

VPLYV KOLOSTÓMIE NA VYBRANÉ OBLASTI TELESNEJ DOMÉNY KVALITY ŽIVOTA (QL) PACIENTOV

Impact of colostomy on selected areas of the body's quality of life (QL) of patients

Ivica GULÁŠOVÁ¹, Tamara MAGULOVÁ²

¹Katedra ošetrovateľstva, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity v Trnave, dekan prof. MUDr. J. Slaný, CSc.

²Chirurgická klinika, Fakultná nemocnica Trnava, prednosta: MUDr. I. Duda, PhD.

Abstrakt

Cieľ: Zistiť vplyv vybraných oblastí z telesnej domény QL u pacientov s kolostómiou na QL pacientov.

Metodika: Hlavnou metódou bol dotazník vlastnej konštrukcie. Použitý bol štatistický program SPSS v. 21.0, na spracovanie dát boli použité chí-kvadrátový test dobrej zhody, chí-kvadrátový test nezávislosti. Vecnú významnosť výsledkov štatistických testov sme posudzovali pomocou Cohenovho koeficientu d (Kruskalova – Wallisova analýza), Cramerovho koeficientu, a Cohenovho koeficientu.

Výsledky: Vybrané oblasti z telesnej domény QL u pacientov s kolostómiou majú signifikantný vplyv na ich QL.

Záver: Najvýznamnejší vplyv na QL pacientov sme zistili v oblasti zmien v stravovaní u pacientov, ktoré museli prijať, a potreby pomoci pri ošetrovaní kolostómie, strednú úroveň významnosti vplyvu na QL predstavovali problémy s hygienou mimo domova, nízku úroveň významnosti vplyvu na QL predstavovali športové aktivity po vyvedení kolostómie a orientácia sa vo výbere vhodných/nehodných potravín (tab. 5, lit. 22). Text v PDF www.lekarskyobzor.sk.

KLÚČOVÉ SLOVÁ: kvalita života, kolostómia, výživa, hygiena, športové aktivity.

Lek Obz 2024, 73 (11): 423-429

Abstract

Objective: To determine the effect of selected areas from the body domain of QL in colostomy patients on QL patients.

Methods: The primary method was a questionnaire of our own design. Data were processed using the statistical software SPSS v. 21.0. The chi-square test of goodness of fit and the chi-square test of independence were employed for statistical analysis. The substantive significance of the statistical test results was assessed using the Cohen's d coefficient (Kruskal-Wallis analysis), the Cramer's V coefficient, and the Cohen's d coefficient.

Results: Selected areas from the body domain of QL in colostomy patients have a significant effect on their QL.

Conclusion: The most significant impact on QL patients was found in the area of dietary changes that patients had to adopt and the need for assistance in colostomy treatment. A medium level of significance of the impact on QL was represented by problems with hygiene outside the home. A low level of significance of the impact on QL was represented by sports activities after colostomy and orientation in the selection of suitable and unsuitable foods (Tab. 5, Ref. 22). Text in PDF www.lekarskyobzor.sk.

KEY WORDS: quality of life, colostomy, nutrition, hygiene, sports activities.

Lek Obz 2024, 73 (11): 423-429

Úvod

Slovensko patrí ku krajinám s najvyšším výskytom rakoviny hrubého čreva a konečníka (1). Bernadič et al. ďalej uvádzajú že kolorektálny carcinóm je tretím najčastejším onkologickým ochorením a druhou najčastejšou príčinou úmrtí súvisiacich s onkologickým ochorením (2). Pri porovnaní frekvencie výskytu zhubných nádorov kolorekta podľa lokalizácie sa zistilo, že nádory hrubého čreva sú takmer rovnako časté u mužov aj u žien, kým zhubné nádory konečníka sú u mužov približne 2-krát častejšie ako u žien (3). Pekarovičová et al. (2011) uvádzajú, že táto choroba je liečiteľná, pokiaľ je odhalená v štádiu *carcinoma in situ* alebo včasného karcinómu (bez prerastania cez lamina muscularis mucosae) (4). Napriek mnohým skúsenostiam a výraznému

zdokonaľovaniu operačných techník a pooperačnej starostlivosti sú kolostómie až v 50 % sprevádzané s pooperačnými komplikáciami.

Kvalita života sa v zdravotníctve spája najmä so zdravím a chorobou. QL preto predstavuje multidimenzionálne a komplexné poňatie spojené s cieľmi, očakávaniami a obavami jedinca, ktoré zahŕňajú fyzickú a psychologickú oblasť, nezávislosť, sociálne interakcie, životné prostredie a duchovné aspekty (5). V zdravotníctve QL a aj v jednotlivých medicínskych disciplínach špecificky označuje skratka HRQoL (Health Related Quality of Life) (6). Prioritou medicíny už nie je len záchrana a udržanie čo najdlhšieho života, ale aj snaha zlepšiť status zdravia za podpory hľadania optimálnej kvality života, čo znamená laicky povedané pridať život

k rokom. V súvislosti s onkologickými ochoreniami sa pozabúda na význam a postavenie environmentálneho zdravia, na čo poukazuje Eštková (2010), že absentuje koordinovaný a holistický prístup pri riešení otázok týkajúcich sa životného prostredia a zdravia a v praxi sa stretávame aj s nevôľou niečo v tomto prístupe meniť. Samotným sledovaním už vzniknutých chorôb v dôsledku stavu prostredia sa zaoberá epidemiológia infekčných a neinfekčných chorôb (7).

Kvalitná edukácia a vzdelávanie pacientov o tom, ako sa správne starať o kolostómiu, sa podieľa na zlepšení výsledkov pacientov, čím sa zvyšuje aj kvalita ich života (8). Cieľom edukácie je zvyšovať úroveň zdravotnej gramotnosti pacientov ich rodín. Zdravotná gramotnosť predstavuje ucelený súbor kognitívnych a osobných zručností, ktoré podmieňujú motiváciu a schopnosť jednotlivca získať prístup k informáciám v oblasti zdravia, porozumieť im a využívať ich spôsobom, ktorý podporuje zdravie (9). V tejto súvislosti chceme upozorniť na negatívny vplyv pseudoinformácií, ktoré sú poskytované na rôznych webových stránkach. Žijeme vo svete, ktorý nechce, aby sme rozmýšľali samostatne (10). V každom prípade na túto skutočnosť pacientov upozorníme, pretože reedukácia je oveľa náročnejšia ako edukácia.

Vplyv kolostómie na vybrané oblasti telesnej domény kvality života pacientov

Úlohou zdravotníckych pracovníkov je pacienta či rodinných príslušníkov dôkladne poučiť, informovať a edukovať o starostlivosti o kolostómiu v rôznych prípadoch, ako napr. hygiena, starostlivosť o kožu, špecifických stravovacích návykoch a výžive, obliekaní, či fyzickej záťaži, sexuálnom živote a pod. Veľký dôraz by sa mal klásť na nácvik výmeny stomického vrečka, pri ktorom by mala sestra zachovávať u pacienta čo najväčšiu intimitu. Zvolená vhodná stomická pomôcka by mala zabezpečiť čo najväčší komfort pacientovi, zároveň jeho bezpečnosť, diskretnosť a tiež jednoduchú manipuláciu, a aj dostupnosť. Výživa pacienta by mala pokrývať všetky energetické nároky organizmu a mala by byť plnohodnotná. V zásade neexistuje špeciálna diéta, ktorá by bola platná pre všetkých pacientov s kolostómiou. Strava sa musí individuálne vyskúšať, čo sme aj zistovali v našej štúdii. Strava pacientov so stómiou by mala byť ľahko stráviteľná, dobre technologicky spracovaná (mechanicky, chemicky a termicky šetriaca), nenafukujúca, vhodne dochutená a pestrá. Hlavným cieľom výživy je podporovať procesy hojenia. Strava by mala z toho dôvodu obsahovať vyšší podiel bielkovín, minerálnych látok, železa, vápnika, vitamínov B a C. Strava by sa mala prijímať v pokojnom a vhodnom prostredí. Odporúča sa podávať menšie porcie, ktoré sú izbovej teploty, to znamená nie príliš horúce a ani studené, ješť ideálne 5 – 6-krát denne. Veľmi dôležitý je pitný režim, nie sú vhodné nápoje s CO₂ a alkohol. Ochaba et al. (2021) uvádzajú, že hodnotenie zdravotného uvedomenia a správania obyvateľstva vo vzťahu k stravovacím návykom patrí medzi významné indikátory QL (11).

Správne manažovaná výživa predstavuje udržanie dobrého nutričného stavu pacienta od určenia diagnózy, počas jeho liečby s využitím všetkých dostupných prostriedkov, vrátane klinickej výživy. V prípade, že pacient s kolostómiou bude prijímať akúkoľvek potravu, musí počítať s viacerými nepríjemnými problémami, ako napr. nepretržité nepravidelné vylučovanie stolice, nadmerný meteorizmus, striedanie zápchy a hnačky. Závažnou komplikáciou môže byť aj malnutícia, ktorá predstavuje patologický stav spôsobený neadekvátnym, alebo nedostatočným príjmom energie, alebo iných živín, potrebných na správnu funkciu organizmu. Vzťah medzi chorobou a malnutíciou je obojstranný (12). V zásade pacientom pre zistenie, nájdenie správneho režimu výživy odporúčame, aby si viedli denný záznam (denník), do ktorého si budú zapisovať, čo prijali – potravu, v akom množstve, či sa vyskytli/nevyskytli bolesti počas prijímania potravy, kedy a ako často sa vyprázdňujú, akú majú plynatosť a množstvo vymočeného moču za deň. Denník by si mali viesť tak dlho, pokiaľ nevyselktujú, čo im spôsobuje komplikácie a čo nie, čo im vyhovuje. Priemerné obdobie písania si záznamov do denníka je približne jeden mesiac. Vhodné je, aby si pacienti na kontrolné vyšetrenie v proktologickej ambulancii priniesli aj tento denník záznamov. Ďalej je veľmi podstatné, aby dodržiavali zásady výživy vo vzťahu ku kolostómii. Odporúča sa čím skôr si vypestovať stereotyp vyprázdňovania (najlepšie ráno, v prostredí domova), stravu prijímať počas dňa v rovnaký čas, raňajky a obed by mali byť výdatné. Stravu prijímať v pokoji, starostlivo ju požiť, nedostatočne požutá stravy sa nestrávi a vytvorí hmotu, ktorá môže spôsobiť nepriechodnosť čreva. „Prekusávať“ stravu so zatvorenými ústami, aby nedošlo k prehltávaniu vzduchu a nehovoriť počas prijímania stravy. Pretože znášateľnosť potravín je rozdielna, každú novú potravu treba vyskúšať iba v malom množstve. Nadmerné obmedzovanie v jedle nie je vhodné, spravidla potraviny, ktoré pacienta znášal v čase pred založením kolostómie, mu nevyvolávajú problémy ani po výkone. Na druhej strane čím viac bielkovín obsahuje strava, tým je tuhšia konzistencia stolice. Dôležité je udržiavať stolicu v mierne tekutej konzistencii, aj z dôvodu prevencie zápchy. Vhodné je vyhýbať sa strave, ktorá podnecuje vznik hnačky, ako napr. tučným jedlám, kapuste, karfiolu, cvikle, fazule, uhorkám, hriľbom, surovému ovociu, aromatickej zelenine (paprika, cesnak, cibuľa, reďkovka), ostrému koreniu, mlieku, šumivým nápojom, koncentrovaným alkoholickým nápojom. Vyprášané jedlá prijímať iba veľmi zriedkavo, dbať na dostatočný príjem tekutín (diuréza by nemala klesnúť pod 1 – 2 litre/deň). Pre správnu funkciu čriev dodržiavať pravidelný a primeraný telesný pohyb, pravidelne si kontrolovať telesnú hmotnosť. V prípade dlhšej cesty alebo v spoločensky exponovanom prostredí je potrebné obmedziť diétu približne počas 24 hodín iba na tekutiny a užiť liek na utlmenie črevnej peristaltiky, prípadne užiť živočíšne uhlie. V edukácii pacienta sa zameriavame aj na účinky jednotlivých potravín, ktoré majú nafukujúci, zápach podporujúci, zápach tlmiaci

účinok, ktoré pôsobia ako prehľadadlo, ktoré naopak tlmia hnačky, vyvolávajú obstipáciu, môžu spôsobiť brušnú koliku. Pozornosť ďalej venujeme prijímaným tekutinám – vhodným a nevhodným stolovým vodám a minerálnym vodám. Vyslovene nie sú vhodné minerálne vody sytované oxidom uhličitým. Odporúčané množstvo je denne 8 – 10 pohárov vody (á/2dcl). Oxid uhličitý v nápojoch rozširuje krvné vlásoknice v žalúdku, čím urýchľuje vstrebávanie. Preto napr. sódokva uhasí smäd rýchlejšie ako obyčajná voda. Pretože oxid uhličitý zvyšuje plynatosť, nápoje sytované týmto plynom sa neodporúčajú. Tekutiny by sa mali prijímať v izbovej teplote alebo teplejšie. Pri prijímaní tekutín mimo denného jedla je vhodné zároveň skonzumovať niečo „menšie“, aby sa tekutina premiesila s potravou. Vhodné je zaradiť do jedálneho probiotiká, ktoré ovplyvňujú mikrobiálnu rovnováhu v črevách a pôsobia preventívne proti infekciám. Úprava stravovacích návykov tak môže výrazným spôsobom predĺžiť život pacienta. Na základe viacerých klinických štúdií sa odporúča dopĺňať stravu aj o preparáty a potraviny s obsahom probiotík, a to najmä zo skupiny laktobacilov a bifidobaktérií (13). Treba však podotknúť, že samotné pridanie probiotík bez kompletnej úpravy životného štýlu nestačí na úpravu metabolického stavu pacienta (14). Najvyššiu mikrobiálnu hustotu a druhovú diverzitu mikroorganizmov obsahuje hrubé črevo (črevný mikrobióm). Gastrointestinálny mikrobióm má pre celkové zdravie človeka obrovský význam (15). Dysbióza črevnej mikrobioty sa priamo premieta do narušenia črevného imunitného systému, čo vedie k vzniku mnohých ochorení (napr. civilizačné, metabolické a onkologické ochorenia) (3). V prípade, že nestačia probiotiká z potravinárskeho priemyslu, je vhodné použiť u pacientov medikamentózne. V druhej fáze – pokojovej je stravovanie u pacientov so stómiou individuálne. Výber potravín nie je striktno vymedzený. Je dôležité, aby si pacient sám vytipoval potraviny, ktoré mu nerobia problémy s nafukovaním, tlakom v bruchu alebo po ktorých má hnačku. Bernadič et al. (2023b) podotýkajú, že zloženie črevnej flóry úzko súvisí s emocionálnym a fyziologickým stresom (16). Treba dbať na dostatočný pitný režim, pretože v prípade nedostatočného príjmu tekutín môže dôjsť k zápche či pretrhnutiu stómie. Zo stravy treba vynechať stále potraviny, ktoré nie sú stráviteľné (kapusta, karfiol, huby, strukoviny). Neodporúča sa ani alkohol, ale v malom množstve kvalitné víno alebo pivo je tolerované (17). Fyzická aktivita je prirodzenou súčasťou života ľudí, ktorá pozitívne vplyva na organizmus, a to nie len po stránke telesnej, ale i duševnej. Po operácii je dôležitý pohyb z preventívneho dôvodu kvôli vzniku možných pooperačných komplikácií. Organizmus potrebuje svoj čas, aby sa spamätal zo stresujúcej udalosti – operácie – ktorá ovplyvnila jeho telo a myseľ. Dokonca sa začne nesmierne šetriť a nepoužívať tie časti tela a svalové partie, ktoré boli chorobou postihnuté. A niekedy to ostane aj v čase, keď je už dávno po rekonvalescencii a kedy by už pacient mal začať žiť bežný život ako predtým (18). Počas prvých dní je po-

operačným základom kontakt s fyzioterapeutmi, ktorí zhodnotia u každého pacienta svalovú silu či správne držanie tela. Pokiaľ je pacient schopný sám stabilne sedieť a stáť, prechádza s fyzioterapeutom ku chôdzi, vzpriamenému postojú a prirodzenému pomalšiemu pohybu. V prípade, že sa u pacientov nevyskytnú žiadne komplikácie zdravotného stavu, doba rekonvalescencie môže trvať 2 – 3 mesiace, tento čas je však u väčšiny pacientov individuálny. Jedna z mnohých podmienok pri začiatku fyzických aktivít u pacienta so stómiou je vhodný výber stomickej pomôcky a jej priliehavosť a samozrejme aj bezproblémový zdravotný stav pacienta. Vykonávaná pohybová aktivita by nemala spôsobiť nepríjemný pocit alebo bolesť, pretože úlohou je navodiť pozitívnu náladu a zlepšenie nielen podporiť fyzickú aktivitu, ale aj psychické zdravie. Jazda na bicykli, turistika, plávanie alebo tenis patria medzi odporúčané športové aktivity. V súčasnosti sa na trhu nachádza veľké množstvo pomôcok pre stomikov, ktoré im dovoľujú sa sľahivo kúpať či už v bazéne alebo mori (Combihesive), treba však myslieť na to, že príliš teplá voda, slaná alebo chlóróvá voda môže zapríčiniť nepriliehavosť stomickej pomôcky. Športové aktivity, kde dochádza k neočakávanému pohybu alebo silovej aktivite, ako napr. posilňovanie, zápasenie, box, karate, zaraďujeme medzi nevhodné (18).

Cieľom štúdie bolo zistiť, ktoré z vybraných oblastí z telesnej domény kvality života u pacientov s kolostómiou majú najvyššiu úroveň vplyvu na kvalitu ich života.

Hypotéza: Predpokladáme, že vybrané oblasti z telesnej domény kvality života u pacientov s kolostómiou budú súvisieť s ich kvalitou života.

Charakteristika základného súboru respondentov

Výber respondentov bol zameraný na pacientov s kolostómiou žijúcich v SR. Respondenti zaradení do výberového prieskumu boli z FN v Trnave, ILCO klubu Trnava, z facebookovej skupiny Stomici POMÁHAJME si NAVZÁJOM a aj Slovenskí stomici – Aj život so stómiou vie byť krásny. Základnou podmienkou pri výbere respondentov bolo vyvedenie kolostómie, pričom nerozhodovala dĺžka založenia stómie, vek, pohlavie, dosiahnuté vzdelanie či rodinný stav respondentov. Štúdia bola realizovaná v mesiacoch august 2023 – január 2024. Počet respondentov bol 154 pacientov s kolostómiou. Z hľadiska pohlavia mali v našom prieskumnom súbore prevahu ženy v počte 101 (65,6 %), mužov bolo 53 (34,4 %). Z hľadiska veku boli najviac zastúpení pacienti vo vekovej kategórii 65 – 75 rokov v počte 45 (29,2 %). Ďalšie zastúpenie pacientov bolo vo veku 54 – 64 rokov 39 (25,3 %), 75 rokov a viac 31 (20,1 %), 43 – 53 rokov to bolo 19 (12,3 %), 32 – 42 rokov 11 (7,1 %), 21 – 31 rokov 7 (4,5 %), do 20 rokov 2 (1,3 %). Podľa stavu spolužitia v našom súbore boli najviac zastúpení pacienti žijúci v manželstve – 77 (50 %), ďalej to boli pacienti slobodní, žijúci s partnerom/kou – 34 (22,1 %), slobodní bez partnera/ky – 25 (16,2 %), najmenej zastúpenou skupinou boli pacienti so statusom

vdovec/vdova – 18 (11,7 %). Podľa bydliska 65 (42,2 %) boli zastúpení pacienti zo stredne veľkých miest, z obcí 71 (46,1 %), najmenšie zastúpenie predstavovali pacienti z veľkých miest 18 (11,7 %). Podľa vzdelania najväčšie zastúpenie predstavovali pacienti so SŠ s maturitou 69 (44,8 %), VŠ vzdelanie 42 (27,3 %) pacientov, stredoškolské bez maturity 35 (22,7 %) a ukončené základné vzdelanie 8 (5,2 %) pacientov. Pacienti, ktorí mali vyvedenú kolostómiu časovo do 1 roka, mali v našom súbore prevahu 50 (32,5 %) a tvorili takmer tretinu. 33 pacientov (21,4 %) predstavovali pacienti žijúci s kolostómiou do 3 rokov. 27 pacientov (17,5 %) boli pacienti s kolostómiou do 6 rokov. Najmenej početnou skupinou boli pacienti žijúci s kolostómiou do 10 rokov 19 (12,3 %).

Metodika štúdie

Hlavnou metódou štúdie bol dotazník vlastnej konštrukcie. Za účelom štatistickej analýzy a spracovania dát sme použili program SPSS v. 21.0. Vzhľadom na povahu skúmaných premenných (odpovede na jednotlivé dotazníkové položky) sme hypotézy analyzovali pomocou chí-kvadrátových testov dobrej zhody (rozdiele vo frekvencii jednotlivých kategórií v rámci jednej nominálnej premennej), chí-kvadrátových testov nezávislosti (vzťahy medzi nominálnymi premennými pomocou neparametrickej Kruskalovej – Wallisovej analýzy (rozdiele v úrovni ordinálnych premenných). Vecnú významnosť výsledkov štatistických testov sme posudzovali pomocou Cohenovho koeficientu d (Kruskalova – Wallisova analýza), Cramerovho koeficientu V (chí-kvadrátový test nezávislosti) a Cohenovho koeficientu w (chí-kvadrátový test dobrej zhody). V rámci verifikácie hypotézy sme overovali vzťahy medzi kvali-

tu života u pacientov s kolostómiou a vybranými oblasťami telesnej kvality života. Kvalitu života sme operationalizovali pomocou odpovedí na otázku nami vytvoreného dotazníka: „So zmenenou životnou situáciou ste“ – Spokojný až veľmi spokojný, Nespokojný len v niektorých oblastiach a Nespokojný až veľmi nespokojný. V prípade nominálnych premenných sme skupiny porovnávali pomocou chí-kvadrátového testu nezávislosti, v prípade ordinálnych premenných sme skupiny porovnávali pomocou Kruskalovej – Wallisovej analýzy.

H: Predpokladáme, že vybrané oblasti z telesnej domény kvality života u pacientov s kolostómiou budú súvisieť s ich kvalitou života.

Položka: „Potraviny, o ktorých nemáte istotu:“ výsledky chí-kvadrátového testu nezávislosti ukázali, že medzi pacientmi s rôznou úrovňou spokojnosti so zmenenou životnou situáciou v dôsledku kolostómie neexistuje štatisticky významný rozdiel vo voľbe odpovedí, $\chi^2(4) = 6,460$, $p = 0,167$. Zistené percentuálne rozdiely uvedené v tabuľke 1 boli nielen štatisticky nesignifikantné, ale dosahovali aj len nízku úroveň vecnej významnosti, $V = 0,145$.

V položke: „Prišlo k výrazným zmenám vo vašom stravovaní po vyvedení kolostómie?“ výsledky Kruskalovej – Wallisovej analýzy ukázali, že medzi pacientmi s rôznou úrovňou spokojnosti so zmenenou životnou situáciou v dôsledku kolostómie existuje štatisticky významný rozdiel v úrovni výrazných zmien v stravovaní, $\chi^2(2) = 10,428$, $p = 0,005$. Zistené rozdiely dosahovali strednú úroveň vecnej významnosti, $d = 0,49$ (tab. 2).

Ordinálnej premennej „Výrazné zmeny v stravovaní“ sme priradili nasledovné kódy: 1 – nie, 2 – skôr nie, 3 – skôr áno, 4 – áno

Tabuľka 2. Zmeny v stravovaní.

Tabuľka 1. Potraviny.

| Potraviny, o ktorých nemáte istotu: | | Spokojnosť so zmenenou životnou situáciou | | | SPOLU |
|---|----------|---|--|--------------------------------|--------|
| | | Spokojný až veľmi spokojný | Nespokojný len v niektorých oblastiach | Nespokojný až veľmi nespokojný | |
| Skúšate postupne prijímať v menších množstvách | N_p | 24 | 34 | 19 | 77 |
| | N_o | 28,0 | 29,5 | 19,5 | 77,0 |
| | N_{pr} | 42,9 % | 57,6 % | 48,7 % | 50 % |
| Skúšate postupne prijímať v obvyklom množstve | N_p | 11 | 9 | 12 | 32 |
| | N_o | 11,6 | 12,3 | 8,1 | 32,0 |
| | N_{pr} | 19,6 % | 15,3 % | 30,8 % | 20,8 % |
| Prijímate bez zvažovania tejto možnosti, t.j. prijímate akékoľvek jedlo | N_p | 21 | 16 | 8 | 45 |
| | N_o | 16,4 | 17,2 | 11,4 | 45,0 |
| | N_{pr} | 37,5 % | 27,1 % | 20,5 % | 29,2 % |
| Spolu | N_p | 56 | 59 | 39 | 154 |
| | N_o | 56,0 | 59,0 | 39,0 | 154,0 |
| | N_{pr} | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| | | $\chi^2(4) = 6,460$ | | | |
| | | $p = 0,167 ; V = 0,145$ | | | |

N_p – pozorovaná početnosť, N_o – očakávaná početnosť, N_{pr} – relatívna pozorovaná početnosť, χ^2 – chí-kvadrátový test nezávislosti, p – hladina štatistickej významnosti, V – Cramerovo V ako ukazovateľ vecnej významnosti

| Spokojnosť so zmenenou životnou situáciou | Výrazné zmeny v stravovaní | | | | | Kruskalova – Wallisova analýza | | |
|---|----------------------------|-------|------|------|-------|--------------------------------|--------------|-------------|
| | n | MR | AM | Med | SD | $\chi^2(2)$ | p | d |
| Spokojný až veľmi spokojný | 56 | 64,28 | 2,38 | 2,00 | 0,926 | 10,428 | 0,005 | 0,49 |
| Nespokojný len v niektorých oblastiach | 59 | 80,19 | 2,75 | 3,00 | 0,975 | | | |
| Nespokojný až veľmi nespokojný | 39 | 92,41 | 3,03 | 3,00 | 1,038 | | | |

n – početnosť, MR – priemerné poradie, AM – skupinový priemer, Med – medián, SD – štandardná odchýlka, $\chi^2(2)$ – testová štatistika Kruskalovej – Wallisovej analýzy rozptylu (v zátvorke stupne voľnosti), p – hladina štatistickej významnosti, d – Cohenovo d ako ukazovateľ vecnej významnosti

Položka: „Telesná hygiena mimo domova Vám:“ výsledky Kruskalovej – Wallisovej analýzy ukázali, že medzi pacientmi s rôznou úrovňou spokojnosti so zmenenou životnou situáciou v dôsledku kolostómie existuje štatisticky významný rozdiel v úrovni problémov s hygienou mimo domova, $\chi^2(2) = 14,295$, $p = 0,001$. Zistené rozdiely dosahovali tiež strednú úroveň vecnej významnosti, $d = 0,60$ (tab. 3).

Ordinálnej premennej „Problémy s hygienou mimo domova“ sme priradili nasledovné kódy: 1 – Vôbec s tým nemám problém, 2 – Skôr s tým nemám problém, 3 – Robí problémy, 4 – Robí veľké problémy

Položkou: „V prípade ošetrovania kolostómie, výmeny či vyprázdňovaní vrecka:“ sme pomocou Kruskalovej – Wallisovej analýzy zistili, že medzi pacientmi existuje významný rozdiel v úrovni potreby pomoci pri ošetrovaní kolostómie, $\chi^2(2) = 10,374$, $p = 0,006$ (tab. 4).

Ordinálnej premennej „Potreba pomoci pri ošetrovaní kolostómie“ sme priradili nasledovné kódy: 1 – Vôbec nepotrebujem, už som úplne zručný/á, 2 – Nepotrebujem, snažím sa ošetrovať kolostómiu sám/sama, 3 – Občas potrebujete prítomnosť druhej osoby, 4 – Potrebujete takmer vždy prítomnosť druhej osoby, 5 – Potrebujete vždy prítomnosť druhej osoby

V položke: „Športové aktivity po vyvedení kolostómie...“ nám výsledky Kruskalovej – Wallisovej analýzy

ukázali, že medzi pacientmi neexistuje štatisticky významný rozdiel v obmedzení športových aktivít, $\chi^2(2) = 4,910$, $p = 0,086$. Konkrétne sa ukázalo, že bez ohľadu na úroveň spokojnosti so zmenenou životnou situáciou v dôsledku kolostómie stredová hodnota úrovne obmedzenia športových aktivít bola Med = 4,00, t.j. obmedzenie iba niektorých športových aktivít. Zistené rozdiely dosahovali nízku úroveň vecnej významnosti, $d = 0,28$ (tab. 5).

Na základe opísaných zistení prijímame hypotézu, že vybrané oblasti z telesnej domény kvality života u pacientov s kolostómiou budú súvisieť s kvalitou ich života.

Diskusia

Jeppesen et al. (2022) potvrdili, že kolostómia zasahuje do všetkých oblastí života pacientov, ktorí následne musia robiť rázne zmeny v každodenných činnostiach (19). V hypotéze sme predpokladali, že vybrané oblasti z telesnej domény QL u pacientov budú súvisieť s ich QL. Pomocou vybraných štatistických testov sme zistili, že k možným výrazným zmenám stravovania dochádzalo. Konkrétne sa ukázalo, že v skupine pacientov, ktorí sú spokojní až veľmi spokojní so zmenenou životnou situáciou v dôsledku kolostómie, boli

Tabuľka 3. Hygiena mimo domova.

| Spokojnosť so zmenenou životnou situáciou | Problémy s hygienou mimo domova | | | | | Kruskalova – Wallisova analýza | | |
|---|---------------------------------|-------|------|------|-------|--------------------------------|--------------|-------------|
| | n | MR | AM | Med | SD | $\chi^2(2)$ | p | d |
| Spokojný až veľmi spokojný | 56 | 61,36 | 2,11 | 2,00 | 0,908 | 14,295 | 0,001 | 0,60 |
| Nespokojný len v niektorých oblastiach | 59 | 82,55 | 2,56 | 3,00 | 0,749 | | | |
| Nespokojný až veľmi nespokojný | 39 | 93,04 | 2,79 | 3,00 | 0,923 | | | |

n – početnosť, MR – priemerné poradie, AM – skupinový priemer, Med – medián, SD – štandardná odchýlka, $\chi^2(2)$ – testová štatistika Kruskalovej – Wallisovej analýzy rozptylu (v zátvorke stupne voľnosti), p – hladina štatistickej významnosti, d – Cohenovo d ako ukazovateľ vecnej významnosti

Tabuľka 4. Potreby pomoci pri ošetrovaní kolostómie.

| Spokojnosť so zmenenou životnou situáciou | Potreba pomoci pri ošetrovaní kolostómie | | | | | Kruskalova – Wallisova analýza | | |
|---|--|-------|------|------|-------|--------------------------------|--------------|-------------|
| | n | MR | AM | Med | SD | $\chi^2(2)$ | p | d |
| Spokojný až veľmi spokojný | 56 | 65,43 | 1,89 | 1,00 | 1,317 | 10,374 | 0,006 | 0,49 |
| Nespokojný len v niektorých oblastiach | 59 | 78,09 | 2,17 | 2,00 | 1,248 | | | |
| Nespokojný až veľmi nespokojný | 39 | 93,94 | 2,67 | 3,00 | 1,344 | | | |

n – početnosť, MR – priemerné poradie, AM – skupinový priemer, Med – medián, SD – štandardná odchýlka, $\chi^2(2)$ – testová štatistika Kruskalovej – Wallisovej analýzy rozptylu (v zátvorke stupne voľnosti), p – hladina štatistickej významnosti, d – Cohenovo d ako ukazovateľ vecnej významnosti

Tabuľka 5. Športové aktivity.

| Spokojnosť so zmenenou životnou situáciou | Obmedzenie športových aktivít | | | | | Kruskalova – Wallisova analýza | | |
|---|-------------------------------|-------|------|------|-------|--------------------------------|-------|------|
| | n | MR | AM | Med | SD | $\chi^2(2)$ | p | d |
| <i>Spokojný až veľmi spokojný</i> | 56 | 73,02 | 3,36 | 4,00 | 1,313 | 4,910 | 0,086 | 0,28 |
| <i>Nespokojný len v niektorých oblastiach</i> | 59 | 73,01 | 3,41 | 4,00 | 1,146 | | | |
| <i>Nespokojný až veľmi nespokojný</i> | 39 | 90,73 | 3,87 | 4,00 | 1,151 | | | |

n – početnosť, MR – priemerné poradie, AM – skupinový priemer, Med – medián, SD – štandardná odchýlka, $\chi^2(2)$ – testová štatistika Kruskalovej – Wallisovej analýzy rozptylu (v zátvorke stupne voľnosti), p – hladina štatistickej významnosti, d – Cohenovo d ako ukazovateľ veľkej významnosti

výrazné zmeny v stravovaní zaznamenané vo významne nižšej miere (Med = 2,00) ako v skupine pacientov, ktorí sú so zmenenou životnou situáciou v dôsledku kolostómie nespokojní len v niektorých oblastiach (Med = 3,00). Existuje významný štatistický rozdiel v úrovni výrazných zmien v stravovaní p = 0,005. Dôležité je však spomenúť, že v prípade prijímania potravín, v ktorých pacienti nemajú istotu, neexistuje štatisticky významný rozdiel vo voľbe odpovedí p = 0,167. Najviac pacientov skúša prijímať potraviny v menších dávkach (porciách), a to až 57,6 %. Pacienti po operácii si vytvárajú podstatné a trvalé úpravy stravy a celkového stravovania. U tých, ktorí žili dlhšie po operácii, trvalo dlhší čas, kým si znova zvykli na stravu a získali späť chuť do jedla. Bolo viac ako pravdepodobnejšie, že budú pociťovať horšiu kvalitu života. Z výskumu však vyplýva, že hoci mnohí pacienti sa po chirurgickom výkone prispôbili zmene, značný počet pacientov naďalej zápasí s problémami v oblasti zabezpečenia výživy (stravovania). Sun et al. (2015) zistili, že u pacientov, ktorí žili dlhšie so stómou dochádzalo k úprave stravy častejšie (20). Na významnosť tohto vplyvu upozorňujú aj Ochaba et al. (2021), ktorí uvádzajú že hodnotenie zdravotného uvedomenia a správania obyvateľstva vo vzťahu k stravovacím návykom patrí medzi jeden z významných indikátorov kvality života (11). Bernadič et al. (2023b) poukazujú na význam správnej výživy, pretože zloženie črevnej flóry úzko súvisí s emocionálnym a fyziologickým stresom (16). Zewude (2021) vo svojej štúdiu uvádza, že takmer 70 % pacientov z celkového počtu 64 pacientov so stómou muselo upraviť svoj stravovací režim. Preto správna výživa tvorí dôležitú, neodmysliteľnú súčasť telesnej domény kvality života aj u pacientov s kolostómou (8). Aj z dôvodu, že niektorí pacienti si myslia, že kolostómou je všetko vyriešené a nemusia si dávať pozor na to, akú potravu prijímajú (19). Zamerali sme sa tiež na hygienu pacientov mimo domova, kde z výsledkov Kruskalovej – Wallisovej analýzy môžeme usúdiť, že v skupine pacientov, ktorí sú spokojní až veľmi spokojní so zmenenou životnou situáciou v dôsledku kolostómie, boli problémy s hygienou zaznamenané vo významne nižšej miere. Rovnako v prípade ošetrovania kolostómie, výmeny či vyprázdnení vrecka zistili, že v skupine pacientov bola potreba pomoci pri ošetrovaní kolostómie zaznamenaná rovnako na významne nižšej úrovni. V prípade športových aktivít po vyvedení kolostómie sme dospeli k výsledku, že neexistuje štatisticky významný rozdiel v úrovni obmedze-

nia aktivít (p = 0,086). Stredová hodnota bola Med = 4,00, čo znamená obmedzenie iba niektorých športových aktivít. Štúdie ukazujú, že tréning má dôležitú úlohu pri pomoci pacientom prispôbovať sa zmenám a zlepšovať ich psychickú pohodu a QL. Hirschey et al. (2021) uvádzajú, že fyzická aktivita je obzvlášť dôležitá počas liečby rakoviny, pretože môže znižovať vedľajšie účinky liečby. Umožňuje pacientom ľahšie zvyšovať fyzickú aktivitu po liečbe a rovnako zlepšovať motiváciu jednotlivcov k zmenám životného štýlu. Ukázalo sa, že udržiavanie fyzickej aktivity je prospešné a je vhodné praktizovať stredne intenzívne aeróbne cvičenie po dobu 30 minút aspoň 3-krát týždenne. Napriek tomuto odporúčaniu a výskumom sa odhaduje, že len 24 % pacientov je fyzicky aktívnych. Viac ako polovica z nich uvádzala pocity depresie po operácii. Len u 34 % pacientov bola obnovená sexuálna aktivita a z toho len 11 % s ňou bolo pomerne spokojných. Faktory, ako typ stómie (dočasná či trvalá), upravený stravovací režim v dôsledku vyvedenej stómie, depresie, zmeny obrazu tela a štýlu obliekania, mali značný vplyv na celkovú kvalitu života (21). K názoru sa prikláňajú aj Stavropoulou et al. (2021), ktorí uvádzajú, že život s dočasnou či trvalou kolostómou vedie k rôznym fyzickým a psychickým problémom spojeným s fungovaním kolostómie a predstavuje pre pacientov jedinečnú výzvu, ktorá ovplyvňuje ich QL (22). Na význam fyzickej aktivity u pacientov poukazujú aj Bernadič et al. (2023a), ktorí uvádzajú, že nedostatok pohybu spôsobuje, že čas prechodu stravy tráviacim traktom trvá dlhšie. Najvhodnejším a zároveň najprirodzenejším pohybom je pravidelná chôdza, ktorej intenzita a dĺžka trvania sa môže postupne zvyšovať. Pohyb by sa nemal v žiadnom prípade spájať so stresom (1).

Záver

Starostlivosť o pacienta sa po prepustení z nemocnice nekončí. Strata kontroly nad vylučovaním stolice, možné komplikácie s netesnosťou vrecka či hlasnejšia plynatosť, nepríjemný zápach, problémy s výberom vhodnej stravy patria medzi znepokojujúce faktory, ktoré môžu veľmi ovplyvniť QL pacientov. V prípade, že pacient nie je schopný sám, alebo nemá možnosť pomoci od rodiny či príbuzných, má možnosť využívať ADOS. Naďalej je dispenzarizovaný v proktologických ambulanciách, počas onkologickej liečby na onkológii, kde je sledovaný jeho celkový stav s odstupom liečby alebo počas nej. Kontroly prebiehajú aj v stomických

poradniach so „stomickou sestrou“ (v našej legislatíve tento pojem nie je definovaný), kde je kontrolovaný stav kože v okolí stómie či sliznica čreva.*

* Príspevok vyšiel vďaka podpory z medzinárodného vedeckého projektu 2/2023 M Development of different organization and business structures in public and private sectors of health care, pharmaceutical industry, health education and promotion of health, rehabilitation, wellness and beauty sectors, international experience (2023 – 2025).

Vyhlasenie o ľudských právach: Autori vyhlasujú, že všetky použité postupy boli v súlade s etickými normami príslušnej etickej komisie pre klinickú prácu s ľuďmi a práca bola realizovaná v súlade s Helsinskou deklaráciou.

Informovaný súhlas: Autori publikácie vyhlasujú, že od všetkých účastníkov štúdie bol získaný informovaný súhlas.

Konflikt záujmov: autori vyhlasujú, že nemajú žiaden konflikt záujmov.

Literatúra

- BERNADIČ M Jr, BERNADIČ M. Prevencia ako najúspešnejšia metóda boja proti rakovine hrubého čreva a konečníka. *Lek Obz* 2023a, 72 (8): 385 – 386.
- BERNADIČ M, DUCHOŇ R, et al. Kolorektálny karcinóm: najčastejší zhubný nádor v Maďarsku a na Slovensku. Nový pohľad na etiopatogenézu. *Lek Obz* 2018, 67 (1): 84 – 85.
- BERNADIČ M Jr, BERNADIČ M. Aktuálne otázky patofyziológie zhubných nádorov kolorekta. *Lek Obz* 2022, 71 (6 – 7): 270 – 272.
- PEKAROVIČOVÁ Z, LUKÁČ V, et al. Chromoskopia – využitie pri včasnej diagnostike kolorektálneho karcinómu. *Lek Obz* 2011, 60 (7 – 8): 347 – 348.
- KISVETROVÁ, H. *Demence a kvalita života*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2020, 141 s.
- GULÁŠOVÁ I, BABEČKA J. *Kvalita života seniorov s inkontinenciou moču*. Trnava: Trnavská univerzita v Trnave, 2020, 166 s.
- EŠTÓKOVÁ M. Postavenie environmentálneho zdravia v podmienkach Slovenskej republiky a jeho inštitucionálna štruktúra. *Lek Obz* 2010, 59 (9): 364 – 366.
- ZEWUDEWC, et al. Quality of Life in Patients Living with Stoma. *Ethiopian J Health Sci* 2021, 31 (5): 993 – 1000.
- OCHABA R, ORLICKÁ B. Zdravotná gramotnosť vo vzťahu k pohľadu na Slovensku. *Lek Obz* 2023, 72 (1): 35 – 39.
- ŠTVRTINOVÁ V, BERNADIČ M, ŠTVRTINA J. Byť či nebyť učiteľom – alebo aký je odkaz Jána Amosa Komenského? *Lek Obz* 2022, 71 (3): 94 – 97.
- OCHABA R, WSÓLOVÁ L, DANIHELOVÁ V, KAČMÁRIKOVÁ M, PETRANOVÁ D. Zmeny v stravovacích návykoch u dospelých populácie. *Lek Obz* 2021, 70 (2): 65 – 71.
- FOJTOVÁ A, GAZDÍKOVÁ K. Skrining a diagnostika malnutricie. *Lek Obz* 2021, 70 (10): 400 – 408.
- NOVÁKOVÁ B, GOMBOŠOVÁ K, et al. Probiotiká v hepatológii a metabolizme lipidov. In: KUCHTA M, PRUŽINEC P, et al.: *Probiotiká, ich miesto a využitie v medicíne*. Bratislava: Bonus CCs, 2006, s. 125 – 134.
- ČOKÁŠOVÁ D, STROJNÝ L, et al. Probiotiká a ich vplyv vo vzťahu ku kolorektálnemu karcinómu a ateroskleróze. *Lek Obz* 2010, 59 (10): 399 – 402.
- LIPTÁKOVÁ A et al. *Lekárska mikrobiológia*. Bratislava: Herba, 2023, 750 s.
- BERNADIČ M, Jr, BERNADIČ M. Príspevok k etiopatogenéze kolorektálneho karcinómu. *Lek Obz* 2023b, 72 (4): 191 – 192.
- PAVLÍČKOVÁ J. Výživa stomiků. In: *Florence.cz*. 2013, 9 (5): 16 – 18.
- ZACHOVÁ V. *Stomie*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010, 200 s.
- JEPPESEN BP, et al. Impact of stoma leakage in everyday life: data from the Ostomy Life Study 2019. *Brit J Nursing* 2022, 31 (6): 48 – 58.
- SUN V, et al. Dietary and Behavioral Adjustments to Manage Bowel Dysfunction After Surgery in Long-Term Colorectal Cancer Survivors. *Ann Surg Oncol* 2015, 22 (13): 1 – 16.
- HIRSCHEY R, et al. Physical Activity: A Systematic Review to Inform Nurse Recommendations During Treatment for Colorectal Cancer. *Clin J Oncol Nurs* 2021, 25 (6): 1 – 16.
- STAVROPOULOU A, et al. „Living with a Stoma“: Exploring the Lived Experience of Patients with Permanent Colostomy. *Internat J Environment Res Publ Health* 2021, 18 (16): 1 – 15.

Do redakcie došlo 5. 7. 2024.

Adresa pre korešpondenciu:
Prof. PhDr. Ivica Gulášová, PhD., MHA
Narcisová 40
821 01 Bratislava
E-mail: ivica.gulasova4@gmail.com