

**Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.**

**Praha 5**

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA  
S KOLOSTOMIÍ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**ALENA NOVOTNÁ**

Praha 2012

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA  
S KOLOSTOMIÍ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**ALENA NOVOTNÁ**

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová

Praha 2012



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

**Novotná Alena**  
**3. B VS**

**Schválení tématu bakalářské práce**

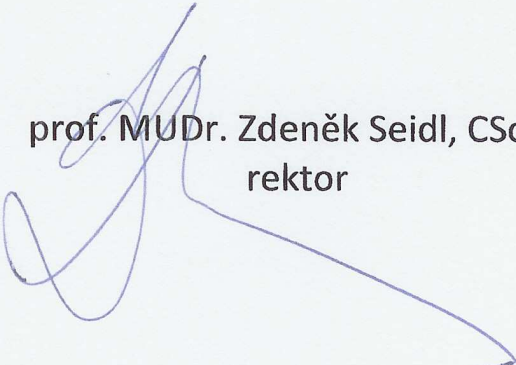
Na základě Vaší žádosti ze dne 17. 10. 2011 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta s kolostomií

*Nursing Process of a Patient with Colostomy*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Ivana Jahodová

V Praze dne: 17. 10. 2011

  
prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.  
rektor

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, s využitím citované literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne:

podpis

## **PODĚKOVÁNÍ**

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí bakalářské práce paní PhDr. Ivaně Jahodové za cenné rady, konzultace a připomínky při tvorbě této práce, Krajské nemocnici Liberec, a.s., za svolení nahlédnout do dokumentace pacienta a standardu ošetrovatelské péče. V neposlední řadě svému manželovi a dětem za jejich trpělivost a podporu po dobu mého studia.

## **ABSTRAKT**

NOVOTNÁ, Alena. *Ošetrovatelský proces u pacienta s kolostomií*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová. Praha. 2012. 62 s.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u klienta s kolostomií, který je rozdělen do dvou částí. Teoretická část práce se zabývá všeobecnou problematikou tohoto onemocnění, kde byly zpracovány informace z odborné literatury. Praktickou částí práce je kazuistika u pacienta s diagnózou kolorektálního karcinomu, jeho edukace a pomoc při začlenění do společenského, rodinného a pracovního života. Cílem zdravotníků a hlavním bodem této práce je upevňování praktických dovedností v péči o stomie, aby se u pacienta, ale i jeho rodiny podpořila jistota v péči o vývod v domácím prostředí. V práci je navržen postup edukace pro všeobecné sestry a přiložen výukový materiál.

**Klíčová slova:** Edukace. Kolostomie. Ošetrovatelský proces. Standard ošetrovatelské péče. Všeobecná sestra.

## **ABSTRACT**

NOVOTNÁ, Alena. *The nursing of the patient with colostomy*. The College of Nursing, o.p.s. Bachelors study (Bc.). The supervisor of the thesis: PhDr. Ivana Jahodová. Prague. 2012. 62 p.

The theme of this bachelor's thesis is the nursing process of the client with colostomy. The thesis is divided into two parts. The theoretical part deals with general issues and it is based on the information taken from the medical literature. The second part, practical, is the case history and interpretation of the particular patient with the diagnose of colorectal cancer, his education and the help during the integration into his/her social, personal and family life. The aim of this thesis is to find the way how to improve the practical skills in the nursing of the patients with the ostomy pouching system, so that the patient, as well as his/her family, gets more confident while dealing with the pouching system at home. The conclusion deals with the methods and education of the nurses and also the educational material is attached.

**Key words:** Education. Colostomy. The nursing process. The standard of the nursing process. General nurses.

## **PŘEDMLUVA**

Cílem moderního ošetrovatelství je poskytnout občanům kvalitní ošetrovatelskou péči, která je definována jako dosažený stupeň uspokojení zdravotních potřeb jednotlivců či populačních skupin.

Tato práce vznikla ve snaze zaměřit se v dané problematice na význam edukační činnosti v práci stomické sestry jako významného nástroje kvality péče. Výběr tématu práce byl ovlivněn profesním životem, při kterém se každodenně setkáváme na svém pracovišti se stomickými pacienty. Podklady pro práci byly čerpány z knižních, časopiseckých pramenů, tak i z dlouholeté praxe.

Práce je určena studentům zdravotnických oborů, ale najdou se zde i podnětné rady pro všeobecné sestry z praxe, které se problematikou stomických pacientů běžně nezabývají.



# OBSAH

Seznam tabulek .....	11
Seznam použitých zkratk .....	12
Seznam použitých odborných výrazů .....	13
Úvod.....	14
1 Anatomie tlustého střeva .....	15
1.1 Části tlustého střeva .....	15
1.2 Stavba stěny tlustého střeva.....	17
1.3 Cévní zásobení tlustého střeva.....	17
2 Fyziologie tlustého střeva .....	19
3 Vyšetřovací metody tlustého střeva.....	20
3.1 Anamnestické údaje .....	20
3.2 Klinické vyšetření .....	20
3.3 Laboratorní vyšetření .....	20
3.4 Zobrazovací metody .....	21
4 Nejčastější onemocnění tlustého střeva .....	22
4.1 Colitis ulcerosa .....	22
4.2 Morbus Crohn .....	22
4.3 Diverticulosis .....	22
4.4 Familiární adematózní polypóza.....	23
4.5 Nádory tlustého střeva (kolorektální karcinom) .....	23
4.5.1 Druhy nádorů .....	23
4.5.2 Klinický obraz.....	24
4.5.3 Léčba nádorů.....	24
5 Stomie .....	26
5.1 Definice stomie .....	26
5.2 Druhy stomií .....	27
5.3 Vzhled a funkce kolostomie .....	28
5.4 Komplikace kolostomie .....	28
6 Péče o stomie .....	30
6.1 Předoperační péče .....	30
6.2 Pooperační péče .....	30
6.3 Edukační péče .....	30
6.4 Volba stomických pomůcek.....	31
6.5 Dietní opatření .....	32
6.6 Pitný režim.....	32
6.7 Aktivita pacienta s kolostomií .....	32
6.8 Sexuální život .....	33
7 Ošetřovatelský proces u pacienta/klienta s kolostomií.....	34

7.1	Základní informace o pacientovi/klientovi .....	34
7.2	Diagnosticko - terapeutická část .....	35
7.3	Průběh hospitalizace .....	36
7.3.1	Zhodnocení klienta dle modelu Gordonové.....	36
7.3.2	Den operačního zákroku - 21. 11. 2011 .....	42
7.3.3	První den po operaci - 22. 11. 2011 .....	43
7.3.4	Druhý den po operaci - 23. 11. 2011 .....	47
7.3.5	Třetí den po operaci - 24. 11. 2011 .....	50
7.3.6	Čtvrtý den po operaci - 25. 11. 2011 .....	53
7.3.7	Pátý den po operaci - 26. 11. 2011 .....	54
8	Zhodnocení péče .....	56
9	Diskuze .....	57
9.1	Doporučení pacientovi .....	57
9.2	Doporučení všeobecným sestřám .....	58
	Závěr .....	59
	Seznam použité literatury .....	60
	Seznam příloh .....	62

## **Seznam tabulek**

Tabulka 1 - biochemie

Tabulka 2 - hematologie

Tabulka 3 - měření 20. 11. 2011

Tabulka 4 - měření 23. 11. 2011

Tabulka 5 - měření 24. 11. 2011

Tabulka 6 - měření 25. 11. 2011

Tabulka 7 - měření 26. 11. 2011

## Seznam použitých zkratk

<b>AK</b>	anesteziologické konzilium
<b>amp</b>	ampule
<b>BMI</b>	Body Mass Index
<b>cm</b>	centimetr
<b>CRP</b>	C – reaktivní protein
<b>DK</b>	dolní končetina
<b>DM II.</b>	diabetes mellitus II. typu
<b>G 10%</b>	glukóza 10 procent
<b>GCS</b>	Glasgow Coma Scale
<b>GL</b>	glykémie
<b>Hb</b>	Hemoglobin
<b>i.m</b>	intramuskulární
<b>i.v</b>	intravenózní
<b>ICHDK</b>	ischemická choroba dolních končetin
<b>ICHS</b>	ischemická choroba srdeční
<b>IK</b>	interní konzilium
<b>JIP</b>	jednotka intenzivní péče
<b>KCl</b>	kalium chlorid
<b>KNL, a.s.</b>	Krajská nemocnice Liberec, a.s.
<b>KO</b>	krevní obraz
<b>mg</b>	miligram
<b>mmol/l</b>	milimol na litr
<b>NPO</b>	nic per os
<b>OP</b>	operace
<b>OS</b>	čaj
<b>p. o.</b>	per os
<b>PAD</b>	perorální antidiabetika
<b>PMK</b>	permanentní močový katétr
<b>PVK</b>	periferní venózní katétr
<b>RTG</b>	rentgen
<b>s. c.</b>	subkutánní
<b>tbl</b>	tablety
<b>TK</b>	tlak krevní
<b>TT</b>	tělesná teplota
<b>VAS</b>	vizuální analogová škála

## Seznam použitých odborných výrazů

<b>Amputace recta</b>	odstranění konečníku
<b>Ca recti</b>	karcinom rektu
<b>Duplicitní</b>	zdvojení, kopie
<b>Edukace</b>	výchova, vyučování
<b>Glykémie</b>	hladina cukru v krvi
<b>Haemocult</b>	test na skryté krvácení do stolice
<b>Integrita</b>	neporušenost, celistvost
<b>Kolostomie</b>	chirurgicky vytvořený vývod na tlustém střevě
<b>Parastomální hernie</b>	kýla vytvořená v oblasti stomie
<b>Premedikace</b>	podávání farmak před operačním zákrokem
<b>Profylaxe</b>	ochrana před nemocí
<b>Proktologie</b>	lékařský obor zabývající se onemocněním konečníku
<b>Rectum</b>	konečník
<b>Stomická sestra</b>	sestra speciálně vyškolená v péči o stomie
<b>Taxonomie</b>	pojmenování
<b>Vaskulární</b>	cévní
<b>Vizuální</b>	oční, viditelný

## Úvod

Pro bakalářskou práci byl vybrán pacient/klient s diagnózou kolorektálního karcinomu, po abdominoperineální amputaci recta s vyvedením terminální sigmoideostomie. Toto onemocnění je třetím nejčastějším nádorovým onemocněním v České republice a představuje velkou zátěž pro pacienty, jejich rodiny, ale i zdravotníky. Cílem práce je navrhnout a doporučit plán ošetrovatelské péče o pacienty s touto problematikou.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí. V teoretické části byly zpracovány informace z odborné literatury. Pojednává o všeobecné problematice tohoto onemocnění (anatomie a fyziologie střeva, historie stomií, příčiny, příznaky, diagnostika, léčba). Praktická část tvoří tématický celek získaných informací od pacienta/klienta, ze zdravotnické dokumentace, od rodiny a od dalších členů ošetrovatelského týmu. Byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy podle NANDA taxonomie II a vypracovány plány ošetrovatelské péče, realizace a hodnocení ošetrovatelské péče z pohledu stomické sestry. Závěrečná část je věnována vlastní ošetrovatelské péči, nácviku sebepéče, edukaci klienta i jeho rodiny, doporučení vhodných stomických pomůcek, které klientovi mají maximálně umožnit a ulehčit život se stomií. Práce je obohacena o obrázkovou přílohu, edukační CD určené všeobecným sestřám a kopií standardu ošetrovatelské péče v liberecké nemocnici.

Vypracovaná práce bude sloužit jako informační zdroj pro všeobecné sestry a bakalářky ošetrovatelství. Přispěje ke zkvalitnění poskytované péče. Prohloubí náš pracovní i osobní vztah s klientem a jeho rodinou.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Anatomie tlustého střeva

### **Intestinum crassum**

Tlusté střevo je poslední část gastrointestinálního traktu 1 - 2 metry dlouhé. Při začátku je široké 5 - 8 cm, aborálním směrem se zužuje. Začíná v pravé jámě kyčelní slepým rozšířením zvaným slepé střevo - **caecum**, ze kterého vybíhá červovitý výběžek - **appendix vermiformis** (BOROVANSKÝ, 1972, s. 417).

Části tlustého střeva jsou tračník - **colon**, na němž se rozlišuje vzestupný tračník - **colon ascendens**, přecházející pod játry v přímý tračník - **colon transversum**, klesající do levé jámy kyčelní. Zde tračník pokračuje jako esovitá klička - **colon sigmoideum**, která se vrací pod promontoriem do střední čáry a končí jako konečník - **rectum**, ústící navenek řitním otvorem - **anus** (BOROVANSKÝ, 1972, s. 418).

V tlustém střevě se ze střevního obsahu vstřebává zejména voda a soli, a to hlavně v jeho pravé polovině. V levé polovině střeva je obsah tlustého střeva ještě řídký, v pravé je více zahuštěný, až hustý. Tlusté střevo není nezbytné pro život a může být celé vyjmuto.

### 1.1 Části tlustého střeva

**Slepé střevo - caecum** je nejširší částí tračníku. Vak tlustého střeva je asi 6 - 8 cm široký a stejně tak dlouhý, leží v pravé jámě kyčelní. Má všechny anatomické znaky tračníku a do vzestupného tračníku přechází bez ostré hranice. Poloha caeca kolísá stejně jako jeho tvar (BOROVANSKÝ, 1972, s. 420).

**Červovitý výběžek - appendix vermiformis** je malá výchlípka slepého střeva, který je slepě zakončen, průměrné délky 10 - 15 cm, obvykle je silný jako tužka. V mládí bývá průchodný, ve stáří se průsvit redukuje. Appendix je velmi pohyblivý, často postihován zánětem (DYLEVSKÝ, 1998, s. 262).

**Tračník vzestupný - colon ascendens** navazuje bez ostré hranice na slepé střevo. Tračník je 12 - 16 cm dlouhý a je užší než slepé střevo. Stoupá po pravé straně kraniálně pod játra a ve flexura coli dextra přechází v příčný tračník. Prakticky nemá závěs - mesocolon ascendens je velmi krátký a zadní strana střeva naléhá na zadní stěnu břišní dutiny a srůstá s ní (ČIHÁK, 2002, s. 103).

**Tračník příčný - colon transversum** probíhá od flexura coli dextra po flexura coli sinistra. Je dlouhý 50 - 60 cm. Vzhledem k dlouhému závěsu - mesocolon transversum, neprobíhá v břišní dutině přesně napříč, ale je napříč v různém rozsahu kaudálně prověšen, takže se jeho nejnižší místo promítá až proti promontoriu. Úpon

mesocolon transversum na zadní stěnu trupu probíhá do středu přední plochy pravé ledviny, kříží pars descendens duodena a caput pancreatis, pokračuje přes dolní okraj těla pankreatu nad flexura duodenojejunalis a jde až na přední plochu levé ledviny (BOROVANSKÝ, 1972, s. 424).

**Tračník sestupný - colon descendens** probíhá kaudálně při levém okraji břišní dutiny, až do levé kyčelní jámy, kde přechází v colon sigmoideum. Tento úsek je dlouhý 20 - 30 cm ve srovnání s předchozími úseky tlustého střeva je užší. Nemá samostatný závěs a v širokém pásu je srostlý se zadní stěnou trupu (BOROVANSKÝ, 1972, s. 424).

**Esovitá klička - colon sigmoideum** je pokračováním colon descendens. Celý esovitý tračník je dlouhý 30 - 40 cm a je nejužší partií tlustého střeva. Jeho vnitřní průsvit je asi 4 cm široký. Z levé kyčelní jámy se vrací přes okraj malé pánve do střední čáry přes os sacrum, kde v úrovni obratlů S2 - S3 přechází v rectum (ČIHÁK, 2002, s. 105).

Na rozdíl od colon ascendens a descendens má colon sigmoideum dobře vytvořený závěs - mesocolon sigmoideum. Jeho úpon na zadní stěnu probíhá obdobně jako sama esovitá klička.

**Konečník - rectum** je poslední úsek tlustého střeva uložený v dorzální části malé pánve, před os sacrum. Je asi 12 - 16 cm dlouhý a asi 4 cm široký. Navenek se otvírá otvor - řiť - anus. Jsou to četné žilní pleteně, které se mohou rozšířit v haemoroidální uzly. Mechanismus uzávěru análního ústí je ovládán jednak svěrači (řitní svěrač, zevní svěrač, vnitřní svěrač) a jednak svalovinou pánevního dna, která táhne a prohýbá rectum dopředu. Anus je činností vnitřního a zevního svěrače uzavřen. Vnitřní svěrač je z hladkého svalstva, zevní svěrač je ze svalstva příčně pruhovaného (ČIHÁK, 2002, s. 106).

Rectum má dvě hlavní části:

- ampula recti - je rezervoárem pro obsah připravený k vypuzení ze střeva,
- canalis analis 2,5 - 3,8 cm (ČIHÁK, 2002, s. 107).

Tlusté střevo se od tenkého střeva liší několika znaky:

- Barva tlustého střeva je šedivá oproti narůžovělé barvě tenkého střeva.
- Taenie jsou tři podélné, 8 - 10 mm široké bělavé pruhy, zhuštělé longitudinální svaloviny, které vybíhají ze souvislé podélné svaloviny červovitého výběžku na caecum. Obdobně z colon sigmoideum se sbíhají poměrně široké taeniae na rectum, kde rovněž vytváří souvislý plášť. Na colon transversum je jedna obrácená dorsálně, při odstupu mesocolon transversum (taenia mesocolica). Druhá ventrokranálně k omentu majus (taenia omentalis). Třetí pak ventrokaudálně (taenia libera). Na colon ascendens a descendens je taenia mesocolica uložena dorsálně, taenia omentalis ventrolaterálně, taenia libera ventromediálně.
- Haustra jsou přechodná vyklenutí stěny colon mezi taeniami. Vznikají ochabnutím cirkulární svaloviny, pro které taenie tvoří opěrná místa. Haustra oddělují zevně rýhy, jimiž odpovídají průsvitu tlustého střeva poloměsíčitě řasy. Střídavé kontrakce kruhových snopců mění neustále umístění i vzhled hauster.



- Na vnitřním povrchu tračníku jsou hranice mezi haustry patrné jako plicae semilunares coli. Haustra i řasy jsou útvary dočasné, jejich poloha se však mění s peristaltikou střeva.
- Appendices epiploicea jsou stopkaté kyjovité ploché výběžky serózy vyplněné subserózním tukovým vazivem (BOROVANSKÝ, 1972, s. 418 – 419).

## 1.2 Stavba stěny tlustého střeva

- Sliznice střeva je bledá, popelavá a hladká - bez klků. Slizniční řasy tvoří poloměsíčitě plicae semilunares a jsou rozepjaté mezi taeniami, takže zabírají necelou třetinu jejich obvodu. Obsahují však submukózu a cirkulární svalovinu. Ve sliznici jsou četné, značně dlouhé Liberkuhnovy krypty, vystlané cylindrickým epitelem, ve které se nacházejí pohárkovité buňky produkující hlen.
- Podslizniční vazivo je silnější než v jejunoileu a obsahuje nodi lymphatici aggregati.
- Svalovina má silnou vnitřní cirkulární vrstvu. Zevní longitudinální vrstva svaloviny je kondenzována do tří taenií. Ve vazivu mezi oběma svalovými vrstvami je nervový plexus myentericus.
- Povrch tlustého střeva kryje peritoneální povlak. Povlak tlustého střeva je tenký, podložený jen nepatrným množstvím subserózního vaziva (BOROVANSKÝ, 1972, s. 419).

## 1.3 Cévní zásobení tlustého střeva

Tepny tlustého střeva vycházejí z břišní aorty a jejich větví.

Z břišní aorty vycházejí:

- arteria mesenterica superior,
- arteria mesenterica inferior,
- arteria iliaca interna.

Z arteria mesenterica superior vychází:

- arteria ileocolica, která zásobuje caecum a apendix,
- arteria colica dextra, která zásobuje colon ascendens a hepatální flexuru,
- arteria colica media, která zásobuje první polovinu colon transversum.

Z arteria mesenterica inferior vychází:

- arteria colica sinistra, která zásobuje levou polovinu colon transversum a colon descendens,
- arteria sigmoideae, které zásobují sigmoideum,
- arteria rectalis superior, která zásobuje horní polovinu recta.

Z arteria iliaca interna vychází:

- arteria rectalis media a inferior zásobující dolní polovinu recta,
- arteria pudenda interna zásobující dolní polovinu recta a hnus.

Žíly tlustého střeva jdou v průběhu tepen. Věna mesenterica superior, věna mesenterica inferior a věna lienalis se sbíhají do společného kmene věny portae (ČIHÁK, 2002, s. 115), příloha A.

## 2 Fyziologie tlustého střeva

Motorika tlustého střeva je odchylná od motoriky tenkého střeva. Peristaltika nastává najednou jen v určitých oddílech a v určitém čase. Tyto pohyby se odehrávají jednou až dvakrát za 24 hodin a posunují stolici směrem ke konečníku, vzniká pocit nucení na stolici. Posun konečníkem je velmi pomalý a odstranění veškerých zbytků z trávicího ústrojí trvá asi 72 hodin. Složení stolice závisí na přijaté potravě.

- Resorpce vody a elektrolytů, žlučových kyselin a mastných kyselin se uskutečňuje v caecu a colon ascendens. Zde se stolice zahušťuje. Za 1 minutu se v tlustém střevě resorbuje asi  $1,7 \text{ mm}^3$  -  $4 \text{ mm}^3$  vody. Resorpce tekutin je řízena autonomním nervovým systémem. Snížení resorpce vody a elektrolytů v tlustém střevě způsobuje osmotický průjem. Sníženou resorpci může vyvolat podání osmotických látek.
- Motilita střeva posunuje střevní obsah distálním směrem, promíchává ho, a tím ulehčuje i resorpci vody a elektrolytů. Střevo se pohybuje kyvadlově a jednosměrně.
- Střevní sekrece má alkalický charakter. Významná je jen sekrece hlenu, který ulehčuje defekaci povlakem na tuhé stolici. Uskutečňuje se autonomně.
- Bakteriální střevní flóru tvoří bakterie aerobní i anaerobní. Poměr anaerobních bakterií k aerobním je asi 100 : 1. Strava nemá vliv na charakter bakteriální flory (TROJAN, 2003, s. 771).

## 3 Vyšetřovací metody tlustého střeva

Diagnostický postup má směřovat od základních vyšetření ke zvláštním, od jednoduchých ke složitým, od neinvazivních k invazivním. Základem vyšetření je anamnéza a vyšetření fyzikální. Při celkovém vyšetření pátráme po známkách hubnutí, poruchách výživy a hydratace, na břiše po hmatných rezistencích, per rektum po hmatných tumorech, po stavu análního svěrače. Jedná-li se o vyšetření akutní, prokazují se známky lokalizovaného nebo difúzního peritoneálního dráždění, známky obstrukce poslechem či poklepem, při krvácení potvrzení přítomnosti krve (HOCH, 2001, s. 93).

### 3.1 Anamnestické údaje

- změny ve vyprazdňování stolice
- příměs ve stolici (hlen, krev)
- bolestivá defekace
- hmotnostní úbytek
- změny chutě jídla
- nauzea, zvracení
- střídání charakteru stolice

### 3.2 Klinické vyšetření

- pohled
- pohmat
- poklep
- poslech
- per rectum - nedílnou, ale často opomíjenou součástí klinického vyšetření, kdy lze velmi jednoduše diagnostikovat závažné onemocnění této části střeva, dokáže určit vzdálenost patologického nálezu od řitního otvoru - provádí lékař (LUKÁŠ, 2005, s. 48 - 50).

### 3.3 Laboratorní vyšetření

Vyšetření stolice - patří k základním postupům při podezření na onemocnění tlustého střeva.

- makroskopické vyšetření stolice - hodnotíme barvu, konzistenci, patologické příměsi, popřípadě zápach. Tyto údaje lze sice získat anamnesticky, ale pokud je pacient hospitalizován, je spolehlivější se přesvědčit na vlastní oči,

- mikroskopické vyšetření stolice - vyšetřuje se především přítomnost vajíček parazitů a různých potravinových zbytků (škrob, tuk),
- vyšetření okultního krvácení - toto vyšetření by mělo patřit mezi standardní gastroenterologické vyšetření pacientů. Je usnadněno použitím továrně vyráběných souprav (haemocult),
- vyšetření moče - chemicky + sediment,
- vyšetření krve - standardní biochemie + nádorové markery, krevní obraz (ZEMAN, 2001, s. 288).

### 3.4 Zobrazovací metody

Rentgenové vyšetření, příloha B:

- nativní snímek břicha ve stoje - provádí se při podezření na poruchu střevní pasáže,
- irigografie - nejčastěji prováděné rentgenové vyšetření tlustého střeva, které informuje o patologických procesech v lumenu střev za pomoci nálevu kontrastní látky, která se vpraví do konečníku rectální rourkou,
- počítačová tomografie,
- magnetická rezonance.

Sonografie:

Neinvazivní vyšetření schopné znázornit uložení, velikost, tvar a vnitřní strukturu orgánů zažívacího traktu, ale nenahrazuje cenné vyšetření endoskopie.

Endoskopické vyšetření:

- Rektoskopie, je endoskopická vyšetřovací metoda, která se provádí pomocí rigidního rektoskopu, který vyšetří terminální část střeva maximálně do 30 centimetrů od anu při vhodných anatomických poměrech.
- Sigmoidoskopie, endoskopická vyšetřovací metoda sloužící k vyšetření pouze levé poloviny tlustého střeva.
- Kolonoskopie, nejpřesnější endoskopická metoda, která umožňuje vyšetření celého tlustého střeva a má téměř 100% výtěžnost a pro diagnostiku onemocnění tlustého střeva je nezastupitelná. V rámci endoskopických vyšetřovacích metod je možno odebrat vzorky na bioptické vyšetření, které definitivně stanoví povahu onemocnění.

Techniky nukleární medicíny:

- scintigrafie,
- radionuklidová angiografie,
- pozitronová emisní tomografie (ZEMAN, 2001, s. 288).

## 4 Nejčastější onemocnění tlustého střeva

Onemocnění tlustého střeva a konečníku lze rozdělit na získaná a vrozená.

- stenóza ani,
- atrézie ani,
- atrézie ani a recta,
- atrézie recta,
- funkční neprůchodnost,
- megacolon idiopatiím,
- záněty - bakteriální, virové, autoimunní,
- nádory,
- střevní polypy,
- divertikly, haemorrhoidy.

### 4.1 Colitis ulcerosa

Jedná se o chronické onemocnění, které má různý průběh. Ulcerosní kolitida je charakterizována nespecifickým zánětem, který postihuje sliznici tlustého střeva. Zpravidla začíná v konečníku odkud se šíří, ale na tenké střevo nepřejde. Postihuje sliznici, která je zpočátku zduřelá, křehká, později vznikají ulcerace, eroze, zánětlivé polypy a stenózy. Choroba se převážně vyskytuje u mladých lidí, projevuje se průjmy s hlenem a krví, tenesmy (bolestivé nucení na stolici). V těžších případech horečky, kachexie, anemie, alterace celkového stavu. Těžká forma se považuje za prekancerózu (ZEMAN, 2001, s. 296).

### 4.2 Morbus Crohn

Je to úsekové onemocnění střeva. Granulomatózní proces se současným postižením příslušného úseku mesenteria. Vyskytovat se může v kterékoliv části zažívacího traktu, na tenkém i tlustém střevě, jícnu i žaludku. Je zde sklon k tvorbě píštěl a abscesů. Pacienti mají sklon k průjmům, krvácení do GIT, ileósním stavům, stenózám, bolestem břicha. V pokročilých stádiích nemoci se vyskytuje kachexie, anemie, sepse.

### 4.3 Diverticulosis

Divertikly jsou výchlipky stěny tračníku různé velikosti a jsou jedním, z nejčastějších patologických nálezů na tlustém střevě. Jsou-li mnohočetné, mluvíme o divertikulóze. Choroba se považuje za civilizační nemoc, kdy ve věkové skupině lidí nad 60 let postihuje 80% populace. V nekomplikované formě se projevuje bolestmi

břicha, při dekompenzaci krvácením, zánětem (diverticulitis), či perforací divertiklu, kdy je stav pacienta závažný a často život ohrožující.

#### **4.4 Familiární adematózní polypóza**

Onemocnění je autozomálně dědičné, ve většině případů mutace genu APC charakterizováno výskytem stovek, až tisíců adenomů v tlustém střevě. Jde o prekancerózu s téměř 100% jistotou maligního zvratu některého adenomu. Ač jde o vrozené onemocnění, adenomy se vyskytují většinou, až v době dospívání. Kolem 35 roku věku jsou polypy v 95% rozvinuty a je již nezbytná colectomie (MACHÁČKOVÁ, 2007, s. 43).

#### **4.5 Nádory tlustého střeva (kolorektální karcinom)**

Nádory tlustého střeva se řadí mezi třetí nejčastější nádorové onemocnění v České republice. V Evropě jsme ve výskytu kolorektálního karcinomu na prvním místě u mužů a na šestém místě u žen (ŽALOUŠÍK, 2007, s. 13).

##### **4.5.1 Druhy nádorů**

Nádor lze charakterizovat jako místní abnormální a nadměrné bujení tkáňových buněk, bez regulace a koordinace s růstem okolních tkání a celého organismu. Nádorová tkáň má své charakteristické morfologické, biologické a metabolické znaky (ZEMAN, 2000, s. 439).

Mezi nejdůležitější charakteristiky nádorové tkáně patří tzv. biologická aktivita či povaha nádoru. Je dána rychlostí a charakterem růstu, schopností generalizace a imunologickými vlastnostmi (ZEMAN, 2000, s. 439).

- Benigní nádory, jsou nádory rostoucí pomalu, zůstávají ohraničené, na okolní tkáň působí pouze tlakem, nemetastazují. Histologicky jde o adenomy, hemangiomy, lipomy, neurofibromy. Adenomy se vyskytují ve formě polypů a jsou stopkaté nebo přisedlé. Stopkaté mají tendenci krvácet, za to přisedlé se často maligně zvrhávají.
- Maligní nádory, rostou rychleji, někdy je růst přímo překotný, rostou invazivním, destruktivním, infiltračním způsobem, proti okolí nejsou ohraničené. Maligní nádor nezůstává omezen na místo vzniku a má sklon ke generalizaci. Jde převážně o karcinomy, které tvoří více než 90% všech střevních nádorů (ZEMAN, 2000, s. 439).

## 4.5.2 Klinický obraz

### Příznaky onemocnění

Karcinom tlustého střeva může mít celou řadu příznaků, mezi nejčastější z nich patří:

- zažívací obtíže - nadýmání, křeče,
- tenesmy - nucení na stolicí,
- střídání průjmů a zácpy,
- změna pravidelnosti stolice, sub - až ileósní stavy,
- přítomnost krve ve stolici,
- stolice odchází v úzkém proužku,
- bolesti břicha,
- pocity nedokonalého vyprázdnění střeva,
- neúmyslná ztráta hmotnosti,
- zvýšená únava.

Průměrná doba od prvních potíží ke stanovení diagnózy je asi ¾ roku u rakoviny konečníku, 1 rok u rakoviny ostatních částí tlustého střeva. V počáteční fázi mohou být příznaky mizivé, proto zanedbání nemoci je relativně časté. Příznaky jsou podmíněny umístěním a velikostí mechanické překážky, méně pak celkovou odezvou nádoru v organismu.

Klinické příznaky závisejí na lokalizaci nádoru, velikosti nádoru a jeho charakteru.

Nádory pravé poloviny tračníku - bývají často dlouho bez příznaků, lumen střeva je zde široký a stolice řídká. Nádor má čas růst delší dobu a lumen zužovat bez výrazných potíží. Malé příznaky se projevují postupným hubnutím, nechutenstvím, nauzeou, anemií.

Nádory levé poloviny tračníku - se naopak poměrně brzy klinicky projevují poruchami střevní pasáže, střídáním zácpy a průjmu, krvácením z konečníku, často vedou k ileósním stavům. Lumen střeva je užší a stolice tužší (KLENER, 1997, s. 63 – 64).

## 4.5.3 Léčba nádorů

Léčba nádorů tlustého střeva je komplexní, využívá poznatků mnoha oborů, především onkologie a onkochirurgie.

Cílem onkochirurgie je radikální odstranění nádorem postiženého střeva a spádových lymfatických uzlin, či výkon paliativní. Při nádorech slepého střeva, vzestupného tračníku, hepatické flexury a pravé poloviny příčného tračníku se provádí pravostranná hemicolectomie. U nádorů lienální flexury, levé poloviny příčného tračníku a sestupného tračníku se provádí levostranná hemicolectomie. Nádory colon sigmoideum se provádí jeho resekce či levostranná hemicolectomie a při nádorech konečníku se dle lokalizace provádí resekční záchovná operace (v KNL, a.s. je to



do 8 cm od anu), nebo abdominoperineální amputace recta s trvalou kolostomií (ZEMAN, 2000, s. 453).

Druhem onkologické konzervativní léčby je radioterapie, kdy se využívá ionizujícího záření ke zničení nádoru s pokud možno nejmenším poškozením okolní tkáně. Je indikováno u tumoru do vzdálenosti 15 cm od anu. Lze ozářit před chirurgickou resekcí fázovitě nebo až po skončení chirurgické terapie.

Další protinádorovou léčbou je chemoterapie, především léčba cytostatiky. Tyto látky svým zásahem do buněčného cyklu brání buňce dalšímu dělení. Cytostatika ale neničí jen nádorové buňky, poškozují i buňky zdravé a mají spoustu nežádoucích, vedlejších účinků (ZEMAN, 2000, s. 457).

## 5 Stomie

Stoma je slovo řeckého původu a znamená ústa, v přeneseném významu otvor. Stomii lze vytvořit na jakémkoli úseku gastrointestinálního traktu, ale i na jiných orgánech. Vývody střeva patří k nejčastějším a sahají, už do starověku. Historicky první zmínka je z období 350 let př. n. l. V roce 1732 francouzský chirurg A. Littre popsal metodu na vytvoření stomie při atrézii anu. Roku 1756 W. Cheselden tvoří transverzostomii. Dalším důležitým jménem je francouz M. Pillore, v roce 1776 úspěšně založil caecostomii. Základ dnešních operací údajně vytvořil francouz Amussat roku 1839. Velkou úlohu ve vývoji metodiky této operace měl český chirurg K. Maydl. Náleží mu světové prvenství v provedení axiální (dvouhlavňové) kolostomie v roce 1883 a to stejným způsobem jakým se provádí i dnes. Kombinovanou abdominoperineální amputaci recta navrhnul roku 1908 E. W. Miles, taktéž se dodnes provádí a roku 1923 Hartmann provedl resekci postiženého úseku, distální část uzavřel naslepo a proximální část vyvedl jako koncovou kolostomii (LÚČAN, 2011, s. 15).

### 5.1 Definice stomie

Stomie je vytvořené vyústění dutého orgánu přes stěnu tělní. Je vytvářena pro nemožnost obnovit kontinuitu tohoto orgánu, aby jeho obsah odcházel přirozenou cestou. Existuje mnoho příčin, které vedou k vytvoření stomie, ať už dočasné nebo trvalé.

Patří sem:

- zhoubné nádory anorecta,
- nespecifické záněty,
- ileósní stavy,
- poranění colorecta,
- mnohočetné komplikované perianální fistuly,
- postradiační proktitida, krvácení, stenózy,
- vrozená i získaná anorectální inkontinence,
- vrozené anorectální malformace, Hirschprungova choroba, nekrotizující, enterokolitida novorozenců,
- dehiscence anastomózy, condylomata accuminata, familiární adenomatózní, polypóza, abscesy, dekubity,
- komplikace gynekologických a urologických operací,
- urologické onemocnění, (LÚČAN, 2011, s. 16).

## 5.2 Druhy stomií

Stomie podle použitého orgánu:

- kolostomie - na tlustém střevě,
- ileostomie a jejunostomie - na tenkém střevě,
- urostomie - na močovodu,
- nefrostomie - na ledvině,
- gastrostomie - na žaludku,
- jiné - tracheostomie, ezofagostomie, cholecystostomie (LÚČAN, 2011, s. 17).

Podle doby trvání:

- Trvalá - nevratná, založena při závažných onemocněních či poškození svěrače, zůstává na celý zbytek života.
- Dočasná - přechodná, na určitý čas, po odeznění onemocnění se zanoří zpět. Vytváří se z důvodu odlehčení střeva či snížení zátěže pro pacienty v těžkém stavu.

Nejčastějším druhem vývodu je kolostomie, jde o souhrnný název pro vývody tlustého střeva.

Speciální názvy kolostomií se odvozují dle anatomické lokalizace:

- Caecostomie - vývod slepého střeva. Bývá vytvářena v pravém podbřišku, většinou jako nástěnná a dočasná.
- Transversostomie - vývod na příčném tračníku. Vytvářena vpravo nad pupkem, obvykle dvouhlavňová.
- Sigmoideostomie - vývod esovité kličky. Bývá v levém dolním kvadrantu břišní stěny, pokud je odstraněn i svěrač, je trvalá (HOCH, 2010, s. 5), příloha C.

Podle konstrukce:

- Nástěnná stomie je historicky nejstarší, užívá se k odlehčení střeva, většinou jako dočasná. Dnes se tento typ kolostomie téměř nedělá, derivace střevní pasáže není dokonalá. Typickým příkladem tohoto typu stomie je caecostomie.
- Axiální stomie (dvouhlavňová) se nejčastěji zakládá na sigmatu, transversu či ileu. Na stomii rozlišujeme přívodnou a odvodnou kličku střeva. Axiální stomii užíváme jako dočasné opatření k zabezpečení derivace střevního obsahu, dále jako urgentní opatření, kterým řešíme střevní neprůchodnost. Jako trvalá stomie se zakládá u inoperabilních procesů, nebo tam kde celkový stav nemocného a přidružená onemocnění neumožňují radikální chirurgický výkon.
- Terminální stomie (jednohlavňová, koncová) se nejčastěji zakládá na sigmatu po amputaci aborálního zbytku střeva včetně konečníku. Někdy se provádí jako dočasné opatření při nutném krátkodobém vyřazení části střeva z provozu. Jako trvalá je tvořena při nemožnosti vytáhnout střevo před stěnu břišní pro nedostatečnou délku. Aborální část střeva je slepě uzavřena a konec tračníku se vyvede otvorem ve stěně břišní (LÚČAN, 2011, s. 19 – 21), příloha E.

### 5.3 Vzhled a funkce kolostomie

Je to kruhový otvor červené barvy o průměru 2 – 5 cm. Bývá nejčastěji v levém podbřišku. Její povrch je neustále vlhký a lesklý, vychází z ní větry a stolice. Kolostomie není citlivá na bolest, ale při ošetřování je třeba dbát opatrnosti, sliznice se snadno poraní a začne krváčet. Umístění může ovlivnit charakter střevního obsahu, čím blíže ke konečníku, tím je stolice tužší a méně objemná. Za 1 – 3 hodiny po jídle vyvolá přijatá potrava žaludeční reflexy a následné peristaltické vlnění v žaludku a střevech dopravuje obsah střev a plyny k vývodu. Stolice a plyny odchází z vývodu samovolně (chybí nucení na stolici), ale po určité době se pacient naučí vyprazdňování celkem dobře ovládat (B. Braun, 2002, s. 5), příloha D a F.

### 5.4 Komplikace kolostomie

#### **Nekróza stomie**

Nekróza střeva z porušení výživy při zakládání stomie nebo při velkém napětí střeva. Většinou je nutná nová operace, při které se provádí snesení odumřelého úseku střeva a vytvoření nové stomie, příloha H.

#### **Retrakce stomie (vpadlá stomie)**

Zde bývá příčinou úbytek nebo přírůstek na váze, infekce v okolí stomie, zúžení střeva při průchodu břišní stěnou, nebo vyšití stomie pod tahem. Řešení záleží na příčině a typu retrakce, řeší se individuálně. Lze použít konvexní podložky nebo vyrovnávací kroužky či jednodílný systém sáčků. Je také možné střevo operačně uvolnit a rekonstruovat stomii.

#### **Infekce stomie**

Jestliže dojde až k vývinu flegmony nebo abscesu, musí se ošetřit uvolněním hnisavého sekretu. Lokálně se v dalším průběhu provádí proplachy, celkově se podávají antibiotika. Velice často vede tento stav k pozdním komplikacím.

#### **Stenóza stomie**

Stenóza je obvykle výsledkem předchozích časných komplikací (infektu kolem stomie, či nekróze přívodné kličky), které vedly k hojení per secundam a vzniku fibrózní tkáně kolem střevní kličky. Následkem stenózy je obtížné vyprazdňování tužší stolice a při velkém zúžení může dojít, až k rozvoji ileósního stavu. Prvotní léčba je opakovaná dilatace, která se provádí speciálními dilatátory. Tato metoda bývá často neúspěšná a dilatace se musí provádět trvale. Proto se přistupuje k reoperaci, při níž se jizva s ústím stomie exciduje a stomie se znovu vyšije, příloha I.

#### **Prolaps stomie (vyhřezávání stomie)**

Vyskytuje se nejčastěji u axiální stomie. Příčinou bývá příliš velký otvor ve stěně břišní, špatná fixace střeva nebo trvalé zvýšení nitrobřišního tlaku. Prolaps, který pacientům vadí nebo dochází k zánětu, se řeší operačně, příloha J.

### **Parastomální hernie**

Parastomální hernii nacházíme obvykle jako komplikaci terminální stomie po amputačních výkonech na konečníku. Příčinou je nedokonalá fixace kličky střeva k pobřišnici, případně nechtěná denervace svalu při zakládání stomie. Parastomální kýlu je třeba odlišit od prostého ochabnutí stěny kolem stomie, které se projeví vyklenutím stěny břišní i s kolostomií. Kýly se operují z důvodů znesnadnění přiložení stomické pomůcky. Někdy je nutné stomii uzavřít a vyšít na jiném neoslabeném místě břišní stěny, příloha K.

### **Perforace (proděravění)**

Je – li místo perforace blízko kůže, lze stomii uvolnit a střevo i s perforací vytáhnout před stěnu břišní, zresekovat a znovu vyšít. Pokud je perforace hluboko, provede se laparotomie. V případě pozdního ošetření perforace vzniká peritonitida s těžkými důsledky, někdy až smrtí pacienta.

### **Krvácení ze stomie**

Může vzniknout nešetrnou manipulací se stomií, nebo z lokálních příčin (zánět, nádor), či celkových příčin (užívání antikoagulačních léků, poruch srážlivosti, aj.). Příčina je podle charakteru odstraněna chirurgem nebo ve spolupráci s internisty a hematology.

### **Macerace okolí stomie**

Poškozené okolí stomie vzniklé vytečením střevního obsahu na pokožku bývá spojeno s použitím nevhodné pomůcky, či nešetrném ošetření okolí stomie. Poškozené místo musí být očištěno od zbytků stolice a na pokožku se použije ochranný film a stomická pasta bez alkoholu. Zkontroluje se velikost stomie a průměr používané stomické pomůcky (DANSAC, 2010, s. 4 - 8), příloha G.

## 6 Péče o stomie

Péče o pacienta/pacienta je v individuálním edukačním přístupu stomické sestry. Znamená to zvolení vhodné formy rozhovoru pro pacientovu motivaci. Strohost, nedostatek přemýšlivosti, nadřazenost by mohly vést k dalším problémům, nezdarům, někdy i konfliktům. Srozumitelnost informace je do jisté míry závislá na zkušenostech a vyjadřovacích schopnostech sestry (ZACHOVÁ, 2010, s. 46).

### 6.1 Předoperační péče

Je závislá od druhu operace, zda je akutní či plánovaná. Velmi důležitá je informovanost nemocného lékařem, kde je v jeho kompetencích popsat rozsah a způsob výkonu. Předoperační příprava se může rozdělit z hlediska sesterské péče do dvou částí:

- psychická - velmi citlivě a srozumitelně vysvětlit důvod a charakter výkonu,
- technická - označení budoucího místa stomie.

**Zakreslení místa stomie:** nesmírně důležitý krok stomické sestry, která operatérovi naznačí budoucí místo vyvedení střeva, aby následné ošetření stomie bylo bez větších technických komplikací (vyhnout se líní pasu, jizvám, kožním záhybům, kyčelní kosti). Provádí se následujícím způsobem: pacienta požádáme, aby stáhnul břišní svaly, a vyhledáme musculus rectus. Zakreslíme tmavým fixem, přiložíme stomickou pomůcku a pacienta požádáme, aby střídavě seděl, chodil, předklonil se. Pacienta pozorujeme, zda jeho pohyb není omezen a zda pomůcka nevádí s ohledem na oděv, příloha L.

### 6.2 Pooperační péče

U plánované operace navazuje na rozhovor před operací, kdy je pro pacienta nejtěžší přijmout fakt, že nebude mít kontrolu nad vyprazdňováním. V této fázi potřebuje pacient být povzbuzen a přesvědčen, že se stomií může žít normální život. Je velmi důležité, aby se pacient naučil přijmout stomii jako část svého těla a naučil se s ní plnohodnotně žít. Péče začíná pohledem na stomii, seznámením se s pomůckami. Snažíme se pacienta ihned zapojit do spolupráce, nejprve pasivní účastí a postupně ho vedeme k samostatnosti (MICHEK, 1990, s. 138).

### 6.3 Edukační péče

Edukační péče je prováděna sestrou, která je v této oblasti vzdělaná a proškolená – stomická sestra. Ze začátku se pacienti/klienti o stomii nestarají sami, péči přebírá sestra, kterou pouze pozorují. Stomická sestra za pacientem/klientem denně dochází a krok po kroku ho učí péči o stomii, aby byl schopen samostatnosti v domácím

prostředí. Vybere spolu s pacientem/klientem vhodnou pomůcku, doporučí vybavení koupelny a vysvětlí objednávání pomůcek po propuštění, vhodné je předat kontakt na nejbližší stomická poradnu. V případě nesoběstačnosti stomiků by měla stomická sestra taktním přístupem dosáhnout spolupráce rodiny. Po dohodě s pacienty/klienty je vhodné do péče zapojit rodinné příslušníky, popřípadě se spojit s agenturou domácí péče (CONVATEC, 2001), příloha P.

## 6.4 Volba stomických pomůcek

V současné době je k dispozici celá řada firem dodávajících kvalitní stomické pomůcky.

Základní typy:

- **Jednodílný systém** - jímací sáček a adhezivní část tvoří jeden celek, vhodné zejména u kolostomiků, kteří se pravidelně vyprazdňují.
- **Dvoudílný systém** - pomůcku tvoří podložka, která přilne ke kůži, kde ponecháme cca 3 dny. K ní se jednoduchým mechanickým připevněním připojí jímací sáček, který buď umožňuje vypouštění, nebo je bez této možnosti (B. BRAUN, 2011, s. 12 – 13).

Mezi základní pomůcky patří:

- **Sáček, podložka a šablona** pro správnou volbu průměru pomůcky.
- **Zahnuté nůžky, tužka, holicí strojek, gumové rukavice, perlanové žínky, nesterilní čtverce, čistící pěna či desinfekční mýdlo, mikrotenový sáček na odpad, nástěnné zrcadlo.**

Mezi ostatní pomůcky patří:

- **Těsnicí vyplňovací pasta** slouží k vyrovnání jizev, nerovností a kožních záhybů, má také ochrannou funkci podporuje přilnavost sáčku či podložky.
- **Pohlčovač zápachu** napomáhá neutralizaci zápachu, aplikuje se do sáčku i ovzduší.
- **Ochranný film** vytváří ochrannou vrstvu, zvyšuje odolnost kůže, zlepšuje přilnavost podložky a prodlužuje její životnost.
- **Zásypový pudr** se používá ke zklidnění podrážděné pokožky pod podložkou, nanáší se v tenké vrstvě na očištěnou a suchou pokožku.
- **Odstraňovač náplastí** napomáhá k jednoduchému a pohodlnému odstranění podložky či sáčku, zároveň slouží k očištění zbytků želatiny a k regeneraci pokožky.
- **Přidržený pásek** je možné nosit pro pocit bezpečí nebo při zvýšené fyzické námaze.
- **Ochranná destička** slouží k vyrovnání tělesných nerovností v blízkém okolí stomie, destička se rozstříhá na požadovaný tvar, přilepí na kůži a po té se přikládá stomická pomůcka.
- **Vkládací kroužky** se používají, pokud je stomie vpadlá, kroužek se vmáčkne do přírubového kroužku.
- **Kýlní stoma pás** je určen k podpoře oslabené břišní stěny v pooperačním období a parastomálních hernií (HOCH, 2010, s. 24 – 25), příloha N.

## 6.5 Dietní opatření

Dieta u střevních vývodů úzce souvisí s etází střeva, které je vyvedeno na stěnu břišní. Konkrétně u pacientů se sigmoideostomií volíme stravu bezsezbytkovou, netučnou a nenadýmavou. Důležité je, aby stomická sestra pacientům vysvětlila, že omezením nebo vynecháním jídla se frekvence vyprazdňování neupraví. Doporučujeme vyřadit potraviny, které obsahují nerozpustnou vlákninu (celozrnné výrobky, luštěniny, nezralé ovoce, tučné maso a uzeniny). Vhodné je jíst stravu v malých porcích a často, snídaně a oběd by měly být nejvydatnější, večeře lehčí. Jídlo je nutné vždy dobře rozkousat, nebo pokrájet na malé kousky (B. BRAUN, 2002, s. 23), příloha O.

Účinky některých potravin:

- nadýmavý účinek: luštěniny, čerstvý chléb a pečivo, zelí, květák, vejce, pivo, cibule, šumivé nápoje,
- proti nadýmání: jogurty, brusinky,
- zápach podporující: chřest, houby, vejce, ryby, cibule, zelí, česnek, květák, ostrá koření, některé druhy sýrů,
- zápach tlumí: jogurty, petržel, brusinky,
- projímavý účinek: káva, cukr, alkohol, švestky, hrušky, fíky, kapusta, luštěniny, mléko, masové vývary, šumivé nápoje, ryby, sladkosti,
- průjem tlumící: čokoláda, bílý chléb, rýže, banány, strouhané jablko, brambory, vývar z rýže a mrkve (HOCH, 2010, s. 32).

## 6.6 Pitný režim

Stomici by měli vypít 8 - 10 sklenic vhodných tekutin za den, ileostomici a kolostomici s vývodem blízko začátku tlustého střeva raději více. Doporučují se čaje, slabé ovocné šťávy, mrkvovou vodu. Nevhodné je pít vod sycených kyslíčnickem uhličitým, neboť nadýmají. Je vhodné oddělit pití od konzumace tuhé stravy.

## 6.7 Aktivita pacienta s kolostomií

Pacienti by měli vědět, že jakmile se zotaví z operace, mohou začít aktivně využívat svůj volný čas. Přirozeně to nejvíc záleží na motivaci pacienta a jeho fyzické kondici. Všeobecný fakt, že má nemocný stomii přináší pouze velmi málo omezení. Stejně tak je to i s prací. Obvykle není důvod, který by bránil stomikovi návratu do jeho původního zaměstnání (B. BRAUN, 2002, s. 7).



## 6.8 Sexuální život

Intimní styk je vhodný za 2 - 4 měsíce po operaci. Jakmile se nemocný začne zotavovat z operace, může být jedním z dotazů sexuální život se stomií. V některých případech vážně ovlivní tuto situaci věk a charakter onemocnění. V první řadě by to měl být lékař, kdo bude hovořit s pacientem o vlivu vytvoření stomie na sexuální život. Je zde třeba velký takt a porozumění na obou stranách, lékaře i sestry. Nalézt odpovědi a řešení není vždy jednoduché. Nejdůležitější je mít dost času na prodiskutování všech otázek o změnách, které mohou nastat v sexuálním životě (B. BRAUN, 2002, s. 7).

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 7 Ošetrovatelský proces u pacienta/klienta s kolostomií

V práci je popisován ošetrovatelský proces u pacienta/klienta, který se musí nejen zotavit po náročné operaci, ale také musí porozumět změnám, spojených s vytvořením stomie. Zvyknout si na novou životní situaci. Ošetrovatelský proces je hlouběji rozpracován z pohledu stomické sestry, diagnózy všeobecných sester jsou jen lehce nastíněny. Důležitost je kladena na ústní edukace pacienta/klienta.

### 7.1 Základní informace o pacientovi/klientovi

60 – ti letý muž byl přijat na chirurgické oddělení Krajské nemocnice Liberec, a.s. pro chirurgické řešení duplicitního karcinomu recta a rectosigmatu.

Anamnestické údaje:

Pacient/klient udává, že matka zemřela v 76. letech na mozkovou příhodu, otec stále žije, je mu 83 let. Obě děti, dcera i syn jsou zdraví.

Nyní je nezaměstnaný, dříve pracoval jako nástrojář. Je rozvedený, žije s otcem v rodinném domě, vykouří 15 cigaret denně, vypije 2 piva denně.

V roce 1969 prodělal operaci slepého střeva, udává vysoký krevní tlak, ischemickou chorobu srdeční a diabetes mellitus II. typu na PAD (5 let).

V červenci 2011 pozitivní test na okultní krvácení, obvodním lékařem odeslán na kolonoskopii, kde byl diagnostikován duplicitní tumor.

Předoperačně podstoupil radioterapii, alergie neudává.

Z léků užívá:

Bisogamma 10 mg tbl.	½ - 0 - 0	beta - blokátor
Controloc 40 mg tbl.	1 - 0 - 1	antacidum
Lagosa cps.	1 - 0 - 0	hepaticum
Mono Mack Depot tbl.	1 - 0 - 1	vasodilatancium
Coverex tbl.	1 - 0 - 0	lék blokující renin angiotensinový systém
Glyclada 30 mg tbl.	1 - 0 - 1	antidiabeticum

Nynější onemocnění:

Pacient/klient byl přijat 20. 11. 2011 na onkochirurgické oddělení liberecké nemocnice k plánované operaci – amputaci recta pro karcinom.

S sebou výsledek kolonoskopie z 5. 8. 2011 - odstraněny dva polypy bez komplikací, od zavedení optiky 20 – 25 cm polypoidně exulcerovaný tuhý karcinom + od sfinkterů do 8 cm cca 2 x 2 cm exkavovaný tuhý karcinom, haemorrhoidy II. Odběr devíti vzorků na histologii.

Stav při přijetí:

Pacient/klient přijat při vědomí, plně orientovaný, spolupracující. Jeho hydratace je přiměřená, váhový úbytek neguje, přípravky nutriční podpory neužíval. Stolicí udává nepravidelnou, střídání zácpy s průjmy, občas příměs čerstvé krve. Cítí se dobře, nechlazený není, bolesti na hrudi neudává. Očima sleduje ve všech směrech, sclery jsou bílé, zornice izokorické. Uši bez sekrece, slyší dobře. Hrudník symetrický, dýchání čisté sklípkové, bez vedlejších slyšitelných fenoménů. Břicho palpačně měkké a nebolestivé. Dolní končetiny bez otoků, bez známek zánětu.

Lékařská diagnosa:

Ca recti et sigmoei,

ICHS – ischemická choroba srdeční,

ICHDK – ischemická choroba dolních končetin,

DM II. – diabetes mellitus II. typu.

## 7.2 Diagnosticko - terapeutická část

Váha: 122 kg

TK: 117 / 84 mmHg

Dech: 12 / min.

Výška: 184 cm

Tep: 108 / min.

TT: 36,5 °C

BMI: 36,0

Laboratorní vyšetření v den příjmu 20. 11. 2011.

**Tabulka 1 - biochemie**

Bilirubin ukat/l	Natrium mmol/l	Kalium mmol/l	Chlorid mmol/l	Urea mmo/l	Krea umol/l	CRP mg/l
4,6	141	3,8	102	3,4	75	34,3

**Tabulka 2 - hematologie**

Leukocyty 10 <sup>9</sup> giga/l	Erytrocyty 10 <sup>12</sup> giga/l	Hemoglobin g/l	Trombocyty 10 <sup>9</sup> giga/l
6,0	3,8	114	211

koagulace: INR 1

Histologie:

V resectátu jsou patrné dva tumory 30 x 25 mm a 28 x 20 mm, vzdálené od sebe 80 mm. Mikroskopicky stěna tlustého střeva se dvěma tubulovilozními adenomovými polypy s těžce dysplastickými změnami a s invazivním tubulárním adenokarcinomem, u obou patrná invaze do submukózy, bez angio invaze.

Ostatní vyšetření:

Skiagram srdce a plic - nezvětšené, příčně uložené srdce, hodnotitelný plicní parenchym bez čerstvých ložiskových změn a známek městnání.

Elektrokardiografie - bez patologického nálezu.

Interní předoperační vyšetření - předoperačně vysadit PAD a převést na krátkodobý inzulin, operačního výkonu schopen.

Anesteziologické předoperační vyšetření - výkonu schopen s rizikem ASA III.

## 7.3 Průběh hospitalizace

Příjem na onkochirurgické oddělení liberecké nemocnice 20. listopadu 2011 v 10.45 hodin. Informované souhlasy byly sepsány příjmovým lékařem, předoperační vyšetření byla provedena ambulantně. O diagnóze a průběhu operace byl pacient/klient informován již v proktologické poradně.

Pacient/klient byl uložen na trojlůžkový pokoj k oknu. Pan Václav L. byl seznámen s právy pacientů, harmonogramem oddělení, uspořádáním ošetrovatelské jednotky, možnosti uložení cenností, manipulaci s lůžkem a signalizací, byl připevněn identifikační náramek. Dále byl upozorněn na důležitost hygieny rukou, prevenci proleženin a důležitost sdělování pocitů bolesti. Byla provedena vstupní anamnéza a následně sestaven ošetrovatelský plán.

Pacient/klient byl informován o průběhu předoperačního dne, kdy je důležité dodržovat určitá pravidla a doporučení ošetrovatelského týmu.

### 7.3.1 Zhodnocení klienta dle modelu Gordonové

Anamnéza byla odebrána v den příjmu pacienta/klienta na onkochirurgické oddělení 20. 11. 2011 v 11.30 hodin.

#### 1. Vnímání zdraví, snaha o udržení zdraví

Pacient/klient žádné větší problémy nepociťuje, cítí se dobře, bolesti nemá. V dětství prodělal běžné dětské nemoci a v roce 1969 byl na apendektomii. Chodí do poradny kardiologa, ale neví jeho jméno, a proč tam stále musí docházet. Ví, že je diabetik na PAD, ale dietu dle vlastních slov moc nedodržuje. Má rád pivo a dobré jídlo, kouří 15 cigaret denně. O své zdraví se nijak zvlášť nezajímá, občas chodí na procházky a pracuje na zahradě, v mládí hrál fotbal, ale co se rozvedl (15 let) ho nic nebaví. O své diagnóze byl lékařem plně informován.

**Použita měřící technika:** 0

**Ošetrovatelský problém:**

- nezáměr o své zdraví

#### 2. Výživa, metabolismus

V průběhu života se pacient/klient stravoval bez omezení, nechutenstvím nikdy netrpěl. Před pěti lety mu byl diagnostikován diabetes mellitus II. typu, doporučenou dietu nedodržuje a jeho váha činí 122 kg, při výšce 184 cm, jeho BMI je 36. Váhový úbytek v posledních měsících nepozoroval. Pacientův chrup je kariézní, stomatologa nenavštívil tři roky. Tekutin během dne vypije málo, nemá pocit žízně, sliznice má sušší. Z tekutin preferuje čaj, denně vypije dvě piva. Dekubity, otoky a jiné kožní defekty pacient/klient nemá.

**Použita měřící technika:**

- BMI (36, 0) - obézní
- Hodnocení rizika vzniku dekubitů - rozšířená stupnice Nortonové:

Schopnost spolupráce - úplná	4 body
Věk - víc než 60 let	2 body
Stav pokožky - suchá	1 bod
Přidružené nemoci - DM, ↑TK	2 body

Tělesný stav - dobrý	4 body
Stav vědomí - bdělý	4 body
Pohyblivost - úplná	4 body
Aktivita - chodí	4 body
Inkontinence - není	4 body

Součet bodů je **29**.

Zvýšené nebezpečí vzniku dekubitu dnes není.

- Určení nutričního stavu

Otázka: Zhubnul jste, aniž byste se o to pokoušel?

Odpověď: Ano - 2 body  
**Ne - 0 bodů**  
 Nevím - 1 bod

Otázka: Kolik jste ubyl na váze?

Odpověď: 0,5 - 5 kg - 1 bod  
 6 - 10 kg - 2 body  
 11 - 15 kg - 3 body  
 více než 15 kg - 4 body  
 neví - 2 body  
**nic - 0 bodů**

Otázka: Trpíte nechutenstvím?

Odpověď: **Ne - 0 bodů**  
 Ano - 2 body

Pacient/klient má 0 + 0 + 0

**Ošetřovatelský problém:**

- nadměrný příjem potravy,
- obtížnější přijímání tekutin, bez pocitu žízně,
- nedostatek zkušeností s danou problematikou,
- neúčelná ústní hygiena.

**3. Vylučování**

Močení bez problémů, střídání průjmů se zácpou, občas příměs čerstvé krve.

**Použitá měřicí technika: 0**

**Ošetřovatelský problém:**

- obtíže s vylučováním stolice

**4. Aktivita, cvičení**

Pacient/klient přichází do nemocnice plně soběstačný. V mládí hrával fotbal, nyní pouze pohyb kolem domu, nákupy, procházky. Volný čas tráví sledováním televizoru.

**Použitá měřicí technika:**

- ADL - Barthelův test základních všedních činností
  - Najedení, napití - samostatně bez pomoci 10 bodů
  - Oblékání - samostatně bez pomoci 10 bodů

Koupání - samostatně nebo s pomocí	10 bodů
Osobní hygiena - samostatně nebo s pomocí	5 bodů
Kontinence moči - plně kontinentní	10 bodů
Kontinence stolice - plně kontinentní	10 bodů
Použití WC - samostatně bez pomoci	5 bodů
Přesun na lůžko - samostatně bez pomoci	15 bodů
Chůze po rovině - samostatně přes 50 metrů	15 bodů
Chůze po schodech - samostatně bez pomoci	10 bodů

Celkem pacient/klient získal **100** bodů.

Pacient/klient je v den příjmu na lůžkové oddělení zcela nezávislý.

- Nortonova stupnice

**Ošetřovatelský problém:**

- nedostatek zájmových aktivit

**5. Spánek, odpočinek**

Doma pacient problémy s usínáním nemá, spí celou noc, jen se brzo budí (cca 6 hodina ranní) a již neusne. Jako rituál má sledování televize, lehnout si chodí kolem 22. hodiny.

**Požita měřící technika:** 0

**Ošetřovatelský problém:** 0

**6. Vnímání, poznávání**

Pacient/klient je nyní při vědomí a orientovaný ve všech směrech. Problémy s pamětí nemá, řeč je plynulá a zřetelná. Z počátku byl pacient/klient uzavřený do sebe, nechtěl hovořit o svých pocitech.

Hůře vidí, nosí brýle na blízko. Jiné žádné kompenzační pomůcky nepotřebuje.

**Použitá měřící technika:**

- GCS - Glasgow coma scale
 

Otevření očí - spontánně	4 body
Nejlepší motorická odpověď - vyhoví příkazům	6 bodů
Nejlepší slovní odpověď - orientován	5 bodů

Celkem dosaženo **15** bodů, fyziologický nález.

- VAS - vizuální analogová škála  
Pacient/klient přichází k hospitalizaci bez pocitu bolesti.  
VAS je na stupnici od 0 do 10, na 0.

**Ošetřovatelský problém:**

- nedůvěřuje.

**7. Sebepojetí, sebeúcta**

Dříve tvrdí, že byl spíše optimista, ale nyní se cítí ztracený. Má pocity vlastního selhání.

**Použitá měřící technika:** 0

**Ošetřovatelský problém:**

- bojí se smrti,

- vyjadřuje pocity vlastního selhání.

### 8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Pan Václav je 15 let rozvedený, od té doby žije v rodinném domě se svým 83 letým otcem. Se synem se moc nevidá, spíš si jen telefonují. Dcera ho navštěvuje téměř denně i s vnoučaty, to ho drží nad vodou.

V současné době je nezaměstnaný, dříve pracoval jako nástrojář.

**Použita měřící technika:** 0

**Ošetřovatelský problém:**

- změna v sociální roli.

### 9. Sexualita, reprodukční schopnost

Otázky v této oblasti pacient/klient nezodpověděl, styděl se.

**Použita měřící technika:** 0

**Ošetřovatelský problém:** 0

### 10. Stres, zátěžové situace

Za zásadní krizi ve svém životě považuje rozvod manželství, kdy se mu sesypal celý život. Tehdy myslel, že se utopí v alkoholu, neměl chuť žít.

Posledních 5 let se vzchopil kvůli otci, se kterým se společně podílejí na chodu domácnosti v rodinném domě a navzájem se povzbuzují do života.

**Použita měřící technika:** 0

**Ošetřovatelský problém:**

- udává nepřiměřenou společenskou podporu.

### 11. Víra, přesvědčení

Pacient/klient není žádného náboženského vyznání.

„Musím, bojovat a postarat se o starého otce.“ řekl.

**Použita měřící technika:** 0

**Ošetřovatelský problém:** 0

### 12. Jiné

Nic dalšího pacient/klient nesdělil.

Plnění ordinací lékaře sestrou:

Sledování: TK + P 3x denně, glykémie 4x denně.

**Tabulka 3 - měření 20. 11. 2011**

ČAS	TK	TT	VAS	GL	P
10.00	117/84	36,5 °C	0	6,5 mmol/l	108´
15.00	120/70	36,7 °C	0	8,3 mmol/l	74´
19.00	130/80	neměřeno	0	8,4 mmol/l	84´
24.00	neměřeno	neměřeno	neměřeno	6,0 mmol/l	neměřeno

Dieta: 9 - diabetická, k obědu pouze polévka, bez večeře - příprava střeva.

Podání léčiv p. os.:

Bisogamma 10 mg tbl.	½ - 0 - 0	beta - blokátor
Controloc 40 mg tbl.	1 - 0 - 1	antacidum
Lagosa cps.	1 - 0 - 0	hepaticum

	Mono Mack Depot tbl.	1 – 0 – 1	vasodilatancium
	Coverex tbl.	1 – 0 – 0	lék blokující renin angiotensinový systém
Podání léčiv s. c.:	Humulin R	dle aktuální glykémie	antidiabeticum
	Clexane 0,6 ml	nízkomolekulární heparin	
Podání léčiv i. v.:	10% glukóza 500 ml + HMR dle aktuální glykémie dle ordinace lékaře (k večeři)		
Příprava střeva:	Fosfátový roztok 200 ml + 4000 ml čaje Fantomalt 1000 ml popíjet, příloha U		
Premedikace dle AK: ve 21.00 hodin			
	Oxazepam tbl.	1x	anxiolyticum
	Helicid 20 mg	1x	antacidum, antiflatulencium

Vybraná ošetrovatelská diagnóza:

### 00148 Strach

#### Určující znaky:

- pacient/klient sděluje obavy z operace
- pacient/klient sděluje sníženou sebejistotu, nevěří si
- pacient/klient sděluje zvýšené napětí
- pacient/klient zrychleně dýchá

#### Související faktory:

- neznalost okolí
- operační výkon

#### Priorita:

- střední

#### Dlouhodobý cíl:

- pacient/klient sníží obavy, strachu do 10 dnů na nejnižší možnou míru

#### Krátkodobý cíl:

- pacient/klient je schopen vyjádřit své pocity strachu do 24 hodin

#### Výsledná kritéria:

- pacient/klient si uvědomuje, co pomáhá zvládat úzkostné situace do 2 dnů
- pacient/klient zná postup operace do 2 hodin
- pacient/klient udává zlepšení zdravotního stavu a je pozitivně naladěn do 3 dnů

#### Ošetrovatelské intervence: 20. 11. - 26. 11. 2012

- vyslechni obavy pacienta/klienta - ihned, všeobecná sestra, stomická sestra
- zajisti pacientovi/klientovi dostatek informací - během hospitalizace, všeobecná sestra, stomická sestra



- vysvětluj do detailů potřebné postupy (vyprázdnění střeva, zavedení invazivních vstupů, zakreslení místa stomie) - vždy, všeobecná sestra, stomická sestra
- všiměj si odchylek od normálu - vždy, všeobecná sestra, stomická sestra, lékař
- buď vždy na blízku, naslouchej - vždy, všeobecná sestra, stomická sestra na vyžádání
- dej příležitost k dotazům a otázkám pacienta/klienta - při každém kontaktu, všeobecná sestra, stomická sestra
- seznam pacienta/klienta s okolím a právy - do 1 hodiny od příjmu, všeobecná sestra

### **Realizace:**

V den příjmu v 13.00 hodin pacientovi/klientovi vysvětlena nutnost předoperačního vyprázdnění střev.

**Ústní edukace:** rozdělte 200 ml fosfátového roztoku na dvě dílčí dávky. Prvních 100 ml vypijte v 13.00 hodin a v průběhu dvou hodin zajistěte přísun cca 2 litrů čaje. Druhou dávku roztoku vypijte v 15.00 hodin a opět je nutné dodat do organismu další 2 litry tekutin. Během této doby se střevo začne vyprazdňovat, budete mít průjem. Nezapomínejte na dostatečnou hygienu intimních částí a důkladnou hygienu rukou. K dispozici Vám bude zadní toaleta, kde je i sprcha.

Dotazy: Pacient/klient nemá žádný dotaz, pochopil, písemně stvrdil podpisem.

V 16.55 hodin zaveden PVK do levé horní končetiny.

**Ústní edukace:** pacient/klient informován o nutnosti žilního přístupu.

Od 17.00 hodin infuze 500 ml 10% glukózy s inzulínem dle ordinace lékaře.

Od 20.00 hodin bude pacient/klient popíjet roztok z Fantomaltu do 6.00 hodiny ránní.

Sestra připraví dle návodu nápoj, který pacientovi/klientovi nabízí v průběhu noci.

**Ústní edukace:** Pane Václave, dostanete k dispozici sklenici nápoje, který můžete libovolně popíjet během noci. Nic jiného nepijte, nejezte a nekuřte. Tyto pokyny zajistí hladký průběh vaší operace.

Dotazy: Jak fantomalt chutná?

Odpověď: Jedná se o lehce nasládlou chuť, je chutnější podávat chlazené.

Pacient/klient pochopil, stvrdil podpisem.

V den operačního výkonu zakresleno místo stomie.

**Ústní edukace:** Pane Václave, jsem vaše stomická sestra a budu denně docházet, abych vás naučila péči o vývod a zodpověděla vaše dotazy. Nyní společně vybereme nejvhodnější místo, kam bude stomie vyšita. Je důležité, aby byl vývod na místě, kde nebude vadit oblečení a nebude vás obtěžovat. Postavte se prosím, nyní přilepím atrapu stomické podložky na vaše břicho v místě, kde by vývod měl být situován. Nyní se opět prosím posaďte a sdělte mi pocit, zda destičku cítíte a zda vás nějak omezuje. Pokud ne, černým fixem zakreslíme.

Dotazy: nejsou, pacient/klient vyhověl pokynům, názorné zakreslení v příloze L.

V 10.00 hodin pacient/klient odvezen na operační sál, poté předán na JIP chirurgických oborů, operační protokol viz. příloha W.

Rozhovory s pacientem/klientem byly vždy vedeny v poklidné atmosféře, kdy byly nejdříve vyslechnuty obavy a problémy pacienta/klienta. První dny byl pacient/klient uzavřen do sebe, ale postupem času a empatií sester byl navázán přátelský vztah. Pacienta/klienta nejvíce trápil strach, jak proběhne operace, zda se probudí

po narkóze a zda pak bude schopen zabezpečit péči o sebe i otce doma. Zda jeho handicap bude významným životním mezníkem. Pacient/klient dostal mnoho informací o svém onemocnění, byl zajištěn rozhovor s operátorem, který taktně vysvětlil průběh operace. Při každém kontaktu jsme si všimli psychického rozpoložení a snažili se vždy pacienta/klienta pozitivně naladit.

#### **Hodnocení:**

Krátkodobý cíl splněn - pacient/klient chápe průběh operace, jeho strach je minimální. Pacient/klient vyjádřil své problémy a obavy do 24 hodin. Po třech dnech pacient/klient pociťoval zmírnění strachu a byl pozitivně naladěný.

Dlouhodobý cíl splněn částečně, neboť naše péče trvala jen 7 dní. Pocity strachu hospitalizovaných pacientů/klientů není možné zcela odstranit, pouze zmírnit. Veškeré ošetrovatelské intervence byly splněny.

Přehled souvisejících diagnóz všeobecných sester:

Riziko infekce - 00004 (potencionální diagnóza)

Riziko vaskulárního traumatu - 00123 (potencionální diagnóza)

Nedostatečné znalosti - 00126

### **7.3.2 Den operačního zákroku - 21. 11. 2011**

Pacient/klient se dnes cítí dobře, strach minimalizován, připraven na operační zákrok.

Z ordinace lékaře:

Dieta: NPO

Podání léčiv i. v.: Glukóza 10% 500 ml + 10 ml 7,5% KCl + Humulinu R dle aktuální glykémie, rychlostí 150 ml/hod.

Antibiotická profylaxe:

Zinacef 1,5 g/100 ml FR i.v.	širokospektré antibiotikum
Metronidazol 500 mg i. v.	II. generace cefalosporinů chemoterapiím

Premedikace p. o.:

Oxycontin 10 mg tbl.	analgeticum
----------------------	-------------

Provedené ordinace sestrou:

Změření tělesné teploty a kapilární odběr z prstu - glykémie.

6.00 hodin 36,7 °C, glykémie 5,8 mmol/l

Pacient/klient požádán, aby provedl koupel v dezinfekčním mýdle.

Napojena glukóza s inzulinem dle ordinace lékaře.

V 8.00 hodin podána premedikace, provedeny bandáže DK, napojeny do PVK antibiotika.

### 7.3.3 První den po operaci - 22. 11. 2011

Plnění ordinací přebírají sestry na JIP.

Vybrané ošetrovatelské diagnózy:

#### **00132 Akutní bolest**

##### **Určující znaky:**

- pozorované známky bolesti (výraz obličeje)
- slovní vyjádření bolesti
- antalgická poloha

##### **Související faktory:**

- původce zranění - operační výkon

##### **Priorita:**

- vysoká

##### **Dlouhodobý cíl:**

- pacient/klient bude bez bolesti do 7 dnů od operace

##### **Krátkodobý cíl:**

- pacient/klient má zmírněnou bolest na nejnižší možnou míru do 24 hodin

##### **Výsledná kritéria:**

- pacient/klient udává VAS pod 3 do 24 hodin
- pacient/klient umí svou bolest popsat do 2 hodin
- pacient/klient zná metody jak bolest zmírnit do 1 hodiny

##### **Ošetrovatelské intervence: 20. 11. - 26. 11. 2012**

- zhodnot' intenzitu bolesti dle VAS a zaznamenej - á 4 hodiny všeobecná sestra, 1x denně stomická sestra
- nauč pacienta/klienta bolest popsat a používat pravítko VAS - vždy na dotaz, všeobecná sestra, stomická sestra, lékař
- doporuč úlevové polohy - při bolesti, všeobecná sestra, fyzioterapeut
- aplikuj led - při bolesti, všeobecná sestra
- podávej analgetika - dle ordinace lékaře, všeobecná sestra
- prováděj kontrolu bolesti - po provedené intervenci, všeobecná sestra, stomická sestra

##### **Realizace:**

Pacient/klient si dnes stěžuje na bolesti, které limitují jeho pohyb a celkový komfort. Doporučili jsme mu vyhledat úlevovou polohu a naučili ho vstávat přes bok, aby nezatěžoval břišní stěnu. Intenzitu bolesti jsme pacienta/klienta učili popsat pomocí analogové škály na pravítku od 1 do 10. Dle ordinace lékaře byly pacientovi/klientovi podávány analgetika a led. Po aplikaci analgetika jsme prováděli zpětnou kontrolu, vše zapisovali do chorobopisu pacienta/klienta. Pacient/klient si v úlevové poloze na boku liboval, žádné větší bolesti ho nesušovali.

**Hodnocení:**

Krátkodobý cíl byl splněn, pacient/klient svou bolest po 24 hodinách zhodnotil na VAS 2, neobtěžuje ho v denních činnostech, v noci klidně spal. Pacient/klient sám mění polohy v lůžku, z postele se zvedá přes bok, bez použití hrazdy.

Dlouhodobý cíl také splněn, sedmý den po operaci pacient/klient není limitován bolestí.

**00120 Situačně snižená sebeúcta****Určující znaky:**

- sebenegující chování paciena/klienta
- pacient/klient vyjadřuje zbytečnost
- pacient/klient hodnotí sebe samotného jako neschopného vyrovnat se s kolostomií

**Související faktory:**

- narušený obraz těla
- odmítání kolostomie
- nedostatek informací

**Priorita:**

- střední

**Dlouhodobý cíl:**

- pacientovi/klientovi se zlepší psychická kondice do 3 dnů

**Krátkodobý cíl:**

- pacient/klient zlepší náhled na současnou situaci do 24 hodin

**Výsledná kritéria:**

- pacient/klient má kladný náhled na své sebevědomí do 24 hodin
- pacient/klient má dostatek informací do 3 dnů
- pacient/klient umí kroky péče o stomii do 5 dnů

**Ošetrovatelské intervence: 20. 11. - 26. 11. 2012**

- věnuj maximální pozornost psychice pacienta/klienta - vždy, všeobecná sestra, stomická sestra
- motivuj pacienta/klienta k zapojení do léčebného režimu - denně, všeobecná sestra, stomická sestra
- podporuj pacienta/klienta k aktivitám podporujícím jeho sebevědomí - vždy, všeobecná sestra, stomická sestra
- oceňuj dosažené výsledky, pochval - vždy, během celé hospitalizace, všeobecná sestra, stomická sestra
- pomoz pacientovi/klientovi stanovit reálné cíle - denně, stomická sestra, všeobecná sestra

**Realizace:**

Pacient/klient vyjadřuje neschopnost postarat se o stomii, pociťuje beznaděj a pohled na okolí vývodu odmítá. Ošetrovatelský personál přistupoval k pacientovi/klientovi taktně, vždy byl zajištěn dostatek soukromí. Denně docházela

stomická sestra, která seznamovala pacienta/klienta s péčí o stomii. Nejdříve bylo pacientovi/klientovi vše vysvětleno, postupně se přistupovalo k praktickému nácviku. Pacientovi/klientovi byl poskytnut dostatek informací, vždy byl prostor k dotazům a k diskuzi. Dosažené výsledky pacienta/klienta byly vždy slovně pochváleny.

**Hodnocení:**

Krátkodobý cíl byl splněn, pacient/klient se po 24 hodinách cítí lépe, má potřebné informace a neustálý kontakt se stomickou sestrou, které začal důvěřovat. Dokáže již pohlédnout na stomii, vykazuje snahu učit se novému.

Dlouhodobý cíl splněn, po 3 dnech se pacient/klient cítí po psychické stránce dobře. Vykazuje zručnost v péči o stomii, což mu zaručuje brzké propuštění do domácí péče, kam se těší.

**00046 Narušená integrita kůže**

**Určující znaky:**

- destrukce struktur kůže

**Související faktory:**

- vyústění stomie

**Priorita:**

- střední

**Dlouhodobý cíl:**

- pacient/klient má vyhojené okolí stomie do 7 dnů

**Krátkodobý cíl:**

- pacient/klient si zachová kožní integritu bez známek zánětu do 48 hodin

**Výsledná kritéria:**

- pacient/klient chápe nutnost zvýšené hygieny v oblasti vývodu do 24 hodin
- pacient/klient má správně přiložen stomický sáček za asistence stomické sestry do 24 hodin
- pacient/klient umí pečovat o okolí stomie do 3 dnů

**Ošetrovatelské intervence: 20. 11. - 26. 11. 2012**

- prováděj správnou hygienu kůže v okolí stomie - dle potřeby, minimálně 2x denně, všeobecná sestra, stomická sestra
- kontroluj okolí stomie - denně, všeobecná sestra, stomická sestra
- zajisti dostatečnou výživu a hydrataci - denně, všeobecná sestra
- stomický sáček přikládej dle doporučení - denně, všeobecná sestra, stomická sestra

**Realizace:**

Denně přichází stomická sestra, která hodnotí vitalitu stomie a psychický stav pacienta/klienta.

**Ústní edukace sester JIP stomickou sestrou:** péči o stomii provádějte vy, pacient/klient bude pouze přihlížet, využijte jednodílného stoma sáčku s výpustí,

stříhejte dle doporučeného poloměru. Na otok stomie přikládejte led. Zvýšená hygiena konečníku, častá výměna suchého krytí.

Pacient/klient byl seznámen s nutností provádět ošetření okolí stomie minimálně 2x denně, aby zbytečně nevznikly komplikace s macerací kůže. O hygienu se zprvu starají všeobecné sestry, které do 24 hodin po operaci nalepili stomický sáček. Následně pacient/klient proškolen stomickou sestrou a péči v okolí stomie provádí sám. Pacient/klient má k dispozici kvalitní pomůcky k ošetření kůže, stehy v okolí stomie samo vstřebatelné, zatím nevypadlé. Denně dochází stomická sestra, která hodnotí stav kůže a vitalitu stomie, učí pacienta/klienta o stomii pečovat.

#### **Hodnocení:**

Krátkodobý cíl splněn, všeobecné sestry přiložili stomický sáček, bolestivost vývodu je pouze při manipulaci.

Dlouhodobý cíl taktéž splněn, sedmý den je okolí rány klidné, stehy vyhojené. Pacient/klient se ochotně učil péči o pokožku a lepení stomického sáčku.

#### **00004 Riziko infekce**

##### **Rizikové faktory:**

- operační rána

##### **Priorita:**

- střední

##### **Dlouhodobý cíl:**

- pacient/klient nejeví známky infekce během hospitalizace, ani po propuštění do domácí péče

##### **Krátkodobý cíl:**

- pacient/klient je schopen sám udržet čistotu konečníku do 48 hodin

##### **Ošetrovatelské intervence: 20. 11. - 26. 11. 2012**

- sleduj operační rány - denně, všeobecná sestra, stomická sestra
- dodržuj aseptický přístup - vždy, všeobecná sestra, stomická sestra
- informuj pacienta/klienta o důležitosti mytí rukou - denně, všeobecná sestra, stomická sestra
- informuj pacienta/klienta o významu vyvážené stravy a pitném režimu - denně, všeobecná sestra, stomická sestra
- sleduj laboratorní výsledky - denně, lékař, všeobecná sestra
- chraň pacienta/klienta před nozokomiálními nákazami - při každém kontaktu, všeobecná sestra, stomická sestra

##### **Realizace:**

Pacientovi/klientovi byla ihned po operaci vysvětlená důležitost hygieny operačních ran, důležitost mytí rukou. V první fázi byla hygienická péče prováděna všeobecnou sestrou na lůžku, operační rány byly asepticky převázány a bylo přiloženo sterilní suché krytí. Druhý den po výkonu mohl pacient/klient využít sprchy, kam jsme ho doprovodili a z části mu pomohli. Rány jsme kryli suchým krytím. Každý den jsme rány kontrolovali, zda nejeví známky infekce a pacienta/klienta pobízeli k časté

hygieně. Pacientovi/klientovi byli podány informace o významu vyvážené stravy a pitném režimu. Ošetřovatelský personál dbal na čistotu lůžkovin.

#### **Hodnocení:**

Krátkodobý cíl splněn, pacient/klient se hojně staral o hygienu ran a čistotu spodního prádla.

Dlouhodobý cíl nebylo možno hodnotit, naše ošetřovatelská péče trvala kratší dobu.

#### **7.3.4 Druhý den po operaci - 23. 11. 2011**

Překlad pacienta/klienta na standardní ošetřovatelskou jednotku v 10.15 hodin. Pacient/klient pociťuje negativní vnímání vlastní hodnoty, zmatek a odmítavý pohled na vlastní tělo. Zhodnocení stavu stomie a okolí stomie: otok přetrvává, okolí lehce zarudlé ve spodní části vývodu, větry odcházejí, stolice zatím není - jen hlen. OP rána klidná, konečník bez známek infekce, bolesti VAS 2.

Dieta: OS - čaj, večeře 9S (diabetická šetřící)

Dle ordinace podána léčiva p. os. - tablety

Léčiva i. v. infuze: 10% glukóza 500 ml + 12 jednotek humulinu R rychlostí 100 ml/hodinu.  
Novalgín 2 ml + 100 ml FR á hodin, kapat 30 minut

Léčiva s. c.: 21.00 hodin Clexane 0,6 ml

Sledování: glykémie 4x denně, TK + P po 1 hod 4x.

VAS á 6 hodin: 12.00 hodin .....2  
18.00 hodin .....3  
24.00 hodin .....2

**Tabulka 4 - měření 23. 11. 2011**

<b>ČAS</b>	<b>TK</b>	<b>P</b>	<b>Glykémie</b>
11.00	120/70	78´	5,2 mmol/l
12.00	130/80	74´	5,9 mmol/l
13.00	120/80	70´	6,3 mmol/l
14.00	130/80	70´	5,8 mmol/l

V 15.00 hodin změřena TT - 37,8 °C, hlášeno ošetřujícímu lékaři  
PVK napíchnut 2 den, LHK, bez známek infekce  
PMK zaveden 2 den č. 18, odvádí čistou moč.  
Péči o stomii sám nezvládá.

Vybrané ošetřovatelské diagnózy:

### **00118 Narušený obraz těla**

#### **Určující znaky:**

- sdělování negativních pocitů, které odrážejí změněný obraz těla
- vyhýbavé chování k vlastnímu tělu, nechce zrcadlo
- udává pocity bezradnosti
- strach z reakce jiných

#### **Související faktory:**

- vyšití kolostomie

#### **Priorita:**

- střední

#### **Dlouhodobý cíl:**

- pacient/klient je smířen se založením stomie do 5 dnů
- pacient/klient nemá sníženou kvalitu života

#### **Krátkodobý cíl:**

- pacient/klient se nebrání pohledu na stomii při pohledu do zrcadla během 24 hodin

#### **Výsledná kritéria:**

- pacient/klient projevuje důvěru ve stomickou sestru do 24 hodin
- pacient/klient sděluje pozitivnější naladění do 3 dnů
- pacient/klient nemá pocity odporu k vlastnímu tělu do 24 hodin
- pacient/klient si osvojí stravovací návyky stomika do 5 dnů
- pacient/klient má k dispozici zrcadlo a používá ho do 24 hodin
- pacient/klient má dostatek informací o pomůckách, které zajistí jeho komfort do 3 dnů
- pacient/klient akceptuje stomické pomůcky, vnímá je jako kvalitní a pohodlné do 3 dnů

#### **Ošetřovatelské intervence: 20. 11. - 26. 11. 2012**

- všiměj si emočních změn pacienta/klienta - vždy, všeobecná sestra, stomická sestra
- buď empatická - vždy, všeobecná sestra, stomická sestra
- zajisti dostatek informací o dané situaci - do 24 hodin, stomická sestra
- zajisti nácvik sebeobsluhy s použitím kvalitních pomůcek - do 5 dnů, stomická sestra
- zajisti soukromí, je-li třeba - vždy, všeobecná sestra, stomická sestra

#### **Realizace:**

Pacient/klient nejdříve vyjádřil negativní pocity při pohledu na vývod, který se mu zdál odporný. Sám uvítal možnost pocity někomu sdělit, denně ho navštěvovala stomická sestra. Vždy jsme si všímali jeho verbálních i neverbálních projevů v souvislosti s ošetřením stomie. Pacient/klient byl postupně seznámen s pomůckami



na ošetření stomie, které mu byly vždy prakticky předvedeny. Sám se po 24 hodinách začal zapojovat do sestavení plánu ošetrovatelských činností.

Stomická sestra předává uvítací balíček stomika, přehled pomůcek v příloze M.

- nůžky s kulatou špičkou,
- šablonu na změření průměru stomie,
- tužku,
- zrcátko,
- reklamní ručník,
- příručku stomika,
- přehled výrobků pro stomiky,
- vzorek stomického sáčku,
- holicí strojek.

**Ústní edukace stomickou sestrou:** Pane Václave, dnes budete seznámen s pomůckami, které jste nyní obdržel, řekneme si, jak je použít. Zatím nebudeme prakticky nic zkoušet, stomie zatím neodvádí stolici a Váš fyzický stav ještě není optimální. Výměnu sáčku nechte na sestřách, vy jen pozorujte a pročtěte si příručku stomika, máte-li zájem, podám vám brýle.

Dotaz pacienta/klienta: Budu za balíček něco platit?

Odpověď stomické sestry: Nebudete, je to reklamní dárek firmy.

Dále Vám představím základní pomůcky pro stomiky, které z hlediska použití dělíme na jednodílný a dvoudílný systém, ochranné prostředky pro ochranu pokožky v okolí stomie a doplňkový sortiment ke zvýšení komfortu, přehled pomůcek v příloze N.

Vše si osaháte, dnes ještě nebudete sám nic dělat, jen mě sledujte.

### **Hodnocení:**

Krátkodobý cíl splněn, pacient/klient se již po 24hodinách nebránil pohledu do zrcadla a dožadoval se informací v péči o stomii. Během chvilky navázal se stomickou sestrou přátelský vztah, plně ji důvěřoval a respektoval doporučená opatření.

Dlouhodobý cíl byl také splněn, pacient/klient je během 5 dnů v dobrém psychickém rozpoložení a je relativně smířen s novým obrazem svého těla.

### **00091 Zhoršená pohyblivost na lůžku**

#### **Určující znaky:**

- neschopnost otočit se ze strany na stranu, ze zad na bok

#### **Související faktory:**

- bolest
- operační výkon

#### **Priorita:**

- střední

#### **Dlouhodobý cíl:**

- pacient/klient je aktivní a nejeví známky pohybového omezení do 5 dnů

**Krátkodobý cíl:**

- pacient/klient umí bezpečně měnit polohu do 24 hodin

**Výsledná kritéria:**

- pacient/klient se sám aktivně pohybuje v lůžku bez udání bolesti do 48 hodin
- pacienta/klienta zná, jak bezpečně měnit polohu - do 24 hodin
- pacient/klient zvládá drobné pohyby končetin jako prevence TEN do 24 hodin
- pacient/klient nemá proleženiny

**Ošetrovatelské intervence: 20. 11. - 26. 11. 2012**

- přehodnot' Barthelův test soběstačnosti - do 24 hodin po operaci, všeobecná sestra
- nauč pacienta/klienta se vhodně otáčet a posazovat - do 24 hodin, všeobecná sestra, stomická sestra, fyzioterapeut
- kontroluj predilekční místa - denně, všeobecná sestra
- pomáhej při hygieně, stravování - dle potřeby, všeobecná sestra, stomická sestra
- dej pacientovi/klientovi signalizaci na dosah - vždy, všeobecná sestra
- prováděj nácvik dechového cvičení, pohyb končetin - denně, fyzioterapeut

**Realizace:**

Ošetrovatelský personál dbal o hygienu kůže a čistotu ložního prádla, pomáhal pacientovi/klientovi v činnostech, které sám nezvládal. Byl přehodnocen test soběstačnosti. Vysvětlili jsme mu, jak bezpečně měnit polohu v lůžku, jak vstávat přes bok bez použití hrazdy nad postelí. Denně byly kontrolovány predilekční místa, fyzioterapeut prováděl včasnou mobilizaci a naučil pacienta/klienta bezpečně odkašlávat.

**Hodnocení:**

Krátkodobý cíl splněn, pacient/klient bezpečně měnil polohu. Denně se věnoval rehabilitaci pod vedením fyzioterapeuta.

Dlouhodobý cíl splněn, pacientova/klientova kondice zlepšovala, zapojoval se do všech aktivit. Do 3 dnů byl pacient/klient zcela nezávislý.

**7.3.5 Třetí den po operaci - 24. 11. 2011**

Pacient/klient se cítí po fyzické stránce lépe, stomie je růžová, lehce oteklá, okolí stomie již klidnější, větry odchází, začíná odcházet řídká stolice. OP rána klidná, konečník lehce zarudlý, bolesti pouze při pohybu a manipulaci, VAS 2.

Dieta: 9S – šetřící

Provedené ordinace sestrou:

Podána chronická medikace p. o. - tablety, nasazeny zpět antidiabetika

Léčiva s. c.: 21.00 hodin Clexane 0,6 ml

Sledování: glykémie 4x denně, TK + P 3x denně

**Tabulka 5 - měření 24. 11. 2011**

ČAS	TK	P	Glykémie
8.00	130/70	72´	6,3 mmol/l
12.00	125/70	70´	5,9 mmol/l
16.00	130/70	74´	7,0 mmol/l
24.00	neměřeno	neměřeno	5,5 mmol/l

V 8.00 hodin vytažen PMK, pacient poučen o důležitosti pitného režimu, hygieně genitálu a nutnosti vymočít se samovolně.

V 9.00 hodin vytažen PVK.

Vybrané ošetrovatelské diagnózy:

### **00126 Nedostatečné znalosti**

#### **Určující znaky:**

- sdělování pochybností v péči o stomii
- nepřesné provádění instrukcí

#### **Související faktory:**

- nedostatek informací o účelu stomie, ošetřování a příjmu potravy
- neobeznámen se zdroji informací

#### **Priorita:**

- střední

#### **Dlouhodobý cíl:**

- pacient/klient je plně soběstačný v péči o stomii do 5 dnů

#### **Krátkodobý cíl:**

- pacient/klient chápe informace o stravovacím a léčebném režimu do 48 hodin

#### **Výsledná kritéria:**

- pacient/klient umí vyjmenovat postup při výměně stomického sáčku do 48 hodin
- pacient/klient umí sám vyměnit stomický sáček během 5 dnů
- pacient/klient má dostatek informací do 3 dnů
- pacient/klient udává zlepšení svých dosavadních vědomostí do 3 dnů

#### **Ošetrovatelské intervence: 20. 11. - 26. 11. 2012**

- zjistí úroveň znalostí pacienta/klienta - do 24 hodin, stomická sestra
- vysvětluj trpělivě všechny kroky v péči o stomii - denně, stomická sestra
- seznam pacienta/klienta s dietním režimem kolostomika - do 48 hodin, stomická sestra
- chval a povzbuzuj pacienta/klienta - vždy, stomická sestra, všeobecná sestra
- zodpověz všechny dotazy pacienta/klienta - vždy, stomická sestra, všeobecná sestra

#### **Realizace:**

Při rozhovoru zjištěno, že pacient/klient neměl o péči o stomii a režimu stomických pacientů žádné informace. Byl zajištěn kontakt se stomickou sestrou, která

denně za pacientem/klientem docházela a věnovala mu patřičnou pozornost. Pacient/klient dostal k dispozici spoustu informačních letáků, knih a edukační CD. Se stomickou sestrou denně prakticky procvičoval hygienu okolí stomie a přilepení sáčku. Pacienta/klienta jsme po celou dobu povzbuzovali a za sebemenší pokrok pochválili.

**Ústní edukace stomickou sestrou:** Dnes se pane Václave, začneme prakticky věnovat správnému přikládání stomických pomůcek. Společně přejdeme do koupelny speciálně upravené pro potřeby stomika. Je zde k dispozici sprcha, odpadkový koš, velké nástěnné zrcadlo, stomické pomůcky. V pooperační fázi jsem pro Vás vybrala jednoduchou pomůcku, která je manuálně jednodušší (např. Flexima).

Důležité je nacvičit 5 hlavních kroků.

1. Očištění pokožky: pomocí odstraňovače (např. Adhesive Remover) opatrně sejmete starý sáček, který odhodíme do igelitového sáčku. Poté důkladně omyjeme okolí stomie vlažnou vodou nebo očistíme speciálními roztoky (např. Prontosan), kůži dokonale osušíme mulem či ručníkem. Pokud je kůže porostlá chlupy, oholíme.
2. Změření průměru stomie: součástí uvítacích balíčků je šablona, kterou změříme správnou velikost stomie, kterou překreslíme na podložku.
3. Vystříhnutí otvoru: přičítáme cca 0,5 cm a otvor vystříhneme větší. Nikdy ne víc!
4. Přiložení destičky, sáčku: Kůži v okolí stomie můžeme ošetřit ochranným filmem (např. Askina Barrier Film), sejmete ochranný papír z destičky a přikládáme na kůži. Dobré je začít přikládat destičku od spodního pólu vývodu a postupovat směrem nahoru. Plochou dlaně přitlačíme sáček k břichu.
5. Správnost nalepení: tahem za sáček se přesvědčíme o správném uchycení sáčku. Postup výměny sáčku zachycen v příloze Q.

Dotaz pacienta/klienta: Myslíte, že to zvládnou?

Odpověď stomické sestry: Určitě ano, budeme to společně procvičovat do doby, než si budete úplně jistý.

Také bych Vám ráda sdělila určitá výživová doporučení. Nyní po operaci máte stravu šetřící, dále přejdeme na dietu bezesbytkovou. Abyste se naučil ovládat střeva a měl kašovitou stolici, je dobré jíst v pravidelnou dobu, po malých porcích ve 2 - 3 hodinových intervalech. Jídlo by mělo obsahovat dostatek bílkovin, vitamínů a minerálů, méně tuků a cukrů, u Vás hlavně z důvodů ještě jiných přidružených chorob. Důležité je dodržovat pitný režim, vypít minimálně 2 litry tekutin. Přehled vhodných a zakázaných potravin naleznete v příručce stomika a při propuštění Vám předám, pokud budete mít zájem, přehled receptů.

### **Hodnocení:**

Krátkodobý cíl splněn, pacient/klient byl obeznámen s režimem stomika, při zpětném dotazování správně odpovídal na položené otázky.

Dlouhodobý cíl splněn, pacient/klient se relativně brzy zapojil do péče o vývod.

### 7.3.6 Čtvrtý den po operaci - 25. 11. 2011

Pacient/klient se cítí dobře, pouze mírná bolest břicha při pohybu. Operační rána klidná, dle lékaře Novikov. Zhodnocení stavu stomie a okolí: stomie růžová, již bez otoku, okolí stomie klidné, stehy ještě neodpadly, větry odchází, stomie začíná hojně odvádět stolici, obsah houstne. OP rána klidná, konečník lehce zarudlý, doporučeny koupele v dubové kůře, bolesti pouze při pohybu a manipulaci. VAS 1.

Pacient/klient se vyžaduje stomické sestry, chce se rychle naučit péči o stomii a jít domů.

Dieta: 9S – šetřící

Provedené ordinace sestrou:

Podána chronická medikace p. o. – tablety

Léčiva s. c.: 21.00 hodin Clexane 0,6 ml

Sledování: glykémie 3x denně, TK + P 2x denně

**Tabulka 6 - měření 25. 11. 2011**

ČAS	TK	VAS	Glykémie
8.00	135/70	1	5,3 mmol/l
12.00	neměřeno	2	6,9 mmol/l
16.00	130/70	1	6,0 mmol/l

Pacientovi/klientovi sdělena možnost, zda by chtěl pozvat někoho z rodiny, aby se společně s námi učil výměnu stomického sáčku a byl seznámen s režimem stomika. Pacient/klient odmítá, děti obtěžovat nechce a otec je starý, nezvládl by to.

**Ústní edukace stomickou sestrou:** Pane Václave, dnes půjdeme společně vyměnit sáček a řekneme si něco o možných komplikacích spojených se stomií.

Zkuste mi prosím stručně sdělit, co jste si zapamatoval ze včerejšího dne.

Zde máte k dispozici pomůcky nutné k výměně sáčku.

Pacient/klient celkem zručně manipuluje se sáčkem, nahlas přeříkává všech pět kroků. Doporučen mu je pohled do zrcadla, kde kontroluje přiložení sáčku k dolnímu pólu stomie. V 15.00 hodin provedl pacient/klient výměnu stomického sáčku zcela sám.

Dotaz pacienta/klienta: Kdy budu opět fit?

Odpověď stomické sestry: Délka rekonvalescence je u každého jiná, musíte být trpělivý, určitě se za čas vše zlepší.

Dotaz pacienta/klienta: Můžu se sprchovat a koupat?

Odpověď stomické sestry: Jistě, sprchovat a koupat se můžete se sáčkem, je nepromokavý, pouze přelepte filtr samolepkou. Pokud chcete jít plavat do bazénu, použijte mini sáčku nebo stomické krytky (např. irifix).

### 7.3.7 Pátý den po operaci - 26. 11. 2011

Pacient/klient se cítí velice dobře. Stomie je růžová, bez otoku, okolí stomie klidné, stehy místy ještě neodpadly, větry odchází, stomie odvádí kašovitou stolicí. OP rána klidná, konečník udržuje v čistotě, bolesti minimální.

Pacient/klient nadšeně vypráví, jak ráno sám zvládl výměnu stoma sáčku. Pacient/klient by chtěl co nejdříve domů.

Dieta: 9S – šetřící

Provedené ordinace sestrou:

Podána chronická medikace p. o. – tablety

Léčiva s. c.: 21.00 hodin Clexane 0,6 ml

Sledování: glykémie 3x denně, TK 2x denně

**Tabulka 7 – měření 26. 11. 2011**

ČAS	TK	VAS	Glykémie
8.00	130/70	1	6,3 mmol/l
12.00	neměřeno	1	5,9 mmol/l
16.00	135/80	1	6,0 mmol/l

**Ústní edukace stomickou sestrou:** Pane Václave, když už tak skvěle zvládáte výměnu sáčku, blíží se čas vašeho propuštění domů. Dnes si povíme, jak se stomické pomůcky objednávají a kde je seženete.

Při odchodu z nemocnice Vás vybavím základními pomůckami, které Vám vystačí na 1 měsíc. Jedná se o 60 kusů stomických sáčků, uzavřených (např. Flexima active), odstraňovač sáčků (např. Adhesive Remover), ochranný film (např. Askina Barrier Film) a neutralizér zápachu (např. Deodour). Pomůcky jsou vydávány na poukazu pro léčebnou a ortopedickou pomůcku, každý výrobek má své výrobní číslo a číslo pro pojišťovnu. Další objednání je již na Vás, podrobnější popis v příloze V.

Dotaz pacienta/klienta: Kdo mi pomůcky na poukaz vypíše?

Odpověď stomické sestry: Je na Vás, zda budete docházet k praktickému lékaři, či do proktologické poradny.

Dotaz pacienta/klienta: Jsou pomůcky hrazeny pojišťovnou?

Odpověď stomické sestry: Sáčky jsou plně hrazeny pojišťovnou, některý doplňkový sortiment může být se spoluúčastí pacienta/klienta. Limity a ceny naleznete na zadních stranách příruček stomika.

Kolostomik má nárok na 60 kusů uzavřených sáčků, nebo 10 podložek dvoudílného systému na měsíc. Prostředky ochranné maximálně 360 gramů, do ceny 2760 Kč za rok, břišní pás 2 kusy za rok, ostatní prostředky jsou bez limitu.

Dotaz pacienta/klienta: Kde pomůcky vyzvednu?

Odpověď stomické sestry: Poukaz uplatníte ve zdravotnických potřebách, v lékárně či můžete využít zásilkových služeb jednotlivých firem.

Dotaz pacienta/klienta: Co, když si s něčím nebudu vědět rady?

Odpověď stomické sestry: Máte k dispozici bezplatné stoma linky firem nabízející stomické pomůcky, kde jsou vyškolené pracovníce. Vyskytne-li se ošetřovatelský problém, je dobré navštívit stomickou sestru (dám Vám na sebe telefonní kontakt).

**Ústní edukace všeobecných sester stomickou sestrou:** Pana Václava L. předávám do Vaší péče, kontrolujte pacienta/klienta při výměně sáčku, pokud bude nějaký problém, kontaktujte mně. Den před propuštěním je nutné znovu vše pacientovi/klientovi zopakovat a vybavit ho pomůckami, taktéž mě kontaktujte.

Diagnózy všeobecných sester:

- akutní bolest 00132
- situačně snížená sebeúcta 00120
- riziko infekce 00004 (potencionální diagnóza)
- narušená integrita kůže 00046
- riziko nestabilní glykémie 00179 (potencionální diagnóza)
- riziko pádu 00155 (potencionální diagnóza)
- riziko vaskulárního traumatu 00213 (potencionální diagnóza)
- poškozená dentice 0004

## 8 Zhodnocení péče

V průběhu hospitalizace pod vedením stomické sestry a dalších členů ošetrovatelského týmu se stav pacienta/klienta Václava L. podstatně zlepšil. Byl plně informován o svém zdravotním stavu, nutných dietních a režimových opatření a prognóze tohoto onemocnění. Hospitalizaci snášel dobře, byl otevřen všemu novému a edukací se účastnil se zájmem. Mezi pacientem/klientem a stomickou sestrou se podařil navázat důvěrný vztah, psychický stav pacienta/klienta se den ode dne zlepšoval, odcházel smířený a vyrovnaný. Pacient/klient se aktivně zapojoval do léčby, snažil se péči o stomii naučit v co nejkratším čase, aby se brzy mohl stát zcela nezávislým a plně soběstačným. Stomické sestře se nepodařilo získat spolupráci rodiny, neboť si to sám pacient/klient nepřál.



## 9 Diskuze

Uvědomme si, že založení stomie je pro člověka obrovský zásah do dosavadního způsobu života nejen jeho, ale i celé rodiny. Je často velmi těžké se s touto skutečností vyrovnat a věřte, že dobře proškolený zdravotnický personál, je tou první a nejcennější oporou, jak vše dobře zvládnout a překonat.

V dnešní době je na trhu celá řada kvalitních stomických a ochranných pomůcek a právě stomická sestra pomocí edukačního procesu může správně a efektivně informovat pacienta, které pomůcky by právě pro něj mohli být vhodné.

Existují kluby a komunity určené pro stomiky. Jejich cílem je zastupování a hájení zájmu stomiků, šíří informace o potřebách a životě stomiků. Záleží jen na samotném pacientovi/klientovi, zda tyto kluby bude navštěvovat. Může zde načerpat nové i potřebné informace a taky touto cestou může navázat nová přátelství.

Je důležité, abychom si uvědomili podstatu našeho bytí. Neměli bychom se obracet zády k lidem, kteří mohou potřebovat naši pomoc. Protože i my se můžeme ocitnout na druhé straně břehu právě, když to budeme nejméně očekávat.

Tato práce může sloužit jako edukační činnost pro praxi nejen zdravotnických pracovníků, ale také pro získání nových poznatků laické veřejnosti.

Domníváme se, že vyškolených stomických sester je velmi málo, proto je nutné cenné zkušenosti předat všeobecným sestřám. Ty pak mohou profesionálně svou činností podpořit sebevědomí pacienta/klienta a svým jednáním přispět k navázání důvěry. Bakalářská práce je obohacena o power point CD a věříme, že stejně jako bakalářská práce, přispěje k prohloubení znalostí studentů a všeobecných sester

### 9.1 Doporučení pacientovi

Doporučujeme:

- pečuj o svou duševní a tělesnou kondici,
- zajímej se o novinky v péči o stomie,
- dodržuj zásady správné výživy a pitného režimu,
- dodržuj 5 kroků správného přiložení pomůcky,
- zapoj se v co nejbližší době do společenských aktivit, nestraň se,
- při sebemenší pochybnosti vyhledej svou stomickou sestru,
- neboj se vyhledat kontakt s lidmi se stejnou diagnózou,
- nauč se irigaci střeva - otevřená metoda vyprázdnění střev, podrobnější informace v příloze R.

## 9.2 Doporučení všeobecným sestřám

Doporučujeme:

- je-li možnost, zajisti stomickou sestru,
- přístupuj k pacientovi/klientovi taktně,
- prohlubuj své vědomosti, vzdělávej se,
- zabezpeč soukromí s ohledem na stud pacienta/klienta,
- zhodnoť vždy stomii a její okolí,
- vysvětluj doporučené postupy,
- nezapomeň chválit a povzbuzovat,
- použij přiložený manuál - Power Point.

## **Závěr**

Tato práce byla vypracována ve snaze, oboznámit studenty zdravotnických škol a všeobecné sestry o problematice stomických pacientů/klientů, zasvětit je do úskalí ošetrovatelské péče a potřebné edukace u této diagnózy.

Motivací pro vytvoření této práce byla osobní zkušenost, kdy se velmi často setkáváme s neznalostí sester a neochotou se pacientům/klientům s touto problematikou dostatečně věnovat.

Cílem bakalářské práce bylo vytvořit metodiku ošetrovatelské péče u pacienta/klienta s kolostomií. Cíl pokládáme za splněný.

Základem péče je znalost a potřebná aktivita sester v této oblasti, která je pro svou specifikou jiná, než běžné uspokojování potřeb pacienta/klienta po klasickém chirurgickém zásahu. Je potřeba, aby sestra byla dostatečně v této oblasti vzdělaná, orientovala se v sortimentu stomických pomůcek a dokázala řešit komplikace spojené s tímto onemocněním.

## Seznam použité literatury

Vypracováno podle normy ISO 690 : 2.

BOROŇOVÁ, J. 2010. *Kapitoly z ošetrovatelství I.*, Praha: Maurea s. r. o., 2010. ISBN 978-80-902876-4-8.

BOROVANSKÝ, L. a kolektiv. 1972. *Soustavná anatomie člověka I.*, Praha: Státní zdravotnické nakladatelství Avicenum, 1972. ISBN 08-073-72.

B. BRAUN. 2002. *Příručka stomika*, Praha, 2002.

CONVATEC. 2001. *Jak zůstat fit v nových podmínkách*, Praha, 2001.

ČIHÁK, R. 2002. *Anatomie 2*, Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0143-X.

DANSAC. 2002. *Příručka stomika*, Brno, 2002.

DOENGES, M. a kolektiv. 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*, Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-7169-294-8.

DYLEVSKÝ, I. A kolektiv. 1998. *Anatomie a fyziologie člověka*, Epava, 1998. ISBN 80-901667-0-9.

HICH, J. 2001. *Speciální chirurgie*, Praha: Maxdorf, 2001. ISBN 80-85912-44-9.

HOCH, J. 1998. *Akutní chirurgie tlustého střeva*, Praha: Maxdorf, 1998. ISBN 80-8580-85-3.

KLENER, P. a kolektiv. 1997. *Vnitřní lékařství díl III.*, Praha: Kalorinum, 1997. ISBN 80-7184-367-9.

KLENER, P. a kolektiv. 2011. *Vnitřní lékařství*, 4. vyd., Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-705-9.

LUKÁŠ, K. a kolektiv. 2005. *Gastroenterologie a hematologie pro zdravotní sestry*, Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1283-0.

LŮČAN, J. 2011. *Stómie a stomici*, vydavatel P + M, Turany, 1. vyd., 2011. ISBN 978-80-89410-11-8.

MASTILIAKOVÁ, D. 1999. *Úvod do oboru ošetrovatelství, Systémový přístup I.*, Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-246-0429-9.

MICHEK, J. 1990. *Vybrané kapitoly z chirurgie pro zdravotní sestry*, Brno: Institut pro další vzdělávání, 1990. ISBN 80-7013-082-2.

MIKŠOVÁ, Z. a kolektiv. 2006. *Kapitoly z ošetrovateľskej péče II.*, Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1443-4.

NANDA International. 2009. *Ošetrovateľské diagnózy, definície a klasifikácie 2009-2011*, Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3423-1.

NĚMCOVÁ, J. a kolektiv. 2011. *Manuál k úpravě písemných prací*, Praha: Maurea s. r. o., 2011. ISBN 97-80-902876-8-6.

NETTER FRANK, H. 2003. *Anatomický atlas člověka*, Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0517-6.

OTÁSKOVÁ, J. 2007. *Praktické využití ošetrovateľských diagnóz v nanda doménách*, České Budějovice: Jie s. r. o., 2007. ISBN 978-80-239-9072-0.

STOMASESTRA. 1999. *Časopis spoločnosti Bristol*, Praha: Myers aquib s. r. o, 1999.

TROJAN, S. kolektiv. 2003. *Lékařská fyziologie*, Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-05125.

VYSLOUŽIL, K. 2005. *Komplexní léčba nádorů rekta*, Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0628-8.

VYZULA, R. a kolektiv. 2007. *Rakovina tlustého střeva a konečníku*, Maxdorf s. r. o., 2007. ISBN 978-80-7345-140-0.

ZACHOVÁ, V. a kolektiv. 2010. *Stomie*, Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3256-5.

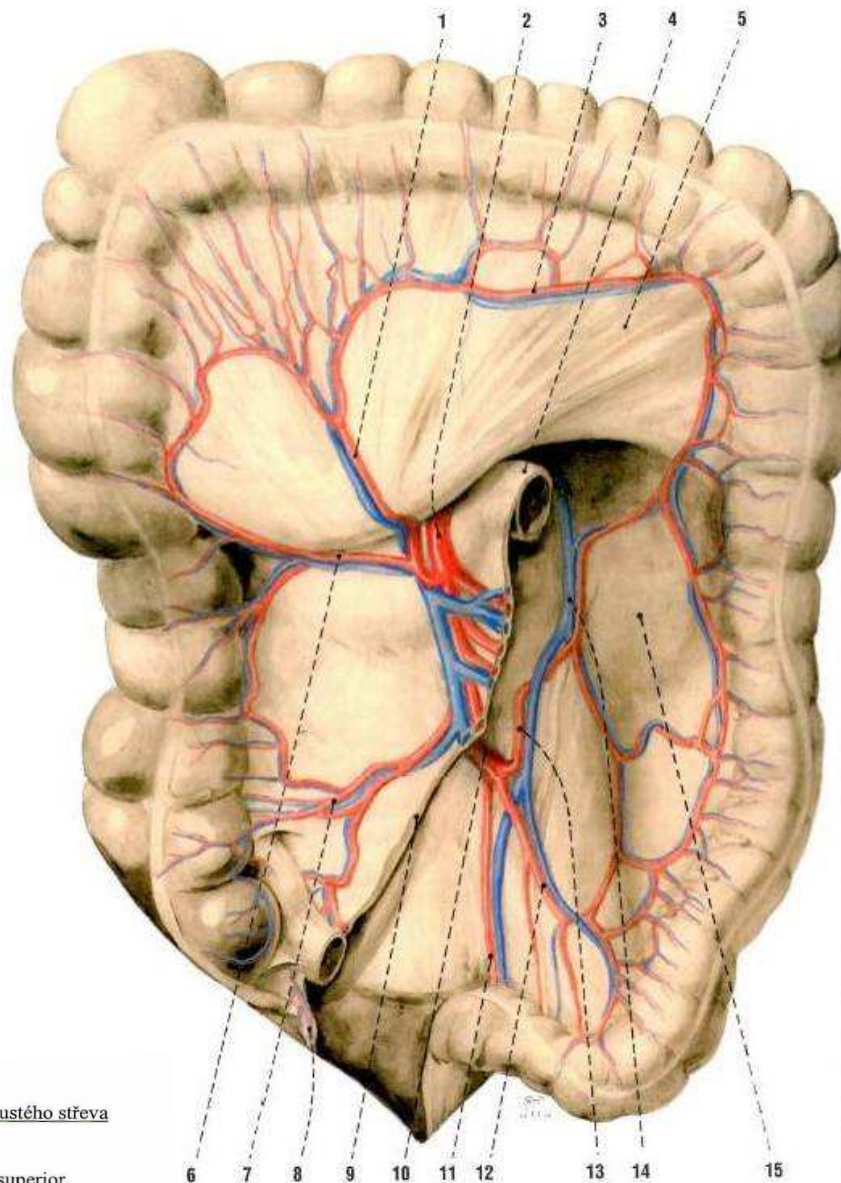
ZEMAN, M. a kolektiv. 2000. *Chirurgická propedeutika*, Praha: Grada Publishing, 2000. ISBN 80-7169-705-2.

ZEMAN, M. a kolektiv. 2001. *Speciální chirurgie*, Galén, 2001. ISBN 80-7262-093-2.

## Seznam příloh

Příloha A - Úsek tlustého střeva a cévy .....	I
Příloha B - Rentgenový obraz tlustého střeva .....	II
Příloha C - Obvyklé umístění stomií .....	III
Příloha D - Typické umístění kolostomie .....	IV
Příloha E - Druhy stomií dle konstrukce .....	V
Příloha F - Koncová sigmoideostomie.....	VI
Příloha G - Macerace okolí stomie .....	VII
Příloha H - Nekróza stomie .....	VIII
Příloha I - Stenóza stomie .....	IX
Příloha J - Prolaps stomie – vyhřeznutí .....	X
Příloha K - Parastomální hernie.....	XI
Příloha L - Zakreslení místa budoucí stomie .....	XII
Příloha M - Edukační balíček fa B. Braun.....	XIII
Příloha N - Jednodílný x dvoudílný systém sáčků.....	XIV
Příloha O - Jídelníček .....	XV
Příloha P - Edukační záznam .....	XVI
Příloha Q - Aplikace pomůcky .....	XVII
Příloha R - Irigace.....	XVIII
Příloha S - Standard ošetrovatelské péče .....	XIX
Příloha T - Edukační CD .....	XXI
Příloha U - Fontomalt .....	XXII
Příloha V <sub>1</sub> - Objednávání stomických pomůcek.....	XXIII
Příloha V <sub>2</sub> - Objednávání stomických pomůcek.....	XXIV
Příloha W - Operační protokol.....	XXV

## Příloha A - Úsek tlustého střeva a cévy

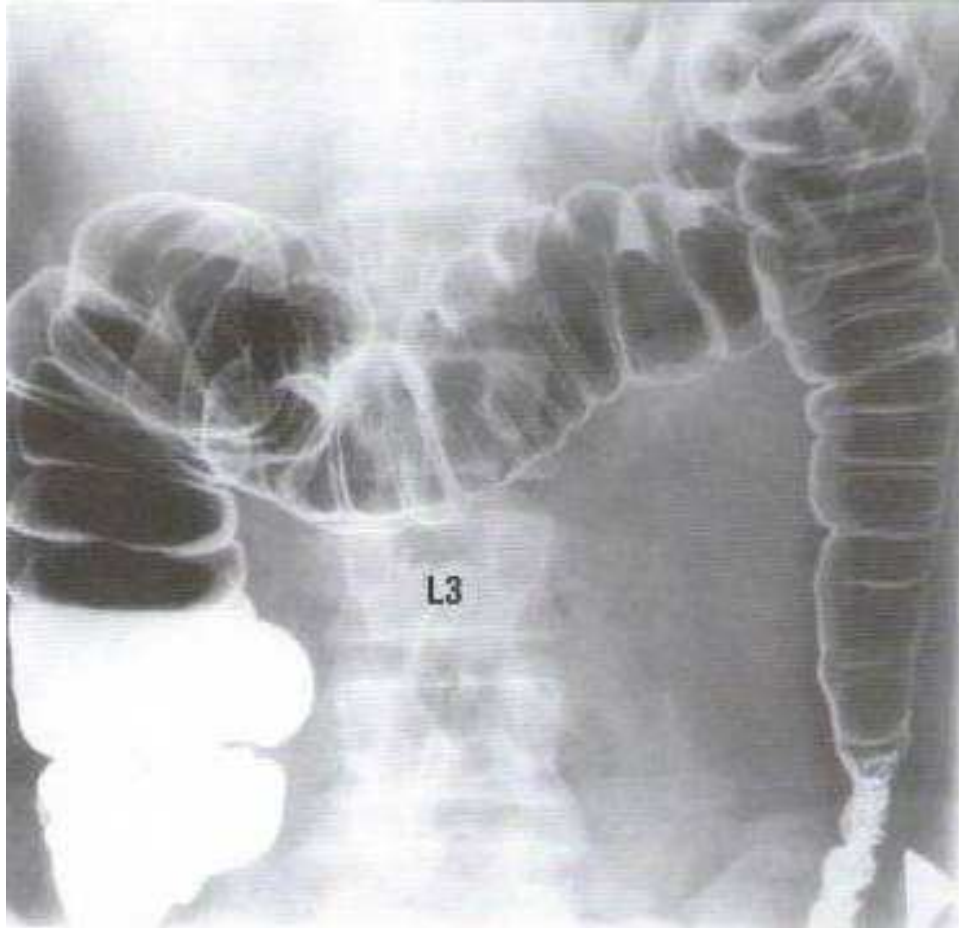


### Úseky tlustého střeva a cévy tlustého střeva

1. arteria colica media
2. kmen arteriae mesentericae superior.
3. anastomosis magna (Halleri)
4. duodenum v místě flexurae duodenojejunalis
5. mesocolon transversum
6. arteria colica dextra
7. arteria ileocolica
8. arteria appendicularis
9. mesenterium
10. arteria mesenterica inferior
11. arteria rectalis superior
12. společný kmen pro arteriae sigmoideae
13. arteria colica sinistra
14. kmen venae mesentericae inferior.
15. nástěnné peritoneum levého srůstového pole

Zdroj: Čihák, 2002, s. 113

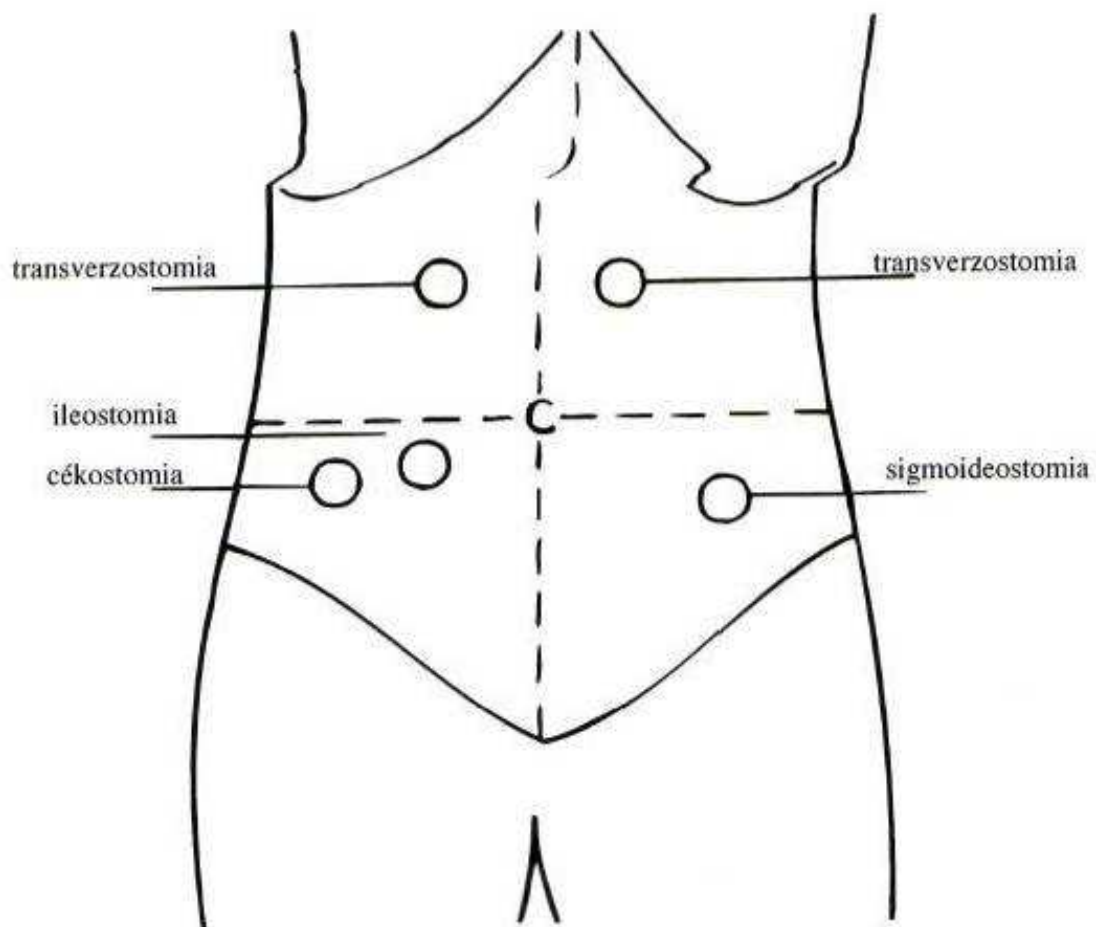
## Příloha B - Rentgenový obraz tlustého střeva



Zdroj: Čihák, 2002, s. 113

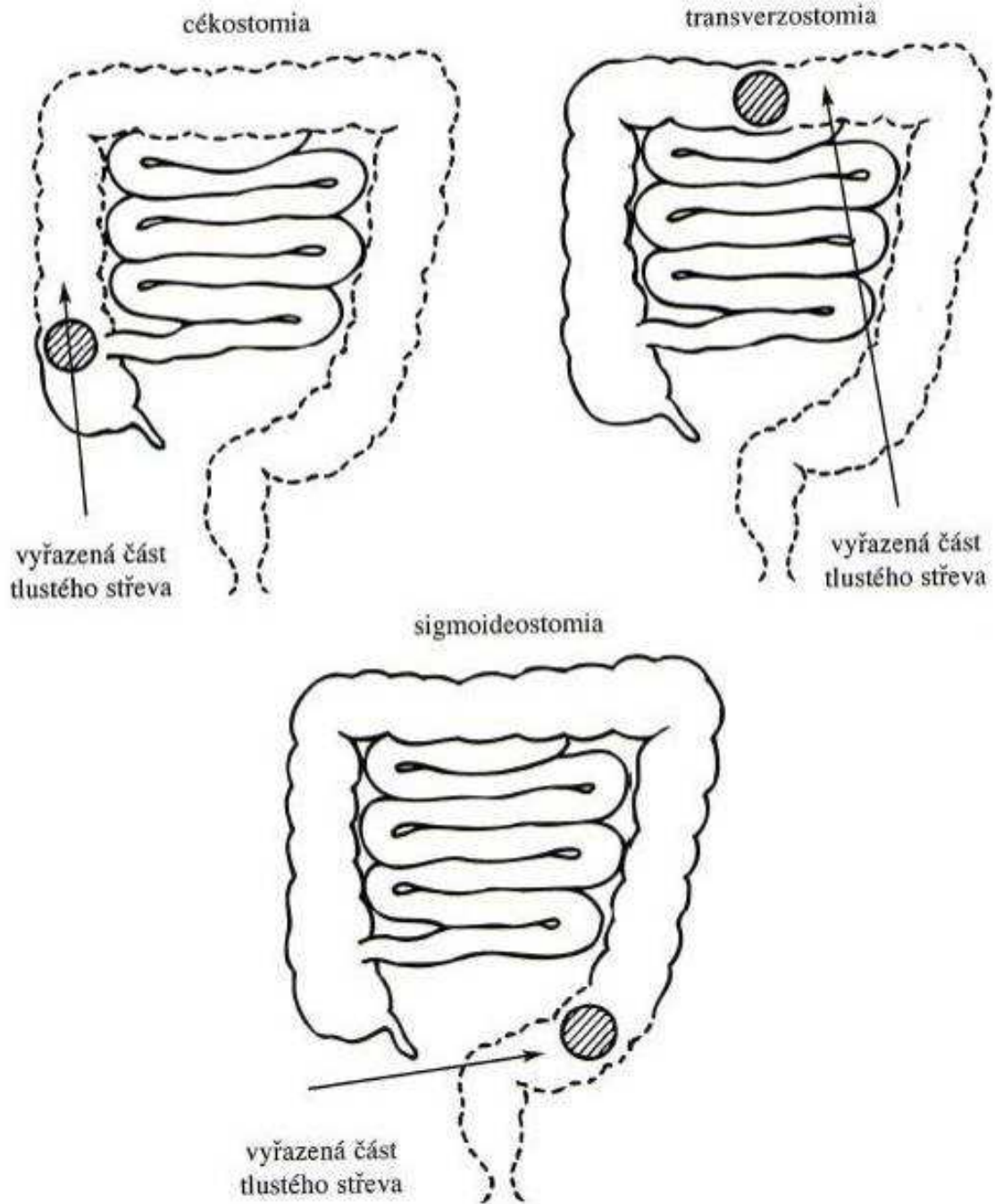


## Příloha C - Obvyklé umístění stomií



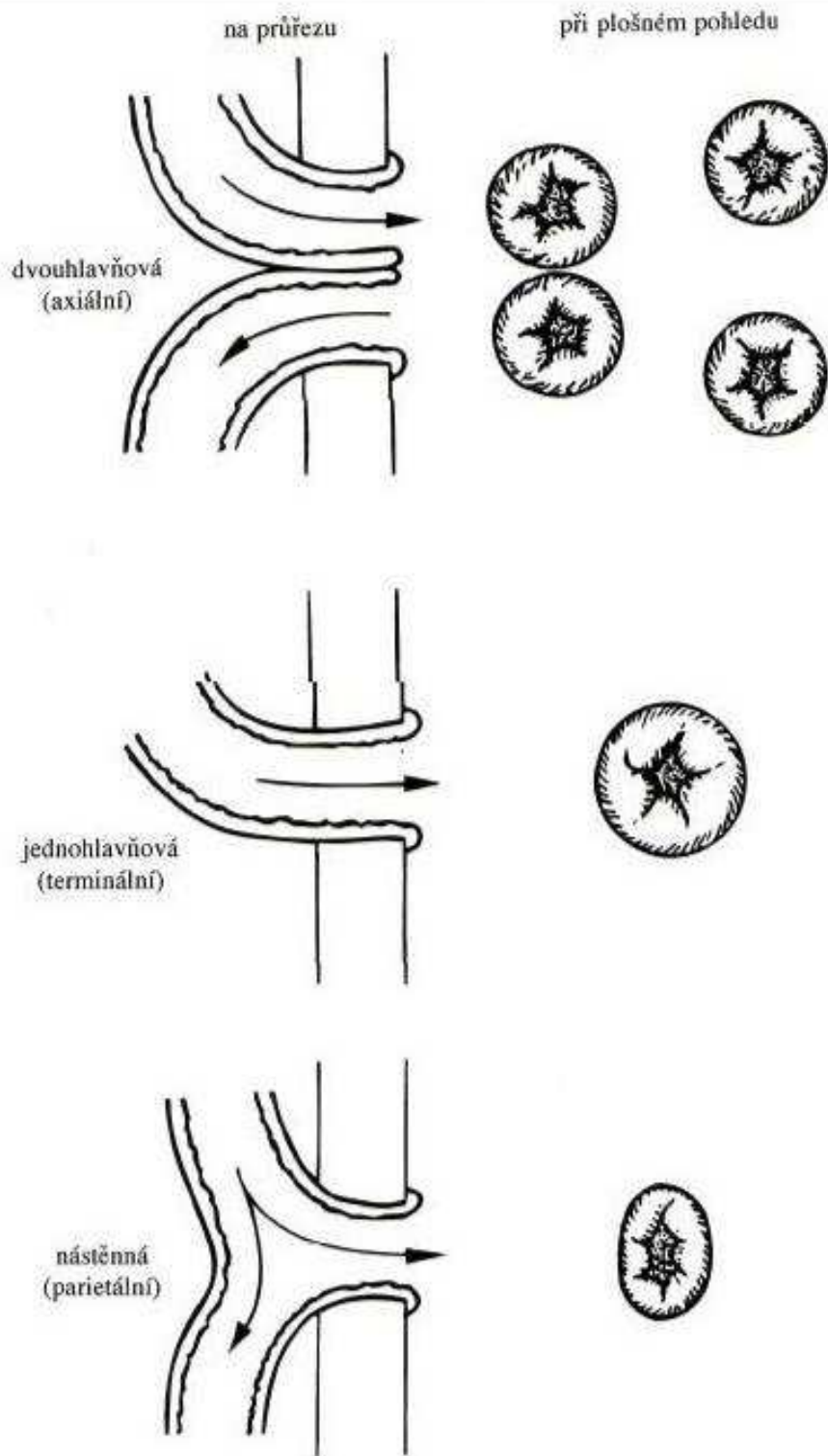
Zdroj: Lúčan, 2011, s. 107

## Příloha D - Typické umístění kolostomie



Zdroj: Lúčan, 2011, s. 107

## Příloha E - Druhy stomií dle konstrukce



Zdroj: Lúčan, 2011, s. 108

## Příloha F - Koncová sigmoideostomie



Zdroj: Lúčan, 2011, s. 165

## **Příloha G - Macerace okolí stomie**



Zdroj: archivní foto autora

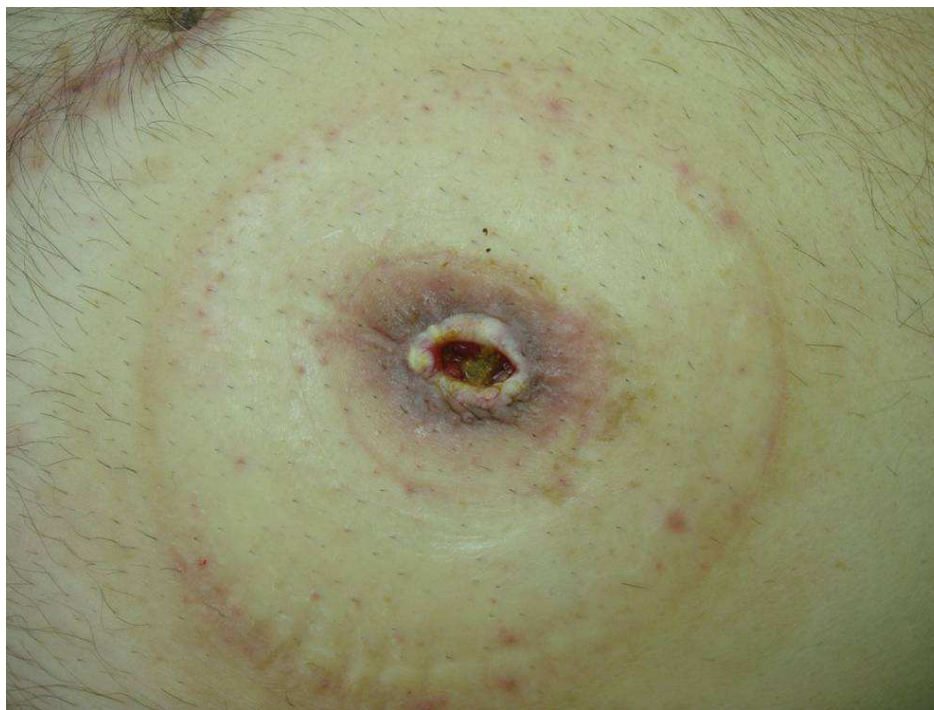
## **Příloha H - Nekróza stomie**



Zdroj: Lúčan, 2011, s. 188

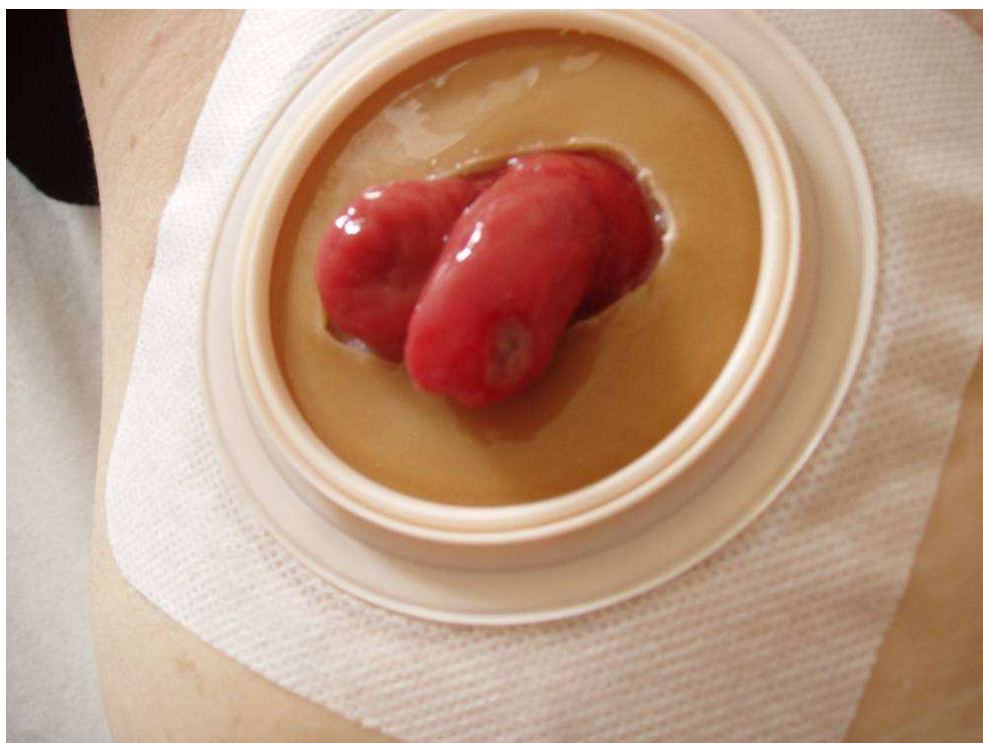


## **Příloha I - Stenóza stomie**



Zdroj: archivní foto autora, 2011

## **Příloha J - Prolaps stomie – vyhřeznutí**



Zdroj: archivní foto autora, 2011

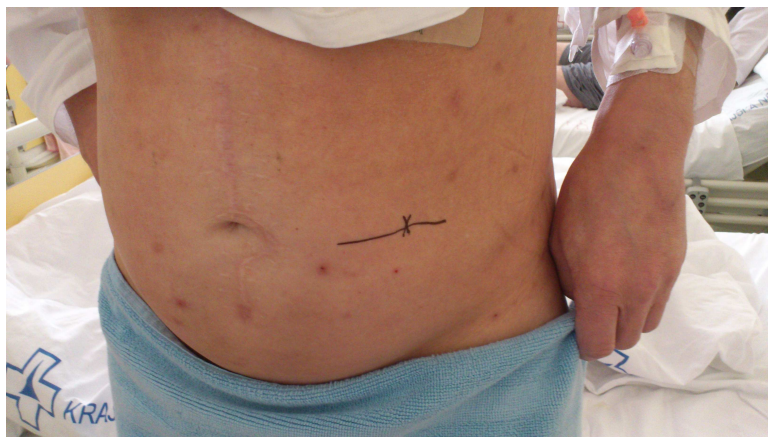
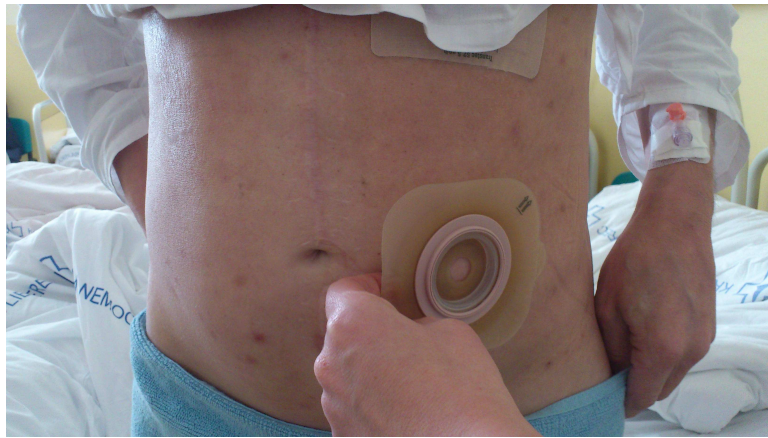


## **Příloha K - Parastomální hernie**



Zdroj: archivní foto autora, 2010

## Příloha L - Zakreslení místa budoucí stomie



Zdroj: archivní foto autora, 2011

## Příloha M - Edukační balíček fa B. Braun



Zdroj: archivní foto autora, 2011



**Příloha N - Jednodílný x dvoudílný systém sáčků  
(firma Dansac x B. Braun)**



Zdroj: archivní foto autora, 2011

## Příloha O - Jídelníček

### Jídelníček

Potraviny	Vhodné	Nevhodné
Maso a masné výrobky	Maso kuřecí, krůtí, libová slepice, králík, ryby – filé, kapr, štika, omezeně libové vepřové – kýta, kotleta, hovězí kýta. Omezte uzeniny- pokud chcete zařadit do jídelníčku tuto skupinu potravin, vyberte si netučné druhy, které jsou snadno stravitelné, např. kuřecí nebo krůtí šunka, vepřová šunka, kladenská nebo debrecinská pečeně, drůbeží dietní uzeniny apod. – pozor na snášenlivost	Tučná masa, jako je vepřový bůček, krkovice, kačena, husa, zvěřina, skopové, vnitřnosti, masové konzervy, paštiky, uzená masa, nakládaná a marinovaná masa, nakládané ryby a rybí konzervy, plody moře, jitrnice, jelita, prejt, klobásy a ostatní druhy uzenin
Příkrmy	Brambory lisované, bramborová kaše, těstoviny, dietní knedlík, rýže	Hranolky, pečené brambory, kynuté knedlíky
Tuky	Pokrmu připravujte bez tuku, teprve do hotových jídel přidejte malé množství másla nebo kvalitního rostlinného oleje. K namazání pečiva použijte malé množství másla, nebo rostlinné tuky (typu Flóra, Rama, Perla apod.). Úplné vynechání tuků není vhodné, protože tuky jsou zdrojem potřebné energie. Věnujte proto pozornost především výběru tuků, způsobu použití a množství.	Nevhodné jsou přepalované tuky, smažená jídla, sádlo, škvarky, slanina, majonézy, tatarská omáčka, apod.
Mléko a mléčné výrobky	Tavené sýry s obsahem tuku do 30% v sušině bez příchutí, eidam, netučný tvaroh, tvarohové sýry (Lučina), netučné jogurty, termizované dezerty, pudinky. Mléko použijte nízkotučné pouze k přípravě pokrmů (pro častou nesnášenlivost jej nedoporučujeme jako samostatný nápoj). Zakysané mléčné nápoje s nízkým obsahem tuku bývají dobře snášeny - kefir, podmáslí, acidofilní mléko.	Mléčné výrobky s vysokým obsahem tuku, šlehačka, smetana, plísňové a zrající sýry
Vejce	Především k přípravě pokrmů, v malém množství vařená natvrdo	Smažená vejce, vaječné omelety, sázená vejce
Obiloviny	Vhodné jsou housky, rohlíky, veka, starší chléb, netučná vánočka, piškot, bílkové pečivo. K zahuštění pokrmů použijte bílou pšeničnou mouku opraženou na sucho a dobře povařenou, (nemocní s alergií na lepek použijí bramborový nebo kukuřičný škrob a nebo bezlepkovou mouku). Po tepelné úpravě jsou vhodné krupice, ovesné vločky, krupky (např. jako závěrka do polévky).	Celozrné a tmavé pečivo, čerstvý chléb, čerstvé kynuté pečivo (např. buchty, koláče, loupáky, koblihy), výrobky z listkového těsta, müsli apod.
Sladká jídla, moučníky, pochutiny	Vyjimečně méně sladké netučné druhy – piškot, bílková těsta, pudink, tvarohové nákypy, tvarohové deserty	Ořechy, oříšky, kokos, mák, kečupy, kynutá těsta, třená těsta, dorty, krémy, apod.
Ovoce	Vyzrálé, nenadýmavé druhy ovoce lisované, ve formě pyré – jablka, nektarinky, broskve, banán; ovoce uvařené do měkka, rozmixované, zahuštěné maizenou a považené, rosoly, kompotované ovoce – jablka, dýně, meruňky, broskve, marmelády a džemy z uvedených druhů.	Ovoce nedozrálé, tuhé, příliš kyselé a bobtnající např. švestky, hrozny, hrušky, rybíz, angrešt, pomeranče, mandarinky, ananas apod. Ovoce volte vždy dle vlastní snášenlivosti.

Zdroj: příručka B. Braun, 2002, s. 22



## Příloha P - Edukační záznam



**KRAJSKÁ NEMOCNICE LIBEREC, a.s., Husova 10, 460 63 Liberec 1**  
**Edukační záznam**

Jméno, příjmení: Rodné číslo: Zdravotní pojišťovna: Oddělení / NS:			
<b>Datum/čas:</b>	<b>Datum/čas:</b>	<b>Datum/čas:</b>	<b>Datum/čas:</b>
<b>Edukováná osoba:</b> <input type="checkbox"/> pacient <input type="checkbox"/> rodinný příslušník <input type="checkbox"/> ostatní	<b>Edukováná osoba:</b> <input type="checkbox"/> pacient <input type="checkbox"/> rodinný příslušník <input type="checkbox"/> ostatní	<b>Edukováná osoba:</b> <input type="checkbox"/> pacient <input type="checkbox"/> rodinný příslušník <input type="checkbox"/> ostatní	<b>Edukováná osoba:</b> <input type="checkbox"/> pacient <input type="checkbox"/> rodinný příslušník <input type="checkbox"/> ostatní
<b>Téma edukace:</b> <input type="checkbox"/> Výživa <input type="checkbox"/> Péče o chronickou ránu <input type="checkbox"/> Péče o stomie <input type="checkbox"/> Edukace diabetika	<b>Téma edukace:</b> <input type="checkbox"/> Výživa <input type="checkbox"/> Péče o chronickou ránu <input type="checkbox"/> Péče o stomie <input type="checkbox"/> Edukace diabetika	<b>Téma edukace:</b> <input type="checkbox"/> Výživa <input type="checkbox"/> Péče o chronickou ránu <input type="checkbox"/> Péče o stomie <input type="checkbox"/> Edukace diabetika	<b>Téma edukace:</b> <input type="checkbox"/> Výživa <input type="checkbox"/> Péče o chronickou ránu <input type="checkbox"/> Péče o stomie <input type="checkbox"/> Edukace diabetika
<b>Poznámky:</b>	<b>Poznámky:</b>	<b>Poznámky:</b>	<b>Poznámky:</b>
<b>Použitá metoda:</b> <input type="checkbox"/> ústní <input type="checkbox"/> písemná <input type="checkbox"/> praktický nácvik <input type="checkbox"/> audio, video <input type="checkbox"/> odmítá edukaci <input type="checkbox"/> nezájem o edukaci <input type="checkbox"/> nepochopil/a	<b>Použitá metoda:</b> <input type="checkbox"/> ústní <input type="checkbox"/> písemná <input type="checkbox"/> praktický nácvik <input type="checkbox"/> audio, video <input type="checkbox"/> odmítá edukaci <input type="checkbox"/> nezájem o edukaci <input type="checkbox"/> nepochopil/a	<b>Použitá metoda:</b> <input type="checkbox"/> ústní <input type="checkbox"/> písemná <input type="checkbox"/> praktický nácvik <input type="checkbox"/> audio, video <input type="checkbox"/> odmítá edukaci <input type="checkbox"/> nezájem o edukaci <input type="checkbox"/> nepochopil/a	<b>Použitá metoda:</b> <input type="checkbox"/> ústní <input type="checkbox"/> písemná <input type="checkbox"/> praktický nácvik <input type="checkbox"/> audio, video <input type="checkbox"/> odmítá edukaci <input type="checkbox"/> nezájem o edukaci <input type="checkbox"/> nepochopil/a
<b>Podpis a jmenovka edukujícího:</b>	<b>Podpis a jmenovka edukujícího:</b>	<b>Podpis a jmenovka edukujícího:</b>	<b>Podpis a jmenovka edukujícího:</b>
<b>Podpis edukované osoby:</b>	<b>Podpis edukované osoby:</b>	<b>Podpis edukované osoby:</b>	<b>Podpis edukované osoby:</b>

Nemlib 0119

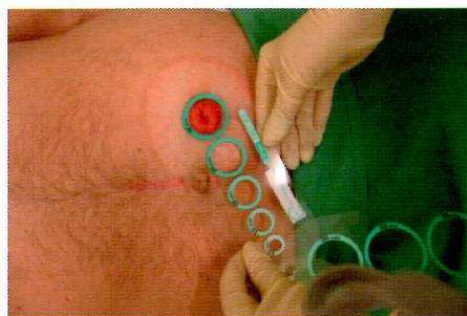
## Příloha Q - Aplikace pomůcky

### Aplikace pomůcky Flexima®

---



Vybereme vhodnou pomůcku



Změříme průměr stomie šablonou



Přípravíme sáček před vystřižením otvoru



Odstraníme ochrannou fólii



Aplikujeme pomůcku



Správně nalepená pomůcka

Zdroj: foto B. Braun, 2002, s. 16

## Příloha R - Irigace



Ověřenou metodou v péči o stomie je **irigace**. Jde o vyprazdňování střeva prostřednictvím nálevu vody do střeva (skrze stomii) pomocí irigační soupravy. Tu představuje irigační set se zásobníkem vody, regulátorem s hadicí, pojistným kónusem a odvodnými sáčky.

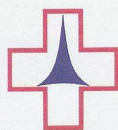
Irigaci doporučí a schválí Váš ošetřující lékař cca 6 měsíců po operaci v případě, že nenastanou žádné pooperační komplikace. Irigační soupravu lze předepsat na poukaz.

([www.stomici.cz](http://www.stomici.cz) – fa B. Braun)

Zdroj: B. Braun, [www.stomici.cz](http://www.stomici.cz)



## Příloha S - Standard ošetrovatelské péče



Krajská nemocnice Liberec, a.s.

... umíme pomáhat ...

### Pracovní postup

## SOŠP - S č. 08

# Ošetrovatelská péče o pacienta s kolostomií a ileostomií

### 1. DEFINICE SOP

Ošetrovatelská péče o pacienta s kolostomií a ileostomií zahrnuje bezchybnou manipulaci se stomickými pomůckami, jejich výměnu a osvojení nutných návyků během výkonu za souběžné dostatečné informovanosti a opakované edukace pacienta a jeho rodiny.

### 2. CÍL

- ošetrovatelský personál bezchybně manipuluje se stomickými pomůckami
- výkon a ošetrovatelská péče o stomii probíhá bez vzniku komplikací
- vhodně vybraná stomická souprava dobře plní svou funkci
- pacient a rodina jsou dostatečně informováni

### 3. POMŮCKY

- stomické pomůcky - (jednodílný, dvoudílný systém - vypouštěcí, nevypouštěcí, šablona pro určení hranic stomie, tužka, zrcadlo)
- pomůcky k toaletě pacienta - čistící pěna, jednorázová žírnka, toaletní mýdlo)
- pomůcky k ošetření pacienta (nesterilní zahnuté nůžky pro vystřížení otvoru podle velikosti stomie, nesterilní gáza, odstraňovač náplasti, ochranný film, pomůcky k holení či depilaci)
- ochranné a ostatní pomůcky (nesterilní rukavice, igelitový sáček na kontaminovaný odpad, ev. osvěžovač vzduchu)
- dokumentace pacienta

### 4. OŠETŘOVATELSKÝ POSTUP

#### 4.1 Příprava pacienta

- informace, edukace pacienta o způsobu a průběhu ošetření a vzniku možných komplikací
- příprava pomůcek, zvolení vhodné polohy podle stavu pacienta
- zachování intimity pacienta

#### 4.2 Výměna destičky a sáčku

**Dvoudílný systém pomůcek :** výměna destičky i sáčku ( destičku měníme pokud pod ní zatéká stolice, jinak pravidelně 3 – 4 den )

- použít ochranné prostředky
- chránit okolí stomie přiloženou buničitou vatou, aby nedošlo k potřísnění pacienta stolicí
- odlepit z břicha pacienta použitou soupravu tak, že nadzvednete okraj podložky, odlepujete směrem od shora dolů

Platnost SOŠP od : 5.1.2012

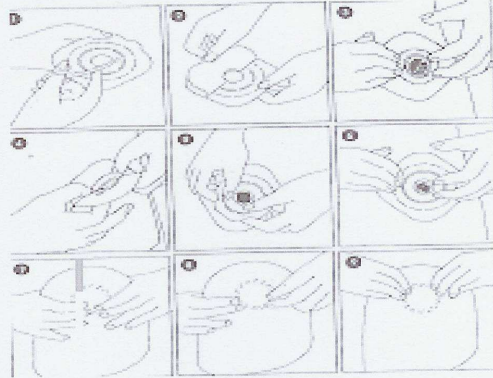
Datum tisku: 14.3.2012

Stránka 1 z 2





- odstranit zbytky stolice, osprchovat stomii proudem cca 37°C teplé vody
- očistit krouživými pohyby bez zbytečného tření směrem zvenku dovnitř
- očistit stomii a její okolí na lůžku čistící pěnou u ležícího pacienta
- oholit kůži, nesmí být mokrá ani mastná
- zhodnotit pohledem vzhled stomie a její okolí
- zanešt tvar stomie na šablonu (přeložit na polovinu, přiložit ke stomii a zakreslit tužkou)
- vystříhnout do šablony tvar stomie (zachovat pro další ošetření)
- vystříhnout s pomocí šablony obrysy stomie do destičky, obvod otvoru v destičce přesahuje stomii o 1 až 2 mm (musí ke stomii těsně přiléhat, aby nedocházelo k zatékání stolice za destičku a jejímu následnému odlepení, maceraci kůže, nesmí dojít k útlaku vývodu a následné nekróze střeva)
- potřít okolí stomie ochranným filmem
- sejmout z destičky ochrannou fólii a nalepit tak, aby otvor v destičce těsně přiléhal k okrajům stomie
- nenalepit celou plochu destičky najednou
- uhladit destičku řádně směrem k okraji a připevnit na destičku sáček, ujistit se tahem za sáček, zda spojení těsní

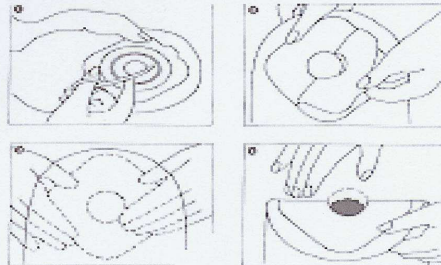


#### 4.3 Výměna sáčku :

- výměna sáčku, je-li z třetiny až poloviny naplněn, oddělit sáček tahem od destičky
- očistění stomie a připevnění nového sáčku k původní destičce
- ujistit se tahem za sáček, zda spojení drží – těsní

#### 4.3.1 Jednodílný systém pomůcek - 1.volba v pooperačním období

- postup stejným způsobem jako u dvoudílného systému, rozdíl je pouze přilepení soupravy
- sejmout ochrannou fólii z destičky
- lepit sáček odspodu stomie směrem nahoru
- uhladit stejným způsobem jako u dvoudílného systému



#### 5. KRITICKÉ BODY

- změny konzistence stolice (dietní chyba)
- nerovnosti nebo macerovaná kůže v okolí stomie
- krvácení ze stomie při nešetrném zacházení
- infekce stomie – flegmóny, abscesy, nekróza stomie
- nevhovující pomůcky

#### 6. POJMY A ZKRATKY POUŽÍVANÉ V SOŠP - 0

#### 7. KONTROLA DODRŽOVÁNÍ SOŠP

Způsob měření dosažené kvality – ošetřovatelský audit

#### 8. SOUVISEJÍCÍ PŘEDPISY - 0

#### 9. POZNÁMKA

- ošetření stomie neprovádějte po jídle – masivní odchod stolice a plynů (nebývá pravidlem)
- při řešení komplikací spojených se stomií kontaktujte sestru vyškolenou c péčí o kolostomie a ileostomie, či proktologickou poradnu chirurgie

#### 10. POUŽITÉ ZDROJE

Platnost SOŠP od : 5.1.2012

Datum tisku: 14.3.2012

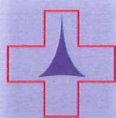
Stránka 2 z 2

## Příloha T - Edukační CD

<ul style="list-style-type: none"><li>• Bakalářská práce ve formátu pdf</li><li>• Edukační CD (power point autora)</li></ul>	<p>Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Praha 5</p> <p><b>OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S KOLOSTOMIÍ</b></p> <p><b>NURSING PROCEDURE IN A PATIENT WITH COLOSTOMY</b></p> <p>Bakalářská práce</p> <p>ALENA NOVOTNÁ, DiS</p> <p>Praha 2012</p>
--	--

Zdroj: power point autora, 2011

## Příloha U - Fontomalt



Krajská nemocnice Liberec, a.s.

... umíme pomáhat ...

### REŽIM KLIENTA PŘED OPERACÍ STŘEV

#### Základní informace určené pacientům

Vážená paní, pane

Chystáte se v naší nemocnici podstoupit operaci střev, kdy je nutná speciální, dietní příprava a rehydratace organismu. Dříve používaný postup přípravy střeva chuťově nevábny fosfátový roztok a přísná hladovka je nyní nahrazena moderním, dietetickým přípravkem neutrální chuti – Fantomalt.

#### Co je Fantomalt

Přípravek je určen pro výživu nemocných, kteří z různých příčin nemohou přijímat dostatečný objem potravy nebo nápojů. Fantomalt obsahuje maltodextrin, což je enzymaticky štěpený škrob se specifickým rozdělením polysacharidů. Neobsahuje lepek a laktózu. Je snadno vstřebatelný v zažívacím traktu a organismu dodá vysoký obsah energie.

5 gramů Fantomalt prášku = cca 19 kcal.

#### Předoperační příprava Fantomaltem

Den před operací Váš organismus nebudeme trápit hladem. Do 20,00 hodin můžete libovolně přijímat potraviny kašovitého charakteru a pít tekutiny. Ve 20,00 hodin Vám ošetrovatelský personál (sestra) předá 1litr naředěného Fantomaltu, který budete dle libosti popíjet v průběhu noci do 6té hodiny ranní, aby byla zajištěna hydratace Vašeho organismu. Pro dosažení cílené hydratace organismu je třeba, aby byl vypit celý 1 liter tekutiny.

V případě jakýchkoliv nejasností se bez obav obraťte na ošetřující personál nebo lékaře.

Přejeme Vám brzké uzdravení.

Liberec, Staré město  
Husova 10, 460 63 Liberec

Tel.: +420 485 311 111  
Fax: +420 485 101 119

Komerční banka Liberec  
č.ú.: 36631461/0100

IČ: 272 83 933  
DIČ: CZ272 83 933

zápis v OR vedeném u Krajského soudu  
v Ústí nad Labem, oddíl B, vložka 1651

nemlib@nemlib.cz  
www.nemlib.cz

Zdroj: KNL, a.s., vytvořil autor, 2011



## Příloha V<sub>1</sub> - Objednávání stomických pomůcek

### Objednávání stomických pomůcek

Stomické sáčky vyrábí firma B. Braun, systém je jednodílný uzavřený, pod názvem Flexima. Prvních 60 kusů jste právě obdržel (a), vystačí na cca 1 měsíc. Další objednání je již na Vás, obvodní lékař potvrdí další potřebné poukazy. Během prvních týdnů Vás bude kontaktovat obchodní zástupce, který Vám zajistí bezplatné dodání stoma sáčků domů (předejte mu orazítovaný poukaz na sáčky). Veškeré pomůcky jsou limitované a je dobré objednávat vždy na 3 měsíce dopředu. Kód pro objednání sáčků je: **86609 flexima active** – v balení je 15 ks, v krabici 30 ks (na 3 měsíce tj. 180 ks). Sortiment firmy najdete v katalogu výrobků, který jste obdrželi v nemocnici (předepíše obvodní lékař na poukaz dle limitu).

Stomický doplňkový sortiment, kosmetika od firmy Convatec je zaměněna za výrobky B. Braun (adheziva remmover + barier film). Další objednávání je opět na obvodním lékaři, na každý výrobek taktéž vypíše poukaz, který předáte kolegyni, která se Vám telefonicky ozve.

Kód VZP pro obv. lékaře: **11280** – ochranný film (používat před každou výměnou sáčku, chrání okolní pokožku + lepící efekt) 100 ks / 1 měsíc. **11279** – odstraňovač náplasti dle potřeby, 100 ks / 1 měsíc.

Pokud si nebudete s něčím vědět rady, je Vám k dispozici zelená linka jednotlivých firem, které jsou bezplatné. B. Braun – 800 331 131

**Doufám, že Vám naše informace pomohou k tomu, abyste každý den prožili kvalitně a vyváženě.**

Alena Novotná, staniční sestra onkochirurgie + stomická sestra, KNL, a.s.

Telefon: 485 312 409 Po – Pá 7,00 – 15,00 hod.

Zelená hvězda (objednání sáčků): 602 667 921

Zdroj: tiskopis autora, 2011

## Příloha V<sub>2</sub> - Objednávání stomických pomůcek

### Poukaz

Kód pojišťovny	<b>POUKAZ NA LÉČEBNOU A ORTOPEDICKOU POMŮCKU</b>			poř. č.
Příjmení a jméno	DRUH A OZNAČENÍ POMŮCKY		Ev. č.	
Číslo pojistěnce	f.	oprava – úprava pomůcky	Pomůcka nová / repasovaná <sup>*)</sup> <sup>*) nehodící se škrtněte!</sup>	
Bydliště (adresa)		Sk	Kód	Počet
<input type="checkbox"/> I hradí pojišťovna	Dg.	03	Zdrav. poj.	Kusů/bal.
<input type="checkbox"/> C spoluúčast pacienta	Pomůcka trvalá / dočasná <sup>*)</sup> <sup>*) nehodící se škrtněte!</sup>	Cena pomůcky		
<input type="checkbox"/> P hradí pacient	Pomůcka dočasná na počet měsíců	Datum:		
Dne:	Místo pro záznamy zdravotní pojišťovny	razítko výdejce		
razítko zdrav. zařízení, jménovka a podpis lékaře				

#### Podskupina 03 – Pomůcky stomické

Pomůcky stomické předepisuje smluvní lékař Pojišťovny odbornosti URN, PRL, CHI, INT na Poukaz.

Tyto pomůcky mohou být předepisovány na Poukaz nanejvýše na dobu 3 měsíců.

Systémy jednodílné kolostomické uzavřené – sáčky	maximálně 60 ks měsíčně, 100 %
Systémy dvoudílné kolostomické uzavřené – sáčky	maximálně 60 ks měsíčně, 100 %
Systémy jednodílné ileostomické uzavřené – sáčky	maximálně 30 ks měsíčně, 100 %
Systémy dvoudílné ileostomické uzavřené – sáčky	maximálně 30 ks měsíčně, 100 %
Systémy jednodílné urostomické – sáčky	maximálně 30 ks měsíčně, 100 %
Systémy dvoudílné urostomické – sáčky	maximálně 30 ks měsíčně, 100 %
Podložky kolostomické a ileostomické	maximálně 10 ks měsíčně, 100 %
Podložky urostomické	maximálně 15 ks měsíčně, 100 %
Krytky stomické	maximálně 60 ks měsíčně, 100 %, nejvýše do 3100,- Kč, předpis podléhá schválení revizním lékařem
Zátky stomické	maximálně 60 ks měsíčně, 100 %, nejvýše do 1200,- Kč, předpis podléhá schválení revizním lékařem
Pásky a přídržné prostředky pro stomiky	maximálně 2 balení ročně, 100 %
Prostředky čistící stomické	100 %, nejvýše do 1500,- Kč, předpis podléhá schválení revizním lékařem
Prostředky ochranné stomické	maximálně 360 g ročně, 100 %, nejvýše do 2760,- Kč

Zákon limituje množství ochranných stomických prostředků na gramy (360g ročně). V případech, kdy měrnou jednotkou je mililitr nebo kus, je vždy rozhodující roční finanční limit.

Irigační souprava a příslušenství – úhrada 75%.

Zdroj: tiskopis autora a foto B. Braun, příručka 2002, s. 27

## Příloha W - Operační protokol

OPERAČNÍ PROTOKOL - CHIOS Oper. sál chirurgie 221.71

-----  
Příjmení, jméno :  
Bydliště :

Název operace : Abdomino-perineální amputace recta sec.Milles, drain 2x  
Operační diagnóza : C20 Tu recti T3NOMO et tu rectosigmatis T3NOMO  
Datum a čas operace :

-----  
Operatér :

Asistent :

Anesteziolog :

Sestra :

----- **Operační nález** -----

Pacient indikován k operačnímu řešení pro duplicitní carcinom recta a oblasti rectosigmatu, první začíná ihned za svěrači, druhý cca ve 20 cm, st.p.irradiaci obou tumoru, výrazná obezita pacienta. DSL s protažením nad pupek otevřena dutina břišní, její revize velice obtížná pro obrovské množství vnitřního tuku, játra bez patologie, zbytek dutiny břišní také, v malé pánvi na přechodu rectosigmatu tumor velikosti asi 50 mm v průměru. Nejprve mobilizace rec tosigmatu, otevření pánevního dna a za pomoci harmonického skalpelu preparace recta ad maximum, distální tumor není palpačně dosažitelný. Přerušeni recta mezi oběma tumory a v levém mesogastriu vyšita terminální sigmoideostomie, dobře prokrvená, volně průchodná. Sutura kanálu mezi sigmatem a laterální stěnou břišní. Dále pokračujeme z oblasti perinea, kde za pomoci harmonického skalpelu dokončujeme extirpaci pahýlu recta s druhým tumorem, kontrola hemostazy, gellaspony a garamycin foam do malé pánve, pojistný drain do rectálního kanálu a jeho sutura. Další pojistný drain do Douglasu, kontrola hemostazy, spočítání roušek, které souhlasí /... /, sutura laparotomie pokračovacím stehem /... /, Radonův drain do podkoží, kůže monofil, krytí.

Resekát střeva s tumory ad histologie.

Pacient ad JIP, ATB nadále, do zítřka dicynone 2amp./6hod.

ZUM garamycin foam lx

1.00 x 51415 ABDOMINOPERINEÁLNÍ, VAGINÁLNÍ, SAKRÁLNÍ AMPUTACE REKTA  
1.00 x 51623 POUŽITÍ ULTRAZVUKOVÉHO SKALPELU

Zdroj: KNL, a.s., záznam pacienta/klienta



**Věc:** Žádost o nahlédnutí do zdravotnické dokumentace a svolení ke zkopírování tiskopisů KNL, a. s.

Já níže podepsaná:

Jméno a příjmení: Alena Novotná, DiS

Narozena: 19. ledna 1977

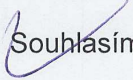
Bytem: Hodkovická 110, Liberec

Žádám Vás tímto o nahlédnutí do zdravotnické dokumentace pacienta/klienta hospitalizovaného na onkochirurgii KNL, a. s. Dále o svolení zkopírování tiskopisů, které budou sloužit jako příloha mé bakalářské práce, která je zpracovaná na téma: Ošetřovatelský proces u pacienta s kolostomií.

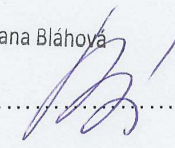
Jedná se o tiskopisy:

- Informovaný souhlas s výkonem
- Edukační záznam ID č. 7
- Režim pacienta před OP střev
- SOŠP - S č. 08

Rozhodnutí hlavní sestry Mgr. Hany Bláhové

 Souhlasím - Nesouhlasím

Mgr. Hana Bláhová

  
.....  
Podpis

V Liberci dne: 20. února 2012