

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH  
Zdravotně sociální fakulta

## **VYUŽITÍ VOLNÉHO ČASU U OSOB SE STOMÍÍ**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Autor práce: Bc. Šárka Vlčková

Vedoucí práce: Doc. Ing. Lucie Kozlová, Ph.D.

2009

### Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Využití volného času u osob se stomií“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne 17.8.2009

Bc. Šárka Vlčková

### **Poděkování**

Touto cestou bych chtěla poděkovat Doc. Ing. Lucii Kozlové, Ph.D., vedoucí své diplomové práce za vedení, užitečné rady a hlavně trpělivost při zpracování této práce. Další poděkování patří kolektivu lékařů chirurgického oddělení Nemocnice Český Krumlov a.s. za odborné konzultace hlavně k teoretické části práce.

## **Abstrakt**

### **Využití volného času u osob se stomií**

V této diplomové práci jsou popsány anatomické, fyziologické a funkční poznatky některých částí orgánových soustav lidského těla, při jejichž poškození ať už úrazem, onemocněním či ztrátou funkčnosti a průchodnosti, se musí pro obnovení a záchranu života provést jejich vyústění tzv. stomie. Dále jsou popsány jednotlivé typy stomií a jelikož je nejčastějším typem kolostomie a ileostomie, je větší pozornost věnována onemocněním a jejich léčbě na tenkém a tlustém střevě při jejichž vyústění se výše jmenované názvy stomií užívají. Dále se práce zabývá stomickými pomůckami, problematikou volného času, psychologickou problematikou nemoci, sociálními problémy v případě stomiků a informovaností stomiků.

Jedním z cílů práce bylo zjistit, jakým způsobem osoby se stomií využívají volného času a zda se snaží vzhledem k svému handicapu izolovat od společnosti. Dalším cílem bylo zjistit, zda jsou osoby se stomií dostatečně informovány o možnostech aktivit využití volného času a kde tyto informace získávají. Informace potřebné pro zpracování této práce byly získávány prostřednictvím studia odborných dostupných materiálů, byl zvolen kvantitativní výzkum metodou dotazování, kdy pro sběr dat byla použita technika anonymního dotazníku určeného zkoumanému souboru a polostandardizovaný rozhovor s odborníky, u kterých byly ponechány dotazníky pro respondenty. Výzkumný soubor tvořili osoby mající některý typ stomie, uvedený v dotazníku. Zjistili jsme, že nejčastějším typem stomie je kolostomie a ileostomie převážně u mužů. Výzkumem bylo zjištěno, že osoby se stomií se snaží izolovat od společnosti a nemají dostatečné informace o možnostech aktivit využití volného času. Výsledky práce by měly vést odborníky k větší spolupráci mezi sebou a tím zvýšit informovanost a péči nejen o osoby se stomií, dále pak k zamyšlení odborníků nad vytvořením literatury ohledně života stomiků a její postupné aktualizace přínosem nových zkušeností, rad a doporučení.

## **Abstract**

### **Leisure time activities of patients with a stoma**

In this thesis anatomical, physiological and functional information of certain parts of the human body organ systems after the damage of which a stoma must be performed is given. A stoma is indicated either after an injury, an illness or a loss of functionality and patency, It constitutes management of a life threatening situation and facilitates life restoration. Basic types of stoma are described, and since the most common type are colostomy and ileostomy, a greater attention is given to the disease and its treatment in the small and large intestine at the ends of which the stoma is created. The thesis also deals with the stoma aids, leisure time activities, psychological aspects of the disease, social problems and awareness of patients with a stoma.

One of the objectives was to find out how patients with a stoma spend their leisure time and if they tend to isolate themselves from society because of their handicap. Another objective was to determine if persons with a stoma are sufficiently informed about leisure time activities they could pursue and where to get the information. The data needed to carry out this survey were obtained through studying professional materials available. The quantitative research method of interviewing was chosen, the data collection technique was an anonymous questionnaire aimed at a certain set of respondents as well as semi-standardized interviews with professionals who were given questionnaires for the respondents. The research set was formed by respondents with a type of a stoma mentioned in the questionnaire. It has been found out that the most common type of a stoma is ileostomy, predominantly in men. The research has shown that persons with a stoma isolate themselves from society and are not sufficiently informed about leisure time activities they could pursue. The research results should bring a better cooperation among professionals and thus enhance awareness and improve care not only for persons with a stoma. The outcomes of the thesis could make professionals produce literature concerning the life of persons with a stoma and update the existing information with new experience, advice and recommendations.

## OBSAH

Úvod.....	8
<b>1. Současný stav.....</b>	<b>10</b>
1.1 Anatomie hrtanu a průdušnice.....	10
1.1.1 Tracheostomie.....	10
1.1.2 Rakovina hrtanu.....	12
1.2 Anatomie žaludku.....	14
1.2.1 Perkutánní endoskopická gastrostomie (PEG).....	14
1.3 Anatomie tenkého střeva.....	17
1.3.1. Ileostomie.....	17
1.4 Anatomie ledvin.....	18
1.4.1 Nefrostomie.....	19
1.5 Anatomie vývodných močových cest.....	20
1.5.1 Urostomie.....	20
1.5.2 Ošetřování urostomie.....	22
1.6 Anatomie tlustého střeva.....	22
1.6.1 Složení a vyprazdňování stolice.....	24
1.6.2 Kolostomie.....	25
1.6.3 Idiopatické střevní záněty.....	25
1.6.4 Nádory tlustého střeva.....	32
1.6.5 Diagnostika nádorů.....	36
1.6.6 Prevence nádorů.....	37
1.6.7 Léčba.....	37
1.7 Stomické pomůcky.....	40
1.7.1 Nárok na stomické pomůcky.....	41
1.8 Volný čas stomika.....	42
1.9 Psychologická problematika nemocného.....	43

1.10	Sociální problémy.....	46
1.11	Informovanost stomiků.....	47
<b>2.</b>	<b>Cíl práce a hypotézy.....</b>	<b>49</b>
2.1	Cíle práce.....	49
2.2	Hypotézy.....	49
<b>3.</b>	<b>Metodika.....</b>	<b>50</b>
3.1	Metodický postup.....	50
3.2	Charakteristika zkoumaného souboru.....	50
<b>4.</b>	<b>Výsledky.....</b>	<b>52</b>
<b>5.</b>	<b>Diskuse.....</b>	<b>69</b>
<b>6.</b>	<b>Závěr.....</b>	<b>76</b>
<b>7.</b>	<b>Seznam použitých zdrojů.....</b>	<b>78</b>
<b>8.</b>	<b>Klíčová slova.....</b>	<b>84</b>
<b>9.</b>	<b>Přílohy.....</b>	<b>85</b>

## Úvod

Stomie je uměle vytvořené vyústění dutého orgánu na povrch lidského těla. Existuje několik typů stomie, a jejich názvy jsou odvozovány od názvů orgánů, z kterých jsou vyvedeny. Založení stomie patří mezi pacienty nesporně k nejobávanějším chirurgickým výkonům. Výrazným způsobem zasahuje do všech oblastí života člověka, a to do osobní, rodinné, manželské a partnerské, pracovní a společenské. Pacienti informací o nutnosti stomie nesou těžce, pláčív, jsou lítostiví nebo zádumčiví, někdy reagují i agresivně. Přistupuje navíc strach ze samotného onkologického onemocnění a obava z blížícího se konce života. Snad jen nemocní s nenádorovými diagnózami jako Cronova nemoc nebo Ulcerózní kolitida snášejí stomii poněkud lépe, protože je obvykle zbavuje úporných průjmů a bolestí a zlepšuje kvalitu jejich života. Příznivěji jsou nemocnými vnímány také stomie dočasné s příslibem obnovení přirozené střevní pasáže v dohledné době.

Osoby se stomií mohou ve svém životě po zotavení z operačního výkonu, dělat prakticky cokoli. Samozřejmě záleží na mnoha faktorech a okolnostech, které by v činnostech mohli bránit. Většinou je důležité fyzické šetření ve smyslu fyzicky těžké práce, neboť by mohlo dojít ke komplikacím jako je např. kýla apod. Stomie sama o sobě nebrání zařazení do pracovního procesu či mimopracovním aktivitám. Stomici mohou sportovat, koupat se ve veřejných koupalištích, společensky žít.

Hodně však záleží na tom, zda jsou o svých možnostech dostatečně informováni odborníky této problematiky. Je sice velmi příjemné a mohu říci i bohu vděčné, že firmy vyrábějící pomůcky pro stomiky, též vydávají odborné časopisy a brožury, kde se stomici mohou dočíst o zkušenostech jiných a získají obecné informace, s kterých si mohou vybrat možnost pro svou situaci. Myslím si a z výzkumu též vyplynulo, že toto však nestačí. Každý člověk je individuální a má individuální potřeby a měl by mít možnost individuálního přístupu. V dnešní době modernizace a zkvalitňování péče by toto mělo být již samozřejmostí, ale bohužel, tomu tak není.

Tato práce se v teoretické části zabývá anatomickými, fyziologickými a funkčními poznatky některých orgánových soustav, při jejichž poškození nebo ztrátě



funkčnosti a průchodnosti se musí provést jejich vyústění tzv.stomie. Dále popisuje problematiku volného času, psychologickou problematiku nemoci, sociální problémy v případě stomiků a informovanost osob se stomií.

Ve výzkumné části je cílem práce zjistit využití volného času u osob se stomií na Českokrumlovsku, a dále do jaké míry, jak a kým jsou informováni o možnostech využití volného času.

Byl zvolen kvantitativní výzkum a pro sběr dat byla použita technika anonymního dotazníku. Výsledky práce by měly vést odborníky k větší spolupráci mezi sebou a tím zvýšit kvalitu péče a informovanost osob se stomií.

## 1. Současný stav

### *1.1 Anatomie hrtanu a průdušnice*

Hrtan a průdušnice jsou součástí horních cest dýchacích.

**Hrtan** (larynx) má typický trubicovitý, mírně nálevkovitý tvar s horním ústím otevřeným do dolní části hltanu a s dolním úsekem přecházejícím plynule do průdušnice. Kostra hrtanu je tvořena hrtanovými chrupavkami. Největší z nich je štítná chrupavka, která tvoří nápadnou vyvýšeninu na přední ploše krku a pod ní je hmatná prstenčitá chrupavka, ke které jsou na zadním obvodu připojeny trojboké hlasivkové chrupavky. Od nich jdou k zadní ploše štítné chrupavky dva hlasové vazy. Dutina hrtanu je od hltanu oddělena hrtanovou příklopkou (epiglottis). Vlastní hrtanová dutina je vystlána sliznicí, krytou řasinkovým epitelem.

**Průdušnice** (trachea) navazuje na prstenčitou chrupavku hrtanu a svým průběhem přibližně sleduje zakřivení páteře. V krčním úseku leží na bocích průdušnice laloky štítné žlázy. Trachea vstupuje do hrudníku, kde se větví na pravou a levou průdušku, které vstupují do plic. Je to vzdušná trubice, tvořená vazivem vyztužená neúplnými, chrupavčitými prstenci tvaru písmene C, které podkovovitě objímají zepředu a ze stran její průsvit. Průdušnice leží před jícnem ve střední čáře těla. Je dlouhá 10 – 12 cm a široká 2,5 cm. Tato trubice je vystlána sliznicí s velkým množstvím hlenových žlázek a řasinkovým epitelem (**11,41**).

#### *1.1.1 Tracheostomie*

Jedná se o umělé vyústění průdušnice na povrch těla. Cílem tohoto vyústění je zajištění průchodnosti dýchacích cest pro umožnění ventilace (spontánní nebo s pomocí přístroje). Může být dočasná nebo trvalá (**52**).

O dočasnou tracheostomii jde tehdy, jeli možné v dalším průběhu pacienta dekanilovat a tracheostoma uzavřít buď spontánně, nebo chirurgicky.

Trvalá tracheostomie se provádí u pacientů s maligními nádory hrtanu, u kterých je indikována totální laryngektomie, a dále u pacientů s rozsáhlými laryngofaryngeálními nádory určenými k paliativní léčbě.

Nevýhodou tracheostomie je ztráta fonace, ztráta filtrace, zvlhčování a ohřívání vdechovaného vzduchu, ztráta efektivního kašle, ztráta čichu a jiné (21).

V rozmezí 2.-4.chrupavčitého prstence se protne ostrým skalpelem obvykle jeden až dva prstence. Okraje stomie se vystřihují do tvaru a velikosti odpovídajících kanyle. Užívají se buď kanyly kovové, nebo z plastické hmoty. Velikost kanyly je vždy nutno přizpůsobit šíři trachey. Tracheostomie se může ponechat podle potřeby řadu týdnů, ale pokud jde o řešení trvalé, je třeba kanylu v pravidelných intervalech vyměňovat (68).

### ***Indikace tracheostomie:***

Klasickou indikací byla dříve diftérie u dětí a vůbec jakákoli překážka dýchání v hrtanu nebo v horní části průdušnice (cizí těleso, oboustranná obrna hlasivek, rozdrcení chrupavek nebo jejich změknutí, nádory). V současné době se tracheostomie zakládá také tam, kde je nutné trvalé odsávání obsahu z tracheobronchiálního stromu: při léčbě dechové insuficience, při hlubokém bezvědomí nebo dlouhotrvajícím tetanu, při vážných úrazech hrudníku (58).

### **Příčiny dechové nedostatečnosti a zástavy dýchání**

K centrálním příčinám dechové nedostatečnosti (poškození dýchacích center) patří: kraniocerebrální poranění, intracerebrální nebo subarachnoidální krvácení, hypoxické poškození mozku při opožděné nebo dlouhodobé kardiopulmonální resuscitaci, těžce probíhající infekce CNS, intoxikace či metabolický rozvrat a nádory mozku.

K periferním příčinám dechové nedostatečnosti patří: traumata hrudníku, sériová zlomenina žeber nebo zlomenina hrudní kosti, hypoventilace při břišních onemocnění, u

kterých dochází k poškození nervů inervujících dýchací svaly nebo k poruše přenosu vzduchu přes neuromuskulární ploténku **(1,56)**.

K neprůchodnosti dolních cest dýchacích vede: postižení bronchů, bronchiolů a plicních alveolů – dekompenzovaná CHOBPN, těžké formy pneumokonióz a silikóz, cystická fibróza, emfyzém, astma, bronchospasmus.

K neprůchodnosti horních cest dýchacích vede: aspirace pevných objemných cizích těles, fenomén zapadlého jazyka. K dalším příčinám neprůchodnosti HCD patří akutní stenózující záněty hrtanu. Jde o onemocnění, která mají akutní až perakutní průběh a vyžadují neodkladnou léčbu **(21)**.

#### **Hlavní indikace k tracheostomii**

- 1) Obstrukce dýchacích cest – nádory, vrozené anomálie, těžká traumata, zánětlivé otoky krku, pooperační stavy (ORL, stomatochirurgické zákroky), syndrom spánkové apnoe, paréza rozvěračů hlasivek, cizí tělesa v hrtanu apod.
- 2) Dlouhodobá umělá plicní ventilace – u nemocných na DUPV bývá tracheostomie prováděná asi po 7 – 10 dnech, kdy hrozí poškození laryngu předcházející intubací.
- 3) Zajištění dýchacích cest bez nutnosti ventilační podpory – poruchy vědomí s nedostatečnou schopností toalety dýchacích cest, jak se shodují **(1,13,21)**.  
Indikace k tracheostomii se mění v závislosti na potřebách medicíny, jejím rozvojem a rozvojem intenzivní péče.

#### ***1.1.2 Rakovina hrtanu***

Rakovina hrtanu je nádorovým onemocněním postihujícím, jak již název napovídá, stěnu hrtanu. Rizikovým faktorem pro vznik tohoto onemocnění je velmi nebezpečné kouření. Cigaretový kouř dlouhodobě dráždící sliznici hrtanu může způsobit vznik zhoubného nádoru. Velký význam má zřejmě i pití tvrdého alkoholu (pivo a víno v tomto případě nevadí). Jelikož se alkohol jako tekutina do hrtanu nedostává, jeho efekt na hrtan bude spíše nepřímý **(43)**.

### ***Projevy***

V hrtanu se může nádor vyskytovat ve třech místech. Nejčastěji (necelé dvě třetiny) se nachází právě v oblasti hlasivek, necelá třetina se nachází nad hlasivkami a pouze minimálně se může rakovina objevit ve stěně hrtanu pod hlasivkami. Vzhledem k úzkému vztahu k hlasivkám, které jsou buď postiženy ihned, nebo až později při růstu nádoru bývá prvním projevem nádoru chrapot, a na tento příznak by se měl pacient soustředit. Chrapot trvajícím více než dva týdny je velice podivný a je důvodem k návštěvě lékaře.

Nádory, které nevznikají přímo na úrovni hlasivek se mohou projevit nejprve poruchami dýchání, poruchami polykání a bolestmi v krku. Mohou být nalezeny zvětšené a nebolestivé mízní uzliny v oblasti krku, v pokročilejších stadiích bývá příměs krve ve spůtu **(38,44)**.

### ***Léčba***

Léčba se zvláště neodlišuje od jiných typů rakoviny. Možná je léčba ozařováním nebo léčba chirurgická. Je přirozeně snaha zachránit nemocnému hlas, ale ne vždy je to možné. Úspěšnost léčby závisí samozřejmě na včasném nálezů nádoru.

Někdy je nutné hlasivky a celý hrtan odoperovat a průdušnici nechat vyústit do lékařem vytvořeného otvoru v přední části krku. Což je trvalá tracheostomie. Ani pak však nemusí být hlas zcela ztracen. Existuje relativně složitý nácvik, jak hlas vytvářet i bez hlasivek. Pohodlnější možností, která žádný nácvik nepotřebuje, je použití umělého hrtanu. To je malý válcovitý přístroj, který se přiloží ke krku a vibracemi umožní i bez hlasivek vytvářet zvuk. Vzniká zvláštěně „roboticky“ znějící hlas, kterému je však docela dobře rozumět **(43)**.

## ***1.2 Anatomie žaludku***

**Žaludek (gaster, ventriculus)** je plochý vakovitý oddíl trávicí trubice, ležící v horní třetině břišní dutiny pod levou brániční klenbou. Jícen přechází do oddílu žaludku označovaného kardií (česlo) nebo-li jícnový svěrač, který zabraňuje v návratu kyselého žaludečního obsahu zpět do jícnu. Na kardií navazuje vlastní tělo žaludku (corpus), které se doleva nahoru vyklenuje v klenbu (formix). Dolů a doprava se žaludek zužuje v trubicovitý pylorus (vrátník). Podkladem stěny pyloru je silný kruhový sval – svěrač, který s přiléhající částí žaludku periodicky uzavírá průchod obsahu žaludku do dvanáctníku **(56)**.

Stěna žaludku má stavbu odpovídající základnímu schématu stavby trubicovitých orgánů trávicí trubice. Sliznice žaludku je složena v podélné řasy a na jejím povrchu ústí vývody četných trubicovitých žlázek. Tyto žlázy produkují ochranný hlen a žaludeční šťávu. Denně se vytvoří 1500 – 3000 ml žaludečních šťáv. Žaludeční sliznice má i určitou resorpční schopnost. V žaludku se vstřebává alkohol, některé léky a soli. Tedy žádná z látek vznikajících trávením potravy. Žaludek má při trávení dvě hlavní funkce: mechanickou a chemickou **(11)**.

### ***1.2.1 Perkutánní endoskopická gastrostomie (PEG)***

PEG je metoda zavedení sondy pro výživu, pokud předpokládáme dobu podávání enterální výživy delší než 6 týdnů **(34,67)**. Gastrostomická sonda se přes kůži a břišní stěnu zavádí přímo do žaludku. Důvodem aplikace enterální výživy touto cestou je malnutrice nebo její riziko u různých chorob a chronických stavů. Jednou z důležitých indikací zavedení PEG jsou pacienti s maligními onemocněními.

Preventivně se zakládá u pacientů před onkologickou léčbou v oblasti hlavy a krku, ale pokud mohou polykat, přijímají potravu ústy. Teprve po ztrátě této schopnosti si aplikují potravu a tekutiny do PEG. Zakládá se chirurgicky nebo se zavádí endoskopicky. Do výživných stomií se aplikuje vždy sterilní firemní výživa a následně se katétr propláchně. Do katétru se mohou aplikovat drcené nebo rozpuštěné léky. O

kůži okolo katétru se pečuje pomocí ochranných a čistících stomických prostředků. Pacienti s dočasně zavedenou PEG jsou v péči onkologického pracoviště, které zavedení indikuje. PEG se odstraní několik týdnů po skončení onkologické léčby, když pacient opět přijímá potravu ústy (39).

### ***PEG – indikace***

Indikace zavedení endoskopické gastrostomie lze rozlišit na nutriční a nenuutriční.

a) **Nutriční indikací** je aplikace enterální výživy, předpokládá-li se její dlouhodobé podávání. Hranicí je doba 6 týdnů, u pacientů s poraněním dutiny ústní nebo nádory v oblasti úst a horní části trávicího traktu se zkracuje na 4 týdny, u nemocných s předpokládanou kratší dobou aplikace se ponechává nasoenterální sonda. Indikací enterální výživy je malnutricie či riziko jejího vzniku u nemocných s různými chorobami a chorobnými stavy, kteří mají funkční trávicí trakt. Důvody zavedení se mohou rozdělit na gastroenterologické, neurologické, gerontologické, pediatrické, psychiatrické, indikace u kriticky nemocných pacientů a ostatní méně časté indikace. Důležitou skupinou jsou nemocní s maligními nádory – onkologické indikace (67).

b) **Nenuutriční indikace** jsou vzácné (méně než 1% zavedení), jedná se nejčastěji o dekompresi žaludku při chronickém ileózním stavu, fixace žaludku při volvulu či aplikace žluči při zevní drenáži žlučových cest.

Indikace zavedení PEG u onkologicky nemocných lze rozdělit do následujících skupin.

- Nádory znemožňující či komplikující příjem potravy (vyjma nádorů žaludku a nádorů způsobujících ileus).
- Nádory způsobující neurologickou poruchu polykání.
- Nádorová anorexie.
- Komplikace léčby maligních nádorů.
- Nenuutriční indikace.

K nádorům znemožňujícím nebo komplikujícím příjem potravy patří nádory dutiny ústní (jazyk, měkké či tvrdé patro, nos), v oblasti krku (tonzila, farynx, larynx, štítná

žláza), nádory jícnu, nádory v pankreatobiliární oblasti a nádory stenozující lumen střeva. Neurologickou poruchu polykání způsobují nádory mozku či míchy a stav po jejich operaci. Nádorovou kachexii může způsobit solidní nádor v kterékoliv lokalizaci či maligní onemocnění hematopoetického systému. Ke komplikacím léčby maligních nádorů patří stavy po chirurgickém zákroku, nádory mozku či míchy, syndrom krátkého střeva po resekci, postiradiační enteritida či enterokolitida a mukozitida po chemoterapii (44,61).

### ***PEG – kontraindikace***

Kontraindikace PEG lze rozdělit na kontraindikace gastroscopie, enterální výživy a kontraindikace vlastního provedení perkutánní endoskopické gastrostomie. Kontraindikací gastroscopie je srdeční nestabilita, nemožnost zavést endoskopický přístroj do žaludku a nesouhlas pacienta staršího 18 let s provedením gastroscopie (34). Kontraindikace enterální výživy jsou perforace zažívacího traktu, krvácení do zažívacího traktu, mechanický a paralytický ileus, náhlé příhody břišní, megakolon, výrazné stenózy zažívacího traktu, akutní peritonitida, šokové stavy, výrazné poruchy trávení a resorpce, intolerance jednotlivých složek výživy, výrazná emesis a dávivý reflex, farmakologicky neovlivnitelné.

Kontraindikace vlastního provedení PEG jsou:

**a) absolutní** – difúzní peritonitida, karcinomatóza peritonea, ascites, závažné poruchy koagulace a karcinom žaludku.

**b) relativní** – stavy po operacích žaludku a po operacích v horní polovině břicha, velká hiátová hernie, žaludeční vřed (podle lokalizace), portální hypertenze s nebo bez žaludečních varixů, obezita, závažná malnutrice a peritoneální dialýza.

Za kontraindikaci se nepovažuje věk nemocného, ventrikuloperitoneální shunt, Crohnova choroba, popáleniny, vřed antra žaludku či duodena a těhotenství (67).



### ***1.3 Anatomie tenkého střeva***

**Tenké střevo (intestinum tenue)** je 3 – 5 metrů dlouhá trubice, zprohýbaná do kliček. Jednotlivé oddíly tenkého střeva – duodenum, jejunum a ileum – v sebe plynule přecházejí. Do duodena ústí vývod žlučových cest a vývody slinivky břišní. Od obecné stavby trávicí trubice se stěna tenkého střeva liší některými stavebními a funkčními detaily. Vnitřní povrch tenkého střeva, na kterém dochází ke štěpení a vstřebávání většiny látek obsažených v potravě, je mnohonásobně zvětšen slizničními řasami a mikroskopickými paličkovitými výběžky – klky (**11**).

Ohromné množství žláz, uložených ve sliznici všech úseků tenkého střeva, produkuje střevní šťávu obsahující řadu enzymů a množství hlenovité tekutiny povlékající sliznici střeva. Vlastní střevní šťáva produkována střevními žlázkami, obsahuje enzymy štěpící bílkoviny na aminokyseliny, lipázy, rozkládající tuky na glycerol a mastné kyseliny a amylázy, které rozloží cukernaté látky na nejjednodušší snadno vstřebatelné cukry. Střevní šťáva prakticky dokončuje štěpení bílkovin, cukrů a tuků.

Typickým útvarem sliznice tenkého střeva jsou klky (villi). Jsou to paličkovité výběžky, na kterých se vstřebané aminokyseliny, jednoduché cukry, rozštěpené tuky a vitamíny transportují přes epitelové buňky do krevního, hlavně žilního oběhu, kterým se dostávají do jater (**11,31**).

Hladká svalovina tenkého střeva je upravena do dvou vrstev, a to vnitřní cirkulární a zevní podélné. Rytmičnými kontrakcemi obou svalových vrstev vznikají peristaltické a kývavé pohyby trubice tenkého střeva. Peristaltické stahy cirkulární svaloviny mají charakter postupných vln a slouží k posunu střevního obsahu. Kývavé pohyby krátkých úseků střev slouží k promíchání tráveniny se střevní šťávou.

#### ***1.3.1 Ileostomie***

Ileostomie je vyústění terminální části tenkého střeva před stěnu břišní. Nejčastěji se umísťuje do pravého podbřišku. Stomie trvale odvádí řídký a agresivní

obsah. U dětí se zakládá dočasně pro vrozené vývojové vady nebo ileósní stavy. U dospělých jsou nejčastěji příčinou nekrotizující enterokolitidy, nespecifické střevní záněty (Morbus Crohn-viz.kolostomie), úrazy a poranění. Také se provádí jako projektivní stomie u nízkých resekcí rekta a to z důvodu odlehčení anastomózy (9).

Ileostomie není zdaleka tak častá jako kolostomie. Otvor je menší (2 – 2,5 cm) a mírně vyčnívá nad úroveň pokožky břicha. Obsah tenkého střeva je tekutý a mnohem agresivnější, proto může při styku s pokožkou způsobit poleptání (Ileostomie, 2009). Nejčastější příčinou vývodu tenkého střeva je odstranění celého tlustého střeva. Mnohem vzácnější je přechodné vyvedení tenkého střeva z důvodu uklidnění zánětu nebo po operačním zákroku na tlustém střevě. Jelikož obsah vytéká neustále ven, je proto nutno stále nosit sáček (71).

Na tenkém střevě se také často setkáváme s jejunostomií katetrovou, která slouží k enterální výživě u nemocných, kde je nemožný perorální přívod potravy (stavy po resekcích jícnu, totální gastrektomii) (56).

#### ***1.4 Anatomie ledvin***

**Ledvina (ren, nefros)** je párová žláza typického fazolovitého vzhledu, uložená po obou stranách bederní páteře v retroperitoneálním prostoru. Velikost ledvin je průměrně 12 x 6 x 3 cm. Ledviny jsou obaleny tukovým polštářem a jsou připojeny mohutnými renálními tepnami na břišní aortu a renálními žilami na dolní dutou žílu. Na řezu ledvinou lze rozlišit světlejší kůru ledviny a tmavší dřeň ledviny. Základní stavební a funkční jednotkou ledvin je nefron (11).

Ledviny jsou nejdůležitějším orgánem regulace vnitřního prostředí: vyrovnávají bilanci tekutin exkrecí moče a minerálů a vylučují z těla odpadové produkty metabolismu, zejména bílkovin /urea, kreatinin). Kromě moče produkují hormon renin, podílející se na regulaci krevního tlaku a erythropoetin, důležitý pro tvorbu červených krvinek.

### ***1.4.1 Nefrostomie***

Nefrostomie je umělé vyústění ledviny a odvádění moči pomocí cévky zavedené přes kůži přímo do ledvinné pánvičky. Většinou jako přechodné opatření při zablokování normálního odtoku moči vývodnými močovými cestami (60).

Provádí se většinou při prokázaném městnání v dutém systému ledviny, což znamená hromadění moči v ledvinné pánvičce na podkladě úplné či částečné překážky v oblasti vývodných cest močových. Tento stav vzniká nejčastěji v případě zaklínění konkrementu v močovodu či při útlaku močovodu zvenčí (54).

V určitých případech, zejména u nádorové obstrukce močovodu z okolí a nemožnosti vyřešit drenáž jiným způsobem (zavedení ureterálního stentu), je pak nefrostomie jako trvalé řešení (70).

Perkutánní nefrostomie je vynikající metodikou k zajištění dočasné nebo trvalé zevní drenáže moče z vývodného systému ledviny. Vysokým procentem úspěšnosti, jednoduchostí a nenáročností pro pacienta vytlačila původně chirurgické řešení a je východiskem pro celou řadu navazujících intervenčních metodik. V souvislosti s rozvojem urologických intervenčních technik se začíná postupně zmenšovat rozdíl mezi množstvím punkčních nefrostomií indikovaných pro obstrukci maligním a benigním procesem. Po maligních obstrukcích, většinou chronicky probíhajících, jsou druhou nejsilnější skupinou nemocní s akutní obstrukcí ureteru konkrementem. Punkční nefrostomie představuje pro tyto nemocné poměrně málo rizikovou cestu k vyřešení příčiny subrenálního selhání ledvin nebo jejího rizika, dále vyřeší bolesti spojené s akutním městnáním a zabrání ascendentní infekci městnajícího dutého systému i nezvratnému poškození ledviny samotné.

Indikace nefrostomie by měla být promyšlená, nikoli alibistická. Nemocnému s generalizovaným maligním procesem a nadějí na několikátýdenní přežití je kupř. zbytečné zavádět oboustrannou nefrostomii, která výrazně omezí jeho životní standart. Při dlouhodobém zavedení nefrostomie dochází postupně v důsledku chronického zánětu k poškození ledviny, která může ztrácet funkční schopnost (17).

## ***Komplikace***

K vzácným komplikacím patří zejména krvácení, které velice raritně může být neztišitelné a vyžádá si otevřené odstranění ledviny, dále při atypickém anatomickém uložení orgánů břišní dutiny může dojít k jejich nabodnutí, což si pak vyžádá také otevřenou operační revizi dutiny břišní (70).

## ***1.5 Anatomie vývodných močových cest***

K vývodným močovým cestám patří ledvinové kalichy (calices renales), což jsou drobné, nálevkovitě rozšířené trubičky, spojující se do oploštělých pánviček. Ledvinné pánvičky (pelvis renales) leží společně s ledvinovými tepnami a žilami na vnitřním okraji ledvin. Z pánviček vystupují tenké trubice – močovody, spojující pánvičky s močovým měchýřem. Močovody (uretery) jsou trubice průměrně 30 cm dlouhé, probíhající retroperitoneálním prostorem do pánve, kde šikmo prorážejí stěnu močového měchýře, do kterého ústí. Močový měchýř (vesica urinaria) je svalový dutý orgán, měnící svůj tvar podle náplně moči, která se zde před vyprázdněním hromadí. Stěna vývodných cest (kalichů, pánviček, močovodů a močového měchýře) se skládá ze sliznice odolné proti poškození moči, a ze tří vrstev hladké svaloviny promíšené s vazivem. Peristaltické stahy svaloviny jsou vyvolány drážděním nervových pletení ve stěně vývodných cest (11).

### ***1.5.1 Urostomie***

Urostomie (vývod močových cest) je nejméně častý typ stomií (18,71). Urostomiků je méně než 5% všech stomiků. Důvodem pro vytvoření urostomie je překážka, která brání normálnímu odtoku moče. Moč, která se tvoří v ledvinách, je odváděna močovody do močového měchýře. Nejčastěji je postiženo ústí močovodu do močového měchýře, méně často jsou postiženy vlastní močovody. Není-li možno obnovit normální tok moče, jsou močovody vyvedeny břišní stěnou na její povrch.

Vzácně se řeší vývodem také poranění močovodů nebo močového měchýře nebo vývojové vady u dětí. Jak uvádí (71), lze se setkat se základními třemi typy urostomií:

- uretostomie – močovody jsou vyvedeny na povrch břišní stěny. Uretostomii je nutno velmi důsledně ošetřovat, protože močovody a ledviny se mohou snadno infikovat.
- urostomie vyvedená přes tenké střevo – z malého kousku tenkého střeva se vytvoří vývod, do něhož jsou zavedeny močovody. Tento způsob vyvedení zajišťuje mnohem menší nebezpečí průniku infekce do močového ústrojí.
- KOCK rezervoár – z části tenkého střeva je vytvořen rezervoár, do kterého jsou vyvedeny močovody. Obsah rezervoáru se vypouští po 4 – 6 hodinách zasunutím gumového katétru (44,71).

### ***Typy uretostomií (ureterostomií)***

Kutánní ureterostomie: močovody se vyšijí jednotlivě či společně ke kůži, nevýhodou je větší dráždění kůže v okolí stomie.

Ureteroileostomie: použije se klička tenkého střeva asi 20 cm dlouhá vyřazená ze střevní pasáže, s funkční cévní stopkou mezenteria, do které se všijí močovody. Jeden konec je vyveden jako terminální stomie.

Ureterostomie je „používána“ pro vylučování moče z těla ven. Stomie je vlhká, nemá nervová zakončení, a proto není citlivá. Pro ošetřování stomie je používána řada pomůcek a přípravků od různých výrobců. Je třeba dbát na kontrolu a výměnu sáčků a kontrolu kůže v okolí stomie (26).

### ***Typy urostomie***

Kontinentní stomie: z tenkého střeva se vytvoří rezervoár, do kterého jsou vyvedeny močovody. Tento rezervoár se vypouští po 4 – 6 hodinách pomocí jednorázové cevky.

Inkontinentní stomie: z tenkého střeva se vytvoří konduit (20 – 50 cm tenkého střeva vyřazeného s pasáže, na cévní stopce), do kterého jsou vyvedeny močovody, a opačný konec je založen jako stomie na břišní stěnu. Moč samovolně odchází stomií

mimo tělo – do sáčku. Nevýhodou tohoto typu je psychická zátěž pro pacienta, rizika operačního výkonu, nesmíření se s urostomií, neoptimální uložení urostomie, komplikace při ošetřování ze strany pacienta či při obtížném hledání vyhovující pomůcky (39).

### ***1.5.2 Ošetřování urostomie***

Ošetřování urostomie je odlišné a ze zkušeností i náročnější než ošetřování kolostomie či ileostomie. Je pro to několik důvodů: Moč je agresivní tekutina, odchází neustále a poškozuje kůži. Každých 20 – 30 sekund je moč vylučována z urostomie. Urostomie je uměle vymodelována z tenkého střeva, do kterého jsou implantovány močovody, proto se v urostomii vytváří hlen. Je nutné zabránit vzniku a šíření infekce, která by mohla poškodit ledviny. Oproti kolostomii či ileostomii je častější výměna urostomických pomůcek. Naučit se rychle a správně ošetřit urostomii a správně používat pomůcky je náročné. Vyžaduje to dokonalou zručnost (39).

### ***1.6 Anatomie tlustého střeva***

Tlusté střevo (intestinum crassum, colon) je konečným, asi 1,5 metru dlouhým oddílem trávicí trubice. První oddíl tlustého střeva – slepé střevo, caecum je nejobjemnější. Dalšími oddíly střeva jsou vzestupný, sestupný a esovitý tračník a konečník.

Vzestupný tračník, colon ascendens probíhá podél pravého obvodu břišní dutiny; příčný tračník, colon transversum kříží břišní dutinu zprava doleva; sestupný tračník, colon descendens jde podél levé stěny břišní dolů do levé jámy kyčelní, kde esovitou kličkou, colon sigmoideum vstupuje do pánve (11,38,50,57,58).

Stěna tlustého střeva je poměrně tenká, protože je redukována především její svalová vrstva – podélná i cirkulární. Redukce podélné vrstvy se projevuje výdutěmi stěny, tzv. haustrací. Ve sliznici střeva je velké množství hlenových žlázek, jejichž produkt (hlen) chrání vnitřní povrch střeva při tvorbě a posunu odpadních látek. Sliznici

tlustého střeva chybějí klky a sliznice vytváří pouze nízké řasy s malým množstvím resorpčních buněk. Cévní a mízní pleteně jsou vytvořeny těsně pod sliznicí, kde se formují rozsáhlé sítě schopné resorbovat velké množství vody a minerálních látek (Na, K, Ca, aj.).

Červovitý přívěsek, appendix vermiformis je malá výchlípka slepého střeva. Appendix je silný asi jako tužka a je dlouhý 10-15 cm. Ve stáří je často neprůchodný. Stavba stěny appendixu je v principu shodná se stavbou stěny tlustého střeva, a pouze ve sliznici je nakupeno větší množství mízní tkáně. Časté záněty postihující tuto mízní tkáň činí ze zánětu appendixu nejčastější chirurgické onemocnění. Appendix je velmi pohyblivý a pouze jeho vyústění do slepého střeva má stálou polohu. Konec červovitého přívěsku může zaujímat prakticky jakoukoliv polohu v břišní i pánevní dutině. Tato okolnost velmi ztěžuje včasné rozpoznání zánětu červovitého přívěsku, jak se shodují autoři **(11,44,57)**.

Konečník, rectum je posledním, 10 – 12 cm dlouhým v pánvi probíhajícím úsekem tlustého střeva. Konečník probíhá před křížovou kostí a ústí na povrchu těla řitním, análním otvorem. V pánevní dutině se rektum vyklenuje v prostornou ampulu. Sliznice ampulární části je složena do tří příčných řas. Střední řasa je tvořena větší vrstvou hladké svaloviny, která tvoří přídatný svěrač rekta nepodléhající vůli. Další dva svěrače jsou uloženy v zevním ústí análního kanálu, v místě, kde rektum prochází svalovým dnem pánve. Vnitřní z obou svěračů je opět z hladké svaloviny, zevní je ze svalstva příčně pruhovaného a má proto volní inervaci. Tímto svěračem je ovládáno vyprazdňování střeva. V podkoží análního otvoru probíhají bohaté žilní pleteně, které při rozšíření tvoří často krvácející uzli – hemeroidy **(11,13,57)**. Při vyšetření per rektum je hmatná peritoneální exkavace vpředu mezi rektum a močovým měchýřem u mužů a mezi rektum a dělohou u žen. Jde o tzv. Douglasův prostor a jeho digitální vyšetření má přínos v diagnostice patologických nálezů nejen přímo v rektu, ale hlavně u náhlých příhod břišních (NPB) **(56)**.

V tlustém střevě se shromažďují nestrávené zbytky potravy a obsah střeva se zde zahušťuje. Pohyby tlustého střeva jsou podobné peristaltickým pohybům tenkého střeva. Trávenina pobývá v tlustém střevě 8 – 12 hodin.

Základní funkcí tlustého střeva je absorpce vody a formování stolice (**56**). Z obsahu tlustého střeva se vstřebává hlavně voda, některé minerály a cukry. Nejvíce vody se vstřebává ve vzestupném tračníku. K zahuštěnému obsahu se přidává hlen, který slepuje nestrávené zbytky potravy. Zbytky potravy se účinkem kvasných a hnilobných bakterií žijících ve střevní sliznici zkvašují a bílkoviny podléhají hnití. Bakterie kvasí cukry, tuky a těžce stravitelnou celulosu. Vzniká tak alkohol a různé plyny: vodík, metan a oxid uhličitý. Hnitím bílkovin se vytvářejí značně jedovaté látky: fenol, sirovodík, mastné kyseliny a tzv. mrtvolné jedy. Před účinkem hnilobných a kvasných produktů chrání sliznici tlustého střeva hlen, který zabraňuje i jejich resorpci do krevního oběhu (**11,50**).

### ***1.6.1 Složení a vyprazdňování stolice***

**Složení stolice** je závislé na stavbě potravy. Stolice obsahuje nestravitelné části potravy (vazivová vlákna, škroby, tukové kapky), vodu, odloupané epitelie a žlučová barviva. Tuhost (konzistence) stolice je především závislá na množství vody; barvu stolice ovlivňuje množství žlučových barviv.

**Vyprazdňování stolice (defekace)** je reflexní děj, ke kterému dochází jednou za 24 hodin, je ovlivňován dietními návyky a sociálními podmínkami (**56**). Nahromaděním stolice v konečniku se v dutině konečniku zvýší tlak a napětí stěny vyvolá pocit nucení na stolicí. Ochabují svěrače konečniku a smršťují se břišní svaly a bránice, které zvyšují tlak na koncový úsek trávicí trubice, který se vyprazdňuje. Množství stolice závisí na množství přijímané potravy a frekvence je ovlivňována hlavně fyzickou aktivitou a obsahem vlákniny ve stravě (**56**). Pohybuje se průměrně od 150 – 300 gramů. Defekační reflex lze potlačit vůlí. Opakované potlačování vyprazdňování stolice vede k ochabnutí svaloviny rekta a ke vzniku chronické zácpy – obstipace. Poruchy defekace jsou poměrně časté a nabývají na frekvenci s postupujícím věkem.



### ***1.6.2 Kolostomie***

Kolostomie je souhrnný název pro vývody tlustého střeva a patří mezi nejčastější vývody. Tlusté střevo může být vyvedeno v různých místech. Speciální názvy kolostomií se odvozují podle toho, která část střeva je ke stomii užita. Sigmoideostomie je vývod na esovité kličce. Pokud je odstraněn i svěrač, je stomie trvalá. Transversostomie je vývod na příčném tračniku. V tomto případě se obvykle jedná o dvouotvorovou (dvouhlavňovou) stomii. Coecostomie je vývod na přechodu tenkého a tlustého střeva. Často bývá dočasná, účelem je odlehčit zbývající části tlustého střeva.

Kolostomie je malý kruhový otvor červené barvy o průměru 2 – 5 cm. Je nejčastěji umístěna v levém podbřišku (sigmoideostomie) a to většinou u akutních ileózních stavů a amputací rekta (**56**). Její povrch je neustále vlhký a lesklý. Z vývodu odchází plyny a stolice samostatně, proto musí být používány sáčky pro zachycení výměšků. Není citlivá na bolest, neboť se ve sliznici nenacházejí nervová zakončení, ale při ošetřování je nutná určitá opatrnost, neboť se sliznice snadno poraní a začne krváčet.

Příčiny vedoucí k založení kolostomie jsou záněty tlustého střeva, proděravění střeva (perforace), střevní uzávěr (ileus), střevní krvácení, nedostatečná funkce svalového svěrače (ztráta kontroly vyprazdňování), nesprávný vývoj střeva od lidského zárodka (embria), poškození z ozařování jiných orgánů v malé pánvi, operace nezhoubných nebo zhoubných nádorů, jak se shodují autoři (**1,40,44,50,57,66**).

### ***1.6.3 Idiopatické střevní záněty***

Do skupiny idiopatických nebo-li nespecifických (bez zjevné příčiny) střevních zánětů jsou řazena tato onemocnění: ulcerózní kolitida (UC), Crohnova nemoc (CN) a tzv. neurčitá kolitida (**31,57**). Obě onemocnění mají určité společné rysy, ale liší se rozsahem postižení trávicí trubice a hloubkou postižení střevní sliznice (**8**). UC napadá tlusté střevo, vždy však konečník. Přestože CN může napadnout kteroukoliv část trávicího traktu, postihuje nejčastěji konec tenkého střeva a tlusté střevo (**47**). Z výzkumu Gastroenterologického oddělení FN u sv. Anny v Brně vyplývá, že

idiopatické střevní záněty jsou diagnostikovány v kterémkoli období života člověka, vrchol nastává v období dospívání a mladšího dospělého věku a dále mezi 50-80 lety života člověka (12).

### ***Ulcerózní kolitida (idiopatická proktokolitida, colitis ulcerosa)***

UC je nespecifický hemoragickokatarální nebo ulcerózní zánět konečníku a přilehlé části popř. celého tračníku s nárazovým nebo chronicky exacerbujícím průběhem. Zřídka může být zánětem poškozena i konečná část tenkého střeva (terminální ileum) (47). Vředový rozpad postihuje sliznici tlustého střeva. V nejakutnější formě může zvědovatět celé tlusté střevo. Rozpadem sliznice se poruší ochranná střevní bariéra, střevní obsah může být resorbován do oběhu, dochází k sepsi (57,59).

**Etiologie** (příčina nemoci) je u UC, ale též u CN neznámá. Existují ale doklady o tom, že zánět je způsoben částicemi, které prostupují z nitra střeva do jeho stěny a přitahují pozornost imunitních buněk. Následně dochází ke vzniku místních změn, množí se lymfatická tkáň (zodpovědná za obranyschopnost) a stěna střeva je napadena probíhajícím autoimunitním procesem, tedy reakcí, která je nesprávně cílena na vlastní buňky. Jde o abnormálně zvýšenou reakci buněk střevní sliznice na běžné součásti potravy, bakterie a jiné antigeny (látky vyvolávající obranou reakci organismu). Za normálních okolností tyto reakce slouží k obraně organismu. Ale v případě, kdy jsou porušené, se mohou obrátit proti vlastnímu tělu (47).

Jsou čtyři okruhy faktorů.

*Imunologické* – dvousložková teorie (v první fázi poškození vlastním etiologickým mechanismem, v druhé fázi se uplatňují změny způsobené superponovanou infekcí a imunitními mechanismy).

*Genetické* – menší riziko rodinné zátěže než u Crohnovy nemoci (10 – 20 %).

*Infekční* – Escherichia coli, Shigella dysenteriae, Salmonella, Campylobacter jejuni, Yersinia enterocolitica, mykobakterie, viry.

*Vlivy zevního prostředí* – dietní faktory (alergie na potravu), u kuřáků je riziko 1,7 krát vyšší než u nekuřáků, zřetelný význam pracovního zařazení a sociální struktury (více u

lidí s dobrou nebo vyšší životní úrovní, vliv sedavého zaměstnání, psychický stres). Podle rozsahu chorobného procesu se klasifikuje na rektální tvar (20 %), levostranný tvar (33 %), totální tvar – pankolitida (46 %) – nejtěžší forma (**13,57**).

### **Patologie**

Nemoc vždy postihuje konečník a někdy přilehlou část tračníku. Na rozdíl od Crohnovy nemoci (CN) je postiženo jenom tlusté střevo. Někdy pozorujeme v důsledku refluxu druhotně zanícenou sliznici distálního ilea. Mikroskopicky je onemocnění sliznice s rozsáhlými vředy, submukózní difúzní zánět s výraznou hyperemií (překrvení), často s abscesy krypt (prohlubní, cestiček), časté zánětlivé polypy.

Ve vazbě na střevní postižení rozlišujeme dva základní syndromy:

- **rektální syndrom** – nutkavý pocit na stolici, přičemž pacient defekuje malé množství stolice nebo hlenu s krví (tenesmus alvi).
- **kolitický syndrom** – křečovitě bolesti břicha jsou doprovázeny vodnatými průjmy, což svědčí pro postižení orálnějšího úseku tračníku. Průjmy jsou sekrečního charakteru s příměsí krve a hlenu, dochází k významným ztrátám bílkovin, hlavně albuminu.

U těžších forem pozorujeme celkové známky způsobené toxikózou (nechutenství, slabost, anémie, hubnutí a projevy extraintestinální).

*Klinický obraz:* Většinou masivní život ohrožující krvácení, toxické megakolon (akutní dilatace tlustého střeva) – zánět postihuje i svalové vrstvy střeva, teplota > 38,6 °C, tachykardie, leukocytóza, anémie. Musí být alespoň jedna známka toxicity (dehydratace, mentální změny, hypotenze, změny elektrolytů). V této formě bez léčby nemocný umírá pod obrazem sepse (**56**). Dále může dojít k perforaci (proděravění) s následnou peritonitidou (zánět pobřišnice) – nutná okamžitá operace. Anorektální postižení (méně než u CN) – anální fisury, striktury, maligní zvrhnutí (kumulativní incidence po 20 letech 20 - 25 %, po 30 letech 30 – 40 %) (**13,31,57**).

Dochází k opakovaným akutním exacerbacím, které se střídají s obdobím remise, nebo dochází pouze k menšímu útlumu. Akutní exacerbace mohou trvat několik dní až

měsíců a mohou se opakovat za několik měsíců nebo let. Po mnoha zánětlivých příhodách může epitel vykazovat abnormální buněčné změny (dysplazie), které mohou vést ke vzniku adenokarcinomu. Mnoho pacientů trpí funkční inkontinencí, která jim narušuje společenský život. Někteří pacienti vůbec nechtějí opustit byt.

*Vyšetření:* Onemocnění se typicky objevuje u mladých dospělých osob přicházejících k lékaři s anamnézou několikátýdenní časté řídké stolice. Je třeba vyloučit parazitární infekce, takže se odeberou vzorky na mikrobiologické vyšetření. K posouzení rozsahu onemocnění a biopsii střeva se provádí baryové klyzma a endoskopické vyšetření (v akutní fázi se neprovádí – hrozí perforace střeva) (44,57). Je nebezpečné hlavně v pokročilém stádiu onemocnění (toxické megakolon). V tomto případě se provádějí prosté RTG snímky břicha, které ozřejmují dilataci střeva (56).

#### *Léčba:*

- konzervativní – úprava diety, medikamentózní terapie. Tato léčba se dělí podle rozsahu postižení střeva (lokálně čípky, klyzma nebo perorální medikace) a podle aktivity procesu (lehká, střední, silná, toxické megakolon – závažný stav).
- chirurgická – urgentní – v současnosti je metodou volby subtotální kolektomie s vyvedením terminálního ilea v podobě ileostomie. Rektum resp. rektosigma je možné vyvést v dolním pólu rány jako mukózní píštěl nebo slepě uzavřít podle Hartmana. Indikací je perforace tračnicku, krvácení, endotoxemický šok, toxické megakolon.
- plánovaná – doporučený postup je založen na totální proktokolektomii s ileostomií, nebo se zachováním sfinkterového aparátu konečníku. Indikací je selhání a komplikace konzervativní léčby, striktura - zúžení (vzácně), karcinom nebo prekancerózní změny.

**Incidence** (výskyt) v ČR je 3 – 5 / 1000 000 a **prevalence** (počet všech případů za kalendářní rok) je 10,2 – 40,2 / 1000 000. Hlavně ve vyspělých zemích v severní Evropě, Anglii a USA jsou více postiženy ženy 1,3 : 1. Nejvíce ve věkových kategoriích 15 – 30 a 50 – 70 roků (13,56,57).

### ***Crohnova nemoc (ileitis terminalis, enteritis regionalis)***

Tato nemoc získala své jméno podle B.B. Crohna, který v roce 1932 popsal. První popsané případy se ale zřejmě vyskytly již v 18.století (47). Jde o zánětlivé onemocnění nejasné etiologie, které se může objevit v kterékoli části zažívacího traktu počínaje jícnem a konečníkem konče, jak se shodují autoři (13,15,31,57). Méně častá je forma postihující pouze tračník či anorektum (56).

*Příznaky* mohou být podobné jako při ulcerózní kolitidě, především je-li postiženo tlusté střevo, a různí se podle závažnosti stavu. Průjem není tak závažný, krev se ve stolici objevuje méně často. Typičtější je bolest břicha, ubývání na hmotnosti a letargie (chorobná spavost, netečnost), někdy nevolnost a anorexie. Stejně jako u ulcerózní kolitis (UC) se může objevit artropatie (44,57). CN může být svými příznaky velmi podobná nejen UC, ale i syndromu dráždivého tračníku. Proto někdy bývá obtížné tyto nemoci od sebe odlišit a správně diagnostikovat (47).

*Komplikace:* Z důvodu uskřínutí může dojít k obstrukci střeva, která někdy spontánně vymizí, ale může být nutný i chirurgický výkon, obzvláště je-li uskřínutí recidivující. Při této nemoci se může zánět rozšířit na okolní struktury, jako je peritoneum a způsobit peritonitidu, která se může podobat akutní apendicitidě. Po perforacích může dojít k tvorbě lokalizovaných abscesů, např. pánevního abscesu. Rozšíření infekce může být příčinou srůstů. Mezi nemocným střevem a dalšími dutými orgány se mohou vytvořit píštěle: - žaludek – gastrokolická píštěl, kdy u pacienta dochází ke zvracení střevního obsahu; močové cesty – působí těžké infekce močových cest; děloha a pochva – pasáž stolice pochvou a dále jsou to pak perianální zánět a někdy recidivující perianální abscesy (1,15,31,44,45,57).

*Vyšetření:* U postižení tlustého střeva je vyšetření podobné jako při ulcerózní kolitidě. Je ovšem nutné provést baryové klizma a baryový nálev (podávání barya do duodena nazogastrickou sondou), aby se zjistil stupeň postižení tenkého střeva. Vyšetření ukáže typické zúžení střeva a ulcerace (44,57).

V *léčbě* se uplatní léky potlačující střevní flóru – sulfonamidy, při exacerbaci zánětlivých příznaků event. antibiotika. Další léčebnou možností je pentáza a kortikoidy. Nedojde-li ke zlepšení stavu pacienta, nebo jsou příznaky střevní

neprůchodnosti, nitrobřišního abscesu, píštělí, pak je nutná operace. Při ní je nutné dbát zásady, že je nutno odstraňovat co nejmenší část zažívacího traktu postiženého chorobou. Je totiž otázkou času, kdy se nemoc projeví v jiné lokalizaci. Pak se může pacientovy stát. že mu zbývá jen malá část střeva, a to se projeví poruchami výživy – syndrom krátkého střeva. Celkově je tedy možno říci, že jde o závažné onemocnění, které vážně narušuje pacientovi životní komfort. Může vést k opakovaným chirurgickým zákrokům a invalidizaci pacienta, jak se shodují autoři (15,31,57).

U této nemoci se z chirurgických výkonů provádí např. dočasná ileostomie, která je vhodná u akutních stavů, kde není možné provést jiný výkon. Z resekčních výkonů je to subtotální kolektomie s ileorektoanastomózou, ileostomie + proktokolektomie, abdominoperineální amputace + kolostomie. Recidiva CN je častá, je též vyšší riziko vzniku karcinomu. Chirurgická léčba je na rozdíl od UC pouze paliativní, je typický chronický průběh onemocnění. Při kombinaci konzervativní a chirurgické léčby však lze docílit uspokojivé kvality života (56).

**Incidence** je 1,7 – 2/100 000 a **prevalence** 18 – 22/100 000. Výskyt je nejvíce ve 2.- 4. dekádě věku, ale nevyjímajíce dětský věk nebo stáří, jak uvádí (44,57).

### **Mimostřevní příznaky**

Kromě trávicího traktu jsou u nespecifických zánětů často postiženy i další tkáně. Mimostřevní projevy nebo-li extraintestinální manifestace mohou jednou z prvních známek onemocnění. Podle vztahu k zánětu je lze rozdělit do dvou skupin. Na projevy, které aktivitou zánětu nejsou ovlivněny, a na ty, které se objevují v závislosti na střevním onemocnění, souběžně s aktivitou zánětlivého procesu. V důsledku podobnosti střevních buněk s buňkami jiných tělních orgánů mohou být sebezničujícím zánětem napadena kromě střev i jiná místa v těle. Na kůži se objevují nejrůznější formy vyrážek, zánět se objevuje i v tkáních oka. Stejně tak se lze setkat s afty v ústech. Poměrně závažným sdruženým onemocněním je zánět žlučových cest. Tyto příznaky se pochopitelně nevyskytují u všech pacientů. Závažné systémové projevy onemocnění jsou spíše méně časté. Nicméně možné jsou a je třeba o nich vědět i z toho důvodu, že někdy jsou vůbec prvním příznakem rozvíjející se ulcerózní kolitidy (47).

**Kloubní postižení** – CN i UC mohou mít kloubní projevy. V kloubech se tvoří zánětlivý výpotek. Napadeny jsou jak kolenní a kyčelní klouby, tak i obratle a drobné klouby.

**Postižení žlučových cest** patří mezi závažné komplikace. Vyskytuje se častěji při onemocnění UC a patří mezi ně záněty žlučodů označované jako primární sklerotizující cholangitida. Onemocnění jater a žlučových cest je prognosticky velmi závažné, vyžaduje pečlivou diagnostiku a léčbu.

**Postižení oka** – záněty rohovky a duhovky, ale i sítnice mohou vést až k těžkému postižení zraku. Bývá častější u CN.

**Afty** – vyskytují se často u pacientů s CN, mohou být jedním z prvních příznaků nemoci.

**Kožní vyrážky** – u některých pacientů s CN se vyskytuje lupénka. Na kůži bérců a předloktí mohou vznikat bolestivé, zarudlé vyvýšeniny (erythema nodosum), které se mohou stěhovat. Vzácněji se na kůži objevují během velmi krátké doby vředy (pyoderma gangrenosum), které po sobě zanechávají esteticky nepříjemné jizvy (8,47). U nemocných s nespecifickými střevními záněty častěji dochází k ucpávání cév (trombózy) s možností komplikace ve formě embolie do plicnice (8).

### ***Divertikulární choroba***

Divertikulární choroba je vrozené nebo získané oslabení stěny střevní, projevující se tvorbou výchlípek stěny tlustého střeva, lokalizovaných nejčastěji na colon descendens a colon sigmoideum (50,57). Ve věku 80 let se divertikly tlustého střeva nacházejí v 65%. Jde o tzv. civilizační chorobu, na etiologii se podílí životní styl a hlavně složení stravy (nedostatek vlákniny, převažující podíl živočišných bílkovin, nedostatek pohybu) (56). Jedná se o onemocnění, kdy v důsledku zvýšeného intraluminálního tlaku ve střevu se v místě průchodu drobných cév s nervem svalovou stěnou střeva propagují výchlípky sliznice. Jde o výchlípky nepravé (získané), na rozdíl od pravých (vrozené) tvořených celou stěnou. Těchto výchlípek může být na tlustém střevu až do desítky a stovky. Bývají velikosti hrachu. Přibývá jich s věkem pacientů a směrem aborálním. Ve výchlípkách se zahušťuje stolice. Mnohdy nečiní pacientovi

žádné obtíže, ale někdy se může jejich výskyt komplikovat různým způsobem. Může dojít ke krvácení z divertiklů, dále se stav může komplikovat zánětem, který může být omezen na jeden divertikl, nebo postihuje jejich větší množství, jak se shodují autoři (1,15,57,58).

Při výskytu divertiklů hovoříme o **divertikulóze**, při jejich zánětu pak o **divertikulitidě**. Zánětlivě změněný divertikl se může proděravět (perforace) (57,58), a v jeho okolí může vzniknout absces, jindy může dojít až k difúznímu zánětu pobřišnice (peritonitis). V důsledku opakovaných zánětů se může střevo i zúžit, a to vede k poruchám pasáže střevní.

*Klinický obraz:* Divertikulitida se projevuje celkovými projevy zánětu (zvýšená teplota, sedimentace, zvýšené množství leukocytů v krvi), místně bývá bolestivost v levém podbřišku (oblast esovité kličky), kde je výskyt divertiklů nejčastější.

*Léčba:* V akutní fázi je konzervativní, která spočívá v úpravě diety, podávání antibiotik, klid na lůžku. Po zklidnění následuje vyšetření. Tato choroba se nejlépe prokazuje irrigografickým vyšetřením než koloskopií. Při známkách zánětu pobřišnice je nutná operace, která často končí střevním vývodem (1,15,57). Asi 25% nemocných s akutní divertikulitidou se podrobí chirurgické léčbě. Recidivy po konzervativní léčbě přicházejí téměř ve třetině případů, po chirurgické léčbě nebývají (56).

#### ***1.6.4 Nádory tlustého střeva***

Jde hlavně o primární střevní nádory, a to zejména epiteliální. Z nezhoubných přichází v úvahu adenomy, ze zhoubných karcinomy.

#### ***Nezhoubné (benigní) střevní nádory***

Klinicky se označují jako **polypy**. Polypy jsou lokalizované útvary prominující ze stěny do lumina střeva. Ve střevu jsou běžné a nejčastěji jde o benigní nádory, ale mají možnost maligního zvratu (15,44,56,57).

Polypy se dělí do tří skupin:

- zánětlivé (pseudopolypy) – při proktokolitidě, Crohnově nemoci;



- hamartomy – juvenilní polypy;
- novotvary – adenomy, leiomyomy, hemangiomy, lipomy, neurofibromy.

Nejdůležitější a nejčastější jsou v tračníku adenomy, jejich výskyt je uváděn v širokém rozmezí 9-60 % (**1,13,56,57**). Adenomy jsou prekancerózy, většina karcinomů pochází z adenomů, přičemž čím větší adenom, tím je větší riziko zvratu v karcinom (**56**). Dokud se nepotvrdí, že jsou benigní, musí se léčit jako karcinom. Polypy jsou často asymptomatické a zjistí se při rutinním vyšetření. Prvním příznakem je obvykle rektální krvácení nebo anemie.

Diagnóza a léčba: - v diagnostice polypů tračníku je nejlepší metodou kolonoskopie. Její význam pak zvyšuje možnost endoskopického odstranění polypu endoskopická polypektomie) (**56**). Polypy lze odstranit pomocí diatermie (prohřívání), což je možno provést ambulantně. Vždy se provádí histologické vyšetření. Pokud výsledek prokáže malignitu a polyp nebyl zcela odstraněn, je nutná resekce. Pacienta je nutno sledovat endoskopicky asi ve dvouletých intervalech, protože je zde velké riziko recidivy (**44,57**).

**Familiární polypóza** – v některých rodinách se dědičně vyskytuje stav, kdy zhruba u 50 % dětí v období dospívání se začnou objevovat polypy v tlustém střevu. Jejich množství může být obrovské, někdy pokrývají celou plochu střeva. Nebezpečí zde tkví v tom, že v mladém věku prakticky vždy dojde k malignímu (zhoubnému) zvratu. Jediným vhodným opatřením je všechny děti zavčas koloskopicky vyšetřit a v případě přítomnosti polypózy zavčas odstranit celé tlusté střevo včetně konečníku. Maligní nádory se chovají v tomto případě obzvláště nepříznivě (**15,57**). Všichni nemocní jsou pak dále dispenzarizováni a koloskopicky sledováni (**56**).

### ***Zhoubné (maligní) nádory střeva***

Nádorové onemocnění tlustého střeva a konečníku nebo-li kolorektální karcinom je celosvětově třetím nejčastějším nádorovým onemocněním, v Evropské unii je to druhý nejčastější typ rakoviny, na který se umírá. Česká republika si bohužel již od počátku devadesátých let udržuje smutné celosvětové prvenství, co se týče četnosti

výskytu tohoto nádoru. Jde o onemocnění, které je typické pro vyspělé země. Na jeho výskytu se podílejí nejen změněné stravovací návyky, ale i pohodlný životní styl a nedostatek pohybu (47). Tvoří asi 10 % všech orgánových rakovin. Nejčastěji postihuje lidi nad 50 let, ale i v mladém věku, zcela vzácně děti. U mužů je častěji než u žen (1,57).

**Kolorektální karcinom (KRK)** – tak se označují maligní onemocnění vznikající maligní transformací cylindrického epitelu tlustého střeva ( vzestupný, příčný, sestupný tračník, esovitá klička) a rekta. KRK obvykle vzniká z polypů, na které je nutno myslet jako na prekancerózu, jak uvádí (50,57). Tento karcinom je u nás po rakovině plic u mužů a po nádorech prsní žlázy u žen druhým nejčastěji se vyskytujícím nádorovým onemocněním. Každý rok je v ČR diagnostikováno 3000 nových případů nádorového onemocnění tlustého střeva a 2600 případů onemocnění konečníku (47). KRK představuje asi 10 % všech zhoubných nádorů a jeho incidence jeví vzestupný trend. Při včasném záchytu je kurabilní a 5letý interval přežití se zvýšil na 50 % (53).

*Etiologie* – není zatím zcela objasněna. Onemocnění nemá jedinou příčinu, ale je způsobeno vzájemně se ovlivňujícím působením dědičných předpokladů i vnějších faktorů (47). Spolupodílí se jistě složka **dědičná**. Jsou rodiny, ve kterých je vyšší výskyt nádorů zhoubných na tlustém střevu v nižším věku, a to bez přítomnosti polypů. Jedná se o tzv. Lynchův syndrom nebo-li hereditární nepolypózní kolorektální karcinom (5 % KRK) a dále vzácné vrozené syndromy FAP (1 % KRK). Výskyt KRK v příbuzenstvu (20% KRK) a pak sporadicky vyskytující se nádory, které bývají nejčastější (80 % KRK). Stádium polypů předchází zhruba v 80 % případů rozvoji KRK (47). Většina nádorů vzniká maligní přeměnou adenomu. Předpokládá se částečná porucha v genetickém vybavení. Na vzniku KRK se dále podílí **zevní vlivy**. Patří sem především stravovací návyky. Vyšší konzumace živočišných tuků a bílkovin, masných výrobků, zejména uzenin, červeného masa, dále nízký obsah vlákniny ve stravě, nadváha, kouření, snížený obsah bílkovin, vede k vyššímu výskytu zhoubného nádoru na tlustém střevu, jak uvádí (13,15,47,57). Ačkoliv ve světě postihuje KRK častěji ženy, v ČR jsou jednoznačně na prvním místě muži. Předpokládá se, že tento stav je zaviněn vysokou konzumací piva, která riziko rakoviny tlustého střeva a konečníku výrazně zvyšuje (47).

Dále změna složení střevní flóry, nedostatek selenu a kyseliny listové v potravě. **Prekancerózní stavy**, mezi něž patří ulcerózní kolitida, u které je riziko maligního zvratu 15-20 % po 25 letech trvání onemocnění. Dále Crohnova nemoc, stav po léčbě KRK, kdy může přetrvávat vyšší proliferační aktivita v buňkách sliznice střeva, stav po kolektomii s ileorektální anastomózou pro FAP, nebo ulcerózní kolitidu, kdy je riziko vzniku karcinomu v pahýlu rekta (**13,57**). U pacientů s nespecifickými střevními záněty se KRK vyskytuje výrazně častěji než u běžné populace (**47**).

Vyšší výskyt zhoubných nádorů je také u lidí, kteří jsou po odstranění žlučníku a červovitého přívěsku slepého střeva, jak uvádí (**15,57**).

*Klinický obraz:* Symptomatologie kolorektálního karcinomu je velmi nespecifická, téměř 5 let se karcinom při svém růstu nemusí vůbec projevit. Dalšími příznaky, které nás nutí k dalšímu vyšetření, jsou krvácení při stolici, poruchy pasáže ve smyslu nepravdivosti stolice, zácpy nebo střídání s průjmem, nechutenství, nevolnost, slabost, hubnutí, anorexie, někteří pacienti se dostávají s obstrukcí střeva. Klinický obraz však může být různorodý, neboť záleží na **lokalizaci nádoru**. Nádor lokalizovaný v oblasti slepého střeva, vzestupného tračníku, bývá často dlouho klinicky němý. Může dosáhnout velkých rozměrů, šíří se v podélné ose střeva. Střevo je zde široké, stolice ještě řídká, proto je dlouho zajištěna průchodnost střeva. Někdy si může pacient sám nádor vyhmátat, nebo je nahmatán lékařem. Tyto typy nádorů se často projevují pouhou anemizací. Při chudokrevnosti je třeba vždy myslet na nádor v **pravé polovině** tlustého střeva. Při tom krvácení do stolice není většinou masivní, jde jen o malou, ale dlouhotrvající příměs, která se může odhalit vyšetřením stolice na okultní (skryté) krvácení, jak se shodují autoři (**1,13,15,40,50,57**). KRK se zde vyskytuje asi ve 20 %.

Nádory lokalizované na **levé polovině** tlustého střeva mají klinickou symptomatologii jinou. Šíří se cirkulárně, střevo je zde již užší, stolice zahuštěna. Projevují se tedy spíše poruchami střevní průchodnosti. Jde o stavy nadýmání, stav se může vyhroutit až do střevní neprůchodnosti. Může být i silnější krvácení do stolice, které se projeví příměsí krve do stolice višňové barvy. Nezřídka dochází ke střídání zácpy s průjmem. Zpočátku bývá stolice častější než byla doposud, což je následkem dráždění střeva nádorem, který působí jako cizí těleso. Stolice stagnující nad nádorem

se rozkládá účinkem bakteriální flóry, stává se tekutou a odchází jako průjem. Pak se celý pochod opakuje. Jindy je příčinou nepravidelných stolic sám nemocný, který při stupňující se zácpě bere projímadla a jimi vyvolá průjem. Každá změna ve vyprazdňování stolice, zvláště u osob kolem 50 let, je podezřelá z nádoru (**1,15,57**).

Nádory lokalizované do nejnižších partií střeva – **konečníku** ( do 15 cm od anokutánního přechodu mluvíme o nádorech rekta), rektosigmoidea (55 % KRK). Jsou charakterizovány přítomností červené krve ve stolici a dochází k poruchám vyprazdňování. Pacienti udávají pocit neúplného vyprázdnění spojený s častým nucením na stolici, později časté stolice (nepravý průjem) s krví a hlenem až tenesmy (bolestivé nutkání na stolici, aniž dojde k vyprázdnění). Zácpa je příznakem obvykle pozdním, u pokročilého cirkulárního stenózujícího karcinomu. Bolesti jsou u nádoru ampuly obvykle pozdní, při prorůstání do sakrální nervové pleteně nebo do křížové kosti, anebo do prostaty a močového měchýře. Ke všem těmto obtížím může navíc přistoupit syndrom malých příznaků (únavnost, nevykonnost, slabost, anemizace), nebo se mohou objevit příznaky přítomnosti metastáz, a to zejména jaterních ( bolesti v nadbřišku, žloutenka atd.) jak se shodují autoři (**1,15,57,66**).

### ***1.6.5 Diagnostika nádorů***

Na tlustém střevě se opírá o vyšetření rektoskopické, irrigografické, v poslední době zejména koloskopické s náběrem tkáně k histologickému vyšetření. Metastázy jaterní nebo uzlinové lze odhalit echografickým vyšetřením nebo CT vyšetřením, které je též indikováno k posouzení rozsahu nádorového postižení a event. operability při rakovině rekta (**56**). Přítomnost zhoubného nádoru je provázena i zvýšenou hladinou jistých látek v krvi, které lze kvantitativně stanovovat. U nádorů konečníku se provádí i vyšetření per rektum, které určí vzdálenost nádoru od řitního otvoru, rozsah postižení obvodu střeva, pohyblivost. Asi polovina nádorů tlustého střeva je dosažitelná prstem! Toto vyšetření je součástí povinných onkologických a preventivních prohlídek (**1,10,13,38,44,57**).

### ***1.6.6 Prevence nádorů***

Primární prevence KRK je celospolečenským úkolem, zahrnuje opatření pro zlepšení kvality životního prostředí. Základem je úprava výživy, zvýšená konzumace vlákniny, snížení spotřeby živočišných tuků (47,56). Primární, která by vedla k zábraně vzniku nádoru, většinou není možná (pouze u polypóz, přítomnosti vilózního adenomu, u familiární polypózy je možno zavčas zakročit, než zhoubný nádor vznikne). Většinou je nutno se spokojit s prevencí sekundární formou depistáží, spočívající ve včasném objevení nádoru. Proto pacienty s výše uvedenými příznaky je třeba zavčas správným způsobem vyšetřit a nádor odhalit. Přitom je samozřejmé, že čím dříve se nádor zjistí, tím je větší pravděpodobnost definitivního vyléčení. Prognóza je relativně příznivá, jedna z nejpříznivějších v oblasti břišní chirurgie. Téměř 50 % pacientů má naději na přežití pěti let. Šíření nádorů se děje krevní cestou, kdy jsou zakládány metastázy jaterní, mízní cestou metastázy uzlinové. Je možné i šíření do plic, mozku, ženských pohlavních orgánů, prorůstáním do okolních orgánů atd. (1,13,15,57).

### ***1.6.7 Léčba***

Zásadní význam má léčba chirurgická, bez ní se nemůže pacient vyléčit. Jsou však účinné možnosti léčby chemoterapií a v oblasti konečníku je možno též aplikovat ozáření. Léčba probíhá ve spolupráci chirurga a onkologa (15,57).

**Chirurgická léčba** se provádí u 70 – 90 % pacientů s kolorektálním karcinomem. Resekčním výkonem odstraňujeme postižené střevo s tumorem ve zdravé tkáni, s mezokolem se spádovými uzlinami. Neodkladné výkony při perforaci, ileu, masivním krvácení (20 % pacientů s KRK, mortalita 20 – 25 %). Pokud je postižená tumorem pravá část tračnicku, provádí se pravostranná hemikolektomie nebo ileotransverzoanastomóza (end to end, end to side, side to side). Pokud je tumor na levém tračnicku a způsobí zde ileus je více možností řešení. Z jednodušších výkonů je to resekce střeva s primární anastomózou se zajišťovací stomií nad anastomózou, a zde je vhodná peroperační ortográdní laváž tlustého střeva přes cékum. Při enormní dilataci

celého tlustého střeva se provádí subtotální kolektomie a u výrazně rizikových pacientů kolostomie. S vícedobých výkonů je to resekce střeva bez primárního obnovení kontinuity (Hartmanova operace), s obnovením kontinuity střeva ve druhé době (Mikuliczova operace). Elektivní výkony (70 – 80 % pacientů, mortalita 5 %), pokud je karcinom céka a vzestupného tračnicku, apendixu, provádí se pravostranná hemikolektomie s ileo-transverzoanastomózou, karcinom (CA) hepatální flexury se řeší pravostrannou hemikolektomií, CA příčného tračnicku segmentální resekci transversa s anastomózou end to end (**1,13,57,66**). Takto, pokud je to možné, se resekuje a napojuje i zbytek poškozeného střeva. Názvy jednotlivých výkonů se nazývají podle místa, kde se provádí. U karcinomu rekta (konečnicku) se provádí nízká resekce pomocí stapleru a anastomóza end to end, a to tehdy je-li karcinom v oblasti rektosigmatu (10 cm a více od konečnicku) lze ještě resekovat, protože se resekuje 5 cm ve zdravé tkáni. Tam, kde je karcinom uložen blízko řitního kanálu nebo v něm, je nezbytné provést odstranění celého konečnicku (abdominoperineální amputace rekta).

A to podle:

a) Milese, kdy v první fázi se celý karcinom zresekuje a z horního pahýlu se provede terminální kolostomie a v druhé fázi se nemocný uvede do gynekologické polohy a provede se amputace celého konečnicku. Poté se zavede drén a rána se zašije.

b) Hartmana, kdy první fáze je stejná jako u Milese, ale v druhé fázi se konečník neamputuje, pouze se slepě uzavře a po nějaké době se může kolostomie zrušit a střevo opět napojit na konečník (**1,13,57**). Většinou se provádí u obstrukčních náhlých příhod břišních na podkladě tumoru rekta či rektosigmatu, kdy často není možné provést primárně anastomózu (**56**).

Především v kolorektální chirurgii je velký význam připisován **staplerům**. Cirkulární staplery spolu s rotikulátory totiž umožňují chirurgovi provést bezpečnou anastomózu se zachováním řitních svěračů velmi nízkou. Díky tomu je možno redukovat počet pacientů s karcinomem rekta, kteří by jinak podstoupili abdominoperineální amputaci rekta a byli tak doživotně odkázáni na ošetřování kolostomie. Použití staplerové techniky je rychlejší, bezpečnější, je spojeno s nižším výskytem lokálních

recidiv karcinomu a umožňují chirurgovi provést anastomózu i v málo přístupných oblastech. Přesto i použití staplerů v sobě nese možnost výskytu komplikací, které je možné eliminovat na minimum dobrou znalostí samotného nástroje a správné techniky jeho použití. Naopak v místech, kde lze předpokládat snadné provedení anastomózy, je vhodnější použít ruční sutury (35,56,57).

**Radioterapie** předoperační, pooperační, která ovlivňuje zbytkovou nádorovou chorobu v pánvi, snižuje riziko lokálních recidiv a paliativní u inoperabilních nádorů k udržení průchodnosti rekta.

**Chemoterapie** má velmi omezenou úspěšnost, ale může se využít především jako pokus o potlačení bolestivých metastáz v játrech, kam obvykle KRK metastazuje.

Pokud nelze provést radikální resekční operace, je nezbytné pro obnovení funkce střeva indikovat paliativní výkon, kdy se provádějí spojky střeva nad nádorem a pod ním, nebo u nádoru konečníku vývod střeva.

**Dispenzární péče.** O pacienty radikálně odoperované je nutno se dále starat. Jsou zváni na pravidelné kontroly, které spočívají ve vyšetření koloskopickém nebo irrigografickém, vyšetření echografickém a odebrání krve ke stanovení hodnoty karcinomebryonálního antigenu. Kontroly mají být prováděny do pěti let od operace, zprvu častěji, pak je možno frekvenci kontrol snížit. Při kontrole je možno odhalit polypy, vznik nového nádoru, recidivu nádoru původního, vývoj metastáz. Je možno znovu léčebně zasáhnout operativně, nebo chemoterapií.

V ČR byla připravena a v roce 2005 publikována nová verze dispenzarizace vysokorizikových skupin KRK. Tato verze přihlíží k změnám, které nastaly od prvního českého doporučení z roku 1999 a k doporučení Americké gastroenterologické asociace z roku 2003. Bylo by vhodné, aby česká verze z roku 2005 byla upravena s přihlédnutím k novým americkým doporučením a aby bylo zahájeno její projednávání způsobem obvyklým pro diagnostické a terapeutické směrnice, tj. multidisciplinárně a s výsledným konsenzem všech zúčastněných odborností (7).

Nádory tlustého střeva jsou relativně časté. U mužů následují hned za karcinomem prostaty a plic. U žen po nádorech prsů a gynekologických. Výskyt nádorů na tlustém

střevu roste, jak se shodují autoři **(1,13,15,50,57,66)**. Uvádí se, že KRK způsobuje každý rok 14 000 úmrtí a 90 % úmrtí je u osob starších 55 let **(44,57)**.

**Biologická terapie nádorů.** V nedávné době zaznamenala velký úspěch a v oblasti gastrointestinálního traktu jde především o terapii kolorektálního karcinomu. Z klinického hlediska patří mezi nejvýznamnější typ biologické terapie KRK použití protilátek proti receptoru pro epidermální růstový faktor (EGFR). Tato terapie je však účinná pouze u části pacientů a úkolem moderní diagnostiky je určit pacienty, u kterých lze očekávat pozitivní terapeutickou odpověď. Prediktivní diagnostika je prováděna v Biopstické laboratoři v Plzni. Současné doporučení pro země Evropské unie vyžadují rutinní vyšetření mutací genu KRAS u KRK ve II.a III.stádiu, provedené bezprostředně po primární morfologické diagnóze **(7)**.

### ***1.7 Stomické pomůcky***

Na trhu je několik firem např. ConvaTec, Coloplast, Dansac, B-Braun, které vyrábějí pro stomiky velké množství různých sběrných sáčků a široký sortiment doplňků, které uspokojí individuální potřeby stomiků. Požadavky na moderní stomické systémy jsou jímání moči, stolici a sekret, tvarová a velikostní variabilita, flexibilita, eliminace zápachu, chránit kůži okolo stomie, hypoalergenní materiál, snadná manipulace, neomezovat pacienta v pohybu, diskrétnost a dostupnost **(39)**. Například firma ConvaTec vyrábí své pomůcky od roku 1987 a jsou celosvětově používané. Své pomůcky (stomické sáčky) dělí podle způsobu nasazení do tří systémů: - systém nové adhezní technologie, jednodílný systém, dvoudílný systém.

Pomůcky nové adhezní technologie se skládají z podložky s průhlednou plochou a sáčku s lepící vrstvou. Podložka zůstává na těle několik dní – odborníky doporučená doba je asi tři dny. Po této době nebo po vyčerpání přilnavosti podložky, vymění uživatel stomických pomůcek podložku za novou. Sáčky lze vyměňovat libovolně často s ohledem na předepsané limity hrazení zdravotními pojišťovnami.

Dvoudílný systém se skládá ze dvou částí – podložky a sáčku – navzájem spojitelných přírubovým kroužkem.



U jednodílného systému je přilnavá podložka již součástí sáčku. Při výměně pomůcky se vždy odstraní celý sáček a nalepí se nový (40).

Dále firmy nabízejí široký sortiment ochranných a čistících prostředků, jako jsou čistící pěny, roztoky, mléka, pohlcovače pachů, gely v tabletách pro zahuštění řídkého obsahu sáčku, krémy, pudry a mnoho jiných (39).

### ***1.7.1 Nárok na stomické pomůcky***

Pro stomika je důležité vědět, na kolik pomůcek má nárok, na jaké období lze pomůcky najednou předepsat, kdo může pomůcky předepsat a zda jsou plně hrazené (37). Pomůcky může předepsat praktický lékař, urolog, chirurg, internista nebo onkolog, a to na „Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku“. Jak uvádí (46). Zejména praktičtí lékaři často nemají úplný přehled o stomických pomůckách. Je výhodné pokud pacient získá informace z katalogů, na informačních linkách, v poradnách stomasester, proktologických poradnách nebo v klubech stomiků. Poukaz lze předepsat maximálně na dobu 3 měsíců a je možné na něj předepsat rovněž tzv. doplňkový sortiment. Pomůcky však nelze předepisovat zpětně. Na daný měsíc lze pomůcky předepisovat nejpozději poslední den v měsíci (37). Naprostá většina stomických pomůcek všech firem na našem trhu je plně hrazena zdravotními pojišťovnami a to dle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů (72), který říká v § 11, odstavec 1 e), že pojištěnec má právo na výdej léčivých přípravků bez přímé úhrady, jde-li o léčivé přípravky hrazené ze zdravotního pojištění a předepsané v souladu s tímto zákonem, dále § 13 odstavec 2 f), že hrazená péče zahrnuje poskytování léčivých přípravků, prostředků zdravotnické techniky a stomatologických výrobků (32). Druh a počet pomůcek, jejich limit upravuje dále příloha č. 3 „Seznam prostředků zdravotnické techniky“ (příloha3) výše uvedeného zákona. Pokud je stanovený limit spotřeby pomůcek nedostačující (průjmová onemocnění, poškozená pokožka apod.), může být tento limit navýšen. Toto navýšení musí však schválit revizní lékař.

## ***1.8 Volný čas stomika***

Volný čas je čas, s kterým člověk může nakládat podle svého uvážení a na základě svých zájmů. Volný čas je doba, která zůstane z 24 hodin běžného dne po odečtení času věnovaného práci, péče o rodinu a domácnost, péči o vlastní fyzické potřeby (včetně spánku) **(42)**.

V ČR žije na sedm tisíc stomiků, a přestože se jejich situace v posledních letech změnila k lepšímu, o jejich problémech se na veřejnosti stále téměř nehovoří. Ve srovnání se zahraničím je do konce i na internetu málo informačních zdrojů. Proto jsou také tolik ceněna setkání připravovaná firmou ConvaTec po celé republice. Hosté se zde nejen dozvědí o novinkách v oboru, ale mohou si vyzkoušet vzorky pomůcek či si pohovořit s těmi, kteří se zdravotním postižením žijí řadu let, mají užitečné rady a znají „fígle“, jak zvládat problémy **(16)**.

Založení stomie patří mezi pacienty nesporně k nejobávanějším chirurgickým výkonům. Výrazným způsobem zasahuje do všech oblastí života člověka – do osobní, rodinné, manželské a partnerské, pracovní a společenské. Podle vyjádření pacientů stomie degraduje člověka v očích okolí a výrazně snižuje kvalitu života. Stomie často nutí postižené zamýšlet se nad budoucností, přehodnocovat svůj život a měnit svůj hodnotový systém **(33)**. Ve společenském podvědomí znamená stomie něco odpudivého, nečistého, zapáchajícího. Pacienti informaci o nutnosti stomie nesou těžce, pláčejí, jsou lítostiví nebo zádumčiví, někdy reagují i agresivně. Přistupuje navíc strach ze samotného onkologického onemocnění a obava z blížícího se konce života. Snad jen nemocní s nenádorovými diagnózami jako CN nebo UC snášejí stomii poněkud lépe, protože je obvykle zbavuje úporných průjmů a bolestí a zlepšuje kvalitu jejich života. Příznivěji jsou nemocnými vnímány také stomie dočasné s příslibem obnovení přirozené střevní pasáže v dohledné době. V období po operaci, kdy je pacient již v domácím ošetřování, na novou skutečnost si již zvyká, vyrovnává se s realitou, pozorně vyhodnocuje informace a sám dělá praktické pokroky v sebeobsluze stomie, je nejvíce otázek směřováno k velmi konkrétním aspektům péče o stomii a k možnostem

ovlivnění funkce stomie režimem stravy nebo dietou. Zájem nemocných se soustřeďuje na vyjasnění svých možností v dosavadní práci, sportu a rekreaci, způsoby omezení nepříjemných důsledků stomie při kontaktu s okolím. Nemocní se často snaží získat informace o tom, jaké byly zkušenosti ostatních stomických pacientů, komu mohli o stomii říci, jak se znovu začlenili do společnosti, obvykle nepřímo se snaží získat také zkušenosti o problémech se stomií v intimním životě (33).

Stomie sama o sobě nebrání zařazení do pracovního procesu či mimopracovním aktivitám. Stomici mohou sportovat, koupat se ve veřejných koupalištích, společensky žít. Pokud byl člověk zvyklý jezdit na kole, chodit na turistiku, plavat a posilovat, měl by se k těmto starým návykům vrátit a přijde na to, že to vlastně dokáže stejně jako před tím a hlavně se vrací ztracené sebevědomí, energie, psychická pohoda a radost. Sexuální život závisí na partnerském zázemí. Častější jsou obavy a zábrany ze strany stomika samotného, než ze strany partnera. A také platí, že když byl intimní život problémem i před operací, po ní se určitě nevylepší a stomie nemá s tím nic společného (48).

Problémem je psychika člověka a informovanost pacienta i okolí o možnostech, kde lze hledat pomoc a s tímto problémem žít. Záleží na každém stomikovi a také na jeho okolí, jak rychle se mu podaří vrátit k relativně kvalitnímu životu. Zvládnutí života se stomií je psychicky velmi náročné. Cesta k akceptaci stomie bývá různě dlouhá. Některým pacientům to trvá až několik let a jsou i tací, kteří se s touto skutečností nikdy nesmířili. Většina lidí ví o životě jen velmi málo nebo spíš vůbec nic. Většina stomiků nemá dostatek informací o řešení běžných situací v každodenním životě (stravování, pitný režim, cestování, sport, sexuální problémy apod.). Mnozí by potřebovali pomoc specializovaného psychologa. Významnou roli zde mohou sehrát kluby stomiků (27).

### ***1.9 Psychologická problematika nemocného***

Průběh nemoci je často silně ovlivněn psychickým stavem nemocného, jeho náladou, obavami a nadějí, znalostmi a neznalostmi průběhu choroby, jeho osobnostními charakteristikami, působením rodiny, pracoviště apod. Každý člověk prožívá nemoc odlišně podle individuálních rysů své osobnosti i podle sociální situace, ve které se právě nachází (30).

## **Postoj k nemoci**

Nemoc znamená pro člověka radikální, byť dočasnou změnu sociální situace a prostředí, v němž se odehrává každodenní život. Nemoc zbavuje člověka řady povinností – nemocný bývá práce neschopným, je zbaven různých domácích povinností. Na tento stav reagují nemocní různě. U toho, kdo je pracovně velmi aktivní a má určité společenské uplatnění, se mohou projevit bezdůvodné pocity méněcennosti nebo depresivní nálada. Jiní mohou nemoc prožívat jako příjemnou výhodu a snaží se buď vědomě, nebo nevědomě tuto situaci prodloužit. Reakce nemocného na nemoc a jeho postoj k nemoci mohou být velmi rozdílné, individuálně odlišné. Jde o způsob vyrovnávání se s náročnou životní situací tak, jak si jej v předchozím období v průběhu života osvojil (69).

## **Omezení životních potřeb**

Život člověka můžeme charakterizovat neustálým uspokojováním různých potřeb. Potřeba je vlastnost organismu, která pobízí k vyhledávání určité podmínky nezbytné k životu. Potřeby jsou výsledkem interakce mezi organismem a prostředím. Primární potřeby jsou nezbytné pro lidskou existenci, sekundární se vyvíjejí na podkladě primárních, jsou velmi individuální a činí život bohatším a příjemnějším. Potřeby nemocného člověka můžeme rozdělit na :

- potřeby, které se nemocí nemění
- potřeby, které se nemocí modifikovaly
- potřeby, které s nemocí vznikly.

Potřeby, které se nemocí nemění, jsou stejné jako u zdravého člověka. Patří sem zejména potřeba vzduchu, spánku, odpočinku, výživy, vyprazdňování se, pocit pohodlí a bezpečí. V nemoci však může být jejich potřeba pocíťována intenzivněji a nebo může dojít k posunu v důležitosti (30,51,69).

Potřeby, které se nemocí modifikovaly, tvoří nejsložitější skupinu. Jsou velmi individuální a variabilní. Jsou ovlivněny onemocněním samotným, jeho druhem, závažností a fází. Pozornost je třeba věnovat modifikovaným potřebám sociálním. Ty se

v nemoci nejdříve redukuje a postupně se vrací. Vedle redukce se může projevit i deformace dřívějších potřeb, neboť ne všichni klienti se vrací do původního stavu jako před nemocí. Potřeba aktivity se v době nemoci soustředí na boj s nemocí. Pacient nechce být jen pasivním objektem, ale chce na svém uzdravení aktivně spolupracovat. Pozitivní výsledky stimulují nemocného, pomáhají mu překonávat bolest, strach, úzkost. Fyzická aktivizace umožňuje nemocnému navazovat a zkvalitňovat sociální kontakty s okolím, odvádí jeho pozornost od potíží a podporuje jeho snahu o soběstačnost (30).

Potřeby, které nemocí vznikly, závisí na řadě okolností. Na osobnosti pacienta, charakteru, stupni závažnosti a průběhu nemoci, informovanosti o nemoci, předchozí zkušenosti, vztahu a chování okolí. Naléhavá je potřeba navrácení zdraví, tlumení nebo zbavení se bolesti, potřeba udržení a obnovení funkcí nebo přípravu na nové sociální funkce. Jejich důležitost pramení z priorit klienta. Nemocný bývá často omezen v řadě činností, na kterých má zájem: omezení styku s přáteli, nesmí cestovat, nesmí vycházet z bytu, jíst svá oblíbená jídla, kouřit, při infekčních chorobách je izolován úplně apod.

### **Změny v prožívání a chování**

Každé onemocnění působí na člověka nepříznivě a ovlivňuje jeho chování a reakce, emoční projevy a případně i některé rysy osobnosti. Člověk bývá náladový, mrzutý, plačtivý, projevují se poruchy spánku, neklid. U chronicky nemocných můžeme pozorovat určité odchylky chování, které se týkají jejich vnitřního prožívání této chronickou nemocí změněné situace i jejich sociálního života, vztahu a jednání s druhými lidmi. Změny v prožívání během nemoci jsou závislé na bio-psycho-sociálních faktorech, které nemoc ovlivňují. To, jak náročnou životní situaci lidé prožívají a jak se s ní vyrovnávají, záleží na množství informací, které mají – co vědí o nemoci, její léčbě a prognóze. U pacienta je prožívání nemoci závislé také na jeho sociální zakotvenosti zvláště v rodině, která může, ale také nemusí vytvářet bezpečné zázemí a podporu. Vážné onemocnění znamená mnohdy pro pacienta i jeho nejbližší, výzvu k vyrovnání se s jeho důsledky a omezujícím způsobem života. Chronické, těžké

a nevyléčitelné onemocnění, obdobně jako umírání, představuje pro člověka velkou zátěž a zkoušku osobnosti (63).

### **Méněcennost**

Nemocný člověk může mít aktuálně i potencionálně sníženou schopnost vykonávat každodenní činnosti. Dlouhodobé problémy mohou postupně vyústit v pocity méněcennosti. Méněcennost vyplývá z toho, jak člověk srovnává svůj stav, příznaky své nemoci a své životní vyhlídky se situací, která byla před onemocněním nebo před poruchou. Tyto pocity většinou nevyplývají přímo z defektu, ale z postoje k defektu a jsou výsledkem sebehodnocení.

Postoje mohou být:

- přiměřené – vycházejí například i z vážného, vleklého, nápadného nebo neestetického postižení, kdy se člověk snaží s tímto problémem vyrovnat
- nepřiměřené – neadekvátní až patologické reakce na nepatrné změny zdravotního stavu, které mohou vést k depresím a úniku do samoty.

Bezmocnost, a to i přechodná, vede snadno k pocitu zahanbení a k pocitu méněcennosti. U nemocného můžeme najednou najít i pohrdání sebe samým, které se vnucuje, i když ví, že k tomu nemá důvod, jak se shodují (30,67,69).

### **1.10 Sociální problémy**

U mladších stomiků je nutno řešit sociální otázky. Návrat k původnímu zaměstnání často nemusí být možný. Nezbyvá než odchod do invalidního důchodu, na který má nemocný nárok po roce pracovní neschopnosti. Po čase však stomik o plný invalidní důchod mnohdy přichází a zůstává mu jen částečný, na který má nárok. Velké problémy mají stomici se získáním průkazu ZTP. Stomie není přímo uvedena jako postižení odůvodňující poskytování mimořádných výhod. Mnohým stomikům by však průkazy ZTP mohly pomoci zejména při cestování či používání WC (27).

Plně invalidní je člověk dle zákona č. 155/1995 Sb, o důchodovém pojištění (73), kde § 39 říká: 1) Pojištěnec je plně invalidní, jestliže z důvodu dlouhodobě

nepříznivého zdravotního stavu a) poklesla jeho schopnost soustavné výdělečné činnosti nejméně o 66 %, nebo b) je schopen pro zdravotní postižení soustavné výdělečné činnosti jen za zcela mimořádných podmínek. Kdy je člověk částečně invalidní je upraveno v tomto zákoně § 44 odstavec 1) Pojištěnec je částečně invalidní, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu poklesla jeho schopnost soustavné výdělečné činnosti nejméně o 33 %. 2) Pojištěnec je částečně invalidní též tehdy, jestliže mu dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav značně ztěžuje obecné životní podmínky. Vyhláška č. 284/1995 Sb. (65), kterou se provádí zákon o důchodovém pojištění, obsahuje přílohu č. 2, ve které jsou obecné posudkové zásady pro procentní míry poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti. Tak též uvádí (32).

### ***1.11 Informovanost stomiků***

Vzhledem k tomu, že se krátce po operaci musejí stomici vyrovnávat s novou situací, potřebují co nejvíce informací o pomůckách, o jejich používání, ošetřování a způsobu života se stomií. Nezastupitelnou roli v procesu podávání informací hrají stomasestry (55,57).

Nový stomik musí postupně získávat zkušenosti a prakticky se znovu učí pohybovat v dříve běžných situacích. Praktických rad a zkušeností nemá nikdy dost. Základní informace dostává stomik již v nemocnici od lékaře. Posouzení a pomoc lékaře je nezbytná při řešení závažnějších zdravotních komplikací. Ve většině nemocnic dnes již pracují specializované stomasestry, které stomika seznámí s používáním pomůcek a postupně ho učí stomii ošetřovat. Významnou roli a pomoc mohou sehrávat kluby stomiků. V současné době u nás pracuje 16 klubů (příloha 4), které jsou zapojeny do celostátního sdružení České ILCO. Kluby stomiků organizují schůzky, přednášky lékařů a stomasester, prezentace nových pomůcek, pořádají návštěvy divadel a zájezdy (27). Jen minimum lékařů do své informace zahrne možnost zapojit se do klubu. Jak uvádí (27) mnoho lékařů, ale i sester bohužel považuje organizace stomiků za nepotřebné a zbytečné. Informace, které se zejména týkají pomůcek dále získávají postižení na

bezplatných telefonních linkách prakticky všech firem dodávajících stomické pomůcky nebo v odborných publikacích vydávaných těmito firmami.



## **2. Cíl práce a hypotézy**

Cílem práce je zjistit využití volného času u osob se stomií na Českokrumlovsku.

### **2.1 Cíle práce**

1. Zjistit, jakým způsobem volný čas tráví a zda chodí do společnosti,
2. Zjistit informovanost těchto osob o možnostech využití volného času a kde tyto informace získávají.

### **2.2 Hypotézy**

**H1:** Osoby se stomií se snaží izolovat od společnosti.

**H2:** Osoby se stomií nemají potřebné informace o možnostech aktivit ve volném čase.

### 3. Metodika

#### 3.1 Metodický postup

Pro zjištění potřebných informací byl zvolen kvantitativní výzkum metodou dotazování, kdy pro sběr dat byla použita technika anonymního dotazníku (příloha 1) určeného zkoumanému souboru a polostandardizovaný rozhovor s odborníky, u kterých byly ponechány dotazníky pro respondenty. Jak uvádí (24), dotazník je nejpoužívanější prostředek ke sběru informací, je v podstatě standardizovaným souborem otázek, jež jsou předem připraveny na určitém formuláři. Dotazník předkládaný respondentům obsahoval zavřené, otevřené i polootevřené položky.

Podle míry volnosti odpovědí respondentů se rozlišují 3 typy položek: zavřené, otevřené, polootevřené.

**Zavřené položky** – v těchto položkách se respondentovi nabízejí odpovědi a on si vybírá (označí, zaškrtně), s kterou (kterými) souhlasí.

**Otevřené položky** – nabízejí alternativy, odpověď se při nich nevybírá, ale respondent je vytvoří a vyjádří tak svůj názor či postoj. Lze jimi předcházet případnému zkreslení složité reality.

**Polootevřené položky** – nabízejí možnosti zavřeného výběru odpovědí, ke kterému se přidá výběr s otevřeným zakončením (14).

Jak uvádí (4), rozhovor je ucelená soustava ústního jednání mezi tazatelem a respondentem, v němž výzkumník získává informace prostřednictvím otázek, směřujících ke zjištění skutečností, vztahujících se ke zkoumané společenské realitě.

#### 3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

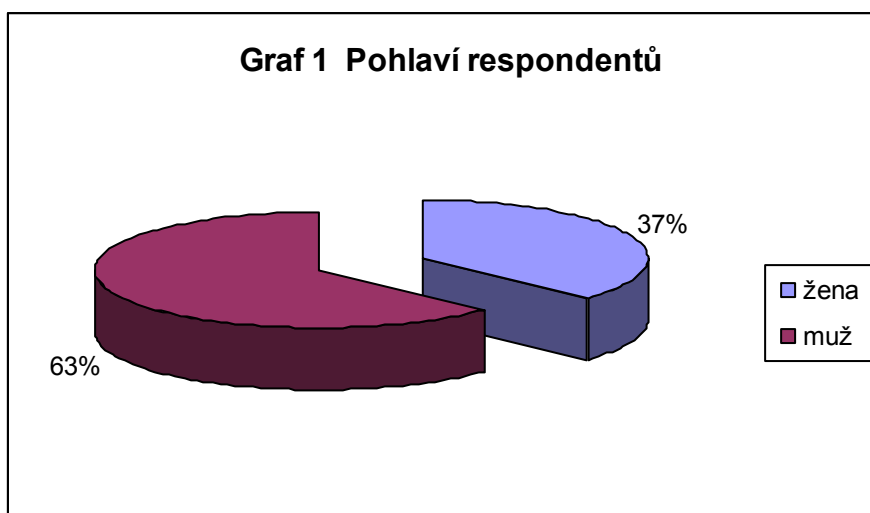
Dotazníky byly pro zkoumaný soubor ponechány v období od konce března do poloviny května v onkologické ambulanci, v ordinacích dvou praktických lékařů a v poradně stomasestry na Českokrumlovsku, kteří dotazníky respondentům dávali. Bylo rozdáno celkem 100 dotazníků a vyplněných se vrátilo 76. Nejdůležitějšími charakteristickými znaky vybraného zkoumaného souboru byly: osoba starší 18 let

s handicapem stomie, a to kolostomie, ileostomie, tracheostomie, gastrostomie, urostomie nebo nefrostomie.

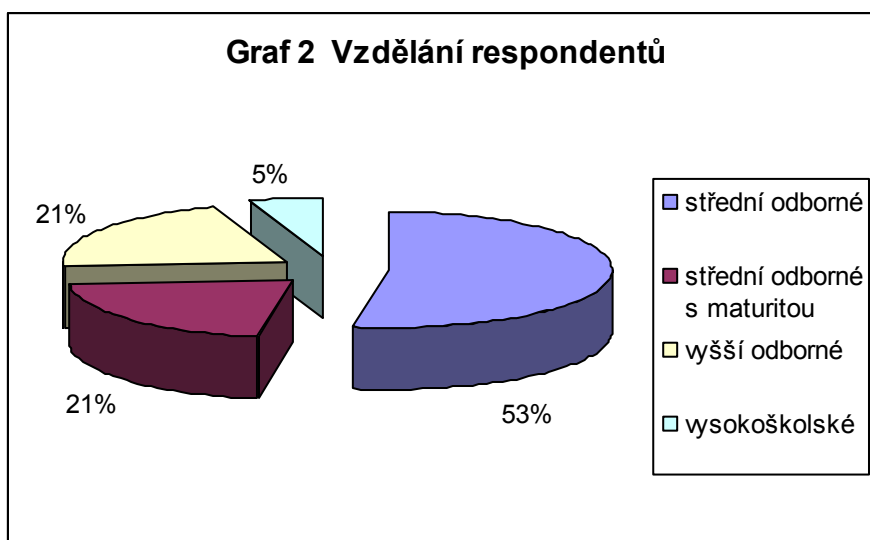
Polostandardizovaný rozhovor byl veden s lékařkou a sestrou onkologické ambulance a se stomasestrou (příloha 2) při vyzvednutí vyplněných dotazníků respondenty.

#### 4. Výsledky

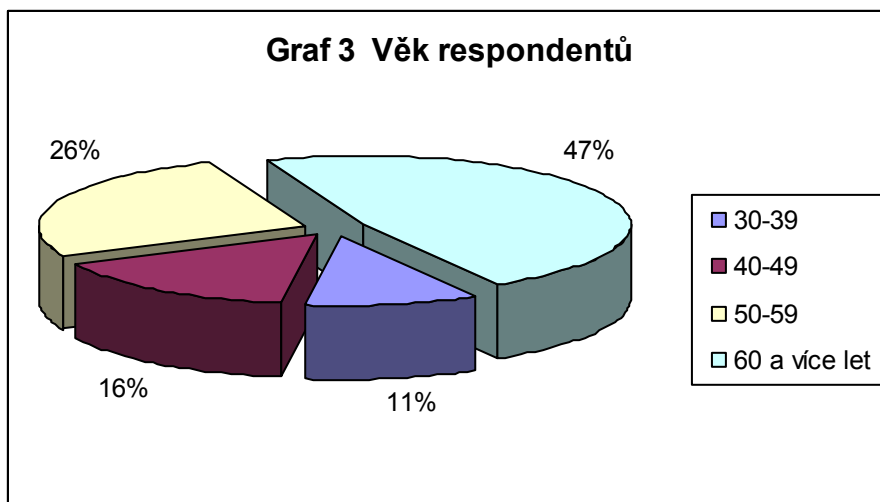
Výsledky byly zpracovány přehledně do grafů a dále jsou popsány informace z rozhovorů s odborníky.



Z celkového počtu respondentů 76 (100 %), bylo 28 žen (37 %) a 48 mužů (63 %).

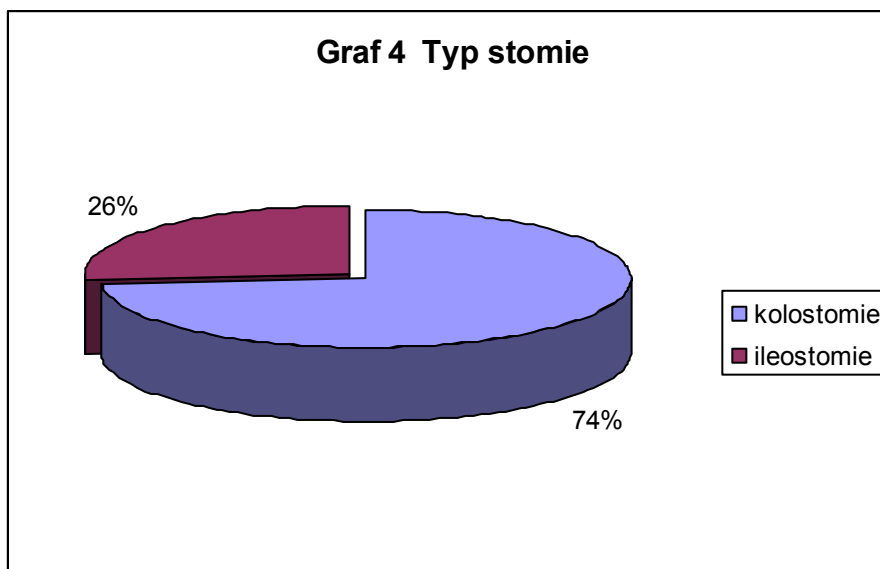


40 (53 %) respondentů mělo střední odborné vzdělání, střední odborné s maturitou 16 (21 %). Stejný počet 16 (21 %) mělo vyšší odborné vzdělání a 4 (5 %) respondenti byli vysokoškoláci.



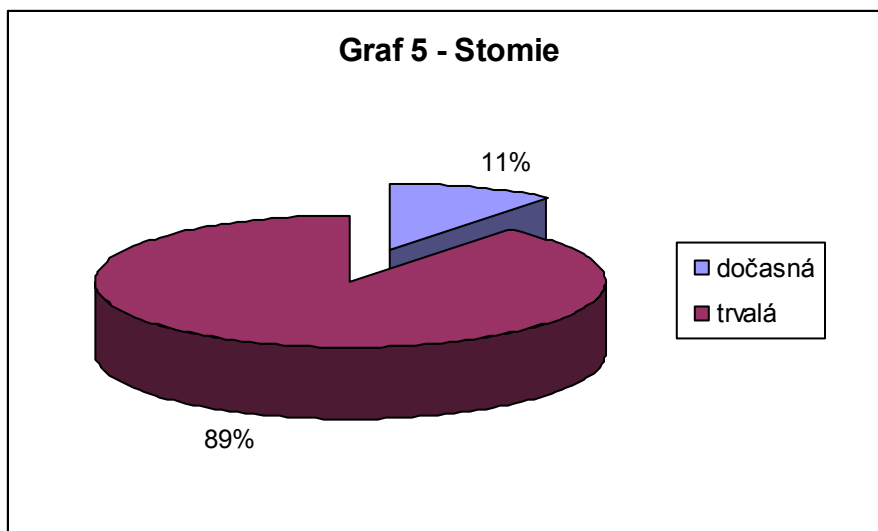
*Zdroj: vlastní výzkum*

Nejvíce stomiků najdeme ve věkové kategorii 60 a více let, kterých bylo 36 (47 %) z celkového počtu 76. Druhá v pořadí byla věková kategorie 50 – 59 let u 20 (26 %), 12 (16 %) respondentů bylo ve věkové kategorii 40 – 49 let a 8 (11 %) v kategorii 30 – 39 let.



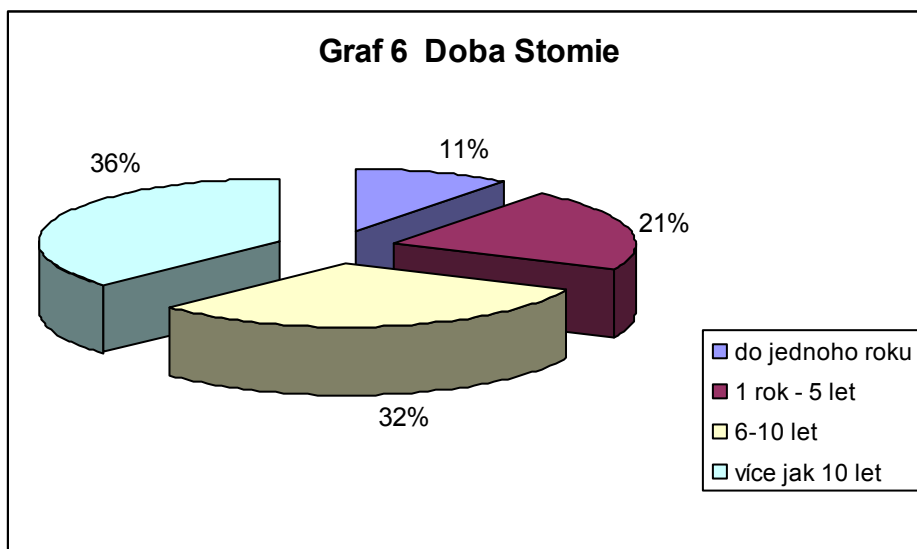
*Zdroj: vlastní výzkum*

Nejčastějším typem stomie byla kolostomie u 56 (74 %) respondentů a po ní ileostomie u 20 (26 %).



*Zdroj: vlastní výzkum*

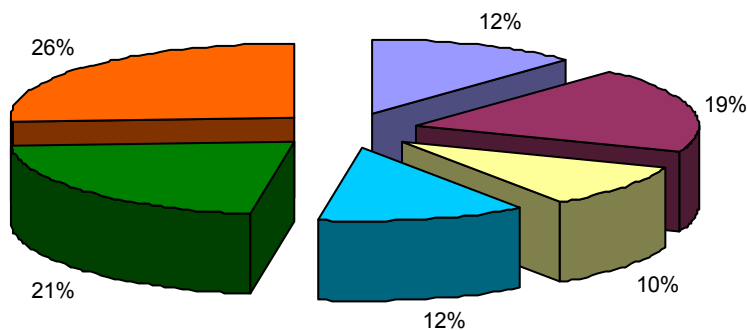
Trvale vyvedenou stomii mělo 68 (89 %) respondentů a dočasně vyvedenou stomii 8 (11 %).



*Zdroj: vlastní výzkum*

28 (36 %) respondentů uvedlo, že má stomii více jak 10 let, 6 – 10 let mělo 24 (32 %) dotázaných. 1 rok až 5 let mělo stomii vyvedenou 16 (21 %) dotázaných a do jednoho roku uvedlo 8 (11 %) respondentů.

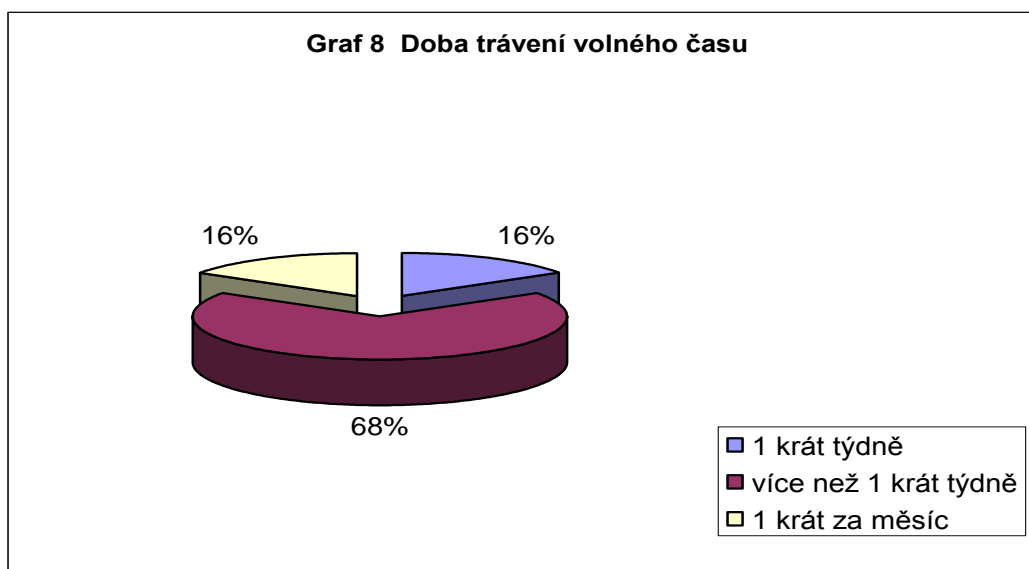
**Graf 7 Trávení volného času před onemocněním**



- kino
- divadlo
- sport (z toho kolo, kuželky, hokej, tenis),
- koníčky, záliby ( z toho aerobik, kolo, vyšívání, vaření, zahrada)
- s přáteli
- bavením se ve společnosti

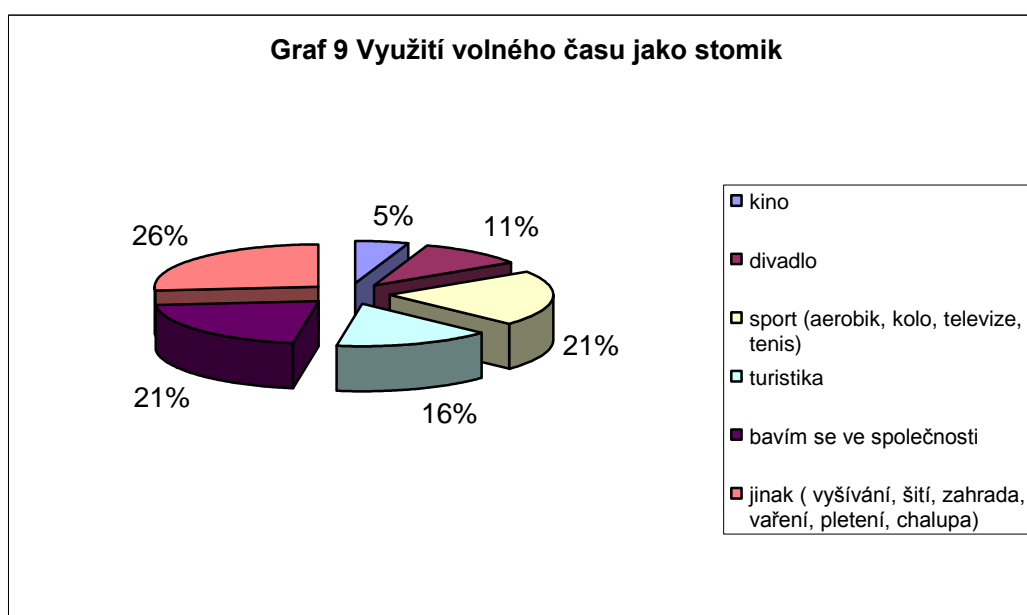
*Zdroj: vlastní výzkum*

Celkový počet respondentů 76 mělo možnost uvést více možných odpovědí k vyjádření trávení volného času před onemocněním. Nejčastější odpovědí bylo bavení se ve společnosti u 44 (26 %) respondentů, bavení se s přáteli uvedlo 36 (21 %), divadlo bylo uvedeno u 32 (19 %) z dotázaných, koníčky a záliby (uvedené v grafu) u 20 (12 %), stejně tak tomu bylo uvedeno u kina a na posledním místě, jako možnost trávení času získal sport, uvedený u 16 (10 %) respondentů.



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu respondentů 76 (100 %) uvedlo, že takto volný čas (viz. graf 7) trávil více jak 1krát týdně 52 (68 %) dotázaných, 1krát týdně ho takto trávil 12 (16 %) a stejný počet dotázaných 12 (16 %) tento trávil 1krát za měsíc.

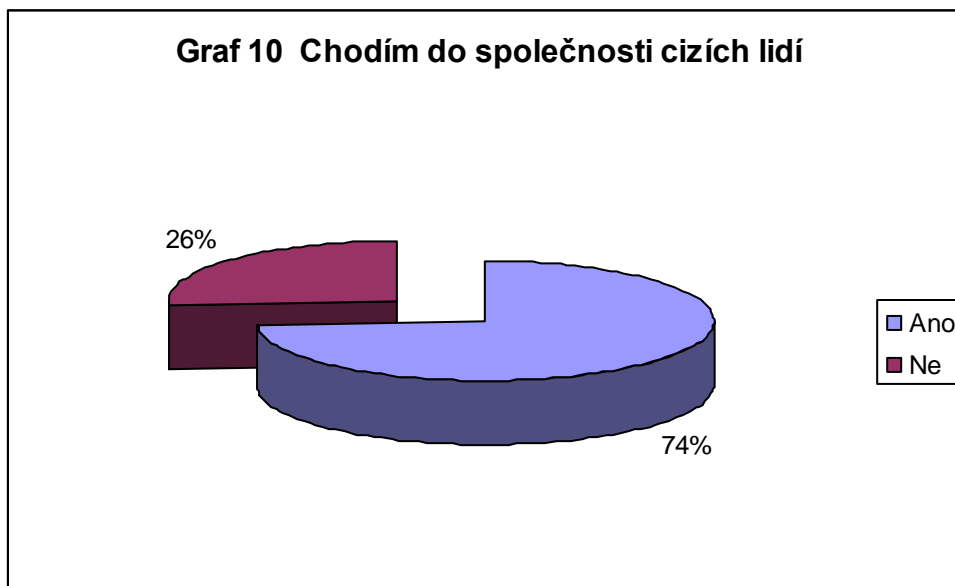


Zdroj: vlastní výzkum

K dotazu trávení volného času jako stromik měl celkový počet respondentů též možnost uvedení více možných odpovědí. Zde čas trávil jinak (uvedeno v grafu) 20 (26 %), bavením se ve společnosti bylo uvedeno u 16 (21 %) dotázaných, taktéž u sportu 16 (21 %).

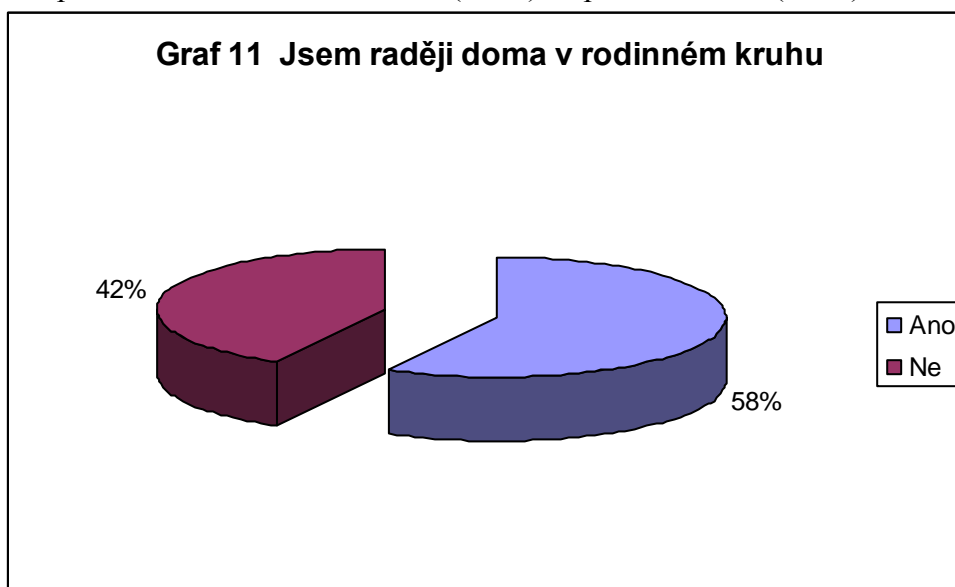


12 (16 %) dotázaných uvedlo turistiku, divadlo 8 (11 %) a kino navštívili 4 (5 %) respondenti.



*Zdroj: vlastní výzkum*

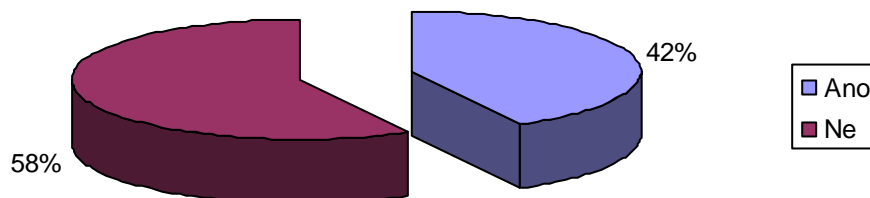
Do společnosti cizích lidí chodí 56 (74 %) respondentů a 20 (26 %) ne.



*Zdroj: vlastní výzkum*

44 (58 %) respondentů odpovědělo, že je raději doma v rodinném kruhu a u 44 (42 %) tomu tak není.

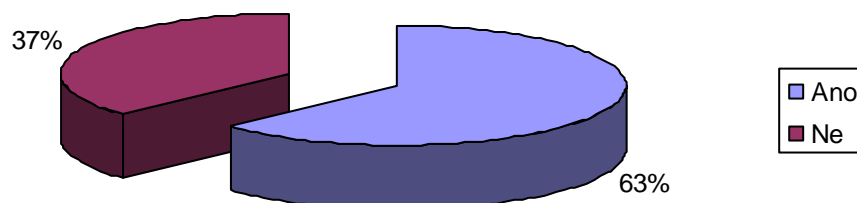
**Graf 12 Změnila stómie Váš osobní život?**



*Zdroj: vlastní výzkum*

Z celkového počtu respondentů 76 stómie osobní život nezměnila 44 (58 %), ale 32 (42 %) dotázaným ano.

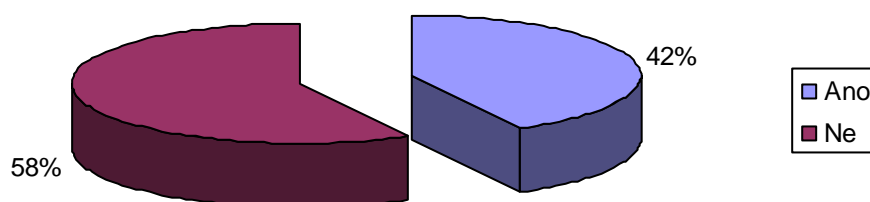
**Graf 13 Pocit méněcennosti v souvislosti s handicapem ve společnosti cizích lidí**



*Zdroj: vlastní výzkum*

Pocitem méněcennosti v souvislosti s handicapem ve společnosti cizích lidí má 48 (63 %) dotázaných a 28 (37 %) respondentů tento pocit nemá.

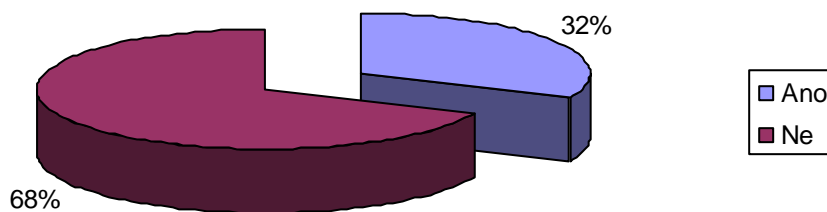
**Graf 14 Jsem raději sám(sama) od doby, co mám stomii**



*Zdroj: vlastní výzkum*

44 (58 %) respondentů odpovědělo, že není raději samo od doby, co mají stomii, ale 32 (42 %) dotázaných samo raději je z celkového počtu 76.

**Graf 15 Nepříjemná zkušenost v souvislosti se svým znevýhodněním**



*Zdroj: vlastní výzkum*

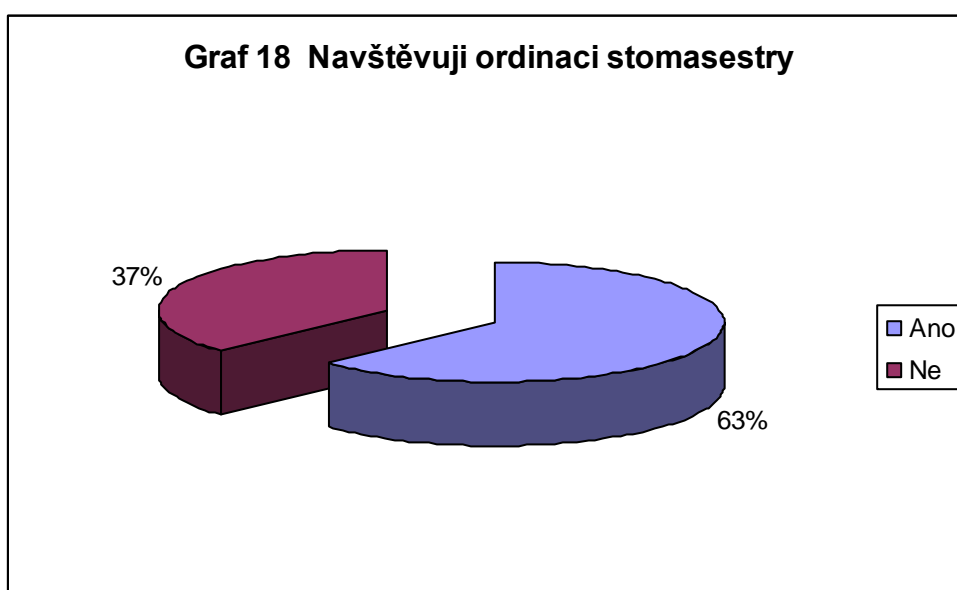
Nepříjemnou zkušenost v souvislosti se svým znevýhodněním nemá 52 ( 68 %) respondentů a 24 (32 %) stomiků tuto zkušenost má.

K otázce 16. není uveden graf, jelikož žádný z respondentů nevedl odpověď.



*Zdroj: vlastní výzkum*

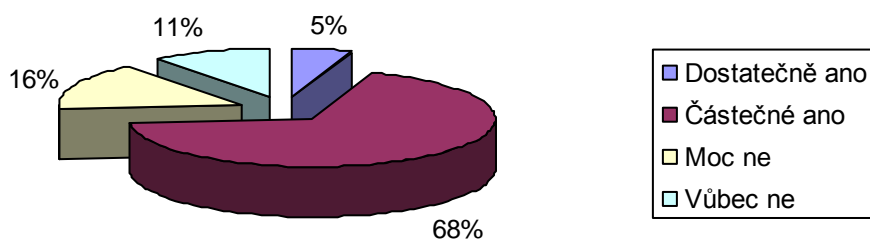
Z celkového počtu 76 dotázaných si 52 (68 %) o sobě myslí, že je uzavřenější, ale 24 (32 %) ne.



*Zdroj: vlastní výzkum*

Ordinaci stomasestry navštěvuje 48 (63 %) stomiků a 28 (37 %) dotázaných ne.

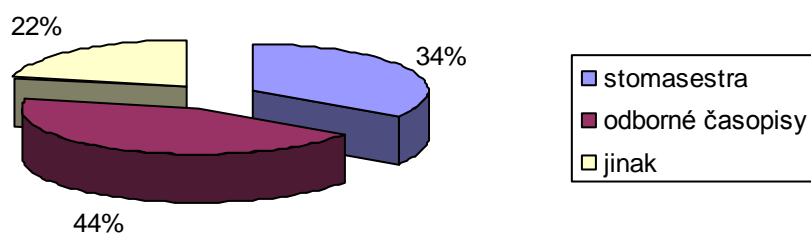
**Graf 19 Informovanost odborníkem o možnostech využívání volného času v souvislosti se stomií**



*Zdroj: vlastní výzkum*

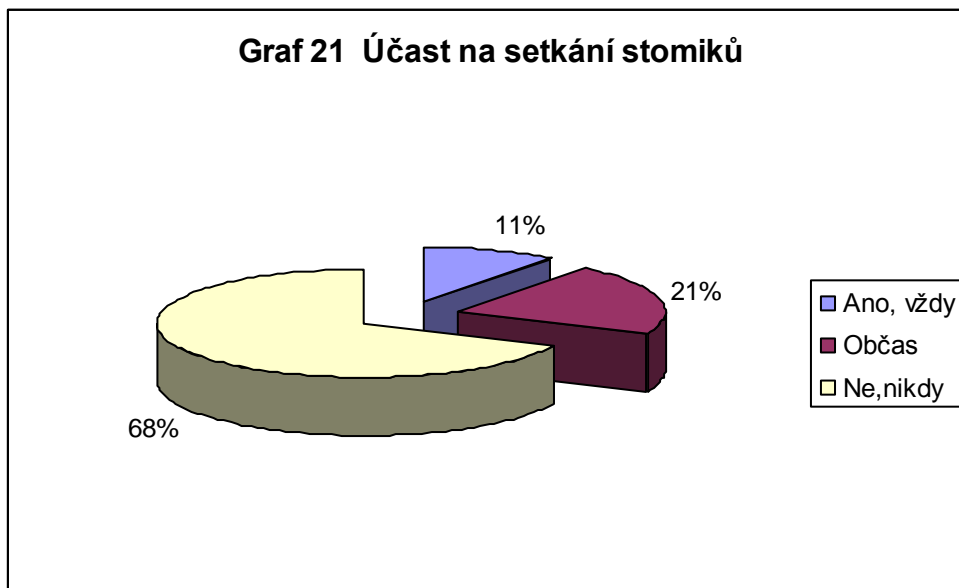
K dotazu informovanosti odborníkem o možnostech využívání volného času se z 76 (100 %) respondentů vyjádřilo 52 (68 %), že jsou informováni částečně, moc informováno není 12 (16 %), vůbec ne 8 (11 %) a dostatečně informováno jsou pouze 4 (5 %) respondenti.

**Graf 20 Získávání informací k využití volného času se stomií (více možností)**



*Zdroj: vlastní výzkum*

56 (44 %) dotázaných získává informace k využití volného času z odborných časopisů, od stomasestry 44 (34 %) a jinak 28 (22 %) respondentů. Celkový počet respondentů 76 mohlo k danému dotazu zvolit více možností.



*Zdroj: vlastní výzkum*

Z celkového počtu respondentů 76 (100 %) se nikdy neúčastní setkání stomiků 52 (68 %), občas 16 (21 %) a 8 (11 %) respondentů se účastní vždy.

## **Otázky kladené všem tázaným dotyčným odborníci.**

### ***Odpovědi lékařky onkologické ambulance.***

*Byli ochotni Vámi oslovení klienti spolupracovat na vyplnění dotazníků?*

No většinou se jim moc nechtělo. Někteří mi to razantně odmítli s tím, že se nikomu nebudou zpovídat, co je komu do toho, co dělám. Jiní bez námitky dotazníky vyplnili i zde v čekárně a rovnou je tu zanechali. Ti, kteří si je brali domů, že při příští kontrole je přinesou nebo sem zajdou je odevzdat, tak z poloviny z nich je vůbec nedonesli. Lepší vliv na klienty měla asi moje ambulanti sestra.

*Jak stomici Vaší ambulance tráví volný čas? Chodí do společnosti?*

Z řady stomiků mé ambulance jsou ve větší míře důchodci a také záleží jak dlouho stomii mají a na jejich věku. Ti, co mají stomii okolo 10 let a je jim okolo 60 až 70 let, jsou takový smířenější a moc to své postižení až tak neřeší. Většinou jsou prý doma, jdou maximálně nakoupit, na krátkou procházku, nebo jdou na zahrádku, pokud jí mají. Také do ambulance dochází samozřejmě mladší stomici a zde už problémy jsou. Většinou se uzavírají do sebe, za to, co se jim přihodilo se stydí, nechtějí o tom příliš mluvit. Tráví čas raději doma v nejužším kruhu rodiny a do konce i před nimi se za sebe stydí. Třeba tracheostomici nechcují chodit ani do toho krámu, protože jim prej nikdo nerozumí a blbě na ně prej čumí. Kolostomici říkají, že smrdí, a že je každý musí cítit a raději nikam daleko nechodí kvůli vyprazdňování a výměně sáčků. Hodně říkají, že se jim život změnil k horšímu. Mám i případy, kdy se doma úplně izolují od světa a zde je to už opravdu závažný problém, který je vhodný řešit psychiatrem nebo psychologem. Většinou za mnou přijde partner postiženého nebo člen rodiny, co s tím mají dělat a to je odkazují na jmenované kolegy odborníky. Problém je, že v ambulanci na podrobné rozhovory tohoto typu nemám s klienty moc času. Spíše řešíme zdravotní otázky a směřují je do poradny stomasestry.

*Jak je to se zaměstnáním stomiků? Mohou chodit do práce?*

Tak to je taky individuální. Samozřejmě z počátku jsou vždy na pracovní neschopnosti a do budoucna záleží na mnoha faktorech. Jeden z nich je primární příčina nebo onemocnění, proč se vlastně stomie dělala. Z onkologického hlediska se třeba dlouhodobě řeší léčba základního onemocnění. Když pomínu onemocnění a budu brát pouze problém stomie, tak není důvod, proč nepracovat, ale záleží určitě na profesi pacienta. Jistě je cítit už rozdíl, když řeknu zedník či instalatér a na druhé straně právník nebo majitel firmy, který si přizpůsobí čas a má kdykoliv sociální zařízení, jako je WC k dispozici, když potřebuje stomii ošetřit. Pak je to i fyzická náročnost práce. Fyzicky těžkou práci by už stomici dělat neměli. Pravda je, že většinou končí v invalidním důchodu.

*Poskytujete stomikům informace týkající se možnosti trávení volného času?*

Do jisté míry ano. Pokud se sami zeptají zda mohou dělat to či ono, samozřejmě odpovím, poradím a doporučím. Ale jak jsem již říkala, hodně je odkazuji na stomasestru, která je v této problematice jistě více zaangažovaná a má určitě více času. Není to tím, že bych si s pacienty nechtěla povídat o těchto problémech, ale časový pres mi toto bohužel neumožňuje. Mám pocit, že jsem jediný onkolog v tomto okolí a má ambulance s čekárnou praská ve švech.

***Odpovědi sestry onkologické ambulance.***

*Byli ochotni Vámi oslovení klienti spolupracovat na vyplnění dotazníků?*

Těm, co jsem dávala dotazníky já, tak bych řekla, že docela spolupracovali, ale ne všichni mi je bohužel odevzdali. Hodně dotazníků mi vyplnili pacienti, které jsem měla na lůžku k aplikaci infuze. S těmi hodně hovořím a už máme mezi sebou takový důvěrnější vztah a vysvětlila jsem jim, že to je opravdu anonymní a navíc pomohou studentce vysoké školy.



*Jak stomici Vaší ambulance tráví volný čas? Chodí do společnosti?*

Tak to je různý. Ti, co před onemocněním nedělali nic, tak to nic dělají nadále. Ti, co byli hodně aktivní, tak ti jsou docela nešťastní, že nemohou dělat všechno. Hodně záleží na povaze toho člověka a na tom, jak to přijímá. Pokud je smířen a uvědomuje si, že vlastně stomie je jeho záchrana života, naučí se s ní žít, umí si najít i koníčky. Ale většinou čtou, relaxují na zahrádce, chodí na procházky, někteří občas jezdí na kole. S těma, co leží na infuzích si hodně povídáme. Nejvíc se setkávám se staršími lidmi, ve věku okolo 60 let a ty jsou optimičtější. Ženy, když jsou babičkami, tak jsou rádi se svými vnoučaty a mají pocit, že jsou ještě užitečný. Ty mladší stomici a obzvlášť, když mají stomii krátce, jsou hrozní pesimisti. Ty mi umí tak říct, cituji: „Sestři stojí to všechno za ho... a je to v pr... Nic mě netěší a nebaví. Proč zrovna já? A proč zrovna takovou hrůzu?“ A do společnosti? To tak v rozhovoru řeknou, že nemůžou jít ani do kina nebo do divadla, jiní třeba jdou. Když bych to měla říct asi celkově, tak se spíš společnosti, hlavně cizích lidí, vyhýbají. Myslím si, že většina do společnosti nechodí. Alespoň mi to tak z rozhovorů s nimi vyplývá, když se tak nad tím zamýšlím.

*Jak je to se zaměstnáním stomiků? Mohou chodit do práce?*

To je opravdu individuální. Myslím, že hlavně záleží na profesi, osobnosti nemocného, jak se k postižení staví a na povaze onemocnění, kvůli kterému se stomie dělala. Já si myslím, že mohou pracovat, ale je nutné se fyzicky šetřit a netahat nic těžkého. Důležitá je hlavně taky životospráva, pravidelná a vhodná strava, kterou třeba dělníci v terénu určitě nemají. Potom třeba kolostomici nebo obzvlášť ti, co mají ileostomii, potřebují mít možnost navštívení WC nebo koupelny v případě potřeby. Co vím, většina našich klientů, pokud je ve věku, kdy by měli být ještě pracovně aktivní, jsou v invalidním důchodu, protože z důvodu stomie nemohou své původní povolání vykonávat. Někdy dělají rekvalifikační kurzy při úřadu práce, ale zase je problém třeba sehnat práci.

*Poskytujete stomikům informace týkající se možností trávení volného času?*

Musím se přiznat, že moc asi ne. Občas jim něco navrhu, ale mají své argumenty, které si nenechají vyvrátit. Někdy si říkám, že možná mají pravdu. Ono se to asi zdravému člověku lehce říká, ale kolikrát si říkám, že týkat se to mě, možná bych byla stejná. Přiznám se, že nevím, co bych dělala já, kdybych měla něco podobného. Většinou je směřuju na stomasestru, která má více informací a asi jim umí i lépe poradit, kam se mohou obracet a co dělat. Má přehled i o pomůckách firem, které jim život mohou usnadnit a možná otevřít i více možností pro volný čas.

***Odpovědi stomasestry.***

*Byli ochotni Vámi oslovení klienti spolupracovat na vyplnění dotazníků?*

Abych Vám řekla pravdu, moc se jim nechtělo, ale většinou mi to vyplnili. Myslím, že jestli je bude chtít někdo ještě zkoumat, tak ta ochota bude klesat. Vaše štěstí bylo, že v dotazníku nebyli otázky intimního charakteru, obzvlášť otázky sexuálního života. To považují za vrchol drzosti, protože většina má po této stránce značné problémy. Víte, oni vyplňují nějaké dotazníky dost často, třeba od firem a podobně, a jsou tím už znechucení až otrávení. Jak vidíte, všechny ale vyplněné nemám, pár se mi jich nevrátilo vůbec, tak se prosím nezlobte.

*Jak stomici Vaší ambulance tráví volný čas? Chodí do společnosti?*

Je, to jsou otázky na dlouhé povídání, neboť se stomiky pracuji už řadu let a mnohé o tom už vím. Záležitost trávení volného času stomiků je různorodá a závislá na mnoha faktorech, okolnostech a možnostech každého jedince. Beru každého stomika jako individuální osobnost s individuálními potřebami. V první řadě je nutné vědět, jakou stomii mají. Lidé s tracheostomií, tak zvaným slavíkem, většinou nechtějí chodit mezi lidi z důvodu toho, že jim není rozumět při mluvení a také mají pocit štítlivého odstupu ostatních. Z volného času je problém pro ně sportování, jako je jízda na kole, běhání, či plavání neboť je často trápí dráždivý kašel a zahlenění. Dále u stomiků, kterým stomie vylučuje stolici nebo moč, je to také jiné. Určitě víte, že nejvíce je lidí s kolostomií a pak bych řekla, že s ileostomií. Víte, tito lidé se musí vyrovnat s faktem

vlastního onemocnění, hlavně když je onkologického původu a s faktem třeba trvalé stomie. To jsou dvě nemilé skutečnosti, se kterými se má smířit. Mám tu pár stomiků, kteří se raději kvůli stomii rozvedli, aby neobtěžovali svou manželku. Nemohu s jistotou říci, jestli v tom nebylo ještě něco jiného. Velkou roli hraje rodinné zázemí, pak kde i bydlí, zda v rodinném domě či bytě na sídlišti. To proto, že kolikrát mají tendence se doma izolovat a nevystřít ani paty z domu i přes to, že jim říkám, že pobyt na čerstvém vzduchu jim pomůže pročistit hlavu a přijít na jiné myšlenky a celkově jim zlepší kondici. Někteří rádi chodí na procházky, pracují na zahradě, muži chodí hrát kuželky nebo šachy, ženy pletou, věnují se domácím pracem a tak. Jiné je to i u těch, co mají stomii jen dočasně. Nejsou tak negativistický, v něčem se omezí, ale snaží se uzpůsobit a hledají, co jim vyhovuje. Občas se stává, že pak nechtějí stomii vrátit zpět, že jim to takto i vyhovuje. Takových je opravdu jen pár. Abych Vám to shrnula, tak nejčastěji to je zahrádka a krátké procházky. Co se týče společnosti a stomiků. Tak, jak jsem již řekla, jejich snaha je izolovat se a to bez rozdílu, zda je to muž či žena. Setrvávají spíše v nejužším kruhu rodiny a opravdu nejlepších přátel, s kterými se navštěvují. Jsou jedinci, kteří si zajdou do kina či do divadla, ale těch je málo. Stejně zkušenosti mají i kolegyně z jiných měst, tak si dovolím i tvrdit, že by to mohlo platit obecně.

*Jak je to se zaměstnáním stomiků? Mohou chodit do práce?*

To je také velmi individuální. Stomici pracovat mohou, ale hodně opravdu záleží na profesy a jiných okolnostech a možnostech. Ono je rozdíl, jestli je profesí údržbář nebo právník, který si přizpůsobí pracovní dobu a má i jiné možnosti přístupu k WC a tak. Ohledně zaměstnání to stomici nemají vůbec lehké. Ať to zkrátím. Pracovat mohou, ne fyzicky namáhavou práci, dodržovat režim, tracheostomici ne třeba v prašném prostředí, ale záleží na mnoha okolnostech, z nichž některé jsem zmínila a přidala bych hlavně ohled na základní onemocnění, kvůli kterému se stomie vyváděla.

*Poskytujete stomikům informace týkající se možnosti trávení volného času?*

Samozřejmě, že mimo jiné, se jim v tomto směru snažím poradit, či doporučit. Podávám jim informace hlavně ohledně pomůcek, komplikací, péče, stravování, dávám kontakty na linky firem, kde jsou též odborníci a spousta jiných informací. To, jak mají trávit čas, volím cestou doporučení. Jako např. zkuste, možná by bylo lepší, slyšela jsem na školení apod. Výhoda je, že k tomu ukážu pomůcku např. zátku, se kterou mohou jít si chvíli zaplavat. To je opravdu výhoda, že firmy pro stomické potřeby neustále nabízí něco nového a myslím, že v této oblasti se toho hodně změnilo k lepšímu. Víte, já vidím nejlepší informovanost těchto lidí ve spolupráci lékařů, stomasester a klubů stomiků. Těch je ovšem u nás málo a spolupráce také vážne. Oni opravdu něco získají od sestry a pak z časopisů, jako třeba Radim, které vydávají firmy a možná ten, kdo má přístup k internetu, tak tam taky něco málo najde.

## 5. Diskuse

Výzkumu se zúčastnilo 76 (100 %) osob majících stomii, nejčastěji kolostomii 56 (76 %) nebo ileostomii 20 (24 %), a to dočasné 8 (11 %) a trvalé 68 (89 %). Tedy z celkového počtu 76 osob bylo 28 žen (37 %) a 48 mužů (63 %). Dále byly pro výzkum použity odpovědi z rozhovorů s odborníky přes dané téma, kteří se se stomiky setkávají dnes a denně. Vyhodnocením dotazníků bylo zjištěno, že mezi stomiky je více mužů 48 (63 %) než žen 28 (37 %). Největší počet respondentů podle věkových kategorií nacházíme ve věkové skupině 60 a více let 36 (47 %) a v zápětí je věková skupina 50 – 59 let 20 (26 %). Důvodem pro větší počet kolostomií a stomií u mužů je pravděpodobně častý výskyt maligních nádorů na tlustém střevě nejčastěji kolorektálního karcinomu, který bývá důvodem pro založení kolostomie. Toto koresponduje s tvrzením, že nádorové onemocnění tlustého střeva a konečníku nebo-li kolorektální karcinom je celosvětově třetím nejčastějším nádorovým onemocněním, v Evropské unii je to druhý nejčastější typ rakoviny, na který se umírá. Česká republika si bohužel již od počátku devadesátých let udržuje smutné celosvětové prvenství, co se týče četnosti výskytu tohoto nádoru. Jde o onemocnění, které je typické pro vyspělé země. Na jeho výskytu se podílejí nejen změněné stravovací návyky, ale i pohodlný životní styl a nedostatek pohybu (47). Tvoří asi 10 % všech orgánových rakovin. Nejčastěji postihuje lidi nad 50 let, ale i v mladém věku, zcela vzácně děti. U mužů je častěji než u žen (1,57). Největší počet respondentů podle vzdělání nacházíme v kategorii středně odborného 40 (53 %), stejný počet 16 (21 %) byl u středně odborného a středně odborného s maturitou, u vysokoškolského vzdělání byl počet respondentů 4 (5 %) a jen se základním vzděláním nebyl žádný respondent.

### *Diskuse k hypotéze 1*

Hypotéza 1 měla zjistit, jak stomici využívají volný čas a měla potvrdit nebo vyvrátit hypotézu, že se osoby se stomií snaží izolovat od společnosti. Pro zjištění těchto informací bylo v dotazníku použito několik otázek, které směřovaly ke zjištění trávení volného času před tím, než respondentům byla stomie vyvedena a po té, co již

stomiky byli. Většina respondentů si dosti protičečila v odpovědích na trávení volného času a styku se společnostmi od dob, co jsou stomici. Bylo zjištěno, že dotazovaní respondenti na otázku trávení volného času před vyvedením stomie s uvedením i více možností se bavilo ve společnosti 44 (26 %), volný čas s přáteli trávil 36 (21 %), divadlo navštěvovalo 32 (19 %), kino 20 (12 %). Stejný počet 20 (12 %) mělo nějaké koničky či záliby, jako aerobik, jízdu na kole, vyšívání, vaření či zahradu. 16 (10 %) respondentů také trávil čas některým ze sportů, jako je kuželky, hokej, tenis, kolo. Doba takto tráveného volného času byla více jak 1krát týdně u 52 (68 %), 1krát týdně u 12 (16 %) a 1krát měsíčně též u 12 (16 %) respondentů. Z tohoto vyplývá, že poměrná část dotazovaných v době před onemocněním a vyvedením stomie dosti aktivně trávila čas různým způsobem.

Na otázku využívání volného času jako stomik, byly již výsledky v některých možnostech dosti odlišné než v otázce předešlé. V této otázce, která též nabízela více možností, respondenti odpovídali pouze na jednu z nich. Zde se ve společnosti bavilo pouze 16 (21 %), divadlo navštěvovalo 8 (11 %), kino 4 (5 %). Největší počet 20 (26 %) využívalo volný čas jinak, a to vyšíváním šitím, zahradničením, vařením, pletením a chalupařením. 12 (16 %) respondentů trávil čas turistikou a 16 (21 %) sportem, ale spíše pasivně u televize. Surovcová (2009) uvádí: „Stomie sama o sobě nebrání zařazení do pracovního procesu či mimopracovním aktivitám. Stomici mohou sportovat, koupat se ve veřejných koupalištích, společensky žít.“ Tento fakt v porovnání s výsledky v odpovědích směřuje k tvrzení, že stomie často nutí postižené zamýšlet se nad budoucností, přehodnocovat svůj život a měnit svůj hodnotový systém (33).

V následujících otázkách, jak již i výzkum naznačuje, nastává zmíněné protičečení v odpovědích respondentů v souvislosti ve styku se společnostmi a jejich uzavřenosti v souvislosti s handicapem. Do společnosti cizích lidí chodí 56 (74 %) a 20 (26 %) ne, ale při tom 44 (58 %) dotázaných je raději doma v rodinném kruhu a 32 (42 %) ne. 10 (50 %) z 20 (100%) respondentů, kteří uvedli, že do společnosti cizích lidí nechodí, uvedlo důvod, že musí svému okolí zapáchat. Marcíková (33) uvádí: „Podle vyjádření pacientů stomie degraduje člověka v očích okolí a výrazně snižuje kvalitu

života. Ve společenském podvědomí znamená stomie něco odpudivého, nečistého, zapáchajícího.“

Na dotaz zda stomie změnila jejich osobní život, odpovědělo 32 (42 %), že ano. V 8 případech a to u mužů, byla k doplňující otázce jak, odpověď „rozvedl jsem se“ a u 10 „invalidní důchod“. Tato doplňující odpověď byla též ze strany mužů a to ve věkové kategorii 50 – 59 let se středním odborným vzděláním. „Založení stomie patří mezi pacienty nesporně k nejobávanějším chirurgickým výkonům. Výrazným způsobem zasahuje do všech oblastí života člověka – do osobní, rodinné, manželské a partnerské, pracovní a společenské“, uvádí Marcíková (33). U 44 (58 %) stomie osobní život nezměnila. Velmi důležitou roli v životě člověka a v neposlední řadě i v nemoci, hraje rodina, jak uvádí Vorlíček (63): „u pacienta je prožívání nemoci závislé také na jeho sociální zakotvenosti zvláště v rodině, která může, ale také nemusí vytvářet bezpečné zázemí a podporu.“ K uvedenému důvodu invalidního důchodu, je bohužel tato skutečnost v některých případech nevyhnutelná, což potvrzuje Kreml (27), že „u mladších stomiků je nutno řešit sociální otázky. Návrat k původnímu zaměstnání často nemusí být možný. Nezbyvá než odchod do invalidního důchodu, na který má nemocný nárok po roce pracovní neschopnosti.“

Další skupina otázek směřovala ke zmapování psychosociální oblasti osob se stomií. Pocit méněcennosti mezi cizími lidmi v souvislosti s handicapem mělo 48 (63 %) a 28 (37 %) ne. Toto koresponduje s odpověďmi na otázku uzavřenosti, kdy 52 (68 %) si myslí, že od doby, co mají stomii, jsou uzavřenější a 24 (32 %) respondentů ne. Pokud se zamyslím nad počtem respondentů, kteří mají pocit méněcennosti a počet těch, kteří se cítí být uzavřenější v souvislosti s handicapem, tak tento výsledek z výzkumu odpovídá tvrzení autorů, že „Nemocný člověk může mít aktuálně i potencionálně sníženou schopnost vykonávat každodenní činnosti. Dlouhodobé problémy mohou postupně vyústit v pocity méněcennosti. Méněcennost vyplývá z toho, jak člověk srovnává svůj stav, příznaky své nemoci a své životní vyhlídky se situací, která byla před onemocněním nebo před poruchou. Tyto pocity většinou nevyplývají přímo z defektu, ale z postoje k defektu a jsou výsledkem sebehodnocení“ (30,67,69).

Dosti alarmující výsledek z hlediska psychosociálního je, že 32 (42 %) osob je raději samo, což na celkovém zkoumaném vzorku je pouze o 12 (16 %) méně, než těch, co samo být nechce.

Nepříjemnou zkušenost v souvislosti se svým znevýhodněním má 24 (32 %) osob, 52 (68 %) tuto zkušenost nemá. Ani jeden respondent, který odpověděl ano, nepopsal jakou.

Z výše uvedených skutečností, z rozhovoru s odborníky a odpovědí zkoumaného vzorku na využití volného času osob se stomií a jejich kontakt se společností vyplývá, že do společnosti se chodí bavit pouze 16 (21 %) respondentů. I přesto, že bylo 56 (74 %) z celkového počtu 76 (100 %) dotazovaných uvedeno, že do společnosti cizích lidí chodí, vytěsnili toto tvrzení fakta z dalších odpovědí následujících otázek. Především v odpovědích být raději sám v rodinném kruhu u 44 (58 %), pocit méněcennosti u 48 (63 %), uzavřenost u 52 (68 %) a téměř vyrovnaný počet být raději sám u 32 (42 %). Odbornice, s kterými byl nezávisle na sobě veden rozhovor, se většinou shodovaly v tom, že stomici, obzvláště mladšího věku, se společností cizích lidí spíše vyhýbají, uzavírají se do sebe a čas tráví raději doma v nejužším kruhu rodiny či nejlepších přátel. Dokonce stomasestra si ze zkušeností svých kolegyň z jiných měst dovolila tvrdit, že toto platí obecně.

Zjistila jsem, že ve sledovaném souboru je většina osob, která se snaží od společnosti izolovat.

Výše uvedené potvrzuje hypotézu I: Osoby se stomií se snaží izolovat od společnosti.

**Hypotéza 1 byla potvrzena.**

### *Diskuse k hypotéze 2*

Cílem této hypotézy bylo zjistit míru informovanosti osob s kolostomií ve využívání volného času. Druhá hypotéza předpokládá, že osoby se stomií nemají dostatečné informace o možnostech aktivit ve volném čase. Pro zjištění informací byly



použity jednak odpovědi na otázky ohledně využívání volného času, jako stomik a dále otázky zkoumající od koho nebo kde stomici informace čerpají.

Jak již byly v předešlé hypotéze komentovány výsledky odpovědí na otázku využívání volného času jako stomik, bylo zjištěno, že nejvíce stomiků 20 (26 %) svůj volný čas využívá pletením, šitím, vyšíváním, což byly jedny z možností volné odpovědi uvedených 8 ženami a zahrada, vaření a chalupa uvádělo 16 s počtu 20. Dále u 16 (21 %) byla cykloturistika nebo sport, ale jako pasivní divák sledování sportu v televizi. Z těchto výsledků vyplývá, že zřejmě stomici ani nevědí, co mohou či nemohou dělat, zda je stomie omezuje k větším aktivitám, či nikoliv. Surovcová (48) uvádí, že „pokud byl člověk zvyklý jezdit na kole, chodit na turistiku, plavat a posilovat, měl by se k těmto starým návykům vrátit a přijde na to, že to vlastně dokáže stejně jako před tím a hlavně se vrací ztracené sebevědomí, energie, psychická pohoda a radost.“ Dle tohoto tvrzení není důvod k tomu, proč by stomici nemohli aktivně sportovat a nevrátili se k aktivitám, které provozovali před onemocněním. Záleží však na tom, zda mají tyto informace dostatečné, či nikoliv. „Fyzická aktivizace umožňuje nemocnému navazovat a zkvalitňovat sociální kontakty s okolím, odvádí jeho pozornost od potíží a podporuje jeho snahu o soběstačnost“, uvádí Křivohlavý (30).

Odborníkem informovaní o možnostech využívání volného času v souvislosti se stomií byly dostatečně pouze 4 (5 %), částečně ano 52 (68 %), což svědčí o výsledku využívání volného času, jak výše uvedeno v rozboru otázky. 12 (16 %) respondentů moc informováno není a 8 (11 %) vůbec ne. Z vyhodnocení odpovědí této otázky vyplývá, že stomici mají pouze částečné informace o možnostech využívání volného času, proto volí ne příliš zatěžující a pestřejší aktivity. „Většina stomiků nemá dostatek informací o řešení běžných situací v každodenním životě ( stravování, pitný režim, cestování, sport, sexuální problémy apod.“, uvádí Kreml (30).

Informace k využití volného času se stomií získávají respondenti nejvíce s odborných časopisů 56 (44 %) a od stomasestry 44 (34 %), jiným způsobem 28 (22 %). Kreml (30) uvádí, že „informace, které se zejména týkají pomůcek, ale i jiných užitečných rad (stravování, aktivita, sportování apod.), dále získávají postižení na bezplatných telefonních linkách prakticky všech firem dodávajících stomické pomůcky

nebo v odborných publikacích vydávaných těmito firmami.“ Ordinaci stomasestry navštěvuje 48 (63 %) dotázaných, 28 (37 %) ne.

Je zde též i evidentní, že specializace stomasestry je velmi důležitá. „Nezastupitelnou roli v procesu podávání informací hrají stomasestry“, uvádí (55,57). V této otázce bylo možno vybrat z více možností a přišlo mi velmi smutné, že ani jeden respondent nezískává tyto informace od praktického či odborného lékaře. Toto je ve shodě s výpovědí lékařky onkologické ambulance, která říká, že do jisté míry informace podá, pokud se pacienti sami zeptají, ale spíše je odkazuje na stomasestru, která je v této problematice více zaangažovaná a má určitě více času. Také odkazuje na nedostatek svého času pro popovídání si s pacienty ohledně této záležitosti. „Je výhodné pokud pacient získá informace z katalogů, na informačních linkách, v poradnách stomasester, proktologických poradnách nebo v klubech stomiků“, uvádí (37).

Setkání stomiků se účastní vždy 8 (11 %), občas 16 (21 %) a nikdy 52 (68 %) respondentů. Je pravděpodobné, že většina stomiků mnohdy nemá informace o tom, že existují kluby stomiků, která tato setkání organizují, jak uvádí Kreml (27): „v současné době u nás pracuje 16 klubů, které jsou zapojeny do celostátního sdružení České ILCO. Kluby stomiků organizují schůzky, přednášky lékařů a stomasester, prezentace nových pomůcek, pořádají návštěvy divadel a zájezdy. Jen minimum lékařů do své informace zahrne možnost zapojit se do klubu.“

Bylo zjištěno, že ve sledovaném souboru je většina respondentů pouze částečně informována o možnostech aktivit ve volném čase a informace získává nejvíce z odborných časopisů (publikací) a dále od stomasestry.

Výše uvedené potvrdilo hypotézu 2: Osoby se stomií nemají potřebné informace o možnostech aktivit ve volném čase.

### **Hypotéza 2 byla potvrzena.**

Cílem diplomové práce bylo zjistit využití volného času u osob se stomií na Českokrumlovsku, jakým způsobem volný čas tráví a zda chodí do společnosti. Dále zjistit informovanost těchto osob o možnostech využití volného času a kde tyto informace získávají. Výzkumem bylo zjištěno, že se osoby se stomií snaží izolovat od

společnosti, nemají potřebné informace o možnostech využití volného času a informace získávají nejvíce z odborných časopisů.

## 6. Závěr

Cílem diplomové práce bylo zjistit využití volného času u osob se stomií na Českokrumlovsku, jakým způsobem volný čas tráví a zda chodí do společnosti.

Stomie znamená ve společenském podvědomí něco odpudivého, zapáchajícího a nečistého a tuto představu nesou stomici velmi citlivě. Založení stomie výrazným způsobem zasahuje do všech oblastí života člověka, a to do osobní, rodinné, manželské a partnerské, pracovní a společenské. Výzkumem bylo zjištěno, že nejčastějším typem stomie je kolostomie a v zápětí ileostomie, což jsou typy stomií, které odvádějí střevní obsah. Tyto stomie jsou nejčastěji u mužů. Zřejmě důvodem, proč osoby mající tento typ stomie, se snaží izolovat od společnosti je, že řeší dilema po stránce hygienické, estetické a obávají se pohledů a připomínek ostatních lidí, kteří o stomiích také moc nevědí.

Dalším cílem práce bylo zjistit, zda osoby se stomií jsou dostatečně informovány o možnostech využití volného času a kde tyto informace získávají.

Člověk, kterému se vyvede stomie, potřebuje hlavně dostatek informací nejen o péči, stravování, případných komplikacích, pomůckách, ale i možnostech, co může dělat, čemu se může věnovat, co případně může očekávat, jak se má v různých situacích zachovat, v čem omezen je, v čem není a spoustu jiných informací. Samozřejmě, že v určitých věcech získá sám své zkušenosti, ale v hojném množství skutečností potřebuje poradit.

Ze své zkušenosti při zpracovávání této práce, mohu potvrdit, že informací ohledně života stomiků, je velmi málo, jak v odborné literatuře, tak na internetu. To, že se člověk stane stomikem, je už dosti psychicky zatěžující a nebýt k tomu navíc kvalitně informován, je velmi těžké.

Ve zkvalitnění této problematiky vidím v lepší spolupráci a provázanosti odborníků mezi sebou, a to lékařů mezi stomasestrami poraden, psychology, firmami a kluby stomiků. Nemělo by se stávat to, že by si člověka přehazovali mezi sebou, jako horký brambor, z toho důvodu, že ten druhý ví o problematice více než já apod.

Tato práce by mohla vést k eventuelnímu výzkumu naší společnosti a ověření si, zda ví, co je stomie, jaké jsou a co to pro člověka obnáší a eventuelnímu výzkumu potřeb osob se stomií.

Dále by výsledky práce mohly vést odborníky k zamyšlení nad vytvořením literatury pro osoby se stomií, která by jim poskytovala potřebné informace nejen v otázkách výživy, komplikací, pomůcek, ale i o možnostech aktivit, které lze využít ve volném čase.

Práce by též mohla posloužit jako materiál při výuce zdravotnických pracovníků na středních, vyšších odborných školách nebo v pomaturitním specializačním vzdělávání.

## 7. Seznam použitých zdrojů

1. BALAŠ, V. et al. *Speciální chirurgie II*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1985. 484s. ISBN 08-044-85.
2. BARTOŠÍKOVÁ, I. et al. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. 203 s. ISBN 57-866-99.
3. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vyd. Praha: Grada, 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
4. BÁRTLOVÁ, S. - SADÍLEK, P. - TÓTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 146 s. ISBN 80-7013-416-X.
5. BOLDIŠ, P. Bibliografické citace dokumentu podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2: Část 1 – Citace: metodika a obecná pravidla. Verze 3.3. [online]. Poslední aktualizace 11.11.2004. [cit. 2008-10-29]. 21 s. Dostupné z: <<http://boldis.cz/citace/citace1.pdf>>.
6. BOLDIŠ, P. Bibliografické citace dokumentu podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2: Část 2 – Modely a příklady citací u jednotlivých typů dokumentů. Verze 3.0. [online]. Poslední aktualizace 11.11.2004. [cit. 2008-10-29]. 16 s. Dostupné z: <<http://boldis.cz/citace/citace2.pdf>>.
7. *Česká a slovenská gastroenterologie a hepatologie* [online]. [cit. 2009-03-30]. Dostupné z: <<http://www.csgh.info/>>.
8. *Česká gastroenterologická společnost ČLS JEP (Nespecifické střevní záněty)* [online]. [cit. 2009-04-01]. Dostupné z: <<http://www.cgs-cls.cz/>>.
9. *Česká chirurgická společnost* [online]. [cit. 2009-04-01]. Dostupné z: <[http://www.chirurgie.cz/index.php?pId=1show\\_detail=1](http://www.chirurgie.cz/index.php?pId=1show_detail=1)>.
10. DÍTĚ, P. et al. *Endoskopické, funkční a morfologické vyšetření v gastroenterologii*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1994. 146 s. ISBN 80-7013-183-7.

11. DYLEVSKÝ, I. *Somatologie*. 2. vyd. Olomouc: Epava, 2000. 480 s. ISBN 80-86297-05-5.
12. FALPRECHTOVÁ, I. - BRANDEJSOVÁ, J. *Informovanost pacientů s idiopatickými střevními záněty*. In *Sestra*. Č. 9 Praha: Mladá fronta, 2006, roč. 16, s. 57-58. ISSN 1210-0404.
13. FERKO, A. et al. *Chirurgie v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 596 s. ISBN 80-247-0230-4.
14. FARKAŠOVÁ, D. et al. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. české vyd. Martin: Osveta, 2006. 87 s. ISBN 80-8063-229-4.
15. FRÁNĚ, F. *Chirurgie pro studující ZSF JU*. 2. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2004. 96 s. ISBN 80-7040-682-8.
16. FRONTÁLOVÁ, D. *Stomie je nemoc pro mladé*. In *Sestra*. Č. 5. Praha : Mladá fronta, 2008, roč. 18, s. 50. ISSN 1210-0404.
17. CHUDÁČEK, Z. *Punkční nefrostomie z pohledu radiologa*. [online]. [cit. 2009-04-21]. Dostupné z:<<http://www.tigis.cz/>>.
18. *Ileostomie* [online]. [cit. 2009-04-01]. Dostupné z:<<http://www.zelenahvezda.cz/>>.
19. JEDLIČKOVÁ, B. - ZACHOVÁ, V. *Jak učíme stomiky*. In *Sestra*. Č. 7-8. Praha: Sanoma Magazines Praha, 2004, roč. XIV, s. 30-32. ISSN 1210-0404.
20. JESENSKÝ, J. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1995. 159 s. ISBN 80-7066-941-1.
21. JINDŘICH, L. *Tracheostomie v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 120 s. ISBN 80-247-0673-3.
22. KLEVETOVÁ, D. *Domácí péče u seniorů se stomií*. In *Sestra*. Č. 7-8. Praha: Sanoma Magazines Praha, 2004, roč. XIV, s. 33. ISSN 1210-0404.
23. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2000. 147 s. ISBN 80-7178-429-X.
24. KOZLOVÁ, L. *Některé základní problémy sociologického výzkumu*. In *Kontakt*. Č. 1. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, zdravotně sociální fakulta, 2000, roč. II. S. 41-44. ISSN 1212-4117.

25. KOZLOVÁ, L. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 80 s. ISBN 80-7254-662-7.
26. KROCOVÁ, J. - HEISTEROVÁ, D. *Péče onemocného s ureterostomií*. [online]. [cit. 2009-04-23]. Dostupné z: <<http://www.sestra.cz/>>.
27. KREML, P. *Jak se žije se stomií*. [online]. [cit. 2009-06-18]. Dostupné z: <<http://www.zdravotnickenoviny.cz/>>.
28. KŘENKOVÁ, D. Domácí péče o nemocné se stomií. In Radim. Č. 2. Praha: Bristol-Myers Squibb, divize ConvaTec, 2005, s. 31-32.
29. KŘENKOVÁ, D. Život se stomií. [online]. Poslední aktualizace 3.3.2006 [cit.9.4.2006]. Dostupné z <<http://www.ilco.cz/ZivotText/Text4.htm>>.
30. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
31. LUKÁŠ, K. *Idiopatické střevní záněty*. 1. vyd. Praha: Triton, 1997. 185 s. ISBN 80-85875-31-4.
32. MACH, J. et al. *Zdravotnictví a právo*. 1. vyd. Praha: Orac, 2003. 351 s. ISBN 80-86199-50-9.
33. MARCÍKOVÁ, A. *Problémy kolostomie* [online]. [cit. 2009-04-23]. Dostupné z: <<http://stomik.webz.cz/stomik/stranka14.html>>.
34. MARTINCOVÁ, K. Perkutánní endoskopická gastrostomie. In Sestra Č. 10. Praha: Mladá fronta, 2005, roč. 15, s. 41-42. ISSN 1210-0404.
35. MITTÁKOVÁ, H. Anastomózy v kolorektální chirurgii – použití ruční nebo staplerové techniky při tvorbě anastomóz. [online]. Poslední aktualizace 1.8.2002 [cit.10.4.2006]. Dostupné z <<http://www.instrumentarky.cz/>>.
36. MUNZAROVÁ, M. *Lékařský výzkum a etika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 120 s. ISBN 80-247-0924-4.
37. *Nebojte se stomie – pomůcky* [online]. [cit. 2009-06-18]. Dostupné z: <<http://www.stomie.cz/tl/Pom%F9cky.htm>>.
38. NEUWIRTH, J. - FIFERNOVÁ, G. *Ošetřovatelství II*. 3. vyd. Praha: Informatorium, 1996. 205 s. ISBN80-85427-88-5.



39. OTRADOVCOVÁ, I. - KUBÁTOVÁ, L. et al. *Komplexní péče o pacienta se stomií*. Č. 7-8. Praha: Galén, 2006, roč. II, 53 s. ISBN 80-7262-432-6.
40. PODSTAVCOVÁ, L. Ošetřování stomií a poradenská činnost. In *Sestra*. Č. 2. Praha: Sanoma Magazines Praha, 2003, roč. XIII, s 52. ISSN 1210-0404.
41. *Průdušnice a průdušky* [online]. [cit. 2009-01-03]. Dostupné z:<<http://www.orl.estranky.cz/clanky/anatomie/prudusnice-a-prudusky>>.
42. PRŮCHA, J. *Pedagogický slovník*. 4. vyd. Praha: Portál, 2003. 322 s. ISBN 80-7178-772-8.
43. *Rakovina hrtanu* [online]. [cit. 2009-01-03]. Dostupné z:<<http://www.stefajir.cz/?q=rakovina-hrtanu>>.
44. RICHARDS, A. - EDWARDS, S. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 376 s. ISBN 80-247-0932-5.
45. SEMIGINOVSKÝ, B. Diferenciální diagnóza idiopatických střevních zánětů. In *Lékařské listy*. Č. 5. Praha: Příloha zdravotnických novin, 2001, roč. 50, s. 8-16. ISSN 0044-1996.
46. *Stomikův soukromý svět* [online]. [cit. 2009-04-23]. Dostupné z:<<http://www.stomik.webz.cz/>>.
47. *Střevní záněty* [online]. [cit. 2009-06-03]. Dostupné z:<<http://www.strevni-zanety.cz/>>.
48. SUROVCOVÁ, A. *Co dál? Pohyb jako lék*. [online]. [cit. 2008-05-07]. Dostupné z:<<http://www.convatec.cz/>>.
49. SUROVCOVÁ, A. Intimní život po operaci. In *Radim*. Č. 2. Praha: Bristol- Myers Squibb, divize ConvaTec, 2005, s. 33.
50. ŠTEFKA, J. - JIRKŮ, H. Onemocnění tlustého střeva, řešená kolostomií. In *Sestra*. Č. 3. Praha: Sanoma Magazines Praha, 2004, roč. XIV, s. 40-41. ISSN 1210-0404.
51. ŠVOBOVÁ, M. Spolupráce s rodinou v péči o seniora se stomií. In *Sestra*. Č. 11. Praha: Sanoma Magazines Praha, 2003, roč. XIII, s. 17. ISSN 1210-0404.
52. *Tracheostomie – kanyly* [online]. [cit.2009-01-03]. Dostupné z:<<http://www.orl.estranky.cz/clanky/lekarske-diagnozy/tracheostomie-kanyly>>.

53. TRÁVNÍČKOVÁ - KITTLEROVÁ, O. - HRDIL, V. - VACEK, J. *Rehabilitace pacientů s onkologickou diagnózou*. 1. vyd. Praha: Triton, 2004. 87 s. ISBN 80-7254-485-3.
54. *Urologická klinika FN Plzeň – Punkce ledvinné pánvičky (nefrostomie)* [online]. [2009-04-21]. Dostupné z:<<http://www.fnplzen.cz/data/prac/Bory/urol/pacienti/nefrostomie.html>>.
55. URSTOVÁ, M. Noví stomici potřebují informace. In Radim. Č. 1. Praha: Bristol-Myers Squibb, divize ConvaTec, 2005, s. 6-7.
56. VALENTA, J. et al. *Chirurgie pro bakalářské studium ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 237 s. ISBN 80-246-0644-5.
57. VLČKOVÁ, Šárka. *Životní způsob osob s kolostomií*. České Budějovice, 2006. 51 s. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí bakalářské práce Lucie Kozlová.
58. VOJTÍŠEK, V. et al. *Chirurgie I*. 2. vyd. Praha: Informatorium, 1994. 191 s. ISBN 80-85427-42-7.
59. VOJTÍŠEK, V. et al. *Chirurgie II*. 2. vyd. Praha: Informatorium, 1994. 190 s. ISBN 80-85427-43-5.
60. VOKURKA, S. et al. *Ošetrovatelské problémy a základy hemoterapie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 140 s. ISBN 80-7262-299-4.
61. VORLÍČEK, J. - ABRAHÁMOVÁ, J. - VORLÍČKOVÁ, H. et al. *Klinická onkologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 328 s. ISBN 80-247-1716-6.
62. VOKURKA, M. *Praktický slovník medicíny*. 3. vyd. Praha: Maxdorf, 1995. 409 s. ISBN 80-85800-27-6.
63. VORLÍČEK, J. - ADAM, Z. - POSPÍŠILOVÁ, Y. et al. *Paliativní medicína*. 2. vyd. Praha: Grada, 2004. 544 s. ISBN 80-247-0279-7.
64. VORLÍČEK, J. - SLÁMA, O. Sdělování onkologické diagnózy. In *Sestra*. Č. 2. Praha: Sanoma Magazines Praha, 2003, roč. XIII, s. 35-36. ISSN 1210-0404.
65. Vyhláška číslo 284/1995 Sb., kterou se provádí zákon o důchodovém pojištění.
66. VYSLOUŽIL, K. *Komplexní léčba nádorů rekta*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 196 s. ISBN 80-247-0628-8.

67. WILHELM, Z. et al. *Výživa v onkologii*. 2.vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. 260 s. ISBN 80-7013-410-0.
68. ZEMAN, M. et al. *Chirurgická propedeutika*. 2. vyd. Praha: Grada, 2003. 524 s. ISBN 80-705-2.
69. ZACHAROVÁ, E. - HERMANOVÁ, M. - ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
70. *Zavedení nefrostomie* [oline]. [cit. 2009-04-21]. Dostupné z:<<http://www.nem-km.cz/oddeleni/urologie/operacni-vykony/zavedeni-nefrostomie/>>.
71. *Život se stomií - články* [oline]. [cit. 2009- 03-14]. Dostupné z:<<http://www.ilco.cz/>>.
72. Zákon číslo 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.
73. Zákon číslo 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění.

## **8. Klíčová slova**

stomie

stomické pomůcky

zdravotně sociální problémy

volný čas

aktivita

informovanost

## **9. Přílohy**

Příloha 1: Dotazník

Příloha 2: Otázky kladené odborníkům

Příloha 3: Část seznamu zdravotnické techniky

Příloha 4: Seznam ILCO klubů

## Příloha 1

Dobrý den,

Jmenuji se Šárka Vlčková a jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Anonymní dotazník, který jste právě dostal/a, je nutný k výzkumnému šetření mé diplomové práce na téma „Využití volného času u osob se stomií“ a bude použit pouze jako podklad pro účely této práce. Prosím Vás o jeho vyplnění a zároveň děkuji za ochotu a spolupráci.

V každé otázce svou odpověď zaškrtněte nebo doplňte slovně na vyhrazené místo.

Děkuji za vyplnění dotazníku.

### 1. Pohlaví

- žena       muž

### 2. Jaké je Vaše vzdělání?

- základní  
 střední odborné  
 střední odborné s maturitou  
 vyšší odborné  
 vysokoškolské

### 3. Jaký je Váš věk?

- 18 – 29                       40 – 49                       60 a více let  
 30 – 39                       50 – 59

### 4. Jaký typ stomie máte?

- kolostomie (tlusté střevo)                       gastrostomie (žaludek)  
 ileostomie (tenké střevo)                       urostomie (močové cesty)  
 tracheostomie (průdušnice)                       nefrostomie (ledvina)

### 5. Vaše stomie je:

- dočasná                       trvalá

### 6. Jak dlouho stomii máte?

- do jednoho roku                       6 – 10 let  
 1 rok – 5 let                       více jak 10 let

### 7. Před onemocněním jsem volný čas trávil/a: (můžete zaškrtnout i více možností)

- kino                       s přáteli  
 divadlo                       bavením se ve společnosti

- sport, uveďte jaký.....  jinak, jak.....  
 koníčky, záliby, uveďte jaké.....

**8. Jak často jste takto trávil/a volný čas?**

- 1 krát týdně  1 krát za měsíc  
 více než 1 krát týdně  méně než 1 krát za měsíc

**9. Jako stomik využívám volný čas raději: (můžete zaškrtnout i více možností)**

- kino  
 divadlo  
 sport, jaký .....

- turistika  
 bavím se ve společnosti  
 jinak, jak .....

**10. Chodíte do společnosti cizích lidí?**

- ano  ne, uveďte důvod .....

**11. Jsem raději doma v rodinném kruhu:**

- ano  ne

**12. Změnila stomie Váš osobní život?**

- ano, jak .....

**13. Máte pocit méněcennosti v souvislosti s handicapem mezi cizími lidmi?**

- ano  ne

**14. Od doby, co máte stomii, jste raději sám/sama?**

- ano  ne

**15. Máte nepříjemnou zkušenost v souvislosti se svým znevýhodněním?**

- ano, popište .....

**16. Popište Vaše zkušenosti s cizími lidmi v souvislosti se stomií:**

**17. Myslíte si, že jste uzavřenější?**

ano

ne

**18. Navštěvujete ordinaci stomasestry?**

ano

ne

19. Jste informován odborníkem o možnostech využívání volného času v souvislosti se stomií?

dostatečně ano

moc ne

částečně ano

vůbec ne

20. Informace k využití Vašeho volného času se stomií, získáváte od: (můžete zaškrtnout i více možností)

praktického lékaře

stomasestry

odborného lékaře

odborné časopisy

jinak

(doplňte).....

21. Účastníte se setkání stomiků?

ano, vždy

občas

ne, nikdy

Zdroj: vlastní výzkum



## **Příloha 2**

Byli ochotni Vámi oslovení klienti spolupracovat na vyplnění dotazníků?

Jak stomici Vaší ambulance tráví volný čas? Chodí do společnosti?

Jak je to se zaměstnáním stomiků? Mohou chodit do práce?

Poskytujete stomikům informace týkající se možností trávení volného času?

Zdroj: vlastní výzkum

Příloha 3

**ODDÍL C**

**Seznam prostředků zdravotnické techniky hrazených z veřejného zdravotního pojištění při poskytování ambulantní péče (část)**

Č.	Skupina	Název druhu(typu) prostředku zdravotnické techniky	Poznámka	Výše úhrady
1	1	gáza hydrofilní skládaná	nejvýše do rozměru 10x10 cm a velikosti balení po 2 ks	100% nejvýše do 8 Kč
2	1	krytí gelové	nejvýše do rozměru 10 x 10 cm na základě schválení revizním lékařem	100% nejvýše do 150 Kč za 1 ks
3	1	náplasti hypoalergické	u dětí do 18 let věku a u pacientů se stomií a diabetiků	nejvýše do 30 Kč
4	1	obinadlo elastické	nejvýše do rozměru 14 cm x 5 m	100% nejvýše do 50 Kč
5	1	obinadlo hydrofilní sterilní	nejvýše do rozměru 12 cm x 5 m	100% nejvýše do 15 Kč
6	1	obinadlo pružné hadicové		do 15 Kč nejvýše do 30 Kč
7	1	tampony vinuté	pouze na předepsání DIA, 1 balení po 1000 ks ročně	nejvýše do 70 Kč
8	1	vata buničitá	100 g	nejvýše do 10 Kč
9	1	vata obvazová skládaná	100 g	nejvýše do 20 Kč
10	1	vata obvazová sterilní	25 g	nejvýše do 10 Kč
11	2	absorpční prostředky pro inkontinentní - kalhotky plenkové	maximálně 150 ks měsíčně, nehrazeno pacientům v ústavní péči a v odborných léčebnách	nejvýše do 1400 Kč

12	2	absorpční prostředky pro inkontinentní - vložky pro lehkou inkontinenci	maximálně 150 ks měsíčně, nehrazeno pacientům v ústavní péči a v odborných léčebnách	nejvýše do 550 Kč
13	2	absorpční prostředky pro inkontinentní - vložné pleny	maximálně 150 ks měsíčně, nehrazeno pacientům v ústavní péči a v odborných léčebnách	nejvýše do 900 Kč
14	2	fixace absorpčních prostředků pro inkontinenci	maximálně 24 ks ročně, nehrazeno pacientům v ústavní péči a v odborných léčebnách	nejvýše do 190 Kč
15	2	kondomy urinální	maximálně 30 ks měsíčně	100% nejvýše do 900 Kč
16	2	sáčky sběrné urinální	maximálně 10 ks měsíčně	100% nejvýše do 600 Kč
17	2	svorka inkontinenční pro muže	maximálně 2 ks ročně	100%
18	3	krytky stomické	pouze po schválení revizním lékařem, maximálně 60 ks měsíčně	100% nejvýše do 3100 Kč
19	3	podložky kolostomické a ileostomické	maximálně 10 ks měsíčně	100% nejvýše do 1100 Kč
20	3	podložky urostomické	maximálně 15 ks měsíčně	100% nejvýše do 1500 Kč
21	3	prostředky čistící stomické	pouze po schválení revizním lékařem	100% nejvýše do 1500 Kč
22	3	prostředky ochranné stomické	maximálně 360g ročně	100% nejvýše do 2760 Kč
23	3	systemy dvoudílné kolostomické uzavřené - sáčky	maximálně 60 ks měsíčně	100% nejvýše do 1600 Kč
24	3	systemy dvoudílné ileostomické výpustné - sáčky	maximálně 30 ks měsíčně	100% nejvýše do 1350 Kč
25	3	systemy jednodílné kolostomické uzavřené - sáčky	maximálně 60 ks měsíčně	100% nejvýše do 2600 Kč

26	3	systemy jednodílné ileostomické výpustné - sáčky	maximálně 30 ks měsíčně	100% nejvýše do 1950 Kč
27	3	systemy urostomické dvoudílné - sáčky	maximálně 30 ks měsíčně	100% nejvýše do 2000 Kč
28	3	systemy urostomické jednodílné - sáčky	maximálně 30 ks měsíčně	100% nejvýše do 2000 Kč
29	3	pasy a přídržné prostředky pro stomiky	maximálně 2 bal. ročně	100%
30	3	zátky stomické	pouze po schválení revizním lékařem, maximálně 60 ks měsíčně	100% nejvýše do 1200 Kč

---

Zdroj: Zákon číslo 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.

## Příloha 4

### Seznam ILCO klubů

#### Klub stomiků Brno

Pavlovská 9, 623 00 Brno  
tel.: 547 355 035, 603 540 786  
e-mail: janstr@centrum.cz  
předseda: MVDr. Karel Šmíd, Kyselkova 21, 664 44  
Ořechov  
tel.: 547 225 577, 732 601 950

#### Klub stomiků ILCO Brno

Jana Kuchtová  
Zahradníková 2/8, 611 41 Brno  
tel.: 739 845 134

#### Klub stomiků Česká Lípa

Marie

Čs. Armády 1471, 470 01 Česká Lípa  
tel.: 602 459 138

#### ILCO Cheb při chirurgické nemocnici, Cheb

Vlastimil Pilmajer  
Havlíčková 25, 350 02 Cheb  
tel.: 354 422 995, 731 092 166

#### Klub stomiků Karlovy Vary

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

#### Klub stomiků Kroměříž

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

#### Klub stomiků okresu Nový Jičín

Jaroslav Pecha  
Bělotín 115, 753 64 Bělotín  
tel.: 775 997 248  
www: www.stomici.unas.cz  
Slezský klub stomiků Opava, o.s.

Pavel Elbl  
Antonína Sovy 11, 747 05 Opava  
tel.: 777 625 014

#### Slezský klub stomiků Ostrava

Doc. RNDr. Pavel Kreml, CSc.  
Francouzská 6015, 708 00  
Ostrava-Poruba  
tel.: 596 994 175, 737 588 111  
e-mail: pavel.kreml@vsb.cz  
FIT ILCO Praha, o.s.

Ing. Marie Ředinová  
Vratislavova 9, 128 00 Praha 2  
tel.: 221 982 434, 727 870 963  
e-mail:  
marieredinova@seznam.cz  
Klub stomiků Prostějov, o.s.

Ruczová Jaromír Obr

Ohrozim 10, 798 03 Plumlov  
tel.: 582 393 468

e-mail:  
struzkova.petra@seznam.cz  
Klub stomiků při nemocnici

#### Přerov, o.s.

Josef Matoušek  
Svatopluka Čecha 1233, 751 31  
Lipník nad Bečvou  
tel.: 602 567 403, 581 771 634

e-mail:  
josefmatousek1@seznam.cz  
ILCO Příbram

Jiří Ureš

Jar. Zástěry 537, 261 01 Příbram

II

tel.: 605 069 016

e-mail: jiri.ures@seznam.cz

#### ILCO Tábor

Zdena Šabatková  
Husinecká 940, 390 02 Tábor  
tel.: 723 548 405  
Klub stomiků ILCO Vysočina

e-mail: pavel.elbl@seznam.cz

Marie Dvořáková  
Dvořiště 1032, 593 01 Bystřice  
nad Pernštejnem  
tel.: 731 409 625  
Klub stomiků Zlín, o.s.

Marie Martincová  
Nivy II 4241, 760 01 Zlín  
tel.: 577 430 982, 721 096 151  
e-mail: maka.zlin@centrum.cz

Zdroj: <http://www.dansacimage.com/>