

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI**  
**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2012**

**Monika Nitkulincová**

**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

Studijní program: Ošetrovatelství B 5341

**Monika Nitkulincová**

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**KVALITA ŽIVOTA U PACIENTŮ S KOLOREKTÁLNÍM  
KARCINOMEM**  
Bakalářská práce

Vedoucí práce: Bc. Vladimíra Fremrová

PLZEŇ 2012

Prohlášení:

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

V Plzni dne: 22.3.2012

.....  
vlastnoruční podpis

Poděkování:

Touto cestou bych chtěla vyslovit poděkování Bc.Vladimíře Fremrové za odborné vedení práce, za cenné rady a čas, který mně věnovala. Dále bych ráda poděkovala za ochotu oběma respondentům. Velké poděkování patří i mému příteli a celé mé rodině za podporu a trpělivost při mém studiu.

## Obsah

ÚVOD .....	12
TEORETICKÁ ČÁST.....	13
1 KVALITA ŽIVOTA .....	13
1.1 Definice kvality života.....	13
2 KOLOREKTÁLNÍ KARCINOM .....	16
2.1 Epidemiologie kolorektálního karcinomu .....	16
2.2 Patologie kolorektálního karcinomu.....	17
2.3 Rizikové faktory .....	17
2.4 Příznaky .....	17
2.5 Diagnostika.....	18
2.6 Terapie kolorektálního karcinomu.....	22
2.6.1 Chirurgická .....	22
2.6.2 Radioterapie, léčba zářením.....	23
2.6.3 Chemoterapie .....	24
2.6.4 Biologická léčba.....	24
2.6.5 Podpůrná terapie .....	25
2.6.6 Terapie metastáz a recidiv .....	25
2.7 Prognóza .....	25
2.8 Následná péče .....	25
2.9 Prevence kolorektálního karcinomu .....	26
3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE .....	27
3.1 Péče o pacienta před operačním výkonem .....	27
3.1.1 Psychická příprava .....	27
3.1.2 Fyzická příprava.....	28
3.2 Péče o pacienta po operačním výkonu .....	29
3.3 Edukace stomika.....	30
3.3.1 Pomůcky pro stomiky .....	31
3.3.2 Péče o stomii.....	31
3.3.3 Péče o stomika v průběhu onkologické léčby.....	32
3.3.4 Životní styl stomika .....	32
4 KVALITA ŽIVOTA U PACIENTA S ONKOLOGICKÝM ONEMOCNĚNÍM.....	35
4.1 Kvalita života u pacientů se stomií.....	36
PRAKTICKÁ ČÁST.....	38

5 FORMULACE PROBLÉMU .....	38
5.1 Cíl práce.....	38
5.2 Metodika.....	38
5.3 Kvalitativní výzkum .....	38
5.4 Zdroje získaných poznatků .....	39
5.5 Výzkumné otázky .....	39
6 VZOREK RESPONDENTŮ .....	40
6.1 RESPONDENT A .....	41
6.2 Období před diagnostikovaným kolorektálním karcinomem. ....	42
6.3 Období diagnostikovaného kolorektálního karcinomu.....	44
6.4 Kvalita života v současnosti .....	47
6.5 Respondent B.....	51
6.6 Období před diagnostikovaným kolorektálním karcinomem .....	53
6.7 Období diagnostikovaného kolorektálního karcinomu.....	54
6.8 Kvalita života v současnosti .....	56
6.9 Analýza rozhovoru .....	61
6.9.1 Kvalita života před diagnostikovaným onemocněním.....	61
6.9.2 Kvalita života v období dignostikovaného kolorektálního karcinomu, hospitalizace, propuštění.....	62
6.9.3 Kvalita života v současnosti.....	63
7 DISKUSE .....	64
ZÁVĚR.....	69
SEZNAM ZDROJŮ	
SEZNAM TABULEK	
SEZNAM OBRÁZKŮ	
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	
SEZNAM PŘÍLOH	

## Anotace

Příjmení a jméno: Monika Nitkulincová

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Kvalita života u pacientů s kolorektálním karcinomem

Vedoucí práce: Bc. Vladimíra Fremrová

Počet stran: číslované 59, nečíslované 32, tabulky 1

Počet příloh: 11

Počet titulů použité literatury: 32

Klíčová slova: kvalita života, kolorektální karcinom, edukace, stomie, kvalita života stomika, kvalitativní výzkum.

### Souhrn:

Bakalářská práce je zpracována jako kvalitativní výzkum u pacientů s kolorektálním karcinomem se zaměřením na pacienty se stomií. Zabývá se hodnocením kvality života a zjištěním změn v jednotlivých oblastech bio-psycho-sociálního vnímání. V teoretické části se zabývám obecnou charakteristikou kvality života. Dále se v této části zaměřuji na základní onemocnění, epidemiologii, diagnostiku, léčbu a ošetrovatelskou péči. Podrobněji se zabývám pacienty s provedenou stomií. V praktické části jsem se zaměřila na kvalitativní výzkum u pacientů s diagnostikovaným kolorektálním karcinomem a provedenou stomií. Pomocí výzkumu zjišťuji, jak vnímají pacienti kvalitu svého života, snažím se zaměřit na oblasti, kterých se změny nejčastěji dotýkají. Součástí mého výzkumu je i porovnání subjektivního prožívání muže a ženy a zjištění jejich případných rozdílů.

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jak vnímají pacienti kvalitu svého života, zjistit oblasti, kterých se změny často dotýkají. Další částí bylo porovnání subjektivního prožívání mužem a ženou, zjištění jejich případných rozdílů. Na závěr práce jsem navrhla ke zlepšení současného stavu několik opatření.

## **Annotation**

Surname and name: Monika Nitkulincová

Department: Nursing

Title of thesis: Quality of life in patients with colorectal carcinoma

Consultant: BC. Vladimíra Fremrová

Number of pages: 59, unnumbered pages: 32, tables 1

Number of appendices: 11

Number of literature items used: 32

Key words: quality of life, colorectal carcinoma, education, stoma, quality of life stoma, qualitative research

### **Summary:**

This thesis is handled as a qualitative research in patients with colorectal carcinoma with differentiation on patients with stoma. It deals with the evaluation of the quality of life and discovering the changes in each of the areas of bio-psycho-social perception. In the theoretical part of studying the general characteristics of the quality of life. Furthermore, in this section I am focusing on the basic disease, epidemiology, diagnostics, treatment and nursing care. In more detail, I explore the patients with and without stoma. In the practical part I focus on qualitative research in patients with colorectal carcinoma diagnosed conditions and carried out stoma. Through research I find how patients perceive the quality of my life, I'm trying to focus on the areas which are most affected by the changes. Part of my performance and comparison of subjective experience men and women and to detect any differences

The aim of my bachelor's work has been to determine how patients perceive the quality of your life, identify areas in which changes often affect. The next part was to compare the subjective experience man and a woman, finding their any differences. In conclusion, I propose to improve the current state of the several measur.



Alexander Pope  
Jak šťastný čisté vestálky osud, jež na svět zapomíná a svět na ni též, myslí  
neposkvřené věčný svít, modlitba každá vyslyšena, vzdala se přání veškerých

## ÚVOD

Naše republika se v posledních letech dostala do popředí ve výskytu karcinomu rekta. Myslím si, že toto onemocnění je jedno z nejzávažnějších onkologických onemocnění dnešní civilizace. Přestože je medicína na vysoké úrovni, nekokáže zcela vyléčit toto onemocnění. Pro moji bakalářskou práci jsem si vybrala téma Kvalita života u pacientů s kolorektálním karcinomem. Pro toto téma jsem se rozhodla z důvodů načerpání nových poznatků z oblastí této problematiky. Několik let pracuji na chirurgickém oddělení a v posledních pěti letech se věnuji edukaci těchto pacientů.

Teoretickou část jsem věnovala seznámení s danou problematikou. Soustředila jsem se zde na objasnění pojmu kvalita života. Následovala charakteristika daného onemocnění se zaměřením na ošetrovatelskou péči sester.

Praktickou část věnuji výzkumnému šetření. Metodikou mé práce je kvalitativní výzkum. Respondenty jsem vybírala podle několika kritérií. Cílem mého výběru bylo získat zástupce mužské a ženské populace, kteří jsou léčeni pro kolorektální karcinom, mají stomii a jsou alespoň jeden rok po ukončení léčby. Svůj výzkum jsem směřovala do tří období, zabývající se kvalitou života u pacienta před, po diagnostikovaném karcinomu a v současnosti.

Cílem mé práce bylo zjistit, jaké je subjektivní vnímání kvality života těchto respondentů, jaké oblasti jsou nejvíce zasaženy. Sleduji jednotlivé kroky adaptačního procesu a snažím se objasnit, jakým způsobem by bylo možné tento proces ovlivnit. Data, která získávám, analyzuji, provádím celkové shrnutí a zamýšlím se nad samotnou problematikou. Své výsledky porovnávám s výsledky šetření uvedené v bakalářské práci Dany Uherkové.

Závěrem své práce uvádím několik návrhů, které pomohou odstranit nedostatky zjištěné mým šetřením.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 KVALITA ŽIVOTA

### 1.1 Definice kvality života

Termín kvalita života je poprvé zmíněn již ve 20. letech, kdy se projevil v souvislosti s materiální podporou nižších vrstev. V 60. letech americký prezident Johnson v jednom ze svých prohlášení uvedl zlepšování kvality života za cíl svého politického programu. Myslel tím, že ukazatelem blaha společnosti není prostá kvantita spotřebovaného zboží, ale to jakým způsobem se lidem vlivem určitých podmínek zvyšuje kvalita jejich života. (1)

V 70. letech měl Willy Brandt za cíl svého politického programu dosažení lepší kvality života pro své spoluobčany. Taktéž v tomto období probíhá první celonárodní šetření kvality života obyvatelstva. Payn udává: „ Pro subjektivní vnímání kvality života je rozhodující kognitivní hodnocení a emoční prožívání vlastního života, které se socioekonomickým statutem, a dokonce ani s biologickým zdravím, nemusí být v přímé úměře”. (1, s. 206)

V posledních letech se stává studium kvality života cílem různých institucí. Toto studium v současné době značí hledání a indentifikaci faktorů, které přispívají k tomu, aby byl život smysluplný, plný lidského štěstí. Studia této problematiky se zabývají působením a vztahy mezi těmito faktory. Ideologickým cílem studia kvality života, je podporovat a rozvíjet takové životní prostředí a podmínky, které umožňují lidem žít takovým způsobem, který je pro ně ten nejlepší. (1)

Taktéž na půdě WHO vznikla řada dokumentů. Jedním z nich je Otawská charta z roku 1986, či hnutí Zdravých měst, které měly v programu podporu zdraví. Existuje velká řada definic kvality života. Setkáváme se s pojmy, například sociální pohoda, sociální blahobyt a lidský rozvoj. Můžeme tedy shrnout, že kvalita života je chápána jako výsledek působení mnoha různých faktorů. Kvalita života tedy není součtem podmínek a zdravotního stavu, ale hovoří o vlivu zdravotního stavu a podmínek jedince. Kvalitou života se zabývá Centrum pro podporu zdraví při Univerzitě v Torontu. Payn udává : „ Kvalita života je stupeň, ve kterém jedinec využívá důležité možnosti svého života”. (1, s. 209)

Od 70. let se užívá kvalita života i v medicíně. V průběhu 80. let se objevuje v klinických studiích. V medicíně a ve zdravotnictví se zkoumání kvality přesunuje

do psy-chosomatického a fyzického zdraví. Objevuje se pojem „ health related quality of life “, to je kvalita života ovlivněná zdravím. Tento pojem znamená subjektivní pocit životní pohody, který je ovlivněn nemocí, léčbou a jejími vedlejšími účinky. Vedle klinických ukazatelů úspěšné či neúspěšné terapie se pozorují subjektivní a objektivní údaje o fyzickém a psychickém stavu pacienta. Měření kvality života přináší mnoho dalších informací, které se v běžné praxi u pacientů nezjišťují. Jedná se o skutečnosti, které jsou pro pacienta z hlediska zvládnání života s nemocí rozhodující. Jsou to emocionální prožívání, výše sociální podpory, partnerské vztahy a další.

K měření kvality života byla vyvinuta řada nástrojů, jedním z nich je dotazník. Zlatým standardem je uváděn dotazník SF-36 aneb i36-Item Health Survey, který je určen k působení určité farmakoterapie na kvalitu života u pacientů. Jsou různé metodiky, které jsou zaměřeny na sledování kvality života s různým onemocněním. Sledováním kvality života u onkologických pacientů se zabývá mezinárodní organizace European Organization for Research and Treatment of Cancer s názvem EORTC.

V roce 1999 ve Vídni probíhala nezinárodní konference, na které byly hlavním tématem metodologické problémy výzkumu kvality života onkologicky nemocných. Lze říci, že všechna zde uvedená pojetí kvality života jsou totožné se známou definicí zdraví Světové zdravotnické organizace. Výsledky různých výzkumů a studií z oblasti života přispívají k pochopení důležitých oblastí v životě člověka, k pochopení jeho existence. (1)

Dle světové zdravotnické organizace s názvem WHO je zdraví hodnoceno jako stav bio-psycho-sociální pohody.

Trachtová k ošetrovatelské péči uvádí: „ Sestry se zabývají člověkem jako celkem, jako bytostí psychosociální, bytostí holistickou, ne pouze souborem částí a procesů“. (2, s.9)

Holistický přístup je takový, kdy je pacient posuzován jako celek, se zaměřením na bio-psycho-sociální jednotu. Lidský organismus je brán jako integrovaná a organizovaná jednotu. Pokud vznikne porucha v jedné části, dojde k poruše jiné části, či celku. Z holistického pohledu dochází k interakci jednotlivých složek. Z toho plyne, že dlouhodobá zátěž, nadměrný stres může být jedním z faktorů vzniku somatického onemocnění. Každé onemocnění, i malé bývá doprovázeno negativními emocemi. Pokud člověk onemocní, má-li se podrobit operačnímu zákroku, cítí se nejistý, prožívá strach a úzkost. Psychické stavy jako například napětí, strach, úzkost mohou vést

k sociální izolaci, samotě. Pokud je stav vystupňován, může dojít k vyhýbání kontaktu s ostatními lidmi. Potom se jedná o sociální fobii. Tento stav může podpořit vznik negativních emocí jako strachu, úzkosti, hněvu a hostility. Nemocný člověk, který je nějak handicapovaný, ale i onkologický pacient, žije často osaměle a izolovaně. Tento stav je nazýván sociální smrtí. Prostředí, ve kterém se člověk nachází velmi ovlivňuje zdravotní stav člověka. Trachtová k tomuto uvádí: „ Je dokázané, že lidé žijící osamoceni dříve umírají”. (2, s. 10)

## 2 KOLOREKTÁLNÍ KARCINOM

Tímto termínem se označuje maligní onemocnění, které vzniká maligní transformací cylindrického epitelu tlustého střeva a rekta.

### 2.1 Epidemiologie kolorektálního karcinomu

Kolorektální karcinom patří mezi civilizační onemocnění. Ve statistice jsou tyto tumory sledovány pod dvěma kódy, zhoubný novotvar tlustého střeva C 18 a zhoubný novotvar rektosigmoidea, konečníku a anu C 19-21. Celosvětově je výskyt kolorektálního karcinomu nejvyšší ve vyspělých státech. Ročně zemře na toto onemocnění 780 000 lidí. Více jak 400 000 lidí umírá v důsledku pozdní diagnostiky. Zhoubné bujení tlustého střeva je druhým nejčastějším zhoubným onemocněním. Od začátku 90 let zaujímá první místo ve výskytu Česká republika. Incidence výskytu zhoubných nádorů tlustého střeva, sigmoidea a rekta byla v roce 1997 v ČR 75, 5/ 100 000 obyvatel. Tím se od té doby zařadila na první místo ve světové statistice a tam se do nynější doby drží. Pro srovnání je výskyt karcinomu v USA 35, 8/100 000 obyvatel.(3)

V České republice jsou zjištěny mezi okresy velké rozdíly v intenzitě nemoci na zhoubné novotvary tlustého střeva a rekta. Během období v letech 1980, 1985, 1990-94, 1994-98, 1998-2002 se objevily oblasti s vyšší a nižší nemocností na karcinom kolorekta. Nejvyšší výskyt byl prokázán v celém sledovaném období v některých okresech jižních a západních Čech a též na severu Moravy, nižší ve východních Čechách a na jižní Moravě. V případě nemoci a úmrtnosti na kolorektální karcinom jsou rozdíly mezi pohlavími. U žen byla v letech 1998-2002 průměrná intenzita úmrtnosti 26 na 100 000 žen evropského standardu. U mužů byl v letech 1998-2002 výskyt 53 na 100 000 mužů. Incidence novotvarů u mužů je uvedena v příloze č. 1 a u žen v příloze č. 2 (4)

Kolorektální karcinom je jedno z nejlépe léčitelných zhoubných onemocnění. Důležité je stádium novotvaru, zjištěné v době diagnózy. Útvary omezené na sliznici a podslizniční oblast jsou v 90 % případů definitivně vyléčitelné. S postupným šířením novotvaru do spodnějších vrstev klesá šance na vyléčení a dlouhodobé přežití. Novotvary, které pronikají celou tloušťkou stěny střevní, jsou-li postiženy i lymfatické uzliny a vzdálené orgány, mají prognózu nepříznivou a krátkodobou. Téměř polovina pacientů s diagnostikovaným karcinomem je zjištěna v těchto fázích onemocnění.(5)

## 2.2 Patologie kolorektálního karcinomu

Kolorektální karcinom patří mezi nejčastější nádorové onemocnění zažívacího traktu, které postihuje tlusté střevo a konečník, mohou se zde nacházet novotvary s různým histologickým nálezem. Jsou to nádory tubulární, vilózní a někdy i jejich kombinace jako adenomy tubulivilózní. Nejčastěji se nachází adenokarcinom. Na vývoj dysplazie v karcinom u adenomů tlustého střeva působí velikost, forma jejich růstu histologický typ. Nejmenší riziko maligní degenerace bývá u polypózních adenomů, menších než 1 cm a u tubulárního typu. Také se v minimálním množství mohou vyskytovat sarkomy a lymfomy. U kolorektálních karcinomů jsou známé prekancerózy. To jsou předstupné dysplazie sliznice, například adenomy, jejichž léčba může vzniku karcinomu zabránit.

Mezi ohrožené skupiny se řadí osoby s individuálním rizikem pro vznik karcinomu, dále nositelé dispozice k hereditárnímu kolorektálnímu karcinomu a nemocní s chronickým zánětem střev.(6)

## 2.3 Rizikové faktory

Mezi hereditární faktory patří syndromy adematózní polyptózy, Gardnerův syndrom, který má riziko maligního zvratu až 100 % ve věku okolo 25 let. Dalším příkladem jsou syndromy familiárního výskytu nepolypózních karcinomů kolorektálních.

Dalšími faktory jsou exogenní, ke kterým patří zvýšené množství tuku ve stravě, stravování a frekvence příjmu potravin, špatná tepelná úprava stravy, zvýšená sekrece žlučových kyselin do stolice, fekapeny, nedostatek vápníku, vitaminů A, C, E, selenu. Pro oblast rekta je ohrožujícím faktorem konzumace alkoholu, kouření a málo fyzické aktivity. Lidé ve věku okolo 40 let jsou ohroženi, trpívají zvýšenou hmotností, skládá-li se jejich strava převážně z masa a uzenin, mají-li nedostatek zeleniny a málo vlákniny. (4, 7)

## 2.4 Příznaky

Příznaky střevní neprůchodnosti mohou být akutní a chronické. Akutní příznaky se mohou vyskytovat při střevní neprůchodnosti, způsobené obstrukcí střeva nádorem a charakteristickou poruchou pasáže střeva. Náhlá příhoda břišní má rychlý rozvoj, vzniká z plného zdraví. Chronické příznaky se projevují pozvolna, mnohdy zůstávají nepovšimnuty. Nález bývá zjištěn náhodně.

Mechanický ileus se projevuje kolikovitými bolestmi břicha, zástavou plynů, stolice, objevuje se zvracení, v pozdějších fázích i s příměsí střevního obsahu. Břicho bývá vzedmuté, objevují se známky metabolického rozvratu. Je nutný okamžitý operační výkon. Pokud nedojde k rychlému odstranění příčiny, je pacient ohrožen na životě. (8)

Začátek onemocnění bývá skrytý, je to bezpříznakové období. Pozvolna se objevují poruchy v oblasti vyprazdňování charakterizované zácpou, průjmem, mnohdy střídání zácpy a průjmu, nucení na stolicí. Ve stolici se objevuje příměs krve, okultní krvácení, či hlen. Pacient má celkové příznaky jako únavu, nechutenství, hubnutí a nevolnost. v některých případech je možné, že si pacient nahmatá cizí útvar v břiše. Mezi pozdní příznaky, které se mohou objevit, je zvětšující se objem břicha, teplota, žloutenka. Nádory uložené ve spodních etážích střeva se vyznačují stužkovitou stolicí a poruchou kontinence.(9)

## 2.5 Diagnostika

Aby byla léčba úspěšná, je nutná včasná diagnostika, která i přes různé možnosti preventivního screeningu není u nás úspěšná. Jednou ze základních metod domácího screeningu na okultní krvácení je FOB test, který je možno zakoupit a provést v domácím prostředí. V rámci preventivního vyšetřování u praktického lékaře je prováděno vyšetření na okultní krvácení od 45 let. Mezi další ze základních vyšetření patří anamnéza, fyzikální vyšetření, vyšetření per rektum, laboratorní metody zahrnující KO, biochemii, tumorové markery CEA, TPA, CA19-9, moč chemicky a sediment a v neposlední řadě endoskopické vyšetření konečníku a tlustého střeva, CT břicha, pánve. Doplňující diagnostika zahrnuje scintigrafii skeletu, která slouží k vyloučení kostní generalizace, CT břicha ke zjištění metastáz v játrech, RTG vyšetření v rámci předoperačního vyšetření a současně k vyloučení poškození plic.

U akutní břišní neprůchodnosti se navíc provádí nativ břicha, ultrasonografie břicha. (9)

### FOB test

První z testů, který lze provést v domácím prostředí se nazývá FOB test. Je to imunologický test, který slouží ke zjištění skrytého krvácení v trávicím traktu. Pozitivita testu se může objevit u kolorektálního karcinomu, Crohnovy nemoci, divertikulitidě, hemeroidech. Před vyšetřením není nutné žádné dietní opatření. Výhodou je vysoká citlivost 10ng/ml a přesnost až 99%. Dalším kladem je zajištění validity výsledku a to

díky vnitřní kontrole funkčnosti, maximální hygiena při odběru a rozboru vzorku, při analýze stačí malý vzorek, odběr je možný též z toaletního papíru, časová flexibilita a možnost provedení bez přípravy.(10, 11)

#### Vyšetření stolice na okultní krvácení

Vyšetření na skryté krvácení se provádí v rámci prevence od 45 let pomocí testovací soupravy pro vyšetření stolice Hemokult nebo Krypto-hem. Před vyšetřením je nutné dodržet dietní režim. Tři dny před plánovaným vyšetřením dodržuje pacient dietu na okultní krvácení. Ze stravy je vyloučeno maso, zelenina s vysokým obsahem železa, minerální voda, rajčata, banány, mrkev, salicyláty, barbituráty, vitamín C a minerální vodu. V tomto období by pacient neměl krvácet z dutiny ústní nebo nosní. U žen je prováděno vyšetření mimo menzes. Vyšetření na okultní krvácení lze někdy provést i bez přípravy. Na toto vyšetření je použita tatáž testovací souprava Hemokult nebo Krypto-hem. Na žádanku u tohoto vyšetření je nutno poznamenat prováděno bez diety. V případě positivity je vyšetření prováděno po dietě. (12)

#### Per rektum

Vyšetření per rektum se provádí u pacienta, který leží na zádech, na levém boku s flektovanými končetinami či v genukubitální poloze. Toto vyšetření je zaměřeno na okolí análního otvoru, anální otvor, zjišťuje tonus svěračů. Další oblasti, které jsou vyšetřeny, je anální kanál, ampula rekta, střevo v délce 10 cm, děložní čípek u ženy, prostata u muže a taktéž je zjištěna přítomnost krve na prstu. Asi 2/3 veškerých karcinomů lze nahmatat prstem. Vyšetření per rektum objasní vzdálenost karcinomu k anokutánní linii, vztah ke svěračům, jeho pohyblivost a možnost infiltrace. (7,13)

#### Endoskopické vyšetření

Mezi endoskopické vyšetření patří rektoskopie a koloskopie.

Rektoskopie patří mezi endoskopické vyšetření, kterým je vyšetřen konečník a část tlustého střeva. Je možno získat obraz sliznice konečníku a dolní části esovité kličky na maximum 25 centimetrů od análního otvoru. Rektoskopie je prováděna v poloze kolenoprsní, kolenoloketní, v nejnútnejším případě ji lze provést i na boku. Před rektoskopií je doporučená lehká večeře a ráno asi 30-60 minut před vyšetřením aplikace YALU do konečníku. Pro důkladnou očistu je možno použít až dvě lahvičky. Při vyšetření je nutná asistence sestry. Při rektoskopií je možno odebrat materiál



na vyšetření mikroskopické, cytologické a histologické. Hodnocení nálezu je provedeno ve směru hodinových ručiček, což velice důležité k lokalizaci nálezu.

Koloskopie je endoskopické vyšetření tlustého střeva, při kterém je zobrazeno střevo od konečníku až k místu spojení s tenkým střevem. Při tomto vyšetření se používá flexibilní koloskop, do střeva se insuluje plyn. Je prováděna na endoskopickém sálku, v poloze na levém boku a v průběhu vyšetření je dle pokynů lékaře měněna. Endoskopické vyšetření se provádí za účelem diagnostickým a terapeutickým. Při vyšetření je nutná asistence sestry. Koloskopie se někdy provádí v analgosedaci, ke které je nutné doplnit kompletní předoperační vyšetření. Před koloskopií je nutno provést laboratorní screening složený z vyšetření INR, aPTT, a KO. Lékař seznámí pacienta s průběhem koloskopie, možným komplikacemi, je podepsán informovaný souhlas. Před vyšetřením je nutná ortográdní příprava. Den před plánovaným vyšetřením pacient posnídá, vyloučí mléko a mléčné výrobky. V poledne dostane polévku, přijímá neomezené množství tekutin, minerální vody, opět s vyloučením mléka. Odpoledne je provedena ortográdní příprava střeva perorálně podaným roztokem fosfátu. Pacient přijímá do 24 hod tekutiny. Od té doby nejí, nepije, nekouří. Při koloskopii se odebírají vzorky na histologické vyšetření.(12)

Histologie je základním krokem pro stanovení malignity nebo benignity odebraného vzorku. Výsledky histologického vyšetření jsou důležité pro stanovení další léčby, způsobu operačního výkonu, k určení prognózy onemocnění. Cílem diagnostiky je rozdělení pacientů do klinických stádií. Podrobné rozdělení je zobrazeno v příloze č.3. (6)

Po koloskopii je sledován kompletní stav pacienta. Při analgosedaci je pacient umístěn na dospávací pokoj. Jsou mu monitorovány fyziologické funkce, ordinace dle stavu pacienta. Po vyšetření je pacientovi podávána lehčí strava. Důležité je sledovat první stolici po vyšetření. Pokud byla při vyšetření provedena biopsie, odstranění polypů, je nutný dvanáctihodinový režim na lůžku. Pokud se objeví bolesti břicha, je nutné okamžitě informovat lékaře. (12)

#### Rentgenové vyšetřovací metody

Nativní snímek břicha se provádí ve stoje nebo vleže. Pomocí tohoto vyšetření je možné zjistit zvětšení parenchymatózních orgánů, jater, sleziny, přítomnost kontrastních cizích těles nebo konkrementů, volný plyn v dutině peritoneální a ve střevě. Zobrazení hladinek je charakteristický příznak neprůchodnosti střevní.(14)

Irrigografie je kontrastní nálev tlustého střeva. Pokud nelze provést pro stenózu koloskopie, je navržena irrigografie. Irrigoskopie a irrigografie je nejčastěji prováděné rentgenové vyšetření tlustého střeva. Dva dny před vyšetřením je vhodná bezezbytková strava. Den před vyšetřením pacient lehce povečeří v 17 hodin. Večer je podáno velké očistné klyzma. Další klyzma je podáno ráno, alespoň 2 hodiny před vyšetřením. Pacient nemusí být na vyšetření lačný, může lehce posnídat, napít se, například veku a čaj. Irrigografie je prováděna na RTG pracovišti, na které přijede pacient svlečený, zabalený do prostěradla. V podobě rektálního nálevu je pacientovi podán kontrast Rectobaryum. První snímek je po podání, po vyprázdnění je proveden reliéfní snímek, popřípadě insuflace vzduchu pro dvoukontrastní snímek. Irrigografie není možné provádět po rektoskopii, z důvodu přítomnosti vzduchu ve střevě. Po vyšetření se pacient vyprázdní, není nutné další opatření, může se najíst.(14,15)

#### Ultrasonografie břicha

Je to vyšetření, při kterém je využito schopnosti ultrazvuku proniknout tkáněmi, odrazit se od nich. Po té, co je přiložena sonda na povrch těla, přenese se do monitoru obraz vrstvy orgánu, jejíž poloha je totožná s polohou sondy. Vyšetřením je možno zjistit konkrementy, ztlustění těla žlučníku, zánět žlučníku, tekutinu v dutině břišní, abscesy. Při podezření na tumor jater je nutno získat vzorek perkutánní biopsií, která může potvrdit zánět, absces nebo tumor. Před vyšetřením je pacient poučen, podepisuje informovaný souhlas, na vyšetření přichází lačný. Po provedené ultrasonografii může odejít domů.(14)

#### Endoskopická ultrasonografie rekta

Pomocí speciální endosonografické sondy je provedeno vyšetření anální krajiny a rekta. Toto vyšetření přesně zobrazuje luminu, stěnu a okolí anu a rekta. Používá se především k určení stadia zhoubných novotvarů konečníku, abscesů, fistulí, hemorroidů, či jiných afekcí anorekta, jeho okolí a malé pánve. Před tímto vyšetřením je provedena příprava podáním roztoku YALU.(14)

#### Výpočetní tomografie břicha a pánve

CT je vyšetření, kterým můžeme doplnit předchozí vyšetření. Tato metoda využívá nízké dávky X záření. Obraz tohoto vyšetření je zpracováván počítačem. Pacient je poučen a podepisuje informovaný souhlas. Šest hodin před podáním kontrastní látky

pacient lační, nekouří. Těsně před CT vyšetřením je aplikován Dithiaden 1 ampule intramuskulárně. Pokud pacient přichází na ambulantní vyšetření, je nutno zajistit odvoz. Po aplikaci Dithiadenu pacient nesmí minimálně 12 hodin řídit motorová vozidla. U CT malé pánve se pacient připravuje pomocí kontrastní látky a to v dávkách 24, 12 a 6 hodin před plánovaným vyšetřením. Roztok k rozpíjení je složen z 20ml Telebrixiu a 0,5 l vody. Při CT břicha je pacient připravován vypitím kontrastního roztoku Telebrixiu 12 a 6 hodin předem. Další postup je obdobný jako u CT malé pánve. Pokud má pacient alergii na jód, je tato skutečnost oznámena radiologovi a poznamenána na žádanku. Obraz vyšetření je zpracováván počítačem. Při určení T stadia karcinomu rekta je přesnější endosonografie před CT. Stadium T4 a jeho šíření do okolí je pomocí CT určeno nejpřesněji.(8, 9)

## **2.6 Terapie kolorektálního karcinomu**

### **2.6.1 Chirurgická**

Kurativní neboli radikální chirurgická léčba je odstranění úseku střeva s nádorem včetně regionálních lymfatických uzlin. Kurativní resekci je možno provést u 76% pacientů. V poslední době jsou zaznamenány úspěchy spojené s transanální endoskopickou mikrochirurgií, kdy je možnost provedení šetrného odstranění nádoru recta, bez založení stomie a tím dosažení výrazné kvality života

Paliativní operační výkony se provádějí v případech, kdy není možnost výkonu kurativního. Mezi tyto operační výkony patří vytvoření stomie, resekce, funkční paliace. Cílem resekce u paliativního výkonu u nádorů č. IV je kontrola primárního procesu. Pro funkční paliaci se rozhodujeme, pokud díky difúzním peritoneálním metastázám není možné provést adekvátní resekci a je naší snahou zachovat střevní průchodnost. Provádí se derivační stomie, přemost'ující anastomóza s ponecháním nádoru. Přednost je dána resekci nádoru, z důvodu zachování kvality života. (6, 16)

Paliativní výkony u karcinomu rekta jsou navrhovány u pacientů, kteří se nacházejí ve velice špatném stavu, u kterých není možné použít lokálních ablativních postupů. Je prováděna angonplazmová koagulace, popřípadě se kombinuje se spirálními stenty. Dále do této skupiny zahrnujeme ileostomie a kolostomie. V případech, kdy má pacient bolesti z infiltrace nádoru do sakra či pánve, je vhodné provedení analgetické paliativní radioterapie.(7)

Pokud je z důvodu střevní neprůchodnosti, peritonitidy, či perforace nutné operovat na nepřipraveném střevě, při celkově špatném stavu pacienta, provede se jen odlehčující kolostomie nad překážkou a nádor se dočasně ponechá. Po zlepšení zdravotního stavu nemocného se s odstupem 3-4 týdnů provede reoperace. Při tomto výkonu je odstraněn nádor a současně je zrušena kolostomie a provedena jedna nebo dvě střevní anastomózy. Tyto operační výkony jsou nazývány jako vícedobé.(17)

Stomie znamená umělé vyústění dutého orgánu před stěnu břišní nebo na ni. Podle lokalizace se rozděluje na cékostomii, transverzostomii a sigmoideostomii. Cékostomie je umístěna v pravém podbříšku k dočasné derivaci plynů a stolice. Transverzostomie je založena v pravém nebo v levém podžebří. Toto umístění bývá problematické pro ošetřování, protože je umístěno v blízkosti laparotomie. Sigmoideostomie se zakládá v levém kvadrantu břišní stěny, může být trvalá nebo dočasná. Dále se dělí stomie na terminální-jednohlavňovou a axiální-dvouhlavňovou. Stomie terminální má vyvedeno přerušené střevo stěnou břišní. U operace dle Hartmanna je střevo slepě uzavřeno, při operaci dle Milese se odstraní a na peritoneu se provede sutura. Stomie axiální má uvolněnou střevní kličku protaženu břišní stěnou. Do otvoru na stěně břišní ústí klička přívodná a odvodná (18)

### **2.6.2 Radioterapie, léčba zářením**

Radioterapie se u karcinomů nacházejících se ve vyšších oddílech tlustého střeva téměř neuplatňuje. Velmi dobré výsledky jsou u radioterapie nižších oddílů, v kombinaci s chirurgickým výkonem. Radioterapie se též využívá při nádorovém postižení jater.

U karcinomu rekta je pacient ohrožen spíše lokální recidivou, než systémovým metastazováním. Z tohoto důvodu je radioterapie na prvním místě v neoadjuvantní terapii. Předoperační radioterapie má mnoho výhod. Je to nedotčenost daného terénu operačním výkonem a dobrá okysličenost tkání, která zvyšuje účinnost záření. Studiemi bylo prokázáno snížení lokálních recidiv a zlepšení doby přežití.(6,7)

Kombinovaná radiochemoterapie je kombinace obou metod a spočívá ve zvýšení citlivosti nádorových buněk k ozáření pomocí chemoterapie a jejich celkový účinek působící na mikrometastázy. K účinné monoterapii se užívá 5 - fluorouracil. Dále je využívána terapie pomocí Leukovorinu. Bylo dokázáno, že při této kombinované léčbě dochází k dlouhodobější remisi, než při samotné neoadjuvantní radioterapii.

Hypertermie je lokální přehřátí dané oblasti mikrovlnným zářením na více než 40 stupňů Celsia, které je aplikováno externě nebo endokavitárně. Tímto působením dochází ke zvýšenému cytotoxickému účinku a senzibilizaci nádoru k souběžně prováděné radioterapii a chemoterapii. Při probíhajících studiích bylo zjištěno lepší přežití a malý výskyt lokálních recidiv.(6)

### **2.6.3 Chemoterapie**

Při adjuvantní terapii je předpokladem resekce tlustého střeva se zachováním bezpečné vzdálenosti, včetně disekce regionálních lymfatických uzlin s minimálně 12 lymfatickými uzlinami. Cílem adjuvantní terapie, je snížit či odstranit množství nezjištěných tumorózních buněk a tím snížit počet vzdálených metastáz. K adjuvantní terapii se u karcinomu tlustého střeva používá chemoterapie, imunoterapie a aktivní specifická imunizace. Ta přinesla u karcinomů 3. a 4. stupně pozitivní výsledky. U pacientů ve stádiích 1. a 2. stupně není indikována adjuvantní chemoterapie. Kontraindikací adjuvantní chemoterapie u karcinomu tlustého střeva jsou nedostatečně zvládnuté infekční komplikace, cirhóza jater Child B a C, těžká koronární srdeční onemocnění, preterminální a terminální insuficience ledvin, omezená funkce kostní dřeně a neschopnost účastnit se pravidelných kontrolních vyšetření.

Cílem paliativní terapie je ovlivnit počet remisí, délku remisí, interval bez progresu, dobu přežití, zlepšení obtíží, kvalitu života. Asi u jedné pětiny pacientů s kolorektálním karcinomem se vyskytují metastázy nejčastěji v játrech a v plicích. U neresekabilních nebo hraničně resekabilních se někdy provádí chemoterapie s cílem zajistit resekabilitu metastáz.(6)

### **2.6.4 Biologická léčba**

Principem biologické léčby je blokáde vaskuloneogeneze bevacuzimabem, či blokáde receptoru pro epidermální růstový faktor cetuxibamem. Bevacuzimab je protilátka proti růstovému vaskulárnímu a endoteliálnímu faktoru, která je podávána v první linii léčby metastazujícího kolorektálního karcinomu. Nejčastější použití biologické léčby je v kombinaci s chemoterapií. Možnosti použití a schválená léčebná schémata jsou neustále upravována a rozšiřována.(19)

### **2.6.5 Podpůrná terapie**

U pokročilého nádorového onemocnění je hlavním problémem stav výživy. Vždy dáme přednost orálnímu enterálnímu přívodu živin. Důležitá je také léčba bolesti a léčba symptomatická. Ta je prováděna dle aktuálního stavu a potřeb pacienta.

### **2.6.6 Terapie metastáz a recidiv**

Lokální recidiva se objevuje většinou z metastáz v lymfatických uzlinách. To bývá obrazem nedostatečné disekce při primárním operačním výkonu. Nyní se využívá k diagnostice recidiv PET. Rozsah terapie recidivy se stanovuje až podle peroperačním nálezů.

Asi u jedné pětiny pacientů s kolorektálním karcinomem se vyskytují metastázy, nejčastěji v játrech a v plicích. U neresekabilních nebo hraničně resekalibilních se někdy provádí chemoterapie s cílem zajistit resekalibilitu metastáz. Cílem paliativní terapie je ovlivnit počet remisí, délku remisí, interval bez progresu, dobu přežití, zlepšení obtíží a kvality života.(6)

## **2.7 Prognóza**

Prognóza kolorektálního karcinomu závisí na místním rozsahu, na jeho lokalizaci a možné generalizaci, vzniku metastáz. Nejlepší šanci mají pacienti, u nichž se podařilo časně zjištění nádoru a u nichž mohl být proveden radikální výkon. Michalský udává : „Přežívání nemocných: 5 leté přežívání u nemocných 1. a 2. stádia (tzn T 1-2,N 0-1,M 0), u kterých bylo možno provést radikální operaci, je okolo 76%; 5- leté přežívání u 3. stádia je 47% a u 4. stádia je necelých 13%. Neoperovaní, paliativně operovaní nemocní s generalizací nádoru přežívají několik měsíců od stanovení diagnózy”. (17, s.39)

## **2.8 Následná péče**

Po ukončení léčby jsou pacienti dispenzarizováni na několika pracovištích. Doporučovaná vyšetření následující péče se zaměřují na včasné rozpoznání recidivy nádoru. Mohou se taktéž objevit vzdálené metastázy v oblasti jater a plic. Pacienti jsou sledováni na gastroenterologii, onkologii, chirurgii a případně dalších pracovištích. U pacientů se provádí klinické vyšetření, sleduje se hladina CEA, v určitých intervalech je prováděna koloskopie, sonografie břicha, CT vyšetření.(6)

## 2.9 Prevence kolorektálního karcinomu

Do dnešní doby není nalezen žádný převratný lék na toto onemocnění. Výraznou změnu nepřinesla ani nejnovější cytostatika, která se testují při klinických studiích. Jedinou možnou cestou je prevence a cesta včasného zachytu. Prevenci KRCA lze rozdělit na primární, sekundární a terciální.

Primární prevence je zaměřena na zdravé občany, u nichž není známo, že mají vyšší riziko kolorektálního karcinomu. Různými programy pro prevenci jsou lidé iniciováni k aktivnímu přístupu. Mezi organizace pracující v oblasti primární prevence patří Liga proti rakovině. Cílem primární prevence je eliminace faktorů, které zvyšují riziko vzniku nádorového onemocnění. Primární prevence je zaměřena na boj proti kouření, alkoholismu, znečišťování životního prostředí, na zdravou stravu a dostatek pohybu.

Základem sekundární prevence je aktivní vyhledávání jedinců s nádorovým onemocněním. Sekundární prevence zahrnuje dispenzární program u vysoce rizikových skupin obyvatel s diagnostikovanou familiární polypózou, s idiopatickými střevními záněty, syndrom hereditární nepolypózní rakoviny střeva-Lynchovým syndromem I a II. Druhou částí sekundární prevence je depistážní program skupin obyvatel s nízkým rizikem, s negativní anamnézou. Výše uvedení pacienti jsou dispenzarizováni na gastroenterologickém oddělení. Pro úspěšnou léčbu KRCA je důležitá včasná diagnostika prekancerózy. V roce 2000 byl ve spolupráci Ministerstva zdravotnictví, Všeobecné zdravotní pojišťovny a České gastroenterologické společnosti započat Český národní program sekundární prevence KRCA. Program zahrnuje testování stolice na okultní, skryté krvácení. Toto vyšetření by mělo být součástí standardního preventivního vyšetření vykonávané praktickým lékařem u každého bezpříznakového člověka nad 45 let. Měl by být opakován každé dva roky. U osob nad 55 let je možno nahradit doporučením k provedení screeningové koloskopie 1 krát za deset let.

Terciální prevence se týká osob, kteří se podrobili operaci pro zhoubný nádor a absolvovali základní onkologickou terapii. Je uváděno, že asi u 10% vyléčených nemocných přetrvává riziko vzplanutí zhoubného onemocnění nebo vnik metastáz. Tyto osoby jsou systematicky dispenzarizovány na gastroenterologickém a onkologickém oddělení.

Oblast sekundární a terciální prevence je řešen vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č.60/1997 Sb., která stanovuje interval kontrolního vyšetření na 3 až 12 měsíců.(19, 20,)

## **3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE**

### **3. 1 Péče o pacienta před operačním výkonem**

Důkladná příprava předoperačního vyšetření může zabránit vzniku pooperačních komplikací. Operační výkony jsou rozděleny na akutní a plánované. Předoperační přípravu rozdělujeme na dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední.

Dlouhodobá příprava zahrnuje předoperační vyšetření. Toto vyšetření je obdobné jako u jiných operačních výkonů. Obsahuje anamnézu, fyzikální vyšetření, laboratorní screening, včetně biochemického a hematologického vyšetření, vyšetření nádorových markerů-CA 19-9, TPA, CEA, endoskopické vyšetření včetně histologického závěru, Retgenové zobrazovací metody, ultrasonografie břicha, endosonografie, CT břicha, interní předoperační vyšetření včetně EKG a jeho popisu, anesteziologické konzilium. Z hlediska dlouhodobé předoperační přípravy je možno provést konzultaci se stomasestrou.(9, 21)

Období krátkodobé předoperační přípravy zahrnuje 24 hodin před operačním výkonem. V rámci úspěšného průběhu se věnujeme fyzické přípravě a psychickému stavu pacienta.(21)

#### **3.1.1 Psychická příprava**

Nemoc je náročné životní období, které klade velké nároky na její adaptaci. Úkolem psychické přípravy je snížení strachu a stresu z operace. Nemocné se závažným onemocněním mohou trápit různé obavy. Jsou to nedostatek zájmu, pocit samoty a sociální izolace, strach z opuštění. Další z hlavních důvodů strachu je průběh onemocnění, očekávaný operační výkon, strach z bolesti. Taktéž tělesné změny, které vzniknou v souvislosti s operačním výkonem, jsou důvodem častých obav. Nemocný se také může obávat omezeného sebeovládání a sníženého vědomí v důsledku podávání silných tlumících léků. Největší obavou nemocných se závažným onemocněním bývá strach z umírání, smrti.

Od okamžiku, kdy se pacient dozví svoji diagnózu, nastává u něho silná psychická odezva, která se může projevit různým způsobem. Reakce pacienta je ovlivněna typem osobnosti. Je-li důvodem onkologické onemocnění, dojde k reakci, jež vystihla Elizabet Kublerová-Rossová. Objevují se šok, zloba, agrese, smlouvání, rezignace a usmíření. Je důležité tyto reakce identifikovat a svým přístupem k nemocnému působit



psychoterapeuticky. V předoperačním období potřebuje pacient získat důvěru ve zdravotnické pracovníky.(21,22)

### **3.1.2 Fyzická příprava**

Do fyzické přípravy sestry je zahrnuta příprava střeva, dietní režim, hygienická péče, příprava operačního pole, v případě plánované založení stomie její vyznačení, péče o spánek a odpočinek a monitorace vitálních funkcí.(21)

Součástí přípravy před plánovaným operačním výkonem je dokonalá očista tlustého střeva pomocí hyperosmolárních nebo izosmolárních roztoků a klyzmat. U akutních operačních výkonů se tato příprava neprovádí. Vyprazdňování se provádí den před operačním výkonem. Jsou použity přípravky, jež naordinuje lékař. Užívá se sodium fosfát, X prep, síran horečnatý, či Fortrans. Očista bývá doplněna podáním klyzmat ve večerních hodinách den před výkonem a časně ráno v den operačního výkonu.(23)

Dva dny před plánovaným výkonem je zahájen nový dietní režim, který spočívá v podání tekuté stravy. Tekutiny lze doplnit perorálním příjmem a infúzní terapií s minerály dle aktuálního stavu iontů. Příprava operačního pole se řídí typem operačního výkonu a pokyny operátora.(21)

Důležitou součástí je vyznačení označení místa pro budoucí stomii. Toto opatření provádí stomická sestra po dohodě s operátorem. Nesprávné umístění může vyvolat problém s ošetřováním stomie.(23)

V rámci anesteziologické přípravy přichází anesteziolog za pacientem na oddělení, hodnotí jeho zdravotní stav, seznámí jej s průběhem anestezie a riziky, které se mohou objevit v průběhu operačního výkonu. Jsou doplněny ordinace před výkonem a naplánována premedikace. Sestra podá sedativa hypnotika dle ordinace anesteziologa. Nerušený spánek pomáhá snížit stres před operačním výkonem.(21)

Bezprostřední příprava je omezena na období asi 2 hodiny před výkonem. Je nutná kontrola dokumentace, operačního pole. V rámci prevence tromboembolické nemoci jsou přiložena elastická obinadla na dolní končetiny. Dle ordinace lékaře je zaveden permanentní katétr, nasogastrická sonda, zajištěn venózní vstup a provedeny další ordinace lékaře. Sestra provede záznam do dokumentace o všech provedených výkonech. Premedikace je podána dle ordinace anesteziologa.

Dlouhodobá a bezprostřední příprava u pacienta s diabetem je rozšířena o vyšetření aktuálního stavu v poradně pro diabetiky. Taktéž u diabetika je nutné dodržet lačnění. Po celou dobu hospitalizace je mu v pravidelných intervalech zjišťována hladina glykemie v krvi. Lékař dle jejího stavu ordinuje podání infúzního roztoku glukózy a inzulínu dle aktuální hladiny glykemie. V operačním programu je vhodné zařadit diabetika na začátek programu. V pooperačním období bývá diabetik ohrožen větším počtem komplikací.

Riziko komplikací bývá v důsledku krátké přípravy a nedostatečného množství informací o klientovi zvýšeno. Nejvíce bývají ohroženy děti a starší pacienti, kteří mohou mít v anamnéze ještě další onemocnění. Předoperační příprava je zaměřena na laboratorní screening, odběr krve na vyšetření krevní skupiny. V tomto období je kontraindikována koupel, je připraveno operační pole. Je vhodné zavedení nasogastrické sondy a odsátí žaludečního obsahu, zavedení permanentního katétru. Očistné klyzma se nesmí podat, je kontraindikováno. Zajišťujeme žilní vstupy, provedeme prevenci TEN bandážemi a plníme ordinace anesteziologa.(21)

### **3.2 Péče o pacienta po operačním výkonu**

Pooperační péči rozdělujeme na bezprostřední pooperační péči, na pooperační péči na standardním oddělení, přípravou před propuštěním a následující péči.

K zajištění bezprostřední pooperační péče jsou zřizovány reanimační pokoje, které bývají součástí operačního traktu. Po stabilizaci fyziologických funkcí je pacient umístěn na jednotku intenzivní péče, kde je intenzivně sledován a monitorován. Sestra provádí hodnocení bolesti, bilanci tekutin, pečuje o veškeré vstupy u pacienta, pečuje o stomii. Na stomii bývá v pooperačním období umístěn vypouštěcí průhledný systém, který umožňuje hodnocení stomie, velikost, zbarvení, vylučování. Je zde prováděna včasná mobilizace nemocného, aby nedošlo k imobilizačnímu syndromu. Důležitou oblastí, na kterou se zaměřujeme, je psychika nemocného. Dbáme na dobrou informovanost nemocného. I přes veškeré snahy se mohou u nemocného objevit úzkostné reakce, stres, zoufalství až agrese projevující se vůči sobě sama nebo okolí.(21)

Pacient ve stabilizovaném stavu je překládán zpět na standardní oddělení. Sestra plní ordinace lékaře a aktivně se zapojuje do ošetrovatelského procesu. U pacienta se stomií provádí intenzivní edukaci zaměřenou na ošetřování stomie. Péče o pacienta se může

rozdělit na pasivní a aktivní. Pasivní ošetrovatelská péče zahrnuje množství úkonů, které sestra vykonává dle ordinace lékaře, obsahující plnění ordinací, péči o drény stomii, provádění běžných činností zajišťující hygienickou péči, vyprazdňování a další. Mezi pasivní péči patří i plnění žádostí ze strany pacientů. Velice důležité je, aby sestra pracovala aktivně, aby si všímala potřeb nemocného (24)

### **3.3 Edukace stomika**

Edukace je součástí ošetrovatelské péče o stomika. Měla by probíhat kontinuálně, cílevědomě a hlavně by měla být srozumitelná pro pacienta.

Důležitou částí edukace je určení vhodného cíle. Cíle stanovujeme dle možností jedince, měly by být komplexní, jednoznačně pojmenovatelné a kontrolovatelné. Cíle mohou být nižší a vyšší, mohou probíhat v době blízké jako krátkodobé a v době vzdálené jako dlouhodobé. Oblasti cíle se mohou rozdělit na kognitivní, psychomotorické a afektivní. Kognitivní obsahují vědomosti, pochopení, dovednosti, analýzu, syntézu a kontrolní posouzení. Psychomotorické využívají imitace, praktické cvičení, upřesnění, koordinace a zautomatizování. Afektivní pracují s účastí na činnosti, na chuti a ochotě spolupracovat.

Mezi cíle edukace stomika patří seznámení s hospitalizací, průběhem a možnostmi operačního výkonu, zvýšení soběstačnosti v pooperačním období, seznámení pacienta s ošetřováním stomie a specifika ošetrovatelské péče, snížení možnosti vzniku komplikací, spolupráce s rodinou a nejbližšími. Jelikož pracuji se stomiky, vytvořila jsem vlastní tabulku, která by mohla sloužit jako pomůcka pro edukující sestry. Postup praktické edukace v tabulce, je uveden v příloze č.4.

Před propuštěním z hospitalizace bude pacient ovládat manipulaci a péči o stomii, případně bude zajištěna domácí péče, specifika týkající se stravování a životního stylu, komplikace, jejich podobu a způsob včasného řešení, kontakt na stomickou poradnu, bude znát, kdo mu předepíše stomické pomůcky a na jaké množství má nárok, kontakt na kluby stomiků nebo jiné pomocné organizace.(25)

Po propuštění dochází stomik do proktologické ambulance, kde je v pravidelných intervalech sledován. V některých případech je dispenzarizován též na onkologickém oddělení. Pokud je možnost, je vhodné, aby stomik navštěvoval stoma poradnu. Zde pracuje zkušená sestra, která mu pomůže vyřešit problém se stomií, poradí mu s výběrem vhodné pomůcky. Pokud není pacient soběstačný v běžných aktivitách, je

nutné jeho umístění v léčebnách dlouhodobě nemocných, nebo jiném zařízení následné péče. Stomické pomůcky může pacientovi také předepsat chirurg, či praktický lékař. Preferována bývá stomasestra, či jiná sestra k tomu určená. (23)

### **3.3.1 Pomůcky pro stomiky**

V současné době je na trhu několik firem, které mají na trhu široký sortiment stomických pomůcek. Mezi nejznámějšími firmami je Convatec, Coloplast, Dansac, Braun, Lipoelastic. Tyto pomůcky pomáhají svým uživatelům normální pracovní a společenské zařazení. Pomůcky jsou snadno dostupné a jsou hrazeny zdravotními pojišťovnami, pokud je dodržen limit. Pouze v některých případech jsou hrazeny částečně, některé jsou vydávány po schválení revizního lékaře.(23)

Pomůcky by měly být dostupné a vyhovující v oblasti velkého výběru týkající se tvaru velikosti, schopnosti dobře pojmout stolicí, měly by být přizpůsobivé, dobře pohlcující pach, zajišťující ochranu peristomální kůže a měly by být z nealergického materiálu, snadno se obsluhovat, neměly by omezovat pacienta při normálním životě a rekreačních aktivitách. Na trhu je několik druhů systémů. Stomasestra společně s pacientem vyberou pro něho nejoptimálnější. V průběhu ošetřování lze systémy kombinovat a měnit. Typy systémů jsou jednodílný, dvojdílný, dvojdílný adhezivní.

Podrobnější popis pomůcek je uveden v příloze č. 5.(18)

### **3.3.2 Péče o stomii**

Jednou z důležitých částí edukace je seznámení stomika s pomůckami, nácvikem a manipulací s nimi. První seznámení probíhá u pacienta na pokoji, později se přechází do speciální místnosti, někdy koupelny se zrcadlem, kde je diskrétně bez dalších přihlížejících pacientů prováděna praktická část výuky. Přístup ke každému pacientovi je přísně individuální, řídíme se jeho psychickým stavem a momentální schopností přijímat další informace. Zvláště se staršími pacienty pracujeme pomaleji a opakovaně. Naším cílem je pacienta učinit soběstačným, co se týče péče o stomii. Souběžně bývá prováděna edukace rodinných příslušníků či nejbližších, kteří projeví zájem. Pacient je propuštěn do domácího ošetřování v době, kdy již on a jeho rodina ovládá péči o stomii.(23)

Postup při výměně jednodílného systému a obrazová ukázka je uvedena v příloze č. 6.(26)

U stomie se mohou objevit komplikace pooperační a pozdní. Kompletní rozdělení komplikací, jejich popis a obrazová ukázka prolapsu u stomie je uvedena v příloze č. 7.(27)

### **3.3.3 Péče o stomika v průběhu onkologické léčby**

Správná edukace seznámí pacienta s tím, co terapie obnáší, co může očekávat a tím ovlivnit výsledek léčby a její vedlejší účinky. Pozitivní vliv má správná edukace i na psychiku nemocného. Edukace týkající se radioterapie je v příloze č. 8.(28)

### **3.3.4 Životní styl stomika**

To, že je člověk stomikem, nemusí způsobit změnu v rodinném a společenském životě. Stomik má dnes možnost vybrat si takovou pomůcku, která mu bude vyhovovat. K tomu, aby se snížila možnost vzniku komplikací je nutné, aby ve svém životě provedl některé změny.

Není žádná speciální dieta, která by vyhovovala všem stomikům. U stomiků dochází k fyziologickým změnám související s funkcí střev. Strava, která je doporučována je lehce stravitelná, šetřící, nenadýmavá, bohatá na vitamíny a bílkoviny. Pokud by stomik přijímal jakoukoliv stravu, mohl by mít potíže s nepravidelným vylučováním stolice, zvýšenou plynatostí, se střídáním průjmu a zácpy. Důsledkem by byla častá výměna pomůcek a omezení ve společenském životě. Stomikům je doporučena strava bílkovinová, bezzbytková, mechanicky šetřící s vyloučením vlákniny, celulózy. Strava by měla být do měkka uvařená nebo dušená, bez slupek a zrníček. Zvláště v novém prostředí se nedoporučuje přijímat nevyzkoušená jídla. Obecné zásady pro výživu stomika uvádím v příloze č. 9.

Stomik se nemusí vzdávat fyzických aktivit, nemusí být výrazně ovlivněny jeho pracovní aktivity, sport, záliby a koníčky. Krátce po operačním výkonu, kdy je břišní stěna oslabena, by měl stomik v období 6-8 týdnů vyloučit jakoukoliv namáhavou činnost. V pozdějším období by se měl vyhnout zvedání těžkých břemen nad 5 kilogramů, taktéž silových sportů například boxu, karate, nářad'ovému tělocviku. Mezi vhodné pohybové aktivity je plavání, tenis, běh, turistika a cvičení. Plavání je velice vhodné a díky speciálním pomůckám bez potíží zvládnutelné. Nedoporučuje se koupání ve vaně bez zakryté stomie, jelikož do ní vnikne větší množství vody. Při práci se stomikem je třeba usilovat o navrácení zpět do pracovního procesu. V některých případech část stomiků získává částečný nebo invalidní důchod.(25)

Kvalita rodinného a partnerského života je velkou měrou ovlivněna tím, jaký byl před operačním výkonem. Pacient je silně ovlivněn vznikem stomie a také vědomím onkologického onemocnění. Psychická odezva objevující se v souvislosti s onkologickým onemocněním je provázena úzkostí hněvem, depresí, pocity zoufalství až beznadějí. V důsledku vytvoření stomie se mohou objevit pocity méněcennosti, zohydění, znetvoření, u žen se může objevit pocit ztráty ženskosti. To vše se podílí na vyhýbání se jakémukoliv společenskému a partnerskému životu. Již v době hospitalizace, či krátce po ní si sjedná stomická sestra schůzku s pacientem a jeho partnerem. Jen sám stomický pacient si rozhoduje o tom, kdo bude informován o stomii. Při návratu do zaměstnání je vhodné informovat nadřízeného a požádat o práci na zkrácený úvazek. Je nutné vyvarovat se zvedání těžkých břemen. Po období rekonvalescence je vhodné zapojit-li se stomik do společenského života, aby se nestranil přátel a nebál se navštěvovat kulturní akce jako je kino, divadlo restaurace a podobně.

Taktéž intimní život stomika může být narušen. V průběhu operace na malé pánvi může dojít k poškození nervů motoricky a senzorycky inervující tuto oblast, jež se může projevit ztrátou libida, poruchou ejakulace a erekce. Tímto jsou umocněny již stávající psychické potíže. Tento stav bývá dočasný, proto je vhodné s ním stomika seznámit. Sexuální styk je doporučen, pokud nenastanou nějaké potíže, v odstupu 2-4 měsíců od operace. Z důvodů nežádoucích zvukových efektů, z důvodu odcházení plynů a stolice je vhodné dodržovat určitý režim. Dvě hodiny před sexuálním stykem je vhodné stravu vyloučit úplně. Pro tyto intimní chvíle se doporučují používat minisáčky, či krytky. Stomickou pomůcku je taktéž vhodné skrýt pěkným prádlem. Vznik stomie není kontraindikací k těhotenství. Rizika spojená s těhotenstvím jsou obdobná jako u jiných žen po břišních operacích. Možnost otěhotnění je sníženo vznikem srůstů v oblasti vaječníků. Těhotenství je doporučováno s odstupem 2 roků od operace. (23)

Každé závažné onemocnění provázené fyzickými změnami jsou velkým zásahem do kvality života pacientů. V důsledku onkologického onemocnění se pacient dostává do situace ohrožení samotné existence. Je důležité, aby si sestra uvědomila, jak těžkým obdobím pacient prochází a dokázala mu pomoci překonat těžké období jeho života. Je vhodné působit i na rodinu, aby mu byla skutečnou životní oporou. Velkou úlohu v prožívání pacienta mají kluby stomiků. Jsou to sdružení pacientů se stomií, jejichž zájmem je hájit zájmy stomiků. Členové klubů se pravidelně scházejí a společně hledají řešení různých situací v životě stomika. Někteří členové působí i jako dobrovolníci, kteří jsou schopni pomoci individuálním setkáním se stomikem a nastítnit mu život se

stomií. Samotné setkání stomiků má efekt informační, společenský a psychologický. Ukázka z jednoho setkání stomiků je uvedena v příloze č. 10. Veškeré regionální kluby sdružuje celostátní organizace České ILCO, které hájí zájmy stomiků při jednání se státními orgány. Marková uvádí: „ Celková kvalita života stomiků, ale i jiných postižených lidí závisí na vztahu pacient-sestra-lékař-rodina-společnost. V tomto směru je třeba působit na veřejnost, aby se naučila postižené občany brát jako plnohodnotné členy naší společnosti”. (23, s. 57).

Znění etického kodexu Charty práv stomiků v příloze č. 11.(18)

## 4 KVALITA ŽIVOTA U PACIENTA S ONKOLOGICKÝM ONEMOCNĚNÍM

Onkologie je obor zabývající se prevencí, diagnostikou, terapií a následnou péčí o pacienty, u nichž se vyskytlo nádorové onemocnění. Nekontrolované dělení buněk může vyústit k benignímu či k malignímu onemocnění. Benigní nádory nemetastazují a nerozšiřují se do jiných částí těla. Maligní nádory metastazují a mají tendenci se rozšiřovat do jiných částí těla. Rakovina může být léčena chirurgicky, radiační terapií, chemoterapií a jinými metodami. Výběr léčby se odvíjí od specifiky nálezu onemocnění. Onkologická terapie s sebou přináší celou řadu vedlejších příznaků, klade velké nároky na pacientovu psychiku a též na jeho rodinu.

Americká lékařka E. Kublerrová-Rossová na základě svých zkušeností vypracovala základní fáze psychického prožívání po sdělení závažné diagnózy. Objevuje se fáze šoku, druhá fáze charakterizovaná zlobou a vztekem, třetí fáze uklidnění, smlouvání, čtvrtá fáze deprese a další fáze, ve které dochází ke smíření s danou situací.

Fáze šoku je období, kdy se pacient dozví závažnou diagnózu. Od té chvíle se v něm rozbíhají různé reakce, snaží se popírat, že to není možné. Zvládnutí této situace je charakterizováno kognitivní a behaviorální reakcí. Lidé s diagnózou onkologického onemocnění jsou nuceni zabývat se i tím, že se přibližuje smrt. Objevují se projevy nemoci, nemocniční léčba vyvolává spoustu obav a strachů. V této době potřebuje pacient od svého okolí maximální podporu a porozumění. Podpora z venčí pomůže pacientovi lépe se adaptovat na situaci, která nastala.

Ve fázi zloby vzteku a záště prožívá pacient psychickou krizi s vysokým napětím a úzkostí. V období onkologické léčby se objevuje celá řada vedlejších účinků, které mají vliv na snížení kvality života pacienta. Objevuje se ztráta autonomie, pacient se musí přizpůsobit dané situaci, musí důvěřovat lékařům. Zažívá pocit ztráty sebeurčení a pociťuje, že je řízení vlastního osudu v základech otřeseno. Díky změně reakcí, které má pacient vůči okolí, dochází postupně ke změnám v sociálních vztazích. Může se objevit agrese ve verbální i neverbální komunikaci, zároveň je zde i pocit úplného se odevzdání do rukou lékařů. Vynořuje se zde i strach z budoucnosti, jestli bude schopen vrátit se zpět do zaměstnání, jak to bude s rodinou, dětmi. K úspěšné adaptaci potřebuje dostatek času a nevtíravou pomoc z jeho okolí.

Ve fázi uklidnění a smlouvání následuje období, kdy pacient akceptuje diagnózu. Neznamená to však jeho smíření se s ní. Pacient mění celkový pohled na život, dochází



ke změnám v žebříčku hodnot. Toto těžké období může posunout pacienta v jeho osobnostním vývoji, často začíná hledat pomoc ve víře, v nových zázračných terapeutických postupech, v alternativní medicíně. V tomto čase potřebuje pacient podporu a pochopení i jeho nereálných přání.

Fáze deprese se vyznačuje projevem narušené psychické stability. Krizi zažívá v souvislosti s bolestivými procedurami, toxickými vedlejšími účinky terapie a tím, že negativní psychické a fyzické působení nemoci nemá konce. Psychické vyčerpání se projevuje strachem, depresí, neklidem. Koncem této fáze se někteří loučí se životem. Nyní pacient potřebuje podporu, porozumění vyjádřené nejen slovy, ale i dotykem. Veliké zatížení je zde i pro rodinu, kdy se od nich očekává opora a oni sami musí akceptovat blížící se ztrátu. V této fázi je důležité nabídnout psychologickou pomoc.

Poslední fází, je fáze odevzdanosti a smíření se smrtí. Terminální stádium bývá pro všechny zúčastněné těžké. Rodina mnohdy bývá do celého procesu zapojena. Často si pacient přeje zemřít doma, tam, kde to zná, kde se cítí v bezpečí. Pokud je to z hlediska zdravotní péče možné, je to jedna z posledních věcí, kterou může rodina udělat. Zkušenost ukazuje, že věřící přijímají smrt emocionálně smířlivěji. Někdy dochází k tomu, že se nevěřící obracejí k Bohu. Ve většině zařízení je umožněna duchovní podpora. Někteří jsou rádi v posledních chvílích sami, jiní si přejí přítomnost nejbližšího člena rodiny. Průvodce umírajícího by měl vždy respektovat, zda chce být umírající sám, či v jeho přítomnosti. Tyto fáze se objevují u každého onkologického pacienta, mohou probíhat periodicky, paralelně, některé se nemusí vůbec objevit. Psychický stav se odvíjí od průběhu onemocnění. Většinou se u každého z nich vyskytuje alespoň nepatrný strach z recidivy, následné terapie, bolesti a ze smrti.(22, 29)

#### **4.1 Kvalita života u pacientů se stomií**

Založení stomie dočasné či trvalé je indikováno v případech maligního, či benigního onemocnění. V tomto okamžiku nastává v jeho životě velká změna. Nejprve se musí vyrovnat se samotným základním onemocněním, následuje operační výkon s vytvořením stomie, které s sebou přináší další změny. V posledních letech se problematikou kvality života zabývají mnohé studie. Z jejich výsledků lze říci, že kvalita života představuje především subjektivní pocit pacienta. Pacienti si sami určují oblasti života, které jsou pro ně na prvním místě. Někteří autoři různě definují kvalitu

života. Například autor J. Křivohlavý spojuje kvalitu života se spokojeností jedince s dosažením jeho životních cílů. Závažné onemocnění má velký vliv na vnitřní prožitek, pocity naplnění a štěstí. Adaptace pacienta je závislá na sociální a emocionální podpoře rodiny, přátel a ošetřujícího personálu. Trvalé postižení nebo závažné onemocnění je velkou zkouškou pro něho, i pro jeho rodinu. Přináší s sebou řadu omezení, změn v životním stylu a hodně stresu. Někdy přijme pacient závažné onemocnění jako výzvu na cestě k životnímu naplnění. Na cestě k pochopení může pomoci i setkání s lidmi stejného osudu. (25)

Jednou ze studií, která se zabývala kvalitou života stomiků, je Montreuxská studie. Zjistila, že zásadní vliv na kvalitu života má prognóza související se základním onemocněním. Jinak vnímá situaci pacient s dočasnou, jinak s trvalou stomií. Mezi významné faktory ovlivňující kvalitu života patří strach ze smrti, z omezení, ztráta sebeúcty, změny ve vztazích, ztráta sociální jistoty. O stomika pečuje organizovaný tým, mezi něž patří chirurg, ošetřující personál, stomasestra, psycholog, praktický lékař a kluby stomiků. Na kvalitu života stomika má vliv již důkladná předoperační příprava, důkladná edukace pacienta a rodiny, psychická pomoc, zajištění následné péče, minimalizace bolesti. Obecně platí, že čím je menší rozdíl mezi očekáváním a skutečností, tím je kvalita života pocíťována lépe. Adaptace je kontinuální proces, kterým se stomik přizpůsobuje životním podmínkám.

Cílem zdravotníků je vytvoření takové kvality života, při které je pacient schopen strávit každý den na vrcholu svých možností, pokud možno bez subjektivních potíží, se zdravými sociálními vztahy a zachovanou aktivitou. (22)

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 5 FORMULACE PROBLÉMU

Pro svoji bakalářskou práci jsem si vybrala pacienty s diagnostikovaným kolorektálním karcinomem, kterým byla vytvořena stomie. Oba pacienti byli hospitalizováni na oddělení chirurgie, kde nyní pracuji a se kterými jsem měla možnost se vidat i v následném období po propuštění a sledovat jejich postupné kroky k zapojení zpět do života.

### 5.1 Cíl práce

Tito pacienti procházeli velice těžkým obdobím, které začalo v období sdělené diagnózy kolorektálního karcinomu, následovalo vlastní provedení operačního výkonu s vytvořením stomie. To vše byl velice těžký začátek nového života, se kterým se museli pacienti vyrovnat a zapojit zpět do života. Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jak vnímají pacienti kvalitu svého života a zmapovat oblasti, ve kterých často dochází ke změnám. Další částí bylo porovnání subjektivního prožívání muže, ženy a zjištění případných rozdílů.

### 5.2 Metodika

Metodologie je souhrn badatelských postupů, které se užívá v určitém vědeckém přístupu, například v ošetrovatelství. Výzkum je souhrn činností, pomocí kterých získáme nové poznatky, odhalujeme jejich souvislosti a příčiny. Pro své šetření jsem si vybrala metodu kvalitativního výzkumu. Pro vlastní sběr dat jsem zvolila metodu rozhovoru. Pracovala jsem na základě svých výzkumných otázek.(30, 31)

### 5.3 Kvalitativní výzkum

Kvalitativní a kvantitativní výzkum lze kombinovat. Obě metody lze použít ve stejném výzkumném projektu. Kvalitativní výzkum se zabývá analýzou jevů, odhaluje spojení a závislosti mezi vztahy. Předpokladem dobrého výzkumu jsou vědomosti a dovednosti tazatele, taktéž schopnosti analýza a syntézy. Při tomto výzkumu bývá tazatel zahrnut množstvím informací, ze kterých si musí vybrat jen ty nejpodstatnější. Je důležité, aby měl vědomosti týkající se zkoumaného oboru a taktéž teoretické znalosti z oblasti výzkumu. Na počátku kvalitativního výzkumu je výběr dané

tématiky a stanovení cíle. Po té výzkumník vytvoří výzkumné otázky, na základě kterých provádí rozhovory s respondenty. Následuje shrnutí a analýza dat, verifikace a uveřejnění získaných údajů. (30, 31,32)

## **5.4 Zdroje získaných poznatků**

Zdroje informací pro mne byly publikace, internet, časopisy a nedílnou součástí byla moje vlastní zkušenost s touto problematikou.

## **5.5 Výzkumné otázky**

Pro svoji výzkumnou práci jsem vytvořila tyto výzkumné otázky

1. Jaká byla respondentova kvalita života před diagnostikovaným karcinomem?
2. Jak vnímají pacienti s diagnostikovaným kolorektálním karcinomem a vytvořenou stomií kvalitu svého života, je rozdíl mezi mužem a ženou?
3. Jak ovlivnila stomie vztahy s okolím?
4. Jak ovlivnil život se stomií jejich práci, koníčky, plány a jejich sny?
5. Jak ovlivnila základní diagnóza a vytvořená stomie psychiku?
6. Jak ovlivnila stomie vlastní identitu?

Výstupem mého výzkumu je analýza rozhovorů s vybranými pacienty. Při svém výzkumu jsem se snažila zaměřit na oblasti, které jsou u těchto pacientů nejvíce ovlivněné.

## 6 VZOREK RESPONDENTŮ

Pro svůj výzkum jsem měla několik kritérií týkajících se výběru. Cílem bylo získat zástupce mužské a ženské populace, kterým byl diagnostikován kolorektální karcinom, vytvořena stomie a který by byl minimálně jeden rok od operačního výkonu. Ke svému výzkumu jsem získala souhlas muže a ženy, kteří splňovali mé předpoklady.

Předmětem výzkumu byl muž 55 let a žena 64 let. V průběhu návštěv obou respondentů jsem požádala o setkání a vysvětlila jim svůj záměr. Upozornila jsem je na to, že zůstanou jejich osobní data anonymní, a že budou sloužit k výzkumu, jež by mohl být prospěšný i dalším stomikům. Oba dva souhlasili s tím, že získané data mohou být použity pro můj výzkum, který bude součástí mé bakalářské práce. Veškeré sjednané schůzky s respondenty probíhaly ve společenské místnosti v době, kdy byla prázdná, aby byla zachována intimita rozhovoru. Oba mně nabídli svoji spolupráci a pro domluvení dalších schůzek věnovali telefonní kontakt. Na každou schůzku s respondenty jsem si provedla přípravu a tématické okruhy. Pro sběr dat jsem použila polostrukturovaný rozhovor. Okruhy oblastí mého výzkumu byly stanoveny výzkumnými otázkami, které jsem doplňovala dalšími otázkami za účelem motivace respondentů k dalšímu vyprávění. Rozhovory jsem soustředila do tří oblastí.

První okruh zahrnoval rozhovor týkající se období před diagnostikovaným kolorektálním karcinomem, druhá část zahrnovala období od diagnostikovaného karcinomu a operačního výkonu, v třetí části jsem se zaměřila na kvalitu života v současné době. Výzkumné otázky jsem vytvářela po té, co jsem se blíže seznámila s tematikou prostřednictvím publikací a další bakalářské práce, o níž se v závěru svého výzkumu budu zmiňovat. V průběhu rozhovorů jsem používala etické principy psychologického výzkumu. Veškerá data jsem zaznamenávala psaným slovem do notesu. Po té jsem je vkládala do programu Word, kde byly připraveny k dalšímu zpracování.

Data, která jsem získala rozhovory s respondenty jsem analyzovala. Snažila jsem se získat odpovědi na mé výzkumné otázky. Soustředila jsem se i na emoce, které vyplývaly z rozhovoru u respondentů a které jsem intuitivně vycítila.

## 6.1 RESPONDENT A

### Dílčí cíle

- Zjistit informace o rodině, vazby
- Zjistit, jaká byla reakce respondenta na operační výkon a tím vzniklou situaci
- Zjistit, jaká byla reakce okolí na jeho stav, utajení stomie
- Zjistit, jaká byla jeho informovanost týkající se stomie v období před, v průběhu, po propuštění.
- Zjistit, jak vnímá své zdraví, jak vnímá sám sebe, zda má nějaké obavy
- Zjistit, jaké oblasti jeho života prošly změnami
- Zjistit, zda se mu podařilo vrátit se zpět do života a zda jej skutečně žije.
- Zjistit, zda má nějaké plány do budoucna, sny

### Úvod do rozhovoru

První respondent je muž ve věku 55 let, u kterého byl diagnostikován adenokarcinom rekta. V roce 2009 mu byla provedena abdominoperineální amputace rekta dle Milese a následně adjuvantní radioterapie. Při jeho návštěvě na mém oddělení jsem respondenta A oslovila a požádala jej, zda bych si s ním mohla domluvit setkání. Respondent A byl informován, že tématem rozhovoru bude sběr dat z období od zjištění diagnózy, až do období nynějšího. S navrženým setkáním souhlasil. Se svým respondentem jsem měla v průběhu října, až prosince tři schůzky, které sloužily ke sběru dat potřebných k mému výzkumu. Respondenta A jsem ujistila o tom, že veškeré údaje týkající se jeho osoby zůstanou anonymní.

### Anamnéza

- ✓ Osobní anamnéza

Muž ve věku 55 let. Prodělal běžné dětské nemoci bez komplikací. Před 35 lety onemocněl klíšťovou encephalitis, vyléčen bez následků. V roce 2009 byla provedena ASK levého kolena, v roce 2009 operace dle Milese, v roce 2010 provedena úprava stomie. Nekouří, alkohol v minimálním množství, pije pivo, kávu 2 krát za týden. Volný čas věnuje rodině, sportu, setkání s přáteli.

✓ Rodinná anamnéza

Matka 79 let, je po operaci pro tumor prsu, léčena na RTO oddělení. Otec zemřel letos v červnu ve věku 82 let na CMP. Bratr je zdrav. Muž je ženatý již 30 let, má dva syny a Ti jsou zdraví.

✓ Sociální anamnéza

Muž žije ve společném bytě s manželkou a jedním synem. Vystudoval vysokou školu ekonomickou v Praze a nyní 12 let pracuje jako manager jedné firmy. Manželka pracuje jako sekretářka v tomtéž městě.

✓ Zdravotní anamnéza

Prodělal běžné dětské nemoci bez komplikací. Před 35 lety onemocněl klíšťovou encephalitis, vyléčen bez následků. V roce 2008 provedena ASK levého kolena, v roce 2009 mu byl diagnostikován adenokarcinom rekta a následně provedena amputace rekta dle Milese. Rok po té mu byla pro zúžení provedena úprava stomie. Od operačního výkonu v roce 2009 je dispenzarizován v gastroenterologické poradně, kde je mu 1krát ročně prováděna koloskopie. Pravidelně navštěvuje onkologické a radioterapeutické oddělení, kde je taktéž sledován. Nyní se cítí subjektivně bez potíží.

## 6.2 Období před diagnostikovaným kolorektálním karcinomem.

### Rozhovor s respondentem A

➤ *Jak by jste popsal Váš život, než Vám diagnostikovali Vaše onemocnění?*

Dříve jsem žil hodně uspěchaným životem. Hodně času jsem věnoval práci. Post manažera Vám sebere hodně času. Měl jsem hodně hektický život. Pracovní dobu jsem měl nepravidelnou, někdy jsem zůstal i do večerních hodin. Kouřil jsem 15 cigaret denně. Moc jsem neodpočíval, protože to byla pro mne ztráta času. Rád jsem se věnoval cyklistice a zahrál golf, byl jsem neustále v pohybu.

➤ *Jaká byla Vaše životospráva?*

Jedl jsem velmi nepravidelně. Ráno jsem nesnídal, přes den něco málo a největší jídlo jsem měl po návratu domů. To jsem si dopřál tučná nezdravá jídla. Zelenina mně nikdy

nechutnala, někdy trochu ovoce. Při mém povolání jsem se mnohdy stravoval po restauracích.

➤ *Co kouření a alkohol?*

Každý den jsem kouřil asi 15 cigaret, káva 3x denně, někdy více.

➤ *Chodil jste na nějaké prohlídky, zajímal jste se o své zdraví?*

Cítil jsem se dobře, moc jsem o tom nepřemýšlel. Když mně bylo padesát, domluvili jsme se s kamarády a šli do Sante na celkové vyšetření, kde mně prováděli i vyšetření na okultní krvácení. Bylo negativní. Jinak bylo vše v normě. To mě potěšilo a dál jsem nic neřešil. Život běžel dál, já chodil do zaměstnání a sportoval.

➤ *Znáte FOB test?*

Ne, nic mně to neříká.

➤ *Tento test je volně prodejný a slouží k domácí detekci krve ve stolici. Během několika minut máte výsledek. Koupil by ste si jej?*

Nevěděl jsem, že existuje, kdybych o něm věděl, možná ano.

➤ *Jak by jste charakterizoval Vaše rodinné zázemí?*

Žili jsme ve městě, v bytě s manželkou a synem. Druhý syn se osamostatnil, pracuje. Syn, co žije s námi má přítelkyni a dobrou práci. S manželkou jsem se vídal po večerech, neměl jsem na ni moc času. O víkendech jsme jezdili na chatu.

➤ *Měl jste nějaké zájmy, záliby, věnoval jste se sportu?*

Miluji pohyb a to byl můj asi jediný koníček. Jsem vášnivý cyklista, rádi jezdíme s rodinou a přáteli na cyklistické výlety nebo na túry. V zimě jsem lyžoval, v létě plaval. Co se týče dalších koníčků, neměl jsem na víc čas. Večer jsem někdy četl cestopisy.



➤ *Jak jste byl spokojen se svým zaměstnáním?*

Zaměstnání byl můj koníček, takže jsem mu věnoval veškerý čas, mnohdy i přesčas. Byl jsem hodně pečlivý, dalo by se říci workoholik.

➤ *Jaké bylo Vaše vyprazdňování?*

Moc jsem to nesledoval, nebyly žádné potíže. Močení bylo bez problémů, stolice byla nepravidelná, cítil jsem se dobře.

➤ *Měl jste nějaké plány do budoucna?*

Budoucnost neplánuji, žiji přítomností. Jediné, co jsem kdy plánoval, byl například cyklistický výlet s přáteli.

### **6.3 Období diagnostikovaného kolorektálního karcinomu**

Rozhovor s respondentem

➤ *Jak začaly vaše potíže?*

Za rok a půl po vyšetření v Sante jsem začal pociťovat potíže po jídle. Zdálo se mi, že mám asi něco s močovými cestami, měl jsem bolesti podél břicha, takové zvláštní, nikdy jsem nic podobného neměl. V práci jsem měl fofr, takže jsem to nějakou dobu odkládal. Pak jsem si našel chvíli a šel na urologii. Při vyšetření per rektum mě urolog doporučil, abych šel na chirurgii a nechal se tam vyšetřit, že tam je něco, co tam nemá být. Začal jsem mít obavu. Pak to šlo rychle. Provedená rektoskopie a koloskopie zvětšila moje obavy. Pro výsledek histologie jsem se dostavil na chirurgii. Tam mně lékař sdělil diagnózu, vyložil karty na stůl. Řekl mi, že bych měl jít na operaci a že mě čeká provedení stomie. Tam jsem se ještě držel, přijel jsem domů a tam se začal třást. Byl to šok. Trvalo to asi 2 hodiny, nerad na to vzpomínám.

➤ *Co na to Vaše rodina?*

Doma jsme se všichni sešli, já jim sdělil, co mě našli a co mě čeká. Rodina byla fajn, všichni mě uklidňovali a podporovali. Já měl před sebou ještě další problém, jak vyřešit práci. Během týdne jsem si svolal podřízené a zvolil svůj zástup. Řekl jsem jim, že jdu na operaci. Do práce jsem se chtěl po operaci vrátit.

➤ *Jak probíhala Vaše hospitalizace?*

Byl jsem přijatý v pátek na chirurgické oddělení. Přes víkend probíhala příprava a v pondělí operace. Probudil jsem se na JIP. Tam to bylo pro mne dost stresující oddělení. Měl jsem obrovské bolesti. O stomii jsem nepřemýšlel, jako by nebyla moje. Po čtyřech dnech jsem měl ileus, což moji hospitalizaci o něco prodloužilo. Zavedli mně sondu, což bylo také značně nepříjemné. Po té, co se mi obnovila peristaltika jsem byl přeložen na Vaše oddělení. Zde jste mě seznámila s mojí stomií, vysvětlila jste mi, co je stomie a jak funguje. Ukázala jste mi pomůcky k ošetřování stomie a sáčky. Postupně jsme začali s nácvikem.

➤ *Udržoval jste po dobu hospitalizace kontakty s okolím?*

Nejbližší je mi rodina, moc mně pomohla. Manželka sedávala celé hodiny u mého lůžka. Byla to velká podpora, jsem jí za to moc vděčný. Synové též docházeli. Spolupracovníci mě byli také navštívit.

➤ *Nevadili Vám kolegové, jsou to přece jenom cizí lidé?*

Ne naopak, vracelo mě to zpátky mezi zdravé. Myslím si, že jsem to potřeboval pro další začátek v práci, lépe jsem se vracel zpět. Potěšili mne. Byli to Ti nejbližší spolupracovníci.

➤ *Pamatuji, jak jsme spolu hovořili o tom, že se chcete vrátit do práce a že jste četl, že je dobré být k ostatním otevřený.*

To určitě ano, moc se mi to osvědčilo. Po té, co jsem přijel zpět do práce, svolal jsem si poradu. Řekl jsem jim, že jsem po operaci a že se může stát, že budu muset nečekaně odejít. Ostatní byli vcelku chápající a přijali to. Já jsem se hned cítil lépe. Otevřenost mně pomohla.

➤ *Byl jste spokojen s informacemi týkající se Vaší stomie, co jste získal při hospitalizaci?*

Myslím, že ano, bylo to dostačující, získal jsem od Vás spoustu materiálů, výukové CD, různé brožurky. Důležité pro mne bylo i to, že jsem se mohl na Vás kdykoliv obrátit. Ošetřování stomie jsem ovládal dříve, než jsem byl propuštěn domů.

➤ *Měl jste potíže s vyprazdňováním?*

Ne, stolice odcházela denně do stomického sáčku, její konzistence byla tužší, s močením problémy nebyly.

➤ *Měl jste potíže s přijímáním potravin?*

Zpočátku jsem nejedl, ani jsem na to neměl myšlenky. V nemocnici jsem zhubl asi o 10 kg, což bylo dost. Cítil jsem se slabý. Když jsem začal přijímat stravu, neměl jsem moc chuť k jídlu. Ta se mi postupně vracela.

➤ *Jaký byl Váš spánek?*

Na JIPU jsem se moc nevyspal, rušilo mě to prostředí. Na Vašem oddělení byl klid, takže jsem i spal. Někdy jsem nemohl usnout a přemýšlel o budoucnosti. Potíže s usnutím jsem řešil Vámi podanými hypnotiky.

➤ *Jaké byly Vaše pocity v průběhu hospitalizace?*

Měl jsem velkou podporu ze strany rodiny, přátel a spolupracovníků. Obavy byly. Rozhodl jsem se, že budu bojovat a vrátím se zpět do práce. Velmi jsem byl spokojen s přístupem sestřiček, rozhovor s Vámi a Vaše podpora mně pomohla.

➤ *Jak jste zvládal ošetřování stomie, jak to probíhalo po propuštění?*

Měl jsem toho dost načteno, ale praxe je praxe. Na jednu věc nezapomenu. Po té, co jsem byl propuštěn z hospitalizace domů, přivedl mně můj syn domů stomika a já si s ním promluvil. Zajímalo mě velké množství informací. Co když ten sáček spadne, co budu dělat? On mně odpověděl, že se také nic nestane, že si dám jiný, svět se nezboří. Myslím si, že celkový jeho postoj i k takovým to situacím mně velice pomohl a dodal odvahy. Zpočátku mně pomáhala manželka, vystřihovala nové sáčky. Po týdně jsem jí

řekl, že to již zvládnou sám. Na začátku stomie nebyla kulatá, ale později se zlepšil její vzhled a ošetřování bylo jednodušší.

➤ *Jak jste se navracel zpět do normálního života, co Vás nejvíce zasáhlo?*

Po té, co jsem se vrátil domů, měl jsem potřebu se hodně pohybovat. Jelikož jsem vášnivý sportovec, bylo pro mne ležení utrpením. Hned, jak to bylo možné, jsem hodně chodil na vycházky. Chodil jsem každý den, to mně také pomohlo vrátit se zpět. Mojí velkou vášní byl golf. Měl jsem obavu, že to nepůjde. Touha byla silnější a tak jsem se vrátil na golfové hřiště. Moji přátelé mě také podpořili. Vybrali jsme čas, kdy bylo hřiště celkem volné, a vyrazili. Nyní mám již pár vychytávek, které praktikuji, když jdu na golf. Večer si dám k večeři jen jogurt a většinou to druhý den proběhne bez potíží. Mám přehled o tom, kde je možno si provést výměnu sáčku. Nosím s sebou malé balení minipomůcek a sáčky. Výměnu jsem schopen provést do 3 minut. Po cestě jsou odpadkové koše, ty mám také zmapovány. Ano trochu to obtěžuje, ale jinak to nejde, když chci hrát. Už jsem se s tím smířil, takže mně to zase tolik netrápí.

➤ *Měl jste ještě nějakou další léčbu po propuštění?*

Ano byl jsem na RTO. Byla navržena radioterapie, od chemoterapie bylo upuštěno. Přišel jsem tam a poslouchal lidi, co to zvládli a měli to za sebou. Řekl jsem si, že to zvládnou. Po radioterapii jsem měl potíže urologické, při močení, což se upravilo. Popálenou kůži jsem ošetřoval mastí a nosil jsem speciální prádlo. Nakonec jsem vše zvládl. Na RTO chodím pravidelně jedenkrát za čtvrt roku. Také chodím pravidelně na koloskopii. Loňský rok jsem zjistil, že se mi stomie zužuje. Podstoupil jsem proto krátký operační výkon, při kterém mně byla stomie upravena. Nyní je vše vpořádku.

## **6.4 Kvalita života v současnosti**

Rozhovor s respondentem

➤ *Máte nějaké nepříjemné pocity v souvislosti s vaším onemocněním.?*

Myslíte moje onemocnění? Nechci se o tom vůbec bavit, nechci se bavit o špatné prognóze. Jsem pod dohledem, budu chodit na kontroly. Prvořadá je práce. Na internetu jsem si přečetl, kolika let se dožívají lidé se stejnou diagnózou. Byl bych rád, kdybych

vydržel 7-8 let. Co se má stát, stane se, nic s tím nenadělám, zpátky to nejde změnit. Úplně jse musel změnit myšlení. Vážím si každého dne.

➤ *Máte bolesti?*

Ne, nemám, cítím se dobře, jsem spokojený.

➤ *Jaký je Váš spánek?*

Spím dobře, nyní si rád přispím v sobotu, což jsem dříve nedělal.

➤ *Jak prožíváte život v partnerství po založení stomie?*

Máme moc pěkné manželství. Manželka byla a je mojí velkou oporou. Když mně bylo nejhůře, byla se mnou v nemocnici. Sedávala u mého lůžka celé hodiny.

➤ *Co intimní oblast?*

Nemám žádné problémy, jsem spokojený.

➤ *Změnil jste svoje stravování, vyhovuje Vám?*

Dříve jsem jedl nepravidelně, hodně tučné. Nyní jsem změnil stravování. Jím pravidelně v několika dávkách. Každé ráno snídám, po té svačina, oběd, svačina a večeře. Myslím si, že jím zdravěji. Přestal jsem se stravovat po restauracích, nejím smažená jídla, například hranolky. Snažím se jíst nějakou zeleninu, z ovoce jím banány, jablkový kompot, sezónní produkty. Mám rád jogurty.

➤ *Pijete alkohol, kávu, kouříte?*

Od operace již nekouřím, kávu piji 2 krát týdně. Co se týče alkoholu, občas si dám pivo, nejvíce 3 malé.

➤ *Přijal jste svoji stomii?*

Moc o tom nepřemýšlím, beru to jako součást mého života.

➤ *Jak vypadá Vaše stomie, máte nějaké potíže s ošetřováním Vaší stomie?*

Stomie je zhojená, bez otoku, kůži okolo mám klidnou. Po raditerapií jsem začal mít citlivější místo, které bylo ozařováno, ale neobtěžuje mě to.

➤ *Jaké je Vaše vyprazdňování, obtěžuje Vás vyprazdňování stomie?*

Nyní jsem spokojený. Stomie pravidelně 1x denně odvádí tužší stolici. Již vím, jakým způsobem se dá ovlivnit její kvalita. S močením problémy nemám.

➤ *Jak jste spokojený se stomickými pomůckami s jejich dostupností?*

Pomůcek jsem vyzkoušel více druhů, nakonec jsem zůstal u té, co mně nejvíce vyhovuje. Co se týče kosmetiky, je vše vyhovující. Dnes je dobré, že je spousta pomůcek a vše je hrazeno pojišťovnou. To, co bylo dříve se nedá srovnávat, jen kdyby si to lidé uvědomili.

➤ *Jak získáváte nové informace?*

Největší můj pomocník je internet. Navštěvuji i zahraniční server, kde jsou taktéž příběhy stomiků. Jazyk pro mne není problém. Prošel jsem řadu stránek, českých klubů, firem. Jsem rád i za kontakty, které jste mně poskytla Vy.

➤ *Stýkáte se s nějakým stomikem, chodíte do klubu?*

Mé první setkání jsem popsal již vpředu. Do klubu nechodím. Jednou jsem byl na setkání stomiků, kde probíhali nějaké workshopy. Chtěl jsem si něco hned odvézt a vyzkoušet. Neměli to tam. Jinak tam byli samí staří lidé. Nebylo to nic pro mne, už tam nepůjdu.

➤ *Pomohl Vám kontakt na stomika cyklistu?*

Jsem za něj moc rád. I když není z našeho města, měli jsme spolu již několik telefonních hovorů, vyměnili jsme si pár e-mailů. On je stejně jako já vášnivý cyklista a ani stomie jej neodradila. Jezdí ještě závody a tak mě zajímalo, jaké používá pomůcky v parném létě. Jsme neustále ve spojení. Dal mně několik rad, které jsem potřeboval. Letos bych chtěl začít již více jezdit. Příští rok plánujeme dovolenou na kolech i s přáteli. Moc se těším.

➤ *Stala se Vám někdy nějaká nepříjemnost se stomií, jak jste to řešil?*

Jednou jsem byl na golfu a pravidelně u 3 jamky jsem měl koš a zde jsem vyhazoval použitý sáček. Tentokrát jsem jej nenašel. Věděl jsem, že je nutné, co nejdříve provést výměnu. Vydržel jsem až k jamce 8, kde jsem objevil koš. Byl to trochu stres, ale zvládl jsem to.

➤ *Ovlivnila Vám stomie Vaši práci?*

Ne, vrátil jsem se na původní místo manažera, nechci žádné úlevy.

➤ *Chodíte někam za kulturou, do společnosti?*

Do divadla chodím s manželkou bez problémů. Silvestra jsme trávili také ve společnosti. Co se týče společnosti, nevyhýbám se jí.

➤ *Máte nějaké plány a cíle do budoucna?*

Od operace jsem ještě nebyl plavat. Moc bych si to rád vyzkoušel.

➤ *Máte bazén?*

Bazén nemáme, to nevadí. Půjdu někdy do bazénu, až tam bude málo lidí, aby na mě moc nekoukali."

➤ *Existují diskrétní sáčky nejmenší velikosti, které by byly vhodné, jsou i speciální, celkem moderní plavky.*

Rád je vyzkouším a do bazénu určitě půjdu. Už jsem se domlouval s kamarádem. Rád bych též začal jezdit na lyžích. Tak to je další z mých plánů.

➤ *Jste spokojený sám se sebou.?*

Nevím, co Vám mám odpovědět. Vrátil jsem se zpět do zaměstnání, kde se mi daří. Rodina mi funguje, manželku mám velmi rád, byla a je mojí velkou podporou. Chlapci jsou též velmi milí a starostliví.

➤ *Ovlivnilo vytvoření stomie vztahy okolo Vás?*

Ano ovlivnilo je v dobrém. Poznal jsem pravé přátele a Ti mně pomohli zvládnout různé překážky i návrat mezi sebe. Přijali mě, to je pro mne moc důležité. S přáteli plánujeme dovolenou na kolech, pochody či jiné aktivity.

➤ *Jak by jste charakterizoval svůj nynější život?*

Já jsem spokojený, žiji pro svoji rodinu a Vážím si lidí okolo sebe. Mám práci, což je také mým hnacím motorem. Budu rád, když budu moci sportovat a když budu žít.

### **Poznámka výzkumníka**

Muž byl velice komunikativní, svým způsobem šarmantní, veselý, i když při některých otázkách byl trochu skleslý a nechtěl o nich hovořit. Myslím, že má někde ve svém nitru ukrytý strach a obavu. Během těchto schůzek jsem s každým dalším setkáním poznala jednoho velice statečného člověka, který se i přes nepřízeň osudu dokázal vzchopit a žít dál svůj život. Svůj život opravdu žije.

## **6.5 Respondent B**

### Dílčí cíle

- Zjistit informace o rodině, vazby
- Zjistit, jaká byla reakce respondenta na operační výkon a tím vzniklou situaci
- Zjistit, jaká byla reakce okolí na jeho stav, utajení stomie
- Zjistit, jaká byla jeho informovanost týkající se stomie v období před, v průběhu, po propuštění.
- Zjistit, jak vnímá své zdraví, jak vnímá sám sebe, zda má nějaké obavy
- Zjistit, jaké oblasti jeho života prošly změnami
- Zjistit, zda se mu podařilo vrátit se zpět do života a zda jej skutečně žije.

### Úvod do rozhovoru

Druhý respondent je žena ve věku 64 let, u které byl diagnostikována adenokarcinom rekta. V roce 2008 byla provedena operace amputace rekta dle Milese a následně



provedena radiochemoterapie. Při pravidelné kontrole pacienta jsem respondentka B oslovila a požádala její o rozhovor. Respondentka B byla informována, že cílem mého rozhovoru bude získat data z období od zjištěné diagnózy, přes období hospitalizace, po ní a ze současnosti.

S navrženými schůzkami respondentka souhlasila. Při kontrolách začal být respondentka otevřený, bylo zřejmé, že jsem získala její důvěru. S respondentkou jsem měla v průběhu prosince až ledna tři schůzky, které posloužily ke sběru dat k mé výzkumné práci. Respondentka B byla ujištěna o anonymitě veškerých zjištěných údajů.

#### Anamnéza

##### ✓ Osobní anamnéza

Žena ve věku 64 let, prodělala běžné nemoci. V roce 1962 hepatitis A, v roce 1981 CHCE klasickou metodou, v roce 2006 fractura levého zápěstí. Od roku 2000 léčena pro hypofunkci štítné žlázy na substituční terapii, užívá Euthyrox 50 1-0-0. V roce 2008 byla provedena amputace rekta dle Milese. Alkohol užívá příležitostně, pije pivo, nekouří, kávu nepije, alergie neudává. Volný čas věnuje rodině.

##### ✓ Rodinná anamnéza

Otec zemřel v 75 letech na CA žaludku, matka zemřela v 80 letech. Žena vdaná 40 let, má dvě sestry, jedna zdravá, u druhé prokázány polypy. Její dvě dcery jsou zdravé.

##### ✓ Sociální anamnéza

Žena nyní bydlí v domě, v malé vesničce s manželem, dcerou, jejím mužem a dvěma vnoučaty. Pracovala jako dětská zdravotní sestra, nyní v důchodu. Manžel byl úředník, nyní v důchodu, je zdravý.

##### ✓ Zdravotní anamnéza

Prodělala běžné dětské nemoci bez dalších komplikací, v mládí se léčila pro Hepatitis A, nyní je bez potíží. Před 30 lety jí byla provedena cholecystectomie klasickou cestou. 12 let je sledována pro hypofunkci štítné žlázy, užívá substituční terapii Euthyrox. V roce 2008 jí byl diagnostikován verifikovaný adenokarcinom rekta. Po té byla provedena amputace rekta dle Milese s terminální sigmoideostomií. Následovala onkologicky navržená radiochemoterapie, kterou respondentka úspěšně a

bez vážnějších komplikací ukončila. Od operačního výkonu je dispenzarizována na gastroenterologickém oddělení, kde je jí provedena 1 krát za rok koloskopie. Dále je dispenzarizována na RTO oddělení, kam pravidelně dochází. Nyní subjektivně bez potíží.

## 6.6 Období před diagnostikovaným kolorektálním karcinomem

Rozhovor s respondentem

➤ *Jaký byl styl Vašeho života před tím, než Vám diagnostikovali onemocnění?*

Žili jsme s manželem poklidným životem. Já jsem ráda zašla na jógu, ráda jsem si četla. Volný čas jsem věnovala rodině, dcerám vnoučatům. Cítila jsem se dobře, nic mně nescházelo.

➤ *Jaká byla Vaše životospráva?*

S manželem jsme se stravovali společně, vařila jsem českou kuchyní, manžel to má rád. Mám také ráda sladké, ráda pečtu nějaké moučníky. Zeleninu moc nemusím, občas si dám jablko.

➤ *Kouříte, pijete alkohol, kávu?*

Kávu nepiji, nekouřím, alkohol velice zřídka a to si dám pivo.

➤ *Chodila jste na nějaké prohlídky, prováděla jste si preventivně nějaké testy?*

Pravidelně jsem chodila na gynekologii, jinak nic. Nic jsem na sobě nepozorovala, možná jsem ani nechtěla vidět.

➤ *Nechala jste si v rámci prevence provést vyšetření stolice na okultní krvácení?*

Ne, k obvodní jsem moc nechodila.

➤ *Znáte FOB test?*

Nevím o čem mluvíte.

➤ *Tento test je volně prodejný a slouží k detekci krve ve stolici. Toto vyšetření lze provést doma a do několika minut máte výsledek hotový. Koupila by ste si jej?*

Nevěděla jsem o něm, nevím, jestli bych se chtěla otestovat.

➤ *Jaké bylo Vaše rodinné zázemí?*

S manželem jsme bydleli v bytě ve městě, byla jsem celkem spokojená. Jezdili jsme za dcerami a za vnoučaty. To mě naplňovalo asi nejvíce. Ve městě jsem se vídala s kamarádkou, chodila jsem na jógu.

➤ *Měla jste nějaké zájmy a záliby?*

Jak už jsem říkala, chodila jsem na jógu, občas kniha, televize, turistika

➤ *Jaké bylo Vaše vyprazdňování ?*

Mívala jsem zácpu, stolice někdy byla nepravidelná. Trápily mě hemeroidy, občas jsem krvácela.

➤ *Mívala jste nějaké plány, sny?*

Já jsem si ze všeho nejvíc přála užít si vnoučat, jet někam výlet, do divadla.

## **6.7 Období diagnostikovaného kolorektálního karcinomu**

Rozhovor s respondentem

➤ *Jaký byl začátek Vašich potíží?*

Již rok jsem měla nějaké divné potíže s vyprazdňováním, občas krev ve stolici. To jsem přisuzovala hemeroidům, co jsem měla. Po té jsem začala hubnout. Cítila jsem, že něco není v pořádku. Obvodní lékař mě poslal na chirurgii, kde mně řekl pan doktor, že se mu tam něco nezdá. Na koloskopii se vše potvrdilo. Já, jako zdravotní sestra, jsem věděla, že je to špatné. Měla jsem strach. Bylo mně řečeno, že mě čeká operace a stomie. Všechno se se mnou zatočilo. Tenkrát, pamatuji si, že mně moc pomohly moje dcery. Přijela i má sestra, co bydlí v Německu, aby mě podpořila.

➤ *Co Váš manžel, o tom vůbec nemluvíte?*

Já vím, žili jsme vedle sebe, bylo to pro něho také těžké. Snažil se mně být na blízku.

➤ *Jak probíhala Vaše hospitalizace?*

Byla jsem přijata na chirurgické oddělení. Zde probíhala příprava, ta byla pro mne náročná. Stále jsem musela myslet na to, co bude dál. Po operaci jsem se dostala na JIP. Zde to bylo pro mne nepříjemné. Viděla jsem okolo sebe samé ležící pacienty, moc se mi tam nelíbilo. O stomii se mi zde staraly sestřičky, moc jsem o ní nepřemýšlela. Po několika dnech jsem byla přeložena k Vám na oddělení. Tady to bylo úplně jiné. Sestřičky i Vy jste na mne byly hodné a milé. Zde jsme se spolu začaly učit ošetřovat stomii. Já jsem moc nechtěla, ale byla jste neodbytná, takže jsme se do toho pustily. Říkala jste mi, že to bude chvilku trvat, než se spolu skamarádíme. Tak to jste měla pravdu. Nácvik šel pomalu. Než jsem odcházela domů, měla jsem dost informací o pomůckách, ošetřování, případných komplikacích. Dokázala jsem si sama ošetřit stomii. Bylo to pro mne velice těžké období.

➤ *Udržovala jste po dobu hospitalizace kontakty s rodinou?*

Chodil za mnou manžel, přijely dcery. Snažily se mně podpořit.

➤ *Byla jste spokojená s množstvím informací týkajících se Vaší stomie, které jste získala při hospitalizaci?*

Myslím si, že ano. Od Vás jsem obdržela řadu materiálů i DVD, byla jste ke mně vstřícná. Bylo toho na mne moc. Byla jsem ráda i za kontakty, na které se mohu v případě potíží obrátit. Dalo by se říci, že jsem byla soběstačná v ošetřování své stomie.

➤ *Měla jste problém s vyprazdňováním?*

Po té, co jste mě propustily, jsem měla stolicí 1-2 krát denně v závislosti na množství stravy.

➤ *Jaké to bylo s přijímáním potravin?*

Neměla jsem žádné potíže, pomalu jsem začala přibývat na váze.

➤ *Jaký byl Váš spánek?*

V nemocnici jsem užívala hypnotika, hlavou se mně honilo spoustu myšlenek, jak to bude dál, měla jsem strach z budoucnosti.

➤ *Jak jste zvládala péči o stomii po propuštění?*

Po propuštění mě dcera odvezla k sobě s tím, že tam máme s mužem pokoje, kde budeme moci být. Byla jsem překvapena, souhlasila jsem. Přijela má sestra z Německa. Říkala: „ Tak se do toho dáme, já Ti pomohu, od toho jsem tady“. To mně moc pomohlo do začátků. O stomii jsem se snažila starat sama. Žádné potíže nebyly.

➤ *Jak jste se navracela zpět do normálního života?*

Když jsem přijela z nemocnice, dcery za mne vše rozhodly, takže jsem skončila na vesnici. Tam žijeme s mužem dcerou a její rodinou a vnoučaty. Cítím se být potřebná. Mezi lidmi moc nechodím, nechce se mi. Občas jdu s kamarádkou na procházku.

➤ *Měla jste nějakou následnou terapii?*

Jsem v péči onkologů. Mám za sebou radiochemoterapii. Moc nerada na to vzpomínám. Měla jsem pocity na zvracení, suchou kůži, v průběhu se přidal zánět močového měchýře. Během chemoterapie jsem měla i průjmy, takže ošetřování stomie bylo pro mne náročnější. Nyní chodím pravidelně na RTO. Je to pro mě velice stresující. Chodím dvakrát za rok na onkomarkery a CT vyšetření. Jednou se jim něco nezdálo na CT a já musela jít na magnetickou rezonanci. Tam to dopadlo dobře. Jsem stále ve stresu, pokaždé, když čekám na výsledky, mě poví, že mně pošlou výsledky. Čekám tři týdny, než přijdou. Každý den se budím ve strachu, jak to dopadne. Dále chodím na gastroenterologii.

## **6.8 Kvalita života v současnosti**

Rozhovor s respondentem

➤ *Máte nějaké nepříjemné pocity v souvislosti s Vaším onemocněním?*

Vadí mně to, že když se ráno probudím, přemýšlím o nemoci, stále se mě drží myšleky na diagnózu. Snažím se odpoutat a být optimistická.

➤ *Berete nějaké léky na uklidnění?*

Ne, neberu.

- *Chtěla byste si s někým popovídat o tom, co Vás trápí.?*

Možná.

- *Kdybyste chtěla, mohla bych vám dát kontakt na paní doktorku, se kterou byste si mohla popovídat.*

Tak mně ho dejte, já si to rozmyslím.

- *Co děláte, když Vás začnou obtěžovat myšlenky na nemoc?*

Snažím se něco dělat, začala jsem plést, ale nebaví mě to, jen zabíjím čas. Zkoušela jsem hledat i jiné způsoby terapie. Zajímám se o alternativní medicínu. Potřebovala bych najít vnitřní klid. Zkoušela jsem meditovat, ale nešlo mi to.

- *Tak to je dobře, že se snažíte na sobě pracovat.*

V našem městě je jedno knihkupectví, kde jsou pěkné knížky, dříve jsem tam chodila.

- *Tak se jeďte podívat, třeba Vás tam něco osloví.*

Pomáhá mně, když mě volá moje sestra. Volá skoro každý den, je jí 70 let. Moc jsme se sblížily, mám ji ráda. Domlouvaly jsme se spolu, že by šla se mnou na kurz Reiky. Nevím, jestli víte, co to je?

- *Ano, znám to. Bude dobře, když se budete věnovat sobě. Jestli do toho máte chuť, měla byste to zkusit.*

Nechci to jen tak nechat, chci bojovat, chci tomu nějak pomoci.

- *Rozumím Vám. Míváte nějaké bolesti?*

Ne nemám, cítím se dobře.

- *Jaký je váš spánek?*

Někdy nemohu usnout, snažím se číst, ale nesoustředím se. Někdy se ráno vzbudím a přemýšlím o své nemoci. Mám strach.

➤ *Jak prožíváte život v partnerství po založení stomie, co Váš intimní život?*

Manžel stomii neviděl, neukazuje se před ním. Máme takovou vzájemnou dohodu, bydlíme každý v jiném pokoji.

➤ *Manžela vídám, jak Vás doprovází.*

To ano, je ohleduplný, trpělivý a na každé ošetření mě doprovází.

➤ *Stydíte se za to, že máte stomii?*

Nechci mu to ukazovat, je mi to nepříjemné.

➤ *Změnila jste Vaše stravování?*

Stravuji se podle doporučení. Mám ráda brambory, chléb. Zeleninu moc nemusím, vařenou nemám ráda. Saláty jím minimálně. Máme rádi polévky, omáčky. Našla jsem si jídelníček, který mně nedělá potíže. Jím pravidelně.

➤ *Pijete alkohol, kouříte?*

Alkohol piji minimálně, ráda si dám pivo, nikdy jsem nekouřila a nekouřím.

➤ *Přijala jste svoji stomii?*

Stomie mně nevadí, akorát mám potíže, když jdu na gynekologii. Je mi tam nepříjemné, že je vidět stomie. Nechodím ke svému praktickému lékaři. Je tam hrozná sestra. Vždycky něco vykřikuje o pacientovi nahlas před ostaními. To by mně moc vadilo. Je ještě jedna věc, která mě trápí je to, že jsem od doby operace neměla na sobě sukni.

➤ *Máte ve spojitosti se sukni z něčeho obavu?*

Necítím se jistě. Nerada bych byla, aby se mi stala nějaká nepříjemnost se stomií. Asi to nepřekonám.

➤ *Chodíte někde mezi lidi?*

Moc, ne. Ráda bych začala chodit na jógu, ale nemohu se rozhodnout.

- *Co si myslíte, že by Vám vadilo? Stomie není vidět, sáčky jsou diskrétní, nikdo to nepozná.*

Měla bych strach, že to bude slyšet.

- *Inteligentní člověk to pochopí a Vy byste se cítila dobře. Máte přece jógu ráda.*

To ano. Cvičitelka už se na mě ptala. Já mám také obavu, kdybych musela vyměnit sáček.

- *Jste šikovná a rychlá, určitě byste to zvládla.*

Je mi nepříjemné vyměňovat si sáček na cizím WC.

- *Máte nějaké potíže s ošetřováním stomie?*

Ne, stomii mám pěknou kulatou, odvádí pravidelně 2 krát denně. Stolicí mám řidší.

- *Zajímáte se o nějaké novinky týkající ošetřování stomie?*

Ne, nic nevyhledávám. Zvykla jsem si na jednodílný systém, ten mně vyhovuje, nemám potřebu jej měnit.

- *Jste spokojena s pomůckami a jejich dostupností?*

Ano, pomůcky jsou hrazeny pojišťovnou. K praktikovi nechodím, píše mně je v nemocnici.

- *Stýkáte se s nějakým stomikem, chodíte nebo chodila byste ráda mezi stomiky?*

Stomika žádného neznám. Mezi stomiky nechodím, ani nechci. Mám strach, že by mě zraňovalo, kdyby nějaký z nich zemřel. Ne, jsem raději se zdravými.

- *Ovlivnila stomie Váš soukromý život?*

Jsem v důchodu, do práce nechodím. Ráda bych chodila více mezi lidmi.

- *Máte nějaké zážitky spojené se stomií?*



Nevím, jestli se to dá nazvat zážitek. Letos jsme měli sraz ze školy, bylo to výročí. Já tam moc chtěla jít, ale řekla jsem si, že to zvládnu. Den předem jsem večer moc nejedla a další den jsem měla minimum lehkého jídla. Moc jsem se těšila.

➤ *Řekla jste spolužákům, že máte stomii?*

Ne, nikomu jsem nic neřekla, nikdo to nepoznal. Večer proběhl báječně, byla jsem ráda, že jsem tam šla.

➤ *Tak vidíte, že stomie je diskrétně zakryta sáčkem. Nechtěla by jste se svěřit známým, abyste stomii nemusela tajit?*

Necítím se na to, vědí to jen Ti nejbližší.

➤ *Máte nějaké plány do budoucna?*

Ráda bych zvládla cvičení jógy, schází mně to. Ještě mě napadá, ráda bych zašla za paní doktorkou, co jsem u ní pracovala. Volala mně a chtěla se se mnou vidět. Měla jsem ji ráda, tak to asi zkusím.

➤ *Je to profesionálka, myslím si, že by jste s ní mohla mluvit otevřeně. Ovlivnila stomie Vaše vztahy?*

Moje rodina je pro mě velkou oporou. Obnovily se mé vztahy se sestrou. V rodině myslíme více jeden na druhého. Někdy přemýšlím, že se byt ve městě nemusel prodávat, ale na té vesnici je také hezky. Myslely to Ty mé děvčata dobře.

➤ *Jak by jste charakterizovala Váš nynější život?*

Celkem jsem spokojená. Vnoučata mně dávají novou sílu. Musím se držet, aby se mnou neměly dcery starosti. Snažím se přijmout situaci. Schůzky s Vámi mně velmi pomohly, cítím se lépe. Ráda se s Vámi opět uvidím.

➤ *To nebude problém, přijďte.*

## **poznámky výzkumníka**

Žena, je spíše uzavřená, introvert. Přišla mně v hloubi vystrašená, i když na první dojem se usmívá a nedává na sobě nic znát. Během našich schůzek jsem měla možnost přiblížit se pocitům stomiků a zjistit, že není lehké bojovat. Je vidět, že stomii ještě úplně nepřijala, vyhýbá se kontaktu s cizími lidmi. Možná by jí pomohla nějaká intenzivnější terapie, možná setkání s nějakou dobrovolnicí sdruženou u některého klubu stomiků.

## **6.9 Analýza rozhovoru**

### **6.9.1 Kvalita života před diagnostikovaným onemocněním**

*A: „Dříve jsem žil hodně uspěchaným životem. Post managera Vám sebere hodně času. Moc jsem neodpočíval, protože to byla pro mne ztráta času. Jedl jsem velmi nepravidelně. Když mně bylo padesát, domluvili jsme se s kamarády a šli do Sante na celkové vyšetření, prováděli mně i vyšetření na okultní krvácení. Život běžel dál, já chodil do zaměstnání a sportoval. Miluji pohyb a to byl můj asi jediný koníček. S manželkou jsem se vídal po večerech, neměl jsem moc času. Já moc dopředu neplánuji. Plánovali jsme s přáteli cestu na kolech.“*

*B: „Žili jsme s manželem poklidným životem. Já jsem ráda zašla na jógu, ráda jsem si četla. Volný čas jsem věnovala rodině, dcerám vnoučatům. Cítila jsem se dobře, nic mně nescházelo. S manželem jsme se stravovali společně, vařila jsem českou kuchyni, manžel to má rád. Kávu nepiji, nekouřím, alkohol velice zřídka a to si dám pivo. Pravidelně jsem chodila na gynekologii, jinak nic. Nic jsem na sobě nepozorovala, možná jsem ani nechtěla vidět. Já jsem si ze všeho nejvíc přála užít si vnoučat, jet někam výlet, do divadla.“*

### **Shrnutí**

Respondent A i B žili aktivní a spokojený život. Respondent A byl zaměřen na práci, s rodinou se vídal po večerech, stravoval se velice nezdravě a nepravidelně. V 50 letech šel na vyšetření, od té doby se nesledoval. Ve volném čase provozoval sport. Jeho plány se týkaly sportovních aktivit.

Respondentka B žila poklidný život ve městě s manželem, vařila českou kuchyni, nekouřila a nepila alkohol. Z preventivních prohlídek to bylo jen gynekologické vyšetření, jinak se nesledovala. Jejím přáním byl kontakt s rodinou, vnoučaty.

### **6.9.2 Kvalita života v období dignostikovaného kolorektálního karcinomu, hospitalizace, propuštění.**

**A:** „Za rok a půl po vyšetření v Sante jsem začal pociťovat potíže po jídle. Provedená koloskopie zveštila moje obavy. Tam mně lékař sdělil diagnózu, vyložil karty na stůl a řekl mi, že bych měl jít na operaci a že mě čeká provedení stomie. Byl to šok. Rodina byla fajn, všichni mě uklidňovali a podporovali. Do práce jsem se chtěl po operaci vrátit. Probudil jsem se na JIP. Tam to bylo pro mne dost stresující oddělení. Nejbližší je mi rodina, moc mně pomohla. Kolegové a nadřízení mě byli také navštívit. Otevřenost mně pomohla. Rozhodl jsem se, že budu bojovat a vrátím se zpět do práce. Zpočátku mně pomáhala manželka, vystřihovala nové sáčky. Po týdnu jsem jí řekl, že to již zvládnou sám. Po té, co jsem se vrátil domů, měl jsem potřebu se hodně pohybovat. Ano trochu to obtěžuje, ale jinak to nejde, když chci hrát. Už jsem se s tím smířil, takže mě to zase tolik netrápí. Ano byl jsem na RTO. Byla navržena radioterapie. Nakonec jsem vše zvládl.“

**B:** „Již rok jsem měla nějaké divné potíže s vyprazdňováním, občas krev ve stolici. Po té jsem začala hubnout. Na koloskopii se vše potvrdilo. Bylo mně řečeno, že mě čeká operace a stomie. Všechno se se mnou zatočilo. Přijela i má sestra, co bydlí v Německu, aby mě podpořila. Po operaci jsem se dostala na JIP. Zde to bylo pro mne nepříjemné. O stomii se mi zde staraly sestřičky, moc jsem o ní nepřemýšlela. Po několika dnech jsem byla přeložena k Vám na oddělení. Zde jsme se spolu začaly učit ošetřovat stomii. Než jsem odcházela domů, měla jsem dost informací o pomůckách, ošetřování, případných komplikacích. Bylo to pro mne velice těžké období. Chodil za mnou manžel, přijely dcery. O stomii jsem se snažila starat sama. Cítím se být potřebná. Mezi lidmi moc nechodím, nechce se mi. Mám za sebou radiochemoterapii. Každý den se budím ve strachu, jak to dopadne.“

## Shrnutí

Po sdělení diagnózy prodělali oba respondenti velký šok. Čekal je stejný typ operačního výkonu, spojený se založením stomie a následná onkologická léčba. Respondent A i respondent B byli intenzivně podporováni rodinou, v případě respondenta A, navíc i ostatními spolupracovníky. Respondent A intenzivně pracuje na tom, aby se navrátil zpět do života. Respondentka B se špatně vyrovnává s nově vzniklou situací, uzavírá se.

### 6.9.3 Kvalita života v současnosti

**A:** „*Myslíte moje onemocnění? Nechci se o tom vůbec bavit, nechci se bavit o špatné prognóze. Úplně jsem musel změnit myšlení. Vážím si každého dne. Máme moc pěkné manželství. Pomůcek jsem vyzkoušel více druhů, nakonec jsem zůstal u pro mě nejvíce vyhovující. Letos bych chtěl začít již více jezdit. Příští rok plánujeme dovolenou na kolech i s přáteli. Moc se těším. Ne, vrátil jsem se na původní místo manažera, nechci žádné úlevy. Co se týče společnosti, nevyhýbám se jí. Naše přátelství se utužilo, pomohli mně zvládnout různé překážky, návrat zpět mezi sebe. Přijali mě a to je pro mne moc důležité. Já jsem spokojený, žiji pro svoji rodinu a Vážím si lidí okolo sebe.*”

**B:** „*Vadí mně to, že když se ráno probudím, přemýšlím o nemoci, stále se mě drží myšleky na diagnózu. Snažím se něco dělat, začala jsem plést, ale nebaví mě to, jen zabíjím čas. Zkoušela jsem hledat i jiné způsoby terapie. Zajímám se o alternativní medicínu. Pomáhá mně, když mě volá moje sestra. Mám strach. Manžel stomii neviděl, neukazuje se před ním. Stomie mně nevadí, akorát mám potíže, když jdu na gynekologii. Je mi tam nepříjemné, že je vidět stomie. Ráda bych začala chodit na jógu, ale nemohu se odhodlat. Nerada bych byla, aby se mi stala nějaká nepříjemnost se stomií. Ne, nikomu jsem nic neřekla, nikdo to nepoznal. Snažím se přijmout situaci.*”

## Shrnutí

Respondent A se postavil svému onemocnění, je otevřený vůči lidem a snaží se prožívat každý den, žije spokojený život. Respondentka B je velice zasažena základním onemocněním, je uzavřená i vůči nejbližším, manželovi, adaptační proces neukončen.

## 7 DISKUSE

Tématem provedené studie byla kvalita života u pacientů, kteří byli operováni pro karcinom tlustého střeva a u kterých byla provedena stomie. Všeobecně známou definicí Světové zdravotnické organizace je, že zdraví je obraz bio-psycho-sociální pohody. Ve své práci jsem vycházela z obecných definic kvality života. Tématika kolorektálního karcinomu je z důvodu nárůstu onemocnění velice aktuální. 19.-20.12 2012 proběhl 1.národní kolorektální kongres o kolorektálním karcinomu. Byl zaměřen na oblast medicínskou, oblast prevence a terapie. Oblastí kvality života se ve svých studiích zabývají především sestry. Většina prací, které jsem měla možnost poznat se zabývá kvantitativním výzkumem života. Závěry těchto prací bývají podobné, v hodnocení bývá řada pozitivních přínosů nad negativními.

Cílem mé práce bylo zjistit, jak vnímají pacienti kvalitu života, zjištění oblastí, kterých se změny dotýkají. Součástí mé práce bylo i porovnání subjektivního prožívání muže a ženy, zmapování jejich rozdílů. Výsledky samotného výzkumu jsem porovnála s bakalářskou prací, kterou vypracovala studentka Dana Uherková, Masarykovy univerzity, Brno 2007.

Ke své práci jsem si zvolila kvalitativní výzkum, jelikož jsem chtěla prostoupit hlouběji do tematiky. Vzhledem k mému tématu jsem měla několik kritérií, týkajících se výběru respondentů. Mým cílem bylo získat zástupce mužské a ženské populace, u kterých byl diagnostikován kolorektální karcinom, vytvořena stomie a kteří byli minimálně jeden rok po výkonu. Získala jsem souhlas obou respondentů, muže, respondenta A a ženy, respondenta B. Ke zjištění dat jsem použila osobní kontakt a rozhovor. Pro sběr dat jsem si zvolila polostrukturovaný rozhovor, který byl doplněn o další otázky za účelem motivace respondentů. Stanovila jsem si několik výzkumných otázek týkajících se kvality života před diagnostikovaným kolorektálním karcinomem, jak vnímají pacienti s vytvořenou stomií kvalitu svého života, jestli došlo ke změnám ve vztahu k okolí, jak ovlivnil život se stomií jejich práci, koníčky, plány, sny, jak ovlivnila základní diagnóza a vytvořená stomie jejich psychiku, jak byla ovlivněna jejich identita a jaký byl v těchto oblastech rozdíl mezi ženou a mužem. Rozhovory jsem soustředila do tří oblastí.

První oblast se týkala období před diagnostikovaným kolorektální karcinomem, druhá oblast zahrnovala období od diagnostikovaného karcinomu, pooperační období a propuštění do domácího ošetřování. Třetí oblast se zaměřovala na kvalitu života

u respondentů v současnosti. Při sběru dat jsem se soustředila i na emoce, které vyplývaly z rozhovoru respondentů a které jsem intuitivně vycítila. Získaná data jsem analyzovala.

V období před diagnostikovaným kolorektálním karcinomem jsem se zaměřovala na životní styl respondentů, sledovala jsem, jaká byla kvalita života v tomto období a též jakým způsobem se starali o své zdraví, zda byli aktivní v oblasti prevence nemocí a kolorektálního karcinomu.

Respondent A byl velice usměvavý typ, extrovert, na otázky reagoval otevřeným projevem, působil spokojeným dojmem. Respondentka B byla spíše introvert, měla tendence být příjemná. Z jejího projevu a pomocí intuice jsem poznala, že se její neverbální projev odlišuje od vnitřního citění.

V porovnání žili oba respondenti nepříliš zdravým způsobem života, respondent A měl nepravidelnou a nezdravou stravu, trpěl pracovním stresem, respondentka B žila klidným životem a její stravování bylo zaměřeno na tradiční českou kuchyni. Oba dva respondenti nepřijímali dostatek ovoce, zeleniny, oba dva udávají občasné pití piva. Vzhledem k věkové kategorii ženy strava odpovídá dřívějším zvyklostem a přesto, že je žena bývalá zdravotní sestra, nezařadila do své stravy zdravější produkty. V případě muže v aktivním věku se ukazuje negativní vliv dnešní doby charakterizovaný spěchem a stresem. V oblasti volnočasových aktivit se zdá být respondent A velice aktivní, taktéž respondentka B udává občasné cvičení jógy a turistiku. Rodinné vztahy se zdají být v obou případech funkční, v případě respondentky B se většina aktivit odehrávala v přítomnosti kamarádky, o manželovi se moc nezmiňuje. V oblasti prevence a péče o zdraví měl respondent A dobrou myšlenku a v rámci akce s přáteli si nechal provést jednorázově kompletní vyšetření, s jehož výsledkem byl spokojen. V té době mu bylo provedeno vyšetření na okultní krvácení s negativním výsledkem, v případě respondentky B využívala z preventivního programu pouze gynekologické vyšetření. Respondentka B jako bývalá zdravotní sestra měla dostatek vědomostí z oblasti medicíny. Oba dva udávají neznalost FOB testu, respondent by si jej možná koupil, respondentka B by jej nepoužila. Vyprazdňování střeva bylo u respondenta A v pořádku, respondentka trpěla na dlouhodobé zácpy, měla hemeroidy, občas krvácela. V oblasti prevence oba respondenti nevyužívali svých možností, přestože se u každého z nich objevilo v rodinné anamnéze onkologické onemocnění.

Druhé období bylo zaměřeno na zjištění závažné diagnózy, operační výkon, pooperační období a propuštění. V úvodu této části se zaměřuji na okamžik zjištění

diagnózy, jaké byly vztahy s rodinou a okolím v období zjištěné diagnózy, po operačním výkonu, jestli byly uspokojeny veškeré potřeby v tomto období, jakým způsobem se vyrovnávali se stomií, jaký byl stav sebeděče, jak se navraceli zpět do normálního života a jak probíhala adaptace.

Oba respondenti šli k lékaři až v době potíží, když bylo plně rozvinuto nádorové onemocnění. V obou případech došlo k velkému šoku, po kterém nastal adaptační proces. Respondent A již před operačním výkonem věděl, jakým směrem bude směřovat období po operaci. S termínem stomie se seznámil již před nástupem do zdravotnického zařízení. Za každou cenu se chtěl vrátit do zaměstnání a ke svým původním aktivitám. Respondentka B byla uzavřená, toto období bylo provázeno strachem, neměla žádné plány do budoucna, neměla dostatek informací o životě stomika. Hospitalizační průběh u respondenta A probíhal s menšími komplikacemi dobře, následovala radioterapie. Respondentka B zvládala hospitalizaci s potížemi, týkající se její psychiky, následovala radiochemoterapie. Oba respondenti byli soběstační v péči o stomii, měli pravidelné vyprazdňování. V obou případech byl zaznamenán aktivní přístup ze strany rodiny, u respondenta A došlo k většímu sblížení mezi oběma manželi, v případě respondentky B byl zaznamenán bližší vztah s její sestrou. Respondent A se vrátil zpět domů, respondentka B se přestěhovala i s mužem ke své dceři. Následně byl její byt prodán. Tento krok rodiny bude vnímán ze strany respondentky B jako negativní. Pooperační období bylo u respondenta A silně ovlivněno setkáním se stomikem a domnívám se, že přispělo k vytýčení směru cesty zpět do života. Respondent A se vrací zpět do života a ke svým aktivitám, respondentka B se soustředí na okruh své rodiny, u ženy jsou náznaky ztráty identity.

Třetí období je zaměřeno na současnost. Je zde uvedeno, jak se respondenti adaptovali na své onemocnění a na stomii.

Oba respondenti měli různý průběh návratu zpět do normálního života a žijí rozdílným způsobem. Oblast fyzická je u obou respondentů optimální, respondentka B uvádí problém se spánkem, který souvisí s jejím psychickým stavem. V případě respondenta A došlo k úplné adaptaci na onemocnění a stomii, výrazný posun se objevil v myšlenkových pochodech a názorech, došlo u něho k upevnění manželství, vrátil se k většině aktivitám a to i sportovním, které měl i před onemocněním. Myslím si, že velký vliv na tento průběh měl i kontakt se stomikem a dostatečná informovanost o samotné problematice před vlastním operačním výkonem. Respondent A se aktivně zapojuje do společenského života. Respondentka B nemá svůj proces adaptace ukončen,

odmítá s kýmkoliv sdílet svoji stomii, nepřijala ji ani sama. Přetrvává ztráta identity, respondentka se neztotožňuje s obrazem ženy, který je narušen stomií. V manželství žije odděleně od muže, její vztah jako ženy k muži je narušen. Vyjadřuje nespokojenost s tím, že ostatní za ni vyřešily změnu bydlení. Objevuje se i myšlenka, že jí rodina tímto krokem i zabránila k aktivnímu přístupu navrátit se zpět do života. V porovnání mezi mužem a ženou se objevují rozdíly ve vnímání vlastního těla, ženy jsou více zaměřeny na své tělo, obraz těla je spojuje s jejich ženskostí. V průběhu našich rozhovorů jsem u respondentky B zaznamenala posun v oblasti postoje k návratu do společnosti.

Velká část prací zabývajících se otázkou kvality života se zaměřuje na určitou oblast. Bakalářská práce Dany Uherkové, kterou jsem si vybrala pro porovnání, se zaměřuje na změnu kvality života u stomika. První hypotézou, kterou se zabývala, bylo to, že největší změna bude v oblasti psychické a sociální. Ve svém výzkumu uvádí, že většina stomiků přešla do invalidního důchodu, změny v oblasti psychické nebyly pocíťovány tak výrazně. V porovnání s mým šetřením se dá říci, že mladší generace se bude snažit vrátit zpět do zaměstnání, potíže mohou nastat u některých žen, které dostatečně nezvládnou adaptační proces. I na tomto příkladě se projevuje přímá souvislost mezi psycho-sociální oblastí. Obraz spokojenosti v psychosociální oblasti je promítán do oblasti fyzické, dochází ke vzájemné interakci. Hypotéza druhá se soustředila na oporu pacientů, na jejich rodinu a přátele. Ve svém výzkumu uvádí, že hypotéza se potvrdila, že vedle stomasestry pomáhají kolostomikům i rodinní příslušníci a přátelé. V porovnání s mým šetřením mohu souhlasit s tím, že je zaznamenán aktivní přístup ze strany rodiny, přátel. i stomasestry. U obou respondentů bylo zaznamenáno několik osob, na které se respondenti více soustředili, a kteří je více ovlivňovali. U respondenta A to byl dobrovolný stomik, který mu ukázal cestu, dále stomik, který poskytl své zkušenosti související s cyklistikou. U respondentky B jsem zaznamenala největší působení od její sestry, pomohl jí její přístup k dané tématice. Třetí hypotéza se zabývala informovaností o svépomocných skupinách sdružujících stomiky. Ve svém výzkumu uvádí, že pouze 45% stomiků udává člensví, což se jí zdá nedostatečné. V porovnání s mým šetřením jsem došla k tomu, že mladší stomici nemusí mít potřebu se sdružovat v klubu stomiků, budou se raději vracet mezi normální populaci. Hypotéza čtvrtá se zaměřovala na informovanost pacientů o životě se stomií. Ve svém výzkumu udává, že bylo před vytvořením stomie dostatečně informováno více než 50%, což se zdá být nedostatečné. V porovnání s mým šetřením bylo zjištěno, že respondent A, zástupce mladší kategorie si byl schopen nastudovat velké množství informací ještě



před přijetím. U respondentky B probíhala edukace a v rámci ošetrovatelské péče. Dalo by se říci, dostatečně informovaný pacient má větší šanci projít adaptačním procesem bez potíží, než ten, který získá informace těsně před výkonem. Dostatečně informovaný pacient si může začít plánovat svoji cestu a aktivně se na ní připravovat.

Každý člověk je jiná osobnost s množstvím charakterových vlastností, každý vyžaduje jiný přístup.

## ZÁVĚR

Cílem mé bakalářské práce bylo prozkoumat, jak vnímají pacienti s diagnostikovaným kolorektálním karcinomem a stomií kvalitu svého života. Součástí bylo porovnání subjektivního vnímání muže a ženy a zjištění případných rozdílů mezi nimi.

Praktická část se zabývala samotným výzkumem. Pro své šetření jsem si zvolila metodu kvalitativního výzkumu. Rozdělila jsem jej do několika okruhů. První byl zaměřen na kvalitu života u pacienta před diagnostikovaným kolorektálním karcinomem, druhý se týkal kvality života u pacienta s diagnostikovaným karcinomem, který zahrnoval období operačního výkonu a období krátce po propuštění, třetí byl zaměřen na kvalitu života v současnosti. Vytvořila jsem několik otázek, pomocí kterých jsem chtěla získat data týkající se daného tématu. Samotný výzkum byl prováděn pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Ke svému výzkumu jsem získala souhlas dvou respondentů.

Provedla jsem analýzu zjištěných dat a zjistila, které oblasti by bylo třeba aktivním způsobem posílit.

Výsledkem šetření je fakt, že dnešní generace mladých i starších občanů není dostatečně informována, žijí hektický život a zapomínají sami na sebe. Kolorektální karcinom patří mezi nejaktuálnější onemocnění, o kterém se dnes vede řada diskusí. Bylo by třeba seznámit veřejnost s prevencí kolorektálního onemocnění, působit na ně ve smyslu aktivního přístupu k nim samým. Bylo by vhodné, kdyby se například v televizním vysílání, tisku opakovaně objevily informace z této oblasti, výsledky statistik. Taktéž praktičtí lékaři by mohli aktivně přistupovat k preventivnímu programu a zmíněné pacienty i sami kontaktovat. Vhodná by byla reklama na FOB test, který by seznámil širokou veřejnost s jejím využitím v domácím prostředí.

V dalších částech jsem se snažila sledovat vývoj adaptačního procesu u respondenta A a respondentky B. Zajímalo mě mě, jakým způsobem dosáhl tak rychlé adaptace respondent A, co naopak mohlo ovlivnit proces u respondentky B. V průběhu šetření jsem zjistila, že měl pacient již dostatek informací před samotným nástupem do zdravotnického zařízení. V období před nástupem se aktivně zabýval budoucností a stanovil si cíle, kterých chtěl dosáhnout. Samotná hospitalizace probíhala, až na malou komplikaci bez problémů. Velký vliv na další průběh mělo i setkání s dobrovolným stomikem. Respondent A zastával názor, že je nejdůležitější pro všechny zúčastněné

otevřenost. Lidé jeho projev přivítali a pomohli mu zapojit se zpět mezi ně. Respondentka B nebyla dostatečně informována před výkonem, a proto se nemohla řádně připravit na pooperační období. Svým stavem byla tak zaskočena, že souhlasila se změnou bydliště, čehož dnes trochu lituje. Její adaptační proces není dodnes ukončen. Je uzavřená, zdržuje se pouze v okruhu své rodiny. Mívá často pocity strachu, týkající se jejího základního onemocnění, strach z toho, co bude dělat rodina, až tu nebude. Do dnešního dne respondentka nepřijala svoji stomii, zdá se, že má problém i se samotným ženským přijetím. Respondent A s hravostí zvládá překážky a případné nečekané situace týkající se stomie. Respondentka B je pasivní, má malou motivaci, přetrvává u ní ztráta identity. V jejím případě by byl vhodný individuální přístup s pomocí psychologa.

Výsledkem mého šetření je uvědomění si propojení jednotlivých oblastí působících na kvalitu života. Je zde vidět jejich vzájemná interakce. Potvrzuje se mně, že kvalita života, je dána rovnováhou bio- psycho- sociální oblasti.

V porovnání výzkumu baklářské práce Dany Uherkové, jsme obě došly ke stejnému závěru, že jsou pacienti nedostatečně informováni v dostatečném časovém období před výkonem.

Pro praxi bych doporučila intenzivní práci stomasester v období před samotnou hospitalizací, jejich spolupráci s chirurgy, kteří objednávají pacienty k výkonu, dále by bylo vhodné zajistit setkání s dobrovolnými stomiky, aby se mohl pacient lépe připravit na život se stomií. V každém případě je nutný individuální přístup. Ve zdravotnickém zařízení by měl být k dispozici ústavní psycholog, který by pomohl pacientům překonat toto těžké období. Předpokládám, že u všech žen se bude objevovat problém v oblasti přijetí vlastního těla, jelikož pro ženu je tělo symbolem ženství. Zjišťuji, že samotné zvládnutí sebepéče v oblasti vyprazdňování není zárukou pro zdárné ukončení adaptačního procesu. Taktéž široká veřejnost by měla být informována o této problematice, aby nechoházelo k tomu, že se stomik cítí vyloučen ze společnosti. Tato práce by mohla posloužit jako edukační materiál pro stomasestry, další osoby zabývající se tematikou stomiků a kolorektálního karcinomu. Další výzkumnou práci bych cíleně zaměřila na ženy, jelikož se domnívám, že je u nich adaptační proces složitější. Jsem ráda, že jsem prováděla svůj výzkum, myslím si, že cíl mé práce byl naplněn. Výsledky mého šetření mně nastínily kompletní adaptační proces u pacienta se stomií. Své poznatky použiji při edukaci stomiků.

## SEZNAM ZDROJŮ

1. PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. Vyd. 1. V Praze: Triton, 2005, 629 s. ISBN 80-725-4657-0.
2. TRACHTOVÁ, Eva. A KOLEKTIV. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd.dotisk. Brno: NCO NZO, 2008. ISBN 80-7013-324-4.
3. GERYK, Edvard. *Srovnání výskytu zhoubných novotvarů: Česká republika a vybrané státy*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004, 55 s. ISBN 80-7262-254-4.
4. Regionální diference výskytu kolorektálního karcinomu v ČR. *Demografie: analýza* [online]. Demografie, 2012, [cit. 2012-03-06]. Dostupné z: [Http://www.demografie.info/?cz\\_detail\\_clanku&artclID=399&PHPSESSID=4792ef360afe648527229bc2bd1b1b2d](http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=399&PHPSESSID=4792ef360afe648527229bc2bd1b1b2d)
5. ADAM, Zdeněk, Jiří VORLÍČEK a Jiří VANÍČEK. *Diagnostické a léčebné postupy u maligních chorob*. 2. aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004, 684 s. ISBN 80-247-0896-5.
6. BECKER, Horst Dieter. *Chirurgická onkologie*. 1. vyd. Překlad Miloslav Duda. Praha: Grada, 2005, 852 s. ISBN 80-247-0720-9.
7. VYSLOUŽIL, Kamil. *Komplexní léčba nádorů rektu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 196 s. ISBN 80-247-0628-8.
8. SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. Sestra. ISBN 978-802-4720-401.
9. SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelství v chirurgii II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 300 s. ISBN 978-80-247-3129-2.
10. Test na skryté krvácení. *Medimat cb : ivt immuno* [online].medimat cb, 2012, [cit. 2012-02-25]. Dostupné z: [Http://www.medimatcb.cz/fob-testy/fob-test-20ks-bal](http://www.medimatcb.cz/fob-testy/fob-test-20ks-bal)
11. MIKŠOVÁ, Zdeňka, Marie FROŇKOVÁ a Marie ZAJÍČKOVÁ. *Kapitoly z ošetrovatelské péče 2*. Aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006, 171 s. ISBN 80-247-1443-4.
12. NEJEDLÁ, Marie. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 248 s. Sestra. ISBN 80-247-1150-8.
13. ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ. *Interní ošetrovatelství*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. Sestra. ISBN 80-247-1148-6.
14. NEUWIRTH, Jiří a Greta FIFERNOVÁ. *Ošetrovatelství II pro střední zdravotnické školy*. Vyd. 3. přeprac. Praha: Informatorium, 1996, 205 s. ISBN 80-854-2788-5.

15. ADAM, Zdeněk, Marta KREJČÍ a Jiří VORLÍČEK. *Speciální onkologie: příznaky, diagnostika a léčba maligních chorob*. 1. vyd. Praha: Galén, 2010, 417 s. ISBN 978-807-2626-489.
16. MICHALSKÝ, Rudolf. *Chirurgie břišní stěny, trávicí trubice a nitrobřišních orgánů pro studující ošetrovatelství*. Vyd. 1. Opava, 2008, 93 s. ISBN 978-80-7248-465-2.
17. OTRADOVCOVÁ, Iva a Lucie KUBÁTOVÁ. *Komplexní péče o pacienta se stomií*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006, 54 s. ISBN 80-726-2432-6.
18. SKALA. *Rakovina tlustého střeva: Obecné informace pro pacienty*. Praha: Liga proti rakovině, 2011.
19. Možnosti aktivní nádorové prevence. *Liga proti rakovině Praha: obecné dokumenty* [online] lpr.cz, 2012, [cit. 2012-02-25]..Dostupné z: [Http://www.lpr.cz/index.php/ke-stazeni/cat\\_view/40-obecne](http://www.lpr.cz/index.php/ke-stazeni/cat_view/40-obecne)
20. ČOUPKOVÁ, Hana. *Ošetrovatelství v chirurgii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 264 s. ISBN 978-802-4731-292.
21. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
22. MARKOVÁ, Marie. *Stomie gastrointestinálního a močového traktu*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006, 68 s. ISBN 80-701-3434-8.
23. FARKAŠOVÁ, Dana. *Ošetrovatelství - teorie*. 1. české vyd. Martin: Osveta, 2006, 211 s. ISBN 80-806-3227-8.
24. ZACHOVÁ, Veronika. *Stomie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 200 s. ISBN 978-802-4732-565.
25. Příběh z centrální JIP. *Zdn.cz:sestra* [online]. Zdn.cz, 2012, [cit. 2012-03-06]. Dostupné z: [Http://www.zdn.cz/clanek/sestra/pribeh-z-centralni-jip-450449&usg=\\_\\_GDAGcBUjnxr2XfqE8RtI19uBC74=&h=611&w=850&sz=58&hl=cs&start=1&zoom=1&tbnid=12HyR8Y525t5hM:&tbnh=119&tbnw=159&ei=O55TT4HhIMODhQeQ0Nj3Cg](http://www.zdn.cz/clanek/sestra/pribeh-z-centralni-jip-450449&usg=__GDAGcBUjnxr2XfqE8RtI19uBC74=&h=611&w=850&sz=58&hl=cs&start=1&zoom=1&tbnid=12HyR8Y525t5hM:&tbnh=119&tbnw=159&ei=O55TT4HhIMODhQeQ0Nj3Cg)
26. Vytvoření stomie u pacienta s kolorektálním karcinomem. *Zdn.cz:sestra* [online]. Zdn.cz, 2012, [cit. 2012-03-06].Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/vytvoreni-stomie-u-pacienta-s-karcinomem-rekta-450451&docid=rSPAGeN9wN1PmM&imgurl>
27. STÁHALOVÁ, Vladimíra. *Léčba zářením a Vy: Obecné informace pro pacienty*. Praha: Liga proti rakovině, 2011.
28. JOBÁNKOVÁ, Marta. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Vyd. 2. přeprac. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002, 225 s. ISBN 80-701-3365-1.

29. BÁRTLOVÁ, Sylva. *Výzkum a ošetřovatelství*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. ISBN 978-807-0134-672.
30. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 175 s. Sestra. ISBN 978-802-4727-134.
31. GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetřovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 223 s. Sestra. ISBN 978-802-4736-259.
32. UHERKOVÁ, Dana. Kvalita života u pacientů s kolostomií. Brno, 2007. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. Vedoucí práce Mgr. Marie Marková.

# **SEZNAM TABULEK**

1.Edukace stomika

## **SEZNAM OBRÁZKŮ**

1. Výskyt kolorektálního karcinomu u mužů V ČR
2. Výskyt kolorektálního karcinomu u žen v ČR
3. Výměna systému
4. Aktivity Ilco klubu



## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

WHO	World Health Organisation (Světová zdravotnická organizace)
EORTC	European Organization for Research and Treatment of Cancer
FOB	Fecal Occult Blood (Test na skryté krvácení ve stolici)
CEA	karcinoembryonální antigen
TPA	tkáňový polypeptidický antigen
CA 19-9	glykolipidový antigen
CT	počítačová tomografie
INR	international normalization ratio (Slouží k vyjádření hodnoty Quickova testu)
aPTT	aktivovaný parciální tromboplastinový čas
KO	KO
RTG	rentgenové vyšetření
PET	pozitron emisní tomografie
KRCA	kolorektální karcinom
EKG	elektrokardiograf
ILCO	dobrovolný klub stomiků
ASK	artroskopie
RTO	radioterapeutické a onkologické oddělení
CMP	cévní mozková příhoda
JIP	jednotka intenzivní péče
CD	compact disc (nosič dat)
CHCE	cholecystectomie
CA	karcinom
DVD	digital video disc(optický datový nosič)

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1 Výskyt kolorektálního karcinomu u mužů v ČR

Příloha č. 2 Výskyt kolorektálního karcinomu u žen v ČR

Příloha č. 3 Klasifikace

Příloha č. 4 Edukace stomika

Příloha č. 5 Pomůcky pro stomiky

Příloha č. 6 Postup při výměně systému

Příloha č. 7 Komplikace u stomie

Příloha č. 8 Edukace před radioterapií

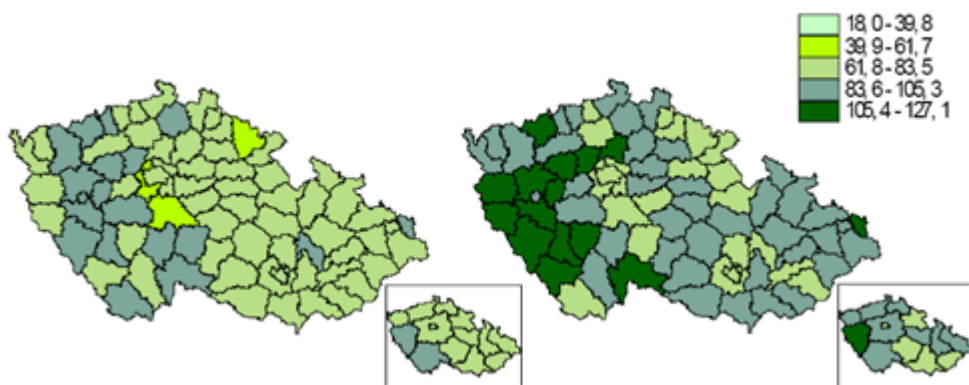
Příloha č. 9 Výživa stomika

Příloha č. 10 Aktivity Ilco klubu

Příloha č. 11 Charta práv stomiků

## Příloha č.1 Výskyt kolorektálního karcinomu u mužů v ČR

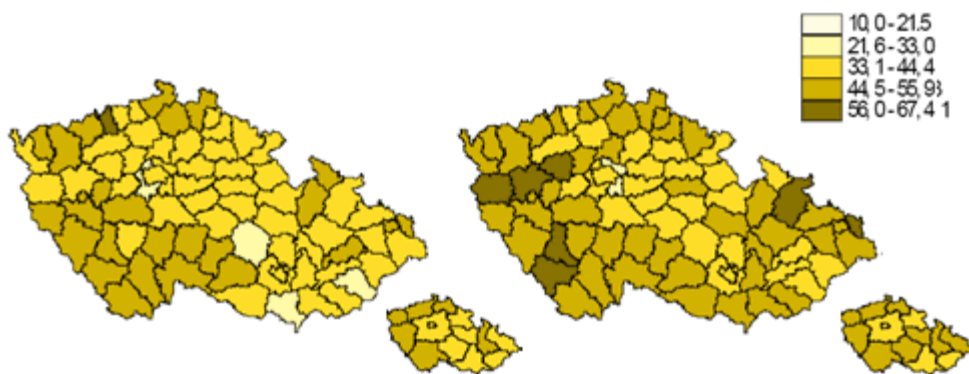
*Kartogram 1, 2 : Standardizovaná míra incidence novotvarů kolorekta mužů, v letech 1990 – 94 a 1998 - 2002 (na 100 000 mužů evropského standardu)*



(5)

## Příloha č.2 Výskyt kolorektálního karcinomu u žen v ČR

*Kartogram 3, 4 : Standardizovaná míra incidence novotvarů kolorekta žen, v letech 1990 – 94 a 1998 - 2002 (na 100 000 žen evropského standardu)*



(5)

## **Příloha č.3. Klasifikace**

### **Stupeň malignity-grading**

Dle WHO se adenokarcinomy a adenokarcinomy rozdělují na 4 stupně.

#### **Grading**

- G1 je dobře diferencovaný
- G2 je středně diferencovaný
- G3 je špatně diferencovaný
- G4 je nediferencovaný

Vícebuněčné karcinomy klasifikujeme jako G3, malobuněčné jako G4.

### **Klasifikace TNM a rozdělení do stadií-staging**

Tato klasifikace je pro nádory, metastázy do lymfatických uzlin, vzdálené metastázy.

#### **Primární nádor**

- **T0** - bez známek nádoru primárního
- **Tis** - karcinom in situ
- **TX** - primární nádor , který nelze ohodnotit
- **T1** - nádor postihující submukózu
- **T2** - nádor postihující tunicu muscularis propriu
- **T3** - nádor prorůstající přes muscularis propria do subserózy
- **T4** - nádor prorůstající viscerálním peritonee, případná infiltrace do jiných orgánů, nebo jiných částí tlustého střeva

#### **Regionální lymfatické uzliny**

- **N0** - v regionálních uzlinách meta nejsou
- **N1** - meta v 1-3 uzlinách
- **N2** - meta ve 4, či více regionálních uzlinách
- **NX** - regionální uzliny se nedají hodnotit

#### **Vzdálené metastázy**

- **M0** - nejsou meta vzdálené
- **M1** - vzdálené meta
- **MX**- vzdálené meta nelze hodnotit

(6)

## Příloha č.4 Edukace stomika

Tabulka č.1- Edukace stomika, plán ( vlastní zdroj)

Edukační plán					
Účel eduk.plánu	Poskytnout pacientovi informace k ošetřování stomie				
Cíl eduk.plánu	Pacient bude schopen do 2 dnů ošetřit stomii				
Specifické cíle	Hlavní body plánu	Metoda prezentace	Čas	Pomůcky	Hodnocení
Pacient bude znát pomůcky k ošetřování stomie	kognitivní oblast: Ukáži pacientovi pomůcky k oš. stomie	Výklad	1. den 10 minut	Brožurky, letáky, stomické listy, samotné pomůcky	Pacient zná pomůcky k ošetřování stomie a je schopen je vyjmenovat.
Pacient bude znát správný postup ošetřování stomie	kognitivní oblast: Vysvětlím správný postup ošetřování stomie	Výklad	1. den 10 minut	Pomůcky	Pacient zná správný postup při ošetření stomie.
Pacient bude rozumět zásadám správné životosprávy	kognitivní oblast: Pacienta seznámím se správnou životosprávou/dietní režim, pitný režim, režim stomika	Výklad	1. den 10 minut	Brožurky, letáky	Nemocný rozumí zásadám správné životosprávy a chápe její nutnost.
Pacient bude umět předvést ošetření stomie a výměnu setu	psychomotorická oblast: Předvedu správné postupy při ošetřování stomie	Praktická ukázka na modelu, na pacientovi výklad	2. den 15 minut	Stomické sety a kosmetika pro stomiky, model k aplikaci	Pacient je schopen sám ošetřit stomii.
Pacient bude mít prostor vyjádřit dotazy	Pobídnu pacienta k dotazům	Diskuse, výklad	2. den 15 minut	Dle dotazu	Pacientovi jsem zodpověděla dotazy, nemá další.
Pacient bude zbaven strachu	afektivní oblast: pacient dostane tel. č.na stomasestru	rozhovor	2. den 5 minut		Pacient se částečně zbavil strachu.

## **Příloha č. 5 Pomůcky pro stomiky**

### **Systémy**

Jednodílný systém je tvořen podložkou ze želatiny, která je pevně spojena se sběrným sáčkem. Sáčky mohou být průhledné, zajišťující vizuální kontrolu a neprůhledné, diskrétního zabarvení. Tento systém je vypouštěcí a uzavřený. Vypouštěcí je používán v situacích, kdy je obsah řidší, uzavřené se používají v době, kdy má stolice tužší konzistenci.

Dvojdílný systém je složen ze samostatné podložky a samostatného sáčku. Podložka má uprostřed otvor, kolem něhož je upevněn plastický kroužek, který je rozhodující pro velikost pomůcky. Na plastický kroužek je připevněn sáček, mající stejnou velikost. Velikost kroužku by měla být o 1 centimetr větší, než je velikost stomie.

### **Podložky**

Podložky jsou rozděleny na několik skupin. První jsou celoželatinové, druhé flexibilní s želatinovým středem, jejichž okraj je z mikroporu a třetí konvexní používané pro komplikované stomie. Veškeré podložky podporují proces hojení.

### **Sáčky**

Sáčky se rozdělují na průhledné, neprůhledné, s filtrem a bez něho, vypouštěcí se sponou a vypouštěcí se suchým zipem.

### **Čistící prostředky**

- Čistící roztok a odstraňovač náplastí slouží k odstranění lepidla a ke konečnému očištění peristomální kůže.
- Pohlcovač zápachu se užívá k neutralizaci zápachu. Je dodáván ve formě kapalném, ve spray. Několik kapek se aplikuje do nevypouštěcího sáčku před jeho nalepením. Spray je aplikován do ovzduší, do sáčku nebo na potřísněné tkaniny. Pohlcovač zápachu není vhodný k přímé aplikaci na kůži

## **Ochranné prostředky**

- Ochranný film je možno nanášet na kůži před přiložením podložky. Vytváří ochrannou vrstvu a tím se stává kůže odolnější.
- Ochranná pasta se užívá k vyrovnání nerovností na kůži, preventivně se používá proti proniknutí stolice pod podložku.
- Adhezivní pasta se používá ke zklidnění pokožky. Užívá se též preventivně proti proniknutí stolice pod podložku. Chceme-li ji použít pod podložku, musí být překryta pastou ochrannou.
- Zásypový pudr se aplikuje na podložku při podráždění kůže.
- Ochrannou destičku je možno použít v případech, kdy jsou na pokožce nerovnosti a podložka by nedržela celou svou plochou.
- Absorpční gel se používá k zahuštění stolice, zabraňuje zpětnému toku obsahu směrem ke stomii.

## **Zvláštní pomůcky**

Ke zvláštním pomůckám je možno zařadit krytky stomie, stomické zátky a irrigační soupravy. Ty jsou hrazeny pouze částečně.

(18, 23)

## Příloha č. 6 Postup při výměně systému

### Postup při výměně jednodílného systému

Jednodílný systém je vhodný v pooperačním období pro svoji flexibilitu a diskretnost. Před samotnou výměnou si sestra nachystá potřebné pomůcky. Jsou to nesterilní rukavice pro stomasestru, tupo-tupé zahnuté nůžky, měřítko stomie, vhodný systém do kterého vystříháme otvor o 2-5 mm větší otvor, než je velikost stomie, buničitou vatou, čtverce z netkané textilie Mesoft, čisticí a ochranné prostředky a sáček na odpad. Sestra odstraní použitý sáček a vhodí je do sáčku na odpadky. Okolí stomie omyje, osuší a dočistí čisticím roztokem. Pokud má pacient v okolí stomie chlupy, je nutno dbát o jejich pravidelné odstranění. Při podráždění peristomální kůže je vhodné ošetření ochrannými prostředky. Při přípravě pomůcky dbáme na to, aby otvor v podložce byl o 0,5 centimetrů větší, než je velikost stomie. Pro větší přilnavost a větší flexibilitu může sestra nahřát podložku v dlaních nebo na topení. Připravený sáček uchopí a přiloží opatrně na spodní okraj stomie a pomalu ji přikládá a tiskne po celé délce. Pacient se upozorní na to, že by měl 15 minut sestrvat v poloze, ve které byla pomůcka nalepena.

### Postup při výměně dvoudílného systému

U dvoudílného sáčku je počáteční postup obdobný. Po ošetření peristomální kůže je přiložena podložka, na jejíž plastický kroužek je připevněn sáček stejného průměru. Podložka se u dvoudílného systému ponechává 3-5 dní. Sáček u dvoudílného a celý jednodílný systém je nutné vyměnit, pokud je naplněn do 2/3.(18)

Ukázka výměny dvoudílného systému (26)





## **Příloha č. 7 Komplikace u stomie**

### **Pooperační komplikace**

- Nevhodné umístění stomie

Některé komplikace mohou být způsobeny nevhodným umístěním stomie. Dochází k podtékání sekretu a následnému poškození okolní stomie. Mnohdy i nevhodně zvolená pomůcka a nesprávné ošetřování může být taktéž zdrojem vzniku komplikací. Někdy se mohou i činitelé vzniku kombinovat. Proto se klade důraz na informovanost edukujícího a ošetřujícího personálu.

- Krvácení

Zcela běžné je po operačním výkonu drobné krvácení. Může být způsobeno nešetrnou výměnou sáčku. Toto zpravidla samo ustane. Dále se může vyskytnout krvácení z cévy, které bývá následně ošetřeno opichem a kompresí. Dlouhodobé krvácení je nutné vyšetřit. Větší krvácení bývá indikací k revizi operační rány. Proto je důležité, aby sestra sledovala množství a barvu sekretu. Případné změny je nutno hlásit lékaři.

- Otok stomie

V pooperačním období bývá normální otok v oblasti stomie. Vzniká jako následek operačního výkonu v důsledku manipulace se střevem. Sestra sleduje jeho vývoj. Během 10 dní by se měl otok postupně zmenšovat. Aplikace studených obkladů většinou napomůže k rychlejšímu odeznění otoku. Pokud i poté otok přetrvává, je nutné vzniklou situaci prošetřit.

- Stomie na úrovni pokožky

Tyto stomie většinou nezpůsobují problémy. Pokud dochází k podtékání, je nutno aplikovat mírně konvexní podložku.

- Nevhodné umístění stomie

Již v předchozí části jsem se zmínila, že špatné umístění stomie může být důvodem pro vznik komplikací. Dochází k tomu, že nelze podložku správně upevnit. Na vině může být jizva, kožní převis. Proto je nesmírně důležité, aby stomická sestra již před výkonem zakreslila místo pro stomii. Komplikace již vzniklé z tohoto důvodu lze řešit pomocí speciální pasty, která vyrovná povrch.

- Komplikace kožní

Je potřeba rozlišit, zda se jedná o alergickou reakci. Prvotně se snažíme najít vhodnou pomůcku a provést ošetření peristomální kůže takovým způsobem, aby bylo zabráněno

podtékání střevního obsahu pod pomůckou. Preventivně je možné provést test na alergii, nalepením hmoty podložky na předloktí.

- Ischemie, nekróza

Je to jedna z komplikací, která může vzniknout jako komplikace operační techniky. Může též vzniknout při nesprávně vystřiženém otvoru v podložce, kdy je způsoben útlak stomie. V nejhorším případě by mohlo dojít k odpadnutí stomie. Tato komplikace by musela být řešena operační revizí. Částečná ischemie, až nekróza se může vyhojit sama. Při edukaci je nutné pacientovi připomenout, aby se vyvaroval těsnému oděvu.

- Absces parastomální

Tato komplikace se řeší vypuštěním abscesu. Další ošetřování bývá náročné, jelikož dochází k podtékání. Při ošetřování používáme ochranné prostředky.

- Retrakce stomie

Je stav, kdy dochází ke vtažení stomie, kdy je okraj stomie několik centimetrů pod úrovní kůže. To je velká komplikace pro ošetřování. K odstranění tohoto problému se používají speciální konvexní podložky, jež se snaží povytáhnout stomii.

### **Následné komplikace**

- Vyhřezlá stomie, prolaps

Vyhřezlá stomie je stav, při kterém je viditelně prodloužená stomie. Menší výhřez nemusí způsobovat problémy. V případě, kdy je výhřez větší, je zde nebezpečí zranění, krvácení, musíme dbát na opatrné ošetřování. Mohou se objevit i další potíže jako poruchy vyprazdňování. Prolaps může vzniknout při špatné fixaci střeva, trvale zvýšeným nitrobrášním tlakem. Pokud již dojde k prolapsu, nikdy sami střevo nevracíme násilím. Metodou řešení je použití podpurného pásu.

- Stenóza stomie

Je stav, kdy dochází ke zmenšení průsvitu otvoru v břišní stěně. Stenóza může přejít k úplnému uzávěru, může být i součástí retrakce. Je charakterizována bolestmi břicha, objevují se poruchy pasáže, které mohou přejít k úplnému znemožnění odchodu stolice. Stenózu lze upravit dle stavu prstem nebo dilatátorem. V případě tohoto použití je nutné edukovat pacienta. Pacient dilatuje denně alespoň 15 minut. Vhodné je zvýšit přísun tekutin. Pokud dojde k úplné stenóze, je indikována operační revize.

- Parastomální kýla

Parastomální kýla vzniká oslabením břišní stěny. Okolo stomie se vytvoří vyklenutí. Malá kýla lze řešit břišním pásem. Operace parastomální kýly je riziková, hojení bývá problematické.

- Píštěle okolo stomie

Může vzniknout jako stehová píštěl, či jako komplikace zánětu na střevě. Při této komplikaci nedochází k přilnutí pomůcky ke kůži, sekret podtéká. Řešíme základní onemocnění a komplikaci současně. Bývá větší spotřeba pomůcek, které je řešeno revizním lékařem.(23)

Na obrázku vlevo **prolaps** u dvouhlavňové **stomie**, vpravo je stomie bez komplikací



(26)

## **Příloha č. 8. Edukace před radioterapií**

### **➤ Celkové účinky**

Během léčby se dostavuje pocit únavy, a proto by měl pacient věnovat dosti času odpočinku. Únava jej může doprovázet v rozmezí 4-6 týdnů po ukončení léčby. Další vedlejší účinky jsou specifikované ozářenou oblastí.

### **➤ Vedlejší efekty léčby raditerapie se zaměřením na malou pánev**

U pacienta procházející toto terapií se mohou objevit zažívací potíže. Nejčastěji se objevuje zvracení, nauzea, průjem. Při objevení těchto příznaků je nutné ihned lékaře. Tyto potíže mohou být řešeny podáním lehké stravy 1-2 hodiny před terapií, vhodné je podání antiemetik, které tlumí pocit nauzey. Tyto léky je vhodné podávat 30-60 minut před plánovanou terapií. Během léčby je vhodné vyhnout se tučné, kořeněné a horké stravě. Průjem, který se objevuje v souvislosti s ozářením střev vzniká ve 2-3 týdnu terapie. Velké ztráty je vhodné doplňovat infúzní terapií. Dieta by měla být bezezbytková, bylo by vhodné vyhnout se syrové zelenině, ovoci. Jakékoliv změny v oblasti frekvence stolice je nutné konzultovat s lékařem. K dalším vedlejším účinkům patří podráždění močového měchýře, jež se projevuje častým nucením na močení, nebo pálení při močení. Vhodné je podání vitamínu C. U ozařování pánve mohou mít ženy v reprodukčním období zastavenou menstruaci, mohou se u nich objevit symptomy menopauzy. Většina potíží ustoupí s ukončením radioterapie.

### **➤ Místní účinky**

Změny, které se vyskytují na kůži se jmenují radiodermatitida. Akutní stav tohoto poškození se projevuje ve třech stádiích.

První stupeň se projevuje zarudnutou pokožkou, otokem s pocitem pálení a svědění. Druhý stupeň se jmenuje vlhká deskvamace, která se projevuje puchýři, které mohou splývat. Toto stádium je provázeno velkou bolestivostí a hojí se jizvami s hyperpigmentací. Třetí stupeň je akutní vřed, který se projevuje fialovým zarudnutím, zduřením a velkým edémem. V tomto stádiu někdy dochází k přechodu do chronického stadia, kdy se vřed nevyhojí. Pokud je vřed vyhojen, vzniká bílá atrofická jizva.

### **➤ Péče o kůži**

Zvláštní pozornost by měl pacient věnovat kůži v ozařovaných polích. V období radioterapie je vhodné nosit oděv z přírodních materiálů, aby nebyla pokožka drážděna. Není vhodné provádět hygienu parfémovanými mýdly, kosmetikou, která vysušuje, deodorant a pudry. K celkové hygieně je vhodné použití sprchy a vlažné vody, není vhodné přikládání

studených a teplých obkladů. Na podrážděnou kůži nesmíme aplikovat mast a náplast, používáme speciální ochranné podložky. Kůže je ošetřována odvarem z heřmánku, poté aplikujeme calcium panthotenicum. Po odeznění zánětu se na postiženou oblast nanáší epitelizační masti. Ošetření se provádí ihned po ozáření, aby byla na další frakci připravená. Ozářená pokožka by neměla být vystavovaná slunečnímu záření..

➤ **Důležité upozornění**

Při edukaci je nutné seznámit se symptomy, při kterých by měl vyhledat lékaře. Pacient by měl sledovat, zda se nezhoršují bolesti ve stejném místě, zda se neobjevuje nějaký otok, nebo útvar na těle, zda se vyskytlo zvracení, nauzea, výrazný úbytek váhy, zhoršený dech v klidu nebo po námaze, nově vzniklé potíže týkající se polykání, či další symptomy, které objevily.

Z hlediska lepšího zvládnutí samotné léčby a případných vedlejších účinků je důležitá psychická podpora ze strany ošetřujícího personálu.

(28)

## **Příloha č. 9 Výživa stomika**

### **Mezi obecné zásahy patří**

- ✓ přijímat pravidelnou stravu nejlépe 3x denně ve stejnou dobu v množství, které pacientovi pomůže udržet si svoji váhu a správnou funkci střev
  - ✓ nepřijímat příliš malé množství, aby mohlo střevo správně pracovat
  - ✓ přijímat taková jídla, která mu nezpůsobí zácpu ani průjem, stolicí by si měl kolostomik udržovat měkkou, dobře formovanou, která mu nezpůsobí krvácení.
  - ✓ pravidelně sledovat hmotnost
  - ✓ při konzumaci nového druhu stravy je vhodné vyzkoušet ji odděleně v malé dávce
  - ✓ vyhýbat se sladkému a tučnému
  - ✓ večerní strava by měla být nejméně kalorická z celého dne
  - ✓ proto, aby střeva správně fungovala je důležitý fyzický pohyb
  - ✓ před tím, než by jeli na dalekou cestu, je vhodné přijímat 24 hodin předem pouze tekutiny, k utlumení tvorby plynů lze podat živočišné uhlí.

Po velkých resekcích výkonech je pacient ohrožen dehydratací, a proto je důležité v rámci prevence přijímat dostatečně velké množství tekutin. Pokud se objeví průjem, zvracení, zvýšeně se potí, měl by také zvýšit příjem tekutin. Mezi vhodné tekutiny patří čaje, zeleninové a ovocné šťávy, nesyčené minerální vody a stolní vody. (24)

## Příloha č. 10 Aktivity Ilco klubu



Zdroj: Materiál byl získán se souhlasem k uveřejnění od předsedy ILCO Příbram pana Bernardta ze soukromé fotogalerie ILCO Příbram.

## **PŘÍLOHA č. 11 Charta práv stomiků**

Iva Otradovcová ve své knize uvádí:

*„Charta práv stomiků uvádí speciální potřeby tělesně postižených a péči, kterou vyžadují. Musí obdržet informaci a péči, které jim umožní vést nezávislý život podle vlastního rozhodnutí a participovat na všech důležitých rozhodnutích. Mezinárodní asociace stomiků deklaruje jako svůj cíl realizaci Charty ve všech zemích světa.*

### **Každý stomik má právo:**

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

*Schváleno Valným shromážděním delegátů na 11.Světovém kongresu IOA, Porto, září 2004. Český překlad publikován v: Zpravodaj ILCO- informační bulletin pro nositele ileostomií, kolostomií a urostomií, 2005,č.1,s.14“(2006,s.52)“*