

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

JANA ŠNÁBLOVÁ

2013

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B 5341

Jana Šnáblová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

KVALITA ŽIVOTA NEMOCNÝCH SE STOMÍÍ.

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Šafránková

Plzeň 2013

Prohlášení

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

V Plzni dne

.....
Jana Šnáblová

Děkuji Mgr. Zuzaně Šafránkové za její cenné rady, připomínky a odborné vedení této bakalářské práce.

Dále bych chtěla poděkovat stomasestře Bronislavě Kučerové, která je staniční sestrou chirurgického oddělení za její rady v péči o stomie.

Velký dík patří mé rodině a přátelům, kteří mi byli po celou dobu studia velkou psychickou oporou.

Anotace

Příjmení a jméno: Šnáblová Jana

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Kvalita života pacientů se stomií

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Šafránková

Počet stran – číslované: 75

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 51

Počet příloh: 38

Počet titulů použité literatury: 32

Klíčová slova: kvalita života, stomie, ošetrovatelský proces klienta se stomií, edukace, ILCO

Souhrn: Tato bakalářská práce se zabývá kvalitou života lidí se stomií. Teoretická část se zabývá historií stomie samotné. Dále jsou zde uvedeny hlavní indikace k založení stomie, předoperační a pooperační péče a nejzávažnější komplikace vyskytující se v pooperačním období. V praktické části jsou zpracována data získaná ze zdravotnické dokumentace a samotné klientky. Informace sloužily k sestavení kazuistiky, ošetrovatelského plánu a edukačního plánu klientky s trvalou sigmoideostomií.

Annotation

Surname and name: Šnáblová Jana

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: The quality of life of the patients with stoma

Consultant: Mgr. Zuzana Šafránková

Number of pages – numbered: 75

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 51

Number of appendices: 38

Number of literature items used: 32

Keywords: quality of life, stoma, process of treating stoma clients, education, ILCO

Summary: This thesis deals with the quality of life of people with a stoma. Its theoretical part covers the history of the stoma. It also lists major indications for the stoma, pre-operation and post-operation care, and gravest complications occurring in the post-operation period. The practical part of the thesis presents data obtained from medical records and from the client. The information has been used to prepare a case report, and treatment plan, and an educational plan for a client with permanent sigmoideostomy.

Obsah

| | |
|--|----|
| ÚVOD | 12 |
| TEORETICKÁ ČÁST..... | 13 |
| 1. HISTORIE..... | 13 |
| 1.1 Historie chirurgické techniky stomie | 13 |
| 1.2 Historie ošetřování stomie..... | 14 |
| 2. ANATOMIE A FYZIOLOGIE TRÁVICÍHO TRAKTU..... | 15 |
| 2.1 Dutina ústní (cavitas oris) | 15 |
| 2.2 Žaludek (ventriculus, gaster, stomachus)..... | 15 |
| 2.3 Tenké střevo (intestinum tenue)..... | 16 |
| 2.3.1 Dvanáctník (duodenum)..... | 16 |
| 2.3.2 Lačník (jejunum)..... | 17 |
| 2.3.3 Kyčelník (ileum) | 17 |
| 2.4 Tlusté střevo (intestinum crassum) | 17 |
| 3. POJEM STOMIE, DĚLENÍ A INDIKACE..... | 18 |
| 3.1 Stomie..... | 18 |
| 3.2 Druhy stomií..... | 18 |
| 3.3 Indikace k založení stomie | 20 |
| 3.3.1 Indikace vrozené | 20 |
| 3.3.2 Indikace získané | 21 |
| 4. PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA PŘED VÝKONEM | 24 |
| 4.1 Předoperační příprava dlouhodobá..... | 24 |
| 4.2 Předoperační příprava krátkodobá | 25 |
| 4.3 Předoperační příprava bezprostřední..... | 25 |
| 5. POOPERAČNÍ PÉČE | 26 |
| 5.1 Úloha stomasestry v pooperačním období | 27 |
| 6. KOMPLIKACE SPOJENÉ SE STOMIÍ, NÁSLEDNÉ ŘEŠENÍ | 28 |

| | |
|---|----|
| 6.1 Komplikace časně | 28 |
| 6.2 Komplikace pozdní | 29 |
| 7. OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O STOMII..... | 31 |
| 7.1 Pomůcky z hlediska použití..... | 31 |
| 7.2 Přikládání stomických pomůcek | 33 |
| 7.3 Výměna stomických pomůcek | 34 |
| 7.4 Vybavení stoma koutku..... | 34 |
| 7.5 Dietní režim stomika | 34 |
| 7.6 Právo a legislativa | 36 |
| 8. KVALITA ŽIVOTA SE STOMÍÍ..... | 37 |
| 8.1 Organizace a kluby pro stomiky..... | 38 |
| PRAKTICKÁ ČÁST | 39 |
| 9. FORMULACE PROBLÉMU | 39 |
| 10. CÍL A ÚKOL PRÁCE..... | 40 |
| 11. VZOREK..... | 41 |
| 12. METODIKA PRÁCE..... | 42 |
| 13. KAZUISTIKA..... | 43 |
| 13.1 Anamnéza..... | 43 |
| 13.2 Lékařské diagnózy..... | 44 |
| 13.3 Resumé předchozí hospitalizace | 44 |
| 13.4 Vyšetření celkového stavu při přijetí | 45 |
| 13.5 Použité škály během hospitalizace | 45 |
| 13.6 Průběh hospitalizace..... | 46 |
| 14. ZPRACOVÁNÍ DAT DLE MODELU VIRGINIA HENDERSON..... | 52 |
| 15. OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN..... | 54 |
| 15.1 Aktuální diagnózy | 54 |
| 15.2 Rizikové diagnózy..... | 54 |

| | |
|--|----|
| 16. EDUKAČNÍ PLÁN..... | 65 |
| 17. ROZHOVOR S KLIENTKOU ŠEST MĚSÍCŮ PO OPERACI..... | 66 |
| 18. DOPISY ČTENÁŘŮ ČASOPISU RADIM..... | 69 |
| DISKUZE..... | 71 |
| ZÁVĚR..... | 75 |

LITERATURA A PARAMETRY

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHY

Motto:

*„Vadou těla se duše nezohaví,
ale krásou duše se zdobí tělo.“*

Lucius Annaeus Seneca

ÚVOD

Ve světě žije přes osm miliónů stomiků a jejich počet neustále roste. V České republice se počet lidí s umělým střevním vývodem pohybuje kolem 8 000 a tento počet se neustále zvyšuje. Příčinou je neustále se zvyšující výskyt nádorového onemocnění trávicího traktu i přes snahu o prevenci.

Žít se stomií není pro mnohé jednoduché, lidé se často špatně vyrovnávají s diagnózou, léčbou a se stomií samotnou. Pro mnohé je to zpočátku nepřekonatelný zásah do dosavadního života a často tento fakt berou jako konečnou etapu svého života, neboť dochází ke změnám nejen v oblasti společenské, pracovní, ale i partnerské a osobní. Důležitou roli hrají charakterové vlastnosti jedince a podpora rodiny. Pokud má jedinec dobré rodinné zázemí snáze se vyrovnává s touto skutečností a návrat k plnohodnotnému životu je snadnější.

Otázkou kvality života se naše společnost neustále zabývá, hlavně proto, že v poslední době došlo k obrovskému vývoji pomůcek pro stomiky, které umožňují klientům vést plnohodnotný život a zabránit tak psychickým poruchám a společenské izolaci.

V teoretické části mé bakalářské práce se nejprve seznámíme s historií stomie samotné. Dále si vysvětlíme některé důležité pojmy. Seznámíme se s předoperační, pooperační péčí a případnými komplikacemi stomií.

Dalším bodem teoretické části mé bakalářské práce bude ošetrovatelská péče o stomii a dostupné pomůcky usnadňující péči o stomii.

Praktická část mé bakalářské práce obsahuje případovou studii s kompletním ošetrovatelským procesem a edukací klientky. Budu se zde snažit nastínit, jakým způsobem se změnil život klientky po chirurgické operaci s trvalou kolostomií a jaký dopad měla stomie na kvalitu jejího života.

TEORETICKÁ ČÁST

1. HISTORIE

1.1 Historie chirurgické techniky stomie

Při bližším zkoumání dějin stomie nacházíme první zmínku v období 350 před naším letopočtem, kdy Praxagoras z Kósu úspěšně upravil střevní vývod po rozsáhlém poranění dutiny břišní. Největším problémem této doby byla neznalost dostatečné anestezie se svalovou relaxací, která je pro výkony v oblasti dutiny břišní nezbytná.

Další historická zmínka o střevním vývodu je v období 1493-1541, kdy Paracelus několikrát úspěšně ošetřil dutinu břišní zmiňovaným střevním vývodem, následně doporučoval připojení vývodu tak, aby byl, co nejmenší zásah do zbývající části tlustého střeva (Zachová, 2010).

V roce 1710 navrhnul Littré zhotovení cékostomie u anální atrézie. Jeho myšlenka však byla realizována až v roce 1776 u pacienta s karcinomem sigmoidea. Pacient žil po operaci pouhých 28 dní.

V roce 1793 provedl jako první levostrannou inguinální kolostomii Duret a to u atrézie anu. Zlomem v historii medicíny byl rok 1794. V tomto roce byl totiž zrušen zákon, kterým se oddělovala chirurgie od medicíny. V tomto roce se též zavedlo standardní vzdělávání pro lékařské povolání (Zachová, 2010).

V roce 1817 anatom Callisen navrhl levostrannou retroperitoneální lumbální kolostomii, ale její úspěšná realizace proběhla až v roce 1839. Tento typ kolostomie se stal nejrozšířenějším. První fixace abdominální kolostomie s vyvedením sigmoideální kličky přes stěnu břišní byla provedena v Anglii v roce 1879 v Německu, resekci provedl Schede a ponechal oba konce střeva otevřená.

Modelem pro další desetiletí se stal terminální sigmoideální vývod se zaslepením aborálního konce kličky a to roku 1884. Tento výkon byl dle dostupných zdrojů proveden Madelungem (Zachová, 2010).

Z českých chirurgů se do dějin stomických technik zapsal Karel Maydl, který v roce 1888 poprvé provedl dvouhlavňovou sigmoideostomii a tímto způsobem je prakticky prováděná dodnes.

Společně s rozvojem medicíny a modernímu vybavení operačních sálů, rozvojem oboru anesteziologie a chirurgických operačních nástrojů došlo i ke zdokonalení techniky provádění stomie (Mikšová, 2007, Zachová 2010).

1.2 Historie ošetřování stomie

Až do 60. let minulého století se provedená stomie ošetřovala pouhým překrýváním plenou nebo buničitou vatou. První pomůcky byly různě upevněné jímače střevního obsahu, které byly naprosto nespolehlivé, neboť propouštěly střevní obsah a zápach. Při pohybu šustily a manipulace s těmito pomůckami byla pro klienta velmi náročná.

Značným pokrokem v ošetrovatelské péči o stomie byl Jánošíkův kolostomický pás, který byl opatřen tuhou sponou, kroužkem z mulového čtverce a vyměnitelným polyetylenovým sáčkem, který klienta omezoval hlavně v jeho pohybu. O zlepšení Jánošíkova kolostomického pásu se pokusila firma Porges Saniliac a opatřila pás poddajnou hmotou, ale ani tím se nevyřešily hlavní nedostatky předchozího kolostomického pásu. Ani tak totiž pomůcka bezpečně neseděla na kůži, docházelo k propouštění střevního obsahu a zápachu. Spona se nedala upravit podle velikosti provedené stomie a její výměna byla zdlouhavá a nehygienická (Zachová, 2010).

(příloha č. 1)

Pokrok v ošetřování stomií byl zaznamenán až s vynálezem nalepovacích sáčků. První kolostomické sáčky však jen vzdáleně připomínaly ty dnešní. Lepidlo, které se používalo na manžetě, značně narušovalo celistvost kůže, aby se zamezilo poškození kůže kolem stomie, používaly se vypouštěcí sáčky se svorkou (Michálková, 2009).

Výhodou těchto sáčků s manžetou byla jejich lepší přilnavost ke kůži, pohlcování zápachu, jednoduchá výměna a hlavně jejich diskretnost. (příloha č. 2)

Velkým pokrokem v ošetrovatelské péči o stomie byl objev nedráždivých lepidel a past na kůži. Díky těmto pomůckám manžety lépe přiléhaly na kůži, nepropouštěly pach ani plyny. Nejmodernější pomůcky zajišťovaly jednoduchou a hygienickou výměnu a hlavně diskretnost, což je hlavní pokrok k zajištění kvalitního života klienta (Michálková, 2009).

2. ANATOMIE A FYZIOLOGIE TRÁVICÍHO TRAKTU

Trávicí systém zajišťuje příjem a zpracování živin. Dochází zde k mechanickému a chemickému zpracování potravy, která vstupuje do trávicího ústrojí. Dále zajišťuje vstřebávání důležitých živin do krevního oběhu. V určitém úseku trávicího ústrojí je potrava skladována a průběžně se posouvá k dalšímu zpracování.

Stěna trávicího traktu funguje jako bariéra proti mikroorganismům přijímaných potravou (Čihák, 2002), (příloha č. 4).

2.1 Dutina ústní (*cavitas oris*)

Jedná se o prostor nepravidelného tvaru ohraničený rty, tvářemi, nahoře patrem a dole spodinou. Zubní oblouky rozdělují dutinu ústní na dvě části předší a vlastní dutinu ústní. V dutině ústní se potrava mechanicky rozmělnuje a mísí se se slinami, které obsahují enzym štěpící škroby ptyalin. Potrava podráždí kořen jazyka, patrové oblouky a hltan. Tím dojde ke spuštění polykacího reflexu a potrava se posléze přemísťuje do níže uložených částí trávicí trubice jícnu. Hladká svalovina jícnu pomocí peristaltických vln posouvá potravu směrem k žaludku (Zachová, 2010), (příloha č. 3).

2.2 Žaludek (*ventriculus, gaster, stomachus*)

Žaludek je nejširším úsekem trávicí trubice. Vak hruškovitého tvaru, který je uložen svou větší částí v levé brániční klenbě. Kardií navazuje na jícen, aborálně se zužuje a pylorem přechází do duodena. Žaludek má tři části fundus, corpus a pars pylorica, který je nejužší částí žaludku.

V žaludku dochází ke shromažďování a mechanickému rozmělnování potravy. Chemickému štěpení potravy působením trávicích enzymů a kyseliny chlorovodíkové. Smísením se žaludečními šťávami se z potravy stává trávenina (chymus). Denně se vyprodukuje 2-3 litry kyselých žaludečních šťáv obsahujících kyselinu chlorovodíkovou, enzymy, vnitřní faktor a mucin. Mucin chrání žaludeční sliznici před působením kyseliny (Čihák, 2002), (příloha č. 5).

2.3 Tenké střevo (intestinum tenue)

Tenké střevo je trubice, která svým začátkem navazuje na žaludek a ústí do tlustého střeva. Jedná se o nejdelší část trávicího ústrojí. U zdravého člověka dosahuje délky 3-5m. Průsvit tenkého střeva je kolem 3cm. Povrch střevní sliznice je kryt jednovrstevným cylindrickým epitelem. Zvětšení vnitřního povrchu je dosaženo zprohýbáním sliznice v příčně postavené řasy (plicea circulares), jsou vytvořeny v duodenu a jejunu. V ileu se tyto řasy postupně snižují, až zcela vymizí. V celém rozsahu vybíhá sliznice v paličkovité výběžky klky (villi intestinales). Základní buňkou epitelu na povrchu klku je enterocyt. Ve sliznici je ukryto velké množství žláz, které produkují střevní šťávu alkalického pH obsahující enzymy. Denně je vytvořeno 1800ml střevních šťáv (Lukáš, 2007).

V tenkém střevě dochází ke konečnému zpracování potravy. Dochází zde k rozkladu živin na nejjednodušší složky, které jsou transportovány do krevního oběhu. Motilita tenkého střeva je zajišťována autonomním nervstvem sympatikem a parasympatikem.

Na tenkém střevě rozeznáváme celkem tři úseky dvanáctník (duodenum), lačník (jejunum) a kyčelník (ileum) (Lukáš, 2007), (příloha č. 6).

2.3.1 Dvanáctník (duodenum)

Dvanáctník je první a nejkratší část tenkého střeva dlouhý 25- 30cm a má tvar podkovy. Podle průběhu rozdělujeme dvanáctník na několik částí. První část (pars superior) navazuje na žaludek a je na svém začátku rozšířena, bulbus. Druhá část (pars descendens) sestupuje dolů vpravo od páteře a najdeme v ní společné vyústění žlučových cest a hlavního pankreatického vývodu (papila duodeni major - Vateri). Dále pak samostatné vyústění přídatného vývodu slinivky (papila duodeni minor – Santorini). Třetí vodorovná část dvanáctníku (pars horizontalis) přebíhá doleva přes aortu a dolní dutou žílu v úrovni 3. bederního obratle a stoupá vzhůru jako poslední část (pars ascendens), ta pak ostrým ohbím (flexura duodenojejunalis) přechází do další části tenkého střeva lačníku.

Dvanáctník řídí sekreci a vyprazdňování žaludku (Lukáš, 2007).

2.3.2 Lačník (jejunum)

Jejunum tvoří asi 3/5 délky tenkého střeva a jeho četné kličky jsou uloženy převážně v levé horní části. Je delší a širší než ileum a začíná ve flexura duodenojejunalis (Lukáš, 2007).

2.3.3 Kyčelník (ileum)

Ileum je tedy kratší a užší než jejunum. Kličky jsou uloženy vpravo dole, kde v pravé jámě kyčelní ústí do první části tlustého střeva caeca (Lukáš, 2007).

2.4 Tlusté střevo (intestinum crassum)

Tlusté střevo je posledním úsekem trávicí trubice a je dlouhé asi 1,5m. Začíná v pravé jámě kyčelní svou nejobjemnější částí slepým střevem (caecem). Dále pokračuje jako tračník vzestupný (colon ascendens), příčný (colon transversum) a sestupný (colon descendens). Sestupný tračník pak přechází v esovitou kličku (colon sigmoideum) na kterou navazuje poslední část tlustého střeva konečník (rectum). Rectum je již uloženo v malé pánvi a je dlouhé 12-15cm. Je složeno ze dvou částí. Nejprve se rozšiřuje do ampuly (ampula recti) dlouhé asi 10-12cm a pak se zužuje dolů do análního kanálu (canalis analis) dlouhého 2-4cm, který končí řitním otvorem (Čihák, 2002), (příloha č. 7).

Na tlustém střevě najdeme útvary, které se nevyskytují na tenkém střevě tzv. haustra. Hlavní funkcí tlustého střeva je vstřebávání vody, elektrolytů a zahuštění střevního obsahu. Jsou zde přítomné bakterie, které se podílejí na konečném zpracování střevního obsahu a některé z nich produkují vitamin K. Sliznice tlustého střeva je bledá, krytá jednovrstevným cylindrickým epitelem bez klků a obsahuje velké množství hlenových žláz ochraňující sliznici (Čihák, 2002).

3. POJEM STOMIE, DĚLENÍ A INDIKACE

3.1 Stomie

Stomie je slovo, které pochází z řeckého slova „*stoma*“, což v českém překladu znamená ústa či ústí. Název stomie se v lékařství využívá pro označení vyústění dutého orgánu navenek, označuje se tak otvor například v břišní stěně, který je uměle vytvořen chirurgem. Důležité také je, že se nejedná o nemoc nýbrž o termín (Zachová, 2010).

3.2 Druhy stomií

Dle časového kritéria:

Trvalé

Trvalé stomie jsou zakládány tehdy, pokud již není možné obnovit přirozenou cestu pro odchod stolice.

Dočasné

Dočasné stomie jsou zakládány na dobu nutnou k tomu, aby stěna orgánové soustavy měla dostatek času na obnovení své plné funkčnosti (Mikšová, 2006).

Dle účelu:

Výživná

Výživná stomie, již z názvu vyplývá, že tyto stomie slouží k zajištění přísunu speciálně upravené stravy do trávicího ústrojí. Jedná se o stomie založené v horní části trávicího ústrojí, jako je gastrostomie nebo jejunostomie.

Derivační

Derivační stomie slouží k odvodu střevního obsahu do snímatelného sběrného sáčku při nemožnosti přirozeného vyprazdňování (Mikšová, 2006).

Dle způsobu provedení:

Nástěnná stomie

Nástěnná stomie je volena méně často. Při tomto způsobu provedení se střevo vyšívá ke stěně břišní a provádí se hlavně na caecu.

Koncová jednohlavňová stomie

Koncová jednohlavňová stomie je terminálním typem stomie a má jedno koncové rameno (Mikšová, 2006).

Dvouhlabňová axiální stomie

Dvouhlabňová axiální stomie vzniká tehdy, pokud se přes stěnu břišní protáhne celá klička střeva a tím vzniknou dva otvory (hlavně). Jedena hlaveň slouží jako proximální přírodní rameno a druhá jako distální odvodné rameno (Mikšová, 2006).

Dle lokalizace:

Tracheostomie

Tracheostomie je chirurgické vytvoření otvoru v průdušnici (trachee) za účelem zprůchodnění dýchacích cest, odstranění sekretu z dýchacích cest a k dočasnému či trvalému zajištění ventilace tracheostomickou kanylou (Zachová, 2010), (příloha č. 8).

Ezofagostomie

Ezofagostomie je vyústění jícnu při vrozené neprůchodnosti. Další indikací k založení ezofagostomie je onemocnění či trauma jícnu (Zachová, 2010).

Gastrostomie

Gastrostomie je chirurgické vyústění žaludku přes stěnu břišní. Nejčastější indikací gastrostomie jsou neurologická, onkologická onemocnění, neprůchodnosti jícnu. Tuto stomii řadíme mezi stomie výživné (Zachová, 2010), (příloha č. 9).

Cholecystostomie

Cholecystostomie je vyústění žlučníku za pomoci drénu (Zachová, 2010).

Ureterostomie

Ureterostomie je vyústění močovodů přes stěnu břišní.

Epicystostomie

Epicystostomie je vyústění močového měchýře za pomoci katetrizační soupravy. Toto řešení se využívá zejména tehdy, pokud není možná katetrizace přes močovou trubici (uretru). Nejčastější indikací je trauma močové trubice při úrazech lokalizovaných v malé pánvi (Mikšová, 2006).

Ileostomie

Ileostomie je vývod na tenkém střevě. Jde tedy o chirurgické vyústění koncového úseku tenkého střeva ilea (kyčelníku) přes stěnu břišní, při čemž je střevní obsah odváděn do sběrného systému. Na tenkém střevě můžeme provádět i duodenostomii, což je vyústění duodena (dvanáctníku) přes stěnu břišní. Jejunostomie je vyústění jejunu (lačníku) skrze stěnu břišní.

Kolostomie

Kolostomie je chirurgické vyústění tlustého střeva skrze stěnu břišní a podle lokalizace vyústění dělíme stomie takto (Zachová, 2010), (příloha č. 10):

Cékostomie je stomie lokalizovaná v oblasti slepého střeva.

Ascendentostomie je stomie lokalizovaná v oblasti vzestupného tračníku.

Transverzostomie je stomie lokalizovaná v oblasti tračníku příčného.

Descendentostomie je stomie lokalizovaná v oblasti sestupného tračníku.

Sigmoideostomie je stomie lokalizovaná v oblasti esovité kličky. Tento typ stomie se provádí nejčastěji a to v levé polovině břišní stěny (Slezáková, 2010), (příloha č. 11).

3.3 Indikace k založení stomie

Stomie je uměle vytvořený vývod na střevě a to z mnoha příčin, ať už vrozených nebo získaných (Zachová, 2010).

3.3.1 Indikace vrozené

Vrozené indikace jsou specifické pro dětskou populaci. Důvodem jsou vrozené vývojové vady na trávicím ústrojí (Bosáková, 2005).

Atrézie a stenózy

Jedná se o slepý uzávěr nebo zúžení v určité části střeva. Nejčastěji ve 2. a 3. měsíci nitroděložního vývoje z nejasné příčiny. Nejčastěji se jedná o vrozené vady řiti a konečníku označované též jako anorektální malformace (atresia ani et recti), (příloha č. 12)

Diagnostika je zpravidla velmi rychlá, neboť již při první prohlídce novorozence je zřejmé, že chybí řitní otvor. Střevo se stává neprůchodným. Operační řešení je nutné již v prvních hodinách po porodu. Nejprve se zakládá dočasná stomie k odvádění střevního obsahu a po několika měsících se pak provede definitivní rekonstrukční výkon (Bosáková, 2005).

Hirschprungova choroba (vrozené obrovské střevo)

Jedná se o vrozenou poruchu střevní motility. Nejčastější příčinou tohoto vrozeného onemocnění bývá nepřítomnost nebo nedostatek gangliových buněk ve stěně střeva, takto postižená oblast střeva se nehýbe, dochází zde ke stagnaci střevního obsahu a tím dochází k rozšíření střeva nad tímto úsekem.

Dochází k poruše vyprazdňování střeva, což se projeví chronickou zácpou. Stagnace stolice může vést k zánětlivému onemocnění střeva s následným ohrožením života. Onemocnění se může projevit až v kojeneckém věku, či batolecím věku a to akutní či chronickou neprůchodností (Bosáková, 2005), (příloha č. 13).

3.3.2 Indikace získané

Jedná se o onemocnění, která vznikla během života. Onemocnění se vyskytuje nejen v dětském věku, ale často postihuje jedince až v dospělosti. Mezi takováto onemocnění řadíme úrazy, zánětlivá onemocnění tlustého střeva a nejčastější příčinou pro založení stomie bývá nádorové onemocnění tlustého střeva a prekancerózy.

Úrazová onemocnění

Nejčastější indikací k založení stomie následkem úrazu bývají perforace střeva při bodném poranění. Dochází ke kontaminaci dutiny břišní střevním obsahem, což ohrožuje klienta na životě. Chirurg je tak nucen založit dočasný střevní vývod v postižené střevní oblasti. Další indikací k vytvoření stomie je poškození střeva při gynekologickém či urologickém operačním výkonu, jedná se o iatrogenní poranění lékařem (Vyzula, 2007).

Zánětlivá onemocnění střev

Crohnova choroba

Crohnovu chorobu řadíme mezi nespecifické střevní záněty. Příčina tohoto zánětu je tedy nejasná. Existuje pouze několik na sebe navazujících příčin, které způsobují vznik vředů na střevní stěně. Jde o chronický transmurální granulomatózní zánět zažívacího ústrojí pronikající k seróze a mízním uzlinám.

Nejčastěji se vyskytuje v oblasti ileokolické a kolické včetně anorektální. Onemocnění je nevléčitelné s recidivami a relapsy. Onemocnění se vyskytuje nejčastěji mezi 15-30 rokem věku. Jedná se o onemocnění s výraznými příznaky podobnými jako zánětlivá NPB. Mezi tyto příznaky řadíme kolikovitou bolest břicha, průjem, febrilie může se objevit krev nebo hlen ve stolici. V pozdějším stádiu tohoto onemocnění se objevují vnitřní a zevní

píštěle a abscesy. Léčba je konzervativní pouze u lehčích forem. U 70 % pacientů je chirurgická léčba nezbytná. Obvykle se provede resekce střeva s odlehčující stomií, u těžkých forem onemocnění provedeme subtotální kolektomii se založením stomie (Lukáš, 2007).

Ulcerózní colitis

Onemocnění nejčastěji postihuje jedince mezi 15 – 30 rokem a pak kolem 60 let. Jde o nespecifický zánět tračníku a rekta neznámé příčiny. Zánětem bývá nejčastěji postižen levý tračník s rektum nebo celé střevo. Mezi příznaky tohoto onemocnění řadíme vodnatou stolicí s příměsí hlenu, krve nebo hnisu. Nemocný je schvácený, anemický a febrilní. Léčba lehčích forem konzervativní, dietní opatření a farmakoterapie. Urgentní stavy s postižením anorekta vyžadují chirurgický zákrok. Řešením je totální kolektomie se založením stomie (Lukáš, 2007).

Diverkultida

Diverkultida je výchlipka střevní sliznice a submukózy. Vzniká zvýšeným tlakem ve střevě. Onemocnění řadíme do civilizačních chorob, neboť se na tomto onemocnění podílí špatný životní styl, nedostatek pohybu a špatná životospráva. Lehčí forma divertikulitidy je léčena konzervativně a to bezesbytkovou dietou. Akutní stavy spojené s perforací divertiklu vyžadují urgentní operaci s vytvořením dočasné kolostomie (Šafránková, 2006), (příloha č. 14).

Nádory a prekancerózy

Kolorektální karcinom

Kolorektální karcinom je maligní nádor, který vychází z epitelu sliznice tlustého střeva. Řadí se mezi adenokarcinomy, nádor žlázového původu. Kolorektální karcinom je nejčastějším nádorem na tlustém střevě s největší malignitou. Příčinou vzniku je genetická predispozice, špatná životospráva, která spočívá zejména v nadměrném příjmu živočišných tuků. Nadměrný příjem alkoholu, kouření, obezita a věk patří mezi rizikové faktory vzniku tohoto nádoru. Kolorektální karcinom je nejčastěji diagnostikován u pacientů nad 50 let.

Predisponujícími faktory pro vznik kolorektálního karcinomu jsou dysplastické léze, Crohnova choroba a ulcerózní kolitida (Lipská, 2009).

Příznaky se odvíjí dle lokalizace a změn na tlustém střevě. Mezi nejčastější příznaky tak řadíme krvácení, ve stolici je tak přítomna čerstvá krev, pokud je postiženo rektum. Pokud je nádor ve vyšších etážích tlustého střeva, je krvácení dlouho skryto a bývá odhaleno až při preventivním screeningovém vyšetření. Dalším příznakem je časté střídání

průjmu se zácpou, hubnutí, únava. Často jsou příznaky skryté, což je příčinou pozdní diagnostiky tohoto nádoru (Lipská, 2009).

Léčba kolorektálního karcinomu je závislá na mnoha faktorech a to na velikosti nádoru, lokalizaci, věku a celkovém stavu.

Léčba vyžaduje chirurgické řešení. Zákrok spočívá v provedení resekce střeva s vytvořením stomie dle lokalizace nádoru. Dle histologického vyšetření se pak určuje další postup léčby a to chemoterapie s radioterapií (Lipská, 2009).

Familiární adenomatózní polyptóza

Při tomto onemocnění je sliznice střeva poseta adenomy a to od pyloru až po konečník. Onemocnění řadíme mezi prekancerózy. Jedná se o autozomálně dominantní dědičnou chorobu. Pokud nedojde k resekci postiženého úseku střeva, dochází ke vzniku adenokarcinomu v mladém věku.

Léčba je vždy chirurgická, při čemž se provede preventivně totální proktokolektomie s anastomózou, nebo kolektomie se stomií. Pacienti s touto diagnózou jsou celoživotně dispenzarizováni (Vyzula, 2007).

4. PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA PŘED VÝKONEM

Předoperační příprava před chirurgickým výkonem se liší podle toho, zda se jedná o výkon akutní, či plánovaný. Akutní výkon je volen u klientů, kteří jsou bezprostředně ohroženi na životě. Provádí se pouze nejnnutnější laboratorní a diagnostická vyšetření. Klient je pak do několika málo hodin po přijetí odvážen na operační sál.

Na plánovaný výkon je klient předem objednan, zná podrobně svoji diagnózu a hlavně je podrobně seznámen i s léčebným chirurgickým postupem. Cílem předoperační přípravy je klienta připravit nejen po fyzické stránce, ale hlavně po té psychické, neboť fakt, že výsledným operačním řešením je založení stomie, klienta značně stresuje. Má strach z bolesti a nejistoty. Kvalitní předoperační přípravou zabráníme případným perioperačním komplikacím, snížíme psychický stres a nejistotu řádně provedenou edukací klienta stomasestrou (Kasal, 2006).

4.1 Předoperační příprava dlouhodobá

Předoperační příprava dlouhodobá je prováděna pouze u plánovaných výkonů. Zahrnuje vyšetření internistou, který na podkladě registrace 12 svodového EKG a laboratorních výsledků určí, zda je klient schopen výkonu v celkové anestezii. Posléze následuje příprava chirurgická. Chirurg provede správnou diagnostiku onemocnění a seznámí klienta s postupem operace. Pokud je cílem chirurgického postupu stomie, je nedílnou součástí dlouhodobé předoperační přípravy i příprava psychologická. Psychologickou přípravu provádí kromě psychologa i celý zdravotnický tým. Nejdůležitější úlohu zde však hraje ošetřující lékař, psycholog a hlavně zkušená stomasestra (Kasal, 2006).

Vzhledem k tomu, že každý člověk má jiné charakterové vlastnosti a jinak se vyrovnává se stresem, je přístup ke každému klientovi zcela individuální. Ošetřující lékař sdělující skutečnost, že je stomie nevyhnutelná, by měl jednat s klientem vlídně a ohleduplně. Brát zřetel na to, že většina lidí zažívá šok, při představě, že jejich tělo bude znetvořeno, že nebudou moci žít plnohodnotný život jako doposud. Cílem psychologické přípravy je to, aby pacient stomii akceptoval a byl schopen přijmout nový vzhled svého, což je někdy značně náročné. Veškerá vyšetření nesmějí být starší než 14 dní (Kasal, 2006).

4.2 Předoperační příprava krátkodobá

Krátkodobá předoperační příprava se odehrává již za hospitalizace klienta na lůžkovém chirurgickém oddělení. Ošetřující lékař klientovi znovu vysvětlí postup operace a případné komplikace, které by mohly v pooperačním období nastat. Odpovídá na případné dotazy ze strany klienta. Důležitou roli v tomto období hraje opět stomasestra. Úkolem stomasestry v tomto období je vybrat vhodné místo pro založení stomie. Při vyhledávání tohoto místa klient stojí, sestra prohlédne břicho a jeho případné nerovnosti. Veškeré tyto skutečnosti pak usnadňují následnou péči o stomii. Společně s klientem vyberou vhodné pomůcky k ošetřování. Jedná se o takové pomůcky, které klientovi nejvíce vyhovují a nebrání mu v jakémkoliv pohybu (sed, leh). Zakreslené místo pak musí ještě zkontrolovat s operátorem (Skalická, 2007).

Dalším úkolem krátkodobé předoperační přípravy je příprava střev, která probíhá dle zvyklostí daného oddělení. Klient zhruba dva dny před operací dodržuje bezzbytkovou dietu a přijímá dostatečné množství tekutin. Dále se pak klientovi podává Fortrans na vyčištění střeva, zavádí se NGS nebo jejunální sonda, podávají se ATB jako profylaxe. Nutností je dále prevence TEN (bandáže dolních končetin a podávání nízkomolekulárního Heparinu). Oholení operačního pole od prsních bradavek až po třísla.

Den před operací je provedeno anesteziologické konzilium, které je prováděno buď u lůžka klienta, nebo v anesteziologické ambulanci. Klientovi je navržen nejvhodnější způsob celkové anestezie s možností pooperační EPI analgezie.

Klient pak podepíše veškeré informované souhlasy jak s operačním výkonem, tak s celkovou anestezí. Oba informované souhlasy jsou součástí dokumentace klienta (Skalická, 2007).

4.3 Předoperační příprava bezprostřední

Tato předoperační příprava je prováděna bezprostředně před operací. Provede se kontrola dokumentace, operačního pole. Sestra provede bandáže dolních končetin a po telefonické výzvě z COS aplikuje předepsanou premedikaci. Klient je pak odvážen v doprovodu sestry na COS a následně dle zvyklostí a možností nemocnice předán anesteziologické sestře, která za klienta přebírá plnou zodpovědnost (Slezáková, 2010).

5. POOPERAČNÍ PÉČE

Pooperační péčí rozumíme péči o klienta bezprostředně po chirurgickém výkonu. Klient je dle aktuálního stavu umístěn na oddělení ARO nebo JIP. Na těchto odděleních jsou kontinuálně monitorovány fyziologické funkce. Všeobecné sestry dále pečují o invazivní vstupy, aplikují analgetika dle ordinace lékaře a sledují operační ránu a okolí stomie. Sleduje se nejen barva kůže v okolí stomie, ale i tvar, množství a barva sekretu. Dále se nabírá kontrolní laboratoř k posouzení celkového stavu klienta. Po stabilizaci stavu je klient překládán na standartní chirurgické oddělení k doléčení.

Toto období je pro stomika velice náročné hlavně po psychické stránce, neboť v prvních pooperačních dnech je zcela odkázán na pomoc ošetřujícího personálu. Důležitou úlohu zde hraje trpělivost, psychická podpora a povzbuzení. Cílem pooperační péče je nácvik soběstačnosti a kvalitní edukace stomasestrou. Hlavním bodem edukace je zejména samostatnost v ošetřování stomie. Klient se učí jak zacházet s jednotlivými pomůckami tak, aby mu co nejvíce usnadnili život (Kasal, 2006).

Do domácí péče je klient propuštěn až tehdy, pokud to chirurg dovolí. Má tedy zcela zhojenou operační ránu a stomie je zcela funkční a též bez viditelných komplikací. V ošetřování stomie je zcela samostatný. Pokud klient není z nějakého důvodu, zejména psychického schopen o svou stomii pečovat je možné edukovat v tomto směru rodinu. Jestliže je klient osamocen, volí se vhodná agentura domácí péče nebo jiné následné zařízení (Workman, 2006).

Při propuštění do domácí péče by měl mít klient stanoven termín kontroly v proktokolické poradně. Dále by měl mít k dispozici pomůcky k ošetření stomie na jeden měsíc, kontakt do stomapradny, seznam a kontakty na firmy zabývající se výrobou a distribucí pomůcek pro stomiky. Vhodné je klienty informovat o klubech a organizacích pro stomiky, což může mít pozitivní vliv na jejich psychiku a sebevědomí (Workman, 2006).

5.1 Úloha stomasestry v pooperačním období

V minulosti stál v popředí péče o klienty lékař, operace a vlastní přežití pacienta, jeho psychická stránka nebyla důležitá. Pacienti se stomií byli při ošetřování a péči odkázáni pouze sami na sebe. Teprve až v 60. letech 20. století se v Anglii a USA začíná rozvíjet péče o tyto klienty a začínají se vytvářet i první kluby (Ředinová, 2009).

Ošetrovatelská péče o stomie je totiž natolik specifická a náročná činnost, že vyžaduje spolupráci kvalifikovaného odborníka tzv. stomasestru. Stomasestra je s problematikou stomií seznámena a proškolená, proto je schopna svým klientům poskytnout kvalifikovanou péči, odbornou radu a pomáhá jim s návratem do normálního života. Jak už je zmíněno v kapitole předoperační péče podává stomasestra veškeré informace o péči a společně s klientem hledají vhodné místo pro založení stomie. V pooperačním období je hlavním úkolem stomasestry odpovídat klientovi na dotazy spojené s péčí o stomii, stává se tak jejich důvěrníkem a rádcem. Klienti se na ni mohou obrátit s jakýmkoliv problémem a to buď telefonicky nebo osobně ve stomaporadnách (Zachová, 2010), (příloha č. 26).

Nejdůležitější úkoly stomasestry:

Pravidelně kontroluje okolí a vzhled stomie, což snižuje výskyt jak časných, tak pozdních pooperačních komplikací.

Pokud zjistí jakoukoliv nejasnost, okamžitě stav konzultuje s chirurgem a domluví klientovi konzultaci.

Zajišťuje pro své klienty dostatečné množství pomůcek pro ošetření a nabízí jim veškeré novinky, které přicházejí na náš trh.

Informuje klienta o stomaklubech a lidech s podobnou diagnózou a tím se snaží klienty pozitivně motivovat.

Pomáhá klientovi překonat počáteční psychické problémy a to buď psychickou podporou, nebo klienta odešle k odborníkovi.

Veškerá tato činnost napomáhá klientovi vrátit se do běžného života a žít co nejkvalitnější život (Zachová, 2010).

6. KOMPLIKACE SPOJENÉ SE STOMIÍ, NÁSLEDNÉ ŘEŠENÍ

I přes veškerou snahu klienta na operaci, co nejlépe připravit, mohou se po založení stomie objevit komplikace, které vyžadují vhodnou léčbu a někdy bohužel i operační řešení. Dle časového úseku můžeme tyto komplikace rozdělit na časné komplikace, které se objevují bezprostředně po zákroku a pozdní komplikace (Krbová, 2010).

6.1 Komplikace časné

Časné komplikace stomie se vyskytují tedy bezprostředně po operačním zákroku. Mezi tyto komplikace řadíme nevhodně umístěnou stomii, některé kožní komplikace a samozřejmě krvácení.

Nevhodně umístěná stomie

S touto komplikací se v dnešní době setkáváme velice zřídka u plánovaných výkonů. Klient je dokonale připraven a poučen stomasestrou, která v předoperačním období s klientem najde co nejhodnější místo pro založení stomie. Nevhodně umístěná stomie se tedy nejčastěji nachází u klientů, kteří museli být operováni urgentně. U těchto klientů předoperační příprava zcela chybí. Vzhledem k akutnímu stavu nelze tedy stomii předem konzultovat a vybrat tak vhodné místo. Stomie se pak může vyskytnout v kožní řase nebo jizvě. Nevhodně umístěná stomie pak způsobuje špatnou fixaci stomických pomůcek. Dochází tak k zatékání střevního obsahu na okolní kůži. Opakovaný kontakt kůže se střevním obsahem může způsobit zánět až maceraci kůže. Dalším problémem nevhodně umístěné stomie je omezení klienta v jeho pohybu, což mu značně snižuje kvalitu jeho života. Řešením je používání flexibilních pomůcek a vyrovnávacích past. Pokud nedojde ke zlepšení stavu je možná reoperace (Zachová, 2010), (příloha č. 15).

Kožní komplikace

Do časných kožních komplikací můžeme zařadit dermatitidu, alergickou reakci a maceraci kůže, která vzniká při opakovaném kontaktu se střevním obsahem při špatné fixaci stomických pomůcek. Řešením této komplikace je neustálé sledování okolní kůže a vhodně zvolené stomické pomůcky (Zachová, 2009).

Krvácení

Krvácení jako časná komplikace většinou pochází z okraje stomie. Jedná se o drobné krvácení, které je v prvních pooperačních dnech zcela normální. Dalším zdrojem krvácení pak může být poraněná céva z poraněného střeva. Řešení je neustálé sledování operačního pole. Kontrola množství krvácení a barva sekretu. Drobné krvácení je řešeno konzervativním způsobem. Pokud je krvácení masivní, operační řešení je takřka nevyhnutelné (Krbová, 2009).

6.2 Komplikace pozdní

Pozdní komplikace se vyskytují až po několika měsících či letech po založení stomie. Mezi tyto komplikace můžeme zařadit prolaps, retrakci a stenózu stomie, parastomální kýlu nebo dekubity.

Prolaps stomie

Prolapsem rozumíme vyhřeznutí střeva a to až několik desítek centimetrů před břišní stěnu. Příčinou této komplikace je špatná chirurgická fixace střeva, nebo zvýšený abdominální tlak. S vyhřezlým střevem manipulujeme velice opatrně. Stav vyžaduje téměř vždy operační řešení (Zachová, 2009).

Retrakce stomie

Retrakcí rozumíme vtažení střeva a to až několik milimetrů či centimetrů pod úroveň kůže. Retrakce bývá často spojena se stenózou. Řešení je vhodně zvolená stomická pomůcka (Zachová, 2009), (příloha č. 18).

Stenóza stomie

Stenózou stomie rozumíme zúžení, dochází k postupnému uzavírání stomie, což má za následek špatný odchod střevního obsahu. Řešením je dilatace otvoru. Pokud nedojde ke zlepšení nebo je střevo již zcela neprůchodné, volíme operační řešení (Zachová, 2009).

Parastomální kýla

Parastomální kýla je nejčastější pozdní komplikací, ke které dochází vsunutím části obsahu pobřišniční dutiny mezi otvor ve stěně břišní a vyvedené střevo. Příčinou bývá oslabená břišní stěna. Důsledkem parastomální kýly je špatná fixace stomických pomůcek. Vhodnou pomůckou je kýlní pás pro stomiky. Mnohdy si stav žádá chirurgické řešení. Tento stav se může komplikovat krvácením nebo abscesem (Zachová, 2009), (příloha č. 17, příloha č. 19).

Dekubit

K této komplikaci dochází při trvalém tlaku stomické pomůcky na kůži. Vlivem tlaku dochází k nekróze kůže a následnému vzniku dekubitu. Řešením je kontrola kůže pod stomickou pomůckou. Pokud dochází k útlaku, je nutné vybrat jinou vhodnější pomůcku (Zachová, 2009), (příloha č. 20).

7. OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O STOMII

S rozvojem medicíny a ošetřovatelských postupů došlo i ke zkvalitnění pomůcek pro stomiky. Díky moderním technologiím je ošetřování stomie pro samotné klienty velice jednoduché, díky tomu se zvyšuje kvalita jejich života, je jim umožněno přiblížit se co nejvíce životnímu stylu, který vedli před založením stomie.

Firem, které distribuují stomické pomůcky je celkem šest a jedná se o tyto firmy B- Braun, Danasec, WELLAND Medical, INCOM Trading, Coloplast a ConvaTec. Konkurence firem je tedy veliká a pro stomiky to přináší neustálé novinky v ošetřování. Dále je na výrobu kladeno spousta požadavků, měli by svému nositeli umožnit maximální komfort při pracovních, sociálních a rekreačních aktivitách. Veškeré dostupné pomůcky by měli zadržovat zápach a být nenápadné pod oblečením. Ochraňovat kůži kolem stomie, nepropouštět střevní obsah a nepůsobit alergicky. Pomůcky by měly být tvarovatelné, aby se dala velikost otvoru přizpůsobit velikosti a tvaru stomie. Měly by být přijatelné a dostupné pro každého klienta. Klient by měl být během předoperační péče a po dobu hospitalizace řádně seznámen s užíváním a manipulací se stomickou pomůckou, aby byl zajištěn co největší komfort. Pomůcky jsou plně hrazeny ze zdravotního pojištění. Omezený je pouze limit pro odběr pomůcek na osobu (Zachová, 2010).

7.1 Pomůcky z hlediska použití

Jednodílný systém

Tento systém je složen z ochranné lepidivé gelové destičky, která je napevno spojena se sáčkem. Vzhledem k těmto vlastnostem je vhodný pro pohybově aktivní, osoby s kožními problémy po časté výměně destiček. Mezi další výhody jednodílného systému můžeme zařadit větší flexibilitu destičky, snadnou manipulaci, neboť má destička nastřížený otvor. Je méně znatelná pod oděvem a klient pocítuje větší čistotu (Mikšová, 2006), (příloha č. 21).

Dvoudílný systém

Tento systém je složen ze dvou částí z lepidivé destičky ze želatiny s upevňovacím kroužkem, na který se pak upevňuje vyměnitelný sáček. Výhodou tohoto systému je širší škála pomůcek, širší škála velikostí. Pomůcky tohoto systému jsou ekonomicky

výhodnější. Klienty je nutné dále upozornit na to, že různě veliké destičky a sáčky nelze mezi sebou různě kombinovat (Mikšová, 2006), (příloha č. 22).

Adhezivní a ochranná pasta

Pastu aplikujeme do okolí stomie, aby nedocházelo k zatékání střevního obsahu pod destičku nebo k vyrovnání případných nerovností. Zabraňuje se tím podráždění kůže. Pasta se při ošetření odstraňuje teplou vodou a jednorázovou žínkou (Mikšová, 2006).

Ochranný film

Slouží jako ochrana kůže před nežádoucím účinkem střevního obsahu. Je dodáván ve formě vlhčených ubrousků, které jsou napuštěny ochrannou látkou. Ubrouskem se potřou okolí stomie a kůže je tak kryta jemným neprodyšným filmem. Film se pak odstraňuje pomocí odstraňovače náplastí (Mikšová, 2006).

Odstraňovač náplastí

Tato pomůcka slouží klientovi k snadnějšímu odstranění pasty aplikované do okolí stomie, k odstranění zbytků želatiny po sejmutí destičky. Je dodáván ve formě vlhčených ubrousků zajišťujících šetrné odstranění nežádoucích zbytků (Mikšová, 2006).

Zásyp na mokvací místa

Slouží k uklidnění podrážděné pokožky. Nanáší se v tenké vrstvě do okolí stomie a pak se pokračuje v běžném ošetření. Nasadí se lepící podložka. Důležité je zasypaní aplikovat ve vodorovné poloze, nedojde tak k vysypání většího obsahu zasypaní a horšímu přichycení podložky (Mikšová, 2006).

Stomické sáčky

Kolostomické sáčky jak pro jednodílný či dvoudílný systém jsou opatřeny filtrem. Pro zachování větší diskrétnosti mají tělovou barvu. Sáčky ileostomické s výpustí filtrem opatřeny nejsou. Střevní je řídký, dochází k narušení filtru a ten pak ztrácí svou efektivnost. Oba typy sáčků jak kolostomický tak ileostomický je na své zadní straně opatřen aktivní vrstvou odvádějící pot (Mikšová, 2006).

Pohlcovač pachu

Tato pomůcka je dodávána ve formě spreje. Aplikuje se do vzduchu v místnosti, kde se stomie ošetřuje. Může se aplikovat rovněž přímo do stomického sáčku (Mikšová, 2006).

Těsnící vkládací kroužky

Většinou nachází své uplatnění u klientů s vpadlou stomií. Těsnící kroužek je mírně vtlačen do kroužku na podložce, ještě než se podložka připevní na kůži. Po připevnění

těsnícího kroužku dojde totiž k vyklenutí zadní stěny podložky, která pak lépe přilne ke stomii (Zachová, 2010).

Fixační pásek

Tuto pomůcku s oblibou užívají aktivní pacienti, kteří používají dvoudílný systém. Fixační pásek jim dodává větší pocit jistoty při aktivním pohybu nebo při cestování. Je vyroben z kvalitního materiálu, nepodléhá deformaci a je připevňován na očka sáčku pomocí úchytek na jeho konci (Mikšová, 2006), (příloha č. 23).

7.2 Příkládání stomických pomůcek

Principem správného ošetřování stomie je změření velikosti stomie, očista pokožky a péče o okolní kůži, přiložení destičky stoma pomůcky a nalepení stomického sáčku.

Změření velikosti

Založená stomie se měří pomocí měřicí šablony, která se nachází v každém balení destiček. Šablona se vystříhne podle tvaru stomie, odečte se správný průměr, který by měl být alespoň o 0,5cm větší než vystřižený otvor v šabloně. Šablonu pak přiložíme k podložce, obkreslíme a vystříhneme (Mikšová, 2006), (příloha č. 24).

Očista pokožky a péče o kůži

Před přiložením destičky musí být kůže suchá a čistá. Omývá se čistou vlažnou vodou. Další možností očisty okolní kůže je použití speciálních čisticích prostředků (Mikšová, 2006).

Příkládání destičky

Ze zadní strany destičky sejmeme ochranný papír a takto podložku nalepíme na řádně očištěnou a suchou stomii. Podložku se snažíme nalepit tak, aby nedocházelo k odchlípnutí od pokožky nebo k jejímu vrásnění. Destičky dvoudílných systémů by měly na kůži při správném nalepení vydržet 3-5dní. Snížená přilnavost destičky se pak projevuje změnou barvy. Podložka zbledlá, objeví se puchýřky a začíná se odchlípnout od pokožky, takovouto podložku je pak nutné vyměnit (Mikšová, 2006).

Nasazení stomického sáčku

Pro lepší ukotvení sáčku na destičku je důležité, aby se klient nadechl a současně zatnul svaly břišní stěny. Tahem za sáček po jeho celém obvodu kontrolujeme, zda je dobře

nasazen. Klienta následně požádáme, aby setrval v poloze, ve které byl stomický sáček nasazen cca 15-20minut a průběžně se ptáme na jeho pocity (Mikšová, 2006).

7.3 Výměna stomických pomůcek

K výměně stomického sáčku přistupujeme tehdy, pokud je naplněn do své jedné třetiny maximálně poloviny. Pokud je naplněn více, hrozí zde riziko uvolnění sáčku a následnému úniku střevního obsahu. Další indikací k výměně je únik střevního obsahu ze sáčku, či nepříjemné pocity klienta. Klienta je důležité na tento výkon taktně připravit, zachovat soukromí. Výměna stomického sáčku se provádí v poloze vleže nebo ve stoje. Opatrně sejmeme naplněný sáček. Stomii pak očistíme kruhovým pohybem od vnější strany směrem dovnitř. Očista se provádí mulovým čtvercem nebo jednorázovou žínkou a k samotné očistě používáme vlažnou čistou vodu. Po řádné očistě se okolí stomie řádně osuší a provede se kontrola kůže, dle potřeby aplikujeme ochrannou pastu. Pokud je nutné odstranit i destičku je vhodné, když jednou rukou opatrně uvolníme lepící plochu a druhou přidržíme kůži, vyvoláme tak protitlak a podložka se snáze odstraní. Jakmile je klient schopen vstát a chodit je edukován stomasestrou o péči o svou stomii v koupelně s použitím zrcadla a vymezením stoma koutku (Šváb, 2008).

7.4 Vybavení stoma koutku

Stoma koutek je místo pro ošetření stomie v domácím prostředí. Tento koutek se většinou nachází v koupelně, kde máme k dispozici potřebné pomůcky pro její ošetření. Pomůcky jsou umístěny v uzavíratelné krabici. Dalším doporučením je uzavíratelný odpadkový koš a zrcadlo, které je umístěno ve vhodné výši a to tak, aby klient dobře viděl na přikládání stoma pomůcek (Mikšová, 2006).

7.5 Dietní režim stomika

Dietu by měl klient dodržovat dlouhodobě, neboť je to hlavní způsob, jak dosáhnout pravidelného a samovolného vyprazdňování. Strava by měla být pestrá. Samozřejmě záleží na individuální snášenlivosti klienta na různé druhy potravin. Dieta by měla obsahovat dostatečné množství kvalitních bílkovin, složených a jednoduchých cukrů. Množství tuků

se nijak neliší od jejich příjmu před založením stomie. Vhodný je dostatečný příjem vitamínů a minerálních látek. Příjem tekutin se pohybuje kolem 2-2,5litrů za den, neboť množství nijak neovlivňuje tuhost stolice. Při opakovaných průjmech se do jídelníčku klienta se stomií zařadí potraviny způsobující zácpu. Při zácpě naopak potraviny podporující činnost střev. Kromě vyprazdňování může klienta trápit nadměrný odchod střevních plynů nebo zápach, který se dá též výrazně ovlivnit druhem přijímané potravy. Z jídelníčku se tedy odstraní luštěniny, čerstvý chléb, kynuté pečivo, zelí, kapusta, cibule a česnek. Z nápojů pak, ty které obsahují kysličník uhličitý.

Potraviny upravujeme nejlépe vařením, restováním, dušením na masovém či jiném vývaru, nebo zapékáním. Méně vhodné je pak fritování, nakládání do oleje nebo jiné marinády. Naprosto nevhodné je úprava potravin na několikrát použitém oleji nebo pokrmovém tuku (Doubková, 2008, Kapounová, 2007).

Seznam nevhodných potravin pro klienta se stomií

Maso

Nevhodné je jakékoliv tučné a příliš kořeněné maso, jako je bůček, tlačěnka, kaviár, tresčí játra a uzené ryby.

Tuky a oleje

Mezi nevhodné potraviny z této skupiny řadíme ochucená pomazánková másla, jako je paprikové, křenové nebo česnekové.

Mléko a mléčné výrobky

Do skupiny nevhodných mléčných výrobků řadíme zrající sýry, čedar, parenicu, brynzu, olomoucké tvarůžky a šlehačku.

Pečivo

Celo a vícezrnné pečivo, topinky, pizza chléb a veškeré výrobky z kynutého těsta jsou pro stomiky nevhodnou potravinou.

Přílohy

Mezi nevhodné přílohy řadíme krokety, hranolky, bramborák, francouzské brambory, kynuté knedlíky, sóju a luštěniny.

Zelenina

Ze zeleniny je pro stomiky nevhodné salátové okurky, kysané zelí, kapusta, kedlubny, brokolice, květák, papriky, ředkvičky, česnek, cibule, houby, zelené fazole a červená řepa.

Ovoce

Z ovoce jsou nevhodné švestky, rybíz, ananas, maliny, jahody, avokádo, manogo, hrušky, višně (Pailová, 2008).

Pochutiny

Z pochutin je nutné vyřadit veškeré oříšky, semínka a musli, kokos a bramborové chipsy.

Ostatní

Z ostatních doplňků potravy je nutné vyřadit všechna dráždivá koření jako je pepř, chilli, pálivá paprika. Dále pak maggi a některou hořčici (Pailová, 2008).

7.6 Právo a legislativa

Pro pacienta se stomií, je velice důležité vědět, na kolik pomůcek má vlastně nárok, kdo může a kolik pomůcek najednou předepsat a v jaké výši jsou pomůcky hrazeny pojišťovnou. Naprostá většina stomických pomůcek, které jsou na našem trhu, plně hradí zdravotní pojišťovny (Lenochová, 2011).

Od 01. 04. 2012 platí novela přílohy č. 3 k novele zákona č. 48/1997 Sb. Vedle množstevních limitů jsou zde uvedeny i nové finanční limity. Podle posledních informací firmy upravily ceny stomických pomůcek tak, aby bylo možno stanovené limity dodržet. Některé pomůcky vyžadují schválení revizním lékařem. Jedná se například o stomické zátky a krytky, drenážní systémy, irigační sety a deodorační prostředky. Podrobné informace jsou k dispozici v číselníku VZP podskupina 03. Dalším zdrojem informací jsou pak informační linky, poradny stomasester, proktokolických poradnách a klubech stomiků.

Pomůcky klient obdrží na základě „Poukazu na léčebnou a ortopedickou pomůcku“. (příloha č. 27)

Poukaz předepíše praktický nebo odborný lékař obvykle na tři měsíce. Na daný měsíc lze pomůcky předepsat nejpozději poslední den v měsíci. Nikdy nelze pomůcky předepsat zpětně. Pokud se stane, že stanovený limit pro spotřebu pomůcky nedostačuje, může být navýšen revizním lékařem (Lenochová, 2011), (příloha č. 33).

8. KVALITA ŽIVOTA SE STOMIÍ

V medicíně je kvalita života poměrně nový termín ve srovnání s jinými obory, jako je například sociologie. Světová zdravotnická organizace definuje roku 1994 kvalitu života takto: „Kvalita života je to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům.“

Jedná se o jednu z mnoha definic kvality života. Publikací zabývajících se problematikou kvality života je celá řada, ať již z oblasti psychologie, sociologie nebo jiných vědních oborů. Shodují se pouze v tom, že se kvalita života skládá z jednotlivých domén, které kvalitu života určitou mírou ovlivňují. Do těchto domén řadíme fyzický stav a schopnosti, psychologické parametry, celková spokojenost, sociální a ekonomická situace. Obecně můžeme říci, že všechny definice hodnotící kvalitu života vycházejí z Maslowovy teorie potřeb. Při bližším zkoumání vyvstává otázka, proč se vlastně v oboru medicíny kvalitou života zabýváme? Hodnocení kvality života totiž významně doplňuje objektivní ukazatel zdravotního stavu a zejména dopad nemoci a léčby na každodenní život. Hodnocení odráží klientův pohled na danou situaci, hodnotí účinnost léčby, při které nedochází k úplnému uzdravení. V dnešní době, mají všichni klienti právo svobodně se rozhodnout, kdo je bude léčit a zda s danou léčbou souhlasí. Požadují stále více informací o svém zdravotním stavu a léčebných postupech. Z dosavadních výzkumů zabývajících se kvalitou života vyplývá, že je možné, aby klient se stomií prožil kvalitní život bez většího omezení. K tomuto výsledku napomohl konkurenční boj firem nabízejících pomůcky pro stomiky, důkladná předoperační příprava a edukace stomasestrou. Velkou měrou přispěla i existence klubů a organizací pro stomiky. Z výzkumů dále vyplývá, že kvalitu života nejvíce ovlivňuje strach z neznámého onemocnění spojeného s určitým omezením, ztráta sebeúcty a vyloučení ze společnosti, ztráta sociálních jistot a tím obava z finančních potíží (Gurková, 2011).

Základním předpokladem, aby mohl klient vést kvalitní život je dobrý zdravotní stav, ukončení nebo stabilizace léčebných postupů a zvládnutí péče o stomii. Návrat k původním společenským rolím se odráží zejména na psychické pohodě daného klienta, na jeho vyrovnanosti a odolávání stresovým situacím. Období adaptace na novou skutečnost může trvat měsíce až roky. Někteří stomici vyhledávají pomoc mezi lidmi se stejnou diagnózou již v předoperačním období, jiní časně po operaci a někteří až po nabytí vlastních zkušeností plného změn (Gurková, 2011, Zachová 2010).

8.1 Organizace a kluby pro stomiky

Kluby pro stomiky jsou dobrovolným spolkem, ve kterém se společně setkávají lidé se stejným problémem. Tyto kluby vznikly v době, kdy neexistovaly stomaporadny a pro pacienty byly jediným zdrojem informací. V dnešní době je tomu již jinak. Dnešní kluby pro své členy pořádají různé akce a setkání, navazují se zde nová přátelství a sdělují si vzájemně své pocity a problémy. Pořádají se odborné instruktáže za přítomnosti kvalifikovaných lékařů a stomasester. Firmy zde mají možnost představit své nové produkty pro péči o stomii (Ředinová, 2009).

Sdružení stomiků české ILCO bylo založeno o něco později a to 01. 06. 1992, jedná se o organizaci, která kvalifikovaně hájí zájmy stomiků při jednání se státními orgány a zdravotní pojišťovnou. Možná i z toho důvodu přešla většina klubů pod záštitu ILCA. Česká republika je i s dalšími zeměmi zapojena do celosvětové asociace stomiků a hájí tak společné zájmy stomiků v celosvětovém měřítku. Cílem všech organizací je pozitivně působit na psychiku všech svých členů a tím pozitivně ovlivnit kvalitu jejich života. Každý klient se stomií se může obrátit na sdružení ve svém regionu. Mezinárodní asociace stomiků vyhláší vždy jednou za tři roky, Světový den stomiků. Tento den je slaven první víkend v říjnu. Cílem této akce je upozornit společnost na to, že stomici mohou vést kvalitní život, pokud jim naše společnost vytvoří vhodné podmínky. Bude podporovat preventivní programy, které slouží k včasné diagnostice problému a mohly by vést k založení stomie. Celosvětově se tímto dnem vyjadřuje podpora zemím, kde je péče o pacienty na nízké úrovni a většinou zde bývají stomici úplně vyřazeni ze společnosti. Světový den stomiků připadl na 06. 10. 2012 a to pod heslem „Let's be heard“, což můžeme do češtiny přeložit jako „Buďme slyšet“. Kluby stomiků a České ILCO zde pořádá řadu akcí, jimiž vyjádří schopnost svých členů žít plnohodnotným životem (Ředinová, 2009), (příloha č. 34).

PRAKTICKÁ ČÁST

9. FORMULACE PROBLÉMU

Vzhledem k tomu, že v dnešní době neustále přibývá klientů, jejichž jedinou možností, jak jim zachránit život je provedení stomie. Vystává zde otázka, jak kvalitní život pak posléze vedou, zda mohou chodit do práce, žít společenský život a provozovat své koníčky, které naplňovaly jejich dosavadní život. V době, která je stále plná předsudků o tom, že člověk se stomií je méněcenný. Sám klient mnohdy na sebe pohlíží jako na něco špinavého a nehezkého a bohužel naše společnost jim v jejich problému mnohdy ničím nepřispívá. Druhým aspektem je skutečnost, že s rozvojem společnosti vznikly nové pomůcky klientům se stomií, které dostávají přímo domů a diskrétně zabalené. Nová doba dala vznik klubům pro stomiky, kteří napomáhají klientům s tímto problémem vrátit se do společnosti. Pořádají pro ně řadu akcí, na kterých si vzájemně sdělují své problémy a zkušenosti. Dalším přínosem v ošetrovatelské péči o stomiky je práce stoma sester, které se staly pravou rukou těchto klientů, pomáhají jim nejen v předoperačním období, ale mohou se na ně kdykoliv obrátit s jakýmkoliv problémem.

10. CÍL A ÚKOL PRÁCE

Cílem a úkolem mé práce je shromáždění informací o klientce s trvalou sigmoideostomií. Informace jsem získala při poskytování ošetrovatelské péče metodou ošetrovatelského procesu ze zdravotní dokumentace, od klientky i od členů rodiny během rozhovoru, byly následně využity k sestavení ošetrovatelského a edukačního plánu.

Zpracováním těchto údajů, jsem chtěla zlepšit pohled na tuto problematiku a ukázat na příkladu, že i se stomií se dá žít velice kvalitní a plnohodnotný život.

K získání informací z dokumentace nemocného mám písemný souhlas ředitele Krajské zdravotní a.s. Eduarda Reichelta se sídlem v Ústí nad Labem. Dále jsem spolupracovala se stomasestrou Bronislavou Kučerovou, která je zároveň staniční sestrou chirurgického oddělení odštěpného závodu Nemocnice Chomutov.(příloha č. 38)

11. VZOREK

Ve své práci jsem si zvolila klientku ve věku 71let s těžkou dysplasií s obrazem intramukózního karcinomu rekta. Klientka vedla velice aktivní život a účastnila se řady společenských akcí.

12. METODIKA PRÁCE

Jako metodiku práce jsem si zvolila ošetrovatelský proces s kazuistikou. Potřebná data jsem zpracovala podle modelu Virginia Henderson, ve kterém se aktivity sester zaměřují na pomoc při uspokojování 14 základních potřeb a sestra má pouze asistovat, rozhodovat a jednat za pacienta může jen v případě jeho úplné závislosti. Tento model byl zvolen z důvodu komplexního chápání člověka a vystihuje všechny oblasti, kde je možné ohnisko zásahu. Jako další metodu práce jsem volila rozhovor s klientkou, který měl poskytnout informace o kvalitě života a případných změnách souvisejících se založením stomie.

13. KAZUISTIKA

13.1 Anamnéza

Rodinná anamnéza

Matka jí zemřela ve 47 letech na intoxikaci léky, prodělala TBC kostí.

Otec jí zemřel v 70 letech na selhání srdce.

Dva bratři zemřeli na těžkou CHOPN.

Osobní anamnéza

Hypofunkce štítné žlázy na substituční léčbě

St.p. hysterektomii a ovariectomii pro myomatózu

St.p. mesootitidách v dětství

St.p. Valgotomii l.sin. v roce 2001

DM, TBC, ICHS infekční žloutenku neguje

Pracovní anamnéza

Důchodce dříve pracovala jako školnice

Sociální anamnéza

Žije sama, manžel jí zemřel před dvěma lety na Ca. rektosigmatu.

Bydlí v panelovém domě 2+1.

Ráda jezdí na kole. Volný čas tráví na zahrádce, o kterou se stará sama.

Stará se o vnoučata, kterých má celkem osm. Účastní se divadelních představení a dalších společenských akcí pořádaných pro důchodce.

Gynekologická anamnéza

Menarché v 15 letech

UPT – 0

Porody – 3x přirozenou cestou, bez komplikací

V roce 1991 hysterectomie pro myomatus uteri

Farmakologická anamnéza

Letrox 150 1x denně

Warfarin 5mg – dle quick

Ibalgin dle potřeby

Alergologická anamnéza

Pylová alergie (bříza) po vakcinaci bez potíží

Abúzus

Nekuřačka, alkohol příležitostně, černou kávu 1x denně.

13.2 Lékařské diagnózy

C20 – Zhoubný novotvar konečnicku

E78.0- Dyslipidémie

M54.99 – VAS páteře

13.3 Resumé předchozí hospitalizace

V červnu 2012 přichází klientka ke svému obvodnímu lékaři, pro zhruba tři roky trvající obtíže. Z počátku časté hlenovité průjmy, nyní již s příměsí čerstvé krve ve stolici. Dále si klientka stěžuje na tupou bolest v oblasti konečnicku. Na základě těchto příznaků je klientka odeslána na kolonoskopické¹ vyšetření, které bylo provedeno v červnu 2012 a to v krátké analgosedaci². Při vyšetření nacházíme zevní i vnitřní hemeroidy a asi 9cm nad svěračem nacházíme cirkulární kobercovité postižení s vilózním adenomem³. Při vyšetření odebíráme vzorky na bioptické vyšetření, které následně druhý den potvrzuje těžkou dysplázií, která místy hraničí s obrazem intramukózního karcinomu. Vzhledem k výsledkům bioptického vyšetření a pozitivních onkologických markerů v krvi odesíláme klientku k hospitalizaci na onkologické oddělení chomutovské nemocnice. Klientka během hospitalizace na onkologickém oddělení prodělala radioterapii ve 27 cyklech a chemoterapii, při které jí byla podávána Xeloda. Onkologickou léčbu klientka snášela uspokojivě. Vyskytla se pouze občasná nauzea, mírné padání vlasů a poruch růstu nehtů. Po skončení onkologické léčby klientka přeložena na chirurgické oddělení k operačnímu zákroku.

¹ Kolonoskopické vyšetření – vyšetření tlustého střeva pomocí flexibilního endoskopu (optiky) s možností odběru vzorku na bioptické, histologické vyšetření.

² Analgosedace – říditelný stav útlumu vědomí a vnímání bolesti, ze kterého je pacient silným podnětem probuditelný a který je doprovázen částečnou nebo podstatnou ztrátou ochranných reflexů včetně schopnosti udržet průchodné cesty dýchací a účelně reagovat na taktilní nebo verbální stimulant.

³ Adenom – nádor vycházející ze žláзовého epitelu. Tvoří asi 60-70% všech polypů, jsou to prekancerózy v nejužším slova smyslu. Nejnebezpečnější je adenom vilózní, ze kterého vzniká zhoubný nádor ve 30%.

13.4 Vyšetření celkového stavu při přijetí

Žena 71 let. Plně při vědomí, orientovaná. Glaskgow Coma Scale je 15 bodů.

Kůže: anikterická, bez cyanózy a dekubitů, mírná kachexie. *Hlava:* zornice isokorické, spojivky růžové, jazyk plazí středem. Uši a nos bez výtoků.

Krk: hrdlo klidné, páteř pohyblivá, ameningeální. Náplň krčních žil je přiměřená, karotidy tepou symetricky.

Hrudník: symetrický, bez anomálií. Dýchání čisté bez vedlejších fenoménů. Akce srdeční pravidelná. *Břicho:* v úrovni, měkké, prohmatné. Játra a slezina nehmatná. Peristaltika pozitivní. *Končetiny:* bez patologických nálezů. Fyziologické funkce: TK 140/80 mmHg, P 80/minutu pravidelný, TT 36,6 st.C., SpO2 95%, výška 162cm, váha 58kg. *Invazivní vstupy:* PMK č16, periferní kanyla na pravé horní končetině.

Medikace při přijetí

Letrox 150 per.os á 24 hodin (7)

Warfarin 5mg per.os á 24 hodin (12)

Simgal 20mg per.os á 24 hodin (20)

Vyšetření při přijetí

Vyšetření KO+DIFF, KS, Koagulace⁴, BIO kompletní, glykémie⁵, M+S, RTG S+P. Interní a anesteziologické konzilium

13.5 Použité škály během hospitalizace

Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové – 18 bodů nebezpečí vzniku. (příloha č. 28)

Barthel test denních činností – 60 bodů střední závislost. (příloha č. 31)

Riziko pádu – 5 ohrožena pádem. (příloha č. 32)

Nutriční skóre pro dospělé – 7 vyšetření nutričním terapeutem. (příloha č. 30)

Vizuální analogová škála bolesti 0-5 – 2 středně silná bolest. (příloha č. 29)

Klasifikace tíže tromboflebitis dle Maddona – 0 není bolest, ani rekce v ráně. (příloha č. 36)

Beckova sebeposuzovací stupnice deprese – 12 lehká až střední deprese. (příloha č. 35)

Glaskgow Coma Scale - skóre 15 plně při vědomí. (příloha č. 37)

⁴ Koagulace – krevní srážlivost

⁵ Glykémie – hladina krevního cukru

13.6 Průběh hospitalizace

První den klientka přeložena z onkologického oddělení po prodělané radioterapii s chemoterapií. Klientka přijímána v 10:00 na CHIR JIP k operačnímu řešení s diagnózou zhoubný novotvar konečníku. Při příjmu nabrány odběry KO+DIFF, koagulace, kompletní BIO, glykémie, M+S, KS. Dle ordinace lékaře měřeny kontinuálně fyziologické funkce a jejich hodnoty zaznamenány do dokumentace.

Ve 13:00 provedena kanylace CŽK cestou v. subclavia l.sin a po provedené RTG kontrole pak následně zrušena periferní kanylka na pravé horní končetině. Permanentní močový katetr č. 16 ponechán z onkologie. Klientka je oběhově stabilní, afebrilní, saturace periferního kyslíku 95%.

V 17:00 provedeno chirurgické konzilium, při kterém, je klientka seznámena se svým zdravotním stavem a léčebným postupem, kterým je založení trvalé kolostomie.

Druhý den hospitalizace na CHIR JIP

Druhý den návštěva stomické sestry, která na základě diagnózy edukovala klientku ohledně péče o stomii, seznámila ji s pomůckami, které jsou k dispozici na našem trhu. Společně s klientkou vybraly vhodné místo pro založení stomie a následně zakreslily na břišní stěnu.

Ve 14:00 klientka odeslána na interní oddělení, kde bylo provedeno předoperační vyšetření zda je klientka schopna výkonu v celkové anestezii⁶.

Internista registruje 12 - ti svodové EKG a společně s laboratorními výsledky zhodnotil celkový stav klientky. Závěr zněl, klientka je schopna výkonu v CA.

V 16:00 zahájena ortográdní⁷ příprava střev. Před ortográdní přípravou proveden odběr krve na KO a BIO, klientce byl změřen aktuální krevní tlak a hmotnost. Po skončení ortográdní přípravy se zopakovala laboratoř, opět se změnil krevní tlak a hmotnost klientky. Po očištění střev následovalo anesteziologické konzilium. Anesteziolog klientku seznamuje s průběhem celkové anestezie. Doporučuje před operací nápich EPI katetru, pro kontinuální pooperační analgezií. Do dokumentace klientky dále zapisuje premedikaci⁸, která bude klientce aplikována na telefonickou výzvu nejdéle však 45 minut

⁶ Anestezie – je cíleně navozená ztráta vnímání veškerého cití (dotyku, tepla, chladu a bolesti). Základním požadavkem na anestezii je její reverzibilita.

⁷ Ortográdní příprava – jedná se o důkladné vyčištění střev pomocí roztoku s fosfátovou solí, která se provádí den před výkonem. Roztok je podáván perorálně. Tato příprava se může kombinovat s očištěním klyzmatem.

⁸ Premedikace – je podání léků před operačním výkonem, které mají zklidnit nemocného, navodit částečnou analgezií, usnadnit úvod do anestezie a potlačit nežádoucí reflexy.

před operačním výkonem i.m.. Klientka podepisuje informovaný souhlas s navrženou anestezií, který je součástí dokumentace.

Dále je seznámena o důležitosti lačnění a zákazu kouření před operací.

V 18:00 provedena celková toaleta s přípravou operačního pole. Operační pole oholeno od prsních bradavek po třísla s důkladnou očistou pupku.

Ve 22:00 aplikován na žádost klientky Diazepam 10mg per.os.

Třetí den hospitalizace na CHIR JIP

V 10:00 je klientce na telefonickou výzvu z COS aplikována premedikace. Aplikace zaznamenána do dokumentace. Před odjezdem na COS provedena kontrola operačního pole, dále byla provedena bandáž obou dolních končetin jako prevence TEN. Sejmuta zubní protéza a všechny šperky odloženy do trezoru.

V 10:20 odjezd na COS, kde je klientka předávána anesteziologické sestře, která za klientku přebírá veškerou zodpovědnost.

Průběh operace

Před operačním výkonem je se souhlasem klientky zaveden EPI katetr pro pooperační analgezií. Na COS klientka napojena na monitor. Po intravenózním úvodu do CA, zajišťujeme dýchací cesty OTI č. 7,5 s následnou fixací k ústnímu koutku. Na přání operátora zavádíme NGS č. 16. Během operačního výkonu sledujeme EKG, NIPB, SpO₂, DF, MV, Vt, etCO₂. Hodnoty vitálních funkcí jsou v pravidelných intervalech zapisovány do anesteziologického záznamu.

Popis operačního výkonu

V klidné celkové anestezii v kombinaci se svodnou epidurální a v ATB profylaxi 1,5g Unasynu i.v. provedeme kontrolní vyšetření per. rectum. Zhruba 1cm nad svěračem je hmatný cirkulární tumor. Dolní střední laparotomií pronikáme do dutiny břišní, přitom zcela uvolněny adheze omenta. Dutina břišní je bez výpotku, nejsou zde známky zánětu či generalizace zhoubného onemocnění. Vlastní tumor z břicha není hmatný, je uložen hluboko pod řasou. Játra palpačně bez ložiska. Skeletizujeme sigma pomocí Ligasure až k tumoru. Postupně rektum s tumorem mobilizujeme co nejdálěji. Sigma dvojité ligujeme a přerušujeme. Excize kožního terčíku s tučným podkožím fascií i peritoneem, vzniklým defektem protaženo přívodné sigmoideum a po vrstvách vyšita terminální sigmoideostomie⁹. V gynekologické poloze stehem uzavřen anus, obkroužen voštinovitým řezem až ke svěrači a rektum postupně skeletizujeme z hráze orálním směrem, též pomocí

⁹ Sigmoideostomie - vyvedení esovité kličky přes stěnu břišní. Nejčastější typ, prováděný v levé polovině břišní stěny.

Ligasure. Amputát odeslán na histologické vyšetření. Presakrálně od malé pánve založena permanentní laváž – přívodný redonův drém vyveden mimo operační ránu vpravo na hýždí a přišit ke kůži, napojen na 1% roztok Betadine ve FR1/1 1000ml, plastický drén odvodný vyveden operační ranou a napojen na sáček. Sutura perinea po vrstvách (sval, podkoží, kůže).

Po převléknutí operačního týmu pokračujeme v břišní fázi, kontrolujeme krvácení. Malá pánev uzavřena suturou peritonea pokračujícím vstřebatelným stehem. Sigmoidostomie vitální. Po kontrole roušek a nástrojů sutura laparotomie po vrstvách.

Po operaci je stomie kryta průhledným vypouštěcím jednodílným systémem. Tento typ je volen z důvodu lepší pooperační kontroly nejen okolí stomie, ale i případného pooperačního krvácení. Další předností tohoto jednodílného systému je šetrné odstranění v případě výměny, neboť při výměně nemusíme vyvíjet takové úsilí, jako u dvoudílného systému.

Během operace je klientka oběhově stabilní a nedošlo ke značným krevním ztrátám. Ve 13:00 překládá na CHIR JIP klientka při vědomí, spontánní ventilace a výbavné obranné reflexy. Provedena kontrola operační rány. Rána klidná, stomie neodvádí. Kontrola fyziologických funkcí á 1 hodina.

První pooperační den

Klientka při vědomí oběhově stabilní TK 120/80 mmHg, TT 36,9 st.C, diuréza 120ml/hodinu. Operační rána klidná, nekrvácí, okolí stomie bez sekrece. Dle ordinace lékaře provedeny kontrolní odběry KO+DIFF, BIO a glykémie 3xd.

Medikace

Ciphin 200mg i.v. á 12 hodin

Fraxiparine 0,4ml s.c. á 24 hodin

Celaskon 500mg i.v. á 24 hodin

Degan 1 amp. i.v. á 8 hodin

Syntostigmin 1amp. 3xd i.m

Quamatel 1 amp. i.v. á 12 hodin

Analgezie:

Sufenta Forte 1 amp do 50ml FR1/1 1-2ml/hodinu i.v.

Infuzní terapie:

G10% 500ml + Actrapid 12j

Aminoplasmal 5%

Laváž:

RR1/1 1000ml + Betadine 10ml kapat 24 hodin

Třetí pooperační den

Klientka při vědomí, oběhově stabilní TK 140/75 mmHg, TT 36,5 st.C, diuréza 100-120ml/hodinu. Operační rána nekrvácí, stomie klidná neodvádí, proto ponechán stomický sáček. Dnes zrušena laváž operační ranou. Klasifikace dekubitů dle Nortonové skóre 18, což ukazuje na nebezpečí vzniku dekubitů. Riziko pádu stupeň 5 klientka ohrožena pádem. Barthel test denních činností 60 střední závislost.

Medikace

Ciphin 200mg i.v. á 12 hodin

Fraxiparine 0,4ml s.c. á 24 hodin

Celaskon 500mg i.v. á 24 hodin

Degan 1 amp. i.v. á 8 hodin

Syntostigmin 1amp. 3xd i.m

Quamatel 1 amp. i.v. á 12 hodin

Letrox 150 per.os

Infuzní terapie:

G10% 500ml + Actrapid 12j

Aminoplasma 5%

Analgezie:

Sufenta Forte vysazena.

Dolsin 90mg i.m. podle bolesti. Dle analogové vizuální škály bolesti skóre 3 velmi silná bolest, zejména při polohování klientky na lůžku.

Čtvrtý pooperační den

Klientka při vědomí snaha o spolupráci při celkové toaletě na lůžku. Oběhově stabilní TK 130/80 mmHg, TT 36,5st.C. Dle ordinace lékaře dnes zrušena NGS a PMK. Provedeny kontrolní odběry KO, BIO, glykémie odebírána 4xD. Operační rána klidná bez sekrece, stomie vitální stále neodvádí. Dle analogové vizuální škály zmírnění bolesti skóre 1 mírná bolest. Hodnocení tíže tromboflebitis dle Maddona skóre 0 není bolest ani reakce.

Medikace

Ciphin 200mg i.v. á 12 hodin

Fraxiparine 0,4ml s.c. á 24 hodin

Celaskon 500mg i.v. á 24 hodin

Degan 1 amp. i.v. á 8 hodin

Syntostigmin 1amp. 3xd i.m
Quamatel 1 amp. i.v. á 12 hodin
Letrox 150 per.os
Lactuloza 3xd lžíce

Infuzní terapie:

G10% 500ml + Actrapid 12j
Aminoplasmal 5%

Analgezie:

Dolsin 90mg i.m. podle bolesti

Šestý pooperační den

Dnes je klientka přeložena na standartní chirurgické oddělení. Na přání klientky je uložena na nadstandartní pokoj. Dieta postresekční. Vitální funkce TK, P a TT měřeny 3xD. Dle ordinace zrušen CŽK, konec kanyly odeslán na mikrobiologické vyšetření. Operační rána klidná, stomie dnes odvedla 200ml kašovitě stolice. Výměna stomického sáčku za asistence stomasestry. Dnes provedeno nutriční skóre pro dospělé bodové hodnocení 7 nutná speciální nutriční intervence.

Ve 13:00 konzultace s nutričním terapeutem klientka informována o skladbě jídelníčku a o nevhodných potravinách.

Za asistence fyzioterapeuta chůze po pokoji.

Medikace:

Ciphin 200mg tbl. per.os po 12 hodinách
Fraxiparine 0,5ml s.c. po 24 hodinách

Analgezie:

Tramal 100mg tbl 1-1-1 (podle potřeby při bolestech)

Desátý pooperační den

Stomie vitální, okolí klidné bez známek infekce či jiné komplikace. Dnes provedeny kontrolní odběry KO, BIO výsledky bez patologie. Vitální funkce měřeny 3xD. Výměna stomického sáčku za dohledu stoma sestry. Dle ordinace lékaře dnes vyndány stehy ob jeden na břiše a v okolí perinea. Kolem stomie dnes zrušeny zcela. Chůze po pokoji již zvládá samostatně bez dohledu.

Medikace:

Ciphin 200mg tbl. per.os po 12 hodinách
Fraxiparine 0,5ml s.c. po 24 hodinách

Analgezie:

Tramal 100mg tbl 1-1-1 (podle potřeby při bolestech)

Dvanáctý pooperační den

Klientka se cítí velmi dobře, bolesti nemá. Střevní pasáž zcela obnovena nezvrací, bez nauzey. Operační rána klidná, hojí se per.primam. Stomie vitální, funkční, okolí klidné. Břicho na pohmat měkké. Klientka bez dekubitů. Dolní končetiny bez známek TEN. Dle ordinace lékaře zbylé stehy vyndány. Klientka samostatná v ošetřování stomie. Dietu 3 toleruje.

Medikace:

Ciphin 200mg tbl. per.os po 12 hodinách

Analgezie:

Tramal 100mg tbl 1-1-1 (podle potřeby při bolestech)

Dvacátý pooperační den

Operační rána zcela zhojena, bez komplikací. Stomie vitální, funkční. Klientka zcela samostatná v péči o stomii. Dle ordinace lékaře propuštěna do domácí péče. Propouštěcí zpráva obvodnímu lékaři přiložena, pomůcky na jeden měsíc dostala klientka sebou. Dále poučena a seznámena s možností telefonické konzultace ve stomapradně. Čísla a kontakty na organizace stomiků předány. Kontrola v proktokolické poradně domluvena.

14. ZPRACOVÁNÍ DAT DLE MODELU VIRGINIA HENDERSON

„ Jedinečnou funkcí sestry je pomoc zdravému nebo nemocnému člověku vykonávat činnosti přispívající k jeho zdraví nebo uzdravení či klidné smrti, které by vykonával sám, bez pomoci, kdyby měl na to dostatek sil a vůle a vědomostí. Sestra vykonává tuto funkci tak, aby jedinec dosáhl nezávislosti co nejdříve“. (Virginia Handerson)

Aktivitty sestry zahrnují pomoc při uspokojování 14 základních potřeb. Sestra pouze asistuje. Rozhodovat a jednat za pacienta může jen v případě jeho úplné závislosti.

Pomoc klientce normálně dýchat

Bezprostředně po operačním výkonu nutná ventilace O₂ maskou SpO₂ bez kyslíku se pohybovala kolem 90%. Po úplném odeznění anestezie dýchání bez patologie s normální dechovou frekvencí, která se pohybovala kolem 16 – 20 dechů za minutu.

Pomoc klientce při příjmu potravin a tekutin

Vlivem základního onemocnění se klientce musel upravit jídelníček. Byla seznámena s vhodnými a nevhodnými potravinami. Společně s nutričním terapeutem byl sestaven vhodný jídelníček. Jídelníček musel pokrýt vysoké energetické nároky spojené s rekonvalescencí. Klientka zvládne se sama najíst.

Pomoc klientce při vylučování

Před operací zaveden PMK, který ponechán i během hospitalizace na CHIR JIP. Po přeložení na standartní oddělení je z počátku schopna dojít na WC v doprovodu ošetřujícího personálu. V dalších dnech pak bez pomoci. Za pomoci stomasestry se klientka učí péči o stomii.

Pomoc klientce při udržování optimální polohy

Bezprostředně po operaci nepolohována pro značné bolesti operační rány. Zvýšení dávky analgetik dopomohlo ke zmírnění bolestí. Klientka je schopna s ohledem na stomii a za pomoci hrazdičky polohovat se sama na lůžku.

Pomoc klientce při spánku a odpočinku

Při hospitalizaci na CHIR JIP nelze umožnit klidné prostředí a přítomí, které klientka vyžadovala při usínání. Po přeložení na standartní jednotku uložena na nadstandartní pokoj, kde již možno větrat a zajistit klid, ticho a soukromí, které napomáhalo klientce lépe usínat.

Pomoc klientce při výběru vhodného oděvu, při oblékání

Za hospitalizace na CHIR JIP není nutný žádný oděv. Na standardním oddělení je klientka schopna se sama obléknout. Doporučena pevná obuv s protiskluzovou podrážkou k zamezení rizika pádu. Vzhledem ke stomii je klientce doporučen volnější oděv a vhodné spodní prádlo, takové, aby nebránilo stomickým pomůckám.

Pomoc klientce při udržování tělesné teploty ve fyziologickém rozmezí

Klientka vyžaduje častější větrání pokoje, teplá místnost jí nedělá dobře. Během hospitalizace popíjela chladnější nápoje.

Pomoc klientce při udržování tělesné čistoty

V prvních dnech klientka vyžadovala pomoc sestry, nezvládala péči o stomii a celkovou koupel ve sprše. Částečnou toaletu na lůžku zvládne sama, ale péči o stomii pouze za asistence stomasestry. Desátý den hospitalizace je klientka schopna samostatné péče o stomii.

Pomoc klientce vyvarovat se nebezpečí a předcházet zranění

Provedeno hodnocení rizika pádu, výsledné skóre ukazuje na ohrožení pádem. Na CHIR JIP lůžko opatřeno postranní zábranou. Na standardním oddělení klientce doporučena obuv s protiskluzovou podrážkou. V blízkosti klientky signalizační zařízení. Z pokoje odstraněny nebezpečné předměty. V prvních pooperačních dnech chůze na toaletu a sprchy v doprovodu sestry nebo rodiny.

Pomoc klientce při komunikaci s ostatními

Klientka velice špatně snáší skutečnost, že má stomii. Zatím o svém problému dokáže hovořit pouze se stomasestrou, která jí je velkou oporou a ochotna jí kdykoliv pomoci. Samozřejmě rodina velice dobře spolupracuje a je klientce velkou oporou. Nadstandardní pokoj jí umožňuje soukromí, které klientka vyžaduje.

Pomoc klientce při vyznání její víry

Klientka je bez vyznání.

Pomoc klientce při práci

Klientka projevuje značné úsilí vykonávat zadanou činnost samostatně. Chce se co nejdříve uzdravit a být propuštěna do domácí péče. Chce opět chodit na zahrádku a starat se o svá vnučata, která jsou smyslem jejího života.

Pomoc klientce při učení

Trpělivý a laskavý přístup ošetřujícího personálu napomáhá klientce překonat její strach ze stomie. Neustále je přesvědčená o tom, že nebude schopna postarat se sama o sebe. Je přesvědčená o tom, že bude vyřazena ze společnosti, která jí bude opovrhovat.

15. OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN

Sestavení ošetřovatelského plánu jsem provedla na základě získaných informací z dokumentace klientky a za použití knihy NANDA taxonomie dle autorky Jany Marečkové. Podle knihy Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách, jsem sestavila jak aktuální, tak rizikové ošetřovatelské diagnózy. Navrhla cíle ošetřovatelské péče a ošetřovatelské intervence, které vedou k dosažení stanoveného cíle (Marečková, 2010).

15.1 Aktuální diagnózy

00132 - Akutní bolest související s operačním zákrokem

00002 - Nedostatečná výživa související se základním onemocněním – zhoubný novotvar konečníku s následnou sigmoideostomií

00108 – Deficit sebedpěče při koupání a hygieně související s operačním výkonem

00109 – Deficit sebedpěče při oblékání a úpravě zevnějšku související se založením stomie

00053 – Sociální izolace související se změnou fyzického vzhledu

15.2 Rizikové diagnózy

00047 - Riziko vzniku proleženin v souvislosti se svalovou atrofií na podkladě rozsáhlého operačního zákroku

00004 - Riziko infekce související se zavedeným močovým katétrem

00004 - Riziko infekce související se zavedeným centrálním žilním katétrem

00004 - Riziko vzniku infekce související s rozsáhlou operační ranou

00155 – Riziko pádu v souvislosti se svalovou atrofií po rozsáhlém operačním výkonu

00132 Akutní bolest související s operačním zákrokem projevující se:

Subjektivně: Verbalizací

Objektivně: Bolestivé grimasování v obličejí při polohování, tachykardie, bledost

Dle vizuální analogové škály (0-5) skóre 3 Velmi silná bolest

Cíl: zmírnit bolest do 24 hodin po operaci

Intervence:

Podávejte analgetika dle ordinace lékaře.

Aplikaci analgetik řádně zapisujte do dokumentace.

Ověřujte účinnost analgetik dle vizuální analogové škály.

Zajistěte příjemné prostředí.

Zajistěte pohodlí na lůžku.

Realizace:

Klientce byla bezprostředně po operačním výkonu aplikována Sufenta F 1amp i.v. kontinuálně lineárním dávkovačem 1ml/h. Dle vizuální analogové škály skóre 3 což ukazuje na velmi silnou bolest, proto rychlost analgetika zvýšena na 2ml/h. Ráno po výkonu provedeno opět zhodnocení pooperační bolesti škálováním skóre 1, což vykazuje mírnou bolest. Rychlost analgetika ponechána na 2ml/h.

Hodnocení:

Po zvýšení rychlosti analgetika došlo ke zmírnění bolesti. Dle vizuální analogové škály ze skóre 3 na skóre 1. Dle stanovených intervencí došlo ke zmírnění bolesti do 24 hodin po operačním zákroku a tím jsme splnili námi stanovený cíl.

00108 Deficit sebedpěče při koupání a hygieně související se založenou trvalou stomií projevující se:

Subjektivně: verbalizací, klientka udává, že nebude schopna se sama o sebe postarat. Neví, jak zvládne toaletu se stomií.

Objektivně: zanedbaný zevnějšek Barthel test skóre 60, což znamená střední závislost.

Cíl: Klientka bude schopna do odchodu do domácí péče provést toaletu zcela samostatně.

Intervence:

Zajistěte bezpečnost v koupelně.

Zajistěte soukromí.

Zajistěte dostupnost pomůcek pro finální ošetření stomie.

Zajistěte přítomnost stomasestry.

Provádějte edukaci.

Povzbuzujte klientku v jejím úsilí a oceň její snahu o samostatnost.

Motivujte.

Realizace:

Na podkladě klientčinych obav a strachu, že se o sebe nedokáže postarat, byla přivolána stomasestra, která pro klientku zajistila co nejvhodnější podmínky. Vybavila koupelnu tak, jak by měla vypadat v domácím prostředí. Edukovala klientku, jak vyměnit pomůcky po toaletě, jak ošetřit stomii a okolní kůži. Dále klientku informovala i o dostupných deodorantech a pohlcovačích pachu. Veškerá snaha klientky byla oceněna velkou pochvalou.

Hodnocení:

Na podkladě námi stanovených intervencí byl cíl splněn. Klientka zvládla samostatně toaletu i s výměnou stomických pomůcek zcela samostatně a vyjadřovala veliké uspokojení z toho, že se o sebe dokáže postarat.

00109 Deficit sebeděče při oblékání a úpravě zevnějšku související se založením stomie projevující se:

Subjektivně: Verbalizací. Klientka udává, že nezvládne úpravu zevnějšku a neví si rady jaký oděv je nyní vhodný.

Objektivně: zanedbaný zevnějšek a nevhodně zvolený oděv. Proveden test běžných denních činností dle Barthela skóre 60 bodů, což znamená střední stupeň závislosti.

Cíl: Klientka se do dvou dnů po přeložení na standartní oddělení bude schopna sama obléknout a upravit zevnějšek a zvolený oděv bude vyhovovat nynějšímu zdravotnímu stavu.

Intervence:

Zajistěte návštěvu stomasestry.

Edukujte klientku o vhodném oblečení.

Zajistěte klientce vhodné oblečení.

Informujte o stavu rodinu klientky.

Povzbuzujte klientku v jejím úsilí.

Realizace:

Klientka byla přeložena z CHIR JIP na nadstandartní pokoj dle přání rodiny. Po přeložení nebyla schopna zvolit vhodné oblečení, veškerý oděv obepínal tělo a klientka nebyla schopna se volně pohybovat. V odpoledních hodinách byla domluvena návštěva stomasestry, která klientku edukovala společně s rodinou jaký volit vhodný oděv, který by klientce umožňoval volnost pohybu, a cítila se v něm pohodlně. Druhý den rodina donesla klientce volný domácí úbor a vhodné spodní prádlo. Oděv nyní již nebránil stomickým pomůckám a klientka se tak cítila velmi dobře.

Hodnocení:

Po dostatečné edukaci nejen klientky, ale i její rodiny byla klientka schopna do dvou dnů sama o sebe pečovat a volit vhodný oděv, ve kterém se mohla volně a bezpečně pohybovat po oddělení a zároveň se v něm klientka cítila velmi dobře. Dle stanovených intervencí se podařilo námi navržený cíl splnit.

00002 nedostatečná výživa související se základním onemocněním – zhoubný novotvar konečníku s následnou sigmoideostomií projevující se:

Subjektivně: verbalizací, klientka udává nechuť k jídlu a nauzeu.

Objektivně: ztráta tělesné hmotnosti 2kg za týden, suchá kůže a snížený kožní turgor.

Dle Nutriční škály pro dospělé skóre 7 – nutnost nutričního terapeuta.

Cíl: Dostatečný příjem potravy pokrývající vysoké energetické nároky a tím následně zvýšit tělesnou hmotnost o 0,5kg za týden.

Intervence:

Zajistěte příjemné prostředí.

Zajistěte návštěvu nutričního terapeuta a sestavte vhodný jídelníček.

Informujte klientku o vhodných potravinách v souvislosti se stomií.

Zapojte ke spolupráci rodinu.

Realizace:

Klientka po operaci udávala nechuť k jídlu a tím došlo ke ztrátě tělesné hmotnosti o 2 kg za jeden týden. Podle provedeného Nutričního skóre pro dospělé bylo vhodné zajistit návštěvu nutričního terapeuta. Nutriční terapeut klientku edukoval v oblasti výživy, informoval jí o vhodných a nevhodných potravinách a za přítomnosti rodiny sestavili společně jídelníček, který pokryje vysoké energetické nároky v období rekonvalescence.

Hodnocení:

Klientka dodržovala navržený jídelníček, rodina velmi dobře spolupracovala s ošetřujícím personálem a tak během jednoho týdne došlo k nárůstu tělesné hmotnosti o 0,5kg. Tím se podařilo námi stanovený cíl splnit.

00053 Sociální izolace související se změnou tělesného vzhledu projevující se:

Subjektivně: verbalizací, klientka udává, že neví, jak bude schopna dále žít a co tomu řeknou lidé.

Objektivně: sklíčený, smutný výraz v obličeji, tichý tón hlasu. Beckova sebeposuzovací stupnice deprese skóre 31, což udává těžký stupeň deprese.

Cíl: do tří dnů zlepšit pohled na nynější situaci a tím zlepšit chuť do života

Intervence:

Zajistěte klientce dostatek informací o nemoci.

Zajistěte klientce dostatek informací o dostupných pomůckách.

Informujte lékaře a proved' záznam do dokumentace o psychickém stavu klientky.

Informujte klientku o organizacích pro stomiky a společenských akcí, které pořádají.

Zajistěte co největší kontakt s rodinou.

Zajistěte edukaci stomasestrou.

Zajistěte návštěvu psychologa dle ordinace lékaře.

Realizace:

Klientka se neustále uzavírala do sebe, přestala komunikovat s ošetřujícím personálem, odmítala jídlo i kontakt s ostatními klienty oddělení. Rodina nás informovala, že klientka ztrácí chuť do života. Dle Beckovi sebeposuzovací stupnice deprese vyšlo skóre 31, což nasvědčuje o těžké depresi. O stavu byl samozřejmě informován lékař, který domluvil konzilium specializovaného psychologa. Opět byla zapojena i stomasestra, která klientce donesla seznam organizací a klubů ve kterých se sdružují lidé se stejným onemocněním. Dále byla klientka seznámena s existencí časopisu Radim, který je určen pro stomiky. V tomto časopise píšou lidé své pocity a zkušenosti s daným onemocněním. Klientku jsme se snažili povzbuzovat a motivovat, veškerý úspěch byl pochválen. Rodina s klientkou trávila co nejvíce času a snažila se jí motivovat četbou a hudbou. Největším hnacím motorem pro úspěch měla vnučata, která klientka nadevše milovala a po jejich návštěvě vždy vyjadřovala veliké uspokojení. Po týdnu se podařilo depresi zvládnout a klientka dostala chuť do života. Cítila, že není sama, začala pečovat o svůj zevnějšek a získala chuť k jídlu.

Hodnocení:

Dle navržených intervencí se podařilo stanovený cíl splnit. Klientka začala přijímat svůj nový vzhled. Pochopila, že bohužel nebylo jiné východisko, jak onemocnění řešit. Velký dík patří psychologovi, stomasestře a rodině, která o svou maminku, babičku pečovala s velkou láskou a tím jí dávali najevo, že je v jejich životě nepostradatelná.

00004 Riziko vzniku infekce související se zavedeným močovým katetrem

Cíl: Zabránění vzniku infekce.

Intervence:

Se zavedeným permanentním katetrem manipulujte asepticky.

Denně ošetřujte permanentní močový katetr.

Sledujte bilanci tekutin.

Sledujte průchodnost PMK.

Sledujte a zaznamenávejte barvu, příměsi a hustotu moči.

Ptejte se klientky na nepříjemné pocity spojené se zavedeným PMK.

Umožněte spád moči.

Drenážní systém nerozpojujte.

Sledujte a zaznamenávejte příznaky celkové infekce.

Realizace:

Klientka byla přijata z onkologického oddělení se zavedeným PMK č. 16. Péče o PMK se prováděla 2x denně v rámci celkové toalety. Klientka byla při plném vědomí a neuváděla žádné nepříjemné pocity spojené se zavedeným PMK. TT se měřila dle ordinace lékaře po 3 hodinách s ostatními fyziologickými funkcemi. Naměřené hodnoty nevykazovaly žádnou patologii. Příjem a výdej tekutin byl vyrovnaný.

Hodnocení:

Během hospitalizace nedošlo k rozvoji infekce. Po třech dnech po operaci byl PMK podle ordinace lékaře zrušen a konec katetru odeslán na mikrobiologické vyšetření s negativním výsledkem. Stanovený cíl byl splněn.

00004 Riziko vzniku infekce související se zavedeným centrálním žilním katetrem.

Cíl: Zabránit vzniku infekce.

Intervence:

Pravidelně a asepticky ošetřujte místo zavedení CŽK.

Sledujte místo vpichu.

Při manipulaci s CŽK postupujte asepticky.

Používejte ochranné pomůcky.

Zhodnoťte tíži tromboflebitis dle Maddona a skóre zaznamenejte do dokumentace.

Sledujte a zaznamenávejte příznaky celkové infekce.

Dle platných standardů měňte infuzní linky, každých 72 hodin.

Realizace:

Po přijetí na CHIR JIP se v rámci předoperační přípravy zajistila centrální žíla cestou vena subclavia lateris sinistri. Místo vpichu se pravidelně ošetřovalo Softaseptem a sterilně krylo Cosmoporem. Během převazu se provedlo bodovací skóre tíže tromboflebitis dle Maddona a výsledek se řádně zaznamenal do dokumentace. Každý lumen trojcestné kanyly byl opatřen Safelow ventilem. Infuzní terapie byla aplikována samostatně přes jeden lumen. Analgezie do druhého lumen a intravenózní léky včetně ATB pak samostatně do třetího lumen CŽK. Před každým odběru krve z CŽK se místo rozpojení řádně ošetřilo Softaseptem s virucidním účinkem a po samotném odběru byla provedena výměna Safelow ventilu. Při manipulaci s katetrem byly vždy používány ochranné pomůcky. PO 72 hodinách byla provedena výměna infuzních setů dle platných standardů Krajské zdravotní a.s .

Hodnocení:

Klientka bez febrilie či jiných známek infekce. Okolí vpichu bez reakce, klientka neudávala bolest v místě vpichu. Tíže tromboflebitis dle Maddona 0 bez reakce a bolesti. Dle stanovených intervencí se podařilo cíl splnit.

0004 Riziko vzniku infekce související s rozsáhlou operační ranou:

Cíl: zabránit vzniku infekce

Intervence:

Pravidelně a asepticky převazujte operační ránu.

Používejte sterilní nástroje a sterilní krytí.

Používejte ochranné pomůcky.

Sledujte okolí operační rány (barvu a vzhled kůže, sekreci z rány).

Sledujte a zaznamenávejte příznaky celkové infekce (subfebrilie, pocení, tachykardie)

O změnách informujte lékaře.

Realizace:

Operační výkon byl již proveden v profylaxi ATB, na sále byl podán Unasyn 1,5g. Do ordinací pak nasazen Cifin 200mg i.v po 12 hodinách. Klientka byla po operaci přeložena na CHIR JIP, kde byly kontinuálně monitorovány fyziologické funkce. Dle ordinace lékaře byla odebírána krev i na zánětlivé markery.

Operační rána byla převazována 1x denně dále pak podle potřeby. Kůže i vlastní operační rána byla při převazu dezinfikována Softaseptem a kryta Cosmoporem. Stomie byla kryta v prvních dnech průhledným jednodílným systémem s výpustí. Jednodílný průhledný systém umožňoval lepší kontrolu okolní kůže.

Hodnocení:

Operační rána byla klidná, bez sekrece. Okolí stomie bez komplikací. Laboratorní parametry nenasvědčovaly žádné infekci. Klientka po celou dobu hospitalizace afebrilní.

Klientka byla bez známek infekce.

00047 Riziko vzniku proleženin v souvislosti se svalovou atrofií na podkladě rozsáhlého operačního výkonu. Škála dle Nortonové vykazuje skóre 18 bodu, což svědčí o riziku vzniku dekubitů

Cíl: Zabránit vzniku proleženin během hospitalizace na chirurgickém oddělení

Intervence:

Zajistěte dostatečnou hygienu a péči o kůži zejména v okolí stomie a v predilekčních místech.

Pravidelně kontrolujte predilekční místa.

Provádějte masáž zad a predilekčních míst 2x denně.

Zajistěte a opatřete lůžko vhodnou matrací pro prevenci dekubitů.

Zajistěte polohování klientky dle aktuálního stavu a změnu polohy zaznamenávejte do dokumentace.

Dohlížejte, zda klientka při odpočinku mění polohu.

Při každé změně zdravotního stavu proveďte bodovací skóre dle Nortonové a výsledek zapište do dokumentace.

Realizace:

Polohovací lůžko bylo opatřeno nafukovací matrací pro prevenci dekubitů. Masáž zad a predilekčních míst byla prováděna v rámci celkové toalety na lůžku ráno a večer. Bezprostředně po operaci bylo provedeno bodovací skóre dle Nortonové s výsledkem 18 bodů, což svědčí o tom, že je klientka ohrožena vznikem dekubitů. Predilekční místa byla pravidelně kontrolována. Paty a lokty byly po operaci vypodloženy speciální měkkou pomůckou, abychom zabránili vzniku proleženin. S aktivní rehabilitací se začalo, již první pooperační den, s ohledem na bolest klientky. Okolí stomie se pravidelně kontrolovalo a kůže byla řádně promazána. Po operaci byl zajištěn i dostatečný přísun tekutin v rámci infuzní terapie.

Hodnocení:

Během hospitalizace byly dodržovány veškeré intervence. Klientka byla pravidelně polohována a s aktivní rehabilitací se začalo již první pooperační den. Lůžko bylo opatřeno kvalitní matrací. Během hospitalizace nedošlo ke vzniku dekubitů a tím byl stanovený cíl splněn.

**00155 Riziko pádu v souvislosti se svalovou atrofií po rozsáhlém operačním zákroku.
Dle použité škály skóre 5 – klientka ohrožena pádem.**

Cíl: Zabránit pádu klientky během její hospitalizace na chirurgickém oddělení.

Intervence:

Zajistěte bezpečné prostředí a odstraň překážky, které by mohly vést ke vzniku pádu.

Zajistěte boční postranice k lůžku během odpočinku.

Zajistěte vhodnou pevnou obuv s protiskluzovou podrážkou.

Zajistěte návštěvu fyzioterapeuta k sestavení vhodného cvičebního plánu vedoucímu k posílení atrofovaného svalstva dolních končetin.

Zajistěte signalizační zařízení v dosahu klientky.

Realizace:

Klientka byla po celkové anestezii přeložena na CHIR JIP, kde jsou lůžka opatřena boční postranicí. Klientka byla po operaci 24 hodin kontinuálně sledována a napojena na monitor. Po přeložení na standartní chirurgické oddělení bylo z pokoje odstraněno vše, co by klientku mohlo ohrozit. Rodina klientce donesla vhodnou doporučenou obuv. V prvních dnech byla při chůzi po pokoji doprovázena sestrou nebo rodinou. Fyzioterapeut docházel za klientkou 2x denně a cviky byly navrženy tak, aby došlo k posílení svalstva dolních končetin. Signalizační zařízení měla klientka v dosahu pro případ rychlého zavolání ošetřujícího personálu.

Hodnocení:

Během hospitalizace klientka dodržovala všechny bezpečnostní pokyny. Ošetřující personál dodržoval navržené intervence. Během hospitalizace na chirurgickém oddělení nedošlo k pádu. Stanovený cíl byl splněn.

16. EDUKAČNÍ PLÁN

| | | | | |
|--|---|---|--|--|
| ÚČEL: | | Vysvětlit klientce správnou techniku ošetřování stomie | | |
| CÍL: | | V následujících 30 minutách klientka provede správnou techniku výměny stomického sáčku a péči o okolí stomie | | |
| POMŮCKY: | | | VÝUKOVÉ METODY: | |
| Planžeta, stomický sáček, dezinfekce, pasta, videozáznam | | | Teoreticko-praktická (diskuze + instruktáž) | |
| DRUH CÍLE: | SPECIFICKÉ CÍLE: | HLAVNÍ BODY PLÁNU: | ČASOVÁ DOTACE: | HODNOCENÍ: |
| A | Klientka nebude Vyjadřovat obavu, že nezvládne samostatně ošetřit stomii | - Psychická podpora | 5 minut | Klientčiny obavy se zmírnily |
| K | Klientka popíše správnou techniku ošetření stomie | - Nechám klientku připravit všechny pomůcky k převazu - Znovu mu slovně popíšu správný postup ošetřování - Pustím videozáznam | 10 minut | Klientka připravila správně všechny pomůcky a popsala správnou techniku převazu stomie. |
| P-M | Klientka na sobě předvede správnou techniku převazu a péči o stomii | - Zajistím přítomnost stomické sestry, která klientce znovu vysvětlí správnou techniku ošetřování | 15 minut | Klientka předvedla správnou techniku převazu a ošetřování okolí stomie. Dostala velkou pochvalu od stomické sestry. |

17. ROZHOVOR S KLIENTKOU ŠEST MĚSÍCŮ PO OPERACI

Klientka byla propuštěna do domácí péče dvacátý den po operačním zákroku. Z rodinné anamnézy víme, že je vdova a žije sama. Před operací ráda jezdila na kole, chodila na zahrádku, o kterou se sama starala a navštěvovala kulturní a společenské akce. Klientku jsem zkontaktovala a poprosila, zda mi může odpovědět na několik otázek, které se týkají nynějšího života. Již při první návštěvě u ní doma mne velice překvapilo s jakým klidem a s jakou vstřícností ke mně přistupuje. Tím jí chci velice poděkovat za její ochotu a pomoc při dokončení mé bakalářské práce. Pomohla mi k tomu, abych si vytvořila určitou představu, čím si vlastně lidé s takovouto diagnózou projdou a jak jsou schopni se s touto nelehkou situací vyrovnat. Celý rozhovor byl veden za přítomnosti dcery klientky, která byla klientčinou největší oporou po dobu celé její hospitalizace.

Jak se s odstupem šesti měsíců díváte na svou diagnózu?

„Co na to mám říci, já už něco tušila. Měla jsem dlouhou dobu problémy, ale nechtěla jsem nikoho zatěžovat. Víte, manžel zemřel před dvěma lety na tu samou diagnózu. Dokážete si představit, že jsem to nechtěla ani vědět, vůbec si připustit, že bych mohla být nemocná. Pak přišla dcera na návštěvu a samozřejmě poznala, že se něco děje. No a dělo. Spustil se koloběh vyšetření, odběrů, hospitalizace na onkologii. Pak mi na chirurgii potvrdili to, co jsem už dávno tušila. Byl to šok. Vzpomněla jsem si na manžela, jak to pro něj bylo všechno těžké. Nechtěl onemocnění přijmout, bral to jako potupu, selhání chodit se sáčkem. Uzavíral se do sebe, až to vzdal úplně a já teď měla zažívat to samé. Miluji práci na zahrádce, společenské akce a kolo a teď se toho všeho budu muset vzdát. U manžela jsem neviděla nic pozitivního. V nemocnici na mne byli všichni moc hodní, až na lékaře, kteří by mohli být trochu vlídnější. Podstoupila jsem operaci, probudila jsem se na JIP a v tu chvíli jsem si uvědomila svůj stav, že už to nelze vrátit zpět. Jak jsem byla statečná na začátku, tak se mi zbořil celý svět. Nechtěla jsem žít. Nechtěla jsem se na nikoho ani podívat a s nikým mluvit. Personál byl vynikající, stomasestřičce jsem vděčná za mnohé. Dokonce jsem jí děkovala, v časopise Radim. Vlastně díky dceři, stomasestře a psychologovi jsem tam, kde jsem teď.“

Co pro Vás byl největší problém?

„Vzhledem k tomu, že jsem ztratila chuť do života, tak jsem nedělala vůbec nic. Najednou jsem nechtěla jíst, abych stomický sáček nemusela měnit. Nechtěla jsem

se koupat ani oblékat, protože jsem se strašně bála, nechtěla jsem na stomii koukat natož šahat. Když mi pak sestřička Broňa řekla, že jsou mnohem mladší ženy, které mají stomii, mají dokonce i partnerský vztah a děti, chodí plavat a na plesy trochu jsem se zastyděla za svou slabost. Sestra mi ukázala možnosti, jak o sebe pečovat, že se můžu dokonce odreagovat i ve vaně plné vody. Nosit to co chci, co mi tedy bude vyhovovat a nebude mne obtěžovat. Nejdůležitější pro mne bylo naučit se stravovat. Díky pravidelnému režimu a doporučenému stravování jsem si vypěstovala i pravidelný režim odchodu stolice. Ráno si v klidu vyměním stomický sáček a pak už mi celý den nic nebrání, chodím si, kam chci. Dalo to práci, ale vyplatilo se to. Teď si občas dám i něco méně vhodného k jídlu a nečiní mi to žádný problém. Co nemůžu doopravdy, jsou jahody, maliny a ořechy, ale bez toho se obejdu.“

Tak jak se pro Vás vlastně změnil život?

„Ze začátku jsem myslela, že se mi obrátil svět vzhůru nohama. Nevěděla jsem jak se obléknout, jak se vykoupat, co jíst. S postupem času a s narůstajícími vědomostmi a hlavně cvikem jsem se začala učit se o sebe postarat. Jedla jsem pravidelně, doporučenou stravu, pila dostatek tekutin. Společně se sestřičkou Broňou jsme vybraly úžasné pomůcky, krémy a pohlcovače pachu. Naučila jsem se vše a teď můžu jezdit na kole, s vnoučaty chodím na procházky a s dcerou jsem byla dokonce v divadle. Minulý měsíc jsem ze zvědavosti navštívila jednu akci pořádanou pro stomiky a tak jsem teprve pochopila, že nejsem sama. Někdy jsem musela dokonce uznat, že jsem na tom ještě výborně. Tak abych Vám odpověděla na Vaši otázku, co se pro mne změnilo? Jediné co nemusím je spláchnout, místo toho odhazuji sáček do koše. (smích).“

Jaká byla reakce okolí?

„ Abych byla upřímná, nikomu jsem nic neřekla. Nic jim do toho není. Rodina to ví, pokud by se mne někdo zeptal, zapírat nebudu, Nyní se již za stomii nestydím. Jsem Žena v letech, rodina mne miluje a já žiju, každý den naplno.“

Jak jste spokojená s pomůckami a s nabízenými službami?

„ Teď v žádném případě nechci dělat reklamu, i když to tak vypadá. Používám pomůcky od firmy Convatec. Objednané pomůcky mi pošlou pěkně poštou, hezky zabalené v obyčejné krabici, takže nikdo nepozná, co v balíčku vlastně je. Respektují soukromí a to se mi líbí. Sousedka už se ptala, co stále objednávám, já odpověděla, že AVON. Dalším plusem, nebo spíše milou pozorností firmy je, že mi nikdy nezapomenou poslat nějaký ten dárek, kterým naopak já potěším vnoučata. Informační letáčky dostávám a zdarma mi je doručován i časopis Radim, který je určen pro nás stomiky. Obsahuje

vlastně vše, co je třeba vědět, příběhy a zkušenosti ostatních lidí a dokonce i tu křížovku, kterou si ráda vyluštím. Kdybych cokoliv potřebovala, můžu se obrátit na stomasestru a nebo na bezplatnou linku Convatecu.“

Poslední otázku, kterou vám položím, co vzkážete lidem, kteří jsou na začátku svého onemocnění?

„ Ať se nebojí, že to zvládnou. Nejsou na světě sami, je nás víc. Jakýkoliv problém, dotaz nebo pocit, ať okamžitě řeší. Lidé, kteří pracují pro nás stomiky nám pomohou poradit co dál. Chápu, že na začátku jim vše připadá jako konec světa, ale je to teprve začátek. Není to zas taková hrůza, jak to vypadá. Se stomií totiž mohou dýchat, jíst, chodit, jezdit autem, jezdit na kole, plavat, tančit, navštěvovat kino, divadlo. Je toho spousta, co lze. Ať se podívají na lidi na vozíku, nevidomé nebo dětičky s vrozenou vývojovou vadou a pochopí. To by byl námět na další práci nebo rozhovor.

Na závěr Vám ještě povím, že pokud máte odhodlání a chuť žít, tak se dá se stomií prožít opravdu kvalitní život, sice s nepatrným omezením. Já vím, o čem mluvím.“

18. DOPISY ČTENÁŘŮ ČASOPISU RADIM

„Vážení, po operaci mi byla sdělena diagnóza stomie, což byl pro mne šok. Ztratila jsem chuť do života a chtěla jsem to vzdát. Díky stomasestře Bronislavě Kučerové, lékařům, sestřičkám z Chirurgie Chomutov a své rodině jsem to zvládla. Velmi mi pomáhají vaše pomůcky, které jsou perfektní, a cítím se s nimi jistá. Vážím si Vašeho přístupu k nám pacientům, kdy dostáváme pomůcky až domů. Též časopis je poučný. Díky němu půl roku po operaci žiji normálním životem. Jezdím na kole, hlídám vnoučata a pracuji na zahrádce. Děkuji vám, že nám vracíte chuť do života.“

Zdroj: Radim: Časopis pro stomiky. Praha: Bristol-Myers Squibb, divize Convatec, 2011, svazek 1. Strana 23

„Vážená paní Křepínská a kolektive, chci Vám poděkovat za péči a bezchybný servis, který mně poskytujete již 11 roků, co žiji se stomií. Díky také za každoroční blahopřání k narozeninám! Velice si vážím vašeho lidského přístupu ke všem klientům. Neznám lepší služby i rady, časopis RADIM a vše, co nám usnadňuje život, než ConvaTec. Jste naprostá jednička v celé ČR. Přeji Vám všem mnoho zdraví, pracovních úspěchů a stále mnoho spokojených klientů.“

Zdroj: Radim: Časopis pro stomiky. Praha: Bristol-Myers Squibb, divize Convatec, 2011, svazek 1. Strana 23

„Vážená paní Přikrylová, předem děkuji za rady, které jste mi ohledně urostomie dala. Sice to nemám ještě v normálu, ale dělám možné i nemožné a snad se z toho vyhrabu. Díky tedy i Vaší společnosti za to, že mohu jezdit i s tou stomií na motocyklu jak doma, tak v cizině.“

Zdroj: Radim: Časopis pro stomiky. Praha: Bristol-Myers Squibb, divize Convatec, 2011, svazek 2. Strana 37

Říkanka pro stomiky

Když do těla vlez ráček,

chová se tam jako dráček.

Na čelo Ti padne mráček,

už nezpíváš jako ptáček.

Nebud', chlapče, nebud' máček,

Řeknu ti to bez vytáček:

Jsou pomůcky různých značek

a není v tom žádný háček.

Nemusíš mít peněz váček,

potřebuješ prostě sáček.

Až Tě přejde první vztek,

obrat' se na ConvaTec.

NATURU má právě novou:

k tomu službu zásilkovou.

Zdroj: Radim: Časopis pro stomiky. Praha: Bristol-Myers Squibb, divize Convatec, 2010, svazek 2. Strana 25

DISKUZE

Námětem mé bakalářské práce je kvalita života lidí se stomií. Kvalitou života, jak jsem měla možnost vyčíst, se zabývalo již mnoho autorů odborných publikací a článků. Své články však zaměřovali pouze na dostupnost stomických pomůcek, na spokojenost klientů s určitou stomickou pomůckou a na informovanost klientů s novinkami na našem trhu.

Cílem mé bakalářské práce je poukázat prostřednictvím případové studie na komplexní ošetrovatelský proces klienta, u něhož je jediným terapeutickým řešením založení trvalé kolostomie. Chtěla jsem se také zaměřit na důležitost edukace erudovaných stomasester a přiblížit největší problémy, se kterými se během ošetřování klienta se stomií můžeme setkávat. Pro svou práci jsem si zvolila klientku, u které byl diagnostikován zhoubný novotvar konečníku. Potřebné informace jsem získala ze zdravotnické dokumentace během ošetrovatelského procesu, ale i rozhovorem s klientkou samotnou. Získané informace jsem následně aplikovala v modelu Virginie Henderson. Aktivita sester zde zahrnují pomoc při uspokojování 14 základních potřeb, u kterých by měly pouze asistovat. Po analýze dat jsem stanovila aktuální a rizikové ošetrovatelské diagnózy, které se opíraly o subjektivní pocity klientky.

Jako první ošetrovatelskou diagnózu jsem zvolila akutní bolest, která souvisela s operačním zákrokem. Cílem bylo zmírnění bolesti do 24 hodin. Analgetika byla podávána kontinuálně v lineárním dávkovači. Rychlost určil ošetřující lékař v souladu s reakcí klientky. Ráno bylo provedeno hodnocení bolesti podle vizuální analogové škály, která ukazovala na skóre 1 – mírná bolest. Stanovený cíl se podařilo splnit.

Druhým ošetrovatelským problémem byl deficit sebepéče, a to v oblasti koupání a hygieny. Stanovená ošetrovatelská diagnóza souvisela se založenou stomií. Cílem bylo zajistit úplnou samostatnost při koupání a hygieně, a to do doby, než bude klientka propuštěna z chirurgického oddělení do domácího léčení. Důležitou úlohu zde sehrála stomasestra, která klientce názorně ukázala, jak o stomii správně pečovat a jaké stomické pomůcky používat. Díky empatickému přístupu a motivaci byla klientka schopna provést toaletu a ošetření zcela samostatně a stanovený cíl byl splněn.

Díky testu běžných denních činností dle Barthela byl současně zjištěn deficit sebepéče při oblékání a úpravě zevnějšku. Tento problém pomohla vyřešit stomasestra. Je totiž nesmírně důležité, aby byl každý klient se stomií řádně edukován o vhodném oděvu.

Voleno je takový oděv, který klientovi nebrání v žádném pohybu a zároveň zajišťuje diskrétnost stomickým pomůckám. Stanovený cíl byl splněn.

Velkým problémem, který stomiky doprovází, je výživa. Abychom zajistili adekvátní výživu a zároveň zabránili nežádoucím zažívacím problémům, je nutné dodržet určitá opatření. Nutriční terapeut informoval klientku o vhodné skladbě jídelníčku. Klientka tedy přijímala potraviny, které obsahovaly veškeré důležité složky výživy a zároveň nezpůsobovaly zažívací potíže. Klientka začala pozvolna přibírat na váze. Nastavená nutriční byla dostačující a stanovený cíl byl splněn.

Během hospitalizace byla klientka ohrožena rizikem vzniku infekce a to nejen v souvislosti s operační ranou, ale i díky zavedeným katetrům. Cílem rizikových ošetřovatelských diagnóz bylo zabránit vzniku infekce. Během hospitalizace se sledovaly zánětlivé parametry (Leukocyty a sedimentace). Pravidelně se kontrolovaly žilní vstupy a operační rána, která se hojila bez komplikací. Vzhledem k tomu, že se žádné známky infekce neobjevily, podařilo se stanovený cíl splnit.

Další rizikovou diagnózou byl vznik dekubitů a riziko pádu. Podle provedených škál a na základě bodového hodnocení, bylo riziko vznik dekubitů a možnost pádu, značně vysoké. Abychom zabránili vzniku dekubitů, byly pravidelně kontrolovány predilekční místa a použita vhodná antidekubitální matrace. Díky adekvátní výživě se mohlo začít i s vhodnou rehabilitační péčí, kterou zajišťoval kvalifikovaný fyzioterapeut. Rehabilitace byla důležitá i k zabránění pozdních pooperačních komplikací. Při chůzi používala klientka vhodnou obuv s protiskluzovou podrážkou, která zmírnila riziko pádu. Oba cíle se podařilo splnit.

Největším problémem, který se během hospitalizace vyskytl, byla psychická stránka klientky. Zpočátku odmítala přijmout svoji tělesnou změnu a uzavírala se do sebe. O změně v psychickém stavu nás informovala i nejbližší rodina. Z důvodu zhoršování psychického stavu, bylo důležité určit rozsah změn podle posuzovací stupnice deprese. Zjistili jsme, že se klientka nachází v těžké depresi. Ošetřující lékař zajistil konzilium erudovaného psychologa. Stomasestrou byla klientka informována o klubech pro stomiky a seznámena s jejich činností. Po týdnu usilovné motivace a vydatné spolupráce rodiny se podařilo psychický stav zvládnout. Klientka přijala svůj nový tělesný vzhled a začala spolupracovat. Stanovený cíl byl rovněž splněn.

Vzhledem k psychickému rozpoložení klientky, jsem se začala tímto problémem více zabývat. Pročetla jsem řadu odborných knih a získala spoustu informací. Chtěla jsem zjistit více o tom, jaký vliv má založení stomie na psychickou stránku samotného klienta.

Zjistila jsem, že psychické změny, které se po založení stomie objeví, úzce souvisí s vnímáním vlastního tělesného vzhledu. Tělesný vzhled se tak stává součástí vlastního psychického obrazu, který si jedinec vytváří. O těchto změnách se podrobně vyjadřuje (Payne, 2005) ve své odborné publikaci „Kvalita života a zdraví“. Největším přínosem v mém pátrání byla zkušenost stomasestry, která je v neustálém kontaktu s tímto problémem. Záleží samozřejmě na mnoha faktorech. Jaká je člověk osobnost, na skutečnosti, jaký vedl život před onemocněním, na sociálním a rodinném zázemí. Psychicky se s onemocněním vždy lépe vyrovnává člověk, který je neustále motivován a podporován svými nejbližšími. Klient potřebuje vědět, že je milován a že jím společnost neopovrhne. Klient, který nemá stabilní rodinné zázemí, není schopen svojí diagnózu snáze přijmout a většinou je odkázán na péči druhých lidí. Důležitým faktem je, že každý stomik potřebuje zcela individuální přístup a to i ve volbě stomických pomůcek, což uvádí i odborná publikace (Křenková, 2010).

Ve své bakalářské práci jsem mohla díky krátkému rozhovoru s klientkou uvést, jakým způsobem se jí změnil život zhruba šest měsíců po operačním výkonu. Jak se s odstupem času dívá na svou diagnózu. Měla jsem možnost srovnání, neboť jsem se během rozhovoru dozvěděla, že její manžel před dvěma lety zemřel na stejné onemocnění. Bylo pro ni těžké vzpomínat. Manžel se s onemocněním nedokázal psychicky vyrovnat i přes veškerou podporu rodiny. Odmítal péči psychologa a posléze i jakoukoliv pomoc. Naopak klientka měla chuť žít, cítila se stále potřebná i přes to, že přijmout stomii pro ni bylo velice těžké. Nyní žije prakticky normální život, je schopna jezdit na kole a vykonávat veškeré aktivity jako dříve. Jediné, co musela změnit, byl jídelníček a stravovací návyky. Podle jejích slov je to jediná změna, kterou musela podstoupit.

Podobný rozhovor vedla i autorka své diplomové práce (Lustyková, 2012). Provedla rozhovor celkem s 12 klienty s trvalou kolostomií a vyslechla 12 různých názorů na život se stomií. Většina z těchto rozhovorů byla optimistická. Klienti se nevzdávali a bojovali za kvalitu svého života každý den.

Na závěr své bakalářské práce použiji slova své klientky. Jedná se o jakýsi odkaz klientům, kteří jsou teprve na začátku svého onemocnění a nové životní etapy:

„Nebojte se prosím, že to nezvládnete, nejste na světě sami, je nás víc, lidí se stomií. Důležité je řešit jakýkoliv problém včas. Lidé, kteří pracují pro nás stomiky, vám pomohou poradit, co dál. Chápu vás, že na začátku vám to připadá, že je konec světa, ale věřte je to teprve začátek. Není to zas taková hrůza, jak to vypadá. Se stomií totiž můžete dýchat, jíst, chodit, jezdit autem i na kole, plavat, tančit, navštěvovat kino, divadlo. Je toho spousta,

co lze. Na závěr vám ještě povím, že pokud máte odhodláni žít, chuť žít, tak se dá se stomií prožít opravdu kvalitní život, byť s nepatrným omezením.“

Díky setkání a rozhovoru s klientkou a po zpracování veškerých informací jsem dospěla k závěru, že pokud má klient dobré zázemí a je vhodně motivován, dokáže se s danou situací lépe vyrovnat.

Působení na chirurgickém oddělení a péče o klientku se stomií mi umožnila lépe poznat problematiku a těžkosti v ošetrovatelské péči. Mohla jsem si ověřit a seznámit se s náročnou úlohou stomasestry, která je v péči o klienty se stomií naprosto nepostradatelná. Díky rozhovoru s klientkou jsem pochopila, jak svou nemoc klienti prožívají a jak náročné je vyrovnat se s tímto tělesným hendikepem.

ZÁVĚR

Má bakalářská práce je rozdělena na dva hlavní oddíly. V teoretické části se zabývám nejen historií stomie samotné, ale i historií ošetřování. Jakým způsobem se stomie dělí a jaké jsou nejčastější indikace k jejímu vytvoření. Dále se zde snažím přiblížit kompletní předoperační přípravu a náročnou práci stomasestry. V kapitole právo a legislativa se snažím, několika slovy nastínit, na co mají stomici nárok a jakým způsobem jsou pomůcky pro stomiky hrazeny.

Praktická část mé bakalářské práce obsahuje kazuistiku s kompletním ošetrovatelským procesem a edukací klientky. Poukazuji zde na nejčastější ošetrovatelské problémy a jejich řešení a zároveň přibližuji jak náročný proces to je, začlenit se zpět do společnosti. Díky rozhovoru s klientkou jsem si mohla ověřit jak kvalitní život a s jakým omezením se dá žít s trvalou stomií. Má bakalářská práce dále vyzdvihuje důležitou roli stomasestry v kompletním ošetrovatelském procesu. Právě kvalifikovaná a empatická stomasestra může klientovi pomoci v návratu do běžného života. Jejím největším posláním je klienta připravit na život nejen v předoperačním období, ale zejména v tom těžším pooperačním. Klient se zde snaží přijmout svůj nový vzhled, musí se naučit pečovat o stomii samotnou a právě stomasestra je mu tou největší oporou. Poskytuje klientovi potřebné informace a klient se na ní obrací s jakýmkoliv problémem. Ke zkvalitnění života stomiků přispělo i zdokonalení pomůcek pro stomiky, na což též upozorňuji ve své bakalářské práci. Velký podíl na kvalitě života stomiků mají též kluby pro stomiky, ve kterých se scházejí klienti se stejnou diagnózou a se stejnými nebo podobnými problémy. Učí se zde o svých problémech hovořit a dělí se zde s ostatními o své zkušenosti. Je to náročný proces, který vyžaduje velké odhodlání, motivaci a podporu nejbližších. Od společnosti se vyžaduje, že se nebude před problémem stomie odvracet, ale nadále se snažit klientům pomáhat v jejich úsilí překonat těžkou životní zkoušku, čímž jim usnadní návrat do normálního života.

LITERATURA A PARAMETRY

BOSÁKOVÁ, Alice. *Péče o dětské pacienty se stomiemi*. Ostrava: Moravskoslezské nakladatelství s.r.o, 2005. 36s. ISBN 80-239-4731-1.

ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 2*. Praha: Grada, 2002. 488s. ISBN 978-80-247-0143-1.

DOUBKOVÁ, Kateřina. Výživa stomika v domácím prostředí. *Sestra*: Odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky. Praha: Mladá fronta, 2008, svazek 18, č. 02. Strany 54-55. ISSN 1210-0404.

GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života*. Praha: Grada, 2011. 224s. ISBN 978-80-247-3625-9.

KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada, 2007. 352s. ISBN 978-80-247-1830-9.

KASAL, Eduard. *Základy anesteziologie, resuscitace, neodkladné medicíny a intenzivní péče pro lékařské fakulty*. Praha: Karolinum, 2006. 197s. ISBN 80-246-0556-2.

KRBOVÁ, Irena. Komplikace stomií a jejich řešení. *Diagnóza v ošetrovatelství*: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky. Praha: PROMEDIAMOTION s.r.o, 2010, svazek 4, č. 03. Strana 18 – 20. ISSN: 1801-1349.

KŘENKOVÁ, Dragica. Jaký je rozdíl mezi jednodílným a dvoudílným systémem?. *Radim*: Odborný časopis pro stomiky. Praha: ConvaTec ČR, 2010, č. 2. Strany 30-31. ISSN neuvedeno.

LENOCHOVÁ, Eva, KIRSCHOVÁ, Jana. Život se stomií. *Sestra*: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky. Praha: Mladá fronta, 2011, svazek 21, č. 1. Strany 65-66. ISSN 1210-0404.

LIPSKÁ, Ludmila a Visokai, Vladimír. *Recidiva kolorektálního karcinomu*. Praha: Grada, 2009. 456s. ISBN 978-80-247-3026-4.

LUKÁŠ, Karel a Žák, Aleš. *Gastroenterologie a hepatologie*. Praha: Grada, 2007. 380s. ISBN 978-80-247-1787-6.

LUSTYKOVÁ, Eva. *Kvalita života stomiků před a po založení stomie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Diplomová práce. 2012.

MAREČKOVÁ, Jana. Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 264 s. ISBN 80-247-1399-3.

MICHÁLKOVÁ, Helena. Historie a vývoj stomických pomůcek. *Sestra*: Odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky. Praha: Mladá fronta, 2009, svazek 19, č. 03.

Strany 36-37. ISSN 1210-0404.

MIKŠOVÁ, Zdeňka, Froňková, Marie a Zajíčková, Marie. *Kapitoly z ošetrovatelské péče*. Praha: Grada, 2006. 176s. ISBN 978-80-247-1443-1.

MULLEN, Barbara, McGINN, Kerry. *The Ostomy Book*. 3rd ed. Colorado: Bull Publishing Company, 2008. 334 s. ISBN 978-1933503-13-4.

PAILOVÁ, Nad'a. Výživa stomiků. *Sestra: Odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. Praha: Mladá fronta, 2008, svazek 18, č. 02. Strana 5. ISSN 1210-0404.

PAYNE, Jan a kolektiv. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. 629s. ISBN 80-7254-657-0.

PORRETT, Theresa, McGRATH, Anthony. *Stoma Care*. New Jersey: Wiley-Blackwell, 2005. 192 s. ISBN 978-1-405114-07-3.

Radim: Časopis pro stomiky. Praha: Bristol-Myers Squibb, divize Convatec, 2010, svazek 2. Strana 25. ISSN neuvedeno.

Radim: Časopis pro stomiky. Praha: Bristol-Myers Squibb, divize Convatec, 2011, svazek 1. Strana 23. ISSN neuvedeno.

Radim: Časopis pro stomiky. Praha: Bristol-Myers Squibb, divize Convatec, 2011, svazek 2. Strana 37. ISSN neuvedeno.

ŘEDINOVÁ, Marie, ŠERÝ, Miroslav. Světový den stomiků 2009. *Sestra: Odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. Praha: Mladá fronta, 2009, svazek 19, č. 10. Strany 48 – 49. ISSN 1210-0404.

SKALICKÁ, Hana a kolektiv. *Předoperační vyšetření*. Praha: Grada, 2007. 160s. ISBN 978-80-247-1079-2.

SLEZÁKOVÁ, Lenka a kolektiv. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty II*. Praha: Grada, 2007. 200s. ISBN 978-80-247-2040-1.

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

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Nejedlá, Marie. *Interní ošetrovatelství I*. Praha: Grada, 2006. 284s. ISBN 978-80-247-3625-9.

ŠVÁB, Jan a kolektiv. *Chirurgie vyššího věku*. Praha: Grada, 2008. 208s. ISBN 978-80-247-2604-5.

VYZULA, Rostislav a Žaloudník, Jan. *Rakovina tlustého střeva a konečníku*. Praha: Maxdorf s.r.o, 2007. 287s. ISBN 978-80-7345-140-0.

WORKMAN, Barbara a Bennett, Clare. *Klíčové dovednosti sester*. Praha: Grada, 2006. 260s. ISBN 80-247-1714-x.

ZACHOVÁ, Veronika. Hojení kožních defektů v okolí stomie. *Sestra*: Odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky. Praha: Mladá fronta, 2009, svazek 19, č. 03. Strany 44-45. ISSN 1210-0404.

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

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

| | |
|-------------------|--|
| ARO | Anesteziologicko- Resuscitační Oddělení |
| ATB | antibiotika |
| amp | ampule |
| a.s | akciová společnost |
| BIO | biochemické vyšetření krve |
| BMI | Body Mass Index |
| CA | celková anestezie |
| Ca | karcinom |
| COS | Centrální Operační Sály |
| CŽK | Centrální Žilní Katetr |
| cm | centimetr |
| č. | číslo |
| DK | dolní končetiny |
| DF | dechová frekvence |
| DIFF | diferenciální rozpočet bílých krvinek |
| DM | Diabetes Melitus |
| EPI | epidurální (analgezie) |
| EKG | elektrokardiograf |
| etCO ₂ | End- tidal CO ₂ - oxid uhličitý ve vzduchu na konci výdechu |
| FR1/1 | Fyziologický roztok |
| F | forte |
| GIT | Gastro Intestinální Trakt |
| g | gram |
| G10% | Glukóza 10% (infuzní roztok) |
| CHIR | chirurgie |
| CHOPN | Chronická Obstrukční Plicní Nemoc |
| ILCO | zkratka složená ze slov Ileo – tenké střevo a Colon – tlusté střevo |
| ICHS | Ischemická Choroba Srdeční |
| i.m. | intramuskulární aplikace |
| i.v. | intravenózní aplikace |
| JIP | Jednotka Intenzivní Péče |

| | |
|---------|--|
| j. | jednotka |
| KS | krevní skupina |
| KO | krevní obraz |
| kg | kilogram |
| l | litr |
| l.sin | lateris sinistri - vlevo |
| M+S | moč + sediment |
| mmHg | milimetr rtuťového sloupce |
| ml/h | mililitr za jednu hodinu |
| m | metr |
| ml | mililitr |
| mg | miligram |
| MV | minutová ventilace |
| NGS | nasogastrická sonda |
| NIPB | neinvazivní měření krevního tlaku |
| NPB | náhlá příhoda břišní |
| OTI | orotracheální intubace |
| O2 | kyslík |
| o.z. | odštěpný závod |
| per.os | perorální podání (úst) |
| PMK | permanentní močový katetr |
| PNC | penicilin |
| P | pulz |
| pH | potential of Hydrogen- vodíkový exponent |
| RTG | Rentgen |
| RTG S+P | Rentgen Srdce a Plic |
| RR1/1 | Ringerův roztok |
| SpO2 | Saturace periferní krve kyslíkem |
| Sb. | Sbírký |
| St.p | stav po |
| st.C. | stupně Celsia |
| s.c. | subcutálně (pod kůží) |
| TEN | trombembolická |
| TBC | tuberkulóza |

| | |
|------|--------------------------------|
| TT | tělesná teplota |
| TK | krevní tlak |
| tbl. | tablety |
| tzv. | takzvaně |
| USA | Spojené státy americké |
| UPT | umělé přerušování těhotenství |
| UPV | umělá plicní ventilace |
| VZP | Všeobecná Zdravotní Pojišťovna |
| VAS | Vertebro Algický Syndrom |
| Vt | dechový objem |
| v. | véna |
| WC | toaleta |
| % | procento |
| 3xD | tříkrát denně |

SEZNAM PŘÍLOH

1. Jánošíkův kolostomický pás
2. nalepovací sáčky
3. schéma dutiny ústní
4. schéma trávicí trubice
5. schéma žaludku
6. schéma tenkého střeva
7. schéma tlustého střeva
8. tracheostomie
9. gastrostomie
10. kolostomie
11. resekce s kolostomií
12. atrezie duodena
13. megakolon
14. defekty ve sliznici tlustého střeva
15. nevhodně umístěná stomie
16. alergická reakce v okolí stomie
17. krvácení z parastomální kýly
18. retrakce stomie
19. parastomální absces
20. nekrotická stomie
21. jednodílný systém
22. dvoudílný stomický systém
23. fixační kolostomický pásek
24. měření velikosti stomie
25. pomůcky k ošetření stomie
26. pokoj k edukaci pacienta
27. poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku
28. Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové
29. Vizuální analogová škála bolesti
30. Nutriční skóre pro dospělé
31. Barthel test denních činností

32. Riziko pádu
33. Měsíční limity stomických pomůcek
34. Seznam klubů stomiků
35. Beckova sebesuzovací stupnice deprese
36. Klasifikace tíže tromboflebitis dle Maddona
37. Glaskgow Coma Scale
38. Souhlas se zpracováním dat

PŘÍLOHY

Příloha 1 – Jánošíkův kolostomický pás

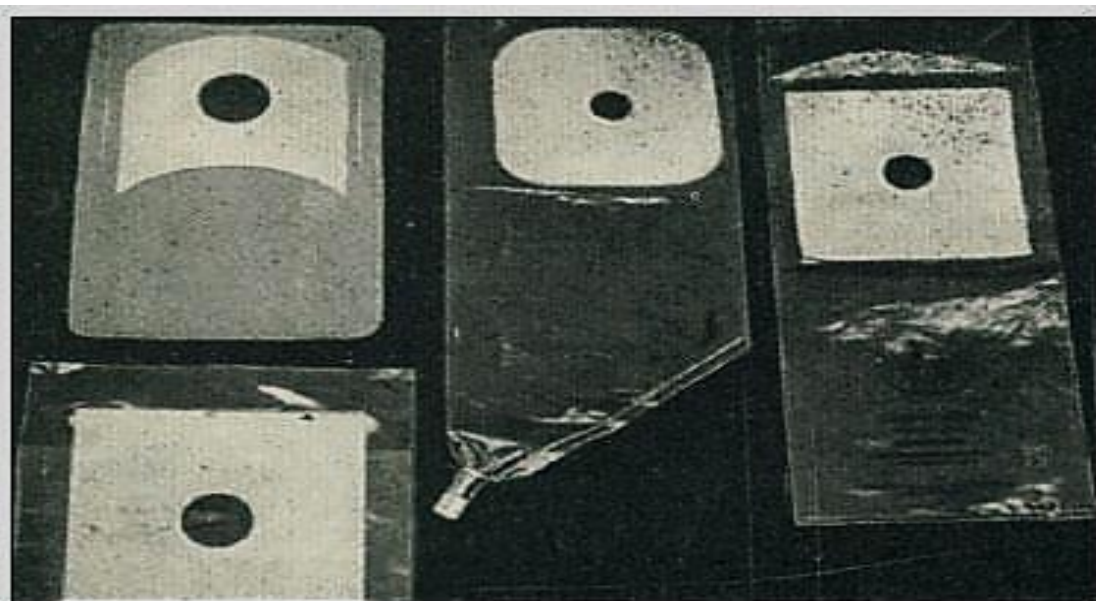


Kolostomický pás

foto z knihy: Staňková, M.: Teorie ošetrování nemocných.

Zdroj: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/historie-a-vyvoj-stomickyh-pomucek-415932>

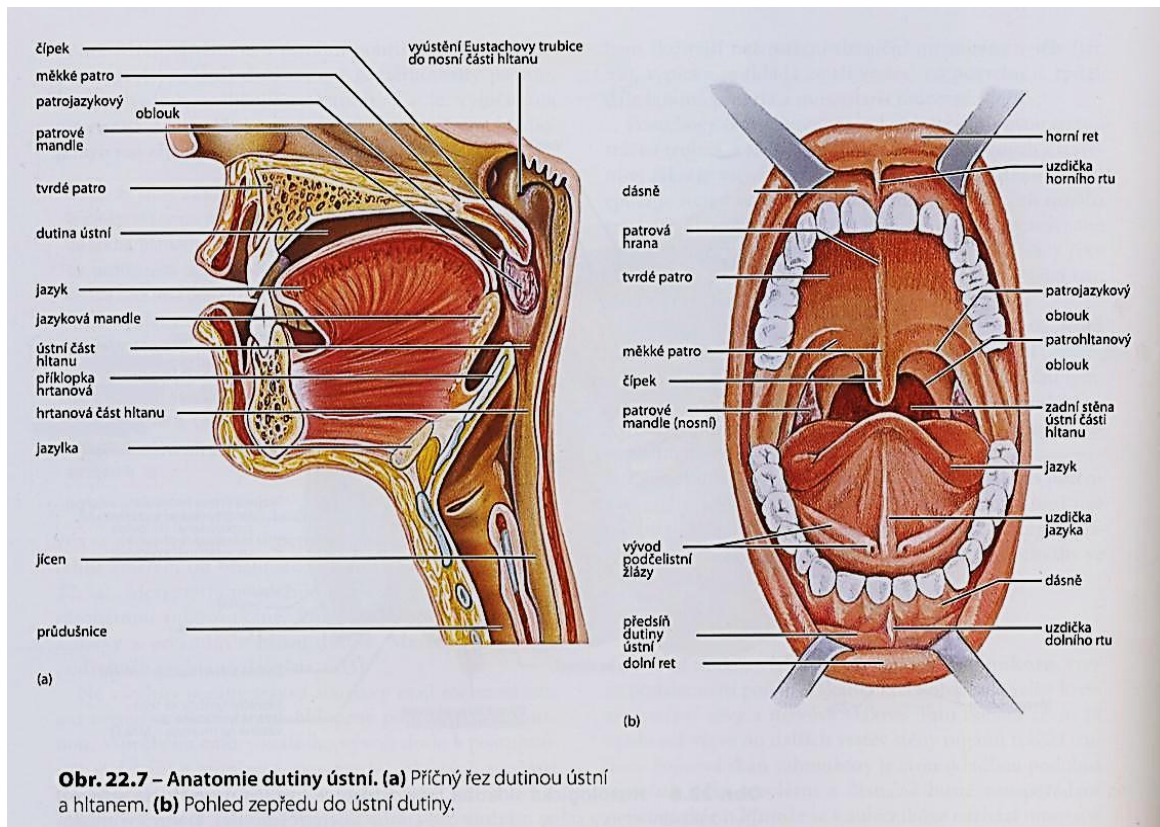
Příloha 2 – nalepovací sáčky



Druhy nalepovacích sáčků
foto z knihy: Staňková, M.: Teorie ošetrování nemocných.

Zdroj: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/historie-a-vyvoj-stomickych-pomucek-415932>

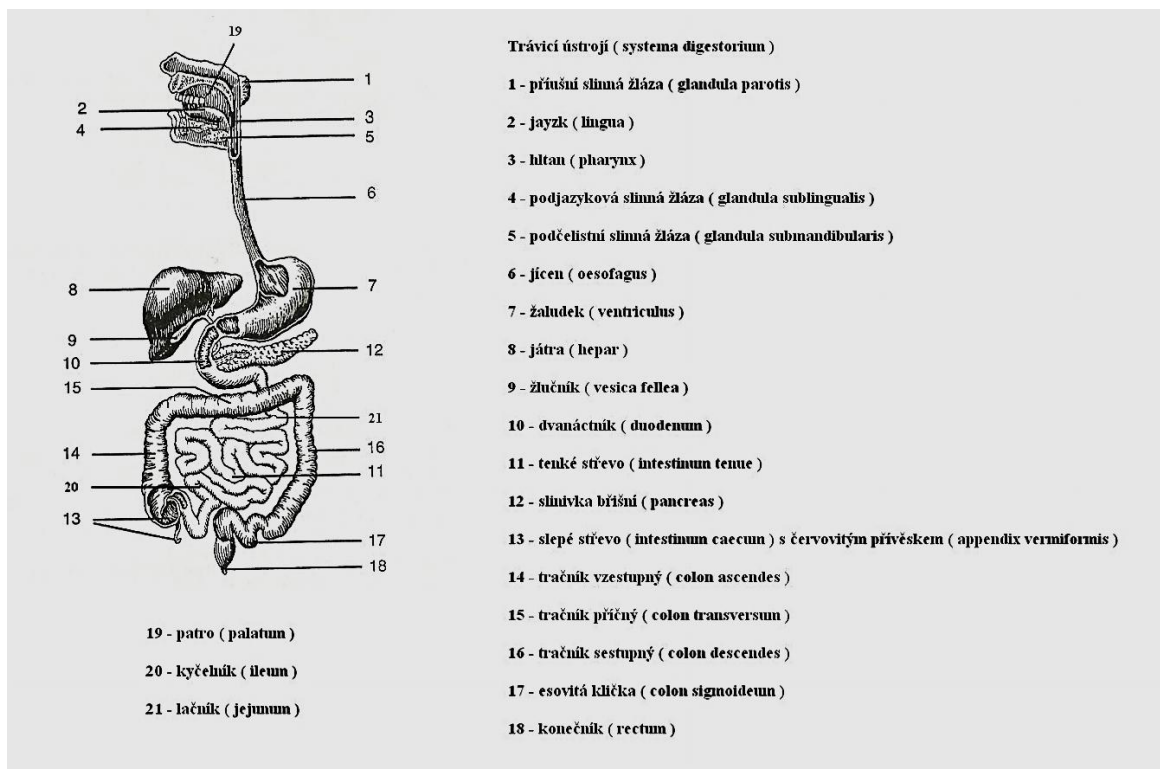
Příloha 3 – schéma dutiny ústní



Zdroj:

<http://82.114.195.35:90/Vyuka/Ka%C4%8D%C3%ADrkov%C3%A1%20Jarmila/Materi%C3%A1ly%20k%20v%C3%BDuce/BIS%203.ro%C4%8Dn%C3%ADk/Tr%C3%A1vic%C3%AD%20soustava/>

Příloha 4 – schéma trávicí trubice



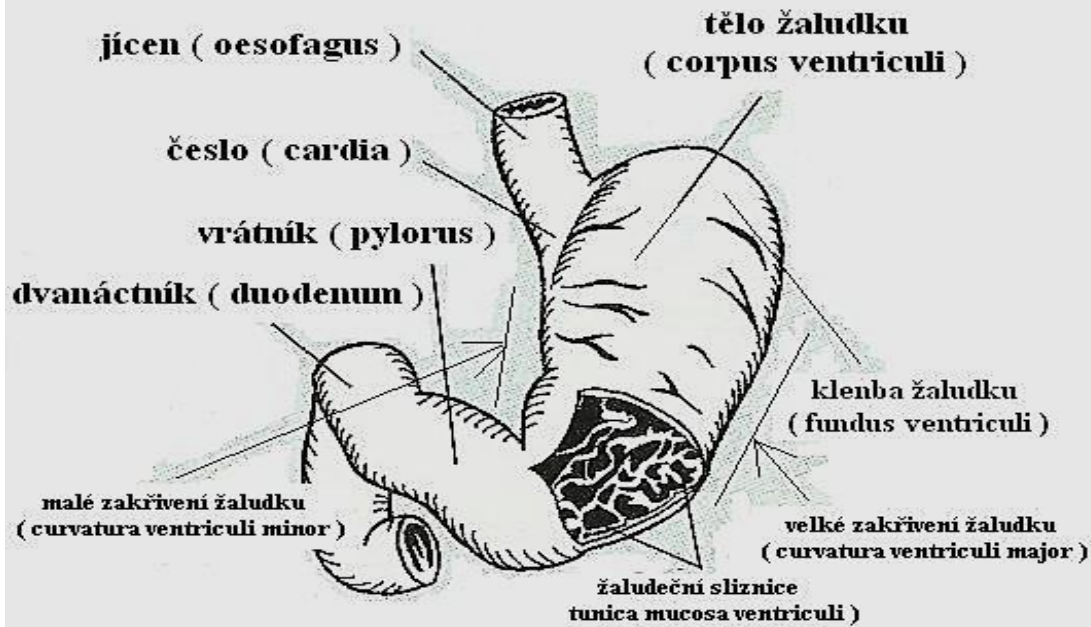
Zdroj:

<http://files.pppspsycho.webnode.cz/200000085->

[f24e8f3488/11%20tr%C3%A1vic%C3%AD%20soustava%20\(sch%C3%A9ma\).jpg](http://files.pppspsycho.webnode.cz/200000085-f24e8f3488/11%20tr%C3%A1vic%C3%AD%20soustava%20(sch%C3%A9ma).jpg)

Příloha 5 – schéma žaludku

Žaludek = lat. ventriculus, řec. gaster

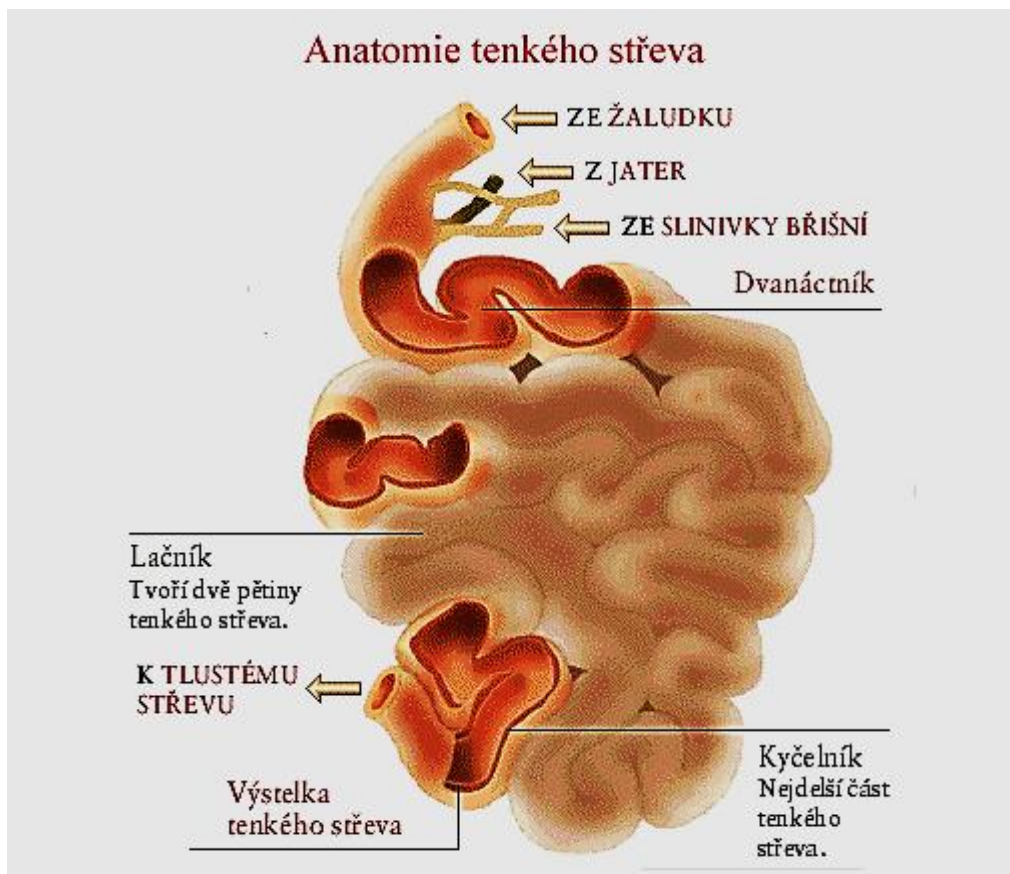


Zdroj:

<http://files.pppsycho.webnode.cz/200000086->

[c270cc36b1/12%20tr%C3%A1vic%C3%AD%20soustava%20\(%C5%BEaludek\).jpg](http://files.pppsycho.webnode.cz/200000086-c270cc36b1/12%20tr%C3%A1vic%C3%AD%20soustava%20(%C5%BEaludek).jpg)

Příloha 6 – schéma tenkého střeva

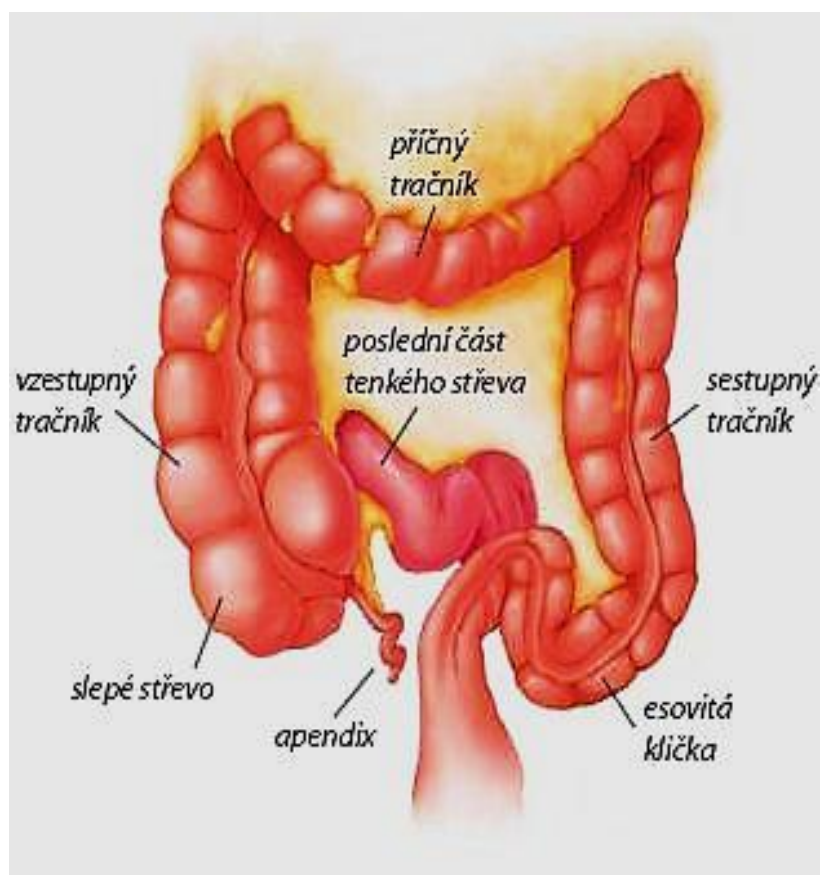


Zdroj:

<http://files.strevni->

nepruchodnost.webnode.cz/20000000458c7259440/tenk%C3%A9%20st%C5%99evo.gif

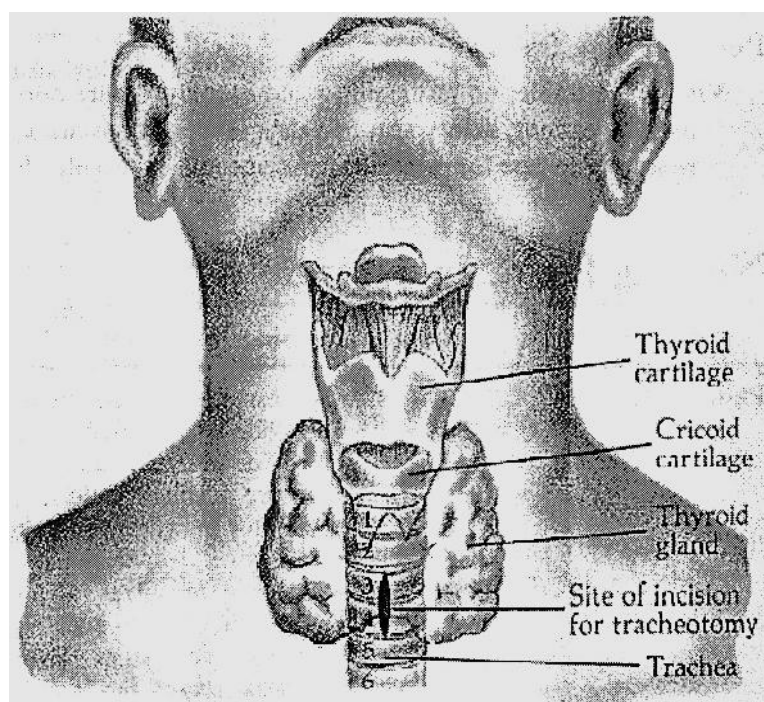
Příloha 7 – schéma tlustého střeva



Zdroj:

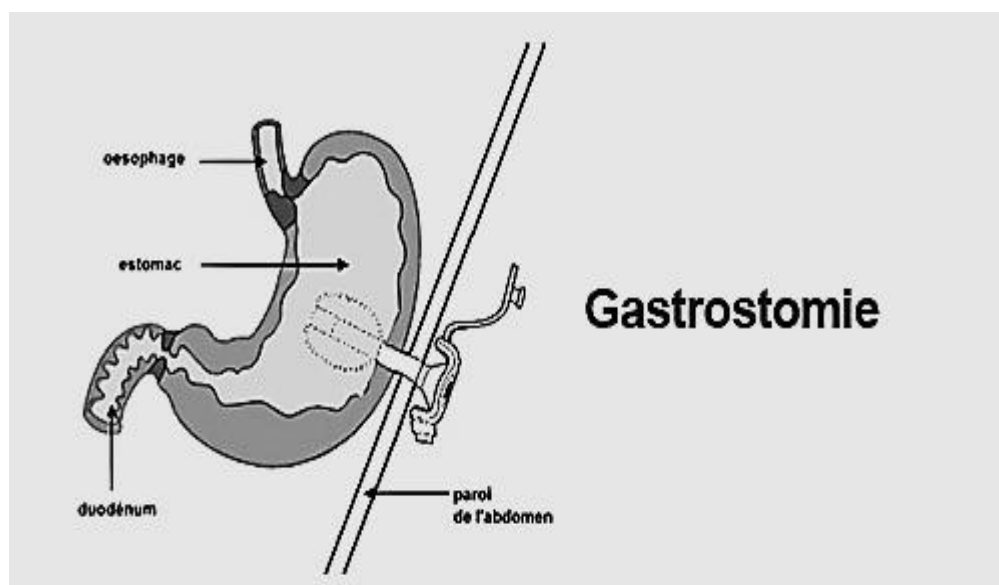
<http://files.strevni-nepruchodnost.webnode.cz/200000001-7d59a7e537/st%C5%99evo.jpg>

Příloha 8 – tracheostomie



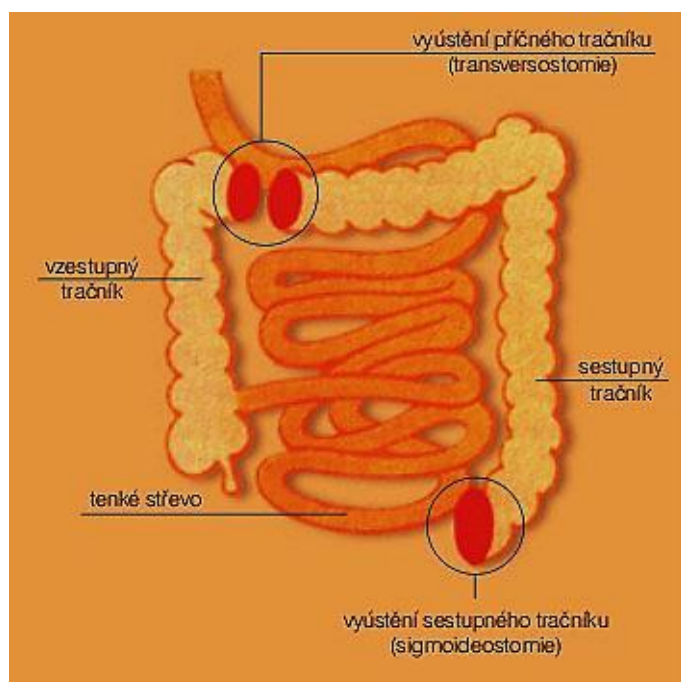
Zdroj: <http://users.telenet.be/bosmanse/Image16.jpg>

Příloha 9 – gastrostomie



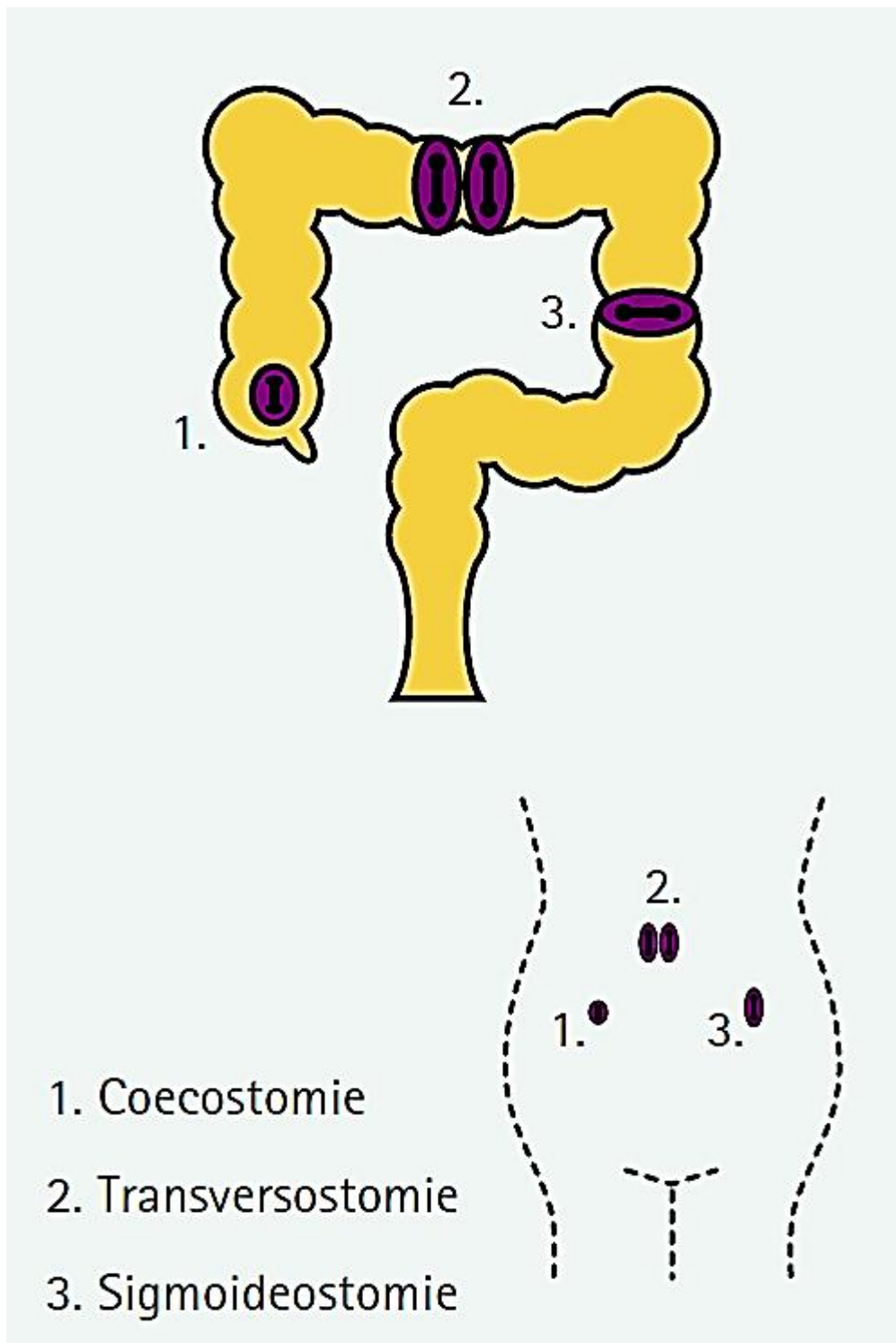
Zdroj: <http://www.hospitalnutrition.org/assets/images/gastrostomie.jpg>

Příloha 10 – kolostomie



Zdroj: <http://www.stomie.cz/media/images/kolostomie.jpg>

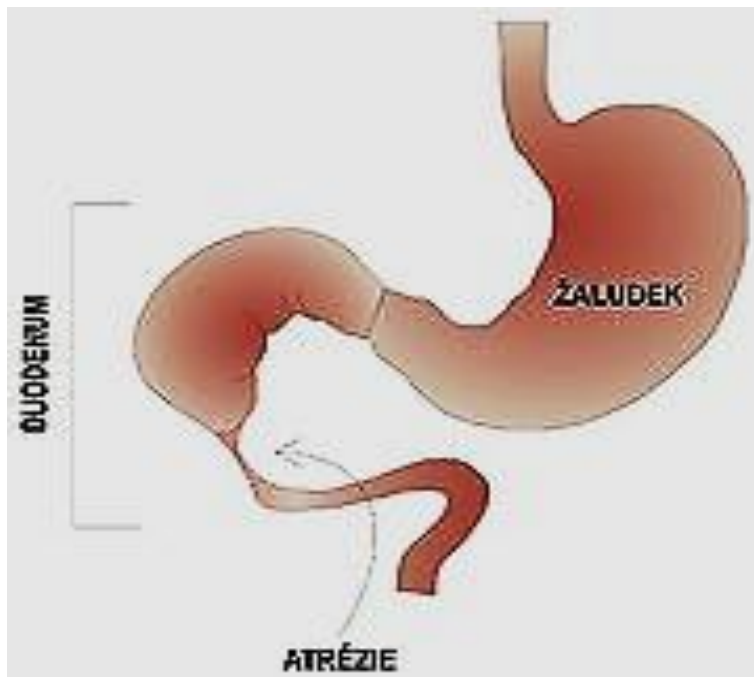
Příloha 11 – resekce s kolostomií



Zdroj:

<http://www.stomici.cz/cache/detail/30b59165473a2b7383f6b3e9d19f7ff771de62c4.png>

Příloha 12 – atrézie duodena

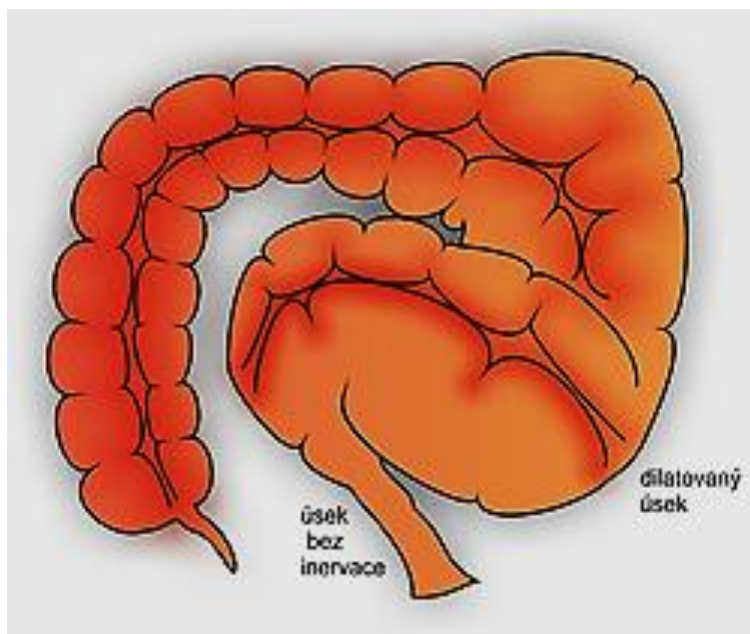


Zdroj:

http://www.wikiskripta.eu/images/thumb/f/ff/Atrezie_duodena2.jpg/180px-

Atrezie_duodena2.jpg

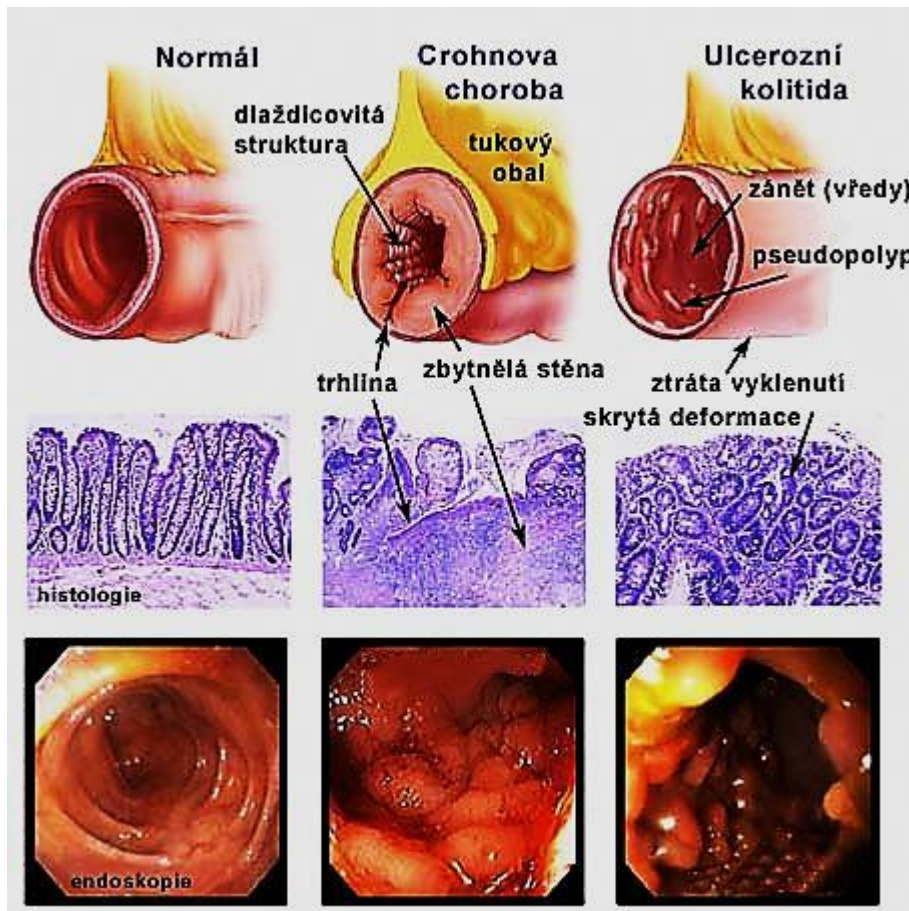
Příloha 13 – megakolon



Zdroj:

<http://www.wikiskripta.eu/images/thumb/b/be/Megacolon.png/250px-Megacolon.png>

Příloha14 – defekty ve sliznici tlustého střeva



Zdroj:

<http://www.crohn.cz/colitiscrohn/product.asp?productID=326&detailSubCatCode=115>

Příloha 15 – nevhodně umístěná stomie



Zdroj: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/problematika-osetrovani-stomii-se-zamerenim-na-onkologicke-pacienty-464249>

Příloha 16 – alergická reakce v okolí stomie



Zdroj: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/problematika-osetrovani-stomii-se-zamerenim-na-onkologicke-pacienty-464249>

Příloha 17 – krvácení z parastomální kýly



Zdroj: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/problematika-osetrovani-stomii-se-zamerenim-na-onkologicke-pacienty-464249>

Příloha 18 – retrakce stomie



Zdroj: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/problematika-osetrovani-stomii-se-zamerenim-na-onkologicke-pacienty-464249>

Příloha 19 – parastomální absces



Zdroj: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/problematika-osetrovani-stomii-se-zamerenim-na-onkologicke-pacienty-464249>

Příloha 20 – nekrotická stomie



Zdroj: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/problematika-osetrovani-stomii-se-zamerenim-na-onkologicke-pacienty-464249>

Příloha 21 – jednodílný systém



Zdroj: <http://www.convatec.cz/>

Příloha 22 – dvoudílný systém



Zdroj:

[http://www.coloplast.cz/Products/ostomy/pages/productfamily.aspx?commcategory=SenSura_Click\(Coloplast\)](http://www.coloplast.cz/Products/ostomy/pages/productfamily.aspx?commcategory=SenSura_Click(Coloplast))

Příloha 23 – fixační kolostomický pásek



Zdroj:

<http://www.pomuckyprozdravi.cz/Stomicke-pomucky/Coloplast/doplanky/Pas-stomicky.html>

Příloha 24 – měření velikosti stomie



Zdroj: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/bezproblemovye-osetrovani-stomie-450447>

Příloha 25 – pomůcky k ošetření stomie




Zdroj: <http://ose.zshk.cz/vyuka/edukace.aspx?id=18>

Příloha 26 – pokoj k edukaci pacienta



Zdroj: <http://ose.zshk.cz/vyuka/edukace.aspx?id=18>

Příloha 27 – pokaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku

|  | | POUKAZ NA LÉČEBNOU A ORTOPEDICKOU POMŮCKU | | poř. č. _____ | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----|--|------|---|-----|-------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------------|--|
| Příjmení a jméno _____ | | DRUH A OZNAČENÍ POMŮCKY | | Ev.č. _____ | | | | | | | | | | | | | |
| Číslo pojistěnce _____ f. _____ | | oprava – úprava pomůcky | | Pomůcka nová / repasovaná*) *) nehodící se škrtněte! | | | | | | | | | | | | | |
| Bydliště (adresa) _____ | | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Sk</th> <th>Kód</th> <th>Počet</th> <th>Cena</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> | | Sk | Kód | Počet | Cena | | | | | | | | | Cena pomůcky _____ | |
| Sk | Kód | Počet | Cena | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> I hradí VZP | | Dg. _____ | | Pomůcka trvalá / dočasná*) *) nehodící se škrtněte! | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> C spoluúčast pacienta | | Pomůcka dočasná na počet měsíců _____ | | Místo pro záznamy zdravotní pojišťovny | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> P hradí pacient | | Datum: _____ | | Datum: _____ | | | | | | | | | | | | | |
| Dne: _____ | | _____ | | _____ | | | | | | | | | | | | | |
| _____ razítko zdrav. zařízení, jmenovka a podpis lékaře | | _____ | | _____ razítko výdejce | | | | | | | | | | | | | |

Zdroj: <http://www.ja-zdravotnickepotreby.cz/>

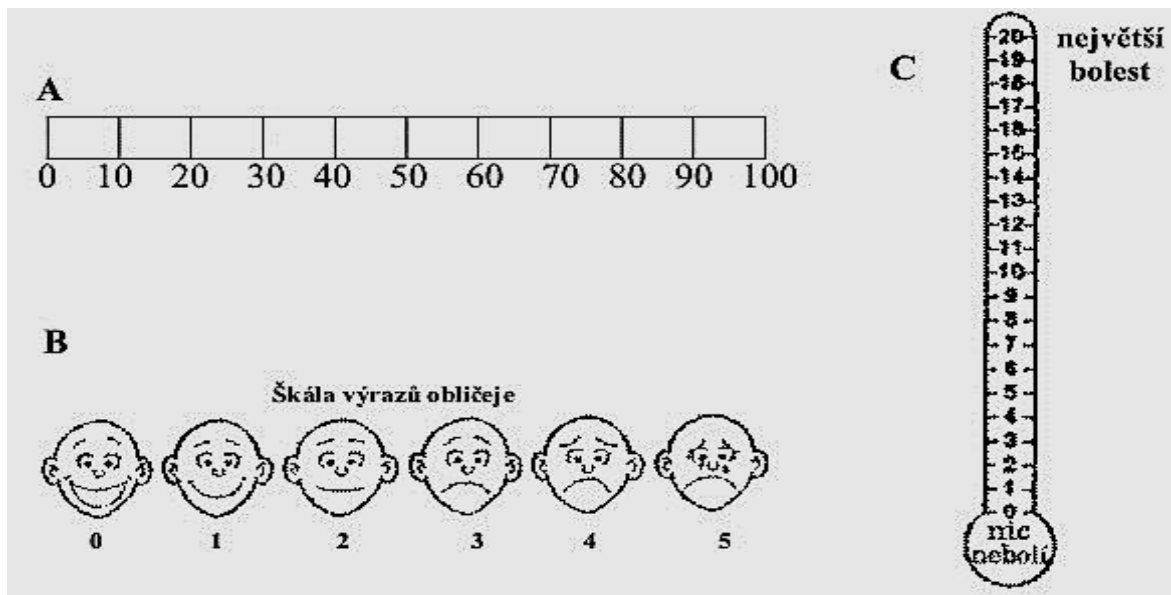
Příloha 28 – Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové

| Hodnocení rizika vzniku dekubitů – rozšířená stupnice Nortonové | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----|--------|--------------|----------|--------------|---|-----------------------------|--------------|-------------|-----------|-------------|------------------|--------------|-----------------|----------|------------------|---|
| Schopnost spolupráce | Věk | | Stav pokožky | | Další nemoci | | Tělesný stav | | Stav vědomí | | Pohyblivost | | Inkontinence | | Aktivita | | |
| Úplná | 4 | 00-10 | 4 | Normální | 4 | Žádné | 4 | Dobry | 4 | Dobry | 4 | Úplná | 4 | Není | 4 | Chodí | 4 |
| Malá | 3 | 11-30 | 3 | Alergie | 3 | Horečka Diabetes Anemie Karcinom | Podle závažnosti nemoci 3-1 | Zhoršený | 3 | Apatický | 3 | Částečně omezená | 3 | Občas | 3 | Doprovod | 3 |
| Částečná | 2 | 31-60 | 2 | Vlhká | 2 | Kachexie Obezita On.cév A jiné | | Špatný | 2 | Zmatený | 2 | Velmi omezená | 2 | Převážně močová | 2 | Sedačka | 2 |
| Žádná | 1 | nad 60 | 1 | Suchá | 1 | | | Velmi špatný | 1 | Bezvědomí | 1 | žádná | 1 | Stolice i moč | 1 | Upoután na lůžko | 1 |

Zvýšené nebezpečí vzniku dekubitu je u nemocného, který dosáhne méně než 25 bodů (čím méně bodů, tím vyšší riziko)

Zdroj: <http://gebymaruska.blog.cz/0908/vyhodnoceni-rizika-vzniku-dekubitu-preventivni-opatreni-dle-stupne-rizika>

Příloha 29 – vizuální analogová škála bolesti



Vizuální analogová škála

Hodnocení podle vizuální analogové škály

Obr. A:

- 0 - žádná bolest
- 100 - nesnesitelná bolest

Obr. B:

- 0 - žádná bolest
- 5 - nesnesitelná bolest

Obr. C:

- 0 - žádná bolest
- 20 - nesnesitelná bolest

Zdroj: is.muni.cz/th/40333/lf_m/Priloha_c._2.doc (vizuální analogová škála)

Příloha 30 – nutriční skóre pro dospělé

| | | |
|------------------------------------|---|---|
| Věk | 0 | Do 65 let |
| | 1 | Nad 65 let |
| BMI | 0 | BMI 20-35 |
| | 1 | BMI 18-20, nad 35 |
| | 2 | BMI pod 18 |
| Ztráta hmotnosti za 3 měsíce | 1 | Ztráta 0-3kg |
| | 2 | Ztráta 3-6kg |
| | 3 | Ztráta nad 6kg |
| Množství jídla za poslední 3 týdny | 0 | Beze změny |
| | 1 | Poloviční porce |
| | 2 | Jí občas nebo nejl |
| Projevy nemoci v současné době | 0 | Žádné |
| | 1 | Nechutenství, bolesti břicha |
| | 2 | Zvracení, průjem více jak 6 za den |
| Stres | 0 | Žádný |
| | 1 | Chronická nemoc, DM, menší nekomplikovaný chirurgický zákrok |
| | 2 | Akutní dekompenzace chronického onemocnění, rozsáhlý chirurgický výkon, pooperační komplikace, UPV, popáleniny, trauma, hospitalizace ARO, JIP, krvácení do GIT |
| Nelze | 2 | Nelze měřit a vážit |
| | 3 | Nelze zjistit BMI, ztrátu hmotnosti a jídlo za poslední 3 týdny |

Vyhodnocení:

| | |
|----------|--------------------------------------|
| 0-3 | Není nutná nutriční intervence |
| 4-7 | Nutné vyšetření nutričním terapeutem |
| 7 a více | Nutné speciální nutriční intervence |

Zdroj: http://vnl.xf.cz/ose/ose-nutricni_skore.php

Příloha 31 – Barthel test denních činností

| Činnost | Provedení činnosti | Bodové skóre |
|--------------------|---------------------------|---------------------|
| Najedení napití | Samostatně bez pomoci | 10 |
| | S pomocí | 5 |
| | Neprovede | 0 |
| Oblékání | Samostatně bez pomoci | 10 |
| | S pomocí | 5 |
| | Neprovede | 0 |
| Koupání | Samostatně bez pomoci | 10 |
| | S pomocí | 5 |
| | Neprovede | 0 |
| Osobní hygiena | samostatně nebo s pomocí | 5 |
| | Neprovede | 0 |
| Kontinence moči | Plně kontinentní | 10 |
| | Občas inkontinentní | 5 |
| | Inkontinentní | 0 |
| Kontinence stolice | Plně kontinentní | 10 |
| | Občas inkontinentní | 5 |
| | Inkontinentní | 0 |
| Použití WC | Samostatně bez pomoci | 10 |
| | S pomocí | 5 |
| | Neprovede | 0 |
| Přesun lůžko-židle | Samostatně bez pomoci | 15 |
| | S malou pomocí | 10 |
| | Vydrží sedět | 5 |
| | Neprovede | 0 |
| Chůze po rovině | Samostatně nad 50m | 15 |
| | S pomocí 50m | 10 |
| | Na vozíku 50m | 5 |
| | Neprovede | 0 |

| Činnost | Provedení činnosti | Bodové skóre |
|-------------------|---------------------------|---------------------|
| Chůze po schodech | Samostatně bez pomoci | 10 |
| | S pomocí | 5 |
| | Neprovede | 0 |

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech

| | |
|----------|----------------------------|
| 0-40 | Vysoce závislý |
| 45-60 | Závislost středního stupně |
| 65-95 | Lehká závislost |
| 100 bodů | Nezávislý |

Zdroj: <http://vnl.xf.cz/ose/ose-bartel.php>

Příloha 32 – riziko pádu

| | | |
|------------------|---|--|
| Pohyb | 0 | neomezený |
| | 2 | Používá pomůcky |
| | 1 | Potřebuje pomoc k pohybu |
| | 1 | Neschopen přesunu |
| vyprazdňování | 0 | Nevyžaduje pomoc |
| | 1 | Nykturie/inkontinence |
| | 1 | Vyžaduje pomoc |
| Medikace | 0 | Neužívá rizikové léky |
| | 1 | Užívá následující léky: Diuretika, antiepileptika, antiparkinsonika, antihypertenziva, psychotropní látky, benzodiazepiny |
| Smyslové poruchy | 0 | žádné |
| | 1 | Vizuální, smyslový deficit |
| Mentální status | 0 | Orientován |
| | 1 | Občasná noční dezorientace |
| | 1 | Dřívější dezorientace/demence |
| věk | 0 | 18-75 let |
| | 1 | Nad 75 let |
| Pád v anamnéze | 1 | Ano |

Vyhodnocení:

Skóre 3 a vyšší = pacient je ohrožen rizikem pádu

Zdroj: http://vnl.xf.cz/ose/ose-riziko_padu.php

Příloha 33 – měsíční limity stomických pomůcek

| Typ prostředku | Limit | Maximální výše úhrady |
|---|---------------------|------------------------------|
| Podložky kolostomické | 10ks za měsíc | Max. 3000Kč za 10ks |
| Podložky ileostomické | 15ks za měsíc | Max. 4500Kč za 15ks |
| Krytky stomické | 30ks za měsíc (RL) | Max. 3100Kč za 30ks |
| Zátky stomické | 30ks za měsíc (RL) | Max. 3100Kč za 30ks |
| Dvoudílné sáčky uzavřené | 60ks za měsíc | Max. 4000Kč za 60ks |
| Jednodílné sáčky uzavřené | 60ks za měsíc | Max. 7500Kč za 60ks |
| Dvoudílné výpustné sáčky | 30ks za měsíc | Max. 9000Kč za 30ks |
| Jednodílné výpustné sáčky | 30ks za měsíc | Max. 8500Kč za 30ks |
| Pásky a přídržné prostředky | Max.2ks za rok (RL) | Max. 600Kč za 2ks |
| Odstraňovače podložek | | Max. 300Kč za měsíc |
| Ochranné prostředky | | Max. 1000Kč za měsíc |
| Prostředky deodorační | (RL) | Max. 350Kč za měsíc |
| Vyplňovací a vyrovnávací Prostředky | | 100% |
| Buničitá vata | 1200g za rok | 100% |
| Vata obvazová | 1200g za rok | |
| Gáza skládaná sterilní | Dle potřeby | 100% |
| Gáza nesterilní 10x10cm 100ks v balení | 4x100ks za rok | |
| Prostředky čistící | | Max. 350Kč za měsíc |

Zdroj: <http://www.ilco.cz/pomucky.php#limity>

Příloha 34 – seznam klubů pro stomiků

| Město | Název | Jméno | Adresa | E-mail | Telefon |
|---------------------------|--|---------------------|---|------------------------|-------------------------|
| Jihočeský region | | | | | |
| České Budějovice | ILCO ČB | Jarmila Turková | Rejta 650, Trhové Sviny 374 01 | jarmilat@seznam.cz | 728166265 |
| Tábor | ILCO Tábor | Zdena Šabatková | Husinecká 940, Tábor 390 02 | vokjiri@centrum.cz | 723548405 |
| Strakonice | Svaz postižených civilizačními chorobami | Jan Bublík | Stavbařů 231, Strakonice 38601 | | 383333627 (večer) |
| Praha | | | | | |
| Praha | FIT-ILCO | Ing. Marie Ředinová | Karlínské náměstí 12 186 00 | fitilco@seznam.cz | 28870963 |
| Středočeský region | | | | | |
| Kladno | ILCO Kladno | Lenka Čermáková | Náměstí Sítná 3106, Kladno 27201 | lenkacerm@gmail.com | 724529061 |
| Příbram | ILCO Příbram | Milan Bernard | Mariánská 420, Příbram VII. 26102 | ilco.pribram@seznam.cz | 605540622 |
| Plzeňský region | | | | | |
| Plzeň | ZO STOMIKA Plzeň | Ing. Adolf Kotásek | Hradecká 3 Plzeň, 31200 | kotaada@seznam.cz | 602365600, 603597212 |
| Ústecký region | | | | | |
| Ústí n/Labem | 100MICI UL | Štěpánka Kovaříková | Nám. Prokopa Velikého 27, Ústí n/Labem | 100miciul@seznam.cz | 725201818 |
| Liberecký region | | | | | |
| Česká Lípa | Klub stomiků Česká Lípa | Marie Ruczová | Čs. Armády 1471 Č. Lípa | marieruczova@seznam.cz | 602459138 |

| Královehradecký region | | | | | |
|-------------------------------|--|--------------------------------------|--|--|------------------------|
| Trutnov | Dobrovolné Sdružení stomiků Trutnov | Marie Šárová Naďa Koťátková | Nemocnice Trutnov | | 499866241 |
| Karlovarský region | | | | | |
| Cheb | ILCO Cheb, při nemocnici Cheb | MUDr. Karel Tyrpekl | Ke Křížům 19, Cheb 35002 | ktyrpekl@seznam.cz | 354422995 605281083 |
| Karlovy Vary | Klub stomiků Karlovy Vary | Miloslav Michal | Konečná 900/15 Karlovy Vary, 36005 | Klubstomiku.KV@seznam.cz | 605778375 |
| Jihomoravský region | | | | | |
| Brno | Klub stomiků Brno | Ing. Jana Strnadová | Pavlovská 9 Brno 62300 | janstr@centrum.cz | 603540786 |
| Brno | Klub stomiků ILCO Brno | Jana Kuchtová | Zahradníková 2/8 Brno 61141 | stomici@seznam.cz | 739845134 |
| Kyjov | Klub stomiků ILCO Kyjov, o.s | Nemocnice Kyjov | Stražovská 1247, Kyjov 69701 | stomalenka@seznam.cz stomaeva@seznam.cz | |
| Vysočina region | | | | | |
| Bystřice nad Perštejnem | Klub stomiků ILCO Vysočina | Marie Dvořáková | Dvořiště 1032, Bystřice nad Perštejnem 59301 | majka.ILCO@seznam.cz | 731409625 |
| Pardubický region | | | | | |
| Svitavy | Klub stomiků Svitavy | Mgr. Miloslav Semela,CSc. | Mánesova 20 Svitavy 56802 | Milan.semela@seznam.cz | 728781557 |
| Ústí n/orlicí | Nemocnice Ústí n/Orlicí | Hana Škrabánková | Nemocnice Ústí n/ Orlicí 56218 | | 465564336 |

| Moravskoslezský region | | | | | |
|-------------------------------|--|------------------------------------|--|---------------------------|------------------------|
| Opava | Slezský klub stomiků Opava | Pavel Elbl | Antonína Sovy 11, Opava 74705 | pavel.elbl@seznam.cz | 777625014 |
| Ostrava | Slezský klub stomiků Ostrava | Doc. RNDr. Pavel Kreml, CSc. | Francouzská 6015, Ostrava- Poruba 70800 | Pavel.kreml@vsb.cz | 737588111 597324175 |
| Zlínský region | | | | | |
| Zlín | Klub stomiků při Baťově nemocnici, Zlín | Marie Martincová | Nivy II 4241, Zlín | maka.zlin@centrum.cz | 577430982 721096151 |
| Olomoucký region | | | | | |
| Bělotín | Klub stomiků okresu Nový Jičín | Jaroslav Pecha | Bělotín 115, Bělotín 75364 | jarda.pecha@seznam.cz | 775997248 |
| Přerov | Klub stomiků Přerov | Josef Matoušek | Svatopluka Čecha 1233, Lipník n/Bečvou 75131 | Josefmatousek@seznam.cz | 602567403 |
| Prostějov | Klub stomiků Prostějov | Petra Stružková | Lidická 8, Prostějov, 79601 | struzkova.petra@seznam.cz | 721881484 |
| Olomouc | Spolek ILCO Olomouc, o.s. | Milena Drdáková | P. Pavlova 6, Olomouc 77520 | Ilcoolomouc@seznam.cz | 604740754 |

Zdroj: http://www.ilco.cz/kontakty.php#kont_kluby

Příloha 35 – Beckova sebeposuzovací stupnice deprese

| | | |
|-------------------------|---|--|
| Nálada | 0 | Nemám smutnou náladu |
| | 1 | Cítím se poněkud posmutnělý, sklíčený |
| | 2 | Jsem stále smutný nebo sklíčený a nemohu se z toho dostat |
| | 3 | Jsem tak smutný nebo nešťastný, že to nemohu už snést |
| Pesimismus | 0 | Do budoucnosti nepohlížím nijak pesimisticky nebo beznadějně |
| | 1 | Poněkud se obávám budoucnosti |
| | 2 | Vidím, že už se nemám na co těšit |
| | 3 | Vidím, že budoucnosti je zcela beznadějná a nemůže se zlepšit |
| Pocit neúspěchu | 0 | Nemám pocit nějakého životního neúspěchu |
| | 1 | Mám pocit, že jsem měl v životě více smůly a neúspěchu než obvykle lidi mívají |
| | 2 | Podívám-li se zpět na svůj život, vidím, že je to jen řada neúspěchů |
| | 3 | Vidím, že jsem jako člověk (otec, manžel apod.) v životě zcela zklamal |
| Neuspokojení z činnosti | 0 | Nejsem nijak zvlášť nespokojený |
| | 1 | Nemám z věcí takové potěšení, jako jsem mívával |
| | 2 | Už mne netěší skoro vůbec nic |
| | 3 | Ať dělám cokoli, nevzbudí to ve mně sebemenší potěšení |
| Vina | 0 | Necítím se nijak provinile |
| | 1 | Občas cítím, že jsem méněcenný, horší než ostatní |
| | 2 | Mám trvalý pocit viny |
| | 3 | Ovládá mne pocit, že jsem zcela bezcenný, zlý provinilý člověk |

| | | |
|------------------------|---|--|
| Nenávist k sobě samému | 0 | Necítím se zklamán sám sebou |
| | 1 | Zklamal jsem se sám v sobě |
| | 2 | Jsem dost znechucen sám sebou |
| | 3 | Nenávidím se |
| Myšlenky na sebevraždu | 0 | Vůbec mi nenapadne na mysl, že bych si měl něco udělat |
| | 1 | Mám někdy pocit, že by bylo lépe nežít |
| | 2 | Často přemýšlím jak spáchat sebevraždu |
| | 3 | Kdybych měl příležitost, tak bych si vzal život |
| Sociální izolace | 0 | Neztratil jsem zájem o lidi a okolí |
| | 1 | Mám poněkud menší zájem o společnost lidí než dříve |
| | 2 | Ztratil jsem většinu zájmu o lidi a jsou mi lhostejní |
| | 3 | Ztratil jsem veškerý zájem o lidi a nechci s nikým nic mít |
| Nerozhodnost | 0 | Dokážu se rozhodnout v běžných situacích |
| | 1 | Někdy mám sklon ovládat svá rozhodnutí |
| | 2 | Rozhodování v běžných věcech mi dělá obtíže |
| | 3 | Vůbec v ničem se nedokážu rozhodnout |
| Vlastní vzhled | 0 | Vypadám stejně jako dříve |
| | 1 | Mám starosti, že vyhlížím staře nebo neatraktivně |
| | 2 | Mám pocit, že se můj zevnějšek trvale zhoršil, takže vypadám dosti nepěkně |
| | 3 | Mám pocit, že vypadám hnusně a odpudivě |
| Potíže v práci | 0 | Práce mi jde od ruky jako dříve |
| | 1 | Musím se nutit, když chci něco dělat |
| | 2 | Dá mi velké přemáhání, abych cokoliv udělal |
| | 3 | Nejsem schopen jakékoliv práce |

| | | |
|--------------|---|--|
| Únavnost | 0 | Necítím se více unaven než obvykle |
| | 1 | Unavím se snáze než dříve |
| | 2 | Všechno mne unavuje |
| | 3 | Únava mne zabraňuje cokoliv dělat |
| Nechutenství | 0 | Mám svou obvyklou chuť k jídlu |
| | 1 | Nemám takovou chuť k jídlu, jak jsem míval |
| | 2 | Mnohem hůře mi teď chutná jíst |
| | 3 | Zcela jsem ztratil chuť k jídlu |

Hodnocení:

Norma – 00-08,09 bodů

Lehká až střední deprese – 09-24 bodů

Těžká deprese – 25 a více bodů

Zdroj:

<http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/beckova-sebeposuzovaci-stupnice-deprese-132975>

Příloha 36 – klasifikace tíže tromboflebitis dle Maddona

| | |
|---|--|
| 0 | Není bolest ani reakce v okolí |
| 1 | Pouze bolest, není reakce v okolí |
| 2 | Bolest a zarudnutí |
| 3 | Bolest, zarudnutí, otok, bolestivý pruh v průběhu žíly |
| 4 | Hnis, otok, zarudnutí a bolestivý pruh v průběhu celé žíly |

Zdroj: MÁDLOVÁ, Ivana. MŮLLEROVÁ, Nina. Jsou pravidla žilní aplikace léků důležitá? *Sestra*: Odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky. Praha: Mladá fronta, 1997, svazek 7, č.4, Strany 35-36. ISSN 1210-0404.

Příloha 37 – Glasgow Coma Scale

| | |
|-------------------|--|
| Otevírání očí | |
| 4 | Spontánní |
| 3 | Na výzvu |
| 2 | Na algický podnět |
| 1 | Neotevírá |
| Motorické projevy | |
| 6 | Uposlechnutí příkazů |
| 5 | Lokalizace bolesti |
| 4 | Uhýbání od algického podnětu |
| 3 | Dekortikační (flekční) rigidita |
| 2 | Decerebrační (extenční) rigidita |
| 1 | Žádná reakce |
| Verbální reakce | |
| 5 | Pacient orientovaný konverzuj |
| 4 | Pacient dezorientovaný či zmatený, ale komunikuje |
| 3 | Neadekvátní či náhodně volená slova, žádná smysluplná konverzace |
| 2 | Nesrozumitelné zvuky, mumlání, žádná slova |
| 1 | Žádné verbální projevy |

Vyhodnocení:

| GCS | Kóma |
|-----------|------------|
| 8 a méně | Těžké kóma |
| 9-12 | střední |
| 13 a více | lehké |

Zdroj: <http://www.mudr.org/web/glasgow-coma-scale>

Příloha 38 – souhlas se zpracováním dat

Souhlas s použitím dat ke zpracování kazuistiky pro bakalářskou práci

Krajská zdravotní, a.s

Se sídlem Sociální péče 3316/12A, 401 13 Ústí nad Labem

IČ 25488627

~~zastoupená Ing. Eduardem Reicheltem pověřeným členem představenstva~~

Šnáblová Jana

bytem: Bezručova 4241, Chomutov 430 01

narozena 18. 02. 1977

Krajská zdravotní, a.s. uděluje souhlas paní Janě Šnáblové, která je studentkou 3. Ročníku bakalářského studia obor Ošetrovatelství „ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI“ katedra Ošetrovatelství a porodní asistence, k použití údajů z dokumentace pro kazuistiku za účelem vypracování bakalářské práce.

Téma bakalářské práce: KVALITA ŽIVOTA PACIENTU SE STOMIÍ

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Šafránková

Praktická část: Kazuistika

Termín: 1. 12. 2012. – 28. 02. 2013

Místo: Chirurgické oddělení v rámci Krajské zdravotní, a.s

V Chomutově, dne 5. 11. 2012

Krajská zdravotní, a.s.
- Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o.z.
ředitelství
Sociální péče 3316/12A, 401 13 Ústí nad Labem
IČ: 25488627, DIČ: CZ25488627
tel: 477 111 111

~~Ing. Eduard Reichelt~~

Krajská zdravotní, a.s



Ing. Martin Zeman

vedoucí odborné vědy a výzkumu
Západočeské univerzity Plzeň



Jana Šnáblová

studentka