

**UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2009

Jana Pánková

**Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií**

Ošetrovatelská péče o klienty po resekci tlustého střeva

Jana Pánková

**Bakalářská práce
2009**

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Katedra ošetrovatelství
Akademický rok: 2008/2009

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jana PÁNKOVÁ**

Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Název tématu: **Ošetrovatelská péče u klientů po resekcii tlustého střeva**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Sběr informací, studium literatury a popis současné problematiky nádorového onemocnění tlustého střeva a jiných příčin vedoucích k jeho resekcii a střevnímu vývodu.
2. Stanovení podmínek, metod, cílů a hypotéz práce.
3. Prokonzultování výběru metod výzkumu a respondentů s vedoucím práce.
4. Stanovení vhodné metodiky a sestavení dotazníků.
5. Výběr vhodných respondentů a rozdělení dotazníků.
6. Analýza a interpretace získaných dat.
7. Kritické zhodnocení a doporučení.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího
Rozsah pracovní zprávy: 35 stran
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická


Seznam odborné literatury:

1. MARKOVÁ, M. Stomie gastrointestinálního a močového traktu. 1.vyd. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-434-8.
2. ŠVÁB, J. Operace tlustého střeva. 1. vyd. Praha : Triton, 2000. ISBN: 80-7254-122-6.
3. HOCH, J. Akutní chirurgie tlustého střeva. 1. vyd. Praha : Maxdorf, 1998. ISBN 80-85800-85-3.
4. VYSLOUŽIL, K. Komplexní léčba nádorů rekta. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0628-8.
5. HOLUBEC, L. a kol. Kolorektální karcinom. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0636-9.
6. SKŘIČKA, T.; KOHOUT, P.; BALÍKOVÁ M. Dieta u pacientů se střevními vývody a po operaci střev. 1. vyd. Praha : Forsapi, 2007. ISBN 978-80-903820-6-0.


Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Vladimír Červinka
Katedra klinických oborů

Datum zadání bakalářské práce: 30. listopadu 2008

Termín odevzdání bakalářské práce: 24. dubna 2009


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Eva Hlaváčková
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 3. února 2009

Anotace a klíčová slova

Anotace

Bakalářská práce je zaměřena na ošetrovatelskou péči o klienty po resekci tlustého střeva. V úvodní části jsou seřazeny teoretické poznatky týkající se anatomie a fyziologie tlustého střeva, příčiny vedoucí k operačnímu výkonu na něm, některé možnosti chirurgické léčby, a mnohdy na ní navazující chemoterapie či radioterapie. Dále je zde podrobně popsána předoperační příprava a pooperační péče o pacienta se stomií, ošetrování vývodu, potřebné pomůcky, možné komplikace, a dále jednotlivé oblasti, v kterých mají tito pacienti problémy. Na teoretickou část navazuje výzkum, ve kterém porovnávám 2. soubory pacientů. Pacienty s kolostomií a po resekci, kteří stomii nemají, a to v jednotlivých klíčových oblastech ošetrovatelské péče.

Klíčová slova

Resekce střeva, kolostomie, stomické pomůcky, ošetrování kolostomie, ošetrovatelská péče, komplikace stomie, resekce

Title

Nursing treatment of clients after colon resection

Anotation

The bachelor thesis is focused on nursing treatment of clients after colon resection. In the introductory section there is listed theoretical knowledge of anatomy and physiology of colon, causes leading to its operation, some possible ways of surgical treatment, which is frequently followed up with chemotherapy or radiotherapy. Moreover, pre-operative and post-operative treatment of a patient with stomia, treatment of colostomia are described in detail there. Facilities, possible complications, and other areas where problems appear. In the reasearch section I compare two groups of patients in individual key areas of nursing treatment; patients with colostomia and those after resection who do not have stomia.

Keywords

Intestine resection, colostomia, stomia facilities, colostomia treatment, nursing treatment, stomia and resection complications

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci na téma „Ošetrovatelská péče o klienty po resekci tlustého střeva“ vypracovala pod vedením vedoucího bakalářské práce samostatně a uvedla jsem veškeré použité literární prameny a informace, které cituji v uvedené bibliografii.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mě požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do její skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne

.....

Jana Pánková

Poděkování:

Ráda bych poděkovala vedoucímu práce MUDr. Vladimíru Červinkovi, za poskytnuté cenné rady a odborné vedení této bakalářské práce.

OBSAH

Úvod.....	10
Cíl práce.....	11
I. Část teoretická	12
1. Anatomie a fyziologie tlustého střeva a konečníku	12
1.1 Intestinum crassum, tlusté střevo.....	12
1.2 Rektum.....	13
1.3 Fyziologie tlustého střeva	14
1.4 Karcinom tračnicku a konečníku	15
1.5 Chirurgické resekce	16
1.5.1 Pravostranná hemikolektomie a rozšířená pravostranná hemikolektomie	16
1.5.2 Resekce transversa.....	16
1.5.3 Levostranná hemikolektomie a rozšířená levostranná hemikolektomie.....	17
1.5.4 Resekce sigmatu	17
1.5.5 Subtotální kolektomie	17
1.5.6 Proktokolektomie.....	17
1.5.7 Přední dolní resekce.....	17
1.5.8 Abdominoperitoneální amputace rekta – Milesova resekce	17
1.5.9 Lokální operace tumorů rekta	18
1.5.10 Laparoskopické operace	18
1.5.11 Hartmannova resekce.....	18
1.6 Umístění kolostomie	18
1.7 Radioterapie	19
1.7.1 Postradiační reakce	20
1.8 Chemoterapie	20
2. Ošetrovatelská péče	21
2.1 Předoperační příprava	21

2.1.1 Všeobecná příprava.....	21
2.1.2 Speciální příprava	22
2.2 Pooperační péče	23
2.2.1 Bezprostřední pooperační péče	23
2.2.2 Intermediální pooperační období	24
2.3 Péče o stomie	25
2.4.Pomůcky pro stomiky	26
2.5 Ošetřování stomií	27
2.6 Komplikace stomií	27
2.6.1 Časné pooperační komplikace	28
2.6.2 Pozdní pooperační komplikace	29
2.7 Komplikace resekcí.....	30
2.8 Výživa, pitný režim.....	30
2.9 Vyprazdňování	31
2.10 Fyzická aktivita a sport	32
2.11 Společenský život	32
2.12 Sexualita.....	32
2.13 Sociální zabezpečení pacienta	33
2.13.1 Kluby stomiků.....	33
2.14 Psychická problematika	34
3. Výzkumná část.....	35
3.1. Výzkumné záměry	35
3.2. Metodika výzkumu	37
3.3. Charakteristika zkoumaného souboru.....	39
3.4 Analýza získaných informací.....	40
3.5 Diskuze	64
Závěr	67

Soupis bibliografických citací	67
Seznam zkratk	70
Seznam příloh a obrázků.....	71

Úvod

Česká republika je, co se incidence kolorektálního karcinomu týče, na předních místech na světě. Množství pacientů, kteří museli podstoupit chirurgický výkon - tzv. resekci se neustále zvyšuje. V naší zemi je výskyt rakoviny tlustého střeva a konečníku na třetím místě u mužů (za zhoubným nádorem kůže, karcinomu průdušek a plic) a na druhém místě u žen (po karcinomu prsu). [12]

Mezi způsoby chirurgické léčby řadíme kontinentní resekce a resekce s nutností provedení stomie. Založení stomie s sebou přináší spoustu změn a omezení, ovlivňuje pacienty v řadě oblastí a je náročné i na ošetrovatelskou péči, proto jsem se rozhodla tímto tématem blíže zabývat.

Cíl práce

Jak již bylo napsáno v úvodu, je problematika zhotovování střevních vývodů (tzv.stomíí) a resekce střev velmi aktuální, a to i navzdory výraznému pokroku v medicíně, zejména v chirurgii. Hlavním cílem mé práce bylo porovnat klienty s kolostomíí v jednotlivých klíčových oblastech ošetrovatelské péče (výživa/vyprazdňování, aktivita/cvičení, role/mezilidské vztahy, sexualita, možné komplikace) s klienty po resekci tlustého střeva. Dalším cílem bylo zhodnotit stomické pacienty v oblasti ošetrování vývodu.

I. Část teoretická

1. Anatomie a fyziologie tlustého střeva a konečníku

1.1 Intestinum crassum, tlusté střevo

Je asi 1,3-1,7 m, dlouhý, konečný úsek trávicí trubice. Začíná od ileocékální chlopně slepým střevem (intestinum caecum), uloženým v pravé jámě kyčelní. Tento úsek střeva vybíhá v appendix vermiformis, vyplněný mízní tkání. Ceakum dále pokračuje vzestupným tračníkem (colon ascendens) až pod hepatální flexuru, kde přechází do tračníku příčného (colon transversum) nejdelšího úseku tlustého střeva - 50-60 cm, probíhajícího příčně doleva až ke slezině, kde pokračuje jako sestupný tračník (colon descendens) po levé straně dutiny břišní do jámy kyčelní, kde přechází v esovitě zakřivený úsek střeva (colon sigmoideum) jdoucí do středu malé pánve, odkud tračník pokračuje konečníkem. Konečník probíhá před křížovou kostí a ústí navenek otvorem zvaným anus, řiť. [5] (Viz. obrázek 1)

Na povrchu tlustého střeva nalézáme tenie - tři bělavé podélné pruhy, ztluštělé svaloviny.

Jeden z pruhů je obrácen směrem dorsálně (taenie mesocolica), jeden ventrokranálně (taenia omentalis) a jeden kaudálně (taenia libera). Všechny tři tenie se sbíhají na appendix.[8]

Haustra coli, neboli výpuky, jsou místa zevně vyklenutá díky tahu taenií. Dodávají tlustému střevu charakteristický vzhled.

Plicae simulares, poloměsíčité řasy, prominují dovnitř střeva a odpovídají haustarcím v jeho lumen. [5]

Stěna tlustého střeva

Sliznice tlustého střeva

Je bledá, žlutavá, kryta jednovrstevným cylindrickým epitelem. Má četné žlázy, hutně natěsněné Lieberkühnovy krypty. V epitelu sliznice a žláz tlustého střeva se vyskytuje více druhů buněk: enterocyty, pohárkové buňky (secernují hlen a chrání střevo před poškozením), M-buňky, chomáčkové buňky dále pak nediferencované kmenové a endokrinní buňky.[5]

Slizniční vazivo

Obsahuje lymfatické uzlíky, nejvíce je jich ve slepém střevu.

Podslizniční vazivo

Řídké, obsahuje cévní a nervovou pletěň.

Svalovina tlustého střeva

Má typickou vnitřní cirkulární vrstvu a zevní longitudinální vrstvu, která je velmi tenká.

Seroza tlustého střeva

Peritoneální povlak, vytvářející appendices epiploicae - stopkaté výběžky vyplněny tukovým vazivem, vyskytující se hlavně v blízkosti taenií. [5]

Cévní zásobení tlustého střeva

Arteriální zásobení tlustého střeva až po lineální flexuru je větvemi horní mezenterální tepny (a. ileocolica, a. colica dextra, a. colica media). Sestupný tračník zásobuje a. mesenterica inferior (její větev a. colica sinistra). A.colica sinistra anastomozuje s a.colica media a vstupuje v anastomosis magna Halleri, arcus Riolani

Artérie provázejí vény směrem do vena mesenterica inferior a vena mesenterica superior obě ústí do vrátnice (v. porte). [8]

1.2 Rektum

Terminální část tlustého střeva, která sahá od rektosigmoideální junkce v úrovni třetího sakrálního obratle k anorektální linii. Je ve svém průběhu zakřiveno jak v rovině frontální, tak sagitální.[28]

Rektum má dvě hlavní části: ampulla recti - širší kraniální část a canalis analis – užší úsek dlouhý 2,5-3,8 cm. V ampulla recti se nachází příčné poloměsíčité řasy - Houstonovy řasy, které jsou obvykle tři.

Horní a dolní vyvstává od levé stěny a prostřední: Kohlrauschova začíná od pravé stěny. V místě baze Kohlrauschovy řasy je typická vkleslina, podmiňující zakřivení rekta. Stěna konečníku nemá tenie. Hranici mezi ampulární částí konečníku a canalis anale tvoří linea anorectalis. Canalis anale nese podélné řasy zvané columnae anale, rozložené v počtu 6 až 10 po celém jeho obvodu. [5]

Epitel sliznice rekta je cylindrický a má schopnost vstřebávat, čehož lze využít při aplikaci léků. V průběhu análního kanálu se místy stává vícevrstevným s polygonálními buňkami. Za hranici pod níž nejsou krypty ani cylindrický epitel, se považuje úroveň valvulae anale. Pod kterou se nachází pecten analis, světlejší pás sliznice, kde je typický mnohvrstevný dlaždicový epitel. Podslizniční vazivo je zde hustší a pevnější než v kraniálnějších a kaudálnějších usecích. Zona haemorrhoidales je pás sliznice, podložený cévní pletení a

zesílenou cirkulární hladkou svalovinou. Vystupuje za patologických okolností při přeplnění žil. [5]

Svalovina rekta

Vnitřní cirkulární vrstva hladké svaloviny je zesílena v horních třech čtvrtinách análního kanálu a vytváří tam m.sphincter ani internus-vnitřní svěrač.[5]

M. sphincter ani externus je svěrač z příčně pruhované svaloviny, který má více částí (pars profunda, pars superficialis, pars subcutanes) a relaxuje volní činností. Hluboká vrstva zevního svěrače je spjatá s okrajem levátorů. [8]

Arteriální zásobení rekta

„Arteriální zásobení rekta zajišťuje nepárová a.rectalis superior, vychází z a. mesenterica inferior, která se při dolním okraji 3. křížového obratle dělí na pravou a levou větev a zajišťuje výživu rekta až po levator ani. Zásobení análního okraje je z a. rectalis media a a. rectalis inferior.

Krev z horní části rekta odtéká do v.mesenterica inferior a do v. porte. Pod sliznicí řitního kanálu je žilní pleteň (plexus haemorrhoidalis internus). Mnohem méně vyvinutá žilní pleteň leží pod kůží při okraji řitě (plexus haemorrhoidalis externus). Mezi oběma pleteněmi je vazivová přepážka.“ [8]

Anus

Řitní otvor, jímž je anální kanál ukončen, je lemován kůží, která je více pigmentovaná, činností svěracích svalů stažená a přitom složená v několik radiálních řas, které se vyrovnávají v průběhu defekace při průchodu obsahu rekta. [5]

1.3 Fyziologie tlustého střeva

Tlusté střevo má významnou funkci skladovací - slouží jako rezervoár potravy až do možného vyprázdnění a vstřebávací - regulace objemu a elektrolytového složení stolice. Z objemu 1,5 litru chymu, který přijde do tlustého střeva, zbude objem mající přibližně kolem 60-120 ml vody. Vlastní pohyby tlustého střeva jsou charakterizovány posunem obsahu směrem k rektu.[20]

Motilita colon je stimulována jednak nervově (sympatikus ji tonicky tlumí a parasympatikus stimuluje) jednak chemicky nebo mechanicky. Hormony podílející se na řízení je gastrin, CCK, sekretin a glukagon. Reflexy jako gastro-,duodeno-, kolokolický a defekační mají též vliv na motilitu střeva. Hlavními míchacími pohyby celého tlustého střeva jsou haustrace (pravidelné pohyby vzdálených úseků cirkulární svaloviny) a tzv.velké Holzknichtovy pohyby, které umožňují posunutí chymu na větší vzdálenosti. Rychlost pasáže tlustým střechem závisí na kvalitě a složení. Čím menší je podíl vlákniny v potravě tj. málo

nestravitelných zbytku jako celulóza aj. trvá přechod nestrávené potravy od ileocékální chlopně po rektum obvykle 2-3 dny.

Bakterie nacházející se v kolonu jsou obligátní anaeroby. Aerobní formy jako E.coli tvoří jen 1% z celkového počtu. Jejich množství je obrovské tvoří až 50% hmotnosti stolice. Mohou štěpit sacharidy, malé množství celulózy a pektinu. Některé bakterie syntetizují i vitamíny, jedná se především o vitamín K. Při životních pochodech bakterií vznikají i různé plyny jako oxid uhličitý, sirovodík, vodík, metan aj.[27]

Vyprazdňování stolice tzv. defekace je reflexní děj vyvolaný při naplnění rekta, které je po většinu času prázdné. Naplnění rekta a tlak před defekací reflexně relaxují vnitřní svěrač a zároveň vyvolají kontrakci zevního svěrače. Parasympatický defekační reflex (centrum v sakrální míše) výrazně zesiluje peristaltické vlny a tlačí obsah dále do anu. Pokud volní složka ovládající sakrální reflexní systém, povolí vyprázdnění, dojde k relaxaci zevního svěrače. S tím je obvykle spojen hluboký nádech, uzavření glotis a další zvýšení nitrobřišního tlaku kontrakcí břišních svalů. Souhra všech těchto faktorů umožní vyprázdnění. Pokud se zevní svěrač neotevře, dojde během několika minut k vyhasnutí reflexu.[28]

Indikací k chirurgickým výkonům na tlustém střevu může být celá řada: divertikulitis, apendicitis, colitis ulcerosa, Crohnova nemoc, polypy tlustého střeva, familiární adenomatózní polyposis, traumata aj. V rámci má práce jsem blíže popsala karcinom tlustého střeva a konečníku, protože vede k různým typům resekce nejčastěji.

1.4 Karcinom tračnicku a konečníku

Výsledky klinických studií ukazují na zvýšené riziko vzniku těchto nádorů při stravě s vysokým obsahem živočišných tuků, červeného masa a nízkým obsahem vlákniny. Určitou roli hraje i alkohol a kouření, které je významné zejména pro vznik nádoru v oblasti konečníku. Mezi rizikové skupiny kolorektálního karcinomu patří asymptomatictí jedinci nad 45let věku, všechny formy difúzní střevní polypózy (syndrom FAP, Gardnerův syndrom, Turcotův syndrom), syndrom hereditárního nepolypózního karcinomu, kolorektální karcinom u nejbližších příbuzných, adenomové polypy, stavy po kurativní resekci kolorektálního karcinomu, nespecifické střevní záněty a stav po karcinomu prsu, dělohy, a ovaria.[8]

Onemocnění je charakterizováno dlouhým, několikaletým bezpříznakovým obdobím, poté se vyskytuje únava, anemie, porucha střevní pasáže a váhový úbytek. Nádory, které vznikají v oblasti caeca a colon ascendens, mají jako hlavní příznak sideropenickou

anemii a nespecifické zažívací obtíže. Nádory, které vznikají v aborální části zažívacího traktu, se projevují vznikem zácpy a průjmu, stužkovitou stolicí. Časté je krvácení do stolice. Asi 30% procent těchto nádorů se projeví střevní obstrukcí - subileozním a ileózním stavem. Dále mohou být přítomny i bolesti konečníku a odchod stolice spolu s větry.

Prognóza závisí na pečlivém stanovení klinického stadia (TNM klasifikace) to znamená nejen pečlivé vyšetření předoperační, ale také kvalitní operační zákrok s náležitou lymfadenektomií a vyšetřením dostatečného počtu mízních uzlin.[3]

Hloubka invaze a generalizace nádoru patří mezi nejdůležitější prognostické faktory. Pětileté přežití u pacientů s nádorem tlustého střeva a rekta v závislosti na stadiu onemocnění je přibližně následující: stadium I. 80%, stadium IV. 5%. Prognostický význam má stanovení pT, pN (vyšetření alespoň 12 mízních uzlin) a stanovení histologického gradingu. Méně diferencované nádory (stadium 3, 4) mají obecně horší prognózu.[8]

1.5 Chirurgické resekce

1.5.1 Pravostranná hemikolektomie a rozšířená pravostranná hemikolektomie

Tento výkon se provádí při karcinomu na caéku, vzestupném tračníku, hepatální flexuře, či pravé části kolon. Přístup je sjednán podélným transrektálním řezem vpravo nebo střední laparotomií. Při exploraci dutiny břišní se zkontroluje rozsah nádoru, vztah k okolí, palpační nález na játrech, stav lymfatických uzlin a peritonea. Místo resekce bude asi 15 cm před Bauhinovou chlopní směrem vzhůru po protnutí peritonea se přeruší i hepatokolické ligamentum. Ileotransversoanastomóza se zakládá koncem ke konci. Při rozšířené pravostranné hemikolektomii u karcinomu hepatální flexury chirurg odstraní pravé 2/3 příčného tračníku event. celý tračník s lineární texturou a zakládá ileodescendentanastomózu.[8]

1.5.2 Resekce transverza

Provádí se při tumoru lokalizovaném na transverzu. Pro otevření se používá podélná střední laparotomie. Resekuje se hepatální i lienální flexura včetně transverza. Výkon se uzavře kolokolonoanastomózou. V některých případech při rozsáhlejších tumoru se může provést až subtotální kolektomie s ileorektoanastomózou.[8]

1.5.3 Levostranná hemikolektomie a rozšířená levostranná hemikolektomie

Indikací je nádor na lienální flexuře nebo na sestupném tračníku. Přístup je sjednán levostranným podélným řezem. Při rekonstrukci u prosté levostranné hemikolektomie chirurg zakládá transversosigmoideoanastomózu. Rozšířená levostranná hemikolektomie se provádí u tumoru na horní části esovité kličky.[8]

1.5.4 Resekce sigmatu

Indikací je tumor uložený na esovité kličce. Dutina břišní se otevře dolní střední laparotomií nebo podélným transrektálním řezem. Při výkonu pro tumor na horním rektu se zresekuje přechod descendent do sigmatu. Při lézi na distálním sigmatu se musí zahrnout i rektosigmoidální přechod. Resekční linie by měla být alespoň 15 cm nad a 10 cm pod nádorem. Výkon se ukončí založením descendentosigmoideo nebo descendentorektoanastomózou.[8]

1.5.5 Subtotální kolektomie

Indikujeme při mnohočetných tumorech na tračníku. Výkon zakončíme ileorektonastomózou.

1.5.6 Proktokolektomie

Je úplné odstranění tlustého střeva s rektem nebo i análním kanálem. Výkon se zakončí terminální ileostomií. Při ponechání anu je jeho možné napojení na ileum po vytvoření ileálního pouche.[8]

1.5.7 Přední dolní resekce

V současné době je nejčastěji indikovanou svěrač zachovávající operací. Rozsah radikální resekce pro maligní nádor konečnicku je určen cévním zásobením rekta a sigmoidea. Po adekvátní resekcii zbývá dostatečně dlouhý pahýl pro vedení anastomózy. [28]

1.5.8 Abdominoperitoneální amputace rekta – Milesova resekce

V roce 1908 navrhuje Miles radikální operaci rekta. Ta byla obecně přijata a bez větších změn prováděna až do 60. let 20. století, kdy nastala plejáda sfinkter zachovávajících operací. Jedná se o odstranění 1/3 sigmoidea, rekta a análního kanálu. Proveďte se uzávěr perinea, a colon descendent se vyvede jako terminální kolostomie. Ta musí zajistit nejen pasáž střevní, ale musí také splňovat využití kolostomických pomůcek. Kolostomii se obvykle umísťuje v levém mezogastriu v místě, kde je stěna břišní rovná, bez větších záhybů.

1.5.9 Lokální operace tumorů rekta

Jako radikálního chirurgického léčení je limitováno vyšším počtem lokálních recidiv. Proto mají být tyto operace rezervovány pro malé a dobře či středně diferencované adenokarcinomy infiltruující stěnu rekta maximálně do muscularis propria. Dále by k lokální operační léčbě měly být indikováni nemocní s tumorem, jehož velikost nepřesáhne 3cm, max. 4cm. [28]

1.5.10 Laparoskopické operace

K laparoskopické resekcii nejsou vhodné rozsáhlé tumory infiltruující okolní tkáň. Ideální indikací k miniinvazivní chirurgii je relativně malý tumor, který neprorůstá zevní stěnu, a nemocný není příliš obézní. [28]

1.5.11 Hartmannova resekce

V roce 1923 popsal Hartmann resekci sigmoidea s intraperitoneálním uzávěrem pahýlu rekta pod tumorem, která byla doplněna o terminální kolostomii. Čistě aborální technika má snížit riziko a operační zátěž abdominoperineálních amputací a byla původně určena především pro vysoce rizikové nemocné. [28]

Operace na tlustém střevu. (Viz. obrázek 2.)

V dnešní době má chirurgická léčba nádorů konečníku a střeva dominantní postavení, ale i přínos chemoterapie a radioterapie je důležitý. Nelze však vyloučit možnost kolostomie, která je největším psychickým traumatem pro každého nemocného

1.6 Umístění kolostomie

Axiální dvouhlavňová stomie - klička střeva je vyvedena po celém obvodu, podkládá se drénem (tzv. můstkem). Do otvoru ústí přívodná a odvodná klička.

Terminální stomie - u tohoto typu stomie je proximální část střeva vyvedena břišní stěnou na povrch, distální konec je buď odstraněn nebo slepě uzavřen.

Nástěnná stomie - je pouze otvor ve stěně tlustého střeva.

Coecostomie-jedná se o vyústění střeva v oblasti přechodu tenkého střeva do tlustého.

Transverzostomie- vývod na příčném tračníku. Ošetřování je vždy obtížné s ohledem na umístění.

Sigmoideostomie-vývod esovité kličky tlustého střeva. Jedná se o nejčastější typ kolostomie. Rozsah resekce závisí na typu zvoleného zákroku (Milesova, Hartmanova operace). [18]

1.7 Radioterapie

Jedná se o léčbu ionizujícím zářením, které postupně vede k zástavě dělení a ke smrti buňky. V dnešní době je zevní radioterapie využívána v předoperační terapii s cílem downstagingu a umožnění operability, v pooperační léčbě s cílem snížit riziko místních recidiv, dále jako definitivní léčba u inoperabilních nádorů, či jako paliativní léčba vzdálených metastáz v kostech, plicích, játrech a CNS. Jednotkou absorbované dávky je 1 Gray-vyjadřuje absorpci energie 1 joule v 1 kg hmoty. Již od začátku používání radioterapie se ukázalo, že rozdělení dávky do několika frakcí je výhodnější, a to jak z pohledu účinku na nádor, tak na zdravé tkáně, než aplikace jednorázové dávky. Důležitým faktorem, který ovlivňuje biologický účinek záření je oxygenace. Dobře okysličené tkáně jsou výrazně citlivější na záření než tkáně hypoxické. Lepší výsledky tedy představuje předoperační radioterapie než pooperační v důsledku horšího zásobení tkání kyslíkem díky vzniku pooperačních vazivových změn. Cílem léčby zářením je aplikace tumorozní letální dávky (od 40-70 Gray) do nádorového ložiska v určitém čase a současně maximální ochrana okolních zdravých tkání a orgánů. Paliativní radioterapie používá 2/3 až 3/4 tumorozní letální dávky. Podle umístění zdroje ve vztahu k tělu pacienta rozlišujeme zevní ozařování teleterapii (zdroj záření vzdálen 5 cm od povrchu těla pacienta) a ozařování intrakavitární, intersticiální brychyterapii. Radioizotopové aplikátory tedy lze přímo zavést do nádorového ložiska, tím lze dosáhnout vysoké dávky v ozařovaném místě a v jeho bezprostředním okolí a prudkého poklesu dávky záření mimo vlastní oblast. Při metodě jednorázového ozáření se aplikuje potřebná dávka do ložiska v jednom sezení. Častěji se ale používá frakcionované ozáření, které rozděluje tumorózně letální dávky v denní a týdenní. Ty se aplikují v určitých časových intervalech. Výhodou je zotavení buněk normálních tkání v období mezi frakcemi a reoxygenace hypoxických nádorových buněk a tím ke zvýšení jejich citlivosti na ozařování. Předoperační ozáření vede ke zmenšení nádoru a k jeho uvolnění, snižuje aktivitu nádorových buněk, a tím i jejich schopnost rozsevu během operace. Pooperační ozáření se provádí za cílem odstranění zřejmých nebo potenciálních zbytků nádoru. Při předpokládaném, klinicky však nezjistitelném nádoru mluvíme o adjuvantním ozařování.

Absolutní kontraindikace jsou: celkově špatný stav, kachexie, těžko poškození lymforetikulárního systému, sepse aj. [28]

1.7.1 Postradiační reakce

Nejčastější komplikace jsou kožní léze, která se projevuje od červenaní, suché dekvamace až k mokvání popřípadě i ulceraci, doprovázena je epilací a hyperpigmentací v rozsahu ozářeného objemu. Zarudnutí kůže zvláštní opatření nevyžaduje, doporučuje se zasypávání pudrem a oplachy odvarem z heřmánku. Při mokvání je třeba několikrát denně provádět oplachy hypermanganem a peroxidem. Při vzniku folikulitidy dostane pacient antibiotika a antiflogistika. Po propuštění upozorníme pacienta na trvalé šetření ozářených míst. Radioterapie pánevní oblasti může být provázena reakcí sliznice rekta, močového měchýře a pohlavních orgánů. Nutná je péče o pravidelnou a měkkou stolicí. Při postižení sliznice močového měchýře (postradiační cystitida) je nutné dbát na dostatečný příjem tekutin a odstranění infekce močovými antibiotiky a antiseptiky. [28]

1.8 Chemoterapie

Systémová léčba, která je založena na podávání cytostatik. Skupina léků, jejichž úkolem je tlumení buněčného růstu a ničení nádorových buněk. **Adjuvantní** chemoterapie je léčba po odstranění primárního nádoru a regionálních uzlin. Cílem **neadjuvantní** chemoterapie je umožnění operability nádoru. Významné místo má i paliativní chemoterapie, uplatňující se zejména v léčbě pokročilých, recidivujících nebo metastazujících nádorů, u kterých očekáváme regresi nebo stabilizaci nádorového procesu

Analoga pyramidových bází

Od roku 1957 je v léčbě nádorů používán **5-fluorouracil**. Záhy se stal základním cytostatikem pro léčbu kolorektálního karcinomu. V klinické praxi se používá několik režimů kombinace s leukovirinem. Přibývá i kombinaci 5-Fu s leukovirinem a jinými cytostatiky jako jsou irinotekan a oxaplatina. Nejčastějšími nežádoucími účinky jsou zvracení, nevolnost, mírná alopecie, stomatitida a průjmy. [8, 28]

Capecitabin (Xeloda)

Perorální karbamátový fluoropirimidinový derivát, který je rychle po podání resorbován. Je primárně metabolizován v játrech a konečný metabolismus se děje pomocí

thymidinfosforylázy přímo v nádorové tkáni. Je vhodný i do kombinace s irinotekanem nebo oxaplatinou. Z nežádoucích účinků se můžou vyskytnout parastezie končetin, erytém, otok a bolest. [8, 28]

Inhibitor topoizomerázy-I

Irinotekan (Campto)

Základním léčebným schématem v monoterapii je podání 1x 21 dní v dávce 350mg/m² v 60-90 minutové infuzi. Nežádoucí účinky jsou neutropenie, nevolnosti, alopecie, se může objevit cholický syndrom s profuzním průjmem. Přípravek se vylučuje ledvinami. [8, 28]

Inhibitor tymidylátsyntázy

Raltitrexed (Tomudex)

Deriváty platiny

Oxaplatina

Podává se v infuzi v dávce 130mg/m² každých 21 dnů. Z nežádoucích účinků je nutné upozornit na periferní neurotoxicitu.

2. Ošetrovatelská péče

2.1 Předoperační příprava

2.1.1 Všeobecná příprava

Běžná příprava pacientů s operací na střevech se neliší od jiných operací. K plánovanému výkonu si pacient přináší výsledky kompletního předoperačního vyšetření. To zahrnuje: biochemický, hematologický a koagulační profil, v nemocnici je pak toto vyšetření doplněno o krevní skupinu a Rh faktor, dále EKG a závěr internisty, zda je pacient schopen výkonu v celkové anestezii, RTG srdce a plic, onkomarkery, výsledky z irigografie, kolonoskopie, rektoskopie popř. endosonografie s biopsií, výsledek z histologie, CT břicha a pánve, sonografie jater nebo MR jater. Nestačí pouze výsledky vyšetření, ale je důležité mít obrázky na CD. Další vyšetření se provádí podle přidružených onemocnění, diabetologické, kardiologické, atd.

2.1.2 Speciální příprava

Spočívá hlavně v mechanické očištění střeva 2-3 dny před operací dostává pacient pouze tekutou stravu ke snížení obsahu stolic. Odpoledne před operací následuje ortográdní výplach trávicího ústrojí nejčastějším preparátem Fortrans (osmoticko-koloidní solný roztok). V případě potíží s vyprázdněním můžeme podávat klyzmata.

Nutná je také profylaktická příprava střeva podáním antibiotik intravenózně. Většinou je antibiotikum ordinováno ve třech dávkách: 1. dávka při úvodu do celkové anestezie, 2. dávka pak po 2 hodinách a 3. dávka za 6 hodin.

Lékař vysvětlí pacientovi typ operace, podrobně ho informuje o výkonu a možných komplikacích. Nutné je, aby měl pacient podepsaný informovaný souhlas s operací.

Pokud bude vytvořena stomie, je velmi důležitým bodem přípravy, **zakreslení místa pro založení stomie a edukace pacienta**. Pokud jde o výkon plánovaný má sestra na přípravu větší množství času. Zakreslení místa budoucí stomie provádí sestra po dohodě s operátorem, pomocí nesmývatelné barvy. Nejprve sestra označí místo v leže, poté připevní podložku a požádá nemocného, aby si stoupl, důležité je brát v potaz anatomické jevy, vyhnout se kožním záhybům, operačním jizvám, a žeberním obloukům. Zeptá se nemocného, kde nosí spodní prádlo a oblečení. Pacient musí na stomii dobře vidět a dosáhnout na ni. Pokud nevíme dopředu, jakou stomii bude mít, zakreslíme dvě místa: jak pro kolostomii, tak pro ileostomii. Důležité také je seznámit pacienta s druhem používaných pomůcek, lze ho informovat o jídelníčku. Postupně zodpovídáme všechny dotazy. Je důležité dát mu přesné informace, do jaké míry ovlivní operace jeho další život. Také rodina by měla dostat informace o změnách, které život stomika přináší. Vhodná je edukace formou videokazet a brožurek.

Příprava operačního pole spočívá ve vyholení operačního pole a to od prsních bradavek až po třísla. Důležitá je také mechanická očista zejména pupku.

Další nedílnou součástí je psychická příprava nemocného, pokud je důvodem operace onkologické onemocnění, které ohrožuje existenci člověka, dochází k typické reakci, kterou popsala Elizabeth Küblerová-Rossová. Tato reakce má 5 stadií od šoku a popření, zloby a agrese až postupné adaptaci a usmíření. Je třeba pacienta podpořit, a dát mu naději na vyléčení, eventuálně kontaktovat psychologa.

U všech nemocných je také nutno dbát na prevenci tromboembolické nemoci, aplikací nízkomolekulárního heparinu, které jsou aplikovány po celé rizikové období. Samozřejmostí

je komprese dolních končetin elastickými obinadly nebo elastickými punčocháči. Další příprava se odvíjí od přidružených chorob, kompenzace diabetu mellitu, hypertenze atd. Močový katetr je zaveden obvykle až na operačním sále, podobně jako kanylace centrální žíly, nejčastěji vena jugularis. [18, 22]

2.2 Pooperační péče

2.2.1 Bezprostřední pooperační péče

Těsně po operaci je pacient umístěn na jednotce intenzivní péče, kde sestra sleduje celkový zdravotní stav klienta, monitoruje základní vitální a fyziologické funkce (močení do 6-7 hod. po operaci.), dále sleduje operační ránu, krytí zda neprosakuje, nemaceruje a Redonův drén. Jeho funkčnost - podtlak, množství odváděné sekrece za 24 hod. a jeho kvalitu. Pečuje o invazivní vstupy: centrální žilní katetr, (periferní žilní katetr), ev. permanentní močový katetr a léčba bolesti. Důležité je také psychické uklidnění pacienta. Pacient je uložen do polohy na zádech s mírně pokrčenými dolními končetinami. Většina pacientů může mít po operaci zavedenu jejunální nebo nasogastrickou sondu. Sledujeme její fixaci, kvalitu a množství sekrece. Pokud byla vytvořena stomie, přichází pacient ze sálu s nalepeným průhledným, jednodílným, výpustným sáčkem bez filtru, aby umožnil vizuální kontrolu. V pooperačním období je výhodnější používat jednodílný systém, který se celý sejme a umožní tak sledovat okolí stomie. Tento sáček můžeme ponechat, pokud nepodtéká asi 48 hodin. U stomie sledujeme její funkčnost (zda odchází plyny, stolice, sekrety), tvar, velikost, barvu a otok stomie (stomie má normálně růžovou barvu, která svědčí o dobrém krevním oběhu, bezprostředně po operaci bývá edematózní, později otok ustoupí), dále množství a barvu sekretu. Výživa je v prvních dnech po operaci zajištěna parenterální, enterální nebo kombinovanou cestou. Pokud je obnovena peristaltika střeva a vyprazdňování stolice, může již druhý pooperační den začít s tekutou perorální výživou. Postupně přechází na stravu kašovitou a zhruba 5. – 6. den na stravu, na kterou byl zvyklý před operací. I nadále pečujeme o prevenci tromboembolické nemoci, a to včasnou mobilizací, bandážemi dolních končetin a miniheparinizací. I v tomto období už mohou nastat komplikace ve formě enormního krvácení nebo ischémie. Kromě fyzického stavu sledujeme také psychiku nemocného.

2.2.2 Intermediální pooperační období

Jde o období hospitalizace a trvá po celý zbytek pobytu pacienta v nemocnici. Tato fáze může trvat různě dlouhou dobu. Po stabilizaci stavu se pacient překládá na standardní oddělení. Začíná nácvik edukace pacienta. Nejprve se provádí edukace na lůžku a později v koupelně vybavené velkým zrcadlem. Pacient se učí manipulovat se stomickými pomůckami, a samostatnosti při ošetřování stomie. Edukace je individuální a postupná, zvláště u starších pacientů je třeba provádět nácvik pomalu a opakovaně. Dříve než je pacient propuštěn do domácí péče musí se naučit stomii ošetřovat, je vhodné, aby se to naučil i některý člen rodiny. Sestra nejprve provádí výměnu pomůcek sama, vysvětlí vše pacientovi, který ji sleduje. Poté si pacient zkusí výměnu pomůcek sám a sestra mu radí. Pacienti by se měli opakovaně chválit. Před propuštěním musí být pacient poučen o stravovacím režimu (viz. dále), vybaven základními stomickými pomůckami (pomůcky má pacient maximálně na 1 měsíc-kolostomik: 60 ks nevypustných sáčků-jednodílný systém, dvoudílný systém-10ks podložek, 60 ks nevypustných sáčků) a informačními brožurami obsahující rady týkající se ošetřování stomie a úpravy životosprávy. Ta se týká: fyzické námahy, společenského života, oblékání, možnosti návratu do zaměstnání, rehabilitace a lázeňské léčby, nevhodnosti většího váhového přírůstku, cestování.

Rodina musí být na přijetí nemocného připravena, domácí prostředí by mělo být upraveno tak, aby měl nemocný možnost provádět hygienickou péči. Pokud je pacient nesoběstačný a osamělý měla by sestra kontaktovat agenturu domácí péči nebo zařízení následné péče. Sestra předá pacientovi sesterskou překládovou zprávu, kde je přesně uveden typ pomůcek a její velikost, (každý typ a velikost má speciální kód pro pojišťovnu). Dostane kontakt na stomickou poradnu kam může pravidelně docházet, kontakt na výdejnu pomůcek, kontakt na kluby stomiků a další svépomocné organizace, termín a místo první kontroly a jméno lékaře. Pokud stomie nebyla vytvořena, sestra poučí pacienta jak pečovat o ránu: po zhojení a odstranění stehů by měl pacient provádět masáže, promazávat ránu (nejlepší používat sádlo nesolené) a provádět sprchování u kterého střídát proud studené a vlažné vody. Pacient je dispenzarizován v proktologické ambulanci při chirurgickém pracovišti a bohužel často také v onkologické ambulanci. Termín první kontroly bývá většinou za týden po propuštění, pak další měsíc, a později každé 3 měsíce. Odchodem z nemocnice tedy péče o stomika nekončí. [18, 22]

Nejčastější ošetrovatelské diagnózy v pooperačním období:

Inkontinence stolice - 00014
Porušený obraz těla - 00118
Úzkost - 00146
Neefektivní zvládnání zátěže - 00069
Sexuální dysfunkce - 00056
Porušená tkáňová integrita - 00044
Porušená kožní integrita - 00046
Riziko infekce - 00004
Sociální izolace - 00053
Průjem - 00013
Zácpa - 00011
Deficit tělesných tekutin - 00027

2.3 Péče o stomie

Historie

Historicky první zmínka o stomii je z období 350 př. n. l., kdy Praxagoras upravil střevní vývod při poranění břicha. Jako první doporučil stomii při ileu v r. 1710 Littré, kdy navrhl zhotovení cékostomie. V r. 1783 uskutečnil Francouz Pillore první nástěnnou stomii. Český chirurg Karel Maydl provedl první dvouhlavňovou sigmoideostomii v roce 1888, která se stejným způsobem zhotovuje dodnes. V té době se používali různé stoma pomůcky, skleněné, kožené, kovové jímače. Začátek skutečné péče o nemocné spadá do 50. - 60. let tohoto století, a to v USA a v Anglii. V r. 1953 bylo otevřeno první specializované pracoviště s péčí o stomiky. Za posledních 30 let prodělaly stomické pomůcky obrovský vývoj. Do roku 1960 byly původně používány v naší zemi samolepící jednodílné sáčky, jejichž lepící vrstva poškozovala pokožku nebo kolostomické pásy se sáčkem s polyetylenem, jenž dobře netěsnily - tzv. Jánošíkovy a francouzské pásy. Stomik byl prakticky vyřazen ze společnosti pro velký zápach. V 60-70. letech se u nás stomické pomůcky objevovaly jen sporadicky. Jejich malé množství stačilo jen pro vybrané skupiny pacientů- děti, nemocné v produktivním věku a ileostomiky. Teprve od roku 1992 je u nás neomezený dovoz moderních pomůcek, které jsou dostupné pro všechny. [23, 15, 18]

2.4. Pomůcky pro stomiky

Pacientům jsou k dispozici pomůcky ve čtyřech formách: B-Braun, Coloplast, Convatec, Dansac. Jsou hrazeny zdravotními pojišťovnami. (Viz. obrázek 3)

Požadavky na pomůcky: Zadržovat zápach, dobře těsnit a chránit kůži v okolí, nenápadnost pod oblečením, neomezovat pacienta v pohybu, být nenápadné pod oblečením, flexibilita, tvarová a velikostní variabilita, dostupnost a přijatelnost pro klienty, snadná manipulace a komfort při denních činnostech.

Stomické pomůcky předepisuje smluvní lékař pojišťovny s odborností, nebo stomická sestra. Jsou předepisovány na poukaz, platný 2 měsíce.

Pomůcky dělíme:

Jednodílný systém

Tvořen lepidlovou želatinovou podložkou, která je pevně spojena se sáčkem, ty mohou být vypustné, nevypustné, s filtrem, bez filtru, průhledné, neprůhledné. Výhodou je snadná manipulace, kterou zvládnou i starší pacienti. Je méně znát pod oděvem, nevýhodou jsou kožní problémy po častější výměně destiček.

Dvoudílný systém

Je tvořen podložkou s upevňovacím kroužkem a sáčkem. Velikost plastického proužku volíme podle velikosti stomie tak, aby šíře kroužku byla o 1cm větší, než průměr stomie. Podložka zůstává nalepena na kůži asi 3-7 dní. Téměř všechny sáčky obsahují uhlíkový filtr proti zápachu, jestliže se filtr překryje, je možno se s nalepeným sáčkem koupat. Výhodou dvoudílného systému je větší škála výrobků a průměrů pomůcek, jsou také ekonomicky výhodnější.

Další pomůcky: čistící prostředky zahrnují **odstraňovač náplastí** - slouží k odstranění pasty a lepidla a k dočištění kůže kolem stomie. **Pohlčovač pachu**-je buď ve formě spreje, zásypu, kapslí nebo kapek, eliminuje zápach uvnitř sáčku nebo v místnosti.

Ochranné prostředky: ochranný film-Nanáší se na kůži před přiložením podložky, chrání kůži a prodlužuje přilnavost podložky. **Ochranná pasta**-30 g,60g, slouží k vyrovnání jizev, kožních řas a nerovností kůže. Brání tomu, aby sekret podtéká pod podložku. **Adhezivní pasta**-má zklidňující účinky, utěsňuje prostor mezi stomií a podložkou. Nanášíme jí vlhkým prstem až po nalepení podložky, sama o sobě nelepí. **Ochranný pudr**-používá se ke zklidnění podrážděné podložky. Okolí stomie se jemně popráší a postupuje se v nasazení podložky. **Hydrokoloidní destička**-slouží k vyplnění tělesných nerovností, vhodné pro vlhké hojení ran,

chrání kůži před sekrety. **Absorbční gel**-zahušťuje stolicí, vkládá se do sáčku a zabraňuje zpětnému chodu obsahu. K **zvláštním pomůckám řadíme**: přídržný pásek, stomické zátky a krytky, irigační soupravy, jemné mycí pěny např. Menalind. Klient má také právo na buničitou obvazovou vatu, gázu hydrofilní, nesterilní, také v určitých limitech. [10, 18, 19]

2.5 Ošetřování stomií

Vzhledem k nekontrolovatelnému odchodu stolice je lepší ošetřovat stomii před jídlem. Při ošetřování postupujeme velmi šetrně, aby nedošlo k poškození nebo ke krvácení. Důležité je zajistit pacientovi soukromí a chránit jeho stud. Kůži se doporučuje omývat vlažnou vodou. Před použitím destičky musí být kůže naprosto čistá. K omývání můžeme použít i jemné nedráždivé mýdlo, nebo antibakteriální mýdlo. K dočištění je možné použít i čistící pěnu. Zcela nevhodné je používání benzínu. Čištění provádíme opatrně kruhovými pohyby, vyhýbáme se silnému tření. Po umytí kůži jemně osušíme suchými rouškami. Před přilepením podložky musí být kůže suchá a nesmí být mastná. Zhodnotíme kůži v okolí a dle potřeby aplikujeme speciální ochranný film nebo hojivou pastu, event. zásyp nebo ochrannou destičku. Chlupy je možné odstraňovat elektrickým strojčkem, výměna podložky je pak méně bolestivá a zabráníme tím vzniku zánětu folikulů. Samotnou pomůcku si musíme nejprve připravit. Podle šablony si nejprve změříme průměr stomie a na podložce si vystříháme příslušnou velikost otvoru. Pokud má stomie pravidelný tvar, můžeme použít již přestřížené podložky. Důležité je, aby vystřížený otvor na podložce byl asi o 0,5 cm větší než samotná stomie. Pro rychlejší přilnutí podložky, ji můžeme zahřát v dlaních nebo na topení. Sejmeme z ní ochranou folii a přehneme ji na půl. Opatrně ji přiložíme na spodní okraj, pomalu tiskne a přikládáme po celé ploše tak, aby se nezvrásnila a neodchlipovala. Důležité je, aby pacient setrval nějakou dobu v klidu, než pevně přilne ke kůži. Na plastický kroužek připevníme sáček, při současném nádechu a zatnutí břišní stěny. Destička s dvoudílným systémem by měla vydržet asi 3-5 dní. Sáčky jsou uzavřené a výpustné. Tahem za sáček po celém obvodu zkontrolujeme, zda byl dobře nasazen. Pevnost držení sáčku můžeme zvýšit použitím elastického pásku. Sáček se vyměněné jakmile se naplní ze 2/3. [10, 18, 19]

2.6 Komplikace stomií

K časným komplikacím objevujícím se v krátkém pooperačním období patří: krvácení, nekróza, nevhodné umístění stomie, edém, kožní komplikace.

2.6.1 Časné pooperační komplikace

Krvácení – Drobné krvácení může vznikat při doteku stomie např. během čištění okolí, není to nic mimořádného, protože střevní stěna je bohatě zásobena. Déle trvající krvácení, může být vyvoláno užíváním některých léků např. antikoagulancií či antipyretik. Pacienta je nutno komplexně vyšetřit, protože příčinou může být prorůstající nádor nebo zánět.

Nevhodné umístění stomie – Vyskytuje se u pacientů akutně operovaných, u nichž nebyla stomie zakreslená. Stomie je umístěna v kožní řase, jizvě, pod žebním obloukem, v operační ráně. To zapříčiňuje špatnou fixaci pomůcek s následným zatékáním střevního obsahu. Tento problém pak způsobí vznik kožních infekcí, dermatitid a ulcerací. Může také způsobit potíže při pohybu. Pokud to stav pacienta dovolí a jde o stomii trvalou, provádí se transpozice stomie. Zatékání lze zabránit jen částečně používáním speciální ochranné pasty.

Nekróza – vzniká nedostatečným krevním zásobením tkáně, které je způsoben nedostatečným vystřiženým otvorem v podložce, otokem nebo chybnou operační technikou. Stomie má fialovou až černou barvu, zapáchá a může dojít až k jejímu odpadnutí. Pokud střevo drží na fascii, volí lékař konzervativní postup. Pokračuje-li nekróza do peritoneální dutiny a vytváří gangrénu, je nutné volit operační úpravu.

Edém – Otok se objevuje při manipulaci se střevem. Malý otok spontánně odezní a u velkého sledujeme vývoj. Většinou vystačíme s konzervativním způsobem – podáváme chladné obklady.

Parastomální absces- Je nutná jeho derivace, může dojít k podtékání obsahu pod podložku z důvodu obtížné adheze na drénovaný absces.

Dehiscence - špatné hojení stomie může končit částečnou nebo úplnou dehiscencí a někdy i následnou stenózou

Kožní komplikace- Je třeba rozlišit: alergickou reakci, iritaci, maceraci, infekci a nadměrně suchou kůži.

- Alergická reakce – Je způsobena alergenem obsaženým v používané pomůcce nebo jiným přípravkem používaným při ošetřování. Projevuje se: zarudnutím, vznikem puchýřku naplněným tekutinou. Později dochází k odlupování kůže.
- Iritace (podráždění kůže) – Kůže je zarudlá, svědí a pálí. K podráždění může dojít vlivem sekrece, nevhodným třením, agresivními čisticími

prostředky. Pokud je pokožka stále mechanicky drážděna přidávají se další kožní problémy.

- Macerace – Dochází k porušení integrity kůže vlivem zvýšené vlhkosti, zatékáním a používáním pomůcky, která neumožňuje dostatečné odpařování. Vlhké kůži dochází ke ztenčení ochranné vrstvy a ztrátě kyselého pláště a tím vzniká prostor pro vznik bakteriálních a houbových infekcí. Jedná se o velmi bolestivou komplikaci, projevující se zarudnutím, svěděním, pálením. Lze je velmi dobře zhojit stomickými pastami.
- Infekce - Nejčastěji způsobená candida albicans. Projevuje se červenými skvrnami a malými puchýřky.
- Nadměrně suchá kůže: Vlivem kapilárních změn a změn ve stravování dochází k omezenému přísunu výživných látek do základní vrstvy, která se ztenčuje. Dochází ke keratinizaci a suchosti kůže. Na suché kůži se ztenčuje kyselý plášť a tím se zvýší pH. Kůže je pak v zásaditém stavu, svědí, a jestliže jí pacient škrábe, dochází ke ztrátě ochranné vrstvy epidermis. Na extrémně suché kůži vznikají trhliny a je zde mnohem větší riziko vzniku infekce. [11, 18, 22]

2.6.2 Pozdní pooperační komplikace

V delším časovém horizontu může dojít k stenóze, retrakci, prolapsu, parastomální kýle, kožní dermatitidám, ulceracím, opruzeninám a vzniku píštěle okolo stomie.

Stenóza (zúžení stomie) – Jde o nepoměr mezi průměrem třeba a otvorem v břišní stěně. Bývá často kombinována s retrakcí. Objevují se bolesti břicha, problémy s vyprazdňováním, může dojít až k úplnému znemožnění odchodu stolice. Trvalým řešením je operace. Lze také řešit dilatacemi, které provádí sestra a nejlépe pacient sám doma. Je nutná úprava stravovacího režimu a dostatečná hydratace.

Retrakce – Je vpáčení stomie. Může být od několika mm až cm pod úroveň kůže. Vzniká při chybné operační technice jako důsledek nekrózy a hnisání kolem stomie. Mají také na ní vliv změny tělesné hmotnosti. Vpadlá stomie komplikuje ukládání stomických pomůcek, jejich fixaci a dochází k podtékání stolice pod podložku. Léčba je pouze operační.

Prolaps (výřez stomie) – Střevo může vyhřeznout od několika cm až po několik desítek cm před břišní stěnu. Menší prolaps pacienta neobtěžuje, problémy nastávají až s výřezem větším jak 8 až 10 cm. Prolaps se zvětšuje ve stoje, při kašli a při tělesné námaze.

Sliznice vyhřezlého střeva je snadno zranitelná, krvácí a po delší době se na ní mohou vytvořit vředy. Postihuje převážně kolostomie, zvláště na příčném tračníku, většinou dvouhlavňové. Prevence vzniku spočívá v zamezení nadměrného zvyšování nitrobrišního tlaku po operaci. Nikdy střevo nereponujeme násilím zpět do dutiny, vleže se částečně nebo zcela reponuje samo, pokud prolaps způsobuje vážné komplikace, je vhodná chirurgická úprava střeva. Stomasestra zajistí flexibilní pomůcky a vhodnou velikostí podložky. Se střevem manipulujeme opatrně, bráníme mechanickému poškození.

Parastomální kýla: Patří mezi nejčastější komplikace stomie. Vzniká při oslabení břišní stěny, kdy se část obsahu dutiny břišní vsune, mezi vlastní vývod a otvor ve stěně břišní. Okolo stomie se vytvoří vyklenutí, které je velmi bolestivé. Vyklenutí se může postupně zvětšit. Nejzávažnější komplikací je zaškrcení střeva a střevní neprůchodnost-ileus. Prevencí je správná operační technika a respektování vhodně zvoleného místa stomie před operací. V pozdějším období je třeba zamezit stoupání nitrobrišního tlaku (např. při kašli, zácpě, močové retenci, zvedání těžkých břemen). U malých kýl se používají elastické břišní pásy. Na velké kýle pomůcky obtížně drží a lze je řešit pouze operačně. Jde o rizikovou a složitou operaci, při které se provádí plastika břišní stěny.

Píštěle v okolí stomie: Rozlišujeme na stehové, nebo píštěle vzniklé jako komplikace nespecifických střevních zánětů. Brání dobré adhezi pomůcek ke kůži. Dochází k podtékání střevního obsahu a iritaci kůže. Pravidlem bývá zvýšená spotřeba pomůcek. [11,18, 22]

2.7 Komplikace resekcí

Kýla v jizvě

Absces

Infekce v ráně

Dehiscence anastomozy

Píštěl

2.8 Výživa, pitný režim

V prvních až šesti týdnech po operaci je nutné omezit nerozpustnou vlákninu (celozrnné výrobky, luštěniny, ovoce se slupkami, nezralé ovoce, dužnaté ovoce, tučná masa, nadýmavou zeleninu), aby se předešlo podráždění stomie, případně snížení její neprůchodnosti. Důležité je jíst pomalu a ne ve spěchu, potraviny důkladně rozkousat, protože nerozžvýkaná strava se nestráví a vytvoří hmotu, která může způsobit neprůchodnost.

Strava by se měla přijímat 3x denně, ale ne v příliš malých dávkách, protože by střevo potom nepracovalo. Nevhodnou stravou může být způsobena zácpa, průjem, plynatost, obstrukce, zvýšený zápach stolice. Při průjmu je vhodné zařadit do jídelníčku: masové vývary, svařené mléko, banány, strouhaná jablka, borůvky, brambory, rýže, vařená mrkev, ovesné vločky, kakao, čokoláda, červené víno, černý čaj, těstoviny. Vliv na vznik plynatosti má: požívání čerstvého kynutého pečiva, luštěnin, zelí, kapusty, květáku, cibule. Kromě vyjmenovaných druhů potravin může tvorbu plynů vyvolat spolykaný vzduch při rychlé konzumaci jídla, hladovění, nedostatek pohybu, špatné kousání. Při potížích s nadýmáním se doporučuje natáhnout nohy a masírovat břicho. Potraviny spíše projímavé: alkoholické nápoje, sušené švestky, čerstvé ovoce, ovocné šťávy, zelí i kyselé, káva, mléko, nápoje s CO₂. Zápach stolice tlumí borůvky, brusinky, zelný salát, petržel, špenát, podmáslí. Co se týče technologické úpravy, všechny pokrmy by měly být vařené nebo dušené, mechanicky velmi jemně upravené bez kůrek, slupek a zrníček. Smažená jídla by měl pacient konzumovat jen ojedinele. Nutno zařadit pravidelnou kontrolu tělesné váhy. Po rozsáhlých resekcích tlustého střeva dochází k významnému omezení vstřebávání vody. Může dojít i poruchám srážlivosti krve, z důvodu snížené tvorby vitamínu K střevními bakteriemi. Jako prevence dehydratace je nutné, aby pacient konzumoval zvýšené množství tekutin. Tekutiny je vhodné podávat v množství 2 – 2,5 l za 24 hodin. Důležité je zvýšit příjem tekutin při průjmech. Ke vhodným nápojům patří: kvalitní podzemní voda (Kojenecká – mimi, Českomoravská voda), stolní vody (Dobrá voda, Zlatá voda, Aqua vira), vhodné jsou i ovocné mošty, ovocně - zeleninové šťávy, minerální vody (Magnesia, Rudolfka). Pro stomiky nejsou vhodné kyselky, protože obsahují kysličník uhličitý. Příliš mnoho CO₂ může vyvolat bolestivé pálení žáhy, říhání, nadýmání. Minerální vody by měl pacient vypít nejvýše 1 l denně při pokojové teplotě a po 14ti dnech vyměnit druh. Též nevhodné jsou nápoje s kofeinem. [6, 13, 14, 24]

2.9 Vyprazdňování

Nejčastější obtíže při vyprazdňování: obstrukce, průjem, plynatost, zápach. K nálezu správného režimu pomáhá vedení denního záznamu. Co pacient jedl, jaké množství, frekvenci vyprazdňování, konzistenci stolice, případně bolesti po jídle. Normalizace stolice nastává většinou během 6-ti měsíců, u některých pacientů i po několika týdnech. [24]

2.10 Fyzická aktivita a sport

Krátce po operaci je břišní stěna oslabena, proto je nutné na 6. až 8. týdnů vyloučit jakoukoli fyzickou námahu. Později je možné provádět celou řadu sportů s výjimkou těch, které vyžadují sílu (box, karate). Naopak vhodné je plavání, tenis, běh, turistika, cvičení. Nedoporučuje se koupat ve vaně bez krytí stomie, protože by do ní vnikla voda. Opětovné zařazení do zaměstnání je v řadě případů možné. Výjimkou jsou práce spojené s velkou tělesnou námahou, nepříznivou polohou při práci, časté předklony, nemožnost pravidelných přestávek. Opětovné zařazení do práce má příznivý vliv na psychiku pacienta. Část pacientů získá celý nebo částečný invalidní důchod. [18]

2.11 Společenský život

Vytvořením stomie se pacient dostává do tíživé životní situace. Může u něj nastat pocit méněcennosti a znetvoření, to potom vede k vyhýbání se jakémukoliv společenskému, ale i partnerskému životu a pocitu izolace. Po rekonvalescenci je vhodné, aby se stomik zapojil do společenského života, nestránil se svých přátel, nebál se navštěvovat kulturní akce jako kino, divadlo, restaurace a podobně. Problém by neměla činit ani dovolená, pokud si s sebou vezme dostatečné množství pomůcek a bude mít vhodné podmínky pro ošetřování. V současné době, mohou kolostomii využívat lázeňskou léčbu. [18]

2.12 Sexualita

U nemocných se stomií jsou sexuální poruchy specifické. K nejčastějším sexuálními poruchám patří erektilní dysfunkce, poruchy výronu semene, a problematika plodnosti, dále se můžeme setkat s bolestivou erekcí, sníženou apetencí, bolestmi na perineu, předčasnou ejakulací, nebo absencí ejakulace, retrográdní ejakulací do močového měchýře. To může vést ke sníženému sebehodnocení, pocitům úzkosti, strachu, obavám ze ztráty partnerky a depresi. Příčiny erektilní dysfunkce jsou multifaktoriální. Spolupodílí se na ní věk a psychický stav (deprese, úzkost, poruchy adaptace na stomii). Zásadní význam má charakter a rozsah operačního výkonu, adjuvatní chemoterapie a radioterapie. Léčba je perorální, kdy používáme inhibitory PDE5 (Viagra, Cialis, Levitra). Tyto léky představují nejúčinnější formu perorální léčby. Užívají se jednorázově, asi 1 hodinu před stykem. Nejčastějším vedlejším účinkem je zarudnutí v obličeji, bolesti hlavy, příznaky podobné chřipce, zažívací obtíže. Dále je léčba injekční, doporučená je u mužů, u nichž tabletová léčba selhala. Používá se moderní

prostaglandin E1. Intrakavernošní léčba má vysoký efekt a minimální riziko nežádoucích účinků. Podtlakové přístroje, pracují na principu vývěvy. Implantace penilní protézy, je indikována pouze u mužů, u kterých konzervativní léčba selhala, limitující je vysoká cena až 200 000Kč.

Existence stomie není kontraindikací **těhotenství**. Rizika stomičky jsou stejná jako u jiných žen po operaci břišní stěny. Pravděpodobnost otěhotnění je však snížena vznikem srůstů v oblasti vaječníků. Těhotenství se doporučuje nejdříve za dva roky po operaci. [18, 25]

2.13 Sociální zabezpečení pacienta

„ Nárok na plný invalidní důchod vzniká z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, kdy poklesla schopnost soustavné výdělečné činnosti nejméně o 66% nebo je schopen pro zdravotní postižení soustavné výdělečné činnosti jen 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 stěžuje obecné životní podmínky. Každý konkrétní případ je posuzován jednotlivě Lékařskou posudkovou službou. U onkologických pacientů je po dobu probíhající onkologické léčby zpravidla přiznán plný invalidní důchod. Tato doba je poměrně dlouhá asi 2 roky.“ [18]

Průkazka TP a ZTP- Stomie není na rozdíl např. od Slovenska uvedena jako postižení odůvodňující poskytování mimořádných výhod, proto s přiznáním průkazky vznikají často problémy. Velmi záleží na individuálním posouzení jednotlivých případů.

K nejčastěji poskytovaným dávkám patřil příspěvek na zvýšené životní náklady, maximální výše příspěvku byla 200 Kč měsíčně. Od 1. ledna 2008 byla však tato dávka zrušena. [15]

2.13.1 Kluby stomiků

Jsou to dobrovolná sdružení nositelů stomií. Členové klubu stomiků se setkávají zpravidla několikrát ročně na různých schůzích, organizují přednášky lékařů, stomasester, onkologů, sexuologů a dalších odborníků. Prezентují nové pomůcky. Stomik zde může získat informace, poradit se o svých problémech, setkat se zajímavými lidmi a vyměňovat si zkušenosti. Výbor klubu pro své členy zajišťuje několikrát ročně rekondiční pobyty v přírodě či lázeňských městech, víkendové zájezdy, turistické vycházky, a další společné aktivity. Samotný fakt, že se mnohou sejit stejně postižení i jejich partneři, má velký informační, psychologický a společenský efekt. Všechny regionální kluby stomiků sdružuje organizace České ILCO.

Což je celostátní sdružení, které vzniklo 2. prosince 1992 na popud doc. MUDr. Tomáše Skříčky, CSc., který měl zkušenosti s péčí o stomiky v zahraničí.

Má sídlo v Brně a nyní hájí zájmy asi 6 tisíc stomiků při jednáních se státními a zdravotními organizacemi, udržuje kontakty s obdobnými organizacemi v zahraničí, i firmami dodávajícími stomické pomůcky. V celosvětovém měřítku stomiky zastupuje Mezinárodní asociace stomiků - International Ostomy Association. Tato organizace vznikla před 30ti lety a dnes sdružuje více než 87 zemí. [2, 15, 18]

2.14 Psychická problematika

Zdraví je pro člověka přirozeným stavem, nemoc představuje opak. Operace na střevě ať už s následným vyústěním střeva nebo ne, jsou z velké části prováděny z důvodu zhoubného novotvaru. V podvědomí většiny lidí je zakotveno nesmírně stresující slovo rakovina jako reálné ohrožení, či dokonce ukončení jejich života. Obava z možnosti onemocnět zhoubným novotvarem je dnes veliká. Maligní onemocnění svým zdravotním a sociálně ekonomickým dopadem se dotýkají nejen jedince samotného, ale i jeho rodiny. Jsou známé jednotlivé fáze prožívání nemoci pro příklad je možno uvést Elizabeth Kübler-Ross u pacientů v terminální fázi nebo etapy zvládání podle Schontze. První fází po sdělení závažné diagnózy následuje **šok**. Tento stav je charakterizován psychicky jako ustrnutí na jedné straně a zděšené chování na straně druhé. Obě formy šoku se mohou v čase prostřídávat. Z psychologického hlediska jde o mentální odpoutávání se daného nemocného od reality. Pacienti reagují nevěřícím pohledem, hysterií, pláčem a uzavřením se do sebe. Druhou fází je usebrání. Po relativně krátké době šoku, dochází u pacienta k psychickému návratu do skutečnosti. Nejde však o zcela normální mentální stav. Pacient má do určité míry neuspořádané myšlenky, jeho myšlenky jsou výrazně negativní. Nacházíme u něho obavy, smutek, žal, pocity bezmoci, agresivní jednání vůči svým blízkým i zdravotníkům. Třetí etapou je stažení ze hry, pacient tentokrát již vědomě odchází do únikového mentálního osamění. V něm mu je dána možnost popření všeho, tím i ulehčení duševní tíhy. Umožňuje to však i změnu pohledu na danou situaci. Dává mu též možnost vypracování dalšího postupu, plánu. Poslední fází je tvorba programu k řešení krize. V této fázi se pacient na chorobu postupně adaptuje, přijímá omezení, snaží se spolupracovat, podle Schontze je třeba k udržení psychiky odstranit příčinu poruchy rovnováhy, která nemocí nastala. Velkou úlohu zde hraje typ osobnosti člověka. Pacient s nezralou osobností se prakticky nikdy nesmíří se vzniklou situací. Může se u něho objevit přání, aby chvíle, která musí bezpodmínečně v jeho životě

nastat, přišla pokud možno rychle, to se projeví tím, že svůj život ukončí dobrovolným odchodem-sebevraždou. Důležité je vnímat onkologického nemocného v jeho celosti a nutnosti ošetřovat všechny jeho dimenze: fyzickou, psychickou, sociální a spirituální. Rehabilitace změněné psychiky onkologického pacienta není jen věcí zdravotníků, zúčastnit se jí musí též bližší i širší okolí včetně specializovaných klubů (klub stomiků) a institucí. [9, 16, 17, 21]

3. Výzkumná část

3.1. Výzkumné záměry

Na základě stanovených cílů a prostudované literatury jsem stanovila 7 výzkumných záměrů, které jsem si chtěla objasnit.

Výzkumný záměr 1: Zjistit, zda respondenti změnili po založení stomie svoje stravovací návyky, a porovnat je s respondenty, kteří stomii nemají.

.

Výzkumný záměr 2: Zjistit, zda mají klienti se střevním vývodem problémy s vyprazdňováním, a porovnat je s klienty po resekci.

Výzkumný záměr 3: Zjistit, kolik procent stomiků, a kolik procent resekovaných se zřeklo společenských aktivit a cvičení.

Výzkumný záměr 4: Zjistit, zda má větší počet komplikací, z výzkumného souboru, skupina lidí se stomií nebo bez stomie.

Výzkumný záměr 5: Zjistit, kolik respondentů z výzkumného vzorku, prodělalo léčbu chemoterapií či radioterapií v důsledku nádorového onemocnění.

Výzkumný záměr 6: Zjistit, kolik procent klientů, je zcela soběstačných v péči o stomii a nemá velké problémy při jejím ošetřování.

Výzkumný záměr 7: Zjistit, od jaké firmy respondenti nejvíce používají pomůcky k ošetřování stomie.

3.2. Metodika výzkumu

K získání údajů pro svoji bakalářskou práci byla použita metoda anonymních dotazníků (viz. příloha č. 1 a příloha č. 2). Dotazníky byly vytvořeny na základě připravených a cíleně formulovaných otázek, které sloužily k výzkumnému šetření. Dotazník je němý prostředek, pomocí kterého se zkoumá mínění lidí. Je to skupina předem připravených, logických, sestavených a seřazených otázek, na které se odpovídá písemně. Nevýhodou dotazníků je neochota respondentů při vyplňování a vracení dotazníků. Naopak velkou výhodou je rychlé a ekonomické shromažďování dat od velkého počtu respondentů.

Dotazník 1. typu se týká pouze stomických pacientů. Obsahuje celkem 28 otázek. V dotazníkové části byly použity formy otázek a možnosti odpovědí: otevřené, uzavřené, polouzavřené a škálové. První okruh otázek je identifikační. Týká se zjištění věkové skupiny, a jak dlouho respondent stomii má. Druhý okruh otázek je zaměřen na jednotlivé oblasti ošetrovatelské péče, výživu, vyprazdňování, aktivitu-cvičení, roli-mezilidské vztahy, sexualitu, možné komplikace. Třetí okruh se týká ošetřování střevního vývodu, použití stomických pomůcek jejich kvalita a dostupnost, získávání informací týkajících se ošetřování. Tento okruh je navíc rozšířen o otázky z léčby chemoterapie či radioterapie.

Dotazník 2. typu je zaměřen na resekované pacienty. Otázky byly použity otevřené, uzavřené, polouzavřené. V 1. okruhu jsou použity stejné identifikační otázky jako pro dotazník 1. typu. Druhá část dotazníku je rovněž shodná se stomickými pacienty a je zaměřena na jednotlivé oblasti péče: výživu, vyprazdňování, aktivitu-cvičení, roli-mezilidské vztahy sexualitu, možné komplikace. Tento okruh je rovněž rozšířen o otázky týkající se chemoterapie či radioterapie.

Pro výzkum ošetrovatelské péče jsem zvolila dotazníky, který jsem zpracovala podle jednotlivých oblastí dle modelu Gordonové, vybrala jsem ale pouze ty oblasti, ve kterých jsem předpokládala, že budou mít tito pacienti problémy. Model Marjory Gordon, nebo-li „Model funkčního typu zdraví“, což je model, jehož koncepční rámec umožňuje systematické ošetrovatelské zhodnocení zdravotního stavu pacienta. Klient/ pacient je vnímán jako holistická bytost se svými biologickými, vývojovými psychologickými, sociálními, kulturními, behaviorálními, kognitivními, duchovními a spirituálními potřebami.

Model Gordonové tvoří celkem 12 základních oblastí, z nichž každá představuje funkční nebo dysfunkční součást zdravotního stavu člověka: Vnímání zdraví, výživa a metabolismus, vylučování, aktivity-cvičení, spánek a odpočinek, vnímání, citlivost a poznávání, sebepojetí, sebeúcta, role-mezilidské vztahy, sexuality, stres, víra-životní hodnoty, jiné. [1]

Analýza a zpracování dat, proběhla pomocí základních statistických metod. Při zpracování výzkumu byly použity programy Microsoft Excel XP a Microsoft Word XP.

3.3. Charakteristika zkoumaného souboru

Ve své práci porovnávám 2 soubory pacientů. Pacienty se stomií, pro něž byl vypracován dotazník 1. typu (viz. příloha 1). A pacienty po resekci pro něž byl vypracován dotazník 2. typu (viz. příloha 2). Dotazníky byly rozdány do ambulance MUDr. Formánka v Pardubicích na poliklinice, kde bylo původně předáno celkem 60 dotazníků. Z toho 30 pro 1. typ pacientů (pacienti se stomií) a 30 pro 2. typ pacientů (pacienti po resekci). Dotazníky byly předány v předepsané, ofrankované obálce. Vzhledem k tomu, že nebyl touto formou zajištěn dostatečný počet respondentů, kontaktovala jsem následně p. Věru Lamrovou, předsedkyni Klubu stomiků v Hradci Králové. Ta mě odkázala na 10 stomiků, které jsem obeslala. Z celkového počtu vrácených dotazníků 1. typu jsem vybrala 30 vhodných pacientů se stomií. Pro 2. typ pacientů jsem dále kontaktovala proktologickou ambulanci ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové, kde jsem ponechala 25 dotazníků. Konečný počet vrácených dotazníků z obou ambulaní (ambulance MUDr. Formánka a ambulance v Hradci Králové) činil též 30 respondentů. Výzkum probíhal od února 2008 do ledna 2009.

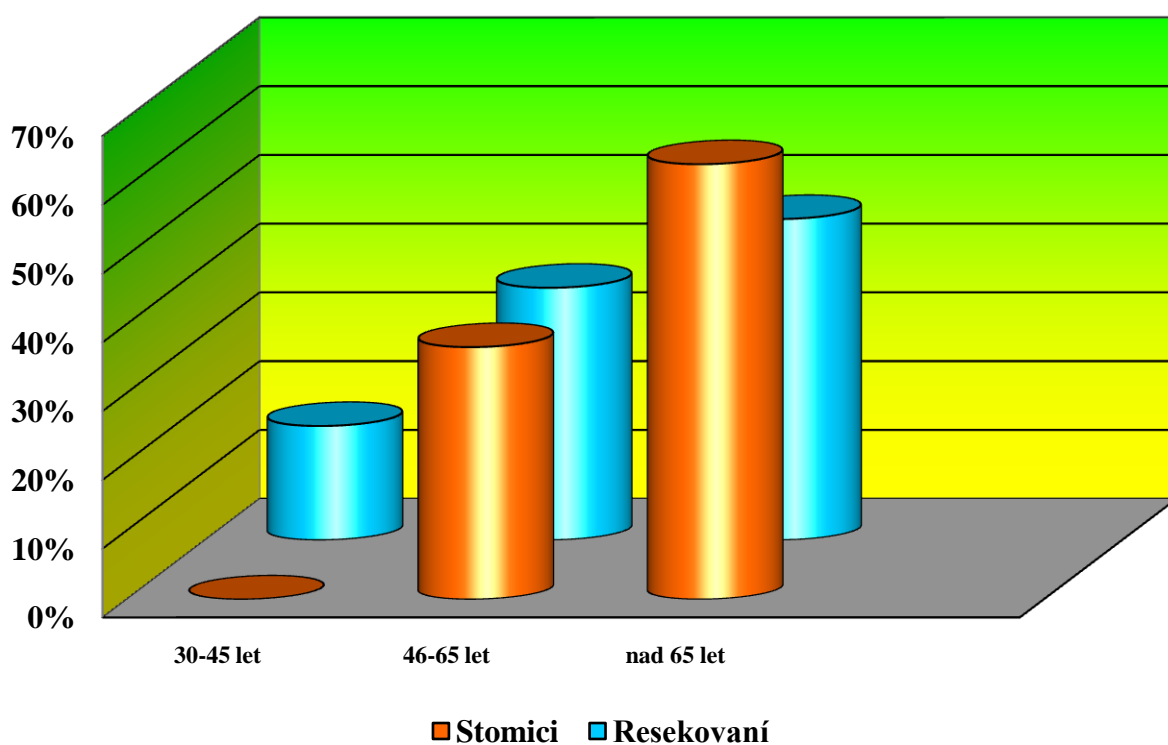
3.4 Analýza získaných informací

Položka č. 1 - Věk pacientů

Věkové složení vzorku 30ti respondentů (100%) se stomií se skládalo z 11ti respondentů (36,7%) ve věku 46-65 let, 19ti respondentů (63,3%) ve věku nad 65 let.

Z 30ti respondentů (100%) po resekcii střeva bylo 5ti respondentů (16,6 %) ve věku 30-45 let, 11ti respondentů (36,7 %) ve věku 46-65 let, 14ti respondentů (46,7%) ve věku nad 65 let.

Graf č. 1



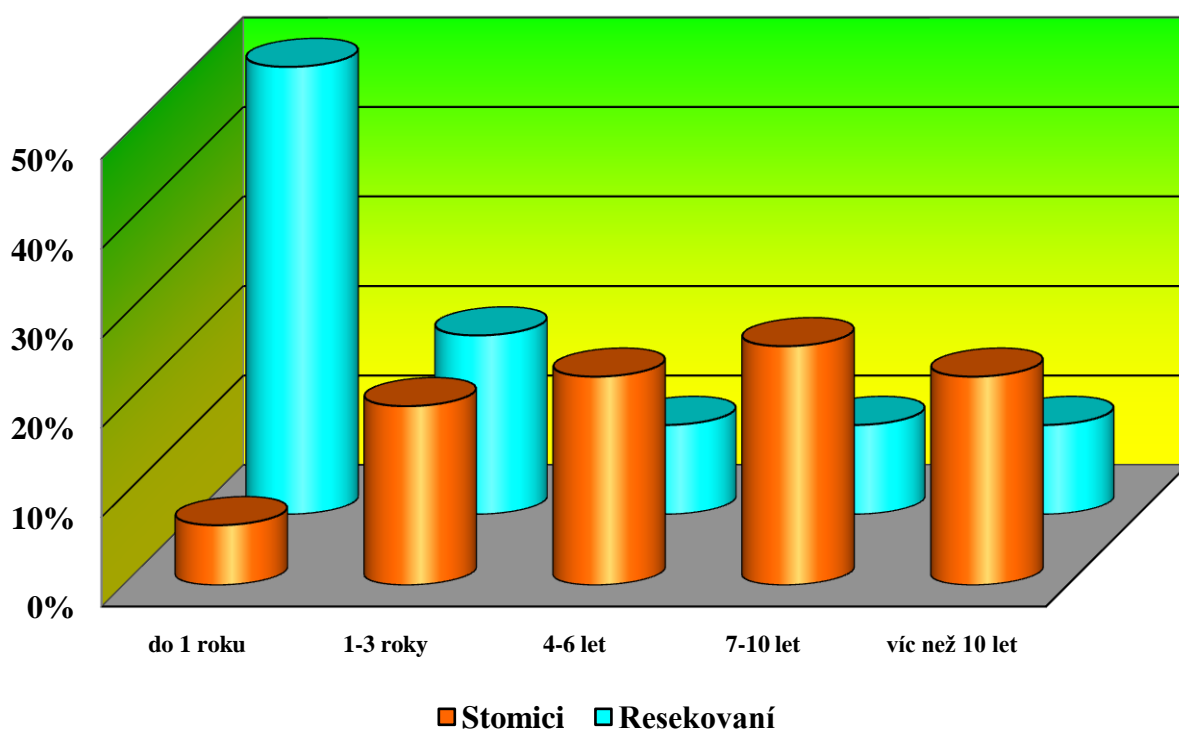
Tabulka č. 1

Věk (let)	Stomici: n_i, f_i	Resekovaní: n_i, f_i
30-45	0 (0%)	5 (16,6%)
46-65	11 (36,7%)	11 (36,7%)
Nad 65	19 (63,3%)	14 (46,7%)
Celkem	30 (100%)	30 (100%)

Položka č. 2 – Doba po založení stomie/ resekce střeva:

Pro lepší přehlednost jsem si zvolila 5 kategorií. Z výzkumného vzorku 30ti respondentů (100%) se stomií měli 2 respondenti (6,7%) stomii méně než 1 rok, 6 respondentů (20%) 1-3 roky, 7 respondentů (23,3%) 4-6 let, 8 respondentů (26,7 %) 7-10 let, 7 respondentů (23,3%) víc jak 10 let. Z 30 respondentů (100%) po resekci bylo 15 respondentů (50%) méně než jeden rok po operaci. 6 respondentů (20%) 1-3 roky po resekci, 3 respondenti (10%) 4-6 let, 3 pacienti (10%) 7-10 let, a 3 pacienti (10%) více jak 10 let.

Graf č. 2: Doba po založení stomie/ resekce střeva



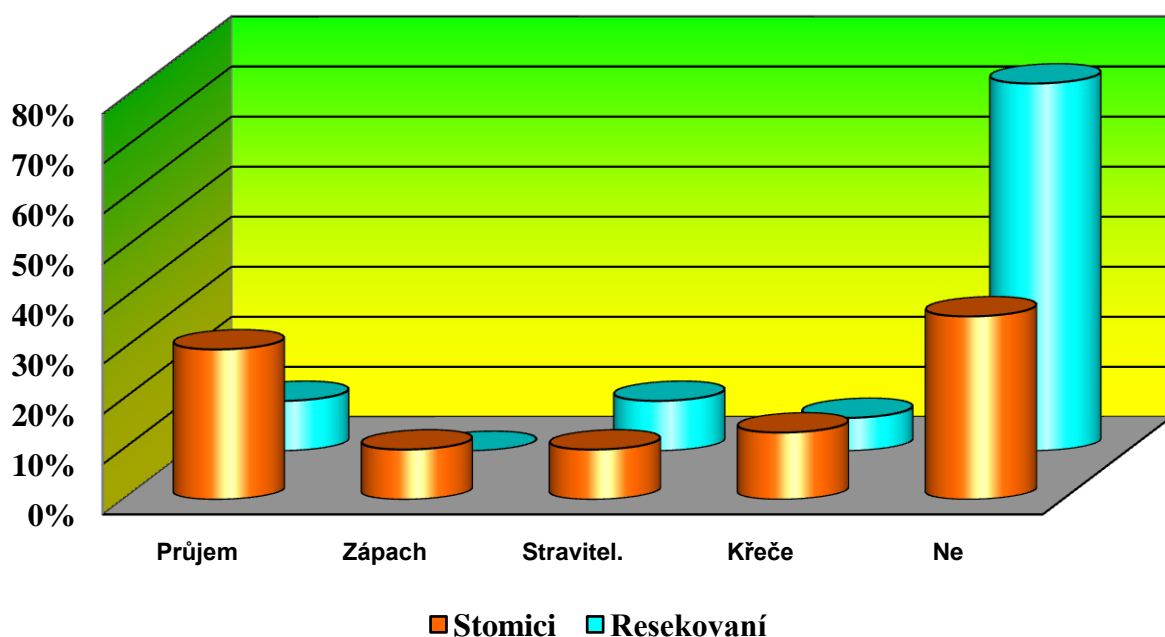
Tabulka č. 2

Délka po založení:	Stomici: n_i, f_i	Resekovaní: n_i, f_i
méně než 1 rok	2 (6,7%)	15 (50%)
1-3 roky	6 (20 %)	6 (20%)
4-6 let	7 (23,3 %)	3 (10%)
7-10 let	8 (26,7%)	3 (10%)
více než 10	7 (23,3%)	3 (10%)
Celkem	30 (100%)	30 (100%)

Položka č. 3 – Výživa: stravovací návyky

Ze sledovaného vzorku 30 respondentů (100%) se stomii změnilo po založení stomie své stravovací návyky 19 respondentů (63,4%), 9 respondentů (30%) se vyhýbá jídlu, které způsobuje zácpu, průjem, 3 respondenti (10%) se vyhýbají jídlům, která zvyšují zápach, 3 respondenti (10%) jídlům, která se špatně tráví a 4 respondenti (13,3%) jídlům, která způsobují plynatost, křeče, a pálení žáhy. Ze vzorku 30ti respondentů (100%) po resekci nezměnilo své stravovací návyky 22 respondentů (73,4%), 3 respondenti (10%) se vyhýbají jídlu, které způsobují zácpu nebo průjem, 3 respondenti (10%) se vyhýbají jídlům, které se špatně tráví a 2 respondenti (6,6%) jídlům, která způsobují plynatost, křeče a pálení žáhy.

Graf č. 3: Výživa: stravovací návyky



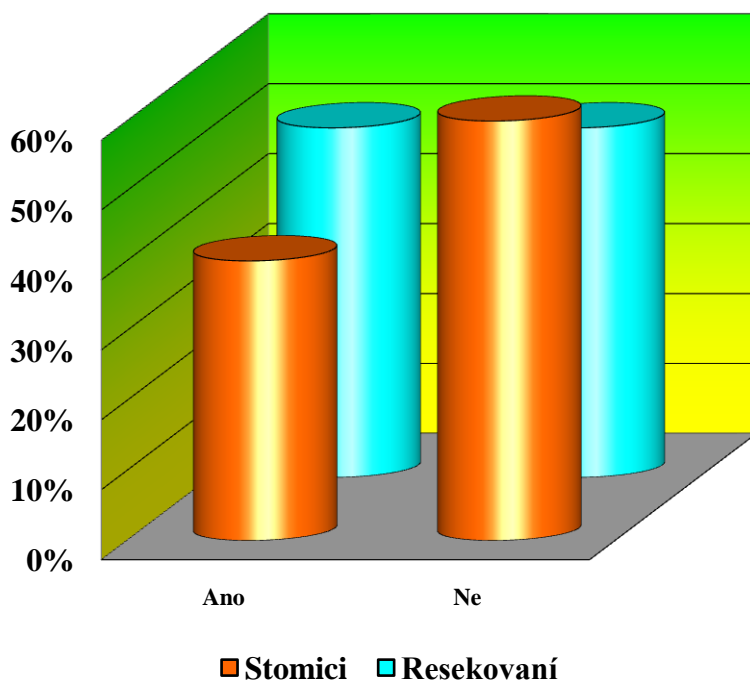
Tabulka č. 3

Výživa	Stomici: n_i, f_i	Resekovaní: n_i, f_i
Zácpa, průjem	9 (30%)	3 (10%)
Zápach	3 (10%)	0
Stravitelnost	3 (10%)	3 (10%)
Křeče, plynatost, pálení žáhy	4 (13,4%)	2 (6,6%)
Ne	11 (36,6)	22 (73,4)
Celkem	30 (100%)	30 (100%)

Položka č. 4 – Problémy po konzumaci potravin

Z daného vzorku 30ti respondentů (100%) se stomíí má potíže po konzumaci některých druhů potravin 12 respondentů (40%) a 18 respondentů (60%) nemá žádné problémy. Ze vzorku 30ti respondentů (100%) po resekcii má problémy po konzumaci potravin 15 respondentů (50%) a zbylých 15 (50%) ne.

Graf č. 4 - Problémy při konzumaci potravin



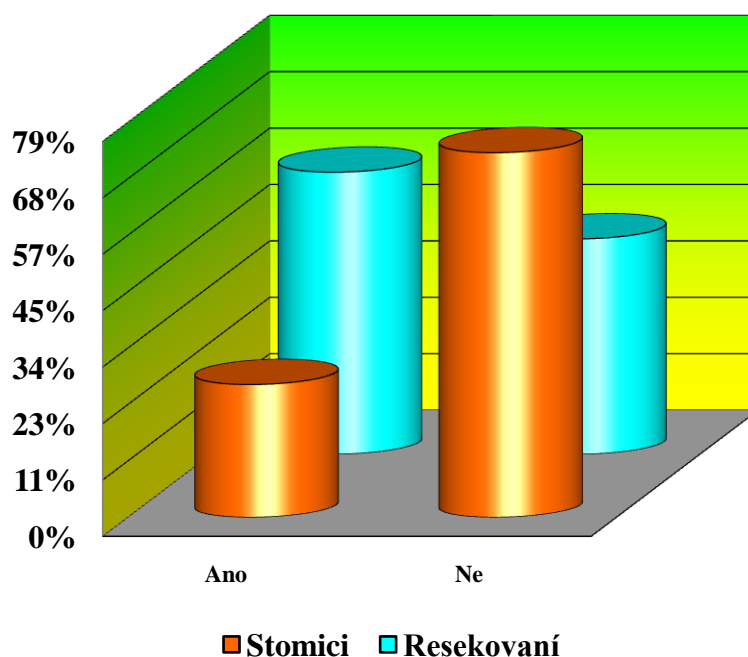
Tabulka č. 4

Výživa	Stomici: n_i, f_i	Resekovaní: n_i, f_i
Ano	12(40%)	15(50%)
Ne	18(60%)	15(50%)

Položka č. 5 – Problémy s vyprazdňováním

Z celkového počtu 30 respondentů (100%) se stomii udává problémy s vyprazdňováním stolice 8 respondentů (26,7%) a zbylých 22 (73,3%) nemá žádné obtíže. Ze vzorku 30ti respondentů (100%) po resekci udává problémy 17 respondentů (56,7%) a zbylých 13 (43,3%) ne. V této otázce se mohli respondenti vyjádřit, jaké konkrétní problémy mají. Ze vzorku 60ti respondentů (100%), 25 respondentů uvedlo problémy: 12 respondentů má velmi časté vyprazdňování a průjem, 5 respondentů zácpu, 3 respondenti jsou částečně inkontinentní a zbytek respondentů se k otázce nevyjádřil.

Graf č. 5 – Problémy s vyprazdňováním



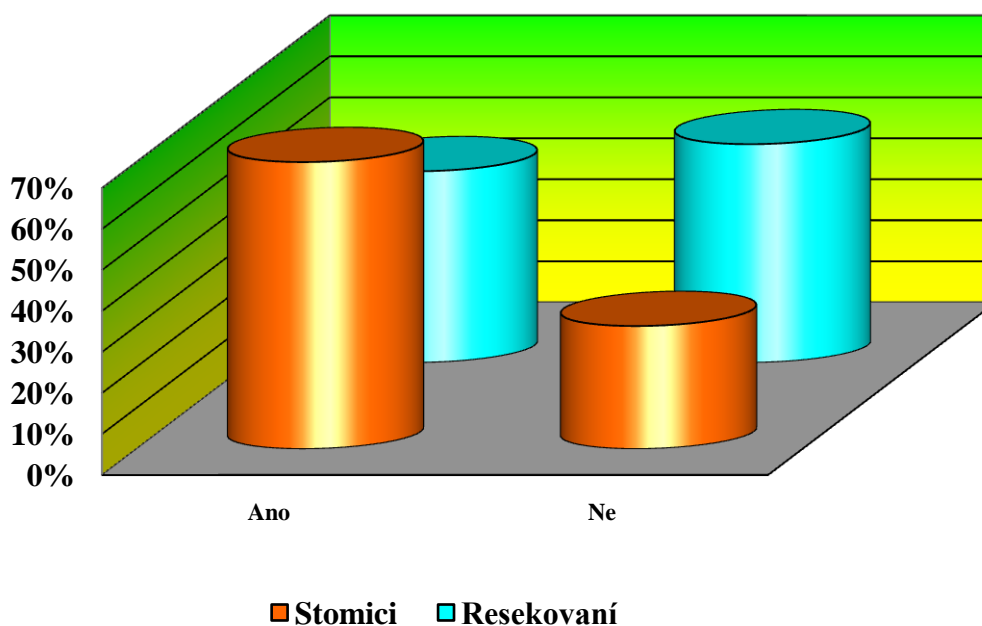
Tabulka č.5

Wyprazdňování	Stomici: n_i, f_i	Resekovaní: n_i, f_i
Ano	8(26,7%)	17(56,7%)
Ne	22(73,3%)	13(43,3%)
Celkem	30 (100%)	30 (100%)

Položka č. 6 – Vyprazdňování: pravidelnost

Z celkového množství 30ti respondentů (100%) se stomií má pravidelnou stolicí 21 respondentů (70%) a zbylých 9 (30%) ne. Ze vzorku 30ti respondentů (100%) po resekcii udává pravidelnou stolicí 14 respondentů (46,7%) a zbylých 16 (53,3%) volilo negativní odpověď.

Graf č. 6 - Vyprazdňování: pravidelnost



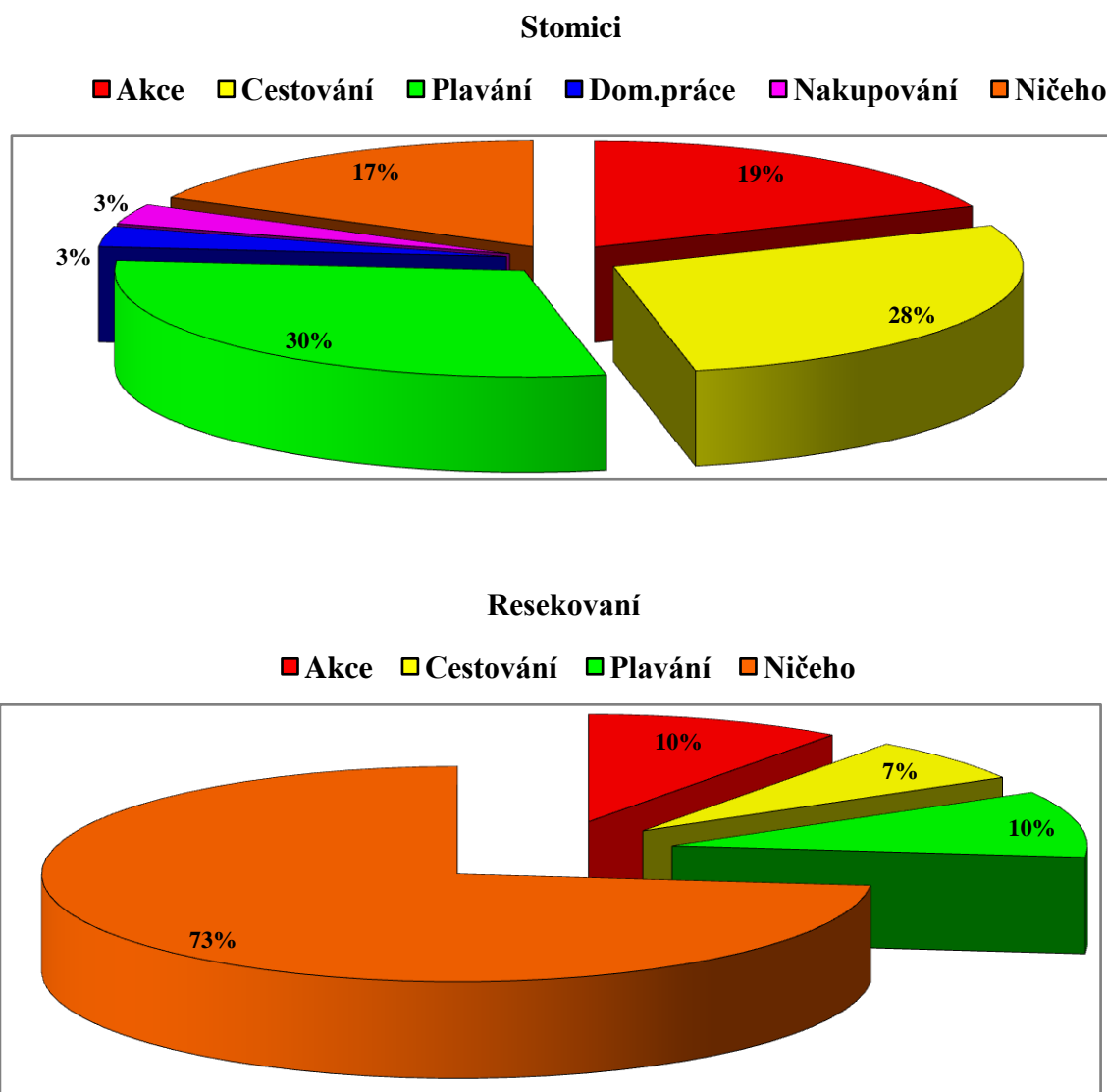
Tabulka č. 6

Wyprazdňování	Stomici: n_i, f_i	Resekovaní: n_i, f_i
Ano	21(70%)	14(46,7%)
Ne	9(30%)	16(53,3%)
Celkem	30 (100%)	30 (100%)

Položka č. 7 – Pohybová aktivita

U této otázky mohli respondenti využít více možných odpovědí. Ze vzorku 30ti respondentů (100%) se stomií se zřeklo návštěvy spol. akcí (kino, divadlo, večírky apod.) 12 respondentů (18,7%), cestování 18 respondentů (28,1%), plavání 19 respondentů (29,7%), domácí práce nevykonávají 2 respondenti (3,10%) a nenakupují také 2 respondenti (3,10%). 11 respondentů (17,3%) provádí vše jako dříve. Ze vzorku 30ti respondentů (100%) po resekcii se zřekli návštěvy spol. akcí 3 respondenti (10%), 2 respondenti (7%) cestování, 3 respondenti (10 %) plavání. Zbylé možnosti odpovědí nebyli u této skupiny využity, 22 respondentů (73%) se nezřeklo ničeho, a vykonávají vše jako dříve.

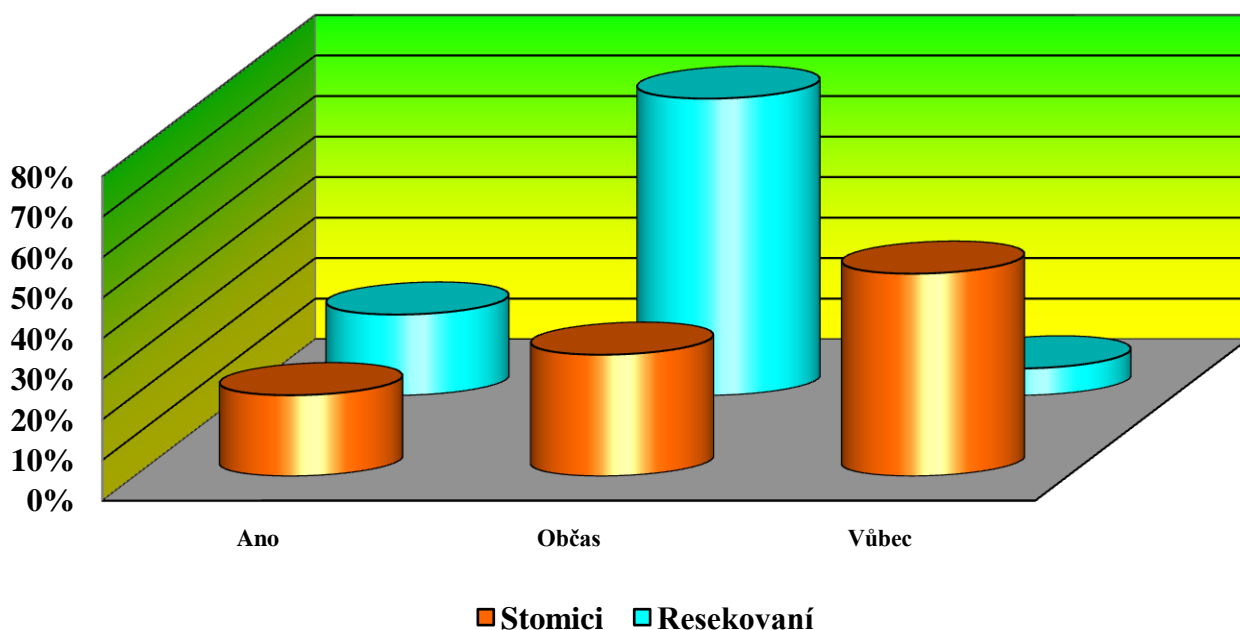
Graf č. 7 - Pohybová aktivita



Položka č.8 – Cvičení a sport

Ze sledovaného vzorku 30ti respondentů se stomií (100%) se pravidelně věnuje sportu a cvičení 6 respondentů (20%), 9 respondentů (30%) občas a 15 respondentů (50%) se sportu a cvičení zřeklo. Ze vzorku 30ti respondentů (100%) po resekcii se 6 respondentů (20%) pravidelně věnuje nějakému sportu a cvičení, 22 respondentů (73,3%) občas a 2 respondenti (6,7%) vůbec.

Graf č. 8 - Cvičení a sport



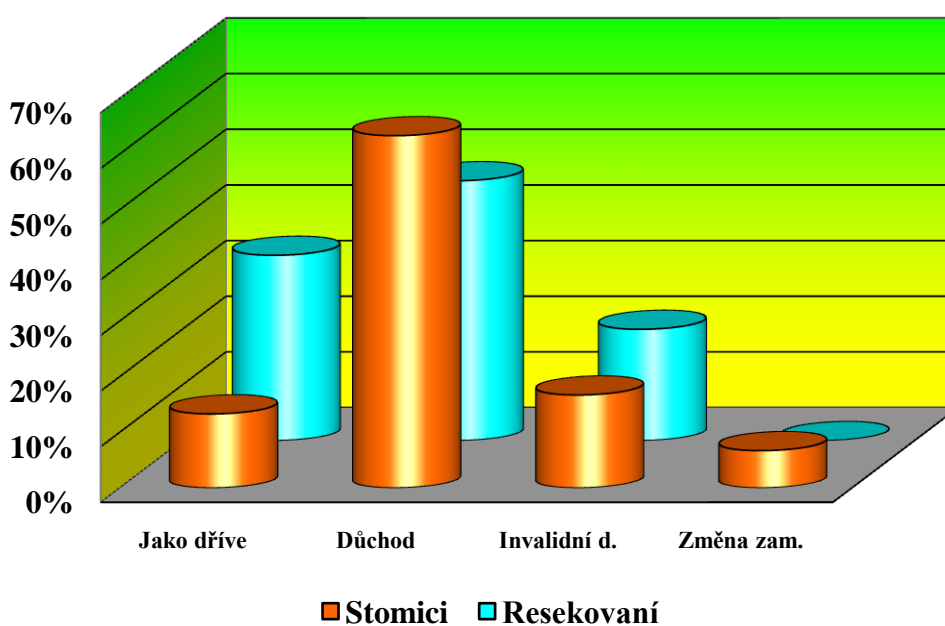
Tabulka č. 8

Cvičení a sport	Stomici: n_i, f_i	Resekovaní: n_i, f_i
Ano	6 (20%)	6 (20%)
Občas	9 (30%)	22(73,3%)
Vůbec	15 (50 %)	2 (6,7%)
Celkem	30 (100%)	30 (100%)

Položka č. 9 – Role

Z celkového počtu 30ti respondentů (100%) změnili zaměstnání z důvodu založení stomie 2 respondenti (6,7%), 19 respondentů (63,3%) bylo již v důchodu, 4 respondenti (13,3%) pracují tam kde dříve a 5 respondentů (16,7 %) je v pracovní neschopnosti nebo má invalidní důchod. Ze vzorku 30 respondentů (100%) nemusel nikdo měnit své zaměstnání, 14 respondentů (46,7%), bylo již v důchodu, 10 (33,3%) pracuje tam kde dříve a 6 (20%) je v invalidním důchodu nebo v pracovní neschopnosti.

Graf č. 9 Role



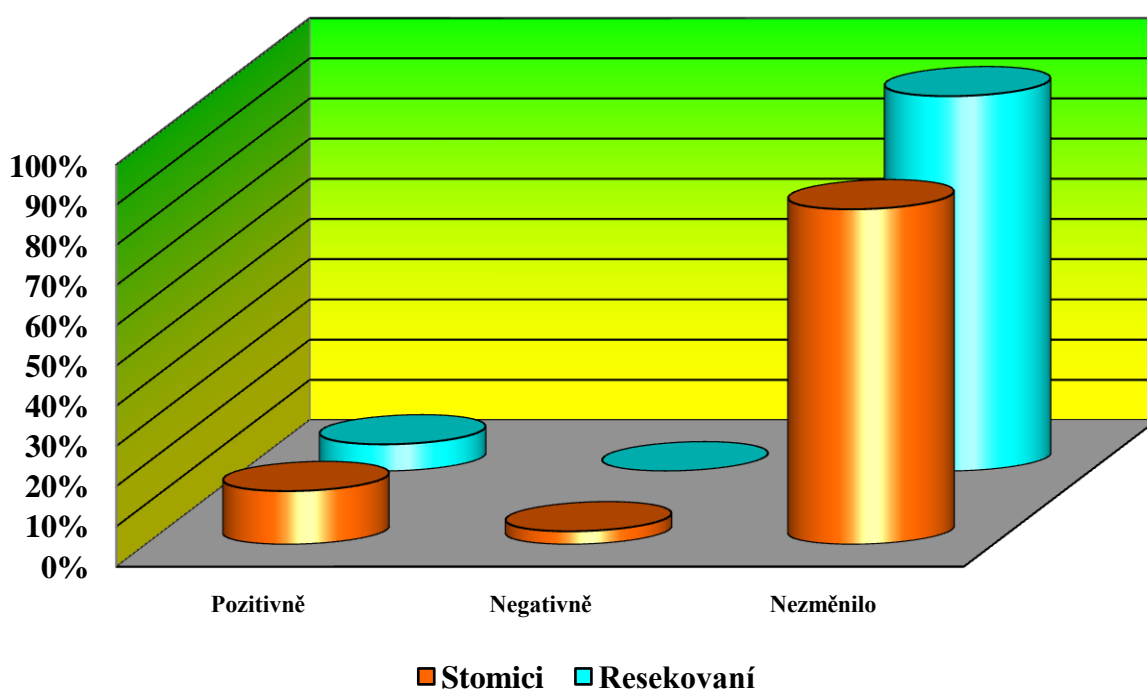
Tabulka č. 9

Role	Stomici: n _i , f _i	Resekovaní: n _i , f _i
Jako dříve	4 (13,3%)	10 (33,3%)
Starobní důchod	19 (63,3%)	14 (46,7%)
Invalidní důchod	5 (16,7%)	6 (20%)
Změna zaměstnání	2 (6,7%)	0
Celkem	30 (100%)	30 (100%)

Položka č.10 – Rodinné vztahy

Z celkového množství 30ti respondentů (100%) se stomií uvedli 4 respondenti (13,3%), že je tato náročná situace ještě více sblížila s rodinou. 1 člověk (3,3 %) uvedl, že to jeho vztahy v rodině ovlivnilo negativně. K 25 respondentům (83,4 %) se chování rodiny nezměnilo. Ze vzorku 30ti respondentů (100%) po resekci uvedli 2 respondenti (6,7 %), že je tato situace spíše sblížila. K 28 respondentům (93,3 %) se chování rodiny nezměnilo.

Graf č. 10-Rodinné vztahy



Tabulka č.10

Rodinné vztahy	Stomici: n_i, f_i	Resekovaní: n_i, f_i
Pozitivně	4 (13,3%)	2 (6,7%)
Negativně	1 (3,3%)	0
Nezměnilo	25 (83,4%)	28 (93,3%)
Celkem	30 (100%)	30 (100%)

Položka č. 11 – Mezilidské vztahy

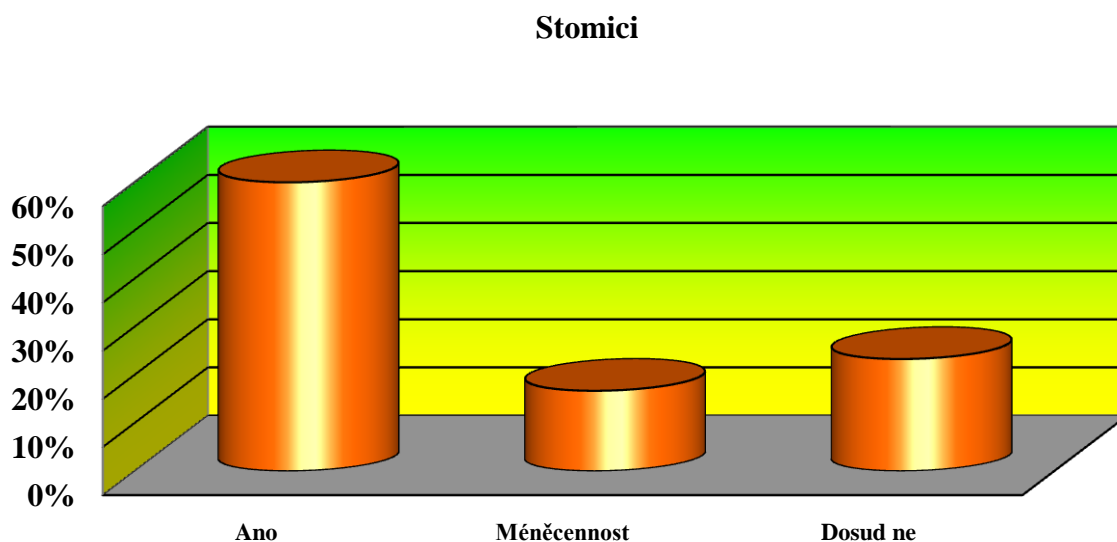
Ze vzorku 30ti respondentů (100%) se stomií pociťuje 11 respondentů (36,7%) potíže při zapadnutí do kolektivu nebo navazování vztahů. 19 respondentů (63,3%) v tom nevidí žádný problém. Z dotazníku pro resekované pacienty bez stomie jsem tuto otázku vyloučila.

Mezilidské vztahy	n_i	f_i
Ano	11	36,7%
Ne	19	63,3%
Celkem	30	(100%)

Položka č. 12 – Vnímání sebe sama

Z daného počtu 30ti respondentů (100%) se stomií, se vyrovnalo se změnou vzhledu těla 18 respondentů (60%), u 5 respondentů (16,7%) přetrvává pocit méněcennosti a 7 respondentů (23,3%) se s tím dosud plně nevyrovnalo. Z dotazníku pro resekované pacienty bez stomie jsem tuto otázku vyloučila.

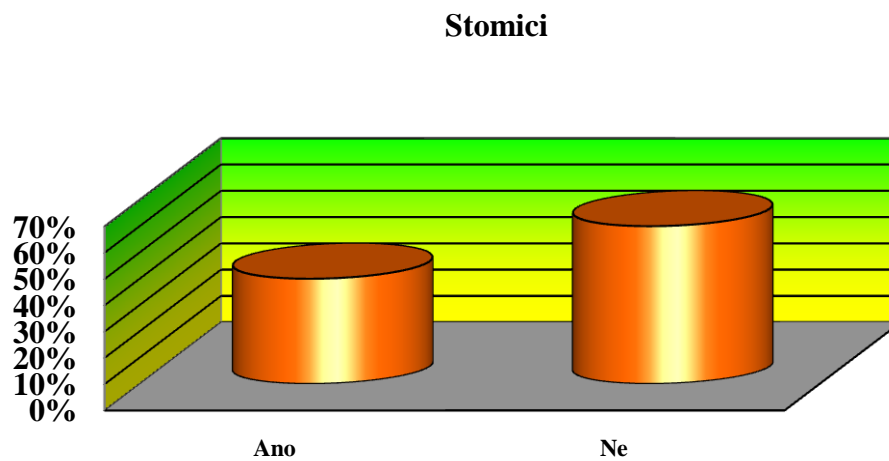
Graf č. 12 - Vnímání sebe sama



Položka č. 13 – Máte strach, že lidé poznají že máte stomii

Z výzkumného vzorku 30ti respondentů (100%) se stomií odpovědělo 12 respondentů (40%), že má obavy z toho, zda okolí zjistí, že mají stomii. 18 respondentů (60%) odpovědělo negativně.

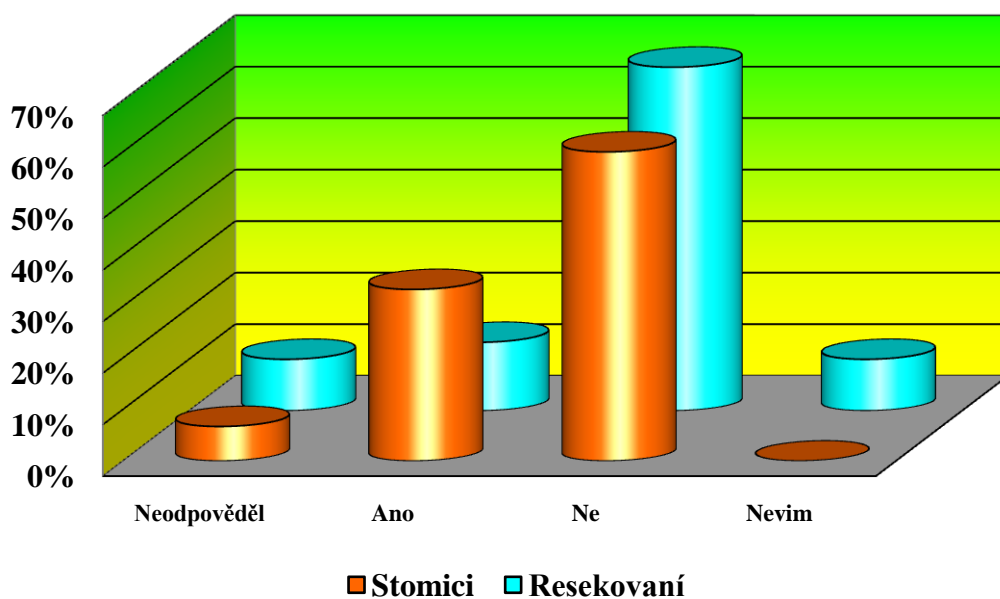
Graf č. 13 - Strach že lidé poznají stomii



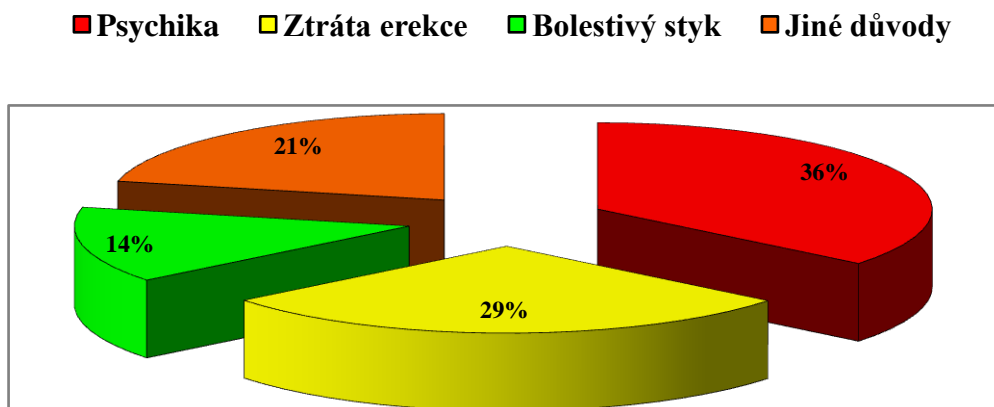
Položka č. 14 – Sexualita

Z vzorku 30ti respondentů (100%) se stomicí uvedlo 10 respondentů (33,3%) problémy v intimní oblasti, 18 respondentů (60%) odpovědělo ne nebo spíše ne. Zbytek respondentů se k otázce nevyjádřil. Ze vzorku 30ti respondentů (100%) po resekcí uvedli 4 respondenti (13,3%), že mají nějaké problémy v intimní oblasti a 20 respondentů (66,7%) volilo negativní variantu odpovědi. 3 respondenti (10%) uvedli, že nevědí, zda mají nějaký problém. (Procentuelní zastoupení jednotlivých odpovědí zobrazuje graf č. 14 a) Z odpovědí, které byly kladné (14 respondentů) blíže uvedlo: psychické problémy, ztrátu erekce, bolestivý styk, nebo problémy z jiné příčiny než byla stomie nebo resekcí. Pro větší přehlednost jsem zvolila graf 14. b, který procentuelně vyjadřuje problémy jednotlivých respondentů.

Graf č. 14 a)-Sexualita



Graf č. 14 b)-Problémy v intimní oblasti



Položka č. 15 – Řešení problémů v intimní oblasti

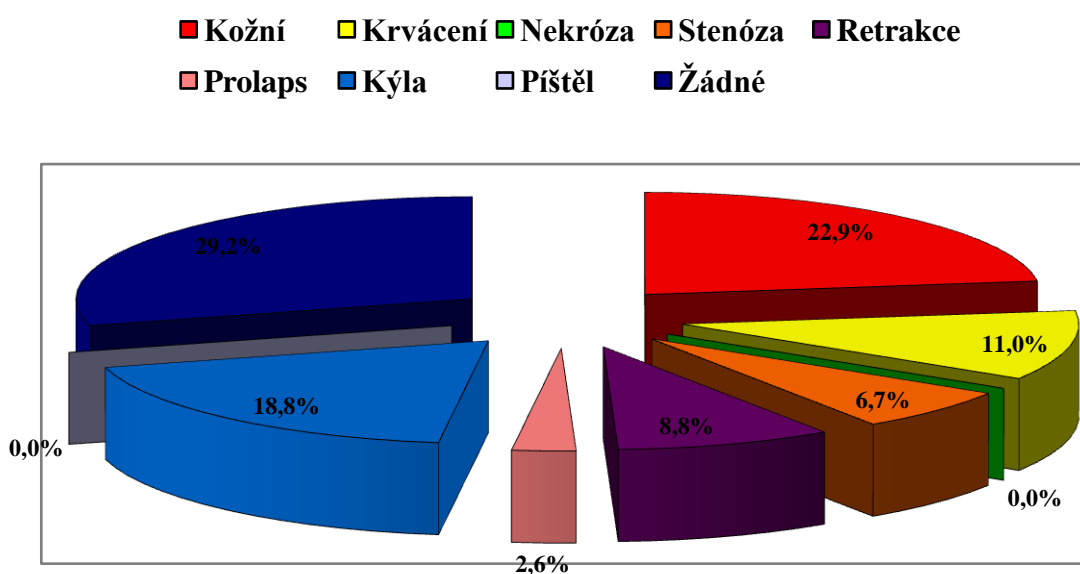
Ze 14ti respondentů, kteří odpověděli v předchozí položce, že mají nějaké problémy v intimní oblasti, uvedli všichni (100%), že tento problém nijak neřeší a nevyhledávají pomoc odborníků.

Položka č. 16 – Komplikace

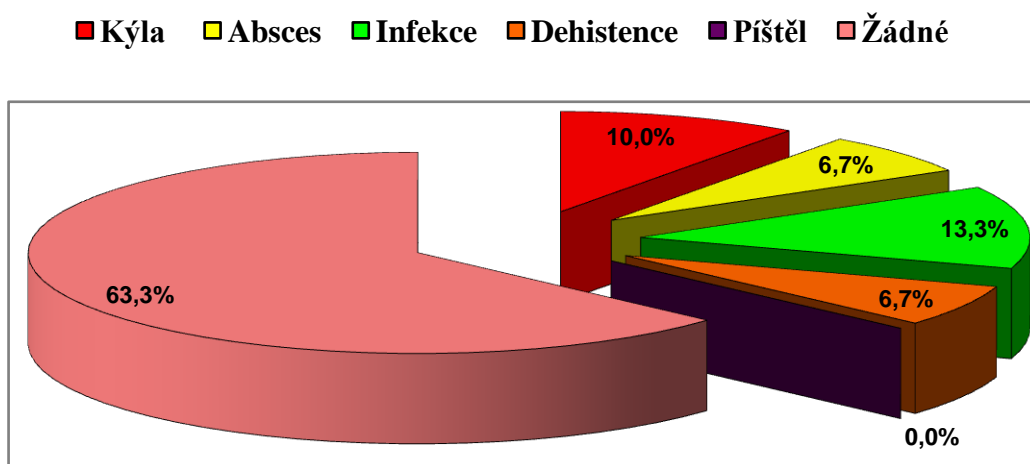
Ze zkoumaného vzorku 30ti respondentů (100%) se stomií uvedlo 16 respondentů, že prodělalo nějakou komplikaci. 11 respondentů (22,9%) uvedlo kožní komplikace, 5 respondentů (11%) krvácení ze stomie, 3 respondenti (6,7%) stenózu stomie, 4 retrakci (8,8%), 1 respondent (2,6%) prolaps a 9 (18,8%) parastomální kýlu. Jiné komplikace nikdo nevedl. Možnosti odpovědi nekróza a píštěl v okolí stomie také nikdo nevyužil. 14 respondentů (29,2%) nevedlo žádnou komplikaci. U této otázky bylo možno uvést více odpovědí.(Graf 16 a)

Ze vzorku 30ti resekovaných (100%) uvedlo 19 respondentů (63,3%) negativní odpověď. 11 respondentů prodělalo nějakou komplikaci. 4 respondenti (13,3%) uvedli infekci v ráně, 2 respondenti (6,7%) měli absces, 3 respondenti (10%) kýlu v jizvě, 2 respondenti (6,7%) prodělali dehiscenci a možnost odpovědi píštěl nikdo nevedl.(Graf 16 b)

Graf 16 a)-Komplikace stomií



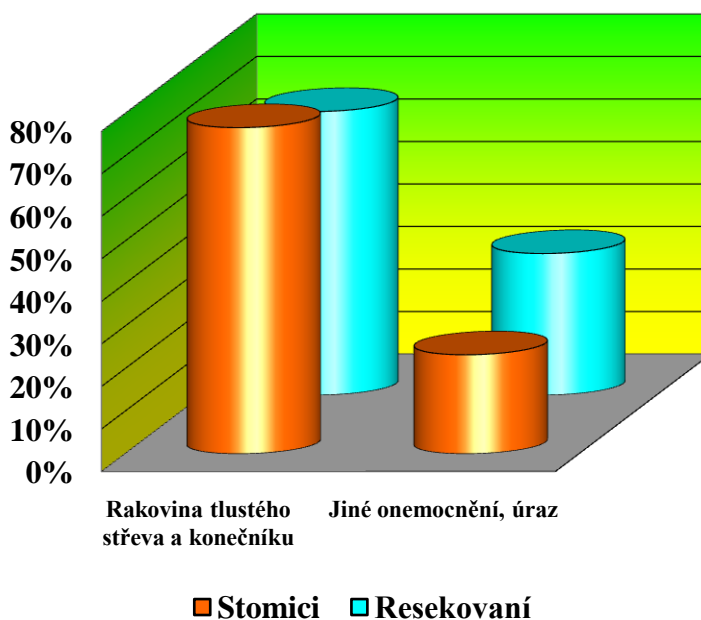
Graf 16 b)-Komplikace resekci



Položka č. 17 – Chemoterapie/radioterapie – příčina operačního výkonu na tlustém střevu

Ze vzorku 30ti respondentů (100%) se stomií prodělalo nádorové onemocnění respondentů (76,7%). U 7 respondentů (23,3%) bylo příčinou jejich stavu jiné onemocnění nebo úraz. Z výzkumného vzorku 30 respondentů (100%) po resekci prodělalo nádorové onemocnění 20 respondentů (66,7%). U 10 respondentů (33,3%) byla příčinou jejich stavu jiné onemocnění nebo úraz.

Graf č. 17- příčina operačního výkonu



Položka č. 18: Chemoterapie/radioterapie – Účast na terapii

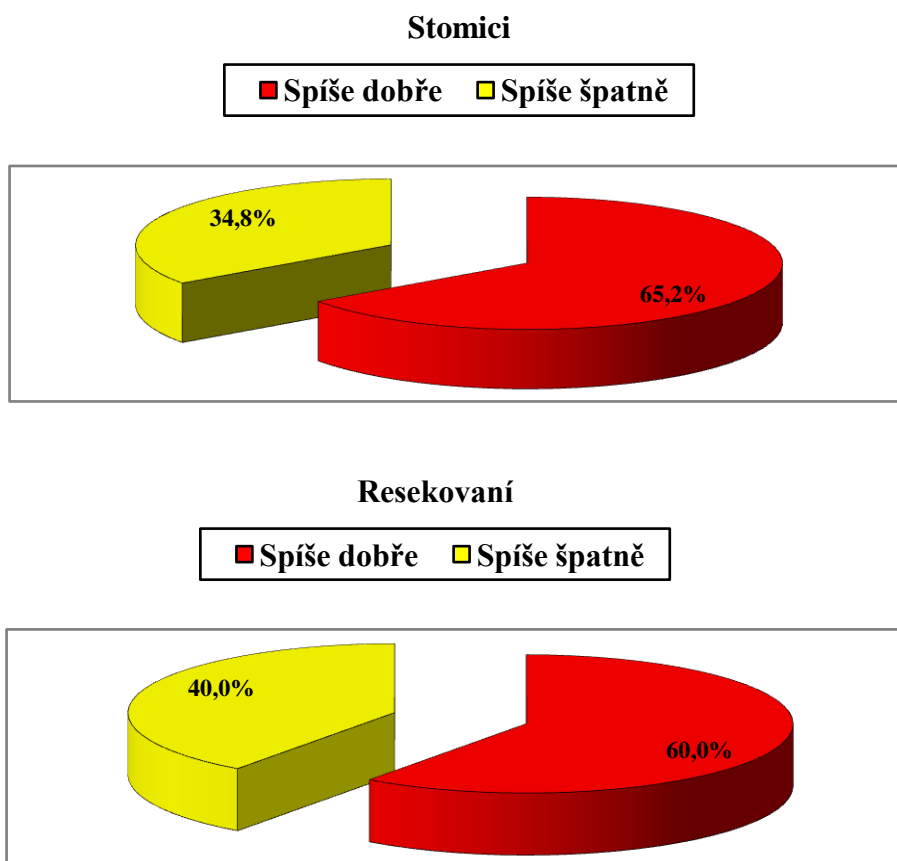
Z celkového počtu 30 respondentů (100%) se stomií se chemoterapie nebo radioterapie zúčastnilo celkem 23 lidí (76,7%) a z výzkumného vzorku 30 respondentů (100%) po resekci tlustého střeva chemoterapie či radioterapie prodělalo celkem 20 lidí (66,7%).

Chemo-radioterapie	Stomici:n_i, f_i	Resekovaní:n_i, f_i
Ano	23 (76,7%)	20 (66,7%)
Ne	7 (23,3%)	10 (33,3%)
Celkem	30 (100%)	30 (100%)

Položka č. 19: Chemoterapie/radioterapie – její snášenlivost

Z výzkumného vzorku 23 respondentů (100%) se stomií 15 respondentů (65,2%) uvedlo, že chemoterapii nebo radioterapii snášelo spíše dobře a 8 respondentů (34,8%) spíše špatně. 20 respondentů (60%) po resekci snášelo chemoterapii spíše dobře a 8 respondentů (40%) spíše špatně.

Graf č. 19- snášenlivost chemoterapie či radioterapie

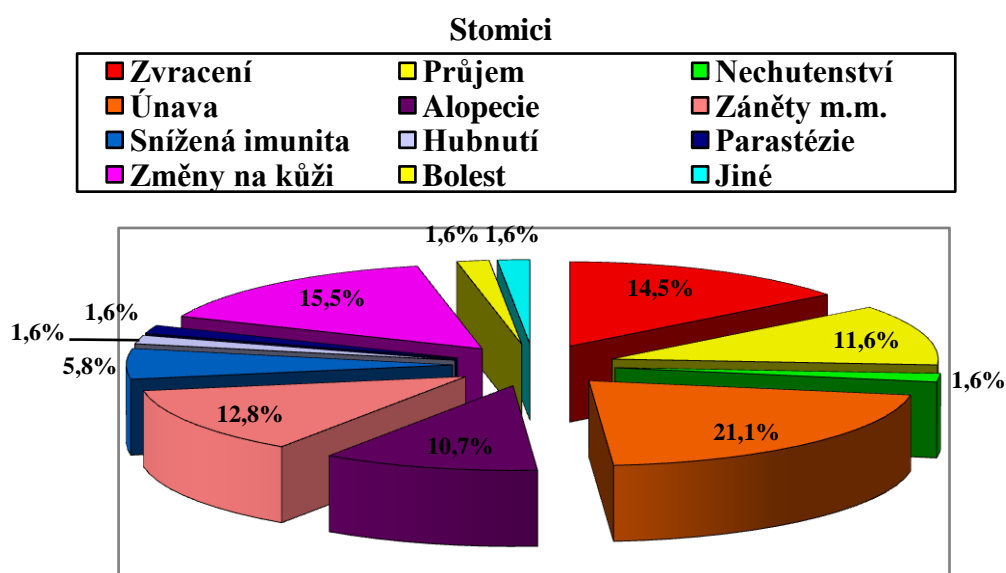


Položka č. 20 – Chemoterapie/radioterapie – její nežádoucí účinky

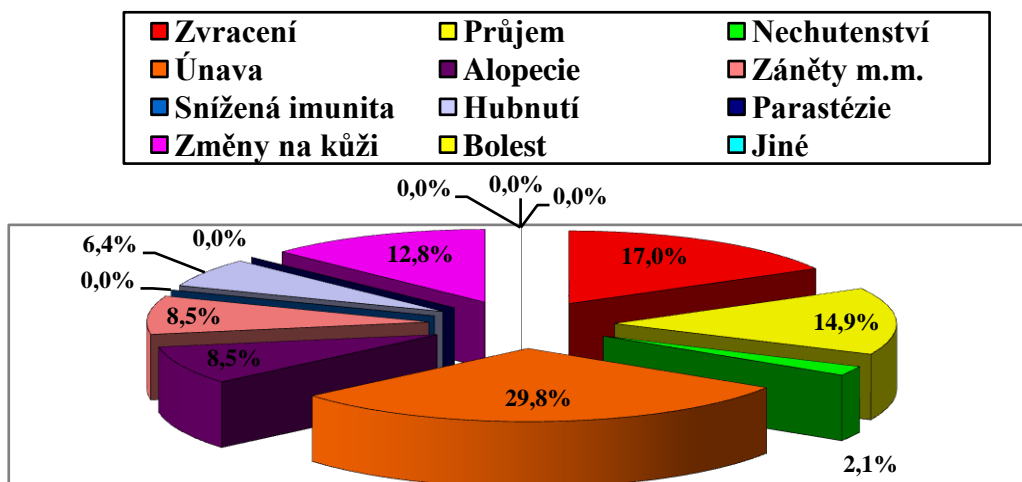
U této otázky mohli respondenti využít více možných odpovědí. Z celkového počtu 23 respondentů (100%) uvedli všichni respondenti, že prodělali nějaké komplikace 9 respondentů (14,5%) mělo nevolnost a zvracení, 7 respondentů (11,6%) zácpu či průjem, 13 respondentů (21,1%) trápila únava, 6 respondentů (10,7%) uvedlo alopecii, 7 respondentů (12,8%) záněty močového měchýře, 3 respondenti (5,8%) sníženou obranyschopnost, 9 respondentů (15,5%) mělo různé kožní problémy a změny na kůži po ozáření. Zbylé možnosti jako hubnutí, parastezie končetin, bolest a nechutenství uvedl vždy 1 respondent (1,6%). Jako jinou komplikaci označil 1 respondent (1,6%) zimnici. Prodělané komplikace u stomických pacientů znázorňuje (Graf.20a)

Ze zkoumaného vzorku 20ti respondentů (100%) uvedli všichni některou z možných komplikací. 8 respondentů (17%) trpělo nevolností a zvracením, 7 (14,9%) jich mělo zácpu nebo průjem, 14 respondentů (29,8%) trpělo únavou, 4 (8,5 %) uvedli vypadávání vlasů, 4 respondenti (8,5%) záněty močového měchýře, 3 respondenti (6,4%) hubnutí, a 6 respondentů (12,8%) kožní problémy. Jeden respondent (2,1%) uvedl, že trpěl nechutenstvím. Prodělané komplikace u této skupiny znázorňuje graf 19 b)

Graf 20a)-nežádoucí účinky



Graf 20 b) nežádoucí účinky

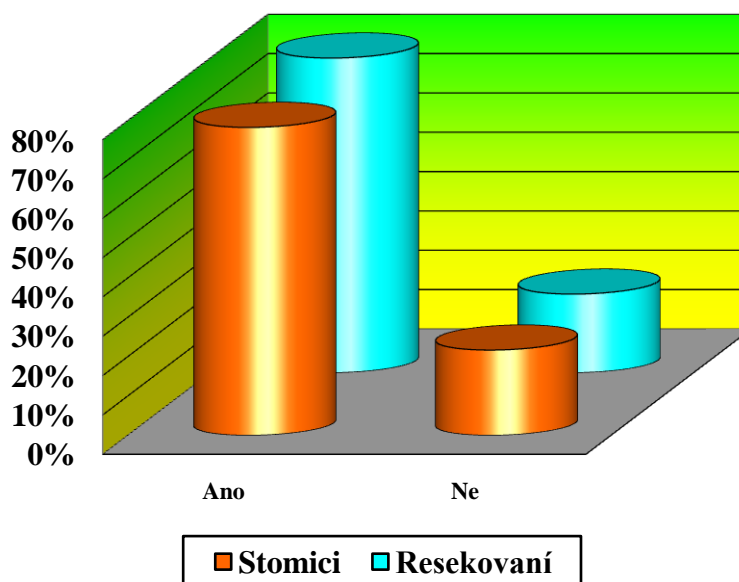


Položka č. 21- Edukace o následné péči po chemoterapii či radioterapii

Z daného vzorku 23 respondentů (100%) se stomií uvedlo celkem 18 respondentů (78,3%), že bylo dostatečně edukováno (informováno) od zdravotnického personálu o následné péči po chemoterapii či radioterapii. (Pitný režim, vhodná výživa a stravování, hygienická péče, dostatek odpočinku, šetření ozářených míst...) 5 respondentů (21,7%) se domnívá, že ne.

Ze vzorku 20 respondentů (100%) po resekci bylo 16 respondentů (80%) dostatečně edukováno o péči po terapii a 4 respondenti (20%) ne.

Graf č. 21- edukace

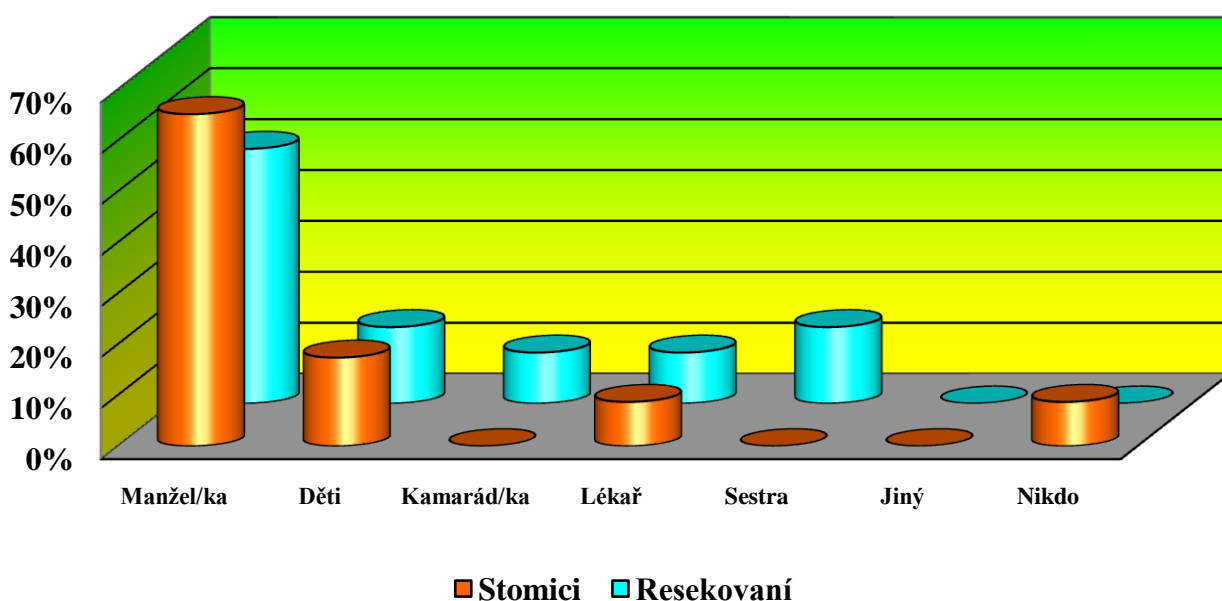


Položka č. 22- Největší oporou byl pro pacienta:

Ze sledovaného vzorku 23 respondentů (100%) se stomií uvedlo 15 respondentů (65,2%), že byl pro ně největší oporou v období, kdy prodělávali chemoterapii či radioterapii manžel nebo manželka. 4 respondenti (17,4%) uvedli dalšího blízkého člena rodiny (dcera/syn), pro 2 respondenty (8,7%) to byl lékař a pro 2 respondenty (8,7%) nebyl oporou v tomto období nikdo.

Ze vzorku 20ti respondentů po resekci uvedlo 10 respondentů (50%), že pro ně byl největší oporou manžel nebo manželka. 3 respondenti (15%) uvedli syna nebo dceru, 2 respondenti (10%) uvedli kamaráda či kamarádku, 2 respondenti (10%) uvedli lékaře a 3 (15%) sestru.

Graf č. 22 – největší opora



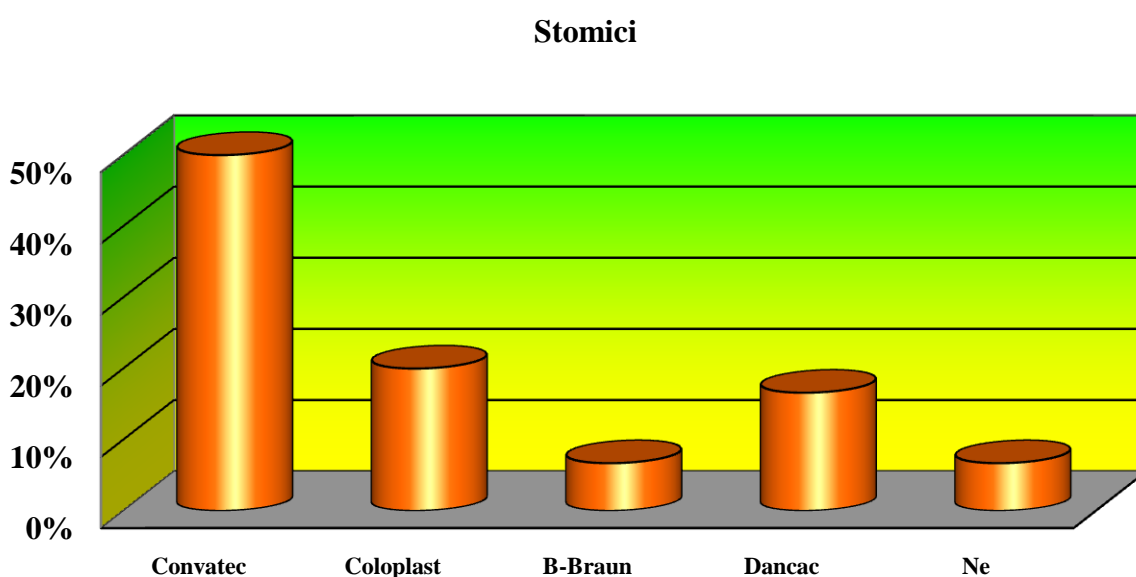
Tabulka č. 22

Největší opora	Stomici: n_i, f_i	Resekovaní: n_i, f_i
Manžel/ka	15 (65,2%)	10 (50%)
Děti	4 (17,4%)	3 (15%)
Kamarádi	0 (0 %)	2 (10%)
Lékař	2 (8,7%)	2 (10%)
Zdravotní sestra	0	3 (15%)
Nikdo	2 (8,7%)	0 (0%)
Celkem	23 (100%)	20 (100%)

Položka č. 23 – Pomůcky při ošetřování stomie

Z celkového počtu 30ti respondentů (100%) se stomií uvedlo 15 respondentů (50%), že používá stabilně při ošetřování kolostomie pomůcky od firmy Convatec. 6 respondentů (20%) od firmy Coloplast, 2 respondenti (6,7%) od B-Braun. Od firmy Dansac používá pomůcky 5 respondentů (16,6 %). 2 respondenti (6,7%) nepoužívají pomůcky pouze od jedné firmy, ale od více. Jako důvod uvedli: špatná přilnavost, alergie na pomůcky.

Graf č. 23 – Pomůcky od jednotlivých firem



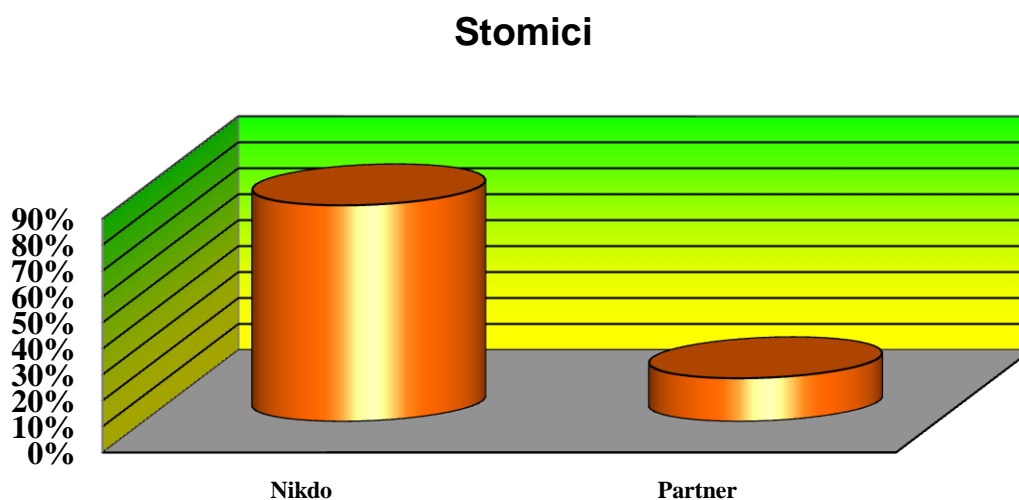
Tabulka č. 23

Pomůcky	n_i	f_i
ConvaTec	15	50%
Coloplast	6	20%
B-Braun	2	6,7%
Dansac	5	16,6%
Ne	2	6,7%
Celkem	30	100%

Položka č. 24 – Pomoc při ošetřování stomie

Z výzkumného vzorku 30 respondentů (100%) uvedlo 25 respondentů (83,3%), že péči o stomii zvládají sami a nepotřebují pomoc druhé osoby. 5 respondentů (16,7%) uvedlo, že jim při ošetřování pomáhá partner nebo partnerka. Ostatní možnosti odpovědi nebyly využity.

Graf č. 24 – Kdo pomáhá při ošetřování stomie?



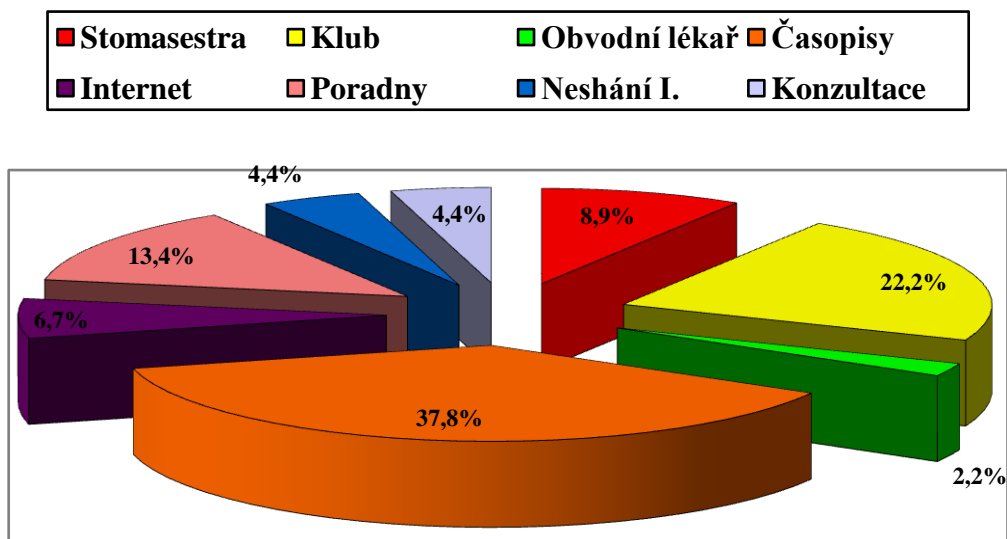
Tabulka č. 24

Pomoc při ošetřování	n_i	f_i
Nikdo	25	83,3%
Partner	5	16,7%
Celkem	30	100%

Položka č. 25 – Získávání informací týkajících se ošetřování

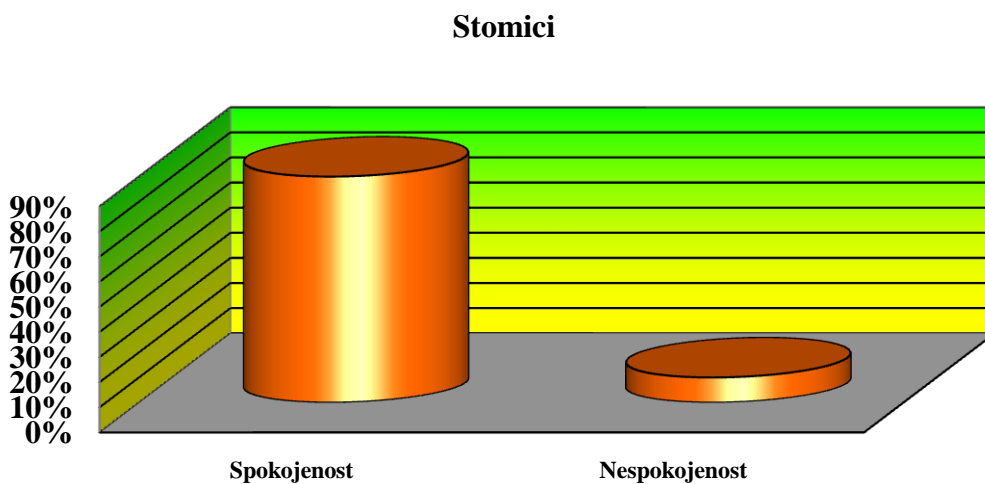
Vzorek 30 respondentů (100%) měl možnost zaškrtnout více odpovědí. 4 respondenti (8,9%) uvedli, že získávají informace týkajících se ošetřování od stomasestry. 10 respondentů (22,2%) z klubu stomiků. 1 respondent (2,2%) získává informace od obvodního lékaře, 17 respondentů (37,8%) sbírá informace z časopisů a knih, 3 respondenti (6,7%) volili internetové stránky, 6 respondentů (13,4%) uvedlo proktologické poradny, 2 respondenti (4,4%) neshání žádné informace a 2 respondenti (4,4%) konzultují s jinými stomiky (ne klub).

Graf č. 25 – Informace o ošetřování



Položka č. 26 – Spokojenost s množstvím a kvalitou předepisovaných pomůcek

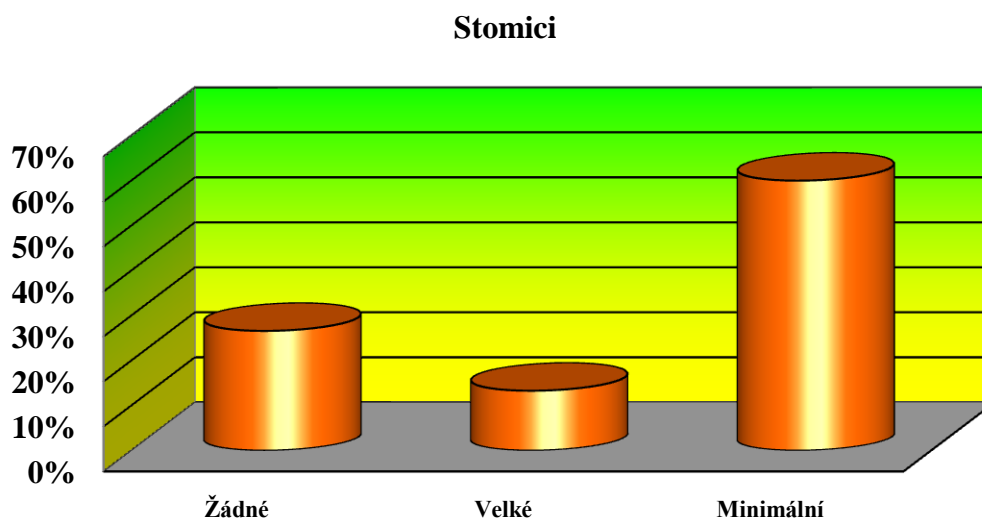
Ze vzorku 30ti respondentů (100%) uvedlo 27 (90%) spokojenost s množstvím a kvalitou předepisovaných pomůcek. 3 respondenti (10%) uvedli, že nejsou spokojeni a množství jim nestačí.



Položka č.27 – Problémy při ošetřování

Z celkového počtu 30ti respondentů (100%) uvedlo 8 respondentů (26,7%), že nemá žádné problémy při ošetřování stomie. 18 respondentů (60%) má jen nepodstatné nebo minimální problémy. 4 respondenti (13,3%) uvedli značné nebo velké problémy, které jim činí ošetřování stomie.

Graf č. 27 – Problémy při ošetřování



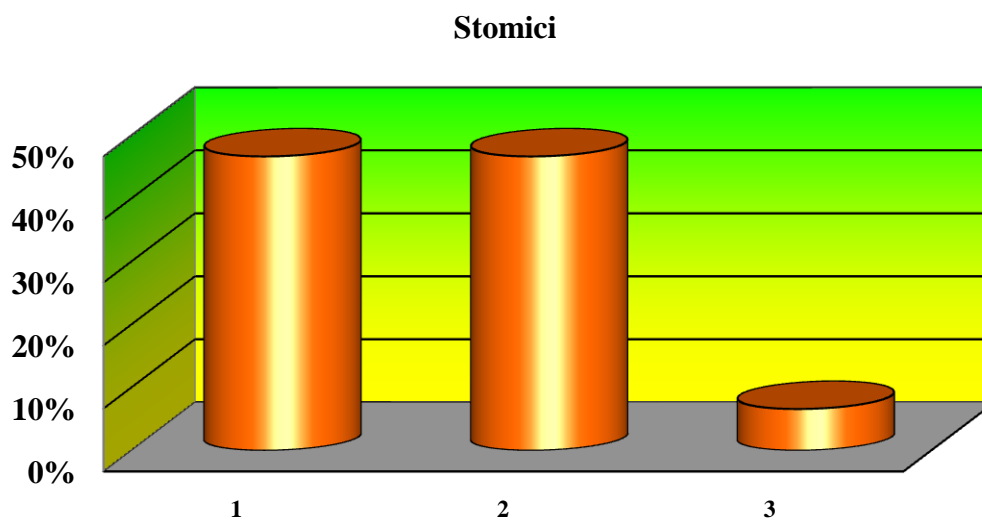
Tabulka č. 27

Problémy při ošetřování	n_i	f_i
Žádné	8	26,7%
Velké	4	13,3%
Minimální	18	60%
Celkem	30	100%

Položka č. 28 – Hodnocení zručnosti se stomickými pomůckami

Z celkového množství 30ti respondentů (100%) 14 respondentů (46,7%) ohodnotilo manipulaci se stomickými pomůckami známkou jedna, tedy snadnou a jednoduchou. 14 respondentů (46,7 %) hodnotilo známkou dvě. 2 respondenti (6,6%) uvedli, známku 3.

Graf č. 28- Manipulace s pomůckami



3.5 Diskuze

Mým výzkumným záměrem č. 1 bylo zjistit, zda respondenti změnili po založení stomie svoje stravovací návyky, a porovnat je s respondenty, kteří stomii nemají. Z výzkumu vyplynulo, že většina pacientů se stomií - 63,3% změnila své stravovací návyky, zatím co 73,4% pacientů bez stomie ne. Myslím si, že oblast výživy je velmi důležitá, pacient by měl vědět a znát účinky některých potravin a jejich vliv na vyprazdňování. A to zejména v prvních 6ti až 8 týdnech po operaci, kdy je nutné omezit nerozpustnou vlákninu, aby se předešlo podráždění stomie případně její snížené průchodnosti. V klidové fázi pak není striktní omezení, stravování je zcela individuální, je však nutné respektovat určitá omezení. S výživou úzce souvisí i vyprazdňování, a tedy **výzkumný záměr č. 2** kde jsem chtěla zjistit, zda mají klienti se střevním vývodem problémy při vyprazdňování a porovnat je s klienty po resekci. Výsledky výzkumu ukázaly, že 73,3% stomiků udává, že nemá žádné problémy při vyprazdňování stolice, zatím co 56,7% resekovaných udává obtíže. Tento fakt mě velice překvapil, předpokládala bych totiž, že větší problémy budou mít spíše klienti se stomií. Lze spekulovat o tom, že při pravostranné či levostranné hemikolektomii je odstraněna větší část střeva, která absorbuje vodu, nežli např. při Milesově či Hartmannově resekci. A tudíž pacienti po levostranné či pravostranné resekci mají větší sklon k průjmům. Jinak si tento fakt neodvedu vysvětlit.

Ve výzkumném záměru č.3 jsem chtěla zjistit, kolik procent stomiků, a kolik procent resekovaných se zřeklo společenských aktivit a cvičení. Výzkumné šetření ukázalo, že se celkem 82,7% stomiků zřeklo nějakého druhu pohybové aktivity. Počet resekovaných pacientů činil 27%. Nejvíce respondentů se stomií se zřeklo plavání, cestování, společenských akcí a cvičení. To mě velmi udivilo, protože jsem předpokládala, že díky dnešním moderním pomůckám se těchto aktivit většina kolostomiků neobává. Příčinou by tedy mohla být porucha v oblasti vnímání sebe sama, kdy se 12 respondentů obává, že okolí zjistí, že mají stomii a se změnou vzhledu svého těla se dosud nevyrovnalo. Toto ukazuje na to, že stomie je velký handicap, a mnoho lidí potřebuje opravdu spoustu času na to, aby se s tímto smířilo. 73,3% respondentů z tohoto výzkumného vzorku má totiž stomii více než 3 roky, co je podle mě doba za kterou má člověk možnost se s tímto vyrovnat.

Výzkum potvrdil, že v **intimní oblasti - sexualitě** mají problémy spíše pacienti se stomií. Hlavní důvod, kvůli kterému se domnívám, že tomu tak je, bude oblast psychická. Stomik si může před svým partnerem připadat nepřitažliví, pocítovat stud a úzkost. Druhým nejpočetnějším problémem byla porucha erekce, ta může být způsobena během operačního

výkonu na střevu díky poruše pánevního plexu. Několik respondentů a to hlavně ze skupiny resekovaných pacientů mi na tuto otázku neodpovědělo, to může souviset s tím, že otázky na toto téma jsou velice osobní a řada pacientů o tom nechce mluvit. **Výzkumným záměrem č. 4**, bylo zjistit, zda má větší počet komplikací z výzkumného vzorku, skupina lidí se stomií nebo bez stomie. Z výsledků vyplynulo, že více než polovina pacientů se stomií ze zkoumaného souboru, prodělala nějakou komplikaci. Nejčastější byly komplikace kožní (uvedlo 22,9%) mezi které patří alergická reakce, podráždění kůže, macerace, infekce a nadměrně suchá kůže. Vše nasvědčuje tomu, jak je ošetřování a péče o stomie náročná. Druhou nejčastější komplikací byla parastomální kýla, kterou uvedlo (18,8%) respondentů. Tato komplikace je obecně řazena mezi nejčastější a její příčinou je ve většině případů zvýšený nitrobřišní tlak, při zvedání těžkých břemen. Komplikace se objevili i u resekovaných pacientů postihli celkem 11 respondentů, nejvíce početná byla opět kýla a infekce rány.

Výzkumný záměr č. 5 se týkal léčby zářením a aplikace cytostatik. Mým cílem bylo objasnit, kolik respondentů prodělalo léčbu chemoterapií či radioterapií v důsledku nádorového onemocnění. Prodělalo jí celkem 76,7% pacientů se stomií a 66,7% pacientů po resekci. Alarmující je vysoký počet respondentů, který jak už jsem uvedla v úvodu odpovídá stále se zvyšujícímu počtu nádorových onemocnění. Výzkum potvrdil, že 65,2% stomiků a 60% resekovaných pacientů snášelo chemoterapii a radioterapii spíše dobře, to mě velmi překvapilo, protože si myslím, že se jedná o velkou zátěž pro organismus, která má řadu komplikací, jenž se mi potvrdili v následující otázce. Může to být způsobeno tím, že dnešní chemoterapie a radioterapie je na dobré úrovni, a díky stále novým kombinacím jednotlivých léčiv a rozdělení záření do několika frakcí nemá tak „devastující“ nežádoucí účinky na celkový stav pacienta. Mezi nejčastější nežádoucí účinky patřila u obou skupin únava, prodělalo jí celkem 14,5% stomiků a 29,8% resekovaných, dále pak zvracení, to mělo 21,1% stomiků a 17% resekovaných, a změny na kůži- 15,5% stomiků a 12,8% resekovaných. Celkem 78,3% respondentů a 80% resekovaných se domnívá, že bylo o péči po chemoterapii edukováno dostatečně. Tento fakt svědčí pro zdravotníky. Nejvíce respondentů uvedlo (stomici 78,3%, resekovaní 50%), že pro ně v tomto období byl největší oporou manžel/manželka nebo děti. To se dalo očekávat a vypovídá to především o dobrém rodinném zázemí.

Ve **výzkumném záměru č. 6** jsem chtěla zjistit, kolik procent klientů je zcela soběstačných v péči o stomii, a nemá velké problémy při jejím ošetřování. Výsledný počet mě překvapil, očekávala jsem se totiž, že bude daleko menší, vzhledem k náročné péči, kterou

stomie vyžaduje. Celkem 83,3% respondentů je schopno samostatně pečovat o stomii a nepotřebuje pomoc druhé osoby. Za tento dobrý výsledek jistě může fakt, že 73,3% respondentů má stomii více než 3 roky, a za tu dobu se naučili určité zručnosti. Velký počet respondentů - 86,6%, nemá žádné, nebo jen minimální problémy při ošetřování stomie.

Výzkumným záměrem č. 7, bylo zjistit, od jaké firmy respondenti nejvíce používají pomůcky k ošetřování stomie. Polovina respondentů používá pomůcky od firmy Convatec, domnívám se, že je to hlavně díky tomu, že tato firma vydává časopis Radim, který vychází 2krát do roka, a z kterého většina respondentů čerpá informace týkající se ošetřování. Tato firma má velmi široký sortiment pomůcek, jejich internetové stránky jsou plné kvalitních a zajímavých informací, pořádá několikrát do roka setkání stomiků, kde představuje novinky a umožňuje konzultaci s odborníky, a toto vše jistě přispívá k jejímu dobrému renomé. Informace týkající se ošetřování získává 37,8% respondentů z časopisů a knih, dalších 22,2% respondentů z klubu pro stomiky. Očekávala bych v tomto případě o něco větší zastoupení, protože se domnívám, že tyto kluby, kde se setkávají stejně postižení jedinci, mohou hodně pomoci. Pacienti zde mají k dispozici odborníky, dobrovolníky a informační linky kam se mohou obracet s problémy, jsou velkou podporou a to hlavně po stránce psychické. Zda pacienty někdo informoval o tomto druhu pomoci, jsem nezjišťovala. Co se týká kvality a dostupnosti stomických pomůcek je spokojena většina respondentů, i když pomůcka nemůže být dokonalá, svědčí to o stálém zlepšování na dnešním trhu.

Závěr

Ošetrovatelská péče je především zaměřena na předoperační přípravu či pooperační péči, ať už bezprostřední, krátkodobou či dlouhodobou. Pacient je přivezen z operačního sálu na jednotku intenzivní péče, kde se monitorují fyziologické funkce, pečuje se o operační ránu, výživu, hygienu, vyprazdňování, spánek a odpočinek. Provádí se rehabilitace a samozřejmě péče o psychiku pacienta. Tato péče pak pokračuje na standardním oddělení, popř. v domácím prostředí. Cíl mé výzkumné části není zhodnotit tuto „klasickou“ ošetrovatelskou péči, protože si myslím, že prací na toto téma bylo napsáno již mnoho. V mé práci jsem se pokusila zaměřit na komplexní problematiku péče o nemocné, a to v domácím prostředí, za delší časové období po operaci. Jednotlivé oblasti péče byly vybrány podle modelu Gordonové, který vyhovuje ošetrovatelské praxi, ale i vzdělávání a výzkumu. Z výzkumu vyplynulo, že stomie je určitý handicap, zasahuje do mnoha těchto oblastí a vyžaduje odbornou péči, která je díky stále se zlepšující kvalitě a dostupnosti stomických pomůcek na dobré úrovni. Pacienti bez stomie tak značné problémy, ale mohou se u nich rovněž vyskytnout určité komplikace, např. v podobě problémů při vyprazdňování.

Při studiu odborných pramenů a při vyhodnocování dotazníků je patrný údaj o počtu onemocnění a úmrtí na kolorektální karcinom v České republice, k tomuto stavu přispívá mimo jiné i životní styl, skladba výživy a stravovací režim, nedostatek pohybu, obezita, zvýšená konzumace alkoholických nápojů (zejména piva), kouření, a stres. Po zavedení screeningu, bych se proto doporučila zaměřit na prevenci, ve formě větší informovanosti, např. pomocí sdělovacích prostředků. Prevence je důležitá zejména pro mladé lidi, kteří mnohdy nevědí co si pod pojmem resekce střev a stomie mají představit, a že jejich životní styl má důležitou roli na vznik tohoto onemocnění. Snížení výskytu nádorového onemocnění střev, by se tak jistě projevilo na redukcii počtu prováděných resekcí a na redukcii stále se zvyšujícího počtu pacientů se stomií.

Soupis bibliografických citací

1. ARCHALOUSOVÁ, A. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. 1. vyd. Hradec Králové : Nucleus, 2003. 99 s. ISBN 80-86225-33-X.
2. BARBOŘÍKOVÁ, V. *Význam a funkce združení stomiků v ČR 2007*, roč. roč. 17, č. 5, s. 6. ISSN 1210-0404.
3. BEDNAŘÍK, O. *Nádory tlustého střeva a konečníku*. Lékařské listy, 2007, roč. 56, č. 9, s. 15-18. ISSN 1214-7664
4. CONVATEC. *Pomůcky pro stomiky* [online]. 2004 [cit. 2009-03-24]. Dostupný z WWW: <<http://www.convatec.cz/cz/shop-cat.-php?CAT=ST>>.
5. ČIHÁK, R. *Anatomie 2*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 470 s. ISBN 80-247-0143-X.
6. HALMO, R. *Edukace kolostomika v oblasti výživy*. Diagnóza v ošetrovatelství, 2006, roč. 2, č. 7, s. 272-273. ISSN 18011349.
7. HOCH, J. *Akutní chirurgie tlustého střeva*. 1. vyd. Praha: Waxdorf, 1998. 184 s. ISBN 80-8580-85-3.
8. HOLUBEC, L. a kol. *Kolorektální karcinom*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 175 s. ISBN 80-247-0636-9.
9. JANDÍK, P. *Psychologická opora pacientů se zhoubnými novotvary*. Ošetrovatelství, 2004, roč. 6, č. 1-2, s. 38-40. ISSN 1212-723X.
10. JEDLIČKOVÁ, A. *Jak se učíme se stomiky*. Sestra, 2004, roč. 1, č. 7+8, s. 30-32. ISSN 1210-0404.
11. JIRKŮ, M. *Komplikace u stomií*. Sestra, 2004, roč. 14, č. 3, s. 41-42. ISSN 1210-0404.
12. JUŘIČKOVÁ, L. „Zhoubné nádory v roce 2005 “: *Aktuální informace Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky* [online]. 2007 [cit. 2009-03-26]. Dostupný z WWW: <www.uzis.cz>.
13. KLEINWÄCHTEROVÁ, I. *Pitný režim stomiků*. Sestra, 2007, roč. 17, č. 5, s. 6. ISSN 1210-0404.
14. KOLÍNKOVÁ, D. *Zásady výživy po založení stomií*. Diagnóza v ošetrovatelství, 2006, roč. 2, č. 9, s. 350-351. ISSN 1801-1349.
15. KREML, P. *Jak se žije se stomií*. Zdravotnické noviny, roč. 5, č. 39, s. 20-21. ISSN 1214-7664.
16. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologické aspekty terminální fáze onkologicky nem.* Sestra, 200, roč. 10, č. 3, s. 34-35. ISSN 1210-0404.

17. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
18. MARKOVÁ, M. *Stomie gastrointestinálního a močového traktu*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. s. 58-59. ISBN 80-7013-434-8.
19. MIKŠOVÁ, Z.; FRANĀKOVÁ, M.; ZAJÍČKOVÁ, M. *Kapitoly z ošetrovatelské péče*. 1. vyd. Valašské Meziříčí: Nalois, 2003. 171 s. ISBN neuvedeno.
20. MOUREK, J. *Fyziologie*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 204 s. ISBN 80-247-1190-7.
21. MUNZAROVÁ, M. *Psychologie a etika péče o onkologicky nemocné*, Vnitřní lékařství. 2001, roč. 47, č. 8, s. 576-578. ISSN 0042-773X.
22. OTRADOVCOVÁ, I.; KUBÁTOVÁ, L. a kol. *Komplexní péče o pacienty se stomií*. 1. vyd. Praha : Galén, 2006. 54 s. ISBN 80-7262-432-6.
23. RAJMAN, M.; FORMÁNEK, P.; HAVLÍČEK, K. *Péče o stomie a stomiky*. Rozhledy v chirurgii, 2002, roč. 81, č. 7, s. 350-351. ISSN 0035-9351.
24. ŠŘÍČKA, T.; KOHOUT, P.; BALÍKOVÁ, M. *Dieta u pacientů se střevními vývody a po operaci střev*. 1. vyd. Praha : Forsapi, 2007. 68 s. ISBN 978-80-903820-6-0.
25. ŠRÁMKOVÁ, P. *Erektální dysfunkce a další sexuální poruchy u nemocného se stomií*. Onkologická péče, 2006, roč. 10, č. 3, s. 2-5. ISSN 1214-5602.
26. ŠVÁB, J. *Operace tlustého střeva*. 1. vyd. Praha: Triton, 2000. 118 s. ISBN 80-7254-122-6.
27. TROJAN, S. a kol. *Lékařská fyziologie* 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 771 s. ISBN 80-247-0512-5.
28. VYSLOUŽIL, K. *Komplexní léčba nádorů rektu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. s. 5-6. ISBN 80-247-0628-8.

Seznam zkratk

CCK	Cholecystokinin
CNS	Centrální nervová soustava
CO ₂	Oxid uhličitý
CT	Počítačová tomografie
EKG	Elektrokardiografie
FAP	Familiární adematozní polypóza
F _i	Relativní četnost
Kč	Koruna
Ks	Kusů
MR	Magnetická rezonance
N _i	Absolutní četnost
PDE5	Inhibitor fosfodiesteráza
Rh faktor	Rhesus Faktor
RTG	Rentgen
TNM klasifikace	T (tumor) N (nodus) M (metastáza)

Seznam příloh a obrázků

Příloha 1	Dotazník 1
Příloha 2	Dotazník 2
Příloha 3	Diagnostické vyšetřovací metody
Příloha 4	Charta práv stomiků
Obrázek 1	Tlusté střevo-Colon
Obrázek 2	Operace na tlustém střevu
Obrázek 3	Pomůcky pro stomiky a doplňky pro ošetřování stomie

Příloha 1

Dotazník 1

Vážený pane, vážená paní,

Jmenuji se Jana Pánková a jsem studentkou 2. ročníku bakalářského studia, oboru Všeobecná sestra, na Fakultě zdravotnických studií Univerzity v Pardubicích.

Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce, zaměřené na ošetrovatelskou péči o klienty po resekcii tlustého střeva. Získané údaje nebudou nikde zveřejněny a budou použity pouze pro účel mé závěrečné práce.

V dotazníku prosím označte Vámi vybranou odpověď.

Děkuji Vám za Vaši ochotu a věnovaný čas.

1. *Věk:* 30-45 let
 46-65 let
 nad 65 let

2. *Jak dlouho máte již založenou stomii?*
.....

3. *Změnil/a jste po založení stomie svoje stravovací návyky?*

- ano, vyhýbám se jídlům, která způsobují zácpu/průjem
 ano, vyhýbám se jídlům, která zvyšují zápach
 ano, vyhýbám se jídlům, která se špatně tráví
 ano, vyhýbám se jídlům, která způsobují plynatost, křeče, a pálení žáhy
 ne, jím stejně jako dříve

4. *Máte problémy po konzumaci některých potravin?*

- ano
 ne

5. *Máte nějaké problémy s vyprazdňováním stolice? (Zácpa, průjem, ...pokud ano, uveďte jaké)*

- ano
- ne

6. *Máte pravidelnou stolici?*

- ano
 ne

7. *Jakých aktivit jste se zřekl/a po založení stomie? (možno uvést více odpovědí)*

- Návštěvy společenských akcí (kino, divadlo, večírky..)
 Cestování
 Plavání
 Domácí práce, práce okolo bytu
 Nakupování
 Žádných, vše je jako dřív

8. Věnujete se nějakému sportu nebo cvičení?

- Ano
- Občas
- Vůbec

9. Změnil/a jste z důvodu založení stomie zaměstnání?

- ne, pracuji tam kde předtím
- ne, byl/a jsem již v důchodu
- nemohu pracovat, jsem invalidní důchodce
- ano, zaměstnání jsem musel/a změnit

Jiné.....

10. Změnilo se v důsledku stomie chování rodiny k Vám?

- ano-pozitivně, sblížilo nás to
- ano- ale negativně
- ne

11. Máte nyní potíže nebo problémy při zapadnutí do kolektivu nebo navazování vztahů?

- ano
- ne

12. Vyrovnal/a jste se, se změnou vzhledu Vašeho těla?

- ano, cítím se jako každý jiný člověk
- ne, cítím se méněcenný/á
- ne, dosud jsem se s tím nevyrovnal/a

13. Máte strach, že lidé poznají že máte stomii?

- ano
- ne

14. Máte po založení stomie nějaké problémy v intimní oblasti?(Pouze pokud chcete odpovědět a jestli jste odpověděli ano-spíše ano uveďte prosím jaké.)

- ano.....
- spíše ano.....
- ne
- spíše ne

15. Kdo Vám poskytuje pomoc při řešení těchto problémů?(Pouze pokud jste v předchozí otázce odpověděli ano, spíše ano)

- Stomasestra
- Sexuolog
- Gynekolog
- Tento problém nijak neřeším

16. Měl/a jste nějaké komplikace po založení stomie?

- Kožní komplikace (alergie, podráždění, macerace, infekce, nadměrně suchá kůže)
- Krvácení ze stomie
- Zúžení (stenóza) kolostomie

- Parastomální kýla v oblasti kolostomie*
- Prolaps (výřez) stomie*
- Vtažení dovnitř (retrakce)*
- Nekróza*
- Pišťel v okolí stomie*
- Ne, dosud jsem žádné komplikace neměl/a*
- jiné.....*

17. *Používáte stabilně pomůcky od jedné firmy?*

- Ano, od jaké.....*
- Ne, proč.....*

18. *Kdo Vám pomáhá při ošetřování stomie?*

- nikdo, ošetřování provádím sám/a*
- partner/ partnerka*
- dcera (syn)*
- stomasestra*
- jiné.....*

19. *Odkud získáváte informace týkající se stomie? (Možno označit více odpovědí)*

- Stomasestra*
- Klub stomiků*
- Obvodní lékař*
- Časopisy, knihy (Radím)*
- Proktologické poradny*
- Internetové stránky*
- Nesháním informace*
- Jiné.....*

20. *Jste spokojen/a s množstvím a kvalitou předepisovaných pomůcek?*

- Ano*
- Ne*

21. *Máte nějaké problémy při ošetřování stomie?*

- Žádné*
- Velké*
- Minimální*

22. *Prosím ohodnoťte svoji zručnost při ošetřování stomie: (Přičemž jednička je nejlepší a pětka nejhorší.)*

1 2 3 4 5

23. *Jaká byla příčina operačního výkonu na tlustém střevu?*

- Rakovina tlustého střeva a konečníku*
- Jiné onemocnění, úraz*

24. *Prodělal/a jste nebo proděláváte v důsledku léčby radioterapii (léčba zářením) nebo chemoterapii (aplikace cytostatik)?*

- Ano*
- Ne*

Dále odpovídají pouze Ti kdo chemoterapii či radioterapii prodělali či prodělávají.

25. *Chemoterapii snáším či jsem snášel/a:*

- Spíše špatně*
- Spíše dobře*
- Jiné*

26. *Jaké vedlejší účinky chemoterapie se u Vás projevili či projevují? (Možno uvést více odpovědí.)*

- Pocit nevolnosti*
- Zvracení*
- Průjem*
- Zácpa*
- Ztráta chuti k jídlu*
- Únava*
- Vypadávání vlasů*
- Záněty močového měchýře*
- Krvácení*
- Snížení obranyschopnosti*
- Změny na kůži (kožní reakce v místě ozáření)*
- Jiné.....*

27. *Myslíte si, že jste byl/a dostatečně edukován/a (informován/a) od zdravotnického personálu o následné péči po chemoterapii? (Pitný režim, vhodná výživa a stravovací návyky, hygienická péče, dostatek odpočinku...)*

- Ano*
- Ne*
- Nevím*

28. *Kdo je (byl) pro Vás v tomto období největší oporou? (Označte pouze jednu odpověď)*

- Manžel/ka*
- Syn/dcera*
- Kamarád/ka*
- Lékař/ka*
- Zdravotní sestra/y*
- Nikdo*

Příloha 2

Dotazník 2

Vážený pane, vážená paní,

Jmenuji se Jana Pánková a jsem studentkou 2.ročníku bakalářského studia, oboru Všeobecná sestra, na Fakultě zdravotnických studií Univerzity v Pardubicích.

Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce, zaměřené na ošetrovatelskou péči o klienty po resekci tlustého střeva. Získané údaje nebudou nikde zveřejněny a budou použity pouze pro účel mé závěrečné práce.

V dotazníku prosím označte Vámi vybranou odpověď.

Děkuji Vám za Vaši ochotu a věnovaný čas.

1. Věk: 30-45 let

46-65 let

nad 65 let

2. Jak dlouho máte již založenou resekci (odstranění střeva)?

.....

3. Změnil/a jste po resekci svoje stravovací návyky?

ano, vyhýbám se jídlům, která způsobují zácpu/průjem

ano, vyhýbám se jídlům, která zvyšují zápach

ano, vyhýbám se jídlům, která se špatně tráví

ano, vyhýbám se jídlům, která způsobují plynatost, křeče, a pálení žáhy

ne, jím stejně jako dříve

4. Máte problémy po konzumaci některých potravin?

ano

ne

5. Máte nějaké problémy s vyprazdňováním stolice? (Zácpa, průjem, ...pokud ano, uveďte jaké)

ano

ne

6. Máte pravidelnou stolici?

ano

ne

7. Jakých aktivit jste se zřekl/a po resekci? (možno uvést více odpovědí)

Návštěvy společenských akcí (kino, divadlo, večírky..)

Cestování

Plavání

Domácí práce, práce okolo bytu

Nakupování

Žádných, vše je jako dřív

8. Věnujete se nějakému sportu nebo cvičení?

- Ano
- Občas
- Vůbec

9. Změnil/a jste z důvodu založení resekce zaměstnání?

- ne, pracuji tam kde předtím
- ne, byl/a jsem již v důchodu
- nemohu pracovat, jsem invalidní důchodce
- ano, zaměstnání jsem musel/a změnit

Jiné.....

10. Změnilo se v důsledku resekce chování rodiny k Vám?

- ano-pozitivně, sblížilo nás to
- ano- ale negativně
- ne

11. Máte po resekci nějaké problémy v intimní oblasti?(Pouze pokud chcete odpovědět a jestli jste odpověděli ano-spíše ano uveďte prosím jaké.)

- ano.....
- spíše ano.....
- ne
- spíše ne

12. Kdo Vám poskytuje pomoc při řešení těchto problémů?(Pouze pokud jste v předchozí otázce odpověděli ano, spíše ano)

- Stomasestra
- Sexuolog
- Gynekolog
- Tento problém nijak neřeším

13. Měl/a jste nějaké komplikace po založení resekce?

- Kýla v jizvě
- Absces (dutina vyplněná hnisem)
- Infekce v ráně
- Dehiscence (rozpad) anastomózy (střevní spojení)
- Píštěl
- Ne, dosud jsem žádné komplikace neměl/a
- jiné.....

14. Jaká byla příčina operačního výkonu na tlustém střevu?

- Rakovina tlustého střeva a konečníku
- Jiné onemocnění, úraz

15. Prodělal/a jste nebo proděláváte v důsledku léčby radioterapii (léčba zářením) nebo chemoterapii (aplikace cytostatik)?

- Ano
- Ne

Dále odpovídají pouze Ti kdo chemoterapii či radioterapii prodělali či prodělávají.

16. Chemoterapii snáším či jsem snášel/a:

- Spíše špatně
- Spíše dobře
- Jiné

17. Jaké vedlejší účinky chemoterapie se u Vás projevili či projevují? (Možno uvést více odpovědí.)

- Pocit nevolnosti
- Zvracení
- Průjem
- Zácpa
- Ztráta chuti k jídlu
- Únava
- Vypadávání vlasů
- Záněty močového měchýře
- Krvácení
- Snížení obranyschopnosti
- Změny na kůži (kožní reakce v místě ozáření)
- Jiné

18. Myslíte si, že jste byl/a dostatečně edukován/a (informován/a) od zdravotnického personálu o následné péči po chemoterapii? (Pitný režim, vhodná výživa a stravovací návyky, hygienická péče, dostatek odpočinku...)

- Ano
- Ne
- Nevím

19. Kdo je (byl) pro Vás v tomto období největší oporou? (Označte pouze jednu odpověď)

- Manžel/ka
- Syn/dcera
- Kamarád/ka
- Lékař/ka
- Zdravotní sestra/y
- Nikdo

Příloha 3

Diagnostické vyšetřovací metody

Základní klinické vyšetření per rektum

Při vyšetření pacient leží na levém boku s přitaženými končetinami k břichu nebo může být v poloze genupektorální. Vyšetření ukáže nádor, více či méně palpovatelný. Určí přesně vzdálenost dolního okraje tumoru od análního ústí. U žen využíváme vyšetření per rektum a per vaginam. [28]

Endoskopická vyšetření

Anoskopie

Vyšetření řitě při podezření na trhlinu kůže řitního kanálu, hemerhoidální uzly, nádory a záněty v oblasti řitě. Přípravu střeva před anoskopií neprovádíme. Anoskopem vyšetřujeme anální kanál a distální třetinu rektální ampule. K tomuto vyšetření se používají rigidní přístroje. [8]

Rektoskopie

Rektoskopem lze prohlédnout střevo do vzdálenosti esovité kličky, asi 15-30 cm. Nemocný je před vyšetřením poučen, nutné je připravit střevo prázdníci soli nebo očistným klyzmatem. Výkon je diagnostický, eventuelně terapeutický (polypektomie, elektrokoagulace). [8]

Enteroskopie

Dovoluje zavedení přístroje do trávicí trubice a prohlédnutí sliznice žaludku, tenkého střeva a tlustého střeva. Pro lepší orientaci o poloze konce sondy ve střevu je třeba vyšetření provádět za rentgenologické kontroly. [26]

Koloskopie

Koloskopie je vyšetření konečníku, tlustého střeva event. terminálního ilea flexibilním endoskopem. Pacient vynechá 3 dny před vyšetřením přípravky železa a zbytkovou stravu. Vyšetření se provádí v poloze na boku po přípravě střeva. Den před vyšetřením dostane nemocný pouze polévku, nevečeří a od půl noci před vyšetřením nic nejí, nepije. K vyprázdnění tračníku používáme perorální laváž nebo očistné klyzma. Samotné vyšetření trvá asi 30 minut. Vyšetření může být nepříjemné, proto je pacient tlumen sedativy. Jeho účel je diagnostický, ale stále více se posouvá k metodám invazivním a terapeutickým.[26]

Sonografické vyšetření

Neinvazivní vyšetření břicha, při kterém sonda zaznamenává odražené ultrazvukové vlny a převádí je do počítačového přístroje, tam je pak tvořen obraz, který je projikován na obrazovku. Lze tak posoudit funkci a uložení orgánu v břiše, patologické obrazy nádoru, tekutiny mezi střevními kličkami aj. [26]

Endosonografické vyšetření

Je dnes neodmyslitelnou součástí stagingu karcinomu rekta, informuje nás o rozsahu nádoru, jeho prorůstání stěnou a o postižení uzlin v pánvi. Sonda se zavádí do úrovně nádoru, tam vydává ultrazvukové vlnění a na obrazovce je sestaven obraz vrstev stěny konečníku ve tvaru tří soustředných prstenců. Nepostižené střevo má zachované všechny typické vrstvy stěny a lze je vizuálně odlišit od okolních orgánů. [8]

Rentgenologické vyšetření

Rtg prostý snímek při NPB !!!!!

Patří do základních vyšetření. Je třeba jej hodnotit ve vztahu k ostatním nálezům a v kontextu výsledků dalších vyšetření. Přesto již toto vyšetření může odhalit příčinu stavu. Při střevní neprůchodnosti je třeba vyšetřovat ve stoje i vleže. [7]

Irigrafické vyšetření

Vyšetření tlustého střeva za použití nálevu kontrastní bariové suspenze či komerčně vyráběným přípravkem (např. Prontobario Colon Bracco). Náplň kontrastní látkou dovolí zhodnotit tvar tlustého střeva. Pacienta snímujeme v různých polohách, na konci se doporučuje provést snímky vleže na pravém i levém boku horizontálním paprskem. Po vypuštění bariové suspenze je možno kontrolovat i tvar hausher a stav sliznice tlustého střeva. [26,28]

Počítačová tomografie

Jde o rentgenologickou metodu, která používá nízké hladiny X záření a obraz přiváděný ze zesilovače je zpracováván počítačem. Lze prokázat míru ztlustění střevní stěny, přítomnost divertikulů a jejich zánět, rozsah postiženého segmentu a rozsah změn mimo střevo, to vše s velkou přesností. Vyšetření vyžaduje asi hodinu před ním vypít hořkou kontrastní látku k naplnění žaludku a střevních kliček a premedikaci antihistaminikem. Během vyšetření je podána kontrastní látka do žíly. [26]

Magnetická rezonance

Má své místo prakticky pouze v diagnostice nádorových procesů rekta. Před vyšetřením je třeba vhodné vyprázdnění konečníku, event.vyšších oddílů tračníku. Hlavním diagnostickým polem užití jsou pooperační stavy rekta, zejména u stavů, kdy nelze provést endoskopické vyšetření. [8]

Příloha 4

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.

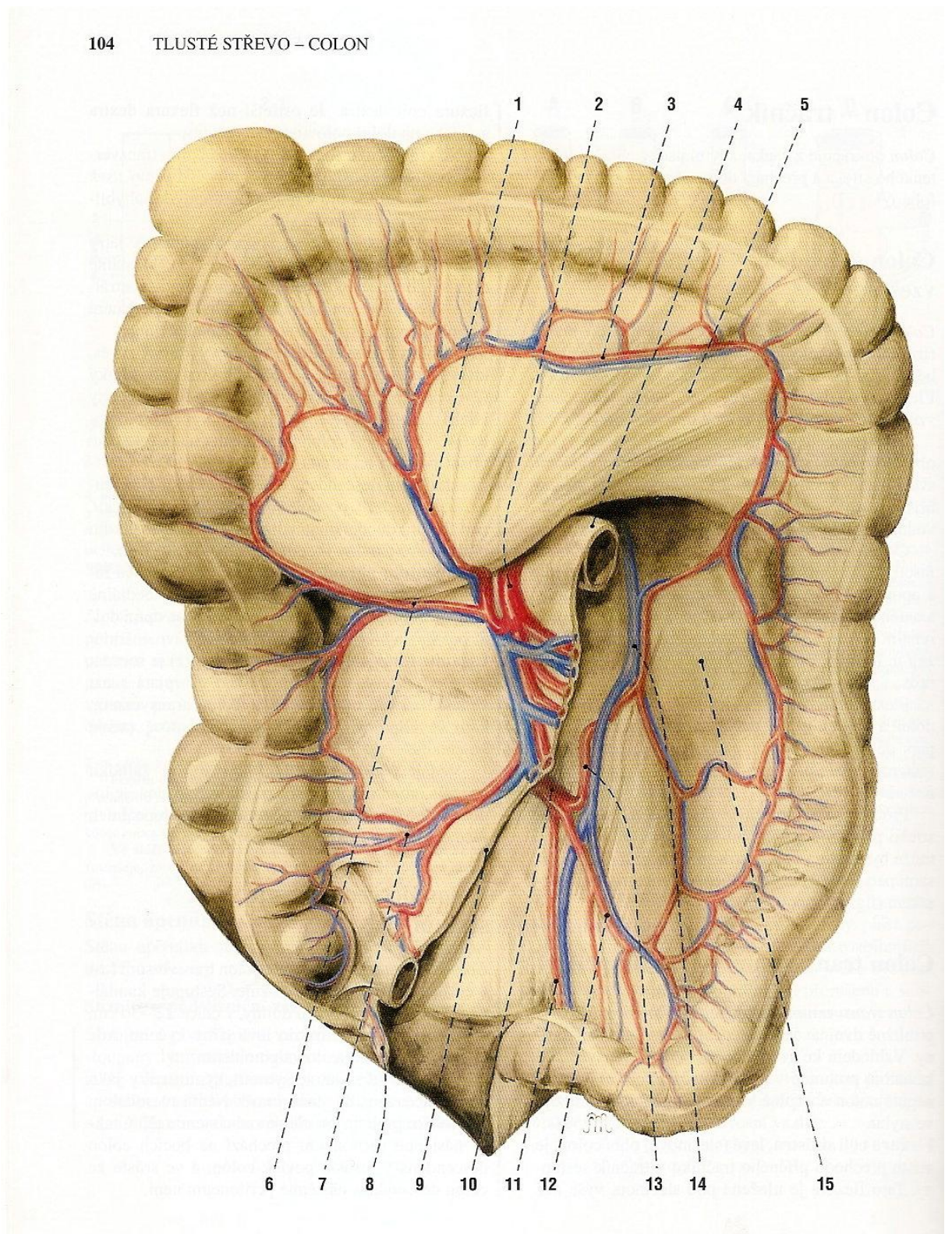
Každý stomik má právo:

- ◆ Na předoperační poradenství
- ◆ Dobře provedenou a vhodně umístěnou stomii.
- ◆ Kvalitní a profesionální lékařskou a ošetrovatelskou péči.
- ◆ Psychickou podporu a informovanost
- ◆ Informaci o pomůckách a výrobcích, které jsou k dispozici.
- ◆ Individuální edukaci.
- ◆ Pooperační sledování a poradenskou péči
- ◆ 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.

[22]

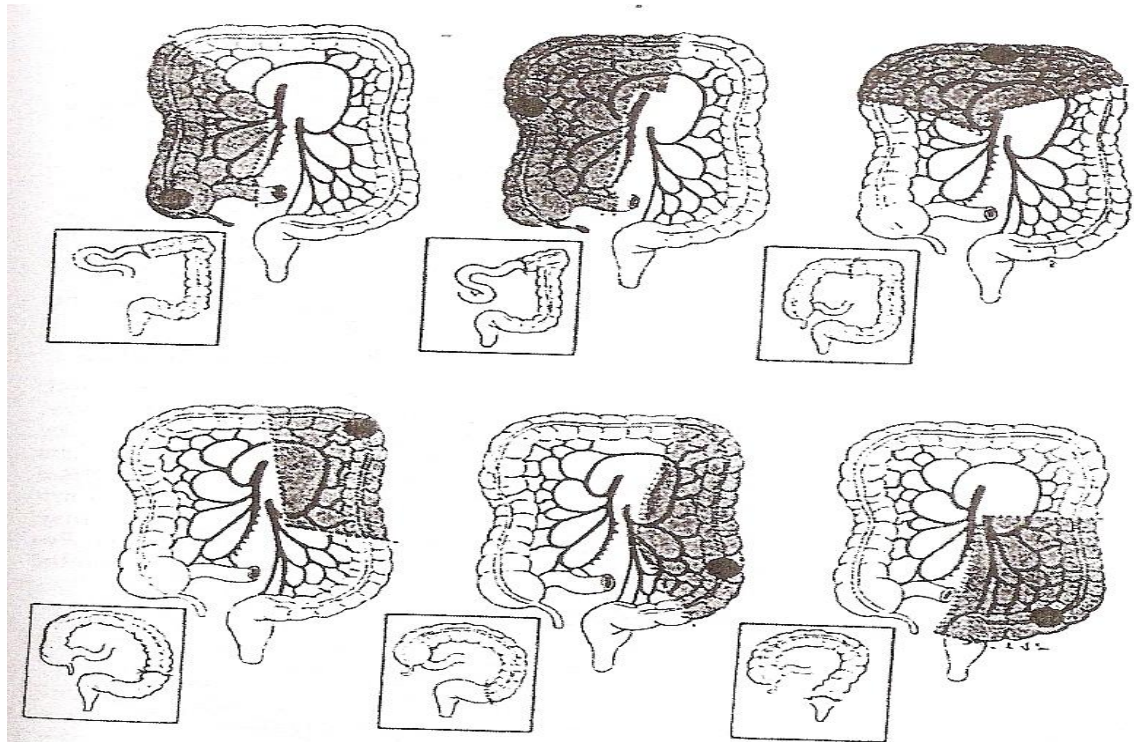
Obrázek 1



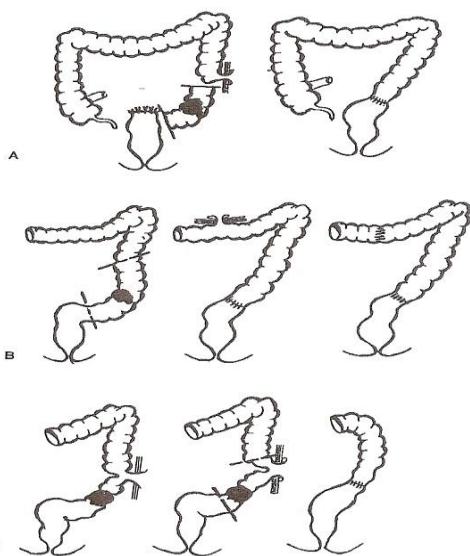
[5]

Obrázek 2

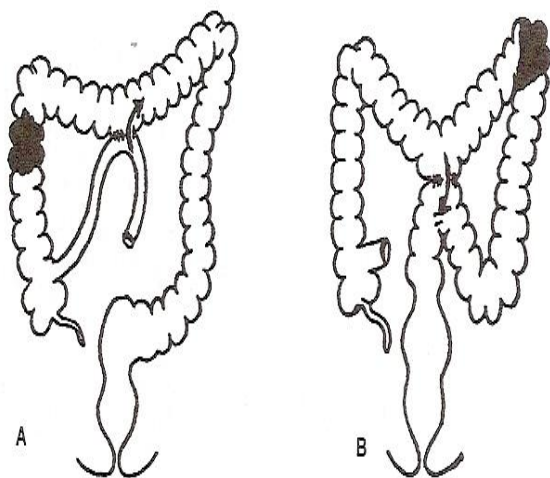
Operace na tlustém střevu



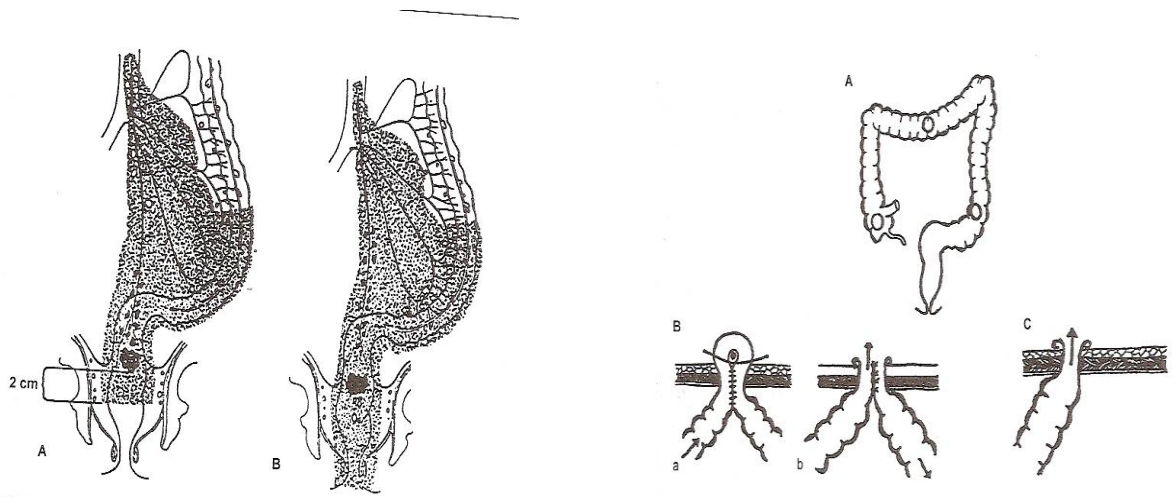
Rozsah resekce pro karcinom v různých částech tlustého střeva



Dvoudobá resekce u nádorů tračníku



Paliativní anastomózy na tračníku



Porovnání radikality výkonu při resekcí a amputaci rekta Typické lokalizace kolostomie
 (Holubec L. Kolorektální karcinom)

Obrázek 3

Pomůcky pro stomiky a doplňky pro ošetřování stomie



Sáček ESTEEM-jednodílný systém



Sáček ESTEEM-malý



Podložka plochá tvarovatelná



Podložka STOMAHESIVE



Sáček uzavřený



Krytka stomie



Sáček velkoobjemový s filtrem



Alterna-jednodílný, dvoudílný systém



Ochranný film



Odstraňovač náplasti



Zklidňující krém



Pěna tělová

[4]