

Život se stomíí

Andrea Doležalová



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Andrea DOLEŽALOVÁ**

Osobní číslo: **H080325**

Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Život se stomií**

Zásady pro vypracování:

Teoretická část

Popsat anatomii a fyziologii trávicí soustavy

Charakterizovat stomie, stomické pomůcky, práce stomasestry

Popsat následný život klientů se stomií

Praktická část

Pomocí dotazníkového šetření zjistit pohled nemocného na danou situaci - vliv na osobní, pracovní a společenský život

Zhodnotit informovanost pacientů

Analyzovat data, získané šetřením

Interpretovat výsledky šetření

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

ČERNÝ, Ján. Špeciálna chirurgia: chirurgia tráviacej rúry. 2. Martin: Osveta: 1990. 512 s. ISBN 80-217-0056-4.

OTRADOVCOVÁ, Iva, et al. Komplexní péče o pacienta se stomií. Praha: Galén, 2006. 54 s. ISBN 80-7262-432-6.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie, et al. Základy ošetrovatelství pro studující lékařských fakult 1. a 2. díl. 1. Praha: Karolinum, 2003. 274s. ISBN 80-246-0477-9.

WAY, Lawrence W., et al. Současná chirurgická diagnostika a léčba 1. a 2. díl. 1. české. Praha: Grada publishing, 1998. 1660s. ISBN 80-7169-397-9.

ZACHOVÁ, Veronika, et al. Stomie. 1. Praha: Grada Publishing, 2010. 200 s. ISBN 978-80-247-3256-5.

Vedoucí bakalářské práce: **MUDr. Jiří Gatěk, Ph.D.**

Ústav ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **10. února 2011**

Termín odevzdání bakalářské práce: **3. června 2011**

Ve Zlíně dne 10. února 2011



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 26. 5. 2011

.....


1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce je zaměřena na zjištění, jak žijí pacienti po založení stomie. Teoretickou část jsem rozdělila na tři části, první část popisuje anatomii a fyziologii trávicího traktu, druhá část je zaměřena na stomie, onemocnění vedoucí k založení stomie, historii, stomické pomůcky, komplikace stomií, práci stoma sestry a třetí část se věnuje následnému životu se stomií. V praktické části jsem si stanovila cíle práce, vyhodnotila zjištěné údaje. Šetření bylo realizováno pomocí dotazníkové metody. Výzkumným šetření byla snaha zjistit informovanost klientů před a po operaci se založením stomie, dále zjištění postavení a důležitosti stoma sestry pro klienty a ochota klientů registrovat se ve stoma klubech. Analýzou výzkumného šetření byly zmapovány tyto informace a výsledky jsou uvedeny v závěru této práce.

Klíčová slova: stomie, stoma sestra, stoma klub

ABSTRACT

The Bachelor thesis is focused on determination how patients live after the placement of the stoma. The theoretical part is divided into three parts. The first part describes the anatomy and physiology of the digestive tract. The second part focuses on the stoma, diseases that lead to the placing of the stoma, history, ostomy aids, stoma complications, work of stoma nurse. And the third part attends to the following life with a stoma. In the practical part I set goals of this work, I analyzed the data. The investigation was carried out by way of a questionnaire method. The research survey was effort to learn the awareness of clients before and after surgery with the placement of stoma, further findings the status and importance of stoma nurse for clients and clients' willingness to sign on stoma clubs. The information was mapped in the analysis of the research investigation and results are presented in this thesis.

Keywords: stoma, a stoma nurse, ostomy aids, a stoma club

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně a použila jen prameny uvedené v seznamu literatury.

Chtěla bych poděkovat MUDr. Jiřímu Gařkovi, Ph.D. za odborné vedení, podněty a připomínky při zpracování této bakalářské práce.

Dále děkuji všem osloveným stoma klubům, jejich členům a klientům oslovené stoma poradny za pomoc při sběru údajů při realizaci výzkumného šetření.

Velký dík patří i mé rodině za pomoc a podporu při studiu.

Motto:

Zdravý člověk má mnoho přání, nemocný jen jedno.

(indické přísloví)

Citát:

Nemocné tělo potřebuje lékaře, nemocná duše přítele.

(Menandros)

OBSAH

I	OBSAH	9
II	ÚVOD	12
III	I.	13
IV	TEORETICKÁ ČÁST	13
V	1 GASTROINTESTINÁLNÍ TRAKT	14
1.1	TENKÉ STŘEVO	14
1.1.1	ANATOMIE.....	14
1.1.2	FYZIOLOGIE.....	15
1.2	TLUSTÉ STŘEVO	16
1.2.1	ANATOMIE.....	16
1.2.2	FYZIOLOGIE.....	16
VI	2 STOMIE	18
2.1	DEFINICE	18
2.2	TYPY STOMÍ	18
2.2.1	VÝŽIVNÉ STOMIE.....	19
2.2.2	DERIVAČNÍ STOMIE.....	19
2.2.3	STOMIE TERMINÁLNÍ – JEDNOHLAVŇOVÁ.....	20
2.2.4	STOMIE AXIÁLNÍ – DVOUHLAVŇOVÁ.....	20
2.3	ROZDĚLENÍ STŘEVNÍCH VÝVODŮ	20
2.3.1	PODLE URGENTNOSTI.....	20
2.3.2	PODLE LOKALIZACE.....	21
2.3.3	PODLE ZPŮSOBU KONSTRUKCE.....	21
2.3.4	PODLE DÉLKY TRVÁNÍ.....	21
2.4	KOLOSTOMIE	21
2.5	ILEOSTOMIE	22
2.6	HISTORIE STOMÍ	23
2.6.1	STOMIE V DĚJINÁCH.....	23
2.6.2	HISTORIE OŠETŘOVÁNÍ STOMÍ.....	24
2.7	ONEMOCNĚNÍ VEDOUcí K ZALOŽENí STOMIE	25
2.7.1	ONEMOCNĚNí TENKÉHO STŘEVA.....	25
2.7.2	ONEMOCNĚNí TLUSTÉHO STŘEVA.....	26
2.8	OPERAČNí VÝKONY VEDOUcí K ZALOŽENí STOMIE	26

2.8.1	RADIKÁLNÍ.....	26
2.8.2	PALIATIVNÍ.....	27
2.9	KOMPLIKACE STOMÍÍ.....	27
2.9.1	ČASNÉ POOPERAČNÍ KOMPLIKACE.....	27
2.9.2	NÁSLEDNÉ KOMPLIKACE STOMIE.....	28
2.10	STOMICKÉ POMŮCKY.....	30
2.10.1	TYPY STOMICKÝCH POMŮCEK.....	30
2.10.2	JEDNODÍLNÝ SYSTÉM.....	30
2.10.3	DVOUDÍLNÝ SYSTÉM.....	30
2.10.4	SYSTÉM ADHEZIVNÍ TECHNOLOGIE.....	31
2.10.5	OCHRANNÉ A ČISTÍCÍ PROSTŘEDKY.....	31
2.10.6	BEZSÁČKOVÉ STOMICKÉ POMŮCKY.....	32
2.11	STOMA SESTRA.....	32
2.11.1	INFORMACE PRO PACIENTA.....	32
2.11.2	PŘEDOPERAČNÍ PÉČE.....	33
2.11.3	POOPERAČNÍ PÉČE.....	34
2.11.4	NÁSLEDNÁ PÉČE, STOMA PORADNY.....	34
vii	3 ŽIVOT SE STOMÍÍ.....	36
3.1	SPORT A AKTIVNÍ POHYB.....	36
3.2	ZÁLIBY A ZAMĚSTNÁNÍ.....	36
3.3	CESTOVÁNÍ.....	36
3.4	VÝŽIVA A ŽIVOTOSPRAVA.....	37
3.4.1	PITNÝ REŽIM.....	37
3.4.2	VÝŽIVA STOMIKA.....	37
3.5	SEXUÁLNÍ ŽIVOT PACIENTŮ SE STOMÍÍ.....	38
3.5.1	SEXUÁLNÍ ŽIVOT ŽENY SE STOMÍÍ.....	39
3.5.2	SEXUÁLNÍ ŽIVOT MUŽE SE STOMÍÍ.....	39
3.6	PSYCHOLOGICKÝ ASPEKT STOMIE.....	39
3.7	AKTIVITY STOMIKŮ, STOMICKÉ KLUBY.....	40
viii	II.....	41
ix	PRAKTICKÁ ČÁST.....	41
x	4 VÝZKUMNÁ ČÁST.....	42
4.1	METODIKA VÝZKUMU.....	42

4.1.1	FORMULACE PROBLÉMU	42
4.1.2	STANOVENÍ CÍLŮ	42
4.1.3	ZKOUMANÝ SOUBOR	42
4.1.4	POUŽITÉ METODY VÝZKUMU	43
4.1.5	ORGANIZACE ŠETŘENÍ	44
4.1.6	ZPRACOVÁNÍ VÝZKUMNÝCH DAT	45
4.2	VÝSLEDKY ŠETŘENÍ VÝZKUMU	45
4.3	VÝSLEDKY ŠETŘENÍ SE ZAMĚŘENÍM NA JEDNOTLIVÉ CÍLE VÝZKUMU	64
4.3.1	VÝSLEDKY ŠETŘENÍ SE ZAMĚŘENÍM NA CÍL Č. 1	64
4.3.2	VÝSLEDKY ŠETŘENÍ SE ZAMĚŘENÍM NA CÍL Č. 2	66
4.3.3	VÝSLEDKY ŠETŘENÍ SE ZAMĚŘENÍM NA CÍL Č. 3	67
XI	5 DISKUZE.....	68
XII	ZÁVĚR.....	71
XIII	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	72
XIV	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	74
XV	SEZNAM GRAFŮ	76
XVI	SEZNAM TABULEK	77
XVII	SEZNAM PŘÍLOH	78

ÚVOD

Každého, od novorozence až po osoby vyššího věku, může postihnout nádorové nebo zá-
nětlivé onemocnění, úraz nebo i jiné postižení, které je důvodem k operaci, jejímž výsled-
kem je vyústění tlustého střeva, tenkého střeva nebo močovodu břišní stěnou. Založení
stomie patří mezi velké, život zachraňující operace, nebo slouží k prodloužení jeho délky.

Klienti se stomií tvoří bohužel velmi početnou skupinu obyvatel v naší republice. Pacienti
se před operací, jejímž výsledkem je stomie, často obávají toho, jaký bude život s „vývo-
dem“ a jakým směrem půjde jejich život dál.

Tato operace znamená velký zásah nejen do osobního, pracovního ale i do společenského
života. Ztráta možnosti normálního vyprazdňování je provázána množstvím omezení a
změn nejen pro pacienta, ale i pro jeho rodinu.

Po vytvoření stomie se jejich životy změní, mohou se vyhýbat společnosti, práci, sportu,
neustále se mají potřebu se kontrolovat. Postižený jedinec brzy zjistí, jaký postoj k němu
mají zdraví lidé. Vnímá mnohdy citlivěji, více si jich všímá, ale musí se s nimi nějak vy-
rovnat, protože je nucen žít ve společnosti. Významnou úlohu hraje i subjektivní hodnocení
vlastního defektu, tzn., za jak závažný jej považuje a jak jej posuzuje sám stomik.

Stomik by měl možnost žít normálním životem tak, jako před operací.

Téma „Život se stomií“ jsem si zvolila záměrně ze dvou důvodů, které spolu navzájem
souvisí. Tato problematika mě nejen zajímá, ale mě samotné se i týká, protože pracuji jako
všeobecná sestra a s pacienty se stomií přicházím do kontaktu.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 GASTROINTESTINÁLNÍ TRAKT

Gastrointestinální aparát zajišťuje příjem a zpracování tělu potřebných látek, kromě kyslíku (respirační aparát). Zaživací ústrojí mechanicky a chemicky zpracovává potravu vstupující do traktu (trávení), dále zajišťuje přestup látek do krevního oběhu (vstřebávání živin), v určitých úsecích zaživacího ústrojí je dále potrava skladována a průběžně se posouvá k dalšímu zpracování. Stěna zaživacího ústrojí funguje jako bariéra proti nežádoucím látkám a mikroorganismům z potravy (selektivní resorpce, imunitní systém střev). (Zachová, 2010, s. 18).

Trávicí soustava se skládá z dutiny ústní (cavitas oris), hltanu (pharynx), jícnu (oesophagus), žaludku (ventrikulus, gaster), tenkého střeva (intestinum tenue), tlustého střeva (intestinum crassum), konečníku (rectum). (viz příloha P1).

Vzhledem k zaměření této bakalářské práce budu dále popisovat anatomii a fyziologii tenkého a tlustého střeva.

1.1 Tenké střevo

1.1.1 Anatomie

Tenké střevo tvoří asi 75% celé délky trávicí trubice. Leží ve střední a dolní části peritoneální dutiny, z laterálních stran a shora je obklopeno tlustým stěvem. Lumen tenkého střeva se distálním směrem zužuje. (Černý, 1990).

Úseky, které tvoří tenké střevo, jsou duodenum, jejunum a ileum. Tenké střevo měří 5-7 m.

Dvanáctník (duodenum) měří asi 30 cm, má tvar podkovy. V sestupné části dvanáctníku se nachází velká dvanáctníková bradavka (papilla duodeni major), ústí sem žlučovod a slinivkový vývod. Asi 2 cm nad velkou bradavkou ústí na malou bradavku (papilla duodeni minor) přídatný slinivkový vývod.

Lačník (jejunum) tvoří 3 pětiny tenkého střeva a je uložen především v levé horní části dutiny břišní.

Kyčelník (ileum) je uložen v oblasti pravé jámy kyčelní, je kratší a užší než jejunum a ústí do slepého střeva – ostium ileocaecale.

Tenké střevo je svou stavbou uzpůsobeno ke vstřebávání živin. Sliznice je složena v kruhovitě řasy, vybíhá v klky, čímž se značně zvětšuje jeho resorpční plocha. Kličky tenkého střeva jsou pokryty pobřišnicí, která směrem dozadu přechází v peritoneální duplikaturu – mezenterium (okružít), na níž je tenké střevo zavěšeno. Mezenterium obsahuje cévy, nervy, lymfatické cévy a lymfatické uzliny a upíná se na tenké střevo tak, že ho obaluje, čímž vytváří serózní obal střeva (tunica serosa). (Černý, 1990).

1.1.2 Fyziologie

Duodenum a jejunum má z hlediska trávicích a resorpčních funkcí zásadní význam. Ústí sem vývodné cesty z jater a slinivky, které se podílejí na trávicích procesech. Pankreatická šťáva obsahuje hlavně ionty a enzymy štěpící peptidy, lipidy, sacharidy a další látky. V játrech se produkuje denně 700 – 1200 ml žluči, která je potřebná pro trávení, vstřebávání tuků a vylučování produktů metabolismu jater. V tenkém střevě pochody probíhají 2–4 hodiny. Tenké i tlusté střevo vyprodukuje denně 1500 – 2600 ml střevních šťáv. (Zachová, 2010).

V tenkém střevě se chymus promíchává s trávicími šťávami a žlučí a je nadále zpracováván. Podílí se na tom nejen enzymy pankreatické šťávy, ale i enzymy, které jsou produkovány samotným tenkým střevem. Střevní sekrece (v průměru okolo 2 litry za den) je vyvolávána bezprostředně mechanickými vlivy (tlakem, kontaktem) chymu na střevní sliznici, působením parasymptiku vlákný nervu vagu (č. X), ale i vlivem GIT hormonů (sekretinu, cholecystokininu, VIP). Vlastní sekret je představován jako produkt Brunnerových žlázek (elektrolyty, voda, hlen) a působení enzymů se uskutečňuje na povrchu membrán.

Vlastní motilita tenkého střeva se dá charakterizovat následujícím způsobem: chymus se v tenkém střevě musí dostat do intimního kontaktu se střevní sliznicí s jejími klky (villi intestinales), které mnohonásobují plochu působení enzymů a současně plochu pro vstřebávání. Proto je chymus místně promícháván tzv. kývavými pohyby a pohyby segmentačními, aby nakonec byl posunován peristaltickými pohyby směrem aborálně, tedy od úst směrem ke konečníku. Frekvence pohybů směrem od duodena k ileu klesá. Do tlustého střeva přechází trávenina tzv. ileocekálním svěračem. Vyšší tlak, který je tamní hladká svalovina schopna vytvořit, a přítomné chlopně zabraňují zpětný návrat tráveniny z colon do ilea. (tzv. reflux). (Mourek, 2005, s. 92 – 93).

1.2 Tlusté střevo

1.2.1 Anatomie

Tlusté střevo je dlouhé asi 1,5 m, jako čtyřhranný rámeček podél zadní stěny dutiny pobřišnicové obkružuje kličky tenkého střeva, barva je šedorůžová. Základními znaky tlustého střeva jsou: haustra – tračnickové výdutě, appendices epiploicae – tukové přívěsky, plicae semilunares – poloměsíčité řasy, taeniae – tračnickové proužky.

Tlusté střevo se napojuje na tenké střevo slepým střevem (colon caecum), které má výběžek apendix. Dále pokračuje vzestupný tračník (colon ascendens), v hepatální flexuře (jaterním ohbí) střevo mění směr a vede příčně přes dutinu břišní jako příčný tračník (colon transversum), v levé části břišní dutiny se opět ohýbá v tzv. lienální flexuře (slezinné ohbí střeva) a je vedeno kaudálně jako sestupný tračník (colon descendens), následuje esovitá klička (colon sigmoideum) a konečník (rectum). (Zachová, 2010, s. 20).

1.2.2 Fyziologie

Sliznice tlustého střeva nemá klky a je zde umístěno značné množství lymfatické tkáně. V tlustém střevě je secernován především hlen, podporující hladký pohyb tráveniny. Význam tlustého střeva tkví zejména v jeho skladovací (rezervoárové) funkci a schopnosti regulovat objem výraznou vstřebávací kapacitou pro vodu. Z objemu 1,5 litru chymu, který přijde do tlustého střeva, zůstane objem mající přibližně kolem 60 – 120 ml vody. (Mourek, 2005, s. 93).

Hlavní úlohou colonu je zahušťovat střevní obsah a posunovat ho distálním směrem do rekta. Tomuto úkolu slouží funkce colonu: resorpce, motilita, sekrece a též působení bakteriální flóry. Resorpce vody, elektrolytů, žlučových kyselin a mastných kyselin se uskutečňuje v cévu a colon ascendens. Zde se stolice zahušťuje. (Černý, 1990).

Pohyby tlustého střeva, zejména míchací, představují haustrace. Vznikají střídavou kontrakcí cirkulární a longitudinální svaloviny, tak že se střevní obsah pohybuje asi 5 cm/hodinu. Kromě toho se v tlustém střevě stolice pohybuje pomocí tzv. velkých pohybů, které se vyskytují pouze několikrát denně. Pasáž tlustým střevem trvá obvykle 2-3 dny. Záleží ovšem na množství přidané vlákniny ve stravě, která může pohyby urychlovat. (Zachová, 2010, s. 20).

Při posunu střevního obsahu je velmi důležitá Bauhinská chlopeň, která má funkci jednosměrného ventilu mezi ileem a cékem. Rytmičky se otevírá při doběhnutí peristaltické vlny k céku a při roztáhnutí céka se obsahem z ilea se zase hermeticky uzavře. Umožňuje tak nejen jednosměrnou pasáž střevního obsahu aborálním směrem, ale odděluje i vysoko bakteriální obsah tlustého střeva od tenkého střeva. (Černý, 1990).

Sekret v kolonu je alkalický, významná je sekrece hlenu, protože hlenový povlak na tvrdé stolici ulehčuje defekaci.

Bakteriální flóra v kolónu má též fyziologickou funkci. Více než 50% stolice tvoří bakterie, a to aerobní, ale hlavně anaerobní (*Bacteroides*, *Clostridium*, *Lactobacillus*).

Definitivní stolice se skládá z vody, anorganických látek, mrtvých střevních bakterií, bílkovin, tuků, epitelí, hrubé vlákniny a žlučových pigmentů. Zápach stolice závisí na bakteriální aktivitě, složení stravy a přítomnosti aromatických látek (sirovodík).

Defekace může být spuštěna po naplnění rekta stolicí, což vyvolá tlak a reflexní uvolnění svěračů. Tento děj lze ovládat vůlí. Pokud nedojde k uvolnění zevního svěrače, reflex vyhasíná a stolice se posunuje zpět do sigmoidea. (Zachová, 2010, s. 21).

2 STOMIE

Maligní a některá benigní onemocnění trávicího a močového traktu, náhlé příhody břišní, poranění, úrazy, ale i komplikace při radioterapii mohou vést k založení dočasné nebo trvalé stomie. (Otradovcová, 2006, s. 14).

2.1 Definice

Stomie je uměle vytvořené vyústění dutého orgánu přes tělní stěnu. Stomie jsou vytvářeny v průběhu plánovaných operací, nebo při nečekaně komplikovaném operačním zákroku. Stomie také mohou být život zachraňujícím zákrokem, např. otevřením (naříznutím) trachey v případě dušení pacienta. (Šamánková, 2003).

2.2 Typy stomií

Nejzákladnější typy a pojmenování stomií :

- tracheostomie – předchází tracheotomie, otevření trachey a následné zavedení tracheostomické kanyly, která zabezpečí průchodnost pro dýchání.
- gastrostomie – předchází gastrotomie (protětí žaludeční stěny v požadovaném rozsahu), vyvedení gumové sondy stěnou břišní, nejčastěji za účelem podávání potravy při onemocnění jícnu nebo žaludku.
- kolostomie nebo ileostomie – kdy se jedná o vyvedení střeva stěnou břišní navenek.
- nefrostomie – umělé vyústění ledviny a odvádění moči pomocí cévky zavedené skrz kůži přímo do ledvinné pánvičky.
- epicystostomie – vyústění močového měchýře břišní stěnou.

Trvalé stomie se zakládají v případě, že již nebude možno očekávat obnovení přirozené cesty činnosti určitého orgánu (většinou se jedná o pokročilé nádorové onemocnění).

Dočasné stomie se zakládají u akutních onemocnění, dále při poškození organismu, jako forma první pomoci – vždy však můžeme očekávat plný návrat činnosti určitého orgánu. (Šamánková, 2003).

Dělení stomií podle funkce:

- výživné – gastrostomie, jejunostomie.

- derivační – ezofagostomie, tracheostomie, urostomie, ileostomie, kolostomie, cékostomie, transverzostomie, sigmoideostomie.

2.2.1 Výživné stomie

2.2.1.1 Gastrostomie, jejunostomie

Zakládají se u pacientů s neschopností polykat (atrézie jícnu, apalický syndrom, bezvědomí, neurologické poruchy, onkologická onemocnění, anorexie). Preventivně se zakládají u pacientů před onkologickou léčbou v oblasti hlavy a krku, ale dokud mohou polykat, přijímají potravu ústy. Teprve po ztrátě této schopnosti si aplikují potravu a tekutiny do PEG (perkutánní endoskopická gastrostomie). (Otradovcová, 2006, s. 14).

2.2.2 Derivační stomie

2.2.2.1 Ezofagostomie

Vývod na jícnu, odvádějící sliny, které nemohou kvůli překážce odtékat do žaludku.

2.2.2.2 Tracheostomie

Uměle vyústěná průdušnice, kterou se zajišťují průchodné dýchací cesty.

2.2.2.3 Ileostomie

Vyústění terminální části tenkého střeva před stěnu břišní nebo na ni. Nejčastěji se zakládá v pravém hypogastriu, ale může být vyústěna i jinde. Z ileostomie nepřetržitě odchází řídký, velmi agresivní obsah – bezprostředním pooperačním obdobím může ileostomie odvádět i několik litrů vodnatého obsahu. Po stabilizaci stavu by mělo odcházet 800 – 1500 ml střevního obsahu za 24 hodin. (Otradovcová, 2006).

2.2.2.4 Kolostomie

Vyústění tlustého střeva před stěnu břišní nebo na ni. Vždy by měly být zakresleny současně dvě varianty – sigmoideostomii a ileostomii nebo sigmoideostomii a transverzostomii – nutná je domluva operátora a stoma sestry.

2.2.2.5 Cékostomie

Zakládá se vzácně v pravém podbříšku a používá se k dočasné derivaci plynů a stolice. Z malé incize v kůži se přišije střevo k peritoneu, otevře se a přišije se ke kůži. Přes stěnu břišní se zavádí permanentní močový katetr a fixuje se.

2.2.2.6 Transverzostomie

Zakládá se vzácně v pravém nebo levém podžebří. Ošetřování je vždy problematické s ohledem na umístění – blízko laparotomie, v laparotomii, v podžebří, v kožní řase a pod prsy.

2.2.2.7 Sigmoideostomie

Jde o nejčastější typ stomie na tlustém střevě. Zakládá se v levém hypogastriu. Může být trvalá nebo dočasná.

2.2.3 Stomie terminální – jednohlavňová

Přerušené střevo se protáhne přes břišní stěnu a fixuje se ke kůži. Pahýl střeva se ponechá a slepě uzavře (Hartmannova operace) nebo se celý odstraní a perineum se zašije (Milesova operace).

2.2.4 Stomie axiální – dvouhlavňová

Uvolněná střevní klička se protáhne břišní stěnou, přišije se ke kůži a do otvoru ústí přívodná a odvodná střevní klička. Před každou manipulací (aplikace léků, klyzma) se střevem je třeba ozřejmit, která klička je přívodná a která odvodná. Je třeba informovat pacienta, že přestože má stomii, může mu odcházet malé množství stolice konečníkem. (Otradovcová, 2006).

2.3 Rozdělení střevních vývodů

2.3.1 Podle urgentnosti

- *akutní* (náhlé příhody břišní – úrazy, komplikované ileózní stavy, perforované divertikulitidy)

- *elektivní* – plánované (operace, při nichž je indikováno založení stomie)

2.3.2 Podle lokalizace

- ileostomie – vyústění terminálního ilea v pravém dolním kvadrantu břišní stěny
- sigmoideostomie – v levém dolním kvadrantu břišní stěny
- transverzostomie – vpravo nebo vlevo nad pupkem
- nástěnná cékostomie – v pravém podbřišku (vzácná)

2.3.3 Podle způsobu konstrukce

- nástěnná – odlehčovací stomie
- axiální dvouhlavňová stomie – vyústění orální i aborální části střeva
- terminální jednohlavňová stomie – vyústění orální části střeva

2.3.4 Podle délky trvání

- dočasná stomie (pojistná i derivační) – je vytvořena přechodně, v první etapě vícedobé operace nebo v případě úrazu, komplikovaného zánětu
- trvalá stomie – provádí se v případě, že konečník a anus nejsou funkční pro vrozený defekt či pokročilý chorobný proces (nádor). (Slezáková, 2010, s. 43).

Vzhledem k zaměření této bakalářské práce se budu dále zabývat popisem kolostomií a ileostomií.

2.4 Kolostomie

Stomie v průběhu tlustého střeva (kolostomie) dělíme dle lokalizace na cékostomii, tj. umístění stomie v oblasti céka (slepé střevo). Dnes se vytváří ojediněle v případě paralytického ileu (neprůchodnosti střeva) jako prevence spontánní perforace (proděravění) střeva. Cékostomii lze vytvořit pomocí drénu nebo Foleyova katétru, přední stěna střeva je přišita k peritoneu a drén je vyveden břišní stěnou. Po jeho vyjmutí zpravidla cékostomie spontánně zanikne. Střevo může být rovněž přišito přední stěnou ke kůži. (Zachová, 2010, s. 33-34).

Kolostomie může být dočasná, v tomto případě následně uzavře, nebo může být trvalá. Lze ji konstruovat jako otvor ve stěně tlustého střeva (nástěnná kolostomie) nebo po rozpolcení střeva může být vyveden jeden konec (terminální kolostomie). Kolostomie je dvouhlavňová, jsou-li kličky střeva nebo oba konce stomie vyvedeny navenek exteriorizací, jednohlavňová, je-li vyveden pouze jeden konec.

Nejčastější trvalou kolostomií je sigmoideostomie provedená při abdominoperineální resekci pro karcinom rekta. Takováto kolostomie splňuje podmínky pro normální život, kromě cesty, kudy je stolice evakuována. (Way, 1998, s. 860).

Je-li to možné, nemá se transverzální kolostomie konstruovat jako permanentní stoma. Na rozdíl od sigmoideostomie, transverzostomie je „vlhká“, což znamená, že vylučuje často polotekutý obsah. (Way, 1998, s. 860).

Kolostomie se vyšívá většinou tak, že vystupuje pouze v úrovni kůže. Střevní obsah, který se odvádí, je většinou tužší. Čím blíže je stomie ke konci střeva (čím distálněji je lokalizována), tím je odpad kompaktnější. Konzistenci ovlivňuje také složení stravy, množství a druh přijímaných tekutin. Mimo jiné i užívání některých léků. (Zachová, 2010, s. 35).

2.5 Ileostomie

Obecně se ileostomií označuje vývod na tenkém střevě. Na tenkém střevě můžeme rozlišovat vývod z první části tenkého střeva – duodenostomií i z úseku jejuny – jejunostomií. Tyto vývody mohou sloužit jako výživové vstupy, anebo jsou zakládány při vážných onemocněních jako stomie derivační. U stomiků s výše uloženou ileostomií, ale především jejunostomií se dostavuje „syndrom krátkého střeva“ (výživa musí být doplňována parenterálně).

Ileostomie mohou být rovněž dočasné a trvalé. Dočasné jsou vytvořeny na dobu nezbytnou pro zhojení operovaného úseku střeva, bývají zpravidla dvouhlavňové (tzv. Williamsova ileostomie) anebo jednohlavňové terminální ileostomie (dle Brooka). Obvykle jsou ileostomie lokalizovány na pravé straně břišní stěny. Odvádí tekutý, agresivní střevní obsah. Ošetřování ileostomie je z toho důvodu náročnější než ošetřování kolostomie. Snahou chirurgů je konstruovat ileostomií přechýlující 1 – 2 cm nad břišní stěnu, což umožní jednodušší ošetřování okolí střevního vývodu a ochranu kůže bezpečným jímaním obsahu do stomického systému. Množství a konzistence střevního obsahu z ileostomie se dá částečně

ovlivnit stravou i medikamentózně, přesto je množství velmi objemné a podle toho může být frekvence vyprazdňování stomického systému 2 – 8x denně. (Zachová, 2010).

2.6 Historie stomií

2.6.1 Stomie v dějinách

V dějinách medicíny nacházíme velice málo informací o stomiích.

První zmínka o stomii sahá do období 350 př. n. l., kdy Praxagoras z Kósu úspěšně upravil střevní vývod při poranění břicha. Bližší podrobnosti nejsou známy.

Podobně Paracelsus (1493 – 1541) údajně několikrát úspěšně ošetřil poranění břicha tak, že výsledek byl střevní vývod.

Teprve Littré v roce 1710 jako první navrhl zhotovení cékostomie u anální atrézie, ale jeho myšlenku realizoval až Pillore v roce 1776 u pacienta se stenózujícím kacinomem sigmoidea. Pacient operaci přežil pouze o 28 dní.

Jako první provedl levostrannou inguinální kolostomii v roce 1793 Duret u atrézie anu.

Na základě anatomických studií a po řadě neúspěchů s transperitoneálními stomiemi navrhl anatom Callisten (1817) levostrannou lumbální kolostomii, kterou úspěšně realizoval Amussat (1839).

Také J. F. Dieffebach provedl v roce 1834 uměle vytvořený vývod střeva navenek, preternaturální anus (kolostomii).

V roce 1855 Thiersch v Německu byl první, kdo vytvořil bypass transversální kolostomie po úspěšně provedené sigmoideostomii a primární anastomóze.

V roce 1879 byl první Shede v Německu, kdo provedl resekci tumoru colon extraabdominálně, kdy ponechal oba konce střeva otevřené, čímž vytvořil kolostomii se dvěma trubicemi.

V roce 1884 Madelung vytvořil terminální sigmoidální vývod a zaslepil aborální konec kličky. Tento postup bývá považován za předchůdce resekce, jak ji prováděl Hartmann.

Do historie stomických technik se zapsal známý český chirurg Karel Maydl, který v roce 1888 poprvé provedl dvouhlavňovou sigmoideostomii, která se prakticky stejným způsobem zhotovuje dodnes. (Zachová, 2010).

2.6.2 Historie ošetřování stomií

První ošetřování střeva vyvedeného na povrch těla spočívalo pouze v překrytí vrstvou buničité vaty, eventuálně plátěnou rouškou. Teprve v šedesátých letech 20. století se začaly v Československu objevovat předměty, které již připomínaly opravdovou stomickou pomůcku. Základem byly různé sáčky (jímače obsahu střeva), které bylo potřeba upevnit kolem stomie pomocí pásku. Používal se tzv. Jánošíkův pás, který se podkládal mulovým čtvercem, vystřiženým podle velikosti vývodu. Tyto systémy byly značně nespolehlivé, nepřiléhaly ke kůži kolem stomie, obtékaly, docházelo k úniku střevního obsahu a propouštění zápachu. Navíc systém neposkytoval ochranu kůže před agresivními výměšky, a tak se kůže ošetřovala pouze mastmi a pastami (např. Schmiedenova) a obkládala mulovým materiálem. Krátce po operaci se na stomii přikládala čtverec s vazelínou a sterilní krytí.

Později francouzská firma Porges dodávala kolostomický pás Saniliac, kde spona byla z flexibilnějšího materiálu a měla přidržovat gumový kroužek, na který se navlékal sáček. Pacientům však často překážely na sponě kovové háčky pro upevnění elastického pásu. Sáček se před přiložením na ústí stomie podkládal vrstvou mulu. Tyto kolostomické pásy byly velice nápadné pod oděvem, sáčky při pohybu šustily a pacientovi způsobovaly značný diskomfort.

Kvalitativní změnou v ošetřování stomií byly nalepovací sáčky. Nejčastěji používaný sáček měl čtvercovou lepicí plochu, v níž se vystříhl podle šablony z tvrdého papíru otvor kopírující tvar stomie. Jednorázové lepicí sáčky měly pro pacienta několik nesporných výhod jako např: rychlá a jednoduchá výměna, dobrá přilnavost ke kůži kolem stomie a izolace zápachu. V neposlední řadě byla stomiky dobře vnímána skutečnost, že nebylo nutné používat fixační pás a pomůcka se tím stala mnohem diskrétnější. Postupně se na trhu začaly objevovat sáčky, které měly samostatnou podložku. Po správném nalepení zůstávala již na kůži průměrně tři dny a po naplnění se vyměňovaly pouze sáčky.

V Československu existovaly velké nedostatky při zajištění pomůcek, přestože již byl znám moderní sortiment bezpečných a šetrných jednodílných i dvoudílných systémů. Doprava byla omezena a pomůckami byli vybavováni mladší, aktivní pacienti, častěji ileostomici. Základní sortiment stomických pomůcek se podařilo zajišťovat až po roce 1989. Sami stomici se snažili korigovat nedostatky v péči a v polovině osmdesátých let 20. Století začaly vznikat organizace stomiků.

Velmi záhy se ukázalo, že stomici nepotřebují jen pomůcky, ale komplexní systém péče. Svou roli tak převzaly průkopnice – stomické sestry. Jejich úkolem je edukovat stomika ve všech obdobích, před operací (na ambulanci, v poradně), během hospitalizace i v následné péči. (Zachová, 2010).

2.7 Onemocnění vedoucí k založení stomie

Porušení činnosti orgánu může vzniknout na podkladě následných příčin:

- vrozená nebo získaná neprůchodnost určitého dutého orgánu
- nádorové onemocnění
- dočasné vyřazení určitého dutého orgánu z činnosti (např. se může jednat o zánětlivá nebo vředová onemocnění)
- trvalé vyřazení určitého orgánu z činnosti, většinou se jedná o paliativní zákrok, kdy nejde odstranit základní příčinu onemocnění, nejčastěji se jedná o tumor, kdy vytvořením stomie lze zkvalitnit a prodloužit život nemocného. (Šamánková, 2003, s. 208 – 209).

Dočasné stomie jsou často konstruovány většinou z těchto důvodů:

- jako pojistka k provedenému operačnímu výkonu níže na střevu
- pro nemožnost okamžitého spojení a obnovení kontinuity střeva z místních důvodů (těžký zánět, zhoršená výživa stěny střevní apod.)
- pro nemožnost radikálního výkonu s obnovením kontinuity střeva přímým spojením z celkových důvodů (celkově špatný stav pacienta)

V druhé době poté dochází k operačnímu zrušení stomie a k obnovení celistvosti trávicí trubice přímým spojením střev.

Trvalé stomie jsou konstruovány v těchto případech:

- po úplném odstranění celého tlustého střeva (ileostomie)
- po odstranění konečníku (sigmoideostomie). (Slezáková, 2010).

2.7.1 Onemocnění tenkého střeva

- vrozené vývojové vady a ileózní stavy u dětí

- nespecifické střevní záněty – morbus Crohn, nekrotizující kolitidy, střevní polypózy
- komplikace zánětlivých onemocnění – perforace, píštěle, abscesy, krvácení
- úrazy a poranění, cizí tělesa, malignity (vzácně)

2.7.2 Onemocnění tlustého střeva

- vrozené vývojové vady u dětí, divertikly
- úrazy a poranění, iatrogenní poškození
- nespecifické střevní záněty – morbus Crohn, proktokolitida
- náhlé příhody břišní – ileózní stavy, perforace
- dědičné choroby – familiární adenomatózní polypóza, nepolypózní kolorektální karcinom
- kolorektální karcinom, maligní a benigní nádory
- poškození radioterapií, gynekologické a urologické indikace (Otradovcová, 2006).

2.8 Operační výkony vedoucí k založení stomie

Operační taktiky dnes zahrnují resekční chirurgické výkony, které se obejdou bez stomie, kdy se postižená část traktu odstraní. Oba konce trubice se spojí nejčastěji anastomózou „end to end“ (konec ke konci), „side to side“ (stranou ke straně) nebo „side to end“ (stranou ke konci). Před anastomózou může být ale předřazena derivační stomie, která příznivě ovlivňuje hojení anastomózy trubice (protektivní stomie). Chirurgické přístupy mohou být laparotomické a otevřením stěny břišní či laparoskopické, které řadíme mezi méně invazivní. Pomocí laparoskopického instrumentária lze vytáhnout střevo přes otvor v břišní stěně a poté konstruovat stomii. (Zachová, 2010).

2.8.1 Radikální

- operace dle Hartmana – proximální úsek střeva je vyústěn v levém podbříšku jako axiální sigmoideostomie, distální úsek je slepě uzavřen ručně šitou nebo mechanickou suturou či vyveden na stěnu břišní jako mukózní píštěl.
- dolní přední nízká resekce rekta dle Dixona – operace je prováděna hluboko v malé pánvi, 3 cm pod nádorem, 10 cm nad nádorem, kruhovými staplery pomocí svorek operatér vyšije

vlastní anastomózu a nad ní vyvede pojistnou transverzostomii. Po zahojení anastomózy se stomie zanoří.

- amputace rekta dle Milese – amputace rekta, definitivní odstranění rekta při nízko uložených tumorech a vyvedení terminální sigmoideostomie.
- totální kolektomie – odstranění celého tlustého střeva včetně rekta s vyvedením ileostomie. Při konstrukci rezervoáru z kliček tenkého střeva (k nahrazení rekta) je ileostomie dočasná.

2.8.2 Paliativní

V rámci paliativních výkonů jsou používány resekce střeva menšího rozsahu, bypassové operace (cílem je obejít a přemostit část střeva s neodstranitelným tumorem a obnovit pasáž), před nádorem se provádějí odlehčující stomie (transverzostomie, ileostomie). (Slezáková, 2010).

2.9 Komplikace stomií

2.9.1 Časné pooperační komplikace

2.9.1.1 Krvácení

Drobné pooperační krvácení z okraje stomie je normální, ale krvácet může také poraněná céva nebo mechanicky poškozené střevo.

2.9.1.2 Nekróza okraje stomie

Příčinou bývá nedostatečný přítok krve do tkáně, způsobený otokem nebo malým otvorem v kůži. Dojde k uvolnění stomie od kůže. Stomie je povleklá. Pokud střevo drží na fascii, volí lékař konzervativní postup. Pokud je střevo uvolněné, zapadající do břicha, provádí lékař operační úpravu.

2.9.1.3 Parastomální absces

Je nutná derivace abscesu. Protože dochází k častému podtékání obsahu pod podložku, je nutná pravidelná ochrana kůže před iritací.

2.9.1.4 Otok stomie

Objevuje se vždy po manipulaci se střevem, malý otok spontánně odezní, u většího sledujeme vývoj. Většinou vystačíme s konzervativním postupem – chladné obklady.

2.9.1.5 Kožní komplikace

Je třeba odlišit alergickou reakci, kontaktní dermatitidu, iritaci, a maceraci.

Předoperačně je vhodné provést alergický test – nalepení hmoty z podložky na předloktí.

2.9.1.6 Časná retrakce

Vyskytuje se po akutních výkonech – není častá. Střevo je pod tahem a okraj stomie je pod úrovní kůže.

2.9.1.7 Nevhodně umístěná stomie

Vyskytuje se občas u akutně operovaných pacientů, u nichž nebyla stomie před operací zakreslena. Stomie je umístěna v kožní řase, v jizvě, v tříse, pod žeberním obloukem, na boku nebo v operační ráně. Jde-li o stomii trvalou, kontaktujeme chirurga a dovolí-li to stav pacienta, provádí se transrepozice stomie.

2.9.1.8 Dočasná močová inkontinence

Nejde o komplikaci stomie, ale o důsledek operace, který pacienta velmi obtěžuje a stresuje. Příčiny mu podrobně vysvětlí lékař. (Otradovcová, 2006).

2.9.2 Následné komplikace stomie

2.9.2.1 Prolaps (výhřez) stomie

Střevo může prolabovat od několika centimetrů až po několik desítek centimetrů před břišní stěnu. Nikdy střevo nereponujeme násilím zpět do dutiny břišní – vleže se částečně nebo zcela reponuje samo!

2.9.2.2 Retrakce (vtažení) stomie

Retrakce může být od několika milimetrů až po několik centimetrů pod úroveň kůže, často bývá spojená se stenózou stomie.

2.9.2.3 Stenóza (zúžení) stomie

Jde o nepoměr mezi průměrem střeva a otvorem v břišní stěně, bývá často kombinována s retrakcí. Objevují se bolesti břicha, porucha pasáže, stolice měštná před stenózou. Stenóza stomie se dilatuje prstem nebo dilatátorem – zajištění derivace střevního obsahu. Těsná stenóza nebo uzávěr stomie vyžadují urgentní chirurgickou revizi.

2.9.2.4 Kožní komplikace stomie

Je třeba rozlišit kontaktní dermatitidu, alergickou reakci, bakteriální nebo plísňovou infekci, iritaci nebo maceraci z podtékání sekretu pod pomůcku. Macerace kůže je velmi bolestivá komplikace, která postihuje nejčastěji pacienty s ileostomií a střevní píštělí.

2.9.2.5 Parastomální kýla

Nejčastější komplikace stomie. Vzniká oslabením břišní stěny a částečným nebo úplným uvolněním fascie od střevní kličky. Okolo stomie se vytvoří vyklenutí, které se postupně zvětšuje. Malou kýlu kompenzujeme břišním pasem.

2.9.2.6 Píštěle okolo stomie

Vyskytují se stehové píštěle nebo píštěle jako komplikace nespecifických střevních zánětů. Píštěl neumožní dostatečnou adhezi pomůcek ke kůži, dochází k iritaci kůže pod podložku.

2.9.2.7 Krvácení ze stomie

Drobné krvácení z okrajů stomie je normální. V terminálním stádiu onemocnění může krvácet céva narušená nádorem. Krvácení bývá komplikací radioterapie a nespecifických střevních zánětů.

2.9.2.8 Komplikace stomie při radioterapii

Poruchy vyprazdňování – průjmy, kožní komplikace, postradiační stenóza stomie.

2.9.2.9 Komplikace stomie při chemoterapii

Aplikace cytostatik může vést ke změně pH potu a může se objevit nesnášenlivost na některý druh pomůcek. (Otradovcová, 2006).

2.10 Stomické pomůcky

2.10.1 Typy stomických pomůcek

Stomické systémy dělíme na jednodílné (jímací sáček je opatřen adhezivní plochou a vyměňuje se kompletně 1 – 2x denně), dvoudílné pomůcky (skládají se z podložky a sáčku s kompatibilním spojením) a systémy adhezivní technologie (podložka se spojuje se sáčkem pomocí lepicí plochy).

Požadavky na moderní stomické systémy jsou: jímat moč, stolicí a sekret, tvarová a velikostní variabilita, flexibilita, eliminace zápachu, chránit kůži okolo stomie, hypoalergenní materiál, snadná manipulace, neomezovat pacienta v pohybu, diskrétnost, dostupnost. (Otradovcová, 2006).

2.10.2 Jednodílný systém

Jednodílný systém je šetrný v pooperačním období – flexibilní a diskrétní.

Želatinová podložka je pevně spojena se sáčkem. Po naplnění se mění vždy celý sáček.

Sáčky mohou být průhledné, neprůhledné, s filtrem, bez filtru, nevýpustné, výpustné na sponu, výpustné na suchý zip.

2.10.3 Dvoudílný systém

Dvoudílný systém je vhodný u pacientů delší dobu po operaci, u pacientů s komplikovanou stomií a u pacientů s iritovaným okolím. Podložka zůstává nalepená 3 – 5 dní a není vhodné dobu její použitelnosti prodlužovat. Sáček se mění podle naplnění.

Podložka se se sáčkem spojuje pomocí plastového, přírubového kroužku. Na podložce lze střídavě používat různé typy sáčků, musejí se shodovat velikostí. Systém lze doplnit přídržným páskem okolo těla.

Podložky sáčků můžeme rozdělit do tří skupin - pevné celoželatinové, flexibilní s želatinovým středem a okrajem z mikroporu, konvexní pro komplikované stomie (mají tvar misky).

Sáčky mohou být průhledné, neprůhledné, s filtrem, bez filtru, nevýpustné, výpustné na suchý zip, výpustné na sponu.

2.10.4 Systém adhezivní technologie

Podložka a sáček jsou zvlášť, spojují se pouze nalepením sáčku na podložku, chybí spojovací, přírubový kroužek. Tento systém je diskrétní a flexibilní.

2.10.5 Ochranné a čistící prostředky

Sortiment ochranných a čistících prostředků se také nazývá stomická kosmetika.

Čistící roztok, Lotion, Odstraňovač náplastí – dočišťují a odmašťují kůži v okolí stomie.

Ochranný film – chrání kůži před iritací a prodlužuje přilnavost podložky ke kůži.

Pasta 30gramová – nelepící, chrání a hojí kůži mezi podložkou a stomií.

Pasta 60gramová – lepicí, vyrovnává jizvy, kožní řasy a nerovnosti, brání podtékání sekretu pod podložku.

Ochranný krém – zvláčňuje a vyživuje kůži okolo stomie.

Ochranný pudr – zklidní iritovanou a secernující pokožku, pomůže nalepit podložku na secernující kůži.

Pohlcovače pachů (kapsle, kapky, pelety) – eliminují zápach uvnitř sáčku.

Přidržený pásek – používá se u všech typů dvoudílného systému a u některých typů jednodílného systému.

Ileo Gel – tableta, která zahustí řídký obsah sáčku, vkládá se do sáčku.

Hydrokoloidní rouška a destička – vyrovnávání kožních nerovností, vhodné pro vlhké hojení ran.

Mesoft – jemná netkaná textilie – netraumatizuje okolí stomie.

Softalind, Menalind – jemné mycí pěny. (Otradovcová, 2006).

2.10.6 Bezsáčkové stomické pomůcky

Pomůcka Vitala na určité časové období obnovuje kontinenci neinvazivním způsobem. Jedná se o bezsáčkovou pomůcku ve tvaru disku, která se nasazuje na podložku dvoudílného systému. Vnitřní část pomůcky je patřena měkkým polštářkem (vzduchovým těsněním), který po nasazení přilne ke stomii a dočasně brání samovolnému odchodu stolice.

Dalším úkolem pomůcky je tlumení zvukových fenoménů při odchodu plynů a redukce zápachu prostřednictvím uhlíkového filtru. Pomůcka zajišťuje regulaci vyprazdňování po dobu jejího nošení, která je až na 12 hodin. (Zachová, 2010).

2.11 Stoma sestra

Podle Charty práv stomiků (viz příloha P2) je smyslem práce stoma sester pomoci pacientovi se stomií překlenout pooperační období, naučit ho zvládat základní sebeobsluhu a umožnit mu vrátit se do původního života. Smyslem práce stomické sestry jako edukátora by měla být i podpora pacienta při utváření přiměřených postojů k sobě i k okolí během návratu do původního života. Mezi sociální aspekty péče o stomiky patří pomoc rodině, pokud projeví zájem si o vzniklé situaci promluvit a více se dozvědět. V době, kdy již pacient zvládne běžné dovednosti spojené se sebepéčí, může se chtít setkat s někým, kdo se potýká se stejnou nebo podobnou situací. V tomto případě se může stát stomická sestra pomocníkem nebo zprostředkovatelem této interakce. (Zachová, 2010, s. 49 – 50).

2.11.1 Informace pro pacienta

Stoma sestra informuje pacienta:

1. o pomůckách všech firem, o úhradě pojišťovnou, o preskripci pomůcek – lze je předepsat maximálně na 3 měsíce, o vyjimečném navýšení limitu pomůcek revizním lékařem
2. o limitech pomůcek na 1 měsíc
 - . kolostomik: jednodílný systém – 60 ks nevýpustných sáčků, dvoudílný systém – 10 ks podložek a 60 ks nevýpustných sáčků
 - . ileostomik: jednodílný systém – 30 ks výpustných sáčků, dvoudílný systém – 10 ks podložek a 30 ks výpustných sáčků

3. o vybavení domácnosti – vždy probrat individuálně a včas před propuštěním (zrcadlo v koupelně, sprcha je vhodnější než vana, vlastní skříňka nebo polička na pomůcky, plocha pro přípravu pomůcek, odpadkový koš v koupelně)
4. o klubech stomiků, dobrovolnících, o rehabilitaci a lázeňské léčbě
5. o možných komplikacích onkologické léčby – kožní komplikace, špatná přilnavost pomůcek ke kůži
6. o oblékání – diskrétní pomůcky umožňují individuální oblékání podle potřeby (trička, šaty, kostýmy apod.), speciální spodní prádlo s kapsou na sáček pro stomické pacienty – nevyhovuje každému
7. o fyzické námaze – nosit břemena do maximální hmotnosti 5 kg, při zvýšené námaze nosit preventivně břišní pás nebo stahovací prádlo
8. o možném návratu do práce – pokud zdravotní stav nedovoluje návrat do pracovního procesu, řeší individuálně lékařská posudková komise – částečný nebo plný invalidní důchod
9. o cestování – vždy mít s sebou dostatečnou zásobu pomůcek a cestovní zrcadlo (hlavně při cestě do zahraničí)
10. o nevhodnosti většího váhového přírůstku – dojde ke změně poměrů okolo stomie, je menší adheze pomůcek ke kůži a dochází k podtékání stolice pod pomůcku, někdy je nutná i změna druhu pomůcek. (Otradovcová, 2006).

2.11.2 Předoperační péče

V ideálním případě potkává pacient svou stomickou sestru při příchodu na kliniku či do nemocnice ještě před operací. Pacient se může rozhodnout, zda se chce seznámit se stomickými pomůckami již před operací. V případě zájmu má možnost si pomůcky vyzkoušet, a lépe tak zvolit místo založení stomie. V předoperačním období je možné zohlednit kožní záhyby, jizvy po předchozích operacích, tělesné proporce, vliv nadváhy a obezity na tělesnou konstituci, vliv kostních výčnělků na obrysy těla, a tím na fixaci pomůcek, styl oblékání (např. úroveň výšky pásku, kalhot) a druh zaměstnání, nejčastější polohu a pohyb. Kromě toho je pro sebezpečí stomika zásadní skutečnost, zda si na stomii dobře vidí a jestli na ni bez potíží dosáhne při ošetření. Vyhledání optimálního umístění stomie indikuje chi-

rurg (operatér pacienta), stomická sestra je poté kompetentní pracovat samostatně. Pro založení stomie na zaživacím ústrojí je vhodné vybrat místa dvě, jak pro kolostomii, tak pro ileostomii, neboť teprve při operačním výkonu je možné definitivně určit, jaký typ stomie bude vytvořen. (Zachová, 2010).

2.11.3 Pooperační péče

U nemocných, kdy nebyla možná předoperační edukace, je vhodné ji začít praktickými postupy a seznámením se stomií a teprve potom teoretickými poznatky (typ stomie). Je vhodné půjčit nemocnému pomůcky od všech výrobců na našem trhu, aby si je sám vyzkoušel, jak se s nimi pracuje, a vybral si tu, která mu nejlépe vyhovuje. Prohlídka pomůcek musí být doplněna instruktáží stoma sestrou. (Zachová, 2010).

2.11.4 Následná péče, stoma poradny

Nový stomik při propuštění odchází domů vybaven dostatečným množstvím pomůcek a s pocitem, že zvládne sebezpečí. Po propuštění by měl být připraven vyrovnat se s praktickými problémy a naučit se o stomii sám postarat. (Zachová, 2010, s. 79).

K propuštění do domácího ošetřování by mělo dojít až po domluvě chirurga a stoma sestry, která ručí za soběstačnost pacienta. Pokud soběstačný není, edukuje rodinu. Osamělého a nesoběstačného pacienta předává do péče agentury domácí péče nebo do následného zařízení. O propuštění pacienta rozhoduje lékař. (Otradovcová, 2006).

2.11.4.1 Ambulantní sledování pacienta se stomií

Pravidelné kontroly se provádějí týden po propuštění, za měsíc po propuštění, za tři měsíce po operaci a poté každé další tři měsíce.

Při každé kontrole se odstraní stomický sáček, zkontroluje se stomie a okolní kůže (průchodnost), řeší se komplikace, vede se dokumentace a fotodokumentace a eviduje se preskripce pomůcek (Otradovcová, 2006).

Není vhodné na začátek období předepsat stomikovi pomůcky na dobu 3 měsíců, což je maximální množství pomůcek čerpané najednou. Tvar stomie a její okolí se mohou změnit. Proto je vhodné mít po operaci určité pomůcky jen na první měsíc. Při kontrole u operatéra nebo ve stomické poradně se posuzují změny stomie. Omezeným předepsáním pomůcek na 1

měsíc se vyvarujeme pozdějšího řešení problému, co dělat s pomůckami, které již nevyhovují požadavkům jednotlivce. Může se tak vyčerpat množstevní limit pojišťovny, která další pomůcky na toto období neposkytne. V takové situaci je možné zakoupit pomůcky ve zdravotnických potřebách. V materiálech pojišťoven je uvedeno, že je možné žádat příslušného revizního lékaře o navýšení limitu pomůcek v případě komplikací v okolí stomie.

Dalším zdrojem informací mohou být vyškolení poradci bezplatných telefonních linek, které jsou zřizovány společnostmi dodávajícími stomické pomůcky. Telefonické konzultace se mohou týkat produktů, servisních služeb (časopisy, zásilková služba, setkání stomiků), kontakty na zdravotnická zařízení (stomické sestry) apod.

Stomické sestry navštěvují setkání stomiků, kde mohou nabídnout své zkušenosti, znovu zopakovat správné použití jednotlivých částí příslušenství a pomůcek. (Zachová, 2010).

3 ŽIVOT SE STOMÍÍ

Název této bakalářské práce je – Život se stomií, proto se dále zaměřím na to, jaký je následný život stomiků po propuštění z nemocnice do domácího ošetřování, jejich návrat do práce, sport, aktivní život.

3.1 Sport a aktivní pohyb

Po uplynutí doby rekonvalescence, která při nekomplikovaném zdravotním stavu trvá 2 – 3 měsíce po operaci, je pohybový režim součástí pravidelných rekondičních aktivit. Vhodný je přirozený pohyb, turistika, cvičení na míči, jízda na kole, plavání. Cvičení by nemělo způsobovat bolesti a nepříjemné pocity, úkolem aktivit je navodit i dobrou náladu.

Ani z opalování či saunování nemusí mít stomik obavy, pokud to dovoluje jeho celkový zdravotní stav. Vyšší teploty mohou ovlivnit přilnavost stomických pomůcek, ale při jejich vhodném a správném použití nejsou ani tyto aktivity zcela vyloučeny. (Zachová, 2010).

3.2 Záliby a zaměstnání

V souvislosti s domácími nebo profesními pracemi je třeba opatrnosti při zdvihání břemen, nemělo by se jednat o zátěž větší 2 – 3 kg. Práce by neměly být vykonávány ve spěchu a jako břišní oporu lze použít stomický pás. Při zahradničení je nutné se vyhnout těžké práci, tlačení sekačky, kopání, přenášení zahradnických substrátů apod.

Individuálně je posuzována způsobilost pro původní pracovní zařazení. Operační výkon se založením stomie není dostatečným důvodem pro uznání stupně invalidity, avšak skupina nemocných může získat vzhledem ke zdravotnímu stavu invalidní důchod. (Zachová, 2010).

3.3 Cestování

Stomici mohou bez obav řídit motorové vozidlo, vždy se musí vyřešit záležitosti s pohodlností a funkčností bezpečnostního pásu tak, aby nemohlo dojít k poškození stomatu nebo funkčnosti stomických pomůcek.

Při cestování letadlem je kladen důraz na to, aby nebyly na palubu doneseny předměty, jako jsou nůžky nebo větší množství roztoků (příslušenství ke stomickým pomůckám).

Pomůcky v příručním zavazadle musí být připraveny na přímé použití (ubrouskové příslušenství) nebo jsou vhodné tvarovatelné stomické pomůcky, u kterých není zapotřebí užití nůžek. Nejen při dalekém cestování, ale téměř vždy by měl mít stomik u sebe balíček s připravenými pomůckami na kompletní ošetření, který si připraví podle svých potřeb. Stomik rovněž může požádat o místo k sezení v blízkosti toalety nebo blíže k uličce.

Individuálně je nutné zvážit cestovní zdravotní pojištění. Cesta do zahraničí může proběhnout bez komplikací, ale při převozu většího množství pomůcek mohou nastat na celnici potíže. V případě, že nastane problém, může stomik použít mezinárodní průkazku potvrzenou zdravotnickým zařízením, s cizojazyčným vysvětlením, kterou vytvořilo České ILCO. (Zachová, 2010).

3.4 Výživa a životospráva

3.4.1 Pitný režim

K nejvhodnějším nápojům pro stomiky řadíme nápoje výživné a osvěžující. Perlivé nápoje obsahující oxid uhličitý se nedoporučují kvůli podpoře nadměrné plynatosti. Pro pití minerálních vod platí pravidla dodržování maximálního množství 0,5 – 1 litru minerálky denně, příznivější je voda o pokojové teplotě. Nedostatek tekutin se může manifestovat nejen snížením množstvím moči, ale i zácpou (zejména u kolostomiků).

Obzvlášť pro ileostomiky platí doporučení přijímat tekutiny po doušcích i během jídla, aby se tekutina promísila s potravou a prodloužil se interval pro vstřebávání tekutin v gastrointestinálním traktu. Alkoholické nápoje (kvalitní víno, pivo) jsou po stabilizaci zdravotního stavu v malém množství povolené. Pivo může způsobit meteorismus a má projímavý účinek, může rovněž podporovat trávení. (Zachová, 2010).

3.4.2 Výživa stomika

Nemocní po částečných resekcích tlustého střeva obvykle nemají problémy s výživou ani ztrátami tekutin. Rovněž založení kolostomie je snášeno bez vážných komplikací z hlediska výživového stavu, protože tlusté střevo má schopnost adaptace a vstřebávání živin je zajištěno v tenkém střevě. Pokud je tlusté střevo radikálně odstraněno nebo je dočasně vyřazeno z funkce po založení ileostomie, dochází k nadměrným ztrátám tekutin a iontů.

Ztráty jejunostomií a ileostomií po operaci se mohou pohybovat v množství od 1,5 – 4 l tekutin denně. Toto množství v období rekonvalescence klesá na 0,8 – 2 l za den.

Stomici by měli jídlo připravovat podle zásad racionální výživy. Potraviny by se měly připravovat dostatečně dlouho. Cílem je minimalizovat nepříjemné tlaky po jídle a nadýmání. Pravidelným stravovacím rozvrhem můžeme nastartovat i režim vyprazdňování.

Kolostomici mohou po rekonvalescenci postupně zařadit pokrmy s rozpustnou vlákninou, která dobře působí v tlustém střevě proti zácpě (posiluje střevní peristaltiku), zpomaluje trávení a zlepšuje vstřebávání výživných látek, kromě toho působí příznivě na hladinu cholesterolu a lipidů v krvi, snižuje krevní tlak, podporuje činnost kvasných bakterií, redukuje aktivitu hnilobných bakterií. Úlohou vlákniny je odstraňovat nestravitelné zbytky potravy ve střevě.

Ztráty vody stolicí z ileostomie jsou až 5násobné a ztráty minerálů až 10násobné oproti zdravým jedincům. Přísnější výběr potravin doporučujeme u ileostomiků. Pokud bychom hovořili o méně vhodných potravinách pro ileostomiky, lze do této skupiny zařadit kokos, kukuřici, ananas nebo sušené ovoce, tzn. nestravitelné součásti. Stomici jsou rovněž upozorněni na potraviny, které mění charakter stolice nebo moči. V případě, že ileostomici užívají léky, je třeba zkontrolovat lékovou formu, aby se nejednalo o preparáty, k jejichž vstřebávání dochází až v tlustém střevě. Některé léky mohou být vyloučeny ileostomií v nezměněné podobě a nedostavuje se léčebný efekt. (Zachová, 2010).

3.5 Sexuální život pacientů se stomií

Přibývá pacientů se stomií, kteří do operace žili aktivním sexuálním životem. Po operaci nemají dostatek informací, mají psychické a fyzické problémy, stydí se za své tělo, mohou se jej i štítit nebo se jich štítí partner. Založení stomie bývá pro mnoho párů zkouškou pevnosti vztahu. Je důležité již před operací pacienta informovat o možných pooperačních problémech. Sexuální problematika bývá v rozhovorech mezi pacientem a lékařem stále opomíjena. Zdravotníci často problém z neznalosti či neinformovanosti zlehčují nebo o rozhovor na toto téma nemají zájem, a sám pacient se bezprostředně po operaci soustředí na bolest, ránu, stomii, rehabilitaci apod. (Otradovcová, 2006, s. 50).

3.5.1 Sexuální život ženy se stomií

V určité fázi onemocnění a související léčby může být i bez ohledu na existenci stomie nízké libido, snížená touha po sexuálním kontaktu. Problematika intimních vztahů z pohledu žen souvisí nejen s přímým pohlavním životem, ale i sebepojetím, sebevědomím a akceptací změny tělesného vzhledu.

Samotný fakt založení stomie není překážkou těhotenství a porodu. Udává se obvyklá doba pro těhotenství 2 roky po operačním výkonu. Stomičky jsou po celou dobu těhotenství v péči ošetřujícího lékaře a stomické sestry. Mohou se vyskytovat komplikace ve smyslu prolapsu stomie, kdy je fixace pomůcek zhoršena. Těhotná stomička se o vhodných pomůckách poradí se stoma sestrou. Z hlediska plánování těhotenství se u stomiček, zejména s ileostomií, musí zvážit vhodná kontraceptiva či kombinace antikoncepčních metod, protože se mohou hormonální tablety nedostatečně vstřebávat (při zrychlené střevní peristaltice, zkrácení střeva). (Zachová, 2010).

3.5.2 Sexuální život muže se stomií

Klíčovými faktory pro vznik sexuálních dysfunkcí u stomiků je charakter onemocnění, provázející léčba a typ chirurgického zákroku. Mezi nejčastější sexuální poruchy u mužů patří: bolestivá erekce, snížení sexuální chuti, erektilní dysfunkce, předčasná nebo chybějící ejakulace, retrográdní ejakulace, neplodnost, anorgasmie a se vším související potíže s přijetím tělesného vzhledu a s přijetím stomie. Potíže mohou být dočasného charakteru, doba rekonvalescence se může pohybovat v rádech několika měsíců až roku. Ani u mužů nemůžeme opomenout, že u potíží organické příčiny je přítomna psychická složka. (Zachová, 2010).

3.6 Psychologický aspekt stomie

Změna zdraví a nemoci je natolik výrazná, že ji můžeme považovat za kritickou zátěžovou situaci. Onemocnění je samo o sobě novou zátěžovou životní situací, která vyžaduje smíření a nabytí ztracené rovnováhy. Tento pojem znamená pro každého člověka něco jiného a každý člověk prožívá fáze onemocnění odlišně. To je třeba zmínit i při hledání vhodného přístupu k člověku, kterého postihla nemoc a operace se založením stomie. (Zachová, 2010).

3.7 Aktivity stomiků, stomické kluby

Život se stomií představuje rovněž stálé získávání rad, informací a možností nových pomůcek. Dostupnost stomických poraden, ale i aktivit klubu stomiků se rozrůstá, a tak se zlepšuje i pomoc stomikům ve svízelných situacích.

Někteří lidé vyhledávají pomoc mezi ostatními stomiky v předoperačním období, jiní časně po operaci a někteří dokonce až po nabytí vlastních zkušeností ze života plného změn. Každý stomik má právo se dozvědět, že kluby existují a jak fungují. Každý zájemce může být bez podmínek přijat. Zda se stane členem klubu, záleží na něm samotném. Je to ovlivněno osobnostními předpoklady, potřebou se sdružovat, realizovat se. Roli hraje rovněž okolnost, jestli je na zvládnání zátěžových situací sám, nebo má oporu v blízkém okolí, či má dokonce kamaráda stomika.

Úlohou klubů je zastupování a hájení zájmů stomiků prostřednictvím jednání s ministerstvy, orgány státní správy, výrobci pomůcek a dalšími organizacemi, kde by jednotlivci neměli dostatečné možnosti pro obhájení svých potřeb. Velmi významnou úlohou je i šíření pravdivých informací o potřebách a životě stomiků v české společnosti. Stomici se mohou zúčastňovat schůzí klubu a vystoupit zde se svými potřebami, kromě toho společně vyjíždějí na jednodenní nebo vícedenní výlety a relaxační pobyty, přitom si mohou ve skupině s dalšími stomiky a jejich rodinami otestovat, s jakými opatřeními, přípravou, pomůckami a s jakým režimem dále aktivně žít ve společnosti. Lokální kluby, kterých je v České republice nyní 17, vzájemně spolupracují, jejich nadřazenou organizací je České ILCO, celorepublikové sdružení stomiků. Název ILCO složený z písmen IL je odvozen od ileostomie a z písmen CO znamenající kolostomie.

Sociální podporu poskytují také stomické sestry, které organizují setkání stomiků příslušného ambulantního dispenzáře, tyto organizace nemají statut občanského sdružení. Program pro účastníky může zahrnovat kromě samotné příležitosti společných diskuzí i odborné přednášky na aktuální témata i seznámení s novinkami v sortimentu pomůcek. Organizátory setkání stomiků jsou i distributoři a výrobci stomických pomůcek. Zdroji základních dat i novinek jsou v dnešní době bohaté internetové odkazy, kromě toho jsou vydávány a zdarma distribuovány v tištěné podobě stomické časopisy (Radim, Stomické listy apod.). Aktuální informace jsou poskytovány školenými a zkušenými pracovníky na infolinkách výrobců a distributorů stomických pomůcek. (Zachová, 2010).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÁ ČÁST

4.1 Metodika výzkumu

4.1.1 Formulace problému

Po důkladném studiu literatury, která se zabývá problematikou stomií, vyvstaly pro výzkumnou část tyto následující otázky:

- zda jsou klienti informováni před operací, po operaci a následné péči při založení stomie
- zda tuto informovanost považují za dostatečnou
- jaké je postavení a přístup stoma sestry z pohledu klienta ve zdravotnickém zařízení
- zda jsou klienti se stomií registrováni ve stoma klubech, popř. z jakého důvodu registrováni nejsou

4.1.2 Stanovení cílů

1. Cílem je zjistit informovanost klientů před operací, po operaci a o následné péči při založení stomie.
2. Cílem je zjistit postavení stoma sestry ve zdravotnickém zařízení z pohledu klienta.
3. Cílem je zjistit, zda jsou klienti ochotni se registrovat nebo neregistrovat ve stoma klubech a proč.

4.1.3 Zkoumaný soubor

K realizaci výzkumného šetření bylo potřeba vymezení vhodného zkoumaného souboru.

Oslovila jsem několik skupin respondentů a mým cílem bylo vyhodnotit zjištěná data podle stanovených cílů výzkumné části.

Mezi oslovené skupiny respondentů patřili klienti stoma klubů – Nový Jičín, Ostrava, Praha, Brno, dále klienti stoma poradny Nemocnice Hranice a.s.

4.1.4 Použité metody výzkumu

K získání důležitých a potřebných dat v tomto výzkumu byla vybrána dotazníková metoda, která lépe vyhovovala rozsáhlému sběru informací.

Metoda dotazníku je rozšířenou a používanou metodou hromadného získávání informací a dat.

Dotazník je soubor předem připravených, přesně a pečlivě formulovaných otázek, které jsou seřazeny, a respondent na ně písemnou formou odpovídá.

Velkou výhodou dotazníku je poměrně rychlé a ekonomické shromažďování dat a informací od velkého počtu oslovených respondentů.

Dotazník (viz Příloha P 3), který byl použit ve výzkumném šetření, byl sestaven z pečlivě formulovaných a promyšleně seřazených otázek.

Dotazník obsahoval celkem 20 otázek, na které respondent písemně odpovídal podle pokynů uvedených v úvodní části dotazníku. Respondenti měli také možnost se slovně vyjádřit, popř. některé odpovědi do dotazníku dopsat.

Dotazník byl průběžně přepracováván a po konečné úpravě a schválení vedoucím bakalářské práce MUDr. Jiřím Gařkem, Ph.D., byl dotazník připraven k výzkumnému šetření.

Položky v dotazníku byly zvoleny následujícím způsobem:

1. Uzavřené položky, kdy byl respondentovi předložen sestavený soubor odpovědí, z nichž si vybral jednu (např. otázka č. 3), popř. více odpovědí (např. otázka č. 7).
2. Polouzavřené položky, kdy je respondentovi dána možnost výběru u uvedených odpovědí a možnost vyjádření jeho názoru (např. otázka č. 19).

Členění dotazníku:

V úvodu dotazníku byla část, která respondentovi informovala o účelu výzkumného šetření, o anonymitě a žádala ho o zodpovězení otázek.

Položky č. 1, 2, 3 byly položky identifikační, které zjišťovaly věk, pohlaví a vzdělání.

Následovaly položky 4, 5, 6, 7, 8, které byly zaměřeny na stomii (typ stomie, doba od založení stomie, kdo a kde klienta informoval o založení stomie, dostatku času na otázky), a vztahovaly se k 1. cíli této bakalářské práce – informovanosti před operací.

Položky č. 9, 10, 11 se týkaly stoma sestry (první kontakt, dojem, informovanost) a vztahovaly se k 2. cíli této bakalářské práce – postavení stoma sestry ve zdravotnickém zařízení.

Položky č. 12, 13, 14, 15, 16 byly otázky, které se zabývaly informovaností, problémy po operaci, získáváním novinek v ošetřování stomie a měly svůj vztah k 1. cíli bakalářské práce – informovanosti po operaci.

Položky č. 17, 18, 19, 20 se týkaly stoma klubů a důvodu registrace v nich a vztahovaly se k 3. cíli této bakalářské práce – zda jsou klienti registrováni v těchto klubech, a pokud ne, tak proč.

Otázky č. 19, 20 byly polouzavřené položky, kdy měl respondent možnost dopsání svého důvodu registrace či neregistrace ve stoma klubech.

4.1.5 Organizace šetření

Po přípravě výzkumného šetření, tzn. po formulaci problému, stanovení cílů, výběru metody šetření, určení zkoumaného souboru a sestavení dotazníku, byl proveden samotný výzkum.

Dotazníky byly respondentům doručeny pomocí České pošty, elektronické pošty a osobně.

Oslovila jsem ředitelku Českého ILCO Ing. Marii Ředinovou z FIT ILCO Praha, Doc. RNDr. Pavla Kremla, CSc. ze Slezského klubu stomiků Ostrava, Ing. Janu Strnadovou z Klubu stomiků Brno, pana Jaroslava Pechu z Klubu stomiků okresu Nový Jičín a stoma sestru Ivanu Pokornou ze stoma poradnu v Nemocnici Hranice a.s. Všichni oslovení měli možnost nahlédnout do vypracovaného dotazníku a na základě jejich souhlasu bylo provedeno výzkumného šetření. Dotazníky byly respondentům rozdány na členských schůzích klubů a po vyplnění byly vedoucími klubů zaslány zpět. Ve stoma poradně Nemocnice Hranice a.s. byly dotazníky rozdány klientům stoma sestrou.

Celkem bylo vyhotoveno 150 dotazníků, návratnost byla 120 dotazníků.

Dotazníkové šetření probíhalo v měsících leden až březen 2011.

Spolupráce s vedoucími stoma klubů i se stoma sestrou byla výborná.

4.1.6 Zpracování výzkumných dat

Vyplněné dotazníky byly zkontrolovány. Špatně nebo neúplně vyplněné dotazníky jsem z výzkumného šetření musela vyloučit.

Z celkového množství 150 dotazníků bylo vyloučeno 30 neúplných nebo špatně vyplněných dotazníků.

Do výzkumného šetření tedy bylo zahrnuto celkem 120 (100%) dotazníků.

Provedla jsem základní výpočty, téměř všechny otázky byly zpracovány procentuálně. U položek jsem sečetla odpovědi a vypočítala procenta. U položek č. 7, 12, 13, 16, 18, 19 a 20, kde byla možnost více odpovědí jsem odpovědi sečetla a vyjádřila pouze jako absolutní četnost.

Potom byly výsledky převedeny do tabulek četností v programu Microsoft Word, sloupkové grafy byly vytvořeny v programu Microsoft Excel.

4.2 Výsledky šetření výzkumu

Položky č. 1 – 3 patřily do kategorie identifikačních dat, která jsem chtěla o respondentovi získat.

Položky č. 4 a č. 5 byly položky, týkající se stomie.

Položky č. 6 – 8 byly zvoleny s cílem posoudit informovanost o založení stomie.

Položky č. 9 – 11 se týkaly stoma sestry.

Položky č. 12 – 16 patřily ke zjištění, kde jsou klienti následně sledováni.

Položky č. 17 – 20 se týkaly stoma klubu.

Položka č. 1 - Pohlaví

Tab. 1. Jaké je Vaše pohlaví?

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Žena	54	45%
Muž	66	55%
Celkem	120	100%

Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 54 žen (45%) a 66 mužů (55%). Ve výsledku převažují muži.

Položka č. 2 - Věk

Tab. 2. Jaký je Váš věk?

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
30-40 let	4	3%
41-50 let	8	7%
51-60 let	26	22%
61-70 let	37	31%
71 a více let	45	37%
Celkem	120	100%

U respondentů byly zastoupeny všechny věkové skupiny. Ve věku 30 – 40 let byli 4 (3%) respondenti, ve věku od 41 – 50 let to bylo 8 (7%) respondentů. Ve věku 51 – 60 let bylo 26 (22%) respondentů, ve věku 61 – 70 let bylo 37 (31%) respondentů. Ve věku 71 a více let bylo 45 (37%) respondentů, šlo tedy o skupinu s největším počtem respondentů.

Položka č. 3 - Vzdělání

Tab. 3. Jaké je Vaše vzdělání?

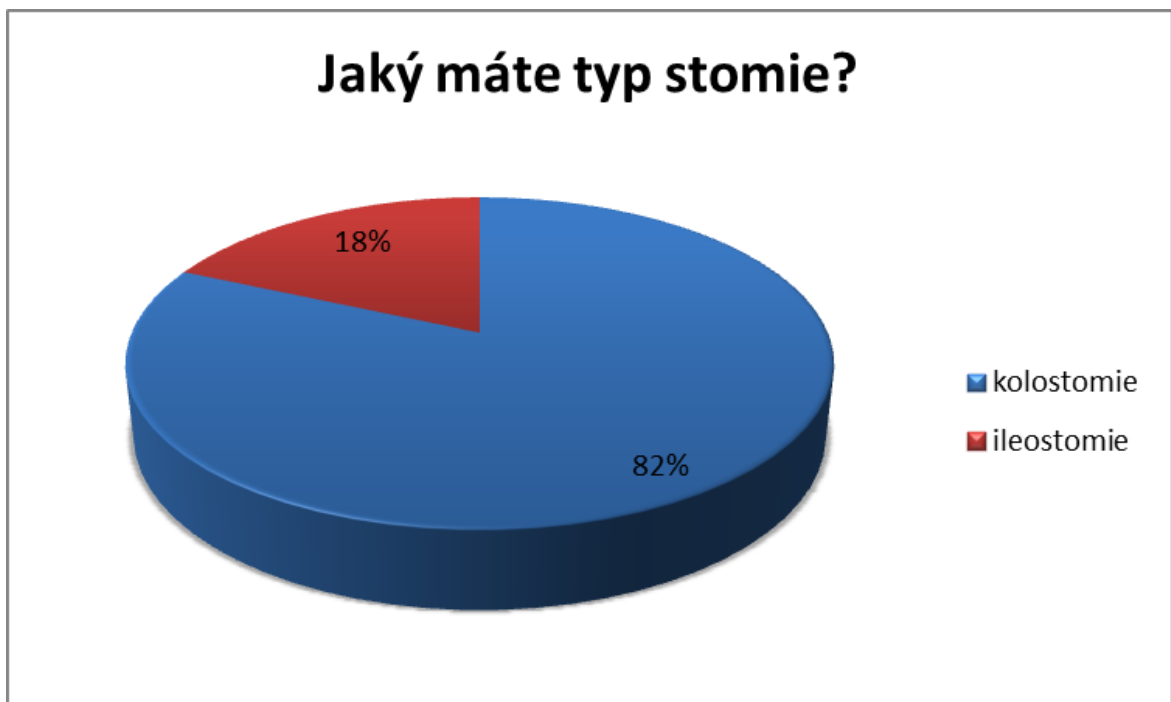
Vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
základní	10	8%
vyučen (a)	40	33%
středoškolské	49	41%
vysokoškolské	21	18%
Celkem	120	100%

Respondenti jsou zastoupeni ve všech kategoriích, a to takto: v kategorii základní vzdělání 10 (8%) respondentů, v kategorii vyučen (a) 40 (33%) respondentů, v kategorii středoškolské vzdělání 49 (41%) respondentů, šlo tedy o skupinu s největším počtem respondentů. A v kategorii vysokoškolské vzdělání bylo zastoupeno 21 (18%) respondentů.

Položka č. 4 – Typ stomie*Tab. 4. Jaký máte typ stomie?*

Typ stomie	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
kolostomie	98	82%
ileostomie	22	18%
Celkem	120	100%

Z tabulky vyplývá převaha klientů s kolostomií 98 (82%) respondentů. Klienti s ileostomií jsou zastoupeni počtem 22 (18%) respondentů.

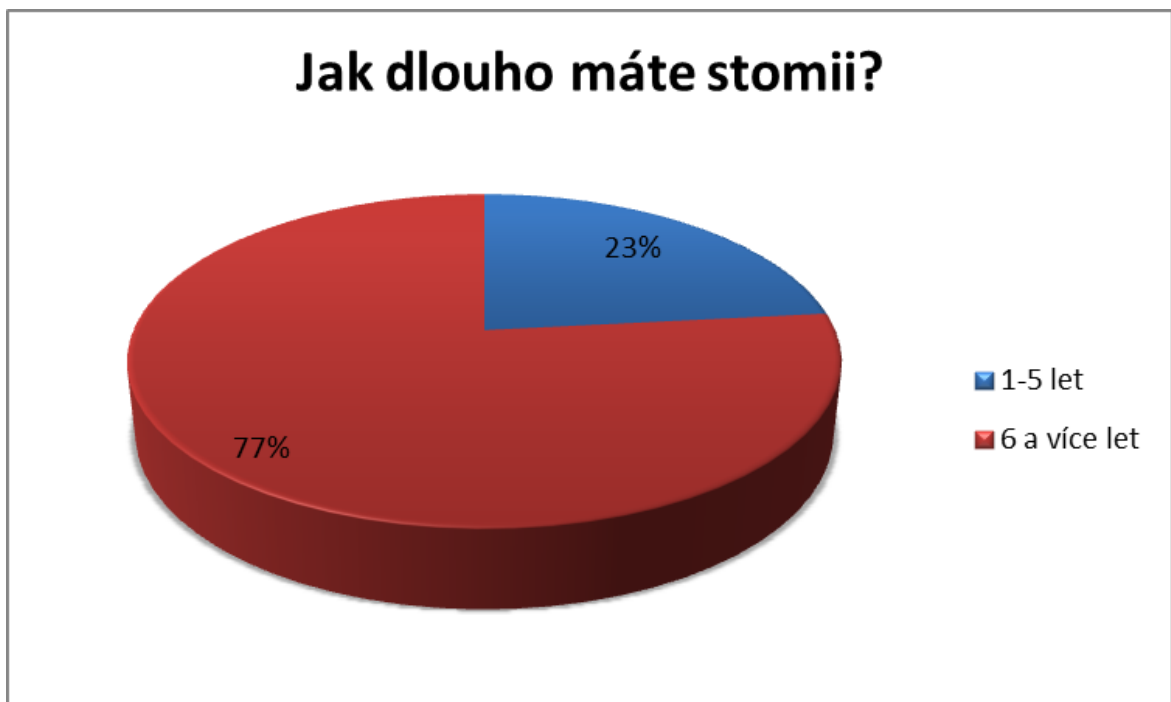


Graf 1 Jaký máte typ stomie?

Položka č. 5 – Délka založení stomie*Tab. 5. Jak dlouho máte stomii?*

Délka stomie	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
1-5 let	28	23%
6 a více let	92	77%
Celkem	120	100%

28 (23%) respondentů má založenou stomii 1 – 5 let, 6 a více let má založenou stomii 92 (77%) respondentů.



Graf 2 Jak dlouho máte stomii?

Položka č. 6 – Informace o důvodu založení stomie

Tab. 6. Kdo Vás informoval o důvodu založení stomie?

Informace o důvodu založení stomie	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
praktický lékař	5	4%
ošetřující lékař v nemocnici	110	92%
jiný	3	2%
neinformoval	2	2%
Celkem	120	100%

O důvodu založení stomie informoval 5 (4%) respondentů praktický lékař, 110 (92%) respondentů ošetřující lékař v nemocnici, 3 (2%) respondenty jiný odborník a 2 (2%) respondenti nebyli o důvodu založení stomie informováni.



Graf 3 Kdo Vás informoval o důvodu založení stomie?

Položka č. 7 – Informovanost o založení stomie

Tab. 7. Kde jste byl(a) informován(a) o založení stomie?

Informovanost o založení stomie	Absolutní četnost
v ordinaci praktického lékaře	4
v proktologické poradně	13
v nemocnici, před operací	78
v soukromí lékařské ordinace	24
v lékařské ordinaci, v přítomnosti jiné osoby	4
na pokoji, před ostatními pacienty	12
nikde	10
Celkem	145

V této položce bylo možno označit více možností. V ordinaci praktického lékaře byli informováni 4 respondenti, v proktologické poradně 13 respondentů, v nemocnici, před operací 78 respondentů, v soukromí lékařské ordinace 24 respondentů, v lékařské ordinaci, v přítomnosti jiné osoby 4 respondenti, na pokoji, před ostatními pacienty 12 respondentů a 10 respondentů nebylo informováno nikde.



Graf 4 Kde jste byl(a) informován(a) o založení stomie?

Položka č. 8 – Čas na doplňující dotazy*Tab. 8. Měl(a) jste dostatek času na doplňující dotazy?*

Čas na doplňující dotazy	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
ano	76	63%
ne	44	37%
Celkem	120	100%

U 76 (63%) respondentů byl dostatek času na doplňující dotazy, 44 (37%) respondentů nemělo dostatek času na doplňující dotazy.



Graf 5 Měl (a) jste dostatek času na doplňující dotazy?

Položka č. 9 – Kontakt se stomickou sestrou*Tab. 9. Kdy došlo ke kontaktu se stomickou sestrou?*

Kontakt se stomickou sestrou	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
před operací	20	17%
po operaci	82	68%
nedošlo	18	15%
Celkem	120	100%

U 20 (17%) respondentů došlo ke kontaktu se stomickou sestrou před operací, u 82 (68%) respondentů po operaci, a u 18 (15%) respondentů ke kontaktu se stoma sestrou nedošlo.



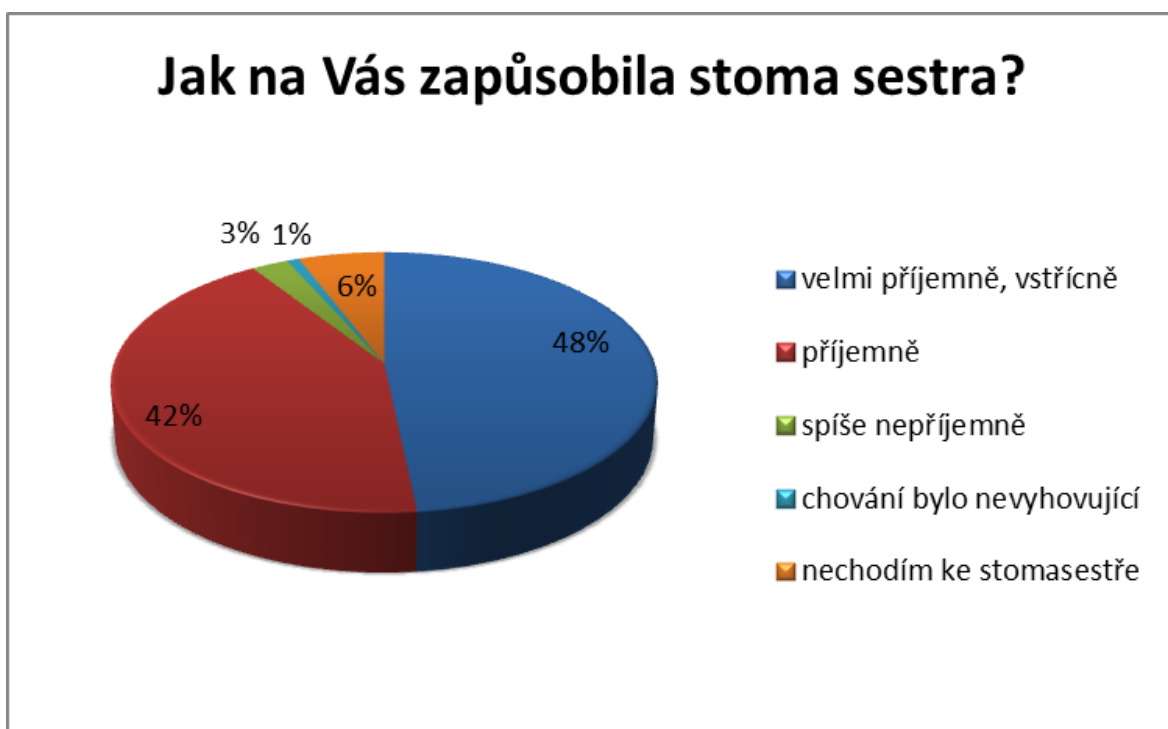
Graf 6 Kdy došlo ke kontaktu se stomickou sestrou?

Položka č. 10 – Jak zapůsobila stoma sestra

Tab. 10. Jak na Vás zapůsobila stoma sestra ?

Stoma sestra zapůsobila	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
velmi příjemně, vstřícně	58	48%
příjemně	51	43%
spíše nepříjemně	3	3%
nepříjemně	0	0%
chování bylo nevyhovující	1	1%
nechodím ke stomasestře	7	6%
Celkem	120	100%

Na 58 (48%) respondentů zapůsobila stoma sestra velmi příjemně a vstřícně, na 51 (43%) respondentů příjemně, na 3 (3%) respondenty spíše nepříjemně, 1 (1%) udává, že chování stoma sestry bylo nevyhovující a 7 (6%) ke stoma sestře nechodí.



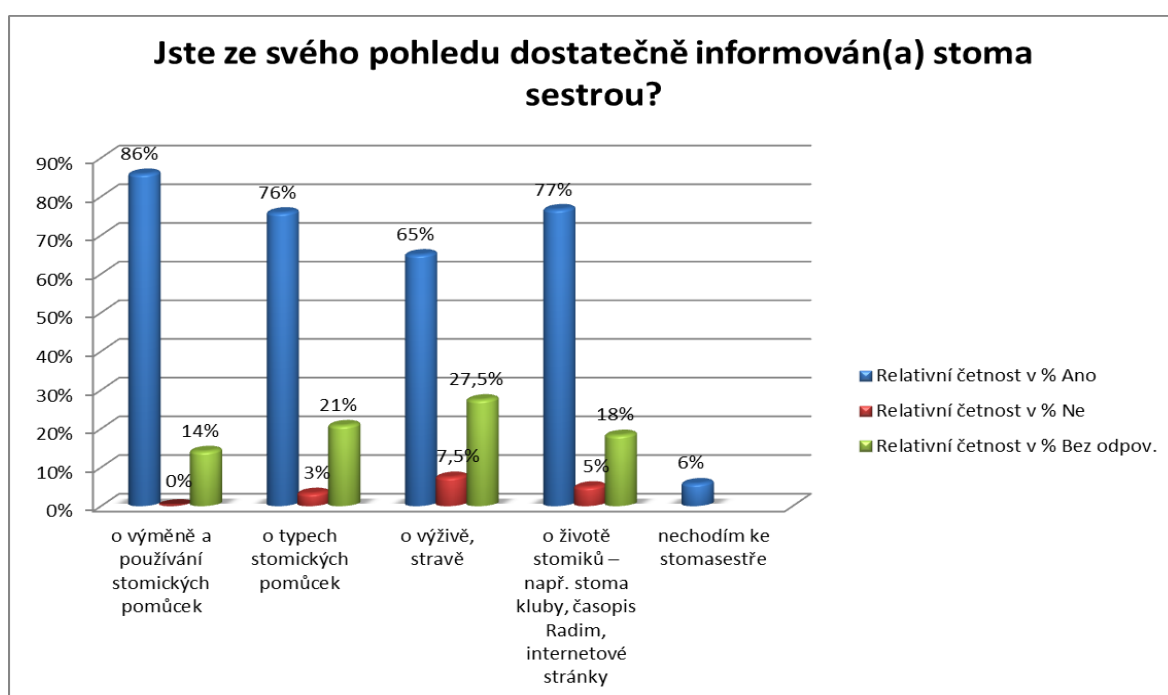
Graf 7 Jak na Vás zapůsobila stoma sestra?

Položka č. 11 – Informovanost stoma sestrou

Tab. 11. Jste ze svého pohledu dostatečně informován(a) stoma sestrou?

Informovanost stoma sestrou	Absolutní četnost			Relativní četnost v %		
	Ano	Ne	Bez odpov.	Ano	Ne	Bez odpov.
o výměně a používání stomických pomůcek	103	0	17	86%	0%	14%
o typech stomických pomůcek	91	4	25	76%	3%	21%
o výživě, stravě	78	9	33	65%	7,5%	27,5%
o životě stomiků – např. stoma kluby, časopis Radim, internetové stránky	92	6	22	77%	5%	18%
nechodím ke stomasestře		7			6%	

O výměně a používání stomických pomůcek bylo dostatečně informováno 103 (86%) respondentů, bez odpovědi ponechalo 17 (14%) respondentů, o typech stomických pomůcek bylo dostatečně informováno 91 (76%) respondentů, nedostatečně 4 (3%) respondenti, bez odpovědi ponechalo 25 (21%) respondentů. O výživě a stravě bylo dostatečně informováno 78 (65%) respondentů, nedostatečně 9 (7,5%) respondentů, bez odpovědi ponechalo 33 (27,5%) respondentů, o životě stomiků bylo dostatečně informováno 92 (77%) respondentů, nedostatečně 6 (5%) respondentů, bez odpovědi ponechalo 22 (18%) respondentů, ke stoma sestře nechodí 7 (6%) respondentů.



Graf 8 Jste ze svého pohledu dostatečně informován(a) stoma sestrou?

Položka č. 12 – Na koho se obrátíte v případě vzniklého problému

Tab. 12. Na koho se obrátíte v případě vzniklého problému?

V případě vzniklého problému	Absolutní četnost
praktický lékař	20
stoma sestra	88
rodinný příslušník	7
jiná osoba.....odborný lékař	28
jiné.....infolinka výrobce pomůcek, klub	5
Celkem	148

V této položce bylo možno označit více možností. V případě vzniklého problému se 20 respondentů obrátí na praktického lékaře, na stoma sestru 88 respondentů, na rodinného příslušníka 7 respondentů, na jinou osobu (odborný lékař) 28 respondentů, a jinam (infolinka výrobce pomůcek, klub) se obrátí 5 respondentů.



Graf 9 Na koho se obrátíte v případě vzniklého problému?

Položka č. 13 – Kde jste sledován po operaci

Tab. 13. Kde jste sledován(a) po operaci, po založení stomie?

Sledován po založení stomie	Absolutní četnost
praktický lékař	17
proktologická poradna	45
stomická sestra	64
jiné.....lékař v nemocnici	6
jiné.....onkologie	3
nikde	6
Celkem	141

V této položce bylo možno označit více možností. Po založení stomie je u praktického lékaře sledováno 17 respondentů, v proktologické poradně 45 respondentů, u stomické sestry 64 respondentů, u lékaře v nemocnici 6 respondentů, na onkologii 3 respondenti, a 6 respondentů není sledováno po operaci nikde.



Graf 10 Kde jste sledován (a) po operaci, po založení stomie?

Položka č. 14 – Čas na dotazy

Tab. 14. Máte dostatek času na doplňující dotazy?

Dostatek času na doplňující dotazy	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
ano	113	94%
ne	7	6%
Celkem	120	100%

Z tabulky vyplývá, že 113 (94%) respondentů má dostatek času na doplňující dotazy a 7 (6%) respondentů dostatek času nemá.



Graf č. 11: Máte dostatek času na doplňující dotazy?

Položka č. 15 – Dostatek času na problémy

Tab. 15. Věnuje lékař dostatek pozornosti Vaším problémům?

Dostatek pozornosti od lékaře	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
ano	115	96%
ne	5	4%
Celkem	120	100%

Lékař věnuje dostatek pozornosti 115 (96%) respondentům a jejich problémům, 5 (4%) respondentům dostatek času jejich problémům nevěnuje.



Graf 12 Věnuje lékař dostatek pozornosti Vaším problémům?

Položka č. 16 – Informace o novinkách

Tab. 16. Jak získáváte informace o novinkách v ošetřování stomie?

Získávání informací o novinkách	Absolutní četnost
od ošetřujícího lékaře	17
od praktického lékaře	5
od stoma sestry	86
od jiných stomiků	34
z internetu	25
z odborných časopisů	51
jinédistributoři pomůcek	9
jinéklub	14
Celkem	241

V této položce bylo možno označit více možností. Informace o novinkách v ošetřování stomie získává informace od ošetřujícího lékaře 17 respondentů, od praktického lékaře 5 respondentů, od stoma sestry 86 respondentů, od jiných stomiků 34 respondentů. Z internetu získává novinky o ošetřování stomie 25 respondentů, z odborných časopisů 51 respondentů, od distributorů pomůcek 9 respondentů a z klubu 14 respondentů.



Graf 13 Jak získáváte informace o novinkách v ošetřování stomie?

Položka č. 17 – Registrace ve stoma klubu

Tab. 17. Jste registrován(a) ve stoma klubu?

Registrace ve stoma klubu	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
ano	116	97%
ne	4	3%
Celkem	120	100%

Ve stoma klubech je registrováno 116 (97%) respondentů, 4 (3%) respondenti registrováni nejsou.



Graf 14 Jste registrován(a) ve stoma klubu?

Položka č. 18 – Informace o existenci klubu stomiků

Tab. 18. Odkud jste se dozvěděl(a) o existenci klubu stomiků?

Informace o existenci klubu stomiků	Absolutní četnost
od stoma sestry	71
od ošetřujícího lékaře	11
z internetu	10
z časopisu	15
od přátel	24
jsem zakládající člen	4
jiné.....linka stomiků, distributor pomůcek	3
Celkem	138

V této položce bylo možno označit více možností. O existenci stoma klubu se od stoma sestry dozvědělo 71 respondentů, od ošetřujícího lékaře 11 respondentů, z internetu 10 respondentů, z časopisu 15 respondentů. Od přátel se o existenci stoma klubu dozvědělo 24 respondentů, 4 respondenti byli zakládající členové klubu, z linky stomiků a od distributorů stomických pomůcek 3 respondenti.



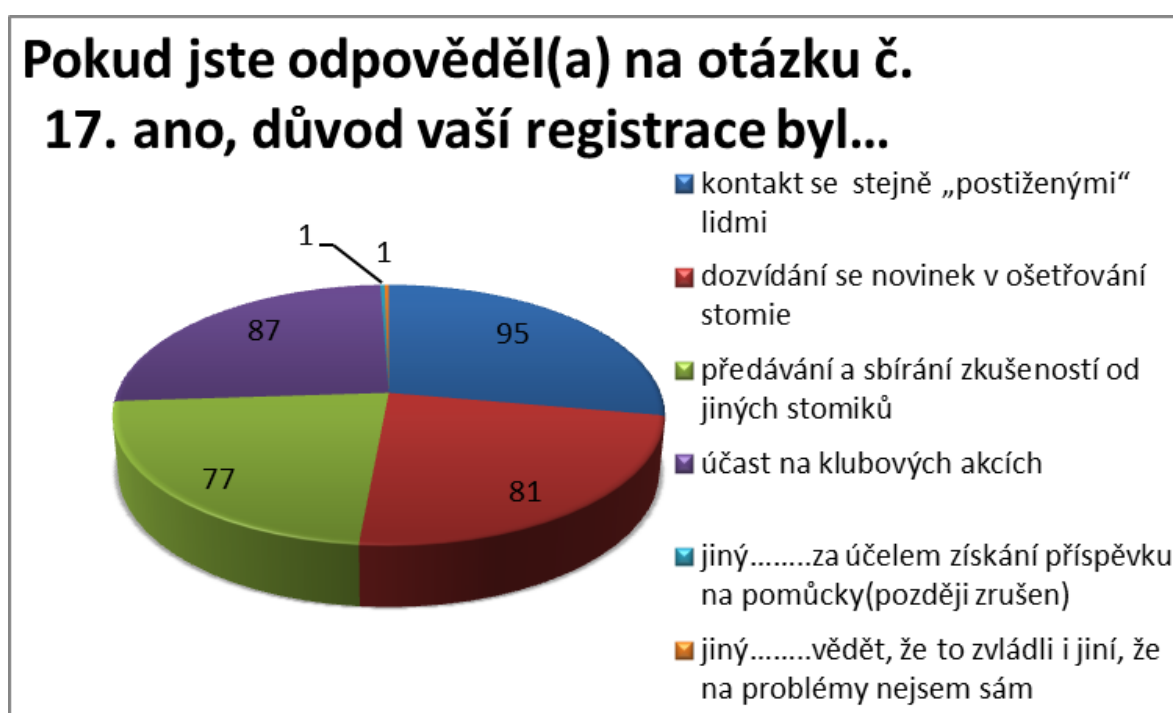
Graf 15 Odkud jste se dozvěděl (a) o existenci klubu stomiků?

Položka č. 19 – Důvod registrace

Tab. 19. Pokud jste odpověděl(a) na otázku č. 17. ano, důvod vaší registrace byl...

Důvod registrace ve stoma klubu	Absolutní četnost
kontakt se stejně „postiženými“ lidmi	95
dozvídání se novinek v ošetřování stomie	81
předávání a sbírání zkušeností od jiných stomiků	77
účast na klubových akcích	87
jiný.....za účelem získání příspěvku na pomůcky(později zrušen)	1
jiný.....vědět, že to zvládli i jiní, že na problémy nejsem sám	1
Celkem	342

V této položce bylo možno označit více možností. Pro 95 respondentů byl důvod registrace v klubu stomiků kontakt se stejně „postiženými“ lidmi, pro 81 respondentů byl důvod registrace dozvídání se novinek v ošetřování stomie, předávání a sbírání zkušeností od jiných stomiků uvedlo jako důvod registrace 77 respondentů, účast na klubových akcích uvedlo jako důvod 87 respondentů. Jiné důvody za účelem získání příspěvku na pomůcky – později zrušen, uvedl 1 respondent, a vědět, že to ostatní zvládli a že na problémy není člověk sám, uvedl 1 respondent.



Graf 16 Pokud jste odpověděl (a) na otázku č. 17. ano, důvod vaší registrace byl...

Položka č. 20 – Důvod neregistrování

Tab. 20. Pokud jste odpověděl(a) na otázku č. 17. ne, uveďte, prosím, důvod...

Důvod nezaregistrování se	Absolutní četnost
nechcete být v kontaktu se stejně „postiženými“ lidmi	2
nechcete, aby o Vašem onemocnění věděli další lidé	4
jiný.....o existenci klubu vím, až z dotazníku	1
Celkem	7

Důvodem neregistrování ve stoma klubu pro 2 respondenty byl ten, že nechtěli být v kontaktu se stejně „postiženými“ lidmi, pro 4 respondenty byl důvod neregistrování ten, že nechtěli, aby o onemocnění věděli i další lidé a 1 respondent se o existenci klubu dozvěděl až z dotazníku.



Graf 17 Pokud jste odpověděl (a) na otázku č. 17. ne, uveďte, prosím, důvod...

4.3 Výsledky šetření se zaměřením na jednotlivé cíle výzkumu

4.3.1 Výsledky šetření se zaměřením na cíl č. 1

Cílem je zjistit informovanost klientů před operací, po operaci a o následné péči o založenou stomii.

Tohoto cíle se týkaly položky č. 6, 7, 8, 12, 13, 14, 15, 16.

Položka č. 6 – Kdo Vás informoval o důvodu založení stomie?

O důvodu založení stomie informoval 5 (4%) respondentů praktický lékař, 110 (92%) respondentů ošetřující lékař v nemocnici, 3 (2%) respondenty jiný odborník a 2 (2%) respondenti nebyli o důvodu založení stomie informováni.

Položka č. 7 – Kde jste byl (a) informován (a) o založení stomie? (možno zakroužkovat více možností).

V ordinaci praktického lékaře byli informováni 4 respondenti, v proktologické poradně 13 respondentů, v nemocnici, před operací 78 respondentů, v soukromí lékařské ordinace 24 respondentů, v lékařské ordinaci, v přítomnosti jiné osoby 4 respondenti, na pokoji, před ostatními pacienty 12 respondentů a nikde nebylo informováno 10 respondentů.

Položka č. 8 – Měl jste dostatek času na doplňující dotazy?

U 76 (63%) respondentů byl dostatek času na doplňující dotazy, 44 (37%) respondentů nemělo dostatek času na doplňující dotazy.

Položka č. 12 – Na koho se obrátíte v případě vzniklého problému?

V případě vzniklého problému se 20 respondentů obrátí na praktického lékaře, na stoma sestru 88 respondentů, na rodinného příslušníka 7 respondentů, na jinou osobu (odborný lékař) 28 respondentů, a jinam (infolinka výrobce pomůcek, klub) se obrátí 5 respondentů.

Položka č. 13 – Kde jste sledován po operaci, po založení stomie?

Po založení stomie je u praktického lékaře sledováno 17 respondentů, v proktologické poradně 45 respondentů, u stomické sestry 64 respondentů, u lékaře v nemocnici 6 respondentů, na onkologii 3 respondenti, a 6 respondentů není sledováno po operaci nikde.

Položka č. 14 – Máte dostatek času na doplňující dotazy?

Z tabulky vyplývá, že 113 (94%) respondentů má dostatek času na doplňující dotazy a 7 (6%) respondentů dostatek času nemá.

Položka č. 15 – Věnuje lékař dostatek pozornosti Vaším problémům?

Lékař věnuje dostatek pozornosti 115 (96%) respondentům a jejich problémům, 5 (4%) respondentům dostatek času jejich problémům nevěnuje.

Položka č. 16 – Jak získáváte informace o novinkách v ošetřování stomie?

Informace o novinkách v ošetřování stomie získává informace od ošetřujícího lékaře 17 respondentů, od praktického lékaře 5 respondentů, od stoma sestry 86 respondentů, od jiných stomiků 34 respondentů. Z internetu získává novinky o ošetřování stomie 25 respondentů, z odborných časopisů 51 respondentů, od distributorů pomůcek 9 respondentů a z klubu 14 respondentů.

4.3.2 Výsledky šetření se zaměřením na cíl č. 2

Cílem je zjistit postavení stoma sestry ve zdravotnickém zařízení z pohledu klienta.

Tohoto cíle se týkaly položky č. 9, 10, 11.

Položka č. 9 – Kdy došlo ke kontaktu se stomickou sestrou?

U 20 (17%) respondentů došlo ke kontaktu se stomickou sestrou před operací, u 82 (68%) respondentů po operaci, a u 18 (15%) respondentů ke kontaktu se stoma sestrou nedošlo.

Položka č. 10 – Jak na Vás zapůsobila stoma sestra?

Na 58 (48%) respondentů zapůsobila stoma sestra velmi příjemně a vstřícně, na 51 (43%) respondentů příjemně, na 3 (3%) respondenty spíše nepříjemně, 1 (1%) udává, že chování stoma sestry bylo nevyhovující a 7 (6%) ke stoma sestře nechodí.

Položka č. 11 – Jste ze svého pohledu dostatečně informován stoma sestrou? (prosím o označení odpovědi u každé možnosti).

O výměně a používání stomických pomůcek bylo dostatečně informováno 103 (86%) respondentů, bez odpovědi ponechalo 17 (14%) respondentů, o typech stomických pomůcek bylo dostatečně informováno 91 (76%) respondentů, nedostatečně 4 (3%) respondenti, bez odpovědi ponechalo 25 (21%) respondentů. O výživě a stravě bylo dostatečně informováno 78 (65%) respondentů, nedostatečně 9 (7,5%) respondentů, bez odpovědi ponechalo 33 (27,5%) respondentů, o životě stomiků bylo dostatečně informováno 92 (77%) respondentů, nedostatečně 6 (5%) respondentů, bez odpovědi ponechalo 22 (18%) respondentů, ke stoma sestře nechodí 7 (6%) respondentů.

4.3.3 Výsledky šetření se zaměřením na cíl č. 3

Cílem je zjistit, zda jsou klienti ochotni se registrovat nebo neregistrovat ve stoma klubu a proč.

Tohoto cíle se týkaly položky č. 17, 18, 19, 20.

Položka č. 17 – Jste registrován (a) ve stoma klubu?

Ve stoma klubech je registrováno 116 (97%) respondentů, 4 (3%) respondenti registrováni nejsou.

Položka č. 18 – Odkud jste se dozvěděl (a) o existenci klubu stomiků?

O existenci stoma klubu se od stoma sestry dozvědělo 71 respondentů, od ošetřujícího lékaře 11 respondentů, z internetu 10 respondentů, z časopisu 15 respondentů. Od přátel se o existenci stoma klubu dozvědělo 24 respondentů, 4 respondenti byli zakládající členové klubu, z linky stomiků a od distributorů stomických pomůcek 3 respondenti.

Položka č. 19 – Pokud jste odpověděl (a) na otázku č. 17 ano, důvod vaší registrace byl... (možno zaznačit více možností).

Pro 95 respondentů byl důvod registrace v klubu stomiků kontakt se stejně „postiženými“ lidmi, pro 81 respondentů byl důvod registrace dovidání se novinek v ošetřování stomie, předávání a sbírání zkušeností od jiných stomiků uvedlo jako důvod registrace 77 respondentů, účast na klubových akcích uvedlo jako důvod 87 respondentů. Jiné důvody za účelem získání příspěvku na pomůcky – později zrušen, uvedl 1 respondent, a vědět, že to ostatní zvládli a že na problémy není člověk sám, uvedl 1 respondent.

Položka č. 20 – Pokud jste odpověděl (a) na otázku č. 17 ne, uveďte, prosím, důvod... (možno zaznačit více možností).

Důvodem neregistrování ve stoma klubu pro 2 respondenty byl ten, že nechtěli být v kontaktu se stejně „postiženými“ lidmi, pro 4 respondenty byl důvod neregistrování ten, že nechtěli, aby o onemocnění věděli i další lidé a 1 respondent se o existenci klubu dozvěděl až z dotazníku.

5 DISKUZE

V diskusní části této bakalářské práce bylo provedeno zhodnocení a současně vyjádření k získaným výsledkům celého výzkumného šetření.

Výzkumného šetření se zúčastnilo 120 (100%) respondentů. Jednalo se o muže i ženy, stomiky z různých stoma klubů a stoma poradny Nemocnice Hranice a.s.

Jednotlivé zastoupení respondentů ve výzkumném šetření bylo následující: Slezský klub stomiků Ostrava 47 respondentů, FIT ILCO ČR - Praha 30 respondentů, Klub stomiků okresu Nový Jičín 9 respondentů, Klub stomiků Brno 30 respondentů, stoma poradna Nemocnice Hranice a.s. 4 respondenti.

Z větší části byli zastoupeni muži a to v počtu 66 (55%) respondentů. Počet žen byl nepatrně menší 54 (45%). Nejvíce respondentů bylo zastoupeno ve věkové hranici 71 a více let a to 45 (37%) respondentů. Nejvíce respondentů bylo středoškolsky vzdělaných a to 49 (41%). Převažovali klienti s kolostomií 98 (82%) respondentů. Založenou stomii 6 a více let mělo 92 (77%) respondentů.

Prvním cílem této bakalářské práce bylo zjistit informovanost klientů před operací, po operaci a o následné péči o založenou stomii. K tomuto cíli byly v dotazníku určeny položky č. 6, 7, 8, 12, 13, 14, 15, 16.

Tento cíl jsem následně rozdělila do dvou částí, informovanost před operací, dále informovanost po operaci a následné péči o založenou stomii.

K informovanosti před operací se vztahovaly položky č. 6, 7, 8.

O důvodu založení stomie informoval nejvíce klientů a to 110 (92%) respondentů ošetřující lékař v nemocnici. Místem, kde došlo k informování o založení stomie uvedl největší počet klientů nemocnici, před operací 78 respondentů, v soukromí lékařské ordinace 24 respondentů. Dostatek času na doplňující dotazy uvedlo 76 (63%) respondentů. Při zpracovávání této položky mě překvapil vysoký počet respondentů, kteří uvedli, že neměli dostatek času na doplňující dotazy, jednalo se o 44 (37%) respondentů a dále jsem byla překvapena poměrně vysokým počtem respondentů, kteří byli informováni na pokoji před ostatními pacienty, jednalo se o 12 respondentů.

Z výsledku tohoto šetření vyplývá, že klienti jsou o založení stomie informováni lékařem v nemocnici před operací, v soukromí lékařské ordinace a na doplňující dotazy mají dostatek času.

K informovanosti po operaci a následné péči o založenou stomii se vztahovaly položky č. 12, 13, 14, 15, 16.

V případě vzniklého problému se 88 respondentů obrátí na stoma sestru.

Po operaci, po založení stomie je u stomické sestry sledováno 64 respondentů. Dostatek času na doplňující dotazy uvedlo 113 (94%) respondentů. Lékař věnuje dostatek pozornosti 115 (96%) respondentům. Informace o novinkách v ošetřování stomie získává největší počet klientů od stoma sestry 86 respondentů.

Z výsledku výzkumného šetření vyplývá, že v případě vzniklého problému se nejvíce respondentů obrátí na stoma sestru, současně je u ní také nejvíce respondentů po operaci sledováno. Lékař věnuje klientům a jejich problémům dostatek pozornosti a klienti mají dostatek času na doplňující dotazy. Novinky v ošetřování stomie získávají klienti od stoma sestry. Tyto výsledky, které se týkají práce stoma sestry, se prolínají i do druhého cíle, kdy bylo cílem zjistit postavení stoma sestry.

Druhým cílem výzkumného šetření bylo zjistit postavení stoma sestry ve zdravotnickém zařízení z pohledu klienta.

Tohoto cíle se týkaly položky č. 9, 10, 11.

Ke kontaktu se stoma sestrou došlo u 82 (68%) respondentů po operaci, pouze u 20 (17%) respondentů došlo ke kontaktu před operací. U zpracovávání této položky mě překvapil poměrně vysoký počet respondentů 18 (15%), kteří uvedli, že ke kontaktu se stoma sestrou nedošlo. Stoma sestra zapůsobila velmi příjemně a vstřícně na 58 (48%) respondentů a na 51 (43%) příjemně. O výměně a používání stomických pomůcek bylo stoma sestrou dostatečně informováno 103 (86%) respondentů, o typech stomických pomůcek bylo dostatečně informováno 91 (76%) respondentů, o výživě a stravě bylo dostatečně informováno 78 (65%) respondentů, o životě stomiků bylo dostatečně informováno 92 (77%) respondentů.

Z výsledku šetření vyplývá, že u většiny klientů ke kontaktu se stoma sestrou došlo před operací, a stoma sestra zapůsobila na klienty velmi příjemně a vstřícně. Klienti byli dosta-

tečně informování o výměně a používání stomických pomůcek, typech stomických pomůcek, o výživě a stravě a o životě stomiků.

Třetím cílem bylo zjistit, zda jsou klienti ochotni se registrovat nebo neregistrovat ve stoma klubu a proč.

Tohoto cíle se týkaly položky č. 17, 18, 19, 20.

Ve stoma klubech je registrováno 116 (97%) respondentů. O existenci klubu stomiků se nejvíce respondentů 71 dozvědělo od stoma sestry. Pro 95 respondentů byl důvod registrace ve stoma klubu kontakt se stejně „postiženými“ lidmi. Důvodem pro neregistrování se ve stoma klubu byl pro 4 respondenty ten, že nechtěli, aby o onemocnění věděli i ostatní lidé. Při zpracovávání této položky jsem byla překvapena tím, že se jeden respondent o existenci klubu dověděl až z dotazníku, při zpětném kontaktu jsem se dozvěděla, že se ve stoma klubu zaregistroval.

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že klienti se stomií jsou ve stoma klubech registrováni. Tento výsledek ale považuji za zkreslený, protože byly osloveny převážně stoma kluby. O existenci klubu stomiků se respondenti dozvěděli od stoma sestry. Důvodem registrace byl kontakt se stejně „postiženými“ lidmi, naopak důvod neregistrování byl ten, že respondenti nechtěli, aby o jejich onemocnění věděli ostatní lidé.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce byla zaměřena na klienty se založenou stomií a na jejich následný život.

Téma této práce nebylo zvoleno náhodně, ale na základě vlastních zkušeností, kdy se jako všeobecná sestra setkávám s klienty se založenou stomií. Tato problematika mě velmi zaujala a vybrala jsem si ji jako téma výzkumného šetření. Snahou bylo získat co nejvíce informací k tomuto tématu.

Výzkumné šetření ukázalo, že klienti jsou dostatečně informováni jak před operací, tak po operaci a lékař má na jejich dotazy a problémy dostatek času.

Dále z výzkumného šetření vyplynulo, že stoma sestra má v následném životě klientů se založenou stomií velký a nezastupitelný význam. Klienti jsou stoma sestrou dostatečně a kvalitně edukováni a mají v ní velkou oporu.

Registrování se ve stoma klubech, účast na klubových akcích a kontakt s ostatními stomiky pomáhá zvládnout tuto zátěžovou situaci, je velmi důležité vědět, že na nemoc a problémy tady není člověk sám a má se na koho obrátit. Stomik by měl vědět, že stomie je řešení závažného zdravotního problému, a že může jít o život zachraňující výkon.

Stomie vyžaduje každodenní péči, ale je důležité vědět, že může žít skoro normální život. Stomie pro mnoho lidí znamená určité stigma, lidé to tají mnohdy i před vlastní rodinou.

Sama jsem se setkala při oslovení stoma klubů pouze se vstřícným a chápavým přístupem, oslovení vedoucí klubů měli zájem zasílat informace o dalším životě stomiků, noví stomici jsou vítáni.

O tuto bakalářskou práci projevily zájem dva oslovené stoma kluby (Praha, Ostrava), práce bude zaslána vedoucím těchto klubů: Ing. Marii Ředinové ředitelce Českého ILCO, vedoucí FIT ILCO Praha a Doc. RNDr. Pavlu Kremlovi, CSc. ze Slezského klubu stomiků Ostrava.

Dne 25. 8. 2011 bude v Nemocnici Hranice a.s. na schůzi stoma poradny a chirurgického oddělení přednáška z této bakalářské práce Život se stomií, a jeden výtisk zůstane pro stoma poradnu.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ČERNÝ, J.; *Špeciálna chirurgia: chirurgia tráviacej rúry*. 2. vyd. Martin: Osveta, 1990. 512 s. ISBN 80-217-0056-4.

GROFOVÁ, Z.; *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 240 s. ISBN 978-80-247-1868-2.

GREWE, H.; KREMER, K.; *Atlas chirurgických operací*. Praha: Grada, Avicenum, 1993. 724 s. ISBN 80-7169-028-7.

KOZIEROVÁ, B.; ERBOVÁ, G.; OLIVIERIOVÁ, R.; *Ošetrovatelstvo: Konceptia, ošetrovateľský proces a prax*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.

MANN, M.; *Chirurgická léčba zhoubných nádorů trávicího ústrojí*. Kyjov: Miroslav Mann, 1990. 263 s. ISBN 80-201-0080-6.

MIKŠOVÁ, Z.; FROŇKOVÁ, M.; ZAJÍČKOVÁ, M.; *Kapitoly z ošetrovateľskej péče II*. 1. vyd. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. 172 s. ISBN 80-247-1443-4.

MOUREK, J.; *Fyziologie: učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 204 s. ISBN 80-247-1190-7.

OTRADOVCOVÁ, I., et al. *Komplexní péče o pacienta se stomií*. Praha: Galén, 2006. 54 s. ISBN 80-7262-432-6.

SLEZÁKOVÁ, L., et al. *Ošetrovatelství v chirurgii I.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 264 s. ISBN 978-80-247-3129-2.

SLEZÁKOVÁ, L., et al. *Ošetrovatelství v chirurgii II.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 304 s. ISBN 978-80-247-3130-8.

ŠAMÁNKOVÁ, M., et al. *Základy ošetrovatelství pro studující lékařských fakult 1. a 2. díl.* 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 274 s. ISBN 80-246-0477-9.

TRACHTOVÁ, E., et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu.* 1. vyd. Brno: IDV PZ, 1999. 186 s. ISBN 80-7013-285-X.

VYHNÁNEK, F., et al. *Chirurgie II: pro střední zdravotnické školy.* 1. vyd. Praha: Informatorium, 1997. 185 s. ISBN 80-86073-13-0.

WAY, L. W., et al. *Současná chirurgická diagnostika a léčba 1. a 2. díl.* 1. české vydání. Praha: Grada Publishing, 1998. 1660 s. ISBN 80-7169-397-9.

ZACHOVÁ, V., et al. *Stomie.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 200 s. ISBN 978-80-247-3256-5.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

aj.	a jiné.
apod.	a podobně.
atd.	a tak dále.
cm	centimetr.
CSc.	titul.
č.	číslo.
doc.	titul.
GIT	gastrointestinální trakt.
Ing.	titul.
Kč	korun českých.
kg	kilogram.
ks	kus (ů).
l	litr.
m	metr.
ml	mililitr.
MUDr.	titul.
např.	například.
obr.	obrázek.
popř.	popřípadě.
př. n. l.	před naším letopočtem.
RNDr	titul.
s.	strana.
tab.	tabulka.
tj.	to je.

tzn. to znamená.

tzv. takzvané.

VIP vazoaktivní intestinální peptid.

vyd. vydání.

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 – Jaký máte typ stomie?	s. 47
Graf č. 2 – Jak dlouho máte stomii?	s. 48
Graf č. 3 – Kdo Vás informoval o důvodu založení stomie?	s. 49
Graf č. 4 – Kde jste byl informován (a) o založení stomie?	s. 50
Graf č. 5 – Měl jste dostatek času na doplňující dotazy?	s. 51
Graf č. 6 – Kdy došlo ke kontaktu se stomickou sestrou?	s. 52
Graf č. 7 – Jak na Vás zapůsobila stoma sestra?	s. 53
Graf č. 8 – Jste ze svého pohledu dostatečně informován stoma sestrou?	s. 54
Graf č. 9 – Na koho se obrátíte v případě vzniklého problému?	s. 55
Graf č. 10 – Kde jste sledován po operaci, po založení stomie?	s. 56
Graf č. 11 – Máte dostatek času na doplňující dotazy?	s. 57
Graf č. 12 – Věnuje lékař dostatek pozornosti Vaším problémům?	s. 58
Graf č. 13 – Jak získáváte informace o novinkách v ošetřování stomie?	s. 59
Graf č. 14 – Jste registrován (a) ve stoma klubu?	s. 60
Graf č. 15 – Odkud jste se dozvěděl o existenci klubu stomiků?	s. 61
Graf č. 16 – Pokud jste odpověděl (a) na otázku č. 17 ano, důvod Vaší registrace byl...	s. 62
Graf č. 17 – Pokud jste odpověděl (a) na otázku č. 17 ne, uveďte, prosím, důvod...	s. 63

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 – Pohlaví	s. 46
Tabulka č. 2 – Věk	s. 46
Tabulka č. 3 – Vzdělání	s. 46
Tabulka č. 4 – Jaký máte typ stomie?	s. 47
Tabulka č. 5 – Jak dlouho máte stomii?	s. 48
Tabulka č. 6 – Kdo Vás informoval o důvodu založení stomie?	s. 49
Tabulka č. 7 – Kde jste byl (a) informován (a) o založení stomie?	s. 50
Tabulka č. 8 – Měl jste dostatek času na doplňující dotazy?	s. 51
Tabulka č. 9 – Kdy došlo ke kontaktu se stomickou sestrou?	s. 52
Tabulka č. 10 – Jak na Vás zapůsobila stomická sestra?	s. 53
Tabulka č. 11 – Jste ze svého pohledu dostatečně informován stoma sestrou?	s. 54
Tabulka č. 12 – Na koho se obrátíte v případě vzniklého problému?	s. 55
Tabulka č. 13 – Kde jste sledován po operaci, po založení stomie?	s. 56
Tabulka č. 14 – Máte dostatek času na doplňující dotazy?	s. 57
Tabulka č. 15 – Věnuje lékař dostatek pozornosti Vaším problémům?	s. 58
Tabulka č. 16 – Jak získáváte informace o novinkách v ošetřování stomie?	s. 59
Tabulka č. 17 – Jste zaregistrován ve stoma klubu?	s. 60
Tabulka č. 18 – Odkud jste se dozvěděl o existenci klubu stomiků?	s. 61
Tabulka č. 19 – Pokud jste odpověděl (a) na otázku č. 17 ano, důvod Vaší registrace byl...	s. 62
Tabulka č. 20 – Pokud jste odpověděl (a) na otázku č. 17 ne, uveďte, prosím důvod...	s. 63

SEZNAM PŘÍLOH

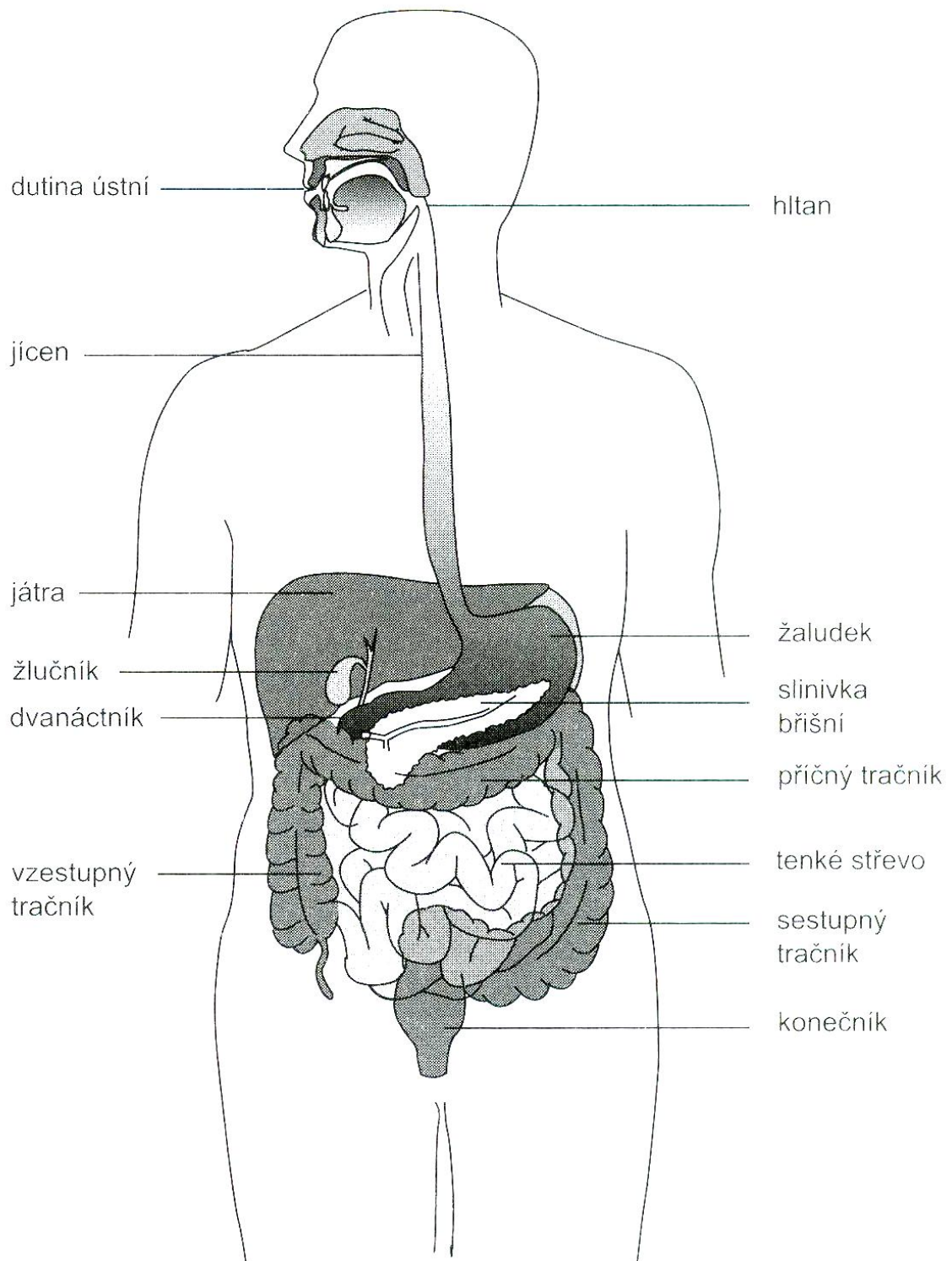
Příloha P1 – Schéma trávící trubice

Příloha P2 – Charta práv pacienta se stomií

Příloha P3 – Dotazník (3 strany)

Příloha P4 – Žádost o umožnění dotazníkového šetření

PŘÍLOHA P1: SCHÉMA TRÁVICÍ TRUBICE



PŘÍLOHA P2: CHARTA PRÁV PACIENTA SE STOMIÍ

Schváleno valným shromážděním delegátů na 11. světovém kongresu IOA, Porto, září 2004.

Český překlad publikován v: Zpravodaj ILCO – informační bulletin pro nositele ileostomií, kolostomií a urostomií, 2005, č. 1, s. 14.

Každý stomik má právo:

1. Na předoperační poradenství, aby si byl plně vědom významu operace a znal základní skutečnosti o životě se stomií
2. Na dobře provedenou, vhodně umístěnou stomii, s plným a přiměřeným přihlédnutím k pohodlí pacienta
3. Na kvalitní a profesionální lékařskou a ošetrovatelskou péči i psychosociální podporu v předoperačním i pooperačním období, v nemocnici i ve své komunitě
4. Na podporu a informovanost rodiny, známých a přátel, aby lépe chápali podmínky a změny, nutné k dosažení uspokojivé úrovně stomikova života
5. Na úplnou a objektivní informaci o vhodných pomůckách a výrobcích, které jsou v jeho zemi k dispozici
6. Na možnost neomezeného výběru dostupných stomických pomůcek
7. Na informace o organizacích stomiků v jeho vlasti a o službách a podpoře, které poskytují
8. Na ochranu proti jakékoli formě diskriminace

Mezinárodní asociace stomiků (International ostomy association) deklaruje jako svůj cíl realizaci této Charty ve všech zemích světa

PŘÍLOHA P3: DOTAZNÍK

Vážený respondente, respondentko!

Jsem studentkou 3. ročníku Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, oboru Všeobecná sestra, kombinované studium. Chtěla bych Vás požádat o spolupráci při vyplnění dotazníku.

Tento dotazník je anonymní a zjištěné údaje budou použity pouze při zpracování mé bakalářské práce – Život se stomií a budou chráněny před zneužitím.

Správnou odpověď, prosím, zakroužkujte, popř. doplňte.

Děkuji za pochopení a ochotu.

S pozdravem.

Andrea Doležalová.

1, Jaké je Vaše pohlaví?

a, žena

b, muž

2, Jaký je Váš věk?

a, 30 – 40

b, 41 – 50

c, 51 – 60

d, 61 – 70

e, 71 a více

3, Jaké je Vaše vzdělání?

a, základní

b, vyučen (a)

c, středoškolské

d, vysokoškolské

4, Jaký máte typ stomie?

a, kolostomie

b, ileostomie

5, Jak dlouho máte stomii?

a, 1 – 5 let

b, 6 a více let

6, Kdo Vás informoval o důvodu založení stomie?

a, praktický lékař

b, ošetřující lékař v nemocnici

c, jiný

d, neinformoval

7, Kde jste byl (a) informován (a) o založení stomie? (možno zakroužkovat více možností)

a, v ordinaci praktického lékaře

b, v proktologické poradně

- c, v nemocnici, před operací
- d, v soukromí lékařské ordinace
- e, v lékařské ordinaci, v přítomnosti jiné osoby
- f, na pokoji, před ostatními pacienty
- g, nikde

8, Měl (a) jste dostatek času na doplňující dotazy?

- a, ano
- b, ne

9, Kdy došlo ke kontaktu se stomickou sestrou?

- a, před operací
- b, po operaci
- c, nedošlo

10, Jak na Vás zapůsobila stoma sestra?

- a, velmi příjemně, vstřícně
- b, příjemně
- c, spíše nepříjemně
- d, nepříjemně
- e, chování bylo nevyhovující
- f, nechodím ke stoma sestře

11, Jste ze svého pohledu dostatečně informován (a) stoma sestrou: (prosím o zaznamenání odpovědi u každé možnosti)

- | | |
|---|----------|
| a, o výměně a používání stomických pomůcek | ano - ne |
| b, o typech stomických pomůcek | ano - ne |
| c, o výživě, stravě | ano - ne |
| d, o životě stomiků – např. stoma kluby, časopis Radim, internetové stránky | ano – ne |

12, Na koho se obrátíte v případě vzniklého problému?

- a, praktický lékař
- b, stoma sestra
- c, rodinný příslušník
- d, jiná osoba

13, Kde jste sledován (a) po operaci, po založení stomie?

- a, praktický lékař
- b, proktologická poradna
- c, stomická sestra
- d, jiné
- e, nikde

14, Máte dostatek času na doplňující dotazy?

- a, ano
- b, ne

15, Věnuje lékař dostatek pozornosti Vaším problémům?

a, ano

b, ne

16, Jak získáváte informace o novinkách v ošetřování stomie?

a, od ošetřujícího lékaře

b, od praktického lékaře

c, od stoma sestry

d, od jiných stomiků

e, z internetu

f, z odborných časopisů

g, jiné

17, Jste registrován(a) ve stoma klubu?

a, ano

b, ne

18, Odkud jste se dozvěděl (a) o existenci klubu stomiků?

a, od stoma sestry

b, od ošetřujícího lékaře

c, z internetu

d, z časopisu

e, od přátel

f, jsem zakládající člen

g, jiné

**19, Pokud jste odpověděl (a) na otázku č. 17. ano, důvod vaší registrace byl... (možno
zaznačit více možností)**

a, kontakt se stejně „postiženými“ lidmi

b, dozvídaní se novinek v ošetřování stomie

c, předávání a sbírání zkušeností od jiných stomiků

d, účast na klubových akcích

e, jiný (prosím, uveďte).....

**20, Pokud jste odpověděl (a) na otázku č. 17. ne, uveďte, prosím, důvod... (možno
zaznačit více možností)**

a, nechcete být v kontaktu se stejně „postiženými“ lidmi


b, nechcete, aby o Vašem onemocnění věděli další lidé

c, jiný (prosím, uveďte).....

Děkuji Vám za ochotu a za Váš čas.

Andrea Doležalová.

PŘÍLOHA P4: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Andrea Doležalová
Téma bakalářské práce	Život se stomii
Skupina respondentů	Klienti stoma poradny
Pracoviště	Nemocnice Hranice a.s.

Děkujeme za pochopení a spolupráci.



Ve Zlíně dne *10.12.2010*

Mgr. Anna Krátká
Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka Ústavu ošetrovatelství

[Signature]
.....
razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Mgr. Dana Klimešová
tel: +420 577 008 137, e-mail: klimesova@fhs.utb.cz, izs@fhs.utb.cz