

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2024

Bc. Barbora Suchánková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Kvalita života u pacientů se stomií
Diplomová práce

2024

Bc.Barbora Suchánková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2021/2022

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Barbora Suchánková**
Osobní číslo: **Z21437**
Studijní program: **N0913P360006 Specializace v ošetřovatelství – Perioperační péče**
Téma práce: **Kvalita života u pacientů se stomií**
Téma práce anglicky: **Quality of life in patients with a stoma**
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence, perioperační péče a zdravotně sociální péče**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **50 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

DRLÍKOVÁ, Kateřina; ZACHOVÁ, Veronika a KARLOVSKÁ, Milada, 2016. *Praktický průvodce stomikou*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5712-4.
GURKOVÁ, Elena, 2011. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3625-9.
KISVETROVÁ, Helena, 2020. *Demence a kvalita života*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5708-6.
SCHNEIDEROVÁ, Michaela, 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4414-8.
ZACHOVÁ, Veronika, 2010. *Stomie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3256-5.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Pavel Kůřil, DiS.**
Katedra porodní asistence, perioperační péče
a zdravotně sociální péče

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2021**

Termín odevzdání diplomové práce: **24. dubna 2024**

doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA v.r.
děkan

L.S.

Mgr. Helena Poláčková v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 7. března 2024

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem „Kvalita života u pacientů se stomií“ jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, 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 mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 23. 04. 2024

Bc. Barbora Suchánková v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Dovoluji si touto cestou poděkovat Mgr. Pavlu Kůřilovi, DiS. za jeho trpělivost při vedení diplomové práce, za cenné rady a odborné připomínky v průběhu jejího zpracování. Také děkuji konzultantce PhDr. Ivě Markové Ph.D. za pomoc při formálním zpracování práce.

ANOTACE

Diplomová práce je zaměřena na hodnocení kvality života u pacientů se stomií. Práce je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. Teoretická část popisuje pojem kvality života, stomie a následný život s vývodem. Pro výzkumnou část byla použita česká verze dotazníku „City of Hope – Quality of Life questionnaire“ („COH-QOL questionnaire“). Bylo provedeno hodnocení kvality života kvantitativní formou metodou dotazníkového šetření a následné zhodnocení výzkumných otázek a hypotéz.

KLÍČOVÁ SLOVA

kvalita života, stomie, Enhanced Recovery After Surgery (ERAS), komplikace, perioperační péče, život se stomií

TITLE

Quality of life in patients with a stoma

ANNOTATION

The diploma thesis is focused on the evaluation of the quality of life in patients with stoma. The work is divided into a theoretical and a research part. The theoretical part describes the concept of quality of life, ostomy and subsequent life with an stoma. The Czech version of the „City of Hope – Quality of Life“ ("COH-QOL questionnaire") was used for the research part. The assessment of the quality of life was carried out in a quantitative form using the questionnaire survey method and the subsequent evaluation of research questions and hypotheses.

KEYWORDS

quality of life, stoma, Enhanced Recovery after Surgery (ERAS), complications, perioperative care, life with a stoma

OBSAH

Úvod	17
1 Cíle a metody práce	18
1.1 Metody k dosažení cíle výzkumné části.....	18
2 Teoretická část	19
3 Kvalita života	19
3.1 Historické vymezení pojmu kvalita života.....	20
3.2 Rozdílnost přístupů ke kvalitě života.....	21
3.3 Kvalita života související se zdravím.....	21
3.4 Kvalita života související se zdravím a kvalita života v ošetrovatelství.....	22
4 Stomie	23
4.1 Historie stomií gastrointestinálního traktu	23
4.2 Základní rozdělení stomií na gastrointestinálním traktu	24
4.2.1 Gastrostomie	24
4.2.2 Jejunostomie	25
4.2.3 Ileostomie.....	25
4.2.4 Kolostomie.....	26
4.3 Nejčastější diagnózy spojené se založením stomie	27
4.3.1 Crohnova nemoc	27
4.3.2 Ulcerózní kolitida	27
4.3.3 Kolorektální karcinom	28
4.4 Příprava pacienta k operačnímu výkonu	28
4.4.1 Umístění stomie	29
4.4.2 Předoperační vyšetření.....	29
4.4.3 Krátkodobá předoperační příprava	30

4.4.4	Příprava gastrointestinálního traktu	31
4.4.5	Bezprostřední předoperační příprava	32
4.5	Operační postup založení ileostomie a kolostomie	32
4.6	Pooperační péče	34
4.7	Pooperační komplikace	36
5	Život se stomií	37
5.1	Aktivní život a pohybový režim	37
5.2	Stravování	38
5.3	Pracovní zařazení stomiků	38
5.4	Cestování	38
5.5	Sexuální aktivita	39
5.6	Stomické pomůcky	40
5.6.1	Jednodílný systém	40
5.6.2	Dvoudílný systém	40
5.6.3	Systém adhezivní technologie	41
5.7	Péče o stomii	41
6	Výzkumná část	43
6.1	Hlavní a dílčí cíle	43
6.2	Výzkumné otázky a hypotézy	43
7	Metodika výzkumné části	44
7.1	Dotazník „Quality of Life Questionnaire for a Patient with an Ostomy“	44
7.2	Překlad a pilotní studie	45
8	Zpracování a vyhodnocení získaných dat	47
8.1	Vyhodnocení jednotlivých položek dotazníku	47
8.2	Průzkumné otázky a hypotézy	84

8.2.1	Hodnocení hypotézy č. 1	84
8.2.2	Hodnocení hypotézy č. 2	85
8.2.3	Průzkumná otázka č. 3	87
9	Diskuze	89
10	Závěr	95
11	Použitá literatura	97
12	Přílohy.....	101

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 - Rodinný stav pacientů před a po založení stomie	52
Obrázek 2 - Pracovní zařazení respondentů	55
Obrázek 3 - Změna zaměstnání	57
Obrázek 4 - Sexuální aktivita pacientů	58
Obrázek 5 - Hodnocení kvality života respondentů.....	84
Obrázek 6 - Srovnání sexuální aktivity před a po operaci	85

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Základní rozdělení stomií	24
Tabulka 2 - Rozdíly mezi M. Crohn a Ulcerózní kolitidou	28
Tabulka 3 - Typ stomie	47
Tabulka 4 - Onemocnění vedoucí k založení stomie	48
Tabulka 5 - Délka založení stomie	49
Tabulka 6 - Pohlaví respondentů	49
Tabulka 7 - Věk respondentů	50
Tabulka 8 - Výška respondentů	50
Tabulka 9 - Hmotnost respondentů	51
Tabulka 10 - Rodinný stav před založením stomie	51
Tabulka 11 - Rodinný stav po založení stomie	52
Tabulka 12 - Žijete sám/sama?	53
Tabulka 13 - Práce na plný úvazek	54
Tabulka 14 - Práce na částečný úvazek	54
Tabulka 15 - Důchod	55
Tabulka 16 - Příspěvek na péči	56
Tabulka 17 - Zaměstnání respondentů před založením stomie	56
Tabulka 18 - Zaměstnání respondentů po založení stomie	57
Tabulka 19 - Sexuální aktivita	58
Tabulka 20 - Míra uspokojení v souvislosti se sexuální aktivitou	59
Tabulka 21 - Schopnost dosažení/udržení erekce	59
Tabulka 22 – Myšlenky nebo pokus o sebevraždu	60
Tabulka 23 - Podpůrná skupina osob se stomií	60
Tabulka 24 - Jiná podpůrná skupina	61
Tabulka 25 - Možnost setkání se s jiným stomickým pacientem	61
Tabulka 26 - Problémy s umístěním stomie	62
Tabulka 27 - Změna stylu oblékání	62
Tabulka 28 - Míra postrádání určitých druhů potravin	63
Tabulka 29 - Úprava stravování	63
Tabulka 30 - Úprava stravování z důvodu zabránění úniku plynů	64

Tabulka 31 - Fyzická síla.....	65
Tabulka 32 - Únava.....	65
Tabulka 33 – Peristomální kůže.....	66
Tabulka 34 - Problémy se spánkem.....	66
Tabulka 35 - Bolest.....	66
Tabulka 36 - Plynatost.....	67
Tabulka 37 - Zápach.....	67
Tabulka 38 - Zácpa.....	67
Tabulka 39 - Průjem.....	68
Tabulka 40 - Únik obsahu ze sáčku.....	68
Tabulka 41 - Celková fyzická kondice.....	69
Tabulka 42 - Míra obtížnosti v oblasti péče o stomii.....	69
Tabulka 43 - Míra soukromí pro péči v domácím prostředí.....	70
Tabulka 44 - Míra soukromí pro péči během cestování.....	70
Tabulka 45 - Míra obtížnosti pohledu na stomii.....	71
Tabulka 46 - Míra narušení intimity.....	71
Tabulka 47 - Spokojenost se vzhledem.....	71
Tabulka 48 - Hodnocení míry studu související se stomií.....	72
Tabulka 49 - Srovnání pacientů se založením stomie.....	72
Tabulka 50 - Pocity deprese.....	73
Tabulka 51 - Pocity úzkosti.....	73
Tabulka 52 - Paměť respondentů.....	73
Tabulka 53 – Míra izolace od společnosti.....	74
Tabulka 54 - Ovlivnění osobních vztahů.....	74
Tabulka 55 - Míra obtížnosti v oblasti setkávání s novými lidmi.....	75
Tabulka 56 - Hodnocení míry stresu, kterou pociťují rodiny pacientů.....	75
Tabulka 57 - Hodnocení míry poskytnuté podpory o rodiny a přátel.....	76
Tabulka 58 - Ovlivnění společenských aktivit.....	76
Tabulka 59 - Omezení sportovních/rekreačních aktivit.....	77
Tabulka 60 - Ovlivnění možnosti cestovat.....	77
Tabulka 61 - Duchovní aktivity respondentů.....	78

Tabulka 62 - Finanční zátěž spojená s onemocněním nebo s léčbou	78
Tabulka 63 - Pozitivní změny v životě pacientů.....	78
Tabulka 64 - Pocity respondentů po založení stomie	79
Tabulka 65 - Hodnocení míry užitečnosti.....	79
Tabulka 66 - Hodnocení míry uspokojení nebo radosti ze života	80
Tabulka 67 - Hodnocení pocitu kontroly nad událostmi v životě.....	80
Tabulka 68 - Hodnocení míry nejistoty ohledně budoucnosti.....	81
Tabulka 69 - Hodnocení pocitu vnitřního klidu.....	81
Tabulka 70 - Důvod k životu	81
Tabulka 71 - Hodnocení pocitu naděje	82
Tabulka 72 - Míra obav ohledně návratu onemocnění	82
Tabulka 73 - Hodnocení celkové kvality života	83
Tabulka 74 - Tabulka pozorovaných četností.....	86
Tabulka 75 - Výskyt pocitů deprese a úzkostí	87

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ASA	American Society of Anesthesiologists
COH-QOL	City of Hope – Quality of Life
CT	Computer tomography (Výpočetní tomografie)
ČR	Česká republika
DET	Discoloration – Erosion – Tissue overgrowth
EKG	Elektrokardiogram
ERAS	Enhanced Recovery After Surgery
FN	Fakultní nemocnice
FZS	Fakulta zdravotnických studií
GIT	Gastrointestinální trakt
HBsAg	Hepatitis B surface Antigen
HCV	Hepatitis C virus (Virus hepatitidy C)
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HRQoL	Health Related Quality of Life
JIP	Jednotka intenzivní péče
LARS	Low Anterior Resection Syndrome
ml	Mililitr
MMSE	Mini Mental State Exam
NLZP	Nelékařský zdravotnický pracovník
ORL	Otorinolaryngologie
PEC	Perkutánní endoskop

PEG	Perkutánní endoskopická gastrostomie
RTG	Rentgenové záření
SILS	Single incision laparoscopic surgery
SWB	Subjective well-being
TEN	Tromboembolická nemoc
UPCE	Univerzita Pardubice
WHO	World Health Organization
WHOQOL	World health organization quality of life

ÚVOD

Kvalita života je velmi důležitý a komplexní pojem. Je odlišně interpretována v rámci jednotlivých oborů, včetně medicíny a zdraví. V oblasti medicíny – dle World Health Organization (WHO) je definována jako subjektivní vnímání vlastní životní situace ve vztahu k jeho kultuře a k systému hodnot, ve kterých člověk žije. Zároveň ale také ve vztahu ke svým cílům, očekáváním a starostem. (Haraldstad et al., 2019)

Slovo stomie je odvozeno z řeckého slova „stoma“, což v překladu znamená otvor nebo ústí. Je to otvor, kterým je ze zdravotních důvodů vyveden dutý orgán na povrch těla. Samotný vývod není nemoc, ale druh zdravotního handicapu. Nejčastěji se vytváří vývod tlustého nebo tenkého střeva, ale také močových cest. Stomie sice pro řadu pacientů může představovat úlevu, na druhou stranu s sebou nese i řadu nepříjemností – např. samovolný odchod obsahu vyvedeného orgánu. (České ILCO, 2024)

Mezi faktory ovlivňující kvalitu života pacientů se stomií patří především správná edukace a příprava pacienta na zákrok. U plánovaných výkonů před operací (v rámci dlouhodobé předoperační přípravy) a vždy po výkonu je velmi důležité se zaměřit na psychický stav pacienta. Všeobecná sestra by měla být zároveň pacientovi nápomocná v rámci obnovení samostatnosti v oblasti denních aktivit a zpětného začlenění do běžného života a do společnosti. Téma kvality života bylo pro tuto práci zvoleno pro svou komplexnost. Bylo prozkoumáno již mnohokrát, ale cílem práce bylo zjistit, které oblasti jsou pro pacienta se stomií v oblasti kvality života nejhůře hodnoceny. Téma je velmi obtížné konkretizovat, neboť úroveň kvality života hodnotí každý pacient jinak, záleží na povaze, životních prioritách, věku a mnoha dalších faktorech. Kvantitativním výzkumem lze zjistit, které oblasti jsou nejkritičtější a následně se lze zaměřit na prevenci nejčastěji uváděných komplikací.

Teoretická část popisuje kvalitu života, stomie a následný život pacientů s vývodem. Pro výzkumnou část byl zvolen standardizovaný dotazník „COH-QOL-Ostomy questionnaire“, který byl přeložen se souhlasem autorů do českého jazyka. Výzkumná část se týká hodnocení kvality života respondentů ze svou stomických poraden, zaměřuje se především na hodnocení tří oblastí – kvalitu života, psychickou podporu/obavy a sexuální aktivitu – tedy na oblasti, které byly v předchozích výzkumech hodnoceny negativně.

1 CÍLE A METODY PRÁCE

Následující kapitoly zmiňují cíle teoretické a praktické části práce a metody k dosažení cíle – tedy provázanost teoretické a praktické části.

HLAVNÍ CÍL

Zhodnotit kvalitu života u pacientů se stomií pomocí nástroje „COH-QOL-Ostomy questionnaire” (standardizovaného dotazníku přeloženého do české verze).

DÍLČÍ CÍLE

Cíl 1: Se souhlasem výzkumného klinického centra vytvořit českou verzi dotazníku „COH-QOL-Ostomy questionnaire”

Cíl 2: Prozkoumat a zhodnotit jednotlivé položky dotazníku „COH-QOL-Ostomy questionnaire”, zhodnotit výzkumné otázky a hypotézy.

Cíl 3: Na základě výsledků výzkumu vytvořit informační leták pro stomické pacienty zaměřující se na nejkritičtější oblast.

1.1 Metody k dosažení cíle výzkumné části

Teoretická část práce obsahuje tři hlavní kapitoly – kvalitu života, stomie a život se stomií. Hlavním cílem práce je zhodnocení kvality života u pacientů se stomií.

V první kapitole je zmíněna definice, historie, základní rozdělení a nejčastější diagnózy s nimi spojené. Následující kapitoly popisují vše, co pacient musí podstoupit – již od stanovení diagnózy a rozhodnutí o založení vývodu – popisuje tedy, čím vším si pacient musí projít, od předoperačního vyšetření, setkání se stomasestrou, edukací a nácvikem ošetření, dále také samotný výkon a možné komplikace.

V souvislosti s kvalitou života těchto pacientů je důležité také zmínit život s vývodem. Jsou zde zmíněna specifika jednotlivých aktivit – pohybová a sexuální aktivita, ale také stravování, základní pomůcky a péče o vývod.

2 TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část je rozdělena do tří následujících kapitol – kvalita života, stomie a život se stomií.

V první kapitole je popsána definice a historie kvality života a její vymezení v ošetrovatelství. Druhá kapitola se zabývá definicí uvedeného pojmu, historií, základním rozdělením a nejčastějšími diagnózami s nimi spojenými, předoperační péčí o pacienta zahrnující předoperační vyšetření, operační techniky, péči o pacienta v pooperačním období a možné pooperační komplikace. V poslední kapitole teoretické části je popsán život stomického pacienta – jsou zde zmíněna specifika jednotlivých aktivit – pohybová a sexuální aktivita, ale také cestování a stravování, dále jsou zde uvedeny stomické pomůcky a péče o vývod.

3 KVALITA ŽIVOTA

Pojem „kvalita života“ lze charakterizovat jako subjektivní vnímání vlastní životní situace ve vztahu ke kultuře a k systému hodnot, ve kterých daný člověk žije. Lze jej také hodnotit v souvislosti s cíli, očekáváním a starostmi daného jedince. (Národní zdravotnický informační portál, 2024)

V běžném životě je posuzována spíše kvantita – tedy délka života. Vzhledem k tomu, že je uváděna v počtu let, lze ji určit poměrně jednoduše. Pokud však hovoříme o kvalitě života, nemůžeme její úroveň stanovit tak snadno. Jedná se totiž o subjektivní pojem, který každý člověk vnímá odlišně a který je závislý na hodnotách daného jedince. Ve společnosti panuje shoda, že kvalita života zahrnuje tři hlavní oblasti – fyzické prožívání, psychickou pohodu a sociální postavení jedince a jeho vztahy k druhým lidem. V medicíně je tento pojem chápán jako stav celkové fyzické, duševní a sociální pohody, ne pouze jako nepřítomnost nemoci. Každý člověk má jedinečný standart toho, co považuje za hodnoty ovlivňující kvalitu života, z tohoto důvodu je tento pojem chápán jako individuální a velmi osobní koncept. (Dvořáčková, 2012, s. 56-57; Kisvetrová, 2020, s. 31)

3.1 Historické vymezení pojmu kvalita života

Kvalita života, lidské blaho a štěstí nejsou novinkou dnešní doby. Úvahou o tom, jaké jsou základní složky blaha, se nejprve zabývali filozofové a teologové, a až následně po nich vědci. Například v antice bylo jedním z hlavních indikátorů kvality života vnímání subjektivní pohody. Dalšími indikátory byly v té době například strategie zvládnání a postoje, péče o tělo a rovněž byl kladen důraz na potřebu nezávislosti jedince a jeho spirituální potřeby. Ve středověku naopak filozofické myšlení ovládlo křesťanství. Nejvýznamnějšími osobnostmi té doby byli Tomáš Akvinský a Augustinus Aurelius. Tomáš Akvinský hlásal, že nejvyšším poznáním a vrcholem štěstí v životě člověka je poznání Boha. Augustinus Aurelius, velmi podobně, v souvislosti s nejvyššími cíli a lidským štěstím, vnímal Boha jako nejdokonalejší předmět poznání. V 18. století, tedy v době osvícenství, byl kladen důraz přímo na jedince a smyslem existence se stal sám život. Zmíněné období velmi významně ovlivnil filozof Immanuel Kant, který se zabýval smyslem života a pro jeho naplnění byla podle něj jediným účinným prostředkem sebeúcta. 19. století poprvé zmiňovalo pojem “vnitřní dialog”. Bylo hlášáno, že lidé by neměli odhalovat pouze vnitřní sílu, ale také své slabé stránky a odhalit celé své nitro. S kvalitou v té době velmi úzce souvisel pojem “smysl života”. V oblasti kvality života bylo velmi významným obdobím 20. století, neboť tento směr významně ovlivnil její současné pojetí. Velmi diskutovaným tématem bylo, zda radost a pocit štěstí je jediným cílem lidského konání. Přibližně od 20. let 20. století se pojem kvalita života datuje v novodobé historii. Tehdy označoval především kvalitu vnějších podmínek života. Byl to velmi stručný a srozumitelný pojem a z toho důvodu se pro veřejnost velmi rychle ujal. Teprve později se však stal vědeckým a rozvíjel se třemi následujícími směry – objektivním (souhrn objektivních podmínek, např. kvalita životních podmínek v dané zemi), subjektivním (souhrn subjektivních indikátorů) a kombinací objektivních a subjektivních indikátorů. V důsledku posuzování postavení člověka na škále zdraví došlo v oblasti kvality života k získání výrazně vyšších poznatků. K vystižení komplexního zdravotního stavu již nestačily dříve užívané postupy, jako stanovení diagnózy a délka dožití, ale bylo nutné zaměřit se na psychické, sociální a behaviorální determinanty života. V současné době je důraz kladen na biopsychosociální a spirituální kvalitu života člověka. Kvalitní život není pouze záležitostí jedince, ale celé společnosti. (Dvořáčková, 2012, s. 59-62)

3.2 Rozdílnost přístupů ke kvalitě života

Výzkum kvality života byl iniciován koncem 60. let minulého století. Její vývoj je mapován ze tří hledisek/kontextů – kontext sociálně-ekonomických věd, zdravotnický a psychologický kontext. Výzkum byl zaměřen především na ekonomické a sociální indikátory kvality života, například příjem a materiální zajištění, politická svoboda, právní jistota nebo zdravotní péče. Kvalita života byla zaměřena spíše na společnost než na jedince a vyjadřovala míru shody objektivních životních podmínek a jejich hodnocení velkými skupinami lidí. Výzkumy 70. let 20. století však odhalily, že objektivní životní podmínky přispívají k subjektivní kvalitě života pouze malou měrou – subjektivně vnímaná kvalita života nekoresponduje s podmínkami prostředí. Kvalita života se tedy začala zkoumat spíše ve vztahu k osobnostním a vnitřním faktorům než k podmínkám vnějšího prostředí. V souvislosti s vývojem kvality života byly uvedeny tři konceptualizační a metodologické přístupy ke kvalitě života jedince – psychologický, sociologický a medicínský. Sociologický pohled zdůrazňuje především atributy sociální společnosti, například materiální podmínky a sociální status, psychologický přístup zmiňuje především pohodu, štěstí, spokojenost, sebeaktualizaci nebo smysl života. Medicínský pohled zmiňuje zdravý funkční stav. V sedmdesátých letech byly vytvořeny tři rozdílné alternativní konceptualizace, které vedly k vytvoření tří odlišných forem měření kvality života:

- Kvalita života upravených let,
 - Subjektivní pohoda – Subjective well-being (SWB),
 - Kvalita života související se zdravím – Health Related Quality of Life (HRQoL).
- (Gurková, 2011, s. 28-30)

V oblasti medicíny je kvalita života hodnocena prostřednictvím konstruktů HRQoL, naopak konstrukt SWB je využíván především v sociálních vědách. (Gurková, 2011, s. 30)

3.3 Kvalita života související se zdravím

Výzkum kvality života související se zdravím byl iniciován v 70. letech dvěma faktory. Prvním faktorem je faktor farmakoeconomický. Při zvyšujícím se tlaku na snižování nákladů bylo zapotřebí hodnotit finanční nákladnost a efektivitu zdrojů. Dále bylo potřeba kontrolovat dopad terapeutických intervencí na zdravotní stav pacienta – jinými slovy bylo zapotřebí nějakým způsobem dokladovat, zda je klinická léčba úspěšná. S vytvořením tohoto konceptu došlo

k výrazné změně, kdy kvalita života již nebyla zaměřena na onemocnění, ale spíše kladla důraz na subjektivní prožívání pacienta. Prodloužení délky života je odkloněno ke zvýšení jeho kvality a konvenční symptomatika k běžnému dennímu fungování pacienta. (Gurková, 2011, s. 41)

3.4 Kvalita života související se zdravím a kvalita života v ošetrovatelství

Hodnotící nástroj HRQoL a kvalita života jsou dva odlišné pojmy. Vymezením jejich rozdílů se zabývalo více autorů. HRQoL je úzce zaměřen na oblast, která je determinována zdravím a lze ji ovlivnit klinickými intervencemi. Kvalita života je však širším konstruktem, který úzce souvisí se společenskými, kulturními a politickými aspekty života. Byla vytvořena taxonomie těch aspektů, které nejsou zahrnuté v oblasti HRQoL. Tyto aspekty byly rozděleny do čtyř následujících kategorií:

- individuální vnitřní aspekty,
- sociální síť,
- vnější společenské prostředí,
- vnější přírodní prostředí. (Gurková, 2011, s. 41)

Dělení kvality života na domény, které souvisejí a nesouvisejí se zdravím, je však velmi diskutabilní. Úzká zaměřenost modelu HRQoL se stala předmětem kritiky, a to především ze strany psychologů. V ošetrovatelství se kvalita života pojí spíše s psychologickým pojetím – SWB, ale na rozdíl od této formy hodnocení kvality života nepředstavuje pouze krátkodobý fenomén, ale dlouhodobější stav, který je regulován mechanizmy psychické rovnováhy. Globální definice kvality života v ošetrovatelství klade důraz na kognitivní aspekt, proces hodnocení individuálních životních podmínek nebo jejich subjektivní vnímání jedincem. Kvalita života je definována ve významu celkové životní spokojenosti a pohody, ne ve vztahu ke zdraví. Dále je kladen důraz na subjektivnost, dominanci subjektivních indikátorů a je zdůrazněna její multidimenzionálnost. (Gurková, 2011, s. 45-51)

Definice vytvořená pracovní skupinou World health organization quality of life (WHOQOL) je nejčastěji citovanou definicí kvality života ve vztahu k ošetrovatelství: „*Vyjadřuje to, jak lidé vnímají svoje místo v životě, v kontextu kultury a hodnotových systémů ve kterých žijí a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, standardům a zájmům.*“ (Gurková, 2011, s. 51)

4 STOMIE

Původ slova stomie pochází z řeckého slova stoma, jehož význam můžeme přeložit jako ústí, ústa nebo otvor. Je to vývod dutého orgánu na povrch těla. Některé slovníky cizích slov uvádějí, že je stomie umělým vývodem, což není pravda, protože orgány vyústěné na povrch těla jsou jeho součástí. Osoba, která má dočasně nebo trvale vyveden dutý orgán na povrch těla, se označuje jako stomik. Vyvedením orgánu dojde ke změně fyziologických funkcí, např. k neovladatelnému vyprazdňování stolice, navíc nepřírozenou cestou, je tedy ještě ke všemu zapotřebí používat stomické pomůcky. Jako negativní následek poté slovenský chirurg Jaroslav Lúčan uvádí celkové zhoršení kvality života. (Drlíková et al., 2016, s. 13)

4.1 Historie stomií gastrointestinálního traktu

Vůbec první zmínka o stomii pochází z roku 350 př. n. l., kdy Praxagoras z Kósu při poranění břicha úspěšně vytvořil střevní vývod. Dále potom Hippokrates, Celsus a později Galen popsali podrobné návody na léčbu střevních poranění. Ve středověku byla medicína velmi ovlivněna církví – ta zakazovala metody, při kterých byla „prolévána krev“. Z toho důvodu v tomto období nedocházelo k výraznému rozvoji chirurgie a chirurgických zákroků. První plánované vytvoření cékostomie bylo popsáno v roce 1710 doktorem A. de Littre jako léčba atrezie anu. První operace však byla realizována až v roce 1776 francouzským lékařem Pillorem. U pacientky byla vytvořena stomie jako poslední možnost léčby stenozy konečníku. Byla provedena, protože předchozí agresivní nechirurgické zákroky, jako např. ruční dilatace nebo podání rtuti jako projímadla, selhaly. Pacientka však nepřežila ani měsíc, příčinou smrti nebyly pooperační komplikace, ale gangréna tenkého střeva, ze kterého byla při pitvě odstraněna dvě kila rtuti. V roce 1750 byla založena první stomie, kdy pacientka Margaret White i přes velmi špatné hygienické podmínky žila ještě mnoho let po operaci. Provedl ji britský chirurg Cheselden, pacientce bylo při operaci odstraněno 55 centimetrů nekrotického střeva a malý kousek byl vyveden ven. V roce 1793 francouzský chirurg Duret provedl úspěšnou levostrannou stomii u dítěte s atrézií anu, kdy pacient žil následně ještě 43 let. Roku 1794 byl zrušen zákon, který odděloval chirurgii od medicíny a tento obor byl začleněn do standardního vzdělávání pro lékaře. Roku 1820 chirurg Pring popsal tvorbu kolostomie na esovité kličce, v roce 1884 v Německu byla založena terminální sigmoideostomie po předchozí resekci tumoru a uzávěru slepého pahýlu. Hartmann následně

prováděl inkontinentní resekci, která je používána dodnes. Český chirurg Karel Maydl v roce 1884 provedl dvouhlavňovou sigmoideostomií a proti retrakci stomie použil husí brk. Vzhledem k tomu, že zakládání vývodů nebyli lékaři až do první světové války nakloněni, pro zprůchodnění střeva prováděny různé experimenty jako alternativa chirurgického zákroku. Patřilo mezi ně nadměrné užívání laxativ, manuální odstranění stolice přes řitní otvor nebo již zmíněné užívání rtuti. (Pelican Healthcare, 2023; Večeřa, 2015, s. 18-19)

4.2 Základní rozdělení stomií na gastrointestinálním traktu

Stomie lze rozdělit podle mnoha kritérií, např. dle systému na kterém se nacházejí, ale také je můžeme rozlišit na dva základní typy – výživné a derivační. Výživné a derivační stomie jsou uvedeny v následující tabulce (tabulka 1, str. 24). Z důvodu rozsahu práce jsou podrobněji popsány pouze typy, které se nacházejí na gastrointestinálním traktu (GIT). (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2023)

Tabulka 1 - Základní rozdělení stomií

ZÁKLADNÍ ROZDĚLENÍ STOMIÍ	
VÝŽIVNÉ	DERIVAČNÍ
GASTOSTOMIE	EZOFOGOSTOMIE
JEJUNOSTOMIE	TRACHEOSTOMIE
	UROSTOMIE
	NEFOSTOMIE
	ILEOSTOMIE
	KOLOSTOMIE

Zdroj: vlastní zpracování dle (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2023)

4.2.1 Gastrostomie

Gastrostomií řadíme mezi výživné stomie – jedná se o uměle vytvořený vývod žaludku. (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2023)

Nejčastěji je indikovaná v následujících případech:

- onkologické onemocnění,
- onemocnění GIT,
- neurologické onemocnění,
- stomatologická a stomatochirurgická onemocnění,
- onemocnění v oblasti krku. (Martincová, 2023, s. 7-8)

Méně často je indikována z důvodu psychiatrického onemocnění (demence), dále může být založena u pacientů s chronickou respirační insuficiencí, kardiální kachexií a u pacientů v kritickém stavu. (Martincová, 2023, s. 8)

Typickým způsobem provedení je tzv. perkutánní endoskopická gastrostomie (PEG) – jedná se o menší chirurgicko-endoskopický výkon, kdy je pacientovi postupně přes dutinu ústní zaveden endoskop do žaludku. Následně je vyhledáno optimální místo pro založení gastrostomie – je provedeno lokální umrtvení a poté zavedena jehla s vodicí nití do žaludku. Zde ji lékař uchopí pomocí malých kleští a vytáhne ji spolu s gastroskopem ven. Na nit je navlečen katetr, který je opačným směrem po vodicí niti vtažen do žaludku až na zevní břišní stěnu. Nakonec je opět zaveden gastroskop pro zkontrolování správné polohy katetru a je provedeno přišití k břišní stěně. (FN BRNO, 2023)

4.2.2 Jejunostomie

Jejunostomie je vyústění části jejunu za účelem odlehčení střeva pomocí tenkého katetru na povrch břišní stěny. Může být využita jako výživná, ale i jako derivační, častěji je však využívána jako výživná. Typickým způsobem provedení je tzv. perkutánní endoskopická jejunostomie – postup velmi obdobný jako u PEG. Jedná se o chirurgický výkon, při kterém se provádí klipáž arteria gastrica, z jejunu je vyvedena tenká hadička (katetr) na povrch břišní stěny –zde se napojuje enterální výživa. (Pokorná et al., 2014, s. 136)

4.2.3 Ileostomie

Nejčastějším důvodem k vytvoření ileostomie bývá odstranění tlustého střeva. Jako další důvody můžeme uvést vyvedení tenkého střeva pro dočasné odlehčení do vymizení zánětu, nádorová onemocnění, vrozené vývojové vady, ileózní stavy, nespecifické střevní záněty,

úrazy, iatrogenní poranění při operačním výkonu a další. Ileostomii dělíme na dva druhy – dvouhlavňovou a jednohlavňovou. Dvouhlavňová stomie se zakládá na konci tenkého střeva těsně před vyústěním do tlustého střeva. Jednohlavňová stomie může být buď trvalá nebo dočasná, případně může být vytvořen pouch. Jedná se o napojení tenkého střeva přímo k řitními otvoru, podmínkou je zachování řitního kanálu se svěračem. Je určen pro pacienty, kterým bylo odstraněno tlusté střevo. Jeho velkou výhodou je velmi dobré napodobení standartního vyprazdňování, nevýhodou je, že tenké střevo není schopno nahradit funkci tlustého střeva a pacienti tak často ze začátku trpí průjmy a mohou se vyskytnout problémy se vstřebáváním živin. (ILCO, 2023a)

4.2.4 Kolostomie

Kolostomie – vyústění tlustého střeva – je nejčastějším typem vývodu (69 %). Mezi příčiny vyšítí kolostomie patří vrozené vývojové vady tlustého střeva, zánětlivá a nádorová onemocnění, úrazy a náhlé příhody břišní, inkontinence stolice, endometrióza, následky z ozáření a další. Dělíme ji podle místa vyvedení:

- sigmoideostomie,
- descendentostomie,
- transverzostomie,
- ascendentostomie,
- cékostomie. (ILCO, 2023b)

Kolostomii dělíme také podle doby vyvedení – na trvalou a dočasnou. Trvalá stomie se vyšívá v případě, že již neexistuje šance na obnovení funkce orgánu. Dočasná se vyšívá pouze na určitou dobu, a to např. z důvodu odlehčení střeva a po залéčení problému se opět zanořuje. (B-Braun medical s.r.o., 2023, s. 4-5)

Podle způsobu vyšítí se stomie dělí na kolostomii nástěnnou, axiální a terminální. Nástěnná stomie bývá většinou dočasná, vyšívá se při cékostomii. Axiální (dvouhlavňová) stomie se vyšívá jak pro odlehčení střeva (např. při zánětu), tak i jako trvalá. Má dva otvory – přívodnou a odvodnou kličku střevní. Může docházet k občasnému odchodu stolice konečníkem. Vyšívá se na přechodu tenkého a tlustého střeva, na esovité kličce a příčném tračníku. Terminální (jednohlavňová) kolostomie se nejčastěji vyšívá na esovité kličce

po odstranění rekta (Milesova operace), pokud dojde k odstranění větší části střeva, může být vyšita i jinde. (ILCO, 2023b)

4.3 Nejčastější diagnózy spojené se založením stomie

Mezi nejčastější diagnózy spojené se založením vývodu se řadí onkologická onemocnění, nespecifické střevní záněty (Crohnova nemoc, Ulcerózní kolitida), náhlé příhody břišní (např. ileus), perforace střeva, vrozené vývojové vady, úrazy a poranění, inkontinence stolice, píštěle, komplikace z ozařování, endometrióza, překážka v močových cestách a neléčené záněty močových cest. (ILCO, 2023a)

4.3.1 Crohnova nemoc

Crohnova choroba je obtížně zvládnutelný a nárazově se vyskytující zánět střeva. Záněty zanechávají jizvy na střevní stěně. Mezi hlavní symptomy této choroby řadíme bolesti v podbřišku, hubnutí bez zjevné příčiny, únavu, zvýšenou teplotu a průjmy. Mohou se rovněž vyskytnout příznaky mimo trávicí trakt – bolesti kloubů a očí nebo opakované afty v dutině ústní. Existuje řada způsobů, jak lze Crohnovu chorobu diagnostikovat – např. kolonoskopie, která lékaři umožní přímý pohled do oblasti tlustého střeva, biopsie, rentgenové vyšetření (RTG) tenkého střeva pomocí kontrastní látky, výpočetní tomografie – computed tomography (CT) vyšetření nebo magnetická rezonance. Příčina tohoto onemocnění není známa, hovoří se o něm jako o autoimunitním zánětlivém onemocnění střevní sliznice. (Frej, Kuchař, 2016, s. 284-285)

4.3.2 Ulcerózní kolitida

Ulcerózní kolitida je druhým nespecifickým střevním zánětlivým onemocněním. Příčina onemocnění rovněž není známa, jedná se o komplex vlivů, který vyvolá abnormálně zvýšenou reakci buněk střevní sliznice na běžnou součást potravy. Určitou roli může hrát dědičnost – bylo prokázáno, že u jednovaječných dvojčat jsou často postiženy obě děti. Ulcerózní kolitida se omezuje pouze na tlusté střevo, zřídka může být zasažena konečná část tenkého střeva. Začíná v oblasti konečníku, poškozují sliznici a způsobuje zánětlivé změny a vředy na jejím povrchu. Onemocnění má chronický charakter, střídají se fáze aktivní nemoci s obdobím klidu. Obdobně jako Crohnova nemoc se Ulcerózní kolitida projevuje střevními i mimostřevními příznaky. Pacienta trápí dráždění konečníku, které je doprovázeno nutkáním na stolicí. Defekace bývá velmi bolestivá a vychází při ní pouze malé množství stolice s hlenem a čerstvou

krví. Jako první diagnostické vyšetření je prováděno vyšetření stolice, aby se vyloučila možná bakteriální, virová nebo parazitární infekce. Dále se provádí test na okultní krvácení, kolonoskopie, RTG vyšetření tlustého střeva s kontrastní látkou a CT vyšetření. (Frej, Kuchař, 2016, s. 294-295)

Tabulka 2 - Rozdíly mezi M. Crohn a Ulcerózní kolitidou

Crohnova choroba	Ulcerózní kolitida
postihuje celou trávicí trubici od jícnu po konečník	postihuje konečník a menší či větší část tlustého střeva
postihuje celou šířku stěny	postihuje pouze sliznici
vyskytují se píštěle a srůsty	onemocnění nemá tendenci ke vzniku píštělí
může postihovat více určitých segmentů	postihuje vždy jeden výše zmíněný segment

Zdroj: vlastní zpracování dle (M'Koma, 2022)

4.3.3 Kolorektální karcinom

Kolorektální karcinom je nejčastější onkologické onemocnění v České republice. Jeho příznaky velmi významně ovlivňuje přesná lokalizace nádoru, obecně mezi ně však můžeme zařadit střídání průjmu a zácpy, pocit plnosti, plynatost a hubnutí. Dále se může vyskytnout únava, nutkání na zvracení a úbytek chuti k jídlu. Onemocnění může však být zcela bezpříznakové, proto je velmi důležitá úprava životosprávy a screeningové vyšetření stolice na okultní krvácení, které je od 50 let pravidelně jednou za rok součástí preventivní prohlídky, stejně tak je od 55. roku její součástí kolonoskopické vyšetření. (Drlíková et al., 2016, s. 28)

4.4 Příprava pacienta k operačnímu výkonu

Období kolem operace může být náročné jak pro pacienta, tak i pro jeho blízké. Ten, kdo je srozuměn s důvody, proč mu bude stomie založena, se lépe přizpůsobí nové situaci. Pro pacienta je tedy důležité, aby ještě před operací znal odpovědi na všechny své otázky. Může se ptát ošetřujícího lékaře, stomické sestry nebo například v pacientské organizaci České ILCO. (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2024)

Před operací lékař pacienta informuje o jeho onemocnění, možnostech chirurgického řešení, vyústění stomie a předoperační a pooperační péči. Pacient se poprvé setkává se stomickou sestrou ještě před samotnou hospitalizací, ta je pro něj naprosto stěžejní osobou – seznámí pacienta s pomůckami, naučí jej s nimi zacházet, dále jej edukuje v oblasti péče a ošetřování

vývodu, aby pacient předcházel případným komplikacím, a především aby pro něj byl život po operaci co nejjednodušší. V rámci lepší kvality života probíhá edukace u stomasestry v několika edukačních lekcích. Jak bylo již zmíněno, před samotnou hospitalizací provádí doplnění informací od lékaře, edukuje pacienta a předává mu stomický balíček. V rámci předoperační přípravy v průběhu hospitalizace pacienta znovu edukuje a provádí zakreslení polohy (vyústění) stomie (viz příloha A, str. 103). Od 0. pooperačního dne pacienta školí v rámci pooperační péče a připravuje jej na samostatnou péči o vývod po propuštění. Následně probíhají pravidelné kontroly ve stomaporadně již v rámci ambulantní péče. (B-Braun medical s.r.o., 2023; Convatec Group, 2023)

4.4.1 Umístění stomie

Poté, co lékař pacientovi vybere nejvhodnější typ stomie, určuje stomická sestra přesnou polohu vývodu. Přesná poloha se odvíjí od způsobu života pacienta, jeho zvyklostí a potřeb každodenního života. Výběr vhodného umístění je jedním z nejdůležitějších kroků. Jedním ze základních kritérií je výběr snadno dostupného a viditelného místa, aby se pacientovi stomie co nejlépe ošetřovala. Neměla by být umístěna v blízkosti kožních záhybů, jizev nebo kožních výběžků – mohly by zapříčinit podtékání pomůcek. Dále je důležité, jaký oděv pacient nosí – např. pásek, výška kalhot. Při rozhodování o umístění stomie je důležité prohlédnout pacienta ve všech pozicích – vsedě v leže, aby sestra získala představu o tom, jak břicho pacienta vypadá v různých pozicích. Dále je také důležité zamětnání pacienta. Možnost výběru umístění se provádí především u plánovaných operací, u akutních operací je tato možnost značně limitovaná. Stomická sestra zakresluje polohu ráno před operačním výkonem. (viz příloha A, str. 103) (Convatec Group, 2023)

4.4.2 Předoperační vyšetření

V případě, že je jako léčebná metoda zvolen operační výkon, je pacientovi vystavena žádost o předoperační vyšetření, kterou pacient odevzdá svému praktickému lékaři. Předoperační vyšetření zahrnuje laboratorní vyšetření – krevní obraz, základní vyšetření hemokoagulace, vyšetření krevní skupiny a Rh faktoru, vyšetření iontů, jaterní a pankreatické parametry, parametry funkce ledvin, celková bílkovina, glykemie, kvalitativní chemické vyšetření moči, močový sediment. Může být proveden test na Human imunodeficienci virus (HIV) – se souhlasem pacienta, případně se v některých případech dělají i testy na Hepatitis B surface

Antigen (HBsAg) a virus hepatitidy C (HCV – Hepatitis C virus). Dále navazuje elektrokardiogram (EKG), rentgen srdce a plic (u pacientů starších 40 let) a specifická vyšetření dle komorbidit, které doplňují následné interní předoperační vyšetření. Po provedení všech výše uvedených vyšetření odešle praktický lékař pacienta k internistovi – ten na základě výsledků vyšetření provede zhodnocení celkového zdravotního stavu pacienta, určí rizika spojené s operačním výkonem, případně může pacientovi dočasně upravit medikaci (např. vysazení antikoagulancií a převedení na nízkomolekulární heparin). Chirurg může v rámci snížení rizika vzniku pooperačních komplikací nebo k upřesnění rozsahu poškození požadovat i doplňující vyšetření – např. plicní, ORL, stomatologické, CT nebo gynekologické vyšetření u žen. Na základě předoperačního vyšetření a plánovaného operačního výkonu je provedeno anesteziologické vyšetření – anesteziolog stanoví typ anestezie, riziko dle klasifikace American Society of Anesthesiologists (ASA), stanoví premedikaci a prepremedikaci. (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 33; Schneiderová, 2014, s. 26-27)

4.4.3 Krátkodobá předoperační příprava

Krátkodobá předoperační příprava se odehrává 24 hodin před výkonem. Úkolem lékaře a nelékařského zdravotnického pracovníka (NLZP) je zhodnotit dostupné informace a zkontrolovat výsledky předoperačního vyšetření, případně ještě zajištění doplňujícího vyšetření – závisí na celkovém stavu dané osoby. Pacient podepíše informovaný souhlas s anestezií a operačním výkonem a souhlas s hospitalizací. Dále je potřeba, aby pacient podepsal souhlas s poskytováním informací o zdravotním stavu příbuzným a jiným zvoleným osobám. Následně NLZP zajišťuje tělesnou přípravu pacienta – příprava gastrointestinálního traktu (GIT), aplikace léků dle ordinace lékaře, zajištění invazivních vstupů. Zajištění invazivních vstupů se odvíjí od celkového stavu pacienta a od zvyklosti pracoviště – např. zavedení permanentního močového katetru – na některých pracovištích se zavádí až po úvodu do anestezie. Večer před výkonem pacient provede celkovou koupel včetně umytí vlasů, odlakování nehtů – sám nebo s dopomocí sestry, záleží na soběstačnosti pacienta. Příprava operačního pole se provádí buď den před operací nebo bezprostředně před výkonem, opět je závislé na zvyklosti pracoviště. Je však doporučováno provádět oholení (zastřížení) operačního pole bezprostředně před začátkem operačního výkonu (ideálně za použití strojku/kliper nebo epilačního krému), maximálně dvě hodiny před. Oholení večer před výkonem zvyšuje riziko infekce. Dále je večer před výkonem pacientovi podána prepremedikace. Pacienti by měl být

edukován o lačnění šest až osm hodin před výkonem – tuhá strava se ze žaludku odstraní za šest hodin, tekutiny za dvě. V případě operace za GIT je příprava doplněna o přípravu střeva a jeho vyprázdnění (viz podkapitola „Příprava gastrointestinálního traktu“). Dlouho se mělo za to, že mechanická příprava střeva snižuje riziko úniku obsahu z anastomózy a riziko pooperačních komplikací po kolorektální resekcii. Mechanická příprava je však pro pacienta nepohodlná a způsobuje výraznou ztrátu tekutin. Během posledních let navíc byla zjištěna stejná nebo nižší míra úniku z anastomózy a pooperačních komplikací u pacientů bez přípravy střeva ve srovnání s pacienty s vyprázdněným střevem. Z toho důvodu je vyprázdnění střeva závislé na zvyklosti pracoviště a na mnohých pracovištích od toho bylo již ustoupeno. Snížením míry pooperačních komplikací bylo prokázáno, že vyprázdnění střeva snižuje riziko infekce v místě chirurgického výkonu, ale pouze v kombinaci s perorálními antibiotiky. (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 34-35; Slieker, 2015)

4.4.4 Příprava gastrointestinálního traktu

Před operačním výkonem na střevě je velmi důležitá úprava jídelníčku a následné vyprázdnění střeva. Doporučuje se konzumace ovoce a zeleniny bez tuhých slupek a pečiček – hroznové víno, rajčata, rybíz, meloun nebo kiwi. Den před operačním výkonem je doporučeno jíst pouze kašovitou stravu – jogurty, mléčné výrobky, přesnídávky ke snídani a k obědu čistý vývar. Po zbytek dne pacient popíjí pouze čiré tekutiny – neperlivou vodu, ovocný nebo bylinný čaj a džus bez dužiny. O přípravě střeva je pacient podrobně edukován, musí být seznámen s manipulací s projímadlem, se způsobem a časem jak dlouho jej má užívat. Vyprázdnění střeva může být rozděleno na dvě doby – večer a ráno – nebo může být provedena v jedné době den před výkonem. Po zahájení přípravy střeva pacient již nekonzumuje žádnou tuhous stravu. Mezi přípravky, které se používají k vyprázdnění střeva se řadí např. Fortrans, Moviprep, Eziclen nebo Picoprep. Fortrans je isoosmolární roztok polyethylenglykolu. Výhodou je, že neovlivňuje vnitřní prostředí pacienta a nedráždí střevo, nevýhodou naopak je nutnost vypít jej ve velkém objemu (4 litry). Moviprep je kombinovaný přípravek polyethylenglykolu. Balení obsahuje dva sáčky, přičemž každý se rozpustí v jednom litru vody – je možné rozdělit na dvě doby. K tomu je zapotřebí vypít další litr tekutin. Eziclen je roztok s objemem 180 mililitrů (ml), který se doplňuje vodou do objemu jednoho litru. Následně pacient vypije ještě dva litry tekutin, příprava může být rovněž rozdělena na dvě doby. Picoprep působí lokálně projímavě, ale i osmoticky. Sáček je rozpuštěn ve 150 ml vody, balení obsahuje dva sáčky a interval mezi

vypitím roztoku ze dvou sáčků jsou dvě hodiny. Pacient následně dodržuje pitný režim, doporučuje se každou hodinu po vypití roztoku přijmout 250 ml tekutin, celkem zhruba dva litry. (Drlíková et al., 2016, s. 52-53)

4.4.5 Bezprostřední předoperační příprava

Bezprostřední předoperační příprava se odehrává v den operačního výkonu a je zahájena zhruba dvě hodiny před výkonem. Zahrnuje kontrolu vitálních funkcí, v případě následného překladi pacienta na JIP sbalení věcí a sepsání cenností, aplikaci bandáží nebo elastických punčoch jako prevence tromboembolické nemoci (TEN), vyprázdnění močového měchýře, popř. infuzní terapii – pouze u diabetiků, kteří nejsou v operačním programu jako první, ostatní pacienti dostávají Preop – sacharidový isotonický nápoj (pokud jde první v pořadí, dostává dvakrát Preop večer ve 22 hodin, pokud jde později, dostane jeden večer a jeden ráno), aplikaci premedikace, kontrola dokumentace, odložení šperků, vyjmutí zubní protézy a kontaktních čoček, příprava operačního pole (odmaštění, vyčištění pupku, ubrousky dekontaminační), zakreslení místa založení stomie, odvoz pacienta na operační sál a následné předání do péče pracovníka operačního sálu. Dále může být v rámci bezprostřední přípravy provedeno oholení operačního pole (pokud se dle zvyklosti pracoviště operační pole holí den před výkonem, provádí se pouze kontrola) a zavedení invazivních vstupů (dle zvyklosti pracoviště). Dle ERAS by se měla provádět celková koupel i ráno před operačním výkonem, následně pacient dostane čisté prádlo (některá pracoviště poskytují jednorázová). (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 37)

4.5 Operační postup založení ileostomie a kolostomie

Následující podkapitoly popisují operační techniky používané při zakládání ileostomie a kolostomie.

4.5.1.1 Založení terminální ileostomie podle Brooka

Terminální ileostomie se zakládá na umbilikální čáře v pravém hypogastriu v místě přímého břišního svalu. Stomie se vždy zakládá mimo oblast laparotomie. Připraveným otvorem se vyvede terminální ileum asi pět centimetrů před břišní stěnu – následně se séromuskulárním stehem přichytí k fascii. Konec střeva se následně fixuje 4-8 tříbodovými stehy, které zabírají okraj střeva, séromuskulární část stěny střeva a okraj kůže. Cílem této techniky je vytvoření límečku a mírného prolapsu stomie. Je tak zajištěno lepší ošetřování okolí stomie a ochrana kůže bezpečným jímáním obsahu do stomického sáčku. (Lukáš, Hoch, 2018, s. 503)

4.5.1.2 Založení axiální ileostomie podle Williamse

Axiální ileostomie se zakládá ve stejném segmentu jako terminální ileostomie. Zvolená střevní klička se opatrně vytáhne připraveným otvorem zhruba pět centimetrů před břišní stěnu. Následně se přichytí k fascii séromuskulárním stehem. Na odvodném rameni je provedena příčná enterotomie, přívodné rameno se evertuje. Přívodné rameno se vyšije tříbodovým stehem ke kůži podobnou technikou jako u terminální stomie, odvodné rameno je fixováno ke kůži tzv. mukokutánní suturou. (Lukáš, Hoch, 2018, s. 503)

4.5.1.3 Založení axiální ileostomie laparoskopickou technikou

Založení axiální ileostomie laparoskopickou technikou je jednoduchá a bezpečná metoda, která je spojená s nižší pooperační morbiditou a rychlejším návratem střevních funkcí. Kontraindikací laparoskopie je v tomto případě ileus s masivní distenzí střeva, výrazná polymorbidita a rozsáhlé adhezivní procesy. Výkon se standartně provádí ze tří portů – 10 mm port v oblasti pupku pro optiku a další dva porty s průměrem 5 mm. Počet, velikost a umístění portů však záleží na zvyklosti operátéra. Alternativou ke konvenční laparoskopii je metoda single incision laparoscopic surgery (SILS) – laparoskopická chirurgie z jednoho řezu, kdy jsou nástroje zavedeny do dutiny břišní z jednoho portu, který je následně využit ke konstrukci ileostomie. (Lukáš, Hoch, 2018, s. 503)

4.5.1.4 Kontinentní ileostomie podle Kocka

Principem kontinentní ileostomie je vytvoření tzv. rezervoáru s uzávěrovým ventilem. Rezervoár je vytvořen z ilea a pacient jej vyprazdňuje 3 - 4krát denně pomocí katétru. (Lukáš, Hoch, 2018, s. 503)

4.5.1.5 Založení axiální kolostomie podle Maydla

Axiální kolostomie se zakládá levém hypogastriu nebo v horních kvadrantech. Velmi důležitá je správná orientace střeva, jeho dobré prokrvení a šetrná manipulace. Po vyvedení se střevní klička fixuje k fascii a uloží se na jezdec, který dočasně brání její retrakci. Přední stěna se zpravidla otevírá příčně a okraj střeva se vyšije ke kůži. Jezdec se odstraňuje 5.-10. den po operaci, pokud se střevo nefixuje k břišní stěně, je ponechán alespoň 10-14 dní. Může být rovněž provedena laparoskopickou technikou, která je velmi podobná jako u laparoskopické ileostomie. Další možností je založení axiální kolostomie přímou incizí břišní stěny bez nutnosti

laparotomie – pouze u štíhlých pacientů s volným pohyblivým střevem. (Lukáš, Hoch, 2018, s. 505)

4.5.1.6 Založení nástěnné cékostomie

Cékostomie se zakládá v pravém hypogastriu z krátké příčné laparotomie. Nejprve se stěna céka vytáhne do operační rány a cirkulárně se vyšije k nástěnnému peritoneu. Následně je provedeno otevření céka a jeho přišití k okraji kůže. Další možností je vytvoření cékostomie pomocí katetru. Ten je zaveden do lumen céka a přišit k nástěnnému peritoneu. Po odeznění paralytického ileu se cékostomie často spontánně uzavře. (Lukáš, Hoch, 2018, s. 505)

4.5.1.7 Dvouhlavňová rozdělená kolostomie

Nejčastěji se provádí při resekci tračníku, např. pro perforovaný nádor či divertikulitidu. Po provedení resekce střeva jsou oba konce separátně vyvedeny před stěnu břišní jako funkční terminální kolostomie a distální mukózní píštěl. Oba okraje ústí jsou fixovány mukokutánními stehy ke kůži. (Lukáš, Hoch, 2018, s. 505)

4.5.1.8 Perkutánní endoskopická kolostomie (PEC)

Jedná se o miniinvazivní metodu, kdy je přes břišní stěnu do tlustého střeva pomocí endoskopu zaveden katétr. Technika provedení je velmi podobná jako u perkutánní endoskopické gastrostomie. Bývá indikována u polymorbidních pacientů s rekurentním volvulem sigmoidea. (Lukáš, Hoch, 2018, s. 505)

4.6 Pooperační péče

Po operaci je pacient přeložen na jednotku intenzivní péče, ve výjimečných případech i na standartní lůžkové oddělení. Na jednotce intenzivní péče (JIP) nebo standartním oddělení provádí NLZP monitorování základních vitálních funkcí – tlaku, pulsu, saturace, tělesné teploty, diurézy a bilance tekutin, prosak operační rány a nauzea. Dále provádí péči o invazivní vstupy – cévní vstupy a permanentní močový katetr – kontroluje jejich průchodnost, u močového katetru se monitoruje barva, příměsí a množství moči. Rovněž jsou využívány prvky bazální stimulace – pacient může již při převozu na sál a poté ze sálu dostat do rukou plyšovou hračku, aby si nestrhl stomický sáček. V pooperačním období je velmi důležitá hydratace organismu – NLZP dle ordinace lékaře zajišťuje infuzní terapii, v případě přetrvávající střevní paralýzy parenterální výživu. Dále je prováděno sledování odpadů z nazogastrické sondy, pravidelná kontrola operační rány, kontrola průchodnosti drénu

a množství a charakter sekrece. Drén se odstraňuje v závislosti na množství sekrece, není závislý na časovém odstupu od operace. Přebaz rány se provádí dle zvyklosti pracoviště, při převazu je rána hodnocena – hodnotí se zarudnutí, krvácení, dehiscence laparotomie a bolestivost. Dle zvyklosti pracoviště a stavu pacienta se provádí postupná realimentace – první pooperační den pacient začíná s douškou tekutin a postupně dochází k navýšení množství, po vytažení nazogastrické sondy je pacient zatížen tekutou stravou (dieta č. 0) a následně pevnou stravou (dieta č. 5) – v závislosti na celkovém stavu. Dále je důležitá včasná rehabilitace a vertikalizace, která napomáhá prevenci tromboembolické nemoci a obnovení střevní peristaltiky. Důležitá je rovněž monitorace stomie – vitalita, charakter, množství sekrece a funkčnost stomických pomůcek. V pooperačním období je prováděna edukace pacienta v péči o stomii. Jedná se o složitý a dlouhodobý proces, kdy se pacient nejprve učí o stomii pečovat a poté si osvojuje základní dietní opatření a správné nalepení stomické pomůcky. Proces edukace obvykle probíhá ve spolupráci s rodinnými příslušníky pacienta. (Bezdičková, Slezáková, 2010, s. 49)

Koncepce Enhanced recovery after surgery (ERAS), neboli zrychlené zotavení po chirurgickém výkonu, je koncept perioperační péče založený na důkazech, který zahrnuje soubor postupů vedoucích k rychlejšímu a bezpečnějšímu zotavení po operaci. Použití tohoto konceptu výrazně zvyšuje kvalitu léčebného a ošetrovatelského procesu, ale také kvalitu života pacienta. Jednotlivé položky zmíněného protokolu mají za cíl například snížit perioperační stres, zachovat pooperační vitální funkce a celkově urychlit zotavování pacienta po operačním výkonu. Opakovaně bylo prokázáno, že použití zmíněného multimodálního konceptu zkracuje délku pobytu v nemocnici. (Gustafsson et al., 2019; Richtarová et al., 2020)

Položky ERAS protokolu jsou rozděleny do několika časových úseků:

- období před přijetím do nemocnice,
- předoperační období,
- intraoperační období,
- pooperační období. (Gustafsson et al., 2019)

Perioperační protokol ERAS je zaveden od roku 2012. Období před přijetím do nemocnice zahrnuje předoperační poradenství s přípravou ve stomapradně, kde stomická sestra doplní

informace od lékaře, edukuje, provádí s pacientem nácvik ošetření stomie a předává tréninkový balíček, který lze využít k nácviku péče o stomii v domácím prostředí. Po přijetí do nemocnice nastává předoperační období, které zahrnuje předoperační optimalizaci (např. vyhýbání se alkoholu), nutriční péči, prevenci nevolnosti a zvracení, prerrehabilitaci, management anemie, předoperační nutriční péči, přípravu střeva, antimikrobiální profylaxi a přípravu kůže, premedikaci, předoperační léčbu tekutinami a elektrolyty a předoperační hladovění a sacharidovou zátěž. V perioperačním období, tj. po přijetí pacienta na operační sál jsou zahrnuty položky jako standardní anestetický protokol, intraoperační léčba elektrolyty a tekutinami, prevence pooperační hypotermie, chirurgický přístup (otevřená a minimálně invazivní chirurgie včetně laparoskopického, robotického a transanálního přístupu), drenáž peritoneální dutiny a pánve. V pooperačním období se protokol zaměřuje na včasné odstranění nasogastrické sondy, pooperační analgesii, tromboprofylaxi, pooperační terapie elektrolyty a tekutinami, odvod moči, prevence pooperačního ileu, pooperační kontrolu glykemie, pooperační nutriční péči a včasnou vertikalizaci pacienta. (Gustafsson et al., 2019; Hughes et al., 2020)

4.7 Pooperační komplikace

Pooperační komplikace střevních vývodů dělíme na časné, které se projeví ihned po operaci, a pozdní, projevující se v další pooperační době. Z časných komplikací můžeme uvést nevhodné umístění, tvar nebo velikost stomie, krvácení a ischemie. Jako pozdní komplikace se uvádí stenóza a retrakce, prolaps nebo parastomální kýla. Velmi významnou komplikací je maladaptace pacienta na následný život. Příčinou bývá většinou souhra okolností, například změna tělesného vzhledu a životního stylu, charakter onemocnění a s ním související léčba. Z toho důvodu je velmi důležité, aby stomasestra a veškerý zdravotnický personál poskytoval pacientovi dostatečnou podporu, naslouchal pacientovi a případně mu doporučil některou z podpůrných metod (návštěvu podpůrné skupiny, možnost využití klinického psychologa, který je běžnou součástí některých pracovišť, relaxaci...). Nejčastější komplikací střevních vývodů je tzv. parastomální kýla. Pacienti, kteří podstoupili laparotomický výkon, by měli v rámci pooperační péče nasazují břišní pás (verbu) právě jako prevenci hernie. Kýla se objevuje postupně několik týdnů po operaci a dá se rozeznat podle charakteristického postupně se zvětšujícího vyklenutí stomie. Mezi příčiny rozvoje parastomální kýly řadíme zvýšený nitrobřišní tlak (zácpa, kašel...), ranné infekce, špatné přelepování stomie (pacient

nepoužívá pomůcky k odstranění – sprej – a sáček odstraňuje silou) nebo nárůst tělesné hmotnosti. Ze začátku se kýla dá kompenzovat břišním pásem, pokud však dojde k rozvoji a hernie je větší, je nutné operační řešení. Dalšími komplikacemi jsou ischemická nekróza a stenóza. Příčinou ischemické nekrózy bývá porucha cévního zásobení způsobená nevhodnou stomickou pomůckou nebo oděvem (např. přezka pásku), ke stenóze dochází na základě dehiscence, sekundárního hojení nebo prorůstání tumorózní tkáně. Dochází k utvoření vazivového kruhu kolem stomie, který znesnadňuje vyprazdňování. (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 177-178)

5 ŽIVOT SE STOMÍÍ

Téměř pro každého pacienta znamená založení stomie velmi významný zásah do jeho životního stylu. Dnešní doba si totiž žádá velké pracovní nasazení, z toho důvodu dochází k zanedbávání základních potřeb jako je pravidelná a vyvážená strava a dostatek odpočinku. Z toho důvodu je důležité edukovat stomika v oblasti životosprávy, stravování, pohybového režimu a vyprazdňování. (Zachová, 2010, s. 84)

5.1 Aktivní život a pohybový režim

Edukace v oblasti pohybového režimu začíná již v nemocnici po chirurgickém výkonu. Za pacientem dochází fyzioterapeut a cvičí s ním pasivní a aktivní respirační techniky, se kterou byl seznámen již v rámci dlouhodobé předoperační přípravy. Velmi důležité je posilování břišního svalstva jako prevence poruchy močení a střevní peristaltiky, pacient se ale učí i aktivizaci hlubokého stabilizačního systému a nacvičuje vstávání z lůžka (vertikalizaci). Po uplynutí rekonvalescence, která trvá přibližně 2-3 měsíce je pohybový režim zařazen jako pravidelná rekondiční aktivita. Vhodné aktivity jsou ty, které zahrnují přirozený pohyb – turistika, cvičení na míči, jízda na kole a plavání. Naproti tomu velmi nevhodné jsou například aktivity s trhavými a nekoordinovanými pohyby – například bojová umění a míčové hry. Ať už se jedná o jakoukoliv aktivitu, je vhodné ji dopředu naplánovat a vést postupně. Každé aktivitě je nutné přizpůsobit stomické pomůcky. Například pro plavání je vhodné používat jednoduchý stomický sáček, který je možno po ukončení aktivity ihned vyměnit. Vyrábějí se také speciální plavky, které zajišťují diskretnost – pro ženy jsou to jednoduché plavky se zpevněnou břišní částí, muži mohou využít bermudy s vyšším pasem. V případě zájmu o fitness by se stomik měl

poradit s odborníkem, aby byly vybrány cviky, které nezatěžují břišní oblast a také by měla probíhat kontrola správnosti provádění cviků. (Zachová, 2010, s. 86-87)

5.2 Stravování

Nedílnou součástí životního stylu pacienta jsou správné stravovací návyky. Ty by měly zohledňovat konkrétní diagnózu a pacienti by je měli důsledně dodržovat. Pro stomiky je velmi důležitá vyvážená strava. Jejich jídelníček by měl být zaměřen především na konzumaci dostatečného množství netučných mléčných výrobků, vhodných druhů ovoce a zeleniny. Pacienti by naopak měli zcela omezit příjem nadměrného množství cukrů, tmavého a celozrnného pečiva a nadýmavých potravin. Měli by jíst v pravidelných intervalech po dvou až třech hodinách čtyřikrát až pětkrát denně. Pro stomiky je nejlepší jídlo tepelně upravovat vařením a dušením, popřípadě pečením bez tuku a pod pokličkou, aby se netvořila kůrka, která je pro ně těžko stravitelná. Rovněž je důležitý pitný režim, nejlepší je příjem čisté vody, popřípadě čaje a ovocných šťáv. Zcela nevhodné jsou sycené nápoje a káva – mají nadýmavé účinky. Správně sestavený jídelníček pacientovi velmi významně zjednoduší běžné denní aktivity, je třeba ale myslet na to, že každý pacient individuální a každý organismus jinak reaguje. Z toho důvodu může správné sestavení jídelníčku nějak dobu trvat. (B. Braun, 2021)

5.3 Pracovní zařazení stomiků

Způsobilost pro pracovní zařazení stomika je posuzována individuálně. Samotný operační výkon založení stomie není důvodem pro uznání stupně invalidity, vzhledem ke zdravotnímu stavu může skupina nemocných získat invalidní důchod. Dříve existující plná a částečná invalidita byla nahrazena invaliditou třístupňovou – tedy invalidita prvního, druhého a třetího stupně. Současně byla zavedena i dávka invalidní důchod – pro invaliditu prvního, druhého a třetího stupně. Invalidita prvního stupně je přiznána při poklesu pracovní schopnosti nejméně o 35 %, u druhého stupně nejméně o 50 % a pokud pracovní činnost poklesne o 70 %, jedná se o třetí stupeň invalidity. (Zachová, 2010, s. 91)

5.4 Cestování

Lidé se stomií mohou standartně řídit motorové vozidlo, je pouze třeba dbát na to, aby vývod nebyl utlačován bezpečnostním pásem – tuto situaci lze vyřešit podložením pásu pomocí ručnicku. Při cestování na delší vzdálenost musí mít pacient dostatek pomůcek k ošetřování, a to především pomůcky na konkrétní plánované aktivity. Při cestování letadlem je nutné dbát

na to, že některé příslušenství k péči o stomii (např. nůžky) nemohou projít při kontrole. Existují speciálně tvarovatelné stomické podložky, při kterých nůžky nejsou potřeba, nůžky lze umístit do zavazadla určeného k odbavení. Tito lidé mohou také požádat o místo blíže k toaletě nebo v uličce. Před každou cestou by měli mít připravený balíček se všemi pomůckami k ošetření, který si vytvoří sám dle svých potřeb. (Zachová, 2010, s. 91-92)

5.5 Sexuální aktivita

Sexuální aktivitu stomiků se dělí na dvě kategorie – problematiku sexuální aktivity žen a mužů. U žen souvisí problematika intimních vztahů především s jejich sebepojetím a sebevědomím. V určité fázi onemocnění je se může vyskytnout nízké libido snížená touha po sexuálním kontaktu. Pro ženu může být problém podívat se do zrcadla, přijmout ji jako součást svého těla, a především cítit se stále atraktivní. V této situaci může ženě pomoci speciální spodní prádlo a praktický výběr oblečení pro každou příležitost, aby byla stomie co nejdiskrétnější. Samotné založení stomie není kontraindikací pro těhotenství a porod. Pokud se však žena rozhodne otěhotnět, měla by to nejprve konzultovat s ošetřujícím lékařem a gynekologem, popřípadě i se stomasestrou. Žena musí být po celou dobu sledována stomasestrou a lékařem, protože hrozí například riziko prolapsu stomie. Obvykle je ženám doporučeno těhotenství až po dvou letech od operace. U mužů je sexuální dysfunkce ovlivněna charakterem nemoci, léčbou a typem chirurgického zákroku. Mezi sexuální poruchy se řadí bolestivá erekce, erektilní dysfunkce, snížený sexuální apetit a předčasná nebo chybějící ejakulace. Erekttilní dysfunkce se velmi často objevuje u mužů po operaci v oblasti malé pánve. Může být pouze dočasná a délka trvání se pohybuje v rozmezí měsíců až několika let. Stejně jako u žen u mužů se může být sexuální život ovlivněn psychicky, při této příčině je na prvním místě partnerský soulad a podpora. Další možností perorální tabletová léčba nebo intrakaverózní injekce (do topořivých těles). V otázce založení rodiny je především onkologicky nemocným mužům doporučen před samotným zahájením léčby (dochází při ní k poškození spermiogeneze) odběr spermatu a uložení ve spermabance, případně je možná spolupráce se sexuologem. U pacientů s karcinomem konečníku po operaci se zachováním svěrače se může vyskytnout tzv. syndrom nízké přední resekce – Low Anterior Resection Syndrom (LARS). Jedná se o poruchu funkce střev, která se projeví bezprostředně po operaci, nejvýrazněji se však projevuje během prvních několika měsíců po operaci a ustáleného stavu dosahuje až přibližně po dvou letech. Velmi významně ovlivňuje kvalitu života. Pro hodnocení LARS byl vytvořen dotazník, který zachycuje

pooperační anorektální funkci a obsahuje pět následujících položek – inkontinence pro flatus, inkontinence pro tekutou stolicí, frekvence stolice, shlukování stolic a urgenci. Dotazník je součástí ERAS protokolu, pacient jej vyplňuje v rámci dlouhodobé předoperační přípravy ve stomaporadně. Pacienti jsou kategorizováni do tří skupin podle počtu dosažených bodů – žádný LARS (0-20 bodů), menší LARS (21-29 bodů) a velký LARS (30-42 bodů). Hodnocení se provádí běžně v rámci výše zmíněného ERAS protokolu. (University Hospital Caen, 2023) (Zachová, 2010, s. 110-112)

5.6 Stomické pomůcky

Stomické pomůcky dělíme na tři různé systémy podle způsobu použití – jednodílný systém, dvoudílný systém a adhezní technologie. (Pokorná et al., 2014, s. 140)

5.6.1 Jednodílný systém

Jednodílný systém je tvořen sběrným sáčkem s lepicí plochou. Lepicí plocha je se sáčkem pevně spojena – lepicí destička je do sáčku vlisovaná. Vnější část sběrného sáčku je potažena textilií, aby lépe sála pot a byla příjemná na dotek. Existuje široká škála velikostí, barev a tvarů stomických sáčků – závisí na výrobci. Barva sáčku je přizpůsobena barvě kůže pro větší diskrétnost, existují dva typy – výpustný a nevýpustný sáček. Sáčky určené pro pacienty s kolostomií jsou vybaveny vestavným filtrem – zabraňuje mechanickému zablokování, zápachu a nafukování plyny. (Pokorná et al., 2014, s. 140)

5.6.2 Dvoudílný systém

Dvoudílný systém je složen z podložky a sběrného sáčku, který se na podložku připevňuje (pomocí plastového kolečka). Podložka zůstává na těle tři až pět dnů, sáček se vyměňuje v závislosti na typu stomie a sáčku. Dvoudílný systém je šetrnější k pokožce – není drážděna častou výměnou lepicí podložky. Kvůli plastové obrubě mají vyšší profil, jsou tedy více viditelné pod oděvem. Některé podložky jsou opatřeny oušky – používají se pro přichycení stomického pásku. U obou systémů mohou pacienti používat dva typy sáčků – výpustný a nevýpustný. Nevýpustný sáček se mění ihned po naplnění, výpustný sáček naopak není nutné měnit po naplnění, stačí jej vyprázdnit na těle pacienta a dále používat. (Pokorná et al., 2014, s. 140)

5.6.3 Systém adhezí technologie

U tohoto typu se sáček na podložku přilepí pomocí samolepicího kroužku na průhlednou plochu podložky. (Pokorná et al., 2014, s. 140)

5.7 Péče o stomii

Před samotnou výměnou stomického sáčku je vhodné připravit si všechny pomůcky. Výměnu sáčku je vhodné naplánovat především na dobu příznivou pro vylučování. Ileostomici uvádějí, že výměnu provádějí spíše ráno (před jídlem), kdy činnost trávicího traktu není tak vysoká, naproti tomu kolostomici provádějí výměnu spíše večer. U každého pacienta je to samozřejmě individuální, vyprazdňování závisí na příjmu stravy a tekutin, proto je dobré vyzorovat, kdy je vyprazdňování nejslabší. Před výměnou sáčku s řídkým obsahem (ileostomie) je dobré obsah nejprve vypustit a až poté sáček sejmout. Zpočátku se vypouští do nádoby/igelitového sáčku k tomu určené, následně pacient trénuje vypouštění do toaletní mísy (na WC sedí obkročmo a obráceně, než je běžné), přičemž sáček je směřován mezi stehny nebo na boku. U nevýpustného systému se sáček sejme i s obsahem. Sáček nebo podložka se odstraňuje pomocí odstraňovače náplasti, který může být ve formě spreje či ubrousků. Sejmutí pacient provádí pomalu a opatrně, nikdy ne násilím. Mohlo by dojít ke vzniku drobných erozí v peristomální kůži. (Drlíková et al., 2016, s. 73-74)

K objektivizaci stavu peristomální kůže byla vytvořena pomůcka **DET score Ostomy Skin Tool**, kdy „D“ znamená „Discoloration“ neboli změnu barvy, „E“ Erosion – eroze a „T“ Tissue – tkáň. Skládá se ze dvou částí, první část zahrnuje hodnocení peristomální kůže v každé ze tří oblastí:

- D – hodnocení zabarvení peristomální kůže
- E – hodnocení rozsahu a závažnosti postižení kožního krytu
- T – hodnocení nadměrného růstu tkáně. (Coloplast, 2016)

Maximální počet bodů za každou doménu jsou tři body za velikost postižené oblasti a 2 body za závažnost. Druhá část zahrnuje hodnocení velikosti postižené oblasti v každé ze tří domén. K výpočtu postižené oblasti slouží adhezivní fólie. Následně se provádí součet bodů z obou částí, kdy maximální dosažený počet bodů je 15. Podrobnější hodnocení DET score je uvedeno v příloze (příloha B, str. 104). Kůže v okolí stomie se ošetřuje čistící pěnou a omývá vlažnou

vodou, neparfemovaným mýdlem a netkanou textilií. Voda nesmí být ani příliš studená, ani příliš horká – mohlo by dojít k podráždění sliznice. Sprchování stomii nevadí, nesmí však být použita tryska s příliš vysokým tlakem. Po očištění se kůže osuší netkaným čtvercem nebo se nechá volně zaschnout. Dále je možné aplikovat na kůži speciální stomický krém. Ten se aplikuje v případě, že je kůže v okolí stomie příliš suchá. Ochranný film se aplikuje buď ubrouskem nebo ve formě spreje. Používá se pro zvýšení přilnavosti pomůcky. Pokud se v blízkosti stomie vyskytuje nerovnost, je dobré používat vyrovnávací pastu, která se nanáší vlhkým prstem na kůži nebo přímo na stomickou pomůcku. Po ošetření stomie se provádí nalepení sáčku (jednodílný systém), nebo podložky (dvoudílný systém). Před samotným nalepením je potřeba vystříhnout otvor za pomoci šablony – otvor musí být o pár milimetrů větší než samotná stomie. Po nalepení podložky je možné na přechod mezi kůží a stomií použít vyplňovací pastu – ta je mastná, proto se aplikace nikdy neprovádí před nalepením. Výměna pomůcek končí nalepením nebo nacvaknutím sáčku na podložku. (Coloplast, 2016; Drlíková et al., 2016, s. 74-77)

6 VÝZKUMNÁ ČÁST

Následující kapitoly obsahují hlavní a dílčí cíle práce, výzkumné otázky a stanované hypotézy, metodiku výzkumné části a zpracování a vyhodnocení získaných dat. V metodice je popsána původní anglická verze dotazníku, dále jeho překlad a následné provedení pilotní studie. V kapitole „Zpracování a vyhodnocení získaných dat“ jsou popsány jednotlivé položky dotazníku a následně zhodnoceny stanovené výzkumné otázky a hypotézy.

6.1 Hlavní a dílčí cíle

Hlavním cílem praktické části je zhodnotit kvalitu života u pacientů se stomií. Prvním dílčím cílem je vytvořit českou verzi dotazníku „COH – QOL questionnaire“ se souhlasem výzkumného klinického centra. Druhým dílčím cílem je prozkoumat a zhodnotit jednotlivé položky dotazníku, zhodnotit výzkumné otázky a hypotézy. Třetím dílčím cílem je vytvoření informačního letáku pro pacienty, který bude vytvořen na základě výsledků výzkumu – bude tedy zaměřen na nejvíce problematickou oblast v souvislosti s kvalitou života stomiků.

6.2 Výzkumné otázky a hypotézy

Na základě výsledků předchozích studií v oblasti kvality života stomických pacientů a druhého dílčího cíle byly stanoveny následující **výzkumné otázky a hypotézy**:

VÝZKUMNÉ OTÁZKY

1. Jaká je celková kvalita života pacienta?
2. Je sexuální aktivita pacientů ovlivněna založením stomie?
3. Do jaké míry ovlivňuje založení stomie psychické problémy pacienta?

HYPOTÉZY

H₁₀: Podíl spokojených a nespokojených pacientů se svou kvalitou života se neliší.

H_{1A}: Většina pacientů (>50 %) hodnotí svou kvalitu života jako dobrou nebo lepší.

H₂₀: Neexistuje statisticky významný rozdíl mezi sexuální aktivitou před a po založení stomie.

H_{2A}: Existuje statisticky významný rozdíl mezi sexuální aktivitou před a po založení stomie.

7 METODIKA VÝZKUMNÉ ČÁSTI

K posouzení kvality života u pacientů se stomií byl použit standardizovaný dotazník „Quality of Life Questionnaire for a Patient with an Ostomy“, který byl přeložen do českého jazyka (příloha C, str. 105). Výzkum probíhal kvantitativní formou metodou dotazníkového šetření s předchozím souhlasem ve dvou brněnských stomických poradnách. Byla stanovena podmínka, že pro zařazení pacienta do výzkumu musí mít daná osoba stomii založenou minimálně tři měsíce. Dalšími kritérii pro zařazení do výzkumu byl souhlas pacienta s vyplněním dotazníku, věk nad 18 let, pokud byl pacient starší 65 let byl proveden Mini Mental State Exam (MMSE) – test byl součástí dokumentace. V případě, že pacienti nesplňovali výše uvedené podmínky, byli z výzkumu vyřazeni. Před zahájením výzkumu byla v obou poradnách sepsána žádost o provedení výzkumu a nahlížení do dokumentace. Pacienti zařazení do výzkumu byli seznámeni s cílem práce a dotazník vyplňovali anonymně. V následujících kapitolách bude popsán samotný dotazník, a také průběh překladu do českého jazyka, provedení pilotní studie a následné vytvoření finální české verze. Pilotní studie se zúčastnilo 15 respondentů, při samotném výzkumu bylo vyplněno 92 dotazníků – sedm z nich bylo vyřazeno pro neúplné vyplnění. Celkově bylo do výzkumu zařazeno 85 respondentů.

7.1 Dotazník „Quality of Life Questionnaire for a Patient with an Ostomy“

Dotazník „Quality of Life Questionnaire for a Patient with an Ostomy“ byl odvozen z výzkumu kvality života prováděného od roku 1983. Výzkum provádělo výzkumné centrum „City of Hope National Medical Center“. Dotazník byl vytvořen pro konceptualizaci kvality života. Tato konceptualizace zahrnuje čtyři základní domény/oblasti – oblast fyzického zdraví, psychickou, sociální a duchovní pohodu. Samotný dotazník se skládá ze dvou částí – první část obsahuje 47 zavřených a otevřených otázek, které zahrnují sociodemografické informace, pracovní zařazení pacientů, zdravotní pojištění, sexuální aktivitu, psychologickou podporu, styl oblékání, stravu nebo otázky zaměřené na každodenní péči o stomii. Druhá část dotazníku zahrnuje 43 položek, z nichž je každá hodnocena pomocí Likertovy škály (desetibodové). Otázky jsou rozděleny na čtyři domény – fyzická, psychická, sociální a duchovní pohoda. Na konci dotazníku mají pacienti možnost podělit se o svůj životní příběh, který vedl k potřebě založení vývodu. (City of Hope and Beckham Research Institute, 2024)

7.2 Překlad a pilotní studie

Prvním dílčím cílem výzkumné části bylo vytvoření české verze výše zmíněného dotazníku se souhlasem výzkumného klinického centra (k dispozici u autorky práce). Po získání souhlasu bylo vyhotoveno pět překladů z anglického do českého jazyka. Tři překladatelé pracují ve zdravotnictví (dva lékaři, jedna všeobecná sestra), dva další byli překladatelé. Následně byla na základě pěti českých verzí vytvořena jedna česká verze. Ta byla odeslána překladateli, který ji přeložil zpět do angličtiny, následně ji porovnal s originálem. Po porovnání vytvořené anglické verze s originálním dotazníkem a po diskuzi s překladatelem byla provedena korektura české verze tak, aby nebyla pozměněna obsahová forma jednotlivých položek, ale aby byly jednotlivé otázky pro pacienty srozumitelné. Upravená verze dotazníku byla následně distribuována a byla provedena pilotní studie s cílem vytvoření finální české verze pro použití v České republice (ČR). Originální česká verze je uvedena v příloze C (viz str. 105). Pilotní studie se zúčastnilo celkem 15 respondentů. Pilotní studie měla původně probíhat pouze dva měsíce, tedy od října 2023 do konce listopadu 2023, ale vzhledem k nízkému počtu pacientů, kteří by se dobrovolně zapojili do výzkumu, probíhala až do konce prosince. Respondenti zařazení do pilotní studie nebyli zařazení do celkového počtu výzkumu, pilotní studie probíhala pouze v jedné stomaporadně. Kritéria pro zařazení do pilotní studie byla následující – souhlas pacienta s vyplněním dotazníku, věk nad 18 let, v případě, že byl pacient starší 65 let byl proveden MMSE – test byl součástí dokumentace. V případě, že pacienti nesplňovali výše uvedené podmínky, byli z výzkumu vyřazeni.

Pacienti byli vyzváni, aby dotazník vyplnili a při nejasnostech připojili např. poznámku, jak by danou otázku formulovali srozumitelněji. Po sesbírání dat bylo provedeno vyhodnocení a následně byla po konzultaci se stomasestrou vytvořena finální verze dotazníku, která byla použita k výzkumu. Z první části dotazníku byly upraveny odpovědi na otázku „*Jaký typ stomie máte?*“ – z původních tří odpovědí byly ponechány pouze dvě – „*kolostomie*“ a „*ileostomie*“. Byly vyřazeny otázky „*Pokud máte kolostomii, je trvalá, nebo dočasná?*“ – spousta respondentů na ni nebyla schopna odpovědět, a otázka „*Pokud máte nefrostomii, nosíte stále sběrný sáček?*“ – pacienti s nefrostomií nebyli do výzkumu zahrnuti. Dále byla vyřazena otázka „*Pokud byl důvodem pro vyvedení stomie karcinom, specifikujte prosím přesný typ*“ – podobně jako u výše uvedené otázky nebyli pacienti schopni odpovídat, z toho důvodu byla otázka nahrazena dotazem „*Jaké onemocnění vedlo k nutnosti založení stomie?*“ – zde měli

respondenti na výběr ze tří odpovědí – „*onkologické onemocnění*“, „*zánětlivé onemocnění*“ a „*jiné*“. K otázce „*Jaká je Vaše etnická příslušnost?*“ se téměř polovina respondentů pilotní studie vyjádřila, že jim přijde urážlivá nebo nevhodná, navíc v našich podmínkách nebyla potřebná – do obou poraden, ve kterých výzkum probíhal, chodí pouze europoidní rasa – byla tedy z dotazníku rovněž vyřazena. Naopak byla přidána otázka „*Žijete sám/sama?*“, která doplňuje předchozí otázky týkající se rodinného stavu respondentů. Pro podmínky v ČR je rovněž nepotřebná celá doména týkající se zdravotního pojištění, protože náš zdravotnický systém na principu solidarity poskytuje zdravotní péči na základě povinného veřejného zdravotního pojištění. Pojišťovny hradí klientům veškeré stomické pomůcky, tyto otázky by tedy v našich podmínkách neměly vypovídající hodnotu. Z domény „*Psychická podpora*“ byla vyřazena otázka „*Trpěl/a jste po založení stomie depresi?*“ – otázky zaměřené na deprese a úzkosti pacientů jsou součástí druhé části dotazníku. Do výzkumu rovněž nebyly zařazeny otázky 37–47, a to z důvodu délky dotazníku a z důvodu rozsahu práce. Ve druhé části dotazníku došlo především k úpravě pořadí otázek a také změně bodového hodnocení. Z původního desetibodové škály byla vytvořena pouze pětibodová škála, hodnocení bylo následující – hodnota 1 (nejlepší), hodnota 5 (nejméně vyhovující). Byla zde doplněna otázka „*Cítíte se po založení stomie lépe?*“ – byla přidána na doporučení stomasestry, která uvedla, že se mnohým pacientům se zánětlivým onemocněním střev se totiž po založení stomie mnohdy uleví a cítí se lépe. Naopak byla vyřazena otázka „*Jak moc Vám pomáhají duchovní aktivity (návštěva kostela, synagogy...)*“ – je totiž velmi podobná otázce „*Pomáhají Vám některé duchovní aktivity?*“, navíc 10 respondentů uvedlo, že k tomuto tématu nechtějí vyjadřovat. Byla tedy ponechána pouze otázka ohledně duchovních aktivit. Upravená verze dotazníku, která byla použita pro výzkum je uvedena v příloze D (str. 113).

8 ZPRACOVÁNÍ A VYHODNOCENÍ ZÍSKANÝCH DAT

V kapitole „Zpracování a vyhodnocení získaných výsledků“ jsou zhodnoceny všechny položky použitého českého dotazníku. Získaná data byla zpracována do tabulek, kde je uvedena vždy absolutní četnost (n) a relativní četnost (f) a poté celkový počet. Celkový počet respondentů zařazených do výzkumu byl 85 (n), f (100 %). Výzkum probíhal od ledna 2024 do února 2024 ve dvou brněnských stomaporadnách. Hodnoty absolutní četnosti jsou zaokrouhlovány na dvě desetinná místa. Pro výpočet relativní četnosti byl použit vzorec $f_1 = n_1/n \cdot 100$. Dále byly pro přehlednost u některých otázek vytvořeny grafy. Byly stanoveny tři průzkumné otázky a na jejich základě dvě hypotézy. Pro zpracování tabulek a grafů byl použit Microsoft Office Excel 2016 a testování hypotéz bylo realizováno pomocí programu STATISTICA 14.

8.1 Vyhodnocení jednotlivých položek dotazníku

Otázka 1 – Jaký typ stomie máte?

Tabulka 3 - Typ stomie

	ABSOLUTNÍ ČETNOST (n)	RELATIVNÍ ČETNOST (f)
Kolostomie	56	65.88 %
Ileostomie	29	34.12 %
CELKEM	85	100.00 %

Zdroj: vlastní zpracování

V tabulce č.3 je uveden celkové zastoupení obou typů stomií – kolostomií a ileostomií. Z tabulky je jasně patrné, že u respondentů převládá výskyt kolostomie (zastoupení 65,88 %), naproti tomu ileostomii má z celkového počtu 85 respondentů pouze 29 (34,12 %).

Otázka 2 – Jaké onemocnění vedlo k potřebě založení stomie?

Tabulka 4 - Onemocnění vedoucí k založení stomie

	ABSOLUTNÍ ČETNOST (n)	RELATIVNÍ ČETNOST (f)
Onkologické onemocnění	54	63.53 %
Zánětlivé onemocnění	24	28.24 %
Jiné	7	8.23 %
CELKEM	85	100.00 %

Zdroj: vlastní zpracování

Ve výše uvedené tabulce jsou shrnuty tři nejčastější kategorie onemocnění, kvůli kterým byla respondentům stomie založena. Jedná se o kategorie „Onkologické onemocnění“, jež mělo jednoznačně nejvyšší zastoupení (celkem 63,53 %), dále pak „Zánětlivé onemocnění“, tedy kategorie zahrnující respondenty s Crohnovou chorobou a Ulcerózní kolitidou (28,24 %) a kategorie „Jiné“ – zde respondenti uváděli (připojili slovní komentář), že jim stomie byla založena např. po úraze (4 pacienti) nebo jako následek popálení střeva při laparoskopické výkonu (3 pacienti). Tato skupina představuje dohromady 8,24 %.

Otázka 3 – Kolik měsíců/let máte založenou stomii?

Tabulka 5 - Délka založení stomie

	ABSOLUTNÍ ČETNOST (n)	RELATIVNÍ ČETNOST (f)
3-12 měsíců	35	41.18 %
13 měsíců – 2 roky včetně	15	17.65 %
25 měsíců – 5 let včetně	16	18.82 %
61 měsíců – 10 let včetně	11	12.94 %
121 měsíců-20 let včetně	3	3.53 %
nad 20 let	5	5.88 %
CELKEM	85	100.00 %

Zdroj: vlastní zpracování

Z hlediska délky založení stomie byli respondenti kategorizováni do 6 skupin. První skupina zahrnuje respondenty, kteří mají vývod založen maximálně 1 rok včetně – tato skupina je nejčetnější a tvoří 41,18 %. Četnosti dalších dvou skupin „13 měsíců – 2 roky včetně“ a „25 měsíců – 5 let včetně“ jsou 17,65 % a 18,82 %. Skupině „61 měsíců – 10 let včetně“ náleží celkem 11 respondentů (12,94 %), skupina „121 měsíců – 20 let včetně“ je nejméně četnou skupinou a náleží jí 3 respondenti a do poslední skupiny „nad 20 let“ spadá 5 respondentů (5,88 %).

Otázka 4 – Uveďte pohlaví

Tabulka 6 - Pohlaví respondentů

	ABSOLUTNÍ ČETNOST (n)	RELATIVNÍ ČETNOST (f)
Muž	51	60.00 %
Žena	34	40.00 %
CELKEM	85	100.00 %

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 6 obsahuje zastoupení mužů a žen zařazených do výzkumu – celkově se zúčastnilo o 20 % více mužů než žen, konkrétně 51 mužů (60 %) a 34 žen (40 %).

Otázka 5 – Jaký je Váš věk?

Tabulka 7 - Věk respondentů

	ABSOLUTNÍ ČETNOST (n)	RELATIVNÍ ČETNOST (f)
do 30 let	3	3.53 %
31-40 let	2	2.35 %
41-50 let	9	10.59 %
51-60 let	15	17.65 %
61-70 let	23	27.06 %
71-80 let	28	32.94 %
81-90 let	5	5.88 %
CELKEM	85	100.00 %

Zdroj: vlastní zpracování

Věkové skupiny respondentů byly kategorizovány do 7 skupin (tabulka 7). První skupinu tvoří pacienti do 30 let věku – ta obsahuje pouze 3 respondenty. Dále jsou skupiny děleny přehledně po vždy po 10 letech. Z tabulky je jasně patrné, že nejvyšší počet respondentů spadá do věkových kategorií 61-70 let a 71-80 let – dohromady tyto dvě skupiny tvoří více než 50 %. Naopak nejnižší zastoupení mají věkové skupiny do 40 let – dohromady pouze 5,88 % pacientů.

Otázka 6 – Jaká je Vaše výška?

Tabulka 8 - Výška respondentů

	ABSOLUTNÍ ČETNOST (n)	RELATIVNÍ ČETNOST (f)
do 160 cm	12	14.12 %
161-170 cm	24	28.24 %
171-180 cm	36	42.35 %
181-190 cm	13	15.29 %
CELKEM	85	100.00 %

Zdroj: vlastní zpracování

V tabulce č.8 je uvedena výška pacientů – položky byly kategorizovány pro lepší přehlednost.

Otázka 7 – Jaká je Vaše hmotnost

Tabulka 9 - Hmotnost respondentů

	ABSOLUTNÍ ČETNOST (n)	RELATIVNÍ ČETNOST (f)
do 50 kg	5	5.88 %
51-60 kg	8	9.41 %
61-70 kg	17	20.00 %
71-80 kg	9	10.59 %
81-90 kg	17	20.00 %
91-100 kg	18	21.18 %
101-110 kg	6	7.06 %
111-120 kg	4	4.71 %
121-130 kg	1	1.17 %
CELKEM	85	100.00 %

Zdroj: vlastní zpracování

Hmotnost respondentů se nejvíce pohybuje v rozmezí 91-100 kg (celkově 21,18 %), dále pak 61-70 kg a 81-90 kg, které jsou zastoupeny 20 %. Naopak nejnižší zastoupení je ve váhových kategoriích nad 100 kg, které tvoří celkem pouze 12,94 % (7 respondentů).

Otázka 8 – Jaký byl Váš rodinný stav před vyvedením stomie?

Tabulka 10 - Rodinný stav před založením stomie

	ABSOLUTNÍ ČETNOST (n)	RELATIVNÍ ČETNOST (f)
Svobodný/á	10	11.76 %
Ženatý/Vdaná	52	61.18 %
Rozvedený/á	15	17.65 %
Ovdovělý/á	8	9.41 %
Žijící odděleně	0	0.00 %
CELKEM	85	100.00 %

Zdroj: vlastní zpracování

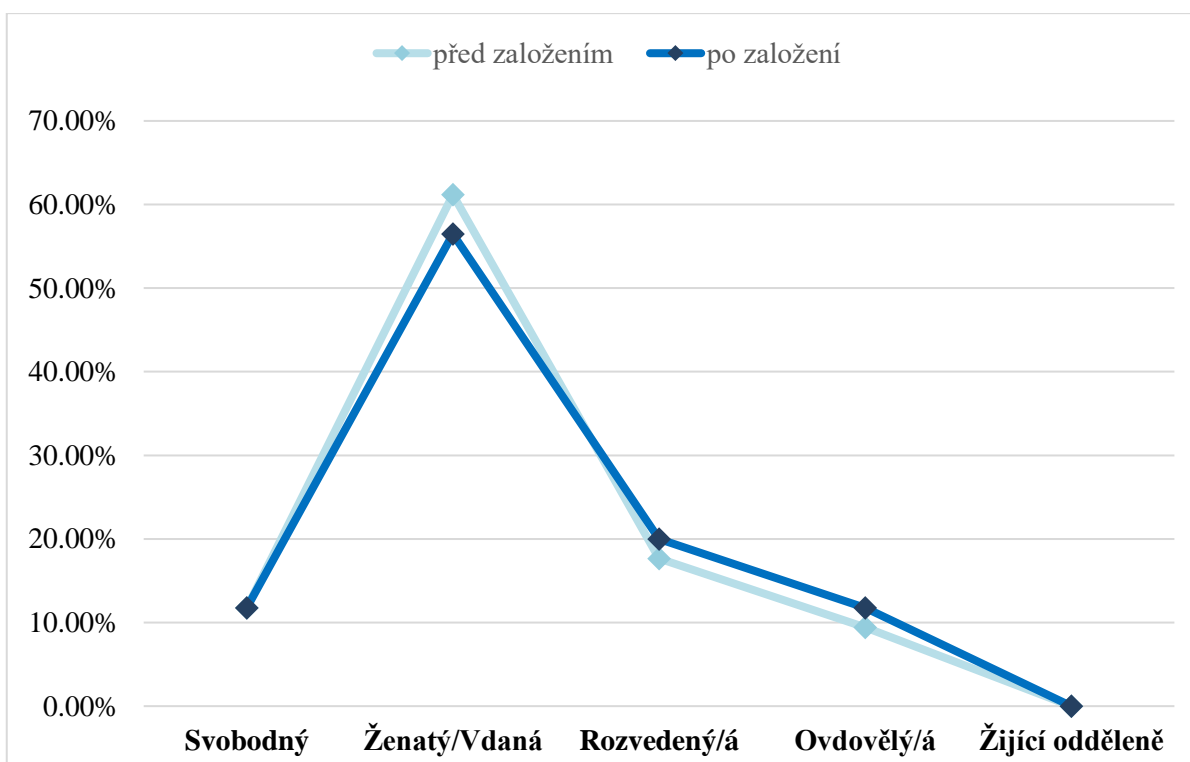
V tabulce 10 je pro přehlednost uveden rodinný stav respondentů před založením stomie.

Otázka 9 – Jaký je Váš rodinný stav nyní?

Tabulka 11 - Rodinný stav po založení stomie

	ABSOLUTNÍ ČETNOST (n)	RELATIVNÍ ČETNOST (f)
Svobodný/á	10	11.76 %
Ženatý/Vdaná	48	56.47 %
Rozvedený/á	17	20.00 %
Ovdovělý/á	10	11.77 %
Žijící odděleně	0	0.00 %
CELKEM	85	100.00 %

Zdroj: vlastní zpracování



Obrázek 1 - Rodinný stav pacientů před a po založení stomie

Otázky číslo 8 a 9 se zaměřují na rodinný stav pacientů před a po založení stomie. Pro větší přehlednost byl vytvořen graf. Počet „Rozvedených“ se před i po založení stomie liší pouze o 3 %, tedy celkem pouze o 2 respondenty. Počet „Ženatých/Vdaných“ osob po výkonu sice klesl o 5 %, zároveň však o 2 % vzrostl počet „Ovdovělých“.

Otázka 10 – Žijete sám/sama?

Tabulka 12 - Žijete sám/sama?

	ABSOLUTNÍ ČETNOST (n)	RELATIVNÍ ČETNOST (f)
Ano	21	24.71 %
Ne	64	75.29 %
CELKEM	85	100.00 %

Zdroj: vlastní zpracování

Na otázku 10, zda žijí respondenti sami, odpovědělo 75 % osob, že ne, zbylých téměř 25 % žije samo.

Následuje hodnocení 5 domén – konkrétně oblasti týkající se práce, sexuální aktivity, psychické podpory, oblékání a stravování. Respondenti zde vybírali z odpovědí „ANO/NE“, případně „JINÉ“.

Doména 1 – Práce

Otázka 11 – Pracujete na plný úvazek?

Tabulka 13 - Práce na plný úvazek

	ABSOLUTNÍ ČETNOST (n)	RELATIVNÍ ČETNOST (f)
Ano	10	11.76 %
Ne	75	88.24 %
CELKEM	85	100.00 %

Zdroj: vlastní zpracování

Z celkového počtu 85 respondentů pracuje pouze 10 na plný úvazek. Zbýlých 75 respondentů uvedlo, že na plný úvazek nepracuje.

Otázka 12 – Pracujete na částečný úvazek?

Tabulka 14 - Práce na částečný úvazek

	ABSOLUTNÍ ČETNOST (n)	RELATIVNÍ ČETNOST (f)
Ano	18	21.18 %
Ne	67	78.82 %
CELKEM	85	100.00 %

Zdroj: vlastní zpracování

V tabulce 14 je uvedeno, kolik respondentů pracuje na částečný úvazek.

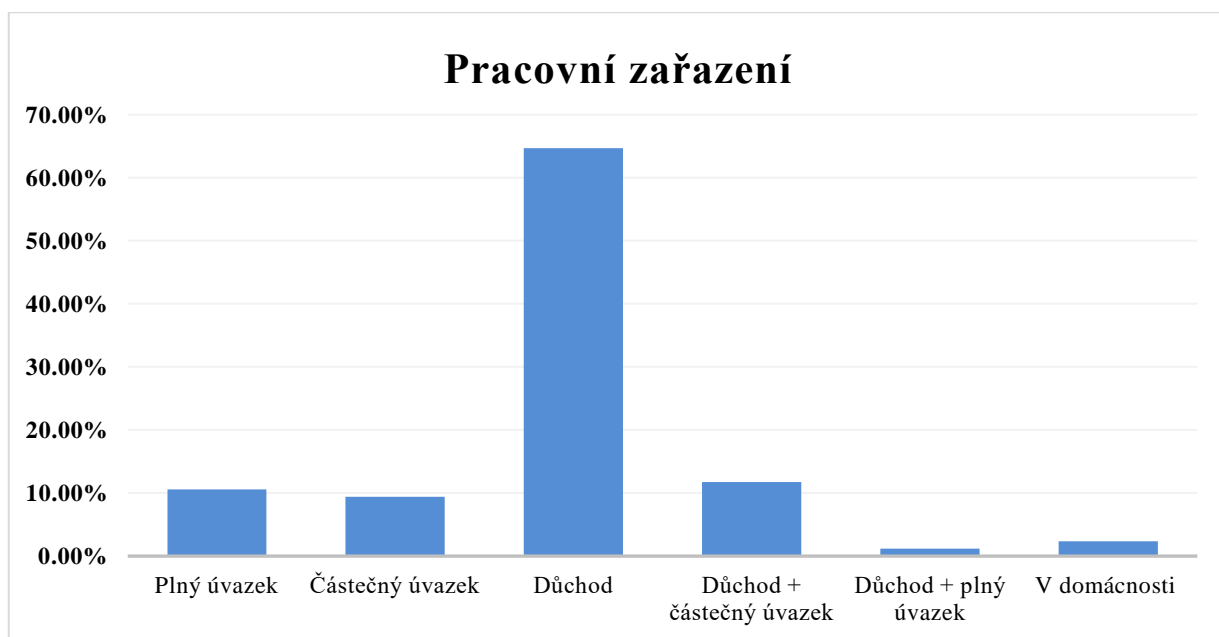
Otázka 13 – Jste v důchodu?

Tabulka 15 - Důchod

	ABSOLUTNÍ ČETNOST (n)	RELATIVNÍ ČETNOST (f)
Ano	66	77.65 %
Ne	19	22.35 %
CELKEM	85	100.00 %

Zdroj: vlastní zpracování

V tabulce 15 je uvedena informace, kolik respondentů je v důchodu.



Obrázek 2 - Pracovní zařazení respondentů

Odpovědi na otázky č. 11–13 jsou pro shrnuty ve výše uvedeném grafu. Všechny tři otázky se týkají pracovního zařazení, tedy zda pacient pracuje na plný nebo částečný úvazek či je v důchodu. Respondenti měli možnost odpovědi ANO/NE, graf byl vytvořen pro lepší přehlednost slovně doplněných informací. Respondenti uvedli ve standardizovaném dotazníku následující poznámky (připojili slovní komentář). Celkem 55 respondentů (64,71 %) uvádí, že je v plném důchodu. Druhou nejvíce zastoupenou skupinou jsou pacienti pobírající důchod, ale zároveň pracující na částečný úvazek. Tato skupina tvoří 11,76 % (10 respondentů). Naproti tomu pouze jeden respondent uvádí, že pobírá invalidní důchod, ale zároveň pracuje na plný úvazek. V domácnosti jsou pouze dva respondenti (2,35 %). Na plný úvazek bez pobírání

důchodu pracuje 9 respondentů (10,59 %) a na částečný úvazek bez pobírání důchodu 8 respondentů (9,41 %).

Otázka 14 – Pobíráte příspěvek na péči?

Tabulka 16 - Příspěvek na péči

	ABSOLUTNÍ ČETNOST (n)	RELATIVNÍ ČETNOST (f)
Ano	19	22.35 %
Ne	66	77.65 %
Jiné	0	0.00 %
CELKEM	85	100.00 %

Zdroj: vlastní zpracování

Příspěvek na péči pobírá celkem 22,35 % respondentů, zbytek žádný příspěvek nepobírá. Možnost „Jiné“ nevyužil žádný respondent

Otázka 15 – Pracujete ve stejném zaměstnání jako před založením stomie?

Tabulka 17 - Zaměstnání respondentů před založením stomie

	ABSOLUTNÍ ČETNOST (n)	RELATIVNÍ ČETNOST (f)
Ano	15	17.65 %
Ne	70	82.35 %
CELKEM	85	100.00 %

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 17 obsahuje informace, kolik respondentů pracuje ve stejném zaměstnání, jako před založením stomie.

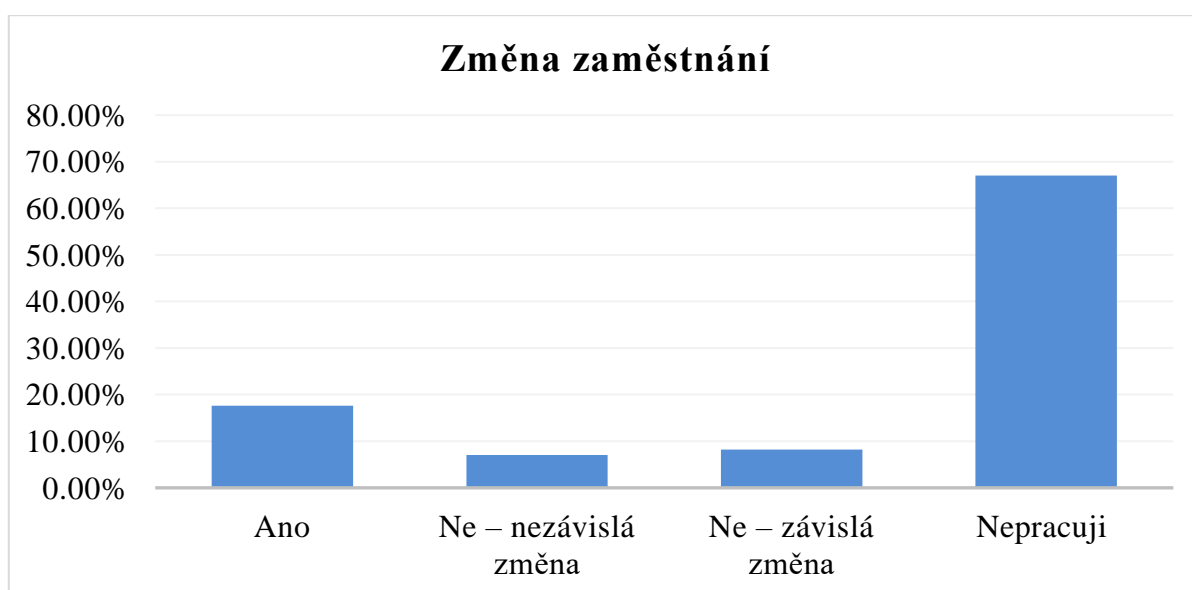
Otázka 16 – Pokud ne, souvisela změna zaměstnání se založením stomie?

Tabulka 18 - Zaměstnání respondentů po založení stomie

	ABSOLUTNÍ ČETNOST (n)	RELATIVNÍ ČETNOST (f)
Ano	7	8.24 %
Ne	78	91.76 %
CELKEM	85	100.00 %

Zdroj: vlastní zpracování

V tabulce 18 je uvedena informace, kolik respondentů změnilo z důvodu založení vývodu zaměstnání.



Obrázek 3 - Změna zaměstnání

V otázkách č. 15 a 16 respondenti odpovídali, zda pracují stále ve stejném zaměstnání, a pokud ne, zda změna souvisela se založením stomie. Pro větší přehlednost odpovědí byl vytvořen graf (obrázek 3). Většina respondentů uvedla, že již nepracuje, protože jsou v důchodu nebo v domácnosti. Celkově však pouze 8,24 % respondentů udává, že změna zaměstnání byla ovlivněna jejich onemocněním. Stále ve stejném zaměstnání pracuje 17,65 % a zbylých 7,06 % uvádí, že u nich došlo ke změně nezávisle na operačním výkonu. Celkově 67,05 % respondentů doplnilo slovní komentář, že již nepracují.

Doména 2 – Sexuální aktivita

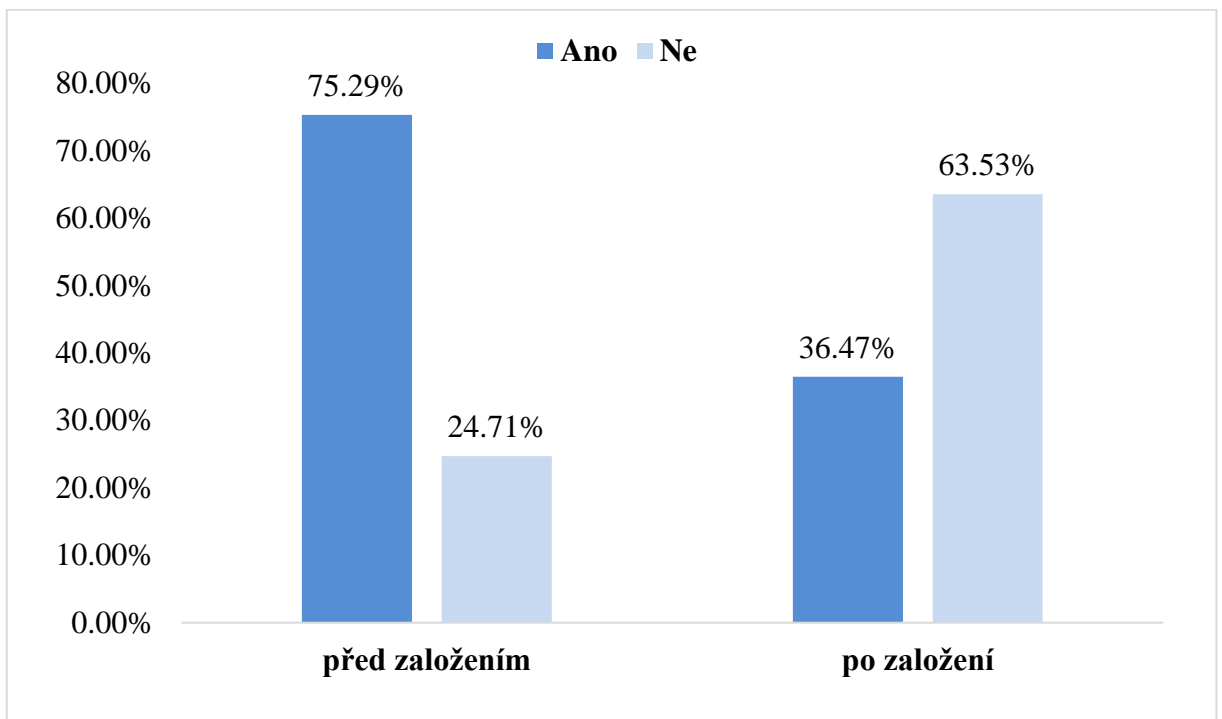
Otázka 17 – Byl/a jste sexuálně aktivní před založením stomie?

Otázka 18 – Obnovil/a jste sexuální aktivitu po založení stomie?

Tabulka 19 - Sexuální aktivita

	PŘED ZALOŽENÍM STOMIE		PO ZALOŽENÍ STOMIE	
	ANO	NE	ANO	NE
ABSOLUTNÍ ČETNOST (n)	64	21	31	54
RELATIVNÍ ČETNOST (f)	75.29 %	24.71 %	36.47 %	63.53 %
CELKEM	85		85	

Zdroj: vlastní zpracování



Obrázek 4 - Sexuální aktivita pacientů

Ve výše uvedené tabulce č.19 je přehledně uvedena sexuální aktivita pacientů před a po výkonu. Pro větší přehlednost byl zároveň vytvořen i graf (obrázek 2). Na první pohled je jasně patrné, že sexuální aktivita respondentů po založení stomie klesla téměř o 40 %. Respondenti měli

možnost odpovědi „Jiné“ – tato možnost zde není uvedena, protože žádný respondent ji neuvedl.

Otázka 19 – Jsou Vaše sexuální aktivity uspokojující?

Tabulka 20 - Míra uspokojení v souvislosti se sexuální aktivitou

	ABSOLUTNÍ ČETNOST (n)	RELATIVNÍ ČETNOST (f)
Ano	29	34.12 %
Ne	48	56.47 %
Jiné	8	9.41 %
CELKEM	85	100.00 %

Zdroj: vlastní zpracování

Na otázku 22, zda jsou pro respondenty jejich sexuální aktivity uspokojující, odpovědělo nejvíce respondentů, že „Ne“, nebo zaškrtnli kolonku „Jiné“ a uvedli, že se nechtějí vyjadřovat. Zbýlých téměř 35 % udává, že jejich sexuální aktivita je dostatečně uspokojující.

Otázka 20 – Pokud jste muž, máte problém s dosažením/udržením erekce?

Tabulka 21 - Schopnost dosažení/udržení erekce

	ABSOLUTNÍ ČETNOST (n)	RELATIVNÍ ČETNOST (f)
Ano	16	31.37 %
Ne	26	50.98 %
Jiné	9	17.65 %
Celkový počet mužů	51	100.00 %

Zdroj: vlastní zpracování

Z celkového počtu 51 mužů zařazených do výzkumu z nich 17,65 % uvedlo jako odpověď „Jiné“ a přidali slovní komentář, že nejsou sexuálně aktivní. Přibližně 50 % mužů udává, že s dosažením či udržením erekce nemělo/nemá problém. Zbýlých 31,37 % však přiznává, že se u nich tyto problémy dříve vyskytly/stále vyskytují.

Doména 3 – Psychická podpora/obavy

Otázka 21 – Od zavedení stomie, přemýšlel/a jste nebo jste se pokusil/a o sebevraždu?

Tabulka 22 – Myšlenky nebo pokus o sebevraždu

	ABSOLUTNÍ ČETNOST (n)	RELATIVNÍ ČETNOST (f)
Ano	2	2.35 %
Ne	83	97.65 %
CELKEM	85	100.00 %

Zdroj: vlastní zpracování

O sebevraždu se po výkonu pokusilo nebo o ní uvažovalo 2,35 % respondentů – tedy pouze dva lidé. Zbýlých 97,65 % udává, že jejich psychický stav nebyl nikdy tak špatný, aby se u nich myšlenky na sebevraždu vyskytly.

Otázka 22 – Patříte do podpůrné skupiny osob se stomií?

Tabulka 23 - Podpůrná skupina osob se stomií

	ABSOLUTNÍ ČETNOST (n)	RELATIVNÍ ČETNOST (f)
Ano	12	14.12 %
Ne	73	85.88 %
CELKEM	85	100.00 %

Zdroj: vlastní zpracování

Do podpůrné skupiny osob se stomií jich z celkového počtu 85 respondentů patří 12 – tedy 14,12 %. Zbýlých 85,88 % uvádí, že součástí podpůrné skupiny nejsou.

Otázka 23 – Patříte do jiné podpůrné skupiny?

Tabulka 24 - Jiná podpůrná skupina

	ABSOLUTNÍ ČETNOST (n)	RELATIVNÍ ČETNOST (f)
Ano	1	1.18 %
Ne	84	98.82 %
CELKEM	85	100.00 %

Zdroj: vlastní zpracování

Do jiné podpůrné skupiny (myšlena je např. podpůrná skupina pro osoby se závislostí na alkoholu) patří pouze 1 respondent, zbylých 84 respondentů není součástí jiné podpůrné skupiny.

Otázka 24 – Měl/a jste možnost se pobavit s někým, kdo měl nebo bude mít založenou stomii?

Tabulka 25 - Možnost setkání se s jiným stomickým pacientem

	ABSOLUTNÍ ČETNOST (n)	RELATIVNÍ ČETNOST (f)
Ano	34	40.00 %
Ne	51	60.00 %
CELKEM	85	100.00 %

Zdroj: vlastní zpracování

Celkově mělo možnost setkání s jiným stomickým pacientem pouze 40 % pacientů zařazených do výzkumu, ostatních 51 respondentů (60 %) se s jiným stomikem nikdy nesešlo.

Doména 4 – Oblékání

Otázka 25 – Způsobuje Vám umístění stomie problémy?

Tabulka 26 - Problémy s umístěním stomie

	ABSOLUTNÍ ČETNOST (n)	RELATIVNÍ ČETNOST (f)
Ano	32	37.65 %
Ne	53	62.35 %
CELKEM	85	100.00 %

Zdroj: vlastní zpracování

Umístění stomie způsobuje problém celkem 32 respondentům (37,65 %), zbylých 53 (62,35 %) uvádí, že jsou s polohou spokojeni.

Otázka 26 – Změnil/a jste po založení stomie styl oblékání?

Tabulka 27 - Změna stylu oblékání

	ABSOLUTNÍ ČETNOST (n)	RELATIVNÍ ČETNOST (f)
Ano	52	61.18 %
Ne	33	38.82 %
CELKEM	85	100.00 %

Zdroj: vlastní zpracování

Styl oblékání změnilo 61,18 %, tedy 52 respondentů. Vzhledem k tomu, že většina respondentů trpí buď onkologickým nebo zánětlivým onemocněním a podstoupili tedy plánovaný zákrok, je překvapivé, že jsou hodnoty tak významné, protože před plánovaným výkonem dochází k zakreslení polohy a jedním z faktorů, který je zohledňován, je právě styl oblékání pacienta.

Doména 5 – Stravování

Otázka 27 – Chyběla/chybí Vám některá ze zakázaných potravin? (pokud ano, která?)

Tabulka 28 - Míra postrádání určitých druhů potravin

	ABSOLUTNÍ ČETNOST (n)	RELATIVNÍ ČETNOST (f)
Ano	28	32.94 %
Ne	57	67.06 %
CELKEM	85	100.00 %

Zdroj: vlastní zpracování

Ze všech potravin, které respondenti nemají povolené, jim nejčastěji chybí vložky, oříšky, rajčata, zelí, luštěniny, česnek, cibule, mléko. Z konkrétních jídel respondenti uvádí např. krvavý steak, topinky, bramboráky nebo obecně smažená jídla. Celkově však žádná zakázaná potravina nechybí 57 respondentům (67,06 %).

Otázka 28 – Upravujete kvůli stomii své stravování?

Tabulka 29 - Úprava stravování

	ABSOLUTNÍ ČETNOST (n)	RELATIVNÍ ČETNOST (f)
Ano	53	62.35 %
Ne	32	37.65 %
CELKEM	85	100.00 %

Zdroj: vlastní zpracování

Celkově muselo své stravovací návyky upravit 62,35 % respondentů. Zbylí respondenti udávají, že úpravu stravování po založení stomie provádět nemusejí – tato informace je však zavádějící, protože minimálně drobné úpravy ve stravě, např. upravit stravu na bezsezbytkovou, musí provést každý pacient. Velmi však záleží na tom, jaké stravovací návyky měli respondenti ještě před samotným výkonem.

Otázka 29 – Změnil/a jste svůj jídelníček, abyste zabránil/a úniku plynů na veřejnosti?

Tabulka 30 - Úprava stravování z důvodu zabránění úniku plynů

	ABSOLUTNÍ ČETNOST (n)	RELATIVNÍ ČETNOST (f)
Ano	59	69.41 %
Ne	26	30.59 %
CELKEM	85	100.00 %

Zdroj: vlastní zpracování

Úpravu stravy z důvodu zabránění úniku plynů na veřejnosti uvádí 69,41 % respondentů, zbylých 30,59 % stravu z tohoto důvodu nijak neupravuje.

Pro hodnocení následujících otázek/kategorií bylo pro zjednodušení zvoleno hodnocení na stupnici Likertovy škály 1-5 (hodnota 1 - nejlepší, hodnota 5 - nejméně vyhovující.)

1. Fyzická síla

Tabulka 31 - Fyzická síla

Hodnocení	1	2	3	4	5	Σ
n	15	27	34	7	2	85
f (%)	17.65 %	31.76 %	40.00 %	8.24 %	2.35 %	100.00 %

Zdroj: vlastní zpracování

Fyzickou sílu ohodnotilo 34 respondentů (40 %) na stupnici „3“, dále 27 respondentů (31,76 %) ji hodnotilo známkou „2“. Nejvyšší možné ohodnocení, tedy „velmi dobrou“ fyzickou kondici uvedlo 15 respondentů (17,65 %). Hodnocení známkou „4“, tedy „uspokojivou“ fyzickou aktivitu uvedlo pouze 7 respondentů (8,24 %). Absolutně nespokojení se svou fyzickou aktivitou jsou pouze 2 respondenti (2,35 %).

2. Únava

Tabulka 32 - Únava

Hodnocení	1	2	3	4	5	Σ
n	23	24	19	18	1	85
f (%)	27.06 %	28.24 %	22.34 %	21.18 %	1.18 %	100.00 %

Zdroj: vlastní zpracování

Nejvíce 24 respondentů uvedlo, že nepocítují únavu téměř vůbec a ohodnotilo ji známkou „2“. „Žádnou“ únavu nepocítuje 23 respondentů (27,06 %) a „průměrnou“ únavu 19 (22,34 %). Hodnocení známkou „4“ – tedy „výraznou“ únavu pocítuje během dne 18 respondentů a „extrémní“ únavu pouze 1 respondent.

3. Kůže v okolí stomie

Tabulka 33 – Peristomální kůže

Hodnocení	1	2	3	4	5	Σ
n	20	31	16	9	9	85
f (%)	23.53 %	36.47 %	18.82 %	10.59 %	10.59 %	100.00 %

Zdroj: vlastní zpracování

Většina respondentů uvedla, že mají pouze „mírné“ (36,47 %) nebo „žádné“ problémy (23,53 %) s kůží v okolí stomie. 16 respondentů hodnotilo kůži v okolí stomie průměrnou známkou „3“, dále potom hodnotou „4“ a „5“ vždy 9 respondentů (10,59 %).

4. Problémy se spánkem

Tabulka 34 - Problémy se spánkem

Hodnocení	1	2	3	4	5	Σ
n	24	19	20	16	6	85
f (%)	28.24 %	22.35 %	23.53 %	18.82 %	7.06 %	100.00 %

Zdroj: vlastní zpracování

Z celkových 85 respondentů jich má pouze 6 „extrémní“ problémy se spánkem (hodnota „5“). Výrazné problémy, tedy hodnocení známkou „4“ provedlo 16 respondentů (18,82 %). Problémy se spánkem jako „průměrné“ uvádí 20 respondentů (23,53 %) a „téměř žádné“ nebo „žádné“ problémy uvádí 19 (22,35 %) a 24 respondentů (28,24 %).

5. Bolest

Tabulka 35 - Bolest

Hodnocení	1	2	3	4	5	Σ
n	38	27	13	5	2	85
f (%)	44.71 %	31.77 %	15.29 %	5.88 %	2.35 %	100.00 %

Zdroj: vlastní zpracování

Nejvíce pacientů uvedlo, že nepocítují „žádnou“ (44,71 %) nebo „mírnou“ (31,77 %) bolest. „Průměrnou“ bolest pocítuje 13 respondentů (15,29 %) a „výraznou“ a „extrémní“ bolest uvádí pouze 5 respondentů (5,88 %) a 2 respondenti (2,35 %).

6. Plynatost

Tabulka 36 - Plynatost

Hodnocení	1	2	3	4	5	Σ
n	20	27	20	11	7	85
f (%)	23.53 %	31.76 %	23.53 %	12.94 %	8.24 %	100.00 %

Zdroj: vlastní zpracování

Plynatost celkově vyhodnotilo vždy 20 respondentů (23,53 %) jako „průměrnou“ nebo „žádnou“. „Téměř žádný problém“ s plynatostí pociťuje 27 respondentů (31,76 %). „Výraznou“ a „extrémní“ plynatost uvádí z celkového počtu 11 respondentů (12,94 %) a 7 respondentů (8,24 %) pacientů.

7. Zápach

Tabulka 37 - Zápach

Hodnocení	1	2	3	4	5	Σ
n	26	25	21	8	5	85
f (%)	30.59 %	29.41 %	24.71 %	9.41 %	5.88 %	100.00 %

Zdroj: vlastní zpracování

„Průměrné“ potíže se zápachem stomie uvádí 21 dotázaných osob (24,71 %) a „téměř žádný“ nebo „žádný“ zápach pociťuje 25 respondentů (29,41 %) a 26 účastníků výzkumu (30,59 %). Nejméně respondentů uvádí „extrémní“ problém se zápachem (5,88 %) a s „výrazným“ zápachem se potýká 8 respondentů (9,41 %).

8. Zácpa

Tabulka 38 - Zácpa

Hodnocení	1	2	3	4	5	Σ
n	41	23	12	9	0	85
f (%)	48.24 %	27.06 %	14.11 %	10.59 %	0.00 %	100.00 %

Zdroj: vlastní zpracování

Nejvíce respondentů nemá nebo nemělo „žádné“ problémy se zácrou (48,24 %). „Mírné obtíže“ udává 23 respondentů (27,06 %), „průměrné obtíže“ celkově 12 respondentů (14,11 %) a „výrazné potíže“ 10,59 % osob. Žádný respondent neuvedl „extrémní“ obtíže v této oblasti.

9. Průjem

Tabulka 39 - Průjem

Hodnocení	1	2	3	4	5	Σ
n	34	28	11	7	5	85
f (%)	40.00 %	32.94 %	12.94 %	8.24 %	5.88 %	100.00 %

Zdroj: vlastní zpracování

„Výrazné“ a „extrémní“ potíže s průjmy od založení stomie udává 7 respondentů (8,24 %) a 5 respondentů (5,88 %). „Průměrný“ výskyt průjmu vyhodnotilo 11 respondentů (12,94 %) a „žádné“ nebo „téměř žádné“ obtíže s průjmy uvádí 34 účastníků výzkumu (40 %) a 28 dotázaných osob (32,94 %).

10. Únik obsahu ze stomického sáčku (nebo jeho okolí)

Tabulka 40 - Únik obsahu ze sáčku

Hodnocení	1	2	3	4	5	Σ
n	25	27	21	5	7	85
f (%)	29.41 %	31.76 %	24.71 %	5.88 %	8.24 %	100.00 %

Zdroj: vlastní zpracování

Nejvíce respondentů (31,76 %) uvádí, že nemají nebo neměli „téměř žádné“ obtíže s únikem obsahu ze stomického sáčku či jeho okolí, 25 respondentů (29,41 %) nezaznamenalo únik ze stomického sáčku nikdy. Průměrnou známkou „3“ hodnotilo tuto oblast 24,71 % pacientů a známkami „4“ a „5“, tedy „výrazný“ a „extrémní“ únik obsahu ji hodnotí 5,88 % a 8,24 % účastníků výzkumu.

11. Celková fyzická kondice

Tabulka 41 - Celková fyzická kondice

Hodnocení	1	2	3	4	5	Σ
n	10	17	40	12	6	85
f (%)	11.76 %	20.00 %	47.06 %	14.12 %	7.06 %	100.00 %

Zdroj: vlastní zpracování

Svou celkovou fyzickou kondici hodnotí nejvíce respondentů (47,06 %) jako „průměrnou“. Hodnocení známkou „2“ provedlo 17 dotázaných osob (20 %) a „velmi dobrou“ fyzickou kondici uvádí 10 respondentů (11,76 %). Hodnocení známkou „4“ a „5“, tedy jako „velmi špatnou“ a „extrémně špatnou“ hodnotí 14,12 % a 7,06 % respondentů.

12. Do jaké míry je pro Vás obtížné o stomii pečovat?

Tabulka 42 - Míra obtížnosti v oblasti péče o stomii

Hodnocení	1	2	3	4	5	Σ
n	24	32	17	5	7	85
f (%)	28.24 %	37.64 %	20.00 %	5.88 %	8.24 %	100.00 %

Zdroj: vlastní zpracování

Nejvíce respondentů (37,64 %) uvedlo, že je pro ně péče o stomii „mírně obtížná“ nebo jim nečiní „žádné obtíže“ (28,24 %). „Průměrně náročná“ je pro 20 % respondentů a „velmi náročná“ až „extrémně náročná“ je pro 5,88 % a 8,24 % respondentů.

13. Máte doma dostatek soukromí pro péči o stomii?

Tabulka 43 - Míra soukromí pro péči v domácím prostředí

Hodnocení	1	2	3	4	5	Σ
n	54	14	6	6	5	85
f (%)	63.53 %	16.47 %	7.06 %	7.06 %	5.88 %	100.00 %

Zdroj: vlastní zpracování

Většina respondentů (63,53 %) neudává „žádné problémy“ se soukromím pro péči o stomii v domácím prostředí (tedy hodnotili své soukromí známkou „1“). Naopak jako „velmi špatné“ a „extrémně špatné“ hodnotí své soukromí 7,06 % a 5,88 % respondentů. Velmi podobný počet respondentů (7,06 %) hodnotí své soukromí jako „průměrné“. 14 respondentů z celkově dotázaných 85 udává, že je jejich soukromí „mírně narušeno“.

14. Máte dostatek soukromí pro péči o stomii během cestování?

Tabulka 44 - Míra soukromí pro péči během cestování

Hodnocení	1	2	3	4	5	Σ
n	22	29	16	8	10	85
f (%)	25.88 %	34.13 %	18.82 %	9.41 %	11.76 %	100.00 %

Zdroj: vlastní zpracování

Oproti předchozí kategorii, kde respondenti hodnotili své soukromí v domácím prostředí, je míra soukromí pro péči o stomii během cestování nepatrně nižší. Nejvyšší zastoupení zde má známka „2“, kterou označilo 34,13 % a 25,88 % respondentů udává, že nemá žádný problém se soukromím během cestování. Oproti soukromí v domácím prostředí hodnotí své soukromí během cestování jako „velmi špatné“ 9,41 % a jako „extrémně špatné“ 11,76 % dotázaných osob – tedy vyšší respondentů. Míru soukromí pro péči během cestování hodnotili respondenti průměrně - 18,82 %.

15. Do jaké míry je pro Vás obtížné dívat se na svou stomii?

Tabulka 45 - Míra obtížnosti pohledu na stomii

Hodnocení	1	2	3	4	5	Σ
n	42	19	13	6	5	85
f (%)	49.41 %	22.36 %	15.29 %	7.06 %	5.88 %	100.00 %

Zdroj: vlastní zpracování

Nejvyšší bodové hodnocení, téměř polovina respondentů (49,41 %) udává, že jim pohled na jejich stomii nečiní „žádný problém“. „Mírně obtížný“ je pohled pro 22,36 % respondentů a „průměrně obtížný“ pro 15,29 % osob. Bodové hodnocení známkami „4“ a „5“ provedlo 7,06 % a 5,88 % respondentů.

16. Do jaké míry Vám stomie narušuje intimitu?

Tabulka 46 - Míra narušení intimity

Hodnocení	1	2	3	4	5	Σ
n	22	22	17	13	11	85
f (%)	25.88 %	25.88 %	20.00 %	15.29 %	12.95 %	100.00 %

Zdroj: vlastní zpracování

Na otázku ohledně narušení intimity odpovědělo nejvíce respondentů, že jim založení stomie nenarušilo intimitu „vůbec“ nebo „mírně“ (obě hodnocení měla 25,88 %). „Průměrné“ narušení intimity uvádí 20 % dotázaných osob a „velmi výrazné“ a „extrémní“ narušení intimity udává 15,29 % a 12,95 % ze celkově dotázaných 85 respondentů.

17. Jak jste spokojen/a se svým vzhledem?

Tabulka 47 - Spokojenost se vzhledem

Hodnocení	1	2	3	4	5	Σ
n	18	21	26	10	10	85
f (%)	21.18 %	24.71 %	30.59 %	11.76 %	11.76 %	100.00 %

Zdroj: vlastní zpracování

Se svým vzhledem je „průměrně spokojeno“ 26 respondentů (30, 59 %), dále je pak „naprosto spokojeno“ 21,18 % a 24,71 % respondentů je se svým vzhledem „téměř spokojeno“. Naproti tomu „výraznou nespokojenost“ a „extrémní nespokojenost“ udává vždy 11, 76 % osob.

18. Jak moc se stydíte za svou stomii?

Tabulka 48 - Hodnocení míry studu související se stomií

Hodnocení	1	2	3	4	5	Σ
n	29	16	20	13	7	85
f (%)	34.12 %	18.82 %	23.53 %	15.29 %	8.24 %	100.00 %

Zdroj: vlastní zpracování

Na otázku „Jak moc se stydíte za svou stomii“ odpověděla většina respondentů, že se nestydí „vůbec“ (34,12 %) nebo je jejich stud „průměrný“ (23,53 %). „Mírný stud“ udává 18,82 % respondentů a „velmi výrazně“ až „extrémně se za svou stomii stydí 13 respondentů (15,29 %) a 7 respondentů (8,24 %).

19. Jak obtížné pro Vás bylo srovnat se se založením stomie?

Tabulka 49 - Srovnání pacientů se založením stomie

Hodnocení	1	2	3	4	5	Σ
n	12	28	18	12	15	85
f (%)	14.12 %	32.94 %	21.17 %	14.12 %	17.65 %	100.00 %

Zdroj: vlastní zpracování

V této otázce mělo nejvyšší zastoupení hodnocení známkou „2“ (32,94 %) respondentů, dále pak „průměrně obtížné“ bylo srovnat se se založením stomie pro 21,17 % účastníků výzkumu „extrémně obtížné“ pro 17,65 % a nejnižší počet respondentů (14,12 %) uvádí, že pro ně bylo „velmi obtížné“ srovnat se s touto situací. Naprosto stejný počet osob neudává žádné obtíže v této oblasti.

20. Do jaké míry pocítujete depresi?

Tabulka 50 - Pocity deprese

Hodnocení	1	2	3	4	5	Σ
n	42	27	13	0	3	85
f (%)	49.41 %	31.77 %	15.29 %	0.00 %	3.53 %	100.00 %

Zdroj: vlastní zpracování

Téměř 50 % respondentů uvedlo „hodnocení 1“ – tedy nevyskytují se u nich deprese „vůbec“. Naopak nejméně pacientů hodnotí míru deprese jako „vysokou“ a „extrémně vysokou“ – dohromady pouze 3 respondenti. Zbytek dotázaných osob hodnotí míru deprese jako „téměř žádnou“ (31,77 %) nebo „průměrnou“ – 15,29 %.

21. Do jaké míry pocítujete úzkost?

Tabulka 51 - Pocity úzkosti

Hodnocení	1	2	3	4	5	Σ
n	37	28	15	0	5	85
f (%)	43.53 %	32.94 %	17.65 %	0.00 %	5.88 %	100.00 %

Zdroj: vlastní zpracování

Nejvyšší možné hodnocení, tedy „žádnou“ nebo „téměř žádnou“ míru úzkosti uvádí 43,53 % a 32,94 % respondentů. „Průměrnou“ úzkost pocítuje 17,65 % respondentů a „extrémní“ míru úzkosti udává pouze 5,88 % dotázaných osob. Z celkově dotázaných 85 nehodnotí ani jeden respondent míru úzkosti jako „velmi vysokou“.

22. Jaká je Vaše paměť?

Tabulka 52 - Paměť respondentů

Hodnocení	1	2	3	4	5	Σ
n	31	26	15	8	5	85
f (%)	36.47 %	30.59 %	17.65 %	9.41 %	5.88 %	100.00 %

Zdroj: vlastní zpracování

Jako „velmi dobrou“ hodnotí svou paměť nejvíce respondentů (36,47 %). Dále pak hodnocení známkami „2“ a „3“ provedlo 30,59 % a 17,65 % dotázaných osob. „Velmi špatnou paměť“ a „extrémně špatnou paměť“ pak udává 9,41 % a 5,88 % respondentů.

23. Do jaké míry Vás stomie izolovala od společnosti?

Tabulka 53 – Míra izolace od společnosti

Hodnocení	1	2	3	4	5	Σ
n	26	21	17	13	8	85
f (%)	30.59 %	24.71 %	20.00 %	15.29 %	9.41 %	100.00 %

Zdroj: vlastní zpracování

Na otázku „Do jaké míry Vás stomie izolovala od společnosti?“ odpovědělo nejvíce respondentů, že nepocítují „žádnou izolaci od společnosti“ – 30,59 %. „Mírnou“ až „průměrnou“ míru izolace pocítuje 24,71 % a 20 % respondentů“. Jako „vysokou“ až „extrémní“ hodnotí svou izolaci 15,29 % a 9,41 % dotázaných osob.

24. Ovlivňuje stomie Vaše osobní vztahy?

Tabulka 54 - Ovlivnění osobních vztahů

Hodnocení	1	2	3	4	5	Σ
n	37	25	13	10	0	85
f (%)	43.53 %	29.41 %	15.29 %	11.76 %	0.00 %	100.00 %

Zdroj: vlastní zpracování

Ovlivnění osobních vztahů v důsledku založení stomie hodnotí většina respondentů pozitivně. Pouze 11,76 % účastníků výzkumu uvádí, že došlo k „vysokému ovlivnění osobních vztahů“, žádný respondent však neoznačil míru ovlivnění osobních vztahů jako „extrémní“. Jako „průměrný“ hodnotí vliv na osobní vztahy 15,29 %, dále 29,41 % respondentů udává „téměř žádný vliv“ a 43,53 % nepocítuje „žádný vliv“.

25. Je pro Vás obtížné setkávat se s novými lidmi?

Tabulka 55 - Míra obtížnosti v oblasti setkávání s novými lidmi

Hodnocení	1	2	3	4	5	Σ
n	39	21	9	7	9	85
f (%)	45.88 %	24.71 %	10.59 %	8.24 %	10.59 %	100.00 %

Zdroj: vlastní zpracování

Pro více než 10 % respondentů (konkrétně 10,59 %) je „extrémně náročné“ setkávat se s novými lidmi, jako „velmi náročnou“ hodnotí tuto oblast pouze 8,24 %. Naproti tomu pro 45,88 % respondentů není setkávání s novými lidmi „vůbec náročné“. „Mírně“ až „průměrně náročná“ je tato oblast pro 24,71 % a 10,59 % dotázaných osob.

26. Do jaké míry je Vaše onemocnění stresující pro Vaši rodinu?

Tabulka 56 - Hodnocení míry stresu, kterou pociťují rodiny pacientů

Hodnocení	1	2	3	4	5	Σ
n	34	22	17	9	3	85
f (%)	40.00 %	25.88 %	20.00 %	10.59 %	3.53 %	100.00 %

Zdroj: vlastní zpracování

Z celkového počtu 85 respondentů jich 34 uvádí, že pro jejich rodiny není onemocnění „vůbec stresující“. „Mírně“ až „průměrně stresující“ je onemocnění pro 25,88 % a 20 % rodin respondentů, a jako „vysoce“ až „extrémně stresující“ ji hodnotí 10,59 % a 3,53 % dotázaných osob.

27. Je pro Vás dostačující podpora, kterou dostáváte od rodiny a přátel?

Tabulka 57 - Hodnocení míry poskytnuté podpory o rodiny a přátel

Hodnocení	1	2	3	4	5	Σ
n	55	13	17	0	0	85
f (%)	64.71 %	15.29 %	20.00 %	0.00 %	0.00 %	100.00 %

Zdroj: vlastní zpracování

Tato oblast byla hodnocena velmi pozitivně. Ani jeden respondent neuvedl „vysoký“ nebo „extrémní nedostatek podpory“, poskytování „průměrné podpory“ pociťuje 20 % respondentů. Naopak výrazná, tedy „velmi vysoká“ a „vysoká míra podpory“ je poskytována dohromady 80 % respondentů.

28. Ovlivňuje stomie Vaše společenské aktivity?

Tabulka 58 - Ovlivnění společenských aktivit

Hodnocení	1	2	3	4	5	Σ
n	23	25	16	9	12	85
f (%)	27.06 %	29.41 %	18.82 %	10.59 %	14.12 %	100.00 %

Zdroj: vlastní zpracování

V otázce ovlivnění společenských aktivit odpovědělo nejvíce dotázaných osob, že pociťují „mírný“ nebo „žádný“ vliv – celkem přes 50 %. Naproti tomu „vysoký“ a „extrémní“ vliv stomie na společenské aktivity udává 10, 59 % a 14,12 %, tedy téměř čtvrtina ze všech dotázaných. Jako „průměrnou“ hodnotí tuto oblast 18,82 % respondentů.

29. Do jaké míry omezuje stomie Vaše sportovní/rekreační aktivity?

Tabulka 59 - Omezení sportovních/rekreačních aktivit

Hodnocení	1	2	3	4	5	Σ
n	14	19	21	19	12	85
f (%)	16.47 %	22.35 %	24.71 %	22.35 %	14.12 %	100.00 %

Zdroj: vlastní zpracování

Podle výzkumu jsou sportovní a rekreační aktivity ovlivněny velmi významně. Téměř 30 % respondentů uvedlo, že jsou jejich aktivity ovlivněny „vysoce“ až „extrémně“ a „průměrný vliv“ udává 24,71 % respondentů. Naproti tomu pouze 16,47 % účastníků výzkumu neudává „žádný vliv“ a „mírný vliv“ pocítuje 22,35 % dotázaných osob.

30. Do jaké míry Vám stomie ovlivňuje možnost cestovat?

Tabulka 60 - Ovlivnění možnosti cestovat

Hodnocení	1	2	3	4	5	Σ
n	16	26	19	14	10	85
f (%)	18.82 %	30.59 %	22.35 %	16.47 %	11.76 %	100.00 %

Zdroj: vlastní zpracování

V oblasti cestování uvádí většina respondentů (dohromady téměř 50 %) „mírný“ nebo „žádný vliv“. Naproti tomu „výrazný“ až „extrémní“ vliv na cestování uvádí 16,47 % a 11,76 % dotázaných osob. Několik respondentů u této otázky kromě bodového hodnocení uvedlo i informaci (připojili slovní komentář), že ze začátku měli s cestováním problém, hlavně proto, že neměli dostatek informací, popřípadě nebyli se stomií ještě smířeni. „Průměrný vliv“ uvádí 22,35 % respondentů.

31. Pomáhají Vám některé duchovní aktivity (modlitba, meditace...?)

Tabulka 61 - Duchovní aktivity respondentů

Hodnocení	1	2	3	4	5	Σ
n	24	15	10	5	31	85
f (%)	28.24 %	17.65 %	11.76 %	5.88 %	36.47 %	100.00 %

Zdroj: vlastní zpracování

Oblast duchovních aktivit byla hodnocena nejvíce negativně ze všech položek dotazníku. 36,47 % pacientů uvedlo, že jim duchovní aktivity „vůbec nepomáhají“ – asi polovina z nich však v poznámce v dotazníku dodává, že žádné duchovní aktivity, ať už se jedná o modlitbu, meditaci či pouhé večerní zamyšlení neprovozuje a nikdy neprovozovala. „Téměř vůbec“ nepomáhají duchovní aktivity 5,88 % respondentů, a „průměrně“ 11,76 % dotázaných osob. Naproti tomu téměř 40 % respondentů udává „velmi vysoký“ nebo „vysoký vliv duchovních aktivit“ na jejich psychickou stránku.

32. Jak velká je finanční zátěž způsobená Vaší nemocí nebo její léčbou?

Tabulka 62 - Finanční zátěž spojená s onemocněním nebo s léčbou

Hodnocení	1	2	3	4	5	Σ
n	27	26	17	8	7	85
f (%)	31.76 %	30.59 %	20.00 %	9.41 %	8.24 %	100.00 %

Zdroj: vlastní zpracování

V oblasti finanční zátěže má nejvyšší zastoupení „hodnocení 2“, a to s celkovým počtem 26 respondentů. Naopak nejnižší zastoupení má „hodnocení 5“ s četností 7 respondentů.

33. Došlo v souvislosti se stoním ve Vašem životě k pozitivním změnám?

Tabulka 63 - Pozitivní změny v životě pacientů

Hodnocení	1	2	3	4	5	Σ
n	22	8	10	8	37	85
f (%)	25.88 %	9.41 %	11.76 %	9.41 %	43.53 %	100.00 %

Zdroj: vlastní zpracování

Většina účastníků výzkumu udává, že k pozitivním změnám nedošlo „vůbec“ (43,53 %). Naopak čtvrtině osob tento výkon pozitivní změny do života přinesl „výrazně“.

34. Cítíte se po založení stomie lépe?

Tabulka 64 - Pocity respondentů po založení stomie

Hodnocení	1	2	3	4	5	Σ
n	19	16	12	10	28	85
f (%)	22.35 %	18.82 %	14.12 %	11.76 %	32.94 %	100.00 %

Zdroj: vlastní zpracování

Tato otázka byla do výzkumu zahrnuta na doporučení stomasestry – ta uvedla, že pro většinu pacientů se zánětlivým onemocněním střev je založení stomie velmi pozitivní, protože nemusí řešit vysoký počet stolic denně a přizpůsobovat tomu své denní aktivity. Z výzkumu je patrné, že „naprosto“ a „výrazně“ lépe se cítí zhruba 40 % respondentů – musí se tedy cítit lépe i některé osoby s onkologickým onemocněním nebo jinou příčinou, neboť zánětlivým onemocněním trpí pouze 28 % dotázaných osob. „Vůbec“ se naopak necítí lépe 32,94 % respondentů.

35. Do jaké míry se cítíte užitečný/á?

Tabulka 65 - Hodnocení míry užitečnosti

Hodnocení	1	2	3	4	5	Σ
n	25	21	20	11	8	85
f (%)	29.41 %	24.71 %	23.53 %	12.94 %	9.41 %	100.00 %

Zdroj: vlastní zpracování

Tato tabulka poskytuje přehled o tom, jak respondenti hodnotí svůj pocit užitečnosti. Největší počet respondentů 29,41 % uvádí, že se cítí se velmi užitečnými (hodnocení 1), naproti tomu nejnižší počet dotázaných osob 9,41 % má pocity na opačném konci hodnotící škály (hodnocení 5).

36. Jaké uspokojení nebo radost ze života cítíte?

Tabulka 66 - Hodnocení míry uspokojení nebo radosti ze života

Hodnocení	1	2	3	4	5	Σ
n	22	28	17	9	9	85
f (%)	25.88 %	32.94 %	20.00 %	10.59 %	10.59 %	100.00 %

Zdroj: vlastní zpracování

Nejvyšší pocit uspokojení nebo radosti ze života pociťuje 25,88 % respondentů. „Téměř žádné“ a „vůbec žádné uspokojení“ pociťuje vždy 10,59 % a nejvyšší zastoupení má hodnocení 2 – 32,94 %.

37. Máte pocit, že máte věci ve svém životě pod kontrolou?

Tabulka 67 - Hodnocení pocitu kontroly nad událostmi v životě

Hodnocení	1	2	3	4	5	Σ
n	29	28	21	0	7	85
f (%)	34.12 %	32.94 %	24.71 %	0.00 %	8.24 %	100.00 %

Zdroj: vlastní zpracování

Naprostou kontrolu nad svým životem pociťuje 34,12 % respondentů, naopak „žádnou kontrolu“, tedy „hodnocení 5“, uvádí pouze 8,24 % dotázaných osob. Nejvyšší zastoupení má hodnocení 2 – 32,94 %.

38. Do jaké míry se cítíte nejistě ohledně své budoucnosti?

Tabulka 68 - Hodnocení míry nejistoty ohledně budoucnosti

Hodnocení	1	2	3	4	5	Σ
n	17	28	20	11	9	85
f (%)	20.00 %	32.94 %	23.53 %	12.94 %	10.59 %	100.00 %

Zdroj: vlastní zpracování

„Vůbec“ nebo „téměř vůbec“ se nejistě ohledně své budoucnosti cítí více než 50 % respondentů. Dalších 23,53 % uvádí „hodnocení 3“ a téměř 24 % dotázaných osob udává, že pociťují „vysoké“ až „extrémní obavy z budoucnosti“.

39. Máte pocit vnitřního klidu?

Tabulka 69 - Hodnocení pocitu vnitřního klidu

Hodnocení	1	2	3	4	5	Σ
n	17	34	17	10	7	85
f (%)	20.00 %	40.00 %	20.00 %	11.76 %	8.24 %	100.00 %

Zdroj: vlastní zpracování

„Velmi vysoký“ nebo „vysoký pocit vnitřního klidu“ má dohromady 60 % respondentů. Naopak přibližně 20 % dotázaných osob nepociťuje vnitřní klid „téměř vůbec“ nebo „vůbec“.

40. Cítíte, že máte důvod žít?

Tabulka 70 - Důvod k životu

Hodnocení	1	2	3	4	5	Σ
n	47	17	9	6	6	85
f (%)	55.29 %	20.00 %	10.59 %	7.06 %	7.06 %	100.00 %

Zdroj: vlastní zpracování

Nejvyšší procento respondentů (55,29 %) udává, že mají „absolutní důvod k životu“, naopak vždy 7,06 % nepociťuje „téměř žádný“ nebo „vůbec žádný důvod k životu“.

41. Do jaké míry pocítujete naději?

Tabulka 71 - Hodnocení pocitu naděje

Hodnocení	1	2	3	4	5	Σ
n	32	23	22	8	0	85
f (%)	37.65 %	27.06 %	25.88 %	9.41 %	0.00 %	100.00 %

Zdroj: vlastní zpracování

„Velmi vysokou“ a „vysokou“ naději pocítuje 37,65 % osob zařazených do výzkumu, „průměrnou“ naději udává zhruba čtvrtina účastníků výzkumu a nejméně respondentů nepocítuje „téměř žádnou“ a „žádnou naději“.

42. Jak moc se obáváte, že by se Vaše onemocnění mohlo vrátit?

Tabulka 72 - Míra obav ohledně návratu onemocnění

Hodnocení	1	2	3	4	5	Σ
n	11	23	26	8	17	85
f (%)	12.94 %	27.06 %	30.59 %	9.41 %	20.00 %	100.00 %

Zdroj: vlastní zpracování

Nejvíce zastoupené bylo „hodnocení 3“, a to v počtu 26 respondentů (30,59 %), dále pak „hodnocení 2“, jehož absolutní četnost je 23 respondentů. Nejnižší četnost mělo „hodnocení 4“ – pouze 9,41 % dotázaných osob uvádí, že pocítují „vysokou míru obav“. „Extrémně vysokou míru obav“ pocítuje 20 % osob zařazených do výzkumu a „žádné obavy“ nepocítuje celkem 11 respondentů.

43. Jak hodnotíte svou celkovou kvalitu života?

Tabulka 73 - Hodnocení celkové kvality života

Hodnocení	1	2	3	4	5	Σ
n	16	33	24	12	0	85
f (%)	18.82 %	38.82 %	28.24 %	14.12 %	0.00 %	100.00 %

Zdroj: vlastní zpracování

Celková kvalita života byla respondenty hodnocena převážně kladně. Pouze 14,12 % respondentů hodnotí kvalitu svého života jako „špatnou – hodnocení 4“, „extrémně špatnou kvalitu“ neudává žádný respondent. Nejvyšší zastoupení zde mělo „hodnocení 2“ s absolutní četností 33 dotázaných osob (38,82 %), dále pak 28,24 % pacientů hodnotí svou kvalitu života jako průměrnou. „Velmi dobrou kvalitu života“ udává 16 respondentů (18,82 %).

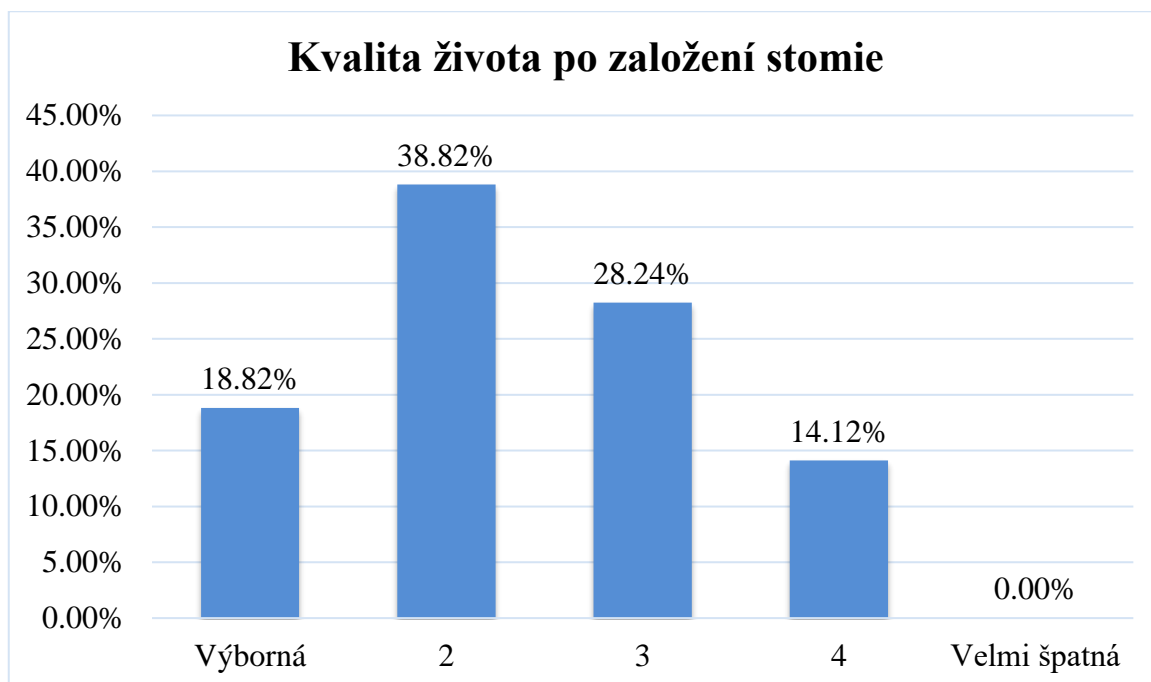
8.2 Průzkumné otázky a hypotézy

V následujících podkapitolách je shrnuto hodnocení obou hypotéz a hodnocení třetí průzkumné otázky.

8.2.1 Hodnocení hypotézy č. 1

H₁₀: Podíl spokojených a nespokojených pacientů se svou kvalitou života se neliší.

H_{1A}: Většina pacientů (>50 %) hodnotí svou kvalitu života jako dobrou nebo lepší.



Obrázek 5 - Hodnocení kvality života respondentů

Celkově hodnotilo kvalitu života hodnotou 1–3 85,88 % respondentů. Zda je tento podíl statisticky významně vyšší než 50 % zjistíme pomocí jednovýběrového testu o parametru alternativního rozdělení. Tento test porovnává pozorovaný podíl ve výběru se stanoveným podílem, který chceme otestovat. Nejdříve spočteme testové kritérium, které následně porovnáme s kritickým oborem.

Opět použijeme testové kritérium jako v předešlé hypotéze

$$T = \frac{p - c}{\sqrt{\frac{c*(1-c)}{n}}}$$

$$T = \frac{0,8588 - 0,5}{\sqrt{\frac{0,5*(1-0,5)}{85}}} = 6,616$$

Kritický obor má obecný tvar $W = (-\infty; -u_{1-\alpha/2}) \cup (u_{1-\alpha/2}; \infty)$.

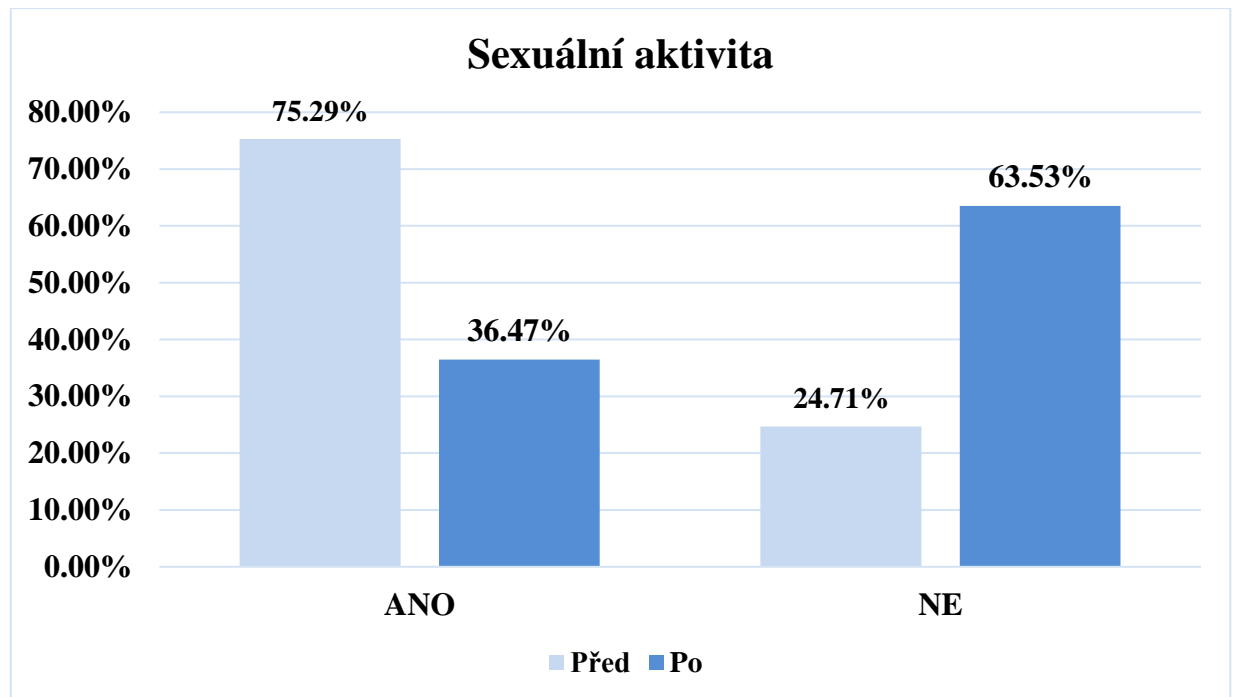
V našem případě vypadá následovně $W = (-\infty; -1,96) \cup (1,96; \infty)$.

Hodnota testového kritéria 6,616 leží uvnitř kritického oboru, nulovou hypotézu tedy zamítáme. Tento závěr potvrzuje i p-hodnota vypočtená softwarem. P-hodnota testu je menší než 0,001. Je tedy menší než zvolená hladina významnosti 0,05. Nulovou hypotézu tudíž zamítáme. **Podařilo se potvrdit, že většina pacientů hodnotí svou kvalitu života jako dobrou či lepší.**

8.2.2 Hodnocení hypotézy č. 2

H₂₀: Neexistuje statisticky významný rozdíl mezi sexuální aktivitou před a po založení stomie.

H_{2A}: Existuje statisticky významný rozdíl mezi sexuální aktivitou před a po založení stomie.



Obrázek 6 - Srovnání sexuální aktivity před a po operaci

Tabulka 74 - Tabulka pozorovaných četností

	PŘED ZALOŽENÍM STOMIE		PO ZALOŽENÍ STOMIE	
	ANO	NE	ANO	NE
ABSOLUTNÍ ČETNOST (n)	64	21	31	54
RELATIVNÍ ČETNOST (f)	75.29 %	24.71 %	36.47 %	63.53 %
CELKEM	85		85	

Celkově 36,47 % respondentů provozovalo sexuální aktivitu před i po založení stomie. 38,82 % respondentů provozovalo sexuální aktivitu před založením stomie, ale po už ne. Žádný respondent nezačal se sexuální aktivitou po založení stomie.

Zda jsou podíly pacientů provozující sexuální aktivity před a po založení stomie statisticky významně odlišné zjistíme pomocí McNemarova testu. Tento test porovnává výskyt určitého jevu na stejném souboru respondentů 2x po sobě. V našem případě před a po založení stomie.

Nejdříve vypočteme testové kritérium a pak jej porovnáme s kritickým oborem.

Testové kritérium má obecný tvar

$$\chi^2 = \sum_{i < j} \frac{(n_{ij} - n_{ji})^2}{n_{ij} + n_{ji}}$$

Kde n_{ij} a n_{ji} jsou pozorované četnosti z kontingenční tabulky.

Výpočet testového kritéria:

$$\chi^2 = \frac{(33 - 0)^2}{33 + 0} = 33$$

Kritický obor má obecný tvar $W = \left(\chi^2_{1-\alpha} \left(\frac{k(k-1)}{2} \right); \infty \right)$. V tomto případě má tedy tvar $W =$

$$\left(\chi^2_{0,95} \left(\frac{2(2-1)}{2} \right); \infty \right) = \left(\chi^2_{0,95}(1); \infty \right) = (3,841; \infty).$$

Hodnota testového kritéria 33 leží uvnitř kritického oboru, nulovou hypotézu tedy zamítáme. Tento závěr potvrzuje i p-hodnota vypočtená softwarem. P-hodnota je menší než 0,001. Je tedy menší než zvolená hladina významnosti 0,05. Nulovou hypotézu tudíž zamítáme. **Podařilo se prokázat, že založení stomie má statisticky významný vliv na provozování sexuálních aktivit.**

8.2.3 Průzkumná otázka č. 3

Do jaké míry ovlivňuje založení stomie psychickou stránku pacienta?

Do kategorie psychického zdraví/psychické stránky je velmi komplexní oblastí a lze do ní zařadit hned několik otázek. Prvními dvěma nejdůležitějšími stránkami je zjistit, zda pacienti po založení vývodu trpí úzkostmi nebo depresemi. Výskyt depresí a úzkostí u oslovených respondentů je znovu shrnut pro přehlednost v následující tabulce (tabulka 72).

Tabulka 75 - Výskyt pocitů deprese a úzkostí

POCITY DEPRESE						
	1	2	3	4	5	Σ
ABSOLUTNÍ ČETNOST	42	27	13	0	3	85
RELATIVNÍ ČETNOST	49.41 %	31.76 %	15.29 %	0.00 %	3.53 %	100.00 %
POCITY ÚZKOSTI						
	1	2	3	4	5	Σ
ABSOLUTNÍ ČETNOST	37	28	15	0	5	85
RELATIVNÍ ČETNOST	43.53 %	32.94 %	17.65 %	0.00 %	5.88 %	100.00 %

Ohledně **pocitů deprese** se respondenti vyjádřili následovně – téměř 50 % pacientů uvedlo „hodnocení 1“ – tedy nevyskytují se u nich deprese „vůbec“. Naopak nejméně pacientů hodnotí míru deprese jako „vysokou“ a „extrémně vysokou“ – dohromady pouze 3 respondenti. Zbytek pacientů hodnotí míru deprese jako „téměř žádnou“ (31,76 %) nebo „průměrnou“ – 15,29 %. **Pocity úzkosti** hodnotí většina pacientů velmi pozitivně. Nejvyšší možné hodnocení, tedy „žádnou“ nebo „téměř žádnou“ míru úzkosti uvádí 43,53 % a 32,94 % pacientů. „Průměrnou“ úzkost pociťuje 17,65 % respondentů a „extrémní míru úzkosti“ udává pouze 5,88 % osob. Z celkově dotázaných 85 nehodnotí ani jeden pacient míru úzkosti jako „vysokou“ (hodnota 4). Do oblasti psychické oblasti/podpory se dále dají zařadit i **myšlenky nebo pokus o**

sebevraždu, které se ovšem vyskytly pouze u dvou respondentů; nebo **začlenění pacienta do podpůrné skupiny osob se stomií** – z 85 osob do podpůrné skupiny patří 12. V oblasti psychického zdraví je také vhodné se zaměřit na skutečnost, zda měl pacient **možnost setkat se s jiným stomikem**, který by mu mohl usnadnit vyrovnat se se skutečností založení vývodu. Celkově mělo možnost setkat se s jiným stomikem 40 % osob zařazených do výzkumu.

9 DISKUZE

Diplomová práce se zabývá hodnocením kvality života u pacientů se stomií. Celý výzkum probíhal kvantitativní metodou formou standardizovaného dotazníkového šetření. Podmínkou zařazení pacienta do výzkumu byla minimální doba založení vývodu tři měsíce, souhlas pacienta s vyplněním dotazníku a věk nad 18 let. Pokud byl pacient starší 65 let, byl proveden MMSE – test byl součástí dokumentace. V případě, že pacienti nesplňovali výše uvedené podmínky, byli z výzkumu vyřazeni. Před samotným výzkumem probíhala pilotní studie dotazníku, do které bylo zařazeno celkem 15 osob – tito respondenti následně nebyli zařazeni do samotného výzkumu. Pilotní studie probíhala od října 2023 do prosince 2023. Z důvodu rozsahu práce bylo provedeno zkrácení dotazníku. Zhodnocení všech položek originálního českého dotazníku by mohlo být provedeno v rámci disertační práce, která má větší rozsah. Originální česká verze dotazníku je uvedena v příloze C (viz str.105) a lze ji vždy upravit pro určitou skupinu stomiků, na které bude výzkum zaměřen (např. pouze pacienti s kolostomií). Na pilotní studii následně navázal samotný výzkum, který probíhal od ledna 2024 do února 2024. Na základě studia odborné literatury a výsledků předchozích studií v této oblasti byly stanoveny tři výzkumné otázky:

1. Jaká je celková kvalita života pacienta?
2. Je sexuální aktivita pacientů ovlivněna založením stomie?
3. Do jaké míry ovlivňuje založení stomie psychické problémy pacienta?

Výzkumná otázka č. 1

Jaká je celková kvalita života pacienta?

V návaznosti na tuto výzkumnou otázku byla stanovena nulová a alternativní hypotéza:

- H₂0: Podíl spokojených a nespokojených pacientů se svou kvalitou života se neliší.
- H₂A: Většina pacientů (>50 %) hodnotí svou kvalitu života jako dobrou nebo lepší.

Většina pacientů hodnotila svou celkovou kvalitu života hodnotu 2 (38,82 %), průměrnou hodnotou 3 (28,24 %) a hodnotou 1 (18,82 %), naopak hodnotou 4 ji hodnotí pouze 14,42 % a hodnotou 5 ani jeden respondent. Celkově tedy hodnotilo kvalitu života hodnotou 1-3

85,88 % respondentů. Byly stanoveny výše uvedené hypotézy (nulová a alternativní). Cílem bylo prokázat, zda je podíl pacientů, kteří hodnotí kvalitu života jako dobrou či lepší, statisticky významně vyšší než 50 %. Tato hypotéza byla testována pomocí jednovýběrového testu o parametru alternativního rozdělení. Hladina významnosti je 0,05 %, p-hodnota testu je menší než 0,001, nulová hypotéza byla tedy zamítnuta a byla potvrzena alternativní. **Výsledkem tedy je, že většina pacientů (>50 %) hodnotí svou kvalitu života jako dobrou či lepší.**

Při porovnání se závěry jiných výzkumů byl stanoven předpoklad, že podíl spokojených a nespokojených pacientů se nebude statisticky významně lišit. (Alenezi et al., 2021) ve svém shrnutí 37 studií zaměřených na kvalitu života stomických pacientů uvádí, že kvalita života je ovlivňována mnoha faktory, které jsou do určité míry také ovlivnitelné – jedná se například o správné zakreslení místa stomie, cvičení, podporu rodiny a finanční stabilitu. Všechny tyto faktory jsou potencionálně ovlivnitelné, lze tedy říct, že při správné přípravě, edukaci, při dostupnosti potřebných informací na sociálních sítích nebo na internetu a finančním zajištění pacienta (v ČR jsou veškeré pomůcky hrazené pojišťovnou), může být celková kvalita po založení stomie vyšší. (Zewude et al., 2021) v závěru své studie uvádí, že celkově je kvalita života pacientů ovlivněna především vhodným umístěním stomie a předoperační a pooperační edukací a jsou ovlivněny spíše jednotlivé složky, především sexuální aktivita a pocity deprese než celková kvalita života. Nejvyšší počet pacientů zařazených do výzkumu spadá do věkové kategorie 61-80 let – dohromady tyto dvě skupiny tvoří více než 50 %. Vzhledem k výše uvedeným informacím, tedy že nejvíce je kvalita života ovlivněna nižší a zhoršenou sexuální aktivitou, přisuzuje autorka práce výsledek průzkumné otázky vyšší věkové kategorii respondentů. Dalším faktorem, který by mohl výsledek práce ovlivnit, je fakt, že většině respondentů byla stomie založena z důvodu onkologického onemocnění (63, 53 %) a z důvodu zánětlivého onemocnění (28,29 %), podstoupili tedy s největší pravděpodobností plánovaný výkon a měli tak možnost se v této oblasti dostatečně vzdělat. Faktor, který by mohl kvalitu života rovněž ovlivnit, je, že pacienti např. se zánětlivým onemocněním se po operaci často cítí lépe, protože již nemusí řešit vysoký počet stolic za den, nejsou tedy výrazně limitovány ani jejich denní aktivity.

Výzkumná otázka č. 2

Je sexuální aktivita pacientů ovlivněna založením stomie?

V návaznosti na tuto výzkumnou otázku byla stanovena nulová a alternativní hypotéza:

H₂₀: Neexistuje statisticky významný rozdíl mezi sexuální aktivitou před a po založení stomie.

H_{2A}: Existuje statisticky významný rozdíl mezi sexuální aktivitou před a po založení stomie.

Celkově 36,47 % respondentů provozovalo sexuální aktivitu před i po založení stomie. 38,82 % respondentů bylo sexuálně aktivní před založením stomie, ale poté již ne. Žádný respondent nezačal se sexuální aktivitou po založení stomie. Zda jsou podíly pacientů provozující sexuální aktivity před a po založení vývodu statisticky významně odlišné bylo zjištěno pomocí McNemarova testu. P-hodnota je menší než 0,001 – je tedy menší než zvolená hladina významnosti 0,05 – nulovou hypotézu tudíž zamítáme ve prospěch alternativní. Závěrem tudíž je, že **rozdíl mezi sexuální aktivitou před a po založení stomie je statisticky významný**. (Anaraki et al., 2012) rovněž dospěl ve své studii k závěru, že většina pacientů je se sexuální aktivitou po výkonu nespokojena – uvádí až 70 %. (Paszyńska et al., 2023) dospěla k poznání, že sexuální aktivita je ve společnosti stále považována za tabu a často je spojena s pocitem studu – často nejen z pohledu pacienta, ale i z pohledu zdravotnického personálu. Z pilotní studie bylo jasně patrné, že tyto pocity má převážná většina respondentů. U otázek ohledně sexuální aktivity respondenti uváděli, že jsou nevhodné a nechtějí se k nim vyjadřovat. Tuto skutečnost autorka rovněž přisuzuje vyšší věkové kategorii respondentů. I přes tuto skutečnost však doména sexuální aktivity z výzkumu vyřazena nebyla, a to na základě výsledků předchozích studií a také z toho důvodu, že z hlediska holistického přístupu k pacientovi musí být zhodnoceny všechny faktory, které mohou kvalitu života ovlivnit. Pacienti zařazení do výzkumu již byli ohledně sexuální aktivity sdílnější, bylo vyřazeno pouze 7 dotazníků, kde nebyly vyplněné především tyto otázky. Čínská studie realizovaná (Zhu et al., 2017) uvádí jako nejčastější problémy v oblasti sexuální aktivity potíže se sexuálním vzrušením nebo neschopnost dosáhnout orgasmu. Zároveň uvádějí, že výskyt sexuálních dysfunkcí je ovlivněn více faktory – věkem, vztahem s partnerem, typem stomie, výskytem komplikací, schopností sebeobsluhy nebo podporou rodiny a blízkých.

Výzkumná otázka č. 3

Do jaké míry ovlivňuje založení stomie psychickou stránku pacienta?

Jak bylo již výše zmíněno, do kategorie psychického zdraví/psychické stránky lze zařadit hned několik otázek, protože je tato oblast velmi komplexní. Byly zhodnoceny všechny otázky dotazníku z domény „Psychická podpora/obavy“ (otázky 21–24, str.60–61) a poté i dvě otázky týkající se úzkostí a deprese (otázky 20 a 21, str.73), které přímo souvisí s psychickým zdravím respondentů. Prvními dvěma nejdůležitějšími otázkami je, zda pacienti po založení vývodu trpí úzkostmi nebo depresemi. Ohledně **pocitů deprese** se respondenti vyjádřili následovně – téměř 50 % respondentů uvedlo „hodnocení 1“ – tedy nevyskytují se u nich deprese „vůbec“. Naopak nejméně pacientů hodnotí míru deprese jako „vysokou“ a „extrémně vysokou“ – dohromady pouze 3 respondenti. Zbytek dotázaných osob (27 respondentů) hodnotí míru deprese jako „téměř žádnou“ (31,76 %) nebo „průměrnou“ – 15,29 % (13 respondentů). Velmi podobné hodnocení získala otázka ohledně **pocitů úzkosti**, většina respondentů je v této oblasti velmi pozitivní. Nejvyšší možné hodnocení, tedy „žádnou“ nebo „téměř žádnou“ míru úzkosti, uvádí 43,53 % (37 respondentů) a 32,94 % (28 respondentů). „Průměrnou“ úzkost pociťuje 15 respondentů (17,65 %) a „extrémní“ míru úzkosti udává pouze 5,88 % dotázaných osob. Žádný respondent neuvedl „hodnocení 4“. Podle výše uvedených informací tedy výsledkem výzkumu je, že pocity úzkosti i deprese se u pacientů téměř nevyskytují. Podobně je tomu tak i u myšlenek či pokusu o sebevraždu – udávají ji pouze dva respondenti (2,35 %) z celkových 85. Možnost začlenit se do podpůrné skupiny osob se stomií využívá celkem 12 dotázaných osob (14,12 %), jinou podpůrnou skupinu navštěvuje pouze jeden respondent. Tato oblast však pro relevantní výzkum nebyla hodnocena dostatečně – je pouze informací, že daný počet osob tuto možnost využívá, neudává však, zda jim začlenění do podpůrné skupiny pomohlo po psychické stránce, např. zda jim pomohlo vyrovnat se se založením stomie. Poslední hodnocenou otázkou bylo, zda měli respondenti možnost setkat se s jiným stomickým pacientem. 34 osob (40 %) zařazených do výzkumu udává, že tuto možnost měli. Otázka však opět nezahrnuje informaci, zda pro ně bylo setkání přínosné.

(Ayaz-Alkaya, 2019) ve své studii uvádí, že založení stomie výrazně prodlužuje délku života pacienta, na druhou stranu ale velmi významně ovlivňuje jejich fyziologickou, sociální, ale také psychickou stránku. Mezi nejvýznamnější položky zařazuje **výskyt depresí a úzkostí**,

narušený obraz těla, a tudíž i **zhoršenou sexuální aktivitu**. Dále se podle něj mohou vyskytnout pocity beznaděje, nízké sebevědomí, popírání a osamělost. Ve výzkumu je dále uvedena velmi podstatná informace, a to, že lidské emoce je obtížné kvantifikovat. Hodnocení psychické stránky pacienta je v kvantitativním výzkumu velmi náročné, pro tuto oblast je mnohem prospěšnější provést hodnocení kvalitativní formou. Ve výše zmíněné studii je uveden i fakt, že zdravotníci se často zaměřují pouze na fyzickou stránku pacienta a psychickou stránku zcela opomíjejí. Jako příklad prevence psychosociálních problémů uvádí následující aktivity – relaxační trénink, podpůrnou skupinovou terapii, kognitivně-behaviorální terapii nebo emoční a sociální podporu. Odhaduje se, že v budoucnu bude mít většina pacientů především psychické problémy, proto je velmi důležité zaměřit se na prevenci, tedy více se zaměřit na implementaci intervencí, které by řešily potenciální psychosociální problémy pacientů po založení stomie – tedy na výše uvedené metody. Také by měly být realizovány další výzkumy, které by zkoumaly psychosociální stránku pacienta. (Seng Giap et al., 2013) ve své studii, jež shrnuje 8 článků, dospěli k závěru, že stresory, které ovlivňují pacientův psychický stav, lze rozdělit do dvou kategorií – stresory v průběhu hospitalizace a stresory po propuštění. Mezi stresory vyskytující se v průběhu hospitalizace se řadí např. vyrovnání se se založením vývodu s onkologickou diagnózou nebo příprava na péči o stomii. Nejčastější stresory, jež pacienti po propuštění z nemocnice popisují, jsou změněný obraz těla nebo narušení společenského života a aktivit. Z výzkumu je patrné, že pocity izolace od společnosti a ovlivnění společenských aktivit udává v obou případech téměř čtvrtina pacientů. Tato oblast je tedy hodnocena spíše jako psychosociální než čistě jako psychická složka, a jak je již výše zmíněno, je velmi obtížné ji zhodnotit kvantitativní formou výzkumu. Pro zhodnocení této oblasti by byla lepší kvalitativní forma výzkumu. Z výsledků výzkumu tedy vyplývá, že **psychická stránka pacienta není založením stomie statisticky významně ovlivněna**.

(Khalilzadeh Ganjalikhani et al., 2019) doporučují důkladnou přípravu pacienta před zákrokem – pro celkově vyšší kvalitu života, zmírnění obav, a tím i zlepšení psychické stránky. Celkově by měli být správně edukováni před, v průběhu, ale i po operačním výkonu. Touto problematikou se zabývá například koncept ERAS. Edukaci by měla provádět proškolená sestra/stomasestra, která je mimo jiné schopna pacienta podporovat a povzbuzovat k důkladné péči o stomii, případně jej může informovat o možnosti využití podpůrné skupiny (např. klub stomiků ILCO). Zejména v prvních měsících po operaci je tato podpůrná intervence velmi

vhodná, protože může pacientům pomoci přizpůsobit se/vyrovnat se s novým vzhledem a zachovat si tak sociální interakce, které jsou v oblasti psychické podpory rovněž velmi důležité.

Z výše uvedených informací z předchozích výzkumů je patrné, že psychická stránka je ovlivněna především správnou edukací proškolenou sestrou/stomasestrou, ale také může být výrazně ovlivněna implementací určitých intervencí – kognitivně-behaviorální terapií, podpůrnou skupinovou terapií nebo emoční a sociální podporu – konkrétní intervence je závislá na povaze a preferencích jedince. Dále je důležité zaměřit se na skutečnost, že psychické problémy daného jedince nemusí souviset se založením stomie nebo s konkrétní diagnózou, ale může mít příčinu i jinde. Stomická sestra by se měla zaměřit především na prevenci psychických komplikací, případně na včasné odhalení problému. Pozitivní výsledek výzkumné otázky tedy autorka přisuzuje tomu, že respondenti obou stomických poraden jsou správně edukováni a je jim po operaci poskytnuta dostatečná podpora.

10 ZÁVĚR

Diplomová práce je zaměřena na hodnocení kvality života u pacientů se stomií. Celkem bylo sesbíráno 92 vyplněných dotazníků, do výzkumu však bylo zařazeno celkem 85 respondentů ze dvou brněnských stomaporaden. Důvodem k vyřazení sedmi dotazníků bylo vyplnění pouze poloviny otázek. Před samotným výzkumem probíhala pilotní studie dotazníku, které se zúčastnilo 15 respondentů – ti následně do výzkumu zařazeni nebyli.

Pro výzkumnou část byly stanoveny 3 dílčí cíle. Prvním cílem bylo vytvořit českou verzi dotazníku „COH-QOL-Ostomy questionnaire” se souhlasem výzkumného klinického centra (k dispozici u autorky práce). Druhým dílčím cílem bylo distribuovat přeložený a upravený dotazník do dvou stomaporaden a po sesbírání dat provést zhodnocení jednotlivých položek dotazníku a kvality života u oslovených respondentů a zhodnotit, která položka je pro pacienty nejhůře hodnocena. Byly stanoveny celkem tři průzkumné otázky a následně hypotézy. Třetím a posledním cílem bylo vytvoření edukačního materiálu (informačního letáku pro stomiky), a to na základě sesbíraných dat – leták je tedy zaměřen na sexuální problematiku stomiků, protože tato oblast byla hodnocena nejkritičtěji. Součástí edukačního materiálu jsou také informace o potížích s inkontinencí moči a stolice, neboť úzce souvisejí se sexuální aktivitou. (viz Příloha E, str.118)

Po kontaktování a získání souhlasu bylo osloveno celkem 5 osob, které provedly překlad z angličtiny do češtiny. Následně byl z jednotlivých překladů vytvořen jeden doslovný překlad, který byl odeslán překladateli s žádostí o zpětné přeložení do angličtiny a následné porovnání s originální anglickou verzí. Porovnání bylo provedeno z toho důvodu, aby nedošlo ke změně významu jednotlivých položek/otázek. Následně byla s překladatelem vytvořena originální česká verze dotazníku (viz příloha C, str. 105). Ta byla následně distribuována v jedné stomaporadě, kde proběhla pilotní studie/výzkum za účelem vytvoření takové verze, aby byla použitelná pro podmínky v ČR. Pilotní studie se zúčastnilo celkem 15 osob. Respondenti měli za úkol dotazník vyplnit a při nejasnostech k dané otázce připojit komentář, případně se jinak vyjádřit. Některé konkrétní otázky, např. otázky na etnikum a modlitbu pacientům připadaly nevhodné. Pilotní studie měla původně probíhat pouze dva měsíce, tedy od října do konce listopadu 2023, ale vzhledem k nízkému počtu pacientů, kteří by se dobrovolně zapojili do výzkumu, probíhala až do konce prosince 2023.

Druhým dílčím cílem bylo zhodnotit jednotlivé položky dotazníku a kvalitu života pacientů se stomií zařazených do výzkumu. Na základě předchozích studií v této oblasti byly stanoveny tři výše uvedené výzkumné otázky. V návaznosti na první výzkumnou otázku zaměřenou na hodnocení celkové kvality života respondentů byla stanovena nulová a alternativní hypotéza. Výsledkem první průzkumné otázky je, že většina respondentů (>50 %) hodnotí svou kvalitu života jako dobrou či lepší. Cílem druhé výzkumné otázky bylo porovnat sexuální aktivitu respondentů před a po založení stomie. Podařilo se potvrdit, že rozdíl mezi sexuální aktivitou před a po založení stomie je statisticky významný. Třetí a poslední výzkumná otázka byla zaměřena na oblast psychického zdraví respondentů. Byly zhodnoceny všechny otázky z domény „Psychická podpora/obavy“ a následně otázky týkající se výskytu úzkostí a depresí. Výzkum však prokázal, že založení stomie statisticky významně neovlivňuje psychické zdraví/problémy pacienta. Z výše uvedených informací je zřejmé, že psychická stránka stomických pacientů je kvantitativně velmi obtížně hodnotitelná, navíc je velmi komplexní a psychika každého člověka může být ovlivněna jinými faktory.

Doporučení pro praxi tedy je zaměřit se na kvalitativní výzkum psychické stránky stomických pacientů a prozkoumat, které oblasti nejvíce ovlivňují psychické zdraví daných osob, dále proškolení personálu na JIP a standartním oddělení (především v oblasti sexuálních problémů stomických pacientů a potížení s inkontinencí moči a stolice), tvorba edukačních materiálů, tvorba seminářů pro vybrané skupiny (např. pro školy). Následně by mohlo být přínosné provést kvantitativní výzkum v této oblasti s odstupem 5-10 let pro zjištění, zda došlo ke změnám.

11 POUŽITÁ LITERATURA

ALENEZI, Aishah; MCGRATH, Ian; KIMPTON, Amanda a LIVESAY, Karen, 2021. Quality of life among ostomy patients: A narrative literature review. online. *Journal of Clinical Nursing*. roč. 30, č. 21-22, s. 3111-3123. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/jocn.15840>. [cit. 2024-03-24].

ANARAKI, Fakhrialsadat; VAFAIE, Mohamad; BEHBOO, Roobic; MAGHSOODI, Nakisa; ESMAEILPOUR, Sahar et al., 2012. Quality of life outcomes in patients living with stoma. online. *Indian J Palliat Care*. roč. 18, č. 3, s. 176-180. Dostupné z: <https://doi.org/10.4103/0973-1075.105687>. [cit. 2024-03-24].

AYAZ-ALKAYA, Sultan, 2019. Overview of psychosocial problems in individuals with stoma: A review of literature. online. *Int Wound J*. roč. 16, s. 243–249. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/iwj.13018>. [cit. 2024-03-24].

B. BRAUN, 2021. *Kvalitní a vyvážená strava je důležitá pro každého. A pro stomické pacienty zvlášť.* online. In: B. Braun. Dostupné z: <https://www.lepsipece.cz/pece-o-stomie/kvalitni-vyvazena-strava-je-dulezita-pro-kazdeho-pro-stomicke-pacienty-zvlast>. [cit. 2024-03-24].

B-BRAUN MEDICAL S.R.O., , 2023. *Život se stomií: Příručka pro stomické pacienty.* pdf. B-Braun medical s.r.o.

BEZDIČKOVÁ, Marcela a SLEZÁKOVÁ, Lenka, 2010. *Ošetřovatelství v chirurgii II.* Sestra (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3130-8.

ČESKÉ ILCO, 2024. *Co je to stomie.* online. In: ČESKÉ ILCO. ILCO. Dostupné z: <https://www.ilco.cz/vse-o-stomii/>. [cit. 2024-03-30].

CITY OF HOPE AND BECKHAM RESEARCH INSTITUTE, , 2024. *Quality of Life Questionnaire for a Patient with an Ostomy.* pdf. City of Hope National Medical Center.

COLOPLAST, , 2016. *Ostomy skin tool - Assessing peristomal skin and obtaining a DET score: Assessing peristomal skin and obtaining a DET score.* pdf. Dostupné z: https://www.coloplastprofessional.co.uk/contentassets/9017a6c8003040f3bfdb9216df2507be/det_skintool_editable.pdf. [cit. 2024-04-21].

- CONVATEC GROUP, , 2023. *Co vás čeká na předoperačním vyšetření.* online. In: CONVATEC GROUP. Convatec Group. Dostupné z: <https://www.convatec.cz/pece-o-stomie/pred-operaci/co-vas-ceka-na-predoperacnim-vysetreni/>. [cit. 2023-11-26].
- DRLÍKOVÁ, Kateřina; ZACHOVÁ, Veronika a KARLOVSKÁ, Milada, 2016. *Praktický průvodce stomikou.* Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5712-4.
- DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4138-3.
- FN BRNO, Chirurgická klinika, 2023. *Perkutánní endoskopická gastrostomie.* online. In: FN Brno. Dostupné z: <https://www.fnbrno.cz/areal-bohunice/interni-gastroenterologicka-klinika/perkutanni-endoskopicka-gastrostomie-peg/t7362>. [cit. 2023-11-26].
- FREJ, David a KUCHAR, Jiří, 2016. *Zdravé střevo: komplexní prevence a terapie trávicích a střevních potíží a onemocnění.* Praha: Eminent. ISBN 978-80-7281-510-4.
- GURKOVÁ, Elena, 2011. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum.* Sestra (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3625-9.
- GUSTAFSSON, U.; SCOTT, M.; HUBNER, M.; NYGREN, J.; DEMARTINES, N. et al., 2019. Guidelines for Perioperative Care in Elective Colorectal Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society Recommendations. online. *World Journal of Surgery*. roč. 43, č. 3, s. 659-695. ISSN 0364-2313. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s00268-018-4844-y>. [cit. 2024-03-24].
- HARALDSTAD, K.; WAHL, A.; ANDENÆS, R.; ANDERSEN, J.; ANDERSEN, M. et al., 2019. A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. online. *Quality of Life Research*. roč. 28, č. 10, s. 2641-2650. ISSN 0962-9343. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02214-9>. [cit. 2024-03-30].
- ILCO, , 2023a. *Nejčastější příčiny zavedení stomie.* online. In: ILCO. ILCO. Dostupné z: <https://www.ilco.cz/vse-o-stomii/druhy-stomii/>. [cit. 2023-11-26].
- ILCO, , 2023b. *Vše o stomii - Druhy stomií.* online. In: . Dostupné z: <https://www.ilco.cz/vse-o-stomii/druhy-stomii/>. [cit. 2023-11-26].

- JANÍKOVÁ, Eva a ZELENÍKOVÁ, Renáta, 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Sestra (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4412-4.
- KHALILZADEH GANJALIKHANI, Mahboobeh; TIRGARI, Batool; ROUDI RASHTABADI, Omsalimeh a SHAHESMAEILI, Armita, 2019. Studying the effect of structured ostomy care training on quality of life and anxiety of patients with permanent ostomy. online. *International Wound Journal*. roč. 16, č. 6, s. 1383-1390. ISSN 1742-4801. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/iwj.13201>. [cit. 2024-03-26].
- KISVETROVÁ, Helena, 2020. *Demence a kvalita života*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5708-6.
- LUKÁŠ, Karel a HOCH, Jiří, 2018. *Nemoci střev*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0353-9.
- MARTINCOVÁ, Kamila, 2023. *Perkutánní endoskopická gastrostomie metodou PULL*. pdf. Krajská zdravotní a.s., Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem.
- M'KOMA, Amosy Ephreim, 2022. *Inflammatory Bowel Disease: Clinical Diagnosis and Surgical Treatment-Overview*. online. In: . Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/medicina58050567>. [cit. 2024-02-28].
- NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL, 2024. Kvalita života. online. In: *NZIP*. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/1691>. [cit. 2024-03-24].
- PASZYŃSKA, Wiktoria; ZBOROWSKA, Katarzyna; CZAJKOWSKA, Mariola a SKRZYPULEC-PLINTA, Violetta, 2023. Quality of Sex Life in Intestinal Stoma Patients-A Literature Review. online. *Environ Res Public Health*. roč. 20, č. 3, s. 2260. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/ijerph20032660>. [cit. 2024-03-24].
- PELICAN HEALTHCARE, 2023. *History behind the stoma*. online. In: Pelican Healthcare. Dostupné z: <https://www.pelicanhealthcare.co.uk/history-behind-the-stoma/>. [cit. 2023-11-25].
- POKORNÁ, Andrea; KOMÍNKOVÁ, Alena a SIKOROVÁ, Nikola, 2014. *Ošetrovatelské postupy založené na důkazech*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-7415-6.

SENG GIAP, Marcus; HUI-CHEN, Chen; ROSALIND JIAT, Chiew; HONG-GU, He a PIYANEE, Klainin-Yobas, 2013. Stressors relating to patient psychological health following stoma surgery: an integrated literature review. online. *Oncol Nurs Forum*. roč. 40, č. 6, s. 587-594. Dostupné z: <https://doi.org/10.1188/13.ONF.587-594>. [cit. 2024-03-24].

UNIVERSITY HOSPITAL CAEN, , 2023. Validace francouzské verze syndromu nízké přední resekce (LARS) u pacientů s rakovinou rekta (LARS). online. Dostupné z: <https://ichgcp.net/clinical-trials-registry/NCT03569488>. [cit. 2024-02-14].

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR, , 2023. *Ostatní druhy stomií*. online. In: NZIP. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/1201-ostatni-druhy-stomii>. [cit. 2023-11-26].

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR, , 2024. *Stomie: příprava na operaci*. online. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/1197-stomie-priprava-na-operaci>. [cit. 2024-04-21].

VEČEŘA, Petr, 2015. *Život se stomií: Vývod tenkého střeva - Ileostomie*. online. B. BraunMedical s.r.o. Dostupné z: <https://docplayer.cz/3055763-Zivot-se-stomii-ileostomie.html>. [cit. 2023-11-26].

ZACHOVÁ, Veronika, 2010. *Stomie*. Sestra (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3256-5.

ZEWUDE, Wuletaw; DERESE, Tilahun; SUGA, Yisihak a TEKLEWOLD, Berhanetsehay, 2021. Quality of Life in Patients Living with Stoma. online. *Ethiop J Health Sci*. roč. 31, č. 5, s. 993–1000. Dostupné z: <https://doi.org/10.4314/ejhs.v31i5.11>. [cit. 2024-03-24].

ZHU, Xiaomei; CHEN, Yongyi a TANG, Xinhui, 2017. Sexual Experiences of Chinese Patients Living With an Ostomy. online. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. roč. 44, č. 5, s. 469-474. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000357>. [cit. 2024-03-24].

12 PŘÍLOHY

Příloha A	Postup zakreslení stomie.....	102
Příloha B	DET score	103
Příloha C	Český překlad výchozí anglické verze dotazníku.....	104
Příloha D	Finální verze dotazníku.....	112
Příloha E	Edukační materiál	117

SenSura®

Pravidla zakreslování stomie

I. Anatomické vyznačení místa stomie



1
2

vleže na zádech, ruce podél těla

- linie mezi pupkem a hřebenem kosti kyčelní - 1
- linie mezi pupkem a hlavicí kosti stehenní - 2



1
2
3
3

vleže hlavu na prsou

- vyznačení osy musculus rectus abdominis - 3



1
2
3
3
4
4

- zakreslení výchozího bodu - 4

II. Upřesnění místa stomie polohováním

v poloze vleže

- polohování na bok, pokrčená kolena (kožní řasy)

v poloze vsedě

- nohy mírně od sebe
- povolit břicho + vis rukou
- rotace stranové
- ruce nad hlavu
- nohu přes nohu
- specifikace dle povolání (např. držení volantu)

v poloze vstoj

- prostý stoj
- rotace
- předklon
- specifikace dle povolání

Důležité:

- zrakové zhodnocení pacienta (kožní řasy a defekty, jizvy)
- pohovor - mobilita a stereotypy

Vzít zřetel:

- oblečení
- kompenzační pomůcky (korzet)
- běžné denní činnosti, povolání, záliby
- konfrontace se zrcadlem
- volba fixy nebo popisovače nesmazatelné desinfekcí (zaznačení dle zvyklostí pracoviště - X O)
- ověření místa nalepením zkušební podložky

 **SenSura®. Vyvinuto pro život.**

© SenSura, spol. s r.o. Všechna práva vyhrazena. SenSura, SenSura logo, Vyvinuto pro život, SenSura® jsou ochranné známky SenSura, spol. s r.o. SenSura, spol. s r.o. Všechna práva vyhrazena. SenSura, SenSura logo, Vyvinuto pro život, SenSura® jsou ochranné známky SenSura, spol. s r.o.




Příloha B - DET score
(Coloplast, 2016)

Coloplast[®]
Professional



Name _____ Hospital no _____ Assessor _____

D Discolouration

Area
0 No discolouration - Healthy peristomal skin

1 	2 	3 
Less than 25% of the skin covered by the adhesive is affected	Up to 50% of the skin covered by the adhesive is affected	More than 50% of the skin covered by the adhesive is affected




Severity
0 No discolouration - Healthy peristomal skin

1 	2 	
Discolouration of the peristomal skin	Discolouration of the peristomal skin with complications	



Area =
+ Severity =
Subscore =

E Erosion

Area
0 No erosion - Healthy peristomal skin

1 	2 	3 
Less than 25% of the skin covered by the adhesive is affected	Up to 50% of the skin covered by the adhesive is affected	More than 50% of the skin covered by the adhesive is affected



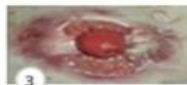
Severity
0 No erosion - Healthy peristomal skin

1 	2 	
Damage to the upper level of the skin	Damage to the lower layers of the skin	



Area =
+ Severity =
Subscore =

T Tissue overgrowth

Area
0 No discolouration - Healthy peristomal skin

1 	2 	3 
Less than 25% of the skin covered by the adhesive is affected	Up to 50% of the skin covered by the adhesive is affected	More than 50% of the skin covered by the adhesive is affected

Severity
0 No discolouration - Healthy peristomal skin

1 	2 	
Raised tissue above skin level	Raised tissue above skin level with complications	

Area =
+ Severity =
Subscore =

"D" subscore + "E" subscore + "T" subscore = DET Score

Příloha C - Český překlad výchozí anglické verze dotazníku
(City of Hope and Beckham Research Institute, 2024)

ID#

NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÉ CENTRUM CITY OF HOPE
DOTAZNÍK KVALITY ŽIVOTA PACIENTŮ SE STOMIÍ

Demografické informace

Následuje několik otázek o Vás.

1. Jaký typ stomie máte? (Zaškrtněte vše, co platí (✓))
ileostomie _____ kolostomie _____ nefrostomie _____
2. Pokud máte kolostomii, je trvalá? _____ nebo dočasná? _____
3. Pokud máte nefrostomii, nosíte stále sběrný sáček? Ne _____ Ano _____
4. Jaké onemocnění nebo diagnóza vedly k potřebě založení stomie? _____
5. Pokud byl důvodem pro vyvedení stomie karcinom, specifikujte prosím přesný typ?

6. Kolik měsíců/let máte založenou
ileostomii? _____ kolostomii? _____ nefrostomii? _____
7. Uveďte pohlaví Muž _____ Žena _____
8. Jaký je Váš věk? _____
9. Jaká je Vaše výška? _____
10. Jaká je Vaše hmotnost? _____
11. Jaká je vaše etnická příslušnost?
Afroameričan _____ Americký indián _____ Asiat _____ Černoch _____
Běloch _____ Hispánec _____ Jiná _____, prosím specifikujte _____
12. Jaký byl váš rodinný stav před vyvedením stomie?
Svobodný _____ Ženatý _____ Rozvedený _____ Ovdovělý _____ Žijící odděleně _____
13. Jaký je váš rodinný stav nyní?
Svobodný _____ Ženatý _____ Rozvedený _____ Ovdovělý _____ Žijící odděleně _____

U následujících otázek odpovězte NE, ANO, JINÉ (J) zaškrtnutím (✓) do příslušného sloupce.

	Ne	Ano	J
Práce			
14. Pracujete na plný úvazek?			
15. Pracujete na částečný úvazek?			
16. Jste v důchodu?			
17. Pracujete ve stejném zaměstnání jako před založením stomie?			
18. Pokud ne, souvisela změna vašeho zaměstnání se založením stomie?			
Zdravotní pojištění			
19. Jste momentálně zdravotně pojištěný?			
20. Měl/a jste potíže se získáním zdravotního pojištění?			
21. Měl/a jste potíže s udržením zdravotního pojištění?			
22. Pokrývá vaše pojištění veškeré náklady na stomické pomůcky?			
23. Pokrývá vaše pojištění alespoň část nákladů na stomické pomůcky?			
Sexuální aktivita			
24. Byl/a jste sexuálně aktivní před stomií?			
25. Obnovil/a jste sexuální aktivitu po založení stomie?			
26. Jsou vaše sexuální aktivity uspokojující?			
27. Pokud jste muž, máte problém s dosažením/udržením erekce?			

	Ne	Ano	J
Psychická pomoc/obavy			
28. Trpěl/a jste po založení stomie depresi?			
29. Od zavedení stomie, přemýšlel/a jste, nebo se pokusil/a o sebevraždu?			
30. Patříte do podpůrné skupiny osob se stomií?			
31. Patříte do jiné podpůrné skupiny?			
32. Měl/a jste možnost se pobavit s někým, kdo měl nebo bude mít založenou stomii?			
Oblékání			
33. Způsobuje vám umístění vaší stomie problémy?			
34. Změnil/a jste styl oblékání po zavedení vaší stomie?			
Dieta			
35. Upravujete svoji dietu s ohledem na stomii?			
36. Změnil/a jste svůj jídelníček, abyste zabránil/a úniku plynů na veřejnosti?			

Odpovězte prosím na následující otázky v souvislosti s dobou, která uplynula od operace stomie. Na výběr máte z následujících možností MĚSÍCE, ROKY, nebo NIKDY. Zaškrtněte (✓) do příslušného sloupce.

	Měsíce	Roky	Nikdy
37. Jak dlouho vám trvalo, než jste si zvykl/a na každodenní péči o stomii?			
38. Jak dlouho vám trvalo, než jste si navykl/a na dietní opatření?			
39. Jak dlouho trvalo, než se vám vrátila chuť k jídlu?			

U následujících otázek odpovězte NE, ANO, N (NEHODÍ SE – znamená, že dané jídlo nejíte/nepijete) zaškrtnutím (✓) do příslušného sloupce.

Potravinové skupiny	Ne	Ano	N
40. Vyhýbám se pití sycených nápojů.			
41. Vyhýbám se mléčným výrobkům.			
42. Vyhýbám se ovoci.			
43. Vyhýbám se svačinkám (sladkosti..)			
44. Vyhýbám se zelenině.			

Následuje několik otázek týkajících se péče o stomii.

45. Kolik času v průměru vám zabere denní péče o stomii? _____
46. Pokud používáte stomický sáček, uveďte prosím značku.

47. Pokud nosíte stomický sáček a měl jste nějaké problémy, uveďte, o jaké problémy šlo/jde?

Zajímá nás, jak zkušenosti se stomií ovlivňují vaši kvalitu života. Odpovězte prosím na následující otázky, které vycházejí z Vašeho současného života. Zakroužkujte číslo v rozmezí 0-10, které nejlépe vystihuje Vaši zkušenost. Například:

Jak obtížné je pro vás vyjít schody?

Naprostο nenáročné 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 velmi náročné

Zakroužkování čísla 2 znamená, že máte nějaké, ale ne velké obtíže při chůzi do schodů.

V souvislosti s vaši stomií, do jaké míry pro vás následující položky představují problém?

1. **Fyzická síla**
Bez problému 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 závažný problém
2. **Vyčerpání**
Bez problému 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 závažný problém
3. **Kůže v okolí stomie**
Bez problému 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 závažný problém
4. **Problémy se spánkem**
Bez problému 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 závažný problém
5. **Bolesti nebo záněty**
Bez problému 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 závažný problém
6. **Plynatost**
Bez problému 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 závažný problém
7. **Zápach**
Bez problému 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 závažný problém
8. **Zácpa**
Bez problému 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 závažný problém
9. **Průjem**
Bez problému 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 závažný problém
10. **Únik obsahu stomického sáčku (nebo jeho okolí)**
Bez problému 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 závažný problém

11. **Celková fyzická kondice**
 Bez problému 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **závažný problém**
12. **Jak obtížné pro vás bylo srovnat se se založením stomie?**
 Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Velmi obtížné**
13. **Do jaké míry se cítíte užitečný/á?**
 Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Velmi**
14. **Jaké uspokojení nebo radost ze života cítíte?**
 Žádné 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Velké**
15. **Jak moc se stydíte za svou stomii?**
 Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Velmi**
16. **Jak hodnotíte svou celkovou kvalitu života?**
 Velmi nízká 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Vysoká**
17. **Jaká je Vaše paměť?**
 špatná 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Skvělá**
18. **Do jaké míry je pro Vás obtížné dívat se na svou stomii?**
 Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **extrémně náročné**
19. **Do jaké míry je pro Vás obtížné o stomii pečovat?**
 Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **extrémně náročné**
20. **Máte pocit, že máte věci ve svém životě pod kontrolou?**
 Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Kompletně**
21. **Jak jste spokojen/a se svým vzhledem?**
 Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Naprostě spokojený**
22. **Do jaké míry pociťujete úzkost?**
 Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Extrémně**

23. Do jaké míry se cítíte v depresi?
Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Velmi
24. Jak moc se bojíte, že by se Vaše onemocnění mohlo vrátit?
Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Velmi
25. Do jaké míry je pro vás obtížné setkávat se s novými lidmi?
Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Velmi
26. Jak velká je finanční zátěž způsobená Vaší nemocí nebo její léčbou?
Žádná 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Velká
27. Do jaké míry je vaše onemocnění stresující pro vaši rodinu?
Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extrémně náročné
28. Do jaké míry Vám stomie ovlivňuje schopnost cestovat?
Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Zcela
29. Do jaké míry ovlivňuje stomie Vaše vztahy?
Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Zcela
30. Do jaké míry Vás stomie izolovala od společnosti?
Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Velmi
31. Je pro Vás podpora Vaší rodiny a přátel dostačující?
Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Zcela
32. Do jaké míry omezuje stomie Vaše sportovní/rekreační aktivity?
Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Zcela
33. Ovlivňuje stomie Vaše společenské aktivity?
Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Zcela
34. Do jaké míry vám stomie narušuje intimitu?
Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Zcela

35. Máte doma dostatek soukromí na péči o stomii?
Ne 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ano
36. Máte dostatek soukromí na péči o stomii během cestování?
Ne 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ano
37. Jak nejistě se cítíte ohledně své budoucnosti?
Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Zcela
38. Máte důvod k životu?
Ne 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ano
39. Máte pocit vnitřního klidu?
Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Zcela
40. Jak velkou naději cítíte?
Žádnou 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Silnou
41. Jak moc vám pomáhají duchovní aktivity (modlitba, meditace,...)?
Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Zcela
42. Jak moc vám pomáhají náboženské aktivity (návštěva kostela, synagogy, ...)?
Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Velmi
43. Došlo v souvislosti se stomií ve Vašem životě k pozitivním změnám?
Ne 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ano

Příloha D - Finální verze dotazníku

ID#

DOTAZNÍK KVALITY ŽIVOTA PACIENTŮ SE STOMIÍ

Dobrý den,

jmenuji se Barbora Suchánková a jsem studentkou Univerzity Pardubice – obor Specializace v ošetrovatelství – Perioperační péče.

V současné době zpracovávám diplomovou práci na téma "Kvalita života u pacientů se stomií". Výzkum je zaměřen na pacienty s kolostomií a ileostomií, kteří mají stomii vyvedenou nejméně 3 měsíce.

Touto cestou bych Vás ráda požádala o vyplnění následujícího dotazníku. Vyplnění dotazníku zabere zhruba 10-20 minut.

Mockrát děkuji za Váš čas a Vaše odpovědi.

Demografické informace

1. Jaký typ stomie máte? (Zaškrtněte vše, co platí (✓))
ileostomie _____ kolostomie _____
2. Jaké onemocnění vedlo k potřebě založení stomie?
Onkologické onemocnění _____
Zánětlivé onemocnění _____
Jiné (prosím specifikujte) _____
3. Kolik měsíců/let máte založenou
ileostomií? _____ kolostomií? _____
4. Uveďte pohlaví Muž _____ Žena _____
5. Jaký je Váš věk? _____
6. Jaká je Vaše výška? _____
7. Jaká je Vaše hmotnost? _____
8. Jaký byl váš rodinný stav před vyvedením stomie?
Svobodný _____ Ženatý _____ Rozvedený _____ Ovdovělý _____ Žijící odděleně _____
9. Jaký je váš rodinný stav nyní?
Svobodný _____ Ženatý _____ Rozvedený _____ Ovdovělý _____ Žijící odděleně _____
10. Žijete sám/sama? Ano _____ Ne _____

U následujících otázek odpovězte NE, ANO, JINÉ (J) zaškrtnutím (✓) do příslušného sloupce.

	Ne	Ano	J
Práce			
14. Pracujete na plný úvazek?			
15. Pracujete na částečný úvazek?			
16. Jste v důchodu?			
17. Pobíráte příspěvek na péči?			
18. Pracujete ve stejném zaměstnání jako před založením stomie?			
19. Pokud ne, souvisela změna zaměstnání se založením stomie?			
Sexuální aktivita			
20. Byl/a jste sexuálně aktivní před založením stomie?			
21. Obnovil/a jste sexuální aktivitu po založení stomie?			
22. Jsou Vaše sexuální aktivity uspokojující?			
23. Pokud jste muž, máte problém s dosažením/udržením erekce?			

	Ne	Ano	J
Psychická podpora/obavy			
24. Od zavedení stomie, přemýšlel/a jste, nebo jste se pokusil/a o sebevraždu?			
25. Patříte do podpůrné skupiny osob se stomií?			
26. Patříte do jiné podpůrné skupiny?			
27. Měl/a jste možnost se pobavit s někým, kdo měl nebo bude mít založenou stomii?			
Oblékání			
28. Způsobuje Vám umístění stomie problémy?			
29. Změnil/a jste po založení stomie styl oblékání?			
Stravování			
30. Chyběla/Chybí Vám některá ze zakázaných potravin? (Pokud ano, která?) _____			
31. Upravujete kvůli stomii svoje stravování?			
32. Změnil/a jste svůj jídelníček, abyste zabránil/a úniku plynů na veřejnosti?			

Odpovězte prosím na následující otázky, které se vztahují k Vašemu současnému životu.

Zakroužkujte číslo v rozmezí 1-5, které nejlépe vystihuje Vaši zkušenost (známkuje prosím jako ve škole).

Například:

		Jak obtížné je pro vás vyjít schody?				
HODNOCENÍ	1	2	3	4	5	
		nenáročné	mírně náročné	průměrně náročné	náročné	extrémně náročné

V souvislosti s vaší stomií, do jaké míry pro vás následující položky představují problém?

		HODNOCENÍ				
1	Fyzická síla	1	2	3	4	5
2	Únava	1	2	3	4	5
3	Kůže v okolí stomie	1	2	3	4	5
4	Problémy se spánkem	1	2	3	4	5
5	Bolesti	1	2	3	4	5
6	Plynatost	1	2	3	4	5
7	Zápach	1	2	3	4	5
8	Zácpa	1	2	3	4	5
9	Průjem	1	2	3	4	5
10	Únik obsahu stomického sáčku (nebo jeho okolí)	1	2	3	4	5
11	Celková fyzická kondice	1	2	3	4	5
12	Do jaké míry je pro Vás obtížné o stomii pečovat?	1	2	3	4	5
13	Máte doma dostatek soukromí pro péči o stomii?	1	2	3	4	5
14	Máte dostatek soukromí pro péči o stomii během cestování?	1	2	3	4	5
15	Do jaké míry je pro Vás obtížné dívat se na svou stomii?	1	2	3	4	5
16	Do jaké míry vám stomie narušuje intimitu?	1	2	3	4	5
17	Jak jste spokojen/a se svým vzhledem?	1	2	3	4	5
18	Jak moc se stydíte za svou stomii?	1	2	3	4	5
19	Jak obtížné pro Vás bylo srovnat se se založením stomie?	1	2	3	4	5
20	Do jaké míry pociťujete depresi?	1	2	3	4	5
21	Do jaké míry pociťujete úzkost?	1	2	3	4	5
22	Jaká je Vaše paměť?	1	2	3	4	5
23	Do jaké míry Vás stomie izolovala od společnosti?	1	2	3	4	5
24	Ovlivňuje stomie Vaše osobní vztahy?	1	2	3	4	5
25	Je pro Vás obtížné setkávat se s novými lidmi?	1	2	3	4	5
26	Do jaké míry je Vaše onemocnění stresující pro Vaši rodinu?	1	2	3	4	5
27	Je pro Vás dostačující podpora, kterou dostáváte od rodiny a přátel?	1	2	3	4	5

28	Ovlivňuje stomie Vaše společenské aktivity?	1	2	3	4	5
29	Do jaké míry omezuje stomie Vaše sportovní/rekreační aktivity?	1	2	3	4	5
30	Do jaké míry Vám stomie ovlivňuje možnost cestovat?	1	2	3	4	5
31	Pomáhají Vám některé duchovní aktivity (modlitba, meditace...)?	1	2	3	4	5
32	Jak velká je finanční zátěž způsobená Vaší nemocí nebo její léčbou?	1	2	3	4	5
33	Došlo v souvislosti se stomií ve Vašem životě k pozitivním změnám?	1	2	3	4	5
34	Cítíte se po založení stomie lépe?	1	2	3	4	5
35	Do jaké míry se cítíte užitečný/á?	1	2	3	4	5
36	Jaké uspokojení nebo radost ze života cítíte?	1	2	3	4	5
37	Máte pocit, že máte věci ve svém životě pod kontrolou?	1	2	3	4	5
38	Do jaké míry se cítíte nejistě ohledně své budoucnosti?	1	2	3	4	5
39	Máte pocit vnitřního klidu?	1	2	3	4	5
40	Cítíte, že máte důvod žít?	1	2	3	4	5
41	Do jaké míry pocítujete naději?	1	2	3	4	5
42	Jak moc se obáváte, že by se Vaše onemocnění mohlo vrátit?	1	2	3	4	5
43	Jak hodnotíte svou celkovou kvalitu života?	1	2	3	4	5



SEXUÁLNÍ PROBLEMATIKA STOMICKÝCH PACIENTŮ



Nejčastější problémy u žen
Sebepřijetí a sebevědomí,
nízké libido,
přijetí vývodu jako součást svého těla,
bolestivost,
zvýšená citlivost,
pocit sucha nebo vaginální výtoky.

↓

Řešení
Změna polohy při pohlavním styku,
lubrikační gely,
estrogenové krémy,
hormonální léčba.
Pro zvýšení sebevědomí a snadnější přijetí vývodu – speciální spodní prádlo, správný výběr oblečení, aby byla stomie co nejdiskrétnější.
Pro zmírnění obav z intimity – krajkový pás nebo na míru šitý pás, návleky na stomický sáček, korzet nebo košilka.

Nejčastější problémy mužů
Bolestivá erekce,
erektilní dysfunkce,
snížený sexuální apetit,
předčasná nebo chybějící ejakulace.

↓

Řešení
Trpělivost a komunikace s partnerkou, při přetrvávání potíží s erekcí a ejakulací – vakuová pumpa, léky, injekce.
U mužů není tolik možností v oblasti oblékání – lze si však nechat ušít pás, kterým lze sáček zakrýt, případně si lze ponechat tričko.



STOMICI MAJÍ MOŽNOST VYUŽÍT TERAPII U PSYCHOLOGA NEBO NÁVŠTĚVU SEXUOLOGA A UROLOGA, KTERÍ INDIKUJÍ SPRÁVNOU LÉČBU.
STOMICKÁ SESTRA VÁM MŮŽE POMOCI S VÝBĚREM VHODNÝCH POMŮCEK (POHLCOVAČE ZÁPACHU, NÁVLEKY NA STOMICKÝ SÁČEK,...)

U stomických pacientů se dále mohou vyskytnout potíže s inkontinencí moče a stolice.
Oba tyto problémy úzce souvisejí se sexuální aktivitou.

Autor: Bc. Barbora Suchánková, st65790@upce.cz

INKONTINENCE MOČI U STOMICKÝCH PACIENTŮ

U stomických pacientů se močová inkontinence nejčastěji vyskytuje u žen s kolorektálním karcinomem. U pacientek se po operaci se objevují kromě výše zmíněných obtíží i obtíže vyplývající z diskomfortu pocíťovaného na hrázi – problémy s močením či prolaps dělohy. V případě mužů bývá močová inkontinence následkem operace (porucha prokrvení a inervace).



Řešení

Posílení pánevního dna

Jako **pánevní dno** označujeme skupinu měkkých tkání vyskytujících se v oblasti malé pánve, které poskytují oporu pánevním orgánům. Prochází zde močová trubice, rectum a u žen také vagina.

Z toho důvodu má tato skupina svalů velký vliv na kontinenci jak u mužů, tak u žen. Ovlivňuje však také kvalitu porodu, fertilitu a sexuální funkce. Svaly pánevního dna jsou nedílnou součástí hlubokého stabilizačního systému, který se podílí na vyvážení trupu proti gravitaci. Zajištění optimální funkce pánevního dna je tedy stejně důležité jak pro ženy, tak pro muže.

CVIKY NA POSÍLENÍ PÁNEVNÍHO DNA - PŘÍKLAD

1. Koleno postupně posunujte po podložce směrem k rameni a dbejte, abyste břichem leželi stále na podložce.



2. Postupně propínejte a pokrčujte nohy a zároveň mějte bedra neustále přitisknutá k podložce.



Autor: Bc. Barbora Suchánková, st65790@upce.cz

PROBLÉMY VYSKYTUJÍCÍ SE PO ZANOŘENÍ STOMIE – INKONTINENCE STOLICE

Zanoření stomie

V případě, že máte stomii vyšitou několik měsíců, dochází k vyřazení činnosti konečníku a výraznému úbytku kosterní svaloviny v této oblasti. Proto je vhodné začít s posilováním svalů pánevního dna.

Pokud jste po operaci nízké resekce rekta, byla Vám jeho část odstraněna. Rektum je bráno jako zásobárna stolice před tím, než dojde k nucení na stolici a vyprázdnění. Může dojít k tomu, že se Vám nepodaří vyprázdnit střevo najednou, ale budete muset jít na záchod častěji.

LARS

"Low Anterior Resection Syndrome" - syndrom nízké přední resekce rekta, je soubor příznaků vyskytujících se u pacientů po odstranění části nebo celého rekta.

Příznaky

Frekvence/urgence stolice
Inkontinence stolice
Shlukování stolic – jeden nebo dva dny bez stolice a následující den výskyt četných pohybů střev a pocitů plynatosti



Řešení

Posílení pánevního dna
Změna stravování

Obecné zásady v oblasti stravování pro zmírnění obtíží

Dostatečný příjem tekutin
Pravidelné stravování a nevynechávání jídel
– vynechávání jídel může zapříčinit vodnatou stolicí a zvýšenou plynatost
Vyhýbání se kofeinu a alkoholu – zhoršují produkci stolice
Omezení konzumace mléka a výrobků obsahujících laktózu – není pravidlem, ale u některých pacientů mohou zhoršovat průjemy, lze jej nahradit bezlaktózovým mlékem.

KAŽDÝ PACIENT JE JINÝ, PROTO JE IDEÁLNÍ INDIVIDUÁLNÍ KONZULTACE SE STOMASESTROU A NÁVŠTĚVA NUTRIČNÍ PORADNY, PŘÍPADNĚ NÁVŠTĚVA FYZIOTERAPEUTA.

ZDROJE

ZACHOVÁ, Veronika, 2010. Stomie. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3256-5.
Sex se stomií [pdf], 2020. Coloplast [cit. 2024-04-18]. Dostupné z: https://www.crohn.cz/co5R1sdRB/uploads/2021/12/brozura-sex_21.5_.pdf
ČESKÉ ILCO, 2024. Stomie a intimita. ČESKÉ ILCO. ILCO.cz [online]. [cit. 2024-04-18]. Dostupné z: <https://www.ilco.cz/stomie-a-intimita/>
DRLÍKOVÁ, Kateřina, Veronika ZACHOVÁ a Milada KARLOVSKÁ, 2016. Praktický průvodce stomikou. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5712-4.

Použité obrázky jsou převzaty z online platformy Vista Create pro grafický design.

Fotografie jsou vlastní tvorbou autorky.

Tento leták vznikl jako edukační materiál v rámci diplomové práce autorky.
Univerzita Pardubice, vedoucí práce: Mgr. Pavel Kůrtil, DiS.

Autor: Bc. Barbora Suchánková, st65790@upce.cz