

Etické problémy pacientů se stomií u nádoru tlustého střeva a konečníku

Dominika Rosíková

Bakalářská práce
2016



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd
akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Dominika Rosíková**
Osobní číslo: **H130161**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Etické problémy pacientů se stomií u nádoru tlustého střeva a konečníku**

Zásady pro vypracování:

Nastudovat odbornou literaturu.
Vymezit pojmy a teoretická východiska v oblasti stomie, například její historie, indikace, příčiny, prevence a život se stomií.
Připravit metodiku průzkumné části.
Realizovat průzkum kvantitativní metodou dotazníkového šetření.
Zpracovat, vyhodnotit a interpretovat získaná data.
Prezentovat výsledky šetření, shrnout a navrhnout doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

- BAKER, Qassim F a Munther Ibrayim Khedner ALDOORI. Clinical surgery: a practical guide. London: Hodder Arnold, 2009. 434 p. ISBN 978-0-340-94084-6.**
FALT, Přemysl, Ondřej URBAN a Petr VÍTEK. Koloskopie. 1. vydání. Praha: Grada, 2015. 314 s. ISBN 978-80-247-5284-6.
KRŠKA, Zdeněk, David HOSKOVEC a Luboš PETRUŽELKA. Chirurgická onkologie. 1. vydání. Praha: Grada, 2014. 872 s. ISBN 978-80-247-4284-7.
SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. Ošetřovatelství v chirurgii II. 1. vydání. Praha: Grada, 2010. 300 s. ISBN 978-80-247-3130-8.
ZACHOVÁ, Veronika a kol. Stomie. 1. vydání. Praha: Grada, 2010. 232 s. ISBN 978-80-247-3256-5.

Vedoucí bakalářské práce:

prof. MUDr. Anton Pelikán, DrSc.

Ústav zdravotnických věd


Datum zadání bakalářské práce:

13. ledna 2016

Termín odevzdání bakalářské práce:

20. května 2016

Ve Zlíně dne 13. ledna 2016


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 9.2.2016



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ABSTRAKT

Bakalářská práce na téma Etické problémy pacientů se stomií u nádoru tlustého střeva a konečníku se dělí na část teoretickou a část praktickou.

Teoretická část zahrnuje anatomii tlustého střeva a konečníku, informace o kolorektálním karcinomu, o stomii a poslední část se zabývá etickými problémy pacientů.

Praktickou část tvoří dotazníkové šetření, kde bylo cílem zjistit informace od pacientů se stomií. Výsledky jsou shrnuty v diskuzi a porovnány s odbornou literaturou.

Klíčová slova: Kolorektální karcinom, stomie, etické problémy

ABSTRACT

The bachelor thesis on Ethical Problems of Patients with Stoma for Tumour of Colon and Rectum is divided into theoretical and practical part.

The theoretical part includes anatomy of the colon and rectum, information about colorectal cancer, stoma and last part is focused on the ethical problems of patients.

The practical part has a survey, which was to find out information from the patients with stoma. The results are summarized in the discussion and compared with literature.

Keywords: Colorectal cancer, stoma, ethical problems

Chtěla bych poděkovat vedoucímu mé bakalářské práce prof. MUDr. Antonovi Pelikánovi, DrSc. za spolupráci, vstřícnost, cenné rady a odborné vedení při zpracovávání této práce.

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně za použití literatury, která je uvedena v seznamu. Prohlašuji, že tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická, nahraná do IS/STAG, jsou totožné.

Ve Zlíně dne:

.....

Dominika Rosíková

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 ANATOMIE TLUSTÉHO STŘEVA A KONEČNÍKU	12
1.1 FYZIOLOGIE TLUSTÉHO STŘEVA	13
2 KOLOREKTÁLNÍ KARCINOM	14
2.1 ETIOLOGIE.....	14
2.2 ROZDĚLENÍ KARCINOMU KOLOREKTA	16
2.3 SYMPTOMATOLOGIE.....	16
2.4 DIAGNOSTIKA	17
2.5 CHIRURGICKÁ LÉČBA	19
2.5.1 Typy operace	19
2.6 DALŠÍ MOŽNOSTI LÉČBY	21
2.7 PREVENCE KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU	21
3 STOMIE	22
3.1 HISTORIE STOMIE	22
3.2 STŘEVNÍ ONEMOCNĚNÍ VEDOUcí K ZALOŽENÍ STOMIE.....	23
3.3 ROZDĚLENÍ STOMÍÍ	23
3.3.1 Ileostomie	24
3.3.2 Kolostomie	24
3.3.3 Nejčastější typy kolostomie	25
3.4 PŘEDOPERAČNÍ A POOPERAČNÍ PÉČE	25
3.5 KOMPLIKACE STOMÍÍ.....	27
3.5.1 Časné komplikace	27
3.5.2 Pozdní komplikace	28
3.6 STOMICKÉ POMŮCKY.....	28
4 ETICKÉ PROBLÉMY PACIENTŮ SE STOMÍÍ U NÁDORU KOLOREKTA	30
4.1 ETICKÉ PROBLÉMY PACIENTŮ S NÁDOREM KOLOREKTA Z POHLEDU CHIRURGA	30
4.2 ETICKÉ PROBLÉMY PŘED OPERACÍ.....	31
4.2.1 Odmítnutí screeningového vyšetření na okultní krvácení.....	31
4.2.2 Informovaný souhlas	32
4.2.3 Sdělování diagnózy	33
4.2.4 Odmítnutí operace pacientem	33
4.2.5 Stesky pacienta před vyšitím stomie	34
4.3 ETICKÉ PROBLÉMY PO OPERACI V BĚŽNÉM ŽIVOTĚ.....	34
4.3.1 Strach z přijetí do zaměstnání	35
4.3.2 Strach ze stravování	35
4.3.3 Cestování.....	35
4.3.4 Rekondiční pobyty	36
4.3.5 Strach z intimního života	36
4.3.6 Těhotenství a plodnost	37

II PRAKTICKÁ ČÁST	38
5 VÝZKUMNÁ ČÁST	39
5.1 METODIKA VÝZKUMU	39
5.1.1 Formulace problému	39
5.1.2 Stanovení cílů.....	39
5.1.3 Charakteristika zkoumaného vzorku.....	40
5.1.4 Metoda sběru dat	40
5.1.5 Organizace průzkumu	41
5.1.6 Zpracování získaných dat.....	41
5.2 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	42
6 DISKUZE	64
6.1 POROVNÁNÍ S ODBORNOU LITERATUROU	66
ZÁVĚR	69
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	70
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	72
SEZNAM OBRÁZKŮ	73
SEZNAM TABULEK.....	74
SEZNAM PŘÍLOH.....	76

ÚVOD

„Jsou tisíce chorob, ale pouze jedno zdraví,“ říká Karl Ludwig Borne. Nádorová onemocnění jsou však nejzávažnější onemocnění, která člověka mohou postihnout. Mají velký zásah jak do tělesné stránky člověka, tak do psychické. Je velice nelehký úkol se s takovým onemocněním vypořádat.

Jak je již známo, druhým nejčastějším nádorovým onemocněním v České republice, je kolorektální karcinom – tedy nádor tlustého střeva a konečníku. Ráda bych touto bakalářskou prací upozornila na důležitost screeningového vyšetření jako prevence rakoviny kolorekta.

Nejčastějším řešením maligního nádorového onemocnění střeva a konečníku je vyústění orgánu na povrch dutiny břišní, čemuž říkáme českým názvem vývod- neboli stomie. Tato operace může mít na člověka velký dopad. Někteří pacienti se s touto chorobou dokážou vyrovnat jednodušeji, někteří hůře a jsou i tací, kteří se s tím nevyrovnejí vůbec. Tato choroba může ovlivnit člověka ve všech denních činnostech, jak už v domácím prostředí, tak ve společnosti.

Budeme se tedy zabývat etickými problémy pacientů, od samotné diagnostiky kolorektálního karcinomu až po založení stomie, které mohou pacienta doprovázet.

Toto téma jsem si zvolila z toho důvodu, že nádorovým onemocněním rektosigmatu trpí osoba v mém blízkém okolí a chtěla jsem se tímto tématem zabývat více dopodrobna, jelikož mě tato problematika zajímá.

Dále bych ráda zmínila, že vedoucí mé bakalářské práce pan prof. MUDr. Anton Pelikán, DrSc., významný český a slovenský chirurg, napsal první soubornou práci o kolorektálním karcinomu v bývalém Československu – Rakovina hrubého čeva a konečníka.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ANATOMIE TLUSTÉHO STŘEVA A KONEČNÍKU

Tlusté střevo

Tlusté střevo (intestinum crasum) je poslední částí zažívacího ústrojí, která přijímá tekutý a kašovitý obsah z tenkého střeva. V tlustém střevě se postupně vstřebává voda a elektrolyty. Střevní obsah se formuje ve stolici a je vyprázdněn análním otvorem. Tlusté střevo je typické větším průsvitem, šedavým tmavším zbarvením a sliznicí. Na povrchu střeva se nachází tři tenie, což jsou bělavé podélné pruhy, široké asi 8 – 10 mm. Tah tení způsobí nakřčení střeva a tím vznikají vyklenutá místa – haustra. Haustra jsou výpuky, díky nimž střevo dostává svůj charakteristický vzhled. Jsou projevem funkce svalů, proto se jejich tvar i velikost mění – haustrace.

Tlusté střevo je dlouhé 1,3 až 1,7 m a široké od 4 do 7,5 cm.

Tlusté střevo se skládá:

- 1.) Caecum – slepé střevo – je nejširší částí, uloženo vpravo v kyčelní jámě, konec slepého střeva tvoří appendix vermiformis (červovitý výběžek);
- 2.) Colon ascendens – vzestupný tračník – pokračuje od slepého střeva vpravo vzhůru pod játra;
- 3.) Colon transversum – příčný tračník – jdoucí zprava doleva ke slezině;
- 4.) Colon descendens – sestupný tračník – pokračuje od sleziny dolů do kyčelní jámy vlevo;
- 5.) Colon sigmoideum – esovitá klička – zakřivený střevní úsek, na něhož navazuje konečník;
- 6.) Rektum – konečník – je posledním úsekem tlustého střeva. (Čihák, 2002, s. 96-97)

Sliznice tlustého střeva

Sliznice střeva je bledé a žlutavé barvy a neobsahuje klky jako tenké střevo. Sliznice je tvořena jednovrstevným cylindrickým epitelem. (Čihák, 2002, s. 98)

Konečník

Je posledním úsekem střeva, je dlouhý asi 12 – 16 cm, široký asi 4 cm. Součástí rekta je anus (řiť), který je vyveden navenek.

Rectum se skládá ze dvou hlavních částí a to:

- 1.) Ampulla recti – je dlouhá 10 – 12 cm. Je širší částí.

- 2.) Canalis analis – který je dlouhý 2,5 – 3,8 cm, obsahuje podélné slizniční řasy (Čihák, 2002, s. 106-107)

Sliznice rekta

Sliznice je stejné barvy jako sliznice ve střevě. Můžeme zde vidět slizniční řasy a další útvary. V ampuli rekta se nachází poloměsíčitě řasy. V kanalis analis je sliznice bledší, skrze ni prosvítají cévy. (Čihák, 2002, s. 107)

1.1 Fyziologie tlustého střeva

Základní funkce tlustého střeva jsou:

- Vstřebávání vody a elektrolytů
- Skladování obsahu střev
- Formovat a vylučovat stolici
- Produkovat vitamíny, např. vit. K

Tlusté střevo má schopnost vstřebávat velké množství vody, až 90% objemu chymu. (Kittnar a kol., 2011, s. 370)

Mechanismus defekace

Zpracovaný střevní obsah je obsažen v esovité kličce. Při přesunu do rekta vyvolá roztažení ampule, což vyvolá otevření vnitřního svěrače. Svaly rekta jsou ve stavu tonické kontrakce a relaxují volní činností. Po uvolnění těchto svalů dochází k vypuzení obsahu, je však také podpořeno činností břišního lisu. (Čihák, 2002, s. 112)

Bakterie v tračníku

K osídlení střeva bakteriemi dochází ihned po narození. Větší množství tvoří anaerobní bakterie. Bakterie rozdělujeme do dvou skupin a to - kvasné a hnilobné. Kvasné bakterie rozkládají nestravitelné látky, které se nevstřebaly v tenkém střevě. Účinkem hnilobných bakterií jsou vytvářet látky z bílkovin, jako např. sirovodík a metarkaptany, které jsou u zdravého člověka vychytány játry.

Bakteriální činností vznikají vitamíny, především vitamín K. (Kittnar a kol., 2011, s. 371)

2 KOLOREKTÁLNÍ KARCINOM

Jak v mnoha evropských zemích, tak i v České republice, je nádor tlustého střeva a konečnicku nejvíce rozšířeným nádorem GIT. Kolorektální karcinom je druhý nejčastěji lokalizovaný nádor u obou pohlaví (u mužů po nádorech plic, u žen za nádory prsu). Incidence tohoto tumoru od sedmdesátých let minulého století neustále stoupá. Podle statistiky je i ve vyspělých státech často diagnostikovaný až v pokročilém stádiu. Ale i přes to, je v poslední dekádě pokles mortality a stoupá prevalence – což je výsledkem kvalitní účinnosti léčby. Vedle časného stanovení diagnózy je také kvalitní léčba nejdůležitějším faktorem a ovlivňuje následující prognózu onemocnění. Většina nádorů tlustého střeva a konečnicku jsou adenokarcinomy. (Krška, Hoskovec, Petruželka, 2014, s. 541)

Karcinom je nejčastěji lokalizovaný v esovité kličce (sigmoideu), což je v 20%. V ascendentním tračnicku je to 15% a v trasversálním a descendentním tračnicku je to 7%. Nejvíce, což je v 50%, je lokalizovaný v konečnicku. Nádory tohoto typu se zpočátku rozrůstají v místě vzniku, poté prorůstají přes stěnu střeva do jiných, nejčastěji okolních orgánů. Dále se mohou šířit do mízních uzlin a hematogenně (krví) nejčastěji postihují plíce, játra a kosti metastázemi. (Slezáková a kol., 2010, s. 273)

Incidence kolorektálního karcinomu je 81 pacientů na 100 000 obyvatel. Mortalita je 42/100 000 obyvatel. (Ferko, Šubrt, Dědek, 2015, s. 257)

Incidence také záleží na věku. Od 50 let věku je riziko 0,39 postižených na 1000 obyvatel. Nad 80 let je to 4,5/ 1000 obyvatel. Kolorektální karcinom je velmi častý ve věku nad 70 let, kdy tvoří 21,2 % všech nádorů u žen a 20,2 % u mužů. (Holubec a kol., 2004, s. 16)

2.1 Etiologie

Do etiologie spadají tyto vlivy: genetické, zevní a prekancerózní.

Genetické vlivy

a.) Vzácné vrozené syndromy

Zde si můžeme uvést dvě z nejčastějších genetických mutací:

- Může se jednat o FAP (familiární adematózní polypóza), která vzniká mutací nebo ztrátou FAP genu.
- Lynchův syndrom, který je v důsledku mutace šesti genů a je obtížněji diagnostikovatelný než FAP. (Krška, Hoskovec, Petruželka, 2014, s. 541-542)

- Gardnerův syndrom – velké riziko malignizace a to již v mladistvém věku. (Holubec a kol., 2004, s. 19)
- b.) Výskyt kolorektálního karcinomu u někoho z příbuzenstva.
- c.) V 90 % se vzniká karcinom sporadicky většinou v důsledku maligní proměny adenomu. (Ferko, Šubrt, Dědek, 2015, s. 257)

Zevní vlivy

Jako nejdůležitější faktor je dieta. Strava, která je obohacena zeleninou, má protektivní protinádorový účinek, jelikož obsahuje látky (karotenoidy, foláty atd.), které mají pozitivní účinek. Strava, která obsahuje nestravitelnou vlákninu, může být prospěšná ve snížení rizika karcinomu. Rizikovým faktorem je také konzumace červeného masa, které je nebezpečné z důvodu tvorby karcinogenního nitrosaminu.

Samozřejmě i civilizační choroba – obezita zvyšuje riziko vzniku nádoru až dvojnásobně. Vysoké BMI ovlivňuje zvýšenou tvorbu polypů ve střevě.

Dalším negativním účinkem je alkohol a kouření. Tato kombinace má synergický účinek. Čím dříve začneme kouřit, tím větší riziko nastává. (Krška, Hoskovec, Petruželka, 2014, s. 541)

Na kolorektální karcinom má také vliv zaměstnání, na což by nikdo ani nepomyslel. Riziková povolání jsou například: lidí pracujících v továrnách, hasiči, osoby co přichází do kontaktu s azbestem, zaměstnanci čerpacích stanic a kominíci. (Prochotský, 2006, s. 57)

Velice zajímavý poznatek je, že orální antikoncepce snižuje rakovinu kolorekta. Příčina je ve snížení hustoty žluči ve střevě a přímém působení estrogenu na sliznici. (Novotný, Vítek, Petruželka, 2005, s. 68-69)

Prekancerózní stavy

Zde si uvedeme faktory, které mohou mít za následek vznik karcinomu tlustého střeva a konečníku:

- a.) Ulcerózní kolitida- často nastává malignizace, jestliže délka trvání této choroby je více jak 20 let. V případě, že kolitida postihuje celou délku střeva, pak je riziko 35%.
- b.) Crohnova choroba – malignizace je méně častá než u ulcerózní kolitidy. Tumory vznikají většinou v té části střeva, která je chorobou postižena.

U těchto chorob hovoříme o dysplazii sliznice, která často předchází vznik kolorektálního karcinomu. (Holubec a kol., 2004, s. 20)

- c.) Stav po již prodělaném karcinomu a léčbě – buňky sliznice střeva mají větší aktivitu, především v růstu a množení. (Ferko, Šubrt, Dědek, 2015, s. 257)

2.2 Rozdělení karcinomu kolorekta

Rozdělení podle lokalizace s procenty

- a.) Konečník, rektosigmoideum a esovitá klička v 55%
- b.) Colon ascendens – pravý tračník 20%
- c.) Colon transversum – příčný tračník 11%
- d.) Colon descendens – levý tračník 6 %
- e.) Multifokální 3-5% (Ferko, Šubrt, Dědek, 2015, s. 257)

Podle hloubky

Používá se TNM klasifikace. Rozsah primárního nádoru značíme písmenem T, rozsah metastatického postižení lymfatických uzlin N a vzdálené metastázy M. (Ferko, Šubrt, Dědek, 2015, s. 175)

Dle histologie

Jako hlavní klasifikaci můžeme uvést:

- a.) Nemucinózní – 85% - bez hleny
- b.) Mucinózní – 15% - s hlenem (Slezáková, 2010, s. 273)

2.3 Symptomatologie

Klinický obraz se může lišit lokalizací nádoru.

Nádory menší velikosti se nemusí prokázat žádnými symptomy a mohou probíhat asymptomaticky. Příznaky kolorektálního karcinomu nemusí mít vždy maligní příčinu.

Mezi nejčastější příznaky rakoviny tlustého střeva patří:

- Krev ve stolici, může být makroskopická (viditelná pouhým okem) nebo mikroskopická (skrytá), což může zapříčinit následnou anémii z důvodu krvácení
- Nádory v levé části střeva – obstrukce, střevní neprůchodnost (ileus), bolestivost

- Nádory v pravé části střeva – úbytek na váze, únava, bolesti v dutině břišní (Novotný, Vítek, Petruželka, 2005, s. 70)

Další symptomy:

- Hlen ve stolici
- Hmatatelný tumor
- Obstrukce tlustého střeva
- Komplikací obstrukce může být následná perforace (prasknutí) tumoru (Krška, Hoškovec, Petruželka, 2014, s. 543)
- Dyspeptický syndrom
- Zvýšená frekvence defekace
- Střídání průjmu a zácpy
- Nucení na stolici (Pafko, 2008, s. 92)
- Porucha pasáže střeva, pocit nedokonalého vyprázdnění
- Stužková stolice
- Plynatost (Ferko, Šubrt, Dědek, 2015, s. 259)

V pokročilém stádiu nemoci s metastázemi se mohou objevit vážnější příznaky: hepatomegalie (zvětšení jater), ascites (tekutina nahromaděná v dutině břišní), ikterus (žluté zbarvení sliznic), píštěl, chudokrevnost apod. (Ferko, Šubrt, Dědek, 2015, s. 259)

2.4 Diagnostika

V současné době je 7 hlavních vyšetření, kterými můžeme diagnostikovat kolorektální karcinom:

- Anamnéza a klinické vyšetření
- Test na okulní krvácení
- Koloskopie
- Rigidní rektoskopie nebo flexibilní sigmoideoskopie
- Irigografie
- CT, MR kolonografie, UZ
- Genetické testy (Prochotský, 2006, s. 75)

Anamnéza a klinické vyšetření

Anamnéza nám napomáhá vyhledávat rizikové faktory karcinomu kolorekta. Ptáme se především na věk, na rodinnou anamnézu, genetické faktory. Můžeme odhalit již nějaké symptomy, které mohou signalizovat nádor tlustého střeva např. krvácení z konečníku, úbytek na váze, změny v defekačním rytmu, palpační citlivost atd.

Důležitou součástí je vyšetření konečníku – tzv. per rektum. Tímto vyšetřením můžeme vyhmátnout již vzniklý tumor, jelikož asi 27% karcinomů, je umístěno v rektu. (Prochotský, 2006, s. 76)

Test na okultní krvácení

Jedná se o neinvazivní typ vyšetření, které rozpozná neviditelné příměsi krve ve stolici. Výhodou tohoto testu je, že není finančně náročný a nemusí být žádná obtížná příprava před vyšetřením.

Jako negativum se uvádí, že je zde nižší citlivost pro adenomy, především menší velikosti.

V současné době máme dva typy testů na okultní krvácení a to: Guajakový test, u kterého je základem peroxidázová reakce, tudíž před vyšetřením musí pacient držet dietu s omezením některých potravin. Například požití červeného masa před testováním může falešně ovlivnit výsledek. Druhým typem je Imunochemický test, který je založený na přímé detekci červeného krevního barviva – hemoglobinu. Pacienti nemusí držet žádnou zvláštní dietu. Imunochemické testy mají lepší senzitivitu, tudíž jsou kvalitnější než guajakové testy, především k detekci adenomů a karcinomů. (Falt, Urban, Vítek, 2015, s. 30)

Koloskopie

Koloskopie se označuje za „zlatý standard“ ve vyšetřeních tlustého střeva. Screeningová koloskopie umožňuje prohlédnout celé tlusté střevo, popřípadě provést polypektomii. Studie prokázaly, že koloskopie dokázala snížit riziko kolorektálního karcinomu o 77% za posledních 10 let. Koloskopie se mnohdy provádí po pozitivním testu na okultní krvácení pro dovyšetření příčiny. (Falt, Urban, Vítek, 2015, s. 30 - 31)

Flexibilní sigmoideoskopie je endoskopické vyšetření rekta a části tlustého střeva po lieňální ohbí, zhruba 25 – 70cm od anu. Umožňuje také biopsii tkáně střeva, polypů nebo tumoru na histologické vyšetření. (Prochotský, 2006, s. 77)

Irigografie s RTG

Výhoda tohoto vyšetření je, že dokáže zobrazit celé tlusté střevo. Často se však tato metoda nevyužívá. (Prochotský, 2006, s. 77)

Zobrazovací metody

Provádí se k diagnostice metastáz v okolních orgánech. Patří zde CT, RTG, MR a ultrazvuk.

Další vyšetřovací metody

Můžeme zmínit gynekologické a urologické vyšetření k diagnostice prorůstání nádoru, nebo laboratorní vyšetření k zjištění hladiny tumorových markerů. (Ferko, Šubrt, Dědek, 2015, s. 258)

2.5 Chirurgická léčba

Chirurgická, tedy operační léčba je základní a nezastupitelnou terapií karcinomu tlustého střeva. To je možné u nádorů, které lze odstranit společně s postiženou částí střeva včetně postižení v okolních tkáních, nejčastěji v lymfatických uzlinách a včetně metastáz, především v játrech a plicích. V příznivějším případě lze časné nádory odstranit endoskopickou metodou.

Nejdůležitějším cílem této terapie je odstranit veškerou tkáň poškozenou nádorem. Nádory jsou velmi často překážkou ve střevě, tudíž je dalším cílem obnovit střevo a udržet průchodnost. (Krška, Hoskovec, Petruželka, 2014, s. 545 - 546)

Resekci střeva můžeme provést laparoskopicky nebo laparotomicky. Obě tyto metody mají stejnou onkologickou radikalitu (tzn. stejné možnosti recidivy a přežití). (Ferko, Šubrt, Dědek, 2015, s. 259)

2.5.1 Typy operace

Volba operačního zákroku závisí na lokalizaci a rozsahu nádoru. Mezi základní výkony na tračniku patří: pravostranná a levostranná hemikolektomie, resekce transversálního úseku střeva a resekce esovité kličky. (Krška, Hoskovec, Petruželka, 2014, s. 546)

Radikální excize

Nejmenším zákrokem je radikální excize. Tato metoda lze provést pouze u časných nádorů (T1). Excize se provádí kolotomií. Další možností je endoskopická polypektomie. S dneš-

ními technikami můžeme tuto endoskopickou metodu rozšířit až do submukózní excize. Podmínkou radikální excize je odstranění celé léze s následným histologickým vyšetřením, že odstranění bylo úplné, včetně spodiny. Musíme brát v potaz, že i časný nádor nevyklučuje postižení lymfatických uzlin, které mohou být příčinou recidivy.

Segmentární resekce

Tento chirurgický zákrok se provádí u pokročilejších nádorů (T2 a T3). Odstraňuje se část střeva s nádorem a mezokolem v oblasti spádové lymfatické uzliny.

Subtotální kolektomie

Je nejrozsáhlejším resekčním zákrokem na tlustém střevě. Provádí se při duplicitě nádoru. Jaký bude rozsah operace pokročilejších nádorů (T4), jestliže nádor prorůstá přes střevní serózu nebo postihuje další břišní orgány, závisí na tom, jak moc je postižení rozsáhlé, tedy od segmentární až po multiviscerální resekci. (Krška, Hoskovec, Petruželka, 2014, s. 547)

Neodkladné výkony

Jako neodkladné výkony můžeme uvést: perforaci, ileus, masivní krvácení. Tyto komplikace postihují asi 20% pacientů s kolorektálním karcinomem.

Jestliže je ileus způsoben tumorem na pravé části tračnicku, provádí se pravostranná hemikolektomie.

Na levém tračnicku máme více možností řešení:

a.) Jednodobé výkony

- Provádí se resekce střeva s anastomózou a zajišťovací stomie nad anastomózou.
- Subtotální kolektomie – při rozšíření celého střeva
- **Kolostomie** – u velmi rizikových pacientů

b.) Vícedobé výkony

- Resekce střeva – Hartmannova nebo Mikuliczova operace (Ferko, Šubrt, Dědek, 2015, s. 259 - 260)

Další typy resekce

- U karcinomu céka, colon ascendens a apendixu se provádí pravostranná hemikolektomie.
- U karcinomu jaterního ohbí – rozšířená pravostranná hemikolektomie

- Karcinom colon transversum – resekce transversa s anastomózou (end to end)
- Karcinom lienálního ohbí a descendentního tračníku – levostranná hemikolektomie
- Karcinom esovité kličky – resekce sigmoidea a jeho závěsu
- Karcinom rektosigmoidea – resekce části esovité kličky a konečníku pod nádorem
- Karcinom konečníku - resekce dle umístění nádoru, operace dle Milese nebo Hartmanna (Ferko, Šubrt, Dědek, 2015, s. 260)

2.6 Další možnosti léčby

Radioterapie

Radioterapie se provádí předoperačně, poté se po ukončení (asi za 5-6 týdnů) ozařování provede operace. Druhým typem ozařování je pooperační, které snižuje riziko recidiv. Paliativní radioterapie je využívána při neoperatibilních nádorů.

Chemoterapie

Využívá se u nádorů všech lokalizací. Chemoterapii provádíme předoperačně, v základní kombinaci, nebo paliativně.

Další typy léčby

Můžeme zmínit biologickou léčbu (vždy je kombinovaná s chemoterapií) a léčbu symptomatickou. (Ferko, Šubrt, Dědek, 2015, s. 261 - 262)

2.7 Prevence kolorektálního karcinomu

Pod pojmem primární prevence se rozumí předcházení nemoci tím, že budeme eliminovat nežádoucí zevní vlivy (viz. výše).

Sekundární prevence obsahuje dva možné způsoby. **Screening**, což znamená časná diagnostika onemocnění u osob s běžným rizikem karcinomu a **dispenzarizace** u vysokorizikových osob, které je cílená. (Falt, Urban, Vitek, 2015, s. 29 – 30)

Prevence tohoto onemocnění je velice důležitá hlavně z toho důvodu, abychom předešli dalším komplikacím, které s sebou onemocnění přináší, jako je například **stomie**, které se budeme věnovat v další kapitole.

3 STOMIE

„Stomie pochází z řeckého slova stoma, steatos (ústa, otvor, ústí) a znamená vyústění dutého orgánu na povrch těla jeho chirurgickým vyšitím nebo pomocí katétru.“ (Zachová a kol., 2010, s. 31)

Stomii lze udělat na jakékoli části zažívacího traktu, nebo i na orgánech jiného tělního systému. (Lúčan, 2011, s. 15)

Problematika, týkající se střevních vývodů je velmi aktuální téma, a to už z příznivého pohledu z důvodu pokroku v medicíně, tak už z nepříznivého pohledu z důvodu narůstajícího počtu střevních nádorů. (Vorlíček, Adam, Pospíšilová a kol., s. 213)

Společným cílem zdravotnického týmu je znovunavrácení pacienta do plnohodnotného života, jak po stránce osobní, pracovní i sociální. (Otradovcová, Kubátová et al., 2006, s. 14)

3.1 Historie stomie

Stomie vyústěné ze střeva patří k nejstarším operacím. Byly prováděny již ve starověku. První zmínka o vývodu střeva pochází už z období 350 před n. l., kdy se vytvořil vývod při poranění břicha. Roku 1732 popsal francouzský chirurg A. Littre metodu vytvoření stomie u dítěte, které podlehl z důvodu vrozeného uzávěru anu. Chirurg W. Cheselden je označován za prvního, kdo vytvořil kolostomii, a to v roce 1756. První cékostomie byla vytvořena Francouzem M. Pillorem pro uzávěr konečníku nádorem. Do historie se také zapsal Francouz Ammusat, který vymyslel chirurgickou techniku stomií, která je základem i dnešních operací. (Lúčan, 2011, s. 15)

V české chirurgii byl pro nás významný Karel Maydl, který vytvořil dvouhlavňovou sigmoideostomii, která se obdobným způsobem operuje i dnes. (Zachová a kol., 2010, s. 12)

Další vývoj stomie mohl probíhat v souvislosti s pokrokem v kolorektální chirurgii a anestezii. Roku 1885 provedl amputaci rekta chirurg Kraske. Tuto operaci přepracoval E. W. Miles roku 1908 a používá se dodnes. V roce 1952 byla operována terminální ileostomie Angličanem B. Brookem. Koncem 20. století se začala využívat i laparoskopická metoda pro vytvoření stomie. (Lúčan, 2011, s. 15)

První ošetřování stomie probíhalo pouze překrytím buničitou vatou nebo plenou. Až v 60. letech se začala promýšlet skutečná stomická pomůcka. První sáčky byly pouze jen jímače

obsahu. Nepřiléhaly ke kůži, propouštěly stolici a zápach, šustily při pohybu a pro pacienta byly velmi nepříjemné.

Poté se vynalezl kolostomický pás, který je nyní už velmi zastaralý. Pás se skládal ze spony, kroužku a vyměnitelného sáčku. Nejvíce obtěžující byla tuhá spona. (Historie a vývoj stomických pomůcek, © 2009)

3.2 Střevní onemocnění vedoucí k založení stomie

Existuje mnoho důvodů a příčin, které vedou k vytvoření stomie. Můžeme si uvést některé z nich:

- Zhoubné nádory anu a konečníku
- Dědičné choroby - polypóza, nepolypózní karcinom kolorekta
- Ileosní stavy při nádorech tlustého střeva a konečníku
- Nespecifické střevní záněty (Crohnova choroba, colitis ulcerosa, divertikulitida)
- Poranění kolorekta
- Perianální fistuly
- Dehiscence anastomózy
- Vrozená i získaná inkontinence
- Perforace střeva
- Prekancerózy
- Některé úrazové stavy (Lúčan, 2011, s. 16); (Zachová a kol., 2010, s. 25)

3.3 Rozdělení stomií

Rozdělení stomií zažívacího traktu:

Stomie podle časového hlediska

- **Dočasná** – bývá protektivní nebo pojistná, kdy zažívací trakt potřebuje pro obnovu funkčnosti určitou dobu
- **Trvalá** – jsou vytvořeny v případě, kdy není možná obnova funkčnosti

Je důležité zmínit, že i dočasná stomie se může proměnit v trvalou a to v případě, kdy pacient nechce již podstupovat další operační výkony, nebo mu to neumožní jeho zdravotní stav.

Stomie dle účelu

- **Výživné** – vytvářejí se spíše v horní části zažívacího traktu
- **Derivační** – slouží k odvádění stolice do sběrného sáčku, při nemožnosti fyziologického vyprázdnění (Zachová a kol., 2010, s. 31)

Stomie dle způsobu konstrukce

- Koncová (terminální, jednohlavňová)
- Osová (axiální, dvouhlavňová)
- Nástěnná – volí se méně často

Stomie dle orgánu

- Kolostomie – tlusté střevo
- Ileostomie – tenké střevo

Stomie podle anatomické lokalizace

- Ileostomie
- Cékostomie
- Ascendentostomie
- Transverzostomie
- Descendentostomie
- Sigmoideostomie
- Apendikostomie (Lúčan, 2011, s. 17); (Zachová a kol., 2010, s. 31)

3.3.1 Ileostomie

Jedná se o vyústění tenkého střeva na povrch dutiny břišní. Provádí se v případě, kdy je nutné resekovat část nebo celé tlusté střevo. Indikací může být např. nádor, familiární adenomatozní polypóza nebo Turcotův syndrom. (Slezáková, 2010, s. 43)

Při nádorovém onemocnění střeva je ileostomie méně častá, častějším řešením je kolostomie.

3.3.2 Kolostomie

Kolostomie je vyústění tlustého střeva na povrch dutiny břišní. Kolostomie se provádí v případě, kdy resekci střeva nelze řešit anastomózou. Jsou však případy, kdy lze provést

anastomózu později a stomii zrušit. Trvalá kolostomie je nutná v případě, že byl při operaci rekta odstraněn i sfinkter. (Kolarektum, ©2015)

Před operací stoma sestra nebo chirurg zakreslí místo, kde bude kolostomie vytvořena. Vhodně vytvořená kolostomie má zvýšenou manžetu, asi 0,5 – 1 cm. (Otradovcová, Kubátová et al., 2006, s. 16)

3.3.3 Nejčastější typy kolostomie

Cékostomie

Cékostomie se vytváří velmi zřídka, a to v pravém podbřišku. Vytváří se pomocí drénu nebo Foleyova katétru. Z malého naříznutí kůže se střevo přišije k pobřišnici a drén je veden stěnou břišní. (Zachová a kol., 2010, s. 33)

Transverzostomie

Je stomie v oblasti příčného tračníku. Vytváří se v pravém nebo levém podžebří. Transverzostomie je nevýhodná v tom, že má problematické umístění – v kožní řase a pod prsy. Používají se flexibilní stomické pomůcky. Často se řeší špatná přilnavost pomůcek. (Otradovcová, Kubátová et al., 2006, s. 17)

Sigmoideostomie

Jedná se o nejrozšířenější typ stomie. Vytváří se v levém podbřišku. Může se jednat o stomii trvalou nebo dočasnou.

3.4 Předoperační a pooperační péče

Dlouhodobá předoperační příprava

V předoperační péči hraje velkou roli stomasestra. Setkání s touto specializovanou sestrou trvá asi půl hodiny až hodinu. Stomasestra ukazuje pacientovi stomii na modelu, aby objasnila pacientovi, jak vývod vůbec vypadá. Představí mu mnoho pomůcek, které jsou nyní na trhu, brožury a hlavně jídelníček, který je velmi důležitý. Edukuje ho o předoperační přípravě, která zahrnuje vyprázdnění střeva a následný průběh po operaci. Snaží se mu zodpovědět na všechny pacientovy otázky.

Nejdůležitější je však psychická podpora nemocného i celé jeho rodiny. (Otradovcová, Kubátová et al., 2006, s. 24)

Předoperační vyšetření

U plánované a akutní operace se příprava liší. U plánované operace pacient přichází s kompletní předoperační přípravou od praktického lékaře – výsledky odběrů krve, EKG a rozhodnutí interního lékaře, RTG srdce a plic, onkomarkery a výsledky dalších vyšetření, které pacient podstoupil (koloskopie, irigografie aj.). (Otradovcová, Kubátová et al., 2006, s. 24 - 25)

Předoperační příprava

Pacient se většinou přijímá dva dny před operací. Lékař pacientovi vysvětlí postup výkonu, informuje ho o komplikacích, které mohou nastat a zodpoví mu na otázky. Důležité je podepsání informovaného souhlasu s operací, bez kterého by se pacient nemohl operovat. Lékař spolupracuje se stomickou sestrou a poskytují pacientovi stejné informace. Stoma-sestra zakreslí místo pro budoucí stomii. Vhodné místo je potřeba prodiskutovat s pacientem. Sestra pacientovi umožní vyzkoušení všech pohybů s nalepeným stomickým sáčkem, aby mu to poté nepřekáželo (např. v ohybu, v kožní řase apod.). Měly by být zakresleny obě varianty – ileostomie a kolostomie.

Další složkou přípravy pacienta je vyprázdnění střeva. Dva dny před výkonem dodržuje pacient dietu – pouze bujón a dostatek tekutin. Pro vyprázdnění používáme roztoky For-trans.

Dbáme také na prevenci tromboembolické nemoci, profylaktické dávky antibiotik, anesteziologickou přípravu a kompenzaci dalších nemocí, které pacient má. (Otradovcová, Kubátová et al., 2006, s. 26 - 27)

Pooperační péče

Po výkonu je pacient převezen dle stavu na ARO nebo JIP pro sledování vitálních funkcí a aplikaci výživy. U pacienta se také pečuje o žilní vstupy, drény, bolestivost a operační ránu. Na operačním sále se nalepí průhledný sáček, přes který se poté kontroluje tvar, zbarvení a otok stomie. Sleduje se také množství a barva sekretu.

Cílem následné péče je naučit pacienta o stomii pečovat. Sestra ukáže pacientovi postup při výměně pomůcek a pacient se dívá. Poté si to pacient vyzkouší sám a sestra ho kontroluje. Důležité je pacienta chválit a podporovat. (Otradovcová, Kubátová et al., 2006, s. 29)

3.5 Komplikace stomií

Komplikace můžeme rozdělit na akutní a pozdní.

3.5.1 Časné komplikace

Retrakce (vtažení)

Vtažení může být buď částečné, nebo úplné - nejčastěji kvůli nedostatečné mobilizaci střeva. Částečná retrakce může způsobit lokální infekci, tvorbu píštěle. Při mírné retrakci postačí konzervativní léčba, ale při závažném vtažení je potřeba chirurgická úprava až přemístění stomie. (Quassim, Munther, 2009, p. 128)

Nekróza

Vzniká při nedostatečném prokrvení. Při rozsáhlejší nekróze, která postihuje celou stomii, je nutná reoperace, která zahrnuje odstranění nekrotické části střeva a vytvoření nového vývodu. Může vznikat z nadměrného napětí nebo při poruše arkád. (Lúčan, 2011, s. 28); (Quassim, Munther, 2009, p. 128)

Ztráta tekutin a elektrolytů

Množství sekretu z ileostomie může být velmi vysoké (až 6 litrů). Péče zahrnuje striktní rovnováhu tekutin a použití protiprůjmových přípravků. (Quassim, Munther, 2009, p. 128)

Krvácení

Může být nepříjemnou komplikací. Často vzniká z důvodu malých trhlin na sliznici při manipulaci se stomií nebo při použití nevhodné pomůcky. Příčinou může být také užívání některých léků, např. antikoagulancia. Malé krvácení se řeší konzervativně. Řešením rozsáhlejšího krvácení je operační revize. (Lúčan, 2011, s. 30)

Otok stomie

Může se objevit také po manipulaci se stomií. Sledujeme vývoj otoku a většinou postačí konzervativní léčba – obklady. (Otradovcová, Kubátová et al., 2006, s. 42)

Kožní změny

Může vznikat z důvodu vytékajícího střevního obsahu, při použití nevhodných pomůcek, nadměrného pocení, infekce nebo alergie. Cílem je najít příčinu, která kožní komplikace způsobuje. (Lúčan, 2011, s. 30)

Nevhodné umístění stomie

Může být následkem akutní operace, kdy nebyla před výkonem stomie zakreslena. Pacient může mít potíže s přilnavostí pomůcek, podtékáním, mohou ho doprovázet bolesti a zápach ze stomie. (Lúčan, 2011, s. 31)

3.5.2 Pozdní komplikace

Parastomální hernie

Predisponující faktory jsou obezita, zvýšený tlak v oblasti břicha, velký otvor v břišní stěně, infekce, či ascites. Může probíhat asymptomaticky, kdy se řeší pouze konzervativně. Používá se břišní pás s otvorem pro vývod. Při velkých herniích se zvažuje operační rekonstrukce za pomoci síťky nebo plastiky. (Lúčan, 2011, s. 29 - 30); (Quassim, Munther, 2009, p. 128)

Stenóza (zúžení)

Vzniká z důvodu ischemie nebo těsného otvoru. Doporučuje se jemná dilatace a při těžké stenóze operativní řešení. (Quassim, Munther, 2009, p. 128)

Prolaps (výhřez)

Predisponující faktory jsou nadměrná pohyblivost střeva nebo velký otvor v břišní stěně. Vhodná je chirurgická úprava střeva. (Quassim, Munther, 2009, p. 128); (Otradovcová, Kubátová et al., 2006, s. 44)

3.6 Stomické pomůcky

Jednodílný systém

Jednodílný systém je vhodný spíše krátce po operaci. Jeho výhodou je, že je diskrétní, flexibilní a snadněji se udržuje hygiena v okolí stomie.

U tohoto systému je lepící podložka součástí sáčku. Při výměně se odlepí celý sáček a přilepí se nový. (ConvaTec, 2015, s. 5)

Dvoudílný systém

Je vhodnější u pacientů, kteří jsou již delší dobu po operaci. Používá se u pacientů, kteří mají komplikovanou stomii nebo podrážděné okolí.

Je složený ze dvou částí – sáčku a podložky. Podložka zůstává přilepena na kůži po dobu několika dní, většinou 2 – 3 dny. Poté si ji pacient vymění za novou. Sáčky si může vyměňovat dle potřeby. (ConvaTec, 2015, s. 5)

Stomické sáčky

Na dnešním trhu je dostupných spousta typů sáčků – uzavřené (jednodílné, dvoudílné, sáčky adhezní technologie), výpustné (jednodílné, dvoudílné, adhezní), s filtrem či bez filtru, bezsáčkové (pro koupání, eliminuje zvuky, zápach) atd. (ConvaTec, 2015, s. 8)

Podložky

Na výběr je také mnoho typů podložek – ploché tvarovatelné, konvexní tvarovatelné, flexibilní či s harmonikovým kroužkem. (ConvaTec, 2015, s. 6)

Další příslušenství

Jako další pomůcky můžeme zmínit:

Vyplňovací – vyplňovací pasta, těsnící kroužek, vyrovnávací pasta

Ochranné – ochranný pudr, film, zklidňující krém

Čistící – tělová pěna, čistící ubrousky

Odstraňovače – odstraňovač podložky

Deodorační prostředky – pohlcovač pachu

Pásky a přídržné pomůcky – pásky, kýlní pás

Zahušťovací prostředky – gelující sáčky (ConvaTec, 2015, s. 22 - 24)

4 ETICKÉ PROBLÉMY PACIENTŮ SE STOMIÍ U NÁDORU KOLOREKTA

Stomie jako taková, je sama o sobě etický problém. Pacientovi změní život úplně od základu. Je nesmírně důležité tuto diagnózu umět přijmout a dokázat s ní žít. V této kapitole se budeme věnovat etickým problémům, které mohou pacienty doprovázet.

Co to vůbec etika je? „Pojem etika je odvozen od starořeckého slova étos (obyčej, mrav). Obsah pojmu je vykládán různě. V našem pojetí je chápán jako filozofická teorie morálky, již rozumíme mravní vědomí, které zahrnuje a definuje normy chování, mravní ideály a hodnoty všeho dobrého a správného, humánního. Ty jsou úzce spjaty s pocity povinnosti, správnosti, nesprávnosti, lítosti, úcty, odpovědnosti atd. (Zeman, Krška a kol., 2011, s. 23)

Lékařská či zdravotnická etika zahrnuje nejen vztah mezi lékařem a nemocným, lékařem a zdravotní sestrou, nadřízeným a podřízeným, ale také výuku zdravotnického personálu.

Lékařská morálka je soubor pravidel, která vedou k rozpoznání choroby a správné volby léčebného postupu, a které mají za úkol zlepšit zdravotní stav či úplně nemocného vyléčit. (Zeman, Krška a kol., 2011, s. 23 - 24)

„Morálka v ošetrovatelství je to, co se týká dobra a prospěchu, či škody a ublížení nemocnému.“ (Kutnohorská, 2007, s. 12)

Připuštění choroby bývá u nemocného často problém, tudíž je velmi důležité aby lékař nemocnému odpovídajícím způsobem vysvětlil průběh onemocnění a motivovat nemocného ke spolupráci (např. dodržování dietního režimu, přestat kouřit apod.). V naší ústavě není jasně uvedeno, že každý musí pečovat o své zdraví. Zachovat člověku zdraví je však základním mravním cílem. (Zeman, Krška a kol., 2011, s. 23 - 24)

4.1 Etické problémy pacientů s nádorem kolorekta z pohledu chirurga

Každý nemocný, který přichází k lékaři, očekává, že bude ze svého onemocnění zcela vyléčený. I když je nyní velký pokrok v medicíně, tak i přes to některé maligní onemocnění nelze zcela vyléčit ani zpomalit. Nemocného ve většině případů poznamenává strach, beznaděj a pesimismus. Komunikace s tímto pacientem vyžaduje nejen odborné znalosti, ale také morální uvědomění. Nesmírně důležitý je komplexní přístup k nemocnému (somatický i psychický), kterým lze dosáhnout pozitivního výsledku léčby. (Zeman, Krška a kol., 2011, s. 25)

Na první místo v chirurgii se ze základních etických principů staví princip beneficence a non maleficence. Hranice mezi těmito principy je mnohdy nerozeznatelná.

Tento problém může nastat už na počátku, tedy při diagnostice onemocnění, a to kdy chirurg musí zvážit přínos vyšetření a na druhé straně riziko vyšetření.

Dále tyto principy musí chirurg řešit při indikaci operace a při výběru vhodného chirurgického postupu (operovat či neoperovat, amputace či kontinentní resekce rekta při karcinomu kolorekta atd.) nebo alternativní léčby.

Často ke střetnutí dochází v onkochirurgii, kdy se operátor musí rozhodnout mezi radikálním, kurativním nebo paliativním výkonem, nebo vůbec mezi operatibilitou či neoperatibilitou maligního nádoru. V tomto případě, zda se rozhodnout pro jednodušší a bezpečnější výkon jako je resekce konečníku, s tím, že pacient bude trvale invalidní a bude mít náročnější následný život (ochranná stomie), či výkon složitější a riskantnější (kontinentní resekce se zachováním sfinkterů), ale s komfortním následným životem. (Soltés, Pullmann a kol., 2008, s. 32)

4.2 Etické problémy před operací

Etické otázky mohou nastat už na počátku diagnostiky kolorektálního karcinomu, kdy nás mohou doprovázet nepříjemné problémy ze strany nemocného. Nejčastěji je to odmítnutí spolupráce pacienta. Může k tomu mít své osobní důvody. Nesmírně důležitá je správná komunikace s pacientem. Správná informovanost o všech postupech u této diagnózy je úspěchem dobré a kvalitní spolupráce s nemocným. Důležitá je také empatie, která mnoha zdravotníkům chybí. Vcítit se do nemocného a podpořit ho by měla být samozřejmostí.

4.2.1 Odmítnutí screeningového vyšetření na okultní krvácení

Tento problém nastává velmi zřídka, ale nacházejí se i takoví pacienti, kteří tuto diagnostiku odmítají. Je to často z důvodu obav z výsledku vyšetření. Pacient raději nepodstoupí screening, než aby se dozvěděl negativní výsledek. Někteří odsouvají test na okultní krvácení, protože si myslí, že toto téma se jich absolutně netýká a proč zrovna on by měl mít takovou chorobu. Říkají si, že mají čas a toto vyšetření podstoupí až později. Pro některé pacienty může být nepříjemné toto vyšetření z důvodu hygienického, protože musí vzít vzorek ze stolice. Následně se test stydí předat zdravotnickému personálu.

4.2.2 Informovaný souhlas

Informovaný souhlas je právo každé osoby, která není zbavena svéprávnosti. Člověk má právo se rozhodnout, jak bude naloženo s jeho tělem. Musí vždy respektovat pacienta jako jedince, jeho psychický stav, vzdělání atd. Zdravotnický personál často používá výrazy, kterým pacient nerozumí, poté může dojít k tomu, že pacient ani neví, co podepisuje. Mohou nastat zbytečné obavy jen z důvodu toho, že personál špatně vysvětlil postup a co nemocného čeká. Informovaný souhlas by měl být podepsán až po důkladné edukaci nemocného. (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011, s. 96 – 97)

Informovaný souhlas s kolonoskopií

Informovaný souhlas je již součástí každého lékařského výkonu, tedy i endoskopie. Každý, kdo má podstoupit kolonoskopické vyšetření, musí být vhodně, pravdivě a srozumitelně informovaný. V informovanosti má být zahrnuto: informace o účelu zákroku, o povaze výkonu, informace o možných důsledcích (výkon může být rozšířen při nějakém nálezu, informace o analgosedaci – poté nemůže řídit dopravní prostředek, nepožívat alkohol) a informace o alternativách výkonu. Velmi se také klade důraz na obeznámení pacienta s možnými komplikacemi. Jedná se o invazivní proceduru, tudíž s sebou nese nějaká rizika. Mohou být někdy důvodem k hospitalizaci, nebo mohou vést k neočekávané operaci, opakované endoskopii atd. Je nutno informovat také o nezávažných komplikacích jako je: bolestivost, dyspepsie, změna defekačního rytmu).

Pacient se musí svobodně, vážně, jednoznačně a srozumitelně rozhodnout a musí být v souladu s dobrými mravy. Někdy je problémem schopnost pacienta ve stresu vnímat a uchovat tak velké množství sdělených informací. Jsou i typy pacientů, kteří nechtějí být předem informováni o výkonu, ale přesto s výkonem souhlasí. Jedná se o neinformovaný souhlas neboli vzdání se podání informací.

V urgentních případech, kdy není informovaný souhlas podepsán, lékař provede výkon bez souhlasu a přebírá odpovědnost na svou osobu.

Odvolání informovaného souhlasu s kolonoskopií

Nemocný má právo kdykoli svůj souhlas odvolat. Problémem je toto odvolání v průběhu výkonu, kdy je pacient ovlivněn analgosedací. Striktnímu přání nemocného by se mělo vyhovět, pokud však nebude ohroženo pacientovo zdraví. Autonomie vůle pacienta a jeho práva na sebeurčení je nutné respektovat. (Falt, Urban, Vítek, 2015, s. 64 - 68)

Pacient může odmítnout vyšetření z důvodu strachu, náročné přípravy, či negativních předpokladů. Ve většině případů hraje velkou roli stud. Pro pacienta je nepřípustné se odhalit a nechat si vyšetřit střevo přes konečník, zvláště pro muže.

4.2.3 Sdělování diagnózy

Sdělování diagnózy je jeden z nejtěžších a nejdiskutabilnějších úkonů. Někteří nemocní chtějí vědět svou diagnózu ihned, ale někteří odmítají okamžité sdělení pravdy o jeho zdravotním stavu. Nejvhodnějším sdělováním je připravování pacienta na svou nemoc po etapách, podle toho, jak nemocný na dané informace reaguje. Dobré je takto připravovat i nejbližší příbuzné.

V počátečním stádiu, kdy je možné, že se správnou léčbou dá zlepšit pacientův stav, je vhodné mu diagnózu sdělit v potřebném rozsahu. Pak padá rozhodnutí na nemocného, zda léčbu přijme a bude spolupracovat a chtít se léčit.

V pozdním stádiu nastává etická otázka, zda pravdivou diagnózu pacientovi sdělit. Zdali zatěžovat pacienta po stránce psychické, či brát ohled na jeho vztah k okolí, rodině a popřípadě uspořádání majetkových poměrů.

V poslední době se přiklání více k tomu, že pacient by měl být informován o svém zdravotním stavu. (Zeman, Krška a kol., 2011, s. 26)

4.2.4 Odmítnutí operace pacientem

Jestliže pacient odmítá operaci, z etického pohledu je důležité zjistit, zda informacím dobře porozuměl. Může se to stát i z důvodu, že nemocný není v dobrém psychickém stavu. Poté je vhodné přizvat psychiatra či psychologa.

Někteří pacienti mohou operaci odmítnout, protože k tomu mohou mít nějaké náboženské důvody. (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011, s. 98)

Nyní se čím dál více provádějí operace, kdy dochází k zachování svěračů, ale bohužel se zvyšuje výskyt nádorového onemocnění, které vyšití stomie vyžadují. (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004, s. 213)

Pacient může operaci odmítnout z důvodu strachu z anestezie, často nemocní uvádějí obavy z toho, že se „neprobudí.“ Dalším problémem může být věk. Klient si řekne, že už je starý na to, aby se nechal operovat, a rozhodne se spíše pro paliativní léčbu. Může se obávat toho, že by to po operaci nezvládl, a že nemá nikoho, kdo by mu v péči pomáhal.

Někteří pacienti mohou odmítnout, protože mají strach z komplikací, které mohou během nebo po operaci nastat (krvácení, infekce, smrt). Další komplikací může být rozpad anastomózy, kdy je nutná okamžitá revize, která si vyžaduje vytvoření vývodu. Na komplikace je však nutné upozornit již při informovaném souhlasu, ale takovým způsobem, aby pacienta neodradily.

Velký problém nastává po sdělení, že operativním řešením bude stomie. Je nutné pacientovi vysvětlit, z jakého důvodu mu bude našita stomie a že to bude mít velký přínos pro jeho onemocnění. Podpora lékaře, sester a specializované stomasestry je vždy velkým přínosem, a také by měl mít personál trpělivost a dát nemocnému prostor na rozmyšlenou.

4.2.5 Stesky pacienta před vyšetím stomie

Sdělení této diagnózy je pro člověka velký zásah do života, jak už po stránce psychické, fyzické, sociální či ekonomické. Pro nemocné může být tato informace velký šok. Nejdůležitější je se s tímto nádorovým onemocněním vyrovnat, což bývá pochopitelně těžké. Pacienti si nedokážou představit, jak budou žít, co je bude čekat. Setkávají se psychickým trápením. Někteří mají pocit, že nemá cenu dále žít, že stomie je nepřipustná a zničila by jim život. Prožívají velký smutek, lítost, bezmoc, strach. Nejvíce se obávají toho, jak je přijme společnost, rodina manžel či manželka. Kladou si otázku, zda okolí pozná, že mají stomii. Někdy mohou mít pacienti informace od svých známých nebo od někoho v blízkém okolí, nebo od někoho, kdo stomii má, tudíž mohou mít již negativní předsudky.

V této fázi je nejdůležitější stomická sestra, která se snaží pacienta psychicky připravit, doporučit mu brožurky, časopisy a další zdroje, kde se dozví spousta informací a také stoma kluby, které může navštěvovat a setkat se tak s dalšími osobami, které trpí stejným, či podobným onemocněním.

4.3 Etické problémy po operaci v běžném životě

Pacient pociťuje po operaci velkou psychickou zátěž. Má obavu z přijetí svého těla a z nepřirozeného vyprazdňování. Pociťuje také úzkost, strach a beznaděj z partnerského, intimního a sociálního života. (První pocity stomiků, © 2014)

Mnoho pacientů vnímá svoji stomii jako stigmatizaci. Stigma je znak odlišnosti. Stigma může být znamením méněcennosti, které může vést k odmítání člověka ve společnosti. Je velmi důležité na subjektivní úrovni. Člověk mění své chování ve společnosti na tolik, že zhoršuje společenské uplatnění (např. že se vyhýbá sociálním kontaktům, vyhledává po-

dobně stigmatizované osoby). Stigma může ovlivnit i okolí pacienta, především rodinu. (Raboch, Pavlovský, 2012, s. 437)

Předsudky a strach mluvit o svých problémech často způsobí disharmonii i tam, kde dříve fungovala. (První pocity stomiků, © 2014)

4.3.1 Strach z přijetí do zaměstnání

Pacienti se obávají, zda se mohou vrátit do svého zaměstnání. Bude však stomie jejich omezením? Návrat do svého zaměstnání se odvíjí od zdravotního stavu, a zdali je nemoc v klidném stavu. Nedoporučuje se fyzicky náročná práce. Jestliže člověk dělá nějakou takovou profesi, je vhodné zvážit vhodnost zaměstnání a změnit profesi, což může být pro něho další zásah do běžného života. Někteří pacienti také zůstávají bez práce, ale to bývá často z důvodu vyššího věku, kdy je náročnější si práci najít. (Lúčan, 2011, s. 84)

S vytvořením stomie pacientovi nikdo nevzal jeho schopnosti, dovednosti, vědomosti. Je čistě na pacientovi, kolik spolupracovníků bude o jeho stomii vědět. Pokud je to možné a vhodné, je dobré obeznámit zaměstnavatele o onemocnění. (Práce, kariéra, zaměstnání, ©2014)

4.3.2 Strach ze stravování

Pacient se stomií by měl časem vědět, jak které potraviny na něho účinkují. (Lúčan, 2011, s. 83) Je mnoho jídel, které zvyšují plynatost, což může být poté velmi slyšitelné a pro pacienta ve společnosti velmi nepříjemné. Také co se týká zvýšeného zápachu ze stomie, stomik by si měl zjistit, které potraviny mu dělají potíže. Nyní je i mnoho prostředků, které slouží k pohlcení pachu při nastříkání do stomického sáčku.

Některá strava způsobuje i řidší stolici, tudíž mohou následovat další potíže např. s podtékáním, které jsou další přítěží pro pacienta, především když se stolice objeví na oblečení.

4.3.3 Cestování

Při cestování by měl být stomik dobře připraven. Do letadla se nesmí nosit některé pomůcky potřebné k výměně stomického systému (nůžky, roztoky). Při vstupní kontrole mohou být tyto pomůcky zabaveny, proto je potřeba dávat tyto pomůcky do zavazadel určených k odbavení. Z důvodu převozu většího množství těchto pomůcek, může nastat problém na celnici. Stomik se pak musí prokázat mezinárodní průkazkou. (Zachová a kol., 2010, s. 92)

4.3.4 Rekondiční pobyty

V první řadě je třeba překonat obavy a stud. Aby se člověk opět naučil cítit dobře a získal zpět své sebevědomí, jsou vhodné stomakluby.

Před každou společenskou akcí je vhodná úprava stravy s vyloučením jídel, které způsobují plynatost. Jinak neexistuje žádné omezení.

V dnešní době jsou možné lázeňské pobyty, které mohou změnit pohled stomika na život. Stačí jen překonat sám sebe. Nemocný se bude koncentrovat na společnost, kterou tvoří skupina lidí se stejným handicapem. (Lúčan, 2011, s. 84 – 85)

4.3.5 Strach z intimního života

Sexuální život je přirozenou součástí každého člověka. Z pohledu psychologického, narušení vlastního těla, obavy ze zápachu či stud za stomické pomůcky mohou vyvolat komplikace v intimním životě, např. odmítnutí ze strany partnera.

Radikální operace kolorekta způsobuje poškození nervů, které může mít vést k sexuální dysfunkci. Erektce je pod vlivem parasymptiku a ejakulace u mužů pod vlivem sympatiku.

Rozsah výskytu dysfunkcí záleží na věku nemocného a operačním zákroku. Pacient by měl být informován o této problematice již před operací. (Lúčan, 2011, s. 85 – 86)

Problematika sexuálního života žen se stomií

Problematika sexuálního života u žen souvisí nejen s pohlavním stykem jako takovým, ale také se sebepojetím, sebevědomím a s přijutím svého těla.

Ze začátku může být velmi obtížné si své tělo prohlédnout v zrcadle. Pro ženy je těžké se vnímat stále jako atraktivní. S podporou druhé „polovičky“ funguje vše lépe. Nejúčinnější recept je láska a úcta.

Příčinou tělesných změn se mohou objevit poruchy sexuálního chťiče, vzrušení a bolestivý pohlavní styk. (Zachová a kol., 2010, s. 110 – 111)

Problematika sexuálního života mužů se stomií

Existuje mnoho příčin, podílí se na nich i věk nemocného. Mohou se objevit poruchy erekce, bolestivá erekce či snížení sexuální chuti. Se vším souvisí také přijetí vzhledu a stomie. Objevuje se strach ze selhání, snížené sebevědomí a strach začít s intimním stykem.

Jestliže jsou muži schopni o této problematice hovořit, je vhodné navštívit urologickou ambulanci. (Zachová a kol., 2011, s. 112)

Problematika sexuálního života homosexuálních partnerů

Radikální operace v oblasti konečníku přináší těmto partnerům omezení. Pohlavní styk je velkým rizikem a může dojít k závažným zdravotním komplikacím. Doporučují se praktiky bez soulože. (Zachová a kol., 2010, s. 113)

4.3.6 Těhotenství a plodnost

K těhotenství ženy nejsou z lékařského pohledu žádné námitky. Žena může otěhotnět a porodit. Při těhotenství mohou však nastat komplikace se stomií, jako např. prolaps či hernie. Při indikaci lékařem může žena porodit císařským řezem. Tento postup se doporučuje i po amputaci rekta. Když žena trpí familiární polypózou, pak je těhotenství diskutabilní, což je pro ženu velkým zásahem do psychiky. (Lúčan, 2011, s. 86)

U mužů je založení rodiny také možné. Jestliže muž trpí onkologickým onemocněním, je vhodný odběr spermií a uložení do spermabanky již před začátkem léčby, protože gonadotoxiny mají negativní vliv na spermatogenezi. (Zachová a kol., 2010, s. 113)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 VÝZKUMNÁ ČÁST

5.1 Metodika výzkumu

5.1.1 Formulace problému

Jak již bylo zmíněno, kolorektální karcinom patří mezi nejčastější nádorová onemocnění v České republice. Přináší několik nepříjemným změn a zrovna kolostomie může být jedna z nich. Laická veřejnost nemá kvalitní informace o této diagnóze, proto mohou nastávat různé obavy a problémy. Etické problémy pacientů se stomií mohou zahrnovat tyto otázky:

- Jaké mají pacienti pocity po sdělení diagnózy, před operačním zákrokem a po zákroku
- Jaký měla stomie dopad na společenský život
- Jak stomie pacienty omezuje v běžných denních činnostech

5.1.2 Stanovení cílů

Hlavní cíl:

Hlavním cílem je zjistit informace o životě pacientů s kolostomií

Dílčí cíle:

Cíl 1:

Zjistit, jak je pacient o svém onemocnění informován

Cíl 2:

Zjistit, co pacient pociťoval po sdělení diagnózy a před operací

Cíl 3:

Zjistit, jak jeho onemocnění a stomie ovlivnila pacientův život

Cíl 4:

Zjistit, zda pacient dokázal svou stomii přijmout a žít plnohodnotný život

Cíl 5:

Zjistit, zda se pacient zajímá o novinky týkající se stomie, popřípadě kde se informuje

5.1.3 Charakteristika zkoumaného vzorku

Zkoumaný vzorek tvořili pacienti – muži i ženy od 50 – 90 let, kteří mají kolostomii. Záměrně nebylo možné oslovit pouze ty pacienti, kteří mají kolostomii z důvodu kolorektálního karcinomu, protože ne všichni nemocní jsou kvalitně informováni o svém onemocnění a mohlo se stát, že někteří pacienti ani neví, že mají stomii právě z důvodu karcinomu tlustého střeva či konečníku, ať už to z důvodu, že nechtěli být o svém onemocnění informováni, nebo nejbližší rodina žádala, aby se nemocnému nesdělovala diagnóza v plném rozsahu. Celkový počet respondentů tvoří 35 pacientů.

5.1.4 Metoda sběru dat

K získání informací byla použita metoda kvantitativního výzkumu za pomoci dotazníku. Dotazník je soubor otázek, které jsou předem připraveny na určitém formuláři. (Kutnohorská, 2009, s. 41).

Dotazník byl po konzultaci s vedoucím práce prof. MUDr. Antonem Pelikánem DrSc. pečlivě sestaven z předem promyšlených a seřazených otázek. Respondenti odpovídali na 21 otázek podle stanovených pokynů v úvodní části dotazníku. Pro zjištění důvodu založení stomie byla polouzavřená otázka, kde respondent mohl napsat svoji diagnózu. Zbylé otázky byly uzavřené s nabídkou odpovědí. Respondenti měli ve většině otázek možnost jedné odpovědi, v 5 otázkách byla možnost více odpovědí.

Členění dotazníku:

- Otázky č. 1 a 2 byly identifikační pro zjištění pohlaví a věku.
- Otázky č. 3, 4 a 5 byly otázky pro zjištění informovanosti pacienta o své diagnóze, které odpovídaly 1. cíli této práce.
- Otázky č. 6, 7, 8, 9 a 10 byly k zjištění pocitů pacienta před operací po sdělení diagnózy, které odpovídaly 2. cíli.
- Otázky č. 11, 12, 13, 14, 15 a 16 se zaměřovaly na změny, které v životě nastaly, odpovídaly 3. cíli.
- Otázky č. 17, 18 a 19 zjišťovaly, zda pacient svou stomii přijal a žije plnohodnotný život, které odpovídaly 4. cíli.
- Otázky č. 20 a 21 zjišťovaly, jak se pacient informuje o novinkách týkajících se stomie, odpovídající cíli č. 5.

5.1.5 Organizace průzkumu

Dotazníkové šetření bylo zahájeno nejprve jako pilotní studie, kdy bylo osloveno 5 pacientů, kteří dotazník vyplnili. Po navrácení dotazníků proběhla úprava dotazníku do finální formy, která byla po schválení rozdána pacientům.

Po podepsání žádosti o dotazníkové šetření byli respondenty pacienti Kroměřížské nemocnice - chirurgického oddělení a stoma ambulance.

Z důvodu nevelkého množství respondentů byli následně osloveni členové skupiny na sociální síti Facebook - I stomici mají májové dny, za pomoci elektronického dotazníku, který byl vytvořen na webové stránce Survio.

Dotazníkové šetření bylo zcela anonymní. Bylo rozdáno 50 dotazníků a návratnost byla 35, což je 70%.

Šetření probíhalo od ledna do dubna 2016.

5.1.6 Zpracování získaných dat

Získaná data byly zpracovány do tabulek, které obsahují absolutní a relativní četnost. U otázek, kde je možné označit více odpovědí je uvedena absolutní četnost všech odpovědí a relativní četnost v % také ze všech odpovědí.

Špatně vyplněné dotazníky byly z šetření vyřazeny. Bylo tedy zpracováno 35 dotazníků.

Ke zpracování tabulek a grafů byl použit program Microsoft Word a Microsoft Excel. Ke každé otázce je stručný komentář.

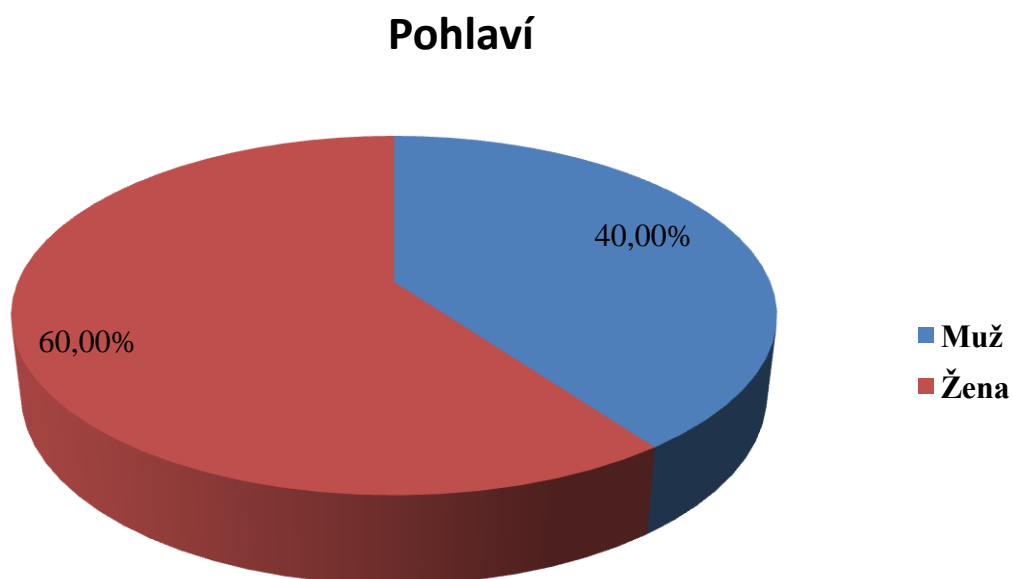
5.2 Výsledky výzkumného šetření

Otázka č. 1 – Jaké je Vaše pohlaví?

Tabulka 1 – Pohlaví

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Muž	14	40,00%
Žena	21	60,00%
Celkem	35	100,00%

Do dotazníkového šetření se zapojilo 14 mužů (40,00%) a 21 žen (60%). V šetření převažují tedy ženy.



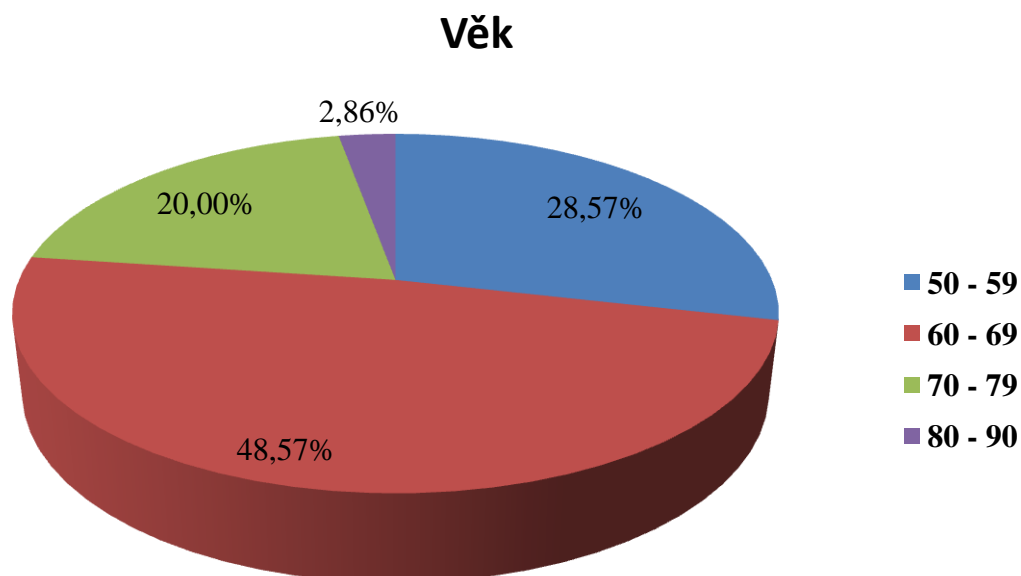
Graf 1 – Pohlaví

Otázka č. 2 – Kolik máte roků?

Tabulka 2 – Věk

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
50 – 59 let	10	28,57%
60 – 69 let	17	48,57%
70 – 79 let	7	20,00%
80 – 90 let	1	2,86%
Celkem	35	100,00%

Respondenti byli pacienti od 50 do 90 let. Byly zastoupeny všechny věkové kategorie. Od 50 – 59 let bylo 10 respondentů (28,57%), od 60 – 69 let bylo 17 respondentů (48,57%), od 70 – 79 let bylo 7 respondentů (20,00%) a od 80 – 90 let 1 respondent (2,86%). Největší skupinou byli tedy pacienti ve věku 60 – 69 let.



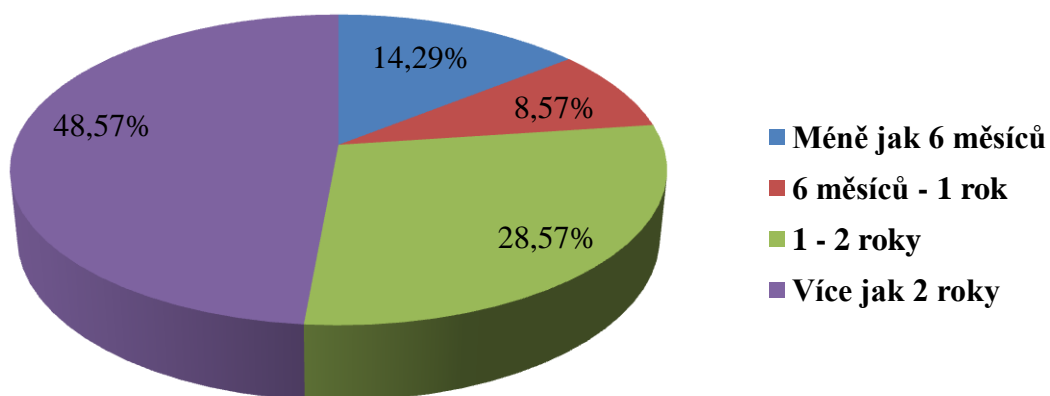
Graf 2 – Věk

Otázka č. 3 – Jak dlouho máte stomii?

Tabulka 3 – Délka založení stomie

Délka založení stomie	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Méně jak 6 měsíců	5	14,29%
6 měsíců až 1 rok	3	8,57%
1 – 2 roky	10	28,57%
Více jak 2 roky	17	48,57%
Celkem	35	100,00%

Méně jak 6 měsíců má stomii založenou 5 respondentů (14,29%), 6 měsíců až 1 rok 3 respondenti (8,57%), 1 až 2 roky 10 respondentů (28,57%) a více jak 2 roky 48,57, což je nejpočetnější skupina.

Délka založení stomie

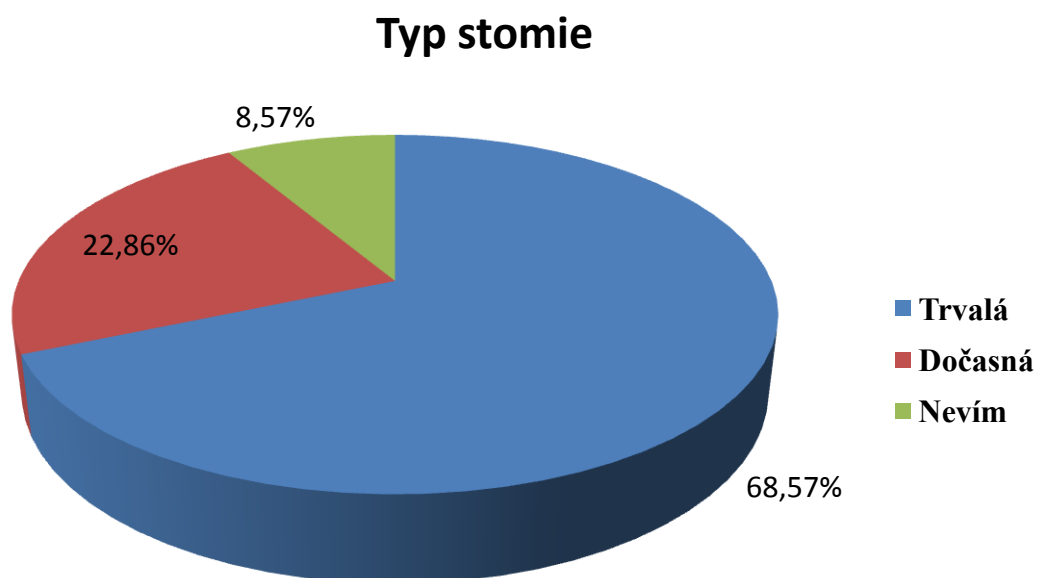
Graf 3 – Délka založení stomie

Otázka č. 4 – Pokud víte, jaký typ stomie máte?

Tabulka 4 – Typ stomie dle délky trvání

Typ stomie dle délky trvání	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Trvalá	24	68,57%
Dočasná	8	22,86%
Nevím	3	8,57%
Celkem	35	100,00%

Trvalou stomii má 24 respondentů (68,57%), 8 respondentů má dočasnou stomii (22,86%) a 3 respondenti neví, jaký typ stomie mají (8,57%).



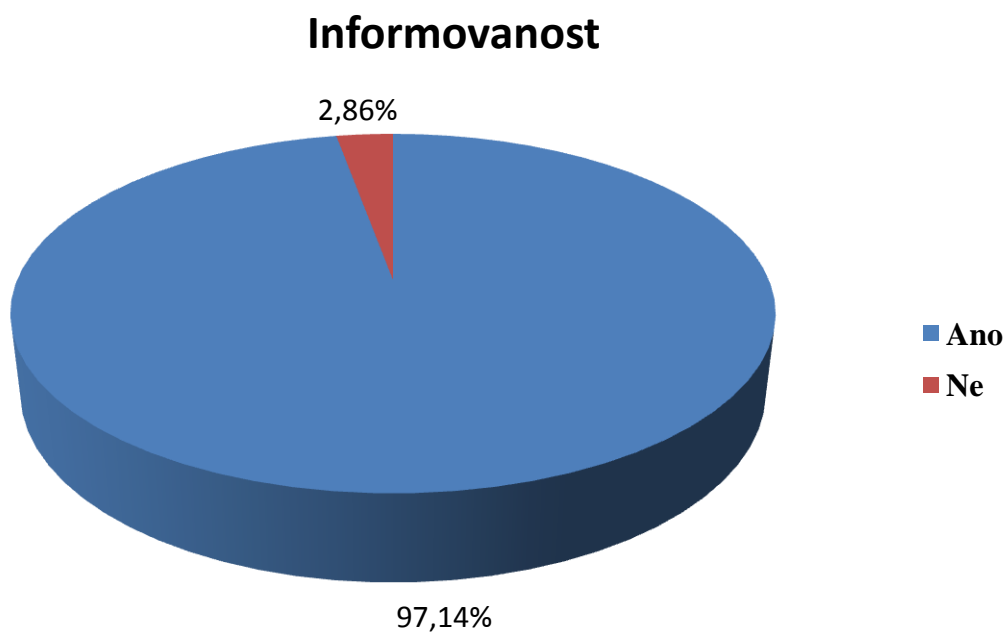
Graf 4 – Typ stomie dle délky trvání

Otázka č. 5 – Víte, z jakého důvodu máte stomii?

Tabulka 5 – Informovanost o založení stomie

Informovanost o založení stomie	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	34	97,14%
Ne	1	2,86%
Celkem	35	100,00%

Téměř celá většina – tedy 34 respondentů (97,14%) ví, z jakého důvodu mu byla založena stomie, jeden respondent nezná důvod (2,86%).



Graf 5 – Informovanost o založení stomie

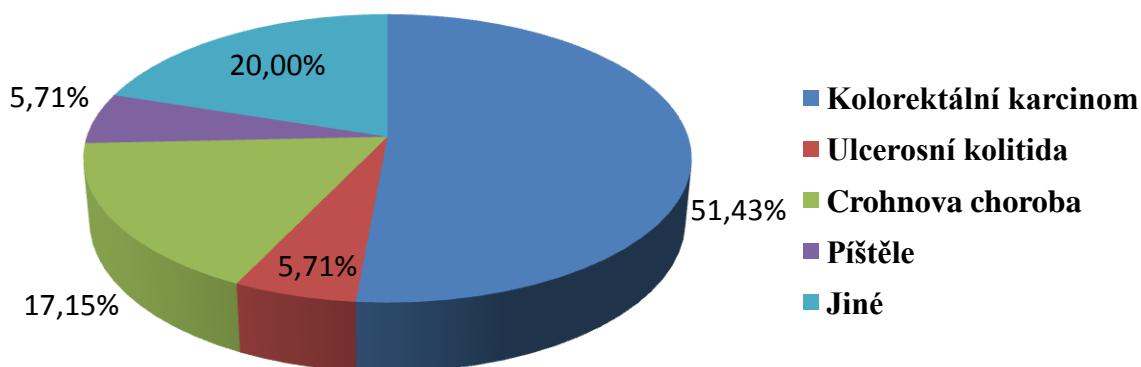
Pokračování polouzavřené otázka č. 5 – Z jakého důvodu máte stomii?

Jestliže respondent odpověděl u otázky č. 5 ano, pod otázkou měl napsat důvod.

Tabulka 6 – Důvod založení stomie

Důvod založení stomie	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Kolorektální karcinom	18	51,43%
Ulcerosní kolitida	2	5,71%
Crohnova choroba	6	17,15%
Píštěle	2	5,71%
Jiné	7	20,00%
Celkem	35	100,00%

Kolorektální karcinom, tedy nádor na tlustém střevě či konečníku uvedlo 18 respondentů (51,43%), stomii z důvodu ulcerosní kolitidy 2 respondenti (5,71%), crohnovu chorobu uvedlo 6 respondentů (17,15%), píštěle na zažívacím traktu 2 respondenti (5,71%) a jiné možnosti uvedlo 7 respondentů (20,00%).

Důvod stomie

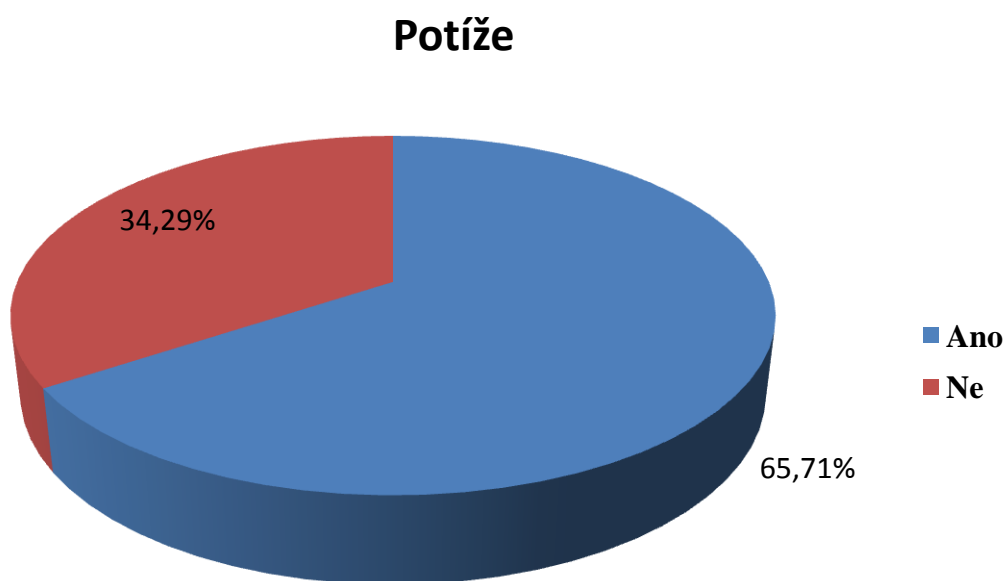
Graf 6 – Důvod založení stomie

Otázka č. 6 – Měl/a jste nějaké potíže před zavedením stomie?

Tabulka 7 – Zdravotní potíže před zavedením stomie

Potíže před zavedením stomie	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	23	65,71%
Ne	12	34,29%
Celkem	35	100,00%

23 respondentů měla zdravotní potíže před zavedením stomie (65,71%) a 12 respondentů označilo, že nemělo žádné potíže (34,29%).



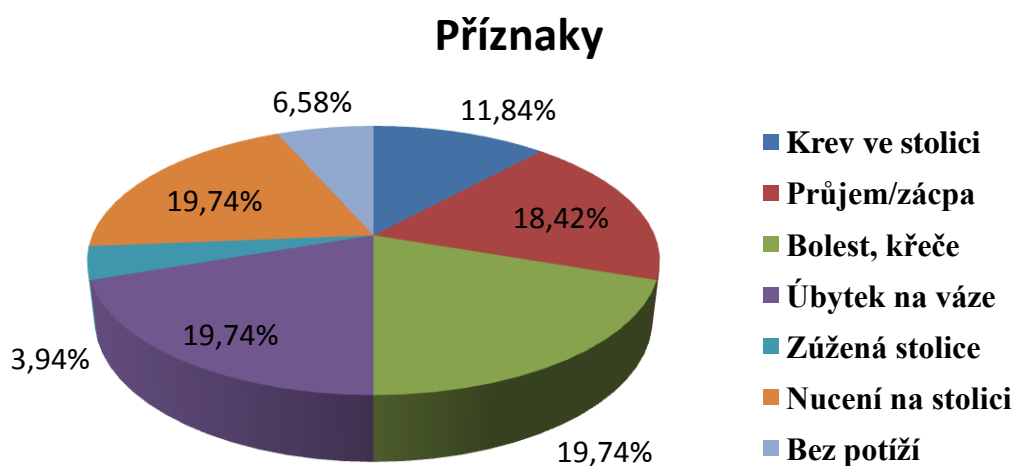
Graf 7 - Zdravotní potíže před zavedením stomie

Otázka č. 7 – Jaké příznaky jste pociťoval/a? Možné zaznačit více odpovědí.

Tabulka 8 – Příznaky před zavedením stomie

Typ potíží před zavedením stomie	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Krev ve stolici	9	11,84%
Průjem/zácpa – střídání těchto poruch	14	18,42%
Bolestivost, křeče	15	19,74%
Úbytek na váze	15	19,74%
Zúžená (tužkovitá) stolice	3	3,94%
Časté nucení na stolici, nedokonalé vyprázdnění	15	19,74%
Neměl/a jsem potíže	5	6,58%
Celkem	76	100,00%

U této otázky je zaznačena absolutní a relativní četnost ze všech odpovědí, tedy ze 76 odpovědí. Příznak bolest a křeče zaznačilo 15 respondentů, úbytek na váze také 15 respondentů, časté nucení na stolici 15 respondentů, krev ve stolici mělo 9 respondentů, 3 respondenti pocítili zúženou stolici a 5 respondentů nemělo žádné potíže.



Graf 8 – Příznaky před zavedením stomie

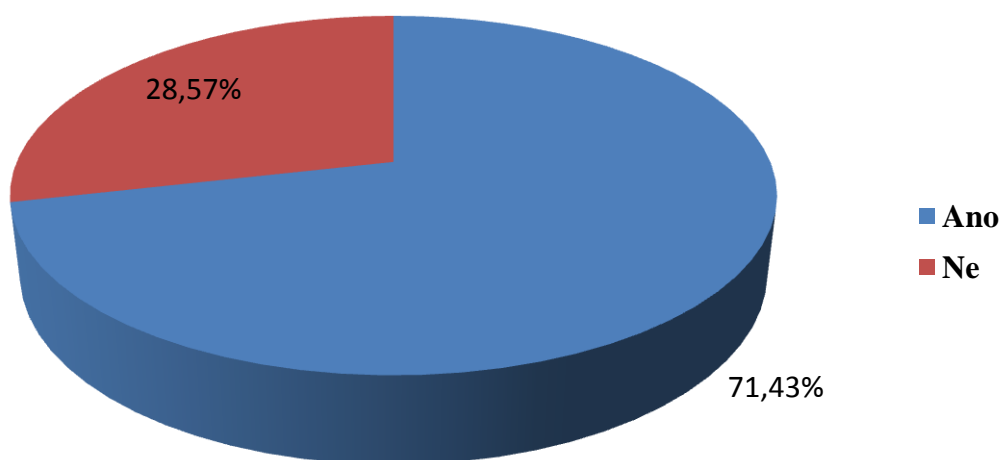
Otázka č. 8 – Byl/a jste řádně informován/a o možnosti rizika založení stomie před operací?

Tabulka 9 – Informovanost o založení stomie

Informovanost o založení stomie	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	25	71,43%
Ne	10	28,57%
Celkem	35	100,00%

Řádně bylo informováno o možném riziku 25 respondentů, což je 71,43% a 10 respondentů nebylo kvalitně informováno (28,57%).

Informovanost o možné stomii



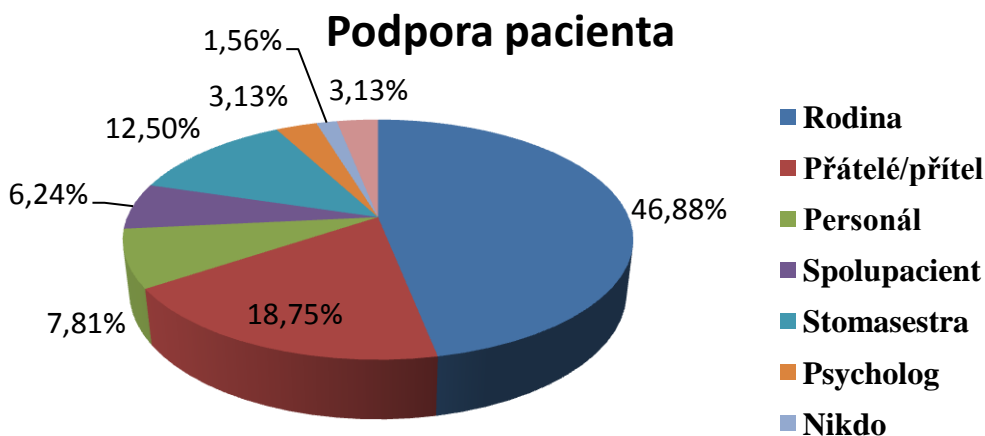
Graf 9 - Informovanost o založení stomie

Otázka č. 9 – Kdo Vám byl největší podporou před a po založení vývodu? Možné označit více odpovědí.

Tabulka 10 - Podpora před operací

Podpora před a po operaci	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Rodina	30	46,88%
Přátelé/ přítel	12	18,75%
Personál	5	7,81%
Spolupacient	4	6,24%
Stomasestra	8	12,50%
Psycholog	2	3,13%
Nikdo	1	1,56%
Jiné	2	3,13%
Celkem	64	100,00%

U této otázky je zaznačena absolutní a relativní četnost ze všech odpovědí, tedy z 64 odpovědí. Rodinu označilo 30 respondentů (46,88%), přítele/přátelé označilo 12 respondentů (18,75%), stomasestru 8 respondentů (12,50%), personál označilo 5 respondentů (7,81%), spolupacienta 4 respondenti (6,24%), psychologa 2 respondenti (3,13%), možnost jiné označili 2 respondenti (3,12%) a bez podpory byl 1 respondent (1,56%).



Graf 10 – Podpora před a po operaci

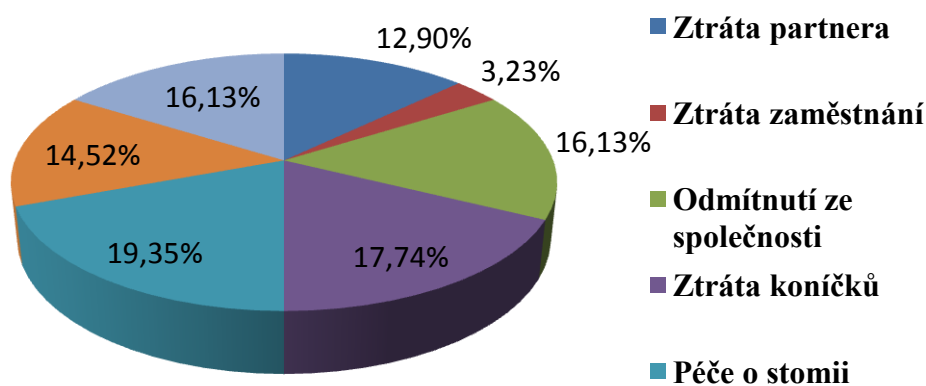
Otázka č. 10 – Jaká byla Vaše první negativní myšlenka při sdělení o možnosti zavedení stomie? Je možné označit více odpovědí.

Tabulka 11 – První negativní myšlenka po sdělení možnosti stomie

První negativní myšlenka	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Strach ze ztráty partnera	8	12,90%
Strach ze ztráty zaměstnání	2	3,23%
Strach z odmítnutí ze strany společnosti	10	16,13%
Strach ze ztráty oblíbených činností	11	17,74%
Strach z péče o stomii	12	19,35%
Strach z vývoje onemocnění	9	14,52%
Jiné	10	16,13%
Celkem	62	100,00%

U této otázky je zaznačena absolutní a relativní četnost ze všech odpovědí, tedy z 62 odpovědí. Strach z péče o stomii označilo 12 respondentů (19,35%), strach ze ztráty oblíbených koníčků a činností označilo 11 respondentů (17,74%), strach z odmítnutí ze strany společnosti 10 respondentů (16,13%), jiné důvody označilo 10 respondentů (16,13%), strach z vývoje onemocnění 9 respondentů (14,52%), strach ze ztráty partnera 8 respondentů (12,90%) a strach o ztrátu zaměstnání označili 2 respondenti (3,23%).

První negativní myšlenka



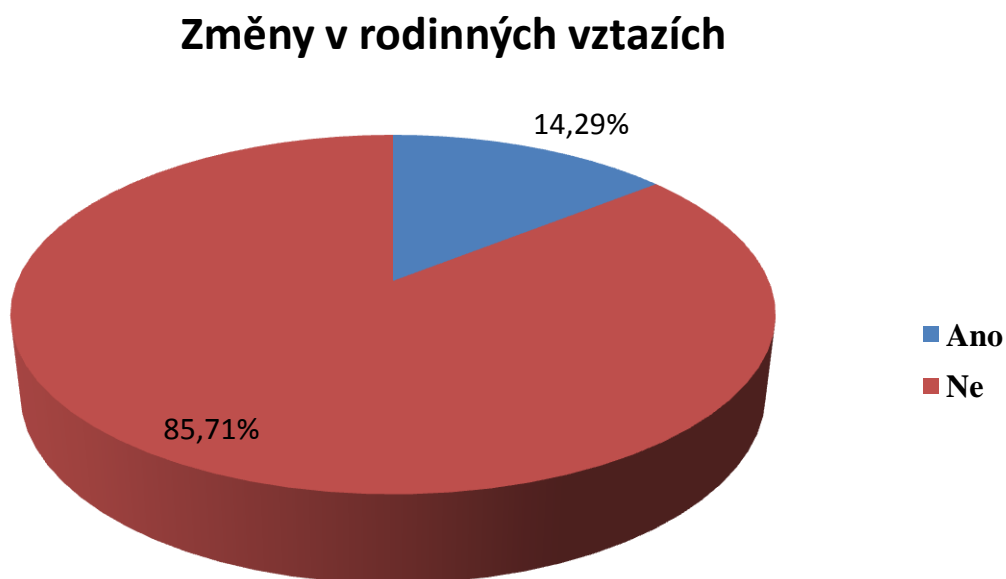
Graf 11 - První negativní myšlenka po sdělení možnosti stomie

Otázka č. 11 – Změnily se Vaše rodinné vztahy z důvodu stomie?

Tabulka 12 – Změny v rodinných vztazích

Změny v rodinných vztazích	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	5	14,29%
Ne	30	85,71%
Celkem	35	100,00%

30 respondentů označilo, že neproběhly žádné změny ve vztazích v rodině (85,71%) a 5 respondentů označilo, že se změnily rodinné vztahy (14,29%).



Graf 12 - Změny v rodinných vztazích

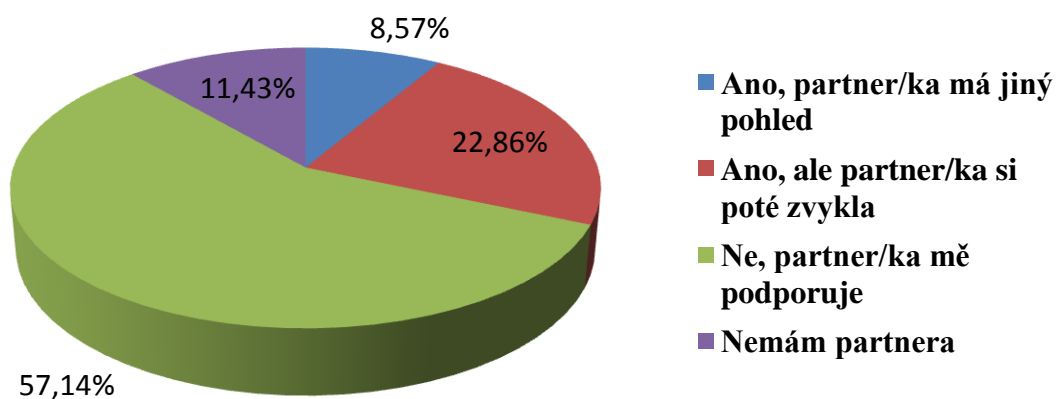
Otázka č. 12 – Ovlivnila stomie Váš partnerský život? Měla stomie na Vaše partnerství dopad?

Tabulka 13 – Vlivy stomie na partnerský život

Vlivy stomie na partnerský život	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano, partner/ka má jiný pohled	3	8,57%
Ano, ale partner/ka si poté zvykla na mé omezení	8	22,86%
Ne, partner/ka mě podporuje a pomáhá mi	20	57,14%
Nemám partnera	4	11,43%
Celkem	35	100,00%

20 respondentů označilo, že partner/ka je podporuje a v péči pomáhá (57,14%), 8 respondentů označilo možnost, že stomie měla na partnerství dopad ale poté se partner/ka zvykla na pacientovo omezení (22,86%), 4 respondenti nemají partnera a 3 respondenti označili že partner/ka má na ně jiný pohled (8,57%).

Vliv stomie na partnerství



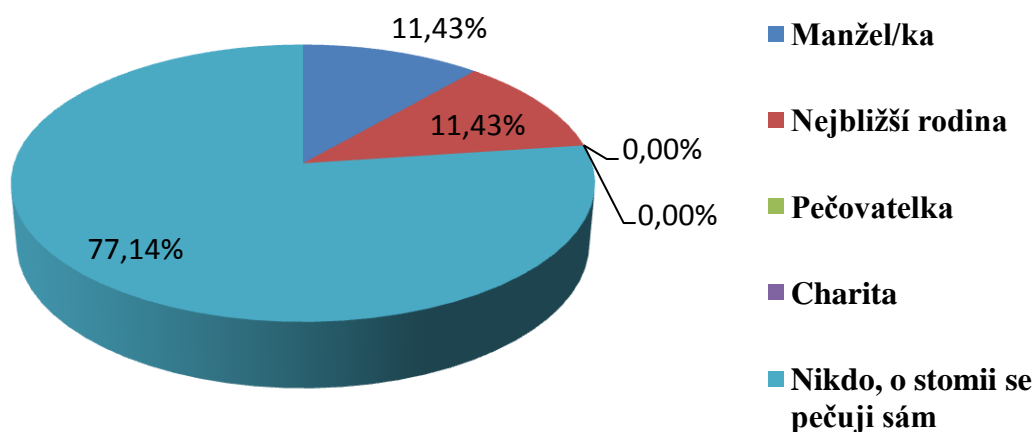
Graf 13 - Vlivy stomie na partnerský život

Otázka č. 13 – Kdo Vám pomáhá v běžné péči o stomii?

Tabulka 14 – Pomoc v péči o stomii

Pomoc v péči o stomii	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Manžel/ka	4	11,43%
Nejbližší rodina	4	11,43%
Pečovatelka	0	0,00%
Charita	0	0,00%
Nikdo, o stomii si pečují sám	27	77,14%
Celkem	35	100,00%

Samostatně si pečuje o stomii 27 respondentů (77,14%), manžel/ka pomáhá 4 respondentům (11,43%), nejbližší rodina pomáhá také 4 respondentům (11,43%) a pečovatelku či charitu neoznačil žádný z respondentů.

Pomoc v péči o stomii

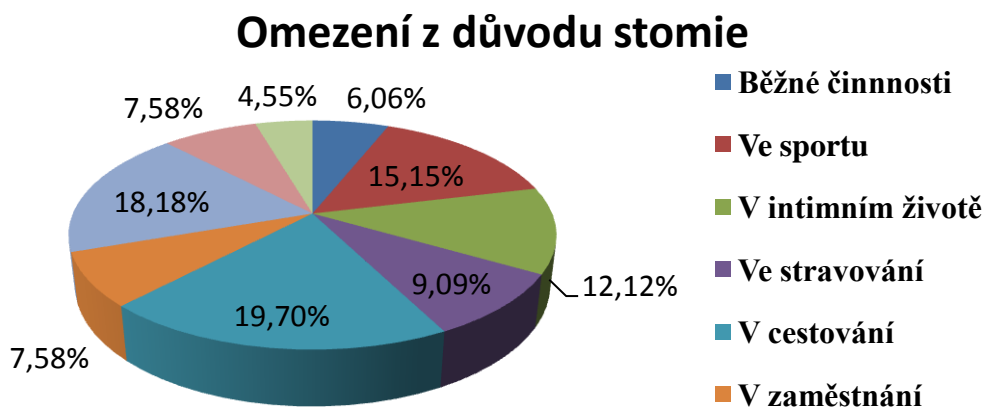
Graf 14 - Pomoc v péči o stomii

Otázka č. 14 – V čem Vás nejvíce stomie omezuje?

Tabulka 15 – Omezení z důvodu stomie

Omezení z důvodu stomie	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
V běžných denních činnostech	4	6,06%
Ve sportu	10	15,15%
V intimním životě	8	12,12%
Ve stravování	6	9,09%
V cestování	13	19,70%
V zaměstnání	5	7,58%
V sebevědomí	12	18,18%
Stomie mě neomezuje	5	7,58%
Jiné	3	4,55%
Celkem	66	100,00%

U této otázky je zaznačena absolutní a relativní četnost ze všech odpovědí, tedy z 66 odpovědí. Nejvíce respondenty stomie omezuje v cestování - 13 (19,70%), dále v sebevědomí 12 (18,18%), ve sportu označilo 10 respondentů (15,15%), v intimním životě 8 (12,12%), ve stravování 6 (9,09%), v zaměstnání 5 (7,58%), stomie neomezuje 5 respondentů (7,58%), v běžných denních činnostech 4 respondenty (6,06%) a 3 respondenti označili jiné důvody.



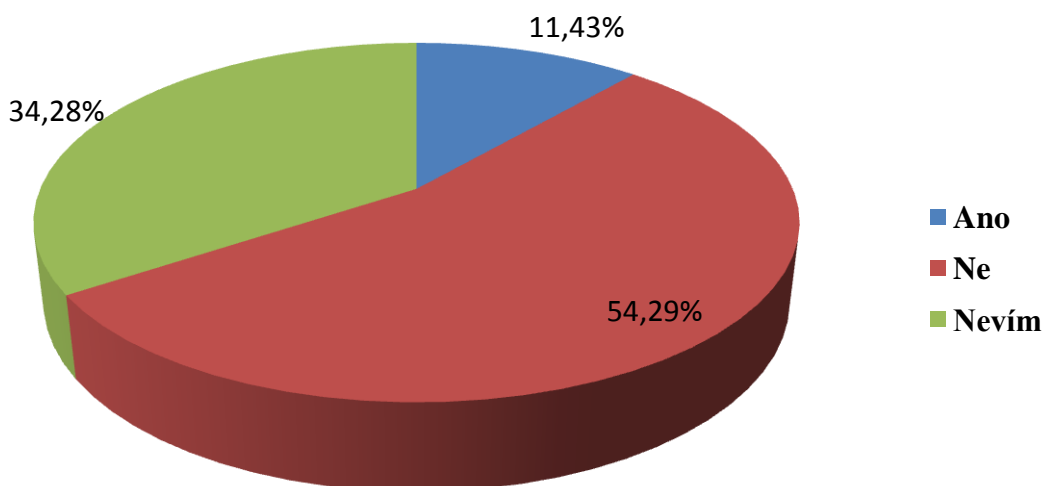
Graf 15 - Omezení z důvodu stomie

Otázka č. 15 – Myslíte si, že okolí pozná, že máte stomii?

Tabulka 16 – Pocit pacienta, zda okolí pozná, že má stomii

Pocit pacienta, zda okolí pozná, že má stomii	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	4	11,43%
Ne	19	54,29%
Nevím	12	34,28%
Celkem	35	100,00%

19 respondentů si myslí, že okolí nepozná, že mají stomii (54,29%), 12 respondentů označilo odpověď, že neví, zda to okolí pozná (34,28%) a pouze 4 respondenti si myslí, že okolí pozná, že jsou stomici (11,43%).

Pocit pacienta, zda okolí pozná, že má stomii

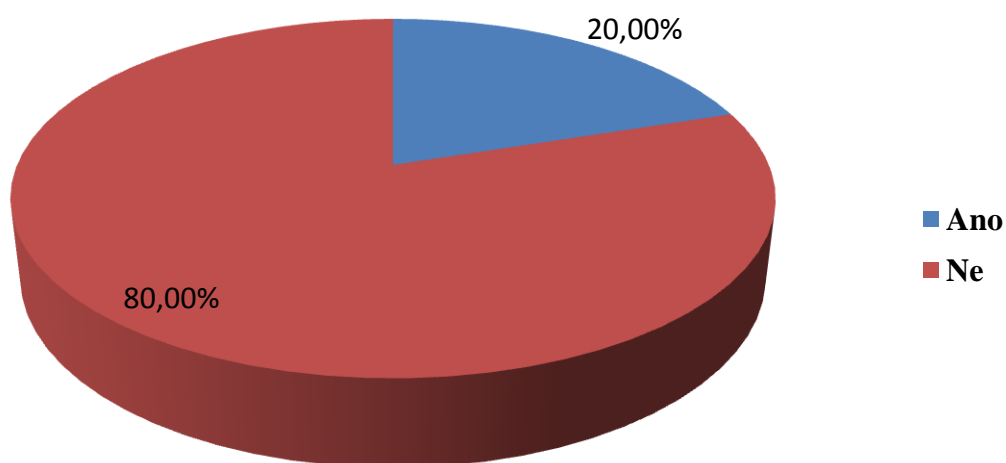
Graf 16 – Pocit pacienta, zda okolí pozná, že má stomii

Otázka č. 16 – Setkal/a jste se někdy s nepříjemnou zkušeností ze strany společnosti?

Tabulka 17 – Nepříjemná zkušenosti ze strany společnosti

Nepříjemná zkušenosti ze strany společnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	7	20,00%
Ne	28	80,00%
Celkem	35	100,00%

28 respondentů se nikdy nesešlo s nepříjemnou zkušeností ze strany společnosti (80,00%), 7 respondentů se bohužel s nepříjemnou zkušeností setkali (20,00%).

Nepříjemná zkušenost ze strany společnosti

Graf 17 – Nepříjemná zkušenosti ze strany společnosti

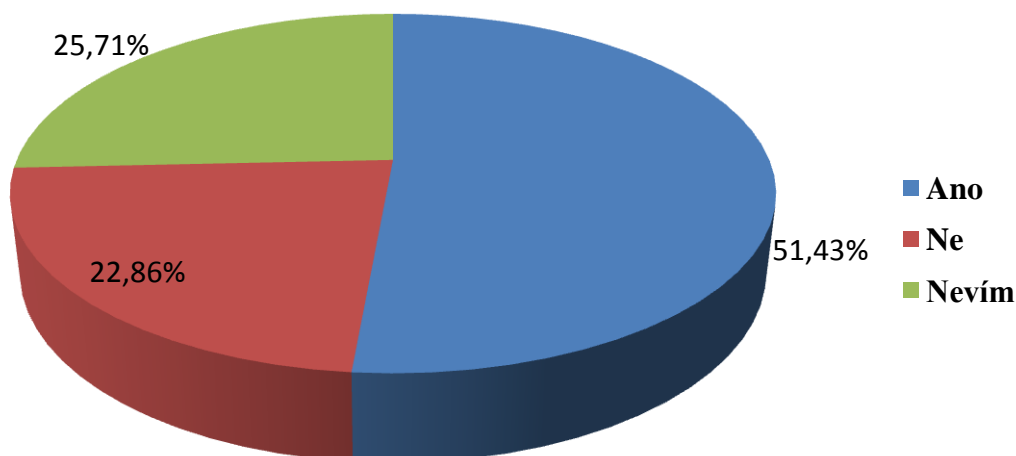
Otázka č. 17 – Dokázal/a byste říct, že stomie zlepšila kvalitu Vašeho života, či zdravotního stavu?

Tabulka 18 – Stomie a kvalita života

Stomie a kvalita života	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	18	51,43%
Ne	8	22,86%
Nevím	9	25,71%
Celkem	35	100,00%

18 respondentů uvedlo, že stomie zlepšila kvalitu jejich života (51,43%), nedokáže prozatím posoudit 9 respondentů (25,71%) a 8 respondentů si myslí, že stomie nezlepšila kvalitu jejich života (22,86%).

Stomie a kvalita života



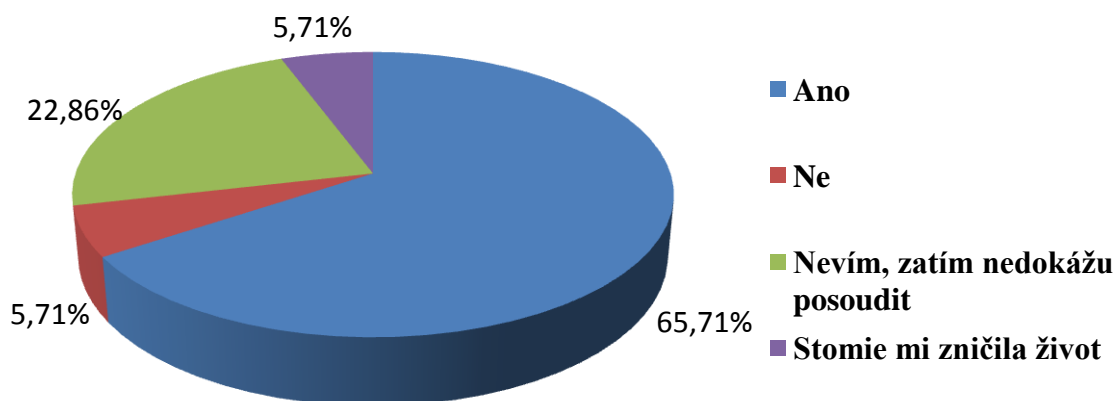
Graf 18 - Stomie a kvalita života

Otázka č. 18 – Dokázal/a jste stomii přijmout jako součást života?

Tabulka 19 – Přijmutí stomie jako součást života

Přijmutí stomie jako součást života	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	23	65,71%
Ne	2	5,71%
Nevím, zatím nedokážu posoudit	8	22,86%
Stomie mi zničila život	2	5,71%
Celkem	35	100,00%

23 respondentů dokázalo stomii přijmout jako součást života (65,71%), 8 respondentů neví a zatím nedokáže posoudit (22,86%), 2 respondenti si myslí, že nedokázali stomii přijmout (5,71%) a 2 respondenti uvedli, že stomie jim zničila život (5,71%).

Přijmutí stomie jako součást života

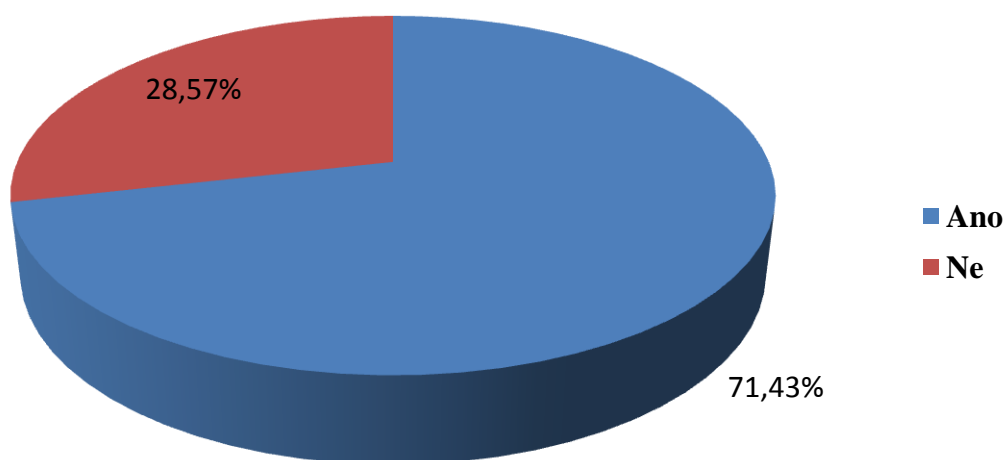
Graf 19 - Přijmutí stomie jako součást života

Otázka č. 19 – Pokud by bylo možné, chtěl/a byste svůj původní zdravotní stav?

Tabulka 20 – Návrat do původního zdravotního stavu

Návrat do původního zdravotního stavu	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	25	71,43%
Ne	10	28,57%
Celkem	35	100,00%

25 respondentů označila, že by chtěli svůj původní zdravotní stav (71,43%), nechtělo by svůj původní stav 10 respondentů (28,57%).

Návrat do původního zdravotního stavu

Graf 20 - Návrat do původního zdravotního stavu

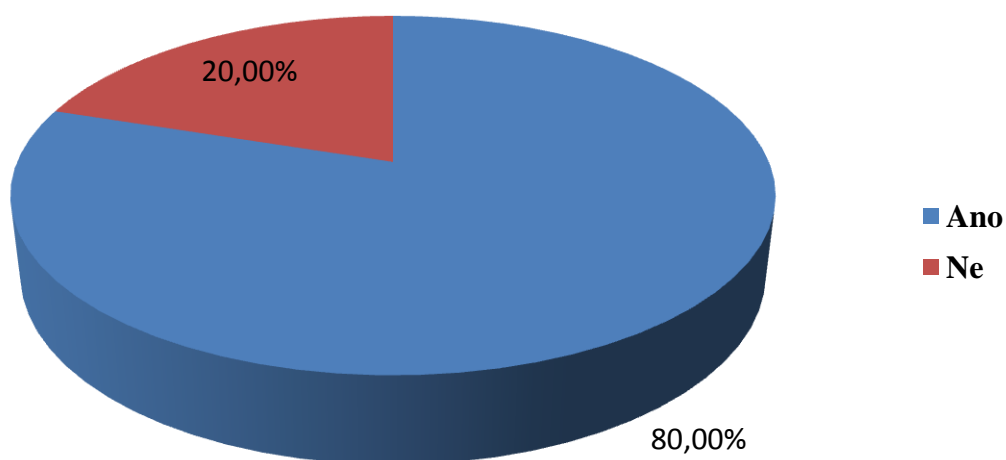
Otázka č. 20 – Zajímáte se o novinky týkající se stomie? Např. nové oblečení, pomůcky?

Tabulka 21 – Zájem o novinky týkající se stomie

Zájem o novinky týkající se stomie	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	28	80,00%
Ne	7	20,00%
Celkem	35	100,00%

Odpověď ano uvedlo 28 respondentů (80,00%) a 7 respondentů uvedlo, že se nezajímají o novinky týkající se stomie.

Zájem o novinky týkající se stomie



Graf 21 - Zájem o novinky týkající se stomie

Otázka č. 21 – Kde získáváte nové informace?

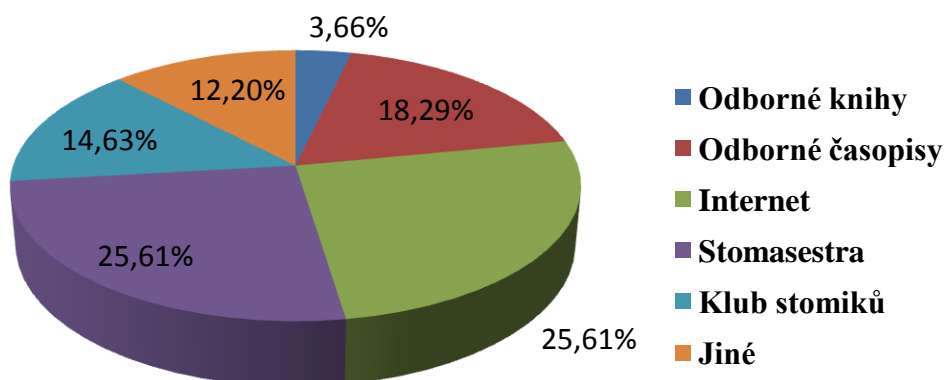
Otázku č. 21 vyplňují pouze ti respondenti, kteří odpověděli na otázku č. 20.

Tabulka 22 – Zdroje pro získávání informací o stomii

Zdroje pro získávání informací o stomii	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Odborné knihy	3	3,66%
Odborné časopisy	15	18,29%
Internet	21	25,61%
Stomasestra	21	25,61%
Klub stomiků	12	14,63%
Jiné	10	12,20%
Celkem	82	100,00%

Nejvíce respondentů (21) získává informace na internetu (25,61%), dále také 21 respondentů získává informace od stomasestry (25,61%), 15 respondentů čerpají z odborných časopisů (18,29%), 12 respondentů využívá na informace kluby stomiků (14,63%), 1é respondentů uvedlo odpověď jiné (12,20%) a 3 respondenti uvedli, že čerpají z odborných knih (3,66%).

Zdroj informací o stomii



Graf 22 – Zdroje pro získávání informací o stomii

6 DISKUZE

Za pomoci dotazníkového šetření, které probíhalo v Kroměřížské nemocnici na chirurgických odděleních a za pomoci internetového dotazníku, jsem zjistila odpovědi na mé otázky. Dotazníků bylo rozdáno 50 a návratnost byla 70%, což je 35 dotazníků. Dotazník nejčastěji vyplňovali pacienti ve věku 60 – 69 let, poté ve věku 50 – 59 let, dále od 70 – 79 let a jeden pacient ve věku 80 – 90 let. Pokryly se všechny věkové kategorie, tudíž známe odpovědi od všech věkových skupin. V šetření převažovaly ženy než muži. Více vyplněných dotazníků se vrátilo spíše za pomoci elektronického dotazníku, než tištěného. Většina pacientů šetření má stomii více jak 2 roky, tudíž mají se svou stomií dostatečné zkušenosti a dokážou lépe posoudit skutečnosti.

Hlavní cíl: Zjistit informace o životě pacientů s kolostomií

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zjistit co nejvíce informací od pacientů s kolostomií. Spolupráce byla velmi pozitivní, pacienti vyplňovali dotazníky aktivně. Dvě pacientky mě kontaktovaly i mimo dotazník, aby mi popsaly ještě dodatečné informace, což mi pomohlo k lepšímu zpracování. Hlavní cíl byl tedy splněn, pro dotazník byly zjištěné informace dostačující.

Dílčí cíl č. 1. - Zjistit, jak je pacient o svém onemocnění informován

Prvním dílčím cílem bylo zjistit, jak jsou pacienti o svém onemocnění informováni. K tomu sloužily otázky č. 3. 4. a 5. Mým cílem bylo zjistit, jestli pacienti mají dostatečné informace a jsou schopni je zodpovědět. Z šetření vyplynulo, že nejvíce pacientů má stomii více jak 2 roky, tudíž mají nějaké zkušenosti. Převážná většina pacientů odpověděla, že mají trvalou stomii, tedy do konce života. Vyjma jednoho pacienta, jsou všichni pacienti dobře informováni, z jakého důvodu mají stomii, což je velmi dobře. Jeden pacient tedy není dostatečně informován o své diagnóze. Pokračováním otázky, z jakého důvodu stomii mají, zodpovědělo více jak 50 % pacientů, že mají zavedenou stomii právě z důvodu kolorektálního karcinomu, což je tématem mého šetření. Výsledkem tedy je, že většina pacientů má stomii trvalou, více jak 2 roky pro kolorektální karcinom.

Dílčí cíl č. 2 - Zjistit, co pacient pociťoval po sdělení diagnózy a před operací

Druhým dílčím cílem mé práce bylo zjistit, jaké měl pacient pocity po sdělení diagnózy a před operací, k čemuž sloužily otázky č. 6 – 10. Fyzické potíže doprovázely více jak 60% pacientů, což byly vlastně příznaky onemocnění – nejčastěji bolesti, křeče, úbytek na váze a pocity nedokonalého vyprázdnění. Řádně bylo informováno o možnosti založení stomie z důvodu nepříznivé diagnózy 71% pacientů, což je výsledkem správné edukace a pozitivní péče ze strany zdravotníků. Bohužel však necelých 30 % pacientů nebylo o této možnosti obeznámeno. Nejvíce pacienty podporovala nejbližší rodina a přátelé. Velký podíl na psychické podpoře pacienta měla i stomasestra, kdy je tedy vidět, že stomasestra je velmi potřebná a žádaná ze strany pacientů a má v jejich životě velkou roli. Největší strach měli pacienti po sdělení diagnózy z odmítnutí ze strany společnosti a ze ztráty svých oblíbených koníčků, což řadíme také do etických problémů. Dále měli také strach z péče o stomii.

Dílčí cíl č. 3 - Zjistit, jak jeho onemocnění a stomie ovlivnila pacientův život

Třetím cílem mé práce bylo zjistit, jak stomie a jeho nemoc změnila pacientův život. K tomu sloužily otázky č. 11 – 16. Změny v rodinných vztazích nenastaly u 85 % pacientů, kdy i v partnerském životě nedošlo ke změně a partner či partnerka stomika podporují, což je velmi pozitivní a u zbylých 15% pacientů k nějakým změnám bohužel došlo, z toho u skoro 8 % pacientů došlo k tomu, že partner/ka má na něho jiný pohled a 1 žena uvedla, že ji partner kvůli stomii dokonce opustil. Nejvíce pacientů uvedlo, že si pečují o stomii sami a v některých případech pomáhá partner/ka či nejbližší rodina. Nejvíce stomie pacienty omezuje v cestování, ve sportu a hlavně v sebevědomí, což je také projevem vlastní stigmatizace. Většina pacientů si myslí, že okolí nepozná, že mají stomii. 80% pacientů se neseťkalo s žádnou negativní reakcí nebo zkušeností ze strany společnosti, ale našlo se i 20% pacientů, kteří si nějakou negativní zkušenost prožili. Myslím si, že společnost má špatné a někdy až nesprávné předsudky o stomii, proto tyto nepříjemné situace nastávají.

Dílčí cíl č. 4 - Zjistit, zda pacient dokázal svou stomii přijmout a žít plnohodnotný život

Čtvrtým cílem mé práce bylo zjistit, zda pacient dokázal svůj střevní vývod přijmout a dokázat s ním žít plnohodnotný a ničím nerušený život. K tomu sloužily otázky č. 17 – 19.

Více jak 50% pacientů si myslí, že stomie jim zlepšila kvalitu života či zdravotního stavu. Někteří respondenti prozatím nedokážou posoudit, zda pro ně byla stomie řešením. Zajímavostí je, že i když 65% pacientů uvedlo, že dokázali stomii přijmout jako součást života a zlepšila jim život tak i přes to je více než 71 % nemocných, kteří by chtěli svůj původní zdravotní stav.

Dílčí cíl č. 5 – Zjistit, zda se pacient zajímá o novinky týkající se stomie, popřípadě kde se informuje

Posledním cílem bylo zjistit, zda pacienti mají zájem o novinky, které se týkají jejich stomie, např. oblečení, nové pomůcky atd. 80 % pacientů tedy mají zájem a o získávání novinek a čerpají nejvíce na internetu, z odborných časopisů a hodně informací získávají již od zmíněné stomasestry.

Všechny cíle byly splněny.

6.1 Porovnání s odbornou literaturou

1. Cíl

Zeman a Krška (2011, s. 26) tvrdí, že v počátečním stádiu onemocnění je vhodné sdělit diagnózu v potřebném rozsahu. V pozdním stádiu nastává otázka, zda pacientovi diagnózu sdělit, zdali ho zatěžovat po stránce psychické atd. V poslední době se však přiklání více k tomu, aby byl pacient plně informován o svém zdravotním stavu, což se nám také potvrdilo v šetření, kdy skoro všichni pacienti jsou kvalitně informováni o svém zdravotním stavu.

2. Cíl

Dle Novotného, Vítka a Petruželky (2005, s. 70) mezi fyzické potíže u této diagnózy patří nejčastěji krev ve stolici, střevní neprůchodnost, bolestivost a úbytek na váze. To se také potvrdilo z odpovědí respondentů.

Lúčan (2011, s. 83) tvrdí, že největší obavy se mohou týkat stravování, někteří se chtějí vrátit do zaměstnání, zda mohou sportovat, cestovat, jezdit na dovolenou. A neméně důležité jsou také otázky týkající se manželství, těhotnosti a sexuálního života.

„Je kladen důraz na spolupráci s rodinou nebo blízkými“, říká Zachová (2010, s. 122). Také nejvíce respondentů označilo svou rodinu jako podporu před a po operaci.

3. Cíl

Zachová (2010, s. 114) také tvrdí, že nutnost vyvedení stomie vyvolává u většiny lidí zděšení, důvodem může být nedostatek informací v povědomí veřejnosti, která se dosud s problematikou života stomiků nesešla. Tímto si můžeme vysvětlit to, proč v některých partnerstvích došlo ke změnám, a proč se stomici setkali s nějakou nepříjemnou situací ze strany společnosti.

Ředinová (Nemít strach je základ všeho ©) říká, že obecně platí, že muž z takového vztahu častěji vycouvá. Není to jen tím, že je partnerka stomička, ale že muži vedle sebe těžko vydrží nešťastnou ženu. Ženy mají větší snahu pečovat o své partnery se stomií. Více je však stomiků, kteří žijí se svými dlouholetými partnery.

Okolnosti ošetřování stomie se mohou odrážet ve všech oblastech lidských aktivit, rovněž v psychosociálním hledisku. Změna zdraví a nemoci je natolik výrazná, že ji považujeme za zátěžovou situaci.

4. Cíl

Zachová (2010, s. 115) říká, že ve fázích onemocnění mají lidé možnost si aktivně přizpůsobit okolnosti po založení stomie vlastním podmínkám, přizpůsobit se ke konkrétní situaci. Člověk se musí vyrovnat se sebou samým i se svým okolím. Úkolem pacienta je projít si cestu smířování, akceptace a adaptace. To se však potvrdilo v šetření, kdy většina pacientů přijala svoji stomii jako součást života.

5. Cíl

Zachová (2010, s. 46) tvrdí, že získávání informací a osvojení si dovedností je nezbytné pro každodenní život stomika. Respondenti mají zájem o informace týkající se stomie.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Jak již bylo zmíněno, kolorektální karcinom je nyní „strašák“ mezi zhoubnými nádory a to v České republice hned na druhém místě, jak u mužů, tak u žen. Incidence tohoto tumoru neustále stoupá a často bývá zjištěn až v pokročilém stádiu. Myslíme si, že v tomto případě je nejdůležitější prevence. Neměla by být podceňována a měla by být více propagována. Test na krvácení do stolice je nesmírně důležitý a měl by být nabízený všem pacientům, kteří překročí 50 let věku. Obvodní lékaři by měli více apelovat na klienty, že test je opravdu nezbytný. U predispozic, z důvodu karcinomu v rodině, by měli být osoby pozorovány již dříve. I přes to, že je Národní screeningový program kolorektálního karcinomu, stále mnoho pacientů není obeznámeno s testem na skryté krvácení. Mnohokrát se nám stalo, že pacienti vůbec nevěděli, že lze takto předejít karcinomu tlustého střeva a konečníku. V některých městech probíhají 12. května akce na Mezinárodní den sester (ošetřovatelství), kde bychom také doporučovali zavést edukaci pacientů o prevenci rakoviny tlustého střeva.

U pacientů, u kterých již bohužel došlo k diagnostice kolorektálního karcinomu a hrozí jim stomie, poté bychom doporučovali navýšit pracovní místa o stomické sestry, které jsou nesmírně důležité v tomto ohledu. Z dotazníkového šetření vyplývá, že nejvíce pacientů mělo strach z péče o stomii. Pacienti sice navštěvují stoma ambulance, ale kde je obvykle jen jedna stomická sestra, která je pouze ambulantní. Doporučovali bychom navrhnout navýšení těchto sester i do domácí péče, kdy by stomasestry docházely i ke klientům domů. Často se stává, že pacient není mobilní, tudíž se do nemocnice sám nedopraví. Byla by to velká výhoda. Stomická sestra by pomáhala pacientům v domácím prostředí, kde by bylo více času na každého pacienta a více soukromí. Věřím, že by tuto službu pacienti využívali, alespoň pro začátek, než si naučí svou stomii převazovat sami. Také by to bylo přínosem pro rodinu, která se např. stará o nemocného se stomií, kdy by jim stomická sestra ukázala péči o stomii v pohodlí domova. Některé agentury domácí péče tuto službu nabízí, ale myslíme, že zkušená stomická sestra, která je specializovaná v tomto oboru by byla vítaná, byť i z psychické stránky pacienta, kdy by mu pomáhala přijmout svou stomii jako součást života.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývá tématem Etické problémy pacientů se stomií u nádoru tlustého střeva a konečníku. Práce se skládá ze dvou částí, a to z části teoretické a části praktické.

Teoretická část nás seznamuje s anomií tlustého střeva a konečníku, poté se zabývá obecně kolorektálním karcinomem, který je nyní druhým nejčastějším nádorem u mužů a žen v České republice. V návaznosti na to se zabývá jedním z možného řešení kolorektálního karcinomu a to **stomií**. Stomie je v mnoha případech vnímána ze strany pacienta jako nežádoucí operativní řešení. Tudíž poslední kapitola teoretické části popisuje etické problémy pacientů, jak z pohledu chirurgie, tak z pohledu pacientů - od diagnostiky kolorektálního karcinomu, až po etické problémy v běžném životě se založenou stomií. Pro pacienty je těžké takovou diagnózu přijmout a dokázat s ní žít.

Pro zjištění informací od pacientů s kolostomií byl vytvořen dotazník, který spadá do praktické části této práce. Dotazník se týkal potíží, které prožívali pacienti před a po diagnostice kolorektálního karcinomu, kdo jim byl největší oporou v tomto těžkém období, jak okolí reagovalo na jejich stomii a zda dokázali stomii přijmout jako součást svého života. Tyto výsledky byly zpracovány a shrnuty v diskuzi a z toho následně vypracováno doporučení pro praxi.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BAKER, Qassim F a Munther Ibrayim Khedner ALDOORI, 2009. *Clinical surgery: a practical guide*. London: Hodder Arnold. 434 s. ISBN 978-0-340-94084-6.
- ČIHÁK, Radomír a Miloš GRIM, 2002. *Anatomie*. 2., upr. a dopl. vyd. Praha: Grada. 470 s. ISBN 80-247-0143-X.
- FALT, Přemysl, Ondřej URBAN a Petr VÍTEK, 2015. *Koloskopie*. 1. vyd. Praha: Grada. 314 s. ISBN 978-80-247-5284-6.
- FERKO, Alexander, Zdeněk ŠUBRT a Tomáš DĚDEK, 2015. *Chirurgie v kostce*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1005-1.
- HOLUBEC, Luboš, 2004. *Kolorektální karcinom: současné možnosti diagnostiky a léčby*. Praha: Grada. 175 s. ISBN 80-247-0636-9.
- KITTNAR, Otomar, 2011. *Lékařská fyziologie*. Praha: Grada. 790 s. ISBN 978-80-247-3068-4.
- KRŠKA, Zdeněk, David HOSKOVEC a Luboš PETRUŽELKA, 2014. *Chirurgická onkologie*. 1. vyd. Praha: Grada. 872 s. ISBN 978-80-247-4284-7.
- KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 163 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
- KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. Sestra. ISBN 978-80-247-2713-4.
- LÚČAN, Jaroslav, 2011. *Stómie a stomici*. 1. vyd. Turany: P+M. 208 s. ISBN 978-80-89410-11-8.
- NOVOTNÝ, Jan, Pavel VÍTEK a Luboš PETRUŽELKA, 2005. *Klinická a radiační onkologie pro praxi*. Praha: Triton. 308 s. ISBN 80-7254-736-4.
- OTRADOVCOVÁ, Iva a Lucie KUBÁTOVÁ, 2006. *Komplexní péče o pacienta se stomií*. Praha: Galén. 54 s. Edice CARE. ISBN 80-7262-432-6.
- PAFKO, Pavel, 2008. *Základy speciální chirurgie*. Praha: Galén. 385 s. ISBN 978-80-7262-402-7.
- PROCHOTSKÝ, Augustín, 2006. *Karcinóm hrubého čreva a konečníka*. Bratislava: Litera Medica. 623 s. ISBN 80-967189-4-0.

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. 528 s. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.

RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ, 2012. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum. 466 s. ISBN 978-80-246-1985-9.

SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol., 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii II*. 1. vyd. Praha: Grada. 300 s. ISBN 978-80-247-3130-8.

ŠOLTÉS, Ladislav a Rudolf PULLMANN, 2008. *Vybrané kapitoly z medicínskej etiky*. Martin: Osveta. 256 s. ISBN 978-80-8063-287-8.

VORLÍČEK, Jiří, Zdeněk ADAM a Yvona POSPÍŠILOVÁ, 2004. *Paliativní medicína*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada-Avicenum. 537 s. ISBN 80-247-0279-7.

ZACHOVÁ, Veronika a kol., 2010. *Stomie*. 1. vyd. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-3256-5.

ZEMAN, Miroslav a Zdeněk KRŠKA, 2011. *Chirurgická propedeutika*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-80-247-3770-6.

Internetové zdroje:

MICHÁLKOVÁ, Helena. *Historie a vývoj stomických pomůcek*. In: *Zdravi.e15* [online]. 2009 [cit. 2016-03-20]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/historie-a-vyvoj-stomicky-ch-pomucek-415932>.

První pocity stomiků. *Www.stomici.cz* [online]. FTM Communications, s.r.o., 2014 [cit. 2016-03-19]. Dostupné z: <http://www.stomici.cz/po-operaci-prvni-reakce-a-emoce>.

Přehled léčebných metod používaných v léčbě kolorektálního karcinomu. In: *Kolorektum* [online]. Brno, 2015 [cit. 2016-02-29]. Dostupné z: <http://www.kolorektum.cz/index.php?pg=pro-verejnost--kolorektalni-karcinom--lecba--prehled-metod>.

ŘEDINOVÁ, Marie. Nemít strach je základ všeho. In: *Moje medicína* [online]. Medical Tribune CZ, 2011 [cit. 2016-05-15]. Dostupné z: <https://www.mojemedicina.cz/pro-pacienty/pece-o-pacienta/pacientske-organizace-a-aktivity/ceske-ilco/nemit-strach-je-zaklad-vseho/>.

Jiné zdroje:

Příručka. *Průvodce životem stomika*. Praha: ConvaTec, 2015. 35 s.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

Atd.	A tak dále
BMI	Body Mass Index
CT	Počítačová tomografie
EKG	Elektrokardiografie
FAP	Familiární adematózní polypóza
GIT	Gastrointestinální trakt
MR	Magnetická rezonance
Např.	Například
NBI	Narrow band imaging – zobrazení při kolonoskopii
p. n. l.	Před naším letopočtem
RTG	Rentgen
TNM	Klasifikace zhoubných novotvarů, T- tumor, N- nodus, M- metastázy
UZ	Ultrazvuk

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 – Kolorektální karcinom.....	77
Obrázek 2 – Kolorektální karcinom.....	77
Obrázek 3 – Polyp v tlustém střevě	78
Obrázek 4 – Polypektomie v zobrazení NBI	78

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – Pohlaví	42
Tabulka 2 – Věk.....	43
Tabulka 3 – Délka založení stomie.....	44
Tabulka 4 – Typ stomie dle délky trvání	45
Tabulka 5 – Informovanost o založení stomie.....	46
Tabulka 6 – Důvod založení stomie	47
Tabulka 7 – Zdravotní potíže před zavedením stomie.....	48
Tabulka 8 – Příznaky před zavedením stomie	49
Tabulka 9 – Informovanost o založení stomie.....	50
Tabulka 10 - Podpora před operací.....	51
Tabulka 11 – První negativní myšlenka po sdělení možnosti stomie.....	52
Tabulka 12 – Změny v rodinných vztazích	53
Tabulka 13 – Vlivy stomie na partnerský život.....	54
Tabulka 14 – Pomoc v péči o stomii.....	55
Tabulka 15 – Omezení z důvodu stomie	56
Tabulka 16 – Pocit pacienta, zda okolí pozná, že má stomii	57
Tabulka 17 – Nepříjemná zkušenosti ze strany společnosti	58
Tabulka 18 – Stomie a kvalita života.....	59
Tabulka 19 – Přijmutí stomie jako součást života	60
Tabulka 20 – Návrat do původního zdravotního stavu.....	61
Tabulka 21 – Zájem o novinky týkající se stomie	62
Tabulka 22 – Zdroje pro získávání informací o stomii.....	63

SEZNAM GRAFŮ

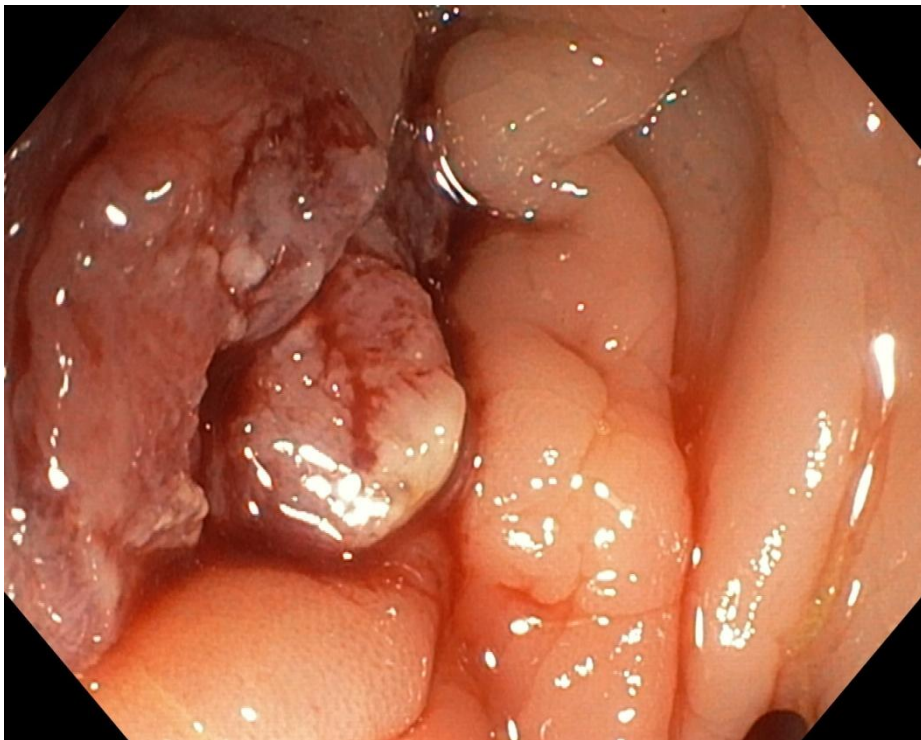
Graf 1 – Pohlaví?	42
Graf 2 – Věk	43
Graf 3 – Délka založení stomie.....	44
Graf 4 – Typ stomie dle délky trvání	45
Graf 5 – Informovanost o založení stomie.....	46
Graf 6 – Důvod založení stomie	47
Graf 7 - Zdravotní potíže před zavedením stomie	48
Graf 8 – Příznaky před zavedením stomie.....	49
Graf 9 - Informovanost o založení stomie	50
Graf 10 – Podpora před operací.....	51
Graf 11 - První negativní myšlenka po sdělení možnosti stomie	52
Graf 12 - Změny v rodinných vztazích.....	53
Graf 13 - Vlivy stomie na partnerský život	54
Graf 14 - Pomoc v péči o stomii	55
Graf 15 - Omezení z důvodu stomie	56
Graf 16 – Pocit pacienta, zda okolí pozná, že má stomii.....	57
Graf 17 – Nepříjemná zkušenosti ze strany společnosti	58
Graf 18 - Stomie a kvalita života	59
Graf 19 - Přijmutí stomie jako součást života.....	60
Graf 20 - Návrat do původního zdravotního stavu	61
Graf 21 - Zájem o novinky týkající se stomie	62
Graf 22 – Zdroje pro získávání informací o stomii	63

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P 1 – Kolonoskopie – fotografie

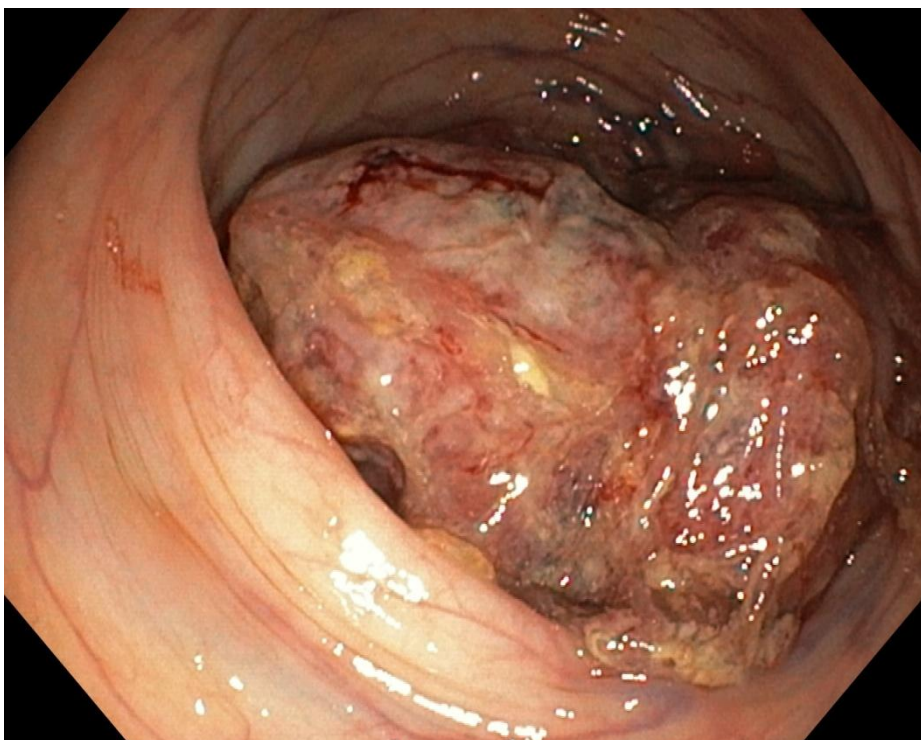
Příloha P 2 – Dotazník

PŘÍLOHA P 1: KOLONOSKOPIE – FOTOGRAFIE



Obrázek 1 – Kolorektální karcinom

(zdroj: Kroměřížská nemocnice – Gastroenterologická ambulance)



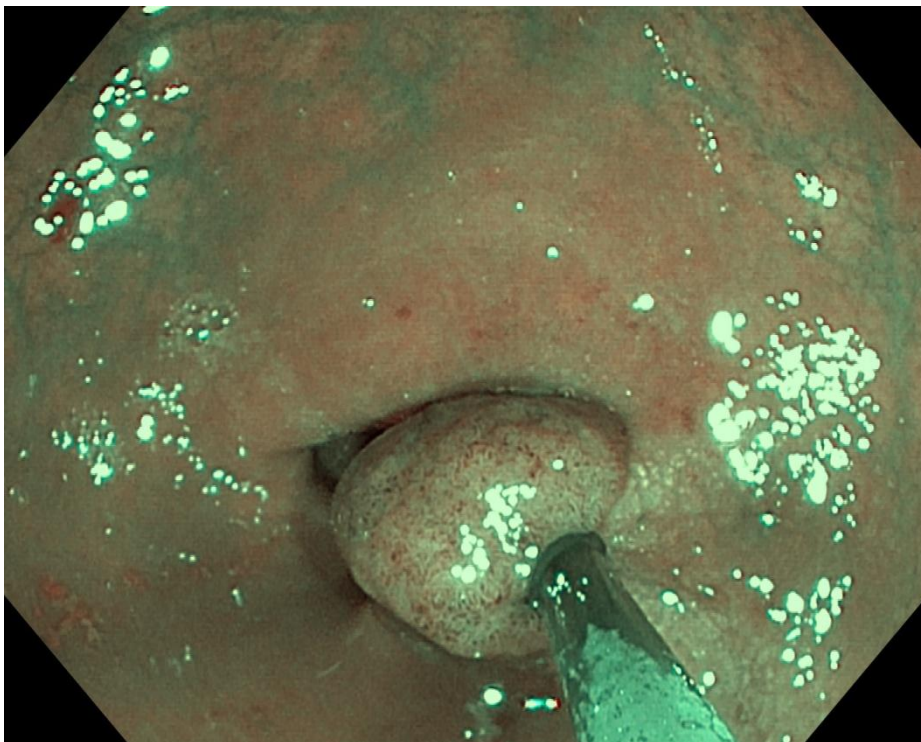
Obrázek 2 – Kolorektální karcinom

(zdroj: Kroměřížská nemocnice – Gastroenterologická ambulance)



Obrázek 3 – Polyp v tlustém střevě

(zdroj: Kroměřížská nemocnice – Gastroenterologická ambulance)



Obrázek 4 – Polypektomie v zobrazení NBI

(zdroj: Kroměřížská nemocnice – Gastroenterologická ambulance)

PŘÍLOHA P 2: DOTAZNÍK

Vážená paní, Vážený pane,

Jmenuji se Dominika Rosíková a jsem studentka 3. ročníku Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně - program Ošetrovatelství – obor Všeobecná sestra. Jako závěrečnou práci svého studia jsem si zvolila téma: **Etické problémy pacientů se stomií u nádoru tlustého střeva a konečníku**, tudíž se obracím na Vás - na osoby se stomií (vyústěním střeva na povrch dutiny břišní). Zajímá mě, jak stomie změnila Váš život, v čem Vás ovlivnila a jak jste se v závěru vyrovnali s touto těžkou diagnózou. Tento dotazník je zcela anonymní a budu vděčná za Vaše vyplnění.

Předem děkuji za spolupráci.

1.) Jaké je Vaše pohlaví?

- a) Muž
- b) Žena

2.) Kolik máte roků?

- a) Méně jak 50 let
- b) 50 – 59 let
- c) 60 – 69 let
- d) 70 – 79 let
- e) 80 – 90 let

3.) Jak dlouho máte stomii?

- a) Méně jak 6 měsíců
- b) 6 měsíců až 1 rok
- c) 1-2 roky
- d) Více jak 2 roky

4.) Pokud víte, jak typ stomie máte?

- a) Trvalou - do konce života
- b) Dočasnou – na určitou časovou dobu
- c) Nevím

5.) Víte, z jakého důvodu máte stomii?

- a) Ano – jestliže ano, odpovzte pod touto otázkou
- b) Ne

Proč?

6.) Měl/a jste nějaké zdravotní potíže před zavedením stomie?

- a) Ano
- b) Ne

7.) Jaké příznaky jste pociťoval/a? Je možné označit více odpovědí.

- a) Krev ve stolici
- b) Průjem/zácpa – nebo střídání těchto poruch
- c) Bolestivost, křeče
- d) Úbytek na váze
- e) Zúžená (tužkovitá) stolice
- f) Časté nucení na stolici, pocit nedokonalého vyprázdnění
- g) Neměl/a jsem potíže

8.) Byl/a jste řádně informována o možnosti rizika založení stomie před operací?

- a) Ano
- b) Ne

9.) Kdo Vám byl největší oporou před a po založení vývodu? Je možné označit více odpovědí.

- a) Rodina
- b) Přátelé/ přítel
- c) Personál oddělení
- d) Spolupacient
- e) Stomasestra
- f) Psycholog
- g) Nikdo
- h) Jiné

10.) Jaká byla Vaše první negativní myšlenka při sdělení o možnosti zavedení stomie? Možnost označit více odpovědí.

- a) Strach ze ztráty partnera/ky
- b) Strach ze ztráty zaměstnání
- c) Strach z odmítnutí ze strany společnosti
- d) Strach ze ztráty oblíbených činností (koníčku a zálib)
- e) Strach, že nebudu umět o stomii pečovat
- f) Strach z následujícího vývoje onemocnění
- g) Jiné

11.) Změnily se Vaše rodinné vztahy z důvodu stomie?

- a) Ano
- b) Ne

12.) Ovlivnila stomie Váš partnerský život? Měla stomie na Vaše partnerství dopad?

- a) Ano, partner/ka má na mě jiný pohled
- b) Ano, ale partner/ka si poté zvykl/a na mé omezení
- c) Ne, partner/ka mě podporuje a s péčí o stomii mi pomáhá
- d) Nemám partnera

13.) Kdo Vám pomáhá v běžné péči o stomii?

- a) Manžel/ka
- b) Nejbližší rodina
- c) Pečovatelka
- d) Charita
- e) Nikdo, o stomii si pečuji sám

14.) V čem Vás nejvíce stomie omezuje? Možnost označit více odpovědí.

- a) V běžných denních činnostech
- b) Ve sportu
- c) V intimním životě
- d) Ve stravování
- e) V cestování
- f) V zaměstnání
- g) V mém sebevědomí
- h) Stomie mě neomezuje
- i) Jiné

15.) Myslíte si, že okolí pozná, že máte stomii?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

16.) Setkal/a jste se někdy s nepříjemnou zkušeností ze strany společnosti?

- a) Ano
- b) Ne

17.) Dokázal/a byste říci, že stomie zlepšila kvalitu Vašeho života, či zdravotního stavu?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

18.) Dokázal/a jste stomii přijmout jakou součást života?

- a) Ano
- b) Ne

- c) Nevím, zatím nedokážu posoudit
- d) Stomie mi zničila život

19.) Kdyby bylo možné, chtěl/a byste svůj původní stav?

- a) Ano
- b) Ne

20.) Zajímáte se o novinky týkající se stomie? Např. nové pomůcky, oblečení apod.?

- a) Ano
- b) Ne

21.) Kde získáváte nové informace?

- a) Odborné knihy
- b) Odborné časopisy
- c) Internet
- d) Stomasestra
- e) Klub stomiků
- f) Jiné