

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav zdravotnického managementu a ochrany veřejného zdraví

Mgr. et Bc. Tereza Kovalovská

**Organizace a kvalita poskytované péče u pacientů s derivační stomií
na gastrointestinálním traktu**

Diplomová práce

Vedoucí práce: doc. MUDr. Helena Kollárová, Ph.D.

Olomouc 2024

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 1. 5. 2024

Tereza Kovalovská

Poděkování

Ráda bych poděkovala paní doc. MUDr. Heleně Kollárové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady, ochotu a trpělivost při zpracování této práce. Dále bych ráda poděkovala všem respondentům, kteří na této práci podíleli.

ANOTACE

Typ závěrečné práce: Kombinace kvalitativního a kvantitativního výzkumu ve spolupráci se stomiky a stomickými sestrami

Téma práce: organizace zdravotní péče o stomiky, kvalita péče o jedince se stomií

Název práce: Organizace a kvalita poskytované péče u pacientů s derivační stomií na gastrointestinálním traktu.

Název práce v AJ: Organization and quality of care in patients with derivative gastrointestinal stoma.

Datum zadání: 2023-01-17

Datum odevzdání: 2024-05-03

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotnických věd
Ústav zdravotnického managementu a ochrany veřejného zdraví

Autor práce: Kovalovská Tereza, Mgr. et Bc.

Vedoucí práce: doc. MUDr. Helena Kollárová, Ph.D.

Oponent práce: doc. MUDr. Alena Petráková, CSc.

Abstrakt v ČJ:

Diplomová práce se zabývá tématem Organizace a kvalita péče u pacientů s derivační stomií na GIT. Teoretická část popisuje definování stomie a stomiků, proces a způsob poskytované nemocniční péče, péči následnou, materiální, finanční a sociální zajištění stomiků. Dále popisuje kvalitu péče ve zdravotnictví a její hodnocení. Praktická část popisu získané výsledky kombinovaného výzkumného šetření. Formou dotazníku proběhlo výzkumné šetření u stomiků a formou strukturovaného dotazníku u stomických sester. Obě metody výzkumu byly realizovány anonymně.

Abstrakt v AJ:

The thesis deals with the topic Organization and quality of care in patients with derivation stoma on the intestinal tract. The theoretical part describes the definition of ostomy and ostomates, the process and methods of hospital care, follow-up care, material, financial and social security of ostomates. It also describes the quality of care in the healthcare system and its evaluation. The practical part describes the obtained results of the combined research investigation. A research survey was conducted in the form of a questionnaire with ostomates and in the form of a structured questionnaire with ostomy nurses. Both research methods were conducted anonymously.

Klíčová slova v ČJ: organizace péče, kvalita péče, stomie, ileostomie, kolostomie, stomik, stomická sestra

Klíčová slova v AJ: organisation of care, quality of care, ostomy, ileostomy, colostomy, ostomy patients, ostomy nurse

Rozsah: 85 stran/ 5 příloh

Obsah

Úvod.....	8
1. Teoretická východiska.....	9
1.1 Kdo je stomik.....	9
1.2 Stomie.....	9
1.2.1 Historie v péči o stomii.....	10
1.2.2 Stomie a jejich rozdělení.....	11
1.3 Komplikace v péči o stomii.....	13
1.4 Organizace péče o stomického pacienta.....	14
1.4.1 Stomická sestra.....	14
1.4.2 Vzdělání stomických sester.....	14
1.4.3 Nemocniční péče.....	15
1.4.4 Aspekty v péči o stomii.....	22
1.4.5 Organizace mimo nemocniční péči.....	24
1.5 Materiální a sociální zabezpečení.....	25
1.5.1 Stomické pomůcky a příslušenství.....	25
1.5.2 Pracovní neschopnost a nemocenské pojištění.....	27
1.5.3 Invalidní důchod a sociální dávky.....	29
1.6 Kvalita péče a spokojenost pacientů.....	31
1.6.1 Podmínky a hodnocení kvality poskytovaných zdravotnických služeb.....	33
1.7 Vnímání poskytované péče stomiky.....	34
2. Cíle práce, výzkumné otázky a hypotézy.....	36
3. Metodologie práce.....	38
3.1 Metoda sběru dat.....	38
3.2 Charakteristika výzkumného nástroje.....	38
3.3 Výzkumný soubor.....	39
3.4 Zpracování získaných dat.....	39

4.	Výsledky výzkumu.....	40
4.1	Kvantitativní výzkum	40
4.1.1	Věcná hypotéza č. 1	44
4.1.2	Věcná hypotéza č. 2.....	48
4.1.3	Věcná hypotéza č. 3	49
4.2	Kvalitativní výzkum	50
4.2.1	Kategorie č. 1 – Informace o stomických sestřích	51
4.2.2	Kategorie č. 2 – Pracovní podmínky stomické sestry	52
4.2.3	Kategorie č. 3 – Edukace a práce s pacientem	52
4.2.4	Kategorie č. 4 – Materiální zabezpečení	55
4.2.5	Kategorie č. 5 – Posthospitalizační péče.....	56
5.	Diskuze	58
	Závěr	62
	Referenční seznam	64
	Seznam zkratk.....	69
	Seznam tabulek.....	70
	Seznam grafů	71
	Seznam příloh.....	72
	Přílohy	73

Úvod

Téma této diplomové práce vzniklo na základě osobní zkušenosti se stomickými pacienty a stigmatu, který toto téma obklopuje. Vzhledem k nárůstu onemocnění střev ať už vlivem onkologických onemocnění, idiopatických onemocnění nebo úrazů, které si dočasně nebo trvale žádají vyvedení stomie, se dnes z pohledu medicíny a ošetrovatelství nejedná o neobvyklý chirurgický výkon. Přes všechna příkoří a změny v životě pacienta, jež vyvedení stomie doprovázejí, je jedna věc jistá, a to spolupráce stomika – pacienta, se stomickou sestrou. Vyvedením stomie se pacientovi značně mění způsob a styl života s významnou zátěží na fyzický, ekonomický, sociální a psychický stav a dosavadní kvalitu života. Omezení a nové výzvy v oblasti sebepečce, které ze zavedení stomie vyplývají, ovšem především v začátku života se stomií nezávisí jen na pacientovi samotném. Právě protože se jedná o specifickou problematiku, je role stomické sestry v životě stomika nezaměnitelná. Stomická sestra se v takovém případě stává důležitým článkem na pacientově cestě s vyrovnáním se se střevním vývodem. Pacienta připravuje před operací a věnuje se mu od ranných pooperačních fází až po následnou ambulantní péči. Zároveň také vstupuje do života rodinných příslušníků nebo přátel jako člověk, který pomáhá, radí a vede péči o stomika od počátečních nejistot až po návrat do běžného života. Vztah pacienta/ stomika a sestry často přesahuje běžné vztahy ošetrovatelského personálu a pacientů.

Tato diplomová práce se bude věnovat postupům a organizaci péče během všech fází péče samotné, včetně péče následné, dobrovolné. Tím se rozumí kluby, sdružení a organizace stomiků. Další oblastí zájmu této práce je finanční a materiální zajištění stomiků. Finanční zajištění se opírá o zdravotní pojištění, které v ČR funguje na principu solidarity. Materiální zajištění stomikům zajišťují firmy z celého světa, jejichž distribuce je v České republice zprostředkovávána firmami samotnými, a to buď na základně vlastních poradenských center či ambulancí nebo skrze zdravotnická zařízení a stomické sestry. Kvalitním materiálním zajištěním stomika se rozvíjí i kvalita jeho života ať už s dočasnou stomií nebo stomií trvalou.

Práce se skládá ze dvou částí. Teoretická část sumarizuje poznatky a informace získané z oblasti zdravotnictví, lékařské a ošetrovatelské péče a kvality péče. Praktická část se věnuje popisu metodologie výzkumu a prezentuje získaná data.

1. Teoretická východiska

1.1 Kdo je stomik

Dle slovenského chirurga Jaroslava Lúčana je nositel stomie neboli stomik zdravotně znevýhodněný občan s trvale nebo dočasně vyvedeným dutým orgánem na povrch těla. Následkem vyvedení stomie je změna fyziologických funkcí a neovladatelné vyprazdňování moči, tekutého střevního obsahu nebo stolice s nutností používání stomických pomůcek. Lúčan na tomto základě popisuje také výrazné zhoršení celkové kvality života stomika (Lúčan, 2011 in Drlíková, 2016).

Vyvedení střeva, tedy stomie, jako taková není samostatná diagnóza, ale zdravotní postižení. Tento druh zdravotního postižení však může zachránit život či ulevit od zdravotních komplikací. Na druhou stranu s sebou stomie přináší i nepříjemnosti ve smyslu výše zmíněné samovolné derivace střevního či močového obsahu, kdy je stomik nucen používat stomické pomůcky. Stomie je tedy následek předchozích onemocnění. Pacientská organizace České ILCO odhaduje, že počet stomiků v České republice se pohybuje kolem 15 000 jedinců. Se stomií se však v ČR ročně setká přibližně 20 000 lidí nejrůznějšího věku. Nejčastějším druhem stomie je kolostomie (69 % operací), následuje ileostomie (18 % operací) a poté urostomie (9 % operací) a zbylá 4 % představují kombinované a jiné stomie. (České ILCO, 2024).

1.2 Stomie

Z medicínského hlediska znamená stomie dočasné či trvalé vyústění trávicího, dýchacího či močového traktu na povrch těla, tzv. odvodem z těla ven (Lukáš et al., 2018). Jedná se však hlavně o terapeutickou techniku s širokým významem. Díky ní jsou podporovány fyziologické procesy rezervní cestou a tím pádem pomáhají ovlivňovat uzdravování a hojení. Vyvedení stomie však může být i život zachraňujícím úkonem (Drlíková et al., 2016).

V medicíně při různých stavech dochází k akutnímu či chronickému porušení střevní průchodnosti. Mezi důvody poruchy střevní průchodnosti patří poruchy cévního zásobení, inervace nebo z důvodu mechanické překážky, gastrointestinální malignity či traumatického poškození (Doughty, 2005).

1.2.1 Historie v péči o stomii

Přestože první zmínky o stomiích sahají daleko do doby před Kristem, jedna z prvních slibných operací s vyvedením stomie se datuje přibližně 200 let zpět do naší historie. V tomto relativně krátkém čase průkopníci na poli břišní chirurgie a enterologie dokázali vyvinout postupy a procedury takové, že pacient již nemusí mít na břicho nepřesně vyšité, nevábně zapáchající a nevhledné zakončení střeva, jak tomu bylo v minulosti. Co se péče o takovou stomii týkalo, byly používány různorodé jímače stolice počínaje jakýmkoliv savým materiálem až po individuální nápady tehdejších nemocných (Balachandar, 2018).

První zmínky o střevním vývodu získáváme už ze starověkých hinduistických spisů Susushruty Samhity (600 let před Kristem) nebo ze starověkého Řecka, kdy se Praxagoras z Kosu zmiňuje o prvních pokusech o konstrukci stomie. Ovšem s absencí asepse, antibiotik a anesteziologie nebylo možné tehdy tyto výkony provádět úspěšně (Drlíková et al., 2016). S rozvojem vynořování stomií na GIT se blíže seznamujeme už v 19. století (chirurgové Lorenz Heister, William Cheselden, Karel Maydl), plného rozvoje této oblasti se však dočkáváme ve 20. století, kdy s klíčovými postupy v chirurgii přicházejí například John Young Brown, Henri Hartmann, Miller, Bricker, Brook a další. Mnohé z operačních technik vyvinutých ve 20. století se zdokonalily a používají se dodnes (např. Milesova abdominoperineální amputace rekta pro karcinom, Hartmannova resekce tlustého střeva, Brookova terminální ileostomie atd.) (Balachandar, 2018).

V minulosti znamenala stomie často úplnou nebo částečnou izolaci od společnosti a společenského života. S chirurgickým vývojem vyšívání stomie muselo jít ruku v ruce i ošetřování tohoto vývodu (Zachová et al., 2010). Z pohledu ošetřování je kromě technik se savými materiály zaznamenán i jiný způsob jímání stolice. V roce 1795 francouzský chirurg Daguesseau při zdařilém vyvedení kolostomie popisuje také kožený váček pro sběr výkalů, přivázaný k tělu pacienta (Balachandar, 2018). Ve většině případů však byly stomie ošetřovány překrytím vrstvou buničitého materiálu a plátěnou rouškou. Z charakteru funkce stomie, tj. odvádění sekretů na povrch těla, tento způsob nebyl šťastným ani pro pacienta, ani pro ošetřovatelský personál. Na území Československa se až v 60. letech 20. století začaly objevovat pomůcky, které jímaly střevní obsah. Historický Jánošíkův pás byl podkládán mulovým čtvercem s průstřihem dle tvaru stomie. Tento systém však nebyl zcela vyhovující, a to především z důvodu netěsnosti a špatného přiléhání na kůži, z čehož pramení podtékání stolice, zápach a podráždění kůže v okolí stomie. Tento systém neumožňoval nemocnému

se věnovat běžným denním činnostem. Dalším typem stomického systému byl kolostomický pás se sponou, kroužkem a polyetylenovým sáčkem, jež byl sice pokrokem, ale kroužek byl příliš tvrdý a neohebný na to, aby se formoval podle těla pacienta (Zachová et al., 2010).

Změnu ve vývoji stomických pomůcek znamenal vývoj nalepovacích stomických sáčků. Sáček měl na zadní straně lepicí čtvercovou plochu, v níž se vystříhl otvor pro stomii. Přestože se zdá, že už tyto pomůcky byly stejné jako ty používané dnes, není tomu tak. Nalepovací prostředky silně iritovaly kůži v okolí stomie nejen častou výměnou, ale také tím, že zbytky lepicí složky bylo nutné odstraňovat benzinem. Na druhou stranu se s nalepovacími sáčky zlepšila diskrétnost a zadržování pachů (Michálková, 2009).

Významný zlom je evidován díky objevu a výrobě nedráždivých lepidel na kůži. S touto inovací byly vyvíjeny i samostatné podložky, které při správném nalepení vydržely na kůži až tři dny a měnil se pouze sáček. Společně s touto novinkou přicházely i další prostředky a materiály, které usnadňovali stomikům život. Například hydrokoloidní látky, karboxymethylcelulóza nebo pryskyřice se osvědčili jakožto kvalitní, nedráždivé adhezivní hmoty. Ve vývoji dvoudílných systémů byl zásadní rozvoj technologií ve zpracování plastů. V tomto případě musí plastové části na podložce i sáčku na sebe perfektně přiléhat, aby zajistily stomikovi komfort a jistotu. V roce 1960 dánské sestry uvádí první adhezivní kolostomický sáček, kterým začíná hromadná výroba tohoto druhu pomůcek. Moderní pomůcka Stomahesive uvedená na trh v roce 1972 se v různých modifikacích používá i v současné době. V Československu se komfort v rozmanitosti sortimentu pomůcek začíná rozvíjet až po roce 1989. Společně s šířením sortimentu moderních zdravotních pomůcek pro stomiky se stomici samotní zasazují o korigování nedostatků v péči. V polovině osmdesátých let 20. století začínají vznikat patientské organizace a svou roli v multidisciplinárním týmu získávají i stomické sestry, specialistky v péči o stomie (Zachová et al., 2010).

1.2.2 Stomie a jejich rozdělení

Stomie do skupin lze rozdělovat dle několika hledisek. Jejich dělení je popsáno níže.

Podle účelu

Výživné stomie, které jsou používány k aplikaci nebo vpravení výživy do těla jinou než orální cestou. Řadí se sem gastrostomie, dueodenostomie a jejunostomie (Veverková et al., 2019).

Derivační stomie fungují jako odvodné cesty sekretu z lidského organismu a řadí se sem tracheostomie, ezofagostomie, urostomie, ileostomie, kolostomie, transversostomie, sigmoideostomie a cékostomie (Veverková et al., 2019).

Podle typu konstrukce

Stomie jsou rozlišovány na jednohlavňové terminální, dvouhlavňové (tzv. axiální) a nástěnné neboli odlehčovací (Ihnát, 2020).

Podle časového hlediska

Prvním zmíněným typem jsou stomie dočasné, kdy je stomie vyvedena jen na určitý časový úsek s předpokladem obnovení kontinuity trávicího traktu. Na druhé straně jsou stomie trvalé, kdy zanoření už nebude možné. Zrušení stomie není vhodné z důvodu trvalého postižení trávicího traktu, odstranění distální části trávicího traktu či vysokého operačního rizika pro pacienta samotného (Lukáš et al., 2018).

K indikacím založení stomie se řadí některé stavy u vrozených vad trávicího traktu, komplikace v průběhu nespecifických střevních zánětlivých onemocnění (Crohnova choroba, ulcerózní kolitida), chirurgická léčba prekancerózních onemocnění na gastrointestinálním traktu s nutností odstranění části nebo celého tlustého střeva, divertikulóza tračniku komplikovaná divertikulitidou s přidanou perforací střeva. Další indikace jsou některá chirurgická řešení onkologických onemocnění tlustého střeva, náhlé příhody břišní způsobené neprůchodností trávicí trubice nebo traumatických změn způsobených na střevech (Krška, 2011).

Vzhledem k zaměření této práce budou podrobněji zmíněny intestinální derivační stomie. Střevní stomie jsou tedy vyváděny z tenkého střeva (ileostomie) a tlustého střeva (kolostomie).

Ileostomie bývají nejčastěji vyústěny v pravém mezogastriu. Čím orálněji je stomie na tenkém střevě umístěna, tím agresivnější a řídkší odvádí střevní obsah (Krška, 2011). Lukáš et al. (2018) uvádí možné indikace k založení ileostomie:

- proktokolektomie pro ulcerózní kolitidu
- protektivní důvody pro distálně uložené anastomózy
- distálně uložené obstrukce různého charakteru
- familiární adenomatózní polypóza

- derivaci stolice z pánve při zdroji sepse v dané oblasti

Kolostomie a její umístění lze dělit podle vyústěného úseku střeva. Hovoříme tedy o cékostomii s vyústěním na pravém hypogastriu, transverzostomii s umístěním v levém či pravém epigastriu a sigmoideostomii, která má umístění v levém mezogastriu. Kolostomie odvádí tuhou, definitivní stolici, která je tudíž méně agresivní ke kožnímu okolí stomie. Frekvence vyprazdňování je také bližší fyziologické defekaci (Krška, 2011). Indikace k vyvedení kolostomie jsou operace dle Hartmanna nebo dle Milese, obstrukce na distální části střeva, derivace stolice při poranění anorekta a perianálním zdroji sepse, totální anální inkontinence nebo protektivní důvody u distálně uložených anastomóz (Lukáš et al., 2018).

1.3 Komplikace v péči o stomii

Přestože je vyvedení stomie potencionálně život zachraňující stav, potýká se tato oblast s bohužel vysokou mírou časných a pozdních komplikací. Až 72 % pacientů má do jednoho roku zkušenost s komplikacemi v péči o stomii. Největší skupinu tvoří komplikace v peristomální, kožní oblasti (43 %), parastomální kýla (40 %), retrakce stomie (24 %), prolaps stomie (10 %) a nekróza stomie (7 %) (Salvadarena, 2008). Ihnát (2021) uvádí četnost stomických komplikací od 10 do 60 %. Často však komplikace vzniká jako důsledek technických chyb, špatného zvolení místa pro založení stomie, reakce kůže na stomické pomůcky a stolici, nebo vlivem základního onemocnění či změny habitu pacienta. Nestálým faktorem při vzniku komplikace ale může být lokalizace a způsob konstrukce stomie, celkový stav pacienta a komorbiditý jeho zdravotního stavu či pacientův nutriční stav.

Mnohé z komplikací, které doprovázejí stomiky bohužel vznikají z nedostatku dostatečně školeného personálu. Mohou zde pak nastat problémy jako neadekvátně aplikovaná pomůcka nebo nedostatečné věnování pozornosti prvním příznakům komplikace (Šerobová, 2009). Během prvních týdnů po operaci se stomie může zmenšit vlivem zmizení otoku až o jednu třetinu původní velikosti. V této chvíli je třeba dbát na stav kožního okolí stomie a předcházet tak vzniku jedné z nejčastějších komplikací, kterou je macerace kůže (Buchmann et al., 2007).

Komplikace u stomii lze rozdělit na časně a pozdní. Mezi časně komplikace řadíme ischemii a nekrózu stomie, ileus, iritaci kůže, dehydrataci a elektrolytovou dysbalanci, velký objem derivovaného obsahu střeva či psychickou morbiditu. Všechny tyto komplikace vznikají v časném pooperačním období, většinou za hospitalizace. Pozdní komplikace vznikají

u pacientů s časovým rozestupem několika měsíců ale i let. Mezi pozdní komplikace se řadí stenóza stomie, prolaps stomie, parastomální hernie, peristomální dermatitida, retrakce stomie, recidiva karcinomu v oblasti stomie, krvácení z parastomálních varikozit či porucha body image a sexuální dysfunkce (Ihnát, 2021).

1.4 Organizace péče o stomického pacienta

Organizace, plánování a řízení péče o stomického pacienta zahrnuje poskytování informací o postupech, prognóze a potřebách léčby, asistenci pacientovi v celém procesu adaptace, prevenci komplikací a podporu nezávislosti v sebeděči (Drlíková et al., 2016).

1.4.1 Stomická sestra

Jak už bylo zmíněno výše, role stomické sestry je především v období adaptace pacienta na stomii, nezastupitelná. Zejména protože život se stomií klade na pacienta vysoké nároky, a to z hlediska nejen fyzického, ale především psychického. Právě kvalifikovaná stomická sestra může být oporou a rádčyní v širokém spektru nejasností a potíží, které život se stomií provází. Prioritní činnosti znamenají oblasti v péči o pacienta, ke kterým je nutné přistupovat zvláště pozorněji. Jednou z těchto oblastí je právě zajištění správného ošetřování stomie (Lukáš et al., 2018).

1.4.2 Vzdělání stomických sester

Péči o stomii má ve svých kompetencích dle vyhlášky č. 55/2011 Sb. každá všeobecná sestra. Konkrétně se jedná o péči o stomie, hodnocení poruchy celistvosti kůže a doporučování vhodných zdravotnických prostředků pro péči. Zároveň může všeobecná sestra edukovat pacienty a osoby jiné či blízké o ošetrovatelských postupech při použití zdravotnických prostředků. Zároveň je kompetentní v poskytování informačních materiálů. Praktické sestry mohou bez odborného dohledu ošetřovat nekomplikované stomie. Porodní asistentky pro intenzivní péči mohou bez odborného dozoru či indikace lékaře pečovat o stomii ženy, včetně stomie novorozence a následně i edukace v péči o stomie.

Vyhláška 55/2011 Sb. tedy povoluje vybraným nelékařským zdravotnickým pracovníkům pečovat o vývody dutých orgánů na povrch těla pacienta, práce stomické sestry je však prací odbornou (Otradovcová, 2017). Dnes však pozice stomické sestry nevyžaduje specializační vzdělávání. Veškeré vzdělávání v oblasti péče o stomie probíhá na úrovni certifikovaných kurzů, vzdělávacích kurzů, vzdělávacích akcí a celoživotního vzdělávání. Certifikovaný kurz definovaný a organizovaný na základě zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních probíhá v akreditovaných zařízeních. Podmínky k vedení certifikovaného kurzu jsou ve výše zmíněném zákoně stanoveny § 61 a Metodickým pokynem k realizaci a přípravě programu certifikovaného kurzu vydávaným Ministerstvem zdravotnictví. V současné době probíhají certifikované kurzy pro stomické sestry v Národním centru pro ošetřovatelství a nelékařské zdravotnické obory a na akreditovaných pracovištích, nejčastěji fakultních nemocnicích pod záštitou chirurga a certifikované stomické sestry.

1.4.3 Nemocniční péče

Péče o pacienta je vždy multioborová činnost. Na péči se podílí jak odborníci z řad lékařských specializací, tak z těch nelékařských. Cílem nemocniční péče je provést člověka procesem hospitalizace, tedy vyšetřením, stanovením diagnózy, terapeutickými úkony a následné léčby s co nejmenším dopadem na fyzické a psychické zdraví, jak jen to základní onemocnění dovoluje. Je správná komunikace zdravotnických pracovníků s pacientem, protože tak mohou být snadno odhaleny případné potřeby dalších odborných konzultací. Vše je samozřejmě podpořeno řádným vedením dokumentace o pacientovi (Drlíková et al., 2016).

Předoperační péče

Tímto druhem přípravy se rozumí v širokém slova smyslu práce praktického lékaře nebo internisty, kdy jsou zkontrolovány fyziologické funkce pacienta a základní laboratorní vyšetření krve (Blažek, Havel, Bělobrádová, 2012). Předoperační péči lze rozdělit z časového hlediska na dlouhodobou předoperační péči, plánovanou předoperační péči a akutní předoperační péči. V rámci předoperační edukace pacienta, budoucího stomika, hraje kromě lékaře, který sděluje diagnózu a možnosti zákroku, především stomická sestra. Ve zdravotnických zařízeních ale není práce edukátora příliš regulována, záleží tedy na osobním přístupu a iniciativě

zdravotníka, jakou formou dané informace předá. Stomická sestra by ve svém edukačním plánu měla zohlednit prostorové, materiálové, odborné ale i osobní možnosti (Drlíková et al., 2016).

Dlouhodobá předoperační příprava

Tento typ přípravy je zaváděn ve zdravotnických zařízeních, kde z personálního hlediska lze zajistit stomasestru na jednosměrný provoz s příslušnými odbornými kompetencemi a vhodnými podmínkami pro svou práci, tzv. ústavní stomasestru (Otradovcová et al., 2006).

Je důležité uvědomit si, že vztah edukátora a stomika se nezakládá na dominanci, závislosti či podřazenosti i když se to tak z počátku může zdát, a to především z důvodu počáteční závislosti pacienta na sestře. V první fázi péče o stomii bude sice sestra zručnější, ale během krátké doby se zkušenějším partnerem v péči o svou stomii stává právě pacient sám (Zachová et al., 2010).

V rámci odborné ambulance je lékařem pacientovi sdělena diagnóza a možnosti léčby. Pacient zde získá také informované souhlasy pro seznámení s výkonem, všemi jeho náležitostmi, výhodami a riziky. Na základě spolupráce odborné ambulance a praktického lékaře se v rámci zařízení doplňují patřičné předoperační vyšetření, mezi které patří rektoskopie do 20 – 25 cm, kolonoskopie, odběr vzorku na histologii a cytologii, případně i označení místa tetovází. Další metody vyšetřování jsou dle indikace lékaře CT, PET CT, sonografie, odběry onkomarkerů CAE, CA-19, další krevní testy a standartní předoperační vyšetření jako je RTG srdce a plic či EKG (Fierlová, 2018).

Pacient je od lékaře informován o možnosti kontaktu se stomickou sestrou již v době objednání operačního výkonu. Sestra se tedy domluví s pacientem na setkání, a to i s možností doprovodu (rodina, přátelé) v klidném prostředí, nejčastěji stomické ambulanci. Zde je prostor právě pro seznámení se stomií a s péčí o ni. Především pomocí modelů, edukačních videí, brožur ale i stomických pomůcek a doplňkového sortimentu. Konzultovány jsou i způsoby stravování po vyvedení stomie. Následně je pacientovi přiblížena samotná předoperační příprava, chod standartního oddělení i jednotky intenzivní péče. Samozřejmě je zde i prostor pro dotazy a nejasnosti. Součástí tohoto rozhovoru by měla být i nabídka spolupráce s psychologem. V neposlední řadě je velice vhodné seznámit pacienta s patientskými organizacemi (Otradovcová et al., 2006). Díky těmto organizacím má pacient možnost sám

získat potřebné informace ale také se sejit s člověkem, který už stomii má a je ochoten předat své zkušenosti a rady dalšímu, zatím nejistému, pacientovi (Zachová et al., 2010).

Při dlouhodobé předoperační přípravě sestra využívá všech zásad pro správnou komunikaci s pacientem. Sestra se aktivně dotazuje na životní styl i na rodinné zázemí pacienta. Tímto uvědomělým pozorováním a odhalování osobnosti pacienta lze odkrýt budoucí či nevyřčené potíže, se kterými by se mohl pacient potýkat. Díky tomuto společně získanému času stomická sestra pozná stomika jako jedince a s ním i jeho zájmy, preference, reakce, způsob zpracování problému a tak dále. Všechny tyto poznatky pak pomáhají ke snadnějšímu postupu v pooperační péči a k celkovému přístupu k pacientovi jako člověku (Zachová et al., 2010).

Z nutričního hlediska se doporučuje pacientům jíst před výkonem co nejvíce bílkovin (zakysané mléčné výrobky, ryby, krůtí a kuřecí maso) a stravu obohacenou o minerály a vitamíny. Zkrátka pokud je to možné, dostat tělo do co nejlepší kondice, a to nejen nutriční, ale i psychické a fyzické. Pokud to tedy zdravotní stav dovoluje, je vhodné zařadit pohyb na čerstvém vzduchu a jiné pohybové aktivity. Vždy však s ohledem na zdravotní stav a věk jedince (Zachová et al., 2010).

Předoperační příprava u plánovaného výkonu

Jedná se o souhrn aktuálních vyšetření pacienta a jeho diagnóz. Zároveň by tato příprava měla obsahovat hodnocení kondice a individuální riziko vzhledem k plánované operaci. Samostatně jsou pak navrhována doplňující či speciální vyšetření, a to podle stavu nemocného. V případě limitace časem, kdy se výkon musí uskutečnit z důvodu urgentního stavu nebo vitální indikace, rozhoduje o rozsahu předoperačních vyšetření anesteziolog ve spolupráci s chirurgem, případně internista v rámci interního konzilia (Blažek, Havel, Bělobrádová, 2012).

Před samotným chirurgickým výkonem se pacient setká s lékařem. Pacient by měl být nyní již obeznámen se svou diagnózou a možnostmi léčby. V tuto chvíli je prostor pro zopakování naplánované léčebné procedury, jejích přínosů i rizik a zodpovězení případných dotazů (Zachová a kol., 2010). Stále zde hraje zásadní roli psychická připravenost nemocného. Informace o celé problematice snižují nejistoty pacientů v oblasti následné kvality života se stomií (Lukáš, 2005). Podle limitů stanovených základní diagnózou, může lékař

připravit pacienta i na to, že střevní vývod nebude nutné konstruovat, protože je zde i možnost na úspěšnou chirurgickou terapii se zachováním střevní kontinuity. Vše se ale odvíjí až podle situace na operačním sále a stavu operované části intestinálního traktu. Může se tedy i stát i opačná situace, že pacient se po operaci probudí se střevním vývodem, se kterým zcela nepočítal. Obdobná situace nastává u akutních stavů, kdy pacient nepočítá s jakoukoliv operací, natož se střevním vývodem. U onkologických pacientů se v rámci léčby schází onkologická komise (onkoboard), kdy je stav pacienta opakovaně konzultován ze stran onkologie, chirurgie a radiologie. Tato komise hodnotí výsledky předchozí vyšetření a terapií a na jejich základě určuje další postupy v léčbě (Zachová et al., 2010).

Dalším krokem v předoperační přípravě je obeznámení stomické sestry s dokumentací pacienta. Zde přichází možnost pro pacienty, kteří odmítli nebo neměli možnost zúčastnit se dlouhodobé přípravy, pohovořit se stomasestrou o stomiích a všem dalším, co se dotýká tohoto tématu. Sestra tento rozhovor také využívá pro získání psychosociální anamnézy. Ačkoliv je v tuhle chvíli rozhovor limitován časem, vždy by pro něj mělo být zajištěno dostatek soukromí a pokud to situace dovolí, také dostatek prostoru pro vysvětlování a dotazování pacienta. Je nezbytně nutné, aby sestra a lékař kooperovali a vždy pacientovi sdělovali stejné informace (Otradovcová et al., 2006).

Součástí předoperační přípravy je i zakreslení místa pro vyvedení stomie. Zakreslení provádí buď chirurg nebo stomická sestra. V případě nejasností jsou u zakreslování přítomni lékař i sestra. Zaznačení stomie slouží k předběžné představě o místě, kde se bude po operaci stomie nacházet. Místo vynoření stomie je limitováno například velkou vrstvou podkožního tuku u obézních lidí, kožní řasou, mateřskými znaménky, kýlou nebo vyčnívajícími žebry či lopatami a trny kosti kyčelní u štíhlých lidí (Lukáš et al., 2018). Zmíněný proces značení umožňuje pacientovi se aktivně zapojit, snížit hladinu stresu u pacienta a podporuje se tak přístup centrováný na pacienta (Salvadarena, 2015). Toto místo schvaluje také pacient sám, neboť se ho to bytostně týká. Nejen z důvodu péče o stomii, ale také například kvůli oblečení (například pas u kalhot a gumy oděvu by neměly přímo naléhat na vyústění stomie) a komfortu při pohybu. Po zakreslení může stomická sestra z edukačních důvodů nalepit pacientovi stomický sáček. S tímto zkušebně nalepeným sáčkem si pacient, pokud není pohybově limitován, zkusí pohybové aktivity jako je sed, leh, dřep apod. Vyznačení místa pro založení stomie je důležitý pro následnou péči o pacienta i jeho vlastní sebepéči. Správným zaznačením se lze vyhnout více komplikovaným místům na těle (jizva, kožní řasa, velká prsa u žen atd.), které by mohli ošetřování stomie komplikovat. V některých případech lze přihlídnout i k přání

pacienta na základě jeho osobního či profesního života a požadavků. Výsledné místo stomie, jak už bylo zmíněno výše, určuje chirurg dle situace na operačním sále. Pokud během operačního výkonu nevzniknou jiné důvody, ze kterých by stomie musela být vyšitá na jiném místě, konstruuje se právě na místě vyznačeném stomickou sestrou (Otradovcová et al., 2006).

Střevo a jeho příprava k výkonu probíhá již dva dny před operací. Je nutné dbát na dostatečnou hydrataci. Dle zvyklostí zdravotnických zařízení je den až dva podáván nevstřebatelný, isoosmolární roztok polyetylglykolu, pro vyprázdnění zbylé stolice ze střeva, kdy je ale nutné vypít velký objem o čtyřech litrech. Běžně se tyto dávky rozdělují na jeden až dva dny aplikace (Otradovcová et al., 2006). Alternativami tohoto přípravku jsou nízkoobjemový kombinovaný přípravek polyetylglykolenu a kyseliny askorbové rozpustitelný v jednom litru vody, dále přípravky složené ze síranu sodného, síranu hořečnatého a síranu draselného, přípravek s obsahem natria-pikosulfátu a magnesium-citrátu. Lze též použít hyperosmolární přípravky fosfátových solí, které stahují vodu do střeva. Právě z tohoto důvodu bývá tento přípravek kontraindikován, poněvadž při jeho podání hrozí dysbalance minerálního hospodářství a vodní rovnováhy organismu (Zachová et al., 2010). V rámci předoperační přípravy je dále dle ordinace lékaře individuální antibiotická profylaxe, prevence tromboembolické nemoci, anesteziologická příprava a individuální příprava polymorbidního pacienta (Otradovcová et al., 2006).

Předoperační péče bezprostřední

Toto časové období začíná už dnem před chirurgickým výkonem. Charakteristická pro toto období je příprava čili vyprazdňování střeva (per os nebo per rectum), změna diety na šetřící tekutou. Od půlnoci pacient nekouří a čtyři hodiny před výkonem lze podat ještě 200 ml tekutiny. Následuje holení operačního pole, dezinfikace pupku, nasazení protiembolických punčoch nebo bandáž obou dolních končetin stehenní bandáží. Dle zvyklostí je zajištěn periferní či centrální invazivní vstup s případnou terapeutickou nebo profylaktickou dávkou antibiotik. Dle pokynů z operačního sálu je podána premedikace a pacient je předán na operační sál. Zde proběhne kontrola identifikace pacienta, který je následně předán do rukou operačního týmu (Fierlová, 2018).

Předoperační příprava u akutního výkonu

Jak již bylo zmíněno výše, v případě akutního či život ohrožujícího stavu se předoperační péče domlouvá mezi chirurgem, anesteziologem a případně internistou. Veškeré informace ohledně stomie a následně i její edukace ohledně stomie přichází na řadu až po stabilizaci stavu pacienta (Fierlová, 2018)

Bezprostřední pooperační péče

Pacient je dle stavu monitorován na jednotce intenzivní péče či anesteziologickém oddělení. Stomický systém je aplikován ještě na operačním sále. V tento moment se volí typ vhodný na pooperační břišní terén, průhledný a výpustný (Fierlová, 2018). Otradovcová et al. (2006) uvádějí, že tento stomický sáček, pokud nepodtéká, může zůstat aplikovaný až 48 hodin. Zároveň lze přes průhledný sáček snadno kontrolovat tvar, barvu, otok a charakter odváděného sekretu ze stomie. O stomii se nyní stará v rámci ošetrovatelské péče sestra konající službu na daném oddělení. Sestra sleduje stav a vitalitu stomie, stejně tak měří odváděný objem sekretu ze stomie. Dle možností zdravotnického zařízení dochází i na tato oddělení stomická sestra a provádí základní edukaci na lůžku, za předpokladu, že je pacient schopný a ochotný se v této fázi edukaci věnovat. Podle Zachové et al. (2010) jsou krátce po operaci především řešeny nesnáze s dostatečným odpočinkem a minimalizací bolesti. Pacientovi by měl být dopřán dostatek času na fyzickou, mentální i psychickou rekonvalescenci. V ranném pooperačním období při podávání analgetik a anestetik může být narušeno vnímání pacienta, tudíž informace a pokyny by měly být sdělovány postupně, srozumitelně a opakovaně.

Následná pooperační péče

Následná pooperační péče již probíhá na jednotkách standardního oddělení. Zde pacient spolupracuje s certifikovanou stomickou sestrou tak i se sestrami daného oddělení. Pacient se seznamuje se svým vývodem pomocí zrcadla. Pacient se zde dozvídá základní informace z oblasti péče o vlastní stomii. Pacient se seznamuje s postupem pro výměnu stomického systému a péči o peristomální oblast. Pacient se učí rutinní nachystání veškerých potřeb pro samotný proces výměny. Potřeby k výměně jsou nový stomický systém, speciálně zaoblené nůžky, odstraňovač podložky, mycí pěnu, perlan či buničitá vata, ochranný film, případně

vyrovnávací pasta a těsnící kroužky. Pacient musí být informován a každém kroku výměny systému jako například o tom, že kůže musí být suchá před nalepením nového systému, jinak hrozí vyšší riziko podtečení (Veverková et al., 2019)

V případě nutnosti opakované edukace je zásadní trpělivý přístup ošetřovatelského personálu. S opakujícím se postupem ošetřování se péče o stomii stává pro pacienta rutinní záležitostí. Jako výhodu lze brát přítomnost ošetřovatelského personálu, rychlé odpovídání a řešení neznámých situací je řešeno okamžitě, případně s kontaktováním stomické sestry. S postupem času je stomik schopný vysledovat peristaltické vlny a dle toho naplánovat celý proces výměny stomického systému (Drlíková et al., 2016).

Pacient je postupně zatěžován stravou, ze začátku tekutou formou, postupně dle stavu pacienta se pozvolně přechází na dietu bezezbytkovou. Společně s edukací o stomii je nutné pacienta informovat i o nutnosti hygieny a péče o kůži, stravovacích návycích, vhodné míře fyzické zátěže, aspektech intimního života, oblékání a podobně. Sestra se má za úkol s ohledem na přání a volbu pacienta vybrat takový stomický systém, který stomikovi zajistí diskretnost, komfort, dostupnost a co nejlepší manipulaci s ohledem na manuální zdatnost pacienta. Finální slovo ve výběru stomické pomůcky je vždy na pacientovi (Fierlová, 2018).

Přestože cílem stomické sestry je soběstačnost a samostatnost pacienta, ne vždy je v možnostech stomika se o svou stomii starat sám. V případě, kdy stomik není schopen stomii ošetřovat sám, je úkolem stomické sestry zjistit možnosti rodinných příslušníků či blízkých osob. V takovém případě se do ošetřování stomie zapojuje třetí osoba, která bude schopna pečovat o stomii – pacienta v domácím prostředí. Pokud nelze spoléhat na pomoc v péči na osobu blízkou, je v kompetencích ošetřovatelského personálu kontaktovat agenturu domácí péče. V této oblasti lze také využít služeb sociální sestry (Drlíková et al., 2016).

Posthospitalizační péče

Dimisí ze zdravotnického zařízení není ukončena spolupráce stomické sestry a pacienta. Pokud pacient není schopen se sám o sebe starat a stejně tak nemá možnost ani rodina či osoba blízká, je nutno pacientovi zajistit následnou péči ve formě oddělení dlouhodobě nemocných, domova pro seniory či hospicovou péči (Fierlová, 2018).

K propuštění samotnému dochází na základě stavu pacienta a domluvě ošetřujícího lékaře a stomické sestry. Pacient by měl ze zdravotnického zařízení odcházet s vybavením stomickými

pomůckami na jeden měsíc, firemním balíčkem s pomůckami pro péči, termínem a místem další kontroly, kontaktem na odborné ambulance a stomickou sestru, kontakty na firmy distribuující stomické pomůcky v ČR. Stomická sestra by pacienta měla informovat o limitech preskripce vybraných pomůcek, o pomůčkách a doprovodných programech všech dostupných firem, o možnosti výjimečného navýšení preskripce, o správném skladování stomických pomůcek a případném vybavení domácnosti. Dále by měla stomická sestra stomika informovat o klubech stomiků a jejich dobrovolnících, rehabilitaci a lázeňské léčbě, o komplikacích v péči o stomii a jejich prevenci, o společenském životě stomiků, o možnostech se smyslu sportování, oblékání, stravování a případné změny váhy. (Otradovcová et al., 2006)

Pacient je po propuštění následně, kromě odborných ambulancí onkologických či proktologických, dispenzarizován minimálně cestou stomické ambulance. Stomická sestra provádí kontroly stomických pacientů, řeší komplikace v péči, kontroluje parastomální okolí, stav stomie i vyšetření per stomiam. Samozřejmě stomická sestra předepisuje zdravotnické pomůcky pro péči o stomii, ty však může předepisovat i praktický lékař a odborní lékaři jako internista gastroenterolog, chirurg, urolog nebo onkolog. Je možné předat pacienta i do péče praktického lékaře ale pouze za předpokladu, že pacientův stav je stabilní. Preskripci hospitalizovaným pacientům je povinno zajistit oddělení nebo zdravotnické zařízení, ve kterém je stomik hospitalizován (Fierlová, 2018).

1.4.4 Aspekty v péči o stomii

Ošetrovatelské intervence a činnosti v oblasti péči o stomii by se měli skládat z:

- Prevence narušení kožní integrity. Tento aspekt zahrnuje kontrolu peristomální oblasti, případné svědění či pálení v okolí stomie, omývání stomie při výměně teplou až vlažnou vodou, ochranu peristomální kůže při snímání sáčku, pravidelnou kontrolu šířky a výšky stomie, aplikací vhodných prostředků.
- Pomoc s přijutím změny vzhledu. Tato oblast je zaměřena na pacienta a jeho přijetí střevního vývodu. Sestra by měla povzbuzovat pacienta k vyjádření svých pocitů ohledně stomie, vést pacienta k soběstačnosti v péči o stomii a vytvoření vlastního plánu pro její ošetřování. Seznámit ho s limity oblékání se stomií.

Pro pacienta zopakovat důvody proběhlé operace a možné vyhlídky na budoucnost, které operace přinesla. Nabídnout možnost setkání se se stomiky dobrovolníky.

- Akutní bolest a její řešení. Sestra musí hodnotit bolest dle lokace, charakteru a intenzity. Měla by dbát na pohodlí pacienta, povzbuzovat, reagovat s pochopením, podávat indikovaná analgetika, doporučit relaxační techniky a podporovat mobilitu pacienta.
- Podpora sexuality. Zodpovídání otázek ohledně obav z problémů v oblasti sexuality s vývodem. Prodiskutovat s pacientem postupný návrat k sexuálnímu životu. Nabídnout konzultaci s odborníkem – sexuologem.
- Řešení poruch spánku. Seznámení pacienta s monitorováním funkce střev a jejich vyprazdňováním. Probrat s pacientem postupy v péči před spaním s vědomím, že stomii se ve spánku nic nestane. Doporučení o neužívání kofeinových nápojů a jídel před spaním a dalších pravidel dle zavedené diety. Podávání analgetik a sedativ dle ordinace lékaře.
- Snížení rizika zácpy a průjmu. Kontrola každodenního příjmu stravy a tekutin. Analýza dosavadního životního stylu pacienta a následné doporučení pro co nejlepší kvalitu života se stomií. Pacient by měl být informován o změně charakteru stolice v průběhu pooperační péče a zároveň by měl vždy ošetřovatelskému personálu nebo lékaři sdělit potíže s obstipací.
- Prevence rizika nedostatečného příjmu tekutin. Monitorace příjmu a výdeje tekutin, vodnaté stolice, váhy pacienta. Kontrola laboratorních výsledků a základních životních funkcí (hypotenze, tachykardie, kožní turgor atd.). V případě nutnosti intravenózní terapie tekutinami a elektrolyty.

(Vera, 2019; Agastya et al., 2023)

Sestra by měla poučit pacienty, aby sledovali, identifikovali změny na svém těle, na své stomii a při zjištění jakýchkoliv změn kontaktovat stomickou sestru. Povzbuzení pacienta a jeho vlastní proaktivity v přístupu ke svému zdraví je klíčové. Seznámení pacienta s hodnocením vlastního těla a stomie pomáhá stomickým sestřám stanovit realistické cíle k dosažení

optimálního zdraví a kvality života se stomií. Současně je důležité udržovat frekvenci setkání sestry s pacientem. Po propuštění by se setkání mělo uskutečnit do dvou týdnů pro revizi stomie, posouzení tělesného profilu a kontrolu vhodnosti zvoleného systému. V případě změny systému je vhodné kontrolu naplánovat zase za dva týdny pro posouzení funkčnosti systému či řešení případných komplikací (Colwell et al., 2019).

Dle Naseh et al. (2023) není dostačující pouze zajistit chirurgickou péči a ošetřování stomie stoma sestrou. Zdravotnický personál, zvláště stomická sestra by si měla být vědoma komplikací nejen z oblasti péče o stomii samotnou ale i komplikací psychických, fyzických, rodinných, manželských a sociálních. Dopad změny životního stylu na rodinný a manželský život může být velmi vážný. Důvody pro tuto změnu jsou ošetřování stomie v domácím prostředí a uchýlení se k sociální izolaci ze strany stomika samotného kvůli obavám ze zvuků a zápachu, které samovolné vyprazdňování stomie doprovází.

1.4.5 Organizace mimo nemocniční péči

V této oblasti lze hovořit o patientských spolcích, organizacích a centrech. Patientskou organizací se dle zákona o zdravotních službách 372/2011 Sb. rozumí taková organizace, která je zapsána v seznamu patientských organizací a jejíž hlavní oblastí zájmu je pomoc pacientům a ochrana jejich práv. Členy těchto organizací jsou zpravidla osoby se zdravotním postižením nebo určitým onemocněním, jejich zástupci nebo osoby pacientům blízké či příbuzní dle občanského zákoníku.

Za nejvýraznější českou patientskou organizací věnující se stomikům lze jednoznačně považovat České ILCO, z. s. Vzniku této organizace ovšem předcházela Charta práv stomiků, vzniklá v roce 1977. Cílem této listiny je zajistit plnohodnotný a soběstačný život stomiků a sjednocení úrovně péče po celém světě. České ILCO jakožto organizace vzniká v roce 1992, nejdříve však jako občanské sdružení. Od roku 1993 České ILCO začíná spolupracovat s Mezinárodní asociací stomiků (IOA) a Evropskou asociací stomiků (EOA). Od roku 1993 se tato organizace zapojila do mezinárodní spolupráce, realizovala četné projekty pro detabuizaci života se stomií (Život bez omezení 2012-2014; Překonej své hranice 2018; Ano, my můžeme! 2022), zasadila se o svého zástupce v Patientské radě ministra zdravotnictví. V roce 2022 získává titul Neziskovka roku v kategorii Malé neziskovky a první cenu ve Světové ceně stomiků pro rok 2022 (České ILCO, 2024).

Mimo již zmíněné České ILCO se stomikům mimo zdravotnické zařízení věnují i další organizace, různými způsoby. Například kluby stomiků, sdružení, firmy vyrábějící stomické pomůcky, informační weby, knihy, letáky, dokumentace na základě fotografií a videí či jednotliví stomici, kteří například formou sociálních sítí sdílí své zkušenosti a životní příběhy. Všechny tyto a další zdroje informací slouží pacientům k orientování se, získávání rad a tipů pro péči, případně i odpovědí na otázky, a to i s možností anonymity. Nelze však stomikovi říct, který zdroj informací pro něj bude nejpřínosnější, stomická sestra může tyto zdroje pouze doporučit (Drlíková et al., 2016).

1.5 Materiální a sociální zabezpečení

Materiální zabezpečení je v České republice limitováno a financováno na základě zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, jež bude popsán níže. Sociální zabezpečení z důvodu pracovní neschopnosti a invalidity definuje zákon o nemocenském pojištění 187/2006 Sb., zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění a další níže zmíněné legislativní dokumenty.

1.5.1 Stomické pomůcky a příslušenství

Stomické pomůcky jsou neodmyslitelné pro každého stomika. Ze zjevných důvodů by s absencí stomických pomůcek stomici nemohli žít plnohodnotný život. Pro různorodost stomií a břišních profilů jsou stomické podložky i sáčky vyráběny v různých velikostech a objemech (Vraníková, 2020).

Hlavní funkcí stomických systémů je jímání derivovaného sekretu ze stomie, zadržení zápachu a ochrana peristomální kůže. Jednodílné systémy se skládají z ochranné kožní bariéry s páskovým okrajem, který je spojený se sáčkem. Další důležitou součástí je uhlíkový filtr, jehož funkcí je eliminace rizika naplnění sáčku plyny a zároveň odstranění zápachu. Dvoudílné systémy také obsahují ochrannou kožní bariéru s páskovým okrajem a přírubou nebo lepící oblastí (adhezivní systémy). K přírubě se buď mechanicky nebo adhezivní technologií připevní/přilepí samostatný vak, který je také odolný proti zápachu (Landman et al., 2021).

Stomické podložky jsou z většiny tvořeny hydrokoloidními materiály. Pro tento materiál je charakteristická dobrá ohebnost, vysoká absorpční a hojivá schopnost. Podložky mají zásadní

úkol, a to přilnutí na kůži v okolí stomie v celé své ploše. Pro dosažení tohoto cíle je na každé podložce vykreslena měřicí šablona, díky které je úprava, vystřížení podložky pacientem pro nalepení snazší. Podložka by měla vždy přesně kopírovat obvod vývodu, aby se předešlo dráždění či porušení kůže v parastomální oblasti (Vraníková, 2020).

Stomické podložky mohou mít různé tvary (oválný, kulatý, kosodélný, květinový) díky nimž podložka za různých podmínek tělesných profilů lépe přilne na kůži. Druhý faktor podložky je jeho konvexnost a tuhost použitého materiálu. Třetí aspekt je materiál, který je nosnou plochou adheziva. Tento materiál může obsahovat hydrokoloidní hmotu, mikroporézní okraj nebo transparentní folii (Drlíková et al., 2016).

Druhou částí stomického systému jsou stomické sáčky. Funkcí těchto sáčků je zachytávání střevního obsahu, zápachů a moči. Dle typu stomie lze rozlišit tři základní druhy sáčků a to uzavřené, výpustné a urostomické. Všechny typy sáčků jsou dostupné průhledné nebo v barvě tělové a šedé. Některé typy stomických sáčků jsou již i v černé barvě. Přestože barva sáčku může mít vliv na psychiku stomika nebo pohodlnost s nošeným oblečením, nelze opomenout důležitost materiálu, ze kterého je sáček vyrobený. Vnitřní část pytlíku tvoří nepropustná folie. Minimálně jedna strana stomického sáčku je tvořena netkanou textilií, která nedráždí pokožku, absorbuje pot, rychle schne a nevydává šustivé zvuky. Zkrátka tato strana zlepšuje pocit každodenního nošení. Třetí komponent sběrného sáčku je uhlíkový filtr, díky kterému lze zabránit nežádoucímu zápachu a nadouvání pytlíku. Uhlíkový filtr je pro správnou funkčnost nutné chránit před vlhkostí. Pokud je sáček více než z jedné strany tvořený netkanou textilií a je tedy neprůhledný, bývá přítomné tzv. kontrolní okénko, díky kterému i s neprůhledným sáčkem kontrolovat vitalitu střeva (Vraníková, 2020).

Kromě podložek a sáčků mají stomici nárok i na ochranné a čistící prostředky, taktéž vyráběny přímo pro specifické potřeby stomiků a distribuovány do ČR (Vraníková, 2020).

Z hlediska materiálního zabezpečení jsou stomici hájeni zákonem č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění. Stomické pomůcky jsou předepisovány jednotlivě a formou poukazu na léčebnou a ortopedickou pomůcku. Zákonem jsou jasně dány možnosti bezplatného čerpání stomických pomůcek. Limity stomických pomůcek jsou rozdílné podle jejich druhu, stejně tak příslušenství pro péči o stomii. Například kolostomik má na měsíc nárok při jednodílném systému na 60 kusů sáčků, při dvoudílném systému má nárok na 10 podložek a 60 sáčků. Ileostomik má nárok při jednodílném systému na 30 sáčků a při dvoudílném systému na 15 podložek a 30 sáčků. Příslušenství je také hrazeno, jen dle druhu prostředku je rozlišena

maximální úhrada za měsíc. Limity všech stomických pomůcek i prostředků pro péči jsou dané zákonem a jsou čerpány dle subjektivních potřeb stomika. Zdravotní pomůcky pro stomiky již nepodléhají schvalování revizního lékaře. Limity čerpání pro základní pomůcky (ne doplňkové materiály) lze navýšit ve výjimečných případech (například syndrom krátkého střeva), kdy pouze v tomto případě dochází ke schválení revizním lékařem (zákon 48/1997, Sb.).

Předpis stomických pomůcek je vždy možný pouze na maximálně tři měsíce. Dostupnost stomických pomůcek na trhu v ČR saturují firmy Coloplast, Convatec, BBraun, Eakin, Welland, Hartmann (Dansac), Distrimed a Sabrix. Pacient pomůcky získá buď kontaktováním stomické sestry nebo praktického lékaře. Pokud má pacient nedostatek stomických pomůcek je doporučeno kontaktovat stomickou sestru a domluvit se přímo s ní na dalším postupu. Pokud má pacient zájem o vyzkoušení jiného systému, je doporučeno v první řadě možnosti konzultovat se stomickou sestrou. Dále má stomik právo kontaktovat některou infolinku stomických firem. Infolinky stomických firem nabízí své bezplatné využití, pomoc s výběrem vhodné pomůcky, řešení problémů s pomůckami či zaslání nových vzorků na vyzkoušení (České ILCO, 2024).

1.5.2 Pracovní neschopnost a nemocenské pojištění

Je zřejmé že výše zmíněná onemocnění zasahují do běžného života člověka. Kromě změn ve zdravotním stavu je zásadní změna po stránce pracovní, tedy omezení, někdy i dokonce ztráta ekonomické jistoty v podobě zaměstnání (Zachová et al., 2010).

Člověk, který byl ošetřujícím lékařem shledán dočasně práce neschopným, má nárok na nemocenské, státem vyplácené dávky, pokud práceneschopnost nebo karanténa trvá déle než 14 dní. V době již zmíněných prvních 14 dní dostává zaměstnanec od svého zaměstnavatele náhradu mzdy (Drlíková et al., 2016).

V akutní fázi onemocnění je pacient ošetřujícím lékařem odeslán do dočasné pracovní neschopnosti (ČSSZ, 2020). Dočasná pracovní neschopnost (dále jen DPN) znamená dle zákona o nemocenském pojištění 187/2006 Sb. § 55 stav, kdy jedinec není schopen vykonávat dosavadní ani jinou pojištěnou činnost v souvislosti s poruchou zdraví, trvající déle než 180 kalendářních dní. Po tom, co je uznán jako práce neschopný, je odkázán na finanční dávky, garantované nemocenským pojištěním. Tyto dávky nemůže čerpat jedinec, který pracoval bez pravidelných plateb za sociální a nemocenské pojištění. Za běžných okolností,

kdy jsou za jedince standartně odváděny platby za nemocenské a sociální pojištění, má nemocný nárok na tzv. nemocenskou. Finance z nemocenského pojištění lze získávat od 15. dne kalendářního měsíce až po dobu 380 dnů od vzniku onemocnění. Výpočet a výše dávky je určena tzv. denním vyměřovacím základem, kterým se rozumí průměrný denní příjem za rozhodné období, které z pravidla činí 12 kalendářních měsíců před tím měsícem, kdy vznikla dočasná pracovní neschopnost, nebo jiná sociální událost. Vyměřovací základy jsou v tomto období sečteny, vyděleny počtem kalendářních dnů a daná částka pak tvoří denní vyměřovací základ (Zákon 187/2006 Sb. o nemocenském pojištění).

Výše nemocenského se liší podle výše zmíněného vyměřovacího základu a dnů trvání. Do 30. dne DPN je pojištěnci vypláceno 60 % redukováného denního vyměřovacího základu (dále jen DVZ), od 31. dne do 60. dne DPN je to 66 % DVZ a od 61. dne trvání dočasné pracovní neschopnosti je vypláceno 72 % DVZ. Nemocenské je vyplácené zpětně, stejně jako ostatní dávky nemocenského pojištění. Zákon totiž nestanovil určité datum v měsíci. Dávky jsou však vypláceny ve lhůtě nejpozději do jednoho měsíce po dni, kdy byly na Organizaci správy sociálního zabezpečení dodány všechny potřebné a správně vyplněné materiály včetně vyplněných dokladů pro nárok na výplatu dávky (ČSSZ, 2020).

Povinností pojištěnce v době DPN je v dodržování pokynů ošetřujícího lékaře. Dle charakteru onemocnění se nemocný domluví s lékařem na adrese, kde se bude nemocný zdržovat a na vycházkových hodinách (max 6 hodin denně, od 7 do 19 hodin). Mimo vycházky má Okresní správa sociálního zabezpečení (dále jen OSSZ), právo na kontrolu pojištěného na uvedené adrese v jakoukoli dobu. Pojištěný je tedy ve svém zájmu povinen řádně označit jmenovkou a funkčním zvonkem místo svého pobytu. Dále je pojištěnec povinen se dostavit na předem domluvené kontroly u ošetřujícího lékaře. Nedodržením těchto podmínek může být nemocenská tzv. zkrácena, tudíž je snížena finanční dávka pro dočasně pracovní neschopného (Zákon 187/2006 Sb. o nemocenském pojištění).

Podpůrčí doba začíná u nemocenské 15. dnem trvání DPN a je ukončena dnem, kterým je ukončena DPN. Zároveň však podpůrčí doba trvá nejvýše 380 kalendářních dnů. Do této doby jsou započítávány všechny předchozí DPN. V případě, že pojištěná činnost, tedy pracovní schopnost jedince, trvala alespoň 190 dnů, od poslední DPN se žádné předchozí dny pracovní neschopnosti nesčítají. V případě, že uplyne doba trvání podpůrčí doby a jedinec není schopen se zapojit do běžného pracovního života, může zažádat znovu o posouzení na OSSZ, kdy posudkový lékař rozhoduje, zda bude pojištěnec do uplynutí znovu schválené podpůrčí

doby schopen vykonávat předchozí ale i jiné pojištěné činnosti, tedy vykonávat výdělečnou činnost. Takto lze podpůrčí dobu prodloužit o dalších 350 dní (Arnoldová, 2016)

V případě, že po uplynutí podpůrčí doby není schváleno OSSZ její prodloužení, je nemocnému doporučeno zažádat si o poskytnutí invalidního důchodu. Pouze operační výkon s výsledkem vyvedení stomie však jistotu schválení invalidního důchodu nezaručuje. Získání invalidního důchodu (dále jen ID) je individuálně posuzováno dle způsobilosti a možností pro návrat na původní profesní pozici. Tento proces zprostředkovává odborné lékařské posouzení, které se opírá o vyhlášku o posuzování invalidity, tj. Vyhláška 359/2009 Sb. Touto vyhláškou je stanovena procentní míra snížení pracovní schopnosti a náležitosti posudku o invaliditě pro účely invalidity. Tato vyhláška společně s § 108 odst. 1 písm. B) zákona 155/1995 Sb. o důchodovém pojištění ve znění zákona č. 306/2008 Sb., a dle § 127 odst. 2 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, dle znění zák. č. 479/2008 Sb. funguje pro Ministerstvo práce a sociálních věcí jako prostředek k posouzení míry snížení pracovní schopnosti jedince (Drlíková, 2016).

1.5.3 Invalidní důchod a sociální dávky

Vyhláška č. 359/2009 Sb. stanovuje procentuální míru, kterou následně lze stanovit úroveň ztráty pracovní schopnosti a na to navazující náležitosti posudku o invaliditě. Zároveň tato vyhláška upravuje posuzování pracovní schopnosti pro účely invalidity. Během hodnocení poklesu průceschopnosti u onemocnění gastrointestinálního traktu s organickými a funkčními postiženími je velmi důležitý rozsah postižení orgánových poruch a jejich vliv na výživu a celkovou výkonnost, tudíž na celkový stav jedince (Zvoníková et al., 2010).

Žádost o invalidní důchod je doporučena konzultovat s ošetřujícím lékařem, lze ji ale podat kdykoliv, pokud je zdravotní stav nemocného dlouhodobě nepříznivý a znemožňuje plnohodnotné zapojení se do pracovního procesu. O ID lze zažádat i zpětně, je nutné však mít na paměti, že doplacení ID lze pouze pět let zpětně od uplatnění žádosti na důchod (Portál veřejné správy ČR, 2023). Po podání žádosti o důchod, přichází na řadu posuzování invalidity. Ošetřující lékař zpracuje potřebné materiály pro ČSSZ o zdravotním stavu žádajícího jedince. Žadatel sám také musí doložit ČSSZ potřebné podklady (lékařské zprávy, nálezy atd.). Součástí těchto dokumentů je i tzv. profesní dotazník, který obsahuje informace o kvalifikaci jedince, o druhu a době všech pracovně výdělečných či profesních činnostech. Tento dokument

získá žadatel od ČSSZ. V tomto bodě do rozhodnutí zasahuje jen posudkový lékař. Přítomnost žadatele při šetření není nutná. Posudkový lékař si však přítomnost žadatele může vyžádat na základě předložené dokumentace (ČSSZ, 2024.)

Pacient má nárok na invalidní důchod dle zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, podle § 38 pokud je mladší 65 let věku a podle §39 z důvodu dlouhodobého nepříznivého zdravotního stavu, díky němuž jeho pracovní schopnost poklesla nejméně o 35 %. Další podmínkou pro vznik ID je plnění potřebné doby pojištění, která je zjišťována z období před vznikem invalidity, délka jejího trvání v poměru s věkem. Dle zmíněného zákona je invalidita rozdělena do tří stupňů, kdy každý je procentuálně vymezen podle snížení pracovní schopnosti jedince (PVS ČR, 2023). Žadatel tedy může získat a má nárok na plný či částečný invalidní důchod. Nárok na celý, tedy plný ID vzniká při dlouhodobé nepřízni zdravotního stavu s poklesem schopnosti pracovat na nejméně 70 % nebo při schopnosti soustavné výdělečné činnosti ale jen za docela výjimečných podmínek (Marková, 2006).

Invalidita prvního stupně je stanovena poklesem pracovní schopnosti nejméně o 35 %, nejvíce ale o 49 %. Invalidita druhého stupně je vymezena poklesem práce schopnosti v rozmezí minimálně 50 % a maximálně 69 %. Třetím stupněm invalidity je samostatná práceschopnost snížena nejméně o 70 %. Doc. Kreml in Drlíková et al. (2016) uvádí, že onkologický pacient v průběhu léčby ztrácí práceschopnost na 70-80 %. Po šesti měsících v remisi po ukončení terapie se takový pacient dostává na 35-45 % pracovní schopnosti, což dle výše zmíněných procentuálních rozmezí znamená invaliditu I. stupně.

Pojištěnci se všemi třemi stupni invalidity mohou dle svých možností a schopností nadále vykonávat výdělečnou činnost. Dle zákona se v tomto případě nevylučuje samostatná výdělečná činnost a výplata invalidního důchodu (Zákon 155/1995, Sb.).

K povinností důchodce, patří sdělování informací, které mají vliv na důchod a jeho výplatu, např. kontaktní informace. Druhou povinností invalidního důchodce je absolvování případného pozvání na vyšetření, a tudíž kontrolu zdravotního stavu na základě požadavku ČSSZ. Kdyby se jedinec ohradil a odmítl vyšetření podstoupit, mohlo by dojít k přerušení výplaty invalidního důchodu (ČSSZ, 2024).

Protože zdravotní stav jedince není stálý ani neměnný, může ČSSZ posuzovat invaliditu při tzv. kontrolní lékařské prohlídce. Uznání ID tedy nemusí být permanentní. S dosažením důchodového věku (65 let) si může invalidní důchodce podat žádost o starobní důchod. Pokud budou splněny potřebné doby pojištění a vypočtený starobní důchod nebude nižší než důchod

invalidní, bude starobní důchod přiznán. Všechny stupně invalidity přecházejí společně s dosažením šedesáti pěti let věku z invalidního důchodu na důchod starobní, přičemž tento starobní důchod nevyklučuje nárok na starobní důchod řádný, o který je také nutné zažádat (ČSSZ, 2024).

Ze sociálního hlediska je zásadní otázka finančního zabezpečení stomika. Často není návrat na původní pozici v zaměstnání možný, není tedy jiná cesta než invalidní důchod, jak bylo popsáno výše. V rámci kontrolních vyšetření však po čase řada stomiků přichází i o status plné invalidity a zbývá jen invalidita částečná. Průkazy ZTP, na které však stomici zatím nemají nárok, by mohly představovat značnou úlevu, například při cestování. Jediným příspěvkem pro stomiky bylo 200 Kč na zvýšené životní náklady, tento příspěvek byl ale 1. 1. 2008 zrušen (Kreml, 2008). Od 20.12.2021 však Ministerstvo práce a sociálních věcí uvedlo ve funkčnost tzv. Euroklíč, jehož majitel má možnost přístupu k dostupnosti toalet, plošin a výtahů a dalších mobilně kompenzačních zařízeních ve veřejných prostorách (nádraží, čerpací stanice, úřady, obchodní centra aj.) zamčených Eurozámkem a to nejen v ČR ale i ostatních zemích Evropské unie. Tato služba je zdarma, zámeček je nepřenosný a jeho distribuční místa jsou po celé České republice (PVS ČR, 2021).

1.6 Kvalita péče a spokojenost pacientů

Definice k popisu kvality zdravotnické péče je několik. Autorka Válková (str. 12, 2015) uvádí definici dle WHO: „*Souhrn výsledků, kterých bylo dosaženo v prevenci, diagnostice a léčbě, určených potřebami obyvatelstva, na základě věd a praxe.*“. Kvalita péče dle Donabediana (2003) je: „*mírou pravděpodobnosti pozitivního výstupu pro pacientovo zdraví, a to v porovnání s náklady na vynaloženou péči ve všech fázích léčebného procesu.*“. Jiná citace od autorů Škrli a Škrlové (str. 12 in Válková, 2015) je popsána takto: „*Dělat správné věci správně, na správném místě a se správnými lidmi.*“. Kvalita jako taková je však vnímána intuitivně a subjektivně, je tedy obtížné ji jednomyslně definovat.

Na kvalitu péče lze nahlížet z několika pohledů. Z pohledu lékařského a nelékařského personálu, z pohledu pacienta/ klienta (dále K/ P), a z pohledu výstupů. Zdravotnický personál hodnotí kvalitu na základě vyhodnocování stavu klienta/ pacienta, procesu řízení léčby a ošetrovatelské péče, saturace potřeb vzniklých především na základě vniklé nemoci a současné poskytované léčby a v neposlední řadě i edukace K/ P. Klienti/ pacienti hodnotí kvalitu podle zkušeností s nemocničními službami, přístupu personálu směrem ke K/P. Tím

se rozumí i projev úcty, empatie, pomoci, ochoty a podobně. Třetí oblastí jsou výstupy na základě léčebných opatření a úrovně zlepšení zdravotního stavu či kvality života K/ P (Škrála, Škrlová, 2003).

Wachter (2012) uvádí tvrzení, kdy zajišťování kvality ve zdravotnictví neznámá pouhé praktikování a poskytování medicíny založené na důkazech. Tyto cíle jsou mnohem obsáhlejší. Kvalita poskytované zdravotní péče se dotýká oblastí od zajišťování a udržování bezpečného prostředí, přes dodržování legislativy až po neméně důležité ocenění důstojnosti pacienta.

Donabedian ve své publikaci z roku 2005 (in Žaludek, 2020) popisuje šest dimenzí členění kvality. Je nutné mít na paměti, že tyto dimenze nejsou ve všech organizacích stejné, protože každá organizace je unikátní a je úkolem managementu rozhodnout, která dimenze je pro jejich organizaci nejdůležitější. Je sem řazena účinnost (effectiveness), ekvita (ekvity), hospodárnost (efficiency), včasnost (timeliness) a zaměření na pacienta (patient centeredness). Kromě těchto dimenzí existuje i šest specifických cílů řízení kvality ve zdravotnictví, na které je třeba dbát. Jsou to bezpečí pacientů, zaměření se na pacienta (obdoba z koncepce managementu), efektivita, dostatečnost, rovnost a časová dostupnost. Zmíněné dimenze a cíle kvality jsou navzájem propojeny a prolínají se (Donabedian 2003, Wachter 2012 in Žaludek, 2020).

Žaludek (2020) ve své publikaci uvádí v souvislosti s vyhláškou č. 102/2012 Sb. oblasti péče o pacienta a níže zmíněné oblasti jako minimální hodnotící standardy:

- dodržování práv pacientů osob blízkých
- zajištění konzultací a konzultačních služeb
- stanovení vnitřních předpisů upravujících vedení zdravotnické dokumentace
- bezpečné zacházení se zdravotnickými prostředky a léčivými přípravky
- rehabilitační péče
- prevence onemocnění a podpora zdraví
- kvalita stravování pacientů a péče o nutriční stav a nutriční pacienta
- bezpečná identifikace pacientů
- kontinuita péče
- zajištění kardiopulmonální resuscitace

1.6.1 Podmínky a hodnocení kvality poskytovaných zdravotnických služeb

Standartním způsobem hodnocení kvality zdravotnických služeb ve zdravotnických zařízeních je audit. Audity jsou buď interní, které jsou prováděny skupinami odborníků z daného zařízení nebo externí, kdy jsou vedeny výzkumnými skupinami, profesními organizacemi nebo vládními strukturami. Audity tak mohou být využity k hodnocení struktury, procesů a výsledků péče (Pokorná et al., 2019).

Hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb v obecném slova smyslu znamená soustavné navyšování kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb, podpora a posílení důvěry veškeré veřejnosti v poskytovatele zdravotních služeb a v neposlední řadě zdokonalování systému řízení ve zdravotnictví. Všechny níže zmíněné předpisy byly vydány s cílem přesně stanovit a legislativně upevnit podmínky a požadavky procesu hodnocení kvality a bezpečí, a to zcela v souladu s výroky Evropské unie, Světové zdravotnické organizace (WHO) a Mezinárodní společností pro kvalitu ve zdravotnictví (ISQua) (MZ ČR, 2022).

Prvotní doporučení k zavedení systému hodnocení kvality a bezpečnosti zdravotních služeb vzešlo z Rady Evropy v roce 1997. Poslední formulaci tohoto doporučení provedla Světová zdravotnická organizace, ISQua a Rada EU v dokumentu Doporučení o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí (2009/C151/01). Zmíněné doporučení bylo přijato 15. dubna 2009 Výborem pro evropské záležitosti Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR (MZ ČR, 2021).

Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb je v ČR určeno na základě zákona 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů, který nabyl účinnosti 1. dubna 2012 (MZ ČR, 2021). Dalším legislativním dokumentem určující způsob realizace zdravotnických služeb, jejich kvality a bezpečí je vyhláška č. 102/2011 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. Na základě zákona 372/2011 Sb. je poskytovatel zdravotních služeb povinen zajistit interní systém garantující hodnocení kvality a bezpečí poskytované péče. Postup externího hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb pak stanovuje § 98 stejného zákona v jeho provádějící vyhlášce č. 102/2012 Sb. Tato vyhláška zmiňuje minimální požadavky a zavedení interního systému hodnocení a sledování kvality a bezpečí pro tři typy poskytovatelů zdravotních služeb, kterými jsou lůžková a jednodenní péče, ambulantní péči a zdravotnická záchranná služba. Metodika způsobu zajišťování interního hodnocení poskytovaných služeb byla Ministerstvem

zdravotnictví (dále jen MZ) vydána 26. října 2015 ve Věstníku MZ, č. 16, 2015 (Šupšáková, 2017).

Jak již bylo zmíněno, interní hodnocení kvality péče je pro zdravotnické zařízení povinné na základě výše zmíněného zákona, jeho vyhláše a Metodického věstníku MZ. Externí hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných služeb je dobrovolné a je stanoveno § 98 zákona 372/2011 Sb. a jeho prováděcí vyhláše 102/2012 Sb., která byla 23. 8. 2016 novelizována vyhláškou č. 262/2016 Sb. Novelizací byla vyhláška 102/2012 Sb. změněna v oblasti požadavků na personální zabezpečení procesů hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných služeb. Externím auditem se tedy rozumí kontrola z vnějších zdrojů, kdy kontrolorem může být fyzická nebo právnická osoba. Externí kontrola je pro organizaci potvrzením, že prověřené činnosti, postupy, kvalita jednotlivých činností splňují cíle a požadavky organizace. Tuto vnější kontrolu musí provádět kvalifikovaní auditoři, kteří organizaci předávají osvědčení o jakosti požadavků v souvislosti s danou normou (například ISO – Mezinárodní organizace pro normalizaci, EFQM – Evropská nadace pro řízení kvality, SAK – Spojená akreditační komise, ISQua – Mezinárodní společnost pro kvalitu zdravotnictví atd.) (Jedličková et al. 2024).

Protože externí audity jsou dobrovolné, zavedlo MZ organizacím neprovozující externí kontroly povinnost interního systému kontroly, tzv. legislativní minimum dle vyhlášky č. 102/2012 Sb. Pro představu rozdílu mezi požadavky legislativních podmínek a podmínek externích auditů lze zmínit rozsah legislativních požadavků, to znamená 7 standardů, je nerovnoměrný vůči požadavkům resortních cílů s 97 standardy Spojené akreditační komise, jejíž kontrolní oblast zasahuje i do neklinické činnosti (Šupšáková, 2017).

1.7 Vnímání poskytované péče stomiky

Vnímání poskytované péče je ovlivňováno informačním procesem. Nieves et al. (2017) uvádí tři hlavní oblasti vnímání zdravotní péče stomiky. Jsou to obdržená zdravotní péče, management zdravotní péče a řešení problémů a návrhy na zlepšení.

Na tyto potřeby navazuje Charta práv stomiků, která byla definována v roce 1977 na kongresu Mezinárodní asociace stomiků. Charta popisuje a definuje základní práva stomiků s cílem zaručit těmto lidem veškeré potřebné informace, plnohodnotný a soběstačný život (Charta práv stomiků, České ILCO, 2024).

Z oblasti obdržené zdravotní péče je pro pacienty velmi důležité mít někoho, komu lze důvěřovat, na koho se lze obrátit. Ve velké míře tuto osobu zastávají ze zdravotnického personálu právě stomické sestry. Na stomasestru jsou také kladeny nároky ohledně edukace v péči o stomii, ochraně peristomální oblasti a správného výběru a aplikace stomického systému, předání informací ohledně aktivity fyzické a sexuální a také například o dietní zásadách. Pro pacienty je důležité všechny tyto informace získávat průběžně a třeba i opakovaně po celou dobu hospitalizace. Dostatek informací a průběžná edukace přispívají ke snížení negativních pocitů a nejistot v životě stomika. Následná péče a dispenzarizace stomiků je rovněž zásadní, protože než stomici naleznou jistotu a sebevědomí ve své nové životní situaci mají jistotu právě v pomoci stomické sestry (Nieves et al., 2017).

Druhou zmíněnou oblastí je management zdravotní péče. V tomto ohledu jsou dle Nievese et al. (2017) pacienti nespokojeni s řízením zdravotní péče, konkrétně s nedostatkem odborně proškoleného zdravotního personálu pro pacienty se stomií, nedostatkem informací a čekacími prostoji v procesu léčby a hospitalizace.

Poslední zmíněnou oblastí jsou potřeby a návrhy na zlepšení. Zde dle Nievese et al. (2017) jsou žádány informace na všech úrovních procesu během, před i po hospitalizaci. Lze se tak vyhnout pochybnostem, rozvoji negativních pocitů a v některých případech i vzniku pozdních komplikací. Dalším bodem pro zlepšení péče je řádné zapojení a informování rodiny a osob blízkých do procesu ošetřování stomie. Důležitým prvkem je také širší penzum informací ohledně sexuality a vztahů stomiků. Nelze opomenout aspekty jako jsou profesionalita zdravotníků a zkrácení objednacích lhůt pro výkony.

2. Cíle práce, výzkumné otázky a hypotézy

Cílem této práce je popsat a sumarizovat teoretické poznatky z oblasti organizace péče o pacienty s derivační stomií na GIT a kvality života pacientů se stomií. Organizací péče se v této práci rozumí péče o pacienta přes prevenci a léčebnou péči, až po materiální zajištění a možnosti zdravotního pojištění a finančního zabezpečení. Výzkum byl zaměřen na stomické pacienty v ohledu jejich názoru na kvalitu poskytované péče a zkušeností s poskytovanou péčí. Na stomické sestry byl výzkum zaměřen v otázce kvality poskytované péče a jejich možností.

HLAVNÍ CÍL: Popsat organizaci a kvalitu péče o stomické pacienty.

Dílčí cíle:

- Objasnit postupy v organizaci péče o stomické pacienty.
- Popsat materiální a finanční zabezpečení stomických pacientů dle zákona o zdravotním pojištění.
- Analyzovat získané výsledky výzkumného šetření.
- Potvrdit či vyvrátit stanovené hypotézy, odpovědět na výzkumné otázky.

Věcné hypotézy

H_{10} – Mezi stomiky, kteří byli a nebyli dostatečně informováni o stomích před operací není signifikantní rozdíl ve spokojenosti s kvalitou poskytované péče.

•

H_{1A} – Mezi stomiky, kteří byli a nebyli dostatečně informováni o stomích před operací je signifikantní rozdíl ve spokojenosti s kvalitou poskytované péče.

- H_{20} – Neexistuje signifikantní rozdíl ve spokojenosti s kvalitou poskytované péče mezi kolostomiky a ileostomiky.

H_{2A} – Existuje signifikantní rozdíl ve spokojenosti s kvalitou poskytované péče mezi kolostomiky a ileostomiky.

- H₃₀ – Neexistuje souvislost s typem stomie a zhodnocením kvality života se stomií.
H_{3A} – Existuje souvislost s typem stomie a zhodnocením kvality života se stomií.

Výzkumné otázky

1. Má dle stomických sester předoperační edukace pozitivní vliv na pacienta?
2. Hodnotí stomické sestry materiální zabezpečení stomiků dle zákona o veřejném zdravotním pojištění (48/1997 Sb.) jako dostačující?

3. Metodologie práce

Praktická část této diplomové práce byla zpracována kombinací kvalitativního a kvantitativního výzkumu. Tato kapitola popisuje způsob získávání dat a skladbu výzkumných souborů. Kvalitativní část výzkumu byla zpracována se zaměřením na stomické sestry a kvantitativní část výzkumu se věnuje stomickým pacientům. Obě skupiny respondentů se přímo účastní procesu, který je klíčový pro splnění cíle této diplomové práce.

3.1 Metoda sběru dat

Pro uskutečnění výzkumu byl uskutečněný smíšený výzkum. Dle Hendla (2023) se kvantitativní a kvalitativní typ výzkumu může vzájemně doplňovat a výsledky mohou využívat síly a komplementarity jednotlivých přístupů. Kvantitativní výzkum byl zprostředkován metodou dotazníku a kvalitativní část metodou rozhovoru.

3.2 Charakteristika výzkumného nástroje

Dotazníkové šetření v rámci kvantitativní části výzkumu, tedy u stomiků, probíhalo zcela anonymně. Použitý dotazník (Příloha 1) byl nestandardizovaný s otázkami uzavřenými, polouzavřenými i otevřenými. Dotazník byl zpracován do elektronické formy a oslovení respondentů probíhalo na základě osobního oslovení skrze sociální sítě a kontaktováním stomických klubů a spolků v ČR.

Kvalitativní část výzkumu byla zpracována metodou rozhovoru. Respondenti, tedy stomické sestry, byly kontaktovány na základě veřejných informací webových stránek zdravotnického zařízení, v němž profesně působí, a to formou emailu či telefonního rozhovoru. Rozhovor se uskutečnil za souhlasu stomické sestry společně se souhlasem zdravotnického zařízení. Rozhovor byl strukturovaný (Příloha 2) a probíhal buď formou telefonního rozhovoru, online rozhovoru či formou osobního setkání dle přání respondenta. Získaná data jsou prezentována anonymně.

3.3 Výzkumný soubor

Kvantitativní část výzkumu je zaměřena na jedince s derivační stomií na intestinálním traktu, stomiky. Věková hranice pro respondenty byla od osmnácti let a výše. Pro kvalitativní část výzkumu byl výzkumný soubor tvořen z certifikovaných stomických sester, aktivně pracujících v zdravotnických zařízeních různé úrovně. Obě skupiny se přímo podílí na organizaci a kvalitě péče, a proto byly tyto dva výzkumné soubory cíleně vybrány pro zaměření a cíle této diplomové práce.

3.4 Zpracování získaných dat

Pro elektronizaci dotazníku byl použit portál Survio a do výzkumu se zapojilo celkem 118 respondentů. Z celkového počtu 118 respondentů však dotazník celý vyplnilo nebo vyhovovalo podmínkám tohoto výzkumného souboru 65 respondentů. Statistiky dotazníku čítají 118 navštívení, z nich pouze 65 vyplnění dotazníku. Úspěšnost dotazníku tedy byla 55,1 % a tato část byla využita pro výzkum. Následovalo zapsání, sečtení a vyhodnocení dat. Pro zapsání získaných dat byl použit program Microsoft Excel. K vyhodnocení dat byly použity metody popisná statistika, Chí-kvadrát, T-test a Cramérovo pravidlo. Všechny výsledky byly zapsány formou grafů a tabulek pomocí programů Microsoft Office Word a Microsoft Excel (verze 2208, Microsoft Corporation, Redmond, Washington, USA).

Kvalitativní část výzkumu zpracovaná metodou strukturovaného rozhovoru byla vyhodnocována metodou induktivní analýzy.

4. Výsledky výzkumu

4.1 Kvantitativní výzkum

Kvalitativní výzkum, jak již bylo zmíněno výše, byl orientován na stomiky – jedince s derivačním střevním vývodem. Každý stomik byl dotázán na 39 otázek, které byly zaměřeny na demografii, otázky ohledně stomie, vlastní zkušenosti v oblasti nemocniční péče, spolupráce se stomickou sestrou, oblast sebepéče a vliv stomie na aspekty osobního, rodinného, sexuálního a pracovního života. Poslední, dobrovolnou položkou v dotazníku byla možnost zanechání vzkazu pro nové stomiky, či osoby, které se s touto problematikou seznamují (Příloha 3).

Kvantitativní výzkum odpovídá na tři věcné hypotézy, kdy každá z hypotéz má hypotézu alternativní. Hypotézu totiž nelze přímo dokázat, může být pouze přijata nebo zamítnuta její odporující (nulová) hypotéza (Soukup, Rabušic, Mareš, 2023).

Věcné hypotézy:

- **H1₀** – Mezi stomiky, kteří byli a nebyli dostatečně informováni o stomiích před operací není signifikantní rozdíl ve spokojenosti s kvalitou poskytované péče.
- **H1_A** – Mezi stomiky, kteří byli a nebyli dostatečně informováni o stomiích před operací je signifikantní rozdíl ve spokojenosti s kvalitou poskytované péče.
- **H2₀** – Neexistuje signifikantní rozdíl ve spokojenosti s kvalitou poskytované péče mezi kolostomiky a ileostomiky.
H2_A – Existuje signifikantní rozdíl ve spokojenosti s kvalitou poskytované péče mezi kolostomiky a ileostomiky.
- **H3₀** – Neexistuje souvislost s typem stomie a zhodnocením kvality života se stomií.
H3_A – Existuje souvislost s typem stomie a zhodnocením kvality života se stomií.

Kvantitativní částí výzkumu se zúčastnilo celkem 65 respondentů. Z této skupiny 37 mužů (56,9 %) a 28 žen (43,1 %). Věkové rozmezí zkoumaného souboru respondentů popisuje Tabulka č. 1. Z celkového počtu respondentů má 44 respondentů (67,7 %) kolostomii a 21 respondentů (32,3 %) ileostomii (viz Graf č. 9). Dočasnou stomii má ze zkoumaného vzorku 10 jedinců (15,4 %) a naopak trvalou stomii uvedlo 55 jedinců (84,6 %), jak popisuje Graf č. 1. Co se týče doby života se stomií, největší skupinou ze zkoumaného souboru jsou stomici, kteří se stomií žijí 1-5 let a to 23 jedinců (35,4 %), poté 21 stomiků s 11 lety a více (32,3 %), následovala skupina 23 jedinců (24,6 %) kteří se stomií žijí 6-10 let a nejmenší skupina o 5 respondentech (7,7 %), žije se stomií méně než 5 let (viz Tabulka č. 2).

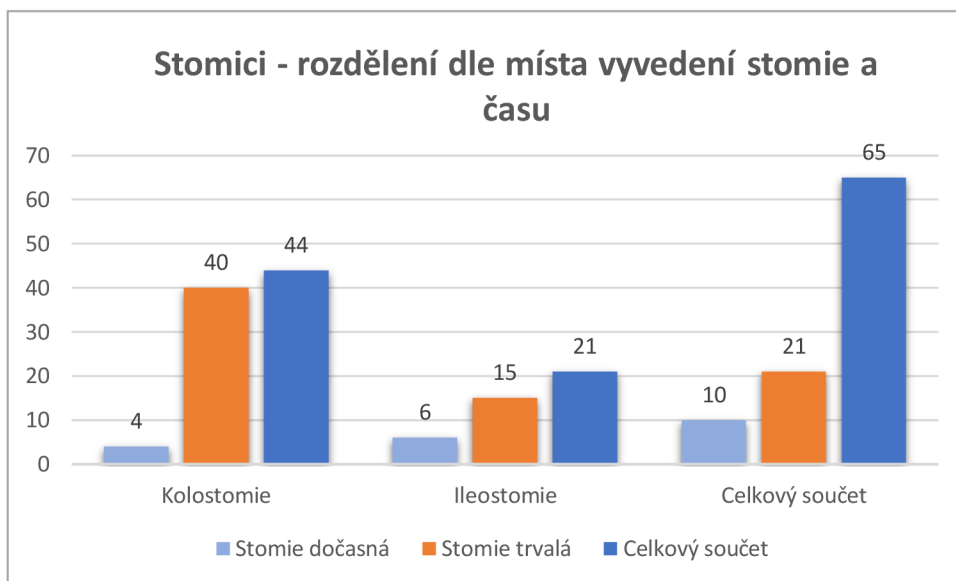
Tabulka 1- Věk respondentů (stomiků)

Věk respondentů	18-25	26-35	36-45	46-60	60 a více
Počet respondentů (n)	0	2	5	21	37
Počet respondentů (%)	0	3,10 %	7,70 %	32,30 %	56,90 %

Tabulka 2 - Doba života se stomií

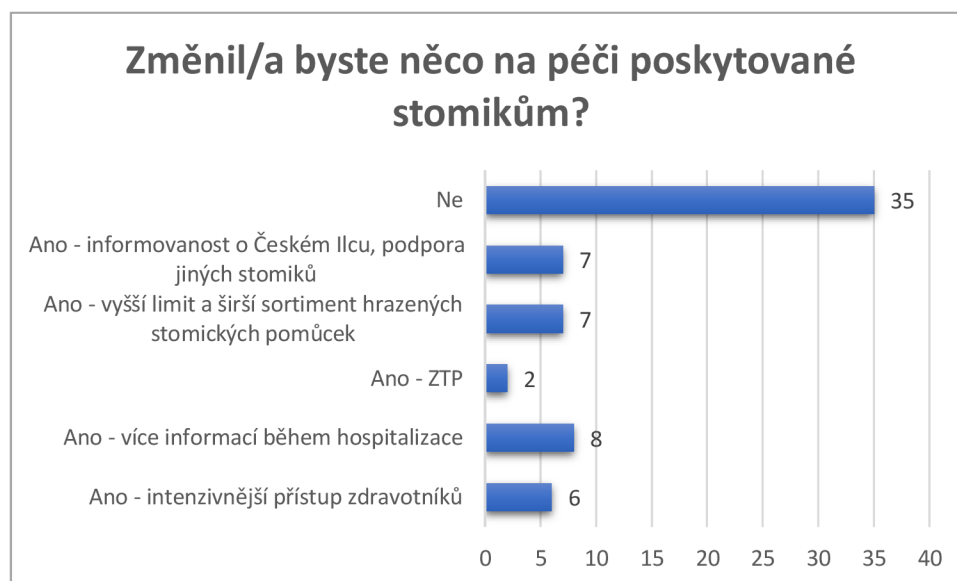
Doba života se stomií	Méně než 5 let	1-5 let	6-10 let	11 let a více
Počet respondentů (n)	5	23	16	21
Počet respondentů (%)	7,7 %	35,4 %	24,6 %	32,30 %

Graf 1 Složení respondentů dle místa vyvedení stomie a času



Graf č. 1 popisuje složení respondentů dle místa vyvedené stomie (ileostomie, kolostomie) a podle časového hlediska (dočasná, trvalá). Z celkového počtu 65 respondentů se tedy zúčastnilo 44 kolostomiků (67,7 %). Z celkového počtu kolostomiků se zúčastnili 4 stomici s dočasnou kolostomií (6,2 %) a 40 stomiků s vývodem trvalým (61,5 %). Z řad ileostomiků se do výzkumu zapojilo 21 respondentů (32,3 %). Ileostomiků s dočasnou stomií se výzkumu zúčastnilo 6 (9,2 %) a jedinců s ileostomií trvalou vyplnilo dotazník 15 (23,1 %).

Graf 2 *Názory stomiků na poskytovanou péči*



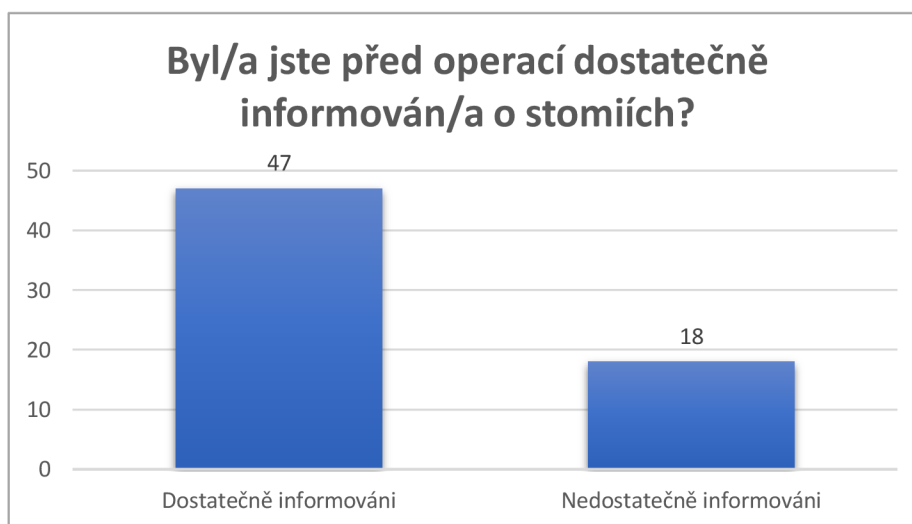
Jedním z posledních bodů nestandardizovaného dotazníku pro stomiky byla otázka, zda by stomici samotní něco chtěli změnit na péči, která jim byla poskytnuta, či je poskytována. Z celkového počtu 65 respondentů odpovědělo 35 respondentů (53,8 %), že by na péči nic neměnili. Tuto odpověď často doprovázely připomínky, že je péče dobrá či uspokojivá. 7 stomiků (10,8 %) by bylo pro lepší informovanost o patientské organizaci České Ilco, z. s., k této organizaci patřící skupinu na sociálních sítích či rozhovor se stomikem - dobrovolníkem. Dalších 7 respondentů (10,8 %) by bylo pro navýšení limitu hrazených stomických pomůcek. 8 stomiků (12,3 %) by uvítalo lepší a obsáhlejší informovanost během hospitalizace. Intenzivnější a empatictější přístup zdravotníků by změnilo 6 respondentů (9,2 %).

4.1.1 Věcná hypotéza č. 1

Věcná hypotéza H1₀: *Mezi stomiky, kteří byli a nebyli dostatečně informováni o stomii před operací není signifikantní rozdíl ve spokojenosti s kvalitou poskytované péče.*

Výzkumná hypotéza č. 1 zkoumá přítomnost signifikantních rozdílů ve vnímání kvality poskytované péče mezi stomiky kteří buď byli nebo nebyli před operací o stomii dostatečně informováni. Pro potvrzení či vyvrácení této hypotézy byly z dotazníku použity otázky č. 10, 11, 15, 16, 18 a 23. Zmíněné otázky s výsledky jsou níže popsány grafy č.1-5. Pomocí otázky č. 10 byli respondenti rozděleni do dvou skupin. Ti respondenti, kteří v otázce č. 10 odpověděli *Ano* a *Spíše ano* byli přiřazeni do skupiny, která byla informována dostatečně o stomii. Respondenti, kteří odpověděli *Spíše ne* a *Ne*, byli zařazeni do skupiny, která nebyla dostatečně informována o stomii. Metodou statistického zkoumání byl zvolen t-test.

Graf 3 *Informovanost o stomii před operací*

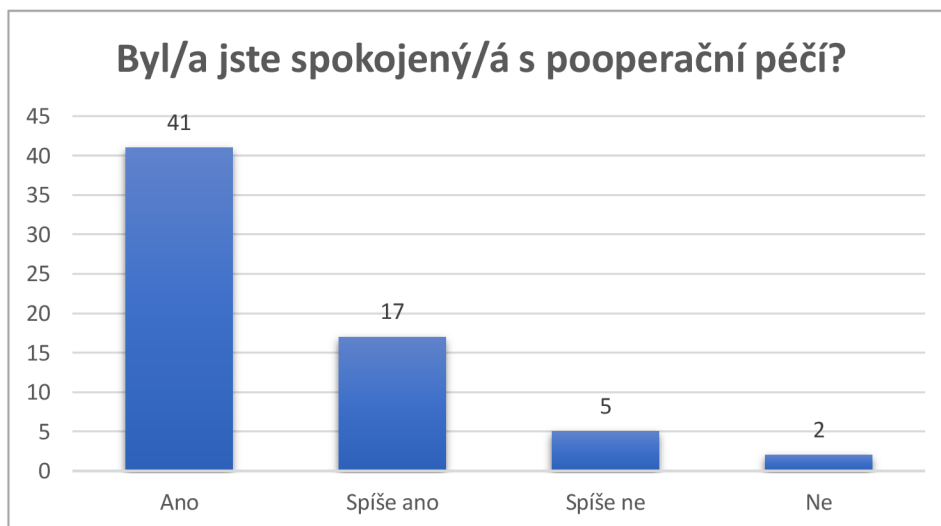


Graf 4 Spokojenost s předoperační péčí



Graf číslo 4 popisuje subjektivní spokojenost stomiků s předoperační péčí. Většina, tedy 36 respondentů (55,4 %), byla s péčí před operací spokojena. Naopak nejmenší skupina respondentů, tedy 4 (6,2 %), s touto fází péče spokojena nebyla.

Graf 5 Spokojenost s pooperační péčí



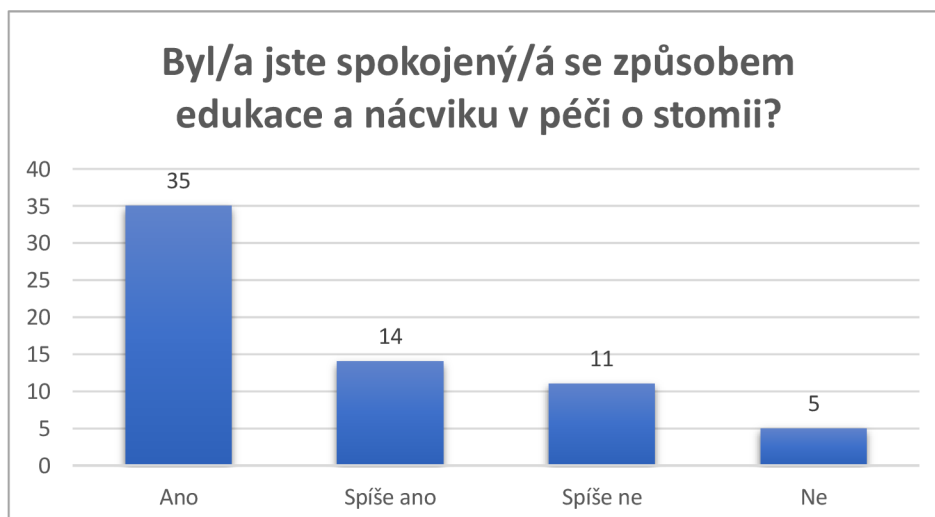
Graf č. 5 popisuje, že spokojenost s pooperační péčí hodnotí kladně více respondentů než ve výše zmíněné péči předoperační. V tomto případě bylo s péčí po operaci spokojeno 41 respondentů (63,1 %).

Graf 6 Celkové hodnocení péče během hospitalizace

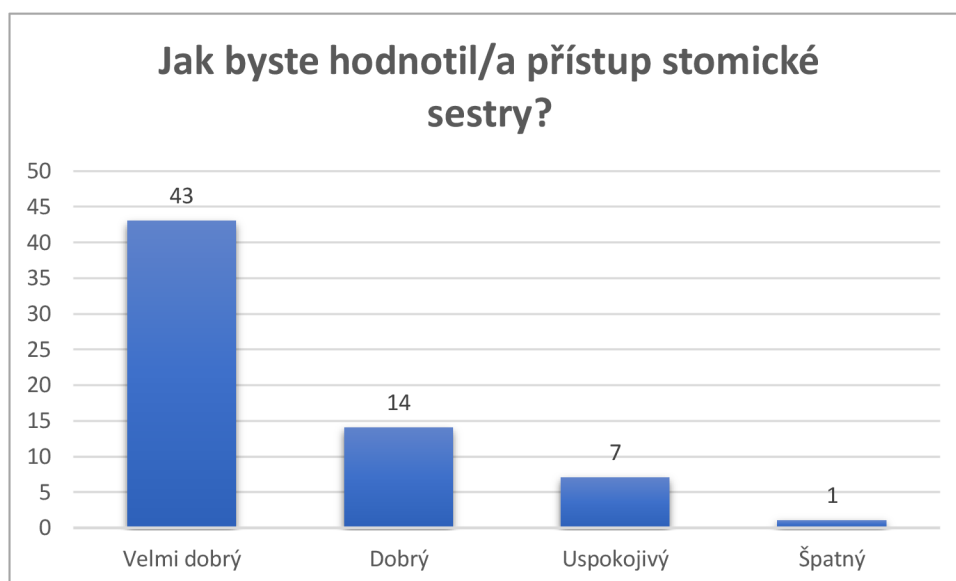


V odpovědi na otázku č. 16 „*Jak byste hodnotil/a celkově péči během Vaší hospitalizace?*“ (viz Graf č. 6) se 38 respondentů (58,5 %) shodlo na velmi dobré celkové zkušenosti s hospitalizací. 26 (40 %) respondentů hodnotí tuto zkušenost jako dobrou a uspokojivou, však jeden respondent (1,5 %) popisuje svoji zkušenost s hospitalizací jako velmi špatnou. Dle otázky 18 „*Byl/a jste spokojený/á se způsobem edukace a nácviku v péči o stomii?*“ (viz Graf č. 7), bylo však 35 (53,8 %) respondentů spokojeno se způsobem edukace a nácvikem v péči o stomii. Odpověď *Spíše ano* pak zvolilo 14 respondentů (21,5 %), *Spíše ne* zvolilo 11 respondentů (16,9 %). Nespokojenost se způsobem edukace a nácvikem péče vyjádřilo 5 respondentů (7,7 %).

Graf 7 Spokojenost se způsobem edukace a nácviku péče



Graf 8 Hodnocení přístupu stomické sestry



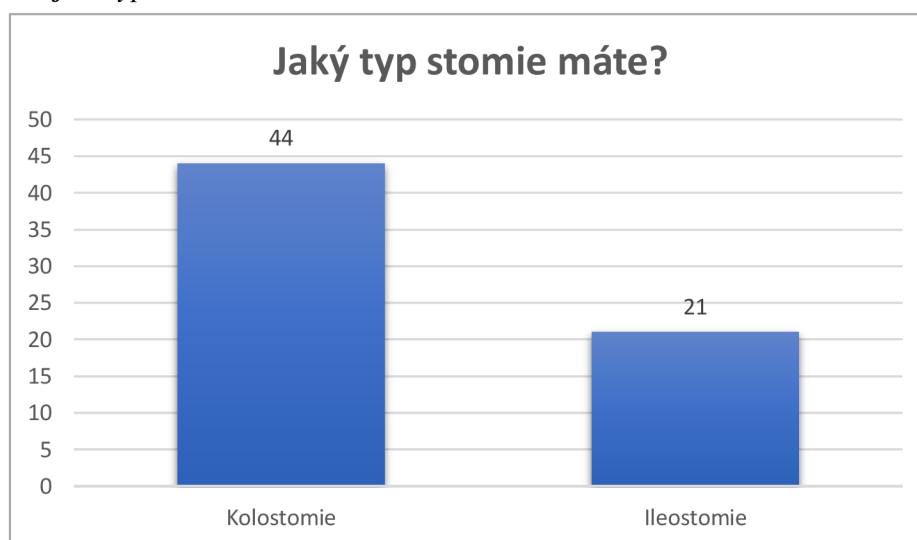
Poslední graf (Graf č. 8) vztahující se k hypotéze H_{01} se zabývá hodnocením přístupu stomické sestry. 43 respondentů (66,2 %) hodnotí přístup stomické sestry jako velmi dobrý, 14 respondentů (21,5 %) jako dobrý. 7 respondentů (10,8 %) považuje přístup stoma sestry za uspokojivý a 1 respondent (1,5 %) označil přístup jako velmi špatný.

Hypotéza H_{01} neodpovídá statistickému zkoumání, protože zjištěná hodnota p je menší než 0,001. Přijímáme tedy H_{A1} : *Mezi stomiky, kteří byli a nebyli dostatečně informováni o stomích před operací je signifikantní rozdíl ve spokojenosti s kvalitou poskytované péče.*

4.1.2 Věcná hypotéza č. 2

Věcná hypotéza číslo 2 zkoumá rozdíl ve spokojenosti s kvalitou poskytované péče mezi ileostomiky a kolostomiky. $H2_0$: *Neexistuje signifikantní rozdíl ve spokojenosti s kvalitou poskytované péče mezi kolostomiky a ileostomiky* byla zkoumána na základě otázek č. 5, 11, 15, 16, 18 a 23 jejichž grafy s popisy jsou uvedeny výše (Graf č. 2, 3, 4, 5, 6 a 7) Metodou statistického zkoumání byl zvolen t-test. Nižší uvedený graf č. 9 popisuje počty respondentů z pohledu typu stomie. Tedy 44 respondentů (67,7%) má kolostomii a 21 respondentů (32,3%) má ileostomii.

Graf 9 Typ stomie



Dle získaných dat a jejich statistického testování metodou t-test a při hodnotě $p < 0,05$ lze potvrdit nulovou hypotézu a zamítnout hypotézu alternativní. Platí tedy $H2_0$: *Neexistuje signifikantní rozdíl ve spokojenosti s kvalitou poskytované péče mezi kolostomiky a ileostomiky*. Typ stomie dle získaných dat neovlivňuje spokojenost s kvalitou poskytované péče.

4.1.3 Věcná hypotéza č. 3

Třetí věcnou hypotézou je zkoumána souvislost s typem stomie a hodnocením kvality života se stomií. Pro potvrzení či vyvrácení této hypotézy byly použity položky č. 5 a 37 z dotazníku. Otázkou č. 5 byli stomici dotazováni na typ své stomie, otázkou 37 získáváme informace o hodnocení vlastní kvality života stomiky. Četnosti odpovědí na tuto otázku jsou popsány v grafu č. 10. Použitou metodou pro testování této hypotézy byl Chí-kvadrát a Cramérovo pravidlo.

Graf 10 Hodnocení kvality života se stomií



Hypotézu H_{3_0} : „*Neexistuje souvislost s typem stomie a zhodnocením kvality života se stomií*“ nelze zamítnout, protože hladina p nedosáhla statistické významnosti. Z tohoto důvodu je zamítnuta H_{3_A} : *Existuje souvislost s typem stomie a zhodnocením kvality života se stomií*.

4.2 Kvalitativní výzkum

Kvalitativní části výzkumu se zúčastnilo celkem 6 respondentek. Všechny respondentky jsou certifikovanými stomickými sestrami a aktivně vykonávají odbornou činnost ve zdravotnických zařízeních různých úrovní (okresní, krajské, fakultní). Doba aktivní profesní činnosti respondentek popisuje Tabulka č. 3.

Tabulka 3 Doba zaměstnání v oboru (stomické sestry)

	Doba zaměstnání v oboru
Respondentka 1	34 let
Respondentka 2	17 let
Respondentka 3	8 let
Respondentka 4	9 let
Respondentka 5	25 let
Respondentka 6	13 let

Dle okruhů rozhovoru byly odpovědi kategorizovány do pěti kategorií:

1. Informace o stomických sestřích.
2. Pracovní podmínky stomické sestry
3. Edukace a práce s pacientem.
4. Materiální zabezpečení.
5. Posthospitalizační péče.

Dle Juříčkové a Ivanové (2015) by měl kvalitativní výzkum odpovídat na několik otázek. Jako třeba proč je nutné o daném tématu mluvit, co se pokusí výzkum odhalit a čeho by měl dosáhnout, kdo nebo co bude zkoumáno, na jakém místě bude výzkum probíhat, jak se bude během výzkumu postupovat, jaké metody budou použity a k čemu se výzkumem dospělo? Vzhledem k zaměření výzkumných otázek byly níže více rozepsány kategorie Edukace a práce s pacientem (3) a Materiální zajištění (5).

4.2.1 Kategorie č. 1 – Informace o stomických sestřích

V kategorii č. 1 respondentky odpovídaly na otázky ohledně své pracovní pozice. Odpovědi na získání této pracovní pozice (otázka č. 2).

Respondentka 1: „*Ono to vzniklo jak jsme jezdili do zahraničí na kongresy, kde jsme viděli, jak to tak funguje. Ono to vznikalo postupně. Tenkrát to bylo trošku jinak.*“

Respondentka 2: „*Uvolnilo se místo a člověk toho využil. Nebylo to cíleně. Nedovedla jsem si představit, co ta práce obnáší.*“

Respondentka 3: „*K pracovní pozici mě přivedl odchod stomické sestry v našem zdravotnickém zařízení. Já jsem dělala zrovna bakalářku na téma ohledně stomiků, takže tím se tak u nás domnívalo, že se k tomu budu mít. Takže jsem si udělala kurz a stala se ze mě stomická sestra. Částečně to byla vlastní iniciativa. Té příležitosti jsem se nebránila, ale že bych to aktivně vyhledávala to ne. Ale teď mě to baví.*“

Respondentka 4: „*Já jsem dělala na urologické ambulanci, kde jsme měli urostomiky. Takže já jsem více méně měla na starosti urostomiky, to do toho teda nepočítám, protože to bylo tak pět, šest lidí. Více méně, když končila naše stomická sestra, tak tím, že jsem už měla nějaké zkušenosti, tak mi bylo nabídnuto, ať jdu dělat stomickou sestru v nemocnici.*“

Respondentka 5: „*Tato práce se mi líbila, ale v té době, když jsem já nastoupila, byla jiná sestřička, která se starala o stomiky. Pak se nepohodla s pacientkou, kterou edukovala, tak mě staniční sestra oslovila, jestli nechci dělat edukaci já. Staniční je vybavovala pomůckami domů. Na odd. byla jenom jedna firma. V této době ještě stomická sestra jako taková nebyla.*“

Respondentka 6: „*Vlastní iniciativa, dříve rány a od r.2010 plně stomici, pracuji na onkologické chirurgii, kde je velký počet stomických pacientů.*“

Ze získaných odpovědí na otázku č. 2 lze vyvodit, že respondentky měly už před získáním specializace zkušenosti se stomii. Respondentky 2, 3, 4 a 5 přímo uvedly, že se tuto pracovní pozici nabyly odchodem předešlé stoma sestry.

Dobu zaměstnání v oboru popisuje Tabulka č. 2. Další otázka byla směřována na získání této pracovní pozice, zda má respondentka kombinovanou pracovní pozici, kdy v rámci

zdravotnického zařízení pracuje pouze jako stomická sestra nebo má i jinou pracovní pozici (všeobecná sestra, staniční sestra apod.).

Na otázku 3 (*Jaká je Vaše pracovní pozice? (stomická sestra na celý úvazek; stomická sestra na zkrácený úvazek; staniční/vrchní sestra – kombinovaná pozice; ...)*) z výzkumného souboru je však pouze jedna sestra zaměstnána celým úvazkem na pozici stomické sestry. V dalších pěti případech se jedná o funkce kombinované. **Respondentka 4** odpověděla:

„Kombinovaná pozice se mi zvládá někdy špatně. Protože mám stávajících stomiků kolem stovky a když do toho přijde nový, který potřebuje péči, tak je to nedostačující. Já mu něco ukážu, rodině, jak vyměnit pomůcky. Poučím ho, máme spolu cca dvouhodinový pohovor s ukázkou a poté, na štěstí fungují domácí péče, takže ji sestřičky doma pomůžou. Ale i tak mi přijde prostě nedostačující.“

Všechny dotazované stomické sestry samy nebo ve spolupráci s dalšími kolegyněmi v daném zdravotnickém zařízení vedou stomickou poradnu pro pacienty v rámci ambulantní péče.

4.2.2 Kategorie č. 2 – Pracovní podmínky stomické sestry

Kategorie číslo dva popisuje pracovní podmínky stomických sester. Jsou zde kladeny otázky ohledně zařízení a fungování stomické ambulance a na podmínky spojené s vykonáváním práce stomické sestry. Dvě respondentky uvedly, že pro poskytování ambulantní péče mají samostatné prostory, zbylé čtyři respondentky „svou“ ambulanci sdílejí s jinými klinickými obory.

4.2.3 Kategorie č. 3 – Edukace a práce s pacientem

Tato kategorie je tvořena odpověďmi na otázky č. 7, 8 a 9 (viz Příloha 2). Tyto otázky zahrnují informace o předoperační edukaci a péči, pooperační edukaci a péči a vlivu předoperační péče na psychický stav pacienta. Na otázku ohledně předoperační péče a edukace odpovídaly respondentky takto:

Respondentka 1: *„Pacient je z proktologické ambulance lékařem rovnou odeslán nebo objednan do stomické poradny. Tady pacientovi vysvětlím dle dané diagnózy že ho tedy a nebo*

možná čeká vyvedení stomie. Na modelu ukážu, o co jde, jak stomie vypadá, jak funguje. Pak ukážu stomické pomůcky, jak se upravují vystřihováním, jak se nalepují a sundávají. Pak pacientovi předám edukační materiály, informuji o různých firmách a jejich programech. Po celou dobu se pacient může ptát na co ho napadne, Domů odchází vybavený tištěnými materiály, „zkušebními“ podložkami a sáčky, informovaný o patientských organizacích a dalším postupu. “

Respondentka 2: „Když je plánovaný pacient, o kterém se ví, že bude mít kolostomii, tak skončí na vyšším pracovišti, kvůli následnému ozařování nebo specializované medicínské péči. U nás jsou většinou neplánovaní pacienti. Je úplně minimum, kteří jsou plánovaní, a to pak využívám ten předoperační balíček co má Coloplast. “

Respondentka 3: „Pokud to není akutní, tak edukujeme. Plánujeme si je. Když chirurg řekne, že pacient půjde na operaci, která může skončit stomií. tak nám napíše žádost o stomické konzilium. Tam jsou údaje o pacientovi a pak už si to domluvíme sami. Trvá to tak půl hodiny. Záleží na tom, jak je ten člověk přijde připravený. Pokud už si sám něco našel o stomiích, tak v tu chvíli už ho napadají otázky. Ve chvíli, kdy nic neví, tak my mu ukážeme, jak přelepit pomůcku, jaké jsou druhy pomůcek, jaké je základní příslušenství, abychom ho moc nezahltili, ale nenapadají ho ty otázky. Jestli může do vody, jak se může koupat, jak může sportovat a tak dál. Ten, kdo má něco nastudovaného předtím, tak už má otázky, které mu pak můžeme zodpovědět. “

Respondentka 4: „No, pokud je někdo plánovaný, tak se snažíme. Většinou ano. Pacient má možnost promluvit si jak s lékařem, tak i se mnou. Pacienta i rodinu seznámíme se všemi důležitými informacemi, popíšu mu postup výměny podložky s praktickou ukázkou. Celý tento rozhovor trvá cca 2 hodiny. Když je to něco narychlo, tak tam bohužel ne. “

Respondentka 5: „Ano, označení místa stomie a pokud má pacient zájem, ukážu stomické pomůcky, vysvětlím způsob používání. Pokud zájem nemá, označím místo pro stomii. “

Respondentka 6: „Edukace probíhá dle aktuálního stavu pacienta, pokud lze, ráda zvu i rodinné příslušníky. Nejprve tištěný materiál a edukační videa, dále praktický nácvik, kontrola lepení, závěrečná edukace a preskripce, důležitá tel. čísla... “

V rámci pooperační péče všechny respondentky popisovali prvotní ošetřování buď na anesteziologicko-resuscitačním oddělení nebo jednotce intenzivní péče. V těchto případech spadá péče o pacienta do rukou ošetřujícího personálu. V komplikovaných případech je na tato

oddělení volána stomická sestra pro konzultaci. Dle stavu a možností pacienta uvádí respondentky postupné zapojování pacienta do sebekpěče už na intenzivním lůžku, později i s přechodem na standardní oddělení. V této oblasti byly odpovědi respondentek shodné, lišily se pouze možnostmi zdravotnických zařízení.

Respondentka 2: *„Normálně už leží na JIPce, takže se starají sestřičky z JIPky. My se většinou snažíme alespoň jednou za ním přijít a ukázat mu pooperační set. Ukážeme pacientovi střevo, to je první zděšení, že to je hmušný. Když to pacient zvládá, říkáme mu, ať se dívá, jak sestřička pytlík přelepuje. Potom na oddělení se snažíme dvakrát až třikrát v týdnu už ho edukovat, když to jde. Když to nejde, zavoláme rodině a domlouváme se, aby přišla rodina.“*

Respondentka 4: *„U nás máme ARO, takže převážná většina jde tam. Když nejsou místa, tak na standardním oddělení a tam se na starají sestřičky co jsou na tom oddělení. Plus když je problém, tak si volají mě.“*

Názor stomických sester na vliv předoperační edukace v péči o stomii na psychický stav pacienta po založení stomie nebyl nijak odlišný. Otázka číslo 9 přímo dotazuje respondentky na pozitivní vliv předoperační edukace z jejich vlastní zkušenosti. K této číslu kategorii 3 se vztahuje **Výzkumná otázka č. 1** - Má dle stomických sester předoperační edukace pozitivní vliv na pacienta?

Respondentka 1: *„Určitě. Když mají možnost se seznámit a ví do čeho jdou. Alespoň přibližně. Mají možnost si doma sáčky osahat, dostanou edukační balíček, tak je to pro ně... nejdou do neznáma. A hlavně znají člověka, který se o ně potencionálně bude starat. To nejsem jenom já. Pro ty lidi je to minimálně psychicky lepší. Mají minimálně čtrnáct dní, tři neděle se seznámit s pomůckami, informacemi. podívat se na stránky českého ILKA. Určitě jsou daleko klidnější a tolik se nebojí. Vědí, že bude někdo, kdo jim s tím pomůže a kdo je v tom nenechá.“*

Respondentka 2: *„No, jednak. Protože už si to ohmatá, už ví, zhruba co ho čeká a já mám miň práce, protože on si už dovede představit, co ho čeká. A když je akutní pacient, který najednou skončí s vyšitou stomií, tak pro něho je hrozný to, že někdo mu sdělí, že jde o neprůchodnost střev a pro karcinom. Ono to dá víc práce než ten pacient, který*

je na tu situaci nachystaný, už má ohmataný pytlík, už ví že se stříhá atd. a není tak překvapený po operaci. Je to pro pacienta lepší, i pro ten personál. “

Respondentka 3: *„Určitě, prostě vidí, do čeho jde. Vždycky nejvíc člověka děsí to neznámo.“*

Respondentka 4: *„Já myslím, že určitě. Shodou okolností mám známého kamaráda stomika a ten tvrdí, že největší vliv na něj mělo v té předoperační edukaci pohovor s primářem, se kterým hodinu mluvil. Bylo mu vše vysvětleno a že to bylo to nejlepší co ho mohlo potkat.“*

Respondentka 5: *„Určitě ano, někteří pacienti mají strach z pytlíku.“*

Respondentka 6: *„Velice individuální, ale je dobré, když pacient má dostatek informací, a hlavně již před zákrokem zná svoji stoma sestru a ví, že na to nikdy nebude sám...“*

4.2.4 Kategorie č. 4 – Materiální zabezpečení

Tato kategorie skýtá odpovědi stomických sester ohledně materiálního zabezpečení stomických pacientů. Financování zdravotnických pomůcek pro stomiky definuje dle zákona o veřejném zdravotním pojištění (48/1997 Sb.). K této kategorii se vztahuje **Výzkumná otázka č. 2** - Hodnotí stomické sestry materiální zabezpečení stomiků dle zákona o veřejném zdravotním pojištění (48/1997 Sb.) jako dostačující?

Respondentka 1: *„Já si myslím, že systém úhrad mají stomici luxusní, protože to mají zatím hrazený. Je to sice zastropovaný buď množstevně nebo finančně, ale pro potřeby standardního stomika je to je luxus, o kterém se v zahraničí mohou nechat zdát. Pokud je pacient komplikovaný, a má třeba dvě stomie, tak má nárok na dvojnásobek. Pokud to nestačí, tak je tady institut revizního lékaře, který je takový “vokleštěný”, ale přece jenom dá se s nimi domluvit a dá se to řešit. Myslím si, že takový stomik, který by si něco kupoval tady v podstatě neexistuje. A jestli existuje, tak je to někde nějaká chyba v systému, kdy ten člověk nedostal adekvátní informace.“*

Respondentka 2: „Adekvátně.... možná kdyby byly doplatky, tak to berou míň, ale zas proč? Lidi to potřebují a neberou si to pro srandu, ale kvůli onemocnění.“

Respondentka 3: „Myslím si, že u nás v republice je to skvělý. Je to dostačující Jediné, co se nám nedostává, tak jsou pasty, to musí mít pacient jednu na měsíc, tam nám to drhne.“

Respondentka 4: „Já si myslím, že pokud můžu hovořit za stomiky, občas jsme měli nějaký problém. My to máme nastavené podobně jako v té facebookové skupině. Mám stomiky, kteří nevyberou celý ten limit, tak vždycky říkají, ať na ně vypíšu celý limit, a to co nevyužijí předám někomu, kdo to potřebuje. Oni si takhle vypomáhají i u nás v poradně. Myslím si, že není problém s nějakými limity.“

Respondentka 5: „Ano, je adekvátně nastavený. Myslím, že pacienti mají všeho dostatek.“

Respondentka 6: „Ano. Pouze doufám v to, že stomická specialista bude mít kompetence vše sama předepisovat a hlídat.“

4.2.5 Kategorie č. 5 – Posthospitalizační péče

Tato kategorie získává odpovědi na otázky ohledně posthospitalizační péče, spolupráci stomických sester dalšími specialisty ve zdravotnictví (fyzioterapeuti, nutriční terapeuti), s kluby stomiků a dalšími organizacemi. Následná péče ať už ambulantní formou, kdy jsou pacienti pravidelně dispenzarizováni, tak v rámci domácí péče formou lokálních agentur domácí péče. Všechny respondentky se shodly na tom, že spoluúčast patientského sdružení ILCO je pro pacienty velkým přínosem. S otázkou (*Jaký je Váš názor na kluby stomiků?*) položenou směrem k osobnímu názoru na kluby a organizace stomiků zazněly tyto odpovědi

Respondentka 1: „Ilco pacientům doporučuji, předávám brožury, směruji pacienty na jejich webové stránky. Je to individuální. Určitě je výhodou, že Ilco existuje a je to asi spíš na tom vedení Ilka, jak bude motivovat, aby se k nim dávali mladý a jestli jsou schopný pro ně vytvořit nějaké programy a něco, co ty mladý táhne.“

Respondentka 2: „Je to dobrá věc. Já dávám pacientům ty taštičky a tam to je. Kontakt. Když jsou to mladší lidi a jsou to dlouhodobí stomici, tak jeden stomik jezdí po rodinách,

stomicích a edukuje. Takže když jsou to takoví aktivní lidi, tak toho využívají. Staří, kteří ještě k tomu absolvují chemoterapii, tak na to nemají absolutně myšlenky.“

Respondentka 3: *„Lidi se chtějí do těchto organizací zapojovat, sdružovat se a my je podporujeme. Dostávají od nás spoustu materiálů, když odchází, příručky a brožurky ohledně péče o stomii, ILCO také vyrobilo brožuru. Tu jim dáváme a mají i linku na psychologickou pomoc. Rozhodně to podporujeme.“*

Respondentka 4: *„Moc se mi líbí, že ILCO je konečně víc vidět, fakt na tom makaj.“*

Respondentka 5: *„Sdružení a kluby stomiků jsou určitě dobrou oporou a podporou pro nové ale i starší stomické pacienty.“*

Respondentka 6: *„Velice přínosná věc, sdílení vlastních příběhů a peer podpora je nenahraditelná a mnou velice vítaná.“*

Další otázkou byly respondentky dotazované na spolupráci s firmami distribuujícími stomické pomůcky v České republice. Respondentky uváděly v odpovědích na spolupráci slova jako: *naprosto skvělá, velmi dobrá, úžasná, výborná a bezproblémová*. To vše ovšem za předpokladu, že je zájem orientovaný na pacienta a jeho potřeby, ne na zisk.

Respondentka 6: *„Úžasná, pokud nechají rozhodnutí na specialistovi a není v tom konkurenční boj a byznys. Vždy musí být v popředí pacient a jeho potřeby !!!“*

5. Diskuze

Cílem této práce bylo popsat organizaci a kvalitu poskytované péče u pacientů s derivační stomií na trávicím traktu. K jeho splnění byl rozčleněn na čtyři cíle dílčí. Tyto dílčí cíle byly plněny důkladným prostudováním dostupných zdrojů (cestou dostupné literatury a databází Google Scholar, EBSCO, PubMed) zaměřených na tuto problematiku a výzkumným zkoumáním dvou skupin respondentů, jež jsou součástí procesu organizace péče o pacienty se stomií.

První dílčí cíl se zaměřil na objasnění postupů v organizaci péče o stomického pacienta. V teoretické části této práce jsou popsány jednotlivé kroky péče. Tento proces začínající sdělením diagnózy lékařem postupuje přes preedukační činnost stomické sestry směrem k předoperačnímu vyšetření, operaci samotné a pooperační péči. Stomická sestra dále funguje jako jeden z hlavních informačních zdrojů pro pacienta. Předává informace o materiálech, pomůckách a doplňcích v péči o stomii. Seznamuje pacienta s postupem samotné výměny stomického systému, edukuje ho v prevenci komplikací, které je schopna i následně řešit. Stomická sestra obeznamuje pacienta s možnostmi následné péče a s organizací a kluby stomiků. Dále stoma sestra v rámci posthospitalizační péče odpovídá na otázky osobního, rodinného, pracovního či sexuálního života stomika. Případně má možnost zajistit sociální situaci jedince, či zjednat agenturu domácí péče pro jednodušší návrat pacienta do domácího prostředí s jistotou, že na svou stomii není sám, pokud není schopen kvalitní sebedpěče.

Výzkumná otázka č. 1 uvádí, že dle získaných dat z kvalitativního výzkumu se většině stomických sester dostává právě až v pooperační fázi největšího prostoru pro práci s pacientem, ačkoliv samy stomické sestry uvádějí v odpovědích výzkumu, že předoperační edukace má pozitivní vliv na pacienta. Jedinec se tak nemusí bát neznámého, má oporu ve stomické sestře, a především má čas se sám dle svých možností připravit či si zjistit nějaké informace, aby měl představu o své blízké budoucnosti. Liu et al. ve svém výzkumu z roku 2023 uvádí, že pacienti se stomií se mohou setkat s problémy a bariérami psychického, fyzického a sociálního rázu. Vzdělávání se v této oblasti přináší pacientům soběstačnost. Sebedpěče má totiž zásadní vliv pro zlepšení schopnosti sebeobsluhy. Ti pacienti, kteří vnímají výhody edukace se pak lépe přizpůsobují životu se stomií. Eo a Park (2023) ve svém výzkumu popisují rozdíl mezi intervenční skupinou stomiků která absolvovala shlédnutí jednoho edukačního čtyřiceti pěti minutového videa, zaznačení místa vyvedení stomie a pooperační edukaci. Kontrolní skupina naopak absolvovala značení stomie a tři pooperační edukační sezení.

Intervenční skupina oproti skupině kontrolní vykazovala nižší skóre úzkosti a deprese, kratší dobu hospitalizace, méně komplikací, a především vykazovala významné zlepšení ve znalostech a způsobech sebeobsluhy.

Výzkumná otázka č. 2 byla zaměřena na materiální zabezpečení stomiků. Dle získaných dat jsou tyto čerpací limity hodnoceny jako adekvátní, skvělé až luxusní. Respondentka 4 v rámci výzkumu nastínila solidární fungování skupiny stomiků na sociální síti, kdy v případě nedostatku, přebytku či systémového výpadku jsou stomici schopni se spojit a přebývající materiály bezplatně předat dalšímu stomikovi. Standardní postup preskripce uvádí Fierlová (2018), kdy pacient obdrží pomůcky na základě řádně vypsaneho poukazu (stomickou sestrou nebo lékařem) buď v lékárně, zdravotnických potřebách, firemních výdejnách či s pomocí zásilkových služeb. Přestože jsou pomůcky pro stomiky plně hrazeny dle zákona o veřejném pojištění, je nutné zmínit, že stomické pomůcky stojí ročně dle zvolené pomůcky cca 70 000 Kč. Předpis stomických pomůcek je možný i na tři měsíce. V případě nutnosti je možné navýšení limitu pomůcek.

Kvantitativní výzkum se zabýval názory a zkušenostmi stomiků. Hypotéza č. 1 zkoumala rozdíl ve spokojenosti s kvalitou péče mezi stomiky kteří byli dostatečně edukováni v předoperační fázi péče a těmi, kteří s předoperační edukací spokojeni nebyli. Dle výzkumu ti stomici, kteří byli spokojeni s předoperační péčí lépe hodnotili i kvalitu péče. Informace před samotným výkonem tedy hrají zásadní roli stejně jako setkání se stomickou sestrou. Naseh et al. (2023) ve svém výzkumu zmiňuje, důraz některých pacientů na osobu stomické sestry jako na někoho, komu lze důvěřovat, kdo je schopen pochopit a minimálně se pokusit vyřešit veškeré obavy a pochybnosti a zároveň umět pacienta povzbudit a vzbudit v něm dojem, že vše není tak zlé, jak se zdá. Bagheri et al. (2017) popisuje ve svém výzkumu různé aspekty a znalosti všeobecných chirurgických sester v oblasti péče o stomie. Z celkového počtu respondentek s hlavní profesní zkušeností na chirurgických odděleních více jak polovina uvedla nesprávné odpovědi v oblasti samotné péče, komplikacích v péči a jejich prevenci, doporučených a nedoporučených aktivit, sexuálních aktivit či irigaci. Znalosti sester v této studii nebyly dostatečné pro poskytování primární péče o stomii a stomiky. Z tohoto tvrzení vyplývá, že management zdravotnických zařízení by měl dbát na pravidelné a adekvátní školení zdravotnického personálu. Naseh et al. (2023) ve svém výzkumu zmiňuje odpověď respondenta se stomií, kdy respondent popisuje přítomnost stomické sestry jako esenciální. Podle něj je získání stomie nový proces, který zahrnuje učení a trénink, díky kterému se lze vrátit aspoň částečně k běžnému životu. Celý tento zážitek je popisován jako trauma, však

za přítomnosti kvalifikovaného pracovníka, vhodné edukace, výběru stomické pomůcky a správného vedení skrze různé nejistoty se lze naučit perfektně fungovat i se střevním vývodem. Naseh et al. (2023) ve svém výzkumu také uvádí, že respondenti upozorňují na vztah mezi poskytovanou péčí a informovaností během celého procesu poskytované péče. Všichni respondenti uvedli tento faktor jako důležitý, až klíčový pro přijetí a vyrovnání se se svou zdravotní a potažmo i psychosociální situací. Lze tedy říci, že adekvátní informovanost pacientů na začátku ale i během celého procesu lékařské a ošetrovatelské péče má vliv na celkovou spokojenost pacienta a kvalitu poskytované péče.

Hypotéza číslo 2 byla zaměřena také na kvalitu poskytované péče mezi pacienty s ileostomií a pacienty s kolostomií. Dle získaných dat nebyl zjištěn signifikantní rozdíl ve vnímání kvality péče a spokojenosti mezi pacienty s ileostomií a kolostomií. V dostupné literatuře a databázích nebyla nalezena žádná studie popisující rozdíly ve spokojenosti s poskytovanou péčí mezi ileostomiky a kolostomiky. Související zkoumaný rozdíl popisuje Landmann et al. (2021), ten ale zmiňuje vliv anatomického umístění a typu konstrukce stomie na management v péči o stomii, nikoliv na signifikantní rozdíly ileostomiků a kolostomiků na základě anatomického typu stomie ve spokojenosti s poskytovanou péčí.

Hypotéza č. 3 se zabývala souvislostí mezi typem stomie a hodnocením kvality života se stomií. Získaná data neprokázala vliv typu stomie na hodnocení kvality života. Stomie samotná samozřejmě vliv na kvalitu života má. Zewude et al. (2021) ve své studii za použití dotazníkového šetření potvrzuje, že život se stomií má větší dopad na celkový aspekt kvality života a jeho subškály. Zkoumané oblasti byly fyzický stav, psychický stav, sociální a spirituální. Zewude et al. (2021) uvádí dle svých výsledků, že typ stomie a úpravy stravy byly statisticky významné v predikci fyzické, psychické a celkové kvality života (například 70 % respondentů změnilo svůj stravovací režim nejen kvůli omezením vyplývajícím z bazálního stravování stomiků, ale také z důvodu nevhodné a neřízené plynatosti a odchodu stolice). Na druhou stranu indikace stomie a změna stylu oblékání byly efektivní v predikci sociální subškály. V rámci studie Zewude et al. (2021) použitý t-test a test ANOVA odhalily skutečnost, že pocity stavu deprese, změna stylu oblékání, změna stravovacích návyků a doba návratu chuti k jídlu se významně lišily mezi indikací stomie (maligní onemocnění/ benigní onemocnění) a typem stomie, kdy byla významnější změna u pacientů s trvalou stomií než u pacientů se stomií dočasnou.

Limity této práce jsou rozděleny dle typu výzkumu. Kvantitativní výzkum je limitován počtem respondentů. Pro účely této práce je počet respondentů dostačující, však výsledky lze ze statistického hlediska považovat za nevýznamné. Dalším limitem kvantitativního výzkumu je příliš obsáhlý dotazník. V tomto bodě lze říci, že zvědavost badatele předčila dotazovaný rozsah nutný pro splnění či získání cílených dat. Limitem v kvalitativním výzkumu jsou rozdíly úrovně zdravotnických zařízení, ve kterých respondentky vykonávají svou profesní činnost. Nejedná se o materiální rozdíly, či rozdíly v přístupu k pacientům. Rozdílné úrovně zdravotnických zařízení nedovolují respondentkám poskytovat stejně časově dotovanou péči. Pro důslednější prozkoumání stanovených cílů by bylo vhodné získat perspektivu více respondentů ať už z výzkumného souboru kvalitativní či kvantitativní části výzkumu.

Doporučení pro praxi z této práce vychází především z důsledné, dostatečné a průběžné informovanosti pacientů. Adekvátní sdělování informací v jakékoli části péče o pacienta se vždy prokázalo jako výhodné, a to jak pro zdravotnický personál ve smyslu například prevence komplikací či menších psychosociálních následků u pacientů, tak především pro psychický stav pacienta, jeho následnou sebeděči a vše objímající kvalitu života se stomií. Dalším doporučením pro praxi je snaha pokračovat už v tak existující detabuizaci života se stomií. Stomie je zdravotním postižením, se kterým se však dá za několika splněných předpokladů žít plnohodnotný život. Zdravotní personál by se měl snažit každého jednoho stomika podpořit v myšlence, že „Stomie nás nezastaví, je to jen detail“ (kampaň České Ilco z. s., 2024). Zobecňování informací o stomích a stomicích je nutné. Nejen z důvodu pozitivního vlivu na jedince, kteří se s touto problematikou seznamují ale i ty jedince, kteří vlivem tohoto zdravotního postižení se z jakéhokoli důvodu rozhodli či byli situací nuceni izolovat. Tato tvrzení jsou důležitá zejména vzhledem k zvyšujícímu se počtu pacientů s diagnózami, které vedou k založení stomie.

Závěr

V rámci této diplomové práce byli shrnuty teoretické poznatky z oblastí obecných informací o stomiích a jejich vývoje z historického hlediska. Byly zde uvedeny informace o organizaci a postupech v péči o pacienta v rámci prehospitální, hospitalizační i posthospitalizační fázi péče. Dalším bodem teoretické části bylo pojednání o materiálním a sociálním zabezpečení stomiků. V této části byl věnovaný prostor jak zdravotním pomůckám, na které mají stomici nárok, tak na možnosti sociálního zajištění, které nabízí stát. Třetí částí teoretických poznatků byl popis kvality péče a spokojenosti pacientů ve zdravotnických zařízeních v ČR.

Na základě výše zmíněných teoretických poznatků byly stanoveny výzkumné otázky, věcné hypotézy, dílčí cíle a hlavní cíl práce. Pro jejich dosažení je v metodologii práce popsán postup výběru respondentů, metody získávání dat a jejich vyhodnocování. Výzkum a následně i výzkumná část je rozdělena dle kombinované metodiky práce na výzkum kvalitativní a kvantitativní. Kvalitativní část výzkumu se metodou rozhovoru věnuje stomickým sestřím a hledá odpovědi na výzkumné otázky. Kvantitativní část výzkumu metodou nestandardizovaného dotazníku zkoumá výzkumný soubor tvořený stomiky a potvrzuje či vyvrací stanovené věcné hypotézy. Ze zjištěných dat vyplývá, že stomici s uspokojivou edukací před operací lépe vnímají kvalitu péče a jsou spokojenější. Dále bylo zjištěno, že typ stomie nemá vliv na vnímanou kvalitu poskytované péče, což z podstaty otázky nastiňuje dobrý dojem, protože zdravotní péče by měla být poskytována na stejné úrovni kvality bez ohledu na důvod hospitalizace. Třetím výsledkem z kvantitativní části výzkumu je zjištění, že u zkoumaného souboru neexistuje signifikantní souvislost mezi typem stomie a kvalitou života. Z kvalitativní části výzkumu vyvstaly dvě výzkumné otázky, na které respondentky odpověděly vždy buď v úplné nebo většinové shodě. Ze získaných dat je zřejmé, že stomické sestry považují edukaci pacienta před operací za pozitivně ovlivňující aspekt v péči a jejím celém procesu. Zároveň se také všechny respondentky shodly na dostatečném saturování materiálních potřeb stomiků zákonem 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění.

Tuto práci lze v budoucnu použít jako srovnávací vzorek v dané zkoumané oblasti. Teoretické poznatky v této diplomové práci by se po konzultaci a úpravě daly společně se vzkazy od stomiků použít jako edukační materiál pro budoucí stomiky či jedince s komplikovanou péčí o stomii. Vlídna slova respondentů mohou být pohlazením na duši a snad i nadějí na lepší kvalitu života pro ty, kteří jsou nespokojení a nešťastní vlivem tohoto

zdravotního postižení. Zdravotního postižení, které pro jednoho může být doslova tragédií, pro jiného záchranou života.

Referenční seznam

- ARNOLDOVÁ, Anna. *Sociální péče: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5147-4.
- BAGHERI, M., SHARIFAN, P., BEHBOUDI, Far A., POURESMAIL, Z., KAVOUSI, F., Nurses' Knowledge About Fecal Intestinal Ostomies's Care: A Cross-Sectional Study. *Jundishapur J Chronic Dis Care*. 2017;6(2):1–6. e43345. Dostupné z: <https://doi.org/10.17795/jjcdc-43345>. [cit. 2024-03-28].
- BALACHANDAR, TG. *Stoma Care*. Jaypee Brothers Medical Publishers, 2018. ISBN 9789352704873.
- BUCHMANN a HUBER. Das schwierige Stoma – Stomakomplikationen, konservatives und chirurgisches Management. Online. *Therapeutische Umschau*. 2007, roč. 64, č. 9, s. 537-544. ISSN 0040-5930. Dostupné z: <https://doi.org/10.1024/0040-5930.64.9.537>. [cit. 2024-03-20]
- CALLAHAN, Daniel. The WHO Definition of 'Health'. *The Hastings Center Studies* [online]. 1973, 1(3) [cit. 2024-03-14]. ISSN 00933252. Dostupné z: [doi:10.2307/3527467](https://doi.org/10.2307/3527467)
- COLWELL, Janice C.; BAIN, Kimberly A.; HANSEN, Anne Steen; DROSTE, Werner; VENDELBO, Grethe et al. International Consensus Results. Online. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing*. 2019, roč. 46, č. 6, s. 497-504. ISSN 1071-5754. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000599>. [cit. 2024-03-21].
- ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ. *Invalidní důchod*. Online. Dostupné z: <https://www.cssz.cz/web/cz/invalidni-duchod>. [cit. 2024-03-12].
- ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ. *Nemocenské pojištění*. Online. Dostupné z: <https://www.cssz.cz/nemocenske>. [cit. 2024-03-12].
- ČESKÉ ILCO. *Vše o stomii*. Online. Dostupné z: <https://www.ilco.cz/vse-o-stomii/> [cit. 2024-03-13]
- ČESKÉ ILCO. *Charta práv stomiků* [online]. [cit. 2024-03-21]. Dostupné z: <https://www.ilco.cz/charta-prav-stomiku/>
- DONABEDIAN, AVEDIS. Evaluating the Quality of Medical Care. Online. *The Milbank Quarterly*. 2005, roč. 83, č. 4, s. 691-729. ISSN 0887-378X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>. [cit. 2024-03-19]

- DOUGHTY, Dorothy. Principles of ostomy management in the oncology patient. *The journal of supportive oncology* [online]. 2005, 3(1), 59-69 [cit. 2024-03-21]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15724947/>
- DRLÍKOVÁ, Kateřina; ZACHOVÁ, Veronika a KARLOVSKÁ, Milada. *Praktický průvodce stomikou*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5712-4.
- EO, Hyunjung a PARK, Hyojung. Benefits of a Single-Session, In-Hospital Preoperative Education Program for Patients Undergoing Ostomy Surgery. Online. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing*. 2023, roč. 50, č. 4, s. 313-318. ISSN 1071-5754. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000991>. [cit. 2024-03-28].
- GIORDANO, Vittoria; NICOLOTTI, Matilde; CORVESE, Francesco; VELLONE, Ercole; ALVARO, Rosaria et al. Describing self-care and its associated variables in ostomy patients. Online. *Journal of Advanced Nursing*. 2020, roč. 76, č. 11, s. 2982-2992. ISSN 0309-2402. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/jan.14499>. [cit. 2024-04-09].
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Páté, přepracované vydání. Praha: Portál, 2023. ISBN 9788026219682.
- <https://www.bookport.cz/ekniha/nemoci-strev-1716849/>. [cit. 2024-03-03].
- JEDLIČKOVÁ, Jaroslava; OPÁLKOVÁ, Kateřina; SVOBODA, Tomáš a MIČUDOVOVÁ, Erna. *Management kvality a rizik perioperační péče*. Sestra. Praha: Grada Publishing, 2024. ISBN 978-80-271-0720-9.
- JUŘIČKOVÁ, L., & IVANOVÁ, K. 2015. Metodologie kvalitativního výzkumu. In Vévodová, Š., Ivanová, K., a kol. *Základy metodologie výzkumu pro nelékařské zdravotnické profese*. Olomouc: Vyd. UP, ISBN 978-80-244-4770-4.
- KRŠKA, Zdeněk. *Techniky a technologie v chirurgických oborech: vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3815-4.
- LANDMANN, Ron G., et al. Ileostomy or colostomy care and complications. *Waltham, MA*, 2021. Dostupné z: <https://medilib.ir/uptodate/show/1384>
- LIU, Yani; WANG, Li a ZHU, Liping. The impact of stoma management education on the self-care abilities of individuals with an intestinal stoma. Online. *British Journal of Nursing*. 2023, roč. 32, č. 6, s. S28-S33. ISSN 0966-0461. Dostupné z: <https://doi.org/10.12968/bjon.2023.32.6.S28>. [cit. 2024-04-09].

- LUKÁŠ, Karel. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1283-0
- LUKÁŠ, Karel; HOCH, Jiří a kolektiv. *Nemoci střev*. Online. 28.8.2018. Grada, 2018. ISBN 978-80-271-0353-9. Dostupné z:
- Maria A, Lieske B. Colostomy Care. [Updated 2023 May 28]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560503/>
- Metodický pokyn k přípravě a realizace vzdělávacího programu certifikovaného kurzu. *Metodický pokyn CK (Věstník MZ č. 7/2023)* Online. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2023/03/Metodicky-pokyn-%E2%80%93-Certifikovany-kurz-Vestnik-MZ-c.-7-2023.pdf>. [cit. 2024-03-15]
- Metodika k Úhradovému katalogu VZP - ZP: verze 1102. Online. In: . S. 87. Dostupné z: https://media.vzpstatic.cz/media/Default/dokumenty/ciselniky/metodika_1102.pdf. [cit. 2024-03-18].
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Euroklíč*. Online. 2021. Dostupné z: <https://portal.gov.cz/rozcestniky/euroklic-RZC-83>. [cit. 2024-03-13].
- NASEH, Ladan; SHAHRIARI, Mohsen; HAYRABEDIAN, Aygineh a MOEINI, Mahin. Nurses' viewpoints on factors affecting ostomy care: A qualitative content analysis. Online. *Nursing Open*. 2023, roč. 10, č. 8, s. 5261-5270. ISSN 2054-1058. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/nop2.1764>. [cit. 2024-03-21].
- NIEVES, Candela Bonill-de las; DÍAZ, Concepción Capilla; CELDRÁN-MAÑAS, Miriam; MORALES-ASENCIO, José Miguel; HERNÁNDEZ-ZAMBRANO, Sandra Milena et al. Ostomy patients' perception of the health care received. Online. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2017, roč. 25. ISSN 1518-8345. Dostupné z: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2059.2961>. [cit. 2024-03-21].
- OTRADOVCOVÁ, Iva a KUBÁTOVÁ, Lucie. *Komplexní péče o pacienta se stomií*. Care. Praha: Galén, c2006. ISBN 80-726-2432-6.
- POKORNÁ, Andrea; DOLANOVÁ, Dana; ŠTROMBACHOVÁ, Veronika; BŮŘILOVÁ, Petra a KUČEROVÁ, Jana. *Management nežádoucí události ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 9788027126194.
- PORTÁL VEŘEJNÉ SPRÁVY ČR. *Invalidní důchod - žádost vyřizuje ČSSZ*. Online. Portál veřejné správy ČR. 1.1.2024. Dostupné z: [66](https://portal.gov.cz/sluzby-

</div>
<div data-bbox=)

vs/invalidni-duchod-zadost-vyrizuje-ceska-sprava-socialniho-zabezpeceni-S83.

[cit. 2024-03-12].

- SALVADALENA, Ginger, et al. WOCN Society and ASCRS position statement on preoperative stoma site marking for patients undergoing colostomy or ileostomy surgery. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 2015, 42.3: 249-252.
- SALVADALENA, Ginger. Incidence of complications of the stoma and peristomal skin among individuals with colostomy, ileostomy, and urostomy: a systematic review. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 2008, 35.6: 596-607.
- SOUKUP, Petr; RABUŠIC, Ladislav a MAREŠ, Petr. *Statistická analýza sociálněvědních dat v R*. Brno: Masarykova univerzita, 2023. ISBN 978-80-280-0150-6.
- ŠEROBOVÁ, Dagmar. Péče o pacienta se stomií. *Florence* [online]. 2009, **2009**(5) [cit. 2024-03-20]. ISSN 2570-4915. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2009/5/pece-o-pacienta-se-stomii/>
- ŠRÁMKOVÁ, Taťána. *Poruchy sexuality u somaticky nemocných a jejich léčba*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4453-7.
- ŠUPŠÁKOVÁ, Petra. *Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb: manuál pro praxi*. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0062-0.
- VÁLKOVÁ, Monika. Hodnocení kvality poskytovaných zdravotních služeb. Online. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2015. Dostupné z: <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/7325-hodnoceni-kvality-poskytovanych-zdravotnich-sluzeb.pdf>. [cit. 2024-03-19].
- VERA, Matt. *7 Ileostomy and Colostomy Nursing Care Plans*. Online. 2019, 13.11.2023. Dostupné z: <https://nurseslabs.com/ileostomy-and-colostomy-nursing-care-plans/?fbclid=IwAR3A0OB0p7PMaNZsn-SG4WNO3NE0oOu6itnlSHecOugJM6BOBBJhc0y3rvA>. [cit. 2024-03-13]
- VEVERKOVÁ, Eva; KOZÁKOVÁ, Eva; MATEK, Jan; ZACHOVÁ, Veronika a SVOBODA, Pavel. *Ošetřovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře II*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-2099-4.
- Vyhláška č. 102/2012 Sb.
- Vyhláška č. 359/2009 Sb.
- Vyhláška č. 55/2011 Sb.

- WACHTER, Robert M. *Understanding patient safety*. 2nd ed. New York: McGraw-Hill Medical, c2012. ISBN 978-007-1765-787.
- Zákon 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování
- Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění
- Zákon č. 187/2006 Sb. o nemocenském pojištění
- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění
- Zákon č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních
- ZEWUDE, W. C., DERESE, T., SUGA, Y., & TEKLEWOLD, B. Quality of Life in Patients Living with Stoma. *Ethiopian journal of health sciences*, 2021, 31(5), 993–1000. Dostupné z: <https://doi.org/10.4314/ejhs.v31i5.11>. [cit. 2024-03-28].
- ZVONÍKOVÁ, Alena; ČELEDOVÁ, Libuše a ČEVELA, Rostislav. *Základy posuzování invalidity*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3535-1
- ŽALUDEK, Adam. *Management kvality a rizik psychiatrické péče*. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2275-2

Seznam zkratek

CT – výpočetní tomografie

ČR – Česká republika

ČSSZ – Česká správa sociálního zabezpečení

DPN – dočasná pracovní neschopnost

DVZ – denní vyměřovací základ

EKG – elektrokardiografie

EU – Evropská unie

ID – invalidní důchod

K – klient

MZ – Ministerstvo zdravotnictví

MZ – Ministerstvo zdravotnictví

OSSZ – okresní správa sociálního zabezpečení

P – pacient

PET CT – pozitronová emisní tomografie

RTG – rentgenové vyšetření

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 – Věk respondentů (stomiků)

Tabulka č. 2 – Doba života se stomíí

Tabulka č. 3 – Doba zaměstnání v oboru (stomické sestry)

Seznam grafů

Graf č. 1 - Složení respondentů dle místa vyvedení stomie a času

Graf č. 2 - Názory stomiků na poskytovanou péči

Graf č. 3 - Informovanost o stomii před operací

Graf č. 4 - Spokojenost s předoperační péčí

Graf č. 5 - Spokojenost s pooperační péčí

Graf č. 6 - Celkové hodnocení péče během hospitalizace

Graf č. 7 - Spokojenost se způsobem edukace a nácviku péče

Graf č. 8 - Hodnocení přístupu stomické sestry

Graf č. 9 - Typ stomie

Graf č. 10 - Hodnocení kvality života se stomií

Seznam příloh

Příloha 1 – Nestandardizovaný dotazník stomici

Příloha 2 – Okruhy otázek stoma sestry

Příloha 3 – Vzkazy stomiků

Příloha 4 – Statistické vyhodnocení zkoumaných hypotéz

Příloha 5 – Souhlasné stanovisko Etické komise Fakulty zdravotních věd UP

Přílohy

Příloha 1 – Nestandardizovaný dotazník pro stomiky

Hodnocení kvality péče z pohledu stomiků

Jmenuji se Tereza Kovalovská, jsem studentkou Univerzity Palackého v Olomouci, Fakulty zdravotnických věd. Tímto bych Vás chtěla požádat o vyplnění dotazníku k mé diplomové práci. Tato práce je zaměřená na mapování, financování a organizování péče u pacienta se stomií. Mým cílem v rámci této práce je popsat proces a organizaci péče u stomiků a zjistit úroveň spokojenosti Vás, stomiků, s poskytovanou péčí.

Dotazník je nestandardizovaný, anonymní a zabere Vám přibližně 25 minut.

Získaná data poslouží k účelům mé diplomové práce. Vyplněním dotazníku souhlasíte se zpracováním těchto dat.

Uvědomuji si, že toto téma může být citlivé, proto děkuji za Váš čas a ochotu věnovanou tomuto dotazníku.

S přáním jen toho dobrého,

Tereza Kovalovská

Pokud není uvedeno jinak, vyberte prosím jednu odpověď.

1. Pohlaví

- muž
- žena

2. Kolik je Vám let?

- 18 – 25
- 26 – 35
- 36 – 45
- 46 – 60
- 60 a více

3. V současné době jste:

- zaměstnaný/á
- nezaměstnaný/á
- student/ studentka
- na rodičovské dovolené
- invalidní důchodce/ důchodkyně
- starobní důchodce/ důchodkyně
- jiné - (uveďte)

4. Jak dlouho máte stomii?

- méně než 1 rok
- 1-5 let
- 6-10 let
- 11 let a více

5. Jaký typ stomie máte?

- Kolostomii
- Ileostomii

6. Jaký druh onemocnění vedl ve Vašem případě k založení stomie?

- Nádorové onemocnění
- Zánětlivé onemocnění
- Úraz
- Jiné (uveďte)

7. Vaše stomie je:

- dočasná
- trvalá

8. Věděl/a jsme o stomiích před sdělením Vaší diagnózy?

- Ano
- Ne

9. Setkal/a jste se s někým kdo má/měl stomii před založením Vaší stomie?

- Ano
- Ne

10. Byl/a jste před operací dostatečně informován/a o stomii?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

11. Byl/a jste spokojený/á s předoperační péčí?

(Pokud odpovíte Spíše ne nebo Ne, napište prosím důvod.)

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne, protože...
- Ne, protože...

12. Popište, jak probíhala edukace o stomii před operací.

13. Dozvěděl/a jste se během edukace o možnostech a výběru stomických pomůcek?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

14. Jaké jste měl/a pocity po získání informací o stomii

- Obavy a strach se zmírnily
- Obavy a strach byly stejné
- Obavy a strach se zhoršily
- Nevím, nemohu posoudit

15. Byl/a jste spokojený/á s pooperační péčí?

(Vyberte jednu odpověď. Pokud odpovíte Spíše ne nebo Ne, napište prosím důvod.)

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne, protože...
- Ne, protože....

16. Jak byste hodnotil/a celkově péči během Vaší hospitalizace?

- Velmi dobrý
- Dobrý
- Uspokojivý
- Špatný
- Velmi špatný

17. Dala Vám stomická sestra dostatek času na srovnání se se stomií před tím, než jste se o ni sám/ sama začala starat?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

18. Byl jste spokojený/á se způsobem edukace a nácviku v péči o stomii?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

19. Byl/a jste informována o možných komplikacích stomie?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

20. Máte nebo měl/a jste nějakou komplikaci v péči o stomii?

(Pokud odpovíte Ano, napište prosím jakou.)

- Ano
- Ne

21. Koho kontaktujete v případě komplikací v péči o stomii?

(Vyberte jednu nebo více odpovědí.)

- Stomickou sestru
- Zákaznickou linku firmy, od které mám pomůcky
- Obvodního lékaře
- Jiné...

22. Reagovala stomická sestra na vzniklou komplikaci aktivně a nabídla řešení problému?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

23. Jak byste hodnotil/a přístup stomické sestry?

(Pokud jste vybral/a Špatný, napište prosím proč.)

- Velmi dobrý
- Dobrý
- Uspokojivý
- Špatný

24. Zvládáte sám/ sama ošetřovat stomii? Pokud ne, kdo Vám pomáhá?

- Ošetřování zvládám sám/sama
- Pomáhá mi rodinný příslušník
- Pomáhá mi sestra agentury domácí péče

25. Nabídla Vám stomická sestra další zdravotnické specializace, které Vám pomohli s Vaším stavem po operaci? (výživový poradce, fyzioterapeut, psycholog, stomické organizace a kluby, ...)

(Pokud ano, napište prosím které.)

- Ano
- Ne

26. Víte o organizacích a klubech stomiků?

- Ano
- Ne

27. Jste členem klubu stomiků?

- Ano
- Ne

28. Pomáhá Vám setkávání s dalšími stomiky vyrovnat se s možnými nejistotami ohledně života se stomií?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

29. Ovlivnila stomie Váš pracovní život?

(Pokud odpovíte ano, napište prosím proč)

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Ne, protože nepracuji

30. Ovlivnila stomie Váš osobní život?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

31. Pokud jste v předchozí otázce odpověděla Ano nebo Spíše ano, popište, co ve Vašem osobním životě stomie ovlivnila.

32. Účastníte se společenských akcí (kino, divadlo, koncerty, besedy, ...) stejně často jako před založením stomie?

- Častěji
- Stejně často
- Méně často
- Po zavedení stomie společenské akce nenavštěvuji.

33. Ovlivnila stomie Váš rodinný život?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

34. Pokud jste v předchozí otázce odpověděla Ano nebo Spíše ano, popište, co ve Vašem rodinném životě stomie ovlivnila.

35. Ovlivnila stomie Váš sexuální život?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

36. Pokud jste v předchozí otázce odpověděla Ano nebo Spíše ano, popište, co ve Vašem sexuálním životě stomie ovlivnila

37. Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života se stomií?

- Velmi dobrá
- Dobrá
- Uspokojivá
- Neuspokojivá
- Špatná
- Velmi špatná

38. Na základě Vaší zkušenosti, změnil/a byste něco na péči poskytované stomikům?

39. Chtěla byste lidem, kteří stomii mají krátce nebo se s touto problematikou seznamují něco vzkázat? (zcela dobrovolné)

Ještě jednou děkuji za vyplnění dotazníku.

Příloha 2 – Okruhy otázek stoma sestry

1. Jak dlouho pracujete v oboru?
2. Co Vás přivedlo k pracovní pozici stomické sestry? Bylo to z vlastní iniciativy nebo ze strany zaměstnavatele?
3. Jaká je Vaše pracovní pozice? (stomická sestra na celý úvazek; stomická sestra na zkrácený úvazek; staniční/vrchní sestra – kombinovaná pozice; ...)
4. Vedete poradnu/ ambulanci pro stomiky?
5. Máte samostatnou ambulanci (místnost) pro fungování stomické ambulance?
6. Jsou dle Vašeho názoru podmínky k vykonávání specializace stomické sestry dostačující? (čas, prostory, spolupráce s lékaři; prostor k vzdělávání; podpora vedení; ...)
7. Edukujete pacienta před operací? Jak tato edukace probíhá?
8. Jak probíhá ve vašem zařízení pooperační péče o pacienta?
9. Myslíte si, že edukace před operačním výkonem má pozitivní vliv na psychický stav pacienta?
10. Jaký máte názor na systém úhrad za stomické pomůcky? Je podle Vás adekvátně nastavený?
11. Jaký je Váš názor na sdružení a kluby stomiků?
12. Jaké máte zkušenosti s předáváním pacientů praktickým lékařům?
13. Jaká je podle Vašeho názoru spolupráce s firmami, které distribuují stomické pomůcky v ČR?
14. Máte zkušenosti s doplňkovými programy jednotlivých firem, které v ČR distribuují stomické pomůcky? Nabízíte tyto doplňkové programy svým pacientům? (Coloplast Care, Věrnostní program Dansac, ConvaTec me+,
15. Využíváte služeb agentur domácí péče v následné péči o stomiky, je-li to třeba?
16. Spolupracujete s nutričním terapeutem nebo fyzioterapeutem?

Příloha 3 – Vzkazy stomiků

Chtěl/a byste lidem, kteří mají stomii, kteří mají stomii krátce nebo se s touto problematikou seznamují, něco vzkázat? (Nestandardizovaný dotazník pro stomiky, otázka 39)

- Vzkázala bych jim, aby využili FB stránky pro stomiky se spoustou rad a vychytávek. Kluby stomiků a dobrovolníky - stomiky, aby se s nimi osobně setkávali, díky čemuž zjistí, že v tom nejsou sami. Mohou si předat zkušenosti a podporu.
- Nepodléhejte panice je třeba "zhltat" co nejvíce informací, i drobných, a přečíst si pár životních příběhů. Když jsem hledal informace já, tak jsem narazil i na úmrtnost do 11 měsíců po operaci. Toho se vyvarujte a věřte stále tomu, že nebudete patřit mezi těch 52 % lidí, kteří...Buďte optimisty a život bude i dále krásný i když s částečným omezením.
- Život stomií nekončí.
- Přeji jim dobrou stomickou sestru a doporučuji účastnit se klubu stomiků.
- Držím jim pěsti, aby našli oporu a porozumění u svého partnera.
- Ať se nevzdávají ničeho, jde jen o to si v hlavě srovnat, že se stomií se při kvalitě dnešních stomických pomůcek se dá krásně a v pohodě aktivně žít.
- Pokud máte stomii kvůli zánětlivému onemocnění, tak stomie změní váš život k lepšímu.
- Začátek je vždy těžký. Naučit se vše potřebné, neudělat chybu, vyrovnat se s jiným způsobem vyprazdňování není snadné. Chce to čas a dobrou vůli, ale stojí to za to. Stomie mi přivedla do života mnoho zajímavých lidí a dala nový smysl života. Je štěstí, že o nové stomiky se starají zkušené sestry, jsou informace na internetu. Doporučuji web ILCO a nzip.cz.
- Nejvíce mě mohla ovlivnit moje mysl. Rozhodl jsem se žít naplno a to je nejvíc. Naučil jsem se jezdit na koni, cestuji letadlem, byl jsem v Austrálii a teď vyplňuji dotazník z pobytu v Číně. Klidně si vyměním sáček na pařezu v lese nebo otevřeném kufru auta na parkovišti. Miluju se se svou ženou a plavu v rybníce bez plavek. :-)
- Nevzdávat a snažit se žít s tímto postižením dál s vírou a nadějí na zlepšení. Zvýšit péči o sebe, více myslet na sebe a svoje zdraví.
- Držte se.
- Nebojte se, nestyďte se za stomii a věřte že bude lépe, až se stomií smíříte a budete se stomií vše zvládat jako dříve bez ní.

- Jsme lidé, kteří žijí běžný život jako ostatní, není to žádné postižení.
- Ať nemají strach, život jde dál.
- Je nutno naučit se žít se stomií. Je to velká změna v životě.
- Měli bychom si uvědomit, že někteří stomici mohou skoro vše a někteří mnohem méně, skoro nic. Držím všem palce, nedejte se.
- Stomie se nebojte, kdysi mi někdo řekl, lepší pytlík u pasu než být pod kytka. A to mě celý život drží na nohou.
- Zapojte se na Facebooku do spolu Ilco.
- Je třeba být trpělivý a dá se s tím kvalitně žít. Pokud jsou problémy tak netřeba se bát a požádat o pomoc i odborníky, třeba psychiatra.
- Hlavně se z toho nepo...t. Promiňte, ale je to důležité.
- Nebojte se setkávání s nemocnými v klubu. Pomáhá psychika, je to velice důležité. Všichni si navzájem pomáhají. Taky informace jsou důležité, každý má jinou kladnou zkušenost.
- Se stomií je možné vše, vést skvělý život téměř bez omezení.
- Nevěnovat se problémům se stomií ale koníčkům, které se stomií dají realizovat, popřípadě takového koníčka najít.
- Nevzdávejte se a bojujte.
- Není to konec ale záchrana.
- Ničeho se nebojte. Se stomií, když chceš, tak můžeš dělat skoro vše, jako bys ji neměl. Po určité době (a mě to trvalo cca půl roku) jsem zase plaval, potápěl se a jezdil na kole a cestoval jako dříve před nemocí.
- Běžte na FB. Seznámíte se s lidmi, kteří stomii mají a na operaci půjdete s klidem.
- Všude na internetu se píše, že stomií život nekončí, ale začíná. S tím maximálně souhlasím. Nyní jsem půl roku po zanoření, zatím bez komplikací. Stomii jsem měl 2 roky.
- Stomie vám trochu změní život, ale aspoň žijete.
- Strach má velké oči, vše je v hlavě a v lidech okolo nás.
- Život se stomií nekončí. Po tom, co jsem se stomií smířila myslím pozitivněji a přes menší ústupky žiji plnohodnotný život jako dřív.

Příloha 4 - Statistické vyhodnocení zkoumaných hypotéz

Věcná hypotéza č. 1

Proměnná	t-testy; Grupovací: Otázka 10, 1 – Ano + spíše ano, 2 Spíše ne+ne (List1 v Data Kovalovska)										
	Průměr 1	Průměr 2	Hodnota	SV	p	platných 1	platných N 2	sm.odch. 1	sm.odch. 2	F-poměr Rozptyly	p Rozptyly
Spokojenost s kvalitou poskytované péče	6,95744	11,2222	-5,8020	63	0,00000	47	18	2,19641	3,60645	2,69608	0,00777

Věcná hypotéza č. 2

Proměnná	t-testy; Grupovací: 5) Jaký typ stomie máte? (List1 v Data Kovalovska)										
	Průměr 1	Průměr 2	Hodnota	SV	p	platných 1	platných N 2	sm.odch. 1	sm.odch. 2	F-poměr Rozptyly	p Rozptyly
Spokojenost s kvalitou poskytované péče	8,22727	7,95238	0,31577	63	0,75321	44	21	3,32617	3,18553	1,09024	0,86043

Věcná hypotéza č. 3

Kontingenční tabulka (List1 v Data Kovalovska)					
Četnost označených buněk > 10 (Marginální součty nejsou označeny)					
5) Jaký typ stomie máte?	37) Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života se stomií? 1	37) Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života se stomií? 2	37) Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života se stomií? 3	37) Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života se stomií? 4	Řádek součty
1	6	15	21	2	44
2	5	7	9	0	21
Všechny	11	22	30	2	65

Statistika	Statist. : 5) Jaký typ stomie máte?(2) x 37) Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života se stomií?(4) (List1 v Data Kovalovska)		
	Chí-kvadrá	SV	p
Pearsonův chí-kvadr.	1,899351	df=3	p=,59356
M-V chí-kvadr.	2,460034	df=3	p=,48256
Fí	,1709409		
Kontingenční koeficient	,1684968		
Cramér's V	,1709409		

Příloha 5 – Souhlasné stanovisko Etické komise Fakulty zdravotních věd UP



Fakulta
zdravotnických věd

Genius h

UPOJ-51838/1030S-2024

Vážená paní
Mgr. Tereza Kovalovská

2024-02-19

Vyjádření Etické komise FZV UP

Vážená paní magistro,

na základě Vaší Žádosti o stanovisko Etické komise FZV UP byla Vaše výzkumná část diplomové práce posouzena a po vyhodnocení všech zaslaných dokumentů Vám sdělujeme, že diplomové práci s názvem „**Organizace a kvalita péče u jedinců s derivační stomií na gastrointestinálním traktu**“, jehož jste hlavní řešitelkou, bylo uděleno

souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP.

S pozdravem,

Mgr. Simona Dobešová ~~Cakirpaloglu~~, Ph.D.
předsedkyně
Etické komise FZV UP