



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav ošetřovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

Diplomová práce

Problematika přijetí sebepéče o stomii u pacientů po operaci střev

Vypracovala: Bc. Jana Mocková
Vedoucí práce: PhDr. Marie Trešlová, Ph.D.

České Budějovice 2016

Abstrakt

Základní teoretická východiska: Stomie jako součást operačního řešení onemocnění trávicího ústrojí obvykle zcela zásadně zasáhne do života pacienta i jeho blízkých. Pacient je konfrontován nejen se samotnou, často závažnou diagnózou, ale i s výsledkem operačního zákroku zasahujícím do jedné z nejintimnějších sfér člověka. Významnou roli při návratu do plnohodnotného života hraje přijetí stomie pacientem a jeho schopnost zaujmout aktivní postoj k péči o stomii.

Teoretická část se v úvodu zabývá teorií deficitu sebepéče. Druhá část teoretické práce shrnuje základní informace týkající se problematiky střevních derivačních stomií.

Cíl práce a hypotézy: Cílem práce je zjistit rozdíly v přijetí stomie a péče o stomii mezi pacienty po operaci střev. K dosažení cíle byly stanoveny tři hypotézy. H1: Pacienti s trvalou stomií pociťují větší změny v psychosociální oblasti způsobené založením stomie než pacienti se stomií dočasnou. H2: Ženy přistupují v pooperačním období k nácviku péče o stomii jinak než muži. H3: Pacienti mladší 55 let věku mají více informací ohledně života se stomií než pacienti starší.

Metodika: Výzkumná část práce byla realizována prostřednictvím kvantitativního výzkumného šetření. Technikou sběru dat byl anonymní dotazník. Při vyhledávání respondentů byly osloveny organizace sdružující pacienty se stomií, stomické a proktologické ambulance vybraných nemocnic, léčebny dlouhodobě nemocných a domovy pro seniory. Získaná data byla zpracována popisnou statistikou do grafů pomocí Microsoft Office Excel 2010, následně bylo provedeno statistické vyhodnocení hypotéz. Hypotézy byly testovány chí-kvadrát testem v kontingenční tabulce, průměrné hodnoty byly srovnávány T-testem. Zvolená hladina významnosti α byla 5 %.

Výsledky: Výsledky lze rozdělit do tří oblastí podle toho, k jaké hypotéze se vztahují. První část výsledků poskytla informace o změnách, které pacienti po založení stomie pociťují, a také o tom, zda je vzájemná souvislost mezi pociťováním změn v psychosociální oblasti a časovým trváním stomie. Bylo zjištěno, že nebyl rozdíl ve smíření se s novým vzhledem těla mezi pacienty s dočasnou a trvalou stomií. V obou skupinách pacienti nejčastěji označili střední hodnotu zátěže. Pocity v souvislosti s

vnímáním stomie a svého těla většina pacientů s dočasnou i trvalou stomií zařadila do skupiny spíše pozitivních. Z oblastí života, ve kterých po založení stomie pociťují největší omezení, respondenti s dočasnou stomií nejčastěji uváděli oblékání, zatím co u respondentů s trvalou stomií to byl partnerský a intimní život. V pociťovaných omezeních v ostatních oblastech života pak nebyly zásadní rozdíly. Respondenti s trvalou stomií častěji, než se stomií dočasnou, uváděli, že je stomie nijak neomezuje. Druhá oblast přinesla odpověď na to, zda je rozdíl v přístupu k nácviku péče o stomii mezi muži a ženami. Většina mužů i žen uvedla, že byli schopni po propuštění z nemocnice samostatně pečovat o stomii. Také vlastní zručnost při ošetřování stomie hodnotili respondenti obou pohlaví podobně. Pouze u respondentů, kteří uvedli, že k ošetřování stomie využívají pomoci druhé osoby, je patrný rozdíl v přístupu mužů a žen. Z výzkumu vyplývá, že muži se nechávají nejčastěji ošetřovat svými partnerkami, zatím co ženy vyhledávají pomoc spíše u všeobecných sester. Třetí a zároveň poslední oblast přinesla odpověď na to, zda je rozdíl v informovanosti ohledně života se stomií mezi stomiky do 55 let a stomiky staršími. Výzkum ukázal, že velká většina respondentů obou věkových kategorií se domnívá, že má dostatek informací ohledně života se stomií. Na základě výsledků byly stanovené hypotézy vyhodnoceny takto: H1 - Pacienti s trvalou stomií pociťují větší změny v psychosociální oblasti způsobené založením stomie než pacienti se stomií dočasnou nepotvrzena, H2 - Ženy přistupují v pooperačním období k nácviku péče o stomii jinak než muži nepotvrzena a H3 - Pacienti mladší 55 let věku mají více informací ohledně života se stomií než pacienti starší nepotvrzena.

Závěr: Práce poskytuje komplexní pohled na problematiku přijetí sebezpečí o stomii u pacientů po operaci střev. Vytvoření stomie, bez ohledu na věk či pohlaví pacienta a také bez ohledu na její případnou dočasnost, zcela zásadně zasáhne pacientovi do života. Na to je nutné pamatovat po celou dobu, od dlouhodobé předoperační přípravy až po následnou péči, kdy by, v rámci ošetřovatelského procesu, sestra měla stomikovi poskytnout komplexní péči, adekvátní podporu a pomoci mu k návratu k plnohodnotnému životu a prožití každého dne na vrcholu svých možností.

Klíčová slova: edukace, ošetřovatelství, pacient, přijetí, sebezpečí, stomie.

Abstract

Basic theoretical background: Stoma as a part of the surgical treatment of digestive tract diseases usually radically affects the life of the patient and his relatives. The patient has to face not only the severe diagnosis but also the result of the surgery concerning one of the most intimate human spheres. A significant part in the return to a full life is the acceptance of the stoma by the patient and his ability of being active when taking care of stoma.

The theoretical part in the introduction describes the Theory of self-care deficit. The second part of the theoretical work summarizes basic information regarding the issue of derivation of intestinal stoma and the issue of acceptance of the changed body image and self-care.

Objectives and hypotheses: The aim of this work is to find out differences in the acceptance of stoma and care for stoma among patients after intestinal surgery. To achieve the objective of the work, there were set three hypothesis. H1: Patients with a permanent stoma experience major changes in the psychosocial area than patients with temporary stoma. H2: In the postoperative period, women approach practising the stoma care differently than men. H3: Patients under 55 have more information about living with stoma than older patients.

Methodology: The research part of the work has been carried out through quantitative research. The form of data gathering was an anonymous questionnaire. The only criterion of the selection of the respondents was the state of health after the intestinal surgery with the subsequent stoma. During the search of the respondents were addressed organizations joining the patients with stoma, stoma and proctologic ambulances of selected hospitals, hospices and homes for elderly people. The obtained data were processed by descriptive statistics in graphs by the help of Microsoft Office Excel 2010. Further on, the statistical evaluation of hypotheses was carried out. Hypotheses were tested by chi-square test in a PivotTable, the average values were compared by T-test. The chosen significance level α was 5 %.

Results: The results can be divided into the parts according to the hypothesis they relate to. The first part of the results provided information about the changes that

patients can recognize after the stoma. This part also describes the mutual connection between the changes in psychosocial field and stoma duration. It was found out that there was no difference at body image perception between the groups of patients with temporary and permanent stoma. In both groups, the patients often described medium strain. Feelings associated with stoma and the body the patients in both groups with temporary and permanent stoma described as rather positive. In the areas of life where patients after stoma are the most limited, the respondents with temporary stoma mentioned getting dressed whereas the patients with permanent stoma mentioned the partner and intimate life. There were no basic differences in other parts of life.

The respondents with permanent stoma in comparison with respondents with temporary stoma reported more frequently that they were not limited by stoma in any way. The second part answered the question if there is a difference between man and women at the attitude to practising the care for stoma. Most of the man and women reported they were able to care for the stoma after coming back home from hospital. Also the skills, when caring for stoma both, men and women evaluated similarly. There was only one difference between man and women – by the respondents who reported the help of another person when caring for stoma. The research reports that men usually let their partners care for their stoma whereas women search for the help of nurses. The third and the last part answered the question whether there is a difference in awareness between stoma patients under 55 and older ones. The research has shown that most respondents in both age groups think they have enough information about life with stoma. On the basis of the results the hypothesis were evaluated as following: H1 – Patients with permanent stoma feel major changes in psychosocial area caused by stoma than patients with temporary stoma – this hypothesis was not confirmed. H2 – Women have a different attitude to care for stoma than men - this hypothesis was not confirmed. H3 – Patients under 55 have more information about life with stoma - this hypothesis was not confirmed.

Conclusion: The work provides a comprehensive look at the issue of acceptance of stoma self-care after intestinal surgery. Creating of stoma, regardless of age or sex of the patient and also regardless of its eventual duration radically influences the patient's

life. This is necessary to remember all the time – from the long lasting preoperative preparation to aftercare when the stoma patient should be provided by comprehensive care by nurses. The nurse should also help the patient to return to a normal life.

Key words: education, nursing, patient, acceptance, self-care, stoma

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím literatury a pramenů 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 – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu své kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 16. 5. 2016

.....

Bc. Mocková Jana

Poděkování

Děkuji své vedoucí práce paní PhDr. Marii Trešlové, Ph.D., za odborné vedení, vstřícný přístup a cenné rady při psaní této diplomové práce a paní Mgr. Olze Dvořáčkové za pomoc při testování hypotéz.

Obsah

1.	Současný stav	13
1.1	Teorie deficitu sebeděče - koncepční model D. E. Orem	13
1.2	Stomie	16
1.2.1	Stomie a jejich historie	16
1.2.2	Střevní derivační stomie	17
1.3	Předoperační příprava	19
1.3.1	Dlouhodobá předoperační příprava	21
1.3.2	Krátkodobá předoperační příprava	24
1.3.3	Předoperační příprava u akutního výkonu	25
1.4	Perioperační péče	26
1.5	Pooperační péče	26
1.6	Propuštění do domácí péče	30
1.7	Následná péče, stomaporadna	31
1.8	Stomické pomůcky	32
1.9	Stravování a psychosociální problémy stomiků	33
1.9.1	Stravování	34
1.9.2	Zaměstnání, aktivity	34
1.9.3	Cestování	34
1.9.4	Pohyb, sport	35
1.9.5	Sexuální život, těhotenství	36
1.9.6	Psychosociální problematika	37
1.10	ILCO	39
1.11	Komplikace stomií	40
2.	Metodika	44
2.1	Použitá metodika	44
2.2	Charakteristika výzkumného souboru	44
2.3	Zpracování dat	44
3.	Výsledky	46
3.1	Grafy	46

3.2	Testování hypotéz	80
4.	Diskuze	84
5.	Závěr	92
6.	Seznam použitých zdrojů.....	93
7.	Klíčová slova	97
8.	Přílohy.....	98

Seznam použitých zkratk

ARO - anesteziologicko - resuscitační oddělení

IBD - idiopatické střevní záněty

CRC - kolorektální karcinom

JIP - jednotka intenzivní péče

ÚZIS ČR – Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

VZP - Všeobecná zdravotní pojišťovna

z.s. - zapsaný spolek

Úvod

„Pro někoho je slovo stomie jen slovem, pro jiného osudem. Osudem je pro pacienty se stomií - stomiky. Mění život nejen jim samotným, ale často i jejich nejbližším, celé rodině, což nakonec může vést k naplnění syndromu tzv. nemocné rodiny.“ (Lúčan, 2011, str. 11)

Operace, která vede k vytvoření stomie, je radikálním chirurgickým zásahem do nejintimnější sféry člověka, majícím vliv na jeho další život. I přes pokroky v medicíně a technické vymoženosti počet stomiků neklesá. Přibližné odhady počtu stomiků v České republice udávají číslo 8 000 až 9 000 (Lúčan, 2011). Důvodem k založení stomie jsou nádorová či zánětlivá onemocnění střev, úrazy či jiná onemocnění, která mohou postihnout kohokoliv v jakémkoliv věku (Horák, Skříčka a kol., 2008). To s sebou nese velký zásah do života člověka, který se musí vyrovnat nejen s vlastní diagnózou, často velmi závažnou, ale i s novým obrazem těla a dalšími změnami, které stomie přináší. Stomik se musí vyrovnat jak se změnou v jedné ze základních fyziologických funkcí - vylučování, péčí v oblasti intimní hygieny, tak i s obavami, zda péči zvládne sám, jak skutečnost přijme partner/ka, rodina, přátelé.

Vážné onemocnění nebo trvalé postižení velmi často změni žebříček hodnot jedince. Největším úkolem komplexní péče o pacienta stomika je naučit jej soběstačnosti v péči o stomii, minimalizace jejích možných fyzických, psychických a sociálních důsledků a podpora v návratu k plnohodnotnému aktivnímu životu.

Teoretická část práce je rozdělena do dvou základních částí. V první části práce jsem vycházela z teorie deficitu sebepečce. Druhá shrnuje základní informace týkající se problematiky střevních derivačních stomií.

Empirická část práce si klade za cíl srovnat problematiku přijetí sebepečce o stomii u pacientů rozdělených do kategorií dle pohlaví či věku a stomie rozdělené dle časového trvání (dočasné a trvalé).

1 Současný stav

1.1 Teorie deficitu sebedpěče - koncepční model D. E. Orem

Sebedpěče je soubor činností, které osoba vědomě vykonává pro sebe, aby zajistila, podpořila a udržela podmínky nutné k zachování života, zdraví a pohody (Bekel, Halmo, 2004). Odlišuje se od instinktů a reflexů, má určité cíle a je spojena s odpovědností. Jde o konkrétní jednání jedince ve vlastním zájmu, ovlivněné věkem, schopnostmi a sociokulturním prostředím (Pavlíková, 2006), podložené svobodným a adekvátním rozhodnutím (Bekel, Halmo, 2004).

Ne všichni jedinci vyžadující lékařskou péči potřebují též péči ošetrovatelskou. Tu vyhledávají ti, kteří nejsou schopni, nechtějí nebo se nemohou o sebe postarat v dostatečném rozsahu a kvalitě, jak vyžaduje jejich zdravotní stav. Na základě tohoto zjištění začala Dorothea Elisabeth Orem koncipovat vlastní teorii ošetrovatelské péče se zaměřením na rozvoj aktivit sebedpěče. Teorii uvedla do praxe v roce 1973 a její dopracované a upřesněné znění publikovala v roce 1983 v knize *Family Health: A Theoretical Approach to the Nursing Care* od Clements, I., Roberts, F. v kapitole *The Selfcare Deficit Theory of Nursing (Ošetrovatelská teorie deficitu sebedpěče)* (Pavlíková, 2006).

Teorie deficitu sebedpěče klade důraz na vědomé jednání a maximální využití potenciálu v péči o sebe sama. Je souborem vzájemně propojených tří teorií: teorie sebedpěče, teorie deficitu sebedpěče a teorie ošetrovatelských systémů (Bekel, Halmo, 2004). Základním předpokladem modelu je, že lidé mají přirozenou schopnost pečovat sami o sebe, uspokojovat své vlastní potřeby, být soběstační, nezávislí. Aby toho byl jedinec schopen, musí vědět, co, jak a proč má udělat, aby se o sebe mohl postarat. To je ovlivněno jeho věkem, mentálními schopnostmi, celkovým stavem, kulturou, jíž je ovlivněn, a společností, v níž žije. Sebedpěče je chování, které zahrnuje kombinaci sociální a kognitivní zkušenosti, a člověk se je naučí prostřednictvím vztahů, komunikace a kultury. Přispívá k sebeúctě a je přímo ovlivněna sebezpojetím člověka. Jestliže jsou nároky na sebezpojetí větší, než jsou možnosti jedince, dochází k poruše rovnováhy a hovoříme o deficitu sebedpěče. Profesionální ošetrovatelská péče tedy nastupuje tehdy, pokud pacient zvládá péči jen částečně nebo není schopen se o sebe

postarat. Z toho vyplývá, že hlavním zájmem ošetřovatelství je uspokojování potřeb pacienta jeho motivováním a podporováním v sebepěči (Pavlíková, 2004). Halmo uvádí, že „optimální péče je dosaženo tehdy, když je zdravotnický personál připraven na interakci s informovaným a aktivním pacientem.“ (Bekel, Halmo, 2004, str. 20) Vždy musíme mít na paměti, že zdravotníci jsou odborníci na nemoc, ale pacient je odborníkem na sebe sama (Bekel, Halmo, 2004). Při akceptaci konceptu sebepěče je respektována autonomie pacienta, uznáno jeho právo být vnímán jako jedinec se svými jedinečnými potřebami a schopností postarat se o sebe tak, aby si udržel zdraví, život a pohodu. Jako hlavní jednotku modelu Pavlíková (2006) uvádí pacienta jako jedince s projevem deficitu sebepěče, kdy zdrojem obtíží jsou překážky v sebepěči. Rolí sestry je zhodnocení schopnosti sebepěče pacienta a poskytnutí takové pomoci, jež povede k dosažení optimální úrovně sebepěče, ohniskem zásahu je oblast nebo oblasti deficitu sebepěče, způsoby zásahu jsou činnosti za pacienta nebo pro něj, vedení, podpora, poskytnutí podnětného prostředí a učení, jejichž důsledkem je optimální úroveň sebepěče. Cílem ošetřovatelství je docílit takové úrovně sebepěče pacienta, která mu umožní udržet si optimální kvalitu života.

D. E. Orem určila tři druhy požadavků na schopnost sebepěče jedince. Univerzální požadavky mají všichni lidé. Jsou spojeny s lidskou existencí a životními procesy a zahrnují dostatečný příjem vzduchu, potravy a tekutin, správné vylučování, udržení rovnováhy mezi aktivitou a odpočinkem, samotou a sociální interakcí, předcházení rizik ohrožujících lidský život, fyzickou rovnováhu a pocit pohody, podporu normality (podporu a udržení konceptu sebe sama) (Bekel, Halmo, 2004). Vývojové požadavky sebepěče se pojí s růstem, vývojem a životními etapami a zahrnují životní fáze a krizové a zátěžové situace. Zdravotně podmíněné požadavky sebepěče vznikají při poruše zdraví a souvisí s následky nemoci, diagnostickým, léčebným, rehabilitačním výkonem, adaptací organismu a edukací při trvalých následcích nemoci.

Činnosti, které jsou zaměřeny na aktivizaci sebepěče, jsou označovány jako řízení sebepěče. Pacient musí vědět, proč se má o sebe starat, umět se rozhodnout jak a vědět, co musí udělat, být schopen odhadnout potřebné aktivity, rozhodnout se a realizovat je, znát sebe a okolí, umět požádat o pomoc a reálně posoudit vlastní chování

(Pavlíková, 2006). To znamená, že na vykonávání sebeděče má vliv řada situací a faktorů, které je možno rozdělit do tří skupin: osobní podmínky (věk, pohlaví, vývojový stupeň - fyziologický, kognitivní, psychosociální, struktura života - dosavadní způsob života, zvyky v sebeděči), rodinné vztahy, vztahy okolního prostředí (zdravotnický systém, podmínky života, sociokulturní orientace - víra, kultura, povolání, pracovní a životní zkušenost) (Bekel, Halmo, 2004).

Pokud dojde k nerovnováze mezi působením a požadavky sebeděče, hovoříme o deficitu sebeděče, což je důvod pro poskytnutí ošetřovatelské péče (Pavlíková, 2006). Deficit sebeděče může být dočasný nebo trvalý, částečný nebo úplný a týká se omezení pochopit situaci, učinit rozhodnutí nebo omezení v provedení činnosti (Bekel, Halmo, 2004). Cílem ošetřovatelství je pomoci pacientovi dosáhnout sebeděče použitím některého z ošetřovatelských systémů a některou z pomáhajících metod. Orem stanovila tři ošetřovatelské systémy, a to: úplně kompenzační ošetřovatelský systém, ve kterém sestra na sebe přebírá odpovědnost za provádění těch činností, které vedou k uspokojení potřeb sebeděče, pacient není sebeděče schopen, je plně závislý. Dále částečně kompenzační ošetřovatelský systém, v rámci něhož pacient provádí některé činnosti sám, některé ve spolupráci se sestrou. A nakonec podpůrně-výchovný ošetřovatelský systém, který je aplikován v situacích, kdy je jedinec potencionálně schopen péči zvládnout, ale potřebuje podporu, informace a radu a učí se ošetřovat sám sebe (Pavlíková, 2006). Tyto ošetřovatelské systémy nejsou nijak ohraničeny, ale mohou se navzájem prolínat. Z toho vyplývá, že ošetřovatelská péče poskytovaná dle modelu Orem je velmi variabilní, od stimulace aktivit sebeděče u pacienta až po péči celkovou, nahrazující sebeděči adekvátními intervencemi (Archalousová, 2005). Orem současně stanovila pět metod pomoci, které lze použít jednotlivě nebo v kombinacích: sestra může za druhé osoby jednat, druhé osoby vést (usměřňovat) a edukovat (učit), poskytovat jim psychickou podporu, zajistit a udržet okolní prostředí podporující osobní rozvoj. Výběr metod nebo jejich kombinací vychází z posouzení stavu pacienta, posouzení jeho schopnosti vykonávat sebeděči a vyjádření, proč sebeděče daného pacienta selhává (nedostatek znalostí, porucha paměti, porucha vědomí, změna fyzických nebo psychických schopností), a stanovení rozsahu deficitu sebeděče (Bekel,

Halmo, 2004). Realizace aktivit prostřednictvím ošetrovatelského procesu by tedy měla být zahájena sběrem informací, zda a v kterých oblastech u pacienta existuje deficit sebekpěče. Následně je třeba utřídít a analyzovat informace, stanovit cíle zaměřené na pacienta a sestavit plán činností kompenzujících deficit sebekpěče - ať již částečně, nebo plně. Dalším krokem je zajištění vhodného prostředí pro rozvoj sebekpěče, poskytování péče, fyzické a psychické podpory. Nezbytné je průběžné posuzování úrovně sebekpěče (Archalousová, 2003).

Ošetrovatelská praxe opírající se o teorii deficitu sebekpěče poskytuje systematický a komplexní přístup k pacientovi s respektem k rozvoji jeho osobnosti, postojů a schopností (Bekel, Halmo, 2004). Jejím cílem je obnovení a udržení maximálně možné úrovně sebekpěče jedince.

1.2 Stomie

Stomie je slovo řeckého původu a znamená ústa, ústí, v přeneseném významu otvor nebo vyústění dutého orgánu na povrch (Lúčan, 2011). Obvykle je červené nebo růžové barvy dle tkáně, z níž byla konstruována. Tvar bývá oválný nebo kulatý, ve velikosti 2-5 cm. V ideálním případě je stomie vyvýšena nad povrch, je vlhká a lesklá (Holubová, et al., 2013). Stomie můžeme dělit dle různých kritérií, a to dle časového trvání, dle účelu a dle způsobu konstrukce (Zachová, 2010).

1.2.1 Stomie a jejich historie

První zmínka o stomii pochází již z období 350 př. n. l., kdy Praxagoras úspěšně upravil střevní vývod po poranění břicha (Lúčan, 2011; Zachová, 2010). Velkým mezníkem v historii medicíny byl rok 1794, kdy byl zrušen zákon oddělující chirurgii od medicíny (Zachová, 2010). Za původce chirurgické techniky stomií, která vytvořila základ dnešních operací, je považován Amussat, který roku 1839 provedl první elektivní kolostomii. Další vývoj souvisel s rozvojem kolorektální chirurgie a pokrokem v anestézii. Od konce 20. století se používá i laparoskopická technika (Lúčan, 2011).

Stomici byli v minulosti často izolováni od společnosti, téma bylo tabuizováno, což bylo dáno i možnostmi, jak stomii ošetřovat. Začátky byly těžké. Nejprve si pomáhali sami nemocní tak, že si vyráběli různé sáčky, např. ze zvířecích žaludků, dále pak používali kovové nebo skleněné nádoby. Ve 40. letech 20. století se začaly používat nalepovací gumové sáčky, které ale nemohli využívat všichni stomici, protože pro mnohé byla lepicí vrstva silně dráždivá. V roce 1954 dánská zdravotní sestra Sorensenová vyvinula nalepovací sáček na jedno použití a následně začaly vznikat společnosti na výrobu stomických pomůcek (Lúčan, 2011). V Československu se po dlouhou dobu používal tzv. Jánošíkův pás. Ten se skládal ze sáčku, který se pomocí pásky upevnil kolem stomie. Pomůcka se podkládala mulovým čtvercem vystříženým podle velikosti vývodu. Tento systém byl velmi nespolehlivý, nepřiléhal dobře ke kůži, obtékal, docházelo k úniku střevního obsahu a propouštění zápachu (Zachová, 2010). Základní sortiment kvalitních stomických pomůcek se u nás podařilo zajistit až po roce 1989 (Lúčan, 2011).

1.2.2 Střevní derivační stomie

Střevní derivační stomie slouží k odvodu střevního obsahu do snímatelného sběrného systému při nemožnosti přirozeného vyprazdňování (Zachová, 2010). Dělí se obvykle dle několika kritérií, a to dle časového trvání, způsobu konstrukce a dle lokalizace.

Dočasná stomie je střevní vývod, který bývá pacientovi vytvořen na dobu, kterou stěna orgánové soustavy potřebuje na obnovení své plné funkčnosti (Zachová, 2010). Uzavření vývodu je technicky možné operací následující obvykle za 6 týdnů až 3 měsíce (Šerclová, Antoš, 2002). I dočasná stomie se může stát trvalou, pokud stomik již nechce nebo nemůže podstoupit další operační zákrok nutný k obnovení kontinuity střeva (Zachová, 2010).

Trvalá (permanentní) stomie je střevní vývod, který pacientovi nebude nikdy zrušen, protože distální část střeva je neřešitelně postižena či byla pacientovi odstraněna (Šerclová, 2002).

Jednohlavňová (terminální, koncová) stomie - proximální část střeva se protáhne přes břišní stěnu a fixuje se ke kůži. Pahýl střeva je slepě uzavřen (Hartmannova

operace) nebo zcela odstraněn a perineum zašito (Milesova operace) (Otradovcová, Kubátová, 2006; Holubová, et al., 2013).

Dvouhlabňová (axiální, osová, Maydlova) stomie – „Zakládá se na esovité kličce nebo na příčném tračniku či ileu. Indikace jsou stejné jako u nástěnné stomie a je i metodou volby jako stomie trvalá u inoperabilních procesů pod ní.“ (Lukáš, 2005, str. 258) Do otvoru ústí přívodné i odvodné rameno. Střevo není zcela přerušeno. „Před každou manipulací se střevem (aplikace léků, klyzma) je třeba ozřejmit, která klička je přívodná a která odvodná. Je třeba informovat pacienta, že přestože má stomii, může mu odcházet malé množství stolice konečníkem.“ (Otradovcová, Kubátová, 2006, str. 18)

Nástěnná (parietální) stomie – „Nejčastěji je vytvářena v oblasti céka nebo příčného tračniku, bývá obvykle dočasná a odlehčuje střevo nad uzávěrem, který je později odstraněn, anebo odvádí střevní obsah nad anastomózou, a tím umožňuje její lepší zhojení.“ (Lukáš, 2005, str. 258)

Ileostomie je vyústění koncového úseku tenkého střeva břišní stěnou. Pro stomika je nejvhodnější, pokud má vyvedená terminální ileostomie asi 3 cm manžetu usnadňující ošetřování a snižující riziko kontaktu střevního sekretu s kůží, a tím i riziko poškození agresivním tenkostřevním obsahem (Lukáš, 2005; Otradovcová, Kubátová, 2006). Z ileostomie je trvale vylučován řídký, velmi agresivní obsah. Z tohoto důvodu může být ošetřování ileostomie pro pacienta obtížnější, než ošetřování kolostomie. Množství a konzistence vylučovaného obsahu se dá částečně ovlivnit stravou a medikamentózně, přesto je jeho množství velmi objemné (Zachová, 2010), po stabilizaci stavu by to mělo být 800-1500 ml za 24 hod. (Otradovcová, Kubátová, 2006).

Kolostomie je vyústění tlustého střeva na stěnu břišní nebo před ní a je určena k derivaci stolice. Je to nejčastější druh stomie. Správně založená kolostomie má zvýšenou manžetu 0,5-1 cm (Otradovcová, Kubátová, 2006). Kolostomie pacienta nebolí, protože ve střevě nejsou nervová zakončení pro vnímání bolesti. Odvádí většinou tužší střevní obsah. Obecně platí, že čím blíže je stomie ke konci střeva, tím je odpad tužší a kompaktnější a obsahuje méně plynů. Jeho konzistenci ovlivňuje složení

stravy, množství a druh přijímaných tekutin a také užívání některých léků (Zachová, 2010).

Tlusté střevo může být vyvedeno v různých lokalizacích a dle toho rozlišujeme: cékostomie - stomie v oblasti céka, ascendentostomie - vývod v úseku vzestupného tračníku, transverzostomie - vývod v průběhu příčného tračníku, descendentostomie - vývod v distální části tlustého střeva, sigmoideostomie - stomie v místě esovité kličky na levé polovině břišní stěny (nejčastější typ stomie na tlustém střevě) (Lúčan, 2011; Otradovcová, Kubátová, 2006; Zachová, 2010).

Stomie musí být konstruována tak, aby derivovala obsah orgánu a současně umožňovala pohodlné ošetřování a přiložení stomických pomůcek a co nejméně negativně ovlivňovala život stomika (Lukáš, 2005).

1.3 Předoperační příprava

Předoperační období začíná rozhodnutím o chirurgickém výkonu a končí převozem pacienta na operační sál. Cílem přípravy je snížení rizik spojených se zákrokem a anestezií a zvýšení kvality perioperační péče a obnovení požadované funkční zdatnosti (Burch, 2008). Péče o pacienta je multioborová, mohou se na ní podílet lékař internista, gastroenterolog, chirurg, onkolog a jejich týmy, dále psycholog, ev. psychiatr, všeobecná sestra, nezastupitelnou úlohu má stomasestra (Zachová, 2010). V některých případech je možné využít i pozitivní zkušenost pacienta - dobrovolníka, který již absolvoval léčbu. Toto umožňuje České ILCO (dobrovolné sdružení stomiků České republiky), jež vyškolilo stomiky - dobrovolníky, kteří předávají své zkušenosti novým nebo budoucím stomikům s cílem co nejvíce jim usnadnit vstup do života se stomií. Dobrovolníkem může být člověk, který již zvládl život se stomií, ví, jak na to, a svým příkladem a zkušenostmi může pomoci zvládnout tuto novou, náročnou situaci především po psychické stránce (Ředinová, 2010). Záleží na individuálních potřebách pacienta, který se musí vyrovnat nejen s diagnózou onemocnění, ale i s následnou léčbou a změnami, které s sebou založení stomie nese (Vorlíček, 2012). Payne (2005, str. 626) uvádí, že součástí léčby a uzdravování se je i to, „jak se nemocný dokáže se svým onemocněním vyrovnat a jak jej dokáže ‚zakomponovat‘ do svého běžného

života“. Podstoupení chirurgického zákroku patří k nejvíce stresujícím situacím v životě člověka a dostatek informací před operací společně s psychickou podporou pacienta a jeho rodiny vede k lepší pooperační spolupráci pacienta se zdravotníky (Otradovcová, Kubátová, 2006). Pacient potřebuje mít informace. Pokud nedostane odpovědi na své otázky nebo pokud se je z jakéhokoliv důvodu obává vyslovit, stává se z něj nejistý, úzkostlivý a nerozhodný jedinec, který postupně ztrácí důvěru k zdravotníkům (Kristová, 2004). Naším společným cílem by mělo být dosažení přijetí, akceptace stomie. Michálková (2010) uvádí, že informovanost pacienta před operací pomáhá snížit vnímání strachu ze života se stomií, ale také to, že i přes dostatek informací mohou někteří na stomii reagovat negativně. Pro přijetí je nezbytné, aby si pacient ujasnil a stanovil správný, realistický cíl. Jak píše Svatošová, (2011, str. 15) „lpění na nereálném cíli musí dříve nebo později skončit zklamáním.“ Při objevení příznaků choroby je prvním cílem úplné uzdravení, ale v určité fázi nemoci sestra udělá pro pacienta více, pokud mu pomůže vyrovnat se s tím, co změnit nelze. „Je dobré si sednout a vytřídit mezi problémy ty, které změnit mohu – tam musím bojovat. Ty, které změnit nemohu, je nutno prostě přijmout.“ (Svatošová, 2011, str. 15) „Přijmout život znamená přijmout i omezení.“ (Svatošová, 2012) Aby sestra byla schopna v této záležitosti pacientovi pomoci, musí ho chápat jako jednotu bio-psycho-sociální a uvědomit si, co všechno nemocný ztrácí. Může to být životní jistota, postavení, soukromí, životní rytmus, práce, stravovací zvyklosti, aktivity atd. Naopak přibývají obavy, nepříjemná vyšetření, stud, bolest a další (Svatošová, 2011). Pacient může mít strach z toho, co a jak bude, že na vše zůstane sám, že to nezvládne (Svatošová, 2003). Nespokojenost se sebou samým se může projevat smutkem, srovnáváním se s druhými, závistí, strachem z odmítnutí, různými formami agrese (Svatošová, 2012). Je důležité vědět, že fáze, jež jsou reakcí na těžkou životní situaci, se někdy vracejí, střídají, některé mohou chybět nebo naopak se mohou prolínat. Pacient potřebuje zejména to, abychom mu naslouchali, abychom dokázali co nejlépe odhadnout a předvídat jeho potřeby a přání (Svatošová, 2003).

Předoperační příprava se bude lišit u akutního a plánovaného výkonu. Z časového hlediska ji dělíme na dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední. Dále na všeobecnou a speciální přípravu.

1.3.1 Dlouhodobá předoperační příprava

V ideálním případě se pacient potkává se stomickou sestrou ještě před operací, např. při návštěvě odborné poradny (název se může lišit dle jednotlivých pracovišť - stomická, koloproktologická atp.) či při objednání se k operaci. Lékař informuje pacienta o diagnóze, taktice dalšího léčebného postupu a nutnosti a předpokládaném rozsahu operace a jejích následcích, včetně možných komplikací souvisejících jak s operací, tak i se základním onemocněním. Pacient by měl být informován vhodnou, citlivou a pro něj srozumitelnou formou a měl by mu být poskytnut prostor pro kladení otázek. Měl by mít možnost spolurozhodovat o své léčbě. V této situaci se nabízí velký prostor pro edukaci pacienta jak lékařem, tak sestrou a pro poskytnutí potřebných informací, díky nimž se bude cítit jistější, méně ohrožený a bude lépe spolupracovat (Němcová, Hlinková et al., 2010). Cílem celého edukačního procesu, jímž by měl pacient projít od stanovení diagnózy po celé období následné péče, je přijetí stomie a sebezpěče o ni.

Předoperační informace a rady jsou velmi důležité, usnadňují akceptaci stomie v pooperačním období (Lemon et al., 2011), dávají pacientovi důvěru a pomohou mu pochopit, že i se stomií je možné vést plnohodnotný život. „Pacient musí být informovaný, co je to stomie, kde ji bude mít, jak vypadá, jak bude fungovat, jaké stomické pomůcky bude moci používat, jestli bude zapáchat, zda bude stomii vidět, co si budou o stomii myslet jiní, jak ovlivní sexuální život, sport, koupání, návrat do práce a nejbližší rodinu. Úspěch operace závisí i na dobré psychické přípravě.“ (Lúčan, 2011, str. 77) Repić et al. (2014) uvádí, že pacienti, kteří měli předoperačně zakreslené optimální místo pro stomii a prošli předoperační stomickou edukací, mají méně závažné komplikace spojené s podrážděním peristomální kůže a také s přijetím stomie. Do předoperační edukace je vhodné zapojit i nejbližšího člena rodiny nebo jinou blízkou osobu, která pacienta podpoří a pomůže mu vyrovnat se s novou situací. Vždy je ale nutné respektovat rozhodnutí pacienta. Pro úspěch edukace je rozhodující, zda se pro ni

pacient rozhodl sám. Pokud pacient nemá možnost vyjádřit se k cíli, kterého má být dosaženo, může být edukace neúspěšná (Němcová, Hlinková et al., 2010).

Předoperační edukace je ovlivněna i tím, v jaké fázi reakce na závažnou diagnózu se dosud subjektivně zdravý jedinec nachází. Jde o velmi náročnou životní situaci, a to jak pro pacienta, tak pro jeho blízké (Zachová, 2010). Protože sestra ví, že pacient prochází různými fázemi boje s nemocí, a rozumí jeho projevům v jednotlivých fázích, přizpůsobuje individuálně průběh edukačního procesu aktuálním potřebám, možnostem a schopnostem pacienta. Etapy procesu boje s nemocí dle fáze, ve které pacient řeší svůj problém, popsal Shontze. Jde o podobná zjištění, která popsala E. Kübler-Ross v terminální fázi nemoci (Křivohlavý, 2002).

Šok - dochází k němu u mnoha pacientů, kteří se dozvěděli, že mají vážné onemocnění. Je charakterizován psychicky jako ustrnutí na straně jedné a zděšené chování na straně druhé. Z psychologického hlediska jde o mentální odpoutávání se od reality. V této fázi je pro pacienta důležité, aby sestra uměla naslouchat, vyjádřit empatii, klidně a opakovaně vysvětlovat, trpělivě odpovídat na otázky. Pacient se ptá, proč se to stalo, proč právě jemu, proč právě teď? Šoková reakce trvá různě dlouho a obvykle sama odezní (Křivohlavý, 2002). „Pacient v tomto stavu je schopen zapamatovat si 10-15 % informací o své diagnóze, svém zdravotním stavu, postupu a způsobu léčby. Jeho schopnost spolupracovat je zúžena pocíťováním strachu, zmatku, lítosti, je překvapen, zaskočen.“ (Vorlíček, 2012, str. 433)

Usebrání - po relativně krátké době šoku dochází k psychickému návratu do skutečnosti. Nejde ale o zcela normální mentální stav. „Pacient má do určité míry neuspořádané myšlení, jeho emoce jsou výrazně negativní. Nacházíme u něho obavy, strach, zármutek, pocity bezmoci a nedostatku pomoci. Celkově je pacient obvykle mimořádně vzrušený.“ (Křivohlavý, 2002, str. 36) Pokud má pacient zájem, měli bychom mu umožnit o jeho emocích hovořit.

Stažení ze hry - pacient vědomě uniká do osamění. „V něm je mu dána možnost popření všeho a tím i ulehčení duševní tíhy, která přišla s objevením závažného onemocnění. Toto stažení ze hry umožňuje pacientovi i reorientaci - změnu pohledu na

jeho danou situaci. Dává mu též příležitost k vypracování plánu dalšího postupu.“ (Křivohlavý, 2002, str. 36)

Tvorba programu k řešení krize - počítá s tím, že udržení celkové rovnováhy je pro člověka jedním z hlavních cílů veškerého chování. „Z tohoto hlediska je nemoc chápána jako narušení rovnováhy. To je třeba odstranit a stav vyrovnat.“ (Křivohlavý, 2002, str. 37) V této etapě se pacient vyrovnává se změnou osobní identity, role, kterou zaujímá, prostoru, v němž se pohybuje, se změnou v souboru osob, které mu mohou poskytnout sociální oporu, a v neposlední řadě se změnou perspektivy - co může v budoucnu očekávat (Křivohlavý, 2002).

Pro prevenci vzniku komplikací a problémů s přijetím stomie by byl vhodný následující postup (proces) práce s pacientem: stomická sestra aktivně nabízí edukační pohovor, při němž vysvětlí a na modelu ukáže stomii, předvede stomické pomůcky, brožury, poučí o jídelníčku. Dále informuje pacienta o předoperační přípravě vč. vyprázdnění střeva, o pooperační edukaci na JIP a standardním oddělení (Otradovcová, Kubátová, 2006), vhodné je zmínit i skutečnost, že v pooperačním období bude stomik určitou dobu omezen v pohybu a upoután na lůžko, což je pro řadu pacientů zásadní informace (Zachová, 2010). Pacient má dostat příležitost pohovořit o tématech, která ho zajímají. Je mu nabídnuto seznámit se se stomickými pomůckami již před operací. V případě zájmu má možnost si pomůcky vyzkoušet a pomoci zvolit místo založení stomie, a to k minimalizaci rizik případných komplikací vzniklých z jejího nevhodného umístění (Zachová, 2010). Instruktaž nejprve probíhá na modelu břicha, teprve potom následuje instruktaž nalepení podložky na pokožku. „Začne-li spolupráce již před operací, pacient ví, jak bude edukace pravděpodobně probíhat. Má možnost si situaci tréninkově vyzkoušet. Může si prohlédnout pomůcky, zjistit, jak fungují a jak je ovládat, jaké jsou jejich výhody a nevýhody. V domácím prostředí, bez pooperační bolesti a s dostatečným množstvím času si potenciální stomik může přečíst „návody k použití“. Velmi významným faktorem je, že schopnost a dovednost učit se něčemu novému není ještě ovlivněna účinky anestetik a analgetik. Stres, který pacient prožívá, není ještě posílen pooperační zátěží.“ (Zachová, 2010, str. 61) Nácvik sebepéče v pooperačním období pak může probíhat snáze (Zachová, 2010). V některých případech

se nepodaří spolupráci navázat již v tomto období. Někteří pacienti tzv. „nechtějí nic vědět“ a čekají, „jak to dopadne“. Řada z nich věří, byť by byla šance sebemenší, že bude možné provést resekční výkon a stomie nebude nutná nebo bude jen dočasná. Z toho důvodu o předoperační edukaci neprojevují zájem nebo ji aktivně odmítají. Zpočátku nemusí souhlasit s tím, co je jim nabízeno, počáteční situace je pro ně prostě nepřijatelná (Klevetová, 2010). Takové rozhodnutí se může časem změnit a i odmítnutí dobře míněných rad by mělo být respektováno (Drobná, 2010).

1.3.2 Krátkodobá předoperační příprava

Všeobecná předoperační příprava je společná s ostatními operačními zákroky a nevymyká se předoperační péči běžné u chirurgických výkonů na zaživačím ústrojí. Proto je následující text zaměřen především na péči speciální.

Do *speciální předoperační přípravy* řadíme zakreslení místa pro založení stomie a přípravu střeva.

Pacienti, kteří kontakt se stomasestrou v rámci dlouhodobé přípravy odmítli nebo tu příležitost neměli, se s ní po přijetí na oddělení setkávají poprvé. A přestože je v tomto případě limitace časem, měl by psychologicko-edukační rozhovor kopírovat dlouhodobou přípravu. Nejdůležitějším úkolem, který zásadně ovlivní život budoucího stomika, je vyhledání a **označení optimálního místa pro založení stomie**. Pacient musí se zakreslením souhlasit (Otradovcová, Kubátová, 2006). „Stomii umístíme mimo laparotomickou ránu. Nejčastější umístění je v umbilikospinální čáře v oblasti přímého břišního svalu.“ (Lúčan, 2011, str. 19) „Je třeba se blíže seznámit se způsobem života pacienta, umět mu říci, jaký je plánovaný chirurgický výkon a jaký typ stomie bude pacient mít. Je třeba zhodnotit i anatomické poměry břicha.“ (Lúčan, 2011, str. 78) Přístup k pacientovi musí být vždy individuální a je nutné dodržení určitých zásad. Při zakreslování by měl pacient stát. Stomie by měla být mimo linii pasu, mimo pupek, jizvy, kožní záhyby, pánevní kosti, žeberní oblouk, operační rány a místa s chronickým drážděním kůže. Okolí stomie má být hladké, aby dobře přiléhaly stomické pomůcky a nepodtékaly. Je vhodné zohlednit styl oblékání (např. úroveň výšky pásku, kalhot), druh zaměstnání a nejčastější polohu a pohyb (sezení, ležení, předklon). Pro sebepéči

stomika je zásadní, zda si na stomii dobře vidí a zda na ni dosáhne. Pacient by si měl s nalepeným sáčkem vyzkoušet všechny běžné pohybové aktivity, jako je sed, leh, předklon, dřep. Doporučuje se zakreslit místa dvě - pro kolostomii a ileostomii (Otradovcová, Kubátová, 2006). U akutních stavů nelze dodržet celý postup. Pokud to ale celkový stav pacienta dovoluje, měly by být provedeny alespoň základní úkony (Lúčan, 2011). Pokud je stomie vyvedena v nevhodné lokalizaci, pomůcka dobře nepřiléhá a podtéká, což u pacienta ztěžuje jeho adaptaci na přijetí stomie a znemožňuje její ošetřování. Tento negativní jev může v některých případech vést až k reoperaci (Zachová, 2010).

Příprava střeva se může lišit dle zvyklostí pracoviště a zahrnuje bezsezbytkovou dietu s vyloučením potravin obsahujících zrníčka a slupky, kterou se doporučuje dodržovat již týden před operací. Den před výkonem pacient dostává pouze tekutiny (ne mléko, džusy, tureckou kávu). Po poledni začíná perorální očistnou přípravu dle ordinace lékaře. Používají se např. preparáty typu Fortrans (makrogol), Picoprep. Povinností sestry v době přípravy pacienta je sledovat a hodnotit množství, barvu a konzistenci stolice (zda je příprava efektivní) a v případě potřeby pomoci při hygienické očištění po každém vyprázdnění (Holubová et al., 2013). Je třeba mít na paměti, že těsné stenózy se obtížně vyprazdňují, je zde riziko perforace střev (Otradovcová, Kubátová, 2006). Vždy je tedy nutné postupovat dle aktuálního stavu pacienta a lékař může postup modifikovat.

Bezprostřední předoperační příprava se neliší od jiných výkonů v celkové anestezii a řídí se ordinacemi lékaře, stavem pacienta a zvyklostmi pracoviště.

1.3.3 Předoperační příprava u akutního výkonu

Mezi akutní stavy, jež mohou vést k založení stomie, patří náhlé příhody břišní (ileus, perforace střeva), komplikace IBD (dále idiopatických střevních zánětů) a úrazy. Před neodkladným výkonem se předoperační příprava zužuje na základě domluvy chirurga, anesteziologa, internisty. Statimová vyšetření jsou indikována dle aktuálního stavu pacienta a časových možností. U akutních stavů nelze dodržet celý postup edukace stomasetrou, ale jestliže je to možné, měly by být provedeny alespoň základní

úkony a zakreslení místa pro stomii, pokud by bylo nutné provést operační výkon se stomií (Lúčan, 2011). „Pacient indikovaný k urgentnímu operačnímu výkonu nemusí mít přesně známou chirurgickou diagnózu, a tedy nelze jednoznačně plánovat rozsah a lokalizaci chirurgického výkonu.“ (Skalická et al., 2007, str. 21) U akutních operačních výkonů není možná, na rozdíl od výkonů plánovaných, důkladná stabilizace stavu nemocného z hlediska jeho nutričního stavu a přidružených onemocnění. Z tohoto důvodu jsou tyto výkony spjaty s vyšším výskytem perioperačních a pooperačních komplikací. Celková mortalita u urgentních výkonů je udávána až 33 % (Skalická et al., 2007).

1.4 Perioperační péče

Začíná předáním pacienta společně s dokumentací na operační sál. Pacienta přebírá anesteziologická sestra od sestry z oddělení. U pacientů v závažném stavu předává informace sestra sestře, lékař lékaři.

Po skončení operace se kůže kolem stomie umyje a osuší. Ještě na operačním stole sálová sestra nalepí stomickou pomůcku, a to nejlépe jednoduchý průhledný výpustný sáček, který může, ale nemusí být sterilní. Otvor by měl být o asi 5 až 10 mm větší, než je průměr stomie, a to pro případ pooperačního otoku (Lúčan, 2011). Intraoperační období končí předáním pacienta na jednotku intenzivní péče.

1.5 Pooperační péče

Pooperační péči o pacienta se stomií je možné dělit dle časového hlediska na bezprostřední a následnou.

V rámci *bezprostřední pooperační péče* je pacient, dle závažnosti a rozsahu operačního výkonu, komplikací a komorbidit, umístěn na JIP nebo ARO, kde probíhá intenzivní monitoring všech vitálních funkcí, péče o invazivní vstupy, drény, operační rány, intenzivní léčba včetně léčby bolesti. Z hlediska pacienta se jedná o náročné období, kdy je plně závislý na pomoci ošetřovatelského personálu. Bezprostředně po operaci je nutné sledovat barvu a funkčnost stomie, pečovat o okolní kožní kryt.

Průhledný sáček umožňuje pozorovat každou změnu na stomii. Kontroluje se tvar, velikost, barva, otok stomie, množství a barva sekretu (Otradovcová, Kubátová, 2006). Sáček se mění obvykle za 2-3 dny, vypouští se při náplni do 1/3 (Lúčan, 2011). Je nutné monitorovat i odchod plynů. V bezprostředním pooperačním období pečuje o stomii sestra, dle stavu pacienta je možné začít se základní pooperační edukací, ale ke každému musíme přistupovat individuálně a k edukaci nikoho nenutit (Otradovcová, Kubátová, 2006).

Následná pooperační péče je obecně poskytována shodně jako po jiných břišních operacích, ale v souvislosti s tématem práce se zaměřuji na edukaci a péči o stomii, jež by měla navazovat na edukaci předoperační.

Stav pacienta, intenzivní léčba a monitoring mohou ovlivnit edukační proces. Je nutné pomoci pacientovi přizpůsobit se nové, pro něj nezvyklé situaci. Úkolem celého edukačního procesu je, aby z nemocnice odešel soběstačný člověk, pokud jde o péči a ošetřování stomie. Jestliže to pooperační stav pacienta dovolí, začínáme s pooperační edukací již v prvních dnech po výkonu (Lukáš, 2005). Výhodou je, pokud může sestra navázat na předoperační edukaci. I když byl pacient před operací správně edukován, nemusí si vše pamatovat (Lúčan, 2011). Proto je třeba postup péče o stomii zopakovat. Edukace musí být individuální a postupná.

U pacientů, u kterých nebyla možná předoperační edukace, se doporučuje začít praktickými postupy a seznámením se stomií a teprve později teoretickými poznatky (typ stomie) (Zachová, 2010). Poskytování velkého množství informací naráz může vést k jejich dezinterpretaci (Němcová, Hlinková et al., 2010). Nejprve pracuje sestra sama, ukazuje vyměření šablony a vystřížení podložky, vysvětluje přípravu a ošetření kůže v okolí stomie, možnosti sprchování nebo koupele (Otradovcová, Kubátová, 2006). Ležící pacient může celý postup sledovat v zrcadle. Pokud o edukaci pacient nemá zájem nebo to jeho zdravotní stav nedovoluje, nenutíme ho, v této fázi se sestra snaží pacienta podporovat a udržovat navázaný kontakt. „První pohled na vlastní stomii je pro pacienta psychicky velmi náročný - nikdy ho nenutíme a klidně několik dní počkáme, až se bude chtít podívat.“ (Otradovcová, Kubátová, 2006, str. 30)

Stomie s sebou nese anatomickou změnu a často způsobí poruchu přijetí vzhledu vlastního těla, kdy se pacient za své tělo stydí, nechce stomii brát na vědomí, má obavy, že se mu ostatní budou vyhýbat, a odmítá se účastnit léčby (Vorlíček, 2012). Dle NANDA klasifikace je „třída tělesný obraz určena ošetřovatelským diagnózám, které jsou standardním pojmenováním ošetřovatelských problémů v oblasti mentálního obrazu o svém vlastním těle.“ (Marečková, 2006, str. 144) Společně s třídou sebepojetí a sebeúcta patří do diagnostické domény sebepercepce (Herdman, 2015). K rozpoznání ošetřovatelské diagnózy porušený obraz těla musí sestra nejprve zjistit, zda se u pacienta vyskytuje některý z určujících znaků v kombinaci s některým ze souvisejících faktorů, a posoudit, zda se pacient nachází v situaci dle definice: „Porušený tělesný obraz je standardizovaný název ošetřovatelského problému člověka, který je zmatený z psychického zobrazení a vnímání vlastního těla.“ (Marečková, 2006, str. 145) Mezi určující znaky patří pacientovo slovní vyjádření, že je roztrpčen ze svého zevnějšku, struktury nebo funkce těla, dále sdělení, že vnímá změnu svého vlastního pohledu na zevnějšek, strukturu či funkci těla, má strach z odmítnutí nebo reakce ostatních. Dále je to stálé zabývání se změnou, zaměření se na vzhled či funkci v minulosti, personalizace změny (označování jménem) nebo depersonalizace (označování neosobním zájmenem). Mimo to pacient může na změnu reagovat neverbálně, vyhýbat se sledování těla anebo si nepřiznat změnu (Herdman, 2015; Marečková, 2006). V této fázi je vhodné, předvede-li sestra postup ošetření stomie na modelu, pacient tak má možnost si celý postup prohlédnout a ověřit si již získané informace, klást otázky. To, že první nácvik neprovádí před zrcadlem na sobě, mu ponechává určitou míru odstupu (Zachová, 2010). Sestra by měla vyslechnout pacientovy obavy a otázky a pohovořit s ním o tom, co ho tíží, zajistit informace v souladu s tím, co je schopen akceptovat, zapojit ho do rozhodování a řešení problémů, podporovat individuální schopnosti a nezávislost a dát mu čas, aby se vyrovnal s nastalou situací.

Praktický nácvik sebepečce následně probíhá ve sprše nebo stomické místnosti. Při praktickém nácviku je nutné ve zvýšené míře dbát na bezpečnost pacienta. Ten může být pod vlivem analgetik, pohled na operační ránu a manipulace se stolicí může vyvolat slabost. Sestra musí včas odhadnout, kdy už pacient nemá dostatek psychických

či fyzických sil na zvládnutí situace, a včas ho uložit na lůžko (Zachová, 2010). Vlastním dovednostem se stomik učí při výměně stomického systému. Nejprve pracuje sestra a podrobně, opakovaně vysvětluje postup. Pomůcky řadí na stolek tak, jak budou potřeba k ošetření (Otradovcová, Kubátová, 2006). To dává určitý návod k tomu, jak si má pacient připravovat pomůcky doma. Je nutné pacienta upozornit, že v pooperačním období bude ještě docházet ke změnám barvy a velikosti stomie, charakteru výměšků, vzednutí břišní stěny apod. Je tedy nezbytné zpočátku opakovaně kontrolovat velikost stomie a nevytvářet otvory v pomůcce předem (Zachová, 2010). V další fázi stomik provádí výměnu pomůcky, sestra ho podporuje, pomáhá mu, radí a vše vysvětluje. Následně pacient provádí výměnu pomůcek samostatně, sestra jen kontroluje, je nápomocna radou (Otradovcová, Kubátová, 2006). Pacienta učíme pracovat i s čistícími a ochrannými prostředky, doporučujeme, jak by mělo vypadat vybavení domácího „stomakoutu“.

V případě potřeby je vhodné do edukace zapojit i blízkou osobu, ale vždy je nutné respektovat přání pacienta. Blízcí pacienta si někdy lépe zapamatují některé důležité informace a v dalším období mohou být velkou oporou (Lajdová, Uríčková, 2010). Hlavně edukace staršího pacienta s mnoha handicapami může bez spolupráce rodiny skončit nezdarem. Nemělo by to ale znamenat, že rodina převezme veškerou péči a pacient se vůbec nezapojí. Pokud to není nezbytně nutné, mohou blízcí pacientovi pomoci např. při zajišťování pomůcek, při kontrole správnosti postupu (Zachová, 2010). Úkolem není u pacienta pouze kompenzovat jeho deficit v sebepěči, ale cíleně jej vést k soběstačnosti, pomáhat v činnostech, které není schopen sám zvládnout, motivovat a podporovat ve znovuzískávání ztracených schopností. Velmi významná je správná komunikace s pacientem a zpětná vazba, která poskytuje informace o pochopení postupu a manipulace s pomůckami (Smičková, 2011). Na oddělení by měl být k dispozici plný sortiment stomických pomůcek. Po vysvětlení a poučení o jednotlivých pomůčkách by měl mít pacient možnost vybrat si tu nejvhodnější (Lúčan, 2011). „Indikátorem pro výběr pomůcky k ošetřování stomie by měly být motorické schopnosti stomika, peristomální okolí, typ vývodu, hygienické návyky stomika a jeho vize o sebepěči.“ (Zachová, 2010, str. 58)

O každé edukaci musí být proveden záznam do zdravotnické dokumentace pacienta. Jde o právní doklad, že k edukaci došlo. Mělo by zde být zaznamenáno i jakékoliv odmítnutí edukace ze strany pacienta. Ten někdy může na náročnou situaci reagovat obviňováním ostatních a litováním sama sebe, což se může projevit formulacemi typu: „Nikdo mi to neřekl, neukázal, nevysvětlil, nikdo mě to nenaučil.“ (Zachová, 2010)

V průběhu edukačního procesu je nutné pacientovi, kromě zásad o ošetřování stomie, předat i řadu dalších informací, a to o jídelníčku, režimových opatřeních, nevhodnosti většího váhového přírůstku, projevech případných komplikací, možnostech lázeňské léčby, limitech pomůcek na 1 měsíc a jejich úhradě zdravotní pojišťovnou, nároku na sociální příspěvek, existenci klubu stomiků a kontaktu na stomickou poradnu (Otradovcová, Kubátová, 2006).

1.6 Propuštění do domácí péče

„K propuštění do domácího ošetřování by mělo dojít až po domluvě chirurga a stomasestry, která ručí za soběstačnost pacienta. Pokud soběstačný není, edukuje rodinu.“ (Otradovcová, Kubátová, 2006, str. 38) Osamělého a nesoběstačného pacienta předává do péče sestry z agentury domácí péče nebo do následného zařízení. Ideální by bylo sestru z agentury domácí péče kontaktovat s předstihem, aby měla možnost pacientovi nabídnout návštěvu domácnosti ještě před jeho propuštěním, a následně se společně zaměřit na hledání optimálního řešení případných nedostatků. O propuštění pacienta informuje lékař. Pacient odchází domů informován o termínu a místě první kontroly a jménu lékaře, dále je vybaven pomůckami na 1 měsíc, telefonem do odborné (proktologické, stomické) poradny, kontaktem na stomasestru, stomickou taštičkou s nůžkami, firemními kontakty, které může, ale nemusí využít.

Pacient by měl opouštět nemocnici vybaven nejen dostatečným množstvím pomůcek, ale hlavně by měl odcházet s pocitem, že sebeděči zvládne a s praktickými problémy se vyrovná (Zachová, 2010).

1.7 Následná péče, stomaporadna

Stomická poradna je odborná poradna pro stomiky. Nejčastěji je provozována při chirurgických odděleních a klinikách. Vede ji vyškolená stomická sestra spolu s lékařem, obvykle chirurgem. Nejčastěji řeší používání a obstarávání stomických pomůcek a ošetřování stomií a komplikací s nimi spojených (Lúčan, 2011). Velmi důležitým úkolem stomické sestry je reedukace pacienta, při níž může odhalit a odstranit případné chyby v péči o stomii. Anaraki et al. (2012) uvádí, že většině pacientů trvá nejméně 6 měsíců, než se jim podaří vyrovnat se s každodenní péčí o stomii.

Na první kontrolu přichází pacient obvykle 1 týden po propuštění. Hodnotí se změny stomie a jejího okolí a všechny tyto změny musí být zahrnuty do reedukace a volby pomůcek. Cílem je předcházení možným komplikacím. Součástí kontroly by měl být i rozhovor, při němž zjišťujeme, jak pacient zvládá sebek péči, jak se cítí, zda mu vyhovují pomůcky, zda nenarazil na nějaký problém, s kterým si neví rady. Připomeneme, že v případě odchylek od předchozího stavu nebo jakýchkoliv nejasností by měl stomik kontaktovat stomasestru, případně navštívit poradnu i mimo plánovaný termín (Zachová, 2010). Pravidelné kontroly jsou obvykle v režimu: týden po propuštění, měsíc po propuštění, tři měsíce po operaci, každé další tři měsíce (Otradovcová, Kubátová, 2006). Pokud je pooperační období bez komplikací, následují kontroly obvykle každých 6 měsíců po dobu 5 let, poté 1x za rok (Lúčan, 2011), dále vždy, pokud má stomik pocit jakékoliv nežádoucí změny v oblasti stomie a jejího okolí. Úspěch v sebek péči o stomii závisí často i na schopnosti pacienta v případě výskytu komplikací přistoupit na změnu ve způsobu ošetřování stomie, na změnu zaběhnutých rituálů. To je pro řadu pacientů obtížné, ale nevyhnutelné, pokud chtějí žít plnohodnotný život bez strachu, bolesti a nejistoty (Zachová, 2010). Při kontrolách se stomická sestra podílí na výběru pomůcek, popř. seznamuje pacienta s novými pomůckami. Stomik v poradně obdrží kontakty na kluby stomiků (viz příloha 1), bezplatné telefonní linky zřizované společnostmi dodávajícími stomické pomůcky a také informace o možnosti odebírat časopisy zabývající se problematikou stomií - např. RADIM, ILCO.

1.8 Stomické pomůcky

V současnosti je na trhu široké spektrum pomůcek pro stomiky, a to od několika firem. Pacient by měl mít možnost vyzkoušet a následně používat pomůcky kterékoliv z nich. Výběr pomůcky závisí na umístění, velikosti, tvaru a anatomickém uložení stomie, je důležité přihlídnout k motorickým schopnostem stomika, peristomálnímu okolí, hygienickým návykům stomika a jeho vizi o sebeděči (Zachová, 2010; Holubová et al., 2013). Mezi požadavky na moderní stomické systémy, kromě jímání stolice a sekretu, patří i eliminace zápachu, snadná manipulace, flexibilita, hypoalergenní materiál, ochrana peristomálního okolí, diskrétnost a dostupnost.

Základní dělení stomických systémů je na jednodílné, dvoudílné a systémy adhezivní technologie. Při kolostomii, která vylučuje většinou formovanou stolicí, se obvykle používají uzavřené sáčky. Při ileostomii, která vylučuje řídký obsah, se používají výpustné sáčky (Lúčan, 2011).

Pacient musí být informován o tom, kdo, v jakém množství a na jaké období mu bude předepisovat stomické pomůcky, kde si je může vyzvednout a zda jsou hrazeny zdravotní pojišťovnou. Finanční a množství limity jsou dány zdravotní pojišťovnou a lze je najít v číselníku VZP (jsou závazné i pro ostatní zdravotní pojišťovny). V případě komplikací může lékař žádat revizního lékaře dané pojišťovny o výjimečné navýšení limitu.

Mezi metody, které umožní ovládat vyprazdňování u pacientů s vývodem na tlustém střevě, patří irigace a bezsáčkové stomické pomůcky. Jsou výhodné pro aktivní, sportující, pracující stomiky. Přináší bezpečnost, pohodlnost, diskrétnost a při dodržení správných postupů jim mohou výrazně ovlivnit kvalitu života (Lúčan, 2011).

Cílem **irigace** (výplachu střeva) je vyčištění střeva a omezení odchodu plynů a stolice při zachování odpovídajícího příjmu potravy. Irigace trvá asi hodinu, její účinek je 48 - 72 hodin. V tomto období nemá stomik sáček, jen krytku nebo zátku (Lúčan, 2011). Irigace umožňuje výrazné zvýšení komfortu v sebeděči, bohužel ale není vhodná pro všechny stomiky (Zachová, 2010). Irigaci doporučí pacientovi jeho ošetřující lékař, obvykle proktolog, za dodržení určitých podmínek - pacient s kolostomií, fyzicky i psychicky způsobilý, který úspěšně zvládl sebeděči, je minimálně 3 měsíce od operace,

nemá zánětlivé onemocnění střev a komplikace kolostomie (prolaps, stenóza, parastomální kýla) a má o irigaci zájem. Velmi důležitá je praktická edukace zkušenou stomasestrou. Irigační souprava je hrazena zdravotní pojišťovnou ze 75%, krytky na stomii jsou plně hrazeny po schválení revizním lékařem. (Zachová, 2010)

Bezsáčkové stomické pomůcky jsou další možností, která vedle irigace umožňuje na určité časové období obnovit kontinenci neinvazivním způsobem. V současnosti je na trhu pomůcka Vitala, která je ve tvaru disku a nasazuje se na podložku dvoudílného systému. Vnitřní část je opatřena měkkým polštářkem a po nasazení přilne ke stomii. Brání samovolnému odchodu stolice, tlumí zvukové fenomény při odchodu plynů a pomocí uhlíkového filtru redukuje zápach až na 12 hodin. Je určena pro stomiky s terminální kolostomií, kteří úspěšně zvládli sebekpéči, nejsou v akutním stadiu onemocnění a nemají řídkou stolici (zde by hrozilo podtékání systému). Pomůcku doporučuje stomasestra a lékař, po schválení revizním lékařem je hrazena zdravotní pojišťovnou (Zachová, 2010).

1.9 Stravování a psychosociální problémy stomiků

Stomie znamená vážný zásah do života pacienta, který se musí vyrovnat nejen se změnou v jedné ze základních životních funkcí - vylučování, ale i s novým obrazem těla a změnami v životním stylu a aktivitě. Hlavním úkolem péče o stomika je naučit jej soběstačnosti v péči o stomii, minimalizace jejích možných fyzických, psychických a sociálních důsledků a podpora v návratu k plnohodnotnému životu. "Lidská bytost je schopna snášet četná příkoří, značnou úroveň fyzické i psychické bolesti, poškození zdraví, sociálního úpadku i ponížení, ovšem jen tehdy, uchová-li si naději, tj. je-li schopna věřit, že bude líp." (Kebza, 2005, str. 70)

1.9.1 Stravování

Sama stomie nevyžaduje žádnou speciální dietu. Nelze vytvořit univerzální jídelníček pro stomiky, protože každý má jiné stravovací návyky. Platí zde zásady zdravé výživy, tj. pravidelný příjem kaloricky vyvážené stravy s dostatečným množstvím neperlivých tekutin (Skřička et al., 2009). Přibližně po jednom až dvou měsících už stomik sám zjistí, které potraviny mu vyhovují a které nikoliv. K normalizaci stolice dochází po jednom až šesti měsících (Lúčan, 2011).

1.9.2 Zaměstnání, aktivity

„Operační výkon se založením stomie není dostatečným důvodem pro uznání stupně invalidity.“ (Zachová, 2010, str. 91) Možný návrat do zaměstnání je posuzován individuálně dle celkového zdravotního stavu a toho, zda onemocnění, pro které byla stomie vytvořena, je v remisi (Lúčan, 2011). „Invalidita je přiznána při poklesu pracovní schopnosti o 35% z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu (§39 zákona o důchodovém pojištění).“ (Zachová, 2010, str. 91)

Po zotavení je možný návrat do zaměstnání, pokud je vykonávána lehčí práce bez namáhání břišní stěny. Není důvod, proč by se stomik nemohl věnovat svým oblíbeným činnostem, jako je práce na zahradě, cestování, kultura atd. (Lúčan, 2011). Při práci v domácnosti nebo na zahradě je třeba mít na paměti opatrnost při zdvíhání a přenášení břemen, vyhnout se těžké práci, jako je kopání, ale třeba i tlačení sekačky na trávu (Zachová, 2010).

1.9.3 Cestování

Pacient se stomií může řídit motorové vozidlo a cestovat všemi dopravními prostředky (např. letadlem, lodí) (Otradovcová, Kubátová, 2006), jen je nutné dodržovat určitá pravidla.

Bezpečnostní pás by neměl bránit funkčnosti stomických pomůcek, stahovat či jakkoliv poškodit stomii (lze to řešit např. podložním pomocí ručníku) (Zachová, 2010). Pacient by vždy měl mít s sebou dostatek pomůcek na kompletní ošetření a i těch na plánované aktivity (např. plavání). Balíček na kompletní ošetření by měl mít vždy u

sebe, ostatní, pro případ ztráty, rozdělené do více zavazadel (pokud jich je víc). Výhodou je mít pomůcky připravené nebo s tvarovatelnými podložkami, a to z toho důvodu, aby nebylo zapotřebí užití nůžek (ty by mohly být při letištní kontrole zabaveny).

Při cestách do zahraničí je možné použít mezinárodní průkaz stomika potvrzený zdravotnickým zařízením, který, s cizojazyčným vysvětlením, vytvořilo České ILCO (Zachová, 2010).

1.9.4 Pohyb, sport

Pohyb je přirozenou součástí života a stomie není důvodem k ukončení fyzické aktivity. Již v předoperačním období je nutný nácvik pohybu na lůžku a vstávání z lůžka. Pohybový režim po operaci souvisí s prevencí pooperačních komplikací, nácvikem sebeobsluhy, zvýšením fyzické kondice a návratem soběstačnosti alespoň do stavu, jaký byl před operací. Fyzioterapeut po zhodnocení stavu pacienta začíná pasivní a aktivní respirační fyzioterapií, pasivním a aktivním cvičením horních a dolních končetin, aktivací hlubokého stabilizačního systému a dále se zaměřuje na posílení břišního svalstva (Zachová, 2010). „Fyzioterapie cílená na aktivaci břišních svalů je zahájena již časně po operaci. Obvykle se od 2. dne zahajuje nácvik abdominálního dýchání, od 5. dne se pak postupně zvyšuje zátěž pro břišní svaly a od třetího měsíce je možné jejich maximální zapojení.

Při plánovaných tělesných aktivitách vždy zohledňujeme zdravotní stav pacienta, stav hojení operační rány a další individuální faktory.“ (Zachová, 2010, str. 86) Nácvik vstávání z lůžka a dodržování doporučeného postupu je pro stomika velice důležité s ohledem na prevenci vzniku kýl. Poté, kdy stomik již zvládá stabilně sedět a stát, pokračuje se nácvikem správného stereotypu chůze (Zachová, 2010).

Období rekonvalescence při nekomplikovaném průběhu trvá obvykle 2 až 3 měsíce a pak jako vhodný postup doporučujeme přirozený pohyb, turistiku, cvičení na míči, jízdu na kole, plavání (při plavání se používají vodotěsné pomůcky s přelepením filtru) (Zachová, 2010). Nedoporučuje se nadměrná fyzická zátěž a sporty, při nichž by mohlo dojít k nečekaným pohybům, silové práci nebo poškození stomie (bojová umění,

posilování, hokej apod.) (Zachová, 2010). V domácnosti je třeba opatrnosti i při zdvínání břemen, která by neměla být těžší než 5 kg. Při vyšší zátěži je vhodné preventivně nosit břišní pás nebo stahovací prádlo (Otradovcová, Kubátová, 2006).

1.9.5 Sexuální život, těhotenství

„Sexuální dysfunkce jsou způsobeny rozpaký nad mutilací vlastního těla, která je spojena s psychickou zranitelností i s obavami, jak bude toto vše partner přijímat, což může vyústit až k impotenci z psychických příčin. Většina nemocných si na stomii postupně zvykne a vede zcela normální život. Stomasestry hrají významnou roli při zajištění nejvyšší možné kvality života pacientů.“ (Vorlíček, 2012, str. 96) Breckman (2005) upozorňuje, že pro akceptaci stomie pacientem je velmi důležitý postoj jeho partnera. Otradovcová (Otradovcová, Kubátová, 2006) uvádí, že jen asi 10 % stomiků s problémem v oblasti sexu vyhledá odbornou poradnu, což dokazuje, o jak citlivé se jedná téma, o němž neumíme s pacienty příliš hovořit. Je důležité prolomit komunikační bariéru a vhodným způsobem pacienta informovat o možných pooperačních problémech (Ondriová et al., 2012). Radikální kolorektální operace může mít za následek sexuální dysfunkci, jejíž stupeň a četnost výskytu je přímo úměrná věku pacienta a rozsahu operačního výkonu. Je důležité vysvětlovat, že řada poruch je léčitelná. Je však nutné navštívit specialistu - gynekologa, androloga, urologa, sexuologa (Lúčan, 2011). Pacient může mít též obavu ze selhání stomické pomůcky. Na trhu je velké množství sáčků různých velikostí, tvarů a barev, dále minisáčky a krytky, důmyslné spodní prádlo, šerpy, speciální fixační prádlo (Zachová, 2010). Tyto pomůcky mohou pomoci pacientovi v překonávání nejistoty a problémů s přijetím nového vzhledu jeho těla. Edukační proces by se tedy měl dotýkat i sexuální problematiky.

Sama stomie není z medicínského hlediska kontraindikací k otěhotnění a porodu. Genetické vyšetření se doporučuje v určitých indikovaných případech, jako je např. familiární polypóza. Otěhotnět je pacientkám doporučováno obvykle nejdříve 2 roky po operaci. V průběhu těhotenství jsou stomičky v péči stomapornadny a stomii je nutné věnovat zvýšenou pozornost kvůli riziku vzniku jejího prolapsu anebo parastomální kýly.

1.9.6 Psychosociální problematika

„Poruchy sociální interakce jsou vyvolány společenskými rozpaky při nekontrolovaném odchodu stolice, odpudivým pohledem, zápachem a jsou provázeny prohlubujícími se pocity méněcennosti postiženého.“ (Vorlíček, 2012, str. 95) Stomik se smiřuje se zásadními změnami v životě, se skutečností „mám vývod“. Zvládnutí správného postupu ošetřování stomie mu přináší jistotu a může pomoci překlenout pocit viny, že ztratil kontrolu nad udržováním čistoty, jedním z měřítek úspěšné socializace. „Odchod střevního obsahu vývodem mohou provázet nepříjemné zvuky. Stolice odchází samovolně a člověk tento fakt většinou nemůže zásadně ovlivnit. V případě, že dojde v této době k podtečení podložky, má pocit, že něco provedl, a často se za to omlouvá. Může ho přepadat pocit bezmoci a nejistoty. Jako by se vrátil zpět do batolecího období. Znovu se učí udržovat čistotu.“ (Zachová, 2010, str. 53)

Jsou i stomici, kteří cíleně odmítají přijmout péči o stomii a stávají se dobrovolně plně závislími na svém okolí. Stomii využívají jako nástroj vydírání a uchylují se k úniku typu: „Když tě poslechnu a nechám se operovat, musíš se o mne starat.“ Jak uvádí Zachová (2010), tyto případy mohou být prezentovány jako selhání edukačního úsilí. Breckman (2005) uvádí, že pacientům se stomií může trvat až 2 roky, než dospějí k pozitivnímu přijetí sebe sama, nového vzhledu svého těla. Někteří stomici tohoto stavu nedosáhnou nikdy.

Problematika přijetí stomie souvisí se sebepojetím, sebevědomím, akceptací změny tělesného vzhledu a adaptací na nové životní podmínky. Pro pacienta může být velmi těžké podívat se na své tělo do zrcadla a přijmout stomii jako součást sebe sama, nikoliv jako ztrátu vlastní dokonalosti. Camilleri-Brennan, Steel (2002) uvádějí, že pacienti se stomií mají větší problémy s vnímáním tělesného obrazu svého těla než pacienti, u nichž byl proveden zákrok se zachováním svěračů.

V přijetí stomie jsou velké individuální rozdíly dané typem osobnosti, důvodem pro založení stomie, zda se jedná o dočasné, nebo trvalé řešení, věkem a fází prožívání onemocnění, v níž se pacient nachází. Michálková (2010) ve své práci poukazuje na rozdíly v adaptaci stomiků v souvislosti s typem onemocnění, pro které je stomie vytvořena. Uvádí, že „pacienti s ulcerózní kolitis přijímají stomii pozitivněji, protože

často trpěli neustálými průjmy, zatímco pacienti s karcinomem vnímají stomii negativně jako stálou připomínku faktu, že měli onkologické onemocnění.“ (Michálková, 2010, str. 36) Liptáková, Mazalánová (2010) zase poukazují na to, že některé problémy v adaptaci jsou specifické pro určitý věk. U starších stomiků je ohrožena jejich samostatnost, stávají se izolovanými a osamělými. U mladších jedinců může stomie zase vyvolávat obavy a pochybnosti ve společenském životě. Člověk je zasažen nemocí v určitém životním období, v prostředí, v němž má určité sociální role s určitou mírou zodpovědnosti (např. za ostatní členy rodiny), může prožívat obavy o budoucnost (Zachová, 2010). „Onemocnění je samo o sobě novou zátěžovou situací, která vyžaduje smíření a nabytí ztracené rovnováhy. Člověk se musí vyrovnat se sebou samým i se svým okolím. Tento pojem znamená pro každého člověka něco jiného a každý člověk požívá fáze onemocnění odlišně.

Úkolem pacienta je projít cestu plnou úkolů týkajících se smiřování, akceptace a adaptace na zcela nové životní podmínky.“ (Zachová, 2010, str. 115) Delší doba rehabilitace a přijetí stomie je častější u pacientů, kteří měli kratší čas od objevení se příznaků do operace, než u pacientů, kterým vytvoření stomie ulevilo od dlouhotrvajících příznaků, jež jim ztěžovaly život (Breckman, 2005). Simmons et al. (2007) uvádí, že pacienti, kteří přijmou svoji stomii, mají snahu převzít kontrolu nad péčí, mají vyšší sebeúctu, vyšší sociální aktivitu a méně vnímají omezení, což ukazuje na komplexní vztah mezi přijetím, sociální interakcí a sebepéčí. Při kontaktu s pacientem je nutné si uvědomit, že různí lidé na náročné životní situace reagují různě a odlišně je prožívají, a zohlednit je třeba i konkrétní sociální podmínky. Standardizovaným názvem ošetřovatelského problému člověka s negativním sebehodnocením jako reakcí na současnou situaci dle NANDA klasifikace je situačně snížená sebeúcta (Marečková, 2006). Snaha zlepšit sebepojetí je v NANDA klasifikaci definována jako „vzorec vnímání nebo představ o sobě samém, který lze posílit.“ (Herdman, 2015, str. 242)

Stomie sama není nemoc. Její založení je ale vážným zásahem, který ovlivňuje celkovou kvalitu života člověka. Ve své monografii Stomie stomici Lúčan uvádí, že: „nejlepší stomie je žádná stomie. Lepší je dobře fungující stomie než nefunkční sfinkter.

Lepší je dobrá stomie než rekurence choroby“. A když už stomie musí být, její konstrukce musí být perfektní, "protože to je jedna ze základních podmínek na dobrý život stomika." (Lúčan, 2011, str. 95)

1.10 ILCO

České ILCO je dobrovolné sdružení stomiků České republiky. Odbornou i laickou veřejnost informuje o potřebách stomiků, o životě se stomií a seznamuje je s činnostmi sdružení stomiků. Aktivně hájí jejich práva a zmírňuje jejich obavy ze života se stomií. „Smyslem práce Českého ILCO je pomoci řešit problémy zdravotní, sociální a psychické, které jsou spojeny s návratem stomika do normálního života. Ve vedení pracují stomici, lidé stejně postižení, kteří již život se stomií zvládli a mají dostatek informací a zkušeností, které mohou předávat dál.“ (České ILCO, 2015, online)

Lékař a vyškolená sestra předávají pacientům řadu cenných informací, které mohou pomoci zvládnout vstup do života se zdravotním problémem. Avšak to se nevyrovná zkušenosti člověka, který vše již zažil tzv. na vlastní kůži a je připraven a ochoten pomoci či předat cenné informace a rady. Svépomocná skupina může vytvářet most mezi odborným zásahem zdravotníků a každodenním životem, který musí člověk s nemocí nebo jejími následky vést.

Svépomocné skupiny lze definovat jako skupinu lidí, kteří řeší své problémy bez účasti odborníka (Hartl, Hartlová, 2010). Bártlová (2009, str. 82) je definuje jako „malé skupiny dobrovolně se sdružujících lidí s obdobnými zdravotními a životními problémy.“ Bútora (1991, str. 32) cituje Lipsona (1984): „Svépomocné skupiny jsou založené na předpokladu, že postižené osobě může nejlépe pomoci osoba, která prošla anebo prochází v současnosti podobnou situací.“

Bártlová (2009) považuje svépomocné skupiny ze sociologického hlediska za fenomén související s rozvojem medicíny 20. století. Příčinou může být profesionalizace a přílišná specializace zdravotnictví, institucionalizace tradiční medicíny s neschopností adekvátně plnit lidské potřeby a přání. Laická péče umožňuje zvyšování kompetencí a odpovědnosti pacienta a v neposlední řadě uplatnění podílu na rozhodování a řízení. Ve svépomocných skupinách se stírá rozdíl mezi pomáhajícím a

tím, kdo pomoc potřebuje. Ti, kdo pomoc poskytují, i ti, kdo pomoc přijímají, si mohou kdykoliv vyměnit role. Z toho pak plyne rovnocenné postavení účastníků skupiny. Jedinec zde získává posilu a podporu, překonává izolaci a osamělost (Bártlová, 2009). Mezi základní znaky svépomocných skupin patří princip rovnoprávnosti (rovnocenné postavení účastníků), vzájemné pomoci, výměny zkušeností, prožitků a informací, (Bártlová, 2009), absence uniformity, interakce „tváří v tvář“, zodpovědnost (Bútora, 1991), možnost nápodoby, ztotožnění, solidarity, sociální podpory a princip aktivního přístupu k nemoci (Bártlová, 2005). Ve svépomocné skupině se projevuje pocit porozumění a vzájemného pochopení mezi jedinci, kteří mají podobný životní nebo zdravotní problém a mohou si vzájemně sdělovat zkušenosti nesrozumitelné jedincům mimo skupinu (Bútora, 1991). Všichni členové skupiny jsou si rovni, scházejí se dobrovolně a tak dlouho, jak chtějí (Bártlová, 2009).

1.11 Komplikace stomií

„Stomickými komplikacemi označujeme nežádoucí stav či okolnosti, které ztěžují adaptaci na nové podmínky života se stomií, a to v časném nebo pozdním období.“ (Zachová, 2010, str. 151) Předcházení komplikacím je vždy lehčí a v neposlední řadě i levnější než jejich řešení. Mezi preventivní opatření patří důsledná a průběžně vedená edukace, důsledná předoperační příprava a pooperační péče a správná operační technika.

Mezi nejčastější příčiny **somatických stomických komplikací** řadíme chybnou konstrukci stomie, její nevhodné umístění, nedostatečnou péči o stomii a nesprávně zvolené stomické pomůcky (Lukáš, 2005). Mezi časné (akutní) komplikace stomie patří krvácení, nekróza, absces, akutní retrakce, ileus, prolaps kliček vedle stomie (Lúčan, 2011), nevhodně umístěná stomie (Otradovcová, Kubátová, 2006). K pozdním komplikacím patří stenóza, retrakce, prolaps, parastomální kýla, krvácení, píštěle, kožní změny, recidiva choroby ve stomii, granulace okrajů stomie, důsledky chybného umístění stomie, perforace střeva po výplachu (Lúčan, 2011).

Problematika komplikací se týká nejen oblasti somatické, ale výrazně zasahuje i do **psychosociální oblasti života** pacienta. V souvislosti s tématem práce se dále zabývám hlavně touto problematikou.

Jako první závažnou komplikaci Zachová (2010) uvádí **maladaptační poruchu** akceptace života se stomií. Důvodem může být závažnost základního onemocnění, pro které je stomie konstruována, změna tělesného vzhledu, životního stylu a životosprávy, ohrožení sociálního postavení. Adaptace obecně představuje takové chování organismu, které mu umožňuje přizpůsobení se podmínkám prostředí. Je zajišťována schopností neustále se vyrovnávat s nároky v určitém rozmezí a udržovat vnitřní rovnováhu. „Základní funkce lidského adaptačního procesu spočívají ve zhodnocení situace, volbě a aplikaci způsobů vyrovnání se s příslušnými nároky, zpětnovazební vyhodnocení postupu a jeho případné změny.“ (Paulík, 2010, str. 11) „Zdravá adaptace projevující se vnitřním klidem pacienta, smířením, zdravým nadhledem, přijetím stavu, do kterého se pacient dostal, je projevem osobnostní zralosti pacienta. Maladaptace - nezvládnutí situace, které se projevuje prohlubující se beznadějí, bezmocí a jinými projevy osobnostní nezralosti.“ (Křivohlavý 2002, str. 39) V období nemoci má pacient možnost adaptovat se aktivně a přizpůsobit si okolnosti po založení stomie vlastním podmínkám, nebo pasivně, tzn. přizpůsobit se konkrétní situaci (Zachová, 2010). V této souvislosti Křivohlavý (2002, str. 41) cituje z povídky Karla Čapka Návod, kterak stonati: „Stonání není totiž stav tělesný: víceméně nepříjemný stav tělesný je jenom předpokladem anebo pohnutkou, aby člověk se energicky rozhodl vzít na sebe roli maroda.“ Při prožívání nemoci má kromě typu osobnosti (introvert x extrovert) zásadní význam i věk. „Jinak vnímá onemocnění dítě závislé na matce a rodině, jinak dospělý člověk zapojený do společenských úkolů a jinak bude nemoc prožívat senior. Obecně vzato jsou lidé vyššího věku charakterizováni zhoršenou adaptací na změnu životních podmínek, mají obavy ze sociální izolace, ztráty soběstačnosti, závislosti a časových hranic života.“ (Zachová, 2010, str. 116) Maladaptace se projevuje obranným, většinou nepřiměřeným chováním. Můžeme rozlišit únikovou a agresivní formu.

Agresivními formami maladaptace jsou egocentrismus (poutání pozornosti k vlastní osobě), identifikace (ztotožnění s jinou osobou a přejímání reakce na zátěž -

soused na to umřel, umřu taky x uzdravil se, uzdravím se jako on), projekce (hledání příčin svého onemocnění v působení druhých), racionalizace (odůvodňování a hledání vysvětlení svého jednání a chování v zátěžové situaci, např. vysvětluje důvody odmítání léčby), kompenzace (náhrada handicapu úspěchem v jiné oblasti) a hostilita (hrubost, brachiální agrese, vulgarita).

Únikovými formami maladaptace jsou regrese (návrat na nižší vývojový stupeň - možné jak u dětí, tak i u dospělých, kde se projevuje jako infantilní chování), negativismus (odmítání léčby, komunikace, spolupráce, porušování léčebného režimu, úmyslné činění opaku žádaného), rezignace, izolace (obklopení se vlastním světem a zpřetrhání sociálních vazeb – „jenom doma jsem v bezpečí, jen tam vše zvládnou“) (Zachová, 2010).

K problematickým obranným reakcím na zátěž řadíme také naučenou bezmocnost a záměrné sebeznevýhodňování. Při naučené bezmocnosti pacient dospěl k závěru, že nemá smysl řešit problémové situace vlastním úsilím, a pod záminkou vlastní slabosti či neschopnosti se zbavuje různých úkolů na úkor ostatních za předpokladu, že je někdo ochoten řešení převzít. Záměrné sebeznevýhodňování je vědomý adaptační postup, který má povahu úhybného manévru před nebezpečím selhání a následným obviněním okolí z neschopnosti. Pacient předem sděluje, že jsou ve hře okolnosti, které nezavinil a které mu brání v úspěšném jednání. Tendence k záměrnému sebeznevýhodňování v zátěžových situacích jsou patrnější u chlapců a mužů než u dívek a žen (Paulík, 2010).

Ve vztahu k adaptaci je velmi důležité pacientovo sebevědomí, sebedůvěra a self-efficacy (sebeuplatnění, přesvědčení o vlastní zdatnosti).

Sebevědomí je považováno za nejdůležitější složku sebepojetí a důležitý faktor odolnosti. Sepojetí je výsledkem sebehodnocení na základě sebepoznávání (Paulík, 2010). „Utváření sebeobrazu ovlivňuje řada skutečností, jako jsou informace z okolí, vlastní postoje a názory, zkrslení pod vlivem obranných mechanismů chránících před nepřijemnými zjištěními ohrožujícími sebeúctu.“ (Paulík, 2010, str. 33) „Pozitivní sebepojetí podporuje sebejistotu i prožívání kladných emocí vůči sobě a ovlivňuje také chování včetně chování v zátěžových situacích.“ (Paulík, 2010, str. 33)

„Sebedůvěra vychází z pozitivního sebehodnocení a sebedřívětí. Znamená přesvědčení o vlastních schopnostech podávat adekvátní výkony a dosahovat stanovených cílů. Tak může pozitivně ovlivňovat aktivní přístup k adaptaci na kladené požadavky a přijímání výzev. Jedinec věří ve své předpoklady a neobává se předem neúspěchu.“ (Paulík, 2010, str. 33)

Self - efficacy znamená přesvědčení o vlastní schopnosti efektivního reagování, víru v úspěšné dosažení cíle, jistotu, že vynaložené úsilí povede k žádoucímu výsledku (Paulík, 2010).

Na založení stomie jako na náročnou životní situaci budou různí lidé reagovat různě. Odlišná bude jak jejich odolnost, tak i využití adaptačních mechanismů. Ideální ošetrovatelská péče by měla respektovat individuální rozdíly, podporovat pacienta v jeho adaptaci na změny, pomoci mu pochopit, co se s ním děje, a najít způsob, jak nové náročné situaci čelit.

2 Metodika

2.1 Použitá metodika

Výzkumná část byla realizována prostřednictvím kvantitativního šetření, technikou sběru dat byl dotazník. Výzkum byl prováděn v období prosinec 2015 až únor 2016. Distribuovaný dotazník obsahoval celkem 34 otázek (viz příloha 2). Prvních pět otázek bylo identifikačních, další již byly tematicky zaměřeny. Zjišťovaly typ a dobu trvání stomie a okolnosti jejího založení, informovanost pacientů a jejich schopnost samostatně o stomii pečovat a dále problematiku jejího přijetí. Dotazník byl anonymní a zcela dobrovolný.

2.2 Charakteristika výzkumného souboru

Cílovou skupinou byli pacienti po operaci střev s následnou stomií. Při vyhledávání respondentů byly osloveny organizace, které sdružují pacienty se stomiemi. Jednalo se o České ILCO a patientskou organizaci Pacienti IBD z.s., na jejichž adresy byly zaslány elektronické formy dotazníků. Představitelé těchto organizací byli požádáni o distribuci dotazníků dalším stomikům. Současně byly osloveny stomické a proktologické ambulance nemocnic, domovy pro seniory a léčebny dlouhodobě nemocných, kam byly distribuovány dotazníky v tištěné podobě a předány k vyplnění pacientům se stomií. Touto formou bylo distribuováno celkem 70 dotazníků, vrátilo se jich 57, z nichž 8 bylo pro neúplnost vyřazeno. návratnost tedy činila 70 %. Elektronickou formou bylo získáno 106 vyplněných dotazníků. Ke konečnému zpracování bylo použito celkem 155 dotazníků.

2.3 Zpracování dat

Ke konečnému zpracování dat bylo použito 155 dotazníků, toto číslo je považováno za 100 %. Získaná data byla zpracována popisnou statistikou v grafech pomocí Microsoft Office Excel 2010, následně bylo provedeno statistické vyhodnocení hypotéz. Hypotézy byly testovány chí-kvadrát testem v kontingenční tabulce, průměrné

hodnoty byly srovnávány T-testem. Zvolená hladina významnosti α byla 5 %. Dále jsou uvedeny veličiny popisné statistiky, které byly v práci použity.

Průměrem se rozumí aritmetický průměr sledovaných hodnot. Jde o jednu z nejjednodušších statistických veličin, která se vypočítá součtem všech naměřených hodnot vyděleným jejich celkovým počtem.

Modus je hodnota nejčastěji zastoupená ve zkoumaném vzorku. Modus lze tedy chápat jako typického zástupce souboru.

Medián dělí soubor hodnot na dvě stejně velké části, je to hodnota, která se při srovnání hodnot dle velikosti nachází uprostřed.

Směrodatná odchylka (podobně jako rozptyl) určuje, jak moc jsou hodnoty odchýleny či rozptýleny od průměru hodnot, a je rovna druhé odmocnině z rozptylu.

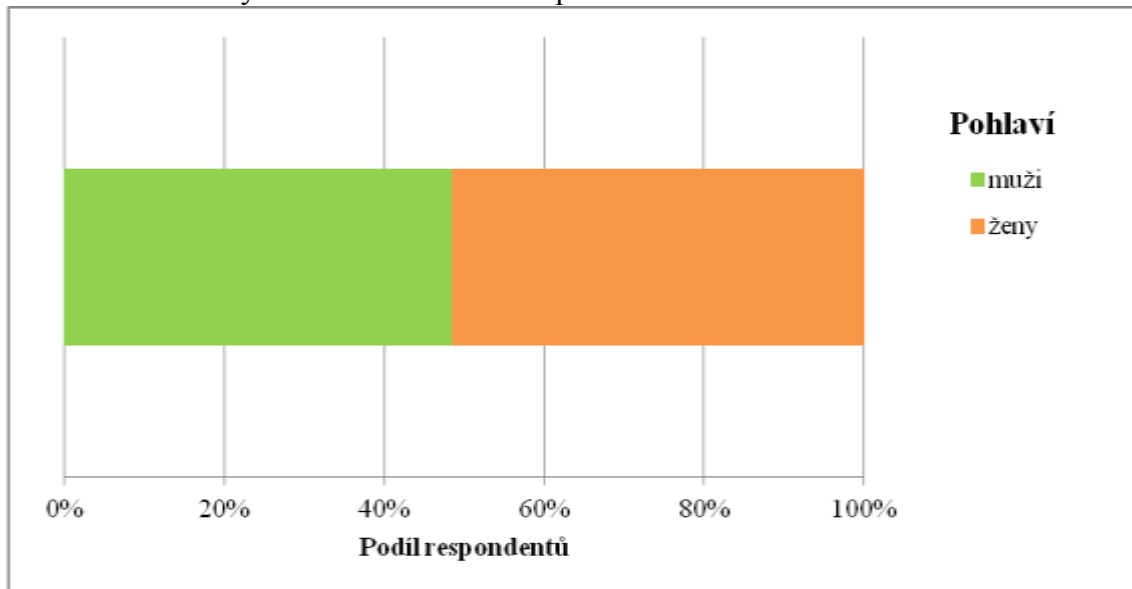
T-test se používá k testování rozdílnosti nebo shodnosti středních hodnot dvou výběrů nebo jednoho výběru testovaného dvakrát.

Chi-kvadrát test neboli test dobré shody vychází z frekvenční tabulky a porovnává rozdělení odpovědí v jednotlivých kategoriích s očekávanými početnostmi. Testuje nulovou hypotézu, která tvrdí, že proměnné jsou nezávislé, proti hypotéze alternativní. Nulová hypotéza je zamítnuta, pokud je rozdíl mezi skutečnými a očekávanými početnostmi tak velký, že nemůže být náhodný ($p < 5\%$) (Zvárová, 2002).

3 Výsledky

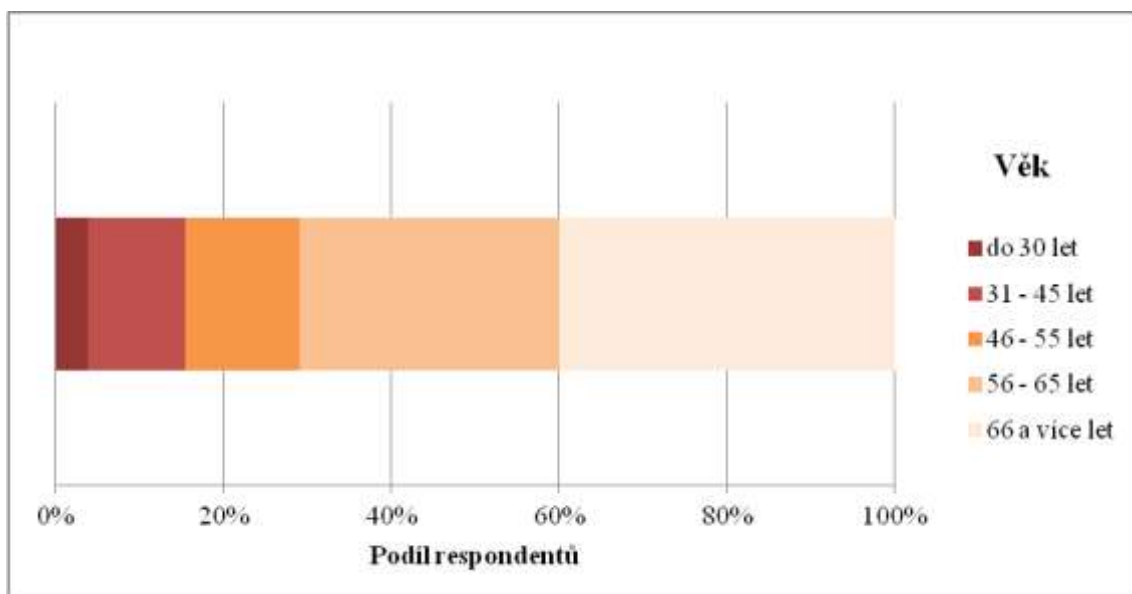
3.1 Grafy

Graf 1 Struktura výzkumného souboru dle pohlaví



Výzkumný soubor tvořilo 75 (48 %) mužů a 80 (52 %) žen.

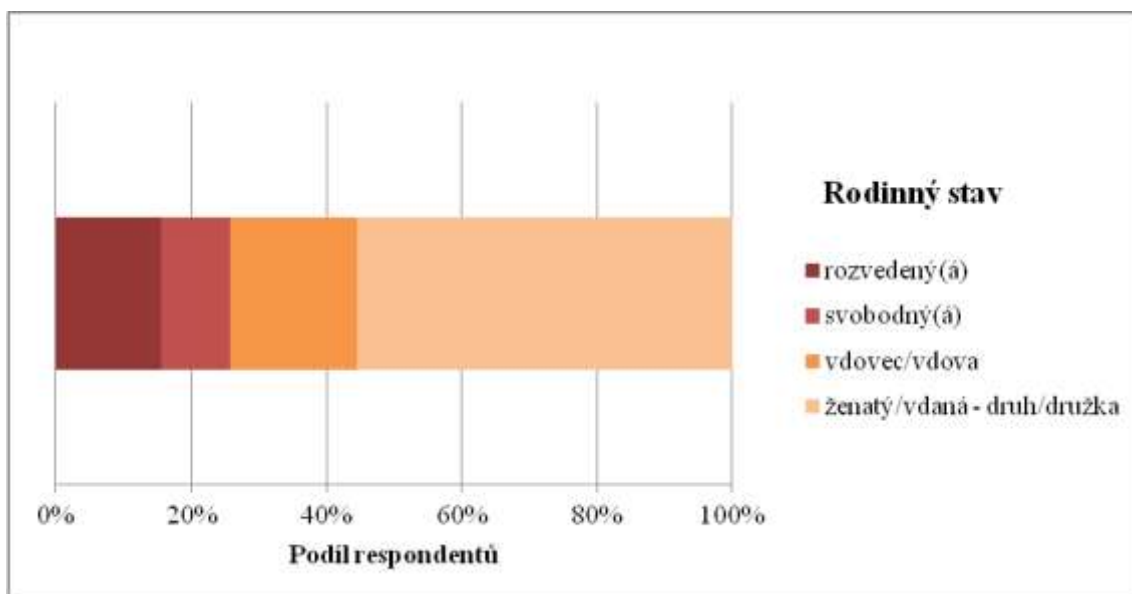
Graf 2 Struktura výzkumného souboru dle věku



Ve věkové kategorii 66 a více let bylo 62 (40 %) respondentů. Ve věkové kategorii 56-65 let bylo 48 (31 %) respondentů. Kategorie 46-55 let byla zastoupena 21

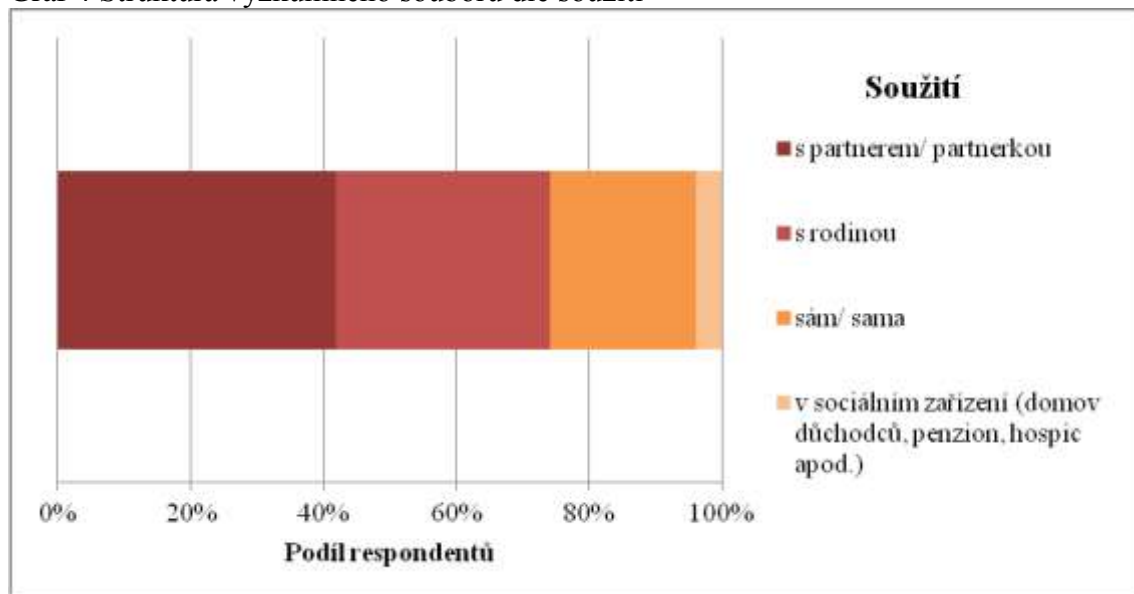
(14 %) respondenty a kategorie 31-45 let 18 (12 %) respondenty. Ve věkové kategorii do 30 let bylo 6 (4 %) respondentů

Graf 3 Struktura výzkumného souboru dle rodinného stavu



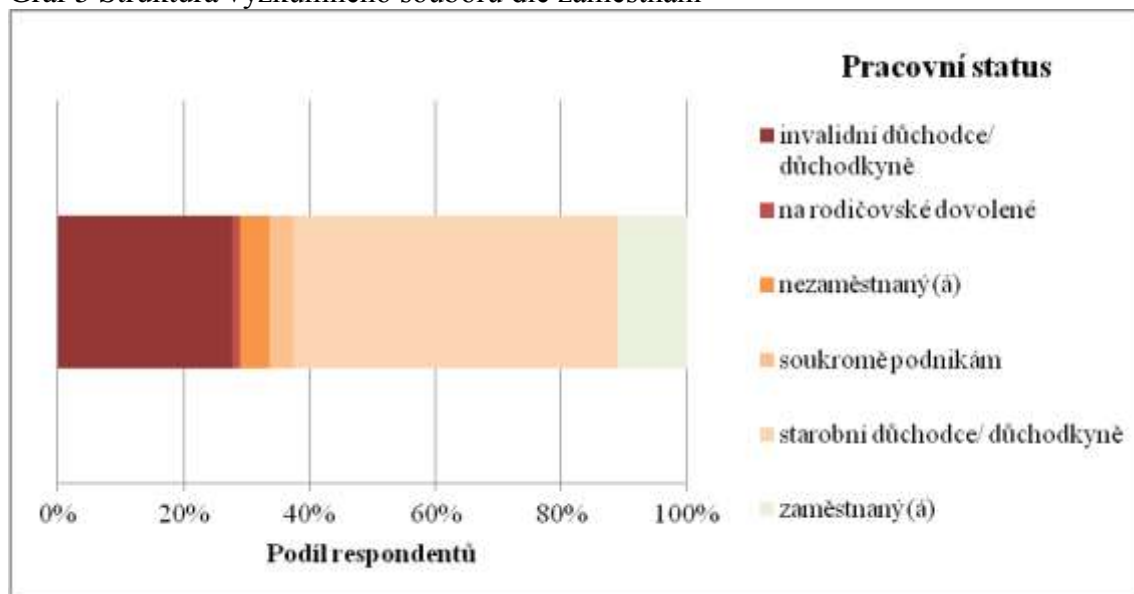
16 (10 %) respondentů uvedlo, že jsou svobodní, 24 (15 %) rozvedení, 29 (19 %) ovdovělí. Nejčastěji respondenti označili odpověď ženatý/vdaná - druh/družka. Tuto možnost zvolilo 86 (55 %) respondentů.

Graf 4 Struktura výzkumného souboru dle soužití



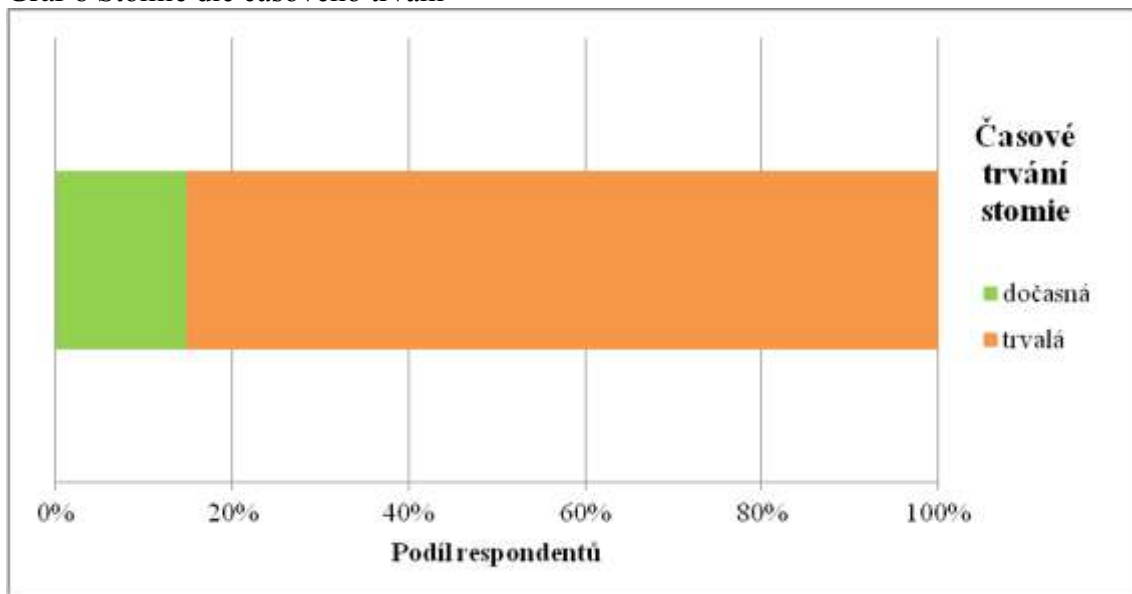
65 (42 %) respondentů uvedlo, že žije s partnerem/partnerkou. 50 (32 %) žije s rodinou, 34 (22 %) sám/sama a 6 (4 %) v sociálním zařízení.

Graf 5 Struktura výzkumného souboru dle zaměstnání



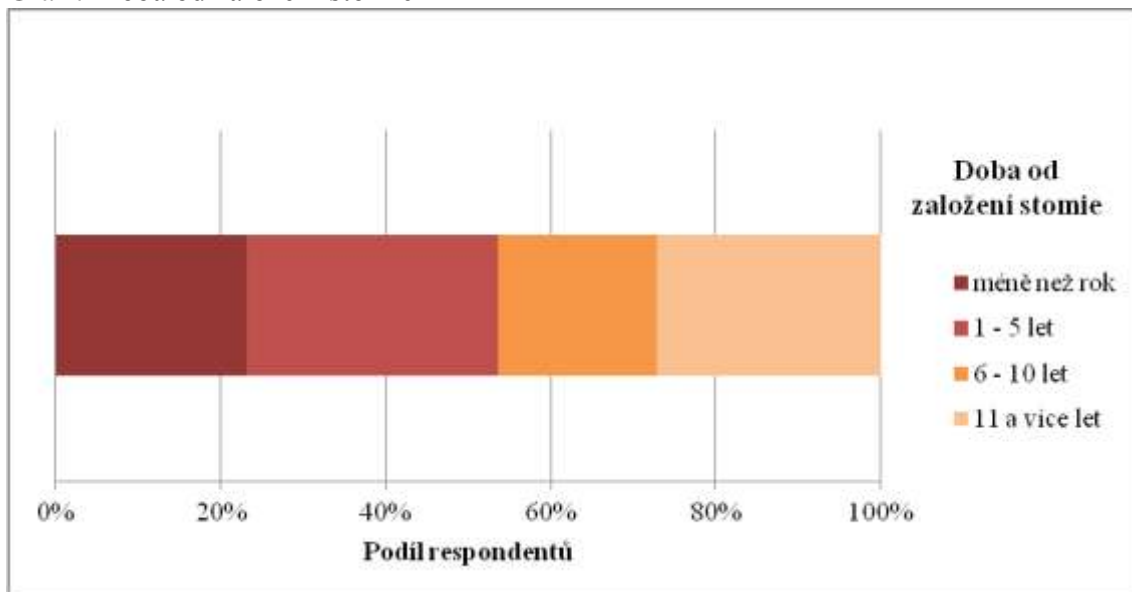
80 (52 %) respondentů uvedlo, že jsou ve starobním důchodu, 43 (28 %) v důchodu invalidním, 17 (11 %) respondentů je zaměstnaných, 7 (5 %) nezaměstnaných, 6 (4 %) soukromě podniká a 2 (1 %) uvedlo mateřskou dovolenou.

Graf 6 Stomie dle časového trvání



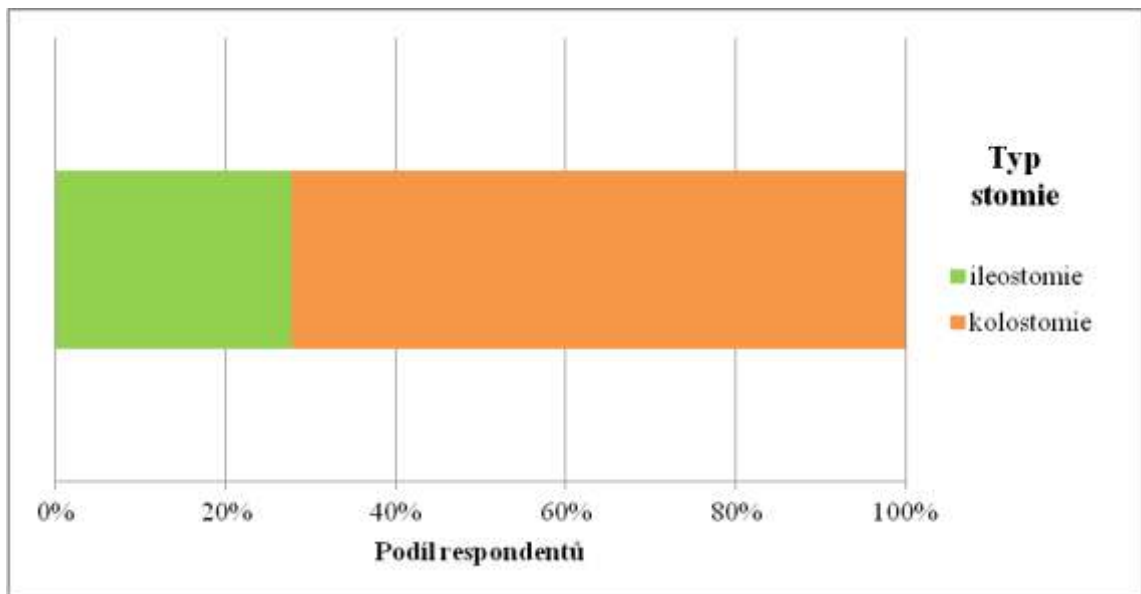
132 (85 %) respondentů uvedlo, že má stomii trvalou, 23 (15 %) respondentů má stomii dočasnou.

Graf 7 Doba od založení stomie



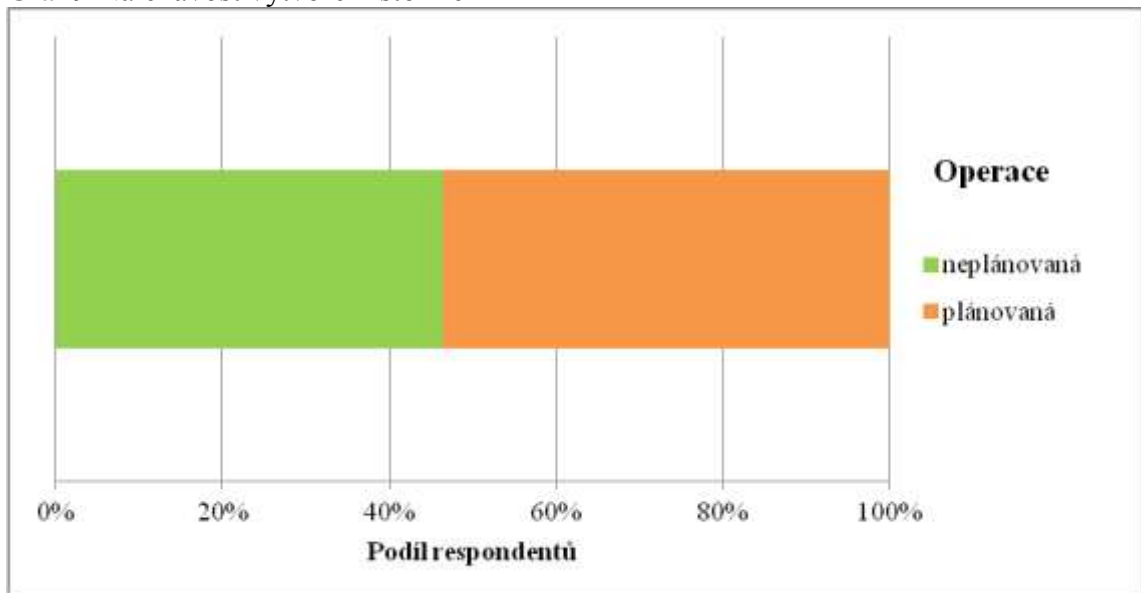
36 (23 %) respondentů uvedlo, že mají stomii méně než 1 rok, 47 (30 %) 1-5 let, 30 (19 %) respondentů má stomii 6-10 let, 42 (27 %) respondentů uvedlo 11 a více let.

Graf 8 Typ stomie



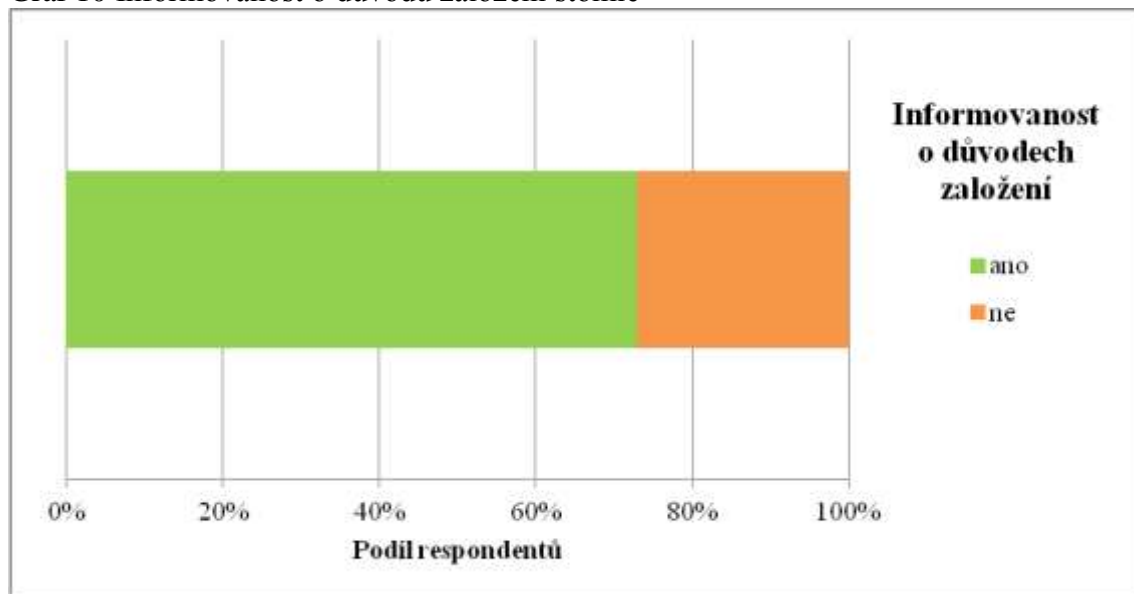
112 (72 %) respondentů má kolostomii, 43 (28 %) ileostomii.

Graf 9 Naléhavost vytvoření stomie



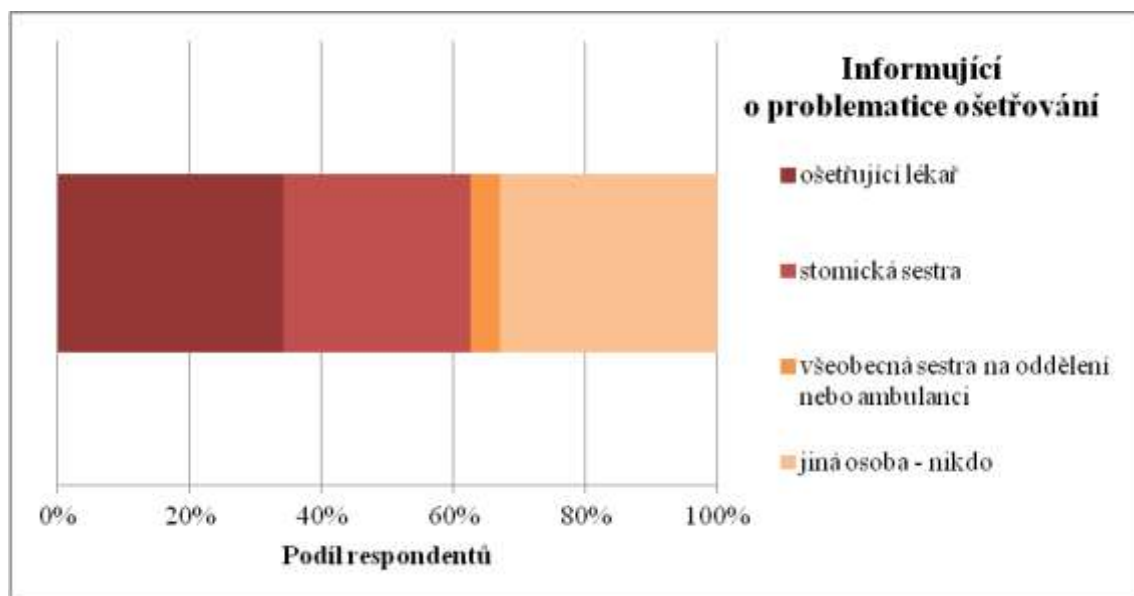
83 (54 %) respondentů uvedlo, že operace, která vedla k vytvoření stomie, byla plánovaná. 72 (46 %) respondentů uvedlo, že se jednalo o operaci neplánovanou.

Graf 10 Informovanost o důvodu založení stomie



113 (73 %) respondentů se domnívá, že bylo před operací lékařem dostatečně informováno o důvodu založení stomie. 42 (27 %) respondentů se domnívá, že dostatečně informováno nebylo.

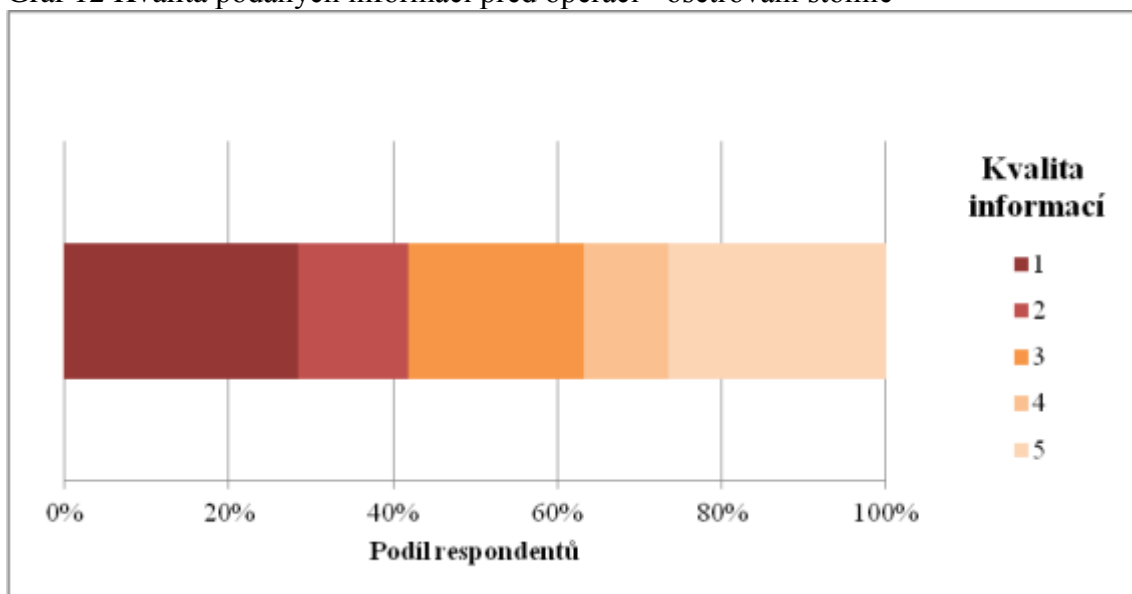
Graf 11 Osoba informující o problematice ošetřování stomie



53 (34 %) respondentů uvedlo, že je v období před operací o problematice ošetřování informoval ošetřující lékař. 44 (28 %) respondentů informovala stomická

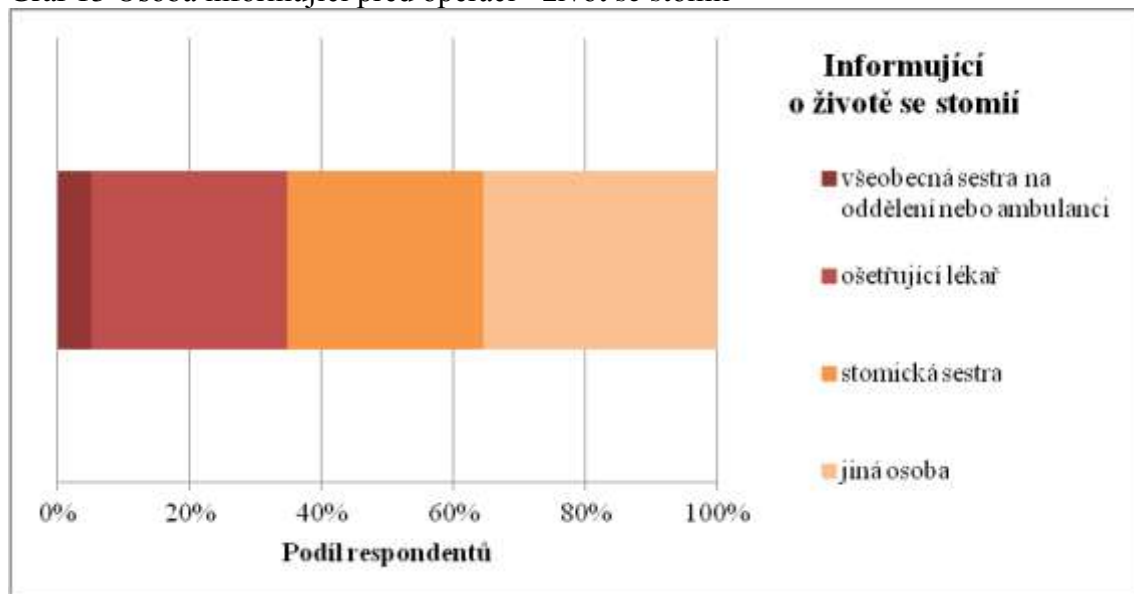
sestra, 7 (5 %) všeobecná sestra na oddělení nebo ambulanci. Celkem 51 (33 %) respondentů zvolilo možnost „jiná osob“, kde uvedli „nikdo“.

Graf 12 Kvalita podaných informací před operací - ošetřování stomie



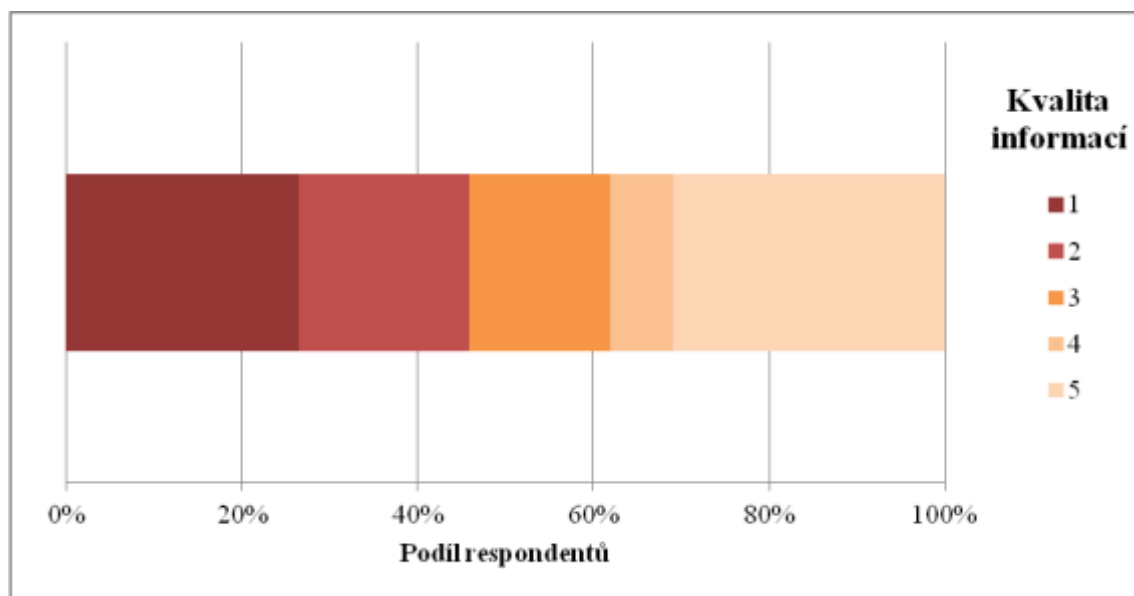
Na škále 1-5, kde 1 znamenala výbornou a 5 nedostatečnou kvalitu podaných informací, hodnotu 1 zvolilo 44 (28 %) respondentů, 2 zvolilo 21 (14 %) respondentů, 3 označilo 33 (21 %) respondentů, 4 pak 16 (10 %) a 5 zvolilo 41 (26 %) respondentů.

Graf 13 Osoba informující před operací - život se stomií



46 (30 %) respondentů uvedlo, že o životě se stomií bylo informováno stomickou sestrou, 46 (33 %) respondentů byl informován ošetřujícím lékařem. 8 (5 %) informovala všeobecná sestra na oddělení nebo ambulanci a 55 (35 %) respondentů zvolilo odpověď „jiná osoba“. Z toho 48 (31 %) uvedlo, že informováno nebylo, 4 (3 %) uvedlo „akutní zákrok“ a 3 (2 %) uvedli „někdo jiný“.

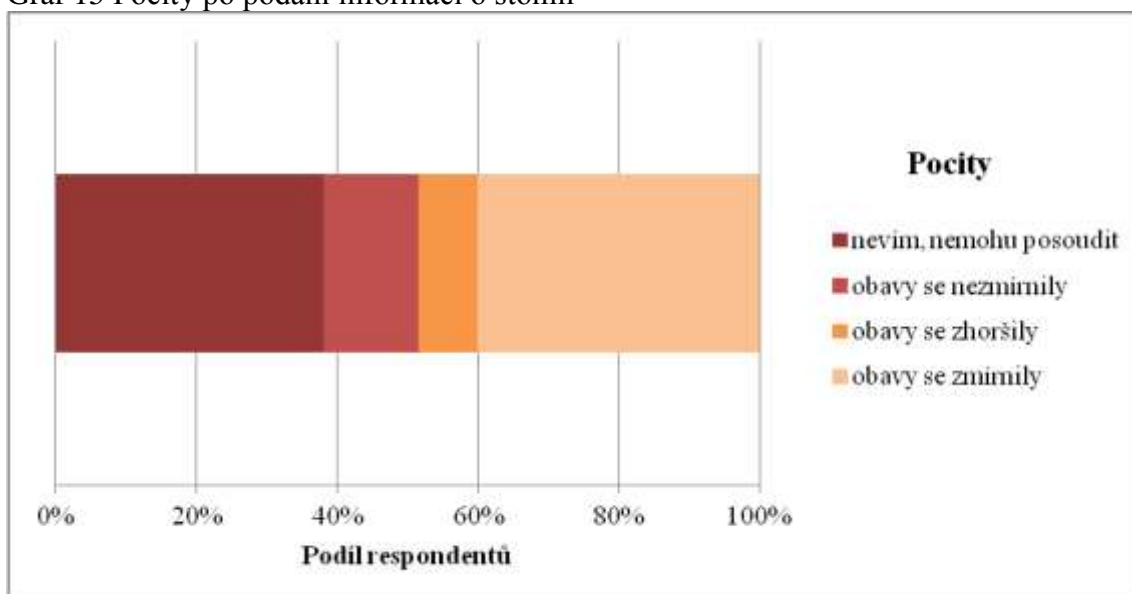
Graf 14 Kvalita předoperačně podaných informací o životě se stomií



Na škále 1-5, kde 1 znamenala výbornou a 5 nedostatečnou kvalitu podaných

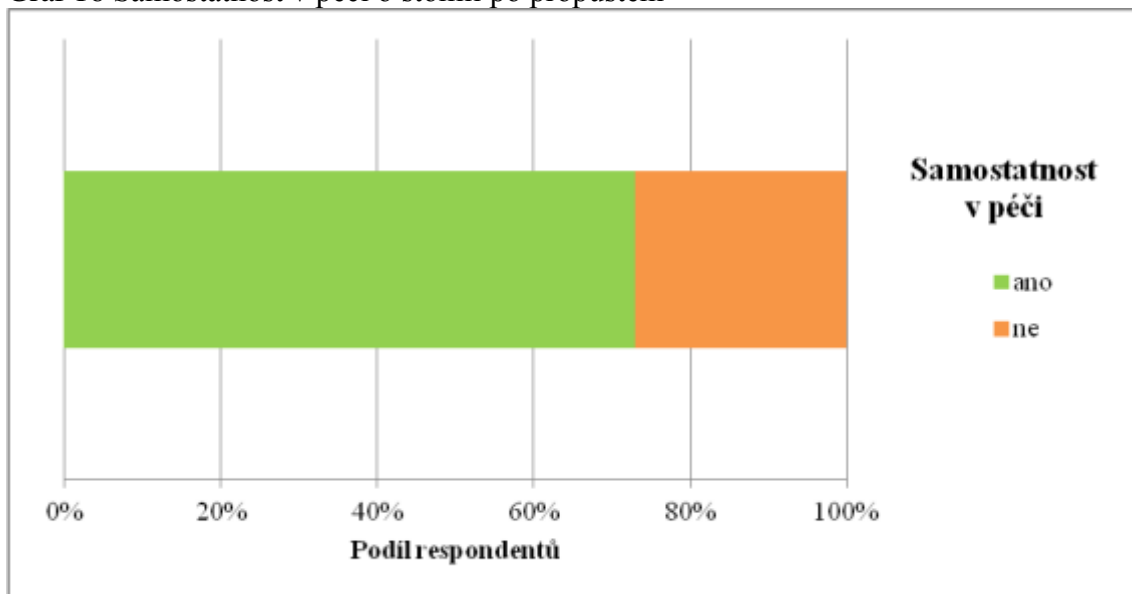
informací, hodnotu 1 zvolilo 41 (26 %) respondentů, 2 zvolilo 30 (19 %) respondentů, 3 označilo 25 (16 %) respondentů, 4 pak 11 (7 %) a 5 zvolilo 48 (31 %) respondentů.

Graf 15 Pocity po podání informací o stomii



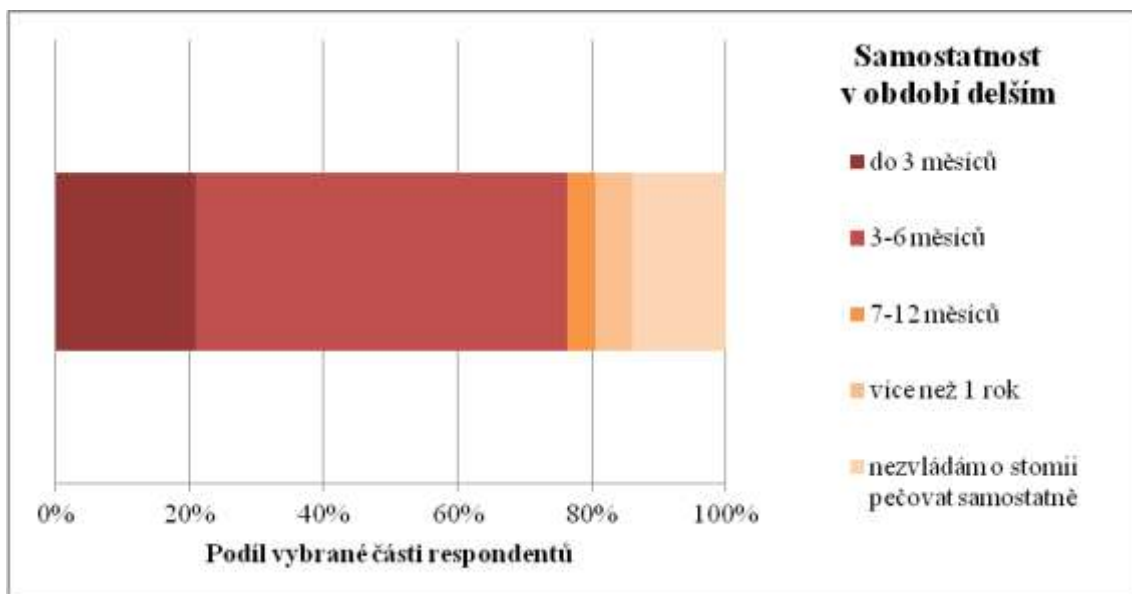
62 (40 %) respondentů uvedlo, že po podání informací o stomii se jejich obavy zmírnily. U 21 (14 %) respondentů se obavy nezmírnily, u 13 (8 %) se obavy zhoršily a 59 (38 %) respondentů zvolilo odpověď „nevím, nemohu posoudit“.

Graf 16 Samostatnost v péči o stomii po propuštění



113 (73 %) respondentů uvedlo, že byli schopni po propuštění z nemocnice samostatně pečovat o svou stomii. Opak uvedlo 42 (27 %) respondentů.

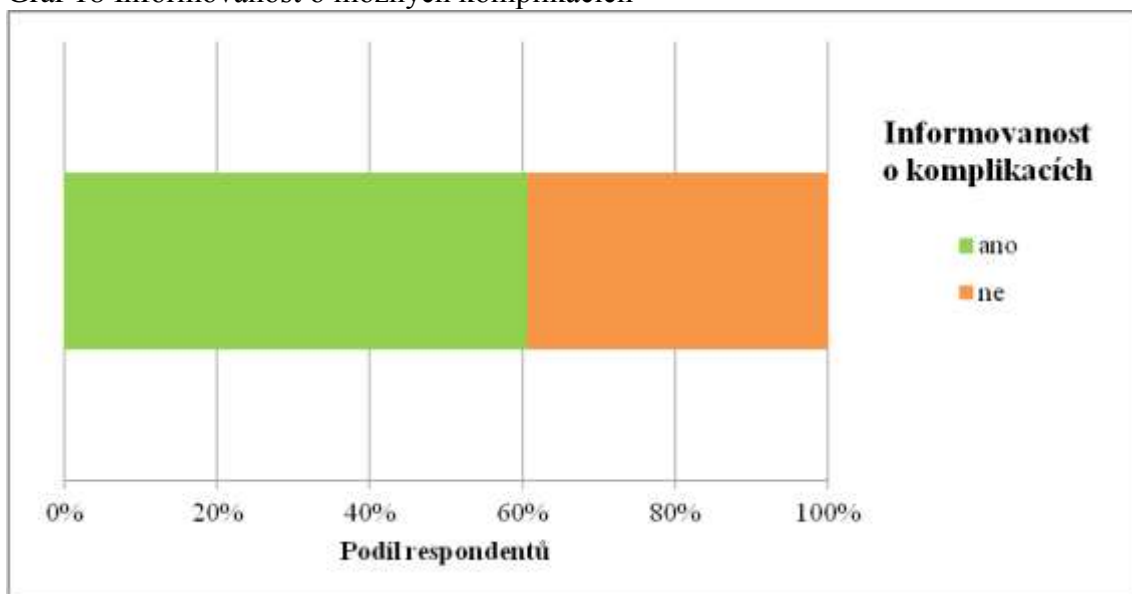
Graf 17 Samostatnost v péči o stomii v období delším



Celkový počet byl 72 (100 %), protože v předchozí filtrovací otázce respondenti uvedli že, po propuštění z nemocnice, nebyli schopni samostatné péče o svoji stomii. Do 3 měsíců péči zvládlo 15 (21 %). Období 3-6 měsíců uvedlo 40 (56 %),

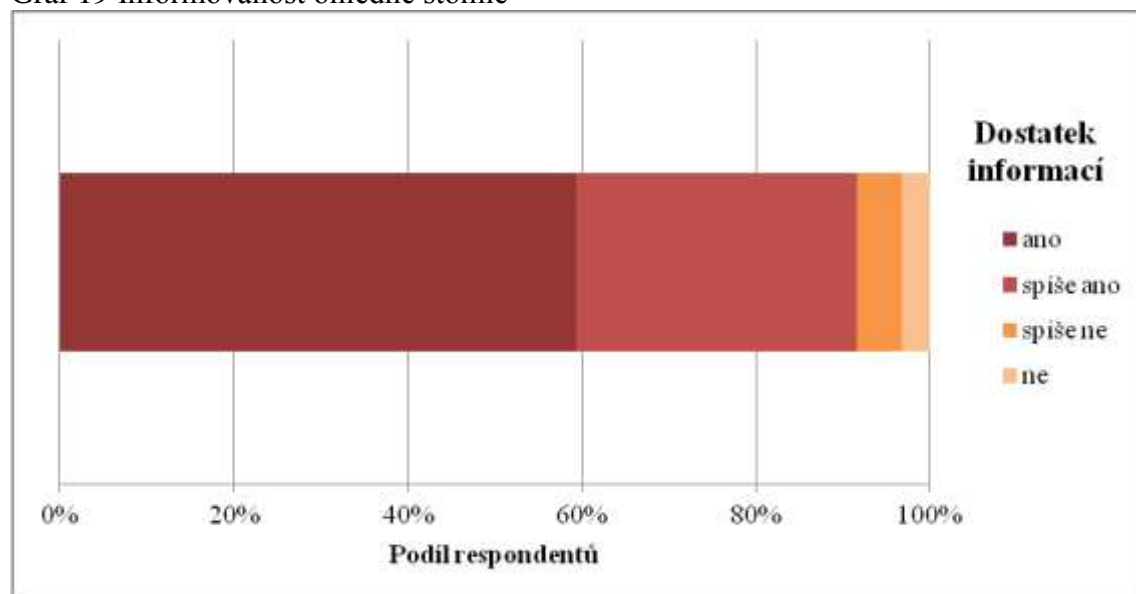
7-12 měsíců 3 (4 %), více než rok 4 (6 %) respondentů. 10 (14 %) jich pak uvedlo, že nezvládá o stomii pečovat samostatně.

Graf 18 Informovanost o možných komplikacích



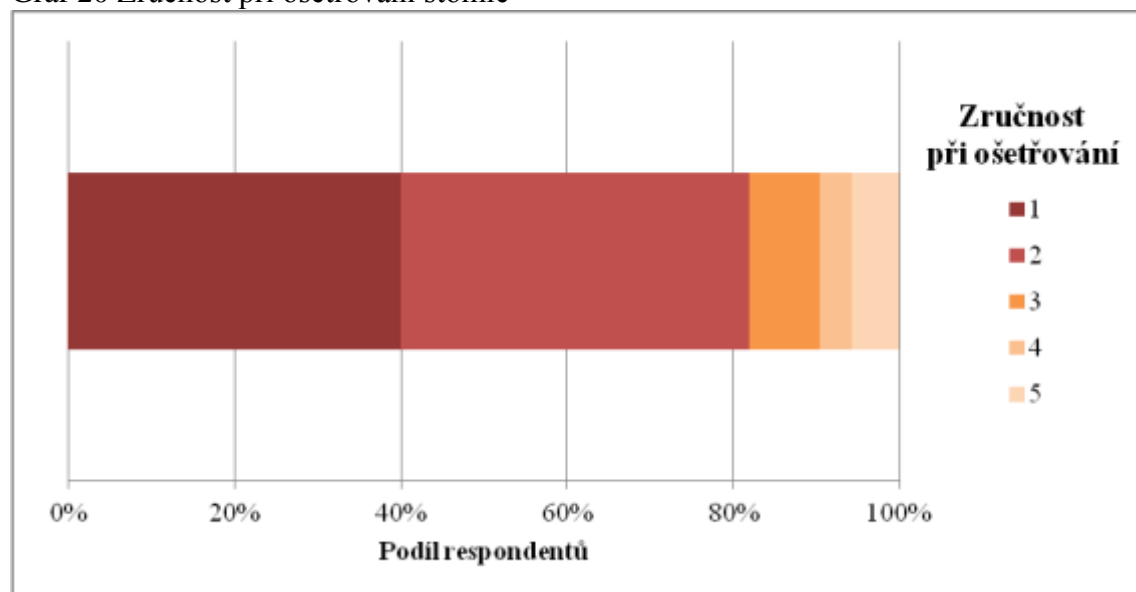
Z celkového počtu 155 (100 %) respondentů, jich 94 (61 %) uvedlo, že byli informováni o možných komplikacích stomie. 61 (39 %) respondentů informováno nebylo.

Graf 19 Informovanost ohledně stomie



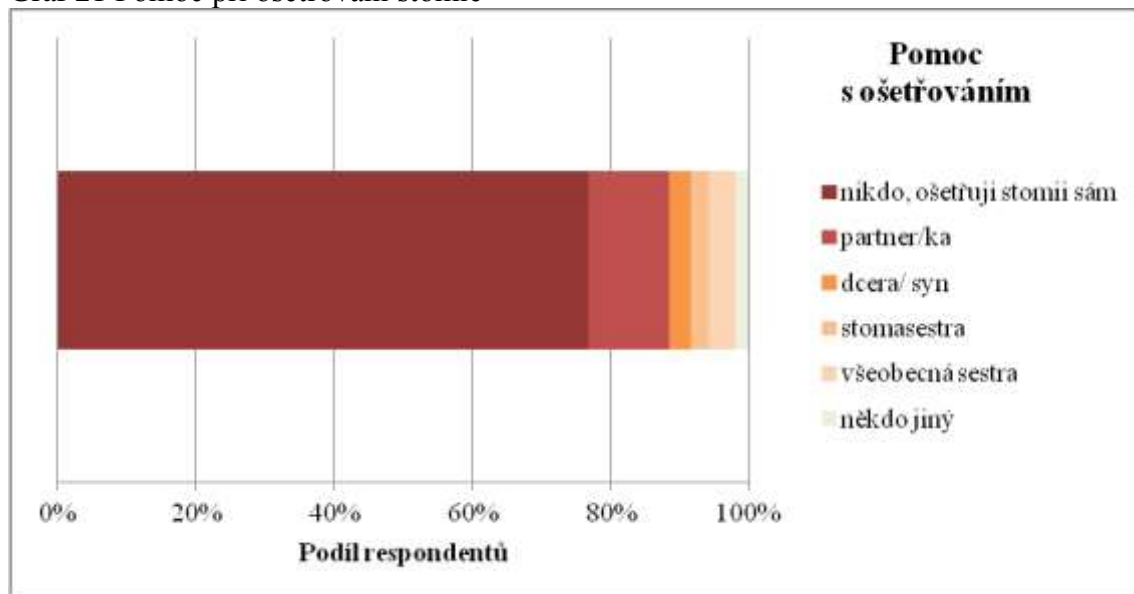
To, že mají, v současné době, dostatek informací ohledně stomie, odpovědělo ano 92 (59 %), spíše ano 50 (32 %), spíše ne 8 (5 %), ne 5 (3 %) respondentů.

Graf 20 Zručnost při ošetřování stomie



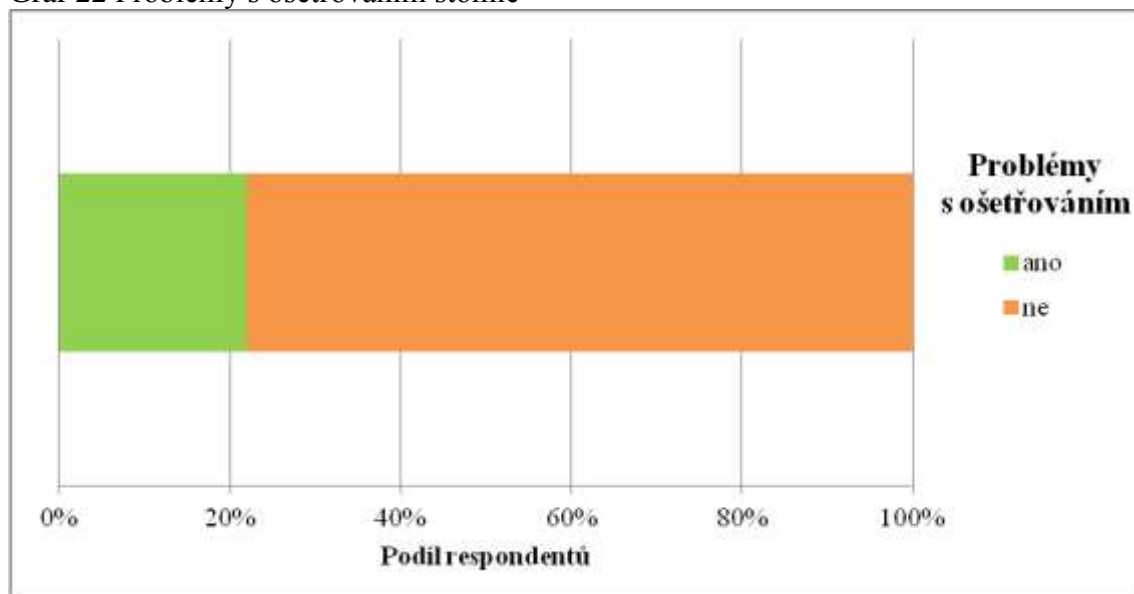
Na škále kde 1 znamenala nejlepší a 5 nejhorší zručnost v ošetřování stomie, označilo 1 62 (40 %) respondentů. Hodnotu 2 označilo 65 (42 %), hodnotu 3 zvolilo 13 (8 %), hodnotu 4 pak 6 (4 %) a 5 označilo 9 (6 %) respondentů.

Graf 21 Pomoc při ošetřování stomie



119 (77 %) respondentů uvedlo, že jim s ošetřováním stomie nikdo nepomáhá, svou stomii si ošetřují sami. 18 (12 %) respondentů využívá pomoc partnera/partnerky, 5 (3 %) pomoc dcery/syna, 6 (4 %) pomoc všeobecné sestry, 4 (3 %) pomoc stomasestry. Možnosti „někdo jiný“ pak zvolili 3 (2 %) respondenti, ve dvou případech uvedli pomoc ošetřovatelky a jeden respondent uvedl, že mu s péčí o stomii pomáhá bratr.

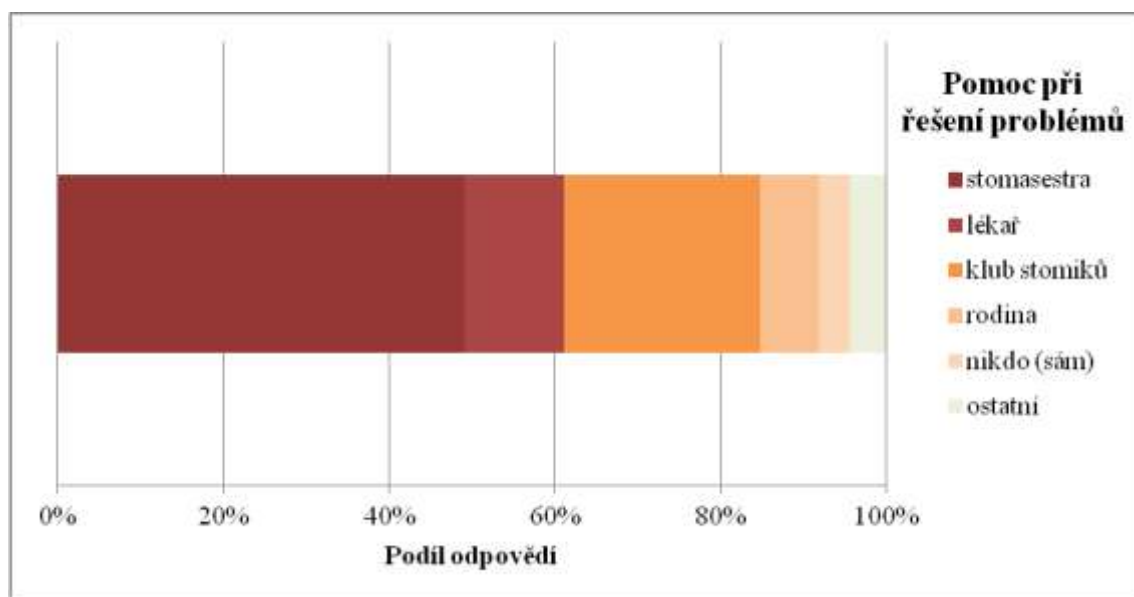
Graf 22 Problémy s ošetřováním stomie



121 (78 %) respondentů odpovědělo, že nemá problém s ošetřováním stomie.

34 (22 %) nějaký problém má. V otevřené otázce uvedli podtékání, poškození peristomální kůže a nerovnosti okolí, stenóza, vpadlá stomie, kýla, nedostatek informací, problémy s motorikou ruky a jeden pacient uvedl „neumím to“.

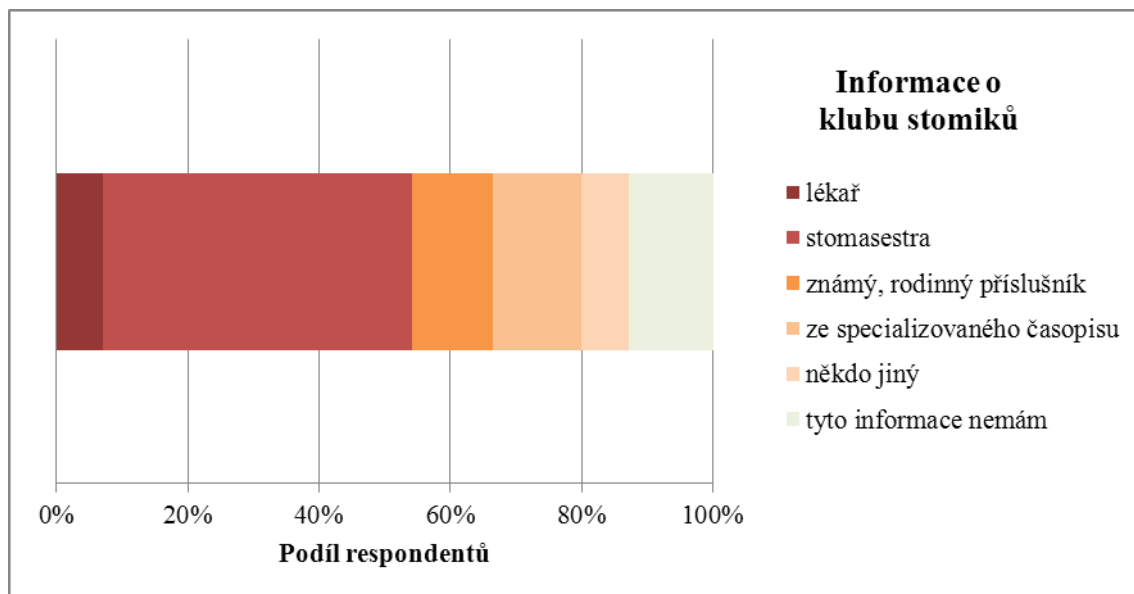
Graf 23 Pomoc při řešení problémů se stomií



Poznámka: Respondenti mohli uvést více odpovědí. Celkový počet odpovědí byl 224 (100 %)

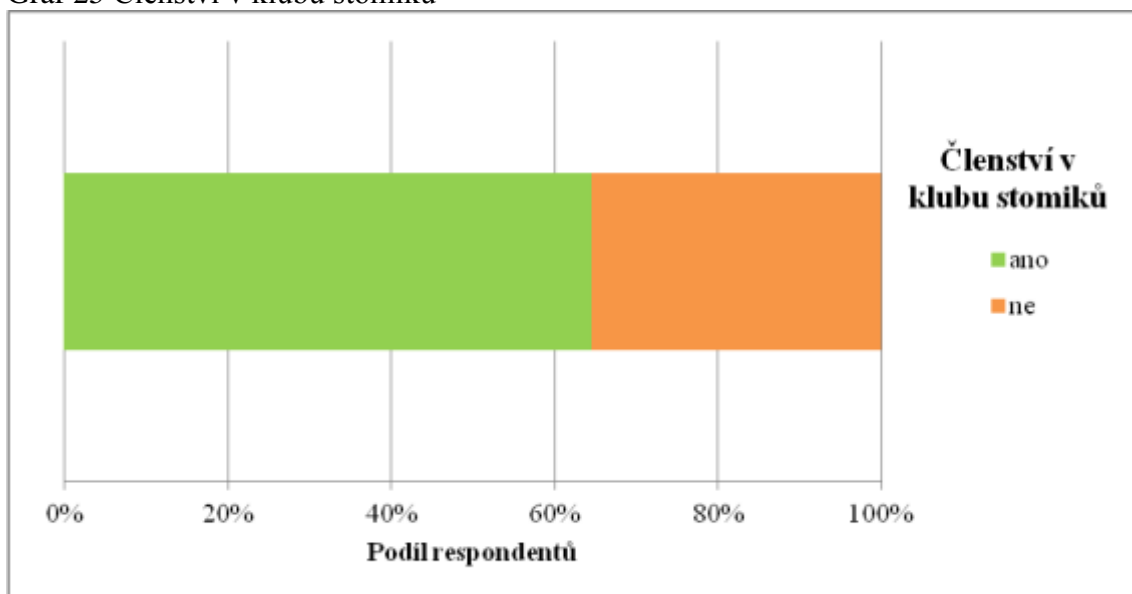
110 (49 %) respondentů uvedlo, že jim pomoc při řešení poskytuje stoma sestra, 35 (24 %) hledá pomoc v klubu stomiků. 27 (12 %) respondentů uvedlo lékaře a 16 (7 %) nachází pomoc v rodině. 8 (4 %) respondentů si při řešení problému vystačí sami a 10 (4 %) respondentů uvedlo pomoc někoho jiného, což byla v pěti případech všeobecná sestra a v jednom případě ošetřovatelka.

Graf 24 Informace o klubu stomiků



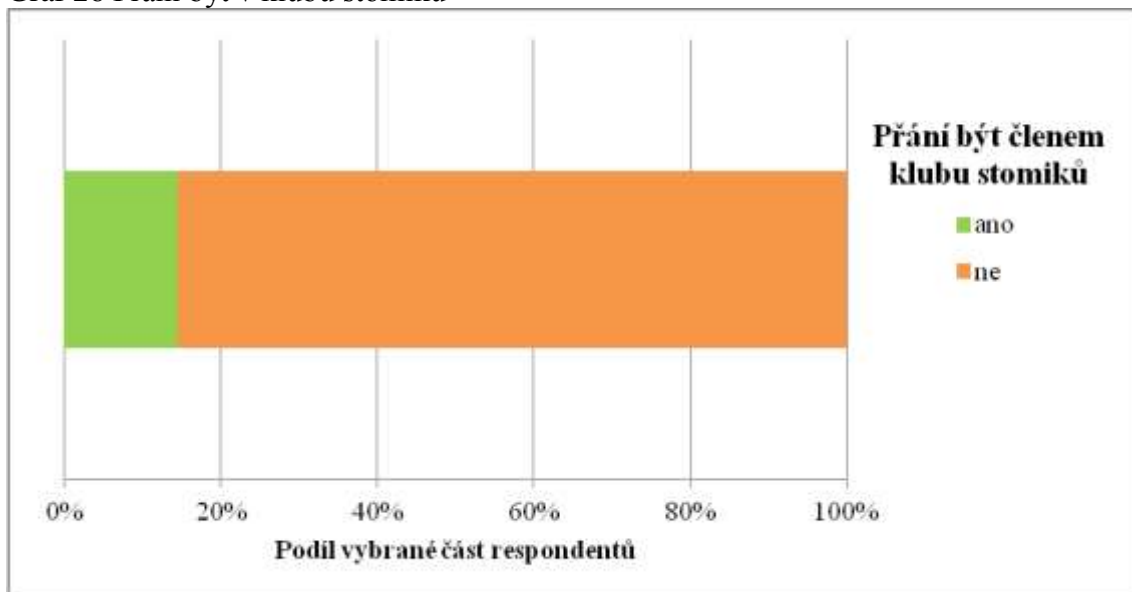
Z celkového počtu 155 (100 %) respondentů jich 73 (47 %) odpovědělo, že informace o klubu stomiků poskytla stoma sestra, 11 (7 %) lékař, 19 (12 %) známý nebo rodinný příslušník. 20 (13 %) respondentů uvedlo, že tyto informace nemá a 21 (14 %) je získalo ze specializovaného časopisu. 11 (7 %) respondentů uvedlo, že je o klubu stomiků informoval někdo jiný. Jako někoho jiného uvedli např. „já sám“, „internet“, „ozvali se z klubu“, „firma Convatec na setkání“.

Graf 25 Členství v klubu stomiků



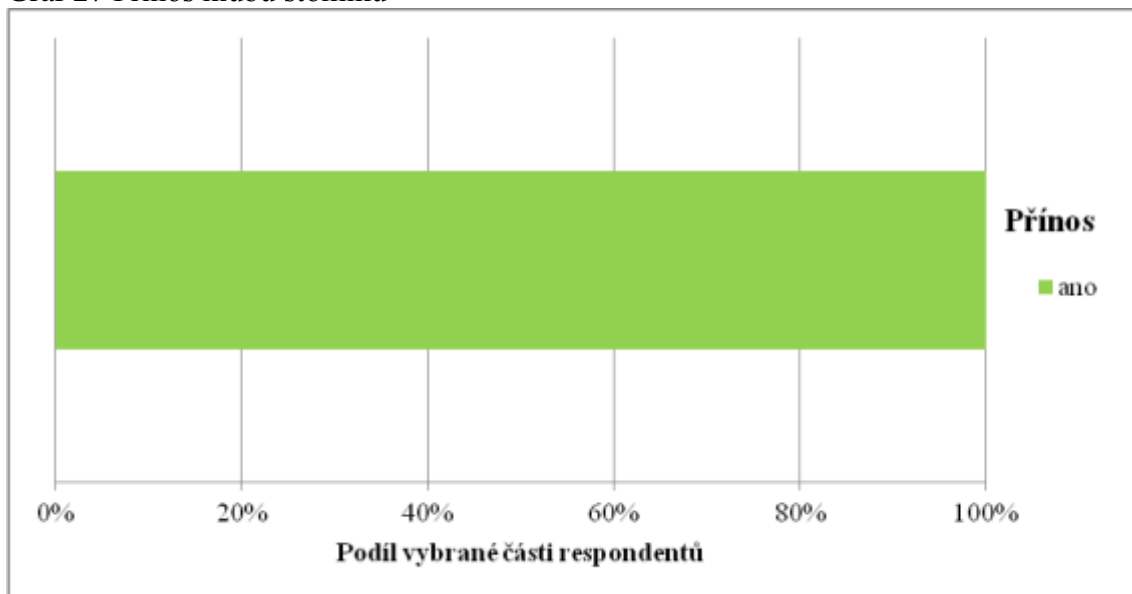
100 (65 %) respondentů je členem klubu stomiků, 55 (35 %) uvedlo, že členem není.

Graf 26 Přání být v klubu stomiků



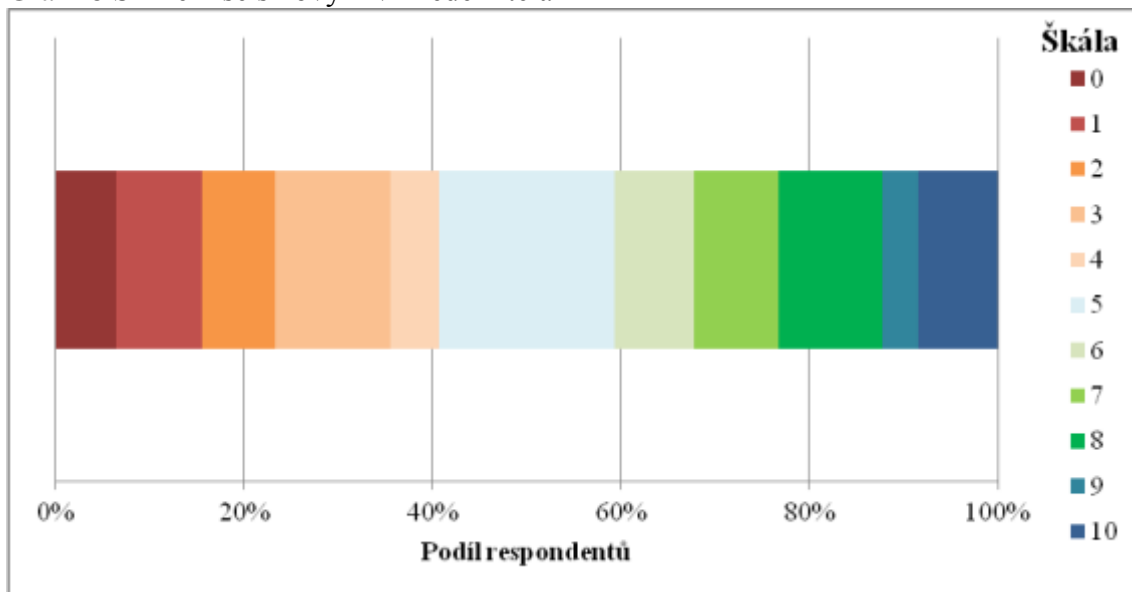
Z 55 (100 %) respondentů, kteří v předchozí filtrovací otázce uvedli, že nejsou členem klubu stomiků, by jich o členství mělo zájem 8 (15 %). Zájem stát se členem klubu neprojevilo zbývajících 47 (85 %) stávajících nečlenů.

Graf 27 Přínos klubu stomiků



Ze 100 (100 %) respondentů, kteří uvedli, že jsou členy klubu stomiků všech 100 (100 %) uvedlo, že je pro ně klub stomiků přínosem.

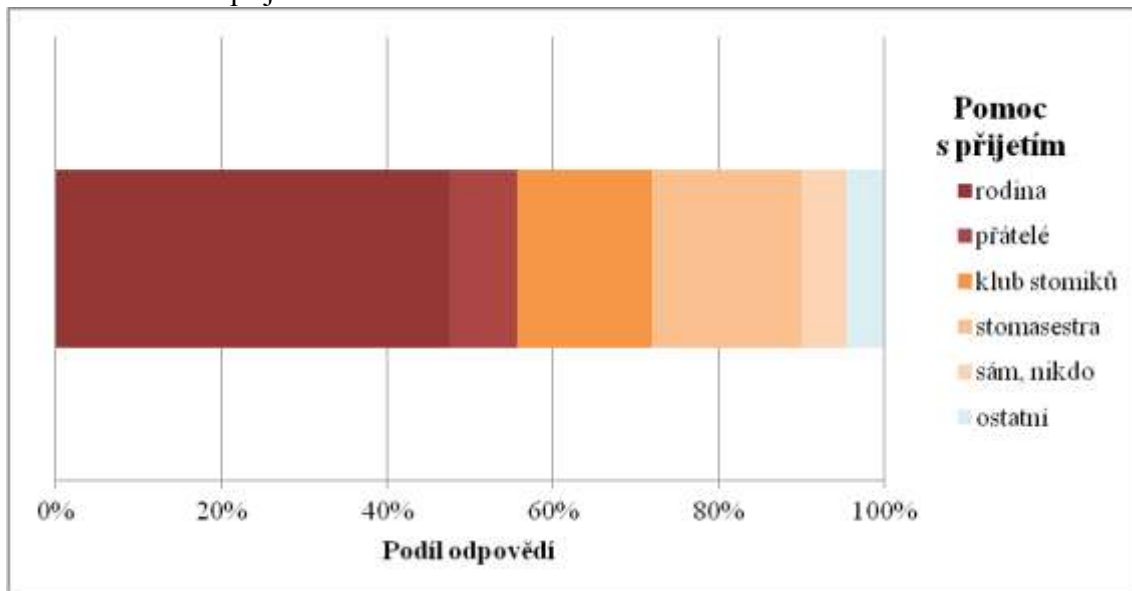
Graf 28 Smíření se s novým vzhledem těla



Na škále, kde 0 znamenala žádný problém a 10 nesmířil/a jsem se, označilo 0 10 (6 %) respondentů, hodnotu 1 pak 14 (9 %), hodnotu 2 12 (8 %) a hodnotu 3 uvedlo 19 (12 %) respondentů, hodnotu 4 pak 8 (5 %). 29 (19 %) respondentů uvedlo hodnotu

5. 13 (8 %) zvolilo na škále hodnotu 6, 14 (9 %) hodnou 7, 17 (11 %) hodnotu 8, 6 (4 %) hodnotu 9. Nejvyšší možnou hodnotu 10 označilo 13 (8 %) respondentů.

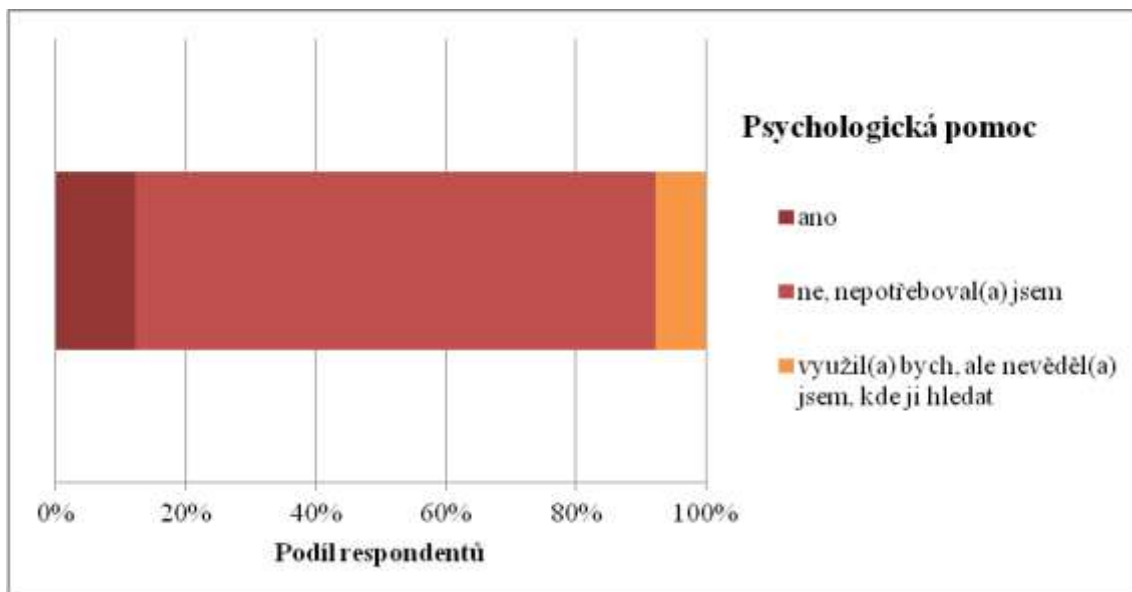
Graf 29 Pomoc s přijetím stomie



Poznámka: Respondenti mohli uvést více odpovědí. Celkový počet odpovědí byl 221 (100 %)

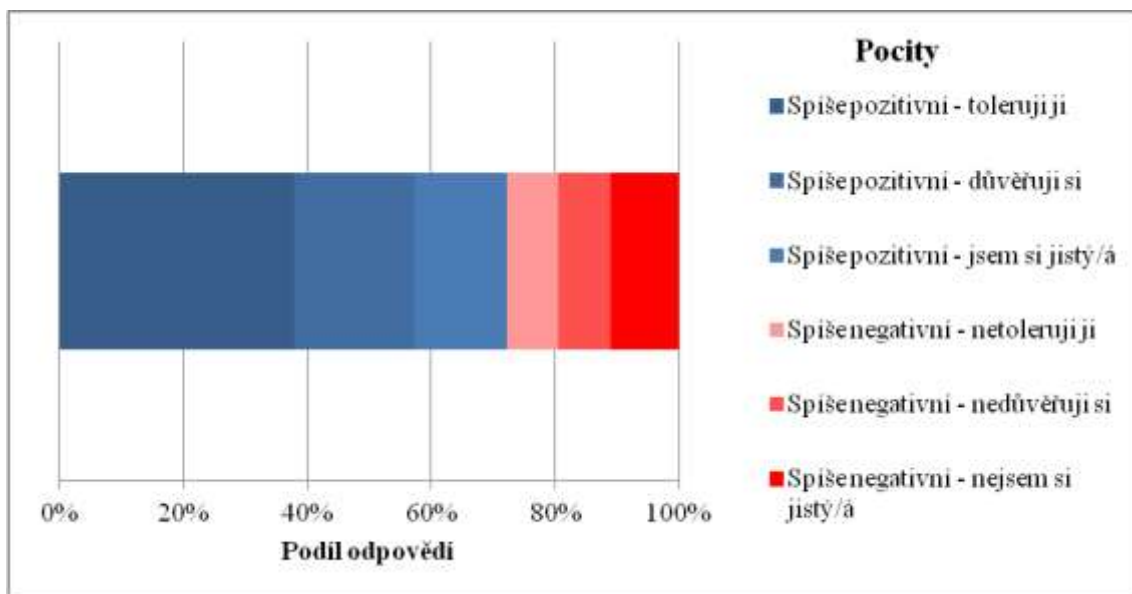
105 (48 %) respondentů uvedlo, že nejvíce jim s přijetím stomie pomohla rodina. 40 (18 %) respondentů uvedlo stoma sestru, 36 (16 %) klub stomiků, 18 (8 %) přátele, 10 (5 %) uvedlo „ostatní“ a 12 (5 %) respondentů odpovědělo, že jim nikdo jiný nepomohl, pomohli si sami.

Graf 30 Využití odborné psychologické pomoci



19 (12 %) respondentů uvedlo, že využilo odbornou psychologickou pomoc, 12 (8 %) by ji využilo, ale nevědělo, kde ji hledat. 124 (80 %) respondentů uvedlo, že psychologickou pomoc nepotřebovalo.

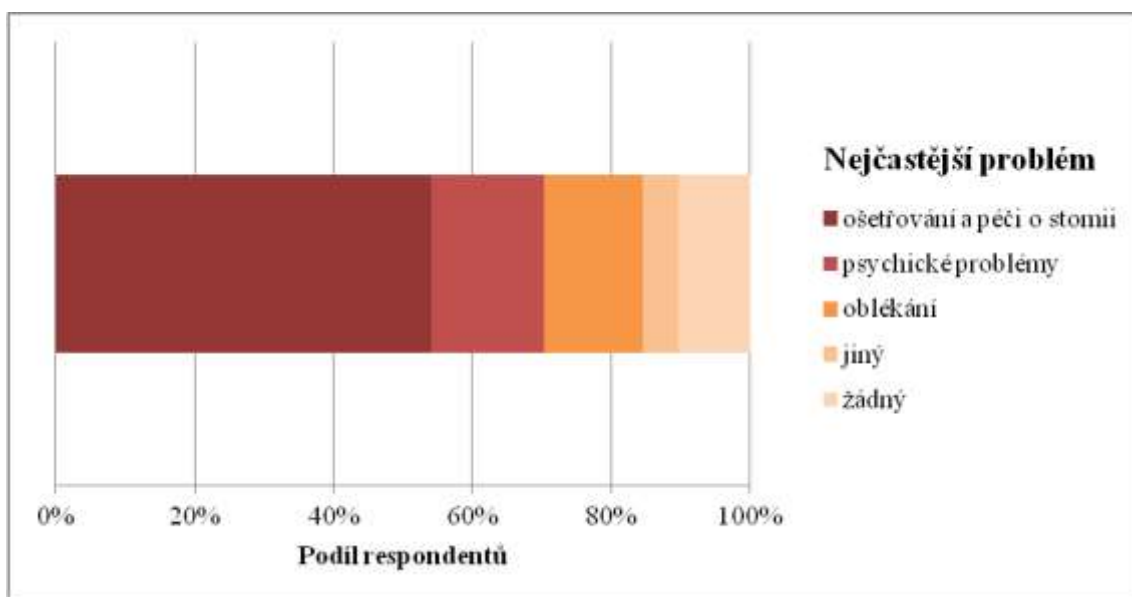
Graf 31 Pocity v souvislosti s vnímáním stomie a vlastního těla



Poznámka: Respondenti mohli uvést více odpovědí. Celkový počet odpovědí byl 216 (100 %)

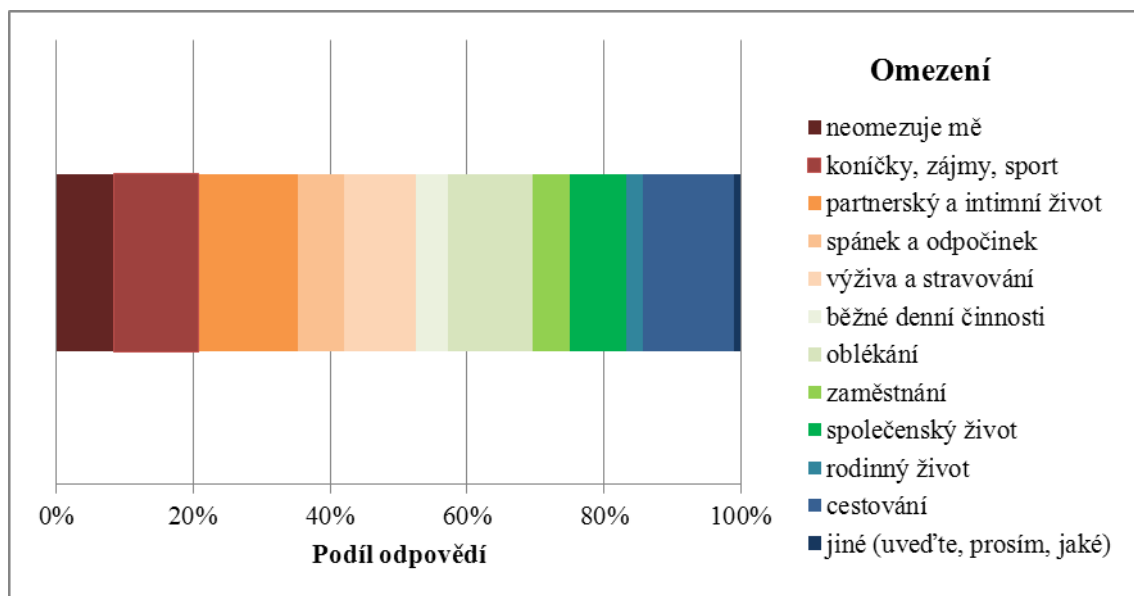
Spíše pozitivně vnímalo svoji stomii a uvedlo „toleruji ji“ 82 (38 %) respondentů, „důvěřuji si“ uvedlo 42 (19 %) respondentů a „jsem si jistý/á“ pak 32 (15 %) respondentů. Pocity, v souvislosti s vnímáním stomie a vlastního těla, spíše negativní, a to „netoleruji ji“ a „nedůvěřuji si“, uvedlo shodně 18 (8 %) respondentů, 24 (11 %) respondentů uvedlo, že si není jistý/á.

Graf 32 Nejčastěji řešený problém



Z celkového počtu 155 (100 %) respondentů, 84 (54 %) řešilo problém s ošetřováním a péčí o stomii. Psychické problémy uvedlo 25 (16 %) respondentů, 22 (14 %) respondentů mělo nejčastěji problém s oblékáním a 8 (5 %) uvedlo jiný problém, jako např. kýla a občasné zácpy, nenadýmavé stravování, odlepování podložek, kožní problémy v době bioléčby a dva respondenti uvedli „všechno“. 16 (10) respondentů uvedlo, že nemuseli řešit žádný problém.

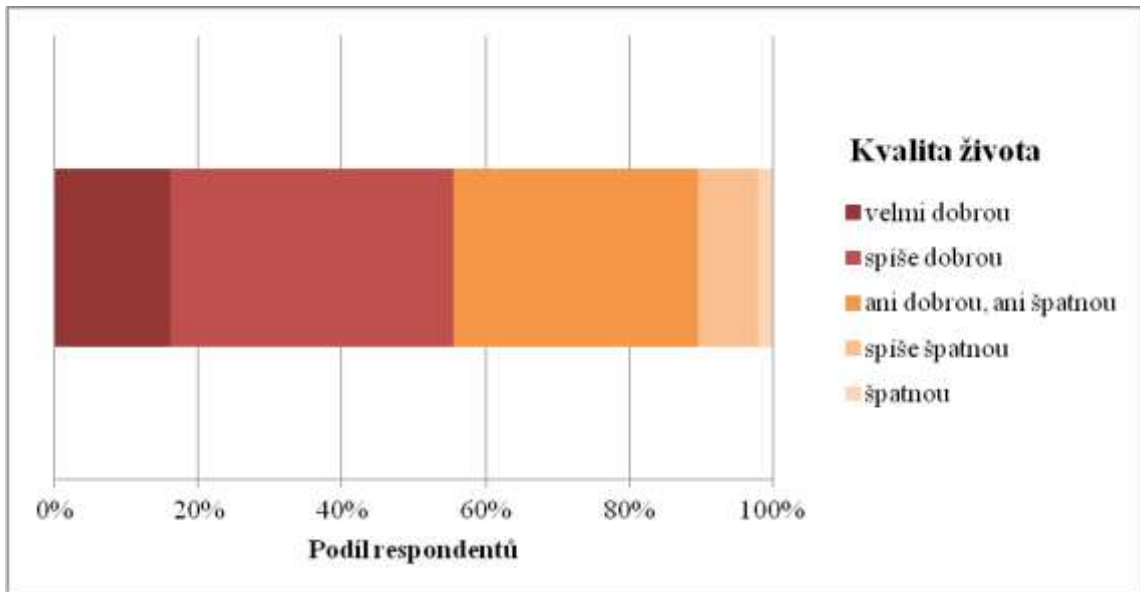
Graf 33 Nejvíce omezené oblasti života



Poznámka: Respondenti mohli uvést více odpovědí. Celkový počet odpovědí byl 371 (100 %)

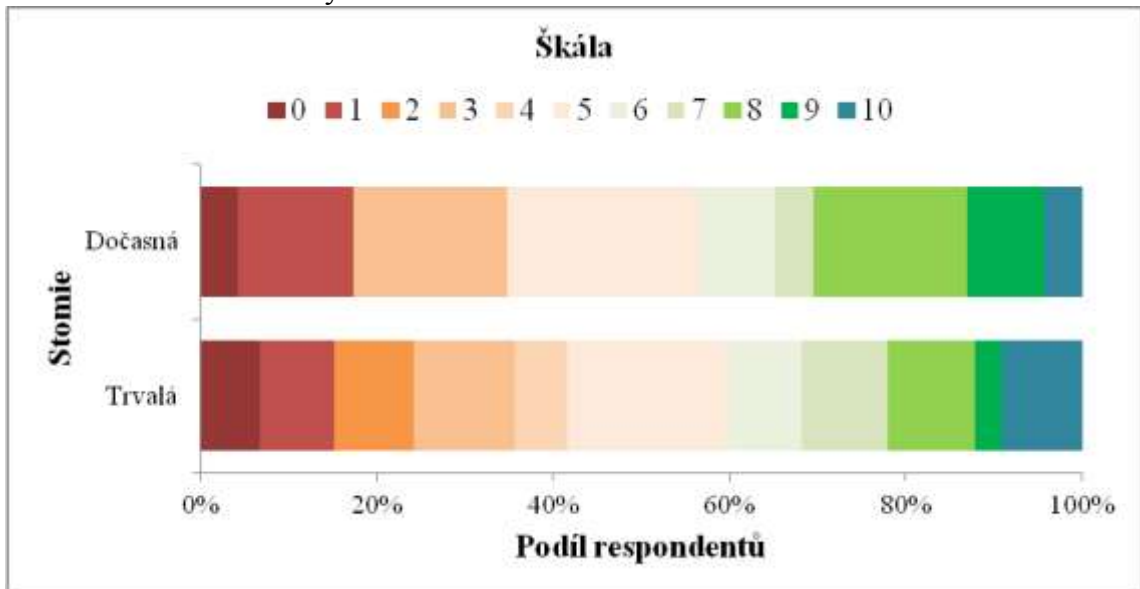
Respondenti nejčastěji pociťovali omezení v partnerském a intimním životě, což uvedlo 54 (15 %) respondentů, cestování uvedlo 49 (13 %) respondentů, oblékání a koníčky, zájmy, sport, shodně, 46 (12%) respondentů. 39 (11 %) respondentů se cítilo omezeno ve výživě a stravování, 31 (8 %) ve společenském životě. Ve spánku a odpočinku uvedlo omezení 25 (7 %) respondentů, v zaměstnání 20 (5 %) a při vykonávání běžných denních činností 17 (5 %). 9 (2 %) respondentů se cítilo omezeno ve svém rodinném životě a 4 (1 %) respondent uvedli možnost „jiné“. 31 (8 %) respondentů uvedlo, že je stomie neomezuje.

Graf 34 Kvalita života



Jako velmi dobrou hodnotí svou kvalitu života 25 (16 %) respondentů. Jako spíše dobrou ji ohodnotilo 61 (39 %), jako ani dobrou, ani špatnou ji hodnotí 53 (34 %), jako spíše špatnou 13 (8 %) a respondentů. Špatnou kvalitu života uvedli 3 (2 %) respondenti.

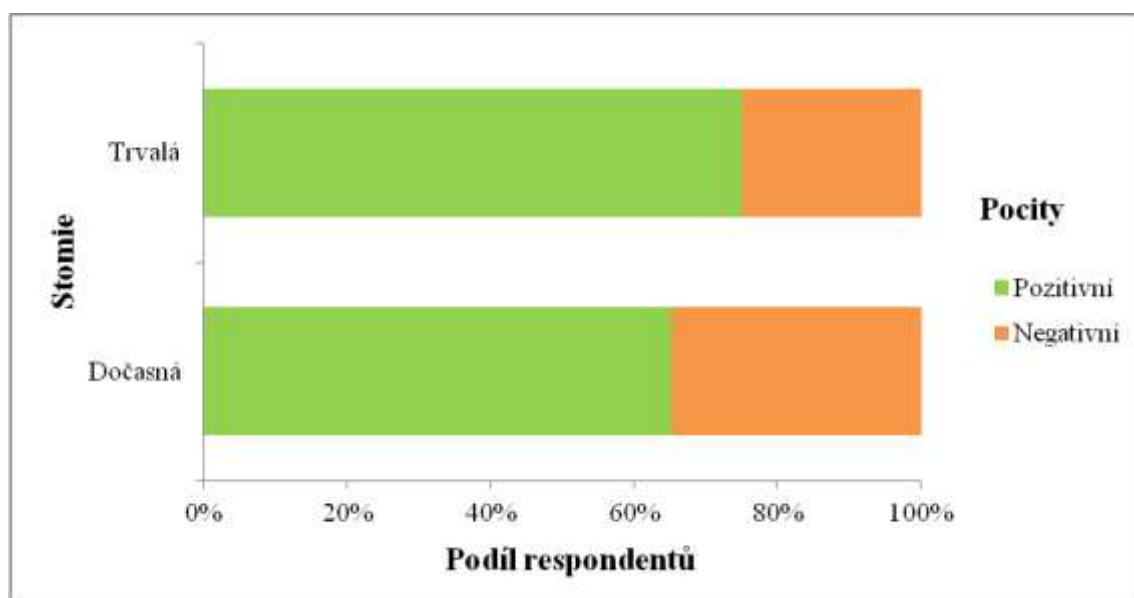
Graf 35 Smíření se s novým vzhledem těla dle časového trvání stomie



Poznámka: Respondentů s dočasnou stomií bylo 23 (100 %), s trvalou 132 (100 %)

Na škále, kde 0 znamenala žádný problém a 10 nesmířil/a jsem se, označilo 0-1 17,4 % (4) respondentů s dočasnou stomií a 15,2 % (20) respondentů se stomií trvalou. Též 17,4 % (4) respondentů s dočasnou stomií označilo na škále hodnoty 2-3, u respondentů se stomií trvalou to bylo 20,5 % (27). Hodnoty 4-5 označilo 21,7 % (5) respondentů s dočasnou a 24,2 % (32) respondentů se stomií trvalou. Hodnoty 6-7 uvedlo 13 % (3) respondentů s dočasnou stomií a 18,2 % (24) respondentů se stomií trvalou. 30,4 % (7) respondentů s dočasnou stomií pak na škále označilo hodnoty 8-10, u stomie trvalé to bylo 22 % (29) respondentů.

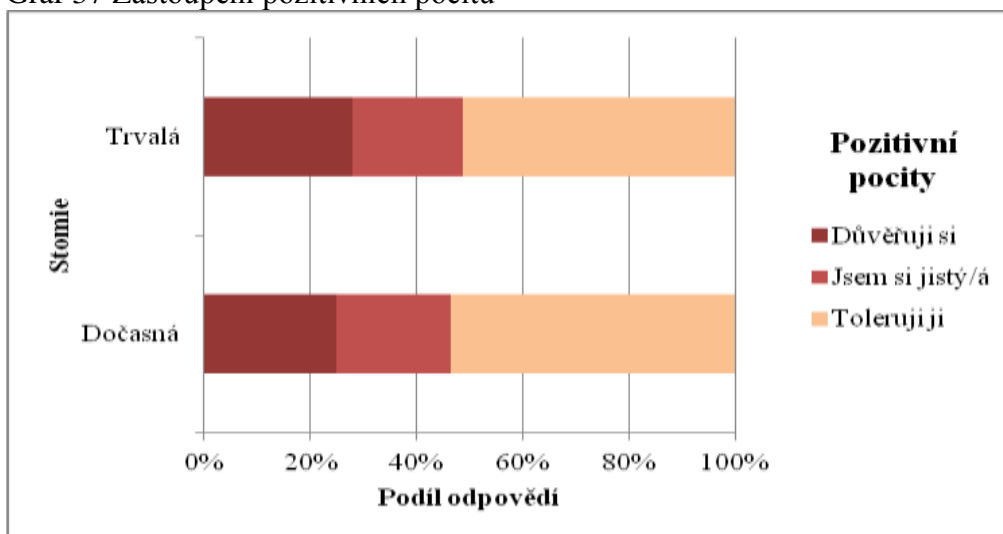
Graf 36 Pocity v souvislosti s vnímáním stomie dle jejího trvání



Poznámka: Respondentů s dočasnou stomií bylo 23 (100 %), s trvalou 132 (100 %)

Spíše pozitivní pocity (zvýraznili možnosti: důvěřuji si, jsem si jistý/á, toleruji ji) prožívalo 65,2 % (15) respondentů s dočasnou stomií a 75 % (99) respondentů se stomií trvalou. Naopak 34,8 % (8) respondentů s dočasnou stomií uvedlo pocity spíše negativní (zvýraznili možnosti: nedůvěřuji si, nejsem si jistý/á, netoleruji ji). U respondentů s trvalou stomií to bylo 25 % (33).

Graf 37 Zastoupení pozitivních pocitů

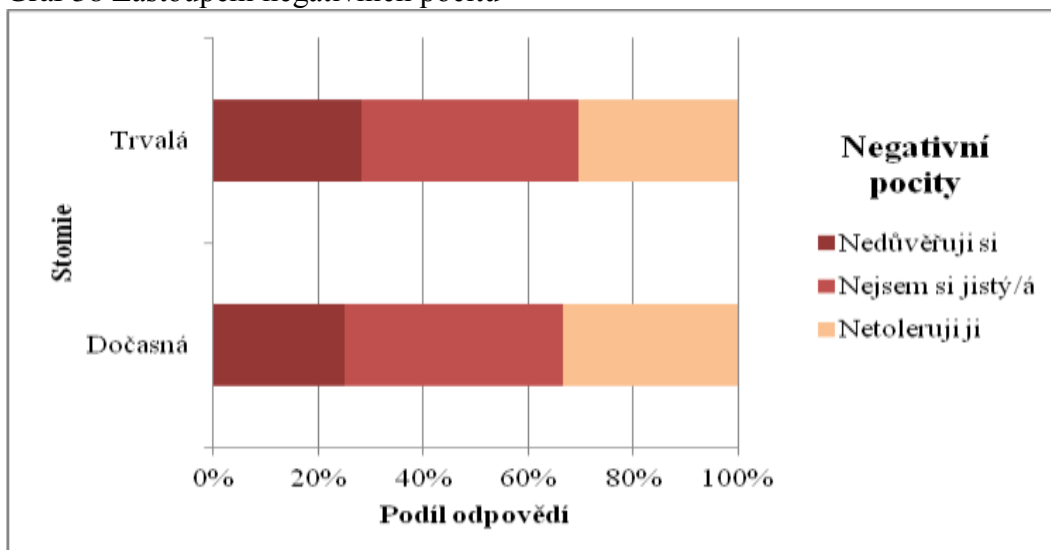


Poznámka: Respondenti mohli uvést více odpovědí.

Z 28 (100 %) odpovědí respondentů s dočasnou stomií, kteří uvedli spíše pozitivní pocity v souvislosti s vnímáním stomie a vlastního těla, bylo 7 (25 %) „důvěřuji si“, 6 (21 %) „jsem ji si jistý/á“, 15 (54 %) „toleruji ji“.

Ze 129 (100 %) odpovědí respondentů s trvalou stomií, kteří uvedli spíše pozitivní pocity v souvislosti s vnímáním stomie a vlastního těla, bylo 3 (25 %) „důvěřuji si“, 5 (42 %) „jsem ji si jistý/á“, 4 (33 %) „toleruji ji“.

Graf 38 Zastoupení negativních pocitů

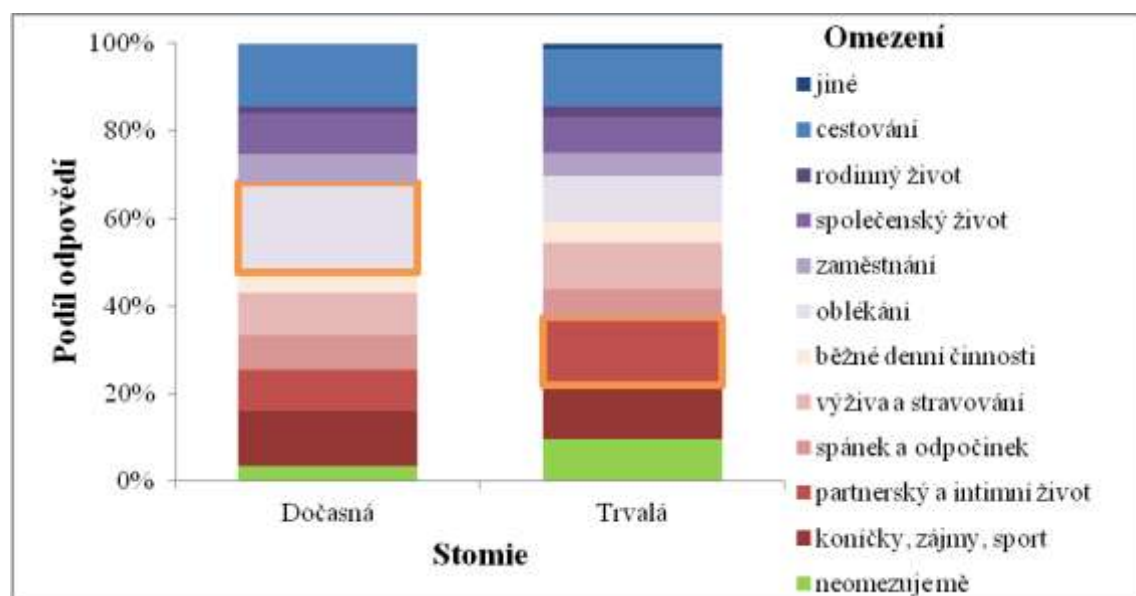


Poznámka: Respondenti mohli uvést více odpovědí.

Z 12 (100 %) odpovědí respondentů s dočasnou stomií, kteří uvedli spíše negativní pocity v souvislosti s vnímáním stomie a vlastního těla, bylo 3 (25 %) „nedůvěřuji si“, 5 (42 %) „nejsem ji si jistý/á“, 4 (33 %) „netoleruji ji“.

Ze 46 (100 %) odpovědí respondentů s trvalou stomií, kteří uvedli spíše negativní pocity v souvislosti s vnímáním stomie a vlastního těla, bylo 13 (28 %) „nedůvěřuji si“, 19 (41 %) „nejsem ji si jistý/á“, 14 (30 %) „netoleruji ji“.

Graf 39 Omezení v životě s ohledem na trvání stomie

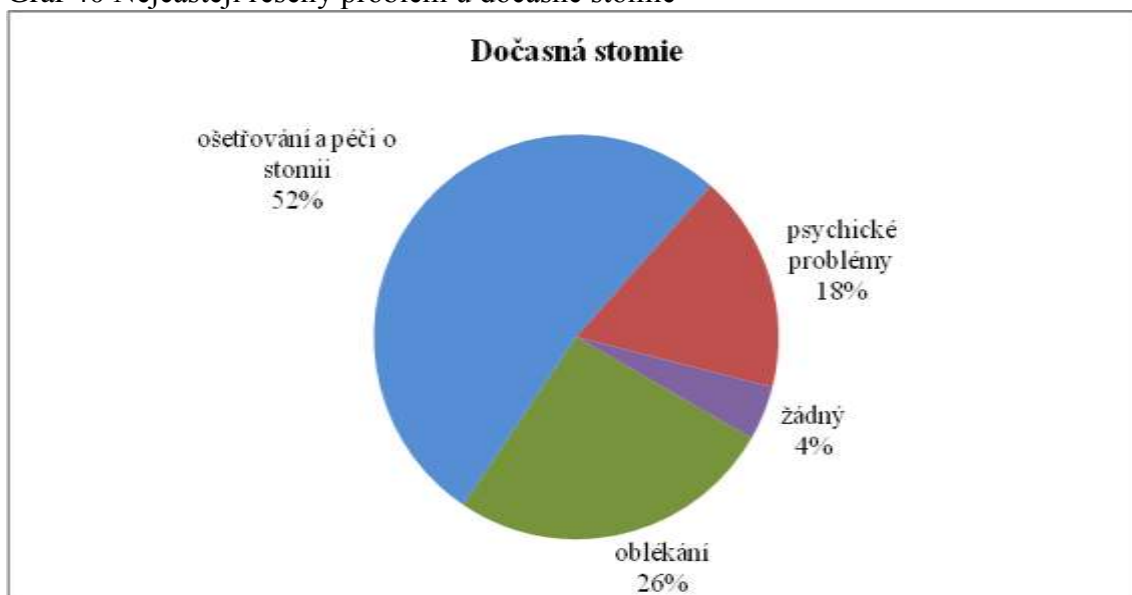


Poznámka: Respondenti mohli uvést více odpovědí. Celkový počet odpovědí u respondentů s dočasnou stomií byl 63 (100 %). Celkový počet odpovědí u respondentů s trvalou stomií byl 308 (100 %).

20,6 % (13) respondentů s dočasnou stomií nejčastěji pociťovalo omezení v oblékání, cestování uvedlo 14,3 % (9) respondentů, koníčky zájmy, sport 12,7 % (8) respondentů. Shodně 9,5 % (6) respondentů se cítilo omezeno ve společenském životě, v partnerském a intimním životě a ve výživě a stravování. Ve spánku a odpočinku uvedlo omezení 7,9 % (5) respondentů, v zaměstnání 6,3 % (4) a při vykonávání běžných denních činností 4,8 % (3). 1,6 % respondentů se cítilo omezeno ve svém rodinném životě a 3,2 % respondentů s dočasnou stomií uvedlo, že je stomie neomezuje.

15,6 % (48) respondentů s trvalou stomií pociťovalo omezení v partnerském a intimním životě, v cestování omezení uvedlo 13 % (40) respondentů. 12,3 % (38) respondentů se cítilo omezeno v koníčcích, zájmech, sportu. Shodně 10,7 % (33) respondentů uvedlo jako největší omezení oblékání a výživu a stravování. Ve společenském životě pociťovalo omezení 8,1 % (25) respondentů. Trvalá stomie omezovala 6,5 % (20) respondentů ve spánku a odpočinku, 5,2 % (16) v zaměstnání, 4,5 % (14) při vykonávání běžných denních činností a 2,6 % (8) respondentů v rodinném životě. Jiné omezení uvedlo 1,3 % (4) respondentů. 9,4 % (29) respondentů s trvalou stomií nepociťuje žádné omezení.

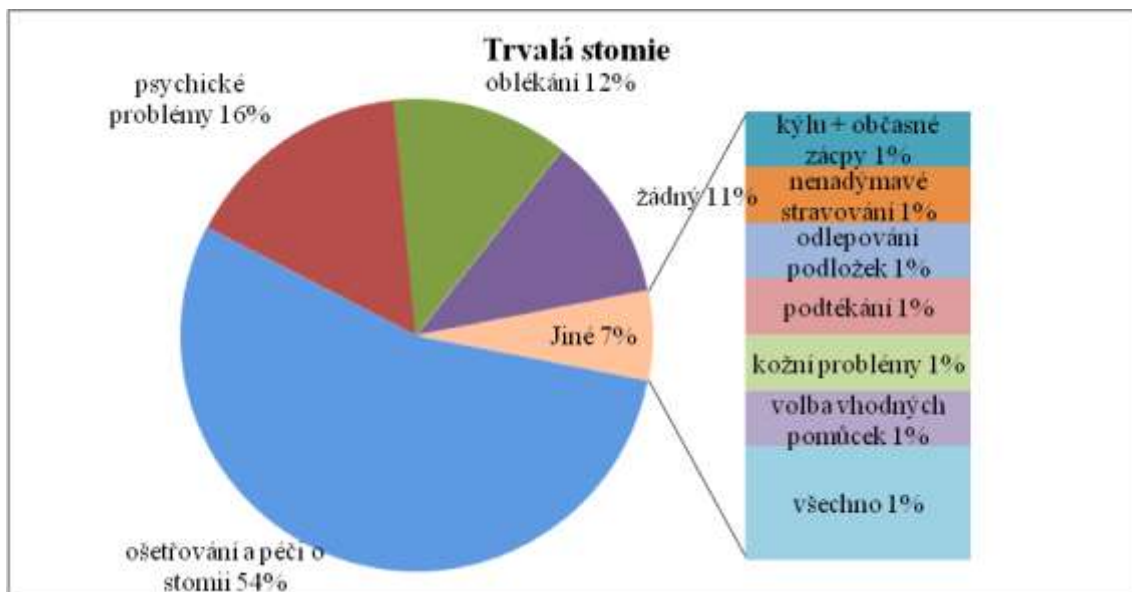
Graf 40 Nejčastěji řešený problém u dočasné stomie



Poznámka: Respondentů s dočasnou stomií bylo 23 (100 %).

12 (52 %) respondentů s dočasnou stomií, jako nejčastěji řešený problém, uvedlo ošetřování a péči o stomii. Problém s oblékáním uvedlo 6 (26 %) respondentů, psychické problémy řešili 4 (18 %) respondenti. 1 (4 %) respondent nemusel řešit žádný problém. Žádný (0 %) stomik s dočasnou stomií neuvedl jiný problém.

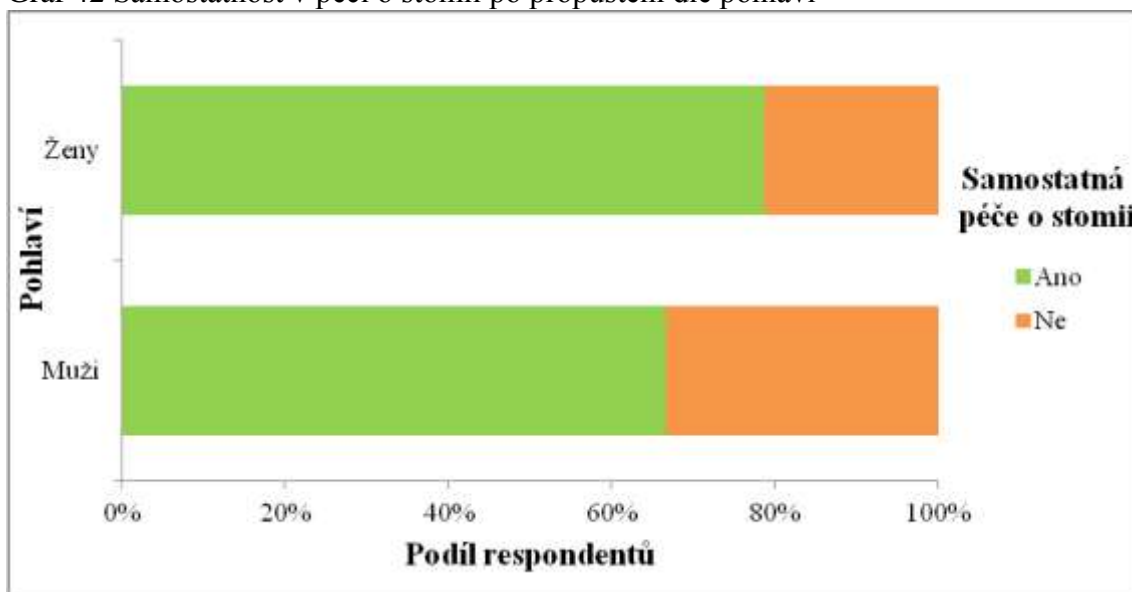
Graf 41 Nejčastěji řešený problém u trvalé stomie



Poznámka: Počet respondentů s trvalou stomií byl 132 (100 %)

Jako nejčastější problém řešený od založení stomie, uvedlo ošetřování a péči o stomii 72 (54 %) respondentů s trvalou stomií. Problém s oblékáním uvedlo 16 (12 %) a psychické problémy řešilo 21 (16 %). 15 (11 %) respondentů nemuselo řešit žádný problém. Jiný problém uvedlo 8 (7 %) respondentů s trvalou stomií.

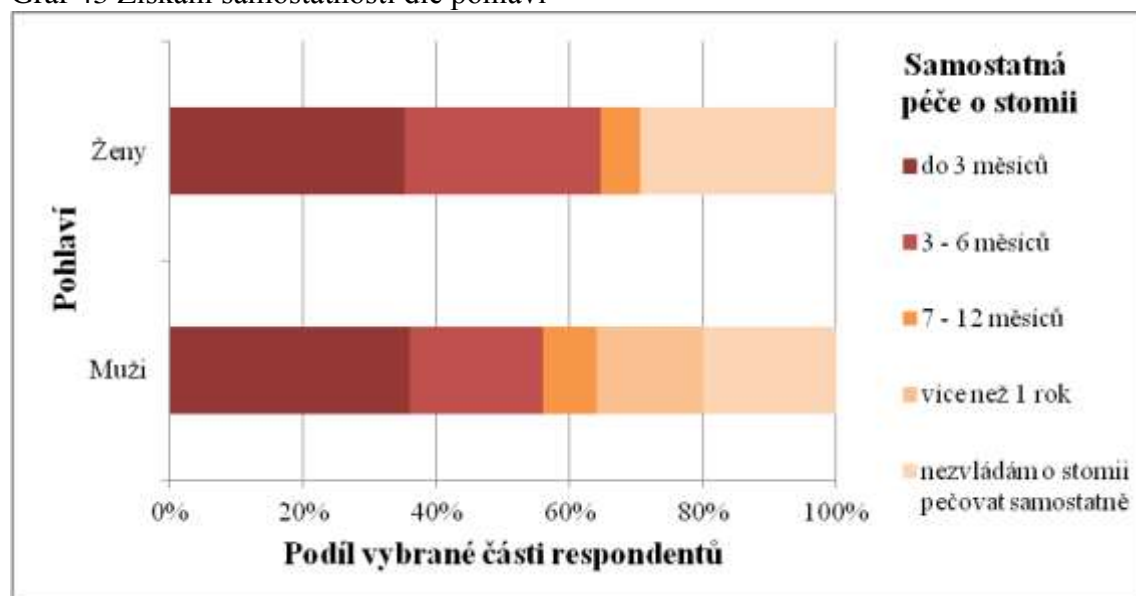
Graf 42 Samostatnost v péči o stomii po propuštění dle pohlaví



Poznámka: Počet žen byl 80 (100 %), počet mužů byl 75 (100 %).

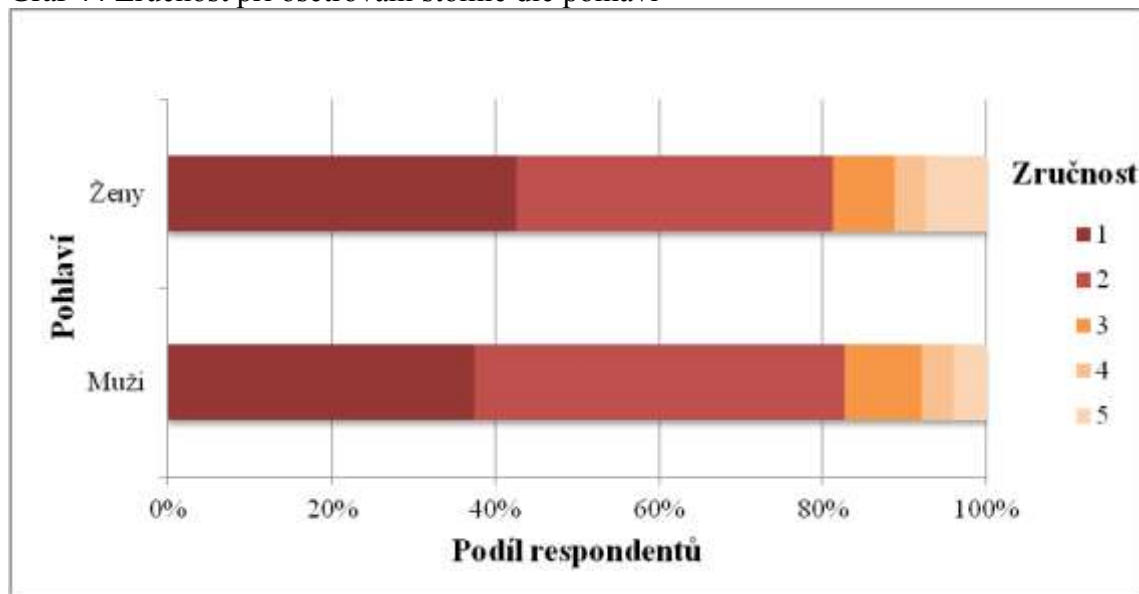
50 (67 %) mužů a 63 (79 %) žen uvedlo, že byli schopni po propuštění z nemocnice samostatně pečovat o svou stomii. Opak uvedlo 25 (33 %) mužů a 17 (21 %) žen.

Graf 43 Získání samostatnosti dle pohlaví



Ze 25 (100 %) mužů a 17 (100 %) žen, kteří v předchozí filtrovací otázce uvedli, že po propuštění z nemocnice nebyli schopni samostatně pečovat o svoji stomii, toto zvládlo do 3 měsíců 9 (36 %) mužů a 6 (33 %) žen, za 3 až 6 měsíců 5 (20 %) mužů a 5 (28 %) žen. Za 7-12 měsíců péči zvládli 2 (8 %) muži a 2 (11 %) ženy. Více než rok uvedli 4 (16 %) muži a žádná (0 %) z žen. O svou stomii nezvládá pečovat 5 (20 %) mužů a 5 (28 %) žen.

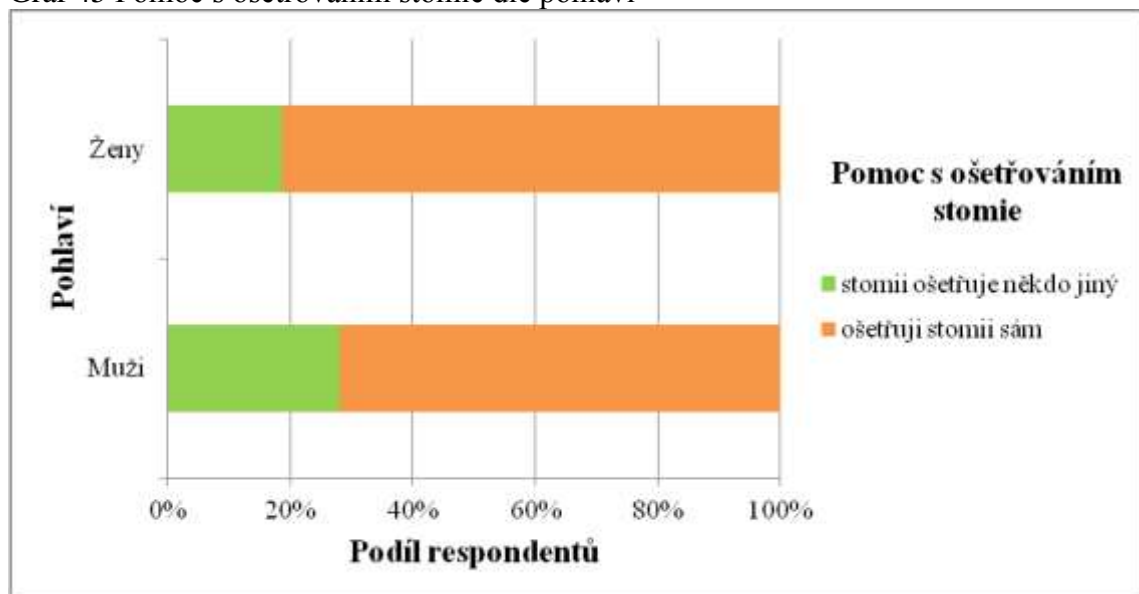
Graf 44 Zručnost při ošetřování stomie dle pohlaví



Poznámka: Počet žen byl 80 (100 %) , počet mužů byl 75 (100 %) .

Na škále kde 1 znamenala nejlepší a 5 nejhorší zručnost v ošetřování stomie, označilo 1 28 (37 %) mužů a 34 (43 %) žen. Hodnotu 2 označilo 34 (45 %) mužů a 31 (39 %) žen, hodnotu 3 zvolilo 7 (9 %) mužů a 6 (8 %) žen, hodnotu 4 pak shodně 3 (4 %) mužů i žen. 5 označili 3 (4 %) muži a 6 (8 %) žen.

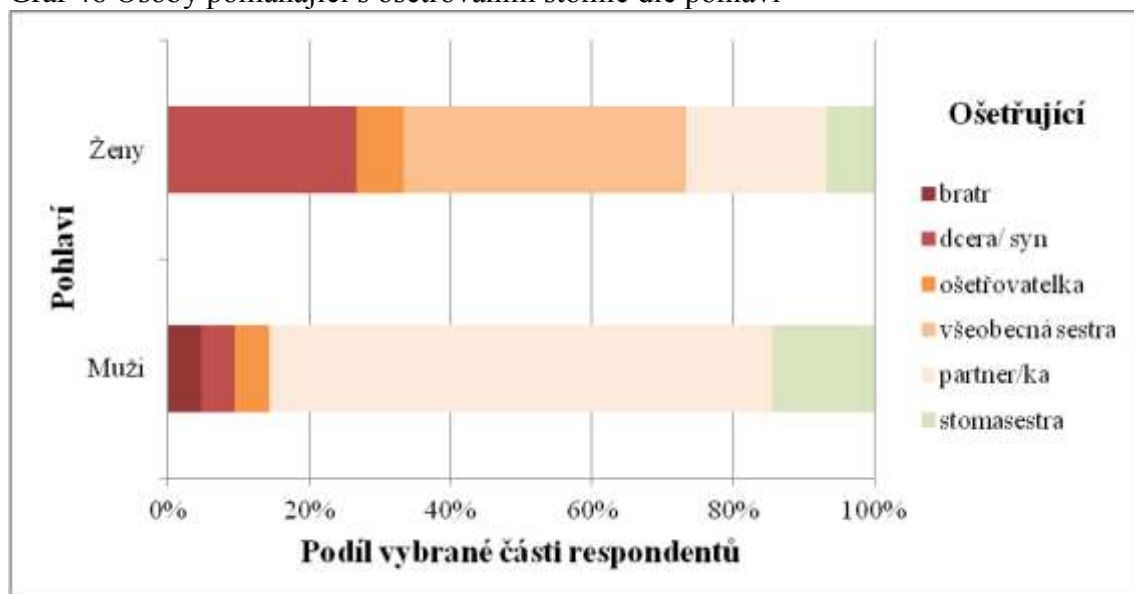
Graf 45 Pomoc s ošetřováním stomie dle pohlaví



Poznámka: Počet žen byl 80 (100 %) , počet mužů byl 75 (100 %) .

54 (72 %) mužů a 65 (81 %) žen uvedlo, že zvládají péči samostatně. 21 (28 %) mužů a 15 (19 %) žen uvedlo, že k ošetřování stomie potřebují pomoc druhé osoby.

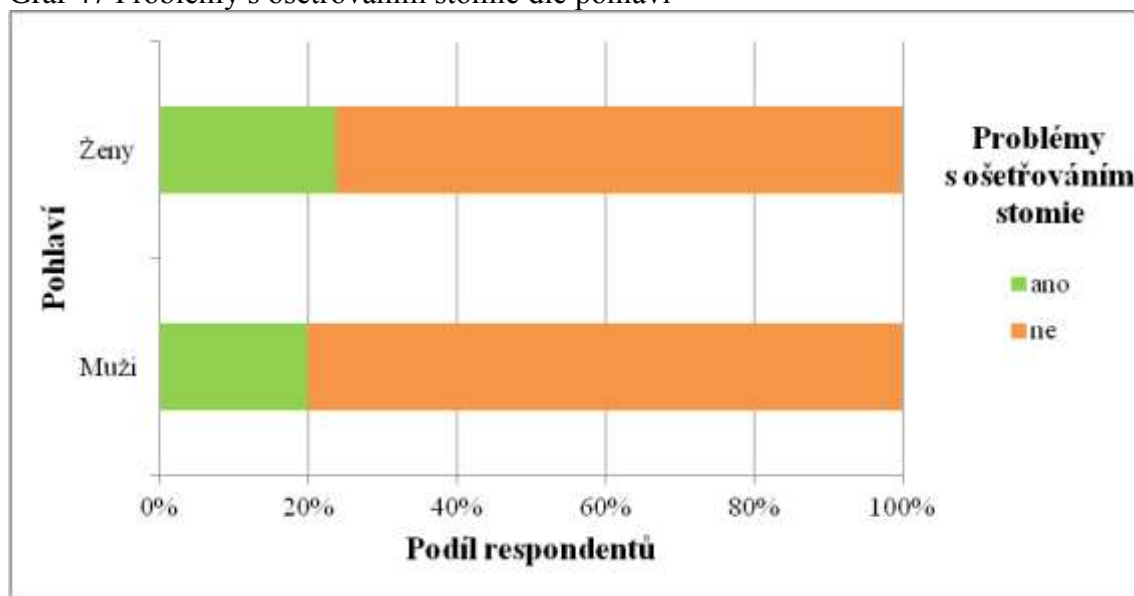
Graf 46 Osoby pomáhající s ošetřováním stomie dle pohlaví



Z 21 (100 %) mužů, kteří v předchozí filtrovací otázce uvedli, že jim s péčí o stomii pomáhá druhá osoba, 15 (72 %) uvedlo, že jim s péčí o stomii pomáhá partnerka. 3 (14 %) uvedlo stomasestru. Shodně po 1 (5 %) muži uvedlo bratra, dceru/syna, ošetřovatelku.

Z 15 (100 %) žen, které v předchozí filtrovací otázce uvedly, že jim s péčí o stomii pomáhá druhá osoba, jich 6 (40 %) uvedlo pomoc všeobecné sestry. Dále 4 (27 %) ženy uvedly dceru/syna, 3 (20 %) partnera, 1 (7 %) ošetřovatelku a také 1 (7 %) stoma sestru.

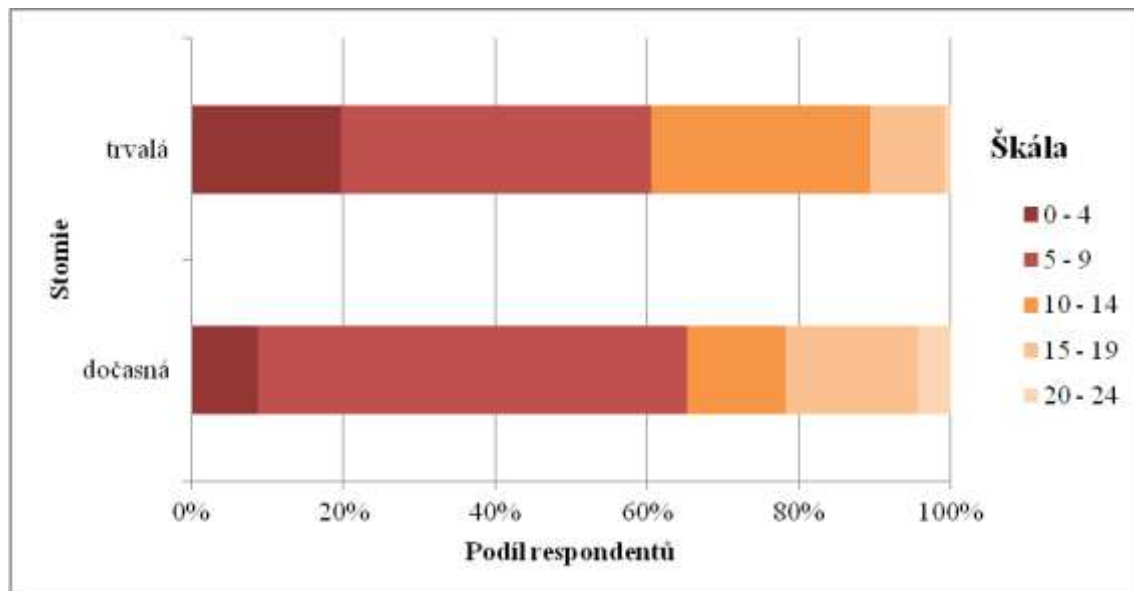
Graf 47 Problémy s ošetřováním stomie dle pohlaví



Poznámka: Počet žen byl 80 (100 %), počet mužů byl 75 (100 %).

60 (80 %) mužů a 61 (76 %) žen uvedlo, že nemají žádné problémy s ošetřováním stomie. 15 (20 %) mužů a 19 (24 %) žen potíže udalo.

Graf 48 Změny v psychosociální oblasti dle časového trvání stomie

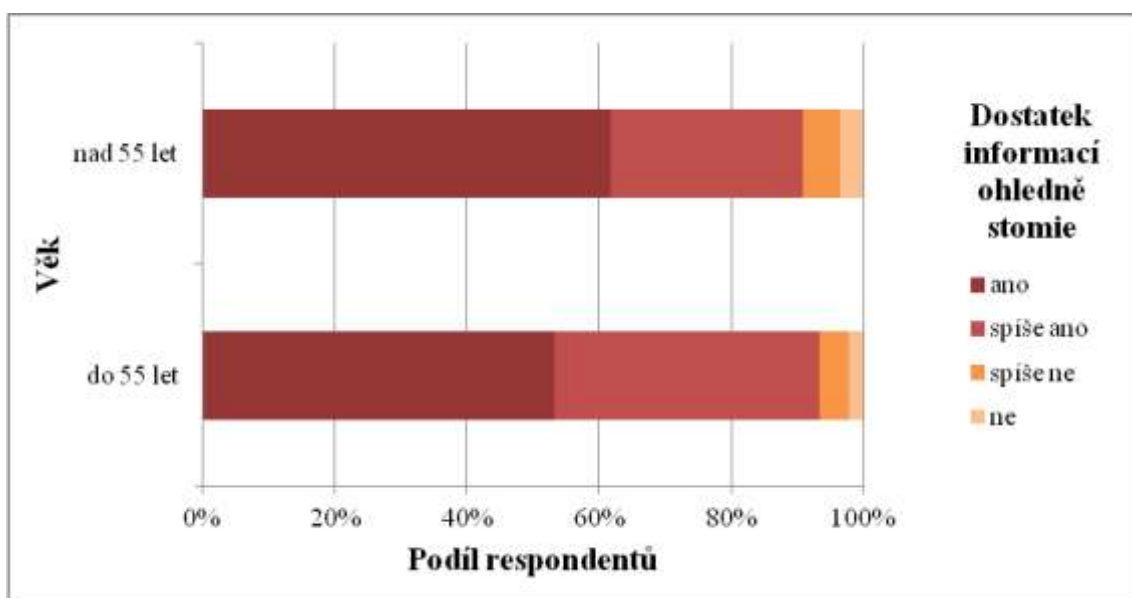


Poznámka: Respondentů s dočasnou stomií bylo 23 (100 %), s trvalou 132 (100 %)

V bodovém ohodnocení, které hodnotilo změny v psychosociální oblasti a kde kategorie 0-4 bodů znamenala nejmenší změny a kategorie 20-24 bodů změny největší,

získali 0-4 bodů 2 (8,7 %) respondenti s dočasnou stomií a 26 (19,7 %) respondentů se stomií trvalou. 13 (56,5 %) respondentů s dočasnou a 54 (40,9 %) respondentů s trvalou stomií získalo 5-9 bodů. V rozmezí 10-14 bodů byli 3 (13 %) respondenti s dočasnou stomií a 38 (28,8 %) respondentů se stomií trvalou. 15-19 bodů získali 4 (17,4 %) respondenti s dočasnou a 13 (9,8 %) respondentů se stomií trvalou. Největší změny uvedl 1 (4,3 %) respondent s dočasnou stomií a též 1 (0,8 %) respondent s trvalou stomií.

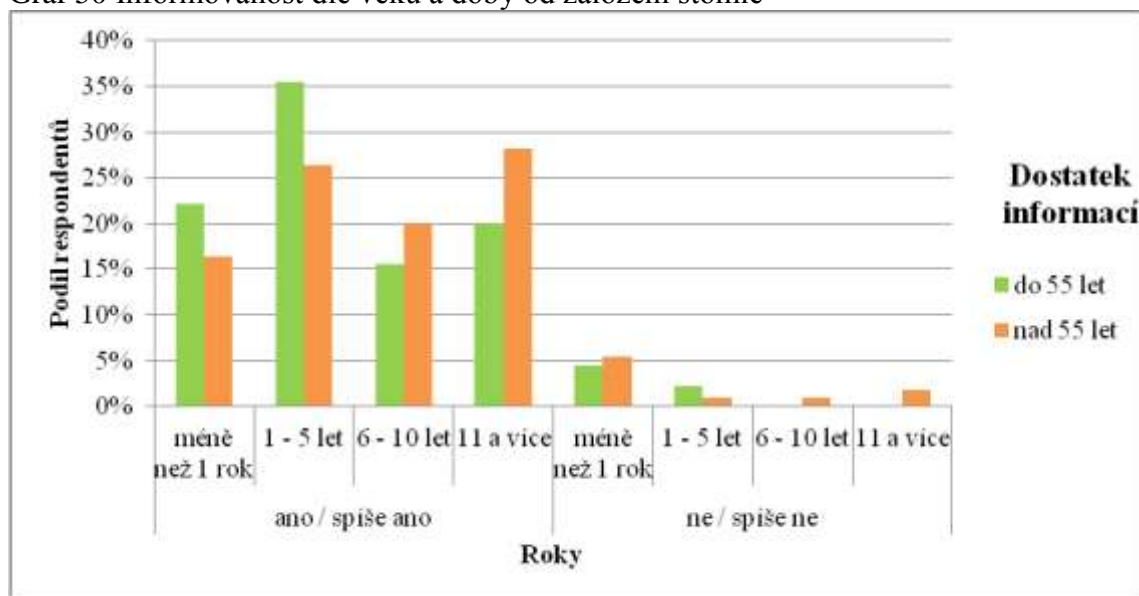
Graf 49 Informovanost dle věku



Respondentů do 55 let bylo 45 (100 %). Z toho 24 (53 %) se domnívá, že má v současné době dostatek informací ohledně stomie, spíše ano uvedlo 18 (40 %), spíše ne 2 (4 %), ne 1 (2 %) respondentů do 55 let.

Respondentů nad 55 let bylo 110 (100 %). Z toho 68 (62 %) uvedlo, že má dostatek informací. Spíše ano pak uvedlo 32 (29 %), spíše ne 6 (4 %) a ne 4 (4 %) respondenti.

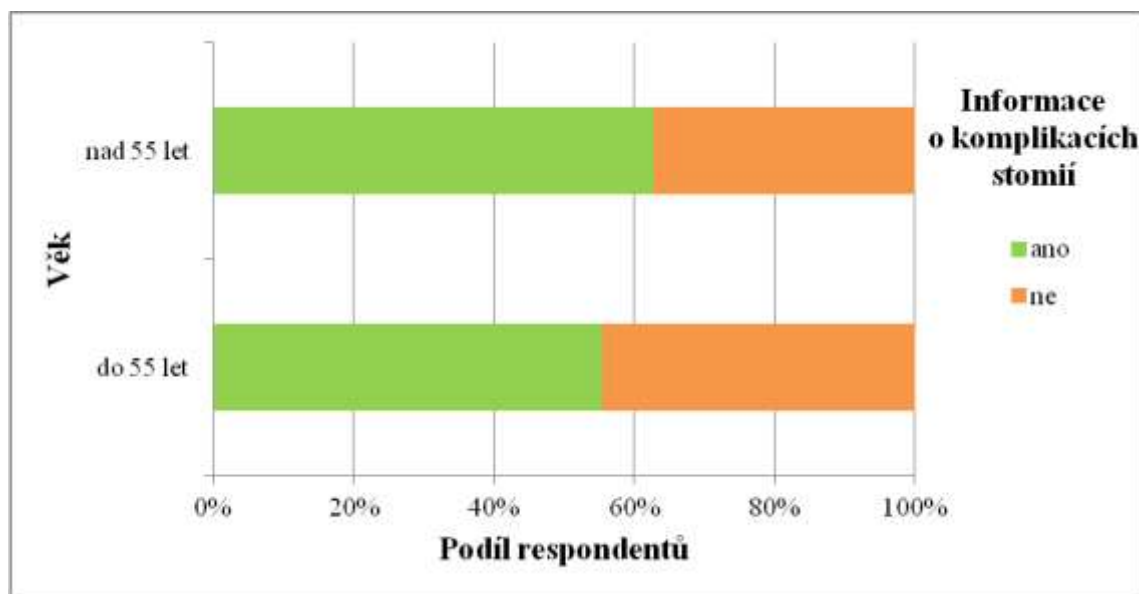
Graf 50 Informovanost dle věku a doby od založení stomie



Respondentů do 55 let bylo 45 (100 %). V závislosti na době trvání stomie uvedlo 10 (22 %) respondentů do 55 let, majících stomii méně než 1 rok, ano/spíše ano k dostatečné informovanosti ohledně stomie. Ano/spíše ano dále zvolilo 16 (36 %) respondentů se stomií 1-5 let, 7 (16 %) respondentů se stomií 6-10 let a 9 (20 %) respondentů do 55 let, majících stomii více jak 11 let. Odpověď ne/spíše ne zvolili 2 (4 %) respondenti v této věkové kategorii mající stomii méně než 1 rok a jeden (2 %) se stomií 1-5 let.

Respondentů nad 55 let bylo 110 (100 %). 18 (16 %) respondentů nad 55 let se stomií do 1 roku zvolilo odpověď ano/spíše ano. Stejně odpovědělo 29 (19 %) respondentů v této věkové kategorii se stomií 1-5 let, 22 (14 %) se stomií 6-10 let a 31 (20 %) se stomií déle než 11 let. Odpověď ne/spíše ne pak zvolilo 6 (4 %) respondentů nad 55 let se stomií do 1 roku, 1 (1 %) respondent se stomií 1-5 let, 1 (1 %) respondent se stomií 6-10 let a 2 (1 %) respondenti mající stomii více jak 11 let.

Graf 51 Informovanost o možných komplikáciách dle věku



Poznámka: Respondentů do 55 let bylo 45 (100 %). Respondentů nad 55 let bylo 110 (100 %).

25 (56 %) respondentů do 55 let a 69 (63 %) respondentů nad 55 let uvedlo, že byli informováni o možných komplikacích stomie. Opak uvedlo 20 (44 %) respondentů do 55 let a 41 (37 %) respondentů nad 55 let.

3.2 Testování hypotéz

Hypotézy byly testovány chí-kvadrát testem v kontingenční tabulce. Zvolená hladina významnosti α byla 5 %.

H1: Pacienti s trvalou stomií pociťují větší změny v psychosociální oblasti způsobené založením stomie než pacienti se stomií dočasnou.

H0 : Mezi pacienty s trvalou stomií a pacienty s dočasnou stomií nejsou rozdíly v pociťování změn v psychosociální oblasti způsobených založením stomie.

HA: Mezi pacienty s trvalou stomií a pacienty s dočasnou stomií jsou rozdíly v pociťování změn v psychosociální oblasti způsobených založením stomie.

Kontingenční tabulka 1 Změny v psychosociální oblasti dle typu stomie

Bodový stav	Stomie		Celkem
	Dočasná	Trvalá	
0 - 4 body	2	26	28
5 - 9 bodů	13	54	67
10 - 14 bodů	3	38	41
15 - 19 bodů	4	13	17
20 - 24 bodů	1	1	2
Celkem	23	132	155
0 - 4 body	9%	20%	18%
5 - 9 bodů	57%	41%	43%
10 - 14 bodů	13%	29%	26%
15 - 19 bodů	17%	10%	11%
20 - 24 bodů	4%	1%	1%
Celkem	100%	100%	100%

Pro potřeby testování bylo stanoveno bodové ohodnocení změn v psychosociální oblasti takto: Obtížnost smíření se s novým vzhledem těla 0-10 bodů, kdy 0 znamenala neměl/a jsem problém a 10 nesmířil/a jsem se. Pozitivní pocity v souvislosti s vnímáním stomie a vlastního těla znamenaly 0 bodů, negativní pocity 1 bod. Označení psychických problémů, jako nejčastěji řešeného problému po založení stomie, 1 bod. Dále za každou, respondentem označenou, psychosociální oblast života, ve které po založení stomie pociťuje omezení, byl přidělen 1 bod. Minimum získaných bodů bylo 0, maximum 24. Pro potřeby testování byly následně stanoveny kategorie 0-4, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24.

Dosažená hladina významnosti $p = 12,4 \%$ svědčí pro platnost testované hypotézy H_0 : Mezi pacienty s trvalou stomií a pacienty s dočasnou stomií nejsou rozdíly v pocíťování změn v psychosociální oblasti způsobených založením stomie.

H2: Ženy přistupují v pooperačním období k nácviku péče o stomii jinak než muži.

H_0 : Mezi muži a ženami nejsou v pooperačním období rozdíly v přístupu k nácviku péče o stomii.

H_A : Mezi muži a ženami jsou v pooperačním období rozdíly v přístupu k nácviku péče o stomii.

Kontingenční tabulka 2 Samostatná péče o stomii po propuštění dle pohlaví

Samostatná péče	Pohlaví		Celkem
	Muži	Ženy	
Ano	50	63	113
Ne	25	17	42
Celkem	75	80	155
Ano	66,7%	78,8%	72,9%
Ne	33,3%	21,3%	27,1%
Celkem	100,0%	100,0%	100,0%

V této tabulce je porovnána uvedená samostatnost v péči o stomii po propuštění z nemocnice dle pohlaví respondentů.

Dosažená hladina významnosti $p = 9,1 \%$ svědčí pro platnost testované hypotézy H_0 : Mezi muži a ženami nejsou v pooperačním období rozdíly v přístupu k nácviku péče o stomii.

Kontingenční tabulka 3 Zručnost při ošetřování stomie dle pohlaví

Zručnost	Pohlaví		Celkem
	Muži	Ženy	
1	28	34	62
2	34	31	65
3	7	6	13
4	3	3	6
5	3	6	9
Celkem	75	80	155
1	37%	43%	40%
2	45%	39%	42%
3	9%	8%	8%
4	4%	4%	4%
5	4%	8%	6%
Celkem	100%	100%	100%

Respondenti měli ohodnotit svou zručnost při ošetřování stomie známkou 1 až 5, kdy 1 znamenala nejlepší a 5 nejhorší zručnost. V tabulce jsou výsledky porovnány dle příslušnosti k pohlaví.

Dosažená hladina významnosti $p = 80,2\%$ svědčí pro platnost testované hypotézy H_0 : Mezi muži a ženami nejsou v pooperačním období rozdíly v přístupu k nácvičku péče o stomii.

Kontingenční tabulka 4 Pomoc s ošetřováním stomie dle pohlaví

Ošetřování stomie	Pohlaví		Celkem
	Muži	Ženy	
Sám	54	65	119
Někdo jiný	21	15	36
Celkem	75	80	155
Sám	72%	81%	77%
Někdo jiný	28%	19%	23%
Celkem	100%	100%	100%

Respondenti uváděli, zda jim s péčí o stomii pomáhá někdo jiný. V tabulce jsou výsledky porovnány dle příslušnosti k pohlaví.

Dosažená hladina významnosti $p = 17,3 \%$ svědčí pro platnost testované hypotézy H_0 : Mezi muži a ženami nejsou v pooperačním období rozdíly v přístupu k nácviku péče o stomii.

H3: Pacienti do 55 let věku mají více informací ohledně života se stomií než pacienti starší.

H_0 : Mezi pacienty do 55 let věku a pacienty staršími nejsou rozdíly v množství informací ohledně života se stomií.

H_A : Mezi pacienty do 55 let věku a pacienty staršími jsou rozdíly v množství informací ohledně života se stomií.

Kontingenční tabulka 5 Dostatek informací ohledně stomie dle věku

Dostatek informací	Věk		Celkem
	do 55 let	nad 55 let	
ano	24	68	92
spíše ano	18	32	50
spíše ne	2	6	8
ne	1	4	5
Celkem	45	110	155
ano	53%	62%	59%
spíše ano	40%	29%	32%
spíše ne	4%	5%	5%
ne	2%	4%	3%
Celkem	100%	100%	100%

Respondenti uváděli, zda se domnívají, že mají dostatek informací ohledně stomie. V tabulce jsou výsledky porovnány dle věkových kategorií, a to do 55 let věku a nad 55 let.

Dosažená hladina významnosti $p = 60,9 \%$ svědčí pro platnost testované hypotézy H_0 : Mezi pacienty do 55 let věku a pacienty staršími nejsou rozdíly v množství informací ohledně života se stomií.

4 Diskuze

Stomie sama není nemoc. Její vytvoření je ale zcela zásadním zásahem do nejtímnějších sfér člověka. Ten je nucen vyrovnat se nejen s diagnózou, pro kterou je stomie vytvořena, ale i se změnou tělesného vzhledu a změnou v jedné ze základních životních funkcí - vylučování. Pacient, kterému byla vytvořena stomie, potřebuje najít způsob, jak nové náročné situaci čelit. Odlišná bude nejen jeho odolnost, ale i využití adaptačních mechanismů. Halmo (2014, str. 41) uvádí, že by sestra měla provést „rozbor pacientova jednání ve smyslu sebezpečí a posouzení, zda je schopen uspokojivě dostát nárokům nové situace“. Dále klade důraz na maximální využití pacientova potenciálu, edukaci a „podporu se záměrem zvýšit jeho kompetence sebezpečí“ (Halmo, 2014, str. 41). Simmons et al. (2007) poukazuje na komplexní vztah mezi přijetím, sociální interakcí a sebezpečím, kdy uvádí, že pacienti, kteří přijmou svoji stomii, mají snahu převzít kontrolu nad péčí, mají vyšší sebeúctu, vyšší sociální aktivitu a méně vnímají omezení. Ideální ošetrovatelská péče by tedy měla respektovat individuální rozdíly a podporovat pacienta v jeho adaptaci na změny. Proto jsme se v této práci soustředili na problematiku přijetí stomie a sebezpečí o stomii u pacientů rozdělených do kategorií dle pohlaví, věku a časového trvání stomie (dočasné a trvalé). Problematika přijetí sebezpečí je velmi široké téma, je tedy samozřejmé, že tento průzkum nedokázal pojmout všechny možné faktory, jež ji ovlivňují.

Respondenti dle pohlaví byli zastoupeni v poměru 48 % mužů a 52 % žen (viz graf 1). Věkové rozdělení respondentů bylo velmi široké a zahrnovalo 5 věkových kategorií (viz graf 2). Nejvíce respondentů (40 %) spadalo do věkové kategorie 66 a více let, což je pravděpodobně dáno i tím, že častým důvodem pro založení stomie zůstává kolorektální karcinom (CRC), jehož incidence stoupá s věkem (Horák, 2013). V ČR bylo v roce 2013 156,3 nově hlášených případů CRC na 100 000 obyvatel (ÚZIS ČR, 2014). Vorlíček (2006) uvádí, že absolutně nejvyšší počty ve výskytu kolorektálního karcinomu jsou ve věkové kategorii 65-75 let. Druhou největší kategorií (31 %) tvořili respondenti ve věkovém rozmezí 56-65 let. Se snižujícím se věkem klesal počet respondentů, v kategorii 46-55 let to bylo 14 %, v kategorii 31- 45 let 12 % a v nejmladší kategorii do 30 let 4 % respondentů. Pacienti mladších věkových kategorií

jsou častěji postiženi nespecifickými střevními záněty (IBD) - ulcerózní kolitidou a Crohnovou chorobou. U ulcerózní kolitidy je nejčastěji propuknutí nemoci uváděno mezi 20. a 35. rokem života a předpokládaný počet takto nemocných je v ČR 20 000 - 25 000. U Crohnovy choroby je uváděno nejčastěji propuknutí nemoci mezi 18. a 25. rokem života a v ČR je předpokládáno 15 000 - 20 000 takto nemocných (Pacienti IBD z.s., 2015, online). U pacientů s IBD nastupuje chirurgická léčba v případě selhání léčby konzervativní nebo v případě akutních či dlouhodobých komplikací (Kohout, Pavlíčková, 2006). Z celkového počtu respondentů jich 85 % uvedlo, že mají trvalou stomii a 15 % stomii dočasnou (viz graf 6).

Výsledky získané na základě výzkumného šetření lze rozdělit do 3 oblastí, podle toho, ke které hypotéze se vztahují.

První hypotéza - **H1: Pacienti s trvalou stomií pociťují větší změny v psychosociální oblasti způsobené založením stomie, než pacienti se stomií dočasnou**, byla vyhodnocena na základě otázek zaměřených na problematiku smíření se s novým vzhledem těla, pocity v souvislosti s vnímáním stomie a vlastního těla, nejčastěji řešeného problému od založení stomie a psychosociálních oblastí života, ve kterých stomik po založení stomie pociťuje největší omezení.

K ozřejmění problematiky **přijetí nového vzhledu těla**, měli respondenti možnost označit hodnotu na škále od 0 do 10, kde 0 znamenala neměl/a jsem problémem a 10 znamenalo nesmířil/a jsem se (viz graf 35). Nulovou hodnotu na škále označil jeden (4,4 %) respondent s dočasnou stomií a 9 (6,8 %) respondentů se stomií trvalou. Maximální hodnotu, označující nesmíření se s novým vzhledem těla, označil opět jeden respondent s dočasnou stomií a 12 (9,1 %) respondentů s trvalou stomií. Z výzkumu dále vyplývá, že u obou skupin byl medián i modus shodně 5, průměr hodnot u skupiny s dočasnou stomií byl 5,2 a u skupiny se stomií trvalou 4,9, při srovnání průměrných hodnot T-testem byla dosažená hladina významnosti 69,7 %, průměrné hodnoty se tedy neliší. Je zřejmé, že v této oblasti není patrný statisticky významný rozdíl a někteří pacienti se smíří s novým vzhledem těla bez větších obtíží, zatím co jiní mají s adaptací na novou situaci výrazné obtíže, bez ohledu na to, zda mají stomii dočasnou či trvalou. Pokud pacienti vyjadřují potíže s přijetím nového obrazu svého těla, což souvisí s

ošetřovatelskou diagnózou porušený obraz těla, musíme intervenovat. Mezi vhodné intervence patří prodiskutování významu změny pro nemocného, umožnit mu vyjádření jeho vlastních pocitů, popsání sebe sama včetně pozitivních a negativních stránek, vyslechnout jeho obavy a otázky, umožnit mu reagovat popřením, dát čas na adaptaci, podporovat individuální schopnosti, nezávislost, sebeděči a ukázat další možnosti řešení. Hong et. al (2014) ve své práci upozorňuje, že by operátor měl vždy velmi pečlivě zvážit, zda je nezbytné stomii provést, protože stomie sama o sobě může znamenat obrovský psychický a emoční stres. Dále doporučuje, aby i pacienti s dočasnou stomií měli zajištěné odborné poradenství v oblasti psychických a emočních problémů.

Další otázka se týkala pocitů v souvislosti s **vnímáním stomie a vlastního těla** (viz graf 36). Velká většina respondentů obou skupin, a to 65 % respondentů se stomií dočasnou a 75 % respondentů se stomií trvalou, uvedla pocity spíše pozitivní. Při srovnání kategorií pocitů chí-kvadrát testem byla dosažená hladina významnosti $p = 32,6 \%$, zastoupení se tedy neliší a mezi oběma skupinami není statisticky významný rozdíl. Z výsledků (viz grafy 37, 38) mimo jiné vyplynulo, že nejméně stomiků obou skupin (6 při stomii dočasné a 27 při stomii trvalé) si je v souvislosti s vnímáním stomie a svého těla jisto, jen o něco více (7 při stomii dočasné a 36 při trvalé) si důvěřuje. Nejčastější odpovědí, opět u obou skupin, bylo „toleruji ji“. Zde se, dle mého názoru, nabízí prostor pro cílenou a opakovanou edukaci pacientů, jejímž výsledkem by mělo být právě získání jistoty a navrácení sebedůvěry. Drlíková (in Zachová a kol., 2010) uvádí, že pokud je pacient správně edukován, dochází u něho ke snížení úzkosti a spolu se soběstačností a jistotou v prožívání získává reálný pohled na problematiku života se stomií.

Z nejčastěji řešených problémů po založení stomie (viz grafy 40, 41) polovina respondentů obou skupin (52 % u dočasné a 54 % u trvalé stomie) uvedla ošetřování a péči o stomii. Značná část respondentů, a to 18 % stomiků s dočasnou stomií a 16 % stomiků se stomií trvalou, jako nejčastější problém uvedla psychické problémy. Z celkového počtu respondentů ale jen 12 % uvedlo, že využilo odbornou psychologickou pomoc (viz graf 30). Bohužel 8 % respondentů by odbornou psychologickou pomoc

uvítalo, ale nevěděli, kde ji hledat. Zde se nabízí prostor pro stoma sestru či všeobecnou sestru, aby o této možnosti pomoci pacienta informovali, či mu, v případě zájmu, předali kontakt na psychologa. Je nutný aktivní přístup, který zajistí možnost odborné pomoci všem stomikům. Zda této pomoci pacient využije, je již na jeho rozhodnutí. Značná část respondentů též jako nejčastější problém označila oblékání. To výrazně zasahuje do psychosociální sféry, protože řada stomiků řeší nápadnost stomické pomůcky pod některými druhy oděvů, nebo to, že pomůcka může být oděvem omezována. Aby ale stomik mohl vést aktivní plnohodnotný život, je nutný i jeho návrat do rodinného a společenského života a s tím je problematika oblékání spjata. Této oblasti se ve své bakalářské práci věnuje Hubená (2014), která uvádí, že 48 % mužů a 84 % žen muselo provést určité změny ve svém šatníku. Zde je opět prostor pro edukaci stomika sestrou, proto aby v důsledku např. obav z nápadnosti stomické pomůcky, nedošlo k jeho společenské izolaci. Jen 4 % respondentů s dočasnou stomií nemusela řešit žádný problém oproti 11 % stomiků se stomií trvalou. Je otázkou, zda se spektrum problémů v průběhu života se stomií navyšuje. Zajímavým se totiž ukázalo, že žádný z pacientů s dočasnou stomií nezvolil odpověď „jiný problém“, ale 7 % stomiků s trvalou stomií této možnosti využilo a uvedlo např. kýlu, občasnou zácpu, problém s nenadýmavým stravováním, kožní problémy v době bioléčby a dva respondenti uvedli „všechno“.

Na otázku „Ve kterých oblastech života pociťujete po založení stomie největší **omezení**?“ mohli respondenti uvést více odpovědí (viz graf 39). Jen dva (3,2 %) respondenti s dočasnou, oproti 29 (9,4 %) respondentům s trvalou stomií, uvedli, že je stomie nijak neomezuje. Jeden jediný respondent - muž ve věkové kategorii 46-55 let, s trvalou stomií, uvedl, že pociťuje omezení ve všech oblastech života. A opět žádný ze stomiků s dočasnou stomií nezvolil odpověď „jiné“. Jinak pacienti obou skupin uvedli pociťované omezení ve všech uvedených oblastech života, jako je rodinný život, koníčky, zájmy, sport, běžné denní činnosti, spánek a odpočinek, výživa a stravování, zaměstnání, společenský život, cestování. To odpovídá vyjádření Zachové, že „pro většinu lidí znamená skutečnost založení stomie změnu v životním stylu“ (Zachová, 2010, str. 84). Nejvyšší podíl odpovědí (15,6 %) se u pacientů s trvalou stomií týkal

omezení v partnerském a intimním životě, na rozdíl od pacientů s dočasnou stomií, kteří toto omezení uvedli v 9,5 %. Michálková (2010) ve své práci uvádí, že 21,3 % respondentům stomie velmi narušila partnerský vztah. Zachová (2010, str. 110) upozorňuje, že „profesionálové ani stomici nejsou zvyklí na toto téma diskutovat, oběma skupinám chybí komunikační dovednosti a obě skupiny se tak mohou ošidit o zkušenosti a rady. Stomici mohou nabýt sebevědomí a profesionálové naopak potřebnou dovednost i znalosti zvládat citlivé téma.“ Nejčastěji, a to v pětině případů (20,6 %), stomici s dočasnou stomií pocítují omezení v oblékání, zatím co stomici s trvalou stomií toto omezení uvádějí v 10,7 % odpovědí. Též Anaraki et al. (2012) ve svém výzkumu uvádí, že jedním z problémů, který musí pacient po založení stomie řešit, ať už z důvodu změny hmotnosti, uložení stomie, či změny vzhledu těla, je změna stylu oblékání, což samo o sobě snižuje kvalitu jejich života. Omezení v zaměstnání pak uvedlo 6,3 % respondentů s dočasnou a 5,2 % s trvalou stomií. Návrat do zaměstnání je pro stomika důležitý, nejen z důvodu možného zhoršení ekonomické situace při dlouhodobé pracovní neschopnosti, ale i z důvodu pozitivního vlivu na psychiku při opětovném zapojení stomika do pracovního procesu. Lúčan (2011) uvádí, že po úplném zotavení je možný návrat do zaměstnání, pokud není vykonávána těžká fyzická práce. Současně ale dodává, že asi 35 % stomiků je v produktivním věku, přesto se jich většina do práce nevrací, což zdůvodňuje tím, že jde většinou o starší lidi, pro které je obtížné najít vhodné zaměstnání. To koresponduje i s výsledky našeho výzkumu, kdy 28 % stomiků uvedlo, že jsou v invalidním důchodu, 5 % je nezaměstnaných, jen 11 % je zaměstnaných a 4 % respondentů soukromě podniká. V ostatních oblastech života nebyly v zastoupení odpovědi mezi respondenty s dočasnou a trvalou stomií patrné zásadní rozdíly

Původně jsem předpokládala, že pacienti s dočasnou stomií budou vykazovat menší změny v psychosociální oblasti, protože očekávají, že jim stomie bude zanořena. Analýza dat ale ukázala (viz graf 48, tabulka 1), že v této oblasti není statisticky významný rozdíl mezi pacienty s dočasnou a trvalou stomií, což potvrzuje i výzkum prováděný Hong et al. (2014), který porovnával postoj pacientů obou skupin v kategoriích obraz těla, sebeúcta a míra deprese. Z této části výzkumu tedy vyplývá, že

vytvoření stomie, bez ohledu na její případnou dočasnost, zcela zásadně zasáhne do života pacientů. Na základě těchto zjištění první hypotéza - H1: **Pacienti s trvalou stomií pocítují větší změny v psychosociální oblasti způsobené založením stomie, než pacienti se stomií dočasnou, nebyla potvrzena.** Na toto je nutné pamatovat v rámci celého ošetrovatelského procesu a pomoci stomikovi k návratu k plnohodnotnému životu a prožití každého dne na vrcholu svých možností.

Druhou z hypotéz - H2: **Ženy přistupují v pooperačním období k nácviku péče o stomii jinak, než muži,** jsme hodnotili na základě výsledků otázek týkajících se schopnosti po propuštění z nemocnice samostatně pečovat o svou stomii a zhodnocení vlastní zručnosti v péči o stomii. Většina pacientů a to 66,7 % mužů a 78,8 % žen uvedla, že po propuštění byla schopna pečovat o svou stomii samostatně (viz graf 42). V této oblasti analýza dat ukázala, že není statisticky významný rozdíl. Mezi pacienty, kteří uvedli, že po propuštění z nemocnice nebyli schopni samostatné péče o stomii, toto zvládlo do 3 měsíců 35 % žen a 36 % mužů, v období 3-6 měsíců pak 20 % mužů a 28 % žen, do jednoho roku 8 % mužů a 11 % žen, déle než 1 rok potřebovalo na zvládnutí samostatné péče o stomii 16 % mužů, žádná z žen. 20 % mužů a 28 % žen uvedlo, že nejsou schopni samostatné péče o svou stomii (viz graf 43). Výsledky odpovídají zjištění Michálkové (2010), které se v jejím výzkumu nepodařilo prokázat, že by muži měli větší obtíže v učení se sebepéči o stomii než ženy. Ani v hodnocení vlastní zručnosti (viz graf 44) se nepodařilo prokázat statisticky významný rozdíl mezi muži a ženami. Většina respondentů obou pohlaví hodnotila svou zručnost pozitivně. Na škále, kde 1 znamenala nejlepší a 5 nejhorší zručnost, 37 % mužů a 43 % žen označilo 1, 45 % mužů a 39 % žen pak hodnotu 2. Nejvíce kritických v hodnocení vlastní zručnosti bylo 8 % žen a jen 4 % mužů. Ve výzkumu jsme sledovali pouze subjektivní pohled respondentů na svou zručnost. Učení se sebepéči o stomii může být, mimo jiné, právě s manuální zručností a jemnou motorikou spjato. S vyšším věkem stomiků lze předpokládat, i z důvodu různých přidružených chorob, jako je např. diabetes mellitus, poruchy vizu a zhoršování jemné motoriky. Na otázku, zda mají nějaké problémy s ošetřováním stomie, odpovědělo záporně 80 % mužů a 76 % žen (viz graf 47). Z pacientů, kteří uvedli, že mají s ošetřováním stomie problém, je to nejčastěji, shodně u

obou pohlaví, podtěkání pod podložku. Rozdíl v přístupu byl patrný pouze u té části respondentů, kteří uvedli, že k péči o stomii využívají pomoc druhé osoby (viz graf 46). Zde bylo patrné, že muži se nechávají nejčastěji ošetřovat od svých partnerek, což odpovídá zjištění Michálkové (2010), zatím co ženy vyhledávají pomoc spíše u všeobecných sester. Na základě těchto zjištění druhou hypotézu - H2: **Ženy přistupují v pooperačním období k nácviku péče o stomii jinak, než muži nepotvrzujeme**.

Třetí a zároveň poslední hypotézu - **H3: Pacienti do 55 let věku mají více informací ohledně života se stomií, než pacienti starší** byla vyhodnocena na základě odpovědí respondentů na otázku, zda se domnívají, že v současné době mají dostatek informací ohledně stomie (pomůcky, ošetřování, výživová doporučení, komplikace, kluby stomiků a další). Výzkumný soubor činilo 45 (29 %) stomiků do 55 let a 110 (71 %) stomiků starších. 53 % respondentů do 55 let odpovědělo, že se domnívá, že má dostatek informací, 40 % odpovědělo „spíše ano“, 4 % uvedlo „spíše ne“ a jen 2 % respondentů z této věkové kategorie se domnívá, že dostatek informací nemá (viz graf 49). U věkové kategorie nad 55 let bylo zastoupení odpovědí podobné. 62 % stomiků se domnívá, že má dostatek informací ohledně stomie, 29 % uvedlo „spíše ano“, „spíše ne“ uvedlo shodně s druhou skupinou 5 % respondentů a 4 % stomiků uvedlo, že dostatek informací nemá. Výzkum nám dále ukázal, že v sedmi případech, kdy pacienti na otázku týkající se dostatku informací, odpověděli „ano“ a v dalších sedmi případech, kdy odpověděli „spíše ano“, pak na následující otázku „Kdo Vám podal informace o klubu stomiků?“ uvedli „tyto informace nemám“ a tři z těchto stomiků následně vyjádřili přání členem klubu se stát. Je chybou, že informace o klubu nemá každý stomik. Přesto, že Ředinová (2009) uvádí, že velká část stomiků, zřejmě vzhledem k intimnímu charakteru postižení, chce zůstat v anonymitě. V klubech se sdružuje kolem šesti set stomiků z celkového odhadovaného počtu 8 000 až 9 000. O existenci svépomocných skupin by měl být ale každý pacient v těžké životní situaci, jakým založení stomie nepochybně je, informován, aby měl možnost zvážit, zda pro něho může být přínosem. Na další otázku, zda jsou informováni o možných komplikacích stomie, uvedli „ano“ respondenti do 55 let v 56 % odpovědí. U respondentů nad 55 let odpověď ano činila 63 % (viz graf 51). Současně jsme zjišťovali, jestli je závislost mezi

dobou od založení stomie, věkem a dostatkem informací (viz graf 50). „Ano“ a „spíše ano“ uvedli ve věkové kategorii do 55 let, nejčastěji respondenti mající stomii 1-5 let, na druhém místě pak byli respondenti mající stomii méně než 1 rok. Ve věkové kategorii nad 55 let to byli nejčastěji respondenti mající stomii více jak 11 let a na druhém místě pak stomici mající stomii 1-5let. Nepodařilo se tedy prokázat přímou souvislost mezi dostatkem informací a dobou trvání stomie. Na tom se jistě může podílet řada faktorů. Mladší stomik může být například aktivnější ve vyhledávání informací za pomoci komunikačních médií, sociálních sítí apod., pacient mající stomii delší dobu se, jak uvádí Halmo (2014), zase stále zdokonaluje, získává zkušenosti, nové poznatky a může se stát odborníkem v dané oblasti. Zajímavé je, že 2 respondenti nad 55 let, mající stomii více jak 11 let uvedli, že nemají dostatek informací ohledně stomie. Na základě těchto zjištění třetí hypotézu - H3: **Pacienti do 55 let věku mají více informací ohledně života se stomií, než pacienti starší nepotvrzujeme**. Jako velmi pozitivní vnímám to, že většina stomiků, bez ohledu na věk, uvádí, že má dostatek informací, což koresponduje se zjištěním Michálkové (2010), která ve svém výzkumu uvádí, že stomici mají dostatek informací v oblasti péče o stomii. Stomik totiž potřebuje mít dostatek informací, aby se mohl vyrovnat s tak zásadním zásahem do jedné z nejtímnějších oblastí života, jakým založení stomie nepochybně je. Zde se ukazuje důležitost edukace, která by měla pacienta provázet v průběhu celého ošetrovatelského procesu.

5 Závěr

Cílem této diplomové práce bylo zmapovat problematiku přijetí stomie a sebezpečí o stomii u pacientů po operaci střev a zjistit případné rozdíly mezi stomiky v závislosti na pohlaví, věku a časovém trvání stomie.

Vlastní výzkumné šetření bylo realizováno prostřednictvím kvantitativního výzkumu a technikou sběru dat byl anonymní dotazník, který byl distribuován pacientům po operaci střev s následnou stomií. Získaná data byla zpracována popisnou statistikou do grafů pomocí Microsoft Office Excel 2010, následně bylo provedeno statistické vyhodnocení hypotéz. Hypotézy byly testovány chí-kvadrát testem v kontingenční tabulce, průměrné hodnoty byly srovnávány T-testem. Zvolená hladina významnosti α byla 5 %.

Na základě výsledků výzkumného šetření byly stanovené hypotézy vyhodnoceny takto:

H1: Pacienti s trvalou stomií pocítují větší změny v psychosociální oblasti způsobené založením stomie, než pacienti se stomií dočasnou nepotvrzujeme.

H2: Ženy přistupují v pooperačním období k nácviku péče o stomii jinak, než muži nepotvrzujeme.

H3: Pacienti do 55 let věku mají více informací ohledně života se stomií, než pacienti starší nepotvrzujeme

Šetřením bylo získáno velké množství výsledků, které poukazují na to, že vytvoření stomie je zásadním zásahem do jedné z nejméně intimnějších oblastí života pacienta bez ohledu na věk, pohlaví a dočasnost či trvalost stomie. Abychom pacientovi pomohli, v rámci celého ošetrovatelského procesu, přijmout stomii a sebezpečí o ni, je nutný aktivní, citlivý přístup vedoucí k prolomení komunikačních bariér.

Výsledky této práce mohou využít jak sestry v chirurgii, tak i sestry z jiných oborů, které se stomiky přicházejí do styku, k zajištění komplexní péče o pacienty se stomií.

6 Seznam použitých zdrojů

- ANARAKI, Fakhrialsadat et al., 2012. Quality of Life Outcomes in Patients Living with Stoma. *Indian J Palliat Care*. č.18, s. 176-180. ISSN 0973-1075.
- BÁRTLOVÁ, Sylva, 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*, Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1197-4.
- BÁRTLOVÁ, Sylva a Stanislav MATULAY, 2009. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*, Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-306-6.
- BEKEL, Gerhard a Renata HALMO, 2004. *Teorie deficitu sebek péče: soubor textů*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-0794-9.
- BRECKMAN, Brigid, 2005. *Stoma Care and Rehabilitation*, Edinburgh: Elsevier Churchill Livingstone. ISBN 0-443-10091-8.
- BÚTORA, Martin, 1991. *Překročit svůj stín*, Praha: Avicenum. ISBN 80-201-0086-5.
- BURCH, Jennie, 2008. *Stoma Care*, Chichester: Wiley-Blackwell. ISBN 978-0-4700-3177-3.
- CAMILLERI-BRENNAN, J a RJC STEEL, 2002, Objective assessment of morbidity and quality of life after surgery for low rectal cancer. *Colorectal Diseases* č.4, str.61-66. Online ISSN 1463-1318. [cit.2015-9-20]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12780658>
- ČESKÉ ILCO, *Výroční zpráva o činnosti Českého ILCO v roce 2014*, [online].[cit.2015-11-29]. Dostupné z: www.ilco.cz/ilcotexty/zprava_za_rok2014.pdf
- DROBNÁ, Petra, 2010. Psychická podpora nemocných se stomií. *Sestra*. č.3, s.54-55. ISSN 1210-0404.
- HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ, 2010. *Velký psychologický slovník*. Vydání čtvrté, v Portálu první. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-686-5.
- HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU, 2015. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace 2015-2017*. Překlad Pavla Kudlová. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.
- HOLUBOVÁ, Adéla, Helena NOVOTNÁ a Jana MAREČKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelská péče v gastroenterologii a hepatologii*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2806-6.

- HONG, Kyung S. et al., 2014. Psychological attitude to self-appraisal of stoma patients: prospective observation of stoma duration effect to self-appraisal. *Annals of Surgical Treatment and Research*. č. 86, s. 152-160. ISSN 2288-6575.
- HORÁK, Ladislav a Tomáš Skříčka, 2008. *Paliativní léčba rakoviny konečníku*. Hradec Králové: Olga Čermáková. ISBN 978-80-86703-27-5.
- HORÁK, Ladislav et al., 2013. *Praktická proktologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3595-5.
- HUBENÁ, Markéta, 2014. Bakalářská práce. *Sebepéče u pacienta s kolostomií se zaměřením na vhodné oblečení*. Zlín. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií. Vedoucí bakalářské práce Renata Halmo.
- KEBZA, Vladimír, 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia. ISBN 80-200-1307-5.
- KLEVETOVÁ, Dana, 2010. Vedení rozhovoru s klientem se stomií. *Sestra*, č.3, s.56-57. ISSN 1210-0404.
- KOHOUT, Pavel a Jaroslava PAVLÍČKOVÁ, 2006. *Crohnova choroba, ulcerózní kolitida*. Praha: Forsapi. ISBN 80-903820-0-2.
- KRISTOVÁ, Jarmila, 2004. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-160-3.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. *Psychologie nemoci*, Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0179-0.
- LAJDOVÁ, Andrea a Alena URIČKOVÁ, 2010. Význam informací v procesu adaptace pacienta na život s kolostomií. *Sestra*. č.9, s.56-58. ISSN 1210-0404.
- LEMONE, Priscilla, Karen M BURKE a Gerene BAULDOFF, 2011. *Medical-surgical nursing: critical thinking in patient care*. 5th ed. Boston: Pearson. ISBN 978-0-13-507594-4.
- LIPTÁKOVÁ, Karin a Anna MAZALÁNOVÁ, 2010. Postoj pacienta s kolostomií. *Sestra*. č.9. s.54-56. ISSN 1210-0404.
- LÚČAN, Jaroslav, 2011. *Stómie stomici*, Turany: P+M. ISBN 978-80-89410-11-8.
- LUKÁŠ, Karel, 2005. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1283-0.

- MAREČKOVÁ, Jana, 2006. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1399-3.
- MICHÁLKOVÁ, Helena, 2010. *Problematika uspokojování potřeb klienta se stomií*. České Budějovice. Disertační práce. Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí disertační práce Valérie Tóthová.
- MICHÁLKOVÁ, Helena a Valérie TÓTHOVÁ, 2010. Psychosocial problems of stoma clients. *Journal of Nursing, Social Studies and Public Health*. ZSF JU. č. 1-2, str. 62-70. ISSN 1512-0651.
- NEMCOVÁ, Jana a Edita HLINKOVÁ, 2010. *Moderná edukácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-321-9.
- ONDRIOVÁ, Iveta, Anna SINAIOVÁ a Silvia CIBRÍKOVÁ, 2012. Kvalita života nemocných s kolostomií. *Sestra*. č.6, s.38-40. ISSN 1210-0404.
- OTRADOVCOVÁ, Iva a Lucie KUBÁTOVÁ, 2006. *Komplexní péče o pacienta se stomií*, Praha: Galén. ISBN 80-7262-432-65.
- PACIENTI IBD z.s., 2015. Byla Vám diagnostikována Crohnova choroba nebo ulcerózní kolitida? [online].[cit.2016-04-20]. Dostupné z: <http://www.crohn.cz/wp-content/uploads/2015/05/letak-novy-pacienti-IBD-2015-web.pdf>.
- PAULÍK, Karel, 2010. *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2959-6.
- PAVLÍKOVÁ, Slavomíra, 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1211-3.
- PAYNE, Jan, 2005. *Kvalita života a zdraví*, Praha: Triton. ISBN 80-7254-657-0.
- REPIĆ, Gordana a Sunčica IVANOVIĆ, 2014. Physical dimension of quality of life in ostomy patients, *Acta Medica Medianae* č.53, str.32-38. ISSN 0365-4478.
- ŘEDINOVÁ, Marie, 2010. České ILCO a jeho dobrovolníci. *Sestra*. č.9, s.50-51. ISSN 1210-0404.
- ŘEDINOVÁ, Marie a Miroslav ŠERÝ, 2009. Světový den stomiků. *Sestra*. č.10, s.48-49. ISSN 1210-0404.

- SIMMONS, Kingsley L. et al, 2007. Adjustment to colostomy: stoma acceptance, stoma care self-efficacy and interpersonal relationships, *Journal of Advanced Nursing*. č. 60, s. 627–635. on-line ISSN 1365-2648. Dostupné z: <http://goo.gl/Eqmm51>.
- SKALICKÁ, Hana, 2007. *Předoperační vyšetření: návody pro praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1079-2.
- SKŘIČKA, Tomáš, Pavel KOHOUT a Marieta BALÍKOVÁ, 2009. *Dieta u pacientů se střevními vývody a po operaci střev*. 2. vydání. Praha: Forsapi. ISBN 978-80-87250-01-3.
- SMIČKOVÁ, Eva, 2011. Možnosti identifikace poruch sebepéče u seniorů a jejich kompenzace. *Medicína pro praxi*. č.9, str. 391-393. ISSN 1214-8687.
- SVATOŠOVÁ, Marie, 2003. *O naději s Marií Svatošovou*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 80-7192-833-X.
- SVATOŠOVÁ, Marie, 2011. *Hospice a umění doprovázet*. 7., dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 978-80-7195-580-1.
- SVATOŠOVÁ, Marie, 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4107-9.
- ŠERCLOVÁ, Zuzana a František ANTOŠ, 2002. Nemocný s ileostomií a kolostomií. *Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně: doporučené postupy pro praktické lékaře* [online].[cit.2015-09-20]. Dostupné z: www.cls.cz/dokumenty2/postupy/t180.
- ÚZIS ČR, 2014. Zdravotnictví ČR 2013 ve statistických údajích. [online].[cit.2016-04-20]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnictvi-cr-2013-ve-statistickych-udajich>.
- VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ, 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3742-3.
- ZACHOVÁ, Veronika a kol, 2010. *Stomie*, Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3256-5.
- ZVÁROVÁ, Jana, 2002. *Základy statistiky pro biomedicínské obory*. Praha. Karolinum. ISBN 80-7184-786-0.

7 Klíčová slova

edukace

ošetřovatelství

pacient

přijetí

sebepéče

stomie

8 Přílohy

Příloha 1	99
Příloha 2	101
Příloha 3	107

Příloha 1

Kluby stomiků - členové sdružení České ILCO

<p>Klub stomiků Brno, z.s. Ing. Jana Strnadová Pavlovská 9, 623 00 Brno tel.: 603 540 786 e-mail: janstr@centrum.cz www: stomicibrno.webnode.cz/</p>	<p>Klub stomiků ILCO Brno Klub se spojil s Klubem stomiků Brno</p>
<p>Klub stomiků Česká Lípa Marie Ruczová Čs. Armády 1471, 470 01 Česká Lípa tel. 602 459 138 e-mail: marieruczova@seznam.cz</p>	<p>ILCO České Budějovice Jarmila Turková Rejta 650, 374 01 Trhové Sviny tel.: 728 166 265 e-mail: jarmilat@seznam.cz</p>
<p>ILCO Cheb, při nemocnici Cheb MUDr. Karel Tyrpekl Ke Křížům 19, 350 02 Cheb tel.: 605 281 083 e-mail: ktyrpekl@seznam.cz</p>	<p>Klub stomiků Karlovy Vary Monika Gašpariková tel.: 736 647 210 e-mail: klubstomiku.kv@seznam.cz</p>
<p>Klub stomiků ILCO Kladno Josef Novák Štěpánská 2626, 272 01 Kladno tel.: 604 617 426 e-mail: stomicikladno@seznam.cz</p>	<p>Klub stomiků ILCO Kyjov Nemocnice Kyjov, Strážovská 1247 697 01 Kyjov e-mail: stomalenka@seznam.cz e-mail: stomaeva@seznam.cz Předseda: Miroslav Moudrý Věteřov 116, 697 01 Kyjov tel.: 739 931 704</p>
<p>ILCO Novojičínka spolek stomiků Bronislav Tučný Poruba 7, 753 66 Hustopeče n. Beč. tel.: 732 784 740 e-mail: Tucny@seznam.cz www: www.stomici.unas.cz/</p>	<p>Spolek ILCO Olomouc, o.s. I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc František Zapletal, předseda tel.: 739 735 313 e-mail: franta-zapletal@seznam.cz Mílena Drdáková, stomasestra tel.: 604 740 754 e-mail: stomiciolomouc@seznam.cz</p>
<p>Slezský spolek stomiků Opava Pavel Elbl Antonína Sovy 11, 747 05 Opava tel.: 777 625 014 e-mail: pavel.elbl@seznam.cz</p>	<p>Slezský klub stomiků Ostrava, z.s. Doc. RNDr. Pavel Kreml, CSc. Francouzská 6015, 708 00 Ostrava-Poruba tel.: 596 994 175, 737 588 111 e-mail: pavel.kreml@vsb.cz www: www.ilco.cz/Ostrava/</p>
<p>Svaz stomiků Plzeňského kraje, z.s. Jan Lešetický Karlovarská 123/126, Bolevec, 323 00 Plzeň tel.: 777 065 012 e-mail: sspk@seznam.cz e-mail: centrumsl@seznam.cz</p>	<p>FIT-ILCO Praha, z.s. Kateřina Janikovičová Polská 15, 120 00 Praha 2 tel.: 601 324 100, 723 764 176 e-mail: fitilco@seznam.cz www: www.stomici-praha.wz.cz/</p>

<p>Klub stomiků Prostějov, o.s. Petra Stružková Karla Svobinského 313/3, 796 04 Prostějov tel.: 721 881 484 e-mail: struzkova.petra@seznam.cz www: www.stomici-prostejov.cz</p>	<p>Klub stomiků Přerov, z.s. Josef Matoušek Svatopluka Čecha 1233, 751 31 Lipník n. Beč. tel.: 602 567 403 e-mail: josefmatousek1@seznam.cz www: www.ilco-prerov.cz/</p>
<p>Klub stomiků ILCO Příbram Oblastní nemocnice Příbram, a.s. /areál II/ Gen. R. Tesaříka 80 261 01 Příbram I e-mail: ilco.pribram@seznam.cz www: www.ilcopribram.wbs.cz/</p>	<p>ILCO Tábor, z.s. Zdena Šabatková Husinecká 940, 390 02 Tábor tel.: 723 548 405 e-mail: vokjiri@centrum.cz</p>
<p>100MICI UL, o.s. Štěpánka Kovaříková Nám. Prokopa Velikého 27 400 01 Ústí nad Labem tel.: 725 201 818 e-mail: 100miciul@seznam.cz www: www.100miciul.zacit.cz/</p>	<p>Klub stomiků ILCO Vysočina Marie Dvořáková Dvořiště 1032, 593 01 Bystřice nad Pernštejnem tel.: 731 409 625 e-mail: majkaILCO@seznam.cz</p>
<p>Klub stomiků Zlín, o.s. Mgr. Ivana Manclová Včelary 339, 687 12 Bílovice tel.: 777 256 335 e-mail: Ivana.Manclova@seznam.cz www: www.klubstomiku.cz</p>	

Kluby stomiků - nečlenové sdružení České ILCO

<p>Klub stomiků Svitavy Mgr. Miloslav Semela, CSc. Mánesova 20, 568 02 Svitavy tel.: 728 781 557 e-mail: milan.semela@seznam.cz</p>	<p>Nemocnice Ústí nad Orlicí Pavla Mrštná Orlickoústecká nemocnice, Čs. armády 1076 562 18 Ústí nad Orlicí tel.: 465 710 148 mob.: 702 284 577</p>
<p>Dobrovolné sdružení stomiků Trutnov Marie Šárová, Naďa Kořátková Nemocnice, 541 01 Trutnov tel.: 499 866 241 e-mail: kotatkova.nada@seznam.cz</p>	<p>Svaz postižených civilizačními chorobami Základní organizace ONKO Strakonice Jan Bublík Stavbařů 213, 386 01 Strakonice tel.: 607 787 802</p>
<p>Charita Blansko Radka Kuncová Sadová 2, 678 01 Blansko tel.: 733 755 818 e-mail: radka.kuncova@charita.cz</p>	<p>Klub stomiků Ústí nad Orlicí Hana Škrabánková CHS Galen, Smetanova 1390 566 01 Ústí nad Orlicí tel.: 731 251 216</p>

ČESKÉ ILCO, *Kontakty*, [online].[cit.2016-04-22]. Dostupné z:
<http://www.ilco.cz/kontakty.php>

Příloha 2

Dotazník

Vážená paní, Vážený pane,

jmenuji se Jana Mocková a jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studia na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity, kde studuji obor ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech, modul Ošetrovatelská péče v chirurgických oborech. Téma mé diplomové práce je „Problematika přijetí sebestaršpečce o stomii u pacientů po operaci střev“. Ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je zcela anonymní a získané údaje budou použity pouze jako podklad pro moji práci.

V dotazníku označte jednu Vám nejvíce vyhovující odpověď, pokud není uvedeno jinak.

Předem Vám velice děkuji za vyplnění dotazníku.

Bc. Jana Mocková

1. Jste:

a) muž

b) žena

2. Věk:

a) do 30 let

d) 56-65 let

b) 31-45 let

e) 66 a více let

c) 46-55 let

3. Rodinný stav:

a) svobodný(á)

c) rozvedený(á)

b) ženatý/vdaná - druh/družka

d) vdovec/vdova

4. Žijete:

a) sám/sama

d) v sociálním zařízení
(domov důchodců, penzion, hospic apod.)

b) s partnerem/ partnerkou

e) jiná varianta (uveďte jaká)

c) s rodinou

5. V současné době jste:

- a) zaměstnaný(á)
- b) nezaměstnaný(á)
- c) soukromě podnikám
- d) invalidní důchodce/důchodkyně
- e) starobní důchodce/důchodkyně
- f) student/studentka
- g) na rodičovské dovolené

6. Vaše stomie je:

- a) trvalá
- b) dočasná

7. Jak dlouho máte stomii?

- a) méně než 1 rok
- b) 1-5 let
- c) 6-10 let
- d) 11 a více let

8. Jaký máte typ stomie?

- a) kolostomie
- b) ileostomie

9. Operace vedoucí k vytvoření stomie byla:

- a) plánovaná
- b) neplánovaná

10. Domníváte se, že jste byl(a) před operací lékařem dostatečně informován(a) o důvodu založení stomie?

- a) ano
- b) ne

11. Kdo Vás před operací informoval o problematice ošetřování stomie?

- a) ošetřující lékař
- b) stomická sestra
- c) všeobecná sestra na oddělení nebo ambulanci
- d) jiná osoba (uveďte jaká)

12. Jak byste ohodnotil(a) kvalitu podaných informací?

Oznámkujte jako ve škole (1 výborná, 5 nedostatečná)

13. Kdo Vás před operací informoval o životě se stomií?

- a) ošetřující lékař
- b) stomická sestra
- c) všeobecná sestra na oddělení nebo ambulanci
- d) jiná osoba (uveďte jaká)

14. Jak byste ohodnotil(a) kvalitu podaných informací?

Oznámkujte jako ve škole (1 výborná, 5 nedostatečná)

15. Vaše pocity po podání informací o stomii :

- a) obavy se zmírnily
- b) obavy se nezmírnily
- c) obavy se zhoršily
- d) nevím, nemohu posoudit

16. Byl(a) jste schopen/schopna po propuštění z nemocnice samostatně pečovat o svou stomii?

- a) ano
- b) ne

17. Pokud jste v ot. č.16 uvedl(a) ne, v jakém časovém období pak ano:

- a) do 3 měsíců
- b) 3-6 měsíců
- c) 7-12 měsíců
- d) více než 1 rok
- e) nezvládám o stomii pečovat samostatně

18. Byl(a) jste informován(a) o možných komplikacích stomii?

- a) ano
- b) ne

**19. Domníváte se, že v současné době máte dostatek informací ohledně stomie?
(pomůcky, ošetřování, výživová doporučení, komplikace, kluby stomiků a další)**

- | | |
|--------------|-------------|
| a) ano | c) spíše ne |
| b) spíše ano | d) ne |

20. Jak byste zhodnotil(a) svou zručnost při ošetřování stomie?

Oznámkuje jako ve škole (1 výborná, 5 nedostatečná)

21. Kdo Vám pomáhá s ošetřováním stomie?

- | | |
|-------------------------------|-----------------------------------|
| a) nikdo, ošetřuji stomii sám | d) stomasestra |
| b) partner/ka | e) všeobecná sestra |
| c) dcera/ syn | f) někdo jiný (uveďte prosím kdo) |

22. Máte nějaké problémy s ošetřováním stomie?

- | | |
|-------|--------------------------------|
| a) ne | b) ano (jaké?, prosím vypište) |
|-------|--------------------------------|

23. Kdo Vám poskytuje pomoc při řešení problémů se stomií? (je možné uvést více odpovědí)

- | | |
|-----------------|--------------------------------|
| a) stomasestra | d) partner/ka, rodina |
| b) lékař | e) někdo jiný (prosím vypište) |
| c) klub stomiků | |

24. Kdo Vám podal informace o klubu stomiků?

- | | |
|------------------------------|-------------------------------------|
| a) lékař | d) ze specializovaného časopisu |
| b) stomasestra | e) někdo jiný (uveďte, prosím, kdo) |
| c) známý, rodinný příslušník | f) tyto informace nemám |

25. Jste členem klubu stomiků?

a) ano

b) ne

Pokud jste v otázce č.25 odpověděl(a) ne, pokračujte, prosím, otázkou č.26 a pak otázkou č.28.

Pokud jste v otázce č.25 odpověděl(a) ano, pokračujte, prosím, otázkou č.27.

26. Chtěl(a) byste být členem klubu stomiků?

a) ano

b) ne

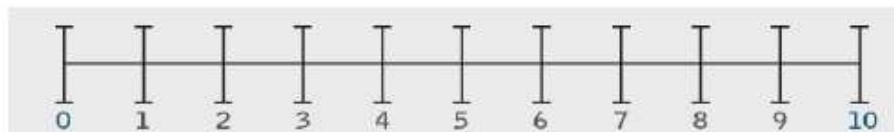
27. Je pro Vás klub stomiků přínosem?

a) ano

b) ne

28. Jak těžké pro Vás bylo smířit se s novým vzhledem Vašeho těla?

Označte, prosím, na škále od 0 do 10, kdy 0 znamená "vůbec to pro mě nebylo těžké" a 10 znamená "nesmířil(a) jsem se".



29. Kdo Vám nejvíce pomohl s přijetím stomie? (je možné uvést více odpovědí)

a) rodina

d) klub stomiků

b) přátelé

e) někdo jiný (prosím, uveďte kdo)

c) stomasestra

30. Využil(a) jste odbornou psychologickou pomoc

a) ano

c) využil(a) bych, ale nevěděl jsem, kde ji hledat

b) ne, nepotřeboval(a) jsem

31. Jaké jsou Vaše pocity v souvislosti s vnímáním stomie a Vašeho těla? (zakroužkujte, případně doplňte, je možné uvést více odpovědí)

- | | |
|--------------------|----------------------|
| a) spíše pozitivní | b) spíše negativní |
| - toleruji ji | - netoleruji ji |
| - důvěřuji si | - nedůvěřuji si |
| - jsem si jistý(á) | - nejsem si jistý(á) |
| - | - |
| - | - |

32. Který problém jste řešil(a) nejčastěji od založení stomie?

- | | |
|-------------------------------|--------------------------------|
| a) ošetřování a péči o stomii | d) jiný (uveďte, prosím, jaký) |
| b) psychické problémy | e) žádný |
| c) oblékání | |

33. Ve kterých oblastech života pociťujete po založení stomie největší omezení? (je možné uvést více odpovědí)

- | | |
|-------------------------------|--------------------------------|
| a) neomezuje mě | g) oblékání |
| b) koníčky, zájmy, sport | h) zaměstnání |
| c) partnerský a intimní život | ch) společenský život |
| d) spánek a odpočinek | i) rodinný život |
| e) výživa a stravování | j) cestování |
| f) běžné denní činnosti | k) jiné (uveďte, prosím, jaké) |

34. V současnosti hodnotíte kvalitu Vašeho života jako:

- | | |
|----------------------------|------------------|
| a) velmi dobrou | d) spíše špatnou |
| b) spíše dobrou | e) špatnou |
| c) ani dobrou, ani špatnou | |

Velice Vám děkuji za vyplnění tohoto dotazníku.

Příloha 3

Mgr. Jana Somrová
Hlavní sestra
Nemocnice Písek, a.s.
Karla Čapka 589
Písek
397 01

Žádost o umožnění sběru dat

Vážená paní magistro,

jmenuji se Jana Mocková a jsem studentkou 2. Ročníku navazujícího magisterského studijního programu Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech, modul Ošetřovatelská péče v chirurgických oborech na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Obracím se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného dotazníkového šetření k mé diplomové práci, která má téma: „ *Problematika přijetí sebekpěče o stomii u pacientů po operaci střev.*“

Snahou výzkumného šetření a zároveň cílem mé práce je zmapovat problematiku sebekpěče u pacientů se stomií po operaci střev a zjistit případné rozdíly v jejím přijetí v závislosti na pohlaví, věku a délce trvání stomie.

Chtěla bych Vás tímto požádat o souhlas, abych mohla u pacientů se stomií, jež jsou v péči Vašeho zdravotnického zařízení, prostřednictvím distribuce anonymních dotazníků, provést sběr dat pro mou diplomovou práci. Dotazník je zcela anonymní a je součástí této žádosti. Výzkumné šetření bude probíhat během měsíce ledna a února. Data získaná ve Vašem zdravotnickém zařízení zpracuji písemně a graficky a budou sloužit pouze pro účely mé diplomové práce.

V případě zájmu Vám bude analýza, vyhodnocení a interpretace získaných dat k dispozici.

Za spolupráci a kladné vyřízení žádosti předem děkuji.

V Chebu dne 11.1.2016

Souhlas

Jana Mocková
NEMOCNICE PÍSEK, a.s.
hlavní sestra
Mgr. Jana Somrová

Bc. Jana Mocková

Valdštejnova 605/5

Cheb, 350 02

Tel.: 736679834

Email: mockoj00@zsf.jcu.cz

Mgr. Monika Kyselová, MBA
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Nemocnice České Budějovice, a.s.
B. Němcové 585/54
České Budějovice
370 87

Žádost o umožnění sběru dat

Vážená paní magistro,

jmenuji se Jana Mocková a jsem studentkou 2. Ročníku navazujícího magisterského studijního programu Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech, modul Ošetrovatelská péče v chirurgických oborech na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Obracím se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného dotazníkového šetření k mé diplomové práci, která má téma: „*Problematika přijetí sebekpěče o stomii u pacientů po operaci střev.*“

Snahou výzkumného šetření a zároveň cílem mé práce je zmapovat problematiku sebekpěče u pacientů se stomií po operaci střev a zjistit případné rozdíly v jejím přijetí v závislosti na pohlaví, věku a délce trvání stomie.

Chtěla bych Vás tímto požádat o souhlas, abych mohla u pacientů se stomií, jež jsou v péči Vašeho zdravotnického zařízení, prostřednictvím distribuce anonymních dotazníků, provést sběr dat pro mou diplomovou práci. Dotazník je zcela anonymní a je součástí této žádosti. Výzkumné šetření bude probíhat během měsíce ledna a února. Data získaná ve Vašem zdravotnickém zařízení zpracuji písemně a graficky a budou sloužit pouze pro účely mé diplomové práce.

V případě zájmu Vám bude analýza, vyhodnocení a interpretace získaných dat k dispozici. Za spolupráci a kladné vyřízení žádosti předem děkuji.

V Chebu dne 11.1.2016

Bc. Jana Mocková
Valdštejnova 605/5
Cheb, 350 02
Tel.: 736679834
Email: mockoj00@zsf.jcu.cz

19.1. 2016 SOUHLASÍM
Souhlasím
Vážená Hana Bc

Mgr. Monika Kyselová, MBA
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Nemocnice České Budějovice, a.s.

Mgr. Jana Lukešová
hlavní sestra
KKN a.s., nemocnice v Chebu
K Nemocnici 17
350 02 Cheb

Vážená paní magistro,

jmenuji se Jana Mocková a jsem studentkou 2. Ročníku navazujícího magisterského studijního programu Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech, modul Ošetrovatelská péče v chirurgických oborech na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Obracím se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného dotazníkového šetření k mé diplomové práci, která má téma: „*Problematika přijetí sebekpěče o stomii u pacientů po operaci střev.*“

Snahou výzkumného šetření a zároveň cílem mé práce je zmapovat problematiku sebekpěče u pacientů se stomií po operaci střev a zjistit případné rozdíly v jejím přijetí v závislosti na pohlaví, věku a délce trvání stomie.

Chtěla bych Vás tímto požádat o souhlas, abych mohla u pacientů se stomií, jež jsou v péči Vašeho zdravotnického zařízení, prostřednictvím distribuce anonymních dotazníků, provést sběr dat pro mou diplomovou práci. Dotazník je zcela anonymní a je součástí této žádosti. Výzkumné šetření bude probíhat během měsíce ledna a února. Data získaná ve Vašem zdravotnickém zařízení zpracuji písemně a graficky a budou sloužit pouze pro účely mé diplomové práce.

V případě zájmu Vám bude analýza, vyhodnocení a interpretace získaných dat k dispozici. Za spolupráci a kladné vyřízení žádosti předem děkuji.

V Chebu dne 11.1.2016

Bc. Jana Mocková
Valdštejnova 605/5
Cheb, 350 02
Tel.: 736679834
Email: mockoj00@zsf.jcu.cz


Karlovarská krajská nemocnice a.s.
nemocnice v Chebu, IČO: 26365884
Hlavní síť
Mgr. Jana Lukešová
tel.č.: 354 405 777