

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2012

Klára Jaluvková

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Klára Jaluvková

**Vybrané psychosociální problémy a kvalita života
klientů s kolostomií**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. et Bc. Jan Chrastina

Olomouc 2012

ANOTACE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Název práce:

Vybrané psychosociální problémy a kvalita života klientů s kolostomií

Název práce v AJ:

Selected psychosocial problems and quality of life in clients with colostomy

Datum zadání: 2011-27-01

Datum odevzdání: 2012-30-04

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetřovatelství

Autor práce: Klára Jaluvková

Vedoucí práce: Mgr. et Bc. Jan Chrastina

Abstrakt v ČJ:

Přehledová bakalářská práce podává přehled publikovaných poznatků a informací na základě stanovených cílů. Cíle práce byly zaměřené na kvalitu života a hlavní oblasti, které postihují kolostomiky a na vybrané psychosociální problémy, body image a sexualitu. Celá práce je orientována na posouzení psychosociálních a psychosexuálních potřeb klienta se stomií. Informace obsažené v této práci byly vyhledány pomocí databází EBSCO, Nursing & Allied Health Source, PubMed a BMČ. Použita byla i česká recenzovaná periodika Kontakt.

Abstrakt v AJ:

Overview thesis gives an overview of published knowledge and information based on set objectives. Objectives of thesis has been focused on quality of life and main areas which concern patient with a colostomy and are also focused on selected psychosocial problems, body image and sexuality. Whole thesis is orientated on estimation of psychosocial and psychosexual demands. The information contained in this thesis was searched using EBSCO, Nursing & Allied Health Source, PubMed and Bibliographia medica Čechoslovaca. Czech peer-reviewed periodical Kontakt was also used.

Klíčová slova v ČJ:

kvalita života, stomie, kolostomie, stoma sestra, stoma péče, irigace, stomaterapie, dotazník, adaptace, sexuální problémy, tělesný vzhled, psychologický management

Klíčová slova v AJ:

quality of life, ostomy, colostomy, stoma nurse, stoma care, irrigation, stomatherapy, questionnaire, adjustment, sexual concerns, body image, psychological management

Rozsah: 48 s. (+ 1 příloha)

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

Olomouc, 30. duben 2012

.....

podpis

Děkuji Mgr. et Bc. Janu Chrastinovi, za odborné vedení bakalářské práce, cenné připomínky a správné nasměrování.

OBSAH

ÚVOD.....	8
1 VSTUP DO PROBLEMATIKY A VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ.....	13
2 KVALITA ŽIVOTA KLIENTŮ S KOLOSTOMIÍ	15
2.1 Sociální, rodinný život a vztahy.....	15
2.2 Stoma management a oblast sebepéče	16
2.3 Návrat klienta do zaměstnání, realizování aktivit.....	18
2.4 Adaptace klienta na každodenní život	19
2.5 Irigace kolostomie a její dopad na kvalitu života	21
2.6 Specifické dotazníky pro posouzení kvality života stomiků.....	22
3 VYBRANÉ PSYCHOSOCIÁLNÍ PROBLÉMY KLIENTŮ S KOLOSTOMIÍ	25
3.1 Sexuální a partnerský život jedinců se stomií.....	25
3.2 Body image a psychosociální problémy stomiků	31
DISKUSE A ZÁVĚR	35
SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH A ELEKTRONICKÝCH ZDROJŮ	42

ÚVOD

Zhoubný novotvar kolorekta (lékařská dg. C18-C21) je jednou z nejčastějších onkologických diagnóz v České republice. Z evropského i celosvětového pohledu se karcinom kolorekta v České republice vyznačuje nadprůměrným výskytem i úmrtností. V roce 2009 bylo hlášeno 8 205 zhoubných novotvarů kolorekta (tj. zhruba stejně jako v roce předchozím). Z výše uvedené incidence šlo o 4 839 případů u mužů a 3 366 případů u žen. Nejčastěji je novotvar lokalizován v tlustém střevě (lékařská dg. C18). Následuje novotvar konečníku (lékařská dg. C20) a oblast přechodu tlustého střeva v konečník - rektosigmoidální spojení (lékařská dg. C19). Nejméně často se zhoubný novotvar nachází v řiti a řitním kanálu (lékařská dg. C21) (ÚZIS, 2012, s. 2–3). Nejen zhoubný novotvar kolorekta vede k založení stomie, Další příčinou pro založení stomie mohou být nespecifické střevní záněty (jako je ulcerózní kolitida a Crohnova choroba). Na základě prostudování relevantních zdrojů jsou nejčastějším důvodem pro vytvoření kolostomie již zmíněné zhoubné novotvary (Black, 2000 s. 48). Mnoho onemocnění tlustého střeva nevede k úzdavě per primam. Jednou z možností je založení dočasné nebo trvalé kolostomie, která vede ke změně životního stylu klienta. Autorka Zachová dělí stomie (ileo- nebo kolostomie) **dle obnovy přirozené cesty odchodu stolice** na trvalé nebo dočasné (Zachová, 2010, s. 31). **Podle časového trvání** vymezuje Dabirian trvalou kolostomii dobou nejméně 6 měsíců od vytvoření kolostomie (Dabirian, 2011, s. 2). Autor Jiménez vymezuje trvalou kolostomii dobou nejméně 3 měsíce (Jiménez, 2010, s. 45). Z důvodu rozdílného názoru výše uvedených autorů na časové vymezení trvalé kolostomie nelze do kritérií práce jasně stanovit chronologický aspekt trvalé kolostomie. Proto autorka v celé práci přednostně používá obecný termín „kolostomie“. Celá problematika je velmi široká, přesto autoři ve svých článcích popisují oblasti problémů, které se vyskytují u stomiků nejčastěji. Podle Thorpové hlavní oblasti vymezující

problematiku kolostomií jsou kvalita života, body image, sexualita a sexuální problémy, psychosociální a praktická adaptace (Thorpová, 2009, s. 1789). Honkala a Berterová uvádějí, že život se stomií znamená pro pacienty různé překážky a omezení. Stomie ovlivňuje a mění funkci střeva, výživu a stravovací návyky, body image a sebehodnocení (Honkala a Berterová, 2009, s. 21). Vytvoření stomie má vliv na každý aspekt pacientova denního života a klient musí překonat nové problémy (jako nekontrolované vyprazdňování, omezení volného času, strach ze znečištění a zápachu a dále se vyskytují poruchy vnímání vlastního těla a snížení sexuální aktivity). Tyto problémy mohou mít negativní vliv na management péče o stomii a kvalitu života klienta se stomií (Swanová, 2010, s. 1346). Profesionálně vyškolené sestry hrají důležitou roli při řešení problému ve fyzických a psychologických, ekonomických, sociálních, rodinných a sexuálních aspektech v péči o pacienty s kolostomií. Poskytují psychologickou podporu a empatii. Posilují zvládání dovedností pro podporu optimální kvality života. Mají možnost ovlivňovat aspekty spojené s péčí o pacienty a jejich příbuznými (Sinhaová, 2009, s. 113).

V celé práci autorka upřednostňuje užívání termínu „jedinec/klient se stomií“. Přesto se lze v tuzemských publikačních výstupech setkat s termínem „stomik“, který autorka práce nepoužívá, a to z důvodu pejorativního a holisticky koncipovaného významu (na prvním místě vždy stojí samotný jedinec, nikoliv jeho primární zdravotní problém a dopad – limitace daný onemocněním).

Předkládaná bakalářská práce se zabývá problematikou kvality života se zaměřením na vybrané psychosociální problémy a hlavní oblasti, které postihují klienty s kolostomií. Hlavní otázkou předkládané práce je: *„Jaké byly doposud publikovány poznatky o psychosociálních problémech kolostomiků v České republice?“*

Pro vypracování přehledové práce byly formulovány a stanoveny následující cíle:

Cíl 1. *Předložit poznatky o problematice kvality života a hlavních oblastech, které postihují kolostomiky.*

Cíl 2. *Předložit přehled publikovaných poznatků v oblasti vybraných psychosociálních problémů.*

Jako vstupní literatura (ve výčtu řazeno abecedně), na jejímž základě byl vymezen zkoumaný problém, byla prostudována v podobě následujících titulů:

- 1) GIVEL, J., MORTENSEN, N. J. 2010. *Anorectal and Stomach Diseases: Practical Guide to Their Management*. 3rd ed. Berlin: Springer, 2010. 818 pp. ISBN 978-3-540-69418-2
- 2) GURKOVÁ, E. 2011. *Hodnocení kvality života pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9
- 3) KING, C. R., HINDS, P. S. 2003. *Quality of Life: from nursing and patient perspectives*. 2nd ed. Printing in USA: Jones and Bartlem Leasing, 2003. 539 pp. ISBN 0-7637-2235-9
- 4) MARKOVÁ, M. 2006. *Stomie gastrointestinálního a močového traktu*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2006. 68 s. ISBN 80-7013-434-8
- 5) OTRADOVCOVÁ, I., KUBÁTOVÁ, L. et al. 2006. *Komplexní péče o pacienta se stomií*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006. 54 s. ISBN 80-7262-432-6
- 6) VÁGNEROVÁ, M. 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008. 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4
- 7) ZACHOVÁ, V. et al. 2010. *Stomie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 200 s. ISBN 978-80-247-3256-5

K vyhledávání relevantních článků byla použita tato kombinace klíčových slov:

„*kvalita života, stomie, kolostomie, stoma sestra, stoma péče, irigace, stomaterapie, dotazník, adaptace, sexuální problémy, tělesný vzhled, psychologický management*“, v českém jazyce, a klíčová slova „*quality of life, ostomy, colostomy, stoma nurse, stoma care, irrigation, stomatherapy, questionnaire, adjustment, sexual concerns, body image, psychological management*“, v jazyce anglickém.

Výše uvedená klíčová slova byla použita pro vyhledání tuzemských a zahraničních publikačních zdrojů. Bylo vyhledáváno v těchto databázích: BMČ (Bibliographia medica Čechoslovaca), PubMed, EBSCO, Nursing & Allied Health Source. Dále bylo využito vyhledávače Google scholar – rozšířené vyhledávání. Dále bylo k rešerši použito 1 české recenzované neimpaktované periodikum Kontakt. Vyhledávacím jazykem byl český a anglický. Vyhledávání odborných plnotextů za použití klíčových slov proběhlo autorkou práce v období od listopadu 2011 do března 2012 a průběžně probíhal překlad zahraničních článků. Kritéria pro výběr článků byla stanovena tato: *kolostomie, věk 18+, kolorektální karcinom*. Vyhledávacím publikačním obdobím bylo časové rozmezí let 2000–2011.

Touto rešeršní strategií bylo nalezeno 60 zahraničních článků, 2 české články a 1 recenzovaný sborník z ošetrovatelské konference. Tyto nalezené zdroje byly následně prostudovány (analyzovány a informace z nich podrobeny komparaci). Na základě výše uvedené informace a užití kritérií pro výběr adekvátního publikačního výstupu bylo pro přehledovou práci použito celkově 51 článků ze zahraničních odborných časopisů, 2 české články a 1 článek ze sborníku z konference.

Primární vyhledávání vhodných publikačních výstupů bylo realizováno v databázi BMČ, z níž byl vybrán 1 příspěvek ze sborníku a následně použit k tvorbě textu prvního cíle. Následně bylo realizováno vyhledávání dostupných odborných článků (dle kritérií a klíčových slov výše uvedených) v odborném recenzovaném časopise Kontakt. Z něj byl použit 1 článek ke zpracování textu druhého cíle, který byl ale v anglickém jazyce. Z důvodu početního nedostatku relevantních zdrojů v českém jazyce bylo ve třetí fázi přistoupeno k vyhledávání odborných článků v databázi Nursing & Allied Health Source, ve které bylo dohledáno několik desítek plnotextů, ze kterých bylo 24 článků užito pro tvorbu textu práce. Ve čtvrté, poslední, fázi byla prohledána databáze EBSCO a z ní bylo použito 17 odborných článků. Z databáze PubMed bylo použito 10 článků. Pomocí vyhledávače Google scholar – rozšířené vyhledávání byl použit 1 článek pro doplnění informací do úvodu práce. Podrobnější dohledávání odborných článků nebylo již realizováno, a to z důvodu duplicity publikovaných výstupů a propojenost jednotlivých databází.

1 VSTUP DO PROBLEMATIKY A VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ

Problém kvality života je širokou a často diskutovanou oblastí. Je obtížné definovat tento pojem pro určitou skupinu lidí. **Kvalita života (dále jen „KŽ“)** v ošetrovatelství se zakládá na dvou základních přístupech. Je jím přístup psychologický (popisovaný konstruktem subjektivní pohody) a medicínský (vyjádřen zdravím podmíněnou kvalitou života) (Gurková, 2011, s. 87). Podle Ferranse et al. KŽ znamená osobní pocit pohody, která vychází ze spokojenosti či nespokojenosti s oblastmi života, které jsou pro ni/něj důležité. Popisují KŽ ve čtyřech hlavních doménách a to zdraví a funkční kapacita, socioekonomická doména, psychospirituální doména a rodina (King et al., 2003, s. 54). Padilla et al. nahlíží na KŽ jako na multidimensionální koncept, který měří rozměry tělesné a psychické pohody, sociální zájmy, obraz těla a reakci na diagnózu nebo léčbu (King et al., 2003, s. 52). Gurková ve své publikaci definuje základní znaky KŽ v ošetrovatelství jako „proces hodnocení životních podmínek jedince nebo jejich subjektivní vnímání“ (Gurková, 2011, s. 88–89). V rámci oboru ošetrovatelství je kladen důraz na spirituální doménu, ve které se nejvíce odrážejí socio-kulturní rozdíly. KŽ je subjektivní vnímání nebo hodnocení založené na vlastních hodnotách (Gurková, 2011, s. 88–89). Hodnotu popisuje Janiczeková jako to, co je pro člověka prioritou při rozvoji jeho schopností a co mu přináší pocit spokojenosti. Při dosahování určitého cíle, zaměření hodnot závisí na osobnosti člověka, jeho výchově, materiálních podmínkách a podporách v sociálním prostředí. Kulturní vlivy zde hrají nezastupitelnou roli. (Janiczeková, 2007, s. 195). Relativní nezávislost KŽ na objektivní stránce zdraví nebo zdravotního stavu podtrhuje její subjektivnost. Zdraví a zdravotní stav jako nejvýraznější rizikový faktor KŽ by měl být posuzován

samostatně. Dynamika a stabilita v čase jsou pro ni charakteristické a nehodnotí pouze negativní, ale i pozitivní aspekty dopadu onemocnění (Gurková, 2011, s. 88–89). Pojem **zdraví** podle Guindice je založen na bio-sociálním, sociálně-ekonomickém a kulturní rozvoji. Současně bere v úvahu osobní hodnoty, které ovlivňují život, sociální funkce a vnímání (Guindic, 2011, s. 140). **Stomii** definuje George a Perrin jako „otevření, obvykle chirurgicky vytvořené, mezi dutým vnitřním orgánem a povrchem těla přičemž předpona slova označuje, která struktura je vyvedena na stěnu břišní (např. ileostomie, kolostomie)“ (Givel, Mortensen, 2010, s. 272). Klasifikace gastrointestinálních stomií dle vyústěného segmentu střeva se dělí na ileostomii, cékostomii, transverzostomii a sigmoideostomii. Z hlediska technického provedení můžeme stomie členit na nástěnné, jednohlavňové, dvouhlavňové (kličkové) a terminální.

Irigace kolostomie (stomaterapie) podle autorů Karadaga, Mentese a Ayaze je za určitých podmínek užitečná metoda k dosažení kontinence stolice (Karadag, Mentese a Ayaz, 2005, s. 479). Autorka Black zmiňuje ve svém článku definici **body image** podle Price jako „duševní obraz pacientova fyzického bytí, který si uchovává. Vyvíjí se od narození a pokračuje po celý život a je spojen s různými faktory, které ovlivňují jeho vznik a dynamiku“ (Black, 2004, s. 692). Táž autorka odkazuje na definici **sexuality** dle Royal College of Nursing jako sebepojetí jedince, které je formováno jejich osobností a vyjádřením se prostřednictvím sexuálních pocitů, postojů, přesvědčení a chování (Black, 2004, s. 694).

2 KVALITA ŽIVOTA KLIENTŮ S KOLOSTOMIÍ

Předkládaná kapitola pojednává o dopadech přítomnosti kolostomie na kvalitu života jedinců z hlediska omezení jejich aktivního života. Z dosud dohledaných článků je pojem kvalita života a kolostomie nejčastěji spojován s následujícími problémy: adaptace, vztahy, irigace, zaměstnání, sebezpečí, sociální aktivity, fyzické omezení. V závěru kapitoly se věnuji dosud publikovaným specifickým hodnotícím nástrojům zaměřených na posuzování kvality života stomiků, jejichž seznam je uveden v příloze 1. Jedná se o schematické znázornění analytické, syntetické a komparační práce s dostupnými zdroji informací, a byla zpracována autorkou práce.

2.1 Sociální, rodinný život a vztahy

Janiczeková ve své studii z roku 2005 v ILCO klubech na Slovensku prezentuje výsledky získané z dat od 200 respondentů, z nichž převážná část byla ve věku nad 60 let. První zkoumanou oblastí bylo, zda kolostomici žijí plnohodnotným životem. Dle výsledků studie, celkem 90 respondentů považuje svůj život za částečně omezený. Co se týká společenského života, z odpovědí následně vyplývá, že nemocní s kolostomií se cítí nejlépe doma a mezi jedinci se stejným problémem (Janiczeková, 2007, s. 200). Sociální oblast života byla ovlivněna nejvíce. Dokládá to fakt, že pouze 6 mužů z 26 a 8 žen z 30 neuvvedlo žádné změny v sociálním životě v závislosti na přítomnosti trvalé kolostomie u partnera. Pokles byl zaznamenán v oblastech zábavy, cestování a rodinných návštěv, naopak zvýšila se doba strávená doma (Cakmak, Aylaz a Kuzu, 2010, s. 2872–2875). Dabirian provedl kvalitativní studii s cílem zjistit dopad permanentní kolostomie na KŽ pacientů. Účastníci studie uváděli, že se setkali s rodinnými problémy za několik měsíců po založení kolostomie. Jeden respondent uvedl: „Naše chování ovlivňuje životy našich dětí“ (Dabirian, 2011, s. 1–3). Wondergemová poukazuje na fakt, že na

cesty je dobré mít s sebou stomickou taštičku, ve které by pacienti měli nachystané pomůcky k ošetření a výměně stomie. V letadle je vhodné, aby seděli na místě v uličce ke snadnějšímu přístupu na toaletu (Wondergemová, 2007, s. 18–22). Dlouholeté zkušenosti žen žijící se stomií zjišťovaly autorky Honkala a Berterová. Ty uvádějí, že strach ze zápachu a vyprazdňování stolice brání ženám v cestování prostředky veřejné dopravy. S cestováním souvisejí také omezení účastnit se společenských aktivit, jako jsou např. návštěvy divadla, kina nebo nakupování. Chystá-li se klient na dovolenou s kamarády, musí si spočítat, kolik materiálu spotřebuje (Honkala a Berterová, 2009, s. 19–21). Dabirian zaznamenal vyjádření některých pacientů, že nechtějí být přítomni na rodinných a školních setkáních z důvodu strachu úniku plynů (Dabirian, 2011, s. 3). Anderssonová realizovala studii s pěti respondentkami - ženami, a to s cílem zjistit jejich životní zkušenosti s přítomností kolostomie. Věk respondentek se pohyboval od 60 do 65 let. Její výsledky se ztotožňují s výsledky Dabiriana - ženy cítily obavy ze zápachu a úniku stolice. Při společenských setkáních se dotazované posadí raději na místa v blízkosti toalet, aby mohly diskrétně opustit stůl, a vyměnit nebo vypustit si obsah kolostomie (Anderssonová, 2010, s. 605). Ve studii prováděné Colquhounem et al. bylo zkoumáno, zda je lepší KŽ kolostomiků než pacientů s fekální inkontinencí s následujícími výsledky. Kolostomická skupina o 39 pacientech vykazovala lepší skóre v sociálních funkcích, ve zvládnání, life style škále a depresi (Colquhoune et al., 2006, s. 1925).

2.2 Stoma management a oblast sebepéče

Janiczeková se oblasti sebepéče věnovala v jedné části své studie. 93 respondentů uvedlo soběstačnost na dobré úrovni (Janiczeková, 2007, s. 200–201). Podle autorů Cakmak, Aylaz a Kuzu většina pacientů byla soběstačná v péči o kolostomii. Přesto však 10 mužů a 3 ženy vyžadovali, aby se o jejich stomii starali partneři (Cakmak, Aylaz a Kuzu, 2010, s. 2874). Dabirian prezentuje zjištění, že většina

pacientů si stěžuje na podráždění a vyrážku v okolí stomie, na narušený spánek, dušnost a plynatost. Jeden z respondentů uvedl: „Umíte si představit, jak člověk, který byl vždy čistý a voněl, se změnil na osobu s tělesným zápachem, a nemůže si to ani sám připustit“ (Dabirian, 2011, s. 3). McMullen prezentuje výsledky kvalitativní studie prováděné s klienty s dlouhodobým obdobím přežití při onemocnění kolorektálním karcinomem. Jako nástroj pro hodnocení byl použit modifikovaný ostomy-specific City of Hope quality of life questionnaire (dále jen „mCOH-QOL-Ostomy“). V oblasti s názvem stoma management a pomůcky uvádí, že jednou z často uváděných strategií bylo mít vždy po ruce pohotovostní sadu s hygienickými pomůckami a čistým oblečením. Respondenti se shodně vyjadřují, že na veřejných toaletách je obtížné vyprazdňování stomie. Někteří vykazují pocity úzkosti z neočekávané plynatosti nebo zápachu. V oblasti managementu péči o kůži v okolí stomie, byly nejčastěji uváděnými problémy podrážděná a macerovaná kůže, bolest a zarudnutí kolem stomie (McMullen et al, 2008, s. 178). Popeková použila ve své studii mCOH-QOL-Ostomy questionnaire a na základě tohoto nástroje rozčlenila respondenty - stomiky na skupinu s nízkou a vysokou KŽ. Nejčastěji se vyskytujícím problémem pro obě skupiny z domény „stoma specific“ byla efektivní a neefektivní řešení kolostomické péče (Popeková, 2010, s. 640). V průřezové deskriptivní studii Guindice realizované s 83 pacienty v průměrném věku 55 let, byla pomocí Montreux Questionnaire hodnocena soběstačnost kolostomiků. Výsledky ukazují, že 58 pacientů je soběstačných v péči o stomii a 45 pacientů je částečně soběstačných (Guindic, 2011, s. 138). Podle Wu, self-efficacy je důležitým faktorem při poskytování péče pacientům se stomií, a současně opatření by se měla zaměřit na její posilování (Wu, 2007, s. 186).

2.3 Návrat klienta do zaměstnání, realizování aktivit

Mezi tělesné a psychologické aspekty života pacienta, které jsou ovlivněny, patří schopnost pracovat nebo rozvíjet aktivity každodenního života (Guindic, 2011, s. 140). Podle Janiczekové KŽ ovlivňuje možnost návratu do zaměstnání. Až 120 respondentů zůstalo příjemci invalidního důchodu, z čehož vyplývá, že tato oblast negativně zasahuje do KŽ kolostomika. Celkově 110 respondentů částečně omezilo některé aktivity, které vykonávali před operací (Janiczeková, 2007, s. 198). Cakmak, Aylaz a Kuzu prezentují výsledky studie, která zjišťovala, zda trvalá kolostomie pacienta negativně ovlivní i životní standardy jejich partnerů. Dotazováno bylo 56 partnerů s průměrným věkem 63 a 65 let pro muže a ženy. Po šesti měsících od operace pro karcinom rekta výzkum u partnerů prokázal, že v zaměstnání nedošlo k žádným změnám. Dabirian prezentuje, že většina účastníků uváděla omezení v pohybové aktivitě, došlo k poklesu jejich obvyklých životních aktivit a ve zvedání těžkých předmětů (Dabirian, 2011, s. 3). Stomie byla překážkou k udržení běžné pracovní doby a z toho plyne, že stomik bude zřejmě čerpat více nemocenské. „Uvědomila jsem si, docela brzy, že je nemožné mít trvalé místo v zaměstnání, nešlo to, bylo to těžké. Stomie ti může prasknout na cestě do práce, a vy se budete muset vrátit domů, osprchovat se.“ Ženy udávají, že nejsou schopny vykonávat některé činnosti jako dříve, např. ve cvičení nemohou vykonávat všechny pohyby jako ležet na břiše a protahovat se, stejně tak jako chodit do krytého bazénu (Honkala a Berterová, 2009, s. 21). V souvislosti se stomíí podle Guindice je největší omezení ve více fyzicky náročných aktivitách, minimální omezení ve středně náročných aktivitách a žádné omezení pokud se týká lehce náročných aktivit. Schopnost provádět každodenní aktivity nebyla výrazně ovlivněna, 40 pacientů z 83 může pokračovat v činnostech, které obvykle dělali před operací (Guindic, 2011, s. 139). Z výsledků Michálkové vyplývá, že 25,7 % respondentů může provádět všechny

činnosti jako před operací. Z důvodu stomie někteří pacienti nemohou posilovat břišní svaly, hrát fotbal nebo hokej, běhat, lyžovat nebo plavat. Za nejčastější příčinu, proč se stomici neúčastní sportů je strach z nepomoci při potencionální stoma komplikací (Michálková, 2010, s. 67). Z výzkumu Anderssonové vyplývá, že ženy nevnímají jako problém si v práci na toaletě vyměnit/vypustit stomii a je dobré mít vlastní skříňku, kde by měly stomické pomůcky, spodní prádlo a kalhoty (Anderssonová, 2010, s. 606). Grantová uvádí, že výrazně vyšší skóre KŽ vykazují pacienti, kteří jsou zaměstnaní (Grantová, 2004, s. 1445). Horner na základě výsledků studie s použitím modifikovaného City of Hope Quality of Life-Ostomy questionnaire uvádí, že zaměstnaní klienti se stomií mají vyšší úroveň (hodnoty) „psychological well-being“ (dále jen „PWB“) ve srovnání s jedinci nezaměstnanými (Horner et al., 2010, s. 585).

2.4 Adaptace klienta na každodenní život

Přizpůsobení se životu se stomií, jak vyjadřuje Wondergemová, je proces, který může trvat až jeden rok a pacienti by neměli mít obavy, pokud to trvá déle (Wondergemová, 2007, s. 22). Turnbull ve svém článku uvádí Walshe, že pacient potřebuje přechodné období, kdy se musí vyrovnat se skutečností, kdy předchozí aktivity provozované pouze v soukromí (např. vyprazdňování) nyní nejsou kontrolovatelné na veřejnosti (Turnbull, 2001, s. 191). Každý je individuální. Mohou se objevit pocity ztráty, smutku nebo vzteku. Je důležité dát pacientům dostatek času a podpořit je. Stomie může ovlivnit rodinu i kamarády a pro pacienty je významné si s nimi o pocitech povídat (Wondergemová, 2007, s. 22). Simmons uvádí, že kolostomická péče by měla zahrnovat strategie, které podporují pacienty, aby přijali jejich stomie a zapojili se do sociálních aktivit (Simmons, 2007, s. 630). Třetím cílem výzkumu Janiczeková bylo stanovit, jestli podpora rodiny přispívá k dobré adaptaci na život se stomií a zda se změnilo vztahy v rodině. Výsledky ukazují, že pro 170 dotázaných je největší oporou rodina a vztah k sobě samému a příbuzným se

nezměnil (Janiczeková, 2007, s. 200). Dabirian vyjadřuje názor, že když pacient přijme jeho nemoc, jeho rodina se to naučí s ním. Někteří vyjádřili přání, že nechtějí být přítomni na rodinných a školních setkání z důvodu strachu úniku plynů (Dabirian, 2011, s. 3). Zahrnout stomii do normálního života je možné jen tehdy, pokud to nebudete brát jako handicap nebo nemoc, uvádí Honkala a Berterová. Potíže měly ženy např. najít jídelníček, který by jim vyhovoval a mít při tom vyvážený objem tekutin. Strategií žen je pečlivé plánování, tzn. denní rutina s dopadem na rodinné vztahy (Honkala a Berterová, 2009, s. 21). Anderssonová se ztotožňuje s Honkala a Berterovou na potřebě žen plánovat si veškeré aktivity (Anderssonová, 2010, s. 605). Podle výzkumu Guindice z celkového počtu 83 pacientů 19 z nich bylo zcela schopno zapomenout na to, že mají stomii, 7 pacientů na ni naopak nikdy nezapomene, 46 stomii přijalo a 5 nepřijalo (Guindic, 2011, s. 139). Anderssonová prezentuje výpovědi žen s kolostomií. Bylo pro ně jednodušší přijmout život se stomií jako alternativa přežití. Popisovaly pocity odcizení po operaci a zjistily, že je těžké vidět se se stomií na břicho. Cítily ale, že je to něco, s čím se musí naučit žít. Stomii popsaly jako malý handicap, přičemž v procesu adaptace hrají nejdůležitější roli rodina a přátelé, se kterými se cítí v bezpečí a nemusí myslet na to, že kolostomii mají (Anderssonová, 2010, s. 606). McMullen a Anderssonová se shodují na dvou tvrzeních. Rodina a sociokulturní zázemí hrají klíčovou roli v adaptaci. Společnou strategií je „život musí jít dál“ (McMullen, et al, 2008, s. 178). Podle Simmonse schopnost pacientů zvládat jejich stoma péči nestačí na psychosociální přizpůsobení a k návratu do plně aktivního života (Simmons, 2007, s. 630). Při procesu adaptace hrají také důležitou roli stomická sestra a podpůrné skupiny, které umožní pacientům se svěřit s problémy a vyřešit je (McMullen, et al, 2008, s. 180). Michálková uvádí, že cílem kvalifikované všeobecné sestry je podpořit pacientovu schopnost přizpůsobit se novému životu se stomií, dokonale zvládnout techniky péče o jejich stomie. Učit je jak

dosáhnout soběstačnosti, jak znovu získat ztracené sebevědomí a vrátit se k plnohodnotnému životu (Michálková, 2010, s. 69). Ma prováděl studii s cílem zjistit **vliv věku na KŽ pacientů po založení stomie**. Věk respondentů se pohyboval mezi 23 a 86 lety a KŽ se hodnotila před, po 6 a 12 měsících od operace. Byl prokázán rozdíl v duševních funkcích, kdy u mladších pacientů (<70 let) se KŽ zlepšovala v průběhu 12 měsíců, zatímco starší pacienti (>70 let) začali s vyšším skóre KŽ, ale žádné zlepšení v průběhu času neukázalo. Fyzické funkce se u mladších pacientů zlepšovaly kontinuálně, naproti tomu starší pacienti dosáhli maxima v 6 měsících a pak hodnota klesala. Ze studie plyne, že starší pacienti vyžadují více fyzické a psychické podpory v procesu přizpůsobení se životu se stomií (Ma, 2007, s. 883).

2.5 Irigace kolostomie a její dopad na kvalitu života

Turnbull uvádí indikace irigace kolostomie (dále CI). Descendento nebo sigmoideostomie, v anamnéze pravidelná kontinence střeva před operací, touha učit se a provádět metodu, schopnost (manuální zručnost a zraková ostrost) k provedení metody a životní styl slučitelný s prováděním CI (pracovní rozvrh, sociální zařízení, dostatek času). Jako kontraindikace prezentuje prolaps stomie a peristomální kýlu, chemo a radioterapie pánevních a břišních orgánů, léky způsobující průjem. Vyšší věk nepovažuje za limitující. Tento výsledek potvrzuje i Carlssonová, která prováděla výzkum zaměřený na pozitiva a negativa CI u pacientů s průměrným věkem 67 let (Carlssonová, 2010, s. 511). Karadag v roce 2003 provedl studii s výsledky, že tři měsíce po CI KŽ skóre v oblastech oblékání, koupání a účast ve sportech bylo výrazně vyšší u pacientů provádějících tuto metodu (Karadag, 2003, s. 234). Podle Karadaga CI je jedna ze stomaterapeutických metod, jak mít pravidelný a předvídatelný evakuační vzor. Výsledky studie prováděné v roce 2005 potvrdily, že CI je efektivní metoda pro dosažení kontinence stolice u vybraných pacientů s terminální kolostomií bez komplikací

a vedlejších účinků. Z celkového počtu 25 pacientů s levostrannou terminální kolostomií po dvanácti měsících od zahájení stomaterapie vykazovalo úplnou a 3 částečnou kontinenci. Pacienti nejčastěji prováděli CI každé ráno. Stomaterapie s CI snižuje omezení ve fyzických a emočních problémech, sociálních funkcích, všeobecné duševní zdraví, vitalitu a somatickou bolest (Karadag, 2005, s. 479). Carlssonová uvádí, že pacienti provádějící výplach stomie popisují za pozitiva této metody pocit bezpečí a mít prázdný stomický sáček (Carlssonová, 2010, s. 512). Voda pro CI je do značné míry absorbována v tlustém střevě a může mít za následek méně účinné vyprázdnění stolice. O'Bichere ve studii srovnával výsledky výplachu tlustého střeva vodou a polyetylen glykol roztokem (dále PEG). Výsledky ukázaly, že výplach pomocí PEG vede ke zkrácení doby procedury, podstatně zmenší epizody vyprazdňování střeva a redukuje spotřebu kolostomických sáčků. Ideální je kombinace CI s vodou a PEG a může mít za následek zvýšení KŽ pacientů (O'Bichere, 2004, s. 1506).

2.6 Specifické dotazníky pro posouzení kvality života stomiků

Baxterová uvádí, že málo studií hodnotí vliv stomie na KŽ pacienta z důvodu nedostatku specifických validních nástrojů. The Stoma Quality of Life Scale (dále SQOLS) je validizovaný a reliabilní specifický dotazník pro využití v klinické praxi u pacientů se stomií. Obsahuje celkem 21 položek rozdělených do třech oblastí. První oblast posuzuje práci a sociální funkce (6 položek), druhá hodnotí sexualitu a body image (5 položek) a třetí oblast hodnotí stoma funkci (6 položek). Zvláště 1 položka posuzuje finanční dopad, 1 podráždění pokožky a 2 položky měří celkovou spokojenost (Baxterová, 2006, s. 205). Cílem studie Prieta bylo popsat vývoj a validizaci Stoma-QOL jako specifického nástroje pro měření KŽ pacientů s kolostomií a ileostomií. Formuloval potenciální položky v anglickém jazyce na základě výsledků řady semistrukturovaných rozhovorů se 169 dospělými kolostomiky. Tento proces vyústil

v předběžnou verzi dotazníku s 37 položkami a byl přeložen do francouzského, německého, španělského a dánského jazyka. Opakovaně se podával 182 pacientům s kolostomií nebo ileostomií. Finální podoba dotazníku zahrnuje 20 položek rozčleněných do 4 domén (spánek, sexuální aktivita, vztahy s rodinou a blízkými přáteli, sociální vztahy k jiným než rodinným a blízkým přátelům). Tato studie potvrzuje vhodnost tohoto nástroje v klinickém výzkumu a praxi (Prieto, 2005, s. 1). The Stoma Quality of Life Index (dále SQLI) byl Jiménezzovou použit v tří měsíční prospektivní studii prováděné s 336 pacienty s cílem vyhodnotit KŽ stomiků pomocí standardního klinického sledování pomocí SQLI versus telemonitoringu. Dotazník byl použit a validizován v Montreux study. Pro tento výzkum byl vybrán jako nejvhodnější, protože hodnotí zvláště KŽ pacienta se stomií. SQLI obsahuje celkem 34 položek rozdělených do 13 podskupin (tělesná a psychická pohoda, body image, bolest, sexuální aktivita, výživa, sociální problémy, zvládání situace, spokojenost, co by šlo zlepšit v rámci zdravotní péče, zdravotní zkušenosti, self-efficacy, pomoc a poradenství (Jiménezzová, 2010, s. 45). Marquis rozdělil SQLI do třech hlavních oblastí. První oblast KŽ se skládá z 23 položek. Druhá oblast spokojenost s 6 položkami a třetí oblast self-efficacy s 5 položkami (Marquis, 2003, s. 51). City of Hope QOL – ostomy Questionnaire (dále COH-QOL-Ostomy Questionnaire) je multidimenzionální dotazník pro měření KŽ u pacientů se střevními stomiemi. Jeho validita a reliabilita byla ověřena Grantovou, která prováděla výzkum s cílem revidovat a aktualizovat původní verzi COH-QOL Colostomy Questionnaire. Dotazník se svým zaměřením rozšířil na všechny skupiny stomických pacientů a poté byl ověřen na skupině 1513 stomiků. Tento konceptuální model je složen ze 6 faktorů, které jsou pro jednoduchost rozděleny do 4 dimenzí (fyzická, psychologická, sociální a spirituální pohoda) (Grantová, 2004, s. 1445–1457). Mohlerová potvrzuje validitu mCOH-QOL-Ostomy questionnaire ve

studii, kde zkoumala překážky v sebepěči, metody přizpůsobení a rady pro ostatní stomiky (Mohlerová, 2008, s. 2059).

3 VYBRANÉ PSYCHOSOCIÁLNÍ PROBLÉMY KLIENTŮ S KOLOSTOMIÍ

Psychosociálních problémů je u kolostomiků celá řada, ale výstupy relevantních článků se zaměřují na body image, partnerský a sexuální život u pacientů s kolostomií. Podkapitola „sexualita“ je rozdělena na problémy, jejich posouzení a možnosti řešení. Na základě dohledaných článků se v kapitole dále věnuji modelu PLISSIT používaného k řešení sexuálních problémů pacientů se stomií. Vztah mezi body image a sexualitou je velice úzký, což se potvrdí ve druhé podkapitole.

3.1 Sexuální a partnerský život jedinců se stomií

Stomie ovlivňuje nejen biologické, ale i psychosociální aspekty sexuální funkce, což vede k problémům s poklesem libida, vzrušením, orgasmem a bolesti při pohlavním styku, jak popisuje Weerakoonová (Weerakoon, 2001, s. 122). Becková uvádí ve svém článku práci Virgin-Ellistona a Williamse, podle kterých psychosexuální problémy znamenají nechuť mít sexuální vztah a cítit se neatraktivní. Pacient/ka může zažívat problémy jako vaginální suchost, bolest, ztrátu libida a erektilní dysfunkce jako přímý důsledek chirurgického zákroku (Becková, 2009, s. 46). Erekttilní dysfunkce u klientů - mužů je častou komplikací po resekci rekta v důsledku karcinomu konečníku. Vysoký výskyt sexuálních dysfunkcí je spojen jednak s operací stejně tak jako s následným řešením ve formě vytvoření kolostomie (Zugor, 2010, s. 3199). Symms realizoval studii s cílem rozšířit znalosti o problémech mužů se stomiemi a vlivu na intimní vztahy a sexuální funkce. Údaje hodnotil pomocí mCOH-QOL-Ostomy questionnaire. Výsledky ukázaly, že stomie byla spojována s významně vyšším výskytem erektilní dysfunkce a nižší mírou sexuální aktivity (Symms, 2008, s. 30). Popeková k posouzení použila také mCOH-QOL-Ostomy questionnaire, a na základě výsledků

(nejčastěji respondenty uváděné problémy) tyto zařazeny do domény „psychologické-rodinné a manželské vztahy“. Z domény sociální byly převládajícím problémem pro stomiky sexuální vztahy (Popeková, 2010, s. 640). Ve studii prováděné Cakmakem celkem 16 z 20 respondentů (mužů) uvedlo, že důvodem jejich inaktivního sexuálního života byla kolostomie manželky. Uváděli, že sex je pro ně odpuzivý. Frekvence pohlavního styku se snížila u všech sexuálně aktivních manželů/manželek (Cakmak, 2010, s. 2874). Dabirian v již zmíněné studii uvádí, že ženatí respondenti s trvalou kolostomií se setkali s některými sexuálními problémy, zejména v časně fázi jejich onemocnění nebo po operaci (Dabirian, 2011, s. 3). Cílem studie prováděné Kilicem bylo zjistit vliv trvalé kolostomie na sexuální funkce a problémy ve vztazích takto nemocných pacientů. Studie se zúčastnilo 60 respondentů. Byli rozděleni na skupinu stomiků a skupinu kontrolní. Sexuální funkce hodnotil pomocí Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (dále jen „GRISS“). Tento hodnoticí nástroj obsahuje 5 společných domén (vyhýbání se, spokojenost, komunikace, smyslnost, frekvence pohlavního styku) a 2 domény (u žen vaginismus a anorgasmus, a u mužů předčasná ejakulace a impotence). Výsledky ukázaly zjištění, že u žen bylo vyšší skóre v doteku, vyhýbání, komunikaci a frekvenci oproti mužům. Ženy měly vyšší výskyt sexuálních dysfunkcí ve srovnání s respondenty – muži. Vaginismus a anorgasmus skóre bylo vyšší u stomické skupiny. U stomických mužů (s výjimkou impotence a předčasně ejakulace), sexuální dysfunkce byly výrazně větší oproti kontrolní skupině. Vaginismus u žen byl často spojen s psychiatrickou anamnézou (Kilic, 2007, s. 3–4). Hendrenová prováděla studii s cílem posoudit frekvenci ženské a mužské sexuální dysfunkce s použitím validních hodnotících nástrojů a určit faktory spojené se sexuálními problémy po léčbě rakoviny rekta. Použité dotazníky byly Female Sexual Function Index (dále jen „FSFI“), International Index of Erectile Function (dále jen „IIEF“), The European Organization for Research and Treatment of Cancer quality of life questionnaire (dále jen

„EORTC QLQ-C30“) a EORTC QLQ-CR38. Z EORTC QLQ-CR38 použila doménu SX (sexual function), SE (sexual enjoyment) a doménu FSX/MSX (female/male sexual dysfunction). Pro doplnění informací o zdravotní a sexuální anamnéze klienta (ženy, muže) byl použit dotazník Additional Questionnaire, který obsahuje specifické položky. Jeho vyhodnocením lze zjistit, zda stomie, fungování střeva, body image a psychické a/nebo fyzické vlivy přispívají k sexuálním dysfunkcím klienta (Hendren, 2005, s. 212–223). Turnbull za očekávané změny po operaci uvádí u žen pokles libida, bolest při styku a vaginální suchost, u mužů pak pokles sexuální touhy, erektilní dysfunkci a retrográdní ejakulaci (Turnbull, 2001, s. 193). Pomocí Dyadic Adjustment Scale (dále jen „DAS“) byly hodnoceny problémy ve vztazích. Ukázalo se, že stomici s vyšším stupněm manželské shody měli lepší stav body image a sexuální komunikaci (Kilic, 2007, s. 3–4). Michálková předkládá poznatky z provedené studie, jejímž cílem bylo rozpoznat nejčastější problémy týkající se psychosociálních potřeb stomika. Jeden z výsledků studie ukázal, že stomie ovlivňuje i partnerský život. Celkem 3,7 % respondentů uvedlo, že vlivem stomie došlo k rozpadu vztahu, dále 40,4 % respondentů uvedlo, že partner stomii přijal dobře. V neposlední řadě také 12,8 % respondentů uvedlo, že vede intimní život jako před operací, a 62,4 % respondentů uvedlo, že nevede intimní život vůbec. Ze studie dále plyne, že většina pacientů považuje návštěvu odborníka (psychologa, sexuologa) jako poslední možnost při řešení psychosexuálních problémů (Michálková, 2010, s. 68). Podle Blackové mohou změny v sexuální aktivitě ohrozit manželství a vyústit až v jeho následný rozpad. Pocit studu z toho, že mají pacienti stomii během sexuálního styku, je častou zábranou. Někteří pacienti se bojí všeobecné sestry dotázat na problémy ve vlastním intimním životě, a proto je důležitá předoperační příprava a dokonalá edukace cílové skupiny. Vyškolená a profesionálně jednající sestra (v oblasti psychosexuálních problémů) je zásadní osobou pro posouzení a řešení těchto problémů u stomika (Blacková,

2000, s. 51). Perssonová se shoduje s Blackovou, že sestry potřebují vzdělání zaměřené na to, jak zvládat otázky pokládané pacienty o sexualitě s cílem poskytnout jim dostatečné informace, podporu a praktické rady (Perssonová et al., 2005, s. 57). Becková ve svém článku cituje Williamse, který navrhuje, aby všeobecné sestry častěji diskutovaly o sexualitě s konkrétními pacienty. Budou si vědomi, že sestřám na tomto aspektu péče záleží. Upozorňuje i na důležitost plánování komplexní péče o pacienta. Autorka článku vyjadřuje názor, že diskuze o sexualitě by měly začít již před operací po dohodě pacienta se sestrou specialistkou na problematiku kolorektálního karcinomu. Posoudit by se měla pacientova běžná sexuální funkčnost, aby se po operaci mohly snáze hodnotit sexuální dysfunkce (Becková, 2009, s. 45). Turnbull s Beckovou se shodují na nutnosti předoperační sexuální edukaci. Uvádí, že pacient by měl být seznámen s anatomíí a fyziologií „normálního“ GIT a urogenitálního traktu. Dále by měl být obeznámen s pooperačními změnami v oblasti tělesného vzhledu a sexuální funkce. Další nezbytnou součástí předoperační edukace jsou informace o podpůrných prostředcích (supportivní skupiny, profesionální podpora, medikace) (Turnbull, 2001, s. 193). Ayaz uvádí, že při řešení sexuálních problémů klientely je důležité posouzení změn emočního stavu jedince, zvládnání situace a schopnost vyjadřovat negativní pocity ve vazbě na stomii (Ayaz, 2009, s. 96). Významná je spolupráce staniční sestry se specializovanými sestrami (např. pacient s erektilní dysfunkcí je odeslán k urologické sestře nebo pacientka s vaginální suchostí k sestře gynekologické) (Becková, 2009, s. 45). Podle Turnbulla snižuje přítomnost deprese veškeré apetity, včetně libida. Nicméně u některých pacientů to může fungovat naopak. Čím více se pacient cítí ohrožený, tím více vyžaduje sex jako ujištění toho, že „je živý, celý a milovaný“. V této situaci sexuální výkon, který není adekvátní potřebě, může o to zvýšit počáteční depresi. Starající se a podporující partner může být nejlepším spojencem a spoluterapeutem zdravotnickým profesionálům (Turnbull, 2001, s. 193). Anderssonová

se s Turnbullem shoduje v tom, že ženy považují za důležité s partnery mluvit o jejich sexuálních problémech (Anderssonová, 2010, s. 606). Ayaz provedl v roce 2008 studii, které se zúčastnilo 60 respondentů s cílem zjistit účinnost PLISSIT modelu při řešení sexuálních problémů pacientů se stomií. Vyhodnocení problémů bylo provedeno pomocí GRISS a zásadní výsledky přinesl šestý týden, ve kterém očekává, že sexuální aktivita bude znovu „nastartována“. První posuzovaná oblast identifikovala **vliv věku na sexuální život** se zjištěním, že s vyšším věkem se zvyšuje počet sexuálních problémů. Schmidt naopak uvádí, že u mužů je sexualita postižena bez závislosti na věku (Schmidt, 2005, s. 483). Druhá oblast popisovala **vliv somatických a psychologických aspektů na sexuální život**. Sebepečie v oblasti stomie pozitivně ovlivňuje sexuální život. Celkem 80 % z manželských párů, žijících společně, po operaci vedlo oddělený intimní život. Po absolvování návštěv v rámci PLISSIT modelu se postupně manželé vyrovnali hlavně s fyzickými problémy a začali spolu zase navazovat intimní kontakt. Pevný vztah mezi manželi může snížit negativní pocity jako je osamělost, frustrace, vztek nebo zklamání. Třetí oblast zjišťovala **vliv problémů související se sexualitou na vlastní sexuální život**. V této studii celkově 73 % respondentů uvedlo, že se necítili sexuálně atraktivní v šestém týdnu po operaci. V této fázi je důležitý třetí krok modelu PLISSIT, který obsahuje konkrétní návrhy, a je účinný ve zvládnutí negativních pocitů, adaptaci s novým tělem a podpoře sebevědomí. Po této intervenci se pacienti cítí přitažlivější a jejich sexuální problémy se sníží (Ayaz, 2009, s. 94). **Vliv vyprazdňování stolice na sexuální život** byla čtvrtou zkoumanou oblastí. Výsledným zjištěním je, že plynatost a únik stolice do stomie má vliv na sexuální život zvláště v šestém týdnu (Ayaz, 2009, s. 94–95). V roce 2009 Ayaz vyvodil závěry, které mohou sloužit jako možné „vodítko“ pro řešení sexuálních problémů stomiků, a umožnit tak současně poskytovat integrovanou péči v ošetrovatelské praxi. První fáze P (permission, svolení) umožní pacientovi a jeho partnerovi/partnerce vyjádřit jejich

obavy v sexualitě. Všeobecná sestra by měla vytvořit nedirektivní vztah a umožnit klientům konstruktivní diskuzi. Při diskuzi by měla motivovat pacienta hovořit o svých problémech a nezapomenout upozornit, že také ostatní stomici mohou mít stejné problémy. Pokládány by měly být otevřené otázky (př. „Jaký vliv má stomie na váš vztah s partnerem?“, „Jaký je váš sexuální život v těchto dnech?“ apod.). Ošetrovatelské intervence v druhé fázi LI (limited information, omezené informace) jsou zaměřeny na zvyšování úrovně znalostí pacienta. Měli by být informováni o změnách v emočním prožívání (např. problematika body image, sebevědomí, úzkosti) a dopadu stomie na sexualitu, včetně možnosti vzniku sexuálních problémů (zejména pak erektilní dysfunkce, ztrátě libida). Třetí fází je SS (specific suggestions, konkrétní návrhy). V této fázi modelu by všeobecná sestra měla poskytovat návrhy na (vy) řešení problémů týkající se stomie, emočních změn a sexuálních dysfunkcí. V poslední čtvrté fázi nazvané IT (intensive therapy, intenzivní terapie) odkazuje sestra pacienta/pacientku/partnera/partnerku na pomoc či podporu stran odborníků (kupř. psycholog, sexuolog) (Ayaz, 2009, s. 77–78). Taylorová ve svém článku popisuje využití rozšířeného modelu PLISSIT v ošetrovatelské praxi. Rozšířený model umožňuje zdravotnickým profesionálům přemýšlet o svých zkušenostech, čímž dochází k tomu, že se zvyšuje jejich vědomostní úroveň a rozšiřuje se míra jejich znalostí a dovedností (Taylorová, 2006, s. 40). Model PLISSIT využila Brottová jako „šablonu“ k poskytnutí informací o sexuálním fungování klientů se stomií a jejich partnerů. Po šesti týdnech se u klientů významně zlepšila frekvence sexuálního kontaktu, spokojenosti, změn doznala také předčasná ejakulace, impotence a anorgasmus (Brottová, 2010, s. 356). Bassonová poukazuje na faktory podílející se na sexuální dysfunkci žen spojené s chronickým onemocněním. Jedním z nepřímo působících faktorů jsou stomie, inkontinence nebo změna tělesného vzhledu, které mohou mít za následek snížení úrovně pocíťované self-image. Na sexuální funkce mohou buď přímo nebo nepřímo působit důsledky

maligního onemocnění nebo léčby. Inzultem může být pocit neatraktivnosti z důvodu přítomnosti stomie, nebo chirurgického znetvoření a dysfunkce se projeví jako snížení sexuální touhy a následné sexuální odpovědi (Basson, 2010, s. 408–409).

3.2 Body image a psychosociální problémy stomiků

Informace na základě dohledaných článků se shodují s Vágnerovou, která uvádí, že handicap v oblasti body image ovlivňuje nejen sebehodnocení jedince, ale má obvykle i negativní, sociální význam. Jak člověk vnímá a prožívá vlastní tělo je spojeno se senzorickeými zkušenostmi a tělesnými pocity (Vágnerová, 2008, s. 253–254). Thorpe tvrdí, že jedinec si po založení stomie uvědomuje ztrátu tělesné celistvosti, narušení vlastního těla a sebedůvěry (Thorpe, 2009, s. 1778). Vztah mezi body image a vyhýbáním se sexuálním aktivitám odůvodňuje Rocque. Uvádí, že jedinci s negativním vnímáním vlastního těla mají tendenci vyhýbat se pohlavnímu styku (Rocque, 2011, s. 397). Myšlenka „nečistoty“ pronikavé a stále se objevující téma pro stomiky, spolu s nelogickými představami společnosti o osobní čistotě a tabu vzájemného kontaktu (dotýkání) způsobují neuvěřitelný tlak na stomika, uvádí Turnbull (Turnbull, 2001, s. 193). Honkala a Berterová potvrzují Turnbullův názor. Ženy se stomií se cítí méněcenně, nepohodlně a nejistě z důvodu přesvědčení a společenského požadavku, že „musí být čisté a atraktivní“. Titíž autoři popisují, že klientky se stomií nemají stejné tělesné křivky (jako jiné ženy), a nemohou si tak oblékat přiléhavé oblečení jako dříve (Honkala a Berterová, 2009, s. 21). McMullen ve své publikaci uvádí, že respondenti za největší problém považují vnímání vlastního těla. To, společně s dalšími působícími faktory, zapříčinilo rozvrat intimních vztahů a sexuálních aktivit. Vyjadřovány byly pocity opomíjení přáteli a rodinou (McMullen, 2008, s. 179). Změna v tělesné integritě může poškodit body image klienta a způsobovat pocity vlastního znechucení, studu a rozpaků, což může ovlivnit sexuální vztahy a manželský vztah obecně (Wiesel,

2005, s. 363). Altschulerová prováděla studii s cílem zjistit, zda má podpora partnerů vliv na **psychosociální přizpůsobení** žen se střevní stomií. Studie se zúčastnilo 30 klientek se stomií, z nichž 22 bylo v manželském/partnerském vztahu. Celkem 17 dotázaných klientek popsalo pozitivní podporu od svých manželů/partnerů na jejich psychosociální adaptaci, 3 ženy popsaly nedostatek podpory ovlivňující jejich přizpůsobení a 2 klientky vyjádřily jak pozitivní, tak negativní vliv manželů/partnerů (Altschuler, 2009, s. 299). Psychosociální problémy jsou běžné, dokonce převyšují a nesnižují se v souladu se zlepšením ve stoma managementu (Simmons, 2007, s. 630). Kilic na základě vyhodnocení body image scale (dále jen „BIS“) zjistil, že existuje souvislost mezi body image a „oddělením“ dítěte od rodičů v dětství. U těchto respondentů se vyskytovalo více poruch ve vnímání vlastního těla. **Sebeúcta a sebevědomí** u stomiků byly výrazně nižší, a to podle Rosenberg self-esteem scale (dále jen „RSES“) (Kilic, 2007, s. 3–4). Becková uvádí ve svém článku tvrzení autorů Virginia-Ellistona a Williamse psychologické dopady stomie na stav a prožívání pacienta. Po založení stomie mohou pacienti měnit způsob vnímání vlastní image. Výsledkem toho může být pocit nízké **sebeúcty**. Z důvodu operace (a jejich následků) se již pacient necítí jako „normální“ člověk. Výsledkem může být také nízké **sebepojetí**. **Sebezapření** se může objevit, když si pacient nepřipouští, že sám má stomii a zdráhá se o stomii mluvit nebo se na ni i dívat (Becková, 2009, s. 45). Cotrimová prováděla studii s cílem vyhodnotit dopad rakoviny kolorekta na pacienty a jejich rodiny. Zkoumala vztah mezi **KŽ/body image a sexuálním uspokojením a manželskou spokojeností** u stomiků v porovnání s pacienty bez stomie. Stomici vykazovali horší výsledky související s fyzickou funkcí, celkovým zdravotním stavem a celkovou KŽ. Stomici také vykazovali výraznější problémy v sexuální oblasti oproti jedincům bez stomie. Další zkoumanou oblastí byla psychologická problematika, kde se u stomiků vyskytovala **deprese** ve vyšší míře (Cotrimová, 2008, s. 220). Přibližně u 25 % jedinců, kteří mají zkušenosti se stoma

operací, se vyskytly problémy jako úzkost, a jiné problémy v průběhu roku po vytvoření stomie. Takto je zmiňuje Swanová ve svém článku, s odkazem na tvrzení Whita (Swanová, 2010, s. 1348). Sharpe uvádí, že pacienti se stomií vykazující zvýšenou poruchu body image často současně prožívají depresi, úzkost nebo strach (Sharpe, 2011, s. 401). Deprese a stomie jsou prediktory v **emoční KŽ** pacienta. Čím vyšší je úroveň deprese a úzkosti, tím je nižší pacientova KŽ (Cotrimová, 2008, s. 217–226). Stomici mají nižší emoční KŽ než pacienti bez stomie. Pokud je větší nespokojenost s body image, stomici mají menší kvalitu emocionálního života (Cotrimová, 2008, s. 217–226). Prediktory pacientovy **fyzické KŽ** jsou vyšší věk a větší míra deprese, které jsou spojeny s nižší fyzickou KŽ. Z výsledků také vyplývá, že osoby pečující o stomie pacientů mají častější výskyt deprese a stavů úzkosti v porovnání s pečovateli o pacienty bez stomie (Cotrimová, 2008, s. 217–226). Ve studii prováděné Wieselem měli pacienti za úkol nakreslit, jak vnímají sebe sama, své tělo. Před založením stomie se kreslili usměvaví, znázorňovali plné tělesné křivky a stomii znázornily pouze jako bod. Po třech měsících se následně zobrazili jako hubení, bez výrazu ve tváři, chatrní a stomie tvořila hlavní část kresby (Wiesel, 2005, s. 359). Hoodová představuje program na zvýšení povědomí o problematice body image, self-managementu a adaptaci. Program podporuje zdravotnické pracovníky rozvíjet znalosti a dovednosti o body image prostřednictvím reflektivní praxe. Zdravotníci by měli zahájit rozhovor o body image, být schopni posoudit individuální potřeby a nabídnout vhodné intervence a podpůrné prostředky. Intervence se týkají aktivního naslouchání, poskytování informací, management úzkosti, řešení problémů (stanovení cílů, plán, vyhodnocení), sociální dovednosti a identifikace negativního myšlení. Pracovním sešit pro pacienty se zaměřuje na podporu self-managementu a adaptaci. Hodnocení body image v klinické praxi je nezbytné pro pochopení pacientových potřeb a poskytování podpůrné péče (Hoodová, 2010, s. 31–32). **Hodnotící nástroje** slouží jako pomůcka ke klinickému

posouzení sestře, aby mohla zhodnotit výsledek komplexně koncipovaných intervencí. Jedním z nich je Hospital Anxiety and Depression scale (dále jen „HADS“). Dává pacientovi možnost, jak vyjádřit své pocity. Sestru může upozornit na možné psychické problémy klienta, které by mohly být příčinou nejasného klinického obrazu. Když pacient reaguje negativně na léčbu a založení stomie, příčinou může být úzkost a deprese rozpoznatelná s pomocí HADS (Blacková, 2000, s. 48). Celá problematika kvality života je hodně rozsáhlá a tato oblast není uzavřena. Pro další zpracování by bylo vhodné zaměřit se na oblast komplexně koncipované edukace. Vhodným přispěním se jeví vymezení profese a aktivit stoma sestry v oblasti před- a pooperační péče. Vyhledání optimálního místa vytvoření stomie je zásadní pro dosažení kvalitního života stomika. Špatně umístěná stomie může vést ke kožním komplikacím, podtékání stolice a k fyzickému a emočnímu stresu pro pacienta. Podle Rusta špatně umístěná stomie má dopad na pacientův životní styl a užívání stoma pomůcek (Rust, 2007, s. 45). V pooperačním období je důležitá příprava klienta na výměnu stomie (Rust, 2007, s. 46). Součástí edukační funkce stoma sestry je i poradenství v oblasti výživy u pacientů se střevní stomií.

DISKUSE A ZÁVĚR

Předkládaná bakalářská práce byla zaměřena na problematiku kvality života klientů se zavedenou kolostomií. Prvním cílem bylo objasnit a vymezit hlavní oblasti, které postihují aktivní život kolostomiků. Autorka práce se v tomto cíli na základě dohledaných článků zaměřila v první podkapitole práce na sociální, rodinný život a vzájemné vztahy stomiků. Dále autorka zjišťovala, jak se péče klienta o stomii ovlivní kvalitu života těchto klientů. V tomto cíli je rovněž objasněn dopad stomie na oblast zaměstnání a realizování aktivit klienta. S trvalou kolostomií je spojeno také nezbytné přizpůsobení se klienta na každodenní život (a to jak strategie ke zvládnutí, tak postoj klienta k nové situaci). Zjišťován byl také vliv irigace na kvalitu života, zejména pak na aktivity denního života, tělesnou a duševní pohodu. Dále se autorka věnuje dosud publikovaným specifickým hodnotícím nástrojům zaměřených na posuzování KŽ stomiků a jejich použití v ošetrovatelské praxi. Druhý cíl zahrnoval vybrané psychosociální problémy se zaměřením na body image klienta, partnerský a sexuální život jedinců s kolostomií. Podkapitola „sexualita“ (od s. 25) se věnuje problémům, které se vyskytují u stomiků. Mezi nejčastější problémy u mužů patřila erektilní dysfunkce, u žen vaginismus, pokles libida a bolest při styku. Dále se autorka zaměřila na roli vyškolené sestry v oblasti předoperačního posouzení psychosexuálních potřeb jedinců se stomií. Oblast ošetrovatelských intervencí byla zaměřena na vyhodnocení účinnosti PLISSIT (Permission Limited information Specific Suggestions Intensive Therapy) modelu při řešení sexuálních problémů pacientů se stomií a poskytnutí konkrétních návrhů aplikovatelných do ošetrovatelské praxe. Ve druhé podkapitole tohoto cíle se zkoumala propojenost mezi vnímáním tělesného vzhledu, psychosociálními problémy a sexualitou klienta. Tato propojenost byla také potvrzena autorkou Vágnerovou, která uvádí, že handicap v oblasti body image ovlivňuje nejen sebehodnocení jedince, ale má obvykle i negativní,

sociální význam. Jak člověk vnímá a prožívá vlastní tělo je spojeno se senzoryckými zkušenostmi a tělesnými pocity (Vágnerová, 2008, s. 253–254). Dále byly také zmíněny hodnotící nástroje, které mohou sloužit jako „opora“ pro všeobecné sestry při posuzování psychosociálních potřeb jedinců se stomií. Autorka práce se zaměřila na BIS (Body Image Scale), RSES (Rosenberg self-esteem Scale) a HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). Tyto nástroje dokáží identifikovat možné psychické problémy stomiků a pochopit tak jejich negativní proces adaptace (zejména v oblasti posuzování a ošetřovatelské diagnostiky). Pro další bádání v problematice by bylo vhodné zaměřit se na konkrétní ošetřovatelské intervence v oblasti psychosociálních problému (a potřeb) u klientů se stomií.

Ze studií použitých v přehledové bakalářské práci se věk stomiků – klientů s trvalou kolostomií, nejčastěji pohyboval od 55 do 70 let. Nejčastěji uváděným důvodem pro založení kolostomie patřil kolorektální karcinom, jehož výskyt se z pohledu evropského i celosvětového v České republice vyznačuje nadprůměrným výskytem i úmrtností (ÚZIS, 2012). Proto je důležité se touto problematikou zabývat. Na základě dohledaných publikačních výstupů v oblasti kvality života se zaměřením na stomiky je možno se domnívat, že v zahraničí je tato oblast více diskutována.

Přítomnost kolostomie u klienta má dopad na kvalitu života jich samotných, a také jejich partnerů v oblasti sociálního a rodinného života. Dle Janiczekové se stomici cítí nejlépe v domácím prostředí (Janiczeková, 2007). Omezení se týká rovněž partnerů stomiků, na což upozorňují autoři Cakmak et al. (2010). Dabirian poukazuje také na rodinné problémy, které mají souvislost s dopadem života stomika na aktivity a život jejich dětí. Níže uvedení autoři se shodují v tom, že důvodem jejich důvodem limitace životních aktivit jsou strach z úniku plynů, zápachu a nemožnost kontroly vyprazdňování stolice ze stomie (Honkala a Berterová, 2009; Dabirian, 2011; Anderssonová,

2010). Autoři McMullen et al. (2008) a Popeková (2010) se shodují, že většina stomiků je soběstačných v péči o stomii, což by mohlo poukazovat na efektivní edukaci stoma sestrami (ta ale nebyla předmětem popisu v této práci). Nejčastěji (výše uvedenými autory) používaným hodnotícím nástrojem se zaměřením na oblast soběstačnosti klienta byl mCOH-QOL-Ostomy. V oblasti péče o kůži v okolí stomie byly nejčastěji uváděnými problémy podrážděná a macerovaná kůže a zarudnutí kolem stomie (Dabirian, 2011; McMullen et al., 2008). Soběstačnost je základním předpokladem při poskytování péče pacientům se stomií a její posilování (podpora soběstačnosti) by mělo být součástí péče (Wu, 2007). Oblastí návratu stomika do zaměstnání ve vztahu ke kvalitě života se zabývali autoři Janiczeková a Grantová. Po založení stomie až 120 stomiků ze 200 zůstalo příjemci invalidního důchodu, což negativně působí na kvalitu života (Janiczeková, 2007). Grantová se shoduje s Horner, že vyšší skóre kvality života a úroveň (hodnoty) „psychological well-being“ vykazují jedinci se stomií, kteří byli zaměstnaní (Grantová, 2004; Horner, 2010). Zmíněné autorky se shodují v tom, že přítomnost stomie má alespoň částečný vliv na vykonávání každodenních (a běžných) aktivit klientů. Podle autorky Michálkové je strach z nepomoci při potencionálním vzniku komplikací spojené se stomií nejčastějším důvodem neúčastnění se sportovních aktivit (Michálková, 2010). V procesu adaptace na změněný životní styl hraje důležitou roli postoj stomika k nově vzniklé situaci (Dabirian, 2011; Honkala a Berterová, 2009). Titíž autoři se ztotožňují ve tvrzení, že součástí „dobrého přizpůsobení se“ je podpora rodiny a také přátel. Nedílnou součástí je rovněž role stomické sestry a podpůrných skupin. Altschulerová poukazuje na podporu partnerů v psychosociálním přizpůsobení žen se střevní stomií (Altschulerová, 2009). Podle Michálkové je cílem kvalifikované všeobecné sestry podpořit schopnost pacienta přizpůsobit se novému životnímu způsobu a stylu života se stomií (Michálková, 2010). Autoři Turnbull s Carlssonovou Turnbull s Carlssonovou nepovažují vyšší věk za

limitující faktor pro provádění irigace kolostomie. Jiní autoři se shodují, že provádění irigace kolostomie má pozitivní vliv na provádění denních aktivit, zlepšuje psychickou a tělesnou pohodu klientů a tito mají pravidelný evakuační vzor (Karadag, 2003; Carlssonová, 2010). Z výsledků výzkumů, které byly doposud publikovány (a autorkou dohledány), vyplývá, že bylo užíváno pět specifických hodnotících nástrojů pro hodnocení kvality života stomiků. Konkrétně se jedná o SQOLS (The Stoma Quality of life Scale), Stoma-QOL, SQLI (The Stoma Quality of life Index) COH-QOL-ostomy questionnaire (City of Hope Quality of Life) a mCOH-QOL-ostomy questionnaire (modifikovaný City of Hope Quality of Life). U těchto nástrojů byla ověřena validita a reliabilita. Stoma-QOL byl společností Coloplast přeložen také do českého jazyka a jeho socio-kulturního kontextu. Ostatní jsou dostupné pouze v originální verzi v angličtině.

Nedílnou součástí komplexní péče o stomika je diagnostika sexuálních potřeb a možných problémů jedince se stomií. Nejčastěji uváděným zdravotním důvodem sexuálních dysfunkcí byla rakovina rekta a její následné chirurgické řešení (Zugor, 2010; Hendren, 2005). Na základě dohledaných studií lze konstatovat, že mezi nejčastěji uváděné problémy u mužů jsou erektilní dysfunkce a pokles sexuální touhy (Zugor, 2010; Symms, 2008; Turnbull, 2001). U žen mezi nejčastěji uváděné problémy patřily pokles libida, vaginální suchost a bolest při styku (Kilic, 2007; Turnbull, 2001). Kilic použil jako hodnotící nástroj sexuálních funkcí GRISS (Golombog-Rust Inventory of Sexual Satisfaction) vhodný jak pro muže-stomiky, tak i pro ženy-stomiky, protože obsahuje domény specifické pro obě pohlaví (Kilic, 2007). Hendrenová ve své studii aplikovala hodnotící nástroje Female Sexual Function Index (dále jen „FSFI“), International Index of Erectile Function (dále jen „IIEF“), The European Organization for Research and Treatment of Cancer quality

of life questionnaire (dále jen „EORTC QLQ-C30“) a EORTC QLQ-CR38. Dotazník Additional Questionnaire pro klienty-muže/ženy obsahuje specifické položky. Jeho vyhodnocením lze zjistit, zda stomie, fungování střeva, body image a psychické a/nebo fyzické vlivy přispívají k sexuálním dysfunkcím klienta (Hendren, 2005). Přítomnost stomie také ovlivňuje partnerský život. Ve studiích níže uvedených autorů 16 ze 20 respondentů-mužů uvedlo, že důvodem jejich inaktivního sexuálního života je kolostomie manželky a může dokonce vyústit v rozpad vztahu (Cakmak et al.; 2010, Blacková, 2000; Michálková, 2010). Jiní autoři se shodují v tom, že je důležitá předoperační edukace stomika v oblasti psychosexuálních potřeb (Blacková, 2000; Becková, 2009; Turnbull, 2001). Autorka Perssonová se shoduje s Blackovou na potřebě vzdělávání sester v oblasti znalostí sexuality stomiků, a to včetně adekvátní komunikace a přístupu zdravotnických profesionálů. Ženy-klientky považují za důležité s partnery hovořit o jejich sexuálních problémech. Na základě dohledaných studií lze konstatovat, že PLISSIT model (Permission Limited information Specific Suggestions Intensive Therapy) je účinnou ošetrovatelskou intervencí při diagnostice a návrhů řešení sexuálních problémů klientů. Tímto modelem se – dle dohledaných studií – zabývají autoři Ayaz s Taylorovou. Ayaz zjistil, že použití výše uvedeného modelu má pozitivní vliv na intimní život páru se stomií, je účinný ve zvládnání negativních pocitů obou, adaptaci s novým tělem a posiluje sebevědomí stomiků (cítí se přitažlivějšími). Taylorová uvádí, že rozšířený model PLISSIT umožní zdravotnickým profesionálům zvýšit jejich úroveň vědomostní, znalostí a dovedností. Změna ve vnímání tělesného vzhledu má vliv na manželský a intimní život partnerů (McMullen, 2008; Wiesel, 2005), a proto hodnocení body image v klinické praxi je nezbytným k pochopení pacientových potřeb klienta a poskytování podpůrné péče (Hoodová, 2010). Podle Kilice a Beckové jsou u stomiků sebeúcta, sebevědomí, sebepojetí a sebezapření výrazně nižší oproti jedincům bez stomie. Až 25 %

stomiků prožívá po operaci (zavedení kolostomie) psychické problémy jako jsou úzkost a deprese. S narušeným vnímáním vlastního těla souvisí i možná deprese, úzkost a strach (Swanová, 2010; Sharpe, 2011). Cotrimová uvádí, že čím vyšší jsou úrovně deprese a úzkosti, tím více je ovlivněna emoční složka kvality života. Faktory vyššího věku a deprese jsou spojovány s nižší fyzickou složkou kvality života. Z toho vyplývá, že těmto oblastem je třeba se věnovat a posuzovat je. K diagnostice deprese a úzkosti může všeobecné sestře také sloužit hodnotící specifický nástroj HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) (Blacková, 2000). Celá problematika kvality života je hodně rozsáhlá a tato oblast není uzavřena. Pro další zpracování by bylo vhodné zaměřit se na oblast edukace. Vymezení profese a aktivit stoma sestry v oblasti před a pooperační péče. Vyhledání optimálního místa vytvoření stomie je zásadní pro dosažení kvalitního života stomika. Špatně umístěná stomie může vést ke kožním komplikacím, podtékání stolice a k fyzickému a emočnímu stresu pro pacienta. Podle Rusta špatně umístěná stomie má dopad na pacientův životní styl a užívání stoma pomůcek (Rust, 2007, s. 45). V pooperačním období je důležitá příprava klienta na výměnu stomie (Rust, 2007, s. 46). Součástí edukační funkce stoma sestry je i poradenství v oblasti výživy u pacientů se střevní stomií.

Doporučení pro klinickou praxi na základě této práce byla autorkou stanovena v podobě potřeby kontinuálního vzdělávání všeobecných a stomických sester v oblasti posuzování psychosociálních a psychosexuálních potřeb klientů se stomií v rámci předoperační edukace. V oblasti dalšího bádání v této problematice by bylo vhodné zaměřit se na užití specifických hodnotících nástrojů zaměřených na kvalitu života stomiků. Vzhledem k tomu, že jsou v originálních verzích dostupné v angličtině, jako efektivní se jeví podrobit je procesu lingvistické validizace pro následnou implementaci a užití

v našem socio-kulturním kontextu se zaměřením na specifika a rysy českého ošetřovatelství.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH A ELEKTRONICKÝCH ZDROJŮ

1. ALTSCHULER, A. et al. 2009. The influence of husbands' or male partners' support on women's psychosocial adjustment to having an ostomy resulting from colorectal cancer. *Journal Of Wound, Ostomy, And Continence*. 2009, vol. 36, no. 3, pp. 299–305. ISSN 1528–3976.
2. ANDERSON, A.S. et al. 2010. "It Makes You Feel so Full of Life" LiveWell, a Feasibility Study of a Personalized Lifestyle Program for Colorectal Cancer Survivors. *Supportive Care in Cancer*. 2010, vol. 18, no. 4, pp. 409–15. ISSN 0941–4355.
3. ANDERSSON, G., ENGSTRÖM, Å., SÖDERBERG, S. 2010. A Chance to Live: Womens Experiences of Living with a Colostomy After Rectal Cancer Surgery. *International Journal of Nursing Practice*. 2010, vol. 16, no. 6, pp. 603. ISSN 1322–7114.
4. AYAZ, S. 2009. Approach to sexual problems of patients with stoma by PLISSIT model: An alternative. *Sexuality and Disability*. 2009, vol. 27, no. 2, pp. 71–81. ISSN 0146–1044.
5. AYAZ, S., KUBILAY, G. 2009. Effectiveness of the PLISSIT model for solving the sexual problems of patients with stoma. *Journal Of Clinical Nursing*. 2009, vol. 18, no. 1, pp. 89–98. ISSN 1365–2702.
6. BASSON, R. 2010. Sexual Function of Women with Chronic Illness and Cancer. *Womens Health*. 2010, vol. 6, no. 3, pp. 407–29. ISSN 1745–5057.
7. BAXTER, N. N., NOVOTNY, P. J., JACOBSON, T., et al. 2006. A stoma quality of life scale. *Diseases of the Colon & Rektum*. 2006, vol. 49, no. 2, pp. 205–212. ISSN 0012–3706.

8. BECK, M., JUSTHAM, D. 2009. Nurses Attitudes Towards the Sexuality of Colorectal Patients. *Nursing Standard*. 2009, vol. 23, no. 31, pp. 44–8. ISSN 0029–6570.
9. BLACK, P. K. 2004. Psychological, sexual and cultural issues for patients with a stoma. *British Journal of Nursing*. 2004, vol. 13, no. 12, pp. 692–694,696–697. ISSN 0966–0461.
10. BLACK, P. 2000. Practical stoma care. *Nursing Standard*. 2000, vol. 14, no. 41, pp. 47–53. ISSN 0029–6570.
11. BROTTTO, L. A., YULE, M., BRECKON, E. 2010. Psychological Interventions for the Sexual Sequelae of Cancer: A Review of the Literature. *Journal of Cancer Survivorship*. 2010, vol. 4, no. 4, pp. 346–60. ISSN 1932–2259.
12. ÇAKMAK, A., AYLAZ, G., KUZU, M. A. 2010. Permanent stoma not only affects patients quality of life but also that of their spouses. *World Journal of Sumery*. 2010, vol. 34, no. 12, pp. 2872–2876. ISSN 0364–2313.
13. CARLSSON, E., et al. 2010. Positive and Negative Aspects of Colostomy Irrigation: A Patient and WOC Nurse Perspective. *Journal of wound, ostomy, and continence nursing*. 2010, vol. 37, no. 5, pp. 517. ISSN 1528–3976.
14. COLQUHOUN, P., KAISER, R., EFRON, J., et al. 2006. Is the quality of life better in patients with colostomy than patients with fecal incontinence? *World Journal of Sumery*. 2006, vol. 30, no. 10, pp. 1925–1928. ISSN 0364–2313.
15. COTRIM, H., PEREIRA, G. 2008. Impact of colorectal cancer on patient and family:Implications for care. *European Journal of Oncology Nursing*. 2008, vol. 12, no. 3, pp. 217–226. ISSN 1462–3889
16. DABIRIAN, A., et al. 2011. Quality of life in ostomy patients:a qualitative study. *Patient preference and adherence*. 2011, vol. 5, pp. 1–5. DOI 10.2147/PPA.S14508.
17. GRANT, M., et al. 2004. Revision and Psychometric Testing of the City of Hope Quality of Life-Ostomy Questionnaire.

- Quality of Life Research*. 2004, vol. 13, no. 8, pp. 1445–1457. ISSN 0962–9343.
18. HENDREN, S. K., O'CONNOR, B. I., LIU, M. et al. 2005. Prevalence of Male and Female Sexual Dysfunction Is High Following Surgery for Rectal Cancer. *Annals of Surgery*. 2005, vol. 242, no. 2, pp. 212–223. DOI: 10.1097/01.sla.0000171299.43954.ce.
 19. HONKALA, S., BERTERÖ, C. 2009. Living with an ostomy: Womens long term experiences. *Vard i Norden*. 2009, vol. 29, no. 2, pp. 19–22. ISSN 0107–4083.
 20. HOOD, C. 2010. Project to Improve Care for People Coping with Changes in Body Image. *Cancer Nursing Practice*. 2010, vol. 9, no. 2, pp. 26–32. ISSN 1475–4266.
 21. HORNER, D., WENDEL, C., KROUSE, R., et al. 2010. Positive correlation of employment and psychological well-being for veterans with major abdominal surgery. *American Journal Of Surgery*. 2010, vol. 200, no. 5, pp. 585–590. ISSN 0002–9610.
 22. CHARÚA-GUINDIC, L. 2011. Quality of life in ostomized patients. *Cirurgia Y Cirujanos*. 2011, vol. 79, no. 2, pp. 149–155. ISSN 0009–7411.
 23. JANICZEKOVÁ, E. 2007. Kvalita života pacientov s kolostomiou v ILCO kluboch na Slovensku. In: *Ošetrovateľstvo: Teória, výskum a vzdelávanie*. Martin; 2007, s. 194–203. ISBN 978–80–88866–43–5.
 24. JIMÉNEZ, P. Q., et al. 2010. A prospective, longitudinal, multicenter, cohort quality-of-life evaluation of an intensive follow-up program for patients with a stoma. *Ostomy/Wound Management*. 2010, vol. 56, no. 5, pp. 44–52. ISSN 1943–2720.
 25. KARADAG, A., et al. 2003. Impact of Stomatherapy on Quality of Life in Patients with Permanent Colostomies Or Ileostomies. *International Journal of Colorectal Disease*. 2003, vol. 18, no. 3, pp. 234–238. ISSN 0179–1958.

26. KARADAG, A., et al. 2005. Colostomy irrigation: results of 25 cases with particular reference to quality of life. *Journal Of Clinical Nursing*. 2005, vol. 14, no. 4, pp. 479–485. ISSN 1365–2702.
27. KILIC, E., et al. 2007. The effect of permanent ostomy on body image, self-esteem, marital adjustment, and sexual functioning. *Turkish journal of psychiatry*. 2007, vol. 18, no. 4. pp. 3–4. ISSN 1300–2163.
28. LA ROCQUE, C., CIOE, J. 2011. An Evaluation of the Relationship between Body Image and Sexual Avoidance. *Journal Of Sex Research*. 2011, vol. 48, no. 4, pp. 397–408. ISSN 1559–8519.
29. LEV-WIESEL, R., ZIPERSTEIN, R., RABAU, M. 2005. Using Figure Drawings to Assess Psychological Well-being among Colorectal Cancer Patients before and after Creation of Intestinal Stomas: A Brief Report. *Journal Of Loss & Trauma*. 2005, vol. 10, no. 4, pp. 359–367. ISSN 1532–5032.
30. MA, N., HARVEY, J., STEWART, J., et al. 2007. The Effect Of Age On The Quality Of Life Of Patients Living With Stomas: A Pilot Study. *Journal Of Surgery*. 2007, vol. 77, no. 10, pp. 883–885. DOI 10.1111/j.1445-2197.2007.04265.x.
31. MARQUIS, P., et al. 2003. Quality of life in patients with stomas: the Montreux Study. *Ostomy/wound management*. 2003, vol. 49, no. 2, pp. 48–55. ISSN 1943–2720.
32. McMULLEN, C. 2008. The greatest challenges reported by long-term colorectal cancer survivors with stomas. *Journal Of Supportive Oncology*. 2008, vol. 6, no. 4, pp. 175–182. ISSN 1544–6794.
33. MICHÁLKOVÁ, H. 2010. Psychosocial problems of stoma clients. *Journal of Nursing, Social Studies and Public Health*. 2010, roč. 1, č. 1–2, s. 62–70. ISSN 1804–7181.
34. MOHLER, M. J., et al. 2008. The Health-Related Quality of Life in Long-Term Colorectal Cancer Survivors Study:

- Objectives, Methods and Patient Sample. *Current Medical Research and Opinion*. 2008, vol. 24, no. 7, pp. 2059–2070. ISSN 0300–7995.
35. O'BICHERE, A., GREEN, C., PHILLIPS, R.K.S. 2004. Randomized Cross-Over Trial of Polyethylene Glycol Electrolyte Solution and Water for Colostomy Irrigation. *Diseases of the Colon & Rektum*. 2004, vol. 47, no. 9, pp. 1506–1509. ISSN 0012–3706.
 36. PERSSON, E., GUSTAVSSON, B., HELLSTRÖM, A., et al. 2005. Ostomy patients' perceptions of quality of care. *Journal Of Advanced Nursing*. 2005, vol. 49, no. 1, pp. 51–58. DOI: 10.1111/j.1365–2648.2004.03263.x.
 37. POPEK, S., GRANT, M., KROUSE, R., et al. 2010. Overcoming challenges: life with an ostomy. *American Journal Of Surgery*. 2010, vol. 200, no. 5, pp. 640–645. ISSN 0002–9610.
 38. PRIETO, L., THORSEN, H., JUUL, K. 2005. Development and validation of a quality of life questionnaire for patients with colostomy or ileostomy. *Health & Quality Of Life Outcomes*. 2005, vol. 3, pp. 1–10. ISSN 1477–7525.
 39. RUST, J. 2007. Care of patients with stomas: The pouch change procedure. *Nursing Standard*. 2007, vol. 22, no. 6, pp. 43–47. ISSN 0029–6570.
 40. SHARPE, L., PATEL, D., CLARKE, S. 2011. The relationship between body image disturbance and distress in colorectal cancer patients with and without stomas. *Journal of Psychosomatic Research*. 2011, vol. 70, no. 5, pp. 395–402. ISSN 0022–3999.
 41. SCHMIDT, C. E., BESTMANN, B., KÜCHLER, T., et al. 2005. Ten-year historic cohort of quality of life and sexuality in patients with rectal cancer. *Diseases of the Colon & Rektum*. 2005, vol. 48, no. 3, pp. 483–492. ISSN 0012–3706.
 42. SIMMONS, K., SMITH, J., et al. 2007. Adjustment to colostomy: stoma acceptance, stoma care self-efficacy and

- interpersonal relationships. *Journal Of Advanced Nursing*. 2007, vol. 60, no. 6, pp. 627–635. ISSN 1365–2648.
43. SINHA, A., GOYAL, H., et al. 2009. Quality of Life of Ostomates with the Selected Factors in a Selected Hospital of Delhi with a View to Develop Guidelines for the Health Professionals. *Indian Journal of Palliative Care*. 2009, vol. 15, no. 2, pp. 113. ISSN 0973–1075.
 44. SWAN, E. 2011. Colostomy, management and quality of life for the patient. *British Journal Of Nursing*. 2011, vol. 20, no. 1, pp. 22–28. ISSN 0966–0461.
 45. SYMMS, M. R., et al. 2008. Sexual Health and Quality of Life Among Male Veterans With Intestinal Ostomies. *Clinical Nurse Specialist*. 2008, vol. 22, no. 1, pp. 30–40. ISSN 1538–9782.
 46. TAYLOR, B., DAVIS, S. 2006. Using the Extended PLISSIT Model to Address Sexual Healthcare Needs. *Nursing Standard* . 2006, vol. 21, no. 11, pp. 35–40. ISSN 0029–6570.
 47. THORPE, G., McARTHUR, M., RICHARDSON, B. 2009. Bodily change following faecal stoma formation: qualitative interpretive synthesis. *Journal Of Advanced Nursing*. 2009, vol. 65, no. 9, pp. 1778–1789. DOI 10.1111/j.1365-2648.2009.05059.x.
 48. TURNBULL, G. 2001. Sexual Counseling: The Forgotten Aspect of Ostomy Rehabilitation. *Journal Of Sex Education & Therapy*. 2001, vol. 26, no 3, pp. 189. ISSN 0161–4576.
 49. TURNBULL, G. B. 2003. A Look at the Purpose and Outcomes of Colostomy Irrigation. *Ostomy/wound management*. 2003, vol. 49, no. 2, pp. 19–20. ISSN 1943–2720.
 50. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. 2012. *Zhoubné nádory v roce 2009*. Aktuální informace č. 02/2012. [online]. Dostupný z WWW: www.uzis.cz/system/files/02_12.pdf [cit. 2012-3-29].

51. VÁGNEROVÁ, M. 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008. 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4.
52. WEERAKOON, P. 2001. Sexuality and the patient with a stoma. *Sexuality and Disability*. 2001, vol. 19, no. 2, pp. 121–129. ISSN 0146–1044.
53. WONDERGEM, F. 2007. Stoma Care - a Guide to Daily Living. *Journal of Community Nursing*. 2007, vol. 21, no. 4, pp. 18–22. ISSN 0263–4465.
54. WU, H. K., et al. 2007. Self-efficacy and quality of life among stoma patients in Hong Kong. *Cancer nursing*. 2007, vol. 30, no. 3, pp. 186. ISSN 1538–9804.
55. ZUGOR, V., et al. 2010. Sexual Dysfunction After Rectal Surgery: A Retrospective Study of Men without Disease Recurrence. *Journal of Sexual Medicine*. 2010, vol. 7, no. 9, pp. 3199–3205. ISSN 1743-6095.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

BIS.....	Body Image Scale
BMČ.....	Bibliographia medica Čechoslovaca
CI	irigace kolostomie
COH-QOL	City of Hope Quality of Life
DAS	Dyadic Adjustment Scale
EORTC QLQ-C30	European Organization for Research and Treatment of Cancer quality of life questionnaire-C30
EORTC QLQ-CR38	European Organization for Research and Treatment of Cancer quality of life questionnaire-CR38
FSFI	Female Sexual Function Index
GRISS	Golombog-Rust Inventory of Sexual Satisfaction
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
HRQoL	Health Related Quality of Life
IIEF	International Index of Erectile Function
KŽ	kvalita života
mCOH-QOL.....	modifikovaný Specific City of Hope Quality of Life
PEG.....	polyetylen glykol
PLISSIT.....	Permission Limited information Specific Suggestions Intensive Therapy
PWB	Psychological well-being
RSES	Rosenberg self-esteem Scale
SQLI	Stoma Quality of life Index
SQOLS	Stoma Quality of life Scale
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky

PŘÍLOHA 1

Specifické nástroje měření kvality života pro pacienty se stomií

(autorem Přílohy 1 je autorka práce)

Nástroj	Oblasti hodnocení a počet položek
<p>Stoma Quality of Life Scale (SQOLS)</p>	<p>21 položek Work/social function Sexuality/body image Stoma function Financial problems Skin irritation Overall SQOLS score</p>
<p>Stoma-QOL</p>	<p>20 položek Sleep Sexual activity Relations to family and close friends Social relations to other than family and close friends</p>
<p>The City of Hope Quality of Life-Ostomy Questionnaire (COH-QOL-Ostomy Questionnaire)</p>	<p>Physical well-being:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Disease-specific effects on physical well-being ▪ General quality of physical well-being <p>Psychological well-being:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Disease-specific effects on psychological well-being ▪ General quality of psychological well-being <p>Social well-being:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Social adjustment to Ostomy <p>Spiritual well-being:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ General Quality of spiritual well-being
<p>Modified Ostomy-specific City of Hope Quality of Life questionnaire (mCOH-QOL)</p>	<p>Physical well-being Psychological well-being Social well-being Stoma specific Health care specific</p>

Stoma Quality of Life Index (SQLI)	34 položek Physical well-being Psychological well-being Body image Pain Sexual activity Nutrition Social concerns Handling Patient satisfaction Improvement Medical experience Self-efficacy Help and advice
------------------------------------	---