

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES
U PACIENTA SE STOMÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

ZUZANA GERŽOVÁ

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Vlasta Mergenthalová

Praha 2012



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Geržová Zuzana
3. VSV

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 14. 10. 2011 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetřovatelský proces u pacienta se stomií

Nursing Process for Patient with a Stoma

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Vlasta Mergenthalová
Konzultant bakalářské práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD.

V Praze dne: 31. 10. 2011

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně. Veškeré použité zdroje, ze kterých jsem čerpala, jsem uvedla v seznamu literatury. Souhlasím se zapůjčením mé bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 25.5.2012

.....

Zuzana Geržová

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji PhDr. Vlastě Mergenthalové za metodické a odborné vedení mé bakalářské práce, za poskytování cenných rad a pomoci při hledání materiálových podkladů.

Současně děkuji pacientovi S.A. za ochotnou spolupráci při sběru informací k ošetrovatelskému procesu. Panu S.A. bych chtěla poděkovat i za to, že byl vstřícný a nebál se mluvit o soukromém životě a nepříjemné diagnóze.

Dále bych chtěla poděkovat oddělení 61. u Svaté Anny v Brně za příjemnou spolupráci a užitečné rady.

ABSTRAKT

GERŽOVÁ, Zuzana. *Ošetřovatelský proces u pacienta se stomií*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář. Vedoucí práce: PhDr. Vlasta Mergenthalová, Praha 2012. s. 67

Hlavním tématem mé práce je ošetřovatelský proces u pacienta se stomií. Teoretická část se zabývá jednotlivými druhy a indikacemi k zavedení stomie. Popisuje předoperační a pooperační přípravu pacienta. Seznamuje se stomickou sestrou, operačními výkony a specifiky ošetřovatelské péče.

Náplní stomické sestry je péče o pacienta se stomií. Popisují nejčastější možné komplikace po zavedení stomie. Nosnou částí práce je popsání stomických pomůcek a výměna stomického systému.

Práce popisuje životní styl pacienta po zavedení stomie. V praktické části popisují vybraného pacienta s ileostomií. Sbíráám veškeré informace o pacientovi a z nich pak sestavují ošetřovatelské problémy a diagnózy. Na základě diagnóz tvořím plán, realizaci, hodnocení ošetřovatelské péče.

Klíčová slova:

Ošetřovatelský proces. Stomie. Stomická sestra. Diagnózy.

ABSTRACT

GERŽOVÁ, Zuzana. *Nursing Process for Patient with a Stoma*. College of Nursing o.p.s. A qualification degree: Bachelor (Bc.) Supervisor: PhDr.Vlasta Mergenthalová, Praha 2012. s. 67

The main theme of my bachelor thesis is the nursing process for a patient with a stoma. The theoretical part deals with different types of stomata and indications for their introduction. It describes the preoperative and postoperative patient preparation. It introduces the ostomy nurse, the operating performance, and the specifics of the nursing care.

The content of the work of the ostomy nurse is caring for a patient with a stoma. The thesis also describes the most common potential complications after the introduction of the stoma. The main part of the work is devoted to the description of stoma care and stoma exchange system. It describes the lifestyle of a patient after the introduction of the stoma.

The practical part is focused on a selected patient with ileostomy. I have collected all the information about the patient and then compiled the problems and nursing diagnoses. On the basis of the diagnoses, I make a plan, an implementation, and an evaluation of nursing care.

Key words:

Nursing process. Stoma. the Ostomy nurse. Diagnoses.

OBSAH

SEZNAM TABULEK

SEZNAM ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD	11
TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1 CHARAKTERISTIKA STOMIE.....	12
2 ROZDĚLENÍ STOMIÍ.....	13
2.1 PODLE ČASOVÉHO TRVÁNÍ	13
2.2 PODLE ÚČELU.....	13
2.3 PODLE ZPŮSOBU KONSTRUKCE.....	15
3 INDIKACE K ZALOŽENÍ STOMIE	16
4 KOMPLIKACE STOMIÍ	18
4.1 ČASNÉ POOPERAČNÍ KOMPLIKACE	18
4.2 NÁSLEDNÉ (POZDNÍ) KOMPLIKACE STOMIE	19
5 NEJČASTĚJŠÍ CHIRURGICKÉ VÝKONY SE ZALOŽENÍM STOMIE	22
5.1 OPERACE DLE MILESE (ABDOMINOPERINEÁLNÍ AMPUTACE REKTA)	22
5.2 OPERACE DLE HARTMANNA.....	22
5.3 KOLEKTOMIE	22
5.4 ILEOANÁLNÍ ANASTOMÓZA	23
5.5 AXIÁLNÍ TRANSVERZOSTOMIE	23
5.6 ORTOTOPICKÁ NÁHRADA MOČOVÉHO MĚCHÝŘE.....	23
6 PŘÍPRAVA PACIENTA K ZALOŽENÍ STOMIE.....	24
6.1 PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA U OBVODNÍHO LÉKAŘE	24
6.2 PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA V NEMOCNIČNÍM PROSTŘEDÍ	24
7 PÉČE O PACIENTA PO OPERACI	27
8 STOMICKÁ SESTRA.....	28
9 POMŮCKY PRO STOMIKY	29
9.1 JEDNODÍLNÝ STOMICKÝ SET.....	29
9.2 DVOUDÍLNÝ SYSTÉM.....	30
9.3 PODLOŽKY	30
9.4 STOMICKÉ SÁČKY	31
9.5 PŘÍSLUŠENSTVÍ KE STOMIÍ	31
10 POSTUP PŘI OŠETŘOVÁNÍ STOMIE A VÝMĚNY POMŮCEK.....	33
10.1 PŘÍPRAVA PERISTOMÁLNÍ KŮŽE	33
10.2 ZMĚŘENÍ VELIKOSTI STOMIE A PŘÍPRAVA POMŮCKY	33
10.3 STRÍHÁNÍ OTVORU V PODLOŽCE.....	33
10.4 NALEPENÍ PODLOŽKY	34
10.5 NASAZOVÁNÍ SÁČKU.....	34
11 ŽIVOTNÍ STYL STOMIKŮ	35
11.1 VÝŽIVA A PITNÝ REŽIM	35
11.2 FYZICKÁ AKTIVITA A SPORT.....	35
11.3 SPOLEČENSKÝ A RODINNÝ ŽIVOT	35
11.4 PSYCHOSOCIÁLNÍ PROBLÉMY STOMIKŮ.....	36
12 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA SE STOMIÍ.....	37
PRAKTICKÁ ČÁST	40
13 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA SE STOMIÍ.....	40

13.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE	40
13.2 ANAMNÉZA	41
13.3 POSOUZENÍ STAVU PACIENTA S. A. ZE DNE 10. 11. 2011.....	43
13.4 AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA (10. 11. 2011)	45
13.5 POSOUZENÍ PSYCHICKÉHO STAVU ZE DNE 10. 11. 2011	47
13.6 POSOUZENÍ SOCIÁLNÍHO STAVU PACIENTA ZE DNE 10. 11. 2011	49
13.7 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT ZE DNE 10. 11. 2011	50
13.8 SITUAČNÍ ANALÝZA ZE DNE 10. 11. 2011	53
13.9 STANOVENÍ SESTERSKÝCH DIAGNÓZ, JEJICH USPOŘÁDÁNÍ A ROZPRACOVÁNÍ ZE 10.11. 2011	54
13.10 CELKOVÉ ZHODNOCENÍ PACIENTA OD 6. 11. – 13. 11. 2011	62
14 DISKUZE	63
14.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI	63
ZÁVĚR	65
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	66
SEZNAM PŘÍLOH.....	67
PŘÍLOHY	

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Biochemické laboratorní hodnoty	50
Tabulka 2 Laboratorní hodnoty koagulací	51
Tabulka 3 Laboratorní hodnoty hematologie	51

SEZNAM ZKRATEK

Amp	ampule
APPE	appendektomie
ARO	anesteziologicko – resuscitační oddělení
BMI	body mass index
CT	computer tomography, výpočetní tomografie
CŽK	centrální žilní katétr
EKG	elektrokardiografie
FNuSA	Fakultní nemocnice u Svaté Anny
FR.....	fyzilogický roztok
i.v.	intravenózní, žilní
JIP	jednotka intenzivní péče
MR	magnetická rezonance
NGS	nasogastrická sonda
p.o.	per orální, ústy, přes ústa
PEG, PEJ	perkutánní endoskopická gastostomie, jejunostomie
PMK	permanentní močový katétr
PT drén	perkutánní drén
Rhb	rehabilitace
Rtg S+P	rtg- nativní vyšetření srdce a plic
s.c.	subkutánní, podkožní, pod kůži
Tbl.	tabletky
TEN	tromboembolická nemoc
VAS	vizuální analogová stupnice používaná u hodnocení bolesti

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ADENOKARCINOM RECTA - zhoubný nádor konečníku, tvořen ze žláзовého epitelu

ANASTOMÓZA - je napojení, spojení dvou orgánů, cév, nejčastěji na orgánech trávicího traktu

ATRÉZIE STŘEVA - vrozené zúžení či nevyvinutí střeva

DIVERTIKULITÍDA - zánět divertiklu - vychlípky na střevě s klinickými projevy připomínající dráždivý tračník

ENDOMETRIÓZA - výskyt ložisek sliznice dělohy v podobě cyst v jiných částech pohlavního ústrojí, popřípadě i v jiných orgánech

HIRSCHPRUNGOVA CHOROBA - vrozené onemocnění, při kterém nedochází k dostatečnému uvolnění střeva na přechodu esovité kličky do konečníku s následným hromaděním střevního obsahu v tlustém střevě, příčinou je chybění nervových buněk ve stěně příslušného úseku střeva.

KOLOREKTÁLNÍ - týkající se tlustého střeva a konečníku

MORBUS CROHN - zánětlivé střevní onemocnění, které postihuje různé úseky trávicí trubice, příčina není zcela jasná, podíl má imunitní systém

NEOADJUVANTNÍ CHEMOTERAPIE - chemoterapie používaná ke zmenšení orgánu a poté následuje chirurgická léčba či radioterapie

FASCIE - povázka, vazivový obal svalu či skupiny svalů

PER PRIMAM - hojení rány „na poprvé“ bez komplikací a hladkou jizvou

ORTOGRÁDNÍ - přímý, směřující dopředu

PROFYLAKTICKÁ PÉČE - ochrana před určitou nemocí, stavem, který může nastat

RESEKCE REKTA ANTERIOR, INFERIOR - chirurgické odstranění spodní a přední části konečníku

SIPPING - upíjení tekutého definovaného dietetika

STOMA - ústí

STOMIE - uměle vytvořené vyústění dutého orgánu přes stěnu tělní.

STOMIK - zdravotně postižený občan, který má dočasně nebo trvale vyvedenou stomii

ULCEROZNÍ KOLITÍDA - je idiopatický recidivující střevní zánět postihující sliznici recta a tlustého střeva

V.SUBCLAVIA.L.DEXTRA - žíla podkličková vpravo

ÚVOD

Stomie je pro většinu lidí jen slovo, které si někde přečetli. Pro lidi postižené tímto stavem (stomií) je to především přehodnocení životních priorit, zvyků. Vše na co byli zvyklí, se musí učit od začátku. Od správného stravování, oblékání, začlenění do společenského života. I přesto, že stomii ostatní lidé nevidí, většina stomiků má na začátku pocit, že jsou „cítit“ a každý to musí vidět.

A proč jsem si vybrala tohle téma? Po skončení školy jsem pracovala na oddělení septické chirurgie, kde byla kolorektální specializovaná stomická poradna.

Dalším důvodem je fakt, že je to onemocnění, o kterém se moc nemluví. V moderní době a možnostmi, které jsou, je paradoxní, že se lidé bojí o stomích mluvit. Neví jak se mají chovat k člověku se stomií.

V České republice je přibližně okolo 10 tisíc stomiků. Vzhledem k velkému počtu maligních onemocnění tlustého střeva se počet neustále zvyšuje.

(*Život se stomií.* [online]. [cit. 2012-04-17]. Dostupné z WWW: <<http://www.stomici.cz>>.)

Moderní léčba umožňuje pacientům se stomií žít plnohodnotný život. Pokrok, které stomické pomůcky prodělaly je obrovský. Následně se zlepšila i ošetrovatelská péče. Není to tak dávno co stomie znamenala vyřazení ze společenského života. Na trhu je vysoká nabídka pomůcek, a každý stomik si může vybrat typ, který mu bude co nejlépe vyhovovat.

Bakalářská práce má dvě části, teoretickou a praktickou. V teorii jsem se zaměřila na seznámení a rozdělení stomií, indikace k zavedení stomie, přípravě před operací a po operaci, komplikace stomie. Dále v teoretické části přiblížím život se stomií, pomůcky, péče o stomii a stomickou sestru. Praktickou část tvoří ošetrovatelský proces u pacienta se stomií, a to s ileostomií. V praktické části posuzuji stav pacienta, potřeby, celkovou péči o pacienta, zhodnocení ošetrovatelské péče. Dále stanovuji ošetrovatelské diagnózy a na jejich základě je vytvořen plán, realizace, hodnocení ošetrovatelské péče. Zpracovaná práce poslouží jako zdroj pro bakalářky ošetrovatelky.

TEORETICKÁ ČÁST

1 CHARAKTERISTIKA STOMIE

Stomie pochází z řeckého slova , které označuje „ústa“ nebo „otvor“. Je to uměle vytvořené vyústění dutého orgánu přes stěnu tělní. Vytvářena je pro nemožnost obnovit kontinuitu dotyčného orgánu, tak aby mohl obsah odcházet přirozenou cestou ven (RICHARDS et al., 2004).

Stomik je zdravotně postižený občan, který má dočasně nebo trvale vyvedený dutý orgán na povrch těla. Důsledkem je výrazné zhoršení celkové kvality života. Sestra specializující se na ošetřování stomií je stomasestra. (ZACHOVÁ, 2010).

2 ROZDĚLENÍ STOMIÍ

2.1 Podle časového trvání

- **Trvalé**

Trvalé stomie jsou vytvořeny tehdy, když už není možné obnovit přirozenou cestu stolice a moče . Trvalé stomie jsou doživotní.

- **Dočasné**

Dočasné stomie bývají vytvářeny pro některé typy akutních onemocnění na trávicím traktu. Většinou bývají vytvořeny na 6 měsíců. Po určité době, kterou stanoví lékař je stomie odstraněna. Při nelepším se stavu pacienta se může dočasná stomie stát i trvalou (OTRADOVCOVÁ et al., 2006).

2.2 Podle účelu

- **Výživné**

Gastrostomie je vyústění žaludku. Jejunostomie je vyvedení jejunu speciálním katétrem.

Zakládají se u pacientů s neschopností polykat a tam kde je překážka v horní části trávicího traktu (atrézie jícnu, bezvědomí, atd). Nejčastěji se zavádí PEG a PEJ (OTRADOVCOVÁ et al., 2006).

- **Derivační neboli odvodné**

Hlavní funkcí je odvádění stolice, moči, slin, hlenu. Záleží samozřejmě na postiženém orgánu. Z tohoto hlediska se dále dělí na:

- **Ezofagostomie** je vyústění jícnu, kdy dochází k odvodu slin, které kvůli překážce nemohou odtékat.

- **Tracheostomie** je uměle vyústěná průdušnice a průchodnost je zajištěna tracheostomickou kanylou. Hlavním cílem je zprůchodnění dýchacích cest (OTRADOVCOVÁ et al., 2006).

- **Ileostomie** je vyústění terminální části tenkého střeva břišní stěnou, kdy dochází k odvádění střevního obsahu do stomického sáčku. Nejčastěji je ileostomie lokalizována na pravé straně břišní stěny. Vhodně založená stomie má 1 až 3 centimetrovou manžetu (přečnívající nad břišní stěnu), která umožňuje snadné ošetřování. Ileostomie odvádí agresivní tekutý střevní obsah, který odchází nepřetržitě. Po stabilizaci stavu odchází asi 800 až 1500 ml střevního obsahu za 24 hodin (OTRADOVCOVÁ et al., 2006).

- **Kolostomie** je vyústění tlustého střeva před stěnu břišní nebo na ni. Dle lokalizace se dělí na cékostomii, transverzostomii, sigmoideostomii. Cékostomie se zakládá vzácně a je to umístění v oblasti slepého střeva. Transverzostomie je vyústění vzestupného tračníku a provádí se méně, kvůli problematickému ošetřování. Sigmoideostomie je vyústění v místě esovité kličky na levé polovině břišní stěny. Je nejčastějším typem stomie na tlustém střevě. Pro kolostomie je typický tužší střevní obsah. Čím blíže je stomie ke konci střeva, tím je obsah kompaktnější. Kolostomie vystupuje pouze v úrovni kůže a konzistenci obsahu určuje složení stravy, tekutiny, léky (OTRADOVCOVÁ et al., 2006).

- **Epicystostomií** se rozumí přímé zavedení katétru přes stěnu břišní. Výhodou je rychlé zajištění odchodu moči, snadné ošetření.

- **Nefrostomie** je zavedení nefrostomického drénu do pánvičky ledviny. Provádí se pod dohledem sonografické kontroly.

- **Ureterostomie** je vyvedení močovodů na povrch břišní stěny za pomoci katétru. Provádí se výjimečně.

- **Urostomie** je vyústění močových cest na stěnu břišní operační metodou. Dělí se na kontinentní a inkontinentní. U kontinentní stomie je vytvořen rezervoár s odvodným mechanismem, do kterého jsou vyvedeny močovody. Rezervoár tvořen z tenkého střeva se po 4 až 6 hodinách vypouští za pomoci cévky (jednorázové). Oproti tomu inkontinentní stomie je tvořena tak, že do tenkého střeva jsou vyvedeny močovody, ale konec je založen jako stomie na stěnu břišní. A moč tak odchází stomií mimo tělo do stomického sáčku (OTRADOVCOVÁ et al., 2006).

- **Derivace moči** - O derivaci mluvíme tehdy, když je moč odváděna z těla jiným orgánem, než jsou přirozené cesty. Dochází k náhradě části močové soustavy (část

močovodů, měchýř) za pomoci střeva a následnému napojení na původní močovou trubici.

- **Cholecystostomie** je vyústění žlučníku pomocí drénu a to PT drénu (OTRADOVCOVÁ et al., 2006).

2.3 Podle způsobu konstrukce

- **Nástěnná**

Nástěnná stomie se vytváří nejčastěji v oblasti céka a volí se méně často. Dochází k odlehčení střeva nad uzávěrem, který je později odstraněn. Většinou je to dočasná stomie a po zlepšení stavu je zrušena (ZACHOVÁ, 2010).

- **Koncová**

Koncová (terminální, jednohlavňová) je zakládána nejčastěji na sigmatu po odstranění konečníku. Přerušené střevo se protáhne navenek přes břišní stěnu a fixuje se ke kůži. Poté se pahýl střeva ponechá a je slepě uzavřen. Tomu se říká Hartmannova operace. Pokud se odstraní celý pahýl a perineum (hráz) se zašije mluvíme o Milesově operaci (ZACHOVÁ, 2010).

- **Axiální**

Axiální (kličková, dvouhlavňová) je stomie tvořená kličkou střeva, které je protaženo stěnou břišní. Po otevření přední části střeva má stomie dva otvory. Otvor přívodný (proximální) a odvodný (distální). Střevo tak není úplně přerušeno (ZACHOVÁ, 2010).

„Prvních 5 až 10 dnů se ponechává pod kličkou zaveden jezdec (kolíček), který napomáhá přihojení střeva k břišní stěně. Ošetření stomie s jezdcem musí být pečlivé. Pomůcka s odpovídající velikostí otvoru pro stomii se podsune pod jezdec. Dvouhlavňová stomie může být vytvořena i vyvedením dvou terminálních konců odlišných úseků střev vedle sebe, tak, že je možné obě hlavy opatřit pouze jednou stomickou pomůckou.“ (ZACHOVÁ, 2010, s.32-33)

3 INDIKACE K ZALOŽENÍ STOMIE

- **Ileostomie a kolostomie**

Indikace u ileostomie a kolostomie se v podstatě překrývají.

V rozhodování, jestli zavést stomii trvalou nebo dočasnou, často rozhodují obtíže a lokalizace onemocnění. (MARKOVÁ, 2006)

Obecně mohou být indikací:

- Záněty střev
- Morbus Crohn
- Perforace střeva
- Střevní polypóza
- Karcinom tlustého střeva
- Divertikulóza tlustého střeva
- Ulcerózní kolitída
- Nádorová onemocnění
- Akutní ischemie střeva
- Úrazy
- Obstrukční ileus
- Gynekologická traumata
- Endometrióza

- **Urostomie**

Nejčastější indikací bývají vrozené vývojové a nádorové onemocnění jako jsou:

- Vrozené malformace močového systému
- Spina bifida
- Extrofie, ectopie močového měchýře
- Nádory močového měchýře
- Úrazy

- **Indikace u dětí**

Nejčastějšími onemocněními vedoucími k založení stomie u dětí jsou:

- Atrézie střeva
- Hirschprungova choroba
- Nekrotizující enterokolitída

Paliativní stomie je stomie , která je založena k zmírnění symptomů a problémů. Snahou je dosažení co nejvyšší kvality života. Nejčastější indikace je u obstrukce gastrointestinálního traktu, které je způsobené prorůstajícím tumorem (MARKOVÁ, 2006).

4 KOMPLIKACE STOMIÍ

V souvislosti se stomií se může objevit řada komplikací. Většinu komplikací lze předejít při dodržování zásad správného ošetřování. Některé komplikace mohou vzniknout špatnou konstrukcí stomie. To se potom řeší operativně.

4.1 Časné pooperační komplikace

- **Krvácení**

Může být buď z místních a nebo celkových příčin. Drobné pooperační krvácení z okraje stomie je normální. Krvácet, ale může i nějaká poraněná céva či mechanicky poškozené střevo. Příčinou mohou být i některé léky (antipyretika, antikoagulancia). Sestra pravidelně sleduje stomii. Sleduje množství, barvu sekretu (OTRADOVCOVÁ et al., 2006).

- **Ischémie až nekróza okraje stomie**

Příčinou je nedostatečný přívod krve do tkáně. Nejčastěji je způsobený otokem nebo malým otvorem v kůži. Objevuje se povlak na stomii. Když je střevo uvolněné a zapadá do břicha volí operační úprava. Když střevo drží fascii léčíme konzervativně. Pacienta poučíme o správnosti vystřihávání dostatečně velkého otvoru pro stomii a nošení volného oblečení (OTRADOVCOVÁ et al., 2006).

- **Parastomální absces**

Je nutné odstranění abscesu. Dochází zde k obtížnému lepení sáčku na stomii, jelikož je absces drénovaný. Používáme proto pomůcky s větší lepící plochou. Často dochází k podtékání obsahu pod podložku. Prevencí je ochrana kůže .

- **Otok stomie**

Objevuje se po manipulaci se střevem. Malý otok ustoupí sám. Pokud je otok větší sledujeme jej. Léčba je konzervativní a to chladné obklady (OTRADOVCOVÁ et al., 2006).

- **Kožní komplikace**

Je nutné rozlišit alergickou reakci od kontaktní, podráždění a macerace na kůži v okolí stomie. Zjistíme příčinu a odstraníme ji. Příčinou může být podtékání obsahu, alergie na složení stomické podložky a jiné. Někde se předoperačně provádí alergický test , kdy se nalepí hmoty z podložky na předloktí a sleduje se zda bude reakce. Více je popsáno v pozdních komplikacích (OTRADOVCOVÁ et al., 2006).

- **Časná retrakce**

Retrakcí se rozumí vtažení stomie dovnitř, okraj stomie je pod úrovní kůže. Retrakce se objevuje v souvislosti se stenózou. Projevuje se problémy s vyprazdňováním , kdy může dojít až k úplnému znemožnění odchodu stolice. Více je popsáno v pozdních komplikacích (OTRADOVCOVÁ et al., 2006).

- **Nevhodně umístěná stomie**

Vyskytuje se výjimečně a to u pacientů , u kterých byla stomie vytvořena akutně a nedošlo k zakreslení. Stomie je založena v třísele, ohybech , na boku, pod žeberním obloukem. Pokud se jedná o zavedení stomie trvalé provádí se transrepozice stomie (OTRADOVCOVÁ et al., 2006).

- **Dočasná močová inkontinence**

Nejde přímo o komplikaci jako takovou. Je to důsledek operace, který se po čase upraví.

4.2 Následné (pozdní) komplikace stomie

- **Prolaps (výhřez) stomie**

Střevo může vyhřeznout až několik centimetrů před břišní stěnu. Změříme průměr střeva se ve stoje. A potom otvor sáčku stříháme o 5 mm větší. Lepší využití mají sáčky výpustné. Pacienta poučíme o sprchování a ochranných pomůckách. Manipulace se střevem je velice opatrná, aby nedošlo k mechanickému poškození. Nikdy

nereponujeme (nevracíme) střevo zpět do dutiny břišní. Vhodná je chirurgická úprava střeva (OTRADOVCOVÁ et al., 2006).

- **Retrakce (vtažení) stomie**

Retrakce se rozumí vtažení stomie dovnitř, okraj stomie je pod úrovní kůže. Retrakce se objevuje v souvislosti se stenózou. Může být od několika centimetrů až po několik milimetrů. Dochází při ní k podtékání stolice pod podložku. To způsobuje podráždění až maceraci okolní kůže. Pacienta poučíme o hygieně a ochranných pomůckách.

- **Stenóza stomie (zúžení)**

Dochází k nepoměru mezi průměrem střeva a otvorem v břišní stěně. Objevuje se společně s retrakcí. Příznaky jsou bolesti břicha a odchod stolice. Stolica měštná před stenózou. Zúžení stomie se dilatuje prstem či dilatátorem, aby se zajistil odchod střevního obsahu. Stomasestra pacienta naučí prakticky dilataci stomie. Pacient doma dilatuje alespoň jedenkrát denně a to přibližně 15 minut. Pacient je edukován o dietním režimu a dostatečné hydrataci. V případě , že stenóza je příliš těsná provádí se urgentní chirurgická revize (OTRADOVCOVÁ et al., 2006).

- **Parastomální kýla**

Nejčastější komplikace stomie, která vzniká oslabením břišní stěny. Částečně vzniká i uvolněním fascie od střevní kličky. Okolo stomie se vytvoří vyklenutí, které se postupně zvětšuje. U malé kýly lze kompenzovat břišním pásem, protože na ní špatně drží pomůcky. K operaci přistupuje až v krajním případě. Operace je vždy riziková, protože hojení v infekčním prostředí je komplikované (OTRADOVCOVÁ et al., 2006).

- **Kožní komplikace stomie**

Rozlišujeme kontaktní dermatitidu, alergickou reakci, plísňovou a bakteriální infekci. Dále rozlišujeme iritaci a maceraci kůže jako důsledek podtékání sekretu pod podložku.

Vždy řešíme prvotní příčinu a odstraníme ji. První pomocí je úprava jídelníčku (nejíst ostrá a kořenění jídla)

Macerace kůže je stav , kdy je kůže bílá a vrásčitá. Vyskytuje se nejčastěji u pacientů s ileostomií. Je to bolestivá komplikace. Hojení bývá pomalé a vyčerpávají. Nutná je léčba bolesti a správné zásady ošetřování stomie. Nadměrně suchá kůže se vyskytuje spíše u starších lidí. Příčinou je ztráta množství lipidů a vody. U suché kůže je zvýšené pH kůže a svědění. Pacienti si často kůži škrábou a tím si narušují ochrannou vrstvu kůže. Mohou vznikat trhlinky, které jsou vstupem pro infekci (MARKOVÁ, 2006).

- **Infekce na kůži**

Nejčastější příčinou je candida albicans. Tato houbovitá infekce se projevuje puchýřky , červenými skvrnami. Příčinou ze strany pacienta je špatná hygiena. Další příčinou je chemické poškození , podtékání obsahu (MARKOVÁ, 2006).

- **Granulace v okolí stomie**

Projevuje se červenými výrůstky ve stomii. Mohou vznikat až polypy.

- **Folikulitída**

Zánět vlasových váčků je vyvolán často při výměně sáčku, kdy dojde k traumatickému vytržení folikulu. Okolí stomie proto preventivně oholíme elektrickým strojkem (MARKOVÁ, 2006).

5 NEJČASTĚJŠÍ CHIRURGICKÉ VÝKONY SE ZALOŽENÍM STOMIE

5.1 Operace dle Milese (abdominoperineální amputace rekta)

Při této operaci se resekuje 1/3 sigmoidea, rektosigma, rekta a anu. Zašije se perineum a vytvoří se tak trvalá terminální sigmoideostomie. Pacientovi se vyvede dočasně drén z perinea. Po odstranění může přervávat mírná sekrece a proto doporučíme sterilní vložku a sprchování perinea i několikrát denně (OTRADOVCOVÁ et al., 2006).

5.2 Operace dle Hartmanna

Dochází k vyústění proximálního úseku střeva. Ten je vyveden v levém podbřišku jako sigmoideostomie. Distální úsek je slepě uzavřen suturou a nebo může být vyveden na stěnu břišní jako mukózní píštěl (dojde k vyvedení pahýlu rekta). Tato operace může vést k založení trvalé i dočasné stomie (SLEZÁKOVÁ, et al., 2010).

5.3 Kolektomie

Jedná se o odstranění celého tlustého střeva. Dochází tak k terminální ileostomii, která bývá lokalizována nejčastěji v pravém podbřišku.

Může být jednohlavňová i dvouhlavňová. Jednohlavňová stomie se tvoří dle Brooka tak, že se vysune se 2 až 5 cm střeva před břišní stěnu a sliznice se obrátí. Poté je sliznice fixována stehy. Stomie má vyčnívat kvůli tomu , aby dráždivá stolice mohla odtékat přímo do stomického sáčku. Když je zachováno rektum lze provést ileoanální (ileorektální) anastomózu (ZACHOVÁ, 2010).

Pokud se s celým tlustým střevem odstraní i rektum jedná se o **proktokolektomii** (totální kolektomii).

5.4 Ileoanální anastomóza

Ileoanální anastomóza je napojení ilea na rektum prostřednictvím pouch. Pouch je rezervoár vytvořený z kliček tenkého střeva. Pacient je nositelem stomie do té doby než se zhojí rezervoár. Provádí se 3 konstruktivní operace než je obnovena pasáž gastrointestinálního traktu přirozenou cestou (ZACHOVÁ, 2010).

5.5 Axiální transverzostomie

Provádí se u pacientů vyžadující paliativní řešení. Zavádění se provede bez revize dutiny břišní a to tak, že se kůže kruhovitě protíná. Pronikne se vrstvami břišní stěny a vytáhne se klička střeva ven nad kůži. Pod střevo je zaveden jezdec a vytvoří se přírodní a odvodné ústí. Stomie je poté fixována stehy ke kůži (ZACHOVÁ, 2010).

5.6 Ortotopická náhrada močového měchýře

Provádí se po cystektomii, kdy je nutné zajistit odvod moče. Je to rozsáhlý chirurgický výkon kdy se po cystektomii vytvoří neovezika (nový měchýř) ze segmentu tenkého střeva. Návaznost uretry je zachována pomocí anastomózy a močení je spouštěno pomocí břišního lisu. Po operaci je nutné, aby pacient byl poučen o důležitosti pitného režimu. Tenké střevo tvoří hlen a ten může způsobit retenci moči. Je zde také vyšší riziko vzniku uroinfekce (ZACHOVÁ, 2010).

6 PŘÍPRAVA PACIENTA K ZALOŽENÍ STOMIE

Vytvoření stomie je obrovský zásah do života osobnosti a celého životního stylu. Je velice důležité pacienta připravit k operaci a to nejen po fyzické stránce a vyšetření, ale hlavně po psychické. U plánované operace postupně seznamujeme pacienta s tím co ho čeká v nemocnici, ale hlavně po propuštění domů. Pacient by měl být respektován, jeho obavy, nejasnosti vysvětleny. Taktní přístup by měl být samozřejmostí. Stomie může být založena plánovaně a akutně (MARKOVÁ, 2006).

6.1 Předoperační příprava u obvodního lékaře

Lékař provede základní odběr biochemického materiálu krve (Na, K, Cl, Mg, Ca, P, urea , kreatinin , Alt, AST, ALP, GMT, bilirubin celkový, CRP, pankreatická amyláza, celková bílkovina, glykémie, albumin). Z koagulací se odebírá INR, APTT, fibrinogen. V hematologii se odebírá krev na krevní obraz a diferenciál , krevní skupinu. Je nutné mít nakřížené dopředu v krevní bance alespoň 2 krevní konzervy erytrocytů. Ne vždy se berou onkomarkery. Moč se posílá na vyšetření tzv. moč a sediment. Sestra natočí pacientovi EKG a lékař jej popíše. Ze zobrazovacích metod je proveden prostý snímek RTG srdce a plíce. Provádí se i kontrolní ultrazvuk břicha. Pokud je nutné tak pacient absolvuje znovu vyšetření CT, kolonoskopie, gastrokopie, rektoskopie, MR. Od obvodního lékaře je potřeba vyjádření , že pacient je schopen výkonu v celkové anestézii. Výsledky odběrů, EKG, RTG se provádí 14 dní před operací , ne dříve.

U zobrazovacích metod , které pacient prodělal (CT, MR) před operací je nutné mít obrázky na CD. Pacientovi doporučíme lehčí stravu před operací. Nezatěžovat tělo, jelikož při příchodu do nemocnice bude probíhat očista střev. Pacientovi zodpovíme veškeré dotazy které ho zajímají ohledně operace, pooperační péče a stomii.

6.2 Předoperační příprava v nemocničním prostředí

Pacient při příchodu do nemocnice chodí přes příjmovou ambulanci, kde se dodělají nutná vyšetření. Po příchodu do nemocnice tak 1 až 2 dny před samotnou

operací (záleží na nemocnici) se provádí speciální příprava. Tou se rozumí mechanická očista střeva.

- **Mechanická očista střev**

Mechanická očista střev je závislá na zvyklosti oddělení. Většina pacientů před plánovanou operací přijde na oddělení 1 až 2 dny před operací, kde se vyprazdňují. Ve většině případů se provádí ortográdně perorálním podáním osmoticko - koloidního solného roztoku. Nejznámější je Fortrans, kterého se pije 4 litry. Někdy je to kombinované s podáním očištného nálevu. Před pitím Fortransu se někde dává 100 ml $MgSO_4$. Je nutné, aby pacient po dobu ortográdní přípravy dodržoval pitný režim. Je vhodné, aby sestra viděla odcházející stolicí. Poučí pacienta, že až bude odcházet voda, nesplachuje, ale zazvoní na sestru. Poté co odchází voda už není nutné pít roztok. Někdy může být ve stolici jemné drobení, to ale nevádí. Sestra je zodpovědná za správné vyprázdnění pacienta. Mohlo by se totiž stát, že bude špatně vyprázdněný a operace by se musela odložit (MARKOVÁ, 2006).

Správně provedená očista střev nám snižuje riziko komplikací procesu hojení. Jakékoliv zbytky ve střevech nám totiž mohou působit komplikace v hojení anastomóz (PENKA, 2004).

- **Vyznačení budoucího místa stomie**

Měl by následovat edukační pohovor se stomasestrou (specializovaná sestra na problematiku pacientů se stomií). Stomická sestra zakreslí vhodné místo pro stomii po domluvě s lékařem. Vyznačení stomie se provádí nesmývatelnou barvou. Také u akutních případů se snažíme o vyznačení vhodného místa stomie. Místo by mělo být pro pacienta zvoleno tak, aby si byl schopný po operaci stomii sám ošetřit. Nesprávné umístění stomie způsobuje problémy s ošetřováním. Je nutné si všimnout anatomických jevů. Vyhýbáme se žebním obloukům, operačním ranám, kožním záhybům. Místo se označí v leže a umístíme cvičnou podložku. Poté pacienta poprosíme, aby si stoupl a vyzkoušel si pár kroků, cviků, ohnutí. Pomůcka nesmí pacientovi vadit. Když nevíme o jakou stomii půjde zakreslíme více vhodných míst. Stomická sestra může pacientovi nabídnout různé letáky o tom co je stomie a co ho čeká. Letáčky od firem je vhodné dávat až po operaci. Stejně tak vybrání vhodného

typu pomůcek a seznámení s nimi. Pro pacienta je to ze začátku hodně informací, a proto jej před operací seznamujeme jen s tím, co je pro něj opravdu podstatné (MARKOVÁ, 2006)!

Po seznámení pacienta s místem stomie by měl ošetřující lékař informovat o průběhu operace, možných rizicích. Podepíše s pacientem informovaný souhlas s operačním výkonem. Anesteziolog zase seznámí pacienta s anestézií . Zjistí možné komplikace a napíše premedikaci. Anesteziolog nám i určí , které z dlouhodobě užívaných léků pacient může ráno před operací spolknout (MARKOVÁ, 2006).

- **Premedikace**

Pacient večer před operací a ráno v den operace dostává tabletky navozující celkové zklidnění .

- **Prevence tromboembolické nemoci**

Sestra na oddělení pacientovi v den operace zabandážuje dolní končetiny. Lékař určí zda bandáž bude vysoká či nízká.

- **Příprava operačního pole**

Dle zvyklosti oddělení se provádí den před operací a nebo v den operace hned ráno. Očista pole spočívá v tom, že je pacient oholen v umbilikální oblasti. Vyholí se od prsních bradavek až po třísla. Pokud se bude provádět výkon na anu, oholíme i tuto oblast. Ženám se doporučuje oholení i suprapubické oblasti (MARKOVÁ, 2006).

- **Dezinfekce operačního pole**

Na oddělení se provádí vyčištění pupíku jodovou dezinfekcí. Pozor na alergickou reakci. Pokud by se reakce objevila ihned informovat při příjezdu na operační sál sálou sestru (MARKOVÁ, 2006).

7 PÉČE O PACIENTA PO OPERACI

Po zavedení stomie je pacient přeložen na **JIP**, kde se provádí:

- sledování fyziologických funkcí a monitorace EKG,
- kontrola operační rány (prosák rány)
- kontrola stomie,
- vedení infuzní terapie,
- sledování NGS, PMK, drénu,
- antikoagulační léčba,
- léčba antibiotiky,
- Rhb a dechová cvičení.

Kontrola stomie (odchod plynů, sekrece, tvar velikost, barvu a otok stomie. Normální barva je červená jako u sliznice dutiny ústní- to je ukazatelem dobrého krevního oběhu). Po operaci je stomie oteklá a má větší průměr. Později dochází ke stažení.

Infúzní terapie je vedena v závislosti na stavu pacienta a také na ztrátách tekutin z PMK, drénu a žaludeční sondy.

Žaludeční sonda - sledujeme odpad, množství, vzhled, zápach. Žaludeční sonda se necháváme obvykle 3 dny. Vše záleží na odvodu šťáv a toleranci pacienta (SLEZÁKOVÁ, et al., 2010).

Péče o drén - sledujeme množství sekrece. U podtlakového systému sledujeme, zda se neztrácí podtlak. Odstranění drénu závisí na množství sekrece (ČAPOV, 2001) .

Antikoagulační léčba (aplikace s.c.) je používána pro prevenci TEN.

Profylaktická aplikace antibiotiky - začíná se podávat už na sále a pokračuje se nejméně 5 dní po operaci.

Na **standardní oddělení** se překládají již stabilizovaní pacienti přibližně 3. den pooperační. Úkolem sestry je rehabilitace a aktivizace pacienta. Nejdůležitější je edukace pacienta, jak má pečovat o stomii. Pokud je to možné, edukujeme i člena rodiny. Sestra, která je vyškolená na ošetřování stomií se nazývá stomická sestra (SLEZÁKOVÁ, et al., 2010).

8 STOMICKÁ SESTRA

Z důvodu nutnosti zajistit komplexní péči o pacienty se stomií vznikla v cizině v roce 1958 profese nazvaná stoma - terapeut. U nás se sestře ošetřující tyto pacienty říká stomická sestra nebo stomasestra. V České republice se snaží každé chirurgické oddělení mít svoji stomasestru , ne všude tomu, ale tak je. Stomasestra by měla být s pacientem již před operací, kde zakreslí optimální místo pro stomii. Po operaci seznámí pacienta s pomůckami. Doporučí nejoptimálnější pomůcky a poté se provádí nácvik. Edukuje nejen pacienta, ale i rodinu. Edukace se provádí v stomické místnosti a nebo poradně stomasestry. To je místnost vyhraněná pro učení a ošetřování, kde je k dispozici velké zrcadlo a stomické pomůcky od různých firem. Plán edukace je vždy individuální, tzv. „šitý na míru“. Stomik by měl tolik času na učení kolik potřebuje. Nikdy se nesnažíme uspěchat učení. Sestra je tolerantní, empatická, komunikativní. Vyzařuje z ní klid, zájem, schopnost vytvoření a získání důvěry. Vždy jedná se stomikem v klidu a úctou. Stomasestra má svoji stomickou poradnu, kam za ní pacienti přicházejí pro pomůcky, rady (ZACHOVÁ, 2010).

Náplní práce stomasestry je:

- edukace pacienta a jeho rodiny (Edukovat už může před operací, závisí to na zvyku oddělení.),
- výběr vhodných pomůcek,
- úprava a nácvik používání pomůcek,
- poradenství v každodenních aktivitách (Prevence možným problémů, které stomie může přinášet.),
- poradenství v oblasti sociální podpory,
- péče o peristomální kůži,
- řešení kožních problémů,
- prevence komplikací stomií a jejich odhalení,
- informovat o klubech, výhodách, organizacích,
- emocionální a psychická podpora. (ZACHOVÁ, 2010)

9 POMŮCKY PRO STOMIKY

Stomické pomůcky prodělaly za posledních 30 let velké změny. Přibližně do roku 1960 se nepoužívaly žádné stomické pomůcky, což způsobovalo vyřazení stomiků ze společnosti. Po roce 1960 se začaly používat pásy (janošíkovské, francouzské). Mezníkem byl rok 1972 kdy firma Convatec přišla na trh s novými typy pomůcek. Ty byly vyrobeny ze speciálního želatinového materiálu. Ten umožňoval dobré přilnutí podložky ke kůži. I tyto pomůcky se nadále vylepšovaly, aby mohly zajistit co největší komfort pacienta (MARKOVÁ, 2006).

V současné době je na trhu široký sortiment kvalitních pomůcek. Na českém trhu je v současné době 8 firem (ConvaTec, Coloplast, B. Braun, Dansac, WELLAND Medical, Lipoelastic, Eakin, Sabrix). Všechny uvedené firmy vyrábí a dodávají kompletní sortiment jednodílných i dvoudílných pomůcek, které se odlišují konstrukčním provedením a uzamykacím systémem. Mimo to firmy vyrábí i přípravky na ošetřování a ochranu kůže. Dále vyrábí přípravky na čištění a různé doplňky jako jsou pohlcovače pachů a pásy (*Stomické pomůcky* [online]. [cit. 2012-04-24]. Dostupné z WWW:< <http://www.ilco.cz>>).

Stomickou pomůcku předepisuje lékař, který má smlouvu s pojišťovnou (lékař praktický, chirurg, urolog, internista). V rámci koloproktologické poradny, kde pracuje stomická sestra ve spolupráci s chirurgem může předepisovat pomůcky ona. Pomůcky jsou předepisovány na „Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku“. Poukaz je platný 2 měsíce. Pomůcky lze vyzvednout ve specializovaných prodejnách nebo je firmy nechávají u stomasestry v poradně (po domluvě s pacientem). V některých případech se pomůcky posílají i poštou jako zásilka.

Pomůcky dělíme na pomůcky pro kolostomiky, ileostomiky, urostomiky. Existují systémy jednodílný či dvojdílný a vypouštěcí a uzavřený systém (MARKOVÁ, 2006).

9.1 Jednodílný stomický set

Skládá se ze sáčku jehož součástí je flexibilní podložka. Podložka má adhezivní a ochranné vlastnosti jenž nám umožňují přímou aplikaci na kůži kole stomie. Jednodílné sety mohou být neprůhledné či průhledné a uzavřené či vypustné. Jsou opatřeny

uhlíkovým filtrem, který umožní uvolňování střevních plynů. Filtr minimalizuje nafukování sáčku a redukuje zápach. Při výměně dochází k šetrnému odlepení celého sáčku. V adhezivní ploše sáčku se vystřihuje otvor, který má stejný průměr jako ústí stomie (KRŠKA, et al., 2011).

9.2 Dvoudílný systém

Má základní složku, a to podložku, druhou část tvoří sáček. K základní podložce se může připevňovat sáček uzavřený nebo výpustný. To ale záleží na konzistenci stolice. Průměr příruby sáčku musí odpovídat průměru příruby na podložce. Po nasazení musí být kompatibilní. Podložka je na těle pacienta přilepena optimálně 3 až 4 dny. Frekvence výměn odpovídá i limitu od pojišťoven, který je 10 podložek na měsíc. Pro urostomiky je limit 15 podložek na měsíc. U výpustných sáčků se doporučuje výměna jedenkrát denně. U uzavřených sáčků dvakrát denně (KRŠKA, et al., 2011).

9.3 Podložky

Jednotlivé druhy se liší konstrukcí, materiálem a účelem použití. Mají různé průměry přírubového kroužku nebo lepící folie.

Hydrokoloidní podložka je tvořena plnou vrstvou adhezivní hmoty, která podporuje hojení pokožky. Tato podložka se často využívá po operacích a u výskytu komplikací v okolí stomie. Nevýhodou je menší flexibilita.

Flexibilní podložka je ve svém středu tvořena adhezivní hmotou. Vnější část je tvořena z mikroprecizní náplasti. Podložka je ohebnější. Doporučuje se pacientům, kteří jsou fyzicky aktivní. Nedoporučuje se u pacientů s citlivou pokožkou a nadměrným pocením.

Tvarovatelná podložka pacientovi „zajišťuje dokonalé přilnutí pomůcky ke stomii, čímž zabraňuje podtékání. Umožňuje vytvoření požadovaného tvaru i velikosti otvoru bez použití nůžek. Z vnitřní části podložky vytvarujeme prsty pružnou manžetu, která bezpečně přilne ke stomii a zabrání podtékání.“ (KRŠKA, et al., 2011, s.212). Okraj podložky je z textilie, která je tvořena hydrokoloidy a je poddajná. Ta zvyšuje šetrné a flexibilní přilnutí k pokožce. Konvexní podložka se používá u pacientů s retrakcí stomie. Retrakce stomie se velice špatně ošetřuje. Střed této podložky má

trychtýřovitý tvar. Ten utěsní okolí stomie a zabraňuje tak možnému podtékání stolice. Okraj podložky může být hydrokoloidní a nebo tvořen z mikropóru, který poskytuje vysokou flexibilitu podložky (KRŠKA, et al., 2011)

9.4 Stomické sáčky

Vnitřek část stomického sáčku je tvořena plastovou folií. Sáčky na těle chladí a tak nedochází pod nimi k pocení. V případě průhledného provedení je netkaná folie pouze na straně sáčku přiléhajícího k tělu pacienta. Tvary jsou přizpůsobeny anatomickým poměrům. Sáček obsahuje filtrační systém. Ten se skládá z odvodušňovacích kanálků, filtru a chlopně. Při sprchování či koupeli se filtr zalepí speciální samolepkou, aby nedošlo k vlhkosti uvnitř sáčku. Uzavřené sáčky jsou určeny pro pacienty s tuhou stolicí, kolostomici. Po naplnění je sáček vyměněn za nový. Zabalen do novinového papíru či igelitového sáčku a odstraněn do odpadu. Výpustný sáček je určen pacientům s řídkou až tekutou stolicí, hlavně ileostomikům. Po naplnění pacient vypustí stolicí a uzavře sáček svorkou, zipem. Urostomický sáček slouží pacientům ke sběru moči. dráždění a narušení pokožky nám zabraňuje zpětná chlopeň. Ta udržuje moč ve spodní části sáčku a brání k vrácení moči zpět ke stomii (KRŠKA, et al., 2011).

9.5 Příslušenství ke stomii

Mezi příslušenství patří veškeré pěny, ochranné masti, krémy, pásy, pohlcovače zápachu, pudry, přídržné a kýlní pásy.

Čistící prostředky slouží k omývání kůže a zbavení případných zbytků. Slouží i k regeneraci pokožky . Patří sem odstraňovače náplasti, tampony s olejíčky či tampony s čistícími roztoky. Tělové ubrousky jemně čistí okolí stomie. Pěny se zase rychle roztírají a rozpouští nečistoty.

Hydrokoloidní pudry jsou zasypy sloužící k ošetření macerované pokožky. Mezi ochranné prostředky patří krémy. Pasty které nám vytváří ochranný film, umožňují regeneraci pokožky. Mimo to pasty slouží i k vyrovnávání povrchů kožních záhybů .

Pohlcovače zápachu odstraňují nepříjemné a nežádoucí pachy. Můžou být na bázi vodného roztoku či olejového. Olejová báze se aplikuje přímo do sáčku. Vodní báze se používá v místnosti , kde se manipuluje s pomůckami.

Přidržený pásek je možné nosit pro pocit bezpečí. Obzvláště u většího odpadu stolice a u zvýšené námahy.

Kýlní pás neboli břišní podpora se používá u stomiků s parastomální kýlou a u pacientů, kteří potřebují v předoperační fázi zpevnit břišní stěnu (KRŠKA, et al.,2011).

10 POSTUP PŘI OŠETŘOVÁNÍ STOMIE A VÝMĚNY POMŮCEK

10.1 Příprava peristomální kůže

Pomocí odstraňovače náplasti šetrně se šetrně sloupne stávající stomická pomůcka. Mokrou textilií netkaného typu či osprchováním očistíme kůži i samotný vývod. Dokonalého očištění dosáhneme osprchováním. K hygieně kůže v okolí stomatu použijeme antibakteriální (lze i dětské) mýdlo nebo čisticí pěnu. U čisticí pěny upozorníme pacienta na obsah olejových látek. Je proto vhodné, aby kůži po použití pěny ještě otřel čistou vodou. Okolí stomatu musí být před nalepením podložky vždy suché. Kůži potřeme ochranným filmem a necháme jej zaschnout. Nejvhodnější pro toaletu kůže jsou jednorázové pomůcky (KRŠKA, et al.,2011).

10.2 Změření velikosti stomie a příprava pomůcky

Většina firem se snaží o co největší usnadnění a proto nechává v krabičkách u podložek papírovou šablonu. Pro správnou přípravu podložky přehneme šablonu na polovinu a změříme stomii na šířku. Poté šablonu přehneme na výšku a změříme stomii. Zakreslené body spojíme a vystříháme v šabloně příslušný tvar (KRŠKA, et al.,2011).

10.3 Stříhání otvoru v podložce

Připravenou šablonu přiložíme na rubovou stranu podložky. Poté obkreslíme a vystříháme otvor. Mezi vnitřním okrajem a stomatem má zůstat asi tak 2-3 mm prostor. Pokud by byl menší mohlo docházet k dráždění střevní sliznice. Nikdy nevolíme velikost podložky tak, abychom museli vystříhnout otvor až ke kroužku.

U tvarovatelných podložek se otvor tvaruje suchými prsty rolováním. Nikdy podložku neroztahujeme,ale rolujeme manžetu uprostřed podložky. Vždy manžetu přitlačíme, aby nedošlo k rozvinutí. Při tvarování podložky je vhodné tvořit otvor větší o 2 mm. Jelikož je materiál pružný a po nějaké době přilne k obvodu stomie (KRŠKA, et al.,2011).

10.4 Nalepení podložky

Z rubu připravené podložky sundáme ochrannou fólii a nalepíme podložku na kůži. Poté ji jemně přitlačíme po celém povrchu ke kůži. Pokud chceme, aby podložka lepila co nejlépe před nalepením ji chvíli opatrně třeme, aby dosáhla správné teploty. Správné teploty podložky docílíme i tím, že pacient leží na zádech a podložku má buď na břicho či pod záda (KRŠKA, et al.,2011).

10.5 Nasazování sáčku

U dvoudílného systému se sáček přitlačí na obrubu podložky. Až se ozve charakteristické cvaknutí, přitlačíme sáček postupně po celém obvodu příruby. Další možností je přírubový kroužek se zámečkovým systémem. Po nasazení sáčku je vždy nutné zkontrolovat správnost připnutí mírným tahem za sáček směrem dolů (KRŠKA, et al.,2011).

11 ŽIVOTNÍ STYL STOMIKŮ

Po zavedení stomie je důležitá změna životního stylu a stravovacích návyků. To, co platí pro jednoho stomika, neplatí pro druhého. Vždy je nutné přistupovat individuálně a brát v potaz život pacienta před zavedením stomie. Snahou je přiblížení se životu před stomií, i když víme, že to nikdy nebude zcela možné.

11.1 Výživa a pitný režim

Neexistuje dieta, která by vyhovovala všem stomikům. Doporučuje se strava lehce stravitelná, mechanicky i chemicky, termicky šetřící trávicí trakt. Strava je bohatá na vitamíny a bílkoviny a obsahuje nenadýmající potraviny (viz příloha). Dieta, která je přímo určená pro stomické pacienty, ale i idiopatické záněty střev je tzv. bezezbytková dieta. Tato dieta obsahuje nestravitelnou vlákninu, celulosu a jiné potraviny. Obecně platí, že pacient jí alespoň třikrát denně v pravidelných intervalech a důkladně rozkouše stravu. Pacient jí v klidu. Pitný režim se počítá 250 až 300 ml na 1 kg váhy pacienta. Pokud je stolice tužší či průjmovitého charakteru je nutné doplnit tekutiny (MARKOVÁ, 2006).

11.2 Fyzická aktivita a sport

Pacienti se stomií mohou cvičit. Je ale nutné dodržet některá pravidla a dbát pokynů lékaře. Pozor na časté předklony, zvedání těžkých břemen. Vhodný sport pro pacienty se stomií je plavání, turistika, tenis, běh. Krátce po operaci je však břišní stěna oslabena a asi tak 8 týdnů po operaci je nutné vyloučit jakoukoliv fyzickou námahu.

U sportu je nutné myslet na výměnu pomůcek stejně jako v běžném životě a plánovat si denní aktivity dopředu.

11.3 Společenský a rodinný život

Kvalita partnerského a rodinného života pacienta se stomií záleží na způsobu života a vztazích existujících před založením stomie. Pro celou rodinu je to velice obtížná situace. Psychická odezva na zavedení stomie, která se může projevat pláče,

strachem, depresemi, zoufalstvím, beznadějí dopadá na celou rodinu. Ze začátku se pacient vyhýbá společnosti a tím se společensky izoluje. Návrat do práce také není snadný, jelikož ne každou práci může stomik vykonávat. Dochází k rozporu životních rolí, kdy selhává nejen v rodině, ale i jako zaměstnanec. Klidné a podporující rodinné zázemí pomáhá k návratu do společenského života. Stomik se rozhodne koho dalšího z rodiny či známých chce informovat o tom, že má stomii. V případě opětovného návratu do práce by měl informovat nadřízeného. Intimní život může být dočasně narušen. Při operaci může dojít k poškození nervů inervujících tuto oblast, což se může projevit jako ztráta libida, erekce, ejakulace. Tento stav je u většiny pacientů pouze dočasný. Sexuální styk se doporučuje až za 2 až 4 měsíce po operaci. Lze používat pomůcky menší či krytky. Existují prubany, které zajistí stomickou pomůcku. Z psychologického hlediska je vhodné skrýt stomii prádlem. Ze začátku je narušen obraz těla a pochybnosti. Dochází k pocitu znetvoření, zohyzdění a ztráty ženství či mužství. Existence stomie není kontraindikace k otěhotnění. Těhotenství se doporučuje nejdříve za 2 roky po operaci (MARKOVÁ, 2006).

11.4 Psychosociální problémy stomiků

Existují kluby stomiků. V České republice je nejznámější klub Ilco. Ten hájí zájem stomiků, pořádá rekreační zájezdy, společenské akce, zdravotní programy. Sleduje pokroky v oblasti péče o stomiky i vývoj nových pomůcek. Členové získávají přátele postižené stejným postižením a tím i psychickou podporu.

12 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA SE STOMIÍ

Způsob získávání informací

- rozhovor s pacientem
- sesterská a lékařská dokumentace
- sesterská anamnéza
- pozorování pacienta během ošetrovatelských činností
- zjišťování informací od sester, lékařů, rodinných příslušníků pacienta

Při ošetřování zaujímá sestra holistický přístup a všímá si všech biopsychosociálních potřeb. Pacienti k operačnímu řešení stomie bývají většinou přijímáni plánovaně, a to na standardní oddělení, kde se 1 až 2 dny před operací vyprazdňují. Po provedení stomie je pacient přeložen na JIP nebo ARO. Zde pobývá tak 2 až 3 dny dle jeho stavu. Na sále je pacientovi zaveden PMK, NGS a drén. Po stabilizování stavu pacienta je přeložen zpět na standardní oddělení, kde se pacient začíná učit pečovat o stomii.

Monitorace:

- fyziologických funkcí
- úroveň vědomí
- stomie, kde je nalepen ze sálu stomický systém. Ten je průhledný a přes něj vidíme otok a barvu stomie.
- sledujeme odpad ze stomie a z PMK, NGS, drénu
- sledujeme invazivní vstupy, jejich funkčnost
- laboratorní výsledky a výsledky proběhlých vyšetření
- bilance tekutin a příjem stravy

Poloha a pohybový režim

- Po operaci je klidový režim (1-3 dny).
- Rehabilitace je vhodné zahájit hned 1. den pooperační.
- Poučit o správném vstávání a nezatěžování břišních svalů

- Dle stavu pacienta postupné vstávání z lůžka a později neomezený pohyb

Hygiena a oblékání

- Zhodnotit úroveň soběstačnosti
- U částečně soběstačného pacienta dohled - domluvit se zda zvládne hygienu u umyvadla nebo zda donést lavor k lůžku
- U pacienta nesoběstačného sestra zajistí kompletní hygienickou péči a prevenci dekubitů - polohování á 2 hodiny
- Péče o NGS, PMK, stomii, drén

Spánek a odpočinek

- Zajistit klidný spánek a dostatečný odpočinek
- Klidné prostředí
- Doporučit vhodnou úlevovou polohu
- Podávat léky na spaní dle ordinace lékaře
- Zajistit pocit bezpečí (zvonek na dosah ruky, pravidelné kontroly)

Výživa

- zhodnotit úroveň výživy a hydratace (BMI, kožní turgor, bilance tekutin)
- podávat parenterální výživu dle ordinace lékaře
- operační den nic per os
- 1. a 2. pooperační den tekutá bezsezbytková strava dieta 0/5 (nejlépe cezený bujón) a tekutiny
- 3. až 7. pooperační den kašovitá, mletá 5/1 (dle stavu pacienta)
- přibližně 7. den normální strava dieta č. 5
- zajistit dietní sestru, která edukuje o stravě doma, na cestách,...
- dietní sestra vytvoří individuální vzorový jídelníček alespoň na 2 týdny a informuje o vhodných a nevhodných potravinách
- sledovat nauseu a emesis

Vyprazdňování

- edukace pacienta o ošetřování stomie
- sledování stomie

- vysvětlit jaká forma stolice odchází ze stomie (u ileostomie tekutá až řídká a kontinuální, u kolostomie tužší stolice)
- sledovat množství a odchod stolice, příměsi
- informovat o správné likvidaci stomických pomůcek
- sledovat peristaltiku a odchod plynů
- sledovat PMK- množství, charakter a příměsi v moči
- sledovat veškerý biologický odpad z NGS, drénu –jeho charakter a množství

Bolest

- Sledujeme bolest (místo, charakter, šíření).
- Zjistíme, co ji zlepšuje a zhoršuje.
- Podáváme analgetika dle ordinace lékaře.
- Zajistíme úlevovou polohu.

Psychosociální potřeby

- Pacient je po zavedení stomie vystaven velkému stresu a nejistotě.
- Strach z budoucnosti je pochopitelný, a proto zajistíme kontakt psychologa či psychiatra.
- Je nutné vysvětlit veškeré dotazy ohledně stomie.
- Dobře ho informovat o životě se stomii, o klubech,

Domácí péče

- edukace pacienta, ale i rodinného příslušníka o stomii a stravě, výměně pomůcek
- zavedení stomické karty a začlenění do pravidelných kontrol u stomické sestry
- informovat o tom, že není sám a jsou i stomické kluby, kde získá zkušenosti od jiných pacientů se stomií
- poučit o nutnosti dodržování některých zásad pro kvalitní život ze stomií

PRAKTICKÁ ČÁST

13 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA SE STOMIÍ

13.1 Identifikační údaje

Jméno a příjmení: S.A.	Pohlaví : muž
Datum narození: 1954	Věk: 57
Adresa bydliště a telefon: Brno, Brno - město	
Adresa příbuzných: Dtto	
Rodné číslo: 1954	Číslo pojišťovny: pojištěn
Vzdělání: vyučený truhlář	Zaměstnání: od roku 1995 podnikatel
Stav: ženatý	Státní příslušnost: ČR
Datum přijetí: 6.11. 2011	Typ přijetí: plánované
Oddělení: I.chirurgická klinika, Fakultní nemocnice u Svaté Anny v Brně	Ošetřující lékař: Mudr. J.K

Důvod přijetí udávaný pacientem: po domluvě s lékařem přijatý k plánovanému operačnímu výkonu – zavedení stomie

Medicínská diagnóza hlavní:

- adenokarcinom rekta s metastázemi do jater

Medicínské diagnózy vedlejší:

- Protektivní ileostomie, resekce recta anterior inferior (distální 8 cm)
- Stav po neoadjuvantní chemoterapii 2011
- Stav po incizi perianálního abscesu 2000
- Esenciální hypertenze od roku 1994
- Stav po APPE v roce 1970
- Stav po zlomenině pravého předloktí v roce 1975 - bez nutnosti operativního řešení

Vitální funkce při přijetí:**Krevní tlak:** 145/85 mm Hg**Puls:** 72/min**Dechová frekvence:** 18 /min**Tělesná teplota:** 36,8° C**Stav vědomí:** při vědomí**Výška :** 172 cm**Váha:** 93 kg**BMI:** 31,4 (obezita I.stupně)**Pohyblivost:** bez omezení**Krevní skupina:** B +

Nynější onemocnění: 57 letý pacient přijatý plánovaně k operačnímu výkonu – zavedení stomie.

Informační zdroje: sesterská anamnéza, lékařská dokumentace, pacient, rodina pacienta, psycholog

13.2 Anamnéza

Rodinná anamnéza:**Otec:** zemřel v 60 letech na carcinom recta**Matka :** zemřela v 75 letech na infarkt myokardu**Sourozenci:** starší bratr, měl autonehodu v 40 letech**Děti:** má 2 dcery, dosud zdravý**Osobní anamnéza:****Překonané a chronické onemocnění:**

Stav po neoadjuvantní chemoterapii 2011

Stav po incizi perianálního abscesu 2000

Esenciální hypertenze od roku 1994

Stav po zlomenině pravého předloktí v roce 1975- bez nutnosti operativního řešení

Hospitalizace a operace:

Protektivní ileostomie, resekce recta anterior inferior (8 cm) 2011

Stav po neoadjuvantní chemoterapii 2011

Stav po incizi perianálního abscesu 2000

Stav po APPE v roce 1970

Transfúze: dostal 5 transfuzí, po jedné měl zvýšenou tělesnou teplotu , ostatní proběhly bez komplikací

Očkování : na tetanus, kdy bylo poslední přeočkování neví

Léková anamnéza: Orcal Neo 50 mg – 1 tbl. denně ráno

Při bolestech Ibalgin 400 mg , až 4 tbl. denně

Alergologická anamnéza:

Léky: neguje

Potraviny: neguje

Chemické látky: neguje

Jiné: prach , pyl ,peří, roztoči

Abúzy:

Alkohol: příležitostně, na oslavách

Kouření : dříve asi 15 cigaret denně, 5 let je nekuřák

Káva: nepije

Léky: neguje

Jiné drogy: neguje

Urologická anamnéza:

Překonané urologické onemocnění: neudává

Poslední návštěva u urologa: dosud u urologa nebyl

Sociální anamnéza:

Stav: ženatý

Bytové podmínky: Bydlí s manželkou a jejími rodiči v rodinném domě s velkou zahradou

Vztahy, role a interakce v rodině: S rodiči od manželky nejsou žádné konflikty. Má 4 vnoučata. S dcerami a jejich manžely se navštěvují pravidelně. V rodině mají hezké a přátelské vztahy.

Záliby: práce (truhlářství), kreslení, četba knih, hra na kytaru, jízda na kole, turistika

Volno časové aktivity: ve svém volném čase se věnuje rodině, hlavně vnoučatům. S manželkou a kamarády jezdí často na kole a věnují se turistice. V zimním období rád čte a hraje na kytaru.

Pracovní anamnéza

Vzdělání: vyučen truhlářem

Pracovní zařazení: od roku 1995 podnikatel - Má svoji malou firmu s truhlářstvím. Předtím pracoval u různých menších firem.

Ekonomické podmínky: zajištěn je dobře, záleží na poptávce zákazníků

Spirituální anamnéza: je nevěřící, ale o Vánocích chodí s manželkou na Půlnoční mši.

13.3 Posouzení stavu pacienta S.A. ze dne 10. 11. 2011

Hlava a krk

Subjektivní údaje: „Bolestmi hlavy trpím jen když mám zvýšený krevní tlak. Momentálně bolest hlavy není.“

Objektivní údaje: Hlava je normocefalická. Spojivky jsou klidné. Zornice izokorické. Pacient nosí brýle na čtení. Uši bez patologie, čisté s normální tvorbou sekrece. Dutina ústní a nos jsou přiměřeně velké k obličejí a bez patologie. Sekrece z nosu je v normě. Zuby má svoje a jsou pravidelně sanovány. Zápach z úst nepozorován. Náplň krčních žil je normální. Na krku nepozorována žádná patologie.

Hrudník a dýchací systém

Subjektivní údaje: „Dýchání bez potíží“

Objektivní údaje: Dýchání je pravidelné. Počet dechů za minutu je 17 (norma). Hrudní koš je bez deformit. Prsa bez patologických změn.

Srdeční a cévní systém

Subjektivní údaje: „Žádnou bolest na srdíčku necítím. Moje srdce bije jako zvon. Nohy mě nebolí a na otoky na končetinách netrpím.“

Objektivní údaje: Srdeční puls je pravidelný, tvrdý. Frekvence je 75 za minutu (norma). Krevní tlak je 120/70 mm Hg (norma). Tlak je měřen na pravé horní končetině. Na dolních končetinách nejsou pozorovány žádné výrazné patologie. Jen u kotníků jsou jemné metličky. Dne 7. 11. 2011 byl zaveden centrální žilní katétr do v. subclavia l. dextra. Má 3 lumeny a je bez známek infekce.

Gastrointestinální trakt, břicho

Subjektivní údaje: „Bolí mě celé břicho. Obzvláště okolí stomie a místo po drénu. Stolice pořád tekutá. Bojím se, že se to nespraví. Doma jsem měl neustálé nutkání jít na stolicí.“

Objektivní údaje: Břicho je bolestivé při doteku a manipulaci se stomií. Ileostomie vede tekutý až řídký obsah. Plyny odchází dostatečně. Peristaltika je přítomná dostatečně. Játra, slezina a pankreas nezvětšeny. Na břichu jsou zhojené jizvy po APPE z roku 1970. Zvracení dnes nebylo, ale pocit na zvracení přetrvává.

Pohlavní a urologický systém

Subjektivní údaje: „Močení bez problému. S prostatou jsem se nikdy neléčil.“

Objektivní údaje: Dne 7. 11. 2011 zaveden permanentní močový katétr Tiemann č.16 pro přesné sledování bilancí tekutin. Moč je tmavě žlutá bez příměsí a zápachu.

Kosterně svalový systém

Subjektivní údaje: „Chodím bez problému.“

Objektivní údaje: Kosterní aparát a klouby bez deformit. Stav po zlomenině pravého předloktí v roce 1975 bez projevů. Svalový aparát je nyní narušen pooperačním stavem. Břišní svaly jsou oslabeny po zavedení ileostomie.

Nervově smyslový systém

Subjektivní údaje: „Brýle mám na čtení, myslím. O jiných problémech nevím.“

Objektivní údaje: Pacient je při vědomí. Je orientovaný místem, časem, osobou i prostředím. Čich a sluch bez problému. Brýle nosí na čtení. Nová i stará paměť

v pořádku. Vybavování a učení pohotové. Smyslová citlivost v normě. Reflexy jsou pohotovostní.

Endokrinní systém

Subjektivní údaje: „*O žádném problému nevím.*“

Objektivní údaje: Bez onemocnění postihující tento systém.

Imunologický systém

Subjektivní údaje: „*Mám alergii na prach, pyl, peří, roztoče. V jarním a letním období trpím na alergickou rýmu. Zvýšenou teplotu na sobě nepociťuji.*“

Objektivní údaje: Lymfatické uzliny nezvětšeny. Alergie na prach, pyl, peří, roztoče. Tělesná teplota je v normě – 36,5 °C.

Kůže a její adnexa

Subjektivní údaje: „*Mám staré jizvy po odstranění slepého střeva. Ty jsou, ale minimální.*“

Objektivní údaje: Kůže je fyziologické barvy a kožní turgor je dostatečný. Ochlupení přiměřené mužskému pohlaví. Na kůži jsou nově jizvy po operaci a po drénu. Hlavní změnou je ileostomie. Kůže u ileostomie je podrážděna odcházejícím obsahem. Nehty a vlasy jsou upravené. Na kotnících jsou jemné metličky.

13.4 Aktivity denního života (10. 11. 2011)

Stravování a příjem tekutin

Subjektivní údaje: „*Doma se snažím jíst alespoň čtyřikrát denně. Piji přibližně 2 – 2,5 litru tekutin za den. V nemocnici mi nechutná, tekutá strava je nepoživatelná. Alespoň že dostávám ty Nutridrinky.*“

Objektivní údaje: Za posledního půl roku zhubnul 7 kg. BMI je 31,4 - což je obezita I.stupně. Příjem tekutin za 12 hodin bez infúzí je 1,5 litru. Kožní turgor je dobrý. V nemocnici naordinována bezezbytková dieta. Sní ¼ z porce. Jako doplnění bílkovin pacient dostává třikrát denně Nutridrinky, tzv. sipping. Sippingem se rozumí pocucávání, posrkávání pitíčka po celý den.

Vylučování moči a stolice

Subjektivní údaje: „Doma jsem měl neustálé nutkání na stolicí a tlak na konečník. Močení bez problému. S prostatou také není žádný problém. V nemocnici mám pocit, že se ta stolice nespraví. Neustálé odcházení tekuté stolice ze stomie je hrozné. A ten katétr na močení by se taky mohl vytáhnout.“

Objektivní údaje: V nemocnici po zavedení ileostomie je vyprazdňování narušeno. Ileostomie vede tekutější obsah a to kontinuálně. Plyny odchází dostatečně. Peristaltika je přítomná, ale preventivně je podávána terapie pro zlepšení. Pocit tlaku na konečník vymizel. Stolice odchází jen ileostomií. Zaveden permanentní močový katétr Tiemann č.16 dne 7. 11. 2011 pro přesné sledování bilancí tekutin. Moč je tmavě žlutá bez příměsí, se zápachem. Po domluvě s lékařem katétr dnes klemován. Pacient klemuje sám.

Spánek a bdění

Subjektivní údaje: „Doma nemám problém usnout kdekoliv a kdykoliv. V nemocnici nemůžu spát, pořád kontroluji stomii, zda nepraskl sáček. Stejně tak sleduji i sáček od katétru zda není moc plný.“

Objektivní údaje: Doma nebere pacient žádné tabletky na usnutí. V nemocnici dostává tabletky na spaní. Spí přerušovaně a ráno se cítí unavený.

Aktivita a odpočinek

Subjektivní údaje: „Doma chodím se ženou na kolo na kolo a do hor. V nemocnici se snažím zabavit alespoň četbou knihy či televizí.“

Objektivní údaje: Doma sportuje, jezdí na kole, čte knihy. V nemocnici se dívá na televizi. Během dne navštěvuje pacienta manželka a dcery.

Hygiena

Subjektivní údaje: „Doma si obstarám všechno sám. V nemocnici si připadám jak malé dítě. Potřebuji lator a nebo židli k umyvadlu. Pro bolest břicha a slabost bych ve sprše asi nevydržel.“

Objektivní údaje: Doma zcela soběstačný. V nemocnici po operaci je potřeba dozor u hygieny. Dopomoc při hygienické péči zajišťuje ošetřující personál. Stačí doprovod k umyvadlu či dát lator a vrchní část těla si umyje sám. Genitálie také zvládne sám, ale pro bolest břicha se neohne a dolní končetiny a záda umývá ošetřující personál.

Do sprchy zatím nemůže, a to kvůli čerstvé pooperační ráně na břicho. Péči o dutinu ústní provádí sám.

Samostatnost

Subjektivní údaje: „Doma jsem samostatný. V nemocnici je to horší. Některé činnosti, které bych chtěl sám nezvládnout.“

Objektivní údaje: Ze strany pacienta je vidět snaha, aby vše mohl co nejdříve dělat sám. V rámci lůžka a pokoje je soběstačný. Potřebuje pomoc při hygienické péči a při ošetřování stomie.

13.5 Posouzení psychického stavu ze dne 10. 11. 2011

Vědomí

Pacient je lucidní.

Orientace

Správně orientovaný v čase, prostoru, osobě a situaci

Nálada

Subjektivní údaje: „A jak mám žít normální život. Nikdy to nebude jako dřív.“

Objektivní údaje: Obava z budoucnosti. Strach ze začlenění do společnosti. Nejvíce se bojí jak ho přijme rodina a manželka. Bojí se zda bude moci vést sexuální život. Nerad by ztratil i fyzické koníčky jako je kolo. Je smutný, podrážděný a chvílemi i plačtivý .

Paměť

Staropaměť i novopaměť je bez poruch a je rychlá a výbavná.

Myšlení

Objektivní údaje: Pacient myslí logicky. Vychází i ze života a praktických zkušeností.

Temperament

Subjektivní údaje: „Býval jsem sangvinik.“

Objektivní údaje: Podle manželky je sangvinik. Za hospitalizace spíše melancholický.

Sebehodnocení

Subjektivní údaje: „*Nevím co bych měl říct. Býval jsem společenský a otevřený člověk. A nyní?*“

Objektivní údaje: I přes pocit, že všechno už skončilo, na mě pacient působí jako otevřený člověk se spoustou zájmů a kamarádů.

Vnímání zdraví a vnímání zdravotního stavu

Subjektivní údaje: „*Myslím si, že nikdy už nebudu moci sportovat jak dřív. Je ze mě mrzák. Dříve jsem byl docela zdravý a aktivní.*“

Objektivní údaje: Vzhledem k diagnóze je špatné vnímání zdraví pochopitelné.

Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění

Subjektivní údaje: „*Je to celé špatně.*“

Objektivní údaje: Se stomií se pacient naučil podle mě velice rychle. Už třetí den pooperační byl schopný se stomickou sestrou provádět vypouštění stomického sáčku a nácvik výměny podložky. Počáteční šok nakonec odešel a pacient se začal učit pečovat o stomii.

Reakce na hospitalizaci a zkušenosti z předcházejících hospitalizací

Objektivní údaje: Hospitalizace to byla už několikátá. Odloučení od rodiny mu nevadí, ale vadí mu pocit bezmocnosti. A pocit toho, že neví co s ním bude.

Adaptace na onemocnění

Subjektivní údaje: „*To se nikdy nemůžu naučit. Pořádně na to ani nevidím. Jsem nešikovný.*“

Objektivní údaje: Už třetí den pooperační byl schopný se stomickou sestrou začít edukaci o stomii. Počáteční šok nakonec odešel a pán se začal rychle učit pečovat o stomii.

Projevy jistoty a nejistoty

Subjektivní údaje: „*A co když mě žena kvůli tomu opustí.*“

Objektivní údaje: Ze začátku si nechtěl pacient připustit myšlenku, že manželce stomie nebude vadit. Báł se, že ho kvůli stomii opustí. Nebyl si jistý ani sám sebou. Měl obavy jak zvládne ošetření stomie.

13.6 Posouzení sociálního stavu pacienta ze dne 10. 11. 2011

Komunikace

Pacient využívá více neverbální komunikaci než verbální. Strach a obavy z budoucnosti jsou velice vidět na utrápeném výrazu tváře. Bolest, která se dostaví při každém pohybu se přenese na obličej. Verbální komunikace je na velice dobré úrovni.

Informovanost

Pacient měl pocit, že tolik informací se nezvládne naučit. Informovaný je dostatečně. Má veškeré možné letáky ke svým pomůckám. Od stomické sestry získal i kontakty na stomické kluby ve městě. Informována je i jeho manželka, jak se o stomii starat.

Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace

Primární rolí je muž. Sekundární rolí otec, manžel, dědeček, zaměstnavatel. V terciální roli je jako pacient a snaží se tuto roli zvládnout co nejlépe. Je informován o své nemoci a prognóze. Ví, že stomie má dopad na celý jeho životní styl. Musí se přizpůsobit v jídle, sportu, práci. V práci to má jednodušší, protože mu patří firma a časově je neomezený. Omezit se musí, ale i jeho rodina a pomoci mu přizpůsobit se životu se stomií. Manželka je velice chápavá a psychicky manžela podporuje.

13.7 Medicínský management ze dne 10. 11. 2011

Ordinovaná vyšetření

Kontrolní ultrazvuk břicha. Výsledek ultrazvuku byl bez patologií, v pořádku. Orgány s normálním obrazem. Peristaltika dostatečná, žádná volná tekutina v břiše nebyla.

Tabulka 1 - Biochemické laboratorní hodnoty

PARAMETRY	VSTUPNÍ HODNOTA	HODNOTA ZE DNE	NORMÁLNÍ HODNOTY VE FNUSA BRNO
BIOCHEMIE			
Natrium (Na)	140	139	136-145 mmol/l
Kalium (K)	4,7	3,4 ↓	3,5-5,1 mmol/l
Chloridy (Cl)	103	105	98-107 mmol/l
Fosfor (P)	0,93	1,12	0,87-1,45
Magnesium (Mg)	0,69	0,70	0,67-1,05
Urea	3,7	4,5	1,7-8,3 mmol/l
Kreatinin	48	51	45-84
Bilirubin	17	14	2-17,00
Amyláza (AMS) pankreatická	1,7	1,9	0- 2,6
Alaninaminotransferáza (ALT)	0,40	0,45	0-0,55
Alkalická fosfatáza (ALP)	0,59	1,17	0,58-1,75
Asparátaminotransferáza (AST)	0,10	0,12	0-0,53
Gamaglutamyltransferáza (GMT)	0,5	0,4	0,1-0,7
Glukóza	5,6	5,8	3,9-6,1 mmol/l
Cholesterol	5,24↑	5,21 ↑	2,50-5,20 mmol/l
HDL- cholesterol	1,81↑	1,58	0,90-1,60 mmol/l
LDL- cholesterol	2,63	2,68	0,50-3,50 mmol/l
Triacylglyceroly	1,72	1,75	0,30-2,30 mmol/l

Tabulka 2 - Laboratorní hodnoty koagulací

PARAMETRY	VSTUPNÍ HODNOTA	HODNOTA ZE DNE	NORMÁLNÍ HODNOTY VE FNUSA BRNO
KOAGULACE			
INR	0,8	0,9	0,7-1,20 jedniny
APTT (aktuální parciální tromboplastinový čas)	31,3	32,4	20,0-45,0 s
Fibrinogen	3,80	3,75	1,80-4,0 g/l

Tabulka 3 - Laboratorní hodnoty hematologie

PARAMETRY	VSTUPNÍ HODNOTA	HODNOTA ZE DNE	NORMÁLNÍ HODNOTY VE FNUSA BRNO
HEMATOLOGIE- KREVNÍ OBRAZ			
Erytrocyty	4,78	4,52	4,0-5,80 x10 ¹² /l
Leukocyty	13,5↑	12,8↑	4,0-10,0 x10 ⁹ /l
Hemoglobin	158	138	135-175 g/l
Hematokrit	0,415	0,450	0,400-0,500
Trombocyty	209	351	150-400 x 10 ⁹ /l

Invazivní vstupy:

v.subclavia l.dextra trojcestná , zavedena 7. 11. 2011 v 18 hodin, dnes 4. den

Permanentní močový katétr č.16 Tiemann 4. den, výměna katétru 27. 11. 2011, výměna sáčku 20. 11. 2011

Konzervativní léčba:

Dieta: 0/5

Pohybová režim: chodící s dopomocí

RHB: 3. den

Výživa: Parenterální: Nutriflex Peri 2000 ml+ 40 ml KCl +12 j Humulin R +1 amp Tracutil +1 amp Cernevit kontinuálně 60 ml/hod

Medikamentózní léčba:

Per os

Orcal Neo 5 mg	tbl 1-0-0	antihypertenzivum
Imodium	tbl 1-0-1	antidiarhoika
Lexaurin 1,5 mg	tbl 1-1-0	anxiolytikum
Diazepam 5 mg 1	tbl na noc	anxiolytikum
Calcii carbonici 0,5 mg	tbl 2-2-2	doplnění Ca
Nutridrink 200 ml sipping	3x denně	nutriční nápoj

Aplikace s.c

Clexane 0,6 ml injekce. s.c	0-0-1 v 18 hodin	antikoagulancium
-----------------------------	------------------	------------------

Intravenózní

Augmentin 1,2 g + 20 ml FR	6-14-22 hodin	antibiotikum
Metronidazol 500 mg	6-14-22 hodin	antibiotikum
Perfalgan 100 ml/1000 mg při teplotě nad 38 C, bolestech	1-1-1	antipyretikum, analgetikum
Veral 1 amp + 250 ml FR	6-12 18-24 hodin	analgetikum
Syntostigmin 1 amp + 100 ml FR	1-0-0	parasympatomimetikum
Helicid 40 mg + 100 ml FR	1-0-1	antiulcerotikum
Torecan 1 amp + 100 ml FR	1-1-1	antiemetikum
Degan 1 amp + 20 ml FR	1-1-1	antiemetikum
Furosemid 40 mg +20 ml FR	1-0-0	diuretikum
Nutriflex Peri 2000 ml		parenterální výživa
+ 40 ml KCl		doplnění iontů
+12 j Humulin R		antidiabetikum
+1 amp Tracutil		koncentrát stopových prvků
+1 amp Cernevit kontinuálně 60 ml/hod		vitamíny
k tomu přes den prokapává:		
+ 500 ml FR		izotonický roztok
+ poté 500 ml Darrow		elektrolytový roztok se zvýšeným obsahem kaliumu a laktátu

Chirurgická léčba

stav po resekci recta inferior anterior (v 8 cm) -3. den pooperační

stav po zavedení ileostomie vpravo - 3. den pooperační

Kůže v okolí stomie je zarudlá a bolestivá.

Převaz rány po drénu:

Dezinfikováno Braunolem, ponecháno krytí - Mepore malý

Rána se hojí per primam, bez prosaku

3 operační rány po staplrech - dezinfikovány, klidné bez známek infekce, ponecháno volně, stehy budou vytaženy dne 14. –15. 11. 2011 dle stavu rány, rána se hojí per primam

Pomůcky k ošetření stomie dne 10. 11. 2011

Stomický roztok Coloplast

Ochranný film Coloplast

Ochranná pasta Stomahesive

Podložka SenSura convexní (od firmy Coloplast)

Sáček výpustný SenSura béžový , průměr 50 mm

Proužky adhezivní

Pásek přídržný

13.8 Situační analýza ze dne 10. 11. 2011

Pacient 3. den pooperační je tlakově a oběhově stabilní. Dýchání bez komplikací, saturace jsou v normě. Proveden kontrolní ultrazvuk břicha, bez patologií. Ileostomie je funkční a vede tekutý obsah. Ošetřování stomie a vypouštění stomického sáčku. zvládá částečně – pod dohledem stomické sestry. Kůže v okolí stomie je mírně podrážděná. Pooperační rány a rána po drénu je čistá a bez známek infekce, hojí se per primam. Pacient nemá chuť k jídlu kvůli pocitu na zvracení. Sní ¼ porce. Bilance tekutin je v normě. Výdej je sledován přesně díky PMK, který si pacient klemuje. Pacient je částečně soběstačný, potřebuje dopomoc v hygienické péči. S rehabilitační sestrou zvládá chůzi po pokoji a na chodbě. Pacient je ohrožen rizikem infekce v souvislosti s PMK, CŽK a pooperačními ránami a ránou po drénu. Pacient má

přes den preventivně nízkou bandáž dolních končetin. V noci spí minimálně. Cítí se unavený a nevyspalý. Pacient pociťuje bolesti břicha dle VAS 3-7. Břicho je měkké a plyny odchází dostatečně. Má strach z budoucnosti, zvládání běžných denních aktivit a toho, že nebude moci se stomií do společnosti. Obává se sexuálního života a nepřijetí manželky kvůli stomii. Chvillemi je i plačtivý.

13.9 Stanovení sesterských diagnóz, jejich uspořádání a rozpracování ze 10.11. 2011

Aktuální

- Porucha duševního obrazu a narušený obraz vlastního těla vzhledem k zavedené stomii projevující se verbalizací a pocitem méněcennosti
- Akutní bolest břicha vzhledem k pooperačnímu stavu projevující se verbalizací a bolestivým výrazem tváře při pohybu
- Porušená kožní integrita vzhledem k zavedené stomii projevující se zarudnutím kůže, bolestivostí v okolí stomie
- Změna ve vyprazdňování stolice vzhledem k zavedené stomii projevující se obavami z ošetření stomie
- Změna ve vylučování moči vzhledem na zavedený permanentní katétr
- Narušený spánek vzhledem k akutní bolesti projevující se probouzením a únavou
- Strach z vývoje budoucího života vzhledem na zavedenou stomii projevující se verbalizací, plačtivostí
- Společenská izolace vzhledem na akutní stav projevující se smutkem a plačtivostí
- Nedostatečná výživa vzhledem k pocitu nausea projevující se snížením příjmu potravy
- Nedostatečná sebek péče vzhledem na pooperační stav projevující se neschopností vykonávat některé sebepečovatelské činnosti (oblékání , umytí některých částí těla)
- Narušená pohyblivost v souvislosti s chirurgickým výkonem projevující se snížením rozsahu pohybu
- Narušení plnění role manžela, zaměstnavatele v souvislosti se stomií projevující se

Potencionální:

- Riziko TEN z důvodu pooperačního stavu
- Riziko vzniku infekce z důvodu zavedeného PMK a CŽK
- Riziko infekce z důvodu pooperační rány projevující se hojením rány per secundam

Edukační:

- Deficit ve vědomostech o správném životním stylu vzhledem ke stomii projevující se otázkami
- Deficit vědomostí při ošetřování stomie projevující se verbalizací pacienta
- Deficit informací v oblasti každodenních aktivit

Porucha duševního obrazu a narušený obraz vlastního těla vzhledem k zavedené stomii projevující se verbalizací a pocitem méněcennosti

Cíl: dlouhodobý - pacient bude akceptovat sám sebe

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

Pacient bude smířen se svým obrazem těla **do 2 měsíců*

Pacient se naučí vyjadřovat správně své pocity **do 2 týdne*

Pacient má zvýšené sebevědomí **do 2 měsíců*

Ošetřovatelské intervence:

Vytvoř terapeutický vztah naplněný důvěrou **sestra/stomická sestra*

Posud pacientovu míru úzkosti **sestra/stomická sestra*

Všímej si emočních změn a nálad **sestra /stomická sestra/ psycholog/rodina*

Vybídní pacienta k popsání vnitřních pocitů **sestra /stomická sestra/ psycholog*

Naslouchej aktivně **sestra/stomická sestra/ psycholog*

Respektuj změny nálad **sestra /stomická sestra/ psycholog*

Oceň a podpoř pacienta **sestra /stomická sestra/ psycholog/rodina*

Zajisti sezení s psychologem pro pacienta, rodinné příslušníky **sestra/stomická sestra*

Zapojuj pacienta do běžných každodenních činností **sestra/stomická sestra/ psycholog*

Sleduj interakci mezi pacientem a rodinou **sestra/stomická sestra/ psycholog*

Dej příležitost k otázkám a dostatečně odpověz **sestra/stomická sestra/ psycholog*

Realizace:

Zajištěno sezení s psychologem v **10:00 hodin*

Pacient zapojen do běžných denních aktivit jako je hygiena, čtení knihy **během dne*

Pacientovi je umožněna návštěva rodiny **v jakémkoliv čase*

Pacientovi je aktivně nasloucháno a jsou sledovány nonverbální projevy **během dne*

Hodnocení:

Pacient verbalizuje svoje pocity. Po sezení s psychologem se cítí lépe, ale chce pokračovat v sezeních.

Cíl byl splněn částečně, je nutné pokračovat v naplánovaných intervencích.

Akutní bolest břicha vzhledem k pooperačnímu stavu projevující se verbalizací a bolestivým výrazem tváře při pohybu

Cíl: krátkodobý - bolest se sníží

Priorita: vysoká

Výsledná kritéria:

Pacient zná a využívá techniku zvládnutí úlevové polohy **do 20 minut*

Pacient zná škálu bolesti a umí ji vyhodnotit do **3 hodiny*

Pacient dostává analgetika a udává zmírnění bolesti ** do 4 hodin*

Ošetrovatelské intervence:

Zjistí charakter a šíření bolesti ** sestra*

Podávej analgetika dle ordinace lékaře **sestra*

Vysvětli pacientovi škálu bolesti (stupnice VAS) a jak hodnotit bolest **sestra*

Sleduj účinky analgetik **sestra/ošetrovatelka/stomasestra*

Prováděj pravidelně kontrolu hodnocení bolesti **sestra*

Zapisuj hodnocení bolesti do dokumentace, při zvýšené bolesti informuj lékaře ** sestra*

Vyber, vysvětli a ukaž vhodné úlevové polohy ** sestra/rehabilitační sestra*

Realizace:

Vybrána vhodná úlevová poloha a vysvětlena pacientovi ** v 8:45 hodin*

Vysvětlena škála bolesti ** v 8:55 hodin*

Zjištěn stupeň a charakter bolesti dle stupnice VAS je bolest na 6 **v 9:00 hodin*

Podána analgetika dle ordinace lékaře **v 9:10 hodin a 12:40*

Provedena hodnocení bolesti a zapsána do dokumentace ** vždy 2 hodiny po podání analgetik*

Hodnocení:

Pacient zná a využívá úlevou polohu. Umí se orientovat ve škále bolesti a zhodnotit ji.

Verbalizuje mírné zlepšení bolesti po 2 hodinách je bolet na stupnici VAS na čtyřce.

Cíl byl splněn částečně, je nutné pokračovat v naplánovaných intervencích.

Porušená kožní integrita vzhledem k zavedené stomii projevující se zarudnutím kůže,bolestivostí v okolí stomie

Cíl: krátkodobý – kožní integrita je obnovena

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

Kožní integrita se obnoví **do 3 dnů*

Zarudnutí kůže bude zmenšeno **do 1 dne*

Nevznikne nový kožní projev v okolí stomie **po dobu hospitalizace*

Ošetrovatelské intervence:

Informuj lékaře a konzultuj s ním ošetření ** sestra/stomická sestra*

Dle ordinace lékaře odeber vzorky z ran na kultivační vyšetření ** sestra/stomická sestra*

Zjistí příčinu poškození kůže ** sestra/stomická sestra*

Určí hloubku poškození kůže ** sestra/stomická sestra*

Ošetřuj okolí stomie minimálně 2 krát denně ** sestra/stomická sestra*

Ošetření prováděj vždy citlivě **sestra/stomická sestra*

Používej vhodné ochranné pomůcky (krémy, pasty) k ošetření kůže v okolí stomie

** sestra/stomická sestra*

Vyzkoušej jiný stomický systém , který brání možné příčinně- podtékání obsahu ze stomie ** sestra/stomická sestra*

Denně kontroluj a hodnot kůži, popisuj pozorované změny ** sestra/stomická sestra*

Zajisti výživu s dostatečným obsahem bílkovin ,aby se podpořilo hojení **sestra/dietní sestra/stomasestra*

Podávej analgetika dle ordinace lékaře ** sestra/stomická sestra*

Edukuj pacienta o správném ošetřování stomie a možných kožních problémem

** sestra/stomická sestra*

Realizace:

Ošetření kůže v okolí stomie je ošetřeno ** v 12:30 a 17:30*

Lékař viděl porušené místo ** v 12:30*

Podána analgetika dle ordinace lékaře **v 9:10 hodin a 12:40*

Kůže ošetřena speciální stomickou pěnou , stomickým roztokem Coloplast, ochranným filmem Coloplast , ochrannou pastou Stomahesive *v 12:30 a v 17:30
Zajištěn zvýšený příjem bílkovin v přidání třetího Nutridrinku na den

Hodnocení:

Kůže je ošetřena dvakrát denně při kompletní výměně stomického systému. Za dnešní den stav kůže nezměněn. I nadále je zarudlá, nejsou pozorovány nové změny. Cíl splněn částečně, nutno pokračovat v naplánovaných intervencích.

Změna ve vyprazdňování stolice vzhledem k zavedené stomii projevující se obavami z ošetření stomie

Cíl: střednědobý- pacient zvládne ošetření stomie a sní i spojené vyprazdňování

Priorita: vysoká

Výsledná kritéria:

Pacient zvládne kompletní péči o stomii **do 1 měsíce*

Pacient bude umět včasné vypouštění stomického sáčku **do 2 týdnů*

Pacient zvládne změnu ve vyprazdňování **do 1 měsíce*

Ošetřovatelské intervence:

Sleduj vyprazdňování stomie, příměsi, četnost **sestra/stomická sestra*

Zajisti dietní sestru a správnost vhodného jídelníčku **sestra/stomická sestra/dietní sestra*

Pouč pacienta o charakteru stolic u ileostomie, četnosti a přibližném množství **sestra/stomická sestra*

Vysvětli důležitost pravidelného příjmu potravy a tekutin **sestra/stomická sestra/dietní sestra*

Informuj o nevhodných potravinách, které způsobují nežádoucí účinky **sestra/stomická sestra /dietní sestra*

Dej čas pacientovi , aby se mohl adaptovat **sestra/stomická sestra /dietní sestra*

Nespěchej na zvládnání vypouštění sáčku **sestra/stomická sestra*

Vše pořádně vysvětli a zjisti zpětnou vazbu **sestra/stomická sestra*

Provádějte pravidelný nácvik vypouštění stomického sáčku na zkušební pomůcce **sestra/stomická sestra*

Vysvětli veškeré dotazy spojené s vyprazdňováním stomie **sestra/stomická sestra*

Realizace:

Pacient je informován o četnosti a charakteru stolic u ileostomie ** ráno v 8:00 hodin*

Pacient sleduje obsah stomického sáčku a při vypouštění charakter stolice **během dne a vždy při vypouštění sáčku*

Pacient provádí nácvik vypouštění stomického sáčku **během dne*

Pacient je informovaný o správné výživě a vhodných a nevhodných potravinách **během dne*

Pacientovi je aktivně nasloucháno a jsou zodpovězeny veškeré otázky ohledně vyprazdňování **během dne*

Hodnocení:

Pacient zvládá vypouštění sáčku pod dohledem sestry. Chápe důležitost správného stravování. Je seznámen s charakterem a častostí stolic. Pacient z vlastní iniciativy nacvičuje vypouštění stomického sáčku. Cíl je částečně splněn. V naplánovaných intervencích je nutné pokračovat.

13.10 Celkové zhodnocení pacienta od 6. 11. – 13. 11. 2011

Po dobu hospitalizace se pacientův stav spíše zhoršil. Na začátku hospitalizace to byl kompletně soběstačný pacient se spoustou energie a elánu. Po zavedení stomie byla sledována snížená soběstačnost, která se zlepšila 10. 11. 2011. Pacient je bystrý a pozorný, s edukacemi ohledně životního stylu a diety neměl problém, ale nácvik výměny stomické podložky činil z počátku velké obtíže. Vypouštění stomického sáčku se pacient naučil pod dohledem během jednoho dne.

Bolesti, kterými trpěl začaly ustupovat. Tlakově a oběhově po celou dobu stabilní. Léčebný režim vzhledem k diagnóze snášel vcelku dobře. Spíše se obával budoucnosti. Některé problémy se dají řešit pravidelným nácvikem o ošetřování o stomii. Pacient byl poučen o možných komplikacích u stomii a bude se řídit radami stomické sestry. Pacient spolupracoval, byl ochotný učit se a proto si myslím, že do budoucna svůj problém zvládne a naučí se žít se stomií. Co bude potřebovat více času bude duševní smíření a „znovunalezení se“.

14 Diskuze

Stomie změní celý životní styl pacienta a proto je nutné informovat ho o tom, co se bude dít po propuštění. Vysvětlíme, že není sám. Seznámíme se stomickými kluby. Pacient dochází na pravidelné kontroly ke stomické sestře, která je ve větší míře součástí každé nemocnice. Sestra je vyškolená na edukaci pacienta a jeho rodiny. Zaujímá individuální přístup ke každému jedinci a vnímá ho holisticky. Je vstřícná a empatická.

14.1 Doporučení pro praxi

Doporučení pro pacienta:

- verbalizovat svoje problémy, pocity ať už sestře či rodině
- udržovat kontakt s lidmi se stejným problémem a zapojit se do stomického klubu
- dodržovat zásady správné životosprávy
- vyhýbat se sportům zatěžující břišní svaly
- dodržovat pravidelný životní rytmus
- nepodléhat pocitu méněcennosti, negativnímu myšlení
- nebát se zeptat na jakýkoliv problém i když nám přijde jako malý
- nebát se společnosti a snažit se žít jako dřív
- nebát se říct si o pomoc, radu
- pravidelně chodit na kontroly do stomaporadny
- vždy informovat sestru o sebemenší změně na okolí stomie a samotné stomii
- informovat své blízké kamarády o onemocnění
- zkoušet nové věci - nové pomůcky
- dodržovat psychickou pohodu a věnovat se nějakým zájmům

Doporučení pro rodinu:

- pozitivně motivovat a chválit
- snažit se vytvořit dobré zázemí a pocit jistoty
- všímat si nonverbálních projevů
- nebát se mluvit o stomii
- naučit se ošetřování stomie
- zjistit si něco o stomiích – nejlépe z knih od stomasestry

- dodržovat soukromí při ošetřování stomie
- začlenit stomika do běžných denních aktivit
- plánovat společné zájmy

Doporučení pro zdravotníky:

- vždy přistupovat individuálně
- chovat se empaticky
- zachovat holistický přístup
- získávat novinky v oblasti stomie a chtít se je učit
- vytvořit důvěru mezi zdravotníkem a pacientem, rodinou
- vybrat co nejvhodnější typ pomůcek pro pacienta
- dát dostatečný prostor k otázkám
- vyhnout se bagatelizaci problémů
- všímat si nonverbálních projevů
- provádět nácvik ošetřování stomie tak často, jak je to třeba
- uzpůsobit edukační proces akutním problémům
- konzultovat změnu psychiky s psychologem

ZÁVĚR

Pojem stomie je v dnešní době spojován s onkologickým onemocněním. Ne vždy tomu tak, ale je. O stomiích se dříve nemluvalo. Bylo to něco nečistého a společnosti se takový lidé „nehodily“. V dnešní době se stále více firem a lékařů snaží najít řešení, jak ulehčit život lidem se stomií. Nejvíce nových informací o stomiích jsem našla na stránkách stomických klubů, které se snaží o normální začlenění stomiků do společnosti. Informují stomiky o právech a klubové činnosti..

Tato práce se zabývá pacientem u kterého bylo nutné zavedení stomie vzhledem k onkologickému onemocnění. Jednalo se o pacienta, který byl velice ochotný, vstřícný. V teoretické části jsem psala o rozdělení stomií, diagnózách. Vyzdvihla jsem nejčastější důvody k založení stomie. Ve zkrácené podobě jsem popsala stomickou sestru a její náplň. Seznámila jsem se s pomůckami a systémy. Zjistila jsem, že na českém trhu je dostatek firem s pomůckami. V praktické části jsem psala ošetrovatelský proces a stanovovala jsem si ošetrovatelské diagnózy. Vzhledem k narušení celého životního stylu bylo stanoveno hodně diagnóz zabývajících se psychikou a pocity pacienta. Stomie nejvíce narušila vyšší lidské potřeby (sebeúctu, seberealizaci, potřebu společnosti, jistoty).

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ČAPOV, Ivan ;WECHSLER, Jan; et al. *Drény a jejich využití v chirurgických oborech*. 1. vyd. Praha: Grada, 2001, 179 s. Malá monografie. ISBN 80-247-0228-2.

DOENGES, Marilyn E. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přepr. a rozšíř. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001, 565 s. ISBN 80-247-0242-8.

KOCINOVÁ, Svatava; ŠTERBÁKOVÁ, Zdeňka. *Přehled nejužívanějších léčiv: příručka pro střední zdravotnické školy*. 4., aktualiz. vyd. Praha: Informatorium, 2003, 93 s. ISBN 80-733-3012-1.

KRŠKA, Zdeněk, et al. *Techniky a technologie v chirurgických oborech: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 262 s. ISBN 978-802-4738-154.

MARKOVÁ, Marie. *Stomie gastrointestinálního a močového traktu*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006, 68 s. ISBN 80-701-3434-8.

NĚMCOVÁ, Jitka ; MAURITZOVÁ, Ilona. *Manuál k úpravě písemných prací: text pro posluchače zdravotnických studijních oborů*. Plzeň: Maurea, 2011, 84 s. ISBN 978-80-902876-8-6.

OTRADOVCOVÁ, Iva ; KUBÁTOVÁ, Lucie. *Komplexní péče o pacienta se stomií*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006, 54 s. Edice CARE. ISBN 80-726-2432-6.

PENKA, Igor, *Biofragmentabilní anastomóza gastrointestinálního traktu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 139 s. Malá monografie. ISBN 80-247-0627-X.

RICHARDS, Ann ; EDWARDS, Sharon. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. Vyd. 1. české. Překlad Simona Šeclová. Praha: Grada, 2004, 376 s. ISBN 80-247-0932-5.

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

Stomické pomůcky [online]. [cit. 2012-04-24]. Dostupné z WWW:<<http://www.ilco.cz>>.

SVAČINA, Štěpán. *Klinická dietologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 381 s. ISBN 978-80-247-2256-6.

SYSEL, Dušan BELEJOVÁ, Hana ; MASÁR ,Oto. *Teorie a praxe ošetrovateľského procesu*. V Tribunu EU vyd. 1. Brno: Tribun EU, 2011, 280 s. Librix.eu. ISBN 978-80-7399-289-7.

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena; NEJEDLÁ, Marie. *Interní ošetrovatelství I*. První. Praha: Grada Publishing, 2006. 280 s. ISBN 80-247-1148.

Všeobecné informace [online]. [cit. 2012-04-17]. Dostupné z WWW: <<http://www.convatec.cz/stomie/vseobecne-informace>>

VOKURKA, Martin; HUGO, Jan. *Praktický slovník medicíny*. 6. rozš. vyd. Praha: MAXDORF, 2000, 490 s., il. ISBN 80-859-1238-4.

ZACHOVÁ, Veronika. *Stomie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 200 s. ISBN 978-802-4732-565.

ZACHOVÁ, Veronika. *Stomie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, s. 32-33. ISBN 978-802-4732-565.

Život se stomií. [online]. [cit. 2012-04-17]. Dostupné z WWW: <<http://www.stomici.cz>>.

Seznam literatury je zpracován dle normy ISO 690:2.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Souhlas se sběrem informací	I
Příloha B - Obr. Kolostomie	II
Příloha C - Obr. Urostomie a ileostomie	III
Příloha D - Příprava a připevnění dvojdílné pomůcky	IV
Příloha E - Výměna jednodílné pomůcky s vypustným sáčkem	V
Příloha F - Výběr potravin pro bezsezbytkovou dietu	VI
Příloha G - Kosmetika vhodná pro ošetřování stomie a peristomální kůže	VII
Příloha H - Komplikace u stomie	VIII
Příloha CH – Rešerše	IX

Příloha A - Schválení sběru informací

Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně
Pracoviště: Úsek ošetrovatelské péče
Pekařská 53, 656 91 Brno, Česká republika
Tel.: +420 543 182 015, www.fnusa.cz
E-mail: sekr.nop@fnusa.cz



ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ SBĚRU INFORMACÍ V SOUVISLOSTI S DIPLOMOVOU PRACÍ

Vyplňuje žadatel:

Příjmení a jméno žadatele: Geržová Zuzana
Datum narození: 17.12.1986
Tel.: 739 35 44 12
E-mail: fufankag@seznam.cz
Adresa (pro zaslání vyjádření): Brněnská 1258, Kuřim, 664 34
Škola/Fakulta: Vysoká škola zdravotnická o.p.s., Duškova 7, Praha
Obor studia: Všeobecná sestra
Téma závěrečné práce: Ošetrovatelský proces u pacienta se stomií
Způsob provedení sběru dat: nahlížení do dokumentace a získávání informací z nich, i od pacienta
Termín sběru dat: od 4.10.2011 do 24.12. 2011
Pracoviště, kde bude sběr dat probíhat: I.chirurgická klinika, oddělení 61

V případě dotazníkového šetření, uveďte počet ks dotazníků:

Presentace dat:

Poučení:

Žadatel bere na vědomí, že může nahlížet do zdravotnické dokumentace pouze na základě předchozího písemného souhlasu uděleného pacientem. Žadatel se též zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat. Použité dotazníky budou anonymní. Vzor dotazníku je příložen.

Datum 26/9 2011

Podpis: [Signature]

Vyplňuje Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně:

Vyjádření schválení odpovědného zaměstnance dle organizačního řádu:

Č.j.: 749/2011

ANO
 NE

26/9 2011
Datum:

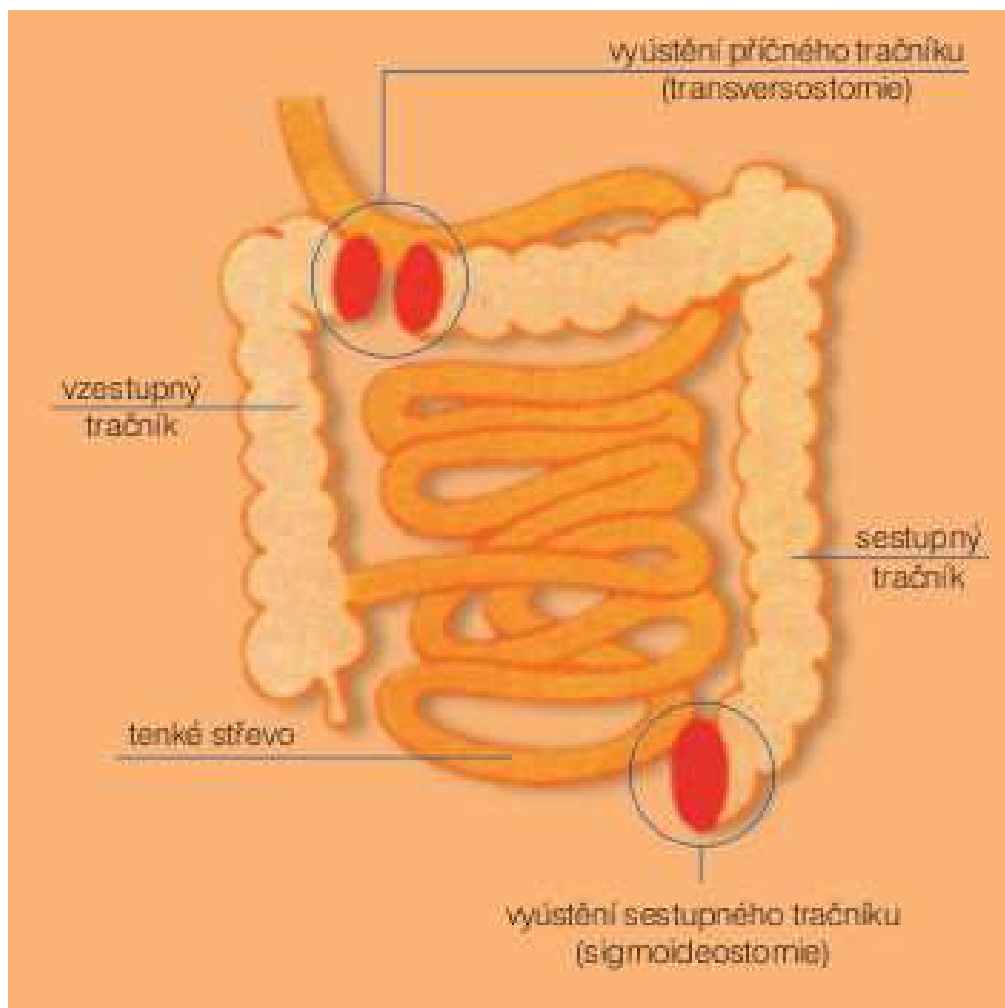
FAKULTNÍ NEMOCNICE
U SV. ANNY V BRNĚ
656 91 BRNO, Pekařská 53
naměstitelem reditele
pro ošetrovatelskou péči

[Signature]
Podpis a razítko

Bankovní spojení: KB Brno, a.s., pobočka Brno, č.ú.: 71138621/0100, IČ:00159816, DIČ:CZ00159816

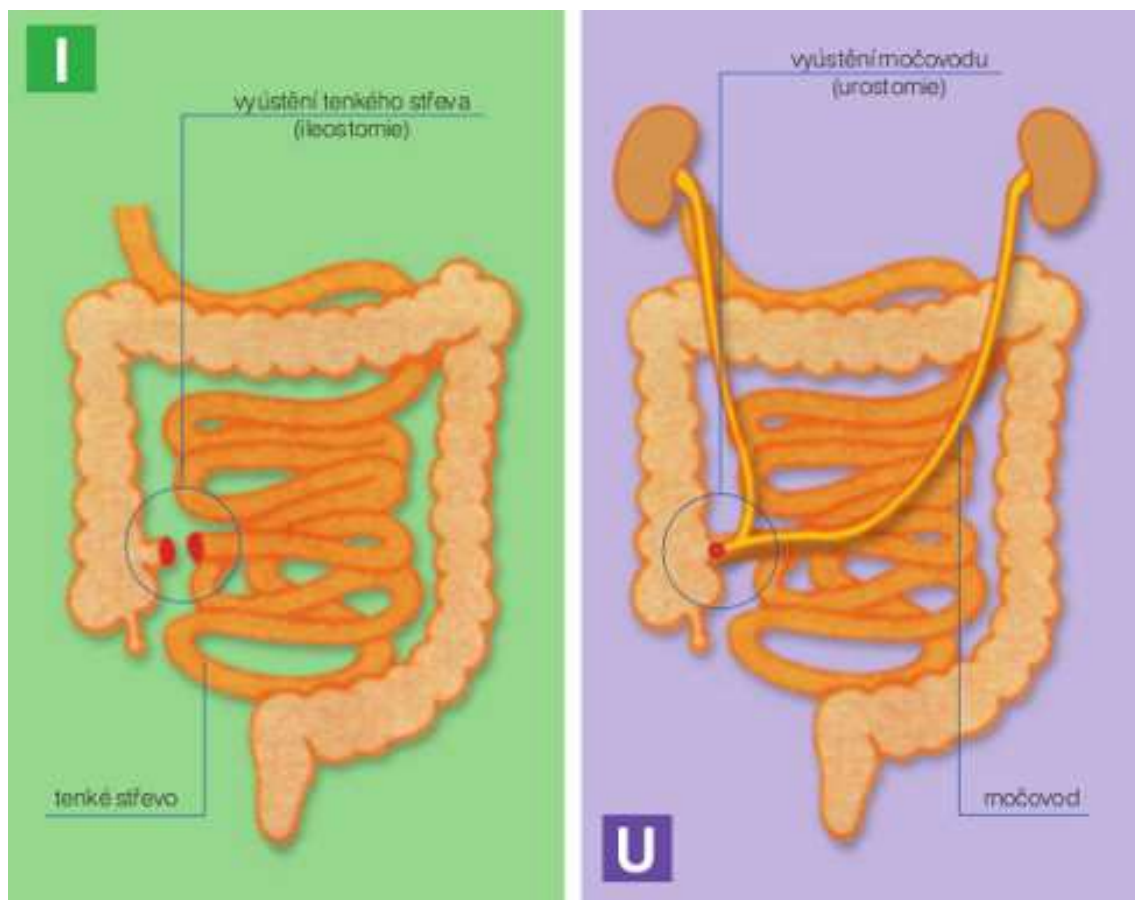
Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně je státní příspěvková organizace zřízená rozhodnutím Ministerstva zdravotnictví ČR.
Nemá zákonnou povinnost zápisu do obchodního rejstříku. Je zapsána v živnostenském rejstříku.

Příloha B - Kolostomie



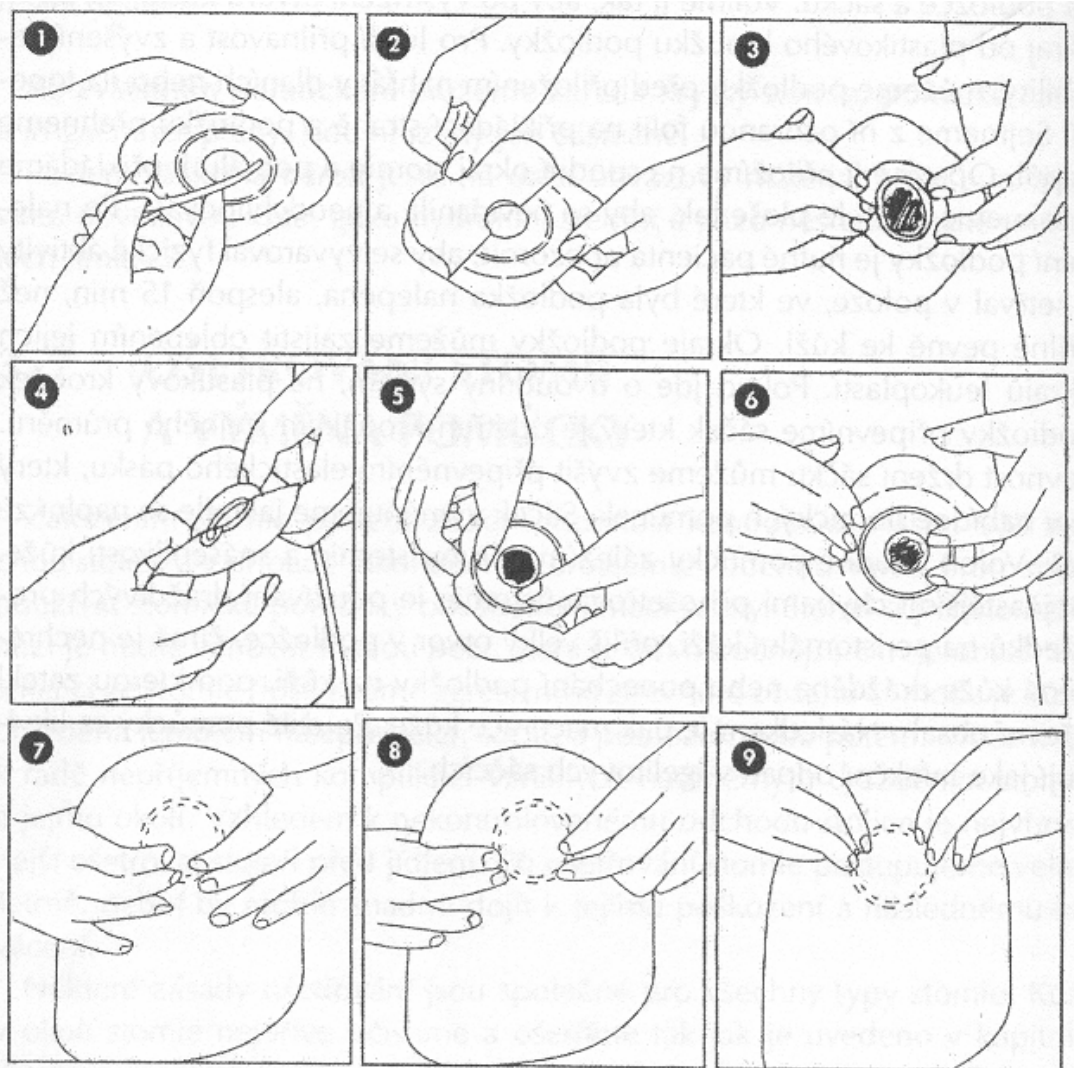
zdroj: *Všeobecné informace* [online]. [cit. 2012-04-17]. Dostupné z WWW: <http://www.convatec.cz/stomie/vseobecne-informace>

Příloha C - Urostomie a ileostomie



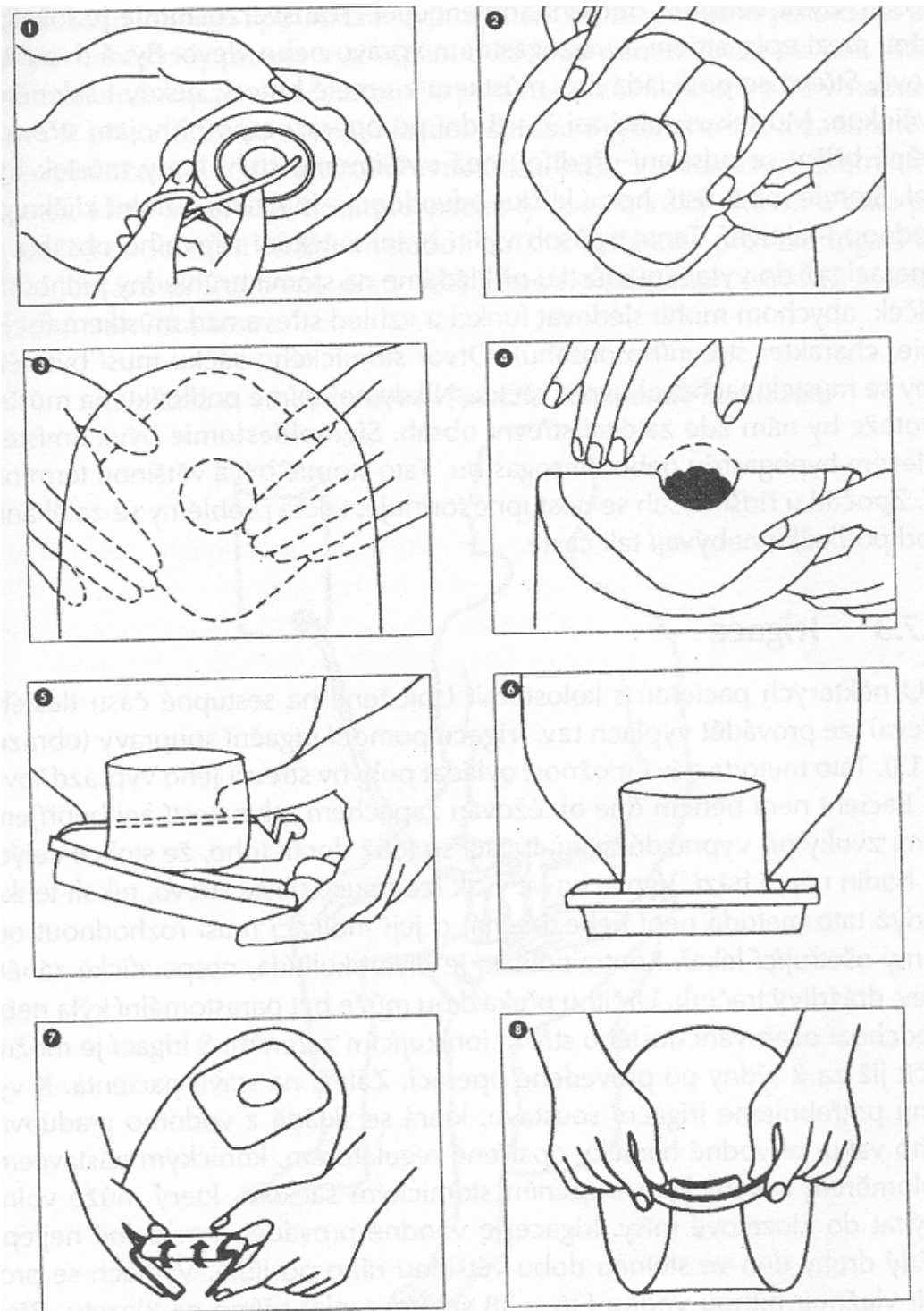
zdroj: *Všeobecné informace* [online]. [cit. 2012-04-17]. Dostupné z WWW: <http://www.convatec.cz/stomie/vseobecne-informace>

Příloha D - Příprava a připevnění dvojdílné pomůcky



Zdroj: MARKOVÁ, Marie. *Stomie gastrointestinálního a močového traktu*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006, str. 46. ISBN 80-701-3434-8.

Příloha E - Výměna jednodílné pomůcky s výpustným sáčkem



Zdroj: MARKOVÁ, Marie. Stomie gastrointestinálního a močového traktu. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006, str. 47. ISBN 80-701-3434-8.

Příloha F - Výběr potravin pro bezsezbytkovou dietu

potraviny	vhodné	nevhodné
maso	pouze libové druhy – hovězí vepřové, kuře, krůta, králík, ryby sladkovodní i mořské	tučná masa – bůček, kachna, husa, vnitřnosti – játra, ledvinky, uzené maso, nakládaná masa a smažené řízky
uzeniny	šunka, občas drůbeží salám, šunkový nebo dietní salám	paštiky, turistické salámy, uzené ryby, slanečci, olejovky
mléčné výrobky	podle individuální snášenlivosti pacienta – mléko, kefir, acidofilní mléko, netučné sýry do 45% tuku v sušině, netučný tvaroh a jogurty, pudink	plnotučné mléko, tučné sýry, smetanové jogurty, zrající sýry, plísňové sýry (syrečky, Jihočeský, Hermelín, Niva)
tuky	volné – určené na přípravu jídla a namazání pečiva do 30 g/den, máslo, Rama, Perla, Flora, kvalitní olej	slanina, šlehačka, smetana, majonéza
vejce	nejlépe na přípravu pokrmů, jen občas	smažená vejce, vejce vařená natvrdo ve větším množství
ovoce a ořechy	strouhaná loupaná jablka, loupané mixované meruňky a broskve, banány, občas mandarinky, šťáva z pomerančů, ovocné přesnídávky a pyré, rozmačkané kompoty, džem	ořechy všeho druhu, mák, ovoce v celku (jablka, grepy, velké množství pomerančů najednou), hrušky, ananas, ovoce se semeny (maliny, rybíz, ostružiny, kiwi, jahody)
zelenina	pouze strouhaná nebo mixovaná – mrkev, celer, petržel, špenátový protlak bez česneku, zapečená cuketa a chřest, rajčatový protlak a šťáva	zelí, kapusta, okurky, papriky, květák, kedlubny, ředkvičky, sterilovaná zelenina, nakládaná zelenina, houby, hrášek, fazolky, kukuřice, syrová cibule, osmažená cibule
polévky	pouze s nastrouhanou nebo mixovanou zeleninou, netučné vývary se zavářkou, obilninové polévky	tučné vývary, zabijačkové polévky, gulášová, luštěninové polévky, česneková, houbová
příkrmy	brambory lisované, bramborová kaše, rýže, těstoviny, jemné nekynuté houskové knedlíky, podle snášenlivosti bramborové knedlíky, bílé pečivo	luštěniny všeho druhu (hrách, čočka, fazole, sója), brambory v celku, kynuté houskové knedlíky, smažené brambory, majonézové saláty, celozrnné pečivo, čerstvý chléb
omáčky	nezahušťujeme jíškou – dietní rajská, koprová, citronová	houbová, okurková, smetanové omáčky, tatarská omáčka
moučníky a sladká jídla	žemlovka, rýžový nákyp, ovocné knedlíky z tvarohového těsta, piškotová roláda, bublanina, tvarohové řezy z křehkého těsta, jablečný závin z jogurtového těsta, vánočka z minulého dne, med	koblihy, palačinky, makové buchty, ořechové dorty, tučné krémy, smetanová zmrzlina
nápoje	různé druhy čaje, minerálky, mošty a ovocné nebo zeleninové šťávy, mléko podle snášenlivosti, bílá káva z melty, slabé kakao	alkoholické nápoje, zrnková káva, syčené limonády (coca-cola, tonic)
koření	nedráždivé druhy – petrželka, pažitka, bazalka, kopr, saturejka, , citronová kůra, malé množství křenu, malé množství cibule (dát vyvařit do polévky nebo pod maso)	pepř, paprika, česnek, chilli, kari, polévkové koření, masox, hořčice

Zdroj: SVACHINA, Štěpán. *Klinická dietologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, str. 219. ISBN 978-80-247-2256-6.

Příloha G – Kosmetika vhodná pro ošetřování stomie a peristomální kůže



Zdroj: KRŠKA, Zdeněk, et al. *Techniky a technologie v chirurgických oborech: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, str. 214. ISBN 978-802-4738-154.

Příloha H – Komplikace u stomie



Zdroj: ZACHOVÁ, Veronika. *Stomie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, příloha IV. ISBN 978-802-4732-565.

Lékařská knihovna Fakultní nemocnice Bohunice
Fakultní nemocnice Bohunice
Jihlavská 20
Brno
625 00
fnbrno@fnbrno.cz

Ošetrovatelský proces u pacienta se stomií

Počet záznamů: 146

Časové rozmezí : 2000- 2012

Datum: 19.3.2012

Jazykové vymezení: angličtina , čeština

Vypracovala: Procházková Alexandra

Druh literatury: články, závěrečné práce, publikace

Zdroje:

- CD ROM BiblioMedica –Bibliographia medica čechoslovaca
- Databáze Národní knihovny v ČR
- Jednotná informační brána
- Ovid Medline(R)

Klíčová slova: stomie, stomická sestra