journal of Gastroenterology: February 2018 - Volume 113 - Issue - p S14

Elektronické zdroje:

RODA, Giulia., CHIEN Siew, KOTZE Gustavo Paulo, a kol., *Crohn's disease –* PubMed. *PubMed* [online]. April 2020, [cit. 28.1.2021]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32242028/>

JECH Zdeněk, Jiří HOCH a Martin KOUDA (2005). *Diagnostika a léčba ileózního stavu*. *Solen* [online]. 7(2), 70-73 [cit. 28.1.2021] Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/int/2005/02/03.pdf>

ADAMOVÁ, Zuzana, Radim SLOVÁČEK, R., Tomáš BÁR, Jiřina JUŘICOVÁ a Petr VLČEK (2015). *Stomické komplikace*. *Med. Praxe*, 12 (1), 44-45 Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2015/01/11.pdf>

JAVULKOVÁ, K. *Vybrané psychosociální problémy a kvalita života klientů se stomii*. Bakalářská práce. Olomouc: Univerzita Palackého, Fakulta zdravotnických věd, 2012. 51 s. Vedoucí práce J. Christina

PRIETO, L., THORSEN, H., JUUL, K. *Development and validation of quality of life questionnaire for patients with colostomy or ileostomy*. 2005. [online]. [cit. 2021-01-30]. Dostupné z: <https://hqlo.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1477-7525-3-62.pdf>

MARQUIS, O., MARREL, A., JAMBON, B. *Quality of life in patients with stomas: the Montreux Study* [online]. Lyon, France: Ostomy Wound Manage, 2003 [cit. 2021-01-30]. vol. 49, n. 2, p. 48-55. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12598701>

České ILCO Linkos.cz *Linkos: Česká onkologická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně »Linkos.cz* [online]. Copyright 2021 ČOS ČLS JEP [CIT. 30.1.2021]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/pomoc-v-nemoci/pacientske-organizace/ceske-ilco/>

Invalidní důchod – České ILCO z.s. *pacientské organizace ILCO – České ILCO, z.s.* [online]. Copyright 2020 [cit. 30.1.2021]. Dostupné z: <https://www.ilco.cz/clanky/praktickerady/invalidni-duchod/>

Strava – České ILCO, z.s. Projekt patientské organizace ILCO - České ILCO, z.s. [online]. Copyright © 2020 [cit. 31.01.2021]. Dostupné z: <https://www.ilco.cz/zivot-se-stomii/strava/>

MALÍKOVÁ, Pavla. *Kvalita života pacienta se střevní stomií* [online]. Hradec Králové, 2013 [cit. 2021-02-08]. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/128450/>
Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové. Ústav sociálního lékařství, Oddělení ošetrovatelství.

Ostomy, Continence, Interventional Urology, Wound & Skin Care Products | Coloplast [online]. Copyright © [cit. 06.02.2021]. Dostupné z: <https://www.coloplast.us/Global/US/Ostomy/Professional/Stoma%20QoL/Czech%20QoL.pdf>

JÁNSKÁ, Pavla. *Kvalita života pacientů se stomií*. [online]. Praha, 2012 [cit. 2021-02-08]. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/109744/>
Bakalářská práce. Ústav ošetrovatelství 2. LF UK a FN Motol.

PTÁČKOVÁ, Klára. *Vliv stomie na život pacienta*. [online]. Hradec Králové, 2020 [cit. 2021-02-08]. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/123536>
Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové. Ústav sociálního lékařství, Oddělení ošetrovatelství.

MAHROVÁ Andrea, Lukáš SVOBODA, Eliška KŘÍŽOVÁ, Jitka PRAJSOVÁ, Eva DRAGOMIRECKÁ. *Quality of life of patients on peritoneal dialysis treatment – Cross*

sectional study in the Czech Republic. Kontakt 2016; 18(4): e244–e252; Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2016.10.005>

OstomyCure – A Revolution in Stoma Therapy. OstomyCure – *A Revolution in Stoma Therapy* [online]. Copyright © 2021 [cit. 23.03.2021]. Dostupné z: <https://ostomycure.com/>

SILVA, José O. a kol. *Quality of Life (QoL) Among Ostomized Patients - a cross-sectional study using Stoma-care QoL questionnaire about the influence of some clinical and demographic data on patients' QoL* J. Coloproctol. (Rio J.) [online]. 2019, sv. 39, č. 1 [cit. 2021-03-25], s. 48-55. Dostupné z: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S223793632019000100048&lng=cs&nrm=iso>. ISSN 2317-6423. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcol.2018.10.006>.

MA N, HARVEY J, STEWART J, ANDREWS L, HILL AG. *The effect of age on the quality of life of patients living with stomas: a pilot study*. ANZ J Surg. [online]. 2007 [cit. 2021-03-25], Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17803555/>

PLAZIBAT V., PRLIC N, KOVAČEVIC A. *The quality of life of a patient with colostomy*. SEEMEDJ [online]. 2017; 1(2); 81-89 [cit. 2021-03-25], Dostupné z: <https://hrcak.srce.hr/file/302770>

MAREŠOVÁ, Jana. *Hodnocení kvality života pacientů se stomií* [online]. Brno, 2009 [cit. 2021-03-29]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/bx30e/> Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Milana ŠACHLOVÁ.

SEZNAM ZKRATEK

- PEG** – Perkutánní endoskopická gastrostomie
PEJ – Perkutánní endoskopická jejunostomie
KRK – Kolorektální karcinom
TNM – Klasifikace zhoubných novotvarů (Tumor – Nodus – Metastázy)
FAP – Familiární adenomatózní polypóza
APC – Gen adenomatózní polypózy tlustého střeva
ISZ – Idiopatické střevní záněty
CD – Crohn's disease (Crohnova choroba)
UC – Ulcerative colitis (Ulcerózní kolitida)
GIT – Gastrointestinální trakt
NEC – Nekrotizující enterokolitida
EKG – Elektrokardiografie
RTG – Rentgen
JIP – Jednotka intenzivní péče
ARO – Anesteziologicko – resuscitační oddělení
MZ – Ministerstvo zdravotnictví
ZTP – Zvlášť těžké postižení
TP – Těžké postižení
HRQL – Health – Related Quality of Life
QOL – Quality of Life
WHOQOL – The World Health Organization Quality of Life
Z.S. – Zapsaný spolek
STD – Směrodatná odchylka

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 – Pohlaví respondentů	65
Graf č. 2 – Věk respondentů	66
Graf č. 3 – Rodinný stav respondentů	67
Graf č. 4 – Typ stomie.....	68
Graf č. 5 – Doba od založení stomie	69
Graf č. 6 – Důvod založení stomie.....	70
Graf č. 7 – Typ stomie z časového hlediska.....	72
Graf č. 8 – Typ stomie z časového hlediska v porovnání s druhem stomie.....	73
Graf č. 9 – Hodnocení kvality života	74
Graf č. 10 – Spokojenost se zdravím	75
Graf č. 11 – Omezení činností z důvodu bolesti	76
Graf č. 12 – Potřeba lékařské péče pro fungování v každodenním životě.....	77
Graf č. 13 – Potěšení ze života.....	78
Graf č. 14 – Pocit smysluplnosti života	79
Graf č. 15 – Schopnost soustředit se	80
Graf č. 16 – Pocit bezpečí v každodenním životě.....	81
Graf č. 17 – Zdravé prostředí	82
Graf č. 18 – Pocit dostatečné energie pro každodenní život.....	83
Graf č. 19 – Akceptace tělesného vzhledu	84
Graf č. 20 – Dostatek peněz pro uspokojení potřeb	85
Graf č. 21 – Přístup k informacím.....	86
Graf č. 22 – Možnost věnovat se svým zálibám	87
Graf č. 23 – Schopnost pohybovat se.....	88
Graf č. 24 – Spokojenost se spánkem	89
Graf č. 25 – Schopnost provádět každodenní činnosti.....	90
Graf č. 26 – Spokojenost s pracovním výkonem	91
Graf č. 27 – Spokojenost s vlastní osobou	92
Graf č. 28 – Spokojenost s osobními vztahy.....	93
Graf č. 29 – Spokojenost se sexuálním životem.....	94
Graf č. 30 – Podpora poskytovaná přáteli.....	95
Graf č. 31 – Spokojenost s životními podmínkami.....	96

Graf č. 32 – Spokojenost s dostupností zdravotní péče	97
Graf č. 33 – Spokojenost s dopravou	98
Graf č. 34 – Negativní pocity	99
Graf č. 35 – Porovnání jednotlivých domén s populační normou.....	101
Graf č. 36 – Vyhodnocení Raw score – Stoma – QOL.....	113
Graf č. 37 – Vyhodnocení Final score – dotazník Stoma – QOL	114
Graf č. 38 – Typ stomie DOM 1 (průměr).....	119
Graf č. 39 – Final score u typu stomie (medián).....	120
Graf č. 40 – Jednotlivé skóre v porovnání s typem stomie	122
Graf č. 41 – Pohlaví - DOM1 (medián)	123
Graf č. 42 – Grafické znázornění párového t-testu u hypotézy 11.....	126
Graf č. 43 – Druh stomie DOM 1 (průměr)	128
Graf č. 44 – Jednotlivé domény dotazníku WHOQOL – BREF	132

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 - Ošetrovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie (výživa)	51
Tabulka č. 2 - Ošetrovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie (aktivita).....	52
Tabulka č. 3 – Ošetrovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie (vyučování)	54
Tabulka č. 4 - Ošetrovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie (sexualita).....	56
Tabulka č. 5 - Ošetrovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie (tolerance zátěže) ..	58
Tabulka č. 6 – Ošetrovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie (komfort)	59
Tabulka č. 7 – Pohlaví respondentů.....	65
Tabulka č. 8 - Věk respondentů	66
Tabulka č. 9 - Rodinný stav respondentů	67
Tabulka č. 10 - Typ stomie	68
Tabulka č. 11 - Doba od založení stomie	69
Tabulka č. 12 - Důvod založení stomie	70
Tabulka č. 13 - Typ stomie z časového hlediska	72
Tabulka č. 14 - Typ stomie z časového hlediska v porovnání s druhem stomie	73
Tabulka č. 15 - Hodnocení kvality života.....	74
Tabulka č. 16 - Spokojenost se zdravím.....	75
Tabulka č. 17 - Omezení činnosti z důvodu bolesti.....	76
Tabulka č. 18 - Potřeba lékařské péče pro fungování v každodenním životě	77
Tabulka č. 19 - Potěšení ze života	78
Tabulka č. 20 - Pocit smysluplnosti života.....	79
Tabulka č. 21 - Schopnost soustředit se.....	80
Tabulka č. 22 - Pocit bezpečí v každodenním životě	81
Tabulka č. 23 - Zdravé prostředí.....	82
Tabulka č. 24 - Pocit dostatečné energie pro každodenní život	83
Tabulka č. 25 - Akceptace tělesného vzhledu	84
Tabulka č. 26 - Dostatek peněz pro uspokojení potřeb	85
Tabulka č. 27 - Přístup k informacím	86
Tabulka č. 28 - Možnost věnovat se svým zálibám.....	87
Tabulka č. 29 - Schopnost pohybovat se	88
Tabulka č. 30 - Spokojenost se spánkem.....	89
Tabulka č. 31 – Schopnost provádět každodenní činnosti.....	90

Tabulka č. 32 - Spokojenost s pracovním výkonem.....	91
Tabulka č. 33 - Spokojenost s vlastní osobou.....	92
Tabulka č. 34 - Spokojenost s osobními vztahy	93
Tabulka č. 35 - Spokojenost se sexuálním životem.....	94
Tabulka č. 36 - Podpora poskytovaná přáteli	95
Tabulka č. 37 - Spokojenost s životními podmínkami	96
Tabulka č. 38 - Spokojenost s dostupností zdravotní péče.....	97
Tabulka č. 39 - Spokojenost s dopravou.....	98
Tabulka č. 40 - Negativní pocity	99
Tabulka č. 41 - Populační normy kvality života (Dragomirecká, Bartoňová, 2006).	100
Tabulka č. 42 - Porovnání jednotlivých domén s populační normou	101
Tabulka č. 43 - Obavy z plného sáčku.....	103
Tabulka č. 44 - Obavy, že se sáček uvolní	103
Tabulka č. 45 - Neustála potřeba vědět, kde je toaleta	104
Tabulka č. 46 - Obavy ze zapáchajícího sáčku.....	104
Tabulka č. 47 - Obavy ze zvuků stomie	105
Tabulka č. 48 - Potřeba odpočinku během dne.....	105
Tabulka č. 49 - Omezení výběru oděvů.....	106
Tabulka č. 50 - Únava během dne	106
Tabulka č. 51 - Pocit sexuální nepřítazlivosti.....	107
Tabulka č. 52 - Špatný spánek.....	107
Tabulka č. 53 - Obavy ze šustění sáčku.....	108
Tabulka č. 54 - pocit studu za své tělo.....	108
Tabulka č. 55 - Obavy z přespání mimo domov.....	109
Tabulka č. 56 - Obtíže se skrytím stomické pomůcky.....	109
Tabulka č. 57 - Obavy z toho, že budu pro okolí přítěží	110
Tabulka č. 58 - Vyhýbání se fyzickému kontaktu	110
Tabulka č. 59 - Obtíže být mezi jinými lidmi.....	111
Tabulka č. 60 - Obavy ze setkání s novými lidmi	111
Tabulka č. 61 - Pocity osamělosti mezi jinými lidmi	112
Tabulka č. 62 - Obavy z toho, že se rodina cítí trapně	112

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 - Pomůcky k ošetřování stomie	153
Příloha 2 - Výměna stomického systému.....	154
Příloha 3 - Členské a nečlenské spolky Českého ILCO z.s.	155
Příloha 4 - Celé znění dotazníku.....	156
Příloha 5 - Skórovací systém pro dotazník Stoma - QOL	162
Příloha 6 - Domény dotazníku WHOQOL-BREF.....	163
Příloha 8 - Provedení výzkumného šetření v NPK	164
Příloha 7 - Žádost o povolení výzkumného šetření	164

PŘÍLOHY

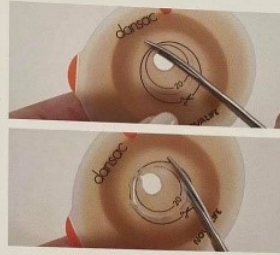
Příloha 1 - Pomůcky k ošetřování stomie



Příloha 2 - Výměna stomického systému



Pomocí šablony změřte velikost a tvar vaší stomie a překreslete na vystřihovatelnou šablonu lepicí plochy sáčku/podložky.



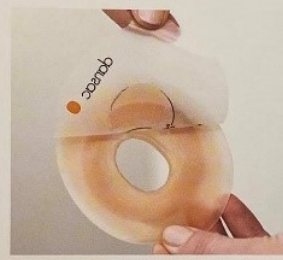
Malými ostrými nůžkami vystříhnete od shora vstupní otvor, přičemž dáváte pozor, abyste stříhali přesně podél vnějšího okraje podle zakreslení. Ujistěte se, že otvor přesně odpovídá vaší stomii. Doporučujeme ponechat okolo stomie mezeru 2-3 mm.



Abyste se vyhnuli případnému úspinění, je z bezpečnostního hlediska doporučeno si k pasu přiložit plastový sáček na odpadky.



Opatrně odstraňte sáček tak, že jednou rukou napnete kůži na břiše a druhou opatrně odlepite sáček/podložku.



Těsně před nalepením nového sáčku odstraňte z jeho lepicí plochy ochrannou fólii.



Nalepte lepicí plochu podložky okolo stomie. Prsty přitlačte podložku, aby se pevně přilepila k pokožce.



Připevněte sáček k podložce. Ještě jednou se ujistěte jemným tahem za sáček, že je sáček bezpečně připevněn ke kroužku podložky.



Až budete mít jistotu, že sáček nebo podložka pevně drží na těle, oblečte se. Po výměně si důkladně umyjte ruce.

Příloha 3 - Členské a nečlenské spolky Českého ILCO z.s.



Zdroj: <https://www.ilco.cz/>

Příloha 4 - Celé znění dotazníku

Dotazník

Vážený pane, vážená pani,

jmenuji se Dominika Pištinková a jsem studentkou 3. ročníku studijního programu Ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra na Lékařské fakultě v Hradci Králové. Pro svou závěrečnou bakalářskou práci, jsem si zvolila téma „Kvalita života pacienta se střevní stomií“. Cílem mé práce je zjistit, jak hodnotí kvalitu života pacienti po vytvoření střevní stomie.

Obracím se proto na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, který pro mě bude cenným zdrojem informací pro vypracování mé práce.

Dotazník je zcela anonymní a údaje budou použity pouze ke zpracování mé závěrečné práce.

Pokyny pro vyplnění dotazníku:

V dotazníku prosím zaškrtněte nebo zakroužkujte Vámi vybranou odpověď nebo stručně vypište. U označených otázek je možné i více odpovědí. Vzhledem k anonymitě dotazníku Vás prosím, abyste odpovídali podle pravdy a samostatně.

Děkuji Vám za spolupráci a Vaš věnovaný čas k vyplnění dotazníku.

Dominika Pištinková

1. Pohlaví:

- Muž
- Žena

2. Věk:

- méně než 20 let
- 20-35
- 36-45
- 46-55
- 56-65
- více než 65 let

3. Rodinný stav:

- Vdaná/ženatý
- Rozvedená/rozvedený
- Svobodná/svobodný

Vdovec/vdova

Druh/družka

4. Jaký máte typ stomie?

kolostomie

ileostomie

kolostomie i ileostomie

5. Jaká je doba uplynulá od založení stomie?

méně než 1 rok

1-5 let

6-10 let

více než 10 let

6. Jaký byl důvod založení stomie?

Onkologické onemocnění

Úraz

Zánětlivé onemocnění (Crohnova choroba, Ulcerózní kolitida)

Jiné (uveďte prosím, jaký byl jiný důvod založení stomie)

.....

7. Vaše stomie je?

Trvalá

Dočasná

KVALITA ŽIVOTA
DOTAZNÍK SVĚTOVÉ ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACE
WHOQOL-BREF (krátká verze)

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**. Máme tedy na mysli poslední dva týdny, když se Vás zeptáme např.:

Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	Vůbec ne 1	Trochu 2	Středně 3	Hodně ④	Maximálně 5
---	---------------	-------------	--------------	------------	----------------

Máte zakroužkovat číslo, které nejlépe odpovídá tomu, kolik pomoci se Vám od ostatních dostávalo během posledních dvou týdnů. Pokud se Vám dostávalo od ostatních hodně podpory, zakroužkoval/a byste tedy číslo 4

Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	Vůbec ne ①	Trochu 2	Středně 3	Hodně 4	Maximálně 5
---	---------------	-------------	--------------	------------	----------------

Pokud se Vám v posledních dvou týdnech nedostávalo od ostatních žádné pomoci, kterou potřebujete, zakroužkoval/a byste číslo 1.

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/á	Nespokojen/á	Ani spokojen/á ani nespokojen/á	Spokojen/á	Velmi spokojen/á
	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
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/á	Nespokojen/á	Ani spokojen/á ani nespokojen/á	Spokojen/á	Velmi spokojen/á
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	Často
26. Jak často prožíváte negativní pocity, jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?	1	2	3	4	5

	Neustále	Někdy	Zřídka	Vůbec
1. Dostanu strach, když je sáček plný	1	2	3	4
2. Mám obavy, že se sáček uvolní	1	2	3	4
3. Cítím potřebu neustále vědět, kde je nejbližší toaleta	1	2	3	4
4. Bojím se, že by sáček mohl zapáchat	1	2	3	4
5. Obávám se zvuků ze stomie	1	2	3	4
6. Potřebuji během dne odpočívat	1	2	3	4
7. Moje stomická pomůcka omezuje výběr oděvů, které si mohu oblékat	1	2	3	4
8. Během dne se cítím unaven/á	1	2	3	4
9. Moje stomie způsobuje, že se cítím sexuálně nepřítažlivý/á	1	2	3	4
10. V noci špatně spím	1	2	3	4
11. Bojím se, že bude sáček šustit a bude to slyšet	1	2	3	4
12. Stydím se za své tělo kvůli vývodu	1	2	3	4
13. Bylo by pro mne těžké zůstat přes noc mimo domov	1	2	3	4
14. Je těžké skrývat skutečnost, že nosím na těle stomickou pomůcku	1	2	3	4
15. Bojím se, že můj stav je pro lidi kolem mne přítěží	1	2	3	4
16. Vyhýbám se bližšímu fyzickému kontaktu s přáteli	1	2	3	4
17. Kvůli stomii je pro mě obtížné být mezi jinými lidmi	1	2	3	4
18. Bojím se setkání s novými lidmi	1	2	3	4
19. Mezi jinými lidmi se cítím osamělý/á	1	2	3	4
20. Bojím se, že se má rodina v mé blízkosti cítí trapně	1	2	3	4

Příloha 5 - Skórovací systém pro dotazník Stoma - QOL

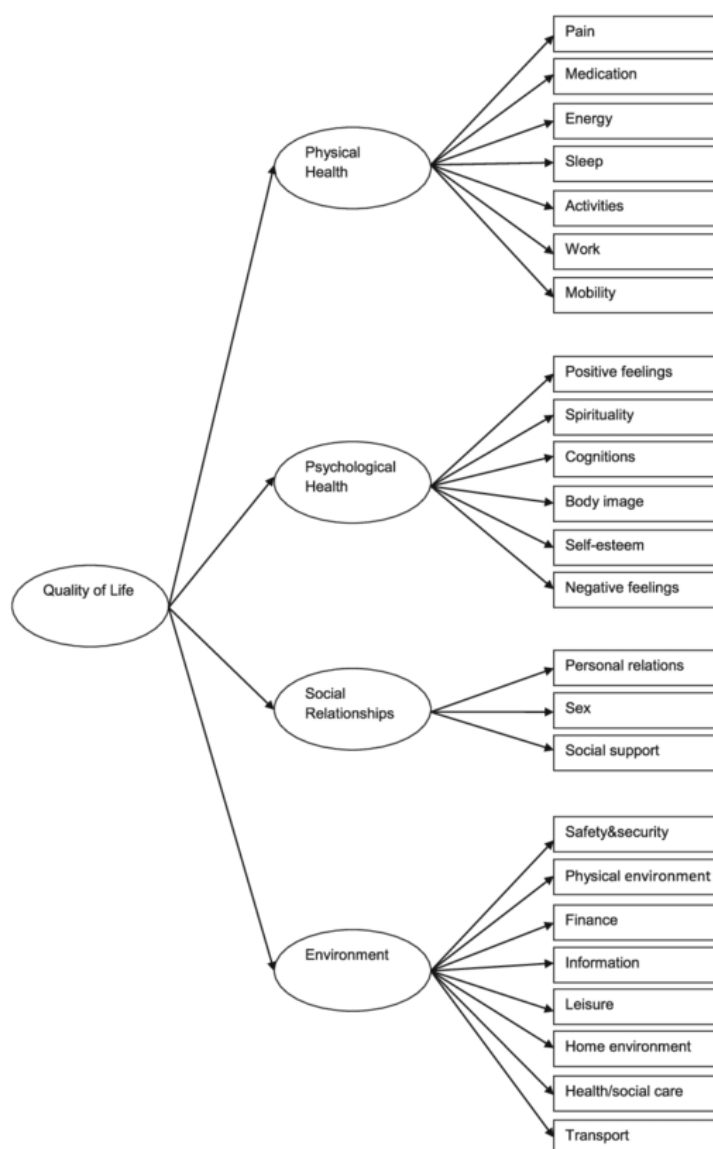
Raw score	Final score	Raw score	Final score
20	0	51	53,47
21	11,54	52	54,13
22	18,48	53	54,88
23	22,7	54	55,53
24	25,8	55	56,19
25	28,24	56	56,85
26	30,3	57	57,5
27	32,08	58	58,16
28	33,58	59	58,91
29	34,99	60	59,57
30	36,3	61	60,32
31	37,52	62	60,98
32	38,65	63	61,73
33	39,68	64	62,48
34	40,62	65	63,32
35	41,56	66	64,17
36	42,5	67	65,01
37	43,34	68	65,85
38	44,18	69	66,79
39	45,03	70	67,82
40	45,78	71	68,95
41	46,53	72	70,08
42	47,28	73	71,39
43	48,03	74	72,89
44	48,78	75	74,58
45	49,44	76	76,55
46	50,19	77	79,17
47	50,84	78	82,83
48	51,5	79	89,02
49	52,16	80	100
50	52,81		

Final score:

0 - nejhorší kvalita života

100 - nejlepší kvalita života

Příloha 6 - Domény dotazníku WHOQOL-BREF



Příloha 7 - Žádost o povolení výzkumného šetření



UNIVERZITA KARLOVA
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
Ústav sociálního lékařství
Oddělení ošetřovatelství
Šimkova 870, 500 03 Hradec Králové

Vážená paní

Mgr. Gabriela Medunová, MBA
Náměstkyně ošetřovatelské péče
Chrudimská nemocnice
Václavská 570, 537 27 Chrudim

V Chrudimi 23.10.2020

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření v Chrudimské nemocnici (chirurgické oddělení a stomická poradna)

Vážená paní náměstkyně,

Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření ve Vaší nemocnici, jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce studentky Dominiky Pištinkové, narozené 8.10.1998, posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, oboru Všeobecná sestra na Lékařské fakultě v Hradci Králové.

Cílem této práce je zjistit jaká je kvalita života u pacientů s vytvořenou střevní stomií (kolostomie, ileostomie).

Výzkumné šetření bude provedeno formou standardizovaných anonymních dotazníků WHOQOL-BREF a STOMA-QOL které jsou přiloženy k žádosti.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Evy Vachkové, Ph.D., vedoucí oddělení Ošetřovatelství na Lékařské fakultě v Hradci Králové.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.
Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem

Pištinková Dominika
Ležáků 673
Chrudim
537 03

Mgr. Eva Vachková, Ph.D.
Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové
Šimkova 870, 500 03, Hradec Králové

Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

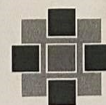
Datum: 26. 10. 2020

Podpis a razítko

Mgr. Gabriela Medunová, MBA

Příloha 8 - Provedení výzkumného šetření v NPK

Nemocnice Pardubického kraje, a.s.
Kyjevská 44, 532 03 Pardubice
IČ: 275 20 536



NEMOCNICE
PARDUBICKÉHO KRAJE

Provedení výzkumného šetření nebo výzkumu v NPK

Příjmení a jméno studenta	Dominika Pištinková			
Název a adresa školy	Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové Šimkova 870, 500 03, Hradec Králové			
Studijní program Studijní obor/ročník	Bakalářské studium - Ošetrovatelství / Všeobecná sestra, 3. ročník			
Typ práce (bakalářská, magisterská, disertační)	Bakalářská			
Téma práce	Kvalita života pacienta se střevní stomií			
Jméno vedoucí/ho práce, kontakt	Mgr. Eva Vachková, Ph.D. Vedoucí Oddělení ošetrovatelství, Ústavu sociálního lékařství E-mail: VachkovaE@lfhk.cuni.cz Telefon: +420 495 816 365 - Oddělení ošetrovatelství			
Jméno vedoucí/ho ročníku, kontakt	Mgr. Eva Vachková, Ph.D. Vedoucí Oddělení ošetrovatelství, Ústavu sociálního lékařství E-mail: VachkovaE@lfhk.cuni.cz Telefon: +420 495 816 365 - Oddělení ošetrovatelství			
Vyjádření vedoucího práce	Výzkum nebude spojen s finančním zatížením NPK Podpis: Mgr. Vachková Eva, Ph.D.			
Soubor respondentů, počet	60 respondentů			
Metodika sběru dat	Kvantitativní výzkum pomocí standardizovaného anonymního dotazníku WHOQOL-BREF a Stoma-QOL			
Zahájení výzkumu / ukončení výzkumu	15.11.2020-30.4.2021			
Vyjádření studenta/ky týkající se zveřejňování osobních a citlivých údajů respondentů/organizace a povinnosti mlčenlivosti studenta	Zavazují se, že ve své závěrečné práci a ani v publikacích vycházejících ze závěrečné práce nebudou uvádět osobní a citlivé údaje respondentů/ organizace. Jsem si vědom/a, že jsem vázán/a povinnou mlčenlivostí o skutečnostech, se kterými jsem se setkal/a při výkonu své odborné praxe a při nahlázení do dokumentace pacientů/organizace. Podpis studenta/ky: Pištinková D.			
Vyjádření studenta/ky týkající se zveřejňování informací o odborném zařízení, kde bude výzkum prováděn	Zavazují se, že ve své závěrečné práci a ani v publikacích vycházejících ze závěrečné práce nebudou uvádět název odborného zařízení, kde bude výzkum prováděn (ledaže souhlas se zveřejněním názvu zařízení jeho představitel vyjádří na tomto formuláři). Podpis studenta/ky:			
Souhlas odpovědného pracovníka NPK	<input checked="" type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE	Podpis:	Mgr. Gabriela Medunová, MBA
Souhlas představitel NPK se zveřejněním názvu zařízení	Podpis: NÁZEV NEBUDE UVEDEN			
Souhlas vedoucího oddělení, kde bude výzkum probíhat				
Nemocnice, klinika, oddělení	Ano	Ne	Podpis	Počet respondentů
Nemocnice pardubického kraje a.s. Chrudimská nemocnice Chirurgické oddělení- Chirurgie ženy, Chirurgie muži Stomická poradna	<input checked="" type="radio"/> ANO	<input type="radio"/>	Mgr. Poukarová M.	60