

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravotní vědy

Diplomová práce

Eva Lustyková

Kvalita života stomiků před a po založení stomie

Prohlášení autora

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené literární a odborné zdroje.

V Olomouci dne 21. 03. 2012

Eva Lustyková

Poděkování

Děkuji PhDr. et Mgr. Jitce Tomanové, Ph.D. za odborné vedení a poskytování cenných rad při vypracování diplomové práce. Zvláštní poděkování patří mé rodině za podporu při studiu a respondentům za poskytnutí rozhovorů pro zpracování praktické části diplomové práce.

Obsah

Úvod.....	6
1 Hlavní cíl práce a dílčí cíle	8
2 Teoretická část	9
2.1 Anatomie a fyziologie tenkého a tlustého střeva.....	9
2.1.1 Obecná stavba stěny trávicí trubice	9
2.1.2 Anatomie a fyziologie tenkého střeva	10
2.1.3 Anatomie a fyziologie tlustého střeva	14
2.1.4 Fyziologie trávení a vstřebávání	18
2.2 Stomie.....	19
2.2.1 Pojem stomie	19
2.2.2 Kolostomie	21
2.2.3 Ileostomie	22
2.2.4 Ostatní typy stomií	23
2.3 Onemocnění vedoucí k založení stomie	23
2.3.1 Crohnova choroba	24
2.3.2 Ulcerózní kolitida	24
2.3.3 Nádorové onemocnění střev	25
2.4 Komplikace stomií.....	26
2.4.1 Macerace v okolí stomie.....	27
2.4.2 Retrakce stomie	27
2.4.3 Stenóza stomie.....	28
2.4.4 Parastomická kýla.....	29
2.4.5 Prolaps stomie	31
2.4.6 Prevence komplikací.....	31
2.5 Péče o pacienta se stomií	32
2.5.1 Péče o stomii.....	32
2.5.2 Pomůcky pro stomiky	33
2.5.3 Výživa pacienta se stomií	47
2.5.4 Aktivní život stomiků	48
2.5.5 Intimní život stomiků	48

2.5.6 Sdružení a aktivity stomiků	49
2.6 Kvalita života.....	51
2.6.1 Přístupy k měření kvality života.....	52
3 Praktická část.....	55
3.1 Metodika práce	56
3.1.1 Plán výzkumu	56
3.1.2 Výběr respondentů.....	56
3.1.3 Metody získávání a sběru dat	57
3.2 Analýza dat	58
3.2.1 Subjektivní vnímání kvality života pacientů se stomií (otázka č. 4).	58
3.2.2 Změny v chování nejbližší rodiny vůči stomikovi, ale i změny chování stomika vůči nejbližší rodině (otázka č. 5).....	61
3.2.3 Posouzení zda došlo ke změně v partnerském životě stomika (otázka č. 6 a 7). ...	63
3.2.4 Jak ovlivnilo založení stomie společenský život stomika (otázka č. 8 a 9).....	65
3.2.5 Změny, které nastaly u stomika v pracovní oblasti (otázka č. 10).	69
3.2.6 Zmapování informovanosti, používání a dostupnosti pomůcek potřebných pro ošetrovatelskou péči o stomii (otázka č. 11 a 12).....	70
4 Diskuze a závěr	74
4.1 Využití výsledků práce	76
Použité zkratky	77
Seznam použité literatury a zdrojů:	78
Seznam příloh.....	81
Anotace	

Úvod

„Vadou těla se duše nezohaví, ale krásou duše se zdobí tělo.“

Lucius Anneus Seneca

„Vyhledejme, co máme s ostatními společného, ne co nás od nich dělí.“

John Ruskin

V České republice žije okolo deseti tisíc stomiků – pacientů s umělým vyvedením některého dutého orgánu na povrch těla. Nejčastěji se jedná o pacienty, kteří mají vyvedený některý z orgánů trávicí nebo vylučovací soustavy (Otradovcová, 2011). Umělý vývod je bezesporu zásah nejen do organismu a života konkrétního pacienta, ale i do života jeho nejbližší rodiny a přátel. Měla jsem možnost poznat a ošetřovat pacienty s umělým vývodem (stomií) po dobu patnácti let, kdy jsem pracovala jako všeobecná sestra na interním a posléze chirurgickém oddělení Svitavské Nemocnice.

Reakce pacientů na založení stomie a život se stomií byly rozmanité. Od depresí, myšlenek na ukončení života, až po smíření se s nově vzniklou situací, která se stává nevyhnutelnou součástí jejich života. Není pochyb o tom, že život se stomií se každému z těchto pacientů změní. Jak se změní pacientovi se stomií život a jeho kvalita po založení stomie? To je otázka, kterou jsem si často kladla, při své práci se stomiky, a na kterou bych si měla umět odpověď v závěru této diplomové práce.

První část práce je zaměřena na teoretické poznatky vztahující se k danému tématu. Úvod práce je zaměřen na anatomii a fyziologii tenkého a tlustého střeva. Je zde popsán pojem stomie a nejčastější komplikace, které mohou vzniknout bezprostředně po založení stomie, ale i v pozdějším období života stomika. Rozsáhle je v práci vypracovaná oblast péče o stomii a stomika, která je velmi podstatná pro kvalitu života stomiků jak uvádí, Zachová (2010) ve své odborné publikaci. V závěru teoretické části jsou uvedeny různé úhly pohledu na kvalitu života a metody hodnocení kvality života, které jsou rozpracovány v literatuře (Křivohlavý, 2002; Payne, 2005).

Druhá část je praktická. Pro dosažení hlavního cíle a dílčích cílů je zvolena metoda rozhovoru. Tato metoda patří mezi základní metody pro zpracování kvalitativního výzkumu v rovině personální neboli osobní. Jak uvádí Křivohlavý (2002), jde o ryze subjektivní hodnocení kvality života. Ke zpracování získaných dat jsou použity metody kvalitativního výzkumu dle Hendla (2008). Výstup této práce bude odpřednášen formou prezentace studentům Střední zdravotnické školy, jako doplňující informace k výuce, na téma Péče o pacienta se stomií.

1 Hlavní cíl práce a dílčí cíle

Hlavním cílem diplomové práce bylo zhodnotit kvalitu života pacientů před a po založení stomie, se zaměřením na stomie založené na zažívacím traktu.

Z tohoto hlavního cíle vycházejí dílčí cíle práce.

Dílčími cíli práce bylo zjistit:

- 1) Subjektivní vnímání kvality života pacientů se stomií (otázka č. 4).
- 2) Změny v chování nejbližší rodiny vůči stomikovi, ale i změny chování stomika vůči nejbližší rodině (otázka č. 5).
- 3) Posouzení zda došlo ke změně v partnerském životě stomika.(otázka č. 6 a 7).
- 4) Jak ovlivnilo založení stomie společenský život stomika (otázka č. 8 a 9).
- 5) Změny, které nastaly u stomika v pracovní oblasti (otázka č. 10).
- 6) Zmapování informovanosti používání a dostupnosti pomůcek potřebných pro ošetrovatelskou péči o stomii (otázka č. 11 a 12).

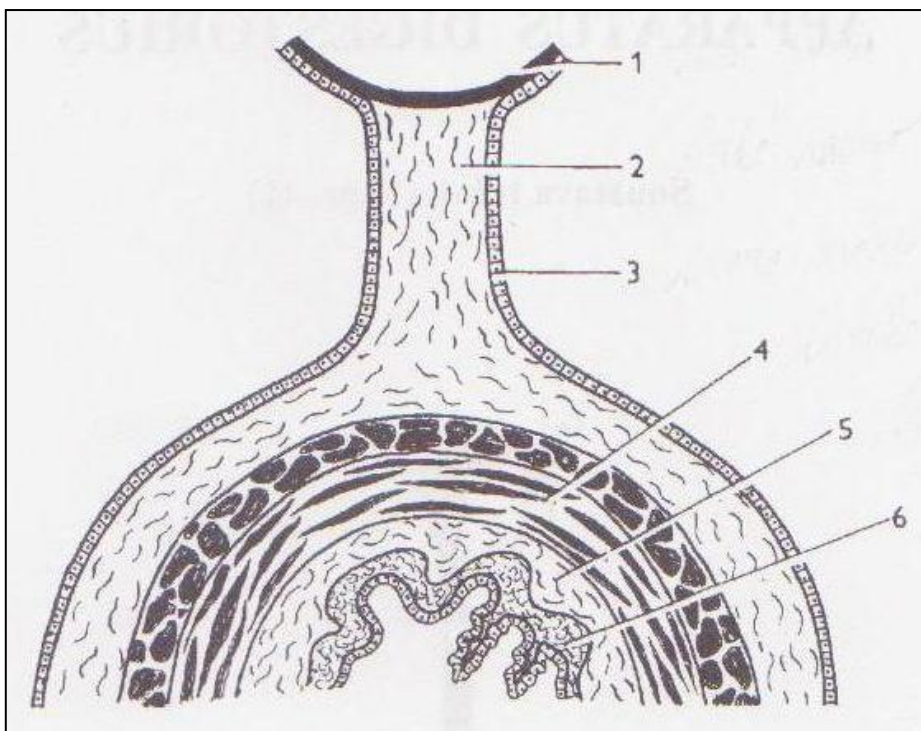
2 Teoretická část

2.1 Anatomie a fyziologie tenkého a tlustého střeva

2.1.1 Obecná stavba stěny trávicí trubice

Trávicí trubice začíná dutinou ústní a končí otvorem řitním. Všechny orgány s výjimkou žláz, které zahrnujeme do této soustavy, mají typickou stavbu (Holibková, Laichman, 2006).

Jak je vidět na obrázku 1 stěnu trávicí trubice tvoří čtyři vrstvy. Nejvnitřnější vrstva je sliznice, dále je to podslizniční vazivo. Následuje svalová vrstva a konečně vazivový obal.



Obrázek 1. Stěna trávicí trubice (Holibková, Laichman, 2006) 1 – stěna břišní, 2 – řídké vazivo, 3 – povrchová vrstva (tunika serosa), 4 – svalová vrstva (tunika muscularis), 5 – podslizniční vazivo (tunika submucosa), 6 – sliznice (tunika mucosa)

A) Sliznice – tunika mucosa – vystýlá dutiny trávicí trubice jako měkká, růžová až červená vrstva, zvlhčená sekretem ze žlázek. V některých oddílech je hladká, jindy je složena v řasy, nebo vybíhá v drobných výběžcích. Tvoří ji **a) epitel**, v začátku a v konci trubice vrstevnatý, dlaždicový, nerohovějící, ve střední části je to epitel jednovrstevný, cylindrický, **b) lamina**

propria mucosae, představovaná slabou vrstvičkou vaziva, která může být doplněna zevně jemnou vrstvou hladké svaloviny – **lamina muscularis mucosae**, umožňující posun sliznice po svalovině trávicí trubice. Ve vazivu sliznice jsou uloženy žlázy, sítě krevních a lymfatických kapilár, nervů a v některých místech je i nahromadění lymfocytů, usazených v síti retikulárních buněk – lymfatické uzlíky.

B) Podslizniční vazivo – tunika submucosa – je řídké vazivo, připojující sliznici k další vrstvě – ke svalovině. V submukoze jsou uloženy pleteně silnějších cév a nervů.

C) Svalová vrstva – tunika muscularis je tvořena na začátku a na konci trávicí trubice svalovinou příčně pruhovanou, ve střední části, tj. od střední části jícnu k dolní části rekta svalovinou hladkou. Svalovina je uspořádána ve dvou vrstvách – **vnitřní – cirkulární a zevní – podélné – longitudinální**. Jak hladká, tak i příčně pruhovaná cirkulární svalovina je místy zesílena ve svěrače - **sfinktery**. Mezi cirkulární a podélnou svalovinou je slabá vrstvička vaziva, ve kterém leží další nervová pleteň.

D) Zevní povrchová vrstva je vytvořena buď jako **a) tunika adventina** – složená z řídkého či zahuštěného vaziva, který spojuje příslušný odstavec trávicí trubice s okolím. Takto vytvořená zevní vrstva obaluje části trávicí trubice, které neleží v pobřišnicové dutině.

Druhou formou povrchové vrstvy je hladká a lesklá **b) tunika serosa**, která obaluje část trávicí trubice, přivrácenou do břišní dutiny. Tvoří ji jedna vrstva plochých epitelových buněk, tak zvané **mesotelové buňky**, podložené malou vrstvičkou subserosního vaziva – **tunika subserosa** (Elišková, Naňka, 2006).

Žlázy v trávicí trubici jsou rozmístěny po celé délce trubice a to buď jako jednotlivé buňky přímo v epitelu sliznice, nebo jako drobné žlázy v mukose, zasahující někdy až do submukozy. Posledním typem žlázek jsou velké žlázy, které jsou uloženy mimo trávicí trubici, ale svými vývody žlázové sekrety do trávicí trubice odvádějí. Patří k nim například játra a pankreas (slinivka břišní) (Elišková, Naňka, 2006).

2.1.2 Anatomie a fyziologie tenkého střeva

Tenké střevo – *intestinum tenue*, je nejdelším úsekem trávicí trubice, spojující pylorus (vrátník) žaludku s tlustým střevem. V tomto úseku probíhá největší část trávení potravy a vstřebávání jednoduchých složek rozštěpené potravy. Tenké střevo začíná ve výši obratlového těla L1 (zde se projikuje pylorus) a končí v pravé jámě kyčelní. Délka tenkého

střeva je variabilní: za živa 3-5 metrů, po smrti až 7 metrů vzhledem k uvolnění svalového tonu.

Tenké střevo má 3 části: **duodenum** (dvanáctník), **jejunum** (lačník) a **ileum** (kyčelník).

Obecná stavba tenkého střeva

Střevní stěna střeva je složena ze sliznice a jejího vaziva, podslizničního vaziva, svaloviny a serosy (peritoneum). Sliznice je kryta buňkami – **enterocyty**, což je jednovrstevný cylindrický epitel s resorpčními schopnostmi. Vybíhá v klky – **villi intestinales**, které jsou výchlipky epitelu a vaziva, kryté enterocyty. Klky obsahují krevní a lymfatické cévy, kde se vstřebávají cukry a aminokyseliny a tuky. Slizniční vazivo obsahuje lymfatickou tkáň ve formě jednotlivých nebo nakupených lymfatických uzlíků (Rokyta, 2008).

Duodenum – dvanáctník. Jeho délka je kolem 12 palců, tj. asi 25-28 cm, průsvitu 3,5-4,5 cm. Má části: **pars superior**, která je dlouhá 5 cm a projikuje se na 1. lumbální obratel: **pars descendent**, která je 8 cm dlouhá a projikuje se na L2 až L3 obratel: **pars horizontalis**, 10 cm dlouhá se projikuje na L3 obratel: **pars ascendent** je 3 cm dlouhá a projikuje se na dolní část L2 obratle.

Pars superior začíná rozšířením – **bulbus duodeni**. Je místem častých vředů vzhledem k jeho chudšímu cévnímu zásobení. Jeho zadní stěnu křížuje vertikálně vena portae a ductus choledochus. Pars descendent je ventrálně křížena horizontálně probíhajícím mesocolon transversum. Vzadu naléhá na pravou nadledvinu a na hilus pravé ledviny. Pars horizontalis běží zprava doleva pod hlavou pankreatu. Za zadní částí duodena leží vena cava inferior, aorta a z ní odstupující a. mesenterika inferior. Pars ascendent leží nalevo od předcházející části, stoupá kranálně do úrovně obratle L2, následovně se obrací kaudálně a dopředu. Ohyb se nazývá **flexura duodenojejunalis**. Průběh duodena má tvar písmene C, v jehož konkávitě leží hlava pankreatu. Tento útvar se nazývá duodenální okénko (Rokyta, 2008).

Sliznice má ploché klky a je složena v kruhovitě řasy – **plicae circulares**. Tyto chybí v horní části duodena kde je sliznice hladká. Obsahuje žlázy dvojího druhu A) glandulae intestinales trubcového tvaru. Žlázy produkují isotonickou tekutinu do které se z enterocytů dostávají enzymy. B) glandulae duodenales – jsou specifické pro duodenum, sahají do podslizničního vaziva a produkují alkalický sekret, který neutralizuje kyselinu solnou obsaženou v žaludeční šťávě. V sestupné části duodena je v místě přilehlém ke hlavě slinivky břišní podélná řasa, na které vyúsťují na vyvýšenině **papila duodeni major** hlavní vývod pankreatu – **ductus pancreaticus major** – nejčastěji dohromady s vývodem žlučových cest –

ductus choledochus. V horní části řasy ústí do duodena na malém vyvýšení – **papila duodeni minor** – **ductus pancreaticus minor** (Rokyta, 2008).

Lačník a kyčelník – jejunum a ileum

Jsou uloženy v oblasti pod mesocolon transversum v pars inframesocolica chvi peritonei. Převážně prázdné jejunum tvoří asi 2/5 délky střeva, je v levé horní části peritoneální dutiny. Ileum leží zejména v její pravé dolní části a představuje 3/5 délky střeva. Střevo leží zavěšeno na peritoneální duplikatuře – **mesenterium**, které je rozprostřeno od svého úponu – **radix mesenterii**, při flexura duodenojejunalis a směřuje obloukem do pravé jámy kyčelní. Jejunum je širší, průměru 3 cm, narůžovělé díky mohutnějším arteriálním pletením, které tvoří na mezenteriálním okraji jednu řadu cévních arkád. Na sliznici jsou patrné vyšší cirkulární řasy. Z arkád odstupují přímé tepénky ke stěně střeva. Přechod jejuna do ilea je nezřetelný. Ileum je tenčí, průměru 2,5 cm a bledší. Slizniční cirkulární řasy aborálním směrem se snižují, až téměř vymizí. Ileum se napojuje v pravé jámě kyčelní ileocekálním ústím – **ostium ileocaecale** do tlustého střeva. Má zde vytvořenou chlopeň, která směřuje střevní obsah do tlustého střeva. Chlopeň dovoluje za změněných podmínek částečnou regurgitaci střevního obsahu z tlustého střeva zpět do ilea (Elišková, Naňka, 2006).

V tenkém střevě se odehrává konečné zpracování potravy. Živiny se rozkládají na nejjednodušší složky (**trávení**) a jsou transportovány do krve nebo mízních cév (**vstřebávání**).

Tenké střevo je ke své funkci dobře přizpůsobeno: je dlouhé 4-7 metrů a má vnitřní plochu přibližně 250 m² (to je 140krát více, než je velikost povrchu těla). Sliznice je poskládána do řas (plicae circulares Kerckringi) a tvoří výběžky – klky. Je kryta enterocyty, které mají na povrchu kartáčový lem tvořený mikrokly (výběžky buněk), čímž se dále zvětšuje povrch střeva, tolik potřebný k vstřebávání. Klk je výchlipka sliznice, do níž vstupuje arteriola, větvíci se uvnitř do kapilár, a vystupuje z ní žíla. Obě krevní cévy jsou doprovázeny cévou lymfatickou. Toto uspořádání umožňuje snadný odvod vstřebaných živin do krve (látky rozpustné ve vodě) a do lymfy (látky rozpustné v tucích) (Rokyta, 2008).

Střevní šťáva

Denně se v epitelálních buňkách Lieberkúhnových krytp tvoří kolem 1800 ml čisté tekutiny s mírně alkalickým pH (7,5-8,0), která se rychle neabsorbuje v klcích. Tato tekutina tvoří rozpouštědlo pro vstřebané živiny. V případě, že je reabsorpce porušena, ztrácejí se ve velkém

množství tekutiny a ionty průjmovitou stolicí, což může vést k život ohrožujícímu stavu. (např. toxin cholery blokuje reabsorpci střevní šťávy, vznikají vodnaté průjmy a obrovské ztráty tekutin a iontů (pět až deset litrů za den), které bez léčby téměř vždy končí smrtí.

Brunnerovy žlázy, lokalizované hlavně v duodenu, secernují především hlen, který stejně jako v ostatních částech trávicího traktu má za úkol chránit sliznici. Kromě toho se ve střevě produkují také další trávicí enzymy. Jsou uvolňovány natrávením z deskvamovaných buněk tenkého střeva. Jsou to především disacharidázy (dokončující štěpení cukrů), peptidázy (štěpící peptidy na aminokyseliny) a střevní lipáza (Rokyta, 2008).

Motilita tenkého střeva je regulována nervově a humorálně. Nervovou regulaci obstarávají sympatikus (zpomalení), parasympatikus (zrychlení) a reflexy: intestino-intestinální (roztažení jedné části zajistí relaxaci zbytku střeva), ileo-gastrický (rozpětí ilea sníží motilitu žaludku) a gastro-ileální (zvýšení motility žaludku zvýší motilitu ilea). Z humorálních působků zvyšuje motilitu, bombezin a neurotensin a snižuje ji somatostatin a GIP (gastroinhibiční peptid).

Asi dvě hodiny po jídle proběhne tenkým střevem peristaltická vlna v celé délce. Jde o motorický myenterický komplex, který je pravděpodobně spouštěn hormonem motilinem. Cílem této aktivity je zabránit šíření bakterií tlustého střeva orálním směrem (Rokyta, 2008).

Zvláštní význam má část tenkého střeva nazvaná **dvanáctník – duodenum**:

1. řídí sekreci a vyprazdňování žaludku (nervově enterogastrickým a duodenokolickým reflexem a humorálně GIT, sekretinem, CCK a somatostatinem),
2. na Vaterskou papilu ústí vývody pankreatu a žlučníku, a proto v něm působí trávicí enzymy pankreatické šťávy a žluč,
3. vstřebávají se v něm vitamíny B₁, B₂ a C.

Z duodena přechází trávenina do **lačnicku (jejuna)** a **kyčelníku (ilea)**. Kde se tvoří střevní šťáva tenkého střeva, která rozkládá natrávené živiny na jednoduché sloučeniny, a kde se živiny hlavně vstřebávají.

Hlavní funkce tenkého střeva je vstřebávání, vstřebávají se v něm cukry, tuky, bílkoviny, ionty, voda i vitamíny.

Resorpce cukru. Do krve se vstřebávají téměř výhradně monosacharidy. Nejvíce cukrů se vstřebává v duodenu a proximálním jejunu. Většinou jde o sekundární aktivní transport (kotransport).

Resorpce tuků. Žlučové kyseliny tvoří v lumen střeva micely (transportní forma tuků ve střevě) s mastnými kyselinami (MK) a monoglyceridy. Jakmile se micely dostanou k membráně enterocytů, rozpadnou se MK a monoglyceridy projdou membránou do buněk (enterocytů) a žlučové kyseliny se vracejí do lumen střeva.

MK o krátkém řetězci se dostávají z buněk přímo do krve, ale delší MK, monoglyceridy a diglyceridy vstupují do endoplazmatického retikula, kde se znovu vytvářejí triglyceridy (triacylglyceroly). S absorbovaným cholesterolem, fosfolipidy a β -lipoproteiny vytvářejí triglyceridy v enterocytech **chylomikra**, tukové kapénky, které se exostózou dostávají do lymfy a pak hrudním mízovodem do krve (Rokyta, 2008).

Resorpce proteinů. Bílkoviny se vstřebávají hlavně ve formě aminokyselin, méně v podobě dipeptidů. Vstřebávají je podobné látky jako u glukózy: sekundární aktivní transport (Na^+ kontransport). Některé aminokyseliny mají svůj specifický přenašečový systém (např. arginin).

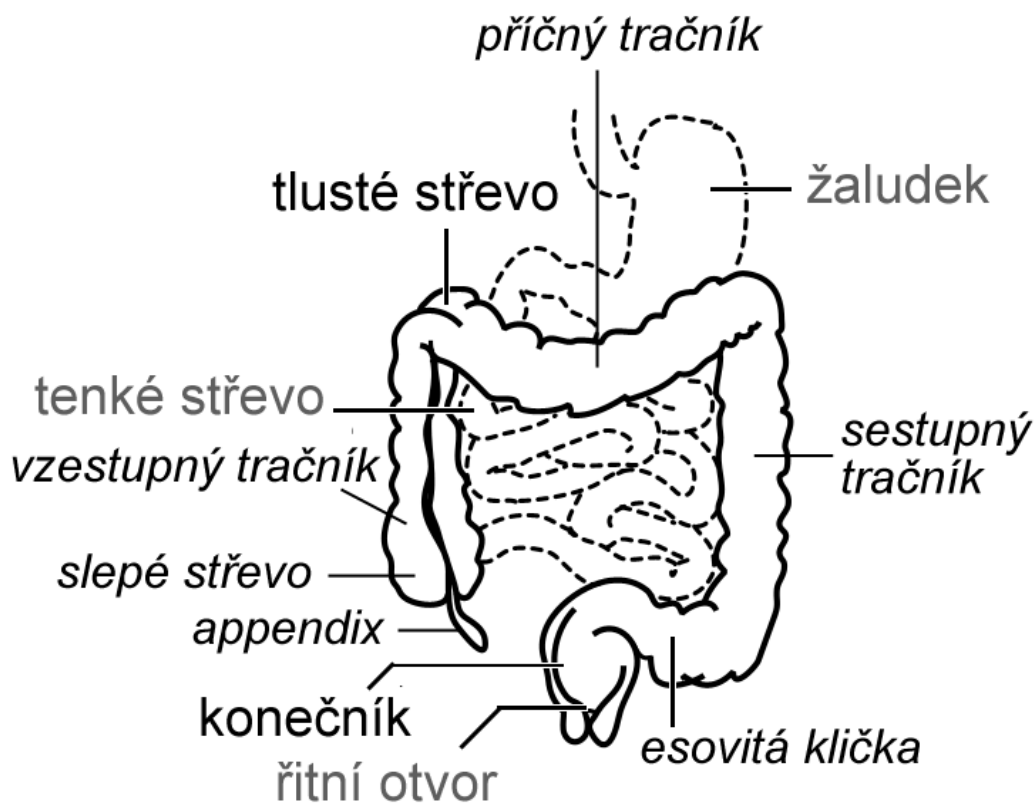
Resorpce vody probíhá v podstatě po osmotickém gradiendu. Jak se z hyperosmotického roztoku chymu postupně vstřebávají živiny, stává se tento roztok hypoosmotickým a střevní sliznice začne resorbovat vodu. Denně se v GIT (gastrointestinálním traktu) resorbuje kolem 9 litrů vody (z toho je však 7 litrů trávicích šťáv).

Resorpce iontů. Jednomocné ionty se vstřebávají snadno a ve velkém množství, dvojmocné ionty obtížněji a většinou aktivním transportem.

Resorpce vitamínů. Vitamíny rozpustné ve vodě se vstřebávají v duodenu přímo do krve, rozpustné v tucích společně s tuky v tenkém střevě do lymfatických cév. Vitamín B_{12} se vstřebává v terminálním ileu (Rokyta, 2008).

2.1.3 Anatomie a fyziologie tlustého střeva

Tlusté střevo (intestinum crassum) zobrazené na obrázku 2 - má tyto části: caecum (slepé střevo), colon ascendent (vzestupný tračník), colon transversum (příčný tračník), colon descendent (sestupný tračník), colon sigmoideum (esovitá klička) a rektum (konečník).



Obrázek 2. Tlusté střevo (www.kolorektum.cz)

Obecná charakteristika tlustého střeva: je dlouhé 1,2 až 1,5 metrů, průsvitu 4-8 cm, našedlé barvy. Má typickou trojici poznávacích znaků: **1) appendice epiploicae**, což jsou výchlípky peritonea, které pokrývají střevo. Jsou vyplněné tukem. **2) Taeniae**, které v počtu tří pruhů tvořených longitudinální svalovinou jsou rozloženy po obvodu střev. Markantní je taenia libera volně přístupná, dobře viditelná a končící na apendixu. **3) Haustra** jsou vyklenutí střevní stěny mezi teniemi. Jednotlivá vyklenutí jsou oddělena poloměsíčitými řasami – **plicae semilunares**, které prominují do dutiny střeva. Jejich podkladem jsou kontrahované snopce cirkulární svaloviny (Rokyta, 2008).

Caecum – slepé střevo je dlouhé 10 cm a je uloženo v pravé jámě kyčelní. Vyústění ilea do caeca je místem odkud začíná colon ascendent. Caecum začíná slepě vakem, z jehož vrcholu odstupuje červovitý výběžek – **apendix vermiformis**. Apendix je silný cca tužky, průměrně dlouhý 5-10 cm, vzácně dosahuje délky 2-50 cm. Je fixován svým závěsem k caecu. Vyznačuje se tím, že v podslizničním vazivu je nahromadění lymfatické tkáně, která může být postižena zánětem – apendicitis. Apendix může mít různé polohy. Sahá nejčastěji do pánve,

dále za caecum, méně často probíhá před a po stranách caeca. Obecně, ale nesprávně se používá název pro appendix slepé střevo (Rokyta, 2008).

Colon ascendens – vzestupný tračník

Colon ascendens plynule navazuje na caecum, je dlouhé 16-20 cm a táhne se vzhůru až pod játra. Je přisedlé na zadní stěnu břišní, kde se projikuje na svaly lumbální krajiny a dolní pól pravé ledviny. Pod játry přecházejí svým ohbím – **flexura coli dextra (hepatica)** do příčného tračníku – **colon transversum**.

Colon transversum – příčný tračník je dlouhé v průměru 50 cm, prochází v mírném oblouku napříč dutinou břišní na levou stranu, kde je další ohyb střeva – **flexura coli sinistra (lienalis)**. Příčný tračník se promítá přibližně do úrovně pupku a jeho levá část je uložena kranialně než strana pravá. Je zavěšen na peritoneální duplikatuře – **mesocolon transversum**. Závěs dovoluje značnou pohyblivost této části střeva. Levý ohyb je uložen v hloubce břišní dutiny za levou částí žaludku a pod slezinou a přechází v sestupnou část tlustého střeva – **colon descendens** (Rokyta, 2008).

Colon descendens – sestupný tračník je dlouhý 20-30 cm a přirostlý na zadní stěnu břišní. Dosahuje levé jámy kyčelní, kde přechází v esovitou kličku.

Colonum sigmoideum – esovitá klička ve formě písmene S přechází závěsem přes mutulus psoas major, levý močovod a vasa iliaca minima do pánve, kde navazuje na rectum. Esovitá klička je přidržována volným peritoneálním závěsem – **mesosigmoideum** k zadní straně břišní.

Cévy a nervy střeva: střevo dostává tepennou krev cestou arteria mesenterica superior a inferior. Arteria mesenterica superior probíhá v mesenteriu do pravé jámy kyčelní a vydává větve pro tenké střevo, pro začátek tlustého střeva a konečně pro vzestupný tračník a pravou část příčného tračníku. Zbytek tračníku a colon sigmoideum jsou zásobeny z arteria mesenterica inferior. Vény (žíly) svým průběhem odpovídají tepnám. Venosní krev ze střev odtéká do vena portae, vznikající za hlavou pankreatu soutokem vena mesenterica superior s vena lienalis. **Lymfa** odtékající ze střeva jde do lymfatických cév mezenterálních závěsů, kde jsou 3 řady uzlin. Z poslední řady odtéká lymfa cévami do truncus intestinalis. **Inervace** střeva je realizována sympatickými a parasympatickými nervy (Rokyta, 2008).

Konečník – rectum je konečným úsekem tlustého střeva, kde jsou patrné dvě části: horní rozšířený, v pánvi uložený úsek, cca 10 cm dlouhý - **ampula recti** a dolní, úzký 2-4 cm dlouhý úsek – **canalis analis**. Rectum se klade do vyhloubení os sacrum a je zakřiveno v rovině frontální i sagitální. Na sliznici odpovídají těmto zakřivením tři poloměsíčitě příčné řasy. Poslední částí střeva je canalis analis, který prochází svalovou hrází – diafragma pelvis, a vyúsťuje zevně řitním otvorem – **anus** (Rokyta, 2008).

Stavba stěny recta a anu

Jsou složeny z typických vrstev a to ze silné sliznice, vybíhající v rektu ve tři **poloměsíčitě příčné řasy – plicae transversae**: horní, dolní a silnější vytvořená řasa střední. Sliznice v canalis analis vybíhá v podélné řasy – **columnae anales**, které nad řitním otvorem přecházejí do cirkulárně zesíleného slizničního prstence. Ten je podmíněn nahromaděním žilních pletení – **zona hemorrhoidalis externa**, kde dilatací stěny žil mohou vznikat zevní hemeroidy. Svalovina rekta je tvořena hladkou vnitřní, cirkulární a silnou zevní, longitudinálně probíhající vrstvou. Obě části svaloviny přecházejí do stěny análního kanálu. Cirkulární složka při zevní části kanálu vytváří hladký cirkulární svěrač – **m. sphincter ani internus**. Zevně od něho svalovina hráze vytváří příčně pruhovaný svěrač – **m. sphincter ani externus**, ovládaný naší vůlí. Zevní vrstvou horní části rekta představuje peritoneum, dolní část rekta obaluje řidší vazivo. Canalis analis je kryt tužším vazivem – **paraproctium** (Elišková, Naňka, 2006).

Do kolon prochází trávenina 4 cm dlouhým ileocékálním svěračem, který brání překotnému vyprazdňování tenkého střeva a současně návratu tráveniny.

Hlavní funkcí tlustého střeva je **vstřebávání iontů a vody, skladování zbytků chymu, tvorba a vylučování formované stolice (defekace)**. Kromě toho se zde činnosti bakterií **produkuje vitamín K**.

V colon se netvoří trávicí šťáva, ale tak jako ve všech ostatních částech trávicí trubice se zde produkuje množství vazkého hlenu, který ochraňuje stěnu tlustého střeva před poškozením a pomáhá tvořit formovanou stolici. Stejně jako v celém trávicím systému se **pohyby tlustého střeva** dělí na místní – mísící a celkové – peristaltické (propulzivní). Regulace pohybů je reflexní (např. duodenokolický nebo gastrokolický reflex – po rozpětí duodena nebo

žaludku se reflexně zvýší peristaltika kolon), ale je také řízena parasymptikem (zrychluje motilitu).

Tlusté střevo je osídleno populací různých bakterií, které jsou schopné štěpit část rostlinné vlákniny. Činností bakterií vznikají i vitamíny, především K, ale také thiamin (B₁) a riboflavin (B₂). Kromě toho se zde tvoří střevní plyny složené z CO₂, vodíku, sirovodíku a metanu (Rokyta, 2008).

Trávenina se prostupem tlustým střevem postupně zahušťuje resorpcí iontů a vody, formuje se ve stolici a prochází do rekta. Tlak 2,5-5,5 kPa vyvolá pocit nucení na stolicí a po zvýšení tlaku na 5,5-6,5 kPa (50 torrů) vzniká **defekační reflex**. Samovolnému odchodu stolice brání dva svěrače (sfinktery): vnitřní svěrač (z hladké svaloviny, vůlí neovlivnitelný) a zevní svěrač (z příčně pruhované svaloviny, vůlí neovlivnitelný). Při defekačním reflexu svěrače ochabují a zapojují se břišní svaly a bránice (zvětšuje se břišní lis), kontrakce se účastní i hrudní svaly při inspiriu a zavřené hlasivkové štěrbině.

Denně se vyloučí 100-300 g formované stolice v závislosti na charakteru stravy. Jednou z nejčastějších civilizačních chorob je zácpa a kontrolou složení přijímané potravy se dá částečně tomuto nepříjemnému onemocnění vyhnout (Rokyta, 2008).

2.1.4 Fyziologie trávení a vstřebávání

Organizmy mohou vykonávat své životní funkce jen za přispění energie, kterou získávají ze živin. Pro příjem živin, tekutin, minerálů a vitaminů se během fylogenetického vývoje vytvořil trávicí systém (Rokyta, 2008).

Trávicí systém (gastrointestinální trakt – GIT) má tyto funkce:

1. **trávení** – mechanické a chemické zpracování potravy,
2. **vstřebávání** – přestup látek stěnou GIT do krve nebo lymfy,
3. **přeměna a skladování živin** (hlavně v játrech)
4. **vylučování** (odstraňování netrávených zbytků potravy a zplodin metabolismu).

Trávicí trakt je v podstatě trubice začínající ústy a končící řitním otvorem. Potrava a další látky se pomalu sunou celou jeho délkou a jsou postupně rozkládány na jednoduché částice, které tělo dokáže vstřebat. Každá část trávicí trubice je přizpůsobena účelu, jemuž slouží: ústa – rozmělnování potravy a tvorbě sousta, jícen – transportu, žaludek – skladování a dalšímu

rozměňování potravy, tenké střevo – trávení a vstřebávání, tlusté střevo – zahušťování obsahu a sběru odpadních látek pro následné vylučování z organismu (Rokyta, 2008).

Živina se nestane součástí vnitřního prostředí, dokud neprostoupí stěnou trávicího traktu a nevstoupí do krve nebo lymfy. Trávicí systém je vybaven mechanismy, které nedovolí prostup cizorodých antigenů. Kromě bariér (tight junctions), hlenu na povrchu sliznic, lysozymu a sekrečních proteinů je ve střevě výrazně zastoupena lymfatická tkáň (Rokyta, 2008).

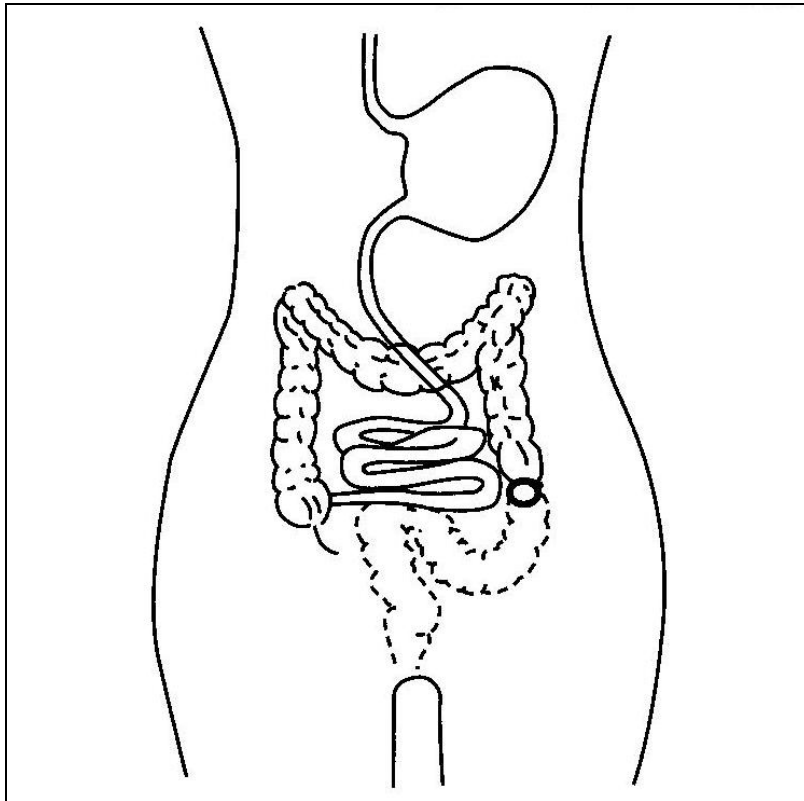
2.2 Stomie

2.2.1 Pojem stomie

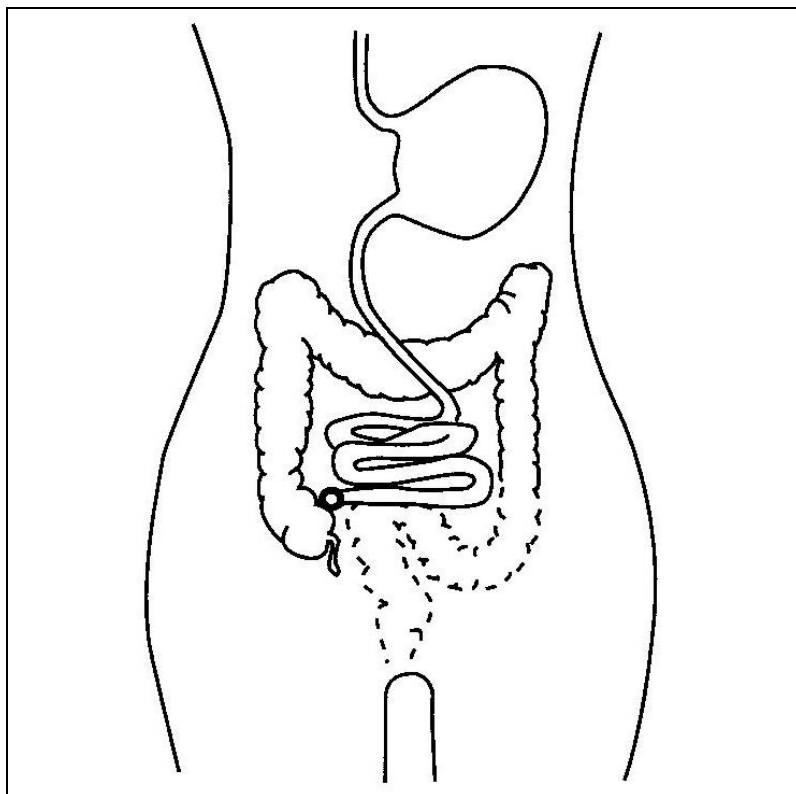
Stomie vychází z řeckého slova *stoma*, *stomas* (ústa, otvor, ústí) a znamená vyústění dutého orgánu na povrch těla jeho chirurgickým vyšetím anebo pomocí katétru. Vyústění orgánů se vytvářelo již v období před naším letopočtem většinou po poranění dutiny břišní, spontánně a umožňovalo přežití jedinců. V současnosti jsou stomie zakládány z důvodů onemocnění střev nebo jiných nitrobřišních orgánů a komplikací vzniklých při jejich léčbě (Zachová, 2010).

Stomie můžeme dělit dle různých kritérií, která mohou být platná jak pro kolostomie (vyústění tlustého střeva) na obrázku 3, tak pro ileostomie (vyústění tenkého střeva) na obrázku 4, a to **podle časového trvání**, rozeznáváme stomie **trvalé** a stomie **dočasné**. Trvalé jsou založeny tehdy, pokud není možné obnovit přirozenou cestu odchodu stolice či moči.

Dočasné stomie bývají vytvořeny na dobu, kterou stěna orgánové soustavy potřebuje na obnovení své plné funkčnosti. I dočasná stomie se může stát trvalou, pokud stomik nechce již podstupovat další operaci, která je nutná k obnově kontinuity střeva přirozenou cestou, nebo to nedovolí jeho zdravotní stav (Zachová, 2010).



Obrázek 3. Kolostomie (Slezáková, 2007)



Obrázek 4. Ileostomie (Slezáková, 2007)

Dle účelu, pro který byla stomie založena, je dělíme na **výživné a derivační**. Výživné se zakládají na horní části zažívacího traktu (gastrostomie, jejunostomie) a slouží k zajištění přísunu speciálně upravené stravy do zažívacího ústrojí. Derivační stomie slouží k odvodu střevního obsahu do snímatelného sběrného systému (sáčku) při nemožnosti přirozeného vyprazdňování (Zachová, 2010).

Dle způsobu konstrukce stomie rozlišujeme na *nástěnnou*, která se volí méně často (např. na céku), jedná se o vyšití střeva k břišní stěně. Pomocí drénu zavedeného do střeva lze konstruovat nástěnnou stomii tzv. Witzelova typu. *Koncová, jednohlavňová* stomie se nazývá terminální. *Dvouhlavňová* (axiální, kličkovou) stomii tvoří klička střeva, protažená stěnou břišní. Po otevření přední části střeva má stomie dva otvory (přívodný – proximální a odvodný – distální). Střevo není zcela přerušeno. Prvních 5-10 pooperačních dnů se ponechává pod kličkou zaveden jezdec (kolíček), který napomáhá přihojení střeva k břišní stěně. Dvouhlavňová stomie může být vytvořena i vyvedením dvou terminálních konců odlišných úseků střeva vedle sebe tak, že je možné obě hlavy opatřit pouze jednou stomickou pomůckou. Stolici derivuje jen jeden z terminálních vývodů střeva. Pokud je odvodná část střeva vyvedena vzdáleně od přívodné, často se hovoří o tzv. mukózní pištěli (Zachová, 2010).

2.2.2 Kolostomie

Stomie v průběhu tlustého střeva (kolostomie) dělíme **dle lokalizace** na **cékostomii**, tj. umístění stomie v oblasti céka (slepé střevo). Dnes se vytváří ojediněle v případě paralytického ileu (neprůchodnosti střeva) jako prevence spontánní perforace (proděravění) střeva. Cékostomii lze vytvořit pomocí drénu nebo Foleyova katétru, přední stěna střeva je přišita k peritoneu a drén je vyveden břišní stěnou. Po jeho vyjmutí zpravidla cékostomie spontánně zanikne. Střevo může být rovněž přišito přední stěnou ke kůži. Dále pak známe **ascendentostomii**, vývod v úseku vzestupného tračnicku, **transverzostomii**, tj. vyústění stomie v průběhu příčného tračnicku (střední umbilikální krajina). V distálních partiích tlustého střeva se vyvádí **descendentostomie** (úsek sestupného tračnicku) a **sigmoideostomie**,

kdy je stoma vyvedeno v místě esovité kličky na levé polovině břišní stěny (ta se provádí nejčastěji).

Kolostomie se vyšívá většinou tak, že vystupuje pouze v úrovni kůže. Střevní obsah, který odvádí, je většinou tužší. Čím blíže je stomie ke konci střeva (čím distálněji je pořizovaná), tím je odpad kompaktnější. Konzistenci ovlivňuje také složení stravy, množství a druh přijímaných tekutin. Mimo jiné i užívání některých léků (Zachová, 2010).

2.2.3 Ileostomie

Chirurgické vyústění ilea (kyčelník, koncový úsek tenkého střeva) břišní stěnou a sběr odváděného obsahu do stomického systému je vysvětlením výrazu **ileostomie**. Obecně se ileostomie označuje vývod na tenkém střevě. Pro porozumění všem souvislostem je proto vždy lepší používat konkrétní výrazy. Na tenkém střevě můžeme rozlišovat vývod z první části tenkého střeva – **duodenostomii** i z úseku jejunu – **jejunostomii**.

Tyto vývody mohou sloužit jako výživové vstupy, anebo jsou zakládány při vážných onemocněních jako stomie derivační. U stomiků s výše uloženou ileostomií, ale především jejunostomií, se dostavuje „syndrom krátkého střeva“ (výživa musí být doplňována parenterálně (mimostředně)).

Ileostomie mohou být rovněž **dočasné a trvalé**. Dočasně jsou vytvořeny na dobu nezbytnou pro zhojení operovaného úseku střeva, bývají zpravidla **dvouhlavňové** (tzv. Williamsova ileostomie) anebo **jednohlavňové terminální ileostomie** (dle Brooka). Obvykle jsou lokalizovány na pravé straně břišní stěny. Odvádí tekutý, agresivní střevní obsah. Ošetřování ileostomie je z tohoto důvodu náročnější než ošetřování kolostomie. Snahou chirurgů je konstruovat ileostomii přecházející 1-2 cm nad břišní stěnou, což umožňuje jednodušší ošetřování okolí střevního vývodu a ochranu kůže před nebezpečným jímáním obsahu do stomického systému. Množství a konzistence střevního obsahu z ileostomie se dá částečně ovlivnit stravou i medikamentózně, přesto je množství stolice velmi objemné a podle toho může být frekvence vyprazdňování stomického systému 2-8x denně (Zachová, 2010).

2.2.4 Ostatní typy stomií

Jak vyplývá z definice pojmu stomie, může se jednat o jakékoliv vyústění dutého orgánu na povrch těla. Mimo již výše uvedené se můžeme setkat s dalšími druhy stomií, patří mezi ně např.:

Tracheostomie je chirurgické vytvoření otvoru v průdušnici (trachea), průchodnost je zajištěna tracheostomickou kanylou. Účelem tracheostomie je zprůchodnění dýchacích cest, odstraňování sekretu z dýchacích cest a zajištění dýchání na dobu dočasnou nebo trvale.

Ezofagostomie je vyústění jícnu, kudy se derivují sliny. Indikace k výkonu je neprůchodnost vrozená, anebo získaná (onemocnění, úrazy).

Gastrostomie je chirurgické vyústění žaludku skrze břišní stěnu. Je indikované při neprůchodnosti jícnu, může být cestou zajištění výživy u pacientů s onkologickým (nádorovým), neurologickým (nervovým) onemocněním, ale i ve stavech akutní ataky psychiatrického (duševního) onemocnění. Patří mezi stomie výživné, které se zakládají nejčastěji pomocí endoskopických (metoda umožňující prohlédnutí vnitřních tělesných dutin nebo dutých orgánů) technik (Zachová, 2010).

Nefrostomie je umělé vyústění ledviny a odvádění moči pomocí cévky zavedené skrz kůži přímo do ledvinné pánvičky.

Epicystostomie je chirurgické vyústění močového měchýře břišní stěnou (Vokurka, Hugo, 2007).

2.3 Onemocnění vedoucí k založení stomie

Základní rozdělení chorob gastrointestinálního traktu, jejichž léčba může být spojena se založením stomie, zahrnuje: **idiopatické střevní záněty** (vznikající bez známé příčiny) – **Crohnova choroba** a **Ulcerózní kolitida**, **ileózní stavy** (střevní neprůchodnost), **perforaci** (proděravění) **střeva**, **ischemii** (nedokrevnost), **prekancerózy** (předrakovinný stav) a **nádorová onemocnění**, **inkontinence**, ale i **úrazové stavy**. Následkem těchto chorob se může rozvinout ileózní stav, který je charakterizován poruchou posunu střevního obsahu, neboli je stavem střevní neprůchodnosti. Založení stomie na zažívacím ústrojí je výkonem, který může vyřešit ileózní stavy (Zachová, 2010).

2.3.1 Crohnova choroba

Crohnova choroba je chronický nespecifický (ničím zvláštním se nevyznačující) zánět střeva tenkého nebo tlustého anebo obou (Lukáš, 1997). Nemoc má pojmenování dle B. B. Crohna, který spolu s L. Ginzburgem a G. Oppenheimerem popsali nemoc v roce 1932.

Převažujícími příznaky onemocnění jsou průjem, bolesti břicha a úbytek na váze.

Etiologie (příčina) onemocnění je zatím stále nejasná. Z fyzikálního vyšetření může být nejpodstatnější nález bolestivé rezistence (tužší útvar, který „klade odpor“ při vyšetření pohmatem) v břiše.

Základem léčby onemocnění jsou aminosalicyláty (léky používané k léčbě nespecifických zánětů, např. Sulfasalazin), kortikoidy (látky s účinky podobnými hormonům kůry nadledvin), imunosupresiva (léky potlačující imunitní reakce), antibakteriální (protizánětlivé) léky a umělá výživa.

Chirurgická léčba spočívající v resekci (odstranění) postižené části střeva nebo vytvoření anastomózy (anatomické spojení mezi dvěma dutými orgány, např. zažívacího ústrojí), a je užívána u těžkého průběhu a při komplikacích. Z komplikací jsou nejčastější píštěle (abnormální kanálky tvořící komunikaci mezi dutinou a jejím povrchem) a abscesy (chorobné dutiny vzniklé zánětem a vyplněné hnisem) (Lukáš, Žák, 2007).

Při postižení sigmatu, resp. rekta Crohnovou chorobou nezbyvá než založit ileostomii a provést proktokolektomii (chirurgické odstranění konečníku a tlustého střeva) (Lukáš, 1997).

2.3.2 Ulcerózní kolitida

Ulcerózní kolitida je nespecifický hemoragicko-katarální nebo ulcerózní zánět sliznice konečníku a přilehlé části nebo celého tračníku s nárazovým nebo chronicky exacerbujícím (nově vzniklým) průběhem (Lukáš, 1997).

Tak jako u Crohnovy choroby je **etiologie** (příčina) nejasná (Lukáš, 2007). Bylo vysloveno mnoho hypotéz o příčině nemoci, žádná však není přijímána všeobecně. Dříve velmi rozšířený názor, že jde o psychosomatické onemocnění v kontrolovaných studiích neobstál. Psychologické a emoční vlivy nepochybně hrají roli i u tohoto onemocnění, ale podobnou jako u jiných chronických onemocnění. Při vzniku onemocnění působí nepochybně více

činitelů. Uvažuje se o faktorech imunologických, genetických, vlivech zevního prostředí a o faktorech infekčních (Klener, 1999).

Mezi **příznaky** dominující tomuto onemocnění patří průjem, často s příměsí krve. Mohou být tenezmy (nucení na stolici), bolest rektální (konečníku) i v břiše a úbytek na váze.

Základní **terapie** (léčba), zejména lehkého a středně těžkého onemocnění, jsou aminosalicyláty, které jsou podávány i v remisi (vymizení příznaků a projevů nemoci, nikoliv nemoci samotné) jako léčba udržovací. Při neúspěchu této léčby a těžšího průběhu jsou přidávány kortikoidy a imunosupresiva. Důležitou součástí léčby těžšího onemocnění jsou antibiotika (látky, které zastavují růst mikroorganismů, zejm. bakterií) a parenterální (mimostřevní) výživa (Lukáš, 2007).

Chirurgie ulcerózní kolitidy se vyznačuje určitou výhodou oproti chirurgii Crohnovy choroby, neboť vhodně indikovaný a správně provedeným operačním výkonem moderního typu by měl být nemocný své choroby definitivně zbaven. Chronický zánět sliznice a podslizniční vrstvy postihuje u ulcerózní kolitidy výlučně tlusté střevo, resp. rektum, a vynechává střevo tenké (výjimečné až na několik centimetrů terminálního ilea při Bauhinské chlopni) a anální kanál. V moderním pojetí se dnes za metodu volby při urgentní (naléhavé) operaci považuje provedení kolektomie (úplné chirurgické odstranění tlustého střeva) a vyústění terminálního ilea v podobě ileostomie (Lukáš, 1997).

2.3.3 Nádorové onemocnění střev

Mezi nejčastější **nádorové onemocnění** střev patří kolorektální karcinom (rakovina tlustého střeva a konečníku). Kolorektální karcinom je u nás druhým nejčastějším zhoubným nádorem, u mužů po bronchogenním karcinomu, u žen po karcinomu prsu. Nádory rostou zpočátku v místě vzniku, pak prorůstají střevní stěnou do okolních orgánů, šíří se do lymfatických uzlin, krevní cestou metastazují (šíří se) nejčastěji do jater, plic a kostí (Slezáková, 2007).

Vlastní **příčiny** onemocnění nejsou známy, předpokládá se řada rizikových faktorů, mezi které patří: dědičná dispozice, jiná nezhoubná onemocnění tlustého střeva a konečníku, faktory zevního prostředí – jedná se především o nevhodné stravovací návyky (nedostatek vlákniny, vitamínů, grilování, uzení, smažení), alkohol, kouření (Slezáková, 2007).

Kolorektální karcinom **se léčí** převážně chirurgicky, pomocí radioterapie, chemoterapie (léčba pomocí chemických látek – cytostatiky, které tlumí buněčný růst a ničí nádorové buňky) a biologickou léčbou.

Chirurgické výkony se u většiny klientů provádí jako první, spočívá v resekci postižené části střeva s částí okolní zdravé tkáně spolu se spádovými lymfatickými uzlinami. V některých případech je možné okamžité sešití obou konců střeva, někdy je nutné vytvoření tzv. kolostomie (vyústění tlustého střeva na stěnu břišní).

Radioterapie se provádí pouze u karcinomu konečníku jako předoperační terapie ke zmenšení velikosti nádoru, zlepšení operability, u inoperabilních karcinomů rekta má paliativní (zmírňující obtíže a bolest, ale neléčí vlastní podstatu choroby) charakter.

Chemoterapie zvyšuje procento přežití klientů, snižuje procento recidiv (návrat nemoci), u inoperabilních (neoperovatelných) nádorů zlepšuje podmínky a kvalitu přežití.

Biologická léčba (bioterapie, imunologická léčba) patří mezi nejnovější způsob onkologických (nádorových) onemocnění. Aplikují se látky, které jsou chemicky shodné či podobné látkám produkovaným buňkami lidského těla. Jedná se o látky připravené metodami genetického inženýrství (do bakterie nebo buněčných kultur se vloží část genetické informace z lidského genomu, ty pak ve zvýšené míře produkují požadovanou látku). Cílem farmakologických dávek bioterapie je podpora krvetvorby, posílení imunity klienta, ale i přímé ovlivnění šíření nádorových buněk (Slezáková, 2007).

2.4 Komplikace stomií

Komplikace, s nimiž se můžeme setkat při ošetřování stomiků, můžeme rozdělit na **psychosociální** a **fyzické**. Dle časového průběhu dělíme komplikace stomií na **časné** a **pozdní**.

Mezi **psychosociální** komplikace patří maladaptivní porucha, tedy problematické přijetí nejen změny tělesného vzhledu, ale i životního stylu a životosprávy. Je důležité připomenout, že nejen stomie, ale i okolnosti, tzn. souvislosti s charakterem onemocnění, průvodní i následnou léčbou onemocnění, včetně operační zátěže, jsou příčinou stresové situace, v níž se stomik ocitá. To vše může v důsledku znamenat omezení nebo nemožnost zastávat životní role, které naplňují životy lidí. A v tom okamžiku se dostáváme do bludného kruhu stresových faktorů (Zachová, 2009).

Mezi **fyzické** komplikace, které mohou být jak **časné** tak **pozdní** řadíme: prolaps (výhřez), retrakce (vtažení), stenóza (zúžení), alergická reakce, dermatitida (zánětlivé onemocnění kůže), folikulitida (hnisavý zánět vlasového míšku), macerace (změknutí vzniklé působením

tekutiny), nekróza (odumření tkáně), parastomální kýla, prorůstání nádorů, infekce (nákaza), nerovnosti terénu, porušení kůže v peristomální oblasti (Krbová, 2010).

K nejčastějším komplikacím v oblasti stomie patří: macerace v okolí stomie, retrakce, stenóza, parastomická kýla a prolaps.

2.4.1 Macerace v okolí stomie

Macerace peristomální (okolí stomie) **kůže** je nejčastější komplikací postihující pacienty se stomií. Většinou je příčinou netěsnost stomických pomůcek, v jejímž důsledku se dostává agresivní stolice na kůži, a působí tak povrchově i hloubkové poškození kůže. Na poškozené mokvajících plochy peristomální kůže posléze se stomické pomůcky obtížně fixují a situace se dále zhoršuje. Macerace s sebou přináší nejen životní dyskomfort pro bolestivost a nespolehlivost pomůcek, ale dochází i k navýšení jejich spotřeby. Kožní macerace je řešitelná změnou pomůcky a použitím hydrokoloidního ochranného zásypu, který zajistí nejen hojení, ale i fixaci pomůcky tak, že na povrchu mokvajících rány vytvoří hydrokoloidní hmotu (Zachová, 2009).

2.4.2 Retrakce stomie

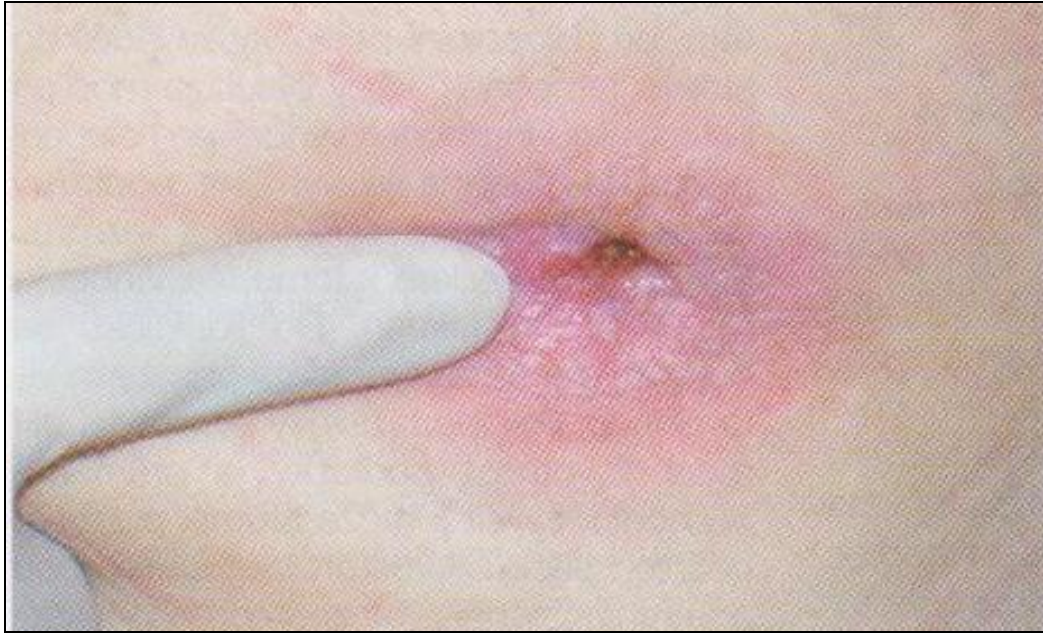
Retrakce, neboli vtažení stomie na obrázku 5, vzniká zejména jako následek operační techniky při zakládání střevního vývodu, kdy je stomie vyšita pod tahem, při špatném zakotvení stehů fixujících střevo ke stěně břišní nebo jeho uvolnění, například ischemizací (nedokrevností). Příčinou může být i zvýšení tělesné váhy stomika po několik měsících až letech po operaci. Retrakce často bývá doprovázena stenózou (zúžením) stomie. Řešení retrakce spočívá ve zvolení vhodného stomického systému, v krajních případech je nutné operační řešení (Cholinská, 2008).



Obrázek 5. Retrakce stomie (Cholinska, 2008)

2.4.3 Stenóza stomie

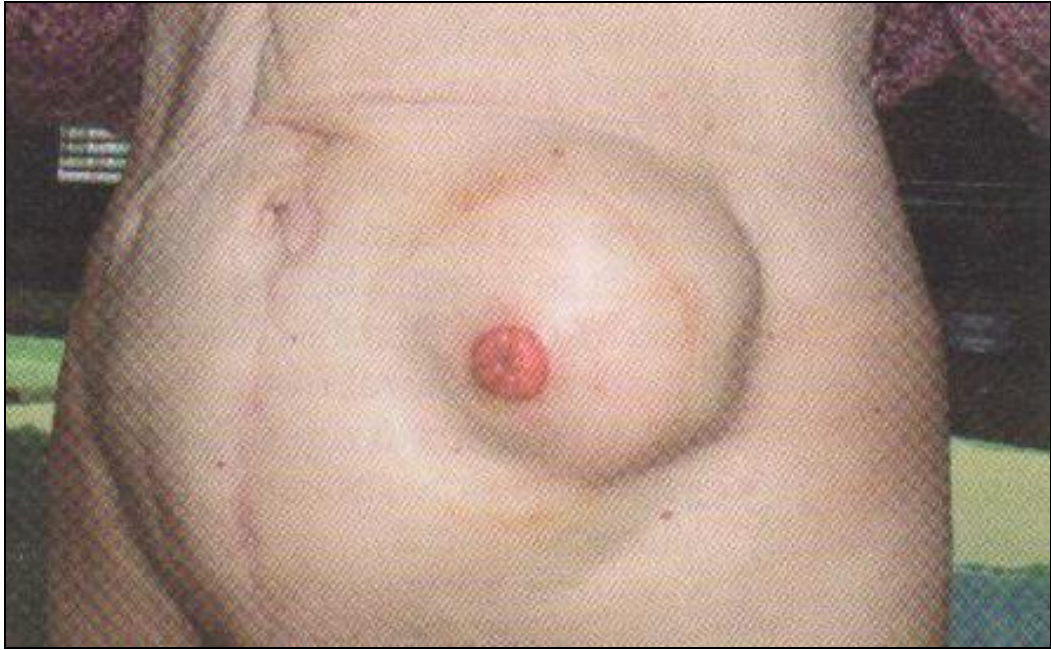
Stenóza, neboli zúžení otvoru vývodu na obrázku 6, postihuje většinou terminální (koncové) stomie zúžením fibrózní (zmnožení vaziva) kožní jizvou. Stenóza vzniká jako následek podnětlivých komplikací v okolí vývodu, event. jako následek prorůstání tumoru. Řešením stenózy může být pravidelná dilatace (rozšiřování) stomie. Používají se buď umělé dilatátory nebo se pacient pod odborným vedením (chirurga nebo stomasestry) naučí zúžení dilatovat (rozšiřovat) vlastním prstem. V některých případech je nutná chirurgická úprava vývodu, kdy se vzniklá fibrózní kožní jizva s ústím stomie exciduje (vyhřezuje) a stomie se znovu vyšije (Cholinská, 2008).



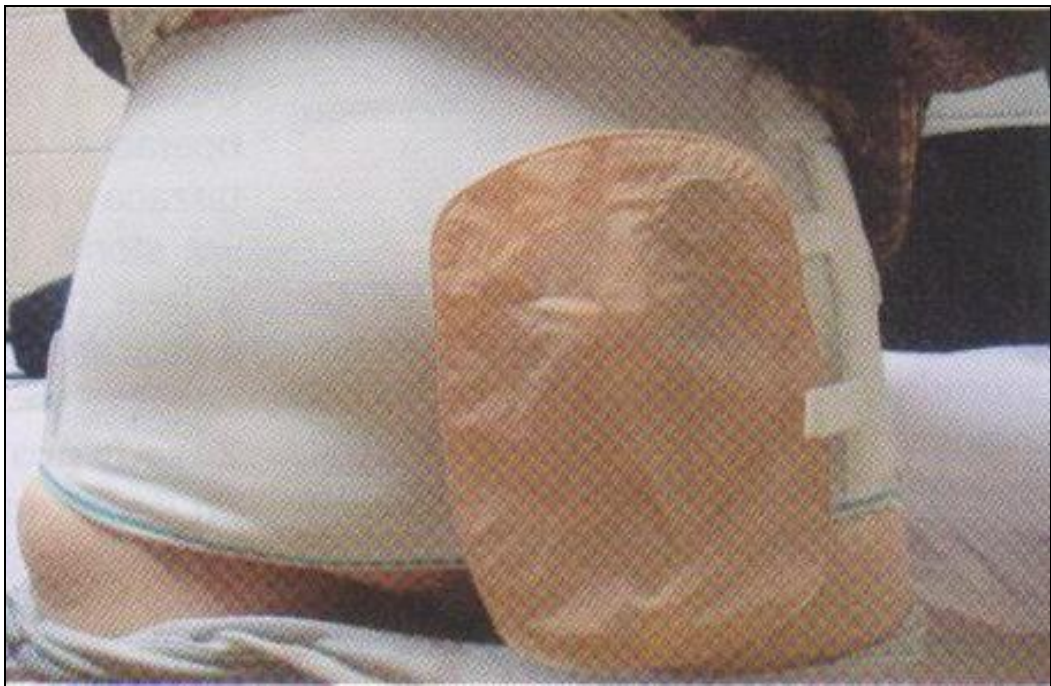
Obrázek 6. Stenóza stomie (Cholinská, 2008)

2.4.4 Parastomická kýla

Parastomická kýla, jak je vidět na obrázku 7 patří mezi velmi časté komplikace. Trpí jí až 40% stomiků. Příčinou bývá operační technika, kdy je vytvořen příliš velký otvor ve stěně břišní nebo je nedostatečně uzavřeno peritoneum (pobřišnice) kolem vyústění střeva. Ke vzniku parastomické kýly přispívá zvýšení intraabdominálního (nitrobřišního) tlaku při chronickém kašli nebo při zvedání a nošení těžkých břemen, dále obezita a ochablost břišních svalů. Jako prevence vzniku parastomické kýly je stomikům doporučeno nošení podpůrného břišního pásu na obrázku 8, zejména při zátěži, a vyhýbání se zvedání a nošení těžkých břemen. Dalším řešením je operace (Cholinská, 2008).



Obrázek 7. Parastomická kýla (Cholinská, 2008)



Obrázek 8. Břišní pás (Cholinská, 2008)

2.4.5 Prolaps stomie

Prolaps stomie neboli výhřez střeva ve stomii na obrázku 9, vzniká zejména u dvouhlavňových stomií na volném úseku tračníku, kdy dochází k výhřezu střeva až na několik centimetrů před stěnu břišní. Příčinou někdy bývá příliš široký otvor ve stěně břišní, špatná fixace střeva a trvale zvýšení nitrobřišního tlaku. Problém nastává, pokud je prolaps více než 8-10 cm velký, kdy je zde nebezpečí poranění a krvácení ze sliznice střeva. Řešením prolapsu je buď repozice (vrácení do původní pozice) nebo operační řešení (Cholinská, 2008).



Obrázek 9. Prolaps stomie (Cholinská, 2008)

2.4.6 Prevence komplikací

Prevence (předcházení) komplikací má význam pro všechny zúčastněné. Pro stomika je zásadní podmínkou pocitu bezpečí a jistoty soběstačnosti v péči o vývod a správně zvolená spolehlivá pomůcka. Rovněž pro ošetřující sestry je odměnou za dodržení správných postupů, a tím minimalizace komplikací, úspora času při bezproblémovém ošetřování. Komplikace při

ošetřování stomií je třeba včas odhalovat a řešit s pomocí zkušených stomasester a lékařů, a stomici tak i přes výčet těchto nesnází mohou žít běžný život beze strachu, nejistoty a bolesti (Zachová, 2009).

2.5 Péče o pacienta se stomií

Je třeba pochopit, že život nemocných se stomií se změní. Již před operací je nutné nemocného dostatečně informovat a připravit na možnost či nutnost založení stomie. Psychologická příprava je žádoucí. Větší chirurgická pracoviště mají tzv. stomické sestry (zdravotní sestra specializovaná a vyškolená pro péči o stomie a stomiky), které při své péči o stomiky dodržují Chartu práv stomiků (Příloha č. 1). Stomická sestra ještě před operací označí nejvhodnější místo pro umístění vývodu a seznámí předem nemocné s možností jejího ošetřování. Nemocnému se stomií je nutné zdůraznit, že může žít dále plnohodnotný život (Valenta, 2007).

2.5.1 Péče o stomii

Mezi základní péči o stomii patří správná hygiena kůže v okolí stomie a výměna stomické pomůcky.

Doporučuje se kůži omývat vlažnou vodou a mýdlem pomocí měkké houby, nepoužívat oleje, tělové mléko do okolí stomie – brání přilnutí stomické podložky. Okolí stomie se má vysušit nedráždivým materiálem a do okolí stomie se nemá používat benzín, který vysušuje kůži (Slezáková, 2007).

Při výměně stomického systému se doporučuje, aby si stomik připravil tyto pomůcky: nesterilní rukavice, sáček na odpad, vlastní stomické pomůcky, doplňkový sortiment, čistící pěna, zahnuté nůžky, buničitá vata, mulové čtverce, měřítko stomie, zrcadlo. Při výměně stomické pomůcky je nutné zajistit dobrý přístup ke stomii a chránit oděv před znečištěním (Skoncová, 2010).

Postup výměny stomické pomůcky:

1. Použitý stomický systém šetrně odstraníme jednou rukou tahem shora dolů. V případě potřeby využijeme odstraňovač náplasti. Pomůcku vložíme do malého odpadkového sáčku, který před odložením do odpadkového koše zavážeme.
2. Stolicí otřeme buničitou vatou a kůži umyjeme vodou nebo čistící pěnou. Osušíme čistou gázou.
3. Kůži ošetříme podle stavu ochranným filmem, pudrem apod.
4. Změříme velikost stomie pomocí měřící šablony. Podle označených okrajů vystříhneme otvor tak, aby byl o 2-3 mm větší, než je průměr stomie. Znovu přiložíme ke stomii. Zkontrolujeme, zda otvor odpovídá tvaru a velikosti stomie. Vystřiženou šablonu přiložíme k lepicí ploše sáčku, obkreslíme a vystříhneme. Lepící plochu zahřejeme a odstraníme plastový kryt z podložky.
5. Sáček přeložíme v polovině a přiložíme ho ke stomii lepicí plochou, přitiskneme k tělu tak, aby dobře přilnula k pokožce. Nesaháme na lepicí plochu.
6. Nově nalepená pomůcka se musí 5-6 minut prohřát, aby dobře přilnula. Ujistíme se, že sáček na těle pevně drží.

Doplňkový sortiment se používá podle potřeby pacienta nebo při komplikacích v okolí stomie (Skoncová, 2010).

2.5.2 Pomůcky pro stomiky

Historie ošetřování stomie

První ošetřování stomie spočívala pouze v překrytí buničitou vatou či plenou. Teprve v 60. letech minulého století se začaly objevovat první pokusy o skutečnou stomickou pomůcku. První pomůcky pro ošetření stomie byly v podstatě jímače obsahu, které se různým způsobem upevňovaly na kůži kolem stomie. Tyto prostředky nebyly příliš spolehlivé. Nepřiléhaly, propouštěly střevní obsah a zápach, manipulace s nimi byla velmi složitá, šustily při pohybu a celkově tak způsobovaly pacientovi výrazný diskomfort. Převazy kolostomie byly velmi složité. Řídká stolice často odcházela a obvaz i ošacení se rychle znečistily. Stomikovi taková péče způsobovala velké tělesné i duševní utrpení. Později se začal používat kolostomický pás (tzv. Jánošíkův pás) na fotografii 1. Ten se podkládal kroužkem z mulového čtverce, ve kterém byl vystřižen otvor velikosti vývodu. Kůže kolem vyústění se natírala Schmiedenovou

pastou, která ochraňovala kůži. Tento pás byl nevyhovující a zabraňoval pacientovi vykonávat denní aktivity (Michálková, 2010).



Fotografie 1. tzv. Jánošíkův pás (Foto autorka práce)

Kolostomický pás se sponou, kroužkem a vyměnitelným polyetylenovým sáčkem měl mnoho nedostatků a dnes je více než zastaralý. Nevyhovující je především tuhá spona. O něco lepší byl pás Saniliac firmy Porges z Francie, který měl alespoň sponu z poddajné hmoty. Nevýhodou těchto kolostomických pásů bylo, že tyto pásy na kůži neseděly bezpečně, sponu nebylo možné upravit na velikost stomie a souprava nezachytávala odér. Navíc byl tento systém nápadný pod oděvem, kroužek po opakovaném použití zapáchal a pacient byl cítit. Výměna celého systému byla příliš zdlouhavá a nehygienická (Michálková, 2010).

Pokrok znamenaly nalepovací sáčky. Základním typem byl sáček, na jehož zadní stěně byla čtvercová lepicí plocha, která se nasadila na stomii. Lepivá plocha kůži silně iritovala (dráždila) a opakované použití sáčků bylo pro okolí stomie velmi devastující.

Nalepovací sáčky měly oproti kolostomickým pásům několik výhod: lepší přilnavost, efektivní zadržení pachu, jednodušší a rychlejší výměnu a nebylo nutné využívat fixačních pásů, čímž se stala tato pomůcka diskrétnější. Velkou nevýhodou však zůstávalo podráždění kůže při časté výměně.

Až později se objevovaly sáčky se samostatnou nalepovací plochou, na niž se sáčky lepily nebo nasazovaly. Podložky zůstaly na kůži několik dní a sáčky se vyměňovaly podle potřeby (Michálková, 2010).

Současné pomůcky pro stomiky

V posledních dvaceti letech došlo k výraznému rozvoji stomických systémů ve firmách po celém světě. V České republice je k lednu 2011 zaregistrováno osm světových firem, které vyrábí a distribuje pomůcky pro stomiky.

Jsou to tyto firmy: B Braun, Convatec, Coloplast, Dansac, Eakin, For life lipoelastic, Salts a Welland (Otradovcová, 2011).

Stomické zdravotnické prostředky neboli pomůcky pro stomiky dělíme na **jednodílné, dvoudílné, adhezivní** (adheze – míra přilnavosti) **technologii, irigační, pomůcky Vitala, drenážní, sběrné denní a noční, přídržné, čistící, ochranné, deodorační a ostatní** (Otradovcová, 2011).

Jednodílné stomické zdravotnické prostředky

Jednodílný stomický systém na fotografii 2 se skládá z hydrokoloidní podložky, která je pevně spojena se sáčkem. Podložka je hypoalergenní, umí absorbovat vlhkost z okolí stomie, chrání a současně hojí poškozenou peristomickou kůži. Obsahuje přirozenou želatinu, lepící polymery a další složky, které se v kontaktu s teplou kůží aktivují a zajistí bezpečné přilnutí. Podložka může mít různý tvar, velikost a tloušťku, podle kterých je více nebo méně flexibilní. Je plochá, částečně konvexní a zcela konvexní. Podložku můžeme podle typu vystřihovat nůžkami nebo tvarovat prsty na velikost stomie (Otradovcová, 2011).



Fotografie 2. Jednodílný systém uzavřený (foto autorka práce)

Sáčky se dodávají v mnoha variantách: průhledné, průhledné s potahem z netkané textilie a průhledovým okénkem, neprůhledné s potahem z netkané textilie, s filtrem, bez filtru, uzavřené fotografie 2, výpustné, urostomické, drenážní. Uzavřený sáček se musí po naplnění max. do 2/3 vždy odstranit a vyměnit. Výpustný sáček na fotografii 3 se vypouští pomocí suchého zipu nebo plastové svorky několikrát za den a mění se jedenkrát za 24 hodin. Výpust' urostomického sáčku je doplněna přechodkou na bezpečné připojení sběrného sáčku.



Fotografie 3. Jednodílný výpustný sáček (foto autorka práce)

Jako drenážní sáčky používáme podle množství a hustoty sekretu sáčky výpustné nebo urostomické. Jednodílný systém je flexibilní, diskrétní, jednoduchý na manipulaci a používá se u všech věkových skupin. Vhodný je zejména v bezprostředním pooperačním období, protože dovoluje bezbolestnou aplikaci bez tlaku na břišní stěnu. Pro nemocného je jeho aplikace lépe pochopitelná a nemocný rychleji zvládá praktický nácvik sebeděče. Při edukačním procesu v nemocnici může stomik měnit sáček několikrát denně a tak procvičovat svojí manuální zručnost. Jednodílný systém se snadno odstraňuje z pokožky, ale pokud drží pevně, pomůžeme si při odlepování odstraňovačem ve spreji.

Množstevní limity jednodílných pomůcek na 1 měsíc:

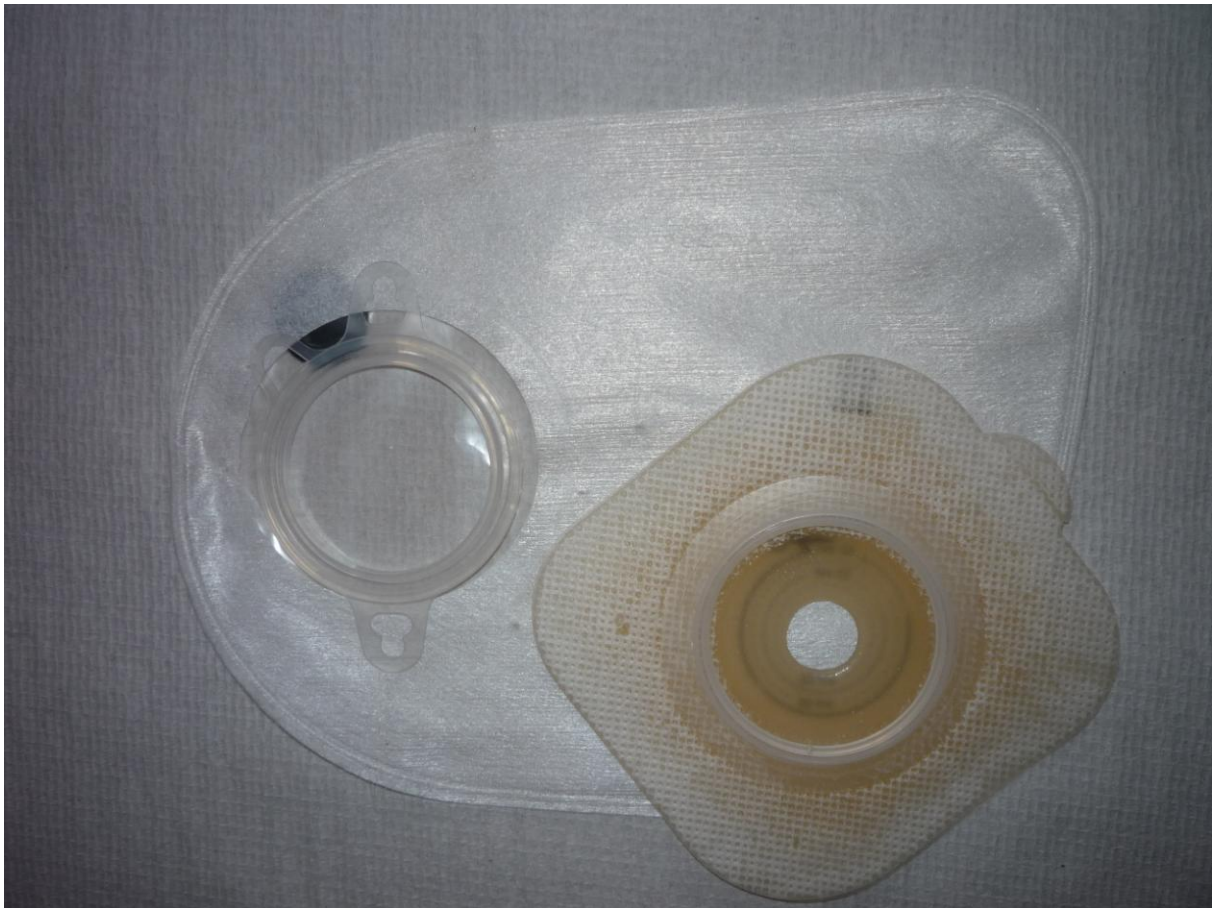
- 60 ks uzavřených sáčků,
- 30 ks výpustných sáčků,
- 30 ks urostimických sáčků + 10 ks sběrných sáčků,
- 30 ks drenážních sáčků (Otradovcová, 2011).

Dvoudílné stomické zdravotnické prostředky

Dvoudílný stomický systém na fotografii 4 a fotografii 5 se skládá z hydrokoloidní, flexibilní nebo kombinované podložky s plastovým kroužkem a sáčku stejné velikosti s plastovou přírubou. Při spojení obou částí – podložky a sáčku – musíme slyšet zvukový efekt: zacvaknutí. Podložka obsahuje přírodní želatinu, lepicí polymery a další složky, které se v kontaktu s teplou kůží aktivují a zajistí bezpečné přilnutí. Podložka je hypoalergenní, absorbuje vlhkost z okolí stomie, chrání a současně hojí peristomální kůži. Podložka dvoudílného systému je silnější, zůstává na těle více dní, lépe odolává narušení exkrementy (Otradovcová, 2011)



Fotografie 4. Dvoudílný stomický systém (foto autorka práce)



Fotografie 5. Dvoudílný stomický systém (foto autorka práce)

Urostomici provádějí výměnu podložky častěji: přibližně po 2-3 dnech, ileostomici po 3-4 dnech a kolostomici si ji nechávají i déle. Není vhodné neúměrně prodlužovat životnost podložky, protože spotřebovaná podložka též poškozuje peristomální kůži. Podložky též mají různý tvar, velikost, tloušťku a některé mají postranní ouška pro přídržný pásek. Podložky můžeme podle typu vystříhovat nůžkami nebo tvarovat prsty na velikost stomie. Jsou ploché, částečně a zcela konvexní. Sáčky se dodávají v mnoha variantách: průhledné, průhledné s potahem z netkané textilie, neprůhledné bez textilie, s filtrem, bez filtru, s oušky na přídržný pásek, bez oušek, uzavřené, výpustné, urostomické, drenážní. Uzavřený sáček se mění vždy po naplnění, nejčastěji dvakrát denně. Výpustný sáček se během dne vypouští a mění se denně nebo nejdéle po dvou dnech. Urostomický sáček se vypouští průběžně během dne, lze ho přes přechodku napojit na denní nebo noční sběrný sáček a mění se jednou denně (Otradovcová, 2001).

Pozor: agresivní střeční obsah a moč mohou rozleptat sváry sáčku, pokud si o stomik ponechá déle, než doporučuje výrobce. Jako drenážní sáčky používáme podle množství a hustoty sekretu sáčky výpustné nebo urostomické. Dvoudílný systém je více rigidní, méně diskrétní, ale déle a lépe drží na poškozené kůži. Velmi výhodný je pro urostomiky a komplikované ileostomiky. Používáme o u všech věkových skupin, ale více u nemocných s poškozenou peristomální kůží, poruchou jemné motoriky a nesoběstačností. Dvoudílný systém můžeme zajistit přídržným páskem kolem těla. Při denní edukaci nemocného o dvoudílném systému musíme počítat se zvýšenou spotřebou pomůcek.

Množstevní limity dvoudílných pomůcek na 1 měsíc:

10 ks podložek + 60 ks uzavřených sáčků,

10 ks podložek + 30 ks výpustných sáčků,

15 ks podložek + 30 ks urostomických sáčků + 10 ks sběrných sáčků (pouze urostomici),

10 ks podložek + 30 ks drenážních sáčků (Otradovcová, 2011).

Stomické zdravotnické prostředky adhezivní technologie

Systém adhezivní technologie se skládá ze speciálně složené dvojité podložky. Základní podložky tvoří standardní hydrokoloid s pojivky a lepicími polymery. Vreční část podložky tvoří pevně uchycený nebo flexibilní lem, na který se přilepuje stomický sáček. U každé firmy se sáček s podložkou spojují trochu jinak a je třeba si to předem vyzkoušet. Podložka je pouze plochá, různé velikosti, tvaru a je více flexibilní než u dvoudílného systému. Podložka je hypoalergenní, absorbuje vlhkost z okolí stomie, chrání a současně hojí peristomální kůži.

Množstevní limity pomůcek adhezivní technologie na 1 měsíc:

10 ks podložek + 60 ks uzavřených sáčků,

10 ks podložek + 30 ks výpustných sáčků,

15 ks podložek + 30 ks urostomických sáčků + 10 ks sběrných sáčků (pouze urostomicky),

10 ks podložek + 30 ks drenážních sáčků (Otradovcová, 2011).

Splachovatelné kolostomické zdravotnické prostředky

Splachovací kolostomické systémy používá v České republice minimum kolostomiků, ale ve světě se jejich obliba zvyšuje. Používají je kolostomici v zemích s ekologickým chováním. V naší republice zaregistrovaly firmy jednodílné i dvoudílné splachovací sáčky. Opticky se splachovací systémy neliší od standardního jednodílného a dvoudílného systému. Rozdíl je v likvidaci použité pomůcky. Standardní pomůcka se likviduje jako komunální odpad. Splachovací systém se po použití rozloží na více komponent. Podložka a obal sáčku z netkané

textilie se ukládá jako komunální odpad a vnitřní sáček s exkrementy se vhadzuje do toalety a splachují se. Mikrobiální prostředí v odpadu sáčků do několika hodin zcela rozloží. Starší stomici se bojí, že by jim sáček mohl ucpat odpad toalety, a ani mladé stomiky splachovací sáčky nezaujaly (Otradovcová, 2011).

Konvexní stomické zdravotnické prostředky

Jednodílné dvoudílné stomické systémy s částečně a plně konvexní podložkou doplnily portfolio pomůcek nedávno. Konvexní systémy jsou velmi potřebnou a důležitou skupinou pomůcek, protože se používají při ošetřování komplikovaných stomií (retrahované stomie, stomie v kožní řase a záhybu, nevhodně umístěná stomie, stomie v úrovni kůže).

Používáním konvexní pomůcek se snižuje spotřeba limitované 60g hydrokoloidní lepicí pasty a různých dalších výplňových materiálů. Částečně i plně konvexní podložky jsou pevnější a tvrdší, aby dobře vyplnily volný prostor okolo stomie. Všechny jsou po straně doplněné oušky na přídržný pásek. Jednodílné i dvoudílné konvexní podložky doplňují uzavřené, výpustné i urostomické sáčky všech typů (Otradovcová, 2011).

Irigační stomický set

Irigační stomický set se používá u aktivních nemocných, kteří chtějí mít své vyprazdňování kolostomie plánované a pod kontrolou. Při používání irigace si nemocný sám reguluje intervaly mezi jednotlivými výplachy a kontroluje své vyprazdňování. Pravidelná, ale i občasná irigace výrazně zvyšuje kvalitu života kolostomika. Irigovat mohou pouze nemocní s kolostomií na sigmatu nebo na transverzu vlevo.

O možnosti irigace u nemocných s kolostomií založenou na vyšších partiích tlustého střeva rozhoduje konzultace s operátorem. Než nemocného indikujeme k provádění derivační irigace, musí splnit několik podmínek a předpokladů: projevit zájem o metodu, být psychicky, fyzicky a zdravotně způsobilý. Nemocný by měl absolvovat teoretickou edukaci u zkušené stomické sestry, měl by si odnést edukační video nebo CD, které zdarma dodávají do stomických poraden firmy, a měl by se objednat k první praktické edukaci se stomickou sestrou, která mezi tím zajistí objednání irigačního setu. Současně upozorní nemocného, že irigační set a irigační příslušenství (výpustné rukávce, náhradní kónus, náhradní hadici s průtokoměrem) hradí pojišťovny pouze ze 75%. Zbytek z ceny zdravotnického prostředku si nemocný musí doplatit ve zdravotnických potřebách. Je to vůči nim nespravedlivé, protože irigující kolostomici jsou pro zdravotní systém těmi nejlevnějšími a nikdy nevyčerpají plné limity stomických systémů.

První praktická edukace by měla proběhnout za asistence zkušené stomické sestry, která posoudí celý proces, vysvětlí nemocnému všechny nejasnosti a poradí optimální postup při vlastní irigaci. Irigační set obsahuje plastový zásobník vody s teploměrem, hadici s regulátorem průtoku, zaváděcí konus do stomie a jednorázové odvodné stomické sáčky s uzávěry (odvodné rukávce). Další irigace provádí nemocný již samostatně, ale nejasnosti by měl vždy konzultovat (Otradovcová, 2011).

System Vitala

Bezsáčkový stomický systém Vitala je nejnovější zdravotnický prostředek pro systém kontrolovaného vyprazdňování u kolostomiků s vývodem založeným na sigmatu, kteří se vyprazdňují formovanou stolicí. Odchod řídké stolice je kontraindikací pro aplikaci Vitaly. Speciální pevná krytka s měkkým středem se nasazuje na podložku Natura, se kterým je kompatibilní. Krytka umožňuje plynulý odchod plynů a brání odchodu formované stolice po dobu až dvanácti hodin. Vitala je dodávána ve dvou velikostech: 45 mm a 57 mm (Otradovcová, 2011).

Ochranné zdravotnické prostředky

Ochranné prostředky používáme preventivně, brání poškozování kůže a podporují hojení poškozené peristomální kůže. Ochranné prostředky mají všechny firmy, liší se složením, agresivitou, množstvím a možnostmi aplikace. Ochranné filmy na fotografii 6 a silikony jsou nejčastěji ve formě napuštěných jednorázových roušek, zásobníků s aplikátorem nebo ve spreji. Po nanesení na kůži se musí nechat zaschnout a teprve potom lepit stomickou pomůcku.

Pudry a ochranné zasypy se dodávají v zásobníku s aplikátorem. Na poškozenou a vlhkou kůži se nanášejí jemným posypem, přes který se lepí stomická pomůcka.

Ochranné a hydratační krémy a tělová mléka jsou v měkkých plastových zásobnících a aplikují se preventivně na peristomální kůži, udržují ji vláčnou a částečně ji vyživují. Ochranná nelepící pasta se aplikuje po nalepení podložky dvoudílného a adhezivního systému na volnou poškozenou i nepoškozenou kůži. Pasta obsahuje olejovou bázi, proto se nanáší až po nalepení podložky a můžeme ji průběžně doplňovat. Lepící adhezivní pasta s alkoholem i bez alkoholu se používá k vyrovnávání kožních nerovností. Aplikuje se přímo do kožních nerovností nebo k otvoru podložky a je nutné nechat ji trochu zavadnout. Po přitlačení se podložka pevně spojí s pastou a podkladem a zabrání podtékání. Stejnou funkci má pasta

v proužcích nebo stomické tvarovatelné kroužky. Nové konvexní pomůcky částečně eliminují a snižují spotřebu lepicí pasty (Otradovcová, 2011).



Fotografie 6. Ochranný film (foto autorka práce)

Ochranné hydrokoloidní destičky a roušky se používají individuálně – preventivně, a to na poškozenou kůži. S jejich pomocí lze zvětšovat adhezivní plochu pomůcky atd. Nemocný má roční limit na stomické ochranné prostředky 360g nebo 2760 Kč. Limit zůstává stejný od roku 1990, kdy byl nastavený.

Ochranné prostředky se indikují individuálně podle potřeby nemocného, který je edukován o jejich funkci a používání (Otradovcová, 2011).

Čistící stomické zdravotnické prostředky

Jsou základem pro pravidelné, šetrné, a hygienické ošetřování, dočišťování peristomické kůže u všech typů stomie (derivační i výživné). Používají se po základním omytí nebo osprchování stomie vlažnou vodou a mýdlem. Dočišťují a odmašťují peristomální kůži.

Na peristomální kůži se důrazně nedoporučuje používat čistící roztoky s obsahem benzínu nebo alkoholu, protože toxicky poškozují kožní buňky. Moderní stomické čistící roztoky a pěny jsou hypoalergenní, šetrné a přitom velmi účinné. Všechny formy čisticidel se nanášejí přímo na kůži a otírají se šetrně netkanou textilií, která kůži mechanicky nepoškozuje a nedráždí. Čistící prostředky jsou dodávány v různých formách – mycí pěna s aplikátorem nebo ve spreji, čistící a tělové roztoky v lahvích, jednorázové roušky napuštěné čistícím roztokem na fotografii 7 nebo silikonem, čistící roztoky a silikonem ve spreji, jednorázové mycí žínky, atd. Na čistící prostředky má nárok každý stomik v limitu do 500 Kč na měsíc. Limit zůstává stejný od roku 1990, kdy by nastavený (Otradovcová, 2011).



Fotografie 7. Čistící rouška (foto autorka práce)

Deodorační stomické zdravotnické prostředky

Jsou doplňkovým sortimentem, který částečně eliminuje zápach ze stomického sáčku a uvnitř stomického sáčku nebo deodorizuje místnost, ve které si stomik vyměňuje stomickou pomůcku. Jsou to prostředky, které nejsou bezprostředně potřebné k ošetřování vlastní stomie a pouze zkvalitňují prostředí a vylepšují pocity stomika při výměně plného sáčku. Tyto prostředky se používají hodně pocitově, ale nemohou a ani neumí ovlivnit činnost filtru u stomického sáčku. Pouze kvalitní filtr stomického sáčku zajistí, že stomik není cítit.

Deodorační prostředky na fotografii 8 se dodávají v různých formách, např. éterický olej, roztok, deodorant a pudr. Aplikují se ze zásobníku s aplikátorem nebo kapátkem a sprejem (Otradovcová, 2011).



Fotografie 8. Deodorační prostředky (foto autorka práce)

Přidržené stomické zdravotnické prostředky

Do této skupiny patří **přidržené pásky** na fotografii 9, kterými lze jistit jednoduché i dvoudílné stomické systémy k tělu. Dodávají je všechny firmy ke svým systémům. Liší se pouze v šířce a délce. Stomik má nárok na 2 kusy přidrženého pásku ročně. Specifickým přidržným a podpůrným prostředkem je stomický břišní pás. Dodávají se různě široké a různě pevné. Speciální stomický pás s předstřiženým otvorem je určený pro specifickou skupinu stomiků. Nepředstřižené břišní pásy si mohou stomici upravit individuálně nebo je neupravovat vůbec. Vždy je výhodou nejdříve si prohlédnout a vyzkoušet více typů pásů a teprve potom si vybraný pás nechat předepsat. Stomik si může nechat předepsat pás 2krát ročně.

A nakonec jsou k dispozici ještě zahušťovací stomické zdravotnické pomůcky (Otradovcová, 2011).



Fotografie 9. Přidržený pásek (foto autorka práce)

2.5.3 Výživa pacienta se stomií

Vhodnými stravovacími návyky, výběre potravin a jejich tepelnou úpravou, lze u stomika docílit pravidelného vyprazdňování obsahu střeva a vyhnout se tak některým problémům spojených s vyprazdňováním.

Je vhodné vypěstovat stereotyp vyprazdňování – nejlépe ráno doma. Za tímto účelem by se měla strava přijímat třikrát denně ve stejnou dobu. Snídaně a obědy by měly být vydatné. Důležitý je dostatečný příjem tekutin, aby množství moče nekleslo pod jeden až dva litry za den. Čím více bílkovin strava obsahuje, tím je stolice tužší, udržujeme ji mírně tekutou.

Vhodné je vyhýbat se jídlům, které působí projímavě: tučná jídla, celozrnný chléb, luštěniny, zelí, kapusta, květák, řepa, fazolky, okurky, houby, syrové ovoce, aromatická zelenina (paprika, česnek, cibule, ředkvičky), ostré koření, syrové mléko, šumivé nápoje, koncentrovaný alkohol (Pailová, 2008).

Obecná doporučení pro stomiky

- jíst pomalu a pečlivě rozkousávat, nerozžvýkaná potrava se nestráví a vytvoří hmotu, která může způsobit neprůchodnost střeva
- žvýkat se zavřenými ústy, aby nedošlo k polykání vzduchu, nemluvit při jídle, nekouřit
- jíst střídavě a pravidelně, aby se vytvořil rytmus pravidelného vylučování.
- jíst v klidu, nejíst při rozrušení nebo rozčílení
- doporučená technologická úprava potravin – vaření, dušení, smažená jídla jen ojedinele, vždy do měkka upravená
- nepít nápoje hodně vychlazené, ledové, s obsahem kysličníku uhličitého, které mohou vyvolat bolesti, pálení žáhy, říhání, nadýmání (Pailová, 2008)

2.5.4 Aktivní život stomiků

Tělesný pohyb je přirozenou součástí života. Pokud byla fyzická aktivita provozována pravidelně, není důvod s ní přestat, ale je možné se postupně vrátit ke svému počátečnímu rytmu.

Po uplynutí doby rekonvalescence, která při nekomplikovaném zdravotním stavu trvá 2-3 měsíce po operaci, je pohybový režim součástí pravidelných rekondičních aktivit. Vhodný je přirozený pohyb, turistika, cvičení na míči, jízda na kole, plavání. Cvičení by nemělo způsobovat bolesti a nepříjemné pocity, úkolem aktivit je navodit i dobrou náladu. Každou aktivitu je nutné naplánovat a použít i vhodnou stomickou pomůcku. Každý den není stejný. Pokud se stomik necítí dobře, je třeba cvičit méně intenzivně a nesnažit se další den aktivity dohánět (Zachová, 2010).

V souvislosti s domácími nebo pracovními pracemi je třeba opatrnosti při zdvihání břemene, nemělo by se jednat o zátěž větší 2-3 kg. Při zahradničení je nutné se vyhnout těžké práci, tlačení sekačky, kopání, přenášení zahradnických substrátů apod.

Stomici mohou bez obavy řídit motorové vozidlo, vždy se musí vyřešit záležitost s pohodlností a funkčností bezpečnostního pásu tak, aby nemohlo dojít k poškození stomatu (vývodu) nebo funkčnosti stomických pomůcek. Při cestování na velké vzdálenosti je třeba být připraven nejen z hlediska stomického vybavení, které je pro ošetřování potřeba, ale i které je vhodné a dostatečné na plánované aktivity (Zachová, 2010).

2.5.5 Intimní život stomiků

Jedním z nejobtížnějších komunikačních témat v rámci komplexní péče o pacienta se stomií je oblast intimního života a sexuální problematika. K otevření daného problému je třeba trpělivosti, taktu, empatie a schopnosti získat si důvěru pacienta.

Psychická zátěž a stres související s novou situací často způsobují narušení partnerských vztahů.

Na prvním místě pacienta stresuje změna fyzického vzhledu. Nedostatečná informovanost, zatížení předsudky a často neschopnost komunikovat o svých pocitech s partnerem přináší rozladění a obavy fyzických kontaktů (Antonová, 2008).

Dalším důvodem poruch v sexuální oblasti může být bolest v oblasti operační jizvy a i pooperační srůsty mohou při určitých pohybech vyvolávat bolestivé pocity. U mužů

po operaci se často setkáváme s bolestivou ejakulací, která způsobuje psychické trauma a následnou poruchu sexuálních aktivit (Antonová, 2008).

Potíže mohou být i somatické. Erektální poruchy vzniklé v důsledku základního onemocnění, přidružených chorob, které se v pooperačním období projeví, nebo porušením cévního či nervového zásobení během operačního zákroku, pacienty velice stresují, zejména protože jde často o nižší věkovou skupinu, která je jinak schopna žít plným aktivním životem. U starších pacientů převládají většinou poruchy cévního zásobení způsobené aterosklerózou, ischemickou chorobou nebo cukrovkou.

Hormonální změny a změny psychické vedou často ke ztrátě sexuální touhy zejména u žen (Antonová, 2008).

Jak najít pomoc?

Velice důležité je o problému citlivě a otevřeně hovořit. Komunikace mezi partnery může odstranit řadu zdánlivě nepřekonatelných překážek. Poruchy smyslového vnímání lze saturovat vhodně zvolenou aromaterapií, nepříjemné pocity z dotyků zmírnit uvolňovací masáží a společnými relaxačními cviky.

Významná je i úprava tělesného vzhledu. Výběr maximálně diskrétní stomické pomůcky, možnost irigace a v neposlední řadě možnost použít zajímavé prádlo dokáže často nejen zvýšit sebevědomí samotné pacientky, ale mnohdy oživit i manželský stereotyp. Vážnější problémy v sexuální oblasti je vhodné řešit ve spolupráci se sexuologem. Sexuální život stomiků nemusí být „tabu“ – nebojme se o něm hovořit (Antonová, 2008).

2.5.6 Sdružení a aktivity stomiků

V naší republice pracují patientské organizace, které sdružují lidi se stejným zdravotním problémem. Mezi takové organizace patří i České **ILCO** (zkt. slov **I**leo – tenké střevo, **C**olon – tlusté střevo), které sdružuje v 17 klubech přibližně 600 pacientů se zdravotním postižením, kterým byla vytvořena stomie (Ředinová, Šerý, 2009).

Stomici byli jedni z prvních, kteří se dokázali celosvětově zorganizovat, pomáhat si a sdílet své zkušenosti. Již od roku 1954 začala v zahraničí vznikat první sdružení pacientů s vývodem. Přes 20 let fungují v ČR občanská sdružení, jejichž členy jsou právě lidé se stomií. České ILCO je členem Evropské asociace stomiků (EOA) a Světové asociace

stomiků (IOA). Stomici nečekají na odměnu, ale pomáhají si proto, že vědí, jak těžké jsou začátky, jak nesnadné je po závažné nemoci zvládat každodenní péči o stomii a jak obtížný může být návrat do běžného života ve společnosti. Je dobré, když člověk ví, že na vše není sám, že se může poradit nejen v nemocnici s lékařem a sestrou, ale i s lidmi, kteří dokonale rozumí jeho problémům a obavám (Ředinová, Šerý, 2009).

Činnost klub je zaměřena na organizaci zdravotně-rekondičních pobytů pro své členy, spolupráci s partnerskými organizacemi, zajištění potřebného množství pomůcek bez doplatku, spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví ČR, organizaci přednášek lékařů a stomických sester i návštěv kulturních pořadů, sportovních akcí a pořádání výletů a akcí (Ředinová, Šerý, 2009).

České ILCO, které vzniklo říjnu 1993, se pravidelně v tříletých intervalech, až na jednu výjimku, připojuje ke Světovému dni stomiků (WOD – World Ostomy Day), tj. 1996, 1999, 2002, 2006 a 2009. Hesla jednotlivých dnů hovoří o tom, co stomici chtějí a co dělají. V roce 2009 „Podat pomocnou ruku“, v roce 2006 „Žít plnohodnotně“, v roce 2002 „Ano, my můžeme“, v roce 1999 „Společně do dalšího tisíciletí“ a v roce 1996 „Spolupracujeme“. Jednotlivá sdružení chystají ke dni stomiků řadu akcí, na které zvou všechny, kteří se chtějí dozvědět více o životě lidí s tímto zdravotním problémem (Ředinová, Šerý, 2009).

Dobrovolníci

České ILCO přišlo s nápadem vyškolit problematiku znalé stomiky, kteří by dobrovolně poskytovali své zkušenosti budoucím nebo novým stomikům, a to s cílem co nejvíce těmto lidem usnadnit vstup do života se stomií.

Ne každý stomik může být dobrovolníkem – psychickou podporu druhým může přinášet pouze ten, kdo je sám psychicky vyrovnaný. Dobrovolníci jdou nováčkům příkladem a svými zkušenostmi jim mohou pomoci zvládnout novou životní situaci především po psychické stránce. V případě potřeby se může každý obrátit na zástupce jednotlivých klubů, kteří mají cenné zkušenosti a informace. Vedoucí klubů mají k dispozici databáze dobrovolníků a mohou tazateli doporučit zkušeného pacienta – dobrovolníka s obdobným problémem (Ředinová, 2010).

Zdroje informací pro stomiky

Mezi zdroje informací v oblasti péče o pacienty se stomií patří v první řadě ošetřující lékař a stomická sestra.

V dnešní době jsou to také bohaté internetové odkazy, kromě toho jsou vydávány a zdarma distribuovány v tištěné podobě stomické **časopisy** (Radim, Stomické listy apod.). Aktuální informace jsou poskytovány školenými a zkušenými pracovníky na **infolinkách** výrobců a distributorů stomických pomůcek (Zachová, 2010).

2.6 Kvalita života

Jsme běžně zvyklí hovořit o *kvantitě* – délce života. Ta se uvádí jednoduše, číselně, například počtem let. Tak je možné vyjádřit, jak dlouho žili ti, kteří již odešli, i jak dlouho existují ti, kteří dosud žijí. Jak tomu však je s kvalitou?

Slovo „kvalita“ je odvozeno od latinského základu „qualitas“ – kvalita – či „qualis“ – jaký. Kvalitou se rozumí „jakost, hodnota“ (obecně např. „dobrá až prvotřídní nebo naopak špatná hodnota“), tj. charakteristický rys, jímž se daný jev odlišuje jako celek od jiného celku (např. život jednoho člověka od života druhého člověka).

Hovoříme-li o kvalitě života a máme-li na mysli život jednotlivého člověka (individua), vybíráme z celé problematiky kvality života jen její dílčí oblast (Křivohlavý, 2002).

Na problematiku kvality se dá pohlížet ve třech hierarchicky odlišných sférách: v makro-rovině, mezo-rovině a personální rovině.

V *makro-rovině* jde o otázky kvality života velkých společenských celků – např. dané země, kontinentu.

V *mezo-rovině* jde o otázky kvality života v tzv. malých sociálních skupinách – např. škole, nemocnici, domově důchodců, pečovatelském domově, podniku atp.

Osobní (personální) rovina je definována nejjednoznačněji. Je jí život jednotlivce, individua, ať jim je pacient, lékař či kdokoliv jiný. Týká se každého z nás jednotlivě. Při stanovení kvality jde o osobní – subjektivní hodnocení zdravotního stavu, bolesti, spokojenosti, naděje atp. Každý z nás v této dimenzi sám hodnotí kvalitu vlastního života. Do hry tak vstupují osobní hodnoty jednotlivce – jeho představy, pojetí, naděje, očekávání, přesvědčení atp. (Křivohlavý, 2002).

Stomie jako životní událost, která má vliv na kvalitu života

Životní události představují takové situace nebo okolnosti v životě člověka, které objektivně znamenají nějakou více či méně zásadní změnu v každodenní rutině. Jsou to jakési křižovatky, které mění směr v trajektorii života. Životní události jsou součástí individuální životní zkušenosti, mění život jedince, vstupují do jeho sociálních vztahů a ovlivňují psychický stav. Subjektivně jsou velmi intenzivně prožívány a doprovázeny složitými psychickými procesy popsány v literatuře jako zvládání (*coping*), reakce na stres, reakce na závažné onemocnění nebo ztrátu, posttraumatický syndrom nebo životní krize (Payne, 2005).

Životní události vzhledem ke své povaze ovlivňují kvalitu života. Jednak mění bezprostřední aktuální prožívání kvality života (vyvolávají subjektivní pocit nespokojenosti, neklidu, strachu a úzkosti, deprese, vedou k poruchám spánku, nesoustředěnosti, ulpívavým myšlenkám, stigmatizaci, sociální izolaci, vedou také ke změnám v sociálních vztazích).

Životní událost může znamenat z hlediska kvality života:

- změnu perspektivy (relativizace, přehodnocování, pohled z jiného úhlu),
- změnu hodnot (ztráta hodnot starých a hledání nových),
- změnu smyslu života (životních cílů, priorit, přání – původní směřování se už nenaplní, hledání nové životní náplně, poslání),
- zabrzdění rozvoje a stagnaci (pozornost a energie se soustřeďuje na zvládnutí, vyrovnání se, adaptaci související se životní událostí, dřívější životní úkoly ztrácejí svůj smysl, chybí motivace),
- vážné ohrožení zdraví (nemoc sama je životní událostí, životní události zvyšuje riziko onemocnění) (Payne, 2005).

2.6.1 Přístupy k měření kvality života

Rozdělíme si je na tři skupiny:

- I. Metody měření kvality života, kde tuto kvalitu života *hodnotí druhá osoba*.
- II. Metody měření kvality, kde *hodnotitelem je sama daná osoba*.
- III. Metody *smíšené*, vzniklé kombinací metod typu I. a II.

Metody měření kvality života, kde tuto kvalitu života hodnotí druhá osoba

Mezi tyto metody patří pokusy o vystižení momentálního stavu pacienta ryze fyziologickými a patofyziologickými kritérii.

Takovým příkladem může být metoda nazvaná *Hodnotící systém akutního a chronicky změněného zdravotního stavu – APACHE II* (Acute Physiological and Chronic Health Evaluation System). Racionále této metody je odvozeno z předpokladu, že na vážnosti onemocnění je možné usuzovat podle toho, jak se kvantitativně odchyluje daný stav pacienta od stavu normálního. Takto se měří odchylky od všech abnormálních fyziologických funkcí a výsledek se vyjadřuje číselně – jedním číslem (Křivohlavý, 2002).

Jiným příkladem tohoto přístupu může být tzv. *Karnovskyho index*. Ten stanoví lékař (v původní práci onkolog). Indexem vyjadřuje lékař svůj názor na celkový zdravotní stav např. onkologického pacienta k danému datu. Od těchto metod typu rejstříku zdravotních problémů daného člověka byl jen krok ke globálnímu, tj. celek vystihujícímu pojetí. Jako první metodu je možné uvést tzv. *Vizuální škálování celkového stavu pacienta*. Kritický pohled na tento způsob zaznamenávání kvality pacientova života ukazuje, že při tzv. *externích formách hodnocení kvality pacientova života* jde o velice subjektivní formu hodnocení (Křivohlavý, 2002).

Za skutečný krok vpřed ve snahách o vyjádření kvality pacientova života je možné považovat zavedení slovně formulovaných kritérií. Příkladem může být *Index kvality života pacienta – ILF*. V tomto systému byla předem stanovena kritéria – například sebeobslužnost pacienta, sociální opora pacienta, zvládání těžkostí spojených s nemocí, bolest pacienta a celkový emocionální stav pacienta atp.

Způsob hodnocení kvality života druhými lidmi – ať obecně, či podle určitých kritérií – vykazovala vzdor všem dobrým snahám někdy až dosti značné rozdíly v tom, jak kvalitu svého života hodnotí sám pacient (Křivohlavý, 2002).

Metody měření kvality, kde hodnotitelem je sama daná osoba

Interní pohled na kvalitu života znamená radikální změnu v měření kvality života. Při definování kvality života psychology se často setkáváme s důrazem kladeným na spokojenost. Podle tohoto pojetí žije kvalitně ten, kdo je se svým životem spokojen.

Příkladem tohoto přístupu k otázkám kvality života může být metoda zvaná *Stupnice spokojenosti se životem – SWLS* (The Satisfaction with Life Scale) (Křivohlavý, 2002).

K nejrozšířenější metodou diagnostikování kvality života patří, tzv. *SEIQoL* (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life – *Systém individuálního hodnocení kvality života*.)

Kvalita života, tak jak ji chápe metoda SEIQoL, není něčím všeobecně platným pro všechny lidi. Je individuální. To znamená, že k pojetí kvality života se přistupuje tak, jak ji subjektivně vidí (chápe, definuje apod.) ten, kdo je dotazován. Základními daty jsou zde výpovědi dané osoby. Pojetí kvality života dané osoby závisí tedy na jejím vlastním systému hodnot, který je při měření kvality života zjišťován (diagnostikován) a plně respektován (Křivohlavý, 2001).

Metoda SEIQoL se snaží v rozhovoru (interview) s určitou osobou zjistit aspekty života, které jsou pro daného člověka kriticky závažné. Nejde o zcela volný rozhovor, který by zřejmě byl ideálem, ale o rozhovor do určité míry strukturovaný. Je tematicky *omezen jen na nejdůležitější aspekty kvality života*. Nezahrnuje tak všechny aspekty, které by mohly přicházet v úvahu.

Základem metodologie SEIQoL je strukturovaný rozhovor. Daná osoba je požádána, aby uvedla pět životních (tzv. cues – podnětů k životu), které ona sama považuje pro sebe v dané situaci za nejdůležitější. V rozhovoru se v ideálním případě daným osobám *neuvádějí* příklady různých možných zaměření, aby se zamezilo jejich sugestivnímu ovlivňování (Křivohlavý, 2001).

Příklady životních cílů, hodnot, oblastí zájmů či životních témat mohou například být: *rodina, manželství, zdraví, duševní pohoda, vztahy mezi lidmi, práce na sobě, sport, koníčky, kultura* apod.

Ukazuje se, že změna životní situace způsobená například nemocí, se projeví výrazně ve změně kvality života (Křivohlavý, 2002).

Je možné říci, že měření kvality života metodou SEIQoL, má širší záběr než klasické metody externího posuzování zdravotního stavu pacienta jiným posuzovatelem (např. lékařem atp).

Metody smíšené, vzniklé kombinací metod typu I. a II.

Mezi tyto metody patří metoda MANSA – *Manchestr Short assesment of Quality of Life* (Krátký způsob hodnocení kvality života vypracovaný univerzitou v Manchesteru). V rámci této metody se měří kvalita života tak, že se *hodnotí nejen celková spokojenost se životem, ale i spokojenost s řadou předem stanovených dimenzí života*. V rámci metody MANSA se např. zjišťuje spokojenost: s vlastním zdravotním stavem, rodinnými vztahy, životním prostředím, finanční situací, sebepojetím apod.

Cílem autorů MANSA je „*vystihnout celkový obraz kvality života daného člověka tak, jak ten se mu jeví v dané chvíli*“ (Křivohlavý, 2002, str. 176). V pozadí je následující záměr: podle

toho jak vypadá celkový obraz kvality daného člověka, je pak možné účelně zaměřit jemu určenou efektivní pomoc a péči o něj (Křivohlavý, 2002).

S metodou MANSA souvisí i metoda zvaná LSS – Life Satisfaction Scale – škála (stupnice) spokojenosti. V podstatě jde o vizuální stupnici. Ta má sedm stupňů. Ty jsou uvedeny na vodorovné ose od minima „nemůže to být horší“ po maximum „nemůže to být již lepší“.

Metodika MANSA a jí obdobné způsoby měření širšího rozsahu kvality života jsou určeny k diagnostice podstatných charakteristik života občanů – nejen pacientů. Těchto metod se využívá například jako podkladů k řízení zdravotní a sociální politiky v daném regionu, v určité populaci atp. (Křivohlavý, 2002).

3 Praktická část

3.1 Metodika práce

3.1.1 Plán výzkumu

Kvalitativní výzkum, který byl zvolen pro praktickou část diplomové práce, má několik základních přístupů. Patří mezi ně: případová studie, etnografický výzkum, zakotvená teorie a fenomenologický výzkum (Hendl, 2008).

Pro tuto práci byl zvolen přístup fenomenologického výzkumu. Fenomenologický výzkum klade důraz na porozumění, jak jedinci vnímají určitou zkušenost. Tento přístup vychází z filozofické fenomenologie. Výzkumník se snaží vstoupit do vnitřního světa, aby porozuměl významům, jež fenoménům přiřkládají. V rámci fenomenologické studie se vytváří popis a interpretace sdělených prožitků (Hendl, 2008).

Takovým fenoménem je i založení stomie pro stomika a vliv založení stomie na subjektivní prožívání života před a po založení stomie.

3.1.2 Výběr respondentů

Hlavním kritériem pro výběr respondentů byla přítomnost stomie na zaživacím traktu. To znamená kolostomie nebo ileostomie. Předem byla dána struktura výběru. Při chirurgické ambulanci Svitavské Nemocnice pracuje stomická sestra ve stomické ambulanci. Tato sestra byla na podzim roku 2011 oslovena, a požádána, zda by nebyla ochotna doporučit respondenty pro tuto diplomovou práci. Sestra souhlasila a pozvala autorku práce na tradiční předvánoční setkání stomiků z okolí Svitav. Na tomto setkání autorku práce členům Klubu stomiků představila a v krátkosti vysvětlila její přítomnost. Následně byli stomici požádáni o spolupráci na diplomové práci. Individuálně byla s každým stomikem domluvena schůzka k rozhovoru pro praktickou část diplomové práce.

To byl první výběr respondentů. Ne všichni ovšem souhlasili s rozhovorem, a mají samozřejmě právo rozhovor odmítnout, to bylo také respektováno. Z tohoto setkání nebyl dostatečný počet respondentů pro diplomovou práci. Z tohoto důvodu byl realizován druhý výběr respondentů.

Jednou za čtrnáct dní mohou stomici navštívit stomickou ambulanci. Při návštěvě této ambulance byli osloveni stomici o poskytnutí rozhovoru. Stomici, kteří souhlasili, jsou součástí skupiny respondentů pro výzkumnou část diplomové práce.

Všichni respondenti před zahájením rozhovoru podepsali Informovaný souhlas (Příloha č. 2). Soubor respondentů je složen z mužů a žen různého věku, kolostomie nebo ileostomie, různé délky trvání od založení stomie, jak je znázorněno v tabulce 1.

Tabulka 1 – Soubor respondentů

Respondenti	Muž	Žena	Věk	Kolostomie	Ileostomie	Délka trvání stomie
Res.* 1 muž	1	-	68	1	-	5 let
Res. 2 žena	-	1	58	1	-	9 let
Res. 3 žena	-	1	68	1	-	2 roky
Res. 4 žena	-	1	77	-	1	55 let
Res. 5 muž	1	-	72	1	-	9 let
Res. 6 muž	1	-	70	1	-	6 let
Res. 7 muž	1	-	63	1	-	5 let
Res. 8 žena	-	1	68	1	-	3 roky
Res. 9 žena	-	1	67	-	1	4 měsíce
Res. 10 muž	1	-	74	1	-	9 let
Res. 11 muž	1	-	34	1	-	4 roky
Res. 12 žena	-	1	52	1	-	6 let
Celkem	Celkem	Celkem	Rozmezí	Celkem	Celkem	Rozmezí
12	6	6	34 - 77	10	2	4mēs.** – 55 let

Vysvětlivky: *Res. – respondent, ** mēs. – měsíce

3.1.3 Metody získávání a sběru dat

Výběr respondentů byl popsán v předchozí kapitole. Data jsou shromážděny pomocí rozhovoru s 12 respondenty, doporučený počet respondentů je 10 – 15 respondentů (Hendl,

2008). Pro účely výzkumu byly vytvořeny a použity otázky strukturovaného rozhovoru s otevřenými i uzavřenými otázkami (Příloha č. 3).

Uzavřené otázky byly použity v úvodu rozhovoru. Tyto otázky sloužily pro demografické a informativní účely rozhovoru, které byly zpracovány pro účely charakteristiky souboru respondentů v již zmíněné Tabulce 1.

Rozhovor – interview je možno definovat jako systém verbálního kontaktu mezi tazatelem a dotazovaným s cílem získat informace prostřednictvím otázek, které klade tazatel. Jedná se tedy o slovní kontakt, kdy zkoumaná osoba odpovídá na otázky tazatele.

Při výzkumném (vědeckém) rozhovoru je příznačný jednosměrný tok informací, tím se liší technika rozhovoru od běžné formy rozhovoru (Kutnohorská, 2008).

Z důvodů zachování etických aspektů při sběru dat, byl rozhovor s jednotlivými respondenty veden individuálně. Délka rozhovorů byla od 20 do 40 minut. S některými respondenty přímo v jejich bydlišti, s některými v prostorech stomické ambulance. Výběr místa rozhovoru byl zvolen po domluvě s jednotlivými respondenty, dle jejich přání. Rozhovory byly z důvodu plynulosti zaznamenávány na diktafon. Po přepsání rozhovorů do písemné podoby byly veškeré záznamy rozhovorů znehodnoceny.

3.2 Analýza dat

Analýza dat a jejich rozbor byl proveden na základě subjektivních odpovědí jednotlivých respondentů, na otázky, které se vztahují k dílčím cílům, uvedených v kapitole 1 této diplomové práce.

Jednotlivé odpovědi jsou uvedeny v plném znění, tak jak byly zaznamenány na diktafon a posléze přepsány do písemné formy. Žádný z respondentů neodmítl odpověď na některou z otázek v rozhovoru.

3.2.1 Subjektivní vnímání kvality života pacientů se stomií (otázka č. 4).

Otázka č. 4

Vyskytli se u Vás psychické problémy spojené se založením stomie, které se před založením stomie neobjevovali? Pokud ano, jaké a na koho se obracíte při jejich řešení?

Respondent 1, muž: „Musím se tedy vrátit zpátky, v okamžiku, když jsem zjistil, že mám rakovinu, kterou u nás rodiče, tak prarodiče neměli a já i sestra ji máme, ona dřív, tak jsem myslel, že se půjdu oběsit, kromě toho že mě řezali slepé střevo a kýlu tak jsem nebyl nemocný. Šok, proč a to napadne každého, proč zrovna já, pak jsem teda zjistil, že v 63 letech je to poměrně dost brzy si hodit mašli jak se říká a pak jsem se rozhodl a šel do toho tvrdě. Jel jsem do Pardubic na pět neděl, na chemoterapii a radioterapii to jsem absolvoval a 17. října jsem byl na operaci a bylo jasné, že se to nedá napojit, protože to byla rakovina střeva a konečniku. No, a když jsem se probral tak první moje otázka na jipce (Jednotka intenzivní péče) byla, jestli mám vývod, i když jsem z 90% počítal s tím, že bude. Vývod to je parádní věc..., musíte si uvědomit, že to je vlastně doživotně a s tímhle tím se srovnat trvá dost dlouho. První takový pocit byl ten, že do smrti jsi mrzák, operaci jsi přežil, sám k sobě jsem mluvil a doživotně jsi mrzák a platí to stále, musíte si uvědomit, že ten život se vám v podstatě změní, v různých člancích jsou optimistický řeči, že člověk může všechno dělat, je to blbost. Musíte si zvyknout na to, že nemůžete dělat žádnou těžkou práci.

Povaha se mi nezměnila, akorát teď si musí člověk pamatovat ty problémy, že když někde jdu tak nosím pomůcky v kapse, protože není svěrač, nevím dne ani minuty kdy to jde ven. Musím na to myslet pořád. Za tu dobu jsem si uvědomil, jaké mám mínus a jak to hlídat. Za těch pět let jsem si zvyknul, ale na začátku to byl šok.“

Respondent 2, žena: „Víte co člověk se cítí méněcenný, protože mě to podtéká, tak já nemůžu vůbec jít ven mezi lidi. Nejhorší byly ty začátky, jak se třeba naučil člověk ležet, já jsem si kolikrát blbě lehla a v noci do postele a to bylo nejhorší. To se ale zlepšilo, jak už člověk ví, co může a nemůže. Na nikoho jsem se s tím problémem neobrátila.“

Respondent 3, žena: „Já bych řekla, že já jsem to zvládla psychicky docela dobře, protože jsem si říkala, že když mi řekli, že mám rakovinu tlustého střeva a že to dopadne takhle, tak jsem si řekla, že umřou lidi na srdíčko nebo na cokoliv, já eventuelně tady na to, zase jsem to nějak zvlášť neřešila. Já beru léky na deprese řadu let a mám maminku, která už přes rok leží, a starám se o ni a neměla jsem čas tohle řešit.“

Respondent 4, žena: „Ne, vůbec, já jsem vůbec neměla pocit, že bych třeba mohla umřít, já jsem trošku taková jiná povaha, všechno hodím za hlavu, ne úplně za hlavu, ale říkám si stalo se to, vyrovnám se s tím, musím dál a nemá cenu někde sedět a brečet.“

Respondent 5, muž: „To byl šok, ale na oddělení byla taková dobrá sestřička a na tu jsem se vždycky obrátil a ta mně hodně pomohla, že se mnou o tom mluvila co a jak. Taky jsem si říkal, že budu mrzák.“

Respondent 6, muž: „Po založení stomie ne, až později, letos. Byl jsem nervózní. Šel jsem k lékaři (internistovi), dal mně nějaké tablety a dobrý. Jsem klidnější.“

Respondent 7, muž: „Rok po založení stomie byly jisté psychické změny, člověk si upraví hierarchii hodnot. Báł jsem se některých věcí, ale člověk se s tím naučí žít, uvědomuje si, že to ale není plnohodnotný život. V současné době s toho nemám mindrák.“

Respondent 8, žena: „Šok to byl, když mě to řekli, ale nějak hrozně abych to brala to ne. Nějak to dopadne, říkala jsem si, když to nešlo jinak udělat. Lékaři mě před operací řekli, jestli tady chci nějaký rok být tak jediné operace a vývod. Tak z toho jsem byla špatná a v šoku.“

Respondent 9, žena: „Sto procentně, já jsem se chtěla oběsit. Mě o tom nikdo nic pořádně neřekl, co budu mít, jak to bude. Z nemocnice mě poslali domů, měla jsem tady nějaký pytlík, ani sanitku mě nedali. Přijela jsem domů a sáček mě to odpadl. Dali mě, ale adresu geriatrické sestry. Druhý den přijela a sáček mě nalepila. Řekla, že za mnou bude podle potřeby jezdit. Pak jsem měla sáčky, které mě vůbec nedržely, a v Hradci Králové mě sestra řekla o promáčknuté podložce a ta už držela. Já jsem byla zoufalá, pořád jsem měla všechno mokré, to bylo strašný. Kdyby to bylo na čas tak bych to vydržela, ale je to na pořád tak jsem si řekla, že si něco udělám. Řešila jsem to tak že jsem se obrátila sama na sebe a taky mně pomohlo, že jsem se setkala s ostatními lidmi, co mají stomii, já jsem si s nimi trochu povyprávěla o těch potížích. Byla jsem na tom špatně, ale nějak jsem si sama pomohla. Taky se mně ulevilo, když ten sáček držel na stomii.“

Respondent 10, muž: „Jen na JIP po operaci, potom už ne, já jsem se s tím vyrovnal, musel jsem si na to zvykat je to velký zásah, ale zvládl jsem to sám. Já jsem věřící a pomohla mně pana Marie.“

Respondent 11, muž: „Určitě, v nemocnici vám všechno ukážou, pak přijedete domů a nemůžete si ani sednout a než jsem se z toho dostal tak to trvalo trochu déle. Výměna sáčku

byla bolestivá. Ze začátku jsem nemohl spát, ale jinak jsem si musel zvyknout a rodina mě podpořila.“

Respondent 12, žena: *„Nepočítala jsem s tím, že takhle dopadnu. Mně nedělal problém to, že mám stomii, s tím se žít dá, ale dělala mě problémy ta onkologická léčba. Pociťuji takové napětí, beru na to léky, mám i úzkosti. Svěřila jsem se příteli.“*

Shrnutí odpovědí respondentů na otázku č. 4

V prvních hodinách a dnech prožívala většina respondentů, po psychické stránce, založení stomie jako šok. Ojediněle se u respondentů objevila i myšlenka na ukončení života. U dvou respondentů, mužů, se vyskytli psychické potíže za delší čas po založení stomie. Jedna z respondentů, žena, popisuje svoje psychické pocity jako méněcennost vůči okolí. Mezi respondenty jsou i ti, kteří založení stomie přijali po psychické stránce dobře a berou založení stomie, že to tak mělo být a nemají problém se s tímto faktem vyrovnat.

Pokud psychické problémy nastaly, respondenti je většinou s nikým neřešili. Ojediněle se svěřili nejbližším, u kterých našli psychickou oporu. Jeden respondent, muž, navštívil lékaře, který mu naordinoval uklidňující léky. Jeden z respondentů, muž, hledal psychickou oporu ve svém náboženském vyznání. Dvěma respondentům, ženám, se po psychické stránce ulevilo, když začaly používat funkční stomické pomůcky a nedocházelo k obtékání obsahu střev mimo stomický sáček.

3.2.2 Změny v chování nejbližší rodiny vůči stomikovi, ale i změny chování stomika vůči nejbližší rodině (otázka č. 5).

Otázka č. 5

Pociťujete změny v chování vaší nejbližší rodiny vůči Vám a naopak změny ve svém chování vůči Vaší rodině po založení stomie?

Respondent 1, muž: *„Ne, naopak rodina mě hodně pomohla a budete se divit, ale i pár dobrých kamarádů, když jsem přišel domů po operaci tak volali, řekni co a jak, povykládat a tak.“*

Respondent 2, žena: „*Ne to se nezměnilo. Žijeme normálně, jak kdyby to nebylo.*“

Respondent 3, žena: „*Ne, určitě ne.*“

Respondent 4, žena: „*Ne, vůbec ne. Maminku jsem neměla, ta umřela, když jsem byla v první třídě, tatínek si vzal starší ženu a já jsem byla taková samostatná. Rodina mi nechyběla.*“

Respondent 5, muž: „*Ne, vůbec. Ze začátku z toho byli špatní, ale syn mě hodně pomáhal ze začátku.*“

Respondent 6, muž: „*Chování mojí rodiny v dobrém slova smyslu ano a moje chování, byl jsem takový podrážděnější, ale to bylo jen krátkou dobu a zklidnilo se to.*“

Respondent 7, muž: „*Vůbec žádné změny, chováme se k sobě jako před tím jako kdyby se nic nedělo. Jednáme spolu jako před tím.*“

Respondent 8, žena: „*To ne to jsem nepocítila nějakou změnu. Naopak mě potěšili, že tady ještě budu na živu.*“

Respondent 9, žena: „*Já jo. Já teď nemůžu nic dělat, tak se o všechno stará přítel a rodina. Přítel to bere celkem dobře i mě jednou pomohl ten sáček vyměnit.*“

Respondent 10, muž: „*Ne, vůbec ne.*“

Respondent 11, muž: „*Vůbec nic vše bylo v pohodě, manželka to brala tak jak to je.*“

Respondent 12, žena: „*V rodině k žádným změnám nedošlo ani z mé strany ani z jejich.*“

Shrnutí odpovědí respondentů na otázku č. 5

V oblasti vztahů k nejbližší rodině a naopak respondentů vůči rodině nedošlo u žádného z respondentů k žádným změnám. Pouze u jednoho respondenta, muže, se objevila jistá podrážděnost vůči rodině, vycházející z jeho osoby, ta se postupem času sama vytratila.

Jeden respondent, žena, uvedla, že nemůže pro rodinu teď nic dělat, když má stomii a to vnímá jako změnu vůči své rodině.

3.2.3 Posouzení zda došlo ke změně v partnerském životě stomika (otázka č. 6 a 7).

Otázka č. 6

Došlo ke změně ve vašem partnerském stavu po založení stomie?

Respondent 1, muž: *„Ne byl jsem ženatý a jsem stále.“*

Respondent 2, žena: *„Byla jsem rozvedená, ale teď mám přítele, takového hodného pána, který mi se vším pomůže. Toho jsem si našla až po založení stomie.“*

Respondent 3, žena: *„Já jsem už asi deset let sama, manžel se odstěhoval k přítelkyni, nejsme rozvedeni. Přítele nemám, ale pokud bych měla tak tam by byly určitě nějaké problémy spíš z mé strany, ne že by se člověk za to styděl, ale je to zvláštní. Spát s někým, když prostě, si myslíte, že páchnete, nebo se vám stane, že se ráno vzbudíte a ten pytlík je plný, pro mě by to asi byl problém.“*

Respondent 4, žena: *„Já jsem měla přítele, a když se to stalo tak jsme se rozešli, děti být nemohly. Rozešli jsme se z mé strany. Pak jsem už nikoho neměla. Jen krátkou známost a já jsem hned řekla, že mám stomii tak to skončilo. Já už jsem potom nedělala žádné pokusy s partnery.“*

Respondent 5, muž: *„Ne, byl jsem ženatý a jsem pořád.“*

Respondent 6, muž: *„Jsem stále ženatý.“*

Respondent 7, muž: *„Ne, jsem ženatý stále.“*

Respondent 8, žena: *„Ne, jsem stále vdaná.“*

Respondent 9, žena: *„Ne, mám přítele a žijeme spolu stále.“*

Respondent 10, muž: *„Ne, jsem stále ženatý.“*

Respondent 11, muž: *„Změna nenastala, jsem stále ženatý jako před stomii.“*

Respondent 12, žena: *„Já mám přítele a toho mám stále.“*

Shrnutí odpovědí respondentů na otázku č. 6

U většiny respondentů zůstal po založení stomie jejich partnerský vztah nezměněn. V jednom případě se respondent, žena, rozešla s přítelem po založení stomie a po neúspěšných pokusech o další vztah, žije po celý život bez partnera. Jeden respondent, také žena, byla před založením stomie rozvedená a až po založení stomie začala žít s novým přítelem. Pouze jeden respondent, žena, uvádí problém v eventuálním budoucím soužití s partnerem.

Otázka č. 7

Pokud máte partnera, ovlivnilo založení stomie Váš sexuální život?

Respondent 1, muž: *„Ten život skončil, cosi se tam dole nepovedlo.“*

Respondent 2, žena: *„Jo, ano.“*

Respondent 3, žena: *„Nemám sexuální život.“*

Respondent 4, žena: *„Ne.“*

Respondent 5, muž: *„Ne.“*

Respondent 6, muž: *„Možná i s ohledem na roky, ale jsem spokojený.“*

Respondent 7, muž: *„V podstatě je méně častý, občasný, minimální. Ono to souvisí i s věkem, ale vliv má i ta stomie.“*

Respondent 8, žena: *„My už jsme se sexem skončili a necháváme to mladým.“*

Respondent 9, žena: *„No to jo, já si to teď vůbec nedovedu představit nějaký sex. Držíme se za ruce a to je celý. Já ho k sobě nenechám přiblížit.“*

Respondent 10, muž: „*To ano, změnilo, po založení vše skončilo, při operaci došlo k porušení veškeré funkce.*“

Respondent 11, muž: „*Ne, vůbec.*“

Respondent 12, žena: „*Asi změnil, partner neměl problémy, to spíš já, mě to vadilo. Někdy mě to bylo nepříjemný, že jsem i odmítla.*“

Shrnutí odpovědí respondentů na otázku č. 7

Někteří respondenti na tuto otázku odpověděli jednoslovně a více se nechtěli k otázce vyjadřovat a jejich rozhodnutí bylo plně respektováno.

Asi u poloviny respondentů nedošlo k výrazným změnám v oblasti sexuálních aktivit, snad jen že se omezila. Někteří viděli důvod této změny spíše ve vyšším věku, než v založení stomie. Dva respondenti, muži, uvedli ukončení sexuálních aktivit v důsledku operace, při které došlo k funkční poruše. Jeden respondent, žena, uvedla, že k sobě nechce partnera ani přiblížit a jeden respondent, opět žena, sex partnerovi odmítla.

3.2.4 Jak ovlivnilo založení stomie společenský život stomika (otázka č. 8 a 9).

Otázka č. 8

Měl (a) jste koníčky před založením stomie a ovlivnilo založení stomie Vaše koníčky?

Respondent 1, muž: „*Luštil jsem křížovky, matematické rébusy, sudoku, četl jsem, filatelista a to stále trvá to jde, akorát jsme tu zahrádku prodali, protože nemůžu rýt, kolikrát jdeme kolem a zamáčkne slzu.*“

Respondent 2, žena: „*Ne neovlivnilo, ráda pletu, vyšívám a to mě zůstalo.*“

Respondent 3, žena: „Vzdala jsem se saunování, ale jinak ne. Vedu knihovnu, tu jsem vedla předtím i teď, chodím do keramického kroužku předtím i teď, jsem v zastupitelstvu předtím i teď, tohle mě nedělá problémy.“

Respondent 4, žena: „Před založení stomie jsem chodila do Sokola a po založení stomie jsem chodila do cvičení Spartak a cvičila jsem i na spartakiádách. Pak jsem po založení skautu, tam začala chodit a dosud s dětmi pracuji, chodím na výlety, tábory apod.“

Respondent 5, muž: „Já jsem koníčky neměl, dělal jsem v zemědělství a tak jsem hodně pracoval.“

Respondent 6, muž: „Chodím na zahradu a to chodím stále, kromě těžkých prací.“

Respondent 7, muž: „Spor dělám stále, ale s menší intenzitou. Třeba lyžování, jsem opatrnější, lyžuji se zodpovědnějším přístupem. Chodím zpívat do sboru a to je stále. Celé léto jsem na chalupě, ale jsem méně aktivní.“

Respondent 8, žena: „Já jsem žádné koníčky extra neměla, jen jsem pletla a i teď pletu a starám se o zahrádku stále.“

Respondent 9, žena: „Já pěstuji květiny a starám se o zahrádku a to teď nemůžu dělat, protože když se předkloním tak se zmáčkne ten sáček a jednou mi i prasknul a vše vyteklo.“

Respondent 10, muž: „Já jsem žádné koníčky neměl, ale jsem domácí kutil tak si vše udělám kolem elektriky a podobně a to dělám pořád. Starám se o rodinný dům. Rád se starám o vnoučata a to je pořád.“

Respondent 11, muž: „Koníčky byl sport, ale jen pasivně a to se nezměnilo. Jediný co mě vadí, že se nemůžu koupat na koupališti, já tam s tímhle nepůjdu. Jedině doma na bazénu v soukromí.“

Respondent 12, žena: „Zahrádka a to dělám pořád, ale už to tak nezvládám jako před stomií. Dělám běžné domácí práce.“

Shrnutí odpovědí respondentů na otázku č. 8

Většina respondentů pokračovala po založení stomie ve svých zájmech a koníčcích. Snad jen s menší intenzitou, hlavně fyzickou např. práce na zahradě.

Otázka č. 9

Změnila se Vaše společenské aktivity po založení stomie?

Respondent 1, muž: *„Všechno dělám, chodím na výlety tak jak předtím. Jenom jsem taky rád chodil se koupat a to je problém, přece v plavkách nepůjdu tady s tím venku, dělat ze sebe blbce.“*

Respondent 2, žena: *„Tak to jo, já nikam nechodím ani na návštěvy, pořád jsem doma a předtím jsem chodila i do divadla. Když teď jdu jednou za měsíc do obchodu tak to mám strach, že to zase začne podtékat, že prostě člověk to sám cítí, taková méněcennost, člověk se bojí mezi lidmi.“*

Respondent 3, žena: *„Ne, chodím všude, tak jako před založení stomie.“*

Respondent 4, žena: *„Chodím pořád mezi lidmi všude. Pracovala jsem i jako průvodkyně v galerii a to jsem byla pořád mezi lidmi. Byla jsem i třikrát u moře, jednou letecky a dvakrát autem se známými.“*

Respondent 5, muž: *„Já jsem mezi lidmi nikdy moc nechodil. Ale jezdím na srazy stomiků jednou za rok s chlapama co mají stomii.“*

Respondent 6, muž: *„Já jsem se odtrhl od kamarádů, no až jsem si na to zvyknul tak to bylo dobrý a zase se scházíme, to trvalo asi rok, dva. Vadilo mně, že to mám, že je tam nějaká překážka.“*

Respondent 7, muž: „Trošku asi jo. Dřív jsme chodili na plesy, do divadla, koncerty a to se teď, co mám stomii, omezilo. Uprímně řečeno nechce se mě dvě hodiny jít sedět do společnosti, někde kde mám často obavy, aby nedošlo k akustickému projevu, protože ty tam jsou, a nedá se s tím nic absolutně dělat.“

Respondent 8, žena: „Okolí to ví, že mám vývod a chodím všude jako před tím mezi lidi.“

Respondent 9, žena: „Nemůžu nikam jet a zůstat tam do rána, prostě přespat tam, třeba u rodiny.“

Respondent 10, muž: „Já jsem mezi lidi moc nechodil nikdy a nikam, ale lidem se nevyhýbám, to ne.“

Respondent 11, muž: „Já jsem ani nikam nechodil, jen do práce. A když někde jdu do společnosti tak jenom s těma co o tom ví. Zbytečně nikam nechodím, když nemusím. Vybírám si místa, kam jdu, abych měl možnost výměny sáčku. Pořád na to musíte myslet.“

Respondent 12, žena: „Ne neřekla bych, chodím všude tak jako před tím.“

Shrnutí odpovědí respondentů na otázku č. 9

Většina respondentů, kteří chodili do společnosti a mezi přátele, chodí stále. Dva respondenti, ženy, přestali chodit mezi lidi a to z důvodu možnost úniku stolice mimo sběrný sáček a následného zápachu své osoby. Jeden respondent, muž, omezil styky se svými přáteli asi na dobu jednoho roku a po uplynutí této doby znovu své styky obnovil. Jeden respondent, muž, si volí místa, která navštíví, podle toho, zda je tam možnost výměny stomické pomůcky. Jeden respondent, muž, uvedl, že z důvodu založení stomie nemůže na veřejné koupaliště.

3.2.5 Změny, které nastaly u stomika v pracovní oblasti (otázka č. 10).

Otázka č. 10

Došlo po založení stomie k nějaké změně v souvislosti s výkonem povolání?

Respondent 1, muž: *„Před stomií jsem byl ve starobním důchodu a to trvá.“*

Respondent 2, žena: *„Já jsem pracovala a neměla 30 let neschopenku a po založení jsem v invalidním důchodu.“*

Respondent 3, žena: *„Já jsem byla v důchodu už před založení stomie.“*

Respondent 4, žena: *„Pracovala jsem před stomií i po založení stomie, ale na kratší úvazek. (sálová sestra pak ambulance). Ted' jsem ve starobním důchodě.“*

Respondent 5, muž: *„Byl jsem už v důchodu před stomií.“*

Respondent 6, muž: *„ Byl jsem v důchodu a jsem.“*

Respondent 7, muž: *„Před založením jsem pracoval na plný úvazek a po založení stomie jsem odešel do invalidního důchodu a ted' jsem ve starobním důchodu.“*

Respondent 8, žena: *„Jsem ve starobním důchodě před i po založení stomie.“*

Respondent 9, žena: *„Ne byla jsem ve starobním důchodu a jsem.“*

Respondent 10, muž: *„Před založením stomie jsem už byl ve starobním důchodě.“*

Respondent 11, muž: *„Jsem v plném invalidním v důchodu, přišel jsem o práci, byl jsem pokrývač a to se stomií nemůžu už dělat, to nemůžu být na střeše.“*

Respondent 12, žena: *„Ted' jsem v invalidním v důchodu a před stomií jsem pracovala.“*

Shrnutí odpovědí respondentů na otázku č.10

U více než poloviny respondentům nedošlo ke změnám v pracovní oblasti. Byli ve starobním důchodu, je to dáno věkem respondentů. Menší polovina respondentů před založením stomie pracovala a po založení stomie přešli do invalidního důchodu.

3.2.6 Zmapování informovanosti, používání a dostupnosti pomůcek potřebných pro ošetrovatelskou péči o stomii (otázka č. 11 a 12).

Otázka č. 11

Které pomůcky používáte pro ošetřování vaší stomie? Máte snadnou dostupnost nových pomůcek, a odkud získáváte informace o nových pomůčkách a postupech při ošetřování stomie?

Respondent 1, muž: *„Převážně dvoudílný, a když je léto tak jednodílný ten je slabší není tak vidět přes košili. Používám lapač pachu a čistič okolí stomie. Dostupnost pomůcek mám výbornou, zavolám Alence (stoma sestra), a řeknu ji, co potřebuji, a za tři dny mně vše dovezou do domu. Informace získávám od dealerů firem na setkání stomiků nebo akcích Klubu stomiků, z časopisů které mě chodí přímo domů.“*

Respondent 2, žena: *„Já používám jednodílné sáčky a občas ty tablety na zhuštění stolice, protože často je to jen voda, co vytéká. Pak ochranný krém, prášek do pytlíku na pohlcování pachu a sprej. Dostupnost mám dobrou, já zavolám sestře a oni mě to dovezou až domů. Informace získávám na setkání stomiků a z časopisu Radim.“*

Respondent 3, žena: *„Dvoudílný systém, čtverečky na odlepování podložky, sprej proti zápachu. Dostupnost mám dobrou. Informace mám z časopisu Radim.“*

Respondent 4, žena: *„Dvoudílný systém vypouštěcí, čistící pomůcky, někdy pomůcky k zahuštění stomie. Začátek byl hrozný, byl jen tzv. Jánošíkův pás., pak se to zlepšilo před dvaceti lety ohledně pomůcek a to se nedá ani popsat, jak se to zlepšilo, to ošetřování stomie. Dostupnost mám dobrou, já si jdu k praktickému lékaři a ten mi dá recept a vyzvednu si pomůcky v lékárně. Informace o nových pomůčkách získávám na setkání stomiků od dealerů*

firem, časopis, od stoma sestry. Dokonce mi ani lékař neřekl, že jsou nové pomůcky, i když už byly. To jsem se dozvěděla náhodně od známé.“

Respondent 5, muž: *„Jednodílný systém, čistící pomůcky okolí stomie, lepící pastu. Já zavolám sestře, ona to objedná a pak mi to přivezou až domů. Informace mám z časopisu, od stoma sestry a ze setkání stomiků.“*

Respondent 6, muž: *„Dvoudílný systém uzavřený a někdy otevřený, ochranný krém a pastu, čistící roztok. Dostupnost mám dobrou, zavolám sestře, ona je objedná a přijdou mě pomůcky až domů. Informace získávám z časopisu a ze setkání stomiků.“*

Respondent 7, muž: *„Jednodílný systém uzavřený, lepidlo pod sáček, odstraňovač lepidla, ochranný film, antibakteriální pěnu, pohlcovače pachu a občas uklidňující krém při podráždění. Informace získávám z časopisů, od zástupců firem při setkání stomiků, z internetu – stránky firem vyrábějících pomůcky.“*

Respondent 8, žena: *„Jednodílný systém, čistící prostředek, ochranný krém, sprej proti zápachu, vůně do sáčku proti zápachu. Informace získávám ze setkání klubu stomiků, od stoma sestry a distributorů firem, které vyrábějí pomůcky.“*

Respondent 9, žena: *„Dvoudílný systém výpustný (tvarovatelný), zádržný pás, čistící čtverečky, ochranný film, odstraňovač adheziv, sprej proti zápachu, buničinu, tampónky, zásyp. Informace mám od sestry z H.K. , od stoma sestry a geriatrická sestra.“*

Respondent 10, muž: *„Dvoudílný uzavřený systém, čistící polštářky od lepidla, vatové přilepy, deodorant proti zápachu. Informace získávám od stoma sestry, ona je moc ochotná.“*

Respondent 11, muž: *„Dvoudílný systém, odstraňovač náplasti, ochranný film na okolí stomie, vlhčené ubrousky, pohlcovač zápachu do sáčku, přídržný pás. Zatelefonoji stoma sestře a přivezou mě to až domů. Informace získávám z internetu, z časopisu Radim.“*

Respondent 12, žena: *„Jednodílný systém, nepoužívám čistící prostředky, mám na ně alergii, používám dětské mýdlo a pohlcovač zápachu. Zatelefonoji stoma sestře a pošlou mi pomůcky*

domů. Informace získávám ze setkání stomiků v stoma klubu, od zástupců firem a od stoma sestry.“

Shrnutí odpovědí respondentů na otázku č. 11

Polovina respondentů používá jednodílný stomický systém a druhá polovina respondentů dvojdílný stomický systém. Mezi časté pomůcky používané respondenty patří: odstraňovač náplasti, pohlcovače zápachu, ochranný krém do okolí stomie. Dva respondenti používají přídržný pás. K hygieně okolí stomie respondenti nejčastěji používají vlhčené ubrusky. Pouze u jednoho respondenta, ženy, se vyskytla alergie na čisticí prostředky a k hygieně okolí stomie používá dětské mýdlo.

Všichni respondenti uvedli dobrou dostupnost pomůcek.

Nejčastěji získávají respondenti informace od stomické sestry, dealerů firem na různých setkání stomiků a z časopisu Radim, který jim chodí přímo zdarma do místa bydliště. Pouze dva respondenti, muži, uvedli jako zdroj informací i různé internetové stránky.

Otázka č. 12

Zvládáte péči o stomii sám nebo Vám někdo pomáhá?

Respondent 1, muž: *„Nikoho k tomu nepustím, vždy sám. I když se převlékám tak nechci, aby u toho někdo byl, oni vědí, že to mám, ne že bych se styděl, ale proč bych jim to dával vědět, aby se na to dívali a třeba mě litovali, jo děda chudák. Ne dělám si všechno sám.“*

Respondent 2, žena: *„Když mě je tak slabo tak mě pomáhají nejbližší, partner a dcera, jinak sama.“*

Respondent 3, žena: *„Nikdo mi nepomáhá, péči zvládám úplně sama.“*

Respondent 4, žena: *„ Sama, nikdy mě nikdo nepomáhal.“*

Respondent 5, muž: *„Dokud to zvládnou sám tak sám, jinak syn nebo manželka, hlavně ze začátku teď jsem si už zvyknul. Začátky byly těžký.“*

Respondent 6, muž: „*Sám to zvládám. Nikoho bych ani nenechal se o stomii starat, je to takový intimní.*“

Respondent 7, muž: „*Zvládám sám, nikdo mě nepomáhá a ani po tom netoužím, aby mě někdo pomáhal. Ono k tomu možná jednou dojde, ale to aby bylo co nejdál.*“

Respondent 8, žena: „*Nepomáhá, zvládám sama. Jen těsně po operaci mě pomohl manžel, ale teď už sama.*“

Respondent 9, žena: „*Sama ne. Pomáhá mi dcera a geriatrická sestra. Sama to nezvládnu, jen si to během dne vypouštím.*“

Respondent 10, muž: „*Sám.*“

Respondent 11, muž: „*Zvládám sám, nikdo mi nepomáhá.*“

Respondent 12, žena: „*Zvládám péči sama.*“

Shrnutí odpovědí respondentů na otázku č. 12

Velká většina respondentů zvládá základní ošetrovatelskou péči o stomii sama. U dvou respondentů, ženy, potřebují pomoc od někoho s nejbližších příbuzných. Jedním z důvodů bylo problematické ošetřování s komplikací v okolí stomie, nebo zdravotní stav (slabost) respondenta.

4 Diskuze a závěr

Hlavním cílem práce bylo zjistit problematiku dopadu založení stomie na kvalitu života stomika a posoudit eventuální změny v kvalitě života stomiků. Tato práce byla zaměřena na stomiky, kteří mají stomii založenou na zažívacím traktu, kolostomie a ileostomie. Mezi souborem respondentů bylo 10 stomiků s kolostomií a 2 stomici s ileostomií.

Díličí cíle zjišťovaly jednotlivé změny v oblasti psychického stavu stomika (subjektivní vnímání založení stomie), chování rodiny vůči stomikovi a stomika vůči rodině, v partnerském životě (intimní život stomika), v oblasti společenské (koníčky, zájmy, společenské aktivity, kontakt s lidmi) a v oblasti pracovní. Posledním díličím cílem práce bylo zmapování informovanosti o pomůckách, jejich používání a dostupnost informací v péči o stomii.

Analýza rozhovorů byla provedena pomocí subjektivního rozboru jednotlivých odpovědí respondentů, tak jak byla respondenty interpretována. Každý z respondentů přiřazuje individuální důležitost (význam) jednotlivým změnám, které nastaly po založení stomie.

Následně byly jednotlivé zkušenosti respondentů popsány dle sledovaných díličích cílů. V tomto popisném shrnutí, který je charakteristický pro fenomenologické zkoumání, byla uvedena charakteristika jednotlivých změn, ke kterým došlo po založení stomie u stomiků, v dané oblasti výzkumu.

Změny v psychické oblasti po založení stomie úzce souvisely s vnímáním tělesného vzhledu stomika. Vliv změn na tělesné úrovni se stává součástí i psychického obrazu sebe, který si jedinec utváří. K těmto změnám se vyjadřuje Payne (2005) ve své odborné publikaci. Bezprostředně po operaci, která vedla k založení stomie, popisovali respondenti svůj stav jako šok, kdy měli i myšlenky na ukončení života. Vědomí, že tato tělesná změna je navždy, byla pro ně psychicky velmi náročná. Pozitivní byly i pocity smíření se s vytvořením stomie, jako nezbytnou součástí vlastního přežití, u většiny respondentů. Přijmutí stomie jako fakt, který patří do života respondentů. Nemalý vliv na psychický stav respondentů měli dobře fungující a vhodné stomické pomůcky. Každý stomik potřebuje individuální přístup ve volbě vhodné stomické pomůcky, jak uvádí v odborné publikaci (Křenková, 2010).

Ve vztahu k nejbližším rodinným příslušníkům nedošlo u žádného s respondentů k výraznějším změnám. To hodnotím velmi pozitivně, protože do subjektivního vnímání kvality života patří harmonické rodinné vztahy. Důležitost podpory pacienta v tíživé zdravotní situaci uvádí Křivohlavý (2001). Narušení těchto vztahů nepřispívá k psychické pohodě stomika.

U většiny respondentů ke změnám v partnerském životě nedošlo. Pouze jeden respondent, žena, se po založení stomie rozešla s partnerem a po neúspěšných pokusech o další vztah, žije po celý život sama. V tomto případě ovlivnilo založení stomie velmi výrazně partnerský život respondenta, ženy. Dle mého subjektivního úhlu pohledu k tomuto faktu přispělo i založení stomie ve velmi mladém věku respondenta, ženy.

Respondenti, kteří uvedli problémy v sexuálním životě po založení stomie, uvedli mezi příčiny těchto poruch nejenom založení stomie, ale i vliv vyššího věku. U některých respondentů sexuální život úplně skončil. Složitost problematiky sexuálního života stomiků je popsána i v publikaci Zachová (2010).

Pokud měli respondenti koníčky a zájmy před založením stomie nadále se jim i po založení stomie věnují. Jediné omezení po založení stomie nastává při zvýšené fyzické aktivitě při práci na zahradě, na toto omezení ve své publikaci upozorňuje i Zachová (2010). Jako jisté omezení uvedli respondenti nemožnost návštěvy veřejného koupaliště, z důvodu obnažení těla se stomií. Tento problém, ale lze částečně vyřešit u některých respondentů soukromím bazénem.

Většina respondentů byla před založením stomie ve starobním důchodu, nedošlo tedy k změně v pracovní oblasti. Pouze jednomu respondentovi, muži, založení stomie výrazně ovlivnilo pracovní oblast. Tento respondent se po založení stomie nemohl již vrátit do původního zaměstnání a byl mu přiznán invalidní důchod. U tohoto respondenta došlo k výraznému snížení ekonomického příjmu.

Respondenti často mluvili o zápachu, který se může vyskytovat u založené stomie. Tato skutečnost stomiky velice tíží. Jeden s respondentů, žena, mluvila o pocitu méněcennosti. Její obavy z obtékání stomie a možného zápachu jsou tak velké, že se bojí chodit do společnosti,

třeba i na běžné nákupy do obchodu. Vhodně zvolená pomůcka může tyto obavy zmírnit nebo úplně odstranit.

V úvodu práce jsem si položila otázku: Jak se změní pacienti se stomií život a jeho kvalita po založení stomie? Ano, změní. Ale jak se změní? Odpověď na tuto otázku už není tak jednoznačná. Během 12 rozhovorů s pacienty, kteří mají založenou stomii, jsem vyslechla 12 různých názorů na život se stomií. Převaha rozhovorů byla velice optimistická a milá. Vyskytli se i negativa, ale stomici svůj život se stomií nevzdávají a bojují za kvalitu svého života každý den. Obdivuji je a moc jim přeji hodně optimismu do dalšího života se stomií..

Závěr této práce by právě proto měl patřit slovům stomika:

„Víte, není to, jak to bylo, ale jeden je rád že tady může být. Žít se s tím dá, musí se.“

4.1 Využití výsledků práce

Praktickým výstupem diplomové práce bylo vytvoření prezentace o kvalitě života stomiků, tak jak ji subjektivně vnímají sami stomici.

Tato prezentace (Příloha č. 4) bude sloužit jako doplňující informace pro výuku studentů na Střední zdravotnické školy. Studenti si pomocí prezentace zopakují základní vědomosti týkající se problematiky založení stomie, mezi které patří, anatomie a fyziologie zažívacího traktu, pojmu stomie, komplikace stomií a péče o stomii. Pomocí autentických odpovědí stomiků na jednotlivé otázky, se studenti zamyslí nad kvalitou jejich života, popřípadě nad změnami ke kterým došlo u každého stomika po založení stomie.

Tito studenti jako budoucí pracovníci ve zdravotnictví, kteří se budou setkávat a ošetřovat pacienty se stomií, mají nemalý vliv na kvalitu života stomiků. Studenti mají být co nejlépe vybaveni vědomostmi a dovednostmi, ale i značnou mírou empatie (vcítění se) a pochopením co prožívá stomik při založení stomie a následně s jakými problémy a obtížemi se setkává v budoucím životě se stomií.

Použité zkratky

APACHE II – Hodnotící systém akutního a chronického změněného zdravotního stavu

CCK – cholecystokinin

EOA – Evropská asociace stomiků

ILCO – sdružení stomiků

ILF – Index kvality pacienta

IOA – Světová asociace stomiků

GIP – gastroinhibiční peptid

GIT – gastrointestinální trakt

LSS – škála spokojenosti

MANSA – Krátký způsob hodnocení kvality

MK – mastné kyseliny

SEIQoL – Systém individuálního hodnocení kvality života

SWLS – Stupnice spokojenosti se životem

WOD – Světový den stomiků

Seznam použité literatury a zdrojů:

1. ANTONOVÁ, M. Intimní problémy stomiků. *Sestra*, 2008, roč. 18, č. 11, s. 47. ISSN 1210-0404
2. ELIŠKOVÁ, M., NAŇKA, O. *Přehled anatomie*. Praha: Karolinum, 2006. 309 s. ISBN 978-80-246-1216-4
3. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum, Základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4
4. HOLIBKOVÁ, A., LAICHMAN, S. *Přehled anatomie člověka*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 140 s. ISBN 80-244-1480-5
5. CHOLINSKÁ, A. Pozdní komplikace u stomií. *Diagnóza*, 2008, roč. 4, č. 3, s. 4. ISSN 1801-1349
6. KLENER, P. et al. *Vnitřní lékařství*. Praha: Galén, Karolinum, 1999. 949 s. ISBN 80-7262-007-X (Galén) ISBN 80-7184-853-0 (Karolinum)
7. KRBOVÁ, I. Komplikace stomií a jejich řešení. *Diagnóza*, 2010, roč. 6, č. 3, s. 18-20. ISSN 1801-1349
8. KŘENKOVÁ, D. Jaký je rozdíl mezi jednodílným a dvoudílným systémem?. *Radim, časopis pro stomiky*, 2010, č. 2, s. 30-31, ISSN neuvedeno
8. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0
9. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, s.r.o., 2001. 279 s. ISBN 80-7178-774-4
10. KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum ve zdravotnictví*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. 123 s. ISBN 978-80-244-1877-3
11. LUKÁŠ, K. *Idiopatické střevní záněty*. Praha: Triton, 1997. 175 s. ISBN 80-85875-31-4

12. LUKÁŠ, K., ŽÁK A. a kolektiv. *Gastroenterologie a hematologie*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 380 s. ISBN 978-80-247-1787-6
13. MICHÁLKOVÁ, H. Historie a vývoj stomických pomůcek. *Sestra*, 2010, roč. 19, č. 3, s. 36-37. ISSN 1210-0404
14. OTRADOVCOVÁ, I. Stomické zdravotnické prostředky. *Florence*, 2011, roč. 7, č. 4, s. 32-36. ISSN 1801-464X
15. PAILOVÁ, N. Výživa stomiků. *Sestra*, 2008, roč. 18, č. 2, s. 52. ISSN 1210-0404
16. PAYNE J, a kolektiv. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0
17. ROKYTA, R a kolektiv. *Fyziologie*. Praha: ISV nakladatelství, 2008. 426 s. ISBN 80-86642-47-X
18. ŘEDINOVÁ, M. České ILCO a jeho dobrovolníci. *Sestra*, 2010, roč. 20, č. 9, s. 50-51. ISSN 1210-0404
19. ŘEDINOVÁ, M., ŠERÝ, M. Světový den stomiků 2009. *Sestra*, 2009, roč. 19, č. 10, s. 48-49. ISSN 1210-0404
20. SKONCOVÁ, G. Péče o pacienta se stomie. *Diagnóza v ošetřovatelství*, 2019, roč. 6, č. 5, s. 27. ISSN 1801-1349
21. SLEZÁKOVÁ, L. a kolektiv. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty II Pediatrie, Chirurgie*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 200 s. ISBN 978-80-247-2040-1
22. SLEZÁKOVÁ, L. a kolektiv. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty III Gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 216 s. ISBN 978-80-247-2270-2
23. VALENTA, J. et al. *Základy chirurgie*. Praha: Galén, Karolinum, 2007. 277 s. ISBN 978-80-7262-403-4 (Galén) ISBN 978-80-246-1344-4 (Karolinum)

24. VOKURKA, M., HUGO, J. *Kapesní slovník medicíny*. Praha: Maxdorf s.r.o., 2008. 188 s. ISBN 987-80-7345-163-9
25. VOKURKA, M., HUGO, J. a kolektiv. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf s.r.o., 2007. 1069 s. ISBN 978-80-7345-130-1
26. ZACHOVÁ, V. Průvodce komplikacemi stomií. *Florence*, 2009, roč. 5, č. 10, s. 26-27. ISSN 1801-464X
27. ZACHOVÁ, V. a kolektiv. *Stomie*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. 200 s. ISBN 978-80-247-3256-5
- Tlusté střevo [online]. Dostupné z: <http://www.kolorektum.cz/index.php?pg=pro-verejnost--kolorektalni-karcinom> [cit. 2012-03-14]

Seznam příloh

Příloha č. 1 - Charta práv stomika

Příloha č. 2 - Informovaný souhlas

Příloha č. 3 - Otázky k rozhovoru

Příloha č. 4 – Prezentace: Kvalita života stomiků s kolostomií a ileostomií

Příloha č. 1

Charta práv stomika

Každý stomik má právo:

- na předoperační poradenství, aby si byl plně vědom významu operace a znal základní skutečnosti o životě se stomií
- na dobře provedenou, vhodně umístěnou stomii, s plným a přiměřeným přihlédnutím k pohodlí pacienta
- na kvalitní a profesionální lékařskou a ošetrovatelskou péči i psychosociální podporu v předoperačním a pooperačním období, v nemoci i své komunitě
- na podporu a informovanost rodiny, známých a přátel, aby lépe chápali podmínky a změny nutné k dosažení uspokojivé úrovně stomikova života
- na úplnou a objektivní informaci o vhodných pomůckách a výrobcích, které jsou v jeho zemi k dispozici
- na možnost neomezeného výběru dostupných stomických pomůcek
- na informace o organizacích stomiků v jeho vlasti a službách a podpoře, které poskytují
- na ochranu proti jakékoliv formě diskriminaci
- na jistotu, že osobní informace týkající se operace vedoucí k vytvoření stomie budou důvěrné, aby bylo zachováno jeho soukromí, že informace o jeho zdravotním stavu nebude sdělena nikým, kdo ji má právo znát, žádnému subjektu, který je angažován ve výrobě, prodeji nebo distribuci stomických pomůcek ani žádné osobě, která by mola profitovat přímo nebo nepřímo, díky svému vztahu ke komerčnímu trhu se stomickými pomůckami, bez vysloveného svolení stomika (Otradovcová, 2011).

Příloha č. 2

Informovaný souhlas

Vážená paní, pane,

obracím se na Vás se žádostí o rozhovor, který bude podkladem pro moji diplomovou práci.

Jmenuji se Eva Lustyková a jsem studentkou 5. ročníku magisterského studia na Pedagogické fakultě University Palackého v Olomouci, obor Učitelství sociálních a zdravotních předmětů pro střední školy. Pracuji na Střední zdravotnické škole jako učitelka odborných předmětů.

Rozhovor se bude týkat změn ve Vašem životě po založení stomie, zejména vliv těchto změn na jeho kvalitu. Pro snadnější zpracování bude rozhovor nahráván pomocí diktafonu. Po zpracování informací bude nahrávka znehodnocena.

Informace Vámi sdělené i Vaše identita zůstanou anonymní. Máte právo neodpovědět na jakoukoli otázku bez udání důvodu a rozhovor můžete kdykoliv ukončit.

Souhlas prosím potvrďte svým podpisem.

Děkuji Vám za laskavost a důvěru.

S pozdravem Eva Lustyková

.....
PODPIS PACIENTA

Příloha č. 3

Otázky k rozhovoru

1. Pohlaví

a) muž

b) žena

2. Věk

a) ≤ 18

e) 50-59

b) 19-29

f) 60-69

c) 30-39

g) 70 a více

d) 40-49

3. Jaký máte typ stomie

a) ileostomie

b) kolostomie

c) jiný typ: jaký.....

4. Vyskytli se u Vás psychické problémy spojené se založením stomie, které se před založením stomie neobjevovali? Pokud ano, jaké a na koho se obracíte při jejich řešení?

.....

5. Pociťujete změny v chování vaší nejbližší rodiny vůči Vám a naopak změny ve svém chování vůči Vaší rodině po založení stomie?

.....

6. Došlo ke změně ve vašem partnerském stavu po založení stomie?

.....

7. Pokud máte partnera, ovlivnilo založení stomie Váš sexuální život?

.....

8. Měl (a) jste koníčky před založením stomie a ovlivnilo založení stomie Vaše koníčky?

.....

9. Změnily se Vaše společenské aktivity po založení stomie?

.....

10. Došlo po založení stomie k změnám v souvislosti s výkonem povolání?

.....

11. Které pomůcky používáte pro ošetřování vaší stomie? Máte snadnou dostupnost nových pomůcek, a odkud získáváte informace o nových pomůckách a postupech při ošetřování stomie?

.....

12. Zvládáte péči o stomii sám nebo Vám někdo pomáhá?

.....

Příloha č. 4

Prezentace: Kvalita života stomiků s kolostomií a ileostomií



OBSAH:

1. Opakování anatomie a fyziologie tenkého a tlustého střeva
2. Stomie – kolostomie a ileostomie
3. Komplikace stomií
4. Důvody vedoucí k založení stomie
5. Péče o stomii
6. Kvalita života
7. Rozhovory se stomiky



1. ANATOMIE A FYZIOLOGIE TENKÉHO A TLUSTÉHO STŘEVA

- obecnou stavbu stěny trávicí trubice tvoří čtyři vrstvy

- 1) sliznice
- 2) podslizniční vazivo.
- 3) svalová vrstva
- 4) vazivový obal



ANATOMIE TENKÉHO STŘEVA

- tenké střevo - *intestinum tenue*
- délka střeva asi 3 – 5 metrů
- má 3 části:
 - **duodenum** (dvanáctník)
 - **jejunum** (lačník)
 - **ileum** (kyčelník)



FYZIOLOGIE TENKÉHO STŘEVA

- v tenkém střevě se odehrává konečné zpracování potravy
- živiny se rozkládají na nejjednodušší složky (**trávení**) a jsou transportovány do krve nebo mízních cév (**vstřebávání**)
- střevní šťáva tvořená v epiteliálních buňkách slouží jako rozpouštědlo pro vstřebané živiny
- hlavní funkce tenkého střeva je vstřebávání
- vstřebávají se v něm cukry, tuky, bílkoviny, ionty, voda i vitamíny.

ANATOMIE TLUSTÉHO STŘEVA

- tlusté střevo - *intestinum crassum*
- délka střeva je 1,2 – 1,5 m
- má tyto části:
 - **caecum** (slepé střevo)
 - **colon ascendent** (vzestupný tračník)
 - **colon transversum** (příčný tračník)
 - **colon descendent** (sestupný tračník)
 - **colon sigmoideum** (esovitá klička)
 - **rektum** (konečník)

FYZIOLOGIE TLUSTÉHO STŘEVA

- hlavní funkcí tlustého střeva je:
 - **vstřebávání iontů a vody**
 - **skladování zbytků chymu**
 - **tvorba a vylučování formované stolice (defekace)**
 - **produkce vitamínu K**

- tlusté střevo je osídleno populací různých bakterií, které jsou schopné štěpit část rostlinné vlákniny
- trávenina se postupem tlustým střevem postupně zahušťuje resorpcí iontů a vody
- formuje se ve stolici a prochází do rekta

- denně se vyloučí 100-300 g formované stolice v závislosti na charakteru stravy.

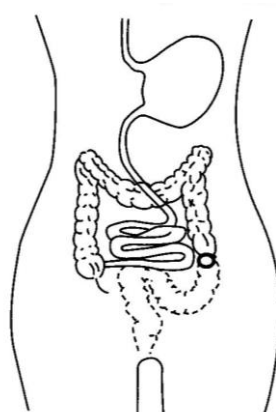
2. STOMIE

- **Stomie** vychází z řeckého slova *stoma*, *steatos* (ústa, otvor, ústí)
- znamená vyústění dutého orgánu na povrch těla jeho chirurgickým vyšíáním nebo pomocí katétru

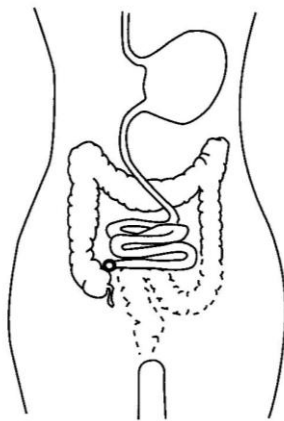
DRUHY STOMÍ

- podle vyvedeného orgánu:

- **kolostomie**



- ILEOSTOMIE



○ podle časového trvání:

- **dočasná**
- **trvalá**

○ podle účelu

- **výživné**
- **derivační**

3. KOMPLIKACE STOMÍ

- **psychosociální**

- patří *maladaptivní porucha*, tedy problematické přijetí nejen změny tělesného vzhledu, ale i životního stylu a životosprávy



- **fyzické** - mohou být jak **časné** tak **pozdní**

- prolaps (výhřez)
- retrakce (vtažení)
- stenóza (zúžení)
- alergická reakce, dermatitida (zánětlivé onemocnění kůže)
- macerace (změknutí vzniklé působením tekutiny)
- nekróza (odumření tkáně)
- parastomální kýla





Obr. 1 Retrakce



Obr. 3 Stenóza



Obr. 5 Parastomická kýla



Obr. 7 Prolaps

4. DŮVODY VEDOUcí K ZALOŽENí STOMIE

- **Crohnova choroba** - chronický nespecifický (ničím zvláštním se nevyznačující) zánět střeva tenkého nebo tlustého anebo obou
- **Ulcerózní kolitida** - nespecifický hemoragicko-katarální nebo ulcerózní zánět sliznice konečníku a přilehlé části, nebo celého tračníku s nárazovým nebo chronicky exacerbujícím (nově vzniklým) průběhem



○ **Nádorové onemocnění střeva**

- mezi nejčastější nádorové onemocnění střev patří kolorektální karcinom (rakovina tlustého střeva a konečníku)



5. PÉČE O STOMII

- mezi základní péči o stomii patří správná hygiena kůže v okolí stomie a výměna stomické pomůcky
- pomůcky: nesterilní rukavice, sáček na odpad, vlastní stomické pomůcky, doplňkový sortiment, čistící pěna, zahnuté nůžky, buničitá vata, mulové čtverce, měřítko stomie, zrcadlo



POMŮCKY PRO OŠETŘOVÁNÍ STOMIE

- **jednodílné**
- **dvoudílné**
- **adhezivní technologii**
(adheze – míra přilnavosti)
- **irigační**
- **pomůcky Vitala**
- **čistící, ochranné a deodorační pomůcky**



6. KVALITA ŽIVOTA

- slovo „ **kvalita** “ je odvozeno od latinského základu „qualitas“ – kvalita – či „qualis“ – jaký
- kvalitou se rozumí „ jakost, hodnota “ (obecně např. „dobrá až prvotřídní nebo naopak špatná hodnota“), tj. charakteristický rys, jímž se daný jev odlišuje jako celek od jiného celku
- (např. život jednoho člověka od života druhého člověka)



7. ROZHOVORY SE STOMIKY

- Soubor respondentů
 - celkem: 12 (mužů – 6, žen – 6)
 - kolostomiků – 10, ileostomiků – 2
 - věk : 34 – 77
 - délka trvání stomie: 4 měsíce – 55 let



OTÁZKY A ODPOVĚDI:

- **Vyskytli se u Vás nějaké psychické problémy spojené se založením stomie, které se před založením stomie neobjevovali?
Pokud ano, jaké a na koho se obracíte při jejich řešení?**
- **muž:** *„To byl šok, ale na oddělení byla taková dobrá sestřička a na tu jsem se vždycky obrátil a ta mně hodně pomohla, že se mnou o tom mluvila co a jak. Taky jsem si říkal, že budu mrzák.“*



- **žena:** *„Víte co, člověk se cítí méněcenný, protože mě to podtéká, tak já nemůžu vůbec jít ven mezi lidi. Nejhorší byly ty začátky, jak se třeba naučil člověk ležet, já jsem si kolikrát blbě lehla a v noci do postele a to bylo nejhorší. To se ale zlepšilo, jak už člověk ví, co může a nemůže. Na nikoho jsem se s tím problémem neobrátila.“*
- **muž:** *„Jen na JIP po operaci, potom už ne, já jsem se s tím vyrovnal, musel jsem si na to zvykat je to velký zásah, ale zvládl jsem to sám. Já jsem věřící a pomohla mně pana Marie.“*



○ **Pocit'ujete nějaké změny v chování vaší nejbližší rodiny vůči Vám a naopak změny ve svém chování vůči Vaší rodině po založení stomie?**

- **žena:** *„Ne to se nezměnilo. Žijeme normálně, jak kdyby to nebylo.“*
- **muž:** *„Chování mojí rodiny v dobrém slova smyslu ano a moje chování, byl jsem takový podrážděnější, ale to bylo jen krátkou dobu a zklidnilo se to.“*



○ **Došlo ke změně ve vašem partnerském stavu po založení stomie?**

○ **žena:** *„Byla jsem rozvedená, ale teď mám přítele, takového hodného pána, který mi se vším pomůže. Toho jsem si našla až po založení stomie.“*

○ **žena:** *„Já jsem měla přítele, a když se to stalo tak jsme se rozešli, děti být nemohly. Rozešli jsme se z mé strany. Pak jsem už nikoho neměla. Jen krátkou známost a já jsem hned řekla, že mám stomii tak to skončilo. Já už jsem potom nedělala žádné pokusy s partnery.“*

○ **muž:** *„Ne, jsem ženatý stále.“*



○ **Pokud máte partnera, ovlivnilo založení stomie Váš sexuální život?**

○ **muž:** *„Ten život skončil, cosi se tam dole nepovedlo.“*

○ **muž:** *„Možná i s ohledem na roky, ale jsem spokojený.“*

○ **žena:** *„No to jo, já si to teď vůbec nedovedu představit nějaký sex. Držíme se za ruce a to je celý. Já ho k sobě nenechám přiblížit.“*



○ **Měl (a) jste nějaké koníčky před založením stomie a ovlivnilo založení stomie Vaše koníčky?**

○ **muž:** *„Luštil jsem křížovky, matematické rébusy, sudoku, četl jsem, filatelista a to stále trvá to jde, akorát jsme tu zahrádku prodali, protože nemůžu rýt, kolikrát jdeme kolem a zamáčkneme slzu.“*

○ **muž:** *„Koníčky byl sport, ale jen pasivně a to se nezměnilo. Jediný co mě vadí, že se nemůžu koupat na koupališti, já tam s tímhle nepůjdu. Jedině doma na bazénu v soukromí.“*



○ **Došlo k nějaké změně ve vašich společenských aktivitách po založení stomie?**

○ **žena:** *„Chodím pořád mezi lidi všude. Pracovala jsem i jako průvodkyně v galerii a to jsem byla pořád mezi lidmi. Byla jsem i třikrát u moře, jednou letecky a dvakrát autem se známými.“*

○ **muž:** *„Trošku asi jo. Dřív jsme chodili na plesy, do divadla, koncerty a to se teď, co mám stomii, omezilo. Upřímně řečeno nechce se mě dvě hodiny jít sedět do společnosti, někde kde mám často obavy, aby nedošlo k akustickému projevu, protože ty tam jsou, a nedá se s tím nic absolutně dělat.“*



- **Došlo po založení stomie k nějaké změně v souvislosti s výkonem povolání?**
- **žena:** *„Já jsem pracovala a neměla 30 let neschopenku a po založení jsem v invalidním důchodu.“*
- **muž:** *„ Byl jsem v důchodu a jsem.“*



- **Zvládáte péči o stomii sám nebo Vám někdo pomáhá?**
- **žena:** *„Když mě je tak slabo tak mě pomáhají nejbližší, partner a dcera, jinak sama.“*
- **žena:** *„ Sama, nikdy mě nikdo nepomáhal.“*
- **muž:** *„Zvládám sám, nikdo mi nepomáhá.“*



ZÁVĚR

- V úvodu práce jsem si položila otázku: Jak se změní pacientovi se stomií život a jeho kvalita po založení stomie? Ano, změní. Ale jak se změní? Odpověď na tuto otázku už není tak jednoznačná.
- Během 12 rozhovorů s pacienty, kteří mají založenou stomii, jsem vyslechla 12 různých názorů na život se stomií.
- Převaha rozhovorů byla velice optimistická a milá. Vyskytli se i negativa, ale stomici svůj život se stomií nevzdávají a bojují za kvalitu svého života každý den.

SLOVA JEDNOHO Z RESPONDENTŮ:

„Víte, není to, jak to bylo, ale jeden je rád že tady může být. Žít se s tím dá, musí se.“

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Eva Lustyková
Katedra:	Antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	PhDr. Mgr. Jitka Tomanová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2012

Název práce:	Kvalita života stomiků před a po založení stomie
Název v angličtině:	Quality of life of stoma patents before and after the stomia
Anotace práce:	<p>Diplomová práce se zabývá kvalitou života stomiků před a po založení stomie na zažívacím traktu. Teoretická část je zaměřena na anatomii a fyziologii tenkého a tlustého střeva. Popisuje pojem stomie, její komplikace a důvody vedoucí k založení stomie. Dále se zabývá pomůckami pro stomiky a péči o stomii.</p> <p>Vlastní výzkum je zaměřen na subjektivní pocity stomiků po založení stomie a změny v životě stomiků po založení stomie. Hlavní výzkumnou metodou je rozhovor, který je analyzován pomocí souhrnného popisu.</p> <p>Výstupem této práce je prezentace pro studenty středních zdravotnických škol.</p>
Klíčová slova:	Stomie, stomik, stomické pomůcky, kvalita života
Anotace v angličtině:	<p>This diploma thesis deals with the topic of life quality of patients with intestinal stoma before and after stoma surgery. The theoretical part focuses on anatomy and physiology of the small and large intestines. It explains the meaning of the term 'stoma', complications that stem from stoma and reasons for stoma setting. Furthermore, this thesis introduces stoma aids and treatment.</p> <p>The research study is aimed at the patient's subjective feelings and changes that stoma surgery brings into the patient's life. The main research method is an interview which was analysed by means of a summarising description. The outcome of this thesis is a presentation for secondary nursing school students.</p>

Klíčová slova v angličtině:	Stomia, stoma patient, ostomy aids, quality of life
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1 Charta práv stomika Příloha č. 2 Informovaný souhlas Příloha č. 3 Otázky k rozhovoru Příloha č. 4 Prezentace: Kvalita života stomiků s kolostomií a ileostomií
Rozsah práce:	82 s.
Jazyk práce:	Český jazyk