

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

EDUKACE PACIENTA S KOLOSTOMIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

KRISTÝNA ŘÍHOVÁ

Praha 2017

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

EDUKACE PACIENTA S KOLOSTOMIÍ

Bakalářská práce

KRISTÝNA ŘÍHOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

Praha 2017



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

Říhová Kristýna
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce


Na základě Vaší žádosti ze dne 4. 11. 2016 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Edukace pacienta s kolostomií

Die Belehrung des Patienten mit einem Kolostoma

Vedoucí bakalářské práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

V Praze dne: 4. 11. 2016


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce, doc. PhDr. Jitce Němcové, PhD., za pomoc, konzultace a podporu při vypracování bakalářské práce.

ABSTRAKT

ŘÍHOVÁ, Kristýna. *Edukace pacienta s kolostomií*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD. Praha. 2017. 41 s.

Bakalářská práce se zabývá problematikou pacienta s kolostomií. Úvodní část práce definuje základní pojmy týkající se anatomie tlustého střeva a stomií. V hlavní části, se zaměřuje na příčiny vedoucí k založení stomie, předoperační a pooperační péči o klienta a kromě jiných informuje o komplikacích, kompenzačních pomůckách a životě se stomií. Vyzdvihuje důležitost působení stomasester ve zdravotnických zařízeních, podpory klientům a jejich rodinám. Praktická část vychází z kazuistiky pacienta, kterému byl předložen vstupní edukační test obsahující 10 otázek, díky nimž byla zjištěna informovanost pacienta o dané problematice. Edukační pomůckou byl leták zaměřený na péči o kolostomii. Po ukončení edukace byl použit stejný test pro ověření informovanosti klienta.

Klíčová slova

Edukace.Stomasestra.Stomie.Stomik.

ABSTRACT

ŘÍHOVÁ, Kristýna. *Die Belehrung des Patienten mit einem Kolostoma*. Hochschule. Die Ausbildung: der Bachelor (Bc.). Die Leiter: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD. Prag 2017. 41Seiten.

Die vorliegende Bachelorarbeit beschäftigt sich mit der Problematik der Patienten mit Kolostomie. In dem einleitenden Teil der Arbeit werden die Grundbegriffe definiert, die die Anatomie des Dickdarms und das Stoma betreffen. Der Hauptteil der Arbeit konzentriert sich auf die Ursachen für ein Stoma und auf die präoperative und postoperative Pflege von Patienten. Außerdem informiert dieser Teil über die Komplikationen, die Stomaversorgungen und über das Leben mit einem Stoma. Weiter werden die Wichtigkeit der Stoma-Krankenschwester in Krankenanstalten sowie die Unterstützung der Patienten und ihrer Familien hervorgehoben.

Der letzte Teil ist praktisch und wird mit Hilfe von Eingangstesten bearbeitet. Der Eingangstest enthält 10 Fragen, durch den Test wird die Informiertheit des Patienten über die beschriebene Problematik festgestellt. Als ein Edukationsmittel dient ein Flugblatt über die Pflege bei Kolostomie. Nach der Belehrung wird der gleiche Test benutzt, um die Informiertheit des Patienten zu überprüfen.

Schlüsselwörter:

Edukation, Stoma-Krankenschwester, Stoma, Patient

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD	11
1 Anatomie tlustého střeva.....	13
2 Stomie.....	14
2.1 Historie stomie	14
2.2 Kdo je stomik.....	14
2.3 Druhy stomií	15
2.4 Kolostomie	16
2.5 Epidemiologie	16
3 Příčiny	17
3.1 Kolorektální karcinom.....	17
3.2 Nespecifické střevní záněty.....	17
3.3 Familiární adenomatózní polypóza	18
3.4 Další příčiny	18
4 Předoperační příprava	20
4.1 Dlouhodobápředoperační příprava	20
4.2 Krátkodobá předoperační příprava.....	21
4.3 Bezprostřední předoperační příprava.....	22
5 Pooperační péče.....	24
6 Komplikace	25
7 Stomasestra.....	27
8 Pomůcky pro stomiky a požadavky na ně	29
9 Život se stomií.....	32
10 EDUKAČNÍ PROCES	34
11 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	52
ZÁVĚR.....	53

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

PŘÍLOHY

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ARO – anesteziologicko-resuscitační-oddělení

ATB- antibiotika

CT – computedtomography (počítačová tomografie)

EKG – elektrokardiografie

ILCO - zkratka složená ze slov Ileo - tenké střevo a Colon - tlusté střevo

IOA - International OstomyAssociation (Mezinárodní asociace stomiků)

JIP – jednotka intenzivní péče

PEG – perkutánní endoskopická gastrostomie

RTG – rentgen

(www.lekarske.slovníky.cz)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Dekubitus -ohraničená oblast poškozené kůže, vzniká v důsledku déletrvajícího působení tlaku zejména na kostní výčnělky, na kterých spočívá největší váha nemocného (např. lopatky, křížová kost).

Enterální výživa - podávání farmaceuticky připravených výživných roztoků do trávicího traktu za účelem udržení dobrého stavu výživy a vnitřního prostředí nebo zlepšení již porušeného nutričního stavu, odmínkou je zachovaná funkce gastrointestinálního traktu.

Folikulitida- infekční zánět vlasového váčku, jedná se o nezávažnou kožní infekci.

Glasgow coma scale- hodnocení vědomí, stupnice pomáhá hodnotit stav vědomí pacienta a změny, ke kterým dochází v průběhu hospitalizace.

Hypergranulace - při hypergranulaci dochází ke zmnožení granulační tkáně, která vystupuje nad povrch kůže.

Nasogastrická sonda - trubička z umělé hmoty, která se zavádí nosní dírkou do nosohltanu a odtud do žaludku, hadička slouží k podávání potravy či léků, nebo naopak k odvádění žaludečního obsahu.

Parenterální výživa - označení umělé, náhradní výživy, jež organismu zajišťuje podávání energetických substrátů a živin přímo do krevního řečiště.

Peristaltika-rytmický pohyb stěn některých dutých orgánů, který slouží k posunování jejich obsahu jedním směrem.

Píštěl- v lékařství termín pro jakékoliv nepřírozené kanálkovité propojení mezi orgány, cévami, nebo i ven na kůži

Polymorbidita- přítomnost více chorob současně.

Profylaxe - konkrétní ochrana před určitou nemocí.

Vitální funkce- životní funkce, funkce nezbytné k životu.

Vokurka, Hugo (2015)

ÚVOD

Zachová (2010, s.10), „*Vadou těla se duše nezohaví, ale krásou duše se zdobí tělo.*“ Lucius Annaseus Seneca

Každý člověk se po určitou dobu svého života cítí nedotknutelný a nesmrtelný. S věkem přichází uvědomění si vlastního těla, bolesti, nemocí i blízkost smrti. Většinu z nás nemoc překvapí a donutí ohlédnout se do minulosti a zpytovat svědomí, kde jsme udělali chybu. Tuto otázku si pokládal ne jeden člověk, kterého postihla nemoc, jejichž důsledkem bylo vyvedení kolostomie.

Téma Edukace pacienta s kolostomií bylo autorkou zvoleno, protože pracuje na víceoborové jednotce intenzivní péče v Kolíně a problematika je jí velice blízká. Na jednotku intenzivní péče jsou mimo jiné přijímáni také pacienti po vyvedení stomie. Délka pobytu klientů se stomií závisí na jejich pooperační rekonvalescenci. Chirurgický zákrok se podepíše nejen na fyzické stránce pacienta, ale především na jeho psychice. Práce popisuje pomoc stomasestry, která je oporou při zvládnutí těžkého psychického vypětí a to nejen klienta, ale i jeho rodiny.

Cílem teoretické části bylo seznámit se se základní problematikou edukace pacienta s kolostomií, definovat základní pojmy týkající se anatomie tlustého střeva a stomie. Teoretická část práce se zaměřuje hlavně na příčiny vedoucí k založení stomie, předoperační a pooperační péči o klienta a kromě jiných informuje o komplikacích, kompenzačních pomůckách a životním stylu se stomií. Dále se práce zabývá úlohou stomasestry ve zdravotnických zařízeních, podporou klientů a jejich rodinám.

Praktická část dokládá teoretické poznatky zpracováním kazuistiky a edukačního letáku. Cílem bylo poskytnutí informací, nácvik praktických dovedností s klientem a vytvoření nového žebříčku hodnot s ohledem na citovou strukturu osobnosti klienta.

Bakalářská práce vychází z odborné literatury a dalších pramenů, které jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Vstupní literatura

1. ZACHOVÁ, Veronika. *Stomie*. 1.vyd. Praha: Grada, 2010, 232 s. ISBN 978-802-4732-565.
2. OTRADOVCOVÁ, Iva a Lucie KUBÁTOVÁ. *Komplexní péče o pacienta se stomií*. 1.vyd. Praha: Galén, 2006, ISBN 80-7262-432-6.
3. DRTÍLKOVÁ, Kateřina, Veronika ZACHOVÁ a Milada KARLOVSKÁ. *Praktický průvodce stomikem*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5712-4.
4. SKONCOVÁ, Gabriela. Bezproblémové ošetřování stomie. *Sestra*. 2010, roč. 20, č.3, s. 58-60. ISSN 1210-0404.

Popis rešeršní historie

Vyhledávání odborných publikací, které byly využity pro tvorbu bakalářské práce na téma Edukace pacienta s kolostomií, proběhlo v časovém rozmezí od září 2016 do ledna 2017. Pro vyhledávání bylo využito elektronické databáze katalogu Medvik v lékařské knihovně v Hradci Králové a na internetovém portále Theses (databáze vysokoškolských kvalifikačních prací).

Klíčová slova byla stanovena v českém jazyce: edukace, stomasestra, stomie, kolostomie, stomik.

Požadavky kladené na dohledané texty byly: téma související se stanovenými cíli bakalářské práce, český, slovenský či německý jazyk a časové období vydání od roku 2002 do současnosti. Byla překročena hranice stáří literatury více než 10 let, ale dohledané zdroje a témata s nimi spojená, jsou stále aktuální.

Pro tvorbu bakalářské práce bylo využito celkem 37 informačních zdrojů, z toho 18 knih, 3 odborné časopisy, 2 vysokoškolské práce a 14 elektronických zdrojů.

1 Anatomie tlustého střeva

Šafránková, Nejedlá (2006) popisují tlusté střevo jako konečný úsek trávicí trubice, ve kterém probíhá konečné zahušťování a vyměšování potravy z těla. Naňka, Elišková (2009) uvádí, že odborná vědecká literatura se shoduje v dělení tlustého střeva na tyto části: slepé střevo, vzestupný tračník, příčný tračník, sestupný tračník, esovitou kličku a konečník. Celkem je dlouhé cca 1,2 až 1,5 metru, průsvitu 4-8 cm, naředlé barvy.

Slepé střevo – caecum se nachází v pravé jámě kyčelní a je dlouhé zhruba 10 cm. Naňka a Elišková (2009) ve své anatomii uvádějí, že vyústění tenkého střeva do slepého střeva, je místem, kde začíná vzestupný tračník. Slepé střevo tvoří vak, z něhož vystupuje červovitý výběžek – apendix vermiformis, dlouhý asi 5–10 cm, fixovaný k slepému střevu. Vyznačuje se tím, že je vyplněn lymfatickou tkání, která může být postižena zánětem – apendicitis.

Vzestupný tračník – colon ascendens plynule navazuje na slepé střevo, je dlouhý 16-20 cm a táhne se vzhůru až pod játra. Pod játry přechází svým ohbím do příčného tračníku dlouhého 50 cm. Příčný tračník prochází napříč dutinou břišní na levou stranu, kde je další ohyb střeva. Je zavěšen na peritoneální duplikatuře. Levý ohyb je uložený za levou částí žaludku a pod slezinou, kde přechází v sestupný tračník.

Sestupný a esovitý tračník – colon descendens et sigmoideum je dlouhý 20–30 cm, přirostlý na zadní stěnu břišní. Dosahuje levé jámy kyčelní, zde přechází v esovitou kličku - Esovitý tračník, přidržený volným peritoneálním závěsem k zadní stěně břišní.

Naňka, Elišková (2009) definují v literatuře, že konečným úsekem tlustého střeva, je konečník a řiť – rektum et anus. Jedná se o cca 10 cm dlouhý horní rozšířený úsek a 2–4 cm dlouhý dolní, úzký úsek. Poslední částí je konečník, který prochází svalovou hrází a vyúsťuje zevně řitním otvorem.

2 Stomie

Původ slova stomie pochází z řeckého slova stoma, což je možno přeložit jako ústa, ústní nebo otvor.

Otradovcová, Kubátová (2006) uvádějí, že stomie je uměle vytvořené vyústění dutého orgánu před stěnu břišní nebo na ni. Mezi onemocnění vedoucí k vytvoření stomie patří maligní a některá benigní onemocnění trávicího a močového traktu, náhlé příhody břišní, poranění, dále úrazy, ale i komplikace při radioterapii mohou vést k založení dočasné nebo trvalé stomie.

2.1 Historie stomie

Jedna z prvních zmínek o stomiích pochází ze středověku. V tomto období se o stomii hovořilo jako o píštěli či vyústění střeva nejčastěji vzniklém při poranění. V roce 350 př. Kr. vytvořil Praxagoras¹ z Kosu vývod při poranění tlustého střeva. Mezi další záznamy o stomii se řadí záznam, který byl zjištěn až v době Paracelsa² (1493-1541), ten doporučoval připojení vývodu k poraněnému tlustému střevu tak, aby se zbytečně nemuselo zasahovat do zbývajících částí tlustého střeva. První kolostomii vůbec, provedl Littre³ ve Francii roku 1710. Prvenství v provedení plánovaných cékostomií patří Pillorovi⁴, který všil tlusté střevo do kůže. Roku 1850 provedl Luke⁵ v Anglii první fixaci abdominální kolostomie.

V moderním pojetí známe stomii pouhých 100 let. Díky rozvoji medicíny jsou zdokonaleny způsoby konstrukce, způsob jejich ošetřování a neustále se zdokonalující stomické pomůcky. (www.zdravi.euro.cz)

2.2 Kdo je stomik

„Je zdravotně postižený občan, který má dočasně nebo trvale vyvedený dutý orgán na povrch těla. Nejčastěji je vyvedeno tlusté střevo, tenké střevo nebo močové cesty, čímž dochází ke změně základních fyziologických funkcí, k neovládatelnému

¹ Praxagoras z Kosu – vlivná osobnost, která přispěla medicíně ve starověkém Řecku, bohužel o jeho životě není více známo.

² Paracelsus – vlastním jménem Philippus Aureolus Theophrastus Bombastus von Hohenheim byl švýcarský lékař, alchymista a astrolog.

³ Littre – francouzský lékař a lexikograf, jako první vytvořil stomii.

⁴ Pillore – francouzský lékař, který provedl první plánovanou cékostomii vůbec.

⁵ Luke – anglický lékař.

vyprazdňování stolice, střevního obsahu nebo moči nepřírozenou cestou s nutností používání stomických pomůcek. Důsledkem je výrazné zhoršení celkové kvality života.“(<http://www.ilco.cz>)

2.3 Druhy stomií

Otradovcová, Kubátová (2006) ve své knize rozdělili stomie takto:

Výživné(gastrostomie a jejunostomie)

Gastrostomie a jejunostomie se provádí u klientů, kteří nejsou schopni polykat. Jako prevence se zavádí u pacientů před onkologickou léčbou v oblasti hlavy a krku, ale dokud mohou přijímat potravu ústy. Teprve po ztrátě schopnosti polykat si aplikují tekutiny a potravu do PEG. Řeší se endoskopicky nebo chirurgicky. Do výživných stomií se vždy aplikuje firemní výživa a následně se musí katétr propláchnout, aby nedošlo k jeho ucpaní. Do katétru je možné aplikovat rozpuštěné léky. PEG se odstraní několik týdnů po ukončení onkologické léčby, když pacient opět přijímá potravu ústy.

Derivační (ezofagostomie, tracheostomie, ileostomie, cékostomie, transverzostomie, sigmoideostomie, stomie terminální jednohlavňová a stomie axiální – dvouhlavňová)

- Ezofagostomie je vývod jícnu, který odvádí sliny, které nemohou z nějakého důvodu odtékat do žaludku. Nejčastějším důvodem k založení ezofagotomie je atrezie jícnu a poleptání či poranění jícnu u dětí.
- Tracheostomie nebo umělé vyústění průdušnice, kterou se zajišťuje průchodnost dýchacích cest.
- Ileostomie je vyústění tenkého střeva před stěnu břišní nebo na ni.
- Cékostomie se používá k dočasné derivaci plynů a stolice.
- Transverzostomie se zakládá vzácně v pravém nebo levém podžebří. U těchto stomií často řešíme komplikace, které jsou způsobeny špatnou adhezí pomůcek ke kůži.
- Sigmoideostomie bývá nejčastějším typem stomie na tlustém střevě. Jedná se buď o trvalou či dočasnou stomii.

- Stomie terminální – jednohlavňová - představuje přerušení střeva a jeho protažení přes stěnu břišní a následnou fixací ke kůži. Pokud se pahýl střeva ponechá a slepě se uzavře, hovoříme o Hartmanově operaci a pokud se celý odstraní a perineum se zašije, hovoříme o Milesově operaci.
- Stomie axiální – dvouhlavňová – uvolněná střevní klička se vyvede břišní stěnou a přišije se ke kůži a do otvoru ústí přívodná a odvodná střevní klička.

2.4 Kolostomie

Otradovcová, Kubátová (2006) definují kolostomii (Obrázek 4 - Kolostomie (zdroj: <http://ose.zshk.cz/media/F5500.jpg>)) ve své literatuře takto: Jedná se o vyústění tlustého střeva před stěnu břišní nebo na ni. Před operací by mělo být tlusté střevo předkresleno operátorem nebo stomasestrou. Vhodně založená kolostomie má zvýšenou manžetu o 0,5–1cm. Vždy by měly být zakresleny obě varianty – sigmoideostomie a ileostomie nebo transversostomie a sigmoideostomie. Po operaci se používají průhledné výpustné sáčky bez filtru. Po stabilizaci pacientova stavu odchází kašovitá stolice 1-3 denně do nevýpustných sáčků s filtrem (Obrázek 3 - Jednodílný systém (zdroj: vlastní)). Výpustné sáčky bez filtru se po naplnění vyhazují. V nemocnici probíhá edukace pacienta a rodiny stomasestrou.

Kolostomie má své výhody i nevýhody. Mezi jednu z největších výhod kolostomií patří zajištění odchodu stolice a u dočasných stomií, zklidnění a zhojení nemocného úseku střeva, kterým stolice díky stomii neprochází. Hlavní nevýhodou jsou estetické problémy. Na střevo, které bylo vyvedeno na povrch břicha, si musí člověk zvykat. Navíc u stomie chybí konečnickový svěrač, tudíž nelze ovládat odchod stolice, která bývá spíše řidší až polotekutá. Tento problém se řeší kruhovitými nástavci, které se natěsno nalepí po obvodu stomie a na ně se připevňují sáčky, do kterých je stolice odváděna. Díky velmi kvalitnímu těsnění a při opatrné výměně sáčku není přítomen žádný zápach. (www.stefajir.cz)

2.5 Epidemiologie

V České republice se nevede žádná speciální statistika o počtu pacientů se stomií. Odhaduje se, že máme přibližně 12 až 15 tisíc lidí s dočasnou nebo trvalou stomií. (www.zdravi.euro.cz)

3 Příčiny

Lustyková (2012) ve své bakalářské práci uvádí, že stomie sama o sobě není nemoc. Vyvedení stomie je následkem určitého onemocnění gastrointestinálního traktu, mezi které patří kolorektální karcinom, nespecifické střevní záněty jako například Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida. Nesmíme opomenout také familiární adenomatózní polypózu a další příčiny.

3.1 Kolorektální karcinom

Kolorektální karcinom neboli rakovina tlustého střeva konečníku patří v České republice k druhému nejčastějšímu nádorovému onemocnění, u mužů po karcinomu prostaty a u žen po karcinomu prsu. Nejprve nádor roste v místě vzniku a poté se šíří do okolních orgánů, dále do lymfatických uzlin a krevní cestou metastazuje do plic, jater a kostí. Mezi příčiny vzniku kolorektálního karcinomu se řadí rizikové faktory - špatná životospráva, dědičné predispozice, kouření, alkohol a jiná nezhoubná onemocnění konečníku a tlustého střeva. Léčba spočívá především v chirurgickém řešení, dále pomocí radioterapie a chemoterapie.

Adam (2002, s. 83) definují kolorektální karcinom ve své knize takto: „*Termínem kolorektální karcinom se označují maligní onemocnění vznikající maligní transformací cylindrického epitelu tlustého střeva (vzestupný, příčný, sestupný tračník a esovitá klička) a rekta.*”

3.2 Nespecifické střevní záněty

Jedná se o onemocnění, u kterých není přesně jasná příčina vzniku. Známe pouze rizikové faktory, které se podílejí na vzniku onemocnění jako například genetické predispozice, kouření, infekce jiné. Jde o onemocnění postihující trávicí trakt. Nejznámější je Crohnova choroba charakteristická akutním zánětem, při kterém může být postižena kterákoliv část trávicí trubice od tenkého střeva až po konečník. Zánět se vyskytuje v celé šíři střevní stěny (od sliznice až po svalovinu), to je důvod proč na stěně vznikají píštěle a abscesy. Crohnova choroba se vyskytuje u lidí mezi 18.-35. rokem života bez rozdílu pohlaví. Nemoc se projevuje bolestmi břicha, úbytkem na váze, opakovanými průjmy bez příměsi hlenu a krve a horečkami. Léčba je zpočátku farmakologická – kortikoidy, antibiotika, imunosupresiva a léčba biologická. I v případě

Crohnovy choroby se může ke slovu dostat chirurg, který rozšiřuje zúžená místa ve střeva nebo těžce postižené části střeva odstraňuje. (www.cilena-lecba.cz)

Mezi další akutní typy zánětů řadíme ulcerózní kolitidu. Odlišnost od Crohnovy choroby však spočívá v tom, že ulcerózní kolitida postihuje pouze tlusté střevo. Příčiny vzniku jsou stejné jako u Crohnovy choroby. Mezi projevy patří bolesti břicha, průjmy s bolestí konečníku a s příměsí krve a hlenu, hubnutí, únava. Chronicky probíhající zánět může způsobit zúžení střeva. Těžce probíhající zánět může způsobit komplikaci zvanou toxické megakolon, kdy dochází k rozpětí určité části střeva. Léčba je farmakologická a u těžkých akutních forem léčba chirurgická v podobě dočasné kolostomie, kdy se odstraní postižená část střeva. Nejradiálnějším chirurgickým řešením je úplné odstranění tlustého střeva i s konečníkem a vytvoření takzvaného ileoanálního pouče (náhrada konečníku tenkým střevem, z jehož koncové části se ušije vak, ten se přišije na svěrače a slouží jako rezervoár pro zdržení stolice), nebo vyvedení ileostomie. (www.stefajir.cz)

3.3 Familiární adenomatózní polypóza

Drlíková (2016) řadí familiární adenomatózní polypózu mezi dědičná onemocnění, při kterém se rozvíjí růst mnohočetných polypů, adenomů ze sliznice tlustého střeva, ale i dalších částí trávicí trubice, které jsou rizikové pro vznik nádorů. Jednou z možností léčby je odstranění postiženého střeva a vyvedení stomie (kolektomie s terminální ileostomií).

Jirásek(2002, s. 144) definuje familiární adenomatózní polypózu takto: *„Familiární adenomatózní polypóza společně s hereditárním nepolypózním kolorektálním karcinomem patří mezi nejvíce studované formy dědičných kolorektálních karcinomů. Výzkum těchto onemocnění umožnil identifikaci genů zodpovědných za karcinogenezi sporadických i dědičných forem onemocnění. Dědičný charakter má přibližně 15 až 20 % kolorektálních nádorů. Výskyt FAP je v české populaci odhadován na 1/5000–7500 jedinců. Frekvence onemocnění je v populaci udržována častými mutacemi de novo, tzn. bez výskytu onemocnění v rodinné anamnéze.“*

3.4 Další příčiny

Drlíková (2016) uvádí, že mezi další příčiny způsobující postižení střev a následné řešení situace stomií jsou:

- Postradiační komplikace – po ozáření malé pánve se projevují krvácením a zánětem střeva.
- Vrozené vývojové vady trávicího traktu – indikací je dočasná stomie u novorozenců, kdy je znemožněna pasáž střev nebo došlo k vývojové vadě konečníku. Úseky dilatovaného a spastického střeva se vyskytují také při Hirschsprungově nemoci, kdy je porušena inervace střeva.
- Traumata – mezi traumata můžeme jmenovat poranění břicha následkem autonehod a sportovních úrazů (poranění konečníku, úrazy způsobené pádem na předměty, fraktura pánevního skeletu, penetrace ostrých předmětů nebo cizích těles tělními otvory nebo přes kůži.

4 Předoperační příprava

Vytvoření stomie nepatří mezi časté akutní operační zákroky a přípravu na ně můžeme rozdělit do několik základních částí.

4.1 Dlouhodobá předoperační příprava

Schneiderová (2014) a Zachová (2010) popisují dlouhodobou předoperační přípravu ve svých knihách takto: Dlouhodobá předoperační příprava je zavedena v nemocnicích, kde mají stomasestru. Lékař nabídne pacientovi možnost kontaktovat stomasestru již při objednávání k operaci. Sestra se domluví s pacientem a rodinou na návštěvě a zajistí nerušené a vhodné prostředí. Na edukační předoperační rozhovor je potřeba minimálně 30 minut, ale častěji hodinu. Většinou sezení začíná neformálním rozhovorem, poté edukátorka ukáže na modelu stomii, předvede všechny druhy pomůcek, doplňkový sortiment, brožury a informuje o jídelníčku. Podrobně vysvětlí klientovi předoperační přípravu, vyprázdnění střeva, každodenní pooperační edukaci na JIP a na standardním lůžkovém oddělení. Zodpoví všechny dotazy. Pomocí rozhovoru se získávají užitečné informace o sociálním zázemí pacienta, na podkladě těchto poznatků je navazována spolupráce se sociální sestrou a již během hospitalizace pacienta se řeší klientovo propuštění do domácího ošetřování. Dostatek informací vede k lepší spolupráci pacienta a rodiny se zdravotníky.

Možností je i nabídka rozhovoru pacienta s psychologem. Psychická podpora pacienta a rodiny s dostatečným množstvím informací = lepší pooperační spolupráce pacienta, rodiny a zdravotníka.

Předoperační vyšetření

Skalická (2007) v literatuře hovoří o tom, že se předoperační vyšetření liší u plánovaného a akutního výkonu. K plánovanému výkonu si pacient přináší výsledky kompletního předoperačního vyšetření od obvodního lékaře (biochemický, koagulační, hematologický profil a onkologické markery), EKG se závěrem internisty, RTG srdce a plic, irigografie, koloskopie, výsledek histologie, CT břicha a pánve, sonografie jater, CT angiografie jater nebo magnetická rezonance jater. Další vyšetření dle morbidity pacienta jsou – diabetologické, anesteziologické, kardiologické a onkologické.

4.2 Krátkodobá předoperační příprava

Wichsová (2013) hovoří o krátkodobé předoperační přípravě jako o období 24 hodin před výkonem, prakticky však příjmem pacienta na standardní chirurgické oddělení. Pacient s sebou přináší výsledky kompletního předoperačního vyšetření. Lékař klienta znovu podrobně informuje o výkonu a možných komplikacích. Součástí rozhovoru je podepsání informovaného souhlasu s operací a hospitalizací.

Po přijetí na standardní lůžkové oddělení je pacient seznámen s domácím řádem oddělení, dále s předoperační přípravou, pooperačním pobytem na JIP a celým průběhem hospitalizace.

Všeobecná a speciální předoperační příprava u plánovaného výkonu

Všeobecná předoperační příprava zahrnuje:

- Kontrolu anesteziologem večer před operací, který buď doporučí další vyšetření, ordinuje či upřesní večerní a ranní premedikaci. Pacient podepíše anesteziologický souhlas.
- Lačnění – minimálně 6 až 8 hodin před operací by pacient neměl jíst, pít ani žvýkat. Kouřit by neměl 24 hodin před operací.
- Prevence tromb-embolických komplikací podáním nízkomolekulárního Heparinu dle ordinace lékaře.
- Nácvik pooperačního stavu například odkašlávání.
- Podání premedikace večer před výkonem dle ordinace anesteziologa.
- ATB profylaxe.
- Celková osobní hygiena, včetně odlakování nehtů.
- Příprava operačního pole spočívá v oholení operačního pole od prsních bradavek až po třísla a dezinfekcí umbilikální oblasti.
- Odstranění šperků a zubních protéz.
- Další individuální příprava dle plánovaného rozsahu operačního výkonu, základního onemocnění a přidružených chorob pacienta, dále dle zvyklostí např. zajištění krevních derivátů, zavedení permanentního močového katétru, zavedení nasogastrické sondy, centrálního nebo periferního žilního katétru a tak dále.

Speciální příprava

Linhartová (2012) popisuje, v čem spočívá speciální příprava před operačním výkonem. Speciální příprava spočívá ve vyznačení optimálního umístění stomie a v očištění střeva. Správné umístění stomie hraje velkou roli v následujícím životě stomika. Nevhodné umístění stomie přináší stomikovi obtížné ošetřování, nedržení pomůcek a vznik komplikací, proto je zakreslování místa stomie před chirurgickým zákrokem běžnou praxí. Linhartová(2012, s. 35) „Zakreslování se provádí ráno v den plánované operace, pokud je více možností je nutné zakreslit všechny varianty umístění.“

Vorlíček(2004, s. 215) definuje umístění střevního vývodu takto: „*Střevní vývod by měl být umístěn na břišní stěně tak, aby bylo možné snadné přiložení stomické pomůcky – co nejdále od kožních záhybů, jizev, pupku či žeberních oblouků a kostí pánevního kruhu. Stomasestra vyzkouší klientovi před operací cvičnou pomůcku v různých polohách (sed, leh, úklon) s ohledem na součásti oděvu (např. pásek). Poté vyznačí optimální místo na kůži, které se chirurg snaží při operaci respektovat.*“

Dle Linhartové(2012) z praxe vyplývá, že zakreslení místa stomie je důležité a z velké části pomáhá předejít vzniku komplikací. Díky pravidelným kontrolám stomasestrou může vést i k částečnému odhalení komplikací a včasné individuální léčbě vzniklých problémů se stomií, aby stomik mohl vést kvalitní plnohodnotný život s minimálním omezením.

Příprava střeva se může lišit dle zvyklostí pracoviště, dále dle přání lékaře a aktuálního stavu nemocného. Čištění střeva začíná v domácím prostředí úpravou jídelníčku. Dva dny před operací je nejvhodnější bezzbytková dieta s dostatkem tekutin a den před operací bývají ordinovány pouze tekutiny. Vyprázdnění střeva se většinou provádí popíjením osmoticko-koloidního solného roztoku např. Fortrans, který se popíjí ve dvou dávkách den před operací. Střevo musí být důkladně vyprázdněno, to znamená, že stolice je čirá, vodnatá, bez příměsí.

4.3 Bezprostřední předoperační příprava

Dle Pazderové (2009) se bezprostřední předoperační příprava provádí minimálně dvě hodiny před operací a zahrnuje:

- kontrolu dokumentace,
- sejmutí zubních protéz a dalších kompenzačních pomůcek,

- kontrolu a odmaštění operačního pole,
- přiložení elastické bandáže obou dolních končetin,
- podání premedikace dle ordinace lékaře,
- použití WC nebo zavedení permanentního močového katétru,
- transport na operační sál.

U akutních výkonů podle Otradovcové, Kubátové (2006) spočívá předoperační příprava v domluvě mezi chirurgem, anesteziologem a internistou. Edukace stomasestrou se zakreslením místa pro budoucí stomii dovoluje pouze celkový zdravotní stav pacienta. Po zákroku je pacient svěřen pooperační péči.

5 Pooperační péče

Obdobně jako příprava k výkonu i pooperační péče je dělena do několika období.

Bezprostřední pooperační péče

Podle závažnosti operačního výkonu, polymorbidity, komplikací a celkového zdravotního stavu pacienta probíhá pooperační péče na JIP nebo ARO, kde jsou pacientovi neustále monitorovány vitální funkce, dále je zajištěna parenterální, enterální nebo kombinovaná výživa, péče o invazivní vstupy – drény, centrální žilní katétr, permanentní močový katétr, nasogastrickou sondu, dále péče o ránu a bolest. Na operačním sále bývá pacientovi po vyvedení stomie nalepen jednoduchý průhledný výpustný sáček bez filtru, který velikostí a tvarem odpovídá typu stomie. Sáček je průhledný z toho důvodu, abychom mohli sledovat tvar, velikost, barvu, otok stomie, množství a barvu sekretu. Sestra edukátorka dochází za pacientem dle jeho stavu denně a provádí základní edukaci na lůžku.

Následná pooperační péče

Je zaměřená na tlumení bolesti, eliminaci diskomfortu, prevenci pooperačních komplikací a na podporu navrácení zdravotního stavu pacienta na optimální úroveň. Intervence v rámci pooperační péče vyplývají z aktuálně zjištěných deficitů v oblasti potřeb.

Cílem následné pooperační péče je naučit pacienta soběstačnosti při ošetřování stomie. Edukace probíhá v individuální formě a je postupná. (www.zdravi.euro.cz)

6 Komplikace

Po chirurgickém zákroku se mohou vyskytnout komplikace, které vytvářejí dyskomfort u klientů v pooperačním období.

Poškození kůže

Poškození kůže patří podle Drlíkové (2016) mezi nejčastější komplikace stomií. Každého stomika alespoň jednou v životě potkala. Může být způsobena mechanickým či chemickým drážděním, jež vede ke vzniku zánětu kůže. Je tedy důležité dodržovat naučené postupy ošetření a pravidelné kontroly u stomasestry. Mezi příznaky patří začervenalá kůže v okolí stomie, hlubší eroze kůže se může projevat prosakováním tkáňového moku a krvácením. Léčba spočívá v odstranění mechanického a chemického dráždění. Jedna z nejdůležitějších prevencí je pravidelné navštěvování stomasestry.

Parastomální kýla

Parastomální kýlu řadíme do velmi častých komplikací, trpí jí až 40% stomiků. Příčinou, bývá operační technika, kde je vytvořen příliš velký otvor ve stěně břišní nebo je nedostatečně uzavřeno peritoneum kolem vyústěného střeva. Ke vzniku parastomální kýly přispívá zvýšení intraabdominálního tlaku při chronickém kašli nebo při zvedání a nošení těžkých břemen, dále obezita a ochablost svalů. Projevuje se vyklenutím stěny břišní vedle stomie, dále zhoršenou přilnavostí stomického systému a kosmetickým dopadem snižuje kvalitu života stomika. Jako prevence je stomikům doporučeno nošení podpůrného břišního pásu, zejména při zátěži a nošení těžkých břemen.

Prolaps stomie

Prolaps (Obrázek 5 - Prolaps stomie (zdroj: <http://img.mf.cz/398/725/2.jpg>)) neboli výhřez střeva ve stomii podle Cholinské (2008) vzniká převážně u dvouhlavňových stomií na volném úseku tračníku, zde dochází k výhřezu střeva až na několik centimetrů před stěnu břišní. Příčinou někdy bývá příliš široký otvor ve stěně břišní, špatná fixace střeva a trvalé zvýšení nitrobřišního tlaku. Problémy nastávají, pokud je prolaps více než 8-10cm velký, kdy hrozí nebezpečí poranění a krvácení ze sliznice střeva. V těchto případech je vhodné chirurgické řešení. Projevuje

se výhřezem střeva někdy až na desítky centimetrů a vzniká nebezpečí poranění střevní sliznice a následné krvácení. Řešením, je buď repozice prolapsu, nebo operace.

Stenóza stomie

Stenóza stomie znamená zúžení vývodu tak, že není volně propustný ani pro malík. Vzniká porucha průchodnosti pro výměšky, dopadající na zdravotní stav stomika. Při hojení je dobré provádět preventivní dilataci pomocí prstu alespoň 2x denně 10 minut. Díky preventivní dilataci se vyhneme případné reoperaci a chirurgické rekonstrukci stomie k opětovnému rozšíření vývodu. Poslední možností je korekce stomie.

Další komplikace

Komplikací vyskytujících se po chirurgickém zákroku je celá řada. Může se vytvořit polyp – jakýkoliv výrůstek na sliznici střeva nebo v peristomálním okolí. Může dojít ke krvácení ze sliznice střeva nebo z jeho lumen (vnitřku střeva). Objeví-li se větší krvácení, není nutné vyčkávat a odkládat akutní vyšetření, protože se jedná o náhlou příhodu břišní. Není vzácná ani macerace kůže – neboli nadměrná vlhkost kůže, projevující se vyblednutím kůže a jejím zvrásněním. Příčinou může být nevhodná pomůcka pro daný typ stomie, podtékání pomůcky nebo nošení stomických pomůcek déle než je stanoveno.

Další komplikací uváděnou v odborné literatuře je retrakcestomie – vtažené bezprostředního okolí peristomální oblasti pod úroveň kůže. Retrakce (Obrázek 6 - Retrakce stomie (zdroj: <http://img.mf.cz/324/240/2-427a.jpg>)) je patrná zejména vsedě či vestoje. Prevencí je vhodné zakreslení stomie pře jejím vyšitím.

Dále do komplikací řadíme: píštěl, folikulitida, hypergranulace, dekubitus a alergická reakce na určitý typ pomůcek.

S těmito i dalšími komplikacemi se pacient svěřuje jednak svému lékaři, ale i stomasestře, za kterou klient může docházet.

7 Stomasestra

Stomasestra je edukační sestra v péči o pacienta se stomií nebo edukující pacienta v péči o stomii. Obvykle se před nebo po operaci setkávají pacienti a jejich rodiny se sestrou, která ošetřuje vývod, učí pacienta správné péče o stomii, vysvětluje všechny informace, poskytuje tištěné materiály a dále připravuje pomůcky k ošetření stomie po propuštění pacienta do domácího prostředí. V neposlední řadě se zabývá prevencí komplikací nebo řešením již vzniklých potíží, zkrátka je průvodcem obdobím života se stomií. Sestra poskytující tuto péči je nazývána stomasestrou, stomaterapeutkou nebo stomickou sestrou. Pojem edukace vystihuje všechny její činnosti. Systematické vzdělávání a soustavná péče o stomiky je fenoménem a standardem posledních zhruba 20–25 let. U stomických sester nalezneme pochopení a toleranci k tělesné změně, kterou ostatní zdravotničtí pracovníci nemusí zvládat. Díky neustálemu modernizování a inovování všech pomůcek pro stomiky je třeba, aby se stomasestry neustále vzdělávaly. (www.stomici.cz)

Péče stomasestry o pacienta je dlouhodobá, trvá několik měsíců i let. Mnoho pacientů využívá služby pravidelně každým rokem. Drlíková (2016) nastiňují několik důvodů proč alespoň jednou za rok klient stomasestru navštíví:

- reedukace postupu ošetření – pacient si připomene správné postupy, co se nač používá,
- pacient je informován o novinkách v péči o stomii,
- pravidelná kontrola stomie,
- změna stereotypu vyprazdňování stomie (zácpa, průjem),
- změna reliéfu břišní krajiny,
- změna vzhledu střeva,
- změna léčby,
- začervenání, bolest v okolí stomie,
- střevo prolabuje.

Vyhláška č. 424/2004 Sb., § 53 charakterizuje stomasestry, jako sestry pro péči o pacienty ve vybraných klinických oborech. „*Sestra pro péči o pacienty ve vybraných klinických oborech s klinickým zaměřením na ošetrovatelskou péči o pacienty se stomiemi 1. bez odborného dohledu a bez indikace provádí poradenskou činnost*

pro pacienty s břišními stomiemi, seznamuje pacienty se sortimentem stomických pomůcek a doporučuje vhodné pomůcky, provádí instruktáž o manipulaci s pomůckami, nacvičuje s pacienty, případně s osobami jimi určenými výplach stomie, připravuje pacienty a osoby jimi určené k soběstačnosti ve vlastním sociálním prostředí a doporučuje změny domácích podmínek, 2. bez odborného dohledu na základě indikace lékaře vyhledá a označuje optimální místo pro budoucí břišní stomii.“

Marková (2006, s.61) popisuje činnosti stomasestry takto: *„Vyhláška MZ České republiky č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, zařazuje činnosti spojené s ošetřováním pacientů se stomií do specializace s názvem Sestra pro péči o pacienty ve vybraných klinických oborech. Sestra, která ošetřuje pacienty se stomií a která absoluuje specializační studium se zaměřením na ošetrovatelskou péči o výše zmíněné pacienty, bude mít ze zákona kompetenci bez odborného dohledu a bez indikace provádět poradenskou činnost, seznamovat pacienty se sortimentem stomických pomůcek, doporučovat vhodné pomůcky, provádět instruktáž o jejich manipulaci a vést pacienty k soběstačnosti. Na základě indikace lékaře může stoma sestra vyhledat a označit optimální místo pro budoucí stomii.“*

8 Pomůcky pro stomiky a požadavky na ně

Vytejšková (2013) upozorňuje na státem stanovený finanční a množstevní limit, který určuje hrazení z veřejného zdravotního pojištění. Stomik má nárok na 60 ks uzavřených jednodílných sáčků, dále může dostat 60 ks uzavřených dvoudílných sáčku s deseti podložkami. Pokud se klient na základě konzultace rozhodne pro výpustné sáčky, dostává maximálně 30 ks jednodílných výpustných sáčků, nebo 30 ks výpustných sáčků k dvoudílnému systému a 10 ks podložek.

Mikšová, Froňková, Zajíčková (2005, s. 115) uvádí požadavky na pomůcky pro stomiky:

- *„zadržovat zápach,*
- *chránit kůži kolem stomie (dobře těsnit, nezpůsobit alergii),*
- *být nenápadné pod oblečením,*
- *příjemné a dostupné pro K/P(klienta/pacienta),*
- *nastavitelné, aby se velikost otvoru mohla přizpůsobit velikosti a tvaru stomie (při ústupu otoku),*
- *umožňovat svému nositeli maximální komfort při pracovních, sociálních a rekreačních činnostech.“*

Pomůcky pro stomiky dělíme do několika skupin:

Jednodílné systémy – představují sáček s lepící plochou (Obrázek 3 - Jednodílný systém (zdroj: vlastní)). Při výměně se odlepuje celá pomůcka, sáček se vždy používá nový.

Dvoudílný systém – je složen z přilepovací podložky na tělo a výměnných sáčků (Obrázek 1 - Dvoudílný systém I (zdroj: vlastní)) (Obrázek 2 - Dvoudílný systém II (zdroj: vlastní)). Vyměňují se pouze sáčky, podložka zůstává několik dní.

Další pomůcky pro stomiky - sáčky – výpustné (Obrázek 1 - Dvoudílný systém I (zdroj: vlastní)) (Obrázek 2 - Dvoudílný systém II (zdroj: vlastní)), uzavřené (Obrázek 3 - Jednodílný systém (zdroj: vlastní)). Mají anatomický tvar, jejich obsah lze vyprázdnit, aby se sáček nemusel měnit, ale je důležité zkontrolovat, zda je ventil na vyprázdnění řádně uzavřen.

Doplňkový sortiment - slouží k ošetření okolí stomie, chrání před podrážděním či poraněním. Řadíme sem odstraňovače náplastí, ochranné filmy, čisticí roztoky, roušky, destičky, pasty, krémy a zásypové pudry. Dále je nutno upozornit na irigační soupravy, které stomikům slouží k vyčištění střeva. Nedílnou součástí bývají také pohlcovače pachu, zahušťující tablety, přídržné pásky a břišní pásy. (www.lepsipecce.cz)

Výměna stomických systémů představuje pro stomikakaždodenní „rutinní“ záležitost. Chomová(2015, s. 31) ve své bakalářské práci popisuje postup výměny stomického sáčku takto: „*Před výměnou jakéhokoliv systému je nutné nejprve připravit si pomůcky. Mezi ně patří nesterilní rukavice a zástěra (pokud výměnu provádí sestra), umývadlo s vodou, sáček na odpad, doplňkové pomůcky dle potřeby, čisticí pěnu, buničitou vatu nebo mul, pero a nůžky a také zrcadlo a elektrický holicí strojek. Z důvodu nekontrolovatelného odchodu stolice, je vhodné ošetřovat stomii před jídlem. Při ošetřování sestra postupuje opatrně, aby nedošlo k poškození kůže v okolí stomie, nebo samotné stomie. Pokud má pacient ochlupené břicho, musí si jej pravidelně holit elektrickým holicím strojkem, aby zvolená pomůcka správně držela.*“

Skoncová (2010) dělí výměnu jednodílného stomického systému do pěti základních bodů.

1. Příprava – stomik překreslí na vystřihovatelnou šablonu lepící plochy sáčku tvar stomie a vystřihne otvor.
2. Vyprázdnění a odstranění sáčku – vyprázdní obsah sáčku do toalety a odstraní použitý sáček. Jednou rukou napne kůži na břicho a druhou odstraní sáček.
3. Péče o pokožku – důkladně očistí a osuší stomii a její okolí, klade se důraz na úplně suchou pokožku.
4. Nalepení nového sáčku – po odstranění ochranné folie začne stomik nalepovat sáček od dolní poloviny těsně pod stomií.
5. Vyhození sáčku – pečlivě zavřený sáček vyhodí stomik do odpadkového koše.

Výměna dvoudílného systému dle Otradovcové, Kubátové (2006):

1. Příprava – stomik překreslí na vystřihovatelnou šablonu lepící plochy sáčku tvar stomie a vystřihne otvor.
2. Vyprázdnění a odstranění sáčku – stomik jednou rukou odstraní použitý sáček a druhou rukou opatrně odstraní podložku.

3. Aplikace podložky a sáčku – pacient vystřihne otvor v podložce, následně ji nahřeje, sejme krycí folii a přilepí podložku ke kůži. Následuje nasazení stomického sáčku k podložce, je třeba řádně zkontrolovat správné těsnění po celém obvodu.
4. Vyhození sáčku – pečlivě zavřený sáček vyhodí stomik do odpadkového koše.

9 Život se stomií

Pro stomika představuje vývod velký zásah do předešlého života. Návrat ke sportu, turistice či jiným běžným aktivitám je pro mnohé náročnější. Vždy však začíná pohovorem s ošetřujícím lékařem, který nastíní hranice i možnosti. Aktivity jsou voleny vždy individuálně k věku, zdatnosti a k zdravotnímu stavu pacienta. Stomici zakládají dobrovolná sdružení – kluby stomiků, jejichž úlohou je předávání zkušeností, setkávání s odborníky a vzájemné hledání otázek a odpovědí při řešení problémů týkajících se například kompenzačních pomůcek. (www.stomici.cz)

Marková (2006) uvádí, že stomici společně podnikají turistické vycházky, výlety, pobyty v lázních nebo různé společenské akce. Díky klubu stomiků dochází k psychologickému, společenskému a informačnímu efektu. V České republice sdružuje regionální kluby stomiků organizace „České ILCO“, ve světě mezinárodní asociace stomiků IOA.

Výživa a pitný režim stomika

Strava stomika je pestrá, ale s určitými omezeními by měla být především chudá o tučná a příliš sladká jídla. Zdroje týkající se životosprávy stomiků upozorňují na nevhodnost celozrnného a tmavého pečiva a dále na potraviny které nadýmají. Vhodně sestavený jídelníček by se měl sestávat z malých porcí, nejlépe ve 2-3 hodinových intervalech, vydatných snídaní, obědů a lehkých večeří podávaných delší dobu před spaním. Důraz je kladen na důkladné rozmělnění potravy, při absenci chrupu je vhodné nakrájet potravu na malé kousky či ji rozmixovat. Důležitou otázkou je i snášenlivost potravin stomikem, co u jiných nevyvolává potíže, může způsobit u stomika průjemy či jiné potíže a je třeba je vyřadit z jídelníčku. Odborníci doporučují doplňovat minerální látky a vitamíny potravinovými doplňky stravy. (www.lepsipece.cz)

Stejně jako u běžné populace je pro stomiky důležité dodržovat pitný režim, s tím rozdílem, že příjem a výdej tekutin by měl být vyrovnaný. Vybíhalová (2012) upozorňuje na nevhodnost nápojů sycených oxidem uhličitým, jenž mohou vyvolat pálení žáhy, nadýmání a říhání. Doporučuje minerální vody (například Magnesia), kojenecké vody a různé stolní vody. Mezi sladké nápoje vhodné pro stomiky řadí

brusinkovou šťávu. Optimální denní příjem tekutin je podle Vybíhalové (2012) 8-10 sklenic denně. Při vyšším příjmu tekutin je vhodné „zajíst“ tekutinu, aby se zahustila.

10 EDUKAČNÍ PROCES

Kazuistika:

Pacientka X.Y., věk 57 let, přijata 20. 1. 2017 na chirurgické oddělení Oblastní nemocnice Kolín a.s. pro neurčité bolesti břicha, přetrvávající zhruba 20 dní. Udává, že s příchodem prvních problému začala s dietou a tohoto času „skoro nejí“. Stolice je pravidelná, ale bolestivá. Od počátku problémů, zhruba 7 stolic s příměsí krve. Dále subfebrilie, nechutenství a nauzea. Ošetřujícím lékařem byla pacienta odeslána na kolonoskopii, kde byl nalezen kolorektální karcinom.

Nyní je pacientka 8. den po Milesově operaci, rána se hojí per primam, pooperační průběh je klidný, nyní je pacientka zatěžována stravou.

1. Fáze – posouzení

Jméno: X. Y.

Pohlaví: žena

Věk: 57 let

Bydliště: Kutná Hora

Rasa: europoidní

Etnikum: slovanské (české)

Vzdělání: středoškolské s maturitou

Zaměstnání: OSVČ kosmetička

Anamnéza

Nynější onemocnění: neurčité bolesti břicha, diagnostikován kolorektální karcinom

Osobní anamnéza: arteriální hypertenze, st. p. trombiflebitis levé dolní končetiny s akutní plicní embolií, varixy dolních končetin, nikotinismus, st. p. apendektomii v dětství

Alergická anamnéza: neudává

Abúzus: nikotinismus (20cigaret/den), alkohol příležitostně

Farmakologická anamnéza: Prenessa 5mg 1-0-0, Warfarin 3mg – nyní ex

Rodinná anamnéza: bezvýznamná

Sociální anamnéza: pacientka žije s manželem ve dvoupokojovém bytě v Kutné Hoře. Pravidelně se stýká se svými dvěma dětmi, dcerou a synem a jejich rodinami, má jedno vnouče.

Gynekologická anamnéza: menarche ve 12ti letech, 2 porody, potraty 0

Základní údaje

Tělesný stav: obezita I. stupně, BMI 32,1

Mentální úroveň: dobrá, pacientka orientována místem, časem, osobou

Komunikace: přiměřena stavu, ptá se, zajímá se o svůj zdravotní stav

Zrak, sluch: v normě

Řečový projev: srozumitelný

Paměť: přiměřena věku

Motivace: dobrá, má zájem o informace

Typové vlastnosti: introvert

Vnímavost: dobrá

Pohotovost: přiměřena věku, odpovídá bez latence

Nálada: stres, lítost, strach z hospitalizace

Sebevědomí: přiměřené

Charakter: netrpělivá, ale milá a důvěřivá

Poruchy myšlení: nejsou

Chování: pečlivá

Učení: Typ – emocionální

Styl – vizuální

Postoj – zájem o informace

Bariéry – strach, stres

Objektivně při přijetí

Vědomí: GCS 15, bez ikteru a cyanozy, hydratace přiměřená, tlak 150/95, tep 80/min, orientována, spolupracuje, bez známek akutního krvácení, klidově eupnoe, přiměřené hydratace, chodící

Hlava: pokleповě nebolestivá, zornice izokorické, spojivky růžové, skléry bílé, bulby dobře pohyblivé, uši i nos bez výtoku, hrdlo klidné, jazyk plazí ve střední čáře, nepovleklý

Krk: štítná žláza nezvětšena, náplň krčních žil přiměřená, hybnost krční páteře bez omezení

Hrudník: symetrický, stabilní, bez deformit, bez emfyzému, srdce bez šelestu, úder hrotu nehmatný, dýchání sklípkově čisté, poklep plný jasný

Břicho: dýchá v celém rozsahu, palpačně nebolestivé, měkké, poslechově peristaltika -, bez šplíchotu, játra nezvětšena, slezina nenarází

HKK: bez známek traumatu, hybnost v kloubech volná nebolestivá

DKK: bez otoků, bez známek tromb-embolické nemoci

Průběh hospitalizace

Pacientce byla provedena resekce postiženého úseku střeva s vyvedením kolostomie dle Milese. U paní X.Y. sledujeme vitální funkce, výsledky laboratorních vyšetření a podáváme ordinované léky a infuze: Augmentin 1,2 g i. v. (ATB), Metronidazol 500mg (chemoterapeutikum), Degan (antiemetikum, prokinetikum), Stilnox (hypnotikum, sedativum), Tramal (analgetikum, anodynum), glukosa 10% + 12 i. u. Humulin R + 20 ml KCl 7,5% + 10 ml MgSO₄ 10%, izotonický elektrolytový roztok Plazmalyte 1000.

Vzhledem k tomu, že pacientka trpí námahovou dušností, je součástí léčebného režimu i dechová rehabilitace. Ve věci uspokojování běžných denních potřeb je paní X.Y. soběstačná, dopomoc vyžaduje pouze při hygieně. Převasy operační rány zatím provádí sestry dvakrát denně a podle potřeby. Stomie je funkční a odvádí střevní obsah. Již třetí pooperační den je stolice pravidelná. Okolí stomie je klidné. Potenciálním zdrojem infekce může být centrální žilní katétr a permanentní močový katétr.

POSOUZENÍ FYZICKÉHO STAVU, ZDRAVOTNÍCH PROBLÉMŮ A EDUKAČNÍCH POTŘEB

Posouzení dle 13 domén NANDA taxonomie II

Posouzení ze dne 30.1.2017

1. Podpora zdraví: Pacientka se postupně vyrovnává se svou diagnózou, vše je pro ni nové, má strach. Postupně si vytváří náhled na své onemocnění.

Hospitalizace její strach a stres zhoršuje. Stýská se jí po rodině, neustále se ujišťuje, zda jsou možné návštěvy. Má zájem o nové informace týkající se jeho stavu, respektuje všechna pravidla.

Ošetrovatelský problém: strach, úzkost

Priorita: střední

2. Výživa: Pacientka měří 180 cm, váží 104 kg. Při příjmu na oddělení bylo pacientce vypočítáno BMI 32,1, což odpovídá dle norem Světové zdravotnické organizace obezitě I. stupně. Za poslední 3 měsíce nedošlo k výrazným změnám ve váze pacientky.

Co se týče stravy, pacientka není náročná. Vyhýbá se masu, jí pouze maso kuřecí a rybí. Pitný režim je převážně v normě, za den vypije asi 1,5–2,0 litru tekutin, nejčastěji minerálky (Korunní ochucená). Udává, že si k obědu dá ráda skleničku piva, jinak alkohol nepije. Nejčastěji pije vodu a zelený čaj. Na oddělení dostává dietu 0-kašovitou.

Ošetrovatelská problém: obezita

Priorita: střední

3. Vylučování: Pacientka nemá potíže s močením. Není inkontinentní.

V poslední době nárůst frekvence stolice na více než 3krát za den, charakter spíše řidší, objem malý, občas s příměsí krve.

Ošetrovatelský problém: inkontinence stolice

Priorita: střední

4. Aktivita, odpočinek: Dříve se pacientka věnovala rekreační turistice, postupem času si zvykla na sedavý životní styl. Pracuje jak OSVČ kosmetička, tudíž pohybová aktivita není ani v práci. Na oddělení je soběstačná, pohyb bez omezení, potřebuje malou pomoc při hygieně. V noci má problémy s usínáním. Necítí se dobře v cizím prostředí. Únava se dostavuje přes den.

Ošetrovatelský problém: sedavý životní styl, únava

Priorita: nízká

5. Vnímaní, poznávání: Pacientka je orientována místem, časem i osobou. Glasgow coma scale při příjmu 15. Diagnóza je pro pacientku nová, chybí dostatek informací o onemocnění a možnostech léčby. Přesto je pozitivně naladěna a má chuť do života. Začíná si vytvářet určitý náhled na onemocnění.

Ošetrovatelský problém: nedostatek informací

Priorita: střední

6. Vnímání sebe sama: Pacientka o sobě tvrdí, že je introvert, je důvěřivá a v určitých věcech netrpělivá.

Ošetrovatelský problém: nenalezen

Priorita: nízká

7. Role, vztahy: Pacientka žije se svým manželem v panelovém bytě v Kutné Hoře. Často se navštěvuje s dětmi, synem a dcerou a jedním vnoučetem. Vztah s rodinou je více než dobrý, spolupráce rodiny s ošetrujícím lékařem a stomasestrou je výborná.

Ošetrovatelský problém: nenalezen

Priorita: nízká

8. Sexualita: Do stanovení diagnózy byla pacientka sexuálně aktivní. Nyní má strach jaká bude reakce manžela na nynější situaci (stomie).

Ošetrovatelský problém: neefektivní sexuální život

Priorita: střední

9. Zvládání zátěže: Má strach, jak se bude nemoc dále vyvíjet.

Ošetrovatelský problém: strach, úzkost

Priorita: střední

10. Životní princip: O životních hodnotách poslední dobou přemýšlí často. Je pro ni důležitá především rodina. Přeje si brzké uzdravení.

Ošetrovatelský problém: nenalezen

Priorita: nízká

11. Bezpečnost, ochrana: Pacientka se obává infekce. Bojí se, aby nedošlo k prodloužení hospitalizace. Často se informuje při převazech.

Ošetrovatelský problém: riziko infekce

Priorita: střední

12. Komfort: Pacientka je během hospitalizace spíše úzkostná, těší se domů za svou rodinou, stýská se jí po domově. Na druhou stranu se i přes zájem rodiny o její zdravotní stav bojí toho, jak rodina bude reagovat na novou životní změnu.

Ošetrovatelský problém: sociální izolace

Priorita: střední

13. Růst/vývoj: Pacientka před stanovením diagnózy uváděla stavy s nechutí k jídlu. Nyní jí malé porce, v závislosti na léčebném režimu.

Ošetrovatelský problém: neprospívání dospělé osoby, stavy s nechutí k jídlu

Priorita: střední

Profil rodiny

Pacientka žije s manželem v panelovém bytě. Obě děti, syn i dcera jsou dospělí a žijí jinde. Má jedno vnouče. Velmi často se všichni navštěvují a vzájemně se podporují. V rodině se vyskytuje arteriální hypertenze. Jinak je rodinná anamnéza bezvýznamná.

Zdroje pomoci a podpory rodiny, sociálně – ekonomický stav

Pacientka pracuje jako OSVČ kosmetička. Jelikož je OSVČ nemá nárok na pracovní neschopnost. Děti jsou výdělečně činné. Pacientku nyní finančně podporuje její manžel, který je zaměstnán na plný pracovní úvazek u armády České republiky.

Životní styl, kultura, náboženství, hodnoty, postoje

Pacientka do doby před hospitalizací nedbala o zdravou životosprávu, její práce kosmetičky je spíše sedavým zaměstnáním. Nyní je pozitivně naladěna dodržovat zdravý životní styl a až jí to zdravotní stav dovolí tak chce začít rekreačně sportovat.

Kultura: divadlo, kino

Náboženství: rodina nevyznává žádné náboženství

Hodnota: její rodina

Postoj k nemoci: Začíná si vytvářet náhled na onemocnění. Ráda by se vrátila co nejdříve domů za svou rodinou.

Adekvátnost a neadekvátnost rodinných funkcí

Největší oporou pacientky je její manžel. Neustále se informuje o jejím zdravotním stavu a se stomasestrou už měl několik schůzek ještě před samotnou operací. Nyní doma vybavuje své ženě stomický koutek a shání všechny možné kompenzační pomůcky, které by mohly vylepšit a ulehčit péči o stomii.

Porozumění současné situace rodinou

Rodina je smířena se zdravotním stavem. Snaží se co nejvíce pomáhat.

V první fázi edukačního procesu bylo úkolem zhodnotit vědomostipacienta, jeho postoje a schopnosti v dané životní situaci. Pro tento byl vytvořen vstupní test o deseti otázkách s možností odpovědí ANO/NE.(Příloha C– Vstupní test pacienta s odpověďmi)

Na základě vstupního testu byl odhalen nedostatek vědomostí o základní charakteristice nemoci a její léčbě.

Pro zjištěnou neznalost bylo rozhodnuto uskutečnit edukaci a sestavit edukační diagnózu.

Motivace pacientky: Motivace pacientky je více než dobrá, jeví zájem o nové informace. Sama se velmi často dožaduje personálu o informace. Pacientka je velmi pečlivá a nechce nic podcenit.Je motivována jak ze strany zdravotnického personálu, tak především rodiny.

2. Fáze – diagnostika

Stanovení edukačních diagnóz dle knihy Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace NANDA - International 2006 a jejich uspořádání podle priority ke dni: 30.1.2017

Název + kód: Deficitní znalost - 00126

Doména: 5 Vnímání - poznávání

Třída: 5 Poznávání

Definice: Deficitní znalost je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka s chybějícími nebo nedostatečnými informacemi k určitému tématu.

Určující znaky:

- hovoří o nedostatečné znalosti,

- nepřesná interpretace znalostí v testu.

Související faktory: neobeznámenost se zdroji informací

Název + kód: Ochota doplnit deficitní vědomosti - 00161

Doména: 5 Vnímání - poznávání

Třída: 5 Poznávání

Definice: Ochota doplnit deficitní vědomosti je standardizovaný název situace klienta, kdy míra poučení o konkrétním tématu odpovídá zdravotnímu cílům, ale může být zdokonalena.

Určující znaky:

- má zájem se něco konkrétního naučit,
- uvědomuje si téma, které potřebuje zdokonalit.

Deficit vědomostí:

- o tom, co je to stomie,
- o předoperační přípravě a pooperační péči,
- o prevenci komplikací,
- o péči o stomii.

Deficit v postojích je:

- nejistota ze zvládnutí péče o stomii,
- nedostatečný náhled na onemocnění.

Deficit zručností: v péči o stomii

3. FÁZE – PLÁNOVÁNÍ

Podle priorit: na základě vyhodnocení vstupního testu vědomostí jsme sestavili priorityedukačního procesu

- o tom, co je to stomie,
- o předoperační přípravě a pooperační péči,
- o možných komplikacích stomie,
- o péči o stomii.

Podle struktury: 4 edukační jednotky

Záměr edukace:

- navodit psychickou pohodu pacientky,
- osvojit si základní charakteristiku stomie,
- získat ucelené informace o předoperační přípravě a pooperační péči,
- seznámit se s možnými komplikacemi,
- osvojit si zásady péče o stomii.

Podle cílů:

Kognitivní – pacientka dle svých schopností a možností získá dostatečné vědomosti o stomii, o možných komplikacích a o vhodné péči o stomii a sebe samu.

Afektivní – pacientka je ochotna se pravidelně účastnit edukace, zajímá se o nové informace, akceptuje nové poznatky, kterými se řídí, je schopna spolupracovat do 5 dní.

Behaviorální – pacientka dodržuje léčebný režim, řídí se doporučeným režimem, je schopna předvést péči o stomii do jednoho týdne.

Podle místa realizace: v nemocničním prostředí, v koupelně (stomický koutek), je nutností zabezpečit intimitu klientky, dostatek času a klidu.

Podle času: edukační proces byl rozdělen do čtyř jednotek realizovaných po dobu sedmi dní, podle zdravotního stavu pacientky. První a druhá edukační jednotka byly realizovány první den při hospitalizaci, první edukace se týkala základních informací o stomii, druhá obsahovala informace o předoperační přípravě a pooperační péči po výkonu. Další následovaly čtvrtý a pátý den hospitalizace. Čtvrtý den probíhala edukace o možných komplikacích stomie. Edukace o péči o stomii s praktickým nácvikem probíhala od pátého dne pobytu v nemocnici a trvala dva dny. Sedmý den si pacientka zvládla vyměnit stomický systém a ošetřit okolí místa stomie. Sedmý den pacientka vyplnila ten samý test jako na začátku hospitalizace k ověření získaných vědomostí.

Podle výběru: vysvětlování, názorná ukázka, rozhovor, video, vstupní a výstupní test, diskuze s pacienty stejného problému

Edukační pomůcky: informační leták, vstupní a výstupní test, video, model stomie a kompenzační pomůcky k tomu určené

Podle formy: individuální

Typ edukace: základní, edukace byla zvolena dle potřeb klientky s ohledem na její věk a zdravotní stav.

Struktura edukace

1. edukační jednotka: Co je to stomie
2. edukační jednotka: Předoperační příprava a pooperační péče
3. edukační jednotka: Možné komplikace stomie
4. edukační jednotka: Péče o stomii

Časový harmonogram edukace

1. edukační jednotka: 20. 1. 2017 od 10:00 do 10:25 (25 minut)
2. edukační jednotka: 20. 1. 2017 od 12:30 do 13:00 (30 minut)
3. edukační jednotka: 24. 1. 2017 od 12:30 do 13:00 (30 minut)
4. edukační jednotka: 25.–27. 1. 2017 od 09:00 do 09:30 (40 minut každý den)

4. FÁZE – REALIZACE

1. edukační jednotka

Téma edukace: Co je to stomie

Místo edukace: chirurgické oddělení (vyšetřovna)

Časový harmonogram: 20. 1. 2017 od 10:00 do 10:25 (25 minut)

Cíl:

Kognitivní – pacientka ví, co je to stomie a zná její význam.

Afektivní – pacientka má zájem o další informace týkající se stomie, snaží se brát situaci s klidem.

Behaviorální – pacientka je rozumná, vše respektuje a zdá se být se stavem smířená.

Chová se dle pravidel, která se od ní očekávají.

Forma: individuální.

Prostředí: nemocniční, nutno zajistit klid a intimitu.

Edukační metody: rozhovor, diskuze, ukázka, možnost zodpovězení otázek k danému tématu.

Edukační pomůcky: edukační leták, video.

Realizace 1. edukační jednotky

Motivační fáze: (5 minut) seznámení s pacientkou, vzájemné představení se, uklidnění atmosféry, snížení úzkosti z nového prostředí, vysvětlení důležitosti edukace.

Expoziční fáze: (15 minut)

Co je to stomie

Stomie je uměle vytvořené vyústění dutého orgánu před stěnu břišní nebo na ni. Mezi onemocnění vedoucí k vytvoření stomie patří maligní a některá benigní onemocnění trávicího a močového traktu, náhlé příhody břišní, poranění, dále úrazy, ale i komplikace při radioterapii mohou vést k založení dočasné nebo trvalé stomie.

Kolostomie

Jedná se o vyústění tlustého střeva před stěnu břišní nebo na ni. Před operací by mělo být tlusté střevo předkresleno operátorem nebo stomasestrou. Vhodně založená kolostomie má zvýšenou manžetu o 0,5–1 cm. Kolostomie má své výhody i nevýhody. Mezi jednu z největších výhod kolostomií patří zajištění odchodu stolice a u dočasných stomií, zklidnění a zhojení nemocného úseku střeva, kterým stolice díky stomii neprochází. Hlavní nevýhodou jsou estetické problémy. Na střevo, které bylo vyvedeno na povrch břicha, si musí člověk zvykat. Navíc u stomie chybí konečnickový svěrač, tudíž nelze ovládat odchod stolice, která bývá spíše řidší až polotekutá.

Fixační fáze: (3 minuty) zopakování důležitých informací, prostor pro dotazy.

Hodnotící fáze: (2 minuty) zhodnotíme zájem pacientky, zjišťujeme, zda získala základní informace, v neposlední řadě sledujeme, jak se zapojuje do edukace.

Kontrolní otázky:

Co je to stomie?

Co je to kolostomie?

Jaké jsou výhody a nevýhody kolostomie?

Zhodnocení edukační jednotky

Edukace proběhla zcela bez problémů, pacientka jevila zájem o získání co nejvíce informací o stomii. Na kontrolní otázky odpověděla zcela bez chyby. Čas edukace byl více než dostatečný, pacientka se jevila připraveně, o stomiiích neslyšela poprvé, jen některé informace a představy měla zkreslené.

2. edukační jednotka

Téma edukace: Předoperační příprava a pooperační péče

Místo edukace: vyšetřovna pacientů

Časový harmonogram: 20. 1. 2017 od 12:30 do 13:00 (30 minut)

Cíl:

Kognitivní – pacientka zná základní rozdělení předoperační přípravy, zná průběh pooperační péče.

Afektivní – pacientka se zajímá o nové informace, reaguje přiměřeně a udržuje pozornost, doptává se na další informace.

Behaviorální – pacientka správně odpovídá na kontrolní otázky.

Forma: individuální

Prostředí: nemocniční

Edukační metody: vysvětlování, rozhovor, diskuze, zodpovězení doplňujících otázek ze strany pacientky

Edukační pomůcky: vstupní test, video

Realizace 2. edukační jednotky

Motivační fáze: (5 minut) vytvoření příjemného prostředí, intimity a dostatečného času, navázání kontaktu s pacientkou, vysvětlit podstatu a průběh edukace, nutno vystupovat klidně a důvěřivě.

Expoziční fáze: (15 minut)

Předoperační příprava

Dlouhodobá předoperační příprava probíhá v nemocnicích, kde mají stomasestru. Pacient si může se stomasestrou domluvit schůzku již před plánovanou operací.

Je možnost, aby na schůzku se stomasestrou přišli i členové rodiny pacienta. Dlouhodobá předoperační příprava se týká psychické pohody pacienta a jeho rodiny.

Krátkodobá předoperační příprava je příprava, která trvá 24 hodin před samotným výkonem, prakticky však začíná příjmem pacienta na oddělení, ten s sebou nese výsledky předoperačního vyšetření. Lékař pacienta znovu o všem informuje a dá mu podepsat souhlas s hospitalizací. Po přijetí na standardní lůžkové oddělení je pacient seznámen s domácím řádem oddělení, dále s předoperační přípravou, pooperačním pobytem na JIP a celým průběhem hospitalizace.

Všeobecná předoperační příprava zahrnuje kontrolu anesteziologem, lačnění, antibiotickou profylaxi, nácvik pooperačního stavu, prevenci trom-embolických komplikací, celkovou osobní hygienu, antibiotickou profylaxi, přípravu operačního pole a další.

Speciální předoperační příprava spočívá ve vyznačení optimálního umístění stomie a v očištění střeva. Vyprázdnění střeva se většinou provádí popíjením osmoticko-koloidního solného roztoku např. Fortrans, který se popíjí ve dvou dávkách den před operací. Střevo musí být důkladně vyprázdněno, to znamená, že stolice je čirá, vodnatá, bez příměsí.

Bezprostřední předoperační příprava je příprava těsně před výkonem, jedná se o odstranění šperků, protéz, použití WC, užití premedikace a transportu na operační sál.

Pooperační péče se dělí na bezprostřední a následnou. **Bezprostřední péče** je taková péče, kdy je pacient po operačním výkonu převezen na JIP nebo ARO, zde jsou sledovány jeho životní funkce, dále je zajištěna parenterální, enterální nebo kombinovaná výživa, péče o invazivní vstupy – drény, centrální žilní katétr, permanentní močový katétr, nasogastrickou sondu, dále péče o ránu a bolest. Sestra edukátorka dochází za pacientem dle jeho stavu denně a provádí základní edukaci na lůžku. **Následná péče** je zaměřená na tlumení bolesti, eliminaci diskomfortu, prevenci pooperačních komplikací a na podporu navrácení zdravotního stavu pacienta na optimální úroveň. Intervence v rámci pooperační péče vyplývají z aktuálně zjištěných deficitů v oblasti potřeb. Cílem následné pooperační péče je naučit pacienta soběstačnosti při ošetřování stomie.

Fixační fáze: (5 minut) zopakování důležitých informací, možnost dalších dotazů a podání doplňujících informací.

Hodnotící fáze: (5 minut) posouzení, zda pacientka pochopila význam edukace, vznesení požadavku, aby pacientka zopakovala důležité informace. Pokládání kontrolních otázek.

Kontrolní otázky:

Jak se dělí předoperační příprava?

Jak dlouho trvá krátkodobá předoperační příprava?

Jak se dělí pooperační péče?

Zhodnocení edukační jednotky

Dle zodpovězených kontrolních otázek se zdá, že pacientka pochopila edukační jednotku. S ohledem na svůj věk a zdravotní stav byla schopna udržet pozornost. V mezičase se doptávala na další informace. Doba edukace byla dostačující.

3. edukační jednotka

Téma edukace: Možné komplikace stomie

Místo edukace: vyšetřovna

Časový harmonogram: 24. 1. 2017 od 12:30 do 13:00 (30 minut)

Cíl:

Kognitivní – pacientka má představu o možných komplikacích, které doprovázejí stomiky, je schopna je vyjmenovat a rozeznat způsoby jejich vzniku.

Afektivní – pacientka má zájem o nové informace, chápe nutnost této edukace, chce předcházet dalším problémům.

Behaviorální – pacientka je schopna předcházet komplikacím, má pozitivní přístup.

Forma: individuální

Prostředí: nemocniční

Edukační metody: vysvětlování, diskuze, rozhovor

Edukační pomůcky: edukační leták, video

Realizace 3. edukační jednotky

Motivační fáze: (5 minut) zajištění příjemného prostředí a klidu, vysvětlíme podstatu edukace.

Expoziční fáze: (15 minut)

Komplikace stomii

Po chirurgickém zákroku se mohou vyskytnout komplikace, které vytvářejí dyskomfort u klientů v pooperačním období. Například poškození kůže, jedná se o podráždění kůže v okolí stomie, způsobené buď mechanickým či chemickým drážděním, které vede k zánětu kůže. Jedna z nejdůležitějších prevencí je pravidelné navštěvování stomasestry. Další komplikací, poměrně častou je parastomální kýla, trpí jí asi 40% stomiků. Za tuto komplikaci může velký otvor v břišní stěně. Ke vzniku přispívá zvýšení nitrobřišního tlaku při nošení těžkých břemen. Jako prevence se doporučuje nošení podpůrného břišního pásu. Dále můžeme hovořit o prolapsu stomie, což znamená výhřez. Příčinou vzniku je též velký otvor ve stěně břišní a zvýšení nitrobřišního tlaku. Řešením, je buď repozice prolapsu, nebo operace. Další komplikací uváděnou v odborné literatuře je retrakcestomie – vtažené bezprostředního okolí peristomální oblasti pod úroveň kůže. Retrakce je patrná zejména vsedě či vestoje. Prevencí je vhodné zakreslení stomie před jejím vyšitím.

Dále do komplikací řadíme: píštěl, folikulitida, hypergranulace, dekubitus a alergická reakce na určitý typ pomůcek. S těmito i dalšími komplikacemi se pacient svěřuje jednak svému lékaři, ale i stomasestře.

Fixační fáze: (5 minut) ponechán prostor pro dotazy případně jejich odpovězení.

Hodnotící fáze: (5 minut) sledujeme výraz a reakce pacienta během edukace, kontrolními otázkami zjišťujeme orientaci.

Kontrolní otázky:

Vyjmenujte alespoň tři komplikace stomie.

Víte jak těmto komplikacím předcházet?

Jaká je nejčastější komplikace u stomiků?

Zhodnocení edukační jednotky

Pacientka odpověděla na kontrolní otázky s ohledem na svůj věk a zdravotní stav v uspokojivé míře, je dostatečně informována.

4. edukační jednotka

Téma edukace: Péče o stomii

Místo edukace: koupelna (stomický koutek)

Časový harmonogram: 25.–27. 1. 2017 od 09:00 do 09:30 (40 minut každý den)

Cíl:

Kognitivní – pacientka chápe důležitost péče o stomii, v praktickém nácviku uplatňuje vědomosti nabyté z předchozích edukací.

Afektivní – pacientka akceptuje tuto změnu ve svém životě.

Behaviorální – pacientka je schopna samostatně pečovat o stomii bez jakýchkoliv problémů.

Forma: individuální

Prostředí: nemocniční, vyšetřovna, koupelna (stomický koutek), dostatek času, intimity a prostoru

Edukační metody: rozhovor, diskuze, praktický nácvik, zodpovězení otázek pacienta

Edukační pomůcky: edukační leták, video, kompenzační pomůcky (stomický systém a pomůcky nezbytné k jeho výměně), zrcadlo

Realizace 4. edukační jednotky

Motivační fáze: (3 minuty) zajistíme klidné prostředí, dostatek prostoru a času, pacienta naladíme do dobré nálady, vedeme diskuzi, zeptáme se, jak se cítí.

Expoziční fáze: (25 minut)

Péče o stomii

Základem všech typů pomůcek je vrstva přilnavého materiálu, který nedráždí kůži, dobře lpí na suché, vlhké i mírně iritované pokožce. K dispozici jsou buď jednodílné, nebo dvoudílné systémy. Jednodílný systém je tvořen sáčkem s přilnavou plochou, který je nutno měnit po každém naplnění. Častěji užívané dvoudílné systémy se skládají z podložky, na jejíž jedné straně je přilnavá vrstva a na druhé je přírubový kroužek, na který nasazujeme vlastní kolostomický sáček – mění se jen naplněné sáčky (podložka zůstává několik dní). Sterilní stomické soupravy umožňují adekvátně pečovat o stomii a chrání kůži nemocného před poškozením. Veškerý běžný sortiment je hrazen zdravotními pojišťovnami a pro nemocné dobře dostupný. Pacient bez problémů zvládá běžné denní činnosti, včetně zaměstnání, ale i sportovní aktivity, včetně plavání.

Výměnu jednodílného stomického systému můžeme shrnout do pěti základních bodů:

1. Příprava – stomik překreslí na vystřihovatelnou šablonu lepící plochy sáčku tvaru stomie a vystřihne otvor.

2. Vyprázdnění a odstranění sáčku – vyprázdní obsah sáčku do toalety a odstraní použitý sáček. Jednou rukou napne kůži na břicho a druhou odstraní sáček.
3. Péče o pokožku – důkladně očistí a osuší stomii a její okolí, klade se důraz na úplně suchou pokožku.
4. Nalepení nového sáčku – po odstranění ochranné folie začne stomik nalepovat sáček od dolní poloviny těsně pod stomií.
5. Vyhození sáčku – pečlivě zavřený sáček vyhodí stomik do odpadkového koše.

Výměnu dvoudílného systému lze shrnout do čtyř bodů:

1. Příprava – stomik překreslí na vystřihovatelnou šablonu lepící plochy sáčku tvar stomie a vystřihne otvor.
2. Vyprázdnění a odstranění sáčku – stomik jednou rukou odstraní použitý sáček a druhou rukou opatrně odstraní podložku.
3. Aplikace podložky a sáčku – pacient vystřihne otvor v podložce, následně ji nahřeje, sejme krycí folii a přilepí podložku ke kůži. Následuje nasazení stomického sáčku k podložce, je třeba řádně zkontrolovat správné těsnění po celém obvodu.
4. Vyhození sáčku – pečlivě zavřený sáček vyhodí stomik do odpadkového koše.

Fixační fáze: (7 minut) zopakování základních informací, prostor pro diskuzi, popřípadě doplnění dalších informací.

Hodnotící fáze: (5 minut) zhodnocení celkového zájmu pacientky, zjištění informovanosti dle kontrolních otázek.

Kontrolní otázky:

Jaký je rozdíl mezi jednodílným a dvoudílným stomickým systémem?

Jaké aktivity je stomik chopen vykonávat?

Popište jednotlivé body výměny jednodílného a dvoudílného systému.

Ukažte výměnu obou stomických systémů.

Zhodnocení edukační jednotky

Pacientka edukaci porozuměla, tudíž stanovené cíle byly splněny. Pacientka se celou dobu edukace aktivně zapojovala. Jevila zájem o praktický nácvik. Vzhledem ke svému věku a zdravotnímu stavu působí samostatně a zručně. Na kontrolní otázky odpověděla bez chyby.

5. FÁZE – VYHODNOCENÍ

Ke zhodnocení, zda edukace proběhla úspěšně, nám pomohl výstupní test (Příloha D – Výstupní test pacienta s odpověďmi). Výstupní test byl složen z deseti otázek, stejně jako test vstupní. Vzhledem k zodpovězeným otázkám můžeme říci, že edukace byla pro pacientku více než přínosná. Pacientka pochopila význam stomie, zná průběh před a po operaci, zná možné komplikace, které mohou vzniknout v pooperačním období a umí pečovat o svou stomii. Kontrolní otázky kladené během edukace nám pomohly zjistit momentální informovanost.

Všechny edukační jednotky probíhaly ve vyšetřovně pacientů. Kromě praktického nácviku výměny stomického systému, ten probíhal v koupelně, kde je stomický koutek. Vyšetřovnu jako místo edukace jsme zvolili proto, že je zde kromě klidu také dostatek prostoru a času. Pacientka po celý čas edukace působila spokojeně, byla velmi ochotná se učit a zdokonalovat své vědomosti. Čas edukace jsme zvolili tak, aby vyhovoval pacientce i nám. Aktivně se zapojovala i pacientky rodina, která měla soukromé schůzky s edukátorkou. Stanovené kognitivní, afektivní a behaviorální edukační cíle byly naplněny.

11 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Při vypracování bakalářské práce jsme vycházeli nejen z praxe, ale především z nejrůznějších zdrojů odborné literatury. Teoretických údajů týkajících se stomií bylo dostatek, o edukaci pacienta jich bylo nalezeno méně. Také elektronické zdroje neposkytly ucelené informace. Bylo nutné vycházet z jednotlivých rad, zaměřujících se na konkrétní věc, jako například strava, denní režim, možnosti využití volného času nebo samotná péče o stomii. Proto jsme v bakalářské práci shromáždili jednotlivé informace, ze kterých jsme vypracovali doporučení sestávající z počátečních problémů stomiků, přes léčbu, péči a následné možnosti aktivního života se stomií. Doporučení jsme rozdělili do několika bodů, zvlášť pro všeobecné sestry a zvlášť pro stomiky a jejich rodiny.

Pro všeobecné sestry na chirurgických odděleních

1. Je třeba pohlížet na pacienta jako na bio-psycho-sociálně-spirituální jednotku s určitými potřebami.
2. Pacienta respektujeme i přes jeho případné negativní stránky.
3. Dbáme na poučení pacienta o léčebném režimu.
4. Poskytujeme informace s přihlédnutím k pacientovu zdravotnímu stavu a kompetenci sester.
5. Předáváme kontakty na stomasestry.

Pro pacienta a rodinu

1. Léčba vyžaduje i přes delší průběh dostatečnou trpělivost.
2. Efektivitu léčby si pacient zvýší dodržováním léčebného režimu.
3. Velký význam má spolupráce nemocného, rodiny, stomasestry i jiných odborníků.
4. Je třeba, aby rodina brala situaci takovou, jaká je a nezlehčovala ani nezveličovala ji.
5. Důležitá je podpora pacienta a ocenění pokroku.

ZÁVĚR

Cílem teoretické části práce bylo seznámit čtenáře s problematikou stomií. V první části bakalářské práce informujeme o možných příčinách vzniku stomie, předoperační a pooperační péči. Druhá část teoretické práce představuje pacienty a jejich život se stomií.

Cílem praktické části práce bylo sestavit edukaci pro pacienta se stomií. Ihned při zahájení spolupráce s klientkou jsme pomocí vstupního testu zjistili výraznou absenci znalostí o charakteristice stomie a možnosti jejího ošetřování. Na základě individuálního vyhodnocení byla pacientce doporučena vhodná strategie s pomocí vytvořeného edukačního letáku. Z výstupu vyplynulo, že se v rodině klientky stomie nikdy neobjevila a klientka měla o problematice zkreslené informace, které postupně s pomocí stomasestry ucelila.

Přes počáteční stres se pacientka snažila porozumět dané problematice, na základě vstupního testu ihned jevila zájem o schůzku se stomasestrou. Schůzek se účastnil manžel a občas dcera se synem. Iniciativa ze strany rodiny byla nadstandardní. Díky pooperačním návštěvám stomasestry pacientka postupně odbourávala stres. Manžel ji zaregistroval do spolku stomiků a tím jí dal možnost pohovořit si s lidmi se stejným problémem. Pacientka od začátku jevila zájem a snahu naučit se techniky péče o stomii.

Edukace pacienta bývá považována za významnou součást léčby. Pacient svým chováním může zvyšovat efektivitu léčby a to především dodržováním léčebného režimu a správným přístupem v péči o stomii. Na efektivitě léčby se podílí další psychické a fyzické faktory pacienta, jako například intelekt, věk, mobilita a další.

Bakalářskou práce obsahuje souhrnné informace o stomii, které vycházejí z odborné literatury i praxe a mohou představovat základní návod pro práci při edukaci pacientů a tvorbě jeho edukačního procesu. Součástí práce je edukační leták shrnující všechny základní informace. Je určen primárně pacientům s daným problémem, aby si mohli utřídit údaje.

Cíle, které byly v úvodu bakalářské práce stanoveny, byly splněny.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Knižní zdroje

ADAM, Zdeněk, Jiří VORLÍČEK, Jiří VANÍČEK a kolektiv, 2002. *Diagnostické a léčebné postupy u maligních chorob*. 1. vyd. Praha: Grada. 612s. ISBN 978-80-7169-792-3.

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

CHOLINSKÁ, Alena, 2008. Pozdní komplikace u stomií. *Diagnóza v ošetrovatelství*. IV.(3), 4-5. ISSN 1801-1349.

JIRÁSEK, Václav, Marie BRODANOVÁ a Zdeněk MAREČEK, 2002. *Gastroenterologie, hepatologie: Vnitřní lékařství*. Karolinum-Praha: Galén. ISBN 978-80-246-0389-6.

LINHARTOVÁ, Jana, 2012. Vzdělávání stomasestry. *Diagnóza v ošetrovatelství*. VIII.(6), 14. ISSN 1801-1349.

MAREČKOVÁ, Jana, 2006. Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách. Praha: Grada, Sestra (Grada). ISBN 80-247-1399-3.

MARKOVÁ, Marie, 2006. *Stomie gastrointestinálního a močového traktu*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-434-8.

MIKŠOVÁ, Zdeňka, Marie FRONKOVÁ a Marie ZAJÍČKOVÁ, 2005. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1443-1.

NAŇKA, Ondřej a Miloslava ELIŠKOVÁ, 2009. *Přehled anatomie*. Druhé doplněné vydání. Praha: Galén-Karolinum. ISBN 978-80-246-1717-6.

OTRADOVCOVÁ, Iva a Lucie KUBÁTOVÁ, 2006. *Komplexní péče o pacienta se stomií*. 1.vyd. Praha: Galén. 54s. ISBN 978-80-7262-432-6.

SCHNEIDEROVÁ, Michaela, 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada, Sestra. ISBN 978-80-247-4414-8.

SKALICKÁ, Hana, 2007. *Předoperační vyšetření: návody pro praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1079-2.

SKONCOVÁ, Gabriela, 2010. Bezproblémové ošetřování stomie. *Sestra*. 20(3), 58-60. ISSN 1210-0404.

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ. Interní ošetřovatelství I. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. ISBN 978-80-247-1148-5.

ŠVÁB, Jan, 2000. *Operace tlustého střeva*. Praha: Triton, Vím víc. ISBN 978-80-7254-122-6.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO, 2015. Velký lékařský slovník. 10. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-456-2.

VORLÍČEK, Jiří, Zdeněk ADAM a Yvona POSPÍŠILOVÁ, 2004. *Paliativní medicína*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-0279-7.

VYBÍHALOVÁ, Lenka, 2012. Výživa a pitný režim stomiků. *Sestra*. 22(6), 43-44. ISSN 1210-0404.

VYTEJČKOVÁ, Renata, 2013. *Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. 1.vyd. Praha: Grada, 272 s. ISBN 978-80-247-3420-0.

WICHSOVÁ, Jana, 2013. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada, Sestra. ISBN 978-80-247-3754-6.

ZACHOVÁ, Veronika, 2010. *Stomie*. 1.vyd. Praha: Grada, 232s. ISBN 978-802-4732-565.

Vysokoškolské práce

CHOMOVÁ, Sandra, 2015. *Ošetřovatelská péče o kolostomii z pohledu pacientů*. Bakalářská práce (Bc.). JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDEJOVICÍCH. Zdravotně sociální fakulta.

LUSTYKOVÁ, Eva, 2012. *Kvalita života stomiků před a po založení stomie*. Diplomová práce (Mgr.). UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI. Pedagogická fakulta.

Internetové odkazy

Biologická léčba: Crohnova nemoc. *Cilena-lecba.cz*. [online]. Praha: Meditorial, 2017. [cit. 2017-03-27]. Dostupné z: <http://www.cilena-lecba.cz/crohnova-nemoc>

Co je to stomie, typy stomií: Stomik. *Ilco.cz*. [online]. Praha, 2010. [cit. 2017-03-19]. Dostupné z: http://www.ilco.cz/cojestoma.php#co_je_stomik

Kolostomie. *Stefajir.cz*. [online]. Praha, 2011. [cit. 2017-03-19]. Dostupné z: <http://www.stefajir.cz/?q=kolostomie>

Lékařské slovníky: Velký lékařský slovník [online]. [cit. 2017-08-21]. Dostupné z: <http://lekarske.slovníky.cz>

O životě se stomií: Stomasestra v životě stomického pacienta. *Stomici.cz*. [online]. 2001. [cit. 2017-03-14]. Dostupné z: www.stomici.cz/clanky/stomasestra-v-zivote-stomickeho-pacienta

PAZDEROVÁ, Eva, 2009. *Komplexní péče o klienty se střevními derivačními stomiemi*. [online]. Vedoucí práce Michaela Schneiderová. [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/71944>.

Sestra: Ošetrovatelská péče o pacienta s kolostomií. *Zdravi.euro.cz*. [online]. Praha, 2013. [cit. 2017-03-24]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/osetrovatelska-pece-o-pacienta-s-kolostomii-470808>

Sestra: Historie a vývoj stomických pomůcek. *Zdravi.euro.cz*. [online]. České Budějovice, 2009. [cit. 2017-03-19]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/historie-a-vyvoj-stomicckych-pomucek-415932>

Stomické pomůcky nezbytné k péči o stomie. *Lepsipece.cz*. [online]. B.BraunMedical, 2017. [cit. 2017-03-22]. Dostupné z: www.lepsipecce.cz/stomie/stomicke-pomucky

Stomie a životospráva: Strava. *Lepsipece.cz*. [online]. B.BraunMedical, 2017. [cit. 2017-03-22]. Dostupné z: <http://lepsipecce.cz/stomie/stomie-zivotosprava/>

Ulcerózní kolitida. *Stefajir.cz*. [online]. Praha, 2011. [cit. 2017-03-18]. Dostupné z: <http://www.stefajir.cz/?q=ulcerozni-kolitida>

Vyhláška č. 424/2004 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. *Mzcr.cz*. [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2015. [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/informace-k-vyhlase-c-sb-kterou-se-stanovi-cinnosti-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku-ve-zneni-vyhlasky-c-sb_4763_3120_3.html

Zdravotnictví medicína: Letovice Care 2015. *Zdravi.euro.cz*. [online]. Praha, 2015. [cit. 2017-03-19]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/letovice-care-2015-479231>

Život se stmií: Fyzická aktivita. *Stomici.cz*. [online]. 2014. [cit. 2017-03-22]. Dostupné z: <http://www.stomici.cz/fyzicka-aktivita>

PŘÍLOHY

Příloha A – Žádost o povolení sběru dat pro účely bakalářské práce.....	I
Příloha B - Rešerše	II
Příloha C – Vstupní test pacienta s odpověďmi.....	III
Příloha D – Výstupní test pacienta s odpověďmi	IV
Příloha E – Informační leták.....	V
Příloha F – Obrázky.....	VI
Příloha G – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů.....	IX

Příloha A– Žádost o povolení sběru dat pro účely bakalářské práce

Oblastní nemocnice Kolín a.s.

Žižkova 146, 280 02 Kolín

K rukám hlavní sestře pí. Ireně Šandové

V Kolíně dne 10. 1. 2017

Věc: Žádost

Žádám o povolení provést sběr podkladů pro praktickou část mé bakalářské práce na chirurgickém oddělení Oblastní nemocnice Kolín a.s., práce se věnuje edukaci pacienta s kolostomií. Praktická část zahrnuje zhodnocení vědomostí pacienta o daném onemocnění, na jeho základě vytvoření edukačního plánu a vlastní realizaci edukace. Zavazuji se, že veškeré mnou získané poznatky zůstanou anonymní, že spolupráce pacienta bude dobrovolná. K dopisu přikládám charakteristiku práce a vstupní test pro ověření vědomostí pacienta.

S pozdravem a poděkováním

Kristýna Řihová – studentka Vysoké školy zdravotnické, o.p.s., obor všeobecná sestra

Zbyslav, Jiráskova 90, 286 01 Čáslav

e-mail: kristynarihova@centrum.cz

Vyjádření hlavní sestry Oblastní nemocnice Kolín a.s. pí. Ireny Šandové



Příloha B - Rešerše

EDUKACE PACIENTA S KOLOSTOMIÍ

Říhová Kristýna

Jazykové vymezení: čeština, němčina

Klíčová slova: edukace – Edukation, stomasestra - StomaKrankenschwester, stomie - Stoma

Časové vymezení: 2006 - 2016

Druhy dokumentů: knihy, články, abstrakta, popř. kapitoly knih či články ze sborníků

Počet záznamů: 474 (knihy: 34, články v časopisech: 197, abstrakta: 26, kapitoly v knize:

12, články v německém jazyce: 205)

Použitý citační styl: Harvardský, ČSN ISO 690-2:2011 (česká verze mezinárodních norem pro tvorbu citací tradičních a elektronických dokumentů)

Základní prameny:

- Katalog Medvik – LF. Hradec Králové
- Bibliographia medica Czechoslovaca (BMČ – články)
- Theses – databáze vysokoškolských kvalifikačních prací

Příloha C– Vstupní test pacienta s odpověďmi

Vstupní test

Prosím Vás, o vyplnění následujících deseti otázek, které mě budou informovat o tom, jaké jsou Vaše vědomosti o Vašem onemocnění. Vyplněný test bude sloužit jako podklad pro mou bakalářskou práci.

- | | |
|---|-----|
| 1. Víte, co je to stomie? | ANO |
| 2. Hledal/a jste si informace o stomii sama? | ANO |
| 3. Zdá se vám, že máte o stomii dostatečné informace? | NE |
| 4. Setkal/a jste se někdy se stomickou sestrou? | NE |
| 5. Setkal/a jste se někdy se stomií ve vaší rodině? | NE |
| 6. Víte, v čem spočívá předoperační příprava? | NE |
| 7. Víte, v čem spočívá pooperační péče? | NE |
| 8. Víte, jak správně pečovat o stomii? | NE |
| 9. Způsobuje vám vaše diagnóza stres? | ANO |
| 10. Jste kladně motivován/a k životu se stomií? | NE |

Předem děkuji za Váš čas.

Kristýna Říhová – studentka Vysoké školy zdravotnické, o.p.s., obor všeobecná sestra

Příloha D – Výstupní test pacienta s odpověďmi

Výstupní test

Prosím Vás o vyplnění následujících deseti otázek, které mě budou informovat o tom, jaké jsou Vaše vědomosti o Vašem onemocnění. Vyplněný test bude sloužit jako podklad pro mou bakalářskou práci.

- | | |
|---|-----|
| 1. Víte, co je to stomie? | ANO |
| 2. Hledal/a jste si informace o stomii sama? | ANO |
| 3. Zdá se vám, že máte o stomii dostatečné informace? | ANO |
| 4. Setkal/a jste se někdy se stomickou sestrou? | ANO |
| 5. Setkal/a jste se někdy se stomií ve vaší rodině? | NE |
| 6. Víte, v čem spočívá předoperační příprava? | ANO |
| 7. Víte, v čem spočívá pooperační péče? | ANO |
| 8. Víte, jak správně pečovat o stomii? | ANO |
| 9. Způsobuje vám vaše diagnóza stres? | NE |
| 10. Jste kladně motivován/a k životu se stomií? | ANO |

Předem děkuji za Váš čas.

Kristýna Říhová studentky Vysoké školy zdravotnické, o.p.s., obor všeobecná sestra



Kolostomie

Kolostomie - je souhrnné označení pro vývody tlustého střeva.
Může být vyvedena v různých částech střeva.

Pomůcky pro stomiky:

- Jednodílný systém
 - obsahuje sáček s lepicí plochou
- Dvoudílný systém
 - je složen z přilepovací podložky na tělo a výměnných sáčků
- Další pomůcky pro stomiky
 - sáčky – výpustné, uzavřené.Ze sáčků se vypouští pouze obsah, není třeba aby se měnily celé.
- Doplnkový sortiment
 - odstraňovače náplastí, ochranné filmy, čistící roztoky, roušky, destičky, pasty, krémy a zásypové pudry.Dále je nutno upozornit na irigační soupravy

Příčiny vyvedení stomie:

- Kolorektální karcinom
- Nespecifické střevní záněty (Crohnova choroba, ulcerózní kolitida)
- Familiární adenomatózní polypóza
- Vrozené vývojové vady trávicího traktu
- Traumata



Kolostomie (zdroj: <http://ose.zshk.cz/media/T5500.jpg>)



Dvoudílný systém (zdroj: vlastní)



Jednodílný systém (zdroj: vlastní)

Komplikace kolostomie:

- Prolaps stomie
- Retrakce stomie
- Poškození kůže
- Parastomální kýla
- Stenóza stomie

Leták je výstupem k bakalářské práci na téma Edukace pacienta s kolostomií.
Obhájení na Vysoké škole zdravotnické, o.p.s., Duškova 7, Praha, 2017. Autor: Kristýna Řihová

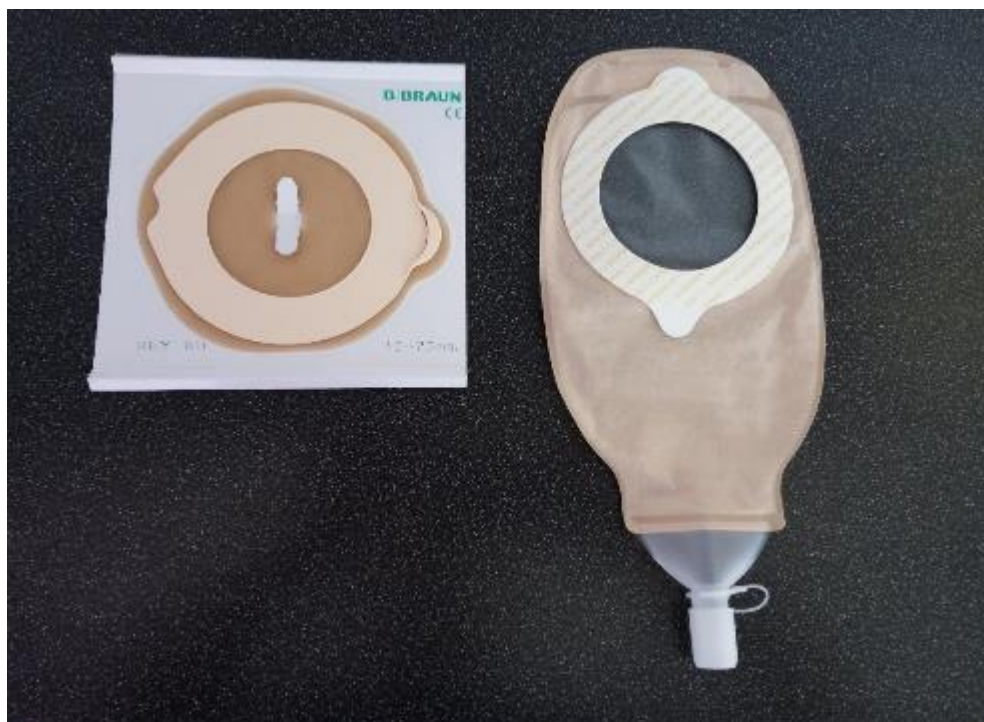
Zdroje:

CHOLINSKÁ, Alena, 2008. Pozdní komplikace u stomií. Diagnóza v ošetrovatelství. IV(3), 4 s. ISSN 1801 1349.

ZACHOVÁ, Veronika, 2010. Stomie. 1.vyd. Praha: Grada, 232s. ISBN 978-802-4732-565.

Stomické pomůcky nezbytné k péči o stomie. Lepspecz.cz. [online]. B.BraunMedical, 2017, [cit. 2017-03-22]. Dostupné z: www.lepspecz.cz/stomie/stomicke-pomucky

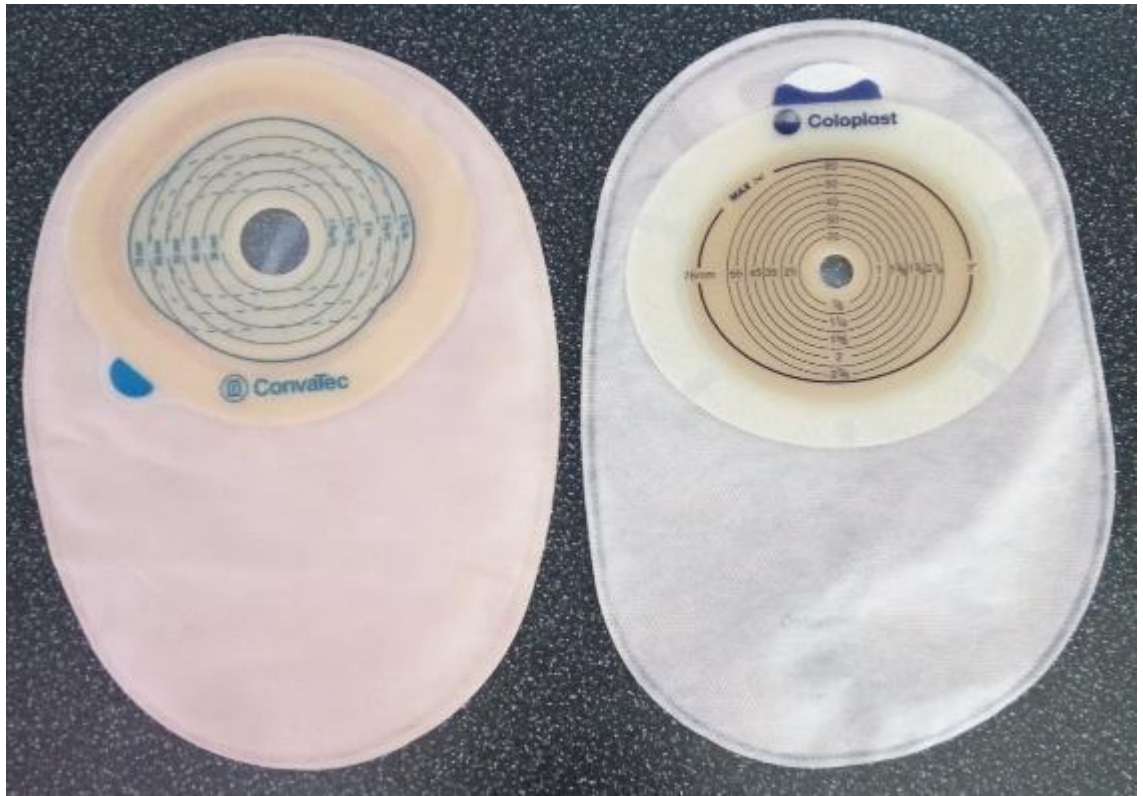
Příloha F – Obrázky



Obrázek 1 - Dvoudílný systém I (zdroj: vlastní)



Obrázek 2 - Dvoudílný systém II (zdroj: vlastní)



Obrázek 3 - Jednodílný systém (zdroj: vlastní)



Obrázek 4 - Kolostomie (zdroj: <http://ose.zshk.cz/media/F5500.jpg>)



Obrázek 5 - Prolaps stomie (zdroj: <http://img.mf.cz/398/725/2.jpg>)



Obrázek 6 - Retrakce stomie (zdroj: <http://img.mf.cz/324/240/2-427a.jpg>)

Příloha G– Čestné prohlášení studenta k získání podkladů

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem
v rámci odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Dušková 7, Praha 5 a se souhlasem dotčené osoby.

V Praze dne.....

.....

Jméno a příjmení studenta