

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Anežka Malíková

Edukace pacientů se stomií

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Renáta Váverková

Olomouc 2016

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 29. dubna 2016

podpis

Děkuji Mgr. Renátě Váverkové, za odborné vedení a cenné rady při zpracování této bakalářské práce. Také děkuji mé rodině a blízkým za podporu.

Anotace

Typ závěrečné práce: Bakalářská práce

Téma práce: Ošetrovatelská péče o pacienty se stomií

Název práce: Edukace pacientů se stomií

Název práce v AJ: Education of patients with stoma

Datum zadání: 2016-01-28

Datum odevzdání: 2016-04-29

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetrovatelství

Autor práce: Malíková Anežka

Vedoucí práce: Mgr. Renáta Váverková

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ: Předložená přehledová bakalářská práce se věnuje tématu dohledaných poznatků o edukaci pacientů se stomií. Konkrétně se zabývá předoperační a pooperační edukací, ambulantní edukací, a edukací v domácí péči, v rodinách a ve stomických klubech. Práce je

sestavena z vybraných přehledových článků z databáze Medline, ProQuest, Google Scholar.
Cílem práce je sumarizace informací o edukaci pacientů se stomií.

Abstrakt v AJ: Presented surveillance Bachelor thesis focuses on the topic of identified knowledge about the education of patients with a stoma. Specifically, it deals with preoperative and postoperative through education, outpatient education and education in home care, in families and in ostomy clubs. The work is composed of selected review articles from the database Medline, ProQuest, Google Scholar. The aim is to summarize information on the education of patients with a stoma.

Klíčová slova v ČJ: stomie, stomasestra, ošetřování stomií, edukační proces, edukace stomiků, prevence, komplikace

Klíčová slova v AJ: stoma, stoma nurse, stoma care, education process, education stoma, prevention, complication

Rozsah: 37 stran / 0 příloh

OBSAH

ÚVOD	7
1 REŠERŠNÍ ČINNOST.....	9
2 PŘEHLED PUBLIKOVANÝCH POZNATKŮ O EDUKACI SE STOMÍÍ.....	12
2. 1 Předložit dohledané poznatky o předoperační a pooperační edukaci pacienta	12
2.2 Dohledané poznatky o ambulantní edukaci pacienta	17
2. 3 Předložit dohledané poznatky o edukaci v domácí péči, v rodinách a ve stomických klubech	26
2.4 Význam a limitace dohledaných poznatků.....	30
ZÁVĚR	32
REFERENČNÍ SEZNAM.....	33

ÚVOD

Tvorba stomie je běžný proces obecné chirurgické praxe především v léčbě kolorektálních karcinomů. Ale může být také vyžádaná urgentní operací. Vytvoření stomie může způsobit závažné problémy týkající se emocionální, fyzické a sociální stránky a tím negativně ovlivnit kvalitu života. Pacienti mohou také trpět nedostatkem informací o stomické péči. Vzdělání pacienta může mít klíčovou roli v prevenci nebo léčbě komplikací, které by mohli vzniknout nesprávnou sebedečnou o stomii (Lo at al, 2011, s.68-78). Proto si kladu otázku jaké poznatky o edukaci byly publikovány?

Cílem přehledové bakalářské práce je sumarizace dohledaných poznatků týkající se edukace pacientů se stomií. Cíl práce byl rozčleněn na dílčí cíle:

Cíl 1

Předložit dohledané poznatky o předoperační a pooperační edukaci pacienta.

Cíl 2

Předložit dohledané poznatky o ambulantní edukaci.

Cíl 3

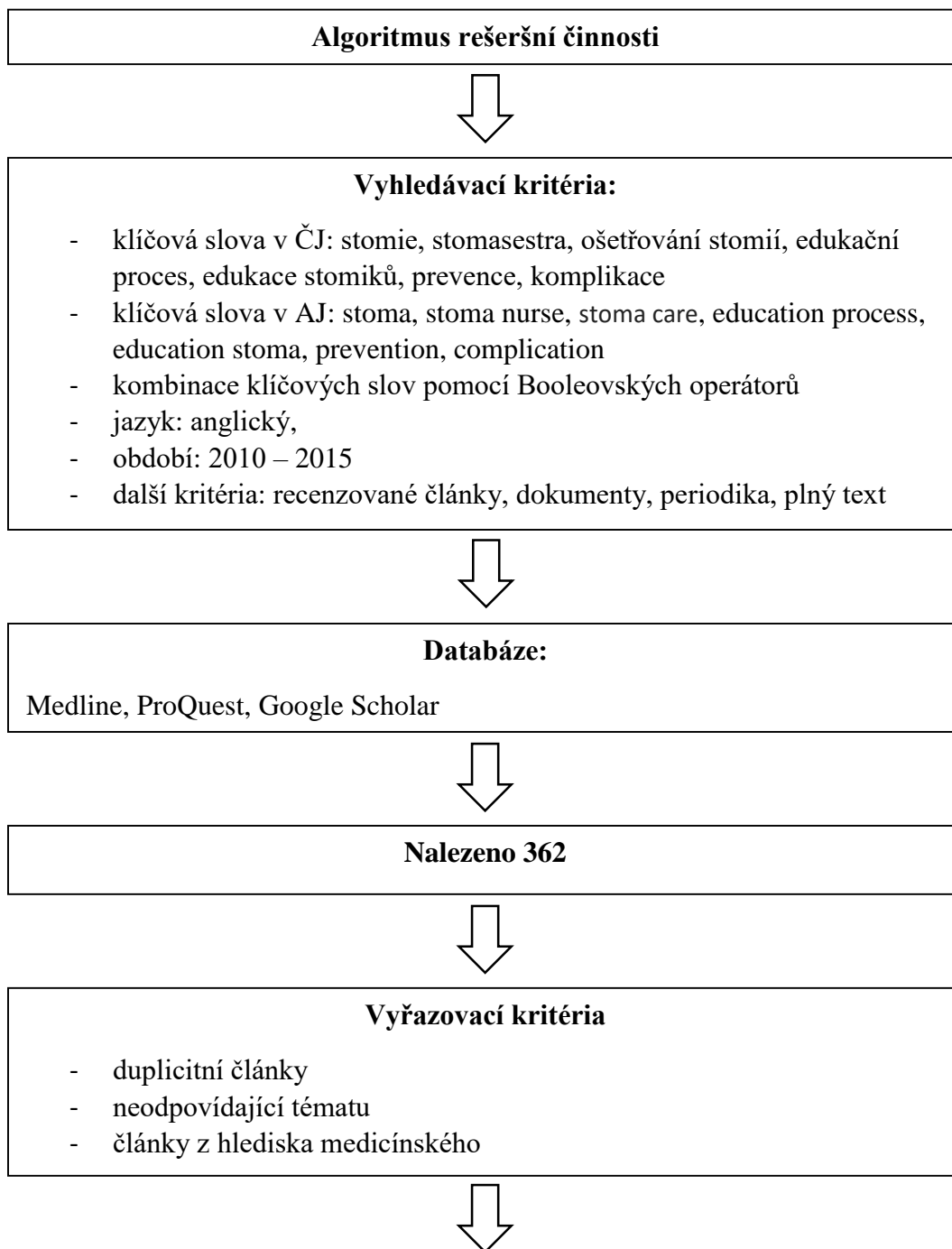
Předložit dohledané poznatky o edukaci v domácí péči, v rodinách a ve stomických klubech

Vstupní literatura:

1. KARLOVSKÁ, Milada. 2013. Stomie: obecné informace pro pacienty. Praha: Liga proti rakovině. ISBN 8026050630.
2. ZACHOVÁ, Veronika a kol. 2010. Stomie. 1. vyd. Praha: Grada, 200 s., xv, xii s. barev. obr. příl. Sestra (Grada). ISBN 978-80247-3256-5.
3. LÚČAN, Jaroslav. 2011. Stómie a stomici. Turany: Vydavateľ: P+M, 208 s. ISBN 978-80-89410-11-8.
4. JANÍKOVÁ, Eva a ZELENÍKOVÁ, Renáta. 2013. Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium. 1. vyd. Praha: Grada 249 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4412-4

5. HALMO, Renata. 2014. Seběpěče v ošetrovatelské praxi. 1. vyd. Praha: Grada, 229 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-48115.
6. SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. 2010. Ošetrovatelství v chirurgii II. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 308 s. ISBN 978-80-247-3130-8.
7. VYTEJČKOVÁ, Renata. 2013. Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část. 1. vyd. Praha: Grada, 272 s., xvi s. obr. příl. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3420-0

1 REŠERŠNÍ ČINNOST



Sumarizace využitých databází a dohledaných dokumentů:

Medline 74 článků, použito 18

ProQuest 238 článků, použito 9

Google Scholar 50 článků, použito 18



Sumarizace dohledaných a využitých periodik a dokumentů:

British Journal of Nursing – 3 články

Cancer Nursing – 1 článek

Clinical Nutrition – 1 článek

Cochrane Database of Systematic Reviews – 1 článek

Critical care clinics – 1 článek

Diseases of the colon & rectum - 1 články

European journal of cancer care - 1 články

European Journal of oncology nursing - 1 články

Gastrointestinal Nursing - 2 články

Hospital discharge and readmission – 1 článek

International journal of colorectal disease – 3 články

International journal of general medicine – 1 článek

International Journal of Nursing Education – 1 článek

Journal of advanced nursing – 1 článek

Journal of Cancer Education – 1 článek

Journal of Clinical Nursing – 1 článek

Journal of geriatric onkology – 1 článek

Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing – 7 článků

Medical hypotheses – 1 článek

Medsurg Nursing – 1 článek

Nursing And Residential Care – 1 článek

Nursing Standard – 2 články

Nursing Times – 1 článek

Ostomy wound management – 2 články

Patient Preference Adherence – 1 článek

Professional Medical Journal - 1 články

Revista da Escola de Enfermagem da USP – 1 článek

Revista latino-americana de enfermagem – 1 článek

The Journal of Continuing Education in Nursing – 2 články

The Journal of urology – 1 článek

The Remington Report - 1 článek



Pro tvorbu teoretických východisek bylo použito 45 dohledaných článků

2 PŘEHLED PUBLIKOVANÝCH POZNATKŮ O EDUKACI SE STOMIÍ

Vzdělání pacienta může mít klíčovou roli v prevenci nebo léčení komplikací stoma péče. Nedávné údaje ukázaly, že stomasestry mají významnou roli v prevenci a léčbě emocionálních, tělesných a sociálních problémů (Lo et al, 2011, s.68-78). Stomasestry poskytují pacientům vzdělání zaměřené na řadu praktických věcí, ohledně pomůcek a doplňků, péči o pokožku kolem stomie, o běžných denních aktivitách, cestování, obavy z intimity, stomické péči. Dovednosti, jak pečovat o stomii, jsou zavedeny v akutní péči, nadále jsou prohlubovány a posilovány v domácí a ambulantní péči. Při tom je podporována autonomie pacienta, vlastní lidská důstojnost a je třeba uspokojit specifické potřeby pacienta, bez ohledu na povahu jejich zdravotního problému (Alper et al, 2012, s.1-13).

2. 1 Předložit dohledané poznatky o předoperační a pooperační edukaci pacienta

Před operací stomasestra posoudí pacienty pro potenciální přizpůsobení se manuální zručnosti a obratnosti (Walker et al, 2013, s.61-64). Stomasestra pomáhá určit vhodné místo pro stomii. Kritéria vhodná pro umístění jsou rovná plocha kůže na viditelném místě (Bruch, 2013, s.53). Umožňuje posouzení místa stomie v poloze, kdy pacient sedí a v poloze, když je ve stoje. Špatné umístění stomie, může vést k negativnímu ovlivnění psychického a emocionálního stavu pacienta, zatím co dobré umístění zvyšuje pravděpodobně nezávislost v pacientově péči o stomii a lepší obnovení denních aktivit (Person et al, 2012, s.783-787). Pacient zde může diskutovat o všech svých obavách a starostech, jejím normální vzhledu, změně pomůcek a doplňků, komplikacích jako zarudnutí nebo bolest, denní aktivity a životní styl (Cronin, 2012, s.32-40). Protože péče o stomii je poměrně jednoduchá, musí být pacientem přijatá, aby se zabránilo problémům, jako je například únik stolice mimo stomický systém. Zdravá peristomální kůže by měla mít, normální vzhled kůže bez jakékoliv viditelné změny. Kůže kolem stomie musí být jemná, důkladně vyčištěná, pečlivě vysušená a odstraněné všechny stopy stolice, abychom zabránili podráždění kůže (Bruch, 2013, s.53). Předoperační edukace byla oceněna téměř všemi pacienty, dokonce i těmi, kteří ji nemohli přijmout díky nouzové operaci, bez ní pacienti udávali pocit nepříjemnosti, nepřipravenosti (Thorpe, 2014, s.385). Předoperační trénink pomáhá snižovat pooperační tréninkový čas, může také

zabránit pooperačním komplikacím, jako je netěsnost podložky. Argumuga nenalezl významný rozdíl v sazbách rozvinutých komplikací mezi naplánovanými a nouzovými operacemi. A podle Robertson tempo rozvoje stomických komplikací v plánovaných operacích byl podobný jak u neplánované operace. Ale podle Baykura podstoupilo 35 jednotlivců předoperační značení místa stomie, bylo zjištěno, že výskyt peristomálních komplikací je výrazně nižší než ve srovnání s komplikacemi, kde stomie nebyla značená předem (Karadağ et al, 2015, s.2800-2813). Ve studii kde zkoumali vliv předoperačního značení místa stomie a výskyt komplikací ze 105 pacientů, bylo 60 mužů, 45 žen, 52 (49%) pacientů mělo označené místo pro stomii před operací a 53 (50,5%) pacientů nemělo značené místo stomie. Kvalita života byla výrazně lepší u pacientů, kteří měli předoperační označení místa stomie, než u těch co ho neměli ($P < 0,05$ v 18 z 20 položek), prokázala se i lepší nezávislost pacienta při péči o stomii, a menší riziko komplikací (Person, 2012, s.783-787). V turecké studii, bylo 67% mužů, 33% žen, průměrný věk účastníků byl 47 let, 61% pacientů s komplikacemi bylo u náhlých, neplánovaných stomií, a pouze 39% pacientů s komplikacemi u plánovaných stomií. Nejčastější komplikace byli mukotánní separace u 12 účastníků, kožní macerace u 10 účastníků. Ze studie vyplývá, že riziko vzniku komplikací je vyšší u naléhavě vytvořených stomií. (Karadağ et al, 2015, s.2800-2813). V další studii bylo 100 pacientů a byli sledováni po dobu jednoho roku. Z toho 41 pacientů se stomií, vznikly během mimořádných situací. Komplikace zde vznikali díky nevhodnému umístění stomie. Nejčastější komplikace pak byli fixační problémy a to u 77% pacientů s neoznačenou stomií oproti 37% pacientů se značenou stomií, únik stolice u 77% pacientů s neoznačenou stomií oproti 29% pacientů se značenou stomií, zarudnutí peristomální kůže u 46% pacientů s neoznačenou stomií oproti 20% pacientů se značenou stomií, zatažení stomie u 27% pacientů s neoznačenou stomií oproti 4%. Nevhodné umístění stomie se identifikovalo jako rizikový faktor pro vznik komplikací (Jonkers, 2012, s.1095-1099). Proto je předoperační edukace od specializované stomasestry doporučována u všech pacientů před vytvořením stomie. Další studie se zabývaly, jestli může předoperační vzdělání pacienta zkrátit pooperační dobu strávenou v nemocnicích. Podle Danielse může příslušné vzdělání pacientů snížit pooperační pobyt v nemocnici. Podle Gustafsson dokonce může snížit délku pobytu v nemocnici až o několik dní. A Varadhan dodává, že vede i ke snížení komplikací a to o 50%. Díky tomu že se neustále zkracuje doba pobytu v nemocnici, tak zaměstnanci mají méně času na vzdělání pacienta, proto je předoperační edukace výhodou pro péči kolem stomie. J. C. Ruiz dokonce prováděl ve své studii edukaci doma u pacientů. Cílem jeho

studie bylo snížení pooperačního pobytu v nemocnici. Účastníci byli rozděleni na dvě skupiny, v každé bylo 21 účastníků. Pooperační posouzení stomických znalostí byli provedeno na odděleních zdravotním personálem pomocí speciálního konkrétního seznamu. Střední doba hospitalizace byla 8 dní (5-15) pro studijní skupinu a 10 (4-16) den pro kontrolní skupinu ($P=0,029$). Ve studii, kde autoři se soustředili na vzdělání stomatických pacientů byla předoperační edukace prováděna pomocí sezení se stomasestrou, ale také formou interakčních informačních balíčků se vzorkem stomatických systémů, DVD a praktické cvičení, před operací. Ve studii 240 pacientů s tvorbou ileostomie, kdy 120 pacientů podstoupilo program rozšířené obnovy (ERP) před operací a 120 pacientů bylo edukováno po operaci. Průměrná délka hospitalizace byla 14 dnů před zavedením ERP s rozsahem 7-25 dní. Průměrná délka pobytu po ERP 8 dní ($p=0,17$) v rozmezí od 3 do 7 dní (Younis, 2012, s.43-47). Další studie zahrnovala 65 účastníků, z toho bylo 20% žen a 80% mužů. Průměrný věk byl 72 let. Průměrná délka sledování pacientů byla 30 měsíců. Předoperační speciální stoma vzdělání přijalo 97% pacientů, ale pouze 32 pacientů (49%) mělo uspokojivý pocit při propuštění z nemocnice, 52% samostatně pečuje o svoji stomii, z toho je 85% žen a pouze 44% mužů ($p=0,009$). Studie zároveň prokázala, že ženy jsou lepší ve vzdělání, neboť jsou trpělivější a dokáží se rychleji orientovat v používání stomických pomůcek pro dlouhodobou stomickou sebekéči (Tal, 2012, s.1707-1712). Po operaci nový stomik vyžaduje všeobecnou chirurgickou péči. Vzdělání se zaměřuje na psychomotorické dovednosti vztahující se k péči o stomii (Walker et al, 2013, s.61-64). Po 24-72 hodin se u pacienta může rozvíjet bolest, která má vliv na jeho spánek, odpočinek a jeho učení. Proto je nejdůležitější v 48 počátečních hodinách pacient necítil bolest. Pacient nesmí nic jíst a může dojít ke snížení energetické hladiny, musíme tedy dbát na to, aby byl pacient dobře hydratovaný (Saleem et al, 2014, s.269-271). Je zavedena intravenózní terapie. Posloucháme zvuky střev, a jestli odchází střevní plyny. Pokud ano, tak postupně podáváme pacientovi malé množství tekutin, jsou-li tolerovány tekutiny, pomalu přecházíme k potravinám. Podáváme potraviny s nízkým obsahem vlákniny, čímž se omezí peristaltická činnost střev. Příjem jídla je pak přizpůsobený individuálním požadavkům. Obvykle to trvá několik týdnů. Příjem tekutin by měl být 2-3l. Toto se týká hlavně urostomiků, kde obvykle dochází 5 pooperační den ke komplikaci způsobenou hodnotou Ph moče, kdy je moč alkalická a dochází k podráždění od oxalátových krystalů, které způsobují stomické vředy a krvácení. Průhledný sáček se doporučuje po dobu minimálně 48 hodin, kdy je užitečný při výuce pacienta, tak že pacient může pozorovat vyprazdňování stomie, pro vizuální kontrolu vlastní stoma péče

(Black, 2012, s.18-25). V pooperačním období se pacienti zotavují z velké chirurgické operace, přijímání opiáty pro bolesti. Po operaci jsou omezeny cesty vzdělání, výuka začíná až 2 den po operaci (Maxson et al, 2011, s.152-153). Očekávaný pooperační výsledek je tedy kontrola bolesti, objem stolice, vzhled stomie, pooperační edém, ten může na první pohled, vyvolat nepříjemnou emocionální úzkost, ale během několika dní ustoupí (Black, 2012, s.18-25). Důležité je zapojit pacienta hned, jakmile se vyrovná se svou bolestí (Saleem et al, 2014, s.269-271.). Úspěšné učení je založené na potřebách pečovatele a to je nezbytné k dosažení sebepěče. Cílem pooperační edukace je, že pacient bude samostatně pečovat o svou stomii. Realistické cíle sebepěče by měly být jasně stanoveny v plánu péče. Dovednosti získává díky kombinaci kognitivní a psychomotorických schopností. Důležitou součástí a úkolem sestry je podpořit důvěru pacienta, jeho sebevědomí, sociální aktivity. S aktuálními tlaky na snížení délky hospitalizace, je průměrný pobyt v nemocnici 5 dní. Během nich se pacient musí naučit bezpečné a efektivní postupy sebepěče o stomii. Jednou z dovedností je úspěšné vyprázdnění stomické tašky. Mnoho pacientů potvrdilo, že získali jen běžné instrukce a doma byli značně překvapeni z vylínutých problémů týkajících se sebepěče. (Grant et al, 2013, s.70-78). Podle Alper přibližně 75% pacientů je schopno se vrátit do domácího prostředí po propuštění. Počítačem podporované vzdělávání, může být účinným prostředkem pro zapojení a posílení postavení pacienta. Cílem této studie bylo zhodnotit proveditelnost a přijatelnost pro pacienta a interaktivní vzdělávání u pacientů s novou stomií. Vzdělávání pro dospělé bylo testováno u 15 hospitalizovaných pacientů s novou ileostomií. Po použití vzdělání avatár bázi s iloeostomickými znalostmi, se zlepšilo skóre z $27,8 \pm 3,4$ na $31,3 \pm 1,5$ ($p < 0,002$) a stomická péče, sebepěče se zlepšila ze $78,4 \pm 22,7$ na $92,7 \pm 14,1$ ($p < 0,05$). Subjektivní průzkumy a kvalitativní rozhovory prokázali vysokou úroveň akceptace a poskytli cennou zpětnou vazbu pro budoucí prostředky k doručování zdravotní výchovy u hospitalizovaných pacientů (Bedra, M., et al 2013, s.83-85). Vyhodnocení účinnosti multimediálního vzdělávacího programu ve vztahu k stomii, k znalostem, postojem k péči o vlastní osobu a chování pacienta se stomií v pooperačním období. Účastníci se rekrutovali z chirurgického oddělení ve velké nemocnici v Tchaj-wanu. Celkem 102 pacientů se stomií byli náhodně rozděleni do jedné multimediální vzdělávacího programu ($n=46$) nebo konvenční stoma vzdělávacího programu ($n=56$) navazujícím jedním týdnem. Výsledky proměnné byly úrovně vzdělávacích programů zlepšit své celkové znalosti sebepěče, postoje a chování statisticky významně v porovnání s těmi, kteří obdrželi konvenční stoma vzdělávacího program. Multimediální balíček může posílit zapojení

pacientů do své stomické péče a mohou rozšířit stomické vzdělávání především zdroj zdravotnického prostředí (Lo, et al, 2011, s.68-76). Zdroje potřebné k zajištění lepšího vzdělání pacienta o stomické péči byly popsány respondenty, zahrnovali informační brožury, instruktážní video, demonstrace péče a pokračování v domácnosti. Nedávný integrovaný přehled zdůraznil potřebu zabývat se jak vzděláním, tak individuální charakteristikou pacientova učení a jeho potřeb při řešení pooperačního vzdělání (Gemmill et al, 2011, s.81-88). Prováděla se studie, kde byly shromážděny údaje v průběhu pacientova pobytu v nemocnici jako součást běžné péče. Byly zde zařazeny 4 kategorie: stoma péče včetně informací o stomii (funkce stomie), každodenní činnost (strategie pro řízení cesty, koupání, intimita, zápach), péče o stomii (strategie pro správu stomie), jiné informace potřebné (sociální podpůrné prostředky). Pacienti měli hodnotit tyto kategorie od nejužitečnější po nejméně užitečné, pomocí stupnice 4 bodů. Studie se účastnilo 60 pacientů, z toho 33 mužů a 27 žen s průměrným věkem $55,58 \pm 15,56$, rozpětí 27 až 79 let. Kategorii vzdělání stomické péče, sebezpečí zařadilo 90% pacientů, jako nejvíce užitečnou část. Jako druhou nejvíce užitečnou kategorii umístilo informaci o obnovení běžné denní aktivity 55% pacientů, obecnou informaci jako třetí nejužitečnější kategorii zařadilo 55 % pacientů. Jako nejméně užitečnou kategorií označili podporu pro stomii, 15% pacientů cítilo nepřípravenost na jejich první únik stomie, 3% pacientů uvedlo, že si těžko zvykali na pocit, že stolice vstupuje do sáčku. Dva pacienti si přáli více fotografií s onemocněním kůže a jak s těmito problémy zacházet. Po operaci, postoupení peer skupiny pro podporu a povzbuzení souvisejících s dalším životním stylem a změny tělesného vzhledu stomie. Pacienti mohou být zařazeni do prodejního programu, který spojuje dodavatele pro své pomůcky a doplňkové materiály. Pacienti jsou po propouštění nadále pečlivě sledováni, aby byli schopni fungovat se stomií a vyrovnat se s případnými změnami životního stylu. Zdravotníci potřebují být informováni o fyzických, psychických a sociálních dopadech stomie na pacienty v počátečním 30-ti denním pooperačním období. Poznatky výzkumu informovaly o typu a úrovni pomoci a podpory, které mají být nabízeny pacientům od zdravotní sestry a důležitost povzbuzování pacientů, kteří mají být zapojeni do stomické péče v raném stadiu, což v konečném důsledku přispívá k účinné a nezávislé samosprávě (Lim et al, 2015, 185-193).

2.2 Dohledané poznatky o ambulantní edukaci pacienta

Stomasestry poskytují a prohlubují vzdělání pacienta zaměřené na řádné znalosti o systémech, pomůckách a doplňcích, péči o kůži, denní aktivity, strava, cestování, obavy z intimity a stomické péče a potřeby člověka. Zkušenosti ohledně péče jsou posíleny v domácí péči a ambulantní péči. Po propuštění je zapotřebí další vzdělání nebo krátkodobá rehabilitace v ambulantním stomickém centru (Locke, 2010, s.24). Pooperační komplikace se vyskytují u 71% pacientů s ileostomií a 43% u pacientů s kolostomií (Ellefson, Otten, and Schaffner, 2011, s.32-34). Park zjistil největší míru komplikací u pacientů s ilostomií, 75% pooperačních komplikací, v počáteční fázi kožní vyrážka činila 12% komplikací. Özaudi zjistil rychlost vzniku komplikací u 14,3% jedinců s ileostomií. Všechny tyto faktory potvrzují význam konzultací v nemocniční ambulanci. Vedení pacientů v ambulanci je důležité pro vybudování důvěry, podpory a nezávislosti v životě a má také důležitou roli v ošetrovatelské praxi. Poradenství a podpora je k dispozici po celou dobu trvání, stomie ve většině případů může být celoživotní tedy i komplikace můžou nastat kdykoliv během období života. Data se studii ukázala, že přechod na sebeběči je komplexní, plný subjektivit, obtížných interakcí s rodinou, přáteli a zdravotnických služeb, mohou pomoci při vymáhání autonomie. Tyto faktory umožní nasměřovat terapeutické ošetrovatelské výkony, které jsou účinné a efektivní pro rozvoj schopnosti a dovednosti pro péči o sebe, což vede k nezávislému a zdravému životnímu stylu (Burch, 2013, s.662-665). Stomasestry mohou provádět kontrolu prostřednictvím telefonních hovorů, na klinice nebo v domácí péči. Většina nemocnic v Číně poskytuje trochu rutinní ošetrovatelské sledování pro pacienty. Z důvodů nedostatku sester a nedostatečné ošetrovatelské pečovatelské služby, je telefon první volba pro pečovatelské sledování pro 90% pacientů s rakovinou, protože jim umožňuje komunikovat se sestrami přímo a rychle a tím je získán včasný přístup k ošetrovatelské pomoci (Yang et al, 2003, s.43-47). Ve studii autoři zkoumali, jestli jde pomocí telefonu kontrolovat pacienty, kteří se vrátili domů. Všechny rozhovory byly audio nahrávky zaznamenány a přepsány. Rozhovory byly provedeny s 11 pacienty a 7 sestrami. Probíhaly od července 2009 do ledna 2010. A zahrnovaly otázky pro pacienty a pro sestry, které prováděly telefonáty. Výsledky studie byly pozitivní. Pacienti věřili, že jejich stoma sestry na ně nezapomněly. Cítili se pohodově, bezpečně, nadšeně a vděčně. Mohli se pochlubit svým využitím sebeběče, nebo se svěřit s tím, co jim nejde a sestry mohli řešit jejich problémy či obavy hned a včasné navrhnout řešení jejich problému. Sestry uvedly telefonáty a navazující hovory, jako

prostředky k řešení praktických problémů stoma péče v čas. Díky brzkému propouštění z nemocnic, nemohou být všechny pacientovy problémy vyřešeny efektivně, jako špatná paměť pacienta, zarudnutí stomie a jiné problémy, které nastaly doma. Sestry si také myslely, že mnoho praktických otázek každodenního života, jako je strava, koupání, fyzické aktivity, stomická péče o příslušenství, by mohlo být přiměřeně vyřešeno po telefonu. Také pokyny pro prevenci stomických komplikací, jako kýly, prolapsy, dermatitidy, by mohly být také řešeny po telefonu. Nicméně léčba stomických komplikací by byla obtížnější, a proto byli pacienti odesíláni na další posouzení na kliniku, protože pacienti nejsou zdravotníci a nemohou vždy popsat své komplikace. Všechny stomasestry, chtěly pokračovat v programu propuštěných pacientů se stomií i přes svou rušnou pracovní dobu. Při telefonování byly stomasestry schopny hlouběji pochopit problémy stomických pacientů, jejich pocity jako zmatek, bezmoc, odmítnutí od rodinných příslušníků a ekonomickou situaci. Tyto informace jsou pozitivní a sestrám pomáhají v praxi a v plánování cílené vzdělávání při propouštění z nemocnice. Pacienti byli potěšeni, oceněni, respektem a uznáním od stomasestry a to je přesvědčuje o jejich úsilí (Zheng, 2013, s.184-189). Ruchbourg zjistil obtíže, které stomici zažívají po propuštění z nemocnice a 5 hlavních a nejčastěji hlášených problémů při navazujícím pooperačním telefonování. Problémy byly hlášeny, jako podráždění pokožky 76%, unik ze sáčku 62%, zápach 59%, snížení dřívější aktivity 54% a deprese / úzkost 53%. Ve studii pacienti byli rozděleni do dvou skupin. Průměrný věk byl 52,9 let (studijní skupina) a 55,3 let (kontrolní skupina) a zúčastnilo se více mužů než žen. Více než 80% bylo ženatých. Mnozí z nich byli buď důchodci (37,3% studijní, 53,3% kontrolní) nezaměstnaní (39,0% studijní, 25,0% kontrolní). Úprava stomické péče byla ekvivalentní mezi studijní a kontrolní skupinou došlo ke zlepšení v průběhu času, a bylo to významné zlepšení ($F=9,39$, $P=0,003$). Skupinová studie však měla lepší výsledky ve srovnání s kontrolní skupinou, a to jak v 1. měsíci (studijní 130,85 123,77 vs. kontrolní, $t = 1,75$, $p = 0,083$) a i ve 3. měsíci (studie 136,85 123,77 vs. kontrolní, $t = 1,75$, $p = 0,006$), i když významu bylo dosaženo pouze ve 3. měsíci. Tam byl významný celkový rozdíl mezi skupinami ($F = 3,96$, $P = 0,049$). Stomamická péče studijní skupiny měla lepší výsledky ve srovnání s kontrolní skupinou a to jak v 1. měsíci (Studie 70,17 vs. 66,92 kontrolu, $t = 1,09$, $p = 0,281$) a 3. měsíci (Studijní 77,52 vs. kontrolní 70,02, $t=2,51$, $p=0,014$) a významu bylo dosaženo pouze v 3. měsíci. Co se týká spokojenosti s péčí, nebyly žádné významné rozdíly mezi kontrolní a studijní skupinou v úrovni spokojenosti ve výchozím stavu (studijní 1,52 vs. kontrolní 1,73, $t = 1,47$, $P = 0,144$), studijní skupina měla podstatně větší spokojenost s péčí. Stomické komplikace

ve studijní skupině měly větší délku bez komplikací než kontrolní skupina v 1. měsíci (studie 82,7% oproti kontrolním 58,8%, $22 = 7,12$, $P = 0,028$) a 3. měsíce (studie 78,8% vs. 56,9% ovládnutí, $22 = 6,24$, $P = 0,044$). Takže ze studie vyplývá, že telefonní péče je lepší přizpůsobení efektů až za 3. měsíce. To je v souladu s předchozím zjištěním, že podpora vzdělávání a odborné sestry významně přispěly k pozitivnímu přístupu pacientů (Zhang, 2013, s.419-428). Operace může změnit způsob, jak člověk vnímá sebe sama a změnit ho v někoho jiného. Jednotlivci se mohou cítit poznamenání přítomností stomie, mohou volit izolaci, jako formu skrývání svého těla. Studie posuzovala strukturovanou výuku programů stoma péče. Měřítkem pro posouzení byl test body image, který byl dán před tím, než program začal a pak znovu po 5 denní výuce. Zde bylo 50 účastníků, 48% kolostomiků, 32% ileostomiků a 20% urostomiků. Test vnímání tělesného obrazu, kdy v předběžném testu vyšly znalosti 38,82 bodů a po výuce 48,58 bodů, a tím se zvýšilo průměrné skóre o 9,76 bodů. Došlo ke zvýšení úrovně vnímání vlastního těla ($P < 0,001$). Test soběstačnosti v předběžném testu vyšlo 22,40 bodů a po výuce 29,52 bodů. Čímž došlo k výraznému nárůstu ve skóre od 7,12 bodů, což ukazuje, že se úroveň soběstačnosti zvýšila ($P < 0,001$). A test taky ukázal, že 14% účastníků se stomií mělo špatnou znalost stomické péče, 44% mělo průměrnou znalost, 38% z nich mělo dobré znalosti a pouze 2 % měli velmi dobré znalosti v předběžné zkoušce. A test po výuce odhalil, že 40% účastníků měli velmi dobré znalosti o stomii, 58% mělo dobré znalosti a 2% mělo průměrné znalosti a nikdo neprojevil špatnou znalost. Pacienti se často zajímají o potraviny, které mohou jíst a o to, čeho by se měli vyvarovat (Cronin, 2012, s.32-40). Žádná přesná pravidla týkající se stravy nejsou, jsou pouze obecné rady. Noví stomici by si měli dávat hlavně pozor v prvních několika týdnech, kdy je střevo oteklé a potraviny, které jsou běžně tolerovány, nemůžou projít přes stomii. Kolostomici by měli podle studie vypít asi 1 500ml až 2 000ml, aby se zabránilo zácpě, včetně ovoce, zeleniny, celozrnný chléb. U ileostomiků je největší riziko dehydratace, proto by měli také vypít 1 500ml a 2 000ml a přidat sůl. Některé potraviny včetně sacharidů snesou snadný průchod stomií. Z praktického hlediska omezit potraviny s bílými náhražkami, jako chléb, těstoviny a rýže. Hlavně je třeba všechno dobře rozžvýkat. Dobře nejsou snášeny potraviny s vysokým obsahem vlákniny. Urostomici by měli také vypít 1 500ml až 2 000ml denně a sklenici brusinkového džusu, vysoký obsah vitamínu C totiž okysličuje moč. Vhodné je vypustit potraviny, které nadýmají, jako fazole, pivo, alkohol, limonády, zelí, květák, brokolice, kapusta, vejce, žvýkačky. Jsou zde ale i potraviny, které zvyšují zápach stolice, brokolice, kapusta, vejce, ryby, česnek, cibule, některé sýry a vitamíny. Oproti tomu

existují potraviny snižující zápach stolice petržel, brusinkový džus, jogurt, podmásli. Pozor si musíme dávat na červené potraviny, mohou se jevit jako krvácení, červená řepa, jahody, rajčata. Co se týká studií, pacienti hlásí, že dietní změny jsou hlášeny většinou metodou pokus - omyl, avšak každý stomik má individuální snášenlivost potravin (Bruch 2013, s.49-56). Edukace ohledně léků od bolesti opiáty mohou způsobit zácpu, protizánětlivé látky podráždění žaludku a krvácení. Vhodný je paracetamol. Přípravky obsahující železo může způsobit průjem a opruzeniny. Diuretika mohou způsobit u lidí s ileostomií dehydrataci (Julia Williams). Irigace neboli výplach stomie je úzce spjat s autonomií, umožňuje lidem řídit jejich střeva a pochody močové měchýře, dosahují kontinence a mohou získat kolem 48 hodin bez stolice. Zpočátku je důležité zlepšit techniku, aby si pacienti zvykli a viděli to jako něco přirozeného, normálního. Ale nedostatek znalostí této techniky vede k tomu, že se sestry zdráhají edukovat o této výhodě v praxi (Bonill-de-las-Nieves, et al, 2014, s.394-400). Tato relativně stará metoda byla popsána v roce 1793 francouzským chirurgem. Učili to kolostomiky, ale byla hlášena spousta perforací a úmrtí. Carlsson hlásí pozitivní účinky, zahrnují únik, lepší spánek, méně úzkostí, méně izolace, zvýšená sociální pohoda, intimní pohodlí, snížení zápachu. J. C Ruiz zjistil, že irigace ovlivňuje podráždění pokožky. Pouze 24% pacientů s využitím irigace trpí podrážděním na rozdíl od 76%, kteří irigace nepoužívali. Studie ohledně irigace se zúčastnilo 101 pacientů, 50% nikdy neprovádělo irigaci, 30% provádí irigaci každý jeden až tři dny, 4% provádí irigaci více než jednou za den, 5% provádí irigaci jen sporadicky a 11% několik let provádělo irigaci a pak skončí, 3% uvedla, že nikdy ani o irigaci neslyšeli (Ashraf, 2014, s.1-4). Carlsson se zabýval irigací ve Švédsku, kde z 39 účastníků pouze 3 používají irigaci. Do výzkumu se dále zapojilo 61 zdravotních sester, z nich 64% informovalo o irigaci a 23% uvedlo, že ji učily své pacienty provádět, 13% uvedlo, že o tom v praxi nezmiňují. Ve studii se autoři zabývali irigací, a jestli v praxi stomasestry o irigaci edukují. Ve studii bylo osloveno 4 191 stomasester a 985 z nich se zapojilo do studie. Průměrný věk stomasester 53 let (od 25 – 79 let), v průměru měly praxi 12 let jako stomasestry (1-40 let) a 90% (n=875) bylo certifikováno. Byly v různých prostředích včetně akutní a dlouhodobé péče, domácí i ambulantní péče. Viděly v průměru o $37 \pm 60,5$ (průměr \pm SD) stomických pacientů ročně (rozmezí 0 - 1 100). Více než polovina identifikovaných jako irigace v praxi založené na důkazech 59%, ale polovina stomasester uvedla, že to neuvádějí běžně, běžně se to neučí. Určité faktory ovlivňují rozhodnutí sestry učit, mezi ně patří dlouholetá zkušenost ($p=0,03$), specifické vzdělání ($p < 0,001$) a s ohledem na zásah založení ($p < 0,001$). Vzdělávání pacientů přednostně zajišťují speciální sestry

(stomasetry). Nelze ho efektivně provádět akutní péči. Vzdělávání pacienta také zahrnuje postoj stomasestry, zkušenostní základy, dosažené vzdělání, lékařská indikace, nastavení vlastností pacienta, zájem a fyzické schopnosti pacienta (Cobb, 2015, s.65-70). Pokud pacienti přijdou do ambulance a hlásí komplikace, je nutné provedení komplexního posouzení pacienta. Zasažená oblast a její rozměr je třeba popsat. Nástroj posouzení je popis kůže, který může zahrnovat erytém, porušenou kůži, vytékání, eroze, vředy, krvácení. V posouzení bude také doloženo, jak dlouho pacienta problém trápí, co se změnilo ohledně péče nebo co předcházelo problému, a zda je léčba účinná (Bruchle 2013, s.662-665). Léčba může zahrnovat použití jiné pomůcky nebo doplňku (Black, 2012, s.24). Léčba spojená s komplikacemi nebo s peristomálními kožními lézemi je skutečnou výzvou pro terapeutický tým stejně jako o pacienta, léčba totiž nezahrnuje běžnou činnost, ale individuální přístup k pacientovi. První výraznou revoluci v péči o pacienta provedla Elise Sorensen, což byla dánská zdravotní sestra. Její vlastní sestra podstoupila zákrok s vytvořením stomie, když přesvědčila majitele malé továrny na výrobu plastových sáčků k výrobě nové generace stoma tašek. Dalším průlomem bylo zavedení hydrokoloidního obvazu roku 1964, a to byl základ pro lepení hydrokoloidního materiálu stomie a ten se používá dodnes. Ale i přes pokroky v léčbě se výskyt peristomální poškození kůže, zůstává trvalý problém. Záněty a eroze, které obklopují stomii, jsou dobře viditelné. Na vzniku se podílí mnoho faktorů, ale ve většině případů, je to díky dlouhodobému působení stolice a moči. Stomický sáček se spojí s podložkou (přírubou, čelní deskou) a pomocí lepící části se podložka přilepí na kůži břicha kolem stomie. Podložka přilne k povrchu kůže, je pružná a díky tomu vytvoří fyzickou překážku bránící v kontaktu stolice s pokožkou. Rozhodující je správný rozměr otvoru kolem stomie, a tím se minimalizuje nechráněný prostor v blízkosti stomie. Následkem mechanického ohýbání podložky a přítomnosti kožních záhybů, dochází k těsnění podložky, a tím vzniká vlhké prostředí, které vede k podráždění pokožky. Opakované působení alkalických roztoků ohrožuje integritu podložkové bariéry a vede ke vzniku zánětu. Prokázalo se, že aplikace modifikovaného kyselého složení celulózy může udržovat nižší pH (4,5-5,5), a to by mohlo být řešení pro již existující kožní léze. Podložku si podle průzkumu 566 pacientů mění mezi 4. a 5. dnem. Podložku tvoří karboxymethylcelulóza, hydrokoloid ve formě sypkého materiálu s vnitřním kyselým pH. Při každém kontaktu s vlhkostí podložka nabobtná, a lze předpokládat, že brzy se pH podložky zneutralizuje, až dojde k poškození gelu na podložce a kůže je tím bez ochranného filmu. To vede k peristomálnímu podráždění kůže (Lowry et al, 2015, s.192-196). Další komplikace, která může

nastat díky teplému, vlhkému a tmavému prostředí, je infekce. Lyon and Smith udávají, že 7 % peristomálních kožních problémů způsobují právě infekce. Napomáhá k tomu obecně špatný zdravotní stav, diabetes mellitus, léčba imunosupresivy. Nejčastější infekcí je kožní kandidóza, projevuje se jako lesklá, zarudlá kůže s pustuly. Kandidózu léčíme pomocí antifungálního prášku. Folikulitida je způsobena traumatem, když strháváme podložku nebo při holení, kdy dochází k podráždění vlasových folikul. Jako prevence vzniku se doporučuje, aby si pacienti 1 krát do týdne holili okolní peristomální oblast. Folikulitida se léčí antibakteriálním mýdlem. Nejčastější bakteriální infekce je způsobena *Staphylococcus aureus* a uplatňuje se u peristomální folikulitidy. Projeví se jako zčervenání kůže s puchýřky. Často jsou tito pacienti špatně diagnostikováni a nejprve bývají léčeny pro kandidózy. Urostomy často trápí močové infekce, léčba vyžaduje antibiotika. Jako prevence proti infekci močových cest se doporučuje pít brusinkový džus, alespoň jednu sklenici džusu denně (Bruch, 2013, s.49-56). U některých pacientů se může objevit alergie. Projeví se jako kontaktní dermatitida s erymatózní kůží a s váčky. Objevuje se u pacientů citlivých na čisticí roztoky, ochranné filmy, krémy, adhezivní pasty, ochranné destičky. Dermatitida je v konkrétním místě, kde působí pomůcka či doplněk. K ověření lze použít Patch test, kdy se přilepí na část břicha malá náplast s tím, co si myslíme, že způsobuje alergii a ponecháme ji tam několik dní a pozorujeme veškeré nežádoucí účinky. Když se alergen prokáže, tak léčba spočívá v tom, že odstraníme dráždivé agens a podáváme kortikoidy nebo antihistaminika (Bruch, 2010, s.12-14). U stomiků může také dojít k prolapsu (výhřezu) stomie, příčinou bývá špatná fixace střeva, nebo zvýšený nitrobřišní tlak. Stomasestra v některých případech může stomii manuálně zasadit zpět do těla, nebo pomocí chirurgického zákroku. V studii se tato komplikace vyskytovala u 5,76% (Ashraf et al, 2014, s.1-4). Také může nastat opačný problém, kdy dojde k zasunutí stomie. Stomie se vsune pod úroveň kůže. Největší roli zde hraje změna tělesné váhy, především zvýšení tělesné hmotnosti. Někdy důsledkem vzniku pooperační nekrózy. Jako prevence se doporučuje používání stomického pásu ve strojení s konvexní přírubou, měl by se používat opatrně, protože tlak na peristomální kůži může způsobit podlitiny (Ashraf, 2014 s.1-4). Ve studiích je udávána incidence 5,18% a může se vyskytnout už 3. nebo 4. pooperační den (Sarkut et al, 2015, s. 243-246). Další komplikací může být peristomální kýla, ta způsobuje otok kolem stomie a má za následek špatné držení podložky. Jako prevence se doporučují lehké činnosti, chůze se doporučuje co nejdříve po operaci. Ale na druhou stranu by měl pacient několik týdnů počkat s řízením auta, návratem do práce a sexuálním vztahem. Posilovnu by pacienti neměli navštěvovat dřív než dva až tři měsíce po operaci. Pacienti

by neměli zvedat závaží těžší než 5 kg, abychom zabránili kýle (Dabirian et al., 2010, s.1-5). Jako prevence se doporučuje nošení stomického pásu, který by pacienti měli nosit během cvičení v prvním roce. Důležité je poučit pacienta, aby stomický pás nosil v místě stomie, ne v pase. Pokud pás použijí na úrovni pasu, pás bude tahat podložku špatným směrem. (Grant, M, 2013, s.70-78). Velmi častou komplikací jsou opruzeniny. Podle Rudoni alternativní používání bariérové folie pomáhá chránit pokožku. Pokud existují kožní záhyby, můžeme je vyrovnat pomocí těsnění. V případě, že je kůže mokrá, tak ji můžeme vysušit pomocí stomického prášku (Boyles, 2010, s.26-36). Podle Williams zažijí opruzeniny tři čtvrtiny pacientů. Podle Recalla je to nejčastěji způsobeno díky velkému otvoru v podložce. Podle Richboutg je zase 62% opruzenin způsobeno netěsností podložky. Také dochází ke skin stripingu zejména při hrubém odstranění nebo v případě, že je kůže slabá, třeba důsledkem stárnutí, důsledkem je bolestivá a odkrytá kůže (Bruch 2014, s.51-57). Pacienty musíme posoudit v jejich znalostech sebe péče, a jak péči provádějí. K jemnému odstranění lepidla z pokožky můžeme použít ubrousky nebo sprej, výzkumy také potvrdily, že mnoho stomasester doporučuje doplňky k odstraňování lepidla v praxi. Bariérový film neboli chránič kůže zanechává tenkou vrstvu ochranného filmu, který chrání peristomální kůži, a také chrání před traumaty při odstraňování podložky. Při hojení můžeme použít kožní tmel, který je aplikován do poškozené oblasti, a zároveň zabraňují dalšímu poškození pokožky. K úniku stolice dochází z mnoha důvodů, jako nesprávné umístění podložky, nerovnoměrný povrch kůže, tlakem na stomii, zjizvení tkáně. Proto jsou důležité pravidelné kontroly a v případě jakýchkoliv problémů je potřeba změnit pomůcky nebo použití vhodného doplňku. Lepicí pasta přichází do kontaktu s kůží a často obsahuje alkohol, což může způsobit pálení v případě poraněné kůže, ale bariérový film může zabránit, aby se lepidlo nedotýkalo kůže, a tím se sníží ostrý pocit pálení (Bruch, 2013, s.662-665). Prospektivní výzkum popsal komplikace během prvního roku po vytvoření stomie. Stomasestry viděly celkem 89 pacientů, věkový průměr byl 61 let. Ve studii bylo 46 žen a 43 mužů. Stomasestry sledovaly pacienty v nemocnicích, kde se staraly o 31 pacientů, ambulantně bylo sledováno 26 pacientů a v nemocnici navštívily 32 pacientů se stomií. Studie ukázala, že 42 pacientů mělo kožní komplikace, z toho 31 pacientů mělo chemické poškození kůže, které bylo způsobeno dráždivými dermatitidami, u 5 pacientů bylo mechanické poškození, infekce se vyskytla u 4 pacientů, alergická reakce byla prokázána u 1 pacienta a zbývající jeden pacient měl pyoderma gangrenosum. Ze studie vychází, že jeden ze způsobů sledování prokázaných peristomálních komplikací může být centrální datové úložiště pomocí standardizovaného nástroje na posouzení

kůžce (Ratliff, 2010, s.505-510). Další studie byla ze dvou založených univerzitních nemocnic s ambulantní péčí o stomiky. Vzorek zahrnoval 43 nových pacientů. Pacienti byli testováni na přítomnost komplikací 4 krát během tří měsíců. Přesně 7. den, 2., 6., a 12. týden po operaci. Komplikace se vyvinuly u 27 (67%) účastníků. Peristomální komplikace se nejčastěji objevovaly v časovém intervalu 21. až 40. den od operace. Kožní problémy vznikly důsledkem vlhkosti nebo infekce. Z 18 účastníků pozorovaných 70. den od operace jen 7 (38%) pacientů zůstalo bez komplikací v průběhu studie. Ne bohužel ve studii nebyly nalezené žádné demografické nebo klinické faktory, které by mohly být spojeny s rozvojem komplikací (Salvadalena, 2013, s.400-406). Ve studii zkoumali použití tvarovatelné kožní bariéry, během období 12. měsíců bylo do studie zařazeno 561 pacientů z 90 stoma center ze tří zemí: 28 z Německa, 48 z Polska a 14 ze Spojených států. Pacienti byli rozděleni do dvou skupin. Do skupiny A bylo zařazeno 277 nových pacientů, s průměrnou dobou od operace 0,3 měsíců, s průměrným věkem 64,7 let ± 12, 86 let, 174 pacientů mělo kolostomii, 72 pacientů mělo ileostomii, 10 pacientů mělo urostomii. Do skupiny B bylo zařazeno 2448 pacientů s průměrnou dobou od operace 18,2 měsíců, s průměrným věkem 66 let ± 12,62 let, 174 pacientů mělo kolostomii, 88 pacientů mělo ileostomii, 22 pacientů mělo urostomii. Tito pacienti již měli zkušenosti s kožními komplikacemi a s použitím tradiční kožní bariéry, jako pevná a flexibilní bariéra s otvorem předem vytvořeným v podložce nebo se souborem kdy si otvor v podložce pacient vyřeže sám. Všichni pacienti byli hodnoceni na začátku 1. a 2. měsíce. U pacientů ve skupině A mělo 225 pacientů (90,4%) neporušenou peristomální kůži po 1. měsíci a 236 pacientů (95,6%) mělo neporušenou peristomální kůži i po 2 měsících. Celkově 98% pacientů ve skupině A vyhodnotilo kožní bariéru, jako dobrou nebo vynikající pomůcku. U pacientů ve skupině B již existovaly kožní komplikace u 103 pacientů (36,5%) při vstupu do studie a po 2 měsících 225 pacientů (86,2%) mělo neporušenou peristomální kůži. Celkově 96,5% pacientů ve skupině B vyhodnotilo kožní bariéru, jako dobrou nebo vynikající pomůcku. Studie se také zabývala, kolik pacientů používá léčebné doplňky, jako stomální pás, deodoranty, prášek. Podle studie 73% pacientů uvedlo, že tyto doplňky užívali při vstupu do studie, po dvou měsících již uvedlo jen 64,2% pacientů, že používají ještě tyto doplňky. Tvarovatelná kožní bariéra byla hodnocena, jako účinná prevence i léčebný prostředek u peristomálních komplikací u naprosté většiny pacientů obou skupin. Jaké kožní léze vlastně vznikaly? Tím se také zabývala tato studie, každá léze byla hodnocena samostatně pomocí stupnice vaku. V obou skupinách byly nalezeny tyto léze: hyperemická léze se ve skupině A objevila u 11 pacientů (4,4%) a ve skupině B se

objevila u 104 pacientů (39,8), erozivní léze se ve skupině A objevila u 9 pacientů (3,6%) a ve skupině B se objevila u 135 pacientů (51,7%). Léze byly většinou umístěny v pravém dolním peristomálním kvadrantu u 9 pacientů (3,6%) ze skupiny A, a u 103 pacientů (39,5%) ve skupině B, nebo v dolním levém peristomálním kvadrantu u skupiny A 6 pacientů (2,5%) a u 124 pacientů (47,5%) ve skupině B. Podle studie je třeba očekávat nejvíce komplikací právě v těchto kvadrantech (Szewczyk et al, 2014, s.16-26). Další studie zkoumala stav peristomální kůže při používání dvouvrstvého lepidla na jednodílném systému. Při první návštěvě chtěli autoři vědět, jak často chodili na konzultace k stomasestře. Pacienti, kteří hlásili pravidelné konzultace, bylo 13%, pacienti co oznámili, že nikdy nebyli u stomasestry bylo 32%, nejvíce z účastněných přiznalo 57% pacientů, že mělo konzultaci se stomasestrou jen tehdy, když se necítili dobře nebo když potřebovali pomoc. První návštěvy se zúčastnilo 216 pacientů, kterým byla provedena prohlídka, kde stomasestry prováděly vizuální hodnocení, objektivně bylo prokázáno peristomální poškození kůže u 61% pacientů a 32% pacientů nejevilo žádné známky kožního onemocnění. Nejpoužívanější doplňky ve studii byli pasty, ochranný film u 87% pacientů při první návštěvě a jen 66% pacientů při druhé návštěvě, rozdíl byl statisticky převyšeno $P < 0,0001$. Pacienti, kteří používali víc, než 3 doplňky při péči o stomii bylo při první návštěvě 37% pacientů oproti druhé návštěvě, kde víc, než 3 doplňky používalo jen 14% pacientů ($P < 0,0001$). Při dotazu na únik stolice uvádělo 28% pacientů, že k úniku stolice dochází “vždy, často“, 40% pacientů uvedlo, že dochází k úniku stolice jen “někdy“ a 32% pacientů uvedlo, že k úniku stolice dochází jen “zřídka, nikdy“. Při druhé návštěvě 16% pacientů hasilo, že k úniku stolice dochází “vždy, často“, zde došlo ke snížení statistického rozdílu ($P < 0,0001$), 59% pacientů hlásilo, že k úniku stolice dochází jen “zřídka, nikdy“, zde došlo ke snížení statistického rozdílu ($P < 0,0001$). Ze studie vyplývá, že peristomální komplikace se od první návštěvy po druhou návštěvu výrazně zlepšily ($P < 0,05$). Při první návštěvě pacientů vyšel výsledek průměrný DET 3,8 bodů pro infekci a při druhé návštěvě vyšel výsledek střední DET 1,1 bodů, zde také došlo ke zlepšení. Při první návštěvě pacientů vyšel výsledek střední DET 4,5 bodů pro alergii a při druhé návštěvě vyšel výsledek průměrný DET 2,4 bodů. Zde také došlo ke zlepšení. Studie potvrdila, že s kombinací pravidelného kontaktu se stomasestrou a používáním dvouvrstvého lepidla dochází ke snížení úniku stolice, a tím došlo i k zlepšení stavu kůže (Erwin-Toth, 2012, s.417-422).

2. 3 Předložit dohledané poznatky o edukaci v domácí péči, v rodinách a ve stomických klubech

Domov by měl být vhodně vybaven dle stavu pacienta s rodinou nebo pečovatelskou podporou, ať už se pomoc týká v získání zdravotních potřeb, léků, doprava pacienta na určité místo a přístup komunitních služeb (Alper, 2012, s.1-13). Pacienti se stomií uvedli, že sociální podpora obdržená od rodiny a přátel byla zásadní pro přizpůsobení se životu se stomií. Jelikož bydlení s osobou, která má chronické onemocnění má dopad i na život partnera, rodiny nebo lidí, kteří o ně pečují (Danielsen, 2013, s.407-412). Rodina touží po edukaci a je ochotná k informacím, aby mohla podporovat člena rodiny při práci, úzkosti a strachu z neznámého, a aby ho mohli motivovat k přizpůsobení se situaci. Pacienti se s rodinou cítí v bezpečí a mají pocit, že překonají všechny složité momenty i ty hodně nepříjemné, jelikož přizpůsobení se stomii je složitý proces prostoupený rozpaky, nepohodlím, pochybnostmi. Rodina má pozitivní vliv na pacienta v oblasti zlepšení sebepečce a umožňuje návrat do společnosti. Pacienti mají často strach z úniku plynů, z toho, že někdo uvidí jejich stoma sáček, často se proto cítí trapně mezi rodinou, přáteli nebo na společenských akcích. Studie, co se týká edukace u manželů, prokázala, že 35 manželů bylo nespokojeno s informacemi obdrženými od stomasestry, ale i nedostatek celkových informací o nemoci. Snížení činnosti mimo domov uvádí 32 manželů, 13 manželů pocíťovalo zátěž 6. až 8. měsíc po operaci, kdy u manželů byly známky deprese a pocit úzkosti větší než u manželů bez stomie (Saleem, 2014, s.269-271). Na druhou stranu se rodina často stará o své příbuzné se stomií, nicméně pokud tak budou činit dlouhodobě, mohou přerušit přechod sebepečce a pacient se může stát nejistým a závislým. Stomasestry usilují o vyřešení problémů, které by mohly mít vliv na důvěru lidí ve společnosti, jako únik stolice, plynů, podporovat je, aby byli v kontaktu s rodinou a přáteli, navštěvovali stoma kluby (Li et al 2012, s.161-169). Pacienti mohou přijímat poradenství v souvislosti s plánováním schůzkami na klinice dle potřeb. Podpůrné skupiny (stoma kluby) organizují stomasestry, se spojením asociace stomiků, konající se v některých komunitách. Obsah setkání se liší v závislosti na skupinách a organizacích. Intervence se většinou vztahují na více aspektů než na péči o stomii, ale také na psychologické a sociální obavy a zdravý životní styl (Burch J 2013, s.662-665). Studie uvádí, že autoři od roku 2007 organizují vzdělávací program pro denní skupiny a pro pacienty se stomií a jejich rodinnými příslušníky. Programy se týkají stomických pomůcek, společenských aktivit, v nichž se pacienti podílejí o své zkušenosti

s ostatními pacienty, seznamují se mezi sebou navzájem a plánují společenské akce. Celkem se programu účastnilo 72 pacientů, jejichž průměrný věk byl $56,8 \pm 13,6$ let, 70,8% pacientů mělo ileostomii, 25,0% pacientů mělo kolostomii, 4,2% pacientů mělo urostomii. Srovnávali výsledky vzdělání před zahájením programu a po skončení programu. Výsledky ukázaly významné zlepšení ve všech 8 kategoriích, zejména v tělesné bolesti celkového zdravotního stavu. Podle autorů je skupinová edukace prospěšná pro pacienty se stomií, kteří pak v rámci terapie mohou uspořádat podobné aktivity ve svém okolí (Altuntas et al, 2012, s.776-781). V další studii se zasedání konala vždy 1krát týdně po dobu 6 týdnů, každá schůzka trvala v průměru 90 minut. Schůzky byly ve formě přednášek, demonstrací sebeděle na modelech, diskuze a odpovědi na otázky. První skupina se setkávala od listopadu do 21. prosince 2011, kde bylo 9 účastníků, ve druhé skupině bylo 7 účastníků a scházeli se od 12. ledna do 2. března roku 2012, ve třetí skupině bylo také 7 účastníků a scházeli se od 5. dubna do 17. května 2012. Pacienti byli rozděleni na dvě skupiny, na experimentální skupinu, kde 43,5% mělo stomii déle než 1 rok, a na kontrolní skupinu, kde měli pacienti stomii ≤ 12 měsíců. V obou skupinách si více než $\frac{1}{2}$ pacientů provádí stomickou péči samostatně. V experimentální skupině si 55,6% pacientů věřilo své sebeděle na rozdíl od kontrolní skupiny, kde si věřilo jen 37,0 % pacientů. Ve studii se ukázalo, že pacienti v experimentální skupině měli základní vyšší vzdělání než pacienti v kontrolní skupině. Kromě toho pacienti uvedli, že pomoc psychologů a rozhovory s ostatními pacienty jim pomáhalo řešit problémy každodenního života a zlepšení stomické péče (Karabulut at al, 2012, s.2800-2813). Další studii podpůrné skupiny probíhala formou adaptačního lůžkového pobytu. Zde se také prokázal vyšší výsledek bodů po skončení adaptačního programu. Na konci programu měli pacienti výsledek 53,37 bodů ve srovnání s výsledkem na začátku programu, kde pacienti dosáhli 44,59 bodů. Ze studie vyplývá, že adaptační program může zajistit lepší přizpůsobení se stomii (Cheng et al., 2012). Více než polovina (56,6%) respondentů přiznalo nepříznivý vliv stomie na jejich každodenní fungování v oblasti osobní, rodinné a hlavně v úrovni společenského života. Pouze 10% respondentů uvedlo, že nemá žádné problémy v každodenním fungování. Také se ukázalo, že pacienti, kteří bydlí ve městech, často udávají větší spokojenost s kvalitou života než pacienti žijící na vesnicích. Další studie se zabývala edukací u pacientů s poruchou učení. Je zde bez pochyb, že lidé s mentálním postižením jsou považováni za zranitelné, a tím je uspokojování jejich zdravotních potřeb náročný úkol. Přesto případová studie zkoumala životní důsledky pacientů s mentálním postižením a odpovídá na klíčové otázky, které ovlivňují jeho péči, jako stigmatizaci, izolaci, všeobecné potřeby zdravotní

péče pro osoby s mentálním postižením a asociací se stomickými pomůckami. Závěr zahrnuje nesrovnalosti mezi primární, sekundární a sociální péčí, což vede k nedostatečné integraci a flexibilitě při poskytování péče, nedostatek odpovědnosti za péči, nedostatek znalostí o stomii a ve většině ústavů chybí stomasestra s významným osobním instinktem spolu s vytrvalostí při prosazování edukace (Parker, 2012, s.4-10). Co se týká paliativní péče, tak stomie nemusí vést k vyléčení. Stomasestra by měla znát celou rodinu, aby bylo dosaženo vysoce kvalitní péče na základě znalostí a dovedností v praxi. Zde jde využít agentury domácí péče se zaměstnanými stomasestrami, nebo v případě možnosti docházet na ambulantní kliniku či pokud rodina projde kvalitní edukací tak, že se může starat sama rodina (Walker, 2013, s61-64). V prvních třech měsících po operaci, mohou stomasestry využít své schopnosti k vyřešení všech problémů, které by mohly nastat a také pomoci pacientům se přizpůsobit jejich života. Běžnou péčí o stomii mohou provádět i všeobecné sestry, nejsou sice specificky školeny v oblasti stomické péče, co se týká duševního zdraví nebo psychologických dovedností, přesto se snaží vyřešit všechny pacientovi problémy kolem stomie, nemusí však znát všechny odpovědi. Proto by větší problémy měli konzultovat se stomasestrou (Pachler and Wille-Jorgensen, 2012, s.12). Schmid zjistil, že věk byl hlavním faktorem k vyššímu výskytu komplikací. Proto je dobré, když mají starší pacienti průhledný systém, který jim umožní snadné sledování jejich stomie. Výborná volba průhledného systému je také u slabozrakých pacientů, neboť jim výrazně usnadní sebezpečí (Black 2012, s.24). Nejčastější komplikace vznikají právě díky neschopnosti vidět svoji stomii nebo okolní peristomální oblast a je to taky hlavní důvod, proč pacient potřebuje pomoc s péčí. To, že pacienti nevidí na svou stomii, nemusí být jen problém zraku, ale i důsledek kožních záhybů. V první skupině bylo 15 seniorských pacientů, kterým nikdo nepomáhal s péčí o stomii, bylo 8 seniorských pacientů bez problému s péčí, ale 7 seniorských pacientů bojovalo s problémy jako únik stolice, špatně umístěné kožní bariéry, také zažívali úzkost a únavu při stomické péči. Ve druhé skupině bylo 16 seniorských pacientů, kteří přijímali pomoc s péčí o stomii, a též 7 seniorských pacientů hlásilo kožní problémy. Několik účastníků studie mělo peristomální kýlu, která přiléhala ke stomii, a tím blokovala pohled na stomii, což mělo za následek špatné umístění podložky a kožní bariéry, a tím docházelo k úniku stolice a ke kožním komplikacím. Jedinými pečovateli v této studii byli manželé, kteří se aktivně zapojili do stoma péče. Manželé to brali jako jeden z aspektů manželského závazku. V minulosti i několik dcer vyjádřilo ochotu poskytovat stomickou péči svým rodičům, ale některým pacientům to vadilo, považovali to za obraz jejich neschopnosti

sebeběče a taky si u toho připadali trapně. Proto je důležitá edukace rodiny i pacientů s vysvětlením obrácení rolí dítě - rodič. Překážky v sebeběči jsou neschopnost vidět na stomii a peristomální prostor, ohrožení jsou senioři, co žijí sami bez manžela, jelikož samota vede k negativním pocitům, a tím i k nekvalitní péči o stomii. Ze studie také vyplývá, že manžel či manželka je primární neformální pečovateli. Věk seniora přispívá k peristomální oblasti. Také záleží na specifických podmínkách jednotlivých onemocnění, jako například epidermolysis bullosa, atopická dermatitida a kožní změny spojené s diabetem, jako bolest, rozšíření okraje rány, zpožděné hojení, zánětlivé reakce a riziko infekcí. Peristomální poškození kůže u seniorů vede ve skutečnosti k zvýšenému riziku úniku, čímž je kůže náchylnější k opakovanému dalšímu poškození a vytvoření cyklického poškození, kde stolice poškozují kůži. Používáním odstraňovače podložky na bázi silikonu pro odstraňování lepidla může pacientům pomoci, aby se zabránilo strhávání kůže s podložkou, a tím se udržela bariérová funkce peristomální kůže. Studie se zbyvala používáním odstraňovače lepidla na bázi silikonu Apheel. Je dostupný ve formě spreje nebo ve formě ubrousků, kdy odstraňuje nahromaděné lepidlo bez poškození kůže. Je vhodný pro citlivou a křehkou seniorskou kůži a je neocenitelná pro tuto skupinu pacientů, jelikož rychle schne a bez zanechání olejnatých zbytků. Ve studii 93% účastníků uvedlo, že by odstraňovač podložky na bázi silikonu doporučili dalším pacientům. A v obdobné studii 93% stomasester uvedlo, že doporučují odstraňovač podložky na bázi silikonu svým pacientům (Stephen-Haynes, 2013, s.73-77). Dalším problémem u seniorů je zatažení stomie, díky zvýšení tělesné hmotnosti. Když tělo stárne, tak v organizmu probíhají celkové změny, jako změny tělesné hmotnosti, celkové změny tělesných tlaků, distribuční zvýšení tuku, zvyšování viscerálního tuku zejména na trupu pacienta a klesání podkožního tuku. Změny BMI po operaci mohou změnit okolnosti týkající se péče o stomii, jako například umístění stomické podložky, podráždění kůže, časově náročnější sebeběče, potíže s oblečením. Studie naznačují, že by stomici měli být poučeni o tělesné hmotnosti. Ve studii bylo 235 pacientů se stomií s průměrnou dobou od operace 11,5 let a 75,8% pacientů bylo ve věku 65 let. Stabilní BMI zůstalo u 44% pacientů, u 20% pacientů došlo ke snížení tělesné hmotnosti, a u 36% pacientů došlo ke zvýšení tělesné hmotnosti. Průměrná změna u pacientů s nižším BMI byla 3,8, což činí změnu $\geq 1,5$ kg. Průměrná změna u pacientů s vyšším BMI byla 4,4, což činí změnu $\geq 1,5$ kg. Celková kombinace všech pacientů dává průměrně zvýšené BMI o 0,8. Ze studie vyplynulo, že ženy ubývaly na váze a muži naopak na váze přibývali, všechny změny byly spojeny s navýšeným časem sebeběče. U mužů má zvýšená tělesná hmotnost tendenci bránit přístupu k stomii. A u žen zase díky snížení

tělesné hmotnosti dochází k výskytu kožních záhybů, kůže je také křehčí, což vyžaduje zvýšenou dobu péče. Vyhodnocení tělesné hmotnosti, BMI by mělo být prováděno při každé kontrole. Protože se ve studii prokázalo, že jak snížení tak zvýšení tělesné hmotnosti vede k problémům se sebedpěčí a peristomální kůže tak není chráněna. Pokud se změní tělesná hmotnost je zapotřebí kontaktovat stomasestu a díky vhodným doplňkům pro stoma péči vzniklé problémy vyřešit. Aby pacienti viděli dobře na svoji stomii mohou používat zrcadlo. Pokud se tělesná hmotnost výrazně zvýší, tak se může stát, že někteří pacienti budou potřebovat pomoc se sebedpěčí od pečovatele. U mnoho pacientů s rakovinou je obtížné udržet adekvátní stravu a důsledkem může být ztráta tělesné hmotnosti, k dalšímu ubýtku tělesné hmotnosti může dojít účinkem chemoterapie nebo ozařování (Skeps, 2013, s.84-89).

2.4 Význam a limitace dohledaných poznatků

Všechny dohledané informace se dají použít v běžné praxi, ať už pro stoma sestry, tak pro všeobecné sestry, protože se stomiky se můžeme setkat ve všech oddělení i v agentuře domácí péče. Důležité je, abychom měli přehled o péči a edukaci, co se týká stomie. Z dohledaných poznatků o edukaci vyplývá, že edukace ohledně stomie je zásadní v pacientově životě, a hlavně vede ke zlepšení kvality života. Předoperační a pooperační edukace je společná v tom, že se pacienti dozvídají stejné informace, ať už formou rozhovorů, písemných edukačních materiálů, CD, DVD. V předoperační forma edukace je podle Charty práv stomiků dobrovolná, pacient ji nemusí přijmout. Ale doporučuje se všem pacientům, aby se seznámili s pomůckami, a je zde možnost jim odpovědět na všechny dotazy, obavy a nejistoty a pomoc jim to vstřebat po psychické stránce a vyrovnat se s novým vzhledem. Základem je komunikace a získání důvěry pacienta. Při tom můžeme zhodnotit pacientovu manuální zručnost, obratnost. Výhodu v předoperační edukaci vidím v tom, že s pacientem společně najdeme vhodné místo pro stomii, přizpůsobení jeho denním aktivitám. Toto potvrzují i studie, které udávají, že pacienti s označeným místem stomie mají nižší výskyt komplikací. A díky zkrácení doby hospitalizace, je pak i edukace snadnější jelikož naváže už na znalosti pacienta a jen se zlepšuje manuální zručnost v řízení stomie a v sebedpěči, a tím může být péče pacienta o sebe sama snadnější. Edukace může také probíhat těsně před operací, kdy je pacient přijat 2 dny před výkonem, kde má také možnost mluvit se stoma sestrou, která mu všechno

vysvětlí. Pooperační edukace má za hlavní cíl naučit se samostatnosti v péči o stomii a v případě, když šlo o naléhavý zákrok, tak ho seznámit s obecnými informacemi. Naučí se ty nejzákladnější věci, které potřebuje k tomu, aby zvládal nově vzniklou situaci. To taky ve studii potvrdili účastníci, když měli vybrat ty nejdůležitější položky ohledně pooperační edukace, kdy za nejdůležitější informaci považovali vzdělání v stomické péči, sebepéči, informace o obnovení běžných denních aktivit a obecné informace o stomii, ostatní informace jim v tuto chvíli přišly zbytečné. Ambulantní péče je důležitá v tom, že prohlubuje edukaci a řeší nově vzniklé problémy stomiků, které se dostaví v průběhu zvykání si na stomii. Jedná se hlavně o prevenci a léčbu komplikací. Komplikace mohou vzniknout kdykoliv během života, proto se doporučuje navštěvovat ambulanci první 2 roky, v rozpětí 3 měsíců. Velmi užitečná mi přišla skupinová edukace nebo společné setkávání klubů stomiků, asociace stomiků, nebo společenství pořádané stoma sestrami. Kde mají pacienti možnost mluvit s ostatními, navzájem si radit a stomasestry mohou představit nové možnosti péče o stomii. A někdy i firmy pro stomické pomůcky a různé doplňky, se zúčastňují setkání a nabízejí své nové výrobky a doplňky. Na tyto sezení mohou přijít i rodinní příslušníci nebo přátelé, protože edukace blízkých je též velmi důležitá, aby pacienti nebyli terčem předsudků či stigmatizace. A u starších lidí je to taky bráno jako prevence vzniku komplikací, aby na ně rodina dohlížela a v případě, kdy si sám pacient nebude vědět rady tak, aby mu dokázali pomoc. Já osobně jsem ráda, že jsem se mohla setkat víc dopodrobna s tímto tématem, jelikož jsem se na několika praxích během studia se stomiky seznámila a někdy jsem jim já ani všeobecná sestra nedokázala pomoci s jejich problémem. Proto si myslím, že je to zajímavé téma pro všechny zdravotníky. Moje práce byla limitována tím, že nebyly nalezené poznatky v češtině. Co se týká českých poznatků, nenašla jsem žádnou studii o edukaci, kterou bych mohla ve své práci použít. Časové rozmezí bylo stanoveno mezi roky 2010 až 2015. Studie byly pouze z recenzovaných článků, dokumentů a periodik. Vyřadila jsem články duplicitní články, články neodpovídající tématu, články z hlediska medicínského pohledu neboť neodpovídaly zadaným kritériím.

ZÁVĚR

Edukace pacienta může mít klíčovou roli v prevenci a jeho léčbě. Ve svých cílech jsem se zaměřila na předložení dohledaných poznatků o edukaci pacienta se stomií. Hlavně na edukaci předoperační, pooperační, ambulantní a na edukaci v domácí péči, v rodinách a ve stomických klubech. Studie prokázaly, že stomasetry mají významnou roli v kvalitě života pacientů se stomií. V předoperační edukaci se autoři shodli, že je důležité znát psychický postoj pacienta ke stomii a určení místa pro stomii, předoperační edukace je také prospěšná ke snížení pooperační doby hospitalizace pacientů. Předoperační edukace je prováděna pomocí balíčku se vzorky, DVD, praktická cvičení, rozhovory. S pooperační edukací se začíná až 2. den, ale záleží na stavu pacienta, který je ovlivněn farmakoterapií. Cílem pooperační edukace je hlavně samostatnost pacienta v sebekéči o stomii. Zde studie prokázaly, že pacienti nejvíce oceňují informace ohledně obnovení běžných denních aktivit a obecné informace o stomii, ostatní informace jim v tuhle chvíli přišly zbytečné. V ambulanci probíhá edukace o prevenci komplikací a jejich případné léčbě a o doplňcích. Vzdělání pacientů je zaměřeno na řadu praktických věcí, ohledně stomického systému, péči o stomii, denní aktivity, strava, cestování, obavy z intimity. Nejčastěji se zde řeší komplikace jako erytém, porušení kůže, eroze, krvácení, výhřez stomie, zatažení stomie, peristomální kýly. Z těchto důvodů edukujeme o správné velikosti otvoru v stomické podložce, o hydrokolidní bariéře, bariérové folie, o používání ubrousků na odstranění zbytků lepidla, o lepící pastě, o pravidelném holení peristomální oblasti, jak používat kýlní pás. Pacienti také nesmí zvedat předměty těžší jak 5kg. Autoři se shodli, že největší problémy u ambulantní péče jsou peristomální komplikace. Důležité je také edukovat rodinu, ze studií vyplývá, že rodina touží po informacích a je ochotna se zúčastnit edukace, ale přesto je málo informována. U seniorů je důležitá edukace o křehkosti peristomální pokožky, a aby nedocházelo k výrazné změně v BMI. Ve studiích se jako velmi prospěšná edukace ukazuje ve formě společenských aktivit, kde si pacienti předávají svoje zkušenosti, seznamují se s novými pomůckami pro stomiky a s novinkami ohledně sebekéče.

REFERENČNÍ SEZNAM

- Alper, E., O'Malley, T. A., Greenwald, J., Aronson, M. D., & Park, L. (2014). Hospital discharge and readmission. Retrieved February, 1, 2015.
- Altuntas, Y. E., Kement, M., Gezen, C., Eker, H. H., Aydin, H., Sahin, F., ... & Oncel, M. (2012). The role of group education on quality of life in patients with a stoma. *European journal of cancer care, 21*(6), 776-781.
- Ashraf, M. N., Bakht Kayani, M. S., Mahmood, S., & Sultan, S. (2014). COMPLICATIONS OF COLOSTOMY; FREQUENCY IN A TERTIARY CARE HOSPITAL. *Professional Medical Journal, 21*(3), pp. 524-528
- Bedra, M., Wick, E., Brotman, D., & Finkelstein, J. (2013, June). Avatar-based interactive ileostomy education in hospitalized patients. In *ICIMTH* (pp. 83-85).
- Black, P. (2012). Choosing the correct stoma appliance. *Gastrointestinal Nursing, 10*(7).
- Black, P. (2012). The role of accessory product in patients with a stoma. *British journal of nursing* (Mark Allen Publishing), *22*(5), S24-S24.
- Bonill-de-las-Nieves, C., Celdrán-Mañas, M., Hueso-Montoro, C., Morales-Asencio, J. M., Rivas-Marín, C., & Fernández-Gallego, M. C. (2014). Living with digestive stomas: strategies to cope with the new bodily reality. *Revista latino-americana de enfermagem, 22*(3), 394-400.
- Boyles, A. (2010). Stoma and peristomal complications: Predisposing factors and management. *Gastrointestinal Nursing, 8*(7).
- Burch, J. (2010). Essential care for patients with stomas. *Nursing times, 107*(45), 12-14.
- Burch, J. (2013). Back to basics: how to care for different types of stoma. *Nursing And Residential Care, 15*(10), 662-665.
- Burch, J. (2013). Care of patients with a stoma. *Nursing Standard, 27*(32), 49-56.
- Burch, J. (2014). Care of patients with peristomal skin complications. *Nursing Standard, 28*(37), 51-57.

- Cobb, M. D., Grant, M., Tallman, N. J., Wendel, C. S., Colwell, J., McCorkle, R., & Krouse, R. S. (2015). Colostomy irrigation: current knowledge and practice of WOC nurses. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 42(1), 65-70.
- Cronin, E. (2012). Dietary advice for patients with a stoma. *British Journal of Nursing*.
- Dabirian, A., Yaghmaei, F., Rassouli, M., & Tafreshi, M. Z. (2010). Quality of life in ostomy patients: a qualitative study. *Patient Prefer Adherence*, 5, 1-5.
- Danielsen, A. K., Soerensen, E. E., Burcharth, K., & Rosenberg, J. (2013). Learning to live with a permanent intestinal ostomy: impact on everyday life and educational needs. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 40(4), 407-412.
- Ellefson, L., Otten, K., & Schaffner, A. (2011). Importance of certified nurses to home health care. *The Remington Report*, 2, 32-34.
- Erwin-Toth, P., Thompson, S. J., & Davis, J. S. (2012). Factors impacting the quality of life of people with an ostomy in North America: results from the Dialogue Study. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 39(4), 417-422.
- Gemmill, R., Kravits, K., Ortiz, M., Anderson, C., Lai, L., & Grant, M. (2011). What do surgical oncology staff nurses know about colorectal cancer ostomy care?. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 42(2), 81-88.
- Grant, M., McCorkle, R., Hornbrook, M. C., Wendel, C. S., & Krouse, R. (2013). Development of a chronic care ostomy self-management program. *Journal of Cancer Education*, 28(1), 70-78.
- Gustafsson, U. O., Scott, M. J., Schwenk, W., Demartines, N., Roulin, D., Francis, N., ... & Hill, A. (2012). Guidelines for perioperative care in elective colonic surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations. *Clinical Nutrition*, 31(6), 783-800.
- Jonkers, H. F., Draaisma, W. A., Roskott, A. M., van Overbeeke, A. J., Broeders, I. A. M. J., & Consten, E. C. J. (2012). Early complications after stoma formation: a prospective cohort study in 100 patients with 1-year follow-up. *International journal of colorectal disease*, 27(8), 1095-1099.

- Karabulut, H. K., Dinç, L., & Karadag, A. (2014). Effects of planned group interactions on the social adaptation of individuals with an intestinal stoma: a quantitative study. *Journal of clinical nursing*, 23(19-20), 2800-2813.
- Li, C. C., Rew, L., & Hwang, S. L. (2012). The relationship between spiritual well-being and psychosocial adjustment in Taiwanese patients with colorectal cancer and a colostomy. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 39(2), 161-169.
- Lim, S. H., Chan, S. W. C., & He, H. G. (2015). Patients' experiences of performing self-care of stomas in the initial postoperative period. *Cancer nursing*, 38(3), 185-193.
- Lo, S. F., Wang, Y. T., Wu, L. Y., Hsu, M. Y., Chang, S. C., & Hayter, M. (2011). Multimedia education programme for patients with a stoma: effectiveness evaluation. *Journal of advanced nursing*, 67(1), 68-76.
- Locke, A. (2010). A Resource for the WOCN to Support Health Literacy Post Discharge. *Ostomy wound management*, 56(11).
- Lowry, N., McLister, A., McCreadie, K., & Davis, J. (2015). An electronic approach to minimising moisture-associated skin damage in ostomy patients. *Medical hypotheses*, 85(2), 192-196.
- Maxson, P. M., Lovely, J. K., Wroblewski, D. M., & Isaacson, E. C. (2011). Using evidence to enhance the recovery of patients undergoing colorectal surgery: part 1. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 42(4), 152-153.
- Pachler, J., & Wille-Jorgensen, P. (2012). Quality of life after rectal resection for cancer, with or without permanent colostomy. *Cochrane Database Syst Rev*, 12.
- Parker, M. (2012). Caring for vulnerable ostomists: learning disabilities and stoma care. *British Journal of Nursing*. pp. S4-S10
- Person, B., Ifargan, R., Lachter, J., Duek, S. D., Kluger, Y., & Assalia, A. (2012). The impact of preoperative stoma site marking on the incidence of complications, quality of life, and patient's independence. *Diseases of the colon & rectum*, 55(7), 783-787.

- Ratliff, C. R. (2010). Early peristomal skin complications reported by WOC nurses. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 37(5), 505-510.
- Saleem, Z., & Ghazal, L. (2014). Colostomy Care: Management beyond Hospitalization Case Report. *International Journal of Nursing Education*, 6(1), 269.
- Salvadaleña, G. D. (2013). The incidence of stoma and peristomal complications during the first 3 months after ostomy creation. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 40(4), 400-406.
- Sarkut, P., Dundar, H. Z., Tirnova, I., Ozturk, E., & Yilmazlar, T. (2015). Is stoma care effective in terms of morbidity in complicated ileostomies?. *International journal of general medicine*, 8, 243.
- Skeps, R., McMullen, C. K., Wendel, C. S., Bulkley, J., Grant, M., Mohler, J., ... & Herrinton, L. J. (2013). Changes in body mass index and stoma related problems in the elderly. *Journal of geriatric oncology*, 4(1), 84-89.
- Stephen-Haynes, J. (2013). The importance of peristomal skin care in the community setting. *Stoma care*, 73-77.
- Szewczyk, M. T., Majewska, G., Cabral, M. V., & Hölzel-Piontek, K. (2014). The Effects of Using a Moldable Skin Barrier on Peristomal Skin Condition in Persons with an Ostomy: Results of a Prospective, Observational, Multinational Study. *Ostomy Wound Management*, 60(12), 16-26.
- Tal, R., Cohen, M. M., Yossepowitch, O., Golan, S., Regev, S., Zertzer, S., & Baniel, J. (2012). An ileal conduit—who takes care of the stoma?. *The Journal of urology*, 187(5), 1707-1712.
- Thorpe, G., McArthur, M., & Richardson, B. (2014). Healthcare experiences of patients following faecal output stoma-forming surgery: A qualitative exploration. *International journal of nursing studies*, 51(3), 379-389.
- Varadhan, K. K., Lobo, D. N., & Ljungqvist, O. (2010). Enhanced recovery after surgery: the future of improving surgical care. *Critical care clinics*, 26(3), 527-547.

Walker, C. A., & Lachman, V. D. (2013). Gaps in the discharge process for patients with an ostomy: *An ethical perspective. Medsurg Nursing*, 22(1), 61.

Younis, J., Salerno, G., Fanto, D., Hadjipavlou, M., Chellar, D., & Trickett, J. P. (2012). Focused preoperative patient stoma education, prior to ileostomy formation after anterior resection, contributes to a reduction in delayed discharge within the enhanced recovery programme. *International journal of colorectal disease*, 27(1), 43-47

Zhang, J. E., Wong, F. K. Y., You, L. M., Zheng, M. C., Li, Q., Zhang, B. Y., ... & Liu, J. L. (2013). Effects of enterostomal nurse telephone follow-up on postoperative adjustment of discharged colostomy patients. *Cancer nursing*, 36(6), 419-428.

Zheng, M. C., Zhang, J. E., Qin, H. Y., Fang, Y. J., & Wu, X. J. (2013). Telephone follow-up for patients returning home with colostomies: Views and experiences of patients and enterostomal nurses. *European Journal of oncology nursing*, 17(2), 184-189.