



**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**  
**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**



Ústav ošetrovatelství

**Dobromila Sukupová**

**Časná adaptace pacienta na přijetí a péči o  
ileostomii a kolostomii v pooperačním období**  
*Early Adaptation of the Patient to Ileostomy and  
Colostomy Acceptance and Care in Postoperative  
Period*

*Bakalářská práce*

Praha, květen 2013

Autor práce: Dobromila Sukupová

Bakalářský studijní obor: Ošetřovatelství

Studijní program: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Renata Vytejková

Pracoviště vedoucího práce: Ústav ošetřovatelství 3. LF UK v Praze

Odborný konzultant: Mgr. Andrea Sedláčková

Pracoviště odborného konzultanta: ARO, Nemocnice Milosrdných  
sester sv. Karla Boromejského v Praze

Datum a rok obhajoby:

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne 10. května 2013

Dobromila Sukupová

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala stomickým sestrám Marcelé Pálešové a Aleně Budíkové za ochotnou a vstřícnou spolupráci, odborné konzultantce Mgr. Andree Sedláčkové za cenné rady a připomínky a v neposlední řadě Mgr. Renatě Vytejškové za vedení této práce.

# OBSAH

ÚVOD.....	7
<b>1 PÉČE O PACIENTA S ILEOSTOMIÍ A KOLOSTOMIÍ.....</b>	<b>8</b>
<b>1.1 Anatomie a fyziologie gastrointestinálního traktu .....</b>	<b>8</b>
1.1.1 Tenké střevo.....	8
1.1.2 Tlusté střevo.....	9
<b>1.2 Patologie gastrointestinálního traktu související se založením stomie.....</b>	<b>9</b>
1.2.1 Crohnova choroba.....	10
1.2.2 Ulcerózní kolitida.....	11
1.2.3 Divertikulóza tlustého střeva.....	11
1.2.4 Familiární adenomatózní polypóza.....	12
1.2.5 Kolorektální karcinom.....	12
<b>1.3 Druhy stomií .....</b>	<b>13</b>
1.3.1 Rozdělení stomií podle účelu.....	13
1.3.2 Rozdělení stomií podle lokalizace.....	13
1.3.3 Rozdělení stomií podle tvaru.....	14
1.3.4 Rozdělení stomií podle doby trvání.....	15
<b>1.4 Chirurgické výkony související se založením stomie na gastrointestinálním traktu .....</b>	<b>15</b>
<b>1.5 Komplikace v pooperačním období .....</b>	<b>16</b>
1.5.1 Celkové pooperační komplikace.....	16
1.5.2 Místní pooperační komplikace týkající se operační rány.....	17
1.5.3 Místní pooperační komplikace týkající se stomie.....	18
<b>1.6 Stomické pomůcky.....</b>	<b>19</b>
1.6.1 Základní stomické pomůcky.....	19
1.6.2 Čistící a ochranné pomůcky.....	20
1.6.3 Novinky mezi výrobky pro stomické pacienty.....	21
<b>1.7 Časná adaptace pacienta .....</b>	<b>22</b>
1.7.1 Fyzická adaptace.....	23
1.7.2 Psychická adaptace.....	24
1.7.3 Sociální adaptace.....	26
<b>1.8 Specifika práce stomické sestry .....</b>	<b>27</b>
1.8.1 Specifika práce stomické sestry na pracovišti A.....	29
1.8.2 Specifika práce stomické sestry na pracovišti B.....	30
<b>1.9 Edukace stomika.....</b>	<b>31</b>
1.9.1 Edukace o stomii a stomických pomůckách.....	32
1.9.2 Edukace o dietě.....	33
1.9.3 Další oblasti edukace.....	34
<b>2 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....</b>	<b>36</b>
<b>2.1 Cíl a hypotézy .....</b>	<b>36</b>
<b>2.2 Časový harmonogram .....</b>	<b>36</b>
<b>2.3 Metodika výzkumu.....</b>	<b>37</b>

2.4 Výběr vzorku .....	38
2.5 Vyhodnocení získaných dat.....	38
2.6 Shrnutí a vyhodnocení hypotéz.....	64
2.7 Diskuse a doporučení pro praxi .....	72
<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>77</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>79</b>
<b>SEZNAM TABULEK A GRAFŮ.....</b>	<b>82</b>
<b>SEZNAM ZKRATEK.....</b>	<b>85</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>86</b>

# ÚVOD

Téma své bakalářské práce *Časná adaptace pacienta na přijetí a péči o ileostomii a kolostomii v pooperačním období* jsem si vybrala na základě svého dlouholetého zájmu o tuto problematiku.

Pacienti se stomií mě provázeli od prvních let mé sesterské praxe. Svou profesní kariéru jsem začala na onkologickém oddělení interního typu. Nyní pracuji již několik let na jednotce intenzivní péče, kde pečuji mj. o pacienty po rozsáhlých břišních výkonech nejen pro nádorová onemocnění, ale zejména pro nespecifické záněty střev.

Léčba kolorektálního karcinomu a nespecifických zánětů střev je vedle úrazů a následků onkologické léčby hlavní příčinou pro založení stomie. Z hlediska celosvětového srovnání je Česká republika na vrcholu žebříčku nově zjištěných onemocnění kolorektálního karcinomu a jeho incidence roste.

Pacienti s kolorektálním karcinomem a nespecifickými záněty střev tvoří dvě rozdílné skupiny lidí. Pro oba druhy onemocnění jsou typické určité znaky vývoje nemoci či způsobu a postupu léčby. Pacienty, kterým je založena stomie, je potřeba vnímat v kontextu celého životního příběhu.

V první části práce se budu věnovat nejdříve anatomii, fyziologii a patologii gastrointestinálního traktu. Dále se zaměřím na jednotlivé druhy stomií, chirurgické výkony související se založením stomie a pooperační komplikace. Téma časná adaptace je klíčové pro celou práci, proto se mu budu věnovat v samostatné kapitole. Dotknu se také specifické činnosti stomické sestry obecně a konkrétně práce stomických sester ve dvou různých zdravotnických zařízeních, ve kterých probíhalo následné výzkumné šetření stomiků. Teoretickou část práce uzavírá kapitola o edukaci stomických pacientů.

Praktická část práce se zabývá vyhodnocením kvantitativního výzkumného šetření pacientů se stomií. Data jsem získala dotazníkovou metodou od nových stomiků hospitalizovaných ve fakultní nemocnici a nestátním zdravotnickém zařízení, obě se sídlem v Praze. Mým cílem bylo zjistit, jaký vliv na časnou adaptaci pacienta s ileostomií a kolostomií v pooperačním období mají věk, základní diagnóza, informovanost od lékařského a ošetrovatelského personálu a celkový pooperační průběh.

# 1 PÉČE O PACIENTA S ILEOSTOMIÍ A KOLOSTOMIÍ

Stoma řecky znamená ústa. Od tohoto slova je odvozen výraz stomie, což označuje umělé vyústění dutého orgánu na povrch těla. Název ileostomie nebo kolostomie dále specifikuje vyústění tenkého nebo tlustého střeva na povrch dutiny břišní.<sup>1</sup>

Péče o pacienta se stomií zažívacího traktu je složitá a mnohvrstevná. Zahrnuje nejen péči o vývod, ale i pomoc při adaptaci na novou situaci. V tomto procesu má nezastupitelnou roli stomická sestra.

## 1.1 Anatomie a fyziologie gastrointestinálního traktu

V následující kapitole se budeme zabývat anatomií a fyziologií zažívacího traktu a jejich charakteristikami. Gastrointestinální aparát zajišťuje příjem a zpracování tělu potřebných látek. Zažívací ústrojí mechanicky a chemicky zpracovává potravu vstupující do traktu a umožňuje přestup látek do krevního oběhu. V určitých úsecích zažívacího ústrojí je dále potrava skladována a průběžně se posouvá k dalšímu zpracování. Stěna zažívacího ústrojí funguje jako bariéra proti nežádoucím látkám a mikroorganismům z potravy. Pro účelnost využití informací se budeme věnovat pouze popisu tenkého a tlustého střeva.<sup>2</sup>

### 1.1.1 Tenké střevo

Tenké střevo tvoří tři části: duodenum, jejunum a ileum. Do duodena ústí ductus choledochus a pancreaticus společně na Vaterově papile. Sliznice tenkého střeva je uspořádána v Kerkringovy cirkulární řasy. Zejména orální polovina duodena obsahuje četné Brunnerovy žlázy produkující alkalický hlen, který spolu s pankreatickým sekretem neutralizuje kyselý žaludeční obsah. Délka tenkého střeva je kolem pěti metrů a jeho plocha je zhruba ztrojnásobena uspořádáním sliznice do cirkulárních řas. Primární funkcí tenkého střeva je vstřebávání živin, minerálů, vitaminů, vody a dalších nezbytných látek. Slizniční imunitní systém má velký význam v interakci se střevními viry,

---

<sup>1</sup> VOKURKA, Martin et al. *Praktický slovník medicíny*. s. 420.

<sup>2</sup> ZACHOVÁ, Veronika et al. *Stomie*. s. 18.



bakteriemi, parazity a antigeny obsaženými v potravě. Trávicí ústrojí rovněž produkuje celou řadu hormonů a neuropeptidů, např. inzulin, gastrin, glukagon, sekretin, cholecystokinin, somatostatin aj. V tenkém střevě probíhá trávení a vstřebávání sacharidů, tuků, bílkovin, minerálů, vitamínů a vody. V duodenu probíhá trávení živin pankreatickým a biliárním sekretem. Jejunum je hlavním místem vstřebávání. V ileu jsou vstřebávány především žlučové kyseliny a vitamin B<sub>12</sub>. Centrální nervová soustava koordinuje činnost trávicího ústrojí a řídí souhru jeho motility se sekrecí trávicích šťáv. Neurohumorální regulace ovlivňuje koordinaci, rychlost trávení, motilitu a průtok krve trávicím ústrojím.<sup>3</sup>

### **1.1.2 Tlusté střevo**

Začátek tlustého střeva tvoří caecum s výběžkem appendix a colon ascendens, které slouží jako rezervoár a zahušťují střevní obsah. Colon transversus umožňuje posun obsahu a vstřebání vody a iontů, colon descendens slouží především k zadržení obsahu do doby defekace. Colon sigmoideum a rectum se podílí na defekaci. Základní funkcí tlustého střeva je především vstřebávání tekutin a zahušťování stolice. Resorbují se zde ionty a voda. Motilita a defekace závisí na centrálně nervové regulaci a vypěstovaných podmíněných reflexech.<sup>4</sup>

## **1.2 *Patologie gastrointestinálního traktu související se založením stomie***

Základní rozdělení chorob gastrointestinálního traktu, jejichž léčba může být spojena se založením stomie, zahrnuje idiopatické střevní záněty (Crohnovu chorobu a ulcerózní kolitidu), ileózní stavy, perforaci střeva, ischemii, prekancerózy a nádorová onemocnění, inkontinenci, ale i úrazové stavy. Následkem těchto chorob se může rozvinout ileózní stav, který je charakterizován poruchou posunu střevního obsahu. V následujícím textu se blíže zmíníme alespoň o některých z nich.<sup>5</sup>

---

<sup>3</sup> LATA, Jan et al. *Gastroenterologie*. s. 59 – 60.

<sup>4</sup> LATA, Jan et al. *Gastroenterologie*. s. 91.

<sup>5</sup> ZACHOVÁ, Veronika et al. *Stomie*. s. 25.

### 1.2.1 Crohnova choroba

Crohnova nemoc<sup>6</sup> je chronický nespecifický zánět kterékoli části trávicí trubice, který má segmentální charakter a postihuje stěnu trávicí trubice ve všech jejích vrstvách. Etiologie není vyjasněna. Existuje několik teorií vzniku Crohnovy choroby – imunologická, infekční, alimentární, psychosomatická, neuropsychická a cévní. V dnešní době dominuje teorie imunologická.<sup>7</sup>

Ve vývoji nemoci rozlišujeme první ataku (vzplanutí nemoci), remisi (vymizení příznaků nemoci), relaps (znovuvzplanutí nemoci), recidivu (opakování nemoci) a reaktivaci (opětovné uvedení do aktivního stavu). Podle Greensteinovy klasifikace jsou pacienti rozdělováni na dva typy podle průběhu choroby – typ agresivní a typ indolentní. První typ charakterizuje agresivní průběh, je perforující, má sklon k tvorbě píštělí, abscesů a jsou nutné časté chirurgické intervence. Typ indolentní charakterizují málo časté ataky, sklon k tvorbě stenóz a malá nutnost chirurgické léčby. Choroba může postihnout kteroukoli část trávicí trubice, a proto je třeba ji rozlišit dle lokalizace. Převažuje forma ileitická a ileokolická, následuje perianální postižení, naopak postižení orálních úseků je výjimečné.<sup>8</sup>

Komplikace zahrnují abscesy, píštěle, perforace, masivní krvácení, obstrukce a neoplazie. Diagnostika musí být komplexní, vycházející z důkladné analýzy anamnestických údajů, v nichž se mimo střevní příznaky zaměřujeme na nejasné febrilie, nejasnou anémii nebo hmotnostní úbytek. Zásadní diagnostický význam má přesné stanovení rozsahu postižení trávicí trubice pomocí radiodiagnostických metod, endoskopie a ultrazvukového vyšetření střeva. Jsou zároveň sledovány laboratorní markery zánětlivé aktivity a stav nutriční. Terapie je dlouhodobá a komplexní a v různé míře se v ní uplatňují dietní a nutriční opatření, konzervativní farmakoterapie, psychoterapie a chirurgická léčba.<sup>9</sup>

---

<sup>6</sup> Incidence Crohnovy choroby v České republice činí 1,6 – 2,0 na 100 000 obyvatel a rok, poměr postižení ženy:muži činí 1:1. Maximum onemocnění se objevuje mezi 15. – 30. rokem věku.

<sup>7</sup> DÍTĚ, Petr et al. *Vnitřní lékařství*. s. 282.

<sup>8</sup> LATA, Jan et al. *Gastroenterologie*. s. 99.

<sup>9</sup> DÍTĚ, Petr et al. *Vnitřní lékařství*. s. 283.

### 1.2.2 Ulcerózní kolitida

Ulcerózní kolitida<sup>10</sup> je charakterizována zánětlivým postižením sliznice tračníku. Na hlubší vrstvy stěny se mohou zánětlivé změny šířit pouze při komplikacích. Je pro ni typické postižení rekta.<sup>11</sup>

Etiologie a fáze nemoci jsou podobné jako u Crohnovy choroby. Podle rozsahu postižení rozlišujeme proktitidu (postižení rekta), proktosigmoiditidu (rektum a sigmoideum), levostranný tvar (rektum, sigmoideum, descendent), subtotální tvar (rektum, sigmoideum, descendent, transversum) a totální tvar – pankolitidu. Mezi komplikace patří masivní krvácení, perforace kolon, stenózy, neoplastické změny a toxické megakolon.<sup>12</sup>

Pro stanovení diagnózy je rozhodující morfologický obraz kolon, který získáme z endoskopického vyšetření. Histologický obraz nás informuje o stupni změny, a tím do jisté míry o aktivitě zánětu. Laboratorní vyšetření nás informují o zánětlivé aktivitě a stavu nutriční. Terapie je dlouhodobá a komplexní a v různé míře se v ní uplatňují dietní a nutriční opatření, konzervativní farmakoterapie, psychoterapie a chirurgická léčba.<sup>13</sup>

### 1.2.3 Divertikulóza tlustého střeva

Divertikly jsou výchlípky střevní stěny. Pokud jsou vrozené, je výchlípka tvořena všemi vrstvami střeva. Mnohem častější jsou získané nepravé divertikly. Objevují se v sestupné části tlustého střeva, nejčastěji v sigmoideu. Jsou tvořeny pouze sliznicí. Jako příčina vzniku divertikulózy<sup>14</sup> se uvádí zvýšený intraluminální tlak střeva a defekt svalové vrstvy. Jsou často příčinou zánětu. Při chronických zánětech dochází k zužování střevního lumina, obstrukci a vzniku megacolon, až k perforaci s následnou peritonitidou.<sup>15</sup>

---

<sup>10</sup> Incidence choroby v České republice se pohybuje mezi 6,8 – 8,0 na 100 000 obyvatel a rok. Poměr muži:ženy činí 1,0:1,4. Maximum výskytu choroby je ve věku mezi 20 – 40 lety.

<sup>11</sup> DÍTĚ, Petr et al. *Vnitřní lékařství*. s. 279.

<sup>12</sup> DÍTĚ, Petr et al. *Vnitřní lékařství*. s. 279 – 280.

<sup>13</sup> DÍTĚ, Petr et al. *Vnitřní lékařství*. s. 281 – 282.

<sup>14</sup> Prevalence divertikulární nemoci stoupá s věkem, do 40 let věku má divertikly asi jen 5 % populace, v 60 letech již 30 %. Z toho počtu je asi 70 % divertikulů asymptomatických, 15 – 25 % má projevy divertikulitidy, 5 – 15 % krvácení z divertikulů či jiné komplikace.

<sup>15</sup> MAČÁK, Jirka; MAČÁKOVÁ, Jana. *Patologie*. s. 243.

#### 1.2.4 Familiární adenomatózní polypóza

Benigní nádory tlustého střeva představují rizikové stavy pro vznik maligního nádoru. Podle histologické charakteristiky rozlišujeme nádory mezenchymové a adenomové, dále endometriózu a různé druhy polypů (juvenilní, lymfoidní, hypoplastické aj.). Zásadní klinický význam mají vrozené polypózní syndromy představující významný etiopatogenetický činitel při vzniku maligních nádorů kolorekta.<sup>16</sup>

Familiární adenomatózní polypóza nemá manifestaci mimo tračník, je charakterizována tubulárními, vilózními a smíšenými adenomatózními polypy, které mohou být přítomny od narození. Riziko karcinomu v průběhu života činí až 100% a karcinomy se objevují již ve věku 20 – 25 let. Pro jedince v postižených rodinách platí screeningová doporučení zahrnující totální koloskopii již mezi 16. – 20. rokem věku. Je-li nemoc potvrzena, navrhuje se totální kolektomie s pouchem nebo ileorektální anastomózou kontrolními rektoskopiemi každých 6 měsíců po zbytek života.<sup>17</sup>

#### 1.2.5 Kolorektální karcinom

Adenokarcinomy tvoří 90 – 95 % všech maligních nádorů kolon. Mezi predispoziční změny pro vznik kolorektálního karcinomu<sup>18</sup> zahrnujeme adenomatózní polypy, ulcerózní kolitidu, Crohnovu nemoc, předcházející karcinom tlustého střeva a předcházející ozáření oblasti malé pánve.<sup>19</sup>

Mezi nespecifické příznaky onemocnění patří anorexie, fyzická slabost, hmotnostní úbytek a tupá bolest břicha. Na projevy nemoci má vliv samotná lokalizace nádoru. V pravé polovině tračníku má dlouho nádor asymptomatický průběh. Prvním příznakem může být mikrocytární anémie. Obstrukce je přítomna později, neboť stolice je v této části tračníku tekutá a průsvit střeva je dostatečný. Levé polovině tračníku dominují poruchy pasáže, obstipace střídaná průjmem,

---

<sup>16</sup> LATA, Jan et al. *Gastroenterologie*. s. 106.

<sup>17</sup> DÍTĚ, Petr et al. *Vnitřní lékařství*. s. 285.

<sup>18</sup> Maligní nádory kolon a rektu představují 13 % všech neoplazií, přitom z celkové nádorové úmrtnosti je to až 15 %. Nejvyšší výskyt kolorektálních nádorů je mezi 60 – 75 roky.

<sup>19</sup> DÍTĚ, Petr et al. *Vnitřní lékařství*. s. 286.

stužkovitá stolice, kolikovitá bolest břicha, plynatost a enteroragie. Nádor v rektu způsobuje bolestivý tlak v pánvi, enteroragii a příznaky obstrukce lumen.<sup>20</sup>

Významnou součástí diagnostiky jsou screeningové metody, mezi něž patří vyšetření per rectum, rigidní rektoskopie, flexibilní sigmoideoskopie, koloskopie totální a vyšetření stolice na okultní krvácení. Léčebný postup u kolorektálního karcinomu se řídí podle lokalizace a Dukesovy klasifikace. Jedinou kurativní metodou je zde chirurgické řešení.<sup>21</sup>

### **1.3 Druhy stomií**

Stomie gastrointestinálního traktu rozdělujeme podle několika kritérií, mezi která patří účel vyvedení, lokalizace stomie, tvar či délka trvání.

#### **1.3.1 Rozdělení stomií podle účelu**

V horních částech zažívacího traktu mohou být *stomie výživné*. Používají se pro přívod potravy u lidí neschopných přijímat potravu přirozeným způsobem. Hlavním důvodem vyvedení stomie je onemocnění dutiny ústní či jícnu, popřípadě jiná závažná onemocnění. Jedná se především o gastrostomii, popřípadě jejunostomii.

*Odvodné (derivační) stomie* se používají k odvodu obsahu vyvedené části, jde převážně o ileostomii a kolostomii pro odvod střevního obsahu a také jejunostomie pro odvod slin.

#### **1.3.2 Rozdělení stomií podle lokalizace**

Jak bylo již výše uvedeno, stomie může být vyvedena na několika místech zažívacího traktu. Pro účel této práce se zaměříme pouze na popis ileostomie a kolostomie (viz Příloha č. 1).

*Ileostomie* je vyústění tenkého střeva na stěnu břišní (viz Příloha č. 2). Jestliže se lékař rozhodne založit ileostomii, je to většinou z důvodů těchto onemocnění – nespecifická zánětlivá střevní onemocnění (ulcerózní kolitida

---

<sup>20</sup> FERKO, Alexander et al. *Chirurgie v kostce*. s. 300.

<sup>21</sup> DÍTĚ, Petr et al. *Vnitřní lékařství*. s. 286 – 287.

a Crohnova choroba), familiární adenomatózní polypóza, nádorová onemocnění, zranění v oblasti dutiny břišní nebo vrozené vady.<sup>22</sup>

Vývod je umístěn především v pravém dolním kvadrantu břišní stěny. „Tenké střevo má trvalé peristaltické pohyby a jeho žlučovitě zelený obsah neustále vytéká ven. Střevní obsah je řídký, vodnatý a má velmi agresivní účinky na kůži v okolí stomie.“<sup>23</sup>

*Kolostomie* je vyústění tlustého střeva na stěnu břišní. Indikace ke kolostomii jsou nádorová onemocnění, vrozené vady tračníku, záněty tračníku, komplikace divertikulózy aj. Podle lokalizace dále rozlišujeme sigmoideostomii umístěnou v levém dolním kvadrantu břišní stěny, transversostomii nacházející se vpravo nebo vlevo nad pupkem a cékostomii v pravém podbřišku.<sup>24</sup>

### 1.3.3 Rozdělení stomií podle tvaru

*Axiální stomie (dvouhlavňová)* je vyvedená střevní klička, která je v místě nad kůží podložena plastickou trubičkou (jezdcem) a její částečné nebo úplné otevření na povrchu umožňuje drenáž přívodné i odvodné kličky stomie. Je indikovaná při dočasných stomiích a při trvalých stomiích nad inoperabilním tumorem.<sup>25</sup>

Při *terminální stomii (jednohlavňové)* se skrz otvor ve stěně břišní vyvádí konec střeva a fixuje se k jednotlivým vrstvám břišní stěny. Okraj stomie se fixuje ke kůži. Nižší úsek střeva může být úplně odstraněn nebo slepě uzavřen v břišní dutině.<sup>26</sup>

*Nástěnná stomie* se provede skrz otvor ve stěně střeva, který je vytvořen jako dočasný vývod. Tento typ stomie se téměř neprovádí.<sup>27</sup>

---

<sup>22</sup> RAYSON, Elizabeth. *Living Well with an Ostomy*. s. 30.

<sup>23</sup> MIKŠOVÁ, Zdeňka; FRONKOVÁ, Marie; ZAJÍČKOVÁ, Marie. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. 1. s. 118.

<sup>24</sup> MIKŠOVÁ, Zdeňka; FRONKOVÁ, Marie; ZAJÍČKOVÁ, Marie. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. s. 118.

<sup>25</sup> ZACHOVÁ, Veronika et al. *Stomie*. s. 32.

<sup>26</sup> *Ošetrovatelská péče o pacienty se stomií*. Coloplast, s. 13.

<sup>27</sup> MICHÁLKOVÁ, Helena. *Problematika uspokojování potřeb klienta se stomií*. s. 14.

### 1.3.4 Rozdělení stomií podle doby trvání

*Dočasná stomie* je vytvořena přechodně jako jedna fáze vícedobé operace nebo v případě traumatického poranění či zánětu střeva, kdy chceme docílit zklidnění a dále léčit základní onemocnění.<sup>28</sup>

*Trvalá stomie* se provádí na zajištění vylučování stolice v případě, že konečník a anus nejsou funkční kvůli chorobnému procesu. Nejčastějšími příčinami jsou nádor či vrozený defekt.<sup>29</sup>

## 1.4 *Chirurgické výkony související se založením stomie na gastrointestinálním traktu*

Většina operačních taktik dnes zahrnuje resekční chirurgické výkony, které se obejdou bez stomie, kdy se postižená část traktu odstraní a oba konce střeva se spojí anastomózou. Před anastomózou může být předřazena derivační stomie, příznivě ovlivňující hojení anastomózy (protektivní stomie).<sup>30</sup>

Při nemožnosti resekce a vytvoření funkční anastomózy se chirurg rozhoduje v případě onemocnění rekta pro abdominoperineální amputaci rekta dle Milese (viz Příloha č. 3). Je to radikální odstranění colon sigmoideum, rekta a análního kanálu s vyvedením colon descendens jako terminální stomie.<sup>31</sup>

Kolektomie znamená odstranění tlustého střeva. Může jít o úplné odstranění tlustého střeva, pak hovoříme o totální kolektomii, nebo částečnou resekci, pak hovoříme o subtotální kolektomii nebo o hemikolektomii, což je odstranění poloviny tlustého střeva (pravostranná nebo levostranná). Orální konec střeva se protahuje incizí nad kůží, převrátí se sliznicí navenek a stehy se fixují slizniční okraje a seróza s kůží v úrovni incize. Jde o terminální ileostomii, která bývá lokalizována nejčastěji v pravém podbříšku. Při zachování rekta je možné následně uvažovat o ileorektoanastomóze.<sup>32</sup>

Při operaci dle Hartmanna se resekce postiženého střeva provede v první etapě, s vyústěním jednoho konce střeva navenek, bez okamžité obnovy střevní

<sup>28</sup> MIKŠOVÁ, Zdeňka; FROŇKOVÁ, Marie; ZAJÍČKOVÁ, Marie. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II.* s. 118.

<sup>29</sup> MIKŠOVÁ, Zdeňka; FROŇKOVÁ, Marie; ZAJÍČKOVÁ, Marie. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II.* s. 118.

<sup>30</sup> ZACHOVÁ, Veronika et al. *Stomie.* s. 39.

<sup>31</sup> ZEMAN, Miroslav et al. *Speciální chirurgie.* s. 290.

<sup>32</sup> ZACHOVÁ, Veronika et al. *Stomie.* s. 39.

kontinuity (viz Příloha č. 4). Rekonstrukce s anastomózou se provede až v další etapě, postup je tedy dvoudobý. Hartmannův postup je široce uznáván zejména v angloamerickém světě jako vhodná metoda pro ošetření obstrukce nebo perforace levé poloviny tlustého střeva. Operace spočívá v resekcii postiženého úseku střeva, založení stomie a slepém uzávěru sigmatu nebo rekta. Rekonstrukční operace s tvorbou anastomózy se po zhojení a dobrém zdravotním stavu pacienta plánuje nejdříve za 2 měsíce od primární operace.<sup>33</sup>

Při proktokolektomii a následné ileo-pouch-anální anastomóze odstraní chirurg celé tlusté střevo i konečník, z něhož ponechá jen řitní kanál. Z několika kliček tenkého střeva vytvoří následně vak (pouch), obvykle ve tvaru písmene J, a na jeho břicho našije horní konec řitního kanálu. Obecně platí, že tyto operace jsou dvoudobé. Napoprvé operatér odstraní postižené střevo, zkonstruuje pouch a vytvoří dočasný vývod tenkého střeva. Ten zruší teprve s několikaměsíčním zpožděním po zhojení operované části.<sup>34</sup>

## ***1.5 Komplikace v pooperačním období***

Somatické komplikace v pooperačním období souvisejí s celkovým pooperačním stavem, hojením operační rány a hojením a funkcí stomie. Psychosociální problematiku pooperačního stavu probereme níže, v kapitole věnující se časně adaptaci pacienta.

### **1.5.1 Celkové pooperační komplikace**

Komplikace po ukončení operace se mohou týkat celkového stavu pacienta, nebo jednotlivých orgánů, jejichž důsledky však mají vliv na celkový pooperační stav. Tato problematika je natolik obsáhlá, že se budeme věnovat jen nejčastěji vyskytujícím se komplikacím.

Pooperační porucha vědomí může nastat vlivem přetrvávající vysoké hladiny opiátů v krvi, dále jako zpomalené zotavení z celkové anestezie, vlivem poruchy výměny plynů (hyperkapnie, hypoxemie) aj.<sup>35</sup>

---

<sup>33</sup> HOCH, Jiří. *Akutní chirurgie tlustého střeva*. s. 50.

<sup>34</sup> ČERVENKOVÁ, Renata. *Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida*. s. 55.

<sup>35</sup> FERKO, Alexander et al. *Chirurgie v kostce*. s. 182.



Pooperační nauzea a zvracení je medikamentózně řešena spíše u pacientů s úporným zvracením nebo u nemocných, u nichž by zvracení mohlo ohrozit výsledek operace. Je nutné předcházet aspiraci žaludečního obsahu u pacientů s poruchou vědomí a poruchou reflexů v oblasti hypofaryngu a horních cest dýchacích.<sup>36</sup>

Vlivem anestezie dochází k přechodnému útlumu funkce gastrointestinálního traktu. Funkce tenkého střeva je při nekomplikovaném průběhu ovlivněna pouze přechodně, funkce žaludku na cca 24 – 48 hod. a funkce tračníku na 48 – 72 hod. Porušené vyprazdňování močového měchýře nebo překážka ve vývodném systému ledvin může mít příčinu postrenální (zvětšená prostata, účinek opiátů, krev v močových cestách), prerenální (hypotenze, dehydratace), renální (akutní zhoršení chronického renálního onemocnění).<sup>37</sup>

Pacienti po rozsáhlých operačních výkonech v oblasti dutiny břišní jsou po operaci umístěni na jednotce intenzivní péče pro zvýšené riziko dechových a oběhových komplikací. Řadí se mezi ně hypoxemie, hyperkapnie, hypotenze, hypertenze, poruchy srdečního rytmu, supraventrikulární tachyarytmie, komorové tachyarytmie, bronchospasmus, atelektáza, kardiální plicní edém, akutní plicní selhání aj.<sup>38</sup>

### **1.5.2 Místní pooperační komplikace týkající se operační rány**

Nejčastější komplikací operační rány je chirurgická raná infekce. Klinicky je definovaná jako hnisavá sekrece. Ranná infekce se vyskytuje za určitých podmínek – vysoký věk, porucha výživy, špatné prokrvení rány, jaterní cirhóza, léčba kortikosteroidy, imunosuprese, leukopenie, cizí těleso v ráně, devitalizované tkáně, tekutinové kolekce, maligní onemocnění, diabetes mellitus aj. Povrchové rané infekce, které postihují kůži a podkožní tkáně, tvoří 75 % všech raných infekcí. Hluboké rané infekce postihují svaly, fascii a jiné hluboké struktury. U neošetřené infekce v operační ráně hrozí celková sepse.

---

<sup>36</sup> FERKO, Alexander et al. *Chirurgie v kostce*. s. 184.

<sup>37</sup> FERKO, Alexander et al. *Chirurgie v kostce*. s. 197 – 199.

<sup>38</sup> FERKO, Alexander et al. *Chirurgie v kostce*. s. 179 – 196.

Po otevření hnisavého ložiska, vyčištění rány, zvládnutí infekce a přítomnosti granulační tkáně může být rána sekundárně uzavřena.<sup>39</sup>

„U stomiků se v časném pooperačním období může zvyšovat riziko bakteriální kontaminace operační rány mikroorganismy, které mohou proniknout při zatékání stolice do rány, když stomické pomůcky nespĺňují očekávané funkce a podtékají.“<sup>40</sup>

### 1.5.3 Místní pooperační komplikace týkající se stomie

Stomie může mít v časně fázi po operaci komplikace jako kterákoli operační rána. Navíc je operační spojení vyvedeného střeva s kůží a podkožím mechanicky a chemicky drážděno odcházející stolicí.

Operační rána stomie může drobně krvácet, což je normální stav. Krvácení ve větším rozsahu vždy řeší chirurg. Otok stomie se objevuje vždy po manipulaci se střevem. Malý otok spontánně odezní, u většího sledujeme vývoj a funkčnost stomie. U nekrózy okrajů stomie bývá příčinou nedostatečný přítok krve do tkáně. Stomie je povleklá, nafialověle zbarvená, nehojí se a postupně dojde k uvolnění stomie od kůže.<sup>41</sup>

Závažnou komplikací, o které jsou stomici edukováni, je kontaktní iritační dermatitida peristomální kůže. Vzniká v důsledku chemického, mechanického a biologického dráždění kůže. Vzniká zánět projevující se erytémem, edémem, puchýřky a mokváním. Vlivem dráždění kůže dochází k nealergickému neinfekčnímu zánětu kůže v místě působení škodliviny.<sup>42</sup>

Časná retrakce stomie se vyskytuje po akutních výkonech. Střevo je pod tahem a okraj stomie je pod úrovní kůže. Na vyrovnání poměrů se používají flexibilní pomůcky a konvexní podložky. U akutně operovaných pacientů může dojít k nevhodnému umístění stomie. Taková stomie je umístěna v kožní řase, v jizvě, pod žeberním obloukem, na boku nebo v operační ráně. Pokud to dovolí stav pacienta a jde-li o trvalou stomii, provádí se transrepozice stomie.<sup>43</sup>

---

<sup>39</sup> FERKO, Alexander et al. *Chirurgie v kostce*. s. 60 – 61.

<sup>40</sup> ZACHOVÁ, Veronika et al. *Stomie*. s. 153.

<sup>41</sup> OTRADOVCOVÁ, Iva et al. *Komplexní péče o pacienta se stomií*. s. 42.

<sup>42</sup> ZACHOVÁ, Veronika et al. *Stomie*. s. 155.

<sup>43</sup> OTRADOVCOVÁ, Iva et al. *Komplexní péče o pacienta se stomií*. s. 43.

Pro úplnost uvádíme pozdní komplikace stomie, mezi které se řadí prolaps stomie, retrakce, stenóza, kožní komplikace, macerace kůže, parastomální kýla, píštěle v okolí stomie a krvácení ze stomie. Je na zkušenosti stomické sestry, aby včas odhalila příznaky těchto komplikací a našla jejich vhodné řešení.<sup>44</sup>

## **1.6 Stomické pomůcky**

Po operaci si pacient zvyká nejen na život se samotnou stomií, ale musí si zvyknout i na život se stomickými pomůckami. Existuje mnoho druhů stomických pomůcek (viz Příloha č. 5). Vyzkoušet různé typy a značky je často jediný způsob, jak zjistit, která z nich je pro pacienta nejlepší.<sup>45</sup>

V současnosti se na našem trhu vyskytuje několik firem, které distribuují tyto pomůcky. Mezi přední firmy působící na našem území patří B. Braun, Coloplast, Convatec, Dansac a Welland. Každá firma má svůj základní sortiment pomůcek s menšími či většími odchylkami. Je na stomické sestře a pacientovi, jakou firmu, či spíše jaký konkrétní výrobek vyberou jako nejvhodnější a nejvíce vyhovující pacientovým možnostem a požadavkům.

Na pomůcky pro stomiky se kladou specifické požadavky. Měly by být jednoduché na obsluhu, zadržovat zápach, chránit kůži kolem stomie, být nenápadné pod oblečením, dostupné, nastavitelné na velikost a tvar stomie a umožňovat maximální komfort při pracovních, sociálních a rekreačních činnostech.<sup>46</sup>

### **1.6.1 Základní stomické pomůcky**

Základem všech stomických pomůcek je podložka jako lepicí část, která se nalepí na kůži kolem stomie. Podložka chrání okolí stomie a umožňuje uchycení sáčku. Sáček slouží pro jímání odcházející stolice. Sáčky se dále dělí na výpustné, které se používají převážně u ileostomií nebo v době po operaci, a bez výpusti, používané u kolostomií. Z hlediska použití dělíme základní pomůcky na jednodílný a dvoudílný systém. U jednodílných pomůcek je podložka pevně spojena se sáčkem. Pomůcka se vyměňuje celá. Dvoudílný systém

---

<sup>44</sup> OTRADOVCOVÁ, Iva et al. *Komplexní péče o pacienta se stomií*. s. 44 – 47.

<sup>45</sup> WHITE, Craig. *Positive Options for Living with Your Ostomy*. s. 39, 51.

<sup>46</sup> MIKŠOVÁ, Zdeňka; FRONKOVÁ, Marie; ZAJÍČKOVÁ, Marie. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. s. 120.

se skládá ze samostatné podložky a zvlášť vyměnitelného sáčku. Postup při výměně stomického setu je popsán v Příloze č. 6.<sup>47</sup>

Stomické sáčky jsou tělové barvy a mají různou velikost. Mohou být opatřeny filtrem, který odvádí ze sáčku plyny a je vhodný u kolostomie. U ileostomie naopak sáček s filtrem vhodný není, protože řídký obsah ho narušuje.<sup>48</sup>

Podložka je složena ze dvou vrstev či druhů materiálů. Jedna vrstva zajišťuje přilnutí kolem stomie a zároveň chrání kůži před výměškou. Druhá vrstva je šetrná ke kůži, výborně absorbuje vlhkost a tím kůži pod lepícím materiálem chrání a udržuje zdravou. Na podložce mohou být ouška, která umožňují připnutí stomického pásu. Navíc může být podložka konvexní. Používá se u problematických stomií. Vyvíjí mírný a stálý tlak na břišní stěnu a tím vytlačuje vpadlou stomii nad úroveň kůže.<sup>49</sup>

### 1.6.2 Čistící a ochranné pomůcky

Firmy nabízejí celou řadu dalších pomůcek pro život se stomií, ne všechny však musí stomik použít. Některé pomůcky slouží k základnímu ošetření stomie, jiné se používají při nastalých komplikacích, jiné pak slouží k vyššímu komfortu stomiků.

K odstranění nečistot či zbytků stomické podložky slouží stomický roztok. „Jeho základní složka (kakaový olej) pokožku účinně čistí, zjemňuje a zabraňuje jejímu vysoušení.“<sup>50</sup> Dále je možné použít napuštěných ubrousků, které jsou připraveny k okamžitému použití. Jsou velmi praktické a účinné. Nevýhodou je jejich miniaturní velikost.

Ochranný film slouží jako ochrana kůže před nežádoucími účinky stolice či jiného sekretu v případě podtečení pod podložku, dále před neustálým působením lepícího materiálu na stomické podložce a před vlivem tření pomůcky o kůži. Dodává se ve formě ubrousku napuštěného ochrannou látkou.<sup>51</sup>

<sup>47</sup> *Život se stomií*. Coloplast. s. 6.

<sup>48</sup> MIKŠOVÁ, Zdeňka; FRONKOVÁ, Marie; ZAJÍČKOVÁ, Marie. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. s. 120.

<sup>49</sup> *Život se stomií*. Coloplast. s. 8.

<sup>50</sup> *Pomůcky pro péči o kůži a další příslušenství pro stomiky*. Coloplast. s. 3.

<sup>51</sup> MIKŠOVÁ, Zdeňka; FRONKOVÁ, Marie; ZAJÍČKOVÁ, Marie. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. s. 121.

Bariérový krém je prostředek na ošetření suché a podrážděné pokožky. Je možné ho použít také preventivně. „Udržuje optimální pH kůže a zároveň ji zjemňuje, čímž napomáhá hojení poškozené kůže a také funguje jako preventivní ochrana před poškozením. Při pravidelném používání ochranného krému je kůže vláčná a zvýší se její odolnost vůči výměškům ze stomie.“<sup>52</sup>

Adhezivní a ochranná pasta se aplikuje kolem stomie, aby exkrementy nezatékaly pod podložku, nebo na vyrovnání nerovností na břišní stěně. Zabraňuje podráždění kůže v okolí stomie a lepšímu přilnutí stomického systému ke kůži. Pasta je distribuována v tubě nebo ve formě proužků.<sup>53</sup>

Pohlčovač pachu je efektivní pomůcka na odstranění nepříjemného zápachu. Na rozdíl od jiných deodorantů, které nepříjemný pach pouze nahrazují silnou vůní, zápach pohlcuje a průběžně rozkládá. Deodorant je vhodný pro všechny stomiky. Aplikuje se 6 až 10 kapek přímo do sáčku při výměně nebo při vypouštění.<sup>54</sup>

Pudr pro stomiky se používá na macerovanou kůži v okolí stomie. Poškozená kůže potřebuje čas pro zhojení a je velmi nutné, aby před aplikací lepicí části stomické pomůcky byla kůže suchá. Jen tak lze předejít další maceraci. Pudr má vynikající schopnost absorbovat vlhkost a exsudát, udržuje kůži v okolí stomie suchou a redukuje další podráždění kůže.<sup>55</sup>

### 1.6.3 Novinky mezi výrobky pro stomické pacienty

Zátka je diskrétní pomůcka používaná v situacích, ve kterých sáček překáží. Mohou ji používat kolostomici, kteří irigují, ale i ti, kteří neirigují a mají pravidelnou stolici. Zátka se pomalu zasune do stomie a podložka s ní pevně spojená se přilepí na kůži. Je blokován odchod stolice, plyny však přes filtr mohou odcházet. Zátku lze používat po irigaci až 24 hodin, bez irigace maximálně 4 hodiny. Podobnou funkci zajišťuje také disk.<sup>56</sup>

---

<sup>52</sup> *Pomůcky pro péči o kůži a další příslušenství pro stomiky*. Coloplast. s. 4.

<sup>53</sup> MIKŠOVÁ, Zdeňka; FRONKOVÁ, Marie; ZAJÍČKOVÁ, Marie. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. s. 121.

<sup>54</sup> *Pomůcky pro péči o kůži a další příslušenství pro stomiky*. Coloplast. s. 6.

<sup>55</sup> *Pomůcky pro péči o kůži a další příslušenství pro stomiky*. Coloplast. s. 7.

<sup>56</sup> *Pomůcky pro péči o kůži a další příslušenství pro stomiky*. Coloplast. s. 5.

Předoperační set je několikaměsíční novinka. Jedná se o balení s jedním vzorkem stomického sáčku a podložky a také s nalepovací imitací stomického vývodu. Pacient si dle svého přání může vyzkoušet život se stomickým sáčkem. Je na zvážení stomické sestry, kterým pacientům tato zkouška nanečisto psychicky prospěje a odstraní jejich případné obavy.

## **1.7 Časná adaptace pacienta**

Adaptace v obecném slova smyslu znamená schopnost organismu přizpůsobit se. Jedná se o přizpůsobení se neměnným a nezměnitelným podmínkám prostředí, v němž člověk žije, ale také přizpůsobování si v životním prostředí toho, co se změnit dá. V našem kontextu budeme mluvit o adaptaci na stomii. Jde o přizpůsobení se pacienta na novou životní situaci a vyvození patřičných důsledků pro jeho život.<sup>57</sup>

V procesu adaptace musíme brát v úvahu mnohé faktory, které přizpůsobení ovlivňují. Při prožívání nemoci má zásadní slovo věk osobnosti. Jinak vnímá onemocnění dítě závislé na matce, jinak dospělý člověk zapojený do společenských úkolů a jinak bude nemoc prožívat senior. Obecně vzato jsou lidé vyššího věku charakterizováni zhoršenou adaptací na změnu životních podmínek, mají obavy ze sociální izolace, ztráty soběstačnosti nebo ze závislosti na druhých. Stomie není nemoc, její založení ale souvisí s konkrétním onemocněním nebo úrazem a to může znamenat zvýšení nebo i snížení kvality života. Důležitou roli v adaptaci hraje také edukace. Stomická sestra, která se pacientovi po operaci věnuje, hodnotí, zda a kdy je pacient schopen edukace, jaké má schopnosti sebezpečí a jak je soběstačný vzhledem k plánovanému propuštění domů. Celkový pooperační průběh má také vliv na míru zapojení do péče o stomii.<sup>58</sup>

Pacienta musíme chápat v jeho celistvosti, jeho bio-psycho-sociální složky se navzájem ovlivňují a regulují. Můžeme tak rozlišit adaptaci fyzickou, psychickou a sociální.<sup>59</sup>

---

<sup>57</sup> KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. s. 144.

<sup>58</sup> ZACHOVÁ, Veronika et al. *Stomie*. s. 116 – 121.

<sup>59</sup> LAJDOVÁ, Andrea; URÍČKOVÁ, Alena. Význam informací v procesu adaptace pacienta na život s kolostomií. *Sestra*. s. 56.

Adaptaci můžeme dále rozdělit z hlediska časového na časnou a pozdní. Časná adaptace se týká bezprostředního období následujícího po proběhlé změně, v našem případě po operaci. Zahrnuje především fyzickou adaptaci, která se týká aktivního zapojení pacienta do péče o stomii. Pozdní adaptace se zabývá spíše psychickou a sociální adaptací, která probíhá hlavně po propuštění z nemocnice v běžném prostředí pacienta.

### **1.7.1 Fyzická adaptace**

Fyzická adaptace zahrnuje přizpůsobení se nemoci a všem důsledkům spojeným s operačním výkonem a vyvedenou stomií. V roli stomika to znamená sžít se se stomií, akceptovat tuto novou životní situaci, zapojit se postupně do péče o stomii a upravit svůj životní styl podle nově nastalé situace.

Operační výkon s vyvedením stomie znamená pro pacienta v časně fázi po operaci zhoršení kvality života, omezuje ho v možnostech jeho rozvoje a znemožňuje soběstačné fungování.<sup>60</sup>

Soběstačnost vyjadřuje samostatnost nebo závislost nemocného při vykonávání denních aktivit. Zdravý dospělý člověk je při zvládnutí základních každodenních činností, které zahrnují hygienu, oblékání, vyprazdňování, stravování a pohyb, soběstačný, tyto činnosti vykonává samostatně, pravidelně a bez pomoci druhé osoby. Nemocný člověk může mít aktuálně sníženou schopnost vykonávat každodenní činnosti.<sup>61</sup>

S postupným obnovováním soběstačnosti po operaci se od pacienta očekává, že se začne zapojovat do péče o stomii. Nejdříve o stomii plně pečuje stomasestra nebo sestra, která ho ošetřuje. Pacient pouze vše sleduje, sžívá se s fungováním stomie, popřípadě kontroluje funkčnost stomického systému. Postupně se zapojuje do samotné péče o stomii, nejdříve vypouští stomický sáček, později spolupracuje při výměně stomického systému, učí se vystříhovat vhodný otvor do podložky stomického systému až k úplné soběstačnosti v péči o stomii.

Nesoběstačnost v péči o stomii může být zaviněna jednak faktory ovlivňujícími adaptaci, o kterých jsme se zmínili výše, jednak pooperačními

---

<sup>60</sup> VENGLÁŘOVÁ, Martina; MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. s. 77.

<sup>61</sup> TRACHTOVÁ, Eva et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. s. 20 – 21.

komplikacemi. Tyto komplikace můžeme rozdělit na komplikace vztahující se k pooperačnímu stavu, k operační ráně nebo přímo ke stomii.

Pokud nesoběstačnost pacienta v péči o stomii přetrvává i přes odstranění komplikací, je nutné hledat jiná řešení. Jednou z možností je zapojit do péče o stomii rodinného příslušníka. Je na stomické sestře, aby vytypovala vhodnou osobu a zaučila ji do péče. Nejčastěji se jedná o partnera, rodiče či dítě pacienta. Pokud i tato možnost selže, je vhodné kontaktovat agenturu domácí péči, která zajistí péči po propuštění z nemocnice a pokračuje v edukaci. Pacient tak má delší čas na adaptaci a osvojení si péče o stomii.

### 1.7.2 Psychická adaptace

Psychickou adaptaci chápeme jako „celkovou náladu pacienta od pocitu duševní pohody až k pocitům úzkosti, deprese“<sup>62</sup>. Podle toho, jak se člověk přizpůsobuje nové situaci, ho můžeme zařadit do kategorie s optimistickou adaptací, u něhož dochází ke snižování skutečného dosahu a závažnosti postižení. Člověk s pesimistickou adaptací, u něhož se nadměrně zvyšuje obava z nebezpečí, očekávají se komplikace, objevuje se depresivní ladění, rezignace a přílišné obírání se svou nemocí. Do třetice člověk s realistickou adaptací má důvěru v úspěšné provedení léčebných zákroků a má snahu se přizpůsobit změnám v souvislosti s onemocněním.<sup>63</sup>

Zpracování jakékoli náročné situace, která představuje velkou zátěž, probíhá ve fázích, které mají individuálně specifický průběh i délku trvání. Fáze šoku a popření následuje bezprostředně po zjištění či podání informace. Taková informace představuje závažné ohrožení, které nemocný nechce přijmout. Není schopen se s ním tak rychle vyrovnat, a proto si dopřává odklad. Následuje fáze postupného přijetí skutečnosti. Nemocní reagují různým způsobem, podle toho, jaké jsou jejich osobnostní vlastnosti a zkušenosti, jaké byly jejich hodnoty a cíle před onemocněním atd. Můžeme zde pozorovat dvě základní skupiny obranných mechanismů, útok a únik. Příkladem aktivní obrany (útok) je agrese, únikových variant je více, např. únik do fantazie. V této fázi se objevují i přechodné reakce,

---

<sup>62</sup> LAJDOVÁ, Andrea; URÍČKOVÁ, Alena. Význam informací v procesu adaptace pacienta na život s kolostomií. *Sestra*. s. 56.

<sup>63</sup> HONZÁK, Radkin et al. *Základy psychologie*. s. 144.



kdy se člověk nebrání a pouze trpí. Může být depresivní, protože si uvědomuje, co ho čeká, nebo se na svůj osud hněvá a bouří se proti němu. Ve fázi smíření s chorobou a jejími důsledky nemocný akceptuje svou nemoc a se situací se vyrovnává. Jeho prožitky, myšlenky i chování respektují nastalou situaci.<sup>64</sup>

V oblasti duševní hygieny se adaptací rozumí osobní zvládnání problémů, které život před člověka staví. Adaptační chování v pozitivním slova smyslu znamená sebeovládání, tedy řízení a ovládnání sebe sama tváří v tvář životním problémům. V negativním slova smyslu mluvíme o maladaptaci, což je selhávání v tomto boji.<sup>65</sup>

Maladaptivní chování je takový způsob chování, které používáme ve svízelných životních situacích, které nepřináší aktivní a konstruktivní řešení dané situace, ale zato poskytuje pocit uvolnění a snižování napětí. Mezi tyto neadaptivní projevy patří agrese, která může mít nejrůznější formy od hrubého fyzického násilí a záchvatů vzteku až po autoagresi. Únik může mít podobu reálného fyzického útěku, verbální únik za použití výmluvy či únik do fantazie apod. Negativismus bývá u dospělých někdy projev snahy o samostatnost a opozici za každou cenu, někdy projev bezradnosti. Fixace je ustrnutí, zastavení vývoje. Jedinec se nepřizpůsobí dané situaci, pokouší se o stále stejné řešení obtížné situace, i když se již opakovaně ukázalo neúčinné. Rezignace je pasivní, lhostejný, apatický vztah k zátěži, doprovázený často depresivními pocity bezmocnosti. Izolace je vystupňovanou formou úniku až po úplnou ztrátu kontaktu s vnějším světem. Tyto a ještě mnohé jiné mechanismy, pokud se stanou dominantním způsobem řešení náročných životních situací, ukazují na špatné přizpůsobení osobnosti a považujeme je za neadaptivní.<sup>66</sup>

Způsob, jakým vidíme sami sebe, je důležitá součást našeho každodenního života. Pokud dojde k náhlé změně ve vnímání našeho obrazu, může to mít psychologické důsledky pro naše chování. Ve své mysli si tvoříme obraz o tom, jak naše tělo vypadá. Naše myšlenky jsou založeny na realitě našeho těla, jak se mění vlivem věku, nemocí apod. Když jednotlivec onemocní, tak se stává,

---

<sup>64</sup> VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. s. 63 – 64.

<sup>65</sup> KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. s. 144.

<sup>66</sup> JOBÁNKOVÁ, Marta et al. *Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti*. s. 93 – 97.

že více vnímá i své tělo. Jestliže nemoc ve výsledku změní obraz těla, pak mohou nastat psychologické potíže při přizpůsobování se této změně.<sup>67</sup>

Komunikace s pacientem v rámci všech složek zdravotnického týmu má nezastupitelnou roli pro dobrou psychickou adaptaci. Zvláštní místo v tomto týmu zaujímá stomická sestra, která by měla nemocného provázet po celou dobu hospitalizace a připravit ho na přesun do domácího prostředí. Svě opodstatnělé místo v tomto týmu má i psychoterapeut, který může dát pacientovi tak potřebnou zpětnou vazbu na svou situaci.

### 1.7.3 Sociální adaptace

Sociální adaptace se týká sociálního prostředí pacienta, ve kterém pacient žije a kde se pohybuje. Zahrnuje nejen jeho nejbližší rodinu, ale i prostředí školy či zaměstnání a také místa, kde tráví svůj volný čas, tedy sociální prostředí, ve kterém se pohybuje.

„Závažná choroba mění sociální pozici nemocného. Člověk ztrácí svou profesní roli, která mu mohla přinášet značné uspokojení a prestiž. Mění se i jeho role v rodině, kde se stává závislým objektem péče ostatních. Není sice nucen, a často ani schopen, plnit běžné povinnosti, ale na druhé straně už nemá stejná práva jako zdraví.“<sup>68</sup>

Operační výkon je svým charakterem náhlá situace, která přerušuje veškeré sociální aktivity nemocného. S vyvedením stomie může tento stav přejít v dlouhodobé omezení sociálních kontaktů.<sup>69</sup>

Pacient s nově vyvedenou stomií může mít změněné vnímání sebe sama, může se za samotnou stomii či její fungování (odchod plynů a stolice, zvýšená a slyšitelná peristaltika střeva apod.) stydět, což může vést k vlastní nejistotě, vyhýbání se sociálním kontaktům až k úplné izolaci.

Ošetřující personál má v pooperačním období jedinečnou šanci a úkol svým vstřícným chováním a péčí těmto negativním jevům předejít svým vstřícným chováním a péčí. Nanejvýš vhodné je také umožnit v pooperačním

---

<sup>67</sup> WILLIAMS, Julia. *Psychological Issues in Stoma Care*. s. 158.

<sup>68</sup> VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. s. 65.

<sup>69</sup> VENGLÁŘOVÁ, Martina; MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. s. 75.

období, tak jak to zdravotní stav dovolí a pacient odsouhlasí, udržovat alespoň nejbližší kontakty v rámci rodiny či přátel.

Ve výzkumné části této práce se zaměříme na časnou adaptaci pacienta v pooperačním období, proto se budeme zabývat hlavně fyzickou adaptací. Psychická a sociální adaptace je proces, který sice začíná již v pooperačním období, ale jeho plné uvědomění a řešení je možné až po propuštění z nemocnice v domácím prostředí.

## **1.8 Specifika práce stomické sestry**

Kompetence ani specializační vzdělání všeobecných sester, které vykonávají činnost stomických sester, nejsou všeobecně stanoveny. Je na každé stomické sestře, nárocích konkrétního oddělení či zdravotnického zařízení a spolupráci s celým zdravotnickým týmem, jaké pravomoce si získá a obhájí.

Dříve stomasestry absolvovaly specializační studium ukončené závěrečnou zkouškou. Dnes se tak děje v rámci programu specializačního studia Ošetrovatelská péče o pacienta ve vybraných klinických oborech. Další formou vzdělávání sester jsou certifikované kurzy nebo školení, popřípadě edukační programy pořádané samotnými firmami, které distribuují výrobky pro stomiky.<sup>70</sup>

Stomické sestry vykonávají svou činnost v rámci svého zařízení v ambulanci, na oddělení nebo jako staniční či vrchní sestry. Jen málokterá vykonává pouze specializaci stomické sestry. Níže se budeme zabývat činnostmi stomické sestry pečující o pacienta, který absolvuje chirurgický výkon zahrnující vyvedení stomie. Tyto informace jsou návodem různorodosti péče o stomického pacienta.

V předoperačním období je kladen důraz na poskytnutí informací, které budou sloužit jako příprava na život se stomií. Předoperační fáze začíná rozhodnutím pro chirurgický zásah. Každý pacient by měl dostat od lékaře srozumitelné informace o předpokládaném rozsahu operace a případných komplikacích, jakož i možných důsledcích, mezi které patří vyvedení stomie. Na tyto informace může navázat stomická sestra předoperační edukací o současných možnostech ošetřování stomie, popřípadě nabídnout vyzkoušení zkušebního

---

<sup>70</sup> ZACHOVÁ, Veronika et al. *Stomie*. s. 135 – 136.

vzorku stomického systému. Před operací je dobré předem vyznačit vhodné místo pro stomii na přední břišní stěně, které provádí buď lékař nebo zkušená stomasestra.<sup>71</sup>

Po operačním výkonu je ještě na operačním sále na stomii nalepen průhledný stomický sáček bez filtru. Podle závažnosti operačního výkonu, polymorbidity a komplikací dále probíhá pooperační péče na jednotce intenzivní péče. První pooperační den vybaví stomasestra pacienta na příslušném oddělení pomůckami, doplňkovým sortimentem a informačními letáky. Stomasestra dochází za pacientem denně a podle jeho stavu provádí základní pooperační edukaci na lůžku. Ošetřování stomie provádí ve spolupráci s ošetřujícím personálem.<sup>72</sup>

„Sestra provádí edukaci u ležícího pacienta, který v zrcadle sleduje průběh výměny stomického systému. Sestra celý postup slovně komentuje a podrobně vysvětluje. Pokud nemá pacient o edukaci zájem nebo ji nedovoluje jeho zdravotní stav, dochází sestra pouze proto, aby nepřerušila navázaný kontakt. První pohled na vlastní stomii je pro pacienta psychicky velmi náročný – nikdy ho nenutíme a klidně několik dní počkáme, až se bude chtít podívat.“<sup>73</sup>

Po přeložení na standardní oddělení je pacient více mobilizován a může docházet do speciálně vybavené koupelny či edukační místnosti, kde je zařízení prostor se zrcadlem pro ošetření stomie. Pacient má mít možnost si vyzkoušet a vybrat takové pomůcky, které mu nejvíce vyhovují. Ke každému pacientovi musíme přistupovat individuálně a akceptovat jeho požadavky a přání.<sup>74</sup>

Specifické informace o stomicích se zaznamenávají do ošetřovatelské dokumentace nebo do zvláštních, pro tyto účely vytvořených, záznamových tiskopisů. Mezi položky, které stomická sestra zaznamenává do ošetřovatelské dokumentace, patří typ stomie, typ pomůcky, ošetření stomie, komplikace stomie, ošetřovatelské problémy, edukační plán, rodinné zázemí stomika, psychický stav a mimořádné události.<sup>75</sup>

---

<sup>71</sup> LAJDOVÁ, Andrea; URÍČKOVÁ, Alena. Význam informací v procesu adaptace pacienta na život s kolostomií. *Sestra*. s. 56 – 57.

<sup>72</sup> OTRADOVCOVÁ, Iva et al. *Komplexní péče o pacienta se stomií*. s. 28.

<sup>73</sup> OTRADOVCOVÁ, Iva et al. *Komplexní péče o pacienta se stomií*. s. 30.

<sup>74</sup> OTRADOVCOVÁ, Iva et al. *Komplexní péče o pacienta se stomií*. s. 30.

<sup>75</sup> MICHÁLKOVÁ, Helena. Stomické sestry v České republice. *Sestra*. s. 40.

Stomická sestra zprostředkovává pacientovi informace týkající se preskripce, úhrady a limitech pomůcek (viz Příloha č. 7). Dále informuje o nároku na sociální příspěvek, vybavení domácnosti a uložení pomůcek, rehabilitaci, oblékání, sportovních činnostech a společenském životě, možném návratu do práce, cestování a v neposlední řadě o dietě.<sup>76</sup>

Pacient může být propuštěn do domácího ošetření až poté, kdy je v péči o stomii plně soběstačný nebo je péče o stomii zajištěna náhradním způsobem. Stomická sestra může působit dále jako konzultant na telefonu. Vhodné je také provozování stomických poraden a ambulancí, kde jsou stomici dále sledováni, řeší zde případné komplikace se stomií či nevyhovujícími pomůckami apod.

Stomické sestry jsou díky svému průběžnému vzdělávání, praxi v této specializaci a nabytým zkušenostem opravdovými odbornicemi. Je tedy nejvýše vhodné, aby své zkušenosti předávaly v rámci ústavních i jiných školení a publikovaly zajímavé kazuistiky v odborných časopisech. Mohou se také podílet na tvorbě edukačních materiálů, které pomohou pacientům k rychlejší orientaci v dané problematice.

Celorepublikovým výzkumem na téma Postavení stomasestry v České republice se zabýval projekt zpracovaný v roce 2010 v rámci disertační práce Heleny Micháلكové, jehož výsledky byly předběžně vydávány v odborných časopisech.<sup>77</sup>

V následujícím textu se budeme zabývat konkrétními kompetencemi stomických sester na dvou pracovištích, kde byl prováděn výzkum stomických pacientů.

### **1.8.1 Specifika práce stomické sestry na pracovišti A**

Stomická sestra na pracovišti A, což je nestátní zdravotnické zařízení, pracuje jako všeobecná sestra ve směnném provozu na septické chirurgii.

Pacient, který je objednan na plánovaný chirurgický výkon se založením stomie, je v rámci předoperačního vyšetření dotázán, zda si přeje seznámit se se stomickými pomůckami. Při kladné odpovědi je stomickou sestrou s těmito pomůckami seznámen a má možnost si je i vyzkoušet. K tomuto účelu slouží

---

<sup>76</sup> OTRADOVCOVÁ, Iva et al. *Komplexní péče o pacienta se stomií*. s. 32 – 33.

<sup>77</sup> MICHÁLKOVÁ, Helena. *Stomické sestry v České republice. Sestra*. s. 38.

předoperační stomický balíček. Samotné předoperační označení vhodného místa pro stomii zajišťuje chirurg – operatér.

Po operaci stráví pacient několik dnů na jednotce intenzivní péče. Celkovou péči o stomii zajišťuje sestra, která má pacienta na starosti. Stomická sestra zde působí v případě potřeby jako konzultantka. Pokud je celkový zdravotní stav pacienta uspokojivý, naváže stomická sestra s pacientem první kontakt (pokud se tak již nestalo před operací), poskytne informační letáky, popřípadě zodpoví dotazy.

Po přeložení pacienta na standardní oddělení začíná praktický nácvik péče o stomii. Pacient je postupně zapojován do péče podle jeho možností, schopností a aktivity. Vyzkouší si postupně různé výrobky od několika firem, aby se mohl rozhodnout pro nejvhodnější systém a druh výrobku. Do péče a edukace je také zapojena blízká osoba, pokud s tím pacient souhlasí. Pacient má možnost konzultace s psychoterapeutem. Je také poučen o dietním a pohybovém režimu, o předepisování pomůcek a jejich limitech aj.

Propuštění pacienta do domácího ošetření je možné až po zvládnutí péče o stomii. Pokud se tak nestane, je mu zajištěna domácí péče. Pacient je vybaven pomůckami na následující měsíc. Další pomůcky si zajistí prostřednictvím poukazu z chirurgické ambulance v lékárně, popřípadě v příslušných odborných ambulancích v místě bydliště. Má také možnost si nechat posílat pomůcky domů.

Stomická sestra vede Záznam stomika (viz Příloha č. 8), kde zaznamenává mimo základní informace o stomii i vyzkoušené stomické pomůcky, edukaci v jednotlivých oblastech a další plán péče. Stomická sestra má na oddělení k dispozici účelně zařízený koutek pro ošetřování stomiků, má zde také vystavené jednotlivé stomické pomůcky. Stomická sestra působí i jako konzultantka pro jiná oddělení tohoto zařízení. Následná péče a evidence stomiků probíhá v rámci kontrol v chirurgické ambulanci nebo na spádovém pracovišti v blízkosti pacientova bydliště.

### **1.8.2 Specifika práce stomické sestry na pracovišti B**

Pracovištěm B je fakultní nemocnice, kde stomická sestra pracuje v jednosměnném provozu na oddělení septické chirurgie. Ke své práci na tomto oddělení se navíc věnuje stomikům. Mimo péči o stomiky na tomto oddělení

a konzultací na jiných odděleních je dvakrát týdně k dispozici ve stomické poradně.

Stomická sestra s pacientem naváže kontakt buď před plánovaným výkonem (pokud je hospitalizován na tomto oddělení), nebo po výkonu na jednotce intenzivní péče. Stomii již zde kontroluje, ošetřuje a vybaví pacienta patřičnými pomůckami. Místní zdravotnický personál se však do péče také zapojuje dle potřeby a instrukcí, neboť o stomii je potřeba pečovat kontinuálně.

Po přeložení pacienta na standardní oddělení probíhá samotná systematická výuka a nácvik ošetřování stomie. Pro tyto účely má zařízení speciální místnost v rámci oddělení chirurgie. Sestra navrhne pacientovi vhodný stomický systém, který pacient vyzkouší a zhodnotí. V rámci edukace je poučen o pomůckách, ošetřování stomie, vhodné dietě, pohybovém režimu aj.

Podle možností je do edukace také zahrnut rodinný příslušník. Pokud jsou soběstačnost a možnosti zaučení do péče o stomii ze strany pacienta omezeny, doporučí pacientovi domácí péči. Pomoc zdravotní sestry, která navštěvuje pacienta v jeho domácím prostředí, bývá natolik účinná, že se může po určitém období stát plně soběstačný a o stomii pečovat sám.

Stomická sestra vede o ošetřování stomie a edukaci pacienta písemný záznam v ošetrovatelské dokumentaci. Jsou zde zaznamenány všechny potřebné údaje nejen o ošetření stomie, stavu pokožky, použitých pomůckách, ale i jednotlivých oblastech edukace.

Po propuštění většina pacientů navštěvuje stomickou poradnu, kterou stomická sestra vede. Pacienti mají nejen možnost telefonické konzultace, ale i přímého kontaktu se stomickou sestrou, která je uvedla do problematiky života se stomií a dále je i provází. Díky fungování poradny je tak péče o pacienty komplexnější a ucelenější.

## ***1.9 Edukace stomika***

K celkové péči o pacienta se stomií neodmyslitelně patří edukace. „Pojem edukace je odvozen z latinského slova educo, educare, což znamená vést vpřed, vychovávat. Pojem edukace lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech,

postojích, návycích a dovednostech. Edukace znamená výchovu a vzdělávání jedince. Oba dva pojmy se navzájem prolínají a nelze je od sebe příkře oddělit.<sup>78</sup>

Edukaci rozdělujeme na několik fází. Základní edukace se provádí při nově diagnostikovaném onemocnění, v případech, kdy pacient není vůbec o problematice informován. Komplexní edukace zahrnuje edukační kurzy pro určité diagnózy, postihující pacienta celoživotně a zasahující do stravovacích zvyklostí, pohybového režimu apod. a zahrnuje i některé ošetrovatelské výkony. Reedukace je pokračující, rozvíjející a napravující. Navazuje na předcházející znalosti, opakuje a aktualizuje je, eventuálně poskytuje další informace vzhledem k měnícím se podmínkám.<sup>79</sup>

V aplikaci na situaci stomika můžeme hovořit o základní edukaci v období před operací, kdy je pacient seznámen s možností vyvedení stomie. Komplexní edukace následuje po operaci a zahrnuje všechny oblasti člověka, tedy bio-psycho-sociální sféru. Týká se nejen praktického zvládnání péče o stomii, ale také stravovacích a pohybových návyků, psychického stavu pacienta a také sociálního zařazení do společnosti a vztahů. Následující reedukace se děje na půdě ambulantních stomických poraden nebo také v rámci stomických klubů, kongresů či jiných vzdělávacích aktivit pro tuto skupinu.

Komplexní edukaci je třeba rozdělit na dílčí úseky a při plánování vybrat pro stomika vhodnou denní dobu. „Je také nezbytné neustále sledovat reakce pacienta: jak udrží pozornost, je-li unaven, nemá-li bolesti. Při ukončování lekce je vhodné, aby si pacient zopakoval získané informace. Nesmíme však pacienta přetížít. Dobré je naučit jednotlivé druhy pomůcek rozeznávat pomocí mnemotechniky, která usnadní zapamatování si sortimentu i postupu. Stomik si často k informacím, které získá od sestry i z jiných zdrojů, přidá ty, které má sám. Stává se, že si vytváří vlastní systém sebepéče.“<sup>80</sup>

### **1.9.1 Edukace o stomii a stomických pomůčkách**

Edukace je proces a je vhodné ho s obměnami opakovat až do chvíle, kdy pacient získá jistotu. V první fázi sestra provádí výměnu pomůcek sama,

---

<sup>78</sup> JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. s. 9.

<sup>79</sup> SVĚŘÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry - Úvod do problematiky*. s. 34.

<sup>80</sup> ZACHOVÁ, Veronika et al. *Stomie*. s. 57.



vysvětluje postup a pacient se pouze dívá. Později provádí výměnu pomůcek pacient, sestra mu pomáhá, radí, vysvětluje, opakuje a chválí ho. V další etapě pacient provádí výměnu pomůcek samostatně, sestra ho kontroluje, pomáhá již jen radou a chválí ho. Pokud je adaptační proces úspěšný a pacient přiměřeně schopný, je na konci tohoto edukačního procesu plně soběstačný v péči o stomii.<sup>81</sup>

Edukace se netýká jen samotné výměny stomického systému. Pacient musí vědět o možných komplikacích, předcházet jim, popřípadě je podle příznaků včas rozpoznat, upozornit na ně a řešit nastalou situaci. Nejčastější ranou komplikací je podráždění kůže při zatečení obsahu střeva pod podložku.

Další edukační oblast se týká stomických pomůcek. Během hospitalizace je pacient seznámen s výrobky několika firem a rozhodne se po konzultaci se stomickou sestrou pro nejvhodnější typ. Pomůcky lze předepsat maximálně na 3 měsíce. Jsou hrazeny buď plně, nebo částečně pojišťovnou. Pojišťovna stanovuje početní a finanční limit pro určitou pomůcku na měsíc či jiné časové období. Výjimečné navýšení pomůcek musí odsouhlasit revizní lékař.<sup>82</sup>

### 1.9.2 Edukace o dietě

Snaha o získání kontroly nad vyprazdňováním střeva vede stomiky ke změně stravovacích návyků. Za tímto účelem by se měla u kolostomiků strava přijímat pětkrát denně ve stejnou dobu. Snídaně a oběd by měly být vydatné. Důležitý je též celodenní přísun dostatečného množství tekutin (alespoň 2 litry). Potraviny, které pacient snášel před založením stomie, zpravidla nečiní problémy ani poté. Stolicí by měli udržovat mírně tekutou, zvýšenou tuhost způsobuje obvykle více bílkovin ve stravě. Vhodné je vyhýbat se jídlům, která působí projímavě – tučná jídla, celozrnný chléb, luštěniny, zelí, kapusta, květák, řepa, fazolky, okurky, houby, syrové ovoce, aromatická zelenina, ostré koření, šumivé nápoje a koncentrovaný alkohol.<sup>83</sup>

U ileostomiků je vyřazeno z činnosti tlusté střevo, které má za úkol vstřebávat vodu, takže stolice je řídká. Cílem diety by mělo být maximální možné zahuštění stolice, ne však za cenu odvodnění. Dieta by měla být jakostně

<sup>81</sup> OTRADOVCOVÁ, Iva et al. *Komplexní péče o pacienta se stomií*. s. 29.

<sup>82</sup> OTRADOVCOVÁ, Iva et al. *Komplexní péče o pacienta se stomií*. s. 32 – 33.

<sup>83</sup> PAILOVÁ, Nad'a. *Výživa stomiků*. *Sestra*. s. 52.

a kaloricky vydatná a chutná. Úprava pokrmů nemusí být nějak výrazně omezena, pokrmy by měly být spíše jednoduché, ne příliš tučné a sladké. Koření lze užít v malé míře. Příliš kořeněná jídla mohou dráždit kůži v okolí stomie. Je nutné, aby pacient hodně pil (2,5 – 3 litry denně). Nevhodné jsou slazené limonády a syčené minerálky. Velmi důležitý je pravidelný přísun vitaminů nejlépe z ovocných šťáv z citrusů. K zahuštění stolice lze doporučit některé potraviny, které by měly být součástí běžného jídelníčku (rýže, těstoviny, banány). Mezi potraviny, které nelze doporučit, patří švestky, třešně, hrušky, fíky, zelí, kapusta, luštěniny, čerstvé pečivo a ořechy.<sup>84</sup>

### 1.9.3 Další oblasti edukace

Pacient před propuštěním do domácího ošetření by měl vědět, jak nejlépe si zařídit ve svém domácím prostředí prostor pro ošetření stomie. Nejvhodnější k tomuto účelu je koupelna, vybavená zrcadlem v patřičné výšce, odkladnou plochou pro přípravu pomůcek, skříňkou pro úschovu stomických pomůcek a odpadkovým košem. Ne vždy však jde vytvořit ideální stomický koutek. Je na zkušenostech a schopnostech stomické sestry, aby hledala s pacientem vhodné řešení šité na míru jak možnostem bydlení, tak potřebám pacienta.

Nutné je upozornit na nevhodné oblékání. Nedoporučuje se nosit pásek a oblečení s gumou v oblasti stomie. Použití diskrétních pomůcek umožňuje individuální oblékání podle potřeby. Existuje také speciální spodní prádlo pro stomické pacienty (s kapsou na sáček).<sup>85</sup>

Doporučuje se aktivní rekreační sportování. Jízda na kole, plavání, turistika a jiné pohybové aktivity nejsou stomikům zapovězeny. Cestování ani společenský život není nutné omezit. Je potřeba však mít vhodné podmínky, týkající se zejména stravování a hygieny. Pacientovi je také nabídnut kontakt na specializované odborníky v oboru psychologie, sexuologie, urologie, gynekologie aj.<sup>86</sup>

Někteří pacienti raději využijí nabídky svépomocných skupin. Mezi nejznámější a nejrozšířenější patří České ILCO – dobrovolné sdružení

---

<sup>84</sup> JIRKŮ, Hana. Doporučená dieta pro ileostomiky. *Sestra*. s. 40.

<sup>85</sup> OTRADOVCOVÁ, Iva et al. *Komplexní péče o pacienta se stomií*. s. 33.

<sup>86</sup> OTRADOVCOVÁ, Iva et al. *Komplexní péče o pacienta se stomií*. s. 33 – 34.

stomiků<sup>87</sup>, které má své kluby zastoupené po celé České republice. Jednotlivé kluby pořádají různé vzdělávací, kulturní či sportovní akce, do kterých je možné se dle libosti zapojit. Je možné také bezplatně odebírat časopis určený pro stomiky (např. Radim, České ILCO – Zpravodaj)

K propuštění do domácího ošetřování by mělo dojít až po domluvě chirurga se stomasestrou, která ručí za soběstačnost pacienta. Pokud pacient soběstačný není a selže i edukace rodiny, předají ho do péče agentury domácí péče nebo do zařízení následné péče. Propuštěný pacient odchází vybavený pomůckami na jeden měsíc, firemní taštičkou s letáky a nůžkami, firemními kontakty, kontaktem na stomasestru a další odborníky či odborné ambulance.<sup>88</sup>

---

<sup>87</sup> Více na [www.ilco.cz](http://www.ilco.cz), zkratka ILCO je odvozena od začátečních písmen slov ileostomie a kolostomie.

<sup>88</sup> OTRADOVCOVÁ, Iva et al. *Komplexní péče o pacienta se stomií*. s. 34.

## 2 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

Po teoretickém úvodu a nahlédnutí do problematiky péče o pacienta se stomií následuje praktická část práce zaměřená na vyhodnocení sebraných dat u těchto pacientů. Pro kvantitativní výzkumné šetření jsem získala data dotazníkovou metodou.

### 2.1 Cíl a hypotézy

**Cíl:** Zjistit, jaký vliv na časnou adaptaci pacienta s ileostomií a kolostomií v pooperačním období mají věk, základní diagnóza, informovanost od lékařského a ošetrovatelského personálu a celkový pooperační průběh.

**Hypotéza č. 1:** Pacient mladší věkové skupiny se zapojí do péče o stomii dříve než pacient starší věkové skupiny.

**Hypotéza č. 2:** Pacient s diagnózou Crohnova choroba nebo ulcerózní kolitida se léčí pro základní onemocnění déle než pacient s jiným onemocněním vedoucím k založení stomie, a proto je dříve informován o možnosti vyvedení stomie.

**Hypotéza č. 3:** Komplikace a nesoběstačnost v pooperačním období prodlužují časnou adaptaci pacienta na přijetí a péči o stomii.

**Hypotéza č. 4:** 80 % pacientů se setkává se stomickou sestrou nejdříve 5. den po operaci, ale informační letáky obdrží v dřívějším pooperačním období.

### 2.2 Časový harmonogram

Časový harmonogram přípravy a zpracování výzkumu byl více než roční proces. Na konci roku 2011 jsem absolvovala stomický kurz organizovaný firmou Coloplast a v rámci zimního semestru druhého ročníku bakalářského studia oboru Všeobecná sestra na 3. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze pak volitelný předmět Péče o stomiky se stáží ve stoma poradně.

V první polovině roku 2012 jsem blíže studovala dostupnou literaturu vztahující se k tématu bakalářské práce a konzultovala téma s kolegy na pracovišti a pacienty.

V září jsem vytvořila zkušební verzi dotazníku. Oslovila jsem vybraná pracoviště a požádala hlavní sestru pracoviště A a náměstkyni pro ošetrovatelskou péči pracoviště B o souhlas s výzkumným šetřením. Kopie souhlasných vyjádření mohu doložit. Pro zaměření výzkumu, který probíhal u pacientů, jsem získala i souhlasné vyjádření Etické komise.

V říjnu a listopadu následoval předvýzkum na obou vybraných pracovištích, konzultace se stomickými sestrami a úprava dotazníku. Začala jsem též zpracovávat teoretickou část k tématu výzkumného šetření.

Od prosince roku 2012 do začátku dubna roku 2013 vyplňovali pacienti s nově vyvedenou stomií hospitalizovaní na dvou výše zmíněných zařízeních dotazník, který jim rozdávaly stomické sestry.

V dubnu jsem ukončila výzkumné šetření, následně vyhodnotila vyplněné dotazníky a uzavřela teoretickou i praktickou část práce.

### **2.3 Metodika výzkumu**

Metodiku sběru dat **kvantitativního výzkumného šetření** jsem zvolila dotazník. Vyplňovali ho pacienti, kterým byla nově vyvedena stomie 7. – 20. den po operaci, před ukončením hospitalizace a to anonymně. Pro tyto účely jsem vytvořila dotazník, který je uveden v Příloze č. 9. Obsahuje celkem 23 otázek, z nichž 2 otázky jsou otevřené, 9 polootevřených a 12 uzavřených. První část dotazníku obsahuje identifikační otázky, další část se týká druhu a délky nemoci, následují otázky vztahující se k specifické předoperační přípravě, k průběhu pooperačního období a dotazník uzavírají otázky zachycující míru zapojení do péče o stomii.

Sebraná data jsem roztřídila a zpracovala jednoduchou statistikou. U identifikačních otázek jsem zvlášť vyhodnotila data získaná z pracoviště A a B. U většiny otázek v dotazníku jsem stanovila absolutní četnost a relativní četnost v procentech. Z některých položek jsem vyhodnotila aritmetický průměr. Pro přehlednější znázornění výsledků jsem využila zobrazení v tabulkách a grafech, které jsem vytvořila v programu Microsoft Excel.

## **2.4 Výběr vzorku**

Do výzkumného šetření byli zařazeni pacienti s nově založenou ileostomií nebo kolostomií. Pacienti byli ve věkovém rozmezí 20 – 70 let, při vědomí a spolupracující, 7. – 20. den po operaci. Dotazníky byly nabízeny pacientům stomickými sestrami ve dvou zdravotnických zařízeních. Jednalo se o nestátní zdravotnické zařízení (pracoviště A) a fakultní nemocnici (pracoviště B), obě se sídlem v Praze.

Na obou pracovištích byl proveden předvýzkum. Dotazník na pracovišti A vyplnilo 7 respondentů a na pracovišti B celkem 9 respondentů. Na základě těchto dat jsem upravila a konkretizovala stanovené hypotézy a pozměnila některé otázky dotazníku.

Samotného výzkumného šetření se zúčastnilo na obou pracovištích 15 respondentů. **Celkový počet respondentů tak činil 30.**

## **2.5 Vyhodnocení získaných dat**

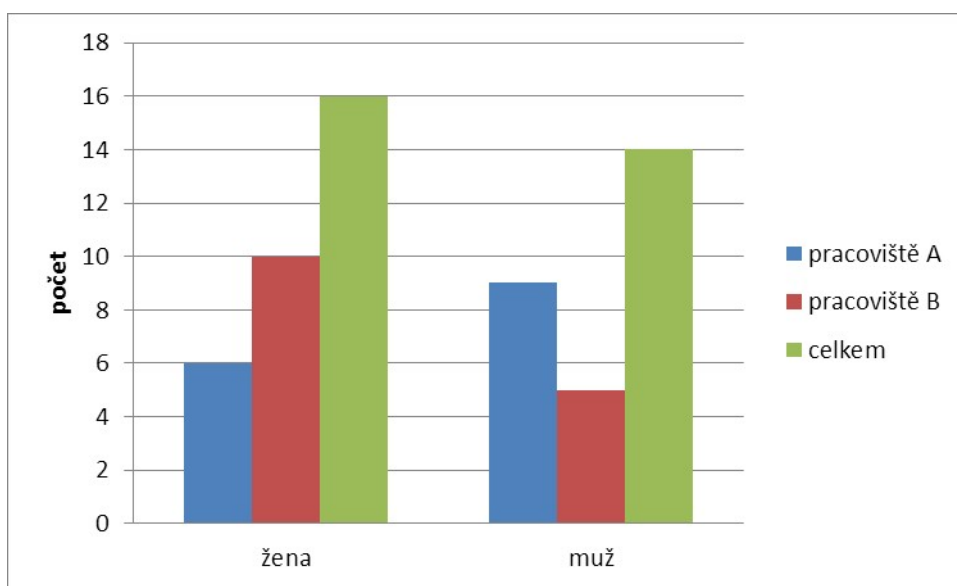
V následující části se dostáváme ke konkrétním informacím získaným dotazníkovým šetřením. Jednotlivé otázky jsou vyhodnoceny odděleně. Data z každé položky dotazníku jsou uspořádána v tabulce a následně zobrazena v grafu. Každá položka otázky je vyhodnocena v počtu odpovědí (absolutní četnost) a v procentuálním zastoupení k celku (relativní četnost). Na většinu otázek odpovídali všichni respondenti (N=30), pouze na otázku č. 14 odpovídalo 18 respondentů (N=18). Prvních šest položek dotazníku blíže identifikuje skupinu respondentů, proto jsou pro větší přehlednost a rozdílnost informací data rozdělena navíc podle pracovišť, na kterých byly informace sbírány. Další otázky jsou již vyhodnoceny souhrnně. Grafy zaznamenávají odpovědi v procentuálním zastoupení, dále podle počtu odpovědí nebo zachycují aritmetický průměr.

### Položka č. 1: Pohlaví

V první položce dotazníku jsem zjišťovala pohlaví respondentů.

1	pracoviště A	pracoviště B	absolutní četnost	relativní četnost v %
žena	6	10	16	53%
muž	9	5	14	47%
<b>Celkem</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Tabulka č. 1: Pohlaví



Graf č. 1: Pohlaví

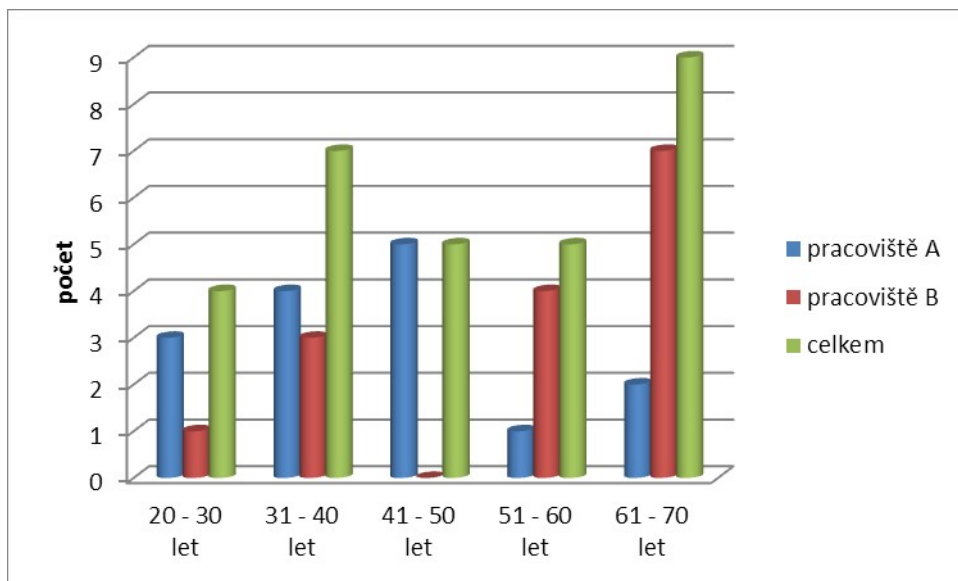
Na pracovišti A vyplnilo dotazník 6 žen a 9 mužů, na pracovišti B 10 žen a 5 mužů. Celkovou skupinu dotazovaných tvořilo 16 žen (53 %) a 14 mužů (47 %).

### Položka č. 2: Věk

Následující položka vyhodnocuje věkové zastoupení respondentů.

2	pracoviště A	pracoviště B	absolutní četnost	relativní četnost v %
20 - 30 let	3	1	4	13%
31 - 40 let	4	3	7	23%
41 - 50 let	5	-	5	17%
51 - 60 let	1	4	5	17%
61 - 70 let	2	7	9	30%
<b>Celkem</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Tabulka č. 2: Věk



**Graf č. 2: Věk**

Jednou z podmínek pro vyplnění dotazníku byl věk od 20 do 70 let. Podařilo se shromáždit pacienty ze všech věkových skupin. Nejmladších respondentů do 30 let byli 4 (13 %), skupinu do 40 let věku tvořili respondenti z druhé nejpočetnější skupiny počtem 7 (23 %), čtyřicátníci a padesátníci měli stejně 5 respondentů (17 %) a nejpočetnější skupina šedesátníků měla 9 respondentů (30 %).

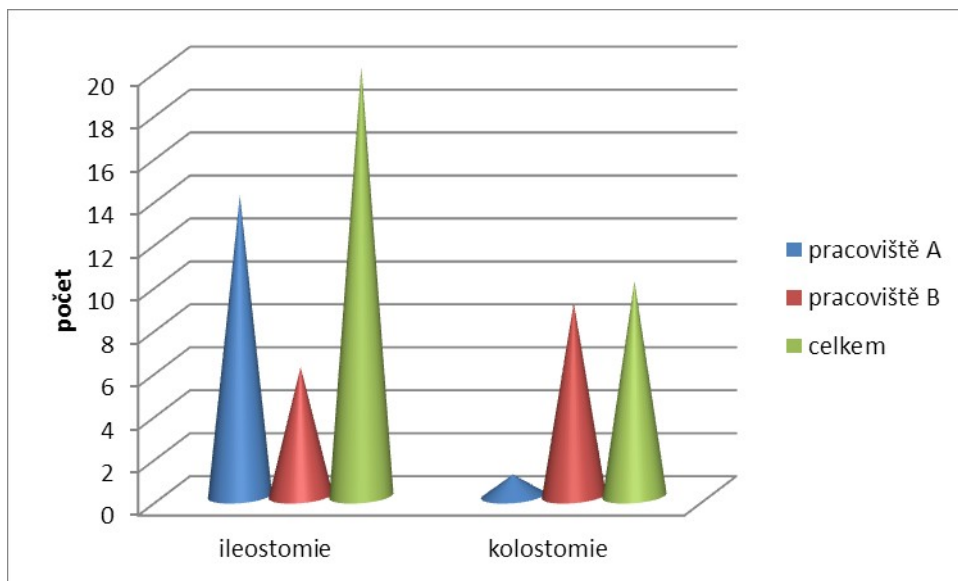
### **Položka č. 3: Druh stomie, která Vám byla založena**

Tato položka blíže charakterizuje druh stomie.

3	pracoviště A	pracoviště B	absolutní četnost	relativní četnost v %
ileostomie	14	6	20	67%
kolostomie	1	9	10	33%
<b>Celkem</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

**Tabulka č. 3: Druh stomie, která Vám byla založena**





**Graf č. 3: Druh stomie, která Vám byla založena**

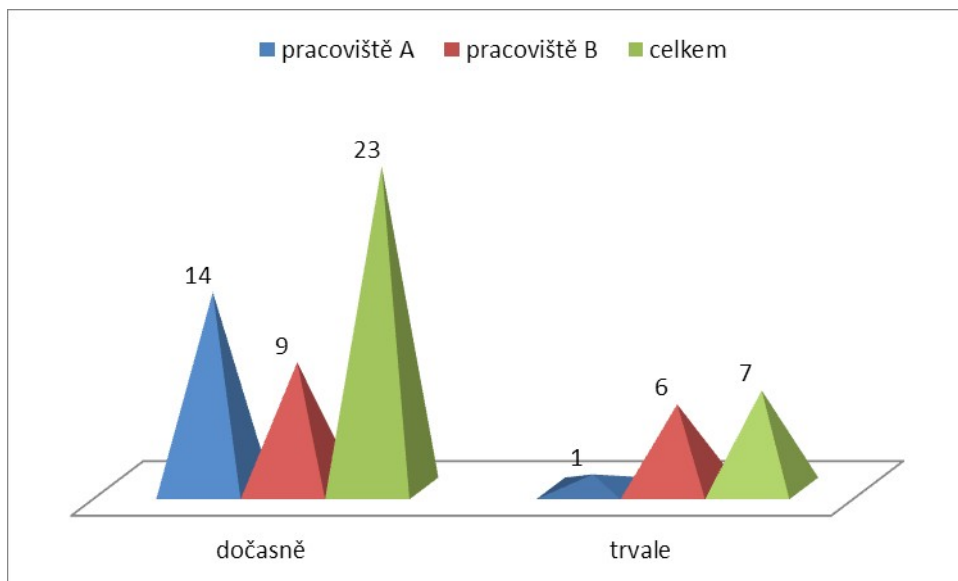
Na pracovišti A byla převážná část respondentů s ileostomií (14), naopak na pracovišti B byla převaha respondentů s kolostomií (9). V celkovém součtu mělo ileostomii 20 respondentů (67 %) a kolostomii 10 respondentů (33 %).

**Položka č. 4: Stomie Vám byla založena**

V této položce zjišťuji dočasnost či trvalost založení stomie.

4	pracoviště A	pracoviště B	absolutní četnost	relativní četnost v %
dočasně	14	9	23	77%
trvale	1	6	7	23%
<b>Celkem</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

**Tabulka č. 4: Stomie Vám byla založena**



**Graf č. 4: Stomie Vám byla založena**

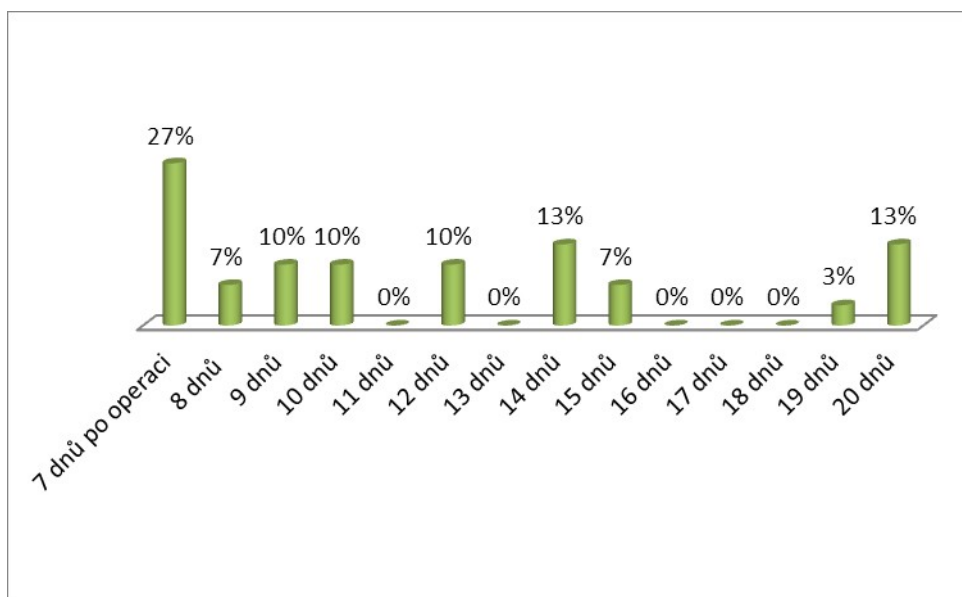
Odpovědi na délku trvání vývodu u respondentů z pracoviště A kopírují výsledky předcházejícího dotazu, tedy 14 respondentů má stomii dočasně a 1 respondent trvale založenou. Na pracovišti B se výsledky vyměnily, 9 respondentů má dočasnou stomii a 6 trvalou. Celkem tvoří 23 respondentů (77 %) s dočasnou stomií a pouze 7 respondentů (23 %) s trvalou stomií.

**Položka č. 5: Před kolika dny jste podstoupil/a operaci, při které Vám byla stomie založena?**

Touto otázkou jsem si ověřovala časový rozsah sběru dat. Pacienti vyplňovali dotazník 7 – 20 dnů po operaci, nejčastěji před ukončením hospitalizace.

5	absolutní četnost	relativní četnost
7 dnů po operaci	8	27%
8 dnů	2	7%
9 dnů	3	10%
10 dnů	3	10%
11 dnů	-	-
12 dnů	3	10%
13 dnů	-	-
14 dnů	4	13%
15 dnů	2	7%
16 dnů	-	-
17 dnů	-	-
18 dnů	-	-
19 dnů	1	3%
20 dnů	4	13%
<b>Celkem</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

**Tabulka č. 5: Před kolika dny jste podstoupil/a operaci, při které Vám byla stomie založena?**



**Graf č. 5: Před kolika dny jste podstoupil/a operaci, při které Vám byla stomie založena?**

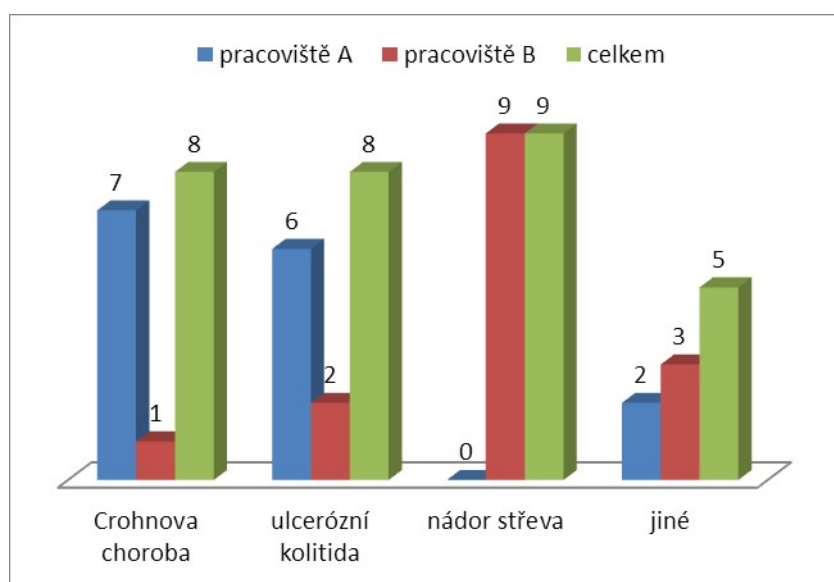
Téměř třetina pacientů (27 %) vyplnila dotazník 7 dnů po operaci. Většina pacientů pak vyplňovala dotazník během následujícího týdne a jen část (16 %) až na konci stanoveného období.

### Položka č. 6: Základní diagnóza, pro kterou Vám byla založena stomie

Zde je první z polootevřených otázek, v které se pacienti vyjadřovali k základní diagnóze, pro kterou jim byla založena stomie.

6	pracoviště A	pracoviště B	absolutní četnost	relativní četnost v %
Crohnova choroba	7	1	8	27%
ulcerózní kolitida	6	2	8	27%
nádor střeva	-	9	9	30%
jiné	2	3	5	17%
<b>Celkem</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Tabulka č. 6: Základní diagnóza, pro kterou Vám byla založena stomie



Graf č. 6: Základní diagnóza, pro kterou Vám byla založena stomie

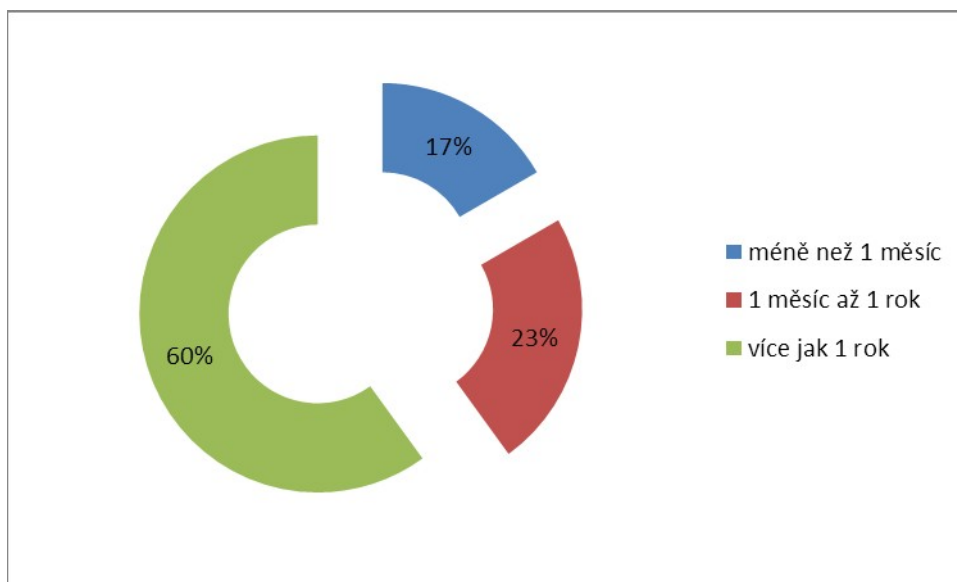
Na pracovišti A převažují pacienti s diagnózou nespecifických zánětů střev (Crohnova choroba a ulcerózní kolitida) – 13 respondentů, na pracovišti B pak převažují pacienti s nádorem střeva – 9 respondentů. V celku se pak jedná o 3 téměř vyrovnané skupiny. Crohnova choroba a ulcerózní kolitida mají po 8 respondentech (27 %) a diagnózu nádor střeva mělo 9 respondentů (30 %). Do poslední kategorie se zařadilo 5 respondentů (17 %). Dva z nich se vyjádřili, že se léčili pro divertikulitidu, jeden pro ileus a poslední dva se nevyjádřili.

### **Položka č. 7: Jak dlouho před operací jste se s touto nemocí léčil/a**

Tato položka ukazuje na délku léčby základní diagnózy. V následujících tabulkách již nerozdělují respondenty na jednotlivá pracoviště a hodnoty v grafech jsou zachyceny v %.

<b>7</b>	<b>absolutní četnost</b>	<b>relativní četnost v %</b>
méně než 1 měsíc	5	17%
1 měsíc až 1 rok	7	23%
více jak 1 rok	18	60%
<b>Celkem</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

**Tabulka č. 7: Jak dlouho před operací jste se s touto nemocí léčil/a?**



**Graf č. 7: Jak dlouho před operací jste se s touto nemocí léčil/a?**

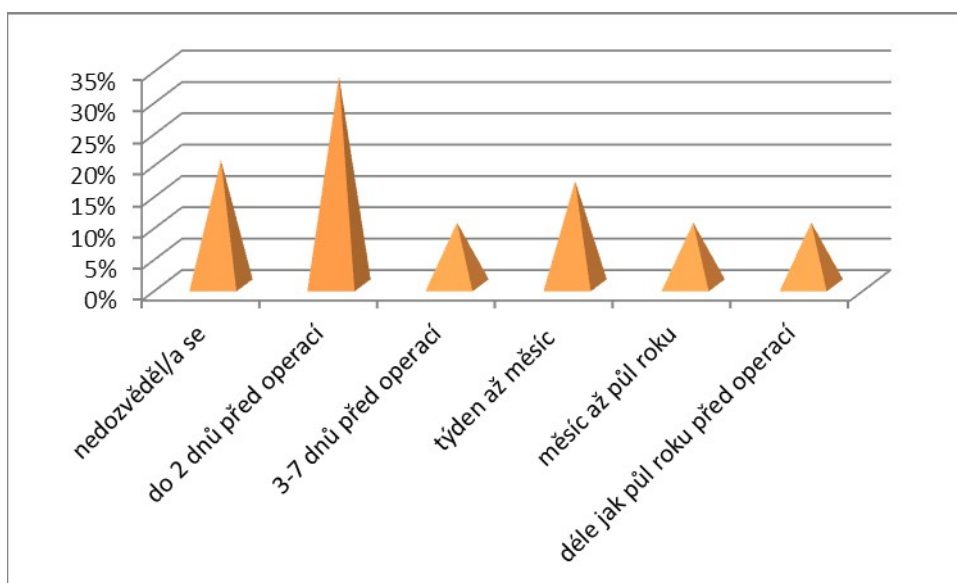
Ve výše uvedeném grafu nejmenší díl (17 %) zaujímají respondenti s délkou léčby kratší než jeden měsíc, následují mírně větší díl respondentů (23 %) s délkou léčby do jednoho roku a největší díl (60 %) zaujímají respondenti s délkou léčby přesahující jeden rok.

**Položka č. 8: Jak dlouho před operací jste byl/a informován/a o možnosti založení stomie?**

Touto otázkou jsem chtěla získat časová data o předávání informací pacientům.

8	absolutní četnost	relativní četnost v %
nedozvěděl/a se	6	20%
do 2 dnů před operací	10	33%
3-7 dnů před operací	3	10%
týden až měsíc	5	17%
měsíc až půl roku	3	10%
déle jak půl roku před operací	3	10%
<b>Celkem</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

**Tabulka č. 8: Jak dlouho před operací jste byl/a informován/a o možnosti založení stomie?**



**Graf č. 8: Jak dlouho před operací jste byl/a informován/a o možnosti založení stomie?**

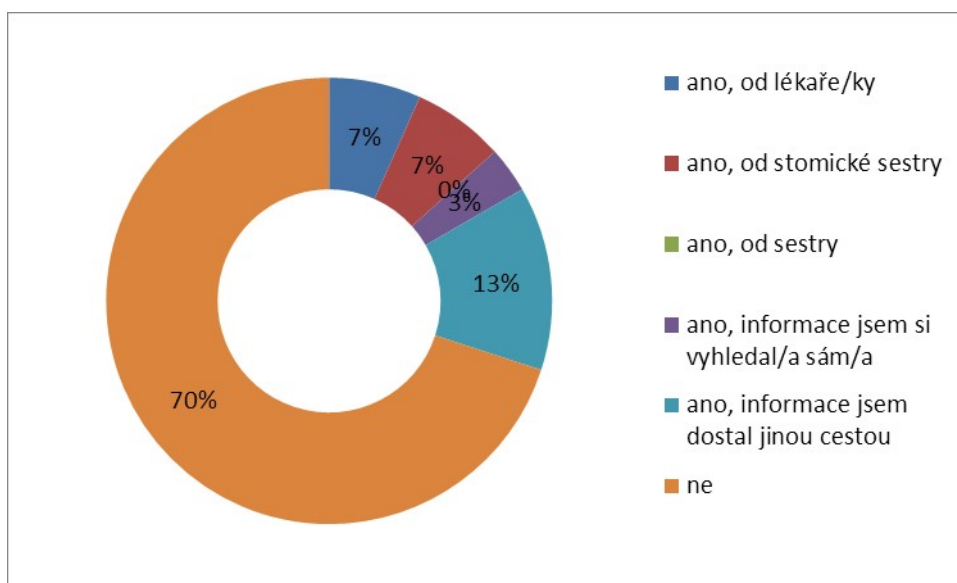
Pětina pacientů (20 %) se nedozvěděla před operací o možnosti založení stomie. Nejpočetnější skupina deseti respondentů (33 %) se dozvěděla o této možnosti těsně před operací. Další poměrně vyrovnané skupiny se dozvěděli tuto informaci v časovém rozmezí delší než týden, měsíc a rok.

**Položka č. 9: Měl/a jste možnost se před operací seznámit se stomickými pomůckami?**

Bližší specifikace toku informací o stomických pomůčkách je náplní této otázky.

9	absolutní četnost	relativní četnost v %
ano, od lékaře/ky	2	7%
ano, od stomické sestry	2	7%
ano, od sestry	-	-
ano, informace jsem si vyhledal/a sám/a	1	3%
ano, informace jsem dostal jinou cestou	4	13%
ne	21	70%
<b>Celkem</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

**Tabulka č. 9: Měl/a jste možnost se před operací seznámit se stomickými pomůckami?**



**Graf č. 9: Měl/a jste možnost se před operací seznámit se stomickými pomůckami?**

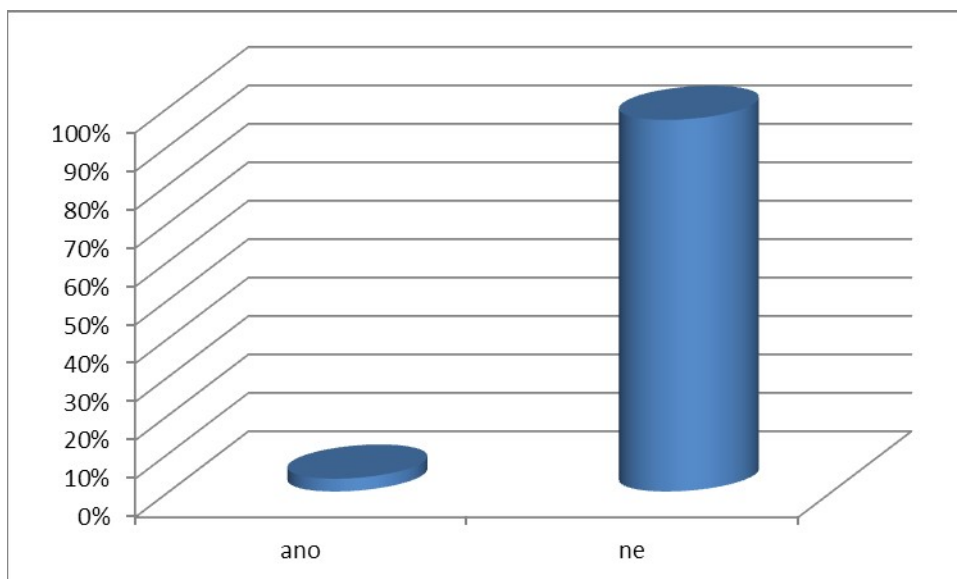
Převážná část skupiny respondentů (70 %) se se stomickými pomůckami před operací nesetkala. Pouze 2 respondenti (7 %) získali informace od lékaře nebo od stomické sestry a pouze jeden respondent (3 %) si vyhledal informace sám. Ze 4 respondentů (13 %), kteří se k pomůčkám dostali jinou cestou, 3 z nich uvádí zdroj informací své příbuzné a 1 respondent se odkazuje na internet.

**Položka č. 10: Měl/a jste možnost vyzkoušet si před operací stomické pomůcky (např. nalepení stomického sáčku na vhodné místo)?**

Odpověď na tuto otázku nám podává informace o specifické předoperační přípravě budoucích stomiků.

10	absolutní četnost	relativní četnost v %
ano	1	3%
ne	29	97%
<b>Celkem</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

**Tabulka č. 10: Měl/a jste možnost vyzkoušet si před operací stomické pomůcky (např. nalepení stomického sáčku na vhodné místo)?**



**Graf č. 10: Měl/a jste možnost vyzkoušet si před operací stomické pomůcky (např. nalepení stomického sáčku na vhodné místo)?**

Pouze 1 pacient (3 %) měl možnost si vyzkoušet stomické pomůcky před operací. Zbývajících 29 pacientů (97 %) toto možnost nemělo.

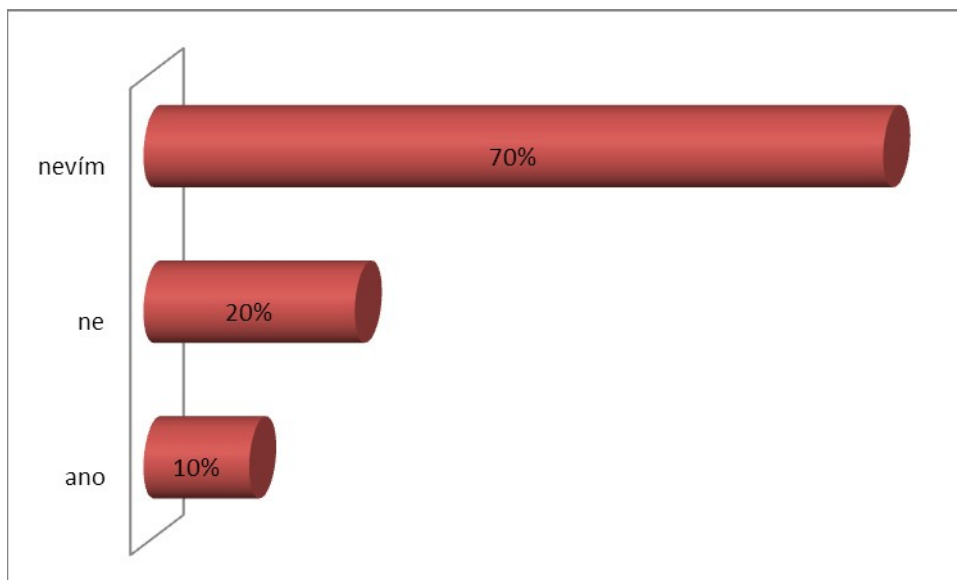


**Položka č. 11: Považujete za přínosné vyzkoušet si stomické pomůcky před operací?**

Zajímá mě názor respondentů na specifickou předoperační přípravu budoucích stomiků.

11	absolutní četnost	relativní četnost v %
ano	3	10%
ne	6	20%
nevím	21	70%
<b>Celkem</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

**Tabulka č. 11: Považujete za přínosné vyzkoušet si stomické pomůcky před operací?**



**Graf č. 11: Považujete za přínosné vyzkoušet si stomické pomůcky před operací?**

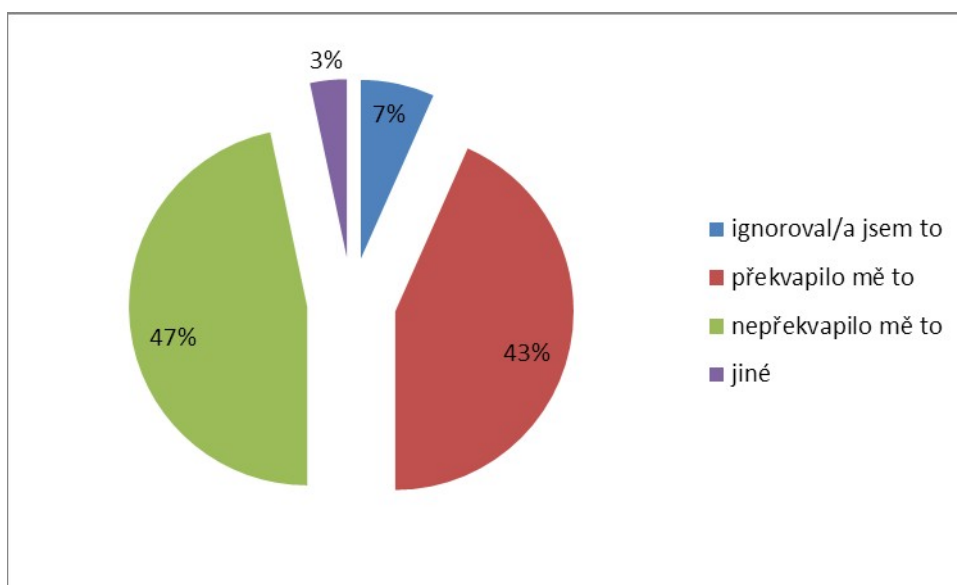
Největší skupina 21 respondentů (70 %) neví, zda by bylo pro ně přínosné vyzkoušet si stomické pomůcky před operací. Pouze 3 respondenti (10 %) by to přivítali a zbylých 6 respondentů (20 %) to nepovažují za přínosné.

### Položka č. 12: Jak jste reagoval/a po operaci na informaci o založení stomie?

Tato položka nastiňuje reakce pacientů v pooperačním období.

12	absolutní četnost	relativní četnost v %
ignoroval/a jsem to	2	7%
překvapilo mě to	13	43%
nepřekvapilo mě to	14	47%
jiné	1	3%
<b>Celkem</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Tabulka č. 12: Jak jste reagoval/a po operaci na informaci o založení stomie?



Graf č. 12: Jak jste reagoval/a po operaci na informaci o založení stomie?

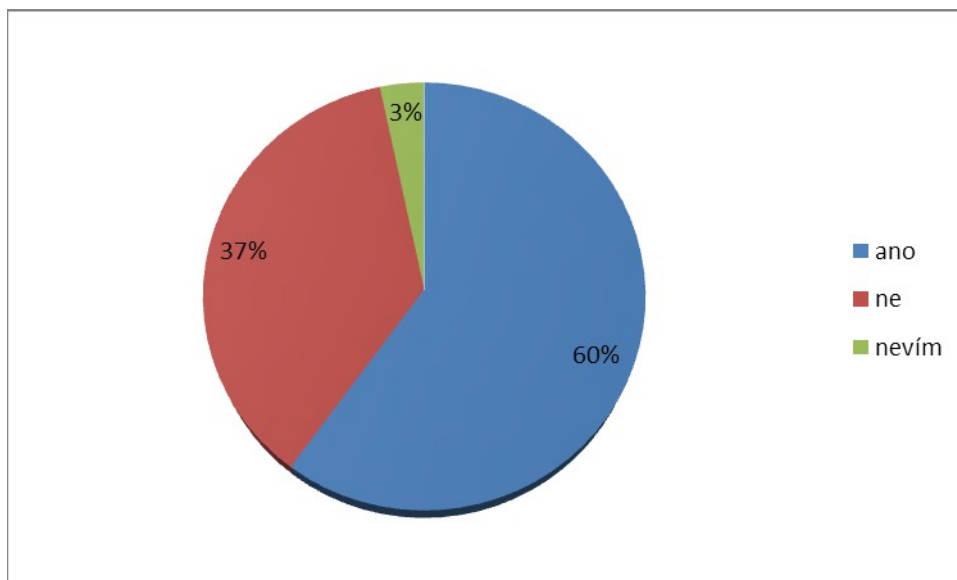
Pacienti reagovali překvapeně na informaci o založení stomie v počtu 13 (43 %), stejná informace ovšem nepřekvapila 14 pacientů (47 %). Pouze 2 pacienti (7 %) tuto informaci ignorovali a 1 pacient (3 %) označil kolonku „jiné“, do které popsal svou reakci slovem „negativně“.

**Položka č. 13: Vyskytly se či přetrvávaly od 3. dne po operaci přitěžující okolnosti, které narušily vaši soběstačnost?**

V této otázce jsem se zajímala o přítomnost přitěžujících okolností v časném pooperačním stavu.

13	absolutní četnost	relativní četnost v %
ano	18	60%
ne	11	37%
nevím	1	3%
<b>Celkem</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

**Tabulka č. 13: Vyskytly se či přetrvávaly od 3. dne po operaci přitěžující okolnosti, které narušily vaši soběstačnost?**



**Graf č. 13: Vyskytly se či přetrvávaly od 3. dne po operaci přitěžující okolnosti, které narušily vaši soběstačnost?**

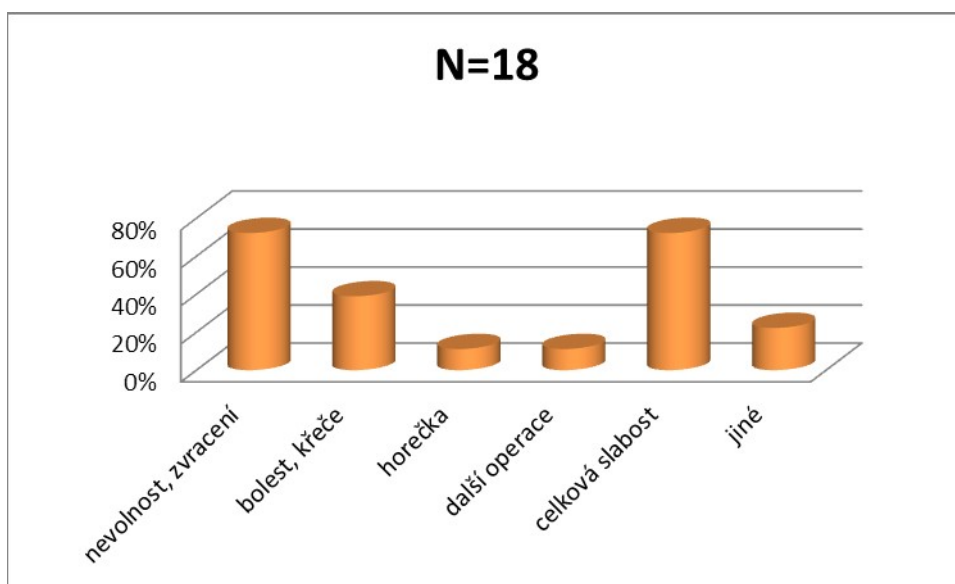
U celkem 18 respondentů (60 %) se vyskytly přitěžující okolnosti, které narušily jejich soběstačnost. U menší skupinky 11 respondentů (37 %) se tyto skutečnosti neobjevily a 1 respondent (3 %) neví.

**Položka č. 14: Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a kladně, o jaké přitěžující okolnosti se jednalo?**

Tato položka dotazníku blíže specifikuje jednotlivé přitěžující okolnosti, které se objevily v časném pooperačním stavu. Na tuto otázku odpovídali jen ti respondenti, kteří na předcházející otázku odpověděli kladně (N=18). Pro lepší přehlednost vyhodnocených dat jsem informace roztřídila do dvou rozdílných tabulek a ke každé vytvořila vlastní graf.

14.1	absolutní četnost	relativní četnost v %
nevolnost, zvracení	13	72%
bolest, křeče	7	39%
horečka	2	11%
další operace	2	11%
celková slabost	13	72%
jiné	4	22%

**Tabulka č. 14.1: Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a kladně, o jaké přitěžující okolnosti se jednalo?**



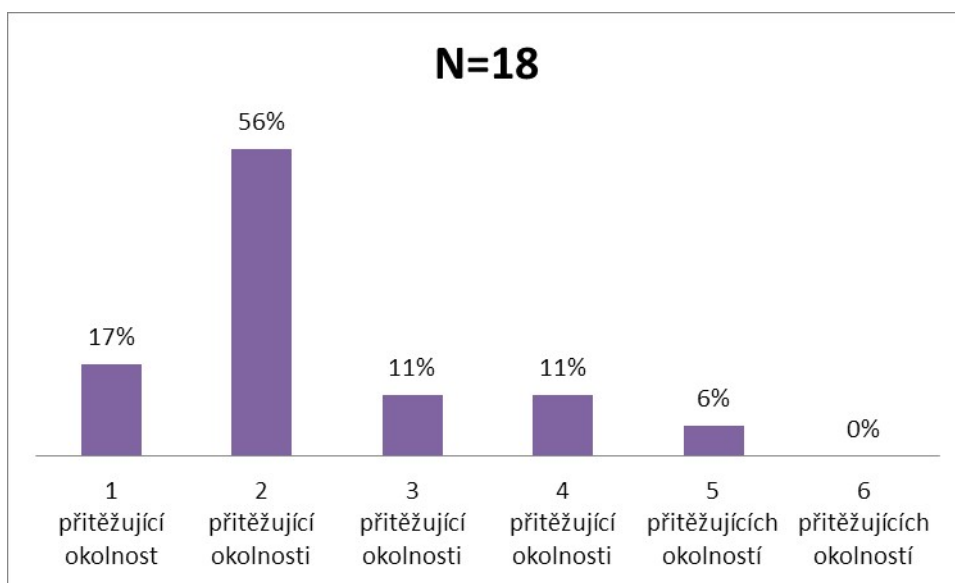
**Graf č. 14.1: Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a kladně, o jaké přitěžující okolnosti se jednalo?**

U 13 respondentů (72 %) se vyskytli či přetrvávali 3. den po operaci nevolnost či zvracení a celková slabost. Bolest či křeče se objevili u 7 respondentů

(39 %). U 2 respondentů (11 %) je objevila horečka nebo nutnost další operace. Poslední položku označili 4 respondenti (22 %). U 3 z nich došlo ke špatnému hojení operační rány a 1 měl kožní komplikaci.

14.2	absolutní četnost	relativní četnost v %
1 přitěžující okolnost	3	17%
2 přitěžující okolnosti	10	56%
3 přitěžující okolnosti	2	11%
4 přitěžující okolnosti	2	11%
5 přitěžujících okolností	1	6%
6 přitěžujících okolností	-	-
<b>Celkem</b>	<b>18</b>	<b>100%</b>

**Tabulka č. 14.2: Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a kladně, o kolik přitěžujících okolností se jednalo?**



**Graf č. 14.2: Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a kladně, o kolik přitěžujících okolností se jednalo?**

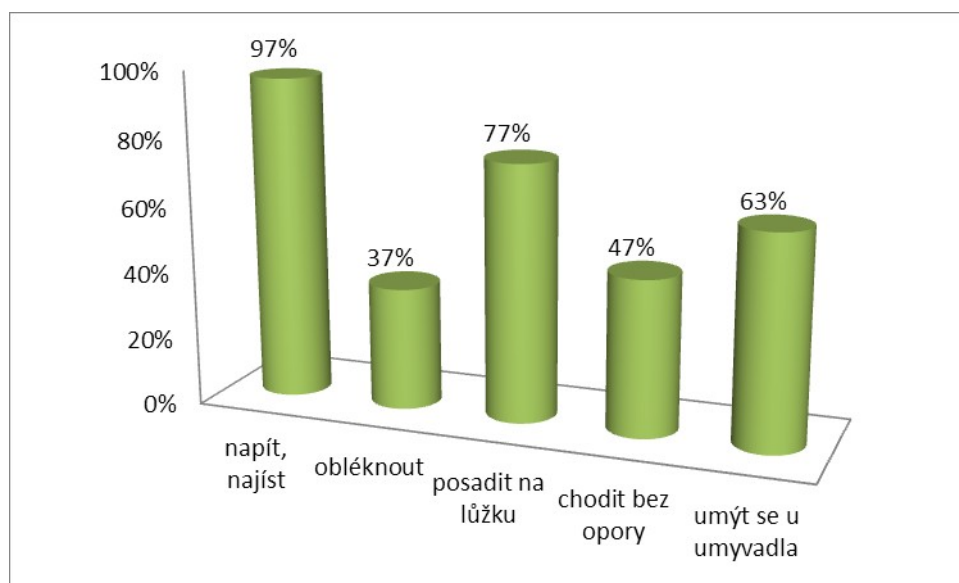
Jedinou přitěžující okolnost měli 3 respondenti (17 %). Nejvíce mělo 2 přitěžující okolnosti 10 respondentů (56 %). Po 2 respondentech (11 %) se přihlásilo ke 3 nebo 4 přitěžujícím okolnostem a jediný respondent (6 %) měl 5 přitěžujících okolností. Všechny přitěžující okolnosti včetně možnosti vypsat další vlastní neoznačil nikdo z dotázaných.

**Položka č. 15: Kterou z následujících oblastí soběstačnosti jste byl/a schopen/a vykonat sám/a 5. den po operaci?**

Informace vztahující se k soběstačnosti nám mají blíže ukázat míru soběstačnosti pacientů v pozdějším pooperačním období.

15	absolutní četnost	relativní četnost v %
napít, najíst	29	97%
obléknout	11	37%
posadit na lůžku	23	77%
chodit bez opory	14	47%
umýt se u umyvadla	19	63%

**Tabulka č. 15: Kterou z následujících oblastí soběstačnosti jste byl/a schopen/a vykonat sám/a 5. den po operaci?**



**Graf č. 15: Kterou z následujících oblastí soběstačnosti jste byl/a schopen/a vykonat sám/a 5. den po operaci?**

Pro posouzení soběstačnosti jsem použila pouze některé položky z Barthelova testu základních všedních činností. Do těchto vybraných činností se postupně zapojují pacienti již během hospitalizace na jednotce intenzivní péče. Najíst se a napít zvládlo 5. den po operaci 29 respondentů (97 %). Další nejpočetněji zastoupení se dokázali posadit na lůžku v počtu 23 (77 %) a umýt se u umyvadla 19 respondentů (63 %). Téměř polovina respondentů (47 %) zvládli

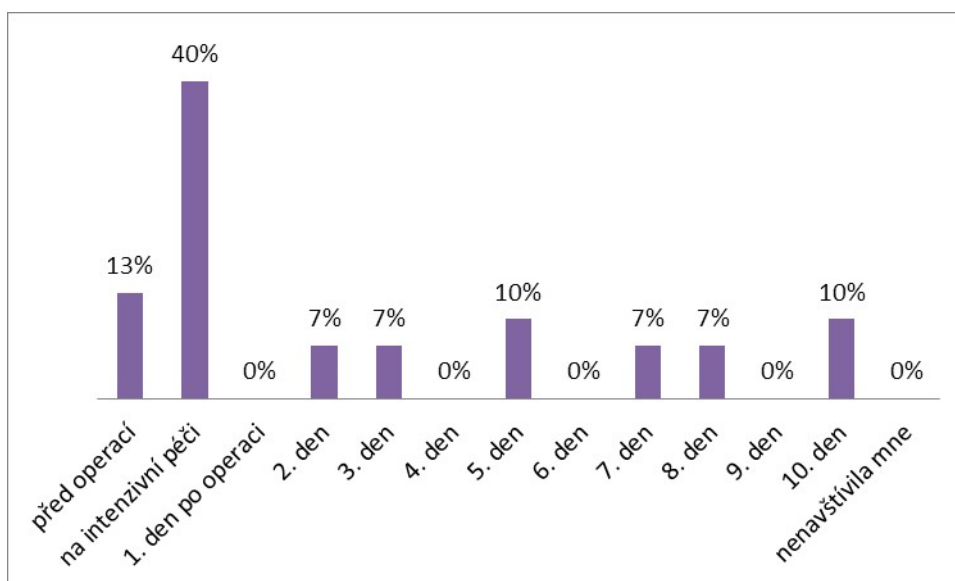
chodit bez opory a nejmenší skupina 11 respondentů (37 %) se zvládlo i obléci. Z celkového pohledu na graf vyplývá, že pouze 11 respondentů (37 %) bylo soběstačných ve všech pěti vybraných oblastech soběstačnosti.

### **Položka č. 16: Kdy Vás navštívila stomická sestra?**

Tato otázka mapuje začátek spolupráce se stomickou sestrou.

16	absolutní četnost	relativní četnost v %
před operací	4	13%
na intenzivní péči	12	40%
1. den po operaci	-	-
2. den	2	7%
3. den	2	7%
4. den	-	-
5. den	3	10%
6. den	-	-
7. den	2	7%
8. den	2	7%
9. den	-	-
10. den	3	10%
nenavštívila mne	-	-
<b>Celkem</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

**Tabulka č. 16: Kdy Vás navštívila stomická sestra?**



**Graf č. 16: Kdy Vás navštívila stomická sestra?**

Již před operací se se stomickou sestrou setkali 4 respondenti (13 %). Úplně nejpočetnější skupinu tvoří 12 respondentů (40 %), kteří se se stomickou sestrou setkali na jednotce intenzivní péče. Ostatní respondenti se setkali se stomickou sestrou na standartním oddělení v dalších pooperačních dnech. V těchto skupinách jsou maximálně 3 respondenti (10 %) nebo méně. Kolonku s nepřítomností stomické sestry u respondenta nevyplnil žádný z dotazovaných.

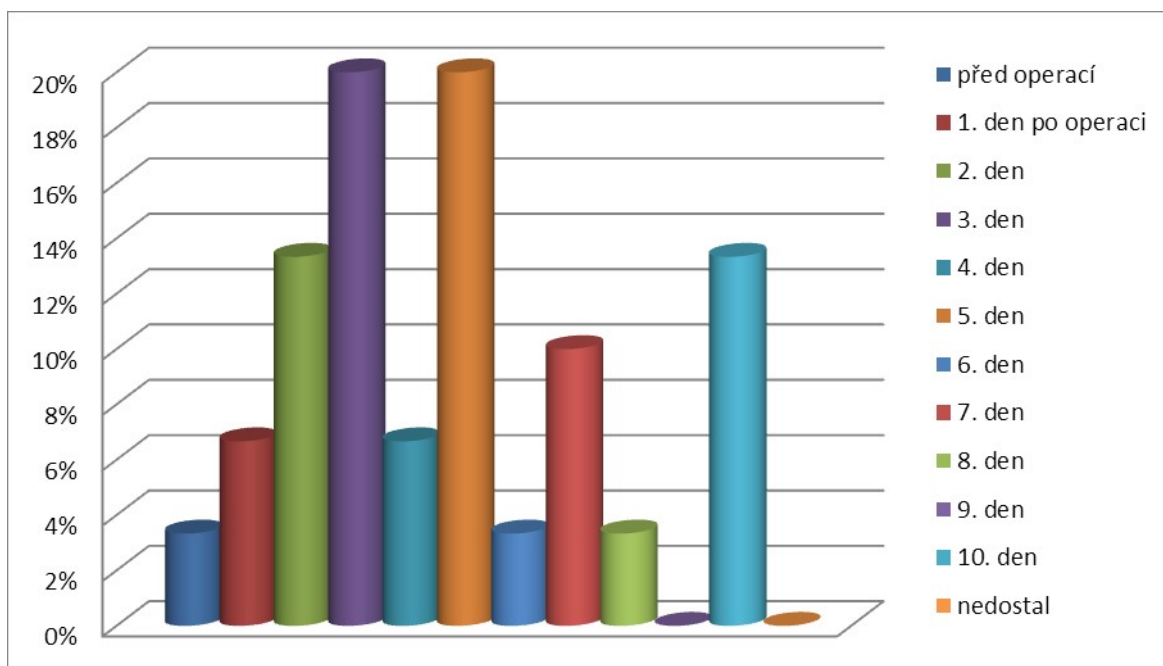
**Položka č. 17: Kdy jste dostal/a informační letáky týkající se pomůcek a ošetřování stomie?**

Informační letáky jsou důležitým edukačním materiálem, které vydávají firmy pro své klienty. Hrají důležitou roli v edukačním procesu.

17	absolutní četnost	relativní četnost v %
před operací	1	3%
1. den po operaci	2	7%
2. den	4	13%
3. den	6	20%
4. den	2	7%
5. den	6	20%
6. den	1	3%
7. den	3	10%
8. den	1	3%
9. den	-	-
10. den	4	13%
dosud jsem je nedostal/a	-	-
<b>Celkem</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

**Tabulka č. 17: Kdy jste dostal/a informační letáky týkající se pomůcek a ošetřování stomie?**





**Graf č. 17: Kdy jste dostal/a informační letáky týkající se pomůcek a ošetřování stomie?**

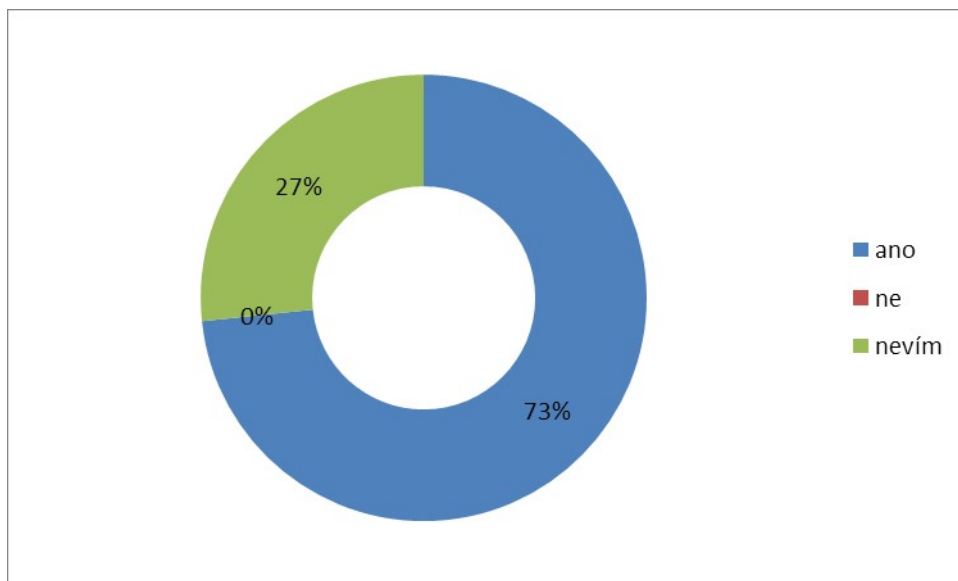
Z tabulky a grafu vyplývá, že informační letáky dostávají pacienti průběžně během celé hospitalizace. Pouze 1 pacient (3 %) dostal letáky před operací. Z toho lze usuzovat, že se jednalo pravděpodobně o výjimku. V dalších dnech počet odpovědí narůstá, nejpočetnější jsou skupiny 6 respondentů (20 %), kteří dostali letáky 3. nebo 5. den po operaci. Z dat vyplývá, že 21 respondentů (70 %) dostalo letáky nejpozději 5. den po operaci a všichni je obdrželi nejpozději do 10. dne po operaci.

**Položka č. 18: Máte dostatek informací v péči o stomii a o pomůčkách?**

Touto položkou jsem chtěla získat zpětnou vazbu na míru získaných informací.

18	absolutní četnost	relativní četnost v %
ano	22	73%
ne	-	-
nevím	8	27%
<b>Celkem</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

**Tabulka č. 18: Máte dostatek informací v péči o stomii a o pomůčkách?**



**Graf č. 18: Máte dostatek informací v péči o stomii a o pomůckách?**

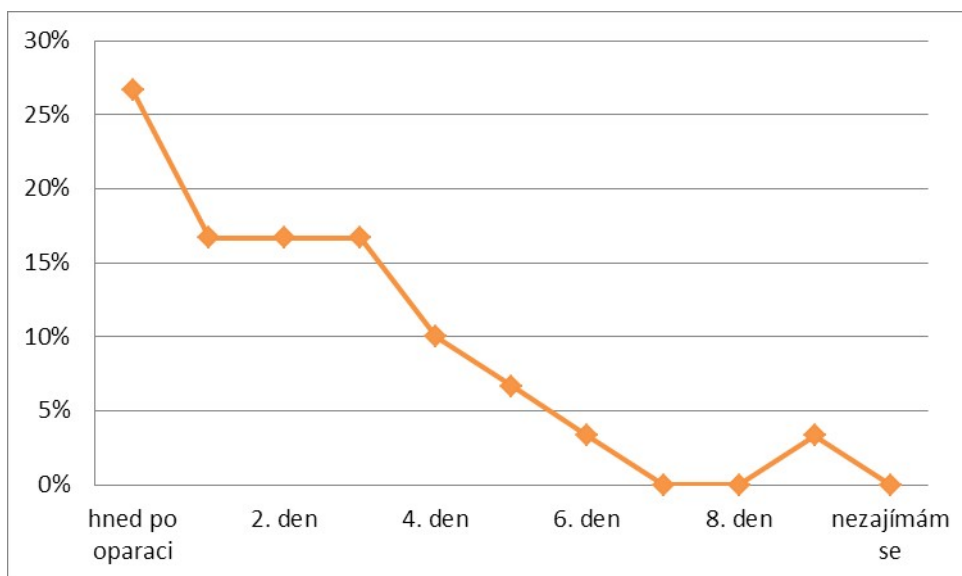
Celkem 22 respondentů (73 %) má dostatek informací v péči o stomii a o pomůckách, pouze 8 respondentů (27 %) neví. Nedostatek informací nepocítuje nikdo z dotázaných.

**Položka č. 19: Kdy jste se poprvé podíval/a na stomii, na přilepený stomický sáček?**

Tato položka mapuje soužití se stomií.

19	absolutní četnost	relativní četnost v %
hned po operaci	8	27%
1. den po operaci	5	17%
2. den	5	17%
3. den	5	17%
4. den	3	10%
5. den	2	7%
6. den	1	3%
7. den	-	-
8. den	-	-
9. den	1	3%
nezajímám se	-	-
<b>Celkem</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

**Tabulka č. 19: Kdy jste se poprvé podíval/a na stomii, na přilepený stomický sáček?**



**Graf č. 19: Kdy jste se poprvé podíval/a na stomii, na přilepený stomický sáček?**

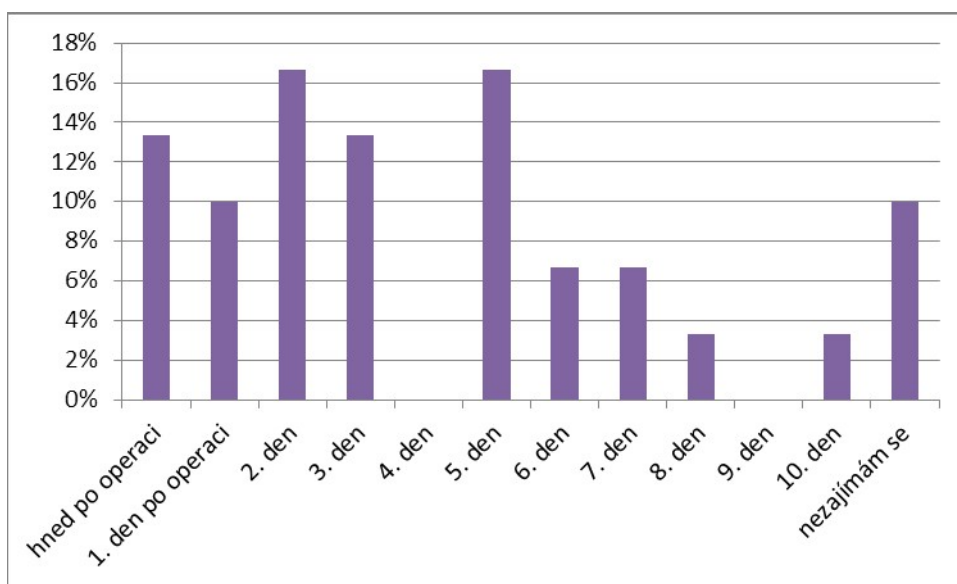
Z dat v tabulce a zejména z názorného grafu vyplývá, že pacienti se na stomii poprvé podívají nejčastěji hned po operaci (27 %) a postupem dní ubývá těch, kteří by svou stomii nezaregistrovali. Ve skupině nebyl nikdo, kdo by alespoň pohledem nezkontroloval stomii.

### Položka č. 20: Kdy jste se začal/a zajímat o stomii (naplňování sáčku apod.)?

Zájem o stomii je důležitý pro časnou adaptaci a edukaci.

20	absolutní četnost	relativní četnost v %
hned po operaci	4	13%
1. den po operaci	3	10%
2. den	5	17%
3. den	4	13%
4. den	-	-
5. den	5	17%
6. den	2	7%
7. den	2	7%
8. den	1	3%
9. den	-	-
10. den	1	3%
nezajímám se	3	10%
<b>Celkem</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Tabulka č. 20: Kdy jste se začal/a zajímat o stomii (naplňování sáčku apod.)?



Graf č. 20: Kdy jste se začal/a zajímat o stomii (naplňování sáčku apod.)?

Trvalejší zájem o stomii, o její činnost a fungování stomických pomůcek se projevoval již různorodě. Více jak polovina pacientů (53 %) se začalo zajímat o stomii již v prvních 3 dnech po operaci. Ještě 5. den po operaci má výrazné zastoupení (17 %) a pak již má graf klesající tendenci. Je pozoruhodné,

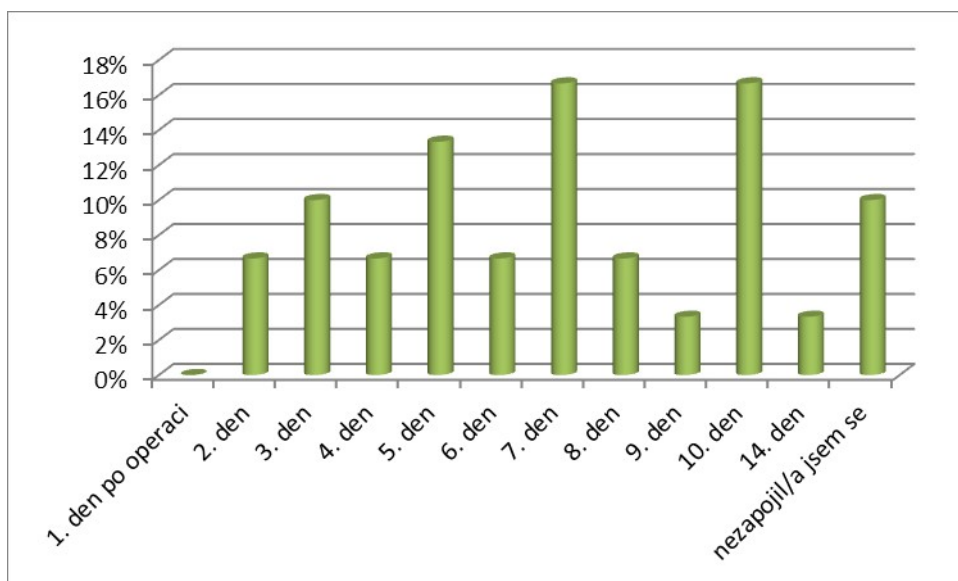
že 3 respondenti (10 %) se o stomii nezajímají. Jedná se o polootevřenou otázku. Tito respondenti mohli dopsat důvod nezapojení. Jeden respondent uvedl jako důvod „není mi stále dobře“ a druhý respondent „žena se bude starat“. Třetí respondent neodpověděl.

**Položka č. 21: Kdy jste začal/a pečovat o stomii (vypouštění sáčku, výměna sáčku)?**

Tato položka zachycuje začátek péče o stomii.

21	absolutní četnost	relativní četnost v %
1. den po operaci	-	-
2. den	2	7%
3. den	3	10%
4. den	2	7%
5. den	4	13%
6. den	2	7%
7. den	5	17%
8. den	2	7%
9. den	1	3%
10. den	5	17%
14. den	1	3%
nezapojil/a jsem se	3	10%
<b>Celkem</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

**Tabulka č. 21: Kdy jste začal/a pečovat o stomii (vypouštění sáčku, výměna sáčku)?**



**Graf č. 21: Kdy jste začal/a pečovat o stomii (vypouštění sáčku, výměna sáčku)?**

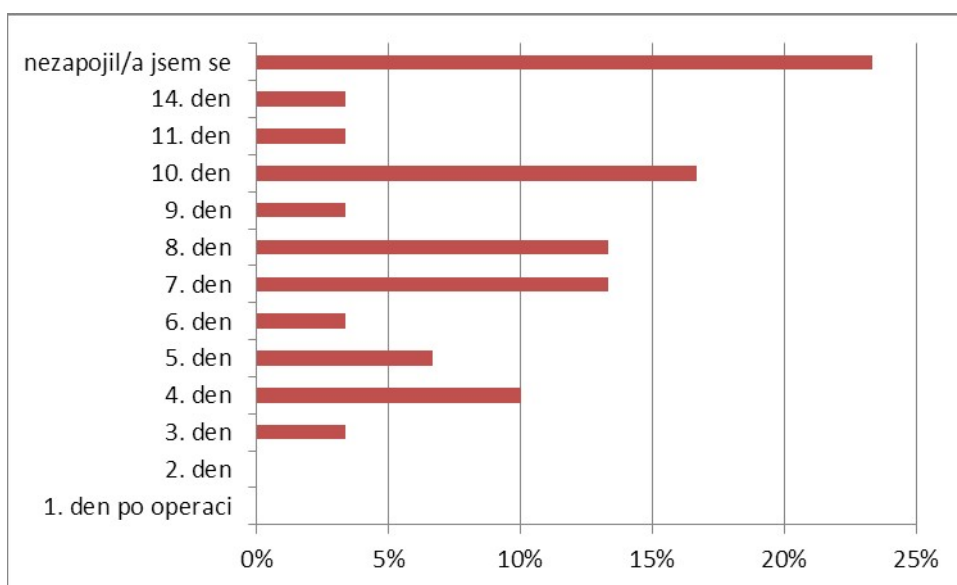
Pacienti začali pečovat o stomii s pochopitelným odstupem času od operace. Pouze 2 respondenti (7 %) se zapojili již 2. den od operace. Nejpočetnější skupina zahrnující 5 pacientů se zapojila do péče 7. a 10. den od operace. Do péče se nezapojili, stejně jako u předcházející položky, 3 pacienti (10 %).

**Položka č. 22: Kdy jste si sám/a vystříhl/a první stomickou podložku?**

Nejnáročnější bod v péči o stomii je pro mnohé vystřížení stomické podložky. Tato položka informuje o tomto časovém bodu.

22	absolutní četnost	relativní četnost v %
1. den po operaci	-	-
2. den	-	-
3. den	1	3%
4. den	3	10%
5. den	2	7%
6. den	1	3%
7. den	4	13%
8. den	4	13%
9. den	1	3%
10. den	5	17%
11. den	1	3%
14. den	1	3%
nezapojil/a jsem se	7	23%
<b>Celkem</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

**Tabulka č. 22: Kdy jste si sám/a vystříhl/a první stomickou podložku?**



**Graf č. 22: Kdy jste si sám/a vystříhl/a první stomickou podložku?**

První pacient (3 %) si vystříhl stomickou podložku 3. den po operaci a následovali ho 3 pacienti (10 %) následující den. Nejpočetněji se zapojili do přípravy podložky 4 pacienti (13 %) 7. a 8. den po operaci a 5 pacientů (17 %) 10. den po operaci. Do přípravy stomické podložky se zatím nezapojilo 7 pacientů (23 %).

**Položka č. 23: Máte k danému tématu osobní připomínky či podněty, o které byste se rád/a podělil/a?**

Na tuto jedinou otevřeno otázku v dotazníku neodpověděl žádný respondent.

## **2.6 Shrnutí a vyhodnocení hypotéz**

Podařilo se shromáždit pestrou a různorodou skupinu respondentů. Poměr účasti žen a mužů byl velmi vyrovnaný (16:14). Výzkumného šetření se účastnili respondenti rovnoměrně zastoupeni v pěti věkových skupinách.

Do výzkumu bylo zapojeno vysoké procento ileostomiků (67 %) proti kolostomikům a vysoké procento pacientů s dočasně vyvedenou stomií (77 %).

Pro následné vyhodnocení všech hypotéz jsem výše získaná data z jednotlivých položek dotazníku dále kombinovala a srovnávala.

**Hypotéza č. 1: Pacient mladší věkové skupiny se zapojí do péče o stomii dříve než pacient starší věkové skupiny.**

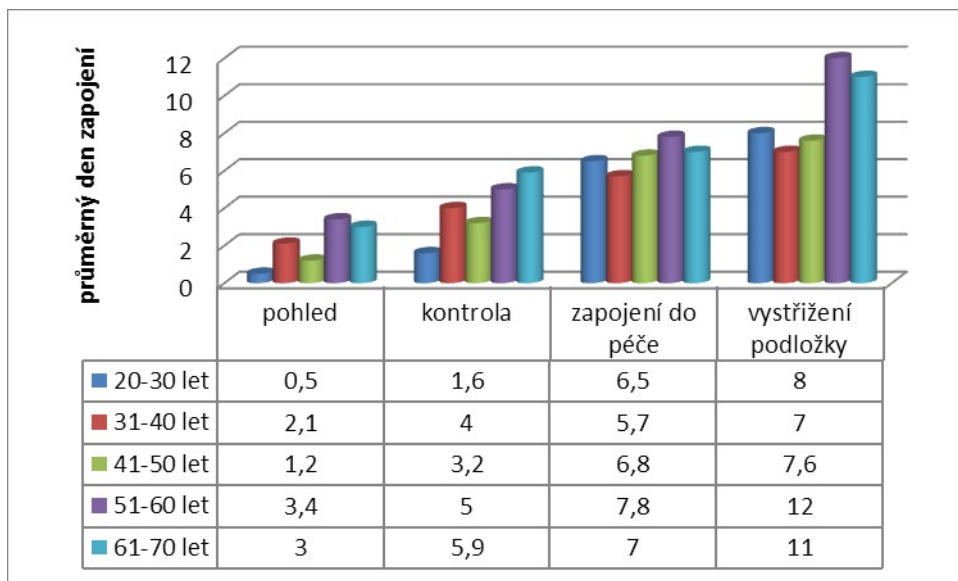
K vyhodnocení první hypotézy jsem nejprve musela setřídit a zpracovat data z několika položek dotazníku, abych je dále mohla porovnávat. Skupinu respondentů jsem rozdělila do pěti skupin podle věku a tyto skupiny jsem dále roztřídila podle odpovědí v posledních položkách dotazníku (otázka č. 19 – 22). Tyto otázky se týkaly časového období a míry zapojení do pozorování a péče o stomii.

Z časového období, v kterém se zapojili jednotliví pacienti do péče o stomii, jsem vypočetla aritmetický průměr pro jednotlivé věkové kategorie. Pro větší přesnost uvádím výsledná čísla s jedním desetinným místem.

Získané výsledné hodnoty průměrného dne zapojení jednotlivých věkových skupin jsem porovnávala mezi sebou navzájem v grafu. Čím je hodnota vyšší, tím se pacienti z patřičné věkové skupiny zapojovali do péče o stomii později.

Podle výše popsané metody jsem vyhodnotila otázky č. 19 – 22, které se týkaly *pohledu* na stomii, *kontrole* funkčnosti stomie, *zapojení do péče* o stomii a první *vystřížení podložky*. Získané hodnoty aritmetického průměru jsem zachytila pro přehlednost do jednoho grafu.





**Graf č. 23: Hypotéza č. 1**

První část grafu ukazuje, že pacienti mezi 20. a 30. rokem života se poprvé *podívali* na stomii průměrně mezi 0. dnem po operaci (tedy hned po operaci) a 1. dnem po operaci. Třicátníci se poprvé podívali na stomii průměrně 2. den po operaci, čtyřicátníci krátce po 1. dnu, padesátníci mezi 3. a 4. dnem a šedesátníci rovný 3. den po operaci.

Tato část grafu má až na 2 výjimky stoupající tendenci. Čtyřicátníci zde předběhli třicátníky, kteří se zapojili o téměř celý den později a padesátníci se zapojili o více jak půl dne později než šedesátníci. Přesto žádná věková skupina se neopozdila o 2 následující věkové skupiny. Pokud porovnáme zapojení první a poslední věkové skupiny, tak rozdíl činí 2 a půl dne.

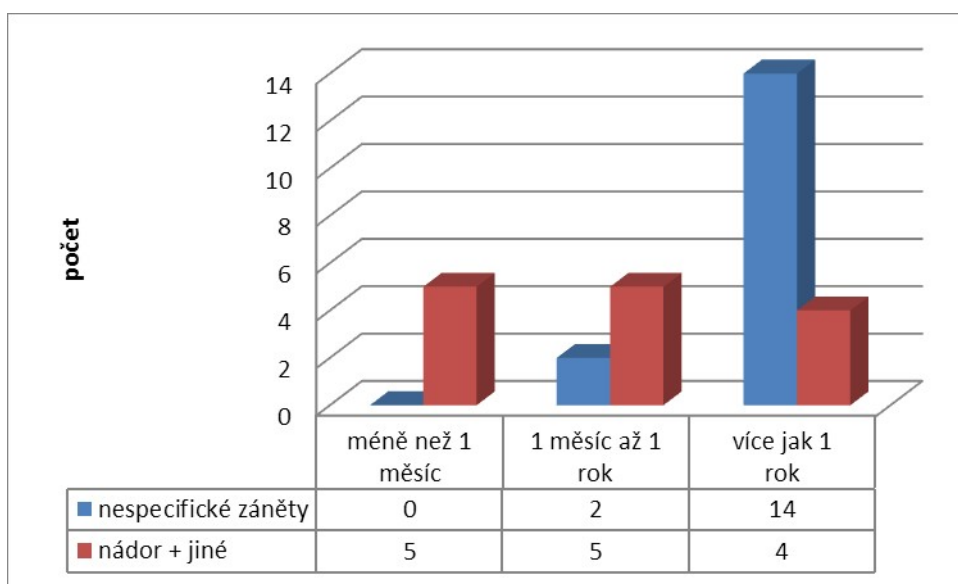
Podobným způsobem bychom mohli popsat celý graf. Při *kontrolě* funkčnosti stomie činil rozdíl v průměrném zapojení mezi nejmladší a nejstarší věkovou skupinou 4,3 dne a u *zapojení do péče* o stomii činil rozdíl pouze půl dne. Při srovnání průměrného dne *vystřížení* první *podložky* byl rozdíl mezi třicátníky a šedesátníky 3 dny, při porovnání třicátníků a padesátníků dokonce celé 4 dny. V každé části tohoto čtyřdílného grafu se opozdila jedna až dvě věkové skupiny oproti následující věkové skupině. Vždy však měl graf celkově stoupající tendenci.

Tento graf i přes menší odchylky jasně dokazuje, že pacienti mladší věkové skupiny se zapojili do péče o stomii dříve než pacienti starší věkové skupiny. **Tímto jsem potvrdila Hypotézu č. 1.**

**Hypotéza č. 2: Pacient s diagnózou Crohnova choroba nebo ulcerózní kolitida se léčí pro základní onemocnění déle než pacient s jiným onemocněním vedoucím k založení stomie, a proto je dříve informován o možnosti vyvedení stomie.**

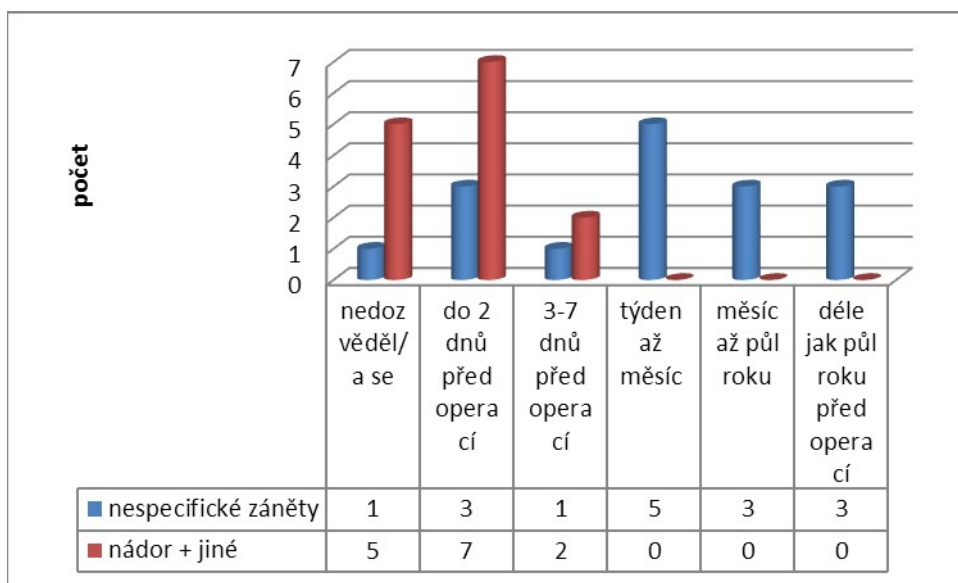
Rozdělením pacientů na dvě části podle základního onemocnění jsem vytvořila dvě srovnatelné skupiny o počtu 16 a 14. Do první skupiny nazvané v následujícím grafu nespecifické záněty jsem zařadila pacienty s Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou. Do druhé skupiny jsem zařadila pacienty s nádorem střeva a jinými diagnózami, podle odpovědí především divertikulitidami.

Tyto dvě skupiny jsem dále porovnávala a rozdělila podle odpovědí na otázky týkající se *délky léčby před operací, doby podání informace* o založení stomie a *reakce po operaci*. Výsledný poměr počtu odpovědí jsem zachytila do grafů.



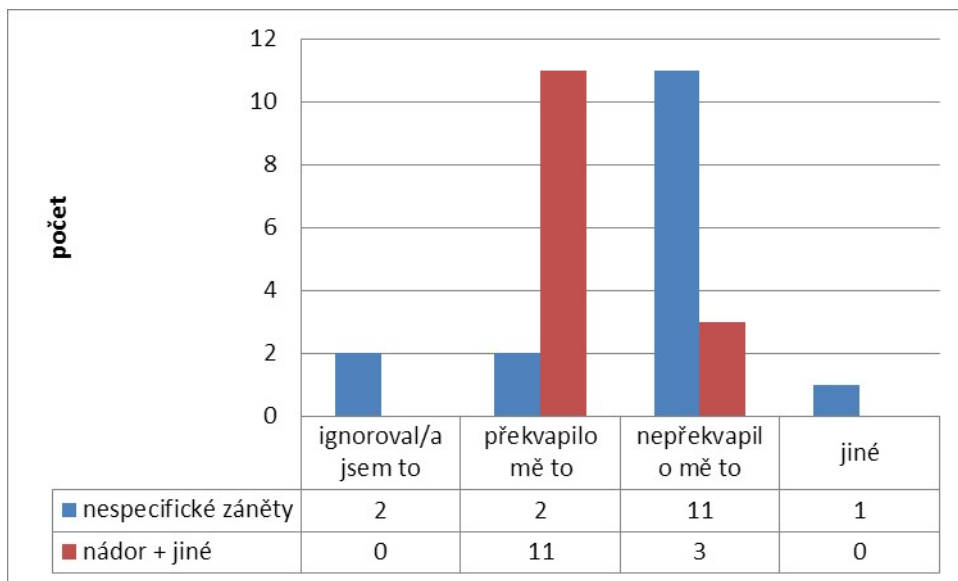
**Graf č. 24: Základní diagnóza/délka léčby před operací**

Pouze 2 pacienti se s nespécifickými záněty léčili méně než 1 rok a převaha pacientů (14) se léčila více než rok. U nádoru a jiných onemocnění byli respondenti rovnoměrně rozloženi do všech 3 období. Výše uvedený graf jasně dokládá, že převaha pacientů s nespécifickými záněty se léčí se základním onemocněním před operací déle než pacienti s onemocněními z druhé skupiny.



**Graf č. 25: Základní diagnóza/doba podání informace o založení stomie**

Převaha pacientů s nespécifickými záněty se dozvěděla o možnosti založení stomie dříve než týden před operací. Pacienti s nádorem nebo jiným onemocněním se tuto informaci vůbec nedozvěděli, nebo jim byla sdělena jen několik dnů před operací. Tento graf dokazuje, že pacienti s nespécifickými záněty byli o možnosti vyvedení stomie informováni ve větším časovém předstihu před operací než pacienti s nádory a jinými onemocněními.



**Graf č. 26: Základní diagnóza/reakce po operaci**

Třetí graf z této skupiny ukazuje, že většinu pacientů s nespecifickými záněty vyvedení stomie nepřekvapilo (11), naopak většinu pacientů s nádory či jinými nemocemi toto zjištění překvapilo (11). Zde je jasně vidět nepřipravenost pacientů z druhé skupiny.

Všechny tři výše zmíněné grafy **potvrdily Hypotézu č. 2.**

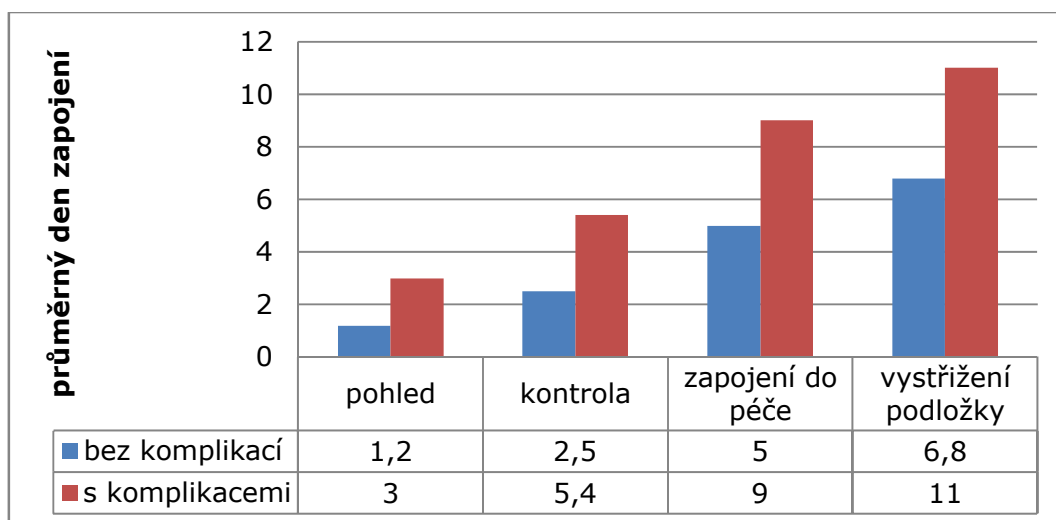
**Hypotéza č. 3: Komplikace a nesoběstačnost v pooperačním období prodlužují časovou adaptaci pacienta na přijetí a péči o stomii.**

Tato hypotéza posuzuje vliv komplikací a nesoběstačnosti v pooperačním období na míru časné adaptace pacienta. Data pro vyhodnocení Hypotézy č. 3 jsem získala podobným způsobem jako data k Hypotéze č. 1.

Respondenty jsem nejdříve rozdělila na dvě skupiny podle přítomnosti či nepřítomnosti komplikací v pooperačním období. Bez komplikací bylo 40 % respondentů, komplikace v pooperačním období mělo 60 % respondentů. Procentuální zastoupení jednotlivých komplikací popisují v Tabulce č. 14.1.

Tyto dvě skupiny jsem dále roztřídila podle časové míry zapojení do péče o stomii a vypočetla aritmetický průměr pro každou skupinu. Výsledné hodnoty jsem zadala do grafu, který ukazuje průměrný den, kdy se respondenti

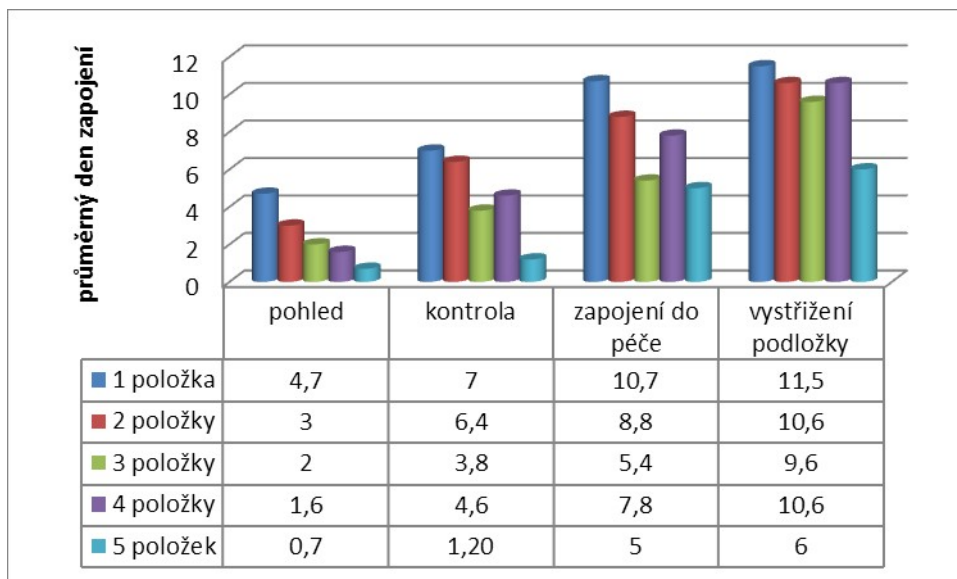
bez komplikací nebo s komplikacemi *podívali* na stomii, začali ji *kontrolovat*, *zapojili se do péče* o stomii a *vystřihli* si první stomickou *podložku*.



**Graf č. 27: Hypotéza č. 3 – vliv pooperačních komplikací**

Z grafu vyplývá, že pacienti bez komplikací se vždy zapojili do jednotlivých kroků zájmu a péče o stomii dříve než pacienti s komplikacemi. Na stomii se podívali pacienti s komplikacemi o 1,8 dnů později, kontrolovat stomii začali o téměř 3 dny později, do péče se zapojili o celé 4 dny později a vystřížení první stomické podložky absolvovali po více než 4 dnech oproti pacientům bez komplikací. **Tímto jsem potvrdila první část Hypotézu č. 3.**

Druhá část hypotézy se týká vlivu soběstačnosti na míru časné adaptace. Pro posouzení soběstačnosti jsem vybrala 5 nejaktuálnějších a nejvhodnějších položek Barthellova testu denních aktivit. Pacienti odpovídali na dotaz, které z těchto aktivit zvládají 5. den po operaci. Ti nejsoběstačnější se zapojili do všech pěti aktivit, ti méně soběstační do menšího počtu aktivit. Zapojení respondentů do jednotlivých aktivit pro posouzení soběstačnosti jsem zpracovala v Tabulce č. 15. Pro posouzení soběstačnosti jsem sledovala respondenty v zapojení se do jídla a pití, oblékání, posazení se na lůžku, chůzi bez opory a umytí se u umyvadla. Podle počtu položek soběstačnosti, které respondenti zvládli 5. den po operaci, jsem je rozdělila do pěti skupin a z těchto skupin vypočetla průměrné zapojení do sledování stomie *pohledem*, *kontroly* stomie, *zapojení do péče* a *vystřížení podložky*.



**Graf č. 28: Hypotéza č. 3 – vliv soběstačnosti**

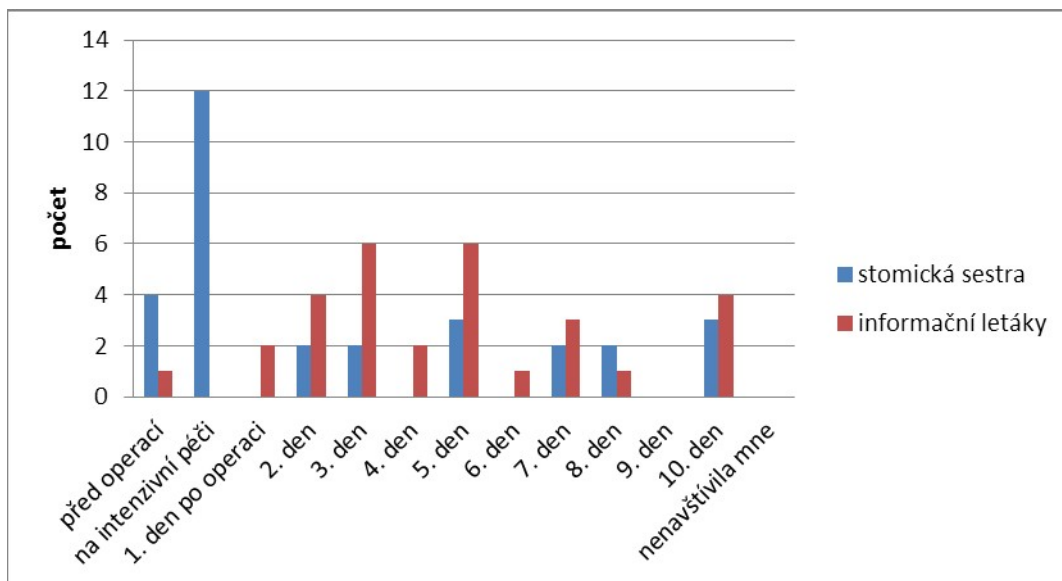
Tento graf ukazuje, že pacienti, kteří zvládali všech 5 položek soběstačnosti, měli zájem o stomii a zapojovali se do péče dříve, než pacienti s menším počtem položek soběstačnosti. Ukázalo se, že čím více jsou pacienti soběstačnější (čím více položek soběstačnosti zvládají), tím dříve se začnou zapojovat do péče o stomii.

Časový rozdíl v pohledu na stomii činí celé 4 dny u nejvíce a nejméně soběstačných pacientů. U kontroly stomie, zapojení do péče a vystřížení podložky činí rozdíl u všech těchto sledovaných činností necelých 6 dnů. Všechny čtyři části grafu mají sestupnou tendenci. Pouze pacienti, kteří zvládali 4 položky soběstačnosti (tedy z daného výběru nezvládli pouze 1 položku) se zapojili do kontroly, péče a vystřížení podložky později než pacienti v předcházející, méně soběstačné skupiny.

Celkový výsledek tohoto srovnání je přesvědčivý a jasný. Méně soběstační pacienti (méně položek soběstačnosti) se zapojili do zájmu a péče o stomii později než více soběstační pacienti (více položek soběstačnosti). **Tímto jsem potvrdila Hypotézu č. 3.**

**Hypotéza č. 4: 80 % pacientů se setkává se stomickou sestrou nejdříve 5. den po operaci, ale informační letáky obdrží v dřívějším pooperačním období.**

Následující graf souběžně vyhodnocuje časové rozmezí první návštěvy stomické sestry u nového stomika a předání informačních letáků.



**Graf č. 29: Návštěva stomické sestry/předání informačních letáků**

Z vyhodnocených dat dotazníku vyplynulo, že se již před operací se stomickou sestrou setkali 4 respondenti, nejpočetnější skupina (12 respondentů) se s ní setkala na intenzivní péči a do 4. dne po operaci se s ní setkalo celkově 20 respondentů, což činí 67 %. Zbýlých 34 %, místo předpokládaných 80 %, se s ní setkalo až od 5. dne po operaci. **První část Hypotézy č. 4 jsem nepotvrdila.**

Výše uvedený graf ukazuje, že pacienti dostávali informační letáky do 10. dne po operaci. Rozdávání informačních letáků nepředcházelo setkání se stomickou sestrou, ale následovalo během nebo po prvním setkání. Do 5. dne po operaci obdrželo informační letáky 70 % pacientů, od 6. do 10. dne po operaci zbylých 30 % pacientů. Převaha pacientů tedy dostala informační letáky do 5. dne po operaci. **Druhou část Hypotézy č. 4 jsem potvrdila. Celkově jsem tedy Hypotézu č. 4 potvrdila jen částečně.**

## 2.7 *Diskuse a doporučení pro praxi*

Cílem této práce bylo zjistit, jaký vliv na časnou adaptaci pacienta s ileostomií a kolostomií v pooperačním období mají věk, základní diagnóza, informovanost od lékařského a ošetrovatelského personálu a celkový pooperační průběh.

Získala jsem celkem 30 dotazníků od respondentů ze dvou rozdílných zdravotnických zařízení působících v Praze. Skupina respondentů byla symetricky zastoupena podle pohlaví, věku i základní diagnózy. Do výzkumného šetření bylo zapojeno vysoké procento ileostomiků (67 %) proti kolostomikům a vysoké procento pacientů s dočasně vyvedenou stomií (77 %).

Toto zastoupení je rozdílné ve srovnání s ostatními výzkumy stomiků, které probíhaly v rámci výzkumných prací jiných autorů. Důvodem je především doba a místo sběru dat. Stomici tohoto výzkumného šetření vyplňovali dotazník v pooperačním období ještě během hospitalizace. Ostatní výzkumná šetření vyhodnocují z velké části data shromážděná od stomiků sdružených v ILCO klubech nebo v rámci setkání v těchto klubech. V takových skupinách se sdružují převážně pacienti s trvalou kolostomií. V celonárodním výzkumu stomiků, jehož autorkou je Mgr. Helena Michálková, Ph.D.,<sup>89</sup> bylo z celkového počtu 249 respondentů pouze 17 % ileostomiků a méně než rok mělo stomii pouze 7 % respondentů. Toto srovnání ukazuje na originalnost výběru respondentů.

Základní diagnóza, pro kterou byla pacientům založena stomie, byla rovnoměrně udávána Crohnova choroba, ulcerózní kolitida, nádor střeva a jiná onemocnění, především divertikulitida. S tímto základním onemocněním se léčilo méně než měsíc 5 respondentů (17 %), do 1 roku se léčilo 7 respondentů (23 %) a více jak 1 rok 18 respondentů (60 %). Z porovnání odpovědí na základní diagnózu a délku léčby s touto nemocí dále vyplývá, že pacienti s Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou se léčili se základním onemocněním před operací převážně déle než rok, ale odpovědi pacientů s nádorem nebo jiným onemocněním byly rovnoměrně rozděleny do všech vyhodnocovaných období od měsíce léčby po více jak roční trvání léčby. Pro zdůvodnění těchto zjištěných dat existuje poměrně jednoduché vysvětlení a tím je postup léčby u jednotlivých základních

---

<sup>89</sup> Michálková, Helena. *Problematika uspokojování potřeb klienta se stomií*. s. 89.



diagnóz. U pacientů s nádorem střeva patří mezi základní léčebné metody operace střeva s cílem odstranit nádor. Naopak Crohnova choroba a ulcerózní kolitida je celoživotní onemocnění, kterého se pacient nezbaví odstraněním postižené části střeva. Proto se operace střeva volí jako nejzazší varianta léčby, kdy již nastalý problém nelze upravit či vyřešit konzervativní cestou.

S délkou léčby základního onemocnění souvisí i doba informování o možnosti založení stomie z úst lékaře. Pacienti s nádorem nebo jiným onemocněním se buď o možnosti založení stomie nedozvěděli před operací vůbec, nebo se tuto informaci dozvěděli maximálně týden před operací. Největší počet respondentů (7) dostal tuto informaci do dvou dnů před operací. Naopak většina pacientů s nespecifickými záněty střev tuto informaci obdržela v období týden až déle než rok před operací. Pouze jeden pacient s tímto onemocněním se tuto informaci nedozvěděl. Vysvětlení k rozdílným datům je stejné jako v předcházejícím srovnání. Pacienti s nespecifickými záněty se léčí s touto nemocí déle a v určitém okamžiku dospěje jejich onemocnění do stadia, kdy je potřeba postižené střevo operovat. V takových případech je někdy vyvedena dočasná stomie.

Dále mě zajímala informovanost stomiků a jejich spolupráce se stomickou sestrou. Rovných 70 % respondentů (21) nemělo možnost se před operací seznámit se stomickými pomůckami, přestože pouze 20 % (6) se o možnosti založení stomie před operací nedozvědělo. Z vyhodnocených dat dále vyplývá, že pouze 1 respondent měl možnost si stomické pomůcky vyzkoušet. Překvapujícím zjištěním je, že pouze 10 % (3) respondentů považuje za přínosné si vyzkoušet stomické pomůcky před operací. Ostatní (20 %) to nepovažují za přínosné a 70 % respondentů (21) neví.

Nutno dodat, že většina pacientů byla seznámena s možností založení stomie před operací, ale ve většině případů jde skutečně o jednu z možných variant chirurgického řešení. O nutnosti založení stomie s konečnou platností rozhoduje až operační nález. Chirurg – operatér sice předběžně informuje pacienta o možnosti založení stomie, ale konečné rozhodnutí uzavírá až během operačního výkonu. Stává se, že první informace, která zajímá pacienty po operaci střev,

je ujištění, že nemají stomii. Před operací se zbytečně nechtějí stresovat a získávání informací nechávají až na pooperační období.

Určitý vliv má jistě i stále přetrvávající pasivní role pacienta, který přijímá a využívá toho, co je mu nabízeno, ale který aktivně informace nevyhledává. Tato pozice pasivního pacienta se vlivem dnešní doby postupně mění a zejména u mladých pacientů můžeme pozorovat aktivní přístup k jejich nemoci a průběhu léčby.

Odborná literatura vyzdvihuje důležitost předoperační přípravy a edukace. Nejedná se jen o informování ze strany lékaře a zakreslení vhodného místa pro stomii, ale i o zapojení stomické sestry v rámci předoperačního zahájení edukačního procesu s možností vyzkoušet si stomické pomůcky. Většina respondentů nepovažuje za přínosné si vyzkoušet stomické pomůcky, nebo neví, jaký k této možnosti zaujmout názor. Přesto jsem přesvědčena, že předoperační edukace je prospěšná, je vhodné ji nabízet a provádět odpovídajícím a přiměřeným způsobem. Do jisté míry pak záleží i na spolupráci lékaře se stomickou sestrou, jakým způsobem dokáží své činnosti propojit a harmonizovat, a tak aktuálně reagovat na individuální potřeby konkrétního pacienta.

Potěšujícím zjištěním je, že všichni pacienti se během hospitalizace setkali se stomickou sestrou. Dokonce 53 % (16) se s ní setkali před operací nebo během pobytu na jednotce intenzivní péče v prvních dnech po operaci. Informační letáky týkající se pomůcek a ošetřování stomie dostali také všichni pacienti, nejčastěji 3. a 5. den po operaci. Dostatek informací tak získalo 73 % respondentů (23) a 27 % respondentů (8) to v daný okamžik nedokázalo posoudit.

V posledních položkách dotazníku jsem získávala data ohledně zájmu a míry zapojení do péče o stomii. Jednalo se o 4 otázky, které zjišťovaly den, kdy se pacient podíval na stomii, začal kontrolovat funkčnost stomie, začal pečovat o stomii a vystříhl si první stomickou podložku. Ze získaných dat vyplývá, že na stomii se nejčastěji pacienti podívali hned po operaci (27 %) nebo následující dny. Přesvědčivá většina pacientů (88 %) se na stomii podívala nejpozději 4. den po operaci. Funkčnost stomie začali pacienti kontrolovat nejčastěji 2. nebo 5. den po operaci, přičemž 53 % respondentů projevilo zájem o stomii nejpozději 3. den po operaci a 10 % pacientů se o stomii nezajímalo.

Pečovat o stomii začali pacienti nejpočetněji 7. nebo 10. den po operaci, 60 % ze všech respondentů se do péče zapojilo nejpozději 7. den a 10 % respondentů se nezapojilo vůbec. První vystřížení stomické pomůcky pacienti nejpočetněji absolvovali 7., 8. nebo 10. den po operaci. Nejpozději 10. den po operaci si vystříhlo stomickou podložku 71 % respondentů. Alarmující je však informace, že do vystříhování stomické pomůcky se nezapojilo 7 respondentů, což činí 23 %.

Výše zjištěná data jsem dále srovnávala podle věku respondentů, výskytu přitěžujících okolností 3. den po operaci a míry soběstačnosti 5. den po operaci a dospěla k zajímavým zjištěním. Pacienti mladší věkové skupiny měli zájem a pečovali o stomii dříve než pacienti starší věkové skupiny. Pacienti, u kterých se v pooperačním období vyskytly přitěžující okolnosti v podobě nevolnosti, bolesti, horečky, další operace, celkové slabosti a jiných komplikací se do péče o stomii zapojili v pozdějším období než pacienti bez těchto přitěžujících okolností. A na závěr také ti pacienti, kteří byli soběstačnější, tedy zvládli více základních všedních činností, se zapojili do péče také dříve než pacienti, kteří těchto aktivit zvládli méně.

Z výše uvedeného vyplývá, že vyšší věk, přítomnost přitěžujících okolností a nesoběstačnost v pooperačním období má zásadní negativní vliv na dobu zapojení do péče o stomii. K podobným zjištěním dospěla ve své disertační práci i Michálková<sup>90</sup>, která uvádí, že 23 % stomiků se zapojilo aktivně do péče o stomii okamžitě, 30 % se zapojilo až po odeznění akutní operační fáze, 40 % respondentů se zapojilo do péče na pokyn stomické sestry (na standardním oddělení) a 6 % respondentů se nezapojilo vůbec.

Pacienti s nově vytvořenou stomií se do aktivní péče o stomii zapojí poté, co z jejich strany jsou minimalizovány překážky (nesoběstačnost a komplikace) a dostanou-li vhodný impulz ze strany ošetřovatelského personálu. Tímto impulzem nemusí být jen kontakt se stomickou sestrou. Ta má nezastupitelnou roli v edukačním procesu a její hlavní činnost spočívá v praktickém nácviku péče o stomii. Nutné je však probouzet v pacientech zájem o stomii již v časně pooperační fázi, kterou pacient stráví nejčastěji na jednotce intenzivní péče. Péči o stomii zde přebírá ošetřující sestra. Je vhodné, aby podněcovala v pacientovi

---

<sup>90</sup> Michálková, Helena. *Problematika uspokojování potřeb klienta se stomií*. s. 96.

zájem o stomii, vedla ho ke sledování a kontrole jak stomie, tak stomického setu a popisovala a vysvětlovala pacientovi všechny činnosti, které v péči o stomii vykonává. Takto zapojený pacient bude již předpřipraven pro praktický nácvik ošetření stomie, které jsou v kompetencích stomické sestry.

Stomická sestra, která je hlavním průvodcem pacienta v edukaci, by měla znát rizikové faktory v časně adaptaci na stomii, včas detekovat rizikové pacienty a individuálně a konkrétně hledat náhradní řešení. Může tak včas zapojit rodinné příslušníky do péče o stomii, nebo zajistit agenturu domácí péče, která převezme péči o pacienta se stomií a bude pokračovat v edukačním plánu. Nutno ještě dodat, že výše získaná a vyhodnocená data budou předána stomickým sestram, které spolupracovaly na tomto výzkumném šetření a z jejichž dvou pracovišť jsou tato data získána.

Péče o pacienta se stomií vyžaduje vysoce individualizovaný a konkrétní přístup. Každý pacient má svůj jedinečný životní příběh, ve kterém jeho onemocnění hraje větší či menší roli. Operace střev se založením stomie je natolik fyzicky i psychicky zatěžující operační výkon, že tito pacienti si plnou měrou zaslouží naši zvláštní, individuální a vysoce profesionální péči.

## ZÁVĚR

Péče o pacienta s nově založenou stomií je specializovaná péče, která vyžaduje komplexní lékařský i ošetrovatelský tým kvalifikovaných a spolupracujících lidí. Důkladná předoperační příprava a následná operace jsou jen startovacím můstkem pro následující intenzivní a standardní pooperační péči, na níž se podílí nejen tým lékařů a sester, ale i další odborníci. Role stomické sestry v tomto týmu je nenahraditelná.

V odborné literatuře a v nejnovějších trendech moderního přístupu ke stomikům se zdůrazňuje předoperační edukace včetně názorné ukázky a zkoušky stomického systému nanečisto. Na včasnou předoperační informaci o možnosti založení stomie podanou od lékaře může navázat stomická sestra vhodnou předoperační edukací. Vše se však musí dít s dostatečným předstihem, aby pacient měl možnost získané informace a zkušenosti vstřebat a předoperační edukace nebyla ke škodě věci, ale k prospěchu. Přesto, že většina pacientů bližší předoperační edukaci odmítá, je jistě vhodné tyto informace nabízet a zájemcům předávat vhodnou a nenásilnou formou.

Samotná operace postižené části střeva s následným vyvedením stomie patří mezi časově náročnější a fyzicky zatěžující operační výkony. Není tedy divu, že následná pooperační rekonvalescence je doprovázena přitěžujícími okolnostmi či poruchou soběstačnosti. Když k tomu přidáme ještě hůře adaptující pacienty vyššího věku, tak získáme rizikové skupiny časně pooperační adaptace. Pacienti z těchto skupin se zapojují do péče o stomii později.

Z výše uvedeného vyplývá, že není vhodné pacienty přetěžovat edukací před operací ani v prvních dnech po operaci. Těžiště edukace stomiků se děje a zůstává na standardním oddělení. Nicméně je jistě vhodné a žádoucí, aby pacienti dostávali dílčí a postupné informace během celé hospitalizace nejen od stomické sestry, která by jim měla dělat průvodce touto problematikou, ale od všech členů lékařského a ošetrovatelského týmu. Zde bych zdůraznila roli ošetřující sestry na jednotce intenzivní péče, která pečuje o pacienta se stomií v prvních pooperačních dnech a která může vhodným způsobem pacienta angažovat. Jenom postupné a systematické zapojení pacienta do péče o stomii s průběžnou edukací připraví stomika na klidný přechod do domácího ošetření.

V této práci jsem se zaměřila na časnou, tedy fyzickou adaptaci pacienta na přijetí a péči o ileostomii a kolostomii v pooperačním období. Zajímal mě zejména aspekt adaptace během hospitalizace, a ta se týká zejména fyzické adaptace na novou životní situaci. Nad rámec této práce jsem považovala zkoumat psychickou a sociální adaptaci, kterou by bylo vhodnější vyhodnocovat v osobním prostředí stomika s delším časovým odstupem od operace.

Edukační proces cíleně vedený stomickou sestrou, podporovaný vstřícným a spolupracujícím přístupem ostatních členů týmu, by měl reagovat na individuální potřeby a možnosti pacienta. Jen tak je možné respektovat stomika jako bytost s bio-psycho-sociální a spirituální dimenzí.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BÁRTLOVÁ, Sylva; SADÍLEK, Petr; TÓTHOVÁ, Valérie. *Výzkum a ošetrovatelství*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2.
2. ČERVENKOVÁ, Renata. *Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 111 s. ISBN 978-80-7262-600-7.
3. DÍTĚ, Petr et al. *Vnitřní lékařství*. 2. vyd. Praha: Galén, 2007. 546 s. ISBN 978-80-7262-496-6.
4. FERKO, Alexander et al. *Chirurgie v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 571 s. ISBN 978-80-247-0230-8.
5. HOCH, Jiří. *Akutní chirurgie tlustého střeva*. 1. vyd. Praha: Maxford, 1998. 153 s. ISBN 80-85800-85-3.
6. HONZÁK, Radkin et al. *Základy psychologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006. 132 s. ISBN 80-7262-377-X.
7. JIRKŮ, Hana. Doporučená dieta pro ileostomiky. *Sestra*. 2007, sv. 17, č. 10, s. 40. ISSN 1210-0404.
8. JOBÁNKOVÁ, Marta et al. *Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti*. 3. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1996. 215 s. ISBN 80-7013-209-4.
9. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 77 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
10. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 3. vyd. Praha: Portál, 2009. 279 s. ISBN 978-80-7367-568-4.
11. LAJDOVÁ, Andrea; URÍČKOVÁ, Alena. Význam informací v procesu adaptace pacienta na život s kolostomií. *Sestra*. 2010, sv. 20, č. 9, s. 56. ISSN 1210-0404.
12. LATA, Jan et al. *Gastroenterologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2010. 247 s. ISBN 978-80-7262-692-2.
13. MAČÁK, Jirka; MAČÁKOVÁ, Jana. *Patologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 334 s. ISBN 80-247-0785-3.

14. *Měsíční limity spotřeby stomických pomůcek a příslušenství* [online]. 14. 3. 2013 [cit. 2013-03-14]. Dostupné z:  
<http://www.ilco.cz/pomucky.php#kvalitazivota>.
15. MICHÁLKOVÁ, Helena. *Problematika uspokojování potřeb klienta se stomií*. 2010. Disertační práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Valérie Tóthová.
16. MICHÁLKOVÁ, Helena. *Stomické sestry v České republice*. *Sestra*. 2009, sv. 19, č. 3, s. 38. ISSN 1210-0404.
17. MIKŠOVÁ, Zdeňka; FROŇKOVÁ, Marie; ZAJÍČKOVÁ, Marie. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 161 s. ISBN 978-80-247-1443-1.
18. *Ošetrovatelská péče o pacienty se stomií*. Coloplast, nedatováno.
19. OTRADOVCOVÁ, Iva et al. *Komplexní péče o pacienta se stomií*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006. 54 s. ISBN 80-7262-432-6.
20. PAFKO, Pavel et al. *Základy speciální chirurgie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2008. 385 s. ISBN 978-80-7262-402-7.
21. PAILOVÁ, Naďa. *Výživa stomiků*. *Sestra*. 2008, sv. 18, č. 2, s. 52. ISSN 1210-0404.
22. *Péče o pacienta se stomií*. Standard péče. Fakultní nemocnice Královské Vinohrady.
23. *Pomůcky pro péči o kůži a další příslušenství pro stomiky*, Coloplast, 2011.
24. RAYSON, Elizabeth. *Living Well with an Ostomy*. 1. vyd. Canada: Your health press, 2003. 176 s. ISBN 141200081-5.
25. SVĚŘÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry - Úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 63 s. ISBN 978-80-7262-845-2.
26. TRACHTOVÁ, Eva et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
27. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 426 s. ISBN 80-7178-214-9.
28. VENGLÁŘOVÁ, Martina; MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.



29. VOKURKA, Martin et al. *Praktický slovník medicíny*. 7. vyd. Praha: Maxdorf, 2004. 490 s. ISBN 80-7345-009-7.
30. WHITE, Craig. *Positive Options for Living with Your Ostomy*. Berkeley: Publisher Group West, 2002. 134 s. ISBN 0-89793-358-3.
31. WILLIAMS, Julia. *Psychological Issues in Stoma Care*. In: Porrett, Theresa; McGrath, Anthony. *Stoma care*. Oxford: Blacwell Publishing. 2005. 184 s. ISBN 1-4051-1407-X.
32. ZACHOVÁ, Veronika et al. *Stomie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 172 s. ISBN 978-80-247-3256-5.
33. ZEMAN, Miroslav et al. *Speciální chirurgie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. 547 s. ISBN 80-7262-093-2.
34. *Život se stomií*, Coloplast, 2011.

## SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tabulka č. 1: Pohlaví

Tabulka č. 2: Věk

Tabulka č. 3: Druh stomie, která Vám byla založena

Tabulka č. 4: Stomie Vám byla založena

Tabulka č. 5: Před kolika dny jste podstoupil/a operaci, při které Vám byla stomie založena?

Tabulka č. 6: Základní diagnóza, pro kterou Vám byla založena stomie

Tabulka č. 7: Jak dlouho před operací jste se s touto nemocí léčil/a?

Tabulka č. 8: Jak dlouho před operací jste byl/a informován/a o možnosti založení stomie?

Tabulka č. 9: Měl/a jste možnost se před operací seznámit se stomickými pomůckami?

Tabulka č. 10: Měl/a jste možnost vyzkoušet si před operací stomické pomůcky (např. nalepení stomického sáčku na vhodné místo)?

Tabulka č. 11: Považujete za přínosné vyzkoušet si stomické pomůcky před operací?

Tabulka č. 12: Jak jste reagoval/a po operaci na informaci o založení stomie?

Tabulka č. 13: Vyskytly se či přetrvávaly od 3. dne po operaci přitěžující okolnosti, které narušily vaši soběstačnost?

Tabulka č. 14: Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a kladně, o jaké přitěžující okolnosti se jednalo?

Tabulka č. 15: Kterou z následujících oblastí soběstačnosti jste byl/a schopen/a vykonat sám/a 5. den po operaci?

Tabulka č. 16: Kdy Vás navštívila stomická sestra?

Tabulka č. 17: Kdy jste dostal/a informační letáky týkající se pomůcek a ošetřování stomie?

Tabulka č. 18: Máte dostatek informací v péči o stomii a o pomůckách?

Tabulka č. 19: Kdy jste se poprvé podíval/a na stomii, na přilepený stomický sáček?

Tabulka č. 20: Kdy jste se začal/a zajímat o stomii (naplňování sáčku apod.)?

Tabulka č. 21: Kdy jste začal/a pečovat o stomii (vypouštění sáčku, výměna sáčku)?

Tabulka č. 22: Kdy jste si sám/a vystříhl/a první stomickou podložku?

Graf č. 1: Pohlaví

Graf č. 2: Věk

Graf č. 3: Druh stomie, která Vám byla založena

Graf č. 4: Stomie Vám byla založena

Graf č. 5: Před kolika dny jste podstoupil/a operaci, při které Vám byla stomie založena?

Graf č. 6: Základní diagnóza, pro kterou Vám byla založena stomie

Graf č. 7: Jak dlouho před operací jste se s touto nemocí léčil/a?

Graf č. 8: Jak dlouho před operací jste byl/a informován/a o možnosti založení stomie?

Graf č. 9: Měl/a jste možnost se před operací seznámit se stomickými pomůckami?

Graf č. 10: Měl/a jste možnost vyzkoušet si před operací stomické pomůcky (např. nalepení stomického sáčku na vhodné místo)?

Graf č. 11: Považujete za přínosné vyzkoušet si stomické pomůcky před operací?

Graf č. 12: Jak jste reagoval/a po operaci na informaci o založení stomie?

Graf č. 13: Vyskytly se či přetrvávaly od 3. dne po operaci přitěžující okolnosti, které narušily vaši soběstačnost?

Graf č. 14: Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a kladně, o jaké přitěžující okolnosti se jednalo?

Graf č. 15: Kterou z následujících oblastí soběstačnosti jste byl/a schopen/a vykonat sám/a 5. den po operaci?

Graf č. 16: Kdy Vás navštívila stomická sestra?

Graf č. 17: Kdy jste dostal/a informační letáky týkající se pomůcek a ošetřování stomie?

Graf č. 18: Máte dostatek informací v péči o stomii a o pomůčkách?

Graf č. 19: Kdy jste se poprvé podíval/a na stomii, na přilepený stomický sáček?

Graf č. 20: Kdy jste se začal/a zajímat o stomii (naplňování sáčku apod.)?

Graf č. 21: Kdy jste začal/a pečovat o stomii (vypouštění sáčku, výměna sáčku)?

Graf č. 22: Kdy jste si sám/a vystříhl/a první stomickou podložku?

Graf č. 23: Hypotéza č. 1

Graf č. 24: Základní diagnóza/délka léčby před operací

Graf č. 25: Základní diagnóza/doba podání informace o založení stomie

Graf č. 26: Základní diagnóza/reakce po operaci

Graf č. 27: Hypotéza č. 3 – vliv pooperačních komplikací

Graf č. 28: Hypotéza č. 3 – vliv soběstačnosti

Graf č. 29: Návštěva stomické sestry/předání informačních letáků

## **SEZNAM ZKRATEK**

apod. – a podobně

č. - číslo

s. – strana

aj. – a jiné

atd. – a tak dále

mj. – mimo jiné

at al. – a kolektiv (z latinského at alii)

vyd. - vydání

sv. – svazek

RL – revizní lékař

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1: Umístění stomie

Příloha č. 2: Ileostomie – foto

Příloha č. 3: Operace dle Milese

Příloha č. 4: Operace dle Hartmanna

Příloha č. 5: Pomůcky pro stomiky

Příloha č. 6: Postup při výměně stomického sáčku

Příloha č. 7: Měsíční limity spotřeby stomických pomůcek a příslušenství

Příloha č. 8: Záznam stomika

Příloha č. 9: Dotazník