

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

**KVALITA ŽIVOTA U PACIENTA
S KOLOSTOMIÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

DARINA MATĚJKOVÁ

2008

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ



KVALITA ŽIVOTA U PACIENTA S KOLOSTOMIÍ

Bakalářská práce

Autor: DARINA MATĚJKOVÁ

Vedoucí práce: Mgr. Michaela Schneiderová

Hradec Králové, 2008

CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
MEDICAL FACULTY OF HRADEC KRÁLOVÉ



THE QUALITY OF LIFE AT PATIENT WITH
COLOSTOMY

Bachelor's thesis

Author: DARINA MATĚJKOVÁ

Supervisor: Mgr. Michaela Schneiderová

Hradec Králové, 2008

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

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

V Hradci Králové dne 29. dubna 2008.

.....

Darina MATĚJKOVÁ

PODĚKOVÁNÍ

Srdečně děkuji Mgr. Michaele **Schneiderové**, staniční sestře Marii **Rybové** a paní Věře **Lamrové** za poskytování cenných rad, pomoci a odborné vedení bakalářské práce.

Motto: „Je dobré nikoli pouze žít, nýbrž dobře žít.“

(Seneca)

OBSAH:

1. ÚVOD	8
2. KVALITA ŽIVOTA – quality of life (QoL)	10
2.1. Kvalita života – historie a výklad pojmu.....	10
2.2. Sféry použití pojmu se zaměřením na zdravotnictví.....	13
2.3. Posuzování kvality života.....	13
2.4. Možnosti hodnocení kvality života u nemocných.....	14
2.5. Kvalita života stomiků	14
3. KOLOSTOMIE	16
3.1. Historie stomie.....	16
3.2. Stomie, kolostomie – výklad termínů.....	16
3.3. Rozdělení kolostomií.....	17
3.3.1. Dle lokalizace.....	17
3.3.2. Dle časového úseku	17
3.3.3. Dle druhu.....	17
3.4. Indikace ke kolostomii	18
3.5. Příprava pacienta k operaci	19
3.5.1. Předoperační péče.....	19
3.5.2. Pooperační péče.....	20
3.6. Komplikace kolostomie.....	21
3.6.1. Časné komplikace.....	21
3.6.2. Pozdní komplikace.....	22
3.7. Význam stomasestry v péči o stomika.....	23
3.8. Stomické pomůcky a příslušenství.....	25
3.8.1. Požadavky na moderní stomické systémy	25
3.8.2. Systémy a jejich součásti	26
3.8.3. Ochranné a čistící prostředky	27
3.9. Preskripce pomůcek	28
3.10. Ošetřování kolostomií a výměna pomůcek	29
3.11. Životní styl kolostomiků	31
3.11.1. Stravování a pitný režim kolostomiků	31
3.11.2. Fyzická aktivita a sport, zaměstnání, cestování	35
3.11.3. Rodinný, partnerský a společenský život	35

3.11.4.	Psychické problémy stomiků	36
3.11.5.	Kluby stomiků	37
3.12.	Sociální zabezpečení stomiků	38
3.12.1.	Sociální pojištění	38
3.12.2.	Státní sociální podpora	39
4.	EMPIRICKÁ ČÁST.....	40
4.1.	Cíl výzkumu	40
4.1.1.	Dílčí cíle výzkumu	40
4.2.	Metodika práce	40
4.2.1.	Zdroje odborných poznatků	40
4.2.2.	Charakteristika souboru respondentů	40
4.2.3.	Užitá metoda šetření	41
4.3.	Realizace šetření	41
4.4.	Zpracování získaných dat	42
4.5.	Interpretace dat	44
4.5.1.	Demografické údaje výzkumné studie	44
4.5.2.	Zjišťující část výzkumné studie	47
4.6.	Diskuze	63
	ZÁVĚR.....	74
	ANOTACE.....	76
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	77
	SEZNAM ZKRATEK.....	80
	SEZNAM TABULEK.....	82
	SEZNAM GRAFŮ.....	83
	SEZNAM PŘÍLOH.....	84

1. ÚVOD

Rakovina tlustého střeva a konečníku (kolorektální karcinom) je zdravotnickým problémem většiny civilizovaných zemí.

Celosvětově je incidence karcinomu kolorekta nejvyšší ve vyspělých státech. Na světě onemocní ročně rakovinou tlustého střeva a konečníku 780 tisíc lidí. Více než 400 tisíc zemře, většinou v důsledku pozdní diagnózy onemocnění a nedůsledné prevence. Rakovina tlustého střeva je druhým nejčastějším druhem rakoviny, na který se v Evropské unii umírá. Řadí se mezi 6 chorob s nejvyšší úmrtností. V Evropě je ročně diagnostikováno 360 tisíc nových případů (Wiesnerová, 2006, online).

Česká republika ale od začátku 90. let zaujímá v tomto směru zcela prioritní postavení, které ji zařadilo do čela celosvětových statistik výskytu nových onemocnění a úmrtí na kolorektální karcinom. V naší populaci je výskyt rakoviny tlustého střeva a konečníku na druhém místě v četnosti ze všech zhoubných nádorů (za rakovinou plic u mužů a po rakovině prsu u ženské populace), přičemž nádory tlustého střeva představují zhruba 8 procent a nádory rekta více než 7 procent úmrtí pacientů/klientů léčených na rakovinu (Wiesnerová, 2006, online).

Incidence tohoto onemocnění se u nás od roku 1960 trvale zvyšuje. Do roku 1989 se zvýšil počet nových onemocnění téměř třikrát a počet úmrtí více než dvakrát. V absolutních hodnotách jde o téměř 3 000 nových nádorů tlustého střeva a 2 600 nádorů rekta ročně (Wiesnerová, 2006, online).

V roce 1980 zjistili lékaři rakovinu tlustého střeva u 49,7 osoby ze vzorku 100 tisíc lidí, v roce 1996 činil tento poměr již 58,2 osoby na 100 tisíc obyvatel a v období let 1980 - 1991 bylo diagnostikováno 61 005 nových případů (HZZP, 2004, online).

V roce 1999 podle údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR bylo v České republice léčeno 7 445 nemocných s tímto typem nádoru (HZZP, 2004, online).

Přes vysoké procento onkologických pacientů/klientů je česká medicína v řešení nádorových onemocnění poměrně úspěšná a dosahuje evropských parametrů. V léčbě karcinomu tlustého střeva je ČR 5 procent nad průměrem EU (Slívová, 2007, online).

Vysoké procento případů je však zachyceno v pokročilém stádiu choroby, kdy jsou šance pacienta/klienta na vyléčení a dlouhodobé přežití sníženy. V řadě

případů je nutné přistoupit k radikálnímu chirurgickému řešení pro záchranu života - kolostomickému zákroku. V tomto směru je nutné orientovat a rozšiřovat prevenci a zdravotnickou osvětu mezi rizikovými skupinami obyvatel. Česká republika jako jedna z mála zemí Evropy zabezpečuje bezplatné preventivní vyšetření, kde pacient/klient může absolvovat test na včasné odhalení ranných stádií rakoviny trávicího traktu (vyšetření na okultní krvácení). Jedná se u člověka o jednoduché, nebolestivé a finančně nenáročné vyšetření.

Se zvyšujícím se počtem pacientů/klientů s onkologickým onemocněním trávicího traktu rostou počty pacientů/klientů, kde je použito radikální chirurgické řešení a založena stomie.

Založení stomie ve značné míře ovlivňuje dosavadní způsob života člověka. Přináší celou řadu podstatných změn a omezení, zasahuje do všech oblastí života pacienta/klienta.

Bakalářská práce je zaměřena na zhodnocení a zmapování míry ovlivnění kvality každodenního života kolostomika v oblasti složek bio – psycho – sociálních. Bakalářská práce by měla také napomoci zkvalitnění medicínské péče a přispět ke srozumitelné orientaci lékařského i zdravotnického personálu při řešení nedoceněných otázek spojených s následným životem kolostomiků.

2. KVALITA ŽIVOTA – quality of life (QoL)

2.1. Historie a výklad pojmu

Historie:

Otázkou kvality života se zabývali lidé odedávna. J. Bergsma, holandský psycholog z univerzity v Utrechtu, k problému kvality života píše (Bergsma a Engel, 1988, s. 268): „Co lidé existují, byli vždy schopní zamýšlet se a uvažovat o svém životě (Křivohlavý, 2002, s. 162).

Rozsah pojetí kvality života:

Hovoříme-li o kvalitě života a máme-li na mysli život jednotlivého člověka (individua), vybíráme z celé problematiky kvality života jen jeho dílčí oblast. Engel a Bergsma (1988) „mapují“ celou tuto problematiku ve třech hierarchicky odlišných sférách:

- **V makro-rovině** jde o otázky kvality života velkých společenských celků - např. dané země, kontinentu atp. Zde jde podle Bergsmy o nejhlubší zamýšlení nad problematikou kvality života - o absolutní smysl života. Život je v tomto pojetí chápán jako absolutní morální hodnota a kvalita života musí tento závěr ve své definici plně respektovat. Problematika kvality života se tak stává součástí základních politických úvah .
- **V mezo-rovině** jde podle Bergsmy a Engela (1988) o otázky kvality života v tzv. malých sociálních skupinách - např. škole, nemocnici, domově důchodců, pečovatelském domově, závodě atp. Zde jde nejen o respekt k morální hodnotě života člověka, ale i o otázky sociálního klimatu, vzájemných vztahů mezi lidmi (např. v týmu lékařů, ošetřovatelek atp.), otázky uspokojování (frustrace) základních potřeb každého člena dané společenské skupiny, existence tzv. sociální opory, sdílených hodnot (existence humanitních hodnot v dané skupině a jejich hierarchii) atp.
- **Osobní (personální) rovina** je definována nejjednoznačněji. Je jí život jednotlivce - individua, ať jím je pacient/klient, lékař či kdokoli jiný. Týká se každého z nás jednotlivě. Při stanovení kvality života jde zde o osobní - subjektivní hodnocení zdravotního stavu, bolesti, spokojenosti, nadějí atp. Každý z nás v této dimenzi hodnotí sám kvalitu vlastního života. Hovoříme-li o kvalitě života, je třeba si vždy předem ujasnit, o kterou rovinu nám jde (Křivohlavý, 2002, s. 162).

Pojem **kvalita života** (quality of life) má relativně dlouhou a zajímavou historii. Jeho první výskyt se dnes datuje do 20. letch minulého století. Například H. Hnilicová (2005) připomíná, že se objevil už v diskusích o vztahu ekonomických a sociálních hledisek při státní podpoře chudších vrstev obyvatelstva. Američtí autoři (např. Snock, 2000) se domnívají, že pojem **kvalita života** byl odborně použit až v pracích dvou amerických ekonomů S. Ordwaye a F. Osborna, kteří v letech 1953 a 1954 varovali před nebezpečnými ekologickými dopady ideje neomezeného ekonomického růstu.

Do obecného povědomí však tento pojem vstoupil až v 60. letech 20. století jako výraz metaforický, který shrnoval sociálně-politické cíle americké administrativy za vlády prezidenta Johnsona. V roce 1964 totiž prohlásil: „Cíle nemůžeme poměřovat výší našich bankovních kont. Mohou být měřeny pouze kvalitou života, který naši občané prožívají“. Teprve později se z něj postupně stával pojem vědecký, nejprve v sociologii a potom i ve vědách o člověku (Mareš, 2006, s. 11).

Původně se pojem **kvalita života** používal v medicíně pro vyjádření potíží, které nemoc člověku způsobuje a jak celkově ovlivňuje život jedince. V širším významu, který překračuje hranice medicíny, se kvalita života spojuje s možnostmi, případně s bariérami, které před člověkem stojí, když má uspokojovat své potřeby a dosahovat cílů. O problému kvality života v širším významu se začalo intenzivně hovořit v souvislosti s ohrožením životního prostředí a zhoršováním podmínek lidského života. Kvalita života byla spojována s nutností člověka žít v neagresivním (z hlediska biologického) prostředí a byla zdůrazněna potřeba ochrany životního prostředí, zdraví obyvatel, obnovy lidských sídel apod. (Nový, 2006, s. 216).

Výklad pojmu:

Co rozumíme **kvalitou života**? Někteří do ní začleňují kvalitu životního stylu, např. hojnou aktivitu a rekreaci nebo domácí rodinné štěstí v souvislosti s péčí o děti. Kvalitu života spíše vyjadřují veličiny jako zdraví, naplnění potřeby být milován a milovat, možnost využívat všechny schopnosti. Kvalita života je subjektivní, vnitřní pojem (Kutnohorská, 2007, s. 16).

Co se rozumí pojmem **kvalita**? Pohled do etymologického slovníku napovídá, že slovo „kvalita“ je odvozeno od latinského základu „qualitas“ – kvalita – či „qualis“ – jaký (viz i slovo „kvalifikace“ odvozené od tohoto základu). Odpověď na otázku „Co se rozumí kvalitou?“ je možné dát i sémanticky (významově). Kvalitou

se tak rozumí „jakost, hodnota“ (obecně např. „dobrá nebo naopak špatná hodnota“), tj. charakteristický rys, jímž se daný jev odlišuje jako celek od jiného celku (např. život jednoho člověka od života druhého člověka). Dá-li se kvantita určit poměrně jednoduše, pak totéž nelze říci o určení kvality života (Křivohlavý, 2006, s. 162).

R. Honzák se zabývá ve svých pracích kvalitou života, kterou zasahuje do bio-psycho-sociálně-spirituálního modelu osobnosti člověka. Zahrnuje do něj oblast tělesné, psychické, sociální a duchovní pohody (Marková, 2006, s. 65).

Světová zdravotnická organizace definuje kvalitu života jako dojem jednotlivce či skupiny o vycházení vstříc jejich potřebám a neupírání možností dosáhnout štěstí a naplnění. V medicíně byly vyvíjeny postupy, které umožňují měřit kvalitu života vztahenou ke zdraví. Jednotlivé metodiky se snaží psychologicky a ekonomicky posoudit dopad konkrétních léčebných výkonů a onemocnění na kvalitu života daného jedince. Součástí těchto hodnocení je především úroveň soběstačnosti, úleva od bolesti a schopnost vykonávat každodenní činnosti běžného života. To jsou aspekty života, kterým většina pacientů/klientů subjektivně přikládá největší důležitost.

Celkový koncept kvality života se sestává z řady jednotlivých domén – oblastí, které kvalitu života každého člověka v různé míře ovlivňují.

Mezi základní domény udávané většinou autorů patří tyto kategorie:

- Fyzický stav a funkční schopnosti
- Psychologické parametry a celková spokojenost
- Sociální interakce
- Stav a faktory týkající se ekonomické situace a práce
- Spirituální stav (Salajka, 2006, s. 11).

Mezi další faktory ovlivňující kvalitu života patří:

- Věk
- Pohlaví
- Polymorbidita
- Rodinná situace
- Preferované hodnoty
- Vzdělání
- Kulturní zázemí (Slováček, 2004, online).

2.2. Sféry použití pojmu se zaměřením na zdravotnictví

Pojem kvalita života se zabydlel v mnoha oblastech lidské činnosti a v mnoha vědeckých oborech. Kromě ekonomie, politologie a sociologie, kde začínal, ho dnes nalezneme ve filosofii, teologii, sociální práci, psychologii. Setkáme se s ním ve většině medicínských oborů, v ošetrovatelství, biologických oborech, v ekologii, tedy v oborech, které se zajímají o živé organismy. Pojem kvalita se však objevuje také v technických oborech, např. v architektuře, stavebnictví, dopravě atd., tj. v oborech, které ovlivňují prostředí pro život (Mareš, 2006, s. 11).

Ačkoli je v medicíně pojem kvality života poměrně nový, v dalších oblastech výzkumu se s ním pracuje již dlouho. V medicíně je kvalita života chápána především v souvislosti se zdravotním stavem (Salajka, 2006, s. 11).

Ve zdravotnictví, které vztahuje kvalitu života ke zdraví a nemoci, se počet praktických aplikací neustále zvyšuje. S kategorií kvalita života se pracuje v dlouhodobých výzkumech přežívání pacientů/klientů, v klinických výzkumech ověřujících nové léčebné postupy a nové léky, ale též při standardní léčbě chronických a velmi vážných onemocnění. Je potěšující, že součástí soudobé lékařské i ošetrovatelské péče jsou úvahy o tom, jak kvalitní budou měsíce a léta „přidaná“ lidskému životu (Mareš, 2006, s. 29).

2.3. Posuzování kvality života

Posuzovatelem kvality života je vždy na prvním místě sám pacient/klient, i když je samozřejmě možné a vhodné získat údaje o kvalitě pacienta/klienta z více stran, od všech, kteří s ním přicházejí do styku. Posuzovatelem mohou být např. rodinní příslušníci, lékař, všeobecná sestra, psycholog, sociální pracovník a další profesionálové.

Kvalita života je obvykle posuzována na základě údajů získaných od daného nemocného, přičemž jsou určovány ještě některé parametry ve vztahu ke kvalitě života. Jedná se například o „ekvivalent počtu let plného zdraví“ (HYE, healthy years equivalent) neboli hypotetický počet let prožitých v perfektním zdravotním stavu. Dále se jedná o „kvalitu života ve vztahu ke zdraví“ (HRQoL, health-related quality of life), která je chápána jako ta část života, která je prvotně určována zdravím jedince a zdravotní péčí, která může být ovlivněna klinickými intervencemi. HRQoL charakterizuje a měří to, co jedinec zažívá (jaká je zkušenost jedince) jako následek poskytování zdravotní péče. V neposlední řadě lze z dalších údajů vzpomenout „rok

života standardizované kvality“ (QALY, quality-adjusted life-year), který vyjadřuje výsledek určitého léčebného postupu v podobě počtu let, o která se díky tomuto postupu prodloužil život (Slováček, 2004, online).

2.4. Možnosti hodnocení kvality života u nemocných

Kvalitu života lze v zásadě hodnotit na základě objektivních a subjektivních přístupů, přičemž nejpodstatnějším je subjektivní hodnocení nemocného, tak jak sám vnímá vlastní zdravotní situaci včetně schopnosti svého sebeuplatnění v pracovním, rodinném a sociálním prostředí. K hodnocení kvality života u nemocných jsou používány dotazníky kvantifikující dopad nemoci na běžný život nemocného formalizovaným a standardizovaným postupem. V praxi je jich vytvořena celá řada k zjišťování kvality života.

Dotazníky lze rozdělit na dva základní typy:

- Generické (obecné) – hodnotí všeobecně celkový stav nemocného bez ohledu na konkrétní onemocnění, jsou široce použitelné u jakýchkoli skupin populace bez ohledu na pohlaví, věk apod. K nejznámějším dotazníkům patří Short Form 36 Health Subject Questionnaire (SF 36).
- Specifické – jsou vytvořeny již pro jednotlivé typy onemocnění.

Nejjednodušším způsobem zjišťování kvality života pacientů je VAS (Visual Analogous Scale). Viditelné odstupňování celkového stavu kvality života pacienta/klienta. Jde o vidění kvality života pacienta/klienta spíše jako jeho *celkového stavu*, nežli souboru jeho zdravotních problémů. Touto stupnicí (škálou) VAS -QL je 10cm dlouhá vodorovná nebo lépe v 45 stupních šikmo stoupající úsečka s označenými dvěma extrémy: Úkolem hodnotitele, kterým může být lékař, všeobecná sestra, rodinný příslušník pacienta/klienta je podle subjektivního zdání (hodnotitele) udělat ležatý křížek na této čáře tam, kde se asi - podle osobního zdání hodnotitele - mezi uvedenými dvěma extrémy posuzovaný pacient/klient v dané chvíli nachází (Křivohlavý, 2002, s. 162).

2.5. Kvalita života stomiků

Kvalitou života stomiků se zabývala například Montreuxská studie, která probíhala v 16 evropských zemích. Kvalita života stomiků je do velké míry závislá na jeho prognóze související se základním onemocněním, které bylo důvodem pro vyvedení stomie, než na samotném faktu stomie. Jinak kvalitu života vnímají

pacienti/klienti s trvalou stomií u onkologického onemocnění a jinak pacienti/klienti s dočasnou stomií.

Při dobré a týmově organizované péči o stomika, na které se podílí chirurg, stomasestra, eventuálně další účastníci multidisciplinárního týmu jako je psycholog, praktický lékař, kluby stomiků, je možné kvalitu života kladně ovlivnit. Tomu také napomáhá kvalitní předoperační příprava, pečlivá edukace pacienta/klienta i rodiny, psychická podpora, zajištění vhodné následné péče a poradenské pomoci, pomoc v sociálních otázkách, minimalizace bolesti.

Kvalita života záleží spíše na základním onemocnění, rodinném zázemí a psychickém stavu pacienta/klienta než na stomii samé. Pacienti/klienti mohou mít problémy týkající se změn ve vyprazdňování, jako je zácpa, průjem, ale to vše jsou aspekty, které se dají řešit vhodnou úpravou stravy. S rozvojem stomických pomůcek a zlepšení jejich dostupnosti se kvalita života našich stomiků zásadně změnila.

Na kvalitě se významně podílí existence stomických poraden a funkce stomasestry působící jako kvalifikovaný poradce a zajišťující komplexní, kontinuální péči o stomiky. Učí pacienta/klienta zvládnout sebeobsluhu, techniku ošetření a psychicky se vyrovnat s novým způsobem života.

Kvalita života obecně je tím lepší, čím menší je rozdíl mezi očekáváním a představami jednotlivce o životě a realitě skutečného světa. Adaptace neboli přizpůsobení se novým životním podmínkám je proces, který trvá neustále. Stomik se vyrovnává s faktory fyzickými (bolest, zácpa, průjem, schopnost vykonávat své zaměstnání, vést domácnost, starat se o děti, apod.), s faktory emocionálními (úzkost, deprese) a faktory sociálními, které jsou vyjádřené v rodinných mezilidských vztazích, v sociálních aktivitách, ve snaze o integraci do normálního života. Proces adaptace na některé omezení je přísně individuální. U mladého stomika, který má ještě zodpovědnost za děti a rodinu, bude vnímání kvality života horší, než u staršího pacienta/klienta se stejným postižením.

Cílem celého ošetřujícího týmu a především stomasestry je dovést pacienta/klienta do takové kvality života, kdy je schopen strávit každý den na vrcholu svých možností, pokud možno bez subjektivních těžkostí se zachováním aktivity a v pěstování pozitivních sociálních vztahů (Marková, 2006, s. 65).

3. KOLOSTOMIE

3.1. Historie

První zmínka o odchodu stolice stěnou břišní pocházejí již z Bible. Jako první doporučil stomii při ileu v roce 1710 *Litre*.

Náš český chirurg Maydl uskutečnil v roce 1884 první dvouhlavňovou kolostomii. V té době se již používaly různé stoma pomůcky – skleněné, kožené a kovové jímače. Tyto pomůcky byly nedokonalé a propouštěly obsah mimo. Nemocní tak byli vyřazeni ze společenského života.

Začátek skutečné péče o nemocné spadá do 50. – 60. let 19. století, a to v USA a Anglii. V roce 1953 bylo v New Yorku otevřeno první specializované pracoviště s péčí o stomiky (Mikšová, 2006, s.119).

V dnešní době jsou zkonstruovány takové pomůcky, které svou nenápadností a těsností i jednoduchou výměnou dovolují pacientům/klientům pracovní i společenský život (ConvaTec, 1997, s. 3).

3.2. Stomie, kolostomie – výklad termínů

Stomie

Slovo stoma pochází z řečtiny a znamená ústa, v přeneseném významu pak otvor, vyústění nebo vývod (ConvaTec, 2006, s. 1).

Stomie je normálně kruhová nebo oválná, červeno-růžové barvy, podobně jako sliznice v ústech. Ve stomii nejsou žádná nervová zakončení, takže není citlivá na bolest“ (ConvaTec, 2006, s. 1).

Stomie na trávicím traktu představují vyústění některého z úseku trávicí trubice na povrch těla (Marková, 2006, s. 14).

Je uměle vytvořené vyústění dutého orgánu na povrch těla (Sláma, 2007, s. 211).

Kolostomie

Je vyústění tlustého střeva na povrch kůže. Je to nejčastější druh vývodu (Marková, 2006, s. 20).

3.3. Rozdělení kolostomií

3.3.1. Dle lokalizace (na střevním úseku) se kolostomie dělí:

- a) **coecostomie** – vyústění slepého střeva v oblasti přechodu tenkého a tlustého střeva. Cílem je většinou dočasně odlehčení zbývající části tlustého střeva nebo se provádí při nádoru umístěném pouze v této oblasti. Jde o velmi vzácnou lokalizaci. Vyústění je v pravém dolním kvadrantu (Marková, 2006, s. 21).
- b) **transverzostomie** – vývod na příčném tračníku. Jde často o dvouhlavňovou stomii prováděnou hlavně u dětí z důvodu vývojových vad. Transverzostomie je obvykle dočasná a vylučuje polotekutý obsah. Vyústění je ve střední části břicha nad pupkem (Marková, 2006, s. 21).
- c) **sigmoideostomie** – jde o nejčastější typ stomie na tlustém střevě. Zakládá se v levém hypogastriu. Může být trvalá nebo dočasná (Otradovcová, 2006, s. 17).

3.3.2. Dle časového úseku

- **dočasná** – břišní vývod tlustého střeva je vytvořen přechodně jako jedna fáze vícedobé operace nebo v případě traumatického poranění či zánětu střeva, kdy chceme docílit klidnění a dále léčit základní onemocnění (Mikšová, 2006, s. 118).
- **trvalá** – provádí se na zajištění vylučování stolice v případě, že konečník a anus nejsou funkční kvůli chorobnému procesu (nejčastěji nádor nebo vrozený defekt) (Mikšová, 2006, s. 118).

3.3.3. Dle druhu

- **jednohlavňová (terminální) kolostomie** – bývá obyčejně trvalá, zakládá se často po odstranění dolní části tlustého střeva, zbývající horní konec střeva se vyvede v celé šíři (Novák, 1987, s. 12).
- **dvouhlavňová (axiální) kolostomie** – otvorem v břišní stěně se vyvede klička tlustého střeva, otevře se a po konečné úpravě zůstanou dva otvory zpravidla těsně vedle sebe. V prvních dnech až týdnech po operaci se vyústěná klička podkládá gumovou hadičkou nebo tyčinkou z umělé hmoty nebo ze skla, ale definitivně zůstává bez podložení (Novák, 1987, s. 12).

- **nástěnná kolostomie** – zakládá se zpravidla dočasně jako odlehčení náplně střeva, nejčastěji na slepém střevě, někdy i na přímém tračníku nebo na esovité kličce (Novák, 1987, s. 12).

3.4. Indikace ke kolostomii

- **Karcinom tlustého střeva** – patří k nejzávažnější indikaci pro provedení stomie, především však kolostomie (Marková, 2006, s. 22).
- **Střevní polypoza** – má familiární charakter a patří k prekancerózám, proto je nutné jejich chirurgické odstranění. Podle tíže postižení může být provedena dočasná ileostomie či kolostomie (Marková, 2006, s. 22).
- **Záněty**
 - a) **Cronova choroba** – je nemocí postihující celou střevní stěnu, i když iniciální léze je lokalizována ve sliznici. Nejčastější lokalizace je ileokolická (40 %). Chronický granulomatózní zánět prostupuje střevní stěnu v různém rozsahu v proměnlivé délce. Může jít o segmentové postižení nebo až difúzní postižení celého kolonu (Zeman, 2001, s. 297).
 - b) **Ulcerózní kolitída** (idiopatická proktolitída) – postihuje sliznici rekta a tlustého střeva. Je typická tvorbou krvácejících vředů. Může dojít k perforaci střeva. Oproti Crohnově chorobě je zde častější přechod k onkologickému onemocnění (Marková, 2006, s. 23).
 - c) **Akutní toxická kolitída**
 - d) **Diverticulitis** – zánět střevní výčlipky, vzniká přestupem infekce sliznicí stěny divertiklu, kde se šíří ve formě abscesů či flegmóny. Z toho vyplývá, že zánět není nikdy izolován jen na jeden divertikl, ale postihuje celé střevo (Zeman, 2001, s. 295).
- **Náhlé příhody bříšní**
 - a) **Perforační divertikulitída**
 - b) **Perforace střeva** – může vzniknout na podkladě úrazu či prasklého divertiklu za vzniku akutní sterkorální peritonitídy. Řešením může být dočasná ileostomie či kolostomie (Marková, 2006, s. 22).
 - c) **Ileus obturační** – jeho příčinou je uzávěr střevního průsvitu bez poškození výživy střevní stěny (Zeman, 2001, s. 329).
Provádí se opět dočasná ileostomie či kolostomie (Marková, 2006, s. 22).

- **Traumata – zavřená i otevřená** poranění tlustého střeva jsou mnohem vzácnější než poranění střeva tenkého (1:9). Přesto poranění tlustého střeva je vzhledem k vysokému obsahu bakterií mnohem nebezpečnější. Otevřená poranění jsou častější než poranění zavřená a jsou většinou způsobena bodnými, sečnými či střelnými ranami. Význačnou skupinu tvoří **iatrogenní** poranění (rektoskopie, koloskopie) (Zeman, 2001, s. 293).
- **Vrozené vady** – k nejzávažnějším vývojovým vadám patří atrézie anu a rekta, megakolon (Zeman, 2001, s. 292).
- **Píštěle**
- **Poškození zářením**

3.5. Příprava pacienta k operaci

Vytvoření stomie znamená pro pacienta/klienta hluboký zásah do osobnosti a životního stylu. Do jaké míry a jak rychle se s daným stavem vyrovná, záleží mimo jiné na způsobu přípravy před samotným výkonem, dále pak na vedení a ošetřování během hospitalizace a na následné péči po propuštění (Marková, 2006, s. 26).

3.5.1. Předoperační péče

Péče o budoucího stomika začíná již před operací. O možnosti provedení stomie by měl být pacient/klient informován nejprve lékařem, který mu vysvětlí nutnost provedení operace a typ operace. Na základě těchto informací pacient/klient podepíše informovaný souhlas s výkonem. Následovat by měl psychologicko-edukační pohovor pacienta/klienta s odbornou stomasestrou, která jej informuje o problémech, které pacienty/klienty se stomií provázejí a o možnostech jejich řešení. A to i v případě, kdy jde o akutní výkon a na dostatečnou přípravu nebývá mnoho času. Vhodné je předání písemných edukačních materiálů, eventuálně zhlédnutí edukační videokazety (Marková, 2006, s. 27).

Předoperační vyšetření **plánovaného** a **akutního** výkonu se liší.

K plánovanému výkonu:

- Pacient/klient si přináší výsledky kompletního předoperačního vyšetření od obvodního lékaře.
- Lékař-operatér pacientovi/klientovi vysvětlí typ operace, podrobně ho informuje o výkonu a možných komplikacích, odpoví na dotazy. Součástí rozhovoru

pacienta/klienta a lékaře je podepsání informovaného souhlasu s operací, bez něž ji nelze provést.

- Seznámení stomasestry s dokumentací pacienta/klienta. Vždy je nutné dodržet, aby ošetřující sestra měla stejné informace jako lékař, aby se navzájem informovali a pacientovi/klientovi poskytovali stejné informace.
- Psychologicko-edukační rozhovor pacienta/klienta a stomasestry, zajištění psychosociální anamnézy.
- Zakreslení místa pro založení stomie a nalepení edukační pomůcky (sáčku), nejdůležitější úkon v předoperační přípravě, který ovlivní kvalitu pooperačního ošetřování a sebepéče. Pacient/klient musí se zakreslením souhlasit. Zkušená stomasestra provádí zakreslení místa samostatně, při nejasnostech spolupracuje s operátorem. Vždy by se měly zakreslovat dvě varianty.
- Příprava střeva – vyprazdňování střeva a rektu se děje způsobem ortográdním, antegrádním, někdy jejich kombinací. Příprava tlustého střeva a rektu spočívá v důkladném vyčištění klasickými klyzmaty nebo projímadly (např. fosfátový roztok, Fortrans apod.) (Zeman, 2001, s. 288). Fortrans je dávkován 1 litr na 20-30 kg váhy pacienta/klienta, má snesitelnou chuť, ale pacienty/klienty odrazuje množství tekutin, které musejí vypít. Fosfátový roztok je vhodný pro ty, kteří pijí málo. Sestra dohlíží, aby dotyčný vypil potřebné množství a sleduje stav pacienta/klienta. Pacient/klient se vyprazdňuje „do vody“, což znamená, že stolice je čirá, vodnatá, bez příměsí (Marešová, 2007, online).
- Prevence tromboembolické nemoci (přiložení bandáže nebo antiembolických punčoch) (Juřeníková, 1999, s. 15).
- Individuální antibiotická profylaxe, Individuální anesteziologická příprava, Individuální příprava polymorbidního pacienta/klienta (Otradovcová, 2006, s. 25).

Předoperační příprava u akutního výkonu:

- Domluva chirurga, anesteziologa a internisty
- Edukace stomasestrou a zakreslení místa pro stomii, pouze dovoluje-li to celkový stav pacienta/klienta (Otradovcová, 2006, s. 27).

3.5.2 Pooperační péče

Pooperační péči o pacienta/klienta se stomií můžeme rozdělit do několika období, v nichž se prioritně zaměřujeme na odlišné oblasti péče: bezprostřední péči, perioperační péči a následnou péči.

- Bezprostřední pooperační péče – podle závažnosti operačního výkonu, polymorbidity a komplikací probíhá pooperační péče na JIP nebo ARO: monitorování vitálních a fyziologických funkcí, aplikace parenterální, péče o invazivní stupy, permanentní močový katétr, péče o ránu (zda neprosakuje, nemaceruje), léčba bolesti, popř. péče o nasogastrickou sondu. Na jednotku intenzivní péče pacient/klient většinou přichází s nalepeným stomickým sáčkem, který je jednodílný, průhledný, aby umožňoval vizuální kontrolu, a výpustný s laterální výpustí pro lepší možnost vypouštění plynů a řídkého sekretu. První sáček bývá většinou ponechán několik dnů. U stomie sledujeme funkčnost, tvar, barvu, otok, krvácení, ischémie (Marková, 2006, s. 29).
- Perioperační oddělení – jde o hospitalizaci na standardním oddělení do doby, než je pacient/klient propuštěn do domácího ošetřování. Péče na tomto oddělení spočívá v denních sterilních převazech, kontrole stavu a funkčnosti stomie. Dříve než je nemocný propuštěn z ústavního léčení, musí se naučit stomii ošetřovat, a stejně i některý člen jeho rodiny, pokud je to možné (Marková, 2006, s. 30).
- Následná pooperační péče – hlavním cílem je naučit pacienta/klienta soběstačnosti při ošetřování stomie. Edukace je individuální a postupná.
- Následná péče - odchodem z nemocnice péče o stomika nekončí. Pacient/klient je dispenzarizován v proktokolické ambulanci při chirurgickém pracovišti a často také v onkologické ambulanci. Je žádoucí, aby po propuštění pacient/klient navštěvoval stoma poradnu (Marková, 2006, s. 32).

Poradny pro stomiky pomáhají řešit celou řadu otázek, které si mnohdy stomici sami nejsou schopni vyřešit. V poradnách pracuje speciálně školená stomasestra. K dispozici dle potřeby je i sexuolog a gynekolog (Novák, 1987, s. 52).

Vysoce pozitivní úlohu v prožívání pacienta/klienta hrají **kluby stomiků**. Jedná se o dobrovolná sdružení nositelů stomií, jejichž posláním je hájit zájmy stomiků především v oblasti dostupnosti kvalitních kompenzačních pomůcek (viz příloha č. 4) (Marková, 2006, s. 57).

3.6. Komplikace kolostomie

3.6.1. Časné komplikace

- **Nekróza střeva** – Příčinou bývá nedostatečný přítok krve do tkáně způsobený otokem nebo malým otvorem v kůži. Dojde k uvolnění kolostomie od kůže.

Kolostomie je povleklá (Otradovcová, 2006, s. 42). Je zpravidla nutná relaparotomie, snesení gangrenózního úseku a nová konstrukce kolostomie (Novák, 1985, s. 257).

- **Retrakce kolostomie** – dochází k ní při založení kolostomie pod tahem, při infekci kolem kolostomie, při nedostatečné fixaci k břišní stěně nebo při špatné hojivosti. Je pak nutné střevo dostatečně uvolnit a znovu upevnit ke stěně (Novák, 1985, s. 257).
- **Infekce v ráně kolem kolostomie** – je přítomna vždy, ale jestliže převládne až k vývinu flegmóny nebo abscesu, musí se ošetřit uvolněním hnisavého sekretu, eventuelně i pomocnými incizemi, lokálními proplachy a podáváním antibiotik. Často vede k pozdním komplikacím (ConvaTec, 2001, s. 11).
- **Prolaps kliček tenkého střeva** – vzniká při příliš velkém otvoru ve stěně nebo při nedostatečném uzavření peritonea kolem vyústěného tračníku. Je nutná reopozice kliček a uzavření mezery v břišní stěně (Novák, 1985, s. 257).
- **Uskřinuji kliček tenkého střeva** – v neuzavřené mezeře mezi stomií a břišní stěnou. Vede opět k ileoznímu stavu a je nutná reoperace s uzavřením této mezery (ConvaTec, 2001, s. 10).
- **Krvácení** – většinou vzniká z malých trhlinek na sliznici kolostomie, zvláště při hrubším otírání střeva mulem. Někdy se však tvoří ve stomii následkem mechanického poškození až vředy a také krvácejí. Dále může být krvácení vyvoláno neopatrným vyplachováním kolostomie. Krvácení přestává zpravidla samo (Novák, 1987, s. 16).
- **Nevhodně umístěná kolostomie** – je výjimečně u akutně operovaných pacientů/klientů. Kolostomie umístěná v kožní řase, jizvě, tříse, pod žeberním obloukem, na boku, v operační ráně (Otradovcová, 2006, s. 43).
- **Kožní komplikace** – je třeba rozlišit alergickou reakci, kontaktní dermatitidu, iritaci a maceraci. Prvotně musíme řešit příčinu komplikace – vyměnit pomůcky, zabránit podtékání střevního obsahu pod pomůcku. Předoperačně je vhodné provést alergický test (Otradovcová, 2006, s. 43).

3.6.2. Pozdní komplikace

- a) **Parastomální kýla (hernie)** – je **nejčastější** komplikace kolostomie, u ileostomie je vzácnější. Buď vzniká těsně vedle kolostomie, nebo se vyklenuje celé okolí

i s kolostomií. Tato kýla se vzácně uskřínuje. Může se kombinovat i s výhřezem stomie (Novák, 1987, s. 18).

- b) Stenóza (zúžení) kolostomie** – způsobuje zjizvená tkáň okolo kolostomie nebo obstrukce střev působená cizím tělesem či tumorem (ConvaTec, 2002, s. 10).
- c) Prolaps (výhřez) kolostomie** – střevo může prolabovat od několika centimetrů až po několik desítek centimetrů před břišní stěnu (Otradovcová, 2006, s. 44).
- d) Retrakce (vtažení) kolostomie** – retrakce může být několik milimetrů až centimetrů pod úroveň kůže. Často bývá spojena se stenózou kolostomie. Při retrakci dochází k podtékání střevního obsahu pod podložku a následné iritaci až maceraci okolní kůže (Otradovcová, 2006, s. 44).
- e) Perforace přívodné kličky** při výplachu. Je-li místo perforace blízko kůže, lze kolostomii uvolnit, povytáhnout i s perforací, snést tuto část a znovu upevnit střevo ke stěně. Při hlubokém uložení perforace je zpravidla třeba z laparotomie ošetřit perforaci stehem (Novák, 1985, s. 257).

3.7. Význam stomasestry v péči o stomika

Z důvodu nutnosti zajistit komplexní péči o pacienty/klienty se stomiemi celosvětově vznikla v roce 1958 paramedicínská profese nazvaná stoma-terapeut neboli enterostomický terapeut. První stomaterapeutkou byla Norma G. Thompsonová z Clevelandské kliniky, která se zasloužila o vznik této specializace a která v roce 1984 založila Světovou radu pro enteroterapeuty sdružující stomasestry celého světa (Marková, 2006, s. 61).

Stomasestra je pro pacienta/klienta, a v ideálním případě také pro jeho rodinné příslušníky, důležitým pomocníkem a rádcem v celém průběhu ošetrovatelského procesu. Její edukační funkce pokračuje v rámci činnosti stomické poradny, kde funguje jako důležitý zdroj cenných informací (Krutíš, 2007, s. 7).

Nová role sester stomaterapeutek se odvíjí od potřeb pacientů/klientů se stomií. Sestra se stává samostatnější, mění se její kompetence a obsah práce. Edukace, včetně zásad prevence, by měla být součástí každého ošetřování. Stomasestra edukuje o pomůckách a pracovním postupu, poskytuje poradenské služby, seznamuje stomiky s novými možnostmi pomůcek, zabývá se řešením komplikací vyskytujících se při ošetřování stomatu, zprostředkovává konzultace s lékařem, pokud možnosti řešení komplikací přesahují její kompetence. Přiměřeným způsobem přistupuje k nemocným

a příbuzným, jedná vlídně a vstřícně, získává je ke spolupráci. Využívá poznatky z psychologie a komunikace. Sestra, která edukuje, si musí ujasnit vlastní filozofii získanou výchovou a vzděláváním. Rozhoduje se, co je v dané situaci nejpříjemnější, protože na žádnou otázku neexistuje jediná správná odpověď. Respektuje pacientův/klientův momentální fyzický a psychický stav, pozorně mu naslouchá a podle toho přizpůsobuje postup při edukaci. Empatie je tedy samozřejmostí. Informace, které poskytuje, musejí být srozumitelné a jasné. Stomická sestra se s pacientem/klientem seznámí, je informována o jeho zdravotním stavu. Aby její práce byla úspěšná a účelná, musí spolupracovat s léčebným a ošetrovatelským týmem. Veškerá její činnost však předpokládá i souhlas a spolupráci pacienta/klienta (Šmejkalová, 2007, online).

Význam edukace

Péče o stomika začíná již předoperační přípravou a pokračuje pooperační edukací stomasestrou. Edukace stomika se provádí denně. Během hospitalizace se pacient/klient musí naučit být soběstačný. Vždy se snažíme navázat spolupráci (se souhlasem pacienta/klienta) s rodinou. Pokud není schopen sebeobsluhy, edukujeme rodinné příslušníky a eventuálně kontaktujeme agentury domácí péče. Po ukončení hospitalizace by měl pacient/klient docházet do ambulance zkušené stomasestry. Sestra při každé návštěvě zkontroluje tvar, barvu, velikost a průchodnost stomie a okolí stomie. Zhodnotí aktuální stav stomie a navrhne změnu pomůcek, ochranných a čistících prostředků. Komplikace řeší stomasestra sama nebo ve spolupráci s lékařem proktologem (Otradovcová, 2008, online).

U mnohých pacientů/klientů dochází k psychickému traumatu z onemocnění a oni sami si nejsou schopni zajistit péči o stomie – v tomto případě musí pacienta/klienta zastoupit rodina a postupně začleňovat citlivě samotného pacienta/klienta do péče. Chce to určitou dávku trpělivosti (Hašková, 2007, s. 33).

Pravidelné kontroly u stomasestry či ve stomické poradně mohou přispět k časnému odhalení komplikací a k výraznému zlepšení fyzického i psychického stavu stomiků (Tellerová, 2007, online).

Náplní stomaterapeutů

- a) Edukace pacienta/klienta a jeho rodiny, která je zahájena již před operací
- b) Bezprostřední pooperační péče o stomii

- c) Návčik používání stomických pomůcek
- d) Výběr vhodných pomůcek a jejich úprava
- e) Poradenství v každodenních aktivitách, jak se vyvarovat některým problémům, které stomie přináší (zápach, větry, průjem, zácpa apod.)
- f) Poradenství v oblasti sociální podpory
- g) Péče o peristomální kůži a řešení kožních problémů
- h) Včasné odhalení komplikací stomií
- i) Informace o svépomocných organizacích – klubech stomiků
- j) Dlouhodobá emocionální podpora (Marková, 2006, s. 61).

3.8. Stomické pomůcky a příslušenství

Dříve, kdy nebyl na trhu dostatek kvalitních pomůcek, byli pacienti/klienti v běžném životě mnohostranně omezováni, např. v režimu stravování. Museli výrazněji změnit životosprávu a návyky. S objevem nedráždivých lepidel došlo k prudkému rozvoji výroby stomických pomůcek. Dovoz do Československa byl přesto ojedinělý. Od roku 1992 je neomezen (Šmejkalová, 2007, online).

Současný trh pomůcek pro stomické pacienty/klienty nabízí celou řadu výrobků. Orientaci v nabídce zprostředkuje pacientům/klientům stomasestra (Stomické pomůcky, 2007, s. 7). Na našem trhu jsou dostupné stomické pomůcky těchto firem – B-Braun, Coloplast, Convatec, Dansac, Braun, Holister (Otradovcová, 2008, online).

Kvalita pomůcek pro stomiky se neustále zvyšuje. Jejich výrobci hledají stále další a lepší možnosti, jak zkvalitnit život stomiků v jejich těžké životní situaci (Stomické pomůcky, 2007, s. 7).

3.8.1. Požadavky na moderní stomické systémy

- a) Jímat stolici a sekret
- b) Tvarová a velikostní variabilita
- c) Flexibilita
- d) Eliminace zápachu
- e) Chránit kůži okolo stomie
- f) Hypoalergenní materiál
- g) Snadná manipulace
- h) Neomezenost pacienta v pohybu

- i) Diskrétnost
- j) Dostupnost (Otradovcová, 2006, s. 39).

3.8.2. Systémy a jejich součásti

- Jednodílný systém – je tvořen ochrannou želatinovou lepidlovou podložkou, která je pevně spojena se sběrným sáčkem. Sáčky mohou být transparentní, umožňující vizuální kontrolu obsahu, nebo neprůhledné, většinou tělové barvy. Mohou být výpustné, hodící se tam, kde je obsah tekutější, nebo jsou uzavřené (Marková, 2006, s. 42).
- Dvoudílný systém - zvláště je podložka s plastickým přírubovým kroužkem a sáček. Sáček se na podložku připevňuje přes přírubový kroužek. Podložka zůstává nalepená 3 – 7 dní. Sáček se mění dle potřeby. Podložky jsou celoželatinové – pevné, s želatinovým středem a okrajem z mikroporu – flexibilní, konvexní – pro zvláštní typy stomií (Stomické pomůcky, 2007, s. 7).
- Systém adhesivní technologie – podložka a sáček se k sobě připevňují bez přírubového kroužku pouze nalepením. Systém je diskrétnější a flexibilnější než dvoudílné pomůcky (viz příloha č. 6) (Stomické pomůcky, 2007, s. 7).

U všech systémů máme **sáčky** průhledné a neprůhledné, výpustné (uzavírají se sponkou nebo suchým zipem) a nevýpustné, s filtrem a bez filtru (Otradovcová, 2006, s. 40).

Podložky musí na kůži pevně přilnout. Vrstva želatiny, kterou jsou podložky tvořeny, může být kombinována s mikroporem pro zvýšení flexibility (Marková, 2006, s. 43).

Podložky sáčků můžeme rozdělit do **3 skupin**:

- a) pevné celoželatinové
- b) flexibilní se želatinovým středem a okrajem z mikroporu
- c) konvexní pro komplikované stomie (mají tvar misky) (Otradovcová, 2006, s. 40).

Ke **zvláštním pomůckám** můžeme zařadit krytky stomie, stomické zátky a irigační soupravy. Jsou pojišťovnou hrazeny jen částečně (Marková, 2006, s. 44).

- **Krytky na stomie** – slouží ke krytí stomie v době, kdy se nevyprazdňuje. Hodí se na kolostomie v případech, kde se stomie pravidelně vyprazdňuje nebo kde se užívá výplachů. Stejnému účelu slouží i kapsičkovité sáčky s filtrem („čepičky“). Jsou vodotěsné a obsahují mulový polštářek, který odsává eventuální

hleny odcházející ze střeva. Protože jsou zcela ploché, jsou pod plavkami neviditelné (Novák, 1987, s. 46).

- **Irigační souprava** s odvodným sáčkem a krytkou MiniCap od firmy Coloplast (ILCO, 2008, online). Firma Coloplast nabízí jednodílnou a dvoudílnou irigační soupravu (viz příloha č. 9) (Kreml, 2008, online).

3.8.3. Ochranné čisticí prostředky

podle typu stomie a komplikací se používá:

- **Ochranný film** - chrání omytou kůži před macerací a puchýřky (Stomické pomůcky, 2007, s. 7). Ochranný film se nanáší na kůži před přiložením podložky. Vytváří ochrannou vrstvu, a tím zvyšuje odolnost kůže. Je řešením při drobných kožních problémech. Zlepšuje přilnavost podložky, takže se může nanést pod ni (Marková, 2006, s. 43).
- **Ochranná pasta (Stomahesive 60g)** - používá se na vyrovnání kožních záhybů a nerovností. Pasta se vždy aplikuje před nalepením podložky, je velice lepivá, nejlépe se nanáší zvlhčeným prstem. Zabraňuje podtékání podložky (Stomické pomůcky, 2007, s. 7).

Stomahesive 30g – nelepící, chrání a hojí kůži mezi podložkou a stomií (Otradovcová, 2006, s. 40).

- **Ochranný krém** – je určen pacientům/klientům se suchou nebo podrážděnou pokožkou. Udržuje optimální pH a zároveň ji zjemňuje (Stomické pomůcky, 2007, s. 7).
- **Zásypový pudr** – slouží ke zklidnění podrážděné pokožky pod podložkou. Používá se ve velmi tenké vrstvě na čistě omytou a osušenou pokožku, zejména je-li kůže v okolí stomie rozbolavělá nebo došlo-li k jejímu podráždění v důsledku vniknutí stolice pod podložku (ConvaTec, 2006, s. 11).
- **Odstraňovač náplastí** – napomáhá k jednoduchému a pohodlnému sejmutí podložky či samolepícího sáčku. Slouží zároveň k omytí kůže od případných zbytků želatiny a k regeneraci pokožky. Usnadňuje snímání mikroporézních i textilních náplastí. Je nedráždivý a nevysušuje kůži (ConvaTec, 2006, s. 12).
- **Stomický roztok** – slouží k omytí a očištění pokožky, brání vysoušení (Stomické pomůcky, 2007, s. 7).

- **Pohlcovače pachů** – jako jsou kapsle, kapky, pelety – eliminují zápach uvnitř sáčku (Otradovcová, 2006, s. 40).
- **Ochranná destička** - slouží k vyrovnávání tělesných nerovností v okolí stomie (např. jizev nebo tělesných prohlubenin). Destička se rozstříhá na požadovaný tvar, poté se aplikuje na patřičné místo a teprve přes ni se přikládá stomická pomůcka (ConvaTec, 2006, s. 12).
- **Absorpční gel** - zahušťuje stolici a zabraňuje tak zpětnému chodu obsahu směrem ke stomii (Marková, 2006, s. 43).
- **Přídržný pásek** - zvyšuje pocit bezpečí při nošení stomických pomůcek, není však vždy nutný. Lze jej používat s dvoudílným systémem (Stomické pomůcky, 2007, s. 7).
- **Těsnící kroužky** - slouží k utěsnění přechodu mezi stomií a otvorem v sáčku nebo v podložce, zvláště při sklonu k prolapsu (Novák, 1987, s. 45).
- **Mesoft** - jemná netkaná textilie – netraumatizuje okolí stomie.
- **Dilastom** - je speciálně konstruovaný dilatátor stomií, který je konstruovaný tak, že jej mohou používat pacienti/klienti při ošetřování kožních i fasciálních stenóz kolostomií. Dlouhodobým používáním Dilastomu je možno oddálit nebo dokonce zamezit operaci pro zúžení kolostomie. Dilatace se provádí postupně 2x denně (Otradovcová, 2006, s. 41).
- **Softalind, Menalind** – patří mezi jemné mycí pěny (Marková, 2006, s. 43).
(viz příloha č. 6)

3.9. Preskripce pomůcek

Pro stomika je důležité vědět, na kolik pomůcek má stomik nárok, na jaké období lze pomůcky najednou předepsat, kdo může pomůcky předepsat a zda jsou plně hrazené. Veškeré pomůcky jsou hrazeny pojišťovny. Limit je stanoven dle typu stomie takto:

Limity spotřeby stomických pomůcek u kolostomiků:

Sáčky – **60 ks/ měsíčně**

Podložky – **10 ks/ měsíčně**

Čistící prostředky - **max. do výše 6000 Kč/ rok**

Ochranné prostředky - **max. do výše 6000 Kč/ rok**

Limity spotřeby u příslušenství:

Krytky stomické - **max. 60 ks/ měsíc, max. 3100 Kč/ rok, schválení revizním lékařem** (dále jen RL)

Zátky stomické - **max. 60 ks/ měsíc, max. 3100 Kč/ rok, schválení RL**

Pásek přídržný - **max. 2/ rok** (ILCO, 2008, online)

Pomůcky je možno předepsat ve stanoveném množství maximálně na dobu 3 měsíců (Jedličková, 2004, s. 30).

Kdo může pomůcky předepsat?

Pomůcky obdrží pacient/klient na základě "Poukazu na léčebnou a ortopedickou pomůcku". Pacient/klient se může rozhodnout, zda bude pomůcky předepisovat jeho praktický lékař nebo odborný lékař (chirurg, internista, onkolog).

Jaké množství pomůcek může lékař předepsat ?

Lékař předepíše pomůcky nejvýše na dobu 3 měsíců. Pomůcky však nelze předepisovat zpětně. Na daný měsíc lze pomůcky předepsat nejpozději poslední den v měsíci.

Co když stanovený limit spotřeby pomůcek nedostačuje?

Pokud je stanovený limit spotřeby pomůcek nedostačující (např. průjmová onemocnění, velké zjizvení v okolí stomie, poškozená pokožka, ...), může být tento limit navýšen. Toto navýšení však musí schválit revizní lékař. Podle dosavadních zkušeností s tím nebývají problémy. Je však vhodné uvažovat o jiném typu pomůcky či jiném způsobu ošetřování. Lze doporučit konzultaci v poradně stomasestry).

3.10. Ošetřování kolostomií a výměna pomůcek

Založením stomie pacient/klient ztrácí schopnost kontrolovat vlastní vůlí odchod stolice. Proto musí používat stomické pomůcky obsahující jímací sáčky. Kůži a peristomální kůži je nutné věnovat trvalou péči, která je tím náročnější, čím je obsah vytékající ze stomie řidší. Kromě agresivního střevního obsahu je kůže drážděna lepidlem nalepovacích sáčků a podložek nebo potem (Marková, 2006, s. 44).

Vždy je nezbytné dodržet určité zásady:

- Důležitým krokem je dokonalá hygiena – okolí stomie očistit – při použití pěny Menalind nezapomeňte okolí kolostomie znovu omýt čistou vodou, neboť mastný film, který zůstane na kůži, by způsobil špatné přilnutí pomůcky. Stejně důležité

je, aby kůže v okolí stomie byla suchá. Vhodné je použít ochranný film ConvaCare, který chrání pokožku a zvyšuje přilnavost podložky (Pokorná, 2006, online).

- V péči o stomii je dobré používat jemné mycí pěny, antibakteriálního nebo dětského mýdla. Nedoporučuje se do okolí stomie aplikovat parfémované sprchové gely, tělová mléka a krémy.
- Místo ošetřování stomie situujeme nejlépe do koupelny. Potřebné pomůcky ukládáme do uzavíratelné krabice (Otradovcová, 2006, s. 31).

Pomůcky

Destičky, sáčky dle doporučení, měřicí šablona, tužka, nůžky, elektrický holicí strojek, buničitá vata k setření hrubých zbytků stolice, mulové čtverce (nebo žínky na jedno použití), ručníky, pudr, pasta, speciální čisticí roztoky.

Dále se doporučuje uzavíratelný odpadkový koš a zrcadlo umístěné ve výši vhodné pro stomika, aby viděl na přikládání stoma pomůcek (Sláma, 2007, s. 212).

Výměna stomických pomůcek je další součástí péče o kolostomii

Výměna stomického sáčku se provádí při naplnění do jedné třetiny, maximálně poloviny. Při vyšší náplni se může sáček či podložka uvolnit, což způsobí unikání tekutiny a dráždění kůže okolo stomie. Výměna sáčku se provede, uniká-li z něho tekutina nebo má-li pacient/klient nepříjemné pocity.

Postup:

- Připravit pacienta/klienta, vysvětlit postup a uložit ho do správné polohy. Destička a sáček se vyměňuje vleže nebo ve stoje (poloha při sebeošetřování).
- K ošetřování pacienta/klienta se stomií je nutno přistupovat velmi taktně.
- Je nutno zabezpečit soukromí – respektovat stud pacienta/klienta!
- Samostatná pomůcka se nejprve připraví. Podle šablony se nejdříve změří největší průměr stomie a na podložce si vystřihne otvor podle tvaru stomie tak, aby stomii obkružovala, ale neškrtila.
- Vyprázdnit či odstranit sáček.
- Zhodnotit a dle potřeby vyměnit sáček či celé zařízení včetně destičky. Při odstraňování je nutno dbát, aby nedošlo k přílišnému dráždění kůže.
- Zhodnotit stomii a kůži okolo stomie, dle potřeby aplikovat pastu.
- Stomický vývod očistit kruhovými pohyby z vnějšku dovnitř. Čištění se provádí dvěma mulovými rouškami, vlažnou vodou s jemně nedráždivým mýdlem nebo osprchováním. Vyhybat se silnému tření. Nakonec suchými rouškami dobře

osušit kůži kolem vývodu. V případě potřeby odstranit z okolí stomie ochlupení. Nepoužívat k holení žiletky! (např. Astra) (Mikšová, 2006, s. 122). Iritovanou kůži ošetřit podle stavu – ochranným filmem, pudrem apod. (Otradovcová, 2006, s. 30).

- Nachystaná vhodná podložka se pro větší přilnavost a zvýšení flexibility může před přiložením nahřát v dlaních, na topení nebo nahřát fénem. Sejme se ochranná folie na příkládací straně a podložka se přehne napůl. Opatrně se přiloží na spodní okraj kolostomie a pomalu je přikládána a tisknuta po celé ploše tak, aby se nevrásnila a neodchlipovala. Pokud jde o dvoudílný systém, na plastický kroužek podložky připevníme sáček, který je opatřen kroužkem stejného průměru (Marková, 2006, s. 45).
- Po nalepení podložky je nutné pacienta/klienta upozornit, aby se vyvaroval fyzické aktivity a setrval v poloze alespoň 15 min., než přilne pevně ke kůži.
- Jakmile pacient/klient může vstávat a chodit, postupně je péče o stomii přesunuta do koupelny s použitím zrcadla (viz příloha č. 8) (Mikšová, 2006, s. 122).

Chyby v ošetřování stomie:

- nevhodné ošetření kůže
- používání dráždivých prostředků mechanických a chemických
- nevhodně zvolený otvor v nalepovací části sáčku nebo v podložce (je příliš velký)
- příliš dlouho ponechán na kůži střešní obsah a ten způsobuje maceraci
- sáček není přesně přilnut k podložce a pak netěsní
- při uzavírání vypouštěcích sáčků není svorka pevně „zavřená“ (Novák, 1987, s. 49).

3.11. Životní styl kolostomiků

Skutečnost, že se člověk stane stomikem, nemusí výrazně ovlivnit jeho rodinný a společenský život. V dnešní době má pacient/klient možnost vybrat si stomickou pomůcku tak, aby kolostomii spolehlivě chránila. Aby se však pacient/klient vyvaroval komplikací, které život se stomií může přinést, určité změny v životním stylu je třeba provést (Marková, 2006, s. 50).

3.11.1. Stravování a pitný režim kolostomiků

Stravování:

Zásadně neexistuje speciální dieta platná pro všechny nositele kolostomií. Strava se musí individuálně vyzkoušet (Novák, 1987, s. 20).

Všeobecně se doporučuje strava lehce stravitelná, mechanicky, chemicky i termicky šetřící, nenadýmající, na vitamíny a bílkoviny bohatá. I když neexistuje speciální dieta, v případě, že kolostomik bude jíst cokoliv a kdykoliv, musí počítat s řadou nepříjemných problémů, jako je nepřetržité nepravidelné vylučování stolice, nadměrné větry, střídání zácpy a průjmu (Marková, 2006, s. 50).

K nalezení správného režimu výživy pomáhá vedení denního záznamu, v němž si zapisujeme:

- co snědl
- v jakém množství
- kdy, jak často se vyprazdňujeme
- jaká je stolice
- plynatost
- eventuálně bolestí po jídle
- množství moče

Záznamy je třeba vést tak dlouho, dokud si bezpečně nezjistíme, co nám vyhovuje. Obyčejně stačí sledování asi jeden měsíc (Novák, 1987, s. 22).

Zásady výživy kolostomiků:

- Je vhodné vypěstovat stereotyp vyprazdňování – nejlépe ráno doma.
- Za tímto účelem by se měla strava přijímat třikrát denně ve stejnou dobu. Snídaně a obědy by měly být vydatné (Pailová, 2008, online).
- Je třeba jíst v klidu, bez spěchu a rozrušení. Smažená jídla je nutné konzumovat jen ojedinele. Večeře má být nejméně kalorická z celého dne (Marková, 2006, s. 51).
- Jíst pomalu a pečlivě rozkousávat, nerozžvýkaná potravina se nestráví a vytvoří hmotu, která může způsobit neprůchodnost střeva. Žvýkat se zavřenými ústy, aby nedošlo k polykání vzduchu, nemluvit při jídle.
- Individuální snášenlivost poživatin je rozdílná; každou novou potravinu je třeba vyzkoušet nejprve v malém množství.
- Není vhodné nadměrné omezování v jídle. Zpravidla potraviny, které pacient/klient snášel před založením stomie, nečiní problémy ani poté.
- Čím více bílkovin strava obsahuje, tím je stolice více tuhá. Udržujeme stolicí mírně tekutou.

- Vhodné je vyhýbat se jídlům, která působí projímavě: tučná jídla, celozrnný chléb, luštěniny, zelí, kapusta, květák, řepa, fazolky, okurky, houby, syrové ovoce, aromatická zelenina (paprika, česnek, cibule, ředkvičky), ostré koření, syrové mléko, šumivé nápoje, koncentrované alkoholické nápoje.
- Smažená jídla je nutné konzumovat jen ojedinele.
- Důležitý je dostatečný příjem tekutin, aby množství moče nekleslo pod jeden až dva litry za den (Pailová, 2008, online).
- Pro správnou funkci střev je důležitý přiměřený tělesný pohyb (Marková, 2006, s. 51).
- Pravidelná kontrola hmotnosti (Marková, 2006, s. 51).
- Jedině před delší cestou nebo pobytem ve společensky exponovaném prostředí bývá třeba omezit dietu asi po dobu 24 hodin pouze na tekutiny a použít některý lék k utlumení peristaltiky, popřípadě i živočišné uhlí (Novák, 1987, s. 22).

Účinek potravin na střeva stomika:

Nadýmavý účinek - vejce, pivo, cibule, šumivé nápoje a nápoje s obsahem oxidu uhličitého, luštěniny, čerstvé pečivo, zelí, květák.

Proti nadýmání - brusinky, jogurt.

Zápach podporují - vejce, maso, ryby, cibule, česnek, ostrá koření a některé druhy sýrů, květák, chřest, houby, luštěniny.

Zápach tlumí - špenát, zelený salát, petržel, šťáva z brusinek a brusinky, jogurt.

Projímavě působí - káva, cukr, alkohol, švestky, hrušky, kyselé zelí, šťáva z kyselého zelí, mléko, zelenina, kapusta, masové vývary, zeleninová polévka, kapusta, luštěniny, ryby, šumivé nápoje a sladkosti, fíky.

Průjem tlumí - svařené mléko, čokoláda, červené víno, bílý chléb, brambory, rýže, vývar z rýže a mrkve, banány, strouhané jablko, je důležité doplňovat tekutiny, soli a glukózu (ConvaTec, 2006, s. 20).

Zácpa - prospěje sklenice čerstvé pomerančové šťávy ráno před jídlem, důležitý je příjem tekutin (Pailová, 2008, online).

Břišní koliku mohou způsobit - ořechy, luštěniny, hlávkové zelí, kapusta, cibule, houby, křížaly, kukuřice (ConvaTec, 2006, s. 20).

Pitný režim:

U člověka je podstatná část homeostatických regulačních mechanismů určena k udržení vodní rovnováhy. Jejich selhání může vést k těžkým fyziologickým poruchám, které mohou zkrátit nebo ukončit život člověka. Voda v těle rozpouští živiny, odstraňuje odpadní a přebytečné látky, je nositelem chemických informací, v krvi napomáhá přenosu kyslíku a oxidu uhličitého. Voda hraje důležitou úlohu v regulaci tělesné teploty. Pro udržení k životu nezbytné vodní rovnováhy je potřeba, aby v určitém časovém období byl příjem vody stejný jako její výdej, tzn. aby vodní bilance byla vyrovnaná (Kleinwächterová, 2007, s. 6).

Potřebu tekutin mohou krýt různé nápoje. Dělí se na dvě velké skupiny:

- **nealkoholické**
- **alkoholické**

Nápoje, které obsahují více než 0,75 objemových procent ethanolu, jsou alkoholické nápoje. Řadí se k nim pivo, víno, lihoviny. Doporučená dávka jedenkrát denně – 2 dcl.

Nealkoholické nápoje se dělí na tři skupiny:

- povzbudivé - káva, čaj, kola
- nápoje s výživnou hodnotou - mléko, tekuté mléčné výrobky
- nápoje osvěžující - k ideálním patří podzemní vody, ovocné mošty, zředěné ovocné sirupy, ovocné a zeleninové šťávy a minerální stolní vody.

Vhodné stolní vody: Mimi, Vysočinka, Dobrá voda, Zlatá voda, Aqua plus, Fontána, Kristal, Drinka, Aqua vira, Aqua diamant, Oáza, Top aqua. **Vhodné minerální vody:** Magnezia, Rudolfka. Nejsou vhodné minerální vody sycené oxidem uhličitým. Pacienti/klienti by měli vypít denně 8–10 sklenic vody (Pitný režim stomiků, 2004, online).

Oxid uhličitý v nápojích rozšiřuje krevní cévy v žaludku, a tím urychluje vstřebávání. Proto např. sodovka uhasí žízeň rychleji než obyčejná voda. Poněvadž však oxid uhličitý zvyšuje plynatost, nedoporučují se nápoje sycené tímto plynem stomikům.

Pro ty, kteří mají rádi minerálku, připojujeme návod, jak ji správně pít:

- nejvýše 1 litr denně, raději však jen půl litru
- nechlazenou o pokojové teplotě nebo teplejší
- nejvýše dvě sklenice najednou
- po čtrnácti dnech změnit druh minerálky (ConvaTec, 2006, s. 23).

- pokud je stolice řídká, je vhodné pít zejména při jídle. Při pití mimo denní jídla je vhodné sníst zároveň něco menšího, aby se tekutina promísila s potravou (Kleinwächterová, 2007, s. 6).

3.11.2. Fyzická aktivita a sport, zaměstnání, cestování

Když se člověku něco stane, onemocní, absolvuje operaci a dlouhodobé léčení, zpravidla se automaticky začne fyzicky šetřit, méně pohybovat a dávat tělu takovou míru odpočinku, jako nikdy předtím. Organismus potřebuje svůj čas, aby se vzpamatoval ze stresujících událostí, které ovlivňují tělo i mysl. Dokonce se začne nesmírně šetřit a nepoužívat ty části těla a svalové partie, které byly chorobou postihžené. A někdy to zůstane i v době, kdy je již dávno po rekonvalescenci a kdy znovu máme žít běžný život, jako předtím (Surovcová, 2007, s. 35).

Opětovné zařazení do **zaměstnání** je v řadě případů možné a vhodné, neboť má příznivý vliv na psychiku. Výjimkou jsou práce spojené s velkou tělesnou námahou, nepříznivou polohou při práci (časté předklony či nemožnost pravidelných přestávek). Část pacientů/klientů však získává celý nebo částečný invalidní důvod (Marková, 2006, s. 54).

S kolostomií je možné provádět celou řadu sportů, jen s vyloučením sportů vyžadujících sílu, jako je nářad'ový tělocvik, zápasení, box, karate. Při kopané nebo při házené je třeba uvážit rizika úrazu. S pomůckami Combihesive se lze koupat i plavat. Pravidelně vykonávané cvičení zaměřené na ochablé části těla a dávkování od desetiminutového denního cvičení až po několik hodin turistické procházky může jen pomoci. Vhodné sestavy cviků, které lze provádět samostatně doma nebo ještě lépe ve skupinkách, disciplinují, motivují a učí pravidelnosti. Pokud byl člověk zvyklý jezdit na kole, chodit na turistiku, plavat a posilovat, je dobré vrátit se ke svým starým návykům a přijít na to, že to vlastně lze dokázat stejně jako předtím. A navíc, hned jak se začne pravidelně pohybovat a sportovat, vrací se ztracené sebevědomí, energie a psychická pohoda a radost (Surovcová, 2007, s. 35).

Cestovat se může bez omezení. Jen je třeba počítat s častější výměnou sáčků. Před cestou do teplých krajín je radno poradit se s lékařem o stravě i o lécích proti průjmům (Novák, 1987, s. 52).

3.11.3. Rodinný, partnerský a společenský život

Kvalita partnerského a rodinného života pacienta/klienta s kolostomií záleží na způsobu života a vztazích existujících již před operací. Vytvořením kolostomie

se pacient/klient dostává do tíživé životní situace, která je navíc často poznamenána vědomím onkologického onemocnění. Psychická odezva na závažné onemocnění je provázena úzkostí, hněvem, depresí, zoufalstvím až beznadějí (Marková, 2006, s. 55).

Doporučuje se otevřený hovor s partnerem o tom, co třeba v životě změnit. Je dobré, když bude i on vědět, proč byla kolostomie založena a jak ji ošetřovat (Marková, 2006, s. 55).

Založení kolostomie bývá pro mnoho párů zkouškou pevnosti vztahu. Pacienti/klienti po operaci nemají dostatek informací, mají psychické a fyzické problémy, stydí se za své tělo, mohou se jej i štítit nebo se jich štítí partner (Otradovcová, 2006, s. 50).

Sexuální život nemusí podléhat omezení, nejsou-li překážky jiného rázu než sám vývod, jako je např. impotence. Ženy mohou otěhotnět i porodit. V otázce sexuálního života je vhodné obrátit se na sexuologa, gynekologa, popřípadě na klub stomiků (Novák, 1987, s. 51).

Kolostomik sám rozhodne koho dalšího z rodiny bude o stomii informovat (Marková, 2006, s. 55).

Informace dětem závisí na jejich chápavosti. Není asi vhodné, aby kolostomik sám upozorňoval na vývod. Stejně tak se nehodí mluvit o stomii s příbuznými a přáteli. Je třeba individuálně rozvážit, jak dalece informovat spolupracovníky v povolání a nadřízené. Nadřízení by o kolostomii spíš vědět měli (Novák, 1987, s. 50).

Po společenské stránce si nemusí stomik mající dokonalé pomůcky ukládat žádná omezení. Není správné vyhýbat se divadlu, kinu, návštěvám u přátel; je někdy třeba překonat počáteční ostych. Dobré je stát se členem klubu stomiků. Stykem se stejně postiženými stoupne zpravidla jednotlivci sebevědomí (Novák, 1987, s. 51).

3.11.4 Psychické problémy stomiků

Psychika zdravého člověka je velice složitý mechanismus a co pak teprve psychika člověka, který onemocněl rakovinou a bude mít v rámci léčby stomii. Jak to bude vnímat? Smíří se s tím? Zde záleží na šetrném a cíleném prvotním rozhovoru lékaře a nemocného, resp. pacienta/klienta se stomickou sestrou. Rozhovor musí být vždy veden tak, aby dával smysl a pacient/klient pochopil, o co kráčí. Mezi vážné problémy patří pocity méněcennosti, které se u těchto pacientů/klientů vyskytují více, zejména při srovnání se zdravými. Méněcennost je osobní změna, jež se týká a zasahuje do lidského sebevědomí. Hluboce prožívaný pocit méněcennosti a současná

závist pociťovaná vůči zdravým lidem se může a většinou také projevuje zhoršením mezilidských vztahů. Člověk se stává nedůvěřivým, plachým, podezřivým a má dojem, že je terčem pozornosti a výsměchu. Cítí se znehodnoceným, utlačovaným a často i pronásledovaným členem lidské společnosti. Jeho nepřátelský postoj k okolí v řadě případů vede k přerušení společenských vztahů a ke skutečnému sociálnímu vyloučení ze společnosti. (Hašková, 2007, online).

3.11.5 Kluby stomiků

Vysoce pozitivní úlohu v prožívání pacienta hrají **kluby stomiků**. Jsou to dobrovolná sdružení nositelů stomií, jejichž poslání je hájit zájmy stomiků, především v oblasti dostupnosti kvalitních kompenzačních pomůcek (viz příloha č. 4) (Marková, 2006, s. 57).

Připravují společná setkání, pořádají odborné semináře a instruktáže pro své členy i pro rodinné příslušníky, organizují rekondiční pobyty, zájezdy, kulturní a sportovní akce atd. Vydávají svůj zpravodaj.

Členové se pravidelně scházejí a na svá setkání zvou odborné lékaře, stomasestry a zástupce firem, které vyrábějí stomické pomůcky.

Na setkáních otevřeně a bez ostychu hovoří o svých problémech, předávají si rady a zkušenosti, jak nejlépe ošetřovat stomie, jak používat moderní pomůcky. Získávají zde nová přátelství, oporu pro překonávání svých obtíží, přesvědčují se, že díky moderním pomůckám lze žít se stomií opět plnohodnotným životem. Moderní pomůcky jsou dnes již dostupné všem stomikům, umožňují jim vrátit se ke své práci, ke svým zálibám.

Přehled klubů stomiků na území České republiky:



(ILCO, 2008, online)

ČESKÉ ILCO

Sdružení s celostátní působností vzniklo v roce 1993. Toto sdružení vzniklo zejména proto, aby stomici měli organizaci, která by mohla kvalifikovaně zastupovat zájmy **stomiků** při jednání se státními orgány. Mimo to sdružení klubů stomiků vytvořilo podmínky pro zapojení České republiky do celosvětové asociace stomiků, International Ostomy Association - IOA, která vznikla již před 30 lety a sdružuje dnes více než 87 zemí. Hlavním úkolem Českého ILCO je péče o specifické potřeby občanů, kterým byla zavedena stomie, obhajoba jejich zájmů s cílem zajistit jim rovnoprávné postavení ve společnosti a pomoc při jejich zdravotní a sociální rehabilitaci. Usiluje rovněž o kvalifikovanou informovanost veřejnosti o problémech života se stomií, o důležitosti péče o stomiky i o možnostech jejich opětovného zapojení do normálního života (ILCO, 2008, online).

Světový den stomiků

ČESKÉ ILCO se připojilo k oslavám Světového dne stomiků (WOD - World Ostomy Day), jehož mottem bylo „Yes, we can“ („**Ano, my můžeme**“) (ILCO, 2008, online).

3.12. Sociální zabezpečení stomiků se zaměřením na:

3.12.1 Sociální pojištění

Do oblasti sociálního pojištění spadá důchodové pojištění představující plný nebo částečný invalidní důchod. Při posuzování nároku na plný nebo částečný důchod se postupuje podle zákona č. 155/1995 Sb. o důchodovém pojištění. Nárok na **plný invalidní důchod** vzniká z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu pacienta/klienta, kdy poklesla jeho schopnost soustavné výdělečné činnosti o 66 % nebo je schopen pro zdravotní postižení soustavné výdělečné činnosti za zcela mimořádných podmínek. Na **částečný invalidní důchod** má nárok ten, u něhož poklesla z důvodu nepříznivého zdravotního stavu schopnost soustavné výdělečné činnosti nejméně o 33 %, a také tehdy, jestliže mu dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav značně ztěžuje obecné životní podmínky. U onkologických pacientů/klientů je po dobu probíhající onkologické léčby zpravidla přiznán **plný invalidní důchod asi na 2 roky** (Marková, 2006, s. 58).

3.12.2. Státní sociální podpora

K nejčastěji poskytovaným dávkám patří **příspěvek na zvýšené životní náklady**, který je poskytován občanovi, jenž trvale používá kompenzační nebo jiné pomůcky, a je určen ke krytí zvýšených výdajů souvisejících s používáním stomických pomůcek. Maximální výše příspěvku je 200 Kč měsíčně. Dávky sociální péče se také týkají získání **průkazky TP** (tělesně postižený) a **ZTP** (zdravotně tělesně postižený). Získání průkazky TP a ZTP je posuzováno podle vyhlášky 182/1991 Sb., kde jsou uvedena postižení, na která se vztahují jednotlivé stupně mimořádných výhod. O získání průkazky TP nebo ZTP rozhoduje lékařská posudková služba. Průkazky vydává příslušný referát sociálních věcí.

Průkaz TP - mimořádné výhody prvního stupně. Touto průkazkou vzniká nárok na vyhrazené místo ve veřejných dopravních prostředcích, nárok na přednost při projednávání osobních záležitostí na úřadech, vyžaduje-li toto jednání delší čekání (neplatí v obchodech ani ve zdravotnických zařízeních).

Průkazka ZTP – mimořádné výhody druhého stupně, navíc umožňuje bezplatnou přepravu MHD, 75 % slevu jízdného ve vlaku, 62 % sleva jízdného autobusové dopravy.

Průkaz ZPT/P – mimořádné výhody třetího stupně, navíc umožňuje bezplatnou přepravu průvodce či vodícího psa. Dále bývá poskytována sleva vstupného na kulturní a sportovní akce. Pacienti/klienti mohou rovněž získat příspěvek na provoz motorového vozidla (Marková, 2006, s. 59).

4. EMPIRICKÁ ČÁST

4.1. Cíl výzkumu

Hlavním cílem výzkumné práce bylo posouzení kvality života pacientů/klientů s kolostomií na základě vyhodnocení a porovnání sledovaných údajů v daném vzorku respondentů.

4.1.1 Dílčí cíle výzkumu

- 1) Zmapovat kvalitu péče multidisciplinárních zdravotnických týmů u pacientů/klientů s kolostomií.
- 2) Zmapovat kvalitu, dostupnost a použitelnost kolostomických pomůcek pro použití pacienty/klienty s kolostomií.

4.2. Metodika práce

4.2.1 Zdroje odborných poznatků

Pro soustředění potřebných podkladů pro bakalářskou práci byla v teoretické části využita odborná literatura a publikace, internetové zdroje uvedené v seznamu použité literatury. Pro dosažení vytýčených cílů a ověření teoretických předpokladů bakalářské práce bylo použito vyhodnocení údajů získaných od respondentů prostřednictvím dotazníkové části výzkumu.

4.2.2 Charakteristika souboru respondentů

Do souboru zkoumání byl výběr respondentů prováděn na základě následujících kritérií a předpokladů:

- 1) Respondent byl po provedení kolostomického zákroku bez dalších omezení pro zařazení do výzkumu (pohlaví, věk, vzdělání, sociální postavení).
- 2) Respondent absolvoval více jak 1 ošetření po provedení kolostomického zákroku a dobrovolně se zapojil do výzkumu.
- 3) Respondent žil na území Královéhradeckého a Pardubického kraje.

Zvoleným místem pro provedení výzkumu byla jednotlivá odborná oddělení Fakultní nemocnice v Hradci Králové, dalším zdrojem pro získání respondentů výzkumu bylo předpokládané využití činnosti Klubů stomiků v Hradci Králové a oslovení případných respondentů s kolostomií prostřednictvím internetových stránek.

4.2.3 Užitá metoda šetření

K získání dat byla použita metoda nestandardizovaného, anonymního dotazníku, kdy dotazník byl tvořen soustavou připravených a cíleně formulovaných otázek vytvořených pro získání specifických údajů potřebných pro výzkumné šetření.

V dotazníkové části byly použity formy otázek a možných odpovědí:

1. Uzavřené – respondentům se v rámci specifické otázky vždy předkládal určitý počet předem připravených odpovědí k sledovanému údaji, respondent označil jednu či více možností.
2. Polouzavřené – respondentovi se předkládalo několik variant odpovědi, z nichž jednu vybíral. V případě, že mu žádná varianta nevyhovovala, dopsal svou vlastní odpověď do nabídky „jiné“.
3. Škálové – respondent vybíral určitý bod (stupeň hodnocení) na předložené škále, v tomto případě s číselnými hodnotami 1, 2, 3, 4 a 5. (Chrátka, 2000, s. 90 – 96)

Dotazník určený respondentům s kolostomií byl členěn na tři části a obsahoval celkem 21 sledovaných údajů. První část obsahovala úvodní dopis, kde byl respondent požádán o spolupráci a došlo k objasnění cíle výzkumu, způsobu vyplnění dotazníku a jeho následném využití. Demografická část dotazníku (položka č. 1, 2, 3, 4, 5), byla orientována na získání základních osobních a sociálních údajů a hodnocení kvality života a životního stylu před provedením kolostomie (položka č. 6). V posledním oddíle byly zjišťovány údaje ve vazbě na kvalitu předoperační péče lékařských a ošetrovatelských týmů, k hodnocení úrovně seznámení respondenta s ošetřováním stomie, použitím stomických pomůcek, jejich kvalitou a dostupností (položky č. 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16). Údaje sledované pod pořadovým číslem položky č. 17, 18, 19, 20, 21 byly orientovány na subjektivní posouzení omezení a změn v kvalitě života a životního stylu po provedení kolostomie respondentem.

4.3. Realizace šetření

Po zpracování dotazníku jsem požádala o povolení výzkumu. Při realizaci šetření bylo třeba oslovit vedoucí pracovníky odborných pracovišť Fakultní nemocnice v Hradci Králové, konkrétně přednostu chirurgické kliniky Doc. MUDr. Alexandera Ferka CSc. prostřednictvím hlavní sestry Bc. Hany Ulrichové a dále pak Bc. Alexandry Horáčkové, hlavní sestry chirurgické kliniky (viz. příloha č. 2 a 3). Ve spolupráci s vrchní a staniční sestrou byly v průběhu měsíce listopadu a prosince 2007 předávány

dotazníky jednotlivým respondentům v průběhu jejich hospitalizace nebo při odborných kontrolách. Vzhledem k tomu, že nebyl touto formou zajištěn dostatečný počet respondentů, kontaktovala jsem následně p. Věru Lammrovou, předsedkyni Klubu stomiků Hradec Králové a využila organizovaného setkání pacientů/klientů s kolostomií v rámci prezentace firmy Coloplast Praha dne 28.11.2007 ve společenském a kulturním centru Aldis Hradec Králové. V rámci programu mi byl vytvořen prostor, kde byli respondenti osloveni, seznámeni s cílem výzkumu a požádáni o možnou spolupráci. Dále jsem oslovila pacienty/klienty s kolostomií prostřednictvím internetu, kde jsem je požádala o spolupráci při zajištění výzkumné práce a zpracování zveřejněného dotazníku. Pro ověření správného pochopení formulace sledovaných položek v dotazníku, byl proveden předpilotní výzkum u třech respondentů. Jelikož v průběhu vyplňování nebyly zaznamenány žádné nejasnosti ve formulaci otázek a označení varianty odpovědí, mohl být dotazník dále distribuován.

Těmito formami bylo mezi respondenty výzkumného šetření rozdáno celkem 80 kusů dotazníků. Přípravné období a shromažďování dat bylo ukončeno v měsíci lednu 2008. Celková návratnost vyplněných dotazníků dosáhla v absolutním čísle počtu 59 kusů, tedy 73,8 %. Z tohoto počtu 3 respondenti využili k předání údajů internetové formy zpracování.

4.4. Zpracování získaných dat

Získaná data a údaje uvedené respondenty v dotazníkové části výzkumu, byly v první fázi statisticky vyhodnoceny podle okruhů otázek a uvedených možností odpovědi. Z těchto podkladů byly za použití čárkové metody zpracovány četnostní tabulky (pro konstrukci tabulkové části a vyznačení údajů použit tabulkový editor Microsoft Excel a textový editor Microsoft Word), statistické přehledy a případné poznámky k daným jevům, ve kterých byly sledovány a hodnoceny odpovědi respondentů podle pohlaví, případně věku, a pro jednoduché vizuální oddělení a snadné hodnocení jsem použila barevné zvýraznění sledovaných údajů. Ve druhém kroku statistického vyhodnocení jsem použila zúženou formu sumarizace získaných údajů, převedení do absolutního a procentního vyjádření, sestavení tabulkových přehledů a statistických grafů doplněných slovním komentářem zjištěných dat.

Při zpracování dat sledovaných položek výzkumné práce byl použit výpočet relativní četnosti uvedených jevů, popřípadě vypočítány střední hodnoty za použití

vzorce pro vyjádření aritmetického průměru s přesností zaokrouhlení údaje na jedno desetinné místo.

Relativní četnost byla počítána pomocí vzorce:

$$f_i = \frac{n_i}{n}$$

- f_i relativní četnost
 n_i absolutní četnost
 n četnost celková






Relativní četnost vyjadřuje velikost dílčí hodnoty z celkového množství. Nejčastěji se udává v procentech, zjištěný výsledek se násobí 100.

Pro výpočet středních hodnot jsem použila níže uvedený matematický vztah pro aritmetický průměr \bar{x} rovnající se součtu všech hodnot znaků zjištěných u všech jednotek souboru $\sum_{i=1}^n x_i$, dělený počtem všech jednotek souboru n .

$$\bar{x} = \frac{1}{n} \cdot \sum_{i=1}^n x_i$$

Při hodnocení získaných údajů v komentáři jednotlivých položek a prvků v části 4.5. a 6 bakalářské práce bylo použito srovnávací metody porovnáním shodných statistických parametrů publikovaných ve výzkumné části bakalářské práce autorky Kamily Doležalové (Kvalita života pacientů/klientů s kolostomií, Univerzita Karlova Praha, 2005) v oblasti hlavního cíle výzkumu a dále autorky Lenky Mikoczi (Ošetrovatelská péče o pacienty/klienty s kolostomií, Univerzita Karlova Praha, 2007) pro sledování dílčích cílů bakalářské práce.

Pro snadnou v orientaci hodnocených parametrů a sledovaných cílů bakalářské práce, jsem využila následujícího barevného odlišení záhlaví tabulkových přehledů:

-  - demografické údaje, charakteristika vzorku respondentů
-  - kvalita života, životní styl v období před zavedením kolostomie
-  - hlavní cíl – kvalita života, životní styl po aplikaci kolostomie
-  - dílčí cíl – kvalita péče multidisciplinárních zdravotnických týmů
-  - dílčí cíl – kvalita, dostupnost a použitelnost stomických pomůcek

4.5. Interpretace dat

Dotazník byl určen pro respondenty po provedení kolostomického zákroku a výzkumného šetření se zúčastnilo 59 respondentů (100%). Zjištěná data byla analyzována a níže je uvedena jejich interpretace.

4.5.1. Demografické údaje výzkumné studie

Demografické údaje daného vzorku respondentů byly sledovány v položkách číslo 1, 2, 3, 4, 5 výzkumu.

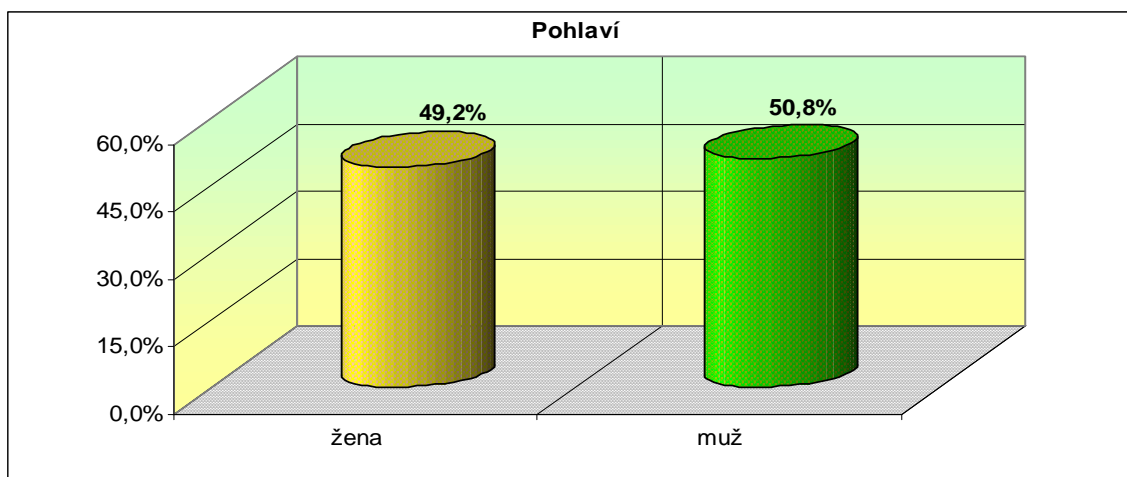
Položka č. 1 – Pohlaví

Z celkového vzorku 59 respondentů (100%) byli nejpočetnější skupinou respondenti mužského pohlaví - 30 respondentů (50,8%), 29 respondentek (49,2%) bylo ženského pohlaví.

Tabulka č. 1 Pohlaví respondentů

Pohlaví	n_i	f_i
Žena	29	49,2 %
Muž	30	50,8 %
Celkem	59	100,0 %

Graf č. 1 Pohlaví respondentů



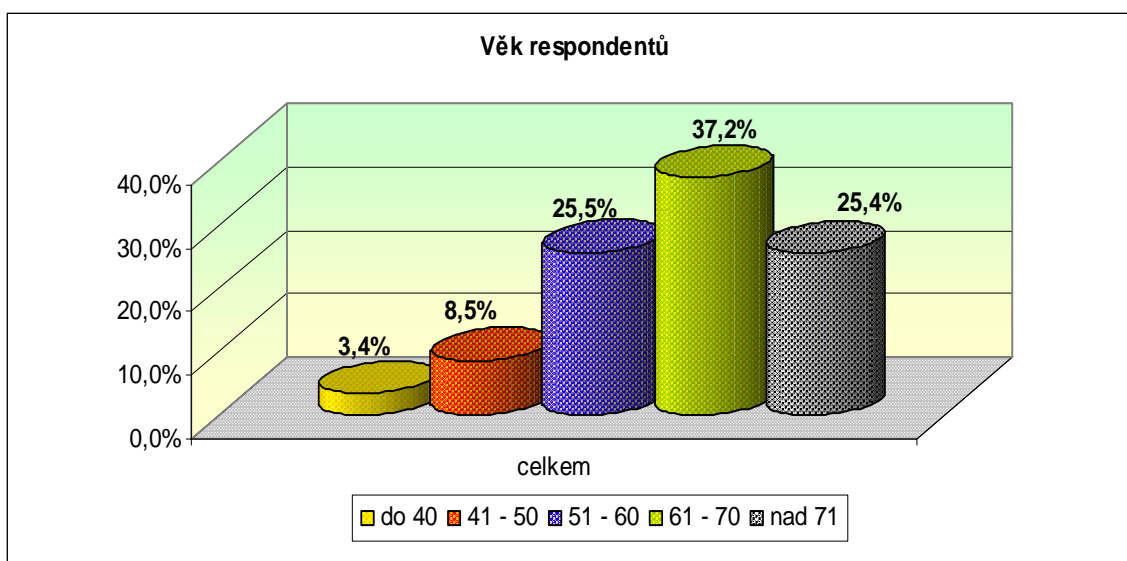
Položka č. 2 - Věk respondentů

Věkové složení vzorku 59 respondentů (100%) se skládalo ze 2 respondentů ve věku do 40 let (3,4%), 5 respondentů ve věku 41 – 50 let (8,5%), 15 respondentů ve věku 51 – 60 let (25,5%), 22 respondentů ve věku 61 – 70 let (37,2%) a 15 respondentů nad 71 let (25,4%). Věkový průměr 63 let.

Tabulka č. 2 Věk respondentů

Věk (let)	n_i	f_i
do 40	2	3,4 %
41 – 50	5	8,5 %
51 – 60	15	25,5 %
61 – 70	22	37,2 %
nad 71	15	25,4 %
Celkem	59	100,0 %

Graf č. 2 Věk respondentů



Položka č. 3 - Nejvyšší dosažené vzdělání

V hodnoceném vzorku 59 respondentů (100%) absolvovalo 8 dotazovaných (13,6%) základní vzdělání, odborné středoškolské 18 respondentů (30,5%), úplné středoškolské s maturitou 23 respondentů (38,9%) a vysokoškolské vzdělání dosáhlo 10 respondentů (17%).

Tabulka č.3 Vzdělání respondentů

Vzdělání respondentů	n_i	f_i
Základní	8	13,6 %
Odborné	18	30,5 %
Středoškolské	23	38,9 %
Vysoškolské	10	17,0 %
Celkem	59	100,0 %

Položka č. 4 – Zaměstnání

Z celkového počtu 59 respondentů bylo 9 respondentů v zaměstnaneckém poměru (15,3%), 6 respondentů soukromně podnikalo (10,2%), 19 respondentů bylo zařazeno v kategorii invalidní důchodce (32,2%), 24 respondentů v kategorii starobní důchodce (40,6%), 1 respondent byl veden v evidenci uchazečů o pracovní zařazení.

Tabulka č. 4 Zaměstnání respondentů

Zaměstnání respondentů	n_i	f_i
Zaměstnanecký poměr	9	15,3 %
Podnikání	6	10,2 %
Invalidní důchodce	19	32,2 %
Starobní důchodce	24	40,6 %
Nezaměstnaný	1	1,7 %
Celkem	59	100,0 %

Položka č. 5.1 - S kým žijete

Ze vzorku 59 respondentů (100%) osaměle žilo 13 respondentů (22%), 26 respondentů žilo s partnerem (44,1%), v rodině 19 respondentů (32,2%) a 1 respondent s jinou osobou (1,7%).

Tabulka č. 5 Soužití respondentů

Soužití	n_i	f_i
Sám (a)	13	22,0 %
S partnerem	26	44,1 %
S rodinou	19	32,2 %
S jinou osobou	1	1,7 %
Celkem	59	100,0 %

Položka č. 5.2 - Kde žijete

Ze vzorku 59 respondentů (100%) rozhodující část 38 respondentů žila v městských aglomeracích (64,4%), 20 respondentů uvedlo bydliště na vesnici (33,9%), pouze 1 respondent využíval služeb poskytovaných sociálním zařízením (1,7%).

Tabulka č. 6 Bydliště respondentů

Bydliště	n_i	f_i
Město	38	64,4 %
Vesnice	20	33,9 %
Sociální zařízení	1	1,7 %
Celkem	59	100,0 %

4.5.2 Zjišťující část výzkumné studie

Položka č. 6.1 – Životní styl respondenta v období před kolostomickým zákrokem:

Položka 6.1 a) Stravovací režim, zdravá výživa:

Ze vzorku 59 respondentů (100%) uvedlo k údají dodržování zásad stravovacího režimu kladnou odpověď 34 respondentů (57,6%), nedodržování uvedlo 25 respondentů (42,4%). Zdravou výživu označilo 28 respondentů (47,4% vzorku), zápornou variantu odpovědi použilo 31 respondentů (52,5%). U dodržování pitného režimu použilo kladnou variantu odpovědi 39 respondentů (66,1%), záporně odpovědělo 20 respondentů (33,9%).

Tabulka č. 7 Životní styl - stravovací režim, zdravá výživa

Stravovací režim	pravidelná strava		zdravá výživa		pitný režim	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
Ano	34	57,6 %	28	47,5 %	39	66,1 %
Ne	25	42,4 %	31	52,5 %	20	33,9 %
Celkem	59	100,0 %	59	100,0 %	59	100,0 %

Položka č. 6.1 b) Životní styl – kouření, alkohol

Ze vzorku 59 respondentů (100%) jako součást svého životního stylu označilo 25 respondentů kouření (42,4%) a 29 respondentů požívání alkoholu (49,2%). Zápornou variantu odpovědi použilo 34 respondentů v případě kouření (57,6%) a 30 respondentů (50,8%) v požívání alkoholických nápojů.

Tabulka č. 8 Životní styl – kouření, alkohol

Životní styl	kouření		alkohol	
	n_i	f_i	n_i	f_i
Ano	25	42,4 %	29	49,2%
Ne	34	57,6 %	30	50,8%
Celkem	59	100,0 %	59	100,0%

Položka č. 6.2 – Životní styl - pracovní podmínky

Ze vzorku 59 respondentů (100%) pracovalo ve stresovém prostředí 37 osob (62,7%), fyzicky namáhavou práci vykonávalo 24 respondentů (40,7%), zápornou variantu odpovědi v případě pracovního prostředí použilo 22 respondentů (37,3%) a kritérium fyzicky namáhavé práce přiznalo 35 respondentů (59,3%).

Tabulka č. 9 Životní styl - pracovní podmínky

Pracovní podmínky	stresové pracovní prostředí		fyzicky namáhavá práce	
	n _i	f _i	n _i	f _i
Ano	37	62,7 %	24	40,7 %
Ne	22	37,3 %	35	59,3 %
Celkem	59	100,0 %	59	100,0 %

Položka č. 6.3 - Životní styl - péče o zdraví

Z daného vzorku 59 respondentů (100%) neuvádělo 41 respondentů (69,5%) v období před kolostomickým zákrokem vážné onemocnění či úraz a naopak 18 respondentů (30,5%) tuto skutečnost potvrdilo. 36 respondentů (61%) absolvovalo pravidelné lékařské prohlídky, naopak preventivní lékařské prohlídky nepodstoupilo 23 respondentů (39,0%). 26 respondentů (39%) využívalo lázeňskou péči, opačnou variantu odpovědi použilo 33 respondentů (55,9%).

V údajích zaměřených na hodnocení obnovy fyzických a psychických sil respondenta bylo zjištěno, že parametr regenerace sil a odpočinek byl jako nedostatečný označen v 61% uvedených odpovědích (36 respondentů), vydatně a klidně spalo 31 respondentů (47,4%), k odpočinku využívalo dovolené 35 respondentů (59,3%).

Tabulka č. 10 Životní styl - péče o zdraví

Péče o zdraví	nemoci, úrazy		lékařské prohlídky		lázeňská péče	
	n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i
Ano	18	30,5 %	36	61,0 %	26	44,1 %
Ne	41	69,5 %	23	39,0 %	33	55,9 %
Celkem	59	100,0 %	59	100,0 %	59	100,0 %

Tabulka č. 11 Životní styl - péče o zdraví

Péče o zdraví	odpočinek		spánek		využití dovolené	
	n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i
Ano	23	39,0 %	28	47,4 %	35	59,3 %
Ne	36	61,0 %	31	52,6 %	24	40,7 %
Celkem	59	100,0 %	59	100,0 %	59	100,0 %

Položka č. 6.4 – Životní styl - využití volného času

V rámci využití volného času uvádělo z počtu 59 respondentů (100%) pouze 25 respondentů provozování sportu v aktivní formě (42,4%), 39 respondentů se věnovalo uspokojení svých zálib a koníčků (66,1%), 32 respondentů (54,2%) přiznalo nadměrné zatěžování svého organismu (54,2%). Pasivní formy využití volného

času uvedlo v parametru sport 34 respondentů (57,6%), záliby a koníčky 20 respondentů (33,9%), zvýšené zatěžování neuvádí 27 respondentů (45,8%).

Tabulka č. 12 Životní styl - využití volného času

Volný čas	sport		záliby, koníčky		zátěž organismu	
	n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i
Ano	25	42,4 %	39	66,1 %	32	54,2 %
Ne	34	57,6 %	20	33,9 %	27	45,8 %
Celkem	59	100,0 %	59	100,0 %	59	100,0 %

Položka č. 6.5 – Životní styl - rodinný život

Z celkového počtu 59 respondentů (100%) většina 37 respondentů uvedla variantu klidný a harmonický rodinný život (62,7%), 22 respondentů (37,3%) zvolilo negativní variantu odpovědi. 41 respondentů označilo svůj sexuální život za pravidelný (69,5%), 18 respondentů (30,5%) hodnotilo sexuální život jako nepravidelný.

Tabulka č. 13 Životní styl - rodinný život

Rodinný život	klidný a harmonický		pravidelný sexuální život	
	n _i	f _i	n _i	f _i
Ano	37	62,7 %	41	69,5 %
Ne	22	37,3 %	18	30,5 %
Celkem	59	100,0 %	59	100,0 %

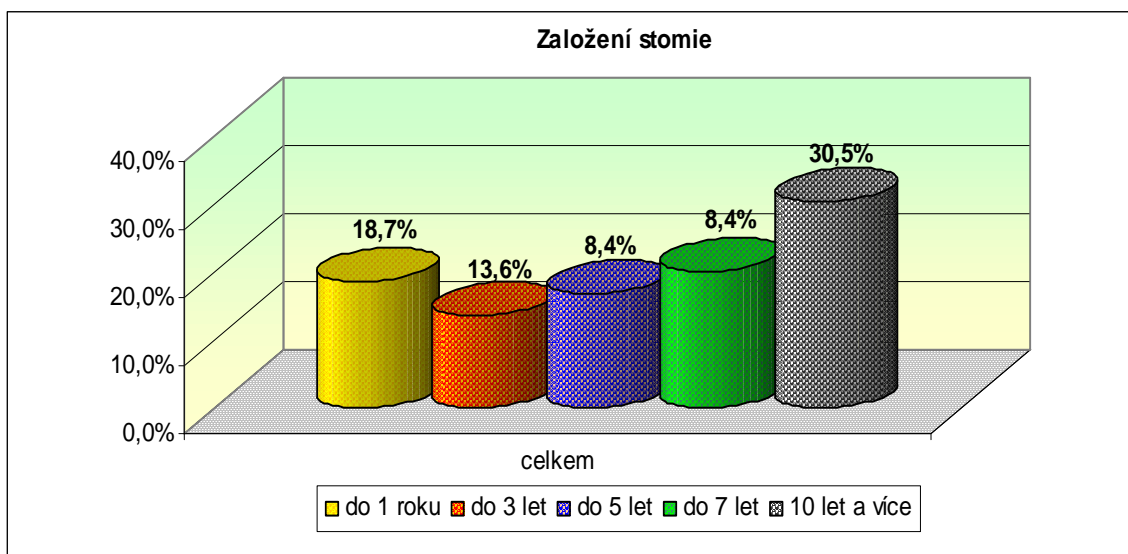
Položka č. 7 - Stomie vám byla založena v časovém období

Ve sledovaném vzorku 59 respondentů (100%) uvedlo dobu do 1 roku od založení stomie 11 respondentů (18,7%), do 3 let 8 respondentů (13,6%), do 5 let 10 respondentů (16,8%), do 7 let 12 respondentů (20,3%) a nad 10 let 18 respondentů (30,6%).

Tabulka č. 14 Založení stomie

Založení stomie	n _i	f _i
Do 1 roku	11	18,7 %
Do 3 let	8	13,6 %
Do 5 let	10	16,8 %
Do 7 let	12	20,3 %
10 let a více	18	30,6 %
Celkem	59	100,0 %

Graf č. 3 Založení stomie



Položka č. 8 - Hodnocení kvality předoperačního seznámení s problematikou stomického zákroku lékařským a odborným zdravotnickým personálem

Z celkového množství 59 respondentů (100%) spokojenost s kvalitou seznámení vyjádřila rozhodující část respondentů, v případě lékařského personálu použilo 26 respondentů hodnocení stupněm jedna (44,1%), stupněm dva 16 respondentů (27,1%), stupněm tři 9 respondentů (15,3%), stupněm čtyři 3 respondenti (5,1%), stupněm pět 3 respondenti (5,1%). U odborného zdravotnického personálu použilo hodnocení známkou jedna 29 respondentů (42,9%), hodnocení stupněm dva 16 respondentů (27,1%), stupněm tři 10 respondentů (16,9%), stupněm čtyři 3 respondenti (5,1%) a stupněm pět 1 respondent (1,7%).

57 respondentů (96,6% vzorku) označilo více jak 1 variantu odpovědi.

Tabulka č. 15 Hodnocení kvality předoperačního seznámení

Hodnocení kvality	1		2		3		4		5	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
Lékařský personál	26	44,1%	16	27,1%	9	15,3%	3	5,1%	3	5,1%
Zdravotnický personál	29	49,2%	16	27,1%	10	16,9%	3	5,1%	1	1,7%

Položka č. 9 - Úroveň seznámení s ošetřováním stomie, použitím stomických pomůcek, léků, změnou stravovacího režimu

Z daného vzorku 59 respondentů (100%) označilo seznámení s ošetřováním stomie za kvalitní 25 respondentů (42,4%) a za průměrné 31 respondentů (52,5%). Kriticky se ke kvalitě předaných informací vyslovili 3 respondenti (5,1%) a označili ji za nedostačující.

Tabulka č. 16 Úroveň seznámení s ošetřováním stomie

Ošetřování stomie	n_i	f_i
Kvalitní	25	42,4 %
Průměrné	31	52,5 %
Nedostatečné	3	5,1 %
Celkem	59	100,0 %

Položka č. 10 - Kdo provedl seznámení s ošetřováním stomie a v jaké kvalitě:

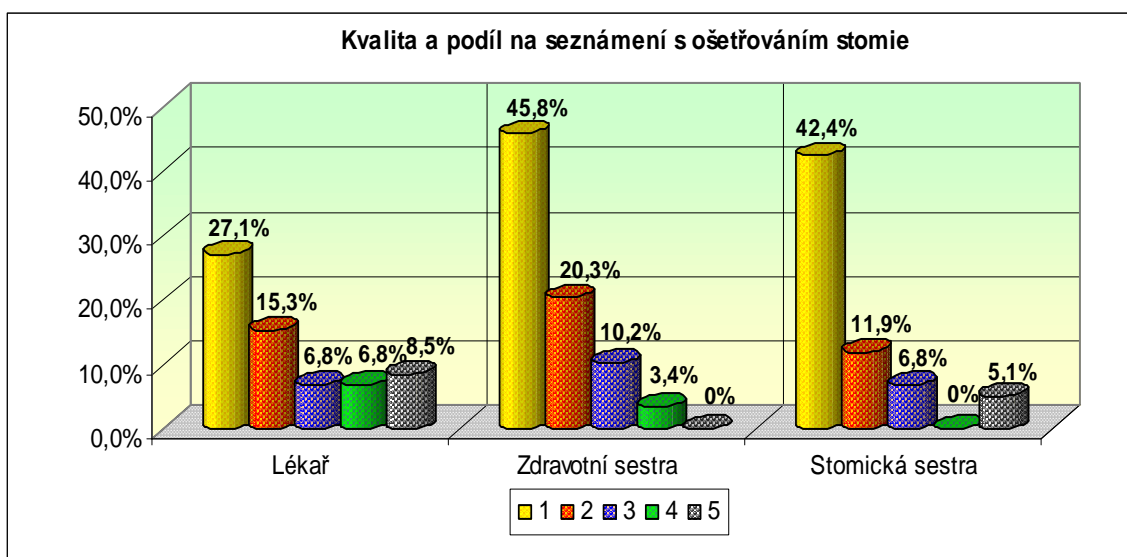
Z daného vzorku 59 respondentů (100%) použilo v kategorii lékař 16 respondentů hodnocení stupněm jedna (27,1%), 9 respondentů stupněm dva (15,3%), 4 respondenti stupněm tři (6,8%), 4 respondenti stupněm čtyři (6,8%), 5 respondentů stupněm pět (8,5%). V kategorii zdravotní sestra použilo 27 respondentů hodnocení stupněm jedna (45,8%), 12 respondentů stupněm dva (20,3%), 6 respondentů stupněm tři (10,2%), 2 respondenti stupněm čtyři (3,4%), stupně pět nebylo použito. V kategorii stomická sestra použilo 25 respondentů stupně hodnocení jedna (42,4%), 7 respondentů stupně dva (11,9%), 4 respondenti stupně tři (6,8%), stupně čtyři nebylo využito, 3 respondenti stupně pět (5,1%). V 56 případech (94,9%) zabezpečoval seznámení odborný zdravotnický personál nebo stomická sestra, u 2 respondentů (3,3%) seznámení provedl ošetřující lékař.

Při hodnocení kvality seznámení s ošetřováním stomie vyjádřilo 51 respondentů (86,4%) spokojenost s úrovní seznámení, v 8 případech (13,6%) respondenti označili kvalitu za nedostačující. 15 respondentů označilo (25,4%) více jak 1 variantu odpovědi.

Tabulka č. 17 Kvalita a podíl na seznámení s ošetřováním stomie

Kvalita a podíl na seznámení	1		2		3		4		5	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
Lékař	16	27,1%	9	15,3%	4	6,8%	4	6,8%	5	8,5%
Zdravotní sestra	27	45,8%	12	20,3%	6	10,2%	2	3,4%	0	0,0%
Stomická sestra	25	42,4%	7	11,9%	4	6,8%	0	0,0%	3	5,1%

Graf č. 4 Kvalita a podíl na seznámení s ošetřováním stomie



Položka č. 11 – Máte problémy s ošetřováním stomie?

Z daného vzorku 59 respondentů (100%) nemá žádné problémy 12 respondentů (20,3%), nepodstatné problémy uvedlo 38 respondentů (64,4%) a 9 respondentů (15,3%) přiznalo značné problémy s ošetřováním stomie.

Tabulka č. 18 Problémy s ošetřováním stomie

Problémy s ošetřováním	n_i	f_i
Žádné problémy	12	20,3 %
Nepodstatné problémy	38	64,4 %
Značné problémy	9	15,3 %
Celkem	59	100,0 %

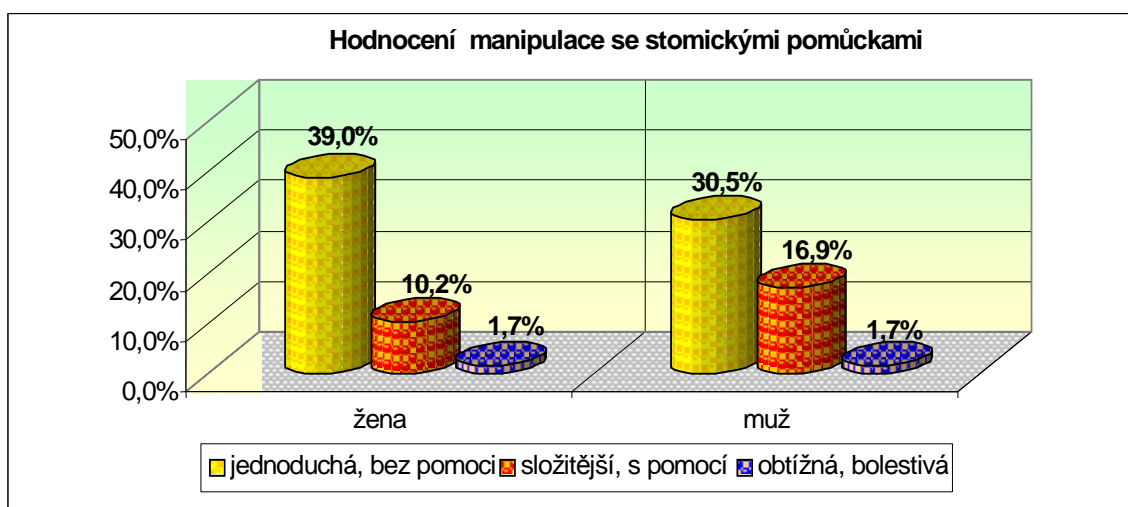
Položka č. 12 – Hodnocení manipulace se stomickými pomůckami

Ze sledovaného vzorku 59 respondentů (100%) rozhodující část 41 respondentů (69,5%) označilo manipulaci se stomickými pomůckami za jednoduchou a snadnou, 16 respondentů (27,1%) označilo manipulaci za složitější, výměnu provádějí s pomocí druhé osoby a 2 respondenti (3,4%) výměnu posuzovali jako obtížnou a bolestivou.

Tabulka č. 19 Hodnocení manipulace se stomickými pomůckami

Hodnocení manipulace	n_i	f_i
Jednoduchá, bez pomoci	41	69,5 %
Složitější, s pomoci	16	27,1 %
Obtížná, bolestivá	2	3,4 %
Celkem	59	100,0 %

Graf č. 5 Hodnocení manipulace se stomickými pomůckami



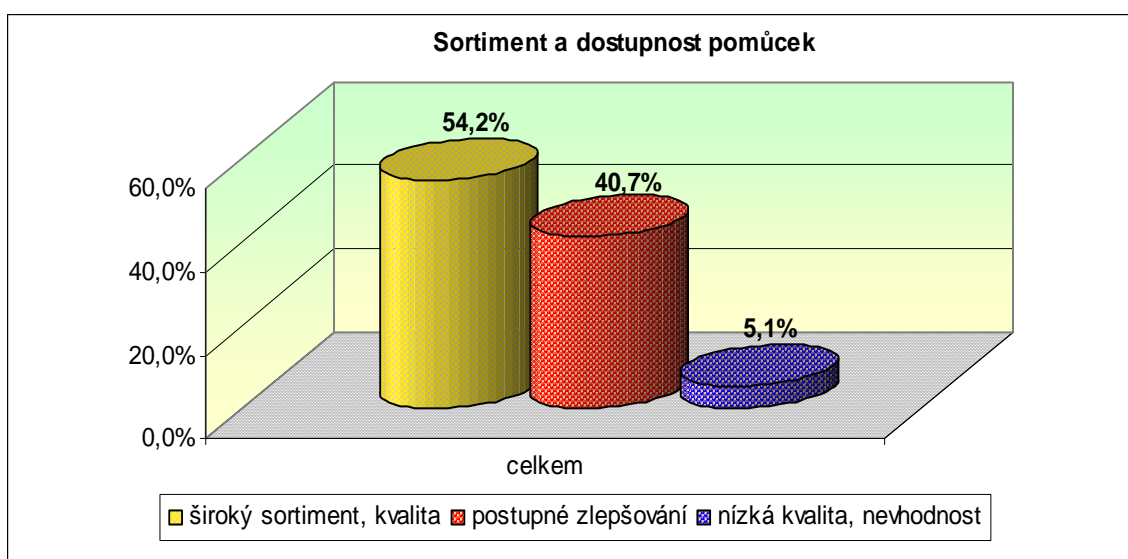
Položka č. 13 – Dostatečný sortiment a dobrá dostupnost pomůcek pro stomiky

Ze sledovaného vzorku 59 respondentů (100%) většina 32 respondentů (54,2%) vyjádřila spokojenost se šíří sortimentu, kvalitou a dostupností stomických pomůcek, postupné zlepšování na trhu se stomickými pomůckami uvedlo dalších 24 respondentů (40,7%). Negativně stav hodnotili pouze 3 respondenti (5,1%).

Tabulka č. 20 Sortiment a dostupnost pomůcek

Sortiment a dostupnost pomůcek	n_i	f_i
Široký sortiment, kvalita	32	54,2 %
Postupné zlepšování	24	40,7 %
Nízká kvalita, nevhodnost	3	5,1 %
Celkem	59	100,0 %

Graf č. 6 Sortiment a dostupnost pomůcek



Položka č. 14 – Způsob získávání informací o nových stomických pomůckách

Z celkového počtu 59 respondentů (100%) 25 respondentů (42,4%) získávalo informace u odborného lékaře, 20 respondentů (33,9%) v lékárnách nebo u prodejců, 16 respondentů (27,2%) z odborné literatury a tiskovin, 16 respondentů (27,2%) používalo internetu, 33 respondentů (55,9%) se orientovalo prostřednictvím činnosti klubu stomiků a 7 respondentů (11,9%) využívalo osvědčené výrobky, novinky na trhu nesledovali. 33 respondentů označilo více jak 1 variantu odpovědi (55,9% vzorku).

Tabulka č. 21 Způsob získávání informací

Způsob získávání informací	n_i	f_i
Odborný lékař	25	42,4 %
Lékárny, prodejce	20	33,9 %
Odborná literatura	16	27,2 %
Internet	16	27,2 %
Klub stomiků	33	55,9 %
Osvědčené výrobky	7	11,9 %

Položka č. 15 – Hodnocení finančního zatížení respondenta při nákupu stomických pomůcek a léků

Ze vzorku 59 respondentů (100%) rozhodující část 41 respondentů (69,5%) neměla z finančního hlediska problémy se zajištěním nákupu stomických pomůcek a indikovaných léků. Značné finanční problémy a zatížení přiznalo 16 respondentů (27,1%) a výrazné finanční problémy uvedli 2 respondenti (3,4%).

Tabulka č. 22 Finanční zatížení klienta

Finanční zatížení	n_i	f_i
Finančně nezatěžuje	41	69,5 %
Značné finanční problémy	16	27,1 %
Výrazné finanční problémy	2	3,4 %
Celkem	59	100,0 %

Položka č. 16 – Informovanost o sociálním zvýhodnění stomiků:

Z daného vzorku 59 respondentů (100%) bylo 25 respondentů (42,4%) informováno o sociálním zvýhodnění stomiků, většina 34 respondentů (57,6%) volila zápornou variantu odpovědi.

Tabulka č. 23 Informovanost o sociálním zvýhodnění

Informovanost o sociálním zvýhodnění stomiků	n_i	f_i
Ano	25	42,4 %
Ne	34	57,6 %
Celkem	59	100,0 %

Položka č. 17 – Bylo pro vás těžké smířit se s novým vzhledem těla?

Ze vzorku 59 respondentů (100%) většina 49 respondentů uvedla problémy a těžkosti spojené se změnou vzhledu svého těla. 11 respondentů (15,3%) se vzhledem svého těla se dosud nesmířila, pouze 9 respondentů (15,3%) neměla potíže se změnou svého vzhledu a nepřikládalo jí větší význam při hodnocení kvality současného života. 11 respondentů označilo více jak 1 variantu odpovědi (18,6% vzorku).

Tabulka č. 24 Smíření s novým vzhledem těla

Smíření s novým vzhledem těla	n_i	f_i
Ano	49	83,1%
Ne	9	15,3%
Nesmířil(a) jsem se	11	18,6%

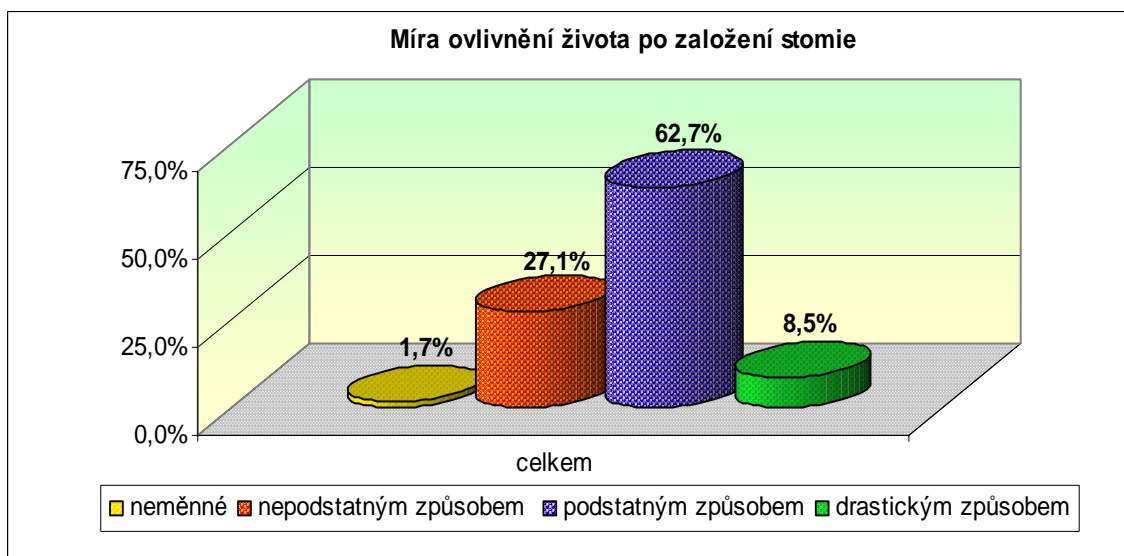
Položka č. 18 – Míra ovlivnění kvality života po založení stomie

Ze sledovaného vzorku 59 respondentů (100%) rozhodující část 37 respondentů (62,7%) označila míru ovlivnění kvality života po provedení kolostomie jako podstatnou, 5 respondentů (8,5%) označilo míru ovlivnění za drastickou, 16 respondentů (27,1%) vyjádřilo názor o nepodstatném ovlivnění a za nezměněný označil svůj život po provedení kolostomie 1 respondent (1,7%).

Tabulka č. 25 Míra ovlivnění kvality života po založení stomie

Míra ovlivnění kvality života po založení stomie	n_i	f_i
Neměnné	1	1,7 %
Nepodstatným způsobem	16	27,1 %
Podstatným způsobem	37	62,7 %
Drastickým způsobem	5	8,5 %
Celkem	59	100,0 %

Graf č. 7 Míra ovlivnění kvality života po založení stomie



Položka č. 19 – Prožíval(a) jste po založení stomie následující pocity

U sledované položky číslo 19 z celkového počtu 59 respondentů (100%) využilo možnosti odpovědět pouze 58 respondentů, 1 respondent se k otázkám nevyslovil a variantu odpovědi neoznačil. Tabulková sumarizace údajů, procentní vyjádření a grafické znázornění bylo provedeno z absolutního čísla 59 odpovědí respondentů.

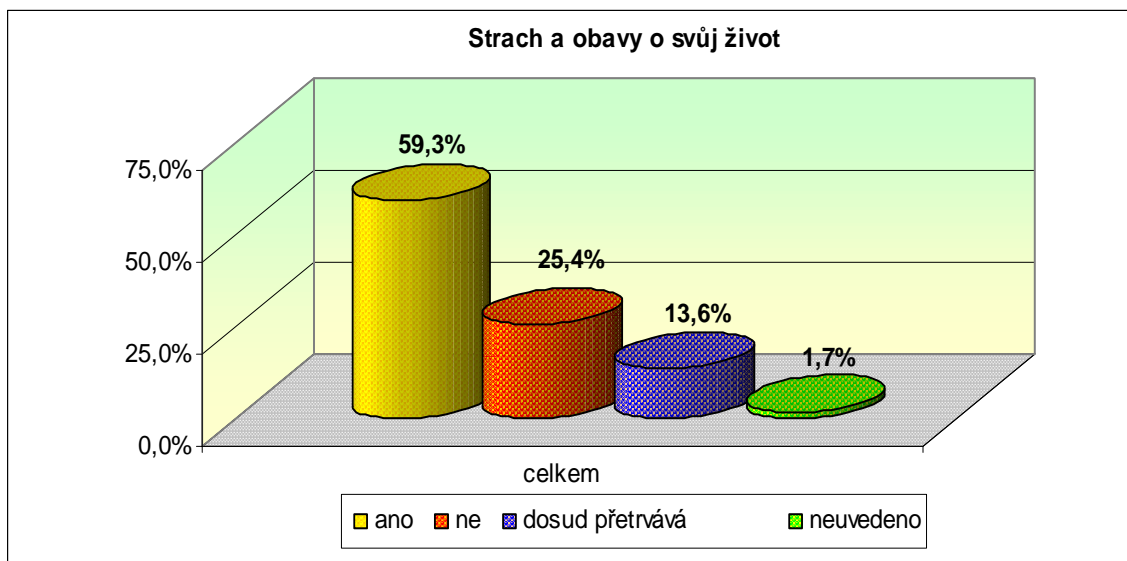
Položka č. 19 a) Strach a obavy o život

Z počtu 59 respondentů (100%) 35 respondentů (59,3%) prožilo dočasný pocit strachu a obavy o svůj život, tento pocit přetrvával u 8 respondentů (13,6%) . Obavy o život nevedlo 15 respondentů (25,4%), 1 respondent variantu odpovědi nevedl (1,7%).

Tabulka č. 26 Strach a obavy o svůj život

Strach a obavy o svůj život	n_i	f_i
Ano	35	59,3 %
Ne	15	25,4 %
Dosud přetrvává	8	13,6 %
Nevedeno	1	1,7 %
Celkem	59	100,0 %

Graf č. 8 Strach a obavy o svůj život



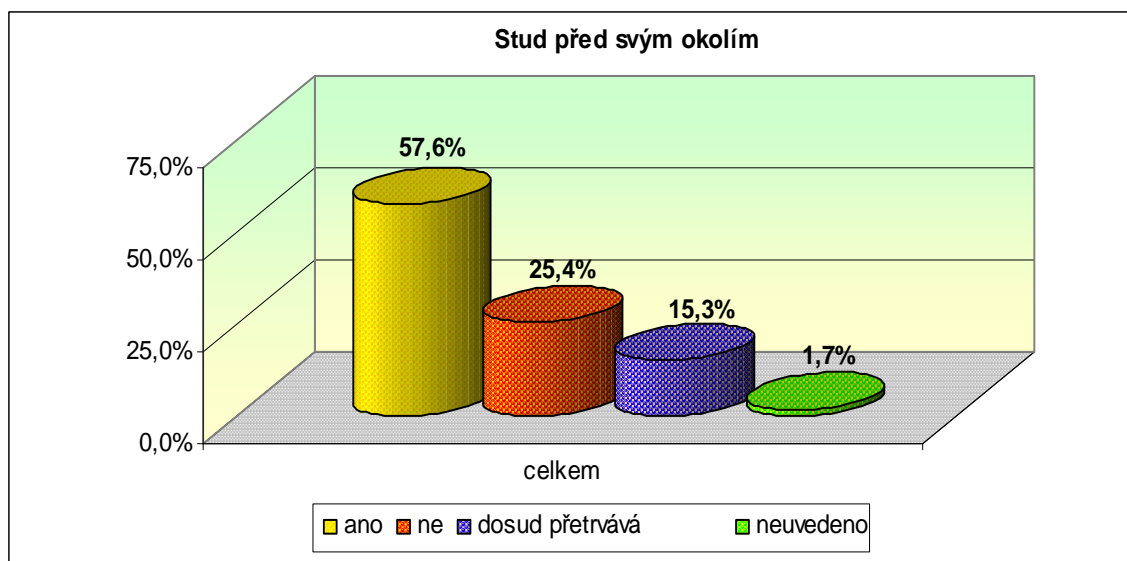
Položka č. 19 b) Stud před svým okolím

Ze sledovaného počtu 59 respondentů (100%) označila kladnou variantu odpovědi nadpoloviční většina 34 respondentů (57,6%), tento pocit přetrvával u 9 respondentů (15,3%) a s tímto pocitem se nesetkalo 15 respondentů (25,4 %). 1 respondent možnosti odpovědět nevyužil (1,7%).

Tabulka č. 27 Stud před svým okolím

Stud před svým okolím	n_i	f_i
Ano	34	57,6 %
Ne	15	25,4 %
Dosud přetrvává	9	15,3 %
Neuveдено	1	1,7 %
Celkem	59	100,0 %

Graf č. 9 Stud před svým okolím



Položka č. 19 c) Pocit méněcennosti, ztráta sebeúcty

Ze sledovaného počtu 59 respondentů (100%) se kladně vyjádřilo k tomuto problému 30 respondentů (50,8%), s tímto pocitem se dosud nevyrovnali 2 respondenti (3,4%). Pocit méněcennosti, ztráty sebeúcty neuvedlo nebo ho považovalo za nepodstatný 26 respondentů (44,1%). 1 respondent variantu odpovědi neuvedl (1,7%).

Tabulka č. 28 Pocit méněcennosti, ztráta sebeúcty

Pocit méněcennosti, ztráta sebeúcty	n_i	f_i
Ano	30	50,8 %
Ne	26	44,1 %
Dosud přetrvává	2	3,4 %
Neuvedeno	1	1,7 %
Celkem	59	100,0 %

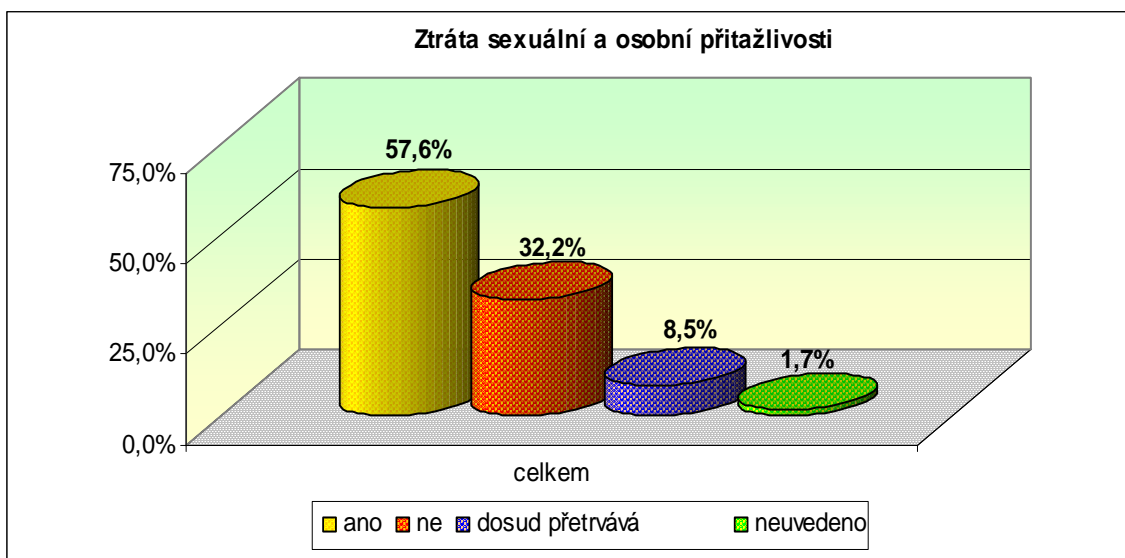
Položka č. 19 d) Ztráta sexuální a osobní přitažlivosti

Ze vzorku 59 respondentů (100%) označilo kladnou odpověď 34 respondentů (57,6%), dosud přetrvávající problém uvedlo 5 respondentů (8,5%). Změny v oblasti sexuální a osobní přitažlivosti neuvedlo 19 respondentů (32,2%). 1 respondent možnosti odpovědět nevyužil (1,7%).

Tabulka č. 29 Ztráta sexuální a osobní přitažlivosti

Ztráta sexuální a osobní přitažlivosti	n_i	f_i
Ano	34	57,6 %
Ne	19	32,2 %
Dosud přetrvává	5	8,5 %
Neuvedeno	1	1,7 %
Celkem	59	100,0 %

Graf č. 10 Ztráta sexuální a osobní přitažlivosti



Položka č. 19 e) Pocit ztráty pracovního a společenského uplatnění

Ze sledovaného vzorku 59 respondentů (100%) označilo zápornou variantu odpovědi celkem 30 respondentů (50,8%), naopak obavy ze ztráty pracovního a společenského uplatnění uvedla skupina 23 respondentů v produktivním věku (39,0 %). U dalších 5 respondentů tento pocit nadále přetrvával (8,5%) 1 respondent možnosti odpovědět nevyužil (1,7%).

Tabulka č. 30 Pocit ztráty pracovního a společenského uplatnění

Pocit ztráty pracovního a společenského uplatnění	n_i	f_i
Ano	23	39,0 %
Ne	30	50,8 %
Dosud přetrvává	5	8,5 %
Neuvedeno	1	1,7 %
Celkem	59	100,0 %

Položka č. 19 f) Obava ze ztráty existenčních jistot

Z počtu 59 respondentů (100%) většina 30 respondentů (50,8%) označila zápornou variantu odpovědi a neobávali se ztráty existenčních jistot. Obavy naopak uvedlo 25 respondentů (42,4%) a přetrvávající obavy označili 3 respondenti (5,1%). 1 respondent variantu odpovědi neuvedl (1,7%).

Tabulka č. 31 Obava ze ztráty existenčních jistot

Obava ze ztráty existenčních jistot	n_i	f_i
Ano	25	42,4 %
Ne	30	50,8 %
Dosud přetrvává	3	5,1 %
Neuvedeno	1	1,7 %
Celkem	59	100,0 %

Položka č. 19 g) Strach ze samoty a osamění

Z počtu 59 respondentů (100%) vyjádřila většina 31 respondentů (52,5%) názor, že nepocítovali strach ze samoty a osamění. Opačný názor zastávalo 24 respondentů (40,7%) a u dalších 3 respondentů (5,1%) pocit nadále přetrvával. 1 respondent variantu odpovědi neuvedl (1,7%).

Tabulka č. 32 Strach ze samoty a osamění

Strach ze samoty a osamění	n_i	f_i
Ano	24	40,7 %
Ne	31	52,5 %
Dosud přetrvává	3	5,1 %
Neuvedeno	1	1,7 %
Celkem	59	100,0 %

Položka č. 19 h) Obava ze ztráty přátel

Z počtu 59 respondentů (100%) většina 35 respondentů (59,3%) se neobávala ztráty svých přátel, opačný názor zastávalo 21 respondentů (35,6%) a u dalších 2 respondentů (3,4%) pocit přetrvával. 1 respondent variantu odpovědi neuvedl (1,7%).

Tabulka č. 33 Obava ze ztráty přátel

Obava ze ztráty přátel	n_i	f_i
Ano	21	35,6 %
Ne	35	59,3 %
Dosud přetrvává	2	3,4 %
Neuvedeno	1	1,7 %
Celkem	59	100,0 %

Položka č. 19 i) Omezení uspokojení koníčků a zálib

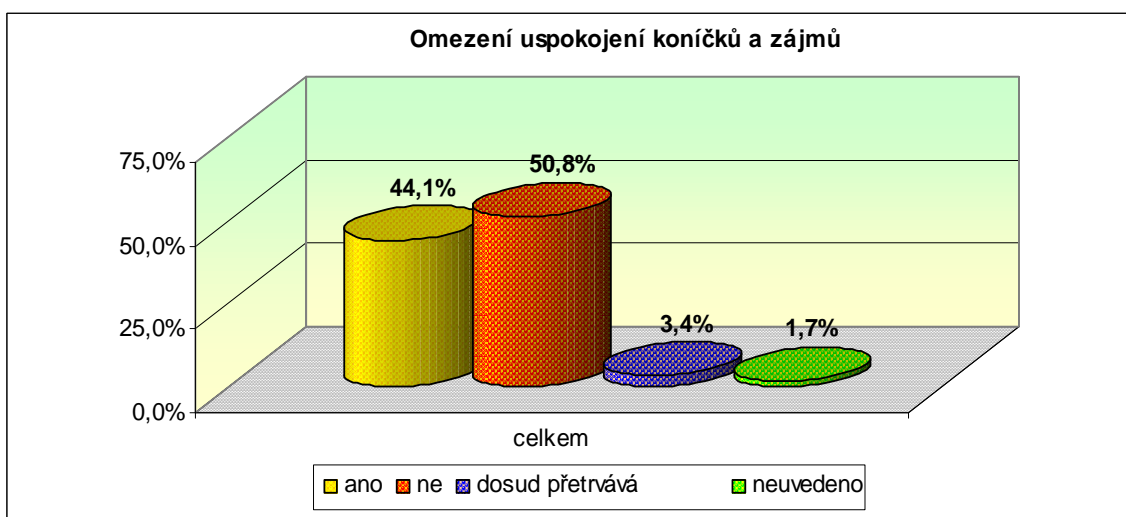
Z počtu 59 odpovědí respondentů (100%) většina 30 respondentů (50,8%) neuvedla omezení v oblasti uspokojení svých koníčků a zálib po zavedení kolostomie.

Negativní dopad a omezení naopak označilo 26 respondentů (44,1%) a přetrvávající omezení označily další 2 respondenti (3,4%), 1 respondent možnosti odpovědět nevyužil (1,7%).

Tabulka č. 34 Omezení uspokojení koníčků a zájmů

Omezení uspokojení koníčků a zájmů	n_i	f_i
Ano	26	44,1 %
Ne	30	50,8 %
Dosud přetrvává	2	3,4 %
Neuvedeno	1	1,7 %
Celkem	59	100,0 %

Graf č. 11 Omezení uspokojení koníčků a zájmů



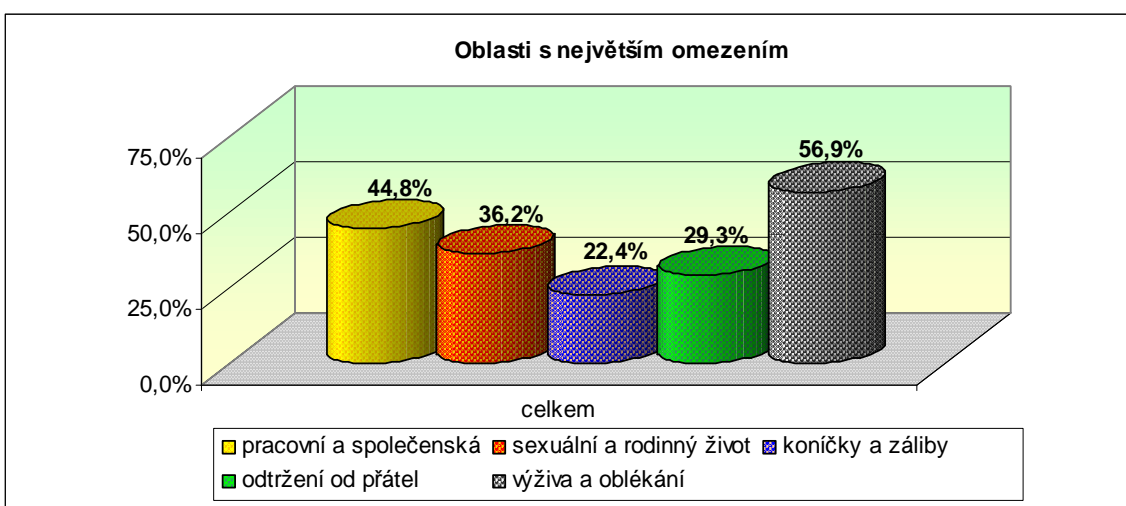
Položka č. 20 – Ve které oblasti pocít'ujete největší omezení

Ze vzorku 59 respondentů (100%) počet 33 respondentů označil za největší omezení změny v oblasti výživy, stravování a oblékání (56,9%). Dále v pořadí byla označena 26 respondenty (44,8%) oblast pracovní a společenské aktivity, následovala oblast sexuálního a rodinného života (21 respondentů - 36,2%), odtržení od přátel uvedlo 17 respondentů (29,3%), na závěr byla řazena oblast uspokojení koníčků a zálib (13 respondentů). 24 respondentů využilo více jak 1 variantu odpovědi (40,7%).

Tabulka č. 35 Oblasti s největším omezením

Oblasti omezení	n_i	f_i
Pracovní a společenská	26	44,8%
Sexuální a rodinný život	21	36,2%
Koníčky a záliby	13	22,4%
Odrtržení od přátel	17	29,3%
Výživa a oblékání	33	56,9%

Graf č. 12 Oblasti s největším omezením



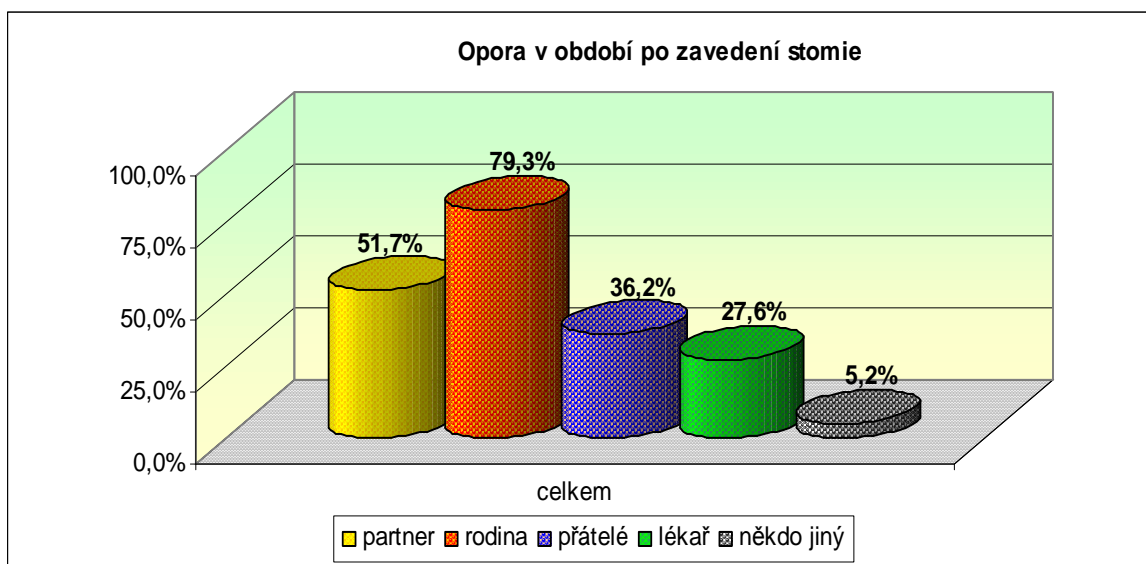
Položka č. 21 – Při překonání vzniklé životní situace po zavedení stomie Vám nejvíce pomohl(a) a byl(a) největší oporou

Ze sledovaného vzorku 59 respondentů (100%) nacházelo 46 respondentů (79,3%) největší oporu a pomoc ve své vlastní rodině a okruhu nejbližších příbuzných, dále 30 respondentů ve svém partnerovi (51,7%), v pořadí následovali přátelé u počtu 21 respondentů (36,2%) a v 16 případech odpovědi byla uvedena pomoc ze strany lékařského a zdravotnického personálu (27,6%). 3 respondenti našli pomoc a oporu u jiné osoby (5,2%). 35 respondentů použilo více jak 1 variantu odpovědi (40,7%).

Tabulka č. 36 Opora v období po zavedení stomie

Opora po zavedení stomie	n_i	f_i
Partner	30	51,7%
Rodina	46	79,3%
Přátelé	21	36,2%
Lékař	16	27,6%
Někdo jiný	3	5,2%

Graf č. 13 Opora v období po zavedení stomie



6. DISKUZE

Do výzkumného šetření se zapojilo v absolutním číselném vyjádření **59 respondentů** s kolostomií z Královéhradeckého a Pardubického kraje. Vzorek respondentů byl tvořen většinou zastoupenou skupinou 30 respondentů mužského pohlaví (50,8%) a 29 respondentkami ženského pohlaví (49,2%). Věkové rozpětí v daném vzorku osob se pohybovalo od 33 let do 84 let s průměrným věkem respondenta 63 let (ženy – 61,2 let, muži – 64,7 roku), dominantní skupinu tvořilo 52 respondentů (88,1%) ve věkové kategorii nad 50 let věku. Složení vzorku respondentů koresponduje se závěrem vyššího rizika ohrožení kolorektálním karcinomem u skupiny obyvatelstva věkové kategorie nad 50 let věku a byl potvrzen předpoklad o vyšším či srovnatelném ohrožení mužské části populace v podmínkách České republiky tímto druhem onemocnění. Rozhodující část vzorku respondentů tvořila skupina zařazená v systému státní sociální podpory (72,9% vzorku, 43 respondentů – 22 žen, 21 mužů). Z celkového počtu 22 respondentů v produktivním věku bylo v zaměstnaneckém poměru nebo soukromě podnikalo 15 respondentů (62,8% sledované skupiny), 1 respondent byl registrován v evidenci uchazečů o pracovní zařazení. Většinová část zařazených respondentů absolvovala úplné středoškolské nebo vysokoškolské vzdělání (55,9% vzorku – 16 žen, 17 mužů) a 86% respondentů dosáhlo vyššího stupně vzdělání než základního (24 žen, 27 mužů).

Při **realizaci hlavního cíle bakalářské práce** bylo provedeno vyhodnocení sledovaných údajů **kvality života a životního stylu v období po založení kolostomie**. Rozhodující skupina 37 respondentů (62,7% vzorku) označila míru ovlivnění kvality života za podstatnou a dalších 5 respondentů (8,5% - 4 muži, 1 žena, věk nad 62 let) označila změnu za drastickou. Negativní varianty hodnocení použilo celkem 42 respondentů (72,4 % vzorku – 22 žen, 20 mužů, průměrný věk 64 let). Za nezměněný označil svůj život 1 respondent (vážný zdravotní stav) a 16 respondentů (27,1% - 6 žen, 10 mužů) vyjádřilo názor o nepodstatném ovlivnění kvality života.

Autorka Kamila Doležalová ve své bakalářské práci k tomuto parametru uvedla, že stomie u 16 respondentů (29% - 8 žen, 8 mužů) jejich život nezměnila, znepríjemnila 38 respondentům (61,3% - 22 žen, 16 mužů) a drastickým způsobem změnila život 8 respondentům (9,7% - 4 ženy, 4 muži).

Nejvyšší počet 33 respondentů ze sledovaného vzorku označil za **největší omezení** změny v oblasti výživy, stravování a oblékání (56,9% odpovědí – 16 žen,

17 mužů, věková struktura 47 – 84 let, věkový průměr 59 let). Na druhém místě v pořadí důležitosti a v rozsahu omezení byla označena oblast pracovní a společenské aktivity, kdy se pro tuto variantu odpovědi rozhodlo 26 respondentů (44,8% - 12 žen, 14 mužů), následovala oblast sexuálního a rodinného života (21 respondentů - 36,2%, 9 žen, 12 mužů), variantu odpovědi odtržení od přátel uvedlo 17 respondentů (29,3% - 9 žen, 8 mužů) a na závěr v pořadí omezení byla 13 respondenty zařazena oblast uspokojení koníčků a zálib (22,4% vzorku – 6 žen, 7 mužů). Z celkového počtu 59 respondentů označilo pouze jednu variantu odpovědi 24 respondentů (40,7%), dvě varianty hodnocení použilo 16 respondentů (27,1%) a tři až čtyři možné odpovědi označilo 29 respondentů (49,2%) bez udání pořadí důležitosti. Použití více variant odpovědi převažovalo ve skupině muži (18 respondentů), jednoznačné vyjádření prostřednictvím označení jedné varianty odpovědi naopak volila skupina ženy (66,6% - 16 žen z počtu 24 respondentů). Omezení nelze dále přesněji profilovat a závěr zúžit na působení negativ zasahujících pouze jednu oblast života, ale naopak lze usuzovat na působení a ovlivnění ve více oblastech života.

Při **překonání vzniklé životní situace a řešení problémů** spojených se zavedením stomie našlo největší oporu a pomoc 46 respondentů (79,3%) ve své vlastní rodině a u nejbližších příbuzných, dále 30 respondentů (51,7%) uvedlo oporu ve svém partnerovi, v pořadí četnosti použité varianty odpovědi následuje pomoc přátel u počtu 21 respondentů (36,2%) a v 16 případech odpovědi (27,6%) byla uváděna pomoc a podpora ze strany lékařského a zdravotnického personálu.

Pouze jednu variantu odpovědi využilo 24 respondentů (40,7% - 11 žen, 13 mužů), většinou použita varianta odpovědi b) – rodina, popřípadě a) – partner. Dvě a více variant odpovědi použilo 35 respondentů (59,3%) při rovnoměrném zastoupení respondentů podle pohlaví (17 žen, 18 mužů). Jednoznačně byla potvrzena nezastupitelná úloha rodiny, nejbližších příbuzných a partnera při překonání zejména psychických problémů a obtíží spojených s kolostomickým zákrokem u pacienta/klienta a význam kvalitního přístupu ze strany lékařského a zdravotnického personálu při řešení odborných problémů spojených s kolostomií .

Při hodnocení této oblasti autorka Kamila Doležalová uvedla, že největší oporou byla rodina pro 32 respondentů (51,6% - 20 žen, 12 mužů), v pořadí četnosti následuje varianta odpovědi stomasestra, ošetřující lékař a všeobecná sestra. V položce pomoci při řešení zdravotních problémů, rozhodující úlohu sehrával ošetřující lékař

a stomasestra (33% respondentů), dále byla vyhledávána pomoc u partnera nebo dalšího stomika.

V období následujícím po provedení kolostomického zákroku pacient/klient musel překonat řadu problémů a vyrovnávat se s množstvím psychických faktorů. Dočasný **pocit strachu a obavy o svůj život** uvádělo 59,3% respondentů (18 žen, 17 mužů), tento pocit dosud dlouhodobě přetrvával u 8 respondentů (13,6%) s vyšším zastoupením žen (6 žen – průměrný věk 64,3 roku, 2 muži – věkový průměr 65 let). Obavy o život naopak nepřiznávalo a neuvádělo 25,4% respondentů (7 žen – průměrný věk 55,3 roku, 8 mužů – průměrný věk 60,3 roku).

Pocit studu před svým okolím zažívala nadpoloviční většina 34 respondentů (57,6%) při vyšším zastoupení žen (19 žen, 15 mužů), tento psychický faktor přetrvával u 15,3% respondentů (5 žen, 4 muži, průměrný věk 57,3 roku). S tímto pocitem se naopak nesetkalo 25,4 % respondentů (7 žen, 8 mužů ve věku od 33 let do 84 let, věkový průměr 63,7 roku).

Pocit méněcennosti a ztrátu sebeúcty zažilo 50,8% respondentů (30 respondentů při převaze kategorie ženy – 19 respondentek, průřezový názor všech věkových kategorií), s tímto pocitem se dosud nevyrovnali 2 respondenti (3,4% vzorku - 1 žena ve věku 63 let, 1 muž 70 let) a naopak tento pocit neuvádělo nebo ho považovalo za nepodstatný 44,1% respondentů (11 žen, 15 mužů, věkový průměr 61,6 roku).

V otázce ztráty **sexuální a osobní přitažlivosti** uvádělo kladnou odpověď 34 respondentů (57,6%), většinově převládá tento pocit u ženského pohlaví (19 žen) ve věku 48 – 72 let, v kategorii mužů pocit potvrdilo 15 respondentů ve věkové struktuře 34 – 79 let (průměrný věk 60,3 roku). Dosud přetrvávající problém dále přiznalo 5 respondentů (8,5% vzorku) s převahou mužské populace (3 muži), ženy tuto variantu zvolily ve dvou případech (průměrný věk 64 let). Změny v sexuální a osobní přitažlivosti naopak nevedlo 32,2% respondentů (10 žen, 9 mužů).

Při hodnocení oblasti sexuálního života ve své bakalářské práci autorka Kamila Doležalová uvedla, že plnohodnotným sexuálním životem žilo 18 respondentů (29% respondentů – 8 žen, 10 mužů), naopak omezení označila většinová část 44 respondentů (71% - 26 žen a 18 mužů), ztrátu sexuální přitažlivosti pocítilo 44,1% žen a 35,7% mužů.

Obavy ze ztráty pracovního a společenského uplatnění uváděla skupina 23 respondentů v produktivním věku (39,0 % vzorku – 13 žen, 10 mužů, průměrný věk

48,1 roku). Vzhledem k průměrnému věku lze vyvodit závěr, že převažovala obava respondentů ze ztráty zaměstnání s případnými ekonomickými a sociálními dopady. U dalších 5 respondentů tento pocit přetrvával (8,5% vzorku – 2 ženy, 3 muži). Srovnatelného hodnocení bylo dosaženo i u faktoru **ztráty existenčních jistot**, kde většina 30 respondentů (50,8%) označila zápornou variantu odpovědi a neobávali se ztráty existenčních jistot (18 žen, 12 mužů – věkový průměr 61,2 roku, 7 respondentů do věku 60 let). Většina této skupiny byla zařazena v systému státní sociální podpory a pobírala invalidní nebo starobní důchod.

Pocit strachu z možného osamění nevyjádřila většina 31 respondentů (52,5%), naopak obavy přiznalo 24 respondentů (40,7%) a u 3 respondentů (5,1%) obava nadále přetrvávala. Tento psychický aspekt prolíná všemi věkovými skupinami bez rozdílu pohlaví. Rovněž tak se většinová část 35 respondentů (59,3%) neobávala **ztráty svých přátel** z důvodu kolostomického zákroku. Opačný názor zastávala menšinová část 21 respondentů (35,6%) a u dalších 2 respondentů (3,4%) pocit nadále přetrvával. Tuto názorovou skupinu tvořily převážně osaměle žijící ženy (14 žen, 60,8% sledované skupiny) ve věkové kategorii 48 - 65 let.

Autorka Kamila Doležalová k tomuto okruhu otázek poznamenala, že změny v chování přátel nezaznamenala většina 56 respondentů (90,3% - 30 žen, 26 mužů) a pouze v 6 případech tomu bylo naopak (9,7% - 4 ženy, 2 muži).

V oblasti otázek spojených s možným omezením **uspokojení svých koníčků a zálib** většina 30 respondentů (50,8%) neuvedlo omezení v oblasti uspokojení zájmů po provedení kolostomie. Negativní dopad naopak vyjádřilo 44,1% dotázaných (26 respondentů - 15 žen, 11 mužů) a přetrvávající omezení uváděly další 2 ženy. Průměrný věk této skupiny je 61,0 let, rozhodující část tvoří respondenti starší 55 let, 11 respondentů je starších 65 let při většinovém zastoupení 17 žen.

Ve vyhodnocení sledovaného okruhu položek, orientovaných na posouzení provozovaných aktivit ve volném čase udávala autorka Kamila Doležalová značné omezení u 10 respondentů (16,1% - 4 ženy, 6 mužů), žádné nebo omezení menšího rozsahu konstatovala u rozhodujícího počtu 52 respondentů (83,9% - 30 žen, 22 mužů).

Dlouhodobě **přetrvávající obavy a problémy psychického rázu** vyjádřilo celkem 10 žen ve věku 49 – 80 let (věkový průměr 64 let) a 7 mužů ve věkovém pásmu 34 – 72 let (věkový průměr 61,8 roku). Ve svých hodnoceních označili jeden až devět přetrvávajících faktorů omezení, průměrně byly uvedeny 2 až 3 různá omezení. Nejčastěji se u 15,5% vzorku (9 respondentů – 5 žen, 4 muži) vyskytl pocit studu

před svým okolím, 13,8% respondentů (8 respondentů – 6 žen, 2 muži) označilo variantu strachu a obavy o svůj život, u 8,6% osob trval pocit ztráty pracovního a společenského uplatnění či omezení v sexuálním životě (5 respondentů – 2 ženy, 3 muži). Dále byly uváděny u 5,2% vzorku obavy ze ztráty existenčních jistot nebo obavy ze života v osamění, u 3,5% respondentů byla vyjádřena obava z omezení uspokojení koníčků a zálib, ztráty přátel, pocit méněcennosti a ztráta sebeúcty.

Vyhodnocením sledovaných údajů lze potvrdit závěr, že kolostomický zákrok přinesl pro pacienta/klienta řadu omezujících faktorů s dopadem na kvalitu života a životního stylu, doprovázených množstvím problémů nejen zdravotního, ale zejména psychického charakteru. Závěr podstatného ovlivnění kvality života potvrdilo 71,2% respondentů.

Při překonání nově vzniklé situace důležitou roli sehrával a sehrává sám pacient/klient, avšak v tomto procesu má nezastupitelné místo rodina, partner a okruh nejbližších příbuzných a známých. U respondentů docházelo k přehodnocení žebříčku životních hodnot, změnil se přístup k vnímání svého zdraví a současně k hledání svého nového zařazení, postavení a uplatnění ve společnosti. Míra překonání psychických bariér, obav a pocitů pacienta/klienta po provedení kolostomického zákroku, vyrovnání se vzniklou životní situací, přímo ovlivňovalo kvalitu jeho každodenního života. Účinnou pomoc ze strany rodiny a okruhu nejbližších známých při překonání svých problémů vyjádřilo více jak 79,3% respondentů, výraznou roli sehrával i lékařský a zdravotnický personál ve vazbě na pomoc při překonávání zejména zdravotních problémů, kde tuto variantu označilo 16 respondentů (27,1% vzorku).

Proces překonávání problémů psychického rázu má dlouhodobý charakter, přetrvávající obavy a strach uvádělo 28,8% (17 respondentů – 10 žen, 7 mužů). Největší rozsah omezení hodnotili respondenti v oblasti změn ve skladbě výživy, stravovacího režimu a oblékání (u 56,9% respondentů), následoval faktor společenské a pracovní aktivity (44,8% respondentů), oblast sexuálního a rodinného života (36,2%), možné odtržení od přátel (29,3%) a na závěr pořadí omezujících faktorů byla řazena otázka uspokojení koníčků a zálib. Při vyhodnocení omezujících faktorů byli respondenty využity až 4 možné varianty, z čehož lze dovozovat omezení ve více oblastech každodenního života.

Při sumarizaci a vyhodnocení těchto ukazatelů, se mi potvrdil názor, že i přes zavedení kolostomie byl u části respondentů možný **návrat do pracovního procesu**, část však byla nutně zařazena do částečného a plného invalidního důchodu.

V hodnocení období před zavedením kolostomie uvedla rozhodující část respondentů údaj o fyzické a psychické náročnosti svého povolání a práci ve stresovém prostředí (až 62,7% odpovědí), což značně ovlivnilo možnost návratu na původní pracovní místo. Rozborem věkové skupiny 22 respondentů v produktivním věku a srovnáním s údajem o zařazení v pracovním procesu, jsem zjistila u 68,2% případů opětovný návrat do pracovního procesu (6 žen, 9 mužů) a 31,8% respondentů bylo zařazeno do systému sociální podpory. Důležitým hlediskem byl stupeň dosaženého vzdělání a místo bydliště respondenta. Nepotvrdila se moje domněnka o možném omezujícím faktoru bydliště na vesnici ve vazbě na pracovní uplatnění, kde jsem předpokládala problém spojený s cestováním a dopravou do zaměstnání. Z počtu 15 pracujících respondentů žila na vesnici většina 9 respondentů (6 respondentů v zaměstnaneckém poměru, 3 respondenti soukromě podnikají). Na druhé straně toto hodnocení dokládá kvalitu a vhodnost soudobých stomických pomůcek, které umožňují cestování pacientů/klientů s kolostomií, dojíždění do zaměstnání a další výkon profese.

Pozitivním zjištěním byl pro mne závěr, že většina respondentů neměla problémy většího rozsahu s **finančním pokrytím nákladů** spojených s nákupem stomických pomůcek, indikovaných léků a zajištěním vhodné skladby výživy (69,5% respondentů), což jsem hodnotila jako výhodu a přednost systému sociálního zabezpečení České republiky, neboť rozhodující část vzorku respondentů pobírala starobní nebo invalidní důchod (72,8%). Výzkumné šetření probíhalo v období, kdy se připravovala a zaváděla první fáze vládní reformy veřejných financí, doprovázená i změnami v resortu zdravotnictví, které se přímo promítly zvýšením přímé finanční zainteresovanosti pacienta/klienta. Možné dopady a jejich hodnocení ze strany kolostomiků, bych doporučila zařadit do sledovaných údajů budoucích výzkumů a provést porovnání udávaných dat s časovým odstupem.

Při sledování a vyhodnocení položek souvisejících s otázkou předcházejícího **rodinného a sexuálního života** označila většinová část vzorku respondentů (62,7%) svůj rodinný život za klidný, harmonický a sexuální život za pravidelný. Po provedení kolostomického zákroku neuvádí 32,2% vzorku respondentů ztrátu své osobní a sexuální přitažlivosti a lze v tomto případě předpokládat jejich další sexuální život s určitou mírou omezení či snížení intenzity. Tento hodnocený parametr je i do značné míry ovlivněn vysokým věkovým průměrem daného vzorku (ženy - 61,2 roku, muži - 64,7 roku, 37 respondentů ve věku nad 61 let), kde lze dovést možný závěr snížení nebo postupného vyhasínání sexuálního života.

Ve vyhodnocení souboru dat zaměřených k oblasti využití volného času v období před zavedením kolostomie, uvedla rozhodující část vzorku respondentů (66,1%) uspokojení svých koníčků a zálib a aktivně sportovalo 42,4% osob. Při posouzení míry omezení byla tato oblast zařazována na konci pořadí omezujících faktorů a negativní dopad uvádělo menšina vzorku respondentů (44,8% - 15 žen, 11 mužů). Tato skutečnost mě překvapila a neočekávala jsem ji. Na druhé straně se domnívám, že možnosti pro využití času se rozšiřují a je možné zapojení jak do pasivních forem (návštěva divadel, výstav, filmových představení, koncertů, využití internetu apod.), tak na druhé straně i forem aktivních (vycházky do přírody, fyzicky nenáročná práce na zahrádce, chov drobného domácího zvířectva, kutilství, jízda na kole apod.). Širší zapojení a využití dalších možností při uspokojení koníčků a zálib umožňují i stále dokonalejší typy kolostomických pomůcek dostupných na trhu.

V orientaci a rozšiřování možnosti pro zapojení do různých aktivit sehrávají důležitou roli **kluby stomiků a České ILCO** zejména při výměně zkušeností, poskytování rad, ale i přímou organizací společenských, kulturních a sportovních akcí pro kolostomiky. V rámci takto připravených akcí se odbourává psychická bariéra a zábrany, neboť pacient/klient se pohybuje v kolektivu lidí se stejným handicapem, problémy a obtížemi. Velmi přínosnou formou jsou pak vícedenní rekondiční pobyty organizované pro kolostomiky, kde mimo odborné otázky, praktické ukázky spojené s ošetřováním stomie, informacemi o stomických novinkách, dochází k přímé výměně zkušeností a rad mezi samými stomiky, včetně orientace pro zapojení do vhodných aktivit.

Dílčí cíl bakalářské práce byl zaměřen na **posouzení kvality práce lékařských, zdravotnických a ošetřovatelských týmů** při péči o pacienta/klienta s kolostomií v předoperační a pooperační fázi ošetření. Pro posouzení sledované oblasti byly použity závěry hodnocení údajů pod položkami číslo 8, 9 a 10.

Spokojenost s kvalitou předoperační péče a seznámením s problematikou provedení stomického zákroku konstatovala rozhodující část respondentů, v případě lékařského personálu v 89,5% odpovědí, u odborného zdravotnického personálu ve více jak v 93% hodnocení, naopak počet 6 respondentů (10,2%) vyjádřilo kritický názor a výhrady. Celkovou spokojenost s úrovní seznámení s ošetřováním stomie, použitím stomických pomůcek, dodržováním léčebného a stravovacího režimu, vyjádřila rozhodující část vzorku pacientů/klientů bez rozdílu pohlaví (94,8% - 28 žen, 28 mužů).

Kriticky se ke kvalitě předaných informací vyslovilo pouze 5,1% respondentů (2 ženy, 1 muž), 42,4% dotazovaných označilo seznámení za kvalitní a na vysoké odborné úrovni (14 mužů, 11 žen). Z daného vzorku 20 respondentů (33,9%) uvádělo podíl všech sledovaných skupin odborného personálu na svém pooperačním seznámení s ošetřením stomie, v 56 případech (94,9%) zabezpečoval seznámení odborný zdravotnický personál nebo stomická sestra.

Při hodnocení kvality seznámení s ošetřováním stomie vyjádřilo 51 respondentů (86,4%) spokojenost s úrovní seznámení, v 8 případech (13,6%) respondenti označili kvalitu za nedostačující, poměr kritického hodnocení je vyrovnaný v kategorii ženy i muži (4 případy), věk respondentů se pohybuje v rozmezí 47 - 65 let. U skupiny ošetřující lékař vyjádřilo uspokojení s kvalitou seznámení 77% respondentů, 9 respondentů (15,3%) kvalitu považuje za nedostačující. U skupiny odborný zdravotnický personál a stomická sestra byl přibližně stejný výsledek hodnocení parametru kvality seznámení (průměr hodnot 1,638 a 1,692), celkovou spokojenost vyjádřilo 92% respondentů, pouze 5 respondentů použilo negativní variantu hodnocení.

Vyhodnocením sledovaných parametrů se mi potvrdil předpoklad o pozitivním hodnocení práce lékařských, odborných zdravotnických a ošetřovatelských týmů ve fázi předoperační i pooperační péče u drtivé části respondentů. Spokojenost s poskytnutou péčí vyjádřilo více jak 90% respondentů, což podporuje závěr o dobré úrovni zdravotní péče v České republice a dosažení srovnatelných parametrů s ostatními vyspělými zeměmi Evropské unie v tomto kritériu srovnání..

Kritického hodnocení použilo naopak až 8 respondentů (13,6% vzorku). Tomuto poznatku je nutné věnovat pozornost při další přípravě a zdokonalování odborného zdravotnického personálu prostřednictvím systému celoživotního vzdělávání a při výuce v rámci odborných zdravotnických zařízení v oblasti školství. Příprava by měla zahrnovat mimo oblasti teoretické i praktickou část, věnovanou získání manuálních zkušeností a praktických dovedností při ošetření pacienta/klienta s tímto druhem onemocnění.

Závěr podporují i výsledky zjištěné výzkumem autorky Lenky Mikoczi, uvedené v bakalářské práci na téma Ošetřovatelská péče o pacienty/klienty s kolostomií v podmínkách Podhorské nemocnice v Trutnově. U sledovaného vzorku respondentů v kategorii střední zdravotnický pracovník, provedený na 4 specializovaných odděleních nemocnice, přiznalo odborné znalosti o kolostomii 92% dotázaných,

s kolostomií se setkala 86% a přímo ošetřovalo 79% respondentek a pouze 52% vzorku uvádělo teoretické vědomosti a praktickou zkušenost při ošetření kolostomie a potřebných kolostomických pomůckách.

Dále bych chtěla zdůraznit otázku nutnosti dalšího prohlubování vazeb a kontaktů mezi zdravotnickým personálem, kluby kolostomiků a Českého ILCO při poskytování pomoci pacientům/klientům při jejich návratu a zapojení do civilního života. Jedná se především o rozšíření a přenos poskytovaných informací, zprostředkování či navázání kontaktů při řešení konkrétních problémů a případné zabezpečení návštěvy zkušeného kolostomika přímo u pacienta/klienta. České ILCO přišlo se zajímavou formou pomoci pacientům/klientům, kdy provádí výběr a přípravu dobrovolníků z řad zkušených kolostomiků a nabízí jejich individuální pomoc prostřednictvím internetových stránek www.ILCO.cz.

Dílčí cíl bakalářské práce byl orientován na **posouzení kvality, vhodnosti a dostupnosti kolostomických pomůcek** a jejich hodnocení při vlastním použití pacienty/klienty. Pro zpracování této oblasti bylo použito vyhodnocení sledovaných údajů pod položkou číslo 12, 13, 14.

Rozhodující část respondentů (84,7%) neuvádí žádné nebo nepodstatné **problémy s ošetřováním stomie**, této varianty hodnocení použilo 27 žen a 23 mužů průřezově ve všech věkových skupinách. Naopak značné problémy uvedlo 15,3% věkově starších pacientů/klientů nad 50 let (6 mužů - průměrný věk 66 let, 3 ženy- průměrný věk 61 let).

Autorka Kamila Doležalová ve vyhodnocení komentovaného okruhu údajů zabývajících se problematikou ošetřování stomie uvedla, že u 95,1% vzorku respondentů se vyskytly minimální nebo vůbec žádné problémy, značně velké problémy naopak potvrdila u 3 respondentů (4,9% vzorku - 1 žena, 2 muži).

Při hodnocení **manipulace se stomickými pomůckami** rozhodující část respondentů (69,5%) označilo tuto činnost za jednoduchou, snadnou a jsou schopni si výměnu provést sami bez pomoci. Soběstačnost při výměně stomických pomůcek uvádí vyšší procento žen (56,1%) než mužů (43,9%).

Ze sledovaného vzorku 16 respondentů (27,1%) považuje manipulaci se stomickými pomůckami za složitější, problémovou a při výměně se neobejdou bez pomoci druhé osoby. V této skupině převažuje mužská část populace (62,5%) nad 50 let věku, stejný názor uvedlo 6 žen ve věku 48 - 68 let (věkový průměr 56,6 roku).

Závěry uvedené k okruhu údajů spojených s manipulací se stomickými pomůckami v bakalářské práci Kamily Doležalové nepotvrzují problémy ve sledovaném vzorku respondentů a žádný respondent neoznačil variantu odpovědi uvádějící velké nebo podstatné problémy při použití a výměně kolostomických pomůcek. K údaji soběstačnosti při výměně stomických pomůcek uvedla, že výměnu si provádělo samostatně 93,5% respondentů, s pomocí druhé osoby pak 4 respondenti (6,5% vzorku – 1 žena, 3 muži).

Většina 32 respondentů (54,2%) vyjádřilo **spokojenost se šíří sortimentu, kvalitou a dostupností stomických pomůcek** a variantu odpovědi o postupném zlepšování nabídky na trhu se stomickými pomůckami uvedlo dalších 40,7% respondentů. V obou těchto skupinách je vyrovnanost názoru bez rozdílu hodnocení podle pohlaví a zahrnují celé věkové spektrum respondentů.

Negativně stav v otázce sortimentu, kvality a dostupnosti stomických pomůcek hodnotí pouze 5,1% respondentů (3 respondenti) ve věku od 48 do 70 let, větší příklon k zápornému hodnocení je u skupiny žen (66,6% z daného počtu).

Ze sledovaného vzorku pouze 7 respondentů ve věku nad 60 let (11,9% - 3 ženy, 4 muži) nevyhledávalo a nepoužívalo **novinky na trhu** s kolostomickými pomůckami a přiklonilo se k použití osvědčených výrobků, se kterými měli dobrou zkušenost a dlouhodobě je používají.

Naopak rozhodující část 52 respondentů (88,1%) aktivním způsobem přistupovala k **vyhledávání informací** a následnému použití nově zaváděných druhů kolostomických pomůcek. Pro svoji orientaci a získání informací využívalo více forem dostupných zdrojů. Nejčastěji uváděnou variantou byla činnost klubů stomiků (55,9% - 33 respondentů), v pořadí četnosti využití následovala pomoc při orientaci prostřednictvím ošetřujícího lékaře nebo odborného zdravotnického personálu (42,4% - 25 respondentů), dále figurovala varianta získání informace u prodejců kolostomických pomůcek (20 respondentů) či prostřednictvím odborné literatury a časopisů (16 respondentů). Variantu využití internetu uvedlo 27,2% věkově mladších osob.

Vyslovené závěry v bakalářské práci autorky Kamily Doležalové potvrzují názor dostatečného výběru a šíře sortimentu stomických pomůcek u 90,3% respondentů a naopak uvedla nespokojenost klientů v 9,37% vzorku respondentů (4 ženy, 2 muži).

V hodnocení **finančního zatížení při zajištění nákupu stomických pomůcek a léků** rozhodující část 41 respondentů (69,5%) nemá z finančního hlediska problémy s pokrytím nutných nákladů spojeným se stomickými pomůckami a indikovanými léky. Značné nebo výrazné finanční problémy naopak označilo 18 respondentů (6 žen, 12 mužů, od 34 do 80 let věku), z této části vzorku je 6 osob zaměstnáno, 12 respondentů je v invalidním nebo starobním důchodu.

Ke sledovanému údaji ve své bakalářské práci uvedla autorka Kamila Doležalová ekonomickou náročnost u 24 respondentů (38,7% - 14 žen, 10 mužů) a naopak zápornou variantu odpovědi uvedla v 38 případech sledovaného vzorku respondentů (61,3% - 14 žen, 10 mužů).

V položce **informovanosti o sociálním zvýhodnění stomiků** uvedlo 42,4% respondentů kladnou variantu odpovědi (15 žen, 10 mužů) a tuto formu sociální pomoci používají pro pokrytí svých životních nákladů. Vyhodnocením varianty zvolené odpovědi lze dospět k závěru o vyšším stupni informovanosti u žen (60%) a naopak nižší je zaznamenána u kategorie mužů (40%). Většina 34 respondentů (57,6% vzorku - 15 žen, 19 mužů) volilo zápornou variantu odpovědi, o sociálním zvýhodnění neví nebo ho nevyužívá. Stupeň informovanosti o sociálním zvýhodnění stomiků lze hodnotit jako nedostačující.

Uvedená fakta a hodnocení podporují závěr o výrazném podílu dostupných a používaných stomických pomůcek na celkovém ovlivnění kvality života a míry adaptace pacienta/klienta na nové podmínky s cílem v maximální míře se integrovat do normálního života. Současný stupeň vědeckého poznání umožňuje zavádění nových moderních typů stomických pomůcek, které plní nejen svou základní funkci, ale dovolují respondentovi větší osobní komfort, přispívají k posílení jeho sebevědomí a možnému zapojení do širšího spektra aktivit.

ZÁVĚR

Cílem mé bakalářské práce bylo posoudit kvalitu života pacientů/klientů po provedení kolostomického zákroku. Ve výzkumné části práce jsem sledovala a na základě získaných údajů hodnotila faktory, která negativně působí a ovlivňují kvalitu života pacientů/klientů s kolostomií. V dílčích oblastech jsem se zabývala problematikou kvality poskytované péče lékařských, zdravotnických a ošetrovatelských týmů a posouzením kvality, dostupnosti a vhodnosti stomických pomůcek distribuovaných na českém trhu se stomickými pomůckami.

Potvrdil se můj výchozí předpoklad, že při indikaci vzniku kolorektálního karcinomu a řešení zjištěného zdravotního stavu pacienta/klienta pomocí kolostomického zákroku dochází k záchraně a prodloužení života. V podmínkách České republiky ohroženou skupinu představuje především kategorie obyvatelstva nad 45 let věku, a to bez rozdílu pohlaví (viz příloha č. 12). K tomuto stavu ve značné míře přispívá uplatňovaný životní styl, skladba výživy a stravovací režim, nedostatek pohybu, obezita, zvýšené požívání alkoholických nápojů, kouření, působení stresu a dopad řady dalších civilizačních faktorů. Nedoceněna je i otázka péče o své vlastní zdraví a podceňována je především oblast preventivních zdravotních prohlídek, které mohou signalizovat a zachytit změny zdravotního stavu pacienta/klienta v počáteční fázi onemocnění a umožnit použití méně nákladných a neradikálních medicínských řešení. Tento fakt jsem zaznamenala i ve svém výzkumu, zejména u mužské části populace.

Zavedení kolostomie znamená pro pacienta/klienta jednoznačně změnu kvality dosavadního způsobu života a přináší řadu problémům a omezení. Rozsah a míra omezení je však individuální u každého kolostomika a mimo rozsah zdravotních omezení důležitou roli sehrává zejména oblast psychického vyrovnání pacienta/klienta s novou situací. Tento proces má dlouhodobý vývoj a řada problémů má trvalý charakter. Při překonání psychických bariér a problémů nezastupitelnou roli sehrává zejména rodina a okruh nejbližších příbuzných. V pomoci při řešení zdravotnických problémů spojených s ošetřováním kolostomie či použitím stomických pomůcek pak lékařský a odborný zdravotnický personál. Zdůraznit je nutno společné a jednotné působení všech těchto složek při pomoci pacientovi/klientovi, včetně zapojení klubů stomiků do tohoto procesu.

Závěry provedeného výzkumu potvrzují, že míra omezení je u respondentů rozdílná, individuální a umožňuje části kolostomiků provozovat i nadále řadu aktivit (včetně návratu do pracovního procesu), na druhé straně je převažující skupina pacientů/klientů zařazena do systému sociálního zabezpečení, a to zejména vzhledem ke svému věku a zdravotnímu handicapu. Opětovné zapojení a využití různých aktivit, koníčků a zálib umožňují i stále dokonalejší a kvalitnější stomické pomůcky, které výrazným způsobem ovlivňují kvalitu života kolostomiků a míru zapojení do normálního života. Při závěrečném zhodnocení je tady možné konstatovat, že **všechny stanovené cíle byly splněny.**

V oblasti sociálního a ekonomického zajištění života stomiků bych doporučila zpracovat návrh na zařazení stomie do seznamu zdravotních postižení pro poskytování mimořádných výhod a usnadnění přístupu k získání průkazu ZTP.

Při přípravě podkladů pro bakalářskou práci a při studiu odborných pramenů mě osobně překvapil údaj o počtu onemocnění a úmrtí pacientů/klientů na kolorektální karcinom v České republice a postavení naší republiky na čele statistických hodnocení v rámci Evropské unie. Podle mého názoru se jedná o závažný celospolečenský jev spojený se zdravotním stavem obyvatelstva naší země a na tento stav je nutné bezodkladně reagovat. Nedoceněnou je podle mého názoru především otázka prevence a indikace tohoto druhu onemocnění v počáteční fázi, ale i využití stávajících možností, které jsou vhodné, jednoduché a přístupné jak pro pacienta/klienta, tak pro ošetřující praktické lékaře. Doporučila bych organizaci široké informační kampaně za použití všech druhů sdělovacích prostředků (televize, tisk, informační letáky, internet apod.) s cílem zvýšit informovanost o tomto dlouhodobém problému a možných způsobech řešení. Další možnou variantou je vytvoření a umístění do čekáren zdravotnických zařízení jednoduché tiskoviny, kde by pacient/klient obdržel základní informaci o tomto druhu onemocnění, příčinách, následcích, a snadným způsobem by mohl sám odečíst míru svého ohrožení. Obdobný materiál byl distribuován v předcházejícím období ve vazbě na ohrožení infarktem myokardu. Dále bych doporučila plošný screening výskytu kolorektálního karcinomu a důsledné absolvování vyšetření na okultní krvácení v rámci preventivních prohlídek u rizikových skupin. Je možno také navštívit internetové stránky <http://zdravi.idnes.cz>, kde je vložen test s názvem: Rizika ohrožení kolorektálního karcinomu (viz příloha č. 11).

ANOTACE

Autor: Darina Matějková
Instituce: Univerzita Karlova v Praze,
Lékařská fakulta v Hradci Králové
Ústav sociálního lékařství, Oddělení ošetřovatelství
Název práce: Kvalita života u pacienta s kolostomií
Vedoucí práce: Mgr. Michaela Schneiderová
Počet stran: 109
Počet příloh: 12
Rok obhajoby: 2008
Klíčová slova: stomie, kolostomie, stomické pomůcky, ošetřování kolostomie, životní styl, kvalita života, ošetřovatelská péče, pacient, stomasestra

Bakalářská práce pojednává o kvalitě života pacienta/klienta s kolostomií. V úvodní části jsou zařazeny teoretické poznatky k dané problematice, empirická část byla zpracována na základě zjištěných a vyhodnocených údajů provedeného výzkumného šetření. Sledovány byly změny životního stylu a dopad omezujících faktorů, provázející každodenní život po provedení stomie. V dílčích parametrech byla sledována kvalita péče multidisciplinárních zdravotnických týmů při ošetření pacientů/klientů s tímto druhem onemocnění a dále byla mapována situace v nabídce stomických pomůcek z pohledu kvality, dostupnosti a vhodnosti použití.

The paper deals with life quality of patient with colostomy. It is composed of a theoretical part and an empirical one.

In the theoretical part there is global information about colostomy. In the empirical part there is information about research and its outcomes.

In research there were explored changes in lifestyle, limitations and other factors that arise from performance of colostomy. In the second part of research there is explored the nursing quality of multidisciplinary teams in connection with colostomy. And at the end of empirical part there is explored market with stomical aids - there is explored sphere of quality, accessibility, and suitability of using.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY:

Knihy a jiné monografie:

- HÁJEK, M. *Chirurgie*, 1.vyd. Praha: Avicenum, 1985. 380 s. ISBN neuvedeno
- JUŘENÍKOVÁ, P. ET AL. *Ošetřovatelství – 2. část*. 1 vyd. Uherské Hradiště, 1999. 236 s. ISBN neuvedeno
- KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetřovatelství*. Praha: Grada, 2007. 163 s. ISBN 80-2472-069-8
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 198 s. ISBN 80-2470-179-0
- MAREŠ, J. ET AL. *Kvalita života u dětí a dospívajících*. Brno: MSD, 2007. 228 s. ISBN 80-8663-335-9
- MARKOVÁ, M. *Stomie gastrointestinálního a močového traktu*. 1.vyd. Brno, 2006. 68 s. ISBN 80-7013-434-8
- MIKŠOVÁ, Z. *Kapitoly z ošetřovatelské péče II*. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. 168 s. ISBN 80-2471-443-4
- NOVÁK, J. *Stručné pokyny pro nemocné k kolostomiím*. 3.vyd. Praha: Avicenum, 1984. 5 s. ISBN neuvedeno
- NOVÁK, J. *Základy proktologie*. 1.vyd. Praha: Avicenum, 1985. 272 s. ISBN neuvedeno
- NOVÁK, J., ZEMANOVÁ, J. *Ošetřování stomií – rady nemocným*. 1.vyd. Praha: Avicenum, 1987. 56 s. ISBN neuvedeno
- NOVÝ, I., SURYNEK, A. *Sociologie pro ekonomy a manažery*. 2. vyd. Praha: Grada, 2006. 282 s. ISBN80-2471-705-0
- OTRADOVCOVÁ, I. ET AL. *Komplexní péče o pacienta se stomií*. Praha: Galén, 2006. 56 s. ISBN 80-7262-432-6
- SALAJKA, F. *Hodnocení kvality života u nemocných s bronchiální obstrukcí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 148 s. ISBN 80-247-1306-3
- SLÁMA, O. ET AL. *Paliativní medicína pro praxi*. 1.vyd. Praha: Galén, 2007. 362 s. ISBN 978-80-7262-505-5
- ZEMAN, M. ET AL. *Speciální chirurgie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. 575 s. ISBN 80-7262-093-2.

Brožury:

CONVATEC, *Základy péče o pacienta se stomií*. Nymburk, 1997. 26 s.

CONVATEC, *Jak zůstat fit v nových podmínkách*. Bristol-Myers Squibb, 2001. 25 s.

CONVATEC, *Základy péče o pacienta se stomií*. Zámecký hotel Třešť, květen 2002. 25 s.

Standardní články:

JEDLIČKOVÁ, B., ZACHOVÁ, V. *Jak (se) učíme (se) stomiky*. Sestra, Praha, 2004, roč. 14, č. 7-8, 87 s. ISSN 1210-0404.

KLEINWACHTEROVÁ, H. *Pitný režim stomiků*. Sestra-příloha, Praha, 2007. roč.17, č.5, 15 s. ISSN 1210-0404

KRUTIŠOVÁ, M. *Práce stomasestry*. Sestra-příloha, Praha, 2007, roč. 17, č. 5, 15 s. ISSN 1210-0404

SESTRA, *Pomůcky pro stomiky*. Praha, 2007, roč. 17, č. 5, 15 s. ISSN 1210-0404

SUROVCOVÁ, A. *Pohyb jako lék*. Radim-časopis stomiků, 2007, č. 1, 45 s.

ŠMEJKALOVÁ, B., ZACHOVÁ, V. *Je edukace stomiků novinkou v ošetrovatelské péči?*. Florence, Praha: Galén, roč. III., č. 4, 162 s. 2007ISSN 1801-464X

Bakalářské práce:

DOLEŽALOVÁ, K. *Kvalita života pacientů/klientů s kolostomií*. Bakalářská práce Hradci Králové: Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové, 2005. 73 s.

MIKOCZI, L. *Ošetrovatelská péče u pacienta s kolostomií*. Bakalářská práce Hradci Králové: Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové, 2007. 63 s.

Internetové zdroje

CONVATEC, *Pitný režim stomiků*. Radim-časopis stomiků (online). 2005 (cit. 2005-05-07) Dostupné z <http://www.convatec.cz/cz/index.php?SH=Art&ID=92>

HAŠKOVÁ, A. *Význam stomasestry v životě stomika* (online). 2007 (cit. 2007-10-10) Dostupné z <http://www.sestra.cz/scripts/detail.php?id=324813>

- HZP, *Kvůli špatné prevenci vede ČR ve výskytu rakoviny střeva* (online). 2004
Dostupné z <http://www.hzp.cz/main/clanek.php?id=375>
- ILCO, *Pomůcky pro stomiky* (online). 2008 (cit. 2008-03-22)
Dostupné z <http://www.ilco.cz/Pomucky.html#Limity>
- KREML, P. *Život se stomií* (online). 2008 (cit. 2008-03-31)
Dostupné z <http://www.ilco.cz/ZivotText/Text2.htm>
- MAREŠOVÁ, H., VAŇKOVÁ, T. *Edukace před koloskopii* (online). 2007 (cit. 2007-02-09) Dostupné z <http://www.sestra.cz/scripts/detail.php?id=291155>
- PAILOVÁ, N. *Výživa stomiků* (online). 2008 (cit. 2008-03-23)
Dostupné z <http://www.ilco.cz/>
- POKORNÁ, I. *Zkušenosti se systémem Esteem* (online). 2006 (cit. 2006-02-11)
Dostupné z <http://www.convatec.cz/cz/index.php?SH=Art&ID=132>
- OTRADOVCOVÁ, I. *Stoma poradna* (online). 2008 (cit. 2008-03-31) Dostupné z http://www.chirurgie-cz.cz/index.php?pId=1&show_detail=1
- SLÍVOVÁ, H. *Češi nejvíce trpí rakovinou tlustého střeva* (online). 2007 (cit. 2007-11-03) Dostupné z http://www.lidovky.cz/cesi-nejvice-trpi-rakovinou-tlusteho-streva-f3u-/ln_noviny.asp?c=A071103_000017_ln_noviny_sko&klic=222261&mes=071103_0
- SLOVÁČEK, L. *Kvalita života nemocných – Jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby* (online). 2005 (cit. 2005-09-26)
Dostupné z http://www.pmfhk.cz/VZL/VZL%201_2004/Vzl1_2.%20Slovacek.pdf
- TELLEROVÁ, O. *Ošetření pacienta s komplikovanou stomií* (online). 2007 (cit. 2007-10-22) Dostupné z <http://www.forum.czechmed.cz/?q=node/2197>
- WIESNEROVÁ, J. *Analýza : Regionální diferenciací výskytu kolorektálního karcinomu v ČR* (online). 2006 (cit. 2006-11-04)
Dostupné z http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=399

www.ilco.cz

SEZNAM ZKRATEK:

Apod.	A podobně
ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
Atp.	A tak podobně
Atd.	A tak dále
EU	Evropská Unie
Fi	Relativní četnost
HRQoL	Health-related quality of life
HYE	Healthy years equivalent
IOA	International Ostomy Association
JIP	Jednotka intenzivní péče
Kč	Koruna
Ks	Kus
Max.	Maximálně
N	Četnost celková
Např.	Například
Ni	Absolutní četnost
Popř.	Popřípadě
QoL	Quality of life- Kvalita života
QALY	Quality-adjusted life-year
Resp.	Respektive
RL	Revizní lékař
Sb.	Sbírka
SF 36	Short Form 36 Health Subject Questionnaire
Tj.	To je
Tzn.	To znamená
Tzv.	Tak zvaně
VAS	Visual Analogous Scale
WOD	World Ostomy Day

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1	Pohlaví respondentů	44
Tabulka č. 2	Věk respondentů	45
Tabulka č. 3	Vzdělání respondentů	45
Tabulka č. 4	Zaměstnání respondentů	46
Tabulka č. 5	Soužití respondentů	46
Tabulka č. 6	Bydliště respondentů	46
Tabulka č. 7	Životní styl - stravovací režim, zdravá výživa	47
Tabulka č. 8	Životní styl – kouření, alkohol	47
Tabulka č. 9	Životní styl - pracovní podmínky	48
Tabulka č. 10	Životní styl - péče o zdraví	48
Tabulka č. 11	Životní styl - péče o zdraví	48
Tabulka č. 12	Životní styl - využití volného času	49
Tabulka č. 13	Životní styl - rodinný život	49
Tabulka č. 14	Založení stomie	49
Tabulka č. 15	Hodnocení kvality předoperačního seznámení	50
Tabulka č. 16	Úroveň seznámení s ošetřováním stomie	51
Tabulka č. 17	Kvalita a podíl na seznámení s ošetřováním stomie	51
Tabulka č. 18	Problémy s ošetřováním stomie	52
Tabulka č. 19	Hodnocení manipulace se stomickými pomůckami	52
Tabulka č. 20	Sortiment a dostupnost pomůcek	53
Tabulka č. 21	Způsob získávání informací	54
Tabulka č. 22	Finanční zatížení klienta	54
Tabulka č. 23	Informovanost o sociálním zvýhodnění	55
Tabulka č. 24	Smíření s novým vzhledem těla	55
Tabulka č. 25	Míra ovlivnění kvality života po založení stomie	55
Tabulka č. 26	Strach a obavy o svůj život	56
Tabulka č. 27	Stud před svým okolím	57
Tabulka č. 28	Pocit méněcennosti, ztráta sebeúcty	58
Tabulka č. 29	Ztráta sexuální a osobní přitažlivosti	58
Tabulka č. 30	Pocit ztráty pracovního a společenského uplatnění	59
Tabulka č. 31	Obava ze ztráty existenčních jistot	59

Tabulka č. 32	Strach ze samoty a osamění	60
Tabulka č. 33	Obava ze ztráty přátel	60
Tabulka č. 34	Omezení uspokojení koníčků a zájmů	60
Tabulka č. 35	Oblasti s největším omezením	61
Tabulka č. 36	Opora v období po zavedení stomie	62

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1	Pohlaví respondentů	44
Graf č. 2	Věk respondentů	45
Graf č. 3	Založení stomie	50
Graf č. 4	Kvalita a podíl na seznámení s ošetřováním stomie	52
Graf č. 5	Hodnocení manipulace se stomickými pomůckami	53
Graf č. 6	Sortiment a dostupnost pomůcek	53
Graf č. 7	Míra ovlivnění kvality života po založení stomie	56
Graf č. 8	Strach a obavy o svůj život	57
Graf č. 9	Stud před svým okolím	57
Graf č. 10	Ztráta sexuální a osobní přitažlivosti	58
Graf č. 11	Omezení uspokojení koníčků a zájmů	61
Graf č. 12	Oblasti s největším omezením	61
Graf č. 13	Opora v období po zavedení stomie	62

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1	Dotazník pro respondenty výzkumného šetření	85
Příloha 2	Žádost o povolení výzkumného šetření	90
Příloha 3	Žádost o povolení výzkumného šetření	91
Příloha 4	Kluby stomiků – členové sdružení ILCO	92
Příloha 5	Charta práv stomiků	94
Příloha 6	Pomůcky pro stomiky a další doplňky pro ošetřování stomie	95
Příloha 7	Taštička pro stomiky	97
Příloha 8	Ošetřování stomie	98
Příloha 9	Péče o vyprazdňování - IRIGACE	99
Příloha 10	Desatero pro nové stomiky	102
Příloha 11	Internetová forma testu rizika ohrožení kolorektálním karcinomem	103
Příloha 12	Regionální diference výskytu kolorektálního karcinomu v ČR	106

PŘÍLOHA 1

LÉKAŘSKÁ FAKULTA UNIVERZITY KARLOVY V HRADCI KRÁLOVÉ

V Hradci Králové, 3.10.2007

Vážená paní, Vážený pane,

chtěly bychom Vás touto cestou oslovit a požádat o spolupráci při zpracování dotazníku, který je podkladem pro výzkumné šetření Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové, jehož tématem je: **Kvalita života klientů s vývodem tlustého střeva (colostomií).**

Zpracování sledovaných údajů bude probíhat v rámci bakalářské práce studentky 3.ročníku Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové, oboru Všeobecná sestra, Dariny Matějkové.

Odborným vedením je pověřena Mgr. Michaela Schneiderová a p. Marie Rybová.

V souvislosti se shromážděním potřebných údajů odborné studie se na Vás obracíme se žádostí o vyplnění přiloženého dotazníku, který je rozpracován podle jednotlivých částí (**na část informativní a zjišťovací**) a má za cíl zhodnotit, do jaké míry ovlivňuje stomie Váš každodenní život.

Při zpracování dotazníku prosíme laskavě **zvolte variantu odpovědi a označte ji kroužkem.** V případě, že Vám **bude vyhovovat více variant odpovědi na danou otázku, máte možnost zakroužkovat více možností či odpověď rozšířit a doplnit.**

Vyplnění dotazníku je zcela ***anonymní a dobrovolné.***

Za poskytnutí potřebných údajů studie Vám předem děkujeme a chceme Vám touto cestou popřát hodně zdraví a životního optimismu.

S pozdravem

Michaela Schneiderová, Darina Matějková
Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Hradci Králové

A. INFORMATIVNÍ ČÁST

1. Pohlaví :

- a) žena
- b) muž

2. Věk : let

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- c) základní
- d) střední odborné bez maturity
- e) úplné středoškolské s maturitou
- f) vysokoškolské

4. Jaké je Vaše zaměstnání?

- a) v pracovním poměru
- b) soukromě podnikám
- c) invalidní důchodce
- d) starobní důchodce
- e) nezaměstnaná(ý)
- f) jiná varianta (prosím doplňte)

5. S kým žijete:

- a) sám(a) a) ve městě
- b) s partnerem(kou) b) na vesnici
- c) s rodinou
- d) v sociálním zařízení (hospic, domov důchodců, penzion, apod.)
- e) s jinou osobou, než je uvedeno (prosím doplňte)

6. V období před onemocněním jste:

- a) straval(a) jste se pravidelně
- b) straval(a) jste se zdravě
- c) dodržoval(a)/ jste pitný režim
- d) kouřil(a)
- e) požíval(a) alkoholické nápoje
- f) pracoval(a) ve stresovém prostředí (psychická náročnost práce)
- g) vykonával(a) fyzicky namáhavou práci
- h) aktivně sportoval(a)
- i) věnoval(a) se svým zálibám a koníčkům
- j) absolvoval(a) pravidelné lékařské prohlídky
- k) podstoupil(a) jste lázeňskou péči
- l) věnoval(a) jste dostatek času odpočinku, regeneraci sil
- m) spal(a) jste klidně a vydatně
- n) dovolenou jste využíval(a) k odpočinku
- o) nadměrně jste zatěžoval(a) organizmus
- p) měl(a) klidný a harmonický rodinný život
- q) pravidelný sexuální život
- r) měl(a) jste závažnější nemoci, úrazy

ano	ne
ano	ne
ano	ne
ano	ne
ano	ne
ano	ne
ano	ne
ano	ne
ano	ne
ano	ne
ano	ne
ano	ne
ano	ne
ano	ne
ano	ne
ano	ne
ano	ne
ano	ne

B/. ZJIŠTUJÍCÍ ČÁST

7. Stomie Vám byla založena v časovém období:

- a) do 1 roku
- b) do 3 let
- c) do 5 let
- d) do 7 let
- e) před 10 a více lety

8. Jak hodnotíte kvalitu Vašeho seznámení s problematikou stomického zákroku ze strany lékařského a odborného zdravotnického personálu: (pro hodnocení použijte číselnou řadu 1 – 5, známka 5 je nejhorší)

- a) lékařský personál

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
- b) odborný zdravotnický personál

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9. Jak hodnotíte úroveň seznámení s ošetřováním stomie, použitím stomických pomůcek, léků a změnou stravovacího režimu:

- a) v dostatečné míře, práci lékařského a zdravotnického personálu hodnotím jako kvalitní
- b) hodnotím jako průměrné, s řadou problémů jsem se musel(a) vyrovnat sám(a) či si informace dodatečně zjišťovat
- c) informace a seznámení bylo nedostatečné

10. Kdo provedl seznámení s problematikou ošetřování stomie a v jaké kvalitě? (pro hodnocení použijte číselnou řadu 1 – 5, známka 5 je nejhorší)

- a) ošetřující lékař

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
- b) odborný zdravotnický personál

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
- c) stomická sestra

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
- d) nebylo provedeno

11. Máte problém s ošetřováním stomie:

- a) nemám žádné problémy
- b) nepodstatné problémy
- c) značné problémy (prosím, vyjmenujte)

12. Manipulaci se stomickými pomůckami hodnotíte jako:

- a) snadnou a jednoduchou, výměnu si provádím sám(a) bez cizí pomoci
- b) složitější, mám s ní problémy, neobejdu se bez pomoci druhé osoby
- c) obtížnou popř. bolestivou, stomické pomůcky jsou špatné a nevyhovují mi

13. Domníváte se, že na trhu je dostatečný výběr a dobrá dostupnost zdravotních pomůcek pro stomiky:

- a) ano – široký sortiment, odpovídá kvalita a vhodnost pro použití u pacienta, dostupnost je dobrá, mohu si vybrat z více prodejců a dodavatelů
- b) stav se postupně lepší v sortimentu, kvalitě, vhodnosti a dostupnosti stomických pomůcek
- c) ne – nízká kvalita a vhodnost pro použití, nedostatečný výběr a špatná dostupnost, nevyhovující šíře sortimentu a termíny dodání

14. Jakým způsobem sledujete a vyhledáváte informace o nových zdravotnických pomůckách pro pacienty se stomií?

- a) konzultuji s ošetřujícím lékařem a odborným zdravotnickým personálem
- b) v lékárnách a u prodejců stomických pomůcek
- c) využívám odbornou literaturu a zdravotnické časopisy, popř. propagační tiskoviny
- d) novinky vyhledávám prostřednictvím internetu
- e) jsem informována prostřednictvím činnosti klubu stomiků
- f) aktivně nové pomůcky nevyhledávám, jsem spokojen(a) s osvědčenými výrobky

15. Po finanční stránce hodnotíte zajištění nutných stomických pomůcek a léků pro svoji potřebu:

- a) nezatěžující ve větší míře můj finanční rozpočet
- b) finanční výdaje jsou značné
- c) mám výrazné finanční problémy při nákupu stomických pomůcek a léků

16. Jste informován/a o sociálním zvýhodnění pro stomiky?

- a) ano (prosím, vyjmenujte které)
- b) ne

17. Bylo pro Vás těžké smířit se s novým vzhledem Vašeho těla ?

- a) ano
- b) ne
- c) nesmířil(a) jsem

18. Posuďte, do jaké míry Vám stomie změnila či ovlivnila kvalitu života:

- a) nezměnila
- b) změnila nepodstatným způsobem
- c) změnila podstatným způsobem, došlo k výraznému omezení mých aktivit a uplatnění
- d) změnila drastickým způsobem, v podstatě se nemohu ničemu věnovat

19. Prožíval(a) jste po založení stomie následující pocity:

- a) strach a obavy o svůj život
- b) stud před svým okolím (vzhled těla, zápach)
- c) pocit méněcennosti, ztráta sebeúcty
- d) ztráta sexuální a osobní přitažlivosti
- e) pocit ztráty pracovního a společenského uplatnění
- f) obava ze ztráty existenčních jistot
- g) strach ze samoty a osamění
- h) obava ze ztráty přátel
- i) pocit omezení uspokojení koníčků a zájmů
- j) jiná možnost (prosím vypište).....

ano	ne	dosud trvá
ano	ne	dosud trvá
ano	ne	dosud trvá
ano	ne	dosud trvá
ano	ne	dosud trvá
ano	ne	dosud trvá
ano	ne	dosud trvá
ano	ne	dosud trvá

20. Ve které oblasti pocítujete největší omezení :

- a) v pracovní činnosti a společenském uplatnění
- b) v sexuálním a rodinném životě
- c) v uspokojení svých koníčků a zálib
- d) v odtržení od společnosti a svých přátel
- e) ve změně výživy, stravování a oblékání

21. Překonání vzniklé životní situace po stomii Vám nejvíce pomohl(a) a byl(a) největší oporou :

- a) partner(ka)
- b) rodina a nejbližší příbuzní
- c) přátelé a spolupracovníci
- d) odborný lékařský a zdravotnický personál
- e) někdo jiný, který není uveden, popřípadě uveďte:

PŘÍLOHA 2

Vážená paní
Bc. Hana Ulrychová
Hlavní sestra Fakultní nemocnice Hradec Králové
Sokolská 581
500 05 **Hradec Králové**

V Hradci Králové, 22.11.2007

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

Vážená paní Bc. Ulrychová,

dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové, v poradně pro pacienty se stomií, v rámci závěrečné bakalářské práce studentky Darina Matějkové, narozené 5.9.1984, posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství – Všeobecná sestra, prezenční formy, LF UK v Hradci Králové.

Cílem práce je posouzení kvality života klientů se stomií u různých věkových a sociálních skupin a také do jaké míry ovlivňuje stomie jejich každodenní život.

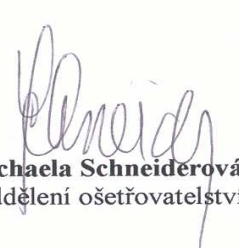
Výzkumné šetření bude provedeno formou anonymního a dobrovolného dotazníku, který je přiložen k žádosti.

Závěrečná práce je zpracovávána pod odborným vedením Mgr. Michaely Schneiderové z Ústavu sociálního lékařství, oddělení ošetřovatelství a Marie Rybové, staniční sestry septického oddělení „C“ na chirurgické klinice v Hradci Králové.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem


Michaela Schneiderová

Ústav sociálního lékařství, oddělení ošetřovatelství

Kontaktní adresa:

Mgr. Michaela Schneiderová
Ústav sociálního lékařství, oddělení ošetřovatelství
Lékařská fakulta v Hradci Králové
Šimkova 870, poštovní příhrádka 38
50038, Hradec Králové
Tel.: 495816416
E-mail: schneiderovam@lfhk.cuni.cz

Vyjádření vedení instituce: souhlasím
 nesouhlasím

Odůvodnění :

Datum : 22. 11. 2007


Mgr. Ivana Vašátková

Podpis, razítko

1.2.

PŘÍLOHA 3

Vážená paní
Bc. Horáčková Alexandra
Vedení, administrativa, Chirurgická klinika
Sokolská 581
500 05 **Hradec Králové**

V Hradci Králové 22.11.2007

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

Vážená paní Bc. Horáčková,

dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové, v poradně pro pacienty se stomií, v rámci závěrečné bakalářské práce studentky Darina Matějkové, narozené 5.9.1984, posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství – Všeobecná sestra, prezenční formy, LF UK v Hradci Králové.

Cílem práce je posouzení kvality života klientů se stomií u různých věkových a sociálních skupin a také do jaké míry ovlivňuje stomie jejich každodenní život.


Výzkumné šetření bude provedeno formou anonymního a dobrovolného dotazníku, který je přiložen k žádosti.

Závěrečná práce je zpracovávána pod odborným vedením Mgr. Michaely Schneiderové z Ústavu sociálního lékařství, oddělení ošetrovatelství a Marie Rybové, staniční sestry septického oddělení „C“ na chirurgické klinice v Hradci Králové.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem



Michaela Schneiderová
Ústav sociálního lékařství, oddělení ošetrovatelství

Kontaktní adresa:

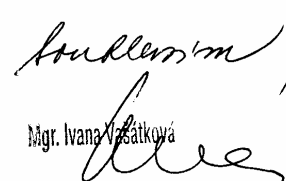
Mgr. Michaela Schneiderová
Ústav sociálního lékařství, oddělení ošetrovatelství
Lékařská fakulta v Hradci Králové
Šimkova 870, poštovní příhrádka 38
50038, Hradec Králové
Tel.: 495816416
E-mail: schneiderovam@lfhk.cuni.cz

Vyjádření vedení instituce:

souhlasím
 nesouhlasím

Odůvodnění :

Datum: 25.11. 2007



Mgr. Ivana Vážalková

FAKULTNÍ
HRADEC K.
chirurgická
Bc. Horáčková Alexandra
Podpis, razítko

PŘÍLOHA 4

KLUBY STOMIKŮ - ČLENOVÉ SDRUŽENÍ ČESKÉ ILCO:

Klub stomiků Brno - předseda MUDr. Karel Šmíd,
Vltavská 7, 625 00 Brno,
tel.: 547 355 035, 603 540 786
e-mail: janstr@centrum.cz

Klub stomiků ILCO Brno – předsedkyně Jana Kuchtová
Zahradníková 2/8, 611 41 Brno
tel. 739 845 134

Klub stomiků Česká Lípa – předsedkyně Marie Ruczová
Čs. Armády 1471, 470 01 Česká Lípa
tel. 602 459 138

ILCO Cheb při chirurgické nemocnici, Cheb – předseda Vlastimil Pilmajer
Havlíčková 25, 350 02 Cheb
tel.: 354 422 995

Klub stomiků Karlovy Vary – předseda Jan Potužák
Na Vyhlídce 32, 360 01 Karlovy Vary
tel.: 353 227 628

Klub stomiků Kroměříž – předsedkyně Monika Jordánová
Nemocnice Kroměříž - chirurgie
Havlíčková 660, 767 55 Kroměříž
tel.: 728 405 126

Klub stomiků okresu Nový Jičín – předseda Václav Bártek
Bezručova 22, 741 01 Nový Jičín
tel.: 596 120 488, 604 406 595
www: <http://www.stomici.unas.cz/>

Slezský klub stomiků Opava, o.s. – předseda Alois Nos
Mírová 561/3, 747 28 Štěpánkovice
tel.: 732 363 752

Slezský klub stomiků Ostrava – předseda Doc. RNDr. Pavel Kreml, CSc.
Francouzská 6015, 708 00 Ostrava-Poruba
tel.: 596 994 175, 737 588 111
e-mail: pavel.kreml@vsb.cz

FIT ILCO Praha, o.s. – předsedkyně Ing. Marie Ředinová
Vratislavova 9, 128 00 Praha 2
tel.: 221 982 434, 728 870 963
e-mail: marieredinova@seznam.cz

Klub stomiků Prostějov, o.s. – předseda Jaromír Obr
Ohrozim 10, 798 03 Plumlov
tel.: 582 393 468

Klub stomiků při nemocnici Přerov, o.s. – předseda Josef Matoušek
Svatopluka Čecha 1233, 751 31 Lipník n/Beč.
tel.: 602 567 403, 581 771 634
e-mail: josefmatousek1@seznam.cz

ILCO Příbram – předseda Jiří Ureš
Jar. Zástěry 537, 261 01 Příbram II
tel. 605 069 016
e-mail: jiri.ures@seznam.cz

ILCO Tábor – předsedkyně Zdena Šabatková
Husinecká 940, 390 02 Tábor
tel.: 381 257 006, 723 548 405

Klub stomiků ILCO Vysočina – předsedkyně Marie Dvořáková
Dvořiště 1032, 593 01 Bystřice nad Pernštejnem
tel.: 731 409 625

Klub stomiků Zlín, o.s. – předsedkyně Marie Martinová
Nivy II 4241, 760 01 Zlín
tel.: 577 430 982, 721 096 151
e-mail: maka.zlin@centrum.cz

DALŠÍ KLUBY - NEJSOU ČLENY SDRUŽENÍ ČESKÉ ILCO

Základní organizace stomiků Hradec Králové
Věra Lammrová
Jungmanova 1404, 500 02 Hradec Králové
tel.: 737 312 871

Nemocnice Ústí nad Orlicí
Hana Škrabánková
Nemocnice, 562 18 Ústí nad Orlicí
tel.: 465 564 336

Dobrovolné sdružení stomiků Trutnov
Marie Šárová
Nemocnice, 541 01 Trutnov
tel.: 499 866 241

Svaz postižených civilizačními chorobami
Základní organizace ONKO
Jan Publík
Stavbařů 213, 386 01 Strakonice

PŘÍLOHA 5

CHARTA PRÁV STOMIKŮ

Charta práv stomiků uvádí speciální potřeby skupiny tělesně postižených a péči, kterou vyžadují. Mezinárodní asociace stomiků (International ostomy association) deklaruje jako svůj cíl realizaci této Charty ve všech zemích světa.

Každý stomik má právo:

- Kvalitní informace před operací.
- Vybrat vhodné místo pro umístění stomie.
- Dobře udělanou stomii.
- Kvalitní pooperační ošetrovatelskou péči.
- Psychickou podporu.
- Informaci o pomůckách, které jsou k dispozici.
- Individuální edukaci.
- Pooperační sledování a poradenskou péči do konce života.
- Využívání výsledků týmové spolupráce všech zainteresovaných pracovníků.
- Informace a poradenskou činnost organizace stomiků a jejich členů.
- Informace o způsobu financování pomůcek.

Schváleno valným shromážděním delegátů na 11. světovém kongresu IOA,
Porto, září 2004.

PŘÍLOHA 6

POMŮCKY PRO STOMIKY A DOPLŇKY PRO OŠETŘOVÁNÍ STOMIE

Obrázky byly dodány firmou **Coloplast** a se svolením firmy jsou prezentovány na těchto stránkách.



Jednodílné a dvoudílné pomůcky Coloplast.



Alterna - dvoudílný systém.



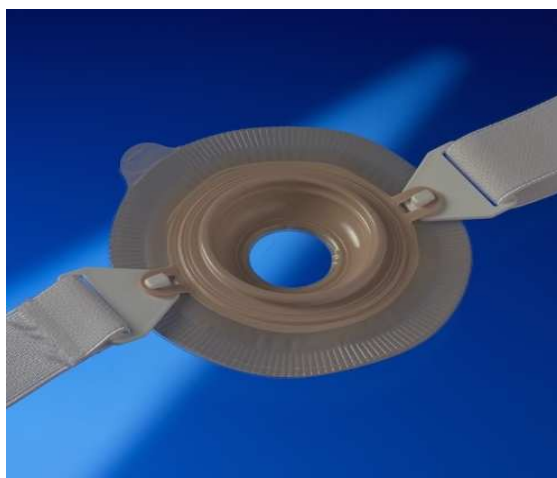
Alterna - jednodílný systém.



Systém s textilním potahem sáčků.



Podložka Alterna.



Konvexní podložka.



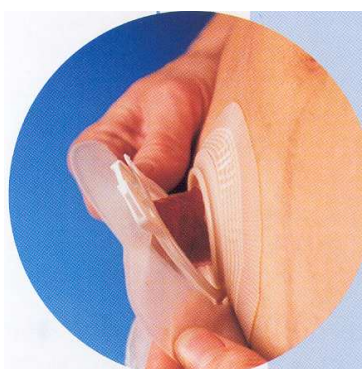
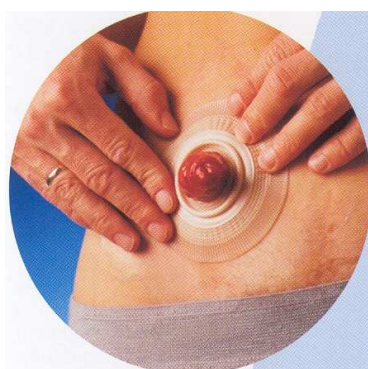
Ochranná pasta, pohlcovač pachu Ostobon,
ochranná rouška Coloplast



Ochranný krém, ochranný film,
čistící roztok



Irigační souprava s odvodným sáčkem
a krytkou MiniCap.



Aplikace stomických pomůcek

PŘÍLOHA 7

TAŠTIČKA PRO STOMIKY

S taštičkou pro stomiky se setkává každý nově odoperovaný pacient, používající stomické pomůcky společnosti ConvaTec. Co taštička vlastně obsahuje? Je v ní dostatek informací pro pacienta, který se ocitne v nové životní situaci. I když ho většinou se vším seznámí stomasestra, stává se, že pacient není v prvním okamžiku schopen vstřebat všechny nové informace najednou. Také z těchto důvodů je tu pro něj taštička pro stomiky, kde lze všechny potřebné informace najít.

Taštička obsahuje:



Brožuru **Jak ošetřovat kolostomie, ileostomie nebo urostomie**, kde najdete komplexní návod k používání pomůcek všech systémů ConvaTec s podrobným popisem včetně fotografií postupu aplikace .

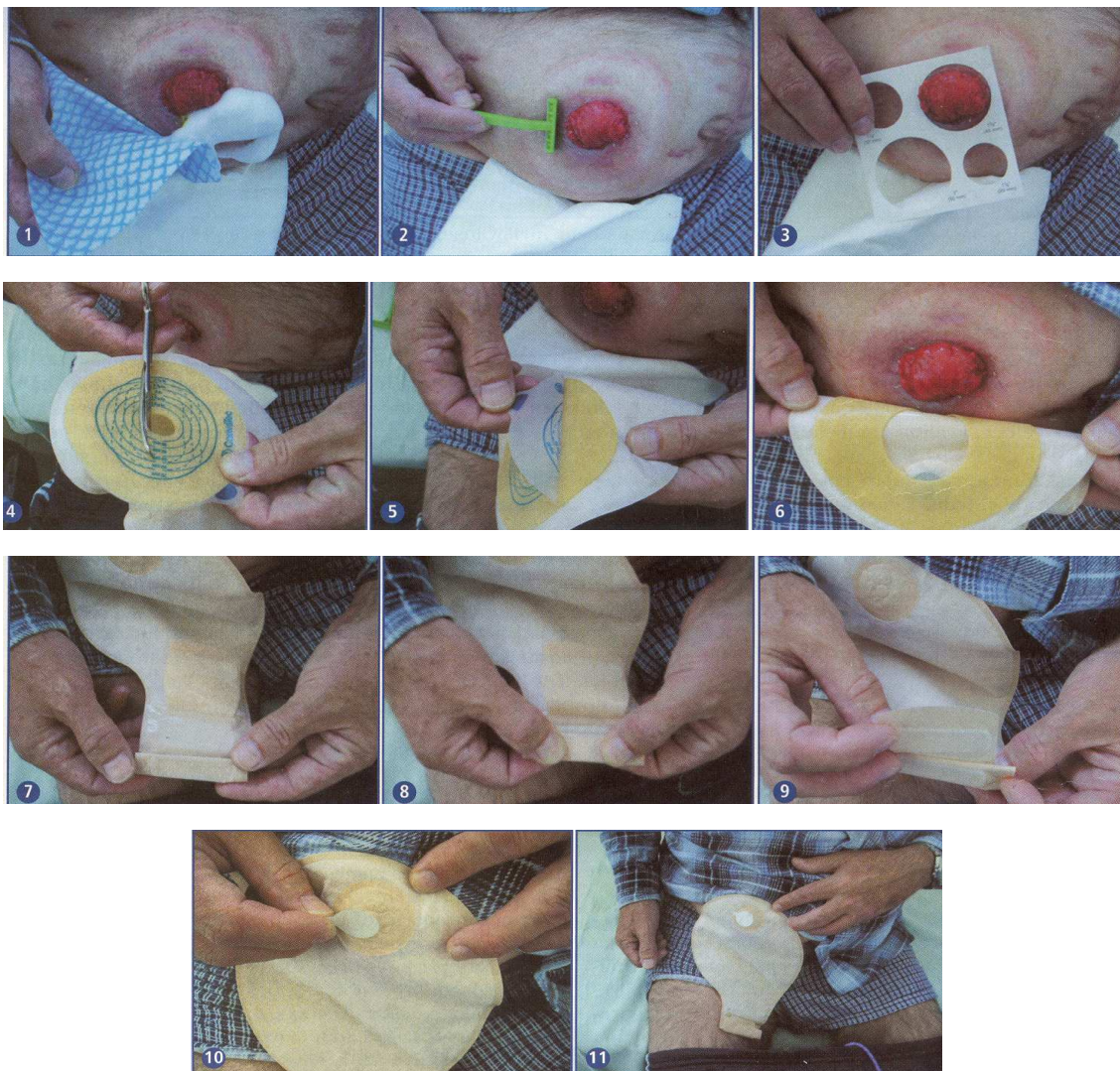
Brožuru **Průvodce životem stomika**, která obsahuje všechny potřebné informace o službách, které poskytuje ConvaTec svým pacientům (StomaLinka, zásilková služba, adresy prodejen „U Radima“, informace o programu Gold Card Service, přehled všech kódů a limitů včetně tabulky, kam si spotřebu můžete zaznamenávat) a hlavně Přihlášku do časopisu RADIM.

Brožuru **Jak zůstat fit v nových podmínkách – kapitoly odborné veřejnosti**, což je souhrn informací a rad týkajících se stomiků (např. co je stomie, informace o všech stomických produktech ConvaTec, odpovědi na nejčastější otázky, rady týkající se stravování či cestování aj.)

- poslední číslo **časopisu RADIM**, jehož součástí je také Přihláška do Radima a odpovědní obálka (předplacená) s vytištěnou adresou ConvaTec
- **informační leták** o novince v našem sortimentu – momentálně o ploché tvarovatelné podložce Combihesive® 2S
- **odpovědní obálku**
- **nůžky k vystřihování stomických podložek**

PŘÍLOHA 8

OŠETŘOVÁNÍ STOMIE



Ošetřování stomie

1. Před nalepením stomické pomůcky okolí stomie je nutné dobře omýt a osušit.
2. Pokud má pacient/klient ochlupené břicho, provedeme oholení.
3. Šablonou vyměříme správnou velikost otvoru.
4. Vystříhneme požadovaný tvar.
5. Odstraníme ochrannou fólii.
6. Sáček lepíme zesponu nebo přeložíme v polovině.
7. Zajišťovací klopou přidržíme a výpustnou část rolujeme 4x k hlavě pacienta/klienta.
8. Obě plochy k sobě pevně přitiskneme.
9. Krycí klopou přeložíme směrem k tělu pacienta/klienta a opět přitiskneme.
10. Samolepkou regulujeme odchod plynů, ideální je zalepení obou otvorů.
11. Tenká podložka se přizpůsobí tělu, neodlepjuje se a není vidět pod oblečením.

PŘÍLOHA 9

PÉČE O VYPRAZDŇOVÁNÍ

Vyprazdňování střeva výplachem (irigace):

Irigace kolostomika je nejkomfortnější metoda, jak ovládat vyprazdňování u pacientů/klientů s vývodem na tlustém střevě. Umožní kvalitní a aktivní život, je vhodná pro všechny věkové skupiny (Otradovcová, 2006, s. 48).

Tato metoda dává možnost ovládat pohyby střev a jeho vyprazdňování. Pacient/klient není během dne obtěžován zápachem, plynatostí ani nepříjemnými zvuky při vyprazdňování. Irigací se totiž docílí toho, že stolice celých 24 až 48 hodin neodchází (Marková, 2006, s. 48).

Tím vlastně tlusté střevo funguje jako vnitřní sáček. Není proto nutno nosit běžné sáčky, ale stačí pouze minisáčky, krytky nebo stomické zátky (Kreml, 2008, online).

Kontraindikace pro irigaci:

Kontraindikacemi jsou ileostomie, polymorbidita pacienta/klienta, psychická nebo fyzická alterace, nezáměr pacienta/klienta a komplikace kolostomie (prolaps střeva, parastomální kýla, stenóza stomie a zánětlivé onemocnění střeva) (Otradovcová, 2006, s. 48).

Je tedy nezbytná konzultace s odborným lékařem, který posoudí vhodnost provádění výplachů. Doporučuje se rovněž konzultace se stomasestrou, která podrobně vysvětlí postup při provádění irigací (Kreml, 2008, online).

Indikace pro irigaci:

Irigovat (vyplachovat) lze pouze tlusté střevo, nikoliv tenké! (Novák, 1987, s. 26). Provádění výplachů je v některých zemích značně oblíbené. U nás je tato metoda poměrně málo známá a používaná. Pro mnohé může být irigace řešením problémů při zaměstnání, pobytu ve společnosti, při cestování (Novák, 1984, s. 5).

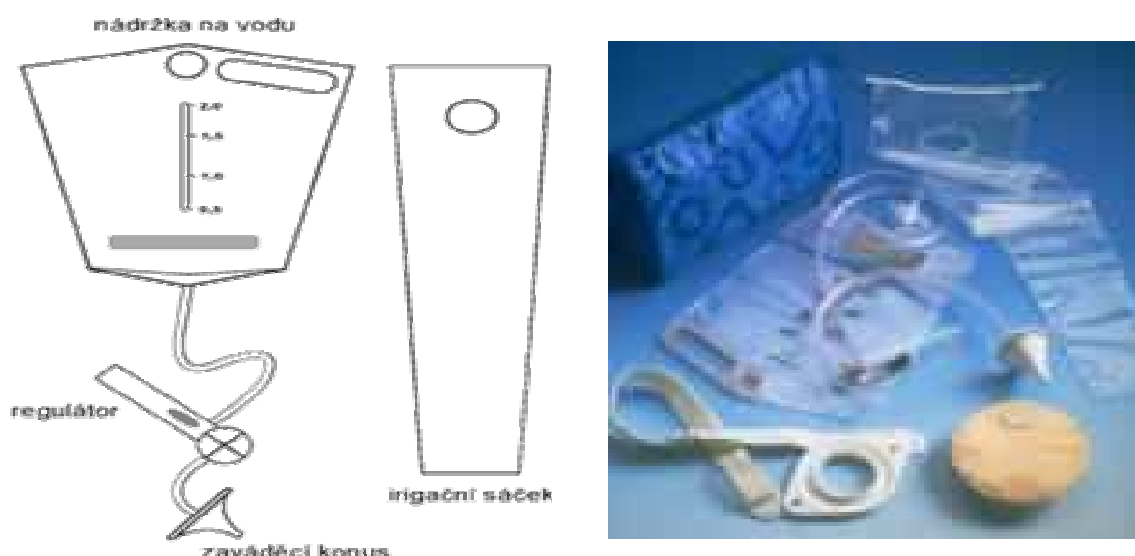
Irigace je velmi vhodná pro aktivní kolostomiky, kteří pracují, sportují či se často pohybují ve společnosti. Obvykle irigují pravidelně každé dva až tři dny. Irigace jim umožňuje používat pouze krytky nebo nenápadné minisáčky.

Další skupinu tvoří stomici, kteří irigují pouze příležitostně (před delší cestou, společenskou akcí, před delším pobytem mimo domov i během pobytu např. v zahraničí, kdy nemusí být vhodné podmínky pro běžné ošetřování kolostomie (Kreml, 2008, online).

Pomůcky k irigaci:

Irigační soupravu, která se skládá z vodního graduovaného vaku, přívodné hadičky opatřené regulátorem, kónickým nástavcem, teploměrem a konickým irigačním stomickým sáčkem, který může volně splývat do klozetové mísy.

Prakticky všichni významní výrobci stomických pomůcek nabízejí irigační soupravy. Celá irigační souprava je složená v praktické taštičce a není problém ji vzít s sebou na dovolenou, do lázní apod. Odvodný sáček může být připevněn přímo na podložku (pomůcky Coloplast s odpovídajícím průměrem kroužku) nebo mohou být přichyceny na speciální přítlačnou podložku z plastu s páskem, která je součástí jednodílné irigační soupravy (Kreml, 2008, s. 48).



Kde provádět irigaci?

Výplach provádí tam, kde je zajištěn odtok výplachové tekutiny se stolicí bez velkého znečištění pacienta/klienta a jeho okolí, tedy v koupelně nebo na klozetu. Výplach se dá provádět ve stoje, vsedě i v kleče (Novák, 1987, s. 28).

Nejpohodlnější je sedět na vhodné stoličce čelem ke klozetu (Kreml, 2008, online).

Postup při irigaci:

- Před zahájením irigace pečlivě připravit všechny potřebné pomůcky (Kreml, 2008, online).
- Po určitou dobu mít plně k dispozici koupelnu a záchod (Kreml, 2008, online).
- Irigace je vhodné provádět pravidelně nejlépe každý druhý den ve stejnou dobu většinou ráno po jídle (Marková, 2006, s. 48).

- Množství vody (v ml) použité pro výplach je dáno výpočtem: 15 krát tělesná hmotnost. Příklad: při hmotnosti 70 kg použijeme $15 \times 70 = 1050$ ml, tj. asi litr vody. Zpočátku je možno používat o něco menší množství a postupně toto množství zvyšovat až asi na osmnáctinásobek hmotnosti (Kreml, 2008, online).
- Výplach se provádí vlažnou pitnou vodou (36 – 38 stupňů) přímo na klozetu (Otradovcová, 2006, s. 49).
- Sáček je nahrazen vyprazdňovacím sáčkem (dlouhý rukáv, který je vyveden do klozetu či do kbelíku). Horní konec sáčku je otevřený a umožňuje zavedení kónusu do kolostomie (Kreml, 2008, online).
- Před irigací je vhodné do kolostomie zasunout prst a zjistit, kterým směrem je uloženo střevo (Marková, 2006, s. 49).
- Voda je napouštěna do střeva pomalu (10 - 15 minut). Kontrolu usnadňuje regulátor s vrtulkou, která signalizuje rychlost protékání. Příliš prudké napuštění by mohlo vyvolat nepříjemné pocity či křeče. Během napouštění se vrtulka obvykle několikrát zastaví, ale po chvíli si voda najde další cestu střevem (Kreml, 2008, online).
- Dále se postupuje tak, že se nejprve vpustí 200 až 300 ml, aby se změkčila stolice nahromaděná nad vývodem (Novák, 1987, s. 28).

Po naplnění střeva a odejmutí irigačního sáčku, se střevo vyprázdní během 20 minut přímo do záchodové mísy. Sporadické vyprázdnění může probíhat ještě další půl hodinu, takže celý proces trvá většinou 45 – 60 minut (Marková, 2006, s. 49). Po vyprázdnění je nutno nalepit stomickou pomůcku (krytku, minisáček atd.). Irigační souprava se očistí, vysuší a uloží (Otradovcová, 2006, s. 49).

PŘÍLOHA 10

DESATERO PRO NOVÉ STOMIKY PODLE ANITY PRICE

1. Neexistuje odpověď na otázku: "Proč zrovna já?". Je však normální hledat odpovědi na otázky spojené s dalším životem.
2. V několika prvních měsících po operaci bude stomie měnit tvar a velikost. Bude se zmenšovat počáteční otok stomie a tím se bude poněkud zmenšovat její průměr. Sledujte změnu velikosti stomie při každé výměně pomůcky až do stabilizace velikosti.
3. U každé osoby je stomie trochu jiná, stejně jako jsou u každého odlišné otisky prstů.
4. Velmi užitečné jsou rady a pomoc od někoho, kdo již stomii má. Zeptejte se lékaře nebo stomasestry, zda není možnost setkání s takovým člověkem.
5. Je to Vaše stomie. Naučte se ovládat Vaši stomii a nedopusťte, aby stomie ovládala Vás. Je normální, že zpočátku bude stomie v centru Vaší pozornosti. S postupem času a s rostoucí zkušeností se stomie stane normální součástí Vašeho života.
6. Naučíte se základní techniky. Budete se setkávat s různými problémy a budete je muset řešit. Když se naučíte řešit tyto potíže a získáte nové zkušenosti, péče o stomii se bude stávat bezproblémovou. Nenechte se vyvést z míry náhodným únikem stolice či plynů. Pokud máte problémy opakovaně, obraťte se na stomasestru.
7. Pro zdravý způsob života je velmi důležitá dobrá výživa. Platí pro Vás obecná doporučení platná pro všechny lidi. Je však nutno přihlížet k dobré a bezproblémové funkci stomie.
8. Nejste sami! Chirurgové na celém světě vytvoří každý pracovní den nejméně 500 nových stomií. Na každých 2000 osob připadá jeden stomik a na světě je více než 2 milióny stomiků. Pomoci Vám mohou kluby stomiků a specializované stomasestry.
9. Jste naživu! Budete se cítit lépe a budete silnější, až se zotavíte po operaci. Dopřejte si čas na zotavení po operaci, na přizpůsobení se tělesným změnám a na adaptaci na stomii.
10. Podělte se o své zkušenosti s dalšími novými stomiky, s Vaší rodinou a přáteli. Záleží pouze na Vás, komu řeknete, že máte stomii. Až získáte potřebné zkušenosti, budete mít řadu příležitostí pomoci dalším. Vzpomeňte si na vlastní zkušenosti, strach z neznámého a bezmocnost, dokud jste nepotkali další, kteří jdou stejnou cestou jako Vy.

PŘÍLOHA 11 INTERNETOVÁ FORMA TESTU RIZIKA OHROŽENÍ KOLOREKTÁLNÍM KARCINOMEM

Jste v rizikové skupině pro onemocnění karcinomem konečníku nebo tlustého střeva?

Udělejte si následující test a ověřte si, zda nepatříte do vysoce rizikové skupiny.

1. Kolik je vám let?

- a) do 20
- b) 21 - 30
- c) 31-40
- d) 41 - 50
- e) 51 - 60
- f) 61 a více

V případě rakoviny tlustého střeva a konečníku je věk velice rizikovým faktorem. Obecně lze říci, že čím jste starší, tím větší je pravděpodobnost, že onemocníte. Obzvláště lidé starší 50 let by měli být ostražití a chodit na test okultního krvácení nejméně jednou za dva roky. Lépe však každý rok. U více než 40% lidí starších 60 let se objeví polyp, tedy první předstupeň rakoviny.

2. Kouříte? Jste často v roli tzv. pasivního kuřáka?

- a) jsem kuřák
- b) jsem často v roli tzv. pasivního kuřáka
- c) jsem nekuřák a nedostávám se běžně do styku s kouřem z cigaret

Kouření je jedním ze zaručených prostředků, jak zvýšit riziko jakéhokoli rakovinného bujení, včetně rakoviny tlustého střeva a konečníku. Nicméně i pasivní kouření, tedy situace, kdy inhalujeme cigaretový kouř ze svého okolí, může mít velice negativní vliv na naše zdraví.

3. Máte sedavé zaměstnání a nedostatek pohybu?

- a) mám sedavé zaměstnání, ale kompenzuji to dostatkem pohybu
- b) mám sedavé zaměstnání a na sport mi už nezbývá čas
- c) ve svém povolání jsem stále v pohybu

Nedostatek pohybu je jedním ze základních prvků boje s rakovinou tlustého střeva a konečníku. V případě, že máte sedavé zaměstnání, je potřeba věnovat dostatečnou pozornost mimopracovním aktivitám. Doporučuje se běhání, plavání, ale také kolektivní sporty. Jedna hodina pohybu denně dokáže s tělem zázraky.

4. Máte rádi hovězí a vepřové maso? Dopřáváte si často krvavé steaky? Drůbeží maso a ryby vám nic neříkají?

- a) mám rád/a červené maso a pokud mohu, vždy si dám pořádně krvavý steak
- b) v jídlu si nevybírám a na mém jídelníčku je ode všeho něco, takže červené, ale i drůbeží maso
- c) hovězí a vepřové maso vůbec nejím

Pokud milujete nepropečené hovězí nebo vepřové maso, měli byste se řídit pravidlem "dobrého jen pomálu". Červené maso je totiž jedním z důležitých rizikových faktorů vzniku rakoviny tlustého střeva a konečníku. Oproti tomu rybí maso a především potraviny z moře obsahují hodně látek prospěšných celému organismu.

5. Pijete alkohol?

- a) mám rád alkohol, je pro mě lékem, myslím, že neškodí v jakémkoliv množství
- b) alkohol piji jen příležitostně, nikdy ale ve velkém množství
- c) jsem abstinent

Nadměrná konzumace alkoholu může mít fatální důsledky pro vaše zdraví. V České republice je nutné především upozornit na pivo, které je pravděpodobně jedním z důvodů, proč má ČR v tomto druhu rakoviny světové prvenství. Dokonce obrátilo i poměr nemocných mužů a žen. Zatímco v zahraničí běžně onemocní rakovinou tlustého střeva a konečníku více žen než mužů, v ČR je tomu naopak. U mužů je tak v České republice kolorektální karcinom prokázán v 84 případech na 100 tisíc obyvatel, u žen je tomu 60 případů na 100 tisíc. Dánské studie potvrdily, že u lidí, vypijí týdně 14 piv či 14 malých panáků tvrdého alkoholu, se riziko rakoviny tlustého střeva a konečníku zvyšují 3,5krát.

6. Míváte problémy při vyprazdňování (bolestivost, krvácení, střídání průjmů a zácpy)?

- a) ano, jde ale o záněty, hemoroidy nebo jiné, léčené choroby
- b) ano, ale mám strach navštívit lékaře, nerad o tom mluvím
- c) podobné obtíže mám jen výjimečně
- d) podobné problémy nemám

Problémy s vyprazdňováním mohou být nejen indikátorem, že něco není v pořádku, ale zároveň i spouštěcím mechanismem pro mnoho dalších onemocnění. Tak například časté záněty konečníku a střev, obzvláště pokud nejsou přiměřeně léčeny, zvyšují riziko onemocnění rakovinou. V případě, že ve svém vyměšování nebo stolici pozorujete jakékoli anomálie, neváhejte navštívit praktického lékaře. Mluvit o těchto problémech sice není nic příjemného, je to ale nutné.

7. Vyskytuje se ve vaší rodině rakovina tlustého střeva nebo konečníku?

- a) ano, měl ji jeden z mých rodičů
- b) ano, někdo v rodině již touto chorobou trpěl
- c) ne, o nikom nevím

Rodinná historie může být do značné míry rizikovým faktorem. Pokud kdokoli z vaší rodiny trpěl rakovinou tlustého střeva a konečníku, patříte do rizikové skupiny a na test na okultní krvácení byste měli chodit nejméně jednou ročně. A rozhodně byste neměli čekat, až vám bude padesát.

8. Kdy jste byli na testu na okultní krvácení naposledy?

- a) méně než před rokem
- b) méně než před dvěma lety
- c) před dvěma a více roky
- d) dosud nikdy

Test na okultní krvácení není primární prevencí, tj. pokud na něj budete pravidelně chodit, nesnížíte pravděpodobnost onemocnění. Zásadním způsobem ale ovlivníte svou šanci na uzdravení. Pokud si test uděláte, máte více než 99% pravděpodobnost, že se pouze přesvědčíte o svém zdraví.

9. Trpíte pocitem plnosti, nevolnosti nebo nechutenstvím?

- a) ano
- b) ne

Byli jste vždy jedlíky, dopřávali jste si tučné hostiny plné červeného masa, knedlíků a vše jste zapíjeli pivem? Najednou však nemáte na nic chuť, jste stále sytí a unavení? Je možné, že je to jeden z prvních příznaků počínajícího onemocnění, možná i rakoviny. Je potřeba od základů změnit svou životosprávu a především navštívit lékaře.

10. Nečekaně jste zhubli?

- a) ano
- b) ne

Vždy jste chtěli zhubnout, ale nešlo to? Najednou jste poloviční a to i přes to, že jíte jako předtím? Možná je to nemoc, co vám ubírá na váze.

11. Odstraňovali vám lékaři polypy ze střeva?

- a) ano
- b) ne

Polyp je prvním krokem k rakovině. Pokud na polypy trpíte, není to však rozhodně důvod k panice, pouze k obezřetnosti. Pravidelně chodte na test na okultní krvácení a na další vhodná vyšetření, která vám váš lékař doporučí. Vždy je nutné pamatovat, že čím dříve je nemoc odhalena, tím úspěšněji může být léčena.

12. Jíte hodně mléčných výrobků a vlákniny?

- a) ano
- b) jsem normální strážník, mléčné výrobky i vláknina jsou v mé stravě obsaženy stejně, jako jiné látky
- c) mléčné výrobky nejím a s vlákninou je to stejné

Domníváte se, že stačí nepít alkohol a nejíst červené maso a vše bude v pořádku? Možná. Proč však svůj boj proti rakovině nepodpořit dalšími prostředky? Vláknina a mléčné výrobky jsou rozhodně správnou volbou.

PŘÍLOHA 12

Regionální diferenciace výskytu kolorektálního karcinomu v ČR (Jana Wiesnerová)

Vývoj incidence kolorektálního karcinomu v okresech ČR

Následující analýza se zabývá vývojem regionální diferenciace výskytu kolorektálního karcinomu v populaci ČR. Údaje vycházejí z Národního onkologického registru, který eviduje onemocnění novotvary, a data z něj jsou zpracovávána a každoročně publikována Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR v publikaci Novotvary.

Během období 1980, 1985, 1990 – 94, 1994 – 98 a 1998 – 2002, za která byly údaje o nemocnosti karcinomem kolorekta v okresech České republiky studovány, se incidence (výskyt nových případů) novotvarů tlustého střeva a konečníku u obou pohlaví zvyšovala.

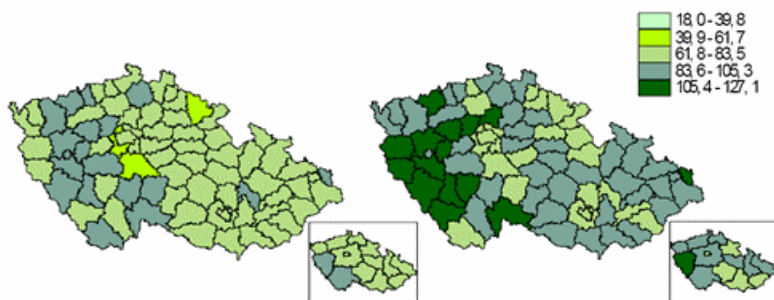
Existují **rozdíly v intenzitě nemocnosti kolorektálním karcinomem mezi pohlavími**, zatímco v případě žen byla průměrná intenzita nemocnosti kolorektálním karcinomem **46 žen** připadajících na 100 000 žen evropského standardu (v letech 1998 – 2002), v případě mužů byla intenzita nemocnosti na tento typ nádorů zhruba dvojnásobná (**91 mužů** na 100 000 mužů evropského standardu v letech 1998 – 2002).

Tab 1, 2 : Statistické charakteristiky standardizované míry incidence kolorektálního karcinomu mužů a žen v okresech České republiky v letech 1980, 1985, 1990 – 94, 1994 – 98 a 1998 - 02 (na 100 000 osob evropského standardu)

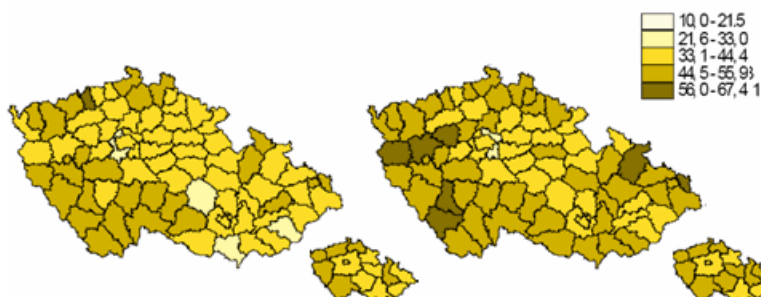
Standardizovaná míra incidence kolorektálního karcinomu - muži					
	1980	1985	1990 - 94	1994 - 98	1998 - 02
Variační rozpětí	70	66	47	55	63
Minimum	18	26	54	66	64
Maximum	88	92	102	121	127
Průměr	51	60	77	87	91

Standardizovaná míra incidence kolorektálního karcinomu - ženy					
	1980	1985	1990 - 94	1994 - 98	1998 - 02
Variační rozpětí	48	41	32	33	27
Minimum	10	13	26	32	32
Maximum	58	54	58	64	59
Průměr	31	34	42	45	46

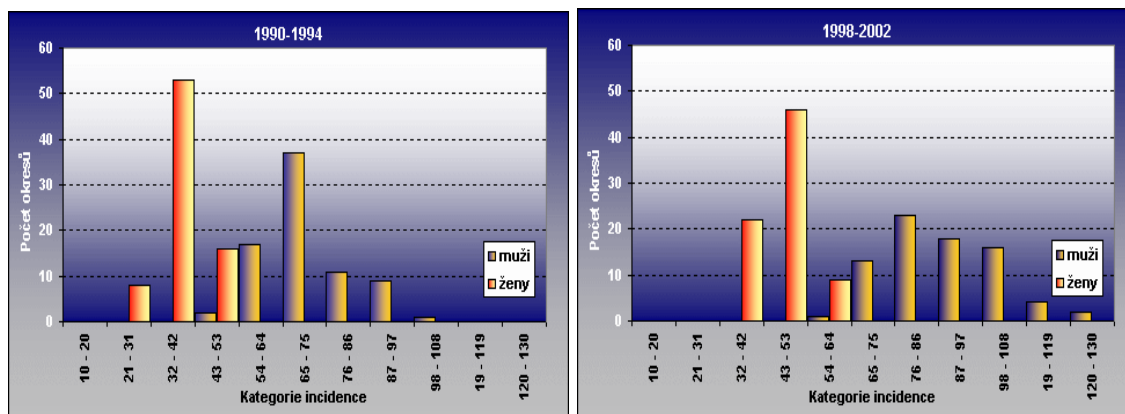
Kartogram 1, 2 : Standardizovaná míra incidence novotvarů kolorekta mužů, v letech 1990 – 94 a 1998 - 2002 (na 100 000 mužů evropského standardu)



Kartogram 3, 4: Standardizovaná míra incidence novotvarů kolorekta žen, v letech 1990 – 94 a 1998 - 2002 (na 100 000 žen evropského standardu)



Graf 1, 2: Rozložení okresů České republiky podle standardizované míry incidence kolorektálního karcinomu mužů a žen, v letech 1990 – 94 a 1998 – 2002 (na 100 000 osob evropského standardu)



V České republice existují mezi okresy poměrně výrazné rozdíly v intenzitě nemoci na novotvary tlustého střeva a konečníku. Během sledovaných období (1980, 1985, 1990 – 94, 1994 – 98 a 1998 – 2002) se vyčleňovaly oblasti s vyšší i nižší nemocností na karcinom kolorekta, **vyšší nemocnost** na tento typ nádorů byla prakticky po celé studované období v některých **okresech západních a jižních Čech** a také na severu Moravy, **nižší** byla potom **na východě Čech a také na jižní Moravě**.

Vývoj úmrtnosti na karcinom kolorekta v okresech ČR

V průběhu sledovaného období (1980, 1985, 1990 – 94, 1994 – 98 a 1998 – 2002) se přibližně do poloviny devadesátých let úmrtnost na kolorektální karcinom zvyšovala a od té doby spíše **stagnuje nebo velmi pozvolna klesá, a to v případě obou pohlaví.**

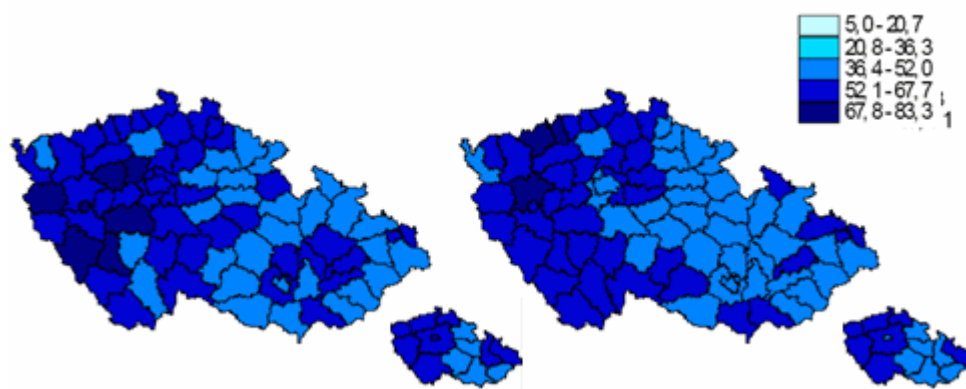
Stejně jako v případě nemocnosti i u úmrtnosti na karcinom kolorekta existují **rozdíly v intenzitě mezi pohlavími.** Zatímco v případě žen byla průměrná intenzita úmrtnosti na kolorektální karcinom **26 žen** připadajících na 100 000 žen evropského standardu (v letech 1998 – 2002), v případě mužů byla intenzita nemocnosti na tento typ nádorů opět **zhruba dvojnásobná (53 mužů** na 100 000 mužů evropského standardu v letech 1998 – 2002).

Tab 3, 4: Statistické charakteristiky standardizované míry úmrtnosti na kolorektální karcinom mužů a žen v okresech České republiky v letech 1980, 1985, 1990 – 94, 1994 – 98 a 1998 - 02 (na 100 000 osob evropského standardu)

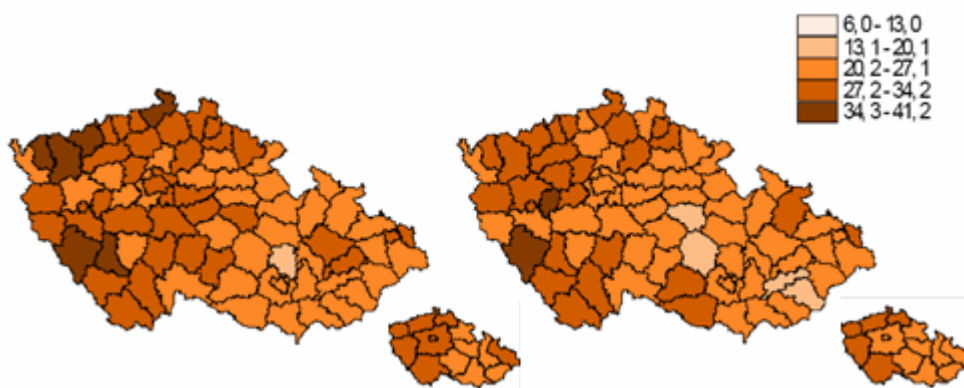
Standardizovaná míra úmrtnosti na kolorektální karcinom - muži					
	1980	1985	1990 - 94	1994 - 98	1998 - 02
Variační rozpětí	60	52	34	44	39
Minimum	5	22	40	38	38
Maximum	65	74	74	82	76
Průměr	35	47	54	54	53

Standardizovaná míra úmrtnosti na kolorektální karcinom - ženy					
	1980	1985	1990 - 94	1994 - 98	1998 - 02
Variační rozpětí	31	31	18	22	23
Minimum	6	10	20	17	18
Maximum	37	41	38	40	40
Průměr	20	26	28	27	26

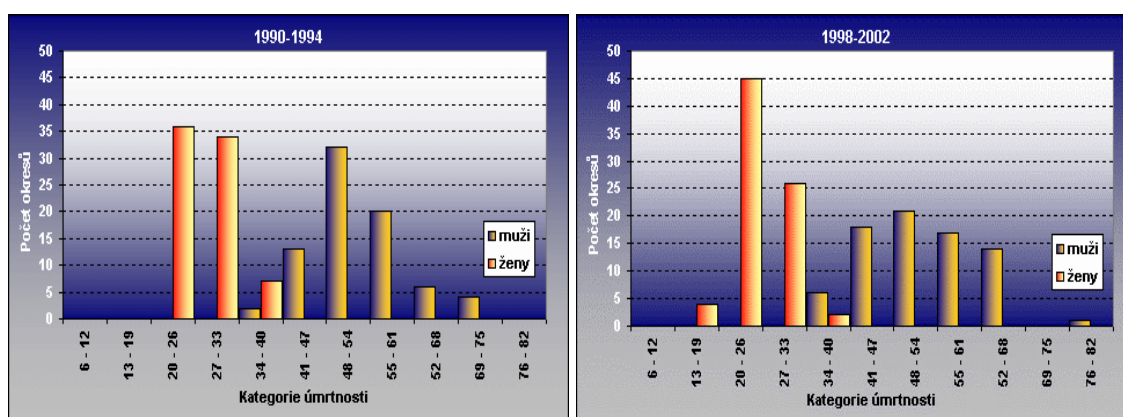
Kartogram 5, 6: Standardizovaná míra úmrtnosti na novotvary kolorekta mužů v letech 1990 – 94 a 1998 – 2002 (na 100 000 mužů evropského standardu)



Kartogram 7, 8 : Standardizovaná míra úmrtnosti na novotvary kolorekta žen v letech 1990 – 94 a 1998 – 2002 (na 100 000 žen evropského standardu)



Graf 3, 4 : Rozložení okresů České republiky podle standardizované míry úmrtnosti na kolorektální karcinom mužů a žen v letech 1990 – 94 a 1998 – 2002 (na 100 000 osob evropského standardu)



Mezi okresy České republiky po celé studované období existovaly a i nadále existují rozdíly z hlediska úmrtnosti na karcinom kolorekta. Vyčleňují se oblasti s vyšší i nižší úmrtností na novotvary tlustého střeva a konečníku. Podobně jako v případě nemocnosti, tak také úmrtnost na kolorektální karcinom byla vyšší převážně v okresech západních a jižních Čech. Naopak nižší úmrtnost na tento typ nádorů byla zjištěna na východě Čech a také na Moravě.

Rakovina patří mezi největší zdravotní problémy dneška. V boji proti rakovině je důležitá důsledná prevence a také studium příčin nemocí. Kolorektální karcinom je nejčastějším nádorem trávicího traktu a druhým nejčastějším nádorovým onemocněním u obou pohlaví. Z velké většiny jsou za vznik kolorektální rakoviny odpovědné zevní faktory, především stravovací zvyklosti, způsob přípravy a konzervace jídla. V posledních deseti letech se vedle faktorů zevního prostředí stále častěji diskutují i genetické vlohy. Ukázalo se, že u většiny tzv. sporadických kolorektálních karcinomů se uplatňují genetické faktory, které přispívají ke zhoubné transformaci a vzniku adenomů a invazivních karcinomů tlustého střeva.