

Edukace klienta s nově založenou stomií

Michaela Váchová

Bakalářská práce
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Michaela VÁCHOVÁ**

Osobní číslo: **H10498**

Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Edukace klienta s nově založenou stomií**

Zásady pro vypracování:

Konzultace se stomickou sestrou.

Studium odborné literatury k dané problematice.

Vymezení pojmů vztahujících se k tématu, druhy stomie, indikace k založení stomie a nejčastější komplikace.

Vyhledání klienta s ileostomií, zpracování kazuistiky a následně edukačního plánu.

Vytvoření standardního manuálu pro ileostomiky.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

JUŘENÍKOVÁ, Petra. Zásady edukace v ošetrovatelské praxi. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2171-2.

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

OTRADOVCOVÁ, Iva et al. Komplexní péče o pacienta se stomií. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-432-6.

SKŘIČKA, Tomáš, Pavel KOHOUT a Marieta BALÍKOVÁ. Dieta u pacientů se střevními vývody a po operaci střev. Praha: Forsapi, 2009. ISBN 978-80-87250-01-3.

ZACHOVÁ, Veronika. Stomie. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3256-5.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Eva Hrenáková**
Ústav ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **7. února 2013**

Termín odevzdání bakalářské práce: **24. května 2013**

Ve Zlíně dne 7. února 2013


doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- o odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby¹⁾;
- o beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- o na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3²⁾;
- o podle § 60³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- o podle § 60³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- o pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- o elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- o na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 13.3.2013



¹⁾ zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlédnutí veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělků jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíží k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Abstrakt česky

Téma mé bakalářské práce je: Edukace klienta s nově založenou stomií. Práce se dělí na část teoretickou a praktickou.

V teoretické části se věnuji historii ošetření stomie a vývoji pomůcek. Dále obsahuje základní informace o typech stomií a s tím spojené indikace, komplikace, předoperační a pooperační péče. V této části se zmiňuji i o edukaci a o osobnosti stoma sestry edukátorky.

Má praktická část práce je zaměřena na klienta s nově založenou ileostomií. Na základě kazuistiky jsem vypracovala edukační proces. Cílem mé bakalářské práce je vytvoření manuálu pro ileostomiky, který by měl být nápomocný při výměně pomůcky.

Klíčová slova: stomie, pacient, edukace, léčba

ABSTRACT

Abstrakt ve světovém jazyce

The topic of my graduate thesis is Education of Client with Newly Formed Stoma. The thesis is divided into a theoretical and a practical part.

In the theoretical part I deal with history of stoma treatments and with aids development. Furthermore, the theoretical part includes a chapter devoted to basic information concerning stoma types and related indications, complications, preoperative and postoperative care. In addition, I observe education and personality of an educator stoma nurse.

The practical part focuses on the client with newly formed ileostomy. On the basis of casuistry I have developed an educational process. The aim of the graduate thesis is to generate an ileostomy instruction manual, which would be helpful in case of aid replacement.

Keywords: stoma, patients, education and treatment.

Největší poděkování patří mé vedoucí práce PhDr. Evě Hrenákové za odborné a velmi užitečné rady po celou dobu vedení mé bakalářské práce, a její trpělivost a vstřícnost při každé naší konzultaci. Paní Štěpánce Petrželové, stomické sestře. A v neposlední řadě i mojí rodině a přátelům, kteří byli pro mě oporou k nezaplacení.

Žij každý den, jako bys právě v něm měl prožít celý svůj život.

Vasilij Vasiljevič Rozanov

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	9
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 HISTORIE	11
1.1 STOMIE VE SVĚTOVÝCH DĚJINÁCH MEDICÍNY	11
1.2 HISTORIE V PÉČI O STOMIE	11
2 STOMIE	14
2.1 DÝCHACÍ SYSTÉM	15
2.1.1 Tracheostomie.....	16
2.2 TRÁVICÍ SYSTÉM	17
2.2.1 Ezofagostomie	18
2.2.2 Gastrostomie	18
2.2.3 Ileostomie	18
2.2.4 Kolostomie	21
2.3 UROGENITÁLNÍ SYSTÉM.....	24
2.3.1 Nefrostomie, pyelostomie	24
2.3.2 Ureterostomie.....	24
2.3.3 Epicystostomie	25
2.4 NEJČASTĚJŠÍ KOMPLIKACE PO ZAVEDENÍ STOMÍÍ.....	25
3 EDUKACE	31
3.1 STOMICKÁ SESTRA	34
3.1.1 Role stoma sestry edukátorky	34
4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE	35
4.1 PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA	36
4.1.1 Speciální předoperační příprava	37
4.2 POOPERAČNÍ PÉČE.....	38
4.2.1 Speciální pooperační péče.....	38
4.2.2 Následná péče	39
II PRAKTICKÁ ČÁST	41
5 KAZUISTIKA	42
6 EDUKAČNÍ PROCES	44
6.1 POSOUZENÍ:	44
6.2 PLÁNOVÁNÍ	45
6.3 POSTUP	46
6.4 MANUÁL PRO ILEOSTOMIKY	50
ZÁVĚR	54
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	55
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	57
SEZNAM PŘÍLOH	59

ÚVOD

S edukovaným pacientem je vždy mnohem lepší spolupráce, komunikace, než s pacientem neinformovaným.

I já jako budoucí všeobecná sestra se na praxi setkávám s různými typy stomií, a proto jsem se v teoretické části zaměřila na stomie, ať už v souvislosti s trávicím, urogenitálním ale i dýchacím systémem. Každý systém tvoří svou podkapitolu, kde jsem připomněla anatomii a fyziologii, druhy, indikace a typické komplikace pro danou stomii. Dále se zabývám problematikou edukace. Podle mého názoru by každá všeobecná sestra měla edukaci klienta zahrnout do své každodenní práce. Poslední kapitola v teoretické části je věnována ošetrovatelské péči o klienta před a po operaci. Samotná ošetrovatelská péče je pro všeobecné sestry denní chléb. Pacient je mnohdy odkázaný na ošetrovatelskou péči prováděnou všeobecnými sestrami. V neposlední řadě bych ráda zdůraznila i první kapitolu, která patří historii stomií, ošetření, ale i vývoji stomických pomůcek. Dnes žijeme v 21. století a potřebné pomůcky jsou již mnohem propracovanější a vhodnější pro klienty. Před několika lety se sestry musely spoléhat na pomůcky, které nebyly příliš vhodné pro klienty ani pro samotné sestry průkopnice z chirurgického oddělení. Dnes už je to jen na samotných všeobecných sestřích či stomických sestřích, aby pomohly stomikům zvládat jejich obtíže a úskalí spojené s vývodem.

Praktickou část věnuji klientce, u které po odstranění části plic došlo k trombóze mezenterálních vén s klinickým obrazem akutního břicha. Po reoperaci klientce bylo odstraněno tlusté střevo a následně vyvedena trvalá ileostomie. Vypracovala jsem edukační proces přímo pro zmiňovanou klientku.

Cílem mé bakalářské práce je vytvoření manuálu pro ileostomiky, který, jak doufám, bude nápomocný jak pro samotnou klientku, tak i pro ostatní ileostomiky.

Jak je již všeobecně známo, České republice patří prvenství ve výskytu kolorektálního karcinomu. Byl to jeden z hlavních důvodů, proč jsem se chtěla zabývat problematikou stomií. Myslím si, že se ve své klinické praxi budu více setkávat s klienty s vývodem a chtěla bych být na to připravená a mít určité vědomosti.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 HISTORIE

1.1 Stomie ve světových dějinách medicíny

V dějinách medicíny bohužel nenacházíme mnoho zmínek o stomiích. Důvodem byla neznalost možností anestezie vyplývající s rozsáhlou operací v dutině břišní. První zmínka o stomii sahá do období 350 př. n. l., kdy při poranění břicha Praxagoras z Kósu úspěšně upravil střevní vývod. V Anglii v roce 1850 zhotovil Luke jako první fixaci abdominální kolostomie a vyvedl vývod esovité kličky vlevo přes břišní stěnu. V období napoleonských válek jsou zprávy o úspěšném ošetření střelných poranění břicha s výhřezem orgánů. V roce 1888 český chirurg Karel Maydl poprvé zhotovil dvouhlavňovou sigmoideostomii (vývod esovité kličky tlustého střeva), která se dodnes dělá prakticky stejným způsobem (Zachová a kol., 2010, s. 10 - 11).

Pokroky v urologii dosáhly mnohem větších možností, a to díky cystoskopii. Von Dittel pozoroval pomocí Nitzeho cystoskopu nádor močového měchýře. G. N. Papanicolaou diagnostikoval nádory močového měchýře za pomoci cytologie. Radikální operace močového měchýře byly často spojovány s mortalitou, nebyla vyřešena otázka implantace močovodů. Tu vyřešil Coffey, implantoval močovod do submukózního tunelu u psů. O dva roky později byla vedoucí metodou ureterosigmoideostomie. Eugren Bricker použil 12 – 15 cm tenkého střeva k vytvoření prominující stomie, ureteroileostomie. Tato metoda se používá dodnes. První kontinentní rezervoár vytvořili Gilchrist a Mericks za pomoci slepého střeva, terminální ileum sloužilo jako odtokový systém (Zachová a kol., 2010, s. 12 - 13).

Chirurgické techniky operací se neustále vyvíjí. Operační sály jsou moderně a kompletně vybavené, vyvíjí se nové nástroje, které usnadňují chirurgům jejich už tak náročnou práci. A dalším důležitým aspektem je, že v dnešní době již známe druhy anestezie.

1.2 Historie v péči o stomie

Stomici v dobách minulých byli často tabuizováni. Lidé si mysleli, že lidé s vývodem nemohou žít plnohodnotný život. Kvůli zápachu ze stomií (nebyly vhodné pomůcky jako dnes) se jim lidé vyhýbali. Ošetřování vývodu spočívalo v překrytí pahýlu buničitou vatou či plátěnou rouškou, což absolutně nevyhovovalo potřebám stomiků (Zachová a kol., 2010, s. 13 - 14).

V Československu v 60. letech 20. století se postupně objevovaly předměty, které připomínaly stomickou pomůcku. Základem stomické pomůcky byli jímací sáčky, které bylo potřeba upevnit kolem stomie pomocí tzv. Jánošíkova pásu. Ale ani tenhle systém stoprocentně nevyhovoval potřebám stomiků. Jímače nepřiléhaly ke kůži vývodu, docházelo k uniku střevního obsahu a následně k narušení kůže agresivními výměšky. Pás značně omezoval klienta ve všech denních činnostech. Další kolostomické pásy se sponou, kroužkem a polyetylenovým sáčkem byly malým pokrokem v ošetření vývodu. Spona byla ale velmi tvrdá a správně nedržela na vývodu. Francouzská firma později dodávala kolostomický pás s flexibilnější sponou, kterou přidržoval gumový kroužek, na který se navlékl sáček. Již zmiňované spony po opakovaném použití zapáchaly a ani tento systém nejímal bezpečně střevní obsah. Jímače byli nápadné pod oděvem a šustily (Zachová a kol., 2010, s. 14 - 15).

Výraznou změnou byly nalepovací sáčky, které měly nejčastěji lepící čtvercovou plochu. Na lepící ploše se podle šablony z tvrdého papíru vystříhl otvor, kopírující tvar stomie. Jednorázové lepící sáčky měli výhody v rychlé a jednoduché výměně, dobře přilnuly ke kůži kolem vývodu a izolovaly zápach. Fixační pás se již nemusel používat a pomůcka se tedy stala pro klienta diskrétnější. Nicméně nevýhodou bylo při odstraňování sáčku, že lepící složka rychle narušovala kůži klienta. Lepící složka byla velmi dráždivá a ne každý stomik mohl pomůcku používat. Při ošetření ileostomie se často využívali vypouštěcí jímací sáčky. Omezila se potřeba časté výměny lepícího sáčku, a tím se šetřila pokožka okolo vývodu. Na mokvajícím kůži kolem vývodu se umístily pryskyřicové těsnící kroužky kolem otvoru sáčku, které bránily zatékání obsahu a působily absorpčně. Postupem času se na trhu začali vyskytovat sáčky, které měly samostatnou podložku, předchůdci dvojdílného systému. Podložka, která byla dobře nalepena, mohla zůstat na pokožce i 3 dny. Po naplnění sáčku se vyměňovaly pouze sáčky (Zachová a kol., 2010, s. 15 - 16).

V Československu byly velké nedostatky při zajištění stomických pomůcek. Dovoz byl velmi omezen a modernější sortiment dostávali k dispozici spíše mladší, aktivní pacienti, nejčastěji však ileostomici. Sami klienti se snažili korigovat nedostatky v této problematice a v 80. letech 20. století v Československu a začaly vznikat spolky stomiků. Brzy na to se ukázalo, že stomici potřebují ke svému životu nejen pomůcky, ale i osobu, která by je edukovala. Vznikly první stomické sestry, většinou sestry průkopnice z chirurgického oddělení (Zachová a kol., 2010, s. 16).

Do roku 1989 zavedení stomie znamenalo pro klienty s vývodem vyřazení z rodiny, práce a společenského života. Dnes v České republice žijí tisíce stomiků, a právě díky kvalitním pomůckám a cílené ošetrovatelské péči o tom ani nevíme, a přitom je potkáváme denně na ulicích (Otradovcová, Kubátová et al., 2006, s. 7).

2 STOMIE

„Stomie vychází z řeckého slova *stoma, stomatos* (úst, otvor, ústí) a znamená vyústění dutého orgánu na povrch těla jeho chirurgickým vyšíáním anebo pomocí katetru“ (Zachová a kol., 2010, s. 31).

Zdravotnický personál se může setkat se stomií na všech odděleních a měl být schopný provést základní ošetrovatelskou péči, poradit klientovi, co je pro něj vhodné, a především nezapomínat na psychiku klienta. Ne vždy je pohled na stomii příjemný, ale odborný pracovník by se měl obzvlášť vyvarovat mimickým a verbálním projevům. Pro samotného klienta je to velice nepříjemné a může se za to stydět, kvůli stomii může ztrácet i kontakt s druhými lidmi. Snažíme se nalézt i třeba malá pozitiva, přimět klienta k pozitivnějšímu myšlení. Stomie se všeobecně dělí podle následujících kritérií.

Dle časového trvání

Dělíme stomie na **dočasné** a **trvalé** stomie. Dočasné stomie se indikují klientům, jejichž duté orgány potřebují odlehčit, odpočinout si. Stomie se zakládá na několik měsíců do té doby, než začnou orgány opět fyziologicky pracovat. Při zavedení trvalé stomie nelze nikdy navrátit fyziologickou funkčnost orgánů (Zachová a kol., 2010, s. 31). Zde řadíme veškeré typy stomií tedy: tracheostomie, esofagostomie, gastrostomie, ileostomie, kolostomie i urostomie.

Dle účelu stomií

Dle účelu rozdělujeme stomie na **výživné** a **derivační**. Výživné stomie se zavádí do horní části zažívacího ústrojí (gastrostomie, jejunostomie) a slouží k zavádění upravené stravy do zažívacího systému. Derivační stomie jsou stomie, které slouží k odvodu střevního obsahu do sběrného sáčku. (Zachová a kol., 2010, s. 31) Řadíme zde typy stomií: ezofagostomie, tracheostomie, ileostomie i kolostomie (Otradovcová, Kubátová et al., 2006, s. 15-18).

Dle způsobu konstrukce

Nástěnná je dočasná stomie, střevo se našije na stěnu břišní. Další možnost dle konstrukce je **jednohlavňová** neboli terminální stomie, která je trvalá. Resekuje se spodní úsek střeva. A poslední možnost je **dvouhlavňová**, nazývaná také axiální. Má dva vývody, které jsou vedle sebe, z horní části odchází stolice, z dolní části odchází hlen, popřípadě krev (Zachová a kol., 2010, s. 31 - 32).

K indikaci vyvedení stomie může dojít v případě poruchy činnosti dýchacího, trávicího či urogenitálního systému.

2.1 Dýchací systém

Dýchací systém nám zabezpečuje výměnu dýchacích plynů v organismu, ož je velice důležité pro udržení acidobazické rovnováhy v těle. Dýchací ústrojí tvoří horní dýchací cesty, které nalezneme v hlavovém oddílu těla, dolní dýchací cesty, které se anatomicky nachází v krčním a hrudním úseku dýchacích cest, a plíce, které jsou vlastním orgánem soustavy a zajišťují v těle výměnu plynů mezi vzduchem a krví. Dýchací cesty nám slouží jako fonační aparát a zabraňují vniknutí cizích těles do organismu pomocí obranných reflexů, kašel, kýchnutí či reflexní zástavě dechu (Naňka, Elišková, 2009, s. 173; Grim, Druga et al., 2005, s. 57).

Dýchací cesty se tedy skládají z dutiny nosní; *cavitas nasi*, *nosohltanu*; *nasopharynx*, *hrtanu*; *larynx*, *průdušnice*; *trachea*, *průdušek*; *bronchi* a *plíce*; *pulmones*. (Dylevský, 2000, s. 218) Plíce obsahují *průdušinky*; *bronchioly* a *plicní sklípky*; *alveoli*. (Dylevský, 2000, s. 227)

Člověk by měl dýchat se zavřenými ústy, zajistí si tím prevenci nachlazení a poškození dýchacích cest. Vdechovaný vzduch dutinou nosní se zde nahřívá a zbavuje se hrubých mikroskopických nečistot z ovzduší. Putuje dále do *nosohltanu* a do *hrtanu*, zde je i hlasové ústrojí. Vniknutí stravy do *hrtanu* zamezuje *hrtanová příklopka*. Vzduch dále pokračuje do *průdušnice*, která se větví na dvě *průdušky*, *pravou* a *levou*. *Průdušky* se zanořují do *pravé* a *levé plíce*. V *plicích* se dále větví na *průdušinky*, které tvoří tzv. *bronchiální strom*. *Průdušinky* ústí do *alveolárních sklípků*. Ve *sklípcích* dochází k výměně dýchacích plynů mezi *plicemi* a *krví*.

Dýchání odlišujeme na *vnitřní* a *vnější*. Při *vnitřním dýchání* dochází k výměně plynů mezi *vnitřním prostředím* a *plicemi*. U *vnitřního dýchání* probíhá výměna plynů mezi *krví* a *tkáněmi organismu*.

2.1.1 Tracheostomie

Tracheostomie je operační výkon, při kterém se provede otvor do průdušnice s následným zavedením tracheostomické kanyly (Vyhnánek a kol. III, 2003, s. 125).

Operační výkon provádí chirurg zpravidla u klientů, kteří jsou již delší dobu zaintubováni endotracheální kanylou, po poranění, v bezvědomí. Samotný výkon se provádí v místní nebo celkové anestezii, bývá to zpravidla plánovaný zákrok (Vyhnánek a kol. III, 2010, s. 125).

Výhodou tracheostomické kanyly je v první řadě zprůchodnění dýchacích cest, odsávání sekretu z dolních dýchacích cest, usnadnění hygieny dýchacích cest, zamezení aspirace a zmenšení mrtvého dýchacího prostoru (Vyhnánek a kol. II, 2003, s. 71).

Ke vzniku tracheostomie může vést koniotomie, což je otevření dýchacích cest za pomoci operačního výkonu. Nebo koniopunkce, jedná se o nabodnutí dýchacích cest silnou punkční jehlou (Vyhnánek a kol. II, 2003, s. 70).

Oba tyto výkony se provádí u klientů v situaci život ohrožujícího stavu, u dusících se klientů. Jedná se o neplánovaný výkon, v rámci první pomoci.

Tracheostomie se indikuje pro zabezpečení dlouhodobé umělé plicní ventilace. Většinou po úrazech v obličejové části lebky, kraniocerebrálních poranění (poranění lebky a mozku), poranění hrudníku, popálenin, po operacích plic, kde se objevují známky dechové nedostatečnosti. Při neprůchodnosti hrtanu z důvodu karcinomu hrtanu (Vyhnánek a kol. II, 2003, s. 70 – 71).

U tracheostomie může dojít ke krvácení z vývodu, k infekci dýchacích cest, vzniku dekubitu a možnost vzniku píštěle mezi průdušnicí a jícnem (Vyhnánek a kol. III, 2003, s. 71).

Důvodem vzniku dekubitů je tlak endotracheální manžety, která působí na sliznici tlakem a způsobuje defekt.

2.2 Trávicí systém

Trávicí soustava má za hlavní úkol příjem a zpracování potravy pomocí trávení, vstřebání využitelných látek a vyloučení nestrávených zbytků z organismu (Grim, Druga et al., 2005, s. 11).

Trávicí systém se skládá z: ústní dutina; *cavitas oris*, hltan; *pharynx*, jícen; *oesophagus*, žaludek; *ventriculus* známy i pod pojmem *gaster*. Tenké střevo; *intestinum tenue*, které se dělí: dvanáctník; *duodenum*, lačnick; *jejunum*, kyčelník; *ileum*. Tlusté střevo; *intestinum crassum*, které má tyto části: slepé střevo; *caecum*, červovitý přívěsek; *appendix vermiformis*, vzestupný tračnick; *colon ascendens*, příční tračnick; *colon transversum*, sestupný tračnick; *colon descendens*, esovitý tračnick; *colon sigmoideum* a poslední částí tlustého střeva je konečník a řiť; *rectum et anus* (Dylevský, 2000, s. 256).

Na trávicí systém jsou napojeny pomocné orgány pro trávení, velké žlázy: slinné žlázy; *glandulae salivariae*, játra; *hepar*, se žlučovými cestami; *ductus biliard* a slinivkou břišní; *pancreas* (Grim, Druga et al., 2005, s. 11- 48).

Potrava, která je rozmělněna v dutině ústní, se polykáním dostává do jícnu a z jícnu následně do žaludku. V žaludku dochází k mechanickému a chemickému trávení, kde vznikne trávenina, která dále putuje do tenkého střeva. V tenkém střevě dochází k chemickému štěpení za pomoci střevní šťávy, šťávy slinivky břišní a žluči. Obsah je příliš tekutý, dochází zde ke vstřebání rozložené složky potravy do krve pomocí klků. Tenké střevo je nezbytnou a důležitou součástí lidského těla bez nepříznivých důsledků na organismus, vždy se ponechává část tenkého střeva. Tekutý obsah se dále dostává do tlustého střeva, kde se vstřebává voda s následným zahuštěním stolice. Tlusté střevo není nezbytně důležité a může být celé odstraněno. Poslední částí tlustého střeva, řitním otvorem, se při defekaci dostává stolice ven.

2.2.1 Ezofagostomie

Ezofagostomie je chirurgický výkon, kdy se vyústí jícen na přední stranu krku. Tenhle typ stomie je vzácný (Marková, 2006, s. 14).

U dětí se esofagostomie indikuje při vrozené neprůchodnosti jícnu. U dospělých při získané neprůchodnosti jícnu, kdy stomie slouží k odvádění spolykaných slin, které nemohou přirozeně odtékat do žaludku z důvodu překážky, prevence aspirace. Další indikací může být poleptání, popálení, úrazy a onemocnění jícnu. (Otradovcová, Kubátová et al., 2006, s. 15)

2.2.2 Gastrostomie

Gastrostomie je chirurgické vyústění žaludku na povrch těla skrz stěnu břišní. Řadí se do skupiny výživných stomií. Gastrostomie lze založit chirurgickou cestou nebo pomocí endoskopických technik (Zachová a kol., 2010, s. 38; Marková, 2006, s. 14).

Gastrostomie je nejčastěji indikována z důvodu neprůchodnosti jícnu způsobené stenózou nebo atrézií horní části trávicího systému z důvodu tumoru, poleptání, popálenin, či rakoviny jícnu. Dále při dlouhodobé poruše vědomí, při neschopnosti polykat, úrazů mozku a dutiny ústní. Touhle cestou bývá zajištěna i výživa klientů při onkologickém, neurologickém, ale i psychickém onemocnění, při pokročilém stádiu anorexie. Mohou se zavádět i u klienta, kde nelze vyživovat nasogastrickou sondou, popř. nasoduodenální (Zachová a kol., 2010, s. 38; Marková, 2006, s. 14).

2.2.3 Ileostomie

Vyústění tenkého střeva je obvyklé v pravé dolní části břišní stěny. Střevní obsah je v tenkém střevě velmi řídký, a proto vývod vyčnívá několik centimetrů nad kůži. Předcházíme tím kontaktu střevního sekretu s kůží a následným rizikem poškození pokožky střevními enzymy. Tvar vývodu je kulovitý o průměru asi 2 – 2,5 cm. Ze stomie vytéká nepřetržitě řídký žlučově zelený agresivní obsah, který nezapáchá. V počátku vývod vylučuje 1 – 2 litry obsahu, po 4 – 8 týdnech se množství snižuje na 500 – 800 ml za den (Marková, 2006, s. 20).

Dle částí tenkého střeva, funkce a délky založení ileostomie rozlišujeme:

Duodenostomie

Vyústění stomie v místě duodena, tedy v první části tenkého střeva. Slouží jako výživový vstup nebo jsou založeny při vážných onemocněních a plní funkci derivační stoje (Zachová a kol., 2010, s. 35 – 36).

Jejunostomie

Jejunostomie se nachází v úseku tenkého střeva jejunu, opět slouží jako výživový vstup, a zavádí se u těžce nemocných klientů jako stomie derivační (Zachová a kol., 2010, s. 35 – 36).

Indukuje se u pacientů, kde není převedení na plnohodnotnou perorální výživu v nejbližší době možné. Jedná s především o pacienty s nedostatečným příjmem potravy a zachovanou funkcí trávicího systému. U operací v horní části zažívacího systému, po traumatech, především po operaci dutiny břišní, u kriticky nemocných, při sepsi organismu, u poruchy polykání, dysfagie z jakékoliv příčiny i při zánětu slinivky břišní, pankreatitidy (Otradovcová, Kubátová et al., 2006, s. 14 - 15).

Ileostomie

Vyústění konečné části tenkého střeva. Rozlišujeme trvalou a dočasnou ileostomii. Při dočasné ileostomii je vytvořen vývod na dobu nezbytně nutnou. Dle konstrukce je vývod dvouhlavňový nebo jednohlavňový terminální. (Marková, 2006, s. 16 - 20; Zachová a kol., 2010, s. 35 – 36).

Trvalá ileostomie se ve většině případů zakládá z důvodů nespecifických zánětů, při odstranění celého tlustého střeva, kolektomie. Indikací k dočasné ileostomii jsou stavy pro odlehčení střeva během léčby kolitidy, divertikulózy po traumatu (Marková, 2006, s. 19).

Přehled onemocnění na tenkém střevě vedoucí k ileostomii:

Vrozené vývojové vady

Mezi vrozené vývojové vady u dětí se můžeme setkat s atrézií střeva, ta se může vyskytnout v kterémkoliv úseku tenkého střeva. Atrézie je vrozená neprůchodnost dutého orgánu, v tomhle případě části střeva. Ileózní vady u dětí, stav kdy dochází k poruše posunu střevního obsahu s následnou střevní neprůchodností (Otradovcová, Kubátová et al., 2006, s. 10).

Crohnova choroba

Nespecifický střevní zánět Crohnova choroba, enteritis terminalis, patří mezi nemoci, u kterých není příčina onemocnění zcela jasná. Na vzniku nemoci se mohou podílet autoimunitní reakce, infekční agens, ale i genetická zátěž. Objevuje se převážně v mladém věku okolo 20 – 30 let života, je rozšířena po celém světě, nejčastěji však v USA, Velké Británii, Skandinávii, méně ve střední Evropě. Zánět je chronický, typické je střídání klidového období a akutní bolesti břicha s průjmy, se zvýšenou tělesnou teplotou a se zvracením. Ložiska zánětu se mohou vyskytnout roztroušeně, po celé délce trávicí soustavy, lokalizována intermitentně, tedy zdravá tkáň se střídá s postiženou tkání. Nejčastěji se však vyskytuje v konečné části tenkého střeva. Trubice zažívacího ústrojí je tedy chronicky postižena tzv. granulomatózní vředovým zánětem, který může postihnout všechny vrstvy střevní stěny (mukózu, submukózu, svalovou vrstvu, pojivovou tkáň). Jednou z komplikací je vytvoření píštělí, patologické propojení mezi sousedními orgány i na venek, enterovaginální píštěl (mezi střevem a pochvou), vesikální píštěl (s močovým měchýřem). Dále se mohou vytvořit abscesy, dutiny vyplněné hnisem v oblasti konečníku. Může dojít až k perforaci střeva, proděravění stěny střeva s následným vylitím střevního obsahu do dutiny břišní. Terminální ileostomie se provádí spíše jako paliativní výkon po vyčerpání všech konzervativních možností, a to jsou dieta a farmakoterapie. (Zachová a kol., 2010, s. 25 - 26; Mačák, Mačáková, 2004 s. 239 - 240; Marková, 2006, s. 23).

Polypóza

Střevní polypóza, která má familiární charakter. Polypy jsou výrůstky ve střevě, řadí se k prekanceróze, proto je nutné jejich chirurgické odstranění. Dle závažnosti postižení může být provedena dočasná ileostomie (Marková, 2006, s. 22).

Mechanický, obturační ileus

K ileu dochází při překážce ve střevě např. nádorem, zánětem, vývojovými odchylkami. Indikuje se dočasná ileostomie z důvodů dočasného odvedení proudu stolice (Marková, 2006, s. 22; Mačák, Mačáková, 2004, s. 234).

Akutní ischemie střeva

K akutní ischemii střeva dochází při náhlé zástavě prokrvení střeva, z důvodů uzávěrů velkých žil, které vyživují střevo, může vzniknout tzv. infarkt střeva. Dochází k poškození

nebo až k odumření střeva. K tomuto jevu nedochází příliš často (Mačák, Mačáková, 2004, s. 235 – 236).

Další indikací k založení ileostomie mohou být komplikace zánětlivých onemocnění např. perforace, píštěle, abscesy a krvácení. Samozřejmě ke vzniku ileostomie patří úrazy a poranění v abdominální části, břišní části, cizí tělesa ve střevě, vzácně i malignity (Otradovcová, Kubátová et al., 2006, s. 10; Marková, 2006, s. 22- 24; Zachová a kol., 2010, s. 25-28).

2.2.4 Kolostomie

Kolostomie je vyústění tlustého střeva v průběhu jeho celé délky přes stěnu břišní navenek. Patří mezi nejčastější vývody. Má kruhovitý tvar jasně červené barvy o průměru 2-5 centimetrů a je mírně vyvýšená nad povrchem kůže. Sliznice tlustého střeva neobsahuje žádná nervová zakončení pro vnímání bolesti, proto při pohmatu stomie klient necítí nic. Konzistence střevního obsahu a pravidelnost vyprazdňování závisí na výši umístěné stomie. Čím níže je stomie vyvedena, tím stolice bývá hutnější. Z vývodu odchází střevní plyny, což je pro klienta mnohdy nepříjemné. To se ale dá upravit pomocí vhodné stravy (Marková, 2006, s. 20).

Podle částí vyústění tlustého střeva kolostomie dělíme:

Cékostomie

Umístění stomie v oblasti slepého střeva, tedy v přechodu tenkého a tlustého střeva (Marková, 2006, s. 21).

Cékostomie je ve většině případů dočasná kvůli odlehčení zbývající části tlustého střeva. Indikace k zavedení mohou být při paralytickém ileu, prevenci perforace střeva, nádorového onemocnění slepého střeva. Cékostomii lze zhotovit pomocí drénu nebo Foleyova katétru, přední stěna střeva je přišita k peritoneu (pobřišnice, vystýlá břišní dutinu) a drén je vyveden skrze břišní stěnu na povrch. Po vyjmutí drénu cékostomie spontánně zaniká. Slepé střevo může být rovněž přišito přední stěnou ke kůži (Marková, 2006, s. 21; Zachová a kol., 2010, s. 33 – 34).

Ascendentostomie je umístění stomie, které se nachází v úseku vzestupného tračníku, **transverzostomie** je vyústění stomie v příčném tračníku, **descendentostomie** je umístění stomie v oblasti sestupného tračníku (Zachová a kol., 2010, s. 34).

Transverzostomie je nejčastěji indikována u dění s vývojovou vadou. Provádí se dočasná dvojhlavňová stomie, která odvádí polotekutý obsah. Po operačním výkonu se transverzostomie zakládá jen zřídka, z důvodů špatného ošetření stomie kvůli nevhodnému umístění. Vývod je vyústěn pod pravým nebo levým podžebřím, což bývá v kožní řase a pod prsy i blízko operační rány (Otradovcová, Kubátová et al., 2006, s. 17; Marková, 2006, s. 21).

Sigmoideostomie

Vyústění stomie v místě esovité kličky, nejčastější vývod (Zachová a kol., 2010, s. 34).

Sigmoideostomie je nejčastější typ trvalé stomie. Nejvíce se zavádí po odstranění celého rekta. Sigmoidum je vyvedeno na povrch kůže. Tenhle stav je nenávratný. Další je možnost operačního zákroku, který je znám jako Hartmanova operace, kdy se po odstranění postižené části bližší část střeva vyvede na povrch a vzdálená část se zašije a ponechá. Výhoda je ta, že klientovi zůstane zachován řitní otvor, sice nebude plnit svoji fyziologickou funkci, ale je možnost, že v další fázi léčby se oba konce opět spojí (Marková, 2006, s. 21).

V klinické praxi se může setkat i s cholecystostomií, což je vyústění žlučníku pomocí drénů (Zachová a kol., 2010 s. 34).

Přehled onemocnění na tlustém střevě vedoucí ke kolostomii:

Ulcerózní kolitida

Ulcerózní kolitida je chronické, zánětlivé ulcerózní onemocnění postihující sliznici (mukózu, submuózu) rekta a tlustého střeva. Nejčastěji se vyskytuje ve věku 20 – 25 let, ale může se vyskytnout i v jakémkoliv věku života. Onemocnění zpravidla začíná v oblasti rekta a šíří se dále na tlusté střevo. Období klidu a akutních atak onemocnění se střídají po různě dlouhých obdobích. Onemocnění se projevuje průjmovitými stolicemi s příměsí krve, které způsobují typické vředy s tendencí často krvácet. Oslabená střevní stěna může perforovat nebo se maligně zvrhnout, to znamená, že ze zánětu vznikne nádorové onemocnění (Mačák, Mačáková, 2004, s. 240 - 241; Marková, 2006, s. 23; Zachová a kol., 2010, s. 27).

Zánětlivé onemocnění střeva

Zánětlivé postižení tlustého střeva je nejčastějším onemocněním střeva. Příčiny zánětu jsou velice široké. Viry, bakterie, paraziti, alergické reakce, fyzikální vlivy (popálení kůže, zá-

ření, ozařování), chemické látky (součástí potravy, těžké kovy), nežádoucí účinky léků, ischemie (Mačák, Mačáková, 2004, s. 236; Zachová a kol., 2010, s. 27).

Divertikulóza tlustého střeva

Divertikly jsou výchlípky stěny střevní, rozlišujeme vrozené a získané, nepravé. Při vrozených je výchlípka tvořena všemi vrstvami stěny tlustého střeva (mukóza, submuóza, svalová vrstva). Tenhle typ divertiklů je vzácný. Častěji se vyskytují již zmiňované získané, nepravé. Vznikají zpravidla u osob nad 60 roků. Vyskytují se v sestupné části tlustého střeva, nejčastěji v sigmoideu a v colon descendent. Tyhle výchlípky jsou tvořeny pouze sliznicí, někdy i s malým obsahem podslizniční vrstvy. Ke tvorbě divertiklů přispívá nedostatek vlákniny ve stravě. Nedostatek způsobuje měštnání stolice a střevních plynů ve střevě. Oslabená střevní stěna divertiklu, která obsahuje stolicí s bakteriální masou, může perforovat, výchlípky se často mohou zanítit a vznikne zánět, divertikulitida. Choroba se projevuje bolestivostí břicha, ve stolici se objevují příměsi krve, střídá se zácpa a průjmy, zvýšená teplota (Mačák, Mačáková, 2004, s. 243; Zachová a kol., 2010, s. 27).

Zhoubné nádory tlustého střeva

Objevují se velmi často. V současné době patří k naprosto nejčastějšímu karcinomu u nás. Karcinom se může vyskytovat v různé lokalizaci tlustého střeva. Dle lokalizace se projevuje klinický obraz onemocnění. Při pravostranném uložení tumoru se může průběh onemocnění chovat bezpříznakově. Tumor uložený v levé části způsobuje střídání zácpy s průjmem, plynatost a hubnutí. Nádory v rektální oblasti se projevují čerstvým krvácením, člověk má neustálý pocit na stolici (Mačák, Mačák, 2004, 244; Zachová a kol., 2010, 27 - 28).

Na vzniku kolostomie se může podílet spousta dalších faktorů. Vrozené vývojové vady, dědičné choroby, ischemie střeva, benigní nádory, náhlé příhody břišní, úrazy, poranění, ale i iatrogenní poškození od personálu ve zdravotnickém zařízení, inkontinence, radioterapie při gynekologických tumorech, kde následkem může vzniknout píštěl, celkově na základě urologické a gynekologické indikace (Otradovcová, Kubátová et al., 2006, s. 10; Zachová a kol., 2010, s. 25-28; Marková, 2006, s. 22- 24).

Indikace k trvalé nebo dočasné ileostomii a kolonostomii se v podstatě překrývají, často se operatér rozhoduje dle tíže a lokalizace onemocnění (Marková, 2006, s. 22).

2.3 Urogenitální systém

Vylučovací systém zabezpečuje vyloučení metabolitů a toxických látek z organismu. Reguluje objem vody a solí v těle a podílí se na obranyschopnosti (Naňka, Elišková, 2009, s. 195).

Vylučovací soustava je tvořena ledvinami; renes, močovody; uretery, močovým měchýřem; vesica urinaria a močovou trubicí; urethrou (Zachová a kol., 2010, s. 21).

Ledviny jsou hlavním vylučovacím ústrojím. Přispívají k udržení stálého vnitřního prostředí, které je pro lidský organismus velice důležitý. Odstraňují škodlivé látky vytvořené buňkami z těla ven, regulují objem vody a solí. Ledviny jsou nepostradatelné pro lidský organismus, při jejich selhání dochází k úmrtí jedince. Po přeměně vody v ledvinách na moč protéká močovody do močového měchýře. V měchýři se moč shromažďuje a poté odchází z těla močovou trubicí ven.

Urostomie

Urostomie je operačně vytvořené vyústění močových cest na stěnu břišní (Otradovcová, Kubátová et al., 2006, s. 21). Urostomii tedy můžeme vyvést z jakékoliv části močového systému.

2.3.1 Nefrostomie, pyelostomie

Nefrostomie je zavedení nefrostomického drénu přímo do ledviny, pyelostomie zavedení katetru do ledvinné pánvičky. Při nefrostomii se jedná o dočasný zákrok před totálním odstraněním ledviny. Docházet k tomu může z důvodu onemocnění samotné ledviny či po úrazech. Pyelostomie se zavádí velmi zřídka. (Marková, 2006, s. 24; Otradovcová, Kubátová et al., 2006, s. 20).

2.3.2 Ureterostomie

Stav, kdy jsou vyvedeny močovody na povrch břišní stěny. Dle operační techniky je můžeme dělit na kontinentní a inkontinentní. Při kontinentním zavedení se vytvoří pomocí střevní stěny rezervoár, kde se uskládá moč a klient si moč po 4 až 6 hodinách vyvede pomocí umělého katétru ven z těla. U inkontinentního zavedení stomie odchází moč volně, klient si tedy na vyústění přilepuje jímací sáčky. Ureterostomie se zavádí nejvíce u dětí jako dočasné řešení. Vývod se provádí velmi zřídka (Marková, 2006, 24; Otradovcová, Kubátová et al., 2006, s. 20 - 21).

2.3.3 Epicystostomie

Epicystostomie známá také pod odborným názvem vesikostomie, cystostomie. Je zavedením močového katétru do močového měchýře přes stěnu břišní. Indikací jsou onemocnění, úrazy močového měchýře. U klientů, kde je z diagnostických metod potřeba sterilní moč. Přes cévku odebíráme sterilní moč, výhodou je snížené riziko zavedení infekce do močového systému (Marková, 2006, 24; Otradovcová, Kubátová et al., 2006, 20).

Na vzniku urostomie se dále mohou podílet vrozené vývojové vady např. Spina bifida (rozštěp páteře, při kterém nejsou uzavřeny obratlové oblouky, a mícha svými obaly vystupuje ven z páteřního kanálu, dochází k poruše nervů pánevního dna a k následné trvalé inkontinenci). Extrofie, ectopie močového měchýře, rozštěp nebo chybné uložení močového měchýře. Příčinou mohou být i patologické stavy z důvodu blokády odtoku moče z ledvinné pánvičky, např. hydronefróza (rozšíření ledvinné pánvičky, ledvina se stává nefunkční), nefrolithiáza (ledvinový kamen v ledvinné pánvičce). Dále u nádorového onemocnění v malé pánvi, při benigních onemocněních, těžké inkontinenci, při vzniku rektovaginální píštěle (patologické propojení trávicího systému, vylučovacího a pohlavního systému). Při tuberkulóze, neurogenním onemocnění a úrazech (Marková, 2006, s. 26; Otradovcová, Kubátová et al., 2006, s. 25; Zachová a kol., 2010, s. 30; Mačák Mačák, 2004, s. 207).

Specifickou komplikací při ureterostomii je tvorba močových krystalků na stomatu a okolí kůže. Mohou způsobit drobná poranění, proto se snažíme udržet moč v mírné kyselosti pomocí pitného režimu. Poškození se ošetřuje octovými obklady jedenkrát denně. Po odstranění obkladů může být okolí zběláno, to ale po chvíli vymizí (Zachová a kol., 2010, s. 158).

2.4 Nejčastější komplikace po zavedení stomií

Při každém chirurgickém zákroku, výkonu, musíme vždy myslet na vznik nežádoucích komplikací. U stomií tomu není jinak. Zdravotnický personál, který se setká se stomií, by měl důsledně sledovat samotnou stomii, okolí stomie a v neposlední řadě by neměl zapomínat na psychický stav klienta.

Řadě komplikací se dá předejít, stačí dodržovat zásady správného ošetřování stomií a okolí stomií. Ale jsou i komplikace, které mají příčinu v špatné konstrukci stomie. Jediná možnost nápravy je chirurgické řešení umístění stomie. Vždy musíme mít na paměti, že kom-

plikace stomií nejvíce zatěžují samotného klienta. (Zachová a kol., 2010, s. 151, Marková, 2006 s. 33)

Prevence vzniku nežádoucích příznaků je především příznivá pro klienta, dodává mu to pocit spokojenosti, že vše probíhá v pořádku. Dodává mu to pocit bezpečí a jistoty. Z managementu ošetřovatelství víme, že je vždy lepší předcházet komplikacím, ušetří nám to čas, ale i finanční rozpočet. Komplikace dělíme na rané a pozdní. (Zachová a kol., 2010, s. 151)

Maladaptační porucha

Akceptace života s vývodem patří mezi nejzávažnější komplikace u všech typů stomií. Klient se musí smířit s tělesnou změnou, s omezením životního stylu a životosprávy. Přemýšlí o tom, jaké to bude, až opustí nemocnici, až se vrátí domů, do práce, k partnerovi či o obavě z prognózy. Období akceptace je časově individuální a ne u všech klientů zdařilé (Zachová a kol., 2010, s. 151 – 153).

Nevhodné umístění stomie

Způsobuje špatné držení stomických pomůcek. Často dochází k zatékání střevního obsahu nebo moče, působí potíže při sedu, při běžné chůzi. Nevhodné umístění stomie může způsobit kožní infekce, ulceraci kůže a dermatitidy. Proto je důležité, zda je to plánovaný zákrok, před operací zakreslit vhodnou lokalizaci budoucí stoje (Zachová a kol., 2006, s. 33 - 34).

Krvácení ze stomie

Drobné pooperační krvácení je z vývodu běžné. Ale masivně krvácet může i poraněná céva, krvácení při náhlé příhodě břišní nebo při mechanickém poškození vývodu. Zde je namístě urgentní lékařské ošetření. Zdravotnický personál musí pravidelně sledovat množství a barvu sekretu. Při výskytu krvácení by se sestra měla zajímat, zda pacient užívá antikoagulační léčbu. Krvácení může souviset i s těžkými průjmy, střevními záněty, onkologickou léčbou, prorůstáním nádoru nebo hypergranulací na sliznici stoje (Otradvcová, Kubátová et al., 2006, s. 42; Zachová a kol., 2010, s. 162).

Ischemie až nekroza stomie

K ischemii dochází při špatném prokrvení stomie s následkem odumření vývodu. Stomie se barevně mění na červenou, fialovou až žluto - černou barvu. Postižená stomie zapáchá, ale klienta nebolí, může dojít až k odpadnutí vývodu. Většinou je odloučení nekrotické

části spontánní. To nese s sebou i určitá rizika jako je nerovnost okrajů stomie, vzniku píštělí, parastomálních kýl či retrakce stomie. Nekróza se může rozšířit do peritoneální dutiny s vytvořením gangrény, zde je indikována reoperace. Důvodem ischemie může být chybná operační technika, cévní ileus i trombóza artetia mesenterica (Marková, 2006, s. 34; Zachová a kol., 2010, s. 153 - 154).

Proto jsou důležité kontroly stomie v pooperačním období, edukace o dostatečně velkém otvoru stomické podložky, vyvarovat se tvrdým stomickým podložkám, nenosit těsné oblečení či pásy, které při sedu naléhají na stomii.

Parastomální absces

Místní zánětlivá komplikace, která může vést k dehiscenci stomické sutury. Když stomie dobře přilne k fascii, je tu možnost zavedení drénu. Při abscesu je důležitá toaleta rány, časté sprchování a oplachovat ránu roztoky. Dle výsledku laboratorní kultivace je naordinována antibiotická léčba (Zachová a kol., 2010, s. 153).

Otok stomie

Vyskytuje se vždy při manipulaci s vývodem, malý otok spontánně odezní za pomoci chladících obkladů (Otradovcová, Kubátová et al., 2006, s. 42).

Hojení ran per sekundam

Operační rány, které jsou široké, nebo došlo ke ztrátě tkáně, infekci nebo nebylo ošetření odborné, mohou zhnisat. Zhnisané nebo znečištěné rány se musí v první řadě co nejdříve vyčistit, aby mohlo dojít k hojení (Mačák, Mačáková, 2004, s. 114). To samozřejmě je pro klienta velmi zatěžující jak časově, tak i po psychické stránce.

Hypergranulace

Je to druhotná komplikace při chronickém dráždění. Okolí stomie přerůstá, vznikají výrůstky z tzv. granulační tkáně společně s nadměrným hojením. Výrůstky krvácí a jsou pro klienty bolestivé. Způsobují nerovnost okolí stomie, a s tím i zhoršenou ošetrovatelskou péčí. Hypergranulace se může projevit i na sliznici samotné stomie. Dochází k tomu při chronickém dráždění způsobené nedostatečně vystřiženou pomůckou, ale i špatnou ošetrovatelskou péčí (Zachová a kol., 2010, s. 158 – 159).

Macerace peristomální kůže

Je velice bolestivou komplikací a nejčastěji postihuje ileostomiky a urostomiky. Kůže je bledá, zvrásněná, odlučují se povrchové vrstvy kůže. Důvodem vzniku macerace je vlhké prostředí pod podložkou, které může vzniknout při špatně těsnící podložce, při nadměrném pocení klienta, ale i při delší použitelnosti pomůcky, než je výrobcem určeno. Hojení bývá pomalé a opět pro klienta velmi nepříjemné (Otradovcová, Kubátová et al., 2006, s. 45 - 46; Zachová a kol., 2010, s. 157).

Iritační dermatitida

Vzniká v kterémkoliv období stomika. Příčina vzniku zánětu je chemické, mechanické a biologické dráždění kůže. Poškozením těmito faktory dochází k oslabení ochranné vlastnosti kůže. Postižená část je zarudlá, s místním otokem a můžou se objevovat i puchýřky s mokváním (Zachová a kol., 2010, s. 155).

Alergická reakce

Alergická reakce může být na stomickou pomůcku, ale i na ošetřující prostředek. Kůže je zarudnutá s přítomností puchýřku vyplněného tekutinou. K pozdější fázi dochází k odlou-pávání kůže. Diagnostikovat alergii od ostatních podráždění kůže je někdy velice obtížné. Alergie se může projevit u tzv. celoživotní alergie, tedy až se klient setká s alergenem, nebo se může alergie vytvořit při nadměrném používání látky (Marková, 2006, s. 33 - 34).

Infekce na kůži

U macerované peristomální kůže je větší riziko vzniku infekce. Mykotická infekce je nej-častěji způsobena candidou albicans, které vyhovuje vlhké prostředí. Infekce se projevuje bílými krupičkami s červenými skvrnami. Ke vzniku houbovitě infekce přispívá otírání pokožky při protékání střevního obsahu pod podložku, chemické poškození čisticími pro- středky, ale i špatnou hygienou. Léčba spočívá v aplikaci tenkého filtru antimykotické masti (Marková, 2006, s. 37; Zachová a kol., 2010, s. 157).

Folikulitida

Zánět chlupových váčků, který vzniká při špatném odnětí stomické podložky. Proto vždy při odstranění podložky používáme odstraňovače a odstraňujeme chloupky. Nejlepší a nej-šetrnější způsob jak odstranit ochlupení je za pomoci elektrického strojku. Klasická žiletka nám může způsobit řeznou ranku a tím zvyšuje riziko infekce. U depilačních krémů se můžeme obávat nežádoucí alergické reakce (Zachová a kol., 2010, s. 159).

Dehiscence sutury stomie

Je odloučení sliznice střeva od okrajů rány. Vzniká převážně v častém pooperačním období. Dochází k zatékání stolice do rány s následním zhoršením hojení rány. Povinností zdravotnického personálu je důkladná hygiena sutury stomie i několikrát denně (Zachová a kol., 2010, s. 154; 164).

Stenóza stomie

Dochází k zúžení vývodu, tedy k nepoměru mezi průměrem střeva a otvorem. Klienta trápí bolest břicha, je narušena pasáž, stolice se městná a může se vyskytnout i drobné krvácení. Stenóza se dá rozšířit prstem nebo dilatátorem (Otradovcová, Kubátová et al., 2006, s. 43; Zachová a kol., 2010, s. 167).

Prolaps

Vyhřeznutí střeva ze stěny dutiny břišní bývá velmi častou pozdní komplikací. Vyhřez může být až několik centimetrů. Menší prolaps pacienta neobtěžuje. Problémy nastávají u prolapsu větším jak 8-10 cm. Vyhřez se zvětšuje při stožení, kašli a tělesné námaze. Sliznice vývodu je snadno zranitelná, krvácí, a po delší době se na ní mohou objevit vředy. Nejčastěji postihuje transverzostomii. Příčinou může být velký stomický otvor, nedostatečná fixace střeva, při zvýšeném nitrobřišním tlaku způsobeným ascitem (tekutina v dutině břišní) nebo úporným kašlem. Prevence spočívá v první řadě k snížení nitrobřišního tlaku, tedy prevence vzniku zácpy, omezení zvedání těžkých břemen. Při kašli poučit o držení vývodu. Čerstvý prolaps můžeme opatrně zavést zpátky do dutiny břišní. Když je stomie oteklá a nelze nám vrátit vývod zpět, přiložíme studené obklady a zkusíme navrátit stomii po odeznění otoku. Rozsáhlejší prolapsy vyžadují chirurgickou léčbu, a ta spočívá buď v odstranění části střeva, nebo jeho upevnění k peritoneu (Marková, 2006, s. 35; Zachová a kol., 2010, s. 160).

Parastomální kýla

Patří mezi nejčastější druh komplikace. Vzniká na podkladě oslabení břišní stěny. Kýla vzniká postupně. Při každém zvýšení nitrobřišního tlaku v břišní stěně se obvykle střevo nebo tuková tkáň vytlačuje oslabeným místem v břišní dutině do peritoneálního vaku a následně se vytváří kýlní vak. Okolo stomie se vytváří vyklenutí, které se postupně zvětšuje. K rozvoji kýly přispívá již zmiňovaný nitrobřišní tlak, náhlý a neplánovaný pohyb, nečekaná zátěž, ale i vrozené oslabení vazivových tkání. Kýla bývá často spojena s vyhřezem

stomie. Klient ve většině případů necítí bolest, ale pociťuje nepříjemné napětí v místě kýly. Nejnebezpečnější komplikací při kýle je zaškrcení střeva s obrazem střevní neprůchodnosti. Malá kýla se kompenzuje břišním pásem. Musíme si uvědomit, že stomické pomůcky na nerovném povrchu špatně drží. Po operaci kýly je to vždy velké riziko špatného hojení v infekčním prostředí (Otradovcová, Kubátová et al., 2006, s. 46; Marková, 2006, s. 35 - 36; Zachová a kol., 2010, s. 160 – 162).

Retrakce

Střevo je pod tahem a okraj stomie je pod úrovní břišní stěny. Objevuje se při akutních výkonech – časná retrakce, ale není častá. Postupem času se může vtažení objevit u klientů s výkyvy tělesné hmotnosti. Při retrakci vývodu dochází k podtékání pomůcky. U klientů zvolíme konvexní pomůcku, která může být jednodílná i dvojdílná s prohlubní. U klasické pomůcky si můžeme pomoci vyplňovací ochrannou pastou. (Otradovcová, Kubátová et al., 2006, 43; Zachová a kol., 2010, s. 159).

Parastomální píštěle

Rozlišujeme stehové píštěle, kvůli kterým včas vytahujeme stehy, a druhou možností jsou píštěle jako komplikace nespecifických střevních zánětů. Přítomnost obou píštělí je velká komplikace při ošetřování stomatu. Píštěl neumožňuje dostatečnou fixaci pomůcek ke kůži. Snažíme se vybrat co nejlepší pomůcky, které klientovi budou co nejvíce vyhovovat. Nese to sebou i zvýšenou potřebu pomůcek, proto požádáme o navýšení limitu u revizního lékaře (Otradovcová, Kubátová et al., 2006, 46-47; Zachová a kol., 2010, 162).

Veškeré parastomální nerovnosti, jizvy, ale i řasy, znemožňují adekvátní fixaci stomické podložky. Zvyšuje se nám riziko vzniku komplikací jako je obtékání stomie, zatékání obsahu s následnými kožními problémy. Správným ošetřením s použitím vhodných prostředků tomu můžeme předejít.

Perforace střeva při klyzmatu

Dochází k proděravění střeva při vpravení větší množství tekutiny do traktu. Při indikaci lékařem výkon provádí vyškolený personál (Zachová a kol., 2010, s. 162).

3 EDUKACE

Pojem edukace lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, nácvicích a dovednostech (Juřeníková, 2010, s. 9).

Do problematiky edukace můžeme ve zdravotnickém prostředí zahrnout téměř veškeré sesterské činnosti. Každodenní kontakt sestry s pacientem probíhá ve vzájemné komunikaci a procesu oboustranného učení. Aby sestra mohla efektivně využívat čas s pacientem, musí mít jasnou a ucelenou představu o tom, co edukace je, co obsahuje, ale také co ji ovlivňuje. Když si sestra dané věci neuvědomuje, nemá možnost dalšího vývoje a ani zlepšování své práce (Zachová a kol., 2010, s. 45 – 46).

Každá edukace by měla splňovat určitá pravidla a k tomu nám přispívá edukační proces.

Edukační proces je činnost jedinců, při které dochází k učení, a to buď záměrně, nebo nezáměrně. Proces probíhá u člověka po celý jeho život. Dítě se učí mateřskému jazyku, komunikaci s matkou, ostatními lidmi. A právě tyto jedinci předávají dítěti své schopnosti, ať už záměrně nebo nezáměrně (Juřeníková, 2010, s. 10).

Pro efektivní edukaci je zapotřebí si vytyčit edukační cíle a edukační plán. Cíle musí být jasné, srozumitelné oběma stranám. Cíl je očekávaný výsledek, kterého chceme pomocí edukace dosáhnout. Volíme dlouhodobé nebo krátkodobé cíle. Po celou dobu edukace sestra ve spolupráci s klientem k vytyčeným cílům směřují. Cíle lze dělit do tří skupin, a to na kognitivní (vzdělávací), psychomotorické (výcvikové, praktické cvičení) a afektivní (postojové, hodnotové). (Zachová a kol., 2010, s. 46 - 47; Juřeníková, 2010, s. 28).

Edukační plán by měl být sestaven v písemné podobě na základně edukačních potřeb klienta. Plán by měl být založen v klientově dokumentaci. Měl by obsahovat: pojmenování edukační potřeby; dlouhodobý cíl; počet předpokládaných lekcí s uvedeným tématem edukace; uvedení zodpovědné osoby edukace; u každé lekce by měly být vytyčeny krátkodobé cíle; metody, formy, pomůcky pro každou lekci; osnova pro každou lekci; způsob hodnocení výsledků v každé lekci a na závěr edukace (Juřeníková, 2010, s. 52).

Edukační proces je tvořen 4 prvky, které společně tvoří ucelený proces.

Edukant je individuální osoba, u které musíme mít na mysli její věk, zdravotní stav, pohlaví, sociálně - kulturní podmínky a jakou má motivaci ale i schopnost se učit (Juřeníková, 2010, s. 10).

Edukátor je osoba, která vykonává edukaci pomocí edukační aktivity. Ve zdravotnictví nejčastěji edukují lékaři, všeobecné sestry, porodní asistentky, atd. (Juřeníková, 2010, s. 10).

Edukační konstrukty jsou určité zákony, předpisy, standardy, edukační pomůcky, které nám mohou ovlivnit kvalitu edukačního procesu (Juřeníková, 2010, s. 10).

Edukační prostředí je místo, ve kterém daná edukace probíhá, stanoví podobu reálného edukačního procesu. O prostředí se zmiňuje již J. A. Komenský v díle Velká didaktika. Faktory ovlivňující prostředí se dělí na vnější (okolí společně se stránkou ekonomickou, sociokulturní, demografickou, etnickou) a vnitřní, které dále členíme na fyzikální (osvětlení, barva, zvuk, prostor, nábytek) a psychosociální. Psychosociální podmínky mohou být statické (trvalejší vztahy v rodině) a proměnlivé (krátkodobé působící na obsah a charakter komunikace). (Zachová a kol., 2010, s. 46; Juřeníková, 2010, s. 10).

Edukační proces ve zdravotnickém zařízení má svá určitá specifika. Edukace klientů se zařazuje do ošetrovatelské péče. Nebo alespoň by měla být zařazena.

Edukace se zpravidla dělí do pěti fází:

1. Fáze počáteční pedagogické diagnostiky

Zde se snaží edukátor zjistit úroveň vědomostí, dovedností, nácviků, postojů a edukační potřeby edukanta. Využívá k tomu pozorování a komunikaci s edukantem. Informace by měly být přesné, komplexní a systematické. První fáze je velice důležitá, aby edukátor vhodně stanovil budoucí cíle edukace.

2. Fáze projektování

V druhé fázi se edukátor snaží naplánovat cíle, metody, formy, obsah edukace, pomůcky a časový rámec.

3. Fáze realizace

Prvním a důležitým krokem je motivace edukanta. Na motivaci navazuje expozice, kde edukantům zprostředkováváme nové poznatky. V téhle fázi by nemělo jít pouze o předávání informací edukantovi, ale měl by se na něm i aktivně podílet. Třetí

fáze realizace je fixace, zde dochází k opakování a procvičování předchozích vědomostí a dovedností. Po tomto kroku následuje průběžná diagnostika, zde se snažíme diagnostikovat, prověřit a testovat pochopení daného učiva. Poslední fází je aplikace, zde by měl edukant dokázat získané vědomosti a dovednosti použít.

4. Fáze upevňování a prohlubování učiva

Je velmi důležitá a v mnoha případech se na ní ale zapomíná. Je z jednou z nezbytných kroků uchování vědomostí v dlouhodobé paměti. Proto je nutné systematického opakování a procvičování, tak aby docházelo k jeho fixaci.

5. Fáze zpětné vazby

V poslední fázi hodnotíme nejenom výsledky edukanta, ale i naše – edukátora. Hodnocení výsledků nám umožní zpětnou vazbu mezi edukantem a edukátorem (Juřeníková, 2010, s. 21 - 23).

Hlavním cílem edukace ve zdravotnictví je předcházet nemocem, udržovat nebo navrátit zdraví, přispět ke zkvalitnění života klienta. Výrazná role edukace spočívá i v oblasti primární, sekundární a terciární prevence (Juřeníková, 2010, s. 11).

Edukaci lze dělit na základní, reedukační a komplexní. Při základní edukujeme jedinci nové poznatky či dovednosti. Při reedukační edukaci máme možnost navázat na předchozí vědomosti a dovednosti. A poslední možností je komplexní edukace, zde podáváme nové vědomosti a dovednosti etapově, v návaznosti (Juřeníková, 2010, s. 11 - 12).

Pro každého klienta s vývodem je nedílným partnerem stomická sestra. Pomáhá klientovi s jeho životní změnou. Seznamuje se klientem již v předoperační přípravě, pokud se nejedná o akutní výkon.

3.1 Stomická sestra

Dle vyhlášky MZ České republiky č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, zařazuje činnosti spojené s ošetřováním pacientů se stomií do specializace s názvem Sestra pro péči o pacienty ve vybraných klinických oborech (Marková, 2006, s. 61).

Každá sestra pro péči o pacienty ve vybraných klinických oborech známá jako Stoma sestra či stomická sestra by měla mít svou samostatnou ambulanci, kterou by si mohla přizpůsobit dle svých potřeb a potřeb klientů. K tomu samozřejmě potřebuje podporu vedení nemocnice a s tím spojené finanční prostředky. Velmi důležité je mít přesně určené kompetence, jaké činnosti smí stomasestra vykonávat. Může si vybrat firmy k dodání stomických pomůcek, anebo bude mít výrobce nařízené od vedení nemocnice.

3.1.1 Role stoma sestry edukátorky

Striktní postup jak edukovat pacienta s nově založenou stomií neexistuje. Každý je individuální, a především tohle by si měla každá stoma sestra uvědomit a přistupovat tak ke klientům. Osobní vlastnosti sestry edukátorky, jsou velice důležité pro úspěšný průběh celé edukace. Musí z ní vždy vyzařovat empatie, zájem o klienta, projevování úcty, individuální respektování potřeb stomika jako partnera.

Sestra připravuje a seznamuje stomika s jeho novým vzhledem, snaží se vcítit do jeho situace. Pokouší se vrátit stomika co v nejkratším čase zpátky do jeho života. Ukáže mu, že v tom není sám, že existují kluby pro stomiky. Sestra edukuje klienta před i bezprostředně po operaci. Důležitý je brzký nácvik používání stomických pomůcek, aby klient byl schopen si stomickou pomůcku vyměnit sám. Informuje stomika o všech nejčastějších komplikacích, s kterými se může setkat, jak komplikacím předcházet a jaká bude při vzniku komplikací následná léčba. Sestra se snaží navázat i vřelý vztah s rodinou pacienta. I pro samotou rodinu je to životní změna.

4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Klienta by měl vždy před operací informovat lékař, který mu vysvětlí důvod operace a techniku, jakou bude operace provedena. Na základě informací sdělené lékařem, klient podepíše informovaný souhlas s daným výkonem. V další fázi se klient seznámí se stoma sestrou. Bohužel, ne ve všech nemocnicích nalezneme stoma sestru. Následně tedy spadá edukace a pomoc při ošetření a výměně pomůcek do rukou všeobecné sestry.

První setkání se stoma sestrou je pro klienta velkou změnou ve jeho životě. Stoma sestra by v první řadě měla znovu vysvětlit důležitost dané operace a snažit se podpořit klientovo myšlení. Psychická podpora je velice důležitá. Cílem prvního setkání je získat si klientovu důvěru a jeho spolupráci.

Aby edukace mohla být úspěšná, je důležité časové rozvržení edukace. Sestra nechce přetěžovat klienta informacemi. Zajistí vhodné prostředí, místo. Vyčlení si dostatek času nejen pro klienta, popř. i jeho doprovod, pokud s tím ovšem samotný klient souhlasí. Stoma sestra seznámí klienta s tím, jak stomie vypadá, v které části se přibližně bude nacházet. Ukáže mu, jaké existují druhy stomických pomůcek, sortiment ochranných pomůcek, ale také jak ošetřit vývod a informuje i o možných komplikacích a následné léčbě. V dnešní době máme spoustu ukázkových modelů, nástěnek, informačních brožur, demonstrativních videí, které napomáhají budoucím stomikům si představit o něco lépe, co je čeká. Sestra ubezpečuje klienta, že na to není sám, vše budou provádět společně.

Při rozhovoru sestra pozná lépe klienta a může mu doporučit při špatném psychickém stavu konzilium s psychologem. Sestru musí také zajímat i klientův sociální stav. Popřípadě zkontaktuje sociální sestru.

Veškeré záznamy o edukaci, se zaznamenávají do edukačního záznamu. Stomická sestra má nárok mít k dispozici celou dokumentaci klienta.

4.1 Předoperační příprava

Předoperační příprava začíná v první řadě předoperačním vyšetřením. Určuje celkové zhodnocení klientova stavu praktickým lékařem, popř. jiným specialistou, u kterého je klient sledován. U neléčených klientů stačí provést předoperační vyšetření týden před plánovaným zákrokem. V případě, že se klient léčí s některým z chronických onemocnění, je vhodné začít předoperační přípravu u specialistů dříve, přibližně jeden měsíc předem. Klient po absolvování vyšetření dostane písemné vyjádření od lékaře, které si vezme s sebou k plánovanému výkonu do nemocnice.

Základní předoperační vyšetření obsahuje vyšetření krve, a to krevní obraz (určuje počet krevních elementů), koagulaci (srážlivost) a biochemické vyšetření (informuje o funkci orgánů a procesů v těle). V neposlední řadě se odebírá moč k biochemickému vyšetření.

Do rozšířeného předoperačního vyšetření řadíme EKG, který se provádí u všech pacientů a odhalí změny na srdci. Má platnost jeden měsíc po vyšetření. Mezi další vyšetření řadíme RTG srdce a plic, který se indikuje jen u klientů nad 40 let věku, kuřáků, kardiorespiračních onemocnění, ale ve většině případů se provádí preventivně, platí 1 rok od pořízení. A poslední je odběr krve na krevní skupinu, provádí se preventivně, kdyby došlo k velkým ztrátám krve při operaci.

U klientů dispenzarizovaných z důvodu přidruženého onemocnění obsahuje předoperační příprava další vyšetření. Např. u kardiovaskulárního onemocnění je nutností aby klient podstoupil EKG, RTG srdce a plic a echokardiografické vyšetření srdce (ultrazvukové vyšetření srdce). U respiračních onemocnění se dále provádí spirometrie (zjišťuje se funkce plic schopnost nádechu a výdechu), plicní vyšetření, EKG, RTG plic a srdce. U klientů s diabetem mellitus se odebírá glykémie (kapilární odběr krve, kde zjistíme hodnotu cukru v krvi), EKG, RTG srdce a plic.

U akutního výkonu se uvedené vyšetření musí zkrátit, samozřejmě záleží na aktuálním stavu klienta spojeném s nutností chirurgického výkonu. V krátkém časovém intervalu se odeberou základní laboratorní odběry, provedou se nezbytná vyšetření k posouzení rizika operace (EKG a interní vyšetření, anesteziologická kontrola, někdy i gynekologické a urologické vyšetření), ke stanovení diagnózy některé ze zobrazovacích vyšetření (RTG, ultrazvuk, CT, MR). Klientovi se doplní ztracené tekutiny, minerály, popřípadě krev krevní transfúzí. Podání léčiv pro zlepšení selhávající funkce systémů a orgánů, popř. léčba šoku.

Zavede se nazogastrická sonda a močový katétr. Přípraví se operační pole, podá se premedikace a prevence tromboembolické nemoci (Vyhnánek a kol. I, 2003, s. 184).

Účelem předoperační přípravy je snížení rizik operace na minimum, uklidnění pacienta a snaha o zabránění vzniku komplikací.

4.1.1 Speciální předoperační příprava

Při plánovaném výkonu vyvedení stomie začíná příprava zakreslení vývodu. U střevního vývodu vždy stoma sestra společně s pacientem zakreslí nesmývatelným fixem potenciaální vývod jak pro ileostomii, tak i pro kolostomii (Otradovcová, Kubátová et al., 2006, s. 25 – 26; Marková, 2006, s. 27 – 28).

Výběr vhodného místa je velice důležitý, abychom předcházeli vzniku komplikací.

Sestra si všímá anatomických jevů a snaží se vyhnout linii pasu, pupku, kožním záhybům, operačním ranám, kostním výčnělkům. Klientovi se vleže nalepí cvičná podložka. S podložkou si oblíkne oblečení, sedne si, dřepne si, předkloní se. Zjistí, zda potenciaální vývod nepřekáží při všech denních aktivitách (Otradovcová, Kubátová et al., 2006, s. 25 – 26; Marková, 2006, s. 27 – 28).

Při každé operaci na střevě by měl být každý pacient informován o tom, že může vzniknout komplikace při výkonu a tedy důvod k založení stomie. Byla by velmi vhodná i konzultace se stoma sestrou a zakreslení místa pro založení. Bohužel v praxi se s tím setkáváme velmi ojediněle.

Příprava střeva se provádí u plánovaného střevního vývodu. Dva dny před zákrokem jí klient pouze bujón s dostatečným množstvím tekutin. Pro mechanickou očistu střeva se v dnešní době podává nejvíce fosfátový roztok, který obsahuje roztok Fortrans. Podává se ve dvou dávkách den před operací, nebo v jedné dávce naředěné do 2 litrů tekutiny, které se musí vypít do 2 až 3 hodin. Záleží na zvyklosti oddělení. Do roztoku se mohou přidat i projímadla. Dopoledne před operací se zavádí jejunální sonda, aby se zabezpečila pooperační výživa. K přípravě střeva patří i individuální profylaxe. Podávají se intravenózně antibiotika v kombinaci s chemoterapeutiky. Profylaxe předchází komplikacím. Operační pole bude vyholené, nejlépe elektrickým strojkem od prsních bradavek po třísla. Z důvodů prevence tromboembolické nemocí je klientům naordinována miniheparinizace a bandážují se dolní končetiny po třísla. Podle zvyklostí oddělení se před operací zavádí žilní linka a permanentní močový katétr. Klienti s diabetem mellitus jsou zařazeny do operačního pro-

gramu na první místa. Dle ordinace lékaře podáváme infúzi glukózy s inzulínem (Otradovcová, Kubátová et al., 2006, s. 26 - 27; Marková, 2006, s. 27 – 28).

Nefrostomie se zakládají plánovaně, což umožňuje dostatek času na předoperační přípravu. Vždy se jedná o výkon trvalý, proto je velmi důležité vybrat vhodné místo vývodu a předejít tak obtížím spojeným s ošetrovatelskou péčí o vývod. Je vhodné na noc přilepit urologický sáček s vlažnou vodou, aby si klient zvykl na ten pocit i ve spánku. Moč odchází neustále a není možné regulovat výdej moče (Zachová a kol., 2010, s. 60).

Předoperační příprava u akutního výkonu je velice rychlá. Po konzultaci chirurga, anesteziologa a internisty jde klient na operační sál. Dle stavu klienta může proběhnout edukace klienta stoma sestrou (Otradovcová, Kubátová et al., 2006, s. 27).

Při akutních příhodách břišních, úrazech, nikdy nepodáváme klyzma. Střevo by mohlo být perforované, nebo by mohlo dojít k perforaci střeva a k rozvoji zánětu pobřišnice.

4.2 Pooperační péče

Standardní pooperační péče spočívá ve sledování celkového stavu a vzhledu klienta. Monitorování základních vitálních a fyziologických funkcí (TK, P, D, TT a saturace). Kontroly operační rány a okolí, prosáknutí, známky zánětu. U zavedeného drénu sledujeme fixaci, funkčnost, množství a vzhled odváděného sekretu. V okolí vývodu drénu kontrolujeme prosáknutí a známky zánětu. Péče spočívá nadále v kontrole močového permanentního katetru, jeho funkčnosti. Všimáme si známek zánětů, množství odvedené moče a vzhledu moče. Kontrola místa vpichu, zda je periferní žilní kanyla; centrální žilní katetr průchozí a bez známek zánětu. Všimáme si projevů bolesti, nauzei a zvracení. Pokračujeme v prevenci trombembolické nemoci.

4.2.1 Speciální pooperační péče

Klient po operaci s novým vývodem je umístěn na jednotce intenzivní péče nebo na anesteziologicko - resuscitačním oddělení, kde leží několik dní. Kromě standardní pooperační péče sledujeme stomickou pomůcku a vývod. Většinou se používá jednodílný průhledný a vypustitelný set, který je připevněn již z operačního sálu. Může být i sterilní. První sáček bez komplikací bývá většinou ponechaný 2 – 4 dnů. Výhodou jednodílného setu je, že musíme po naplnění 1/3 vyměnit celý set - jak sáček, tak i podložku, a současně sledujeme stomii a okolí stomie. Při zavedení výživné sondy sestru sleduje její fixaci, funkci, kvalitu a množství sekrece (Otradovcová, Kubátová et al., 2006, s. 28; Marková, 2006, s. 29 – 30).

U dvojdielného systému se podložka ponechává i více dní, což je pro sledování pooperační peristomální kůži nevyhovující.

U vývodu sledujeme odchod stolice, plynů a sekretů, samotný tvar, velikost, barvu a otok stomie. Vývod by měl být červený jako sliznice v dutině ústní, po operaci bývá oteklý, větší, což je fyziologické. Postupem času se zmenší. V časném pooperačním období může dojít k již zmiňovaným komplikacím, a to především ke krvácení a k ischemii (Marková, 2006, s. 29 – 30).

Výživa klienta je zajištěna sondou, po dobu než začnou střeva opět fyziologicky pracovat (Marková, 2006, s. 30). Bezprostředně po operaci klienti v dobrém výživovém stavu nesmí přijímat potravu ústy. Tekutiny je možné podat od 2. – 3. pooperačního dne. K tomu můžeme přidat speciální preparáty enterální výživy (sipping, modulová enterální výživa, polymerní enterální výživa). Postupem času je možné zatěžovat střeva zprvu tekutou dietou, kašovitou a následně bezzbytkovou dietou. Odstranění tenkého střeva v délce 100 – 150 cm nemá pro klienty žádné následky. Problémy nastávají při odstranění delší části tenkého střeva. Zda došlo k resekci v horní části tenkého střeva, v oblasti jejunu, může dojít k dočasnému snížení vstřebávání jednotlivých živin. Tuhle schopnost po dočasný čas převezme spodní část tenkého střeva. Po odstranění tlustého střeva dochází k dehydrataci organismu. Může dojít k poruše krevní srážlivosti, zapříčiněné snížením tvorby vitamínu K střevními bakteriemi (Skřička, Kohout, Balíková, 2009, s. 26 - 27).

První den po operaci, jak to klientův stav dovolí, chodí stomická sestra na ARO či JIP za klientem. Seznamuje ho s jeho novým zhledem. První výměnu pomůcky provádí sestra sama, ale při druhé se snaží zapojit co nejvíce klienta. Samozřejmě musí zohlednit zdravotní a psychický stav a zručnost klienta.

U klienta, kterému byl vyveden vývod v akutním stavu popřípadě v bezvědomí, je probuzení velkým šokem. U plánované operace mají přeci jenom klienti více času se smířit se stomií, ztotožnit a přijmout tento fakt.

4.2.2 Následná péče

Je období mezi hospitalizací na standardní ošetrovací jednotce a dobou propuštění do domácího prostředí. Toto období může trvat různě dlouhou dobu. Záleží na mnoha faktorech. Na stavu operační rány a vývodu, a na klientovi, jak zvládá ošetření vývodu. Po stabilizaci stavu klienta se zpravidla druhý pooperační den překládá na standardní oddělení, kde se

denně dělají sterilní převazy, kontrola a funkčnost stomie. Dle potřeby chodí stomická sestra za klientem a společně ošetřují vývod. Výměna je prováděna zpočátku v posteli a později dle stavu klienta v koupelně před velkým zrcadlem (Marková, 2006, s. 30 – 31).

Před propuštěním je pacient seznámen se stravovacím režimem, se změnami jeho životního stylu, s pomůckami a je mu dán edukační materiál. Klientova rodina by měla být rovněž připravena na přijetí stomika domů. Domácí prostředí by mělo být přizpůsobeno tak, aby si klient mohl ošetřit vývod. Klienta předáváme do péče praktického lékaře. Klienti, kteří nemají rodinné zázemí, zajistíme agenturu domácí péče. Předáme ošetřující sestře sesterskou překládovou zprávu, kde je přesně napsané jaký typ a velikost pomůcky klient potřebuje. Sesterskou překládovou zprávu poskytneme i ošetřujícímu lékaři. Klient domů dostává pomůcky k výměně, ale pouze na jeden měsíc. Může se změnit velikost a typ pomůcky (Marková, 2006, s. 31).

Po celkovém shrnutí tedy klient musí ovládat způsob ošetření vývodu. Ví, jaké změny musí provést, co se týká stravování a životního stylu. Rozezná projevy komplikací a následný způsob včasného řešení. Ví, kde nalezne stomickou poradnu, kam může pravidelně docházet na kontroly a chodit si pro poukazy k pomůckám. Zná datum první plánované kontroly. Klient má kontakt na výdejnu stomických pomůcek, kde si na základě poukazu vyzvedne pomůcky. Velmi vhodné je dát klientovi do rukou přihlášku do stoma klubu (Marková, 2006, s. 31).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 KAZUISTIKA

Klientka ročník 1945, po pravostranné horní lobektomii s nekomplikovaným pooperačním průběhem. Čtvrtý pooperační den byla klientka spavá, udávala snížené dýchání bez steno-kardie. Pro progresi respirační insuficience přeložena na jednotku intenzivní péče.

Anamnéza:

RA: nejuje

AA: Mesocain – při obstříku se opotila, byla bledá, přecitlivělost na pyl a pelyněk

OA: astma bronchiale, stav po bronchitis acuta 2-3/2013, centrilobální emfyzém plic dle CT, nikotinismus, arteriální hypertenze, stav po gynekologické plastice 1992, stav po VATS – lobektomie sup l. dx.

FA: Fraxiparine 0,3 ml s.c, Ventolin 0,5 ml á 6 hod inhal., Syntophyllin, Alvesco 1 – 0 – 1, Atrovent 4x4 vdechy, Tritace 1 – 0 – 0, Hydrochlorothiazid 1 – 0 – 0, Lexaurin 1, 5 mg 1 – 0 – 0, Omeprazol 1 – 0 – 1, Euphylin 200 1 – 0 – 1

Abúzus: nikotinismus, alkohol příležitostně

GA: menopauza, porod 3, potrat 0

PA: dnes důchodkyně, dříve jako kuchařka

SA: žije se svým synem v rodinném domě, na vesnici

Objektivní nález:

Stav při přijetí: TK 90/60 mmHg, P 130/min., TT 35,5 st. C., SpO2 80% bez oxygenoterapie. Pacientka při vědomí, GCS 14. Kostra, svalstvo bez deformit, věku přiměřené, výživa eutrofická. Kůže: studená, opocená, anikterická, akrální cyanóza. Hlava: mezocefalická, neurologicky v normě. Oči: bulvy ve středním postavení, zornice izokorické, fotoreakce +/+ , skléry bílé, spojivky bledé. Nos, uši bez výtoků. Dutina ústní: rty bez cyanózy, tetován rtů, jazyk vlhký, nepovlečený, sliznice vlhké, chrup sanovaný. Krk: šíje volná, neopouje, náplň jugulárních vén v leže nezvýšená, LU, ŠŽ nehmatné. Hrudník: souměrný, bez deformit, zavedené 2 hrudní drény dx. Na aktivním sání, odvádí serózní obsah. Dýchání: auskultačně bronchitické fenomény, inspirační – expirační vrzoty. Srdce: AS pravidelná, RS, ozvy ohraničené. Břicho: v niveau hrudníku, měkké, na pohmat nebolestivé, hepar nepřesahuje pravý žeberní oblouk v medioklavikulární čáře. Slezina nehmatná, peristaltika

nepřítomná. Genitál: ženský, PkCh 16. HK: bez edémů, akra chladná, PŽK G20 (PHK). DK: bez edému, periferní pulzace přítomné, akra chladné.

Po převozu na jednotku intenzivní péče zajištěny invazivní vstupy, pacientka zaitubovaná, napojená na UPV. Šestý pooperační den u klientky dochází k intoleranci enterální výživy a ke klinickému obrazu akutního břicha. Chirurgem indikovaná urgentní pooperační revize, kterou byla detekována na CT trombóza mezenterických vén. Vykonána coλεκtomie subtotalis a ileostomie. Zavedení srkavých drénů, výplach břicha betadinou opakovaně.

Veškeré informace o stavu klientky před operací jsem převážně získala pomocí propouštěcí zprávy, kterou dostala klientka po propuštění do domácí péče.

6 EDUKAČNÍ PROCES

Mým prvotním cílem edukačního procesu bylo, že vyhotovím s pomocí stomické sestry kompletní edukační proces. S tím spojenou i edukaci klienta s nově založenou ileostomií. Bohužel jsem nemohla vyhotovit ani realizovat komplexně celý edukační proces, hlavně posouzení a konečnou fázi celkového edukačního procesu, a to realizaci a vyhodnocení. S klientkou jsem se setkala až v jejím domácím prostředí, dva týdny po propuštění. Vypracovala jsem celý edukační postup, i když jsem ho celý a podle časového plánu nemohla uskutečnit. Nicméně jsme se vracely s klientkou na témata mé edukace. Klientka měla velice uspokojivé informace od stomické sestry z jiného institutu. Většinu času jsme společně trávily vyměňováním a ošetřování vývodu. Zde jsem si aspoň udělala zpětnou vazbu reedukace z mé stránky.

6.1 Posouzení:

Věk: 68 let

Vzdělání: odborné vzdělání s výučním listem

Zaměstnání: důchodkyně, dříve kuchařka

Mentální úroveň: přiměřená

Názory na zdraví: klientka by se chtěla stravovat pravidelně a zdravěji, doposud strava spíše nepravidelná, bohatá na tuky

Fyzická zdatnost: klientka dobře vidí do dálky i do blízka, sluch dobrý, slyší šepoty, nemá problémy s jemnou motorikou

Pohotovost k učení:

Motivace k učení:

Překážky v učení:

Předešlé vědomosti: žádné

Diagnostika: Klientka nemá žádné vědomostí spojené s ileostomií

6.2 Plánování

Téma edukace: Edukace klienta s nově založenou ileostomií

Edukační cíle:

- Kognitivní

Připomenout klientce anatomii a fyziologii zažívacího systému, bude vědět co je to ileostomie, kde bude umístěna, jakou bude mít fyziologickou barvu, velikost a tvar.

Přiblížit klientce, co ji čeká, jaká bude pooperační péče.

Seznámit klientku s pomůckami k ošetření vývodu a vysvětlit, jak bude probíhat postup při ošetření.

Poučit klientku o zdravém způsobu života

Obeznámit klientku s častými komplikacemi a jejich následné řešení.

- Psychomotorické:

Naučit klientku vyměnit ileostomickou pomůcku a ošetřit vývod.

- Afektivní:

Podtrhnout nezbytnost vzniku ileostomie, seznámit klientku s vývodem na jejím těle.

Výsledná kritéria:

Klientka ví co je to ileostomie, jaká je její fyziologická barva, tvar a velikost.

Ví, co bude následovat v pooperační péči.

Klientka umí vyjmenovat potřebné pomůcky pro ošetření stomie, slovně vysvětlit postup.

Ví, jakou má dodržovat životosprávu a kde získat další potřebné informace. Ví o možnosti domácí agentury.

Zná komplikace, které mohou nastat. Klientka je informována v jakých případech má vyhledat lékaře, stoma sestru.

Klientka samostatně a správně demonstruje ošetření stomie a přiložení stoma pomůcek, je schopna ošetření v domácím prostředí.

Klientka chápe východisko jejího stavu, přijala stomii za součást svého těla.

Priorita edukace: vysoká

Forma edukace: individuální

Pomůcky: nástěnný anatomický model zažívací soustavy, model břicha, fotografie ileostomií, stomické ileopomůcky, informační leták o ileostomiích obsahující anatomii a fyziologii zažívacího systému, katalogy stomických pomůcek a ošetřujících, kosmetických pomůcek, video a manuál výměny ileopomůcky s ošetřením stomie, informativní letáček o zdravém životním stylu, fotografie nejčastějších komplikací, informativní letáček nejčastějších komplikací, členská přihláška do stoma klubu, psací potřeby pro klientku, dokumentace klientky, informativní souhlas s operací a stomií, edukační záznam.

Pomůcky při samotné výměně ileostomických pomůcek: zrcadlo, stolek na pomůcky, jímací sáčky a podložky, rukavice, mýdlo, teplá voda, buničinu, tupé zahnuté nůžky, měřítko stomie, holicí strojek, nejlépe však elektrický, fén, potřebné stomické přípravky.

6.3 Postup

Předoperační období

Cíl č. 1: připomenout důležitosti zavedení ileostomie, vysvětlit pojem ileostomie

- **Motivační fáze:** využití motivačního rozhovoru s klientkou o důležitosti zavedení stomie
- **Expoziční fáze:** využití klasických edukačních metod pomocí vysvětlování a přesvědčení

Osnova obsahu edukace:

1. Ileostomie
2. Vzhled, umístění ileostomie
3. Zajištění vhodného místa stomie na klientce

- **Fixační fáze:** shrnutí nejdůležitějších nových informací s ukázkou fotografií ileostomií

Pooperační období

Cíl č. 2: seznámit klientku se svým novým vzhledem, podat informace o pooperační péči

- **Motivační fáze:** využití opakovaného motivačního rozhovoru s klientkou o důležitosti zavedení stomie

- **Expoziční fáze:** využití klasických edukačních metod pomocí vysvětlování a přesvědčení

Osnova obsahu edukace:

1. Rekapitulace předchozích informací o důležitosti zavedení stomie, pojem stomie
2. Anatomie a fyziologie zažívacího systému
3. Pohled klientky na stomii zrcátkem
4. Pooperační péče

- **Fixační fáze:** shrnutí nejdůležitějších informací s využitím informačního letáku o ileostomiích

Cíl č. 3: seznámit klientku s možnými pomůckami a vysvětlit postup při výměně a ošetření vývodu

- **Motivační fáze:** zopakování vědomostí s předchozí edukace klientkou a ohodnocení sestrou, doplnění informací klientce, zodpovězení otázek
- **Expoziční fáze:** využití klasických edukačních metod pomocí vysvětlování a přesvědčení, vizuálně, manuálně, instruktáž

Osnova obsahu edukace:

1. Seznámit klientku s ochrannými, kosmetickými pomůckami a druhy ileostomických pomůcek
2. Představit nejvhodnější pomůcku pro klientku
3. Video demonstrace výměny a ošetření ileostomie s následnou diskuzí

- **Fixační fáze:** shrnutí nejdůležitějších nových informací pomocí katalogu ochranných, kosmetických a stomických pomůcek, ileostomický manuál

Cíl č. 4: klientka bude mít teoretické i praktické vědomosti jak ošetřit vývod, vyměnit stomickou pomůcku

- **Motivační fáze:** zopakování vědomostí z předchozí edukace s pacientkou a ohodnocení sestrou, které bude působit motivačně, doplnění informací, zodpovězení otázek klientce
- **Expoziční fáze:** využití klasických edukačních metod pomocí vysvětlování a přesvědčení, instruktáž

Osnova obsahu edukace:

1. Příprava potřebných pomůcek
2. Nalepení stomické pomůcky na model břicha
3. Vyzkoušení nalepení stomické pomůcky na model břicha klientkou
4. Celkové shrnutí probraných sdělení

- **Fixační fáze:** shrnutí nejdůležitějších nových informací, diskuze

Cíl č. 5: klientka bude mít ucelené informace jak vyměnit a ošetřit vývod

- **Motivační fáze:** zopakování vědomostí z předchozí edukace s pacientkou a ohodnocení sestrou, které bude působit motivačně, doplnění informací, zodpovězení otázek klientce
- **Expoziční fáze:** využití klasických edukačních metod pomocí vysvětlování a přesvědčení, instruktáž

Osnova obsahu edukace:

1. Rekapitulace předchozích informací o ošetření a výměně stomické pomůcky
2. Příprava potřebných pomůcek pro ošetření vývodu a výměně stomické pomůcky
3. Instruktáž ošetření s postupem
4. Opakování instruktáží s postupem zapojení klientky do procesu

- **Fixační fáze:** shrnutí nejdůležitějších nových informací, diskuze

Cíl č. 6: seznámit klientku se zdravým způsobem života a životem po propuštění z nemocnice

- **Motivační fáze:** zopakování vědomostí z předchozí edukace pacientkou a ohodnocení sestrou, které bude působit motivačně, doplnění informací, zodpovězení otázek klientce
- **Expoziční fáze:** využití klasických edukačních metod pomocí vysvětlování a přesvědčení

Osnova obsahu edukace:

1. Stravování
2. Pitný režim
3. Oblékání
4. Pohybová aktivita

5. Cestování
6. Sexuální život
7. Další dostupné informace
8. Sdružení stomiků
9. Agentury domácí péče

- **Fixační fáze:** shrnutí nejdůležitějších nových informací pomocí informativní brožurky, diskuze, nabídnutí přihlášky do stoma klubu
- **Fáze ověřování a hodnocení vědomosti, schopnosti:** ověření účinnosti edukace a instruktáže, pacientka se pokusí vyměnit stomickou pomůcku a ošetřit vývod samostatně, pod odborným dohledem

Cíl č. 7: seznámit klientku s nejčastějšími druhy komplikací

- **Motivační fáze:** zopakování vědomostí z předchozí edukace pacientkou a ohodnocení sestrou, které bude působit motivačně, doplnění informací, zodpovězení otázek klientce
- **Expoziční fáze:** využití klasických edukačních metod pomocí vysvětlování, vizuálně a přesvědčení

Osnova obsahu edukace:

1. Druhy komplikací
2. Příčina komplikací
3. Ukázka fotografií
4. Jak předcházet komplikacím
5. Řešení komplikací

- **Fixační fáze:** zopakování nejdůležitějších nových informací pomocí fotografií a informativního letáčku s nejčastějšími komplikacemi.
- **Fáze ověřování a hodnocení vědomosti, schopnosti:** ověření účinnosti edukace a instruktáže, pacientka si ošetří vývod a vymění stomickou pomůcku samostatně, pod odborným dohledem.

K edukačnímu procesu jsem vypracovala manuál pro ileostomiky. Manuál jsem vytvořila na doporučení stomické sestry. Současně je to i můj produkt pro praxeologické využití.

Vytyčila jsem zde důležité informace a stručně popsala kroky při výměně ileostomické pomůcky a ošetření vývodu.

6.4 Manuál pro ileostomiky

Vážená paní,

vážený pane,

manuál, který právě držíte v rukou, by Vám měl být nápomocen při vyměňování stomických pomůcek a ošetření vývodu. Doufám, že příručka bude pro Vás užitečná, že zde najdete potřebné informace, kde a jak si správně vyměnit stomickou pomůcku a ošetřit ileostomii.

Druhy ileostomických systémů:

U jednodílných systémů se vyměňuje kompletně celý systém. To znamená, že celý sáček i s ochrannou podložkou. Za den jej můžete vyměnit až třikrát. V individuálních případech to může být i častěji.

U dvoudílného systému se ileostomický sáček vyměňuje také až třikrát denně. V individuálních případech to může být opět častější. Výhoda dvoudílného systému je, že ochranou podložku můžete vyměnit průměrně za 2 až 7 dnů, pokud ochranná podložka dobře drží na kůži a nezpůsobuje Vám žádné obtíže. Vždy si přečtěte příbalové informace Vaší ileostomické pomůcky.

Kdy je zapotřebí vyměnit si ileostomickou pomůcku?

- Je-li sáček nevýpustného systému naplněn do poloviny svého obsahu;
- při netěsnosti sáčku;
- když se ochranná podložka odlepuje od kůže;
- při nepříjemném pocitu na kůži pod ochrannou podložkou.

Kde si vyměnit ileostomickou pomůcku?

Nejlepší místo pro vyměnění ileostomické pomůcky je koupelna, zde si můžete odložit oblečení a osprchovat vývod. Dle možností koupelny je dobré mít dostatečně velkou odkládací plochu pro Vaše pomůcky.

Pokud máte stísněné podmínky, mohl by Vám vyhovovat tzv. kapsář, který byste měli pověšený na zdi, ale vždy byste si měli vytvořit odkládací plochu. Snadněji se Vám bude vyměňovat pomůcka a ošetřovat stomie.

Výhodou je toaleta v koupelně nebo alespoň poblíž, kde můžete vypustit obsah stomického sáčku. Další výhodou je umístění zrcadla v úrovni břicha v koupelně, pomůže Vám to ke snadnější manipulaci s vývodem.

Dopřejte si dostatek času pro výměnu ileostomického systému. Tato činnost by se měla stát Vaší každodenní činností.

Pomůcky pro výměnu

Všechny **pomůcky** si nachystáme předem na odkládací plochu do jedné místnosti. U jednodílného i dvoudílného systému si připravíme:

- stomický systém – jednodílný či dvojdílný (stomický sáček nebo i ochrannou podložku);
- buničinu, gázu, gázové čtverečky či kuchyňské papírové jednorázové utěrky, mycí houbičku;
- ubrousky dle doporučení stomasestry;
- odstraňovač náplastí dle doporučení stomasestry;
- kosmetické přípravky – pasty, pudry, pohlcovače pachu, čistící roztok, pěnu na stomii – dle doporučení stomasestry a Vaší potřeby;
- nůžky – mírně zahnuté, tupé;
- měřicí šablonu, která je součástí každého balení;
- pravítko na měření průměru stomie;
- popřípadně jednorázové gumové rukavice;
- sáček, odpadkový koš.

POSTUP PŘI VÝMĚNĚ

1. Ileostomický **sáček** před odstraněním **vypustíme do WC** nebo do předem nachystaného mikrotenového sáčku.
2. **Šetrně odstraníme** použitý **sáček** se **shora dolů** i s **ochrannou podložkou** a vyhodíme do odpadkového koše, nachystaného sáčku.

3. **Otřeme** stomii od stolice **čisticími ubrousky**, gázou, kuchyňskou jednorázovou utěrkou, mycí houbičkou.
4. **Zatlačíme si jakoby na stolici**, objeví se zbytky stolice, které rovněž utřeme.
5. **Osprchujeme** kůži vlažnou vodou, můžeme použít i nedráždivé mýdlo. Někdy stačí očistit kůži čisticí pěnou s gázou. Nepoužíváme oleje, masti, tělová mléka a podobné, sníží se nám přilnavost ochranné podložky na pokožku. Nepoužívat ani éter a benzín, ty nám zase vysušují kůži a zvyšuje se riziko podráždění kůže.
6. **Jemným přikládáním vysušíme** pokožku. Měkkým, nedráždivým materiálem, můžeme použít jemný ručník. Nikdy ne třením.
7. Na čtvereček naneseeme čisticí roztok, **odmastíme a očistíme** pokožku okolo vývodu.
8. Suchým čtverečkem kůži **usušíme**.
9. Podrážděnou kůži **ošetříme** dle doporučení stomické sestry kosmetickými přípravky.
10. **Vystříhneme si podložku**. Důležitá je správná velikost. Kroužek musí být o 12 mm větší, než je průměr stomie. Zpočátku je stomie nateklá (edematózní), proto ne vždy je předchozí velikost stejná. Je důležité na to myslet a nepředstříhávat si předem ochranné podložky.
11. Podložku **zahřejeme**. Můžete zahřát třením v rukou, nebo položit podložku na radiátor, popřípadě použít fén. **Sejmeme ochranný papír a přilepíme** ke stomii. Přitlačíme ho **nejprve těsně u stomie**. A potom **přitlačíme celou plochu podložky**. V případě nerovností v okolí stomie použijeme ochrannou pastu. Ochrannou pastu raději aplikovat na podložku než na kůži.

12. U **dvoudílného** systému nezapomeneme **připojit sáček** k podložce.

13. U **výpustného sáčku** **uzavřít** výpust.

ZÁVĚR

Před vypracování edukačního procesu jsem doufala, že se budu moci zúčastnit i samotné edukace v nemocnici u lůžka společně se stomasestrou. Bohužel, anebo spíš bohudík, se v okresní nemocnici nevyskytl po dobu psaní této práce žádný potenciální klient. Po velkém úsilí jsem byla ráda, že jsem mohla zkontaktovat uvedenou klientku, a touhle cestou bych jí chtěla moc poděkovat za možnost nahlédnutí do jejich zpráv a za čas, který mi věnovala. Bez její pomoci by tahle práce nikdy nemohla vzniknout. Klientka chce zůstat v anonymitě, nicméně se stále občasně vídáme. Klientka již zvládá ošetření zcela bez problémů, bere to jako každodenní rituál. Hodně jí k tomu pomohla její rodina a vnoučkové. Snaží se přestat kouřit a žít zdravějším způsobem než před operací. Rodina jí otevřela oči a teď je na prvním místě a chce si jí ještě užít.

Můj cíl vytvořit ileostomický manuál byl splněn. Dotazované klientce se dle jejích slov líbí. Pokusím se dále nabídnout manuál i stomické sestře z okresní nemocnice.

Psaní bakalářské práce mi opět připomenulo, že povolání všeobecné sestry je velice obtížné a hlavně rozsáhlé. Přeci jenom jsou neustále v kontaktu s lidmi, snaží se, nebo by se měly alespoň snažit pochopit a brát člověka opravdu komplexně. Nezapomínat na žádné z bio – psycho – sociálních či spirituálních rovin člověka. Nikdo není dokonalý, ani my samy ne, tohle bychom měli mít na mysli při každé komunikaci s klientem, ale i neznámou osobou na ulici.

Chtěla bych se problematice stomiků i nadále věnovat, získávat nové informace, především o pomůckách.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] DYLEVSKÝ, Ivan, 2000. *Somatologie*. Vyd. 2., přeprac. a dopl. Olomouc: Epa-va.
- [2] GRIM, Miloš a Rastislav DRUGA et al., 2005. *Základy anatomie: 3. trávicí, dýchací, močopohlavní a endokrinní systém*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-302-3.
- [3] JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2171-2.
- [4] MAČÁK, Jirka a Jana MAČÁKOVÁ, 2004. *Patologie*. Vyd. 1. Praha: Grada.
- [5] MARKOVÁ, Marie, 2006. *Stomie gastrointestinálního a močového traktu*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-434-8.
- [6] NAŇKA, Ondřej a Miloslava ELIŠKOVÁ, 2009. *Přehled anatomie*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén.
- [7] OTRADOVCOVÁ, Iva a Lucie KUBÁTOVÁ, 2006. *Komplexní péče o pacienta se stomií*. Praha: Galén. ISBN 80-726-2432-6.
- [8] SKŘIČKA, Tomáš, Pavel KOHOUT a Marieta BALÍKOVÁ, 2009. *Dieta u pacientů se střevními vývody a po operaci střev*. Vyd. 2. Praha: Forsapi, s.r.o. ISBN 978-80-87250-01-3.
- [9] VOKURKA, Martin a Jan HUGO a kolektiv, 2005. *Velký lékařský slovník*. 5., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 80-7345-058-5.
- [10] VYHNÁNEK, František a kolektiv, 2003. *Chirurgie I pro střední zdravotnické školy*. 2., přeprac. vyd. Praha: Informatorium.
- [11] VYHNÁNEK, František a kolektiv, 2003. *Chirurgie II pro střední zdravotnické školy*. 2., přeprac. vyd. Praha: Informatorium.
- [12] VYHNÁNEK, František, 2003. *Chirurgie III pro střední zdravotnické školy*. 2., přeprac. vyd. Praha: Informatorium.
- [13] ZACHOVÁ, Veronika a kolektiv, 2010. *Stomie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3256-5.

Internetové zdroje:

- [14] Charta práv stomiků. Ilco.cz: České ILCO [online]. © 2010 [cit. 2013-05-20]. Dostupné z: <http://www.ilco.cz/ilcotexty/charta.php>
- [15] Desatero pro nové stomiky. Ilco.cz: Život se stomií [online]. © 2010 [cit. 2013-05-20]. Dostupné z: <http://www.ilco.cz/zivot/desatero.php>
- [16] Stomické pomůcky: Firmy dodávající stomické pomůcky. Ilco.cz: Pomůcky [online]. © 2010 [cit. 2013-05-20]. Dostupné z: <http://www.ilco.cz/pomucky.php>
- [17] CITÁTY SLAVNÝCH OSOBNOSTÍ: Vasilij Vasiljevič Rozanov. Citaty-slavnych.cz: Autoři [online]. © 2010 [cit. 2013-05-20]. Dostupné z: http://www.citaty-slavnych.cz/autor/Vasilij_Vasiljevič_Rozanov

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

AA	Alergická anamnéza
atd.	A tak dále
cm	Centimenty
CT	Výpočetní tomografie
DK	Dolní končetina
dx.	Dextra, pravá
FA	Farmakologická anamnéza
GA	Gynekologická anamnéza
GCS	Glasgow Coma Scale
HK	Horní končetina
LU	Lymfatické uzliny
ml	Milimetr
mmHg	Milimetr rtuťového sloupce
OA	Osobní anamnéza
P	Pulz
PA	Pracovní anamnéza
PHK	Pravá horní končetina
popř.	Popřípadě
PŽK	Periferní žilní katetr
RA	Rodinná anamnéza
SA	Sociální anamnéza
SpO2	Saturace krve kyslíkem
st.C.	Stupeň Celsia
ŠŽ	Štítná žláza

TT	Tělesná teplota
Tzv.	takzvaný
UPV	Umělá plicní ventilace
VATS	Video asistovaná thorakoskopie

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Důvody, proč je báječné mít stomii

Příloha P II: Charta práv stomiků

Příloha P III: Desatero pro nové stomiky

Příloha P IV: Firmy dodávající stomické pomůcky

PŘÍLOHA PI: DŮVODY, PROČ JE BÁJEČNÉ MÍT STOMII

Nemusíte běžet na záchod s obavou, zda to stihnete.

Nevadí vám hrozná veřejná záchodky. Nikdy nemusíte sedat na prkénko.

V přírodě vám nehrozí, že si dřepnete holým pozadím do kopřiv. Uděláte potřebu ve stoje.

Snadno vykonáte potřebu všude, kde nejsou záchodky.

Nemůžete dostat hemoroidy.

Můžete říci: "Já mám střeva. Viděl jsem je!"

Můžete překvapit lékaře hezky červenou stolicí, jestliže před návštěvou popijete červenou řepu.

Vhodnými potravinami můžete příště dosáhnout dalších zajímavých barev.

Často můžete vidět, co jste jedli před 4 – 5 hodinami.

Můžete zcela zmást lidi, když řeknete: "Mám to rád, jako osinu v zadku", a přitom se plácnete po břiše.

Prodělali jste prezidentskou nemoc.

Konečně máte něco, co vám sousedi nebudou závidět.

Ušetříte, neboť máte menší spotřebu toaletního papíru.

Pokud se stanete kosmonautem, budete mít ohromnou výhodu při zachycení stolice.

Je-li v místnosti náhle podezřelý zápach, můžete klidně říci: "To není moje." (doporučujeme před tím pečlivě zkontrolovat sáček.)

Plný sáček výborně poslouží jako ohřívač chladných rukou při mrazivých zimních dnech.

Při ztroskotání na moři vám nafouknutý sáček umožní udržet se mnohem déle na hladině.

Máte šanci vyniknout jako imitátoři. Stoje při plné činnosti vydává zvuky připomínající dravou zvěř.

Při kolonoskopii nemusíte pít litry nechutných roztoků. S mnohem menším množstvím dosáhnete stejného efektu.

Nemusíte už nikdy na rektoskopii.

Nehrozí vám vyšetření prostaty prstem.

Nikdo není oprávněn o vás tvrdit: "Chodí, jako by měl v kalhotách."

Můžete se stát členem klubu stomiků a získat řadu skvělých přátel.

Můžete jezdit na rekondiční pobyty s náročným programem.

Jste živí a zdraví.

Nemáte žádný důvod být smutní.

Zachová a kol., 2010, s. 168 – 169

PŘÍLOHA P II: CHARTA PRÁV STOMIKŮ

Charta práv stomiků uvádí speciální potřeby skupiny tělesně postižených a péči, kterou vyžadují. Musí obdržet informace i péči, které jim umožní vést nezávislý život podle vlastního rozhodnutí a participovat na všech důležitých rozhodnutích. Mezinárodní asociace stomiků deklaruje jako svůj cíl realizaci této Charty ve všech zemích světa.

Každý stomik má právo:

na předoperační poradenství, aby si byl plně vědom významu operace a znal základní skutečnosti o životě se stomií,

na dobře provedenou, vhodně umístěnou stomii, s plným a přiměřeným přihlédnutím k pohodlí pacienta,

na kvalitní a profesionální lékařskou a ošetrovatelskou péči i psychosociální podporu v předoperačním i pooperačním období, v nemocnici i své komunitě,

na podporu a informovanost rodiny, známých a přátel, aby lépe chápali podmínky a změny, nutné k dosažení uspokojivé úrovně stomikova života,

na úplnou a objektivní informaci o vhodných pomůckách a výrobcích, které jsou v jeho zemi k dispozici,

na možnost neomezeného výběru dostupných stomických pomůcek,

na informace o organizacích stomiků v jeho vlasti a službách a podpoře, které poskytují,

na ochranu proti jakékoliv formě diskriminace.

Charta práv stomiků. Ilco.cz: České ILCO [online]. © 2010 [cit. 2013-05-20]. Dostupné z: <http://www.ilco.cz/ilcotexty/charta.php>

PŘÍLOHA P III: DESATERO PRO NOVÉ STOMIKY

podle Anity Price

Neexistuje odpověď na otázku: "Proč zrovna já?". Je však normální hledat odpovědi na otázky spojené s dalším životem.

V několika prvních měsících po operaci bude stomie měnit tvar a velikost. Bude se zmenšovat počáteční otok stomie a tím se bude poněkud zmenšovat její průměr. Sledujte změnu velikosti stomie při každé výměně pomůcky až do stabilizace velikosti.

U každé osoby je stomie trochu jiná, stejně jako jsou u každého odlišné otisky prstů.

Velmi užitečné jsou rady a pomoc od někoho, kdo již stomii má. Zeptejte se lékaře nebo stomasestry, zda není možnost setkání s takovým člověkem.

Je to Vaše stomie. Naučte se ovládat Vaši stomii a nedopust'te, aby stomie ovládala Vás. Je normální, že zpočátku bude stomie v centru Vaší pozornosti. S postupem času a s rostoucí zkušeností se stomie stane normální součástí Vašeho života.

Naučíte se základní techniky. Budete se setkávat s různými problémy a budete je muset řešit. Když se naučíte řešit tyto potíže a získáte nové zkušenosti, péče o stomii se bude stávat bezproblémovou. Nenechtejte se vyvést z míry náhodným únikem stolice či plynů. Pokud máte problémy opakovaně, obraťte se na stomasestru.

Pro zdravý způsob života je velmi důležitá dobrá výživa. Platí pro Vás obecná doporučení platná pro všechny lidi. Je však nutno přihlížet k dobré a bezproblémové funkci stomie.

Nejste sami! Chirurgové na celém světě vytvoří každý pracovní den nejméně 500 nových stomií. Na každých 2000 osob připadá jeden stomik a na světě je více než 2 milióny stomiků. Pomoci Vám mohou kluby stomiků a specializované stomasestry.

Jste naživu! Budete se cítit lépe a budete silnější, až se zotavíte po operaci. Dopřejte si čas na zotavení po operaci, na přizpůsobení se tělesným změnám a na adaptaci na stomii.

Podělte se o své zkušenosti s dalšími novými stomiky, s Vaší rodinou a přáteli. Záleží pouze na Vás, komu řeknete, že máte stomii. Až získáte potřebné zkušenosti, budete mít řadu příležitostí pomoci dalším. Vzpomeňte si na vlastní zkušenosti, strach z neznámého a bezmocnost, dokud jste nepotkali další, kteří jdou stejnou cestou jako Vy.

Toto desatero je na Internetové stránce <http://www.ostomates.org/> Jedná se o stránku australské ileostomičky Sharon, která je stomičkou od deseti let. Na uvedené stránce naleznete informace o typech stomií, pomůckách, odpovědi na často kladené otázky, irigaci, cestování se stomií, životní příběhy, obrázky a další kontaktní linky. Stránka je v angličtině.

Desatero pro nové stomiky. Ilco.cz: Život se stomií [online]. © 2010 [cit. 2013-05-20]. Dostupné z: <http://www.ilco.cz/zivot/desatero.php>

PŘÍLOHA P IV: FIRMY DODÁVAJÍCÍ STOMICKÉ POMŮCKY

ConvaTec	800 122 111	e-mail: info@convatec.cz
Coloplast	800 100 416	e-mail: malkol@malkol.cz
B Braun	800 331 131	e-mail: info@bbraun.cz
Dansac	800 100 083	e-mail: barbora.kyncl@dansac.com
LIPOELASTIC a. s.	800 900 209	e-mail: objednavky@lipoelastic.cz
Welland Medical	371 727 305	e-mail: zdravotnicke.potreby@seznam.cz
Eakin	800 110 110	e-mail: prodej@eakin.cz
Sabrix	800 600 105	e-mail: info@sabrix.cz

Stomické pomůcky: Firmy dodávající stomické pomůcky. Ilco.cz: Pomůcky [online]. © 2010 [cit. 2013-05-20]. Dostupné z: <http://www.ilco.cz/pomucky.php>