ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2019 **Marie Holubová**

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Marie Holubová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

MANAGEMENT PÉČE O PACIENTY SE STOMIÍ

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Simona Šípová MBA

PLZEŇ 2019

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: **2018/2019**

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Marie HOLUBOVÁ**
Osobní číslo: **Z16B0016P**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Management péče o pacienty se stomií**
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství a porodní asistence**

Zásady pro vypracování:

- Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma.
- Stanovit cíl kvalifikační práce.
- Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavku FZS.
- Popsat metodiku praktické části.
- Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce.
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS.
- Dodržet citační normu.
- Dodržet předepsaný minimální počet konzultací s vedoucím práce.

Rozsah grafických prací:

Rozsah kvalifikační práce:

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

Seznam odborné literatury:

- **DRLÍKOVÁ, Kateřina a kol. Praktický průvodce stomika. 1.vydání.Praha:Grada publishing, 2016. 192 s. iv strany obrazových příloh. ISBN 978-80-247-5712-4.**
- **VANĚČEK, Michal, ed. a kol. Ať žijí stomici. Praha: Maxdorf, 2014. 97 s. ISBN 978-80-7345-401-2.**
- **ZACHOVÁ, Veronika a kol. Stomie. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 200 s.,xv,xii s. barev. obr. příl. Sestra. ISBN 978-80-247-3256-5.**
- **www.stomici.cz: informační web o problematice stomií [online]. Braun Medical: 2014 [cit.2018-04-05]. Dostupné na: http://www.stomici.cz/**
- **ANG, Seng Giap Marcus, CHEN, Hui-Chen, SIAH, Rosalind Jiat Chiew, HE, Hong-Gu a KLAININ-YOBAS, Piyanee. Stressors Relating to Patient Psychological health following Stoma Surgery: An integrated Literature Review. Oncology Nursing forum. 2013, vol. 40, no.6, s. 587-594. ISSN 0190-535X.**

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Simona Šípová**
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Datum zadání bakalářské práce: **31. ledna 2018**

Termín odevzdání bakalářské práce: **29. března 2019**

PhDr. Lukáš Štich
děkan

L.S.

PhDr. Mgr. Jitka Krocová
vedoucí katedry

V Plzni dne 1. února 2019

Prohlášení

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

V Plzni dne 31. 3. 2019.

……

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Holubová Marie

Katedra: ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Management péče o pacienty se stomií

Vedoucí práce: Mgr. Simona Šípová MBA

Počet stran – číslované: 73

Počet stran – nečíslované: 35

Počet příloh: 7

Počet titulů použité literatury: 27

Klíčová slova: pacient se stomií, edukace, reedukace, edukační proces, stomie

Souhrn:

Tato bakalářská práce se zabývá zejména reedukací, u již edukovaných stomiků. Teoretická část této práce začíná anatomickým úvodem gastrointestinálního systému, dále pokračuje kapitolou s nejčastějšími onemocněními spojenými s vyvedením stomie. Nejpodrobněji se zaměřuje na stomie, a to zejména střevní, stomické pomůcky a jejich použití, edukaci a edukační proces prováděný stomickou sestrou. Praktická část je realizována jako kvalitativní výzkum. Zahrnuje kontroly stomiků, polostrukturované rozhovory a taktéž samotnou reedukaci. Výstup z práce tvoří edukační plán vytvořený pro edukaci každého respondenta.

Abstract

Surname and name: Holubová Marie

Department: Department of Nursing and Midwifery

Title of thesis: Management of Care for Patients with Stoma

Consultant: Mgr. Simona Šípová MBA

Number of pages – numbered: 73

Number of pages – unnumbered: 35

Number of appendices: 7

Number of literature items used: 27

Keywords: patient with stoma, reeducation, education process, stoma

Summary:

The bachelor thesis focuses mainly on the reeducation of already educated stoma patients. The theoretical part of the thesis starts with an anatomical introduction of a gastrointestinal system and continues with the chapter describing the most common diseases associated with the stoma withdrawal. The attention is paid to the stoma, or the intestinal stoma in particular, stoma accessories and their application, and the educational process carried out by the stoma nurse. The practical part is carried out as qualitative research. It includes the check on stoma patients, semi-structured interviews and also the reeducation itself. The outcome of this bachelor thesis is an educational plan I elaborated for each of the educated respondents.

Předmluva

Bakalářská práce pojednává o reedukaci stomiků. Zvolené téma jsem si vybrala, protože jsem se chtěla dovědět o edukaci a reedukaci stomiků více, a vstoupit tak hlouběji do této problematiky. Stomiků neustále přibývá, a myslím si, že práce na toto téma jsou stále aktuální. V praktické části jsem se rozhodla zabývat se problematikou reedukace stomiků s problematickou stomií a jejím řešením. Doufám v to, že tato práce bude přínosem pro všeobecné sestry, pro které bude také současně návodem v podávání dostatečné šíře informací při reedukaci stomiků, jež mají komplikovanou stomii.

Poděkování

Děkuji Mgr. Simoně Šípové MBA za odborné vedení práce, za poskytnutí cenných rad při tvorbě práce a také za vstřícný přístup při konzultacích. Dále bych také chtěla poděkovat Libuši Auterské Dis, za spolupráci a rady při tvorbě výzkumné části práce.

OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ 12
SEZNAM ZKRATEK 13
ÚVOD 14
TEORETICKÁ ČÁST 15
1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE TRÁVICÍHO SYSTÉMU 15
1.1 Anatomie trávicího systému 15
1.1.1 Obecná stavba stěny trávicího systému 15
1.2 Fyziologie trávicího systému 17
1.2.1 Trávení a vstřebávání potravy 17
Řízení činnosti trávení 17
Sekrece trávicích šťáv 17
2 ONEMOCNĚNÍ STŘEV SOUVISEJÍCÍ S VYVEDENÍM KOLOSTOMIE 18
2.1 Kolorektální karcinom 18
2.2 Nespecifické střevní záněty 19
2.2.1 Crohnova choroba 19
2.2.2 Ulcerózní kolitis 21
2.3 Divertikulární choroba 22
2.4 Střevní neprůchodnost (Ileus) 23
3 STOMIE 24
3.1 Stomie a její funkce 24
3.2 Rozdělení stomií 24
3.2.1 Dle časového období 24
3.2.2 Dle způsobu operativní konstrukce stomie 24
3.2.3 Dle funkce stomie 25
3.3 Střevní stomie 27
3.4 Komplikace stomií 28
3.4.1 Časné komplikace 28
3.4.2 Pozdní komplikace 30
3.5 Stomické pomůcky 32
3.5.1 Jednodílný systém pomůcek 32
3.5.2 Dvoudílný systém pomůcek 32
3.5.3 Adhezivní systém pomůcek 33
3.5.4 Splachovatelný systém pomůcek pro kolostomiky 33
3.5.5 Příslušenství k ošetřování stomie 33
3.6 Postup při ošetřování stomie 34

3.6.1 Odstranění stomického sáčku ... 34
3.6.2 Přímá aplikace nového stomického sáčku ... 35
4 EDUKAČNÍ PROCES ... 36
4.1 Význam edukace ... 37
4.2 Fáze edukačního procesu ... 37
4.2.1 Fáze posuzování ... 37
4.2.2 Fáze stanovení edukační diagnózy ... 37
4.2.3 Fáze plánování ... 37
4.2.4 Fáze realizace ... 38
4.2.5 Fáze zhodnocení ... 38
4.3 Typy edukace v ošetřovatelství ... 38
4.4 Edukační plán ... 39
4.5 Faktory ovlivňující kvalitu edukačního procesu ... 39
4.6 Negativní faktory ovlivňující kvalitu edukačního procesu ... 40
4.7 Komunikace s pacientem ... 41
4.7.1 Komunikace sestra versus pacient ... 41
5 EDUKACE PACIENTA STOMASESTROU ... 43
5.1 Předoperační období ... 44
5.1.1 Edukace v předoperačním období ... 44
5.2 Pooperační období ... 46
5.2.1 Edukace v pooperačním období ... 46
5.3 Péče o stomiky na lůžkovém oddělení ... 47
5.4 Ambulantní péče o stomiky ... 47
5.4.1 Stomická poradna ... 47
5.4.2 Funkce poradny ... 48
5.4.3 Dlouhodobá edukace stomika ... 48
PRAKTICKÁ ČÁST ... 50
6 CÍL A ÚKOLY PRÁCE ... 50
6.1 Hlavní cíl ... 50
6.2 Dílčí cíle ... 50
6.3 Organizace výzkumu ... 50
7 VÝZKUMNÉ PROBLÉMY/OTÁZKY ... 51
8 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU ... 52
9 METODIKA PRÁCE ... 53
10 ANALÝZA VÝSLEDKŮ ... 54
10.1 Respondent č. 1 ... 54
10.1.1 Anamnéza ... 54

10.1.2 Katamnéza 55
10.1.3 Fyzikální vyšetření 55
10.1.4 Otázky vycházející z modelu Marjory Gordonové 57
10.1.5 Kontroly ve stomické poradně 59
10.2 Respondent č. 2 63
10.2.1 Anamnéza 63
10.2.2 Katamnéza 64
10.2.3 Fyzikální vyšetření 65
10.2.4 Otázky vycházející z modelu Marjory Gordonové 66
10.2.5 Kontroly ve stomické poradně 68
10.3 Respondent č. 3 73
10.3.1 Anamnéza 73
10.3.2 Katamnéza 74
10.3.3 Fyzikální vyšetření 75
10.3.4 Otázky vycházející z modelu Marjory Gordonové 76
10.3.5 Kontroly ve stomické poradně 78
DISKUZE 83
ZÁVĚR 86
SEZNAM LITERATURY 88
SEZNAM PŘÍLOH 91
PŘÍLOHY 92
Příloha č. 1- Rešerše 92
Příloha č. 2 - Schválení výzkumu Mgr. Bc. Světluší Chabrovou 98
Příloha č. 3 - Vzor informovaného souhlasu 99
Příloha č. 4 - Použité škály v praktické části práce 100
Příloha č. 5 - Polostrukturovaný rozhovor 102
Příloha č. 6 - Edukační plány 104
Příloha č. 7- Obrazová příloha 107

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Stomie (Respondent č. 1) - str. 107

Obrázek 2:Brožury použité při edukaci - str. 107

Obrázek 3: Pomůcky použité při edukaci - str. 107

Obrázek 4: Stomie (Respondent č. 2) - str. 107

Obrázek 5: Brožury použité při edukaci - str. 107

Obrázek 6: Pomůcky použité při edukaci - str. 108

Obrázek 7: Stomie (Respondent č. 3) - str. 108

Obrázek 8: Brožury použité při edukaci - str. 108

Obrázek 9: Pomůcky použité při edukaci - str. 108

SEZNAM ZKRATEK

A ..... Afektivní

ADL ..... Bartelův test všednch činností

ARO ..... . Anesteziologicko- resuscitační oddělení

BMI..... Body mass index

CEA ..... Karcino-embryální antigen (onkomarker)

CT ..... Počítačová tomografie

DÚ ..... Dutina ústní

IBD ..... Nespecifické střevní záněty

JIP ..... Jednotka intenzivní péče

K ..... Kognitivní

MR..... Magnetická rezonance

NELZP..... Nelékařští zdravotničtí pracovníci

P ..... Pacient

PEG..... Perkutánní endoskopická gastrostomie

PET ..... Pozitronová emisní tomografie

PM ..... Psychomotorický

S.A.C.S ..... Nástroj pro objektivní hodnocení a klasifikaci lézí peristomální pokožky založený na důkazech

VAS ..... Vizuální analogová škála

ÚVOD

Ve své bakalářské práci „Management péče o pacienty se stomií“ jsem se rozhodla zabývat se problematikou pacientů s kolostomií. Stomie samotná je značně obsáhlé téma, a proto jsem si zvolila zaměřit se specializovaně na téma reedukace, již odoperovaných stomiků, protože jí není věnována ze strany odborných prací a článků taková pozornost jako edukaci. Téma jsem zvolila též z osobních důvodů jako zajímavé a rozvíjející mé znalosti a praktické zkušenosti v oboru. Při shromažďování literatury zacílené na toto téma, jsem využila rešeršní službu Vědecké knihovny města Plzně.

V teoretické části jsem se věnovala stručně anatomii gastrointestinálního traktu, přesněji střev a konečníku. Dále jsem charakterizovala onemocnění související s vyšitím stomie; kolorektální karcinom, nespecifické střevní záněty, divertikulární chorobu a taktéž neprůchodnost střev. Nejobsáhlejší kapitolu představují stomie, a v této kapitole jsem také rozebrala jejich rozdělení, pomůcky k jejich ošetřování a komplikace stomií. Charakterizovala a vymezila jsem pojmy jako edukační proces, formy edukace. Poslední samostatnou kapitolu tvoří edukace pacienta stomasestrou, ta zahrnuje veškeré oblasti, ve kterých sestra stomika edukuje.

Jako hlavní cíl svojí bakalářské práce jsem si stanovila zmapování stomiků s případnými komplikacemi stomie. Tento hlavní cíl jsem rozdělila na několik dílčích cílů. První dílčí cíl se týkal zjištění, zda stomik dokáže zhodnotit vzhled svojí stomie a rozpoznat případné patologie. Cílem druhým bylo zjištění nejčastějších potíží stomiků, které mohou být různého charakteru. Specifikovala jsem je v polostrukturovaném rozhovoru na několik oblastí týkajících se případnch stomikových potíží. Posledním čili třetím dílčím cílem této práce se stalo zjištění, zda je reedukace stomiků nutná, ikdyž nejsou v ošetřování stomie úplnými laiky, tak jako v prvních dnech a týdnech po operaci.

Praktická část práce byla provedena formou kvalitativního výzkumu. Ke sběru dat do praktické části byly použity dostupné zprávy o ošetřování těchto respondentů, včetně starých lékařských zpráv. Použila jsem také polostrukturovaný rozhovor. Styk s respondenty mi bude umožněn a navázán ve stomické poradně, zde se také s respondenty budu setkávat při plánovných kontrolách. Výstupem z této bakalářské práce bude pro ilustraci provedené edukace tvorba edukačního plánu u každého respondenta, ten bude doplněn o foto stomie a použitých pomůcek.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE TRÁVICÍHO SYSTÉMU

1.1 Anatomie trávicího systému

Trávicí soustava je soubor orgánů a žláz určených zejména k příjmu a trávení potravy. Slouží také k mechanickému a chemickému zpracování přijatých živin a k vyloučení přebytečných látek z těla. Žlázy zejména jako je například slinivka břišní, slinné žlázy či játra významně napomáhají ke štěpení a vstřebávání životně důležitých látek, které jsou zodpovědné za chod organismu. (Fiala, Valenta a Eberlová, 2009, s. 56)

1.1.1 Obecná stavba stěny trávicího systému

Stěna gastroinstestinálního traktu je tvořena čtyřmi vrstvami. První část, jež vystélá trávicí trubici se nazývá sliznice. Sliznice je červenorůžové barvy a zvlhčují ji žlázky na jejím povrchu. Sliznice může mít různorodou stavbu, co se týče tvaru výběžků či řasinek, podle funkce jednotlivých orgánů. Pod sliznicí se nachází podslizniční vazivo spolu s tenkou vrstvou hladké svaloviny, která umožňuje sliznici pohybovat se po hladké svalovině. Jako třetí vrstvu popisujeme svalovinu. Příčně pruhovaná svalovina, ovladatelná naší vůlí se nachází na počátku trávicí trubice, střední část trávicího systému je tvořena svalovinou hladkou a poslední část trávicího traktu je také tvořena příčně pruhovanou svalovinou. Tyto vrstvy jsou chráněny poslední povrchovou vrstvou. Ta je tvořena řídkým či hustším vazivem, chrání ty oddíly gastroinstestinálního traktu, které neleží v prostoru pobřišnicové dutiny. (Naňka a Elišková, 2009, s. 141-142)

Tenké střevo

Tenké střevo (intestinum tenue) je nejdelší částí gastrointestinálního traktu, spojuje dolní svěrač žaludku a tlusté střevo. Jeho délka je přibližně 3-5 metrů. V tenkém střevě dochází zejména ke vstřebávání potravy. Na tenkém střevě popisujeme tyto části; dvanáctník (duodenum), lačník (jejunum), kyčelník (ileum).

Dvanáctník (duodenum) je pokračováním dolního svěrače žaludku (pyloru). Svojí zadní plochou doléhá na pravou nadledvinu a na část pravé ledviny. Ve dvanáctníku se nacházejí drobné žlázky, které produkují zásaditý sekret neutralizující žaludeční kyseliny. V dolní části duodena, v místě papilla Vateri, vyúsťuje vývod slinivky břišní a žlučníku.

Lačník a kyčelník tvoří převážnou část střeva, dohromady až 3/5 jeho délky. Lačník nalezneme v levé části dutiny břišní, oproti tomu kyčelník spíše v pravé dolní části dutiny břišní. Lačník má širší průřez a je narůžovělé barvy, zatímco kyčelník je užší a napojuje se na tlusté střevo v oblasti tzv. ileocekálního ústí, kde se nachází Bauhinská chlopeň. Chlopeň zabraňuje zpětnému návratu střevního obsahu. (Naňka a Elišková, 2009, s. 157-159)

Tlusté střevo a konečník

Tlusté střevo měří 1,5-1,8 metru a popisujeme na něm 2 hlavní části; tračník (colon) a konečník (rectum).

Tračník

Je tvořen podélnou svalovinou a v místě jejího zesílení z ní vyúsťují tři pruhy (taeniae). Střevní stěna je vyklenuta v tzv. haustra. Tračník můžeme rozdělit na několik částí - slepé střevo, vzestupný tračník, sestupný tračník a esovitá klička. Počáteční částí tlustého střeva je slepé střevo a pod ileocékálním spojením se vyskytuje lymfatická tkáň - červovitý přívěsek (appendix vermiformis). Appendix se nachází poblíž močového měchýře - u žen nedaleko pravého vaječníku. Vzestupný tračník naléhá na zadní stěnu břišní a je pokryt serózní blánou. Příčný tračník je po celé své délce kryt serózou. Sestupný tračník v levé jámě kyčelní dále pokračuje esovitou kličkou. (Fiala, Valenta a Eberlová, 2015, s. 107-108)

Konečník

Závěrečnou částí gastrointestinálního traktu je konečník dlouhý 10 cm. Rektum je vloženo do vyhloubení křížové kosti a je zakřiveno v sagitální a frontální rovině. Sliznice rekta je tvořena třemi poloměsíčitými řasami. První část rekta se nazývá nálevka (ampulla) a druhá část rekta řitní kanál (canalis analis), který vyúsťuje v řitní otvor. Sliznice řitního kanálu je tvořena cylindrickým epitelem plynule přecházející v dlaždicový. V blízkosti zevní části řitního otvoru se nachází množství žilních pletení. (Naňka a Elišková, 2009, s. 161)

1.2 Fyziologie trávicího systému

1.2.1 Trávení a vstřebávání potravy

Chod lidského těla je přímo závislý na přísunu životně důležitých látek z okolí. Bez přísunu potravy by nebyla možná obnova či tvoření tkání nových. Stejně tak jako je důležitý příjem potravy, je nutné vyloučení přebytečných odpadních látek z těla. Tyto dva děje jsou součástí cyklu látkové přeměny čili metabolismu. Trávicí ústrojí má nezastupitelnou funkci. Umožňuje příjem potravy, zajišťuje její zpracování a vstřebávání. Živiny, které přijímáme potravou jsou organické látky, jejichž pomocí získává tělo energii. Procesem trávení jsou složité molekuly rozloženy na jednoduché molekuly a pouze ty je schopno naše tělo vstřebat. (Langmeier a kol., 2009, s. 137)

Řízení činnosti trávení

Regulace dějů v trávicím traktu se uskutečňuje na podkladě reflexním. Reflexní činnosti trávicího traktu mohou být vyvolány několika způsoby podle typu podnětu. Při zvýšené náplni určitého orgánu se rozšíří i jeho stěna, a tak dochází ke stimulaci mechanoreceptorů. Dalším vyvolávajícím faktorem je zvýšená osmolarita, při které dochází ke štěpení živin a vznikne poté větší množství menších molekul. Ke spuštění reflexních dějů napomáhá také změna koncentrace H^+ iontů. (Kittnar a Mlček, 2009, s. 141)

Sekrece trávicích šťáv

Výsledkem produkce specializovaných žláz trávicího traktu a sliznice jsou trávicí šťávy. V buněčné organele zvané endoplazmatické retikulum se tvoří sekret. Je uskladněn ve formě sekrečních granul, jež jsou uvolňovány, působí-li na ně řídící podněty. Sliny se tvoří v dutině ústní žlázkami na sliznici dutiny ústní a obsahují zejména vodu, antibakteriální látky a řadu iontů. Tvorba slin je řízena sympatikem a parasympatikem. Množství slin, které se vyprodukuje, závisí na dostatečné zásobě vody v organismu. Žaludeční šťáva je tvořena parietálními buňkami žaludku, buňky hlavní tvoří trávicí enzymy. Množství vytvořené žaludeční šťávy za den je přibližně dva až tři litry denně. Sekrece šťávy je řízena parasympatickým systémem na základě podmíněných a nepodmíněných podnětů a probíhá v několika fázích; fáze cefalická, fáze gastrická a fáze intestinální. Sekret slinivky břišní je vylučován vývodem do dvanáctníku - první části tenkého střeva. Obsahuje sodné, hydrogenuhličitanové ionty a enzymy, které umožnují štěpení potravy. (Langmeier a kol., 2009, s. 141-142)

2 ONEMOCNĚNÍ STŘEV SOUVISEJÍCÍ S VYVEDENÍM KOLOSTOMIE

2.1 Kolorektální karcinom

Kolorektální karcinom je souhrné označení pro nádor tlustého střeva a konečníku. Příčina vzniku tohoto onemocnění není přesně známa, mnohaleté výzkumy však prokázaly řadu rizikových faktorů, které mohou významně přispívat k propuknutí onemocnění. Rizikové faktory můžeme rozdělit na vnitřní a vnější. Vnitřními faktory rozumíme; věk, pohlaví a do jisté míry genetické predispozice. Dalším důležitým rizikovým faktorem jsou zánětlivá onemocnění střev - Crohnova choroba, ulcerózní kolitida, familiární adenomatozní polypóza a nespecifické střevní záněty (IBD). Mezi vnější; ovlivnitelné rizikové faktory; řadíme nezdravé stravování - zejména konzumace tučných potravin, uzenin a zvýšená konzumace masa a naopak nedostatek vlákniny a ovoce, dále také kouření a konzumaci alkoholu. (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 166)

Karcinom tlustého střeva patří do skupiny onemocnění, u kterých je prováděn preventivní screening. Nárok na vyšetření mají asymptomatičtí pacienti ve věku nad 50let. Pokud je test na okultní krvácení negativní, na další vyšetření se pacient dostaví s desetiletým odstupem. (Anděl, Škrovina a Ducháč, 2012, s. 179)

Při diagnostice je velmi důležité odebrat podrobně pacientovu anamnézu. Základním vyšetřením při podezření na kolorektální karcinom je tzv. test na okultní krvácení. Dalšími vyšetřovacími metodami jsou odběr krve (především na tumorové markery, CEA a krevní obraz), vyšetření per rektum (u žen může být doplněno o gynekologické vyšetření), kolonoskopie a rektoskopie. Mezi doplňující vyšetření řadíme USG,CT/PET, MR – kterými lze také zjistit výskyt možných metastáz.

Příznaky kolorektálního karcinomu se liší, podle toho, která část střeva je nádorem postižena. Při postižení pravé části tračníku, která má širší průsvit je průběh onemocnění často delší dobu asymptomatický, nebo se vyskytují nespecifické symptomy. Těmi je nechutenství, anémie, občasný průkaz krve ve stolici, hubnutí a další. Pokud je postižen levý tračník, mezi hlavní symptom řadíme především střídání obstipace (zácpy) a průjmu, které je doprovázeno krví ve stolici a také bolestí břicha. Pokud je postižen konečník, příznaky

jsou zejména pocit neúplného vyprázdnění, změněný charakter vyprazdňování a také průkaz krve ve stolici či krvácení z konečníku.

Hlavní volbou při léčbě kolorektálního karcinomu je chirurgická léčba, která zpravidla bývá doplněna o další léčebné postupy jako je například chemoterapie, či aktinoterapie . (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 167)

Při zvolení operačního řešení je nutné zvážit, zda je možné provést radikální operační výkon s odstraněním celého nádoru, či přistoupit na ulevující čili paliativní výkon pokud nelze dosáhnout úplného vyléčení. Paliativním řešením hodláme předejít komplikacím spojených s nádorem. Každý případ musí být posuzován komplexně, aby se rozhodlo, zda je pro pacienta výhodnější provést pouze paliativní resekci tumoru, či vyvést střevo na povrch v podobě stomie. (Anděl, Škrovina, Ducháč, 2012, s. 172)

2.2 Nespecifické střevní záněty

2.2.1 Crohnova choroba

Crohnova choroba je chronické zánětlivé onemocnění trávicí trubice a může se vyskytnout ve kterékoliv její části. Nejčastější výskyt byl zaznamenán v oblasti přechodu z tenkého střeva do tlustého, čili v oblasti tzv. ileocékální chlopně. Crohnova choroba vytváří ohraničený zánět a prostupuje celou šířkou stěny střeva, narozdíl od ulcerózní kolitidy postihující pouze sliznici střeva. (Červenková, 2009, s. 15). Střevo zpravidla nebývá postiženo v celé délce, typické je střídání úseků postižených zánětem s úseky střeva zdravého.

U tohoto onemocnění není zjištěna přesná příčina, ale je známo několik faktorů, které mají vliv na vzplanutí onemocnění. Hlavní úlohu sehrávají genetické predispozice spolu s psychikou. (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 165)

Průběh onemocnění je u každého člověka individuální. Podle chování a reakce na léčbu můžeme Crohnovu chorobu rozdělit do tří typů: píštělový, stenózující a zánětlivý. Píštělový a stenózový typ většinou hůře reaguje na konzervativní léčbu a vhodnější je spíše chirurgická léčba spolu s intenzivní medikamentózní léčbou. Naproti tomu typ zánětlivý velmi pozitivně reaguje na léčbu konzervativní. (Červenková, 2009, s. 17)

Příznaky Crohnovy choroby se odvíjejí podle toho, která část střeva je postižena a také jak široké je postižení. Zánět nacházející se v tenkém střevě se projevuje především bolestmi břicha bez průjmů, snížením hmotnosti a můžeme zaznamenat i anémii. Pokud se

zánět vyskytne v tenkém střevě i tračníku, typickými symptomy jsou především průjmy doprovázené teplotou a bolestmi břicha. Postižení ileocékální oblasti vykazuje tyto symptomy; křečovité bolesti zejména po konzumaci potravy, ale mohou se objevit až za 30 až 60 minut po požití stravy, současně se dostaví i průjem, a v této souvislosti dochází ke snižování hmotnosti. Snížení hmotnosti je způsobeno sníženým příjmem potravy a přítomností tohoto onemocnění. Je-li zasaženo pouze tlusté střevo, vyjma křečovitých bolestí a průjmu mohou být přítomny hnisavá ložiska v oblasti konečníku. Při postižení tlustého střeva se často se objevují i tzv. mimostřevní symptomy. Těmy mohou být například – záněty kloubů, kožní erytém a zánět rohovky či duhovky. Při zasažení zánětlivého procesu do oblasti konečníku a řitního kanálu jsou přítomné píštěle konečníku, opakované abscesy a vředy v řitním kanálu s infiltrátem v análních papilách. (Červenková, 2009, s. 16)

K častým komplikacím tohoto onemocnění patří četné řitní trhliny, vyskytující se v celém prostoru řitního kanálu. Pacienti mohou také často pociťovat problémy s funkcí svěrače. Dále se mohou vyskytnout perianální abscesy (ohraničené záněty v oblasti konečníku). Perianální píštěl znamená patologické propojení buď v rámci konečníku, či dalších orgánů a vyskytuje se u 20-40% pacientů. (Anděl, Škrovina a Ducháč, 2012, s. 161)

Pro včasnou diagnostiku tohoto onemocnění je důležitá zejména osobní anamnéza pacienta a fyzikální vyšetření lékařem, včetně vyšetření konečníku per rektum. Stěžejní vyšetřovací metodou je kolonoskopie. (Janíková a Zeleníková , 2013, s. 165)

Crohnova nemoc, tak jako další nespecifické střevní záněty probíhá většinou chronicky, čili se střídají období ústupu (remise) a znovuvzplanutí choroby (relaps). Hlavní cíl konzervativní léčby je zklidnit zánět, aby došlo k remisi a pacient netrpěl příznaky. Základem této léčby je užívání medikamentů. Velkým trendem současné medicíny se stala biologická léčba, která je vhodná pro pacienty, u nichž předchozí konzervativní léčba selhala. (Červenková, 2009, s. 41-46)

Při vleklém průběhu onemocnění za doprovodu komplikací je posledním typem léčby chirurgický výkon. Pokud dojde ke stenóze v oblasti přechodu tenkého a tlustého střeva, je provedena ileocékální resekce tzn. odstranění postižené části střeva a ušití anastomózy, buď se zachovanou fyziologickou cestou vyprazdňování, nebo s vyšitím kolostomie. Další operační variantou může být resekce dle Hartmanna, kdy dojde k úplnému odstranění tlustého střeva s vyústěním tenkého střeva na povrch - ileostomií. (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 168)

2.2.2 Ulcerózní kolitis

Ulcerózní kolitis řadíme mezi idiopatické střevní záněty. Toto onemocnění bývá často zaměňováno s Crohnovou chorobou, protože celkový obraz onemocnění je velmi podobný. Ulcerózní kolitida postihuje pouze tračník, na kterém dominují ulcerace sliznice, které se vyskytují v rektu a šíří se orálním směrem. (Zachová a kol., 2010, s. 27)

Příčina vzniku ulcerózní kolitidy není známa, hovoříme pouze o rizikových faktorech. Zásadní vliv sehrávájí genetické predispozice, poškozená střevní mikroflóra a selhání střevního imunitního systému. V potaz také bereme vzájemné působení vnitřních a vnějších faktorů např. kouření, vliv životního prostředí, dietní chybu atd. Dalšími spouštěči onemocnění mohou antibiotika, užívání hormonální antikoncepce a nadměrné užívání nesteroidních antirevmatik. (Zbořil a kol., 2018, s. 32-51)

Průběh onemocnění lze rozdělit na dvě střídající se období, vzplanutí onemocnění (relaps) a ústup (remise). Tato období mohou trvat různě dlouhou dobu. Akutní ataka se projevuje průjmovitými stolicemi s příměsí krve. (Zachová a kol., 2010, s. 27)

Hlavním příznakem je vyprazdňování průjmovité stolice spojené s bolestí břicha obsahující zejména krev a střevní hlen. Vyprazdňování je nedokonalé a je obtížné určit přesný počet defekací. Soubor těchto příznaků můžeme zahrnout pod pojem tzv. rektální syndrom. U některých pacientů mohou být naopak dominující mimostřevní příznaky a to zejména kloubní výpotek, poškození zraku a kožní vyrážky. (Zbořil a kol., 2018, s. 58)

Komplikace ulcerózní kolitidy můžeme rozdělit na místní a celkové. K místním řadíme masivní krvácení, perforaci střeva, karcinom tlustého střeva a toxický megakolon. Toxický megalon je život ohrožující komplikace, střevo se rozšiřuje a je narušená jeho motilita. Mezi celkové čili systémové komplikace řadíme tromboembolickou nemoc a jiná nádorová onemocnění. (Zbořil a kol., 2018, s. 73)

Pro ucelenou diagnostiku je důležité fyzikální vyšetření a analýza bolestí břicha. Nutné je také vyšetřit stolici a její složení popř. zjistit přítomnost krve. (Zbořil a kol., 2018, s. 155 -159)

Léčbu ulcerózní kolitidy lze rozdělit na konzervativní a chirurgickou. Konzervativní léčba tzv. udržovací zahrnuje farmakoterapii, která se skládá z perorálního a lokálního užívání aminosalicilátů, dále kortikoidů (tlumí zánět střevní sliznice), imunosupresiv (léky tlumící imunitní systém) a methotrexátu. Jako další doplňující léky jsou doporučována

probiotika, která umožnují růst střevní sliznice a podporují množení zdraví prospěšných bakterií ve střevě. (Zbořil a kol., 2018, s. 373-353)

Při komplikovaném průběhu onemocnění je nutné chirurgické řešení. Provádí se buď subtotální kolektomie s terminální ileostomií, což znamená částečné odstranění tračníku a vyvedení trvalé ileostomie z tenkého střeva, nebo totální proktokolektomie s ileopouchanální anastomózou. Další variantou může také být totální proktokolektomie s terminální ileostomií (odstranění celého střeva a vyvedení ileostomie). (Zbořil a kol., 2018, s. 474)

2.3 Divertikulární choroba

Divertikulární choroba tlustého střeva je charakterizována tvorbou výchlipek sliznice, která je způsobená zvýšením intraluminárního tlaku uvnitř střeva. Střevní výchlipky neboli divertikly, se nejčastěji nacházejí v oblasti esovité kličky a sestupného tračníku.

Tvorba střevních divertiklů je podmíněna především nedostatkem vlákniny v potravě. Nedostatek vlákniny působí negativně na střevo, takže dochází ke stagnaci stolice a plynů.

Postižená stěna střeva je divertiklem oslabena a v důsledku nakumulované stolice a plynů v divertiklu může střevo perforovat. Symptomem divertikulární choroby je zejména bolest v levém podbřišku doprovázená střídáním obstipace a průjmu. Ve stolici se mohou také nacházet stopy krve. Tyto symptomy mohou být také doprovázeny horečkou.

Komplikovaný průběh onemocnění může vyústit až v přítomnost perikolického abscesu, kdy se vytvoří zánětlivé ložisko na divertiklu. Nejzávažnější komplikací, která může nastat, je perforační peritonitida, což znamená, že obsah střeva vytéká do dutiny břišní a to může způsobit až zánět pobřišnice. (Zachová a kol., 2010, s. 27)

Při podezření na divertikulární chorobu se odebere krev na vyšetření krevního obrazu a zánětlivé parametry. Rozbor moči může odhalit kolovezikální píštěl, čili píštěl propojující tračník a močový měchýř. Průkaz divertikulární choroby prokáže rentgenový snímek hrudníku a břicha, kdy je na snímku rozeznatelné pneumoperitoneum a dilatace střev. Další pomocné zobrazovací metody jsou počítačová tomografie, která může prokázat přítomnost infiltrátu a svalové hypertrofie.

Léčba se odvíjí od závažnosti projevů choroby. Při mírných projevech je možná konzervativní léčba, skládající se z podávání širokospektrých antibiotik např. metronidazolu a podávání analgetik. Chirurgické řešení je poslední možností volby. V současnosti je trendem volit laparoskopický přístup s resekcí a anastomózou. (Tham, Collins a Soetikno, 2017, s. 343-344)

2.4 Střevní neprůchodnost (Ileus)

Střevní neprůchodnost je pojem vyjadřující, buď částečnou, nebo úplnou neprůchodnost střev z různých příčin. Výskyt ilea je vcelku běžný a podle příčin jej můžeme rozdělit na dva typy: na paralytický ileus a mechanický ileus. Rozdíl mezi mechanickou a paralytickou obstrukcí je ten, že při mechanické obstrukci pracuje peristaltika střeva proti odporu, naproti tomu při paralytickém ileu je střevo bez přirozené motility.

Při diagnostice ilea je základním vyšetřením rentgenový snímek břicha, na kterém může být objevena dilatace tlustého střeva, či mechanická překážka. Dále je velmi důležité vyšetřit pomocí rentgenu i hrudník vestoje. Na tomto snímku může být patrný plyn v podbráničí krajině, což značí že střevo není perforováno. Pomocí počítačové tomografie lze rozlišit různé druhy ilea podle vyvolávající příčiny.

Ileus představuje život ohrožující stav a je nutné ihned nasadit odpovídající léčbu, podle vyvolávající příčiny. Při léčbě paralytického ilea se zpravidla volí konzervativní postup spočívající v doplnění tekutin, dodávání iontů, stabilizaci fyziologických funkcí a poskytování komplexní ošetřovatelské péče. Ovšem pokud je příčinou akutní problém, jako například absces či peritonitis, je nutný chirurgický zákrok. Mechanická obstrukce má naopak téměř vždy jen chirurgické řešení. Pokud je příčina obstrukce karcinom tlustého střeva, musí se uvážit, zda po resekci střeva vyšít anastomózu či stomii.

Nekomplikovanou neprůchodnost střeva v oblasti slepého střeva lze řešit pravostrannou hemikolektomií a primární anastomózou. Pokud nastane perforace střeva s kontaminací břišní dutiny, je pravděpodobným řešením operace metodou dle Hartmanna. To znamená, že se resekuje postižené střevo a vyvede se kolostomie na povrch. Pokud je karcinom ve střevě rozsáhlý a nelze ho vyoperovat, lze také vytvořit střevní bypass, či vyšít trvalou kolostomii. (Tham, Collins a Soetikno, 2017, s. 286-291)

3 STOMIE

Vymezení pojmu

Termín stomie, pocházející z řeckého slova stomas (ústí, otvor), znamená umělý vývod dutého orgánu na povrch těla. Tímto pojmem souhrně označujeme různé typy vyústění dutých orgánů. Toto vyústění bývá provedeno zpravidla chirurgickým vyšitím, nebo lze orgán vyvést na povrch těla i pomocí katétru.

3.1 Stomie a její funkce

Stomie gastrointestinálního i urogenitálního traktu jsou nejčastěji vyšity z důvodu nemožnosti přirozeného odchodu stolice či moči. Podnětem pro vytvoření stomie na gastrointestinálním traktu může být také podávání výživy zvenčí gastrostomií, či jejunostomií.

3.2 Rozdělení stomií

3.2.1 Dle časového období

Z hlediska času lze stomie rozdělit na stomie dočasné a trvalé. Dočasné stomie jsou vyšity pouze na určenou dobu, která je nutná pro zhojení a nabytí sil určitého orgánu. Pokud není možno obnovit funkčnost tohoto orgánu, je nutné založit trvalou stomii. (Zachová a kol., 2010, s. 31)

3.2.2 Dle způsobu operativní konstrukce stomie

Podle postupu při chirurgickém vyšití stomie je rozlišujeme na stomie nástěnné, operativní postup se skládá z nařízntutí kůže a řez pokračuje i do orgánu, který potřebujeme vyvést na povrch. Obsah z orgánu vede na povrch katetr, který může být přišit ke kůži, či se okraj řezu provedený na orgánu přišije přimo ke kůži.

Dalším způsobem je vyšití jednohlavňové stomie (terminální), a to se provádí tak, že se zcela přeruší chirurgickou cestou střevo, orální část střeva je vytažena před břišní stěnu a je přichycena stehy ke kůži. Konečná část střeva je ponechána v dutině břišní. Tato stomie může být brána jako dočasná, ale pokud nelze střevo zpět napojit, stává se stomií trvalou.

Dvouhlavňová neboli axiální stomie je zakládána při malé laparotomii, vytažené střevo lze vypodložit jezdcem, nebo lze přichytit přívodnou i odvodnou kličku střeva ke

kůži. Před podáváním léků do dvouhlavňové stomie musí stomasestra vyhmatat přívodnou a odvodnou kličku střeva. (Vytejčková a kol., 2013, s. 157-158)

3.2.3 Dle funkce stomie

- **Derivační stomie**

Derivační stomie slouží k odvodu obsahu z tenkého či tlustého střeva, a také dalších orgánů. Mohou být zavedeny buď dočasně, nebo trvale. (Holubová a kol., 2013, s. 239)

Kolostomie

Stomie založená na tlustém střevě se nazývá kolostomie. Nejčastěji se kolostomie nachází v levém podbřišku a odvádí tak stolici z tlustého střeva do sběrného stomického sáčku.

Mezi nejčastější indikací k vytvoření kolostomie jsou; kolorektální karcinom a jiné benigní nádory střeva, náhlé příhody břišní a nespecifické střevní záněty. Dále mezi onemocnění, která mohou být příčinou zavedení stomie, řadíme také vrozené vývojové vady u dětí, traumata dutiny břišní, dědičné choroby tlustého střeva. Příčinou zavedení stomie může být také gynekologická či urologická indikace. (Vytejčková a kol., 2013, s. 163)

Z anatomického hlediska můžeme pojmenovat stomie podle jednotlivých úseků tlustého střeva směrem od slepého střeva až ke konečníku; cékostomie, ascendentostomie, transverzostomie, descendentostomie a sigmoideostomie. Z názvu každé stomie je patrné na kterém úseku tlustého střeva se nachází. (Drlíková a kol., 2016, s. 18)

Sigmoideostomie patří mezi jednu z nějčastějších stomií, nachází se v levém podbřišku, ale je možné i jiné umístění. (Vytejčková a kol., 2013, s. 163)

Ileostomie

Ileostomií rozumíme vyvedení tenkého střeva na povrch v podobě stomie. Příčinou založení ileostomie může být nejčastěji odstranění celého tlustého střeva, nebo jiný operační zákrok na tlustém střevě. Méně častou příčinou zvolení ileostomie je uklidnění zaníceného střeva. Obsah z tenkého střeva je velmi agresivní k peristomální kůži a vytéká ze stomie permanentně.

Urostomie

Urostomie je chirurgické vyvedení močovodu navenek. Je vyvedena dočasně, či trvale. U dočasných urostomií bývá příčinou založení částečné odstranění močového měchýře, nebo poranění dolních močových cest. Moč vytéká do sběrného sáčku, protože z různých příčin nemůže přirozeně téci do močového měchýře. (Mikšová a kol., 2010, s. 118-119)

Ezofagostomie

Ezofagostomie, je otvorem vyúsťujícím z jícnu. I tyto stomie mohou být dočasného nebo trvalého charakteru. Hlavní idikací je odvod slin a tudíž se předchází jejich aspiraci. (Vytejčková a kol., 2013, s. 159)

Tracheostomie

Tracheostomie slouží k dočasnému nebo trvalému vyústění respiračního systému na povrch. Je vyústěna z průdušnice. (Vytejčková a kol., 2013, s. 159)

Hlavní indikací k vyšití tracheostomie je lepší průchodnost dýchacích cest, zejména u pacientů na dlouhodobé umělé plicní ventilaci a při polytraumatech. (Mikšová a kol., 2010, s. 126-127)

Cholecystostomie

Cholecystostomií rozumíme vyvedení katetru ze žlučníku, žluč je odváděna do sběrného systému. (Zachová a kol., 2010, s. 38)

- **Výživové stomie**

Stomie výživové slouží k zajištění výživy pacienta a nacházejí se taktéž na zažívacím traktu. Založení výživové stomie lze provést chirurgicky, endoskopickými metodami, nebo pomocí punkce do daného orgánu. (Holubová a kol., 2013, s. 239)

Gastrostomie, Jejunostomie

Tato stomie je vyšita na žaludku přes stěnu břišní, a patří mezi výživnou stomii, skrze kterou je možné podávat výživu přímo do žaludku. Nejčastějším důvodem k jejímu založení je nemožnost příjímat stravu ústy např. z důvodu neprůchodnosti jícnu či malignit. (Zachová a kol., 2010, s. 38).

Perkutánní endoskopická gastrostomie (PEG)

Perkutánní endoskopická gastrostomie je jednou z variant zavedení gastrostomie. Přes stěnu břišní se pomocí endoskopické metody (gastroskopie) přímo do žaludku zavede set pro výživu.

Indikace pro zavedení PEGu jsou; plánované výkony v oblasti dutiny ústní a hltanu, nebo při aktinoterapii této oblasti. Velmi užitečné je zavedení PEGu při dlouhodobém podávání enterální výživy. (Holubová a kol., 2013, s. 183-191)

3.3 Střevní stomie

Střevní stomie lze rozdělit na dočasné a trvalé. Z dočasných stomií se stávají trvalé, z důvodu nemožnosti obnovení funkce střev, anebo nemožnost střevo zpět napojit. Často se také indikuje ponechat trvalou stomii, když je riziko dalšího operačního výkonu pro pacienta vysoké. Dočasné stomie se často nacházejí na tenkém střevě, protože způsob jejich vyvedení a zanoření je lépe tolerován a při jejich vytváření je zachován řitní svěrač a konečná část tlustého střeva- esovitá klička.

Koncové neboli terminální stomie, jsou doživotními stomiemi a často bývají vyšity při plánovaných chirurgických výkonech. Jsou jednohlavňové, nebo dvouhlavňové z hlediska operativní konstrukce. U dvouhlavňových stomií je jejich součástí jezdec, který podepírá střevo pro snadnější hojení. Je důležité jezdec vypodložit sterilním čtvercem, aby se neotlačila kůže pod jezdcem. Jezdec se obvykle odstraňuje 5. - 10. popoperační den. (Drlíková a kol., 2016, s. 16)

Stomie může být vyšita při akutním, urgentním, nebo plánovaném operačním výkonu.

Urgentním výkonem rozumíme operaci z vitální indikace, čili život zachraňující výkon. Chirurg pracuje s nevyprázděným střevem, a probíhá pouze neodkladná příprava

před samotným výkonem. Při urgentním výkonu, hraje nejdůležitější roli čas, a tak pacient zpravidla nebývá edukován o výkonu, a hůře se smiřuje se zavedením stomie.

Plánovaná operace probíhá za zcela odlišných podmínek, pacient je edukován sestrou a před výkonem za ním přijde stomická sestra, která vyměří a zakreslí nejvhodnější místo pro umístění stomie. Chirurg má při plánovaném výkonu na připraveném střevě přehlednější dutinu břišní a lépe přístupná střeva. (Vytejčková a kol., 2013, s. 157)

3.4 Komplikace stomií

Komplikace stomií bývají důsledkem změny tělesné konstituce pacienta (obezita, malnutrice), často také jsou výsledkem technické chyby při vyšití stomie. Komplikace mohou vzniknout v souvislosti se zvýšenou citlivostí peristomální kůže a na stomie může mít také zásadní vliv základní onemocnění pacienta.

Z různých výzkumů a šetření vyplývá, že komplikace stomií jsou u stomiků časté. Komplikovanou ileostomii má přibližně 10-55%, komplikace u kolostomií se vyskytují u 5-39% pacientů.

Komplikace stomií můžeme rozdělit z hlediska časového rámce na bezprostřední neboli časné (nastávají nejpozději do 3 měsíců po operaci) a následné komplikace, které se mohou projevit později. (Vytejčková a kol., 2013, s. 165)

Pokud pacient zaznamená nějaké nezvyklé obtíže spojené se stomií, měl by se obrátit na svoji stomasestru. Výběr pomůcek a postup ošetřování komplikované stomie nelze paušalizovat na všechny pacienty, každá stomie je jiná a musí se k ní individuálně přistupovat. Řešení komplikací stomií má poměrně širokou škálu intervencí jak je lze vyléčit či zmírnit. Někdy při řešení potíží postačí vyměnit stávající stomickou pomůcku za novou, ale v některých případech bývá nutná chirurgická korekce. (Drlíková a kol., 2016, s. 151)

3.4.1 Časné komplikace

Komplikace časné (bezprostřední) se vyskytují ihned po operaci, během hospitalizace, nebo se mohou objevit i i lehkým časovým odstupem 1-3 měsíce od operace. (Vytejčková a kol., 2013, s. 165)

Nevhodné umístění stomie

S nevhodným umístěním stomie se nejčastěji můžeme setkat u pacientů operovaných akutně, a proto nebyl čas stomii zakreslit před výkonem. Nesprávná lokalizace stomie

je brána jako taková; pokud je stomie umístěna v jizvě, kožní řase, pod žeberním obloukem, na boku, v třísle, nebo v operační ráně. K ošetření této stomie je vhodné používat flexibilní stomické pomůcky, hydrokoloidní destičky a vyrovnávací pastu.

Krvácení

Krvácení bezprostředně po operačním výkonu se řeší buď chirurgickou cestou, nebo konzervativně. Nepatrné krvácení při ošetřování stomie je vcelku časté, ale i tak není možné ho podceňovat. Krvácet může větší céva nebo střevo může být poškozené mechanickým tlakem.

Kožní komplikace

Kožních komplikací může nastat hned několik. Patří mezi ně kontaktní dermatitida, alergická rekce, iritace a macerace. Pokud tyto komplikace nastanou, je nejprve nutné řešit jejich příčinu, často stačí zvolit jiné stomické pomůcky. (Otradovcová kol., 2006, s. 42-43)

Nejčastěji se kožní komplikace vyskytují u pacientů s ileostomií a urostomií, naopak nejméně jimi trpí kolostomici. Peristomální kůže (kůže v těsné blízkosti stomie) je velmi citlivá a pokud není včas rozpoznána a řešena její komplikace, mohou ji osídlit mikroorganismy. Poškození peristomální kůžese velmi obtížně léčí, ikdyž je okolí stomie zhojené, okolní kůže může být stále problematická a hůře na ni přilnou stomické pomůcky.

Téměř u všech nově založených stomií se vyskytuje erytém (zarudnutí) okolní kůže. Nově namáhaná kůže téměř při každé výměně stomické pomůcky reaguje začervenáním, ale může být i součástí alergie na lepidlo dané stomické pomůcky. Jako předcházení zarudnutí může sloužit používání ochranného filmu.

Nešetrná a nesprávná výměna stomické pomůcky může způsobit iritaci kůže v okolí a kůži dráždí také přítomnost stolice. Takováto kůže je suchá, pacient může pociťovat svědění a pálení. K zahojení iritované kůže je vhodné použít dvoudílný systém s celoželatinovou podložkou s přídržným páskem. (Vytejčková a kol., 2013, s. 165-169)

Nekróza okrajů stomie

Nekróza okrajů stomie znamená, že střevo je méně vyživováno, protože má snížený přítok krve a tak okraje stomie mohou získat až černou barvu. Tento nedostatečný přísun

živin do střeva může být způsoben buď otokem, nebo malým otvorem v kůži pro stomii. Nekróza se řeší konzervativní cestou, pokud střevo stále drží na fascii. Když střevo zapadává do dutiny břišní je na místě chirugické řešení. (Otradovcová a kol., 2006, s. 42-43)

Tvorba píštělí

Tvorba peristomálních píštělí je vlastně reakcí organismu na použitý šící materiál po ukončení operačního výkonu. V místě stehu vznikne drobná ranka, která se může infikovat přítomností moči nebo stolice. Léčba spočívá především v dodržování hygienického režimu. Uzavírání píštělí probíhá většinou v řádech týdnů.

Peristomální píštěle při nespecifických střevních zánětech vznikají z rázu základního onemocnění. Zároveň se léčí příčina jejich vzniku spolu se základním onemocněním.

Otok stomie

Mírný otok stomie se projevuje při každé manipulaci se střevem, většinou spontánně odeznívá. Pokud je otok větší, kontrolujeme jej a přikládáme k okolí stomie studený obklad. Zdá-li se, že otok neodeznívá, je na místě pomýšlet na vážnější komplikaci a je nutné poradit se s chirurgem. (Vytejčková a kol., 2013, s. 165-169)

3.4.2 Pozdní komplikace

Prolaps (Vyhřeznutí stomie)

Prolaps stomie znamená vyhřeznutí střeva před stěnu břišní. Vysoký sklon prolabovat mají ileostomie a transverzostomie.Řešení této komplikace je většinou pouze chirurgické a dojde k navrácení střeva (repozici) zpět do dutiny břišní.

Střevo, které prolabuje je ohroženo uskřinutím a potenciálně i nekrózou. Pacient by si měl být také vědom, že rizikové je i vystřinutí malého otvoru pro stomii, i to může ohrozit cévní zásobení střeva.

Stenóza (Zúžení stomie)

Stenóza stomie představuje zůžení samotného průsvitu střeva, a to může ohrozit jeho průchodnost pro střevní obsah.

Stenózu je možné řešit, buď konzervativně dilatováním pomocí vlastního malíku, nebo plastového dilatátoru. Když tato metoda selže, musí se stomie dilatovat chirurgicky.

Retrakce (Vtažení stomie)

Rektrakce znamená vpadnutí stomie a peristomální kůže do dutiny břišní, je tedy opakem prolabujícího střeva. Toto vtažení střeva je znatelné zejména při stoji a vsedě.

Prevence retrahování stomie je zakreslení stomie před chirurgickým výkonem a udržování stále hmotnosti pacienta.

Retrakci běžně lze řešit konzervativně pomocí konvexních stomických pomůcek, těmito pomůckami lze také korigovat hloubku vtažení. Prohlubeň pomůcky je také možné vyplnit vyrovnávací pastou. Pokud stomie podtéká, je vhodné podložit ji vyrovnávacími půlkroužky a k lepšímu zafixování můžeme použít také přídržné pásky. (Drlíková a kol., 2016, s. 151-160)

Parastomální kýla

Parastomální kýla vzniká oslabením břišní stěny a částečným nebo úplným uvolněním fascie od střevní kličky. Patří mezi nejčatější komplikace stomie, kolem stomie se tvoří vyklenutí. Menší kýlu řešíme tak, že pacienta edukujeme o nošení kýlního pásu. Jelikož na kýle hůře drží pomůcky, doporučíme pacientovi flexibilní stomické pomůcky. Parastomální kýla se řeší operativně až v okamžiku, kdy nedrží žádné pomůcky. (Otradovcová a kol, 2006, s. 46)

Macerace parastomální kůže

Maceracovanou kůži definujeme jako kůži poškozenou působením dráždivého obsahu z ilea, tudíž nejčastěji macerací trpí ileostomici a pacienti se střevní píštělí. Hojení bývá pomalé a je nutná i analgetická léčba. Poslední volbou léčby je transrepozice stomie. (Otradovcová a kol, 2006, s. 45- 46)

Hypergranulace

Hyperganulace kůže představuje vzácnější komplikaci, ale pokud se jednou objeví má tendenci k recidivě. Hypergranulace představuje nadměrnou tvorbu nové tkáně okolo stomie a dorůstá různé výšky. Tato tkáň je křehká a bolestivá, brání také přilnutí stomických pomůcek. Menší postižení lze odstranit použitím roztoku Argenta nitrica nebo tekutého dusíku, větší postižení se odstraňuje chirurgicky.

3.5 Stomické pomůcky

Stomické pomůcky zastávají několik funkcí; především skladují střevní obsah ze stomie, mají ochranný vliv na peristomální kůži, mohou částečně omezit zápach, a také mohou pomoci zhojit poraněnou kůži a umožňují člověku snazší kontrolu nad vyprazdňováním. (Drlíková a kol, 2016, s. 67)

Stomické pomůcky jsou hrazeny ze zdravotního pojištění a množství pomůcek na které má pacient nárok je ovlivněno stanovenými limity pojišťoven. Tyto limity vychází z předpokládané spotřeby, tak aby měl pacient pomůcek dostatek a nemusel je hradit. O způsobu nároku na stomické pomůcky pojednává novela číslo 3 zákona o veřejném zdravotním pojistění č.48/1997 Sb. (Drlíková a kol., 2016, s. 67)

U nás v České republice máme možnost používat pomůcky od několika světoznámých značek; Welland, Dansac, Eakin, ConvaTec, Coloplast, Salts, Stomocur a B Braun. (Vytejčková a kol., 2013, s. 172)

Předepisovat pomůcky může praktický lékař, onkolog, chirurg, urolog a gastroenterolog. Stomické pomůcky a příslušenství se předepisují na poukaz, a stvrzuje je svým podpisem lékař včetně razítka. Pomůcky si stomici mohou vyzvednout v lékárnách, ve zdravotnických potřebách, nebo ve specializovaných výdejnách. Vyzvednout pomůcky může v případě potřeby také pacientův rodinný příslušník. (Zachová a kol., 2010, s. 80-81)

3.5.1 Jednodílný systém pomůcek

Jednodílný systém pomůcek je tvořen hydrokoloidní podložkou pevně spojenou se stomickým sáčkem. Podložek mohou být tři typy; k dispozici máme ploché, částečně konvexní, anebo zcela konvexní podložky. Stomických sáčků je také několik druhů- sáčky máme výpustné, nebo uzavřené. Výpustný sáček se vypouští podle potřeby a mění se jednou za den, kdežto uzavřený sáček musíme odtranit ihned po jeho naplnění. Dále můžeme sáčky rozlišit podle vzhledu. Na trhu jsou, jak průhledné tak neprůhledné (s potahem z netkané textilie), s filtrem či bez filtru. Mezi výhody jednodílného systému patří jednoduchá manipulace a je ideální pro použití v pooperačním období.

3.5.2 Dvoudílný systém pomůcek

Dvoudílný systém taktéž obsahuje hydrokoloidní podložku a sáček, na kterých se nachází plastový kroužek sloužící k zacvaknutí pomůcky tak, aby byla podložka spojena se sáčkem. Podložku měníme jednou za dva dny – maximálně ji můžeme nechat přilepenou 5 dní. Sáček uzavřený měníme vždy po naplnění (cca 2 x denně), výpustný během dne kdy-

koliv vypouštíme. Výhodné je dvoudílný systém používat u ileostomiků a urostomiků (odchází kontinuálně agresivní obsah), nebo i u kolostomiků s poškozenou peristomální kůží.

3.5.3 Adhezivní systém pomůcek

Tento systém se skládá z hydrokoloidní podložky s lemem, který je pružný a sáčku s lepícím okrajem. Pružný lem podložky spojíme s lepící částí stomického sáčku, neslyšíme zde cvaknutí, jako u dvoudílného systému, takže je mnohem diskrétnější. Tento systém je kombinací výhod u obou typů systémů používaných pomůcek.

3.5.4 Splachovatelný systém pomůcek pro kolostomiky

Splachovatelný systém funguje na principu ekologické a diskrétní likvidace stomického sáčku. Existují jednodílné i dvoudílné systémy, které je možno rozdělit na několik částí. Podložku a netkanou textilii zakrývající sáček, lze vyhodit do komunálního odpadu a vlastní sáček s obsahem lze spláchnout pomocí toalety. Tento systém používají především stomici v zahraničí, pro naše kolostomiky je tento systém novinkou a využívá ho malý počet pacientů. (Vytejčková a kol., 2013, s. 172-173)

3.5.5 Příslušenství k ošetřování stomie

Stomické sáčky- pacient může používat jednodílný či dvoudílný systém.

Odstraňovač náplasti slouží k odstranění lepivého média podložky, tento odstraňovač je dodáván v krabičce a balen po jednotlivých kusech ve formě napuštěných ubrousků.

Pudr, využívá se k hojení a zklidnění peristomální kůže, která může být často poškozena. Okolí stomie se posype pudrem a dále se pokračuje v lepení nové pomůcky.

Adhezivní a ochranná pasta, slouží k vyrovnávání nerovností břišní stěny a znemožňuje zatékání exkrementů na okolní kůži. Pastu lze odstranit jednorázovou žínkou namočenou v teplé vodě.

Pohlcovač pachu zamezuje šíření pachu při ošetřování stomie. Je to sprej, který lze nastříkat do stomického sáčku, nebo do místnosti, kde se stomie právě ošetřuje.

Fixační neboli přídržný pásek, je určen pro pacienty používající dvoudílný systém pomůcek. Pásek se zavěsí z každé strany stomie na vyvýšené body a přidržuje tak stomický sáček. Zajišťuje pacientovi zejména pocit jistoty.

Ochranný film, chrání kůži před agresivními vlivy exkrementů. Filmem se potře okolí stomie. Dodává se taktéž ve formě napuštěných ubrousků jako odstraňovač náplasti, kterým lze film při výměně sáčku odstranit. (Mikšová a kol., 2010, s. 120-121)

K lepší fixaci a prevenci podtékání stolice pod stomickým sáčkem používáme hydrokoloidní kroužky a půlkroužky, které nahrazují náplast a jsou šetrné k peristomální kůži. (Zachová a kol., 2010, s. 72)

3.6 Postup při ošetřování stomie

Po dokončení operačního výkonu s účelem založit stomii, sestra na operačním sále nalepí na stomii průhledný stomický sáček (jednodílný nebo dvoudílný), který je výpustný. Takto nalepený sáček z operačního sálu ponecháváme až do úplného obnovení střevní pasáže. Několik dní po operačním výkonu z kolostomie odchází řídká stolice, která se postupně zahušťuje. Po dosažení obnovy pasáže se pacient pomocí kolostomie vyprazdňuje 1-3x denně.

V období těsně po operačním výkonu zvýšeně dbáme na ošetřování peristomální kůže a zvýšeně pečujeme o samotnou stomii. K ošetřování kolostomie můžeme používat dvoudílný, či jednodílný systém pomůcek. Nejdůležitější je příprava nových pomůcek ještě před samotnou výměnou sáčku. Otvor na podložce musí být vystřižen podle tvaru a velikosti stomie a měl by být přibližně o 5 mm větší. Doporučíme pacientovi odstranění stomického sáčku ve sprše, aby se poté mohl osprchovat a cítil tak větší komfort. Poté by mělo následovat osušení a očištění peristomální kůže, včetně odmaštění a aplikace nového ochranného filmu. Dále následuje nalepení stomického sáčku. Pokud se v okolí kolostomie vyskytuje ochlupení, pravidelně jej holíme. Po nalepení sáčku jej nemocný přibližně 3 minuty přidržuje, z důvodu lepší přilnavosti sáčku. (Vytejčková a kol., 2013, s. 164)

3.6.1 Odstranění stomického sáčku

Lepící plochu stomického sáčku zrušíme přetřením lepící plochy či podložky odstraňovačem náplasti, většinou dostupného ve formě napuštěného ubrousku. Pomůcku nesmíme strhávat násilím, jinak hrozí riziko vzniku drobných ranek, které následně mají tendenci vyvolávat pálení a svědění po použití dalšího stomického příslušenství. Po odstranění sáčku stomii opláchneme pod tekoucí vodou nebo očistíme čistící pěnou. Stomie musí být čistá bez zbytků stolice. Na ošetřování stomie se nesmí používat přípravky dráždící kůži a už vůbec ne přípravky obsahující alkohol. K osušení stomie je vhodné použít jednorázový materiál např. gázu, nebo jednorázovou suchou žínku. (Zachová a kol., 2010, s. 70-71)

3.6.2 Přímá aplikace nového stomického sáčku

Nejprve si připravíme všechny stomické pomůcky a příslušenství, které budeme potřebovat na výměnu sáčku. Prvním krokem je vystřižení otvoru podle velikosti a tvaru stomie do podložky (pokud je potřeba pudr jemně poprášíme poraněnou kůži ještě před nasazením sáčku), poté sejmeme krycí fólii. Nalepíme stomický sáček a nemocný jej pár minut drží, aby došlo k lepšímu přilnutí podložky ke kůži. Pokud používáme dvoudílný systém, nalepíme podložku a následně do ní cvaknutím vložíme sáček. K lepší fixaci stomie můžeme použít přídržný neboli fixační pásek. (Zachová a kol., 2010, s. 73-74)

4 EDUKAČNÍ PROCES

Vymezení pojmu edukace

Slovo edukace vychází z latinského slova educo,educare. Překlad tohoto slova znamená vést vpřed či vychovávat. Dalo by se říci, že prostřednictvím edukace se snažíme pacienta vychovávat a učit. Pojem edukace lze chápat jako vzdělávací proces, při kterém informujeme pacienta a pomocí edukace se snažíme promítnout svůj pedagogický vliv tak, aby se odrazil pozitivně na zdraví pacienta. Prostřednictvím edukačního procesu dochází k záměrnému, či nezáměrnému učení.

Edukant

Pojmem edukant rozumíme každou osobu, u které máme hlavní cíl něco ji naučit formou edukačního procesu. V rámci ošetřovatelství a zdravotnické péče je nejčastějším edukantem samotný pacient, ale edukantem může být také zdravotník doplňující si vzdělání. Ke každému edukantovi musíme přistupovat jako k individuální osobnosti s odlišnými fyzickými a psychickými vlastnostmi. Edukant je také ovlivněn sociálním prostředím ve kterém žije, roli hraje i etnická příslušnost a přítomnost víry.

Edukátor

Edukátorem nazýváme člověka, který provádí edukaci. Zaměříme-li se na zdravotnictví, zde nejčastějšími edukátory jsou; lékaři, všeobecné sestry, fyzioterapeuti, porodní asistentky a další odborníci podílející se na edukaci pacientů.

Edukační konstrukty

Edukační kontrukty představují edukační materiály, standardy, zákony pojednávající o samotné edukaci a veškeré tiskopisy související s edukací. Tyto materiály značně přispívají ke zkvalitnění edukačního procesu a ošetřovatelské péče.

Edukační prostředí

Edukační prostředí je prostor, ve kterém se edukace odehrává. Kvalitu edukace ovlivňuje také například osvětlení místnosti a její vybavení. Názorným příkladem edukačního prostředí může být jakákoliv ambulance. (Juřeníková, 2010, s. 9-10)

4.1 Význam edukace

Podstatou edukačního procesu v jakémkoliv odvětví je učení za účelem získání nových informací a dovedností. (Průcha, 2009, s. 76)

Význam edukace spočívá především ve vzdělávání pacienta, snaha zlepšovat jeho dovednosti a vědomosti. Sestra a pacient jsou přímými účastníky edukace, která se uskutečňuje formou edukačního procesu. Nedílnou součástí edukačního procesu je vzájemná komunikace a důvěra mezi sestrou a pacientem. (Zachová a kol., 2010, s. 45- 46)

Edukovat lze zdravé i nemocné pacienty. U zdravých pacientů edukace vede zejména ke zlepšení prevence různých onemocnění, nebo k udržení zdraví. U nemocných pacientů přisuzujeme její význam zejména k navrácení zdraví a zkvalitnění života. (Juřeníková, 2010, s. 11)

4.2 Fáze edukačního procesu

Edukační proces je principielně téměř totožný s fázemi ošetřovatelského procesu. Edukační proces obsahuje pět fází navazujících na sebe. Pokud postupujeme podle jednotlivých fází edukačního procesu, je to předpoklad pro dobře provedenou edukaci.

4.2.1 Fáze posuzování

V této počáteční fází shromažďujeme podklady o pacientovi, včetně anamnestických údajů. Zjišťujeme také kognitivní schopnosti pacienta, především jsou podstatné předpoklady k učení.

4.2.2 Fáze stanovení edukační diagnózy

Na základě analýzy získaných údajů definujeme potřeby pacienta, včetně problematické oblasti, ve které je nutné jej edukovat. Specifikujeme potřebné oblasti a ověřujeme si vědomosti pacienta např. o daném onemocnění. Stanovíme si hlavní cíl a specifické cíle edukace.

4.2.3 Fáze plánování

V této fázi sestra shromažďuje potřebné výukové materiály, případně modely pro názornou praktickou ukázku. Rozhoduje se, jakým stylem bude edukace probíhat, kde, jaké metody či pomůcky použije k co nejlepší demonstraci výuky.

4.2.4 Fáze realizace

Při této fázi již probíhá edukace, tak jak si ji sestra naplánovala. Mohou se také kombinovat výukové metody a vždy musí sestra zohlednit individuální odlišnosti edukanta.

4.2.5 Fáze zhodnocení

Vyhodnocujeme splnění stanovených cílů, zjišťujeme, zda si pacient osvojil potřebné vědomosti a dovednosti. Zhodnotíme přínos a kvalitu edukačního plánu, o edukaci se provede zápis do zdravotnické dokumentace. (VOŠ A SZŠ Hradec Králové, Edukační proces [online])

4.3 Typy edukace v ošetřovatelství

Edukaci dělíme na tři základní skupiny; edukaci základní, reedukační a komplexní. O základní edukaci hovoříme v případě, kdy jsou pacientovi vštěpovány nové informace či dovednosti a pacient je motivován k přehodnocení stávajících názorů, a veden ke spolupráci.

Reedukace neboli reedukační edukace je taková edukace, při které navazujeme na předešlou edukaci. Pacient je informován o onemocnění, a nadále rozvíjíme jeho předchozí dovednosti a znalosti. Neustálým opakováním chceme docílit co nejlepšího zapamatování.

Komplexní edukace znamená, edukaci takovou, při které jsou pacietnovi předávány ucelené vědomosti, vytvářeny dovednosti a budování pozitivního postoje k léčbě. Tento typ edukace probíhá nejčastěji ve skupinách formou kurzů.

Z hlediska infomovanosti širšího spektra obyvatel edukaci dále můžeme včlenit do preventivních programů. V oblasti primární prevence se edukační proces soustředí na zdravé pacienty, vede je především ke zdravému životnímu stylu, doporučuje prospěšná opatření vedoucí k udržení zdraví a předcházení nemocem.

Sekundární prevence spojena s edukací je zprostředkována u již nemocných pacientů. Snažíme se ovlivnit pozitivním směrem pacientovy hodnoty, postoje a návyky. Je zde snaha udržet zdraví alespoň na současné úrovni, či směřujeme k úplnému uzdravení a stabilizaci stavu pacienta.

Edukace v oblasti terciární prevence slouží především k zabránění zhoršení stavu pacienta, který již trpí nevratným onemocněním. Edukací se snažíme zkvalitnit život tak, aby nedošlo k dalším komplikacím. (Juřeníková, 2010, s. 11-12)

4.4 Edukační plán

Pro úspěšnou edukaci je v praxi nezbytné vytvořit edukační plán na míru pro každého pacienta. Edukační plán je dokument, podle kterého postupujeme v edukačním procesu. Obsahuje hlavní cíl a účel edukace, pod hlavním cílem se nachází drobné specifické dílčí cíle, které nám pomohou rozvrhnout si vlastní edukaci. Ke každému specifickému cíli je přiřazena časová dotace, hlavní body plánu pro konkrétní cíl a zhodnocení, jak pacient edukaci zvládl a jestli byla úspěšná.

Dílčí edukační cíle musí být konkretizovány. Rozlišujeme tři typy cílů podle směřované oblasti. Cíl kognitivní (poznávací) cílí na oblast znalostí, např. pacient zná typy stomických pomůcek. Cíl psychomotorický stanovujeme při tom, když chceme od pacienta provedení praktického nácviku. Cíl afektivní zahrnuje postoje a názory pacienta. (Zachová a kol., 2010, s. 46-47)

4.5 Faktory ovlivňující kvalitu edukačního procesu

Samotný edukační proces je nutné přizpůsobit individuálně pro každého pacienta, protože každý člověk má jedinečné osobnostní charakteristiky a rysy. Podle modelu osobnostní struktury můžeme rozlišit individuální odlišnosti do několika složek. Tyto složky- tělesná stavba, temperament a charakter, zaměřenost a schopnost, zapříčiňují do jaké míry je jedinec zdatný přijímat a učit se nové informace. Přihlížíme také k životní dráze jedince.

Stavbu těla do individuálních charakteristik každého zahrnujeme z toho důvodu, že každý člověk má jinou tělesnou konstituci a rozdílně vyvinuté smyslové funkce. Je důležité brát v potaz tělesné handicapy a přizpůsobit tomu následnou edukaci.

Další důležitou složkou je subjektivní prožívání a vrozený temperament. Temperament určuje, jak člověk jedná v určitých situacích. Charakter představuje morální zásady člověka, zodpovědnost a ohleduplnost.

Zaměřenost znamená směr života daného edukanta, jeho přání a potřeby. Měli bychom je zhodnotit při tvorbě edukačních cílů. Životní dráha souvisí se zaměřením osobnosti a dotváří rámec dané osobnosti. Osobnost člověka se rozvíjí po celý život a obsahuje také různé sociální role, styly jednání a rovněž sem řadíme také, jaké člověk vykonává povolání.

Při zvolení formy edukace je také důležité zohlednit připravenost daného člověka k učení. Musíme zhodnotit snahu a schopnost učit se maximálně efektivně. O připravenosti hovoříme tehdy, když má člověk snahu a chuť učit a dovídat se nové infomace. (Zachová a kol., 2010, s. 50)

Kvalitu edukace může také významně ovlivnit prostředí, ve kterém je prováděna. Před edukací je tedy nutné zajistit klidné a příjemné prostředí, ve kterém bude dostatečný prostor pro výuku. Edukační prostor by měl být upraven podle zvolených metod a forem výuky tak, aby mohla edukace samotná proběhnout bez komplikací vyplývajících z nevhodného prostředí k výuce a komunikaci. (Juřeníková, 2010, s. 56)

Dalším faktorem, který může zásadně ovlivnit edukaci je osobnost edukátora, na kterého jsou kladeny v dnešní době vysoké požadavky. Rolí edukátora rozumíme očekávané chování jedince, které má úzký vztah s jeho rolí ve společnosti. Pro vedení kvalitní edukace by měl mít edukátor tyto vlastnosti; odborné vzdělání a znalosti, zručnost, umět efektivně komunikovat, měl by být také trpělivý a umět se přizpůsobit pacientovi. Dále by měl být tento erudovaný zdravotník vzdělaný v oblasti edukace a zajímat se o dostupnou odbornou literaturou, která se edukací zabývá. (Juřeníková, 2010, s. 69)

4.6 Negativní faktory ovlivňující kvalitu edukačního procesu

Při plánování edukace musíme mít na paměti, že edukace také nemusí proběhnout z důvodu například zhoršení stavu edukanta, či edukaci brání jiné okolnosti. Realizaci edukace mohou ovlivnit také negativně určité bariéry, jak ze strany edukátora (zdravotníka), tak ze strany edukanta (pacienta).

Ze strany pacienta může edukaci znesnadňovat řada faktorů. Charakter onemocnění může znemožňovat edukaci, když je pacient například v bezvědomí, či pokud jeho onemocnění zasáhlo paměť a schopnost učení. Závažně ji také znesnadňuje smyslové poškození pacienta, zejména ztráta zraku, sluchu, či kombinované postižení smyslů. Bariéru může také představovat strach a úzkost. Problematické může být také být, pokud je u pacienta přítomen obranný mechanismus popření. Jako další faktory negativně působící na edukaci mohou být odlišný jazyk, mentální postižení či odlišné kulturní zvyky.

Mezi edukační bariéry ze strany zdravotníka patří zejména nedostatečná příprava zdravotníka na edukaci a nedostatek času. Častou chybou je také, že pacient není na edukaci připraven a edukace probíhá nahodile a není na ni vyhrazen dostatek času. Přístup

k pacientovi je nutné vést v souladu se správnými komunikačními zásadami a mít v povědomí edukační vědomosti a dovednosti. Nekvalitní edukace může být zapříčiněna nedostatečnou spoluprácí multidisciplinárního týmu, únavou a nechuti zdravotníka edukaci provádět. (Juřeníková, 2010, s. 56-57)

4.7 Komunikace s pacientem

4.7.1 Komunikace sestra versus pacient

Komunikace ve zdravotnictví má velký význam, umožňuje nám prohloubit kontakt s pacientem a správně vedeným rozhovorem můžeme získat cenné informace od pacienta. Schopnost obratně komunikovat je důležitá pro každou zdravotní sestru. Umění komunikovat je tvárné a znamená to, že každý se v dovednosti komunikovat může zlepšit, má-li dostatečnou motivaci. Řeč slouží jako nástroj k projevu vzájemné interakce mezi sestrou a pacientem.

Komunikace zdravotních sester se pohybuje v několika oblastech. Komunikují denně jak s nemocnými či zdravými pacienty, jejich rodinami a blízkými, na straně druhé se spolupracovníky a vedoucími pracovníky.

Jednotlivé rozhovory, prostřednictvím, kterými sestra komunikuje s nemocným pacientem, lze rozdělit na několik typů. Prvním typem rozhovoru je sociální rozhovor, tento rozvohor je běžnou součástí každodenního kontaktu s pacientem, hovoříme například s pacientem v souvislosti s podáváním stravy, osobní hygienou a dalšími podněty ulehčující ošetřování. Rozhovor při němž s pacientem hovoříme o nových faktech (týkající se léčby, způsob vyšetření a jeho trvání), také můžeme zjišťovat cíleně určité příznaky onemocnění, na které se ptáme v rámci specifické komunikace. Do specifické komunikace také spadá edukace nemocného. Posledním typem je komunikace terapeutická, při tomto typu komunikace poskytujeme zejména pacientovi oporu v náročných životních situacích, a snažíme se pomocí tohoto rozhovoru zmírňovat také například strach z vyšetření.

Při vedení rozhovoru s pacientem bychom si měli být vědomi toho, že pacientovi předáváme důležité informace a vhodně je zdůraznit. Informace musíme podávat vždy srozumitelnou formou, pacient nemusí rozumět naší slangové mluvě. Důležité je zachovat pacientovu důstojnost a nechat v rozhovoru prostor pro případné dotazy. Měli bychom také pacientovi pečlivě naslouchat a umožnit mu projevit svůj vlastní názor. (Mahrová a Venglářová, 2006, s. 11-13)

Z obecných komunikačních zásad je podstatné zmínit, že před zahájením podávání jakýkoliv informací je vhodné upoutat pozornost druhého člověka vhodným oslovením, respektujeme osobnost druhého a dostatečně se sami soustředníme na rozhovor. Informace podáváme po částech a dostatečně srozumitelně artikulujeme. Dbáme na to, abychom nezahlcovali posluchače zbytečnými fakty. Aktivně naslouchámе dotazům a přijímáme zpětnou vazbu posluchače. Z prostředí ve kterém probíhá komunikace se snažímé odstranit rušivé prvky, které znesnadňují komunikaci. (Konečná, 2009, s. 62-66)

5 EDUKACE PACIENTA STOMASESTROU

Stomasestra

Stomasestra je všeobecná zdravotní sestra specializující se na edukaci pacientů se stomií. Tato sestra pečuje o nově příchozí a již stávající stomiky, v rámci edukačního procesu poskytuje teoretickou i praktickou edukaci. Stomasestra je samostatnou členkou ošetřovatelského týmu a pracuje převážně samostatně.

V dnešní době je trendem, že každé větší zdravotnické zařízení má vlastní stomasestru, která pracuje ambulantně ve stomické poradně, ale dochází i na oddělení edukovat budoucí stomiky. Často také dochází na lůžkové oddělení a radí sestrám, jak ošetřovat a jak se chovat ke komplikované stomii. Tato sestra také navštěvuje pacienty před plánovaným operačním výkonem a zakresluje na břišní stěně místo, kde by bylo nejvýhodnější umístit stomii. (Vytejčková a kol., 2013, s. 170-171)

Edukace stomasestrou zahrnuje postup ošetření stomie, dále sestra poskytuje také informace týkající se rehabilitace a fyzické zátěže po operačním výkonu. Dává pacientovi návod na změnu stravování a často bývá pacientovou duševní oporou. Stomika je také nutné informovat o možných komplikacích, které mohou vzniknout v souvislosti se založením stomie. (Drlíková a kol., 2016, s. 167)

Při vytváření edukačního plánu, který je podkladem pro samotnou edukaci. Stomasestra vychází z ošetřovatelských diagnóz a vymezuje klíčové oblasti, ve kterých bude pacient edukován. Na základě informací o pacientovi a rozhovoru se samotným pacientem, sestra zváží obsah edukace, metody, formy a prostředky. Edukační proces probíhá v pěti na sebe navazujících fází. Nejprve sestra shromáždí informace o nemocném, na základě rozvoru zjišťuje potřeby pacienta a zároveň posuzuje jeho schopnost k učení. Po této analýze sestra stanovuje edukační cíle a zjišťuje možné bariéry, které by mohly ohrožovat edukaci. Ve třetí fázi nastává plánování metod a způsobu provedení edukace. Po zrealizování edukace musí sestra edukaci zhodnotit, zdali byla úspěšná či nikoliv. (Vytejčková a kol., 2013, s. 170)

Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků 55/2011

Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků v platném znění uvádí; že všeobecná sestra může bez odborného dohledu a bez ordinace lékaře v souladu s diagnózou pacienta zajišťovat základní a specializovanou ošetřovatelskou péči prostřednictvím ošetřovatelského procesu. Bez indikování lékařem sestra může zjišťovat a plnit potřeby pacientů, projevů jejich nemoci a to i s použitím měřících technik používaných v ošetřovatelské praxi, zejména se využívají různé testy a škály např. soběstačnosti, proleženin apod. Dále také sestra může orientačně sledovat a měřit fyziologické funkce a také získávat anamnézu od pacienta. V kompetenci všeobecných sester je také edukace pacientů případně daších osob v ošetřovatelských postupech a připravovat pro ně edukační materiály obsahující tyto informace. (vyhláška č 55/2011 Sb.)

5.1 Předoperační období

Ideálně probíhá edukace ještě před hospitalizací pacienta do zdravotnického zařízení. Lékař, který shledá indikaci k vyšití stomie, informuje pacienta o následovném operačním výkonu a smeřuje ho, aby si domluvil kontrolu se stomickou sestrou ještě předtím, než bude přijat na oddělení. Poté co pacient navštíví stomickou sestru by měl být základně edukován o tom, co ho v příštích dnech čeká. Stomasestra seznámí pacienta s různými typy stomií, ukáže mu dostupné pomůcky pro stomiky na trhu. Důkladně ho edukuje o předoperační přípravě a sdělí mu, co bude následovat po propuštění ze zdravotnického zařízení.

5.1.1 Edukace v předoperačním období

Před edukací pacienta se musí stomasestra nejprve seznámit s pacientovou dokumentací, včetně různých pacientových omezení (např. hůře slyší), je také žádoucí přečíst si ošetřovatelský záznam, aby stomasestra měla přehled o pacientově momentálním stavu. V prvotním rozhovoru a v průběhu edukačního procesu, stomasestra pacientovi pokládá různé otázky, a mnohdy může odhalit i jiné potíže, které pacient bagatelizuje a třeba se za ně i stydí.

Stomická sestra pacienta poznává z odlišné strany než běžný zdravotník. V souvislosti s edukačním procesem věnuje pozornost pacientovým zájmům, preferencím a postojům. Každý stomik je jedinečný, proto je také nutné individualizovat samotnou edukaci a časový rámec pro ni vyhrazený. Edukaci je vhodné rozdělit na několik částí v kratším časovém rozmezí, abychom pacienta nepřesytili informacemi. Stomasestra musí také brát také v potaz, zda má pacient bolesti či je unavený.

V počátcích edukace stomická sestra pacientovi ukáže všechny dostupné pomůcky a vysvětlí mu zjednodušeně postup při výměně konkrétního stomického systému. Pro některé pacienty je terminologie názvů jednotlivých pomůcek složitá a pomáhá jim vytvoření mnemotechnických pomůcek, což jim umožňuje snadnější zapamatování. Často se stává, že stomici spojují informace o stomii a jejím ošetřování od více zdrojů. Získávají informace od stomasestry, z internetu, od známých a vytvářejí si tak vlastní systém péče o stomie a doplňují péči o různé šikovné triky.

Poté, co proběhne základní edukace, je třeba naplánovat další sezení pro upevnění a zopakování již naučeného. Záznam o provedení edukace se zaznamená do chorobopisu a také do ošetřovatelské dokumentace. Vztah mezi edukátorem a edukantem (stomikem) by měl být založen na vzájemném respektu a důvěře, měl by fungovat jako rovnocenný vztah, přičemž stomická sestra má roli rádce a partnera.

Před operačním výkonem stomická sestra přichází za pacientem, aby zhodnotila podle tělesné konstituce pacienta a dalších kritérií, kde bude pro stomii nejlepší umístění. Při zakreslování sestra musí brát v potaz jizvy po předchozích operačních výkonech, tělesné proporce pacienta a kožní záhyby, vliv kostních výčnělků na tvar těla a způsob oblékání pacienta. Sestra také nesmí opomenout v jakém zaměstnání budoucí stomik pracuje, i to má vliv na zakreslení stomie.

Zakreslené místo, kde se bude nacházet stomie, by mělo být pro pacienta co nejpohodlnější z hlediska jejího ošetřování. Při výběru místa k vyšití stomie gastroinstestinálního traktu je s výhodou zakreslit dvě varianty (kolostomie, ileostomie), protože až při samotném operačním výkonu chirurg určí typ stomie. Stomie však může být vyšita i na jiném místě než bylo doporučeno stomickou sestrou, a to proto, že se při výkonu mohou objevit různé anatomické zvláštnosti pacienta a musí být stomie vyšita zcela na jiném místě. Ve většině případech vyšití takovéto stomie způsobuje komplikace, zejména se obtížně ošetřuje.

Stomická sestra edukuje před pacienta před operací na podkladě indikace lékaře, podává pacientovi obecné infomace o pomůckách a způsobu ošetřování. Sestra vždy probere s lékařem obsah a rozsah edukace. Praktické ukázky nalepení stomických pomůcek by měly probíhat na modelu ideálně za přítomnosti dalšího člena rodiny. Předoperační edukace je výhodná zejména pro pacienta. Pacient je lépe psychicky připraven na vyvedení stomie a v klidu si o všech svých obavách promluví se stomasestrou. Další výhodou je beze-

sporu, že pokud edukace započne s časovým přestihem ještě před chirurgickým výkonem, pacientova schopnost učit se a soustředit se na výuku není ovlivněna anestetiky po operaci a tak velkým stresem. Mnozí pacienti slovo stomie vůbec neznají a mají stach z neznámého. Někteří pacienti edukaci odmítají s vysvětlením, že zatím stomii ještě nemají a budou čekat, jak to dopadne. Pro takovéto pacienty je složitější smíření s vyšitím stomie a hůře se s nimi navazuje spolupráce. (Zachová a kol., 2010, s. 56-61)

5.2 Pooperační období

Po chirurgickém výkonu je pacient uložen na monitorovací lůžko (JIP), na dospávací pokoj, nebo na standartní oddělení. Co se týče nově vyšité stomie, kontroluje její vzhled a odchod střevního obsahu. (Vytejčková a kol, 2013, s. 171-172)

5.2.1 Edukace v pooperačním období

Stomasestra edukuje pacienta po operačním výkonu, dle jeho fyzického a psychického stavu a edukace probíhá jednotlivě. Ošetřující sestra na lůžkovém oddělení a stomasestra spolupracují, aby bylo dosaženo co nejkvalitnější péče o pacienta, a směřují ho k co nejrychlejší soběstačnosti v oblasti samostatného ošetřování stomie.

Edukace v pooperačním období by měla probíhat postupně a po částech, s ohledem na možné působení anestetik a únavu pacienta. Nejprve provádí stomická sestra výměnu stomického systému sama, vleže nebo vestoje a vysvětluje pacientovi způsob nalepení nového stomického sáčku. Po uplynutí pár dnů je většinou pacient schopen provést výměnu a ošetření stomického systému sám za dopomoci stomické sestry a jejích rad. Následně si osvojí praktické ošetřování do té míry, že je schopen provádět jej sám a je plně soběstačný v péči o stomii. (Vytejčková a kol, 2013, s. 171-172)

Se stomiky, u kterých nebyla možná předoperační edukace, je nejdříve vhodné začít s praktickým nácvikem ošetření stomie a seznámení s tím k čemu stomie slouží. U předoperačně edukovaných stomiků je možné ihned po operačním výkonu začít s teoretickou částí, kterou dostanou v písemné formě od stomické sestry, aby měli čas v klidu si ji prostudovat. Současně při obdržení edukačních brožurek stomik také dostane kosmetickou taštičku vybavenou dalšími edukačními materiály, tupotupými nůžkami a zrcátkem.

Praktický nácvik ošetřování může probíhat, buď v pokoji pacienta, nebo ve sprše či v jiné místnosti, ve které bude dostatek soukromí a klidu na edukaci. Před nácvikem je vhodné, aby sestra dopředu připravila všechny potřebné pomůcky a prostředí. Mezi po-

můcky k ošetření stomie patří; buničina, sterilní čtverce, nůžky, tužka, šablona, stomický sáček, podložka a další sortiment k ošetření okolí stomie. V místnosti, kde bude probíhat praktická ukázka, by se mělo nacházet umyvadlo, omyvatelná židle či lůžko, odpadkový koš, stolek na vyskládání pomůcek a ideálně i zrcadlo.

Pro ošetřování v domácím prostředí stomasestra pacientovi doporučí vytvoření tzv. stomakoutku ideálně v koupelně, kde bude mít dostupné všechny pomůcky. Místnost by měla být vybavena odpakovým košem a zrdcadlem ve výši vhodné pro ošetřování stomie. (Mikšová a kol., 2010, s. 122-123)

Pacient by měl také být poučen o frekvenci výměny daného stomického systému. Sáček nesmí být přeplněn, těžký sáček může odtahovat lepící plochu a stolice může pod pomůcku podtékat. Stomasestra se snaží dosáhnout u pacienta co největší soběstačnosti v péči o stomii, ale pokud stomik výměnu nezvládá, lze využít služeb agentur domácí péče. (Drlíková a kol., 2016, s. 62)

5.3 Péče o stomiky na lůžkovém oddělení

Ošetřovatelská péče o stomiky by měla být vykonávána podle platných standardů ošetřovatelské péče a v souladu s dnešními trendy péče jako takové. Kvalitní ošetřovatelská péče o stomiky má za cíl zlepšení zdavotního stavu, kvalitu života stomika, ale i spokojenost personálu vykonávající odpovídající péči. Základem pro co nejkvalitnější život stomika je předoperační, pooperační a následná edukace a péče. (Zachová a kol., 2010, s. 146-149)

5.4 Ambulantní péče o stomiky

Ambulantní systém péče o stomiky zajišťují stomické poradny po celé republice. Na základě zkušeností stomasester jsou nyní kontroly pro stomiky naplánovány takto; první kontrola stomika by měla být uskutečněna nejdéle 3 týdny po propuštění ze zdravotnického zařízení. Pokud je vše v pořádku kontroly pak dále následují přibližně jednou za 3 měsíce, samozřejmě v případě potíží dříve.

5.4.1 Stomická poradna

Stomická poradna jako taková je ambulancí, kterou navštěvují stomici při pravidelných kontrolách. Ve stomické poradně sídlí stomická sestra, která pracuje především samostatně, ale v případě konzultace je možno zavolat i službu konajícího lékaře.

5.4.2 Funkce poradny

Hlavní náplní práce stomasestry v poradně je edukace pacienta. Učí pacienta jak ošetřovat stomii, doporučí mu přiměřenou zátěž a změnu jídelníčku. Sestra se velmi zajímá o to, jak stomik zvládá ošetřovat stomii doma.

Stomasestra při každé kontrole zkontroluje vzhled stomie a zeptá se pacienta, jestli trpí nějakými potížemi v souvislosti se stomií. Při ukončení vyšetření a kontrole stavu stomie sepíše propouštěcí zprávu spolu s kódem stomických pomůcek. Stomasestra také odkáže pacienta na časopisy s tematikou stomií a stomakluby.

5.4.3 Dlouhodobá edukace stomika

Z dlouhodobého hlediska formou reedukace probíhají opakované návštěvy ve stomické poradně. Stomik si připomene ošetřování, stomická sestra ho informuje o nových pomůckách, připomene mu případné komplikace a v případě komplikací navrhne postup ošetření na míru konkrétnímu stomikovi. (Drlíková a kol, 2016, s. 166-168)

Výživa

Edukace v oblasti výživy stomika je nesmírně důležitá. Po operačním výkonu se začíná s podáváním tekutin a postupnou zátěží střev, aby se co nejrychleji obnovila jejich motilita. Poté pacient přechází na bezezbytkovou stravu. Některé potraviny mohou způsobit kolostomikovi značné potíže, mohou způsobit průjem, nebo zácpu. Pacient by měl dodržovat také dostatečný pitný řežim přibližně 2 litry tekutin a pít odděleně mimo podávání stravy. (Ukbulut G., Nutrition in stoma patients [online])

Po úplné obnově střevní motility podáváme stravu 5-7x denně, a postupně přidáváme všechny typy potravin; ovoce, zeleninu, celozrné pečivo a vlákninu. Při podávání stravy je důležité dbát na dostatečné rozkousání sousta. Dietní omezení nejsou striktní, každý stomik musí vyzkoušet, které potraviny mu vyhovují. Kolostomici by se měli vyhýbat projímavým potravinám, jako jsou například syrové ovoce, kysané zelí a káva. Naopak luštěniny, ořechy a čokoláda, mohou způsobit zácpu. (Vytejčková a kol, 2013, s. 164)

Pohybová aktivita

Období zotavování trvá přibližně 2-3 měsíce od operačního výkonu. Vhodný je pro stomika nenáročný pohyb v přirozené podobě, jako může být například turistická chůze, cviky na gymnastickém nafukovacím míči, plavání či jízda na kole. Sportovní aktivity musí stomik plánovat dopředu a používat při tom spolehlivé pomůcky. Nyní na trhu jsou i

dámské plavky pro ženy stomičky. Pro muže jsou vyráběny diskrétní bermudy s vyšším pasem. Každý stomik musí mít na paměti, že nesmí přetěžovat břišní svaly a neprovádět sporty a takové sportovní aktivity, u kterých může dojít k velké svalové práci a nečekaým prudkým pohybům. (Zachová a kol, 2010, s. 87-88)

Návrat do zaměstnání

Vyšití stomie samo o sobě není invalidizující výkon. Podporu zaměstnanosti stomiků poskytuje Úřad práce ČR ve formě příspěvků, aby umožnil stomikům rovné pracovní příležitosti. (Drlíková, 2016, s. 135-136)

Stomici by neměli být přetěžováni, co se týče domácích prací a zvedání těžkých břemen v zaměstnání. Pokud stomik zahradničí, či vykonává jinak fyzicky náročnější práci, měl by si připevnit stomický pás k lepšímu přidržení stomie. Pracovní způsobilost je individuálně posuzována podle novely zákona o důchodovém pojištění. (Zachová a kol, 2010, 90-91)

Sexuální život

V období před vyšitím stomie a současně podávanou onkologickou léčbou se může kompletně změnit žebříček hodnot nemocného. Nemocný nemá na milování ani pomyšlení, napříč tomu vzniká v tomto neveselém období touha po partnerství, sounáležitosti a pochopení. Pacienti v průběhu léčby mohou utrpět i ztrátu sebedůvěry, kterou v souvilosti s vyvedením stomie prožívají. Nejdůležitější je v tomto období neztácet naději a otevřeně o svých pocitech s partnerem komunikovat. Doporučená doba po operaci pro zahájení sexuálního života stomika není pevně stanovena, ale obecně by se dalo říci, že se pohybuje kolem 3 měcíců až rok.

Stomická sestra může pacientce nebo pacientovi doporučit zezačátku plánování vhodné stravy a omezení některých potravin před sexuálním stykem. Na trhu jsou také dostupné diskrétní pomůcky ve tvaru disku místo stomického sáčku. Před aktem je také možné provést irigaci střev a stomii opatřit pouze krytkou. V případě, že má pacient psychický blok v souvislosti se sexualitou, může mu stomická sestra nabídnout kontakt na sexuologa či párové poradenství. (Drlíková a kol., 2016, s. 126-128)

PRAKTICKÁ ČÁST

6 CÍL A ÚKOLY PRÁCE

6.1 Hlavní cíl

Jako hlavní cíl svojí práce jsem si stanovila zmapování stomiků s komplikacemi stomie s následnou edukací v potřebné oblasti. Považuji za velmi důležité vyzkoumat, jak se samotní pacienti k problematice komplikací stomií sami staví a zda je jejich následná reedukace vzhledem k již získaným zkušenostem a znalostem nutná.

6.2 Dílčí cíle

1. Zjistit, zda pacient dokáže zhodnotit vzhled stomie
2. Zjistit nejčastější potíže stomiků
3. Zjistit, zda je nutná reedukace stomika a pokud ano, poté edukace v potřebné oblasti

6.3 Organizace výzkumu

Výzkum proběhl ve Fakultní nemocnici Lochotín v období odborné praxe v zimním semestru druhého ročníku, od 6. 11. 2017 do konce individuální letní praxe 20. 7. 2018 na oddělení Onkologie A. V rámci tohoto oddělení jsem docházela do stomické poradny podrobněji hovořit s pacienty, a také jsem se s nimi zde scházela při jejich kontrolách. Součástí mojí kvalifikační práce je informovaný souhlas od všech zúčastěných, jehož vzor se nachází v příloze práce.

První část praktické části této práce jsem zaměřila na rozbor anamnestických údajů o respondentech, současně s katamnézou. Další část je tvořena setkání s pacienty ve stomické poradně v souvislosti s jejich kontrolami. Kontroly jsem naplánovala tři, pokaždé s odstupem, abych mohla znovu zhodnotit celkový stav pacienta za použití škál a popřípadě reedukovala pacienta při potížích a komplikacích. Součástí každé individuální kontroly je také polostrukturovaný rozhovor s respondenty a vyfotografování vzhledu stomie.

Žádost o provedení výzkumu byla schválena Mgr. Bc. Světluší Chabrovou, manažerkou pro vzdělání a výuku NELZP. Tento formulář se rovněž nachází v příloze.

7 VÝZKUMNÉ PROBLÉMY/OTÁZKY

Myslím si, že stomiků v dnešní době neustále přibývá, což dokazují také mnohé statistiky a výzkumy. Pacienti jsou dle mého názoru kvalitně edukováni, přesto si myslím, že nesmíme opomenout reedukaci například o nových pomůckách, komplikacích stomie atp. Při přípravě psaní praktické části svojí práce jsem navštěvovala stomickou poradnu a na základě rozhovorů s pacienty jsem se rozhodla položit si výzkumnou otázku.

Je stomik schopen správně zhodnotit vzhled svojí stomie a rozpoznat komplikaci, při ošetřování stomie v domácím prostředí?

Problematika stomiků je velmi široká, proto jsem se ji rozhodla zúžit pomocí stanovení výzkumných otázek, které ve své práci považuji za klíčové.

Otázka 1: Dokáže pacient zhodnotit vzhled svojí stomie?

Otázka 2: Jaké jsou nejčatější potíže stomiků?

Otázka 3: Je nutná reedukace stomiků o komplikacích spojených se stomiemi?

8 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Jedná se o záměrný výběr, protože respondent musel splňovat určitá kritéria a těmy jsou především; věk-respondenti jsou ve stejné věkové kategorii (40-57 let), přítomnost kolostomie a její vyvedení minimálně 1 rok. Součástí edukačního procesu bylo nafocení stomií každého z respondentů a posouzení jejího vzhledu a taktéž posouzení celkového obrazu respondentova života a zdraví.

Pro svoji praktickou část jsem si vybrala 4 respondenty. Oslovila jsem dva muže a dvě ženy, kteří byli ochotni podílet se na mém výzkumu. Druhého mužského respondenta jsem do své práce nezahrnula, protože tento respondent si rozmyslel účast na výzkumu. Záměrně jsem zvolila zástupce obou pohlaví, abych zároveň také mohla porovnat edukaci mužů i žen.

9 METODIKA PRÁCE

Praktickou část mé bakalářské práce jsem vypracovala jako kvalitativní výzkum formou případové studie. Ta je zaměřena na reedukaci pacienta v péči o komplikovanou stomii. Data o respondentech jsem sbírala jak v rámci oddělení Onkologie A (FN Plzeň), tak ve stomické poradně, kde jsem měla k dispozici předešlé výsledky kontrol a základní informace o respondentech. Tuto část práce s podrobnými informacemi o respondentech jsem strukturovala na několik částí; základní anamnestické údaje o respondentovi, dále následuje katamnéza, čili z jakého důvodu došlo k zavedení stomie. Poté jsem u každého respondenta použila tyto škály: Vizuální analogovou škálu bolesti, Bartelův test všedních činností, Body mass index.

Další část je tvořena setkání s pacienty ve stomické poradně v souvislosti s jejich kontrolami. Kontroly jsem naplánovala tři, pokaždé s časovým odstupem, tak abych mohla znovu vyhodnotit celkový stav pacienta za použití škál a popřípadě poradila a reedukovala pacienta při potížích. Součástí každé individuální kontroly byl také polostrukturovaný rozhovor s respondenty vycházející z modelu dle Marjory Gordonové.

Jako výstup ze svojí bakalářské práce plánuji pro průkaz a ilustraci toho, jak probíhala reedukace stomiků, vytvořit u každého respondenta edukační plán doplněn o foto stomie a použitých pomůcek.

10 ANALÝZA VÝSLEDKŮ

10.1 Respondent č. 1

Tato respondentka byla zahrnuta do výzkumu z důvodu vyšití kolostomie. Je to žena ve věku 57 let. Od října roku 2017 měla pacientka silné zažívací obtíže, následkem dostupných vyšetření včetně kolonoskopie byl prokázán kolorektální karcinom. Následovala onkologická léčba, při které nastaly komplikace. Následně pacientce byla akutně vyšita kolostomie.

10.1.1 Anamnéza

Osobní - bežná dětská onemocnění

- operace- 4/2018 akutní vyšití kolostomie v Chebské nemocnici

- léčba hypertenze a tromboembolické nemoci

Rodinná- syn (tromboembolická nemoc), otec (zemřel na ca žaludku)

Pracovní- nyní v pracovní neschopnosti, dříve prodavačka

Sociální- žije sama v bytě ve městě

Léková- Tritace 1,25 mg 2-0-0

- Anopyrin 1-0-0

-vitamíny a doplňky stravy- B komplex, Celaskon

Abúzus- 1 káva/den, kuřačka- 3cig/den, alkohol- pivo příležitostně

Alergická- Diclofenac, Voltaren gel.

Gynekologická-1 potrat, 1 porod (syn)

Lékařské diagnózy- Hypertenze

- Tromboembolická nemoc

- Kolorektální karcinom

10.1.2 Katamnéza

První potíže respondentka zaznamenala 10/2017, trpěla přes měsíc silnými průjmy a nezaznamenala příčinu v souvislosti se stravou. Později zaznamenala krev ve stolici. Po doporučení praktického lékaře, se respondentka dostavila na gastroenterologii. Na základě podezření na kolorektální karcinom pacientce provedeno kolonoskopické vyšetření. Z vyšetření bylo patrné, že nález nádoru byl potvrzen. Tým lékařů navrhl nejprve onkologickou léčbu chemoterapií, poté resekční výkon, naplánováno bylo 25 cyklů chemoterapie. Při 20. cyklu chemoterapie pacientka zkolabovala. Byla hospitalitována na ARO, po zlepšení stavu byla převezena na JIP. Pacientce byla na základě zhoršení celkového stavu akutně vyšita stomie dle Milese (předpokládalo se po zhojení a zanoření stomie). Pro podporu dechu byla zavedena tracheostomie. Na základě dlouhodobé podpory činnosti dýchání tracheostomií pacientka onemocněla zápalem plic. Na základě četných komplikací byla převezena do FN Plzeň, kde chirugové chtěli zanořit zpět stomii. Operace neproběhla z důvodu tromboembolické nemoci. Z kolostomie dočasné se stala prozatím kolostomie trvalá.

Pacientka vnímala a stále vnímá svůj zdravotní stav špatně, každopádně se stomií se částečně smířila. Obavy má z plánovaného zákroku na střevech. Při popisování jejího kolapsu a sbíráním dat do mé bakalářské práce a komplikací spojených s pobytem na ARO a JIP se pacientka rozplakala a byla rozrušena. K pacientčině nedobrému psychickému stavu zajisté přispívají neshody v rodině. Nyní si pacientka ošetřuje stomii sama, ale je u ní patrná nejistota v postupu ošetřování, a je poznat že zavedení stomie nese těžce. Momentálně nevyhledává společnost především kvůli stomii, bydlí na ve městě v bytě, a často ji navštěvuje její dobrá kamarádka.

10.1.3 Fyzikální vyšetření

Celkový vzhled, úprava zevnějšku, hygiena- Paní působí upraveným dojmem, je hezky oblečena a je patrné, že dodržuje základní hygienické návyky

Dutina ústní a nos- sliznice DÚ a nosní dutiny vlhké, bez sekretu či povlaku

Zuby- kariezní chrup, přítomnost můstku na horním patře

Vnímání

sluch: dobrý

zrak: brýle 1,5 na blízko

hmat: v pořádku, jemná motorika zachována

čich: dobrý

chuť: přiměřená

Puls- 78, dobře hmatný

Dýchání - 16,eupnoe

Krevní tlak-145/80 (léčená hypertenze)

Kůže

barva: bledá

kožní turgor: fyziologický

změny či kožní defekty: jizvy po operaci dutiny břišní

zápach: žádný

Chůze

bez problému, nepoužívá žádné kompenzační pomůcky

Vývody, cévky

Vývody: kolostomie umístěna nad pupkem

Hmotnost

58 kg

Výška

165cm

Tělesná teplota

36,6 ° C

10.1.4 Otázky vycházející z modelu Marjory Gordonové

1) Jak hodnotíte svůj zdravotní stav? Vážíte si zdraví více, od doby co máte vyšitou stomii?

„Svůj současný zdravotní stav hodnotím velice špatně. Bojím se toho, co bude, a hlavně mi vadí ta nejistota. Jsem velice ráda, že z nemocnice mě propustili a že jsem ustála ty komplikace. Svého zdraví jsem si vážila hodně i před diagnostikováním kolorektálního karcinomu, dalo by se říci, že nyní jsem na sebe ještě opatrnější."

2) Změnily se vaše stravovací návyky v souvislosti se stomií? Pokud ano, jak to ovlivnilo vaši hmotnost?

„Ano, moje stravovací návyky jsem pozměnila s ohledem na zavedení stomie. Nesnesu rýži, jogurty a snažím se omezit nadýmavé potraviny. Hodně mám ráda polévky, takže ty jím poměrně často. Svoji aktuální váhu sleduju, protože v souvislosti s karcinomem hodně hubnu. Za celou dobu, co se léčím na onkologii, jsem shodila přibližně 10kg. Nyní vážím 58kg."

3) Je pro vás omezující vyprazdňování pomocí stomického vývodu? Jak zvládáte péči o stomii?

„Ano, je to takový divný pocit, mít ten sáček, přijde mi to nepřirozené. Bojím se třeba, že mi sáček někde praskne, tak radši nikam moc nechodím. Stomie mě hodně omezuje, ale kdo ví, třeba si začas zvyknu. Starám se o svoji stomii sama, kdo jiný by to taky za mě dělal."

4) Jakým aktivitám se věnujete, stejným jako dříve? Jak zvládáte aktivity běžného dne současně s péčí o stomii?

„Tak mezi moje zájmy patří především čtení. Když je počasí na procházky ráda chodím do lesa na houby s kamarádkou. Řekla bych, že ošetřování stomie se spolu s mým denním programem dá v klidu zvládnout."

5) Spíte dobře nebo máte poblémy se spaním? Ovlivnila stomie kvalitu vašeho spánku?

„Když jsem byla dlouho předtím v nemocnici, tak se mi spalo špatně. Doma problémy se spaním nemám. Před spaním si občas ráda čtu, mám v oblibě zejména detektivky a thrillery."

6) Změnilo se vnímání vašeho těla? Jste nyní přecitlivělá po provedení zákroku?

„Nejsem si sebou tak jista, když mám stomii. Ano jsem, při těch komplikacích v Chebu jsem se bála, že umřu. Trápí mě také špatné rodinné vztahy.“ (pláče)

7) Jak nyní vnímáte své tělo? Myslíte si, že zavedení stomie mělo vliv na vaše sebehodnocení a sebevědomí?

„Ano rozhodně, ted jsem více nejistá a více se kritizuji. Stomii vnímám negativně, ale uznávám, že díky ní jsem ještě tady.“

8) Jste schopna dotýkat se svého těla nebo máte psychický blok?

„Určité psychické potíže s tím mám. Pořád je pro mě všechno nové a mám strach z neznámého.“

9) Jak byste popsala stručně vaše rodinné vztahy? Ovlivnilo zavedení stomie vaše rodinné vztahy?

„Nad vodou mě drží hlavně moje nejlepší kamarádka. Vím, že tu pro mě vždy je, pomohla mi překonat nejtěžší chvíle. Se starší sestrou se vůbec nestýkáme, syna vidím málokdy. Řekla bych, že neovlivnilo, máme mezi sebou neshody, trápí mě to.“

10) Ovlivnilo zavedení stomie váš sexuální život? Máte děti?

„Asi ne, v současné době nemám partnera a sexuálně nežiji. Upřímně se stomií si to ani nedovedu představit. Ano mám jednoho syna.“

11) Jak zvládáte zátěžové situace? Máte pocit, že jste méně odolná vůči psychické zátěži?

„Zvládám je lépe, mám už v hlavě trochu srovnáno. Hodně vdečím svojí kamarádce za podporu, a když potřebuju, vypláču se.“

12) Změnil se váš žebříček hodnot po prodělání onkologického onemocnění?

„Nezměnil, zdraví jsem si vážila hodně i před onemocněním, je možná pravda, že nyní jsem na sebe ještě opatrnější.“

13) Máte pocit duševní vyrovnanosti?

„To bych úplně neřekla, ale jak jsem řekla předtím, v hlavě už mám trochu srovnáno.“

10.1.5 Kontroly ve stomické poradně

První kontrola

Příchod pacientky:

Pacientka se dostavila do stomické poradny. Po úvodním seznámení s pacientkou, která na mě působila příjemným, leč trochu ostýchavým dojmem, jsem začala s pokládáním otázek pacientce a vysvětlením organizace mého výzkumu. Soubor kontrol této pacientky proběhl v rámci letní individuální odborné praxe.

Pacientka se nyní cítí poměrně dobře, a má prý obavy z další léčby onkologického onemocnění. Dokonce se odvážila jet s kamarádkou na víkend na chatu na Hracholuskou přehradu i přes její strach, jak v jiných podmínkách zvládne péči o stomii. Po úvodním polostrukturovaném rozhovoru, fyzikálním vyšetření, provedení škálování a shlédnutí stomie, jsem se rozhodla stanovit oblast, ve které je nutné pacientku edukovat.

Škály:

BMI. 21,3 (hmotnost 58 kg)

VAS- momentálně trpí pacientka bolestí hlavy – 2 dle vizuální analogové škály pro hodnocení bolesti

ADL-škála na hodnocení soběstačnosti- zcela soběstačná pacientka (100 bodů)

Otázky související se stomií:

1) Jaké používáte stomické sáčky, jednodílný či dvoudílný systém?

„Používám stomické sáčky jednodílné, výpustné s rovnou podložkou.“

2) Jste spokojena s těmito sáčky?

„Řekla bych, že jsou dobré, s manipulací nemám problém“.

3) Jak byste zhodnotila vzhled svojí stomie, zdá se vám na ní něco neobvyklého?

„ Řekla bych, že vypadá dobře, akorát se mi poslední 2 týdny, zdá, že je jakoby zapadlejší.“

4) Pečujete o svoji stomii sama?

„ Ano, starám se o stomii sama. Řekla bych, že ošetřování zvládám dobře. Samozřejmě se občas vyskytnou drobné potíže, ale většinou si poradím.“

5) Máte nějaké potíže v souvislosti se stomií? Pokud ano, tak jaké a jak často?

„Potíže asi žádné nemám. Odchází mi do sáčku formovaná stolice hnědé barvy.“

Stomie

Při sejmutí stomického sáčku jsem pohledem a po konzultaci se stomickou sestrou usoudila, že má pacientka retrakci stomie (vpadlá stomie pod úroveň stěny břišní). Okolí stomie lehce krvácí. Stolice ve stomickém sáčku byla formovaná a normální barvy. Respondentka neudává problémy se stolicí, ani bolesti břicha. Stomický sáček držel bez obtíží.

Závěr kontroly

K řešení retrahované stomie jsem navrhla po konzultaci se stomickou sestoru změnu stomického sáčku, na sáček s konvexní podložkou. Po rozhovoru s pacientkou, jsme rozhodly, že pro ni bude pohodlnější opět výpustný sáček. Aplikovala jsem na stomii nový sáček, který vyzdvihne stomii a na okolí stomie jsem použila pudr a hydrokoloidní půlkroužek. (Edukační plán se nachází v příloze straně 104)

Druhá kontrola

Příchod pacientky:

Pacientka se dostavila na druhou návštěvu přesně za 3 týdny od té první. Sdělila mi, že s novým sáčkem nemá při ošetřování žádný problém. Od minulé kontroly se pacientka, dle svých slov měla poměrně dobře, udělala si radost a koupila si dvě nové knihy

Škály:

BMI- 22 (hmotnost 60kg)

VAS- momentálně netrpí pacientka žádnou bolestí

Otázky související se stomií:

1) Používáte ty samé stomické sáčky jako předtím (při předchozí kontrole)? Jak se Vám s nimi manipuluje?

„Používám ty, co jste mi spolu se stomasestřičkou doporučili, ty s tou „mističkou“. Pracuje se mi s těmi novými sáčky dobře, aplikace je stejná jako s těmi, co jsem měla předtím.“

2) Jak byste zhodnotila vzhled svojí stomie, zdá se vám na ní něco neobvyklého?

„Řekla bych, že s ní v nepořádku kromě toho, že je pořád trochu zapadlá nic není. Občas akorát malinko krvácí, ale to zasypu pudrem a je to dobré.“

3) Máte nějaké potíže v souvislosti se stomií? Pokud ano, tak jaké?

„Potíže nemám, jen minulý týden jsem měla průjem, ale řekla bych, že mi ta vařená brokolice nesedla. Jinak se vyprazdňuji normálně bez potíží.“

4) Jak hodnotíte svůj nynější zdravotní stav?

„Řekla bych tak jako lidově, že to jde. Nebýt té stomie, tak si přijdu zdravá .“

5) Máte nějaký jiný problém v souvislosti se stomií, pokud ano tak jaký?

„Nemám.“

Stomie

Po sejmutí sáčku jsem zaznamenala přetrvávající retrakci stomie, retrakce se nezhoršila. Okolí stomie je klidné, bez erytému či vyrážky. V sáčku se nenacházela stolice.

Závěr kontroly

Pokračování v ošetřování stomie stejným způsobem, jak bylo uvedeno při první kontrole, použití sáčku s konvexní podložkou.

Třetí kontrola:

Příchod pacientky:

Pacientka se dostavila na poslední kontrolu s viditelně smutnější náladou. Po krátkém povídání mi sdělila, že se pohádala se synem. Na stranu druhou je patrné, že pacientka získala od minulé návštěvy větší sebevědomí v souvislosti s ošetřováním stomie.

Škály:

BMI- 20,6 (hmotnost 56 kg)

VAS- momentálně netrpí pacientka žádnou bolestí

Otázky související se stomií:

1) Máte nějaké nové potíže v souvislosti se stomií?

„Potíže nemám, řekla bych, že stomie z mého pohledu se postupně vyvyšuje nad břišní stěnu."

2) Máte problémy s vyprazdňováním?

„Vůbec ne. Už jsem vyzkoušela vícero potravin, u kterých jsem si nebyla jista jak na mě zapůsobí. Teď už vím, které omezit."

3) Jak hodnotíte svůj nynější zdravotní stav?

„ Řekla bych, že pořád stejně."

Stomie

Retrakce stomie přetrvává, ale určitý posun k vyvýšení stomie je vidět. Okolí stomie je klidné, bez známek začervenání či krvácení.

Závěr kontroly

Na závěr jsem pacientce doporučila ošetřovat stomii stále tím stejným způsobem. Po úplné úpravě retrakce, může pacientka opět používat sáčky s rovnou podložkou

Závěr a celkové zhodnocení edukace

Spolupráci s respondentkou bych celkově chtěla zhodnotit velmi kladně. Paní byla velmi šikovná a aktivně se zajímala o péči vhodnou pro její stomii, přestože pro ni nebylo jednoduché ji přijmout jako součást své osoby. Paní má můj obdiv, že se s celou situací poměrně dobře vyrovnala, i přes nelehké okolnosti a komplikace, související s předchozí hospitalizací v Chebské nemocnici. Po úvaze a krátkém rozhovoru jsem respondentce dala kontakt na klinického psychologa a sociální pracovnici. Edukaci bych zhodnotila jako úspěšnou, pacientka splnila všechny cíle dobře, a co je nejdůležitější, zvládla práci s novým stomickým sáčkem, což pro leckteré stomiky může být nemilá změna.

10.2 Respondent č. 2

Tento druhý respondent byl zahrnut do výzkumu taktéž z důvodu vyšití kolostomie. Je to muž ve věku 46 let. V roce 2013 byl respondentovi diagnostikován kolorektální karcinom. Po prodělání chemoterapie a radioterapie v témže roce, mu byla provedena ultranízká přední resekce rekta v Praze. O dva roky později se respondentův stav natolik zhoršil, že bylo nutné vyvedení dvouhlavňové stomie. V roce 2017 pro prolapsu stomie bylo nutné stomii přesadit a vyvést ji v terminální (trvalou) kolostomii.

10.2.1 Anamnéza

Osobní - operace- laparoskopická ultranízká resekce rekta 11/2013, vyšití descendentostomie 2/2015, prolaps stomie- 12/2017 provedeno přesazení stomie a vyšití terminální kolostomie

Rodinná- výskyt karcinomu střeva negativní

Pracovní- zaměstnán v kanceláři, vlastní několik firem

Sociální- na vesnici v rodinném domě s manželkou a dvěma dětmi

Abúzus- nekuřák, alkohol zřídka

Léková- žádné léky neužívá

Alergická- včelí bodnutí

Lékařské diagnózy - Adenokarcinom rekta

- Metastáza v pravém horním plicním laloku

10.2.2 Katamnéza

První potíže respondent zaznamenal v únoru 2013 a poprvé navštívil koloproktologickou poradnu 7. 2. 2013. Trpěl pálivými bolestmi v epigastriu, stolice změnila barvu. Na podkladě těchto potíží byla zahájena léčba omeprazolem, která se později projevila jako neúčinná.

Při neustávajících potížích respondent absolvoval kolonoskopii, na které byl prokázán 4-5 cm rostoucí křehký tumor. Poté se obrátil znovu na stomicku poradnu a uvažovalo se, jaký druh terapie se zvolí. Nejprve mu byla naordinována neoadjuvantní chemoterapie s radioterapií, aby došlo cíleně ke změnšení útvaru. Respondent si po ukončení chemoterapie a radioterapie zažádal o provedení zákroku v Praze. Byla mu provedena nízká přední resekce rekta laparokopickým přístupem. Načas potíže ustaly.

V únoru roku 2015 byla respondentovi zjištěna metastáza v pravém horním plicním laloku. Podstoupil rentgen plic a ultrasonografické vyšetření břicha, pro podrobnější vyšetření byl odeslán na CT. Znovu objevily potíže, respondent začal trpět bolestmi břicha, poruchami pasáže, až došlo k zástavě odchodu plynů. Tyto symptomy byly způsobeny překážkou v místě spojky po nízké resekci rekta. Ileozní stav bylo nutno odoperovat, takže se lékaři rozhodli pro efektivní řešení- vyvedení descendentostomie- čili dvouhlavňové stomie. Respondent byl edukován, jak o stomii pečovat a naučil se ji bez problému ošetřovat.

V prosinci roku 2017 se stomie zkomplikovala. Respondent měl prolaps stomie, čili vyhřeznutí střeva do obsahu stomického sáčku. Když pacient provedl mírný tlak břišním lisem, střevo prolabovalo do stomického sáčku. Ošetřování bylo obtížnější, stomické pomůcky nedržely, byla potřeba větších sáčků a navíc byla stomie i výše posazena. Bylo nutné střevo navrátit zpět do dutiny břišní a bylo provedeno přesazení a vyšití trvalé terminální kolostomie.

Nyní žije aktivním životem, naučil se se stomií žít. Rád také cestuje a věnuje se rád všemožným aktivitám, jak v práci tak doma. Respondentova diagnóza ovlivnila celou rodinu a díky tomuto onkologickému onemocnění se nechal preventivně kolonoskopicky vyšetřit i respodentův bratr, přestože v rodinné anamnéze byl výskyt karcinomu střeva negativní. Rodina se stmelila a snaží se stravovat zdravě.

10.2.3 Fyzikální vyšetření

Celkový vzhled, úprava zevnějšku, hygiena- Respondent je upravený muž dbající na svůj vzhled, dodržuje základní hygienické návyky

Dutina ústní a nos- sliznice DÚ a nosní dutiny vlhké, bez sekretu či povlaku

Zuby- nekariézní

Vnímání

sluch: dobrý

zrak: brýle 2 dioptrie na blízko

hmat: v pořádku

čich: dobrý

chuť: přiměřená

Puls- 67, dobře hmatný

Dýchání - 16,eupnoe

Krevní tlak-127/80

Kůže

barva: normální

kožní turgor: fyziologický

změny či kožní defekty: jizvy po operaci dutiny břišní

zápach: žádný

Chůze

bez problému

Vývody, cévky

Vývody: kolostomie

Hmotnost

83 kg

Výška

185cm

Tělesná teplota

36,2 ° C

10.2.4 Otázky vycházející z modelu Marjory Gordonové

1) Jak hodnotíte svůj zdravotní stav? Vážíte si zdraví více, od doby co máte vyšitou stomii?

„Cítím se poměrně dobře. Rozhodně si svého zdraví cením více než před zákrokem."

2) Změnily se vaše stravovací návyky v souvislosti se stomií? Pokud ano, jak to ovlivnilo vaši hmotnost?

„Ač se to může zdát zvláštní, nijak jsem svoje stravovací návyky měnit nemusel. Jím všechno v rozumné míře." (usmívá se). Teď bych tak odhadl, že můžu vážit něco kolem 80 kilo."

3) Je pro vás omezující vyprazdňování pomocí stomického vývodu? Jak zvládáte péči o stomii?

„Tak samozřejmě mi nějaký čas trvalo, než jsem se s tím, že mám stomii vyrovnal. Nyní s vyprazdňováním pomocí stomie problém nemám. Péči o stomii zvládám bez problémů, nikoho k tomu nepotřebuji. Už umím sáček hravě vyměnit i ve stoje na toaletě, když je potřeba. Už jsem si zvykl a tak nějak vím, kdy se budu vyprazdňovat a nestresuje mě to."

4) Jakým aktivitám se věnujete, stejným jako dříve? Jak zvládáte aktivity běžného dne současně s péčí o stomii?

„Jednou týdně hraji aktivně fotbal na velkém hřišti. Jsem trenér dětí ve fotballu, takže s nimi také trénuji. S tím žádný problém není. Mám už vyzkoušeno, že jednou za dva dny se stomie musí ošetřit, vyměnit sáček a potom žádný problém není."

5) Spíte dobře nebo máte poblémy se spaním? Ovlivnila stomie kvalitu vašeho spánku?

„Problémy s usínáním jsem měl ze začátku, když jsem si na stomii musel zvykat. Nyní žádné problémy se spaním nemám. Neovlivnila, po náročném dni v práci a tréninku fotbalu spím jako mimino."

6) Změnilo se vnímání vašeho těla? Jste nyní přecitlivělý po provedení zákroku?

„Vlastně nezměnilo, já to beru tak, že stomie mi zachránila život a je mojí součástí. To nejsem, ale více na sebe dávám pozor a více se pozoruji."

7) Jak nyní vnímáte své tělo? Myslíte si, že zavedení stomie mělo vliv na vaše sebehodnocení a sebevědomí?

„Svoje tělo vnímám takové jaké je. S tím člověk nic neudělá. Ze začátku po zavedení člověk má sebevědomí nízko a necítí se jistě. Bojí se, jestli není něco cítit, nebo vidět. Po nějakém čase to odezní a člověk se cítí normálně. Myslím, že asi jen v těch začátcích."

8) Jste schopen dotýkat se svého těla?

„Ano, jistěže. Je to přece moje tělo!"

9) Jak byste popsal stručně vaše rodinné vztahy? Ovlivnilo zavedení stomie vaše rodinné vztahy?

„Žiju úplně normálně. Jsem ženatý, máme dvě malé děti a řešíme většinou každodenní starosti jako v jiných rodinách, např. hlídání, kroužky dětí a tak. Řekl bych, že asi trochu ovlivnilo, ale v pozitivním smyslu slova."

10) Ovlivnilo zavedení stomie váš sexuální život? Máte děti?

„Můj sexuální život byl hned po zavedení stomie utlumen. Ze začátku jsem se necítil úplně v pohodě. Ale čas všechno urovnal a vrátilo se to do starých kolejí. Ano, máme dvě děti."

11) Jak zvládáte zátěžové situace? Máte pocit, že jste méně odolný vůči psychické zátěži?

„Zvládám je dobře, protože jsem spíše flegmatik a moc si stres nepřipouštím. To si nemyslím.“

12) Změnil se váš žebříček hodnot po prodělání onkologického onemocnění?

„Rozhodně žebříček hodnot jsem lehce pozmněnil, momentálně mám zdraví na prvním místě. Takhle jsem dřív neuvažoval.“

13) Máte pocit duševní vyrovnanosti?

„Řekl bych, že jsem duševně vyrovnaný. Naplňuje mě moje práce, jsem tak trochu workoholik a rád žiju aktivním životem a užívám si chvíle se svojí rodinou.“

10.2.5 Kontroly ve stomické poradně

První kontrola

Příchod pacienta:

Tento druhý respondent sebevědomě vkročil do stomické poradny. Na první pohled bylo zřejmé, že má poměrně dobrou náladu a je v optimistickém rozpoložení. Velmi ochotně souhlasil, že bude součástí mého výzkumu v souvislosti s mojí bakalářskou prací. Jak sám respondent uvedl, stomie ho v životě nijak neomezuje a už se s ní naučil žít. Bez problému spolupracoval a efektivně komunikoval na mnou pokládané otázky.

Po úvodním polostrukturovaném rozhovoru, fyzikálním vyšetření, provedení škálování a shlédnutí stomie, jsem se rozhodla stanovit oblast, ve které je nutné respondenta edukovat. Soubor kontrol tohoto respondenta proběhl při praxích v zimním semestru ve druhém ročníku.

Škály:

BMI- 24,3 (hmotnost 83 kg)

VAS- bolest břicha – 1

ADL- zcela soběstačný pacient

Otázky související se stomií:

1) Jaké používáte stomické sáčky, jednodílný či dvoudílný systém?

„Tak za těch pár let co stomii mám, jsem vyzkoušel sáčků několik, nyní používám jednodílný výpustný stomický sáček s plochou podložkou.“

2) Jste spokojen s těmito sáčky?

„Ano, vyhovují mi nejlépe“.

3) Jak byste zhodnotil vzhled svojí stomie, zdá se vám na ní něco neobvyklého?

„ Já jsem se právě dostavil, protože se mi to moc nezdálo, to střevo mi trochu vylezlo, když jsem hrál fotbal.“

4) Pečujete o svoji stomii sám/sama?

„Starám se o svoji stomii několik let sám, až doteď jsem neměl žádné problémy v souvislosti s ní.“

5) Máte nějaké potíže v souvislosti se stomií? Pokud ano tak jaké a jak často?

„Potíže jako třeba bolesti, jako úplně to nebolí, spíš je to takovej zvláštní pocit. Prostě si myslím, že takhle to střevo být venku úplně asi nemá. Říkal jsem si, že se tu raději zastavím.“

Stomie

Při sejmutí stomického sáčku bylo na první pohled patrné, že se jedná o prolaps stomie, střevo bylo vyhřezlé do stomického sáčku. Okolí stomie je klidné. Stolice se do sáčku v podstatě nemohla příliš odcházet, protože v sáčku bylo přítomno vyhřezlé střevo. Pacient udává dle VAS bolest ohodnocenou číslem 1, ale popisuje, že je to spíš jen „zvláštní pocit“. Pacient udává, že sáčky obtížně drží a je patrné, že najít vhodnou pomůcku bude složité, protože střevo vyplňuje z větší části stomický sáček.

Závěr kontroly

K řešení prolabované stomie slouží operační výkon. Jelikož ošetřování bylo obtížnější z důvodu špatné přilnavosti pomůcek, díky prolapsu stomie. Střevo bylo vyhřezlé tak, že bylo nutné jej chirurgicky navrátit zpět do dutiny břišní. Při operačním výkonu byla stomie přesazena a byla vyšita terminální kolostomie.

Druhá kontrola

Příchod pacienta:

Respondent se dostavil na další kontrolu za měsíc a půl po úplném zhojení a zotavení z operačního výkonu. Jak mi sdělil sám respondent, operace proběhla bez komplikací a konečně si pacient oddechl, dle svých slov. Po krátkém rozhovoru vyplynulo, že se velmi těší opět na svůj aktivní rodinný a profesní život.

Škály:

BMI- 25 (hmotnost 85kg)

VAS- pacient netrpí žádnou bolestí 0

Otázky související se stomií:

1) Používáte ty samé stomické sáčky jako předtím (při předchozí kontrole)? Jak se Vám s nimi manipuluje?

„Já bych řekl, že předtím ty sáčky nedržely kvůli tomu prolapsu, ale teď mám to břicho přeci jen trochu jiné po té operaci, prostě si myslím, že nedrží úplně optimálně."

2) Jak byste zhodnotil vzhled svojí stomie, zdá se vám na ní něco neobvyklého?

„Po té operaci je to už v zase pořádku, vypadá normálně."

3) Máte nějaké potíže v souvislosti se stomií? Pokud ano tak jaké?

„Potíže nemám, ani nemám bolesti břicha a stolice je normální."

4) Jak hodnotíte svůj nynější zdravotní stav?

„Teď po té operaci už je to zase tak, jak to má být, cítím se fajn."

5) Máte nějaký jiný problém v souvislosti se stomií, pokud ano tak jaký?

„Nemám.“

Stomie

Po shlédnutí břišní krajiny je patrné, že se lehce pozměnil její reliéf a zřejmě proto sáčky drží obtížněji. V okolí stomie se nacházejí jizvy po několik provedených operačních výkonech. Stomie nejeví známky krvácení ani erytém v okolí patrný není. Peristomální kůže je v pořádku, bez podráždění.

Závěr kontroly

Po prohlédnutí stomie a po konzultaci se stomickou sestrou jsem se rozhodla doporučit respondentovi jiný stomický sáček, z důvodu změny vzhledu reliéfu břišní krajiny. Aby se předešlo podtékání stomického sáčku a zároveň retrakci stomie, po rozhovoru s pacientem jsem pacientovi doporučila sáček s konvexní podložkou opět jednodílný, výpustný. (Edukační plán se nachází v příloze na straně 105)

Třetí kontrola

Příchod pacienta:

Respondent se dostavil na poslední kontrolu za 3 týdny od předešlé. Opět má viditelně pozitivní náladu a usmívá se. Problémy se stomií nemá, stále používá konvexní sáčky. Při našem rozhovoru respondent nadšeně vyprávěl o víkendu na horách, kde byl s manželkou a dětmi. Těší se na léto, až zase bude pěkné počasí na outdoorové sporty a plavání.

Škály:

BMI- 25, 1 (hmotnost 85 kg)

VAS- bolest levé holeně (úraz při hraní fotbalu)- 2

Otázky související se stomií:

1) Máte nějaké nové potíže v souvislosti se stomií?

„Potíže nemám, ty nové sáčky jsou v pohodě, drží dobře.“

2) Máte problémy s vyprazdňováním?

„Ne, nemám.“

3) Jak hodnotíte svůj nynější zdravotní stav?

„ Hodnotím ho jako dobrý, cítím se dobře.“

Stomie

Po sejmutí stomického sáčku je stomie fyziologické růžovočervené barvy, v sáčku se nachází formovaná stolice normálního vzhledu. Peristomální kůže je v pořádku a v okolí se nenachází erytém.

Závěr kontroly

Pacient pokračuje v ošetřování stomie stále stejným způsobem a používá jednodílné sáčky, výpustné s konvexní podložkou.

Závěr a celkové zhodnocení edukace

Spolupráce s respondentem byla pro mě velmi přínosná, a tento stomik by mohl být také vzorem pro mnoho stomiků. I přes boj s nelehkým onemocněním a zavedením stomie stále žije aktivní život, věnuje se mnoha sportům a neustále pracuje na nových projektech, což mu vlévá ještě větší chuť do života. Osobně musím říci, že jsem nečekala, že i se stomií je možné žít takto aktivní život, při tvorbě podkladů pro svou praktickou část bakalářské práce jsem musela přehodnotit svůj názor. Komunikace s pacientem byla bezproblémová a při edukaci jsem s pacientem neměla žádný konflikt.

10.3 Respondent č. 3

Tato 55letá respondentka byla do mého výzkumu zařazena pro přítomnost kolostomie, kterou má vyšitou od února loňského roku. Stomie byla založena z důvodu podezření návratu karcinomu dělohy, pro který byla operována a léčena v r. 2002. V březnu roku 2018 byla založena terminální sigmoideostomie.

10.3.1 Anamnéza

Osobní - běžná dětská onemocnění

- léčba hypertenze

- operace - r 2002 - oboustranná adnexetomie (z důvodu karcinomu dělohy)

- 2/2018 - ultranízká resekce rekta- pro podezření relapsu karcinomu

- 3/2018-založení terminální sigmoideostomie

-po suicidálním pokusu dispenzarizována psychiatrem

Rodinná - matka- zemřela v 93 letech

-otec- zemřel v 71 letech na leukemii

-dcera a syn- zdrávi

Pracovní - dříve práce v zemědělském družstvu, nyní nepracuje

Sociální - žije s manželem v rodinném domě na vesnici

Léková - Monopril 1-0-0

- Omeprazol 1-0-0

- Neurol 1-0-1

- Dormicum 0-0-1

- Magrilan

Abúzus -kuřačka-5 cig/den, alkohol- příležitostně

Alergická- neguje

Gynekologická- 2 porody (syn, dcera)

Lékařské diagnózy- Hypertenze

- Karcinom dělohy

- Úzkostně depresivní porucha

10.3.2 Katamnéza

Tato respondentka má stomii zavednenou z důvodu recidivy onkologického onemocnění. Původním nálezem v roce 2002 byl karcinom dělohy. Nález byl pokročilý, a proto byla provedena panhysterektomie (úplné odstranění dělohy včetně krčku). Poté byla naordinována konkomitantní aktinoterapie. Tato léčba se ukázala jako vhodná a po 1 roce léčby se respondentka nacházela v remisi (období vymizení příznaků). Respondentka byla dispenzarizována a chodila na pravidelné kontroly k onkologovi.

V únoru roku 2018 respondentka vnímala z počátku nejasné potíže se stolicí. Při kontrole u onkologa výsledky náběrů krve byly pozitivní a respondentka byla odeslána na CT vyšetření, aby se zjistila velikost a přesná poloha nádoru. Na konci února byla respondentce provedena explorace dutiny břišní a ve spolupráci s chirurgy byla provedena ultranízká resekce rekta, pro podezření z návratu karcinomu. Po operačním výkonu se objevily komplikace, pacientka měla horečky a trpěla krutými bolestmi břicha. Z důvodu těchto komplikací byla 4. 3. provedena operační revize, a byla vyšita terminální sigmoideostomie pro dehiscenci anastomózy. Po výkonu byla pacientka umístěna na JIP. Pro respondentku byla léčba onkologického onemocnění náročná hlavně psychicky. Po překladu na standartní oddělení se pokusila pacientka o sebevraždu. Po dimisi byla pacientka svěřena do péče psychiatra pro smíšenou úzkostně depresivní poruchu a stále je u něj dispenzarizována.

Nyní už je respondentka po psychické stránce na tom lépe, ale pořád má depresivní rozlady, užívá kombinaci léků na úzkost a na spaní. Hodně ji podporuje manžel, který nyní také nepracuje a pečuje o manželku doma. Paní má psychický blok dotýkání se stomie a jejího okolí, stomii proto ošetřuje zejména její manžel a paní spíše asistuje. Respondentka si velmi váží podpory manžela a je na ní vidět snaha naučit se ošetřování stomie do budoucna samostatně bez pomoci manžela.

10.3.3 Fyzikální vyšetření

Celkový vzhled, úprava zevnějšku, hygiena- Respondentka působí svěžím dojmem, upravená, nalíčená a působí mírně nervózně

Dutina ústní a nos- čistá bez sekretu, bez patologického povlaku

Zuby- horní zubní protéza

Vnímání

sluch: dobrý

zrak: dobrý

hmat: v pořádku, jemná motorika zachována

čich: dobrý

chuť: přiměřená

Puls-89, dobře hmatný

Dýchání - 15,eupnoe

Krevní tlak-135/85 (léčená hypertenze)

Kůže

barva: fyziologická

kožní turgor: fyziologický

změny či kožní defekty: mnohočetné jizvy po operaci dutiny břišní

zápach: žádný

Chůze- nepoužívá žádné kompenzační pomůcky

Vývody, cévky

Vývody: terminální sigmoideostomie

Hmotnost

67 kg

Výška

163cm

Tělesná teplota

36,0 ° C

10.3.4 Otázky vycházející z modelu Marjory Gordonové

1) Jak hodnotíte svůj zdravotní stav? Vážíte si zdraví více, od doby co máte vyšitou stomii?

„Hodnotím svůj zdravotní stav spíše špatně, jsem na tom zle hlavně, co se týče psychiky. Když jsem byla ještě v nemocnici, pokusila jsem se o sebevraždu, bylo toho na mě moc. Byla jsem na tom hodně špatně ještě 2 měsíce od té operace, kdy mi vyšili stomii. Po tom co jsem prožila, si vážím o dost více všeho a mám radost ze všedních maličkostí. Zdraví je pro mě na prvním místě, obdivuji manžela, jak se mnou všechny strasti vydržel a báječně se o mě stará.“ (je rozrušena)

2) Změnily se vaše stravovací návyky v souvislosti se stomií? Pokud ano, jak to ovlivnilo vaši hmotnost?

„Stravování jsem moc upravovat nemusela, akorát jsem omezila tučná mastná jídla, dobře mi také nedělají mléčné výrobky, ale co si neodpustím, jsou sýry. Moje hmotnost se od doby diagnostikování rakoviny hodně měnila, jednou nahoru, jednou dolů. V únoru jsem vážila asi 70kg , po operaci na střevech vím, že jsem zhubla, potom jsem vážila 61 kg. Nyní vážím přibližně 62-63kg.“

3) Je pro vás omezující vyprazdňování pomocí stomického vývodu? Jak zvládáte péči o stomii?

„Stomie je pro mě hodně omezující, pořád jsem se s její přítomností nesmířila. Zezačátku jsem se sama sebe dost štítila, nemohla jsem na ni ani sáhnout, musel ji ošetřovat manžel. Teď už jsem schopná mu i asistovat. S péčí o stomii mi hodně pomáhá manžel. Už si na to ošetřování tak zvykl, že ho bere jako náš denní rituál. Já si většinou připravím pomůcky, občas si sáček nalepím sama, ale většinou to dělá manžel. Velmi ho za to obdivuji.“

4) Jakým aktivitám se věnujete, stejným jako dříve? Jak zvládáte aktivity běžného dne současně s péčí o stomii?

„Mezi moje největší radosti patří procházky s naším pejskem, baví mě focení a taky si ráda přečtu dobrou knihu. Jediné co se změnilo, no kvůli stomii se straním lidí a nikam moc nechodím. Řekla bych, že dobře, vždycky si to s manželem naplánujeme."

5) Spíte dobře nebo máte poblémy se spaním? Ovlivnila stomie vaši kvalitu spánku?

„Problémy se spaním mám od té doby, co se zjistilo, že se rakovina vrátila. Nemohu usnout, beru léky na uklidnění a na spaní. Řekla bych, že samotná stomie ne. Prostě nemohu usnout, přemýšlím a honí se mi hlavou různé myšlenky. Užívám léky na spaní."

6) Změnilo se vnímání vašeho těla? Jste nyní přecitlivělá po provedení zákroku?

„Ano, změnilo a to hodně. Pořád svoje tělo nevnímám dobře, ale řekla bych, že dělám malé pokroky. Někdy mám ten pocit, ale myslím si, že při tom všem co jsem prožila, se to dá chápat."

7) Jak nyní vnímáte své tělo? Myslíte si, že zavedení stomie mělo vliv na vaše sebehodnocení a sebevědomí?

„Vnímám své tělo o něco málo lépe než předtím, ale pořád s tím nejsem smířená. Ano, přítomnost stomie ho negativně ovlivnila."

8) Jste schopna se dotýkat svého těla nebo máte psychický blok?

„Ten blok už tolik nemám, ale pořád s dotýkáním se stomie mám problém."

9) Jak byste popsala stručně vaše rodinné vztahy? Ovlivnilo zavedení stomie vaše rodinné vztahy? Jste si nyní bližší s rodinou?

„Rodinné vztahy máme asi jako v každé rodině, řekla bych normální. Drží mě nad vodou. Řekla bych, že moje nemoc a všechny ty nepříjemnosti a komplikace s ní spojené nás více utužily."

10) Ovlivnilo zavedení stomie váš sexuální život? Máte děti?

„Máme s manželem 2 děti, nyní již sexuálně nežijeme."

11) Jak zvládáte zátěžové situace? Máte pocit, že jste méně odolná vůči psychické zátěži?

„Moc je nezvládám. Beru několik léků na depresi a na spaní. Ano, to určitě jsem."

12) Změnil se váš žebříček hodnot po prodělání onkologického onemocnění?

„Rozhodně se změnil, a řekla bych, že celé naší rodině, po tom čím jsem prošla. Ano, vážím si zdraví o dost více než před tou nemocí."

13) Máte pocit duševní vyrovnanosti?

„Ne, ale snad toho jednou dosáhnu."

10.3.5 Kontroly ve stomické poradně

První kontrola

Příchod pacientky:

Respondentka již při svém příchodu na mě působila sympaticky, mile. Do stomické poradny přišla spolu se svým manželem, který jí pomáhá pečovat o stomii.

Paní působila odpočatě a měla poměrně dobrou náladu, byla polichocena, že bude součástí mojí bakalářské práce. Po úvodním rozhovoru a seznámení pacientky s výzkumem, jsem pacientce pokládala otázky a provedla fyzikální vyšetření. Po shlédnutí stomie a zohlednění všech poskytnutých informací stanovím oblast, ve které je nutno pacientku a jejího manžela edukovat. Soubor kontrol této respondentky proběhl za letní individuální praxe ve druhém ročníku.

Škály:

BMI- 20,6 (hmotnost 63 kg)

VAS- pacientka netrpí bolestí

ADL - zcela soběstačná pacientka (100 bodů)

Otázky související se stomií:

1) Jaké používáte stomické sáčky, jednodílný či dvoudílný systém?

„Momentálně mám dvoudílný stomický systém, podložku a sáček zvlášť. Mám neprůhledný sáček nevýpustný.“

2) Jste spokojena s těmito sáčky?

„Řekla bych, že nejsou špatné, i manžel říká, že se mu s nimi pracuje lépe než s jednodílným systémem.“

3) Jak byste zhodnotila vzhled svojí stomie, zdá se vám na ní něco neobvyklého?

„Já nevím. S manželem jsme nevěděli, jestli takhle to střevo má vypadat, je dost růžové.“

4) Pečujete o svoji stomii sám/sama?

„Spíše se o ni stará manžel, já si připravím pomůcky, osprchuji se po odlepení starého sáčku a většinou nový mi nalepí manžel.“

5) Máte nějaké potíže v souvislosti se stomií? Pokud ano, tak jaké a jak často?

„Potíže se stomií žádné nemám, ani mě nebolí břicho. Akorát mám tedy kýlu.“

Stomie

Stomie má růžovou barvu, nejeví známky stenózy. Nezaznamela jsem známky retrakce či prolapsu stomie. V okolí stomie je patrné drobný erytém. Stomický sáček obsahoval kašovitou stolici fyziologické barvy. Pacientka trpí parastomální kýlou, avšak stomiské pomůcky dobře drží.

Závěr kontroly

Stomie byla v pořádku, zaznamenala jsem pouze drobné začervenání parastomální kůže. Preventivně na stomii byla aplikována vyrovnávací pasta.

Druhá kontrola

Příchod pacientky:

Paní se do stomické poradny dostavila opět za doprovodu manžela. Je trochu sklesslá, protože tvrdí, že se jí kýla lehce zvětšila a je nešťastná že pomůcky hůře drží. Při našem rozhovoru se nadšeně rozhovořila o tom, že je včera přijeli navštívit vnoučata.

Škály:

BMI 20,6 (hmotnost 63kg)

VAS- pacientka netrpí žádnou bolestí 0

Otázky související se stomií:

1) Používáte ty samé stomické sáčky jako předtím (při předchozím setkání)? Jak se Vám s nimi manipuluje?

„Ano, používám stále stejné stomické sáčky."

2) Jak byste zhodnotila vzhled svojí stomie, zdá se vám na ní něco neobvyklého?

„Stomie bych řekla, že vypadá dobře podle mě, ale ta kýla."

3) Máte nějaké potíže v souvislosti se stomií? Pokud ano tak jaké?

„Vadí mi, že ty pomůcky hůře drží, jak je tam tam kýla. A přijde mi to horší než minule."

4) Jak hodnotíte svůj nynější zdravotní stav?

„ Řekla bych, že zatím celkem uspokojivě, ale vadí mi ta kýla. Hlavně z estetického hlediska a kvůli těm sáčkům."

5) Máte nějaký jiný problém v souvislosti se stomií, pokud ano tak jaký?

„To ne, nemám jiný problém."

Stomie

Stomie má jasně růžovočervenou barvu. Otvor pro odcházení stolice vypadá zúžený, ale stolice prý podle pacientky odchází bez potíží. Okolí stomie je klidně, bez erytému či podráždění. Pacientka používá přídržný pásek na stomický sáček.

Závěr kontroly

Pacientce bylo doporučeno pokračovat ve stále stejném způsobu ošetřování. Po konzultaci se stomickou sestrou jsem doporučila pacientce kýlní stomický pás s otvorem na stomii, který by měl přispět k redukci kýly. (Edukační plán se nachází v příloze na straně 106)

Třetí kontrola

Příchod pacientky:

Respondentka se dostavila na další kontrolu za tři týdny od předešlé. Po krátkém rozhovoru pacientka uvedla, že s používáním kýlního pásu nemá problém, zvykla si na něj. Pacientka měla dobrou náladu při rozhovoru, kam se s manželem chystají příští týden.

Škály:

BMI 20,1 (hmotnost 63 kg)

VAS- pacientka netrpí žádnou bolestí

Otázky související se stomií:

1) Máte nějaké nové potíže v souvislosti se stomií?

„Potíže vůbec nemám, ten kýlní pás se nosí dobře a je dobré že je tam ten otvor na sáček.“

2) Máte problémy s vyprazdňováním?

„ Trochu jsem měla předevčírem průjem, ale to bylo určitě z toho grilování.“

3) Jak hodnotíte svůj nynější zdravotní stav?

„Řekla bych, že ted se cítím poměrně dobře, pořád teda ta psychika není to, co bývala, ale snažím se.“

Stomie

Po svléknutí oděvu a odstranění stomického sáčku je patrné, že parastomální kýla je stále přítomna. Stomie je červené barvy a v okolí není patrný defekt či macerace kůže.

Řešení problému

Po zhodnocení vzhledu stomie je pacientce stále doporučován kýlní pás. Stomické pomůcky drží na kůži dobře, není potřeba měnit způsob ošetření stomie.

Závěr a celkové zhodnocení

Z počátku jsem měla obavy z edukace této pacientky, zejména kvůli jejímu zhoršenému psychickému stavu. Přesto, že pacientka svoji stomii neošetřuje sama, jeví zájem o přípravu pomůcek a celkově je patrná snaha, i přes pacientčin vnitřní boj. Kontrol včetně edukace byl přítomen také pacientčin manžel, který byl velmi komunikativní. Edukace proběhla v pořádku. Velmi si vážím, že tato pacientka byla ochotná podílet se na mém výzkumu. Přestože se zavedením stomie má pořád problém, ale musím ocenit snahu.

DISKUZE

Hlavní zkoumanou oblastí a zároveň hlavním cílem mojí bakalářské práce bylo zmapování skupiny stomiků pomocí kvalitativního výzkumu. Při stanovených kontrolách jsem se podrobně zabývala nynějším život stomika, součástí bylo také zhodnocení vzhledu stomie a na základě rozhovoru a ukázky stomie, rozhodnout, zda je nutno respondenty v nějaké oblasti reedukovat.

V souvislosti s touto problematikou, jsem se rozhodla vyzkoumat tři klíčové problémy bezprostředně související s reedukací stomiků.

První výzkumná otázla se týkala toho, zda stomici dokáží rozpoznat komplikovanou stomii a usoudit, v jakém případě je nutno navštívit stomickou poradnu. Druhá otázka se zabývala problematikou nejčastějších potíží stomiků v souvislosti s několika oblastmi zejména s ošetřováním stomie a samotnou přítomností stomie. Jako nejzásadnější se mi jeví třetí otázka, abych ve výzkumu zodpověděla, zda je reedukace stomiků nutná, či jestli je dostačující základní komplexní edukace na začátku cesty stomika v procesu „zžívání“ se s ošetřováním stomie a životem se stomií. Tato data jsem zjišťovala zejména z polostrukturovaných rozhovorů, které jsem vedla jednotlivě s každým respondentem v průběhu kontrol ve stomické poradně.

V souvislosti s rozpoznáním komplikací respondentka č. 1 rozpoznala, že s její stomií není něco v pořádku, přestože nevěděla přesně, o jakou komplikaci jedná, oznámila ji včas, při jedné z kontrol. Tímpádem bylo zajištěno včasné podchycení komplikace a mohla následnovat edukace v péči o retrahovanou stomii, za použití konvexního stomického sáčku. Drlíková a kol. (2016) uvádí, že k péči o problematickou stomii mohou nejlépe přispět konvexní stomické pomůcky.

Respondent č. 2 se rovněž dostavil s komplikovanou stomií do stomické poradny po předchozí poradě se stomickou sestrou přes mobilní telefon. U tohoto respondenta byl proveden chirurgický výkon, protože tento stomik měl stomii prolabovanou. U prolabovaných stomií je nejčastějším řešením chirurgická repozice střeva. (Drlíková a kol., 2016)

Kdežto respondentka č. 3 se dostavila do stomické poradny s parastomální kýlou, která ji trápila již přibližně měsíc, takže nebylo možno zhodnotit, zdali komplikaci vyhodnotila sama respondentka. Chirurgická korekce kýly se v případě stomií indikuje pouze

tehdy, pokud je parastomální kýla příliš rozsáhlá (Zachová a kol., 2010). Respondentce byl doporučen pro zpevnění břišní stěny kýlní pás pro stomiky. Komplikace kolostomií se vyskytují relativně často, trpí jimi 5-39% kolostomiků, jak dokládá Vytejčková a kol. (2013).

Já jsem ve svojí bakalářské práci zjistila, že 2 stomici rozpoznali komplikaci stomie, repondentč. 2 se dostavil jako jediný na kontrolu bez objednání s vážnější komplikací. Třetí respondentku nemohu do této klíčové otázky zahrnout, protože se dostavila s kýlou již dříve a tudíž nemohu zhodnotit, zdali komplikaci své stomie rozpoznala ona sama. Alena Zronková Brožovská (2014) ve svojí diplomové práci uvedla cenné údaje o postoji stomiků ke komplikacím. Pomocí kvalitativního výzkumu zjistila, že 6 ze 7 respondentů se zkontaktuje se stomickou sestru v případě potíží.

Nejčastější potíže stomiků zaměřeny především na ošetřování, či potíže se stomií samotnou jsem analyzovala následně zejména prostřednictvím rozhovorů s respondenty. Potíže s ošetřováním neudal žádný z respondentů, přestože respondentce č. 3 ošetřuje stomii manžel. Stomie samotná nezpůsobovala respondentům žádné potíže, pouze respondentka č. 3 uvedla, že 2 dny před kontrolou trpěla průjmem nejspíše způsobeným z nevhodné skladby stravy.

Mnoho stomiků má psychické obtíže a trvá jim delší dobu vyrovnat se s přítomností stomie. Někdy v souvislosti se stomií pacienti pociťují, že jsou omezeni ve fyzických funkcích, jak také uvádí Zachová a kol. (2010). Omezující pocit z přítomnosti stomie a vyprazdňování pomocí stomie jako omezující uvedly respondentka č. 1 a respondentka č. 3. Je nutno vzít v potaz, že obě respondentky mají stomii zavedenou kratší dobu než respondent č. 2.

Založení stomie může ovlivnit sebejistotu člověka, pacient se musí vyrovnat s řadou překážek, jako jsou například psychické potíže a sociální problémy, které znesnadňují akceptaci stomie (Zachová a kol., 2010). Z důvodu přítomnosti stomie uvedly respondentka č. 1 a respondentka č. 3, že výrazně pociťují snížení sebejistoty. Respondentem č. 2 mi bylo sděleno, že v počátcích zavedení stomie pociťoval snížení sebejistoty, ale nyní je stejná jako před zavedením stomie. Psychický blok z neschopnosti dotknout se svého těla díky přítomnosti stomie měla respondentka č. 3, nyní je její psychika na tom lépe, ale stále si není schopna z tohoto důvodu ošetřovat stomii.

Po zotavení z operačního výkonu je vhodný pro stomika nenáročný pohyb, může vykonávat sportovní aktivity téměř bez omezení, z dlouhodobého hlediska je důležité, aby se stomik vrátil ke svým původním zájmům a aktivitám (Drlíková a kol., 2016). Dále z polostrukturovaného rozhovoru vyplynulo, že respondentky č. 1 a 3. uvedly, že se i nadále snaží věnovat svým zájmům, ale na druhou stranu se snaží vyhnout přílišné společnosti z obavy vzniku nepříjemné situace, např. protrhnutí stomického sáčku. Oproti tomu respondent č. 2 je velmi aktivní muž, společnosti se nestraní vůbec a dokonce i pravidelně sportuje.

Na základě zhodnocení kontrol stomiků a po analýze rozhovorů jsem došla k závěru, že reedukace stomiků je stejně tak důležitá, jako počáteční edukace v začátcích osvojování si ošetřování, je nutné neopomíjet ji. Zvláště je nutné zejména neopomenout reedukaci u stomiků, kteří stomii mají zavedenou kratší dobu, tudíž je vhodné některá témata edukace několikrát zopakovat a tím docílit lepšího zapamatování dané informace.

ZÁVĚR

Za téma svojí bakalářské práce jsem si zvolila „Management péče o pacienty se stomií“. Pod tímto tématem jsem práci zúžila na reedukaci kolostomiků s komplikovanou stomií. Komplikace se vyskytují u 5-39% kolostomiků. Myslím si, že v dnešní době zajišťují dobrou a kvalitní edukaci stomasestry, ale je potřebné také nepodcenit reedukaci stomiků a důsledně opakovat edukaci, pokud je potřeba.

V teoretické části práce jsem stručně charakterizovala anatomii střev a konečníku, což bylo nutno k pochopení umístění, kde se kolostomie nachází. Dále jsem pokračovala kapitolou týkající se chorob, které mohou zapříčinit důvod k vyšití kolostomie, což bývá nejčastěji; kolorektální karcinom, nespecifické střevní záněty, divertikulární choroba a také střevní neprůchodnost. Nejvíce prostoru jsem věnovala kapitole zabývající se stomiemi samotnými, uvedla jsem v práci jejich rozdělení a jednotlivé druhy stomií, podrobně jsem popsala komplikace stomií, a také jsem věnovala prostor stomickým pomůckám dostupným na trhu.

Praktická část práce proběhla jako kvalitativní výzkum v rámci oddělení Onkologie A, ve Fakultní nemocnici v Plzni, v rámci kterého jsem docházela do stomické poradny. Po konzultaci se stomickou sestrou, jsem si vybrala 3 respondenty do svého výzkumu. Informace o respondentech a nashromážděná data jsem rozčlenila na anamnézu, katamnézu, fyzikální vyšetření, následovaly otázky vycházející z modelu Marjory Gordonové. Další část informací byla zaznamenána v podobě kontrol, kterých jsem u každého respondenta provedla tři. Součástí kontrol byl rozhovor při příchodu respondenta, použití škál (ADL, BMI,VAS), otázky cílené na stomii a péči o ni, prohlédnutí stomie a také návrh řešení problému se stomií. Na základě vyhodnocení všech údajů včetně rozhovoru s respondenty byla provedena edukace v dané oblasti.

Respondentku č. 1 jsem edukovala v péči o retrahovanou stomii, respondenta č. 2 jsem edukovala o používání jiného stomického sáčku z důvodu lepšího přilnutí ke kůži při pozměnění reliéfu břišní krajiny. Respondentka č. 3 se dostavila s parastomální kýlou a tak edukace byla zaměřena na používání kýlního stomického pásu.

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zmapovat skupinu stomiků s komplikacemi stomie a následně je edukovat v potřebné oblasti. Jednotlivé respondenty jsem zmapovala ze všech různých hledisek a reedukovala je o dané problematice.

Prvním dílčím cílem práce bylo, zda pacient dokáže sám zhodnotit vzhled své stomie a rozpozná případnou komplikaci. Na tento cíl jsem zacílila otázky polostrukturovaného rozhovoru a z výsledků je patrné že vzhled stomie a komplikaci zvládli zhodnotit a rozpoznat dva z respondentů. Druhý dílčí cíl se zabýval nejčastějšími potížemi stomiků ve vícero oblastech, nejvíce jsem se zaměřila na potíže se stomií jako takovou a jejím ošetřováním, psychosociální problematiku a aktivity stomiků. S ošetřováním stomie neměl žádný respondent problém, rozdílné výsledky však byly v otázce aktivizace a zájmových činností a také prožívání a psychice stomiků. Zhoršenou psychikou trpěly obě respondentky.

Výstupem z práce a mojí reedukační činnosti jsou edukační plány uvedené v příloze práce. Po proběhnutí reedukace stomiků jsem si ověřila, že pro provedení kvalitní edukace a reedukace je důležité mít kvalitně sestavený edukační plán.

Díky psaní své bakalářské práce, jsem já sama trochu přehodnotila názor na život kolostomiků v pozitivním slova smyslu. Seznámila jsem se prostřednictvím přípravy s množstvím odborné literatury a rozšířila jsem si svůj osobní obzor také setkáním se vstřícnými stomiky.

Doufám, že moje práce bude přínosem pro všeobecné sestry, které si tak jejím prostřednictvím rozšíří svoje povědomí o kolostomicích a nutnosti umět správně ošetřovat stomii, a edukaci a reedukovaci stomiků.

SEZNAM LITERATURY

1. ANDĚL, Petr, Matej, ŠKROVINA a Vítězslav DUCHÁČ. Základy praktické proktologie. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262892-6

2. BROŽOVSKÁ ZRONKOVÁ, Alena. Význam stomické sestry pro chirurgické oddělení. České Budějovice, 2014. Diplomová práce (Mgr). Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně-sociální fakulta, Katedra ošetřovatelství a porodní asistence, datum obhajoby neznámé.

3. ČERVENKOVÁ, Renata. Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-600-7

4. ČIHÁK, Radomír. Anatomie 2. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4788-0

5. DRLÍKOVÁ, Kateřina, Veronika, ZACHOVÁ, Milada KARLOVSKÁ a kol. Praktický průvodce stomika. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5712-4

6. FIALA, Pavel, Jiří VALENTA a Lada EBERLOVÁ. Anatomie pro bakalářské studium zdravotnických oborů. Praha: Karolinum, 2009. ISBN 978-80-246-1491-5

7. FIALA, Pavel, Jiří VALENTA a Lada EBERLOVÁ. Stručná anatomie člověka. Praha: 2015. ISBN 978-80-246-2693-2

8. HOLUBOVÁ, Adéla, Helena, NOVOTNÁ Jana, MAREČKOVÁ a kolektiv. Ošetřovatelská péče v gastroenterologii a hepatologii. Praha: Mladá fronta, edice sestra, 2013. ISBN 978-80-204-2806-6

9. JANÍKOVÁ, Eva a ZELENÍKOVÁ, Renáta. Ošetřovatelská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4412-4

10. JUŘENÍKOVÁ, Petra. Zásady edukace v ošetřovatelské praxi. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2171-2

11. KITTNAR, Otomar a MLČEK, Mikuláš. Atlas fyziologických regulací. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2722-6

12. KONEČNÁ, Zdeňka. Základy komunikace. Brno: Vysoké učení technické v Brně, fakulta podnikatelská, 2009. ISBN 978-80-214-3891-0

13. LANGMEIER, Miloš a kolektiv. Základy lékařské fyziologie. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2526-0

14. MIKŠOVÁ Zdeňka, Marie, FROŇKOVÁ a Marie, ZAJÍČKOVÁ. Kapitoly z ošetřovatelské péče II. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-1443-1

15. NAŇKA, Ondřej a ELIŠKOVÁ, Miroslava. Přehled anatomie. Praha: Galén-Karolinum, 2009. ISBN 978-80-246-1717-6

16. OTRADOVCOVÁ, Iva, Lucie KUBÁTOVÁ a kolektiv autorů. Komplexní péče o pacienta se stomií. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-432-6

17. PRŮCHA, Jan. Moderní pedagogika, čtvrté vydání. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-503-5

18. SCHILLING McCANN , Judith A. a kolektiv autorů. Sestra a urgentní stavy. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-8-247-2548-2

19. THAM, Tony, John, COLLINS a Roy, SOETIKNO. Urgentní gastroenterologie, 3. vydání. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0157-3

20. UKBULUT, Gamze, 2011. Nutrition in stoma patients: A practical view of dietary therapy. Science article. [online]. Gazi University, Faculty of Health Sciencescit [cit. 27. 12. 2018]. Dostupné z : http ://uhod.org/pdf/PDF_452.pdf

21. VENGLÁŘOVÁ, Martina a MAHROVÁ, Gabriela. Komunikace pro zdravotní sestry. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1262-8

22. VOŠ zdravotnická a Střední zdravotnická škola, Hradec Králové. Multimediální trenažér pro realizaci ošetřovatelské péče. Heřmanová J. a kol. Edukační proces, 2010-2012 [online] [cit. 17. 12. 2018]. Dostupné z: https://ose.zshk.cz/vyuka/edukace.aspx?id=1

23. Vyhláška č. 55/2011 Sb.

24. VYTEJČKOVÁ, Renata, Petra, SEDLÁŘOVÁ Vlasta, WIRTHOVÁ, OTRADOVCOVÁ, Iva a Pavla, PAVLÍKOVÁ. Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné II. Speciální část. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-3420-0

25. ZACHAROVÁ, Eva. Komunikace v ošetřovatelské praxi. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-271-9238-0

26. ZACHOVÁ, Veronika a kolektiv autorů. Stomie. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-8-247-3256-5

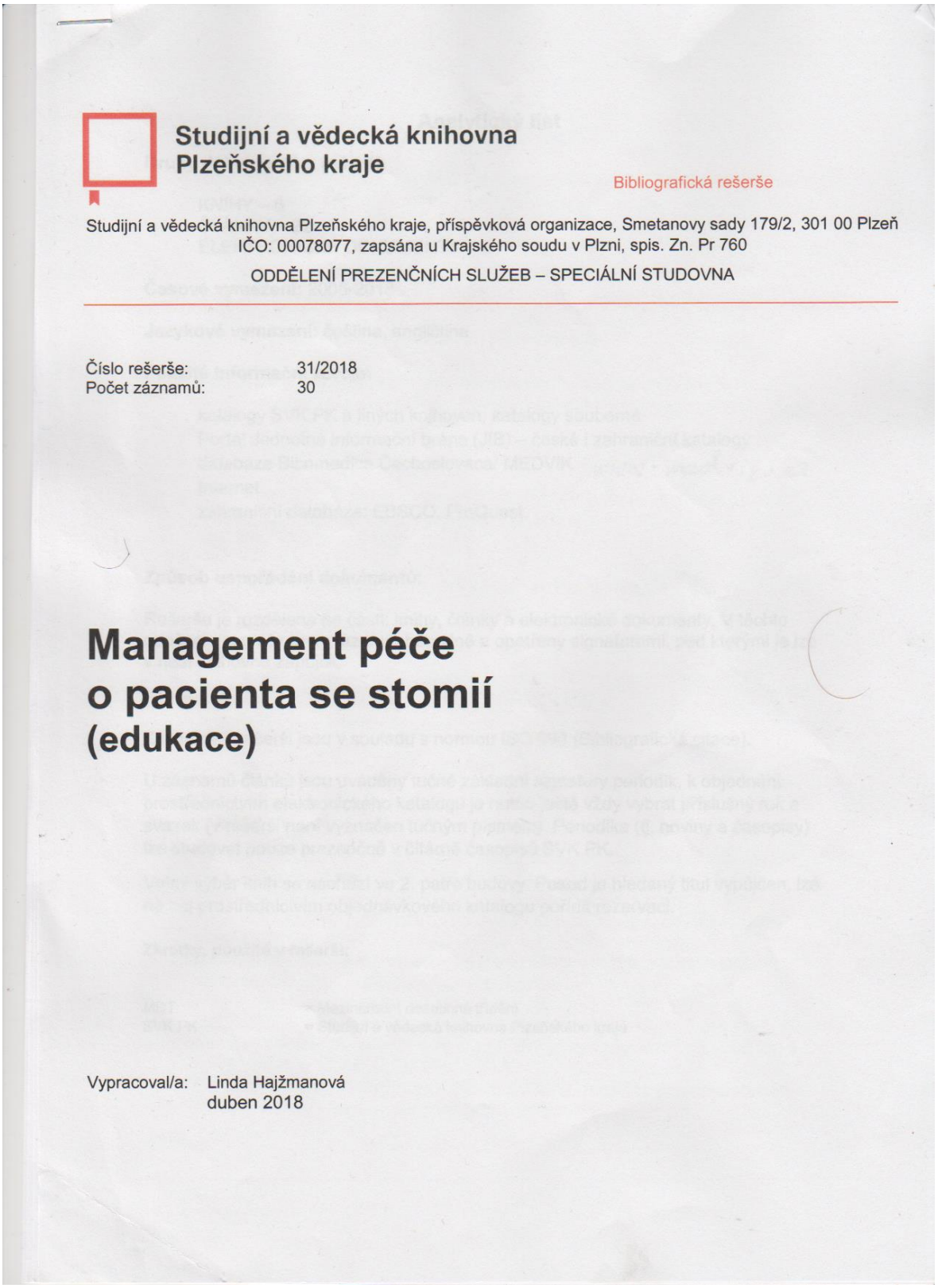
27. ZBOŘIL, Vladimír a kolektiv autorů. Idiopatické střevní záněty. Praha: Mladá fronta, 2018. ISBN 978-80-204-4720-3

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1 - Rešerže
- Příloha č. 2 - Schválení výzkumu Mgr.Bc. Světluší Chabrovou
- Příloha č. 3 - Vzor informovaného souhlasu
- Příloha č. 4 - Použité škály v praktické části práce
- Příloha č. 5 - Polostrukturovaný rozhovor
- Příloha č. 6 - Edukační plány
- Příloha č. 7 - Obrazová příloha

PŘÍLOHY

Příloha č. 1- Rešerše



Studijní a vědecká knihovna Plzeňského kraje

Bibliografická rešerše

Studijní a vědecká knihovna Plzeňského kraje, příspěvková organizace, Smetanovy sady 179/2, 301 00 Plzeň
IČO: 00078077, zapsána u Krajského soudu v Plzni, spis. Zn. Pr 760

ODDĚLENÍ PREZENČNÍCH SLUŽEB – SPECIÁLNÍ STUDOVNA

Číslo rešerše: 31/2018
Počet záznamů: 30

Management péče o pacienta se stomií (edukace)

Vypracoval/a: Linda Hajžmanová
duben 2018

Analytický list

Druhy dokumentů v rešerši:

KNIHY – 6
ČLÁNKY – 22
ELEKTRONICKÉ DOKUMENTY – 2

Časové vymezení: 2006-2018

Jazykové vymezení: čeština, angličtina

Použité informační zdroje:

katalogy SVK PK a jiných knihoven, katalogy souborné
Portál Jednotná informační brána (JIB) – české i zahraniční katalogy
databáze Bibomedica Čechoslovaca/ MEDVIK
Internet
zahraniční databáze: EBSCO, ProQuest

Způsob uspořádání dokumentů:

Rešerše je rozdělena na části: knihy, články a elektronické dokumenty. V těchto oddílech jsou záznamy řazeny abecedně a opatřeny signaturami, pod kterými je lze v naší knihovně zapůjčit.

Poznámka:

Záznamy v rešerši jsou v souladu s normou ISO 690 (Bibliografická citace).

U záznamů článků jsou uváděny tučně základní signatury periodik, k objednání prostřednictvím elektronického katalogu je nutno ještě vždy vybrat příslušný rok a svazek (v rešerši není vyznačen tučným písmem). Periodika (tj. noviny a časopisy) lze studovat pouze prezenčně v čítárně časopisů SVK PK.

Volný výběr knih se nachází ve 2. patře budovy. Pokud je hledaný titul vypůjčen, lze na něj prostřednictvím objednávkového katalogu pořídit rezervaci.

Zkratky, použité v rešerši:

MDT	= Mezinárodní desetinné třídění
SVK PK	= Studijní a vědecká knihovna Plzeňského kraje

KNIHY, SBORNÍKY

(řazeno abecedně sestupně)

1. DRLÍKOVÁ, Kateřina a kol. *Praktický průvodce stomika*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2016. 192 s. iv strany obrazových příloh. ISBN 978-80-247-5712-4.
   Sig. SVK PK: 31B75131; MDT 617 – volný výběr

2. KALÁBOVÁ, Martina. *Rady k ošetřování stomií*. Vydání první. [Praha]: Diakonie ČCE, 2016. 90 s. Rady pro pečující. ISBN 978-80-87953-11-2.
   Sig. SVK PK: 391A68189; MDT 617 – volný výběr

3. MARKOVÁ, Marie. *Stomie gastrointestinálního a močového traktu*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 68 s. ISBN 80-7013-434-8.
   Sig. SVK PK: 391A53508

4. OTRADOVCOVÁ, Iva et al. *Komplexní péče o pacienta se stomií*. Praha: Galén, ©2006. 54 s. Care. ISBN 80-7262-432-6.
   Sig. SVK PK: 391A54106

5. VANĚČEK, Michal, ed. a kol. *Ať žijí stomici*. Praha: Maxdorf, ©2014. 97 s. ISBN 978-80-7345-401-2.
   Sig. SVK PK: 31B63058

6. ZACHOVÁ, Veronika a kol. *Stomie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 200 s., xv, xii s. barev. obr. příl. Sestra. ISBN 978-80-247-3256-5.
   Sig. SVK PK: 31B62974

ČLÁNKY

(řazeno abecedně sestupně)

7. ANG, Seng Giap Marcus, CHEN, Hui-Chen, SIAH, Rosalind Jiat Chiew, HE, Hong-Gu a KLAININ-YOBAS, Piyanee. Stressors Relating to Patient Psychological Health Following Stoma Surgery: An Integrated Literature Review. *Oncology Nursing Forum*. 2013, vol. 40, no. 6, s. 587-594. ISSN 0190-535X.
   Dostupné v SV PK plnotextově z db EBSCO nebo též prostřednictvím vzdáleného přístupu z: http://ez-proxy.svkpl.cz

8. BAZALIŃSKI, D., SAŁACIŃSKA, I., WIĘCH, P. a KÓZKA, M. Life satisfaction and self-efficacy in patients with stoma. *Progress in Health Sciences*. 2014, vol. 4, no. 2, s. 22-30. ISSN 2083-1617.
   Dostupné v SV PK plnotextově z db EBSCO nebo též prostřednictvím vzdáleného přístupu z: http://ez-proxy.svkpl.cz

9. CIOROGAM, George, ZAHAIRIE, Florin a CIORAGM, Anca et al. Quality of life outcomes in patients living with stoma. Human. 2016, vol. 8, no. 3, s. 137-140. ISSN 2066-7655.
Dostupné v SV PK plnotextově z db EBSCO nebo též prostřednictvím vzdáleného přístupu z: http://ez-proxy.svkpl.cz

10. HRADILOVÁ, Věra. Ošetřování komplikovaných stomií. *Florence*. 2009, roč. 5, č. 7-8, s. 26-27. ISSN 1801-464X.
Sig. SVK PK: 36A3153/2009

11. HRADILOVÁ, Věra. Práce stomasestry. *Florence*. 2010, roč. 6, č. 2, s. 34. ISSN 1801-464X.
Sig. SVK PK: 36A3153/2010

12. GLIŃSKA, Jolanta, ISZCZEK, Anna, MARKERT, Ryszard, BROSOWSKA, Beata a LEWANDOWSKA, Malgorzata. Educational function of a nurse concerning nutrition of patients with intestinal stoma. *Kontakt*. 2009, roč. 11, č. 1, s. 239-245. ISSN 1212-4117. Dostupné také z: http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/
Sig. SVK PK: 36A2820/2009

13. CHOLINSKÁ, Alena. Pozdní komplikace u stomií. *Diagnóza v ošetřovatelství*. 2008, roč. 4, č. 3, s. 4. ISSN 1801-1349.
Sig. SVK PK: 36A3279/2008

14. KLEVETOVÁ, Dana. Vedení rozhovoru s klientem se stomií. *Sestra*. 2010, roč. 20, č. 3, s. 56-57. ISSN 1210-0404. Dostupné také z: http://www.zdn.cz/clanek/sestra/vedeni-rozhovoru-s-klientem-se-stomii-450446
nebo sig. SVK PK: 36A1361/2010-1

15. LUŇÁKOVÁ, Aneta. Péče o pacienty se stomií. *Diagnóza v ošetřovatelství*. 2013, roč. 9, č. 3, s. 36. ISSN 1801-1349.
Sig. SVK PK: 36A3279/2013

16. MAJŠIKOVÁ, Michaela. Preedukace a její výhody v péči o stomika. *Sestra*. 2014, roč. 24, č. 6, s. 40. ISSN 1210-0404.
Sig. SVK PK: 36A1361/2014

17. MICHÁLKOVÁ, Helena. Psychosocial problems of stoma clients. *Journal of nursing, social studies and public health*. 2010, roč. 1, č. 1-2, s. 62-70. ISSN 1804-1868. Dostupné také z: http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/journal-of-nursing-social-studies-public-health-and-rehabilitation/
nebo sig. SVK PK: 35A1760/2010

18. MIŠURCOVÁ, Hana. Edukace stomika při propuštění. *Urologie pro praxi*. 2009, roč. 10, č. 6, s. 351. ISSN 1213-1768. Dostupné také z: http://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2009/06/11.pdf
Sig. SVK PK: 36A2517/2009

19. ONDRYÁŠOVÁ, Cecílie a GRULICHOVÁ, Jaroslava. Kontinuální péče o pacienta se stomií. *Sestra. Tematický sešit 302 - Gastroenterologie, stomie*. 2011, roč. 21, č. 1, s. 62. ISSN 1210-0404.
Sig. SVK PK: 36A1361/2011

20. PŘIKRYLOVÁ, Kula. Vzdělávání onkologicky nemocných se stomií. *Sestra. Tematický sešit 216 - Péče o stomiky*. 2008, roč. 18, č. 2, s. 51. ISSN 1210-0404.
Sig. SVK PK: 36A1361/2008

21. SKONCOVÁ, Gabriela. Bezproblémové ošetřování stomie. *Sestra*. 2010, roč. 20, č. 3, s. 58-60. ISSN 1210-0404. Dostupné také z: http://www.zdn.cz/clanek/sestra/bezproblemove-osetrovani-stomie-450447
nebo sig. SVK PK: 36A1361/2010-1

22. SOARES PINTO, Igor Emanuel, MOREIRA QUEIRÓS, Sílvia Maria, RIBEIRO QUEIRÓS, Cármen Dolores, RODRIGUES DA SILVA, Carla Regina, VILAÇA DE BRITO SANTOS, CéliaSamarina a CORREIA DE BRITO, Maria Alice. Risk factors associated with the development of elimination stoma and peristomal skin complications. *Revista de Enfermagem Referência*. 2017, vol. 4, no. 15, s. 155-176. ISSN 0874-0283.
Dostupné v SV PK plnotextově z db EBSCO nebo též prostřednictvím vzdáleného přístupu z: http://ez-proxy.svkpl.cz

23. SOUKUPOVÁ, Petra. Péče o stomie. *Diagnóza v ošetřovatelství*. 2009, roč. 5, č. 8, s. 4-6. ISSN 1801-1349.
Sig. SVK PK: 36A3279/2009

24. ŠEBOROVÁ, Dagmar. Péče o pacienta se stomií. *Florence*. 2009, roč. 5, č. 5, s. 28-31. ISSN 1801-464X.
Sig. SVK PK: 36A3153/2009

25. ŠKUBOVÁ, Jarmila. Omezení a profity života se stomií. *Florence*. 2015, roč. 11, č. 1-2, s. 41. ISSN 1801-464X. Dostupné také z: http://www.florence.cz/ [Zpráva z konference]
Sig. SVK PK: 36A3153/2015

26. ŠMEJKALOVÁ, Barbora a Veronika ZACHOVÁ. Je edukace stomiků novinkou v ošetřovatelské péči?. *Florence*. 2007, roč. 3, č. 4, s. 162. ISSN 1801-464X.
Sig. SVK PK: 36A3153/2007

27. VOJTOVÁ, Markéta. Stomie - pomůcky k ošetřování. *Sestra. Tematický sešit 231 - Péče o stomiky*. 2008, roč. 18, č. 11, 39-40. ISSN 1210-0404.
Sig. SVK PK: 36A1361/2008

28. VÝTISKOVÁ, Pavla. Stomie z pohledu sestry. *Sestra*. 2010, roč. 20, č. 3, s. 60-61. ISSN 1210-0404.
Sig. SVK PK: 36A1361/2010-1

ELEKTRONICKÉ DOKUMENTY
(řazeno abecedně sestupně)

29. *www.stomici.cz: informační web o problematice stomií* [online]. Braun Medical: ©2014 [cit. 2018-04-05]. Dostupné na: http://www.stomici.cz/

30. *www.stomie.cz* [online]. ConvaTec ČR: ©2009 [cit. 2018-04-05]. Dostupné na: http://www.stomie.cz

Příloha č. 2 - Schválení výzkumu Mgr. Bc. Světluší Chabrovou

FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ
Útvar náměstka pro ošetřovatelskou péči
Edvarda Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory
alej Svobody 80, 304 60 Plzeň - Lochotín
IČO 00669806 tel.: 377 401 111, 377 103 111

Vážená paní
Marie Holubová
Studentka oboru Všeobecná sestra
Fakulta zdravotnických studií - Katedra ošetřovatelství a porodní asistence
Západočeská univerzita v Plzni

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetřovatelskou péči FN Plzeň **povoluji** sběr informací o léčebných metodách a ošetřovatelských postupech používaných u pacientů *Onkologické a radioterapeutické kliniky (ORAK)* FN Plzeň. Informace budete získávat v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce s názvem *„Management péče o pacienta se stomií"*.

Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření ve FN Plzeň:

- Vrchní sestra osloveného pracoviště souhlasí s Vaším postupem.
- Vaše šetření osobně povedete.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického plánu FN Plzeň. Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění.
- ***Sběr informací pro Vaši bakalářskou práci budete provádět v době Vaší, školou schválené, odborné praxe a pod přímým vedením paní Mgr. Simony Šípové, vrchní sestry ORAK FN Plzeň.***
- Údaje ze zdravotnické dokumentace pacientů, pokud budou uvedeny ve Vaší práci, musí být anonymizovány.
- Po zpracování Vámi zjištěných údajů **poskytnete** Zdravotnickému oddělení / klinice či organizačnímu celku FN Plzeň závěry Vašeho šetření, pokud o ně projeví oprávněný pracovník ZOK / OC zájem a budete se aktivně podílet na případné prezentaci výsledků Vašeho šetření na vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.

Toto povolení nezakládá povinnost zdravotnických pracovníků s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců, jejich soukromí či pokud by spolupráci s Vámi zaměstnanci pociťovali jako újmu. Účast zdravotnických pracovníků na Vašem šetření je dobrovolná.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

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

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

24. 10. 2017

Příloha č. 3 - Vzor informovaného souhlasu

Informovaný souhlas

Vážená paní/pane,

jsem studentka Západočeské Univerzity v Plzni (Fakulta zdravotnických studií), oboru Všeobecná sestra. Pro absolvování mého studia jsem si zvolila bakalářskou práci na téma; „Management péče o pacienty se stomií“.

Moje práce je zaměřena na reedukaci pacientů se stomií a zmapování jejich nejčastějších potíží. Informace od Vás budu odebírat ve stomické poradně, a součástí bude rozhovor a řešení případných potíží s vaší stomií. Pro ilustraci své bakalářské práce Vás chci požádat rovněž o souhlas s fotodokumentací Vaší stomie.

Účast ve výzkumu je dobrovolná a anonymní. Vaše osobní údaje budou pouze sloužit pro účely mojí bakalářské práce.

Tímto podpisem stvrzujete souhlas s účastí:

Datum: _____ Podpis:

Příloha č. 4 - Použité škály v praktické části práce

Škála BMI

Tab. 14.1 **Vyhodnocení body mass indexu**

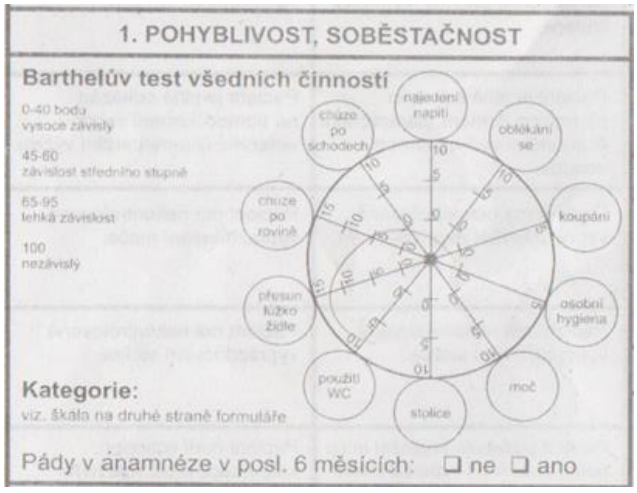
Klasifikace	BMI (kg/m²)	Zdravotní riziko
podvýživa	< 18,5	zvýšené
normální hodnoty	18,5–24,9	minimální
nadváha < 27	25–27	nízké
nadváha > 27	27,1–29,9	lehce zvýšené
obezita 1. stupně	30,0–34,9	vysoké
obezita 2. stupně	35,0–39,9	vysoké
obezita 3. stupně	≥ 40	velmi vysoké

Zdroj: Holubová a kol., 2013, s. 226

Škála VAS

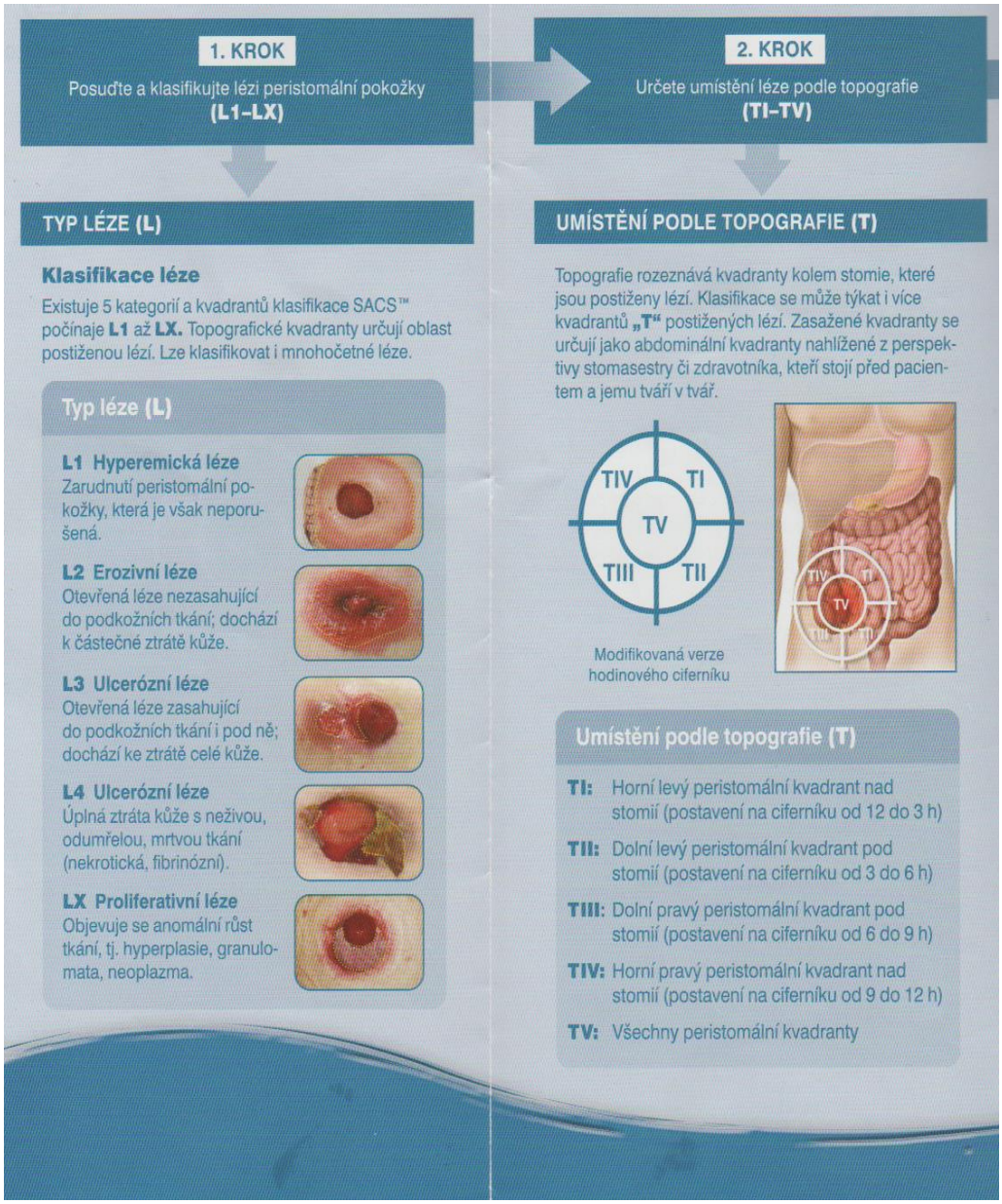
Zdroj: Schilling McCann a kolektiv autorů, 2008, s. 45

Škála ADL



Zdroj: formulář „Ošetřovatelská anamnéza“ FN Plzeň

Nástroj S.A.C.S (Pro ucelení problematiky a doplnění)



Zdroj: brožura S.A.C.S od firmy Convatec

Příloha č. 5 - Polostrukturovaný rozhovor

Otázky vycházející z modelu Marjory Gordonové

1) Jak hodnotíte svůj zdravotní stav? Vážíte si zdraví více, od doby co máte vyšitou stomii?
2) Změnily se vaše stravovací návyky v souvislosti se stomií? Pokud ano jak to ovlivnilo vaši hmotnost?
3) Je pro vás omezující vyprazdňování pomocí stomického vývodu? Jak zvládáte péči o stomii?
4) Jakým aktivitám se věnujete, stejným jako dříve? Jak zvládáte aktivity běžného dne současně s péčí o stomii?
5) Spíte dobře nebo máte poblémy se spaním? Ovlivnila stomie kvalitu vašeho spánku?
6) Změnilo se vnímání vašeho těla? Jste nyní přecitlivělý/á po provedení zákroku?
7) Jak nyní vnímáte své tělo? Myslíte si, že zavedení stomie mělo vliv na vaše sebehodnocení a sebevědomí?
8) Jste schopen/a dotýkat se svého těla nebo máte psychický blok?
9) Jak byste popsal/a stručně vaše rodinné vztahy? Ovlivnilo zavedení stomie vaše rodinné vztahy?
10) Ovlivnilo zavedení stomie váš sexuální život? Máte děti?
11) Jak zvládáte zátěžové situace? Máte pocit, že jste méně odolný vůči psychické zátěži?
12) Změnil se váš žebříček hodnot po prodělání onkologického onemocnění?
13) Máte pocit duševní vyrovnanosti?

Otázky související se stomií: (Kontrola první)

1) Jaké používáte stomické sáčky, jednodílný či dvoudílný systém?
2) Jste spokojen/a s těmito sáčky?
3) Jak byste zhodnotil/a vzhled svojí stomie, zdá se vám na ní něco neobvyklého?
4) Pečujete o svoji stomii sám/sama?
5) Máte nějaké potíže v souvislosti se stomií? Pokud ano tak jaké a jak často?

Otázky související se stomií : (Kontrola druhá)

1) Používáte ty samé stomické sáčky jako předtím (při předchozí kontrole)? Jak se Vám s nimi manipuluje?
2) Jak byste zhodnotil/a vzhled svojí stomie, zdá se vám na ní něco neobvyklého?
3) Máte nějaké potíže v souvislosti se stomií? Pokud ano, tak jaké?
4) Jak hodnotíte svůj nynější zdravotní stav?
5) Máte nějaký jiný problém v souvislosti se stomií, pokud ano tak jaký?

Otázky související se stomií: (Kontrola třetí)

1) Máte nějaké nové potíže v souvislosti se stomií?
2) Máte problémy s vyprazdňováním?
3) Jak hodnotíte svůj nynější zdravotní stav?

Příloha č. 6 - Edukační plány

Edukační plán- respondent č. 1 (zdroj vlastní)

Edukační plán			
Cíl: Edukace pacientky s retrahovanou stomií			
Účel: Poučení pacientky o změně stomického sáčku z důvodu ošetřování retrahované stomie			
Pomůcky: brožury se stomickými pomůckami, stomický sáček a příslušenství			
Metody: rozhovor, praktický nácvik aplikace stomického systému			
Specifické cíle	**Plán**	**Časová dotace**	**Hodnocení**
K- P pochopí nutnost změny stomického sáčku	1) Vysvětlím P nutnost změny st. sáčku 2) Vyjmenuji P komplikace vyplývající z retrahované stomie	10 minut	P zezačátku nechápala nutnost změny sáčku, ale po důkladném vysvětlení problematiky komplikací pochopila nutnost změny sáčku.
PM- P předvede správnou aplikaci stomického sáčku	1) Poučím P o způsobu ošetřování 2) Předvedu názornou demonstraci se stomickým sáčkem s konvexní podložkou 3) P předvede správnou aplikaci sáčku	15 minut	P mi ukázala aplikaci nového stomického sáčku.
A- P je motivována k dodržování doporučeného postupu ošetřování	1) Pochválím P za vynaložené úsilí a motivuji P ke správnému ošetřování	5 minut	P byla motivována k dodržování doporučeného postupu při ošetřování

Edukační plán- respondent č. 2 (zdroj vlastní)

Edukační plán			
Cíl: Edukace pacienta související se změnou stomického sáčku			
Účel: Poučení pacienta o používání konvexního stomického sáčku			
Pomůcky: brožury se stomickými pomůckami, stomický sáček a příslušenství			
Metody: rozhovovor, diskuze, praktický nácvik nalepení nového sáčku			
Specifické cíle	**Plán**	**Časová dotace**	**Hodnocení**
K- P pozná rozdíly mezi konvexní a nekonvexní stomickou pomůckou	1) Dám P k dispozici brožuru s dostupnými pomůckami 2) Vysvětlím P důvod ke změně sáčku	5 minut	P pochopil rozdíly mezi konvexními a nekonvexními pomůckami.
PM- P předvede, jak si sám aplikuje stomický sáček	1) Poučím P o způsobu ošetřování 2) P předvede, jak si obvykle sáček přilepuje	5 minut	P předvedl, jak si aplikuje sáček při běžném domácím ošetřování.
K- P mi sdělí svůj názor na nový sáček	1) Prodiskutuji s P názor na nový sáček 2) P mi sdělí svůj názor na nový sáček	10 minut	P mi sdělil svůj názor na nový sáček.
A- P je motivován používat nový sáček	1) Motivuji P k používání nového sáčku	5 minut	P se cítí motivován k používání nového sáčku

Edukační plán- respondent č. 3 (zdroj vlastní)

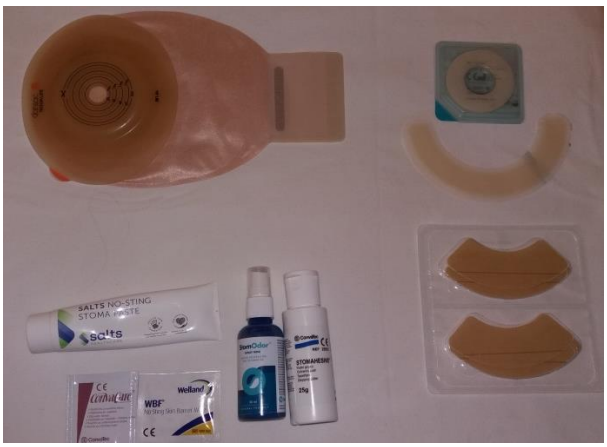
Edukační plán			
Cíl: Edukace pacientky s parastomální kýlou			
Účel: používání nové kompenzační pomůcky- kýlního stomického pásu			
Pomůcky: stomický sáček a příslušenství, kýlní stomický pás			
Metody: Rozhovor, diskuze, praktická ukázka			
Specifické cíle	**Plán**	**Časová dotace**	**Hodnocení**
K- P pochopí nutnost nošení kýlního stomického pásu	1) Zdůrazním P důvody pro nošení kýlního stomického pásu	10 minut	P chápe nutnost nošení kýlního pásu
K- P si zapamatuje správné oblékání kýlního pásu	1) Prakticky ukáži P se slovním komentářem, jak se správně obléci do kýlního pásu	5minut	P si zapamatovala správné oblékání kýlního pásu
PM- P mi ukáže prakticky, jak si bude oblékat kýlní pás	1) Provedu znovu názornou demonstraci s kýlním pásem 2) Prodiskutuji s P její názor na tuto pomůcku	10 minut	P správně předvedla oblékání kýlního pásu
A- P bude motivována k nošení kýlního pásu	1) P bude motivována k používání této kompenzační pomůcky	5 minut	P je motivována k používání této kompenzační pomůcky

Příloha č. 7- Obrazová příloha

Respondent č. 1

Obrázek 1: Stomie, zdroj FN Plzeň ,

Obrázek 2: Brožury použité při edukaci, zdroj FN Plzeň



Obrázek 3: Stomické pomůcky použité při edukaci, zdroj FN Plzeň

Respondent č. 2

Obrázek 4: Stomie, zdroj FN Plzeň

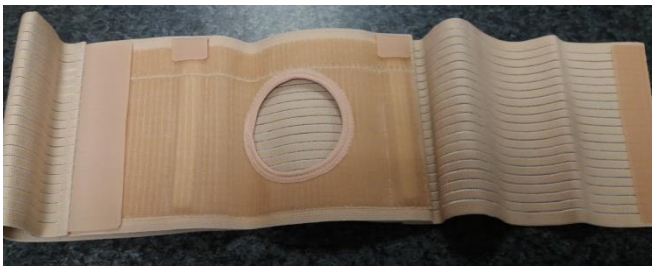
Obrázek 5: Brožury použité při edukaci, zdroj FN Plzeň

Obrázek 6: Pomůcky k edukaci, zdroj FN Plzeň

Respondent č. 3

Obrázek 7: Stomie, zdroj FN Plzeň

Obrázek 8: Brožury použité při edukaci, zdroj FN Plzeň



Obrázek 9: Kýlní stomický pás