



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

Ošetrovatelská péče o kolostomii z pohledu pacientů

Vypracovala: Sandra Chomová
Vedoucí práce: Mgr. Alena Polanová
České Budějovice 2015

Abstrakt

Současný stav

Tato bakalářská práce se zabývá ošetrovatelskou péčí o kolostomii, a to z pohledu pacientů. Teoretická část se věnuje anatomii tlustého střeva a konečníku. Kapitola stomie je věnována vysvětlení tohoto pojmu. Dále jsou v práci kapitoly věnované historii stomií, a také historii ošetřování stomií. Pro ucelení ošetrovatelské péče je vhodné vědět, jak se pečovalo dříve, a jak tato péče vypadá dnes. Neméně důležitou částí je část věnována indikacím založení kolostomie, protože příčina není jen jedna, ale je jich více. Na indikace logicky navazuje nutnost operace. Další kapitola je proto věnování předoperační a pooperační péči, a jsou zde zmiňovány i odlišnosti od „normální“ předoperační přípravy. Důsledkem špatné pooperační péče mohou být různé komplikace stomií, v pooperačním období hlavně komplikace časně. Komplikace pozdní jsou spíše způsobeny špatnou péčí v delším časovém odstupu od operace. Proto je nutná správná edukace stomasestrou, které je věnována další z kapitol, a to kapitola stomasestra a úloha stomasestry, ve které je uvedeno, jaké jsou hlavní úkoly stomasestry. Nedílnou součástí péče o kolostomii jsou také stomické pomůcky. Tyto pomůcky se dělí na jednodílný a dvoudílný systém, a také je nutno zmínit různé doplňkové pomůcky. Ve výměně jednodílného a dvoudílného systému jsou samozřejmě mírné rozdíly, které jsou zmíněny v kapitolách výměna jednodílného systému a dvoudílného systému. Důležitou součástí správné péče o kolostomii je i vhodná výživa a pitný režim. Tato kapitola vysvětluje vhodné a nevhodné návyky a potraviny. Poslední kapitolou této práce je kapitola o klubech stomiků, protože právě kluby stomiků mohou být nápomocny pacientovi při sžívání se se stomií.

Cíle práce a výzkumné otázky

Pro výzkum k této bakalářské práci byly vytyčeny dva cíle. Cíl 1: Zjistit rozdíly v ošetrovatelské péči poskytované stomasestrou a sestrou ze standardního oddělení. Cíl 2: Zjistit, jak pacient zvládá péči o kolostomii po propuštění do domácího ošetřování.

Byly položeny čtyři výzkumné otázky: 1. výzkumná otázka: Jaké činnosti v oblasti péče o kolostomii provádí stomasestra? 2. výzkumná otázka: Jaké činnosti v oblasti péče o kolostomii provádí sestra ze standardního oddělení? 3. výzkumná otázka: S jakými problémy se potýká pacient při ošetřování kolostomie v domácím prostředí? 4. výzkumná otázka: Jakými znalostmi o ošetřování kolostomie byl pacient vybaven před propuštěním do domácí péče?

Metodika

Pro výzkumnou část bylo využito kvalitativní šetření formou polostrukturovaných rozhovorů. Rozhovory byly uskutečněny se 6 pacienty, kterým byla v nedávné době vyvedena kolostomie. U pěti těchto respondentů byla kolostomie vyvedena z důvodu kolorektálního karcinomu, pouze u jednoho z důvodu onemocnění ulcerózní kolitidou. Dva z těchto respondentů měli stomii dočasnou, čtyři trvalou. K analýze rozhovorů bylo využito metody „tužka a papír“ a výsledky byly uspořádány do kategorií a podkategorií.

Výsledky

Z rozhovorů vyplynulo, že co se týká role stomasestry, ta spočívá hlavně v edukaci. Znepokojivé je zjištění, že nedostatečná byla edukace před operací. Po operaci se již stomasestra pacientům věnovala dostatečně, učila je veškerou péči o kolostomii, individuálně je zapojovala do péče dle jejich stavu, někteří i chválili její pozitivní přístup. Co se týká informací o výživě a pitném režimu, ty předala stomasestra každému jinak obsáhlé, některým z respondentů vůbec. Informace o komplikacích se jeví jako dostatečné, na základní komplikace stomasestra pacienty upozornila.

Sestra ze standardního oddělení nejčastěji prováděla v oblasti péče o kolostomii převaz operační rány, a také se ptala na bolest a podávala analgetika. Co se týká přímé péče o kolostomii, sestra v případě nutnosti měnila sáček, nebo podložku. V odpovědích

se respondenti ale často zmiňovali, že nebyla tolik zkušená. Pokud sestra měnila sáček, tak vždy zkontrolovala, zda stomie odvádí, a kolik stolice je v sáčku, a také zkontrolovala a ošetřila okolí stomie a stomii samotnou. Nové dovednosti sestra ze standardního oddělení neučila žádného z respondentů, všechny tuto péči učila stomasestra.

Ani jeden z dotazovaných respondentů se zatím nesešel s žádnými závažnějšími komplikacemi. Všem námi dotazovaným se stává, že jim podtéká sáček, a následně mají podrážděnou pokožku. Respondentům vyššího věku dělá problém vystřihávání otvoru v podložce. Pouze jedna respondentka má dlouhodobější potíž, a používá fixační pásky z důvodu mírně retrahované stomie. Zbylým respondentům se samostatná péče daří dobře.

Před ukončením hospitalizace dostali všichni respondenti ucelené informace o ošetřování kolostomie, a zároveň je stomasestra zkontrolovala, zda ji provádějí správně. Další důležitou informací, kterou dostali před propuštěním všichni respondenti, je způsob předepisování pomůcek, a limity na tyto pomůcky. Všichni respondenti také dostali kontakt na stomasestru s dovětkem, že ji kdykoli můžou kontaktovat. Téměř všichni respondenti zmínili, že byli opětovně informováni o riziku komplikací. Čtyři z dotazovaných byli také informováni lékařem o další léčbě.

Závěr

Tato bakalářská práce nastiňuje specifika ošetrovatelské péče o kolostomii. Poukazuje na rozdíly v ošetrovatelské péči poskytované stomasestrou a sestrou za standardního oddělení. Dále zjišťuje problémy, s jakými se potýkají pacienti po propuštění do domácí péče, a jaké informace před samotným propuštěním dostali. Tato práce může posloužit jako doplňkový studijní materiál pro všeobecné sestry z různých oddělení, které se budou chtít zdokonalit v péči o kolostomii. Během výzkumného šetření byla zjištěna nedostatečná edukace v předoperačním období. Výstupem z bakalářské práce proto je informační brožura věnovaná budoucím stomikům.

Klíčová slova

ošetřovatelská péče, kolostomie, pacient, stomasestra

Abstract

Present situation

This bachelor thesis deals with nursing care of colostomy, namely from patients' point of view. The theoretical part focuses on the anatomy of colon and rectum. The chapter Stoma explains this term. The thesis also contains chapters dealing with the history of stomas and the history of their treatment. It is useful to know what the care looked like in the history and what it looks like now to gain comprehensive insight. The part dedicated to the indication of colostomy application is important as well, because there is not just one reason but more. The necessity of surgery is logically linked to the indication. Another chapter thus deals with pre- and post-surgery care and also mentions the differences from "normal" pre surgery preparation. Poor post-surgery care may lead to various complications of stomas particularly early complications in the post surgery stage. Later complications are mostly caused by poor care after longer time from the operation. This is why the proper education by a stoma nurse is necessary. One of the next chapters, stoma nurse and her role deals with the main tasks of a stoma nurse. Stoma aids also form an inseparable part of colostomy treatment. This aids are divided into a one-piece system and a two-piece system, and various accessories are also worth mentioning. There are of course small differences in replacement of the one-piece and the two-piece system, which are mentioned in the chapter replacement of the one-piece system and the two-piece system. Proper nutrition and water intake are important part of colostomy treatment. This chapter explains proper and improper habits and food. The last chapter of the thesis deals with the clubs of ostomists as these are able to help a patient cope with the stoma.

Goals of the thesis and research questions

Two goals were set for the thesis research. Goal 1: To find the differences between the nursing care provided by a stoma nurse and a nurse from a standard ward.

Goal 2: To find how a patient copes with colostomy treatment after being released to home care.

Four research questions were set: Research question 1: What activities does a stoma nurse perform within colostomy care? Research question 2: What activities does a standard ward nurse perform within colostomy care? Research question 3: What problems does a patient face in colostomy treatment in home environment? Research question 4: What knowledge was a patient given before being released to home care?

Methodology

Qualitative research in the form of semi structured interviews was applied to the research. Interviews were conducted with 6 patients to whom colostomy had recently been applied. Five of the patients were given colostomy because of colorectal carcinoma, only one suffered from ulcerous colitis. Two of these patients had temporary colostomies, four had permanent ones. The pencil-paper method was applied to the analysis of the interviews and the results were arranged into categories and subcategories.

Results

The results have shown that the main role of a stoma nurse is based on patient education. A worrying finding was that there had been insufficient education before the operation. After the operation the nurse gave sufficient care to the patients, though them how to care about the colostomy, involved them individually according to their state, some even praised her for her positive attitude. As for the nutritional information, each patient was informed to different extent, some were not informed at all. The information on complications seems to be sufficient, the nurse informed the patients on the basic possible complications.

The standard ward nurse most often redressed the post-surgery wound within colostomy care and asked about pain and administered painkillers. As of direct

colostomy care she changed the pouch or the flange. The respondents however often mentioned that she was not experienced enough in their responses. When the nurse changed the pouch, she always check whether the colostomy was draining, how much stool was in the pouch, she checked and treated the colostomy surrounding and the colostomy itself. The standard ward nurse did not teach the patient any new skills, only the stoma nurse taught them.

None of the respondents has faced any serious complications yet. All the respondents are sometimes affected with leaking pouch and subsequent skin irritation. Respondents of higher age have problems with cutting the hole in the flange. Only one respondent has a persisting problem and uses fixation tapes because of slightly retracted stoma. The other patients do not have problems with the self care.

Before the end of hospitalization all the respondents were provided with comprehensive information on colostomy treatment and the nurse checked whether they do it properly. Another important piece of information the patients were all given before their release was the way of prescription of aids and the limits applicable on the aids. All the respondents were also given contact to a stoma nurse and informed that they could contact her at any time. Nearly all the respondents mentioned that they had been repeatedly informed on the possible complications. Four of the respondents were also informed by a physician on further treatment.

Conclusion

This bachelor thesis outlines the specifics of the nursing care of colostomy. It points out the differences in the nursing care provided by a stoma nurse and a standard ward nurse. It also examines the problems the patients face after being released to home care and what information they were provided with before their release. This work can serve as additional study material for general nurses from various departments who would like to get improved in colostomy treatment. The research found insufficient education in the pre-surgery period. This is why an information brochure for future ostomists is the output of this bachelor thesis.

Key words

Nursing care, colostomy, patient, stoma nurse

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 10.8.2015

.....

Sandra Chomová

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala paní Mgr. Aleně Polanové za vedení mé bakalářské práce, její trpělivost, ochotu a dobré nápady. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům, díky kterým vznikla výzkumná část mé bakalářské práce. Závěrem chci poděkovat své rodině a příteli za podporu nejen při studiu.

Děkuji

Obsah

Seznam použitých zkratk	14
Úvod	15
1 Současný stav	16
1.1 Anatomie a fyziologie tlustého střeva a konečníku	16
1.2 Stomie	17
1.3 Historie stomií	18
1.2.1 Historie ošetřování stomií	19
1.4 Kolostomie	20
1.4.1 Indikace k založení kolostomie	21
1.4.2 Předoperační příprava pacienta před založením kolostomie	22
1.4.3 Pooperační péče o pacienta po založení kolostomie	24
1.4.4 Komplikace kolostomií	25
1.5. Stomasestra	26
1.5.1 Úloha stomasestry	27
1.6 Stomické pomůcky	29
1.6.1 Jednodílný systém	29
1.6.2 Dvoudílný systém	29
1.6.3 Doplnkové pomůcky	30
1.7 Výměna stomického systému	31
1.7.1 Výměna jednodílného systému	31
1.7.2 Výměna dvoudílného systému	32
1.8 Výživa pacienta s kolostomií	32
1.8.1 Pitný režim u pacienta s kolostomií	33
1.9 Kluby stomiků	34
2 Cíl práce a výzkumné otázky	35
2.1 Cíle práce	35
2.2 Výzkumné otázky	35
3 Metodika	36
3.1 Použitá metoda	36

3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	36
4 Výsledky.....	38
4.1 Kategorizace výsledků z rozhovorů s pacienty s kolostomií	38
4.1.1 Kategorizační skupiny	38
5 Diskuze	50
6 Závěr.....	58
7 Seznam použitých zdrojů	60
8 Přílohy	64

Seznam použitých zkratk

cca - přibližně

cm - centimetr

m. - musculus

př. n. l. - před naším letopočtem

tzv. - tak zvané

KO - krevní obraz

KS - krevní skupina

RTG - rentgen

EKG - elektrokardiografie

per os., p. o. - per os

i. v. - intra venózně

atd. - a tak dále

JIP - jednotka intenzivní péče

ARO - anesteziologicko - resuscitační oddělení

UPV - umělá plicní ventilace

MZ - ministerstvo zdravotnictví

Sb. - sbírka

s. - strana

atp. - a tak podobně

ks - kus

IOA - International Ostomy Association

Úvod

Založení kolostomie je v mnoha případech výkon zachraňující život. V poslední době je nejčastější příčinou kolorektální karcinom. Během posledních 30 let se výskyt kolorektálního karcinomu značně zvýšil. V závislosti na pohlaví se častěji vyskytuje u mužů, u žen je druhým nejčastějším nádorovým bujením. V celoevropském měřítku je v ČR kolorektální karcinom nejčastějším zhoubným bujením (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012). Další častou příčinou založení kolostomie jsou nespecifické střevní záněty - ulcerózní kolitida a Crohnova choroba.

Stomasestra je důležitým člověkem pro každého nového stomika, pacient by vůči ní měl získat pocit důvěry, a stomasestra by měla umět vhodně s pacientem komunikovat. Jejím nejdůležitějším úkolem je edukace stomika, cílem této edukace je získání celkové, nebo alespoň částečné soběstačnosti v ošetřování kolostomie pacientem. Sestra ze standardního oddělení se věnuje celkové ošetrovatelské péči, ale v případě nutnosti si musí umět poradit i se stomií a stomickými pacienty.

Téma bakalářské práce jsem si vybrala hlavně proto, že mě zajímal pohled pacientů na problematiku stomií a jak vnímají péči, která jim je poskytována. Během své povinné praxe při studiu jsem se setkala vícekrát s tím, že všeobecná sestra ze standardního oddělení si nevěděla rady s ošetřováním stomie, a také s tím, že některé sestry se této péči dle mého názoru snažily vyhnout, a čekaly, až ji udělá někdo jiný. Také jsem byla svědkem situace, kdy stomasestra nedostatečně komunikovala, nebo kdy sestra ze standardního oddělení byla na stomika nepřijemná.

Tato práce by mohla posloužit jako doplňující studijní materiál pro všeobecné sestry, které se během své práce setkávají se stomiky. Pro pacienty bude určena brožura zaměřená na informace, které by měl mít každý stomik ještě před tím, než je mu stomie vyvedena.

1 Současný stav

1.1 Anatomie a fyziologie tlustého střeva a konečníku

Tlusté střevo (*colon*) je přibližně 1,5 metru dlouhé a je tvořeno následujícími částmi - slepým střevem, vzestupným, příčným, sestupným tračníkem, esovitou kličkou a konečníkem.

Slepé střevo (*caecum*) leží v pravé dolní části dutiny břišní. Směrem dolů je slepě zakončeno a do jeho boční stěny ústí koncová část tenkého střeva – kyčelník. Tento vstup uzavírá ileocekální chlopeč. V oblasti pod touto chlopní odstupuje cca 5-8 cm dlouhý, slepě ukončený tenký útvar válcovitého tvaru - červovitý přívěsek (*appendix vermiformis*), jehož konec bývá variabilně uložen (Merkunová, Orel, 2008).

Vzestupný tračník (*colon ascendens*) vede od slepého střeva nahoru a ke spodní ploše jaterního laloku, naléhá na pravou ledvinu a je dlouhý 15-20 cm.

Příčný tračník (*colon transversum*) je cca 50 cm dlouhá trubice rozepjatá v oblouku mezi pravým (jaterním) a levým (slezinným) ohbím. Dolní vrchol dosahuje oblasti pupku. V levém ohbí přechází v sestupný tračník. Ohbí tračníku je uloženo hluboko za žaludkem, na přední ploše levé ledviny a blízko dolního pólu sleziny.

Sestupný tračník (*colon descendens*) je dlouhý asi 25 – 30 cm a je užší než předchozí oddíly. Jeho vztahy k okolí jsou stejné jako u příčného tračníku, jen zrcadlově otočené (Merkunová, Orel, 2008).

Esovitá klička (*colon sigmoideum*) začíná ve výši hřebene kyčelní kosti a pokračuje jako 30 – 40 cm dlouhá klička, která přechází ve výši obratle S2-S3 do konečníku. Délka, poloha i tvar esovité kličky jsou velmi variabilní a závislé na délce peritoneálního závěsu. Výška závěsu se směrem ke konečníku zmenšuje a esovitá klička je stále pevněji fixována k zadní stěně těla. Vpředu a vzadu je zakryt kličkami tenkého střeva a vzadu naléhá na bedro kyčelní sval (*m. iliopsoas*) a dole na močové a pohlavní orgány v pánvi (Dylevský, 2011).

Konečník (*colon rectum*) navazuje na esovitý tračník. Začíná rozšířením, procházejícím pod hrotem kostrče v užší řitní kanál. Je dlouhý asi 10 cm a

ústí v řitní rýze řitním otvorem (*anus*) na povrch těla. Uzavírá jej dvojice svěračů – vnitřní a zevní. Přičemž vnitřní nelze vůlí ovládat, zatímco vnější ano (Dylevský, 2011).

V tlustém střevě dochází ke vstřebávání vody, a tím i k zahušťování stolice. Tělo zde vstřebává i vitamíny skupiny B a vitamín K. Nestrávené zbytky potravy (celulóza, vazivo), odloučené buňky střevního epitelu, žlučová barviva a bakteriální těla podléhají rozkladným pochodům vlivem střevních bakterií. Vznikající plyny jsou částečně vstřebávány, a částečně odcházejí řitním otvorem (flatulence). Množství a konzistence stolice, kterou jedinec vyprázdní za jeden den je ovlivněno skladbou a množstvím potravy a tekutin, které jedinec přijme. Průchod obsahu střevem je pomalý, a trvá dva až tři dny. Obsah střeva je peristaltickými pohyby posouvám do rekta, při jehož naplnění je spuštěn defekační reflex (Langmeier, 2009, Vytečková, 2013).

1.2 Stomie

Pojem stomie má základ v řeckém slově *stoma*, *stomatos*, což v překladu znamená ústa, ústí nebo otvor. Rozumí se tím vyvedení dutého orgánu na povrch těla vyšitím, nebo případně pomocí katétru (Zachová, 2010).

Z hlediska indikace lze stomie dělit na výživné a derivační (odvodné). Výživné stomie jsou umístovány ve střední části trávicího traktu. Mezi výživné stomie patří gastrostomie a jejunostomie. Derivační stomie jsou ty, které mají za úkol odvádět něco ven z těla. Patří mezi ně esofagostomie, tracheostomie, urostomie a ileostomie. Kolostomie, cékostomie, transverzostomie a sigmoideostomie jsou vyváděny na různých částech tlustého střeva (Otradovcová, Kubátová, 2006).

Stomie lze dělit také podle časového trvání na dočasnou a trvalou. Dočasné stomie se zakládají nejčastěji na dobu, dokud se stěna konkrétní orgánové soustavy neobnoví do své původní funkčnosti, kterou měla před vznikem obtíží. Trvalá stomie se zakládá tehdy, kdy není možné obnovit původní mechanismy odchodu moči nebo stolice. Jak je známo, i původně zamýšlená dočasná stomie se může změnit ve stomii trvalou. Děje se tak v případech, kdy stomik již nechce podstupovat další operaci, kdy by mu byla obnovena kontinuita střeva pro fyziologický odchod moči nebo stolice, anebo tehdy, když to neumožňuje jeho zdravotní stav (Zachová, 2010).

1.3 Historie stomií

První zmínky o stomiích se objevují přibližně v období 350 let př. n. l., kdy Praxagoras z Kósu zhotovil střevní vývod při poranění tlustého střeva. Také Paracelsus (1493-1541) prý několikrát ošetřil poranění břicha a zhotovil střevní vývod. Palfyn (1726) upozornil na spontánní hojení takto zhotovených střevních vývodů. Později Litré roku 1710 navrhl zhotovení cékostomie u anální atrezie. Roku 1776 Pillor poprvé převedl do praxe Litrého návrh, při operování pacienta pro stenózující karcinom sigmoidea, a všil vývod kolostomie do kůže. Po této operaci ale jeho pacient přežil pouze 28 dní (Škočová, 2014).

Velice zásadním rokem v historii medicíny byl rok 1794, ve kterém byl zrušen zákon, který odděloval chirurgii od medicíny, a tento obor byl začleněn do standardního vzdělávání lékařů. V době před zavedením antiseptiky byla nejrozšířenější kolostomie - levostranná retroperitoneální lumbální kolostomie, která byla navržena anatomem Callisenem v roce 1817, a v roce 1839 úspěšně realizována Ammusatem. V Anglii roku 1850 provedl Luke poprvé fixaci abdominální kolostomie a vyvedl kličku sigmoidea skrz břišní stěnu vlevo. Schitzinger v roce 1841 popsal postup, který v roce 1884 zdokonalil Madelung, při kterém vytvořil sigmoidální vývod a zaslepil aborální konec kličky. Tento postup je považován za předchůdce resekce, jak ji prováděl Hartmann, jehož metoda se stala modelem na několik desetiletí dopředu. Do historie stomií se roku 1888 také zapsal český chirurg Karel Maydl, který provedl dvouhlavňovou sigmoideostomii, která se velmi podobným způsobem zhotovuje dodnes (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004, Škočová, 2014).

Velice často se objevovala snaha o zhotovení kontinentní stomie. To znamená ovlivnění stomie tak, aby jí stolice samovolně neodcházela. Stejně jako mnoho jiných, se o zhotovení kontinentní stomie pokusili Feustel a Hennig v roce 1974, kdy implantovali pod kůži v okolí stomie kovový prstenec, na který nasedal magnetický uzávěr. O kontinentní stomii se snažil také Schmidt v roce 1979, jenž obtácel hladkou svalovinu z části střeva kolem aborálního konce stomie. Toto se ovšem nezdařilo a dosud se neprovádí (Škočová, 2014).

1.2.1 Historie ošetřování stomií

Stomici byli dříve velmi často izolováni od společnosti. Ostych a omezená komunikace způsobovaly, že veřejnost byla po dlouhou dobu nedostatečně informována o problematice stomií. Neznalost se podílela na vzniku domněnek o tom, že stomik nemůže žít svůj život aktivně a plnohodnotně. Také zápach, kterého se kvůli omezenému sortimentu stomických pomůcek nemohli zcela zbavit, byl důvodem vyčleňování ze společnosti. Vývod se zakrýval pouze vrstvou buničité vaty, mulovým materiálem nebo plátěnou rouškou. Tento způsob byl nepříjemný pro pacienty i ošetřující personál (Škočová, 2014).

Teprve až v 60. letech 20. století se na trhu začaly objevovat předměty, kde základem těchto pomůcek byly sáčky, které bylo nutné upevnit kolem stomie pomocí pásku. Později byl využíván tzv. Jánošíkův pás (viz Příloha 1), který byl podkládán mulovým čtvercem, vystřiženým dle velikosti stomie. Ten ale stomikům často nevyhovoval a omezoval je v běžných činnostech. Tyto pomůcky dostatečně nepřiléhaly ke kůži okolo stomie a docházelo k úniku střevního obsahu nebo zápachu. Pomocí pomůcek, které byly dostupné, nebylo možné ochránit okolí stomie před agresivním střevním obsahem (Škočová, 2014).

Pokrokem se stal kolostomický pás se sponou, kroužkem a polyetylenovým sáčkem (viz Příloha 2). Spona ale byla tuhá, nedržela a překážela. Výměna byla problematická, a docházelo ke znečištění oděvu. O pár let později začala francouzská firma Porges dodávat kolostomický pás Saniliac, u kterého spona byla vyrobena z flexibilnějšího materiálu a měla přidržovat gumový kroužek, na který se navlékal sáček. Spona ale po opakovaném používání zapáchala, a ani tato pomůcka nejmála všechn střevní obsah, byla velmi masivní, tudíž viditelná pod oděvem a sáčky při pohybu šustily (Zachová, 2010).

Zlomem v ošetřování stomií byly nalepovací sáčky. Jednorázové lepící sáčky měly pro stomiky několik výhod jako jsou například rychlá a jednoduchá výměna, dobrá přilnavost a izolace zápachu. Nebylo již nutno používat fixační pás, a pomůcka byla mnohem diskrétnější. Při častém odstraňování lepících pomůcek ale docházelo

k alergickým reakcím na použítá lepidla, a k následné devastaci kůže okolo stomie. K odstraňování lepidel byl používán lihobenzín, který ještě víc dráždil již namáhanou pokožku. Pokrokem bylo vyvinutí nedráždivých a bezpečných lepidel na kůži. Na trhu se stále častěji objevovaly pomůcky, které měly samostatnou podložku. Při správném nalepení mohla zůstat na kůži i tři dny a měnil se pouze naplněný sáček (Škočová, 2014).

V roce 1960 prezentovaly dánské sestry první adhezivní kolostomický sáček na jedno použití a následně byla započata jejich výroba. Přestože ve světě byl již znám široký sortiment stomických pomůcek, Československo zaznamenávalo jejich silný nedostatek. Zásadní změna nastala až po roce 1989, kdy se dařilo zajišťovat standardní sortiment stomických pomůcek. V polovině 80. let 20. století začaly vznikat organizace stomiků, a bylo zřejmé, že nepotřebují jen vhodné pomůcky, ale i komplexní péči. Tak vznikl prostor pro stomasestry, které pacienta seznamují s pomůckami a pomáhají mu přizpůsobit se nové situaci, a učí ho správné péči o stomii (Škočová, 2014).

1.4 Kolostomie

Kolostomie není nemocí, jak si někteří pacienti občas myslí. Je to termín, označující vývod, který je chirurgicky zhotoven při onemocnění tlustého střeva. Kolostomie je nejčastější druh stomie. Nahrazuje funkci konečníku, a odchází jím stolice. Kolostomie je nejčastěji oválného nebo kruhovitého tvaru o průměru 2-5 cm a vyčnívá nad kůži 1-2 cm. Průměr volí chirurg podle stavu a průměru operované části střeva. V kolostomii nejsou přítomna žádná nervová zakončení, proto není citlivá na bolest ani dotek. Barva kolostomie po zahojení je růžová až tmavě červená (Marková, 2006, Šváb, 2008).

Z hlediska lokalizace se dělí kolostomie na cékostomii, transverzostomii a sigmoideostomii. Cékostomie se zakládá na vyústění slepého střeva v místě přechodu tenkého a tlustého střeva a její vyústění je v pravém dolním kvadrantu. Cílem bývá dočasná derivace plynů a stolice. Transverzostomie se umísťuje na příčném tračníku a její vyústění je nad pupkem. Její ošetřování je obtížné vzhledem k blízkosti laparotomie, podžebrí, kožní řasy a prsů a často je jen dočasná. Třetím a nejčastějším druhem trvalé

kolostomie je sigmoideostomie. Ta se zhotovuje na esovité kličce tlustého střeva a je umístěna v levém dolním kvadrantu břišní stěny. Terminální sigmoideum chirurg vyvede na povrch - operace dle Milese (Otradovcová, Kubátová, 2006, Marková, 2006).

Kolostomie se mohou dělit také z hlediska způsobu konstrukce. Prvním, a nejméně používaným druhem je kolostomie nástěnná. Jedná se pouze o otvor ve stěně tlustého střeva. Kvůli problémům se zatékáním se provádí vzácně. Druhým typem je kolostomie terminální. Terminální kolostomie se zakládá po resekci střeva, kdy je proximální část vyvedena břišní stěnou. Distální konec je slepě uzavřen, či z důvodu patologického procesu extirpován - operace dle Hartmanna. Poslední možností konstrukce je kolostomie axiální, tedy dvouhlavňová. U tohoto druhu je vyvedena orální i aborální část střeva. Celá klička je vyvedena po celém svém obvodu a podkládá se drénem (tzv. můstek), který slouží k přidržení stomie. Můstek se odstraňuje nejčastěji 8. den po operaci. Inaktivní ústí, tedy orální část je umístěna nahoře, a aktivní - aborální část je umístěna dole. Toto uspořádání slouží k tomu, aby střevní obsah nepřetékal přes inaktivní část (Marková, 2006, Slezáková, 2010).

1.4.1 Indikace k založení kolostomie

Indikací k založení kolostomie může být více. V poslední době je nejčastější příčinou kolorektální karcinom, který je v ČR nejčastějším zhoubným nádorem. Další častou příčinou jsou nespecifické střevní záněty - ulcerózní kolitida a Crohnova choroba. Méně častými příčinami pak jsou vrozené a vývojové vady, iatrogenní poškození střeva, náhlé příhody břišní nebo poranění dutiny břišní, malé pánve a konečníku (Vytečková, 2013, Haluzík, Svačina, 2005).

Kolorektální karcinom je maligní nádor, který vychází z epiteliálních buněk sliznice v tlustém střevě. Řadí se mezi adenokarcinomy, tedy nádory žlázového původu. Během posledních 30 let, se jeho výskyt značně navýšil. V závislosti na pohlaví se častěji vyskytuje u mužů, u žen je druhým nejčastějším nádorovým bujením. V celoevropském měřítku je v ČR kolorektální karcinom nejčastějším zhoubným bujením. Rozlišuje se karcinom konečníku a tračníku, hlavně z důvodu částečně

odlišného přístupu k léčbě obou nádorů (Lukáš, Žák, 2007, Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012).

Riziko vzniku kolorektálního karcinomu je dáno zevními a vnitřními faktory. Mezi zevní faktory patří nedostatek vlákniny, ovoce, zeleniny a vitamínů. Naopak přebytek živočišné stravy zvyšuje riziko výskytu kolorektálního karcinomu. Dalšími vnějšími rizikovými faktory jsou obezita, kouření a vysoká konzumace alkoholu. Mezi vnitřní faktory řadíme věk nad 50 let, výskyt kolorektálního karcinomu v rodině a idiopatické střevní záněty viz níže (Lukáš, Žák, 2007).

Ulcerózní kolitida (*proktokolitida*) je zánětlivé onemocnění sliznice tlustého střeva. Při tomto onemocnění dochází k tvorbě vředů a krvácení. Zpravidla začíná v konečníku a šíří se směrem vzhůru. Příčina je dosud neznámá, nejspíše jde o imunologické vlivy, potravinové alergeny, genetiku a psychiku. Nemoc se nejčastěji vyskytuje u mladých lidí. Hlavními projevy jsou četné průjemovité stolice s příměsí krve a hleny a kolikovitě bolesti v levém podbříšku (Janíková, Zeleníková, 2013).

Crohnova choroba (*ileitis terminalis, enteritis regionalis*) je progresivní chronické zánětlivé onemocnění, jehož příčina je dosud neznámá. Mezi rizikové faktory patří vysoký příjem cukrů a kouření cigaret. Vliv na vznik onemocnění mají i genetické faktory a životní prostředí. Změny se dějí v různých částech střeva. Vznikají píštěle, eroze nebo abscesy. Střídají se období zlepšení a nové ataky zánětu. Nemocní mají difúzní bolesti břicha, abdominální koliky, když je postiženo terminální ileum, dochází k hmatné rezistenci v pravém podbříšku. Dále nemocné trápí nechutenství, plynatost, průjmy a ve stolici můžou pozorovat krev nebo hlen (Vodička a kol., 2014).

1.4.2 Předoperační příprava pacienta před založením kolostomie

Předoperační příprava pacienta začíná ve chvíli, kdy je rozhodnuto o nutnosti chirurgického výkonu, a končí převozem pacienta na operační sál. Cílem je vytvoření optimálních podmínek vedoucích ke zvládnutí operační zátěže, nekomplikovanému hojení a bezproblémové rekonvalescenci. O možnosti provedení stomie by měl pacienta informovat lékař. Na základě rozhovoru s lékařem budoucí stomik podepíše

informovaný souhlas s výkonem. Následovat by měl také rozhovor se stomasestrou (Marková, 2006, Zeman, Krška, 2011).

Běžná předoperační příprava při operaci střev se příliš neliší od jiných operací. Sestra odebírá biologický materiál na základní laboratorní vyšetření (KO, biochemické, hematologické, KS, onkomarkery), zobrazovací vyšetření (RTG srdce + plíce), EKG a vyšetření dle přidružených onemocnění. Speciální přípravou před operací střev je jejich očista, tzv. pitná kúra, která se provádí podáním osmoticko-koloidního roztoku (Fortrans) per os. Sestra nařídí do 4 litrů tekutiny 3-4 sáčky Fortransu a poučí pacienta, že má tento nápoj vypít nejlépe naráz večer před samotným výkonem (Marková, 2006, Cibříková, Kivaderová, Ondriová, 2013).

Potřebná je také profylaktická příprava střeva, a to pomocí antibiotik i. v. (Claforan) a chemoterapeutik p. o. (Entizol), které sestra posílá na operační sál společně s dokumentací pacienta. Jako prevenci tromboembolické nemoci sestra provádí miniheparinizaci dle ordinace lékaře a bandáž dolních končetin. Před výkonem zavádí i. v. kanylu a permanentní močový katétr. Operační pole očistí v umbilikální oblasti, a vyholí od prsních bradavek po třísla. Sestra podává premedikaci dle ordinace lékaře, nejčastěji jde o sedativa večer před operací, a kombinaci vagolytik (Atropin) a opiátu (Dolsin) cca 30 minut před uvedením do anestezie. Jednou z nejdůležitějších součástí přípravy u budoucího stomika je vyznačení vhodného místa pro vyvedení stomie. Tento výkon provádí stomasestra pomocí nesmývatelného fixu (viz. Kapitola 1.5.1 Úloha stomasestry). Vyznačení vhodného místa stomie patří k běžnému úkonu i v akutních případech (Marková, 2006, Cibříková, Kivaderová, Ondriová, 2013).

Nelze opomenout ani psychickou přípravu, neboť založení kolostomie je závažný zásah do života pacienta. Cílem psychické přípravy je minimalizace stresu a strachu z operace. Pro pacienta je nutné vypořádat se s chorobou, následnou operací a stomií. Na tomto úkolu se podílí sestry i lékaři. Nikdy se nesmí bagatelizovat otázky kladené pacientem, ať už se týkají operace, nepříznivého výsledku operace atd. Stomasestra pacientovi vysvětlí, že jsou k dispozici pomůcky, které umožňují žít život tak, jak doposud. Vysvětlí mu, že i když dojde ke změnám v oblasti osobní hygieny, stravování atd., jsou dostupné takové pomůcky, díky kterým se může zařadit zpět do běžného

života. A že když bude dodržovat doporučené zásady, například v oblasti výživy, nikdo si ani nemusí všimnout, že má stomii. Tím dojde k vyvrácení mylných informací o vývodu a zmírnění strachu. Nejdůležitější pro pacienta je získat důvěru ve zdravotnický personál (Marková, 2006, Cibříková, Kivaderová, Ondriová, 2013).

1.4.3 Pooperační péče o pacienta po založení kolostomie

Po skončení operace zůstává operovaný pod stálým dohledem na operačním sálu. Intenzivní dohled je nutný do doby, dokud nemá stabilizovaný krevní oběh, spontánní dýchání a dokud nejsou patrné obrané reflexy - kašláni a polykání. Pacient je převážen z operačního sálu extubován a při vědomí (Zeman, Krška, 2011, Slezáková, 2010).

Pro péči bezprostředně po operaci jsou určeny pooperační, neboli dospávací pokoje, které jsou také součástí operačního traktu. Po náročných operacích, mezi které vyvedení kolostomie také může patřit, jsou pacienti převáženi na JIP nebo ARO, pokud je nutné pokračovat v UPV (Slezáková, 2010).

Mezi základní úkoly pooperační péče patří sledování fyziologických funkcí - vědomí, tepu, tělesné teploty a krevního tlaku. Sestra provádí výkony dle zápisu operátora, které se týkají ordinace léků, infuzních roztoků, transfuzí, případně převazů operační rány či pacientovy polohy. Sleduje nauzeu či zvracení, které se může vyskytnout jako následek anestezie. Sestra sleduje výskyt pooperačních komplikací, které mohou být respirační, kardiální, močového systému, alergické, poruchy funkce jater nebo trávicího ústrojí případně komplikace v oblasti operační rány (Slezáková, 2010).

Stomický pacient přichází na pooperační pokoj s již nalepeným stomickým sáčkem, který mu nalepí při operaci sálová sestra. Sáček je jednodílný, průhledný a výpustný, aby mohl být kontrolován obsah sáčku, tvar, velikost, barva a otok stomie. Stomie je za normálních okolností červená jako sliznice dutiny ústní. Bezprostředně po operaci má větší průměr kvůli otokům, ale později se stahuje. Tomu je nutno přizpůsobit velikost pomůcek. Pomůcka má být jednodílná, aby se mohla celá sejmut a lépe se kontrolovalo okolí stomie. První sáček bývá ponechán cca 2 dny, pokud

nepodtéká, aby se nedráždilo okolí stomie a ta se lépe hojila. Sáček sestry vyprazdňuje vždy, když je naplněn do 1/3 (Otradovcová, Kubátová, 2006, Marková, 2006).

U stomie sestry sleduje funkčnost, zjišťuje, zda odchází plyny a stolice. Obnovení střevní peristaltiky se často provádí pomocí medikamentů dle ordinace lékaře. Už v tomto období by mohlo dojít ke komplikacím jako je masivní krvácení, nebo k ischemii. Krvácení je často způsobeno medikací (steroidy, antikoagulanty), mírné krvácení při manipulaci se stomickými pomůckami je ale normální. Ischemii sestry pozná podle změny barvy - ta je fialová až černá. Může být způsobena špatnou technikou provedení stomie či malým otvorem v podložce (Marková, 2006).

1.4.4 Komplikace kolostomií

Komplikace stomií často vznikají v důsledku technických chyb a problémů při konstrukci stomie, reakce na stomickou pomůcku nebo základního onemocnění. Dělí se na časné a pozdní. Časné se objevují v pooperačním období, nebo během hospitalizace, nejpozději do 3 měsíců od operace, řadíme mezi ně krvácení, nekrózu, parastomální absces, otok, kožní komplikace, časnou retrakci, nevhodné umístění a dočasnou močovou inkontinenci. Pozdní komplikace vznikají v delším pooperačním období, a mohou být následkem komplikací časných. Často je příčinou těchto komplikací nedostatečná edukace a nesprávná domácí péče. Jsou to nejčastěji prolaps, retrakce, stenóza, parastomální kýla a kožní komplikace (Vytejčková, 2013).

Drobné krvácení z okrajů stomie je normální stav, ale pokud dojde k masivnějšímu krvácení, může být způsobeno poraněnou cévou či střevem. Pokud se toto objeví, je nutné kontaktovat chirurga, který v případě nutnosti provede revizi. Nekrózu způsobuje nedostatečný průtok krve do tkáně. Stomie je povleklá a dochází k uvolnění od kůže. Pokud střevo drží na fascii, volí se konzervativní postup, stomie se kontroluje a sprchuje. Když střevo zapadá pod břišní stěnu, řeší se nekróza chirurgicky. Při vzniku abscesu je nutná jeho derivace, hrozí podtékání pod stomickou pomůckou, proto je nutná zvýšená ochrana kůže. Otok se objevuje vždy po manipulaci se střevem, malý se vstřebá, větší sestru leduje, a sleduje vývoj. Kožními komplikacemi mohou být alergická reakce, kontaktní dermatitida, iritace a macerace. Primárně se řeší

jejich příčina změnou značky pomůcky a zabráněním podtékání. Nevhodně umístěná stomie není častou komplikací, a vzniká spíše u akutních stavů, kdy nebyla stomie před operací zakreslena (Otradovcová, Kubátová, 2006, Široká, Votavová, 2008).

Prolaps stomie znamená její výhřez před stěnu břicha. Příčinou může být zvýšený nitrobřišní tlak, nebo je střevo špatně fixováno. Vleže se může ale úplně vtáhnout zpět do původní polohy. Se střevem se musí manipulovat opatrně, nereponovat jej zpět násilím a je vhodné kontaktovat stomasestru, případně chirurga. Retrakce je vtažení stomie dovnitř, a může být od několika milimetrů až po několik centimetrů pod úroveň kůže. Dochází k podtékání pod podložku a iritaci okolní kůže. Stenóza stomie znamená nepoměr mezi průměrem střeva a otvoru v břišní stěně. Stolice měštná před stenózou, a může vzniknout ileus. Stenóza se řeší dilatací a úpravou stravovacího režimu. Parastomální kýla je nejčastější komplikací. Důvodem je oslabení břišní stěny a uvolněním fascie od střevní kličky. Okolo stomie se vytvoří vyklenutí, které se postupně zvětšuje. Malou kýlu lze kompenzovat břišním pásem, protože na kýle pomůcky drží špatně. Operace kýly je riziková, protože hojení v infekčním prostředí je obtížné (Otradovcová, Kubátová, 2006, Stomici, 2014).

1.5. Stomasestra

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

Existují různé představy o její roli i vlastnostech. Nejdůležitější je, aby stomasestra uměla navodit pocit důvěry a aby ovládala správnou komunikaci

s pacientem. Musí umět motivovat, ale zároveň ho stále respektovat a zachovávat jeho důstojnost. Je nutné, aby měla dostatek znalostí o ošetřování stomie a také dostatek zkušeností v péči o stomického pacienta, a znala základní principy léčby onemocnění, které vedlo k založení kolostomie. Ale stále je nejdůležitější ošetrovatelská péče, kterou poskytuje. Mezi hlavní úkoly stomasestry patří určení vhodného místa pro vyvedení stomie a výuka pacienta s nově vyvedenou stomií samostatné péči o ni. Měla by také být expertem v daném oboru a být prostředníkem mezi lékařem a pacientem (Burch, 2008).

Každá nová stomasestra by měla projít různými fázemi. Začínat od nováčka pod dohledem zkušené stomasestry a postupně získávat kompetence a dovednosti, a tím se stávat specialistkou. Díky zkušené stomasestře se pacient brzy stane nezávislým a bude cítit zodpovědnost za péči o svou stomii. Dobrá péče stomasestry v předoperačním a pooperačním období vede k větší spokojenosti pacientů. Základní ošetrovatelskou péčí o stomii však musí ovládat každá sestra. Postup péče najde ve standardu, který by měl být vypracovaný a dostupný na každém oddělení (Burch, 2008, Sedlářová, 2008).

1.5.1 Úloha stomasestry

Jak již bylo zmíněno, stomasestra je důležitým důvěrníkem pro každého nového stomika. Prvním úkolem stomasestry je vyznačení vhodného místa pro vyvedení stomie. Tento výkon provádí po konzultaci s chirurgem pomocí nesmývatelného fixu. Nesprávné umístění stomie může způsobit problémy při ošetřování. Při volbě vhodného místa je nutné sledovat anatomické uspořádání těla, a vyhnout se pupku, kožním záhybům, operačním ranám či prsům u žen. Stomasestra nejdříve místo označí vleže, a následně na něj připevní podložku a požádá pacienta, aby provedl několik běžných pohybů, případně si oblékl oděv. Podložka nesmí při žádném pohybu překážet nebo být nepříjemná (Marková, 2006).

Dalším důležitým úkolem stomasestry je edukace stomika. Jejím cílem je úplná nebo alespoň částečná soběstačnost v ošetřování stomie pacientem. Vhodnou edukaci provádí stomasestra s ohledem na aktuální zdravotní, psychický a fyzický stav. Setkání nejčastěji probíhá formou konzultace. Konzultace probíhá v dobře vybavené koupelně,

ve které je nástěnné i přenosné zrcadlo, stolek, stomické pomůcky a lehátko. Po teoretické ukázce a vysvětlení si stomik zkusí vystříhnout podložku a manipulaci se stomickým sáčkem (Otradovcová, 2012, Juřeníková, 2010).

Stomasestra seznámí nemocného a jeho rodinné příslušníky se všemi typy stomických pomůcek a příslušenstvím (viz. Kapitola 1.6 Stomické pomůcky). Ukáže jim používání a umožní vyzkoušení pomůcek ještě během hospitalizace. Seznámí je s měsíčním limitem stomických pomůcek, které hradí pojišťovny. Společně vyberou nejvhodnější pomůcky, které bude nejvíce vyhovovat individuálním potřebám stomika. Tím se zabrání vzniku komplikací způsobených používáním nevhodných pomůcek. Stomasestra informuje pacienta o možných komplikacích, které mohou vzniknout a jak postupovat při jejich řešení (Otradovcová, 2012).

Vyučování nového stomika by mělo probíhat v určité posloupnosti. Stomasestra nejprve vysvětlí a ukáže postup přípravy pomůcek. Provede praktickou výměnu stomického sáčku a ukáže likvidaci použitého materiálu. Stomik se v tuto chvíli pouze dívá, případně pokládá otázky. Následně si sám vyzkouší přípravu a výměnu pomůcky, stomasestra mu pomáhá, když si neví rady, opakuje mu postup a průběžně ho chválí a podporuje. Poté si stomik bez pomoci stomasestry sám připraví a vymění pomůcky. Sestra pouze kontroluje správnost provedení. Výsledkem snažení je soběstačnost stomika při přípravě i výměně sáčku a likvidaci použitého materiálu, a jeho jistota v těchto činnostech (Otradovcová, 2012).

Před propuštěním do domácí péče pacienta poučí o možné rehabilitaci a lázeňské léčbě, či vhodné fyzické námaze nebo sportu. Při propuštění do domácí péče je stomasestra zodpovědná za soběstačnost nemocného. U částečně soběstačného nebo nesoběstačného zodpovídá za edukaci jeho blízkých, případně za předání do agentury domácí péče atp. Nemocný odchází vybavený stomickými pomůckami, nebo poukazy na 1 měsíc, má určený termín a místo první kontroly u stomasestry a její kontakt. Za stomasestrou by pacient měl docházet pravidelně, první 2 roky je doporučováno docházet každé 3 měsíce, později dle individuální domluvy. Stomik by měl mít možnost kdykoli kontaktovat svou stomasestru (Otradovcová, 2012).

1.6 Stomické pomůcky

Na stomické pomůcky je státem stanovený finanční a množství limit, který určuje hrazení z veřejného zdravotního pojištění. Nemocný s kolostomií má nárok na 60 ks uzavřených jednodílných sáčků, nebo může dostat 60 ks uzavřených dvoudílných sáčku s 10 - ti podložkami. Pokud se pacient na základě konzultace se stomasestrou rozhodne pro výpustné sáčky, může dostat 30 ks jednodílných výpustných sáčků, nebo 10 ks podložek a 30 ks výpustných sáčků k dvoudílnému systému (Vytejková, 2013).

Mezi nejčastější požadavky kladené na stomickou pomůcku patří spolehlivé zadržování zápachu, ochrana kůže kolem stomie (nealergizovat, dobře těsnit), nenápadnost pod oděvem, přijatelnost a také dostupnost. Důležitá je také nastavitelnost otvoru dle velikosti a tvaru kolostomie a umožňování maximálního komfortu při používání (Mikšová, Froňková, Zajíčková, 2006).

1.6.1 Jednodílný systém

Jednodílný systém (viz Příloha 3) se skládá ze sáčku, který je pevně spojen s flexibilní podložkou s adhezivními a ochrannými vlastnostmi. Tento systém se aplikuje přímo na kůži v okolí kolostomie. Mohou být v tělové barvě, nebo průhledné, uzavřené nebo výpustné, a obsahují uhlíkový filtr, který brání zápachu a nafukování sáčku při odchodu střevních plynů. Uzavřený sáček se po naplnění odstraňuje vždy celý. Vypuštění výpustného sáčku provádí sestra, později stomik dle potřeby, nejméně jedenkrát denně. Pokud dobře drží, může zůstat připevněný i 48 hodin. Jednodílný systém se používá u všech věkových kategorií, je flexibilní, diskrétní a jednoduchý na manipulaci. Vhodný je hlavně v bezprostředním pooperačním období (Krška, 2011, Vytejková, 2013).

1.6.2 Dvoudílný systém

Základem dvoudílného setu (viz Příloha 4) je samostatná podložka s plastovým kroužkem, která se po vystřížení individuálního otvoru aplikuje přímo na břicho. Na ni se teprve připevňuje uzavřený či výpustný sáček různých velikostí. Podložka může zůstat na kůži 2-5 dní. Uzavřený sáček sestra nebo stomik mění vždy, když je naplněný.

Výpustný sáček dle potřeby vypustí. Výpustný sáček je nutné vyměnit nejpozději do 2 dnů, neboť agresivní složky stolice by jej mohly rozrušit. Dvoudílný systém se používá u všech věkových skupin, ale je méně diskrétní. Nejčastěji se používá u ileostomie, u kolostomie je více využíván již zmíněný jednodílný systém. Nejčastěji jej využívají pacienti se zhoršenou jemnou motorikou, s poškozenou peristomální kůží, nebo jej používají sestry u nesoběstačných. Dvoudílný systém lze zajistit přídržným páskem (Krška, 2011, Vytečková, 2013).

1.6.3 Doplnkové pomůcky

V sortimentu stomických pomůcek jsou také různé doplňkové pomůcky, které usnadňují péči nebo zvyšují komfort. Dostupné jsou různé adhezivní a ochranné pasty, odstraňovače náplastí, ochranné filmy, zásypy, nebo pohlcovače pachu. Stomici také mohou využít tzv. zátky nebo adaptéry k řešení problémových situací.

Adhezivní a ochranná pasta se aplikuje na pokožku, aby stolice nezatékala pod destičku a nedráždila kůži, nebo se používá k vyrovnání nerovností na břišní stěně. Odstraňovač náplastí slouží k odstranění pasty, nebo zbytků želatiny z podložky. Používá se ve formě napuštěných ubrousků. Ochranné filmy se používají též ve formě napuštěných ubrousků, a po nanesení vytvoří vrstvu, která chrání před nežádoucími účinky stolice v případě podtečení. Zásypy se používají pro zklidnění podrážděné pokožky. Okolí stomie se jím popráší a pokračuje se jako obvykle. Na lepivost podložky nemá žádný vliv. Pohlcovač pachu ve formě spreje lze aplikovat přímo do sáčku, anebo rozpráší v místnosti kde se stomie ošetřuje (Mikšová, Froňková, Zajíčková, 2006).

Zátka Vitala® (viz Příloha 5) slouží k dočasné kontrole kontinence stomie. Zabráňuje odchodu stolice, ale nezabráňuje odchodu plynů, které neutralizuje. Je určena pouze pro kolostomiky, a je možné ji používat od 6. týdne po operaci. Je neinvazivní, diskrétní, zvyšuje komfort při běžných aktivitách a zajišťuje bezpečí. Doba nošení je maximálně 12 hodin denně. Před používáním této pomůcky musí být pacient edukován stomickou sestrou. Pro pacienta je lepší zvykat si na pomůcku postupně, a postupně i zvyšovat časový interval jejího používání (Vágnerová, 2012).

Adaptér využívají pacienti, kterým doteky v peristomální oblasti, nebo tlak při připevňování stomického sáčku na podložku způsobují bolest. Pokud stomikovi dvoudílný systém vyhovuje více než jednodílný, ale trápí ho právě bolest při manipulaci, je pro něj vhodný adaptér. Postup při používání je stejný, v podložce se vytvoří otvor, a než se podložka přilepí na kůži, nacvakne se na ni adaptér. Připevnění sáčku na podložku je pak již snadné, neboť adaptér umožňuje podchycení spoje se sáčkem prsty a tak není přenášen tlak na břišní stěnu. Adaptér je z průhledného materiálu, a je možno používat tělové i průhledné sáčky. Adaptér se dá přirovnat ke komínku, a jeho výšku lze upravovat dle potřeby stomika (Zachová, 2010).

1.7 Výměna stomického systému

Před výměnou jakéhokoliv systému je nutné nejprve připravit si pomůcky. Mezi ně patří nesterilní rukavice a zástěra (pokud výměnu provádí sestra), umývadlo s vodou, sáček na odpad, doplňkové pomůcky dle potřeby, čistící pěnu, buničitou vatu nebo mul, pero a nůžky a také zrcadlo a elektrický holicí strojek. (Skoncová, 2010, Workman, Bennett, 2006).

Z důvodu nekontrolovatelného odchodu stolice, je vhodné ošetřovat stomii před jídlem. Při ošetřování sestra postupuje opatrně, aby nedošlo k poškození kůže v okolí stomie, nebo samotné stomie. Pokud má pacient ochlupené břicho, musí si jej pravidelně holit elektrickým holicím strojkem, aby zvolená pomůcka správně držela (Marková, 2006).

1.7.1 Výměna jednodílného systému

Při výměně jednodílného stomického systému postupuje sestra tak, že odshora dolů sloupne stomický systém z kůže. Pokud je to nutné, může využít odstraňovač náplastí. Pomůcky poté vloží do plastového sáčku, který zaváže a uloží na místo pro to určené. Případnou vytékající stolici setře buničinou a kůži důkladně omyje vodou nebo k tomu určenou čistící pěnou. Poté okolí stomie osuší čistou gázou. Pokud již pokožka není oholená, tak je nyní vhodná doba k jejímu oholení (Skoncová, 2010).

Poté sestra znovu otře okolí stomie vlažnou vodou. Podle potřeby ošetří okolí ochrannou pastou, pudrem a podobně. Poté si změří velikost stomie za pomoci měřicí šablony. Podle bodů, které si označí perem, vystřihne vhodný otvor, který bude cca o 0,5 cm větší, aby stomii nezaškrcoval. Znovu přiloží ke stomii a zkontroluje velikost. Poté zahřeje lepicí část podložky, sloupne plastový kryt, přeloží v polovině a přiloží lepicí plochou ke stomii. Po nalepení sestra pomůcku důkladně přitiskne, a zkontroluje, zda nejsou někde nějaké záhyby a podobně, kterými by mohla stolice podtékat. Stomii znovu přitiskne, aby se prohrála a dokonale přilnula a znovu se ujistí, že pevně drží na těle. (Skoncová, 2010).

1.7.2 Výměna dvoudílného systému

Při výměně dvoudílného systému si sestra připraví stejné pomůcky jako při výměně jednodílného systému. Rozdíl je pouze v sáčku, který je nyní dvoudílný. Sestra odstraní šetrně podložku od kůže tak, aby ji nepoškodila. Sáček i s podložkou opět vhodí do plastového pytle, který zaváže a vyhodí. Stomii omyje a otře buničitou vatou. Čisticím roztokem dočistí a odmastí okolní kůži, iritovanou pokožku ošetří vhodnými přípravky dle stavu. Po vystřížení vhodného otvoru podložku nahřeje, sejme krycí fólii, přiloží podložku na kůži a po celé ploše přitlačí. Poté sestra opatrně nasadí sáček na podložku, a zkontroluje, zda spojení správně těsní po celém obvodu. Pokud pacient používá vypustný sáček, vypouští ho podle potřeby, a vymění po 24-48 hodinách. Nevypustný po naplnění do 2/3. Podložku nechává na kůži 3-5 dní (Otradovcová, Kubátová, 2006).

1.8 Výživa pacienta s kolostomií

Pacienti s kolostomií musí dodržovat, stejně jako zdraví lidé, správnou životosprávu. Nedoporučuje se omezování v jídle, neboť to co pacient snášel před vyvedením stomie, bude pravděpodobně dobře snášet i nyní. V prvních 6-8 týdnech po operaci je vhodné, aby pacient omezil potraviny s nerozpustnou vlákninou (celozrnné výrobky, luštěniny, ovoce se slupkou, tučné), aby nedošlo k podráždění stomie. Potřebné je, aby si vypěstoval stereotyp vyprazdňování. Proto by měl přijímat stravu 5-

7x denně s tím, že snídaně a oběd má být nejvydatnější. Měl by jíst pravidelně, nepřejídat se, a udělat si pro jídlo dostatek času a pohodlí. Jídlo by měl konzumovat pomalu a pečlivě ho rozžvýkat, aby zbytky stravy nezpůsobily neprůchodnost střeva. Neměl by při jídle mluvit a je dobré, aby polykal se zavřenými ústy (České ILCO: Dobrovolné sdružení stomiků, 2010, Vybíhalová, 2012).

Různé potraviny mají různé účinky. Například nadýmavé účinky mají luštěniny, čerstvý chléb, květák, zelí, pivo, cibule a perlivé nápoje. Naopak proti nadýmání stomasestry doporučují jogurt nebo brusinky. Zvýšený zápach stolice způsobují houby, vejce, chřest, ryby, česnek, zelí, cibule a ostrá koření. Při dietní chybě a výskytu zápachu lze doporučit petržel, šťávu z brusinek nebo jogurt. Průjem můžou způsobit švestky, bílý cukr, káva, kapusta, hrušky, masové vývary nebo mléko. Při výskytu průjmu je doporučován bílý chléb, tmavá čokoláda, rýže, vývar z mrkve a rýže nebo banány (Vybíhalová, 2012).

Z technologických úprav jídla se stomikům doporučuje vaření, dušení či pečení bez tuků tak, aby se netvořila kůrka. Maso se nejprve opeče nasucho, podlije se netučným vývarem a následně se dusí nebo peče. Omáčku lze zahustit moukou rozmíchanou ve vodě. Velmi nevhodné je smažení, pečení na tuku a zahušťování jíškou (Vybíhalová, 2012).

1.8.1 Pitný režim u pacienta s kolostomií

Pro stomika je též důležité udržovat si vodní rovnováhu. Je potřeba, aby bilance tekutin (příjem a výdej) byla vyrovnaná. Potřebu tekutin mohou uspokojovat různými nápoji. Nejsou pro ně ale vhodné vody sycené oxidem uhličitým, protože můžou vyvolat pálení žáhy, říhání a nadýmání. Vhodné jsou minerální voda (např. Magnesia), kojenecké vody a různé stolní vody a brusinková šťáva. Stomici by měli pít minimálně 8-10 sklenic tekutin denně. Pokud je stolice příliš řídká, je vhodné pít více při jídle. Pokud stomik pije mimo hlavní jídla, je vhodné „zajíst“ tekutinu, aby se zahustila (Vybíhalová, 2012).

1.9 Kluby stomiků

Kluby stomiků jsou dobrovolná sdružení stomiků. Jejich úlohou je hájit zájmy stomiků, hlavně v oblasti kvality a dostupnosti kompenzačních pomůcek. Jejich činnost má hned několik směrů. Členové se pravidelně scházejí, pořádají setkání s odborníky a hledají s nimi odpovědi na své otázky a problémy. Řeší problémy péče o stomii, radí se jak získávat a používat vhodné kompenzační pomůcky. Také se dozvídají o novinkách v péči o stomii (Marková, 2006).

Pořádají různé výlety, rekondiční pobyty nebo pobyty v lázních, turistické vycházky a různé společenské akce. Sdružování pacientů se stejným postižením má velký psychologický, informační a také společenský efekt. Členové nacházejí porozumění od lidí se stejnými problémy a zbavují se pocitů méněcennosti. Mezi členy se mohou přihlásit i rodinní příslušníci, například pokud se o stomika starají oni. Všechny regionální kluby sdružuje organizace „České ILCO“, která má celostátní působnost. Sleduje vývoj nových pomůcek v zahraničí a pokroky v oblasti péče o stomii. Dále také udržuje kontakty s kluby v sousedních zemích. V celosvětovém měřítku jsou stomici zastoupeni Mezinárodní asociací stomiků - IOA (Marková, 2006).

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

- Cíl 1 Zjistit rozdíly v ošetrovatelské péči poskytované stomasestrou a sestrou ze standardního oddělení
- Cíl 2 Zjistit, jak pacient zvládá péči o kolostomii po propuštění do domácího ošetřování

2.2 Výzkumné otázky

- Výzkumná otázka č. 1: Jaké činnosti v oblasti péče o kolostomii provádí stomasestra?
- Výzkumná otázka č. 2: Jaké činnosti v oblasti péče o kolostomii provádí sestra ze standardního oddělení?
- Výzkumná otázka č. 3: S jakými problémy se potýká pacient při ošetřování kolostomie v domácím prostředí?
- Výzkumná otázka č. 4: Jakými znalostmi o ošetřování kolostomie byl pacient vybaven před propuštěním do domácí péče?

3 Metodika

3.1 Použitá metoda

Sběr dat pro výzkum k této bakalářské práci byl proveden kvalitativním šetřením formou polostrukturovaného rozhovoru. „*Polostrukturovaný rozhovor vychází z předem připraveného seznamu témat a otázek*“ (Švaříček 2014, s. 160). „*Rozhovor je nejčastěji používanou metodou sběru dat v kvalitativním výzkumu*“ (Švaříček 2014, s. 159).

Rozhovory byly prováděny s každým respondentem zvlášť v jejich domácím prostředí. Oslovení pacienti byli ujištěni o anonymitě, informováni o účelu pořízení těchto rozhovorů a jejich následném zpracování. Tento rozhovor obsahoval 19 základních otázek (viz Příloha 6). Před zahájením výzkumného šetření byla oslovena hlavní sestra, která dala souhlas s provedením výzkumu. Z důvodu zachování anonymity souhlas není součástí práce, ale je k nahlédnutí u autorky. Rozhovory byly zaznamenávány písemně za ústního souhlasu respondentů, a následně přepsány (Příloha 7). Výzkumné šetření bylo uskutečněno v průběhu března 2015.

Rozhovory byly následně analyzovány metodou „*tužka a papír*“, kdy byly v textu barevně vyznačovány odpovědi respondentů. Výsledná data byla rozdělena do kategorií a podkategorií, a následně uspořádána.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo 6 oslovených pacientů. Tento výzkumný soubor byl tvořen pacienty s nově vyvedenou kolostomií, kteří ale již byli propuštěni do domácího ošetřování. Mezi oslovenými byli pacienti náhodného pohlaví, věku a sociálního postavení. Věkové rozmezí oslovených je od 42 let do 71 let.

Respondent 1 je žena, které je 46 let. Stomie jí byla vyvedena z důvodu nádoru na tlustém střevě. Její stomie je trvalá.

Respondent 2 je muž, kterému je 61 let. Stomie mu byla vyvedena z důvodu nádorového bujení na tlustém střevě. Jeho stomie je dočasná.

Respondent 3 je muž, kterému je 71 let. Stomii má z důvodu zhoubného nádoru na tlustém střevě. Jeho stomie je trvalá.

Respondent 4 je muž, kterému je 42 let. Stomie mu byla vyvedena z důvodu dlouhodobých potíží s průjmy při onemocnění ulcerózní kolitidou. Stomii má dočasnou.

Respondent 5 je žena, které je 62 let. Stomii má z důvodu onkologického nálezu na rektu. Stomii má trvalou.

Respondent 6 je muž, kterému je 53 let. Stomii má z důvodu karcinomu konečníku. Jeho stomie je trvalá.

Pro přehlednost těchto údajů byla vytvořena následující tabulka.

Tabulka 1: Identifikační údaje respondentů

Respondent	Pohlaví	Věk	Příčina kolostomie	Druh kolostomie
R1	žena	46 let	kolorektální karcinom	trvalá
R2	muž	61 let	kolorektální karcinom	dočasná
R3	muž	71 let	kolorektální karcinom	trvalá
R4	muž	42 let	ulcerózní kolitida	dočasná
R5	žena	62 let	kolorektální karcinom	trvalá
R6	muž	53 let	kolorektální karcinom	trvalá

4 Výsledky

4.1 Kategorizace výsledků z rozhovorů s pacienty s kolostomií

4.1.1 Kategorizační skupiny

1. Informace o založení kolostomie
 - 1.1. Důvod založení kolostomie
 - 1.2. Nejdůležitější informace dle pacienta
2. Role stomasestry před operací
3. Role stomasestry po operaci
 - 3.1. Zapojování pacientů do péče o kolostomii stomasestrou
 - 3.2. Edukace stomasestrou v oblasti péče o kolostomii
 - 3.3. Informace o výživě a pitném režimu předané stomasestrou
 - 3.4. Informace o komplikacích a jejich výskyt
4. Role sestry ze standardního oddělení v péči o kolostomii
5. Stomické pomůcky
 - 5.1. Preferované stomické pomůcky
 - 5.2. Využívané doplňkové pomůcky
 - 5.3. Postup při výměně stomické pomůcky
 - 5.4. Problémy spojené s používáním stomických pomůcek
6. Informace předané pacientovi před ukončením hospitalizace

1. Informace o založení kolostomie

Tato kategorie je rozdělena do tří podkategorií. První podkategorie má název *Důvod kolostomie*. Druhá podkategorie nese název *Informace získané před operací* a třetí podkategorie se jmenuje *Nejdůležitější informace dle pacientů*.

1.1. Důvod kolostomie

Na otázku, jaký byl důvod založení kolostomie, se shodují respondenti 1, 2, 3, 5 a 6 v odpovědi, že tím důvodem byl karcinom tlustého střeva a konečníku, neboli kolorektální karcinom. Pouze respondent 4 uvedl odlišnou odpověď a to: *“Kolostomii mi založili kvůli dlouhodobým potížím s průjmy, z důvodu onemocnění ulcerózní kolitidou, kdy mi již nezabíraly léky na toto onemocnění.”*

Původní důvody návštěvy lékaře se u respondentů postižených kolorektálním karcinomem liší. Respondentka 1 uvedla jako důvod znepokojení problémy s vyprazdňováním. Respondenti 2 a 3 neuvádějí žádný znepokojující problém, nádor jim byl zjištěn náhodně. Respondentka 5 uvedla: *„ ... nalezeno při zákroku na hemoroidech s podezřením na polyp.“* Respondent 6 udává: *„Při stolici jsem si všiml, že mám krev ve stolici, tak jsem šel na vyšetření, zda je vše v pořádku. Na kolonoskopii mi zjistili, že mám nádor konečníku.“*

1.2. Nejdůležitější informace dle pacientů

Na otázku *„Jaké informace, které jste získal/a před operací pro Vás byly nejdůležitější?“* se odpovědi u jednotlivých respondentů lišily, ale částečně se pacienti i shodovali.

Informaci o tom, co je to stomie, považují za nejdůležitější respondenti 1 a 6. Respondenti 2 a 4 se shodují v tom, že pro ně bylo důležité vědomí, že stomie může být dočasná.

Pro respondenta 1 bylo důležité, jak se bude muset o stomii starat. Tyto informace uvedli jako nejdůležitější i respondenti 2, 4, 5 a 6. Respondent 4 dodává: *„...“*

nejdůležitější pro mě byly informace o tom, jak se o kolostomii starat, protože to pro mě je choulostivá situace, a chtěl jsem se co nejdříve tuto péči naučit zvládat sám, bez cizí pomoci.“ Další často zmiňovanou odpovědí byly informace o tom, co stomie znamená pro pacienta do budoucna. Tyto informace dostali respondenti 1, 5 a 6. Respondentka 5 tuto odpověď rozšířila a uvedla: *„...nejdůležitější pro mě byly informace o dalším životě se stomií, a ujištění, že se stomií se dá dál plnohodnotně žít.*“ Respondent 6 dodal, že mu bylo sděleno následující: *„... také záleží na tom, jak rychle si zvyknu a smírím se s tím.*

Respondent 3 se naprosto odlišuje od odpovědí ostatních respondentů, a udává: *„úplně nejdůležitější byla informace, že je to pro záchranu života nutné řešení... a pak povšechně o zdravotnických pomůckách, nutných stále používat...“.*

2 Role stomasestry před operací

Tato kategorie s názvem *Role stomasestry před operací* se bude zabývat činnostmi, které stomasestra prováděla u budoucích kolostomiků před operací.

Na otázku *„Navštívila Vás stomasestra před operací?“* odpověděli kladně pouze respondenti 3 a 6. Respondent 3 dodává: *„... ano, ale ne pravidelně, jen zakreslila místo pro stomii“.* Respondent 6 uvedl velmi podobnou odpověď: *„Ano, přišla mi vyznačit místo pro stomii“.* Zbylí respondenti 1, 2, 4 a 5 uvedli, že je stomasestra nenavštívila.

Z odpovědí na doplňující otázku: *„Kdo Vám zakresloval vhodné místo pro stomii?“* ale vyplývá, že respondentům 1, 2, 4 a 5 vyznačila vhodné místo pro kolostomii také stomasestra. Respondenti 1, 3 a 4 dodali, že toto místo jim vyznačila stomasestra za přítomnosti lékaře.

O jiných činnostech prováděných stomasestrou před operací se nezmiňuje ani jeden respondent.

3. Role stomasestry po operaci

Tato kategorie je rozdělena na čtyři podkategorie. První má název *Zapojování pacientů do péče o kolostomii stomasestrou*. Druhá se jmenuje *Edukace stomasestrou v oblasti péče o kolostomii*. Třetí nese název *Informace o výživě a pitném režimu předané stomasestrou*. A čtvrtá má název *Informace o komplikacích a jejich výskyt*.

3.1. Zapojování pacientů do péče o kolostomii stomasestrou

Na otázku „*Jak často za Vámi docházela stomasestra po operaci?*“ se všichni respondenti shodují, že za nimi po operaci chodila každý den, a to minimálně jednou denně. Respondentka 1 uvedla: „*Po operaci každý den, buď sama, nebo když jsem potřebovala s něčím poradit.*“ Respondenti 2, 3 a 6 uvedli, že stomasestra za nimi docházela několikrát denně. Respondenti 3 a 4 chválili i přístup stomasestry. Respondent 3 uvedl: „*Byla moc milá a trpělivá.*“ A respondent 4 dodává: „*Její návštěvy jsem vždy uvítal s radostí, protože mě dokázala vždy dobře motivovat, a pokaždé měla dobrou náladu, byla diskrétní a trpělivá.*“

Respondenti 1, 3, 4 a 6 se shodli v odpovědi, že je stomasestra začala zapojovat do péče o kolostomii ihned po operaci. Respondent 2 uvedl: „*První 4 dny mi vyměňovala sáček stomasestra, během této doby jsem se díval a zkoušel to.*“ Respondent 3 řekl, že je rád, že byl zapojován od začátku a dodává: „*... jak jsem zjistil, mnohde to stále není samostatná práce pro jednu sestru.*“ Respondent 4 uvedl: „*... protože jsem stydlivý, chtěl jsem se co nejdříve zapojovat i sám aktivně, a od druhého dne jsem si zkoušel sáček lepit sám.*“ Respondentka 5 řekla: „*Ze začátku jsem se bála, takže jsem se začala já zapojovat asi až za 2-3 dny a zkoušet to pod jejím dohledem sama, a ona mě jen kontrolovala, případně radila, když jsem zrovna nevěděla, nebo udělala chybu.*“ Respondent 6 řekl, že pro něj zapojování od začátku bylo výhodné, protože jak uvedl: „*Mohl jsem si zvykat na kolostomii hned od začátku a postupně se s ní sžívat.*“

3.2. Edukace stomasestrou v oblasti péče o kolostomii

Všichni dotazovaní respondenti se shodli v tom, že stomasestra je učila veškerou péči o kolostomii úplně od základů. Respondenti 1, 2, 3, 4 a 5 odpověděli, že společně se stomasestrou vybrali pomůcky dle jejich individuální potřeby a preferencí. Výměnu sáčku naučila podle výpovědí stomasestra úplně všechny respondenty. Respondenti 1, 2, 3, 4 a 6 byli poučeni o výměně podložky a jejím vystříhnutí, a od začátku se to učili sami pod dohledem stomasestry. Respondenty 1, 2, 3, 4 a 6 naučila stomasestra péči o okolí stomie. Na kontrolu průchodnosti stomie upozornila stomasestra respondenty 3 a 6, a také jim ukázala jak to provést - strčit si prst do stomie. Likvidaci materiálu po výměně stomické pomůcky vysvětlila a ukázala stomasestra respondentům 1, 2, 3 a 6.

3.3. Informace o výživě a pitném režimu předané stomasestrou

Respondenti 1, 2, 4 a 6 uvedli, že jim stomasestra informace o výživě a pitném režimu předala. Respondent 3 uvedl, že mu stomasestra tyto informace nepředala, a dodal: „... našel jsem si tyto informace na internetu, a pak se ujistil u stomasestry, jestli je to pravda co tam píšou.“ Respondentka 5 uvedla: „Nepamatuji se na to, že by mi stomasestra říkala něco o výživě a pitném režimu. Nemůžu to ale říct s jistotou. Sama jsem usoudila, že se mi nic nemůže stát a od začátku jím vše co předtím, a žádné problémy nemám.“

Na potřebu dostatečného pitného režimu byli upozorněni respondenti 2, 4 a 6. A na nutnost pravidelné stravy byli upozorněni respondenti 1 a 6. Respondentům 1, 2, 4 a 6 stomasestra doporučila, že musí vyzkoušet sami na sobě, co jim bude vyhovovat a co ne. O vhodných a nevhodných potravinách dostali informace respondenti 1, 4 a 6. Respondent 1 dodal: „... upozornila mě, že nemám ze začátku jíst kapustu, čočku atd. a pít perlivé nápoje.“ Respondent 6 řekl: „Řekla mi o různých účincích potravin - nadýmané luštěniny, vejce a česnek způsobující zápach, mléko, švestky nebo káva mohou způsobit průjem a tak různě.“

3.4. Informace o komplikacích a jejich výskyt

O riziku vzniku komplikací byli poučeni všichni respondenti. Respondent 6 uvedl: *„Upozornila mě na nejběžnější komplikace jako je alergická reakce, podráždění kůže, krvácení, otok a tak dále, už si přesně nevzpomínám.“* Nejčastější komplikace, na kterou je stomasestra upozornila, bylo riziko ucpání stomie a předcházení této komplikaci - strčit prst do stomie, tuto odpověď uvedli respondenti 1, 2, 3, 4 a 5. Další komplikací, která se v odpovědích opakovala, bylo riziko začervenání a podráždění kůže. Toto uvedli respondenti 2, 3, 4, 5 a 6. V této souvislosti byla zmiňovaná i nutnost pravidelně měnit sáček, na toto stomasestra upozornila respondenty 2 a 4.

Respondenti 2, 3 a 4 uvedli, že se zatím nepotýkali s žádnými komplikacemi. Respondenti 1 a 5 měli problém s podtékáním a odpadáváním sáčku. Respondentka 1 uvedla: *“Ze začátku mi podtékala podložka u sáčku, mám sáčky s konvexní podložkou a vše se vyřešilo. Stolice mi proteče jen občas.”* Respondentka 5 dodala, že problém s podtékáním a odpadáváním sáčku vyřešila změna značky stomických pomůcek. Respondent 2 uvedl: *“Vyskytla se u mě alergická reakce na lepidlo na podložce. Pomohla mi změna firmy vyrábějící pomůcky.”*

Respondenti 3 a 4 byli upozorněni, že pokud by se u nich vyskytla nějaká komplikace, nebo se jim něco „nezdálo“, mají okamžitě kontaktovat lékaře nebo stomasestru.

4. Role sestry ze standardního oddělení v péči o kolostomii

Tato kategorie se zabývá péčí poskytovanou sestrou ze standardního oddělení pacientovi s kolostomií.

V pooperačním období je nutné pečovat o operační ránu. Z odpovědí je zřejmé, že tuto činnost prováděly sestry u všech respondentů. Další činností, kterou prováděly sestry podle všech respondentů, byl dotaz na bolest, případně podání analgetik v případě kladné odpovědi.

Co se týká péče přímo o kolostomii, se všichni respondenti shodli, že sestra měnila sáček, nebo podložku v případě nutnosti. Respondentka 1 doplnila: „... *ale nebyly tolik zkušené jako stomasestra a déle jim to trvalo.*“ Respondent 4 svou odpověď také rozvedl: „*Sestry z oddělení mi poradily v akutních situacích, například když se mi ze začátku odlepoval sáček tak mi pomohly.*“ Respondenti 1, 2, 3, 4, 5 a 6 uvedli, že během výměny pomůcky sestry vždy kontrolovaly, zda a kolik stolice stomie odvádí. Po odlepení podložky také podle všech dotazovaných respondentů sestry zkontrolovaly vzhled stomie a vzhled jejího okolí.

Na doplňující otázku, jestli pacienty naučily nějaké nové dovednosti sestry z oddělení, odpověděl kladně pouze respondent 3, který uvedl: „*Ano něco málo mě učily, povšechně lepení podložek, pokud je měnily ony. Ale spíše mě po celou dobu hospitalizace učila stomasestra.*“ Ostatní respondenti, tedy respondenti 1, 2, 4, 5 a 6, uvedli, že je sestra ze standardního oddělení nic nového nenaučila. Respondent 2 uvedl: „*Nic nového jsem neokoukal.*“ Respondent 4 řekl: „*Nové informace a dovednosti jsem získával od stomasestry.*“ Respondentka 5 odpověděla následovně: „*Nového mne sestry neučily nic, obávám se, že samy neměly valné zkušenosti. Ale jinak byly fajn, jen o těch stomiích toho moc nevěděly.*“

V době nepřítomnosti stomasestry všem dotazovaným respondentům pomáhaly s péčí o kolostomii sestry z oddělení. Podle respondentů 1, 2, 3, 4 a 6 byl konečný výsledek výměny stomické pomůcky stejný, jako od stomasestry. Respondentka 1 dodala: „... *stomasestra je v tom lépe zběhlá, ale to co jsem potřebovala, to udělaly, a výsledek byl srovnatelný.*“ Respondent 2 řekl: „*Samozřejmě jim chybí jistota, ale o to byly sestřičky opatrnější.*“ Respondent 3 uvedl: „... *přišlo mi, že pro ty mladší sestry to byla spíše nová zkušenost. Ty starší sestry, které se setkávají se stomií už delší dobu základní péči o stomii, jako je výměna sáčku nebo podložky, ovládaly dobře. Myslím si, že by to ty starší sestry měly naučit ty mladé a nezkušené.*“ Respondent 4 dodal: „*Stomasestra umí péči o kolostomii logicky lépe, ale v případě potřeby zafungovaly sestry a vše bylo v pořádku.*“ Respondentka 5 řekla: „*Sestry z oddělení si v mnoha případech nevěděly rady.*“

Respondenti 1, 2 a 4 se zmínili o tom, že později si v nepřítomnosti stomasestry o stomii pečovali sami. Respondentka 5 uvedla, že pokud byl za ní na návštěvě její manžel, pomáhal jí on.

5. Stomické pomůcky

Tato kategorie je rozdělena na čtyři podkategorie. První je pojmenovaná *Preferované stomické pomůcky*, druhá se jmenuje *Využívané doplňkové pomůcky*, třetí má název *Postup při výměně stomické pomůcky* a čtvrtá podkategorie nese název *Problémy spojené s používáním stomických pomůcek*.

5.1. Preferované stomické pomůcky

Respondenti 1, 5 a 6 uvedli, že nejraději používají jednodílné nevýpustné sáčky. Respondenti 1 a 5 dodávají, že používají sáčky s konvexní podložkou. Dvoudílný nevýpustný sáček používají respondenti 3 a 4. Pouze respondent 2 uvedl, že používá jednodílný výpustný systém.

Na otázku, proč používají ten konkrétní druh pomůcky, který uvedli, odpovídali respondenti různě. Respondentka 1 uvedla, že jednodílné nevýpustné sáčky s konvexní podložkou jsou pro ni nejpohodlnější kvůli manipulaci. Respondent 2, který používá výpustné jednodílné sáčky, uvedl: „*Přijde mi to pohodlnější, nemusím po naplnění měnit celý sáček, ale pouze ho vypustím. Není to tolik časově náročné z mého pohledu.*“ Respondent 3 odpověděl následovně: „*Používání dvoudílného systému mi umožňuje dobře umístěná stomie! A navíc nemusím vždy řešit nalepení podložky. Výměna je v tom případě rychlý proces.*“ Respondent 4, používající dvoudílný nevýpustný systém uvedl: „*Vyhovuje mi, že sáček sundám a nasadím nový. Přijde mi to hygieničtější.*“ Respondentka 5, která používá jednodílný nevýpustný sáček, jako důvod uvedla: „*Po zhubnutí a znovu nabrání několika kilogramů mám mírně vpadlou stomii, a proto mi vyhovují tyto konvexní sáčky.*“ A respondent 6, který používá jednodílný nevýpustný systém, řekl: „*Naučil jsem se s ním zacházet již v nemocnici, zvyknul jsem si na něj a*

vyhovuje mi, proto nepotřebuji zkoušet nic nového. Mám strach z opětovné alergické reakce, proto zůstávám věrný.“

5. 2. Využívané doplňkové pomůcky

Všichni dotazovaní respondenti uvedli, že nějaké doplňkové pomůcky používají. Respondent 3 dodal: *„Pokud měním sáček tak ne, když měním i podložku tak samozřejmě ano.“*

Všichni respondenti řekli, že používají čisticí ubrousky na odstraňování lepidla z podložky. Čisticí pěnu používají respondenti 1, 2, 3 a 4. Respondenti 2 a 5 při omývání stomie používají mulové čtverce. Respondenti 3, 4, 5 a 6 občas používají vyrovnávací ochrannou pastu. Respondenti 1 a 5 řekli, že používají krém na ochranu porušené kůže. Pudr nebo zásyp na pokožku používají respondenti 3 a 5. Respondentka 5 navíc uvedla: *„ Používám pásky Brava.“* Respondent 6 dodal, že používá i pohlcovač pachy a dále řekl: *„A chtěl bych vyzkoušet i zátku, protože často chodím do společnosti.“*

5.3. Postup při výměně stomické pomůcky

Všichni respondenti uvedli, že během běžné výměny stomického sáčku, sáček nejprve sundají. Poté očistí okolí stomie, i stomii samotnou. Chvilí nechají stomii „dýchat“ a během této doby si předkreslí a vystříhnou otvor v podložce. Poté nalepí sáček na stomii.

Respondenti 3 a 4 uvedli rozdíl v tom, pokud mění sáček i s podložkou, nebo jen samotný sáček. V případě, že mění jen sáček, tak jej sundají, stomii si očistí a připevní nový. V případě, že mění i podložku, tak postupují stejně, jak je již zmíněno výše.

Respondenti 1, 2, 4 a 6 uvedli, že si po nalepení sáčku zkontrolují, zda dobře drží, podložka se nikde nekrabátí nebo neodchlipuje. Všichni respondenti mužského pohlaví, tedy respondenti 2, 3, 4 a 6 řekli, že si zkontrolují, zda mají okolí stomie oholené, případně ho oholí. Respondent 6, si jako jediný do stomického sáčku aplikuje pohlcovač

pachu, a také jako jediný uvedl, jak likviduje použitý materiál: „Potom použitý sáček zabalím do pytle, a vyhodím do koše.“

5.4. Problémy spojené s používáním stomických pomůcek

Na otázku „Máte s pomůckami nebo při ošetřování nějaké problémy?“ všichni respondenti uvedli, že občas se jim stane, že jim podtéká sáček, a následně mají podrážděnou kůži v okolí. Respondentka 1 dodala: „Úplně ze začátku mi podtékaly sáčky pořád, začala jsem používat konvexní podložku a upravilo se to. Ale stejně si občas špatně nalepím sáček, který potom podtéká...“ Respondent 4 dodal: „... ale jak jsem zjistil na internetu, nejsem jediný.“ Respondentka 5 odpověděla následovně: „Mám mírně vpadlou stomii, takže musím používat vyrovnávací pásky. Také používám konvexní podložku, která mi na ní drží lépe než ta klasická, která se mi odlepovala a často podtékala...“ Respondenti 1, 3 a 4 uvedli, že v případě podtečení a podráždění kůže, stačí kůži omýt a nalepit nový sáček, a je vše v pořádku.

Respondenti 2 a 3 uvedli, že mají problém s vystřiháváním otvoru. Respondent 2 dodal: „... ale je to o cviku.“ A respondent 3 řekl: „Nejsem nejmladší, a trochu se mi klepou ruce.“ Průjem a bolesti břicha při dietní chybě zmínili respondenti 1, 2 a 6.

Respondenti 1, 2, 3, 4 a 6 uvedli, že samostatná péče o kolostomii se jim daří dobře, a nikdy neměli žádné závažné potíže. Respondent 4 dodal: „Ze začátku to bylo těžké, protože jsem se styděl, a měl strach, že si ublížím.“ Respondentka 5 řekla: „Teď už ošetřuji a nalepuji sáčky bez problémů, používám zrcadlo, zpočátku pomáhal manžel při „centrování“. Při lepení zajišťovacích pásek pomáhá manžel, pokud je doma, když ne, použiji kolíček na prádlo, abych viděla na dolní okraj sáčku.“ Respondent 6 uvedl, že díky tomu, že mění sáček sám sobě, tak se mu to daří dobře, ale dodal: „Ale nevím, jak bych to zvládal na někom jiném, asi by to pro mě bylo náročnější. Proto obdivuji stomasestru i sestry, které se o mě staraly.“

6. Informace předané pacientovi před ukončením hospitalizace

Tato kategorie se zabývá informacemi, které respondenti získali před propuštěním do domácího ošetřování.

Všichni respondenti uvedli, že před ukončením hospitalizace jim stomasestra znovu zopakovala zásady péče, a zkontrolovala je, zda péči provádějí správně, a nedělají nějaké chyby. Dostupnost stomických pomůcek a způsob jejich předepisování, a limity na tyto pomůcky stomasestra objasnila všem respondentům. Respondent 4 dodal: *„A řekla mi, že si sám můžu napsat firmám o vzorky zdarma.“* Kontakt na sebe poskytla stomasestra také všem respondentům. Respondent 1 dodal: *„... že když mi něco nepůjde nebo se vyskytne nějaký problém, mám ji kontaktovat.“* Na riziko možných komplikací upozornila opětovně před odchodem domů stomasestra respondenty 1, 2, 3, 5 a 6. Před ukončením hospitalizace hrál svou roli i ošetřující lékař, který respondenty 1, 2, 4 a 5 poučil od další léčbě.

Na otázku *„Upozornil Vás někdo na kluby stomiků?“* odpověděli kladně respondenti 1, 2, 5 a 6. Všechny tyto respondenty o existenci klubu stomiků informovala stomasestra. Respondent 2 dodal: *„... ale já jsem rovnou řekl, že nechci být členem, bojím se toho, že lidi se tam nebaví o ničem jiném, než o stomii. Že jsou tam otroci stomie, a pořád myslí na to, proč tam jsou.“* Respondenti 3 a 4 odpověděli, že o klubech stomiků informovaní nebyli. Respondenti 1, 2, 3, 5 a 6 řekli, že znají nějaký konkrétní klub stomiků. Pouze respondenti 1 a 5 uvedli, že krátkou dobu jsou členy klubu stomiků. Respondentka 1 dodala: *„Scházejí se čtyřikrát do roka a zvou lékaře, stomické sestřičky, zástupce firem stomických pomůcek. Pomáháme si navzájem a můžeme o všech problémech hovořit otevřeně. Myslím si, že kluby jsou přínosem pro nové stomiky.“* A respondenti 3 a 6 uvedli, že se chytají stát členem. Respondent 3 k tomuto řekl: *„Líbí se mi myšlenka toho, že nejsem na stomii sám, a pokud bych měl nějaký problém, tak se můžu zeptat stejně „postiženého“ člověka.“* Respondent 6 řekl: *„Zatím chodím na různá internetová fóra číst si o zkušenostech jiných, protože mě to zajímá.“*

Internetové stránky věnované stomiím sledují respondenti 2, 3, 5 a 6. Respondent 4 dodal, že problémy a rady spíš čte, ale nezapojuje se.

5 Diskuze

Bakalářské práce, která nese název „*Ošetrovatelská péče o kolostomii z pohledů pacientů*“ má dva cíle. Prvním cílem bylo zjistit rozdíly v ošetrovatelské péči poskytované stomasestrou a sestrou ze standardního oddělení, a druhým cílem bylo zjistit, jak pacient zvládá péči o kolostomii po propuštění do domácího ošetřování. Pro zjištění odpovědí byly stanoveny čtyři výzkumné otázky. Otázka 1: Jaké činnosti v oblasti péče o kolostomii provádí stomasestra. Otázka 2: Jaké činnosti v oblasti péče o kolostomii provádí sestra ze standardního oddělení. Otázka 3: S jakými problémy se potýká pacient při ošetřování kolostomie v domácím prostředí? Otázka 4: Jakými znalostmi o ošetřování kolostomie byl pacient vybaven před propuštěním do domácí péče?

Pro získání potřebných dat bylo využito kvalitativního šetření formou polostrukturovaných rozhovorů. Výzkumný soubor tvořilo šest pacientů s kolostomií. Z těchto šesti pacientů pět mělo kolostomii vyvedeno z důvodu kolorektálního karcinomu, a jeden z důvodu onemocnění ulcerózní kolitidou. Otázky pokládané respondentům byly zaměřeny na ošetrovatelskou péči o kolostomii, jež jim poskytovala stomasestra a sestry ze standardního oddělení, dále jsme se zaměřovali na zvládání péče o kolostomii pacientem, a v neposlední řadě také informacemi, které byly pacientům podávány během hospitalizace, a hlavně před propuštěním. Musím konstatovat, že při oslovování respondentů jsme se setkali s odmítáním, a neochotou absolvovat tento rozhovor, přestože byl naprosto anonymní. Možná to bylo tím, že se pacienti o takto choulostivém tématu nechtěli bavit s cizí osobou. Nicméně ti, kteří souhlasili, byli příjemní a ochotní, a otevřeně odpovídali na kladené otázky.

První informací podanou pacientovi, který bude mít nově vyvedenou kolostomii, by měla být informace o tom, co je to kolostomie, a co to znamená pro daného člověka do budoucna. Jak uvádí Marková (2006), o možnosti vyvedení kolostomie by měl pacienta informovat lékař, který mu vše vysvětlí a pacient následně podepíše informovaný souhlas. Poté by měl následovat i rozhovor se stomasestrou. Jak ale vyplývá z odpovědí respondentů, informaci o tom, co je to kolostomie dostali pouze dva

z nich, a to respondenti 1 a 6, přestože jde o nejzákladnější informaci. Během praktické výuky při studiu jsem byla svědkem situace, kdy lékař pacientovi během vizity oznámil, že bude mít kolostomii, ale vůbec nevysvětlil, co to znamená. Lékař odešel, a pacient byl zmatený, a vůbec nevěděl, co se s ním bude dít. A ptal se nás, studentů a následně sester. Dle mého názoru je toto velmi špatně, protože pacientem se může stát kdokoli z nás, a každý by se tuto informaci raději dozvěděl v soukromí, například na vyšetřovně, a ne na pokoji během vizity. A chtěl by, aby mu bylo vysvětleno, jak bude dál žít a jak bude omezen.

Skoro všichni naši respondenti v rozhovorech uvedli, že je před operací žádná stomasestra nenavštívila. Pouze dva z nich (respondent 3 a 6) uvedli, že je stomasestra navštívila. Tito respondenti ale dodali, že jim přišla pouze vyznačit vhodné místo pro stomii. Ovšem během rozhovorů vyplynulo, že i ostatním respondentům bylo zakresleno vhodné místo k vyvedení stomie, ale netušili, že jim jej zakreslovala stomasestra. Z odpovědí některých respondentů tedy vyplynulo, někdy chybí základní pravidla komunikace, jako je představení se. Tím by nemohl vzniknout problém, že pacient neví, kdo mu „něco“ zakresluje na tělo.

Marková (2006) píše, že stomasestra je důležitým důvěrníkem každého nového stomika. Jejím prvním úkolem je vyznačení vhodného místa pro vyvedení kolostomie. Toto stomasestra provedla u všech respondentů, je to ale jediná činnost, o které se zmiňují, že stomasestra provedla před operací. Během svého studia při praktické výuce jsem byla svědkem, že stomasestra vyznačila pacientovi místo pro vyvedení stomie. Ale protože pacient byl již staršího ročníku, nechápal, proč má mít křížek na břicho a během hygieny si ho smyl. Tato příhoda je sice úsměvná, ale poukazuje na nejen na nedostatečnou komunikaci, ale i edukaci v období před operací. Otradovcová (2012) uvádí, že stomasestra provádí vhodnou edukaci formou konzultace, během které si pacient zkusí vystříhnout podložku, a vyzkouší si také manipulaci se stomickým sáčkem. Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že toto stomasestra neprovedla.

Péče a edukace poskytovaná pacientům po operaci již byla důkladnější. Dle mého názoru je to i tím, že stomasestra je vytížená, a raději se věnuje pacientům, kteří už se se stomií „sžívají naostro“. Edukace „hotového“ stomika se zdá pro ni důležitější, ovšem

na druhou stranu pro pacienta před operací je edukace důležitá hlavně pro jeho psychiku.

Otradovcová (2012) píše, že vyučování nového stomika by mělo probíhat v určité posloupnosti. Tuto filozofii potvrzují i výsledky výzkumného šetření, kdy se všichni respondenti shodují v odpovědi, že stomasestra za nimi po operaci chodila minimálně 1x denně. Odpověď respondenta 4 poukazuje i na větší „zájem“ stomasestry: *„Její návštěvy jsem vždy uvítal s radostí, protože mě dokázala vždy dobře motivovat, a pokaždé měla dobrou náladu, byla diskrétní a trpělivá.“* Všichni respondenti odpověděli, že je stomasestra začala postupně individuálně zapojovat dle jejich momentálního stavu. Pro příklad je zde uvedena citace odpovědí z rozhovorů třech respondentů. Respondent 2 uvedl: *„První 4 dni mi vyměňovala sáček stomasestra, během této doby jsem se díval a zkoušel to.“* Respondent 4 zase uvedl: *„protože jsem stydlivý, chtěl jsem se co nejdříve zapojovat i sám aktivně, a od druhého dne jsem si zkoušel sáček lepit sám.“* a respondent 6 uvedl, že zapojování od začátku pro něj bylo výhodné protože: *„mohl jsem si zvykat na kolostomii hned od začátku a sžívat se s ní.“* Na těchto odpovědích je opravdu vidět individuální přístup k jednotlivým pacientům, který zároveň podporuje dobrou psychiku a postupné zvykání na péči o kolostomii.

Edukace v oblasti péče o kolostomii prováděná stomasestrou se celkem shodovala s tím, co uvádí literatura. Otradovcová (2012) uvádí, že stomasestra ukáže postup přípravy pomůcek, výměnu stomického sáčku a likvidaci použitého materiálu. Poté si stomik sám vyzkouší přípravu a výměnu stomického sáčku. Z výzkumného šetření vyplynulo, že stomasestra učila všechny respondenty celou péči od základů. Naučila pacienty přípravu pomůcek, jako je například vystříhnutí otvoru. Pouze respondentka 5 se o tomto nezmínila, ale stomasestra ji to nepochybně naučila, jak vyplývá z pozdějších odpovědí v rozhovoru. Dále stomasestra všechny respondenty naučila výměnu stomické pomůcky. Poslední a také důležitou činností je samozřejmě vhodná likvidace použitého materiálu. Jak tuto likvidaci provést poučila stomasestra respondenty 1, 2, 3 a 6. Nepokládám opomenutí provedení edukace o této činnosti u respondentů 4 a 5 za příliš velkou chybu, protože nemůže uškodit pacientovu fyzickému zdraví. Naopak když se na to podívám z psychického hlediska, bylo by vhodné, aby i tuto činnost stomasestra

stomikům ukázala, protože tím se předejde pocitům studu a trapnosti, když dotyčný neví „co s tím“.

Dále jsme se věnovali péči o kolostomii poskytované stomasestrou ze standardního oddělení. Slezáková (2010) uvádí, že sestra v pooperačním období převazuje pooperační ránu. Toto se nám v odpovědích potvrdilo, a všichni dotazovaní respondenti odpověděli, že o operační ránu jim sestry pečovaly pravidelně. Další, dle mého názoru velice důležitou činností, byl dotaz na bolest. Všichni respondenti navíc uvedli, že pokud bolest měli, sestra jim okamžitě podala analgetikum dle ordinace lékaře. Otradovcová a Kubátová (2006) v knize uvádí, že sestra stomický sáček vyprazdňuje vždy, když je naplněn z 1/3. Dále uvádí, že sestra kontroluje obsah sáčku, tvar, velikost, barvu nebo otok stomie. Respondenti se shodli v tom, že sestra měnila sáček v případě nutnosti. Tento fakt je mírně zavádějící, neboť případ nutnosti může být naplnění do 1/3 nebo sáček naplněný k „prasknutí“, kdy potom obsah sáčku může vytékat. Nikdo z respondentů ale neuvedl, že by se s touto komplikací setkal. Všech 6 respondentů uvedlo, že sestra při každé výměně kontrolovala, zda stomie odvádí stolici, a v jakém množství. V případě, že odlepily celou podložku, zkontrolovaly vzhled stomie a jejího okolí.

Co se týká nových dovedností získaných od sester ze standardního oddělení, nám většina respondentů, tedy respondenti 1, 2, 4, 5 a 6 odpověděli, že sestry ze standardního oddělení je nic nového nenaučily. Respondentka 5 dodala: „*Nového mne sestry neučily nic, obávám se, že samy neměly valné zkušenosti. Ale jinak byly fajn, jen o těch stomiích toho moc nevěděly.* Respondent 3 během rozhovoru řekl: „*přišlo mi, že pro ty mladší sestry to byla spíše nová zkušenost. Ty starší sestry, které se setkávají se stomií už delší dobu základní péči o stomii, jako je výměna sáčku nebo podložky, ovládaly dobře. Myslím si, že by to ty starší sestry měly naučit ty mladé a nezkušené.*“ Můj názor se shoduje s názorem respondenta 3. Myslím si, že mladé sestry, si se stomií moc nevědí rady, a jsou raději, pokud si stomik již umí poradit sám. Přiznám se, že i já nemám se stomií příliš zkušeností. Také proto jsem během studia vždy ráda požádala stomiky, kteří péči zvládají sami, aby mi ukázali, jak se jim nejlépe stomie ošetřuje, a co je pro ně nejpohodlnější. Nikdy jsem se nesečkala s tím, že by mě nějaký pacient odmítl.

Myslím si, že to pro ně byla svým způsobem pocta, že můžou ukázat, jak péči správně provádět a čeho se vyvarovat. Někteří z pacientů na svůj účet vtipkovali, a někteří si se svou stomií dokonce „povídali“.

Bohužel si ale pamatuji, že během mé praxe jedné pacientce, které bylo cca 75 let, během oběda praskl sáček (povolil ve švu, možná šlo o vadný kus). Už jen to, že plného sáčku si nikdo nevšiml, byla chyba. Ale stalo se, převlékli jsme lůžko, pacientku jsme umyli. Následně sestra začala nalepovat nový sáček. Toto vše bylo samozřejmě správně, ale zarazila mě reakce sestry, která pacientce vyčetla, proč jí sáček praskl zrovna při obědě, a byla na pacientku nepříjemná. I tato situace byla důvodem pro výběr tohoto tématu pro psaní mé bakalářské práce, neboť mě zajímalo, jaký je pohled pacientů na tuto problematiku.

Jak vyplývá z výzkumného šetření, mezi nejčastější problémy, které mají pacienti po propuštění do domácí péče je podtékání sáčku, a následné podráždění kůže. Mikšová (2006) uvádí, že těsnost, a ochrana kůže je jednou z důležitých vlastností stomické pomůcky. S problémem podtékání se ale setkali všichni dotazovaní respondenti. Že nejde o ojedinělý problém, uvedl také respondent 4, který na jedné sociální síti navštěvuje stránku, ve které se sdružují stomici, a řekl: „... *ale jak jsem zjistil na internetu, nejsem jediný*“. Myslím si, že tyto problémy nejsou chybou výrobce, ale mohou být způsobeny špatným postupem při aplikaci nové pomůcky - například nedostatkem času a tedy nenahřátím podložky a jejím špatným přilnutím ke kůži. Naši respondenti 1, 2, 4 a 6 uvedli, že po nalepení zkontrolují, zda sáček dobře drží, a podložka se nikde nekrabátí a neodchlipuje. Respondenti 3, 4, 5 a 6 navíc uvedli, že občas využívají vyrovnávací ochrannou pastu. U obou pohlaví může dojít i k nakrabacení kůže, protože lidské tělo není rovné, a bez hrbolků, i když stomie je na vhodném místě. U mužů problém s odchlipováním a podtékáním dle mého názoru může způsobit i nedostatečné oholení. Všichni naši respondenti mužského pohlaví, tedy respondenti 2, 3, 4 a 6 ale řekli, že si zkontrolují, zda mají pokožku pod podložkou oholenou, případně ji oholí.

Dalším problematickým úkolem, hlavně pro stomiky vyššího věku je vystříhnutí otvoru vhodné velikosti. Z našeho vzorku respondentů tento problém uvedli respondenti

2 a 3. Respondent 3, kterému je 71 let uvedl: „*Nejsem nejmladší a trochu se mi klepou ruce.*“ K potlačení tohoto problému je dle mého názoru vhodné použití dvoudílného systému, kdy není při každé výměně nutné vystříhávat otvor do podložky, neboť vhodně nalepená podložka může zůstat na těle 2-5 dní, jak uvádí Vytejková (2013). Respondent 3 skutečně používá zmíněný dvoudílný nevýpustný systém. A tento respondent, tedy respondent 3 uvedl: „*Používání dvoudílného systému mi umožňuje dobře umístěná stomie! A navíc vždy nemusím řešit nalepení podložky. Výměna je v tom případě rychlý proces.*“ Respondent 2, který též uvedl problémy při vystříhávání otvoru, používá jednodílný výpustný systém, u kterého také není nutné pokaždé sundávat celý systém. Vytejková (2013) uvádí, že jednodílný systém může být ponechán až 48 hodin. Respondent 2 řekl: „*Přijde mi to pohodlnější, nemusím po naplnění měnit celý sáček, ale pouze ho vypustím. Není to tolik časově náročné z mého pohledu.*“

Celkově ale z otázek zaměřených na problémy spojené se samostatným ošetřováním vyplývá, že samostatná péče o kolostomii se všem dotazovaným daří bez větších potíží. Respondenti 1, 2, 3, 4 a 6 totiž uvedli, že samostatná péče o kolostomii se jim daří dobře, a nikdy neměli žádné závažné potíže. Pouze respondentka 5 měla problémy při nalepování zajišťovacích pásků. Při jejich aplikaci jí musí pomáhat manžel, pokud není doma, poradí si pacientka s pomocí kolíčku na prádlo, a pásek si nalepí před zrcadlem. Nyní už se jí to ale daří lépe, než když začínala.

Další důležitou součástí péče je také informovanost pacientů před propuštěním do domácí péče. Všichni námi dotazovaní respondenti uvedli, že byli stomasestrou poučeni o riziku vzniku komplikací. Jak uvádí Vytejková (2013) častou příčinou vzniku komplikací je nedostatečná edukace a nesprávná domácí péče. Jak bylo řečeno, edukace stomasestrou byla dostatečná. Nejčastější komplikací, na kterou stomasestra pacienty upozornila, bylo riziko ucpání stomie. Další komplikace, na kterou stomasestra upozornila téměř všechny respondenty, tedy respondenty 2, 3, 4, 5 a 6 bylo riziko podtékání, a následného začervení a podráždění kůže. S touto komplikací se i přes včasnou edukaci od stomasestry setkali všichni námi dotazovaní respondenti. Přímou jako komplikaci jí ale uvedli pouze respondenti 1 a 5. Zbylí respondenti se o ní zmínili

jen jako o problému, se kterým se potýkají při domácím ošetřování. Respondenti 3 a 4 uvedli, že je stomasestra upozornila na to, že pokud se jim něco nebude „zdát“, mají ji okamžitě kontaktovat. Dle mého názoru i ti, kterým toto stomasestra neřekla, by ji v případě situace, ve které by si nevěděli rady, kontaktovali. Neboť všichni respondenti v rozhovoru uvedli, že jim stomasestra na sebe dala kontakt. A také, jak uvádí Otradovcová (2012) stomik by měl za stomasestrou docházet pravidelně - první 2 roky každé 3 měsíce, a později dle potřeby. A také, že stomik by měl mít možnost kdykoli kontaktovat svou stomasestru. Realita tedy koresponduje s tvrzením literatury.

Další oblastí, o které by pacienti se stomií měli být informováni před propuštěním z nemocnice je výživa a pitný režim. Webové stránky České ILCO uvádí, že pacienti s kolostomií musí stejně jako zdraví lidé dodržovat vhodnou životosprávu. O vhodné výživě a pitném režimu informovala stomasestra respondenty 1, 2, 4 a 6. Respondent 3, kterému stomasestra tyto informace nepředala, uvedl, že si informace našel na internetu, a poté se stomasestry zeptal, zda je to pravda. Myslím si, a doufám, že tento pacient navštívil právě stránky České ILCO, neboť zde jsou tyto informace velice pěkně a srozumitelně napsané. Jen respondentka 5 informace nedostala ani od stomasestry, ani z internetu, a uvedla, že sama usoudila, že se jí nic nemůže stát a jí vše co předtím. Chyba to také nebyla, protože jak uvádí i Vybíhalová (2012) nedoporučuje se omezování v jídlu, protože to co stomik snášel dříve, bude pravděpodobně snášet i nyní.

Co se týká obecných informací podaných námi osloveným stomikům před propuštěním, byly tyto informace dle mého názoru dostatečné. Všichni respondenti uvedli, že stomasestra jim znovu názorně zopakovala zásady péče, a následně je zkontrolovala, zda ji sami provádějí správně. Vytejková (2013) uvádí, že je na stomické pomůcky státem stanovený finanční a množství limit, který určuje hrazení z veřejného pojištění. S těmito limity, a navíc s dostupností a způsobem předepisování stomasestra seznámila všechny oslovené respondenty. Jak již bylo napsáno výše, kontakt na sebe dala stomasestra také všem respondentům. Svou nezastupitelnou roli hrál v případě respondentů 1, 2, 4 a 5 také lékař, protože je poučil o další léčbě.

Poslední sledovanou oblastí informací, která může sehrát důležitou roli při sžívání se se stomií, jsou informace o klubech stomiků. Marková (2006) o klubech stomiků

píše, že jejich úlohou je hájit zájmy stomiků, hlavně v oblasti kvality a dostupnosti kompenzačních pomůcek. Členové se pravidelně scházejí, pořádají setkání s odborníky a hledají s nimi odpovědi na své otázky. Mimo jiné se zde dozívají o novinkách v péči o stomii. Stomasestra informovala o existenci těchto klubů respondenty 1, 2, 5 a 6. Respondenti 3 a 4 uvedli, že o klubech stomiků informovaní nebyli. Nějaký konkrétní klub stomiků znali respondenti 1, 2, 3, 5 a 6, a respondenti 1 a 5 jsou dokonce krátkou dobu členem klubu stomiků. Respondenti 3 a 6 se v době pořizování rozhovorů chystali stát se členy klubu stomiků. Respondent 6 uvedl: „*Zatím chodím na různá internetová fóra číst si o zkušenostech jiných, protože mě to zajímá.*“ Co se týká stránek na sociálních sítích, tak ty pravidelně navštěvují respondenti 2, 3, 5 a 6. Respondent 4 uvedl, že si zde jen čte, ale on sám nepřispívá. Můj názor na kluby stomiků není nijak vyhraněný, myslím si, že „*touha*“ po tom, stát se členem, se odvíjí od osobnosti daného pacienta. Mě více zaujaly stránky na internetu, protože je zde dodržena určitá anonymita, a člověk se tudíž může podělit třeba o choulostivější problémy. Ze zvědavosti jsem na jedny stránky během psaní této práce nakoukla, a byla jsem mile překvapena, jak stomici sdílí otevřeně své veselé příhody i problémy, a nejsou na to sami.

6 Závěr

Tato práce je zaměřena na ošetrovatelskou péči o kolostomii a to z pohledu pacientů. Kolostomie je umělé vyvedení tlustého střeva na povrch těla. Nejčastější příčinou pro vyvedení kolostomie je kolorektální karcinom, který je v ČR nejčastějším zhoubným nádorem u mužů, u žen je na druhém místě. Je tedy zřejmé, že kolostomie je aktuálním tématem. Pro každého nového stomika je nejdůležitější naučit se o kolostomii správně starat. Tento úkol zastává stomasestra, ale svou roli zde hraje i všeobecná sestra ze standardního oddělení.

Pro výzkum k této bakalářské práci byly vymezeny dva cíle. Cíl 1: Zjistit rozdíly v ošetrovatelské péči poskytované stomasestrou a sestrou ze standardního oddělení. Cíl 2: Zjistit, jak pacient zvládá péči o kolostomii po propuštění do domácího ošetřování. Byly položeny čtyři výzkumné otázky: 1. výzkumná otázka: Jaké činnosti v oblasti péče o kolostomii provádí stomasestra? 2. výzkumná otázka: Jaké činnosti v oblasti péče o kolostomii provádí sestra ze standardního oddělení? 3. výzkumná otázka: S jakými problémy se potýká pacient při ošetřování kolostomie v domácím prostředí? 4. výzkumná otázka: Jakými znalostmi o ošetřování kolostomie byl pacient vybaven před propuštěním do domácí péče?

Stomasestra pacienty především edukuje o péči o kolostomii. Z výzkumného šetření ale vyplynulo, že edukace stomasestrou před operací je nedostačující, takřka nulová. Po operaci stomasestra učí pacienty veškeré dovednosti v oblasti péče o kolostomii. Sestra ze standardního oddělení oproti tomu žádné nové dovednosti v oblasti péče o kolostomii pacienty neučí. Sestra ze standardního oddělení v pooperačním období převazuje operační ránu, a dotazuje se na bolest. V případě nutnosti vymění sáček, ale dle respondentů jí chybí zkušenosti. Nejčastějším problémem se jeví občasné podtékání podložky a podráždění kůže, jak vyplynulo z rozhovorů. Dalším problémem je u stomiků vyššího věku vystřihávání otvoru do podložky. Ani jeden z námi dotazovaných se nesetkal s vážnými komplikacemi, a samostatná péče o kolostomii se jim daří dobře, některým z nich pomáhají jejich blízcí. Určitě je to i zásluha toho, že ještě před propuštěním stomasestra všem respondentům znovu vysvětlila péči o kolostomii a zkontrolovala je, zda ji správně provádí.

Tato práce nám dovolila nahlédnout na problematiku očima samotných stomiků. Na základě zjištění nedostačujících informací v předoperačním období před vyvedením kolostomie byla vytvořena informační brožura pro budoucí stomiky (Příloha 7). Tato brožura je zaměřená na to, co pacienta čeká, jaké bude moci využívat pomůcky, a jak se o kolostomii bude muset starat. Bakalářská práce může posloužit také všeobecným sestřám ze standardního oddělení jako doplňující studijní materiál.

7 Seznam použitých zdrojů

BURCH, Jennie. *Stoma care*. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell, 2008, 332 s. ISBN 978-047-0031-773.

CIBRÍKOVÁ, Silvia, Eva KIVADEROVÁ a Iveta ONDRIOVÁ. Ošetrovatelská péče o pacienta s kolostomií. 2013, *Sestra*, roč. 23, č. 6. s. 42-44, ISSN 1210-0404.

České ILCO: Dobrovolné sdružení stomiků. [online]. © 2010 [cit. 2014-12-30]. Dostupné z: <http://www.ilco.cz/>

DYLEVSKÝ, Ivan. *Základy funkční anatomie*. 1.vyd. Olomouc: Poznání, 2011, 330 s. ISBN 978-808-7419-069.

HALUZÍK, Martin a Štěpán SVAČINA. *Metabolický syndrom a nukleární receptory: PPAR*. 1.vyd. Praha: Grada, 2005. 136 s. ISBN 80-247-0824-8.

JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada, 2013, 256 s. ISBN 978-80-247-4412-4.

JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1.vyd. Praha: Grada, 2010, 77 s. ISBN 978-802-4721-712.

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

LANGMEIER, Miloš. *Základy lékařské fyziologie*. 1.vyd. Praha: Grada, 2009, 320 s. ISBN 978-802-4725-260.

LUKÁŠ, Karel a Aleš ŽÁK. *Gastroenterologie a hepatologie - učebnice*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007, 380 s. ISBN 978-80-247-1787-6.

MARKOVÁ, Marie. *Stomie gastrointestinálního a močového traktu*. 1.vyd. Brno: NCONZO, 2006, 68 s. ISBN 80-701-3434-8.

MERKUNOVÁ, Alena, Miroslav OREL. *Anatomie a fyziologie člověka: pro humanitní obory*. 1.vyd. Praha: Grada, 2008, 302 s. ISBN 978-802-4715-216.

MIKŠOVÁ, Zdeňka, Marie FROŇKOVÁ a Marie ZAJÍČKOVÁ. *Kapitoly z ošetrovatelské péče 2*. Aktualizované a doplněné vydání, Praha: Grada, 2006, 176s. ISBN 80-247-1443-4.

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

OTRADOVCOVÁ, Iva. Z praxe zkušené stomasestry: I. díl. *Florence*. 2012, roč. 8, č. 5, s. 11-14. ISSN 1801-464X.

SEDLÁŘOVÁ, Petra. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1.vyd. Praha: Grada, 2008, 248 s. ISBN 978-802-4716-138.

SKONCOVÁ, Gabriela. Bezproblémové ošetřování stomie. 2010, *Sestra*, roč. 20, č.3, s. 58-60, ISSN 1210-0404.

SLEZÁKOVÁ, Lenka a kolektiv. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. 1.vyd. Praha: Grada, 2010, 268 s. ISBN 978-80-247-3129-2.

SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelství v chirurgii II*. 1.vyd. Praha: Grada, 2010, 300 s. ISBN 978-802-4731-308.

Stomici.cz: o životě se stomií [online]. © 2014 [cit. 2014-12-29]. Dostupné z: <http://www.stomici.cz/>

ŠIROKÁ, Petra a Michaela VOTAVOVÁ. Pooperační komplikace a ošetrovatelská péče o stomického pacienta. 2008, *Sestra*, roč. 18, č. 5 s. 52- 53, ISSN 1210-0404.

ŠKOCHOVÁ Dagmar. Historie ošetřování stomií. 2014, *Sestra*, roč. 24, č. 5. s. 44-46, ISSN 1210-0404.

ŠVÁB, Jan. *Chirurgie vyššího věku*. 1.vyd. Praha: Grada, 2008, 208 s. ISBN 978-802-4726-045.

ŠVARŤÍČEK, Roman, Klára ŠEĐOVÁ, a kolektiv. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2.vyd. Praha: Portál, 2014, 377s. ISBN 978-80-7367313-0

VÁGNEROVÁ, Veronika. VITALA ® - pomůcka pro dočasnou kontrolu kontinence. 2012, *Florence*, roč. 8, č. 5, s. 15, ISSN 1801-464X

VODIČKA, Josef a kolektiv. *Speciální chirurgie*. 2. doplněné vydání. Praha: Karolinum, 2014, 318 s. ISBN 978-802-4625-126.

VORLÍČEK, Jiří, Zdeněk ADAM a Yvona POSPÍŠILOVÁ. *Paliativní medicína*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2004, 537 s. ISBN 80-247-0279-7.

VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2012, 448 s. ISBN 978-802-4737-423.

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

VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. 1.vyd. Praha: Grada, 2013, 272 s. ISBN 978-802-4734-200.

WORKMAN, Barbara a Clare BENNETT. *Klíčové dovednosti sester*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006, 259 s. ISBN 80-247-1714-X.

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

ZACHOVÁ, Veronika. *Zásady bezbolestné péče o stomiky*. 2010, *Sestra*, roč. 20, č. 9, s. 52-54, ISSN 1210-0404.

ZEMAN, Miroslav a Zdeněk KRŠKA a kolektiv. *Chirurgická propedeutika*. 3. doplněné a přepracované vydání, Praha: Grada, 2011, 512 s. ISBN 978-80-247-3770-6.

8 Přílohy

Příloha 1 - Jánošíkův pás

Příloha 2 - kolostomický pás

Příloha 3 - Jednodílný systém

Příloha 4 - Dvoudílný systém

Příloha 5 - Zátka Vitala®

Příloha 6 - Otázky do rozhovorů

Příloha 7 - CD s přepsanými rozhovory

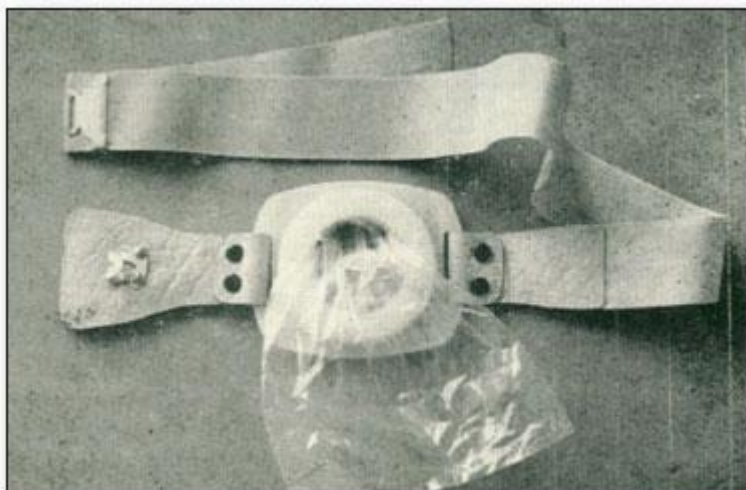
Příloha 8 - Brožura pro budoucí stomiky

Příloha 1 - Jánošíkův pás



Zdroj: Vytejšková Renata - Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: Speciální část

Příloha 2 - Kolostomický pás



Kolostomický pás

Zdroj: Staňková Marta - Teorie ošetrování nemocných

Příloha 3 - Jednodílný systém



Zdroj:

http://www.coloplast.cz/Products/ostomy/pages/productfamily.aspx?commcategory=SenSura_1_pc%28Coloplast%29

Příloha 4 - Dvoudílný systém



Zdroj:

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

Příloha 5 - Zátka Vitala®



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

Příloha 6 - Otázky do rozhovorů

- 1) Navázání kontaktu, úvodní seznámení, vysvětlení účelu rozhovoru.
- 2) Kolik je Vám let?
- 3) Můžu se zeptat, z jakého důvodu Vám byla založena kolostomie?
- 4) Jaké jste dostal/a informace o životě s kolostomií?
- 5) Navštívila Vás stomasestra před operací?
- 6) Jak často za Vámi docházela stomasestra po operaci?
- 7) Za jak dlouhou dobu po operaci Vás začala stomasestra zapojovat do péče o kolostomii?
- 8) Předala Vám stomasestra také nějaké informace o výživě a pitném režimu?
- 9) Upozornila Vás stomasestra na možnost výskytu komplikací?
- 10) Co u Vás nejčastěji prováděla sestra ze standardního oddělení (v souvislosti s kolostomií)?
- 11) Učily Vás nějaké dovednosti v péči o stomii i sestry z oddělení? Jaké?
- 12) Kdo Vám pečoval o kolostomii během nepřítomnosti stomasestry?
- 13) Jak se Vám daří samostatné ošetřování kolostomie?
- 14) Jaký druh pomůcek nejraději používáte?
- 15) Používáte nějaké doplňkové pomůcky?
- 16) Můžete mi popsat Váš běžný postup při výměně stomické pomůcky?
- 17) Máte s pomůckami nebo při ošetřování nějaké problémy?
- 18) O čem jste byl/a poučen/a před odchodem domů?
- 19) Upozornil Vás někdo na kluby stomiků?

Zdroj: vlastní

Příloha 8 - Brožura pro budoucí stomiky

Kolostomie a život s ní

Příručka pro budoucí stomiky

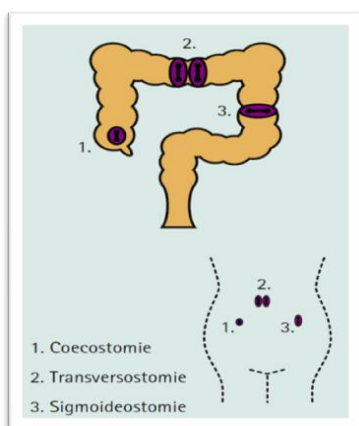


Zdroj: www.ilco.cz

Co je to kolostomie:

Kolostomie je termín, označující vývod, který je chirurgicky zhotoven při onemocnění tlustého střeva. Kolostomie je nejčastější druh stomie. Nahrazuje funkci konečníku, a odchází jím stolice (1). Kolostomie může být vyvedena na různých částech tlustého střeva (obr. 1). Kolostomie může být dočasná, nebo trvalá, toto Vám objasní Váš lékař.

Obr. 1



Zdroj: <http://www.stomici.cz/kolostomie>

Kolostomie má po zahojení růžovou až červenou barvu, a není citlivá na bolest. Je nejčastěji oválného, případně kruhovitého tvaru o průměru 2 - 5 cm, a vystupuje 1-2 cm nad břišní stěnu (obr. 2), (1, 2).

Obr. 2



Zdroj: http://www.chirurgie.cz/index.php?pld=1&show_detail=1

Indikace k založení kolostomie

Indikací se rozumí důvod založení kolostomie.

Indikací k založení kolostomie může být více. V poslední době je nejčastější příčinou karcinom tlustého střeva a konečníku, který je v ČR nejčastějším zhoubným nádorem. Další častou příčinou jsou nespecifické střevní záněty - ulcerózní kolitida a Crohnova choroba (3, 4).

Kolorektální karcinom je zhoubný nádor. Během posledních 30 let, se jeho výskyt značně navýšil. V závislosti na pohlaví se častěji vyskytuje u mužů, u žen je druhým nejčastějším nádorovým bujením. V celoevropském měřítku je v ČR kolorektální karcinom nejčastějším zhoubným bujením (5).

Ulcerózní kolitida je zánětlivé onemocnění sliznice tlustého střeva. Při tomto onemocnění dochází k tvorbě vředů a krvácení. Nemoc se nejčastěji vyskytuje u mladých lidí. Hlavními projevy jsou četné průjmovité stolice s příměsí krve a hlenu a kolikovitě bolesti v levém podbříšku (6).

Crohnova choroba) je chronické zánětlivé onemocnění, jehož příčina je dosud neznámá. Změny se dějí v různých částech střeva. Vznikají píštěle, eroze nebo abscesy. Střídají se období zlepšení a nové ataky zánětu. Nemocné trápí nechutenství, plynatost, průjmy a ve stolici můžou pozorovat krev nebo hlen (7).

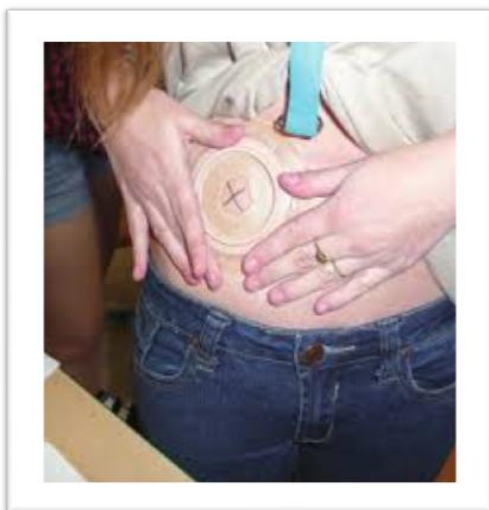


Zdroj: www.myastheniagravis.cz

Stomasestra

Stomasestra je důležitým důvěrníkem pro každého nového stomika. Prvním úkolem stomasestry je vyznačení vhodného místa pro vyvedení stomie. Tento výkon provádí po konzultaci s chirurgem pomocí nesmývatelného fixu (obr. 3).

Obr. 3



Zdroj: www.coloplast.cz

Stomasestra nejdříve místo označí vleže, a následně na něj připevní podložku a požádá pacienta, aby provedl několik běžných pohybů, případně si oblékl oděv. Podložka nesmí při žádném pohybu překážet nebo být nepříjemná (1).

Dalším důležitým úkolem stomasestry je edukace stomika. Jejím cílem je úplná nebo alespoň částečná soběstačnost v ošetřování stomie pacientem. Vhodnou edukaci provádí stomasestra s ohledem na aktuální zdravotní, psychický a fyzický stav. Setkání nejčastěji probíhá formou konzultace, která probíhá v dobře vybavené koupelně, ve které je nástěnné i přenosné zrcadlo, stolec, stomické pomůcky a lehátko. Po

teoretické ukázce a vysvětlení si stomik zkusí vystříhnout podložku a manipulaci se stomickým sáčkem (8, 9).

Za stomasestrou by pacient měl po propuštění docházet pravidelně, první 2 roky je doporučováno docházet každé 3 měsíce, později dle individuální domluvy. Stomik by měl mít možnost kdykoli kontaktovat svou stomasestru (8).

Při propuštění do domácí péče je stomasestra zodpovědná za soběstačnost nemocného!

Stomické pomůcky

Jednodílný systém:

Jednodílný systém (obr. 4) se skládá ze sáčku, který je pevně spojen s flexibilní podložkou s adhezivními a ochrannými vlastnostmi. Tento systém se aplikuje přímo na kůži v okolí kolostomie (10, 11).

Obr. 4



Zdroj:http://www.coloplast.cz/Products/ostomy/pages/productfamily.aspx?category=SenSura_1_pc%28Coloplast%29

Dvoudílný systém:

Základem dvoudílného setu (obr. 5) je samostatná podložka s plastovým kroužkem, která se po vystřížení individuálního otvoru aplikuje přímo na břicho. Na ni se teprve připevňuje uzavřený či výpustný sáček různých velikostí. Podložka může zůstat na kůži 2-5 dní (10, 11).

Obr. 5



Zdroj:[http://www.coloplast.cz/Products/Ostomy/pages/productfamily.aspx?commcategory=SenSura_Click\(Coloplast\)&cat=Czech_Republic](http://www.coloplast.cz/Products/Ostomy/pages/productfamily.aspx?commcategory=SenSura_Click(Coloplast)&cat=Czech_Republic)

Doplňkové pomůcky:

V sortimentu stomických pomůcek můžete najít také různé doplňkové pomůcky, které usnadňují péči nebo zvyšují komfort. Dostupné jsou různé adhezivní a ochranné pasty, odstraňovače náplastí, ochranné filmy, zásypy, nebo pohlcovače pachu.

Výměna stomické pomůcky

Před výměnou jakékoliv stomické pomůcky je nutné nejprve připravit si k ruce vhodné pomůcky.

Mezi vhodné pomůcky patří umývadlo s vodou, sáček na odpad, doplňkové pomůcky dle potřeby, čistící pěna, buničitá vata nebo mul, pero a nůžky a také zrcadlo a elektrický holicí strojek (12, 13).

Při výměně stomického systému postupujete tak, že odshora dolů sloupnete stomický systém z kůže. Pokud je to nutné, můžete využít odstraňovač náplastí. Pomůcky poté vložíte do plastového sáčku, který zavážete a uložíte na místo pro to určené.

Případnou vytékající stolici setřete buničinou a kůži důkladně omyjete vodou nebo k tomu určenou čistící pěnou. Poté okolí stomie osušíte čistou gázou. Pokud již pokožka není oholená, tak je nyní vhodná doba k jejímu oholení (12).

Poté znovu otřete okolí stomie vlažnou vodou. Podle potřeby ošetříte okolí ochrannou pastou, pudrem a podobně. Poté si změříte velikost stomie za pomoci měřicí šablony. Podle bodů, které si označíte perem, vystříhnete vhodný otvor, který bude cca o 0,5 cm větší, aby stomii nezaškrcoval. Znovu přiložíte ke stomii a zkontrolujete velikost. Poté zahřejete lepicí část podložky, sloupnete plastový kryt, přeložíte v polovině a přiložíte lepicí plochou ke stomii. Po nalepení pomůcku důkladně přitisknete, a zkontrolujete, zda nejsou někde nějaké záhyby a podobně, kterými by mohla stolice podtékat. Stomii znovu přitisknete, aby se prohřála a dokonale přilnula a znovu se ujistíte, že pevně drží na těle. (12).

Tento návod je pouze pro Vaši představu co Vás čeká, vše podstatné Vás naučí stomasestra, která se Vám bude věnovat po operaci

Výživa a pitný režim

Nedoporučuje se omezování v jídle, neboť to co jste snášel/a před vyvedením stomie, budete pravděpodobně dobře snášet i po jejím vyvedení. V prvních 6-8 týdnech po operaci je vhodné omezit potraviny s nerozpustnou vlákninou (celozrnné výrobky, ovoce se slupkou atd.), aby nedošlo k podráždění stomie. Nejvhodnější je přijímat stravu 5-7x denně, nepřejídat se, a udělat si pro jídlo dostatek času a pohodlí. Jídlo je vhodné konzumovat pomalu a pečlivě ho rozžvýkat, aby zbytky stravy nezpůsobily neprůchodnost střeva. (14, 15).

Různé potraviny mají různé účinky. Například nadýmavé účinky mají luštěniny, čerstvý chléb, květák, zelí, pivo, cibule a perlivé nápoje. Naopak proti nadýmání stomasestry často doporučují jogurt nebo brusinky. Zvýšený zápach stolice způsobují houby, vejce, chřest, ryby, česnek, zelí, cibule a ostrá koření. Při dietní chybě a výskytu zápachu lze doporučit petržel, šťávu z brusinek nebo jogurt. Průjem můžou způsobit švestky, bílý cukr, káva, kapusta, hrušky, masové vývary nebo mléko. Při výskytu průjmu je doporučován bílý chléb, tmavá čokoláda, rýže, vývar z mrkve a rýže nebo banány (15).

Potřebu tekutin lze uspokojovat různými nápoji. Nejsou ale vhodné vody sycené oxidem uhličitým, protože můžou vyvolat pálení žáhy, říhání a nadýmání. Vhodné jsou minerální vody (např. Magnesia), kojenecké vody a různé stolní vody a brusinková šťáva. Je vhodné vypít minimálně 8-10 sklenic tekutin denně (15).



Zdroj: loskutak.nova.cz

Kluby stomiků

Kluby stomiků jsou dobrovolná sdružení stomiků. Jejich úlohou je hájit zájmy stomiků, hlavně v oblasti kvality a dostupnosti kompenzačních pomůcek. Jejich činnost má hned několik směrů.

Členové se pravidelně scházejí, pořádají setkání s odborníky a hledají s nimi odpovědi na své otázky a problémy. Řeší problémy péče o stomii, radí se jak získávat a používat vhodné kompenzační pomůcky. Také se dozvídají o novinkách v péči o stomii (1). Na území České republiky působí hned několik klubů stomiků (obr. 6). Na sociálních sítích lze najít také skupiny věnující se stomikům.

Obr. 6



Zdroj: <http://www.ilco.cz/kluby.php>

Doufám, že tato brožura byla pro Vás přínosná. Jsou zde uvedeny pouze základní informace, které se Vám mohou hodit před operací. Po nástupu k hospitalizaci se Vám bude věnovat stomasestra, která Vám vše vysvětlí a naučí Vás o stomii pečovat.

Seznam zdrojů

- 1) MARKOVÁ, Marie. *Stomie gastrointestinálního a močového traktu*. 1.vyd. Brno: NCONZO, 2006, 68 s. ISBN 80-701-3434-8.
- 2) ŠVÁB, Jan. *Chirurgie vyššího věku*. 1.vyd. Praha: Grada, 2008, 208 s. ISBN 978-802-4726-045.
- 3) VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. 1.vyd. Praha: Grada, 2013, 272 s. ISBN 978-802-4734-200.
- 4) HALUZÍK, Martin a Štěpán SVAČINA. *Metabolický syndrom a nukleární receptory: PPAR*. 1.vyd. Praha: Grada, 2005. 136 s. ISBN 80-247-0824-8.
- 5) VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2012, 448s. ISBN 978-802-4737-423.
- 6) JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada, 2013, 256 s. ISBN 978-80-247-4412-4.
- 7) VODIČKA, Josef a kolektiv. *Speciální chirurgie*. 2. doplněné vydání. Praha: Karolinum, 2014, 318 s. ISBN 978-802-4625-126.
- 8) OTRADOVCOVÁ, Iva. Z praxe zkušené stomasestry: I. díl. *Florence*. 2012, roč. 8, č. 5, s. 11-14. ISSN 1801-464X.
- 9) JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1.vyd. Praha: Grada, 2010, 77 s. ISBN 978-802-4721-712.
- 10) KRŠKA, Zdeněk. *Techniky a technologie v chirurgických oborech: vybrané kapitoly*. 1.vyd. Praha: Grada, 2011, 262 s. ISBN 978-802-4738-154.
- 11) VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. 1.vyd. Praha: Grada, 2013, 272 s. ISBN 978-802-4734-200.
- 12) SKONCOVÁ, Gabriela. Bezproblémové ošetrování stomie. 2010, *Sestra*, roč. 20, č.3, s. 58-60, ISSN 1210-0404.

13) WORKMAN, Barbara a Clare BENNETT. *Klíčové dovednosti sester*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006, 259 s. ISBN 80-247-1714-X.

14) *České ILCO: Dobrovolné sdružení stomiků*. [online]. © 2010 [cit. 2014-12-30]. Dostupné z: <http://www.ilco.cz/>

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