

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2021

Adéla Purmová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Situace vyvolávající stres u pacientů se stomií střeva

Adéla Purmová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Adéla Purmová**
Osobní číslo: **Z18165**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Téma práce: **Situace vyvolávající stres u pacientů se stomií střeva**
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace průzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

1. BEZDIČKOVÁ, Marcela a Lenka SLEZÁKOVÁ. *Ošetrovatelstvá v chirurgii III*. Praha: Grada, 2010, 300 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3130-8.
2. KALA, Zdeněk a Vladimír PROCHÁZKA. *Perioperační péče o pacienta v digestivní chirurgii*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010, 237 s. ISBN 978-80-7013-519-8.
3. LATA, Jan, Jan BUREŠ a Tomáš VAŇÁSEK. *Gastroenterologie*. Praha: Galén, 2010, 256 s. ISBN 978-80-7262-692-2.
4. NÝVLTOVÁ, Václava. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. Vyd. 2., upr. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2010, 240 s. ISBN 978-80-86723-85-3.
5. ZACHAROVÁ, Eva, 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 264 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0155-9.
6. ZACHOVÁ, Veronika. *Stomie*. Praha: Grada, 2010, 200 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3256-5.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Michal Kopecký**
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **2. prosince 2019**
Termín odevzdání bakalářské práce: **6. května 2021**

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D. v.r.
děkanka

L.S.

Mgr. Michal Kopecký v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 12. března 2021

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Situace vyvolávající stres u pacientů se stomií střeva jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 12. 7. 2021

Adéla Purmová v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Tímto bych chtěla poděkovat vedoucímu bakalářské práce Mgr. Michalovi Kopeckému za odborné vedení, trpělivost, ochotu a čas, který mi věnoval. Dále také respondentům za jejich ochotu vést rozhovory a za jejich čas, který mi poskytli. V neposlední řadě patří poděkování i mé rodině, která mě při studiu podporovala.

ANOTACE

Bakalářská práce se zabývá problematikou prožívání pacientů se střevní stomií, jejich znalostmi základních informací ohledně stomie a stresujícími situacemi, které s tvorbou stomie úzce souvisí. Teoretická část bakalářské práce je zaměřena především na základní informace týkající se stresu, jeho činitele, důsledky stresu, adaptaci na stres a jeho prevenci pomocí různých technik. Další významná část teoretické části se zabývá střevní stomií z hlediska anatomie, druhy střevní stomie a typy konstrukce, příčinami pro vytvoření střevní stomie a komplikacemi, které se po vytvoření stomie mohou objevit. V neposlední řadě teoretická část zahrnuje také vliv stomie na život člověka, který je nadále zkoumán v praktické části. Pro tvorbu praktické části byl zvolen kvalitativní průzkum, který byl dále prováděn formou rozhovorů. Získané odpovědi participantů byly následně analyzovány v programu Atlas.ti a zpracovány pomocí zvolených kódů do myšlenkových map, které znázorňují spojitosti mezi kódy. Za nejvíce stresující situace pacienti se střevní stomií nejčastěji označovali péči o stomii a vypouštění stomického sáčku na jiných místech než v domácím prostředí a komplikace spojené se selháním stomického sáčku. S tím se shodovaly i původní obavy pacientů s novou stomií. Znalost základních informací o stomii byla v průzkumu shledána jako nedostatečná, ačkoliv stomici kladně hodnotí edukaci primárně stomickou sestrou.

KLÍČOVÁ SLOVA

Stomie, střevní stomie, stres, kvalita života, kolostomie, ileostomie

TITLE

Situations causing stress in patients with intestinal stoma.

ANNOTATION

The bachelor's thesis deals with the issue of experiencing patients with intestinal stoma, their knowledge of basic information about the stoma and stressful situations that are closely related to the formation of a stoma. The theoretical part of the bachelor thesis is focused mainly on basic information about stress, its factors, the consequences of stress, adaptation to stress and its prevention using various techniques. Another important part of the theoretical part deals with the intestinal stoma in terms of anatomy, types of intestinal stoma and types of construction, the causes of intestinal stoma and complications, that may occur after stoma formation. Last but not least, the theoretical part also includes the effect of the stoma on the life of a person,

which is further examined in the practical part. For the creation of the practical part was chosen a qualitative survey, which was further conducted in the form of interviews. The obtained answers of the participants were subsequently analyzed in the program Atlas.ti and processed by means of selected codes into mind maps, which show the connections between the codes. The most stressful situations with intestinal stoma patients were most often described as stoma care and emptying an ostomy pouch in places other than the home environment and complications associated with ostomy pouch failure. The original concerns of patients with a new stoma coincided with this. Knowledge of basic information about stoma was found to be insufficient in the survey, although patients with stoma positively evaluate education primarily by an ostomy nurse.

KEYWORDS

Stomy, intestinal stomy, stress, quality of life, colostomy, ileostomy

OBSAH

Úvod.....	12
Teoretická část	13
1 Stres	13
1.1 Definice psychického stresu.....	13
1.2 Pojmy a rozdělení související se stresem	13
1.3 Stresory	14
1.4 Důsledky stresu	15
1.5 Adaptace na stres a reakce na nemoc	15
1.6 Strach a úzkost	16
1.7 Zvládání stresu a prevence jeho následků	18
2 Střevní stomie	19
2.1 Definice střevní stomie	19
2.2 Anatomie tenkého a tlustého střeva	19
2.3 Druhy střevních stomií.....	20
2.3.1 Ileostomie.....	20
2.3.2 Kolostomie.....	21
2.4 Typy konstrukce a chirurgická technika stomií	22
3 Indikace k založení střevní stomie.....	24
3.1 Kolorektální karcinom	24
3.2 Crohnova choroba	24
3.3 Ulcerózní kolitida.....	25
3.4 Divertikulóza tlustého střeva.....	25
3.5 Familiární adenomatózní polypóza	26
3.6 Náhlé příhody břišní.....	26
3.7 Anorektální poranění.....	26
4 Komplikace střevních stomií	27

4.1	Časné komplikace	27
4.2	Pozdní komplikace	28
5	Vliv stomie na život člověka	29
5.1	Kvalita života člověka se střevní stomií.....	30
5.2	Stomické kluby.....	31
	Výzkumy na podobné téma	32
	Průzkumná část	35
5.3	Stanovené cíle	35
5.4	Přípravná fáze průzkumu	36
5.4.1	Průzkumný soubor	36
5.4.2	Sběr dat a realizace průzkumu	39
5.5	Technika a vyhodnocení dat.....	39
6	Prezentace výsledků.....	41
7	Diskuze	47
7.1	Shrnutí a porovnání nejčastějších obav stomiků	57
	Závěr	60
	Použitá literatura	62
	Přílohy.....	67

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 Znalosti pacientů se střevní stomií	47
Obrázek 2 Prožívání v souvislosti se stomií krátce po jejím vyšití	50
Obrázek 3 Prožívání v souvislosti se stomií delší dobu po jejím vyšití	54
Tabulka 1 Přehled respondentů.....	37
Tabulka 2 Charakteristika respondentů	38

ÚVOD

Ve své bakalářské práci „Situace vyvolávající stres u pacientů se stomií střeva“ jsem se zabývala problematikou pacientů se střevní stomií, a to konkrétně jejich psychickým prožíváním, stresujícími situacemi v souvislosti se stomií krátce po jejím vyšití a několik měsíců až let po jejím vyšití a jejich informovaností zdravotnickým personálem. Stomie jako taková je rozsáhlé téma. V každé odborné publikaci s touto tematikou je kladen důraz na psychosociální dopad stomie na život člověka a jeho okolí a na to, jak by měl zdravotnický personál k těmto pacientům přistupovat a jak s nimi jednat. Mé zkušenosti z praxe jsou takové, že ne vždy je k takovýmto pacientům přistupováno tak, jak doporučuje literatura a jejich psychické rozpoložení je mnohdy podceňováno. Proto jsem se rozhodla zabývat se prožíváním stomiků více do hloubky a obohatit tak zkušenostmi a znalostmi, které bych chtěla později využít v praxi, nejen sebe, ale i čtenáře.

Teoretická část bakalářské práce je členěna do několika částí, a to na část stresu, střevní stomie, indikace k založení stomie, komplikace střevních stomií a vliv stomie na život člověka. Tyto kapitoly jsou dále systematicky členěny do dalších podkapitol. Část o stresu zahrnuje definici stresu a pojmy s ním související, příčiny a důsledky stresu, adaptaci na stres a reakci na nemoc, vysvětlení pojmů strach a úzkost a zvládání a prevenci stresu. Část o střevní stomii zahrnuje definici střevní stomie, stručnou anatomii tenkého a tlustého střeva, typy střevních stomií, dále indikace k založení stomie a komplikace se stomií. Část je také věnována vlivu stomie na život člověka dle odborné literatury.

Průzkumná část obsahuje data získaná z rozhovorů, která jsou dále popsána a komparována s dostupnými literárními zdroji a jinými závěrečnými pracemi a výzkumy na podobné téma. Cíli bakalářské práce je zjistit, na jaké úrovni jsou znalosti pacientů ve vztahu k jejich vyšité střevní stomii, jaké je prožívání pacientů se stomií první týden po vytvoření stomie a čeho se nejvíce do budoucna obávají. V neposlední řadě je cílem také zjištění, jaké je prožívání pacientů se stomií několik měsíců až let po vytvoření stomie a jaký vliv má stomie na jejich život. Průzkum byl prováděn pomocí kvalitativní metody formou rozhovorů. Průzkumný vzorek tvořili pacienti hospitalizovaní na chirurgickém oddělení, kteří měli střevní stomii vyšitou maximálně jeden týden, dále pacienti lůžkového onkologického oddělení a pacienti docházející do onkologického stacionáře, kteří měli stomii již alespoň 5 měsíců až několik let.

Rozhovory byly zpracovány na základě kódování, přičemž byly kódy uspořádány do myšlenkových map, které byly popsány v diskuzi bakalářské práce.

TEORETICKÁ ČÁST

1 STRES

S většinou onemocnění náhle přichází nová životní situace, která může narušit komfort a životní standard člověka. To se pro něho může stát velkou psychickou, ale i fyzickou zátěží, při které čelí pocitům nejistoty, na které tělo reaguje stresem ve snaze ochránit své vnitřní prostředí. V této kapitole bude popsáno, co to vlastně stres je, jaké je jeho opodstatnění, co ho vyvolává, jaké jsou možnosti v souvislosti se snižováním a předcházením stresu a jaký vliv má stres na živý organismus. V neposlední řadě zde budou popsány dvě stěžejní emoce, kterými jsou strach a úzkost, které se stresem při onemocnění úzce souvisí.

1.1 Definice psychického stresu

Z několika teorií stresu vyplývá, že psychický stres je vnitřní stav organismu, kdy jedinec dlouhodobě prožívá extrémní situaci frustrace a strachu a jeho osobnost je dlouhodobě ohrožena (Musil, 2010, s. 24). Za stres se považuje jakákoliv zátěž, při které je překročena schopnost jedince se adaptovat. Při vysoké úrovni stresu se objevují pocity úzkosti a ohrožení (Blahutková a kol., 2010, s. 52). Stresová reakce je příprava organismu na tzv. boj nebo útek (Bartůňková, 2010, s. 16). Doprovází ji biochemické, fyziologické, kognitivní a behaviorální procesy. Zjednodušeně řečeno je stres odpovědí organismu na zátěž (Blahutková, 2010, s. 52).

U stresu rozeznáváme tři stádia, přičemž 1. stádium je stádium poplachové reakce, kdy se organismus setká s působícím stresorem a uvede do pohotovosti obranné mechanismy, 2. stádium je stádium rezistence, zde se jedinec přizpůsobí faktoru působícímu stres a 3. stádiem je stádium vyčerpání, živý organismus se již nezvládne nadále přizpůsobovat působícímu stresoru v takové míře (Selye, 1975, s. 79).

1.2 Pojmy a rozdělení související se stresem

Základním pojmem souvisejícím s psychickým stresem je například **distres** – je to negativně prožívaný stres, který organismus vnímá jako ohrožení a doprovází ho negativní emocionální symptomy (Musil, 2010, s. 25).

Naopak pozitivním stresem je **eustres**, který v optimální míře jedince povzbuzuje k lepším úkonům (Zacharová, 2017, s. 62). Vyvolávají ho tedy situace, do kterých se většinou dostáváme z vlastní vůle, a kdy musíme vynaložit nějaké úsilí, které nám ale přináší radost (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 87).

Další související pojmy rozdělují stres podle jeho intenzity na **hypostres** a **hyperstres**. Hypostres není nezvládnutelným stresem, ale při jeho rapidním nárůstu může dojít ke zvratu. Je to špatný stres, je oslabující a doprovází pocity tělesné únavy a nudy. Faktorem jeho spouštění mohou být např. problémy v zaměstnání, ve škole nebo v rodině (Ambrozová, 2018, s. 91).

V případě, že jsou stresory příliš silné a dojde k překročení mezí adaptability, nastává v tomto okamžiku hyperstres a může při něm dojít k psychickému a fyzickému kolapsu či dokonce ke smrti (Zacharová, 2017, s. 62). Vyvolat ho mohou různé havárie, katastrofy, přepadení apod. (Ambrozová, 2018, s. 91).

Z hlediska trvání stres rozdělujeme na **akutní** a **chronický**. Akutní neboli krátkodobý stres je intenzivní, trvá pouze po dobu působení stresoru (Ambrozová, 2018, s. 91). Akutní reakce na stres je dočasná psychická porucha, která je okamžitou reakcí na stres závažného, katastrofického charakteru. Spouštěcím faktorem (stresorem) může být traumatizující zážitek spojený se stresovou událostí (Nývltová, 2010, s. 69). Chronický neboli dlouhodobý stres znamená dlouhodobé opakované působení stresoru. Tento stres se většinou pojí se zaměstnáním, vztahy, životním stylem apod. Může způsobovat patologické projevy v podobě ukládání cholesterolu v cévách, urychlení procesu stárnutí nebo i oslabení imunitního systému (Ambrozová, 2018, s. 91).

1.3 Stresory

Stresory jsou faktory, které vyvolávají stres a způsobují zvýšení adrenokortikotropního hormonu. Podstatná je nejen míra a intenzita stresoru, ale také schopnost organismu stresor akceptovat (Bartůňková, 2010, s. 16). Stresory mohou být různé, ale všechny jsou stejné v tom, že převyšují reakční a adaptační schopnost daného jedince, navozují mu stav tělesné a duševní nepohody a jsou tak pro člověka velkou zátěží (Nývltová, 2010, s. 48).

Stresory působící na lidský organismus můžeme rozdělit na fyzikální (např. teplo, chlad), chemické (např. otravy, infekce), biologické (např. bolest, hlad) a psychosociální. Psychosociálním stresorem může být úzkost, strach z nemoci, z hospitalizace, ze smrti aj. Stresující pro člověka mohou být naopak i situace, kdy prožívá nudu, nebo je v prostředí nedostatek nových podnětů a může tak dojít ke ztrátě motivace a výkonnosti. V určitých životních situacích působí vždy více stresorů najednou (Bartůňková, 2010, s. 16).

Každý člověk se se stresem vypořádává jinak a je jinak odolný vůči psychické a tělesné zátěži. Nedá se říct, že by byl někdo obecně odolný vůči stresu, ale může být odolný vůči konkrétním stresorům (Nývltová, 2010, s. 50).

1.4 Důsledky stresu

Člověk se obvykle snaží faktory působící stres zvládnout a přizpůsobit se jim. Po tom, co se zdá, že stres zvládl, může přijít vyčerpání. Při stresu je narušena psychická a tělesná stabilita. Negativní důsledky stresu se většinou neprojevují hned, pokud nejde o silně traumatizující událost. K tomu, aby se navrátila rovnováha po působení stresu, je třeba zhruba dvojnásobná doba, jako byla doba působení stresorů. Jinak je tomu u traumatizujících stresových událostí, které mohou člověka postihnout po zbytek života i s projevy postresových psychických poruch. Zvládnutí konkrétní stresové situace je u každého člověka individuální a záleží na povaze a síle stresoru. Reakce na stresor znamená vždy celý souhrn tělesných a psychických reakcí, nikdy není pouze jedna. Kterákoliv tělesná změna se vždy odrazí na psychice. Zpočátku na emočním prožívání, později i na soustředěnosti, vnímání, myšlení, paměti a motivaci ke svým zájmům a práci. Stejně je tomu i naopak, kdy se psychické změny promítají do oblasti tělesných procesů. Vzhledem k vzájemné souvislosti psychických a tělesných procesů může být člověk z psychických problémů stejně vyčerpaný, jako z tělesné zátěže. Stres může být příčinou vzniku tělesných nemocí a psychických poruch a může i negativně přispět ke zhoršení již přítomných zdravotních problémů. Oslabuje imunitní systém, takže zvyšuje tendenci k infekčním onemocněním. Ovlivňuje krevní tlak, dýchání, může přispět k žaludečním a střevním poruchám, může vyčerpávat organismus a ovlivňovat úbytek a příbytek váhy. Značně zasahuje do emočního rozpoložení, někdo při prožívání stresu reaguje hněvem či vztekem, jiný strachem a úzkostí (Nývltová, 2010, s. 50-51).

1.5 Adaptace na stres a reakce na nemoc

Při dlouhodobém působení stresu nižší intenzity se může stresová reakce snížit v důsledku adaptace. V případě, že se organismus nedokáže přizpůsobit, může u člověka vzniknout psychické, metabolické a kardiovaskulární onemocnění. Obzvláště důležitou roli zde hrají psychické a psychosociální faktory, jelikož jejich dlouhodobé působení může mít velmi špatný dopad, například vznik metabolického syndromu. Proces adaptace na zátěž pomocí tvorby mediátorů, jako jsou adrenální steroidy, cytokiny a katecholaminy, se nazývá alostáza. Je to snaha udržet vnitřní prostředí změnou. V případě, kdy je tento proces účinný, je organismus ochráněn před poškozením. Příkladem úspěšné adaptace je kardiovaskulární odezva u vytrvalostních sportovců (Rokyta, 2015, s. 388-389).

Při onemocnění se člověk dostává do úplně nové životní situace, ve které jsou požadavky na adaptaci mnohem vyšší. Nemoc pacienta může značně omezit v soběstačnosti, může způsobovat bolest, snižovat schopnost pohybu a vést ke změně životního stylu. Další změny může přinést léčba, realizace ošetrovatelských postupů k podpoře zdraví a vliv zdravotnického personálu a prostředí – to vše může u pacienta vyvolat pochyby z budoucnosti. Reakce na tento distress je u každého pacienta individuální. Při nepřizpůsobení se novým životním podmínkám se může objevit strach, deprese, pocit viny, stud, hněvivé odmítání druhých lidí, špatná spolupráce pacienta a negativní reakce na zdravotnický personál. Psychické vlastnosti, rysy osobnosti a způsoby reagování mohou zvyšovat morbiditu a mortalitu somatického onemocnění. Psychická reakce člověka na nemoc může být odlišná podle míry trápení, kterou nemoc přináší, podle závažnosti a prognózy nemoci, aktuální životní situace, pohledu okolí na nemoc a rozsahu jeho podpory, osobnosti pacienta a jeho schopnosti řešit problémy. Postoj pacienta k vlastní nemoci ovlivňuje proces jeho uzdravování. Pacient, který pesimisticky nahlíží na svou nemoc, může mnohdy vyzdvihovat svou nemohoucnost a mít tak sklony k apatii. Naopak pacient, který jeví adekvátní postoj k nemoci a je si vědom své schopnosti kontroly symptomů, se uzdravuje rychleji (Praško, 2010, s. 40-41).

1.6 Strach a úzkost

Strach a úzkost patří mezi běžné emoce, které se v současné psychologii řadí spíše mezi negativní emocionální jevy, které člověk prožívá v situacích, kdy se cítí v ohrožení a v nebezpečí. Tělesným projevem může být třes těla, změna výrazu v obličeji, zrychlený puls a dech, přičemž se mohou objevit pocity svalové slabosti a zvýšené svalové napětí (Paulík, 2010, s. 55).

Strach lze definovat jako obavu před konkrétním rozpoznatelným nebezpečím (Trachtová a kol., 2013, s. 145). Váže se na určitý předmět nebo situaci, které v jedinci vyvolávají obavu z ohrožení a má především obrannou funkci. Faktory ohrožení mohou být vnitřní a vnější. Vnitřním faktorem může být obava, že člověk v něčem selže, nebo něco nezvládne. Vnější faktorem je například hospitalizace v nemocnici. Tyto faktory se v důsledku lidských zkušeností a předvídatelnosti mohou navzájem prolínat. Strach můžeme rozdělit na přiměřený a nadměrný. Přiměřený strach je užitečný a chrání člověka před možným následujícím rizikem. Příkladem je změna špatného životního stylu z důvodu obavy před jeho následky. Naopak nadměrný strach může člověku spíše uškodit. Člověk s nadměrným strachem může nepřiměřeně a neváženě jednat a později litovat svých činů. Při strachu dochází ke zvýšení krevního tlaku, což organismu dodává energii a sílu při obraně nebo snaze se vymanit

z nepříjemných rizikových situací. Strach může být způsob reakce či způsob chování, kterým člověk reaguje na nebezpečné jevy a budoucí situace, o kterých si myslí, že by mohly být nebezpečné. Záleží na tom, jak je člověk vnímá a hodnotí. Záporný význam strachu je zatížení organismu reakcemi, kdy dochází k poruchám zažívání, zvýšenému krevnímu tlaku či nadměrnému pocení. To může komplikovat diagnostiku a léčbu člověka například fyzickým odporem projevujícím se u dětí při vyšetřování nebo tachykardií rušící vyšetření srdce. Předměty strachu mohou být různé. Mohou to být obavy z bolesti, kterou člověk zná z vlastní zkušenosti, nebo ji zná jen z vyprávění druhých lidí, obavy ze selhání, z neschopnosti zajištění rodiny, z odloučení od blízkých, obavy z nemoci, ze smrti a umírání, z následků onemocnění aj. Zdrojem strachu může být nedostatečná schopnost umění překonávání překážek, přehnané zdůrazňování léčebných procesů apod. (Zacharová, 2017, s. 56-57).

Úzkost je nepříjemný emoční stav, jehož příčinu, která ho vyvolává, na rozdíl od strachu nelze přesněji definovat. Považuje se za nepříjemnější než strach, jelikož očekávání něčeho dosud nepoznaného a nepříjemného je horší než konkrétní špatná událost. Člověk se cítí v ohrožení i přes to, že nezná konkrétní příčinu. Úzkost v nemoci je zbytečná, má charakter neurčitého ohrožení. Nemusí být vždy psychickou reakcí, ale zvyšuje riziko infarktu myokardu, plicní embolie a anginy pectoris. Může být velmi silná, i přestože jedinec neví, co ji působí. Úzkostlivé osoby vnímají situace více jako nebezpečné a reagují na ně větším strachem. Mnohdy přechází ve strach a naopak, vzájemně se prolínají a jsou valným příkladem psychosomatiky člověka. Mezi psychosomatické projevy může patřit lítostivost, rozčilení, ztrápený výraz v obličeji, rychlá a koktavá řeč, zrychlený puls, sucho v ústech, nervozita, pocení. Tyto projevy mohou výrazně negativně ovlivnit průběh nemoci. Obzvláště úzkostliví lidé mohou onemocnění hůře nést a psychicky se velmi trápit (Zacharová, 2017, s. 58).

Úzkostný pacient, který se cítí v ohrožení, se snaží navázat kontakt se zdravotnickým personálem, neustále se ujišťuje, opakovaně se dotazuje, pochybuje, váhá a odkládá své rozhodnutí (Praško, 2010, s. 133).

Komunikace s člověkem, který prožívá strach a úzkost není snadná. Vždy záleží na profesionálním přístupu a chování zdravotnického personálu, ale i blízkých osob. Zdravotník by se měl snažit rozptýlit strach a úzkost pacienta osobní přítomností, svou empatií, měl by být trpělivý a získat si jeho důvěru. Pacient by měl být dostatečně správně a srozumitelně informovaný o jeho zdravotním stavu a léčebných postupech, tím by se mohl snížit strach a úzkost z budoucnosti. Je vhodné odvádět pozornost od reality, ačkoliv to mnohdy nemusí mít

kýžený efekt a pacient se opakovaně soustředí na svoje obavy. Obtížnější je to u pacientů upoutaných na lůžko, neboť v důsledku nečinnosti může být prožívání strachu intenzivnější a duševní a fyziologický stav se zhoršuje (Zacharová, 2017, s. 59).

Mezi další zásady komunikace s úzkostným pacientem patří především klidný přístup, soukromí při rozhovoru a pomalejší tempo řeči. Je dobré pacienta ušetřit přílišných detailů ohledně diagnostických a terapeutických metodách, projevit pochopení, nic nezlehčovat, neprojevat případné znepokojení, ale spíše od něj odvádět pozornost (Praško, 2010, s. 133).

1.7 Zvládání stresu a prevence jeho následků

Prevence stresu je velmi zásadní a má za cíl stres eliminovat. Každý člověk by se měl zaměřit na duševní hygienu. Duševní hygiena je soubor zásad a rad, které napomáhají udržovat či navracet duševní rovnováhu. Patří do ní péče o duši, kdy člověk pečuje o své názory a myšlenky, o to, co prožívá a jak vnímá ostatní věci a lidi kolem sebe, co je cílem jeho života a co od života očekává. Zahrnuje také péči o tělo, kdy člověk ví, co by měl správně jíst a pít a jak by se měl hýbat. Jedinec by měl vědět, co je smyslem jeho života a jaké má cíle. Důležité je umět si udělat čas pro odpočinek. Nejčastější metodou prevence stresu a efektivního odpočinku je relaxace. Napomáhá nalézt tělesnou a duševní pohodu a zklidnit organismus. K uvolnění může dojít ovládním dechu, kdy si osoba navodí pomalé a pravidelné dýchání, nebo snížením svalového tonu, kdy klesne spotřeba kyslíku organismu. Pozitivní efekt může mít i soustředěnost pouze na jeden předmět, kdy se zpomalí tok myšlenek (Haluzíková a Římovská, 2010, s. 26-27).

Relaxační metody jsou vědecky zkoumány, protože mohou snižovat psychickou zátěž u pacientů. Jsou důležité například u nádorové bolesti a vedlejších účinků chemoradioterapie. Tyto metody nenaučí jedince zvládat situaci, ale spíše snižují úzkost a podráždění, což zlepšuje kvalitu života nemocného. Jednou ze zklidňujících metod je muzikoterapie, která byla aplikována u pacientů s rakovinou vyškolenými terapeuty a jejíž účinnost byla v rámci několika studií zkoumána. Ukázalo se, že ani tato metoda nijak nezlepšuje strategii zvládání nemoci, ale nemocného okamžitě zklidňuje a uvolňuje. Obzvláště pozitivní účinek má při paliativní péči. Další metodou je kombinace aromaterapie a masáže (Angenendt a kol., 2010, s. 46-49).

2 STŘEVNÍ STOMIE

V této kapitole bude definováno, co to střevní stomie je, jak se dělí z jednotlivých hledisek a jaká je chirurgická technika pro její vyhotovení. Pro lepší přehled zde bude stručně popsána anatomie tenkého a tlustého střeva, neboť právě od některých anatomických pojmů střeva je název konkrétní střevní stomie odvozen. Indikace k založení střevních stomií a jejich možné komplikace budou mít svou vlastní kapitolu.

2.1 Definice střevní stomie

Střevní stomie je chirurgické vyústění střeva na povrch těla. Pojem stomie pochází z řeckého slova stoma, stomatos, což v překladu znamená ústa, ústí, otvor. Můžeme je rozdělit z hlediska trvání, lokalizace, účelu a typu. Střevní stomie jsou derivační, při nemožnosti fyziologického vyprazdňování slouží k odvádění střevního obsahu do sběrného systému (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 176-177). Nejčastějšími důvody pro založení stomie jsou onkologická onemocnění, idiopatické střevní záněty, úrazy a poranění, náhlé příhody břišní a ileózní stavy, při kterých je narušen posun střevního obsahu a střevo se stává neprůchodné (Zachová, 2010, s. 25).

2.2 Anatomie tenkého a tlustého střeva

Tenké střevo (*intestinum tenue*) je nejdelším úsekem trávicí trubice. Jeho délka činí 3 – 5 m a má průměr 2 – 4 cm. Na žaludek se napojuje v oblasti pyloru a v dutině břišní je složeno do kliček (*ansae intestinales*), které vyplňují její velkou část (Hudák a kol., 2017, s. 188). Pomocí pankreatických enzymů jsou zde tráveny a vstřebávány sacharidy, bílkoviny a tuky (Novotný a Hruška, 2015, s. 89). Tenké střevo se skládá ze tří oddílů. První část tvoří dvanáctník (*duodenum*), který měří 25 – 30 cm a má podkovovitý tvar. Tvoří ho 4 části: Pars superior, descendens, inferior, ascendens. Ve dvanáctníku se nachází vývod žlučových cest a vývody slinivky břišní. Na Vaterskou papilu (*papilla duodeni major*) ústí ductus choledochus a ductus pancreaticus Wirsungi. Na Santoriniho papilu (*papilla duodeni minor*) ústí ductus pancreaticus accessorius. Další částí je lačník (*jejunum*), který navazuje na dvanáctník a plynule přechází v kyčelník (*ileum*), který vyústuje do slepého střeva (*intestinum caecum*) (Hudák a kol., 2017, s. 188-190). Obě tyto části jsou připojeny závěsem mesenteriem a společně se nazývají jejunoileum. Z celé délky tenkého střeva lačník zaujímá zhruba dvě pětiny a jeho průměr činí asi 3 cm, ileum zaujímá tři pětiny s průměrem asi 2,5 cm (Čihák, 2011-2016, s. 107).

Tlusté střevo (*intestinum crassum*) je posledním úsekem zaživací trubice, do kterého je z tenkého střeva přiváděn kašovitý až tekutý obsah, který prošel procesem trávení a vstřebávání

živin. V tlustém střevě se dále z tohoto obsahu vstřebává voda a elektrolyty, čímž se obsah zahušťuje a formuje se ve stolici, která je pak z posledního úseku střeva odváděna análním otvorem. Na rozkladu střevního obsahu se v tlustém střevě podílí střevní mikroorganismy, které působí kvasné a hnilobné procesy. Tlusté střevo je dlouhé 1,3 – 1,7 m a široké 4 – 7,5 cm. Jeho částí tvoří slepé střevo (*intestinum caecum*), tračník (*colon*) a končecík (*rectum*). Slepé střevo je nejširší část, která je uložena v pravé jámě kyčelní a na jeho levém boku do něj ústí kyčelník. Jeho součástí je červovitý výběžek (*appendix vermiformis*), který vystupuje na jeho slepě zakončeném dolním konci. Hlavní částí tlustého střeva je tračník, který se dále dělí na tračník vzestupný (*colon ascendens*), jenž směřuje od slepého střeva po pravé straně dutiny břišní kraniálně pod játra. Na vzestupný tračník navazuje v pravém ohbí (*flexura coli dextra*) tračník příčný (*colon transversum*), který vede příčně zprava doleva pod játry a žaludkem ke slezině, u které se zahýbá v levé ohbí (*flexura coli sinistra*) a pokračuje od sleziny kaudálně po levé straně dutiny břišní jako tračník sestupný (*colon descendens*) do levé jámy kyčelní, kde přechází v esovitou kličku (*colon sigmoideum*), která vede od konce sestupného tračníku do středu malé pánve. Odtud pak tračník pokračuje jako konečecík (*rectum*), který ústí napovrch řitním otvorem (*anus*) (Čihák, 2011-2016, s. 112-113).

2.3 Druhy střevních stomií

Stomie se dělí podle různých kritérií. Z hlediska časového trvání stomie dělíme na **trvalé** a **dočasné**. Trvalé stomie se zakládají v případě, že není možné obnovit odchod stolice přirozenou cestou. Dočasné stomie se zakládají na přechodnou dobu, která je nezbytná pro zhojení a návrat plné funkčnosti střeva. Po uplynutí této doby se provádí reoperace a stomie se zpět zanoří. Dle lokalizace dělíme střevní stomie na **ileostomie** a **kolostomie**. Dále pak podle typu konstrukce na **jednohlavňové terminální**, **dvouhlavňové axiální** a **nástěnné** (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 177).

2.3.1 Ileostomie

Ileostomie je vývod tenkého střeva nad stěnu břišní, lokalizovaný nejčastěji v pravé části břicha (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 177). Může být dočasná a trvalá. Dočasná se volí pro zhojení operovaného úseku střeva. Bývá dvouhlavňová (Williamsova ileostomie) nebo jednohlavňová terminální (Brookova ileostomie) (Zachová, 2010, s. 36).

Typické pro ileostomii je to, že odvádí řídkou stolici, která obsahuje trávicí enzymy, které mají agresivní vliv na stěnu břišní. V případě, že je stolice příliš vodnatá, může být pacient ohrožen dehydratací a malnutricí (Hradilová, 2010, s. 68). Z těchto důvodů je ošetřování ileostomie

složitější, než ošetřování kolostomie. V zájmu chirurgů je vyhotovit ileostomii přechýlující 1 – 2 cm nad stěnu břišní, díky čemuž je ošetření okolí vývodu jednodušší, střevní obsah snáze odtéká do stomického systému a kůže je tak více chráněna. Množství střevního obsahu je velmi objemné, dá se z velké části ovlivnit stravou a léky. Frekvence vyprazdňování může být dvakrát až osmkrát denně (Zachová, 2010, s. 36).

Terminální ileostomie se zakládá po totální proktokolektomii (odstranění tlustého střeva včetně konečníku), subtotální kolektomii s ponecháním slepě zašitého pahýlu rekta, nebo po potížích při pravostranné hemikolektomii (odstranění pravé poloviny tlustého střeva). Axiální ileostomie může být řešením akutní kolitidy u pacientů v těžkém stavu. Jako stomie mající ochranný účín je prováděna po odstranění níže ležících tumorů rekta a má zajistit zhojení anastomózy. Po zhojení anastomózy na rektu se stomie zanoří. To se provádí obvykle zhruba po 6 týdnech od operace. V případě, že se očekává brzké zanoření ileostomie, není nutné ji vyšívát k peritoneu, ale pouze ke kůži. Zrušení stomie je pak jednodušší (Kala a Procházka, 2010, s. 187).

2.3.2 Kolostomie

Kolostomie je vyvedení tlustého střeva na stěně břišní, nejčastěji je lokalizovaná v levé části podbřišku (Bezdičková a Slezáková, 2010, s. 43). Obvykle vystupuje v úrovni kůže. Na rozdíl od ileostomie je střevní obsah většinou tužší. Čím blíže je stomie vyšita ke střevnímu konci, tím je stolice soudržnější (Zachová, 2010, s. 35).

Kolostomie se dá rovněž rozdělit z hlediska trvání na dočasnou a trvalou. Dočasná je indikována v případě, že není možné obnovení kontinuity střeva ihned. Příkladem mohou být vážné záněty, kdy je potřeba, aby stolice touto částí střeva neprocházela a došlo tak k jeho odpočinutí. Trvalá stomie se provádí kupříkladu po odstranění konečníku, kdy je nutné pro stolici vytvořit jinou cestu (Bezdičková a Slezáková, 2010, s. 45).

Kolostomie se dále dělí podle toho, ve které části tračníku je založena, a to sice na cékostomii – stomie umístěná v oblasti céka (slepého střeva), v dnešní době se vytváří zřídka v případě paralytického ileu jako preventivní opatření proti spontánní perforaci střeva, dále na ascendentostomii – vyvedení v oblasti vzestupného tračníku, transverzostomii – vývod v oblasti příčného tračníku, descendentostomii – vývod v oblasti sestupného tračníku a sigmoideostomii – v místě esovité kličky na levé straně břicha (nejčastější stomie) (Zachová, 2010, s. 33-34).

Transverzostomie se provádí u vážných kolitid v případě, že pacient není schopen podstoupit odstranění celého tlustého střeva. Méně často se užívá při střevní neprůchodnosti při tumoru levé části tračníku a jeho přeplnění obsahem. Jednohlavňová terminální kolostomie v oblasti sestupného tračníku nebo esovité kličky je nejčastěji umístěna v levé části podbřišku. Provádí se velmi často, nejčastěji po amputaci rekta nebo po odstranění rektosigmatu pro tumory se střevní neprůchodností apod. Dvouhlavňová axiální sigmoideostomie je indikována u neoperovatelných tumorů v malé pánvi. Příkladem je karcinom ovaria, urologické tumory, tumor rekta (Kala a Procházka, 2010, s. 188).

2.4 Typy konstrukce a chirurgická technika stomií

Nástěnná stomie

Obvykle se zakládá v oblasti céka, nebo v oblasti příčného tračníku. Provádí se přitažením střevní kličky k břišní stěně, přichycením k peritoneu a přišitím ke kůži. Obvykle se volí jako dočasná pro odlehčení střeva nad uzávěrem, pro snížení napětí střeva odchodem plynů, nebo pro odvádění obsahu střeva nad anastomózou (chirurgické spojení dvou částí dutého orgánu), aby se střevo mohlo lépe zhojit. Tento typ konstrukce se provádí spíše výjimečně. Specifickou nástěnnou stomií je stomie Witzelova typu, kdy je střevo přitaženo ke stěně břišní, ale odvod obsahu je zajištěn drénem či katétrem (Pokorná a kol., 2014, s. 135).

Jednohlavňová terminální stomie

Provádí se jako trvalá po resekci střeva, kdy je distální úsek nenávratně odstraněn, nebo slepě zašit. Příkladem je amputace rekta (Kala a Procházka, 2010, s. 186). U tohoto typu stomie vyúsťuje pouze orální část střeva (Bezdičková a Slezáková, 2010, s. 43).

Dvouhlavňová axiální stomie

Zakládá se vyvedením střeva nad stěnu břišní bez prerušení jeho kontinuity a poté se otevře navenek naříznutím jeho stěny (Kala a Procházka, 2010, s. 185). Ústí tedy orální i aborální část střeva. Axiální stomie je lokalizována v oblasti kyčelníku, příčného tračníku, nebo esovité kličky a slouží jako dočasná stomie k odlehčení anastomóz, nebo jako trvalá - paliativní (Pokorná a kol., 2014, s. 135).

Chirurgická technika

Před každou operací je podstatné dobře zvolit a označit místo, kde bude stomie vyvedena, jelikož je důležité, aby stomie dobře fungovala a dobře zde držely stomické pomůcky. Nejčastější umístění je v oblasti mírně pod úroveň pupku, 5 – 7 cm vpravo nebo vlevo od střední linie. Místo je nutné uzpůsobit zejména u velmi obézních pacientů s převalou kůží břicha, nebo u pacientů, kteří již prošli několika operacemi. Místo pro stomii je vhodné volit nejen vleže, ale také vestoje, aby bylo jisté, že si na ni pacient dobře uvidí a stomické pomůcky budou dobře fungovat i při běžných denních činnostech. Může se stát, že stomii nelze zhotovit v předem označeném místě. K takové situaci může obvykle dojít především u obézních pacientů s krátkými závěsy střeva, které omezují možnost umístění stomie. Ve vyznačeném místě se provede zhruba 4 cm dlouhá incize, nebo excize, kdy se vyřízne terč kůže o průměru 2,5 – 3,5 cm. Poté se provede excize podkoží o stejném průměru, jako u předchozí excize kůže. Tím se postupně utváří kanál, kterým je později protaženo střevo napovrch těla. Po tom, co je přední plocha uvolněna, je fascie křížovitě naříznuta a svalová vrstva roztažena. Po protěti peritonea je dokončena tvorba kanálu ve stěně břišní. Po obvodu na peritoneum a fascii jsou naloženy stehy. Následuje protažení střeva stěnou břišní a jeho fixace k fascii a peritoneu stehy ke stěně střevní. Z hlediska funkce a hojení je dobré střevo našít tak, aby došlo k obrácení sliznice na povrch kůže. Posledním krokem je nalepení stomické pomůcky (Kala a Procházka, 2010, s.186).

3 INDIKACE K ZALOŽENÍ STŘEVNÍ STOMIE

Nejčastějším důvodem pro založení trvalé střevní stomie je karcinom rekta či recidivující anální karcinom, kdy se provádí abdominoperineální vynětí rekta. Dalšími častými důvody jsou komplikované idiopatické střevní záněty, kdy je založení stomie součástí léčby. Indikací k dočasné stomii může být i protekce kolorektální či koloanální anastomózy, anorektální abscesy a píštěle, penetrující poranění kolorekta, traumata pánevního dna, nebo vrozené vývojové vady (např. atrezie anu) (Antoš, 2013, s. 72).

3.1 Kolorektální karcinom

Adenokarcinomy tvoří 90 – 95 % všech maligních nádorů kolon. Z celkové nádorové úmrtnosti tvoří nádory tračníku 15 %. Výskyt nádorů tračníku je u mužů a u žen zhruba stejný. Výjimkou je karcinom rekta, který se vyskytuje častěji u mužů. Nejvyšší výskyt kolorektálních karcinomů je u lidí ve věku 60 – 75 let. Mezi faktory přispívající k výskytu kolorektálního karcinomu řadíme nadbytek tuků v potravě, nedostatek vlákniny, nevhodnou tepelnou úpravu stravy – hlavně masa (uzení, smažení), kouření, alkohol, nadměrné vylučování žlučových kyselin do tračníku apod. Predispozicemi pro vznik tohoto karcinomu mohou být adenomatózní polypy, ulcerózní kolitida, Crohnova choroba, ozáření v oblasti pánve, předcházející karcinom tlustého střeva (Lata a kol., 2010, s. 108-109).

Zhruba 50 % kolorektálních karcinomů je odhaleno pozdě. Nádory lokalizované v rektu a levém tračníku jsou díky přítomnosti viditelné enteroragie a rektálnímu syndromu diagnostikovány rychleji. Tumor v levé části tračníku se může mimo jiné projevit střídáním průjmů a zácpy, nadměrnou plynatostí a hubnutím (Zachová, 2010, s. 28). Nádor, který je lokalizovaný v pravém tračníku, je zprvu obvykle bezpříznakový a projeví se až příznaky anémie, úbytkem na váze či poruchami střevní pasáže. Takové nádory jsou již velké a metastazující obvykle do uzlin, jater a plic. Významnou metodou diagnostiky a prevence kolorektálního karcinomu je screening, do kterého patří vyšetření per rectum, rektoskopie, kolonoskopie a vyšetření stolice na skryté okultní krvácení. Terapie spočívá v tom, že se nádor radikálně odstraní. Další metodou je uplatnění chemoterapie, radioterapie a biologické léčby (Lata a kol., 2010, s. 109-110).

3.2 Crohnova choroba

Crohnova choroba je chronický idiopatický zánět, který může postihovat kteroukoliv část trávicí trubice, přičemž prochází celou její stěnou všemi vrstvami (Lata a kol., 2010, s. 99). Může vznikat v důsledku genetické zátěže, autoimunitní reakce organismu, nebo stykem

s infekčním agens. Onemocnění postihuje převážně mladé osoby ve věku 20 – 30 let. Zánět je nejčastěji lokalizován v terminálním ileu a jeho projevy se dají snadno zaměnit s akutní appendicitidou (Zachová, 2010, s. 25). Při dlouhotrvajícím zánětu tenkého střeva u pacienta dochází k průjmům, hubnutí, malabsorpci a dyspeptickým obtížím. V případě, že je zánět lokalizován v rektu, je zde riziko tvorby perianálních infiltrátů, abscesů a píštělí, které mohou působit bolest (Lata a kol., 2010, s. 100). Tkáň, která je postižena zánětem, se hojí jizvami. To způsobuje stenózu úseku střeva a může dojít až ke střevní neprůchodnosti (*ileus*). Stenóza se řeší chirurgicky resekci střeva nebo plastikou bez stomie. Pro klinické projevy Crohnovy nemoci je typické střídání období remise, kdy dochází k vymizení příznaků a projevů nemoci a období relapsu, kdy je organismus zasažen akutními ataky s průjmovitými stolicemi, bolestí břicha, subfebriliemi, zvracením a úbytkem na váze způsobeném poruchou vstřebávání živin (Zachová, 2010, s. 25-26). Diagnostikuje se například endoskopicky či ultrazvukem (Lata a kol., 2010, s. 101).

3.3 Ulcerózní kolitida

Ulcerózní kolitida je nespecifický zánět střevní sliznice tlustého střeva. V místě, kde je sliznice postižena a narušena zánětem se tvoří vředy. Sliznice tak může perforovat a je náchylná k tvorbě malignit (adenokarcinomy). To může být důvodem pro provedení kolektomie (odstranění celého tlustého střeva). Počátek lézí se nachází v rektu. Rovněž má fáze remise a relapsu, které se střídají a projevují se průjmovou stolicí s příměsí krve (Zachová, 2010, s. 26-27). Počátek onemocnění nazýváme jako ataku, klidovou fází jako remisi a další propuknutí nemoci jako relaps. Postižení rozdělujeme dle rozsahu na proktitidu (postižení rekta), proktosigmoiditidu (postižení rekta a sigmatu), levostranné postižení (rectum, sigma, descendens) a pankolitidu (zánět tlustého střeva v celé jeho délce od céka po rektum) (Lata a kol., 2010, s. 93).

3.4 Divertikulóza tlustého střeva

Toto onemocnění je charakterizováno herniací sliznice (tvorba výchlipek, divertiklů) defektní svalové vrstvy střeva za zvýšeného intraluminálního tlaku. Faktorem pro tvorbu divertiklů může být nedostatek vlákniny chybějící v potravě. Při jejím nedostatku pak dochází k měštnání stolice a plynů ve střevě. Pokud dojde k zanícení výchlipky, která je obvykle lokalizovaná v místě esovité kličky nebo sestupném tračníku, vzniká divertikulitida. Velmi závažnou komplikací může být vznik abscesů a perforace střevní stěny divertiklu, kdy se dostane ven bakteriální obsah divertiklu a může dojít k peritonitidě. Tato nemoc se obvykle projevuje

bolestmi v levém podbřišku, střídáním průjmu a zácpy, přítomností krve ve stolici, bolestmi při pohmatu břicha a subfebriliemi (Zachová, 2010, s. 27).

3.5 Familiární adenomatózní polypóza

Familiární adenomatózní polypóza je dědičné onemocnění, při kterém vzniká velmi velké množství střevních polypů, které se mohou maligně přeměnit. Nejčastěji se tvoří na tlustém střevě. Řeší se provedením anastomóz, kolektomií nebo vyšíáním ileostomie (Zachová, 2010, s. 27).

3.6 Náhlé příhody břišní

Mezi náhlé příhody břišní patří ileus (střevní neprůchodnost). Ileus je popisován jako porucha střevní pasáže, při které následuje rozepětí (distenze) střevních kliček nad překážkou. Vzniká z plného zdraví a probíhá rychle. Pokud nedojde k odstranění překážky, pacient je ohrožen na životě (Bezdičková a Slezáková, 2010, s. 39-40). Obvykle je indikována Maydlova axiální stomie (vyústění střeva nad překážkou), po zlepšení stavu nemocného se odstraní překážka a poté se napojí oba konce střeva zpět k sobě. Pokud se překážka nachází v pravé polovině tračníku, lze ji řešit obejitím ileotransverzoanastomózou nebo hemikolektomií. Někdy je nutné provést resekci střeva, a to v případě, že je střevo příliš stenotické (Bezdičková a Slezáková, 2010, s. 42).

3.7 Anorektální poranění

Další indikací k založení střevního vývodu může být poranění anorekta vzniklé např. zlomeninami kostí pánevních, dopravní nehodou, iatrogenním poškozením, apod. Dočasně se může vyšíat kolostomie nebo ileostomie, záleží na tom, na kterém úseku střeva došlo k poranění (Zachová, 2010, s. 28).

4 KOMPLIKACE STŘEVNÍCH STOMIÍ

Za komplikace střevních stomií se označují situace, které mají negativní vliv na adaptaci nemocného po tělesné i psychické stránce, a to časně nebo později po vytvoření vývodu. Dle toho komplikace dělíme na časné a pozdní. Sestra by měla pacienta řádně edukovat již před operací, seznámit ho s potencionálními riziky a pozitivně tím přispět k předejití některých možných nastávajících komplikací (Zachová, 2010, s. 151)

4.1 Časné komplikace

K časným neboli bezprostředním pooperačním komplikacím dochází neprodleně po operaci a během pobytu v nemocnici, nejpozději do 3 měsíců od operace (Vytejková, 2013, s. 165). Časnými komplikacemi může být nevhodné umístění stomie, krvácení, nekróza, parastomální absces aj. (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 177).

Nevhodné umístění stomie může mít nepříznivý vliv na psychiku pacienta a komplikovat ošetřování vývodu. Často dochází ke špatnému přilnutí a podtékání stomické pomůcky, což stomika může deprivovat, ztěžovat tak přizpůsobování se novému životu se stomií, zvyšovat spotřebu pomůcek a dráždit okolní tkáň. Pokud je to možné, může se tato situace řešit reoperací a změnit místo umístění vývodu (Zachová, 2010, s. 60).

V bezprostředním pooperačním období sestra pravidelně sleduje nově vyšitou stomii přes průsvitný stomický sáček. Malé krvácení v okrajích stomie je běžné, avšak krvácení většího rozsahu by měla sestra okamžitě hlásit lékaři. Krvácení může být způsobeno porušením cévy tumorem nebo narušením střevní sliznice radioterapií (Vytejková, 2013, s. 165-166).

Příčinou nekrotizující stomie je nedostatečné prokrvení tkáně, kdy střevo není dostatečně vyživováno. Rizikovými faktory pro nekrózu vývodu může být otok střeva, nebo malý průsvit otvoru v kůži, kterým je střevo vyvedeno napovrch. Nekróza vývodu se řeší konzervativně, kdy lékař nebo stomická sestra postupně odstraňuje nekrózy tkáně, nebo chirurgicky – reoperací (Vytejková, 2013, s. 166).

V důsledku místního zánětu vzniká parastomální absces a může způsobit až rozpad švu vývodu. Jestliže stomie dobře přilne k fascii, je možné obsah abscesu odstranit drenáží. Ze zánětlivého obsahu abscesu se odebírá bakteriální kultivace a dle výsledků se případně nasadí antibiotická léčba. Vhodnou toaletou rány je sprchování nebo oplachování roztoky (Zachová, 2010, s. 153).

4.2 Pozdní komplikace

V pooperačním období je pacient stejně tak jako před operací informován sestrou a lékařem o možných komplikacích, které se u něj mohou objevit. Měl by pravidelně navštěvovat stomickou poradnu, kde mu stomická sestra bude připomínat informace, kterých je mnoho a mohl by je snadno opomínat nebo vytěsnit ty, co nepovažuje za důležité. Stomická sestra při každé návštěvě kontroluje stomii a v případě problému kontaktuje lékaře (Vytejková, 2013, s. 165).

Za nejčastější komplikaci se považuje parastomální kýla, která se vyskytuje do 6 měsíců po operaci. Za zvýšeného nitrobřišního tlaku se střevo vytlačí do břišního vaku a v oblasti stomie vzniká vyklenutí. U malých kýl je možné využití břišního pásu, ale v 10 – 30 % případů je nutná reoperace (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 177).

Při ošetřování střevního vývodu a výměně stomických pomůcek může dojít k podráždění tkáně v důsledku nepříznivé reakce na adhezivní látky, stomické příslušenství a pomůcky, nebo vlivem jejich špatného snímání. Agresivní vliv na pokožku může mít i obsah tenkého střeva, ve kterém je mnoho tekutin a trávicích šťáv, které při opakovaném styku s pokožkou způsobují zarudnutí až maceraci pokožky. Ke kožním problémům může dojít už časně po operaci (Zachová, 2010, s. 165-166).

Retrakce stomie je další komplikace, se kterou se můžeme často setkat u obézních pacientů. Příčinou bývá změna tělesné hmotnosti. Retrakce znamená vtažení stomie několik milimetrů až centimetrů pod úroveň břišní stěny. K problému pak dochází zejména při odchodu obsahu do sběrného sáčku, kdy dochází k obtékání a podráždění kůže. Retrahouvanou stomii lze kompenzovat vyplňovací ochrannou pastou či přídržným páskem stomického systému (Zachová, 2010, s. 159). Opakem toho je prolaps stomie, stav, kdy dojde k vyhřeznutí střeva několik centimetrů přes stěnu břišní. Obvykle k tomu dochází až později po operaci. K vyhřeznuté střevní sliznici je nutný šetrný přístup, jelikož se dá snadno poškodit a může tak krváčet. Při stříhání podložky musíme dbát na dostatečně velký otvor, aby nedošlo k zaškrcení a následné ischemii střeva. Střevo měříme zásadně vestoje (Vytejková, 2013, s. 166).

Následkem rozpadu rány nebo jejího sekundárního hojení může dojít ke stenóze (zúžení) stomie. Kolem vývodu se tvoří vazivový kruh, který způsobuje zhoršené vyprazdňování. Řešením je dilatace stomie, kterou si pacient může provádět sám prstem, nebo s využitím dilatátoru za přítomnosti lékaře (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 178).

5 VLIV STOMIE NA ŽIVOT ČLOVĚKA

Stomie je velkým tělesným i psychickým zásahem do života jedince. Ovlivňuje nejen člověka samotného, ale také jeho rodinu a blízké osoby. Pacient se musí vyrovnat nejen se svým zdravotním stavem, operací, se stomií, ale také se musí naučit žít s určitými omezeními z hlediska pohybu, stravování apod., které mu ale nemusí úplně zabránit ve vykonávání svých obvyklých denních činností. Způsob a schopnost vyrovnávání se je u každého jedince individuální. U některých stomiků může dojít k velkým obavám ze společenského života, protože se bojí reakce svého okolí. Je důležité, aby stomici o svých problémech hovořili s někým dalším a nedusili je v sobě. Mohou navštěvovat různé kluby stomiků, kde se setkají s lidmi se střevním vývodem, podobnou diagnózou, zkušenostmi, a snáze se tak zařadí do společenského života (Liptáková a Mazalánová, 2010, s. 54-55).

Pro člověka se stomií jsou specifické problémy, které stomie přináší mnohdy horší nežli fakt, že stomie zasahuje do jejich těla. Specifickými problémy se rozumí dráždění kůže kolem stomie, zápach, výměna sáčku, plynatost a změna stravování. Strach ze zápachu stomie a nekontrolovatelnosti odchodu plynů může vést k vyhýbání se společenským aktivitám či abstinenci v sexuálním životě (Gurková, 2017, s. 114).

Na psychickou i tělesnou stránku člověka má příznivý vliv pohyb. Pozitivní odpovědí na pohyb může být úspěšné hojení ran, zlepšení psychického stavu člověka a v neposlední řadě působí jako prevence pooperačních komplikací. Zpočátku ho pacienti po operaci mohou vnímat negativně, jelikož se obávají bolesti a sebepoškození, ale je třeba si uvědomit, že je nezbytný k nácviku soběstačnosti, která stomikovi napomáhá vést alespoň z části takový život, jako před operací (Zachová, 2010, s. 84-85). Po rekonvalescenci, která trvá přibližně 2 – 3 měsíce (při stavu bez komplikací), se pacient může i nadále věnovat rekondičním aktivitám, jako je například jízda na kole, turistika, plavání aj. Nutností je při těchto aktivitách používat vhodné stomické pomůcky (Zachová, 2010, s. 87-88).

Strava stomiků by se neměla příliš lišit od stravy zdravého člověka, přesto je ale nutné dodržovat určitá dietní opatření a stravovací zásady. Nácvik stereotypu vyprazdňování by mohl člověku se stomií značně usnadnit život, podstatou je pro to přijímání stravy 3x denně ve stejnou dobu. V prvních 6 – 8 týdnech po operaci se nedoporučuje jíst celozrnné pečivo, luštěniny, tučné maso a nadýmové jídlo. Důležité je jíst přiměřeně, v klidu, pomalu a vše řádně rozkousat. Při úpravě jídel se upřednostňuje vaření, dušení a pečení bez tuku. Stejně tak jako některé

potraviny podporují zápach (vejce, cibule), jiné ho mohou tlumit (jogurt, petržel). Nezbytné je také dodržování pitného režimu k vyrovnávání bilance tekutin (Vybíhalová, 2012, s. 43).

5.1 Kvalita života člověka se střevní stomií

Z pohledu a ze zkušeností zdravotní sestry s pacienty se střevní stomií mohou mít pacienti po vyšití střevní stomie a po edukaci ohledně péče pocit, že jsou připraveni se se vším vypořádat. První problémy přichází, když jsou propuštěni domů a poprvé se nemohou spoléhat na zdravotnický personál. Jedná se o problémy s pomůckami, kdy s nimi špatně manipulují a následně mají strach, že jich nebudou mít dostatek, nebo přichází komplikace spojené se špatnou péčí o kůži v okolí stomie, či obavy spojené s ošetřením ve společnosti. V takových případech se mnohdy stává, že se distancují od společenských aktivit. Jisté obavy se objevují také při výběru oblečení, kdy někteří řeší přilnavost prádla, aby pod ním sáček nebyl tolik vidět, nebo je pro ně nemyslitelné jít na veřejné koupaliště (Výtisková, 2010, s. 60).

Podle Výtiskové (2010, s. 60-61) osobnost, povahové rysy, věk a pohlaví mají vliv na přijetí stomie. Se stomií se vyrovnávají zpravidla lépe ženy, muži se více spoléhají na ostatní, v domácím prostředí především na partnerku a rodinu. Hůře se se stomií vyrovnávají mladí lidé, kteří těžce snášejí nejen změnu fyzického vzhledu a cesta k navrácení chuti do života a ke spolupráci s nimi je daleko obtížnější. Starší lidé stomii snášejí lépe, jelikož mají jiné hodnoty a odlišný přístup k intimnímu životu. Velký vliv na to, jak osoba danou situaci snášejí má také to, zda je stomie dočasná či trvalá. Dočasnou stomii pacienti snášejí lépe, i když může být obtížnější.

Jak už bylo zmíněno, vyšití střevní stomie je pro člověka zásahem do celé biopsychosociální sféry a člověk se potýká s velmi stresujícími situacemi. Zdravotníci se zaměřují spíše na fyzickou péči a psychosociální stránka je obvykle opomíjena. Často se stává, že pacienti na konci hospitalizace mají informace o tom, jak pečovat o stomii, ale přesně neví, na koho se mohou obrátit s psychickými problémy (Michálková, 2012, s. 44).

Michálková (2012, s. 45-46) popisuje výzkum provedený v 16 nemocnicích České republiky, který je zaměřený na to, zda mají stomici omezení ve společenských a fyzických aktivitách, jestli mají informace o ošetření stomie a kde je získali, jestli stomie ovlivnila jejich vztahy a jestli jsou stoma kluby pro tyto pacienty významné. Výzkum tvořilo 249 respondentů, kteří byli dotazováni pomocí dotazníků s obsahem 91 otázek. Z výzkumu vyplynulo, že jsou stomici dobře informovaní o péči o stomii a to nejčastěji stomasestrou, ale nemají příliš informací o řešení psychosociálních problémů. Stomici se cítí být omezení ve fyzických aktivitách a ve

svých zálibách a cestování, přičemž většina nesportuje, protože se bojí problémů se stomickým systémem. Okolí pacientů stomii přijímalo velmi dobře. Většina respondentů o stomických klubech ví, ale spíše o ně nemají zájem.

5.2 Stomické kluby

Stomické kluby sdružují občany, kteří mají kolostomii, ileostomii nebo urostomii a v mnoha případech jsou hlasem těchto občanů, neboť se snaží zlepšit jejich společenské postavení, komunikují s ministerstvem zdravotnictví a pojišťovny, bojují proti jakékoliv diskriminaci lidí s umělým vývodem a pomáhají jim při řešení psychických, zdravotních a sociálních problémů. Navštěvování stoma klubů může být dobrou příležitostí pro pacienty se stomií k setkání s jinými stomiky, kteří měli podobný osud či životní situaci. V České republice je dnes již 16 spolků stomiků. Pravidelně publikují články o stomii s cílem dostat toto téma do podvědomí společnosti. Kladou důraz na význam prevence onemocnění a mnoho dalšího. Stomické spolky se v neposlední řadě také zabývají tvorbou aktivit a projektů, při kterých se mohou setkat nejen samotní stomici, ale také zdravotní sestry, které se chtějí v této oblasti vzdělávat či kdokoliv jiný, kdo se chce o stomicích dozvědět více (Pacientská organizace pro lidi s vývodem, ©2021).

VÝZKUMY NA PODOBNÉ TÉMA

Vliv stomie na psychiku a kvalitu života byl studován v rané pooperační fázi u pacientů s kolorektálním karcinomem. Rovněž se zkoumal obraz těla v souvislosti s terminální, dočasnou či žádnou stomií, stresem a kvalitou života pacienta. Pacienti s dočasnou a trvalou stomií uvádí horší obraz těla než pacienti bez stomie. Střevní vývod byl nejvýznamnějším faktorem spojeným s obrazem těla, strachem a depresí. Obraz těla dle studie plně souvisí s úzkostí, depresí a kvalitou života u pacientů s trvalou a dočasnou stomií (Song a kol., 2020, s. 796-802).

Fyzickou aktivitou a cvičením pacientů se střevní stomií se zabývala celostátní studie ve Velké Británii. Pacienti s intestinální stomií mají po operaci tendenci k nečinnosti a mají obecně strach ze cvičení, protože se obávají především rozvoje parastomální kýly. Ještě menší fyzickou aktivitu a horší kvalitu života hlásí pacienti, kteří mají diagnostikovanou rakovinu v kombinaci se stomií, což by mohlo znamenat, že potřebují dlouhodobější a specifitější podporu (Russell, 2017, s. 20).

Při retrospektivní kohortní studii bylo prokázáno, že **výskyt strachu, úzkosti a deprese** je u pacientů, kteří podstoupí operaci kvůli zánětlivým onemocněním střev, mnohem větší než u nechirurgických pacientů. Respondenty byli pacienti, kteří podstoupili břišní operaci, přičemž téměř 19 % z nich podstoupili operaci nové stomie, a tzv. nechirurgičtí pacienti se zánětlivými onemocněními střev, kteří operaci nepodstupovali. Strach, úzkost a deprese se po operaci zvyšuje. Rizikovým faktorem byla tvorba střevní stomie. Noví stomici zaznamenali větší nárůst pooperační úzkosti a deprese než ostatní chirurgičtí pacienti (Sceats, 2020, s. 544-553).

O **stravování po vzniku stomie** se ve své studii zabývala Leanne Richbourg. Cílem bylo zodpovědět otázku, zda má stomie vliv na to, co se konzumuje. Výzkum byl proveden u 86 lidí s kolostomií, 174 lidí s ileostomií a 41 lidí s urostomií. Většina respondentů uvedla, že jejich stomická operace neměla vliv na jejich požitek z jídla. Skoro u dvou třetin kolostomiků měla stomie vliv na výběr potravy a u více jak dvou třetin ileostomiků stomie ovlivnila jejich stravovací možnosti (Richbourg, 2012, s. 44-50).

Výzkum o **psychosociální problematice stomiků** vypracovala Mgr. Helena Michálková, Ph.D. (2012, s. 44-46). Výzkum probíhal pomocí dotazníkového šetření s 249 respondenty v 16 nemocnicích České republiky. Hlavním cílem bylo zjistit stav poskytované zdravotní a sociální péče o stomiky. Z výsledků je zřejmé, že vyší stomie je pro člověka nelehkou, složitou situací, se kterou se člověk velmi pomalu smiřuje. Respondenti mají dostatek informací

o péči o stomii, ale ne o řešení psychosociálních problémů. Vědí o stoma klubech, ale nejeví o ně příliš zájem.

Výzkumem na podobné téma, a to konkrétně na téma „**Péče o nemocné se stomií**“ se v roce 2008 ve své závěrečné práci zabývala Bc. Vendula Vacková edukací klientů o problematice života stomiků v předoperačním a pooperačním období. I přes to, že se nepotvrdila hypotéza, že by stomici byli informováni o klubech stomiků, se dle jejího výzkumu, který byl prováděn formou dotazníků, edukace a informovanost pacientů se stomií zlepšuje (Vacková, 2008).

V bakalářské práci s názvem „**Vliv střevní stomie na aktivity denního života**“ provedla výzkum Michaela Slavíková v roce 2016. Cílem této práce bylo zjistit, jaký vliv mělo vyšíť střevní stomie na život člověka a zda to ovlivnilo jeho partnerský život. Mimo jiné ve svém výzkumu zjišťovala, odkud respondenti nejčastěji získávají informace týkající se střevní stomie (Slavíková, 2016).

Výzkumem o prožívání fyzických a psychických změn spojených se založením střevní stomie a jejím přijetím se v bakalářské práci na téma „**Kvalita života pacientů se stomií**“ v roce 2015 zabývala Jitka Sedláčková. Z výsledků výzkumu na toto téma například vyplývá, že stomiky nejvíce obtěžuje podtékání stomického sáčku. Kladně naopak hodnotí sebejistotu v ošetřování stomie či práci stomických sester. Jejich největší oporou je pro ně rodina. Klub stomiků téměř žádný z respondentů nenavštěvuje (Sedláčková, 2015).

Bakalářskou práci na téma „**Život se stomií**“ vypracovala v roce 2019 Oksana Major, Dis. Výzkum, který provedla pomocí dotazníků, vyplňovalo 80 respondentů. Zjišťovala například informace týkající se stomiků a volnočasových aktivit, spokojeností se stomickými pomůckami a poskytováním ošetrovatelské péče v souvislosti se stomií. Průzkumný vzorek byl tvořen značnou převahou kolostomiků (Major, 2019).

V další diplomové práci s názvem „**Kvalita života stomiků před a po založení stomie**“, se Eva Lustyková zabývala výzkumem o problematice dopadu založení stomie na kvalitu života a změnách v psychické oblasti pacientů se střevní stomií. Odpovědi na otázky byly získávány prostřednictvím rozhovorů s respondenty. Negativní změny v psychické oblasti souvisely se vzhledem. Pozitivní byly změny v souvislosti se smířením s vytvořením stomie, která představovala součást vlastního přežití (Lustyková, 2012).

„**Problematika přijetí sebepéče o stomii u pacientů po operaci střev**“ je název diplomové práce Bc. Jany Mockové, která v roce 2016 prostřednictvím anonymních dotazníků zjišťovala

ve svém výzkumu rozdíl v přijetí stomie a péče po operaci mezi pacienty. Ve výsledných zjištěních nebyl zaznamenán rozdíl ve smíření s novým obrazem těla mezi pacienty s trvalou a dočasnou stomií. Pacienti s trvalou stomií se necítí stomií tolik omezováni, jako pacienti s dočasnou stomií. Pacienti s dočasnou i trvalou stomií uváděli jako nejčastější problém ošetřování a péči o stomii (Mocková, 2016).

V další bakalářské práci s názvem „**Management péče o pacienty se stomií**“ se zabývala Marie Holubová (2019) mapováním stomiků s případnými komplikacemi, přičemž se zaměřila na to, zda stomici zvládnou rozpoznat komplikace a jaké komplikace jsou nejčastější. Pro tento kvalitativní výzkum byly použity polostrukturované rozhovory (Holubová, 2019).

Výzkum na podobné téma „**Život nemocných s kolostomií**“ zpracovala Kristýna Beranová v roce 2020 a zaměřila se na vliv kolostomie na interpersonální vztahy a každodenní činnosti. Z výzkumu vyplývá, že nejvíce omezení pocítovali respondenti v oblasti sportu. Ke změně vztahů k horšímu u respondentů spíše nedošlo (Beranová, 2020).

Denisa Skoupá v roce 2019 vypracovala bakalářskou práci na téma „**Úskalí života pacienta se stomií po propuštění do domácího prostředí**“ a ve výzkumu se zaměřila na obtíže stomiků po propuštění do domácí péče. Cílem bylo zjistit nejčastější obtíže v péči o stomii a jaké jsou faktory, které ovlivňují smíření se stomií (Skoupá, 2019).

PRŮZKUMNÁ ČÁST

Základem průzkumné části je kvalitativní výzkum, který lze definovat jako nenumerné šetření a vykládání společenské reality. Kvalitativní výzkum je možné chápat jako analýzu textů, která vede k porozumění zkoumaných jevů. Analýza také slouží k výkladu jevů života jedince, a to mnohdy slovy jimi samotnými. Cílem kvalitativního výzkumu je vytváření dalších hypotéz a teorií. Nejčastějšími techniky sběru dat jsou například pozorování či rozhovor (Olecká, 2010, s. 33).

Výzkum byl proveden na předem určeném průzkumném vzorku, který byl limitován věkem participantů a dobou vyšití stomie. Díky tomuto vzorku byly zjištěny potřebné informace, které byly odpověďmi na stanovené cíle. Výsledek průzkumu byl pak porovnán s odbornou literaturou a ostatními výzkumy na podobné téma.

5.3 Stanovené cíle

Cíle:

1. Zjistit, na jaké úrovni jsou znalosti pacientů ve vztahu k jejich střevní stomii.
2. Zjistit, jaké je prožívání pacientů se stomií krátce po jejím vyšití.
3. Zjistit, jaké je prožívání pacientů, kteří mají střevní stomii vyšitou již alespoň 3 měsíce a déle.

Průzkumné otázky:

1. Jaké jsou teoretické znalosti pacientů týkající se jejich střevní stomie a jaká je jejich informovanost o stomických klubech?
2. Jaké je prožívání pacientů s vyšitou střevní stomií během prvního týdne po operaci a z čeho nejčastěji pramení jejich obavy?
3. Jaké je prožívání pacientů se střevní stomií déle po jejím vyšití a jaké má důsledky pro jejich život?

Průzkumnou otázku č. 1 jsem zvolila proto, že teoretická znalost základních informací ohledně stomie a zdravotního stavu je pro pacienty se střevní stomií důležitá nejen z toho důvodu, že dostatek informací může u pacientů zmírňovat pocit frustrace a nejistoty a dodat pocit větší kontroly nad sebou samotným, ale také proto, že pacient ví, co znamenají jednotlivé pojmy týkající se jeho střevní stomie a může si tak v případě zájmu dohledat informace v informačních letácích, či jiných informačních zdrojích. Také znalost stomických klubů je jedním z důvodů následné kvalitní péče, neboť tyto kluby pomáhají řešit zdravotní, sociální a psychické problémy, ke kterým dochází při návratu stomika k normálnímu životu. V neposlední řadě jsou

tyto kluby příležitostí k setkávání s ostatními lidmi se stomií a získávání informací o nejnovějších možnostech stomiků.

Průzkumnou otázku č. 2 a č. 3 jsem zvolila na základě informací vyplývajících z odborné literatury, která uvádí, že vyšití střevní stomie je velkým zásahem do života a přináší s sebou nejen změnu životního stylu a kvality života, ale také přizpůsobování se nové životní situaci, což má velký vliv na jednání a prožívání jedince, které mimo jiné ovlivňují mnohé faktory, jako je například doba s přítomností stomie, zdravotní stav či situace spojené se střevním vývodem, se kterými se stomici potýkají. Díky těmto dvěma průzkumným otázkám jsem zároveň chtěla zjistit, jestli jsou obavy stomiků krátce po vyšití stomie oprávněné a jak je tomu u stomiků, kteří mají stomii alespoň 5 měsíců a déle. Tyto dvě průzkumné otázky jsou proto v diskuzi komparovány.

5.4 Přípravná fáze průzkumu

Přípravná fáze výzkumu probíhala od prosince roku 2020, kdy byly vytvořeny položky k polostrukturovanému rozhovoru. Ten samý měsíc byly požádány vrchní sestry jednotlivých oddělení, kde měl být výzkum prováděn, o povolení provádět rozhovory s pacienty a následně byly všechny náležitosti k povolení výzkumu předány na oddělení vzdělávání dané nemocnice. V prosinci 2020 byl výzkum povolen. Otázky k rozhovoru byly vytvořeny na základě rešerše literatury, která byla provedena v databázích EbscoHost. Články, které vyšly jako nejvíce validní byly prostudovány a na základě jejich prostudování vznikly položky pro rozhovor. Pro jejich vznik byly mimo jiné použity i bakalářské a diplomové práce na podobné téma. Následně byly otázky položeny pro oponování a srozumitelnost dvěma laikům. Výzkumné šetření probíhalo od února roku 2021 do března roku 2021.

5.4.1 Průzkumný soubor

Průzkumný soubor tvořili pacienti se střevní stomií, kteří byli vyhledáváni na onkologickém a chirurgickém oddělení v zařízení, které se nachází v Pardubickém kraji. Pacienti byli rozděleni na dvě skupiny, a to na pacienty s čerstvou stomií (maximálně jeden týden po vyšití stomie) a pacienty delší dobu po vyšití stomie (cca 5 měsíců a déle). Stěžejním kritériem pro volbu těchto dvou skupin respondentů byla doba vyšití stomie a věková hranice maximálně 75 let. Důvodem k rozdělení pacientů do dvou skupin byl jejich rozdílný přístup k vyšití stomie ve velmi krátké době po jejím založení a v době se stomií po několika měsících, kdy stomie začala být součástí jejich každodenního života. Zařízení, ve kterém byl výzkum prováděn, si nepřálo být dále více specifikováno.

Tabulka 1 Přehled respondentů

Respondent	Doba trvání stomie	Dobrá trvání rozhovoru
Respondent č.1	5 měsíců	9 min 34 s
Respondent č. 2	4 dny	15 min 11 s
Respondent č. 3	7 dní	10 min 4 s
Respondent č. 4	6 dní	21 min 5 s
Respondent č. 5	3 roky	25 min 10 s
Respondent č. 6	5 měsíců	13 min 3 s

Tabulka 2 Charakteristika respondentů

Respondent	Prostředí rozhovoru	Charakteristika respondenta
Respondent č. 1	Onkologické oddělení	Žena v důchodu, působí nervózně, na otázky se soustředí a odpovídá pomalu, tišším hlasem s delšími pauzami, ale s rozmyslem a k věci. Často v souvislosti s otázkami zmiňuje rodinu.
Respondent č. 2	Chirurgické oddělení	Muž v důchodu, s rozhovorem souhlasil, ale zpočátku působí apaticky, což se během rozhovoru mění. Odpovídá pomalu a klidným hlasem na otázky, občas nemluví přímo k věci. Z rozhovoru se zdá, že rád vzpomíná na život před nemocí. Z rozhovoru je patrné, že jeho prožívání velmi ovlivňuje nejistota.
Respondent č. 3	Chirurgické oddělení	Muž v důchodu, působí smutným dojmem, na otázky ale zpočátku odpovídá aktivně, obvykle mluví přímo k věci. Je znát, že ho rozhovor vzhledem k jeho nepříznivému zdravotnímu stavu vyčerpává.
Respondent č. 4	Onkologické oddělení	Žena v důchodu, velmi komunikativní, otevřená, působí důvěřivě, roztěkaně a impulzivně. Při rozhovoru se usmívá, ale i pláče, po emoční stránce působí labilně. Některé otázky bylo nutno zopakovat, nebo říct jinými slovy.
Respondent č. 5	Onkologický stacionář	Muž středního věku v invalidním důchodu, působí energicky, vstřícně, inteligentně a uvědoměle. Z rozhovoru se zdá být otevřený, odpovídá na otázky přímo a k věci.
Respondent č. 6	Onkologické oddělení	Důchodkyně, působí unaveným, ustaraným, smutným dojmem, což se později potvrdí, když mluví o špatném snášení léčby, kterou podstupuje. Mluví pomalu, na otázky se soustředí.

5.4.2 Sběr dat a realizace průzkumu

Sběr dat byl prováděn v pokojích pacientů chirurgického oddělení, dále v samostatné místnosti s pacienty onkologického oddělení a v prostředí onkologického stacionáře, blíže specifikováno viz tabulka 2. Pro rozhovory nebyl stanoven žádný časový limit, avšak žádný rozhovor netrval déle než 26 minut, blíže specifikováno viz tabulka 1. Počet respondentů představoval 6 pacientů se střevním vývodem, přičemž jeden z nich rozhovor odmítl, a tak byl nahrazen jiným respondentem se stomií. Vzhledem k citlivému tématu byla před každým rozhovorem zajištěna intimita. V případě, že byl na pokoji pacienta, kde měl být rozhovor prováděn, přítomen jiný pacient, byl požádán, zda by nemohl místnost na krátký čas opustit. Pokud toto výjimečně nešlo umožnit, byli přítomní na pokoji požádáni, zda by svou pozornost pro tento moment nemohli směřovat jinam a participant dotazován, zda mu nevadí hovořit před jinou osobou, která byla přítomna na jeho pokoji. Dále bylo respondentům představeno téma bakalářské práce a bylo požádáno o souhlas s provedením rozhovoru a jeho nahráváním na mobilní telefon. Respondenti byli před samotným rozhovorem dopředu stručně seznámeni s položkami pro polostrukturovaný rozhovor, které byly v průběhu rozhovoru ještě rozšířeny o doplňující otázky.

Vzhledem k podobnosti výpovědí respondentů s časem vyšítky stomie cca 1 týden, bylo následně přistoupeno k jinému vzorku participantů, a to s dobou přítomnosti vyšítky stomie cca 5 měsíců a 3 roky. Pro obě tyto skupiny byly vytvořeny jiné otázky, viz příloha A a B. Vzhledem k pojetí této práce bylo přistoupeno k průřezovému pojetí prožívání pacientů se stomií, proto vzorek není zcela konzistentní. Podává však informace o tom, jaký může být případný vývoj vnímání tohoto onemocnění.

5.5 Technika a vyhodnocení dat

Pro sběr dat do průzkumné části této práce byl zvolen polostrukturovaný rozhovor, který byl následně kvalitativně analyzován. Některé informace však měly charakter spíše kvantitativního výčtu, pro jejich prezentaci byl zvolen stejný způsob, jako pro kvalitativní data, avšak v popisu jejich zobrazení jsou vypsány výčty těchto odpovědí. Design výzkumu by tedy bylo možné označit jako smíšený. Kvalitativní data byla doslovně přepsána do programu Microsoft Word 365 a následně importována do programu Atlas.ti. Tato data byla následně podrobena obsahové analýze.

Kvalitativní výzkum se volí tehdy, kdy chce průzkumník interpretovat získaná data více do hloubky. Na začátku autor výzkumu určí výzkumné otázky, které může během výzkumu

upravovat a rozšiřovat o další otázky dle potřeby. Během kvalitativního výzkumu je také možné se spontánně rozhodovat a pozměňovat plán výzkumu. Z rozhovorů se snaží autor výzkumu získat co nejvíce informací, které by mohly sloužit k objasnění výzkumných otázek, poté provádí deduktivní a induktivní závěry. V průběhu sběru dat průzkumník tyto data současně analyzuje a dále se rozhoduje, která data potřebuje, to mu pomůže zkvalitnit další sběr dat a další analýzu. Kvalitativní výzkum má tzv. longitudinální charakter a je více časově náročný. Místa pro rozhovor a konkrétní jedince průzkumník vybírá na základě svých úvah a domněnek a podrobněji je popisuje. Výhodou kvalitativního výzkumu je vzhledem k větší podrobnosti a hloubce zkoumání například lepší porozumění zkoumaným jevům, či porozumění průběhu interakce díky její přesné transkripci (Hendl, 2016, s. 46).

Obsahová analýza je skupina metod, které jsou zaměřeny na rozbor obvykle psaných textů. Obsahová analýza může zajistit ověřování hypotéz v několika oblastech, jako jsou například charakteristika komunikace, tj. čím se daný text zabývá, komu je určen, dále důvod vzniku tématu a jak je sdělení srozumitelné (Ferjenčík, 2010, s. 184-185). Dalo by se říci, že je celý kvalitativní výzkum v podstatě analýzou obsahu, jelikož se každý rozhovor převádí do písemné formy a následně se analyzuje (Olecká, 2010, s. 39).

Kvalitativní data lze analyzovat například pomocí počítačového programu, a to v jednotlivých krocích, jako je přepsání textů do počítače a jejich shrnutí, označování určitých segmentů textu výstižnými kódy, vyhodnocování neboli hledání pravidelností v používání kódů, vizualizace struktur a tvorba sítí propojených kódů (Hendl, 2016, s. 409-410).

6 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

Rozhovor obsahoval pro jednu skupinu respondentů 16 otázek a pro druhou skupinu 7 otázek, přičemž některé otázky byly pro obě skupiny respondentů stejné nebo podobné. Ze získaných odpovědí pak bylo vytvořeno 29 kódů, přičemž každý z nich je jistou nadmnožinou zkoumaných jevů.

Název střevní stomie se odvíjí od toho, zda je vyvedena na tenkém nebo tlustém střevě. Po zjištění těchto údajů jsem v odpovědích zvolila kód **druh střevní stomie**. Tento kód byl použit u obou skupin respondentů bez ohledu na to, jakou dobu střevní stomii již mají a předpokládala jsem, že každý stomik zvládne nazvat svou vlastní stomii kolostomií či ileostomií. Příkladem je odpověď „*No tak takhle, jsem po operaci rekta, to mám odstraněný a mám boční vývod na levý straně.*“

S předchozím kódem úzce souvisí použitý kód **nevím přesně, co mám za stomii**. Tento kód byl zvolen v důsledku časté neschopnosti správně nazvat vlastní střevní stomii a byl použit u pěti z šesti dotazovaných. Odpovědi se od sebe u všech respondentů příliš nelišily. Příkladem užití tohoto kódu bylo v odpovědi „*Já nevím jakej druh, prostě to mám na tenkém střevě.*“

Ačkoliv většina dotazovaných až na jednu výjimku nedokázala svou stomii správně nazvat, bylo z odpovědí patrné, z jakého střeva mají stomii vyvedenou, díky čemuž lze druh stomie odvodit. Nejčastěji byl zmiňován vývod na tlustém střevě a proto byl použit kód **kolostomie**. Pouze jedna dotazovaná odpověděla o něco přesněji „*Já mám stomii na tlustém...tady...Ano kolostomii.*“

Dalšími zvolenými kódy jsou **diagnóza a projevy onemocnění**. Tyto kódy spolu souvisí a také byly užity u obou skupin respondentů. Důvodem k založení střevní stomie bývá řada onemocnění. Respondenti v rozhovorech zmiňovali slovo „*nádor*“ jako důvod k vyšíti stomie, například v této odpovědi „*Pryč se mi tam dělá nějakej nádor a ten by mně vadil, když jím, aby to šlo zkrátka pryč. Že by to tam brzdilo*“. Zmiňované projevy onemocnění typické pro kolorektální karcinom byly ve všech odpovědích téměř stejné „*No, jednoukrát jsem šla večer na toaletu a ted' vstanu a chci se utírat a v míse byla samá krev.*“

Nejen při hospitalizaci v nemocnici, ale i po propuštění pacienta z nemocnice je edukace ohledně zdravotního stavu důležitá. Při zmiňování péče o stomii v rozhovoru respondenti mnohdy pozitivně zmiňovali edukaci stoma sestrou, což mě přivedlo na doplňující otázku o pocitu informovanosti zdravotnickým personálem. Na tyto zmínky byl vytvořen kód **edukace**

zdravotnickým personálem a byla jí mimo jiné označena odpověď na otázku o dostatku informací „*No, asi nemám, protože vidíte, že Vám odpovídám na něco, co nevím o čem, no... doktor vždycky řekne je to dobrý nebo ne.*“

Jednou z možností, jak lépe překonat obtíže spojené se stomií a nalézat další jedince, kteří si prošli podobnými životními situacemi, je návštěva stomických spolků založených samotnými stomiky. **Klub stomiků** je dalším kódem, který byl užit v odpovědích na toto téma. „*Vím, vím, ty sestřičky mně to samozřejmě říkaly, ale víceméně... Neměl jsem potřebu no, já vím, že na někoho to může působit nějak i psychicky, takže hledá podobný v okolí, ale právě asi tím, že jsem se v tom okolí neseťkal s nějakým negativním tím, tak jsem neměl potřebu prostě.*“

Onemocnění, operace střevní stomie a následná péče o stomii je velkým zásahem do života člověka a ovlivňuje jeho celou biopsychosociální složku. Člověk se postupně učí přijímat novou životní událost a snaží se vypořádat s novými situacemi, které s sebou stomie přináší. Pro zmiňované situace a obavy, ze kterých byly patrné různé negativní emoce, byl vytvořen kód **negativní prožívání** a byl použit například konkrétně u této odpovědi „*...a to bylo poprvé jsem si ten pytlík sama vyměňovala, prožila jsem si tam... tam to nejde zamknout že jo, no a najednou stojím nahá...no a najednou mužskej a teď to smrdí, že jo, stolice. A on tak strašně začal křičet, já jsem se namáčkla mezi to umyvadlo a tu stěnu a on řval: ty vole tady se nějaká ženská posrala. Já myslela že omdlím, já jsem brečela teda.*“

Jedním z nejčastěji používaných kódů ve spojitosti s negativním prožíváním byl kód **strach** a u pacientů s čerstvě vyšitou stomií se týkal mnoha věcí, nejčastěji však péče o stomii „*Mám strach, jak to budu zvládat všechno. Sice tam něco v tom sáčku už bylo, ale...co se týče třeba přebalení...*“ U některých pacientů se stomií alespoň několik měsíců se strach týkal nejvíce vyprazdňování a péče o stomii na jiných místech než doma, což mělo vliv i na společenský život „*Tak třeba teďka na Vánoce jsem byla pozvaná k dceři, tam jsem byla, ale nespala jsem tam, abych...já nevím, jak bych Vám to vysvětlila. Kvůli tý stomii, že to je prostě... Ale přijali to, řekli, že mě nebudou nutit, protože to je hovínko, že jo.*“

Některé výpovědi respondentů se nabízely pro označení kódem **smutek**. Smutek člověk prožívá například ve chvíli, kdy si je vědom toho, že musí přijmout fakt, který nemůže ovlivnit a kdy se něčeho musí vzdát. Pro tento kód mi přišla nejvhodnější tato odpověď „*...Pivo mám ráda, to se přiznám, to jsem si ráda vypila... to asi taky nebudu moct, to určitě ne, no takže, když se to tak vezme. A trošku dietu musíte...bude se muset držet, že jo. Takže...každý člověk to bere*

jinak. No, maso jsem měla ráda, ale to taky bude krutý. Vždycky jsme pomleli škvarky. To už taky asi těžko.“

Jak už bylo zmíněno, při adaptaci na nový život se stomii člověk čelí mnoha negativním pocitům. Mezi respondenty se vyskytovaly odpovědi značící pocity nejistoty, které výrazně přispívaly k negativnímu prožívání. Dobrým příkladem pro kód **nejistota** je odpověď „*No, abych Vám pravdu řekla, s tou otázkou se budím, protože jsem zvyklá jako normální člověk vyskočit z postele a teď furt to nosím v hlavě, jestli to bude dobrý, nebo jsem neměla na operaci radši chodit, nebo jsem teda to udělala a teď jak to bude dál. Já si na to pořád nemůžu zvyknout.“*

Kódem **hněv** byla označena odpověď pouze jednoho respondenta, neboť se dle mého jednalo o případ, kdy pacient dával rozpad partnerského vztahu za vinu právě svému zdravotnímu stavu a tvorbě stomie. „...a teď se mi stalo tohle, tak ona mu určitě říká: to buď rád, že jsi poznal mě, to já jako kdybych to slyšela, buď rád, že jsi poznal mě, co bys teďka z ní měl. Co by teďka ze mě měl. Nic.“

V případě, kdy člověk nadměrně prožívá pocit nejistoty, strachu, úzkosti a jiné negativní emoce, začne organismus prožívat **stres**, a to je další použitý kód označovaný v některých odpovědích. Ačkoli toto slovo nebylo u dotazovaných napřímo zmiňováno, dalo se prožívání stresu v některých případech vyzorovat. Příkladem je odpověď respondentky „*Já nevím, jak Vám to mám...abych Vám pravdu řekla, už mě to tak nějak...chtěla bych se z toho jako dostat, i když to bude strašný. Já se budu vyhýbat lidem, jenom takový ty menší lehčí nákupy si budu dělat, to určitě, těžkýho nic tahat nemůžu... Já to nezvládnou.“*

U skupiny respondentů, kteří mají střevní stomii alespoň tři měsíce a déle, jsem použila kód **nepříjemné situace**. Respondenti je uváděli nejvíce ve spojitosti s vyprazdňováním, nebo komplikacemi ve smyslu selhání stomického sáčku. Jasným příkladem je dle mého tato odpověď „*Když Vám řeknu příklad, třeba byl jsem v Hradci na cétěčku na tom takovým tom lepším, to bych se musel podívat do papírů, jak se jmenuje, ve fakultce a tam po té kontrastní látce prostě asi něco to tam udělalo v těch střevech, takže vlastně mně to tam na tom cétěčku vylítlo. Bylo to takový nepříjemný, ale zas jsem byl v prostředí zdravotnickým, tak tam jsou asi zvyklí trochu, ale musel jsem si koupit nový tričko, protože to jsem měl pokálený.“*

Onemocnění a vyšití střevní stomie ovlivňuje život člověka po psychické stránce nejen negativně, ale někdy také pozitivně, záleží na tom, jaký má člověk ke všemu přístup a jaké jsou jeho psychické vlastnosti. Pochopitelně zde hraje důležitou roli i to, jak dlouhou dobu již stomii

mají vyšitou. Někteří respondenti zvládli najít na své životní situaci něco pozitivního. Použitý kód **pozitivní prožívání** je jakousi nadmnožinou nejčastějších pozitivních emocí, situací, uvědomění a stavů mysli. Konkrétněji budou tato pozitiva v kódech rozepsané níže. Nejjasněji vystihuje tento kód odpověď *„To jo, to jako samozřejmě. Člověk žil nějakým způsobem, v tom spěchu, v tom stresu ze zaměstnání a honění se za něčím, což pak teda zjistíte, že je zbytečný, že je to skoro dá se říct nějaký omyl nebo iluze. Že spousta věcí zjistíte že nejsou vůbec potřeba a o to víc vyvstanou na povrch ty hodnoty poctivý, a ne nějaký peníze a práce a úspěch, kariéra.“*

Kód, který se řadí mezi pozitivní prožívání pacientů, kteří mají stomii pouze několik dní, se mnohdy užíval v souvislosti s péčí o stomii a byl nazván jako **odhodlání**. Pacienti si byli vědomi toho, že se budou muset naučit o svůj vývod pečovat sami a že možná budou zažívat situace, které budou nepříjemné *„Budu se muset snažit, ale dneska jsem ještě poprosila paní doktorku, ta říkala, že jo, ale...musím to tak nějak okoukat že jo, není to nic příjemného, ale musím to okoukat, abych se to naučila“*. Pro lepší představu uvádím ještě jednu odpověď dalšího respondenta *„...No tak nebude to asi příjemný chodit pak mezi lidi nebo co já vím, ale to budu muset nějak překonat no.“*

Pro další kód jsem použila název **naděje**. Ačkoliv jsou emoce u všech hospitalizovaných pacientů krátce po vyšití stomie spíše negativní a rozporuplné, při rozhovorech neztráceli naději ve vyhlídkách do budoucnosti a představách o vrácení se ke svým koníčkům. *„Já se asi vrátím k tomuhle tomu, musím tomu věřit, jinač bez víry nelze. Já jsem katolík a věřící a člověk v něco věřit musí.“*

Jak už bylo zmíněno v teoretické části, je velmi individuální, jak se člověk vyrovnává se složitými situacemi a závisí to na jeho osobnostních rysech. V některých odpovědích respondentů jsem použila kód **vděčnost**. Odpovědi se hojně týkaly podpory rodinou, zpomalení životního tempa, nebo záchrany života. Dobrým příkladem je pohled na život respondenta po třech letech se stomií *„No to se zpomalilo teda pěkně. Ale jo, i ten náhled na ten svět. A vděčnej je člověk za všechno. Je to takovej opravdu dobrej pocit, ale to je slabý slovo dobrej pocit, to je nevyslovitelný. Když pak tohleto zjišťujete“* a vnímání respondenta pár dní po vyšití stomie *„Můžu bejt vděčnej, že mi zachránili život, ale bohužel s těmahle následkama no.“*

Přestože po vyšití stomie mohou doprovázet negativní emoce člověka v různé míře a v různých situacích stále a bez ohledu na to, jakou dobu již se stomií žije, často dotazovaní se stomií alespoň tři měsíce a déle zmiňovali, že svůj život se stomií berou takový, jaký je. Kód **přijetí stomie** jsem užila například v tomto případě *„No tak samozřejmě by člověk byl nejradši, kdyby*

ji neměl, že jo, ale je to zas o nějakým tom přijmutí. Všechno zlý je pro něco dobrý, to je bezesporu, to je pravda a o tom se nemusí diskutovat, já vždycky říkám, má to tu výhodu, že vlastně můžete kadit kdy chcete.“

Dalšími kódy, které byly nejčastěji užívané u obou skupin respondentů, jsou kódy **zdroj síly ke zvládnutí situace** a **podpora rodinou**. Tyto kódy spadají pod pozitivní prožívání, jelikož respondenti uváděli nejvíce rodinu jako největší oporu v těžkých situacích a v případě, kdy někdo neměl rodinu na blízku, byly zmiňovány negativní emoce právě z tohoto důvodu. Příkladem odpovědi na otázku, co bylo zdrojem síly ke zvládnutí situace je odpověď „*Rodina. Že mě podpořili a abych...nechci říct, že abych je nezklamal, ale abych je nezarmoutil nebo něco takovýho, to bych nechtěl.*“

Po vyšetří střešní stomie se mohou objevovat časně a pozdní komplikace. Skupina dotazovaných se stomií alespoň několik měsíců uváděli časně komplikace technického rázu, kdy zmiňovali uvolňování stomického sáčku, respektive podtékání stomie. Takové odpovědi jsem označovala kódem **komplikace** „*No, vlastně jednou jsem si šla lehnout a cejtla jsem zápach, a tak mně to tady nahoře podtýkalo, jinak ne, zatím ne.*“ U této skupiny se také vyskytovaly komplikace spojené například s onkologickou léčbou, které také kladně nepřispívaly dobrému psychickému rozpoložení. Odpovědi jsem označila kódem **druhotné komplikace** „*Hned na tý druhý kapačce, to ještě jsem byla vlastně v nemocnici tady, tak mě chytil takovej záchvat, třes, stažení toho hrdla, teď nemůžete mluvit, dávali mně kyslík, protože jsem nemohla ani dechat, no ale pak do mě dali nějakou infuzi a to mě teda přešlo. Ale za týden jsem k tomu ještě musela brát prášky a za týden po tomhle tom mě prostě začal bolet žaludek, ty prášky jsem nesnášela a dostala jsem šilenej průjem. A teďka po těch dalších kapačkách jsem dostala tady tu pusu bolavou a vlastně šílený to bylo.*“

Průzkumným vzorkem byli z největší části pacienti v důchodu, takže vyšetří stomie u nich nemělo vliv na zaměstnání. Kód **zaměstnání** jsem ale použila u jednoho z respondentů, který uvedl, že musel ukončit zaměstnání z důvodu druhotných komplikací „*Nepracuji, protože ono při té operaci, při tom, že trvala dlouho, že jo a oni to prováděj v poloze, že je člověk hlavou dolu, u mě došlo jakoby k dočasné obrně levé ruky, takže já jsem se chvílku potýkal s tím, že vlastně jsem byl na jednu ruku neto...a dostal jsem teda invalidní důchod v součtu asi všech těch komplikací a pak ta ruka se asi z 60 % nebo možná 80 % vrátila zpátky, ale ten rok to trvalo no. Takže vlastně já jsem měl spíš takový ty potíže s tou stomií, že jsem si ji sám nemohl vyměnit.*“

Pacienti se stomií střeva dostávají různá doporučení, které potraviny vynechat a jak ovlivňují trávicí proces. Jejich zkušenosti s jídlem v životě se stomií jsem označovala kódem **stravování**. Příkladem je tato odpověď „*Jo, změnilo se toho hodně, vůbec nemůžu luštěniny, zatím, to se bojím teda. Jednou se mně stalo, že jsem měla úplně obyčejný jídl, třeba bylo to rizoto a byla tam...vnuk vařil triadvacetiletěj, bylo to vynikající, dobrý, přidal tam trochu kurkumy a mně to udělalo zle. Takže od té doby kurkumu ne.*“

Další kódy, které jsem v rozhovorech použila, je **vyprazdňování** a **péče o stomii**. Vyprazdňování a péče o stomii bylo často spojováno se strachem z reakce okolí a nepříjemným pocitem při pohledu na stomii. Příkladem užití tohoto kódu je odpověď respondentky se stomií již delší dobu „*No nepříjemný je to čištění že jo, starání se o to, aby třeba...jsme na pokoji ted'ka dvě, předtím jsme byly tři a je jedna koupelna, že jo, takže aby někdo nebyl naštvanej, že tam jsem třeba dlouho nebo tak*“ a příkladem u respondentky s vyšitou střevní stomií kratší dobu je odpověď „*...pan doktor říkal, že mám jako hodně používat tekutinu, pít, aby se to čistilo, že jo a dneska zase říkal, že mám jíst. Jak můžete hodně jíst, když to furt vidím.*“

Vyšití střevní stomie může ovlivnit člověka nejen po psychické stránce, ale také po té fyzické. Pro odpovědi týkající se pohybu, denních činností a koníčků jsem použila kód **denní činnosti**. Odpovědi se u obou skupin pacientů lišily. Příklad odpovědi pacienta krátce po vyšití stomie je odpověď „*...akorát abych se dostal na ryby... i když se tam asi nedostanu, no. Je to právě to no, že člověk myslí jenom na to špatný furt. Já budu rád, když se postavím na nohy, dojdu do krámu 300 metrů.*“ Dalším příkladem je odpověď pacienta se stomií pár let „*No tak jelikož můj největší koníček je rybaření, tak tam to nevádí, no a jako já zas nějak víc sportovně aktivní jsem ani nebyl, ne že by vůbec, no ale takový ty příležitostní, no ale to zas, člověk je taky jakoby trochu to...Neovlivnilo mě to. A i kdybych si třeba chtěl jít zahrát florbal, tak si myslím, že by mě to neomezovalo.*“

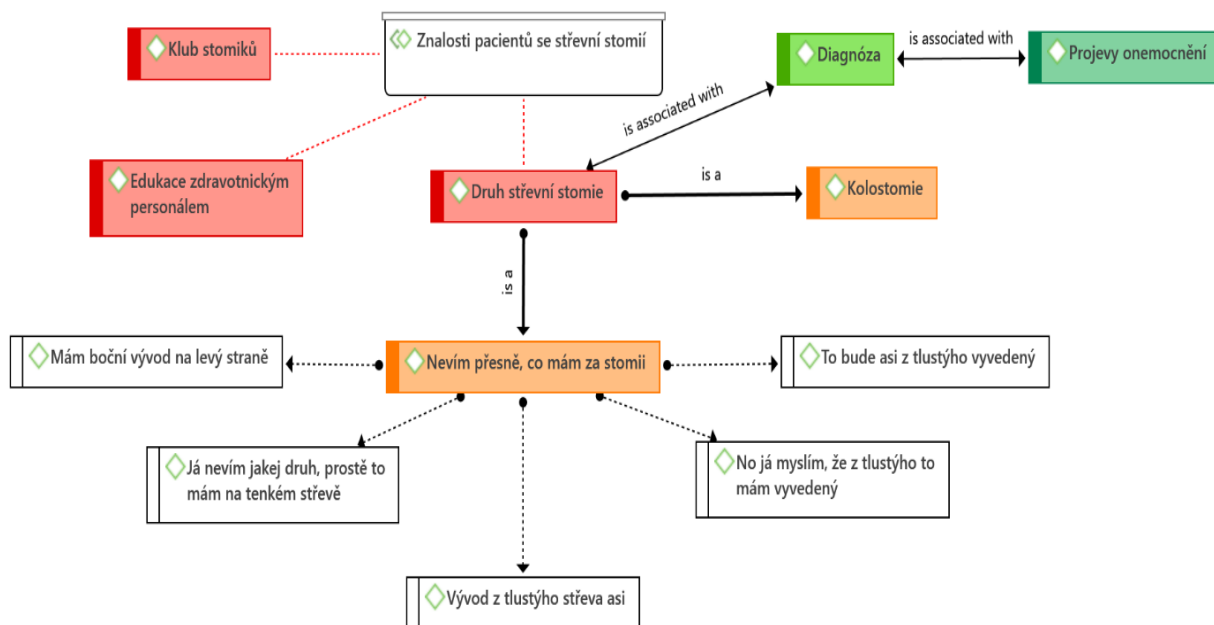
Mezi dotazovanými se stomií různou dobu se vyskytovaly odpovědi týkající se společenského života, kdy někteří respondenti uvádí, že se na svou stomii musí ohlížet. Kód **společenský život** jsem také používala v souvislosti s negativním prožíváním u obou skupin pacientů, takže uvádím dva příklady odpovědí „*No právě, to si říkám, jestli by to mělo být takhle, tak kam můžete jít. Furt budu mít takovou představu, že to bude na mně vidět*“ a „*Tak třeba ted'ka na Vánoce jsem byla pozvaná k dceři, tam jsem byla, ale nespala jsem tam, abych...já nevím, jak bych Vám to vysvětlila. Kvůli tý stomii, že to je prostě... Ale přijali to, řekli, že mě nebudou nutit, protože to je hovínko, že jo.*“

7 DISKUZE

Tato část bakalářské práce se zabývá interpretací myšlenkových map, které vznikly propojením již prezentovaných kódů, které byly užity v rozhovorech a slouží k lepší orientaci ve výsledcích. Myšlenkové mapy byly pro lepší přehlednost vloženy také do příloh.

Průzkumná otázka č.1

Jaké jsou teoretické znalosti pacientů týkající se jejich střevní stomie a jaká je jejich informovanost o stomických klubech?



Obrázek 1 Znalosti pacientů se střevní stomií

Důležitou roli ve zvládnání situace u pacientů se střevní stomií hraje edukace, a to ať už se jedná o předoperační období, kdy se pacient poprvé seznamuje se svou diagnózou či v průběhu hospitalizace po vyšetření střevní stomie, nebo po propuštění do domácí péče. Neznalost základních informací o vlastní stomii nebo nepochopení indikace k operaci a léčebných postupů mohou v pacientovi vzbuzovat pocity nejistoty, které mohou vést k dalším negativním emocím a nepříznivě tak působit na jeho zdravotní stav, či bránit v dalším vyhledávání informací a získávání rozhledu o možnostech zvyšování kvality jejich života. V myšlenkové mapě jsou mimo jiné označeny i některé odpovědi respondentů.

Klub stomiků – v myšlenkové mapě je ve spojitosti se znalostmi stomiků znázorněna právě tato položka, neboť právě kluby stomiků mohou být dobrou příležitostí k tomu, jak se lépe

vyrovnat s životem se stomií, poznávat jedince s podobnou životní situací a objevovat nové možnosti. Čtyři respondenti uvedli, že nebyli seznámeni s tím, co to stomické kluby jsou. Dva respondenti, kteří o nich věděli, uvedli, že o jejich návštěvu nemají zájem.

O využití klubů stomiků se ve své závěrečné práci zajímala i Vacková (2008, s. 59), z jejíž výsledků vyplývá, že pouze zhruba polovina respondentů ve výzkumném vzorku byla o činnosti stomických klubů informována a část z informovaných pacientů činnost těchto klubů také využívá. Také Slavíková (2016, s. 33) ve své bakalářské práci uvádí, že 72,3 % dotazovaných činnost stomických spolků nevyužívá. Z dotazníkového šetření v bakalářské práci Sedláčkové (2015, s. 44) vyplývá, že pouze jeden z dotazovaných stomiků navštěvuje stomický klub, Sedláčková také dále uvádí možný důvod, proč je zájem tak nízký *„Důvodem může být vyšší věkový průměr respondentů, nechut' se seznamovat s novými lidmi nebo zdravotní obtíže. Kontakt mají ve stomické poradně, ale nevím, jestli vědí o programu a možnostech, které klub stomiků nabízí.“*

S touto teorií Sedláčkové se můj názor ztotožňuje, jelikož z mého průzkumného šetření je patrné, že většina respondentů o stomických spolcích nemají informace. Domnívám se, že příčinou nezájmu o navštěvování stomických klubů informovaných respondentů je dáno jejich vyšším věkem a nepříznivý zdravotní stav, což dle mého může být zároveň i důvodem, proč zdravotnický personál o těchto možnostech automaticky tyto pacienty neinformuje. Je třeba brát také v potaz, že vyšetření střevní stomie je velmi psychicky náročná situace, a tak je možné, že pacienti některé informace zapomenou nebo vytěsní.

Edukace zdravotnickým personálem – jak již bylo zmíněno, edukace stomického pacienta je důležitá ve všech fázích léčby. Pro stomického pacienta je významná nejen edukace týkající se péče o stomii stomickou sestrou, ale také přísun informací během hospitalizace od ostatních zdravotnických pracovníků. Respondenti, kteří mají stomii již několik měsíců nejčastěji pozitivně zmiňovali jako zdroj informací stomické sestry a kladně také hodnotili jejich pomoc při péči o stomii a výměně stomického aparátu. Naopak jeden z respondentů, který měl stomii teprve několik dní, zmiňoval během své hospitalizace strohost informací od svého ošetřujícího lékaře a uvedl, že pociťuje nedostatek informací a nejistotu.

O tom, zda mají stomici dostatek informací v péči o stomii a kde informace nejčastěji získávají se zabývala i Michálková (2012, s. 45) a o svém výzkumu napsala odborný článek do časopisu *Sestra*. Pomocí dotazníků získala data od 249 respondentů, přičemž 79,9 % dotazovaných

uvedlo, že mají dostatek informací ohledně péče o stomii a 74,3 % respondentů získává informace o novinkách nejčastěji od své stoma sestry.

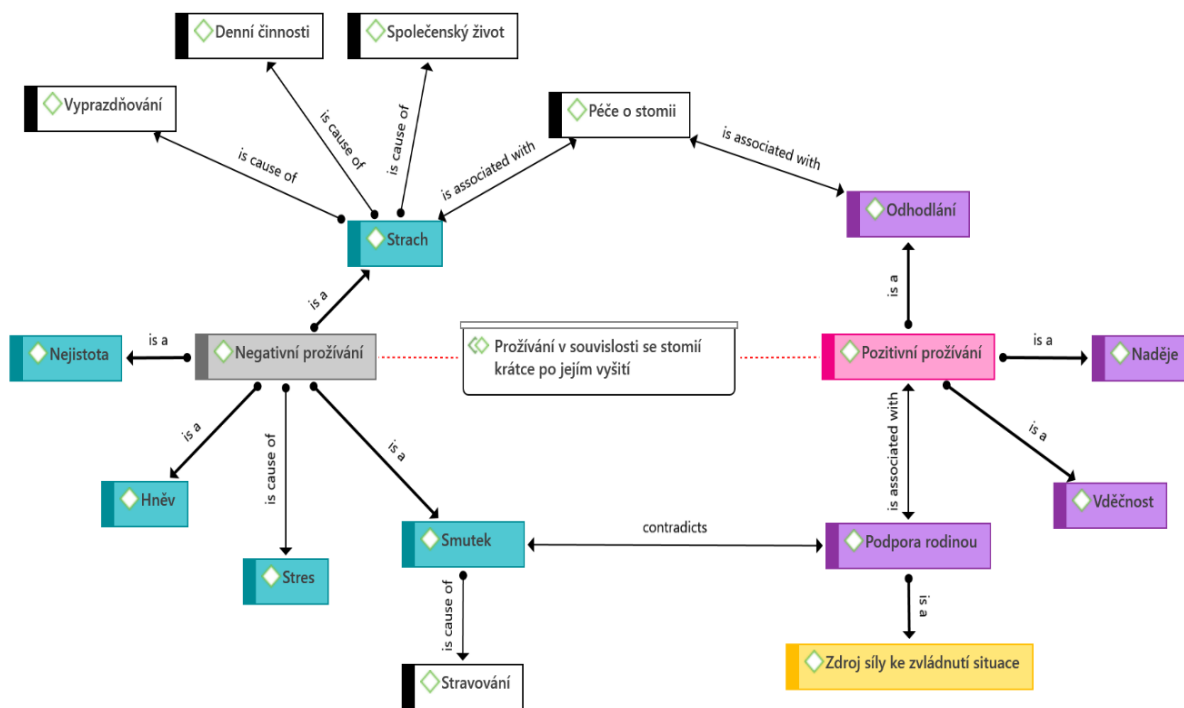
Druh střevní stomie – překvapivým zjištěním výzkumného šetření pro mě bylo to, že většina respondentů přesně neví, jaký druh střevní stomie má, bez ohledu na to, zda mají čerstvou stomii nebo stomii již delší dobu. Pouze jeden z respondentů uvedl, že má kolostomii, ostatních 5 respondentů obvykle uvádělo, že nevědí, jaký druh stomie mají, nebo že si nejsou jisti, tyto konkrétní odpovědi jsou znázorněny v myšlenkové mapě na obrázku 1. Svou stomii většinou charakterizovali jako vývod s určitou lokalizací, přičemž si mnohdy nebyli jisti, z jakého střeva mají vývod provedený. Díky charakteristice lokalizace jsem dokázala přibližně odvodit, o jaký typ stomie se jedná. U respondentů převažovala kolostomie. Všichni respondenti však dokázali říct, z jakého důvodu mají vyšitou stomii a jaké měli projevy onemocnění před stanovením onkologické diagnózy, kterou byla u všech šesti respondentů kolorektální karcinom. V tomto ohledu nevykazovali žádné informativní strádání ohledně diagnostiky.

V kvantitativním průzkumném šetření Major (2019, s. 32) má 60 respondentů z celkového počtu 80 vyšitou kolostomii, což je i dle odborné literatury nejčastější střevní stomie. Jelikož je tato informace spíše kvantitativního charakteru, je také v ostatních závěrečných pracích tato otázka pokládána formou dotazníku, kde mají stomici na výběr k označení ileostomie nebo kolostomie.

Na úkor mého zjištění se domnívám, že by při takových průzkumných šetřeních mohli respondenti při vyplňování dotazníků druh stomie mnohdy spíše typovat. Mé zjištění ale vychází z rozhovorů s pouze šesti respondenty.

Průzkumná otázka č. 2

Jaké je prožívání pacientů s vyšitou střevní stomií během prvního týdne po operaci a z čeho nejčastěji pramení jejich obavy?



Obrázek 2 Prožívání v souvislosti se stomií krátce po jejím vyšití

Cílem této myšlenkové mapy je přiblížit prožívání hospitalizovaných pacientů se střevní stomií maximálně jeden týden po jejím založení. Pro takové pacienty je to zcela nová situace, kdy si poprvé osvojují péči o stomií, přemýšlí, jestli bude vše v pořádku a jaký život je čeká po návratu domů. Kromě negativního prožívání, které bylo očekávané a neslo s sebou řadu negativních emocí, jsem se od respondentů snažila zjistit, jestli by dokázali již v takto brzké době po vyšití stomie v této životní situaci najít případně i něco pozitivního a s čím je negativní a pozitivní prožívání nejvíce spojováno.

Negativní prožívání – vytvoření stomie je pro pacienty psychicky tíživá událost, kdy se pacienti bojí o sebe, o svůj zdravotní stav, reakce okolí, ale především zvládnání budoucího života se stomií (Moravcová, 2011, s. 35). Prožívání respondentů s čerstvou stomií je z velké části negativní. Vyplývá to nejen z výpovědí hospitalizovaných respondentů pár dní po vyšití stomie, ale také ze sledování jejich chování a mimiky při rozhovorech. Respondenti nejčastěji prožívali **strach**, **smutek** a **nejistotu** ve spojitosti s různými situacemi a myšlenkami, které způsobovaly **stres**. V rozhovoru s jedním respondentem se objevil i pocit **hněvu**.

Strach – nejčastěji prožívaná emoce mezi respondenty s čerstvou stomií. Respondenti si byli vědomi toho, co je čeká, nebo co by je mohlo čekat, dokázali o tom jasně uvažovat.

Nejčastěji jejich obavy pramenily z **péče o stomii**, kdy nevěděli, zda se dokážou naučit o svou stomii samostatně pečovat a jak to budou zvládat. Dalším faktorem působícím strach byl **společenský život a vyprazdňování**. Všichni respondenti zpočátku udávali, že se nebojí, že by na ně jejich okolí mohlo kvůli stomii nahlížet jinak, ale i přesto zmiňovali strach z chození do společnosti, kdy počítali s tím, že by mohlo dojít k situaci, kdy by si museli vypustit nebo vyměnit sáček, nebo že by mohl být pod oděvem vidět. Faktorem působícím strach byly i **denní činnosti** (pohyb). Respondenti s čerstvou stomií často vzpomínali na denní aktivity před založením stomie, obávali se, že tyto činnosti již nebudou schopni vykonávat, byť se jednalo jen o chození na nákup, nebo ranní rutinu.

Nejistota – tento pojem byl také použit u všech respondentů s čerstvě vyšítou stomií. Nejistota měla velký vliv na jejich celkové prožívání, nejčastěji jimi byla spojována s jejich zdravotním stavem, ale také se zvládáním ošetřování stomie a sebejistotou.

Smutek – nejčastěji byl respondenty spojován s diagnózou a s případy, kdy respondenti věděli, že jim rodina nebude moci pomoci, například z důvodu vzdálenosti. Smutek ale někteří cítili i v případě, kdy si byli vědomi toho, že budou muset změnit **stravování** a že se nejspíš budou muset vzdát potravin, které měli rádi.

Hněv – pocit hněvu se objevil pouze u jednoho z respondentů, ale nebyl to jediný, ani převažující pocit nad ostatními pocity. I přesto, že byl zaznamenán pouze u jednoho respondenta, je tento pojem v myšlenkové mapě označen. Domnívám se, že pacienti se střevní stomií jsou obvykle odevzdaní, ale prožívání je různé, a proto mi toto přišlo vhodné zmínit. Hněv cítila respondentka v souvislosti s bývalým manželem, který ji k operaci přemluvil.

O vlivu stomie na psychiku a kvalitu života v rané pooperační fázi u pacientů s kolorektálním karcinomem byl popsán výzkum, který rovněž zkoumal obraz těla v souvislosti s terminální, dočasnou či žádnou stomií, stresem a kvalitou života pacienta. Pacienti s dočasnou a trvalou stomií uvádí horší obraz těla než pacienti bez stomie. Střevní vývod byl nejvýznamnějším faktorem spojeným s obrazem těla, strachem a depresí. Obraz těla dle studie plně souvisí s úzkostí, depresí a kvalitou života u pacientů s trvalou a dočasnou stomií (Song a kol., 2020, s. 796-802).

Další studie sice zahrnovala pacienty s indikací stomie z důvodu zánětlivých onemocnění střev, kdežto v mém výzkumu jsou onkologičtí pacienti, princip dle mého ale zůstává stejný. Při retrospektivní kohortní studii bylo prokázáno, že výskyt strachu, úzkosti a deprese je u pacientů, kteří podstoupí operaci kvůli zánětlivým onemocněním střev, mnohem větší než u nechirurgických pacientů. Respondenty byli pacienti, kteří podstoupili břišní operaci, přičemž téměř 19 % z nich podstoupili operaci nové stomie, a tzv. nechirurgičtí pacienti se zánětlivými onemocněními střev, kteří operaci nepodstupovali. Strach, úzkost a deprese se po operaci zvyšuje. Rizikovým faktorem byla tvorba střešní stomie. Noví stomici zaznamenali větší nárůst pooperační úzkosti a deprese než ostatní chirurgičtí pacienti (Sceats, 2020, s. 544-553).

Pozitivní prožívání – za pozitivní prožívání byly u respondentů považovány veškeré známky snahy o smíření s vyšítkem stomie, kdy se u respondentů objevovalo **odhodlání** k učení péče o stomii, **vděčnost** za to, že mohou žít, **naděje**, nebo víra v to, že se alespoň z části vrátí k běžnému životu a pocity spojené s **podporou rodinou**, která pro ně byla velmi důležitá.

Odhodlání – ačkoliv u čerstvých stomiků byl nejčastějším zdrojem obav péče o stomii, všichni respondenti byli odhodlaní k tomu se naučit pečovat o svou novou stomii a nevzdávali se. To hodnotím jako velice důležité a příjemné zjištění.

Vděčnost – další pro mne zajímavé zjištění. Respondenti i v takto krátké době po vyšítkem stomie dokázali říct, že jsou vděční za to, že mohou dál žít, i přes to, že to pro ně nebude jednoduché a že přítomnost stomie pro ně má nepříjemné následky.

Naděje – všichni respondenti také dokázali mluvit o svých představách o budoucnosti, doufali, že se vrátí ke svým oblíbeným činnostem.

Podpora rodinou jako zdroj ke zvládnutí situace – při narušení různých oblastí života hrají u člověka důležitou roli mezilidské vztahy. V přítomnosti blízkých mohou být strach nebo úzkost značně snižovány, nebo úplně vymizet (Moravcová, 2011, s. 35). Všichni respondenti uváděli jako nejdůležitější zdroj ke zvládnutí situace rodinu, která pro ně v této situaci hraje důležitou roli. Věděli, že za nimi rodina stojí, popřípadě že se na ni můžou obrátit v případě, když by potřebovali pomoc. V případě, kdy věděli, že rodina nebude moci být v jejich blízkosti tak často, například z důvodu velké vzdálenosti, přecházely pozitivní emoce ve smutek.

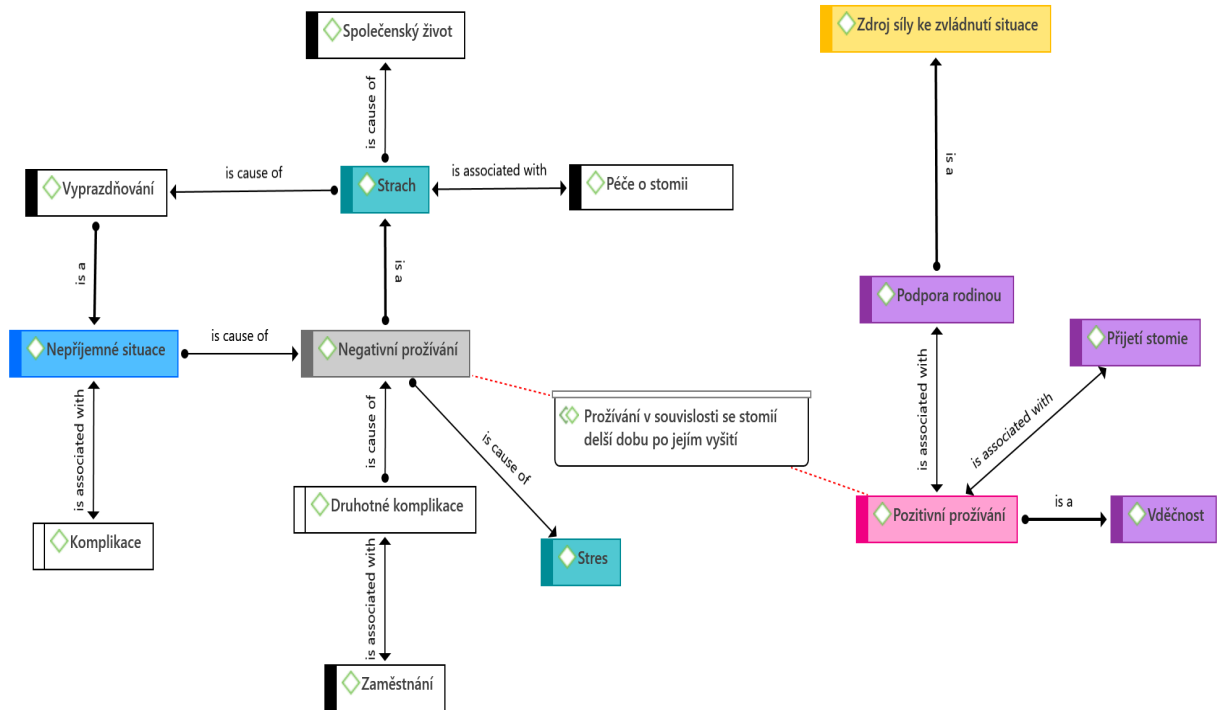
Z mého výzkumného šetření tedy vyplývá, že u pacientů v rané fázi po operaci lze zaznamenat pozitivní faktory. Myslím si, že je to velice individuální, ale pacienti se stomií zřejmě vědí, že

vyšší střešní stomie byla jediná možnost, která by dokázala jejich život prodloužit a dokážou si toho vážit i za cenu psychického trápení, které je s tím spojeno.

Podobné zmiňuje ve svém výzkumu i Sedláčková (2015, s. 70), která ve své bakalářské práci o kvalitě života pacientů se stomií uvádí „*Smíření se stomií bez problémů proběhlo u 19 respondentů (53 %) a u 17 respondentů obtížně (47 %). Někteří pacienti chápou, že operace s vytvořením stomie je jejich jediná naděje na pokračování života. Proto se jim i fakt, že budou žít se stomií, přijímá snadněji a jsou rádi, že jejich zdravotní situace má nějaké řešení. Naopak jiní pacienti se se stomií smiřují těžce a je jedním z úkolů stomasestry, snažit se jim v přijetí stomie pomoci.*“

Průzkumná otázka č.3

Jaké je prožívání pacientů se střevní stomií déle po jejím vyšití a jaké má důsledky pro jejich život?



Obrázek 3 Prožívání v souvislosti se stomií delší dobu po jejím vyšití

Stejně tak jako u předchozí průzkumné otázky má tato myšlenková mapa za úkol představit prožívání a nejvíce stresující situace pacientů se střevní stomií. Tentokrát ale u pacientů, kteří mají stomii vyšitou minimálně 5 měsíců až 3 roky. Takoví pacienti mají se stomií oproti čerstvým stomikům již více zkušeností a prošli si řadou situací spojených se střevní stomií po propuštění domů, zkrátka je jejich negativní a pozitivní prožívání více opodstatněno zažitými zkušenostmi.

Negativní prožívání – i přes to, že si někteří respondenti již po několika měsících na svou stomii téměř zvykli a osvojili si mnoho věcí spojených se střevní stomií, se stále potýkali s negativními emocemi a prožívali tak nepříjemné situace. I tito respondenti prožívali **strach** a **stres**, měli určité obavy z různých situací, nejčastěji se strach týkal **vyprazdňování** stomie a **péče o stomii** v souvislosti se **společenským životem**. Negativní vliv na psychiku stomiků měly také **nepříjemné situace** působící **stres**, kdy respondenti uváděli různé situace, které se jim občas přihodí.

Strach – jak už bylo zmíněno, respondenti uváděli obavy nejčastěji ve spojitosti s vyprazdňováním a péčí o stomii, obvykle v případech, kdy museli tyto věci provádět jinde nežli doma, například na návštěvě, nebo při hospitalizaci v nemocnici, kdy sdíleli pokoj s ostatními pacienty.

Stres – respondenti zažívají stresové situace i dlouhou dobu po vyšíti stomie, ale zvládají se na tyto situace lépe adaptovat.

Péče o stomii a vyprazdňování – pro respondenty není problém si stomii obstarávat samostatně, alespoň v případě, kdy je jejich zdravotní stav na takové úrovni, že jsou schopni o sebe pečovat. Všichni uvedli, že je vše týkající se péče o stomii stomická sestra dobře naučila.

Společenský život – všichni respondenti v rozhovorech uvedli, že se jejich zájem účastnit se společenských akcí, jako jsou například rodinné oslavy, nesnížil, ačkoliv se mnohdy dostávají do nepříjemných situací. Dva ze tří respondentů uvedli, že nikde nechtějí přespat právě kvůli péči a vyprazdňování stomie.

Lustyková (2012, s. 68) ve své diplomové práci uvádí shrnutí odpovědí respondentů na otázku o změně společenských aktivit po vyšíti stomie *„Většina respondentů, kteří chodili do společnosti a mezi přátele, chodí stále. Dva respondenti, ženy, přestali chodit mezi lidi a to z důvodu možnost úniku stolice mimo sběrný sáček a následného zápachu své osoby. Jeden respondent, muž, omezil styky se svými přáteli asi na dobu jednoho roku a po uplynutí této doby znovu své styky obnovil. Jeden respondent, muž, si volí místa, která navštíví, podle toho, zda je tam možnost výměny stomické pomůcky.“*

Nepříjemné situace – všichni respondenti označili za nepříjemnou situaci uvolnění nebo podtékání stomického sáčku. Jedna z respondentek dokonce uvedla stresující událost, která se jí přihodila při vypouštění stomického sáčku ve společné nemocniční koupelně.

Komplikace a druhotné komplikace – ani jeden z respondentů neuvedl žádnou komplikaci týkající se střevní stomie, až na občasné uvolňování a podtékání stomického sáčku. Pojmem druhotné komplikace jsem nazvala často zmiňované komplikace, které respondenti měli ve spojitosti s léčbou (chemoterapií), nebo jako následek operace, a takové komplikace ovlivnily na nějakou dobu schopnost samostatné péče o vlastní stomii, ale i psychickou pohodu.

Zaměstnání – téměř všichni respondenti byli ve starobním důchodu, a tak stomie neměla na zaměstnání vliv. Jeden z respondentů, který byl v invalidním důchodu, uvedl, že nemůže chodit

do zaměstnání právě z důvodu přetrvávající pooperační komplikace. Zjištění vlivu stomie na zaměstnání by se nejspíše dalo lépe zjistit volbou nižší věkové hranice participantů.

Nejčastěji řešené problémy pacientů s dočasnou a trvalou stomií zkoumala pomocí dotazníkového šetření i Mocková (2016, s. 71-72). Z její práce vyplývá, že pro 52 % respondentů s dočasnou stomií je největším problémem ošetřování a péče o stomii, pro 26 % problém s oblékáním a psychické problémy řešilo 18 % respondentů. Pro 54 % respondentů s trvalou stomií je to též ošetřování a péče o stomii, pro 12 % oblékání, psychické problémy řešilo 16 % respondentů, 11 % respondentů neřešilo žádný problém a jiný problém řešilo 7 % dotazovaných.

Negativní dopad stomie na prožívání člověka ve své bakalářské práci zaznamenala i Holubová (2019, s. 84), v jejíž závěrečné práci píše „Z důvodu přítomnosti stomie uvedly respondentka č. 1 a respondentka č. 3, že výrazně pociťují snížení sebejistoty. Respondentem č. 2 mi bylo sděleno, že v počátcích zavedení stomie pociťoval snížení sebejistoty, ale nyní je stejná jako před zavedením stomie. Psychický blok z neschopnosti dotknout se svého těla díky přítomnosti stomie měla respondentka č. 3, nyní je její psychika na tom lépe, ale stále si není schopna z tohoto důvodu ošetřovat stomii.“

Pozitivní prožívání – psychická stránka respondentů se stomií alespoň 5 měsíců a déle byla již o něco lepší. Každý z nich udával, že svou stomii přijal, ačkoliv se ještě stále potýkají se situacemi, které jsou pro ně nepříjemné. Jsou vděční a největší oporou jsou pro ně jejich blízcí, rodina.

Vděčnost – každý z respondentů dokázal říct, za co je v souvislosti se stomií vděčný. Obvykle to bylo za to, že mohou dál žít a že jim jejich rodina a blízcí poskytli velkou podporu, ale také za to, že se jejich životní tempo zpomalilo a v jejich životě se změnil žebříček hodnot.

Podpora rodinou jako zdroj síly ke zvládnutí situace – tyto pojmy byly také popsány v předchozí průzkumné otázce, ani zde tomu nebylo jinak. Pro všechny respondenty se stomií delší dobu byla podpora rodinou nejdůležitější jak v úplných začátcích, tak i dnes. Mezi vztahy s rodinou došlo k pozitivním změnám, a to v tom slova smyslu, že jejich rodinné vztahy byly více utuženy, jinak bylo chování blízkých k jejich osobě beze změny.

Změny ve vztazích jsem porovnávala s diplomovou prací Lustykové (2012, s. 75), která uvádí, že u jejich respondentů nedošlo k žádným výrazným změnám mezi nimi a blízkými osobami. Beranová (2020, s. 45) v diskuzi bakalářské práce uvádí, že u 51 % respondentů neproběhly

žádné změny ve vztazích mezi nimi a blízkými a 42 % odpovědělo, že jsou velmi spokojeni s podporou a 38 %, že jsou spokojeni s podporou. Taktéž z výzkumu Sedláčkové (2015, s. 74) vyplývá, že za největší oporu pacienti se stomií považují rodinu, která zůstala i přes veškeré složité situace stabilní.

Přijetí stomie – indikací k vytvoření stomie je obvykle onkologické onemocnění, což pro pacienta znamená nejen přijmout stomii jako součást sebe samého, ale také součást vlastního života a vyrovnat se s nejistotou, která prognóza onemocnění přináší. Pokud nedojde k dostačující adaptaci, můžou i nadále převažovat negativní pocity a vzniknout depresivní poruchy (Ondriová a kol., 2012, s. 39). Všichni respondenti dokázali říct, že svou stomii přijali, že to berou tak, jak to je, jako nutnost pro to, aby mohli dál žít.

Ke stejnému zjištění dospěla ve svých výsledcích výzkumu diplomové práce i Lustyková (2012, s. 74), která uvádí, že pozitivními pocity jejich respondentů bylo smíření se s vyhotovením stomie, která byla respondenty považována za nezbytnou součást jejich přežití.

Hodnocení vyrovnání se se stomií prezentovala ve své bakalářské práci i Skoupá (2019, s. 51), která svým respondentům dala osu měřící 10 cm, kde vlevo (0 cm) bylo označení Úplné smíření se stomií a na druhém konci Extrémně nevyrovnaný se stomií (9 – 10 cm), tedy čím méně cm, tím větší bylo smíření se stomií. Nejvíce respondentů (45 %) označilo na ose 0 cm, více než 0 – 1 cm 6 %, více než 1 – 2 cm 14 %, více než 2 – 3 cm 8 %, více než 3 – 4 cm 1 %, více než 4 – 5 cm 11 %, více než 5 – 6 cm 2 %, více než 6 – 7 cm 9 % a nejhůře bylo označeno místo více než 7 – 8 cm a zvolili jej 4 % respondentů.

Domnívám se tedy, že se většina pacientů se stomií dokáže smířit, jistě ale záleží i na tom, jakou dobu pacienti stomii mají.

7.1 Shrnutí a porovnání nejčastějších obav stomiků

V této kapitole budou shrnuty a porovnány nejčastější obavy pacientů, kteří mají střevní stomii maximálně jeden týden a zkušenosti se stomií pacientů, kteří mají střevní stomii alespoň pět měsíců a déle.

Je zřejmé, že jsou respondenti s čerstvou stomií ve velmi psychicky náročné situaci, kdy se jejich prožitky točí převážně kolem strachu a obav z něčeho, co momentálně nemohou ovlivnit. Pro respondenty je největším úkolem naučit se o svou stomii pečovat, ale především přijmout fakt, že ji mají. Nejvíce se respondenti obávali toho, aby se naučili o svou stomii pečovat. Další obavy pramenily z pohybu, čerství stomici se obávali, aby se ještě mohli vrátit ke svým

oblíbeným činnostem, nebo si mohli dojít alespoň na nákup. Někteří také počítali s tím, že budou muset změnit jídelníček a nebudou si již moci dopřávat to, co měli rádi. Stresující pro ně byla i myšlenka, co si pomyslí okolí, když někam půjdou a bude vidět stomický sáček pod oblečením. Pro některé respondenty bylo nepříjemné vidět vytékající střevní obsah. Nikdo nepochyboval o tom, že by ho rodina nepodpořila, nebo by se vztah mezi nimi změnil k horšímu.

Oproti tomu stomici, kteří měli stomii alespoň několik měsíců působili již mnohem vyrovnaněji. Péče o stomii pro ně není takový problém, vyjma případů, kdy jejich zdravotní stav nebyl zrovna příznivý, například v důsledku onkologické léčby. Všichni respondenti uvedli, že ani před stomií neměli příliš aktivní koníčky, ale že jim běžné denní činnosti a pohyb nedělají problém. Můj výzkumný vzorek byl ale malý, fyzickou aktivitou a cvičením pacientů se střevní stomií se zabývala celostátní studie ve Velké Británii. Pacienti s intestinální stomií mají po operaci tendenci k nečinnosti a mají obecně strach ze cvičení, protože se obávají rozvoje parastomální kýly. Ještě menší fyzickou aktivitu a horší kvalitu života hlásí pacienti, kteří mají diagnostikovanou rakovinu v kombinaci se stomií, což by mohlo znamenat, že potřebují dlouhodobější a specifitější podporu (Russell, 2017, s. 20).

Ani jejich stravování se příliš neliší od stravování před založením stomie, pouze se vyhýbají některým potravinám. Přesný jídelníček nedodržují, ale sami si museli přijít na to, co jim dělá nebo nedělá problémy s trávením, nicméně nepovažují to za příliš omezující.

O stravování po vzniku stomie se ve své studii zabývala Leanne Richbourg. Cílem bylo zodpovědět otázku, zda má stomie vliv na to, co se konzumuje. Průzkum byl proveden u 86 lidí s kolostomií, 174 lidí s ileostomií a 41 lidí s urostomií. Většina respondentů uvedla, že jejich stomická operace neměla vliv na jejich požitky z jídla. Skoro u dvou třetin kolostomiků měla stomie vliv na výběr potravy a u více jak dvou třetin ileostomiků stomie ovlivnila jejich stravovací možnosti (Richbourg, 2012, s. 44-50).

Společenský život je u nich stejný, ale považují za nepříjemné a stresující to, když si musí svou stomii měnit nebo vypouštět v cizím prostředí, a to z důvodu, že jim to trvá a stomie zapáchá, nebo že selže stomický aparát v nevhodnou chvíli. Většina respondentů nechce z těchto důvodů strávit noc jinde než doma. Svou stomii přijali.

Z těchto získaných informací se domnívám, že některé obavy stomiků krátce po založení stomie jsou oprávněné. Pokud je ale pacient se stomií správně a plnohodnotně edukován a je mu poskytnuta dostatečná podpora zdravotnickým personálem, může to mít příznivý vliv na jeho

prožívání a kýžený efekt v postupné adaptaci na stomii. Jak už bylo několikrát zmíněno, všechny tyto výsledky vychází ze zjištěných informací od 6 respondentů, z toho 3 respondentů s novou stomií a 3 respondentů se stomií delší dobu. Pro ještě větší kvalitu průzkumného šetření by byl samozřejmě vhodný větší počet participantů.

Myslím si, že by pacientům se střevní stomií mělo být věnováno více pozornosti. Stomici kladně hodnotí stomické sestry, které je provází nejen začátky se stomií, ale jsou tu pro ně i nadále, ovšem vše je bohužel omezeno nějakým časem. Dnes se se stomiky můžeme setkat téměř na jakémkoli oddělení a stále jich přibývá. Z vlastních zkušeností z absolvovaných praxí na různých oddělení vím, že povědomí o psychosociální problematice stomiků mezi sestrami a ostatními zdravotnickými pracovníky není dostačující, a to nejen co se týče péče o stomii jako takové (pokud se nejedná o oddělení, kde mají stomie na denním pořádku), ale také v poskytování psychické podpory.

ZÁVĚR

Hlavních cílů bakalářské práce bylo dosaženo ověřením publikovaných faktů z dostupných literárních zdrojů s empirickými informacemi, které byly získané z polostrukturovaného rozhovoru na základě kvalitativního průzkumu. Cíle byly zpracovány dle tří průzkumných otázek.

První průzkumná otázka byla zaměřena na základní teoretické znalosti pacientů v souvislosti se střevní stomií a na informovanost stomiků o stomických klubech. Při vyhodnocování výsledků nebyla shoda s komparovanou literaturou úplná. Z ostatních výzkumů vyplývá, že obvykle více než polovina pacientů se střevní stomií hodnotí, že má dostatek informací ohledně stomie. Z mých dosažených výsledků je patrné, že pacienti nemají některé důležité informace týkající se jejich střevní stomie. Také informace o stomických klubech nemá většina pacientů se stomií. Ti, kteří tyto informace mají, činnost stomických spolků nevyužívají. Tento výsledek se také shoduje s některými dalšími výzkumy, které hovoří o tom, že většina pacientů se stomií stomické spolky nezná a v případech, kdy o nich ví, z větší části nemají zájem jejich činnost využívat. Respondenti pozitivně hovořili o stomických sestřách, které je v péči o stomii dobře vedly. O něco hůře někteří hodnotili podávání informací v době hospitalizace ostatním zdravotnickým personálem.

Dalšími dvěma průzkumnými otázkami bylo zjišťováno, jaké je prožívání pacientů s nově vyšitou stomií v době hospitalizace a jaké je prožívání pacientů delší dobu po vyšití stomie včetně důsledků pro život. Pacienti s nově vyšitou stomií nejčastěji prožívali strach, smutek, nejistotu a stres, které byly nejčastěji spojovány se sebeobsluhou v souvislosti s péčí o stomii a vyprazdňováním sáčku, dále zdravotním stavem, pohybem a vnímáním jich samotných okolím. Na psychické náročnosti a negativním prožíváním se shodují i výše uvedené výzkumy, které mimo jiné uvádí častý výskyt úzkosti spojené se založením střevní stomie. Úzkost nikdo z dotazovaných respondentů nepopisoval. Psychický stav pacientů delší dobu po vyšití stomie byl o něco lepší. Všichni svou stomii přijali, ale nepřestali se potýkat s některými nepříjemnými pocity a situacemi týkajícími se péče a vyprazdňování stomie na jiných místech než v domácím prostředí, což nepatrně ovlivnilo jejich společenský život. Za stresující obvykle považovali obavy ze selhání stomického sáčku. Nesmím opomenout, že u všech respondentů, nezávisle na době života se stomií, se také objevovalo pozitivní prožívání, a to převážně ve smyslu pocitů vděčnosti a pochopení nutnosti vytvoření stomie jako součásti přežití, ale také v souvislosti s podporou rodiny, která byla pro všechny z nich zdrojem síly ke zvládnutí situace.

Z výše uvedených výsledků je zřejmé, že by se zdravotnická zařízení měla více zaměřit na povědomí stomiků o stomických klubech, neboť jejich využití může být dobrou příležitostí ke zvýšení kvality života stomiků a bylo by na škodu toho nevyužít, jestliže je to možné. Domnívám se, že pokud by se věnovalo více pozornosti psychické stránce pacientů se střevní stomií, pomohla by se zvýšit jejich kvalita života.

Pro následný výzkum lze navrhnout jiný limit pro dobu vyžití stomie respondentů, například půl roku a dva roky. Mezi respondenty, kteří měli stomii delší dobu, byl totiž patrný rozdíl v prožívání stomie mezi respondenty se stomií 5 měsíců a respondentem se stomií 3 roky. Zajímavý by byl také výzkum zaměřený na edukaci a nabízenou psychickou pomoc zdravotnickým personálem stomickým pacientům.

POUŽITÁ LITERATURA

AMBROZOVÁ, Eva a Vratislav POKORNÝ. *Kognitivní management: pro prostředí 4.0 a další*. Brno: Newton Academy, 2018, 127 s. ISBN 978-80-87325-13-1.

ANGENENDT, Gabriele, Ursula SCHÜTZE-KREILKAMP a Volker TSCHUSCHKE. *Psychoonkologie v praxi: psychoedukace, poradenství a terapie*. Praha: Portál, 2010, 328 s. ISBN 978-80-7367-781-7

ANTOŠ, František. *Koloproktologie II*. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2013, 80 s. ISBN 978-80-87023-14-3.

BARTUŇKOVÁ, Staša, 2010. *Stres a jeho mechanismy*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 138 s. ISBN 978-80-246-1874-6.

BERANOVÁ, Kristýna. *Život nemocných s kolostomií* [online]. Pardubice, 2020 [cit. 2021-06-03]. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Mgr. Hana Ochtinská. Dostupné z: https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/76066/BeranovaK_ZivotNemocnych_HO_2020.pdf?sequence=4&isAllowed=y

BEZDIČKOVÁ, Marcela a Lenka SLEZÁKOVÁ. *Ošetrovatelství v chirurgii II*. Praha: Grada, 2010, 308 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3130-8.

BLAHUTKOVÁ, Marie, Eva MATĚJKOVÁ a Lucie PERIČKOVÁ, 2010. *Psychologie zdraví: pro studenty bakalářských a magisterských oborů*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 128 s. ISBN 978-80-210-5417-2

BRAUMANN, Chris, Verena MÜLLER, Moritz KNIES, Birgit AUFMESSER, Wolfgang SCHWENK a Gerold KOPLIN. Complications After Ostomy Surgery: Emergencies and Obese Patients are at Risk—Data from the Berlin Ostomy Study (BOSS). *World Journal of Surgery* [online]. 2019, **43**(3), 751-757 [cit. 2021-02-21]. ISSN 03642313. Dostupné z: doi:10.1007/s00268-018-4846-9

ČIHÁK, Radomír. *Anatomie*. Třetí, upravené a doplněné vydání. Ilustroval Ivan HELEKAL, ilustroval Jan KACVINSKÝ, ilustroval Stanislav MACHÁČEK. Praha: Grada, 2011-2016, 552 s. ISBN 978-80-247-4788-0.

FERJENČÍK, Ján. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Vyd. 2. Přeložil Petr BAKALÁŘ. Praha: Portál, 2010, 255 s. ISBN 978-80-7367-815-9.

GURKOVÁ, Elena. *Nemocný a chronické onemocnění: edukace, motivace a opora pacienta*. Praha: Grada Publishing, 2017, 192 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0461-1

HALUZÍKOVÁ, Jana a Zdeňka, ŘÍMOVSKÁ, 2010. *Zvládání stresu a prevence jeho následků*. Sestra. Praha: Mladá fronta, 20(04), 26-27. ISSN 1210-0404.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016, 437 s. ISBN 978-80-262-0982-9.

HOLUBOVÁ, Marie. *Management péče o pacienty se stomií* [online]. Plzeň, 2019 [cit. 2021-05-31]. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Mgr. Simona Šípová MBA. Dostupné z: <https://dspace5.zcu.cz/bitstream/11025/38560/1/BP-HOLUBOVA%20PDF.pdf>

HRADILOVÁ, Věra. *Chyby a omyly při ošetřování stomií*. Sestra. 2010. Roč. 20, č. 3, 68 s. ISSN 1210-0404.

HUDÁK, Radovan a David KACHLÍK. *Memorix anatomie*. 4. vydání. Ilustroval Jan BALKO, ilustroval Šárka ZAVÁZALOVÁ. Praha: Triton, 2017, 632 s. ISBN 978-80-7553-420-0.

JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha: Grada, 256 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4412-4.

KALA, Zdeněk a Vladimír PROCHÁZKA. *Perioperační péče o pacienta v digestivní chirurgii*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010, 237 s. ISBN 978-80-7013-519-8.

LATA, Jan, Jan BUREŠ a Tomáš VAŇÁSEK. *Gastroenterologie*. Praha: Galén, 2010, 256 s. ISBN 978-80-7262-692-2.

LIPTÁKOVÁ, Karin, Anna Mazalánová. *Postoj pacienta s kolostomií*. Sestra. 2010. Roč. 20, č. 9, 54-55 s. ISSN 1210-0404.

LUSTYKOVÁ, Eva. *Kvalita života stomiků před a po založení stomie* [online]. Olomouc, 2012 [cit. 2021-06-02]. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Katedra antropologie a

zdravovědy. PhDr. et Mgr. Jitka Tomanová, Ph.D. Dostupné z: <https://theses.cz/id/3gup7g/1594328>

MAJOR, Oksana. *Život se stomií* [online]. Brno, 2019 [cit. 2021-05-28]. Bakalářská práce. Masarykova Univerzita, Lékařská fakulta. doc. PhDr. Miroslava Kyasová Ph.D., MBA. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/cnjk0/Bakalarska_prace_Oksana_Major.pdf

MICHÁLKOVÁ, Helena. *Psychosociální problematika stomiků*. Sestra, 2012. Roč. 22, č. 6, 44-46 s. ISSN 1210-0404

MOCKOVÁ, Jana. *Problematika přijetí sebekpěče o stomii u pacientů po operaci střev* [online]. České Budějovice, 2016 [cit. 2021-06-02]. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. PhDr. Marie Trešlová, Ph.D. Dostupné z: <https://theses.cz/id/4og7pk/18214951>

MORAVCOVÁ, Vitalina. *Hledání životní rovnováhy versus pacient se stomií*. Sestra, 2011. Roč. 21, č.10, 35 s. ISSN 1210-0404

MUSIL, Jiří V., 2010. *Stres, syndrom vyhoření a mentálně hygienická optima v dynamice lidského sociálního chování*. Vyd. 1. Olomouc: Jiří Musil-Psychologická a výchovná poradna, 60 s. ISBN 978-80-903449-9-0.

NOVOTNÝ, Ivan a Michal HRUŠKA. *Biologie člověka*. 5., rozšířené a upravené vydání. Praha: Fortuna, 2015, 240 s. ISBN 978-80-7373-128-1.

NÝVLTOVÁ, Václava. *Psychopatologie pro speciální pedagogii*. Vyd. 2., upr. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2010, 240 s. ISBN 978-80-86723-85-3.

OLECKÁ, Ivana a Kateřina IVANOVÁ. *Metodologie vědecko-výzkumné činnosti*. Olomouc: Moravská vysoká škola Olomouc, 2010, 44 s. ISBN 978-80-87240-33-5.

ONDŘIOVÁ, Iveta, SINAIOVÁ, Anna, CIBŘÍKOVÁ, Silvia. *Kvalita života nemocných s kolostomií*. Sestra, 2012. Roč. 22, č. 6, 39 s. ISSN 1210-0404

Pacientská organizace pro lidi s vývodem [online], ©2021. Praha: České ILCO [cit. 2021-06-25]. Dostupné z: <https://www.ilco.cz/>

PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada, 2010, 240 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2959-6.

POKORNÁ, Andrea, Alena KOMÍNKOVÁ a Nikola SIKOROVÁ. *Ošetrovatelské postupy založené na důkazech*. Brno: Masarykova univerzita, 2014, 172 s. ISBN 978-80-210-7415-6.

PRAŠKO, Ján. *Psychické problémy u somaticky nemocných a základy lékařské psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010, 434 s. ISBN 978-80-244-2365-4.

RICHBOURG, Leanne. Food fight: dietary choices made by people after stoma formation. *Gastrointestinal Nursing* [online]. 2012, **10**(4), 44-50 [cit. 2021-5-26]. ISSN 1479-5248. Dostupné z: doi:10.12968/gasn.2012.10.4.44

ROKYTA, Richard. *Fyziologie a patologická fyziologie: pro klinickou praxi*. Praha: Grada Publishing, 2015, 712 s. ISBN 978-80-247-4867-2.

RUSSELL, Sarah. Physical activity and exercise after stoma surgery: overcoming the barriers. *British Journal of Nursing* [online]. 2017, 26(5), S20 [cit. 2021-02-20]. ISSN 09660461. Dostupné z: doi:10.12968/bjon.2017.26.5.S20

SCEATS, L. A., M. S. DEGHAN, K. K. RUMER, A. TRICKEY, A. M. MORRIS a C. KIN. Surgery, stomas, and anxiety and depression in inflammatory bowel disease: a retrospective cohort analysis of privately insured patients. *Colorectal Disease* [online]. 2020, 22(5), 544-553 [cit. 2021-02-22]. ISSN 14628910. Dostupné z: doi:10.1111/codi.14905

SEDLÁČKOVÁ, Jitka. *Kvalita života pacientů se stomií* [online]. Pardubice, 2015 [cit. 2021-05-28]. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Mgr. Romana Procházková. Dostupné z: https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/61593/SedlackovaJ_KvalitaZivota_RP_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y

SELYE, Hans. *K záhadám vědy*. Praha: Obris, 1975, 524 s. Pyramida (Orbis).

SKOUPÁ, Denisa. *Úskalí života pacienta se stomií po propuštění do domácího prostředí* [online]. Brno, 2019 [cit. 2021-06-03]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Mgr. Alena Pospíšilová, Ph.D. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/en7k6/BP_Skoupa_k6tbn.pdf

SLAVÍKOVÁ, Michaela. *Vliv střevní stomie na aktivity denního života* [online]. Pardubice, 2016 [cit. 2021-05-28]. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Mgr. Marie Holubová. Dostupné z: https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/64850/SlavikovaM_VlivStrevni_MH_2016.pdf?sequence=3&isAllowed=y.

SONG, Lili, Xinkun HAN, Jie ZHANG a Lili TANG. Body image mediates the effect of stoma status on psychological distress and quality of life in patients with colorectal cancer. *Psycho-Oncology* [online]. 2020, 29(4), 796-802 [cit. 2021-02-21]. ISSN 10579249. Dostupné z: doi:10.1002/pon.5352

TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela TREJTNAROVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 3., nezměn. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013, 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2.

VACKOVÁ, Vendula. *Péče o nemocné se stomií* [online]. Pardubice, 2008 [cit. 2021-05-26]. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. doc. MUDr. Karel Havlíček, CSc. Dostupné z: https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/29286/VackovaV_Pece%20o%20nemocne_KH_2008.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

VYBÍHALOVÁ, Lenka. *Výživa a pitný režim stomiků*. Sestra. 2012. Roč. 22, č. 6, 43 s. ISSN 1210-0404.

VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. Praha: Grada, 2013, 288 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3420-0.

VÝTISKOVÁ, Pavla. *Stomie z pohledu sestry*. Sestra, 2010. Roč. 20, č. 3, 60-61 s. ISSN 1210-0404.

ZACHAROVÁ, Eva, 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení. 2., aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, 264 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0155-9.

ZACHOVÁ, Veronika. *Stomie*. Praha: Grada, 2010, 200 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3256-5.

PŘÍLOHY

Příloha A Otázky v rozhovoru s pacienty se stomií delší dobu po jejím vyšití.....	68
Příloha B Otázky v rozhovoru s pacienty se střevní stomií krátce po jejím vyšití.....	68
Příloha C Znalosti pacientů se střevní stomií	68
Příloha D Prožívání v souvislosti se stomií krátce po jejím vyšití	68
Příloha E Prožívání v souvislosti se stomií delší dobu po jejím vyšití.....	68

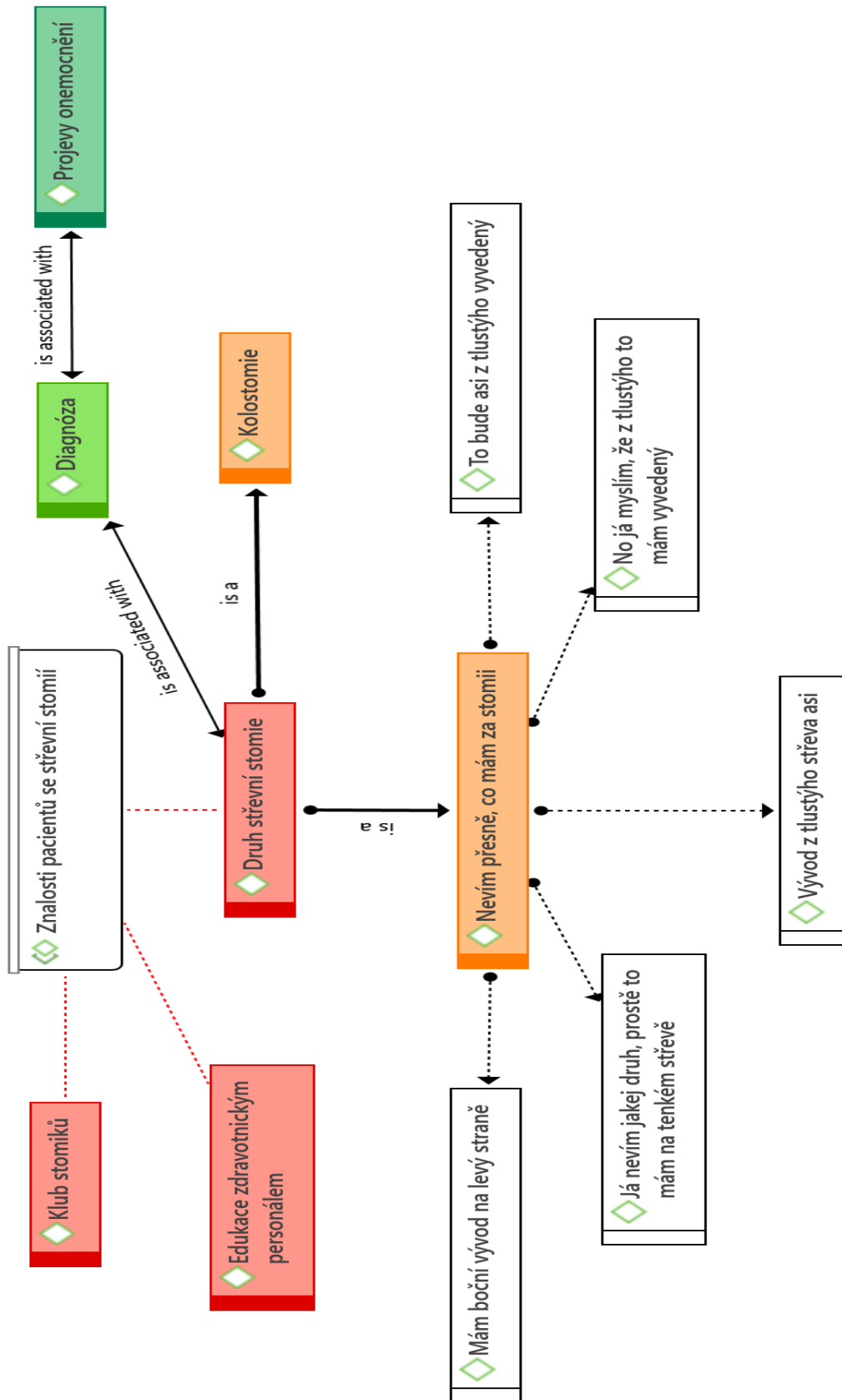
Příloha A Otázky v rozhovoru s pacienty se stomií delší dobu po jejím vyšetří

1. Jaký druh střevní stomie máte?
2. Z jakého důvodu Vám byla střevní stomie provedena? (Diagnóza, ..)
3. K jakým změnám ve stravování u Vás došlo, popřípadě jaké druhy jídel jste musel/a vyřadit ze svého jídelníčku? Změnil se u Vás interval v přijímání stravy?
4. Došlo u Vás k nějakým komplikacím souvisejícím se stomií?
5. Pokud pracujete, nakolik ovlivnilo vyšetří střevní stomie Vaše zaměstnání?
6. Vnímáte u sebe v důsledku vyhotovení stomie nějaké změny ve společenském životě, například menší zájem účastnit se společenských akcí, rodinných oslav, atd.?
7. Do jaké míry stomie ovlivnila Vaše běžné denní činnosti, koníčky?
8. Máte problém s vyprazdňováním?
9. Obávali jste se, že na Vás bude Vaše rodina a blízké okolí kvůli stomii nahlížet jinak a mohlo by to ovlivnit Vaše vztahy?
10. Které situace spojené se střevní stomií jsou pro Vás nepříjemné?
11. Změnil/a jste pohled na sebe samotného/samotnou?
12. Co bylo Vaším zdrojem síly ke zvládnutí situace?
13. Zvládáte se v ošetřování stomie sám/sama obsloužit?
14. Navštěvujete nebo navštěvoval/a jste někdy klub stomiků?
15. Dokázal/a byste ve svém životě se stomií najít něco pozitivního? (Utuzení rodinných či přátelských vztahů, vznik nových přátelství, ...)
16. Jak vnímáte svou stomii dnes?

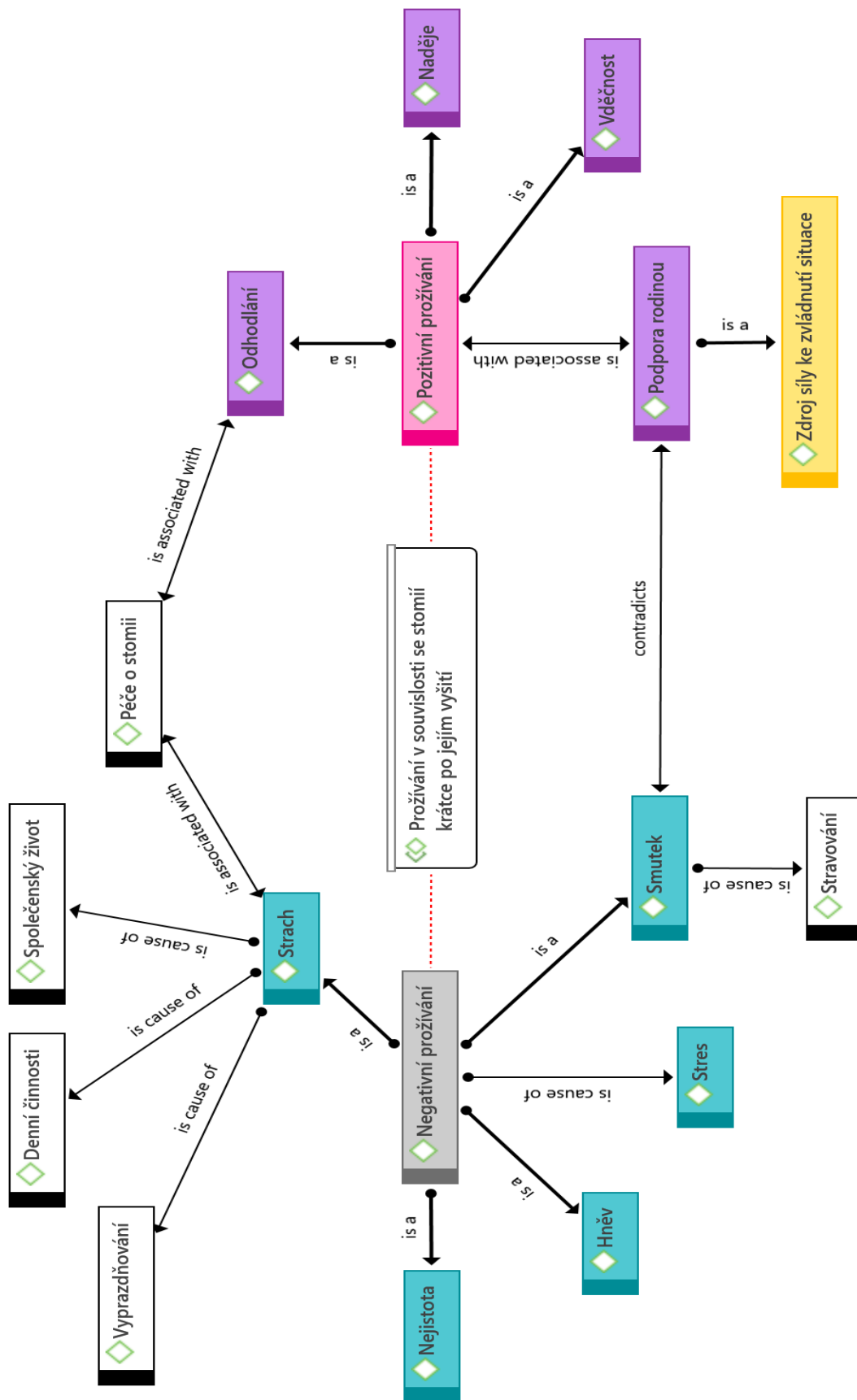
Příloha B Otázky v rozhovoru s pacienty se střevní stomií krátce po jejím vyšíí

1. Jaký druh střevní stomie máte?
2. Z jakého důvodu Vám byla střevní stomie provedena? (Diagnóza, ..)
3. Čeho se nejvíce obáváte v prvních několika měsících po operaci?
4. Jak vnímáte Vaši současnou situaci?
5. Obáváte se, že střevní stomie bude mít vliv na vztahy s Vaším okolím?
6. Jaká je Vaše strategie zvládnání situace?
7. Plánujete navštěvovat stomické spolky?

Příloha C Znalosti pacientů se střeční stomií



Příloha D Prožívání v souvislosti se stomií krátce po jejím vyžití



Příloha E Prožívání v souvislosti se stomií delší dobu po jejím vyšíti

