

UNIVERZITA PARDUBICE

Fakulta zdravotnických studií

Péče o nemocné se stomií

Bc. Vendula Vacková

Diplomová práce

2008

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Katedra ošetrovatelství
Akademický rok: 2007/2008

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Vendula VACKOVÁ**

Studijní program: **N5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Ošetrovatelství**

Název tématu: **Péče o nemocné se stomií**

Zásady pro vypracování:

1. Úvod do tématu
2. Rozdělení stomií
3. Edukace stomiků
4. Metoda výzkumu - dotazník
5. Zpracování získaných dat
6. Vyhodnocení výsledků výzkumu
7. Moderní stomické pomůcky
8. Závěr - metody edukace, doporučení pro praxi

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy: **50 stran**

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

1. **MARKOVÁ, M. Stomie gastrointestinálního a močového traktu. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2006. ISBN 80-7013-434-8.**
2. **ROKYTA, R. Fyziologie. 1. vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2000. ISBN 80-85866-45-5.**
3. **DĚDKOVÁ, J. Komplikace u kolostomií. Sestra, 1999, roč. 9, č.2, s.16-18.**
4. **KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie zdraví. 2. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2.**

Vedoucí diplomové práce: **doc. MUDr. Karel Havlíček, CSc.**

Katedra klinických oborů

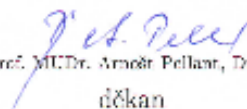
Konzultant diplomové práce:

MUDr. Martin Šácha


Fakulta zdravotnických studií

Datum zadání diplomové práce: **30. listopadu 2007**

Termín odevzdání diplomové práce: **18. dubna 2008**


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Eva Hlaváčková
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 15. ledna 2008

SOUHRN:

Tématem mé diplomové práce je „Péče o pacienta se stomií“. Cílem práce je popis a rozpracování komplexní problematiky stomií v chirurgii se zaměřením na edukaci nemocných a ošetrovatelský standard pro ošetřující personál. V teoretické části mé práce jsem se zaměřila na základní rozdělení stomií, jejich indikace a postupy operací. Předoperační, pooperační péči v nemocnici a edukační přípravu na domácí ošetřování. Druhy pomůcek a jejich rozdělení.

Výzkumná část pomocí dotazníků zjišťuje, jak jsou klienti edukováni o problematice života se stomií v předoperačním a pooperačním období. Na závěr práce je návrh ošetrovatelského standardu, který kopíruje výsledky výzkumu.

KLÍČOVÁ SLOVA:

stomie; předoperační péče; pooperační péče; edukace; kluby pro stomiky; standard péče;

UNIVERSITY OF PARDUBICE

Fakulty of health studies

O s t o m y p a t i e n t s c a r e

Bc. Vendula Vacková

Thesis

2008

ABSTRACT:

This diploma thesis is focused on „Ostomy patient care“. Objective of the thesis are description and elaboration global question ostomy on surgery with a view to standard care for staff nursing. In the theoretical section my thesis, I described system of particular kinds of ostomy, their causes and procedures of their possible operation treatment. The pre-operation and post-operation care in hospital and educational preparation for home and after-care described. Kinds of product for ostomy patients and their division.

The practical section by checklists take, how ostomy patients are educate about problemes in life with ostomy in pre-operation and post-operation time. In conclusion my thesis is proposal of standard care for staff nursing, which cohere with educts of checklist.

KEY WORDS:

ostomy; pre-operation care; post-operation care; education; clubs for ostmy patients; care standard;

Poděkování

Chtěla bych poděkovat mému konzultantovi diplomové práce MUDr. Martinu Šáchovi, za poskytnutí důležitých rad, informací a podnětů ke zpracování mé závěrečné práce. Dále bych chtěla poděkovat MUDr. Petru Formánkovi a Heleně Knotkové DiS. za spolupráci při shromažďování dotazníků.

O B S A H

1. Definice	10
2. Rozdělení stomií.....	11
2.1 Gastrostomie	11
2.2 Jejunostomie.....	11
2.3 Esofagostomie	12
2.4 Ileostomie.....	12
2.5 Kolostomie	13
2.6 Tracheostomie.....	15
2.7 Urostomie.....	16
3. Příprava pacienta.....	17
3.1 Předoperační příprava budoucího kolostomika.....	17
3.1.1 Předoperační edukace.....	17
3.1.2 Všeobecná příprava.....	18
3.1.3 Speciální příprava.....	18
3.1.3.1 Vyznačení budoucího místa stomie	18
3.1.4 Psychická příprava	19
3.2 Pooperační péče u kolostomika.....	19
3.2.1 Bezprostřední pooperační péče	19
3.2.2 Perioperační péče	20
3.2.2.1 Pooperační edukace.....	20
3.2.3 Příprava na propuštění a následnou péči.....	20
3.2.4 Domácí péče u seniorů se stomií.....	21
4. Pomůcky pro stomiky	22
4.1 Pomůcky od firmy ConvaTec	22
4.2 Pomůcky od firmy Dansac	23
4.3 Pomůcky od firmy Coloplast	24
4.4 Pomůcky od firmy B-Braun	24
5. Životní styl pacientů se stomií	25
5.1 Výživa a pitný režim	25
5.2 Fyzická aktivita a sport	25
5.3 Společenský a rodinný život	26
5.4 Psychosociální problémy – Kluby stomiků.....	26

6. Hypotézy	28
7. Metodika výzkumu.....	29
7.1 Dotazník	29
7.2 Postup práce	29
7.2 Výzkumný vzorek	30
8. Vyhodnocování výsledků.....	31
9. Diskuze.....	56
10. Závěr	61
11. Seznam bibliografických citací	62
12. Seznam zkratk	64
13. Přílohy	65

I. Teoretická část

1. Definice

Původ slova stomie je z řeckého „stoma“, což znamená ústa, v přeneseném významu i otvor. Stomici jsou lidé s dočasně nebo trvale vyvedeným střevem nebo močovodem. Pacient se stomií je zdravotně postižený občan, který má dočasně nebo trvale vyvedený dutý orgán na povrch těla. Nejčastěji je vyvedeno tlusté střevo, tenké střevo nebo močové cesty, čímž dochází ke změnám základních fyziologických funkcí, k neovladatelnému vyprazdňování stolice, střevního obsahu nebo moči nepřirozenou cestou s nutností používání stomických pomůcek. Důsledkem je zhoršení celkové kvality života. V péči o pacienty se stomií se uplatňují jak lékaři, stomasestry, ale také kluby pro stomiky, které těmto lidem nabízejí širokou škálu pomoci a snaží se jejich život zpestřit a maximálně dát zapomenout na tento handicap.(1)

2. Rozdělení stomií

Z hlediska indikace a účelu můžeme stomie rozdělit na výživné a derivační. Výživné rozdělujeme na gastrostomii a jejunostomii. Derivační nebo také odvodné stomie jsou esofagostomie, ileostomie, kolostomie, tracheotomie, urostomie a epicystostomie.

2.1 Gastrostomie

Gastrostomie je vyústění žaludku. Provádí se tehdy nelze-li pacienta živit nasogastrickou či nasoduodenální sondou. Také u nemocných, kde je předpoklad, že bude potřeba živit sondou déle jak 3 týdny. Mezi nejčastější indikace patří: stenózy nebo atresie horní části trávicího traktu po popálení, poleptání, při ca jícnu, po CMP při poruše polykání, těžké stomatitidy, dlouhodobé poruchy vědomí, onkologická onemocnění při intenzivní chemoterapii a radioterapii.

Gastrostomii lze provést chirurgicky nebo endoskopicky. Při chirurgické metodě se na přední stěně žaludku založí stehy a uprostřed stehů se do žaludeční dutiny prostrčí Malekotův katétr a uchyty se stehy. Asi po 14 dnech se vytvoří píštěl mezi stěnou žaludku a stěnou břišní. Endoskopicky lze provést PEG, kdy je pře stěnu břišní zaveden Foleyův katétr a přifixován ke kůži. Existují 2 metody provedení. Metoda protažení a metoda přímé punkce. K účelům dlouhodobé výživy se provádí metoda protahovací, je přesnější a nemá tendenci se posouvat orálním směrem. PEG je vhodný u onkologických pacientů, u chirurgických pacientů po rozsáhlých výkonech na horní části zažívacího traktu. Zavedený PEG se kontroluje, provádí se sterilní převazy. Prvních 24 hodin se do PEGu nic nepodává, poté se zahajuje výživa čajem. Aplikujeme výživu připravenou kuchyňskou technologií (bujóny, mléčné výrobky) a farmaceuticky připravované preparáty jako je například Nutrison, Nutridrink a Fresubin. Po každé aplikaci se PEG musí propláchnout čajem nebo destilovanou vodou. Výživa se podává pomocí Janettovy stříkačky, nebo přes enterální pumpu formou infuze. Přednost oproti nasogastrické sondě je lepší kosmetický vzhled a snadnější rehabilitace řeči a polykání. Je ovšem dražší a technicky náročnější na provedení. (2)

2.2 Jejunostomie

Jejunostomie je vyústění lačnicku. Provádí se u pacientů, kde není v dohledné době možné převedení na perorální příjem potravy, v rozmezí alespoň 4 - 6 týdnů a kde je nutné dlouhodobě vyřadit z pasáže proximálnější úseky trávicí trubice. Jedná se většinou o pacienty s nedostatečným příjmem potravy a se zachovanou funkcí GIT, po operacích na horních

etážích GIT, po traumatech zvláště po operacích břicha, u sepsí, u dysfagií a u pankreatitíd. V pediatrické chirurgii lze využít jejunostomie v léčbě mekoniového ileu nebo při léčbě duodenálních atresií. Také se zakládá při výkonech na žlučových cestách a na pankreatu, kdy jsou takto vyvedeny drény z ductus pancreaticus a ze žlučových cest. Lze jí provést také chirurgicky nebo endoskopicky. Technika stomie dle Witzela (nástěnná stomie vytvořená na drénu), enterostomie dle Bishop-Koopa (terminální jejunostomie s enteroanastomózou end to side), perkutánní endoskopická jejunostomie.(3) Výživu do jejunostomie můžeme zahájit již po několika hodinách po výkonu. Výživa je aplikována pouze formou infuze. Výživa je sterilní a oligomerní, je naštěpená bez přídavku vlákniny. Podává se přes enterální pumpu, denní dávka je kolem 2000 ml.(2) Výživa je ordinována dle klinických a laboratorních nálezů. Nejčastěji se využívá Nutrison Multi Fibre Pack, Nutrison Standart Pack a Nutrison Energy Pack.

2.3 Esofagostomie

Esofagostomie je vyústění jícnu na přední straně krku. Vyskytuje se vzácně a slouží k odvádění spolykaných slin. Provádí se u dětí s vrozenými vývojovými vadami. Například u atresie jícnu.(4) Může být i jako výsledek po operacích jícnu.

2.4 Ileostomie

Ileostomie je vyústění části tenkého střeva. Může být trvalá nebo dočasná. Trvalá se nejčastěji zakládá z důvodu nespecifických střevních zánětů, jako je ulcerózní kolitida a Crohnova choroba, při současném odstranění celého tlustého střeva. Crohnova choroba je granulomatózní zánět v submukóze trávicího traktu, převážně v tenkém střevě. Jednou z komplikací je tvorba píštělí s okolními orgány i navenek, nebo se tvoří abscesy v parietální krajině. Může dojít až k perforaci střeva. Příčina není zcela jasná, pravděpodobně se uplatňuje imunitní mechanismus. Nemoc se projevuje průjmy, bolestmi břicha, malabsorpcí, bývá zvýšená teplota, bolesti kloubů. Nemoc má kolísavý průběh s obdobími klidu a aktivity. Diagnostika spočívá v rentgenovém vyšetření, koloskopii s biopsií, ultrazvuku. Laboratorně se projevuje zánět a malabsorpce.

Ulcerózní kolitida postihuje sliznici recta a tlustého střeva. Její typický projev je tvorba krvácejících vředů, které mohou vést až k perforaci střeva. Přechází častěji v onkologické onemocnění než Crohnova choroba. Ileostomie je v tomto případě konečným řešením.(4)

Dočasná ileostomie trvá několik týdnů a zakládá se při léčbě kolitidy, nebo divertikulózy, či po traumatech. Používá také při derivaci nebo dekompresi tlustého střeva, jako dočasná

ochrana ileoanální či jiné rizikové anastomózy, nebo anastomózy po totální proktokolektomii. Ileostomie obvykle ústí v pravém dolním kvadrantu břišní stěny. Vyčnívá několik centimetrů nad kůži, aby tekutiny a trávící šťávy nedráždily kůži v okolí stomie. Tvar ileostomie je kruhovitý o průměru 2 – 2,5 cm. Ileostomie vylučuje nepřetržitě žlučovitě zelený agresivní obsah. Který nezapáchá, protože je zde méně bakterií než v tlustém střevě. Může být jednohlavňová i dvouhlavňová. Jednohlavňová se zakládá jako terminální, kdy je ileum vyvedeno nad úroveň kůže, nebo je vytvořen rezervoár z tenkého střeva. Je indikována při provádění proktokolektomie. Obsah se vypouští po několika hodinách pomocí katétru.

Terminální ileostomie je lokalizována do pravého podbřišku, většinou se používá metody dle Brooka s everzí posledních několika cm (3-6 cm) ilea, nebo kontinentní stomie dle Kocka, kde je před samotnou stomií vytvořen z distálního ilea pouch (rezervoár) s ventilovým mechanismem. Dvouhlavňová (axiální) ileostomie se zakládá na konečné části ilea těsně před jeho vyústěním do tračníku. Nejčastěji se provádí tzv. „loop ileostoma“, kde je ponechána kontinuita zadní stěny ileální kličky a vytvořena evertovaná část stomie na přírodní kličce. Ta je vysunuta nad úroveň břišní stěny, zatímco ústí odvodné kličky zůstává v úrovni kůže.(3) Je-li zároveň provedena výrazná resekce tlustého střeva, dochází k některým fyziologickým změnám. Ty jsou způsobeny velkou ztrátou vody a některých minerálů, které se vstřebávají v tlustém střevě. Je to převážně sodík a draslík. Za normálních podmínek jsou ztráty kompenzovány vhodnou dietou s vysokým obsahem solí a pitným režimem.

2.5 Kolostomie

Kolostomie je vyústění tlustého střeva na povrch kůže. Je to nejčastější druh vývodu. Má kruhový průměr asi 2 – 5 cm, jasně červené zbarvení, které je dáno barvou střevní sliznice. Ve sliznici tlustého střeva nejsou nervová zakončení, proto není kolostomie citlivá na pohmat. Konzistence obsahu a frekvence vyprazdňování záleží na výši umístění stomie. Z vývodu střeva odcházejí i střevní plyny, což bývá pro pacienty velmi nepříjemné. Na tlustém střevě může být vyústěná kterákoliv část. Z hlediska lokalizace rozlišujeme 3 druhy stomií. Caecostomie, transversostomie a sigmoideostomie.(2)

Caecostomie je vyústění slepého střeva v oblasti přechodu tenkého a tlustého střeva. Jde o velmi vzácnou lokalizaci. Většinou je indikována při nutnosti dočasného odlehčení tlustého střeva a nebo při lokalizaci nádoru přímo v této oblasti. Vyústí v pravém dolním kvadrantu. Je zpravidla dočasná. Stomii lze vytvořit pomocí drénu nebo katétru (Foley), který je zaveden do lumen kolon, přední stěna kolon v místě zavedeného drénu je fixována k peritoneu a drén je vyveden břišní stěnou, dále je možné střevní stěnu nástěnně vyšít přímo ke kůži, event. je

možné provést perkutánní endoskopickou caecostomii.(3) Tato možnost je chirurgem využívána velmi ojediněle pro množství komplikací.

Transverzostomie je vývod na příčném tračníku. Je nejčastěji využívána jako dekompresní a derivující dvouhlavňová (axiální) stomie při ileózním stavu způsobeném stenozujícím procesem na levém kolon (tumor, divertikulitida, aj.), při perforacích kolon a insuficiencích anastomózy na levém kolon a rektu. Technicky se nejprve určí vhodné místo pro stomii, na sále se provede kruhovitá excize kůže v rozsahu cca desetikoruny, excize nebo rozhrnutí podkoží, protěťí facie do kříže a po odtažení svalu protěťí peritonea a vytažení kličky střeva nad kožní kryt. Do vytvořeného kanálu v mezokolon těsně pod střevem je vtažen jezdec (podložka) a okraje střeva jsou fixovány k okrajům kůže stehem.(5) První podloženou axiální stomii popsal v literatuře český chirurg Maydl (1888).(3)

Sigmoideostomie je vývod na esovité kličce tlustého střeva. Je to nejčastější typ trvalé stomie. Sigmoideostomie axiální je kromě již zmíněných indikací u transverzostomie indikována u tumorů rekta (paliativní výkon), anorektálních vývojových poruch, perianálních a rektovaginálních píštělí, při anální inkontinenci, poranění konečníku a při rozsáhlých perianálních zánětlivých procesech. Technika provedení stomie je prakticky podobná jako u transverzostomie, jen je umístěná v levém mezo až hypogastriu.

Jednohlavňová (terminální) kolostomie se zakládá nejčastěji na esovité kličce. Provádí se jako definitivní u amputace (exstirpace) konečníku (Milesova operace), při diskontinuálních resekcích levého kolon a rekta (Hartmannova typu nebo typu terminální stomie a mukózní píštěl). Tyto operace jsou většinou indikovány pro nádorové onemocnění rekta a rektosigmoidea, perforovanou divertikulitidu nebo devastující poranění v oblasti rekta a sigmatu. Technicky se po přerušení kolon vyvede proximální část střeva v předem označeném místě jako jednohlavňová stomie (technika odpovídající vyvedení axiální stomie), distální část je buď extirpována (Milesova amputace rekta), nebo slepě uzavřena (Hartmannova resekce), nebo na jiném místě vyvedena jako stomie (mukózní píštěl). (3)

Kolorektální karcinom je nejzávažnější indikací ke stomii. Je to nejčastěji se vyskytující maligní nádor trávicího ústrojí. Může se vyskytovat v kterékoliv části tlustého střeva. Mezi hlavní příčiny onemocnění patří nadbytečný příjem živočišných tuků v potravě, nedostatek vlákniny v potravě, nevhodná tepelná úprava stravy, kouření a konzumace alkoholu. Na výskytu se podílí i dědičné faktory. Mezi prekancerózy, u kterých hrozí maligní zvrát patří polypy, ulcerózní kolitida i Crohnova choroba. Převážně 98% všech karcinomů tlustého střeva jsou adenokarcinomy. Nejčastěji bývá lokalizován v rektosigmoidální oblasti. Příznaky se mění podle toho, kde se karcinom vyskytuje. V pravé polovině tračníku převažují příznaky

jako je hubnutí a anémie po krvácení. Nádor se může projevit jako hmatná rezistence v pravé polovině břicha s bolestí. Nádor v levé polovině tračníku se projevuje častější stolicí, později střídáním zácpy a průjmů. Je to způsobeno tím, že v levé polovině tlustého střeva má již stolice tužší konzistenci. Nemocní se dostanou k lékaři nejčastěji až pro ileózní stav. Nádor rekta se projeví změnou v defekačních zvyklostech. Často se objevují tenezmy (nucení na stolicí, které není doprovázeno uspokojivým vyprázdněním). Odchod hlenů a krve často připomíná hemeroidy. Při odchodu plynů může nechtěně odejít i stolice. Hubnutí a bolest v rektální ampule jsou pozdější příznaky. Nádor v řitním kanálu se vyznačuje nepříjemným pocitem cizího tělesa v řitním kanálu a bolestí. V pokročilém stádiu může dojít k inkontinenci stolice nebo naopak zácpě. Nádor často krvácí. Mezi základní vyšetřovací metody u kolorektálního karcinomu patří irigoskopie, ultrasonografické vyšetření, počítačová tomografie, magnetická rezonance dále rektoskopie, koloskopie a endosonografie rekta. Stanovení hladiny nádorových markerů karcinoembryonálního antigenu (CEA) a nádorového markeru CA 19-9 jsou doplňková vyšetření. Laboratorní nález bývá z počátku chudý, pozitivní bývá z pravidla až v pozdních stádiích onemocnění. Zvyšuje se FW, CRP, alfa-globuliny. Může se projevit i sekundární anémie. Mezi základní screening kolorektálního karcinomu patří vyšetření na okultní krvácení ve stolici. Hlavní význam v léčbě má chirurgická léčba, radioterapie a chemoterapie. Chirurgická léčba spočívá v dostatečné resekci nádoru až do zdravé tkáně. Součástí je i odstranění příslušných spádových uzlin. Pomocná (adjuvantní) chemoterapie snižuje u nemocných počet recidiv a metastáz. Pro tuto léčbu je důležité stanovit, ve kterém stádiu se nádor nachází podle klasifikace TNM. Radioterapie hraje hlavní roli ve snížení rizika progresu. Je buď samostatná nebo kombinovaná s chemoterapií, a to jak léčba předoperační, tak pooperační. Prognóza se odvíjí podle toho, ve kterém stádiu se onemocnění nachází. (6)

2.6 Tracheostomie

Je chirurgický výkon, při kterém je v průdušnici vytvořen otvor umožňující trvalé dýchání. Provádí se u pacientů, u kterých je potřeba dlouhodobého řízení dýchání. Také u nemocných s neprůchodností hrtanu (karcinom hrtanu). Po vyléčení základního onemocnění lze otvor pět chirurgicky uzavřít. (4)

2.7 Urostomie

Představují vývod moči mimo přirozenou cestu. Lze jej provést ze všech částí močového systému. Proto rozlišujeme nefrostomii, epicystostomii a ureterostmii. Nefrostomie je vývod přímo z ledviny. Je to dočasný zákrok před definitivním chirurgickým řešením. Indikace jsou diagnostické i terapeutické, např. po úrazech. Přes kůži je zaveden drén přímo do ledvinné pánvičky a moč je vedena přes kůži do sběrného sáčku. Epicystostomie je chirurgické vyústění močového měchýře přes břišní stěnu. Indikací jsou onemocnění močového měchýře nebo potřeba dlouhodobého cévkování, čímž se podstatně sníží riziko zavlečení infekce. Ureterostomie je vyústění močovodů na povrch břišní stěny. Podle operační techniky provedení může jít o ureterostomii kontinentní (Brickerova operace) nebo inkontinentní, kdy jsou uretery vyvedeny buď každý zvlášť nebo dohromady jako dvoustomie. Má průměr 0,5-1 cm a růžovošedé zbarvení. Kontinentní spočívá v tom, že se vytvoří rezervoár ze střešní stěny a moč si pacient vyprazdňuje sám po zasunutí umělohmotného katétru. U inkontinentní urostomie moč odchází samovolně a pacient musí používat urostomické sáčky. Existuje také ureteroileostomie, nejedná se o klasickou urostomii, protože pacient nemá žádný vývod. Močovody jsou vyvedeny do tenkého střeva a moč odchází se stolicí. Nejčastějšími příčinami jsou vrozené vývojové vady na močovém systému, jako je spina bifida (rozštěp páteře), rozštěp nebo chybné uložení páteře. Velkou indikační skupinu tvoří také nádorové onemocnění močového měchýře. V tomto případě je nutné odstranit celý močový měchýř. Také úrazy s vážným poškozením močovodů nebo sakrálních nervů jsou indikací k urostomii. (2)

3. Příprava pacienta

Vytvoření stomie znamená pro pacienta hluboký zásah do osobnosti a životního stylu. Do jaké míry a jak rychle se s daným stavem vyrovná záleží mimo jiné na způsobu přípravy před samotným výkonem dále pak na vedení a ošetřování během hospitalizace a následné péči po propuštění domů.

Práce stomasestry je dělena do tří fází: péče předoperační, pooperační a ambulantní. První část předpokládá, že jde o pacienta k operaci objednaného, náležitě lékařem poučeného o důvodech, průběhu a následcích operace. Pak je snadné s tímto pacientem probrat další informace a navázat plodný kontakt. Ve druhé etapě jde především o společné zvládnutí pooperačního stavu a rekonvalescence všech zúčastněných, tedy především pacienta, veškerého zdravotnického personálu a rodiny. Docílit souhry všech těchto složek již není tak jednoduchá záležitost a vyžaduje od sestry-specialistky dostatek časového prostoru. Třetí část zahrnuje péči o stomika doživotně, respektive do doby jeho individuální potřeby kontaktu se stomasestrou. (7)

3.1 Předoperační příprava budoucího kolostomika

Péče o budoucího stomika začíná již před operací. O možnosti provedení stomie by měl být pacient nejprve informován lékařem, který mu vysvětlí nutnost provedení operace způsob operace. Následovat by měl psychologicko edukační pohovor se stomasestrou, která jej informuje o problémech, které pacienty se stomií provází a možnostech jejich řešení. A to i v případě, kdy jde o akutní výkon, a na dostatečnou přípravu nezbyvá dostatek času. Velkou pozornost je nutné věnovat psychologické stránce a k nemocnému se chovat ohleduplně.

3.1.1 Předoperační edukace

Edukaci lze přeložit jako vzdělávání či výchovu u pacientů, kterým bude provedena stomie a nejenom u nich, je vhodné předat písemné edukační materiály eventuelně jim poskytnout informační videokazetu, popřípadě CD. Pacientovi je potřeba dát přesné informace do jaké míry ovlivní operace jeho další život. Informace by měly obsáhnout především změny v oblasti osobní hygieny, stravování, oblékání, případně změny v pracovním zařazení, problematiky sexuálního života, pokud se na ni ptá. Je vhodné ukázat nemocnému pomůcky, které bude používat, případně si nemocný vyzkouší manipulaci s pomůckou. K tomuto účelu je možné využít brožury, které poskytují firmy, které vyrábí tyto pomůcky. Lze také

zprostředkovat setkání s lidmi, kteří se již podobné operaci podrobili. Rodina by také měla získat základní informace o dané problematice, které život se stomií přináší.

3.1.2 Všeobecná příprava

Všeobecná předoperační příprava je standardní před každou operací. Její součástí je základní laboratorní a zobrazovací vyšetření jako je RTG plic a srdce, krevní obraz, biochemické vyšetření, hematologické vyšetření, vyšetření krevní skupiny. Nemocný by měl také podepsat informovaný souhlas s operací. Příprava operačního pole spočívá v očištění umbilikální oblasti a vyholení od prsních bradavek po třísla. (2)

3.1.3 Speciální příprava

Speciální příprava spočívá v mechanické očištění střeva. Způsob vyprazdňování střeva se liší dle zvyklostí oddělení. Často se používá osmoticko-koloidní solný roztok Fortrans. Součástí očištění střev je i dodržování diety. Rostok se podává ve dvou dávkách den před operací. V případě potíží s vyprazdňováním se provádí klyzma ve 3-4 hodinových intervalech v den operace. Dva dny před operací podáváme jen tekutou stravu a nesycené vody, abychom snížili obsah stolice. Tekutiny se doplňují infuzí. Nutná je také profylaktická příprava střeva intravenózním podáním ATB v kombinaci s chemoterapeutiky. Jako prevence TEN se provádí miniheparinizace (Fraxiparine) a bandážují se dolní končetiny. Dále dle zvyklostí oddělení se zavádí flexila a permanentní močový katétr. Diabetici jsou zařazeni na první místo v operačním programu a při jejich přípravě se řídíme ordinacemi internisty. (2)

3.1.3.1 Vyznačení budoucího místa stomie

Tento výkon provádí po dohodě s operátérem stomasestra pomocí nesmývatelné barvy. Provádí se i tehdy, je-li výkon akutní. Při hledání místa stomie je nutné sledovat anatomické jevy a vyhnout se linii pasu, pupku, kožním záhybům, operačním ranám a žeberním obloukům. Nejprve je místo označeno vleže a je na něj připevněna podložka. Poté by si měl pacient stoupnout a udělat nějaké pohyby. Pacient by měl na stomii dobře vidět a dosáhnout. Neměl by mít problémy s oblékáním a s běžným tělesným pohybem jako je chůze, stoj, leh, předklon a podobně. Podložka by při těchto výkonech neměla vadit. Při této příležitosti můžeme pacienta seznámit s pomůckami, které bude později používat. Také ho můžeme nechat vyzkoušet úkony spojené s výměnou sáčku. U akutních stavů nelze tento postup dodržet, ale i zde by se mělo místo stomie předem vyznačit. (2)

3.1.4 Psychická příprava

Okamžikem oznámení diagnózy a rozhodnutím o operaci je vyvolána u pacienta velká psychická odezva, kterou projevuje pacient různým způsobem. Záleží na typu osobnosti. Je-li důvodem k operaci onkologické onemocnění, dojde k typické reakci, kterou popsala Elizabeth Kübler-Ross v několika stádiích od šoku, zloby, agrese, smlouvání, rezignace až k usmíření. Jednotlivá stádia nemusí být samostatně vyjádřena a mohou se prolínat. Je nutné tyto reakce umět identifikovat a přizpůsobit náš přístup k nemocnému, tak aby působil psychoterapeuticky a vedl ke konečnému smíření se s daným stavem. To co pacient potřebuje v předoperačním období nejvíce je získání důvěry ve zdravotnický personál. Laické informace o stomii jsou často mylné a pacient může mít pocit, že tímto končí jeho veškeré aktivity a společenský život. (2)

3.2 Pooperační péče u kolostomika

Pooperační péče se u pacientů se stomií se může rozdělit do několika etap, v nichž se prioritně zaměřujeme na odlišné oblasti péče: bezprostřední pooperační péči, perioperační péči a přípravu na propuštění a následnou péči.

3.2.1 Bezprostřední pooperační péče

V tomto období je většinou pacient na jednotce intenzivní péče. Pacient zde leží do stabilizace vitálních funkcí. Základem péče v tomto období je sledování fyziologických funkcí a celkového stavu pacienta, sledování operační rány, zda neprosakuje, nemaceruje, funkčnosti Redonova drénu, jeho fixaci a množství a charakter sekrece za 24 hodin. Pacient je uložen v poloze na zádech s mírně pokrčenými dolními končetinami. Většinou bývá po operaci zavedenou NGS k dekompresi GIT. Sledujeme její fixaci a množství a charakter sekrece. Pacient má již ze sálu nalepený stomický sáček. Tento sáček je jednodílný, průhledný a výpustný, aby umožňoval vizuální kontrolu obsahu a s laterální výpustí, aby umožňoval vypouštění plynů a řídkého sekretu. Pro lepší sledování okolí stomie by měla být pomůcka jednodílná, aby se dala celá sejmout. První sáček se ponechává tak 2 až 4 dny, pokud nepodtéká, umožní se tím lepší hojení vyšité stomie a okolí kůže. Sáček se vyprazdňuje vždy po jeho naplnění do 1/3. U stomie sledujeme její funkčnost. Zda odcházejí plyny, stolice a sekrety. Pro obnovení peristaltiky se podávají léky. Dále sledujeme tvar, velikost, barvu a otok stomie. Normálně by měla mít stomie červenou barvu, jako sliznice v dutině ústní, to svědčí o dobrém prokrvení. Bezprostředně po operaci je stomie oteklá a má větší průměr. Později se stahuje. Už v tomto období by mohlo dojít k některým komplikacím jako je

enormní krvácení a ischémie stomie. Mírné krvácení při výměně pomůcek je zcela běžné. Ischémie se rozezná podle změny barvy. Stomie má fialovou až černou barvu. Příčinou může být malý průměr vystřižené podložky, ale i těsné oblečení. Výživa je v prvních dnech zajištěna parenterální cestou, až do doby obnovení peristaltiky a vyprazdňování stolice. Postupně se parenterální výživa překrývá tekutou stravou a asi 5. pooperační den se přechází na kašovitou stravu. Pokračuje se samozřejmě v prevenci TEN, důležitá je včasná mobilizace. Navazuje se také na profylaxi ATB. Kromě fyzického stavu se u pacienta sleduje psychika. Informovaný pacient mnohem lépe spolupracuje, ale přesto se mohou objevit úzkostné reakce. Součástí péče je vhodná analgezie dle ordinace lékaře a vedení škály bolesti. (2)

3.2.2 Perioperační péče

Je to období, kdy je nemocný hospitalizován na standardním oddělení až do doby, kdy je propuštěn do domácího léčení. Tato fáze může trvat různě dlouho dobu, v závislosti na hojení operační rány. Péče na standardním oddělení spočívá v každodenních sterilních převazech operační rány, kontrole stavu a funkčnosti stomie.

3.2.2.1 Pooperační edukace

Edukace nemocného začíná nácvikem a manipulací se stomickými pomůckami nejprve na lůžku a později v koupelně, případně ve speciální edukační místnosti. První okamžik, kdy začne stomii odcházet stolice je pro nemocného traumatizující a šokující. Proto by měla být stomasestra, pokud možno, nemocnému stále nablízku a krok po kroku novou situaci vysvětlovat. Nácvik je potřeba provádět pomalu a opakovat jej. Zpětná vazba je důležitá kontrola, zda nemocný rozumí předaným informacím. Edukační pohovory by měli probíhat na oddělení v místnosti k tomu určené a vybavené pomůckami, lehátkem, zrcadlem aj. Probíhá zde praktický nácvik a nemocný se seznamuje s okruhem pomůcek. (8)

3.2.3 Příprava na propuštění a následnou péči

Nemocný je informován o klubu stomiků a českém ILCU. Tyto organizace mohou nemocným poskytnout mnoho informací a praktických zkušeností, nezanedbatelná je zejména psychická podpora. Tyto možnosti jsou bohužel podceňovány a mnoho nemocných se o těchto klubech nedozví. Před propuštěním by měl být nemocný seznámen se stravovacím režimem, se změnami životního stylu, měl by být vybaven základními stomickými pomůckami (stomická taštička, jako sponzorský dar firmy, které obsahuje příručky, letáky, časopis pro stomiky, speciální nůžky a šablonovou kartičku). Nezbytný je také edukační

rozhovor se členy rodiny. Samozřejmě, pouze tehdy, zda s tím nemocný souhlasí. Domácnost by měla být připravena tak, aby byl nemocný schopný provádět hygienickou péči sám. Nemocný je předán do péče praktického lékaře. Podle potřeby je informována agentura domácí péče. Před propuštěním jsou nemocnému předány pomůcky a dostane vizitku s telefonním číslem na stomasestru v terénu, která mu pomůže v domácí péči řešit eventuální dotazy a komplikace. Praktickému lékaři jsou předány kódy pro objednávání veškerých pomůcek pro stomického pacienta. Nemocný dostane do ruky poukaz na pomůcky, nejdéle však na jeden měsíc, poté by si je měl nechat předepsat v poradně. Každý pacient je podle typu své diagnózy dispenzarizován v odborné proktologické, gastroenterologické, popřípadě urologické ambulanci. Pokud je pacient předán do sociální péče (domov pro seniory, léčebna dlouhodobě nemocných), je dokumentace stomasestry předána spolu s pacientem a ostatní dokumentací. (9) Dříve než nemocného propustíme z nemocnice je nutné, aby uměl a znal:

- způsob ošetřování stomie
- změny, které musí provést ve stravování a životním stylu
- projevy možných komplikací
- kontakt na stomaporadnu a stomasestru v terénu a termín první kontroly v poradně
- kontakt a adresu, kde si může pomůcky vyzvednout
- kontakt na kluby stomiků, či jiné organizace (2)

3.2.4. Domácí péče u seniorů se stomií

Starší člověk k pochopení nového potřebuje svůj vlastní způsob a tempo. Potřebuje mít k dispozici přehledné, názorné, nejlépe písemné informace. Vyjadřujeme se pomalu a srozumitelně a zjišťujeme, zda rozuměl. Při nácviku ošetřování stomie jednotlivé kroky opakujeme a dbáme na to, aby je nemocný zkoušel. Tak ho již v prvopočátku odnaučíme dělat chyby.

Nemocný nezvládne najednou přijmout tolik informací, proto je dobré je rozdělit do několika částí. Starší člověk se potřebuje přesvědčit, že si počíná správně, potřebuje ocenit svou snahu a píli, protože pocit úspěchu přináší motivaci ke zvládnutí dalších úkolů. (10)

4. Pomůcky pro stomiky

Nemocní se stomií byli mnoho let na okraji zájmu lékařů a sester. Teprve v 50. a 60. letech se v anglosaském světě začali tito nemocní sdružovat do spolků a postupně se rozvinula výroba kvalitních pomůcek k ošetřování stomií. V našich zemích byly původně používány samolepící jednodílné sáčky, jejichž lepící vrstva poškozovala pokožku nebo kolostomické pásy se sáčkem z polyetylenu, jež dobře netěsnily. V zahraničí se začaly pomůcky objevovat v 60. a 70. letech a jejich malé množství stačilo pro vybrané skupiny obyvatel (děti, ileostomici aj.). Na náš trh se začaly moderní pomůcky dovážet v roce 1992. (11)

V současné době je na našem trhu široký sortiment kvalitních pomůcek. Na náš trh dodává pomůcky několik firem ConvaTec, Coloplast, B-Braun, Dansac a od roku 2008 nově Welland a INCOM. Produkty jsou snadno dostupné, protože jsou často plně hrazeny ze 100% pojišťovnami při dodržení určitého limitu. (viz. příloha č. 1) Některé výrobky jsou hrazeny částečně nebo po schválení revizním lékařem. Požadavkem je, aby pomůcky zadržovali zápach, chránily a nedráždily kůži, byly nenápadné pod oblečením, byly dostupné v širokém sortimentu a manipulace s nimi byla snadná. Dnes už tyto požadavky splňují prakticky všechny pomůcky. Záleží na výběru nemocného a typu stomie. Někteří nemocní mohou mít alergii na některou složku pomůcky, proto by se měl provést test a poté by se měly pomůcky nemocnému teprve předepsat. Pomůcky předepisuje chirurg, internista, praktický lékař, urolog, v rámci poradny může pomůcky předepsat i stomasestra. Každá pomůcka má svůj kód v číselníku VZP a podle toho jsou poukazy vyplňovány. Pomůcky lze vyzvednout ve speciálních výdejních místech se zdravotnickými pomůckami, nebo tyto pomůcky zasílá firma zásilkovou službou. Obecně lze pomůcky rozdělit na pomůcky pro kolostomiky, ileostomiky a urostomiky. Ve všech skupinách existuje jednodílný a dvoudílný systém.

4.1 Pomůcky od firmy ConvaTec

Sortiment pomůcek firmy ConvaTec se stal novým standardem pro moderní ošetřování stomií. Díky svým jedinečným schopnostem a složení hmoty je velmi vyhledáván a ceněn pro ošetřování všech typů stomií od kojenců až po stomiky ve zralém věku. Jejich osvědčené vlastnosti se využívají, nejen u pacientů se stomií, ale i při ošetřování píštělí, tracheostomií, při jímání sekretů z drénů a v jiných případech, kdy je potřeba chránit okolní zdravou kůži před výměškou z rány. Výrobky ConvaTecu jsou charakteristické používáním hmoty Stomahesive, která byla vyvinuta počátkem sedmdesátých let v laboratořích firmy E. R. Squibb. Základem hmoty Stomahesive jsou přírodní materiály jako pektin, želatina, které ve

spojení s dalšími složkami vytvářejí hmotu schopnou přilnutí jak na suché, tak hlavně na vlhké povrchy. Netrvalo dlouho a vynikající adhezivní vlastnost na vlhkém povrchu dala základ vzniku moderních stomických pomůcek. Kromě svých lepidlivých schopností je prokázán i vysoký zklidňující účinek hmoty Stomahesive. Proto je velmi vhodná a používaná v pooperačním období na rány a podráždění v okolí stomie.

Zpočátku se začaly vyrábět pouze destičky, na které se přilepovaly obyčejné sáčky. Účelem bylo pouze ochránit velmi namáhané okolí stomie. Postupně začal vývoj na moderním systému, který měl nejen chránit, ale i spolehlivě jímat stolici a plyny. Tak vznikl dvoudílný systém Combihesive a jeho vylepšená verze Combihesive 2S, který se stal záhy u nás nejpoužívanější pomůckou. Později se ještě přidal jednodílný systém v podobě sáčku Stomadress Plus, který byl při používání díky nízkému profilu pomůcky velice diskrétní. Rovněž se podařilo nabídnout stomikům širokou škálu příslušenství. Vývoj se však nezastavil a výsledkem řady zdokonalení a výzkumů jsou výrobky řady Esteem – jednodílný systém Esteem a zcela nový segment na trhu se stomickými pomůckami vedle jednodílného a dvoudílného systému – nová adhezivní technologie ESTEEM synergyTM. Tyto výrobky byly z velké části vyvinuty díky podnětům a návrhům stomasester a stomiků. Pomůcky lze rozdělit na velkoobjemové, standard, malé a mini. Sáčky mohou být výpustné a uzavřené. Urostomické sáčky Combihesive 2S jsou navíc vybavené zpětnou chlopní, která zabraňuje zpětnému vracení moče ke stomii. Firma ConvaTec vyrábí také celou řadu příslušenství. Mezi ochranné prostředky patří ochranná pasta Stomahesive, Adhezivní pasta, ochranný pudr, ochranný film ConvaCare („lepivé ubrousky“), vyrovnávací destička, přídržný pásek a další. Mezi čistící prostředky patří odstraňovač náplastí ConvaCare, pohlcovač zápachu Dignity a nově od 1.3.2008 jsou v prodeji čistící pěna, tělové ubrousky a zklidňující krém Sensi-Care. (12) Velkým průlomem byla podložka, která je tvarovatelná a nemusí se stříhat (tvaruje se prsty). Na trhu se objevila začátkem roku 2007. Plochá tvarovatelná podložka Combihesive C2S s hydrokoloidním okrajem jemně obepíná jakýkoliv tvar stomie, tím spolehlivě přilne a je zamezeno dráždění kůže. (13)

4.2 Pomůcky od firmy Dansac

Firma Dansac vyrábí pomůcky také pro kolostomiky, ilestomiky a urostomiky. Samozřejmě vyrábí jednodílné a dvoudílné systémy. Jednodílné systémy se jmenují Nova 1 a dvoudílné Nova 2 a systém Duo Soft (podložky a sáčky). Sáčky jsou uzavřené a nebo výpustné. Mezi doplňky, které firma vyrábí patří Dansac tělová voda (Dansac Skin Lotion) na

čištění, Dansac pohlcovač zápachu (Dansac Nodor S), který se kape přímo do sáčku. Krém Dansac (Dansac Skin Creme) zabraňuje vysychání. Dansac pasta (Dansac Soft Pasta) vyplňuje kožní nerovnosti v okolí stomie a Dansac kroužky (Dansac GX-tra Sesle), které zabraňují podtékání. (14)

4.3 Pomůcky od firmy Coloplast

V České republice jsou v současné době dostupné pomůcky řady Alterna Free, Alterna, řada kosmetických produktů pro stomiky, irigační soupravy a stomické zátky. Stomické sáčky jsou opatřené speciální přilnavou plochou Alterna, která má hojivé a lepící schopnosti. Podložky mají unikátní spirálovité lepení, mohou být opatřené oušky, která umožní přichycení stomického pásu. Konvexní podložky jsou pro stomiky s vpadlou stomií. Sáčky Alterna Free jsou vybavené vestavěným filtrem, který odstraňuje zápach a zamezuje nafukování sáčku. Dvoudílné pomůcky mají speciální upínací zámeček. Tento zámeček je velmi spolehlivý. Od roku 2004 vyrábí firma řadu dvojdílných pomůcek Easiflex. Tento systém je velmi pružný a vhodný zejména pro nově operované stomiky. V tomto případě byl mechanický zámeček nahrazen speciálně vyvinutým materiálem, který bezpečně spojuje sáček s podložkou při zachování snadné manipulace a vysoké diskrétnosti. Je to jakýsi systém suchého zipu. (15) Do sortimentu patří také zátka Alterna Conseal, diskrétní pomůcka, která je ideální v situacích, kde není sáček vhodný. Pro péči o stomii vyrábí firma podobné výrobky jako předchozí firmy. Jsou to čisticí roztok Comfeel, ochranný film Comfeel, ochranný krém Comfeel, adhezivní pasta, ochranné destičky a pohlcovač pachu Ostobon. (16) Poslední novinkou této firmy je použití inovovaného dvouvrstvého lepícího materiálu SenSura. Má velké výhody oproti jednovrstvému materiálu. A to jedinečnou absorpci z povrchu kůže, vysokou odolnost vůči erozím, které jsou způsobené stolicí. Výhodná je také optimální lepivost a snadné odstranění materiálu.

4.4 Pomůcky od firmy B-Braun

Firmy vyrábí také kompletní sortiment pomůcek. Sáčky se jmenují Almarys či Flexima. Existuje několik druhů, uzavřené, otevřené, průsvitné nebo v tělovém zabarvení. Dvoudílný systém Almarys Twin je opatřen speciálním patentem, pro snadné připevnění sáčku k podložce. Z dalšího sortimentu firma dodává na trh čisticí pěnovou emulzi Softalind, podložky, pohlcovač zápachu, ochranný film Biotrol. B.Braun Ileogel, tento prášek je slisovaný v tabletě a v sáčku rychle odsává přebytečnou tekutinu ze stolice a tím dochází ke zhuštění stolice. Firma vyrábí také zátky Biotrol Iryfix. (17)

5. Životní styl pacientů se stomií

Skutečnost, že se člověk stane stomikem nemusí výrazně ovlivnit jeho rodinný a společenský život. Ovšem určité změny s sebou tato situace přináší.

5.1 Výživa a pitný režim

Onemocnění vede k velkým ztrátám živin způsobeným propouštěním střevní sliznice při průjmech. Ztráty bílkovin mají za následek zpomalené hojení ran, svalovou ochablost, tvorbu dekubitů a sníženou odolnost vůči infekcím. Nedostatek tekutin způsobuje suchost sliznic, pokles krevního tlaku a zrychlení tepu. Je potřeba také sledovat příjem vitamínů, draslíku, vápníku, hořčíku aj.

V první fázi nepodáváme nic ústy, pro zmírnění bolesti, zklidnění sliznice, snížení peristaltiky aplikujeme parenterální výživu. Můžeme podávat také enterální speciálně připravenou výživu. Cílem výživy v této fázi je podpora hojení a zabránění nutričním ztrátám. Ve stravě by měl být vyšší podíl bílkovin, železa, vápníku, vitamínů. Strava musí být vhodně technologicky upravena (šetřící, bezezbytková) a podávaná v menších dávkách (5-6krát denně). Dobré je podávat probiotika, která ovlivňují mikrobiální střevní rovnováhu. Dietetické moduly podáváme ke zvýšení příjmu bílkovin (Protifar) nebo energie (Fantomalt). Stravu je možné doplnit o enterální výživu, která v malém objemu dodá více energie. V druhé fázi, v klidovém období je stravování individuální a nejsou zde striktní omezení ve výběru potravy. Vhodné je vytipovat vyhovující potraviny, které nezpůsobují nadýmání, tlak v břiše, zácpu a průjem. Energetický příjem by měl být úměrný tělesné aktivitě. Důležité je dodržovat pitný režim, při nedostatku tekutin hrozí riziko zácpy a ucpání stomie. (18)

5.2 Fyzická aktivita a sport

Opětovné zařazení do zaměstnání bývá většinou možné. Výjimkou jsou práce s velkou tělesnou námahou, nepříznivou polohou při práci a s nemožností pravidelných přestávek. Opětovné zařazení, pokud je to možné, je vhodné i pro psychiku nemocného. Část nemocných ovšem získává i plný invalidní důchod. Po operaci je nutné alespoň na 6-8 týdnů vyloučit fyzickou aktivitu z důvodu oslabení břišní stěny. Ale i v pozdějším období by se měl stomik vyhnout zvedání břemen nad 5 kg. Později je možné provádět celou řadu sportů s výjimkou těch, kde je potřeba síla (box, karate...). Naopak vhodné je plavání (lze se koupat i v moři), tenis, turistika, cvičení. Díky spolehlivě těsnící pomůcce je možné se koupat. (2)

5.3 Společenský a rodinný život

Kvalita partnerského a rodinného života nemocného se stomií záleží na způsobu života před operací. Vytvořením stomie se nemocný dostává do tíživé životní situace, která je navíc často poznamenána vědomím onkologického onemocnění. Psychická odezva na závažné onemocnění je provázena úzkostí, hněvem, depresí, pocity zoufalství až beznaděje. Další pocity, které mohou stomika potkat jsou pocity méněcennosti, znetvoření a u žen ztráty jejich ženskosti. To vše může vést k vyhýbání se společenskému kontaktu a i partnerskému životu. O to více potřebuje nemocný v této fázi podporu rodiny a vědomí klidného zázemí. O stomii by měl partner vědět a měl by jí případně umět i ošetřovat. Stomik ovšem o tom, komu budou informace podány rozhodne sám. V případě opětovného návratu do zaměstnání je dobré o této skutečnosti informovat nadřízeného a začít kratší pracovní dobou. Po rekonvalescenci je vhodné, aby se stomik zapojil do společenského života, nestránil se svých přátel, nebál se navštěvovat kulturní akce jako je divadlo, kino, restaurace. Problém by neměla činit ani delší dovolená, pokud si s sebou stomik vezme dostatek pomůcek a bude mít podmínky pro její ošetření.

Intimní život může být dočasně narušen. Psychické problémy mohou být doplněny ještě o komplikace, které souvisejí s operací. Při operaci může dojít k přetěti nervů a nemocný může mít snížené libido, problémy s ejakulací a erekcí aj., tento stav je u většiny nemocných dočasný. Sexuální styk, pokud se neobjevily žádné komplikace, se doporučuje nejdříve za 2-3 měsíce po operaci. Doporučuje se pomůcku zakrýt prádlem a mít ji před samotným stykem vyměněnou. Stomie není kontraindikací těhotenství. Případná rizika jsou stejná jako u jiné těhotné ženy. Těhotenství se doporučuje nejdříve dva roky po operaci. (2)

5.4 Psychosociální problémy – Kluby stomiků

Operace na střevě s následnou stomií jsou z velké části prováděny z důvodu zhoubného nádoru, takže se k fyzickým změnám přidává i ohrožení samotné existence člověka. Mezi psychickým prožíváním nemoci jsou velké individuální rozdíly. U onkologicky nemocných často dochází ke stavům těžké deprese. Ovšem i deprese má v životě člověka své opodstatnění. Je útlumem organismu, časem potřebným k nabrání nových sil. Ze strany zdravotníků je důležité, aby nemocnému dovolili ventilovat stupňující se vnitřní napětí, nechat ho vypovídat ze svých starostí a obav. Při bilancování životní situace jsou nemocní ohroženi suicidálním chováním, které plyne z neschopnosti si představit další svůj život. Riziku lze zabránit opakovaným a trpělivým vysvětlováním, event. zprostředkováním setkání

se stejně nemocnými lidmi. Je nutné působit i na rodinu, aby byla nemocnému skutečnou životní oporou. Není vhodný hypersenzitivní přístup k nemocnému projevující se lítostí a neúměrnou snahou mu pomoci. Nemocný se cítí méněcenný a neschopný. Druhým extrémem je negativní přístup, kdy nemocný cítí ze strany příbuzných odcizení.(2)

Vysoce pozitivní úlohu hrají v životě stomiků Kluby pro stomiky. Jsou to dobrovolná sdružení nositelů stomií, jejichž posláním je hájit zájmy pacientů se stomií, především v oblasti dostupnosti kvalitních pomůcek. Jejich činnost se odvíjí v několika směrech. Členové klubů se pravidelně scházejí a pořádají různá sezení, kam si zvou odborníky v této problematice a nejenom v ní. Řeší problémy, jak ošetřovat stomii, dozvídají se o novinkách, které se objevily na trhu a podobně. Kluby zajišťují pro své členy pobyty v lázních a rekondační pobyty v přírodě, víkendové výlety, turistické vycházky a další. Fakt, že se mohou sejit stejně nemocní lidé má dobrý informační, psychologický a společenský efekt. Všechny regionální kluby sdružuje organizace „ILCO“ (sdružení stomiků v ČR). Tato organizace vznikla v roce 1993 při setkání již několika existujících regionálních klubů. Organizace také vytvořila podmínky k zařazení české společnosti do světové organizace (International Ostomy Association – IOA). Zde se sdružuje více než 87 zemí. Od srpna 2007 je prezidentem této organizace český Doc. RNDr. Vladimír Kleinwächter, CSc.. České ILCO hájí zájmy stomiků při jednání se státními orgány. Nepravidelně vydává informační bulletin s názvem ILCO zpravodaj. (19)

Celková kvalita života stomiků, ale i jiných nemocných lidí závisí na vztahu nemocný – sestra – lékař – rodina – společnost. V tomto směru je potřeba informovat společnost, aby tyto nemocné lidi přijala vnímala jako ostatní zdravé jedince. (2) Péče o tyto nemocné by měla probíhat v souladu s etickým kodexem „Charta práv stomiků“. (viz. příloha č. 2)

II. Praktická část

6. Hypotézy

1. Předpokládám, že ve výzkumném vzorku bude převládat počet respondentů s kolostomií, která byla zapříčiněna kolorektálním karcinomem.
2. Většina respondentů byla edukována sestrou z oddělení a lékařem při rozhovoru.
3. Edukace při pobytu netrvala déle než 1 hodinu a její důležitou součástí byly letáky a brožury.
4. Předpokládám, že většina respondentů byla po propuštění schopná o stomii pečovat sama.
5. Respondenti byli informováni o Klubech pro stomiky a využívají jejich činností.
6. Předpokládám, že větší část respondentů používá pomůcky od firmy ConvaTec.

7. Metodika výzkumu

Pro získání informací od vybraného souboru respondentů byla použita metoda dotazníkového šetření. Výzkum probíhal od prosince 2007 až do první poloviny února 2008.

7.1 Dotazník

Anonymní dotazník je uveden v příloze č. 3. Byl sestaven specificky pro účely tohoto výzkumu. V dotazníku se objevují převážně uzavřené otázky. V těchto otázkách si mohli respondenti zvolit jednu odpověď a u některých mohli označit více možností. V případě 7 otázek mohli respondenti vyjádřit i jinou odpověď, pokud jim předchozí možnosti nevyhovovaly. Dále jsou v dotazníku použity 3 polouzavřené otázky, kdy při kladné odpovědi respondenti doplňovali požadovaný doplňující údaj. V 1 případě doplňovali údaj při záporné odpovědi.

Dotazník se týkal předoperační a pooperační edukační péče a měl za úkol zjistit jakým způsobem, jak dlouho a kdo respondenty edukuje v nemocnicích.

V dotazníku byly 2 otázky, které určily pohlaví a věk respondentů. 4 otázky se týkaly stomie samotné. Typ stomie, jak dlouho respondenti stomii mají, příčina stomie a případné komplikace, které by ovlivnily edukaci. 2 otázky se týkaly stomických pomůcek. Zbýlých 10 otázek bylo zaměřeno na edukaci.

Celkem jsem rozdala 70 dotazníků. Návratnost byla 62 dotazníků a použitelných pro vyhodnocení bylo 55 dotazníků.

7.2 Postup práce

Požádala jsem o pomoc stomasestru Helenu Knotkovou, DiS. z Nemocnice Písek, a.s., poslala jsem jí 40 dotazníků i s obálkami, aby do ní mohli stomici dotazník zalepit a byla tím dodržena anonymita. Dotazníky jsem z nemocnice obdržela poštou. 30 dotazníků s ofrankovanými obálkami jsem donesla do ambulance MUDr. Petra Formánka v Poliklinice Pardubice a sestry zde rozdávaly dotazníky stomikům, kteří přicházeli na kontrolu. Po vyplnění dotazníku ho stomici odesílali v předem připravené obálce se známkou a nadepsanou adresou.

Pro analyzování dat jsem použila tyto metody:

- Grafická znázornění
 - Výsečové grafy

- Tabulky – jsou tvořené pro číselné zobrazení odpovědí a procentuální vyjádření. Předcházejí jednotlivým grafickým znázorněním.

Analýza byla provedena na PC v systému Windows XP, v těchto programech:

- MS Word XP
- MS Excel XP

7.2 Výzkumný vzorek

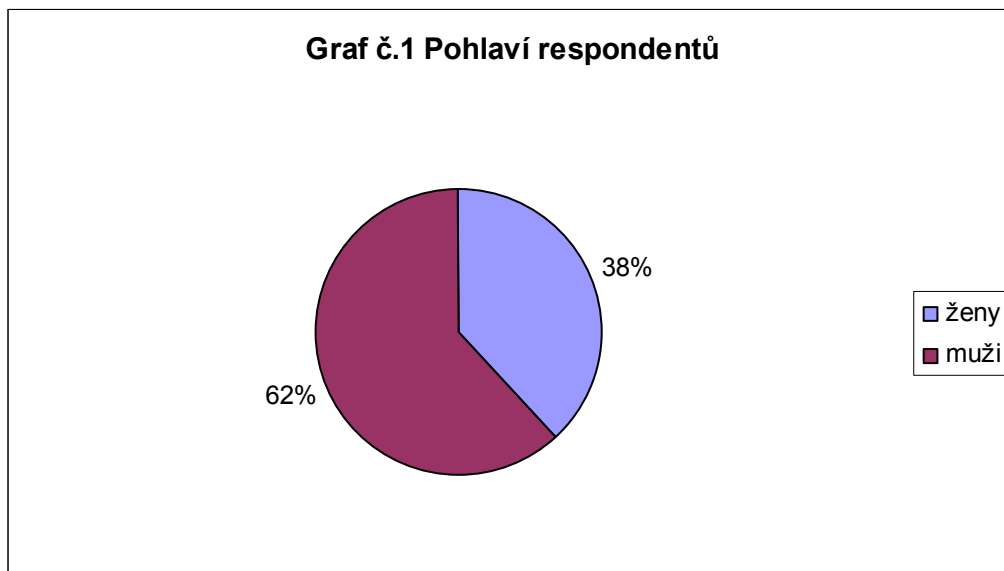
Výzkumu se zúčastnilo celkem 55 respondentů. Z toho 34 mužů (62%) a 21 žen (38%). Z Nemocnice Písek, a.s. se vrátilo 22 hodnotitelných dotazníků a z ambulance MUDr. Petra Formánka 33 hodnotitelných dotazníků.

8. Vyhodnocování výsledků

OTÁZKA č. 1 „Jste?“

Tab č. 1 Pohlaví respondentů

pohlaví	počet respondentů	procentuální vyjádření
ženy	21	38%
muži	34	62%

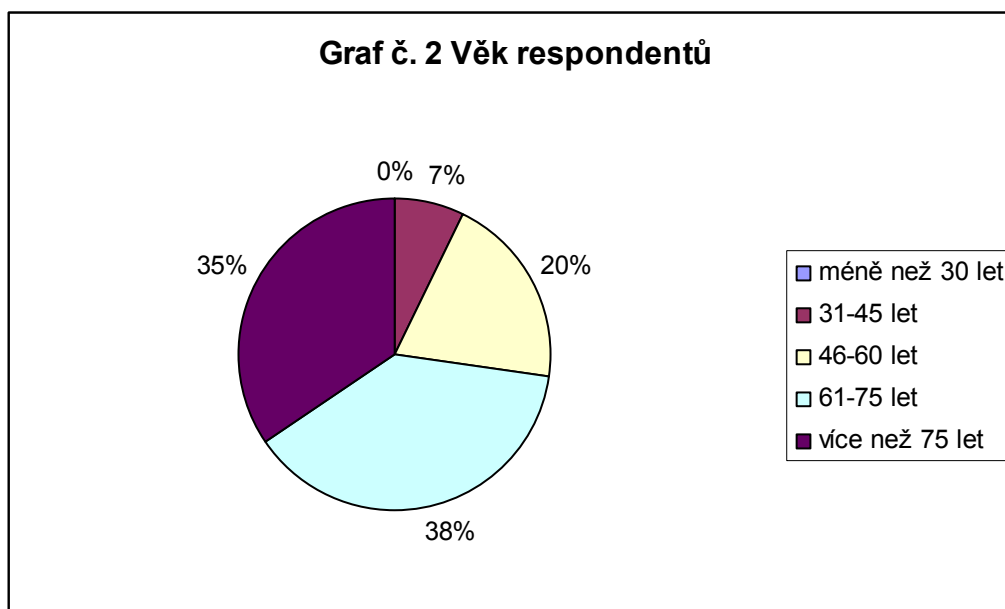


Z celkového počtu 55 respondentů bylo 38% žen a 62% mužů. Z takto malého vzorku je patrné, že většina stomiků jsou muži, avšak při rozsáhlejší studii by tento rozdíl jistě nebyl tak patrný.

OTÁZKA č. 2 „Váš věk?“

Tab. č.2 Věk respondentů

věk	počet respondentů	procentuální vyjádření
méně než 30 let	0	0%
31-45 let	4	7%
46-60 let	11	20%
61-75 let	21	38%
více než 75 let	19	35%

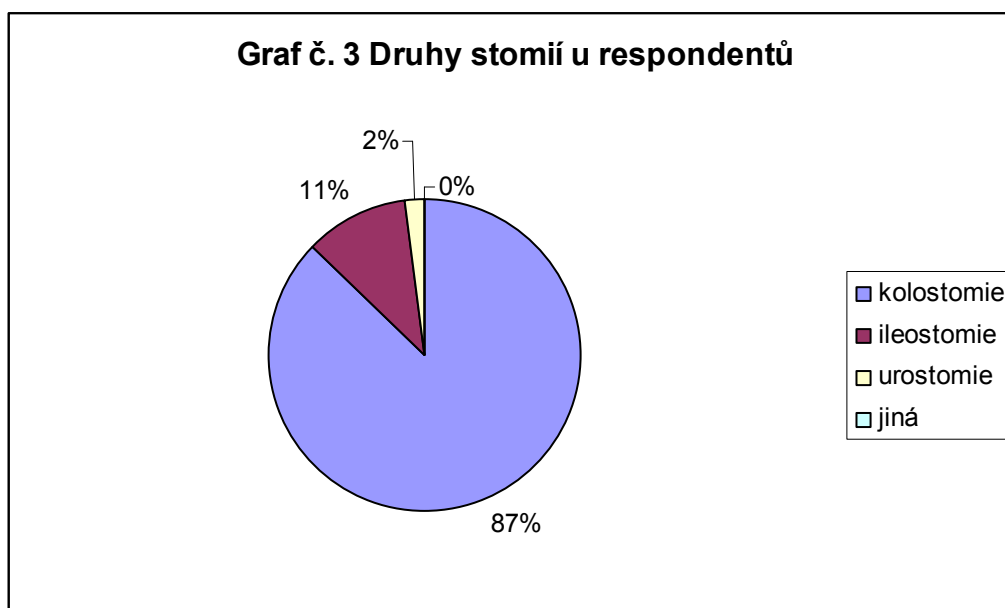


Otázka na věk respondentů měla 5 možností odpovědí. Nikdo z respondentů nebyl mladší 30 let, což svědčí pro vyšší výskyt stomií u nemocných ve vyšším věku. Mezi respondenty byla nejvíce zastoupená kategorie od 60 let věku, 35% respondentů bylo starších 75 let a 38% respondentů spadalo do kategorie od 61 let do 75 let. Nezanedbatelný je také počet u respondentů mezi 46-60 lety, zde jich bylo 20%. V kategorii mezi 31-45 let se nacházelo 7% respondentů.

OTÁZKA č. 3 „Druh stomie, kterou máte?“

Tab č. 3 Druhy stomií u respondentů

druh stomie	počet respondentů	procentuální vyjádření
kolostomie	48	87%
ileostomie	6	11%
urostomie	1	2%
jiná	0	0%



Mezi respondenty se nejčastěji vyskytovala kolostomie, a to v 87%. Pouze 11% respondentů mělo ileostomii a jeden respondent urostomii. Jinou stomii respondenti v tomto vzorku neoznámili.

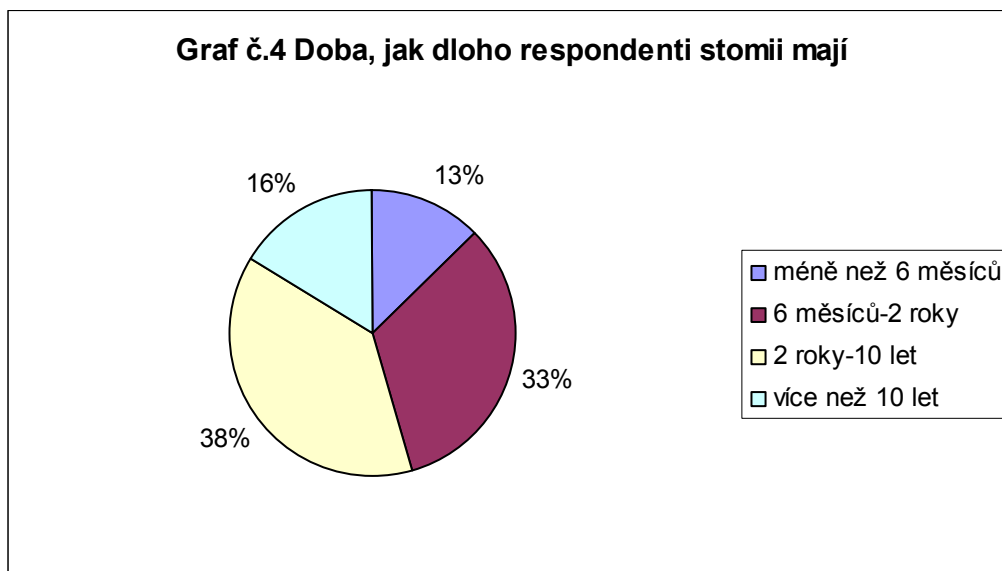
OTÁZKA č. 4 „Doba, jak dlouho stomii máte?“

Tab. č.4 Doba, jak dlouho respondenti stomii mají

doba	počet respondentů	procentuální vyjádření
méně než 6 měsíců	7	13%
6 měsíců-2 roky	18	33%
2 roky-10 let	21	38%
více než 10 let	9	16%

Tab. č.5 Zastoupení v kategorii více než 10 let

doba	počet respondentů	procentuální vyjádření
11 let	1	11%
12 let	3	33,5%
15 let	3	33,5%
21 let	1	11%
25 let	1	11%



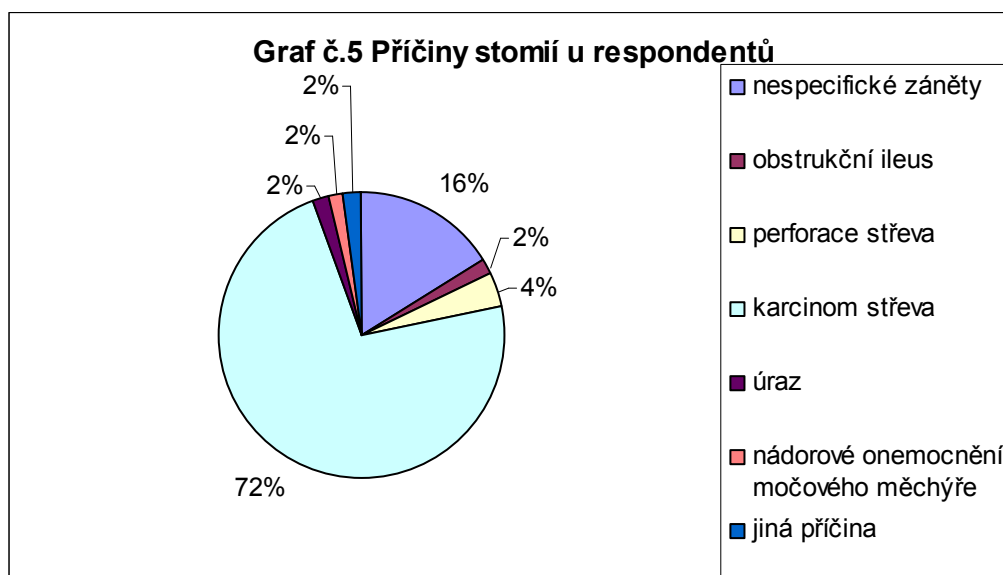
Tato otázka ozřejmila, jak dlouho nemocní stomii mají. Na základě této otázky se dá usuzovat o tom, jak edukace v nemocnici mohla probíhat. Nejvíce respondentů mělo stomii

v rozpětí od 6 měsíců do 10 let. Konkrétně v kategorii od 6 měsíců do 2 let mělo stomii 33% respondentů. V kategorii od 2 let do 10 let 38%. Méně než 6 měsíců mělo stomii 13% respondentů. Tyto respondenti se s předoperační a pooperační edukací setkali v relativně nedávné době, a proto se jejich hodnocení dá přikládat velký význam. Více než 10 let mělo stomii 16% respondentů, jak ukazuje podrobně Tab.č.5. Pouze 2 respondenti měli stomii déle než 20 let a to konkrétně 21 let a 25 let.

OTÁZKA č. 5 „Příčina, která vedla ke stomii?“

Tab. č. 6 Příčiny stomií u respondentů

příčina	počet respondentů	procentuální vyjádření
nespecifické záněty (Crohnova choroba, ulcerózní kolitída)	9	16%
obstrukční ileus	1	2%
perforace střeva	2	4%
karcinom střeva	40	72%
úraz	1	2%
nádorové onemocnění močového měchýře	1	2%
jiná příčina	1	2%

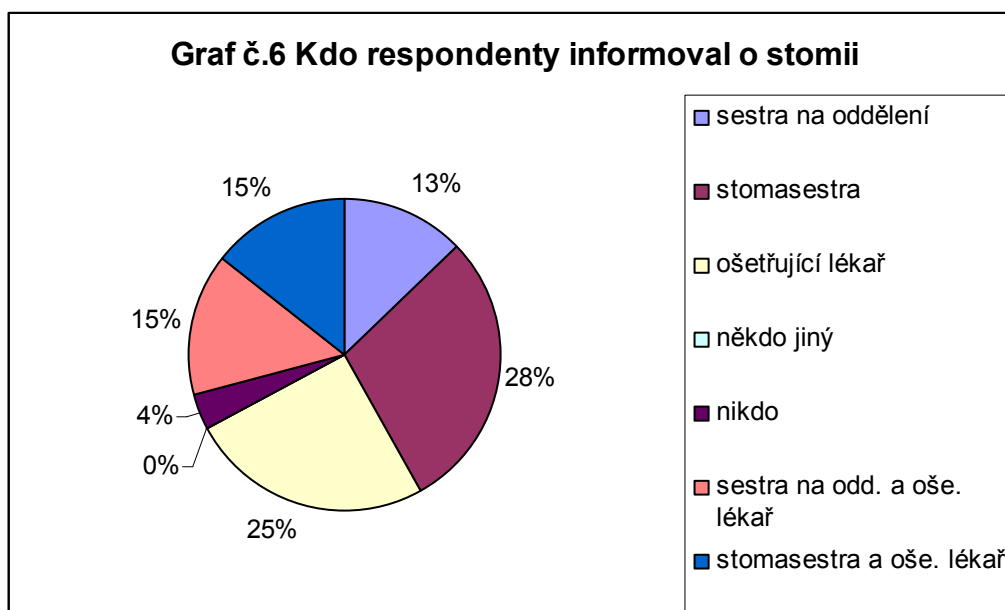


Z výsledků je patrné, že nejčastější příčinou stomie byl karcinom tlustého střeva. Souvisí to i s výsledky otázky č. 3, kdy mezi respondenty byla nejčastěji zastoupená kolostomie. Karcinom tlustého střeva, jako příčinu stomie označilo 72% respondentů. 16% stomií způsobily nespecifické záněty. Perforace střeva byla příčinou stomie u 2 respondentů (4%). Obstrukční ileus, úraz a nádorové onemocnění močového měchýře byly příčinou vždy u 1

respondenta (2%). Jinou příčinu označil 1 respondent a doplnil, že se jednalo o benigní nádor asi 10 cm nad konečníkem (2%).

Tab č.7 Kdo respondenty informoval o stomii

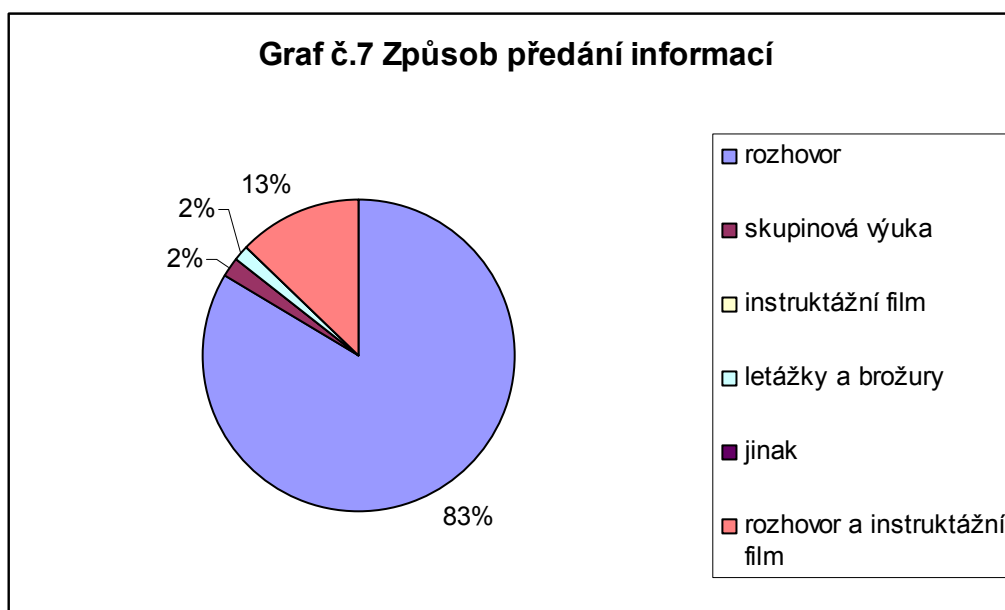
kdo informoval	počet respondentů	procentuální vyjádření
sestra na oddělení	7	13%
stomasestra	16	28%
ošetřující lékař	14	25%
někdo jiný	0	0%
nikdo	2	4%
sestra na oddělení a ošetřující lékař	8	15%
stomasestra a ošetřující lékař	8	15%



13% respondentů informovala sestra na oddělení. Největší procento respondentů informovala stomasestra a to ve 28%. Ošetřující lékař informoval 25% respondentů. Nezanedbatelné jsou také hodnoty, kde spolupracoval lékař buď se sestrou z oddělení a nebo se stomasestrou. Obě tyto možnosti zodpovědělo 15% respondentů. 4% respondentů nikdo neinformoval.

Tab č. 8 Způsob předání informací

způsob edukace	počet respondentů	procentuální vyjádření
rozhovor se zdravotníkem	46	83%
skupinovou výukou	1	2%
shlédnutím instruktážního filmu	0	0%
pouze pomocí letáčku, brožury	1	2%
jinak	0	0%
rozhovor a shlédnutí instruktážního filmu	7	13%

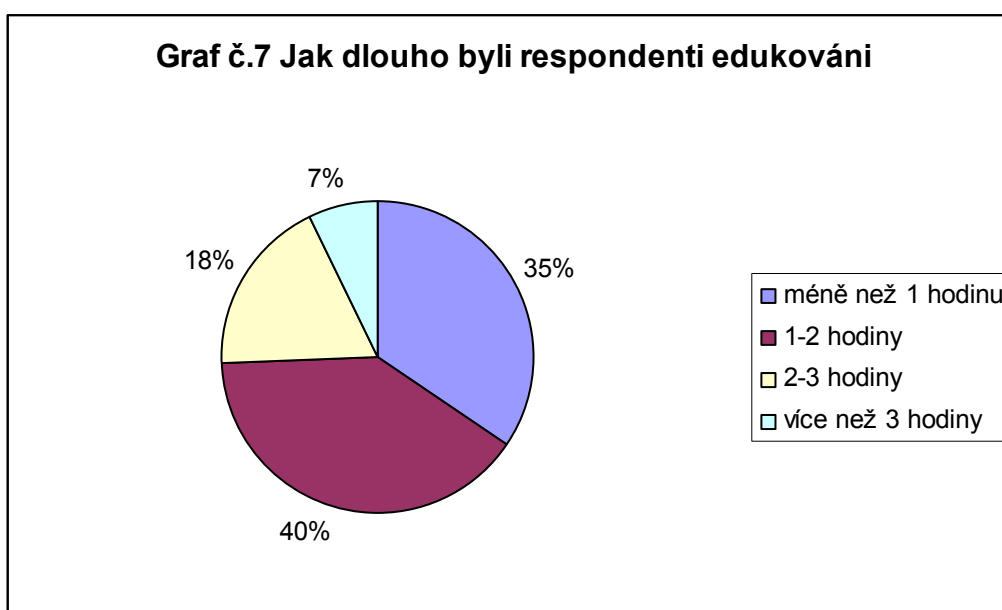


Předání informací u většiny respondentů probíhalo při rozhovoru se zdravotníkem (87%). Ve 13% se k rozhovoru přidalo ještě shlédnutí instruktážního filmu. Skupinovou výuku a edukaci pouze pomocí letáčku a brožury označil shodně 1 respondent (2%). Pouze shlédnutí instruktážního filmu a jinou možnost nikdo neoznačil.

OTÁZKA č. 8 „Určete dobu, kdy Vám v nemocnici zdravotníci vysvětlovali péči o stomii.“

Tab. č. 9 Jak dlouho byli respondenti edukováni

doba	počet respondentů	procentuální vyjádření
méně než 1 hodinu	19	35%
1-2 hodiny	22	40%
2-3 hodiny	10	18%
více než 3 hodiny	4	7%



V této otázce určovali respondenti dobu, kterou jim zdravotníci věnovali, když jim vysvětlovali problematiku stomií. Nejčastěji respondenti odpověděli první a druhou možností. U 75% respondentů trvala edukace do 2 hodin, méně než 1 hodinu u 35% a v rozmezí 1-2 hodiny u 40% respondentů. 2 až 3 hodiny bylo edukováno 18% respondentů. Edukace delší než 3 hodiny proběhla u 7% stomiků. Ideální rozmezí by se mělo přizpůsobit potřebě nemocného, ale edukace by měla trvat přes 1 hodinu. Tato problematika je velmi široká a nemocný by měl dostat dostatek prostoru také na své dotazy.

OTÁZKA č. 9 „Vyzkoušel(-a) jste si výměnu sáčku před operací?“

Tab. č.10 Kolik respondentů si vyzkoušelo výměnu sáčku před operací

možnost	počet respondentů	procentuální vyjádření
ano	6	11%
ne	49	89%



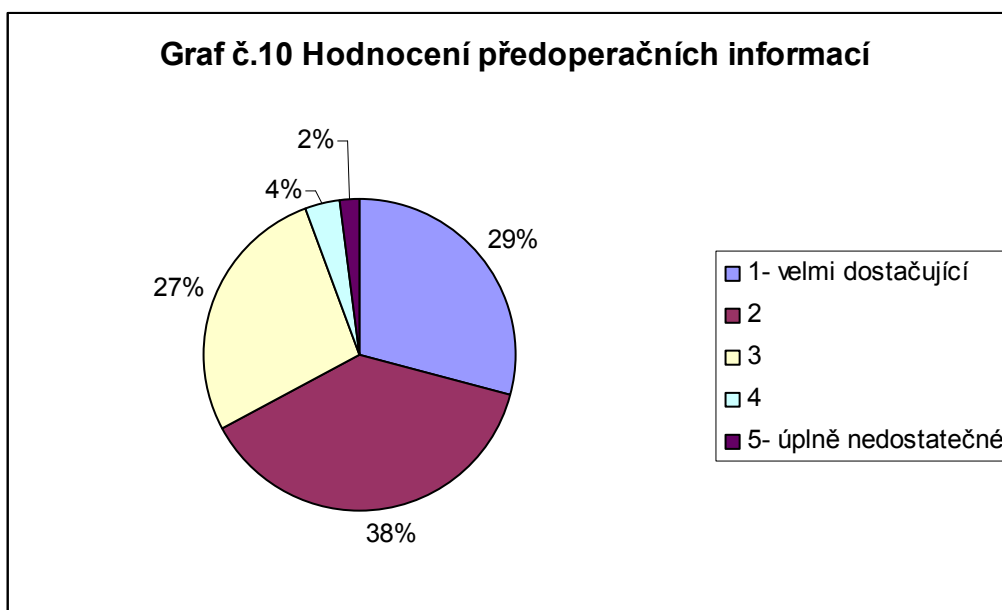
Výměnu sáčku si před operací vyzkoušelo pouze 11% respondentů. Převážná většina si výměnu nevyzkoušela (89%). Tento výsledek také odpovídá spíše teoretické předoperační informovanosti, bez praktické ukázky.

OTÁZKA č. 10 **„Považoval(-a) jste informace, které Vám byly poskytnuté před operací za velmi dostačující 1-2-3-4-5 úplně nedostatečné?“**

„Pokud nedostatečné, které Vám chyběly?“

Tab. č.11 Hodnocení předoperačních informací

známka	počet respondentů	procentuální vyjádření
1- velmi dostačující	16	29%
2	21	38%
3	15	27%
4	2	4%
5- úplně nedostatečné	1	2%



V této otázce odpovídali respondenti pomocí známkové stupnice, která se používá ve škole. Měli ohodnotit kvalitu předoperačních informací, které jim poskytli zdravotníci. Většina respondentů využila známky 1, 2 a 3. Konkrétně známku 1 (velmi dostačující informace) označilo 29% respondentů. Nejvíce respondentů zvolilo známku 2, a to 38% z nich. Známkou 3 označilo 27% respondentů. Známkou 4 a 5 zvolili jenom 3 respondenti (6%). A v případě jedné známky 5 označil tuto možnost respondent, u kterého nebylo před operací o stomii rozhodnuto. Výsledky tudíž ukazují na kvalitní informovanost. Ovšem i respondenti, kteří označili známku 3 našli informace, které jim chyběly. (viz. níže)

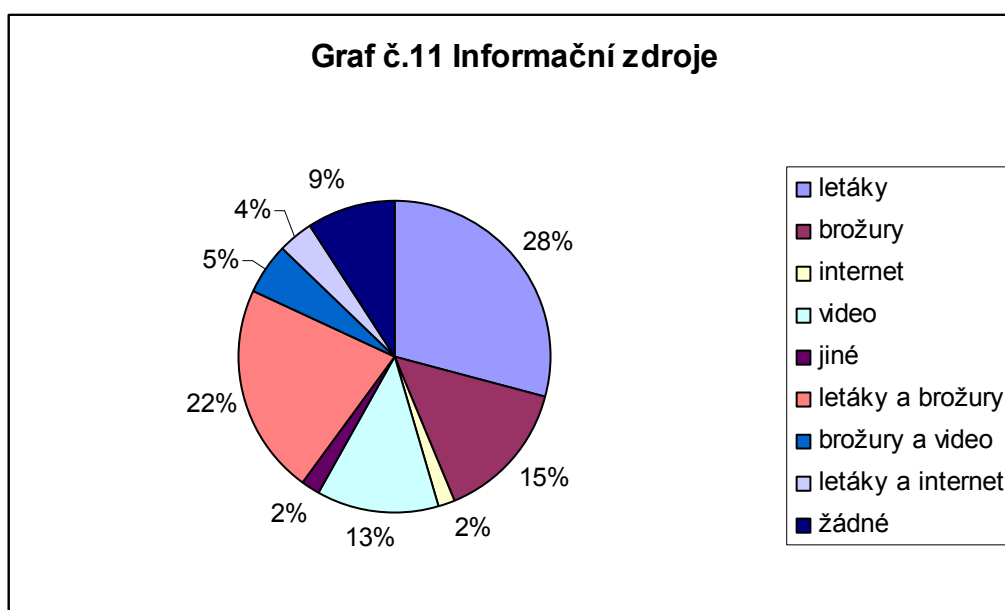
Chybějící informace doplnilo 9 respondentů. A dopsali tyto chybějící informace:

- Jak to budu zvládat doma, zda budu na někom závislý? (zn. 3)
- Jak bude probíhat hygiena? (zn. 3)
- Nejistota z budoucnosti, co budu dělat dál? Zda budu muset být jenom doma? (zn. 3)
- Jak to bude s mým zaměstnáním? (zn. 3)
- Strach o to, že ztratím svoji manželku. (zn. 3)
- Před operací jsem neviděl žádné pomůcky. (zn. 3)
- Bohužel jsme před operací nevěděl, že budu mít stomii, tato možnost u mě byla vyloučena. Měl jsem jenom informace o tom, jak stomie vypadá. (zn. 4)
- Zda budu moci žít plnohodnotný život? Zda budu moci chodit mezi lidi a jaké sáčky budu moci na stomii dávat? (zn. 4)
- Před operací jsem netušil, že budu mít stomii, neměl jsem žádné informace. (zn. 5)

OTÁZKA č. 11 „Jaké jste měl(-a) k dispozici informační zdroje před operací?“

Tab. č. 12 Informační zdroje

zdroje informací	počet respondentů	procentuální vyjádření
letáky	16	28%
brožury	8	15%
internet	1	2%
video	7	13%
jiné	1	2%
letáky a brožury	12	22%
brožury a video	3	5%
letáky a internet	2	4%
žádné	5	9%



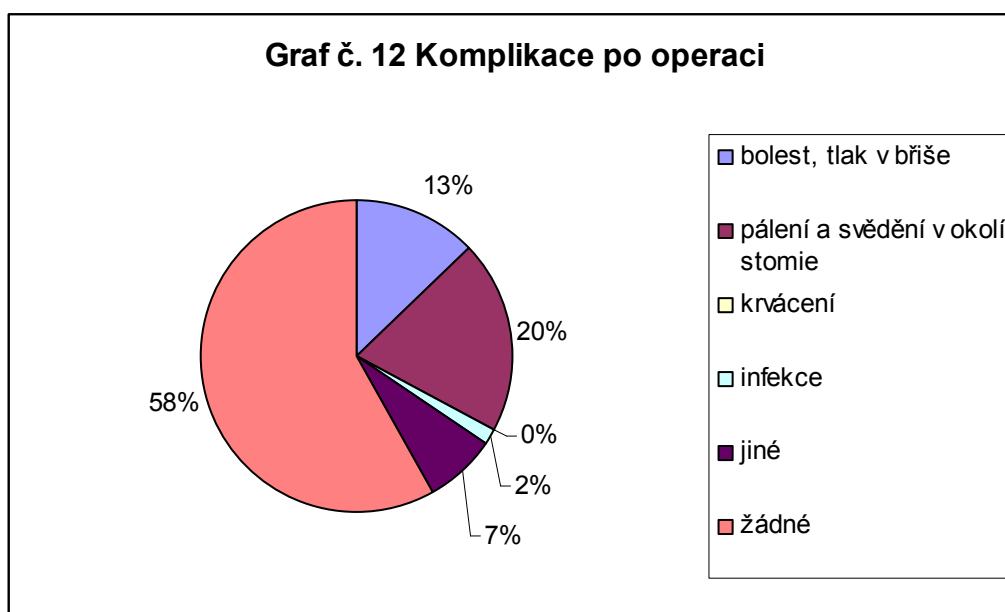
Nejvíce byly mezi informační zdroje zařazeny letáky a brožury. Pomocí letáků bylo informováno 28% respondentů a pomocí brožur 15% respondentů. 22% respondentů zaškrtnulo letáky i brožury. Video využilo 13% respondentů. K videu použilo brožury 5% respondentů. Pomocí internetu se vzdělával jeden respondent (2%) a další 2 respondenti využili spolu s internetem ještě letáky (4%). Pět respondentů nemělo k dispozici žádné informační zdroje

(9%)! U možnosti jiné, dopsal jeden respondent, že jeho lékař byl blízký přítel a tudíž měl informace od něj.

OTÁZKA č. 12 „Vyskytla se u Vás v pooperačním období nějaká komplikace, která ovlivnila péči o stomii?“

Tab. č.13 Komplikace po operaci

komplikace	počet respondentů	procentuální vyjádření
bolest, tlak v břiše	7	13%
pálení a svědění v okolí stomie	11	20%
krvácení	0	0%
infekce	1	2%
jiná	4	7%
žádná	32	58%



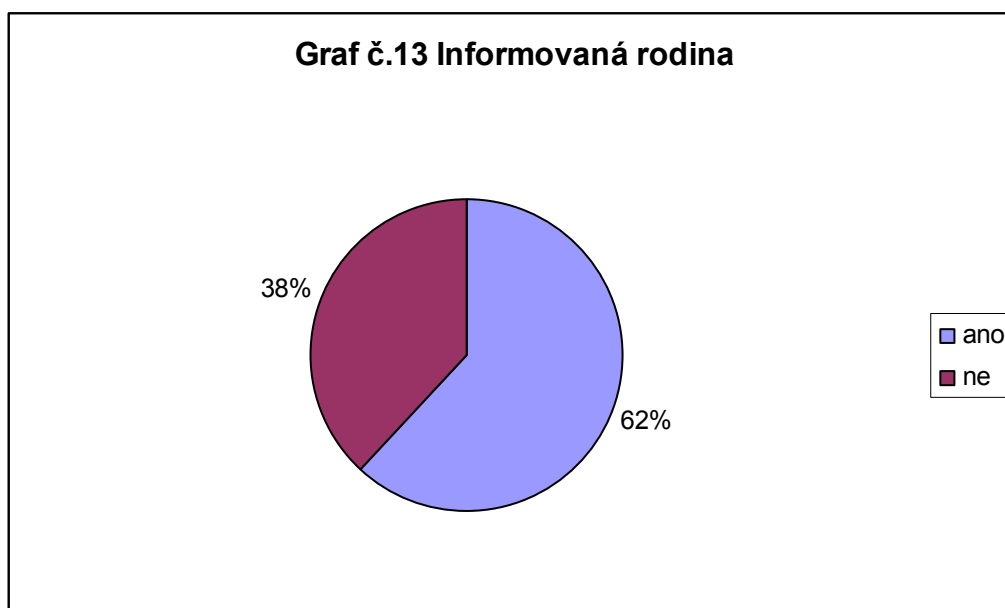
Pozitivním výsledkem této otázky bylo, že 58% respondentů nemělo po operaci žádnou komplikaci. A tudíž následná pooperační edukace nebyla ničím komplikovaná. 20% respondentů mělo pálení a svědění v okolí stomie. U 13% z nich se objevila bolest a tlak v břiše. Infekcí byl postižen pouze jeden respondent (2%). U nikoho z respondentů se neprojevovalo krvácení ze stomie. Možnost jiné komplikace označilo 7% respondentů a dopsali tyto komplikace: zácpa, průjem, oboustranná břišní kýla a dekompenzace DM.

OTÁZKA č. 13 „Byla o nové problematice života se stomií informována i Vaše rodina?

„Pokud ANO, jakým způsobem?“

Tab. č.14 Informovaná rodina

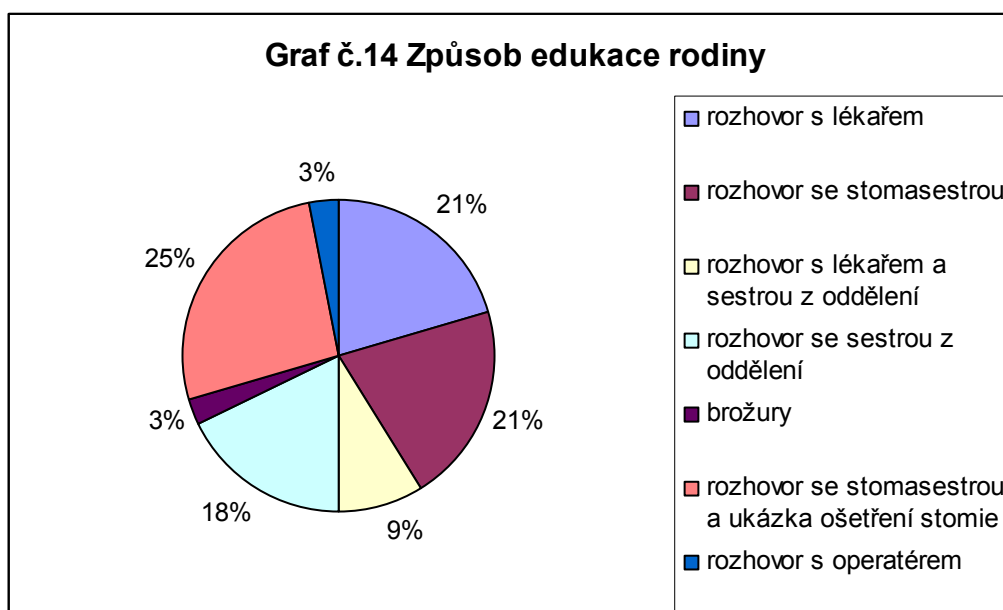
možnost	počet respondentů	procentuální vyjádření
ano	34	62%
ne	21	34%



U většiny respondentů byla rodina o nové problematice stomií informována (62%). Avšak 38% respondentů odpovědělo, že jejich rodina informována nebyla. Tato otázka ovšem už neobsahovala, zda to nebylo způsobeno tím, že by respondent nedal souhlas k tomu, aby zdravotníci rodinu informovali. I přesto je 62% informovanost pozitivní. V Tab. č.15 jsou vyjmenované způsoby edukace rodiny a jejich četnosti, tyto odpovědi respondenti doplňovali.

Tab. č.15 Způsob edukace rodiny

způsob edukace rodiny	počet respondentů	procentuální vyjádření
rozhovor s lékařem	7	21%
rozhovor se stomasestrou	7	21%
rozhovor s lékařem a sestrou z oddělení	3	9%
rozhovor se sestrou z oddělení	6	18%
brožury	1	3%
rozhovor se stomasestrou a ukázka ošetření stomie	9	25%
rozhovor s operátorem	1	3%

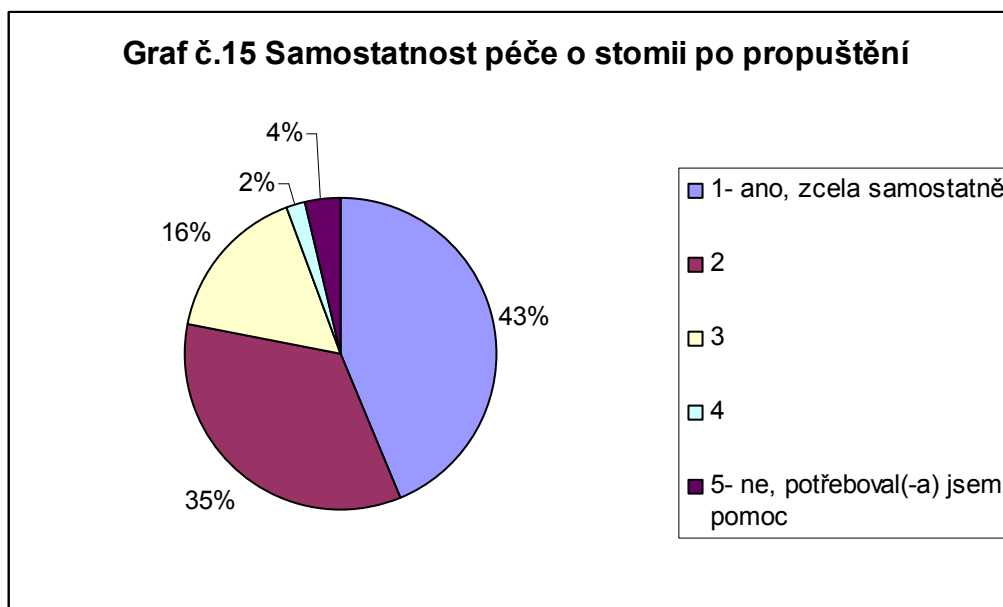


Nejčastěji probíhala edukace rodiny rozhovorem se zdravotnickým personálem. Lékař informoval rodinu u 21% respondentů, stomasestra také u 21% respondentů. Sestra z oddělení informovala 18% rodin a společně s lékařem informovali 9% rodinných příslušníků. V jednom případě informoval o této problematice rodinu operátér. A u jednoho respondenta proběhla edukace rodiny jenom pomocí brožury. Nejvíce se tedy na edukaci rodinných příslušníků podílela stomasestra a ve 25% tato edukace probíhala ještě s ukázkou ošetření stomie.

OTÁZKA č. 14 **„Byl(-a) jste schopen(-a) si o stomii samostatně pečovat před propuštěním z nemocnice?“**

Tab. č.16 Samostatnost péče o stomii po propuštění

známka	počet respondentů	procentuální vyjádření
1- ano, zcela samostatně	24	43%
2	19	35%
3	9	16%
4	1	2%
5- ne, potřeboval(-a) jsem pomoc	2	4%



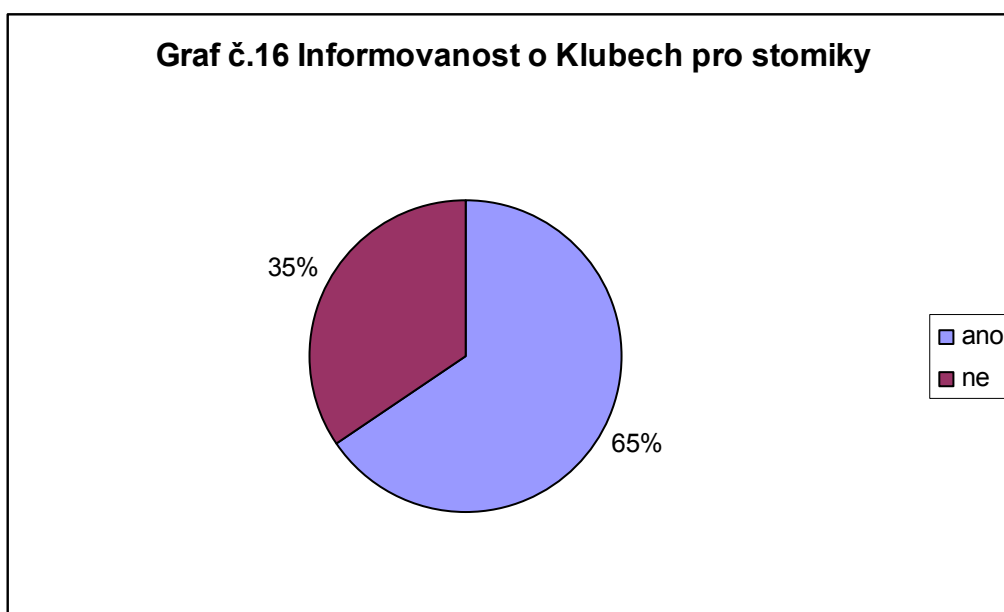
Na otázku č.14 odpovídali respondenti stejně jako na otázku č.10 pomocí známkovací stupnice, která se používá ve škole. Kdy nejlepší hodnocení je 1 a pokračuje sestupně. Většina respondentů označila možnosti 1 a 2, to znamená, že byli schopni si o stomii pečovat sami a nebo jen s minimální pomocí. Znamku 1 označilo 43% respondentů a znamku 2 35% respondentů. Znamkou 3 ohodnotilo otázku 16% respondentů. Znamku 4 a 5 označilo 6% respondentů, ti už potřebovali pomoc. V těchto případech přebrala péči o stomii manželka nebo sestra z agentury domácí péče. Tento výsledek svědčí o tom, že po propuštění, nemocní byli schopni péči o stomii zvládnout sami. I když menší část stomiků pomoc v domácím léčení ještě potřebovala.

OTÁZKA č. 15 „Byl(-a) jste před propuštěním z nemocnice informován(-a) o Klubech pro stomiky a využíváte jejich činnost?“

„Pokud ANO, jakým způsobem?“

Tab. č. 17 Informovanost o Klubech pro stomiky

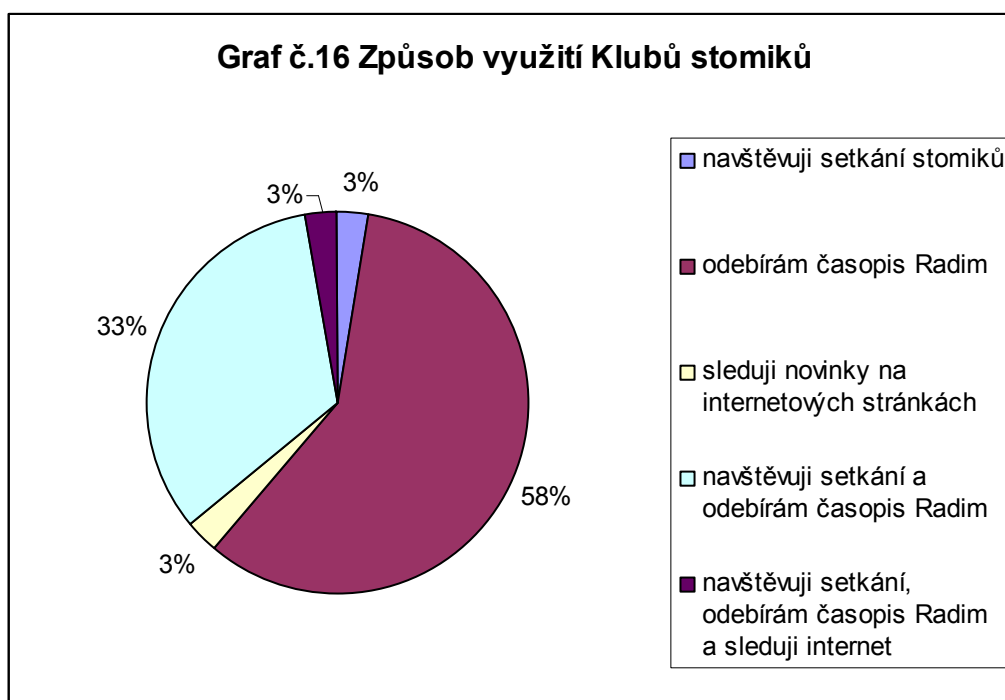
možnost	počet respondentů	procentuální vyjádření
ano	36	65%
ne	19	35%



Většina respondentů byla o Klubech pro stomiky informována a využívá jejich činnost. Konkrétně to bylo 65% respondentů. 35% respondentů o těchto klubech a jejich činnostech informováno nebylo. Je to nezanedbatelné číslo, protože činnosti těchto klubů v mnohém dokáží stomikům pomoci a je dobré, aby měli nemocní před propuštěním na tyto instituce kontakt.

Tab. č.18 Způsob využití činnosti Klubů pro stomiky

způsob využití Klubů	počet respondentů	procentuální vyjádření
navštěvuji setkání stomiků	1	3%
odebírám časopis Radim	21	58%
sleduji novinky na internetových stránkách	1	3%
navštěvuji setkání a odebírám časopis Radim	12	33%
navštěvuji setkání, odebírám časopis a sleduji i internet	1	3%



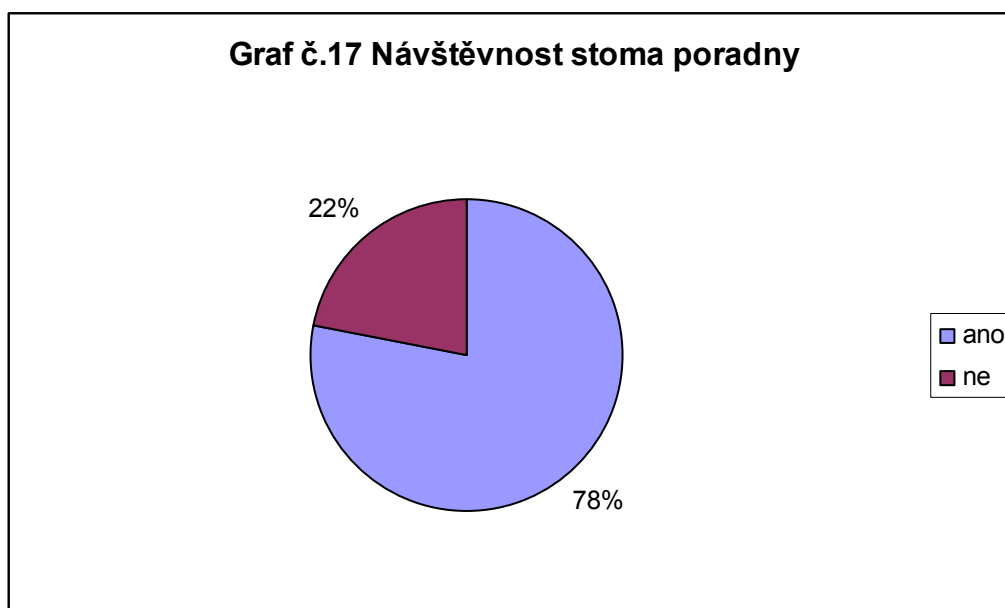
65% respondentů, kteří byli informováni o Klubech pro stomiky, využívá i jejich činnosti. Jak je patrné z grafu č.16, nejvíce stomiků odebírá časopis Radim. Jenom časopis odebírá 58% z informovaných respondentů. Dalších 33% respondentů odebírá časopis a ještě navštěvuje setkání stomiků. Setkání stomiků navštěvuje také jeden respondent, který neodebírá časopis Radim (3%). Internetové novinky sleduje jeden respondent (3%). Všechny 3 možnosti činností využívá také jeden respondent (3%). Jiný způsob využití činnosti Klubů nikdo z respondentů nedopsal. Snížený počet respondentů u možností s internetem, může být dán vyšším věkem respondentů a neznalostí práce s výpočetní technikou.

OTÁZKA č. 16 „Navštěvuje pravidelně stoma poradnu?“

„Pokud ANO, jak často?“

Tab. č.19 Návštěvnost stoma poradny

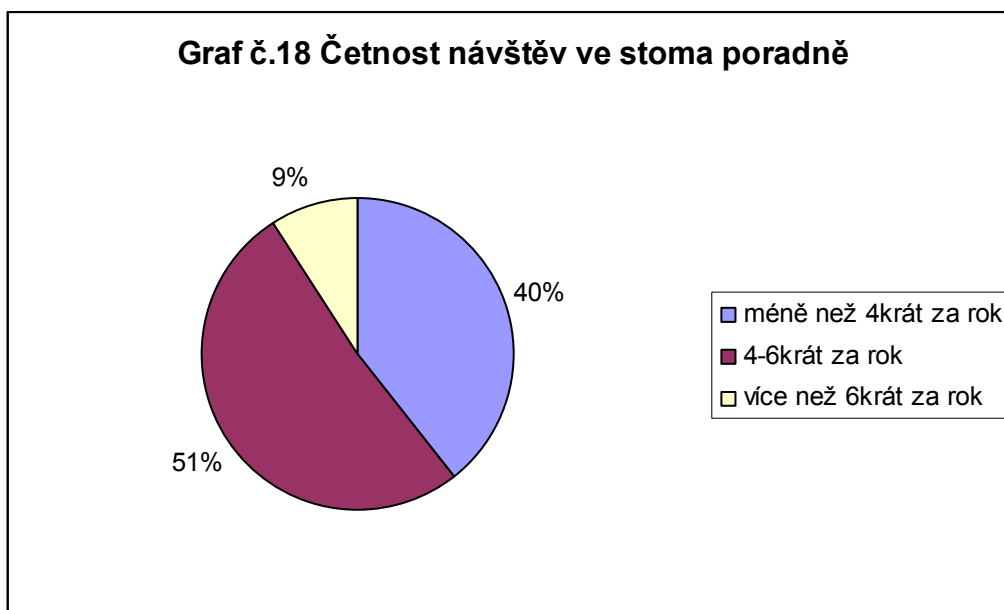
možnost	počet respondentů	procentuální vyjádření
ano	43	78%
ne	12	22%



Pravidelně navštěvuje stoma poradnu 78% respondentů. 22% respondentů do stoma poradny pravidelně nechodí. Je zjevné, že většina stomiků dále využívá odborných ambulancí a poradenství a nespokojí se pouze s návštěvou u obvodního praktického lékaře. V Tab. č.20 je uvedeno kolikrát respondenti během roku stoma poradnu navštíví.

Tab. č.20 Četnost návštěv ve stoma poradně

frekvence návštěv	počet respondentů	procentuální vyjádření
méně než 4krát za rok	17	40%
4-6krát za rok	22	51%
více než 6krát za rok	4	9%

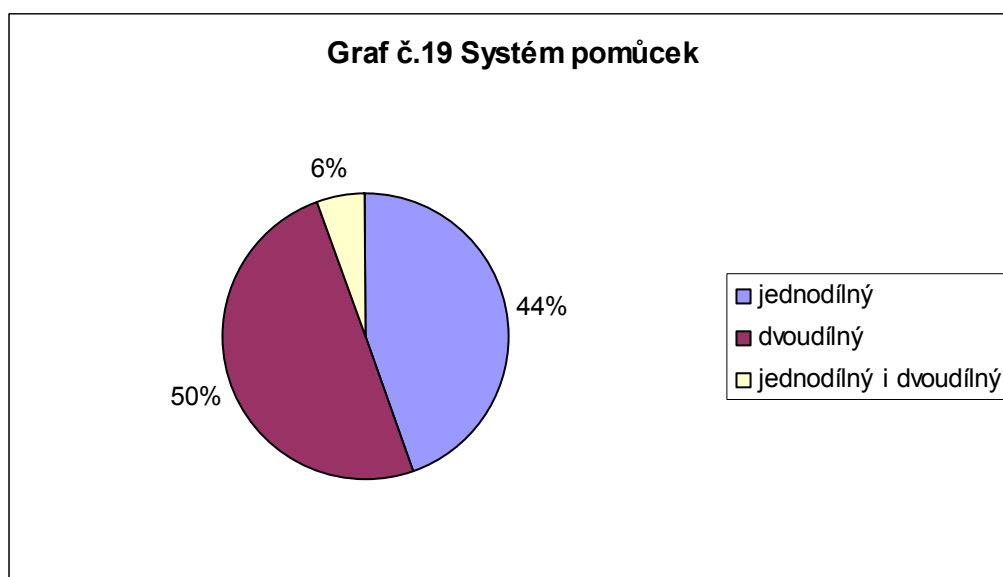


Většině respondentů, kteří navštěvují stoma poradnu, stačí maximálně 6 návštěv za rok. Konkrétně méně než 4krát za rok stoma poradnu navštíví 40% respondentů. Od 4 do 6 návštěv uskuteční za rok 51% respondentů. Více než 6krát navštíví stoma poradnu 9% respondentů.

OTÁZKA č. 17 „Systém stomických pomůcek, který používáte je?“

Tab. č.21 Systém pomůcek, které respondenti využívají

system	počet respondentů	procentuální vyjádření
jednodílný	24	44%
dvoudílný	27	50%
jednodílný i dvoudílný	3	6%



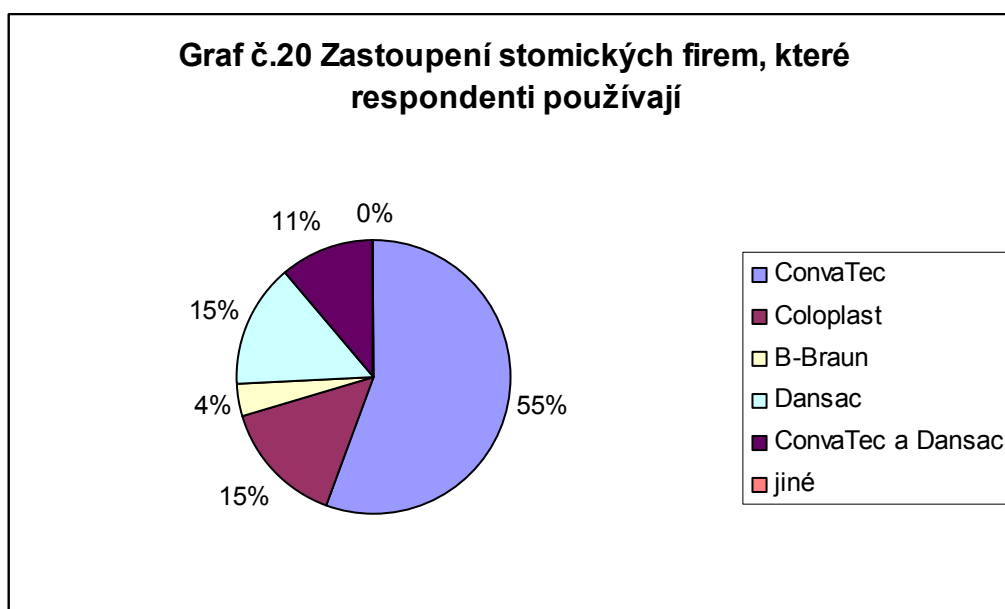
Systémy pomůcek, které stomici používají jsou přibližně vyrovnané. Jednodílné pomůcky používá 44% respondentů a dvoudílné 50% respondentů. 6% respondentů používá oba systémy. Zde velmi záleží na individuální potřebě nemocného.

V jednom případě tato otázka nebyla zodpovězena. Respondentka následně uvedla, že žádné stomické pomůcky nepoužívá. Důvodem je, že jí žádné moderní pomůcky nevyhovují a už si zvykla starat se o stomii „svým“ způsobem. Proto neodpověděla ani na následující otázku.

OTÁZKA č. 18 „Pomůcky, které používáte jsou od firmy?“

Tab. č.22 Zastoupení firem u respondentů

firma	počet respondentů	procentuální vyjádření
ConvaTec	30	55%
Coloplast	8	15%
B-Braun	2	4%
Dansac	8	15%
ConvaTec a Dansac	6	11%
jiné	0	0%



Respondenti nejčastěji používali pomůcky od společnosti ConvaTec, a to v 55%. Pomůcky od firmy Dansac a Coloplast používalo 15% respondentů a 11% respondentů používalo pomůcky od firmy ConvaTec i Dansac. Pouze 2 respondenti používali pomůcky od firmy B-Braun (4%). Jinou firmu nikdo nevedl. Z toho vyplývá, že velký podíl mezi stomiky zaujímá firma ConvaTec.

9. Diskuze

V této fázi hodnotím, zda se mě předpokládané hypotézy vyplnily.

1. Předpokládám, že ve výzkumném vzorku bude převládat počet respondentů s kolostomií, která byla zapříčiněna kolorektálním karcinomem.

Jak je již patrné z výše uvedených výsledků dotazníku, tato hypotéza se potvrdila. Velká většina respondentů má kolostomii, která je způsobena kolorektálním karcinomem. Je tedy zřejmé, že problematika stomií je úzce spjata i s onkologickou problematikou. Ročně u nás nově onemocní kolorektálním karcinomem více než 8000 lidí, přes 4000 lidí ročně na toto onemocnění zemře. V převážné většině s metastatickým postižením jater. V roce 2002 bylo v ČR diagnostikováno 4863 případů kolorektálního karcinomu u mužů. U žen to v tomto roce bylo 3258 nových onemocnění. Kolorektální karcinom se v ČR podílí cca 15% na všech zhoubných nádorových onemocněních. Postihuje především věkové skupiny nad 50 let, s mírnou převahou mužů. Z evropského i celosvětového pohledu má kolorektální karcinom v ČR nadprůměrný výskyt. ČR zaujímá těsně za Maďarskem druhou příčku v žebříčku nejvyšší úmrtnosti na toto onemocnění (zdroj: WHO Mortality Database). (20)

Počet stomiků úměrně koreluje s počtem onemocnění. Nemocné s touto diagnózou a tam, kde je rozhodnuto o stomii čeká mnoho nových šokujících situací. Vyrovnání se s onkologickou diagnózou a naučení stát se stomikem. Pro většinu nemocných je to jedna z nejtěžších životních situací.

2. Většina respondentů byla edukována sestrou z oddělení a lékařem při rozhovoru.

Tato hypotéza se zcela nepotvrdila. Na edukaci nemocných se často podílí sestry z oddělení, ale velký podíl zaujímají také specializované stomasestry. Spolupráce s lékařem vyplývá většinou z toho, zda je na oddělení k dispozici sestra specialistka a nebo se lékař musí spokojit se spoluprací se sestrou z oddělení. Přesto by měla každá nemocnice mít specialistku k dispozici, její zkušenosti a znalosti jsou pro vývoj edukace a pro samotné pacienty velmi důležité. Nyní vyhláška z roku 2004 č.424/2004 Sb., která stanovuje činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, zařazuje činnosti spojené

s ošetřováním stomie do specializace s názvem Sestra pro péči ve vybraných klinických oborech. Sestra, která ošetřuje nemocné se stomií a která absolvuje specializační studium se zaměřením na ošetřovatelskou péči v klinických oborech, bude mít ze zákona kompetenci bez dohledu a bez indikace provádět poradenskou činnost, seznamovat nemocné s pomůckami, doporučovat je a provádět instruktáž o zacházení s nimi a vést nemocné k soběstačnosti. Na základě indikace lékaře může stomasestra vyznačit místo stomie ještě před operací. (2) I přesto, že se v nemocnicích stává pravidlem, že je zde přítomna stomasestra, je potřeba, aby i ostatní sestry na odděleních tuto činnost ovládaly a byly schopné nemocným poradit a předat plnohodnotné informace. K tomuto účelu jsou na odděleních mezi ostatními standardy péče zařazeny i informace, které se týkají péče o stomie. Návrh standardu je uveden v příloze č. 4. Metodou edukace bývá často rozhovor, kterým se dá dobře ověřit i zpětná vazba, zda nemocný rozumí a chápe. V pooperačním období edukaci provádí hlavně sestra, popř. stomasestra, která k rozhovoru přidá i praktické ukázky. Nemocný si péči může vyzkoušet sám a sestra si ověří jeho schopnost učit se. Lékař edukuje nemocného převážně v předoperačním období, kdy nemocnému vysvětlí nutnost operace, její provedení a případné komplikace. Práce specialistek je velmi ceněná v terénu, kdy se na ně mohou nemocní obracet s různými dotazy a vlastní edukace stále pokračuje. Zde už je na místě, aby tuto činnost prováděla sestra specialista, která má kompetence a speciální vzdělání.

3. Edukace při pobytu netrvala déle než 1 hodinu a její důležitou součástí byly letáky a brožury.

Tato hypotéza se většinou potvrdila, méně než 1 hodinu edukace označila více třetina respondentů a to svědčí o tom, že nemocní nemohou být edukováni kvalitně. Téměř polovina označila 1-2 hodiny. I tato doba není vzhledem k závažnosti nové situace dostatečná. Přes 2 hodiny už bylo edukováno nejméně respondentů. I přesto, že se v nemocnicích na péči o stomiky často podílejí sestry specialistiky, nemocným dostatek času nevěnují. To samozřejmě na sebe nabaluje nejistotu nemocných a strach z nové situace se nemírní. Personál by měl nemocným věnovat více času a rozvrstvit ho do více „lekci“. Opakování je matkou moudrosti a každé opakování s sebou přináší i úspěch. Nemocní získají více jistoty a se sestrou, která se nemocnému bude věnovat naváží i přátelský vztah. Tím se zlepší i vzájemná komunikace, která je základním článkem edukace. Například, kdyby hospitalizace trvala 14 dní a stomasestra by nemocnému věnovala každý den alespoň 15 minut, tak by ve finále edukace

dosáhla celkového trvání 3,5 hodiny. Samozřejmě s přihlédnutím na aktuální stav by se tento údaj mohl měnit. Je potřeba také zvážit individualitu každého nemocného a jaký způsob edukace mu vyhovuje. V některých nemocnicích k dispozici sestru specialistku nemají a tuto péči přebírají sestry na oddělení. I zde by, ale měla být určena jedna sestra, která bude mít tuto problematiku na starosti. Pokud je tato sestra zařazena do směnného provozu je edukace problematičtější, ale přesto splnitelná na vysoké úrovni. Kdyby u pacienta hospitalizovaného 14 dní sestra prováděla edukaci alespoň 7 dní po 20 minutách, celkový čas by přesáhl 2,5 hodiny, což je doba, za kterou se naplánovaná edukace dá realizovat. Samozřejmě se zdravotníci setkají v nemocnici s různými lidmi, ale záleží na jejich profesionalitě, jaký způsob edukace zvolí a individuálně přizpůsobí. Nicméně edukace o této rozsáhlé problematice by měla rozhodně trvat déle než 1 hodinu. Součástí edukace je i předání informačních materiálů, které do nemocnic a ambulancí dodávají zástupci jednotlivých firem. Samotná edukace nemocných v nemocnici probíhala nejčastěji rozhovorem se zdravotníkem a někdy byla doplněna o předání letáků a brožurek. Jako zdroje informací, vyjma rozhovoru s odborníkem, nemocní nejčastěji využili brožur a letáků. Tyto informační zdroje jsou často aktualizovány a informace v nich jsou dostačující a srozumitelné pro každého. Jejich význam je nezanedbatelný a s dostatečnou edukací ze strany zdravotníků vybaví nemocného mnohými důležitými informacemi.

4. Předpokládám, že většina respondentů byla po propuštění schopná o stomii pečovat sama.

Téměř polovina respondentů zvládla výměnu sáčku samostatně. Nezanedbatelná část z nich zvládala výměnu jen s minimální pomocí. Ovšem lidé, kteří pomoc potřebovali, tvořili nemalou část. Může to být samozřejmě dané také celkovým zdravotním stavem nemocných, jejich vyšším věkem a nebo prostředím, ve kterém žijí. Ale toto hodnocení ovlivňuje i fakt, že v některých případech netrvala edukace dostatečnou dobu a nebo, že nebyly předané dostačující informace. V domácím ošetřování stomie často nemocným pomáhá rodina. Pokud se nemocný naučí o stomii pečovat zcela samostatně, pro mnoho lidí, jakoby stomikem vůbec nebyl. Při dnešních možnostech moderních pomůcek je to jednoduché i pro lidi s menším handicapem. Tato hypotéza se z poloviny potvrdila. Ovšem negativní hodnocení se dalo očekávat.

5. Respondenti byli informováni o Klubech pro stomiky a využívají jejich činností.

Tato hypotéza se zcela nepotvrdila. I přesto, že Kluby pro stomiky poskytují nemocným mnoho důležitých informací a dobré zázemí o jejich činnosti byla informována zhruba polovina respondentů ve výzkumném vzorku. A přesto, že se kluby stávají skoro jediným pozitivním bodem pro nové stomiky, personál jim tuto informaci často neposkytl. Tato informace by personálu zabrala v rozhovoru asi tak dvě minuty a nemocnému by velmi pomohla. Po prvním stresu, který si nemocný prožil v nemocnici, by se klub stal záchytným bodem, kde by si zapomenuté informace obnovil a nové získal.

V každém větším městě kluby fungují pod záštitou ILCO, nebo jako občanská sdružení a také při stomických ambulancích stomasester. Kluby pořádají setkání 3 – 4krát za rok, na setkání zvou odborníky z firem s pomůckami, sexuology, onkology, chirurgy, stomasestry a mnohé zajímavé lidi. Tato setkání jsou důležitá i tím, že se setkají stejně nemocní lidé a mohou si navzájem sdělovat své praktické zkušenosti ze života se stomií. Kluby mají informační linky, kam se mohou nemocní obracet, když se setkají s problémem. Někdy mají kluby k dispozici dobrovolníky z řad stomiků, kteří na požádání navštěvují nemocné v nemocnicích, doma a nebo v ambulancích. Vysvětlují jim problematiku stomií a péče o ně. Pro nové stomiky je výhodou, když jim poskytuje informace stejně nemocný člověk. V prvním okamžiku poznají, že není problém žít plnohodnotný život a informace a rady od nich přijímají lépe než od zdravých lidí, kteří přeci nemohou vědět, jaké to je být stomikem. Dále kluby pořádají výlety, ozdravné pobyty, vydávají časopisy a inovují internetové stránky. Kluby jsou velkou podporou pro stomiky nejen po informační stránce, ale i po psychické. (19)

Část respondentů ve výzkumném vzorku, která byla informována o klubech, využívá i jejich činnost. Řada lidí navštěvuje setkání pořádané kluby. Někteří sledují novinky na internetových stránkách. Velká část respondentů odebírá časopis Radim, který vychází pod záštitou firmy ConvaTec. Vychází 2krát ročně. Zprostředkovává kontakt mezi stomiky, stomasestrami, lékaři a ostatními, kterých se problematika stomií týká. Na obsahu se často podílejí stomici, kteří sem píšou své dotazy a dostávají na ně odpovědi. Nemalou část tvoří také příběhy od stomiků.

6. Předpokládám, že větší část respondentů používá pomůcky od firmy ConvaTec.

Tato hypotéza se potvrdila. Největší část respondentů ve výzkumném vzorku používá skutečně pomůcky od firmy ConvaTec. Tato firma má velmi široký sortiment. Z vlastní zkušenosti vím, že například jejich internetové stránky jsou velmi jednoduché a plné kvalitních informací, takže mohou dobře sloužit pro orientaci téměř komukoliv. V podvědomí zdravotníků, kteří jako první doporučují nemocným pomůcky je firma tradiční a snadno dostupná. Nemocný sám pomůcky většinou nemění a záleží tedy na personálu, kterou pomůcku a od jaké firmy jim doporučí. Firma je známá také tím, že pořádá setkání stomiků, kde představuje novinky a stomici mají možnost konzultací s lékařem a stomasestrou o nových možnostech. Tato setkání se konají v každém větším městě v ČR. Na rok 2008 je jich naplánováno 16. ConvaTec také pořádá v rámci ConvaTec Academy kurzy pro zdravotní sestry. Kurz je buď základní pro všechny sestry a nebo specializovaný, který je určen pro sestry, které se problematice stomií budou nadále věnovat. I tímto způsobem se dostává zdravotníkům tato firma do podvědomí více. Podíl na tom má i to, že ConvaTec vydává pro stomiky časopis Radim, který vychází dvakrát za rok. (12)

10. Závěr

V mé práci jsem se snažila obsáhnout komplexní problematiku péče o nemocné se stomiemi. Větší důraz jsem kladla na edukační činnost zdravotnického personálu v předoperační a pooperační péči o tyto nemocné. Informace, které vyplynuly z výzkumu, jež je součástí této práce vyplývá, že edukace a informovanost nemocných se stomiemi se zlepšuje. Navrhnutý standard péče o tyto nemocné doplňuje nedostatky v péči, které vyplynuly z výzkumu. Péče o tyto nemocné má u nás vysoký standard, který je daný přílivem nových pomůcek, firem a medializací. Také stále přibývá lidí, kteří se této problematice chtějí věnovat více do hloubky a tím přispívají ke zlepšeným podmínkám pro nemocné se stomiemi. Stomici v naší zemi tvoří nemalou skupinu obyvatel, kteří potřebují speciální a odbornou péči, proto by mělo být v zájmu všech zdravotnických zařízení, aby tuto problematiku jejich zdravotnický personál znal a aby byl schopen o takto nemocné lidi pečovat.

11. Seznam bibliografických citací

1. LÚČAN, J. *Co je stomie?* [online]. Martin: SLOVILCO, 2004 [cit. 2008-03-10]. Dostupný z WWW: <<http://www.ilco.cz/>>
2. MARKOVÁ, M. *Stomie gastrointestinálního a močového traktu*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2006. ISBN 80-7013-434-8
3. HORÁK, J.; FANTA, J.; URBAN, M. *Gastrointestinální a břišní potíže* [online]. Praha: 3 LF UK, 2006 [cit. 2008-01-15]. Dostupný z WWW: <<http://old.lf3.cuni.cz/reforma/06-git.html>>
4. VOKURKA, M.; HUGO, J. a kol. *Velký lékařský slovník*. 5. vyd. Praha: MAXDORF s.r.o., 2005. ISBN 80-7345-058-5
5. GREWE, H.; KREMER, K. *Atlas chirurgických operací*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1987. ISBN 08-066-87
6. HOLUBEC, L. a kol. *Kolorektální karcinom – současné možnosti diagnostiky a léčby*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0636-9
7. TELLEROVÁ, O. Práce stomasestry. *Sestra*, 2006, roč. 16, č. 2, s. 37.
8. NĚMEČKOVÁ, E. Péče o pacienta se stomií před a po propuštění z nemocnice. *Sestra*, 2008, roč. 18, č. 2, s. 49.
9. JEDLIČKOVÁ, B.; ZACHOVÁ, V. Jak (se) učíme (se) stomiky. *Sestra*, 2004, roč. 14, č. 7-8, s. 30-32.
10. KLEVETOVÁ, D. Domácí péče u seniorů se stomií. *Sestra*, 2004, roč. 14, č. 7-8, s. 33.

11. RAJMAN, M.; FORMÁNEK, P.; HAVLÍČEK, K. Péče o stomie a stomiky. *Rozhledy v chirurgii*, 2002, roč. 81, č. 7, s. 350-351.
12. *Základní informace o firmě ConvaTec* [online]. Praha: Bristol – Myers Squibb, spol. s.r.o., 2004 [cit. 2008-02-22].
Dostupný z WWW: <<http://www.convatec.cz/cz/index.php?SH=Cat&ID=1>>
13. ANTONOVÁ, M. Převratná novinka pro stomiky. *Sestra, Mimořádná příloha 5/07*, roč. 17, č. 5, s. 4-5.
14. DANSAC. *Přehled výrobků*. Brno, 2005.
15. HYKLOVÁ, J. Zkušenosti s novým stomickým systémem EASIFLEX. *Sestra*, 2005, roč. 15, č. 6, s. 21.
16. JIRKŮ, H.; KOVAŘÍKOVÁ, J.; ŠEBOROVÁ, D.; TELLEROVÁ, O. *Život se stomií*. Praha: Coloplast, 2004.
17. B| BRAUN Medical s.r.o. *Život s vývodem*. Praha: 2005.
18. BALIKOVÁ, M. Výživa stomiků. *Sestra*, 2006, roč. 16, č. 2, s. 34.
19. KREML, P. Možnosti spolupráce lékařů, stomasester a klubů stomiků. *Sestra, Mimořádná příloha 5/07*, roč. 17, č. 5, s. 4-5.
20. *Tisková konference: Česká republika je na předním místě ve výskytu kolorektálního karcinomu, 20. února 2006* [online]. Jana Kocová, Fakultní Thomayerova nemocnice s poliklinikou, [2006] [cit. 2008-02-12].
Dostupný z WWW:
<[http://www.ftn.cz/index.php?id=2235&tx_ttnews\[backPid\]=2500&tx_ttnews\[tt_news\]=94&cHash=31c4441c14](http://www.ftn.cz/index.php?id=2235&tx_ttnews[backPid]=2500&tx_ttnews[tt_news]=94&cHash=31c4441c14)>

12. Seznam zkratek

ca – karcinom

CMP – cévní mozková příhoda

PEG – perkutánní gastrostomie

GIT – gastrointestinální trakt

ml – mililitr

FW – vyšetření krevní sedimentace (dle Fahreuse a Westergrena)

CRP – C-reaktivní protein

TNM – nádorová klasifikace (T-tumor, N-nodus, M-metastázy)

RTG – rentgen

ATB – antibiotika

TEN – tromboembolická nemoc

NGS – nasogastrické sonda

DM – diabetes mellitus

13. Přílohy

1. Limity spotřeby stomických pomůcek
2. Charta práv stomiků
3. Dotazník
4. Standard péče

Příloha č. 1 Limity spotřeby stomických pomůcek

Měsíční limity spotřeby stomických pomůcek

	Dvoudílný systém		Jednodílný systém
	podložky	sáčky	sáčky
kolostomik	max. 10 ks	max. 60 ks	max. 60 ks
ileostomik	max. 10 ks	max. 30 ks	max. 30 ks
urostomik	max. 15 ks	max. 30 ks	max. 30 ks

krytky stomické	max 60 ks/ měsíc	max. 3100,- Kč / rok	schválení RL
zátky stomické	max 60 ks/ měsíc	max. 3100,- Kč / rok	schválení RL

Limity spotřeby u příslušenství

ochranné prostředky	pasty	max. 360 g / rok
	pudr, destičky, kroužky, ochr. film, ochr. krém	max. 2760,- Kč / rok
pásek přídržný		max. 2 ks / rok
čistící prostředky	čistící roztok *), odstraňovač náplastí *), pohlcovač zápachu	max. 1500,- Kč / čtvrtletí *) schválení RL

Zdroj: www.ilco.cz

Příloha č. 2 „Charta práv stomiků“

Pacient se stomií má právo na:

1. Kvalitní informace před operací.
2. Vhodně vybrané místo pro stomii.
3. Vhodně orientovanou stomii.
4. Kvalitní pooperační ošetrovatelskou péči.
5. Psychickou podporu.
6. Individuálně zvolené poučení.
7. Informace o pomůckách, které jsou k dispozici.
8. Informace o způsobu financování.
9. Pooperační sledování a poradenskou péči po celý život.
10. Využívání výsledků týmové spolupráce všech zainteresovaných zdravotnických pracovníků.
11. Informace a poradenství ze strany organizací stomiků a jejich členů.

Zdroj: M. Marková, Stomie gastrointestinálního a močového traktu, s. 58

Příloha č. 3 **Dotazník**

Dobrý den,

dostává se Vám do rukou dotazník, který se zaměřuje na edukační péči o pacienty se stomií. Tento dotazník je součástí mé diplomové práce na téma „Péče o pacienty se stomií“. Prosím Vás tímto o vyplnění dotazníku. Dotazník je anonymní, nikde nebude zveřejněno Vaše jméno. Předem děkuji za spolupráci. Informace od pacientů jsou pro mou práci velmi důležité.

Vendula Vacková, Bc.
studentka Mgr. navazujícího programu Ošetřovatelství
Fakulta zdravotnických studií
Univerzita Pardubice

DOTAZNÍK

pro pacienty s trvalou stomií

Při vyplňování dotazníku vybranou odpověď vždy označte křížkem, případně doplňte na připravené řádky, když Vám ani jedna z nabízených odpovědí nevyhovuje. Hodnocení u otázek, kde je uvedena stupnice 1 – 5, odpovídá známkování jako ve škole, kdy 1- nejlepší, 5- nejhorší.

1. Jste

- žena
- muž

2. Váš věk

- méně než 30 let
- 31-45 let
- 46-60 let
- 61-75 let
- více než 75 let

3. Druh stomie, kterou máte

- kolostomie (vyvedení tlustého střeva)
- ileostomie (vyvedení tenkého střeva)
- urostomie (vyvedení moči mimo přirozenou cestu)
- jiná:

(popř. doplňte druh stomie, pokud neplatí ani jedna z prvních třech možností)

4. Doba jak dlouho stomii máte

- méně než 6 měsíců
- 6 měsíců – 2 roky
- 2 roky -10 let
- více než 10 let (kolik let:

5. Příčina, která vedla ke stomii

- nespecifické záněty (Crohnova choroba, ulcerózní kolitída)
 - obstrukční ileus
 - perforace střeva
 - karcinom střeva
 - úraz
 - nádorové onemocnění močového měchýře
 - jiná příčina:
- (popř. doplňte, pokud ani jedna z možností nevyhovuje)

6. Kdo Vás informoval o péči o stomii v předoperačním období?

- sestra na oddělení
- stomasestra (specialistka)
- ošetřující lékař
- někdo jiný:
- nikdo

7. Jakým způsobem probíhalo předání informací?

- rozhovorem se zdravotníkem
- skupinovou výukou
- shlédnutím instruktážního filmu
- pouze pomocí letáčku, brožury
- jinak:

8. Určete dobu, kdy Vám při pobytu v nemocnici zdravotníci vysvětlovali péči o stomii.

- méně než 1 hodinu
- 1-2 hodiny
- 2-3 hodiny
- více než 3 hodiny

9. Vyzkoušel(-a) jste si výměnu sáčku před operací?

- ano
- ne

10. Považoval(-a) jste informace, které Vám byly poskytnuté před operací za
velmi dostačující 1 – 2 – 3 – 4 - 5 úplně nedostatečné

pokud nedostatečné, které Vám chyběly:

.....

.....

11. Jaké jste měl(-a) k dispozici informační zdroje před operací? *(více možných odpovědí)*

- letáky
- brožury
- internet
- video
- jiné:

12. Vyskytla se u Vás v pooperačním období nějaká komplikace?

- bolest, tlak v břiše
- pálení a svědění v okolí stomie
- krvácení
- infekce
- jiná:
- žádná

13. Byla o nové problematice života se stomií informovaná i Vaše rodina?

- ano
- ne

pokud ano, jakým způsobem:

.....

14. Byl(-a) jste schopen(-a) si o stomii samostatně pečovat před propuštěním z nemocnice?

ano, zcela samostatně 1 – 2 – 3 – 4 - 5 ne, potřeboval(-a) jsem pomoc

15. Byl(-a) jste před propuštěním z nemocnice informován(-a) o Klubech pro stomiky a využíváte jejich činnost?

ano

ne

pokud ano, jakým způsobem:

navštěvuji Setkání stomiků

odebírám časopis Radim

sleduji novinky na internetových stránkách

jinak:

16. Navštěvuje pravidelně stoma poradnu?

ano

ne

pokud ano, jak často:

méně než 4krát za rok

4-6krát za rok

více než 6krát za rok

17. Systém stomických pomůcek, který používáte je

jednodílný

dvoudílný

18. Pomůcky, které používáte jsou od firmy

ConvaTec

Coloplast

Braun

Dansac

jiná:

STANDARD OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

PÉČE O NEMOCNÉHO SE STOMIÍ

Cíl standardu:	Stomikům a rodinným příslušníkům předat kvalitní a dostupné informace o předoperační, pooperační a následné ambulantní a domácí péči.
Závazný pro:	Stomasestru daného zařízení a nelékařské profese, které jsou kompetentní k těmto výkonům.
Autor:	Bc. Vendula Vacková
Platnost od:	1.4.2008
Revize:	1x za rok
Záznam o provedených revizích:	1. 2. 3. 4. 5.
Aktualizace:	Dle aktuálních novinek
Počet stran:	9

OBSAH:

1. kritéria struktury
2. kritéria procesu
3. kritéria výsledku
4. kritéria kontroly (audit)

1. STRUKTURA

1. **Vhodné prostředí** k edukaci nemocných a rodinných příslušníků. Ambulance, lůžková oddělení nemocnice, snaha zabezpečit maximální možné soukromí. Místnost se zrcadlem a lehátkem.
2. **Pomůcky k edukaci.** Písemné materiály (brožury, letáky, časopis Radim atd.), vzorky pomůcek a balíčky od jednotlivých firem, model stomie, obraz břicha, videokazety, popř. CD, kontakty na Kluby pro stomiky, ILCO, stomasestru v terénu.
3. **Dokumentace.** Chorobopis nemocného, edukační záznam, ambulantní záznam péče.

2. PROCES

1. dlouhodobá předoperační péče

- a. komunikace s lékařem o operačním řešení, seznámení s dokumentací nemocného
- b. rozhovor s nemocným ve vhodném prostředí (alespoň 1 hodinu)
- c. vedení rozhovoru neformálně, s ohledem na psychický stav a individualitu nemocného
- d. předání informací v rámci svých kompetencí
- e. zjištění sociální anamnézy, plán individuální pooperační edukace, zajištění spolupráce s rodinou, popř. se sociální sestrou

informace:

- co je stomie, typy, jak a kde se zakládá
- informuje, že cílem edukace je samostatnost v péči o stomii
- u nesoběstačného klienta požádá o pomoc rodinu, samozřejmě s jeho souhlasem
- ukáže místa pro stomie na obrázku nebo modelu břicha
- ukáže typy stomických pomůcek, způsob aplikace (výměna sáčku před operací) a jejich likvidaci

- informace o předepisování pomůcek, kdo je předepisuje, jaké jsou limity spotřeby pomůcek
- předá nemocnému testovací sadu pomůcek a ukáže názorně manipulaci s nimi (balíček od firmy)
- nemocný si s nalepenou pomůčkou na budoucím místě stomie vyzkouší sed, stoj, chůzi atd.
- v případě kladného hodnocení, stomasestra zakreslí budoucí místo stomie
- informuje o předoperační přípravě, která se týká vyprázdnění střeva
- informuje o denní edukaci a péči na JIP a na standardním oddělení
- informuje o možnostech domácí a následné péče
- pomáhá při výběru vhodné stomické pomůcky (alergické testy, různé materiály)
- informuje o hygienické péči kůže v okolí stomie
- edukuje o možných časných pooperačních komplikacích
- edukuje o možných pozdních pooperačních komplikacích, jejich projevy (parastomální kýla, prolaps, krvácení, bolestivé vyprazdňování atd.)
- doporučí individuální pohybový režim s ohledem na možnosti nemocného
- doporučí zavedení změn v příjmu potravy a tekutin
- doporučí změny v uspořádání koupelny a WC (dle možností nemocného rodiny)
- informuje o možnostech cestování
- informuje o případných změnách v zaměstnání (změna pozice, zaměstnání)
- informuje o možnosti irigace (pokud je pro konkrétního pacienta vhodná)
- předá kontakt na odborné specializované ambulance (chirurg, proktolog, psycholog, sexuolog, onkolog, gynekolog, urolog atd.)
- informuje o Klubech pro stomiky a sdruženích, časopisech, bezplatných stomalinkách a internetových stránkách
- předá písemné materiály (letáky a brožury od firem), informace o stravování
- provede záznam do edukační karty nemocného

2. bezprostřední předoperační péče

- den před operací zakreslí stomasestra vhodné místo stomie
- se souhlasem nemocného aplikuje testovací pomůcky
- zopakuje základní informace, které se týkají pooperační péče

3. pooperační péče

- denně provádí ošetření stomie a reedukaci nemocného (jeho spolupráce je dobrovolná)
- pravidelně sleduje tvar, barvu, velikost, otok, množství a barvu sekretu ze stomie, stav kůže v okolí stomie
- u problematické stomie vybírá vhodnou pomůcku
- v případě vzniku komplikace, jej identifikuje a konzultuje s lékařem
- edukuje o aplikaci jednodílného, případně dvoudílného systému stomických pomůcek
- provádí postupnou edukaci, nezapomíná nemocného chválit
- s nemocným více komunikuje a tím navazuje přátelský vztah (lepší spolupráce)
- praktickou edukce (i pro rodinu) provádí ve vhodně připravené a vybavené místnosti (zrcadlo, lehátko, stolek pro přípravu pomůcek, police pro sortiment pomůcek a odpadkové koše)

4. příprava na propuštění

- je zodpovědná, že nemocný před odchodem do domácího ošetřování je schopen o stomii pečovat sám, případně jeho příbuzní
- u nesoběstačného nemocného zajistí s pomocí sociální sestry agenturu domácí péče a nebo lůžko následné péče
- vybaví nemocného pomůckami alespoň na jeden měsíc a informuje nemocného, kde si může nechat pomůcky předepsat a kde je vyzvedne
- informuje nemocného o kontrolách v ambulanci (nemocnice, poliklinika atd.)
- nemocný má kontakt na stomasestru a dispenzárního lékaře
- případně mu stomasestra domluví termín první návštěvy v poradně
- předá nemocnému kontakty na bezplatní infolinky (ConvaTec 800 122 111, Coloplast 800 100 416, B-Braun 800 331 131, Dansac 800 100 083)
- předá nemocnému odkazy na internetové stránky (www.ilco.cz)

Harmonogram praktické edukace:

- 1) po operaci nejprve mění pomůcky stomasestra, nemocný se dívá
- 2) nemocný si mění pomůcky s pomocí stomasestry, stomasestra ho kontroluje a radí mu
- 3) nemocný si mění pomůcky sám, stomasestra ho kontroluje, případně slovně radí
- 4) nemocný je soběstačně pečuje o stomii

VÝMĚNA STOMICKÉHO SYSTÉMU

- diskrétní prostředí, zachování intimity
- pomalé opakování a individuální přístup
- dle přání nemocného výměna systému ve stoje nebo vleže
- vysvětlení postupu
- příprava pomůcek
- výběr pomůcky

JEDNODÍLNÝ SYSTÉM:

- vhodný v časném pooperačním období
- vhodný pro všechny typy stomií
- kolostomický sáček je nevýpustný a mění se po naplnění ze 2/3 (asi 2x denně)
- ileostomický sáček je výpustný a mění se 24 nebo 48 hodinách, vypouští se po 2-3 hodinách, do sáčku se vhazuje zhušťovací tableta (Ileogel)

Příprava pomůcek:

- sáček na odpad
- stomický sáček
- nůžky na vystřížení lepidla podložky u sáčku
- rukavice
- buničina
- čtverce
- šablona s velikostmi stomií na vystřížení
- čistící roztok (Comfeel)
- odstraňovač náplastí (ConvaCare)
- dle potřeby vyrovnávací pasta (Adhesivní pasta)
- ochranný film „lepivé ubrousky“ (ConvaCare)

- dle potřeby ochranný pudr (ConvaCare)

Postup práce:

1. stomasestra si nasadí rukavice
2. odstranění sáčku
3. otření stomie buničinou
4. očištění okolí čistícím roztokem
5. osušení kůže pomocí suchých čtverců
6. vyměření velikosti vystřížení sáčku a samotné vystřížení
7. dle individuální potřeby nemocného použije ochranný pudr (přebytečnou vrstvu „sfouknout“), případně použije vyrovnávací pastu a ochranný lepidlo film
8. v dlani zahřeje podložku stomického sáčku a nebo požádá o asistenci nemocného
9. opatrně odlepí krycí fólii z podložky a zdola nahoru sáček přilepuje na kůži
10. nemocný si poté sáček přitiskne rukama k tělu a zahřívá jej alespoň 5 minut
11. stomasestra zlikviduje odpad dle příslušného standardu
12. stomasestra zkontroluje funkčnost vyměněného systému
13. stomasestra provede zápis do dokumentace

DVOUDÍLNÝ SYSTÉM:

- je vhodný u nemocných, kteří jsou po operaci již delší dobu
- je vhodnější pro nesoběstačné nemocné
- je vhodný u nemocných, kteří mají iritované okolí stomie
- podložka se mění po 3-5 dnech, nebo dle potřeby, maximálně ji ponecháváme 7 dní
- sáčky měníme podobně jako u jednodílného systému

Příprava pomůcek:

- sáček na odpad
- stomický sáček
- podložka kompaktní k sáčku
- šablona s velikostmi stomie na vystřížení podložky
- rukavice
- nůžky na vystřížení podložky
- buničina
- čtverce
- čistící roztok (Comfeel)
- odstraňovač náplastí (ConvaCare)

- dle potřeby vyrovnávací pasta (Adhesivní pasta)
- ochranný film „lepivé ubrousky“ (ConvaCare)
- dle potřeby ochranný pudr (ConvaCare)

Pracovní postup:

1. stomasestra si nasadí rukavice
2. opatrně odstraní celý použitý systém
3. otře okolí stomie buničinou
4. pomocí šablony vyměří velikost pro vystřížení podložky a vystřihne jej
5. podložku sama zahřeje, nebo jí dá na topení, případně nechá zahřívat nemocnému
6. očistí okolí stomie čistícím roztokem
7. osuší pomocí čtverců do sucha
8. dle potřeby nanese ochranný pudr (přebytečnou vrstvu „sfoukne“)
9. na okolí stomie nanese ochranný film
10. nanese vyrovnávací pastu a namočenými prsty ji zahladí
11. předem předehřátou podložku zdola nahoru přilepí k stomii
12. na podložku nasadí příslušný sáček a přitlačí jej
13. zkontroluje pevnost spojení
14. nemocný si poté sáček přitiskne rukama k tělu a zahřívá jej alespoň 10 minut
15. stomasestra zlikviduje odpad dle příslušného standardu
16. stomasestra provede zápis do dokumentace

IRIGACE (výplach střeva)

- vhodné pouze u kolostomiků
- o indikaci rozhoduje lékař
- na 24 hodin omezí vyprazdňování obsahu a odchod plynů
- může se s ní začít již 2 týdny po operaci

příprava pomůcek:

- irigační souprava (vodní vak, stojan na vak, hadička s regulátorem, konický irigační stomický sáček, klozetová mísa)
- vlažná pitná voda (36°C)

pracovní postup:

- před irigací je vhodné prstem zjistit směr tlustého střeva
- irigaci opakujeme pravidelně každý den a ve stejnou dobu
- během 5-10 minut střevo naplníme asi 8 decilitry vody

- poté se začne střevo vyprazdňovat do mísy, klozetu či WC
- většinou celý proces trvá 45-60 minut
- poté nalepíme menší sáček, minikrytku nebo zátku

3. VÝSLEDEK

1. Nemocný je edukovaný o předoperační péči, pooperační péči a ambulantní péči u stomasestry a v dispenzární poradně.
2. Nemocný má informace o změnách v rodinném životě, pracovních změnách a společenském životě.
3. Nemocný má informace o možných komplikacích, umí je rozpoznat a ví, kam se má při tomto stavu obrátit.
4. Dostatečné předoperační informace vedou ke zmírnění stresu a zlepšují vzájemný vztah, který ulehčuje spolupráci a tím i samotnou edukaci nemocného a rodiny.
5. Kompletní edukační záznam v dokumentaci.

4. KONTROLA (audit)

Kontrolní kritéria	Způsob hodnocení	ANO	NE
1. Má stomasestra vhodné prostředí pro edukaci nemocného?	Kontrola prostředí.		
2. Má stomasestra dostatek času na edukaci? (třísměnný provoz)	Zjištění pracovní doby, případně směnného provozu.		
3. Má stomasestra dostatek pomůcek pro edukaci?	Kontrola materiálů a pomůcek.		
4. Má stomasestra k dispozici dostatek písemných informačních materiálů?	Kontrola materiálů a dotazování stomasestry.		
5. Spolupracuje stomasestra dostatečně s lékařem a má k dispozici dostatečně vedenou dokumentaci?	Kontrola dokumentace, dotazování stomasestry, případně lékaře.		
6. Informovala stomasestra rodinné příslušníky nemocného? Požádala o souhlas nemocného?	Dotazování nemocného.		
7. Postupuje stomasestra při péči o stomii dle standardu?	Pozorování při výkonu.		
8. Má nemocný dostatečné informace o péči o stomii, komplikacích a pomůckách?	Dotazování nemocného.		
9. Má nemocný kontakt na stomasestru a ambulantního lékaře?	Dotazování nemocného.		
10. Je nemocný při péči o stomii samostatný (případně rodina)?	Dotazování nemocného, pozorování nemocného.		
11. Je v dokumentaci nemocného dostatečný záznam o edukaci a její hodnocení?	Kontrola dokumentace.		

Datum auditu:

Kontrolní komise:

.....

.....

Hodnocení auditu:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Doporučení:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Datum příštího auditu: