

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2013

Jaroslava Benešová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B 5341

Jaroslava Benešová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5342R009

EDUKACE NEMOCNÉHO SE STOMÍÍ

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Jiřina Uhrová

Plzeň 2013

Oficiální zadání

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 29. 3. 2013

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Jiřině Uhrové za odborné vedení práce, cenné rady a připomínky. Dále děkuji rodině a spolupracovníkům za trpělivost a pochopení.

Anotace

Příjmení a jméno: Benešová Jaroslava

Název práce: Edukace nemocného se stomií

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Vedoucí práce: Mgr. Jiřina Uhrová

Počet stran - číslované: 54

Počet stran - nečíslované: 24

Počet příloh: 9

Počet titulů použité literatury: 35

Klíčová slova: edukace, edukační proces, kvalita života, stomie, stoma sestra.

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá edukací nemocných se stomií. V teoretické části se zaměřuji na stomie trávicího systému, edukaci, předoperační, pooperační a dlouhodobou edukaci nemocného se stomií a obecnou charakteristiku kvality života.

V praktické části popisuji kvalitativní výzkumné šetření, zrealizované formou polostandardizovaného rozhovoru u nemocných se založenou stomií trávicího systému.

Jako doplňkovou metodu výzkumu jsem využila dotazník kvality života SEIQoL.

Annotation

Surname und name: Benešová Jaroslava

Department: Faculty of Nursing und Obstetrics Assistance

Title of thesis: Education of the patients with a stoma

Consultant: Mgr. Jiřina Uhrová

Number of pages - numbered: 54

Number of pages - unnumbered: 24

Number of appendices: 9

Number of literature items used: 35

Key words: education, education process, quality of life, stoma, stoma nurses.

Summary:

This labor occupies with education of patients with colostomy. In the theoretical part there are described types of stomas at gastrointestinal tract, preoperative, postoperative and long term education of patients with stoma and general characteristics of quality of life of these patients.

In the practical part I described qualitative research survey, realized by semi standardized interview, at patients with stoma at gastrointestinal tract. There was used questionnaire of quality of life SEIQoL.

OBSAH

| | |
|---|-----------|
| ÚVOD..... | 9 |
| TEORETICKÁ ČÁST..... | 10 |
| 1 ANATOMIE a FYZIOLOGIE TRÁVICÍHO SYSTÉMU..... | 10 |
| 1.1 Anatomie trávicího systému | 10 |
| 1.2 Fyziologie trávicího systému | 12 |
| 2 STOMIE..... | 13 |
| 2.1 Historie stomií..... | 13 |
| 2.2 Onemocnění vedoucí k založení stomie | 14 |
| 2.3 Stomie na střevě..... | 14 |
| 2.4 Činnost stomií | 16 |
| 2.5 Komplikace stomií | 16 |
| 3 EDUKACE..... | 18 |
| 3.1 Edukační proces | 18 |
| 3.2 Význam edukace ve zdravotnictví a v ošetřovatelství..... | 19 |
| 3.3 Fáze edukačního procesu v ošetřovatelství..... | 20 |
| 3.3.1 První fáze - fáze posuzování | 20 |
| 3.3.2 Druhá fáze - diagnostika | 21 |
| 3.3.3 Třetí fáze - plánování | 21 |
| 3.3.4 Čtvrtá fáze - realizace | 22 |
| 3.3.5 Pátá fáze - vyhodnocení | 22 |
| 3.4 Druhy edukace v ošetřovatelství..... | 22 |
| 3.5 Faktory napomáhající a bránící edukaci v ošetřovatelském procesu..... | 23 |
| 3.5.1 Faktory napomáhající edukaci | 23 |
| 3.5.2 Faktory bránící či stěžující edukaci | 25 |
| 4 EDUKACE NEMOCNÝCH SE STOMIÍ..... | 26 |
| 4.1 Edukace v době předoperační | 26 |
| 4.2 Ošetřování v době pooperační | 27 |
| 4.3 Edukace dlouhodobá..... | 28 |
| 4.4 Edukace zaměřená na výživu..... | 28 |
| 4.5 Stoma sestra | 29 |
| 4.6 Pomůcky pro stomiky | 30 |
| 5 KVALITA ŽIVOTA | 32 |
| 5.1 Pojem kvality života | 32 |

| | | |
|-----------------------------------|--|-----------|
| 5.2 | Měření kvality života | 32 |
| 5.3 | Kvalita života stomiků | 33 |
| PRAKTICKÁ ČÁST | | 34 |
| 6 | FORMULACE PROBLÉMU..... | 34 |
| 6.1 | Hlavní problém | 34 |
| 6.2 | Dílčí problémy | 34 |
| 7 | CÍL A ÚKOL PRŮZKUMU | 35 |
| 8 | METODIKA | 36 |
| 9 | VÝZKUMNÉ OTÁZKY..... | 37 |
| 10 | VZOREK RESPONDENTŮ | 38 |
| 11 | PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ | 39 |
| 11.1 | Respondent A | 39 |
| 11.2 | Respondent B | 44 |
| 11.3 | Respondent C | 48 |
| 12 | ANALÝZA ROZHOVORŮ | 52 |
| 12.1 | Otázky zaměřené na období před diagnózou kolorektálního karcinomu..... | 52 |
| 12.2 | Otázky zaměřené na období po sdělení diagnózy a po operaci..... | 52 |
| 12.3 | Otázky zaměřené na informovanost pacienta v oblasti ošetření stomie..... | 53 |
| 12.4 | Výsledky dotazníku kvality života SEQol | 54 |
| 13 | DISKUSE | 55 |
| ZÁVĚR | | 61 |
| LITERATURA A PRAMENY | | 63 |
| SEZNAM ZKRATEK | | 66 |
| SEZNAM PŘÍLOH | | 67 |

ÚVOD

V České republice je v současné době asi deset tisíc stomiků a jejich počet stále stoupá. Nejčastěji se jedná o nemocné se stomií trávicí nebo vylučovací soustavy.

Z toho důvodu jsem se ve své bakalářské práci rozhodla věnovat právě jim.

Česká republika je na jednom z předních míst ve světě ve výskytu kolorektálního karcinomu. I přes rozsáhlé kampaně upozorňující na možnost primární prevence a zavedení screeningu okultního krvácení část nemocných přichází k lékaři až ve fázi pokročilého onemocnění.

Asi u třiceti procent nemocných s diagnózou kolorektálního karcinomu musí být při operaci vytvořena dočasná nebo trvalá stomie. Vytvoření umělého vývodu je závažný zásah do života konkrétního člověka, ale i do života jeho nejbližší rodiny a přátel.

Stomie výrazně zasahuje jak do tělesného, tak do psychického, sociálního, ekonomického i pracovního života člověka. Jedná se o oblast značně intimní, o které jedinec jen velmi těžko hovoří.

Kvalitní předoperační, pooperační a dlouhodobá edukace pomáhá nemocným pochopit aspekty svého „nového“ stavu a zabraňuje vzniku sociální izolace.

Teoretická část práce je věnována problematice stomií trávicí soustavy, stomickým pomůckám, edukaci a kvalitě života stomiků.

Praktická část práce je věnována výzkumnému šetření, které bylo provedeno kvalitativní metodou. Technikou sběru dat byl polostandardizovaný rozhovor. Jako doplňková metoda výzkumu byl použit dotazník kvality života SEIQoL.

Předoperační a pooperační edukaci nemocného se stomií se věnuje poměrně velké množství autorů. Byly vytvořeny standardní edukační plány zaměřené na získání soběstačnosti klienta při péči o stomii. V nemocnicích fungují poradny stoma sester, které jsou v pooperačním období rádkyněmi a průvodci nemocného. Díky moderní terapii se klienti dožívají vyššího věku a se stomií žijí řadu let. Díky moderním, kvalitním pomůckám mohou plnohodnotně žít. Zapojují se do pracovního a společenského života.

Hlavním cílem mé práce je zjistit, zda komplexní edukace splňuje očekávané požadavky a pozitivně ovlivňuje život pacientů se stomií po operaci tlustého střeva. Snažím se zjistit, jak zavedení stomie zasáhlo do života klientů a kde a jestli vůbec se zajímají o novinky v oblasti péče o stomii. Jako výstup pro praxi jsem zvolila vytvoření edukačního letáku.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ANATOMIE a FYZIOLOGIE TRÁVICÍHO SYSTÉMU

Trávicí soustava se zúčastňuje přeměny látek, tzv. metabolismu, a to prostřednictvím trávení, tj. mechanickým a chemickým zpracováním potravy, vstřebáváním, tj. převáděním jednoduchých látek vzniklých trávením do vnitřního prostředí organismu a odstraňováním nestravitelných, tzv. odpadních látek z organismu. (Jelínek, 2004)

1.1 Anatomie trávicího systému

Trávicí systém je tvořen trávicí trubici a žlázami. Každý oddíl trávicího systému má své drobné žlázy, které jsou uloženy přímo ve stěně trubice. Dále jsou k trávicí trubici připojeny velké samostatné žlázy, a to průušní žláza (glandula parotis), podčelistní žláza a podjazyková slinná žláza a dále také slinivka břišní (pankreas) a játra (hepar). (Drtíková a kol., 2010)

Stěna trávicí trubice se skládá ze čtyř vrstev. První vrstvu tvoří sliznice neboli mukóza, která vystylá vnitřní povrch trávicí trubice. Od dutiny ústní přes hltan a jícn je to vrstevnatý dlaždicový epitel, v zbývající části trávicí trubice je to válcový epitel. V úseku tenkého střeva vybíhá sliznice v drobné výběžky neboli klky (villi). Druhou vrstvu tvoří podslizniční vazivo. V tomto podslizničním vazivu jsou nakupeny lymfatické, mízní tkáně. Tato vrstva představuje pro trávicí systém určitou ochranou bariéru před vnikem infekce do organismu. (Elišková, Maňka, 2006)

Třetí vrstvou je svalovina, která je nejsilnější vrstvou stěny trávicí trubice. Na začátku trávicí trubice (hltan, jícn) a na konci (rektum) je to příčně pruhovaná svalovina, v ostatních částech svalovina hladká.

Čtvrtá část trávicí trubice je tvořena vazivovým obalem, tzv. adventicií. (Jelínek, 1994; Elišková, Maňka, 2006)

Dutina ústní

Ústní dutina je prostor, který je ohraničen rty a tvářemi. Spodinu dutiny ústní tvoří jazyk, který je svaly připojen k dolní čelisti. Spojení dutiny ústní s vnějškem je zajištěno prostřednictvím tzv. ústní štěrbiny. V zadní části přechází dutina ústní v hltan.

V dutině ústní se nachází jazyk (lingua), který je tvořen příčně pruhovanou svalovinou, a zuby (dentes).

Hltan (pharinx)

Hltan je trubice nálevkovitého tvaru, otevírající se otvory v přední stěně do nosní a ústní dutiny a do hrtanu. Je zavěšen na lebeční spodině a v úrovni tzv. prstenčité chrupavky hrtanu přechází do jícnu. Můžeme ho rozdělit na nosohltan, ústní část hltanu a dolní část hltanu.

Jícen (esophagus)

Jícen je svalová trubice, která spojuje hltan se žaludkem. V krční části je jícen uložen za průdušnicí a v hrudníku těsně před páteří. Samostatným otvorem v bránici prochází jícen do dutiny břišní, kde se napojuje na první část žaludku, kardií. Jícen je dlouhý kolem 25 - 28 cm. Svalovina jícnu vykonává při polykání peristaltické pohyby. V klidu jsou stěny jícnu přiloženy k sobě.

Žaludek (gaster, ventriculus)

Žaludek je plochý vakovitý orgán, který je uložen v horní třetině dutiny břišní, pod tzv. brániční klenbou. Menší část přední stěny žaludku naléhá přímo na břišní stěnu, větší plocha se dotýká jater a bránice. Jícen přechází do první části žaludku, kardiie, a ta navazuje na vlastní tělo žaludku, corpus, které se doleva nahoru vyklenuje v klenbu, formix. Dolů doprava se zužuje v trubicovitý konec žaludku, pylorus neboli vrátník.

Tenké střevo (intestinum tenue)

Tenké střevo je trubice zprohýbaná do klků, která je dlouhá asi 3 - 5 metrů. Její jednotlivé části jsou duodenum, jejunum a ileum. Do duodena ústí vývod žlučových cest a pankreasu. Toto ústí je na zadní stěně duodena a nazývá se papila Vateri. V místě vyústění ilea do tlustého střeva se nachází tzv. ileocekální chlopeň, která uzavírá průchod mezi tenkým a tlustým střevem.

Tlusté střevo (intestinum crassum, colon)

Tlusté střevo je konečným oddílem trávicí trubice. Má tyto části - slepé střevo (coecum), vzestupný tračník (colon ascendens), příčný tračník (colon transversum), sestupný tračník (colon descendens), esovitý tračník (colon sigmoideum) a konečník.

Vzestupný tračník probíhá podél pravého obvodu dutiny břišní, příčný tračník kříží dutinu břišní zprava doleva, sestupný tračník jde podél levé břišní stěny do levé kyčelní jámy, kde esovitou kličkou sestupuje do pánve. Konečník probíhá před kostí křížovou

a ústí na povrch těla řitním neboli análním otvorem. (Jelínek, 1994; Elišková, Maňka, 2006)

1.2 Fyziologie trávicího systému

Metabolismus

V živých organismech neustále probíhá výměna látek a energie, tzv. metabolismus. Metabolismus je podmínkou zachování existence jedince. Pro metabolismus je důležitý dostatečný přísun látek z okolního prostředí jedince. (Elišková, Maňka, 2006)

Vstřebané látky jsou užity pro výstavbu tkání, nebo jsou uloženy jako látky zásobní. Mechanické a chemické zpracování potravy je nazýváno jako trávení. Trávení předpokládá mechanické rozmělnění potravy jazykem a zuby. Smrštěním patra, hltanu a jazyka je sousto odděleno a posunuto do hltanu. Jícnem je dále vedeno a transportováno do žaludku. Mechanické zpracování dále pokračuje v žaludku a střevech.

Chemickou stránku trávení zabezpečuje produkce jednotlivých typů trávicích šťáv (žaludeční, pankreatická apod.). Důležitou součástí metabolismu je tzv. vstřebávání neboli resorpce rozštěpených látek. Vstřebávání probíhá v různých úsecích trávicí trubice rozdílným mechanismem a různou rychlostí. Mluvíme o dvou typech resorpce.

Aktivní vstřebávání je typické pro tenké střevo. Pasivní resorpce je omezena na volný prostup rozpuštěných látek přes buňky sliznice vystýlající trubici trávicího systému. Jedná se především o vodné roztoky, léky, alkohol. (Jelínek, 1994; Elišková, Maňka, 2006)

Vyprazdňování

Vyprazdňování stolice neboli defekace je děj reflexní, ke kterému obvykle dochází jedenkrát za 24 hodin. Nahromaděním stolice v rektu dojde ke zvýšení tlaku a ten vyvolá pocity nucení na stolicí. Následně ochabují svěrače konečníku a napínají se břišní svaly a bránice, které zvyšují tlak na koncovou část trávicího traktu, a dojde k vyprázdnění. Defekační reflex je ovladatelný vůlí. (Elišková, Maňka, 2006)

2 STOMIE

Stomie představuje tzv. umělé vyústění jakéhokoli dutého orgánu na povrch těla. Stomie je možné obecně rozdělit na tzv. derivační, prostřednictvím kterých se z dutého orgánu něco odvádí. Jedná se např. o kolostomii, ileostomii, tracheostomii, prostomii. Dále jsou stomie výživové, kdy je jejich prostřednictvím do dutého orgánu nějaká látka, nejčastěji strava, přiváděna. To jsou např. perkutánní endoskopická gastrostomie (PEG) nebo perkutánní endoskopická jejunostomie (PEJ). (Vojtová, 2011)

2.1 Historie stomií

Vůbec prvotní zmínka o stomiích se objevuje již v daleké minulosti. Např. již kolem roku 350 př. n. l. vytvořil Praxagoros z Kosu vývod střeva. Důvodem vytvoření stomie bylo poranění kolonu. Jaký byl další osud pacienta po tomto operačním zákroku, není známo.

Také např. Celsus, který žil 55 let př. n. l. – 7. roku n. l., se zabýval sledováním poranění střeva, které se hojilo prvotně píštělí, která se poté zcela spontánně uzavřela. Další historický záznam o stomii byl zjištěn také v době života Paracelsa, který doporučoval, aby při operaci střeva byl připojen vývod k poraněnému tlustému střevu takovým způsobem, aby nemuselo být zbytečně zasahováno do zbývající části kolonu. (Mariňáková, 2008; Michálková, 2010)

Až do 18. století byla střevní neprůchodnost neboli ileus velmi častou příčinou úmrtí. Jedinou možností léčby ilea bylo podávání projímadel, tj. laxancií. Jestliže léčba touto metodou nebyla úspěšná, tak se nemocnému dále podávala např. rtuť, která prostřednictvím své hmotnosti měla zúžení střeva vyléčit.

Až chirurg Littre, původem Francouz, jako první provedl v roce 1710 tzv. kolostomii. Jeho pacientem byl teprve šestidenní novorozenec, který neměl vůbec vytvořený anus. Dítě se ale nepodařilo zachránit.

Wiliam Cheselden byl první, kdo udělal tzv. axiální transverzostomii, a to na nemocné, které bylo téměř 80 let, a po tomto operačním zákroku žila ještě několik let. První vůbec plánovaná operace stomie byla provedena Pillorem, a to v roce 1776. V průběhu operačního výkonu Pillor provedl tzv. caekostomii, kdy všil stoma do kůže nemocného. V Anglii prvním, kdo zrealizoval operaci střev, byl v roce 1850 Luke, který provedl fixaci tzv. abdominální kolostomie, kdy vyvedl kličku sigmoidea navenek skrze

břišní stěnu. Standardizace chirurgických operačních řešení nastala až kolem roku 1908, kdy Ernest Miles popsal postup u amputace konečníku. Prvním, kdo v Čechách provedl stomii, byl lékař jménem Karel Maydl. (Mariňáková, 2008; Michálková, 2010)

Tracheostomie je považována za jeden z vůbec nejstarších operačních výkonů, který byl prováděn již ve starém Egyptě, zhruba 3500 let před našim letopočtem. V roce 1909 byla Jacksonem popsána dodnes užívaná technika chirurgického vytvoření tracheostomie, spolu s jejich možnými komplikacemi. Určitou alternativou tracheostomie je tzv. punkční neboli perkutánní dilatační tracheostomie. Tato metoda byla popsána Ciagliem kolem roku 1985.

Zhruba na konci 20. století došlo k velkému nárůstu v počtu provedených tzv. punkčních dilatačních tracheostomií a došlo tedy k poklesu chirurgických tracheostomií. (Schwarz, Matoušek a kolektiv, 2010)

2.2 Onemocnění vedoucí k založení stomie

Mezi choroby gastrointestinálního traktu, při jejichž léčbě může dojít k založení stomie, patří: idiopatické střevní záněty - Crohnova choroba a Ulcerózní kolitida, prekancerózy a nádorová onemocnění, ileózní stavy, úrazy spojené s perforací a ischemií střeva a inkontinence. (Zachová, 2010)

Nejčastějším nádorovým onemocněním střev je tzv. kolorektální karcinom, který je také jedním z nejčastějších důvodů vzniku stomie. Vlastní příčiny vzniku kolorektálního karcinomu nejsou známy, předpokládá se řada rizikových faktorů, mezi které patří: dědičnost, nezhoubná onemocnění tlustého střeva a konečníku, faktory zevního prostředí - nevhodné stravovací návyky (nedostatek vlákniny, vitamínů, grilování, uzení, smažení), alkohol a kouření. (Becker, 2005)

2.3 Stomie na střevě

Stomie na tlustém střevě tzv. kolostomie se zakládají velmi často z důvodu překážky, kterou je nejčastěji nádor, který je lokalizován v dolní části tlustého střeva nebo v oblasti konečníku. Ale častým důvodem pro vznik stomie jsou i zánětlivé procesy na střevě, píštěle, vývojové vady, poranění střevní stěny aj. Stomie mohou být buď dočasného, nebo trvalého charakteru.

Kolostomie se zakládají na třech nejtypičtějším místech, a to: na slepém střevě, tzv. cékostomie, na příčném tračníku, tzv. transverzostomie a na esovité kličce, tzv. sigmoideostomie.

Podle tvaru rozeznáváme tři druhy kolostomií, a to: dvouhlavňová kolostomie, jednohlavňová kolostomie a nástěnná kolostomie. (Zachová, 2010)

Dvouhlavňová, axiální kolostomie

Otvorem v břišní stěně se vyvede klička tlustého střeva. Po konečné úpravě zůstanou na stěně břišní dva otvory, které jsou blízko u sebe, někdy mohou být odděleny malým můstkem kůže.

Jedním otvorem se vyvádí střevní obsah (tj. přívodné rameno kolostomie) a druhý otvor je prázdný (tj. odvodné rameno kolostomie), ze kterého občas může vycházet hlen. Do odvodného ramene může také zatékat stolice z přívodného ramene a v tomto případě také odchází stolice konečníkem. (Novák, Zemanová, 1989)

Jednohlavňová, terminální kolostomie

Jedná se nejčastěji o kolostomii trvalého charakteru. Často se zakládá v případě odstranění dolní části tlustého střeva. Zbývající horní konec tlustého střeva se vyvádí v celé jeho šíři břišní stěnou navenek. Tento typ kolostomie má pouze jeden otvor. (Marková, 2006)

Nástěnná kolostomie

Zakládá se zpravidla pouze dočasně jako určité odlehčení náplně střeva, nejčastěji na slepém střevu, někdy i na příčném tračníku nebo esovité kličce. Vyústění střeva může mít různý tvar, buď přečnívá nad úroveň okolní tkáně, často tomu je u dvouhlavňových a jednohlavňových kolostomií, nebo je v úrovni kůže, nebo pod úrovní kůže. (Novák, Zemanová, 1989)

Ileostomie

Ileostomie se většinou provádí na konečné části tenkého střeva. Trvalá ileostomie je většinou jednohlavňová neboli terminální, která vyčnívá nad kůži břišní stěny. Dvouhlavňová nebo nástěnná ileostomie je většinou dočasná. Na rozdíl od kolostomie z ní odchází střevní obsah nepřetržitě. Střevní obsah je řídký a vodnatý. Množství odcházejícího obsahu je značné, až kolem 1 litru za den. (Novák, Zemanová, 1989)

2.4 Činnost stomií

Vzhled střevního obsahu, který odchází stomií, je závislý na umístění kolostomie. Čím je kolostomie blíže k rektu, tím je obsah tužší a méně objemný, a také tím méně obsahuje plynů. Z kolostomie na sigmatu vychází obsah stejný jako je stolice. U transverzostomie odchází většinou obsah, který je řídký, a je ho větší množství, kolem 300 až 400 ml za 24 hodin. Z cékostomie se vylévá obsah, který je velmi řídký a je shodný s obsahem tenkého střeva, v množství kolem 500 až 800 ml za den. (Novák, Zemanová, 1989; Marková, 2006)

2.5 Komplikace stomií

Po vytvoření stomie mohou vzniknout komplikace, jako jsou např. podráždění kůže kolem stomie, záněty tkáně kolem stomie, krvácení ze stomie, zúžení stomie a vtažení stomie pod úroveň kůže, výhřez stomie, vznik hernie v oblasti stomie. (Novák, Zemanová, 1989; Zachová, 2010)

Dráždění kůže kolem stomie, tzv. peristomální dermatitis

Peristomální dermatitis se projevuje různou intenzitou, kdy se jedná o pouhé začervenání, tvorbu puchýřů a trhlinek kůže. Občasně se objevují mokravé plochy na kůži. Nemocný pociťuje pálení, svědění a někdy výraznou bolestivost.

Příčinou vzniku bývá velmi často střevní obsah. Platí, že čím je střevní obsah řidší, tím spíše působí na kůži dráždivě a způsobuje leptání pokožky. Jedná se tedy o poměrně častou komplikaci stomií.

Možnou další příčinou je alergická reakce na použitou stomickou pomůcku, která může pokožku nemocného dráždit. (Novák, Zemanová, 1989; Zachová, 2010)

Záněty kolem stomie

Velmi často se jedná o záněty kolem stehů, prostřednictvím kterých je stomie upevněna na břišní stěnu. Objevují se tzv. hlízky o různé velikosti, které jsou lokalizovány na okraji stomie. (Novák, Zemanová, 1989)

Krvácení ze stomie

Většinou vzniká v důsledku drobných trhlinek na sliznici stomie, např. při hrubším otírání vlastní stomie. Někdy se ve stomii mohou vytvářet až vředy, které mohou masivně krváčet. (Novák, Zemanová, 1989)

Stenóza stomie a vtažení stomie

Za fyziologických podmínek by stomie měla být volně prostupná pro šíří ukazováku. Stenóza neboli zúžení velmi často vzniká jako důsledek zánětlivého procesu kolem stomie, a to v časně pooperační fázi. Často bývá stenóza spojena s tzv. retrakcí, tj. vtažením stomie.

Vtažení stomie bývá nepříznivým stavem, neboť anatomické poměry, které v důsledku stenózy nebo vtažení vzniknou, jsou nevhodné pro možnost kvalitního užívání stomických pomůcek.

Někdy si zúžení stomie vynutí další následnou chirurgickou úpravu. (Novák, Zemanová, 1989; Marková, 2006)

Výhřez, prolaps stomie

Prolaps stomie je komplikací, která se objevuje asi v 10 % případů. Častěji se vyskytuje u kolostomií než u ileostomií. Výhřez může být různých rozměrů, kdy např. vyhřezává 10 nebo až 20 cm střeva. (Novák, Zemanová, 1989; Marková, 2006)

Kýla kolem stomie

Kýla kolem stomie je jedna z vůbec nejčastějších komplikací. Velmi často vzniká v těsné blízkosti kolem kolostomie, nebo se vyklenuje celé okolí i s kolostomií. Tento typ hernie se uskřínuje pouze vzácně. Největším problémem kýly je, že překáží při vykonávání hygieny kolem stomie a při přikládání stomických pomůcek.

Dispozice pro vznik kýly je především u osob obézních, nebo u osob s chronickým kašlem, kdy dochází k nadměrnému zatěžování břišní stěny. (Novák, Zemanová, 1989; Marková, 2006)

3 EDUKACE

Juřeniková říká, že edukaci je možné definovat jako „*proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech*“ (Juřeniková, 2010, s. 9)

Edukace představuje výchovu a vzdělávání, dva procesy, které se vzájemně prolínají a doplňují. Nelze je tedy od sebe oddělit. (Juřeniková, 2010)

Průcha např. uvádí, že výchova „*je proces záměrného působení na osobnost člověka s cílem dosáhnout pozitivních změn v jeho vývoji. Jde přitom o záměrné utváření a ovlivňování podmínek umožňujících optimální rozvoj jedince v souladu s jeho individuálními dispozicemi, které stimulují jeho vlastní snahu stát se autentickou vnitřně integrovanou a socializovanou osobností.*“ (Průcha, 1997, s. 158)

Vzdělávání je proces, který u jedince umožňuje rozvoj jeho vědomostí, dovedností, návyků a také schopností. Výsledným efektem procesu vzdělávání je tzv. vzdělanost, vzdělání nebo také odborná kvalifikace jedince.

Vzdělanost odráží celkovou úroveň vzdělání v určité sociální skupině, státě nebo národě. Pojem vzdělanost v sobě mimo jiné zahrnuje i úroveň vědy, techniky, medicíny a ošetrovatelství, a současný život společnosti. (Juřeniková, 2010)

3.1 Edukační proces

Za edukační činnost je považována činnost lidí, při které dochází k učení, a to buď záměrně, tzv. intencionálně, nebo nezáměrně, tzv. incidentálně. Edukační procesy probíhají již od prenatálního života po celý život jedince až do jeho smrti.

Příkladem edukačního procesu může být např. osvojení mateřského jazyka dítětem. Dítě se učí komunikačním schopnostem a dovednostem v rámci kontaktu s matkou a ostatními lidmi, kdy tito jedinci dítěti předávají své schopnosti a dovednosti záměrně i nezáměrně.

Do procesu edukace vstupují čtyři základní determinanty, a to edukanti, edukátor, edukační konstrukty a edukační prostředí (Juřeniková, 2010; Průcha, 2000)

Edukant

Edukant je osoba, která je vzdělávána. Ve zdravotnickém a ošetrovatelském prostředí se nejčastěji jedná o nemocného jedince. Edukantem může být ale i zdravotník, který si, v rámci tzv. celoživotního vzdělávání, prohlubuje své vědomosti.

Každý edukant je individuální osobností, která je definována svými fyzickými aspekty, jako je věk, pohlaví. Dále afektivními aspekty, kam můžeme zařadit schopnost motivace, postoje a hodnoty jedince, dále kognitivními schopnostmi, což představuje schopnost jedince učit se. Charakteristiku edukanta ovlivňuje i jeho etnická příslušnost, víra, sociální prostředí, ve kterém žije, a také sociálně kulturní podmínky edukanta. (Juřeníková, 2010)

Edukátor

Edukátor je považován za hlavního iniciátora a aktéra edukační aktivity. Ve zdravotnictví je edukátorem lékař, zdravotní sestra, porodní asistentka, rehabilitační pracovník nebo nutriční terapeut. (Juřeníková, 2010)

Edukační konstrukty

Edukační konstrukty jsou charakterizovány jako určité plány, předpisy nebo normy, dle kterých edukační proces probíhá a které tedy nutně ovlivňují kvalitu celého edukačního procesu. (Juřeníková, 2010)

Edukační prostředí

Edukační prostředí je místo, ve kterém edukace probíhá. Charakter edukačního prostředí ovlivňují podmínky ergonomické, jako je barva, zvuk, sociální klima a atmosféra edukace.

Příkladem edukačního prostředí může být např. ambulance, kde probíhá edukační proces, kdy edukátorem je všeobecná sestra a edukantem je nemocný – klient. (Juřeníková, 2010; Průcha, 2000)

Edukační standard

Jedná se o určitou závaznou normu, která má zajistit a udržet požadovanou kvalitu edukace a edukačního procesu. Standard je tedy předem naplánovaná edukace pro konkrétního klienta. V praxi se jedná o tzv. standardy, které jsou určeny pro určité onemocnění. (Juřeníková, 2010)

3.2 Význam edukace ve zdravotnictví a v ošetřovatelství

Edukace ve zdravotnictví má přispívat k předcházení, tj. prevenci onemocnění, udržení nebo navrácení zdraví a zkvalitnění života jedince. Edukace má tedy významnou úlohu v rámci prevence, a to primární, sekundární a terciární.

Primární prevence je zaměřena na zdravé jedince, a to na prevenci onemocnění, aby došlo k udržení zdraví a kvality života.

Sekundární prevence představuje, že edukace je realizována již u nemocných jedinců, u kterých se snažíme ovlivnit prostřednictvím jejich vědomostí a schopností jejich budoucí zdravotní stav a vývoj či další prognózu onemocnění. Edukace u sekundární prevence je zaměřena především na dodržování léčebného režimu, dodržování předepsané diety, ošetřování ran, ošetřování stomií apod. Snahou je zamezit rozvoji recidivy onemocnění.

Terciární prevence je zaměřena na ty jedince, kteří mají v důsledku onemocnění již nevratné změny, které významným způsobem zasahují do jejich kvality života. Zaměřuje se tedy na zlepšení kvality života, kterou lze u jedince ovlivnit edukací, a by nedošlo k rozvoji a vzniku dalších případných komplikací. (Juřeníková, 2010)

3.3 Fáze edukačního procesu v ošetřovatelství

Edukační proces probíhá v logické návaznosti pěti základních etap. Jedná se tedy o proces, který je záměrný, cílevědomý, řízený a plánovaný. Jeho příprava nutně souvisí se základními povinnostmi a kompetencemi sestry před edukací v rámci vlastního průběhu edukace a také po skončení edukace.

Edukační proces je realizován v rámci souběžného a vzájemného působení edukátora a edukanta. Kvalita edukačního procesu je závislá na úrovni jejich vzájemné interakce, na jejich osobních kvalitách, na normách a také hodnotách, názorech, motivaci a postojích.

Edukační proces je tvořen jednotlivými fázemi: fáze posuzování, fáze diagnostiky, fáze plánování, fáze realizace a fáze vyhodnocení. (Kuberová, 2010)

3.3.1 První fáze - fáze posuzování

Aby mohl být edukační proces kvalitně zrealizován, je nutný důkladný sběr, třídění a analýza údajů o konkrétním jedinci, tj. pacientovi či klientovi. Údaje o něm jsou získávány formou pozorování, rozhovoru, fyzikálním vyšetřením nebo prostřednictvím dokumentace z předešlé hospitalizace apod.

Sestra následně analyzuje schopnosti pacienta učit se a hodnotí všechny faktory, které ovlivňují edukační proces. Důležitou roli mají i vlastní postoje nemocného vůči sobě samému, ke své chorobě a ke svému aktuálnímu životu.

Ideálním stavem je takový stav, kdy potřeba učit se a něco vědět vychází od samotného nemocného jako jeho vnitřní potřeba či motivace. K možnosti posouzení

a zjištění míry motivace a zaujetí nemocného sestře poslouží např. rozhovor s nemocným, případně pozorování jeho nonverbálních projevů jednání a chování. (Kuberová, 2010; Juřeníková, 2010)

3.3.2 Druhá fáze - diagnostika

Po fázi získání, posouzení, ověření a shrnutí veškerých údajů o nemocném sestra přistupuje k realizaci druhé fáze edukačního procesu, kterou je definice a stanovení edukační diagnózy. (Kuberová, 2010)

Edukační diagnóza definuje základní problémy a potřeby jedince, jejich příčiny a také faktory vzniku těchto problémů. Edukační diagnózy dělíme podle důležitosti a s přihlédnutím k potřebám nemocného a jeho prioritám. V primární prevenci se zaměřují na zdraví a návyky realizované ve zdraví. V prevenci sekundární se jedná o diagnózy ve vztahu k potřebám nemocného se něco nového a potřebného naučit. (Kuberová, 2010)

3.3.3 Třetí fáze - plánování

Hlavním záměrem fáze plánování je vytvořit již konkrétní edukační plán. V procesu jeho tvorby se stanovují a definují jednotlivé cíle, jejichž prostřednictvím dojde k upevnění zdraví jedince nebo odstranění jeho zdravotního problému, handicapu.

Ve fázi plánování se rozhoduje také o aktivitách, s jejichž pomocí dojde k naplnění stanovených cílů. Je nutné předem naplánovat i frekvenci a trvání jednotlivých edukačních aktivit. (Kuberová, 2010)

Dalším úkolem ve fázi plánování je volba vzdělávacích strategií. Je nutné výběr edukačních metod přizpůsobit tak, aby co nejvíce vyhovoval konkrétnímu jedinci, a to dle jeho individuálních potřeb.

Cíl edukace můžeme definovat jako určitou hypotetickou představu, k níž chceme prostřednictvím edukace dospět. Může se týkat např. získávání vědomostí, schopností nebo dovedností, dosažení změny postojů nebo přijetí určitých hodnot či osvojení si návyků.

Cíl, který sestra definuje, by měl mít formu doporučení, nikoli zákazů. Jestliže se má cíl činnosti stát motivací, je třeba, aby jej edukant přijal a aby se s ním vnitřně identifikoval. V rámci edukačního procesu se definují cíle krátkodobé, které se vztahují k aktuálním potřebám nemocného, a cíle dlouhodobé.

Při plánování edukace je vhodné, aby sestra respektovala jak fyzický, tak i psychický stav nemocného. Vhodné je začít od tématu, které nemocného zajímá

a co zná, zvýšit tak jeho sebedůvěru a sebehodnocení a postupně přejít k tématu neznámému. (Kuberová, 2010; Juřeníková, 2010)

3.3.4 Čtvrtá fáze - realizace

Ve fázi realizace učebního plánu v konkrétních podmínkách sestra postupně aplikuje nejen své teoretické znalosti, ale měla by prokázat i určité praktické dovednosti. Celý učební proces mohou zefektivnit vhodně zvolené metody a také didaktické prostředky. Správný výběr edukační metody by měl odpovídat vlastním cílům edukace. (Kuberová, 2010)

Úspěšná realizace edukace je prostředkem, který by měl významně zvýšit kvalitu života nemocných, pomoci jim získat soběstačnost, ulehčit jim nabývání vědomostí a schopností ohledně jevů, které se odehrávají v jeho těle. (Kuberová, 2010)

3.3.5 Pátá fáze - vyhodnocení

V rámci této fáze sestra poskytuje nemocným určitou zpětnou vazbu, a to různými způsoby, jako je např. pochvala nebo odměna. Toto chování sestry má na nemocného příznivý vliv a napomáhá celému procesu učení.

Hodnocení je proces průběžný a závěrečný. V poslední fázi sestra spolu s nemocným hodnotí to, jak nemocný změnil své chování a jednání, své návyky či svou motivaci. Dosažení cílů se hodnotí na základě hodnotících kritérií, která byla definována ve fázi plánování. (Kuberová, 2010)

Zpětná vazba v rámci procesu hodnocení umožňuje edukované osobě posoudit, jaký efekt má činnost, ke které byl sestrou motivován, jestli k této aktivitě získal potřebné poznatky, znalosti a také dovednosti nebo co dalšího je třeba, aby si ještě osvojil a naučil se.

Při hodnocení je nutné nejdříve nemocnému ukázat pozitiva, pochválit ho a povzbudit ho, a teprve poté přejít k případné kritice a představení případných nedostatků. (Kuberová, 2010)

3.4 Druhy edukace v ošetřovatelství

Edukace v ošetřovatelství může být základní, komplexní a pokračující, tzv. reedukace. Edukaci je možné realizovat buď jednotlivě, nebo skupinově. (Kuberová, 2010)

Základní edukace

Základní edukace v ošetrovatelství představuje primární klíčové osvojení si vědomostí v konkrétní oblasti. Uplatňujeme ji tehdy, jestliže nemocný ještě nebyl vůbec obeznámen s problematikou choroby, jedná se především o nové zjištění chorobného stavu. (Kuberová, 2010)

Komplexní edukace

Komplexní edukace je realizována v edukačních kurzech. Jestliže má být skutečně komplexní, je nutné, aby vycházela z oborové didaktiky ošetrovatelství. V průběhu tohoto procesu edukátor nejen vysvětluje, ale zapojuje každého edukanta do procesu vlastních edukačních aktivit.

Edukátor může také poskytovat rodinným příslušníkům konzultace a rady v oblasti péče o konkrétního nemocného s určitým onemocněním. Jedná se také o metodu efektivního přístupu k posilování vztahů v rodině. (Kuberová, 2010)

Reedukace

Reedukace je pokračující edukace, v rámci které se rozvíjejí a napravují konkrétní události. Navazuje se na předcházející vědomosti a schopnosti, zahrnuje i opakování a poskytuje další informace vzhledem k měnícím se podmínkám. (Kuberová, 2010)

3.5 Faktory napomáhající a bránící edukaci v ošetrovatelském procesu

Kvalitu edukace z hlediska vlastností jednotlivce výrazně ovlivňují kognitivní vlastnosti, jako je inteligence, vzdělání, styl učení, další jsou afektivní vlastnosti (postoje, názory, emocionální inteligence či motivace) a biologické vlastnosti (tj. potřeby, věk, pohlaví a individuální zvláštnosti jednotlivce). Také se uplatňují sociální a sociokulturní vlastnosti (hodnotová hierarchie jedince, sociální okolí aj.).

Kvalita a konečný výsledek edukace závisejí také na vzájemné podmíněnosti veškerých didaktických, edukačních faktorů a také na evaluačních nástrojích. (Kuberová, 2010)

3.5.1 Faktory napomáhající edukaci

Možnost efektivní edukace podporuje především vnitřní motivace jedince, jeho pohotovost, připravenost, reaktivita, ochota se učit a také smysluplná zpětná vazba. Důležité je, aby byl logickým způsobem sestaven edukační plán, aby byla reflektována možnost opakování a procvičování klíčových témat a pojmů, aby docházelo k rozvoji

pozitivního postoje k vlastnímu zdraví a také aby byl vytvořen optimální prostor a optimální čas na realizaci celého procesu edukace. (Kuberová, 2010)

Motivace

Motivaci můžeme definovat, jak uvádí Plháková, jako *"souhrn všech intrapsychických dynamických sil neboli motivů, které zpravidla aktivizují a organizují chování i prožívání s cílem změnit existující neuspokojivou situaci nebo dosáhnout něčeho pozitivního"*. (Plháková, 2004, s. 319)

Motivy se mohou prezentovat tak, že chceme něco získat nebo se pokoušíme něčemu vyhnout. Při zkoumání motivace se pátrá po příčinách lidského chování, jednání a prožívání. Síla určitého motivu tedy ovlivňuje intenzitu a kvalitu chování jedince. Motivované chování velmi často provázejí velmi silné a intenzivní emoce. Propojení mezi motivy a emocemi je ale ve skutečnosti poměrně komplikované. Emoce a motivy se tedy vzájemně podmiňují, ovlivňují a společně vytvářejí tzv. motivačně-emocionální systém. (Plháková, 2004)

Motivace lidského chování je velmi složitá a je výsledkem komplikované souhry jak vrozených, tak i získaných faktorů. Mnohé pohnutky, motivy chování jsou nevědomé nebo si je jedinec uvědomuje pouze částečně.

Motivy zajišťují možnost přežití jednotlivce. Prostřednictvím vnější motivace při edukaci se sestra snaží u nemocného dosáhnout určité činnosti, usměrňuje nebo aktivuje jeho chování a jednání či myšlení. I přes velkou míru vnější motivace musí sám nemocný cítit potřebu se učit. (Plháková, 2004; Kuberová, 2010)

Vstupní motivace

Vstupní motivace probíhá tehdy, když nemocným předložíme a ukážeme informace a navodíme tak situaci, kdy mají o nové informace skutečný zájem a jsou přesvědčeni o nutnosti získání nových poznatků.

V rámci této formy motivace můžeme využít vědomosti, informace a dovednosti, které již nemocný získal v minulosti. Mezi metody vstupní motivace patří např. motivační popovídání, motivační rozhovor, motivační demonstrace určitého problému a další. (Kuberová, 2010)

Průběžná motivace

Průběžná motivace probíhá v rámci celého edukačního procesu. Mezi metody průběžné motivace patří např. pochvala, motivační výzva apod. Jde o to udržet a posílit zájem nemocného o prováděnou aktivitu a samotný proces edukace.

Pozitivní zpětná vazba v podobě pochvaly nebo povzbuzení podporuje žádoucí chování a jednání a motivuje jedince k další aktivitě. (Kuberová, 2010)

Logicky sestavený edukační plán je další podmínkou, která napomáhá efektivnímu procesu edukace, umožňuje postupovat od jednoduchého ke složitějšímu a tedy urychluje získávání a osvojování si určitých vědomostí a dovedností. Opakování a fixace klíčových pojmů napomáhá zapamatovat si nové poznatky. (Kuberová, 2010; Plháková, 2004)

3.5.2 Faktory bránící či sěžující edukaci

Kvalitní a efektivní edukaci v ošetrovatelství brání především nekvalifikovaně připravená, realizovaná a hodnocená edukace. Vedle tohoto také významně negativně působí např. demotivace, negativní zpětná vazba jako je výsměch, nadměrná kritika, sarkasmus a další. (Kuberová, 2010)

Stejně negativně může na vlastní průběh edukace působit akutně probíhající onemocnění, bolest, změny biorytmu, emoční rozpoložení nebo jazyková bariéra, věk. Tyto vyjmenované faktory a také faktory působící ze strany edukátora mohou mít na celý proces edukace a celkový zdravotní stav nemocného iatrogenní dopady. (Kuberová, 2010)

4 EDUKACE NEMOCNÝCH SE STOMÍÍ

4.1 Edukace v době předoperační

Stav nového vytvoření stomie, kdekoli na těle, představuje velmi závažný zásah do celkového životního stylu a především do kvality života nemocného. Z tohoto důvodu je tedy bezprostředně nutné, aby nemocnému byly poskytnuty kvalitní a adekvátní informace o tom, co ho čeká, o chystaném operačním zákroku apod. Tyto informace by mu měla poskytnout jak zdravotní sestra, tak i lékař – operátér.

Lékař - operátér by měl v předoperační fázi péče o nemocného zajistit jeho ohleduplné a kvalitní informování o výkonu a další léčbě. Vysvětlit nemocnému nutnost operačního zákroku a také ho upozornit na možné komplikace spojené se samotným operačním výkonem, komplikace spojené s dobou rekonvalescence a nově vytvořenou stomií. Může se stát, že vlivem stresu, strachu a nervozity nebude nemocný některé souvislosti ihned chápat a bude se zdravotnického personálu opakovaně tázat na již zodpovězené otázky. (Michálková, 2010)

Stomie je tak náročnou situací, že je velmi obtížné nemocné na tento stav připravit a předejít šoku, který se může u nemocného po operaci objevit. Právě forma předoperační edukace může do jisté míry tento šok zmírnit nebo mu zamezit. Dostatek kvalitních informací a především psychická podpora nemocného před operací vede k celkově lepší spolupráci nemocného a jeho rodiny se zdravotníky po operaci. (Michálková, 2010; Kleinwächter, 2008)

Jednou z důležitých osob péče o nemocného v době předoperační a i v době pooperační je tzv. stoma sestra. Jedná se o všeobecnou sestru, která se věnuje nemocným výhradně se stomií. Stoma sestra by měla být detailně obeznámena s dokumentací a zdravotním stavem nemocného, s diagnózou, s typem operačního výkonu a měla by znát druh vytvořené stomie.

Předoperační fáze je důležitá pro vytvoření stavu důvěry mezi pacientem a touto stoma sestrou. Stoma sestra by měla s nemocným vést tzv. psychologicko-edukační rozhovor, který bude zaměřen na psychologický a sociální rozbor nemocného a jeho problémů v těchto oblastech. Rozhovor mezi nimi by měl být podrobný a měl by probíhat za zcela intimních podmínek, tj. v soukromí. Budoucí stomik se může prostřednictvím

stoma sestry seznámit ještě před výkonem s různými typy stomických pomůcek a vybrat si ty pro něho nejvhodnější. (Michálková, 2010; Novák, Zemanová, 1989; Drobná, 2010)

Za jeden z nejdůležitějších úkolů v době předoperační je považována fáze zakreslení budoucí stomie na těle nemocného. Správné uložení stomie umožňuje mnohem snadnější péči o vlastní stomii a tím tedy dochází ke zvýšení kvality života stomika. Při zakreslování místa stomie je důležité volit přísně individuální přístup, kdy se stoma sestra řídí dle celkového stavu nemocného. Se zakreslením musí nemocný souhlasit a být na to připraven. Zakreslení provádí stoma sestra samostatně, v případě nejasností či problémů spolupracuje s operátorem. Stoma sestra musí být schopna zhodnotit poměry břišní stěny, zjistit případné její nerovnosti, nerovnosti kožní řasy a přítomné jizvy. Budoucí stomik si po zakreslení místa stomie zkusí veškeré pohybové aktivity, aby dokázal posoudit, jak mu místo pro stomii bude vyhovovat. (Michálková, 2010; Otradovcová, 2008)

4.2 Ošetřování v době pooperační

Nemocnému je na operačním sále na nově vytvořenou stomii aplikován jednoduchý, průhledný, výpustný sáček bez filtru, který velikostně a tvarově odpovídá typu stomie. Jeho výměna se obvykle provádí jedenkrát za 48 hodin, pokud nepodtéká a není důvod k odstranění. Výhodou průhledné fólie je fakt, že nemocný i zdravotní sestra nově vytvořenou stomii stále vidí a mohou tedy pravidelně kontrolovat a hodnotit jak tvar a velikost stomie, tak i její charakter a množství odcházejícího sekretu nebo případné prvotní známky počínajícího zánětu apod. (Uherková, 2007; Novák, Zemanová, 1989)

Nemocný s nově vytvořenou stomií má, po celou dobu hospitalizace, možnost vyzkoušet si a rozhodnout se pro ty pomůcky, které mu budou nejvíce vyhovovat a budou splňovat jeho kritéria. Stejně tak v průběhu hospitalizace se nemocný učí se stomií „zacházet“ a ošetřovat ji i kůži kolem stomie. V této pooperační fázi je velice důležitá kvalitní a bezprostřední edukace nemocného. Edukaci nejčastěji provádějí zdravotní sestry pracující na oddělení, kde je nemocný hospitalizován, a za nemocným dochází i stomická sestra, která je s nemocným v kontaktu i po propuštění z nemocnice. (Uherková, 2007; Michálková, 2010)

4.3 Edukace dlouhodobá

Propuštění stomika do domácího ošetřování probíhá po vzájemné domluvě lékaře a stoma sestry, která se zaručuje za to, že nemocný je schopen se sám o sebe v domácím prostředí postarat, že je schopen stomii adekvátně ošetřovat. Nemocný při propuštění dostane propouštěcí zprávu, kde jsou uvedeny informace o průběhu operace, typu stomie a také stomických pomůckách. Nemocný je poučen o možných komplikacích a rizicích, kdy je nutné navštívit lékaře, a také je seznámen s telefonním číslem na stoma sestru, která mu bude i nadále nápomocna v péči o stomii a zodpoví mu jakékoli dotazy týkající se problematiky stomie.

Každý nově vzniklý stomik je i nadále tzv. dispenzarizován v odborné gastroenterologické, proktologické nebo i urologické ambulanci. Pokud je nemocný zcela osamělý a nesoběstačný, tak poté je přeložen na oddělení následné péče k doléčení nebo je předán jako klient agenturám domácí péče, které zajišťují potřebnou péči o stomii i nemocného. (Michálková, 2010)

Kolem stomií existuje celá řada otázek, které stomici nedokážou adekvátně řešit. S těmito problémy nemocným pomáhají zvláštní poradny pro stomiky. Poradny jsou zřizovány nejčastěji při chirurgických odděleních nemocnic. V poradnách pracuje kromě chirurga tzv. stoma sestra a popřípadě také psycholog. Konzultace nabízí např. i sexuolog, urolog a další. (Novák, Zemanová, 1989)

4.4 Edukace zaměřená na výživu

Již v průběhu hospitalizace nemocný obdrží písemné informace o vhodném stravování u založené stomie. Je nutné, aby strava působila jako energetický zdroj, který umožňuje růst těla a udržení života nemocného a jeho rekonvalescenci. Strava by měla obsahovat vyvážené množství bílkovin, tuků, cukrů, minerálů a vitamínů. Je vhodné vědět, že u nemocného se může chuť k jídlu navrátit až za několik dnů či týdnů po operaci. Je vhodné jíst v pravidelných intervalech malé porce potravy. Nové druhy potravin si přidávat postupně, a tak zjistit, zda budou nemocnému vyhovovat a nepůsobit mu obtíže. Pravidelný příjem potravy je zárukou pravidelného vyprazdňování. Je chybné se domnívat, že omezením stravy se omezí také vyprazdňování. Opak je skutečností. Výsledkem poté bývá nepravidelná stolice a problémy s ošetřováním stomie.

Hlavním a zásadním činitelem při výběru a skladbě potravy je typ stomie. (Otradovcová, 2006)

U ileostomie na tenkém střevě odchází řídký, agresivní obsah, a to nepřetržitě po celý den. Po operaci může odcházet i několik litrů agresivního obsahu, po stabilizaci stavu produkuje střevo zhruba kolem 1 litru stolice za den.

Bezprostředně po operaci se musí trávicí systém zatěžovat pozvolna, a to prostřednictvím tzv. bezezbytkové stravy. Strava by neměla obsahovat kořeněné, pálivé a nadýmavé potraviny. Konzumovat by se mělo spíše bílé maso (rybí, drůbeží apod.). Dále je nutné vyvarovat se pití alkoholu a černé kávy. Vzhledem k tomu, že dochází k velkým ztrátám solí z organismu, je nutné, aby nemocný vypil až 2,5 či 3 litry tekutin za den. Do jídelníčku dále zařadit potraviny obsahující kyselinu listovou, zeleninu, ovoce, předsnídky aj. Jíst by se mělo pravidelně, a to 5 - 7 krát denně po malých porcích. Po určité době se většina nemocných vrátí k původnímu stravování, jen s mírným omezením.

U kolostomie je stolice formována a odchází zhruba 2 - 3 krát denně. Po operaci by měl být trávicí systém zatěžován postupně, až dojde k úplné obnově střevní pasáže. Bezprostředně po operaci je vhodné jíst bezezbytkovou stravu, podobně jako ileostomici. Později je možné jíst pět krát denně kaloricky vyváženou stravu, se zařazením ovoce, zeleniny, celozrnného pečiva. Vyšší obsah bílkovin v potravě urychluje proces hojení a celkové rekonvalescence. Nutné je vypít kolem 2 litrů tekutin za den. (Otradovcová, 2006)

4.5 Stoma sestra

První, kdo poukázal na potřebu odborně vzdělaných sester v péči o nemocné s uměle vytvořeným vývodem, byla Thompsonová, která zahájila enterostomickou péči ve Spojených státech amerických. Thompsonová se postarala o výrazné zkvalitnění péče o stomiky. Prosadila specializaci sester v tzv. stoma sester. Kolem roku 1961 založila na Clevelandské klinice první školu, která byla určena pro stoma sestry. V roce 1976 spoluzaložila první mezinárodní organizaci stoma sester s názvem World Council of Enterostomal Therapist (WCET). (Michálková, 2010; Otradovcová a kolektiv, 2006; Hašková, 2007)

Do roku 1990 nebylo vzdělávání stoma sester přímo vymezeno. Kolem roku 1991 byly uskutečněny první vzdělávací semináře týkající se problematiky stomií. Důraz vzdělávání byl kladen především na tvorbu vlastního ošetrovatelského procesu u stomiků.

Stoma sestra se dnes může vzdělávat v rámci tzv. rámcových vzdělávacích programů, které jsou definovány jako specializační vzdělání pro nelékařské zdravotnické pracovníky.

Rozmanitou úroveň vzdělávání zdravotním sestram poskytuje i jednotlivé formy zaměřené na produkci stomických pomůcek. Například firma ConvaTec nabízí zdravotním sestram určitý dvouúrovňový program vzdělání s názvem ConvaTec Academy. (Michálková, 2010; Otradovcová a kolektiv, 2006; Otradovcová, 2008)

4.6 Pomůcky pro stomiky

Pacientům v České republice poskytuje v současné době stomické pomůcky šest firem, jsou to firmy B-Braun, Coloplast, Convatec a Dansac, Lipoelastic a Sabrix. (Zachová 2010)

Hlavní požadavky na moderní stomické systémy jsou následující: jímat moč, stolici nebo jiný sekret, dostatečná tvarová a velikostní variabilita, flexibilita, eliminace zápachu, chránění kůže kolem stomie, hypoalergenní materiál, snadná manipulace pro nemocného, naprostá diskrétnost, dostupnost. (Otradovcová a kolektiv, 2006)

Jednodílný stomický systém

Jednodílný systém je tvořen želatinovou podložkou, která je pevně spojena se sáčkem. Po naplnění se vždy mění celý sáček. Sáčky mohou být průhledné nebo neprůhledné, s filtrem nebo bez filtru, výpustné se sponou nebo suchým zipem nebo nevýpustné. (Otradovcová a kolektiv, 2006)

Dvoudílný stomický systém

Podložka se sáčkem spojuje pomocí plastového, přírubového kroužku. Podložka zůstává nalepena po dobu 3 až 5 dní a sáček se mění až po jeho naplnění. Na podložce lze střídavě používat různé typy sáčků, ale musejí se shodovat ve velikosti. (Otradovcová a kolektiv, 2006)

Podložky sáčků je možné rozdělit do tří skupin, na tzv. pevné celoželatinové, na flexibilní s želatinovým středem a okrajem z mikroporu a na konvexní pro komplikované stomie. (Otradovcová a kolektiv, 2006)

Systém adhezivní technologie

U tohoto typu je podložka a sáček samostatně, spojují se pouze nalepením sáčku na podložku. Zcela zde chybí spojovací, přírubový kroužek. Tento systém je diskrétní a flexibilní. (Otradovcová a kolektiv, 2006)

Ochranné a čisticí prostředky

Jedná se o tzv. stomickou kosmetiku, kam patří např.: čistící roztok, odstraňovač náplastí, ochranný film, který chrání kůži před iritací a prodlužuje přilnavost podložky ke kůži, pasty, které nelepí a chrání a hojí kůži mezi podložkou a stomií, ochranný krém, který zvláčňuje a vyživuje kůži kolem stomie, ochranný pudr, který zklidňuje iritovanou a secernovanou pokožku, pohlcovače pachů, přídržný pásek, který se většinou používá u všech typů dvoudílného systému a u některých typů jednodílného systému, jemné mycí pěny (např. Menalind) apod. (Otradovcová a kolektiv, 2006; Otradovcová, 2008)

5 KVALITA ŽIVOTA

5.1 Pojem kvality života

Definovat pojem kvality života neboli quality of life je poměrně obtížné. Dodnes nebyla vytvořena všeobecně akceptovatelná definice kvality života. Jestliže se snažíme definovat kvalitu života, tak sledujeme skutečnost, jaký dopad má určité onemocnění nebo postižení na samotného jedince. Zaměřujeme se především na jeho tělesný nebo duševní stav, na jeho styl dosavadního života a jeho pocity životní spokojenosti se svým životem.

Dá se říci, že základní definice kvality života vychází z tzv. Maslowovy teorie potřeb, kdy se jedná o naplnění základních, tj. fyziologických potřeb jedince. Mezi tyto základní potřeby patří např. potřeba nasycení, potřeba spánku a další. Uspokojení těchto základních potřeb je předpokladem pro aktualizaci a možnost uspokojení potřeb subtilnějších, kam patří např. potřeba bezpečí, potřeba blízkosti dalších osob, potřeba sebenaplnění apod. V současné, moderní době je známo velké množství definic kvality života, ale ani jedna z nich není zatím obecně akceptována. Tyto definice ale mají společné to, že vymezují, že pojem kvality života musí obsahovat informace jak o tělesném, tak duševní i sociálním aktuálním stavu individua. (Křivohlavý, 2004; Slováček a kol., 2004)

Křivohlavý vytvořil definici zdraví, ve které je popsáno jako celkový tělesný, psychický, sociální a duchovní stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a přitom není překážkou obdobnému snažení druhých lidí. (Křivohlavý, 2004)

5.2 Měření kvality života

Odborníci vytvořili několik metod pro změření kvality života. Tyto metody lze rozdělit do tří skupin. V první hodnocení provádí druhá osoba, ve druhé je hodnotitelem sama hodnocená osoba a třetí metoda je kombinací obou.

V medicíně se nejčastěji používá metoda, kdy kvalitu života posuzuje zdravotník (lékař, sestra, psycholog). Například metoda APACHE II (Acute Physiological und chronic Healt Evaluation System).

Příkladem druhé skupiny je metoda SEIQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life) - systém individuálního hodnocení kvality života.

Mezi smíšené metody patří metoda MANSA (Manchester Short Assesment of Quality of Life). Jde o hodnocení kvality života vypracované univerzitou v Manchesteru,

keré funguje jako hodnocení celkové spokojenosti se životem a zároveň je prováděno i hodnocení spokojenosti s předem přesně stanovenými oblastmi života, např. s rodinným životem, vlastním zdravotním stavem, finanční situací, zaměstnáním a legislativou. (Křivohlaví, 2004)

5.3 Kvalita života stomiků

Při hodnocení kvality života stomiků je třeba odlišit kvalitu života od kvality péče. Není to totiž to samé. Kvalitní péče však kvalitě života napomáhá.

Při hodnocení kvality života stomiků je třeba brát v úvahu úroveň soběstačnosti, bolest a schopnost vykonávat každodenní povinnosti. Těmto aspektům člověk subjektivně přikládá největší míru důležitosti. Prognosticky závažné onemocnění, trvalé poškození, změna vzhledu těla závažně mění vnitřní prožívání spokojenosti, naplnění a štěstí. Každý člověk prožívá svoje postižení jinak. Je prokázán vliv sociální a emoční podpory. Důležitý je přístup zdravotnického personálu, rodina, přátelé, kontakt se stejně postiženými lidmi.

Trvalé postižení prohlubuje propast mezi potřebami a jejich uspokojováním. Onemocnění, následné omezení a změna životního stylu je velkou zátěží nejen pro klienta, vyrovnat se s tím musí i celá rodina.

Jinak je vnímána nemocným trvalá stomie založená pro onkologické onemocnění a jinak se cítí nemocný s dočasnou stomií. Kvalitu života ovlivňuje strach ze smrti, zdravotní omezení, ztráta sebeúcty, jistoty a společenské prestiže. Vše souvisí s fyzickou změnou vlastního těla. Vytrácejí se jistoty ze vztahů a rodinného života.

Pokud se stomik může spolehnout na kvalitní týmovou práci chirurga, stoma sestry, psychologa, potom je jeho život kladně ovlivněn. Kvalitní dlouhodobá edukace je základem dobré kvality života stomiků. (Křivohlavý, 2004)

PRAKTICKÁ ČÁST

6 FORMULACE PROBLÉMU

V České republice v posledních letech stoupá počet nemocných s diagnózou kolorektálního karcinomu. U asi 20 - 30 procent z nich musí být v průběhu léčby vytvořena stomie zažívacího traktu. Díky kvalitní pooperační edukaci je většina z nich po propuštění z nemocnice soběstačná v péči o stomii. Velké procento z nich se díky moderní onkologické léčbě úspěšně vyléčí a se stomií žije do konce svého života. Ne všichni stomici mají možnost navštěvovat koloproktologickou poradnu nebo poradnu stoma sestry a dozvědět se tak nejnovější informace v oblasti péče o stomii.

6.1 Hlavní problém

Na základě poznatků v teoretické části bakalářské práce a svých osobních zkušeností jsem se zaměřila na komplexní edukaci nemocných se stomií. Za hlavní koncepční problém jsem si stanovila v této oblasti zodpovězení otázky: Je komplexní edukační činnost v oblasti péče o pacienta s kolorektálním karcinomem a založenou stomií vyhovující?

6.2 Dílčí problémy

Protože se jedná o složitou problematiku, stanovila jsem si další problémové otázky:

Problém 1: Je komplexní edukace u pacientů po operaci tlustého střeva vyhovující?

Problém 2: Je věnována dostatečná pozornost nejnovějším pomůckám a jsou tyto informace předávány pacientům?

Problém 3: Přehodnotí pacienti vlivem dlouhodobé edukace své zvyky a názory?

7 CÍL A ÚKOL PRŮZKUMU

Hlavním cílem výzkumu je zjistit, zda poskytovaná komplexní edukace splňuje očekávané požadavky a pozitivně ovlivňuje život pacientů se stomií po operaci tlustého střeva.

Cíl 1: Zjistit, jaké informace a názory měl klient před založením stomie.

Cíl 2: Zjistit postoj klienta k nemoci po sdělení diagnózy lékařem.

Cíl 3: Zjistit, zda se klienti s dlouhodobě založenou stomií zajímají o novinky v ošetření stomie.

Cíl 4: Zjistit, zda klienti s dlouhodobě zavedenou stomií změnili po operaci svůj životní styl.

Jako výstup pro praxi jsem zvolila vytvoření edukačního letáku.

8 METODIKA

Metodologie je souhrn badatelských postupů, které je možno použít v určitém vědeckém přístupu, například v ošetrovatelství. Výzkum je souhrn činností, pomocí kterých získáme nové poznatky, odhalujeme jejich příčiny a souvislosti. Pro své šetření jsem zvolila metodu kvalitativního výzkumu. (Kutnohorská, 2009) Vlastní sběr dat proběhl formou polostandardizovaného rozhovoru. Pracovala jsem na základě vlastních výzkumných otázek. Pro dokreslení celkové zdravotní a sociální situace nemocných jsem použila dotazník SEIQoL. Prostřednictvím tohoto dotazníku byl zjišťován subjektivní náhled nemocných na jejich vlastní kvalitu života a jejich spokojenost s ní.

Dotazník kvality života SEIQoL

Dotazník SEIQoL se skládá z formuláře a instruktážního textu. Dotazovaný tedy do dotazníku zaznamenává své jednotlivé životní cíle a hodnotí jejich skutečné naplnění a také určuje jejich důležitost. Základních životních cílů uvádí celkem pět. Následně mezi ně rozdělí 100 %, čímž vyjadřuje důležitost těchto jednotlivých cílů.

Vyhodnocení testu spočívá v sečtení zadaných hodnot tak, aby celkový součet součinů jednotlivých cílů byl dále vydělen stem. Kvalita života je číselný údaj, který je vyjádřen v procentech.

Dotazník SEIQoL také obsahuje vizuální analogovou škálou, na kterou dotazovaný zaznamenává míru vlastní spokojenosti se životem.

Prostřednictvím testu SEIQoL se tedy zjišťuje celková úroveň kvality života neboli QL v % a dále celková míra spokojenosti s kvalitou vlastního života neboli VAS, také uvedena také v %. Konečná hodnota QL a VAS by se měla ideálně rovnat, popřípadě být v co nejmenší vzájemné disproporci. (Matlasová, 2010; Křivohlavý, 2002)

9 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Na základě výše uvedených problémů a cílů jsem si stanovila tyto průzkumné otázky:

- Otázka 1: Zajímají se klienti s dlouhodobě zavedenou stomií o nejnovější trendy v oblasti ošetření stomie?
- Otázka 2: Vědí klienti s dlouhodobě zavedenou stomií kde nebo od koho mohou získat informace o nových pomůckách v péči o stomii?
- Otázka 3: Ovlivňují nové informace způsob života klientů s dlouhodobě zavedenou stomií a dochází ke změně jejich životního stylu?

10 VZOREK RESPONDENTŮ

Pro svůj průzkum jsem oslovila pět klientů se zavedenou stomií trávicího traktu, kolostomií, déle než rok. Tito klienti byli hospitalizováni na chirurgické klinice, oddělení B, kde pracuji v měsících prosinec 2012 a leden 2013. Klienty jsem seznámila s důvodem průzkumu a získala jejich souhlas s účastí při rozhovoru. Dva klienti následně svoji účast odvolali. Jeden pro náhlé zhoršení svého zdravotního stavu a druhý svůj souhlas zrušil bez udání důvodu. Konečný počet klientů účastnících se průzkumného šetření je tedy 3. Dva muži a jedna žena. Rozhovory jsem nahrála na záznamové zařízení a následně přepsala do počítače a dále analyzovala.

11 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

11.1 Respondent A

Muž, 58 let, u kterého byl v roce 2008 diagnostikován adenokarcinom rekta. Byla mu provedena abdominoperineální amputace rekta dle Milese a následně absolvoval onkologickou léčbu. V současné době je bez potíží, dochází na pravidelné kontroly do koloproktologické poradny, kde je mu 1 krát ročně provedena kolonoskopie, a na onkologii. Na našem oddělení byl hospitalizován pro plánovanou operaci tříselné kýly.

Osobní anamnéza

Prodělal běžná dětská onemocnění bez komplikací. Ve věku 20 let úraz na lyžích, bez následků. Při preventivní prohlídce v 50 letech zjištěna vyšší hladina cholesterolu, dietu dodržoval zhruba 1 rok, odbornou poradnu nenavštěvuje. V roce 2008 resekce střeva dle Milese. Kuřák, asi 10 cigaret denně, alkohol příležitostně, káva 2krát denně.

Rodinná anamnéza

Matka zemřela v 74 letech na CMP, léčila se pro tumor prsu. Otec zemřel v 60 letech na karcinom střev. Bratr 54 let, zdrav. 3 děti - 2 syni a 1 dcera, zdraví.

Sociální anamnéza

Ženatý 30 let, s manželkou bydlí v rodinném domě. 3 dospělé děti mají vlastní domácnost. Podniká v oblasti výpočetních technologií.

Otázky zaměřené na období před diagnózou kolorektálního karcinomu

- Jaké jste měl potíže před stanovením diagnózy kolorektálního karcinomu?
- Jaká byla vaše životospráva před onemocněním?
- Jak byste hodnotil váš životní styl před onemocněním?
- Kdy a proč jste vyhledal lékaře?
- Měl jste před svým onemocněním nějaké informace o stomiích?
- Znal jste se s někým před svým onemocněním, u koho byla založena stomie?

První problémy se zažíváním se u mě projevíly v době, kdy jsem se společníky zakládal firmu. Jednalo se především o bolesti břicha, bolesti žaludku a pocity na zvracení. Tyto problémy u mne přetrvávaly, a proto jsem na nátlak manželky vyhledal lékaře. Byla mi provedena gastroskopie a kolonoskopie, vše bez nálezu. Lékař mi doporučil dietní opatření, vyvarovat se stresu a nadměrné psychické zátěže. Zprvu jsem vše dodržoval

a postupně se začal cítit dobře. Další potíže se objevily, když se naše firma dostala do existenčních problémů. Hodně jsem pracoval, málo spal, stravoval se nepravdělně. Ze začátku jsem problémy opět přikládal stresu a nevhodnému životnímu stylu a stravování. Proto jsem zprvu omezil příjem kořeněných a dráždivých jídel, snažil jsem se omezit kouření a také alkohol, kterému jsem občasně, ale poměrně hodně holdoval. Vzal jsem si dovolenou a snažil se „uklidnit“. Ale problémy jako bolesti břicha, střídání průjmu a zácpy, hubnutí a únava byly neustále a jejich intenzita se stupňovala. Tento stav trval asi jeden rok. Opět na nátlak manželky jsem navštívil lékaře a prodělal gastroskopii a kolonoskopii. Nepřipouštěl jsem si špatný výsledek vyšetření a připravoval se na přednášku o zdravém životním stylu. Lékař byl však velmi vážný a rovnou mně odeslal na chirurgii, tam se prý dozvím víc. Zprvu jsem si možnost, že by mi při operaci mohla být vytvořena stomie ani nevnímal. Lékař se o ní zmínil jen tak mimochodem jako o jedné z možností. Byl jsem v šoku, že vůbec bude nějaká operace nutná a přiznám se, spoustu věcí okolo, co mi kdo řekl, jsem ani nevnímal. O stomiích jsem věděl jen to, že je to „vývod bokem“. Myslel jsem, že se provádí u lidí s rakovinou, kteří jsou na tom velmi špatně a brzy zemřou. Když onemocněl můj otec, neměl jsem informace vůbec žádné. Nevšiml jsem si, že by měl nějaká potíže, ale pravda je, že jsme se příliš nenavštěvovali. Měl jsem spoustu práce a starosti s dětmi. Vidali jsme se v podstatě jen o svátcích. Přišlo mi, že otec hodně zestárl a sešel, ale nevěnoval jsem tomu pozornost. Když mi matka zavolala, že je otec v nemocnici po operaci, byl jsem překvapen. Při návštěvě nás lékař informoval, že otcův stav je vážný. Měl rakovinu střev v posledním stádiu a metastázy v plicích a játrech. Lékař nás také informoval, že otci byla vytvořena stomie. Protože jsem tento pojem neznal, snažil jsem se zjistit nějaké informace, ale mnoho jsem jich nenašel. Při jedné naší návštěvě u otce v nemocnici, když jsem mu pomáhal se posadit, jsem si všiml, že má na břicho nějaký sáček a vněm řídkou stolicí. Jak se otec snažil posadit, sáček se uvolnil a obsah znečistil celou postel. Byl z toho také velký zápach, až se mi udělalo nevolno a musel jsem odejít. Bylo to naposled, co jsem otce viděl. Druhý den zemřel.

Otázky zaměřené na období po sdělení diagnózy a po operaci

- Jaké byly vaše pocity po sdělení diagnózy lékařem?
- Porozuměl jste všem informacím, které Vám lékař sdělil? Kdo Vás informoval o nutnosti založení stomie? (lékař, psychoterapeut atd.)
- Vyhledal jste si nějaké informace o Vaší diagnóze před operací?
- Jaký byl Váš zdroj pro získání informací o Vaší nemoci? (lékař, jiný zdravotnický pracovník, internet, odborná literatura, rodinný příslušník aj.)
- Jaké byly vaše pocity bezprostředně po operaci?
- Informoval jste svou rodinu, přátele o své diagnóze, o stomii?

V první chvíli po sdělení diagnózy jsem nebyl schopen vnímat a pobrat vše, co mi lékař říkal. Teprve až při další schůzce s lékařem jsem byl schopen informace více vnímat a chápat důležitost operačního zákroku, o kterém lékař mluvil. Vše šlo velice rychle. Diagnóza mi byla sdělena v dubnu 2008 a zhruba za 14 dní jsem podstoupil operaci. O způsobu operace a o nutnosti vytvoření stomie mě informoval lékař, chirurg, který měl operační zákrok provést. Bylo to ráno před operací. Měl jsem pocit, že pro mě život skončil a doufal jsem, že se po operaci už neprobudím. Před tím, než jsem nastoupil do nemocnice, jsem si vyhledal nějaké informace o kolorektálním karcinomu na internetu. Byly vcelku optimistické v tom, že pokud je nemoc diagnostikována včas a není nutno vytvořit stomii, jsou vyhlídky do dalšího života dobré. Proto pro mě byla informace o nutnosti vytvoření stomie jako oznámení o tom, že můj život brzy skončí. Navštívila mne také stoma sestra a zakreslila mi místo budoucí stomie na břicho. Obávám se, že jsem příliš nespolupracoval. Stoma sestra se mě snažila povzbudit a přinesla si sebou také nějaké stomické sáčky, které mi chtěla ukázat. Odmítl jsem a ona se se mnou rozloučila, popřála mi mnoho štěstí při operaci a odešla s tím, že se uvidíme po operaci. Moje pocity bezprostředně po operaci byly velmi ambivalentní a různorodé. Po probuzení z narkózy jsem pociťoval nejprve ohromnou bolest v břiše, ale zároveň jsem cítil ohromnou úlevu, že ten nádor je pryč z mého těla. Když přišla sestra, která se o mě na pooperačním pokoji starala, zeptal jsem se jí, jak to dopadlo, jestli mám stomii. Doufal jsem, že došlo k chybě, nebo se stal zázrak a já stomii nemám. Sestra řekla, že ano, že to bylo třeba a že za mnou přijde lékař se stoma sestrou a vše mi vysvětlí. Měl jsem strach podívat se na svoje břicho, co tam uvidím. To bylo nejtěžší, podívat se prvně na břicho. Ale na druhou stranu jsem byl rád, že žiju, že je operace za mnou. Rodina o mé diagnóze věděla od počátku a snažila se

mě podpořit. Hlavně manželka. Řekl jsem to také dětem, hned po tom, co jsem se dozvěděl diagnózu. Nechtěl sem jim připravit takový šok, jako jsem zažil já u svého otce. Snažili se mi dodat optimismus a radost ze života, když jsem to nejvíc potřeboval. A za to jim moc děkuji. Kolegové v práci vědí, že jsem po operaci kolorektálního karcinomu, ale o stomii jsem jim neřekl. Přátelé a známí, které jsem měl před operací, o stomii také nevědí a ani nechci, aby to někdo věděl. Jedná se pro mě o záležitost, která je velmi intimní a bolestivá.

Otázky zaměřené na informovanost pacienta v oblasti ošetření stomie

- Jak dlouho trvalo, než jste si zvykl na stomii?
- Kdy jste se začal sám starat o stomii?
- Pomáhá Vám někdo s ošetřením stomie? (stoma sestra, agentura domácí péče, rodinný příslušník)
- Používáte od začátku stejný druh pomůcek, nebo jste jich vyzkoušel několik?
- Jste spokojený s množstvím pomůcek hrazených pojišťovnou, musíte si některé pomůcky doplácet?
- Odkud získáváte informace o nových pomůčkách a postupech při ošetřování stomie?
- Musel jste poté, co vám byla založena stomie, změnit životosprávu?
- Zapojil jste se do klubu stomiků, setkáváte se s někým, kdo má také založenou stomii?

Na stomii jsem si zvykal poměrně dlouho, asi tři měsíce. Měl jsem pocit že „to“ není moje, není to součást mého těla. Ale postupně jsem si zvykl. O stomii jsem se začal sám starat už v nemocnici. První dny po operaci jsem měl nalepený sáček ještě z operačního sálu, ale pak se začal nafukovat plyn a sestra přišla a vyměnila ho. Bylo to velmi nepříjemné. Snažil jsem se co nejdřív dát do pořádku, abych se mohl o stomii starat sám a nikoho tím nemusel obtěžovat. Stomická sestra za mnou přišla a ukázala mi, jak sáček vyměnit a jak ošetřovat okolí stomie. Od té doby to dělám sám. Nikdo mi nepomáhá. Manželka se zprvu o pomůcky a ošetřování zajímala, ale já nechci, aby mi pomáhala a viděla, jak si sáček vyměňuji. Na začátku jsem měl několik nehod, sáček nedržel a kůži kolem jsem měl podrážděnou. Vše jsem ale zvládl. Také období onkologické léčby bylo těžké. Při radioterapii jsem trpěl průjmem a musel si vyměňovat sáčky velmi často. Kůži okolo stomie jsem měl velmi podrážděnou a bolavou. Při kontrole v koloproktologické

poradně mi bylo doporučeno navštívit stoma sestru. Poradila mi používat dvojdílný systém a také nějakou speciální podložku, která výborně zklidnila kůži v okolí stomie.

Po skončení radioterapie se mé zažívání zklidnilo a problémy ustaly. Vyzkoušel jsem několik druhů pomůcek, než jsem našel druh, který mi nejvíc vyhovuje. V současné době se moje stomie vyprazdňuje poměrně spolehlivě vždy ráno. Během dne je stolice minimum. Tedy pokud dodržím pravidelnou dietu a režim. S množstvím pomůcek jsem v celku spokojen. Snažím se kombinovat různé druhy sáčku, v závislosti na druhu činnosti, kterou se chystám dělat. Za ty 4 roky, co stomii mám, jsem si už vypracoval svůj systém a nemusím ho měnit. Doplácel jsem si jenom za nějaké doplňky, kosmetiku a tak. Nebyly to velké částky. Občas zkusím nějakou novinku, když se o ní dozvím, ale spíš zůstávám konzervativní a používám to, co mám vyzkoušené. O nových pomůčkách se dozvídám na internetu, ale teď, co jsem začal znovu naplno pracovat, se už na stránky o stomiích nedívám tak často. Dřív jsem dokázal prosedět hodiny u počítače a procházet si stránky výrobců pomůcek, stránek s radami pro stomiky, číst různé příběhy lidí se stomií. Také jsem jednou navštívil přednášku pro lidi se stomií, jako jsem já. Pozvánku mi poslala firma vyrábějící pomůcky. Bylo to velmi zajímavé a já se dozvěděl spoustu věcí o výživě a nových pomůčkách. Také tam byla možnost osobní konzultace s nutriční specialistkou. Dost mi pomohla a já se jejími radami dodnes řídím. Nejdůležitější pro mě na tomto setkání ale bylo, že jsem se tam seznámil se stomikem, který vyprávěl o tom, jak pravidelně sportuje, plave a jezdí na kole. Oslovil jsem ho a požádal o kontakt. Postupně se z nás stali přátelé a dodnes spolu pravidelně sportujeme a pomáháme si. Další přednášky jsem ale nenavštívil, nemám na to čas. Občas je k pomůčkám, které používám, přiložen reklamní leták nebo vzorek nového výrobku, ale jak jsem už řekl, rád používám to, co mám vyzkoušené. Životosprávu jsem po operaci změnil celkem radikálně. Úplně jsem přestal pít alkohol a omezil kouření. Úplně přestat se mi ale nepodařilo. Snažím se jíst pravidelně malé množství zdravých potravin, hodně pít. Oblíbil jsem si bylinné čaje. Také se tolik nestresuji, užívám si života. Snažím se pravidelně odpočívat. Věnuji se rodině. Vím, že se nemoc může kdykoliv vrátit, ale nebojím se toho. Věřím, že to zvládnu.

11.2 Respondent B

Žena, 57 let. V roce 2006 u ní byl diagnostikovaný karcinom rekta zasahující vnitřní svěrač rekta. Byla provedena amputace rekta dle Milese a následně provedena radiochemoterapie. Na pravidelné kontroly nedochází, uvádí, že byla vyřazena z evidence a je vyléčená. Na našem oddělení byla hospitalizovaná po autonehodě.

Osobní anamnéza

Prodělala běžné dětské nemoci. V roce 1972 hepatitis B. V roce 1980 fraktura L5 obratle na lyžích, od té doby bolest zad. Od roku 2001 léčena pro hyperfunkci štítné žlázy. V roce 2006 amputace rekta dle Milese. Porod - jeden, bez komplikací, potrat 0, umělé přerušování těhotenství 0. Na pravidelné gynekologické prohlídky chodí jedenkrát ročně. Nekouří, kávu ani alkohol nepije.

Rodinná anamnéza

Otec zemřel při autonehodě v roce 1970. Matka se léčila se štítnou žlázou, zemřela v 86 letech stářím. Má dva sourozence, se kterými se nestýká. Jeden syn se léčí pro schizofrenii.

Sociální anamnéza

Rozvedená, bydlí se synem v rodinném domku. Od roku 1980 v částečném invalidním důchodu. Před tím pracovala jako zdravotní sestra na interním oddělení.

Otázky zaměřené na období před diagnózou kolorektálního karcinomu

- Jaké jste měla potíže před stanovením diagnózy kolorektálního karcinomu?
- Jaká byla Vaše životospráva před onemocněním?
- Jak byste zhodnotila Váš životní styl před onemocněním?
- Kdy a proč jste vyhledala lékaře?
- Měla jste před svým onemocněním nějaké informace o stomiích?
- Zнала jste se s někým před svým onemocněním, u koho byla založena stomie?

Několik let jsem měla krev ve stolici. Nevěnovala jsem tomu pozornost. V těhotenství jsem trpěla hemeroidy, a tak jsem myslela, že se jedná o stejný problém. Občas jsem si v lékárně koupila čípky nebo mast na hemeroidy a měla jsem pocit, že potíže se vždycky zmírnily. Také jsem měla potíže s vyprazdňováním. Období zácpy se střídalo s náhlým průjmem. Potíže trvaly několik let a já si na ně zvykla. Po celý život jsem se snažila jíst zdravě, cvičit, pobývat co nejvíc v přírodě, nepřepínat se a vyvarovat se stresu. Po úrazu páteře jsem odešla do částečného invalidního důchodu a věnovala se synovi.

Když syn onemocněl, manžel nás opustil, našel si jinou ženu a rozvedl se se mnou. Rozvod byl pro mě velmi stresovou záležitostí. Přidaly se i existenční problémy. Syn má plný a já částečný invalidní důchod. Snažíme se přivydělat si roznášením reklamních letáků, ale peněz máme málo. V roce 2006 jsem prodělala těžkou virózu a praktická lékařka mi po vyléčení provedla kontrolní odběry krve. Zjistila u mě těžkou anémii a poslala mne na vyšetření na internu. O stomiích jsem jako zdravotní sestra věděla a několikrát se za své praxe s pacienty se stomií setkala. Tenkrát ještě nebyly takové pomůcky jako dnes, jen takové dost nedokonalé pásy. Nikde to netěsnilo a člověk byl pořád cítit. Také kůže v okolí stomie byla pořád podrážděná a pacienti si stěžovali na bolest. Vzpomínám si, že jsem pacienty se stomií nerada ošetřovala. Péče o ně byla velmi náročná.

Otázky zaměřené na období po sdělení diagnózy a po operaci

- Jaké byly Vaše pocity po sdělení diagnózy lékařem?
- Porozuměla jste všem informacím, které Vám lékař sdělil? Kdo Vás informoval o nutnosti založení stomie? (lékař, psycholog atd.)
- Vyhledal jste si nějaké informace o Vaší diagnóze před operací?
- Jaký byl Váš zdroj pro získání informací o Vaší nemoci? (lékař, jiný zdravotnický pracovník, internet, odborná literatura, rodinný příslušník aj.)
- Jaké byly vaše pocity bezprostředně po operaci?
- Informovala jste svou rodinu, přátele o své diagnóze, o stomii?

Byla jsem hospitalizovaná na interním oddělení, kde mi udělali spoustu vyšetření. Pořád říkali, že výsledky ještě nejsou kompletní a že mě bude informovat ošetřující lékař. Ani jsem nevěděla který to je, každý den přišel někdo jiný. Také jsem dostala 4 transfúze krve, po kterých jsem se cítila mnohem lépe a chtěla jsem odejít domů za synem. Pak ale přišla lékařka a sdělila mi, že mám tumor rekta a bude nutné ho chirurgicky odstranit. Ptala jsem se, jestli je zhoubný, ale odpověděla vyhýbavě, že ještě nejsou výsledky histologického vyšetření. Druhý den jsem byla přeložena na chirurgické oddělení a dva dni na to proběhla operace. O možnosti založení stomie se mnou nikdo nehovořil, alespoň si na to nevzpomínám. Všechno se seběhlo strašně rychle. Snažila jsem se hlavně po telefonu zorganizovat domácnost a pomoc synovi, takže jsem všechny informace, co mi kdo řekl, ani nevnímala. Po operaci jsem dlouho trpěla velkými bolestmi a vyžadovala silná analgetika. K bolestem břicha se přidaly bolesti zad z ležení. Cítila jsem se příšerně, bylo mi fyzicky zle, ale ještě horší to bylo s mojí psychikou. Najednou jsem byla úplně zmatená, smutná

a projevovaly se u mě depresivní příznaky. O své nemoci jsem řekla jen synovi a několika přátelům, kteří mě všichni poskytli obrovskou podporou a postarali se o mne, když jsem potřebovala.

Otázky zaměřené na informovanost pacienta v oblasti ošetření stomie

- Jak dlouho trvalo, než jste si zvykla na stomii?
- Kdy jste se začala sama starat o stomii?
- Pomáhá Vám někdo s ošetřením stomie? (stoma sestra, agentura domácí péče, rodinný příslušník)
- Používáte od začátku stejný druh pomůcek, nebo jste jich vyzkoušela několik?
- Jste spokojená s množstvím pomůcek hrazených pojišťovnou, musíte si některé pomůcky doplácet?
- Odkud získáváte informace o nových pomůčkách a postupech při ošetřování stomie?
- Musela jste poté, co Vám byla založena stomie, změnit životosprávu?
- Zapojila jste se do klubu stomiků, setkáváte se s někým, kdo má také založenou stomii?

Ze začátku jsem stomii úplně odmítala. Byl to pro mě šok, že jí mám, vůbec jsem na to nebyla připravená. Odmítala jsem se na ní podívat, dotýkat se jí. Dodnes jsem si na stomii nezvykla. Je to něco, co na moje břicho nepatří. Sestřičky na oddělení se mě snažili ukázat jak se o stomii starat, ale já jsem to odmítala. Navštívila mě také stoma sestra a přinesla mi ukázat moderní pomůcky k ošetření stomie, ale já jsem nebyla schopná se na nic soustředit. Lékař mi nakonec navrhl konzultaci psychiatra a já jsem souhlasila. Nasadili mi nějaké léky a já jsem konečně mohla spát. O stomii jsem se ale stále odmítala starat. Nakonec mě propustili do domácího ošetřování a domluvili mi návštěvy sestřiček domácí péče. Ze začátku k nám jezdili tři krát denně a o stomii se mi starali. Zařídili všechno, stomické sáčky i materiál potřebný k ošetřování. Asi dva měsíce po operaci se u mě objevila kýla v oblasti stomie a také krvácení ze stomie. Používala jsem podpurný pás, ale kýla se zvětšovala. Musela jsem znovu do nemocnice, kde mi kýlu odstranily a upravili mi i stomii. Od té doby potíže nemám. Po propuštění z nemocnice se o moji stomii dál starali sestřičky domácí péče a při onkologické léčbě sestřičky na oddělení, kde jsem ležela. Používala jsem dvojdílný systém, podložku a vyměnitelný sáček. Postupně jsem zvládla výměnu sáčku, ale podložku jsem si dlouho nedokázala vyměnit. Kamarádka mi

domluvila konzultaci v poradně stoma sestry. V té době jsem už myslím byla duševně připravená a pod vedením zkušené stoma sestry jsem to nakonec zvládla. Dnes se o svoji stomii starám bez problémů sama. Ze začátku jsem používala dvojdílný systém a postupně jsem vyzkoušela několik druhů sáčků. Když jsem se začala o stomii starat sama, přešla jsem na jednodílný systém. Je mnohem diskrétnější. Několik let používám stejný druh sáčků a plně mi vyhovují. Poukaz na pomůcky mi vždy jednou za čtvrt roku vypíše praktická lékařka a já ho odnesu do nejbližší lékárny, která je přes ulici. Za tři dny si tam pak vyzvednu sáčky. Používám také čistící a ochranné ubrousky. Ty mi také píše praktická lékařka. S množstvím pomůcek jsem spokojená. Na nic nedoplácím. O nové pomůcky se nezajímám. Našla jsem ty, které mi vyhovují, a jiné nehledám. Občas mi přijde domů časopis pro stomiky. Myslím, že mi ho objednala jedna sestřička z domácí péče, co ke mně jezdila. Je zadarmo. Jsou tam odborné články a spousta reklamy. Myslím, že životosprávu jsem nijak zvlášť nezměnila. Jím pořád to samé co před operací. Jen si dávám pozor na nadýmavá jídla a snažím se jíst málo a často. Také se snažím víc pít. Do klubu stomiků jsem se nezapojila a ani se neseťkávám s nikým kdo má stomii. Nikoho takového ani neznám. Mám pár přátel, se kterými se stýkám u mě doma, když přijdou na návštěvu. Po pravdě ven vycházím, jen když musím. Přeci jen mám obavy, aby se mi sáček neuvolnil. Ušila jsem si takovou kapsu a tou si chráním oblečení, když jdu na nákup nebo roznášet letáky. Do společnosti nechodím a ani nesportuji. Cítím se jak kdy, někdy lépe, někdy hůř. Musím tu být co nejdéle a postarat se o syna.

11.3 Respondent C

Muž, 64 let. V roce 2011 u něj byl diagnostikován karcinom rekta. Provedena resekce a primární anastomóza. Třetí den po operaci došlo k rozpadu anastomózy a při reoperaci byla vytvořena sigmoidostomie. Na našem oddělení byl hospitalizován pro nejasný nález na játrech.

Osobní anamnéza

Běžné dětské nemoci. V roce 1998 artroskopie pro bolesti kolene. Jinak zdravý. S ničím se neléčí. V roce 2011 Hartmanova resekce střeva, sigmoidostomie. Společenský kuřák, alkohol - 2 piva denně, káva - 4 šálky.

Rodinná anamnéza

Otec 86let, hypertenze, stav po IM. Matka 84let se léčí pro chronickou myeloidní leukémii, hypertenze, DM. Bratr zemřel v 52 letech na karcinom pankreatu, sestra 60 let se léčí pro karcinom prsu. Dvě děti – zdraví.

Sociální anamnéza

Ženatý, bydlí s manželkou v bytě. Důchodce, pracoval jako řidič dálkové dopravy.

Otázky zaměřené na období před diagnózou kolorektálního karcinomu

- Jaké jste měl potíže před stanovením diagnózy kolorektálního karcinomu?
- Jaká byla Vaše životospráva před onemocněním?
- Jak byste zhodnotil Váš životní styl před onemocněním?
- Kdy a proč jste vyhledal lékaře?
- Měl jste před svým onemocněním nějaké informace o stomiích?
- Znal jste se s někým před svým onemocněním, u koho byla založena stomie?

Neměl jsem vůbec žádné potíže. Cítil jsem se zcela zdravý. Jíst mi chutnalo a moje vyprazdňování bylo pravidelné. Lékaře jsem nenavštěvoval. Moje manželka pravidelně dochází na preventivní kontroly ke své praktické lékařce. Přinesla si domů test na zjištění krve ve stolici a jeden přinesla i pro mě. Nechtěl jsem ho použít, ale moje manželka mně donutila. Ona ví jak mně přinutit udělat něco co nechci. Za 14 dní byly výsledky. Její test byl negativní a můj pozitivní. Myslel jsem, že je to omyl a odmítal jít na nějaké další vyšetření. Moje žena mně ale objednala a na vyšetření doprovodila. Absolvoval jsem gastrokopii, kolonoskopii a vyšetření krve. Lékař mi sdělil, že výsledek je pozitivní a mám zhoubný nádor tlustého střeva.

Moje životospráva před onemocněním byla dost nepravidelná. Jezdil jsem s kamiónem dálkovou dopravu. Hodně jsem kouřil a stravoval se cestou po hospodách a v rychlém občerstvení. Pil jsem hodně kávy a energetických nápojů proti únavě. Když jsem měl volno a byl doma, snažil jsem se sportovat a odpočívat. Manželka vařila a vaří zdravou stravu, hodně zeleniny, málo tuků. Můj životní styl byl jako na houpačce. Lékaře jsem vyhledal po tom, co mi vyšel pozitivně ten test na krev ve stolici, co přinesla domů manželka. Jednu dobu jsem se proto na ní zlobil. Kdybych si neudělal ten test, nic dalšího z toho, co následovalo, by se nestalo. Dnes ale vím, že mi možná zachránila život.

O stomiích jsem žádné informace neměl. Kdybyste se mně před třemi roky zeptala, co je stomie nevěděl bych. Myslím, že Václav Havel měl tenkrát, když ho operovali v Rakousku „vývod břichem“, ale tomu to pak spojili zpátky. A taky myslím Marta Kubišová. V časopise psali že mněla zánět střev a museli jí vytvořit dočasný vývod. Nemohla pak nějaký čas zpívat. Osobně jsem ale nikoho neznal.

Otázky zaměřené na období po sdělení diagnózy a po operaci

- Jaké byly Vaše pocity po sdělení diagnózy lékařem?
- Porozuměl jste všem informacím, které Vám lékař sdělil? Kdo Vás informoval o nutnosti založení stomie? (lékař, psychoterapeut atd.)
- Vyhledal jste si nějaké informace o Vaší diagnóze před operací?
- Jaký byl váš zdroj pro získání informací o Vaší nemoci? (lékař, jiný zdravotnický pracovník, internet, odborná literatura, rodinný příslušník aj.)
- Jaké byly Vaše pocity bezprostředně po operaci?
- Informoval jste svou rodinu, přátele o své diagnóze, o stomii?

Diagnózu mi sdělil lékař. Nejprve hovořil o nádoru tlustého střeva, ale když jsem se přímo zeptal, řekl mi, že výsledek biopsie je pozitivní a nádor je zhoubný. Odmítal jsem tomu uvěřit, cítil jsem se zdravý, neměl jsem žádné potíže. V novinách, zrovna v době, když jsem byl před operací, vyšel poměrně dlouhý článek o tom, jak v naší republice stoupá počet lidí s kolorektálním karcinomem. Psali tam o rizikových faktorech onemocnění a já zjistil, že splňuju snad všechny. Pohlaví, věk, způsob života, stravování, kouření.... Jiné informace jsem před operací nevyhledal. Všechno proběhlo velmi rychle. Lékař mi před operací sdělil, že nádor je dostatečně vzdálený od konečníku a střevo pravděpodobně půjde spojit. Jen pro jistotu mně upozornil, že když se během operace stane něco neočekávaného, bude nutné vytvořit stomii. Věřil jsem, že to nebude nutné a možnost

stomie si vůbec nepřipouštěl. První den po operaci jsem se cítil výborně. Neměl jsem ani velké bolesti. Lékař mě řekl, že operace proběhla bez problémů, nádor odstranili a střevo spojili dohromady. Druhý den jsem ale dostal horečky a třetí den mně začalo hodně bolet břicho. Po CT vyšetření jsem se dozvěděl, že došlo ke komplikaci, spojení střeva se uvolnilo a je nutná další operace. Po té druhé operaci si nic nepamatuji asi tři dny, pak jsem se probudil na JIP a lékař mi řekl, že bylo nutné vytvořit stomii. Doufal jsem, že bude možné střevo znovu za nějaký čas spojit, ale prý to není technicky možné.

Moje manželka o stomii věděla dřív než já, ještě když jsem ležel na JIP v bezvědomí. Byla a je mi velkou oporou. Dětem jsem to také řekl. Někteří přátelé, ti opravdu blízcí to vědí, ale příliš se o tom nešířím. Ne že bych to tajil a úzkostlivě zapíral. Myslím ale, že je to moje soukromá věc a nikomu do toho nic není.

Otázky zaměřené na informovanost pacienta v oblasti ošetření stomie

- Jak dlouho trvalo, než jste si zvykl na stomii?
- Kdy jste se začal sám starat o stomii?
- Pomáhá vám někdo s ošetřením stomie? (stoma sestra, agentura domácí péče, rodinný příslušník)
- Používáte od začátku stejný druh pomůcek, nebo jste jich vyzkoušel několik?
- Jste spokojený s množstvím pomůcek hrazených pojišťovnou, musíte si některé pomůcky doplácet?
- Odkud získáváte informace o nových pomůckách a postupech při ošetřování stomie?
- Musel jste po té, co Vám byla založena stomie, změnit životosprávu?
- Zapojil jste se do klubu stomiků, setkáváte se s někým, kdo má také založenou stomii?

Na stomii jsem si zvykal poměrně dlouho a mám pocit, že jsem si ještě zcela nezvykl. Pořád jsem se zcela nesmířil s představou, že je to napořád. O stomii jsem se sám začal starat po přeložení z JIP na standardní oddělení. Navštívila mně stoma sestra a přinesla mi ukázat různé sáčky a pomůcky k ošetřování stomie. V koupelně mně potom ukázala, jak se sáček vyměňuje a jak správně ošetřovat okolní kůži. Docházela pak za mnou každý den a chválila moje pokroky. Když jsem odcházel domů, přinesla mi praktickou taštičku na pomůcky a také nějaké propagační letáčky. Přiznám se, že jsem je nečetl a vyhodil je. Mněl jsem plno jiných starostí. Mněl jsem obavy, jestli to doma sám

zvládnou. Nechtěl jsem obtěžovat manželku. Být jí na obtíž. Vždy jsem to byl já, kdo se staral o rodinu. Najednou jsem si připadal zbytečný a postižený.

S ošetřování stomie mi nikdo nepomáhá od té doby, co jsem přišel z nemocnice domů. Manželka se mi ze začátku snažila připravovat pomůcky, vystřihovat otvor v sáčku, ale zvládám to sám a pomoc nepotřebuji. Pomůcek jsem vyzkoušel několik a nakonec našel ty, které mi vyhovují. Musel jsem ale změnit svého praktického lékaře. Ten, kterého jsem navštěvoval původně, mně nechtěl psát poukazy na pomůcky i když jsou hrazené pojišťovnou. Psal mi pouze minimální množství, s tím že pokud mi to nestačí, mám si další dokoupit za své peníze. Také o tom že by mi napsal jiný druh pomůcky nebo stomickou kosmetiku nechtěl ani slyšet. O tom, na co všechno mám nárok, jsem se dozvěděl až při pobytu v lázních, náhodou od spolu pacienta, také stomika. Na jeho popud jsem se začal o pomůcky a jejich množství hrazené pojišťovnou blíž zajímat. Praktický lékař ale moje nároky neuznával a tak jsem byl nucen ho vyměnit. V současné době navštěvuji jiného a nemám problém. Napíše mi vše, o co požádám. Dopláším minimální částku za kosmetiku, používám jí poměrně dost. Rád zkouším i různé novinky. Zapojil jsem se aktivně do klubu stomiků. Přivedl mně tam můj kamarád z lázní. Jezdíme pravidelně na rekondiční pobyty, máme tematické semináře, radíme si a tak. Můj život se založením stomie změnil. Odešel jsem do důchodu a věnuju se rodině. Nikam nespěchám, snažím se pravidelně jíst a spát. Užívám si života.

12 ANALÝZA ROZHOVORŮ

12.1 Otázky zaměřené na období před diagnózou kolorektálního karcinomu

Respondenti A a C žili před diagnózou kolorektálního karcinomu nepravidelným životem. Respondent A mněl potíže v zaměstnání a respondent C jako řidič dálkové dopravy prožíval stres. Oba se stravovali v rychlém občerstvení, kouřili, pili kávu a alkohol. Také respondentka B prožila v období před diagnózou krizovou rodinou událost, která jí psychicky poznamenala. Životní styl ani jednoho z respondentů nebyl ideální.

U respondenta A se první varovné příznaky projeví už v minulosti, proto jim nevěnoval pozornost a až na nátlak manželky vyhledal lékaře. Také respondent C o svůj zdravotní stav nepečoval, lékaře nenavštěvoval, a také u něj to byla manželka, která ho podle jeho slov „donutila“ navštívit lékaře po pozitivním domácím testu na přítomnost krve ve stolici.

Respondentka B mněla v období před diagnózou varovné příznaky nemoci, krev ve stolici, ale potíže bagatelizovala a nevěnovala jim pozornost.

Respondent A mněl o stomiích jen minimum informací, které získal v době onemocnění otce. Tyto informace byly vesměs negativní, respondent byl přesvědčen, že stomie je zaváděna pouze lidem v posledním stádiu rakoviny těsně před smrtí. Respondentka B měla informace jako zdravotní sestra dobré a s klienty se zavedenou stomií se setkala během své praxe. Přesto byl její postoj ke stomikům negativní. Respondent C informace neměl žádné, pouze si vzpomněl na články v bulvárních časopisech a na některé známe osobnosti, které měli stomii.

12.2 Otázky zaměřené na období po sdělení diagnózy a po operaci

Všichni tři respondenti po sdělení diagnózy prožívali šok a odmítali informacím o své nemoci uvěřit. Všichni uvedli, že po tom co jim byla sdělena diagnóza, nebyli schopni přijímat a zpracovávat další informace týkající se např. prognózy choroby, její léčby a dalšího postupu. U všech dotazovaných byl zdrojem informací o povaze nemoci lékař. Respondentka B uvedla, že si nevzpomíná, že by jí někdo informoval o možnosti založení stomie, ale připouští, že její psychický stav před operací nebyl dobrý a ona byla soustředěna na organizaci domácnosti a péče o syna. Všichni tři se také shodují, že mezi sdělením diagnózy a operací bylo jen velmi málo času. Respondent A si vyhledal částečné

informace na internetu a respondent C přečetl článek v novinách. Respondentka B byla hospitalizovaná v nemocnici a žádné další informace nevyhledala.

Bezprostředně po operaci zažívali všichni respondenti velké bolesti a pocity strachu z budoucnosti. Respondenta B uvádí, že bezprostředně po operaci ztratila vůli žít a musela vyhledat pomoc psychiatra.

Z rozhovorů je patrné že všichni dotazovaní považují svoji stomii za intimní a soukromou věc, o které se rozhodli informovat pouze nejbližší rodinu a přátele.

12.3 Otázky zaměřené na informovanost pacienta v oblasti ošetření stomie

Respondent A uvedl, že se stomií se smiřoval poměrně dlouho a nemohl se smířit s tím, že je to součást jeho těla. Dodnes se cítí že je to něco co na jeho břicho nepatří. Respondentka B se po operaci se stomií nesmířila vůbec a dlouhou dobu po operaci se odmítala na stomii podívat, dotýkat se jí. Cítila se zmrzačená a hendikepovaná. Trvalo poměrně dlouhou dobu, než se se stomií smířila natolik, aby byla schopná jí sama ošetřovat. Jak uvádí, dodnes se se stomií zcela nevyrovnala. Respondent C po první operaci stomii neměl a byl pro něj šok, když mu musela být pro komplikace po re operaci vytvořena. Stále doufá, že by to nemuselo být napořád.

Respondenti A a C se o stomii začali brzy po operaci pod vedením stoma sestry starat sami. Jak uváděli, bylo jim velmi nepříjemné, když byli nesoběstační a někdo jiný se jich dotýkal v tak intimní záležitosti. I doma oba dva odmítají pomoc svých manželek a stomii si ošetřují sami. Respondentka B podle svých slov dlouhou dobu odmítala o svojí stomii pečovat. Po propuštění domů z nemocnice ji navštěvovala služba domácí péče a zajišťovala výměnu pomůcek. Postupně se ale dokázala se stomií vyrovnat natolik, že byla schopná vyměnit si sáček u dvojdílného systému. Později se pod vedením zkušené stoma sestry zvládla o svojí stomii postarat a dnes je zcela soběstačná. Také respondent A při problémech s kůží v okolí stomie vyhledal pomoc stoma sestry a s její pomocí vše vyřešil. Je zřejmé, že úloha stoma sestry je v komplexní péči o stomiky nezastupitelná.

Všichni tři dotazovaní vyzkoušeli několik druhů pomůcek, než zjistili, co jim plně vyhovuje. Respondent A si potřebné informace vyhledal sám na internetu a kombinuje několik typů sáčků podle toho, co se právě chystá dělat. Jak sám řekl, nebrání se novinkám, ale raději zůstává u vyzkoušených pomůcek. Navštívil také, na pozvání firmy vyrábějící stomické pomůcky, přednášku věnovanou novinkám a trendům v ošetřování

stomií. Velmi ocenil možnost na akci konzultaci s nutriční specialistkou a setkání s jiným, zkušenějším stomikem, který se stal pro respondenta A rádcem a přítelem. Respondentka B po propuštění z nemocnice používala na radu sester domácí péče dvojdílný systém. Poté, co se stala soběstačnou v péči o stomii, používá jednodílný systém, který je dle jejích slov mnohem diskrétnější. Respondent C mňel při získávání pomůcek nejprve problémy se svým praktickým lékařem, ale výměna lékaře vše vyřešila. Dnes má podle svých slov všechny pomůcky, o které požádá. Také pro něj, stejně jako pro respondenta A bylo přínosem setkání s jiným zkušenějším stomikem, který mu předal své zkušenosti.

Ani jeden s oslovených respondentů nemá v současné době problém získat pomůcky, které potřebuje v dostatečném množství a ani na ně nemusí doplácet, s výjimkou malých částek za stomickou kosmetiku.

Respondent A se do klubu stomiků nezapojil a ani na to podle svých slov nemá čas. Informace si sám vyhledává na internetu, ale teď, když se znovu zapojil do práce ve své firmě, na to nemá tolik času. Má své vyzkoušené pomůcky a novinky nevyhledává.

Respondentka B se také do klubu stomiků nezapojila a nemá o to zájem. Stýká se pouze s dlouholetými přáteli a o jiné kontakty nestojí. Pomůcky, které používá, jí vyhovují. Občas si přečte informační materiály, které ke svým výrobkům přidá firma vyrábějící pomůcky, které používá. Odebírá také bezplatný časopis Radim. Respondent C se do klubu stomiků aktivně zapojil a zúčastňuje se rekondičních pobytů, přednášek.

Jak shodně všichni respondenti uvedli jejich život se po založení stomie změnit. Snaží se zdravě jíst, víc pít a vyvarovat se stresu. Více se věnují rodině a užívají si života.

12.4 Výsledky dotazníku kvality života SEQoL

Nejčastější životní cíle respondenti uvedli v rámci dotazníku života SEQoL jsou rodina, zdraví, finance a možnost vykonávat fyzickou aktivitu, sport. Jako další cíle uvedli zaměstnání, přátele, děti, vnoučata, záliby, štěstí, soběstačnost a možnost věnovat se koníčkům.

Průměrná kvalita života (QL) byla 62,72 % a průměrná míra spokojenosti (VAS) 66,50 %. Hodnoty QL a hodnoty VAS se u dotazovaných liší v průměru pouze o 3,78 %. Je tedy možné říct, že celková úroveň oslovených dotazovaných se založenou stomií a jejich celková míra spokojenosti s kvalitou vlastního života je + - 66,5 %.

13 DISKUSE

Podstatou výzkumného šetření bylo zjistit úroveň komplexní edukace u pacientů se stomií, a zda dlouhodobá edukace splňuje očekávané požadavky. Nedílnou součástí bylo také zjistit, jak je ovlivňován život pacientů se stomií po operaci tlustého střeva. Výzkum probíhal na chirurgické klinice oddělení B ve Fakultní nemocnici Plzeň. K výzkumu jsme použili kvalitativní průzkum formou polostandardizovaného rozhovoru. Cílem bylo blíže prozkoumat motivy a porozumět chování a každodennímu jednání zkoumaných lidí. Celkem jsme prováděli rozhovor u 3 respondentů, kterým jsme položili tři okruhy otázek, na které respondenti odpovídali.

První problém se týkal období před stanovením diagnózy se zaměřením na životní styl klienta, na důvody, které vedly klienta vyhledat lékaře. Cílem bylo zjistit, jaké informace a názory měl klient před založením stomie.

Druhý problém jsme viděli v otázkách týkajících se pocitů klienta při sdělení diagnózy lékařem. Cílem bylo zjistit postoj klienta k nemoci po sdělení diagnózy lékařem.

Třetí problém jsme spatřovali v otázce, zda se klienti s dlouhodobě zavedenou stomií zajímají o nejnovější trendy v oblasti ošetření stomie. Cílem bylo zjistit, zda se klienti s dlouhodobě založenou stomií zajímají o novinky v ošetření stomie a zda změnili po operaci svůj životní styl.

Celkem jsme připravili **tři** okruhy otázek, které jsme směřovaly na období před sdělením diagnózy kolorektálního karcinomu, dalším obdobím byla informovanost klientů po sdělení diagnózy lékařem a v poslední řadě soubor otázek se zaměřením na nejnovější trendy v oblasti ošetření stomie. Otázky byly kladeny tak, aby jim klienti porozuměli.

V úvodu všech rozhovorů s klienty jsme se pro získání důvěry a lepšího seznámení s klienty, s jejich postoji, názory a zkušenostmi zaměřili na období před diagnózou kolorektálního karcinomu. Klienti se ve svých odpovědích vyjadřovali k otázkám svého životního stylu před onemocněním a znalostem problematiky stomií. Z provedených rozhovorů vyplynulo, že ani jeden z klientů nežil zdravým životním stylem. Respondent **A** řešil složité problémy v podnikání, klientka **B** v rodinném životě a respondent **C** pracoval jako řidič dálkové dopravy. Žádný z klientů nepečoval pravidelně o své zdraví a nevyužíval preventivních programů zaměřených na detekci závažných onemocnění. Také informace a zkušenosti klientů v problematice stomií byly nedostatečné. Respondent **A** měl vesměs negativní zkušenosti se stomií svého otce. Byl přesvědčen, že zavedení stomie

znamená konec života. Negativní zkušenosti měla také respondentka **B**, která uvedla negativní zkušenosti s ošetřováním stomie v období, kdy pracovala jako zdravotní sestra na standardním interním oddělení. Respondent **C** žádné zkušenosti neměl a minimální informace získal četbou bulvárních časopisů. Za zajímavé považují zjištění, že jak u respondenta A, tak C to byla manželka kdo „přiměl“ klienty navštívit lékaře. Křivohlavý ve své knize Psychologie zdraví uvádí, že ženy jsou mnohem zodpovědnější a vnímavější ke svému zdraví než muži. (Křivohlavý, 2003) O nedostatečné informovanosti české veřejnosti v oblasti správné životosprávy jako prevenci kolorektálního karcinomu píše ve své bakalářské práci na téma Primární prevence kolorektálního karcinomu Svatava Bischofová Z jejího průzkumu vyplynulo, že lidé považují za rizikové faktory pro vznik kolorektálního karcinomu pouze dědičné vlivy, kouření a obezitu. O vlivu konzumace nevhodně upraveného červeného masa a požívání alkoholu veřejnost informována není. (Bischofová, 2010)

Další otázka se týkala důvodů, které vedly klienty k tomu, aby vyhledali lékaře. Zajímalo nás, zda klienti nepodceňují prevenci a vyhledají lékaře včas. První klient uvedl, že měl problémy se zažíváním, jednalo se především o bolesti břicha, bolesti žaludku a pocity na zvracení. Uvedl, že problémy u něho stále přetrvávaly, a proto na nátlak manželky vyhledal lékaře. Druhá klientka uvedla, že měla několik let krev ve stolici, nevěnovala tomu pozornost, léčila se sama, občas si v lékárně koupila čípky nebo mast na hemoroidy a měla pocit, že se potíže vždycky zmírnily. Měla potíže s vyprazdňováním, střídalo se období zácpy s obdobím průjmu, tyto potíže u ní trvaly i několik let. Třetí respondent neměl žádné zažívací potíže. I vyprazdňování bylo pravidelné a bezproblémové. Ovšem náhodně si provedl test na okultní krvácení a ten byl pozitivní. Nabízí se otázka, proč je prevence, tak závažného onemocnění jako je kolorektální karcinom, veřejností tak podceňován, když je jeho zjišťování technicky tak jednoduché, rychlé a bezbolestné a zároveň respektuje intimitu klienta. Každý klient se může otestovat v soukromí doma. Odběrovou soupravu je možné získat u praktického lékaře nebo gynekologa. V ČR od roku 2000 funguje screeningový program se zaměřením na včasné odhalení kolorektálního karcinomu určený pro lidi starší 50 let. (kolorektum.cz) Prvním cílem bylo zjistit, jaké informace a názory měl klient před zavedením stomie. Zjistili jsme, že prevence je veřejností podceňována. Informovanost lidí je nedostatečná, nezajímají se o tuto problematiku a pozdě vyhledávají lékaře. Pokud by klienti vyhledali lékaře při

objevení prvních příznaků, mohli by včas zahájit léčbu. O včasné diagnostice píše Karel Lukáš, Aleš Žák a kol. v knize Gastroenterologie a hepatologie. Také oni považují důsledné provádění primární prevence za velmi důležité. (Lukáš, Žák, 2007)

Druhý problém, na který jsme se v naší práci zaměřili, se týkal pocitů klientů při sdělení diagnózy lékařem. Cílem bylo zjistit od respondentů zdroje informací o nemoci. Všichni tři respondenti po sdělení diagnózy prožívali šok a odmítali informacím o své nemoci uvěřit. Uvedli, že po tom co jim byla sdělena diagnóza, nebyli schopni přijímat a zpracovávat další informace týkající se např. prognózy choroby, její léčby a dalšího postupu. U všech dotazovaných byl zdrojem informací o povaze nemoci lékař. Respondentka B uvedla, že si nevzpomíná, že by jí někdo informoval o možnosti založení stomie, ale připouští, že její psychický stav před operací nebyl dobrý a ona byla soustředěna na organizaci domácnosti a péče o syna. Tento stav, kdy organismus nepříjemné a závažné zprávy nejprve nepřijímá je znám z psychologie. Stává se, že lidé opakovaně hovoří o tom, že jim nikdo nic nesdělil. (Křivohlavý, 2002). Myslím si, že v současné době, kdy je před operací vyžadován informovaný souhlas pacienta by podobná situace nastat neměla. Všichni tři se také shodují, že mezi sdělením diagnózy a operací bylo jen velmi málo času.

Respondent A si vyhledal částečné informace na internetu. Právě internet je v současné době velmi dobrým zdrojem informací. Například na www.kolorektum.cz, nebo www.prevencenadoru.cz se mohou klienti dozvědět spoustu informací o programu kolorektálního screeningu v České republice. Ne všechny internetové stránky jsou ale stejně důvěryhodné. Když se respondent A dočetl na internetu, že pokud je nutné založit stomii, jedná se o příliš pokročilé onemocnění, byla pro něj informace o nutnosti vytvoření stomie jako oznámení o tom, že život brzy skončí. Respondent C přečetl článek v novinách. Při jeho přečtení si uvědomil, že vlastně splňuje skoro všechny rizikové faktory pro vznik nemoci. Informace v tisku, ale i v televizi se problematice kolorektálního karcinomu věnují celkem pravidelně. Zvláště zdůrazňují prvenství české republiky v počtu nově diagnostikovaných a zemřelých. Lidé ale podobné informace slyšet nechtějí a podvědomě je nevnímají. Myslím si, že právě oni navzdory svému rizikovému chování ne onemocní. Tento jev bývá označován jako optimistický skluz. (Křivohlavý, 2002) Respondentka B byla hospitalizovaná v nemocnici a žádné další informace nevyhledala.

O příčinách vzniku kolorektálního karcinomu, možnostech léčby a prognóze měla jako zdravotní setra podle svých slov informací dostatek.

Další otázky byly zaměřené na to, jak klienti vnímali edukaci v předoperační péči. Otradovcová, Kubátová a kol. ve své publikaci Komplexní péče o pacienty se stomií zdůrazňují význam předoperační edukace a navázání vztahu mezi stoma sestrou a klientem. Za ideální považují konzultaci stoma sestry a klienta při objednání k operaci. Na schůzce, která trvá 60 - 90 minut má možnost klient seznámit se s pomůckami a ošetřováním stomie. Stoma sestra naváže vztah s klientem, zjišťuje jeho požadavky a ev. bariéry úspěšné pooperační edukace. (Otradovcová, Kubátová, 2006)

Bezprostředně po operaci zažívali všichni respondenti velké bolesti a pocity strachu a obavy z budoucnosti. Respondentka B uvádí, že bezprostředně po operaci ztratila vůli žít a musela vyhledat pomoc psychiatra. Všichni klienti shodně uvedli, že si dosud nezvykli na vzhled vlastního těla a stomii považují za něco nepatřičného, co hyzdí jejich tělo. Jak ve své práci uvádí Dana Uherková (2007), se vzhledem svého těla se průměrně vyrovná pouze 50 % mužů a 34,9 % žen. Námi oslovení klienti se dosud se svým tělesným vzhledem nevyrovnali. Respondent A nepředpokládá, že se někdy v budoucnu se vzhledem svého těla vyrovná. Myslím si, že této otázce by měla být věnována větší pozornost. Psychologové by měli s těmito klienty navázat kontakt dokonce ještě před operací, aby je psychicky na změnu fyzického obrazu těla připravili.

Pooperační edukace v nemocnici se zaměřuje na získání soběstačnosti v péči o stomii. Stoma sestra klienta edukuje v péči o kůži kolem stomie a předává užitečné informace o možných komplikacích a jejich řešení. Naprostá většina klientů odchází z nemocnice domů soběstačná v péči o stomii. V případě že se nepodaří tento úkol splnit jako v případě respondentky B je možnost zajistit péči o stomii agenturou domácí péče. Při plánovaných kontrolách po operaci stoma sestra kontroluje stomii a její okolí a odpovídá na praktické otázky. Role stomických sester je v tomto období nezastupitelná. Jsou rádkyněmi klienta a jeho průvodkyněmi v nelehkém období, kdy se učí žít se stomií. Řada klientů v tomto období prodělává onkologickou léčbu a stoma sestra je jednou z jistot kam se mohou obrátit o pomoc. Marie Marková ve své knize Stomie gastrointestinálního a močového traktu uvádí, že úloha stoma sestry je nezastupitelná a její práce objektivně zlepšuje kvalitu života stomiků. (Marková, 2006)

Z rozhovorů je patrné že všichni dotazovaní považují svoji stomii za intimní a soukromou věc, o které se rozhodli informovat pouze nejbližší rodinu a přátele.

Druhým cílem bylo zjistit od respondentů zdroje informací o nemoci. Řada klientů si stejně jako respondent A vyhledává informace na internetu. Ne všechny informace zde jsou pravdivé a relevantní. Vhodnější by bylo, aby informace o povaze nemoci a dalším léčebném postupu předával lékař a stoma sestra v rámci svých kompetencí na několika schůzkách ještě před operací. Veronika Zachová a kol. ve své knize *Stomie* upozorňuje i na možnost konzultace psychologa. (Zachová, 2010)

Další otázky směřovali do oblasti ošetřování stomie. Naším cílem bylo zjistit, jestli se klienti s dlouhodobě zavedenou stomií zajímají o novinky v ošetřování stomie a zda změnili po operaci svůj životní styl. Respondenti shodně uvedli, že o svoji stomii v současné době pečují sami. Považují péči o stomii za intimní a ryze soukromou činnost, při které si nepřejí pomoc druhé osoby. Manželky respondentů A a C se z počátku snažili manželům v péči pomáhat, ale oba klienti to odmítali. Respondentka B prošla nelehkým obdobím a zpočátku odmítala o svoji stomii pečovat. Po zlepšení psychického stavu ale i ona pečuje o stomii sama a pomoc kategoricky odmítá. Také Dana Uherková při svém průzkumu zjistila, že 81 % klientů pečuje sama o svoji stomii. (Uherková, 2007)

Všichni tři klienti uvedli, že měli možnost vyzkoušet několik druhů pomůcek a vybrat si ty které jim vyhovují. Zjistili jsme, že ani dostupnost pomůcek není v současné době problém. Poukaz na pomůcky může vystavit praktický lékař a vyzvednout si je lze v kterékoliv z lékáren nebo prodejen zdravotnických potřeb. Řada výrobců vychází svým zákazníkům vstříc a po telefonickém objednání doručí pomůcky klientům během tří dnů v diskrétním balíčku až domů. Výrobci také upravují své ceny tak aby odpovídali limitům úhrady, které stanovili pojišťovny. Klienti nemusejí na pomůcky doplácet, a když už tak se nejedná o vysoké částky. Zajímali jsme se, kde klienti získávají informace o nových pomůckách a trendech v péči o stomii. Respondent A uvedl, že potřebné informace vyhledává na internetu. Na stránkách výrobců stomických pomůcek je mnoho informací. Neseznamují klienty pouze s výrobky, ale radí klientům jak ošetřovat stomii, vhodně si upravit jídelníček a pečovat o své zdraví. Někteří výrobci pomůcek také organizují pravidelná setkání stomiků. Respondent A setkání určené novým stomikům a jejich rodinám navštívil. Vyslechl si zde zajímavé přednášky a prohlédl si nové pomůcky. Největší přínos spatřuje v osobním setkání s jiným stomikem, který na setkání vystoupil se

svým příběhem. Právě osobní zkušenosti a praktické rady jsou pro nové stomiky nenahraditelné. Volker Tschuschke ve své knize Psychoonkologie: psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny podrobně popisuje vzájemnou podporu klientů se stejným onemocněním. Pravidelné schůzky pod odborným vedením a přátelské vztahy ve skupině byli pro klienty velkou oporou. Jejich psychický stav se výrazně zlepšil a žili déle než klienti, kteří se do podpůrných skupin nezapojili. (Tschuschke, 2004) Kluby stomiků školí dobrovolníky, kteří nabízejí pomoc novým stomikům a jejich rodinám. Jak ve své práci uvádí Dana Uherková má členství v klubu stomiků jen asi 45 % stomiků. O tom, že klub existuje, se ve většině případů dozvěděla od stomické sestry. (Uherková, 2007)

Respondentka B se o nejnovější informace podle svých slov příliš nezajímá. Ale i ona čte časopis, který vydává výrobce stomických pomůcek. V současné době vychází v České republice 3 časopisy určené pro pacienty se stomií. Jsou to časopisy Radim, Helios a Stomické listy. Časopisy odebírá asi 70 % stomiků (Uherková, 2007) Respondent C se aktivně zapojil do činnosti klubu stomiků. Klub pořádá setkání, přednášky a rekondiční pobyty. Všechny tyto aktivity zpravidla podporují opět výrobci pomůcek.

Životní styl všech tří respondentů se po operaci změnil. Respondent A úplně přestal pít alkohol a omezil kouření. Úplně přestat kouřit se mu ale nepodařilo. Snaží se jíst pravidelně malé množství zdravých potravin, hodně pít. Oblíbil si bylinné čaje. Také se tolik nestresuje, užívá si života. Snaží se pravidelně odpočívat. Věnuje se rodině.

Respondentka B se obává uvolnění stomického sáčku na veřejnosti a proto vychází z domova jen na nákup a při nutných pochůzkách. Jak ve své práci upozornila Monika Nikutincová, ženy jsou mnohem citlivější a obávají se uvolnění nebo podtečení pomůcky mnohem častěji než muži. Tyto obavy mohou někdy vést až k sociální izolaci. (Nikutincová, 2012)

Respondent C změnil svůj životní styl radikálně. Odešel do důchodu a věnuje se rodině. Nikam nespěchá, snaží se pravidelně jíst a spát. Užívá si života.

Třetím cílem práce bylo zjistit, zda se klienti s dlouhodobě zavedenou stomií zajímají o novinky v ošetření stomie a zda změnili po operaci svůj životní styl. Všichni tři dotazovaní klienti se shodli, že nové informace získané v rámci dlouhodobé edukace příznivě ovlivňují jejich život. Jak sami uvedli, snaží se užívat si života, věnovat se rodině. Výsledek subjektivního hodnocení kvality života SQIoL potvrzuje, že se kvalita života klientů s dlouhodobě zavedenou stomií příliš neliší od ostatní populace.

ZÁVĚR

Za téma bakalářské práce jsme si zvolili edukace nemocných se stomií. Vzhledem k tomu že toto téma je značně rozsáhlé, soustředili jsme se na pacienty se stomií trávicí soustavy.

Česká republika je na prvním místě na světě, co se týče počtu diagnostikovaného onemocnění kolorektálním karcinomem. Přestože se neustále zdokonalují operační techniky je u třiceti procent nemocných při operaci nutné vytvořit trvalou nebo dočasnou stomii.

Téma edukace je proto velmi aktuální. Kvalitní předoperační a pooperační edukace vedená v nemocnici školenu stoma sestrou pomáhá nemocným přijmout stomii jako fakt, který bude dále patřit do jejich života. Stomici se učí pečovat o stomii a okolní kůži. Pozitivním zjištěním je, že více než osmdesát pět procent odchází do domácího ošetřování zcela samostatných v péči o stomii. V následném nelehkém období onkologické léčby je stoma sestra pro pacienty oporou a rádkyní.

V práci jsme se zaměřili na komplexní edukaci u nemocných se stomií zavedenou déle než jeden rok. Tito nemocní mají zpravidla vyřešené základní onemocnění, pro které byla stomie vytvořena a poradnu stoma sestry již nenavštěvují.

Hlavním cílem práce bylo zjistit, zda komplexní edukace splňuje očekávané požadavky a pozitivně ovlivňuje život u pacientů se stomií po operaci tlustého střeva.

Dílní cíle zjišťovaly, jaké informace a názory měl klient před zavedením stomie, jaké byli pocity klienta po sdělení diagnózy lékařem a jaké zdroje informací o nemoci vyhledal, a zda se klienti s dlouhodobě zavedenou stomií zajímají o novinky v ošetření stomie a jestli po operaci změnili svůj životní styl.

Formou kvalitativního průzkumu byly analyzovány odpovědi na otázky polostandardizovaného rozhovoru.

Zjistili jsme, že prevence kolorektálního karcinomu je veřejností podceňována. Od roku 2000 funguje v ČR screeningový program, ale stále se ho nezúčastňuje dostatečné množství lidí.

Zdrojem informací pro klienty v předoperační, pooperační a dlouhodobé péči je stoma sestra. Její úloha je nezastupitelná a její práce objektivně zlepšuje kvalitu života stomiků.

Klienti s dlouhodobě zavedenou stomií se o novinky v oblasti ošetření stomií zajímají. Pokud nemají možnost nebo nenavštěvují stoma poradnu, jsou pro ně dalším zdrojem informací výrobci stomických pomůcek. V rámci propagace svých výrobků vydávají velké množství edukačních materiálů. Organizují také setkání stomiků určené nejen pro nové klienty, ale i pro jejich rodinné příslušníky. Na své internetové stránky také umísťují poradny vedené odborníky. Velkou oporou a zdrojem informací jsou pro stomiky setkání v klubu stomiků. Mohou se zde vzájemně podpořit a navázat nové společenské kontakty.

Životní styl klientů po operaci se zlepšuje. Dlouhodobá edukace pozitivně ovlivňuje život pacientů se stomií tlustého střeva a přispívá ke zlepšení kvality jejich života.

Na základě zjištění že jsou nejvíce aktivní v edukaci dlouhodobých stomiků výrobci stomických pomůcek a kluby stomiků, rozhodla jsem se vytvořit edukační leták, který klientům usnadní orientaci ve webových adresách. Nedílnou součástí letáku jsou měsíční limity spotřeby stomických pomůcek a příslušenství.

LITERATURA A PRAMENY

BECKER, Horst Dieter a kolektiv. *Chirurgická onkologie*. Praha: Grada, 2005. 880 s. ISBN 80-247-0720-9.

BISCHOFOVÁ, Svatava. Primární prevence kolorektálního karcinomu. Brno, 2010. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. Vedoucí práce MUDr. Milana Šachová, CSc.et PhD.

DRLÍKOVÁ, Kateřina a kolektiv. *Stomie*. 1.vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. 200 s. ISBN 978- 80 - 247 - 3256 - 5.

DROBNÁ, Petra. Psychická podpora nemocných se stomií. *Sestra*. 2010, roč. 20, č. 3, s. 54-55. ISSN 1210-0404.

DUŠEK, Ladislav. Kolorektum.cz – Program kolorektálního screeningu v České republice [online]. Masarykova univerzita, Brno, 2013. [cit. 2013-02-26]. Dostupný z WWW: <http://www.kolorektum.cz>. ISSN 1804-0888. Verze 1.6f.

ELIŠKOVÁ, Miloslava, NAŇKA ,Ondřej. Přehled anatonie.Praha:Karolinum,2006.309s.ISBN 978-80-246-1216-4.

HAŠKOVÁ, Alena. Význam stomasestry v životě člověka. *Sestra*. 2007, č. 10, s. 33.

JELÍNEK, Jan. *Biologie člověka a úvod do obecné genetiky*. 1. vydání. Olomouc: FIN, 2004. 254 s. ISBN 80-85572-57-5.

JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. 77 s. ISBN 978-80-247-2171-2.

KLEINWÄCHTER, Vladimír. Mezinárodní asociace stomiků. *Onkologická péče*. 2008, roč. 3, s. 21-24.

KREML, Pavel. *Www.ilco.cz* [online]. Co je to stomie?. 2010 [cit. 2012-12-14]. Dostupné z: <http://www.ilco.cz/cojestoma.php#urostomie>.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Kvalita života*. 1. vydání. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004, 120 s. ISBN 80 – 86625 – 20 – 6.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vydání. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 2. vydání. Praha: Portál, 2003. 279s. ISBN 80-7178-774-4.

KUBEROVÁ, Helena. *Didaktika ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Portál, s.r.o., 2010. 246 s. ISBN 978-80-7367-684-1.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 175 s. Sestra. ISBN 978-802-4727-134.

LUKÁŠ, Karel, ŽÁK, Aleš a kol. *Gastroenterologie a hepatologie: učebnice*. Praha: Grada, 2007. 279s. ISBN 978-80-247-1787-6.

MARIŇÁKOVÁ, Alena. *Historie a současnost péče o pacienty se stomií. Onkologická péče*. Praha: 2008, roč. 12, č. 3, s. 17-18. ISSN 1214-5602.

MARKOVÁ, Marie. *Stomie gastrointestinálního a močového traktu*. 1.vydání. Brno: NCO NZO, 2006, 68 s. ISBN 80-7013-434-8.

MATLASOVÁ, Hana. *Praktické využití metody Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví v hodnocení celkové situace (tělesné, psychické, sociální a pracovní) u osob s roztroušenou sklerózou*. České Budějovice, 2010. Disertační práce. Jihočeská univerzita. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Jan Pfeiffer.

MATLASOVÁ, Hana. *Kvalita života nemocných s roztroušenou sklerózou*. České Budějovice, 2006. 122 s. Diplomová práce. Zdravotně sociální fakulta JU.

MICHÁLKOVÁ, Helena. *Problematika uspokojování potřeb klienta se stomií*. České Budějovice, 2010. Disertační práce. Jihočeská univerzita. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Valérie Tóthová.

NIKULINCOVÁ, Monika. *Kvalita života u pacientů s kolorektálním karcinomem*. Plzeň, 2012. Bakalářská práce. Západočeská univerzita. FZS. Vedoucí práce Vladimíra Fremrová Bc.

OTRADOVCOVÁ, Iva, KUBÁTOVÁ, Lucie a kolektiv. *Komplexní péče o pacienta se stomií*. 1. vydání. Praha: Galén, 2006. 54 s. ISBN 80-7262-432-6.

OTRADOVCOVÁ, Iva. *Edukační proces u pacienta s nově založenou stomií-praxe v ÚVN. Florence*. 2008, roč. 4, č. 4, s. 155-156. ISSN 1801-464X.

PLHÁKOVÁ, Alena. *Učebnice obecné psychologie*. 1. vydání. Praha: Academia, 2004. 472 s. ISBN 978-80-200-1499-3.

PRŮCHA, Jan. *Moderní pedagogika*. 1. vydání. Praha: Portál, 1997. 495 s. ISBN 80-7178-170-3.

PRŮCHA, Jan. *Přehled pedagogiky*. Praha: Portál, s.r.o., 2000. 247 s. ISBN 80-7178-399-4.

Projekty.osu.cz [online]. Edukace v ošetrovatelství. 2010-2012 [cit. 2012-11-09]. Dostupné z: <http://projekty.osu.cz/mentor/III-edukace.pdf>.

SLOVÁČEK, Ladislav. a kolektiv. Kvalita života nemocných - jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby. *Vojenské zdravotnické listy*. 2004, LXXIII, č. 1, s. 6-9. ISSN 0372-7025.

SCHWARZ, Pavel, MATOUŠEK, Petr a kolektiv. [Http://zdravi.e15.cz](http://zdravi.e15.cz) [online]. Tracheostomie - indikace a technika provedení. 2010 [cit. 2012-12-14]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/tracheostomie-indikace-a-technika-provedeni-454039>.

TIRPÁKOVÁ, Zuzana. Pomoc pacientom s kolostómiou. *Sestra*. 2004, č. 51, s. 20-21.

TSCHUSCHKE, Volker. *Psychoonkologie: psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2004. 215 s. ISBN 80-7178-826-0.

UHERKOVÁ, Dana. *Kvalita života pacientů s kolostomií*. Brno, 2007. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. Vedoucí práce Marie Marková.

ZACHOVÁ, Veronika. a kolektiv. *Stomie*. Praha: Grada Publishing,a.s.,2010.200s.ISBN 978-80-247-3256-5.

SEZNAM ZKRATEK

| | |
|-----------------|---|
| APACHE II | Acute Physiological und CHronic Healt Evaluation system |
| apod. | a podobně |
| atp. | a tak podobně |
| MANSA..... | Machester Shirt Assesment of Quality of Life |
| např. | například |
| př. n. l..... | před našim letopočtem |
| PEG..... | perkutánní endoskopická gastrostomie |
| PEJ | perkutánní endoskopická jejunostomie |
| PDT..... | perkutánní dilatační tracheostomie |
| QL..... | kvalita života |
| SEIQoL..... | Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life |
| tj..... | to jest |
| tzv. | tak zvaně |
| VAS | míra spokojenosti |
| WCET..... | World Coucil of Enterostomal Therapist |

SEZNAM PŘÍLOH

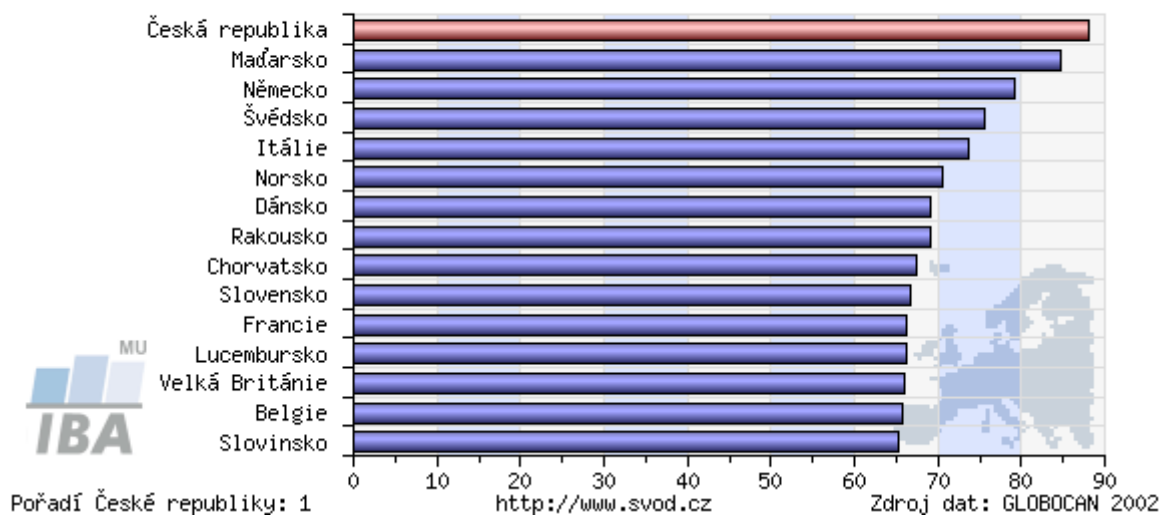
| | |
|---|------|
| Příloha A: Incidence kolorektálního karcinomu v ČR | I |
| Příloha B: Anatomie GIT | II |
| Příloha C: Charta práv stomiků | III |
| Příloha D: Stomické pomůcky..... | IV |
| Příloha E: Edukační materiály výrobců stomických pomůcek..... | V |
| Příloha F: Otázky polostandardizovaného rozhovoru | VI |
| Příloha G: Dotazník SEQoL | VII |
| Příloha H: Povolení průzkumného šetření..... | VIII |
| Příloha I: Edukační leták | IX |

Přílohy

Příloha A: Incidence kolorektálního karcinomu v ČR

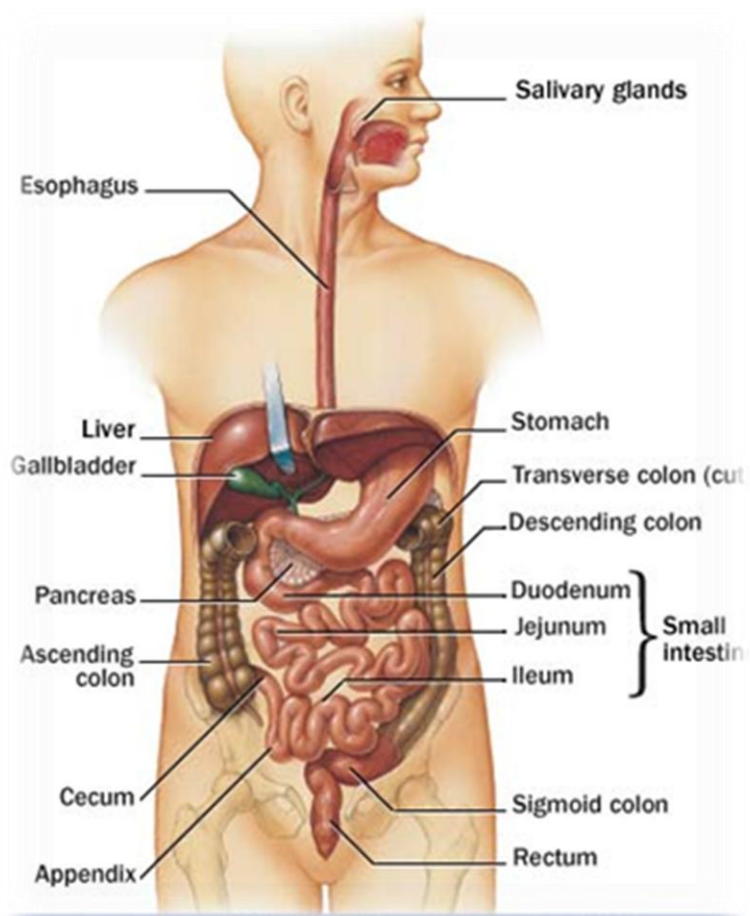
C18-C21 - Tlusté střevo a konečník, muži

srovnání incidence v ČR s ostatními zeměmi Evropy, přepočteno na 100 000 osob



Zdroj: www.prevencenadoru.cz

Příloha B: Anatomie GIT



Zdroj: Convatec

Příloha C: Charta práv stomiků

Charta práv stomiků

Každý stomik má právo:

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

Zdroj: <http://www.stomici.cz/charta-prav-stomiku>

Příloha D: Stomické pomůcky



Zdroj: vlastní

Příloha E: Edukační materiály výrobců stomických pomůcek



Zdroj: vlastní

Příloha F: Otázky polostandardizovaného rozhovoru

Otázky polostandardizovaného rozhovoru

Otázky zaměřené na období před diagnózou kolorektálního karcinomu

- ✓ Jaké jste měl potíže před stanovením diagnózy kolorektálního karcinomu?
- ✓ Jaká byla vaše životospráva před onemocněním?
- ✓ Jak byste zhodnotil váš životní styl před onemocněním?
- ✓ Kdy a proč jste vyhledal lékaře?
- ✓ Měl jste před svým onemocněním nějaké informace o stomii?
- ✓ Znal jste se s někým před svým onemocněním, u koho byla založena stomie

Otázky zaměřené na období po sdělení diagnózy a po operaci

- ✓ Jaké byly vaše pocity po sdělení diagnózy lékařem?
- ✓ Porozuměl jste všem informacím, které vám lékař sdělil? Kdo vás informoval o nutnosti založení stomie? (lékař, psychoterapeut atd.)
- ✓ Vyhledal jste si nějaké informace o Vaší diagnóze před operací?
- ✓ Jaký byl váš zdroj pro získání informací o vaší nemoci? (lékař, jiný zdravotnický pracovník, internet, odborná literatura, rodinný příslušník aj.)
- ✓ Jaké byly vaše pocity bezprostředně po operaci?
- ✓ Informoval jste svou rodinu, přátele o své diagnóze, o stomii?

Otázky zaměřené na informovanost pacienta v oblasti ošetření stomie

- ✓ Jak dlouho trvalo, než jste si zvykl na stomii?
- ✓ Kdy jste se začal sám starat o stomii?
- ✓ Pomáhá vám někdo s ošetřením stomie? (stoma sestra, agentura domácí péče, rodinný příslušník)
- ✓ Používáte od začátku stejný druh pomůcek, nebo jste jich vyzkoušel několik?
- ✓ Jste spokojený s množstvím pomůcek hrazených pojišťovnou, musíte si některé pomůcky doplácet?
- ✓ Odkud získáváte informace o nových pomůckách a postupech při ošetřování stomie?
- ✓ Musel jste poté, co vám byla založena stomie, změnit životosprávu?
- ✓ Zapojil jste se do klubu stomiků, setkáváte se s někým, kdo má také založenou stomii?

Zdroj:vlastní

Příloha G: Dotazník SEQoL

Metoda SEIQoL

SEIQoL - Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life

Program hodnocení individuální kvality života

Do rukou se Vám dostal dotazník, který slouží k vyhodnocení kvality života. Dotazník je zcela anonymní. Kvůli zajištění úspěšnosti výzkumu Vás prosím, abyste odpovídal a podle pravdy.

| důležitost | Životní cíl, hodnota, CUE | Spokojenost |
|------------|---------------------------|-------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

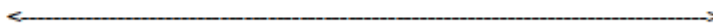
Σ 100%

od 1 do 100%

Míra spokojenosti se životem

Velmi špatně

Velmi dobře



Uveďte u každé oblasti zájmu, jak moc je pro Vás důležitá. Vyjádřete v procentech. Představte si, že pro všech pět témat, máte k dispozici celkem 100 %. Vaším úkolem je rozdělit těchto 100% mezi uvedená témata podle toho, jak moc je to či ono téma pro Vás důležité. Součet všech čísel v levém sloupečku musí dávat součet 100 %.

Uveďte u každého tématu, jak se Vám podle Vašeho zdání daří uskutečňovat to, čeho jste chtěli dosáhnout. Tj. jak jste s daným tématem spokojeni. Uveďte to v procentech od 0 % - 100 % kde 0 % je nejnižší míra spokojenosti a 100 % znamená, že jsem zcela spokojen/á s daným zaměřením života. (Daří se mi to dokonale)

Nakonec udělejte křížek na čáře, která je určitým druhem „teploměru vaší životní spokojenosti“

Děkujeme Vám.

Příloha H: Povolení průzkumného šetření

Vážená paní

Jaroslava Benešová
studentka 3. ročníku Západočeské univerzity, katedry Ošetřovatelství a porodní asistence, obor
Všeobecná sestra

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetřovatelskou péči FN Plzeň povoluji Vaše výzkumné šetření na Chirurgické klinice FN Plzeň, v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce s názvem „Edukace nemocných se stomií“, za níže uvedených podmínek.

Podmínky pro umožnění sběru dat tazatelům ve FN Plzeň (v rámci studentských – výzkumných / dotazníkových šetření):

- **VNELZP (vrchní sestra) osloveného pracoviště souhlasí s Vaším šetřením.**
- Vaše výzkumné šetření osobně povedete.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického řádu FN Plzeň. Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372 / 2011 Sb..

Po zpracování Vámi zjištěných údajů poskytnete ZOK FN Plzeň závěry Vašeho výzkumu, pokud o ně projeví oprávněný pracovník ZOK zájem.

Toto povolení nezakládá povinnost zdravotnických pracovníků, pacientů / respondentů s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců, či pokud by spolupráci s Vámi pacient / respondent pocítoval jako újmu. Účast na vyplnění dotazníku je dobrovolná a je vyjádřením ochoty ke spolupráci oslovených zaměstnanců / pacientů / respondentů FN Plzeň s tazatelkou.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr., Bc. Světluše Chabrová
manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP
zástupkyně náměstkyně pro oš. péči

Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň
tel.: 377 103 204, 377 402 207
e-mail: chabrovas@fnplzen.cz

21. 11. 2012

Příloha I: Edukační leták

Zajímavé informace také najdete na stránkách výrobců stomických pomůcek

www.convatec.cz - stoma linka Convatec 800 122 111 pro volajícího zdarma
pomůcky, setkání stomiků
možnost bezplatně si objednat časopis Radim - vychází 2x ročně
firma provozuje internetové stránky

www.stomie.cz - kde naleznete praktické informace, rady a tipy

www.lipoelastic.com - bezplatná klokanlinka 800 900 209
prezentace stomických pomůcek
nabídka vzdělávacích seminářů pro nové stomiky a jejich příbuzné s
praktickou ukázkou péče o stomii

www.bbraun.cz - bezplatná poradenská linka 800 331 133

www.zelenahvezda.cz
možnost výběru pomůcek v e-shopu a bezplatného doručení až domů

www.sabrix.cz - bezplatná infolinka 800 600 105
informace o produktech, zajímavý vědomostní program

www.coloplast.com - bezplatná informační linka 800 100 416
Coloplast care - centrum péče o stomiky
Časopis Helios - užitečné články, aktuální rady, informace, návody
zásilková služba

www.dansac.cz - bezplatná infolinka 800 100 083
pomůcky, informační brožury

Když nevím kde koupit například speciální plavky, prádlo

www.lyddawear.cz

www.sabrix.cz

STOMIE

vše co potřebujete vědět . . .

Měsíční limity spotřeby stomických pomůcek a příslušenství

| Typ prostředku | Limit | Max. výše úhrady |
|--|--------------------------------------|-----------------------|
| podložky kolostomické | 10 ks za měsíc | max. 3000 Kč za 10 ks |
| podložky ileostomické | 15 ks za měsíc | max. 4500 Kč za 15 ks |
| podložky urostomické | 15 ks za měsíc | max. 4500 Kč za 15 ks |
| krytky stomické | 30 ks za měsíc, RL*) | max. 3100 Kč za 30 ks |
| zátky stomické | 30 ks za měsíc, RL*) | max. 3100 Kč za 30 ks |
| kolostomické dvoudílné uzavřené sáčky | 60 ks za měsíc | max. 4000 Kč za 60 ks |
| kolostomické jednodílné uzavřené sáčky | 60 ks za měsíc | max. 7500 Kč za 60 ks |
| ileostomické dvoudílné výpustné sáčky | 30 ks za měsíc | max. 9000 Kč za 30 ks |
| ileostomické jednodílné výpustné sáčky | 30 ks za měsíc | max. 8500 Kč za 30 ks |
| urostomické dvoudílné sáčky | 30 ks za měsíc | max. 5500 Kč za 30 ks |
| urostomické jednodílné sáčky | 30 ks za měsíc | max. 9000 Kč za 30 ks |
| pásky a přídržné prostředky | max. 2 ks za rok, RL*) | max. 600 Kč za 2 ks |
| irigační sady a příslušenství | max. 2 sady za rok, RL*) | max. 2800 Kč za 2 ks |
| prostředky stomické vyplňovací a vyrovnávací | | 100% |
| prostředky stomické zahušťovací | max. 30 ks za měsíc; pro ileostomiky | max. 360 Kč za 30 ks |
| prostředky stomické čistící | | max. 350 Kč za měsíc |
| odstraňovače stomické podložky | | max. 300 Kč za měsíc |
| prostředky stomické ochranné | | max. 1000 Kč za měsíc |
| prostředky stomické deodorační | RL*) | max. 350 Kč za měsíc |

*) RL - po schválení revizním lékařem

Při diagnóze stomie lze předepisovat :

- Vata buničitá 100g/měsíčně – 1 200g/ročně – např. kód VZP 80554 – plně hrazeno
- Vata obvazová 100g/měsíčně – 1 200g/ročně
- Gáza hydrofilidní – skládaná sterilní – dle potřeby – např. kód VZP 80179 – plně hrazeno
- Gáza nesterilní – čtverce 10×10 cm po 100 ks (tj 4 x po 100 ks ročně)

Informace pro stomiky

Když potřebujete radu, tip, nebo si jen chcete přečíst zajímavý článek

www.ilco.cz

Dobrovolné sdružení stomiků

Aktuality, odborné články, kontakt na klub stomiků ve vašem okolí

Nabídka odborné literatury

Kontakty na dobrovolníky stomiky, kteří vám osobně pomohou, když to potřebujete.

www.stomici.cz

Internetové stránky pro lidi se stomií

Rady a tipy, diskuze, odborné články

Poradna stoma sester, sexuologa právníka

Potřebujete radu, pomoc při ošetřování stomie?

V Plzni můžete navštívit Poradnu pro stomické pacienty stoma sestry Heleny Fenclové.

Zdravotnické potřeby u pošty

Sedláčkova 32, 30122 Plzeň

Úterý+čtvrtek 9 - 12h, tel. 602943025