

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

KVALITA ŽIVOTA PACIENTŮ SE STŘEVNÍ STOMIÍ

Bakalářská práce

Autor práce: **Pavla Malíková**

Vedoucí práce: **Mgr. Eva Vachková**

2013

CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ
INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING

QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH INTESTINAL STOMA

Bachelor's thesis

Author: **Pavla Malíková**

Supervisor: **Mgr. Eva Vachková**

2013

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nich jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové.....

Podpis

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych chtěla poděkovat Mgr. Evě Vachkové za odborné vedení, cenné rady, podporu, podněty a připomínky, které mi ochotně poskytla při zpracování této práce.

Dále bych ráda poděkovala stomasestrám z Fakultní nemocnice v Hradci Králové a z Vítkovické nemocnice, za pomoc při sběru údajů potřebných pro mou práci. Současně bych chtěla poděkovat RNDr. Evě Čermákové za pomoc se zpracováním získaných dat.

Rovněž také děkuji všem respondentům, kteří mi byli nápomocní při vypracování této práce.

V Hradci Králové

Podpis

OBSAH

OBSAH	5
ÚVOD	8
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 Úvod do problematiky stomií	11
1.1 Pojem stomie, stomik	11
1.2 Historie stomií	11
2 Druhy střevních stomií	13
2.1 Rozdělení dle časového úseku.....	13
2.2 Rozdělení dle způsobu provedení.....	13
2.3 Rozdělení dle účelu.....	14
2.4 Rozdělení podle lokalizace.....	14
2.4.1 Ileostomie.....	14
2.4.2. Kolostomie	15
3 Indikace ileostomie, kolostomie	17
3.1 Kolorektální karcinom	17
3.2 Familiární edematózní polypóza.....	18
3.3 Nespecifické střevní záněty.....	18
3.4 Divertikulární onemocnění	20
3.5 Vrozené vady trávicí trubice	20
3.6 Náhlé příhody břišní v souvislosti se stomií	21
4 Předoperační příprava	23
4.1 Dlouhodobá předoperační příprava – plánované výkony	23
4.2 Krátkodobá předoperační příprava - akutní výkony	25
4.3 Bezprostřední předoperační příprava – urgentní stavy	26
5 Pooperační péče	27
5.1 Bezprostřední pooperační péče	27
5.2 Perioperační péče.....	28
6 Komplikace stomií	29
7 Pomůcky pro stomiky	33
7.1 Vývoj stomických pomůcek.....	33
7.2 Moderní stomické pomůcky.....	33
8 Ošetřování stomií	36

8.1 Postup při výměně stomického systému.....	36
8.2 Specifika ošetřování ileostomie, kolostomie.....	37
9 Úloha a význam stomasestry	38
10 Kvalita života.....	40
10.1 Historie pojmu kvalita života	40
10.2 Problémy s pojetím kvality života	41
10.3 Problémy s definováním kvality života.....	42
11 Modely kvality života.....	43
11.1 Obecné modely kvality života.....	43
11.2 Strukturně – dynamické modely kvality života	45
11.3 Speciální teorie kvality života.....	45
11.4 Konkrétní modely.....	46
12 Definice kvality života	47
13 Měření kvality života	49
14 Kvalita života stomiků.....	53
14.1 Výživa a pitný režim stomiků	53
14.2 Aktivní život stomiků	55
14.3 Sexuální život stomiků a těhotenství.....	56
14.4 Psychosociální problémy stomiků	57
14.5 Rodinný a společenský život stomiků	58
14.6 Sociální zabezpečení stomiků	59
14.7 Sdružení určená pro stomiky	60
14.8 Specifické dotazníky měřící kvalitu života stomiků	61
EMPIRICKÁ ČÁST	63
CÍLE PRÁCE.....	64
15 Metodika práce	65
15.1 Výběr a charakteristika respondentů	65
15.2 Metoda výzkumného šetření.....	65
15.3 Zpracování získaných dat	67
16 Výsledky.....	68
16.1 Vyhodnocení sociodemografických údajů a údajů o stomii.....	68
16.2 Vyhodnocení dotazníků WHOQOL-BREF	73
16.3 Vyhodnocení dotazníků Stoma QOL.....	88
16.4 Vyhodnocování samostatných cílů práce	100
DISKUSE	108

ZÁVĚR	114
ANOTACE	116
ANOTATION	117
KLÍČOVÁ SLOVA	118
POUŽITÁ LITERATURA	119
SEZNAM GRAFŮ	124
SEZNAM TABULEK	125
SEZNAM PŘÍLOH	127
PŘÍLOHY	128

ÚVOD

V České republice se vyskytuje zhruba 8000 stomiků, z toho asi 6500 představují kolostomici a počet 1500 náleží ileostomikům. Navzdory výraznému pokroku v medicíně a zejména v chirurgické péči, je problematika zhotovování střevních vývodů stále aktuální. Přispívá k tomu celosvětové prvenství České republiky v incidenci kolorektálního karcinomu a také se zvyšující počty onemocnění vedoucí při chirurgické léčbě k vytvoření stomie, zejména nárůst nemocných s idiopatickými střevními záněty tračníku a konečníku (Skřička, 2007, s. neuvedeno).

Nemocní se musejí v brzké době vyrovnat nejen se závažnou diagnózou onemocnění, následným operačním řešením, ale i se skutečností, že jim nastanou životní změny, které s sebou stomie přináší. Zvládnutí života se stomií je psychicky velmi náročné. Stomik se musí smířit s novým obrazem svého těla, připravit se na možné ovlivnění dosavadního života v oblasti osobních, partnerských a společenských vztahů a na různá pracovní, pohybová a stravovací omezení.

Záleží na charakterových vlastnostech, jak je pacient se stomií schopný se adaptovat na novou roli, vypořádat se s nesnázemi, se kterými se v počátečním období setkává každý, a zvládnout návrat k plnohodnotnému životu. Samozřejmě by se neměl s touto těžkou situací potýkat výhradně sám, důležitá je podpora rodiny a okolí a v neposlední řadě zdravotnického personálu.

V dřívějších dobách byl pacient se střevním vývodem vyřazen ze společnosti a trpěl pocitem beznaděje a neznalosti. V současnosti tomu tak naštěstí již nebývá. Jsou vytvořeny podmínky pro zkvalitnění života pacientů se stomií a to díky zdokonalující se péči, pestrému sortimentu stomických pomůcek, rostoucí informovanosti nemocného i rodinných příslušníků a komplexní péči zajišťovanou lékaři, stomasestrami a kluby stomiků. Kluby stomiků napomáhají odstranit izolovanost stomiků a přispívají k začlenění do společnosti. Stomasestry jsou kvalifikované odbornice, které jsou schopny zajistit náročnou a specifickou péči u nemocných s vývodem. Dovedou vykonat nejen kvalitní ošetrovatelskou péči, ale především poskytnout odborné rady, psychickou podporu a pomoci nemocnému v návratu do normálního života.

Každá životní zkouška, kterou člověk prodělá, znamená velkou zkušenost. Stomie znamená velký zásah do osobnosti člověka a do způsobu jeho života. Neštěstí, které pacienty se stomií potkalo, dokáže radikálně změnit jejich pohled na okolní svět.

K výběru tématu „Kvalita života pacientů se střevní stomií“ mě inspirovalo mé předešlé působení na chirurgickém oddělení. Zde jsem se setkávala jak s pacienty těsně po operačním výkonu s vyvedenou stomií, tak se stomiky, kteří již docházeli na pravidelné lékařské kontroly nebo do stomické poradny. Měla jsem to štěstí, že převážná část těchto pacientů, se kterými jsem se setkávala, na mě působili tak, že byli odhodlaní bojovat se svým novým hendikepem. Na druhou stranu jsem u nich pozorovala úzkost a obavy, zda budou schopni zvládnout svou novou životní situaci a přizpůsobit svůj život okolnostem, které s sebou existence stomie přináší.

Cílem práce tedy bylo zmapovat, jak sami pacienti se stomií hodnotí svou kvalitu života, které faktory jim narušují jejich spokojenost se životem a jaké potíže jim přináší samostatná stomie.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Úvod do problematiky stomií

1.1 Pojem stomie, stomik

Stomie

Původ slova stomie pochází z řeckého slova „stoma“, v překladu znamená ústa či ústí, v přeneseném smyslu slova také otvor či vývod. Slovo stomie označuje umělé vyústění dutého orgánu na povrch těla. Nejčastěji se jedná o vyústění tlustého střeva (kolostomie), tenkého střeva (ileostomie) nebo močové cesty (urostomie) (Zachová a kol., 2010, s. 31).

Stomik

Výraz stomik je určen pro nemocné, kteří mají vyvedený dutý orgán na povrch těla. Dutý orgán bývá vyveden dočasně nebo trvalé, proto může být pro nemocného označení za stomika jen dočasné a po obnově kontinuity vyvedeného orgánu, již není za stomika považován. Při založení trvalé stomie se stává nemocný stomikem do konce svého života.

1.2 Historie stomií

První zmínka o vytvoření umělého vývodu sahá do období starověku. Pravděpodobně se jednalo o Proxogorose z Kosu v období 350 př. kr., kdy měl provést střevní vývod u nemocného s poraněním dutiny břišní. Ze středověku nejsou dochovány zmínky o takto prováděných výkonech na nemocných. V tomto období byli lékaři s univerzitním vzděláním duchovní a církevní hodnostáři. Mottem tehdejší církve bylo, „církev neprolévá krev“, tím byli potencionální pacienti odsouzení k smrti (Zachová a kol., 2010, s. 10)

Dalším obdobím, kdy docházelo k posunu ve vývoji vytvoření umělého vývodu, bylo doba Paracelsuse (1493 – 1541), který údajně několikrát úspěšně ošetřil poranění břicha s vytvořením umělého vývodu.

V 18. století se nachází několik zmínek o tomto druhu operace. Littré (1710) jako první navrhl provedení cékostomie, jeho návrh byl zrealizován až o 66 let později Pillorem. V roce 1793 Duret jako první provedl levostrannou inguinální kolostomii u atrezie anu. Fine (1797)

vytvořil transverzostomii. Konec 18. století se stal významný pro medicínu, kdy byl zrušen zákon, který odděloval chirurgii od medicíny, a následně se zavedlo standardní vzdělávání pro lékařské obory. (Hoch 1998, s. 10-11).

Z 19. století pochází řada důležitých informací o operaci střev. V roce 1839 Amussat provedl levostrannou retroperitoneální lumbální kolostomii. Z Anglie se dochoval záznam o fixaci abdominální kolostomie, kterou provedl Luke a vyvedl kličku sigmoidea skrze břišní stěnu. V Německu byl vytvořen první by-pass Thierschem (1855), pacient bohužel nepřežil, zemřel na peritonitidu. Modelung v roce 1884 se zasloužil o to, že provedl terminální sigmoideální vývod a zaslepil aborální konec kličky, kdy postup jeho operace je považován za předchůdce resekce střeva dle Hartmanna. Tato metoda se stala klinickým modelem na několik dalších desetiletí. Úspěšná dvouhlavňová sigmoideostomie se povedla českému chirurgovi Karlu Maydlovi v roce 1888, která se prakticky stejných způsobem zhotovuje dodnes. Ve 20. století se lékaři pokoušeli vytvořit kontinentní stomii, tedy ovlivnit vývod, aby stolice samovolně neodcházela. Feustel a Henning (1974) implantovali do podkoží kolem stomie kovový prstenec, na který nasedal magnetický uzávěr. Schmidt (1979) se pokoušel o kontinenci stomie obtáčením hladké svaloviny z části střeva kolem jejího aborálního konce.

Historie ileostomií je kratší a chudší. Jedním z důvodů bylo obtížné ošetřování ileostomie a nedostatek pomůcek. Partsch a Schmieden (1912) kladli důraz na důležitosti mírného prolapsu u ileostomií pro snazší následnou péči. Průlomem se stal rok 1943, kdy Miler s kolektivem provedli první terminální ileostomii. V roce 1952 vytvořil Brooke ileostomii, která se dle jeho metody užívá dodnes (Zachová a kol., 2010, 11-13).

Pokrok v medicíně v oblasti asepse, pestré antibiotické léčbě, využití nových chirurgických nástrojů, operačních postupů a pokroku anesteziologické péče a pooperační péče, se začal kladně ovlivňovat vývoj chirurgie. Tyto faktory příznivě ovlivňují zdokonalení vyhotovení kolostomií a ileostomií.

2 Druhy střevních stomií

2.1 Rozdělení dle časového úseku

Stomie dle časového trvání jejího založení dělíme na dočasné stomie a trvalé stomie.

Dočasná stomie

Dočasný střevní vývod je vytvořen přechodně. Lze očekávat obnovení činnosti daného orgánu, který je dočasně zbaven své funkce. Zakládá se jako jedna fáze vícedobé operace, anebo pokud chceme docílit zklidnění orgánu v případě poranění nebo zánětu střeva.

Bývá zavedena minimálně 6 týdnů, je to doba, kterou stěna orgánové soustavy potřebuje na obnovení své činnosti. V některých případech se i dočasná stomie může stát trvalou, pokud stomik nechce již podstoupit další operaci, která je nutná k obnově kontinuity střeva přirozenou cestou, nebo to nedovolí pacientův zdravotní stav (Zachová a kol., 2012, s. 31).

Trvalá stomie

Trvalé stomie jsou vytvořeny v případech, kdy není již možné obnovit kontinuity střeva, je tedy nevratná. Nemocný následně žije se stomií po celý život.

2.2 Rozdělení dle způsobu provedení

Nástěnná stomie

Nástěnná stomie se volí méně často (např. na céku, příčném tračníku), jedná se o vyšití střeva k břišní stěně. Bývá obvykle dočasná a odlehčuje střevo a tím umožňuje jeho lepší zhojení.

Jednohlavňová (terminální) stomie

Zakládá se nejčastěji na esovité kličce po odstranění konečníku, eventuálně výše po odstranění celého střeva a konečníku, v krajním případě jako terminální ileostomie.

Dvouhlabňová (axiliální) stomie

Dvouhlabňovou stomií tvoří klička střeva. Přišije se ke kůži a do otvoru ústí přívodná a odvodná klička. Dvouhlabňová ileostomie je vytvořena tak, že přívodní rameno je asi 2-3 cm nad úroveň kůže a odvodné rameno je v její úrovni (Lúčan, 2011, s. 21-22).

2.3 Rozdělení dle účelu

Výživné stomie

K výživné stomií se řadí gastrostomie a jejunostomie a slouží k zajištění přísunu stravy do zažívacího traktu, jedná se o speciálně upravenou stravu. Gastrostomie jako výživná se vytváří při neodstranitelných uzávěrech v jícnu a kardii, nebo u těžkých funkčních poruch, u pacientů v bezvědomí, těžké anorexii. Způsob provedení je cestou chirurgickou, dnes lze podobným způsobem zavést gastrostomii perkutálně endoskopicky (PEG) (Šváb, 2007, s. 113).

Deviační stomie

Slouží k odchodu střevního obsahu do snímatelného stomického systému. Nahrazuje tedy přirozené vyprazdňování střeva.

2.4 Rozdělení podle lokalizace

2.4.1 Ileostomie

Ileostomie znamená vyústění tenkého střeva na stěnu břišní. Nejčastěji se zakládá jako terminální deviační v pravém podbříšku. Na tenkém střevě můžeme rozlišovat vývod z první části tenkého střeva (duodenostomii), i z úseku jejunu (jejunostomii). Ileostomie má kruhovitý tvar o průměru 2-2,5 cm, je o něco menší než kolostomie a vyčnívá 2-3 cm nad kůži břišní stěny. Přispívá to k snadnějšímu ošetřování okolí vývodu a ochraně kůže, neboť obsah z tenkého střeva obsahuje ještě hodně vody a trávicích šťáv a stává se odpad ze stomie pro

kůži agresivní. U stomiků s vysoko založenou stomií vede k syndromu krátkého střeva, to pro stomiky znamená, že výživa jim musí být doplněna parenterálně. Ileostomie bývají jak dočasné tak trvalé. Dočasně jsou vytvořeny na dobu nezbytnou pro zhojení operovaného úseku střeva, bývají zpravidla dvouhlavňové (tzv. Wiliamsová ileostomie) anebo jednohlavňová terminální ileostomie (dle Brooka). Z počátku ileostomie mohou vylučovat okolo 1-2 litrů odpadu. Po 4-8 týdnech se množství odpadu zredukuje na 500-800 ml za den, to pro pacienta znamená častější frekvenci vyprazdňování stomického sáčku (Otrodovcová, 2006, s. 15)

2.4.2. Kolostomie

Kolostomie je nejčastějším druhem vývodu a znamená vyústění tlustého střeva na povrch kůže. Stomie má v průměru 2-5 cm, mírně vyvýšena nad povrch kůže, kulovitého červeného zabarvení.

Z hlediska místa zavedení na tlustém střevě rozlišujeme:

- *Cékostomie* – jedná se o umístění stomie v oblasti céka (slepé střevo), tedy přechodu tenkého a tlustého střeva. Vyústění je v pravém dolním kvadrantu a dnes se vytváří ojediněle v případě paralytického ileu, nebo při odstranění nádoru umístěném v této oblasti a pro dočasné odlehčení zbývající části tlustého střeva.
- *Transverzostomie*- vyústění tlustého střeva v místě příčného tračnicku a nachází se ve střední části pod pupkem. Jde často o dvouhlavňovou stomií hlavně u dětí z důvodu vývojových vad.
- *Sigmoideostomie*- kdy je stoma vyvedeno v místě esovité kličky, nejčastěji na levé polovině břišní stěny. Terminální sigmoideostomie se provádí dle Milese, kdy se jedná o nevratný stav. Dalším typem operace je dle Hartmana, kdy po resekci postižené části střeva je proximální konec vyveden na povrch, distální konec střeva slepě uzavřen a konečník je zanechán. Oba konce mohou být další fází opět sešity (Marková, 2006, s. 20-21).

Střevní obsah u kolostomie je již z větší části zbaven vody, proto je konzistence stolice hustší, např. u sigmoideostomie má obsah podobu formované stolice. Z vývodu střeva odcházejí také střevní plyny. Úpravou stravy lze částečně ovládnout množství stolice, konzistenci a odchod plynů.

Ve sliznici střeva nejsou žádné nervová zakončení, proto není kolostomie ani ileostomie citlivá na pohmat. Nepříjemné pocity při ošetřování stomie se mohou objevit z počátku po založení stomie, kdy není zhojeno vyšití stomie ke kůži nebo v případě, kdy je kůže okolo stomatu porušena.

3 Indikace ileostomie, kolostomie

Indikace k založení ileostomie či kolostomie se v podstatě mohou překrývat. Onemocnění střev, které při chirurgické léčbě vedou k založení stomie je mnoho. Definitivní stomie je následkem např. po amputaci konečníku pro karcinom, při operaci inoperabilního zhoubného nádoru v oblasti malé pánve, po totální kolektomii nebo neléčitelné inkontinence stolice.

K založení dočasné stomie přispívají onemocnění jako vrozené vady trávicí trubice, obstrukční ileus tenkého střeva, penetrující poranění konečníku, perforace střeva, komplexní periproktální, rektovaginální, vezikorekrální píštěle, divertikulární nemoc, nespecifické střevní záněty, radiační proktokolitida, toxický megakolon a pro ochranu anastomózy v oblasti konečníku.

3.1 Kolorektální karcinom

Kolorektální karcinom je maligní nádor a celosvětově představuje jeden z nejvýznamnějších problémů veřejného zdravotnictví a nejčastější indikaci pro vytvoření umělého vývodu. V civilizovaných zemích patří mezi tři nejčastější karcinomy, kdy je druhým po karcinomu plic u mužů a karcinomu prsu u žen. Incidence kolorektálního karcinomu je nejvyšší v západní Evropě, v severní Americe, v Austrálii a rychle se zvyšuje nárůst v Japonsku.

Česká republika se řadí v žebříčcích výskytu kolorektálního karcinomu a s ním spojenou úmrtností na nejvyšší místo. Od roku 1960 se zvýšila incidence v České republice trojnásobně, od roku 1970 dvojnásobně, úmrtnost se za posledních 30 let zvýšila dvojnásobně. Geografická distribuce má nejvyšší zastoupení u mužů v Plzni, pak v Mostu, v Praze, v Ostravě a v Táboře.

Incidence kolorektálního karcinomu se zvyšuje po 50. roce života, častěji se vyskytuje u mužů než u žen a vrcholu dosahuje mezi 70. – 80. rokem života. Epidemiologické studie ukázaly zvýšené riziko vzniku vlivem vyšší konzumace tuků a masa, převážně červeného, a ochranné vlivy výživy bohaté na vlákninu. Riziko se také zvyšuje při časté konzumaci alkoholu, nižším vlivem vitamínů a některých mikrokomponent živin. Zvýšené riziko představují také vyšší kalorický příjem s vysokou tělesnou hmotností a nedostatkem fyzické

aktivity. Všechny tyto faktory působí komplexně, vzájemně se překrývají. Interakce zevního prostředí a faktorů genetických je zřejmě základem modifikace kolorektální tumorigeneze.

Prognóza u kolorektálního karcinomu se hodnotí jako podíl pacientů přežívajících pět let po stanovení diagnózy. U stádia 1 je pětileté přežití 80-90%, zatímco u stádia 4 pouze 5% (Jablonská a kol., 2000, s. 41-47).

3.2 Familiární edematózní polypóza

Familiární edematózní polypóza znamená autozomálně dominantně dědičné onemocnění, kdy se v tlustém střevě vytvoří více než sto, obvykle nepočítatelné množství různě velkých adenomů. Při zjištění onemocnění se profylakticky provádí totální proktokolektomie s ileoanální anastomózou nebo provedení totální kolektomie s vytvořením umělého vývodu s celoživotní dispenzarizací. Pokud se neprovedou tyto radikální opatření, vzniká u nemocného kolem 40-50 let karcinom tlustého střeva. Onemocnění se objevuje v dospělosti a ve všech případech jde prokázat vrozenou mutaci APE genu. Polypy mohou mít zastoupení také v tenkém střevě, zde nebezpečí malignity je poměrně malé. Při familiární adenomatózní polypóze se objevují mimo střevní onemocnění, např. fibromatózy břišní stěny, dentální cysty, nádory štítné žlázy, adenomy hypofýzy, adenomy Langerharsových ostrůvků a kůry nadledvin (Jablonská a kol., 2000, s. 25-26).

3.3 Nespecifické střevní záněty

Crohnova choroba

Crohnova choroba je granulomatózní a transmúlní zánět postihující segmentálně nebo plurisegmentálně kteroukoli část trávicí trubice. Onemocnění je nejasné etiologie, diskutuje se o genetických vlivech, faktorech vnějšího prostředí a infekce. Chronická infekce je způsobená mikrobem, který zatím není odhalen, osídlí střevo a vede k jeho chronickému zánětu. K nepříznivým vlivům vnějšího prostředí, které negativně působí, patří kouření cigaret (naopak je ochranným faktorem u ulcerózní kolitidy). Crohnova nemoc je tedy chronická s obdobím zhoršení (relapsů) a zklidnění (remisí) zánětu a není medikamentózně ani chirurgicky vyléčitelné (Kohout a kol., 2004, s. 17).

Postiženo je především terminální ileum a cékum, někdy zachvátí více jak 1 metr střeva nebo několik jeho úseků. K příznakům onemocnění patří difúzní bolesti břicha, střídající se s kolikami, nemocný trpí průjmy, plynatostí, hlenem a krví ve stolici. V pokročilém stádiu onemocnění se objevují také periproktální píštěle a abscesy.

Při léčbě se nejdříve přistupuje ke konzervativní terapii, pokud se objeví celkové zhoršení stavu nemocného nebo komplikacím řešením je chirurgická intervence a skoro vždy končí s vytvořením umělého vývodu, v mnoha případech jako dočasná stomie (Hájek, 1995, s. 197).

Colitis ulcerosa

Onemocnění představuje hemoragicko-katarální zánět sliznice tlustého střeva, který postihuje vždy rektum a šíří se kontinuálně na různou část tlustého střeva. Jedná se o chorobu, která nelze medikamentózně vyléčit, průběh nemoci je charakterizován relapsy a remisemi (Kohout a kol. 2004, s. 17).

Vlastní příčina onemocnění není přesně známá. Předpokládá se porucha imunity, alergie, neuropsychické vlivy. Onemocnění se projevuje okolo 30 let a u lidí starších 60 let. Základními symptomy jsou průjmy s příměsí krve a hlenu, teploty, podlomená imunita, nemocní bývají unaveni, mívají bolesti břicha, hubnou až kachektizují. Hlavní forma terapie je konzervativní, k operačnímu řešení se přiklání při vážných komplikacích onemocnění, jako jsou krvácení ze střeva, perforace střeva s peritonitidou, prokázaný maligní zvrát a toxický megakolon (Kohout a kol. 2004, s. 19-23).

Provádí se proktokolektomie, kdy je odstraněno celé tlusté střevo včetně konečníku s ileostomií, popřípadě se uchová konečník a provede se ileorektální anastomóza, to pro nemocného představuje zvýšenou frekvenci stolice.

3.4 Divertikulární onemocnění

Divertikulární choroba je považována za nemoc novou, kdy dramaticky narůstá výskyt tohoto onemocnění. Projevem nemoci je přítomnost divertiklů (výčlipka sliznice a submukózy střeva) na tlustém střevě. K rozvoji nemoci přispívá porucha činnosti střevní svaloviny. Tvorba divertiklů je také podmíněna nedostatkem vlákniny v potravě (Antoš, 1996, s. 25).

V oblasti divertiklů může docházet ke stagnaci střevního obsahu a vést ke vzniku zánětu – divertikulitidě, která se projevuje pod obrazem náhlé příhody břišní. Objevují se teploty, bolesti v levé jamce kyčelní, ve stolici bývá příměs krve. V léčbě němé divertikulární nemoci lze postupovat konzervativním způsobem. Progredující onemocnění s perforací, peritonitidou nebo při prudkém krvácení ze střev vede k urgentní operaci. Kdy operační výkon může být zakončen stomií (Hájek, 1995, s. 203).

3.5 Vrozené vady trávicí trubice

Hirschsprungova nemoc

Hirschsprungova choroba představuje vrozené onemocnění postihující tlusté střevo. Projevuje se již krátce po narození různě závažnou střevní neprůchodností. Postihuje asi 1 novorozence na 5000 živě narozených dětí. Podstatou onemocnění je defekt gangliových buněk v podslizničním vazivu rekta nebo sigmatu.

Vzhledem k neprůchodnosti střeva se objevuje zácpa. Příčinou obstipace je neschopnost střeva překonat rektální spasmus a protlačit přes nefunkční úsek stolici. Při neúspěchu léčby dietou a klysmaty se provádí biopsie sliznice rekta. Je-li biopsie pozitivní a konzervativní terapie neúspěšná, doporučuje se operace, kdy se odstraní postižený úsek střeva a vyvede se odlehčující stomie (Hájek, 1995, s. 227).

Atrézie anu a rekta

Vyskytují se v rozsahu 1: 4-5000 živě narozených dětí. Spolu s atrézií duodena a jícnu patří k nejčastějším atréziím trávicího systému. K nejzávažnější formě patří ageneze anorekta. Nevytvořený anální otvor se zjistí již na porodním sále při prvním ošetření novorozence. Atrézie mohou být supralevátorové, čili vysoké nebo translevátorové, čili nízké. Mohou končit jako píštěle vedoucí např. do vagíny, uretry, močového měchýře. Při všech atréziích se brzy po narození projeví typické příznaky vedoucí k rychlé diagnostice a záhy musí být chirurgicky řešeny (Vacušková a kol. 2009, s. 184).

Nekrotická enterokolitida

Představuje zánětlivé onemocnění střev, které postihuje nejčastěji nedonošené novorozence s nízkou porodní váhou. K příčině onemocnění nepřispívá jen nedonošenost, může se podílet také asfyxie, hypoxie, seps, perorální výživa a nezralý imunitní systém (Marková, 2006, s. 23).

Postupně dochází k ischemii střeva a ta způsobí poruchu výživy střeva, bakterie mohou snadno pronikat do lumen střeva a cévami do krevního systému, kde způsobují septický šok s vystupňováním příznaků. Příznaky mohou být abdominální distenze, zvracení a odchod hlenovité stolice s příměsí krve. Léčba mírné až střední formy onemocnění je konzervativní (parenterální výživa, antibiotika). Chirurgicky se přistupuje při závažném postižení, kdy se provádí resekce postiženého úseku střeva s vytvořením primární anastomózy či ileostomie (Vacušková, 2009, s. 187).

3.6 Náhlé příhody břišní v souvislosti se stomií

Na vzniku střevního vývodu se mohou podílet náhlé příhody břišní, ke kterým patří úrazy, ty se mohou vyskytovat v dětství i v dospělosti. K náhlým příhodám břišním, které po chirurgické intervenci mohou končit založením stomie, se řadí ileus, nebo-li střevní neprůchodnost. Nejčastěji se jedná o obstrukční ileus, kdy se ve střevě objeví překážka, přes kterou nemůže, nebo jen velmi omezeně, procházet střevní obsah.

Pro vznik obstrukčního ileu bývá hlavní příčinou karcinom tlustého střeva, dále pokročilá divertikulitida, eventuálně k obstrukci střeva dochází kompresí střeva nádorem jiného břišního či pánevního orgánu, invaginací či volvulem (Hájek, 1995, s. 104).

Neprůchodnost střevní se vyskytuje také u paralytického ileu, kdy k založení stomie dochází jen zřídka, a to jako preventivní opatření před možnou perforací střeva z distenze.

Paralytický ileus vzniká na podkladě funkční poruchy nervových pletení střeva, kdy postižený úsek střeva ztrácí svou hybnost a tonus. Při léčbě paralytického ileu se upřednostňuje konzervativní postup léčby.

Dalším typem střevní neprůchodnosti vedoucí k založení stomie se řadí cévní ileus. Cévní ileus je důsledek embolie či trombózy mezenterických cév, kdy střevní stěny nejsou zásobeny kyslíkem a následně vede k poruše její funkce, zejména k oslabení až vymizení peristaltiky. Léčba je oproti paralytickému ileu vždy chirurgická, kdy je nezbytné provést odstranění postiženého úseku střeva a vytvoření dočasné stomie (Šváb, 2007, s. 52-55).

4 Předoperační příprava

Péče o budoucího stomika začíná již v období před operačním zákrokem. O možnosti provedení stomie bývá pacient informován specializovaným lékařem zabývajícím se onemocněním střev, je označován jako koloproktolog. Koloproktolog stanoví diagnózu a následný nejvhodnější druh operačního výkonu dle získaných výsledků z vyšetření, které již pacient absolvoval. Dle druhu operace lze předpovídat, zda bude u pacienta založena stomie, eventuálně je určen přesný typ stomie. Pro většinu pacientů představuje zjištění, že jim bude střevo vyvedeno na stěnu břišní, kudy jim bude odcházet nekontrolovaně stolice a plyny, významnou zátěžovou situaci, šok a obavy.

Proto je v předoperačním období důležité zaměřit se nejen na biologickou přípravu pacienta, ale také na jeho psychologickou průpravu a pohodu před operačním zákrokem.

4.1 Dlouhodobá předoperační příprava – plánované výkony

Předoperační edukace a vhodná příprava pomůže zmírnit úzkost, strach a ovlivní pacientovo přijetí stomie a tím jeho zotavení po operaci. Pacient se setkává se stomasestrou, která je nedílnou součástí zdravotnického týmu a v péči o stomiky má nezastupitelnou roli. Stomasestra se před prvním setkáním s pacientem seznámí s jeho diagnózou a podrobně prostuduje dokumentaci, ve které je obsaženo, jaký bude nemocnému proveden operační výkon, který povede k založení stomie. Důležitým úkolem je pro stomasestru vytvořit si s pacientem důvěrný vztah a získat jej pro vzájemnou spolupráci a minimalizovat jeho obavy a strach. Záleží na individuálních potřebách každého z pacientů, kteří se musí vyrovnat s diagnózou onemocnění a následným schématem náročné léčby.

Pokud má pacient zájem, může se dopředu seznámit se stomickými pomůckami, jak je správně používat a manipulovat s nimi, také získat dostatek informací o stomii, jak funguje, jak o stomii pečovat, dále informace o životním stylu (změny v oblasti výživy, hygieny, oblékání, fyzických aktivit, pracovního zařazení, problematiku rodinného, společenského a sexuálního života (Marková, 2006, s. 27-28).

Součástí předoperační přípravy stomasestry je vyznačení optimálního místa pro založení stomie po indikaci lékařem. Zohledňují se kožní záhyby, jizvy po operacích, vliv nadváhy a obezity na tělesnou konstituci, styl oblékání, nejčastěji vykonávanou polohu a pohyb (sezení, předklon). Kromě toho se zaměřuje, zda pacient na stomii dobře vidí a bez potíží na ní dosáhne při ošetřování. Vhodné je vybrat místo na břiše, jak pro kolonostomii, tak ileostomii, neboť až při operaci je možné definitivně určit, jaká bude stomie vytvořena (Zachová a kol, 2010, s. 59).

Nesprávně umístěna stomie způsobuje problémy s ošetřováním a ztěžuje adaptaci na přijetí stomie.

Biologická předoperační příprava

Běžná předoperační příprava se neliší od jiných operačních výkonů. Součástí je základní laboratorní vyšetření krevní obraz, biochemické vyšetření, hematologické vyšetření, RTG plic, EKG a dále vyšetření u specialistů léčící pacientovi komorbidity.

Speciální příprava spočívá především v mechanické očištění střeva dle zvyklostí pracoviště. Dnes se většinou provádí pomocí izoosmolárních roztoků, působící jako osmotické činidlo (nejčastěji používán Fortrans). Balení obsahuje čtyři sáčky, každý ze sáčku se rozpustí v jedné litru vody. Pacient tedy den před operací v odpoledních hodinách musí vypít čtyři litry takto připravené směsi, popřípadě se jeden sáček podá ráno v den operace. U pacientů, u kterých je vypití velkého množství problematické se roztok podá nasogastrickou sondou. Tento způsob může být doplněn podáním nálevu do konečníku. Fosfátové roztoky se již méně využívají pro vyprázdnění střev, neboť mají určité nevýhody. Jsou kontraindikovány u jaterních, srdečních, metabolických a ledvinových selhání z důvodu zhoršení minerální a vodní dysbalance a střevo je nedostatečně vyprázdněno (Marková, 2006, s. 28).

Den před operací pacient dodržuje dietní omezení, kdy do doby zahájení vyprazdňování smí jíst jen tekutou stravu a je nutný přijímat dostatek tekutin, popřípadě jsou hrazeny infuzními roztoky.

Nutná je profylaktická příprava podáním antibiotik intravenózně dle ordinace lékaře a prevence tromboembolické nemoci miniheparinizací a bandáží dolních končetin. Příprava operačního pole spočívá v očištění v umbilikální oblasti a šetrné vyholení od prsních bradavek po třísla. Další speciální příprava záleží dle doporučení anesteziologa. Zahrnuje například zajištění centrálního žilního katetru, permanentního močového katetru, krevních derivátů. Individuální je příprava polymorbidního pacienta, kdy je nutné kompenzovat přidružená onemocnění jako je například diabetes mellitus, hypertenze, astma bronchiale.

4.2 Krátkodobá předoperační příprava - akutní výkony

Předoperační příprava, která je zahájena u akutně vyžadujících operačních výkonů, je časově omezena na 24 hodin. Důvody vedoucí k akutní či urgentní operaci v oblasti dutiny břišní představují nejčastěji náhlé příhody břišní, především obstrukční ileus, peritonitidy, trauma břicha, krvácení z dolní části gastrointersticinálního traktu.

Nutnost akutního výkonu často nedovoluje setkání se stomasetrou, popřípadě první kontakt se stomasestrou probíhá zrychleně, zpravidla je vyznačené optimální místo pro budoucí stomií a pacient získává základní informační přehled o stomiích. Pacient je na komplikovanou situaci málo psychicky připraven a samozřejmě z nedostatku času si veškeré získané poznatky nemůže osvojit, v mnoha případech nemusí být schopen vnímat vůbec. Přesto je velmi důležité, aby se lékař i sestry snažili u pacienta minimalizovat strach a stres před operací. Pacientovi by měly být zodpovězeny otázky týkající se operačního výkonu, délky anestézie, pooperačních bolestí, možných dní komplikací a o pooperačním režimu v následujících dnech.

V rámci krátkodobé přípravy se provádí potřebná vyšetření, následuje zhodnocení anesteziologem, který doplňuje ordinace (prevence tromboembolické nemoci, antibiotická profylaxe, infuzní terapie, premedikace) a seznamuje pacienta s anestézií a s riziky s ní spojené (Slezáková a kol., 2010, s. 36).

Součástí je fyzická příprava nemocného, kdy musí pacient lačnit 6-8 hodin před zákrokem. Vyprázdnění zažívacího traktu se řídí pokyny operátora, zpravidla se provádí očistné klyzma, nebo se od vyprázdnění střeva upustí a pacientovi je zavedena nasogastrická sonda. Dále jsou zavedeny potřebné invazivní vstupy, dle ordinace lékaře je zahájena infuzní terapie, sleduje se vyprazdňování moče. U pacienta je provedena hygienická péče a je připraveno operační pole.

4.3 Bezprostřední předoperační příprava – urgentní stavy

Při urgentních operačních výkonech se omezuje časový úsek pro předoperační přípravu na 2 hodiny. V důsledku nedostatku času na přípravu a nedostatku vstupních informací, je zvýšené riziko pooperačních komplikací. Příprava se zužuje na STATIM odběry, zajištění invazivních vstupů, aplikaci infuzní terapie, anesteziologické zhodnocení získaných vyšetření, prevenci tromboembolických nemocí bandážemi dolních končetin, antibiotickou profylaxi, premedikace, přípravu operačního pole. Pacient získává informace především o nutnosti provedení operace, o možných komplikacích ze stran operace a anestézie. V tomto výrazném časovém omezení se nedostává prostor na edukaci pacienta o možné budoucí stomii. Obvykle se pacient dovídá o vytvořené stomii, až v době po operaci, kdy již má stomii na svém těle. Pacient může prožívat výrazný šok, pocit beznaděje až zlost a nadále může být zhoršena vzájemná spolupráce mezi pacientem a lékařem či stomasestrou.

5 Pooperační péče

5.1 Bezprostřední pooperační péče

Bezprostřední pooperační péče představuje období, kdy je pacient převezen z operačního sálu většinou na jednotku intenzivní péče (dále již JIP), ve výjimečných případech na anesteziologicko-resuscitační oddělení. Základ pooperační péče představuje sledování celkového stavu, monitorování jeho fyziologických funkcí, sledování operační rány, tišení bolesti, sledování funkčnosti a odpadů z drénů, z permanentního močového katetru, nasogastrické sondy, zahájení včasné vertikalizace na lůžku i mimo něj a perorální výživy. V neposlední řadě je pozornost zaměřena na vytvořenou stomii. Z operačního sálu stomik přijíždí již s nalepeným stomickým sáčkem, který by měl být jednoduchý, vypustný a průhledný, pro snazší vizuální hodnocení stomie, jejího okolí a odpadu ze stomie. U stomie se sleduje její funkčnost, zda odcházejí plyny, stolice, dále její vzhled. Vitální stomie má barvu červenou, může být přechodně oteklá. Mohou se již objevit určité komplikace, jako výrazné krvácení či ischemie stomie (Marková, 2006, s. 29-30).

V operační den pacienti dodržují klid na lůžku, nejlépe vleže na zádech. Následující den se začíná u pacienta s postupnou vertikalizací, v úvahu musíme vždy brát celkový stav nemocného a vliv bolesti na zhoršenou spolupráci při vertikalizaci, součástí je dechová rehabilitace.

Výživa je v prvních dnech hrazena parenterální cestou. Pokud nejsou zaznamenány výrazné odpady z nasogastrické sondy, může se sonda první pooperační den odstranit a pacient popíjí po doušcích vodu nebo čaj dle tolerance. V následujícím dni je obvykle ordinována dieta tekutá, postupně se přechází v kašovitou a zhruba 5. den na běžnou stravu, na kterou byl pacient zvyklý před operací (Marková, 2006, s. 30).

Důležité je sledovat funkčnost peristaltiky a vyprázdnění střeva. U ileostomiků se odpad ze stomie objeví zpravidla v operační den či následující, u kolostomiků by se měla stolice objevit do tří dnů.

Kromě fyzického zdravotního stavu zohledňujeme také psychickou stránku stomika a jeho prožívání. Stomik, měl před operací možnost seznámit se základními pojmy o stomii a o životě se stomií. Přesto si velká část z nich uvědomuje až po operaci, že pro něj nastává nová

životní situace a že se změnil jejich vlastní obraz těla. V tomto období je velice zapotřebí nadále intenzivně spolupracovat se stomikem a pomoci mu vykročit na novou životní úroveň.

5.2 Perioperační péče

Perioperační péče nastává v okamžiku, kdy je pacient přeložen z JIP, kde pobývá většinou dva dny, na standartní chirurgické oddělení až do doby propuštění do domácího ošetřování. Toto období může trvat různě dlouhou dobu. Je ovlivněno schopností hojení operačních ran, celkovou rekonvalescencí po operačním zákroku a dovedností stomika pečovat o stomii. Občas tato dovednost náleží rodinným příslušníkům, eventuálně je zajištěna agenturou domácí péče.

Před propuštěním by měl být stomik vybaven základními stomickými pomůckami maximálně na jeden měsíc, informačními brožurami obsahující rady a pokyny k ošetřování stomie a o vhodné životosprávě. Měl by být seznámen o 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).

6 Komplikace stomií

Pooperační komplikace se dělí na časné, které vznikají v brzkém pooperačním období a patří zde nevhodné umístění stomie, nekróza, krvácení, edém, mechanický ileus, hnisavý zánět v okolí stomie. Při delším časovém horizontu založení stomie se mohou projevit pozdní komplikace a dojít ke stenóze, retrakci stomie, prolapsu, parastomální kýle, ke granulacím okrajů stomie, kožním dermatitidám, ulceracím a opruzeninám (Marková, 2006, s. 33).

K dalším komplikacím, které se u stomiků mohou vyskytnout, patří sexuální poruchy, inkontinence a psychické problémy. Mnohé z nich mají trvalý charakter. (Lúčan, 2011, s. 31). V mnohých případech se dá případným komplikacím zabránit a to vhodnou technikou operačního vytvoření stomie, správným ošetřováním, používáním vhodně zvolených pomůcek pro péči o stomii a dostatečným poučením stomika o všech komplikacích související se stomií, aby je mohl včas rozpoznat a cíleně řešit.

Nevhodné umístění stomie

Nevhodně umístěná stomie bývá často následkem zanedbání vyznačení místa pro budoucí stomii v předoperačním období, zejména pokud se jedná o akutní operace. Následně se stomik potýká s každodenními problémy z nedokonalého přilnutí pomůcky a jejím zatékáním. Objevují se nepříjemné kožní změny, bolestivost okolo stomatu, zápach, samovolné uvolnění pomůcky (Lúčan, 2011, s. 31).

Špatně umístěná stomie činí problémy také při sedu, pohybu, může překážet při chůzi, je-li umístěna v blízkosti třísla. Potíže občas vyřeší individuální úprava pomůcek a užívání speciální ochranné pasty. V těžších případech je často nevyhnutelné operační řešení přemístěním stomie.

Nekróza stomie

Nekróze předchází ischemie z nedostatečného krevního zásobení, kdy příčinou je špatná rekonstrukce stomie nebo nedostatečně vystřižený otvor pomůcky, která se zařezává do sliznice střeva. Stomie postupně mění barvu od vitální červené po fialovou až černou, výrazně zapáchá. Pokud je nekróza jen na povrchu stomie, sama se odhojí (Marková, 2006, s. 34). Pokračuje-li na celou stomii až do peritoneální dutiny, je nutná reoperace s konstrukcí nové stomie.

Stenóza stomie

Zúžení stomie nastává jako následek zánětu, jizvením nebo porušením prokrvení v okolí stomie. Často souvisí s retrakcí stomie. Vznikají problémy s vyprazdňováním, bolestmi a křečím až k úplnému znemožnění odchodu stolice (Lúčan, 2011, 28).

Prevenčí i léčbou je jemná dilatace stomie za pomoci prstu nebo použití dilatátoru. U těžké stenózy, kdy již není možné provádět dilataci a neodchází stolice, následuje operační řešení a to rozšířením kožního otvoru a znovu vyšití střeva ke kůži popřípadě přemístěním stomie, pokud zúžení postihuje delší úsek střeva.

Retrakce stomie

Retrakci se rozumí vtažení stomie pod úroveň kůže při chybné operační technice, dále jako důsledek nekrózy a hnisání okolo stomie. Podílí se také vliv změny tělesné hmotnosti. Potíže jsou s aplikací pomůcek. K řešení těžkostí vystačí použití vyrovnávacích past anebo speciální konvexní podložky. Při těžkých vtažení je potřebná chirurgická intervence odstraněním příčiny, eventuálně se přistupuje k přemístění stomie. (Marková, 2006, s. 34).

Prolaps stomie

Prolaps znamená výhřez střeva z otvoru stomie a může dosáhnout až několika centimetrů, zvětšuje se při námaze. Problémy nastávají při větších výhřezech, kdy dochází k odchlípení či odloučení stomické pomůcky. Sliznice vyhřezlého střeva je zranitelná, může krváčet, může se zalomit a uskřínout, Následně je výhřez edematózní až nekrotický. Příčinou prolapsu je příliš velký otvor ve stěně břišní, nedostatečná fixace střeva, trvalé zvyšování nitrobřišního tlaku při ascitu nebo úporném kašli. V některých případech stačí prolaps opatrně reponovat. Velký prolaps působící vážné komplikace se musí operačně řešit resekci střeva nebo se upevní na pobřišnici (Marková, 2006, s. 35).

Parastomální kýla

Představuje časté komplikaci stomie. Výskyt je až u 40% kolostomiků a 10% ileostomiků. Dochází k vyklenutí břišní stěny s peritoneem, v kterém jsou části obsahu dutiny břišní. Příčina vzniku může být špatné umístění stomie, příliš velký otvor, oslabení břišní stěny, u obézních a podvyživených, ascites, protrahovaný kašel. U malých kýl se používají fixační břišní pásy nebo protetikum na míru. Při velkých kýlách, způsobující komplikace a nemožnosti přiložení stomické pomůcky, se provádí operační rekonstrukce (Lúčan, 2012, s. 29).

Krvácení

Lze jej dělit na krvácení z lokálních a celkových příčin. Drobné lokální krvácení nastává při doteku stomie, není to nic mimořádného, léčba spočívá v kompresi či opichu krvácejícího místa. Déle trvající krvácení bývá z celkových příčin například při užívání určitých lékových skupin, při onkologické léčbě. Masivní krvácení může být u náhlých příhod břišních a tento stav představuje urgentní operační řešení (Zachová, 2010, s. 162).

Fistula stomie

Píštěl v okolí stomie se vyskytuje nejčastěji jako komplikace nespecifických střevních zánětů nebo vznikají jako reakce na šicí materiál. Přítomnost píštěle komplikuje péči o stomii, neboť jsou pomůcky více namáhány, podtékají a dochází k rozvoji kožních iritací (Zachová, 2010, s. 162).

Kožní změny

Problémy s peristomální kůží jsou nejčastějšími komplikacemi a problémy stomiků, které ovlivňují jeho kvalitu života. Kůže může být drážděna mechanickým působením a chemickými vlivy (čisticími prostředky, agresivní stolici či enzymy v ní obsažené).

Nejčastějšími se vyskytujícími problémy na kůži jsou:

Macerace - vlivem zvýšené vlhkosti zatékáním a používáním pomůcek, které neumožňují dostatečné odpařování, kůže je bílá a vrásčitá.

Nadměrně suchá kůže - spolu souvisí i s věkem, suchá kůže svědí a při jejím škrábání dochází ke ztrátě ochranné epidermis, mohou vznikat trhliny.

Iritace kůže - podrážděná kůže je zarudlá, svědí a pálí, může se objevit ekzematizace. Vzniká působením agresivní sekrece, enzymů, odíráním drsným povrchem nebo čisticími prostředky.

Infekce na kůži - nejčastějším původcem je candida albicans, projevuje se malými puchýřky a červenými skvrnami, ke vzniku přispívá odírání pokožky, podtékáním pod pomůcku, chemické poškození, špatnou hygienou.

Alergická reakce - vzniká při přítomnosti alergenů obsaženého ve stomické pomůcce nebo na přípravek používaný při ošetřování stomie. Projevuje se zarudnutím, puchýřky, později olupováním kůže.

Folikulitida - je zánět chlupových váčků vyvolán většinou traumatickým vytržením při výměně stomického sáčku. Vhodné je holit okolí stomie.

Granulace v okolí stomie – na stomii se objeví červené výrůstky připomínající občas polypy. Jedná se o lehkou komplikaci, kterou lze řešit poleptáním výrůstků nebo operačním odstraněním (Marková, 2006, s. 37-38).

7 Pomůcky pro stomiky

7.1 Vývoj stomických pomůcek

Pro kvalitní život stomika představují stomické pomůcky jednu z nejdůležitějších věcí v jejich životě. Začátky ve vývoji pomůcek byly velmi těžké. Dříve stomie znamenala vyřazení ze společenského života a stomici byli odkázáni jen na svou tvořivost a výpomoc. Vyráběli si různé vaky ze zvířecích žaludků, které si připevnili kolem pasu (Lúčan, 2006, s. 88).

Většinou se stomie ošetřovala za pomoci buničité vaty, hadrů či plen. Teprve v 60. letech 20. století vznikají první pokusy o vytvoření skutečné stomické pomůcky tzv. Jánošíkovské pásy, které ovšem nebyly příliš spolehlivé a kvalitu života nikterak nezlepšily, neboť byly příčinou dyskomfortu. Následné kolostomické pásy se sponou, kroužkem a sáčkem měly také mnoho nevýhod. Pásy neseděly bezpečně na kůži, spona se nedala upravit na velikost stomie, nezachycovaly oděr a byly nápadné pod oděvem. Pokrok, ve vývoji pomůcek, byl zaznamenán nalepovacími sáčky. Začaly se objevovat sáčky na jedno použití, které měly lepidlo, ta ale silně dráždila kůži. Více se používaly výpustné sáčky nevyžadující tak častou výměnu a dnešní moderní pomůcky připomínaly vzdáleně. Hlavní zlom nastal vytvořením bezpečných, nedráždivých lepidel a past na kůži (Michalková, 2009, s. 36-37).

V dnešní době jsou na našem trhu k dispozici pomůcky několika firem. Kdy jejich konkurenční boj dodává pestrý a hlavně spolehlivý sortiment pomůcek a potřebného příslušenství k ošetřování stomie.

7.2 Moderní stomické pomůcky

V České republice je k lednu 2011 registrováno osm světových firem (ConvaTec, Coloplast, B. Braun, Dansac, WELLAND Medical, Lipoelastic, Eakin, Sabrix) dodávající stomické pomůcky a příslušenství pro ošetřování stomie (Otrodovcová, 2011, s. 32-36).

Komplexně by měly všechny pomůcky splňovat následující požadavky:

jímat stolicí, eliminovat zápach, zajistit flexibilitu, diskrétnost, využívat hypoalergenní materiál, chránit kůži okolo stomie, umožnit snadnou manipulaci, neomazovat v pohybu a být dostupné (Skoncová, 2010, s. 58-60).

Základní rozdělení stomických pomůcek je na stomické systémy a doplňkový sortiment nezbytný pro ošetřování stomie.

Stomické systémy

Jednodílný systém je systém, kdy je ochranná želatinová lepicí plocha pevně spojena se sběrným sáčkem. Znamená to, že pomůcka se při výměně odlepí celá a musí se následně použít sáček nový. Sáčky mohou být průhledné, kdy je možnost vizuální kontroly obsahu, nebo jsou neprůhledné. Pro ileostomie je vhodné použít výpustné sáčky, pro snadné vypuštění obsahu. U kolostomií se doporučují uzavřené sáčky, neboť obsah je tužší a je třeba sáček vyměnit celý. Výhodou mnoha sáčků je, že obsahují filtry s aktivním uhlíkem pro eliminaci zápachu a možnost odpouštění plynů ze sáčku (B Braun, příručka pro stomiky, s. 12).

Dvoudílný systém je tvořen podložkou a zvlášť sáčkem. Podložka se přilepí na tělo a zůstává na něm dle přilnavosti 4 - 7 dní. Vyměňují se pouze sáčky, které jsou na podložku připevněny různým mechanismem dle výrobce (B Braun, příručka pro stomiky, s. 12-13).

Tento systém je také v provedení výpustných a uzavřených sáčků, průhledných či neprůhledných převážně béžové barvy.

K dispozici jsou podložky standardní, flexibilní a konvexní. Standardní, pevné podložky ze želatiny podporují hojení kožních defektů. Flexibilní podložky mají střed tvořen želatinou a okraje z bílého mikropóru. Díky mikropóru je podložka poddajná obrysům těla, kožním záhybům, jizvám. Konvexní podložky mají vydutý tvar (tvar misky) a lépe nasedají na vpadlé stomie, je určena především pro komplikované stomie. (Marková, 2006, s. 43).

Doplňkový sortiment

Doplňkový sortiment má pestrou nabídku produktů, které napomáhají při ošetřování stomie a lze je rozdělit na účelové pomůcky, čisticí prostředky a ochranné pomůcky.

Účelové pomůcky zahrnují stomické zátky, které zabraňují průchodu stolice, dále stomické krytky, jejichž využití je krátkodobé (např. při sportu, společenské události) a obsahují savou vrstvu pro pojmání malého množství stolice. Pro fyzicky aktivní stomiky je vhodný přídržný pásek, který jim dodává pocit jistoty. Těsnící vkládací kroužky se využívají u vpadlých stomií (Marková, 2006, s. 43-44).

Čisticí prostředky odstraňují zbytky lepidla, kůži dočistí a zároveň odmastí za pomoci čisticích roztoků a odstraňovačů náplastí. Pohlcovače zápachů neutralizují zápach uvnitř sáčku nebo ovzduší. K čištění kůže lze použít mycí pěny či jednorázové ubrousky.

K ochranným pomůckám patří ochranný film, který chrání kůži a zlepšuje přilnavost podložky ke kůži. Ochranná pasta se nanáší před nalepením podložky, vyrovnává kožní nerovnosti a brání tím podtékání obsahu ze sáčků pod podložku. Adhezivní pasta se aplikuje po nalepení podložky a chrání volný prostor mezi stomií a podložkou. Iritovanou kůži zklidňuje zásypový pudr. K zahuštění řídkého střevního obsahu slouží absorpční gel.

Za doplňkový sortiment lze také považovat irigační soupravu, která sestává z dvoudílné nádržky na vodu, teploměru, spojovací hadičky s regulátorem přítoku vody, dále zaváděcí kónus, kterým se aplikuje voda do tlustého střeva. Okolo stomie se umísťuje přítlačná podložka, na ní se upevní odváděcí sáček pro vypuštěný střevní obsah. Součástí jsou i dvě krytky na stomií a vše je uloženo v praktické taštičce. Irigací se rozumí pravidelné vyprazdňování kolostomie pomocí irigační soustavy. Po naplnění tlustého střeva vodou dojde téměř k úplnému vyprázdnění střeva na dobu 24 až 48 hodin, kdy prakticky nedochází k vyprazdňování. Hlavní výhodou po irigaci je, že není nutné nosit běžné sáčky, ale postačí různé minisáčky, krytky nebo stomické zátky (Kurková, 2010, s. 62-63).

8 Ošetřování stomií

Pro stomika je v pooperačním období těžké se vyrovnat nejen z nově vzniklých situací, které následně do určité míry ovlivní jeho dosavadní životní styl, ať po stránce fyzické, psychické, sociální, pracovní, ale také si musí před propuštěním z nemocnice osvojit péči o svou stomii, popřípadě péče o pacientovu stomii náleží rodinným příslušníkům. Správné ošetřování stomie je natolik složitou a specifickou činností, že je účelné nejdříve budoucí pečovatele o stomii naučit základní postup při výměně stomického systému a následně se více zaměřit na konkrétní individuality vytvořené stomie.

8.1 Postup při výměně stomického systému

Při vlastní výměně stomického systému se nejprve přichystají veškeré potřebné pomůcky (vhodný typ stomického sáčku, nesterilní rukavice, tupé zahnuté nůžky, buničitá vata, mulové čtverce, mycí pěna, čisticí roztok, vlažná voda, ochranný film, odstraňovač náplastí, holicí stojek, pytel na odpad a pomůcky na ochranu kůže před iritací).

Následuje šetrné odstranění původního stomického sáčku, v případě potřeby pomocí odstraňovače náplastí či čisticího roztoku. Kolostomický sáček se odloží do pytle na odpad, u ileostomického sáčku se nejprve vypustí jeho obsah. Zbytky stolice se otřou buničitou vatou, okolí stomie se omyje vodou a mycí pěnou dočista a důkladně se osuší měkkou osuškou nebo se nechá oschnout. Pokud je potřeba, okolí stomie se oholí. Po důkladném očištění a osušení kůže se na peristomální kůži nanese ochranný film, který po pár vteřinách zaschne a vytvoří na ní ochranou bariéru. U suché pokožky lze použít ochranný krém, který se nanese tenkou vrstvou na kůži a nechá se působit. Následně se setře a znovu se kůže očistí, neboť krém může obsahovat hydrokoloidní složku a mohl by zapříčinit špatné přilnutí podložky. V případě nerovností v okolí stomie je účelné použít ochranné pasty, která současně zvyšuje adhezi podložky a podporuje hojení poškozené kůže. Je-li pokožka viditelně poškozená a mokvající ošetří se hydrokoloidním zásypem.

Dalším krokem je předstřížení šablony. Do šablony se zakreslí okraje stomie a vystříhne se obvod o 2-5 milimetrů větší, potom se překreslí vzniklý otvor na podložku (u jednodílného systému rovnou na stomický sáček), která se dle něj vystříhne. U tvarovatelných pomůcek se

může otvor vytvořit o několik milimetrů větší, protože podložka má tvarovou paměť a jemně přilne ke stomii. Z lepicí plochy podložky se odstraní krycí folie a přiloží se lepicí plochou na kůži. Důležité je přitisknout nalepenou podložku na kůži v místě kolem vývodu, aby dobře držela. Na podložku se nasadí sáček. U jednodílného systému se po odstranění krycí folie sáček přehne v polovině, prvně se přiloží ke kůži dolní část sáčku a postupuje se v lepení zdola nahoru a celá plocha se uhladí. Doporučuje se, aby stomik pár minut po výměně stomického systému setrval v klidu a přidržel pomůcku, aby mohla dobře přilnout ke kůži. Posledním krokem je likvidace použitých pomůcek, ty se uzavřou do sáčku a dají se do pytle na kontaminovaný odpad. V domácím prostředí se sáček vyhazuje do odpadkového koše nebo přímo do popelnice (Zachová, 2010, s. 68-74).

8.2 Specifika ošetřování ileostomie, kolostomie

U vývodu z tenkého střeva bývá stomie vyšitá 3-5 centimetrů nad úroveň kůže. Napomáhá to snadnějšímu ošetřování a hlavně se zabráňuje poškození kůže trávicími enzymy, které jsou obsaženy ve stolici odcházející z tenkého střeva. Sekret z ileostomie je pro kůži více agresivní a může jí značně iritovat, proto se u ileostomií dbá na důraznou ochranu peristomální kůže, na úplné přilnutí podložky a doporučuje se používat dvoudílný výpustný systém. K poškození pokožky může přispívat také řídká konzistence odpadů, která snáze zateče pod podložku. Ileostomie má alespoň jednu výhodu, že nezapáchá, neboť její odpad neobsahuje kvasné bakterie.

Kolostomie má stolicí již hustší, je zbavena vody. Množství odpadů závisí na tom, z kterého úseku tlustého střeva je kolostomie vyvedena. Z počátku se doporučují používat také výpustné sáčky až do doby, kdy dochází k postupnému formování stolice a začíná se používat uzavřený stomický systém. Závisí pak na stomikovi, zda se bude jednat o uzavřený systém jednodílný či dvoudílný. Kolostomický sáček by měl mít obvod vystřižen o 5 mm větší, než je průměr stomie, neboť když odchází formovaná stolice, střevo se rozpíná a mohlo by dojít k jeho útlaku a poškození.

9 Úloha a význam stomasestry

V roce 1958 celosvětově vznikla paramedicínská profese nazývaná stoma-terapeut, nebo-li enterostomický terapeut, která měla zastat komplexní péči o pacienty se střevním vývodem. Norma G. Thompsonová v roce 1984 založila Světovou radu WCET sdružující všechny stomastry celého světa.

V České republice ve vyhlášce č. 424/2004 Sb., se zařazují činnosti spojené s ošetřováním pacientů se stomií do specializace s názvem Sestra pro péči o pacienty ve vybraných klinických oborech se zaměřením na ošetrovatelskou péči o pacienty se stomiemi. Sestra, absolvující tuto specializaci, získá ze zákona kompetenci bez odborného dohledu a může bez indikace lékaře vykonávat činnosti, které jí náleží (provádět poradenskou činnost pro pacienty s břišní stomií, seznamovat pacienty se sortimentem pomůcek a doporučovat vhodné pomůcky, provádět instruktáž o manipulaci s pomůckami, nacvičovat s pacienty či s jinými určenými osobami výplach stomie a připravovat pacienty a osoby jimi určené k soběstačnosti ve vlastním sociálním prostředí a doporučovat změny domácích podmínek). Na základě indikace lékaře může bez odborného dohledu vyhledat a označit optimální místo pro budoucí břišní stomií.

Specializační způsobilost pro vykonávání ošetrovatelské péče o pacienty se stomiemi získají budoucí stomasestry po absolvování odborných modulů nebo certifikovaných kurzů, které jsou schváleny akreditační komisí Ministerstva zdravotnictví České republiky. V rámci celoživotního vzdělávání se stomasestry účastní odborných školení, kde si předávají vědomosti a dovednosti. Setkávání stomasester probíhá také na seminářích, které zprostředkovávají jednotlivé společnosti a jsou seznámeny s novými pomůckami a technologiemi (Zachová, 2010, s. 135-137).

Úloha stomasestry začíná již v předoperačním období pacienta, u kterého je plánovaný operační výkon se založením stomie. Prvotní kontakt spadá tedy do předoperačního období, kdy se pacient setkává se stomasestrou a je veden rozhovor zaměřený především na psychickou podporu pacienta, povzbuzení a naskytuje se možnost seznámení pacienta s pojmem stomie, se stomickými pomůckami a je provedeno vyznačení optimálního místa pro budoucí stomii. Pacient obdrží letáky a brožury, které si může v klidu v domácím prostředí prostudovat a získat tak více informací o životě se stomií. Po operaci dochází stomasestra za

stomikem pravidelně, vždy předem oznámí svou další návštěvu. Kontroluje stomii a dle potřeby vymění stomický systém (činnost může vykonávat i všeobecná sestra) a snaží se přimět stomika ke spolupráci. Je-li ochoten spolupracovat a dovolí to jeho zdravotní stav, přistupuje stomasestra k postupné edukaci, aby byl schopen v brzké době se o stomii starat sám, osvojil si veškeré potřebné informace o následném životním stylu, možných omezeních spojené se stomií a uměl rozpoznat včas komplikace. Vhodné je zapojit člena či členy rodiny do procesu edukace. Má to pozitivní vliv zejména pro stomika, některý potřebuje výpomoc nebo úplné zastoupení při péči o stomii a také získává podporu a jistotu, že na vyrovnání se s těžkou životní situací není sám. Před propuštěním do domácího ošetřování jej stomasestra vybaví potřebnými pomůckami na jeden měsíc, předá podrobnou propouštěcí sesterskou zprávu, potřebné telefonní kontakty, informuje jej o klubech stomiků, domluví termín následné kontroly. Tímto ale práce stomasestry zcela nekončí. Stomik navštěvuje následnou stomickou péči, kde dochází za stomasestrou do tzv. stoma poradny, kde se stomikovi individuálně věnuje, pomáhá mu s jeho starostmi se stomií, snaží se mu poradit, být nápomocná a najít vhodné řešení jeho potíží. U stomika probíhá stálá reedukace stomasestrou. Jestliže se objeví komplikace spojené se stomií, které stomasestra není schopna vyřešit sama, odkáže stomika na vyšetření v proktologické poradně. Pokud pacient trpí výraznými psychickými potížemi, doporučí možnou konzultaci v psychologické poradně.

Stomasestra představuje pro stomika nezastupitelnou osobu. Obrací se na ní zejména ve chvílích, kdy si již neví sám rady. Nejedná se jen o problémy týkající se výhradně stomie. Někteří stomici se hůře adaptují na život se stomií a mohou se u nich vyskytnout nejen psychické problémy, ale i sociální, partnerské, pracovní, sexuální a jiné. Stomasestra se pokouší tyto problémy odkrýt, pokud jí je stomik nesdělí sám, a hledají společně možnosti řešení. Proto stomasestra musí mít dostatek zkušeností jak v samotné péči o stomii, tak musí umět zapojit i své komunikační dovednosti, být empatická, vstřícná, umět naslouchat a hlavně se snažit zvýšit kvalitu života stomika.

10 Kvalita života

10.1 Historie pojmu kvalita života

Termín „kvalita života“ je v historii zmíněn již ve dvacátých letech 20. století v souvislosti s úvahou o ekonomickém vývoji a úloze státu při podpoře nižších sociálních vrstev. Diskutován byl zejména vliv státních dotací na kvalitu života chudších lidí a na celkový vývoj státních financí. V tomto období se kvalitou života především rozumí, materiální životní úroveň určité společenské vrstvy. V poválečném období minulého století se pojem kvality života začal stále častěji používat v politických kontextech. Ve Spojených státech amerických tehdejší prezident Johnson prohlásil zlepšení kvality života Američanů za cíl své domácí politiky. Ve svém projevu poukázal, že ukazatelem společenského blaha není kvalita společného zboží, ale jak dobře se lidem žije za určitých podmínek (Payne, 2005, s. 205).

Pojem kvality života byl rychle přijat veřejností a stal se v politice i v mediálním světě módním spojením slov (Mareš, 2006, s. 11).

O něco později, v 70. letech, německý politik Willy Brandt postavil svůj politický program na dosahování lepší kvality života pro spoluobčany. Po pár letech termín zdomácněl i v sociologii, kde slouží k odlišení podmínek života (např. příjem financí, politické zřízení, počet automobilů na domácnost) od vlastního životního pocitu lidí. Největší rozkvět či přímo výrazný „boom“ je zaznamenán v 90. letech 20. století, kdy se na různých pracovištích celého světa věnují studii tématu kvalita života celé výzkumné týmy a pokoušejí se uchopit toto zajímavé a důležité téma.

V dnešní době studium kvality života znamená hledání faktorů a jejich identifikaci, které přispívají k smysluplnému životu a k pocitu lidského štěstí (Payne, 2005, s. 205-207).

V 70. letech minulého století je termín kvalita života užíván i v medicíně, zejména pak v 80. letech se začíná stále častěji používat v klinických studiích. Těžištěm zkoumání kvality života v medicíně a ve zdravotnictví je psychosomatické a fyzické zdraví, operuje se nejčastěji s pojmem kvalita života související se zdravím (např. přítomnost bolestí, zvládání sebezdraví, prožívání úzkosti, napětí, převažující typ emocí).

Sledování kvality života u nemocných bylo nejdříve započato u onkologicky nemocných, neboť prodlužující terapie svojí agresivitou, kterou působí na pacienta, často zhoršuje kvalitu života než samotné onemocnění (Payne, 2005, s. 211-212).

10.2 Problémy s pojetím kvality života

Pojem kvalita života zahrnuje širokou škálu různých oblastí života člověka, a to od fyziologických funkcí až po oblasti spojené s dosahováním životních cílů a štěstí. Při vyjádření toho, co kvalita života znamená, se často používá předpony multi (kvalita života je multidimenzionální, multifaktoriálně podmíněna, multidisciplinární) (Gurková, 2011, s. 21). Kvalita života získala označení multidisciplinární pro svou širokou frekventovanost v mnoha různorodých oblastech. V počátečním období se termínu používalo v ekonomii, politologii a sociologii, dnes jej současně nalézáme ve fyziologii, teologii, sociální práci, v psychologii a ve většině medicínských oborů, v ošetrovatelství, v ekologii. Pojem se objevuje i v oborech, které ovlivňují prostředí pro život (např. architektura, stavebnictví, doprava) (Mareš a kol., 2006, s. 11).

V sociologii se kvalitou života sledují sociální skupiny (v rámci populace, mezikulturně), srovnávají se a hledají faktory, které nejvíce determinují sociální sféru. Psychologové se zaměřují na subjektivní pohodu jednotlivců a snaží se jí měřit pomocí různých metod. Ve zdravotnictví se především hodnotí poskytování péče či jednotlivé zdravotnické programy (Payne, 2005, s. 211).

Pojem kvalita života má v jednotlivých vědních disciplínách nezastupitelné místo. Lze zaznamenat nárůst v domácích i zahraničních studiích a vědeckých publikací věnující se této problematice a s ním spojený vývoj širokého spektra nástrojů pro měření kvality života. Na druhou stranu v mnoha případech přibývají komplikovanější a nejasnější vymezení pojmu kvality života, koncepce a metody týkající se tohoto fenoménu (Gurková, 2011, s. 23).

10.3 Problémy s definováním kvality života

Nejčastějším objektem pro hodnocení kvality života je výraz „život“, který je sám o sobě složitý. Zahrnuje v sobě jevy a činnosti charakterizující živý organismus, především lidský život jedince. Život jednotlivce je chápán nejen ve významu biologické existence, ale jako komplexní pojem (rodinný, společenský, pracovní, citový apod.). Kromě hodnocení života jednotlivce mohou být předmětem zkoumání i životní skupiny, společnosti a populace (Gurková, 2011, s 21-22).

Jak již bylo uvedeno, pojem kvality života vstoupil do odborné literatury mnoha vědních oborů, které jsou od sebe věcně odlišné, a tudíž se liší i samotné definování tohoto pojmu. Nastávají převážně tři problémy, které jsou příčinou nemožnosti jednotně definovat kvalitu života. Prvním z nich je tedy oborová různorodost. Druhý problém představuje, že pojem sám navozuje dojem souhrnného, integrujícího, komplexního ukazatele. Posledním, třetím problémem, je nutnost pojmu kvality života jemněji rozčlenit z teoretických a praktických důvodů, neboť pro různoborový přístup k pojmu nepanuje shoda v tom, co považovat za konstitutivní oblast, kolik těchto oblastí existuje a ani jak ji označovat (Mareš a kol., 2006, s. 11-12).

Pojem kvality života tak nemá doposud akceptovanou definici, metodologii a stává se předmětem mnoha interpretací a interdisciplinárních rozprav bez jednoznačně přijatelné shody v jeho konceptualizaci (Gurková, 2011, s. 23).

11 Modely kvality života

11.1 Obecné modely kvality života

Při zkoumání kvality života je vhodné se zamyslet nad otázkou, o jaký typ života se jedná, či jednotlivce nebo společnosti, a o jaký typ kvality jde. Tradiční dělení je na objektivní a subjektivní kvalita života. Vzájemný vztah mezi objektivními podmínkami (dobré a špatné životní prostředí, nezdravé bydlení) a subjektivním prožívání a vnímání není jednoduchý. Předpokládá se, že dobré životní podmínky vedou k dobré kvalitě života a špatné životní podmínky kvalitu života zhoršují. Zajímavější je varianta, kdy u jedince žijícího ve špatných životních podmínkách převládá dobré ladění, pohoda a pocit dobré kvality života (občas bývá označováno jako paradox spokojenosti). Neméně zajímavá je situace, kdy jedinec v dobrých životních podmínkách má pocit stále nespokojenosti, převládá u něj špatné ladění. Takový jedinec bere pozitiva za samozřejmost, stále se mu něco nezdá dost dobré, až do doby, kdy se jeho životní podmínky zhorší. Existence jedinců z výše uvedených dvou variant nabádá k tomu, aby se kvalita života neomezovala jen na objektivní indikátory a nehledala se jen podoba handicapu jednotlivce. Veenhovenová v roce 2000 navrhl rozlišovat mezi vnější kvalitou života (prostředí) a vnitřní kvalitou života (jedinec) a mezi příležitostmi pro daný život (životní šance) a kvalitním životem samotným (výsledek života) (viz tabulka č. 1).

Tab. č. 1: Čtyři typy kvality života

	Vnější kvality života (prostředí)	Vnitřní kvality života (jedinec)
Životní šance, životní příležitost	Biotop, přirozené prostředí	Vybavenost organismu pro přežití
Výsledek života, podoba života	Adaptace – pokračování druhu	Adaptace – relativně dlouhý a šťastný život

Zdroj: Mareš a kol., 2006, str. 14

Vytvořením této matice vznikají čtyři pohledy na kvalitu života:

- příhodnost prostředí pro život, který akceptuje životní podmínky (např. životní úroveň jedince a skupiny, sociální zabezpečení)
- životaschopnost jedince vztahující se k životním šancím a příležitostem označuje vnitřní kvalitu jedince (schopnost vyrovnat se s nároky na život, vybavenost do života)
- užitečnost života ve vnějším hledisku překračují hranice jednotlivce, zajímá se o přispívání jednotlivce k dobru ostatních (čím je obohacuje)
- porozumění vlastnímu životu, kdy jedinec hodnotí sám svůj život

Další a zajímavý obecný model zpracovali kanadští badatelé. Kvalitu života strukturují do třech oblastí:

1. být (being),
2. někomu patřit (belonging),
3. o něco usilovat, něčím se stát (becoming).

Veškeré uvedené obecné modely ukazují na společný základ kvality života. Podle

R. Veenhovenové se nemá hledat sumární skóre, které by charakterizovalo kvalitu života společnou pro všechny čtyři pole navržené tabulky, neboť tři oblasti nelze změřit (příhodnost prostředí pro život, života schopnost jedince, užitečnost jedince pro druhé) (Mareš a kol., 2006, s. 12-16).

Obecné hierarchické modely

Obecné hierarchické modely se pokoušejí formulovat určitou hierarchii. Inspirovali se pravděpodobně Maslowovou hierarchií lidských potřeb. Modely mají podobu pyramidy.

Jeden z těchto modelů byl navrhnout Spilkerem roku 1996, kdy jeho pyramida se skládá ze tří částí, tedy tří částí úrovně kvality života. Základ pyramidy tvoří jednotlivé dílčí složky specifikující každou oblast. Ve střední části jsou zahrnuty somatické, psychologické, ekonomické, sociální a spirituální oblasti. Vrchol pyramidy představuje celkové hodnocení pohody. Celkovou kvalitu života považuje pyramidu, jako celek.

Slovenský psycholog D. Kováč navrhl model, který se pokouší hierarchicky uspořádat jednotlivé oblasti kvality života. V modulu vymezil tři úrovně kvality života:

1. bazální, existenční (nejspodnější část pyramidy a tvořena je 6 oblastmi – somatický stav, psychické fungování, sociální a materiální zabezpečení, životadárné okolí, základní schopnosti pro přežití a každá z nich má své odstupňování na vyšších úrovních)

2. individuálně – specifická, též individuální (střed pyramidy)
3. kulturně – duchovní (vrchol pyramidy)

Autor poukazuje na poznatek, že zhoršená kvalita života na jedné úrovni nemusí následně vyvolat zhoršenou kvalitu života na jiné úrovni.

Hierarchické modely nedokáží specifikovat vztah horizontálních prvků ani vertikálních a vystihnou proměny kvality života v čase. (Mareš, 2006, s. 17-18).

11.2 Strukturně – dynamické modely kvality života

Tyto modely se snaží vystihnout kvalitu života v čase, neboť v průběhu života není neměnná. Využití modelů je nejčastěji zastoupeno ve zdravotnictví. Onemocnění mají určitý vývoj, léčbu, rehabilitaci a snaží se následně zdravotní péčí kvalitu života zvýšit. Příkladem strukturálně-dynamického modelu je využití při chronických onemocnění, kdy je znázorněn nástup onemocnění, snaha nemoc léčit, vniklé obtíže přinášející nemoc, jedincovo úsilí čelit těmto potížím a proměny ve kvalitě života. Složitější strukturně-dynamický model v roce 1997 přeložili Leventhal a Colman, jeho název zní Procesuální model kvality života (pro příklad zvolili do modelu změny kvality života u žen po diagnostice a léčbě karcinomu prsu). V domácí literatuře procesuální model navrhla K. Hnilicová (2005), který nezabírá tak rozsáhlý časový úsek jako předchozí model. Všímá si ve svém modelu celkového reagování jedince na aktuální podmíněnou reakci (Mareš a kol., 2006, s. 19-20).

11.3 Speciální teorie kvality života

Pojetí kvality života vychází z velmi všeobecných modelů. Jsou vytvořeny teorie, které jsou založeny na speciálním teoretickém modelu.

Teorie úsudku

- využívána je především u dospělých osob a staví na rozdíl mezi cenou a užitekem (pro lepší představivost mezi vynaloženými náklady a efektem léčby)

Teorie diskrepance

- vnímá rozdíl mezi ideálním a aktuálním „já“

Lindströmova teorie

- z roku 1993 chápe kvalitu života za jednu z základních charakteristik populace, vyjádřena je pomocí čtyř sfér (globální, vnější, interpersonální a osobní sféra)

Teorie uspokojování lidských potřeb

- hledá vztah mezi třemi skupinami proměnných (mezi různými potřebami jedince, které jsou většinou protichůdné, spokojenosti s poskytováním péče a mezi jednotlivými oblastmi vnímání kvality života) (Mareš a kol., 2006, s. 21-22).

11.4 Konkrétní modely

Na konkrétní modely se zaměřili kanadští autoři. Ti se zabývají kvalitou života související se zdravím HRQL – Health-Related Quality of Life. Při své práci rozlišili

3 typy konkrétních modelů:

1. Konceptuální model je nejjednodušší, uvádí jen vlastnosti kvality života a nespécificky vzájemné vztahy.
2. Konceptuální vztahový rámec popisuje, předkládá a vysvětluje směr vztahů mezi dimenzemi kvality života.
3. Teoretický vztahový rámec obsahuje strukturu prvků a jejich vztahy s teorií, kterou jí vysvětlují.

Kanadský tým pod vedením M. Tailleferovou náhodně vybral 68 modelů. Z nich 35% bylo konceptuálních, 50% z nich z kategorie konceptuálních modelů vztahového rámce, tedy modelů střední úrovně a teoretický vztahových modelů, které jsou nejpropracovanější ze třech uvedených, představovalo pouhých 15%. (Mareš, 2006, s. 23-24).

12 Definice kvality života

V literatuře existuje celá řada definic popisujících kvalitu života. Během posledních 30 let nebyla vytvořena taková definice, která by byla všeobecně akceptovaná (Payne, 2005, s. 207).

Pojem kvality života je velmi abstraktní, ovlivněn mnoha faktory, které působí dlouhodobě a občas rozporně. Ve světě se zabývá mnoho výzkumných týmů kvalitou života a pokoušejí se o vystižení té nejvhodnější definice. Při formulování definice se mnoho autorů shoduje v tom, že se jedná o hodnotu výrazně subjektivní. Subjektivní hodnota je vymezena třemi sférami:

- subjektivní pocit pohody a spokojenost
- objektivní schopnost seberealizace a adaptace jedince na podmínky každodenního života
- dostupnost materiálních zdrojů

Subjektivní kvalita života se tedy týká lidské emocionality všeobecné spokojenosti ze života. Druhá dimenze kvality, objektivní, představuje sociální a fyzické zdraví. (Payne, 2006, s. 208).

Kvalita života aplikovaná ve zdravotnictví má své specifické označení HRQL – Health-related Quality of Life. Tato kvalita života související se zdravím je důležitou částí lékařské a ošetrovatelské péče. Využívána je v klinické a experimentální praxi a je vhodným ukazatelem kvality poskytované zdravotnické péče (Mareš a kol., 2005, s. 30)

Jak již bylo zmíněno výše, kvalita života v medicíně a zdravotnictví je často definována s pojetím zdraví a nemoci. Již samotná definice zdraví podle Světové zdravotnické organizace WHO, je zdraví chápáno nejen jako stav nepřítomnosti nemoci, ale zahrnuje také stav plné tělesné, psychické a sociální pohody (Řehulková, 2008, s. 16).

Kvalita života a zdraví jsou v úzkém vztahu. V pojetí Světové zdravotnické organizace je kvalita života širokým konceptem, který je ovlivněn fyzickým zdravím člověka, jeho psychickým stavem, sociálními vztahy a prostředím.

WHO definuje kvalitu života jako subjektivní vnímání vlastní životní situace ve vztahu ke kultuře, k systému hodnot, životním cílům, očekáváním a běžným očekáváním a zvyklostem. V programu Světové zdravotnické organizace „Zdraví 21 je kvalita života popisována jako *„pocit jednotlivců nebo skupin obyvatelstva, že jsou uspokojovány jejich potřeby, a že jim nejsou odnímány příležitosti k dosažení štěstí a neplnění života* (cit. Řehulková, 2008, str. 16)

13 Měření kvality života

Nástroje pro měření kvality života můžeme rozdělit do dvou základních kategorií – subjektivní a objektivní metody.

Do obecných nástrojů měření kvality života spadají ty, které zahrnují měření schopností v jednotlivých oblastech a zjišťují nejdůležitější aspekty života. Obecné nástroje se uplatňují zejména u programů zdravotní péče a zjišťování obecného zdravotního stavu. Možným nedostatkem obecných nástrojů je jejich nízká citlivost v některých oblastech měření a při hodnocení specifických změn.

Specifické nástroje kvality života se zaměřují na oblasti, které jsou klíčové pro danou oblast měření. Oblasti mohou být specifické pro dané onemocnění, populaci, schopnost nebo podmínky. Výhodou těchto specifických nástrojů je jejich úzké specifikační zaměření a tedy možnost citlivě zhodnotit danou oblast, jsou tedy přesnější než obecně používané nástroje (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 52).

Pokud budeme nástroje měření dělit podle objektivnosti, dle Křivohlavého lze získat tři základní skupiny:

1. Měření kvality života, kde kvalitu života hodnotí druhá osoba (objektivní metody).
2. Měření kvality života, kde kvalitu života hodnotí sama zkoumaná osoba (subjektivní metody).
3. Smíšené metody, vzniklé kombinací dvou předchozích metod.

Objektivní metody měření kvality života

- APECHE II – hodnotící systém akutního a chronicky změněného zdravotního stavu (Acute Psychological and Chronic Health Evaluation System). Snahou tohoto hodnotícího systému je vystihnout celkový stav pacienta fyziologickými a patologickými kritérii. Metoda je postavena na vážnosti onemocnění pacienta podle kvalitativní odchylky od normálního stavu. V pozadí je předpoklad, že existuje vyšší míra kolorace mezi údaji o vážnosti onemocnění a mortalitou. Metoda je často využívána na jednotkách intenzivní péče Spojeného království Velké Británie, kde se zjišťuje závažnost zdravotního stavu daného pacienta ihned po příjmu o do 24 hodin

od přijetí. Rozmezí se pohybuje od 0-71 bodů a čím je větší číslo, tím je vyšší pravděpodobnost úmrtí nemocného.

- Karnofského index – hodnotu zde stanovuje lékař, kdy indexem vyjadřuje názor na zdravotní celkový stav. Index je odstupňován po deseti a hodnoty se pohybují od 0%-100%, přičemž platí, že vyšší index poukazuje na lepší zdravotní stav.
- VAS – vizuální analogová škála (Visual Analogus Scale). Tato metoda slouží k posouzení celkového stavu pacienta. Na této vodorovné deseti cm stupnici je zakreslen pacientem pomocí křížků jeho momentální stav, ve kterém se nachází.
- ILF – index kvality života pacienta. V tomto modelu jsou předem stanovena kritéria a model má klady, že stanovení kritérií kvality života není jen na hodnotiteli. Společně se na nich podíleli pacienti, lékaři, sestry, psychologové. Kritéria této metody jsou formulovaná slovně.
- Spitzerův systém vyjádření kvality života pacienta – tento systém patří celosvětově k nejpoužívanějším systémům pro hodnocení kvality života pacientů. Spitzer do systému zahrnul oblasti týkající se pacienta: pracovní schopnost, nezávislost na cizí pomoci, finanční situace, nálada, vědomí o následcích nemoci, komunikace s okolím, vztah s rodinou a přáteli (Křivohlavý, 2002, s. 165-168).

Subjektivní metody měření kvality života

- SEIQoL – systém individuálního hodnocení kvality (Schedule for the Evaluation of Individual quality of Life). SEIQoL je dnes nejrozšířenější metodou měření kvality života. Neklade předem kritéria co je správné, dobré, žádoucí atd. Pojetí kvality v této metodě je individuální, vychází z toho, jak je kvalita života definována dotazovanou osobou. K nejčastěji udávaným podmínkám se řadí zdraví, rodina, práce, víra, finance, vzdělání, ale také politika, estetika, volný čas. Každá osoba má uvést pět životních cílů či zaměření, jež považuje za nejdůležitější.

Smišené metody zjišťování kvality života

- MANSA – krátký způsob hodnocení kvality života vypracovaný univerzitou v Manchesteru. V této metodě se hodnotí celková spokojenost s životem a spokojenost s předem stanovenými dimenzemi života. Cílem je vystihnout celkový obraz člověka v dané chvíli.
- LSS – stupnice (škála) spokojenosti (Satisfaktion scale). Zjišťuje se pomocí sedmistupňové škály, která obsahuje dva extrémy a pět mezistupňů (Křivohlavý, 2002, s. 172-177).

Vybrané generické nástroje měření kvality života

- SIP - nástroj je používán pro studie hodnotící efektivnost terapie a pro farmaceutické analýzy. Obsahuje 136 položek rozdělených do 12 subškál (spánek, oddech, emocionální život, péče o tělo, pohybová aktivity, péče o domácnost, mobility, sociální interakce, komunikace, práce, rekreační aktivity, stravování).
- NHP – je zaměřený na tělesný, sociální a psychický distres. Autoři vycházeli ze SIP. NHP se více soustředí na změny prožívání, obsahuje méně položek. Otázek je 38 rozdělených do šesti subškál (spánek, bolest, emocionální reakce, sociální izolace, tělesná mobilita a úroveň energie).
- SF-36 – využívá se v klinickém výzkumu, pro farmakologické analýzy, při zjišťování stavu obyvatelstva. Je složen ze 36 položek. Fyzické zdraví reprezentuje omezení fyzických aktivit, omezení ve vykonávání obvyklých činností, omezení ve vykonávání běžných rolových aktivit, bolest a celkové vnímání a to vše v důsledku zdravotních problémů. Mentální zdraví je složeno se subškál - vitality, omezení ve vykonávání rolových aktivit v důsledku emocionálních problémů a poslední částí je všeobecné mentální zdraví.
- WHOQOL-BREF - (popis uveden na straně)
- EQ-5D – nástroj hodnotí dva ukazatele zdravotního stavu. První je objektivní, který zahrnuje pět položek (pohyblivost, sebezpečí, obvyklé činnosti, bolest/potíže, úzkost/deprese). Druhá část zahrnuje vizuální analogovou škálu (0-nejhorší stav, 100-nejlepší stav) (Gurková, 2011, s. 144-148).

Specifické nástroje měření kvality života

Specifické nástroje hodnotí poměrně úzké spektrum faktorů, které souvisí s konkrétním onemocněním. Tyto nástroje mají i svou kritiku a to, že jsou zaměřené na oblast symptomatologie onemocnění. Nelze jimi hodnotit všechny všeobecné oblasti, které mohou mít vliv na celkovou kvalitu života. Dosahují větší citlivosti měření a oproti generickým nástrojům mají větší diskriminační validitu. Je tedy vhodné u konkrétních onemocnění využívat specifické nástroje, které jsou konstruovány k danému onemocnění. Například u pacientů s onkologickým onemocněním se využívá pro měření kvality života nejčastěji nástroje QOL-C30, FACT-G, RSCL. Pro pacienty s onemocněním diabetes mellitus je pro měření jejich kvality života k dispozici mnoha specifických dotazníků. Také pro pacienti s kardiovaskulárním onemocněním je určeno nespočet specifických dotazníků. Jsou rozděleny dle konkrétního onemocnění jako pro pacienty s ischemickou chorobou srdeční, pro pacienty, kteří překonali akutní koronární syndrom, pro pacienty se selháním srdce nebo s ischemickou chorobou dolních končetin. Specifické nástroje jsou vytvořené i pro pacienty s respiračním onemocněním, s gastrointesticiálními problémy, s kožními chorobami, s neurologickými chorobami, s onemocněním pohybového aparátu a mnoha dalších. Nástroje jsou určeny i pro určité skupiny lidí např. seniory, děti, stomiky, pro lidi pečující o druhé apod. (Gurková, 2011, s. 149-169).

14 Kvalita života stomiků

Pro většinu pacientů znamená skutečnost založení stomie změnu v jejich dosavadním životním stylu. Život stomika v počátečním období není jednoduchý. Musí se postupně vyrovnávat s mnohými problémy, aby se mohl vrátit zpět do normálního života. K tomu, aby mohli mít stomici svou kvalitu života co nejlepší, potřebují získat potřebné odpovědi na své otázky. Získají tím vysvětlení mnohá nejasností, které mohou nastat od vzniku stomie (Lúčan, 2012 s. 83).

Nejčastější změny životního stylu a omezení, která se vyskytují po založení stomie, se týkají především v oblasti stravování, pohybové aktivity, zaměstnání, sexuálního života. Ovlivněn bývá také společenský a rodinný život a mohou se vyskytnout psychosociální problémy a problémy se sociálním zabezpečením.

14.1 Výživa a pitný režim stomiků

Pacienti s vyvedenou střevní stomií musí kvůli některým fyziologickým změnám související s funkcí střev dodržovat určité dietní opatření a doporučení. Záleží na části střeva, ze které je střevo vyvedeno např. z oblasti tenkého střeva (jejunostomie, ileostomie) jsou kladeny velké nároky na dietní opatření, hospodaření s vodou a minerálními látkami. Při velkých odpadech ze stomie se mohou podávat léky, které zpomalují střevní pasáž (loperamid, kodein), nebo střevní obsah zahušťují (soli vápníku). Při vyžití stomie z tlustého střeva nejsou kladeny takové nároky na dietní opatření, kromě obecných (Skřička, Kohout, Balíková, 2007, s. neuvedeno).

Marková (2006, s. 51) jako obecné zásady a doporučení uvádí:

- jíst pravidelně, 3x denně, potraviny důkladně rozkousat, jíst v lidu, mít dostatek času, jíst ve stejnou dobu
- jíst potraviny, které nezpůsobují ani zácpu či průjem, kolostomici se mají snažit udržovat svou stolici měkkou, formovanou
- nejíst málo, aby mohlo střevo správně pracovat
- vyhýbat se příliš tučným a sladkým pokrmům, snažená jídla konzumovat ojedinele
- nadýmavé potraviny konzumovat opatrně, nové složky potravy vyzkoušet odděleně v malém množství

- pravidelně kontrolovat tělesnou hmotnost
- před dlouhou cestou 24 hodin konzumovat jen tekutiny a pro útlum plynů je možné použít např. živočišné uhlí
- pít dostatek vhodných tekutin (2-2,5 litrů za den), zejména stomici s velkou ztrátou tekutin z odpadů ze střeva
- strava by měla být lehce stravitelná, mechanicky, termicky i chemicky šetřící, nenadýmavá, bohatá na bílkoviny a vitamíny

Zabránění nadýmání	<u>Vyloučit:</u> luštěniny, čerstvé pečivo, zelí, květák, vejce, pivo, cibule, okurky, ředkvičky, melouny, šumiví nápoje, žvýkačky <u>Proti nadýmání:</u> jogurt, brusinky, živočišné uhlí
Zahuštění stolice při průjmu	Rýže, dušená mrkev, strouhaná jablka, borůvky, čokoláda, banány, brambory, bílý chléb, ovesné vločky, pomeranče, grepy, ořechy, červené víno, hořký silný čaj
Projímavé účinky	Švestky, třešně, hrušky, fíky, alkohol, silně kořeněná jídla, kyselé zelí, luštěniny, mléko, masové vývary, šumivé nápoje, ryby, káva, sladkosti, zelený salát, ananas, rajčata, švestkový a meruňkový kompot, větší množství mléčných výrobků,
Zabránění zápachu	<u>Vyhýbat se:</u> nadměrnému množství živočišných bílkovin, vajíčka, ryby, houby, česnek, cibule, zelí, květák, chřest, ostré koření, některé druhy sýrů <u>Zápach tlumí:</u> bílý jogurt, petržel, brusinky, šťáva z brusinek, špenát
Dosažení menšího objemu stolice	Bezezbytková strava (dieta č. 5) a vynechání večerního jídla

Zdroj: Marková, 2006, s. 54

14.2 Aktivní život stomiků

Aktivní život stomika v sobě zahrnuje i možnost vrátit se zpět do zaměstnání, samozřejmě se musí posoudit, jaké vykonával povolání před operačním zákrokem. Záleží na celkovém zdravotním i psychickém stavu nemocného, zda onemocnění, které vedlo k vytvoření stomie, se vyskytuje v remisi. Nedoporučuje se, aby pacient se stomií prováděl těžkou fyzickou práci. Ta by mohla vést k namáhání břišní stěny a tím stoupá riziko vzniku komplikací např. parastomální kýly (Lúčan, 2012, s. 84).

Pokud se již nemůže pacient se stomií vrátit ke svému původnímu zaměstnání, má nárok na invalidní důchod, kdy je přiznán již při poklesu pracovní schopnosti o 35% z důvodu dlouhodobého nepříznivého zdravotního stavu (Zachová a kol., 2010, s. 91).

Po uplynutí rekonvalescence, která při nekomplikovaném zdravotním stavu většinou trvá 2-3 měsíce po operaci, je vhodné začít vykonávat pravidelný pohybový režim. Doporučuje se rekreační sport jako přirozený pohyb, lehká turistika, jízda na kole, cvičení na míči, tenis, plavání. Při plavání se doporučuje použít jednodílný stomický systém s malými sáčky, které jsou diskrétní. Možno je využít i speciálně upravené plavky. Ženy mají plavky jednodílné se zpevněnou břišní částí. Muži mohou využít modelu s minulého století nebo bermudy s vysokým pásem. Škodlivě může působit fyzicky náročná aktivita, trhavé nekoordinované pohyby. Nedoporučují se sporty jako bojová umění, posilování, míčové hry, hokej apod. Je nutné si každou aktivitu dobře naplánovat a zvolit vhodnou a spolehlivou stomickou pomůcku. Stomici by se měli také vyvarovat zvedání těžkých břemen. Zátěž by neměla být větší než pět kilo a váha by měla být nejlépe rozložena rovnoměrně pro obě ruce.

V oblasti cestování mohou stomici bez obav řídit motorová vozidla, jen musí myslet na vhodnost umístění bezpečnostního pásu, aby nemohlo dojít k porušení stomické pomůcky. Při cestách na dlouhé vzdálenosti či cestování letadlem se musí vybavit balíčkem vhodných stomických pomůcek na kompletní ošetření stomie (Zachová a kol., 2010, s. 87-92).

Pro překonání počáteční nejistoty a obav ze sportovních aktivit je vhodné využít některé z aktivit pořádané kluby stomiků. Lidé se stejným postižením zde mohou chodit společně do tělocvičny, jezdit na kolech, poznávat krásy přírody. Tím vším v sobě postupně pěstují lásku k pohybu, který je nezbytný pro dobrou fyzickou zdatnost.

14.3 Sexuální život stomiků a těhotenství

Intimní život je pravděpodobně nejvíce opomíjený aspekt pro znovu začlenění stomika do běžného života, který se teprve v posledních letech rozvíjí. Otázky na toto téma bývají často nevyřešeny a působí dotyčným problémem. Potřeba sexu je u zdravého člověka zcela běžnou, neoddelitelnou součástí života a zahrnuje v sobě mnohem více než jen fyzický akt. I stomik vnímá tuto potřebu stejně jako každý jedinec.

Již samotný operační zákrok může mít za následek sexuální dysfunkci, neboť způsobuje poškození nervových zakončení. Může být neblaze ovlivněna erekce či ejakulace u mužů a sníženo libido u žen. U některých se jedná jen o přechodný problém, který se časem spontánně upraví. Diagnostika a léčba sexuálních dysfunkcí pokročila. Existují způsoby léčby, které mají ve své moci pomoci takto postiženým lidem např. návštěva gynekologa, urologa, sexuologa, androloga (Lúčan, 2012, s. 85-86).

Pro počáteční adaptaci na stomii a zahájení sexuálního života je na prvním místě nabití sebevědomí a jistoty, vyrovnáním se změnou tělesného vzhledu a fyziologických projevů. Zejména u žen se dochází ke ztrátě sexuální touhy vlivem hormonálních a psychických změn. Důležité pro spokojený intimní život je mít vyrovnaný partnerský vztah. V některých případech mohou stresující faktory vést k rozpadu vztahu, ale stomie se stává spíše krycím manévrem, jak ukončit již neharmonické soužití partnerů. Vztahy se na druhou stranu prohlubují, zejména jsou-li partneři vnímavější pro vzájemnou komunikaci a oporu. Pro stomiky obou pohlaví jsou k dispozici stomické pomůcky různé velikosti a tvarů, mohou využít minisáčky, krytky stomie. Dále je vhodné nosit vkusné a důmyslné spodní prádlo, které pouze zakryje a zpevní pomůcky na břiše a neomezují v pohybu. Před sexuálním stykem není vhodné konzumovat větší množství potravin (Zachová a kol., 2010, 107-110).

Velmi choulostivé a mnohem náročnější je to pro nezadané stomiky. Při navazování nové známosti je třeba partnera otevřeně informovat o situaci, i když pacient se stomii musí často řešit dilema, jak sdělit tuto skutečnost a o partnera nepřijít. Zřejmě nejlépe je sdělit svůj stav novému partnerovi na počátku vztahu, ještě před prvním pokusem o intimní záležitost.

Z lékařského hlediska není založení stomie kontraindikací pro těhotenství a porod. Při plánovaném těhotenství stomičky je vhodné kontaktovat ošetřujícího lékaře i gynekologa. Doporučuje se uvažovat o těhotenství dva roky po operačním výkonu. Celou dobu těhotenství jsou stomičky pod kontrolou lékaře i stomasestry. Při zvětšování břicha hrozí vznik komplikací

např. prolaps stomie, proto se musí věnovat větší pozornost stomií a břišní stěně (Zachová a kol., 2010, s. 111).

Jinak je těhotenství stomiček stejné jako u jiných těhotných žen, ani jim se nevyhýbají těhotenské problémy jako je ranní nevolnost, únava či změny nálady.

14.4 Psychosociální problémy stomiků

Závažné onemocnění, které trvá delší dobu, s sebou přináší fyzickou odezvu a následky.

Střevní operace s vyvedením stomie je nejčastěji z důvodů zhoubného onemocnění, a proto se přidávají i obavy o vlastní existenci. Psychické prožívání je u každého jedince individuální. Každý člověk prožívá fáze o nemoci odlišně, každý pacient nedosáhne fáze usmíření a vyrovnání se s nemocí (Marková, 2006, s. 56).

Stomik je člověk, jehož hlavní problém spočívá v inkontinenci stolice a je nucen zachycovat odcházející stolici do stomického sáčku. Tato situace je pro něj velice stresující, zasahuje do jeho osobního i společenského života (Michalková, 2012, s. 44).

Stomici prožívají pocity radosti a štěstí při úspěšné léčbě, ale i zoufalství a pocit beznaděje ve chvílích nejistot a bolesti. Při prožívání onemocnění a adaptaci na stomií hraje určitou roli věk nemocného a jeho temperament, tedy typ osobnosti. Jinak prožívá onemocnění dítě závislé na matce, jinak dospělí zapojení do společenských úkolů a jinak senior. Obecně jsou lidé vyššího věku charakterizováni zhoršenou adaptací na změnu životních podmínek. Odlišně se bude chovat člověk s introvertním nebo extrovertním temperamentem. Proto při volbě adekvátnímu přístupu ke stomikovi je dobré přizpůsobit své chování osobnosti pacienta. U pacienta se může také vyskytnout maladaptivní chování, které se projeví nepřiměřeným obranným chováním (Zachová a kol., 2010, s. 115-118).

Je velmi důležité, aby si sestra i blízké okolí stomika uvědomili, co dotyčná prožívá a dokázali mu pomoci překonat těžké chvíle. Umožnili mu ventilovat vnitřní napětí, nechat ho vypovídat ze svých starostí a obav. Současně není vhodný hypersenzitivní přístup k nemocnému projevující se lítostí a nadměrnou snahou mu pomoci. Druhým extrém je zcela negativní přístup rodiny k nemocnému, kdy se cítí ze strany příbuzných na vše zcela sám (Marková, 2006, s. 56-57).

Velkou roli ve vyrovnání se s onemocněním, s novými životními okolnostmi a s psychickými dopady hraje vzájemná spolupráce stomasestry s dotyčným stomikem, a také zapojení i jeho blízkých do zvládnání náročných situací.

Shrnou-li se hlavní počáteční překážky pro adaptaci se na nový život, jsou to především zdravotní problémy, zvládání ošetřování stomie, psychické potíže a sociální nesnáze (Marková, 2010, s. 121).

14.5 Rodinný a společenský život stomiků

Kvalita rodinného a společenského života u pacienta se stomií se odvíjí z toho, jaké byly vytvořeny v rodině vztahy a souhra již před samostatným výkonem. Rodinní příslušníci a především partner by měli být informováni o nutnosti zavedení stomie a o okolnostech, které s sebou přináší, současně se samotným nemocným. Obě strany mají možnost se s touto tíživou situací vyrovnat a již spolu komunikovat o problematice dříve než nastane. Nemocný se po vytvoření stomie může potýkat s negativní psychickou odezvou, která může být provázená úzkostí, hněvem, depresí, pocity zoufalství, méněcennosti, bezmocnosti až beznaděje. Podobnými pocity může trpět i blízké okolí stomika. Je tedy nutné, aby zdravotničtí pracovníci pomáhali nejen samotnému stomikovi, ale i jeho rodině. Měli by se snažit rodinu podpořit a ukázat jim, jak mohou být potřebnou a nezastupitelnou oporou pro jejich partnery.

Zda řekne pacient o své stomii i širšímu okolí, záleží zcela na něm. Je-li zaměstnaný, měl by informovat o své situaci aspoň ty spolupracovníky či nadřízené, kteří by mu mohli vytvořit podmínky a zajistit dostatek času pro bezproblémové ošetřování stomie.

Po rekonvalescenci po operaci je vhodné, aby se pacient se stomie opět zapojil do společenského života, nestránil se svých přátel, nevyhýbal se kontaktu s novými lidmi, neměl by se stranit kulturním akcím. Problém by neměla činit ani dovolená. Musí se na ní předem důkladně připravit, zajistit si dostatek stomických pomůcek a přizpůsobit místo dovolené tak, aby měl možnost, kdykoliv bude potřeba vyměnit stomickou pomůcku (Marková, 2006, s. 55).

14.6 Sociální zabezpečení stomiků

Větší část populace stomiků se nachází již ve starobním důchodu. U mladších stomiků je třeba řešit otázku návratu do zaměstnání. V mnoho případech to není možné a nezbývá nic jiného než odchod stomika do invalidního důchodu.

Stupeň invalidity se neodvíjí jen od samotné existence stomie, ale také od celkového zdravotního stavu dotyčného. V novelizaci zákona o důchodovém pojištění č. 306/2008 Sb. s účinností od 1. 1. 2010 byla plná a částečná invalidita nahrazená třístupňovou. Prvního stupně invalidity je dosaženo při poklesu pracovní schopnosti o 35% - 49% při dlouhodobém nepříznivém zdravotním stavu. Druhý stupeň je vymezen při poklesu pracovní schopnosti o 50% - 69%. Pokud pracovní omezení dosahuje 70%, jedná se o invaliditu třetího stupně (Zachová a kol, 2010, s. 91).

Každý konkrétní případ je posuzován jednotlivě Lékařskou posudkovou službou.

Dávky státní sociální podpory nemusí přímo souviset s náklady, které vznikají v souvislosti se zdravotním stavem. Jedná se o dávky, které jsou poskytovány dle výše příjmu (např. příspěvek na dítě, bydlení, dopravu). Dále jsou vyplaceny dávky, které nejsou na výši příjmu závislé (např. porodné, rodičovský příspěvek). Průkazky TP a ZTP spadají také do dávek sociální péče. Získání těchto průkazek je posuzováno podle vyhlášky 182/1991 Sb., kde jsou uvedena jednotlivá postižení mající nárok na mimořádné výhody. Stomie není jmenovitě v tomto seznamu uvedena, proto se při žádosti o průkazky pro zdravotně postižení stomiky často vyskytují problémy. Záleží na individuálním posouzení jednotlivých případů. Nejnižší stupeň TP (tělesně postižený) opravňuje nositele k místu v dopravním prostředku. Druhý stupeň ZTP (zvláště tělesně postižený) má stejné výhody jako TP a navíc bezplatné cestování městskou hromadnou dopravou a slevy na mimořádné spoje. Třetí nejvyšší stupeň ZTP/P (postižený vyžadující průvodce) má výhody jako dva předchozí stupně a zároveň nárok na bezplatnou dálkovou dopravu včetně průvodce. Všechny průkazky umožňují získat slevy na různé kulturní, sportovní akce a jiných zařízení udělované individuálně provozovateli (Marková, 2006, s. 59).

Pro pacienty se stomií je důležité vědět, na kolik pomůcek mají nárok, kdo je může předepisovat, zda jsou plně hrazené. Pomůcky předepisuje praktický či odborný lékař (chirurg, urolog, internista, onkolog) na příslušný poukaz, předepíše pomůcky nanejvýš na tři měsíce, nelze je předepisovat zpětně, na daný měsíc je lze předepsat nejpozději v poslední den toho měsíce. Pokud je stanovený limit pomůcek nedostačující (průjmová onemocnění,

poškozená podložka), lze tento limit navýšit po schválení revizním lékařem. Naprostá většina všech stomických pomůcek všech firem je hrazena pojišťovny. Od 1. 4. 2012 platí novela zákona č. 48/1997 Sb. a novela přílohy č. 3 k tomuto zákonu, kdy vedle množstevních limitů jsou zde nové finanční limity. Stomické firmy se snažily upravit ceny stomických pomůcek tak, aby se vešly do nově předepsaných limitů. U některých pomůcek je nutné schválení revizním lékařem (např. stomické zátky, krytky, irigační sety, deodorační prostředky). Při diagnóze stomie lze předepisovat buničitou vatu, obvazovou vatu, gázu nesterilní a sterilní. (www.ilco.cz)

14.7 Sdružení určená pro stomiky

Vysoce pozitivní úlohu v prožívání stomiků hrají kluby stomiků. Klub stomiků je dobrovolným spolkem sdružující lidi se stomií a jejich rodinných příslušníků. Tyto kluby vznikaly v době, kdy nebyly stomapordny. Pacienti se stomií tak měli šanci se dozvědět něco více o své stomií a setkat se s lidmi se stejným postižením. Posláním klubů je hájit zájmy stomiků, především v dostupnosti kompenzačních pomůcek, pořádají různé semináře a instruktáže s účastí odborných lékařů, stomasester a distributorů stomických pomůcek. Výbor klubu pro své členy zajišťuje několikrát ročně rekondiční pobyty, víkendové zájezdy, turistické vycházky, sportovní a další akce (Marková, 2006, s. 57).

Každý stomik má právo se dozvědět, že kluby pro stomiky existují a že se mohou stát dobrovolně členy. Úlohou klubů je taktéž jednat s ministerstvy, orgány státní správy, výrobci pomůcek, a jinými organizacemi, aby hájily zájmy stomiků. Další významnou úlohou klubů je šíření pravdivých informací o potřebách a o životě stomiků.

V prosinci roku 1992 bylo založeno České ILCO, sdružení stomiků v České republice. ILCO je nadřazenou organizací lokálních klubů. Česká republika je také zapojena do celosvětové asociace stomiků - International Ostomy Association (IOA) vzniklé před 30 lety. Členská základna IOA postavena ze 73 regionálních asociací. České ILCO se v roce 1994 stalo členem Evropské asociace stomiků EOA (European Ostomy association) a vysílá své zástupce nejen za účelem předávání zkušeností, ale poskytuje i pomoc ostatním členským státům (Zachová, 2010, s. 123-125).

Momentálně pod České ILCO spadá 20 lokálních klubů. Všechny spolky stomiků, ať jsou členy ILCO či ne, jsou prospěšné pro psychiku svých členů. Mají možnost setkávat se stejně postiženými lidmi a dozvídají se od nich osobní zkušenosti, které mohou pozitivně ovlivnit

kvalitu jejich života. Mnozí touto podporou a pomocí překonají izolaci a osamělost, zbaví se nepříjemného pocitu odlišnosti od ostatních lidí (www.ilco.cz).

14.8 Specifické dotazníky měřící kvalitu života stomiků

Pojem kvality života a stomie je nejčastěji spojován s problémy: adaptace, vztahy, irigace, zaměstnání, sebepečce, sociální aktivity a fyzické omezení.

Baxterová uvádí, že je málo studií zabývajících se, jaký má vliv stomie na kvalitu života pro nedostatek specifických validních dotazníků. Dle výzkumu Javulkové (2012) bylo doposud používáno pět specifických hodnotících nástrojů pro hodnocení kvality života stomiků. Konkrétně se jedná o validizovaný a reliabilní specifický dotazník SQOLS (The Stoma Quality of Life Scale). Obsahuje 21 položek, které jsou rozděleny do tří oblastí. První oblast je složena ze šesti položek a posuzuje práci a sociální funkce, druhá hodnotí sexuální stránku a boby image a sestává z pěti položek. Poslední třetí část má šest položek zjišťující stoma funkci. Jedna samostatná položka posuzuje finanční dopad, další jedna položka podráždění pokožky a dvě poslední položky hodnotí celkovou spokojenost. Dalším specifickým dotazníkem je Stoma-QOL (Javulková, 2012, s. 22).

O popsání validizace a vývoje Stoma-QOL se ve své studii zabýval Prieto et al. (2005). Formuloval potencionální položky na základě výsledků semistrukturovaných rozhovorů se 169 stomiky. Vznikla předběžná verze dotazníku s 37 otázkami a byl přeložen do čtyř jazyků (francouzského, německého, španělského, dánského). Opakovaně se dával 182 pacientům v daných čtyřech zemích. Konečná podoba zahrnuje 20 položek dotazníku rozčleněných do čtyř domén (spánek, sexualita, vztahy s rodinou a blízkými přáteli a sociální vztahy k jiným než rodinným blízkým. Studie zároveň potvrzuje vhodnost tohoto nástroje pro klinické výzkumy a praxi (Prieto et al., 2005, s. 1)

Stoma-QOL s 20 položkami byl přeložen společností Coloplast do 15 jazyků a také i do českého jazyka.

Třetím specifickým dotazníkem je SQLI (The Stoma Quality of Life Index). Byl použit Jimenezovou ve tří měsíční studii. Studie se zúčastnilo 336 pacientů se stomií a cílem bylo vyhodnotit kvalitu života pomocí klinického sledování pomocí SQLI versus telemonitoring. SQLI obsahuje 34 položek rozčleněných do 13 podskupin (tělesná a psychická pohoda, body image, bolest, sexuální život, výživa, sociální problémy, zvládání situace, spokojenost, co by šlo zlepšit v rámci zdravotní péče, zdravotní zkušenosti, self-efficacy, pomoc a poradenství.

Dalším multidimenzionální dotazník pro měření kvality života u pacientů se střevními stomiemi je COH-QOL-Ostomy Questionnaire (City of Hope QOL-Ostomy Questionnaire). Dotazník byl opět validizován a ověřován. O validizaci se postarala Grantová, která prováděla výzkum s cílem aktualizovat původní verzi CHO-QOL Colostomy. Dotazník se rozšířil na všechny skupiny stomických pacientů a následně byl ověřen na 1513 stomicích. Model dotazníku je složen ze šesti faktorů, které jsou pro jednoduchost rozděleny do čtyř dimenzí (psychická, fyzická, sociální a spirituální).

Posledním specifickým nástrojem používaným pro posouzení kvality života pacientů se stomií je dotazník mCOH-QOL-Ostomy questionnaire (modifikovaný City of Hope Quality of Life). Validitu potvrzuje ve své studii Mohlerová a zkoumala překážky v sebeděči, metody přizpůsobení se a rady pro ostatní stomiky (Javulková, 2012, s. 23-24).

EMPIRICKÁ ČÁST

CÍLE PRÁCE

Cílem bakalářské práce bylo zjistit stávající kvalitu života pacientů se zavedeným břišním vývodem a zmapovat, zda odlišná kritéria související se stomií mají výrazný vliv na pacientovu kvalitu života. Současně cílem práce bylo určit, zda je vhodné používat pro zjištění kvality života stomiků dotazník, který je pro ně určen.

Cíl č. 1: Posoudit, zda stomici mají sníženou kvalitu života oproti relativně zdravé populaci.

Očekávaný výsledek: Stomici mají nižší kvalitu života oproti populační normě.

Cíl č. 2: Zjistit, zda typ stomie ovlivňuje kvalitu života.

Očekávaný výsledek: Ileostomici vnímají kvalitu života hůře než kolostomii.

Cíl č. 3: Posoudit, zda délka zavedení stomie má vliv na kvalitu života.

Očekávaný výsledek: Stomici žijící se stomií 0-2 roky mají sníženou kvalitu života oproti víceletým stomikům.

Cíl č. 4: Posoudit, zda jsou výsledky zkoumaných dotazníků srovnatelné.

15 Metodika práce

15.1 Výběr a charakteristika respondentů

Pro sběr dat byl vybrán účelový soubor respondentů. Jednalo se o pacienty se zavedeným umělým vývodem střeva. Data byla získána za spolupráce stomasestrer z Fakultní nemocnice Hradec Králové a z Vítkovické nemocnice a. s. Stomasestry byly seznámeny s obsahem dotazníku, s cíli práce a pro kterou skupinu pacientů je dotazník určen. Celkově bylo stomasestrám doručeno 100 dotazníků, kdy bylo navraceno 78 vyplněných dotazníků. Zbývajících 22 dotazníků nebylo pro krátkodobé období sběru dat stomikům předáno. Z celkového množství vyplněných dotazníků bylo pro analýzu dat možno použít 74 dotazníků tedy 74%. Čtyři dotazníky musely být vyřazeny pro jejich neúplné vyplnění respondenty a konečné výsledky by mohly být zkresleny.

15.2 Metoda výzkumného šetření

Pro sběr dat byla užitá metoda kvantitativního výzkumu formou dotazníků, které byly rozdány stomasestrami pacientům se stomií. Dotazník byl anonymní a obsahoval uzavřené otázky. V úvodu byly otázky zaměřeny na sociodemografické údaje respondentů a otázky zjišťující okolnosti ohledně stomie. Následně byl dotazník složen ze dvou kompletních dotazníků, které jsou určeny pro sledování kvality života. Prvním dotazníkem je standardizovaný dotazník Světové zdravotnické organizace v jeho krátké verzi WHOQOL-BREF a za druhý dotazník byl zvolen nestandardizovaný dotazník Stoma-QOL. WHOQOL-BREF vznikl jako zkrácená verze z dotazníku WHOQOL 100. Dotazník obsahuje 26 otázek, z nichž 24 otázek je rozděleno do čtyř domén: fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí. Součástí dotazníku jsou zbývajících dvě položky, které nepatří do žádných z výše uvedených domén a jsou samostatným hodnocením kvality života a celkového zdravotního stavu (otázky dotazníku č. 1, 2). 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 za 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).

Dotazník Stoma-QOL byl vytvořen pro měření kvality života lidí se stomií. Otázky zařazené do tohoto dotazníku vznikly po mnoha pohovorech s lidmi s vývodem z různých zemí, při kterých se zjišťovalo, s kterými problémy se lidé se stomií nejčastěji potýkají a je-li jimi ovlivněna jejich kvalita života. Dotazník pokrývá problémy jako obavy o spánek, obavy o sexuální život, obavy z rodinných vztahů a vztahů k blízkým přátelům a obavy týkajících se vztahů s jinými lidmi.

Dotazník obsahuje 20 otázek, každá otázka je ohodnocena body 1 až 4. 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. 7) vyhodnotí tzv. Final score (konečné skóre), které ukáže jaká je kvalita života dotazovaného podle dotazníku Stoma-QOL. Výhodou tohoto dotazníku je, že otázky v něm zařazené jsou jednoduché a vyplnění dotazníku respondentem netrvá déle než 5 – 10 minut. Následné zpracování a vyhodnocení dotazníku je velmi rychlé a to okolo 3 – 5 minut (www.us.coloplast.com).

15.3 Zpracování získaných dat

Ke zpracování výsledků byl použit program NCSS 8 a metody k vyhodnocení a ověření výsledků jako:

deskriptivní statistiky

χ^2 test nezávislosti v kontingenční tabulce

dvouvýběrový t-test, případně neparametrické testy Mann-Whitney,

Kolmogorov-Smirnov

bodové grafy

korelační koeficient

Následně jsem získaná data vyhodnotila a vložila je pomocí programu Microsoft Excel 2010 do tabulek a grafů.

Symboly použité v tabulkách:

n_1 - absolutní četnost

f_1 - relativní četnost

Σ - celková četnost

p - hodnota pravděpodobnosti

16 Výsledky

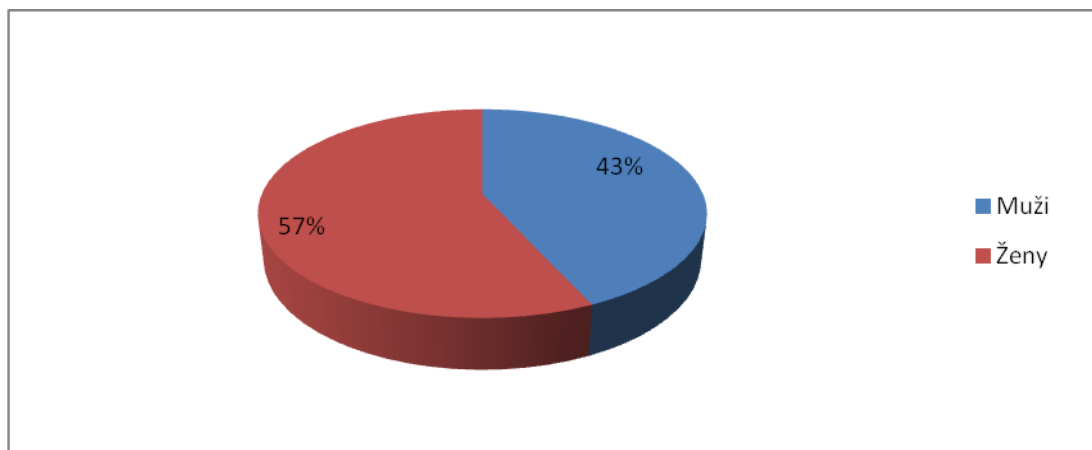
16.1 Vyhodnocení sociodemografických údajů a údajů o stomii

Otázka: Pohlaví

Tabulka č. 2: Pohlaví respondentů

Odpovědi	n_1	f_1 (%)
Muži	32	43,2
Ženy	42	56,8
Σ	74	100

Graf č. 1: Pohlaví respondentů



Komentář:

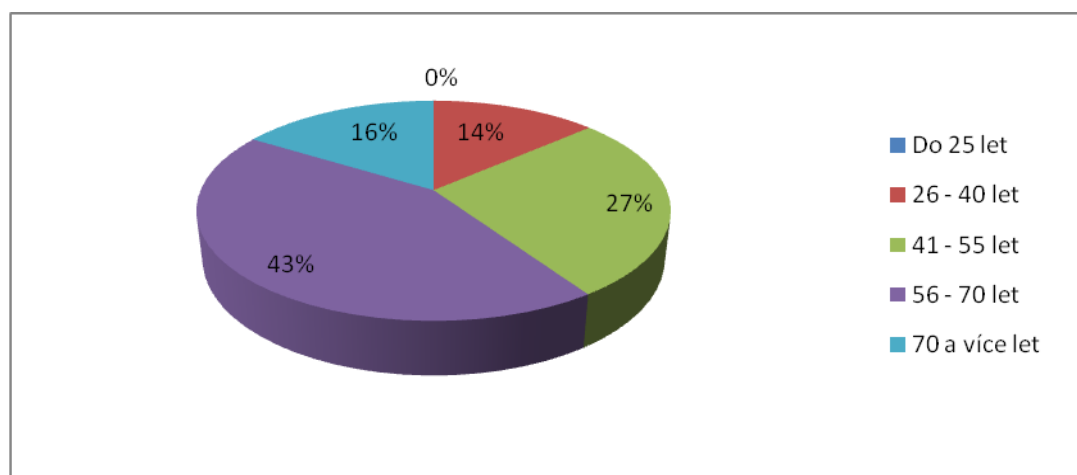
Dotazník vyplnilo 32 mužů (43 %) a 42 žen (57 %) z celkového počtu dotazovaných respondentů.

Otázka: Věk

Tabulka č. 3: Věk respondentů

Odpovědi	n_1	f_1 (%)
Do 25 let	0	0
26 – 40 let	10	13,5
41 – 55 let	20	27,0
56 – 70 let	32	43,2
70 a více let	12	16,2
Σ	74	100

Graf č. 2: Věk respondentů



Komentář:

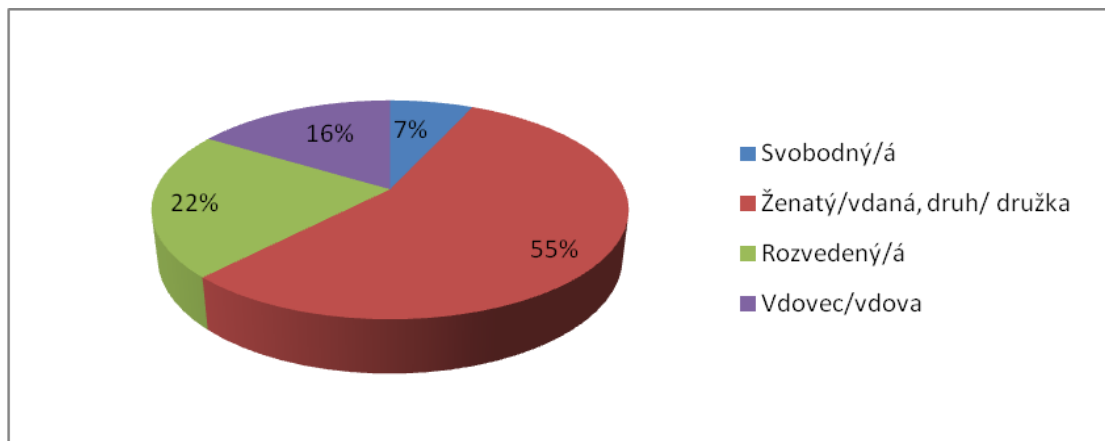
Tabulka č. 3 ukazuje, že respondenti byli starší 25 let. Ve věku 26 – 40 let byl dotazník vyplněn 14% (10 osob), ve věku 41 – 55 let bylo 27 % (20 osob) respondentů, nejvíce bylo respondentů zastoupeno ve věkovém rozmezí 56 – 70 let a to 43% (32 osob) a 16% (12 osob) bylo ve věku 70 a více let.

Otázka: Rodinný stav

Tabulka č. 4: Rodinný stav respondentů

Odpovědi	n ₁	f ₁ (%)
Svobodný/á	5	6,8
Ženatý/vdaná, druh/družka	41	55,4
Rozvedený/á	16	21,6
Vdovec/vdova	12	16,2
Σ	74	100

Graf č. 3: Rodinný stav respondentů



Komentář:

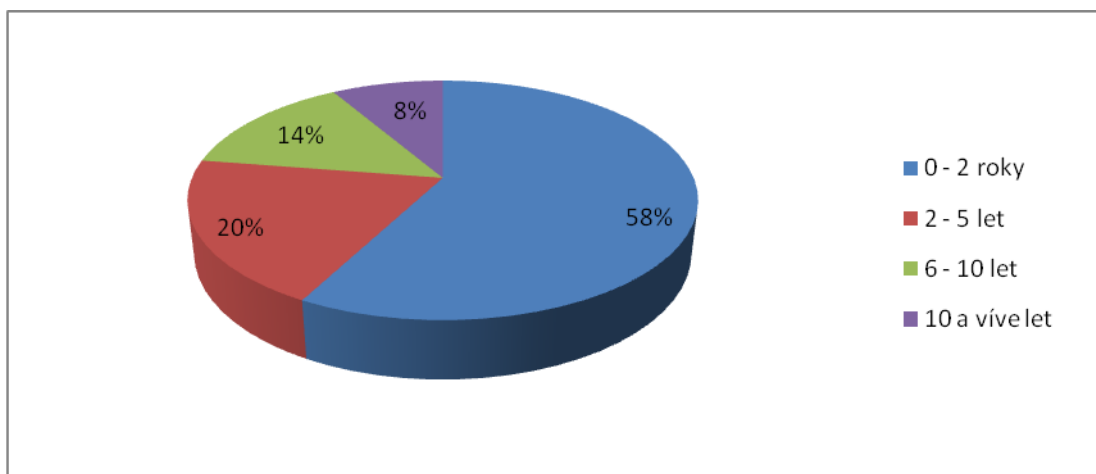
Svobodných bylo 7% (5 osob) respondentů, 55% (41 osob) respondentů je sezdaných nebo ve vztahu druh/družka, 22% (16 osob) respondentů je rozvedených a 16% (12 osob) respondentů je ovdovělých.

Otázka: Jak dlouho máte stomii?

Tabulka č. 5: Doba zavedení stomie

Odpovědi	n ₁	f ₁ (%)
0 – 2 roky	41	55,4
2 – 5 let	18	23,6
6 – 10 let	10	13,5
10 a více let	6	8,1
Σ	74	100

Graf č. 4: Doba zavedení stomie



Komentář:

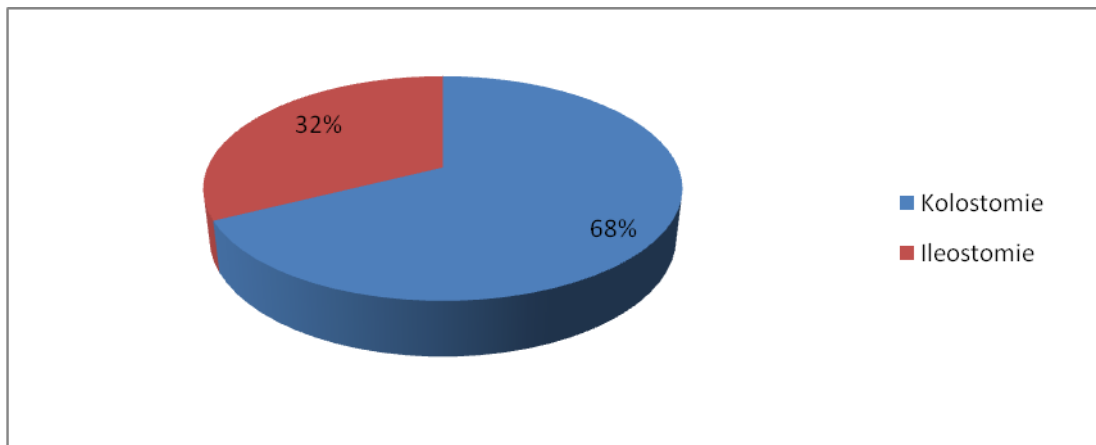
Zavedenou stomii méně než dva roky má 55% (41 osob) respondentů, 24% (14 osob) respondentů má zavedenou stomii 2 až 5 let, 14 % (10 osob) respondentů má stomii 6 až 10 let a více než 10 let má stomii zavedenou 8% (6 osob) respondentů.

Otázka: Jaký máte typ stomie?

Tabulka č. 6: Typ stomie

Odpovědi	n ₁	f ₁ (%)
Kolostomii	50	67,4
Ileostomii	24	32,4
Σ	74	100

Graf č. 5: Typ stomie



Komentář:

Kolostomii má 67% (50 osob) z dotazovaných respondentů a ileostomii má zavedenou 32% (24 osob) z celkového počtu respondentů.

16.2 Vyhodnocení dotazníků WHOQOL-BREF

(plné znění dotazníku příloha č. 8)

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

Tabulka č. 7: Hodnocení kvality života

<i>Odpověď</i>	velmi špatná	Špatná	ani špatná ani dobrá	dobrá	velmi dobrá	Σ
n_1	2	9	26	35	2	74
f_1 (%)	2,7	12,2	35,1	47,3	2,7	100

Komentář:

Poměrně velká část respondentů, tedy 47 % (35 osob), hodnotili kvalitu svého života jako dobrou. 35 % (26 osob) dotazovaných se k otázce postavili neutrálně a odpověděli, že jejich kvalitu života vnímají jako ani dobrou, ani špatnou. 12 % (9 osob) vnímá kvalitu svého života špatně a u 3 % (2 osob) byla kvalita života hodnocena za velmi špatnou a ve stejném procentuálním zastoupení i jako velmi dobrá kvalitu života.

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

Tabulka č. 8: Spokojenost se zdravím

<i>Odpověď</i>	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a	Σ
n_1	2	20	33	18	1	74
f_1 (%)	2,7	27,0	44,6	24,3	1,4	100

Komentář:

Respondenti v 45 % (33 osob) hodnotili spokojenost se zdravím neutrálně, a to ani spokojen/a, ani nespokojen/a. 27 % (20 osob) dotazovaných je nespokojeno se svým zdravím, velmi nespokojeno se zdravím je 3% (2 osob) z respondentů. 24 % (18 osob) respondentů vnímá své zdraví pozitivněji, tedy jsou s ním spokojeni a velmi spokojen se svým zdravím je jen jeden (1 %) z dotazovaných respondentů.

Otázka č. 3: Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?**Tabulka č. 9:** Jak brání bolest v tom, co potřebují respondenti dělat

<i>Odpověď</i>	vůbec ne	Trochu	středně	hodně	maximálně	Σ
n₁	16	19	28	9	2	74
f₁ (%)	21,6	25,7	37,8	12,2	2,7	100

Komentář:

Poměrně velká část respondentů udává, že se bolest v jejich životě vyskytuje.

V 38 % (28 osob) se bolest vyskytuje středně, ve 12 % (9 osob) se objevuje bolest hodně, maximální bolest je zaznamenána u 3 % (2 osob) respondentů. V 26 % (19 osob) bolest ovlivňuje respondenty trochu a 22 % (16 osob) respondentů bolest nevnímá vůbec.

Otázka č. 4: Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?**Tabulka č. 10:** Jak moc potřebují respondenti lékařskou péči?

<i>Odpověď</i>	vůbec ne	Trochu	středně	hodně	maximálně	Σ
n₁	5	25	34	8	2	74
f₁ (%)	6,8	33,8	45,9	10,8	2,7	100

Komentář:

Téměř polovina respondentů 45 % (34 osob) se domnívá, že potřebují lékařskou péči středně, 34 % (25 osob) respondentů si myslí, že péči potřebují trochu a 7 % (5 osob), jí nepotřebují vůbec. Naproti tomu 11 % (8 osob) respondentů potřebuje lékařskou péči hodně a téměř stálou lékařskou péči potřebuje 3 % (2 osob) z dotazovaných respondentů.

Otázka č. 5: Jak moc Vás těší život?

Tabulka č. 11: Potěšení ze života

<i>Odpověď</i>	vůbec ne	Trochu	středně	hodně	maximálně	Σ
n_1	3	9	25	27	10	74
f_1 (%)	4,1	12,2	33,8	36,5	13,5	100

Komentář:

K této otázce se postavilo pozitivně 14% (10 osob) respondentů, které jejich život těší maximálně a 37% (27 osob) respondentů uvádí, že je život těší hodně. Neutrální postoj k potěšení ze života má 34% (25 osob) dotazovaných. Malé potěšení ze života má 12% (9 osob) respondentů a žádné potěšení ze života nemají tři (4%) respondenti.

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

Tabulka č. 12: Smysl života

<i>Odpověď</i>	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně	Σ
n_1	2	6	21	27	18	74
f_1 (%)	2,7	8,1	28,4	36,5	24,3	100

Komentář:

37% (27 osob) respondentů uvádí, že jejich život má smysl hodně a 24% (18 osob) respondentů dokonce, že jejich život má smysl maximálně. Pocit střední smysluplnosti svého života má 29% (21 osob) respondentů. Horší mínění o smyslu života má 8% (6 osob) dotazovaných, kdy označili, že pro ně má smysl života jen trochu a 3% (2 osoby) respondentů si myslí, že jejich život nedává žádný smysl.

Otázka č. 7: Jak se dokážete soustředit?

Tabulka č. 13: Soustředěnost respondentů

<i>Odpověď</i>	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně	Σ
n_1	2	7	31	22	12	74
f_1 (%)	2,7	9,5	41,9	29,7	16,2	100

Komentář:

Z dotazovaných respondentů má pocit maximálního soustředění 16% (12 osob), 30% (22 osob) respondentů se dokáže soustředit hodně a středně se soustředí 42% (31 osob) z dotazovaných. Malá míra schopnosti soustředit se, je zaznamenána 10% (7 osob) z respondentů, kteří se dokážou soustředit trochu a vůbec se nedokáže soustředit 3% (2 osoby) z dotazovaných respondentů.

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

Tabulka č. 14: Pocit bezpečí

<i>Odpověď</i>	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně	Σ
n_1	0	7	39	22	6	74
f_1 (%)	0	9,5	52,7	29,7	8,1	100

Komentář:

Pocit bezpečí v každodenním životě je hodnocen nejčastěji středně a to v 53% (39 osob). Pocit hodně velkého bezpečí v životě má 30% (22 osob) respondentů a maximální pocit bezpečí v každodenním životě udává 8% (6 osob) z dotazovaných. 10% (7 osob) odpovědělo, že mají pocit každodenního bezpečí v jejich životě jen trochu. Odpověď žádného pocitu bezpečí v každodenním životě nebyla zaznamenána žádným respondentem.

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

Tabulka č. 15: Prostor a jeho zdraví

<i>Odpověď</i>	vůbec ne	Trochu	středně	hodně	maximálně	Σ
n_1	5	3	38	23	5	74
f_1 (%)	6,8	4,1	51,4	31,1	6,8	100

Komentář:

Skoro přesná polovina respondentů 51% (38 osob) uvádí středně zdravé prostředí, ve kterém žijí. U 31 % (23 osob) respondentů se můžeme setkat s tím, že své prostředí považují za hodně zdravé a maximálně zdravé prostředí, ve kterém respondenti žijí je udáno 7% (5 osob). Naopak o nezdravosti svého prostředí je přesvědčeno 7% (5 osob) respondentů a v trochu zdravém prostředí žije 4 % (3 osoby) z dotazovaných respondentů.

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

Tabulka č. 16: Energie pro každodenní život

<i>Odpověď</i>	vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela	Σ
n_1	4	7	25	21	7	74
f_1 (%)	5,4	9,5	33,8	28,4	9,5	100

Komentář:

Se středně velkým množstvím energie v každodenním životě žije 34 % (25 osob) respondentů, 29 % (21 osob) respondentů udává, že se u nich energie pro život většinou vyskytuje a 10 % (7 osob) má pro život zcela dostatek energie. 10 % (7 osob) respondentů je přesvědčeno o tom, že jim energie k životu spíše chybí a 5 % (4 osoby) z dotazovaných má pocit, že nemají žádnou energii pro svůj každodenní život.

Otázka č. 11: Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?**Tabulka č. 17:** Jak stomici akceptují svůj vzhled

<i>Odpověď</i>	vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	Zcela	Σ
n₁	2	17	18	28	9	74
f₁ (%)	2,7	23,0	24,3	37,8	12,2	100

Komentář:

Zcela akceptovat svůj tělesný vzhled dokáže 12 % (9 osob) respondentů, 38% (28 osob) většinou dokáže akceptovat svůj tělesný vzhled. Ve 24% (18 osob) je respondenty zaznamenáno, že se svým tělesným vzhledem je spokojeno středně. 23% (17 osob) spíše nedokáže svůj tělesný vzhled akceptovat a 3% (2 osoby) z dotazovaných respondentů nedokáže vůbec svůj tělesný vzhled akceptovat.

Otázka č. 12: Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?**Tabulka č. 18:** Dostatek peněz pro uspokojení potřeb

<i>Odpověď</i>	vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela	Σ
n₁	6	20	31	14	3	74
f₁ (%)	8,1	27,0	41,9	18,9	4,1	100

Komentář:

Většina respondentů 42% (31 osob) si myslí, že jejich finanční podmínky jsou na střední úrovni k uspokojení jejich potřeb. 27% (20 osob) respondentů udává spíše nižší výskyt finančních prostředků. S absolutním nedostatkem prostředků na uspokojení životních potřeb se potýká 8% (6 osob). 19% (14 osob) je svou finanční situací většinou spokojeno a dostatek financí pro život má 4% (3 osoby) z dotazovaných respondentů.

Otázka č. 13: Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?**Tabulka č. 19:** Přístup k informacím pro každodenní život

<i>Odpověď</i>	vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela	Σ
n_1	2	2	18	35	17	74
f_1 (%)	2,7	2,7	24,3	47,3	23,0	100

Komentář:

Z tabulky lze vyčíst, že pacienti se stomií jsou dostatečně informovaní a mají dobrý přístup k informacím, které potřebují ve svém životě vědět. Maximální množství informací lze nalézt u 23% (17 osob) respondentů. Relativně dostatečné množství informací se vyskytuje u 43% (35 osob) z dotazovaných. Středně velké množství informací udává 24% (18 osob) respondentů. Jen 3% (2 osoby) nabývá dojmu, že spíše nemá přístup k informacím, které potřebuje vědět pro svůj každodenní život, a ve stejném procentuálním zastoupení 3% respondenti udávají, že mají zcela nedostatek informací.

Otázka č. 14: Máte možnost věnovat se svým zálibám**Tabulka č. 20:** Možnost věnovat se zálibám

<i>Odpověď</i>	vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela	Σ
n_1	5	23	19	17	10	74
f_1 (%)	6,8	31,1	25,7	23,0	13,5	100

Komentář:

Dotazování respondenti spíše nemají možnost věnovat se svým zálibám a to v 31 % (23 osob) zastoupení a 7% (5 osob) nemá žádnou možnost věnovat se svým zálibám. Středně se svým zálibám může věnovat 26% (19 osob) respondentů, možnost většinou se zálibám náleží 23% (14 osob) z dotazovaných a zcela se zálibám věnuje 14% (10 osob) respondentů.

Otázka č. 15: Jak se dokážete pohybovat?**Tabulka č. 21:** Možnost pohybu

<i>Odpověď</i>	velmi špatně	špatně	ani špatně ani dobře	dobře	velmi dobře	Σ
n₁	3	7	18	38	8	74
f₁ (%)	4,1	9,5	24,3	51,4	10,8	100

Komentář:

Téměř polovina respondentů 51% (38 osob) se dokáže dobře pohybovat. Velmi dobrou pohyblivost udává 11% (8 osob) respondentů. S neutrální mírou schopností pohybu, tedy ani dobře, ani špatně, se zle setkat u 24% (18 osob) respondentů. Potíže s pohybem má 10% (7 osob) respondentů, kdy se pohybují špatně a velmi omezená pohyblivost je zaznamenána u 4 % (3 osoby) z dotazovaných respondentů.

Otázka č. 16: Jak jste spokojena se svým spánkem?**Tabulka č. 22:** Spokojenost se spánkem

<i>Odpověď</i>	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a	Σ
n₁	5	15	24	25	5	74
f₁ (%)	6,8	20,3	32,4	33,8	6,8	100

Komentář:

34% (5 osob) respondentů je se svým spánkem spokojeno a velmi spokojeno je se svým spánkem 7% (5 osob) respondentů. 32 % (24 osob) dotazovaných zaujímá ke svému spánku neutrální postoj. 20% (15 osob) je se spánkem nespokojeno a velmi nespokojeno se svým spánkem je 7% (5 osob) respondentů.

Otázka č. 17: Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?**Tabulka č. 23:** Spokojenost s prováděním každodenních činností

<i>Odpověď</i>	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a	Σ
n_i	1	15	27	27	4	74
f_i (%)	1,4	20,3	36,5	36,5	5,4	100

Komentář:

Spokojenost sám se sebou ohledně provádění každodenních činností se vyskytuje u 37% (24 osob) respondentů, ve stejné zastoupení 37% (27 osob) je zaznamenána ani spokojenost a ani nespokojenost se schopností provádět každodenní činnost. 5% (4 osoby) respondentů je velmi spokojeno se svou schopností provádět potřebné každodenní činnosti. Oproti tomu 20% (15 osob) respondentů je nespokojeno, že nemůže provádět každodenní činnosti a jeden respondent uvádí, že je velmi nespokojen.

Otázka č. 18: Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?**Tabulka č. 24:** Spokojenost s pracovním výkonem

<i>Odpověď</i>	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a	Σ
n_i	5	22	24	20	3	74
f_i (%)	6,8	29,7	32,4	27,0	4,1	100

Komentář:

Se svým pracovním výkonem je spokojeno 27% (20 osob) respondentů, velmi spokojeno se svou prací jsou 4 % (3 osoby) respondentů. Neutrálně svůj pracovní výkon hodnotí 32% (24 osob) dotazovaných. Nespokojenost s pracovním výkonem své vlastní osoby je uvedena v 30% (22 osob) a velmi velkou nespokojeností s pracovním výkonem se lze setkat u 7% (5 osob) respondentů.

Otázka č. 19: Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?**Tabulka č. 25:** Spokojenost se sebou

<i>Odpověď</i>	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	Ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a	Σ
n₁	1	11	38	22	2	74
f₁ (%)	1,4	14,9	51,4	29,7	2,7	100

Komentář:

Spokojenost se sebou samým udává 30% (22 osob) z dotazovaných, velká spokojenost se sebou samým se vyskytla jen u 3% (2 osoby) respondentů. Neutrální postoj k sobě samému zaujímá mírná nad polovina respondentů 51% (38 osob). Negativně hodnotí sami sebe respondenti v 15 % (11 osob), že jsou se sebou nespokojeni a jeden respondent je se sebou samým velmi nespokojen.

Otázka č. 20: Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?**Tabulka č. 26:** Spokojenost s osobními vztahy

<i>Odpověď</i>	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a	Σ
n₁	1	8	19	33	13	74
f₁ (%)	1,4	10,8	25,7	44,6	17,6	100

Komentář:

Převážná část respondentů 45 % (33 osob) je spokojena se svými osobními vztahy. Velmi dobré osobní vztahy má 18 % (13 osob) respondentů. 26 % (19 osob) se domnívá, že jejich osobní vztahy jsou v neutrální rovině, tedy jsou se vztahy ani spokojeni, ani nespokojeni. 11% (8 osob) respondentů je s osobními vztahy nespokojeno a jeden z respondentů si vybral odpověď, že je velmi nespokojen s osobními vztahy.

Otázka č. 21: Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?**Tabulka č. 27:** Spokojenost se sexuálním životem

<i>Odpověď</i> [~]	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a	Σ
n₁	7	31	22	13	1	74
f₁ (%)	9,5	41,9	29,7	17,6	1,4	100

Komentář:

Respondenti mají spíše negativní postoj ke spokojenosti v sexuálním životě. Až 42% (31 osob) respondentů je se svým sexuálním životem nespokojeno a 10% (7 osob) respondentů dokonce velmi nespokojeno. Také 30% (22 osob) zaujímá neutrální stanovisko k sexuálnímu životu, tedy jsou ani spokojeni, ani nespokojeni. 18% (13 osob) uvádí, že je se svým sexuálním životem spokojeno a jeden respondent udává, že je velmi spokojen se sexuálním životem.

Otázka č. 22: Jak jste spokojena s podporou, kterou vám poskytují přátelé?**Tabulka č. 28:** Spokojenost s podporou přátel

<i>Odpověď</i> [~]	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a	Σ
n₁	0	0	12	41	21	74
f₁ (%)	0	0	16,2	55,4	28,4	100

Komentář:

Pacienti se stomií mají to štěstí, že mají kolem sebe přátelé, kteří jim poskytují dostatek podpory. 55% (41 osob) respondentů je s podporou přátel spokojeno, 28 % (21 osob) je s podporou přátel velmi spokojeno. 16% (12 osob) je s podporou přátel ani spokojeno, ani nespokojeno. Odpověď velmi nespokojen a nespokojen s podporou přátel nebyla vybrána žádným respondentem.

Otázka č. 23: Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?**Tabulka č. 29:** Spokojenost s podmínkami pro život

<i>Odpověď</i>	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a	Σ
n_1	1	5	15	43	10	74
f_1 (%)	1,4	6,8	20,3	58,1	13,5	100

Komentář:

Podmínky v místech, kde respondenti žijí, hodnotí spíše příznivě. 58% (43 osob) s těmito podmínkami je spokojeno a velmi spokojeno je 14% (10 osob) respondentů. Neutrálně se staví k podmínkám v místě, kde respondenti žijí 20% (15 osob). Nespokojenost s podmínkami v místě bydliště je uvedena u 7% (5 osob) respondentů. Velká nespokojenost s podmínkami v místě svého bydliště je udána jedním respondentem.

Otázka č. 24: Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?**Tabulka č. 30:** Spokojenost s dostupností zdravotní péče

<i>Odpověď</i>	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a	Σ
n_1	1	5	13	46	9	74
f_1 (%)	1,4	6,8	17,6	62,2	12,2	100

Komentář:

Až 62% (46 osob) respondentů je spokojena s dostupností zdravotní péče, 12 % (9 osob) respondentů je s dostupností velmi spokojeno. Neutrálně hodnotí dostupnost zdravotní péče 18% (13 osob). 7% (5 osob) je nespokojeno s dostupností zdravotní péče a jeden respondent je s dostupností velmi nespokojen.

Otázka č. 25: Jak jste spokojen/a s dopravou?**Tabulka č. 31: Spokojenost s dopravou**

<i>Odpověď</i> ^v	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a	Σ
n₁	3	13	11	40	7	74
f₁ (%)	4,1	17,6	14,9	54,1	9,5	100

Komentář:

Velká spokojenost s dopravou je ohodnocena 10% (7 osob) dotazovaných. Spokojenost s dopravou je zaznamenána u 54 % (40 osob). Ani spokojenost a ani nespokojenost s dopravou je uvedena u 15% (11 osob) respondentů. 18 % (13 osob) je nespokojeno s dopravou a velmi nespokojeno s dopravou jsou 4% (3 osoby) dotazovaných respondentů.

Otázka č. 26: Jak často prožíváte negativní pocity jako např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?**Tabulka č. 32: Prožívání nepříjemných pocitů**

<i>Odpověď</i> ^v	nikdy	Někdy	Středně	celkem často	neustále	Σ
n₁	7	30	22	14	1	74
f₁ (%)	9,5	40,5	29,7	18,9	1,4	100

Komentář:

Celkem často prožívá negativní emoce 19 % (14 osob) respondentů, jeden dotazovaný prožívá negativní pocity neustále. Středně často jsou negativní emoce prožívány v 30% (22 osob). Nejčastěji byla vybrána odpověď v 41% (30osob), že respondenti prožívají negativní emoce někdy. 10 % (7 osob) respondentů má to štěstí, že nikdy negativní emoce neprožívá.

Tabulka č. 33 : Průměrné skóry položek u pacientů se stomií a u běžné populace

Položky	Pacienti se stomií (průměr)	Populační norma (průměr)	STD
Q1 celková kvalita života	3,35	3,82	0,72
Q2 spokojenost se zdravím	2,94	3,68	0,85
q3rev bolest a nepříjemné pocity	2,48	4,03	1,05
q4rev závislost na lékařské péči	2,68	4,16	0,95
q5 potěšení ze života	2,43	3,83	0,90
q6 smysl života	3,71	3,86	0,85
q7 soustředění	3,47	3,55	0,88
q8 osobní bezpečí	3,36	3,24	0,79
q9 životní prostředí	3,36	2,85	0,92
q10 energie a únava	3,13	3,62	0,93
q11 přijetí tělesného vzhledu	3,37	3,90	0,82
q12 finanční situace	2,83	2,87	1,08
q13 přístup k informacím	3,85	3,87	0,77
q14 záliby	3,05	3,33	1,00
q15 pohyblivost	3,55	4,27	0,84
q16 spánek	3,13	3,61	0,99
q17 každodenní činnosti	3,24	3,76	0,78
q18 pracovní výkonnost	2,91	3,76	0,80
q19 spokojenost se sebou	3,17	3,57	0,76
q20 osobní vztahy	3,66	3,75	0,91
q21 sexuální život	2,59	3,64	1,07
q22 podpora přátel	4,12	3,85	0,80
q23 prostředí v okolí bydliště	3,75	3,54	0,86
q24 dostupnost zdravotní péče	3,77	3,70	0,79
q25 doprava	3,47	3,19	1,07
q26rev negativní pocity	2,62	3,47	0,95

(zdroj populačních norem viz Dragomerická, Bartoňová, 2006, s. 42)

Komentář:

V tabulce č. 33 jsou porovnány průměrné skóry jednotlivých položek u pacientů se zavedenou střevní stomií a s relativně zdravou populací. Jsou zde znázorněny veškeré průměrné skóry všech 26 otázek dotazníku WHOQOL-BREF.

Z tabulky lze vyčíst, že průměrná hodnota u pacientů se stomií oproti populační normě je výrazně snížena u otázek týkajících se spokojenosti se zdravím (Q2), bolesti a nepříjemných pocitů (q3), závislosti na lékařské péči (q4), potěšení ze života (q5), pohyblivosti (q15), pracovní výkonnosti (q18), sexuálního života (q21), negativních pocitů (q26). Největší rozdílné průměrné skóre u výše uvedených otázek byl zaznamenán u otázky bolest a nepříjemné pocity (rozdíl 1,55). Pro úplnost následují v sestupných rozdílných hodnotách otázky: závislost na lékařské péči (rozdíl 1,48), potěšení ze života (rozdíl 1,40), sexuální život (rozdíl 1,05), pracovní výkonnost (rozdíl 0,85), negativní pocity (rozdíl 0,85), spokojenost se zdravím (rozdíl 0,74), pohyblivost (rozdíl 0,72).

V průměrných hodnotách je také znázorněno, že pacienti se stomií získali vyšší skóre oproti populační normě. Konkrétně se to týkalo otázky osobního bezpečí (q8), životního prostředí (q9), podpory přátel (q22), prostředí v okolí bydliště (q23), dostupnosti zdravotní péče (q24) a dopravy (q25). Zde získala nejvyšší rozdílné skóre otázka zaměřena na životní prostředí (rozdíl 0,51) a následující otázky měly postupně nižší rozdílné skóre: doprava (rozdíl 0,28), podpora přátel (rozdíl 0,27), prostředí v okolí bydliště (rozdíl 0,21), osobní bezpečí (rozdíl 0,12), dostupnost zdravotní péče (rozdíl 0,07).

Zbýlé otázky měly nižší průměrnou hodnotu v porovnání pacientů se stomií k populační normě, ale nebyly rozdíly nikterak výrazné.

16.3 Vyhodnocení dotazníků Stoma QOL

(plné znění dotazníků viz příloha č. 8)

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

Tabulka č. 34: Obavy z plného sáčku

Odpovědi	n ₁	f ₁ (%)
Neustále	13	17,6
Někdy	30	40,5
Zřídka	19	25,7
Vůbec	12	16,2
Σ	74	100

Komentář:

Neustále obavy z plného stomického sáčku má 18% (13 osob) z dotazovaných, 41 % (30 osob) respondentů má tyto obavy někdy, zřídka má obavy 26% (19 osob) a žádné obavy z plného sáčku nemá 16% (12 osob) respondentů.

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

Tabulka č. 35: Obavy z uvolněného sáčku

Odpovědi	n ₁	f ₁ (%)
Neustále	17	23,0
Někdy	29	39,2
Zřídka	20	27,0
Vůbec	8	10,8
Σ	74	100

Komentář:

Neustálé obavy, že se stomický sáček uvolní má 23% (17 osob), někdy tento pocit prožívá 39% (29 osob) z respondentů, 27 % (20 osob) má obavy z uvolnění sáčku zřídka a 11% (8 osob) nemá obavy, že by se mohl sáček uvolnit.

Otázka č. 29: Cítím potřebu neustále vědět, kde je nejbližší toaleta**Tabulka č 36:** Potřeba vědět, kde je toaleta

Odpovědi	n₁	f₁ (%)
Neustále	26	35,1
Někdy	25	33,8
Zřídka	16	21,6
Vůbec	7	9,5
Σ	74	100

Komentář:

35 % (26 osob) respondentů má neustálou potřebu vědět, kde se nachází nejbližší toaleta, 34% (25 osob) má tuto potřebu někdy, 22% (16 osob) jí mívá zřídka a 10% (7 osob) udává, že nemají potřebu vědět, kde se nachází nejbližší toaleta.

Otázka č. 30: Bojím se, že by sáček mohl zapáchat.**Tabulka č. 37:** Obavy ze zapáchajícího sáčku

Odpovědi	n₁	f₁ (%)
Neustále	20	27,0
Někdy	29	39,2
Zřídka	17	23,0
Vůbec	8	10,8
Σ	74	100

Komentář:

Neustále obavy, že by mohl sáček zapáchat má 27% (20 osob) respondentů, 39% (29 osob) mívá obavy ze zápachu někdy, zřídka má tyto obavy 23% (17 osob) a vůbec tyto obavy neudává 11% (8 osob) respondentů.

Otázka č. 31: Obávám se ze zvuků ze stomie.**Tabulka č. 38:** Obavy ze zvuků ze stomie

Odpovědi	n₁	f₁ (%)
Neustále	18	27,3
Někdy	31	47,9
Zřídka	17	23,0
Vůbec	8	10,8
Σ	74	100

Komentář:

Z nepříjemných zvuků ze stomie má neustálý strach 27% (18 osob) respondentů, <48% (31 osob) má strach ze zvuků někdy, 23% (17 osob) má nepříjemný pocit zřídka a žádné obavy z nepříjemných zvuků ze stomie nemá 11% (8 osob) respondentů.

Otázka č. 32: Potřebuji během dne odpočívat**Tabulka č. 39:** Potřeba odpočinku během dne

Odpovědi	n₁	f₁ (%)
Neustále	16	21,6
Někdy	44	59,5
Zřídka	13	17,6
Vůbec	1	1,4
Σ	74	100

Komentář:

Neustále během dne potřebuje odpočívat 22% (16 osob) respondentů, odpočívat během dne někdy potřebuje 60% (44 osob) respondentů, zřídka potřebuje odpočinek během dne 18% (13 osob) respondentů a žádnou potřebu odpočinku bylo udáno jen 1 (1,4%) respondentem.

Otázka č. 33: Moje stomická pomůcka omezuje výběr oděvů, které si mohu oblékat.**Tabulka č. 40: Omezený výběr oděvů**

Odpovědi	n₁	f₁ (%)
Neustále	12	16,2
Někdy	38	51,4
Zřídka	12	16,2
Vůbec	12	16,2
Σ	74	100

Komentář:

Stomické pomůcky neustále omezují výběr oděvu 16% (12 osob) respondentům, někdy má omezený výběr 51% (38 osob) respondentů, zřídka vnímá omezení 16% (12 osob) respondentů a omezení ve výběru oděvu nepocítuje 16% (12 osob) respondentů.

Otázka č. 34: Během dne se cítím unaven/á**Tabulka č. 41: Odpočinek během dne**

Odpovědi	n₁	f₁ (%)
Neustále	15	20,3
Někdy	43	58,1
Zřídka	15	20,3
Vůbec	1	1,4
Σ	74	100

Komentář:

Během dne má neustálý pocit únavy 20% (15 osob) respondentů, 58% (43 osob) bývá někdy unaveno během dne, zřídka je unaveno 20% (15 osob) a denní únavu nepocítuje 1 respondent (1,4%).

Otázka č. 35: Moje stomie způsobuje, že se necítím sexuálně nepřítažlivý/á.**Tabulka č. 42: Pocit sexuální nepřítažlivosti**

Odpovědi	n₁	f₁ (%)
Neustále	33	44,6
Někdy	21	28,4
Zřídka	10	13,5
Vůbec	10	13,5
Σ	74	100

Komentář:

Pocitem neustále sexuální nepřítažlivosti je ovlivněno 45% (33 osob) respondentů, 28% (21 osob) respondentů má někdy pocit sexuální nepřítažlivosti, 14% (10 osob) má tento pocit zřídka a stejný počet 14% (10 osob) respondentů problémem sexuální nepřítažlivostí netrpí vůbec.

Otázka č. 36: V noci špatně spím.**Tabulka č. 43: Špatný noční spánek**

Odpovědi	n₁	f₁ (%)
Neustále	15	20,3
Někdy	38	51,4
Zřídka	13	14,6
Vůbec	8	10,8
Σ	74	100

Komentář:

20% (15 osob) respondentů udává, že v noci neustále špatně spí, někdy špatně spí 51% (38 osob) respondentů, zřídka problémy se vnímá 15% (13 osob) respondentů a 11% (8 osob) respondentů neudává potíže s nočním spánkem.

Otázka č. 37: Bojím se, že bude sáček šustit a bude to slyšet.**Tabulka č. 44: Obavy o slyšitelnosti šustění sáčku**

Odpovědi	n₁	f₁ (%)
Neustále	6	8,1
Někdy	33	44,6
Zřídka	16	21,6
Vůbec	19	25,7
Σ	74	100

Komentář:

Jen 8% (6 osob) respondentů má neustále obavy o to, že jejich stomický sáček bude šustit a bude to slyšet. Někdy tento nepříjemný pocit mívá 45% (33 osob) respondentů, 22% (16 osob) respondentů má pocit slyšitelnosti šustění pomůcky zřídka a 26% (19 osob) respondentů nemá obavy, že by jejich sáček mohl šustit a byl slyšet.

Otázka č. 38: Stydím se za své tělo kvůli vývodu.**Tabulka č. 45: Stud za své tělo**

Odpovědi	n₁	f₁ (%)
Neustále	22	29,7
Někdy	19	25,7
Zřídka	16	21,6
Vůbec	17	23,0
Σ	74	100

Komentář:

Neustálým pocitem studu je ovlivněno 30% (22 osob) respondentů, 26% (19 osob) respondentů se za své tělo kvůli vývodu stydí někdy, 22% (16 osob) udává, že se stydí za své tělo zřídka a 23% (17 osob) respondentů se nestydí vůbec.

Otázka č. 39: Bylo by pro mě těžké zůstat přes noc mimo domov.**Tabulka č. 46:** Obavy, zůstat přes noc mimo domov

Odpovědi	n₁	f₁ (%)
Neustále	14	18,9
Někdy	34	45,9
Zřídka	12	16,2
Vůbec	14	18,9
Σ	74	100

Komentář:

Neustálými obavami zůstat přes noc mimo domov trpí 19% (14 osob) respondentů, 46% (34 osob) má obavy zůstat mimo domov v noci někdy, zřídka se obavy vyskytují u 16% (12 osob) a žádné obavy zůstat mimo domov přes noc udalo 19% (14 osob) respondentů.

Otázka č. 40: Je těžké skrýt skutečnost, že nosím na těle stomickou pomůcku**Tabulka č. 47:** Nemožnost skrýt stomickou pomůcku

Odpovědi	n₁	f₁ (%)
Neustále	10	13,5
Někdy	32	43,2
Zřídka	19	25,4
Vůbec	13	17,6
Celkem	74	100

Komentář:

14% (10 osob) respondentů má neustálé potíže skrýt skutečnost, že nosí na těle stomickou pomůcku, někdy tímto problémem trpí 43% (32 osob) respondentů, 26% (16 osob) respondentů udává potíže zřídka a 18% (13 osob) respondentů se nepotýká se skutečností, že by nemohli skrýt, že nosí stomickou pomůcku.

Otázka č. 41: Bojím se, že můj stav je pro lidi kolem mne přítěží**Tabulka č. 48:** Obavy o přítěž pro lidi kolem

Odpovědi	n₁	f₁ (%)
Neustále	8	10,8
Někdy	30	40,5
Zřídka	20	27,0
Vůbec	16	21,6
Σ	74	100

Komentář:

11% (8 osob) respondentů má neustále obavy, že jsou přítěží pro lidi kolem nich, neboť mají stomii, 41% (30 osob) někdy vnímá obavy, že by mohli být přítěží pro své okolí, 27% (20 osob) má pocit přítěže pro okolí zřídka a 22% (16 osob) se nebojí, že by jejich stav byl přítěží pro lidi kolem nich.

Otázka č. 42: Vyhýbám se bližšímu fyzickému kontaktu s přáteli**Tabulka č. 49:** Vyhýbání se kontaktu s přáteli

Odpovědi	n₁	f₁ (%)
Neustále	10	13,5
Někdy	28	37,8
Zřídka	17	23,0
Vůbec	19	25,4
Σ	74	100

Komentář:

Bližšímu fyzickému kontaktu s přáteli se neustále vyhýbá 14% (10 osob) respondentů, někdy se bližšímu fyzickému kontaktu vyhýbá 38 (28 osob), zřídka se vyhýbá tomuto kontaktu 23% (17 osob) a vůbec se fyzickému kontaktu s přáteli nevyhýbá 25% (19 osob) respondentů.

Otázka č. 43: Kvůli stomiím je pro mě obtížné být mezi jinými lidmi.**Tabulka č. 50:** Obtížnost být mezi jinými lidmi

Odpovědi	n₁	f₁ (%)
Neustále	6	8,1
Někdy	36	48,6
Zřídka	13	14,6
Vůbec	19	25,4
Σ	74	100

Komentář:

Být mezi jinými lidmi kvůli stomiím je neustále obtížné pro 8% (6 osob) respondentů, někdy je obtížné být mezi jinými pro 49% (36 osob) respondentů, zřídka se s tímto problémem potýká 15% (19 osob) respondentu a 25% (19 osob) netrpí tím, že by bylo pro ně obtížné kvůli stomiím být mezi jinými lidmi.

Otázka č. 44: Bojím se setkání s novými lidmi.**Tabulka č. 51:** Obavy se setkat s novými lidmi

Odpovědi	n₁	f₁ (%)
Neustále	8	10,8
Někdy	31	41,9
Zřídka	14	18,9
Vůbec	21	28,4
Σ	74	100

Komentář:

Neustálými obavami se scházet s novými lidmi má 11% (8 osob) respondentů, 42% (31 osob) má obavy se sejít s novými lidmi někdy, zřídka trpí obavami z nových setkání s lidmi 19% (14 osob) a 28% (21 osob) respondentů se vůbec nebojí setkání s novými lidmi.

Otázka č. 45: Mezi jinými lidmi se cítím osamělý/á.**Tabulka č. 52: Osamělost mezi jinými lidmi**

Odpovědi	n₁	f₁ (%)
Neustále	3	4,1
Někdy	31	41,9
Zřídka	19	25,4
Vůbec	21	28,4
Σ	74	100

Komentář:

Neustálým pocitem osamělosti mezi jinými lidmi se potýká 4% (3 osob) respondentů, 42 % (31 osob) má někdy pocit osamělosti mezi jinými lidmi, zřídka trpí pocitem osamělosti 25 % (19 osob) respondentů a vůbec pocitem osamělosti mezi jinými lidmi se nepotýká 28% (21 osob) respondentů.

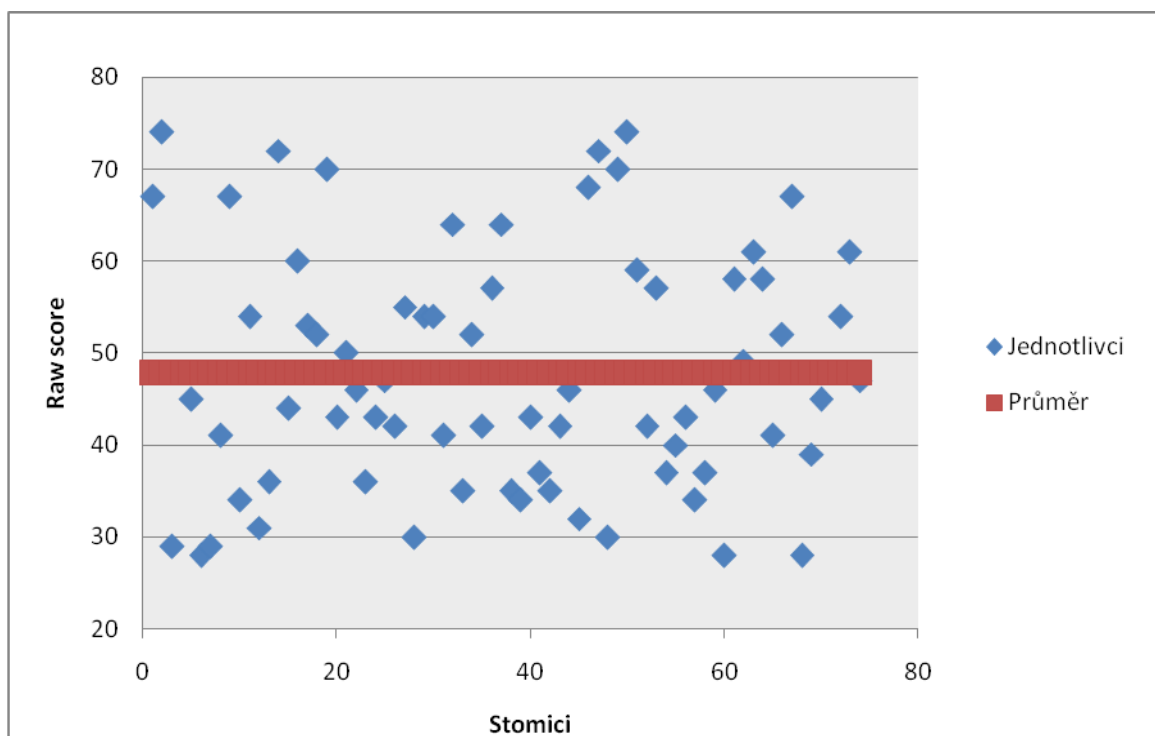
Otázka č. 46: Bojím se, že se má rodina v mé blízkosti cítí trapně**Tabulka č. 53: Obavy, že se rodina cítí trapně**

Odpovědi	n₁	f₁ (%)
Neustále	6	8,1
Někdy	17	23,0
Zřídka	12	16,2
Vůbec	39	52,4
Σ	74	100

Komentář:

8% (6 osob) respondentů se neustále bojí, že se jejich rodina cítí trapně v jejich blízkosti, někdy se tyto obavy projevují u 23% (17 osob) respondentů, zřídka se objevuje pocit, že se rodina cítí trapně u 16% (12 osob) a až 52% (39 osob) respondentů nemá žádné obavy, že by se jejich rodina cítila trapně v jejich přítomnosti.

Graf č. 6: Hodnoty raw score dotazníku Stoma-QOL

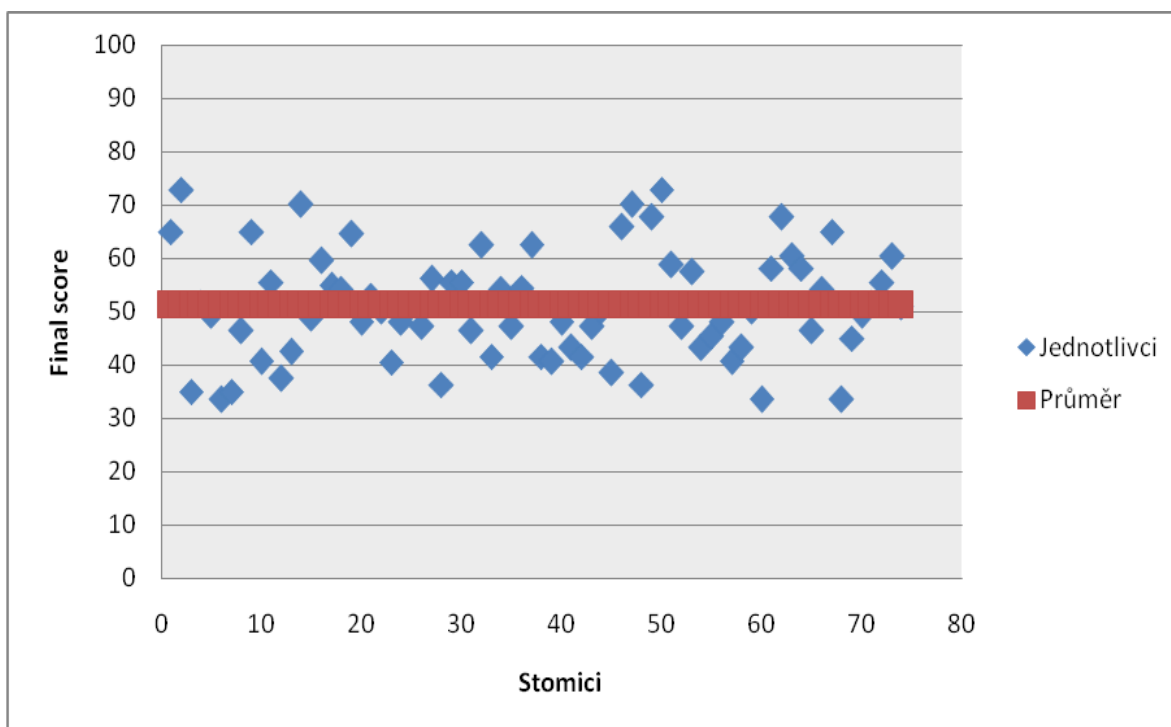


Komentář:

Graf č. 6 znázorňuje raw score (hrubé skóre), které se získá součtem všech dvaceti položek dotazníku Stoma- QOL. Každá otázka je ohodnocena body 1 – 4. Minimální počet hrubého skóre je tedy 20 bodů a maximálně lze získat 80 bodů hrubého skóre.

Jak ukazuje graf č. 6, tak při vyhodnocování dotazníku bylo respondenty získáno jako minimální počet hrubého skóre 28 bodů a maximální počet bodů byl 74. Následně celkový průměr raw skóre u 74 dotazovaných respondentů činí 47, 81 bodů. Nad tento průměr se dostalo 33 respondentů (45%) a pod hranici celkového průměru 41 respondentů (55%). Tudiž větší část respondentů spadá pod průměrnou hodnotu hrubého skóre, které získali celkově dotazovaní respondenti.

Graf č. 7: Hodnoty final score dotazníku Stoma-QOL



Komentář:

Graf č. 7 ukazuje hodnoty final score (konečné skóre), které se vyčte pomocí tabulky pro skórování dotazníku Stoma-QOL, kdy se získané hrubé skóre (raw score) vsadí do dané tabulky a dostane se tím finální skóre. Konečné skóre ukáže, jakou má kvalitu života respondent, který dotazník vyplnil.

Bodové rozmezí final score je od 0 do 100, kdy 0 (náleží 20 bodům raw score) představuje nejhorší kvalitu života a 100 (náleží 80 bodům raw score) nejlepší kvalitu života.

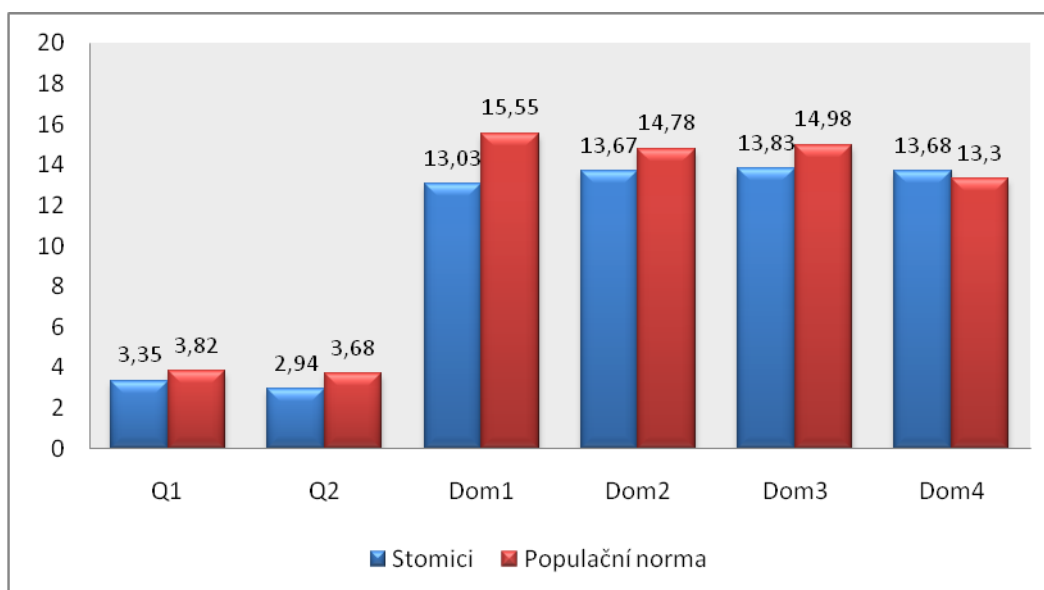
Respondenti dosáhli maximu 72,89 konečného skóre a minima 33,58. Průměrná hodnota konečného skóre je 51,1. Nad tuto hranici se dostalo, stejně jako u grafu č. 6, 33 respondentů a pod hranici 41 respondentů.

16.4 Vyhodnocování samostatných cílů práce

Tabulka č. 54: Průměrné skóre domén a položek pacientů se stomií a populační normy

	Pacienti se stomií			Populační norma			Hodnota pravdě- podobnosti
	průměr	min.	max.	průměr	min.	max.	
Q1 celková kvalita života	3,35	1,0	5,0	3,82	1,0	5,0	p<0,001
Q2 spokojenost se zdravím	2,94	1,0	5,0	3,68	1,0	5,0	p<0,001
Dom 1- fyzické zdraví	13,03	5,14	18,86	15,55	5,14	20,00	p<0,001
Dom2- duševní zdraví	13,67	7,33	20,00	14,78	6,67	20,00	p=0,0038
Dom 3- sociální vztahy	13,83	9,33	20,00	14,98	4,00	20,00	p=0,0019
Dom 4- živ. Podmínky	13,68	9,00	18,5	13,30	6,00	18,50	p=0,151

Graf č. 8: Porovnání kvality života pacientů se stomií s populační normou



Komentář:

V tabulce č. 54 jsou znázorněny průměrné skóre domén dotazníků VHOQOL-BREF (Dom 1 - 4). Také samostatně dvě položky dotazníků a to celkové hodnocení kvality života (Q1) a celkové zdraví (Q2) pacientů se stomií. Výsledná skóre jsou porovnány s populační normou relativně zdravé populace. U domén je rozpětí škál otázek od minima 4 do maxima 20, u jednotlivých otázek je rozpětí minima 1 a maxima 5. Vyšší skóre znamená vyšší kvalitu života.

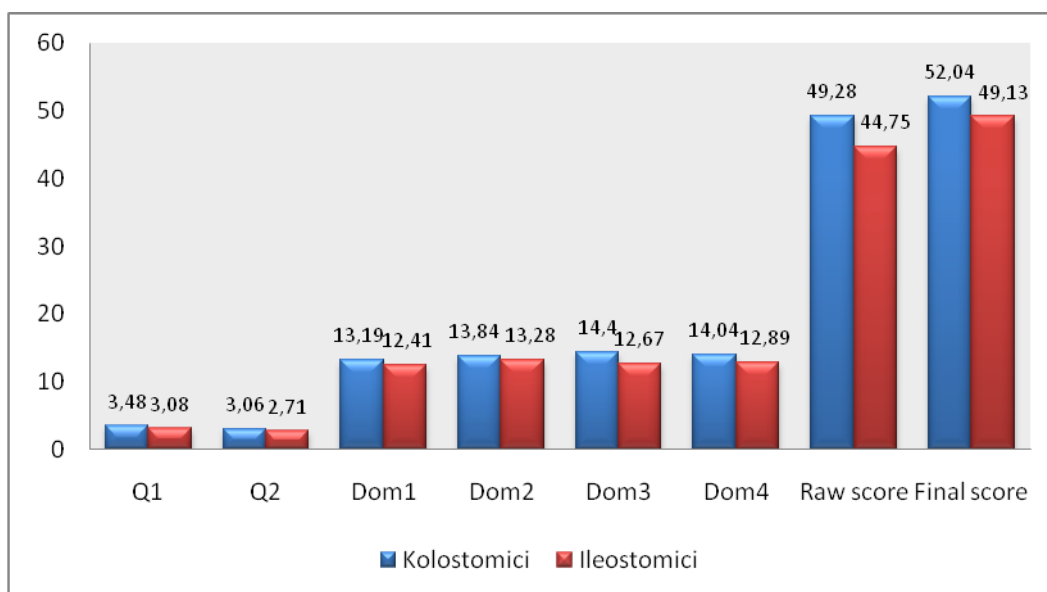
Jak ukazuje tabulka č. 54 a graf č. 8 lze celkově říct, že jsou viditelné rozdíly v hodnocení kvality života pacientů se stomií oproti populační normě. Kromě domény týkající se životních podmínek, kterou hodnotí stomici lépe než populační norma, jsou ostatní domény (Dom1 – fyzické zdraví, Dom2 – duševní zdraví, Dom3 – sociální vztahy) a otázky zjišťující celkovou kvalitu života a spokojenost se zdravím hodnoceny hůře. Nejvýznamnější rozdíl je zaznamenán u domény fyzického zdraví, kdy průměrné skóre pacientu se stomií (skóre 13,03) a u populační normy (skóre 15,55) se vychýlilo o 2,52 hodnoty průměru. Následuje doména sociálních vztahů (rozdíl 1,15), těsně za ní doména duševního zdraví (rozdíl 1,11). Samostatná položka hodnotící celkové zdraví dosáhla rozdílu 0,74 a otázka zjišťující celkovou kvalitu života získala rozdílnou hodnotu 0,47.

Tyto získané výsledky byly ověřeny statisticky (viz hodnoty posledního sloupce tabulky č. 54), kdy lze s jistotou říci, že mezi pacienty se stomií a populační normou byl nalezen významný rozdíl (kromě Dom4 – životní podmínky). Vzhledem k tomu, že hodnoty u pacientů se stomií jsou nižší, je jejich kvalita života snížena, než je tomu u běžné populace.

Tabulka č. 55 Porovnání kvality života podle typu stomie

	Kolostomici	Ileostomici	Pacienti se stomií celkový průměr	Hodnota pravdě- podobnosti
Q1 celková kvalita života	3,48	3,08	3,35	p=0,09
Q2spokojenost se zdravím	3,06	2,71	2,94	p=0,09
Dom1- fyzické zdraví	13,19	12,41	13,03	p=0,53
Dom2- duševní Zdraví	13,84	13,28	13,64	p=0,427
Dom3- sociální vztahy	14,4	12,67	13,83	p=0,004
Dom4- životní podmínky	14,04	12,89	13,68	p=0,003
Raw Score	49,28	44,75	47,81	p=0,24
Final Score	52,04	49,13	51,10	p=0,25

Graf č. 9: Porovnání kvality života dle typu stomie



Komentář:

Tabulka č. 55 porovnává kvalitu života u pacientů, kteří mají vyvedenou kolostomií oproti pacientům s vyvedenou ileostomií. Stejně jako v tabulce č. 54, byly k porovnání kvality života u obou skupin zvoleny shrnující skóre dotazníků WHOQOL-BREF a Stoma QOL.

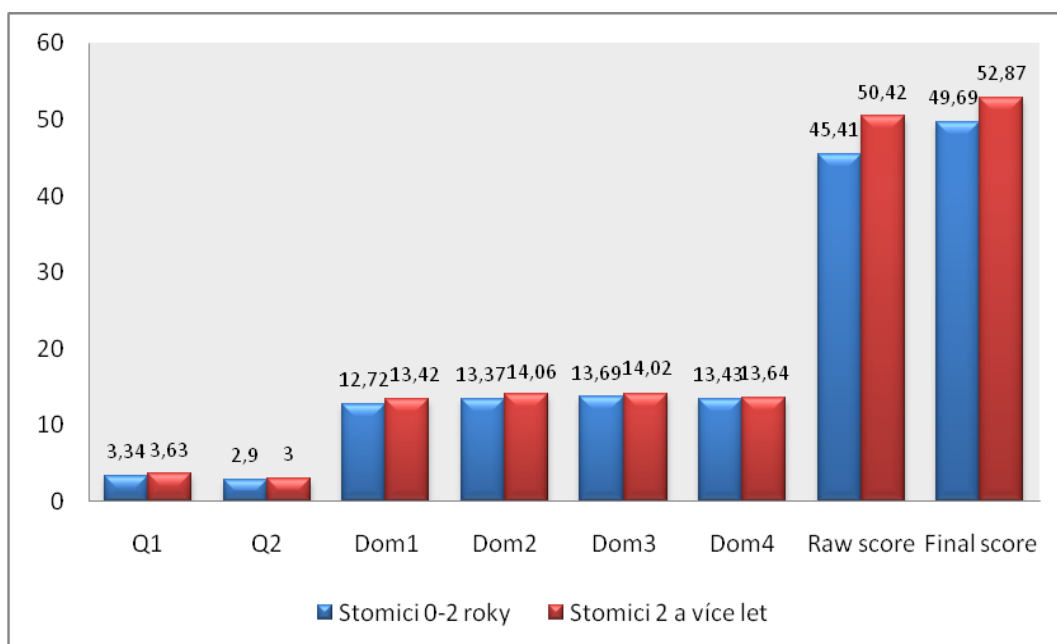
V grafu č. 9 jsou znázorněny získaná průměrná skóre obou sledovaných skupin, kdy z něj vyplývá, že ve všech sledovaných položkách pacienti s kolostomií hodnotí svou kvalitu života lépe oproti pacientům s ileostomií. Výrazný rozdíl byl zaznamenán u domény zjišťující kvalitu života v oblasti sociálních vztahů (Dom3) a životních podmínek (Dom4), kdy pacienti se kolostomií dosáhli lepšího průměrného skóre oproti ileostomikům. Toto zjištění potvrzuje i hodnota pravděpodobnosti (poslední sloupec tabulky č. 55), kdy byl nalezen statisticky významný rozdíl u domén týkajících se sociálních vztahů a životních podmínek (zde platí pravidlo pro hladinu významnosti menší než 0,05).

Na hranici statistické významnosti se dostali také položky zjišťující celkovou kvalitu života (Q1) a fyzické zdraví (Q2), kdy se dá určit, že pacienti se stomií tyto dvě položky hodnotili lépe než pacienti se stomií. U zbylých parametrů nebyl nalezen statisticky významný rozdíl.

Tabulka č. 56: Porovnání kvality života podle doby od zavedení stomie

	Pacienti se stomií 0 – 2 roky	Pacienti se stomií 2 a více let	Pacienti se stomií celkový průměr	Hodnota pravdě- podobnosti
Q1 celková kvalita života	3,34	3,36	3,35	p=0,911
Q2spokojenost se zdravím	2,90	3,0	2,94	p=0,650
Dom 1- fyzické zdraví	12,72	13,42	13,03	p=0,328
Dom 2- duševní zdraví	13,37	14,06	13,64	p=0,319
Dom 3- sociální vztahy	13,69	14,02	13,83	p=0,575
Dom4-životní podmínky	13,43	13,64	13,68	p=0,851
Raw Score	45,41	50,42	47,81	p=0,156
Final Score	49,67	52,87	51,10	p=0,179

Graf č. 10: Porovnání kvality života podle doby od zavedení stomie

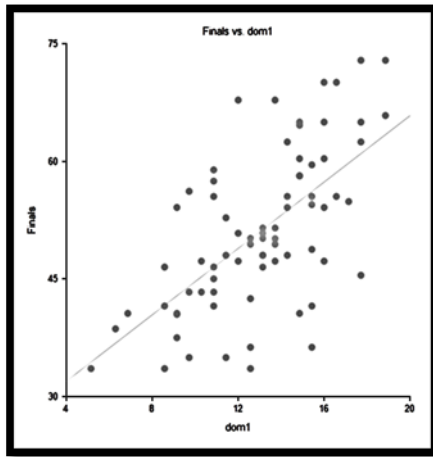


Komentář:

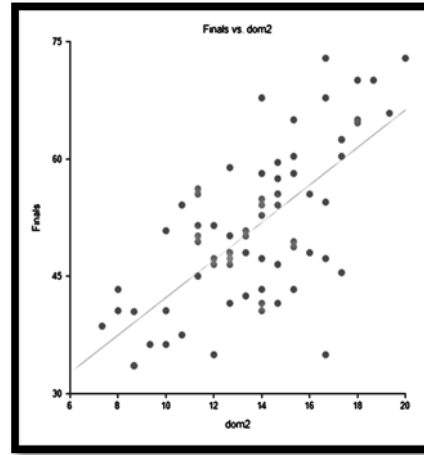
V tabulce č. 56 jsou znázorněny průměrná skóre domén (Dom 1-4) a dvou samostatných položek (Q1, Q2) dotazníku WHOQL-BREF , dále raw score (hrubé skóre) a final score (konečné skóre) dotazníku Stoma-QOL.

V tabulce č. 56 jsou porovnány výše uvedeny sledované oblasti, které ukazují, jak hodnotí kvalitu života pacienti se stomií zavedenou méně než dva roky s pacienty mající stomii dva a více let. Jak ukazuje graf č. 10, pacienti se stomií do dvou let získali ve všech sledovaných položkách nižší průměrné skóre oproti stomikům se stomií vyvedenou nad dva roky. Ve všech případech jsou ale rozdíly minimální, což potvrzuje i poslední sloupec tabulky č. 56, kdy se pomocí statistických testů (dvouvýběrový t-test, případně neparametrický Mann-Whitney test) zjišťovala hodnota pravděpodobnosti. Výsledky hodnoty pravděpodobnosti ukazují, že ani v jednom případě sledovaných průměrných skór, nebyl nalezen statisticky významný rozdíl mezi kvalitou života krátkodobých stomiků do dvou let a dlouholetých stomiků. (Za významný výsledek se považuje hladina významnosti, kdy p je menší než 0,05).

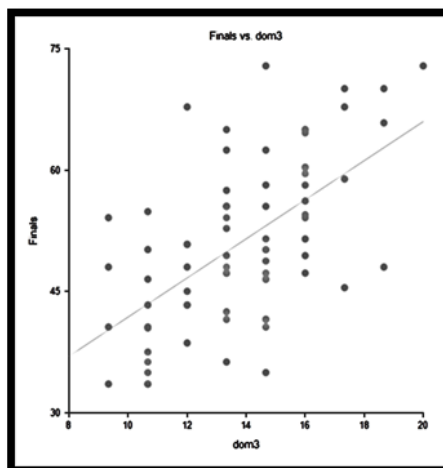
Graf č. 11 : Final score vs. Dom1



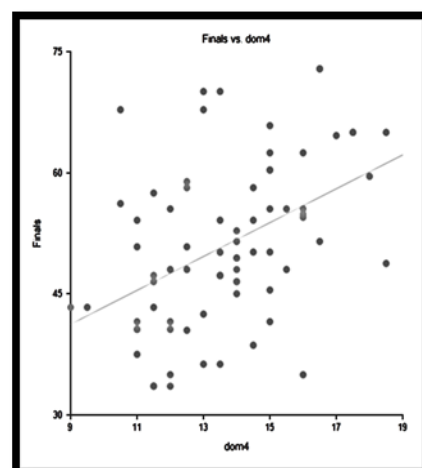
Graf č. 12: Final score vs. Dom2



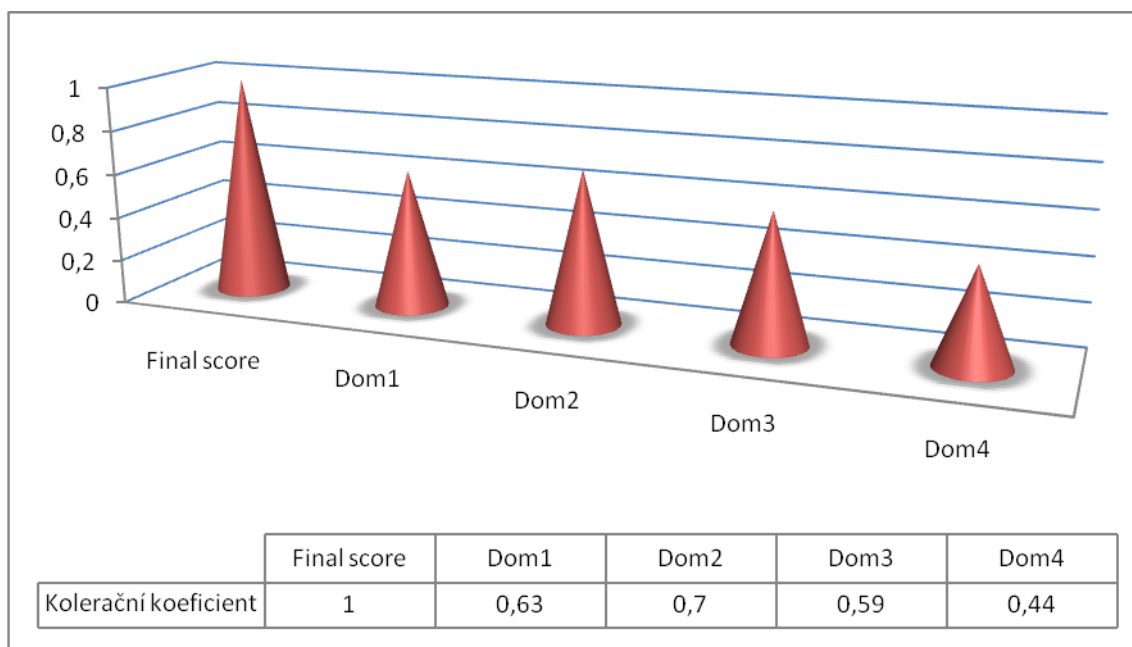
Graf č. 13: Final score vs. Dom3



Graf č. 14: Final score vs. Dom4



Graf č. 15: Porovnání kolerace dotazníků WHOQOL-BREF a Stoma-QQL



Komentář:

Grafy č. 11 – 14 znázorňují bodové grafy, které ukazují, jak silná je vazba mezi dotazníky Stoma QOL a WHOQOL-BREF. Jednotlivé bodové grafy zachycují vztah mezi konečným skórem (final score) Stoma OQL a konkrétní doménou WHOQOL-BREF. V každém zobrazeném grafu je zakreslená přímka, která poukazuje na přímou pozitivní korelaci mezi sledovanými dotazníky.

Graf č. 15 ukazuje jednotlivé získané hodnoty vypočtené pomocí Pearsonova korelačního koeficientu, kdy jeho rozmezí je od - 1(záporná korelace) do +1(kladná korelace). Vždy je porovnán vztah konečného skóre Stoma-QOL s patřičnou doménou dotazníků WHOQOL-BREF. Podle hodnot výsledků korelačních koeficientů lze mluvit, krom domény zaměřené na životní prostředí (Dom4), o středně silné korelaci mezi sledovanými dotazníky, kdy vztah mezi nimi je významný. Doména životního prostředí s konečným skórem Stoma QOL dosáhla nepříliš těsného vztahu, tudíž je mezi nimi slabší závislost.

DISKUSE

Bakalářská práce se zabývá kvalitou života pacientů se střevní stomií. Cílem práce bylo zjistit, jak hodnotí pacienti se stomií svou kvalitu života. Zda doba od zavedení umělého vývodu a druh vyvedené stomie má vliv na vnímání kvality života stomikem a je-li těmito aspekty jejich kvalita života ovlivněna. Zároveň bylo cílem práce určit, je-li vhodné využívat v praxi specifického dotazníku zaměřeném konkrétně na sledování kvality života pacientů se stomií.

Můj sledovaný soubor byl složen ze 74 respondentů se zavedenou stomií. Na zjišťování potřebných informací jsem zvolila dotazníkové šetření, kdy obsah dotazníků byl rozčleněn do třech oblastí, které postupně vedly ke sběru potřebných dat na zodpovězení cílů práce.

První část dotazníku byla zaměřena na **sociodemografické údaje** respondentů, které sloužily především pro mou přehlednost a pro nastínění, z jakých respondentů byl zkoumaný soubor složen. Zkoumaný vzorek respondentů byl tedy vždy hodnocen komplexně. S převahou byl dotazník vyplněn ženami. Všichni respondenti byli starší 25 let a jen malá část z respondentů spadala do skupiny stomiků do 40 let, což bylo pro mě příjemným zjištěním, že lidé v mladém a produktivním věku se s onemocněním vedoucím k založení stomie skoro nepotýkají. Je možné, že nejvíce byli stomici zastoupeni ve věkovém rozmezí, kdy se již dle literatury objevují různá onemocnění, kdy bohužel pro řešení nemoci musí být vyvedena stomie. Rovněž z interpretace výsledků lze předpokládat, že založení stomie nemá negativní dopad či výrazný vliv na partnerský život, neboť poměr věku respondentů s jejich rodinným stavem je ve shodě, kdy převážná část stomiků žije s partnerem.

Pro druhou část dotazníku jsem zvolila plné znění dotazníků **WHOQOL-BREF**. Dotazník WHOQOL-BREF se skládá ze čtyř domén sledujících oblasti, které se mohou podílet na celkové kvalitě života jednotlivců, jedná se o oblasti charakterizující fyzické zdraví, duševní zdraví, sociální vztahy a životní podmínky. Současně jsou na posouzení kvality života přidány i dvě samostatné položky zjišťující celkovou kvalitu života a spokojenost se zdravím. Tento dotazník mi posloužil k zodpovězení cíle č. 1, kdy jsem předpokládala, že pacienti se stomií budou hodnotit svou kvalitu života hůře, než jí hodnotí populační norma dle studie Dragomerické a Bartoňové (2006b, s. 40). Při porovnávání zjištěných údajů lze říci, že můj

předpoklad se částečně vyplnil. Pacienti se stomií opravdu v mém průzkumu statisticky vykazují nižší skóre kvality života, především v oblasti fyzického zdraví, spokojenosti se zdravím. Vzniklá stomie je vždy jen výsledkem, v mnoha případech, závažného onemocnění, kdy mnohdy musí pacienti podstoupit následnou onkologickou či jinou léčbu, která má celkově vliv na snížení celkové zdatnosti. Je tedy zřejmé, že jak samotné onemocnění, tak vzniklá stomie, mají dopad i na duševní prožívání takto postižených pacientů a může hrát i určitou roli v navazování a udržení sociálních vztahů, kdy opět pacienti se stomií mají nižší skóre v doménách zaměřených na duševní zdraví a sociální vztahy. Pacienti se stomií překvapivě dosáhli vyššího skóre v doméně životních podmínek. Také v příručce od Dragomerické a Bartoňové (2006b, s. 40) hodnotili pacienti s onemocněním (např. slinivky břišní, s Parkinsonovou nemocí a po bariatrické operaci) lépe podmínky svého životního prostředí oproti populační normě. Stejně je tomu ve studii Bužgové a kol. z roku 2009, kdy zjišťovaná kvalita života u pacientů po amputaci dolní končetiny, u dialyzovaných pacientů a pacientů s onemocněním diabetes mellitus. I v této studii je kvalita života v oblasti životních podmínek hodnocena lépe, než je tomu u populační normy. Domnívám se tedy, že lidé trpící dlouhodobým onemocněním či hendikepem, nekladou takový důraz na své prostředí, ve kterém žijí, neboť jejich onemocnění vede k různým problémům, se kterými se musejí potýkat. Tím pádem mohou být životní podmínky zastíněny a nejsou zásadní pro jejich celkovou kvalitu života. Pokud porovnávám výsledky skóre všech domén i samostatných dvou položek se studií Dragomerické, Bartoňové a Bužgové, pak se pacienti se stomií svými výsledky nejvíce přiblížili k pacientům po amputaci dolní končetiny. Snad je to způsobeno tím, že obě skupiny trpí výrazným hendikepem, který je v životních situacích omezuje a musí tedy svůj životní styl svému hendikepu a mutilaci těla přizpůsobit.

K posouzení druhého cíle mi byla nápomocná otázka z první části dotazníku, která sloužila k rozdělení stomiků do dvou skupin dle druhu vyvedené střešní stomie. V tomto cíli jsem se snažila identifikovat, jak prožívají svůj život pacienti s ileostomií a kolostomií. Předpokládala jsem, že pacienti s ileostomií budou hodnotit hůře svou kvalitu života oproti pacientům s kolostomií. Při interpretaci výsledků obou porovnávaných skupin mohu konstatovat, že se můj očekávaný výsledek vyplnil. Ileostomici dosáhli ve všech konečných skórech nižších hodnot posuzující kvalitu života než kolostomici. Významný rozdíl jsem zaznamenala v oblasti prožívání sociálních vztahů a životních podmínek, kdy má domněnka byla i statisticky ověřena. Ileostomici mají určité nevýhody oproti kolostomikům, neboť obsah z ileostomie je mnohem řidší a většího množství, proto nemohou využívat např. irigace či

pomůcek (krytky stomie, zátky, malé stomické sáčky), které by mohly nahradit na potřebnou dobu klasický stomický sáček a mít tak možnost si připadat atraktivněji pro sebe, popřípadě i pro partnera. Dalším aspektem, kdy může život s ileostomií ovlivnit spokojenost s intimním životem je, že se ileostomici častěji setkávají s nepřílnavostí stomické pomůcky, To může mít neblahé důsledky při intimních chvílích a může se této nepříjemné situaci vyhýbat jak samotný stomik tak jeho partner. ileostomici si tak mohou připadat pro své životní partnery nepřitažlivý a celkově tato skutečnost může narušit osobní vztahy. Samozřejmě i kolostomici jsou méně spokojeni se svým sexuálním životem, než je tomu u populační normy, jen nedosahují tolika negativních zkušeností s intimním životem jako ileostomici. I když se jedná o choulostivé téma, mělo by být na ně zaměřeno více pozornosti a aktivně hledat způsoby, jak jim a jejich partnerům být v intimních záležitostech nápomocní. Zajímavým zjištěním pro mě je, že pacienti s ileostomií považují své životné podmínky za ne zcela vhodné pro jejich život. Přičemž celkově stomici v mém výzkumu vnímají své životní podmínky jako dobré a lepší než populační norma (viz diskuse k cíli č. 1). Proto jsem se zpětně vrátila k jednotlivým odpovědím zaznamenané ileostomiky, jak hodnotili otázky zjišťující kvalitu životních podmínek. I přes to, že ileostomiků je v zkoumaném souboru o polovinu méně, při otázkách zaměřených na spokojenost se životními podmínky, odpovídali ileostomici procentuálně jednou tolik negativně než kolostomici. Ti se spíše přikláněli ke kladnému hodnocení životního prostředí, ve kterém žijí. Je tedy možné, že buď zrovna všichni ileostomici, kteří se zúčastnili mého zkoumání, opravdu žijí v horších životních podmínkách anebo neodpovídali správně.

Ileostomici jsou také na hranici statistické významnosti méně spokojeni se svým zdravím a s celkovou kvalitou svého života než pacienti s kolostomií.

Bohužel jsem zde svá tvrzení neměla s čím porovnat, neboť jsem v naší literatuře nenašla studii, která by se výhradně zabývala kvalitou života zvláště u ileostomiků a kolostomiků a která by porovnávala, zda se mezi nimi vyskytují možné rozdíly v kvalitě života.

V první části dotazníku byla také položena otázka, která směřovala k zodpovězení třetího cíle, kdy jsem se snažila určit, je-li kvalita života pacientů se stomií ovlivněna v čase. Očekávala jsem, že pacienti se stomií do dvou let budou vykazovat horší kvalitu svého života, než je tomu u víceletých stomiků. Počet pacientů se stomií do dvou let byl v mírné převaze oproti dlouholetým stomikům. Můj předpoklad vycházel z myšlenky, že stomici, kteří si teprve na existenci stomie musejí postupně zvykat a v mnoha směrech přizpůsobit svůj život novým okolnostem, budou vykazovat a vnímat svou kvalitu života podstatně hůře než pacienti se

stomií, kteří měli již dostatek času adaptovat se na život se stomií a vrátit se k předešlému životnímu stylu. Ovšem tento můj předpoklad nebyl potvrzen.

Mezi dobou od založení stomie a hodnocením kvality života se neprokázal statisticky významný rozdíl. Stejného tvrzení dosáhla i Marešová ve své diplomové práci z roku 2012, kdy se rovněž zabývala kvalitou života stomiků a snažila se určit, vyskytuje-li se rozdíl mezi hodnocením kvality života u stomiků se stomií do jednoho roku a stomiků se stomií déle než jeden rok. Mainzerová se v časopise Radim (1/2012) zmiňuje o dosavadních výsledcích projektu Kvality života stomických pacientů. Většina oslovených stomiků po půl roce od vyvedení stomie shoduje, že si na stomii zvykli. Je tedy pro mě pozitivním zjištěním, že se pacienti se stomií umí celkem v krátkém časovém období na existenci stomie dobře adaptovat.

Poslední cíl práce měl posoudit, jsou-li výsledky obou zkoumaných dotazníků srovnatelné. Mým záměrem bylo najít shodu mezi standartním dotazníkem WHOQOL-BREF, který je celosvětově uznáván a používán pro sledování kvality života a specifickým dotazníkem Stoma-QOL, který je vytvořen pro pacienty se stomií, abych mohla dotazník Stoma-QOL doporučit pro praktické využití, neboť jeho vyplnění a vyhodnocení je jednoduché a časově nenáročné. Byla jsem velice potěšena, že se statisticky potvrdila významná shoda mezi oběma dotazníky. Slabší závislost byla nalezena u domény životních podmínek, což ve výsledku nehodnotím jako negativní dopad. Formulace dotazníku Stoma-QOL v sobě nemá zahrnuto sledování životních podmínek, takže se dalo předpokládat, že nemohlo být dosaženo lepší vzájemné korelace a při dosavadních zjištěním mého výzkumu plyne, že životní podmínky hodnotí stomici dobře a není tedy zapotřebí je významně sledovat.

Považuji tedy dotazník Stoma-QOL za vhodný nástroj na měření kvality života pro pacienty se stomií.

Z tohoto důvodu bych se chtěla v diskusi podrobněji zmínit o výsledcích dotazníku Stoma-QOL. Celkově byla nejčastěji používaná odpověď někdy, která je ohodnocena dvěma body ze čtyř možných. Obavy týkající se výhradně samotné stomie tzn. obavy z plného stomického sáčku, z jeho uvolnění, ze zápachů, ze zvuků ze stomie, ze šustění sáčku, nemožnosti skrýt skutečnost, že nosí na svém těle stomickou pomůcku, z omezeného výběru oděvů jsou opodstatněné. Stomici mají opravdu často obavy z výše uvedených aspektů souvisejících se stomií a i když dnešní trh nabízí velké množství spolehlivých a užitečných stomických pomůcek, tyto nepříjemné obavy, bohužel, stále přetrvávají. Stomici jsou také

stále ohroženi tím, že i ta nejlepší stomická pomůcka může někdy selhat a mohou se občas dostat do nepříjemných situací. Proto má velká část z respondentů neustále či někdy potřebu vědět, kde se nachází nejbližší toaleta, aby jí mohli v případě nehody co nejrychleji použít, a také pro ně bývá těžší zůstat přes noc mimo domov. Převážná část stomiků udává, že v noci špatně spí, cítí se během dne unavena a potřebuje si odpočinout. Bylo by vhodné se zaměřit na zkvalitnění jejich spánku, aby měli dostatek sil a energie pro jejich každodenní aktivity a činnosti. Nejhůře byly hodnoceny sexuální záležitosti, kdy si skoro polovina z dotazovaných připadá sexuálně nepřítažlivá a objevuje se u nich stud za své tělo kvůli vývodu. I v dotazníku WHOQOL-BREF tato oblast dosáhla špatných hodnocení, kdy jsou pacienti se stomií se svým sexuálním životem převážně nespokojeni. Zajímavé je, že nad polovina z dotazovaných stomiků nemá pocit, že by se rodina cítila trapně v jejich blízkosti, což je pro mě milým zjištěním, že se převážná část mých sledovaných stomiků cítí v rodinném kruhu dobře a jejich rodina je podporuje, i když se občas vyskytují obavy, že jejich stav může být pro lidi kolem nich přítěží. Sociální vztahy nejsou až tak špatně hodnoceny, asi třetina z dotazovaných stomiků se necítí osamělých, nebojí se setkání s novými lidmi, není pro ně obtížné být mezi jinými lidmi, nevyhýbají se kontaktu s nimi. Kolem 40% dotazovaných se s těmito obavami někdy setkává, do 20% se s obavami setkávají neustále.

Porovná-li výslednou průměrnou hodnotu konečného skóre u mého zkoumaného souboru (51,1) se studií Prieta et al. z roku 2005, která popisuje vývoj a validaci dotazníku Stoma QOL, vykazuje můj sledovaný soubor stomiků nižší kvalitu života než stomici z jiných zemí. Celkový průměr zmiňované studie byl 58,5 a do studie byli zařazeni pacienti se stomií z Dánska, Německa, Španělska a Francie. Nejlépe hodnotili svou kvalitu života stomici z Dánska (62,6) následovali Němci, Španělé a na posledním místě se umístili stomici z Francie (53,8). Podobně je tomu i ve studii Lucienne Dol et al z roku 2009, kdy stomici z Nizozemska opět mají lepší kvalitu života než můj sledovaný soubor. Z naší literatury jsem měla možnost srovnání s klinickou studií z roku 2012, která mimo jiné do své práce zahrnuje dotazník Stoma-QOL. V této studii stanovili stomici kvalitu života v průměrném skóre na 61,3 při první návštěvě a po 4-6 týdnech na 60,98. Jedná se jen o orientační hodnoty, neboť studie byla spíše soustředěná na objektivní hodnocení peristomální kůže při aplikaci dvouvrstvého lepicího materiálu.

Přínos pro praxi

Kvalita života pacientů se stomií se stává stále více aktuálním tématem a je o ní napsáno mnoho článků a prací. V mnoha případech se studie zaměřují na popis toho, co život se stomií přináší, jaké budou muset stomik dodržovat různá omezení, jak má přizpůsobit svůj životní styl s nároky související se stomií, jaké má používat stomické pomůcky a které jsou nejlepší, kde má možnost získat potřebné informace, jakých se může účastnit společných aktivit v rámci stomických klubů.

Opravdu pomůžou tyto příspěvky konkrétnímu stomikovi, když se vyskytne nějaký problém? Podle čeho můžeme hodnotit, že u stomika je určitý vývoj v jeho subjektivním hodnocení kvality života a umí si pomoci ve svém životě?

Snad by mohly být mé vyslovené otázky zodpovězeny tím, že by se **začalo využívat specifického dotazníku Stoma QOL v praxi**. Představuji si, že by při každé pravidelné návštěvě stomické poradny byl vyplněn tento dotazník, který by byl následně vyhodnocen a porovnán s předešlými výsledky a mohlo by se aktuálně reagovat na možné odhalené problémy. Dotazník by nesloužil jen pro pacienty se stomií, ale i pro stomasestru, jako zpětná vazba, kdy by si mohla evidovat vývoj ve spolupráci mezi ní a stomikem, neboť věřím, že cílem každé stomasestry je mít co nejspokojenější stomiky s dobrou kvalitou života.

ZÁVĚR

Základním cílem bakalářské práce bylo zjistit kvalitu života pacientů se střevní stomií a posoudit vhodnost využití specifického dotazníku pro měření kvality života stomických pacientů.

Nástrojem výzkumu bylo dotazníkové šetření, kdy byly pro potřebná zjištění použity dva kompletní dotazníky, které jsou zaměřeny na sledování kvality života a současně byly vyplněny stejným respondentem pro lepší porovnání dosažených výsledků.

V teoretické části jsem se zabývala nezbytnými poznatky o stomíích. Vymezila jsem pojem stomie a stomik, pohlédla do historie stomií. Uvedla jsem základní rozdělení stomií, indikace vedoucí k vytvoření stomie. Popsala jsem předoperační a pooperační péči, ošetřování stomie včetně rozdělení stomických pomůcek a význam stomasestry. Dále jsem se v teoretické části zmínila o samotném pojmu kvality života, o jeho definování, historii, o modelech kvality života a o kvalitě života stomiků.

Praktická část probíhala výzkumným šetřením, kdy jsem se pomocí dotazníku snažila zjistit faktory ovlivňující kvalitu života pacientu se stomií, porovnat zjištěnou kvalitu s jinými soubory a soustředila jsem se také na vzájemný vztah mezi sledovanými dotazníky.

Soubor sestával ze 74 respondentů. Velikost souboru nedovolila šetření metodou náhodného výběru, proto je možné získané výsledky a závěry vztahovat převážně k danému souboru respondentů, nikoliv ke všem stomikům v populaci. Ve zkoumaném souboru byla převaha žen, respondenti se převážně pohybovali ve věkovém rozmezí od 56 do 72 let, 55% z dotazovaných žije v partnerském vztahu, polovina ze sledovaných pacientů má stomii vyvedou do dvou let a kolostomiků bylo 1x více než ileostomiků.

Z výsledku plyne, že pacienti se stomií mají opravdu sníženou kvalitu života oproti populační normě. Můj předpoklad se tedy u prvního cíle částečně vyplnil. Stomici se totiž více potýkají s nepříjemnými pocity, které ovlivňují jejich celkovou kvalitu života. K těmto pocitům lze zahrnout, že se častěji setkávají s problémy v sexuálním životě, připadají si nepřítažlivý, stydí se za své tělo kvůli vývodu., nedokáží akceptovat svůj tělesný vzhled. Současně se objevují obavy stomiků související se samostatnou stomií, že bude veřejnosti odhaleno, že dotyčný má na svém těle vyvedenou stomií a přiloženou stomickou pomůcku. Všechny aspekty mají negativní vliv na jejich duševní prožívání a nemají tolik jistoty při navazování sociálních vztahů, jsou více opatrní a zdrženliví. Pacienti se stomií jsou také méně spokojeni se svým

fyzickým zdravím a zdravotním stavem, cítí se více unavení, proto častěji vyhledávají lékařskou péči, která je převážně dobře dostupná. Pozitivní je zjištění, že alespoň v oblasti týkající se životních podmínek jsou pacienti se stomií spokojeni a nemají pocit, že by se jejich rodina cítila v jejich blízkosti trapně.

Při šetření jsem odhalila, že pacienti s ileostomií a s kolostomií vykazují rozdílnost ve vnímání kvality života, kdy ileostomici jsou v určité nevýhodě. Očekávaný výsledek u druhého cíle byl tedy splněn. V naší literatuře zatím nejsou zmínky, že by byla srovnávána kvalita života mezi ileostomiky a kolostomiky, proto bych upozornila, že určitá rozdílnost je v mém výzkumu zaznamenána a bylo by vhodné se jí zabývat podrobněji.

Nebyl potvrzen vztah mezi délkou zavedení stomie a hodnocení kvality života. Pacienti se na existenci stomie adaptují dle svých možností, naučí se stomií žít určitým způsobem. Postupem přibývajících let se jejich kvalita života v souvislosti se stomií nemění ani dobrým či špatným směrem. Očekávaný předpoklad třetího cíle nebyl splněn.

Velice potěšující je pro mě, že ze stanoveného čtvrtého cíle mohu vyvodit, že se našla významná shoda mezi sledovanými dotazníky a mohu považovat a doporučit specifický dotazník určený pro pacienty se stomií, jako vhodný nástroj pro měření jejich kvality života.

Na úplný závěr bych chtěla upozornit, že i přes veškeré snažení, jak ze strany samostatných pacientů se stomií, zdravotních pracovníků, rodinných a blízkých přátel, se objevují problémy, které brání stomikům žít plnohodnotný a spokojený život. Každý jedinec vnímá svou kvalitu života rozdílně, každý upřednostňuje ve svém životě jiné oblasti, které ho těší.

Je tedy důležité, aby se na stomiky nenahlíželo jen jako na pacienta, ale hlavně jako na člověka, který má ztíženou životní situaci a musí se k nim přistupovat jednotně. Nadále aktivně vyhledávat aspekty, které jim ztěžují dosáhnout takového kvalitního života, se kterým by byli spokojeni, pomoci jim překonat různá úskalí a hlavně, být tady pro ně.

ANOTACE

- Autor:** Pavla Malíková
- Instituce:** Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové
- Název :** Kvalita života pacientů se střevní stomií
- Vedoucí práce:** Mgr. Eva Vachková
- Počet stran:** 143
- Počet příloh:** 7
- Rok obhajoby:** 2013
- Klíčová slova:** kvalita života, stomie, stomik, spokojenost, dotazník

Souhrn:

Bakalářské práce zjišťuje kvalitu života pacientů se střevní stomií a posuzuje vhodnost využití specifického dotazníku pro měření kvality života stomických pacientů. Teoretická část poskytuje nezbytné poznatky o stomií. Vysvětluje pojem stomie a stomik. Popisuje historii stomií, rozdělení stomií, indikace k založení stomií, předoperační a pooperační péče, ošetřování stomií, rozdělení stomických pomůcek a význam stomasestry. Dále je v teoretické části zmínka o samotném pojmu kvality života, o jeho definování, historii, o modelech kvality života, a o kvalitě života stomiků. Praktickou část tvoří kvantitativní výzkumné šetření zjišťující kvalitu života pacientů se stomií, následně je porovnávána s populační normou, zjišťuje, zda je kvalita života ovlivněna časem od vytvoření stomie a také druhem vyvedené stomie. Součástí praktické části je porovnání sledovaných dotazníků. Výzkumné šetření probíhalo ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové a Vítkovické nemocnici a. s.

ANOTATION

Author:	Pavla Malíková
Institution:	Social Medicine Institute, Charles University, Faculty of Medicine in Hradec Králové
Title of thesis:	Quality of Life of Patients with intestinal Stoma
Supervisor:	Mgr. Eva Vachková
Number of pages:	143
Number of appendices:	7
Year of defense:	2013
Key words:	quality of Life, stoma, ostomate, satisfaction, questionnaire

Summary:

The aim of this thesis is assessment of quality of life in patients with stoma and suitability of used specific questionnaire for quality of life for stoma patients. Theoretical part provides necessary knowledge about stomas. Here is explained terms stoma a stoma patient, describes history of stomas, division of stomas, indications for stomas, care before and after surgery , nursery of stomas, division of stoma devices and role of stoma specialists. After that it is written about quality of life, definition, history, about models of quality of life and about quality of life of stoma patients. Practical part is formed by quantitative research determined quality of life of stoma patients, follows compared with population norm, determines if the quality of life is influenced by time since stoma formation and by type of stoma. Constituent part of practical part is comparison of observed questionnaires. Research was done in University Hospital Hradec Králové and in Vítkovice Hospital, Ostrava.

KLÍČOVÁ SLOVA

Kvalita života

Stomie

Stomik

Spokojenost

Dotazník

POUŽITÁ LITERATURA

ANTOŠ, F. *Divertikulární choroba tlustého střeva*. Praha: Grada publishing, 1996. 144s. ISBN 80-7169-219-0

BUŽGOVÁ, R., HÁJKOVÁ, M., JASIOKOVÁ, A. *Zkušenosti s měřením kvality života dotazníkem WHOQOL-BREF u vybraných skupin pacientů*. [online]. s. 249-250. [cit.2013-08-13]. Dostupné z:
<<http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120330102340208382.pdf>>

ČIHÁK, R. *Anatomie 2*. Praha: Avicenum, 1988. 338 s. ISBN neuvedeno

DYLEVSKÝ, I. *Systremetická, topografická a klinická anatomie IV. Zaživací ústrojí*. Praha: Kalorinum, 1995. 138s. ISBN 80-7184-108-0

DRAGOMERICKÁ, E., BARTOŇOVÁ, J. *Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové organizace*. 1. Vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. ISBN 80-85121-82-4

GURKOVÁ, E. *Hodnocení kvality života pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. Vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2011. 224s. ISBN 978-80-247-3625-9

HÁJEK, M. *Chirurgie pro praktického lékaře*. Praha: Grada Publishing, 1995. 328s. ISBN 80-7169-108-9

HOCH, J. *Akutní chirurgie tlustého střeva*. Praha: MAXDORE s.r.o., 1998. 184s. ISBN 80-85800-85-3

JABLONSKÁ, M., a kol. *Kolorektální karcinom*. Praha: Grada Publishing, 2000. 456s. ISBN 80-7169-777-X

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

KOHOUT, P. *Výživa u pacientů s idiopatickými střevními záněty*. Praha: MAXDORF s.r.o., 2004. 174s. ISBN 80-7345-023-2

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. Vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 200s. ISBN 80-247-0179-0

KURKOVÁ, Z. Postup irigace-poznatky pacienta. *Sestra*, 2010, roč. 20, č. 9, s. 62-63. ISSN 1210-0404

LUCIENNE, D., PAULA van KEIZERSWAARD, SMITS, S. *Validation of a Dutch version of Stoma-QoL*. 2008. [online]. [cit. 2013-08-13]. Dostupné z: <http://www.coloplast.com.au/OstomyCare/Topics/EducationTools/Stoma-QoL/Documents/QoL_NL_version%208.pdf>

LÚČAN, J. *Stómie a stomici*. 1. Vyd. Turany: P + M, 2011. 207 s. ISBN: 978-80-89410-11-8

MAINZEROVÁ, M. Dotazník kvality života stomiků, životní styl a hodnoty stomiků. *RADIM*, časopis pro stomiky, 2012, č. 1/2012, s. 36-37

MAREŠ, J., a kol. *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. 1. Vyd. Brno: MSD, spol. s r. o., 2006. 228s. ISBN 80-86633-65-9

MAREŠOVÁ, J. *Hodnocení kvality života pacientů se stomií*. Diplomová práce. Brno: Masarykova Univerzita, Lékařská fakulta, 2009, 105 s. Vedoucí práce M. Šachlová

MARKOVÁ, M. *Stomie gastrointestinálního a močového traktu*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2006. 68 s. ISBN 80-7013-434-8

MICHÁLKOVÁ, H. Historie a vývoj stomických pomůcek. *Sestra*, 2009, roč. 19, č. 3, s. 36-37. ISSN 1210-0404

MICHÁLKOVÁ, Helena. Psychosociální problematika stomiků. *Sestra*, 2012, roč. 22, č. 6, s. 44-46. ISSN 1210-0404

OTRODOVCOVÁ, I., KUBÁTOVÁ, L. *Komplexní péče o pacienta se stomií*. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-432-6

OTRADOVCOVÁ, I. Stomické zdravotnické prostředky. *Florence*, 2011, roč. 7, č. 4, s. 32-36. ISSN 1801-464X

OTRODOVCOVÁ, I., NOVÁKOVÁ, S., KENEZOVÁ, S. *Znáte DET skóre?*. [online]. [cit. 2013-08-16]. Dostupné z: <http://sestra.in/articles.php?article_id=226>

PAYNE, J., a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1. Vyd. Praha: Triton, 2005. 629s. ISBN 80-7254-657-0

PRIETO, L., THORSEN, H., JUUL, K. *Development and validation of quality of life questionnaire for patients with colostomy or ileostomy*. 2005. [online]. [cit. 2013-08-13]. Dostupné z: <<http://www.hqlo.com/content/pdf/1477-7525-3-62.pdf>>

ŘEHULKOVÁ, O., ŘEHULKA, E., BLATNÝ, M., MAREŠ, J. et al. *Kvalita života související se zdravím*. [online]. [cit. 2013-4-21]. Dostupné z: <http://www.ped.muni.cz/z21/knihy/2008/21/21/texty/kvalita_zivota_cze.pdf>

SKONCOVÁ, G. Bezproblémové ošetřování stomie. *Sestra*, 2010, roč. 20, č. 3, s. 58-60. ISSN 1210-0401

SKŘIČKA, T., KOHOUT, P., BALÍKOVÁ, M. *Dieta u pacientů se střevními vývody a po operaci střev*. 1.vyd. Praha: Forsapi, s. r. o., 2007. ISBN 978-80-903820-6-0

SLEZÁKOVÁ, L., a kol. *Ošetřovatelství v chirurgii I*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3129-2

TROJAN, S. *Fyziologie*. Praha: Avicenum, 1987. 564s. ISBN 80-247-0512-5

VACUŠKOVÁ, M., a kol. *Vybrané kapitoly z ošetřovatelské péče v pediatrii*. Brno: NCO NZO, 2009. ISBN 978-80-7013-491-7

VAĎUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P. *Kvalita života*. Brno: MU v Brně, 2005. ISBN 80-210-3754-7

ZÁCHOVÁ, V., a kol. *Stomie*. 1. Vyd. Praha: Grada Publishing, 2012. 232 s. ISBN 978-80-247-3256-5

Internetové zdroje:

Dotazník Stoma QOL [online]. [cit. 2012-11-23] Dostupné z:

<<http://www.us.coloplast.com/OstomyCare/Education/EducationTools/Stoma-QoL/ANewStandardForQualityOfLife/Documents/Czech%20QoL.pdf>>

Limity spotřeby stomických pomůcek [online]. [cit. 2013-08-29] Dostupné z:

<<http://www.ilco.cz/pomucky.php#limity>>

Charta práv stomiků [online]. [cit. 2013-08-02] Dostupné z:

http://www.nemsys.cz/foto/soubor_1234265138604.pdf

České ILCO [online]. [cit. 2013-08-13] Dostupné z:

<http://www.ilco.cz/kluby.php>

Obrázky kolostomií, ileostomií [online]. [cit. 2013-08-26] Dostupné z:

<http://www.hopitaladomicile.com/Stomatherapie.aspx>

<http://www.stomici.cz/ileostomie>

a na <http://www.stomici.cz/kolostomie>

Stomické pomůcky [online]. [cit. 2013-08-26] Dostupné z:

<http://www.malkol.cz/stomicke-pomucky/sacky-jednodilne-O62/>

<http://ose.zshk.cz/vyuka/edukace.aspx?id=18>

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 – Pohlaví respondentů.....	68
Graf č. 2 – Věk respondentů	69
Graf č. 3 – Rodinný stav respondentů.....	70
Graf č. 4 – Doba zavedení stomie.....	71
Graf č. 5 – Typ stomie	72
Graf č. 6 – Hodnoty raw score dotazníku Stoma QOL.....	98
Graf č. 7 – Hodnoty final score dotazníku stoma QOL	99
Graf č. 8 – Porovnání kvality života pacientů se stomií s populační normou	101
Graf č. 9 – Porovnání kvality života podle typu atonie	103
Graf č. 10 – Porovnání kvality života podle doby od zavedení atonie	105
Graf č. 11 – Final score vs. Dom 1	106
Graf č. 12 – Final score vs. Dom 2	106
Graf č. 13 – Final score vs. Dom 3	106
Graf č. 14 – Final score vs. Dom 4	106
Graf č. 15 – Porovnání korelace dotazníků WHOQOL-BREF a Stoma QOL	107

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 – Čtyři typy kvality života	43
Tabulka č. 2 – Pohlaví respondentů	68
Tabulka č. 3 – Věk respondentů	69
Tabulka č. 4 – Rodinný stav respondentů	70
Tabulka č. 5 – Doba zavedení atonie	71
Tabulka č. 6 – Typ atonie	72
Tabulka č. 7 – Hodnocení kvality života	73
Tabulka č. 8 – Spokojenost se zdravím	73
Tabulka č. 9 – Jak brání bolest v tom, co potřebují respondenti dělat.....	74
Tabulka č. 10 – Jak moc potřebují respondenti lékařskou péči	74
Tabulka č. 11 – Potěšení ze života.....	75
Tabulka č. 12 – Smysl života.....	75
Tabulka č. 13 – Soustředěnost respondentů.....	76
Tabulka č. 14 – Pocit bezpečí	76
Tabulka č. 15 – Prostředí a jeho zdraví	77
Tabulka č. 16 – Energie pro každodenní život	77
Tabulka č. 17 – Jak stomici akceptují svůj vzhled	78
Tabulka č. 18 – Dostatek peněz pro uspokojení potřeb	78
Tabulka č. 19 – Přístup k informacím pro každodenní život.....	79
Tabulka č. 20 – Možnost věnovat se zálibám	79
Tabulka č. 21 – Možnost pohybu.....	80
Tabulka č. 22 – Spokojenost se spánkem	80
Tabulka č. 23 – Spokojenost s prováděním každodenních činností	81
Tabulka č. 24 – Spokojenost s pracovním výkonem	81
Tabulka č. 25 – Spokojenost se sebou	82
Tabulka č. 26 – Spokojenost s osobními vztahy	82
Tabulka č. 27 – Spokojenost se sexuálním životem	83
Tabulka č. 28 – Spokojenost s podporou přátel.....	83
Tabulka č. 29 – Spokojenost s podmínkami pro život.....	84
Tabulka č. 30 – Spokojenost s dostupností zdravotní péče	84
Tabulka č. 31 – Spokojenost s dopravou	85

Tabulka č. 32 – Prožívání nepříjemných pocitů	85
Tabulka č. 33 – Průměrné skóre položek u pacientů se stomií a u populační normy	86
Tabulka č. 34 – Obavy z plného sáčku	88
Tabulka č. 35 – Obavy z uvolnění sáčku	88
Tabulka č. 36 – Potřeba vědět, kde je toaleta	89
Tabulka č. 37 – Obavy ze zapáchajícího sáčku	89
Tabulka č. 38 – Obavy ze zvuků ze atonie	90
Tabulka č. 39 – Potřeba odpočinku během dne	90
Tabulka č. 40 – Omezený výběr oděvů	91
Tabulka č. 41 – Odpočinek během dne	91
Tabulka č. 42 – Pocit sexuální nepřítažlivosti	92
Tabulka č. 43 – Špatný noční spánek	92
Tabulka č. 44 – Obavy o slyšitelnosti šustění sáčku	93
Tabulka č. 45 – Stud za své tělo	93
Tabulka č. 46 – Obavy, zůstat přes noc mimo domov	94
Tabulka č. 47 – Nemožnost skrýt stomickou pomůcku	94
Tabulka č. 48 – Obavy o přítěž pro lidi kolem	95
Tabulka č. 49 – Vyhýbaní se kontaktu s přáteli	95
Tabulka č. 50 – Obtížnost být mezi jinými lidmi	96
Tabulka č. 51 – Obavy se setkat s jinými lidmi	96
Tabulka č. 52 – Osamělost mezi jinými lidmi	97
Tabulka č. 53 – Obavy, že se rodina cítí trapně	97
Tabulka č. 54 – Prům. skóre domén a položek pacientu se stomií a populační normy	100
Tabulka č. 55 – Porovnání kvality života podle typu atonie	102
Tabulka č. 56 – Porovnání kvality života podle doby od zavedení stomie	104

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Anatomie tenkého a tlustého střeva	128
Příloha č. 2 – Charta práv stomiků	131
Příloha č. 3 – Obrázky kolostomií, ileostomií	133
Příloha č. 4 – Historické stomické pomůcky	134
Příloha č. 5 – Stomické pomůcky používané v současnosti	135
Příloha č. 6 – skórovací systém pro dotazník Stoma QOL	136
Příloha č. 7 – Dotazník	137

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Anatomie tenkého a tlustého střeva

Tenké střevo

Latinský název *intestinum tenue* je trubice dlouhá kolem 3 – 5 m o průměru 2 – 5 cm (nejširší část je na začátku střeva a směrem k aborálnímu konci se postupně zužuje). Proximální část tenkého střeva navazuje na žaludek a ústí do tlustého střeva. Tenké střevo má tři úseky. Prvním a zároveň nejkratší částí je duodenum (dvanáctník) o délce 25 – 30 cm s šíří 4 – 5 cm, nejčastěji podkovitého tvaru (Dylevský, 1995, 68).

Duodenum je přirostlé k zadní stěně břišní a z větší části je uloženo za nástěnným peritoneem. Mezi duodenum a následnou částí jejunem (lačník) se nachází flexura duodenojejunalis. Následně jejunum bezprostředně přechází v poslední úsek tenkého střeva ileum (kyčelník). Jejunum dosahuje 3/5 celkové délky tenkého střeva, ileum je o délce 2/5 tenkého střeva a o průsvitu 2- 2,5 cm. Tyto dva úseky jsou volně pohyblivé a složeny v četné kličky, které vyplňují většinu prostoru dutiny břišní. Pod játry, žaludkem a příčným tračníkem jsou připojeny závěsem (peritoneální duplikaturou) k zadní stěně břišní. Střevní kličky jejunoilea zavěšené na mezenterium (okruží) jsou volně pohyblivé.

Sliznice tenkého střeva je světle růžová, krytá jednovrstevným cylindrickým epitelem, jehož funkce je resorpce živin. V sliznici jsou pohárkové buňky produkující povrchový ochranný hlen. V duodenu a jejunu jsou vytvořeny příčné řasy (*plicae arcuatae*) vysoké 6 – 8 mm. V ileu se řasy postupně snižují, až zcela vymizí. Sliznice celého tenkého střeva je poseta výběžky zvané klky (*villi intestinales*), vysoké jsou 0,3 - 1 mm a na 1 mm² připadá zhruba 10 - 40 klků (směrem k ileu se jejich hustota snižuje) (Čihák, 1998, s. 83).

Základní jednotkou na povrchu klku je enterocyt, jehož mikrokoky představují hlavní a největší resorpční povrch střeva. Enterocyty se plynule obnovují.

Žlázy tenkého střeva (*glandulae intestinales*) produkují isotonickou tekutinu, která je součástí trávicí šťávy. Trávicí enzymy se do střeva dostávají z vývodu slinivky břišní a z rozpadlých a odloučených enterocytů (Čihák, 1988, s. 84).

Slizniční vazivo je velmi řídké a bohaté na buňky, jsou zde roztroušeny solitární mízní uzliny a uzliny splývající ve větší bělavé pláty. Podslizniční vazivo je řídké, bohatě poseté cévní, nervovou a mízní pletení. Ve dvanáctníku v podslizničním vazivu se nachází

Brunnerovy žlázy, které produkují hlen chránící sliznici duodena proti kyselé žaludeční šťávě a také upravují PH střevního obsahu. Svalovina tenkého střeva je tvořena z hladkého svalstva mající dvě vrstvy (vnitřní cirkulární vrstvu a zevní podélnou) (Dýlevský, 1995, s. 69).

Tepny tenkého střeva jsou nepárové větve vycházející z břišní aorty. Z aorty odstupuje truncus coeliacus, a. mesenteria superior a a. mesenteria inferior, které se dále větví. Do duodena přichází krev truncus coeliacus a přes a. hepatica communis, a. gastroduodenales, a. pancreaticoduodenalis superior. Krev z tenkého střeva je odváděná vena portae. Tepny jejunum a ileum jsou větvemi a. mesenteria superior. Pro jejunum odstupuje aa. jejunales a pro ileum aa. ilei. Pro konec ilea a začátek tlustého střeva odstupuje a. ileocolica, která je samostatnou větví. Míza odtéká do pletení ve sliznici a podslizničním vazivu a napojují se jednotlivé mízní cévy do uzlin v závěsech střeva a přes ull. coeliaci a ull. lumbales odtéká míza do hrudního mízovodu. (Dylevský, 1995, s. 73).

Tenké střevo je místem, kde jsou štěpeny základní živiny přijímané potravou. Funkci tenkého střeva je tedy trávení potravy a následné vstřebávání živin. Na této funkci se podílí i játra a slinivka břišní s jejich zevně sekreční schopností. Trávenina v tenkém střevu je obvykle 2-4 hodiny. Převážná část trávení a vstřebávání probíhá v duodenum a jejunu (Trojan, 2003, s. 358).

Tlusté střevo

Intestinum crassum je poslední část trávicí trubice, délka je 1,2 – 1,5 metrů o šířce 4 – 7 cm, kdy se postupně k aborálnímu konci průsvit zužuje. Do tlustého střeva se dostává kašovitý až tekutý obsah z tenkého střeva, kdy prochází do slepého střeva přes ileocékální ústí (Čihák, 1988, s. 94). Úlohou ústí je bránit rychlému posunu tráveniny a tím zamezit zpětnému posunu obsahu tráveniny. Tlusté střevo začíná v pravé kyčelní jámě (Dylevský, 1995, s. 78). První částí je vakovitě rozšířené caecum tedy slepé střevo, které je 6-8 cm dlouhé a asi 6-7,5 cm široké a zleva do něj ústí ileum. Na jeho zadní straně naléhá tukovitá 5-10 cm dlouhá výchlupka, zvaná jako červovitý výběžek. Na slepé střevo navazuje hlavní úsek tlustého střeva colon (tračník). Ten se dále člení na colon ascendent (vzestupný), colon descendent (sestupný), colon transversum (příčný) a rektum (konečník). Colon ascendent je dlouhý 12-16 cm a vede od slepého střeva v pravé části dutiny břišní nahoru ke spodině jater, kde se lomí v jaterním ohbí a přechází v colon transversum, který probíhá napříč břišní krajinou, doleva a nahoru ke slezině o délce 50-60 cm. Následuje sestupný tračník na levé straně dutiny břišní a od sleziny vede směrem dolů na okraj malé pánve do jámy kyčelní, kde přechází do esovitého

tračnicku. Ten má název podle svého esovitého zakřivení a vede do středu malé pánve. Poslední části tlustého střeva je konečník. Nachází se v malé pánvi a vyústí navenek otvorem zvaný anus. Konečník dosahuje délky 12-15 cm a je-li prázdný má šířku 4-5 cm. Začátek má prstencovitě zúžen a následně se nálevkovitě rozšiřuje až na 10-12 cm (Čihák, 1988, s. 94-95).

Konečník má dva úseky a to kraniálně ampulla recti, 10-12 cm dlouhý a prostorný oddíl, kde se hromadí stolice a druhou část canalis analis 2,5-4 cm dlouhý a užší, který ústí řitním otvorem. V kůži řitního otvoru se nachází apokrinní žlázy. Svalovina konečníku je poměrně silná. K hladké svalovině se pod pánevním dnem přikládá příčně pruhovaný zevní svěrač, který vývojově pochází ze svaloviny hráze. Jednotlivé úseky tlustého střeva jsou k zadní stěně trupu upevněny pomocí různě dlouhých peritoneálních závěsů. Sliznice tlustého střeva má nažloutlou až bledou barvu. Nese klky a je kryta jednovrstevným cylindrickým epitelem, složena v poloměsíčitě řasy. Sliznice obsahuje spoustu žláz, mezi nimi jsou roztroušeny soliterální mízní uzliny. Typické pro tlusté střevo jsou pohárkovité buňky produkující hlen. Buňky sliznice tzv. enterocyty mají řidší a nižší mikroklky než enterocyty tenkého střeva. Podslizniční vazivo je řídké, obsahuje cévní a nervovou pletěň a zasahují zde i mízní uzlíky sliznice. Svalovina tlustého střeva má typickou vnitřní cirkulární probíhající vrstvu, která je tenká. Hustší je podélná vrstva hladké svaloviny. Tlusté střevo je zásobeno z větve a. mezenteria superior (zásobuje slepé střevo, vzestupný a asi polovinu příčného tračnicku).

A. mezenteria inferior vysílá větve pro druhou polovinu příčného tračnicku, esovitý tračník a horní část konečníku. K dolní části konečníku přitéká krev z a. iliaca interna. Žíly tlustého střeva sledují tepny, které se za hlavou slinivky břišní spojují a vstupují do vena portae. Mízní cévy se sbíhají z mízních pletení a běží podél tepen a žil do uzlin v průběhu obdobných jmen (Dylevský, 1995, s. 80-94).

Tlusté střevo má dvě základní funkce a to rezervoárovou (skladování stolice až do vyprázdnění – defekace) a regulace objemu a elektrolytového složení stolice. Do tlustého střeva se dostane až 1,5 litru tekutého chymu denně z tenkého střeva, který je následně koncentrován a působením mikroorganismů přeměněn na stolici s konečným obsahem vody 60-120 ml (Trojan, 2003, s. 365).

Příloha č. 2: Charta práv stomiků

Charta práv stomiků uvádí speciální potřeby této skupiny tělesně postižených a péči, kterou vyžadují. Musí obdržet informace i péči, která jim umožní vést nezávislý život podle vlastního rozhodnutí a participovat na všech důležitých rozhodnutích. Mezinárodní asociace stomiků deklaruje jako svůj cíl realizaci této Charty ve všech zemích světa.

Každý stomik má právo na:

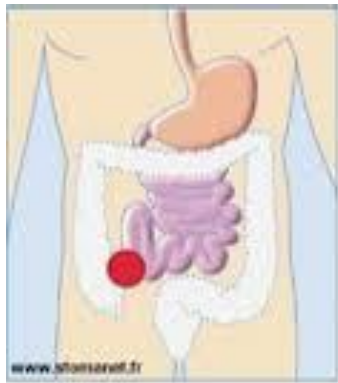
- předoperační poradenství, aby si byl plně vědom významu operace a znal základní skutečnosti o životě se stomií
- dobře provedenou, vhodně umístěnou stomii, s plným a přiměřeným přihlédnutím k pohodlí pacienta
- kvalitní a profesionální lékařskou a ošetrovatelskou péči i psychosociální podporu v předoperačním a pooperačním období, v nemoci i své komunitě
- podporu a informovanost rodiny, známých a přátel, aby lépe chápali podmínky a změny, nutné k dosažení uspokojivé úrovně stomikova života
- úplnou a objektivní informaci o vhodných pomůckách a výrobcích, které jsou v jeho zemi k dispozici
- možnost neomezeného výběru dostupných stomických pomůcek
- informace o organizacích stomiků v jeho vlasti a službách a podpoře, které poskytují ochranu proti jakékoliv formě diskriminace
- jistotu, že osobní informace týkající se jeho operace vedoucí k vytvoření stomie budou důvěrné, aby bylo zachováno jeho soukromí, a že informace o jeho zdravotním stavu nebude sdělena nikým, kdo ji má právo znát, žádnému
- subjektu, který je angažován ve výrobě, prodeji nebo distribuci stomických

pomůcek, ani žádné osobě, která by mohla profitovat přímo nebo nepřímo, díky svému vztahu ke komerčnímu trhu se stomickými pomůckami, bez výslovného svolení stomika.

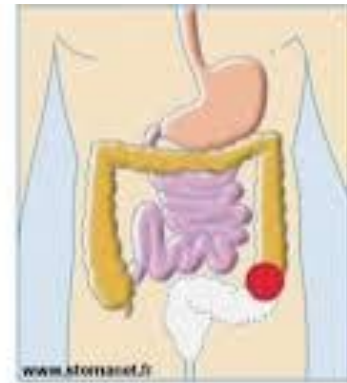
IOA International ostomy association

Zdroj: www.nemso.cz

Příloha č. 3: Obrázky kolostomií, ileostomií

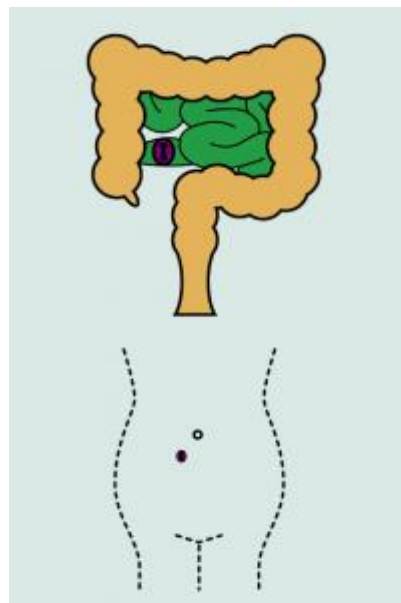


Ileostomie

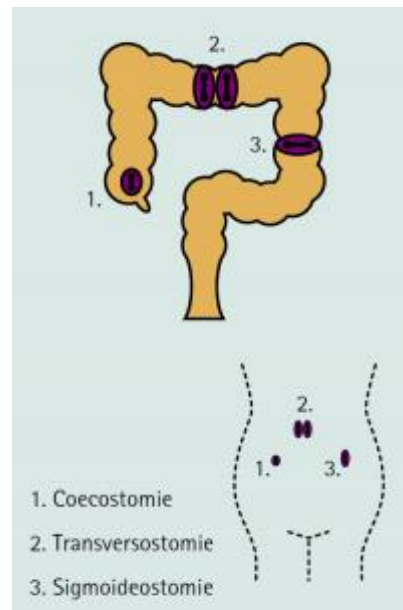


Colostomie

Zdroj: www.hopitaladomicile.com



Ileostomie



Kolostomie

Zdroj: www.stomici.cz/ileostomie
www.stomici.cz/kolostomie

Příloha č. 4: Historické stomické pomůcky



Příloha č. 5: Stomické pomůcky současnosti

Jednodílné sáčky ileostomické a kolostomické



Dvoudílné sáčky ileostomické, kolostomické a podložky



Zdroj: www.malkol.cz

Doplňkové příslušenství



Zdroj: www.ose.zshk.cz

Příloha č. 6: 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 č. 8: Dotazník

Vážený pane, vážená paní,

jmenuji se Pavla Malíková a jsem studentkou 3. ročníku studijního programu Ošetrovatelství na Lékařské fakultě v Hradci Králové, obor všeobecná sestra. V rámci závěrečné bakalářské práce, na téma „**Kvalita života pacientů se střevní stomií**“, se na Vás obracím s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, který bude cenným zdrojem informací pro vypracování bakalářské práce.

Dotazník je dobrovolný a anonymní a získané výsledky budou sloužit jen pro vypracování závěrečné bakalářské práce.

Děkuji Vám předem za ochotu a Váš věnovaný čas k vyplnění dotazníku.

Pohlaví

- muž
- žena

Věk

- do 25 let
- 26 – 40 let
- 41 – 55 let
- 56 – 70 let
- 70 a více let

Rodinný stav

- svobodný/á
- ženatý/vdaná – druh/družka
- rozvedený/á
- vdovec/vdova

Jak dlouho máte stomii?

- 0 – 2 roky
- 2 – 5 let
- 6 – 10 let
- 10 a více let

Jaký máte typ stomie?

- kolostomii
- ileostomii

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/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
	1	2	3	4	5

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

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

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

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

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

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

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

s podmínkami v místě, kde žijete?					
24. Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?	1	2	3	4	5
25. Jak jste spokojen/a s dopravou?	1	2	3	4	5

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

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

Stoma- QOL : Dotazník o kvalitě života pro lidi se stomií

	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 nepřitažlivý/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

Vážená paní
Bc. Alexandra Horáčková
Vrchní sestra chirurgické kliniky
Fakultní nemocnice Hradec Králové
Sokolská 581
500 05 Hradec Králové

V Hradci Králové dne 29. 10. 2012

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na chirurgické klinice ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové

Vážená vrchní sestro,

jmenuji se Pavla Malíková a studuji na Lékařské fakultě V Hradci Králové obor Ošetrovatelství, kombinovaná forma, jsem posluchačkou 3. ročníku a dovoluji si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na Chirurgické klinice ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové z důvodu zpracování závěrečné bakalářské práce na téma: „Kvalita života pacientů se stomií“
Cílem práce je zjistit kvalitu života pacientů se stomií. Výzkumné šetření bude prováděno na základě dobrovolnosti a anonymity pomocí generického dotazníku WHOQOL-BREF, česká verze a specifického dotazníku Stoma-QoL jeho české verze, který je přiložen k žádosti.
Závěrečná práce bude zpracována pod odborným vedením Mgr. Evy Vachkové, vedoucí katedry oddělení Ošetrovatelství, Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové.

Výsledky šetření Vám ráda poskytnu.

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí

S pozdravem
Malíková Pavla

Malíková Pavla

Kontaktní Adresa:
Pavla Malíková
Jižní 796/5
500 05 Hradec Králové
Tel. 732 674 351
Email: malikova.pavla@seznam.cz

Vyjádření vedení instituce:
Odůvodnění:

[Signature]
souhlasím

nesouhlasím

Datum:

2. 11. 2012

Podpis, razítko:

[Signature]
FAKULTNÍ NEMOCNICE
HRADEC KRÁLOVÉ
chirurgická klinika
2

Vážená paní
Xenie Gašparová
Manažerka ošetrovatelské péče
Vítkovická nemocnice a.s.
Zalužanského 1192/15
703 84 Ostrava - Vítkovice

V Hradci Králové dne 21. 11. 2012

**Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na proktologické ambulanci ve
Vítkovické nemocnici a. s.**

Vážená manažerko pro ošetrovatelskou péči,

jmenuji se Pavla Malíková a studuji na Lékařské fakultě v Hradci Králové obor Ošetrovatelství, kombinovaná forma, jsem posluchačkou 3. ročníku a dovoluji si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na proktologické ambulanci ve Vítkovické nemocnici z důvodu zpracování závěrečné bakalářské práce na téma:

„Kvalita života pacientů se stomií“

Cílem práce je zjistit kvalitu života pacientů se stomií. Výzkumné šetření bude prováděno na základě dobrovolnosti a anonymity pomocí generického dotazníku WHOQOL-BREF, česká verze a specifického dotazníku Stoma-QoL, jeho české verze, který je přiložen k žádosti.

Závěrečná práce bude zpracována pod odborným vedením Mgr. Evy Vachkové, vedoucí katedry oddělení Ošetrovatelství, Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové.

Výsledky šetření Vám ráda poskytnu.

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí

S pozdravem
Malíková Pavla

Malíková Pavla

Kontaktní Adresa:
Pavla Malíková
Jižní 796/5
500 05 Hradec Králové
Tel. 732 674 351
Email: malikova.pavla@seznam.cz

Vyjádření vedení instituce:
Odůvodnění:

souhlasím

nesouhlasím

Datum: *24. 11. 2012*

Vítkovická nemocnice Podpis, razítko:

Xenie Gašparová
manažerka ošetrovatelské péče
tel. 732 674 351

Vítkovická
nemocnice

Vítkovická nemocnice a.s.
Zalužanského 1192/15, 703 84 Ostrava - Vítkovice
tel. 732 674 351
IČ: 2509600009 tel. 792 633 111