

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Informovanost stomiků před operačním výkonem
Bakalářská práce

Vedoucí práce:
Mgr. Helena Michálková

Autor:
Alena Soukupová

2009

Abstrakt

In this bachelor thesis, we discuss the awareness of ostomates prior to an operation. The awareness and education is considered an integral part of quality and professional care for the patient. If the patient receives sufficient and comprehensible information, they become part of treatment, diagnostics and overall health care process, thus assuming a proactive role in their health care.

The objective of our thesis was to find out how ostomic patients are informed prior to an operation and map the education process and compare information for a planned and acute operation.

A quantitative method was selected to achieve the objective, using an anonymous question form. We approached ostomic patients as respondents.

The results show that even though awareness has quite improved since the past years, deficiencies are still seen in many cases. Some information is not understood or sufficient for the patient.

As we expected, patients coming for a planned operation are better informed than patients arriving in acute cases. But in spite of an acute operation, the patient should be briefed and educated.

The education process prior to a resection operation is again Better quality for planned operations. Unfortunately, patients coming for an acute operation are deprived of such education. The education process can make the patient less afraid and their vision of future life is clearer.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Informovanost stomiků před operačním výkonem“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47 b zákona č. 111/ 1998 Sb. v platném znění souhlasím s uveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou na veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách.

V Českých Budějovicích

podpis studenta

Poděkování

Ráda bych poděkovala své vedoucí práce Mgr. Heleně Micháلكové za velkou pomoc a oporu při vytváření bakalářské práce. Další mé poděkování bych ráda věnovala všem stomickým pacientům, kteří mi pomohli při získávání informací k výzkumné části a samozřejmě i pracovníkům, kteří dotazníky pacientům předali, za jejich laskavost a ochotu.

Obsah

ÚVOD	3
1. SOUČASNÝ STAV	4
1.1 Stomie	4
1.1.1 Rozdělení stomií	4
1.2 Indikace stomií	5
1.3 Stomické pomůcky	5
1.4 Ošetřování stomií	7
1.4.1 Limity stomických pomůcek	8
1.4.2 Irigace stomie	9
1.5 Život se stomií	10
1.6 Edukace	12
1.6.1 Charta práv stomiků	13
1.6.2 Informovaný souhlas	14
1.7 Předoperační péče	15
1.7.1 Předoperační péče u akutního výkonu	16
1.7.2 Předoperační péče u plánovaného výkonu	16
1.8 Pooperační péče	18
1.8.1 Pooperační komplikace – časné	19
1.8.2 Pooperační komplikace – pozdní	20
1.9 Role stomické sestry	21
1.9.1 Role stomické sestry před operací	22
1.9.2 Role stomické sestry po operaci	23
1.9.3 Role stomické sestry ve stoma poradně	23
2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY	25
2.1 Cíle výzkumu	25
2.2 Hypotézy	25
3. METODIKA	26
3.1 Metodika	26

3.2 Charakteristika výzkumného souboru	26
4. VÝSLEDKY.....	28
5. DISKUZE.....	45
6. ZÁVĚR.....	49
7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	51
8. KLÍČOVÁ SLOVA.....	53
9. PŘÍLOHY.....	54
PŘÍLOHA 1.....	55
PŘÍLOHA 2.....	59
PŘÍLOHA 3.....	61

ÚVOD

Edukace ve zdravotnictví je velmi důležitá. Díky edukaci se pacient stává součástí léčebného, diagnostického a vůbec celého zdravotnického procesu. Pacient je zasvěcen do problematiky a dokáže si představit, jak bude léčba probíhat. Každý pacient má právo na informace, které se ho týkají. Měl by být seznámen se vším, co ho čeká. Pokud je pacient dostatečně, srozumitelně a správně informován a edukován, zmírňuje se tím jeho strach a umožňuje mu to prostor pro další plány. Zároveň také při správné a dostatečné informovanosti přejímá aktivní roli v péči o své zdraví.

V této bakalářské práci se zabýváme tím, jak jsou stomici edukováni před operačním výkonem. Podle našeho názoru je informovanost stomiků nedílnou součástí kvalitní a profesionální péče. Často se stává, že stomie pacientovi zůstane po celý jeho život. Tato situace je pro člověka velmi zatěžující. Stomik je vystaven velké psychické zátěži a často trvá i několik let než se se stomií smíří. Pacient se musí na stomii adaptovat a změnit chod svého života. Proto jsou informace pro stomika velmi důležité. Vhodná a správná edukace ulehčí stomikovi adaptaci a přípravu na budoucí život se stomií.

Cílem této bakalářské práce bylo ukázat a vyzdvihnout situaci informovanosti stomických pacientů v současné době u nás. Současně bylo cílem vyzdvihnout případné nedostatky tak, aby bylo možné je napravit.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Stomie

Stomie neboli umělé vyústění střeva přes stěnu břišní je tvořeno z řeckého slova *stoma*. Znamená to ústí, vyústění něčeho někam nebo otvor (14, 17, 24).

První zmínka o stomii pochází již z Bible. V roce 1710 byla provedena stomie na ileu a v roce 1783 uskutečnil první nástěnnou stomii Francouz Pillore. U nás je o první stomii zmínka v roce 1884, kdy chirurg Maydl provedl první dvouhlavňovou kolostomii. Již v této době se používaly nejrůznější stoma pomůcky. Patří mezi ně skleněné, kovové a kožené jímače. Skutečná péče o pacienta se stomií se udává od 50. – 60. let minulého století v Anglii a USA. První specializované pracoviště, pečující o stomiky, vzniklo v New Yorku v roce 1953 (14).

1.1.1 Rozdělení stomií

Stomie můžeme dělit podle tří kritérií. První dělení je zaměřené na čas trvání. Podle časového trvání dělíme stomie na dočasné nebo trvalé. Dočasná stomie je indikována nejčastěji u nějakého poranění či zánětu, u kterého chceme docílit zklidnění, nebo je vytvořena jako jedna s fází u vícedobé operace. Trvalá stomie se provádí pro zabezpečení vylučování stolice, v případě nefunkčního konečníku nebo anu, z důvodu chorobného procesu. Nejčastěji je střevo postiženo nádorem či vrozeným defektem (11, 14, 17).

Druhé dělení stomií se týká lokalizace. Pokud je vyústění stomie na tenkém střevě, pak se jedná o ileostomii. Pokud je stomie umístěna na střevě tlustém, nazýváme ji kolostomie. Dále pak můžeme nazývat stomie na tlustém střevě konkrétněji podle toho, kde přesně jsou stomie lokalizovány. První takovou stomií na tlustém střevě je cékostomie. Její umístění je v pravém podbřišku a zakládá se vzácně. Slouží k dočasnému odchodu stolice a plynů. Dále jde o transverzostomii, která je umístěna v pravém nebo levém podžebří. Zakládá se opět vzácně. Mezi další umístění patří levé

hypogastrium, kdy jde o nejčastější typ stomie, ať už dočasné nebo trvalé a nazýváme jí sigmoideostomie (11, 14, 17).

Je možné stomie dělit ještě podle typu založení, zda jsou jednohlavňové, neboli terminální, dvouhlavňové, tedy axiální a nástěnné. Jednohlavňové slouží k trvalé stomii (např. po odstranění rekta). Dvouhlavňové se mohou po nějaké době zanořit zpátky. Nad břišní stěnu se vyústí odvodná i přívodná klička střeva. Při nástěnné stomii se přišije přední stěna střeva ke stěně břišní (17, 25).

1.2 Indikace stomií

K indikaci založení stomie na střevě mohou vést nejrůznější onemocnění. Patří sem onemocnění zánětlivé, vředové či nádorové (23).

Na tenkém střevě se indikuje založení stomie u vrozených vývojových vad, ileózních stavů, u nespecifických zánětů střeva (Crohnova nemoc, ulcerózní kolitida, divertikulitis), u maligních onemocnění, píštělů, polypů, při úrazech, abscesů a perforacích (15, 17, 25).

Onemocnění tlustého střeva, která mohou vést k založení atonie, jsou podobná jako u střeva tenkého. Patří k nim vývojové vady, úrazy a poranění, iatrogenní poškození, divertikly, nespecifické záněty (Crohnova nemoc, proktokolitida), náhlé příhody břišní (ileózní stavy, perforace), dědičné onemocnění, inkontinence a nádorová onemocnění (nejčastěji jde o kolorektální karcinom – 80%) (15, 17, 25).

1.3 Stomické pomůcky

Dříve nebyl dostatek pomůcek a pacient se stomií byl mnohostranně omezován. V dnešní době již existuje velké množství nejrůznějších stomických pomůcek. Na trhu jsou zastoupeny firmy, které dodávají kvalitní a diskrétní sortiment. Na pomůcky jsou kladeny vysoké požadavky, a díky tomu si pacient může vybrat z rozsáhlého sortimentu, která pomůcka mu vyhovuje. Mezi základní požadavky patří zadržování pachu, přilnavost a dostupnost, nenápadnost pod oblečením, nastavitelnost velikosti a

tvaru stomie, ochrana kůže kolem stomie, a také, aby pomůcka dobře těsnila a nepůsobila alergie (14, 23).

Z hlediska použití dělíme pomůcky na jednodílný systém a dvoudílný systém. Jednodílný systém se používá nejčastěji v pooperačním období. Působí šetrně a je flexibilnější. Skládá se z gelové destičky, která je pevně spojena se sáčkem. Dodává pacientovi větší pocit čistoty a není tolik znát pod oděvem. Hodí se hlavně pro pacienty, kteří jsou pohybově aktivní. Pokud chce pacient sáček vyměnit, odstraňuje se celý sáček i s podložkou. Poté nalepí nový sáček i s novou podložkou (14, 17, 25).

Dvoudílný systém se využívá až delší dobu po operaci, kdy pacientům nevádí tlak na stěnu břišní. Dále je vhodnější u pacientů s komplikovanou stomií a u pacientů s iritovaným okolím. Určená je také pro pacienty s častější stolicí. Skládá se z želatinové podložky s upevňovacím kroužkem, na který se nasazuje vyměnitelný sáček. Podložka se ponechá nelepená 3 až 5 dní a pak se vymění. Nedoporučuje se doba ponechání podložky prodlužovat, aby nedocházelo ke zbytečným komplikacím. Sáček se většinou mění dvakrát denně. Výhodou dvoudílného systému je široká škála výrobků a průměrů. Ekonomicky výhodnější jsou sáčky výpustné. Pokud pacient systém vyměňuje, dochází k výměně pouze sáčku, podložka zůstává nalepená na kůži. Na ní se pak připevní sáček nový (14, 17).

Na trhu jsou ještě další doplňky, které pacientovi zkvalitňují a usnadňují život se stomií. První takovou pomůckou jsou adhezivní a ochranné pasty. Aplikují se při nerovnosti na břišní stěně, aby zabránily zatékání exkrementů pod destičku a nedocházelo k podráždění kůže v okolí atonie (14).

K odstranění zbylé pasty nebo zbytků želatiny po podložce poslouží odstraňovač náplastí. Jsou to ubrousky naplněné látkou, která usnadní odstranění nežádoucích zbytků (14).

Pro zklidnění podrážděné pokožky se používá zásyp. Jemně se popráší okolí stomie a pokračuje se v nasazení podložky. Pudr se dokáže s podložkou pevně spojit.

Stomické sáčky, ať už pro jednodílný či dvoudílný systém, jsou tělové barvy, neprůhledné a jsou opatřeny filtrem. Sáčky mohou mít různý obsah a jsou dokonce i sáčky výpustné. Na zadní straně sáčku je aktivní vrstva, která odvádí pot (14).

Pro aktivní stomické pacienty je možnost využití stomické zátky. Je vhodná hlavně při plavání, kdy se na dobu sportování stomie zátkou uzavře (jen u kolostomií) (14).

Další pomůckou jsou těsnicí vkládací kroužky. Slouží pacientům k ošetření vpadlé stomie. Dojde k lepšímu přilnutí podložky ke stomii. Tyto pomůcky se nazývají konvexní (14).

Pro aktivní pacienty se stomií je ještě možnost využít fixační pásek. Dodává pacientovi větší jistotu při pohybu a cestování. Doporučují se i pro obézní pacienty. Zaručuje jim jistotu bezpečného udržení (14).

Ochranný film slouží jako ochrana kůže. Zabrání nežádoucím účinkům stolice v případě podtečení. Film je ve formě ubrousků, kterým se okolí stomie potře a vytváří se tak jemná neprodyšná ochrana, nebo ve formě spreje (14).

Pomůcka, která slouží spíš pro diskrétnost a intimitu, je pohlcovač pachu. Sprej se může aplikovat přímo do sáčku nebo v místnosti, kde byl vývod ošetřen (14).

1.4 Ošetřování stomií

Při ošetřování stomie je důležité vhodné prostředí. Stomická sestra musí zajistit pacientovu intimitu. Nejvhodnějším místem pro výměnu stomického sáčku je koupelna. Každý pacient by měl být o manipulaci se stomií poučen. Velkým pomocníkem a rádcem mu je stomická sestra (14).

Důležitá je velikost stomie. V každém balení destiček se nachází šablona, podle které se stomie změří. Velikost vystřiženého otvoru na šabloně by měla odpovídat tvaru stomie (14).

Další nedílnou součástí při ošetřování stomie je očista pokožky a péče o kůži. Dříve než přiložíme destičku, musí být kůže naprosto čistá. Kůže se důkladně umyje vlažnou vodou, popřípadě se použijí speciální přípravky k očištění nebo k ošetření kůže (14).

Na důkladně čistou a ošetřenou kůži přikládáme destičku s vystřiženým otvorem na stomii. Kůže by neměla být zvrásněná, aby se destička neodchlípovala od pokožky.

Destička by měla vydržet na kůži 3 až 5 dní, ale záleží, jak je kůže očištěná, a také na poloze přiložené destičky, zda nedochází k podtékání exkrementů (14).

Poslední fází je nasazení stomického sáčku. Sáček se nasazuje při nádechu pacienta, aby došlo k lepšímu ukotvení. Rozlišujeme sáčky uzavřené a výpustné. Častěji se používají sáčky uzavřené, výjimkou jsou pacienti s ileostomií, kdy se sekretu vytváří větší množství a je tedy výhodnější používat sáčky výpustné (14).

U jednodílného stomického systému je postup stejný. Jediný rozdíl představuje destička, která u jednodílného systému není oddělena od sáčku. Při ošetřování vyměňujeme tedy systém celý a nalepujeme nový (14).

1.4.1 Limity stomických pomůcek

Úlohou stomických pomůcek není jen zachycování stolice, ale také péče o stomii, kam patří ochranné pasty, masti a pomůcky, které dovolují žít stomikům kvalitní život. Důležitá je pro stomika vhodná volba pomůcek, jelikož stomické pomůcky podléhají limitům. Každý pacient se stomií má nárok na určitý počet kusů na určité období (1, 2).

Pomůcky může předepsat praktický lékař nebo odborný lékař. Praktičtí lékaři nemají často přehled o stomických pomůckách, proto je vhodné získat informace v poradnách stomasester, proktologických poradnách, klubech stomiků, z katalogů firem nebo na informačních linkách. Od praktického nebo odborného lékaře obdrží stomický pacient „Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku“, na jehož základě si může stomik pomůcky vyzvednout v lékárně či v jiném zdravotnickém středisku. Zdravotnický materiál si může pacient objednat i domů (1, 2).

Lékař může předepsat pomůcky nejvýše na dobu 3 měsíců. Pokud limit spotřeby pomůcek nedostačuje (např. z důvodu průjmového onemocnění, poškozené pokožky v okolí stomie,...), může být limit navýšen revizním lékařem (1, 2).

Pomůcky jsou ve většině případech plně hrazeny zdravotními pojišťovnami. Některé pomůcky musejí být schváleny revizním lékařem (např. krytky nebo stomické zátky, odstraňovače náplastí). Irigační souprava bývá hrazena ze 75%. Veškeré informace o limitech lze získat v číselníku pojišťoven, na informačních linkách, v poradnách stomasester, v proktologických poradnách nebo v klubech stomiků (1, 2).

1.4.2 Irigace stomie

Irigace stomie (neboli výplach střeva) je metoda, která umožní pacientovi mít kontrolu nad vyprazdňováním. Při irigaci dochází k dokonalému vyprázdnění tlustého střeva na dobu 2 až 3 dnů. Pacienti pak nemusí používat sáčky, ale stomii pouze uzavřou zátkou, krytkou nebo minisáčkem. Irigace je vhodné pro pacienty s kolostomií, zejména pak u sigmoideostomie. Podmínkou pro irigaci je edukace zkušenou sestrou, souhlas pacienta, fyzická a psychická způsobilost, souhlas lékaře. Irigace se provádí nejdříve až 6 měsíců po operaci. Kontraindikací irigace jsou ileostomie, fyzická či psychická alterace pacienta, polymorbidita, komplikace kolostomie (prolaps, parastomální kýla, stenóza stomie a zánětlivé onemocnění střeva) a nezáměr pacienta. Výplach se nedoporučuje u průjmu, kdy může dojít k podráždění střeva a prodloužení trvání průjmu. K irigaci se používá irigační souprava, která je ze 75% hrazena pojišťovnou (17, 19).

Před výplachem je důležité důkladné školení – edukace pacienta a opakovaný nácvik výplachu střeva pod dozorem sestry. Vysvětlíme mu tuto metodu, celý postup, zapůjčíme edukační kazetu a ukážeme mu irigační soupravu (17).

Postup irigace

První irigace by měla probíhat pod dohledem stomasestry. Pacient potřebuje k výkonu intimitu. Nejvhodnějším místem je koupelna (17, 19).

Stomasestra nejdříve vysvětlí celý postup. Připraví si irigační soupravu, kterou naplní vlažnou vodou (37°C). Množství vody je 15 ml na 1 kg váhy. Stomie se důkladně ošetří a očistí. Na stomii se nasadí výpustný rukávec a ověříme si průchodnost. Do stomie se zavedeme konus irigátoru a pomalu vpouštíme vodu (10 – 15 min.). Po napuštění necháme konus ještě chvíli zavedený. Po odstranění konusu vedeme rukávec do WC, kam se obsah střeva vyprazdňuje. Opět důkladně omyjeme okolí stomie, osušíme a stomii uzavřeme zátkou nebo minisáčkem. Doba irigace je zhruba 60 minut. Intervaly mezi jednotlivými irigacemi je 48 – 72 hodin (17, 19).

Při irigaci mohou nastat komplikace, jakými mohou být křeče. Ke křečím dochází při rychlém vpuštění vody do stomie, nevhodnou teplotou vody nebo vpuštěním vzduchu. Řešením je irigaci zastavit, do ustoupení křečí (17, 19).

1.5 Život se stomií

Když lékař sdělí pacientovi, že mu bude vytvořena stomie, představuje to značný zásah do života postiženého. Výrazně to ovlivní jeho rodinný i společenský život. Pacient má obavy, jak ho bude přijímat okolí, jak bude zvládat dosavadní každodenní činnosti. V této chvíli záleží především na samotném pacientovi a samozřejmě na jeho okolí, jak se se situací vyrovná a zda se mu podaří vést kvalitní život. Potřebuje veškerou podporu při procesu vyrovnání a adaptaci se na náročnou situaci (12).

Součástí života se stomií je i léčba onemocnění, které vedlo k vytvoření vývodu. Vyskytnou se můžou komplikace jak časné, tak i pozdní, a to ve formě prolapsu stomie, kýly, retrakce, stenózy a různá poškození v okolí stomie. V tomto případě spolupracuje nemocný s lékařem a stomasestrou. Aby se zabránilo zdravotním problémům stomie, je důležitý vhodný výběr stomických pomůcek (12).

Dalším bodem, který může být pro stomika stresující, je samotné ošetřování stomie. Někteří stomici jen obtížně zvládají ošetřování vývodu a někteří mají k vývodu odpor. I v tomto případě je nutná spolupráce nejlépe se stomasestrou a zvolení vhodné pomůcky (12).

Život se stomií je pro pacienty psychicky velmi obtížný. Období smíření se se stomií může být různě dlouhé, někdo se s tím nesmíří nikdy (12).

Vytvoření stomie ovlivňuje psychosociální stránku. Mění se vztah pacienta k jeho tělu, vzhledu, fungování těla, mění se vztah i k ostatním činnostem (práce, sexuální funkce,...) (15).

Častá obava vychází ze strachu ze sexuálního života. Důvodem je ostych ukázat se před partnerem, partnerova reakce, ale také bolesti v rané pooperačním období. Kvalita partnerského života záleží na vztazích existujících již před operací. U mužů může docházet k poruchám erekce nebo bolestivosti při ejakulaci, u žen se objevuje pocit ztráty své ženskosti. U pacientů se stomií se můžou objevit pocity méněcennosti,

deprese, hněv, úzkost, pocity zoufalství až beznaděje. V tomto případě může pacientovi pomoc jediné odborník. Ať už je to stomická sestra nebo sexuolog, každá rada a pomoc je pro pacienta důležitá (3, 13).

V rodinném životě pacienta je důležitá podpora blízkých, klidné a chápající zázemí (13).

Stomický pacient není omezen ani v návratu do zaměstnání. Měl by o svém zdravotním stavu informovat svého nadřízeného a společně s ním stanovit délku pracovní doby či případné změny ve výkonu svého zaměstnání (13).

Zapojit by se měl stomik i do společenského života, měl by navštěvovat kulturní akce, jako je divadlo, kino, restaurace, neměl by se stranit svým přátelům. Problém by neměla činit ani dovolená. Důležité je vzít si s sebou dostatečné množství stomických pomůcek (13).

Pokud se člověk stane stomikem, neznamená to, že se vzdá svých zálib a koníčků. Krátce po operaci je břišní stěna oslabena, ale po rekonvalescenci je možné provádět celou řadu sportů. Vhodné je plavání, tenis, běh a turistika (13).

Ve výživě a pitném režimu dochází k určitým dietním opatřením. Strava by měla být stravitelná, mechanicky, termicky a chemicky šetrná, nenadýmající, na vitamíny a bílkoviny bohatá. Pro stomické pacienty neexistuje speciální dieta, pouze jen opatření, která by měla nepříjemné problémy při stravování minimalizovat. Stomický pacient by se měl vyhnout potravinám smaženým, obsahujícím nestravitelnou vlákninu, dráždivým jídlům, potraviny by měly být bez slupek, kůrek a zrníček (13).

Pacient by měl jíst střídavě, 3x denně a měl by potraviny důkladně rozkousat. Pravidelným režimem si pacient se stomií vypěstuje stereotypní vyprazdňování v určitém časovém rozmezí (13).

Po resekci střeva dochází k významnému omezení vstřebávání vody. Aby nedošlo k dehydrataci, je nutné, aby pacient se stomií přijímal zvýšené množství tekutin. Vhodnou tekutinou jsou čaje, zeleninové a ovocné šťávy, minerální vody a stolní vody (13).

Vytvoření stomie není kontraindikací k založení rodiny. Stomická pacientka má stejná rizika v těhotenství jako každá žena po operaci břišní stěny. Těhotenství se doporučuje po dvou letech po operaci (13).

Významnou roli v životě stomika hrají kluby stomiků a stomasestra, díky kterým získá pacient informace a lépe se tak začlení do společnosti. Zjistí, že i se-stomií se dá žít kvalitní život. Kluby stomiků jsou dobrovolná sdružení, kde si pacienti se stomií předávají informace, především v oblasti dostupnosti kvalitní péče, kompenzačních pomůcek a jiné novinky. Stomici se pravidelně scházejí a hledají odpovědi na otázky a problémy, které život se stomií přináší. Také pořádají různé výlety, zájezdy a další společné aktivity. Díky těmto klubům získává pacient se stomií množství informací, nachází porozumění a zbavuje se pocitu méněcennosti (13).

1.6 Edukace

Edukaci můžeme chápat jako proces výchovy a vzdělávání. Cílem edukace je předat informace pacientovi tak, aby byly pro něj vhodné, a aby je pochopil, přijal a řídil se jimi. Edukační činnost v ošetrovatelství má za cíl, aby klient převzal aktivní roli v péči o své zdraví, aby své zdraví chránil a navracel. Edukace pacientů a rodiny umožňuje jejich lepší účast při poskytování zdravotní péče a umožňuje jim se v určité životní situaci správně rozhodnout. Edukace dává prostor pro osvojení si nových poznatků, získání zručnosti a vytvoření hodnot osobnosti (26).

Člověk, který informace přijímá, se nazývá edukant. V našem případě je to pacient (26).

Osoba, která edukační aktivitu provozuje a informace předává, se nazývá edukátor. Ve zdravotnictví se stává edukátorem veškerý zdravotnický personál (26).

Edukační proces v ošetrovatelství představuje určitou formu předávání konkrétních informací, ve vzájemné interakci zdravotnického personálu a pacienta. Edukace by měla být předávána ve správném prostředí, zaručující intimitu, při správném osvětlení, teplotě a bez hluku (26).

Edukace je důležitou součástí ošetrovatelské péče. Zlepšuje kvalitu života a dodává pocit jistoty a bezpečí. Pokud je pacient správně edukován, opouští nemocnici

s pocitem jistoty a schopností se o sebe postarat. Pacient, který je ohrožen na životě, se nachází v krizi. Dochází ke změně společenských rolí, pacient se dostává do podřízeného postavení, musí se rozhodnout, jednat samostatně. V této životní situaci mu pomůže právě správná edukace (4).

Edukace je v ošetrovatelské péči prováděna hned několikrát. Provází pacienta po celou dobu jeho hospitalizace a i po propuštění. Pacienti se musí naučit novým věcem a potřebují neustále nové informace. Po dobu hospitalizace je pacient edukován před všemi výkony, o pomůckách, o možných komplikacích, při ošetřování. Do edukace patří i poradenské služby, konzultace a také poučení po výkonech a po propuštění. Součástí edukace je i reedukace. Slouží hlavně chronicky nemocným pacientům, kteří potřebují být edukováni následně po propuštění z nemocnice. Pacienti docházejí často do specializovaných ambulancí, kde jsou jim rady poskytnuty. Tyto rady jim umožňují žít kvalitní život (4, 23).

Smíření se se stomií je dlouhodobý proces. Nutností je správná edukace. Funkce edukátora, v našem případě stomasestry, spočívá v poskytnutí informací o pomůckách a pracovním postupu s nimi, stravování, poskytuje poradenské činnosti, seznamuje stomiky s novými možnostmi pomůcek, řeší komplikace, které se mohou při ošetřování stomií vyskytnout, zajišťuje konzultace s lékařem, pokud není v její kompetenci některé problémy řešit. Její přístup by měl být vlídný a vstřícný, ať už k pacientovi nebo k jeho příbuzným. Měla by mít na pacienta vždy dostatek času. Edukátor by měl ovládat umění empatie, umět se vcítit do pacienta (16, 25).

Edukant či pacient je často při edukaci nesoustředěný, ať už je to z důvodu anestezie nebo šoku, proto je edukaci nutné opakovat. Možností je i zpětná vazba, kdy zjišťujeme, co je a není nutné opakovat (4).

1.6.1 Charta práv stomiků

Stejně tak jako mají všichni lidé svá práva, tak i stomici mají svou Chartu práv. V Chartě práv stomiků jsou uvedeny speciální potřeby, typické právě pro stomické pacienty. S těmito právy by měl být stomik seznámen v nemocnici, nejčastěji od stomické sestry. V Chartě práv je obsaženo, na co má stomik právo během

hospitalizace, a i po propuštění domů. Práva se týkají předoperační péče, dostatečné informovanosti nejen samotného pacienta, ale i jeho rodiny a poskytnutí kvalitní péče. Pacient by měl být informován o možnostech výběru pomůcek a také o možnosti návštěvy různých organizací stomiků (17).

Díky těmto informacím mohou žít pacienti se stomií nezávislý život podle vlastního uvážení (17).

1.6.2 Informovaný souhlas

Informovaný souhlas je podmínkou před každým diagnostickým či terapeutickým výkonem (8).

Každý člověk má právo získat veškeré informace o výkonu, který je mu prováděn. Díky těmto informacím se může spolu s lékařem podílet na následné péči. Informace by měly být srozumitelné i pro laika, kým je samotný pacient (8).

V dnešní době je k dispozici informovaný souhlas. Podává se nejen ústně, ale i písemně. Písemný souhlas nenahrazuje ústní a naopak. Nejdříve by měl lékař seznámit pacienta s výkonem, vysvětlit mu možná rizika s ním spojená a popsat průběh hospitalizace. Po rozhovoru s lékařem má pacient k dispozici souhlas písemný. V něm si může přečíst opět průběh celého výkonu, možná rizika a stvrdí souhlas svým podpisem (8).

Informovaný souhlas neslouží jen pro pacienta, ale i jako ochrana personálu. Pacient svým podpisem stvrzuje, že byl s výkonem seznámen a s výkonem souhlasí (8).

Často není jasné, co by informovaný souhlas měl obsahovat. Určitě by v informovaném souhlasu nemělo chybět poučení o diagnostickém či lékařském výkonu, samozřejmě případná rizika a v neposlední řadě i několik otázek, které slouží ke kontrole, zda pacient informacím porozuměl. V informovaném souhlasu bývá obsaženo i prohlášení o povinné mlčenlivosti zdravotníků, a proto se s informacemi zachází důvěrně. Zmínka je i o ústním podání informací lékařem. Na konci se podepíše pacient a lékař a připiše se datum, kdy informovaný souhlas proběhl. Vše se zakládá do chorobopisu (8).

1.7 Předoperační péče

Před každou operací je pacient na výkon připraven, a tak je to i před vytvořením stomického vývodu. Je to pro nemocného velký zásah do dosavadního života, změna, které se musí přizpůsobit. Proto hlavním úkolem pro zdravotnický personál je nemocnému tuto cestu co nejvíce usnadnit (9, 10, 17).

Operaci by měla předcházet příprava fyzická. Tato příprava spočívá v samotném vyšetření pacienta, který je podroben celé řadě diagnostických výkonů, vyšetření krve a základnímu fyzikálnímu vyšetření. Dále do této přípravy patří i příprava pacienta k výkonu, kam řadíme lačnění, příprava operačního pole, oholení, premedikace a dále pak už dle zvyklostí oddělení a specifika operačního výkonu (9, 10, 17).

Další součástí předoperační péče je příprava psychická. Jak už bylo řečeno, operační výkon představuje velký zásah do života nemocného, a proto by měl být dostatečně informován. Při podávání informací ohledně operačního výkonu a budoucím způsobu života se podílí celá řada zdravotnických pracovníků. V první řadě je důležité brát ohled na stres nemocného a podávat mu informace srozumitelně, s klidem a informace opakovat. Pozornost by měla být věnována i příbuzným nemocného, kteří mohou pacienta podpořit a být mu na blízku v nelehké životní situaci (9, 10, 17).

Před operačním výkonem vytvoření stomie nesmíme opomenout přípravu na nácvik sebeobsluhy. Aby se nemocný s vytvořenou stomií ztotožnil, měl by se o ní také umět postarat. V této situaci přichází stomická sestra, která je speciálně vyškolená. Stomická sestra společně s pacientem stanoví nejvhodnější umístění stomie, které je důležité pro následnou pooperační rekonvalescenci, kdy by stomie neměla bránit v aktivitách vestoje, vleže ani vsedě. Dalším úkolem sestry je seznámit nemocného s dostupnými pomůckami, ukázat mu postup při ošetřování stomie a zodpovědět na pacientovi případné dotazy. Pokud stav pacienta nedovoluje, aby se o stomii staral sám, je možné edukovat někoho z rodiny (9, 10, 17).

Předoperační příprava se ovšem často liší. Záleží na urgentnosti výkonu, zda je plánovaný či akutní (9, 10, 17).

1.7.1 Předoperační péče u akutního výkonu

Pokud je pacient přijat v akutním případě, není často čas splnit správnou předoperační přípravu. Často to nedovoluje i samotný stav pacienta. V takové chvíli je nejdůležitější život pacienta. Pokud to stav pacienta dovoluje, zakreslí stomická sestra místo pro stomii. Může proběhnout i rychlá edukace pacienta a některá vyšetření ve formě statim (rychlá dostupnost výsledků). Další příprava probíhá často až na operačním sále (9, 10, 17).

I přesto, že je výkon akutní, měl by být pacient před výkonem stručně informován a edukován (13).

1.7.2 Předoperační péče u plánovaného výkonu

U plánovaného výkonu je většinou pacient v kontaktu se stomickou sestrou. Stomická sestra si domluví s pacientem a případně i s jeho rodinou návštěvu, která by měla proběhnout v nerušeném prostředí, vhodném pro intimní rozhovor. Na modelu stomie ukáže sestra uměle vytvořený vývod, jelikož většina pacientů si neumí stomii představit. Seznámí pacienta se všemi dostupnými pomůckami, doplňkovým sortimentem, informuje o jídelníčku a zapůjčí či daruje pacientovi informační materiály či brožurky. Stomická sestra informuje pacienta o předoperační přípravě a samozřejmě i o péči pooperační (9, 10, 17).

Stomická sestra spolupracuje vždy s lékařem a dokumentací pacienta, aby měla informace jako lékař a mohl pacientovi podat stejné informace (10, 17).

Dalším úkolem stomické sestry je zakreslení vhodného umístění stomie. Při zakreslování by měl pacient stát. Sestra bere ohled na kožní záhyby, jizvy, řasy a nerovnosti, které by mohly bránit v aktivitách. Sestra se ptá i na to, kam pacientovi zasahuje spodní prádlo a oblečení. Pro názornou ukázkou nalepí sestra stomické pomůcky a umožní pacientovi vyzkoušet všechny pohybové aktivity s nalepeným sáčkem (leh, sed, předklon, dřep,...) (9, 10, 17).

Lékař vysvětlí pacientovi typ operace, jak bude operace probíhat, informuje ho o možných komplikacích a zodpoví pacientovy dotazy. Součástí rozhovoru s lékařem je i

podepsání informovaného souhlasu, bez kterého nelze operaci provést. Pokud pacient není schopen informovaný souhlas sám podepsat, podepisuje souhlas zákonný zástupce (10, 17).

Součástí předoperační přípravy u plánovaného výkonu jsou výsledky kompletního předoperačního vyšetření, které si pacient přinese od svého obvodního lékaře. Patří sem vyšetření krve, a to vyšetření biochemické, hematologické a koagulační. Další vyšetření je od interního lékaře, který pacientovi provede EKG a stanoví závěr, zda je pacient schopen výkonu v celkové anestézii. Dále pak nemocný podstupuje RTG vyšetření plic a srdce, onkologické vyšetření, MR, CT, ultrazvukové vyšetření a endoskopické vyšetření s histologií. Ostatní doplňková vyšetření jsou podle přidružených nemocí pacienta (kardiologické, diabetologické, anesteziologické,...) (10, 17).

Dva dny před operací začíná příprava střeva. Pacientovi je podávána pouze tekutá strava ve formě bujónů a dostatečného příjmu tekutin. Pacientovi se zavede jejunální sonda pro pooperační enterální výživu. Pro možné stenózy střeva a obtížnému vyprazdňování, se nepodává klyzma. Záleží samozřejmě na druhu onemocnění a na zvyklostech pracoviště. Sestra nařídí pacientovi projímavý koktejl a pacient se důkladně vyprázdní (10, 17).

Sestra se zaměřuje i na prevenci tromboembolické nemoci, kdy nemocnému aplikuje nízkomolekulární heparin a provádí u nemocného bandážování končetin, pomocí elastického obinadla nebo kompresivních punčoch (10, 17).

Důležitou součástí je i kompenzace přidružených chorob nemocného, stabilizace stavu (diabetes mellitus, hypertenze, astma,...), individuální anesteziologická příprava a antibiotická profylaxe (10, 17).

Pokud je pacient správně a dostatečně připraven k výkonu, odráží se to i v péči pooperační. Urychluje se rekonvalescence a snižuje se riziko možných operačních a pooperačních komplikací (10, 17).

1.8 Pooperační péče

V bezprostřední pooperační péči je pacient umístěn na JIP nebo ARO. Umístění na tyto oddělení je vhodné pro monitorování vitálních funkcí, aplikaci parenterální, enterální nebo kombinované výživy, péče o invazivní vstupy (centrální či periferní žilní katétr, permanentní močový katétr, jejunální a nazogastrickou sondu, drény,...), péče o ránu, léčba bolesti, monitorace bilance tekutin,... (9, 17).

Na operačním sále aplikuje sestra na stomii jednoduchý výpustný sáček, který musí být sterilní. Sáček je průhledný, a proto umožňuje zdravotnickému personálu kontrolu tvaru, velikosti, barvy, otoku stomie a množství a barvu sekretu. Pokud sekret pod sáčkem nepodtéká, zůstává sáček nalepený až 48 hodin. K pacientovi dochází stomická sestra a edukuje ho o pooperační péči. Ke každému pacientovi musí sestra přistupovat individuálně. Pacienta ke spolupráci nenutí. Edukace zahajuje sestra již první pooperační den. Přinese si k pacientovi pomůcky, doplňkový sortiment, letáčky a brožurky, jídelníček a zrcadlo. Zrcadlo slouží při aplikaci stomického systému, kdy nemocný sleduje průběh výměny. Po předložení na standardní jednotku je pacient mobilnější a výměnu stomického systému provádí v koupelně za dozoru stomické sestry (17).

Cílem následné pooperační péče je naučit pacienta soběstačnosti při ošetřování stomie. Stomická sestra ukazuje nemocnému, jak pomůcku vyměnit, jak při výměně postupovat, a pacient se zatím jen dívá. Později za dozoru sestry provádí výměnu pacient sám. Sestra mu je v této situaci rádcem, chválí ho a povzbuzuje. Tímto způsobem postupuje stomická sestra do té doby, než je pacient soběstačný (9, 17).

Úkolem stomické sestry je i podávání dalších informací, které jsou pro život se stomií důležité. Informuje ho o všech firmách, které nabízejí velké množství nejrůznějších pomůcek. Informace zaměřuje sestra i na to, jak jsou pomůcky hrazené, na limity jednotlivých pomůcek, případně na možnost navýšení limitů revizním lékařem. Každý pacient se stomií má možnost podat si žádost na sociální příspěvek (200 Kč/měsíc). V současné době je tento příspěvek zrušen. Velké množství informací může stomický pacient získat i v klubech stomiků (17).

Sestra upozorní pacienta i na správné uložení pomůcek při pokojové teplotě. Doporučí mu vyhradit si prostor na stomické pomůcky a vhodné vybavení domácnosti (17).

Také úprava životosprávy je pro stomika velmi důležitá, a proto ho stomická sestra musí poučit. Není nutná speciální dieta, pouze úprava stravy. Stomický pacient by neměl hladovět. Potravu by měl pořádně kousat a jíst pomalu. Důležité je vyzkoušet jídlo podle snášenlivosti a poté vyřadit potraviny, které by mohly způsobovat pacientovi potíže. Nesmíme opomenout také na dostatečný přísun tekutin (17).

Stomická sestra je pro pacienta se stomií rádcem na celý život (17).

Po domluvě s lékařem a stomickou sestrou může být pacient propuštěn do domácí péče. Při propuštění by měl být pacient soběstačný a měl by zvládat výměnu stomického systému. Pokud je pacient nesoběstačný, je potřeba, aby byla edukovaná rodina a zvládala ošetřování stomie. Osamělý a nesoběstačný pacient je předán do péče agentury domácí péče nebo do následného zařízení (domov důchodců,...) (6, 9, 17).

Při odchodu domů je pacient vybaven pomůckami na 1 měsíc, kontakty na stomasestru, firemními kontakty a telefonem do proktologické poradny. Dále si pacient odnáší žádost na sociální příspěvek a je mu přidělen termín další návštěvy (6, 9, 17).

Péče o pacienta po propuštění spočívá v pravidelných kontrolách na ambulanci a dále pak už jen kontroly podle stavu pacienta (6, 9, 17).

1.8.1 Pooperační komplikace – časné

Jednou z časných komplikací je krvácení. Drobné krvácení je normální. Může být způsobeno krvácením z okraje stomie. Ale krvácení může být způsobeno i poraněním cévy nebo poškozením střeva. Časné krvácení se léčí konzervativně nebo operační revizí (22).

Pokud dojde k nekróze okraje stomie, příčinou může být nedostatečné zásobení tkáně krví, způsobené otokem nebo malým otvorem v kůži. Stomie se může uvolnit od kůže. V tomto případě provádí lékař operační úpravu. Pokud k odloučení stomie nedojde, léčba je konzervativní s pravidelnou kontrolou stomie (22).

Pokud se vytvoří absces, musí jej lékař odstranit (22).

Při manipulaci se stomií se objevuje otok. Pokud je malý, sám odezní. U otoku většího je nutné pozorování otoku. Léčba spočívá v přikládání chladných obkladů (22).

Další komplikací mohou být komplikace kožní. Důležité je zjistit příčinu. Může se jednat o alergickou reakci, kontaktní dermatitidu, iritaci a maceraci. Při podtékání střevního obsahu pod pomůckou je nutné zvolit pomůcku jinou (22).

Jako komplikace se může objevit i časná retrakce. Objevuje se u akutních výkonů, kdy je střevo pod tahem a okraj stomie je pod úrovní kůže. Není tak častá. V tomto případě se používají flexibilní pomůcky a konvexní podložky (22).

U akutních výkonů se výjimečně můžeme setkat s nevhodným umístěním stomie. I zde se používají flexibilní pomůcky, vyrovnávací pasty, hydrokoloidní destičky. Jde-li o trvalou stomii, provádí se transrepozice stomie (22).

V důsledku operace, která pacienta stresuje, se může objevit dočasná močová inkontinenci. S pacientem spolupracuje urolog a doporučí mu vhodné pomůcky (22).

1.8.2 Pooperační komplikace – pozdní

Prolaps (výhřez) stomie. Střevo může vyhřeznout před stěnu břišní až několik centimetrů. Nikdy se nesnažíme vrátit střevo zpět násilím do dutiny břišní. Provádí se chirurgická úprava, která ovšem není vždy možná (22).

Retrakce (vtažení) stomie. Stomie se vtáhne pod úroveň kůže, dochází k podtékání střevního obsahu pod podložkou a kůže je macerovaná. Pacientovi doporučíme dostatečnou hygienu a vhodné pomůcky k ošetření macerované kůže (21, 22).

Stenóza (zúžení) stomie. Průměr střeva a otvor v dutině břišní je v nepoměru. Často je zde i kombinace retrakce. Pacient má bolesti břicha, poruchy vyprazdňování, stolice se městná před stenózou. Provádí se dilatace střeva prstem nebo pomocí dilatátoru. Pacient provádí dilataci doma a je nutná úprava dietního režimu a dostatečný příjem tekutin. Někdy je nutná chirurgická revize (5, 22).

Kožní komplikace stomie. Stejně jako u časných komplikací je nutné stanovit příčinu, zda se jedná o alergickou reakci, kontaktní dermatitidu, bakteriální či plísňovou infekci nebo je příčinou podtékání sekretu. Součástí je úprava jídelníčku a výběr

vhodných pomůcek. Při maceraci kůže, která je velmi bolestivá, podáváme analgetika a psychicky pacienta podporujeme (22).

Parastomální kýla. Patří mezi nejčastější komplikace stomie, která je způsobená oslabenou břišní stěnou a uvolněním fascie od střešní kličky. Při malé kýle používáme břišní pas. Operace je velmi riziková, jelikož se kýla nachází v infekčním prostředí (22).

Píštěle neumožňují dostatečné přilnutí pomůcek ke kůži, sekret podtéká a maceruje kůži. Píšťel může vzniknout ze stehů nebo jako důsledek komplikace nespecifických zánětů střeva. Léčba se zaměřuje na základní onemocnění a komplikaci současně. Dochází k zvýšené spotřebě pomůcek, a proto je nutné zažádat o dočasné navýšení limitu. Důležitý je správný výběr vhodné pomůcky (22).

Stejně jako u časných komplikací může i v následné péči docházet ke krvácení ze stomie. Příčiny jsou stejné jako u časných komplikací (krvácení z okrajů stomie, krvácení cévy narušené nádorem,...) (22).

Další komplikace mohou vznikat při radioterapii nebo chemoterapii. Při radioterapii vznikají zácpy, kožní komplikace, může se objevit postradiační stenóza. Při chemoterapii se aplikují cytostatika, které mohou vést ke změně pH potu. Tím se vytvoří nesnášenlivost na některé pomůcky, musíme proto vyzkoušet jiné druhy pomůcek (22).

1.9 Role stomické sestry

Aby byla zajištěna komplexní péče o stomické pacienty, vznikla v roce 1958 profese nazvaná Stoma–terapeut neboli enterostomický terapeut. Stomický pacient potřebuje péči nejen v nemocnici, ale i po dobu celého svého života. Potřebuje poradit v ošetřování a zjistit novinky na trhu, a právě v tu chvíli zastává tuto funkci stomická sestra. Jejím úkolem je edukovat nejen samotného pacienta, ale i celou jeho rodinu a to již před operací. Učí pacienta používat pomůcky, ošetřovat stomii, učí ho jak pečovat o okolí stomie, případně o komplikace vzniklé používáním nevhodných pomůcek a pomáhá mu s výběrem pomůcek jiných. Bezprostředně po operaci je mu velkou oporou právě v péči o stomii. Informuje pacienta o možných centrech a klubech, kam docházejí členové se stejným zdravotním postižením, poradí pacientovi v oblasti sociální podpory,

je rádcem i pro každodenní život stomika, kdy informuje o aktivitách, kterým je třeba se vyvarovat a naopak o aktivitách, které stomikovi prospějí. Opomenout nesmíme ani dlouhodobou emocionální podporu, kterou stomická sestra pacientovi je (13, 18).

Úloha stomické sestry je nezastupitelná. Ať už je to před operací, po operaci nebo v následné domácí péči (13).

Práci stomické sestry můžeme rozdělit do tří fází. V první části, a to fázi předoperační, je úkolem stomické sestry navázat s pacientem kontakt, získat jeho důvěru a předat mu důležité informace, týkající se stomie (20).

Ve fázi druhé, pooperační, pomáhá stomická sestra pacientovi, a nejen jemu, ale i jeho rodině situaci zvládnout (20).

Ambulantní část, a tedy i třetí fáze, zahrnuje celoživotní péči o stomika (20).

1.9.1 Role stomické sestry před operací

Jak už jsme se zmiňovali, vytvoření stomie je pro pacienta velký zásah do života. Pacient se stomií je odkázán na zdravotní personál, ale především na stomickou sestru. Ta pacienta doprovází již před operací. Připravuje pacienta na život se stomií a společně s pacientem volí nejlepší místo pro vytvoření stomie. Často však není průběh lehký. Pacient se může cítit méněcenný a uzavře se do sebe. Tím se spolupráce přesouvá na pacientovu rodinu. U rodiny se postupuje stejně jako u pacienta. Ať už spolupracuje rodina nebo samotný pacient, důležité je umět o stomii pečovat a ošetřovat ji. Stomická sestra ukáže pacientovi různé pomůcky a postup ošetřování a používání pomůcek. Tento postup opakuje do té doby, než pacient ošetřování zvládne sám (13, 18, 23).

I když stomická sestra edukuje pacienta již před operací, je pro pacienta operace velkým zásahem. Po operaci je v šoku a na přípravu či rozhovor před operací si mnohdy často ani nevzpomene. Je tedy nutné celý postup znovu opakovat (13,18, 23).

Stomická sestra je pro pacienta v předoperační péči velmi důležitá. Slouží jako důvěrnice a pomocnice. Pacienta neustále povzbuzuje a je mu v této životní situaci velkou oporou. Zodpovídá veškeré otázky ohledně stomie a pomáhá pacientovi celou situaci zvládat klidně. Její snahou je pacienta navrátit do kvalitního života. Úloha

stomické sestry ale nekončí po propuštění do domácí péče. Nýbrž je s pacientem v neustálém kontaktu (13, 18, 23).

1.9.2 Role stomické sestry po operaci

Úloha stomické sestry po operaci spočívá v návštěvách pacienta a kontrole vytvořené stomie. Vyměňuje stomický sáček a postupně edukuje pacienta, aby si byl schopen stomii ošetřit sám. Cílem těchto návštěv je připravit pacienta pro budoucí život se stomií. Stomická sestra vyměňuje sáček a ošetřuje stomii nejčastěji v koupelně, kde má pacient soukromí a klid na seznámení se se stomií a s pomůckami (13, 18).

Se souhlasem pacienta edukuje stomická sestra i některého člena rodiny (7, 13, 18).

Když je pacient schopný postarat se o stomii sám a zdravotní stav mu to dovoluje, je propuštěn do domácí péče. S sebou dostává od stomické sestry pomůcky na jeden měsíc, kódy pomůcek pro pojišťovnu a typy pomůcek (13, 18).

I v této fázi, kdy už je pacient po operaci nesmí stomická sestra opomenout na psychickou stránku pacienta. Stále by mu měla být oporou a pomocnicí. U pacienta se mohou objevit pocity méněcennosti, což je změna, která zasahuje do lidského sebevědomí. Pocity pacienta můžou dojít až do takové fáze, kdy pociťuje závist k lidem zdravým a tím se zhoršují i mezilidské vztahy. Pacient zaujme nepřátelský postoj ke společnosti a dochází k sociálnímu vyloučení ze společnosti. Proto je zde právě stomická sestra, která vzbuzuje v pacientovi důvěru a pomáhá mu se těmito těžkými životními situacím vyhnout (7, 13, 18).

1.9.3 Role stomické sestry ve stoma poradně

Tím, že je pacient propuštěn do domácí péče, úloha stomické sestry nekončí. Pacient za stomickou sestrou dochází do poradny, kde mu sestra individuálně radí a věnuje se mu. Seznamuje ho s novinkami a vhodnými pomůckami. Povzbuzuje pacienta, hovoří sni o jeho problémech a snaží se je vyřešit. Další možností je, že stomická sestra odkáže pacienta k odborníkovi (13).

Součástí rozhovoru je i informace o stravovacích návycích, sociálních výhodách a veškerých informacích týkajících se stomii (13).

2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíle výzkumu

C1: Zjistit informovanost klientů se stomií před operačním výkonem.

C2: Zmapovat edukační proces klienta před resekčním výkonem na GIT.

C3: Porovnat informovanost klienta u plánovaných a akutních výkonů.

2.2 Hypotézy

H1: Klienti se stomií měli před operačním výkonem dostatek informací.

H2: Ve zdravotnických zařízeních je prováděna edukace u klienta před operačním výkonem.

H3: Klienti, kteří se podrobili plánovanému operačnímu výkonu mají více informací než klienti v akutních případech.

3. METODIKA

3.1 Metodika

V bakalářské práci jsme použili kvantitativní výzkum. Zvolili jsme si metodu anonymního dotazníku. Cílem dotazníku bylo zjistit, jak jsou stomiční pacienti informováni před vytvořením stomie.

Dotazník jsme strukturovali do několika částí. Na úvod jsme zařadili identifikační údaje, které nám zjistili pohlaví respondenta, věk a jaký druh stomie respondent má.

Další část byla zaměřena na operační výkon. Zajímalo nás, zda byl výkon plánovaný či akutní a zda byl stomik seznámen s předpokládaným výsledkem operace.

Třetí pomyslnou část dotazníku bychom mohli nazvat edukační. Zjišťovali jsme zde, kdo stomikovi informace podal, jestli měl o informace samotný stomik zájem, zda mu informace byly podány ústně či pomocí letáčků, brožur a nebo jinou metodou. Dále jsme zjišťovali, jak byl s informacemi stomik spokojený, zda pro něj byly informace dostačující a srozumitelné a zda díky těmto informacím dosáhl představy o životě se stomií a pomohlo mu to zmírnit jeho strach z vytvoření stomie.

V dotazníku jsme dále zjišťovali, jestli dostal stomik prostor i pro své dotazy a jaké informace mu chyběly, než operaci podstoupil.

Dotazník obsahoval 16 otázek, z toho 11 otázek bylo uzavřených, 4 otázky byly polootevřené a 1 otázka zůstala otevřená pro odpověď stomického pacienta.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

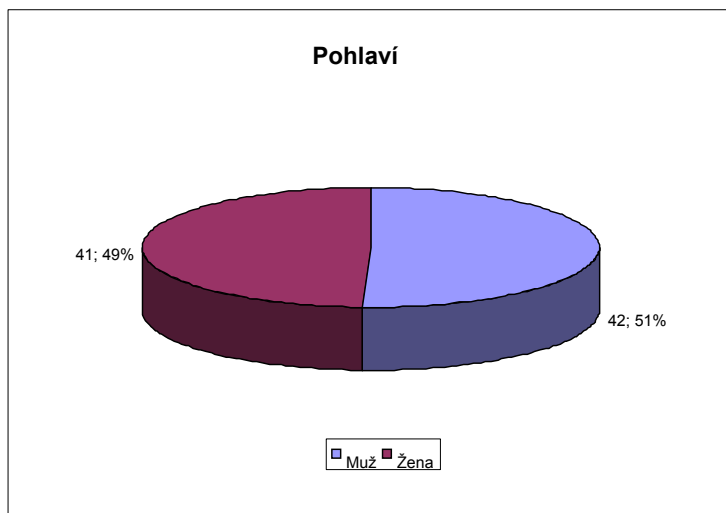
K našemu výzkumu jsme oslovili pacienty se stomií. Využili jsme k tomu chirurgického oddělení v Nemocnici České Budějovice a stomické pacienty, docházející k stomické sestře do poradny, dále pak stomické kluby v Brně a Strakonících, chirurgické oddělení v Nemocnici Tábor a chirurgické oddělení ve Fakultní nemocnici Praha.

Celkem bylo rozdáno 100 dotazníků. V Nemocnici České Budějovice jsme rozdali dotazníků celkem 40, v Brně 20, ve Strakonících 10, v Táboře také 10 a ve

Fakultní nemocnici Praha 20. Návratnost dotazníků byla 83 %. Ke zpracování výsledků bylo požito celkem 83 (100 %) dotazníků.

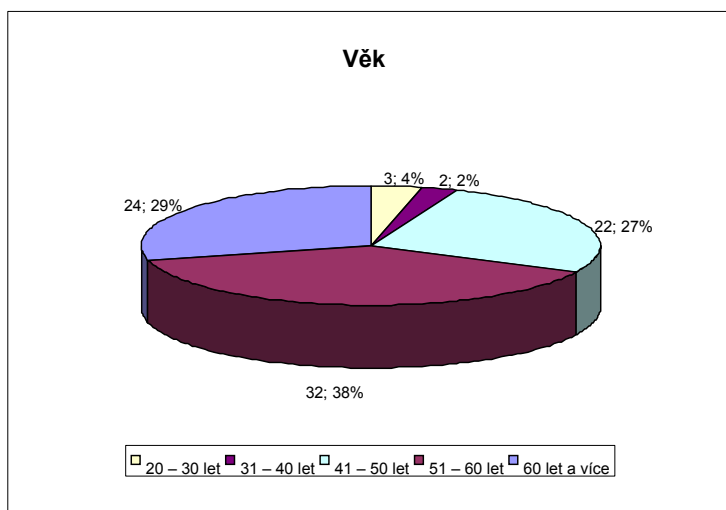
4. VÝSLEDKY

Graf 1 (k otázce č. 1)



Z grafu vyplývá, že z dotazovaných respondentů bylo 49 % (41) žen a 51 % (42) mužů.

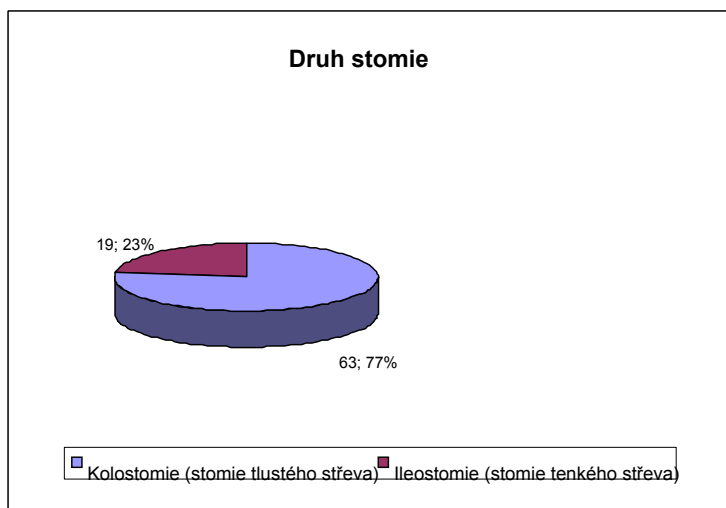
Graf 2 (k otázce č. 2)



Na grafu je znázorněno věkové rozmezí respondentů. 38 % (32) respondentům bylo mezi 51 – 60 lety, 29 % (24) respondentům bylo 60 let a více, 27 % (22) respondentům

bylo mezi 41 – 50 lety, 4 % (3) respondentům bylo 20 – 30 let a jen 2 % (2) respondentů byla mezi 31 – 40 lety.

Graf 3 (k otázce č. 3)



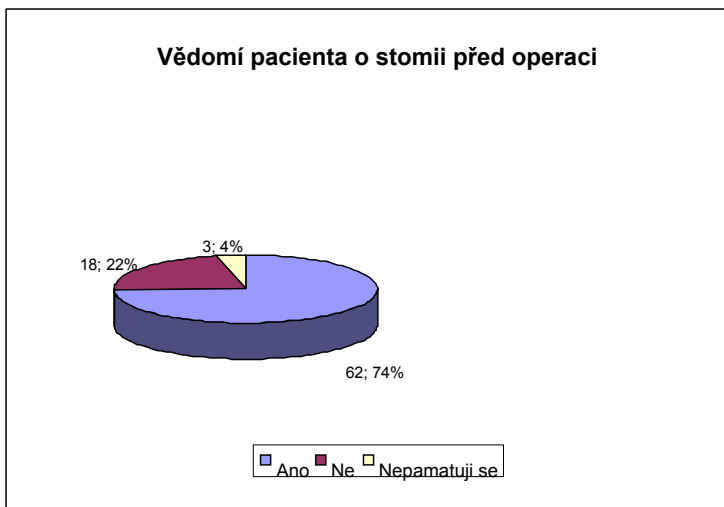
Z grafu vyčteme, že 77 % (63) respondentů má kolostomii a 23 % (19) respondentů ileostomii.

Graf 4 (k otázce č. 4)



U 69 % (58) dotazovaných byl výkon plánovaný, 27 % (22) dotazovaných podstoupilo výkon akutně a 4 % (3) dotazování neví, jaký druh výkonu podstoupili.

Graf 5 (k otázce č. 5)



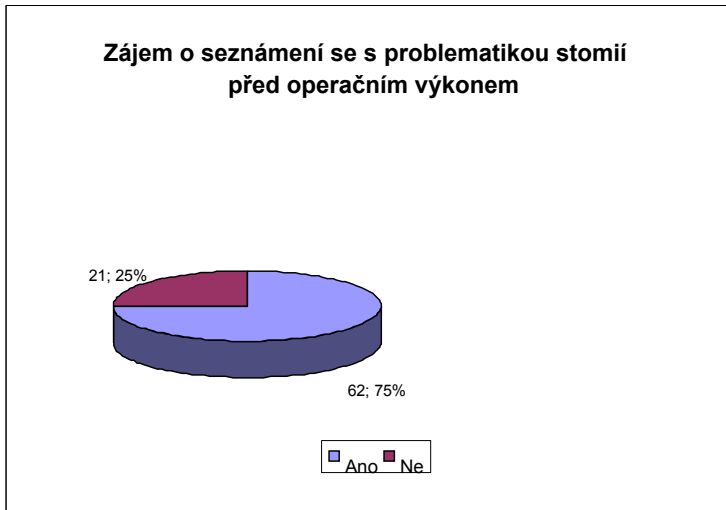
Z grafu můžeme vyčíst, že 74 % (62) respondentů vědělo před operací, že stomii budou mít, 22 % (18) respondentů o tom nevědělo a 4 % (3) respondentů si to nepamatuje.

Graf 6 (k otázce č. 6)



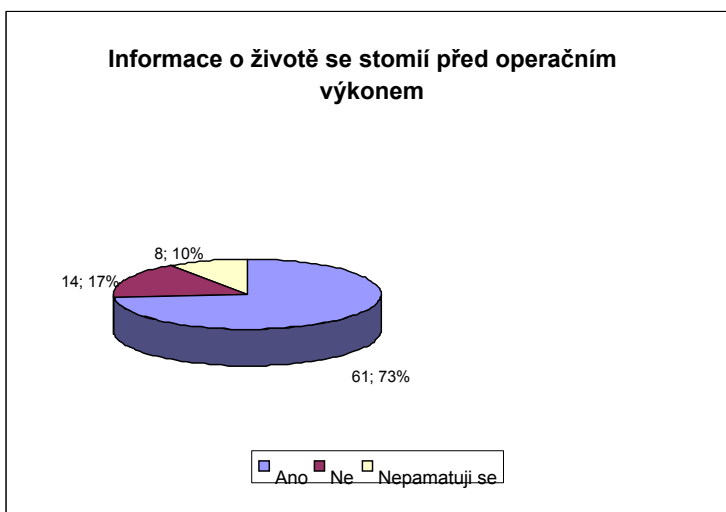
61 % (50) respondentů navštívila před operací stomická sestra, 14 % (12) respondentů nenavštívila, ale chtěli s ní mluvit, 11 % (9) respondentů nenavštívila, a ani by s ní před výkonem mluvit nechtěli, 7 % (6) respondentů neví, zda je stomická sestra před výkonem navštívila a 7 % (6) respondentů si to nepamatuje.

Graf 7 (k otázce č. 7)



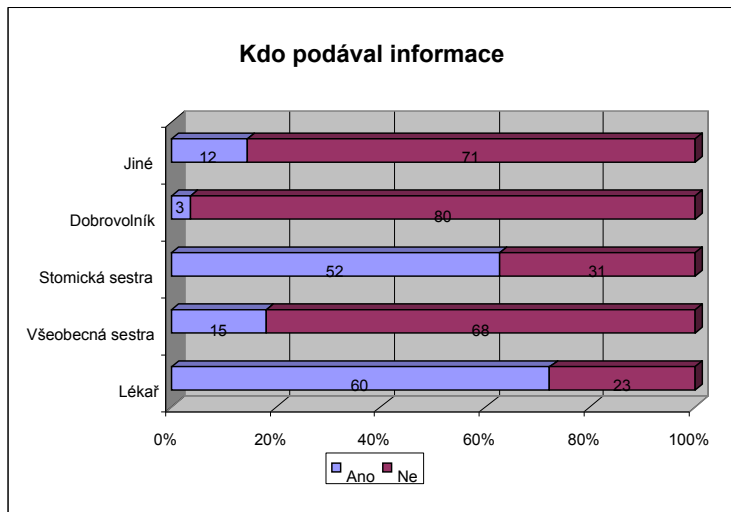
O seznámení se s problematikou stomií mělo zájem 75 % (62) respondentů, 25 % (21) respondentů zájem nemělo.

Graf 8 (k otázce č. 8)



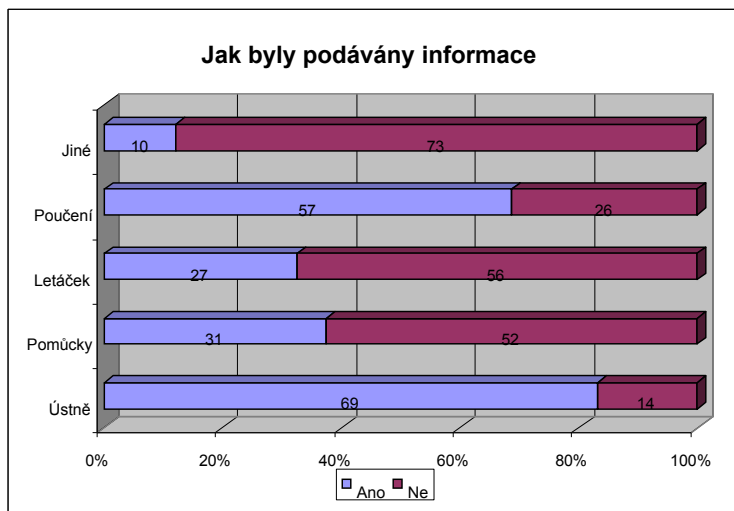
Z grafu vyplývá, že 73 % (61) dotazovaných dostalo před operačním výkonem informace o životě se stomií, 17 % (14) dotazovaných informace nedostalo a 10 % (8) si to již nepamatují.

Graf 9 (k otázce č. 9)



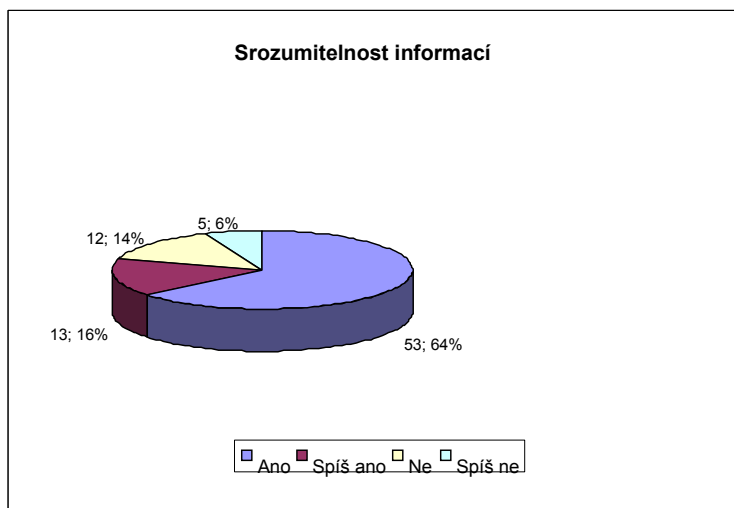
Graf znázorňuje, kdo informace respondentovi podal. 60 respondentů dostalo informace od lékaře, 52 respondentů bylo informováno od stomické sestry, 15 respondentů bylo informováno všeobecnou sestrou a 12 respondentů bylo informováno jinak (respondent informován nebyl, nepamatuje si nebo neví), 3 respondenty informoval dobrovolník.

Graf 10 (k otázce č. 10)



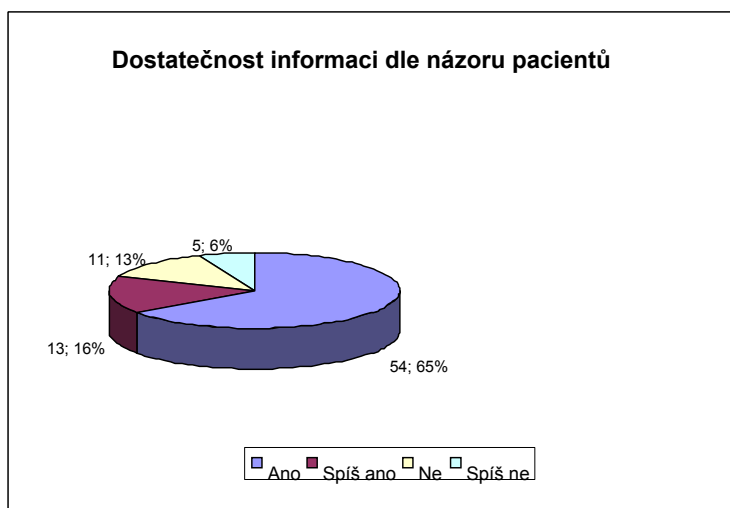
Ústně byly informace podány u 69 respondentů, 57 respondentů získalo informace pomocí poučení, u 31 respondentů byly při podávání informací ukázány pomůcky, 27 respondentů udává získání informací pomocí letáčků a 10 respondentů uvedlo, že si nepamatují, nebo nebyli informováni.

Graf 11 (k otázce č. 11)



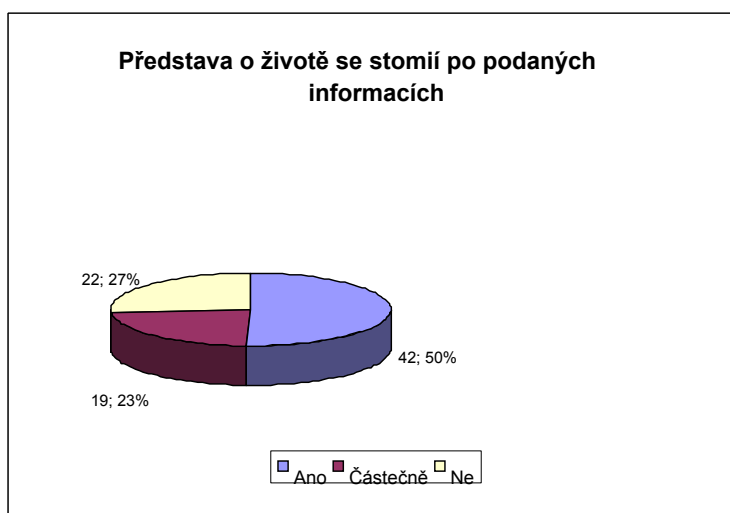
Pro 64 % (53) respondentů byly podané informace srozumitelné, 16 % (13) respondentů udává spíše ano, pro 14 % (12) respondentů byly informace nesrozumitelné a 6 % (5) respondentů udává spíše ne.

Graf 12 (k otázce č. 12)



Dostatečnost informací udává 65 % (54) respondentů, 16 % (13) respondentů udává spíše ano, pro 13 % (11) respondentů byly informace nedostatečné a 6 % (5) respondentů udává spíše ne.

Graf 13 (k otázce č. 13)



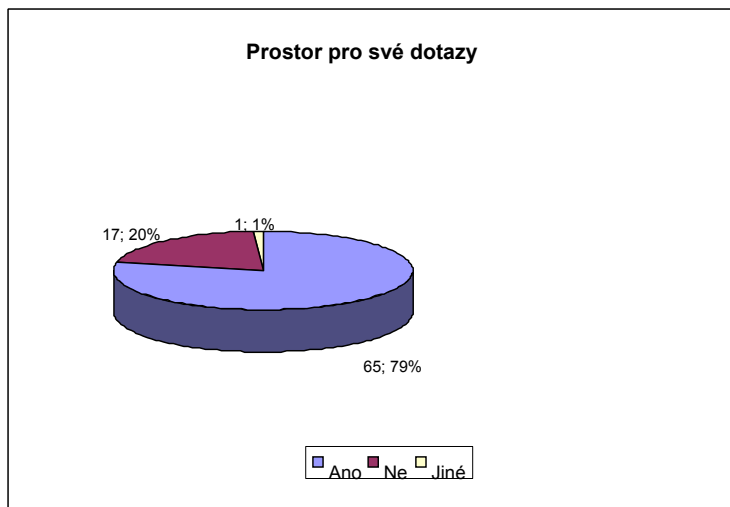
50 % (42) dotazovaných si po podání informací dokázalo život se stomií představit, 23 % (19) dotazovaných si dokázalo život se stomií představit částečně a 27 % (22) dotazovaných si po podání informací život se stomií představit nedokázalo.

Graf 14 (k otázce č. 14)



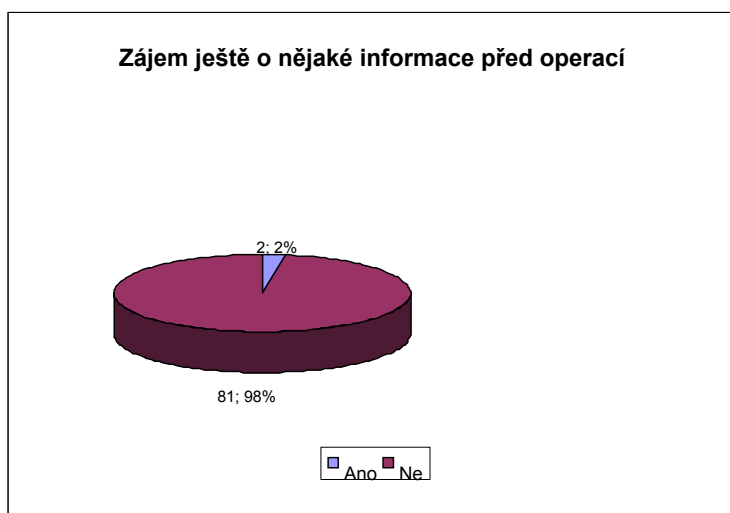
U 50 % (42) respondentů se po seznámení s problematikou stomií strach snížil, 19 % (16) respondentů udává asi ano, u 16 % (13) respondentů se strach nesnížil, 11 % (9) respondentů udává, že neví a 4 % (3) respondenti nebyli s problematikou seznámeni.

Graf 15 (k otázce č. 15)



Graf udává, že 79 % (65) respondentů mělo prostor pro své dotazy, 20 % (17) respondentů udává, že prostor nedostalo a 1 % (1) respondentů neví, zda prostor pro dotazy mělo.

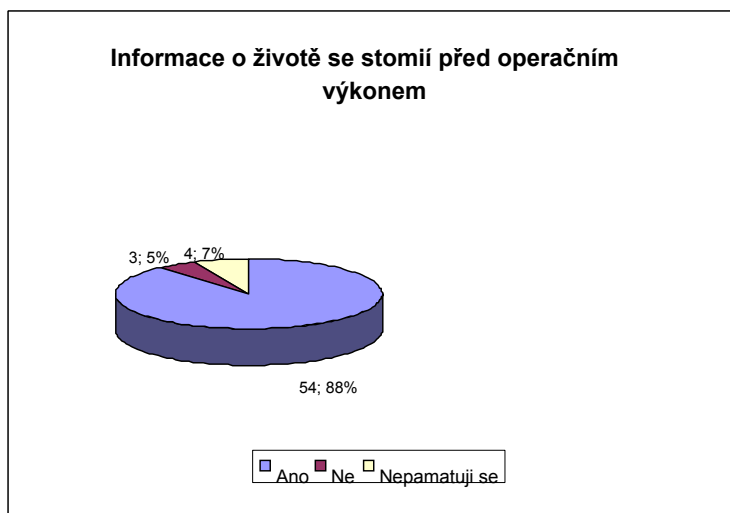
Graf 16 (k otázce č. 16)



Z grafu lze vyčíst, že 98 % (81) respondentů by o další informace před operací zájem neměli a 2 % (2) respondentů by ještě nějaké informace zajímali (respondenti měli

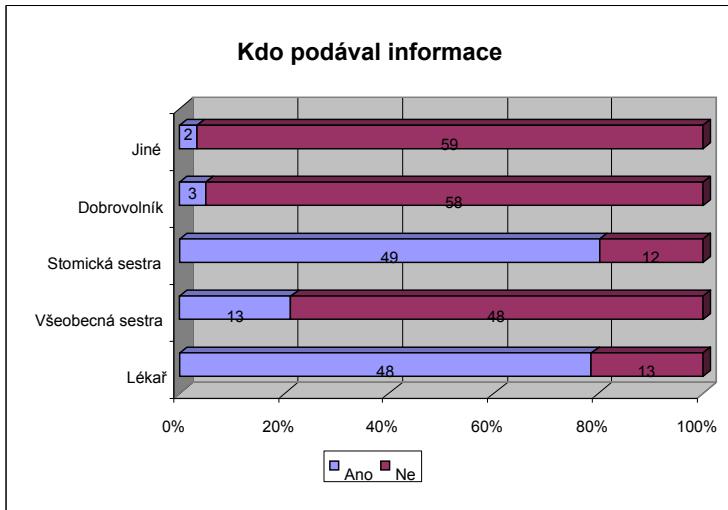
zájem o prevenci, ještě než onemocněli a o sdělení informace, že výsledkem operace bude vytvoření stomie).

Graf 17 (k otázce č.8) Plánovaný výkon



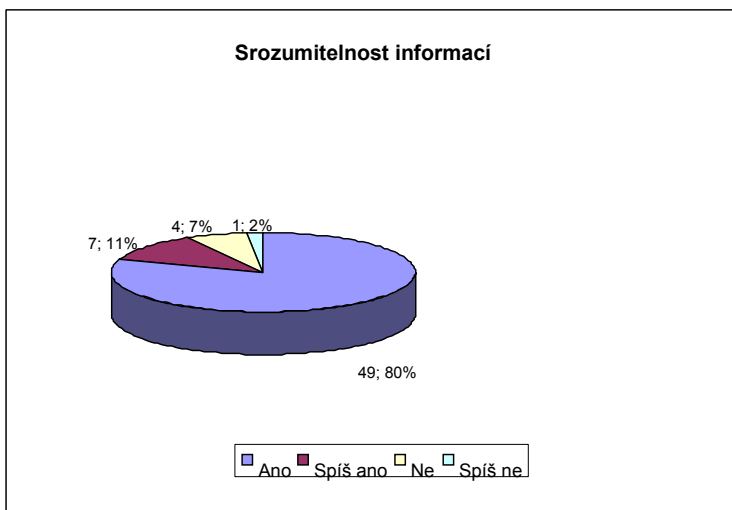
Graf znázorňuje, že 88 % (54) respondentů, podrobujících se plánovanému výkonu, informace dostalo, 5 % (3) respondentů informace nedostalo a 7 % (4) respondenti si již nepamatují.

Graf 18 (k otázce č. 9) Plánovaný výkon



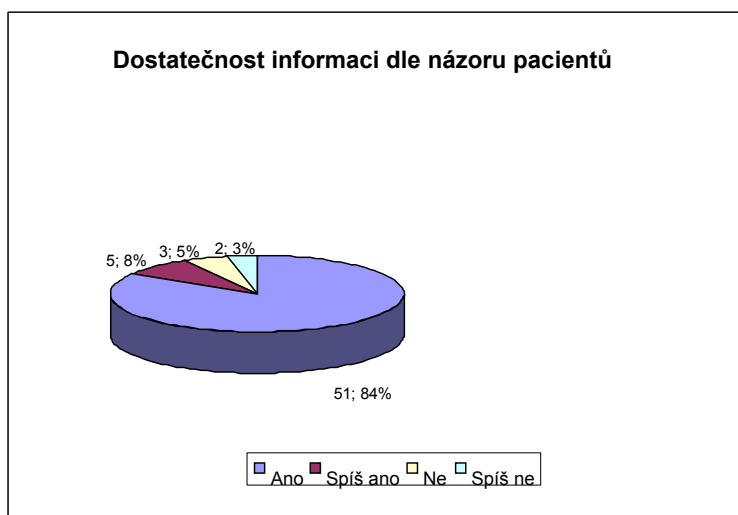
Z grafu vychází, že pacienti u plánovaného výkonu dostali informace od lékaře, a to u 48 respondentů, 49 respondentů bylo informováno od stomické sestry, 13 respondentů informovala všeobecná sestra, 3 respondenty stomik dobrovolník a 2 respondenti uvedli jiné (respondenti informace nedostali nebo si to nepamatují).

Graf 19 (k otázce č. 11) Plánovaný výkon



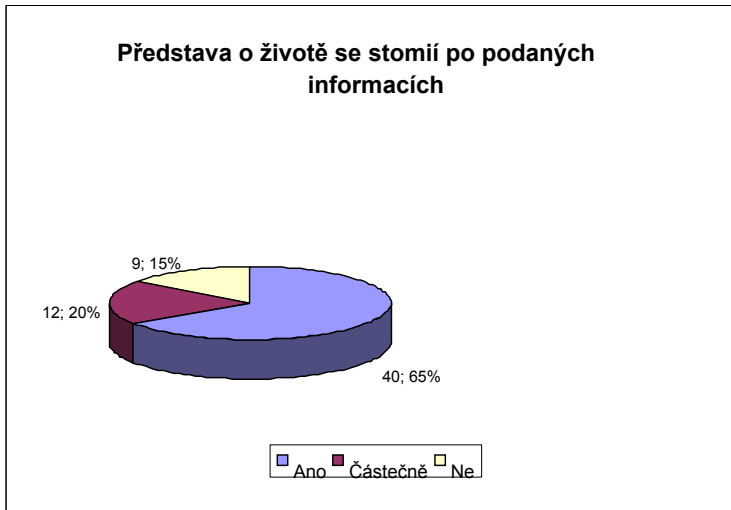
Graf znázorňuje, že 80 % (49) respondentů mělo informace srozumitelné, 11 % (7) respondentů uvedlo spíš ano, pro 7 % (4) respondentů informace srozumitelné nebyli a 2 % (1) respondentů uvedlo spíš ne.

Graf 20 (k otázce č. 12) Plánovaný výkon



Z grafu vyplývá, že dostatečné informace u plánovaného výkonu mělo 84 % (51) dotazovaných, pro 8 % (5) dotazovaných byly informace spíš dostatečné, pro 5 % (3) byly informace nedostatečné a 3 % (2) respondentů uvedlo, že byly informace spíš nedostatečné.

Graf 21 (k otázce č. 13) Plánovaný výkon



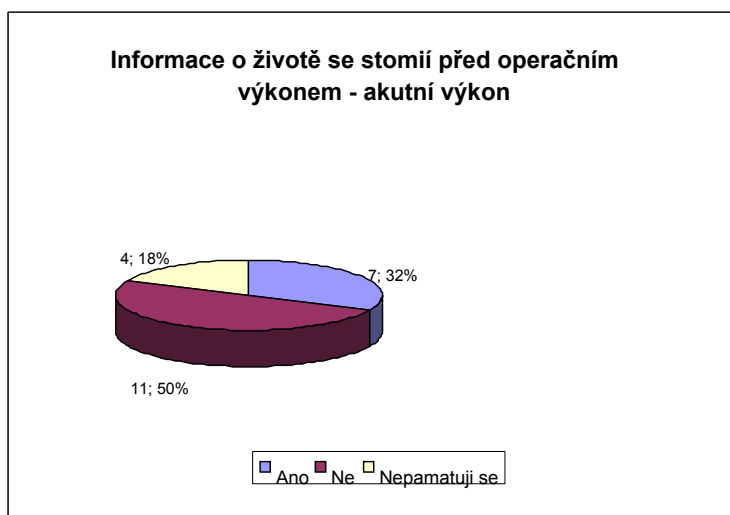
Na grafu je znázorněno, že 65 % (40) respondentů mělo po podání informací představu o životě se stomií, 20 % (12) mělo představu částečnou a 15 % (9) nemělo představu o životě se stomií žádnou.

Graf 22 (k otázce č. 14) Plánovaný výkon



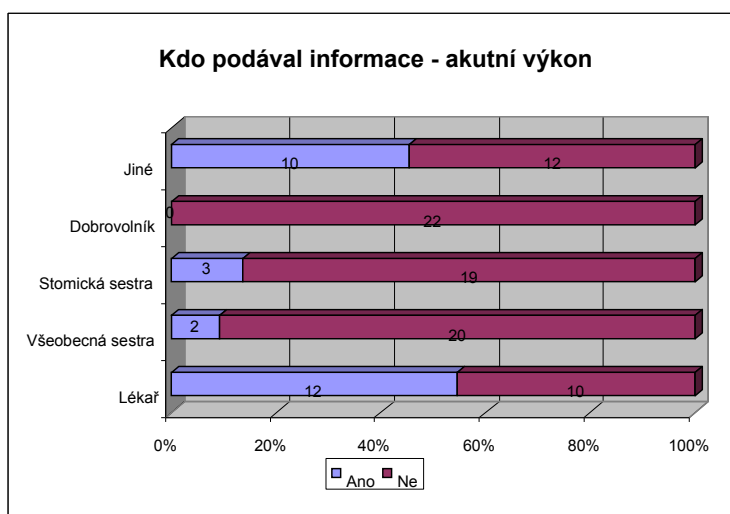
Graf znázorňuje, že u 64 % (39) respondentů se po seznámení se s problematikou stomií strach snížil, 21 % (13) respondentů udává asi ano, u 5 % (3) respondentů se strach nesnížil, 7 % (4) respondentů neví a 3 % (2) respondentů nebyla informována vůbec.

Graf 23 (k otázce č. 8) Akutní výkon



Graf znázorňuje, že 32 % (7) respondentů, podrobujících se akutnímu výkonu, informace dostalo, 50 % (11) respondentů informace nedostalo a 18 % (4) respondentů si to již nepamatuje.

Graf 24 (k otázce č. 9) Akutní výkon



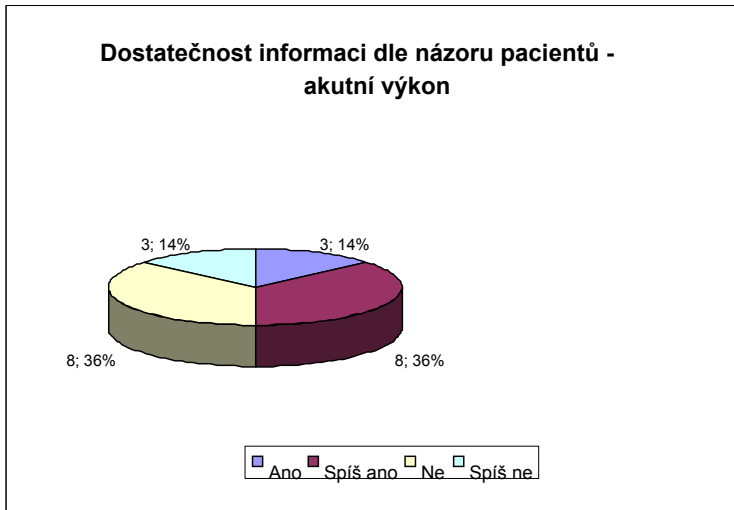
Z grafu vychází, že pacienti u akutního výkonu dostali informace od lékaře, a to u 12 respondentů, 3 respondenti byli informováni od stomické sestry, 2 respondenty informovala všeobecná sestra, 10 respondentů uvedlo jiné (respondenti informace nedostali nebo si to nepamatují). Od dobrovolníka nebyl informován žádný respondent.

Graf 25 (k otázce č. 11) Akutní výkon



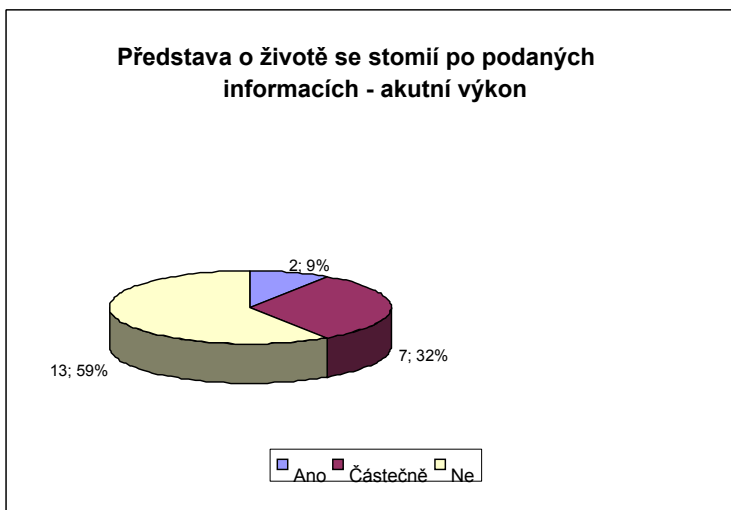
Graf znázorňuje, že 18 % (4) respondentů mělo informace srozumitelné, 27 % (6) respondentů uvedlo spíš ano, pro 37 % (8) respondentů informace srozumitelné nebyly a 18 % (4) respondentů uvedlo spíš ne.

Graf 26 (k otázce č. 12) Akutní výkon



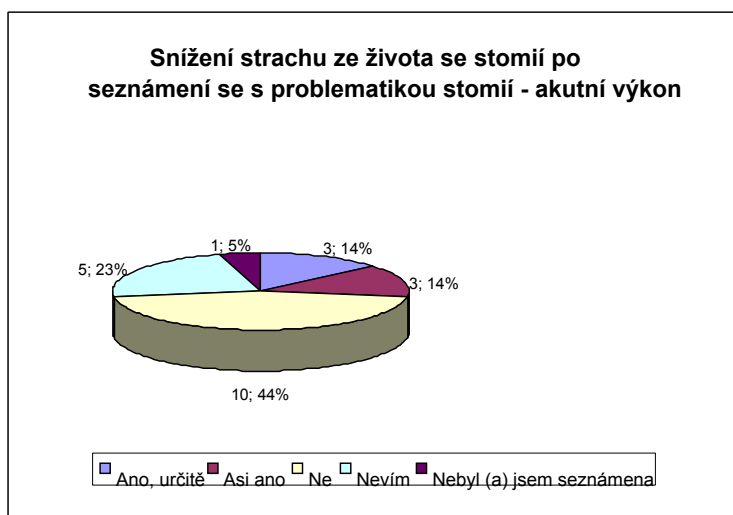
Z grafu vyplývá, že dostatečné informace u akutního výkonu mělo 14 % (3) dotazovaných, pro 36 % (8) dotazovaných byly informace spíše dostatečné, pro 36 % (8) byly informace nedostatečné a 14 % (3) respondentů uvedlo, že byly informace spíše nedostatečné.

Graf 27 (k otázce č. 13) Akutní výkon



Na grafu je znázorněno, že 9 % (2) respondentů mělo po podání informací představu o životě se stomií, 32 % (7) mělo představu částečnou a 59 % (13) nemělo představu o životě se stomií žádnou.

Graf 28 (k otázce č. 14) Akutní výkon



Graf znázorňuje, že u 14 % (3) respondentů se po seznámení se s problematikou stomií strach snížil, 14 % (3) respondentů udává asi ano, u 44 % (10) respondentů se strach nesnížil, 23 % (5) respondentů neví a 5 % (1) respondentů nebylo informováno vůbec.

5. DISKUZE

V této práci jsme se zabývali informovaností stomiků před operačním výkonem. Výzkumný soubor tvořili stomiční pacienti. Soubor tvořilo 83 (100 %) respondentů. Z celkového počtu těchto respondentů bylo 51 % (42) mužů a 49 % (41) žen. Nejvíce dotazovaných, kteří mají stomii, bylo mezi 51 – 60 rokem, a to 38% (32). V rozmezí 60 let a více bylo respondentů 29 % (24), 41 – 50 let tvořilo 27% (22) respondentů, mezi 20 – 30 rokem bylo respondentů 4 % (3) a věkové rozmezí mezi 31 – 40 rokem tvořili respondenti pouhé 2 % (2). Při operačním výkonu byla vytvořena ze 77 % (63) kolostomie a z 23 % (19) ileostomie.

Akutní výkon podstoupilo 27 % (22) respondentů, plánovaný výkon 69 % (58) respondentů a 4 % (3) respondentů neví, jaký druh výkonu podstoupili.

V první hypotéze jsme stanovili, že pacienti se stomií mají před operačním výkonem dostatek informací. Marková (13) uvádí, že by před operací měl být pacient informován o možnosti provedení stomie, a to nejdříve lékařem a poté stomickou sestrou. Z výsledků výzkumu vyplývá, že o tom, zda bude stomie vytvořena vědělo 74 % (62) respondentů, 22 % (18) respondentů o vytvoření stomie nevědělo a 4 % (3) respondenti si to nepamatuji. Informace jim podával převážně lékař a stomická sestra, část respondentů uvedla všeobecnou sestru a malá část stomiků dobrovolníka. V dotazníku respondenti uvedli i to, že informování nebyli vůbec nebo si to již nepamatuji. Informace byly u 69 respondentů podány ústně a u 57 respondentů byly ústně podané informace doplněny poučením. U části respondentů byly ukázány pomůcky a letáčky. I zde se objevily odpovědi, že respondenti informování nebyli nebo si nepamatuji. Pro 64 % (53) respondentů byly informace srozumitelné, 16 % (13) respondentů udává, že spíše ano, pro 14 % (12) respondentů byly informace nesrozumitelné a 6 % (5) udává, že pro ně informace srozumitelné spíše nebyly.

První hypotéza se nepotvrdila. Ne všichni pacienti jsou před operací dostatečně informování a někteří dokonce nedostanou informace žádné. Jak už jsme uváděli, díky informacím se může u pacienta zmírnit strach pro budoucí život se stomií, což udává jen 50 % (42) dotazovaných a u 16 % (13) respondentů ke snížení strachu nedošlo vůbec. 27 % (22) dotazovaných si život se stomií nedokázalo představit. 50 % (42)

respondentů si díky podaným informacím život se stomií dokázalo představit a 23 % (19) dotazovaných se to povedlo jen částečně.

U druhé hypotézy jsme si ověřovali, že je u pacienta prováděna ve zdravotnickém zařízení edukace před operačním výkonem. Tato hypotéza se potvrdila. Z výsledků výzkumu vyplývá, že 73 % (61) respondentů byly před operací podány informace o životě se stomií a 17 % (14) respondentům informace podány nebyly. Zbytek dotazovaných si to již nepamatuje. Lze předpokládat, že právě tito respondenti, kteří informace nedostali, podstoupili výkon akutní. I přesto, že byl akutní výkon podstoupili, mají právo na dostatek informací. Marková (13) uvádí, že by operačnímu výkonu měl předcházet edukační pohovor, a to i v akutních případech. 61 % (50) respondentů navštívila před operací stomická sestra, 14 % (12) respondentů stomická sestra nenavštívila, ale pacienti by s ní chtěli mluvit. 11 % (9) dotazovaných uvádí, že je stomická sestra nenavštívila a ani by o její návštěvu zájem neměli. Zbýlých 14 % (12) respondentů si to nepamatuje nebo neví, zda je stomická sestra navštívila. V tomto případě se domníváme, že je stomických sester nedostatek a není pacientům věnována tak kvalitní péče nebo pozornost, kterou by si stomici zasloužili. Stomická sestra je pro pacienta důvěrníci a edukátorkou po celý život. Nedostatky, které byly prokázány ve výzkumném šetření, by mohl vyřešit dostatek stomických sester, které by poskytly pacientům komplexní (specializovanou) péči.

U třetí hypotézy jsme porovnávali akutní a plánované výkony. Stanovili jsme si, že u výkonů plánovaných byli respondenti informováni více než u výkonů akutních. Tato hypotéza se nám potvrdila. 69 % (58) respondentů podstoupilo výkon plánovaný a 27 % (22) respondentů výkon akutní. Zbýlí respondenti si to již nepamatují.

Pacienti, podrobující se plánované operaci, z 88 % (54) uvedli, že byli před výkonem informováni a pouhých 5 % (3) pacientů informace nedostali. Informace podal u 48 respondentů lékař a u 49 respondentů stomická sestra. U ostatních respondentů podávala informace všeobecná sestra (13 respondentů), dále podával informace stomik – dobrovolník, nebo nebyli respondenti informováni vůbec. Informace za srozumitelné považuje 80 % (49) respondentů a dostatečné byly informace pro 84 % (51) respondentů. Nedostatečnost informací udává 5 % (3) dotazovaných.

Díky těmto informacím si dokázali respondenti představit život se stomií, a to v 65 % (40). 15 % (9) respondentů představu nemělo. Zbýlých 20 % (12) respondentů mělo představu jen částečnou. Po seznámení se s problematikou stomií se u 64 % (39) respondentů snížil strach ze života se stomií, 5 % (3) respondenti uvedli, že po podání informací se jejich strach nesnížil.

Při akutním výkonu dostali informace respondenti pouze ve 32 % (7). 50 % (11) respondentů informace nedostali žádné. Informace podával u 12 respondentů lékař a u pouhých 3 respondentů stomická sestra. Ostatní respondenti buď informováni nebyli (10 respondentů) nebo jen částečně všeobecnou sestrou (2). Srozumitelné byly informace pro 18 % (4) respondentů a dostatečnost informací udává 14 % (3) respondentů. Nedostatečnost informací uvedlo 36 % (8) respondentů, přicházejících v akutním případě. Život se stomií si kvůli nedostatečným informacím nedokázali respondenti představit v 59 % (13). Pouhých 9 % (2) představu o životě se stomií mělo. U 32 % (7) respondentů byla představa částečná. Jak jsme již uváděli, po podaných informacích dochází často u pacientů ke snížení strachu ze života se stomií. V akutním případě to uvedlo jen 14 % (3) respondentů. U 44 % (10) dotazovaných se strach nesnížil.

Marková (13) ve své knize uvádí, že pacient má právo na seznámení se s informacemi před operačním výkonem, a to i v akutním případě. Ve výzkumném šetření se bohužel prokázalo, že dostatek informací mají pouze pacienti, kteří podstupují plánovaný výkon. Pacienti, kteří podstupují akutní operaci, informace nemají nebo jsou nedostatečné. Výzkum potvrdil, že pacienti v akutním případě dostávají méně informací a nemůžou si tak život se stomií představit. Nedochozí u nich ke snížení strachu, a proto je po operačním výkonu často těžké se na situaci adaptovat.

Zajímavé je, že i když respondenti udávali, že nemají nedostatek informací, u otázky, zda by je ještě něco zajímalo, odpovědělo 98 % (81) respondentů, že nic dalšího vědět nechtějí. Pouhé 2 % (2) dotazovaných mělo zájem o prevenci, a to ještě před vznikem onemocnění a vytvořením stomie a dále měli zájem o sdělení informace, že jim stomie bude vytvořena.

Jedním z problému je podle našeho názoru i strach pacientů pokládat ošetrovatelskému personálu otázky. Velkou pomocí je v této situaci jistě charta práv pacientů, která by měla být přítomna na každém oddělení, nejlépe na každém pokoji pacientů. Úkolem ošetrovatelského personálu je navázat přátelský kontakt s pacienty, a tím odstranit strach pacientů dotazy pokládat.

Doufáme, že díky těmto dosaženým výsledkům napomůžeme k nápravě v informovanosti stomiků před operačním výkonem a ukážeme na nedostatky v této oblasti.

6. ZÁVĚR

Edukace ve zdravotnictví je velmi důležitá. Pacient je součástí ošetrovatelského týmu, a proto by informace, týkající se právě jeho, měl znát. Informace podávané pacientovi by měly být nedílnou součástí komplexní a kvalitní ošetrovatelské péče.

Bakalářská práce byla zaměřena na informovanost stomiků před operačním výkonem. Cílem této práce bylo zjistit, jak jsou pacienti se stomií před operačním výkonem informováni. Dalším z našich cílů bylo zmapovat edukační proces pacienta před resekčním výkonem a porovnat informovanost pacientů s plánovaným a akutním výkonem. K naplnění cílů jsme zvolili kvantitativní výzkum, formou anonymního dotazníku.

Z výsledků výzkumu se hypotézy potvrdily. Pacienti byli před operací ve většině případech informováni, jen pro některé byly informace nedostačující a nesrozumitelné. Jak jsme předpokládali, pacienti podrobující se plánované operaci, měli informace dostatečné a mnozí udávali, že informace byly vyčerpávající. Pacienti podstupující akutní operaci dostatek informací neměli. Tito respondenti udávají, že informace pro ně byly nedostačující. Přesto, že pacient podstupuje akutní výkon, má právo na dostatečné a srozumitelné informace.

Edukační proces před resekčním výkonem byl dostačující u plánovaných výkonů. I přesto by měl být vytvořen standart, jak pacienty před vytvořením stomie edukovat a jakých metod přitom využít. Nestačí pouze předat letáček s teoretickým popisem stomie, ale vhodnou pomůckou je například prezentace stomických pomůcek. Díky nim si pacient dokáže prakticky představit život se stomií. Důležité je využít všech možností, aby došlo ke snížení strachu pacienta a k docílení maximálního pohodlí v budoucím životě pacienta i jeho rodiny.

I přes nedostatky, které výzkum prokázal u skupiny stomiků, kteří podstoupili akutní výkon, se domníváme, že v současné době je informovanost na vyšší úrovni než v minulých dobách. Tento fakt potvrdila část respondentů. Podle našeho názoru se odborná společnost tímto problémem zabývá a snaží se najít východiska.

Výsledky této bakalářské práce můžeme vyvodit nedostatky v informovanosti a edukaci pacientů před vytvořením stomického vývodu. Tyto

výsledky mají zviditelnit danou problematiku a pokusit se nalézt možná řešení, tak aby ošetrovatelská péče o stomiky byla komplexní.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ANON. *Limity pomůcek.* [online] Dostupné z: <http://www.ilco.cz/Pomucky.html#Limity> [cit. 2009 – 4 – 25]
2. ANON. Limity spotřeby stomických pomůcek. *Radim*, Praha: 2007, roč. neuveden, č. 1, s. 14. bez ISSN
3. ANTONOVÁ, Monika. Intimní problémy stomiků. *Sestra*, Praha: 2008, roč. 18, č.11, s. 47. ISSN 1210 – 0404
4. DRLÍKOVÁ, Kateřina. Reeducace jako nedílná součást edukace. *Sestra*, Praha: 2008, roč. 18, č. 5, s. 49. ISSN 1210 – 0404
5. DRLÍKOVÁ, Kateřina. Stenóza stomie – skrytý problém, *Sestra*, Praha: 2008, roč. 18, č. 5, s. 54. ISSN 1210 – 0404
6. FUNGÁČOVÁ, Jarmila. Příprava pacienta na přechod do domácího prostředí, *Sestra*, Praha: 2008, roč. 18, č. 5, s. 55. ISSN 1210 – 0404
7. HAŠKOVÁ, Alena. Význam stomasestry v životě stomika, *Sestra*, Praha: 2007, roč. 17, č. 10, s. 33. ISSN 1210 - 0404
8. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, 3. vyd. Praha: Galén, 2002. 272 s. ISBN 80 – 7262 – 132 – 7
9. CHLEBIKOVÁ, Jaroslava. Péče o stomie, *Sestra*, Praha: 2006, roč. 16, č. 4, s. 28 – 29. ISSN 1210 - 0404
10. JUŘENÍKOVÁ, P. Ošetrovatelský proces u nemocného se střevním vývodem. *Ošetrovatelství – učební text pro střední zdravotnické školy, 2. část – chirurgie, pediatrie, gerontologie*, 1. vyd. Uherské Hradiště: Středisko služeb Uherské Hradiště, 1999. s. 98 - 103
11. KOZIEROVÁ, B. et al. *Ošetrovatelstvo 2*, 1. vyd. Zlín: Osveta, 1991. 1474 s. ISBN 80 – 217 – 0528 – 0
12. KREML, P. *Jak se žije se stomií.* [online] Dostupné z: <http://www.zdravotnickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=381123> [cit. 2009 – 4 – 25]

13. MARKOVÁ, M. Stomie gastrointestinálního a močového traktu, 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 68 s.
14. MIKŠOVÁ, Z., FRONKOVÁ, M., ZAJÍČKOVÁ, M. Kapitoly z ošetrovatelské péče II, 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 172 s. ISBN 80 – 247 – 1443 - 4
15. NOLLOVÁ, Martina. Naučit se žít se stomií, *Florence*, Praha: 2007, roč. 3, č. 3, s.122 – 123. ISSN 1801 – 464X
16. NOVÁKOVÁ, Věra. Péče o pacienta se stomií, *Sestra*, Praha: 2008, roč. 18, č. 11, s. 38. ISSN 1210 – 0404
17. OTRADOVCOVÁ, I., KUBÁTOVÁ, L. *Komplexní péče o pacienta se stomií*, 1. vyd. Praha: Galén, 2006. 54 s. ISBN 80 – 7262 – 432 - 6
18. PORRETT, T., MCGRAHT, A. Stoma care – Essentials clinical skills for nurses, Oxford: Blackwell publishing, 2005. 192 s. ISBN 140511407X
19. RAPČAN, Milan. Irigace – výplach střeva, *Sestra*, Praha: 2008, roč. 18, č. 5, s. 48, ISSN 1210 – 0404
20. TELLEROVÁ, Olga. Práce stomesestry, *Sestra*, Praha: 2006, roč.16, č. 2, s. 37. ISSN 1210 - 0404
21. SMELÍKOVÁ, Halina. Ošetrování retrahované stomie, *Sestra*, Praha: 2008, roč. 18, č. 5, s. 51. ISSN 1210 – 0404
22. ŠIROKÁ, Petra, VOTAVOVÁ, Michaela. Pooperační komplikace a ošetrovatelská péče o stomického pacienta, *Sestra*, Praha: 2008, roč. 18, č. 5, s. 52 – 53. ISSN 1210 – 0404
23. ŠMEJKALOVÁ, Barbora, ZACHOVÁ, Veronika. Je edukace stomiků novinkou v ošetrovatelství?, *Florence*, Praha: 2007, roč. 3, č. 4, s. 162. ISSN 1801 – 464X
24. VALENTA, J. et al. *Chirurgie pro bakalářské studium ošetrovatelství*, 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 237 s. ISBN 80 – 246 – 0644 - 5
25. VOJTOVÁ, Markéta. Stomie - pomůcky k ošetrování, *Sestra*, Praha: 2008, roč. 18, č. 11, s. 39 – 40. ISSN 1210 – 0404
26. ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatelstve*, 2. vyd. Martin: Osveta, 2005. 117 s. ISBN 80 – 8063 – 193 – X

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Stomie

Stomik

Edukace

Stomická sestra

Informovaný souhlas

Předoperační péče

9. PŘÍLOHY

Příloha 1 : Dotazník

Příloha 2 : Charta práv stomiků

Příloha 3 : Poučení o operaci na tenkém a tlustém střevě

PŘÍLOHA 1

Zdroj: Vlastní zdroj

Vážená paní, vážený pane,

jsem studentkou 3. ročníku studia na ZSF JU v Českých Budějovicích a obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku. Dotazník je anonymní. Všechny údaje budou považovány za důvěrné a budou použity pouze ke zpracování mé bakalářské práce na téma: Informovanost stomiků před operačním výkonem. Odpovědi prosím zakřížkujte.

Předem děkuji za spolupráci

Soukupová Alena

1. Pohlaví

- Muž
- Žena

2. Věk

- 20 – 30 let
- 31 – 40 let
- 41 – 50 let
- 51 – 60 let
- 60 let a více

3. Jaký druh stomie máte?

- Kolostomie (stomie tlustého střeva)
- Ileostomie (stomie tenkého střeva)
- Jiné.....

4. Operační výkon, při kterém byla stomie vytvořena, byl:

- Akutní (urgentní)

- Plánovaný
- Nevím

5. Věděl (a) jste, že po operaci budete mít stomii?

- Ano
- Ne
- Nepamatuji se

6. Navštívila Vás před výkonem stomická sestra?

- Ano
- Ne, ale chtěl (a) jsem s ní před výkonem mluvit
- Ne, a ani bych s ní nechtěl (a) před výkonem mluvit
- Nevím
- Nepamatuji se

7. Měl (a) jste zájem seznámit se s problematikou stomií před operačním výkonem?

- Ano
- Ne

8. Byly Vám před operací podány informace o životě se stomií?

- Ano
- Ne
- Nepamatuji se

9. Kdo Vám informace podal?

(možnost více odpovědí)

- Lékař
- Všeobecná sestra (sestra na oddělení)
- Stomická sestra

- Dobrovolník (= zkušený stomik)
- Jiné.....

10. Byl (a) jste informován (a):

(možnost více odpovědí)

- Ústně
- Pomůcky (prezentace, ukázka)
- Letáček (informační materiál)
- Poučení (předoperační)
- Jiné.....

11. Byly pro Vás podané informace srozumitelné?

- Ano
- Spíš ano
- Ne
- Spíš ne

12. Byly informace dle vašeho názoru dostatečné?

- Ano
- Spíš ano
- Ne
- Spíš ne

13. Měl (a) jste, díky podaným informacím, před operací představu, jak bude vypadat Váš život se stomií?

- Ano
- Částečně
- Ne

14. Domníváte se, že seznámení s problematikou stomie snížilo Váš strach ze života se stomií?

- Ano, určitě

- Asi ano
- Ne
- Nevím
- Nebyl (a) jsem seznámena

15. Měl (a) jste prostor na své dotazy?

- Ano
- Ne
- Jiné.....

16. Je ještě něco, co by jste chtěl(a) před operací vědět?

PŘÍLOHA 2

Zdroj: ANON. *Charta práv stomiků*. [online] Dostupné z: http://www.nemsy.cz/foto/soubor_1234265138604.pdf [cit. 2009 - 4 – 29]

Charta práv stomiků

Charta práv stomiků uvádí speciální potřeby této skupiny tělesně postižených a péči, kterou vyžadují. Musí obdržet informace i péči, která 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
- dobře provedenou, vhodně umístěnou stomii, s plným a přiměřeným přihlédnutím k pohodlí pacienta
- kvalitní a profesionální lékařskou a ošetrovatelskou péči i psychosociální podporu v předoperačním a pooperačním období, v nemoci i své komunitě
- podporu a informovanost rodiny, známých a přátel, aby lépe chápali podmínky a změny, nutné k dosažení uspokojivé úrovně stomikova života
- úplnou a objektivní informaci o vhodných pomůckách a výrobcích, které jsou v jeho zemi k dispozici
- možnost neomezeného výběru dostupných stomických pomůcek
- informace o organizacích stomiků v jeho vlasti a službách a podpoře, které poskytují
- ochranu proti jakékoliv formě diskriminace
- jistotu, že osobní informace týkající se jeho operace vedoucí k vytvoření stomie budou důvěrné, aby bylo zachováno jeho soukromí, a že informace o jeho zdravotním stavu

nebude sdělena nikým, kdo ji má právo znát, žádnému subjektu, který je angažován ve výrobě, prodeji nebo distribuci stomických pomůcek, ani žádné osobě, která by mohla profitovat přímo nebo nepřímo, díky svému vztahu ke komerčnímu trhu se stomickými pomůckami, bez výslovného svolení stomika.

IOA International ostomy association

PŘÍLOHA 3

Zdroj: ANON. Poučení o operaci na tenkém a tlustém střevě v Nemocnici České Budějovice, bez vyd., místa vyd., roku, počtu stran a ISBN

POUČENÍ O OPERACI NA TENKÉM A TLUSTÉM STŘEVĚ

Souhlas pacienta nebo zákonného zástupce s poskytnutím zdravotní péče

Vážená pacientko, vážený paciente, po komplexním vyšetření bylo zjištěno, že se jedná o onemocnění tlustého –tenkého střeva. Toto onemocnění vyžaduje operační řešení.

Obecně příčinami onemocnění tenkého a tlustého střeva jsou nezhoubná zánětlivá onemocnění nebo zhoubná onemocnění.

Onemocnění tenkého střeva jsou méně častá a postihují jak lačník (jejunum) tak kyčelník (ileum). Anatomicky se jedná o pokračování dvanáctníku a končí vyústěním do slepého střeva (coeca), z něhož odstupuje na dolní části červovitý výběžek (appendix – nesprávně nazýván slepým střevem) a pokračuje v další části tlustého střeva – jsou jimi vzestupná část, příčná, sestupná, esovitá část a konečník. V tenkém střevě dochází k vstřebávání živin, v tlustém střevě pak vstřebávání tekutin a vylučování střevního obsahu, ale také přítomností bakterií k tvorbě kvasných a hnilobných pochodů.

Zánětlivá nebo zhoubná onemocnění vedou k postižení průsvitu jak tenkého, tak tlustého střeva až k jeho úplnému uzávěru a z toho následné neprůchodnosti s možností proděravění a vzniku povšechného zánětu pobřišnice. Proto po stanovení původu onemocnění je nutno podstoupit operační zákrok.

NEBEZPEČÍ NEMOCI A MOŽNOSTI LÉČENÍ

Nemoci tenkého a tlustého střeva, ať je to zánětlivé nebo zhoubné onemocnění, postihují člověka ve všech věkových kategoriích. Zánětlivá onemocnění jsou

způsobována působením bakterií nebo vznikají na poranění cizími tělesy, ale v některých případech (jako je např. Crohnova nemoc) příčina onemocnění není známa. Vznik zhoubného onemocnění je spojován velmi často s rodinnou predispozicí. Dalším nepříznivým faktorem je nesprávný způsob životních návyků. Jsou jimi potraviny, které při zpracování v zažívacím traktu (jako např. bílkoviny typu uzenin, tučného masa, alkohol) vedou rozkladem ke vzniku chemických látek, které mohou vyvolat při dlouhodobém a opakovaném působení rakovinu tlustého střeva. Tyto látky mohou působit hlavně u jedinců trpících zácpou, kteří požívají v potravě málo balastních látek (jsou jimi nestrávitelné zbytky obilovin, vločky, otruby, ovoce – slupky, zelenina – nestrávitelné zbytky vláknin, celulózy) – ti mají právě sklony k zácpě.

Onemocnění se projevuje opakovanými bolestmi, střídáním zácpy a průjmů, objevením se krve a hlenů ve stolici, náhle vzniklým škroukáním v břiše, hubnutím. Při těchto příznacích a obtížích je velmi vhodné navštívit svého lékaře, nesvádět při krvácení obtíže na hemeroidy. Včasná diagnóza vede k možnosti provedení včasného operačního řešení s vysokým procentem úspěšného vyléčení.

JAKÉ JSOU KOMPLIKACE?

- U zánětlivých onemocnění tenkého a tlustého střeva může dojít k proděravění a zánětlivým komplikacím, jakými je ohraničený nebo povšechný zánět pobřišnice.
- Dále mohou vznikat píštěle s hnisavými odměšky.
- Vzácně může dojít k neprůchodnosti z uzávěru průsvitu střeva.
- Dalším nepříznivým stavem je opakované neztížitelné krvácení.
- U zhoubných onemocnění tlustého střeva může docházet postupným růstem k uzávěru průsvitu střeva, které se projevuje neprůchodností, tj. zástavou odchodu plynů a stolice, s kolikovými bolestmi břicha a škroukáním.

OPERAČNÍ POSTUPY

Nejčastějšími operačními postupy jsou:

- resekce tenkého střeva s následným spojením obou konců
- u tlustého střeva pak resekce tlustého střeva podle lokalizace u pravostranného postižení oblasti slepého střeva, vzestupného tračnicku a pravé strany příčného tračnicku – resekce části ilea a tlustého střeva u příčného tračnicku a levého tračnicku

– resekce tlustého střeva, stejně tak u esovité kličky s následným spojením obou konců - u akutních stavů, nelze-li provést akutní resekci, je nutno provést kolostomii – vývod střeva před stěnu břišní

- po odeznění akutního stavu, po několika týdnech, lze provést resekci se zanořením kolostomie vývodu

- u onemocnění esovité kličky a konečníku lze provést sešití pomocí kruhovitých šicích nástrojů, staplerů, které k sešití využívají titanových inertních svorek

Operace je prováděna v celkové narkóze po předešlé přípravě bílkovinnými roztoky, roztoky minerálů, přípravě tlustého střeva mechanickým způsobem 3-5 litry tekutin složených ze solí, aby došlo k maximálnímu odstranění zbytků z tlustého střeva. Dále se podávají léky, které mají snížit na minimum bakteriální obsah střevní. Operační rány jsou vedeny v dolních částech břicha podle lokalizace onemocnění (vpravo, vlevo, uprostřed), podle velikosti postižení střeva je pak operační rána zvětšována. Po operaci je zaváděn odsavný Redonův drén (trubička) do dutiny břišní k odstraňování sekretů v oblasti sešití.

Do obnovy činnosti střev je aplikována terapie infuzemi, podávána antibiotika a chemoterapeutika.

MOŽNÉ KOMPLIKACE, ZMĚNY A ROZŠÍŘENÍ OPERAČNÍHO VÝKONU

Každá operace může vést ke vzniku komplikací, poněvadž se jedná o operace na tlustém střevě, které je i přes přípravu infekční, může dojít k infekci operační rány, po cíleném léčení dojde velmi brzy k vyhojení.

Při nepříznivých podmínkách, způsobených dlouhodobými ztrátami krve a bílkovin u základního onemocnění, může dojít k vytvoření píštěle v místě anastomóz. Cíleným léčením dochází k vyléčení. Při zjištění jiných onemocnění, ať na tenkém a tlustém střevě, žaludku, žlučníku, je vhodné provést operační zákrok současně, aby nemocný nebyl vystavován riziku nové operace. Proto je vhodné vyslovit souhlas s takovým postupem operátora.

CHOVÁNÍ PO OPERAČNÍM ZÁKROKU, V POOPERAČNÍM OBDOBÍ A DALŠÍM ŽIVOTĚ

- Po operaci je nutno, do obnovy pasáže střev, aplikovat infuzní roztoky, antibiotika, bílkovinné přípravky, krevní převody
- do obnovy pasáže – činnosti střev – nelze přijímat potravu
- odchod plynů a stolice se obnovuje, podle druhu operace, po 48 hodinách
- příjem potravy lze provádět postupně, nejen, co do množství, ale i skladby, u operací na tlustém střevě je nutno vyloučit potraviny způsobující průjmky, potrava musí být bohatá na bílkoviny, vitamíny - pojistný drén –trubička – je odstraňován podle množství odsáté tekutiny po 48 hodinách
- stehy jsou odstraňovány 8.-10. den
- postupné tělesné zatěžování je možné po 14 dnech
- počet stolic se podle druhu operace upravuje do měsíce
- příjem potravin je vhodné rozložit do častějších intervalů 2-3 hodinových
- u operací na tlustém střevě je také vhodné se vyvarovat potravin, které způsobují nadýmání (zelenina – zelí, květák, kedlubny, mléko, mléčné výrobky, smetana, smetanové omáčky), lze ovšem postupně zařazovat nakysané mléčné výrobky
- u nejistých biologických vlastností onemocnění a nádorových procesů je nutné doplnit terapii onkologickým léčením, aplikací injekcí – toto má velmi pozitivní vliv na další přežívání operovaných
- je nutno se oprostít od tradovaných nesmyslných závěrů neodborníků, že zhoubná onemocnění mají nepříznivou prognózu, podle našich zkušeností tomu tak není. Včasné léčené stavy mají vysokou pravděpodobnost zhojení a tím i přežívání
- kolostomie není vyřazujícím operačním zákrokem pro nemocného ze společnosti, dokonalým poznáním činnosti střeva se nemocný naučí pravidelně vyprazdňovat, dnešní používání moderních kolostomických pomůcek zaručuje nemocnému vysoký životní standard
- dietními režimy lze vysoce pozitivně ovlivnit činnost střeva při vyprazdňování, nemocný je schopen se naučit vyprazdňovat 1-2x denně.

VYHLÍDKA NA ÚSPĚŠNÉ LÉČENÍ

Velmi dobrý operační výsledek je závislý na dokonalé spolupráci lékaře, ošetřujícího personálu a nemocného. Je nutno se oprostít od mnohých tradovaných nepříznivých

předsudků. Příznivý operační a pooperační průběh je ovlivňován odstraněním všech nejasností nemocného, proto se ptejte na vše, co vám není jasné, všichni budou ochotně odpovídat na dotazy.

PROSÍME ZAŠKRTNOUT:

nemám další otázky, nežádám další doplnění.

Požaduji další vysvětlení o operaci na tlustém a tenkém střevě:

způsobu operace,významu operace,rizicích,vedlejších následcích, nutnosti dalšího léčení,nutnosti provedení kolostomie,nutnosti dalšího onkologického léčení,jaké jsou vyhlídky, pokud je operace neúspěšná

Já, níže podepsaný, prohlašuji, že jsem obdržel výše uvedené informace a těmto informacím jsem porozuměl. Lékařem mi bylo vše osobně vysvětleno, měl jsem možnost klást doplňující otázky, na které mi bylo řádně odpovězeno. Tomuto poučení a poskytnutým informacím jsem plně porozuměl. **Výslovně souhlasím s navrhovanou péčí a s provedením výše uvedených výkonů.**

V případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví **souhlasím s provedením veškerých dalších potřebných a neodkladných výkonů nutných k záchraně mého života nebo zdraví.**

Podpis lékaře

Podpis pacienta, zákonného zástupce

V Českých Budějovicích dnev hod.

Nemocnice České Budějovice, a.s.