

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

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE
O PACIENTA V DOMÁCÍ PÉČI S KOLOSTOMIÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

PETRA VAŠÍČKOVÁ

Praha 2018

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

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE
O PACIENTA V DOMÁCÍ PÉČI S KOLOSTOMIÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Petra Vašíčková

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Hana Plachá

Praha 2018



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

VAŠÍČKOVÁ Petra

3AVS

Schválení tématu bakalářské práce

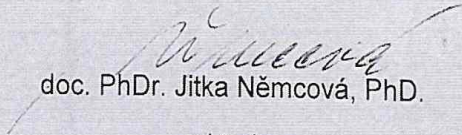
Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Komplexní ošetrovatlské péče o pacienta v domácí péči s kolostomií

Complex Nursing Care for Patients with Colostomy in Home Care

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Hana Plachá

V Praze dne 12. února 2018


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 21. 3. 2018

PODĚKOVÁNÍ

S velkou vděčností bych chtěla poděkovat Vážené paní doktorce PhDr. Haně Plaché za trpělivý přístup, cenné rady a vedení mé bakalářské práce. Ráda bych také poděkovala vedení firmy domácí péče Soukromá ošetrovatelská služba SOS, s.r.o. za umožnění spolupráce na mé bakalářské práci, a to díky kontaktu s pacientem s kolostomií a cenných rad a připomínek personálu.

ABSTRAKT

VAŠÍČKOVÁ Petra. Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta v domácí péči s kolostomií. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.).

Vedoucí práce: PhDr. Hana Plachá. Praha. 2018. 66 s.

Bakalářská práce je koncipována jako teoreticko – praktická. Teoretická část obsahuje historii a současnost stomií, rozdělení a péče o stomie, charakteristiku kolostomie, onemocnění a vyšetřovací metody, diagnostiku a léčbu tlustého střeva, komplikace kolostomií. V další kapitole jsou zpracovaná specifika ošetrovatelské péče o pacienta s kolostomií a kvalita života. Závěr teoretické části popisuje formu poskytování ošetrovatelské péče v rámci domácí péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta. Cílem teoretické části bylo shrnutí odborných poznatků o kolostomii a o možnostech jejího ošetřování a shrnutí informací o domácí péči a jejich výhodách.

Praktická část je zpracovaná metodou případové studie/kazuistiky, ošetrovatelská péče byla poskytována prostřednictvím ošetrovatelského procesu, s využitím měřících technik. Je zaměřena na komplexní ošetrovatelskou péči u pacienta s kolostomií v domácí péči. Cílem je detailní popsání kazuistiky v pěti fázích ošetrovatelského procesu u pacienta s kolostomií v domácí péči, pro záznam pro tento účel je použita obecná ošetrovatelská dokumentace. Dalším cílem je vytvoření edukačního letáku s možností využití v ošetrovatelské praxi pro pacienty s kolostomií. Výběr pacienta je zvolen na základě diagnózy a z důvodu vysokého věku.

Klíčová slova

Domácí péče. Kolostomie. Ošetrovatelská péče. Ošetrovatelský proces. Stomie.

ABSTRACT

VAŠÍČKOVÁ, Petra. Complex Nursing Care for Patients with Colostomy in Home Care. College of Nursing. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Hana Plachá. Prague. 2018. 66 pages.

The bachelor thesis is conceived as theoretical and practical. The theoretical part includes the history and the present of the stoma, the division and care of the stoma, colostomy characteristics, the diseases and the examination methods, the diagnosis and treatment of the colon and colostomy complications. In the next chapter, there are the specifics of the nursing care of patients with colostomy and the quality of life. The conclusion of the theoretical part describes the form of nursing care provision within home care in the patient's own social environment. The aim of the theoretical part was to summarize expert knowledge about colostomy and the possibilities of its treatment and to summarize the information on home care and its benefits.

The practical part is elaborated through the case study method, nursing care was provided through the nursing process, using measuring techniques. It focuses on complex nursing care of a patient with colostomy in home care. The aim was to provide a detailed description of the case study in five phases of the nursing process of a patient with colostomy in home care, general nursing documentation was used for this purpose. Another aim was to create an educational leaflet with the possibility of utilization in nursing practice for patients with colostomy. The patient was selected on the basis of diagnosis and because of high age.

Keywords

Colostomy. Home care. Nursing Care. Nursing process. Stoma.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD.....	11
TEORETICKÁ ČÁST.....	13
1 HISTORIE – SOUČASNOST STOMIE.....	14
1.1 HISTORIE PÉČE O STOMII.....	14
1.2 DRUHY STOMIÍ NA TRÁVICÍM TRAKTU	15
2 KOLOSTOMIE.....	18
2.1 ONEMOCNĚNÍ TLUSTÉHO STŘEVA	19
2.2 VYŠETŘOVACÍ METODY PŘI ONEMOCNĚNÍ TLUSTÉHO STŘEVA	22
2.3 KOMPLIKACE KOLOSTOMIE.....	24
2.4 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTA S KOLOSTOMIÍ A KVALITA ŽIVOTA	26
2.5 ZMĚNA A ÚPRAVA ŽIVOTNÍHO STYLU	27
2.6 STOMA SESTRA	29
2.7 KOLOSTOMICKE POMŮCKY A PÉČE O KOLOSTOMII	30
2.8 ORGANIZACE PACIENTŮ – STOMIKŮ	32
3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ.....	33
3.1 DOMÁCÍ PÉČE	34
PRAKTICKÁ ČÁST	36

4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S KOLOSTOMIÍ V DOMÁCÍ PÉČI.....	37
KOMPLEXNÍ ZHODNOCENÍ PÉČE.....	59
5 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	61
ZÁVĚR.....	64
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	66
PŘÍLOHY	

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Adhezivní plocha – pooperační plocha v dutině břišní, srůst, slepení

Ascendentostomie – vzestupná, stoupající stomie, stomie na vzestupném tračníku

Atrézie – vrozené zúžení či nevyvinutí tělních otvorů a trubicovitých orgánů

Cékostomie – stomie céka, chirurgické vyvedení slepého střeva ven z těla

Derivace stolice – odvedení stolice (při nemožnosti jejího přirozeného odchodu)

Descendentostomie – sestupná, klesající stomie, stomie ze sestupného tračníku

Divertikulóza, divertikulitis – mnohočetný výskyt divertiklů v určitém orgánu, často v tlustém střevě

Douglasův prostor – slepý prostor v malé pánvi ohraničený zepředu dělohou, zezadu konečníkem a vystlaný pobřišnicí, může do něj zatékat patologický obsah břišní dutiny

Megacolon congenitum – výrazné chorobné rozšíření tlustého střeva, vrozené při poruše nervových buněk ve stěně střeva s poruchou vyprazdňování, nebo získané v důsledku některých střevních chorob

Witzelův typ stomie – střevo je přitaženo ke stěně a derivace je zajištěna pomocí drénu, nebo katetru

(VOKURKA a kol., 2015).

ÚVOD

Téma bakalářské práce bylo zvoleno z důvodu jeho aktuálnosti a také zájmu autorky o danou problematiku. Jedná se o poskytování ošetrovatelské péče formou domácí péče a osobní zájem autorky o ošetřování pacienta s kolostomií. Okruh zájmu se týkal zjištění stavu informovanosti u pacienta s kolostomií, s cílem předat získané praktické dovednosti a teoretické znalosti během studia, které by mohly přispět ke zlepšení péče o pacienty s tímto onemocněním.

Onemocnění tlustého střeva je i v současnosti velmi skloňovaným pojmem nejen u nás, ale i po celém světě. Česká republika se nachází na předních místech, např. ve výskytu a úmrtnosti rakoviny tlustého střeva. Většina lidí si ani nepřipouští, že zrovna oni by mohli být ohroženi závažnou nemocí. Podceňují prevenci, preventivní prohlídky, rizikové faktory, ale i první příznaky, které se u nich objeví a zpočátku tomu nevěnují dostatečnou pozornost. Pokud se prevence nebo počáteční příznaky nepodchytí včas, může to mít nezvratné následky na zdraví a kvalitu života člověka. Základním krokem je vhodná a důsledná prevence, především primární prevence a dostatečná informovanost. V primární péči mnohdy chybí informační materiály zaměřené na prevenci, význam preventivních prohlídek, ale i takové, které by pomohly pacientům získat dostatek informací, které se týkají jejich onemocnění a péče s tím spojené.

Významnou roli v systému zdravotní péče hraje poskytování ošetrovatelské péče formou domácí péče, při které je péče poskytována ve vlastním sociálním prostředí pacienta, což působí velice pozitivně na psychickou i fyzickou stránku při procesu uzdravování. Domácí péče je od roku 1990 nedílnou součástí moderního systému zdravotní i sociální péče v České republice. Vývoj domácí péče v České republice zaznamenal úspěchy díky svému důrazu na lidskost, kvalitu a efektivitu péče.

Tato forma ošetrovatelské péče je poskytována pacientům všech věkových kategorií, od novorozenců až po seniory, pacientům s různými typy akutních i chronických onemocnění, se stavy po úrazech, operacích, s handicapem. Součástí je přirozeně také prevence a edukace klienta i jeho rodinných příslušníků (KALVACH a kol., 2011).

Domácí péče respektuje v plném rozsahu integritu pacienta s jeho vlastním sociálním prostředím i individuální vnímání kvality života. Proto je každý posuzován z bio – psycho – sociálního hlediska a při poskytování domácí péče je vždy aplikován holistický přístup. Je známo, a obecně se ví, že psychická pohoda člověka, která je v domácí péči bezprostředně ovlivněna příznivým vlivem domácího prostředí a přítomností bytostí blízkých, má přímý pozitivní vliv na stav imunitního (obrného) systému člověka a hraje nezastupitelnou úlohu v procesu uzdravování, nebo zmírnění negativního vlivu doprovodných psychických symptomů téměř u všech forem onemocnění. Role rodiny a blízkých je v procesu poskytování domácí péče velice důležitá. V rámci domácí péče jsou pacienti, rodina i jeho blízcí řádnými členy týmu se společným cílem, kterým je zlepšení kvality života pacienta, a tím i jeho rodiny. I toto je nezastupitelné pozitivum v systému domácí péče (KALVACH a kol., 2011).

Pro všeobecnou sestru, při poskytování ošetrovatelské péče, je velmi důležité, aby měla dostatečné znalosti o jednotlivých onemocněních a mohla je využít při výkonu svého povolání a pro edukační činnost u pacientů a jeho rodiny. Znalost problematiky je důležitá jak v nemocniční, tak v domácí péči, kde sestry pracují více samostatně. Ve většině případů se jedná o pacienty vyššího věku, kteří potřebují dlouhodobou ošetrovatelskou domácí péči.

TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část bakalářské práce čerpá z odborné ošetrovatelské literatury. Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1:

Shrnutí odborných poznatků o kolostomii a o možnostech jejího ošetřování.

Cíl 2:

Shrnutí informací o domácí péči a jejích výhodách.

1 HISTORIE – SOUČASNOST STOMIE

Stomie neboli vyústění dutého orgánu na povrch těla se provádí většinou na střevě, ale možná je i u dalších orgánů. Termín je odvozen od řeckého stoma, stomatos a znamená ústa, otvor, ústí (JANÍKOVÁ a kol., 2013, s. 176).

Medicína a její dějiny nepřináší příliš informací o stomicích. Až do 20. století nebylo o léčení použitím stomií téměř zmínky, natož pak o jejím ošetřování. Zásadním problémem u chirurgických operací byla bolest a nemožnost jí tlumit. V různých koutech světa se v dávné minulosti používaly různé praktiky k tišení bolestí např. v Řecku rostlinný lék Nepenthe, téhož času nazýván jako „lék zapomnění“. V Číně se zase používal přípravek obsahující konopí a nebyla ani výjimkou mandragora, mák a konopí v Hippokratově době. Stále však chyběly vědomosti o anestezii jako takové a operace byly velmi náročné a riskantní pro obě strany. Úplně první zmínka o stomii byla zaznamenána v období 350 př. n. l., kdy Praxagoras z Kósu upravil střevní vývod při poranění břicha. Podrobnosti o tomto výkonu nejsou známé. Český chirurg Karel Maydl v roce 1888 poprvé provedl dvouhlavňovou sigmoideostomie, která se provádí dodnes stejným způsobem.

Chirurgické techniky se za poslední desetiletí stále zdokonalují, a to zejména díky novému technickému vybavení operačních sálů, novým chirurgickým nástrojům a přístrojům, a hlavně možnostem dnešní anestezie (ZACHOVÁ a kol., 2010).

1.1 HISTORIE PÉČE O STOMII

V minulých desetiletích bylo téma stomií i přes neustávající pokrok tabuizováno. Mlčení a ostych vedlo dlouhodobě k nedostatečné informovanosti veřejnosti o problematice života stomiků (ZACHOVÁ a kol., 2010, s. 14).

Neznalosti se podílely na tvorbě mylných předsudků o tom, že stomici už nikdy nemohou vést aktivní a plnohodnotný život. Stomici se velmi často izolovali od společnosti hlavně kvůli zápachu, kterého se nemohli zbavit, z důvodu omezeného sortimentu stomických pomůcek (ZACHOVÁ a kol., 2010).

Péče o stomie znamenala tedy obrovský problém jak medicínský, tak společenský.

Mnoho starších sester ještě pamatuje doby, kdy bylo ošetřování stomie velmi omezené. Vůbec první ošetřování střeva vyvedeného na povrch těla spočívalo jen v překrytí vrstvou buničité vaty, případně plátěnou rouškou (ZACHOVÁ a kol., 2010).

Teprve v 60. letech se v Československu začaly objevovat první stomické pomůcky. Základem byly různé igelitové sáčky, které bylo zapotřebí upevnit kolem stomie pomocí pásku, tzv. Jánošíkův pás. Tento pás se podkládal mulovým čtvercem, který byl vystřižený podle velikosti vývodu. Takovéto systémy byly však stále velmi nespolehlivé, nepřiléhaly ke kůži kolem stomie, obtékaly a docházelo k úniku střevního obsahu a propouštění zápachu. Velkou změnou v ošetřování stomií znamenaly nalepovací sáčky. Nejčastěji používaný sáček měl čtvercovou lepicí plochu a v té se vystříhl podle šablony otvor kopírující tvar stomie. Častým odstraňováním lepicího sáčku se rychle devastovala kůže v okolí stomie, k čištění kůže od zbytků lepidla se používal benzin. Ne všichni stomici tak nemohli lepicí sáčky používat (ZACHOVÁ a kol., 2010).

1.2 DRUHY STOMIÍ NA TRÁVICÍM TRAKTU

Stomie můžeme dělit podle časového trvání na **trvalé** a **dočasné**. Trvalé stomie jsou založeny tehdy, pokud nebude možné do budoucna obnovit přirozenou cestu odchodu stolice. Dočasné stomie bývají vytvořené na dobu, kterou stěna orgánové soustavy potřebuje na obnovení své funkčnosti. Ovšem i dočasná stomie se může stát stomií trvalou, pokud stomik již nechce podstupovat žádnou další operaci nezbytnou k obnově kontinuity střeva (ZACHOVÁ a kol., 2010).

Další dělení stomií je podle jejich účelu. Ty dělíme na **výživné** a **derivační**. Výživné stomie se zakládají na horní části zaživačích ústrojí (gastrostomie, jejunostomie) a slouží především k zajištění přísunu speciálně upravené stravy do zaživačích systémů. Derivační stomie slouží k odvodu střevního obsahu do snímatelného sběrného systému. Děje se tak při nemožnosti přirozeného vyprazdňování (ZACHOVÁ a kol., 2010).

*Další rozdělení je podle operační konstrukce stomie. Pomocí drénu zavedeného do střeva lze konstruovat nástěnnou stomii tzv. Witzelova typu. Dále rozlišujeme **koncovou, jednohlavňovou stomii, nazývanou se terminální.***

Dvouhlabňovou (axiální, kličkovou) stomii tvoří zase klička střeva, protažená břišní stěnou a po otevření přední části střeva má stomie dva otvory. Jde o přívodný – proximální a odvodný – distální otvor (ZACHOVÁ a kol., 2010, s. 31).

Stomie může být vytvořena i vyvedením dvou terminálních konců odlišných úseků střeva vedle sebe tak, že je možnost obě hlavy zaopatřit pouze jednou stomickou pomůckou. Stolici tedy derivuje pouze jeden z terminálních vývodů střeva. Pokud je odvodná část střeva vyvedena vzdáleněji od přívodné části, často se hovoří o tzv. mukózní píštěli (ZACHOVÁ a kol., 2010, s. 31).

Střevo, tedy i sliznice, která tvoří vývod, nemá sensitivní nervová zakončení, takže stomie při dotyku nebolí (DRLÍKOVÁ a kol., 2016, s. 15).

ILEOSTOMIE

Obecně se ileostomií označuje vývod tenkého střeva břišní stěnou a sběr odváděného obsahu do stomického systému. Můžeme rozlišovat vývod z první části tenkého střeva – duodenostomií, z úseku jejuny – jejunostomií.

Tyto vývody mohou posloužit také jako výživové vstupy, i když častěji se používají při vážném onemocnění jako stomie derivační. Ileostomie mohou být také dočasné anebo trvalé (ZACHOVÁ a kol., 2010).

KOLOSTOMIE

Jde o souhrnné označení vývodu na tlustém střevě. Podle lokalizace jí dělíme na **cékostomii**, tj. vývod v oblasti céka, tedy na přechodu mezi tenkým a tlustým střevem, **ascendentostomií**, tj. vývod v úseku vzestupného tračníku a **transverzostomií**, vývod v úseku příčného tračníku. V distálních partiích tlustého střeva se vyvádí **descendentostomie**, tj. úsek sestupného tračníku. Dále **sigmoideostomie**, kdy je stomie vyvedená v místě esovité kličky na levé polovině břišní stěny. Kolostomie se ve většině případů vyšívá tak, že vystupuje pouze v úrovni kůže a střevní obsah, který se vyvádí, je většinou tužší. Konzistenci ovlivňuje také složení stravy, množství a druh přijímaných tekutin. Ovlivňuje jí také užívání některých léků (ZACHOVÁ a kol., 2010).

Je třeba uvědomit si, že založení kolostomie při urgentní operaci je potenciálně problematické. Běžným problémem je retrakce střeva směrem zpět do břicha, vzhledem k nedostatečnému uvolnění střeva (SCHEIN et al., 2011, s. 205).

DALŠÍ TYPY STOMIÍ

Stomie se mohou zakládat i na močovém systému, mohou zajišťovat odvod moči z různých úrovní močových cest. Pod tento termín zahrnujeme i odvod moči z jednotlivých oddílů močových cest pomocí katétrů. **Nefrostomie** zajišťuje derivaci moči horních močových cestách z ledvinné pánvičky. **Epicystostomie** nebo urostomie je přímá derivace z moči z močového měchýře (ZACHOVÁ a kol., 2010).

O derivaci moče hovoříme vždy, když je moč odváděna z těla jinými než přirozenými cestami (DRLÍKOVÁ a kol., 2016, s. 18).

Tracheotomie označuje chirurgické vytvoření otvoru v průdušnici (trachei), cílem je zprůchodnění dýchacích cest, průchodnost je zajištěna tracheostomickou kanylou. (SCHUMPELICK, 2013).

Ezofagostomie je vyústěním jícnu, indikací je neprůchodnost jícnu vrozená anebo získaná. Dalším druhem stomie je gastrostomie. Je to chirurgické vyústění žaludku skrze břišní stěnu, indikuje se při neprůchodnosti jícnu a patří mezi stomie výživné (ZACHOVÁ a kol., 2010).

2 KOLOSTOMIE

V odborné literatuře můžeme nalézt různé definice pojmu kolostomie.

Kolostomie představuje vyvedení střeva stěnou břišní navenek. Nejčastější příčinou bývá nádorové onemocnění střev a konečníku nebo nespecifické střevní záněty (např. Crohnova choroba). V souvislosti s kolostomií se můžeme setkat také u onemocnění divertikulózou nebo při poškození střev úrazem. (ŠAMÁNKOVÁ a kol., 2006).

Kolostomie je u pacientů nejčastěji provedena na tlustém střevě, a to z důvodu nádorového onemocnění. Česká republika je dlouhodobě na prvním místě ve výskytu rakoviny tlustého střeva v Evropě. To je velmi zneklidňující informace. Důvodem by mohla být, mimo jiné, např. kvalita potravin v České republice, životní styl a stravovací návyky Čechů. V posledních letech se situace zlepšuje, lidé se totiž začínají zajímat více o zdravý životní styl, je kladen větší důraz na prevenci a eliminaci rizikových faktorů, jako je nedostatek pohybu, kouření, pití alkoholu, konzumace nevhodných potravin apod. Jde však zatím pouze o malé procento populace (ZACHOVÁ a kol., 2010).

*Stomie v průběhu tlustého střeva (kolostomie) dělíme dle lokalizace na cékostomii, tj. umístění stomie v oblasti céka (slepé střevo). Dnes se vytváří ojediněle v případě paralytického ileu (neprůchodnosti střeva) jako prevence spontánní perforace (proděravění střeva). Cékostomii lze vytvořit pomocí drénu nebo Foleyova katétru, přední stěna je přišita k peritoneu a drén je vyveden břišní stěnou. Po jeho vyjmutí zpravidla cékostomie spontánně zanikne. Střevo může být rovněž přišito přední stěnou ke kůži. Dále pak známe **ascendentostomii**, vývod v úseku vzestupného tračníku, **transverzostomii**, tj. vyústění stomie v průběhu příčného tračníku (střední umbilikální krajina). V distálních partiích tlustého střeva se vyvádí **descendentostomie** (úsek sestupného tračníku) a **sigmoideostomie**, kdy je stoma vyvedeno v místě esovité kličky na levé polovině břišní stěny (ta se provádí nejčastěji). **Kolostomie** se vyšívá většinou tak, že vystupuje pouze v úrovni kůže. Střevní obsah, který se odvádí, je většinou tužší. Čím blíže je stomie ke konci střeva (čím distálněji je lokalizována), tím je odpad kompaktnější. Konzistenci ovlivňuje také složení stravy, množství a druh přijímaných tekutin. Mimo jiné i užívání některých léků (ZACHOVÁ a kol., 2010, s. 33–35).*

Kolostomie je vyústění tlustého střeva na stěně břišní, nejčastěji se zakládá v levém podbřišku, výjimečně v podžebří na příčném tračníku. Stolice je formovaná a méně agresivní, odchází nepravidelně 1 – 3krát denně (SLEZÁKOVÁ a kol., 2010, s. 43).

Indikace k založení kolostomie je nejčastěji z důvodu karcinomu. Jde o radikální nebo paliativní typ operace. Dále se zakládá také při komplikovaných zánětech střeva (Crohnova choroba, ulcerózní kolitida aj.), kdy je vyšití dočasné stomie součástí léčby (JANÍKOVÁ a kol., 2013).

2.1 ONEMOCNĚNÍ TLUSTÉHO STŘEVA

Úkolem tlustého střeva je především resorpce vody a posouvání zbytků nestrávené potravy s následným formováním stolice k análnímu otvoru (HRABOVSKÝ a kol., 2006, s. 248).

Pokud dojde k poškození, zánětu nebo nádorovému onemocnění, může být porucha průchodnosti střeva prvním klinickým příznakem (HRABOVSKÝ a kol., 2006).

VROZENÉ VADY

Megacolon congenitum

Toto onemocnění se může vyskytovat u novorozenců jako tzv. atrézie konečného úseku tlustého střeva, která vyžaduje brzy po narození operační výkon. Právě kvůli nevyvinutým nervovým pletením ve stěně tračníku dochází k funkční poruše průchodnosti jeho obsahu. Peristaltické vlny nepostupují a tlusté střevo se nad touto funkční přepážkou roztáhne. Tímto aktem vznikne megacolon congenitum. U novorozenců se projeví poruchou odchodu smolky, u větších dětí úpornou zácpou. Diagnóza se stanoví rentgenovým vyšetřením s kontrastní látkou. Léčbou je operace, při které se porušený úsek střeva odstraní (HRABOVSKÝ a kol., 2006).

Divertikulóza tlustého střeva

Tlusté střevo má výčlipky (divertikly), které mohou být vrozené, nebo získané. Nejhlavnějším místem jejich výskytu bývá sestupný tračník a esovitá klička. Divertikly samy o sobě nepůsobí potíže, ale mohou se komplikovat zánětem, který může vést výjimečně až k perforaci tlustého střeva nebo ke krvácení. Udává se také jejich souvislost se vznikem rakoviny.

Divertikly jsou jen náhodným nálezem při rentgenovém vyšetření zažívacího traktu kontrastní. Chirurgická léčba přichází v úvahu až při zánětu (divertikulitis), případně po perforaci divertiklu se může vyvinout obraz peritonitidy. V takovém případě je operace nevyhnutelná a nutná (HRABOVSKÝ a kol., 2006).

ZÁNĚTY

Colitis ulcerosa

Toto onemocnění může postihnout zánětlivými změnami a vředy celé tlusté střevo. Nejvíce frekventovaným místem vzniku je konečný úsek střeva a odkud se rozšíří na další části tlustého střeva. Tenké střevo nepostihuje. Zánětlivé změny nemají úplně jasnou příčinu a hlavními příznaky jsou úporné průjmy s hlenem a krví. Diagnózu lze určit rentgenovým vyšetřením (irrigografie) a koloskopií, pokud ji lze z důvodu zánětu provést. Při koloskopii je možné odebrat vzorek sliznice střeva a stanovit histologickou klasifikaci. Léčba je velmi náročná, a to zejména u chronických forem onemocnění. Většinou se objevují remise, tj. opakované vrácení se obtíží před vyléčením. Při opakovaném léčení se podávají sulfonamidy, ATB, kortikoidy a je nutné dietní opatření. Přibližně 20 % stavů je indikováno k chirurgické léčbě, při níž se někdy provede dočasná ileostomie, nebo totální kolektomie. Pacient pak musí dodržovat přísnou dietu, trpí častými stolicemi (HRABOVSKÝ a kol., 2006).

Ulcerózní kolitida je chorobou omezenou pouze na sliznici tračníku. Z nemocných trpících ulcerózní kolitidou dospěje nakonec k nutnosti operace asi jedna třetina, zatímco nemocní s Crohnovou chorobou téměř všichni podstoupí v průběhu života jednu nebo více operací (SCHEIN et al., 2011, s. 191).

Crohnova nemoc (Ileitis terminalis)

Tento zánětlivý proces postihuje především tenké střevo, ale může postihnout i tlusté střevo, a to buď samostatně, nebo současně se zánětem tenkého střeva. Zánět na tlustém střevě může způsobit stenózy nebo deformace, které mohou vyústit v ileózní stav. Ileózní stav u pacienta jako náhlá příhoda břišní vyžaduje akutní operaci se založením dočasné stomie. Zánětlivými procesy se mohou tvořit také infiltráty a píštěle, které mohou vytvořit patologickou komunikaci s okolními orgány (např. s močovým měchýřem). Konzervativní léčba je spíše symptomatická. Polovina pacientů je indikována k chirurgické léčbě – resekci postiženého úseku střeva (HRABOVSKÝ a kol., 2006).

Crohnova choroba postihuje všechny vrstvy střevní stěny a může se objevit kdekoliv v celé délce zažívací trubice (SCHEIN et al., 2011, s. 191).

NÁDORY

Benigní nádor

Nádory benigního původu se na tlustém střevě nacházejí vzácně, nejvíce bývá polypů. Častější jsou to stopkaté nebo nasedající útvary, které se mohou vyskytovat izolovaně, nebo ve větším množství ve formě polypózy. Během života většinou nepůsobí obtíže, ale mohou se zjistit, když začnou krváčet. Poznají se nálezem čerstvé krve odcházející z konečníku, nebo, je-li polyp větší, může způsobit poruchu pasáže ve smyslu neprůchodnosti či zácpy. Některé polypy se mohou během svého růstu maligně zvrhnout. Zejména proto je jejich diagnostika a léčba nutná. Některé polypy se mohou odstraňovat endoskopicky, pokud jsou v dosahu endoskopu (HRABOVSKÝ a kol., 2006).

Polypy tlustého střeva a konečníku se mohou nacházet samostatně anebo rozptýleně. Zvýšenou pozornost je jim třeba věnovat, aby se maligně nezvrátily (JANÍKOVÁ a kol, 2013).

Maligní nádory tlustého střeva

Karcinomy jsou hlavními představiteli maligních nádorů tlustého střeva a vyskytující se v celém jeho úseku (HRABOVSKÝ a kol., 2006, s. 250).

Ve většině případů je nejčastějším místem výskytu karcinomu tlustého střeva sestupná část tračníku, esovitá klička a rektum. Nejčastější příčinou návštěvy u lékaře je odchod krve z konečníku, většinou při stolici (HRABOVSKÝ a kol., 2006).

Diagnóza se stanoví někdy již při vyšetření per rectum, kdy do vzdálenosti 8-10 cm může být nádor hmatný. Dále se nemocnému provádí rektoskopie, případně sigmoideostomie či coloskopie optickými vyšetřovacími přístroji. Přitom je možno odebrat vzorek tkáně k histologickému vyšetření. Tato vyšetření se doplní irrigografií – RTG vyšetřením pomocí kontrastní látky, vpravené do konečníku, případně metodou dvojího kontrastu (se vzduchem). (HRABOVSKÝ a kol., 2006. s. 250).

U dospělých zakládáme stomie na střevě nejčastěji z důvodu nádorového onemocnění střeva, nejčastěji kvůli kolorektálnímu karcinomu (SLEZÁKOVÁ a kol., 2010).

V diagnostice karcinomu tlustého střeva hraje důležitou roli anamnéza pacienta, vyšetření stolice na okultní krvácení, vyšetření per rectum, kolonoskopie a rektoskopie. U žen může být ještě doplněno gynekologické vyšetření per vaginam (JANÍKOVÁ a kol., 2013).

Chirurgická léčba je indikována i při výskytu metastáz, radikálnost operace záleží na umístění a rozsahu nádoru, operace může být redukována jen na paliativní výkon. Záleží na rozhodnutí chirurga po otevření a revizi dutiny břišní. Vždy je snahou provést co možná nejradiálnější výkon s odstraněním nádoru a se založením kolostomie trvalé nebo dočasné. Prognóza a úspěch chirurgické léčby záleží na věku pacienta, včasnosti a radikalitě výkonu a na celkovém stavu pacienta. Asi polovina nemocných po radikálním odstranění nádoru přežívá dalších 5 let (HRABOVSKÝ a kol., 2006).

Nemocný bývá se vším seznámen už před operací. Podle operačního nálezu volí operatér druh výkonu na tlustém střevě a podle něho zvolí umístění a typ vývodu tlustého střeva skrze stěnu dutiny břišní. Podle umístění kolostomie dochází u pacientům ke změnám ve vyprazdňování stolice a k volbě stomických pomůcek. Vždy je nutná úprava denního režimu a stravovacích návyků. V prvních dnech je důležité aseptické ošetřování operační rány a kolostomie, aby se rána dobře zahojila a nevznikly zánětlivé komplikace.

Po zhojení kolostomie se pacient s pomocí sestry učí přikládat kolostomické pomůcky, vyprazdňovat a vyměňovat sáčky a zvyká si na režim stomika. U některých pacientů (většinou při ileózních stavech nebo po úrazech) se kolostomie zakládá jen na přechodnou dobu, po které se ve druhé fázi operačně střevo opět spojí a zasune zpět do dutiny břišní (HRABOVSKÝ a kol., 2006).

2.2 VYŠETŘOVACÍ METODY PŘI ONEMOCNĚNÍ TLUSTÉHO STŘEVA

Nejjednodušším vyšetřením je vyšetření **per rectum**. Toto vyšetření je možné provést bez dalších náročnějších vyšetřovacích pomůcek. Při této technice může být objeven nádor, především v konečníku a v terminální oblasti rekta. Mohou se také lépe specifikovat neurčité potíže, které mohou být prvotními příznaky nádoru. Při těchto vyšetřeních se účastní sestra, aby lékaři asistovala.

Při vyšetření per rectum má lékař na ruku rukavice a na ukazováku má gel, nebo vazelínu, poté lehce proniká ukazovákem do řitního otvoru a prohmatává jeho stěny a konečný úsek rekta. Nádory, které jsou do vzdálenosti 8-10 cm, může nahmatat. Lékař si také může všimnout nepravidelností v kontuře stěn rekta (vyklenutí Douglasova prostoru, případně jeho bolestivosti). Zdravotní sestra připraví k tomuto vyšetření rukavice, gel, nebo vazelínu, ručník a mýdlo. Nesmí také chybět buničitá vata na otření konečníku po vyšetření (HRABOVSKÝ a kol., 2006).

Dalším šetrným vyšetřením je **aspekce**. Nemocný pacient je vyšetřován v poloze kolenoprsní, oblast konečníku je obrácena ke světelnému zdroji. Lékař prohlíží okolí análního otvoru, pomáhá si roztažením hýždí a případně vyzve nemocného k mírnému zatlačení. Celé vyšetření probíhá v rukavicích, lze zjistit hemoroidální uzly, fissury a ojediněle i nádory (HRABOVSKÝ a kol., 2006).

***Rektoskopie a sigmoideoskopie** je vyšetření distálního úseku střeva v rozsahu 25-30 cm (rekta i sigmoidea) pomocí tubusu s optikou. Nemocný musí být před vyšetřením vyprázdněn a připraven (HRABOVSKÝ a kol., 2006, s. 252).*

Před vyšetřením musí být pacient dobře vyprázdněn. Lékař vyšetřuje nemocného pacienta v kleče, opírajíc se o lokty a o vyšetřovací stůl.

Vyšetření se provádí rektoskopem, jehož zavádějící konec natře lehkou vrstvou vazelíny nebo gelem a vyzve nemocného, aby zatlačil. Při tomto úkonu vsouvá opatrně tubus rektoskopu do konečníku a prohlíží při zavedené optice a světelném zdroji stěnu rekta. Při zasouvání rektoskopu přes 10-15 cm do konečníku si lékař pomáhá nafukováním tlustého střeva balónkem. Podle nálezu lze odebírat vzorky tkáně k histologickému vyšetření. Stěnu střeva lékař prohlíží nejen při vsouvání, ale i při vysouvání rektoskopu (HRABOVSKÝ a kol., 2006).

Irigoskopie je kontrastní rentgenové vyšetření tlustého střeva. Při tomto vyšetření se konečníkem pomocí nálevu vpravuje kontrastní látka. Před tímto vyšetřením musí být tlusté střevo řádně vyprázdněno. Zvykem bývá, že irigoskopické vyšetření následuje po rektoskopickém, případně koloskopickém vyšetření. Záleží na změně reliéfu sliznice tlustého střeva a podle případného defektu v kontrastní náplni posuzuje rentgenolog patologický proces. Při vyšetření se také využívá dvojího kontrastu, kdy se do tlustého střeva insuluje konečníkem vzduch, a to pomůže upřesnit diagnózu (HRABOVSKÝ a kol., 2006).

Koloskopie je endoskopické vyšetření tlustého střeva, při kterém pomocí flexibilního tubusu s optikou, zavedeného konečníkem, prohlíží lékař za asistence zdravotní sestry, vyprázdňené tlusté střevo. Pomocí jemných klíštěk lze také odebrat tkáň k histologickému vyšetření (biopsie). K vyšetření musí být pacient připraven a hlavně vyprázdněn. Toto vyšetření se dnes stává již nejvíce běžným (HRABOVSKÝ a kol., 2006).

O taktice léčebného postupu může rozhodnout CT vyšetření, posouzením stavu uzlin, prorůstání tumoru do okolních orgánů, metastatický proces v játrech a ostatních orgánech. Důležitá je také histologická klasifikace z biopsie a zejména pak diference nádorového procesu (HRABOVSKÝ a kol., 2006).

2.3 KOMPLIKACE KOLOSTOMIE

Komplikace kolostomie dělíme na časně a pozdní. Mezi časně patří krvácení, poranění stomie, nekróza, parastomální absces nebo kožní změny v peristomální oblasti. Mezi pozdní komplikace řadíme prolaps stomie, retrakci stomie, stenózu stomie, dermatitidu, parastomální kýlu, maceraci nebo alergickou reakci (HOLUBOVÁ a kol., 2013).

POŠKOZENÍ KŮŽE

Poškození kůže (eroze) je nejčastější komplikací stomií, která potká téměř každého stomika. Může být způsobena chemickými výměšky nebo mechanickým drážděním nevhodně umístěnou pomůckou nebo příliš násilným ošetřením okolí stomie. Může vést až k zánětům kůže (dermatitidě) (DRLÍKOVÁ a kol., 2016).

PARASTOMÁLNÍ KÝLA

Toto onemocnění je druhou nejčastější komplikací stomie, vzniká oslabením pevnosti stěny břišní. K léčbě patří správná režimová pooperační opatření, musí se dbát na správnou mobilizaci a přiměřenou zátěž, nácvik odkašlání, kýčání, podpora břišní stěny (DRLÍKOVÁ a kol., 2016).

STENÓZA STOMIE

Tato komplikace znamená zúžení vývodu střeva natolik, že není volně prostupný ani pro malík. To může způsobovat značné poruchy vyprazdňování a mít dopad na zdravotní stav stomika.

Stenóza ve většině případů provází stomii, která se sekundárně hojí. Stenóze se může zabránit např. uvolnění stehu v okolí stomie, někdy stačí jen sledování a podpora hojení nedráždivou stomickou pastou nebo zásypem (DRLÍKOVÁ a kol., 2016).

PROLAPS STOMIE

Prolaps stomie znamená vyhřeznutí střeva před stěnu břišní. Je jím ohrožen nejvíce pacient s ileostomií a transverzostomií. Definitivním řešením je většinou operativní úprava stomie. Operačním výkonem se zkrátí vyhřezlá část střeva a plasticky zúží ústí stomie. Taková řešení patří do rukou chirurga (DRLÍKOVÁ a kol., 2016).

Střevo může vyhřeznout až desítky cm před stěnu břišní (SLEZÁKOVÁ a kol., 2010).

HYPERGRANULACE

Hypergranulace vzniká v místech, kde se setkává kůže se sliznicí střeva. Jde o podrážděnou tkáň, která vzniká z důvodu těsně vystřižené stomické pomůcky a příliš těsně naléhající ke střevu (DRLÍKOVÁ a kol., 2016).

Při vyprazdňování obsahu střeva do sáčku dojde ke zvětšení průměru střeva a v případě že je pomůcka vystřižena těsně, dochází k mechanickému dráždění, který podporuje růst granulací (DRLÍKOVÁ a kol., 2016).

KRVÁCENÍ

Krvácení může být jak ze sliznice střeva, tak z jeho vnitřku. Vždy je třeba zjistit příčinu krvácení, odstranit ji a eventuálně doplnit krevní ztráty. Slizniční krvácení, spojené s nepřiměřenou silou při péči o stomii, většinou spontánně odezní. Sliznici vývodu je třeba šetrně. Krvácet mohou také hluboké eroze kůže, v tom případě se použije ochranný pudr a nechá se působit. Jde o drobné otiskové krvácení (SLEZÁKOVÁ a kol., 2010).

MACERACE KŮŽE

Macerace kůže znamená nadměrnou vlhkost kůže v okolí stomie, a to se projevuje vyblednutím kůže a jejím zvrásněním. Příčinou mohou být nevhodné pomůcky, nadměrné pocení, nošení stomických pomůcek déle, než by měly být nošeny. Pro stomika je proto vhodné vyzkoušet různé druhy stomických pomůcek, pokud macerací trpí (DRLÍKOVÁ a kol., 2016).

ALERGICKÁ REAKCE NA STOMICKÉ POMŮCKY

Ověření si snášenlivosti používaných materiálů ovlivňuje šetrný přístup k peristomální pokožce, jejímu zdraví a také ovlivňuje spokojenost v životě stomika (DRLÍKOVÁ a kol., 2016).

2.4 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTA S KOLOSTOMIÍ A KVALITA ŽIVOTA

Termín kvalita života není možné jednoznačně objasnit, absolutizovat, protože o definici pojmu se pokusilo mnoho autorů, ale s poznáním, že jde čistě o kvalitativní a do jisté míry subjektivní pojem (HUDÁKOVÁ a kol., 2013, s. 36).

Řikává se, že mládí má své plány, střední věk své cíle a stáří lidský úděl. Ačkoliv, nebo právě proto, že je člověk na vrcholu svých sil (HAŠKOVCOVÁ, 2010, s. 15).

Ale v době nemoci tomu tak být nemusí. Pro většinu lidí znamená založení stomie změnu dosavadního životního stylu, který v době zdraví vnímáme jako přirozené procesy životního stylu. Nejdůležitější pro člověka se stomií je, aby se s danou situací smířil a přijal jí. (ZACHOVÁ a kol., 2010).

PSYCHICKÉ DOPADY

Stomici udávají celkově sníženou kvalitu života ve srovnání s kontrolovanými osobami s normálním vyprazdňováním. Psychicky slabší pacienti si stěžují častěji na špatný pocit při vyprazdňování. Nejsou k dispozici žádné studie, které by mohly aktuálně přispět k objasnění těchto otázek (ANDĚL a kol., 2014).

Jednou z nejzákladnějších a nejsilnějších tendencí lidské psychiky je stav nazývaný v odborné literatuře narcismus. Znamená to, že se považujeme za celistvé, nezranitelné, nesmrtelné, důležité a schopné a že jsme přesvědčeni, že si zasluhujeme lásku. Náš život a realita těmito pocitům málokdy odpovídají. V průběhu života jsou těmito přesvědčením zasazovány rány (ZACHOVÁ a kol., 2010, s. 115).

VYROVNÁVÁNÍ SE S NÁROČNOU ŽIVOTNÍ SITUACÍ

V odborné literatuře, zabývající se psychikou pacienta, se setkáváme s pojmem prožívání nemoci. V případě pacienta s kolostomií se jedná o člověka s vážnou poruchou zdraví a s nejistou budoucností. Často jsou přítomná další závažná onemocnění, jejichž léčba, např. onkologická, pacienta svými negativními dopady významně zatěžuje a působí negativně na jeho psychický stav a na prožívání nemoci.

Každý pacient je individualitou a osobností, která různě reaguje na zátěž, přesto se psychologové shodují na určitém typickém průběhu prožívání náročné životní situace. Jsou definovány fáze:

1. **šok, popření** – člověk zkrátka nevěří
2. **izolace** – stažení se do sebe, snaha vyrovnat se s faktem
3. **smlouvání** – doba velké vnitřní zloby
4. **smutek, deprese** – uvědomění si daného faktu
5. **přijetí** – nalezení vnitřního klidu, adaptace na danou situaci (JANÍKOVÁ a kol., 2013).

2.5 ZMĚNA A ÚPRAVA ŽIVOTNÍHO STYLU

Život pacienta se stomií je náročný nejen psychicky, ale i fyzicky, protože to pro pacienta znamená nutnost přizpůsobit se tělesným a fyziologickým změnám výraznou úpravou životních návyků.

OBLÉKÁNÍ

Oblékání po celá staletí mohlo a může dodnes sloužit k zakrývání a zahalování nedostatků na těle, nebo ke zdůraznění jeho předností. Obě cesty oblékání mohou stomici využívat a cítit se tak příjemně. Jednou z prvních věcí, která je sdělována pacientům po operaci je, že není nutné nosit vždy jen tepláky nebo neforemné oblečení. Důležitým pravidlem je, aby oblečení netísnilo vývod nebo neomezovalo při vyprazdňování. Současný sortiment stomických pomůcek a způsobů vyprazdňování umožňuje pacientům nosit sportovní i společenský oděv. Jako jeden z doplňků můžeme vnímat přídržnou kapsičku na podporu sáčku, která zamezí pocitu visení sáčku. Vypadá spíše jako ledvinka. Stomik se může cítit dobře a být zároveň hezky oblečen (DRLÍKOVÁ a kol., 2016).

POHYBOVÁ AKTIVITA

Pokud pacienta neomezují jiné nemoci či léčby, neměla by být pohybová aktivita pacienta problémem. Vždy záleží na konkrétním pacientovi a jeho přístupu k aktivitě už před onemocněním. Cílem by mělo být udržet pacientovu kondici a psychickou pohodu právě pohybem. Možnosti pohybových aktivit jsou ovlivněny jak časovými možnostmi pacienta, tak ročním obdobím a dalšími faktory. Každému operovanému pacientovi je míra pohybové aktivity stanovena jinak. Fyzioterapie se nejprve zaměřuje na prevenci vzniku pooperačních komplikací.

Postupně se zaměřuje na nabytí fyzické kondice, jaká byla v předoperačním období. Pokud byla fyzická aktivita přirozenou součástí pacienta a jeho života, je mnohem snazší čerpat z těchto tělesných rezerv. Hlavním cílem je začlenit stomika do běžného života (DRLÍKOVÁ a kol., 2016).

Součástí rehabilitace je pečlivé monitorování bolesti, která může průběh aktivizace pacienta negativně narušovat (JANÍKOVÁ a kol., 2013, s. 11).

ÚPRAVA STRAVY

Příjem potravy je základní biologická potřeba. Úprava stravy a stravovacích návyků je nejdůležitější a také největší vynucená změna v životě stomika. Základní pravidla a stravovací doporučení uslyší stomik od své stomické sestry, která může také zprostředkovat spojení se zkušeným nutričním terapeutem či lékařem. Složení stravy zároveň ovlivňuje plynatost střev a vylučování stomií. Pacient potřebuje nutričně hodnotnou stravu.

Nejdůležitější je **pravidelný příjem potravy**, který má určitou posloupnost, a to v závislosti na stadiu onemocnění anebo léčby. Obecné dietní schéma po operaci platí pro všechny pacienty včetně stomiků stejně. Pokud se obnoví peristaltické pohyby žaludku a střev, je perorální příjem zahájen příjmem tekutin, čajem nebo neperlivou vodou. Následuje tekutá nemléčná strava, pokud ji pacient dobře toleruje, přidávají se výrobky mléčné, piškoty, suchary a kašovitá strava. Pozvolna se zařazují lehce stravitelné potraviny a bezobzbovková strava. Nejlepší je zvolit ovoce a zeleninu bez nadýmajících účinků (DRLÍKOVÁ a kol., 2016).

V průběhu onemocnění a léčby je nemocný edukován nejen o zdravotním stavu, funkci trávicí trubice, ale i stravovacích návycích (ZACHOVÁ a kol., 2010, s. 95).

PARTNERSTVÍ A SEXUÁLNÍ ŽIVOT

Kolostomie mění tělesný vzhled, ale nemění člověka, pevné partnerské a celoživotní vztahy většinou přežijí, a navíc se upevní. Stomici se mohou obávat, že stomie změní jejich vztah, lásku a sounáležitost (ZACHOVÁ a kol., 2010).

Ženy jsou stále partnerkami, přítelkyněmi, babičkami, muži otci, dědy, strýci, přáteli, děti dětmi. Lásku, podporu a sounáležitost si dělí mezi sebe a ve zmíněném období je jí nejvíce zapotřebí. Přitom může být těžké se zbavit předsudků a obav, jestli ztíženou situaci všichni zvládnou.

Náročné životní situace, kterými nemoc a léčba bezpochyby jsou, bývají zatěžující zkouškou kvality vztahů (ZACHOVÁ a kol., 2010, s. 19).

Existují i situace, kdy se dřívější partneři k sobě zase vrátí právě v nejtěžší době, nebo dříve disharmonické vztahy zaniknout, a naopak se mohou vytvořit nové. Pro oba partnery je situace po operaci nová a náročnější. Nedá se stanovit, kdy je vhodná doba pro zahájení sexuálního života. Není třeba hledat žádnou normu, každý stomik je jedinečný (DRLÍKOVÁ a kol., 2016).

CESTOVÁNÍ A SPOLEČENSKÝ ŽIVOT

Velmi důležité je zdůraznit, že vytvoření vývodu na břišní stěně není důvodem ke společenské izolaci člověka. Společenské dění může být sice operací a rekonvalescencí oddáleno nebo přerušeno, ale pořád se jedná o člověka stejných kvalit jako před operací. Vše má svůj čas a vždy je příjemné vrátit se ke svým zálibám. S sebou si pacient nosí příruční taštičku, kterou by u sebe měl mít vždy, když někam cestuje, nebo jde. Nesmějí v ní chybět pomůcky pro případnou výměnu stomického sáčku, příjemný parfém a pohlcovač pachu. Pokud stomik cestuje, musí mít s sebou dostatečné zásoby potřebných pomůcek pro celou dobu pobytu mimo domov. Například do letadla je možné vzít si tuto taštičku s sebou jako příruční zavazadlo. Stomici se navíc mohou vybavit cestovním průkazem České ILCO (zastřešující spolek dvaceti regionálních sdružení stomiků v Česku), v němž je cizojazyčně uvedeno, co stomik potřebuje (DRLÍKOVÁ a kol., 2016).

2.6 STOMA SESTRA

Dnešní četné možnosti v oblasti dostupnosti různých typů pomůcek vytvořily potřebu vzdělávat sestry v problematice stomiků. Sestry se vzdělávají v sortimentu pomůcek, možnostech ošetrovatelské péče, rozpoznání a řešení komplikací. Nová role sester – stomických sester – vyšla z potřeb pacientů s vývodem (ZACHOVÁ a kol., 2010, s. 135).

Stomasestra získává kompetence pro poskytování speciálních činností v certifikovaném kurzu „Komplexní péče o nemocné se stomií na trávicím nebo močovém traktu“, který je uveden na seznamu certifikovaných kurzů na webových stránkách ministerstva zdravotnictví. Součástí specializovaných činností je edukace pacienta se stomií. Stomasestra poskytuje odbornou péči stomikům v lůžkové, ambulantní i domácí zdravotní péči, je většinou součástí ošetrovatelského týmu.

Pacient se stomií by měl zůstat po celou dobu svého onemocnění v péči jedné stomické sestry. Ta zná jeho anamnézu, průběh nemoci, problémy a může mu kdykoli pomoci v případě vzniklých komplikací, předepisuje mu stomické pomůcky, pravidelně ho zve na konzultace, nebo ho pravidelně navštěvuje při hospitalizaci nebo v domácí péči. Radí pacientovi, kde získávat odborné informace, v případě zájmu kontaktuje pacienta na patientské organizace stomiků. Stomasestra s pacientem a jeho rodinou pomáhá připravit a vybavit domácnost pro ošetřování stomie. Edukuje pacienta a pečující osoby o rehabilitaci, fyzické zátěži, vhodné stravě, eventuálně může poradit i v oblasti vztahů (DRLÍKOVÁ a kol., 2016).

Ošetřování kolostomie může provádět samozřejmě i všeobecná sestra, stejně tak jako speciálně vyškolená stomasestra. Všeobecná sestra je člověk, ne expert bez prožívání (HÁJEK, 2006).

2.7 KOLOSTOMICKÉ POMŮCKY A PÉČE O KOLOSTOMII

Úkolem zdravotnického zařízení, tedy konkrétně domácí péče a sestry, která navštěvuje pacienta s kolostomií je hlavně: pečovat o psychickou pohodu nemocného člověka, vysvětlit výkon, navázat kontakt s nemocným, pokud možno zapojit nemocného do spolupráce při péči o jeho stomii (ŠAMÁNKOVÁ a kol., 2006).

Protože je v současné době mnoho materiálů, které se mohou používat při ošetřování stomií, je vhodné, aby se této problematice věnovala sestra s dostatečnou praxí a zkušenostmi. Radí, vybírá, kombinuje postupy a pomůcky. Pomůcky lze rozdělit na ty, které slouží jako sběrný systém a na ty, které pečují o okolí stomie.

POTŘEBNÉ POMŮCKY

- **Sběrné sáčky** – jednodílné, dvoudílné,
- **ochranný film** – ochranná pomůcka sloužící k ochraně kůže před odcházející stolicí,
- **adhezivní a ochranná pasta** – aplikuje se kolem stomie pro vyrovnání povrchu okolí,
- **zásyp** – na mokvající místa,
- **absorpční gel** – slouží k zahuštění tekutého střevního obsahu,
- **ochranná destička** – „druhá kůže“ k vyrovnání nerovností, chrání kůži před stolicí,
- **těsnicí vkládací kroužky** – používají se při vpadlé stomii,

- **fixační pásek** – používají se při vpadlé stomii,
- **čisticí prostředky – odstraňovač náplastí, čisticí roztok, pohlcovač pachu,**
- **irigační souprava** – slouží pro výplach střeva,
- **krytka (zátku)** – slouží ke krátkodobému uzavření stomie v případě nutnosti (JANÍKOVÁ a kol., 2013).

OŠETŘOVÁNÍ KOLOSTOMIE

Použitý stomický sáček šetrně odstraníme tahem shora dolů, v případě potřeby použijeme odstraňovač náplastí. Zbytky stolice odstraníme buničitou vatou, kůži omyjeme vlažnou vodou nebo čisticí pěnou a osušíme čistou gázou. Kůži ošetříme podle stavu ochranným filmem nebo pudrem apod. (JANÍKOVÁ a kol., 2013).

Změříme velikost stomie pomocí šablony a podle naznačených okrajů vystříhneme otvor tak, aby byl o 2-3 mm větší, než je průměr stomie. Zkontrolujeme, zda otvor odpovídá tvaru a velikosti stomie, a vystřiženou šablonu přiložíme k lepicí ploše sáčku, obkreslíme a vystříhneme. Lepicí plochu zahřejeme (promnutím v rukách, vložením pod pacienta, použitím fény) a odstraníme plastový kryt/fólii z podložky.

Sáček přeložíme v polovině a přiložíme ke stomii lepicí plochou (nejdříve na dolní polovinu a poté směrem nahoru), přitiskneme k tělu tak, aby dobře přilnula k pokožce, na lepicí plochu nesaháme. Nově nalepená pomůcka se musí 5-6 minut prohřát, aby dobře přilnula. Jemným tahem se ujistíme, že sáček na těle pevně drží (JANÍKOVÁ a kol., 2013, s. 179).

Pacient s terminální kolostomií může provádět také irigaci, což je metoda, která pacientovi umožňuje ovládat vyprazdňování tím, že po důsledném nácviku se stomasestrou nebo všeobecnou sestrou „iriguje“ a vypouští stomii, čímž předchází samovolnému úniku stolice do sběrného sáčku, může použít krytku a věnovat se bez obav různým činnostem. K takovému úkonu je určena speciální irigační souprava (HOLUBOVÁ a kol., 2013).

Irigace je velmi bezpečná metoda, která významně zvyšuje kvalitu života stomika (HOLUBOVÁ a kol., 2013, s. 241).

KŮŽE V OKOLÍ STOMIE

Péče a udržování kůže v okolí stomie je naprosto zásadní požadavek, protože kůže zajišťuje fixaci stomických pomůcek.

Kožní defekty v okolí stomie způsobují komplikace a selhávání funkčnosti u stomických pomůcek, bolestivost v okolí rány a psychické strádání. Pro správný výběr stomických pomůcek je třeba vyhodnotit vlastnosti a stav kůže pacienta (ZACHOVÁ a kol., 2010).

2.8 ORGANIZACE PACIENTŮ – STOMIKŮ

V České republice je mnoho patientských organizací, které sdružují pacienty a jejich příbuzné. Poskytují jim v těžkých životních situacích spojených s onemocněním radu, pomoc a podporu. Tyto kluby sdružují bývalé pacienty, nynější pacienty, jejich příbuzné, sestry a lékaře, kteří pomáhají ostatním stomikům s adaptací na změnu dosavadního způsobu života a překonat těžké období onemocnění. Cílem klubů je zastupování a hájení zájmů stomiků v jednání s ministerstvy, orgány státní správy, výrobci pomůcek a dalšími organizacemi, ve kterých by jednotlivci neměli možnost hájit své zájmy a potřeby. Stomici se mohou zúčastňovat schůzí klubu a vystoupit zde se svými potřebami. Společně také vyjíždějí na jednodenní nebo vícedenní výlety a relaxační pobyty. Takovéto setkání stomiků otevírá možnost předávání si informací a vzájemné podpory (ZACHOVÁ a kol., 2010).

3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ

Domácí péče je definována Světovou zdravotnickou organizací jako jakákoliv forma péče poskytována lidem v jejich domovech. Patří k ní zajišťování fyzických, psychických, paliativních a duchovních potřeb (VELIČOVÁ, 2008, s. 80).

Domácí péče je péče poskytovaná pacientům na základě doporučení registrujícího praktického lékaře pro dospělé, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost a ošetřujícího lékaře při hospitalizaci v jejich vlastním sociálním prostředí. Je zaměřena na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti. Jejím cílem je zajistit maximální rozsah služeb, dostupnost, kvalitu a efektivitu zdravotní péče pacientům v jejich vlastním sociálním prostředí – tedy doma. Domácí zdravotnická péče je poskytována multidisciplinárním týmem zdravotnických pracovníků, kteří splňují kvalifikované předpoklady pro poskytování odborné péče dle aktuálního zdravotního stavu klienta. Jsou to především: lékař, sestra, porodní asistentka, fyzioterapeut, ergoterapeut, nutriční terapeut, psycholog, sociální pracovník (KALVACH et al., 2011, s. 185).

Domácí péče je odborná zdravotní péče poskytovaná pacientům v jejich vlastním sociálním prostředí. Je zaměřena na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a udržení soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyléčitelně nemocného a zabezpečení klidného umírání a smrti. Zahrnuje zajišťování fyzických, psychických, paliativních a duchovních potřeb člověka (BÁRTLOVÁ, 2009, s. 40).

Celosvětově je sledováno a zaznamenáno, že stárnutí populace má stoupající tendenci, a to nejen ve vyspělých zemích, ale i v rozvojových (HUDÁKOVÁ a kol., 2013).

Každý z nás stárne, i ten, kdo si myslí, že se ho stáří netýká, se blíží k věkové hranici, kdy oficiálně začíná stáří. Z důvodu prodlužující se délky života a tím zvyšujícího se počtu seniorů, se stalo poskytování zdravotní péče, formou domácí péče, více potřebné a aktuální (HAŠKOVCOVÁ, 2010).

Asi dva tisíce let starý indický spis, jehož jméno (i když nikoli obsah) je v naší populaci poměrně známé, tvrdí, že člověku je dáno žít do sta let (PIDRMAN a kol., 2005, s. 9).

3.1 DOMÁCÍ PÉČE

Domácí péče je dostupná ve všech regionech České republiky. Jedná se o poskytování zdravotnických služeb, které řadíme do oblasti primární, ambulantní péče. Termín domácí péče je odvozen od anglického slova home care. Komplexní domácí péče představuje otevřený systém individuální péče, do kterého jsou zainteresovány zdravotní, sociální, pečovatelské i laické formy péče (ŠAMÁNKOVÁ a kol., 2006).

Jedná se zejména o oblast podpory sebedpěče a soběstačnosti. Rozsah jednotlivých činností a odborných výkonů je závislý od aktuálního stavu pacienta, stavu jeho sociálního prostředí, ochoty spolupráce rodiny a na rozsahu kompetencí odborných multidisciplinárních týmů. Domácí péče představuje aktuálně jeden z nejrychleji se rozvíjejících sektorů ve zdravotnictví. Na jejím rozvoji se podílí mnoho společenských faktorů, zejména stoupající náklady na zdravotní péči, zvyšující se dlouhověkost, rostoucí poptávka veřejnosti po službách ve vlastním sociálním prostředí, rozvoj zdravotnických technologií, politické faktory a také respekt k lidským právům a svobodná volba občana. Je doloženo, že poskytování domácí péče snižuje náklady na zdravotní péči (VELIČOVÁ, 2008).

Výhody domácí péče jsou především v nižší ekonomické zátěži, v souvislosti v možnosti zkrácení hospitalizace, v poskytování zdravotní péče prostřednictvím multidisciplinárních týmů, v možnosti poskytovat individualizovanou péči, tedy akceptovat individuální potřeby jedince, dále je to v komplexnosti péče (léčebná, ošetrovatelská, rehabilitační, sociální...). Další významnou výhodou je možnost poskytovat dlouhodobou péči, přičemž délka poskytované péče se odvíjí od potřeb a konkrétního onemocnění jedince i s ohledem na jeho rodinu a blízké. V neposlední řadě je výhoda také v podpoře zdraví, jsou zde zahrnuty všechny činnosti primární, sekundární a terciární prevence. Ve vyspělých zemích je domácí zdravotní péče považována za takový systém zdravotní péče, který udržuje rodinu pohromadě i v době nemoci, zlepšuje psychický i fyzický stav nemocných, eliminuje nákazy získané v souvislosti s poskytováním zdravotní péče, urychluje hojení a umožňuje trvalou podporu rodiny.

V dnešní době je třeba tuto formu péče podporovat a umožnit pacientům léčit se doma. Dnes je možné poskytnout i takovou léčbu, která dříve byla bez pobytu na nemocničním lůžku jen těžko myslitelná. Proč bychom měli pacienty hospitalizovat např. jen kvůli aplikaci několika injekcí nebo převazu rány? Může to kvalitně provést i kvalifikovaná sestra u pacienta v jeho přirozeném sociálním prostředí. V tom především spočívá výhoda, a to je princip domácí zdravotní péče, protože jen málokdo je v nemocnici rád (VELIČOVÁ, 2008).

PRAKTICKÁ ČÁST

Autorka docházela k pacientovi s kolostomií společně se sestrami agentury domácí péče. Sledovala, jakým způsobem o pacienta pečují, jakou používají dokumentaci, pomůcky a postupy péče o kolostomii. Pacient s její přítomností souhlasil, protože autorku znal již z dřívější odborné praxe v domácí péči v rámci studia.

Autorka docházela do domácnosti pacienta po dobu dvou měsíců, dvakrát týdně, v období od 2. října do 30. listopadu 2017. Ošetrovatelská péče byla poskytována prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Byl sestaven ošetrovatelský plán na základě stanovených potřeb pacienta a realizované odpovídající intervence. Společně s pacientem byla hodnocena efektivita poskytované ošetrovatelské péče. Při sestavování plánu péče se vycházelo nejen z ošetrovatelských diagnóz, ale také ze zdravotnické dokumentace vedené agenturou domácí péče. Získané informace a zkušenosti z přirozeného sociálního prostředí pacienta a od zkušených sester agentury domácí péče autorka využila ke zpracování kazuistiky daného pacienta a také k vypracování informačních materiálů pro pacienty i pro pečující osoby v oblasti domácí péče.

Pro tvorbu kazuistiky v praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Detailní popsání kazuistiky v pěti fázích ošetrovatelského procesu u pacienta s kolostomií v domácí péči s využitím obecné ošetrovatelské dokumentace.

Cíl 2: Vytvoření edukačního letáku s odbornými radami pro kolostomiky v domácí péči.

4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S KOLOSTOMIÍ V DOMÁCÍ PÉČI

V praktické části bakalářské práce autorka popsala průběh ošetřovatelského procesu u pacienta s kolostomií v domácí péči.

Ošetřovatelský proces lze souhrnně definovat jako systematickou, racionální a cyklickou metodu poskytování ošetřovatelské péče jednotlivci, rodině, komunitě, všeobecně použitelnou ve všech typech prostředí zdravotní péče a otevřenou pro neustálé přehodnocování péče na základě aktuálního stavu. Cílem ošetřovatelského procesu je poskytování ošetřovatelských intervencí zaměřených na uspokojování potřeb jednotlivce, rodiny, komunity, na podporu, obnovení zdraví a pohody, na dosažení co nejvyšší možné úrovně kvality života, na zabezpečení klidného umírání a smrti (PLEVOVÁ a kol., 2011, s. 108).

Ošetřovatelský proces má 5 fází a je základní metodou při poskytování ošetřovatelské péče u konkrétního pacienta. Fázemi ošetřovatelského procesu je posuzování, diagnostika, plánování, realizace a hodnocení ošetřovatelského plánu. Jde o systematickou a racionální metodu plánování, poskytování a hodnocení ošetřovatelské péče. V souladu s tímto postupem autorka sestavila ošetřovatelskou anamnézu a plán péče na základě zjištěných informací, zejména od samotného pacienta a stanovila jak aktuální, tak potenciální ošetřovatelské diagnózy, které seřadila podle priorit. Navrhla plán ošetřovatelské péče zaměřený na pacienta s kolostomií v domácí péči. Informace pro vypracování kazuistiky autorka získala z ošetřovatelské dokumentace, z lékařských zpráv, z rozhovorů s pacientem a jeho příbuznými. Ve vypracované kazuistice nejsou uvedeny informace, které by vedly k identifikaci pacienta, byla tak zachována jeho anonymita.

Pacient byl po provedení operačního výkonu propuštěn do domácího léčení. Dne 11. 12. 2015 byla zahájena domácí péče, k pacientovi začaly docházet sestry z agentury domácí péče na základě doporučení ošetřujícího lékaře při propuštění z nemocnice, následně indikoval domácí péči jeho praktický lékař.

Jedná se o pacienta, kterému je poskytována dlouhodobá domácí péče. Na jeho ošetřování se podílí všeobecné sestry a stomasestry z agentury domácí péče.

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: V. T.	Pohlaví: muž
Datum narození: 1927	Věk: 90 let
Adresa bydliště a telefon: Plzeň	Číslo pojišťovny: 211
Adresa příbuzných: Plzeň	Zaměstnání: důchodce
Rodné číslo: XX XX XX/ XXXX	Státní příslušnost: ČR
Vzdělání: střední škola	Typ přijetí: agentura domácí péče
Stav: vdovec	Ošetřující lékař: MUDr. XXX
Datum přijetí: 11. 12. 2015	Dorozumívací jazyk: čeština

Důvod přijetí udávaný pacientem: Pacient udává, že byl přijatý do ošetřování agentury domácí péče z důvodu neschopnosti samostatného ošetřování kolostomie v pooperačním období na základě indikace ošetřujícího lékaře, a dále na základě indikace praktického lékaře

Medicínská diagnóza hlavní:

Perforovaná divertikulitida sigmatu s peritonitidou

Medicínské diagnózy vedlejší:

Arteriální hypertenze
Symetrická distální diabetická polyneuropatie
Diabetes mellitus 2. typu
Chronická bronchitida
Hyperplazie prostaty
Hyperurikemie
Varixy pravé dolní končetiny

VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ

TK: 140/80	Výška: 172 cm
P: 72/min.	Hmotnost: 84 kg
D: 22/min.	BMI: 28
TT: 36,5 °C	Krevní skupina: 0
Pohyblivost: zhoršená, z důvodu polyneuropatie	Stav vědomí: orientovaný

Nynější onemocnění: Pacient s kolostomií, v rámci ošetřování a péče o kolostomii je nesoběstačný, uvádí „že si stále musí zvykat.“ Další diagnózy diabetes mellitus 2. typu, polyneuropatie, která má za následek omezenou a zhoršenou chůzi u pacienta. Objektivně dále pacient uvádí, že se mu točí hlava a má zhoršený zrak.

Informační zdroje: sestry agentury domácí péče, pacient, lékařská a ošetrovatelská dokumentace, rodina – pacientova družka a dcery

ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza:

Matka: zemřela na rakovinu jater v 56 letech

Otec: zemřel na cukrovou úplavici v 79 letech

Sourozenci: pouze 3 měsíční novorozenec, který zemřel z neznámých příčin v roce 1929

Děti: 2 dcery, první dcera prodělaná rakovina prsu – nyní zdravá, druhá dcera počátky polyneuropatie

Osobní anamnéza:

Překonané a chronické onemocnění: chronická bronchitida, opakované operace pro nefrolitiázu, hyperplazie prostaty

Hospitalizace a operace:

1970 operace pravé ledviny – nefrolitiáza

1972 operace pravé ledviny – nefrolitiáza

2015 resekce sigmatu dle Hartmana pro perforovanou divertikulitidu

Úrazy:

1967 úraz na motorce, zlomenina ramenní kosti

Transfuze: 0

Očkování: povinná dětská očkování, cca 7x očkován proti chřipce

Léková anamnéza:

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Per os				
Amaryl	Tbl	2 mg	1-0-0	Antidiabetica
Betaloc ZOK	Tbl	25 mg	1-0-0	Hypotensiva
Valsacor	Tbl	30 mg	½-0-½	Hypotensiva
Sortis	Tbl	20 mg	0-0-1	Hypolipidaemica
Milurit	Tbl	100 mg	0-1-0	Antirheumatica
Gabapentin	Tbl	300 mg	1-1-0	Antipileptica
Gabapentin	Tbl	400 mg	0-0-1	Antipileptica
Omnice	Tbl	0,4 mg	1-0-0	Varia
Finpros	Tbl	5 mg	0-0-1	Varia
Dentralex	Tbl	500 mg	1-0-1	Venopharmaca

Alergologická anamnéza:

Léky: nejuje

Potraviny: nejuje

Chemické látky: nejuje

Jiné: nejuje

Abúzy:

Alkohol: 2 piva denně

Kouření: od 50 - ti let nekouří, dříve 20 cigaret denně

Káva: 2x denně káva

Léky: chronická medikace

Jiné návykové látky: 0

Urologická anamnéza:

Překonané urologické onemocnění: 2x prodělal operaci pravé ledviny z důvodu nefrolitiázy, v roce 1970 a 1972

Poslední návštěva urologa: v posledním roce kontrola každé 3 měsíce

Samovyšetřování varlat: neprovádí

Sociální anamnéza:

Stav: vdovec

Bytové podmínky: pacient vlastní byt v Plzni a chatu nedaleko Plzně

Vztahy, role a interakce v rodině: vztahy v rodině byly vždy velmi dobré, manželka bohužel zemřela, ale zůstaly 2 dcery, které za pacientem dochází pravidelně a pomáhají otci s nákupy, odvozem k lékaři atd.

Vztahy, role a interakce mimo rodinu: vztahy v práci a mimo rodinu byly vždy také velmi dobré, pacient není konfliktní typ a má rád společnost

Záliby: četba, umění, čekání na sestry, noviny, TV, vyjížďky na chatu, zahrada

Volnočasové aktivity: četba, sledování televize, kontakt s dcerami, vyjížďky na chatu

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: střední s maturitou

Pracovní zařazení: původně stavební technik – následně politický vězeň – poté svářeč

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého: po SŠ v roce 1946 až do důchodu v roce 1989

Vztahy na pracovišti: dle pacienta dobré

Ekonomické podmínky: dle pacienta dobré

Spirituální anamnéza:

Religiózní praktiky: římský katolík

FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ**Popis současného stavu ze dne 2. 10. 2017**

Hlava: bez patologických změn, na poklep nebolestivá, normocefalická, oční bulvy ve středním postavení, volně pohyblivé, zornice izokorické, spojivky růžové, skléry bílé, rty růžové, jazyk růžový vlhký

Krk: bez patologických změn, uzliny nezvětšené, bez povlaku, nebolestivé, štítní žláza nezvětšená, náplň krčních žil v normě, na karotidách pravidelná pulzace

Hrudník: sklípkové dýchání, četné vrzůtky oboustranně, poklep plný, jasný, přehledný parenchym bez ložisek, bez městnání v plicním oběhu mediastinum nerozšířené, pleurální dutiny bez tekutiny

Srdce: akce srdce pravidelná, tichý systolický šelest na aortě je slyšet i nad karotidami

Břicho a GIT: břicho měkké, nad úrovní hrudníku, prohmatné, bez kýl, břicho výrazně bolestivé i při lehkém poklepu, poklep bubínkový, játra nehmatná, slezina nezvětšená, jizva po zavedení kolostomie klidná

Kolostomie vitální, bez stenózy, bez parastomické kýly, okraje podrážděné, kontaktně kapilárně krvácí. Stolice – kolostomie odvádí kašovitou stolicí, normálního množství, barvy. Okolí kolostomie je podrážděné, mírně krvácí.

Močový a pohlavní systém: bez patologických změn, ledviny nebolestivé, moč čirá

Kosterní a svalový systém: zhoršená pohyblivost dolních končetin – hlavně kolenní klouby, bez otoků, svalový systém přiměřený, pohyb omezený z důvodu polyneuropatie

Nervový systém: cití a stisk horních končetin porušený, cití dolních končetin porušené, z důvodu polyneuropatie

Endokrinní systém: bez patologických změn

Imunologický systém: bez patologických změn

Kůže a její adnexa: kůže podrážděná v okolí stomie, v okolí na těle kůže v normě, turgor přiměřený

AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA

Stravování

Pacient je léčen s diabetes mellitus 2. typu, diabetickou dietu převážně dodržuje. Uvádí však, že jsou dny, kdy udělá dietní chybu. Jak sám říká: „nemůže si pomoci“ a občas si rád pochutná na jídlech, které bohužel nemůže jíst. Jeho družka zajišťuje veškeré stravování. Pacient uvádí spolu s družkou, že nejčastější jídla jsou kuřecí maso, zeleninový nebo hovězí vývar, přírodní řízek s kaší, flíčky, rýže anebo přírodní roštěná. Denně vypije jeden litr piva, dva šálky kávy a jinak pije pouze vodu. Ráno začíná vodou, pak následuje melta s mlékem, v poledne pivo, odpoledne káva, pak voda a večer opět pivo. Pacient neužívá žádné vitamíny ani žádné doplňky stravy. Chrup má umělý. Výška je 172 cm, váha 84 kg a BMI 28.

Ošetrovatelský problém: riziko nestabilní glykémie (00179)

Vylučování a výměna

Pacient nemá diuretické problémy. Moč je bez patologických příměsí, čirá. Trápí ho však prostata, ta je mírně zvětšená. Proto dochází pacient jednou za čtvrt roku na urologii. Stolice je odváděna pomocí kolostomie a stomického sáčku asi 2x denně, a to ráno a večer.

Problémy se samotnou kolostomií jsou takové, že je okolí skoro pořád podrážděné, mokvavé a krvavé. Mění se, ale stále pracující okolí. Stolice je bez příměsí krve a hlenu.

Ošetrovatelský problém: narušená integrita tkáně (00044), riziko krvácení (00206)

Spánek a bdění

Pacient uvádí, že se spánkem a bděním žádné problémy nemá. Spánek trvá přibližně 6,5 h přes noc a přes den odpočívá ještě cca 60 min po obědě.

Ošetrovatelský problém: není

Aktivita a odpočinek

Pacient má velmi rád vyjížďky na svou chatu nedaleko Plzně, kam se dopravuje trolejbusem, který staví přímo před jeho domem a vysadí ho téměř před chatou. Věnuje se zahradničení a chatu navštěvuje skoro každý den spolu se svojí družkou. V chatové oblasti má staré známé, a tak se dostane i mezi společnost. Odpočívá přibližně 60 minut denně. Největším problémem je, jak sám pacient uvádí, postupné zhoršování zraku jako následek diabetes mellitus 2. typu. Kvůli zhoršenému zraku občas nepoznává předměty, nebo nedokáže zaostřit zrak na konkrétní místo. Pokud je šero, tak nerozpoznává předměty vůbec. Dále pacienta trápí hlavně polyneuropatie, která způsobuje omezený pohyb dolních končetin a horních končetin. Pacient trpí omezeným pohybem a využívá hůlku k běžné chůzi. Jak sám říká: „musí si dávat pozor“ na zhoršenou chůzi. Dle vyhodnocení testu rizika pádu č. 5, je pacient ohrožen rizikem pádu (KLEVETOVÁ a kol, 2008).

Ošetrovatelský problém: zhoršená chůze (00088), riziko pádu (00155)

Hygiena

Pacient je částečně soběstačný, případně mu se vším pomáhá jeho družka. Ošetření kolostomie však sám nezvládá.

Ošetrovatelský problém: deficit sebek péče při koupání a hygieně (00108)

Soběstačnost

Pacientovi je 90 let a je částečně soběstačný dle vyhodnocení testu instrumentálních denních činností č. 55 (Klevetová a kol., 2008). Sděluje, že v lékařské zprávě mu lékař uvedl, že jeho biologický věk je mladší. Pokud s něčím potřebuje pomoci, může se obrátit na svou družku nebo své dcery.

Sám však přiznává, že výměnu stomického sáčku stále sám nezvládá a je potřeba, aby k němu docházely sestry z agentury domácí péče.

Ošetrovatelský problém: deficit sebepéče při vyprazdňování (00110)

POSOUZENÍ PSYCHICKÉHO STAVU

Pacient je při vědomí, orientován časem, místem i osobou. Je velmi pozitivně a přátelsky naladěný, i když přiznává, že jsou i dny, kdy se trápí svým onemocněním. Ale sám říká, že se snaží takovýmito pocitům nepodléhat a převážně myslet pozitivně. Na svůj věk se cítí dobře a je vděčný za svůj stav. Pacient má problémy s krátkodobou pamětí, dle jeho subjektivního hodnocení. O svém životě a onemocnění však vypráví velmi srozumitelně a do detailu. Jeho myšlenky se upírají na stáří, říká, že stáří není hezké, je to čekání na smrt. Rád však vzpomíná na svůj dosavadní život. Zkušenosti s předchozími hospitalizacemi jsou pro pacienta převážně dobré, nestěžuje si.

POSOUZENÍ SOCIÁLNÍHO STAVU

Pacient je velmi přátelský a komunikativní. Moc příjemný pán. O svém onemocnění diabetes mellitus 2. typu a zejména kolostomie je pacient celkem informovaný. Docházejí k němu 2x denně všeobecné sestry nebo stomasestry z domácí péče na ošetřování kolostomie. Pacient je pravidelně zvaný do stomické poradny například na dny otevřených dveří, nebo na různá školení a semináře. Diabetickou dietu dodržuje, a to hlavně díky své družce, která mu vaří denně čerstvá a dietní jídla. Přiznává však také občasné dietní chyby. O rodině pacient uvádí, že má 2 skvělé dcery, ve kterých cítí velkou podporu. Rodina mu ve všem pomáhá a stojí vždy při něm.

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT:

Ordinovaná vyšetření: nyní interní vyšetření 1x za čtvrt roku a urologické vyšetření 1x za čtvrt roku

Výsledky vyšetření:

INTERNÍ AMBULANCE vyšetření ze dne 15. 9. 2017

Závěr: hypertensní choroba – v soustavné léčbě – dobře kompenzovaný, diabetes mellitus dieta + PAD – dobře kompenzovaný, ostatní beze změny

Doporučení: z interního hlediska medikace pokračuje, naše kontrola dle potřeby, jinak za ¼ roku

UROLOGICKÁ AMBULANCE vyšetření ze dne 28. 8. 2017

Závěr: nefrolithiáza vpravo, jinak bez ložiskových změn

Doporučení: medikace dále – Omnic 1x1 tbl, Finpros 1x1 tbl, ko za 3 měsíce

Konzervativní léčba: dietní opatření, vycházky

Dieta: č. 9 diabetická dieta, č. 6 nízkobílkovinná a č. 5 bezezbytková

Pohybový režim: pacient každý den jede trolejbusem na svou chatu a tam tráví odpoledne na zahradce, pohyb je však omezen z důvodu polyneuropatie

Fyzioterapie: 0

Výživa: pravidelná a vyvážená, družka připravuje veškeré jídlo

Medikamentózní léčba:

Název léku	Dávkování	Indikační skupina
Per os:		
Amaryl	1-0-0	Antidiabetica
Betaloc ZOK	1-0-0	Hypotensiva
Valsacor	½-0-½	Hypotensiva
Sortis	0-0-1	Hypolipidaemica
Milurit	0-1-0	Antirheumatica
Gabapentin	1-1-0	Antipileptica
Gabapentin	0-0-1	Antipileptica
Omnic	1-0-0	Varia
Finpros	0-0-1	Varia
Dentralex	1-0-1	Venopharmaca

Lokální léčba: Péče o kolostomii, sejmutí starého stomického sáčku, mechanická očista kůže v okolí kolostomie. Kontrola vzhledu, množství a konzistence stolice – kolostomie odvádí kašovitou stolicí, normálního množství a barvy. Okolí je podrážděné, mírně krvácí. Ošetření okolí Convacare – odstraňovač náplasti, obklad řepíku na podráždění v okolí kolostomie a následné nanesení ochranného filmu Convacare a pudr, sběrného sáčku, řádné upevnění. Kontrola zdravotního a psychického stavu, užívání medikace p.o. dle ošetřujícího lékaře – užívá sám. Edukace dietního režimu – strava nedráždivá, nenadýmavá, příjem tekutin – min 1,5 – 2 l. Mobilizace, aktivizace.

Chirurgická léčba: není nutná

SITUAČNÍ ANALÝZA

Pacient ve věku 90 let, po Hartmannově resekci pro divertikulitidu, orientovaný místem, časem i osobou. Pacient je ventilačně a oběhově stabilní, bez teplot, pulz je klidný 72'/min, krevní tlak 140/80.

Břicho a okolí kolostomie: břicho měkké, prohmatané bez kýl, jizva klidná, kolostomie vitální, bez stenózy, bez parastomické kýly, okraje kolostomie podrážděné, kontaktně kapilárně krvácí, okolí kolostomie je živé, střídavě podrážděné.

Pacient má diabetes mellitus 2. typu, má lékařem doporučenou diabetickou dietu č. 9, v kombinaci s dietou nízkobílkovinnou č. 6 a bezezbytkovou č. 5. Přiznává občasné dietní chyby, které mají vliv na vyprazdňování stolice, a také na nestabilní hodnoty glykémie v krvi. Dietu poruší například konzumací tučných a smažených jídel, nebo zařazením nevhodných jídel jako je kysané zelí, ostré koření, okurky, houby, sladká jídla apod.

Pacient dále trpí Polyneuropatií. Tímto onemocněním jsou postiženy hlavně dolní končetiny. Udává zhoršenou stabilitu a omezený pohyb, proto využívá kompenzační pomůcky – hůlku, kterou používá při běžném uspokojování denních činností. Pacient si také stěžuje na časté závratě, nejistou chůzi a postupnou ztrátu zraku.

Pacient denně vypije 2 piva, 2 kávy a jinak pije pouze vodu. Ráno začíná sklenicí vody, pak následuje hrnek kávy s mlékem, v poledne pivo, odpoledne káva, pak voda a večer opět pivo. Pacient žije ve svém domě s družkou, navštěvují ho jeho 2 dcery a pomáhají s úklidem, nákupem a doprovodem k lékaři. Přes všechna jeho onemocnění a omezení je pacient velmi pozitivní a přátelský. K pacientovi docházejí všeobecné sestry a stomasestry z domácí péče 2krát denně za účelem ošetření kolostomie, které pacient ani rodina nejsou schopni provádět. K pacientovi docházela i autorka bakalářské práce spolu se sestrami domácí péče, a to v období od 2. října do 30. listopadu 2017 2x týdně. Pacient je také pravidelně zván do stomické poradny a do chirurgické ambulance.

Stanovení ošetrovatelských diagnóz a jejich uspořádání podle priorit:

Ošetrovatelské diagnózy byly stanoveny dle NANDA International taxonomie II pro období 2015-2017. Ošetrovatelské diagnózy jsou seřazeny podle priorit s ohledem na zdravotní stav pacienta.

- Narušená integrita tkáně (00044),
- Riziko krvácení (00206)
- Riziko nestabilní glykémie (00179),
- Zhoršená chůze (00088),
- Riziko pádu (00155)
- Deficit sebepéče při koupání a hygieně (00108)
- Deficit sebepéče při vyprazdňování (00110)

Plán ošetrovatelské péče

Ošetrovatelská péče je naplánovaná v období od 2. října do 30. listopadu 2017, v průběhu návštěv autorkou bakalářské práce, a to 2krát v týdnu spolu se stomasestrami nebo všeobecnými sestrami z agentury domácí péče. Sledování pacienta probíhalo po dobu dvou měsíců, a to v jeho vlastním sociálním prostředí. Na základě posouzení pacienta byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy a ošetrovatelský plán. Naplánované intervence a realizace byly průběžně hodnoceny společně s pacientem na základě subjektivního a objektivního hodnocení. Podle efektivity byl plán péče ponechán nebo změněn. Dlouhodobým cílem bylo naučit pacienta samostatné péče o kolostomii.

Narušená integrita tkáně (00044)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Tělesné poškození

Definice: Poškození sliznic, rohovky, kůže, svalů, fascií, šlach, kostí, chrupavek, kloubů a/nebo vazů.

Určující znaky: poškozená tkáň (kůže)

Související faktory: periferní neuropatie, změny citlivosti, vzdušná vlhkost, chirurgický zákrok

Priorita: vysoká

Cíl krátkodobý: Pacientovi je prakticky předveden správný postup výměny stomického sáčku, vč. zdravotnických prostředků pečujících o okolí kůže kolostomie. Cílem je, aby nebyla drážděna kůže v okolí kolostomie, do příští návštěvy sestry.

Sestra také edukuje pacienta o nutnosti dodržování vhodné stravy, což má významný vliv na vyprazdňování stolice, a tím i podrážděnou kůži v okolí, edukuje pacienta o správném dodržování diabetické diety. Pacient neporuší dietu do příští návštěvy sestry.

Cíl dlouhodobý: Pacient je edukován o nutnosti používat přípravky na ochranu kůže, zná jejich sortiment a jejich praktické použití, do dvou týdnů po donesení vzorků a edukačních materiálů sestrou je schopný sdělit správný postup a pomůcky potřebné k ošetřování kolostomie. Pacient zná rizika spojená s porušováním diety a dietu neporuší po celý jeden týden.

Očekávané výsledky:

Pacient má dostatečné informace o průběhu hojení podrážděného okolí kolostomie a prevenci proti podráždění, při každé návštěvě sestry.

Pacient zná hygienické návyky u ošetření kolostomie.

Pacient je plně edukován o ošetrovatelském procesu sestrou.

Pacient aktivně spolupracuje při každé návštěvě sestry z domácí péče.

Pacient je edukován o rizicích porušování stravovacích návyků a nevhodné stravy, a s tím spojené podráždění, nehojící se okolí kolostomie.

Pacient neporuší dietu po dobu jednoho týdne.

Plán intervencí:

1. Zhodnoťte riziko poranění v okolí kolostomie, všeobecná sestra, 2x denně.
2. Určete hloubku poranění nebo poškození kůže, všeobecná sestra, 2x denně.
3. Dokumentujte vzhled chronické rány, vyfotografujte pro dokumentaci a možnost pozdějšího srovnání, všeobecná sestra, 1x za 14 dní.
4. Povšimněte si zápachu postižené nebo poraněné oblasti kůže, všeobecná sestra, 2x denně.
5. Denně kontrolujte kůži, popisujte léze a pozorované změny, všeobecná sestra, 2x denně.
6. Ved'te pacienta a jeho blízké k pochopení a dodržování léčebného režimu a vypracování systému preventivní péče a každodenní péče, všeobecná sestra, při každé návštěvě min. 1x denně.
7. Povzbuzujte pacienta k vyjádření svých subjektivních pocitů, všeobecná sestra, při každé výměně stomického sáčku, tj. 2x denně.
8. Zhodnoťte dodržování diabetické diety, všeobecná sestra, 2x týdně.

Realizace:

Pacient byl informován a edukován o tom, jak správně vyměnit stomický sáček a jak pečovat o okolí kolostomie, tak, aby se zamezilo jeho podráždění. Pacient je edukován o hygienických návycích při výměně stomického sáčku. Každý den k pacientovi dochází sestra domácí péče na výměnu stomického sáčku, a to ráno a večer.

Dále byl pacient poučen o nutnosti dodržování diabetické diety a významu správného složení stravy v souvislosti s kolostomií a vyprazdňováním stolice. Veškeré informace a dotazy ohledně výměny sáčku, podráždění a celkové péče o kolostomii pacientovi opakovaně podá sestra, a to při každé návštěvě. Sestra edukuje pacienta opakovaně, a to zejména vzhledem k jeho pokročilému věku.

Sestra kontroluje, po dobu jednoho týdne, vzhled a podráždění okolí kolostomie, dodržování dietního režimu, a tím také zhodnotí komplexně efektivitu poskytované péče, správně zvolených intervencí u péče o chronickou ránu.

Hodnocení:

Krátkodobý i dlouhodobý cíl byl splněn. Pacient zná teoreticky postup výměny stomického sáčku a používá vhodné pomůcky k ošetření okolí kolostomie, během 2 týdnů se naučil sám popsat a vyjmenovat. Rozumí a dodržuje dietní režim, je si vědom rizik, při jeho nedodržení. Diabetickou dietu neporušil po dobu trvání jednoho týdne.

Riziko krvácení (00206)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Tělesné poškození

Definice: Náchylnost ke snížení množství krve, což může ohrozit zdraví.

Rizikové faktory: nedostatečné znalosti o prevenci krvácení, léčba

Priorita: střední

Cíl krátkodobý: Pacient je edukován o pomůckách, které by měl používat, takové, které nedráždí a nezpůsobují krvácení v okolí kolostomie. Pacient je schopen vyjmenovat potřebné pomůcky a postup výměny stomického sáčku do další návštěvy sestry.

Cíl dlouhodobý: Pacient zná postup při ošetřování kolostomie, zná pomůcky k výměně stomického sáčku. Je informován, jak postupovat v případě komplikací. Okolí kolostomie nekrvácí po dobu 2 měsíců navštěvování sestry z domácí péče.

Očekávané výsledky:

Pacient má dostatečné informace o průběhu hojení, podrážděného okolí kolostomie a o zastavení krvácení, při každé návštěvě sestry domácí péče.

Pacient zná hygienické návyky při ošetření kolostomie, při každé výměně stomického sáčku.

Pacienta netrápí krvácení v okolí stomie, do konce jednoho týdne, za pomoci ošetřování stomie sestrou.

Pacient aktivně spolupracuje se sestrou, a to při každé její návštěvě.

Plán intervencí:

1. Kontrolujte pravidelně povrch kůže, všeobecná sestra, 2x denně, při každé výměně stomického sáčku.
2. Zhodnoťte riziko poranění v okolí stomie, všeobecná sestra, při každé návštěvě, 2x denně.
3. Určete hloubku poranění nebo poškození kůže, všeobecná sestra, při každé výměně stomického sáčku, 2x denně.
4. Ved'te pacienta a jeho blízké k pochopení a dodržování léčebného režimu a vypracování systému preventivní péče a každodenní péče, všeobecná sestra, při každé návštěvě, min. 1x denně.
5. Pečujte striktně o hygienu kůže, používejte šetrné masti nebo krémy předepsané lékařem, všeobecná sestra, při každé výměně stomického sáčku, 2x denně.

Realizace:

Pacient byl informován a edukován o tom, jak pečovat o okolí kolostomie, tak, aby nekrvácelo, aby došlo ke zhojení okolí a nebylo podrážděné. Pacient si je vědom důležitosti péče, hygieny a šetrnosti o jeho stomii.

Pacient byl edukován sestrou z domácí péče o hygienických návycích při výměně stomického sáčku. K pacientovi dochází 2x denně sestra na výměnu stomického sáčku, vždy při výměně kontroluje stav krvácení v okolí kolostomie.

Pacient byl poučen o stomických pomůckách a názorně seznámen s postupem a způsobu výměny stomického sáčku tak, aby byl sám schopen potřebné popsat a provést.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl byl splněn. Pacient je edukován a ví, jak se správně chovat k okolí kolostomie, tak aby nekrvácela a nebyla podrážděná, dále je edukován o vhodných stomických pomůckách, které nezpůsobují krvácení v okolí kolostomie.

Pacient je schopen pouze teoreticky vyjmenovat potřebné pomůcky a postup výměny stomického sáčku, a to do další návštěvy sestry. Zatím není schopen prakticky samostatného ošetření a výměny

Dlouhodobý cíl nebyl splněn, okolí stomie stále mírně krvácí při výměnách stomického sáčku, z důvodu špatného hojení v období 2 měsíců při navštěvování sestry z domácí péče.

Riziko nestabilní glykémie (00179)

Doména 2: Výživa

Třída 4: Metabolismus

Definice: Náchylnost ke změně glykémie oproti normálnímu rozmezí, což může vést k oslabení zdraví.

Rizikové faktory: nedostatečné monitorování glykémie, nedostatečná léčba diabetu, nedodržování plánu léčby diabetu

Priorita: střední

Cíl krátkodobý: Pacient je edukován o nutnosti dodržovat dietní opatření, o rizicích nestabilní glykémie a komplikacích, do příští návštěvy sestry z domácí péče.

Cíl dlouhodobý: Pacient dodržuje diabetickou dietu, bez dietních chyb. Sestra sama měří glykemii u pacienta po dobu jednoho týdne.

Očekávané výsledky:

Pacient zná rizika nestabilní hladiny glykémie a je s nimi seznámen.

Pacient dodržuje diabetickou dietu, doporučenou lékařem a sestrou.

Pacient umí provádět selfmonitoring hladiny glykémie v krvi pod kontrolou a s dopomocí sestry domácí péče.

Intervence:

1. Edukuj pacienta o správném používání glukometru, všeobecná sestra, denně po dobu jednoho týdne.
2. Edukuj pacienta o nutnosti dodržování diabetické diety a o rizicích při jejím porušení, všeobecná sestra, při každé návštěvě pacienta.
3. Doporuč pacientovi schůzku s nutričním terapeutem, který mu detailněji vysvětlí zásady diabetické diety a důležitosti jejího dodržování, všeobecná sestra, alespoň 1x v týdnu během návštěv.
4. Podporuj pacienta v dodržování léčebného režimu a ptej se na jeho pocity, všeobecná sestra, 2x denně, při každé návštěvě.

Realizace:

Pacient má zájem o zdravější životní styl a dodržování diabetické diety. Pacient edukován sestrou domácí péče o základech „diabetického“ režimu, tzn. minimálně 6x denně jíst, dodržovat pitný režim 1,5-2 l čisté vody, kontrolovat glykémii, nejíst sladké. Pacient doposud jedl maximálně třikrát denně, snídani, oběd a večeři. Po naší konzultaci si uvědomil, že je také velmi důležité mít během dne i svačiny. Sám pacient slíbil, že si bude hlídat, aby svačil během dne.

Pacient edukován o rizicích nestabilní glykemie, prováděna kontrola glykemie po dobu jednoho týdne, a to denně, sestrou. Pro přesnější a detailnější informace ohledně diabetické diety bylo doporučeno navštívit nutričního terapeuta. Dále bylo pacientovi vysvětleno, jak zacházet s glukometrem s doporučením pravidelné denní kontroly hladiny glykemie v krvi.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl byl splněn a pacient zná rizika nestabilní glykemie v krvi. Dlouhodobý cíl byl splněn jen částečně, pacient nedodrжуje diabetickou dietu po dobu jednoho týdne, je také třeba připomínat dostatečný pitný režim. Pacient byl opakovaně edukován o používání glukometru a způsobem jeho používání.

Zhoršená chůze (00088)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 2: Aktivita/cvičení

Definice: Omezení nezávislého pohybu v prostředí při chůzi.

Určující znaky: zhoršená schopnost chodit po nerovném povrchu, zhoršená schopnost zdolávat schody

Související faktory: bolest, zhoršená rovnováha, strach z pádu, zhoršený zrak

Priorita: střední

Cíl krátkodobý: Pacient se naučí správně používat kompenzační pomůcku – hůl, do jednoho týdne.

Cíl dlouhodobý: Pacient je schopný chodit s holí po nerovném terénu do 2 měsíců.

Očekávané výsledky:

Pacient je schopen správně používat hůl do jednoho týdne, je edukován sestrou, jak hůl správně používat.

Pacient zvládne chůzi do schodů a ze schodů s pomocí hole, do jednoho týdne, edukován sestrou také o správnosti používání hole na nerovném terénu. Pacient zvládá chůzi s holí.

Pacient je schopen pohybovat se v prostředí dle potřeby bez omezení nebo s hůlkou, do jednoho týdne.

Intervence:

1. Edukuj pacienta, jak správně používat hůl, všeobecná sestra, do příští návštěvy pacienta.
2. Poskytni pacientovi dostatek času na nácvik chůze s holí, všeobecná sestra, případně pacientovi pomoc, při každé návštěvě.
3. Dohlídni na správnou techniku chůze pacienta s holí, všeobecná sestra, při každé návštěvě pacienta.
4. Dbejte na bezpečnost, věnujte pozornost prostředí a prevenci pádů, například odstranění překážejícího koberce, všeobecná sestra, případně edukujte pacienta nebo jeho družku s rodinou, při každé návštěvě.

Realizace:

Pacient edukován o správném používání hole, sestrou z domácí péče. Předtím hůlku nepoužíval. Pacientovi bylo vysvětleno, že je důležité být při chůzi stabilní, a to za pomocí kompenzační pomůcky – hůlky. Dále sestra informovala pacienta o vhodnosti nošení správné, pevné obuvi, úpravy prostředí, použití různých madel a nástavců, které jsou prevencí pádu a usnadní pacientovi pohyb při denních aktivitách. Pacient nacvičuje správný pohyb s holí a trénuje bezpečnější chůzi, trénuje chůzi ze schodů a do schodů i další nerovné plochy. Je edukován sestrou o správnosti používání hole i na nerovných plochách. Pacient předvádí, jak chůzi natrénoval. Nebezpečí v pacientově okolí bylo odstraněno.

Hodnocení:

Krátkodobý i dlouhodobý cíl byl splněn. Pacient do jednoho týdne další návštěvy sestry natrénoval chůzi s holí a předvedl chůzi také do schodů i ze schodů a na nerovném povrchu. Pacient je schopný chodit s kompenzační pomůckou – holí dle své potřeby a kam chce. Během dvou měsíců se naučil správnou manipulaci s hůlkou.

Riziko pádu (00155)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Tělesné poškození

Definice: Náchylnost k pádům, které mohou způsobit fyzickou újmu, což může ohrozit zdraví.

Rizikové faktory: používání pomůcek (hůlka), věk nad 65 let, problémy nohou, oslabení dolních končetin, potíže s chůzí, neuropatie, poškození zraku, nevhodná obuv, překážky v bytě, špatné osvětlení, nerovnosti povrchu apod.

Priorita: nízká

Krátkodobý cíl: Pacient je edukován o rizicích pádu. Pacient ví, jak se správně chovat, aby předešel pádu do příští návštěvy sestry.

Dlouhodobý cíl: Pacient neupadne v průběhu dvou měsíců během sledování sestry z domácí péče.

Očekávané výsledky:

Pacient používá kompenzační pomůcku a to hůlku, je edukován o správnosti jejího používání sestrou, hůlku používá denně bez potíží, chrání ho před pádem. Pacient je edukován a zná rizika pádu, sestrou z domácí péče. Pacient používá hůlku denně, dle jeho vlastních potřeb a bez potíží.

Pacient zná preventivní opatření před riziky pádu, na doporučení sestry je jeho prostředí bezpečné a pomůcky v něm vytvářejí bezpečné prostředí.

Intervence:

1. Informuj pacienta o rizicích pádu a ověř si jejich pochopení, například tak, že pacient vyjmenuje tato rizika, všeobecná sestra, během jednoho týdne návštěv.
2. Dohlédni na správné používání kompenzační pomůcky, tj. hůl, všeobecná sestra, při každé návštěvě, 2x denně.
3. Informuj pacienta o bezpečnosti a odstranění všech nebezpečných předmětů z jeho blízkosti, které by ho mohly ohrozit při pádu nebo pád způsobit, všeobecná sestra, během jednoho týdne návštěv.

Realizace:

Pacient používá správně kompenzační pomůcku hůl, je edukován sestrou o správnosti jejího používání. Pacient je edukován a informován o všech rizicích pádu, sestrou z domácí péče. Sestra si ověřila, zda pacient pochopil edukaci o rizicích pádu, a to kladením otázek. Pacientovi a jeho družce je sestrou doporučeno odstranit všechny nebezpečné překážky v domácnosti (předložky, prahy), které by mohly způsobit pacientův pád.

Hodnocení:

Krátkodobý i dlouhodobý cíl byl splněn. Pacient zná rizika pádu a možné následky, o všem byl edukován. Pacient ví, jak se správně chovat, aby předešel pádu. Po dobu dvou měsíců návštěv sestry z domácí péče u pacienta k pádu nedošlo.

Pro zjištění ošetrovatelských problémů a k objektivizaci stavu pacienta se autorka rozhodla použít dotazníky, které jsou zaměřeny na fyzické a psychické možnosti pacienta. Byly použity tyto dotazníky:

- Test instrumentálních denních činností (IADL)
- Barthelův test základních všedních činností (ADL)
- Geriatrická škála deprese (zpracováno dle Yesavage)
- Test hodnocení rizika pádu
- Rizikové faktory pro vznik pádu (dle Conleyové, upraveno Juráskovou)

VÝSLEDKY A VYHODNOCENÍ TESTŮ

Test instrumentálních denních činností – IADL (Instrumental activities daily living)

Telefonování	10	Vyhledá samostatně číslo, vytočí ho
Transport	10	Cestuje samostatně dopravným prostředkem
Nakupování	5	Nakoupí s doprovodem nebo radou jiné osoby
Vaření	0	Jídlo musí připravit jiná osoba
Domácí práce	5	Vykoná lehčí práci nebo neudrží přiměřenou čistotu
Práce kolem domu	10	Vykonává samostatně a pravidelně
Užívání léků	10	Samostatně bere v určenou dobu správnou dávku, zná názvy léků
Finance	5	Zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc se složitějšími operacemi

Hodnocení: 55 Pacient je částečně závislý

(Klevetová a kol., 2008).

Barthelův test základních všedních činností ADL (Activity daily living)

Činnost	Provedení činnosti	bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	5

4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
6. kontinence stolice	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
8. přesun na lůžko – židle	samostatně bez pomoci	10
9. chůze po rovině	s pomocí 50 m	10
10. chůze po schodech	s pomocí	5
Hodnocení	80 bodů	lehká závislost

(www.ose.zshk.).

Geriatrická škála deprese (zpracováno dle Yesavage)

1. Jste spokojen s tím, jak nyní žijete? NE – 1
2. Jaké jsou Vaše činnosti a zájmy – stejné jako dříve nebo jste většiny z nich zanechal?
ZANECHAL – 1
3. Máte někdy pocit nicoty a prázdnoty Vašeho života? ANO – 1
4. Často se nudíte? NE – 0
5. Jaká je převážně Vaše nálada, dobrá nebo špatná? DOBRÁ – 0
6. Bojíte se často, že se Vám přihodí něco zlého? NE – 0
7. Cítíte se většinou šťastný nebo nešťastný? ŠŤASTNÝ – 0
8. Míváte často nebo převážně pocit bezmoci? NE – 0
9. Zůstáváte raději doma nebo máte raději společnost? SPOLEČNOST – 0
10. Máte problémy s pamětí, které jsou podle Vašeho názoru horší než u Vašich vrstevníků? ANO – 1
11. Myslíte si, že žijeme v hezké době? NE – 1
12. Míváte někdy nebo dokonce často pocity, že jste pro ostatní bezcenný, že si Vás neváží, nerespektují Vás, nemají Vás rádi? NE – 0
13. Cítíte se převážně dobře, plný energie, chuti do života? ANO – 0
14. Míváte pocity beznaděje ze situace své, ze svého okolí či ze svého osudu? ANO,
myslím si to – 1
15. Myslíte si, že se většině lidí daří lépe než Vám? ANO, myslím si to – 1

Hodnocení **7 bodů** **odpovídá normě**

(www.ose.zshk.cz).

Test hodnocení rizika pádu

Pohyb	2	používá pomůcky
Vyprazdňování	1	vyžaduje pomoc
Medikace	1	(užívá antihypertenziva, antiepileptika)
Smyslové poruchy	0	žádné
Mentální status	0	orientován
Věk	1	(nad 75 let)
Pád v anamnéze	0	nebyl
Celkem	5	Pacient je ohrožen rizikem pádu

(Klevelandová a kol., 2008).

Rizikové faktory pro vznik pádu (dle Conleyové, upraveno Juráskovou)

Anamnéza

Věk nad 65 let a více	2
Zrakový problém	1
Užívání léků	1

Vyšetření

Soběstačnost částečná	2
Schopnost spolupráce částečná	1

Přímý dotaz pacienta

Míváte někdy závratě? 3 ANO

Celkem 10 Střední riziko

(www.seniorzone.cz).

Výsledky všech dotazníků potvrdily, že pacient i přes svůj vysoký věk není depresivní, jeho psychika je v normě. Pacient je částečně závislý nebo lehce závislý, a to zejména při výměně stomického sáčku. Z toho důvodu stále provádí sestra z domácí péče. Dále bylo zjištěno, že je pacient ohrožen rizikem pádu, a to zejména z důvodu zhoršující se polyneuropatie. Rizikové faktory pro vznik pádu byly vyhodnoceny jako střední riziko.

KOMPLEXNÍ ZHODNOCENÍ PÉČE

Pacient se zavedenou kolostomií pro chronickou divertikulitidu střeva. Všeobecné sestry a stomasestry z domácí péče navštěvují pacienta 2x denně, a to z důvodu nutnosti péče o kolostomii – výměny stomického sáčku a ošetření okolí. Pacient je edukován o výměně stomického sáčku, o stomických pomůckách a o hygieně v okolí stomie. Cílem této návštěvy je také zaučení v manipulaci s kolostomií a předcházení vzniku komplikací. Celková péče je stanovena dle ordinace lékaře. Pacient si v posledních dnech stěžoval na bolesti prstů pravé horní končetiny v rámci diabetické neuropatie – byla mu doporučena operace karpálních tunelů (lékařem), kterou pacient odmítl z důvodu vysokého věku. Bolest má vliv na psychickou stránku pacienta. Pacient je v domácnosti částečně samostatný s dopomocí rodiny a své družky. Pohybuje se s pomocí hůlky, při chůzi však pociťuje mírnou nejistotu, ale chůzi zvládá, dle jeho potřeb. Výrazné zhoršení chůze neguje. Pacient výměnu stomického sáčku zcela nezvládá, ale daří se mu pravidelné vypouštění stomického sáčku. Okolí stomie je pravidelně ošetřováno při výměně stomického sáčku. Při dietní chybě dochází k zarudnutí pokožky v okolí kolostomie, a i k mírnému krvácení.

Na základě problémů uvedených pacientem, ošetřovatelské dokumentace, družky a rodiny pacienta, bylo stanoveno 5 ošetřovatelských diagnóz, které byly seřazeny dle priorit. Byly vytvořeny ošetřovatelské plány, s realizacemi a hodnocením. Celková terapie probíhá dle indikace lékaře, a to až do ukončení péče lékařem, je proto nutné pacienta nadále navštěvovat. Autorka bakalářské práce navštěvovala, spolu se sestrami domácí péče, pacienta v jeho domácím prostředí, v období od 2. října do 30. listopadu 2017, a to 2krát týdně. Krátkodobé cíle byly ve všech stanovených diagnózách splněny, dlouhodobé cíle byly splněny jen částečně, v jednom případě pacient nebyl schopen dodržování diabetické diety, a to v trvání celého jednoho týdne. V druhém případě nebylo zcela zastaveno krvácení v okolí kolostomie při výměně stomického sáčku, z důvodu zhoršeného hojení, krvácení zcela nevymizelo v období trvání 2 měsíců při navštěvování sestry z domácí péče.

Zhodnocení stavu pacienta a zhodnocení efektu ošetrovatelských intervencí při poslední návštěvě autorky v domácnosti pacienta dne 30. listopadu 2017:

Pacient si v období trvání 2 měsíců osvojil některé znalosti a dovednosti, například se naučil teoreticky popsat postup výměny stomického sáčku a vč. vyjmenování potřebných stomických pomůcek. Dále se naučil správně manipulovat s kompenzační pomůckou – hůlkou, kterou předtím nepoužíval. Nyní hůlku používá k běžným denním činnostem. V domácnosti pacient ví, jak předcházet pádům, byly odstraněny překážky, které by pád mohly vyvolat, také sám pacient začal nosit pevnější obuv a je opatrnější. Během navštěvování sestry z domácí péče nedošlo k žádnému pádu.

Bohužel některé problémy přetrvávají, pacient není schopen striktně dodržovat dietu a občas udělá dietní chybu. Dále přetrvává krvácení v okolí kolostomie z důvodu špatného hojení. Pacient také stále není schopen sám prakticky provést výměnu stomického sáčku.

5 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Předpokladem správné péče o pacienta jsou teoretické znalosti a praktické dovednosti vyškolené stomasestry nebo všeobecné sestry získané v praxi.

Sestra v domácí péči musí být kvalifikovaná a zkušená, pracovat zcela samostatně a často nemá možnost konzultovat náhle vzniklé pacientovi problémy, a proto musí jednat na základě svých znalostí a zkušeností. Většinou nemá před sebou jen pacienta, ale i jeho rodinné příslušníky, s kterými při své ošetrovatelské činnosti musí počítat.

Je samozřejmostí, že by měla být trpělivá, empatická, vlídná a tolerantní, měla by především respektovat soukromí pacientů a jejich vlastní individualitu. Měla by to být profesionálka.

Doporučení pro všeobecné sestry a stomasestry působící v domácí péči

Pacienti se zavedenou kolostomií jsou velmi stydliví a citliví, sestra by měla být trpělivá, empatická, vlídná a tolerantní, měla by především respektovat soukromí pacientů a jejich vlastní individualitu.

Pacienti se zavedenou kolostomií potřebují režim a řád, dodávající jim sebejistotu, sestra by jim měla dopomoci tento řád dodržovat.

Všeobecná sestra a stomasestra by také neměla zapomenout edukovat i rodinu a blízké pacienta.

- Aktivně se zajímej o stomické pomůcky a nový sortiment pro kolostomiky.
- Zúčastňuj se odborných školení pro kolostomiky.
- Měj trpělivost s pacientem při ošetřování kolostomie.
- Aktivně se zajímej o nové ošetrovatelské postupy v ošetřování kolostomie.
- Prováděj výměnu stomického sáčku šetrně, tak aby nezpůsobil pacientovi bolest.
- Přizpůsob se individuálním potřebám pacienta.
- Poskytni pacientovi dostatek informací o kolostomii a jejím ošetřování.
- Důsledně apeluj na dodržování diabetické diety.

- Zdůrazni důležitost hygienických návyků např. mytí rukou při vypouštění stomického sáčku pacientem.
- Klad' důraz na dostatečnou hygienu a šetrnost při výměně stomického sáčku.
- Motivuj pacienta k dodržování diabetické diety a léčebného režimu.

Doporučení pro pacienty s kolostomií

O kolostomii je nutné hovořit a nestydět se, pacient se může svěřit sestře se svými obavami. Pacient musí být trpělivý a chtít se naučit novým znalostem a dovednostem. Zvyknout si v období adaptace své nemoci na něco nového, co k tělu „nepatří.“ Toto období může trvat i několik měsíců.

Nejdůležitější je nejen pro pacienty, ale i pro sestry, dodržování léčebného režimu.

- Dodržuj dietní a léčebný režim.
- Dodržuj dostatečný pitný režim, cca 2 l tekutin denně, s ohledem na výdej.
- Dodržuj doporučení od všeobecných sester a stomasester.
- Ptej se na nejasnosti při výměně stomického sáčku.
- Navštěvuj klub stomiků a semináře na toto téma.
- Neboj se vyjádřit své pocity nebo požádat o pomoc.
- Klad' důraz na dostatečnou hygienu, např. mytí rukou při vypouštění stomického sáčku.
- Nauč se vyjmenovat pomůcky potřebné k ošetření kolostomie, slovně popsat postup výměny.
- Nauč se připravit všechny potřebné pomůcky pro výměnu stomického sáčku.
- Připrav klidné a čisté prostředí pro výměnu stomického sáčku.

Všeobecné sestry a stomasestry pracující v domácí péči musí znát zásady a postupy ošetrovatelské péče o pacienty s kolostomií, dodržovat aseptické a hygienické zásady, používat ochranné pomůcky. Pacienta psychicky podporovat a být empatické. Další důležitou činností sester, nejen v domácí péči, je edukace, která vede pacienty k samostatnější péči o vlastní zdraví. Edukace také slouží k navázání a zlepšení spolupráce mezi pacientem a zdravotníkem.

V edukačním procesu by měl pacient získat nové informace, pochopit a umět je použít. Oblasti, kromě konkrétního onemocnění, ve kterých sestra pacienta edukuje jsou například zdravý životní styl, správná výživa, hygienické návyky nebo rizikové faktory, ale i prevence. Sestra poskytne pacientovi edukační materiály, rady, návody, doporučení, ale učí ho i novým dovednostem. Je podstatné, aby pacient všemu porozuměl, což si můžeme hned ověřit formou kladení otázek. Sestra, zejména v domácí péči, by se měla sama ze své vlastní iniciativy zajímat o konkrétní onemocnění, v tomto případě tedy o kolostomii. Měla by se aktivně vzdělávat, a to třeba jen četbou odborné literatury, své poznatky pak aplikovat v praxi. Sestra musí srozumitelně a trpělivě pacientovi i rodině vše vysvětlit, většinou opakovaně, a musí být schopna zodpovědět dotazy.

Zavedení kolostomie je pro pacienty velkou, nejen fyzickou, ale zejména psychickou zátěží. Kolostomie zasahuje do kvality života pacienta, zpočátku především omezením při běžných všedních aktivitách. Psychická podpora sester, lékařů a zejména rodiny, je v těchto stavech zásadní. Pacient si na svou novou fyzickou identitu musí zvyknout, smířit se se změnami a mít trpělivost. A protože každý pacient je jedinečná individualita, může být průběh adaptace různý i různě dramatický, sestra by měla být na tyto změny připravená a měla by umět pacientovi pomoci. U pacientů to může vyvolávat až deprese a vyčlenění ze společnosti. Důležitá je tedy psychická podpora sester, lékařů a zejména rodiny. Ošetřování těchto pacientů a rozsah péče je již natolik specializovaný, že je žádoucí zvolit kvalifikovaného odborníka, tzv. stomasestru.

Tito specialisté jsou s problematikou svých pacientů seznámeni a jsou schopni jim poskytnout tu nejlepší péči i odbornou radu. Stomasestry dovedou stomika nejen správně ošetřit, ale poskytují mu i cenné odborné rady a pomáhají mu s návratem do normálního života.

ZÁVĚR

Bakalářská práce je zaměřena na komplexní ošetrovatelský proces u pacienta s kolostomií v domácí péči. V teoretické části byly stanoveny dva cíle. Prvním cílem bylo **shrnutí odborných poznatků o kolostomii a o možnostech jejího ošetřování** a druhým cílem **shrnutí informací o formě poskytování ošetrovatelské péče prostřednictvím agentury domácí péče**. Byla popsána metoda ošetrovatelského procesu u pacienta s kolostomií v jeho přirozeném sociálním prostředí formou domácí péče. Cíle teoretické části, na základě podrobné analýzy odborné literatury, byly splněny.

Praktická část byla zpracována metodou kazuistiky. Pro samotnou realizaci byl vybrán pacient, senior, který byl ošetřován agenturou domácí péče z důvodu neschopnosti samostatné péče o kolostomii. Byla u něho poskytována dlouhodobá ošetrovatelská domácí péče. Pro praktickou část byly stanoveny dva cíle, **detailní popsání kazuistiky v pěti fázích ošetrovatelského procesu u pacienta s kolostomií v domácí péči s využitím obecné ošetrovatelské dokumentace – ošetrovatelský proces a vytvoření edukačního letáku s odbornými radami pro kolostomiky v domácí péči**. Za tímto účelem docházela autorka práce za pacientem do jeho vlastního sociálního prostředí, dvakrát v týdnu v období říjen a listopad 2017. Zdroje informací o pacientovi a jeho zdravotním stavu byly získány od pacienta samotného, sester domácí péče, od rodinných příslušníků, především družky a ze zdravotnické dokumentace. Po celou dobu pacient velice dobře spolupracoval, byl komunikativní a měl zájem o svoje zdraví a zvýšení samostatnosti v péči o kolostomii. Je třeba dodat, že se jednalo o 90 – ti letého seniora, který je částečně soběstačný, mobilní a schopen edukace. Ošetrovatelská péče byla poskytována prostřednictvím ošetrovatelského procesu, pro vedení záznamu poskytované péče byla zvolena obecná ošetrovatelská dokumentace – ošetrovatelský proces. Posouzení pacienta bylo provedeno na základě zdrojů informací a měřících škál. Ošetrovatelské diagnózy obsahovaly krátkodobé a dlouhodobé cíle. V období dvou měsíců byly splněny stanovené krátkodobé cíle, dlouhodobé cíle byly splněny jen částečně, v jednom případě pacient nebyl schopen dodržování diabetické diety, a to v trvání celého jednoho týdne.

V druhém případě nebylo zcela zastaveno krvácení v okolí kolostomie při výměně stomického sáčku, z důvodu zhoršeného hojení v okolí, v období trvání 2 měsíců. Dlouhodobý cíl, který se týkal praktického ošetřování kolostomie, nebyl splněn. V příloze bakalářské práce je přiložen autorkou vytvořený edukační leták s radami a tipy pro kolostomiky, který byl zpracován na podkladě zkušeností získaných v rámci ošetřování pacienta. Cíle praktické části byly splněny.

Přála bych, aby tato práce byla přínosem nejen pro studenty ošetřovatelství, nebo sestry, ale i pacienty a jejich rodiny.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ANDĚL, P., ŠKROVINA, M., DUCHÁČ, V. a KLOS, K., 2014. *Inkontinence stolice a obstrukce pohledem chirurga*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-140-7.
- BÁRTLOVÁ, S. a kol., 2009. *Komunitní ošetřovatelství pro sestry*. Brno: NCO NZO. ISBN 978-80-7013-499-3.
- DRLÍKOVÁ, K., ZACHOVÁ, V., KARLOVSKÁ, M. a kolektiv, 2016. *Praktický průvodce stomikou*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-9339-4.
- HÁJEK, K., 2006. *Práce s emocemi pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-107-7.
- HAŠKOVCOVÁ, H., 2010. *Fenomén stáří*. Praha: Fakulta humanitních studií, výzkumný záměr. ISBN 978-80-87-109-19-9.
- HERDMAN, T. Heather et Shigemi KAMITSURU, 2015. *NANDA International, Ošetřovatelské diagnózy, Definice a klasifikace 2015-2017*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-9009-6.
- HODNOTÍCÍ ŠKÁLY. In: *Multimediální trenážer plánování ošetřovatelské péče*. VOŠ zdravotnická a Střední zdravotnická škola Hradec Králové. [online]. [cit. 2018-02-10]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>
- HOLUBOVÁ, A., NOVOTNÁ, H., MAREČKOVÁ, J. a kolektiv, 2013. *Ošetřovatelská péče v gastroenterologii a hepatologii*. Praha: Nakladatelství Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2806-6.
- HRABOVSKÝ, J. a kolektiv, 2006. *Chirurgie*. Praha: Eurolex Bohemia. ISBN 80-86861-49-X.
- HUDÁKOVÁ, A. a MAJERNÍKOVÁ, L., 2013. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetřovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4772-9.
- JANÍKOVÁ, E. a ZELENÍKOVÁ, R., 2013. *Ošetřovatelská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4412-4.

KALVACH, Z. a kol., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4026-3.

KLEVETOVÁ, D. a DLABALOVÁ, I., 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2169-9.

KOZÁKOVÁ, R. *Hodnocení rizika pádů u seniorů*. [online]. [cit. 2018-02-10].
Dostupné z: <https://www.seniorzone.cz/33/hodnoceni-rizika-padu-u-senioru-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4Emfz3dzEfB-W5n1jOGfwopQ/>

NĚMCOVÁ, J. a kolektiv, 2016. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-905728-1-2.

PIDRMAN, V. a KOLIBÁŠ, E., 2005. *Změny jednání seniorů*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-363-X.

PLEVOVÁ, I. a kolektiv, 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3557-3.

SCHEIN, M. et Rogers, N., P., – editoři, 2011. *Urgentní břišní chirurgie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2357-0.

SCHUMPELICK, V., 2013. *Chirurgie – stručný atlas operací a výkonů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4531-2.

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

ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol., 2006. *Základy ošetrovatelství*. Praha: Nakladatelství Karolinum. ISBN 80-246-1091-4.

VELIČOVÁ, J., 2008, *Komunitní ošetrovatelství*. Příbram. Vysokoškolské skripta. Vysoká škola zdravotnictva a sociálnem práce sv. Alžbety Bratislava. Detašované pracoviško Příbram.

VOKURKA, M., KAŠÁKOVÁ, E. a HUGO, J., 2015. *Výkladový slovník pro zdravotní sestry*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-424-1.

ZACHOVÁ, V. a kolektiv, 2010. *Stomie*. Praha: Grada. ISBN 97880-247-3256-5.

PŘÍLOHY

Příloha A – Rešeršní protokol

Příloha B – Test instrumentálních denních činností (IADL)

Příloha C – Barthelův test základních všedních činností (ADL)

Příloha D – Geriatrická škála deprese (zpracováno dle Yesavage)

Příloha E – Test hodnocení rizika pádu

Příloha F – Rizikové faktory pro vznik pádu (dle Conleyové, upraveno Juráskovou)

Příloha G – Edukační leták

Příloha H – Fotodokumentace z ošetřování kolostomie

Příloha I – Čestné prohlášení



Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta v domácí péči s kolostomií

Klíčová slova:

stomie, ileostomie, kolostomie, domácí péče, ošetrovatelská péče
stoma, ileostomy, colostomy, education, nursing process

Rešerše č. 20/2017

Bibliografický soupis

Počet záznamů:	celkem 42 záznamů (kvalifikační práce – 4, knihy – 15, ostatní – 23)
Časové omezení:	2008 - 2017
Jazykové vymezení:	čeština, slovenština, angličtina
Druh literatury:	kvalifikační práce, monografie, články a příspěvky ze sborníků
Datum:	18. 9. 2017

Základní prameny:

- katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz)
- Jednotná informační brána (www.jib.cz)
- Souborný katalog ČR (<http://sigma.nkp.cz>)
- Databáze vysokoškolských prací (www.theses.cz)
- Online katalog NCO NZO

Příloha B

Test instrumentálních všedních činností (IADL)

<i>Činnost</i>	<i>Hodnocení</i>	<i>Bodové skóre</i>
telefonování	vyhledá samostatně číslo, vytočí je	10
	zná několik čísel, odpovídá na zavolání	5
	nedokáže použít telefon	0
transport	cestuje samostatně dopravním prostředkem	10
	cestuje, je-li doprovázen	5
	vyžaduje pomoc druhé osoby, speciálně upravený vůz apod.	0
nakupování	dojde samostatně nakoupit	10
	nakoupí s doprovodem a radou druhé osoby	5
	není schopen nakoupit bez podstatné pomoci	0
vaření	uvaří samostatně celé jídlo	10
	jídlo ohřeje	5
	jídlo musí být připraveno druhou osobou	0
domácí práce	udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací	10
	provede pouze lehčí práce nebo neudrží přiměřenou čistotu	5
	potřebuje pomoc při většině prací nebo se práce v domácnosti neúčastní	0
práce kolem domu	práce provádí samostatně a pravidelně	10
	práce provede pod dohledem	5
	vyžaduje pomoc, neprovede	0
užívání léků	užívá samostatně v určenou dobu správnou dávku, zná názvy léků	10
	užívá léky, jsou-li mu připraveny a připomenuty	5
	léky musí být podány druhou osobou	0
finance	spravuje samostatně, platí účty, zná příjmy a výdaje	10
	zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc se složitějšími operacemi	5
	není schopen bez pomoci zacházet s penězi	0
Celkové skóre		
Hodnocení stupně závislosti v instrumentálních všedních činnostech		
0–40 bodů – závislý v IADL		
45–75 bodů – částečně závislý v IADL		
80 bodů – nezávislý v IADL		

Zdroj: KLEVETOVÁ a kol, 2008, s.183



Barthelův test základních všedních činností ADL (activity daily living)

- slouží ke zhodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech

Činnost	provedení činnosti	bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

HODNOCENÍ:

0-40 bodů	vysoce závislý
45-60 bodů	závislost středního stupně
65-95 bodů	lehká závislost
100 bodů	nezávislý



Geriatrická škála deprese (zpracováno dle Yesavage)

1. Jste spokojen/a s tím, jak nyní žijete?
ANO - 0 / NE - 1
2. Jaké jsou Vaše činnosti a zájmy - stejné jako dříve nebo jste většiny z nich zanechal/a?
STEJNÉ - 0 / ZANECHAL/A - 1
3. Máte někdy pocit nicoty a prázdnoty Vašeho života?
ANO - 1 / NE - 0
4. Často se nudíte?
ANO - 1 / NE - 0
5. Jaká je převážně Vaše nálada, dobrá nebo špatná?
DOBŘÁ - 0 / ŠPATNÁ - 1
6. Bojíte se často, že se Vám přihodí něco zlého?
ANO - 1 / NE - 0
7. Cítíte se většinou šťastný/á nebo nešťastný/á?
ŠŤASTNÝ/Á - 0 / NEŠŤASTNÝ/Á - 1
8. Míváte často nebo převážně pocit bezmoci?
ANO - 1 / NE - 0
9. Zůstáváte raději doma nebo máte raději společnost?
DOMA - 1 / SPOLEČNOST - 0
10. Máte problémy s pamětí, které jsou podle Vašeho názoru horší než u Vašich vrstevníků?
ANO - 1 / NE - 0
11. Myslíte si, že žijeme v hezké době?
ANO - 0 / NE - 1
12. Míváte někdy nebo dokonce často pocity, že jste pro ostatní bezcenný, že si Vás neváží, nerespektují Vás, nemají Vás rádi?
ANO, mívám ten pocit - 1 / NE - 0
13. Cítíte se převážně dobře, plný/á energie, chuti do života?
ANO - 0 / NE - 1
14. Míváte pocity beznaděje ze situace své, ze svého okolí či ze svého osudu?
ANO, myslím si to - 1 / NE - 0
15. Myslíte si, že se většině lidí daří lépe než Vám?
ANO, myslím si to - 1 / NE - 0

Hodnocení:

- 0-7 bodů odpovídá normě
- 8-12 bodů mírná deprese
- 13-15 bodů těžká deprese



Příloha E

Hodnocení rizika pádu

Pohyb	0 – neomezený 2 – používá pomůcky 1 – potřebuje pomoc k pohybu 1 – neschopen přesunu
Vyprazdňování	0 – nevyžaduje pomoc 1 – nykturie/inkontinence 1 – vyžaduje pomoc
Medikace	0 – neužívá rizikové léky 1 – užívá následující léky: diuretika, antiepileptika, antiparkinsonika, antihypertenziva, psychotropní látky, benzodiazepiny
Smyslové poruchy	0 – žádné 1 – vizuální, smyslový deficit
Mentální status	0 – orientován 1 – občasná noční dezorientace 1 – dřívější dezorientace/demence
Věk	0 – 18 až 75 let 1 – nad 75 let
Pád v anamnéze	1 – ano
Vyhodnocení: Zaškrtneme a sečteme body. Jestliže je skóre 3 a vyšší, je pacient ohrožen rizikem pádu.	

Zdroj: KLEVETOVÁ a kol, 2008, s. 190

Příloha F

Zhodnocení rizika pádu u pacienta dle Conleyové upraveno Juráskovou (ČAS 2007)

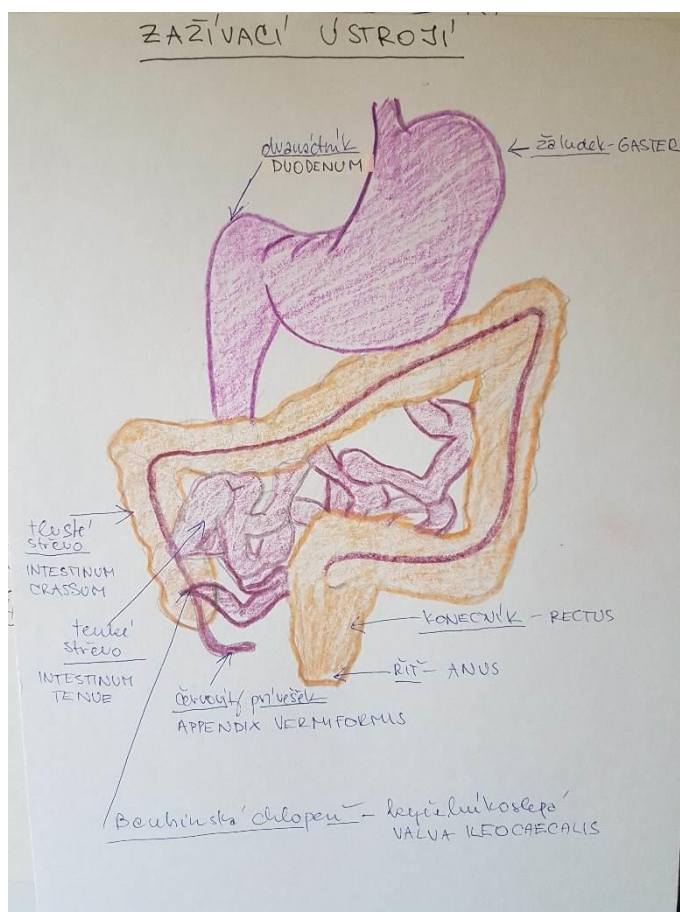
Rizikové faktory pro vznik pádu		
Anamnéza		
<input type="checkbox"/> DDD (dezorientace, demence, deprese) body		3
<input type="checkbox"/> věk 65 let a více body		2
<input type="checkbox"/> pád v anamnéze bod		1
<input type="checkbox"/> pobyt prvních 24 hodin po přijetí nebo překladu na lůžkové oddělení bod		1
<input type="checkbox"/> zrakový / sluchový problém bod		1
<input type="checkbox"/> užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizery, antidepresiva, antihypertensiva, laxantia) bod		1
Vyšetření		
<input type="checkbox"/> Soběstačnost		
- úplná	0 bodů	
- částečná	2 body	
- nesoběstačnost	3 body	
<input type="checkbox"/> Schopnost spolupráce		
- spolupracující	0 bodů	
- částečně spolupracující	1 bod	
- nespolečující	2 body	
Přímým dotazem pacienta (informace od příbuzných nebo ošetrovatelského personálu)		
<input type="checkbox"/> Míváte někdy závratě? body		3
<input type="checkbox"/> Máte v noci nucení na močení? bod		1
<input type="checkbox"/> Budíte se v noci a nemůžete usnout? bod		1
Celkem		
0 – 4 body* Bez rizika	5 – 13 bodů* Střední riziko	14 – 19 bodů* Vysoké riziko
* zaškrtněte možnosti		

Zdroj: dostupné z <https://www.seniorzone.cz/33/hodnoceni-rizika-padu-u-senioru-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4Emfz3dzEfB-W5n1jOGfwopQ/>

Život se stomií

Jak funguje trávicí soustava?

Celý proces trávení začíná v ústech, potrava dále putuje jícnem do žaludku, kde díky žaludečním šťávám a enzymům trávení pokračuje. Nastává proces vstřebávání výživných látek a vitamínů v tenkém střevě, tento obsah tenkého střeva je tekutý a jeho délka je cca 6-7 metrů. Bez tenkého střeva nemůžeme žít. Operativně lze odstranit pouze jeho část. Jako další na řadě v tomto procesu je tlusté střevo, měřící cca 1,5 metru, zde dochází ke vstřebávání vody a minerálních látek a tím k zahuštění stolice. Žaludek, tenké střevo i tlusté střevo jsou umístěny v břišní dutině.



Zdroj: vlastní, 2017

Desatero rad a typů

1. Dostatečný příjem tekutin, pravidelná strava v menších dávkách víckrát denně.
2. Dbejte na rozmanitost jídla.
3. Jezte v klidu.
4. Jídlo si vychutnávejte.
5. Důkladně jídlo žvýkejte a kousejte.
6. Jezte hodně ryb, ovoce a zeleniny.
7. Omezte sladké a tučné pokrmy, ostrá jídla a alkohol.
8. Dodržujte hygienu přípravy i konzumace pokrmů.
9. Zařaďte do vašeho jídelníčku dostatek vlákniny a kysané mléčné výrobky.
10. Dbejte na to, aby potraviny byly čerstvé.

Čerstvá a zdravá strava je základem.



Tohle raději vynechte.



Zdroj: vlastní, 2017

Nejčastější dotazy

První informace

Během pobytu v nemocnici vás naučí, jak přesně postupovat při výměně sáčku a jak nejlépe pečovat o pokožku v okolí stomie. Poradí vám, kde získáte stomické pomůcky. Po určité době budete pozván (a) na kontrolu.

Kdo mi pomůcky předepíše?

Váš obvodní lékař, nebo odborná ambulance. Zpravidla dostanete pomůcky minimálně na 3 měsíce.

Jak jsou stomické pomůcky hrazeny?

Všechny zdravotní pomůcky jsou plně hrazeny zdravotními pojišťovnami.

Např. pro kolostomiky 10 ks podložek měsíčně, 60ks sáčků měsíčně.

Kde pomůcky získám?

Lze využít zásilkovou službu, lékárna nebo výdejna zdravotnických potřeb.

Mohu se koupat se stomií?

Ano, a to buď se sáčkem anebo bez něj. Ve sladké i slané vodě.

Tělesný pohyb

Stomie nebrání tělesnému pohybu. Vyvarujte se však některých sportů, např. box, zápas, bojové sporty, posilování).

Cestování

Stomie není překážkou. Stačí s sebou mít stomické pomůcky.

Intimní život

Před pohlavním stykem se doporučuje vyměnit sáček, popřípadě změnit polohu. Největší překážkou většinou je sám pacient než intimní život. Naučte se zahodit stud.

Jídla a nápoje

Vyhýbat se potravinám, které působí nadýmavě a projímavě: tučná a smažená jídla, celozrnný chléb, luštěniny, zelí, houby, česnek, papriky, cibule, slazené nápoje a mléko. Proti nadýmání působí jogurt.

Zdroj: vlastní, 2017

Postup ošetření kolostomie

Potřebné pomůcky:

- ✓ **Tužka** - k zakreslení velikosti stomie na ochrannou fólii stomického sáčku
- ✓ **Nůžky** - k vystřížení požadované velikosti otvoru v podložce nebo sáčku
- ✓ **Šablona** - ke změření průměru stomie
- ✓ **Čistící film, odstraňovač lepidla** - k odstranění nečistot
- ✓ **Ochranný film** - k ochraně pokožky před aplikací nové pomůcky
- ✓ **Buničina nebo gáza**
- ✓ **Potřebná stomická pomůcka**
- ✓ **Vůně pro odstranění zápachu – antideodorační prostředky**
- ✓ **Stomická pasta** - pro vyrovnání nerovností a utěsnění otvoru mezi stomií a pomůckou
- ✓ **Zrcátko** - nezbytná pomůcka pro kontrolu
- ✓ **Holicí strojek**
- ✓ **Vatová štětička**
- ✓ **Sáček na odpad**

Postup:

- 1) Jak na to? Nejdříve odstraňte starou stomickou pomůcku a důkladně očistěte stomii.
- 2) Pro odstranění lepidla můžete použít čistící film. Zkontrolujte rovněž okolí stomie a ověřte, zda není nutné tuto oblast oholit. Po oholení vždy použijte ochranný film.
- 3) Naneste ochranný film.
- 4) Pomocí plastové šablony vyměřte velikost a tvar stomie a zakreslete na ochrannou šablonu stomické pomůcky.
- 5) Po zjištění tvaru překreslete velikost na sáček a požadovaný otvor vystříhnete.
- 6) Dále sejměte krycí fólii, vystříženou podložku nebo sáček nalepte na stomii a opatrně prsty přitiskněte po obvodu kolem stomie, aby pomůcka lépe přilnula k pokožce. K nalepené podložce připevněte uzavřený stomický sáček.

Zdroj: JANÍKOVÁ a kol., 2013

Kluby a zájmová sdružení

Od počátku 20. století existují patientské organizace sdružující stomiky.

Setkání s lidmi podobného osudu, přátelské vztahy a výměna zkušeností je hlavním přínosem. Jsou zde i přednášky od lékařů a výrobců stomických pomůcek a o nejnovějších technologiích a přístupech při péči o stomii.

FIT ILCO ČR Praha

Svaz stomiků Plzeňského kraje, z.s.

Zdroj: vlastní, 2017

Příloha H – Fotodokumentace z ošetřování kolostomie



Zdroj: vlastní, 2017

Příloha I – Čestné prohlášení

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem **Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta v domácí péči s kolostomií** v rámci studia realizované na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 21. 3. 2018

.....

Petra Vašíčková