

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B 5341

Markéta Maršátová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA SE STOMIÍ

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Vladimíra Fremrová

PLZEŇ 2015

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 21.3.2015

.....
vlastnoruční podpis

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí práce Mgr. Vladimíře Fremrové za odborné vedení práce, za vstřícnost, cenné rady a připomínky při zpracování bakalářské práce. Dále děkuji své rodině a respondentům za ochotu a spolupráci.

Anotace

Příjmení a jméno: Maršátová Markéta

Katedra: Ošetřovatelství

Název práce: Ošetřovatelská péče u pacienta se stomií

Vedoucí práce: Mgr. Vladimíra Fremrová

Počet stran – číslované: 77

Počet stran – nečíslované: 23

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 30

Klíčová slova: stomie - stomasestra – edukace - ošetřovatelská péče

Souhrn:

Tato bakalářská práce se zaměřuje na biologické, psychologické a sociální prožívání pacienta po vytvoření stomie. V teoretické části se orientuji na anatomii trávicího traktu, historii tohoto operačního zákroku, na samotný pojem stomie a pomůcky k péči o střevní vývod. Dále na období operace a výživu.

V praktické části popisuji výzkumné šetření provedené kvalitativním způsobem. Výzkum jsem prováděla u dvou zcela rozdílných respondentů formou polostrukturovaného rozhovoru. Vypracovala jsem dvě kazuistiky, které následně mezi sebou hodnotím. Ke zpracování bakalářské práce jsem využívala informace z odborné literatury.

Anotation

Surname and name: Maršátová Markéta

Department: Nursing

Title of thesis: Nursing care of patient with stoma

Consultant: Mgr. Vladimíra Fremrová

Number of pages – numbered: 77

Number of pages – unnumbered: 23

Number of appendices: 6

Number of literature items used: 30

Keywords: stoma - ostomy nurse - education - nursing care

Summary:

This bachelor work focuses on biological, psychological and social aspects of having a stoma. The theoretical part describes the anatomy of the gastrointestinal tract, outlines the history of stoma surgery, explains the terminology and specifies equipment for stoma bag care. The theoretical part also deals with pre-surgery care and aftercare as well as nutrition.

The practical part of the bachelor work describes qualitative research conducted with two different individuals in the form of a semi-structured interview. The work studies the two case histories and makes assessment. Medical information used in this bachelor work comes from reference books.

Obsah

ÚVOD	9
Teoretická část	10
1. ANATOMIE	11
1.1 Stavba stěny trávicí trubice.....	11
1.2 Žaludek (ventriculus)	11
1.3 Tenké střevo (intestinum tenue).....	12
1.4 Tlusté střevo (intestinum crassum)	13
1.5 Kůže (cutis,derma)	14
2. HISTORIE	14
2.1 Vývoj operačního postupu.....	14
2.2 Historie pomůcek	16
3. STOMIE	18
3.1 Charta práv pacientů se stomií.....	18
3.2 Vývod neboli stomii můžeme dělit dle funkce:	19
3.3 Dle časového úseku.....	20
3.4 Dle způsobu vyvedení střevní kličky	21
4. POMŮCKY	21
4.1 Jednodílný systém	21
4.1.1 Výměna jednodílného stomického systému.....	22
4.2 Dvoudílný systém.....	22
4.2.1 Výměna dvoudílného stomického systému	22
4.3 Adhezivní technologie	23
4.4 Spektrum pomůcek.....	23
4.5 Vítala – ConvaTec.....	24
4.6 Zátky na stomie	24
4.7 Příslušenství pro ošetření stomie.....	24
5. OBDOBÍ OPERACE	25
5.1 Indikace k vytvoření stomie.....	25
5.2 Psychická příprava	25
5.3 Péče před hospitalizací	26
5.4 Příprava před operací.....	26
5.5 Předoperační péče	27
5.6 Bezprostřední předoperační péče	28

5.7	Péče o pacienta po operaci.....	29
5.8	Následná pooperační péče	30
5.9	Péče v domácím prostředí.....	31
6.	KOMPLIKACE	31
6.1	Bezprostřední pooperační komplikace	32
6.2	Následné komplikace.....	33
7.	VÝŽIVA.....	34
	Praktická část	35
8.	FORMULACE PROBLÉMU	36
9.	CÍL VÝZKUMU	36
9.1	Dílčí cíle.....	36
9.2	Operacionalizace pojmů	36
9.3	Výzkumné otázky.....	37
10.	DRUH VÝZKUMU A VÝBĚR METODIKY	37
10.1	Metoda	37
10.2	Výběr případu	38
11.	ORGANIZACE VÝZKUMU	39
12.	PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	40
12.1	Kazuistika 1	40
	12.1.1 Anamnéza.....	40
	12.1.2 Integrace modelu do ošetrovatelské péče o klienta H.F.	41
	12.1.3 Ošetrovatelské problémy:	54
	12.1.6 Závěr	58
12.2	Kazuistika 2	59
	12.2.1 Anamnéza.....	59
	12.2.2 Integrace modelu do ošetrovatelské péče o klientku V.A.....	60
	12.2.3 Ošetrovatelské problémy:	74
	12.2.6 Závěr	78
13.	DISKUZE	79
14.	ZÁVĚR.....	86
	LITERATURA A PRAMENY	
	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	
	SEZNAM PŘÍLOH	

ÚVOD

Pro mou bakalářskou práci jsem si vybrala téma „Ošetrovatelská péče u pacienta s kolostomií.“ Důležitou roli během výběru pro mě sehrála skutečnost, že žiji v plzeňském kraji, který je označován jako kraj s největší četností výskytu karcinomu tlustého střeva v České republice. Terapií této diagnózy se často stane i vytvoření stomie, která klientovi prodlouží existenci bez nutnosti snížení kvality života. Pro jedince s takto vyvedeným střevem je často nejhorší přijmout změnu vlastního obrazu těla. Není výjimkou, že se pacient se stomií stáhne do sebe a rozloučí se se společenským životem z důvodu stigmatizace. Dnes stigma označuje osobu, respektive její odlišnost, vymykající se dané sociální normě v určitém referenčním rámci.

Domnívám se, že kdyby byli tito pacienti kvalitně a s dostatečným předstihem edukováni, lépe by následně akceptovali změnu, která se udála na jejich vlastním těle. Dále si myslím, že tato problematika je médií velmi opomíjena. Vyšší medializace střevních vývodů, by mohla vést k lepšímu pochopení společností. Zjistila by, že díky modernímu a velmi širokému sortimentu pomůcek tito jedinci žijí jako normální lidé. Laická společnost dostatečně informovaná o této problematice by se stala vstřícnější, empatičtější a méně zatížená předsudky.

Proto bych se chtěla zaměřit na psychiku pacientů s vytvořenou stomií během následného života. Na jejich prožívání a kvalitu života. Ráda bych zmapovala biologické, psychologické a sociální prožívání pacientů s daným zdravotním problémem po odstupu několika let od operačního výkonu.

Teoretická část

1. ANATOMIE

Trávicí soustava, také zažívací nebo gastrointestinální trakt, je soustava orgánů, které se podílejí na příjmu, zpracování a vylučování potravy. (LUKÁŠ, 2005 str. 18)

„Trávicí systém je v podstatě trubice začínají ústy a končící řitním otvorem. Potrava a další látky se pomalu sunou celou délkou trávicího traktu a jsou postupně rozkládány na jednoduché částice, které tělo dokáže vstřebat.“ (ROKYTA, 2000 str. 129)

1.1 Stavba stěny trávicí trubice

Gastrointestinální trakt je tvořen trubicí, která se skládá ze čtyř základních vrstev. Intimu trubice tvořící sliznice, tu můžeme nalézt například od dutiny ústní přes hltan až po jícen a v terminální části konečníku tvořenou dlaždicovým epitelem, v ostatních částech se jedná o jednovrstevný cylindrický epitel se žlázkami.

Druhou vrstvou je řidší podslizniční vazivo.

Následující vrstva se označuje jako svalová. Třetí třetina jícnu a konec traktu je tvořen příčně pruhovanou svalovinou. Zbylá část traktu má hladkou svalovinu směřovanou cirkulárně či longitudeálně.

V místech, kde je cirkulární svalovina zesílena, tvoří svěrače. Vůlí je ovládána svalovina pruhovaná, u které inervaci zajišťují míšní a hlavové nervy.

Hladká svalovina nepodléhá volní kontrole a je inervována autonomním systémem. Trávicí trubice především její svalovina slouží k posunu potravy a jejímu promíchání. V břišní dutině je trubice na povrchu kryta sérózní pobřišnicí nebo adventiciem (hltan, jícen). (LUKÁŠ, 2005 str. 19)

1.2 Žaludek (ventriculus)

Žaludek je část trávicí trubice, která je vakovitě rozšířena, dochází zde ke shromažďování potravy. Žaludek je umístěn v dutině břišní, situovaný pod levou brániční klenbu, směrem vzhůru zasahuje pod kostru hrudního koše. Na žaludku můžeme rozlišit tři hlavní části, a to: fundus gastricum – nachází se tu vstup jícnu do žaludku, corpus

gastricum – tělo žaludku, pars pylorica – nejužší část žaludku, místo přechodu na dvanáctník.

Tvar žaludku připomíná vak, na kterém lze rozlišit dvě zahnutí či zakřivení. Tyto dvě zakřivení označujeme jako curvatura major (velké zakřivení) a curvatura minor (malé zakřivení).

Velké zakřivení levého kraje žaludku, vybočující se směrem dolů a doleva se označuje jako curvatura major.

V oblasti pravého okraje, směřujícího doprava nahoru, se nachází curvatura minor. Místo kudy do žaludku vstupuje jícen je pojmenováno jako česlo (kardie). V místě zúžení se nachází uzavíratelný průchod neboli vrátník (pylorus), v tomto úseku žaludek volně navazuje na duodenum (dvanáctník). Dvanáctník je první ze tří částí tenkého střeva.

Tvar i velikost žaludku je proměnlivé vzhledem k jeho naplnění.

Stěna žaludku má čtyři vrstvy. Jedná se o stavbu typickou pro trávicí trubici. Skládá se ze sliznice obsahující žlázy, podslizniční vaziva, následuje svalová vrstva a vše překrývá vrstva pobřišnice.

Okysličená krev je k žaludku přiváděna pomocí břišní tepny přes truncus celiacus. Žilami je odkysličená krev odváděna do vrátnicové žíly. Inervace žaludku je zajištěna sympatikem a parasympatikem, tedy autonomním nervstvem.

(ČIHÁK, 2011 stránky 66-82)

1.3 Tenké střevo (intestinum tenue)

Tenké střevo je trubice dlouhá asi 3-5 metrů navazující na žaludek. Do tlustého střeva přechází v pravé části břicha, dole. Tenké střevo je široké asi 3-4 cm a postupně se zužuje, můžeme ho rozdělit do 3 úseků: dvanáctník (duodenum), lačník (jejunum) a kyčelník (ileum). Dvanáctník hraje velmi důležitý úkol při vstřebání, jelikož tímto místem je přiváděna žluč z jater společně se šťávou slinivky břišní. Sliznice střeva je typická tzv. klky neboli mikroskopickými výběžky, které mnohonásobně zvětšují vstřebávací plochu. Probíhá zde část trávení, kterou můžeme označit jako hlavní a dochází k vstřebání potravy. Tato část střeva zajišťuje promíchání a následný posun střevního obsahu. Tepenné zásobení tenkého střeva zajišťují horní mezenterické tepny (arteria mezenterica superior) a žilný krev je odváděna do vrátnicové žíly (vena portae).

Zmíněná část trávicího traktu je velmi dobře lymfaticky zásobena. Střevo je inervováno jak parasymptikem, tak symptikem. (LUKÁŠ, 2005 str. 27)

1.4 Tlusté střevo (*intestinum crassum*)

Poslední částí trávicí trubice je tlusté střevo. Dochází zde ke vstřebání vody a elektrolytů z kašovitého až tekutého obsahu tenkého střeva a následnému formování ve stolici. Stolica je vylučována análním otvorem z konečného úseku tlustého střeva. V tlustém střevě jsou nutné i kvasinky a mikroorganizmy účastníci se procesu hniloby, ty se využívají při dekompozici střevního obsahu. Délka střeva se pohybuje od 1,2 do 1,5 m a široké je od 4 do 7,5 cm. Stěna tlustého střeva je typicky rozčleněna na sliznici, podslizniční vazivo, svalovinu a serózu. Zajímavá je právě hladká svalovina, která se vyklenuje do polokulovitých výdutí označovaných jako haustra. Tyto výdutě může nalézt pouze na tlustém střevě. Cévní zásobení tračnicku, konkrétně tepenné zásobení, obstarává horní a dolní mezenterická tepna. Žilní odkysličená krev odtéká do povodí vena portae. Tlusté střevo je inervováno pomocí autonomních nervů.

Tlusté střevo má několik částí:

- 1) **Slepé střevo** (*intestinum caecum*, *caecum*) – jedná se o nejširší úsek. Červovitý výběžek (*apendix vermiformis*) – je součástí levého boku *caeca*. Úsek slepého střeva je uložen v pravé kyčelní jámě.
- 2) **Colon** (tračník) – lze rozčlenit na tři části, a to:
 - *Colon ascendens* (vzestupný tračník) – směřuje od slepého střeva směrem nahoru pod játra, po pravé straně dutinou břišní.
 - *Colon transversum* (příčný tračník) – jde pod játra, žaludkem až ke slezině, tedy směrem zprava doleva.
 - *Colon descendens* (sestupný tračník) – je umístěn na levé straně dutiny, od sleziny až k levé jámě kyčelní.
 - *Colon sigmoideum* – jedná se o zakřivení, esovitěho tvaru. Pokračuje do středu malé pánve, kde přechází v konečník.
- 3) **Konečník** (*rectum*) – konečník vyústí anusem neboli řitním otvorem.

Schéma tlustého střeva přikládám v příloze číslo 1.

(MUDr.KOTT O., 2009 stránky 32-37)

1.5 Kůže (cutis,derma)

Nejčastější komplikace spojené s vývodem tlustého střeva jsou kožní. Dochází k podráždění pokožky v okolí stomie střevním obsahem či stomickými pomůckami, proto je žádoucí zde popsat i anatomii kůže.

Kůže se skládá ze tří vrstev. Na samotném povrchu se nachází vrstva, kterou označujeme pokožka (epidermis), jedná se o epitelovou vrstvu. Tato vrstva obsahuje 4 typy buněk s odlišným charakterem a funkcemi. Jedná se o základní bariéru proti poškození a vysychání.

Škára (dermis) je druhá vrstva, je hlubší a vazivová. Škára zastává důležitou roli v pružnosti a pevnosti kůže, nachází se zde i nervová zakončení, kterými vnímáme bolest, teplotu či dotek.

Nejhlubší a poslední vrstvou je podkožní vazivo (tela subcutanea), která obsahuje bohaté cévní zásobení. (Doc.MUDr.MERKUROVÁ A., 2009 stránky 26-27)

2. HISTORIE

2.1 Vývoj operačního postupu

V dávných dobách se k břišním operacím uchýlovalo jen v těch nejnutnějších případech, tedy pokud došlo k nějakému velmi těžkému zranění. Operace v oblasti břicha se řadily k těm náročnějším, především z důvodu nedostatečně vyvinuté přípravy pacienta k výkonu. Běžně se operace prováděla ve stavu, kdy pacient byl pouze mírně oblouzněn a bolest vnímal opravdu znatelně.

Jako typické analgetikum se užíval Nepenthe neboli lék zapomnění, o kterém lze nalézt více informací v řeckých spisech. Naproti tomu v Číně bylo k tlumení bolesti v oblibě indické konopí.

Postupem času, za doby Hippokratovi, se lékařství propracovalo k rostlinám s narkotickými účinky, které byly k utlumení mnohem vhodnější. Mezi rostliny mající požadovaný účinek se řadil mák, opium či mandragora. V průběhu operace se k utlumení a následnému usnutí operanta používala houba namočená právě v opiu. (Mgr.ŠKOCHOVÁ Dagmar, 2014 str. 44)

V historických dokumentech se nachází opravdu málo informací, které by se týkaly stomií. Větší rozmach oboru břišní chirurgie nastal ve starověku, kde se začínají objevovat první poznatky o jakém si střevním vyústění, povětšinou vzniklé úrazem či zraněním.

Zcela prvotní obdobu stomie vytvořil Praxagoras pocházející z Kosu, a tak jsou mu připisány právoplatné zásluhy. Tuto první podobu vývodu provedl u pacienta se střevním poraněním.

Z dochovaných záznamů byl dalším průkopníkem této metody Švýcar, Paraceles žijící na přelomu 15. a 16. století. Paraceles byl nejen lékařem, ale i vášnivým alchymistou. Díky pečlivému zkoumání střevní píštěle u svého pacient již zmíněný lékař vypořádal spontánní hojící vlastnost u uměle vytvořeného výstupu střeva.

V roce 1710 vznikla naprosto první a oficiální stomie a to pod rukama francouzského chirurga jménem Littre. Střevní vývod vytvořil pan doktor Littre zcela úmyslně z důvodu vrozené vady na pacientově trávicím traktu. Metoda byla stále nedokonalou, jelikož vyústění se situovalo do oblasti třísla, které bylo velmi špatně dostupné k ošetření. Dalším byl Durent, který se u pacienta s atrezií anu rozhodl provést svou první inguinální kolostomii umístěnou na levou stranu.

O několik desetiletí později, přesně po 56 let, doktor Pillore všil svoji první stomii do kůže.

Dalším úspěšným francouzským lékařem, který se snažil zdokonalovat metodu střevního výstupu, byl Amussat. Roku 1839 umístil svou první kolostomie na levou stranu bederní oblasti, tudíž mezi žebra. I přes všechny nevýhody a náročnost této operace, ji prováděl stále stejným způsobem. Osoba s takto situovanou stomií byla nucena vyhledávat pomocníka k ošetření vývodu z důvodu jeho vysokého umístění. (SUUSDESIGN.nl, 2010)

Během jedenácti let tato nová operační metoda pronikla i do Velké Británie. Jako první se o převrat v dosavadní medicíně zajímal Luke a následně již zmíněnou metodu i realizoval roku 1850. Provedl fixaci abdominální kolostomie, přičemž kličku sigmoidea umístil na levou stranu.

O pět let později se o moderní operační výkon pokoušeli němečtí chirurgové, bohužel bezúspěšně. Teprve roku 1879 pan Schede v Německu vykonal bezchybnou extrabdominální resekci tumoru na tlustém střevě, operatér ponechal oba konce střeva bez zaslepení. Vytvořil tedy dvouhlavňovou kolostomii. Později v roce 1884 vytvořil terminální sigmoideální stomie se zaslepením aborálního konce střevní kličky Madelung.

Inspiroval se v postupu popsaném panem Schitzigerem již v roce 1841. Často se tento způsob provedení operace označuje jako praotcem dnešní Hartmannovi metody, která se stala klinickým modelem na celá desetiletí.

K obrovskému pokroku v oboru medicíny v České republice se přičinil Prof. MUDr. Karel Maydl, kdy roku 1888 vyšil první kolostomii v Čechách, a to dvouhlavňovou. Úctyhodné je to, že už na konci 19. století pan profesor Maydla provedl operaci způsobem stejným, jakým se provádí i dnes.

Po celém světě se začaly objevovat návrhy kontinentální stomie, díky kterým by klient mohl ovlivňovat vyprazdňování střeva. Uvažovalo se o aplikace magnetického uzávěru či o způsobu obtáčení hladké svaloviny do oblasti vývodu. Naneštěstí ani jeden z konceptů nebyl úspěšný. (Mgr.ŠKOCHOVÁ Dagmar, 2014 str. 44)

Teprve v současnosti, roku 2010, byla vytvořena pomůcka známá pod názvem Vitala, umožňující alespoň dočasnou kontrolu nad vyměšováním stolice. Tato pomůcka dosáhla progresu ve zvyšování kvality života pacientů se stomií.

(VÁGNEROVÁ, 2012 str. 15)

2.2 Historie pomůcek

Vývoj pomůcek pro pacienty se stomií šel opravdu velmi pomalu. Na samotném začátku bylo nejdůležitější provést daný zákrok tak, aby pacient přežil a na život po operaci už nikdo nepomyslel. Stomie se překrývala kusem gázy či čtvercem z mulu. Tím veškerá péče o vyvedené střevo skončila. Záleželo tedy na fantazii pacientů a na jejich vynalézavosti. Vlastnoručně vyrobené pomůcky nebyly vždy praktické, ale za to účinné.

Kvůli špatné dostupnosti gumy byli pacienti s uměle vytvořeným vývodem střeva nuceni využívat jak kovové misky, porcelánové či i skleněné baňky. Největším problémem bylo připevnění těchto nepoddajných materiálů k tělu. (SUUSDESIGN.nl, 2010)

Až na počátku 17. století se začaly objevovat předměty vzdáleně připomínající dnešní pomůcky. Podstata těchto předmětů spočívala v upevnění sáčku do oblasti vývodu. Sáček byl přichycen ve většině případů naprosto obyčejným páskem.

O několik let později vznikl tzv. Jánošíkův pás. Pás se stal opravdovým průlomem v péči o stomii. Opasek se podkládal libovolně vystřiženým mulovým čtverečkem dle velikosti stomie. Ač tento nápad byl velkým pokrokem v pečování, stále docházelo k uniku

zápachu, podtékání stolice pod pomůckou a nedostatečné fixaci ke kůži. Opětovně vznikaly kožní komplikace související s stomickými pomůckami. Ochrana kůže byla taktéž velmi omezená, využívalo se různých mastí či past kombinovaných s obkládáním čtverců z mulu. Během praktického používání Jánošíkova pásu se zjistilo, že značně omezuje klienta ve vykonávání běžných denních aktivit.

Opasek se tedy modifikoval v kolostomický pás nově opatřený sponou, kroužkem a samozřejmě sáčkem. Bohužel i tento pokus měl své chyby. Ukázalo se, že spona není dostatečně flexibilní, opět pacienta omezuje a překáží, navíc výměna pomůcky byla zdoluhavá a technický velmi náročná. Výjimkou nebylo ani znečištění jak oděvu, tak celého lůžka po čas výměny.

Až o pár let později francouzská firma, konkrétně firma Porges, navrhla pás Saniliac. Návrh se stal průlomovým. Přínos systému Saniliac spočívá v pružném přidržovacím kroužku, který byl vyroben z gumového materiálu. Na prstenec se navlékal sáček a celý systém se zavěsil na elastický pás prostřednictvím kovových háčků. Ale i zde se našly drobné překážky. Prvním zadrhelem byly právě háčky, které klienty odíraly. Další potíží byl zápach pásu při opakovaném používání a znovu nedostatečné jímání střevního obsahu. Druhotným problémem byla velikost a nápadnost stomického systému na těle.

Postupem času se vyvinuly sáčky s lepicí podložkou, která se vystřihovala dle potřebné velikosti. Lepicí systém byl jednorázový, přínosem pro klienta byla rychlost a jednoduchost při výměně. Navíc při uplatnění přídržného pásu se systém stal téměř neviditelný pro lidi v blízkosti pacienta se stomií. Potíž se vyskytla i u tohoto systému. V důsledku častého odstraňování lepicího sáčku rychle docházelo k poškození peristomální oblasti. Dalším negativem přispívajícím k poškození kůže, byl benzín. Ten se používal k odstranění lepicí vrstvy zůstávající na pokožce. Částečně tuto problematiku vyřešila výroba výpustných sáčků na svorku, čímž se omezila frekvence ve výměně pomůcek. I přesto klienti využívali tento lepicí systém co nejméně. Použití se omezilo pouze na návštěvy společnosti.

Na několik desítek let se vývoj zastavil až do chvíle, kdy se na trhu představila nedráždivá, navíc bezpečnější lepidla. Dalším pokrokem byl vznik dvoudílných pomůcek. Podložka a sáček byly oddělené. Při nutnosti se vyměnil pouze sáček a podložka byla ponechána i tři dny.

Od této chvíle by se dalo hovořit o tom, že péče o stomie se stala komfortní a kvalita života člověka se střevním vývodem se prudce zvýšila.

Pro tehdejší Československou republiku se stal zásadním rok 1989. Právě tohoto roku pronikl rozsáhlý sortiment pomůcek pro pacienty s uměle vytvořeným střevním vývodem i do naší země. Tehdejší stomasestry se začaly postupně seznamovat se širokou nabídkou pomůcek a docházelo k vypracování konceptu správnosti péče o vývod střeva. Již v těchto dobách vyplouvaly na povrch myšlenky o edukaci klientů se stomií. (Mgr.ŠKOCHOVÁ Dagmar, 2014 str. 44)

3. STOMIE

„Stomie na trávicím traktu představuje vyústění některého z úseků trávicího trubice na povrch těla.“ (MARKOVÁ, 2006 str. 14)

Stomikem se označuje člověk, kterému bylo na určitý časový úsek, tedy dočasně či trvale, vyveden dutý orgán na povrch jeho těla. Tímto způsobem může být vyvedeno tlusté střevo, které patří mezi ty nejčastější, popřípadě tenké střevo, ale i močové cesty.

V té chvíli u člověka dochází k naprosté změně životního stylu, mění se jeho hierarchie hodnot a dochází i k narušení kvality života. U života se stomií je naprostou nutností využívat stomické pomůcky tomu určené, jelikož typickou vlastností vývodu je to, že dochází k neovladatelnému odchodu stolice či moči.

(MONDOK L., 2010 str. 2)

„Přesto, že tento handicap je možné skrýt pod oděvem a na první pohled není zjevný, je nutné si uvědomit, že pro klienta může být velmi stigmatizující.“

(NOVOSAD, 2011 str. 87)

3.1 Charta práv pacientů se stomií

Charta uvádí specifické potřeby a péči, kterou vyžadují skupiny tělesně postižených občanů, občanů s vytvořenou stomií. Občané mají právo být seznámeni s péčí a obdržet dostatek informací týkajících se dané problematiky. (KREML, 2010)

- Každý pacient se stomií má právo na předoperační poradenství, aby si byl plně vědom významu operace a znal základní skutečnosti o životě se stomií.

- Každý pacient se stomií má právo na dobře provedenou, vhodně umístěnou stomii, s plným a přiměřeným přihlédnutím k pohodlí pacienta.
- Každý pacient se stomií má právo na kvalitní a profesionální lékařskou a ošetrovatelskou péči i psychosociální podporu v předoperačním i pooperačním období, v nemocnici i své komunitě.
- Každý pacient s vytvořenou stomií má právo na podporu a informovanost rodiny, známých a přátel, aby lépe chápali podmínky a změny, nutné k dosažení uspokojivé úrovně pacientova života.
- Každý pacient se stomií má právo na úplnou a objektivní informaci o vhodných pomůckách a výrobcích, které jsou v jeho zemi k dispozici.
- Každý pacient se stomií má právo na možnost neomezeného výběru dostupných stomických pomůcek.
- Každý pacient se stomií má právo na informace o organizacích pacientů s uměle vytvořeným střevním vývodem v jeho vlasti a službách a podpoře, které poskytují.
- Každý pacient se stomií má právo na ochranu proti jakékoliv formě diskriminace.

(KEMR, 2010)

3.2 Vývod neboli stomii můžeme dělit dle funkce:

Stomie, sloužící k přísunu potravy do trávicího traktu, se označuje jako výživná stomie. Druhou velkou skupinou jsou derivační stomie, které odvádí obsah střev ven z těla.

3.2.1 Výživné stomie

Výživné stomie se zakládají u pacientů, u kterých už nastala nebo se předpokládá neschopnost polykání. Příkladem jsou klienti v bezvědomí, s neurologickým onemocněním, s poraněním v orofaciální oblasti, kdy mají poruchu nejen polykání, ale i samotného příjmu potravy či onkologicky nemocní.

Řadíme sem **gastrostomie** – katétr zaveden do žaludku a **jejunostomie** – katétr je zaveden do tenkého střeva.

Tyto výživné stomie se zakládají na operačních sálech, a to chirurgickou cestou nebo méně invazivně, tedy endoskopicky. Dochází k propojení části trávicí trubice s povrchem těla pomocí katétru. Do takto vytvořeného katétru je nutné aplikovat výživu,

kteřá je sterilní a k tomuto použití určená, také můžeme podávat drcené a rozpuštěné léky srkz výživnou stomii. Sterilní firemní výživu označujeme jako oligomery či polymery.

Důležitá je i vhodná péče v okolí katétru za pomoci stomických pomůcek, které jsou určené především k očištění pokožky a ochraně před vznikem infekce.

(OTRADOVCOVÁ Iva, 2006 stránky 14-15)

3.2.2 Derivační stomie

Úkolem derivační stomie je odvedení obsahu dutého orgánu do sběrného stomického sáčku. Střevní derivační stomie může dále dělit na **ileostomii** a **kolostomii**.

- U ileostomie se jedná se o vyústění tenkého střeva přes stěnu břišní. Ze stomie odchází velmi agresivní obsah, který se skládá mimo jiné z žaludečních šťáv.
- Kolotomie je vývod tlustého střeva. Zde je obsah, který odchází již zahuštěn v kašovitou či zcela formovanou stolicí. (Bc.HANUŠOVÁ, 2011 str. 5)

3.3 Dle časového úseku

3.3.1 Dočasná stomie

Dočasná stomie je všita po dobu nezbytně nutnou. Vyčkáváme, kdy ustoupí onemocnění či možná střevní neprůchodnost, až se tak stane, stomie je opět zanořena a pacient může žít bez problémů jako dříve.

(STOMICI.cz, 2014)

3.3.2 Trvalá stomie

Z názvu již vyplývá, že se jedná o operační výkon, který je nevratný. Provádí se u pacientů, kde byly již vyčerpány všechny možné způsoby léčby. Tento výkon by měl u pacienta vést ke zlepšení jeho kvality života. Pacienta je nutné o všem informovat.

(STOMICI.cz, 2014)

3.4 Dle způsobu vyvedení střevní kličky

3.4.1 Terminální stomie neboli jednohlavňové se provádí metodikou Hartmanovy operace. Na tlustém střevu se provede sekce, horní část je vyvedena skrze otvor na kůži ven a zafixována. Střevní pahýl se následně odstraní či se uzavře slepě.

3.4.2 Axiální či dvouhlavňové.

Jedná se o vratnou operaci. Postup tohoto výkonu začíná protažením kličky střeva na povrch kůže skrze břišní stěnu. Následně se zafixuje k pokožce. Provede se naříznutí střeva, což vede k vytvoření dvou otvorů. Tedy přívodnému a odvodnému otvoru.

(OTRADOVCOVÁ Iva, 2006 stránky 17-18)

4. POMŮCKY

Život člověka s vytvořenou stomií je spojen s každodenním používáním stomických pomůcek. Hlavním úkolem pomůcek je udržet klienta v čistotě, slouží tedy k zachycení exkretů vylučovaných ze stomie. Na trhu existuje již osm firem, které nabízí široký sortiment. Pomůcky jsou hrazeny pojišťovnou dle novely zákona 48/1997 Sb., klienti jsou nuceni dodržovat stanovené limity v počtu pomůcek.

Stomické pomůcky jsou složeny z podložky a sáčku. Dle způsobu spojení těchto dvou částí se označují jako dvoudílný systém a jednodílný systém. U každého soustavy si dále lze vybrat z různých velikostí, tvarů a barev. Soustavy se také liší způsobem uzamykatelného systému nebo konstrukcí provedení a filtru. Mezi pomůcky řadíme i prostředky sloužící k očištění.

(KREML, 2010)

4.1 Jednodílný systém

Skládá se z nalepovací želatinové podložky a sáčku, který je pevně s podložkou spojen. Při naplnění sáčku se mění celý systém.

4.1.1 Výměna jednodílného stomického systému

Začneme přípravou samotných pomůcek, mezi které spadají rukavice nesterilní, jednodílné stomické systémy, čisticí prostředky ve formě například pěny, vyrovnávací pasty, nůžky se zahnutými konci, několik čtverců z mulu a buničité vaty. Vhodné je i zrcadlo usnadňující výměnu, holicí strojek a měřidlo sloužící k určení vhodné velikosti otvoru na podložce.

První bod je šetrné odstranění již plného systému směrem seshora dolů, najednou odstraníme jak podložku, tak sáček z důvodu jejich trvalého spojení. Použitou pomůcku umístíme do odpadkového koše. Pokud na pokožce zůstaly stopy náplasti, použijeme odstraňovač náplastí.

Zbylou stolicí v oblasti stomie otřeme buničitou vatou, okolí stomie opláchneme vodou společně s pěnou na očištění zaschlých nečistot. Pokožku otřeme do sucha pomocí mulového čtverce či gázy. Pokud to situace vyžaduje, oblast v blízkosti střevního vývodu oholíme a znovu omyjeme vodou.

Na kůži preventivně aplikujeme ochranné pudry či filmy, abychom zamezili možným mechanickým poškozením. Podle měřicí šablony vystříhneme na podložce otvor, který bude asi o dva centimetry větší, než je průměr vývodu. Překontrolujeme, zda velikost vystřiženého otvoru na podložce doopravdy pasuje na kolostomii. Při nerovnostech na kůži ve formě jizev či záhybů použijeme vyrovnávací pasty, následně odhalíme lepicí plochu podložky a přiložíme na stomii. Doporučuje se ještě několik minut přejíždět a zahřívat podložku, tento postup zajistí opravdu kvalitní fixaci pomůcky ke kůži. (Bc.SKONCOVÁ, 2010 str. 58)

4.2 Dvoudílný systém

Jak název napovídá lepicí podložka ze želatiny a stomický sáček je každý zvlášť. Po naplnění se mění pouze sáček, podložka se ponechává 3 až 5 dní.

4.2.1 Výměna dvoudílného stomického systému

Systém se dvěma částmi se doporučuje u lidí, kteří jsou už déle po operaci a dokážou snést značný tlak na oblast břicha.

Opět začneme přípravou všech pomůcek. Nutností jsou rukavice, odpadkový koš, buničitá vata a mulové čtverce nebo netkaná textilie, zahnuté tupé nůžky, čisticí přípravky, ochranné filmy či pudry, šablona ke změření stomie, sáček a pasující podložku, stomickou pastu.

Opatrně odstraníme použitou pomůcku. Při odstraňování se doporučuje být šetrný, aby nedošlo k protržení sáčku. Pomůcku odložíme do koše, který po výměně hned vyneseme. Zbylé nečistoty na stomii odstraníme pomocí vaty z buničiny. Vývod střeva osprchujeme nebo jen očistíme vodou, vhodné je i použití čisticí pomůcky nebo mýdlo. Místo osušíme mulovými čtverci či ručníkem. Podle poškození pokožky v okolí stomie ji ošetříme ochrannými prostředky, během každé výměny naneseťme i ochranný film a necháme ho zaschnout.

Pokračujeme vystřížením vhodného otvoru na podložce, kterou nahřejeme za použití fénu nebo pomocí lidského tepla – podpaží. Sejmeme ochranný kryt a přiložíme na kůži a přitlačíme v celé ploše. V případě, kdy jsou na kůži jizvy a další nerovnosti, které omezují funkčnost pomůcky, můžeme aplikovat vyrovnávací pastu. Dále nasadíme nebo zacvakneme sáček a ujistíme se o jeho těsnosti. Následně klient přidržuje dvoudílný systém oběma rukama, a tak zajistí kvalitní fixaci pomůcky. Někteří pacienti ještě preferují přídržný pásek pro vážně pevnou fixaci. U tohoto typu systému se mění pouze sáček, podložka je ponechána 3 až 5 dnů. (OTRADOVCOVÁ Iva, 2006 stránky 31-32)

4.3 Adhezivní technologie

Tato nová technologie je velmi flexibilní. Jedná se o propojení jednodílného a dvoudílného systému. Podložka a sáček jsou sice oddělené, ale chybí spojovací kroužek, díky kterému je pomůcka mnohem diskrétnější. Během výměny pomůcky postupujeme totožně jako u dvoudílného systému. (OTRADOVCOVÁ Iva, 2006 stránky 39-40 str.)

4.4 Spektrum pomůcek

Existuje několik variant sáčků, a to:

- Průhledné x neprůhledné
- S filtrem x bez filtru
- Uzavřené bez možnosti vypustit

- Výpustné se sponkou
- Výpustné na suchý zip

U Podložek si můžeme vybrat z 3 možností:

- Pevné podložky celé ze želatiny
- Podložky se želatinovým středem a mikroporovými okraji
- Vyboulené podložky ve tvaru misky – konvexní (pro komplikované stomie)

(OTRADOVCOVÁ Iva, 2006 stránky 39-40)

4.5 Vitala – ConvaTec

Vitala je naprostým převratem v péči o střevní vývod. Poskytuje dočasnou kontrolu ve vyprazdňování střeva. Pomůcku je možné používat až 12 hodin. Pohodlné na této pomůcce je i to, že umožňuje bezproblémový odchod plynů s následnou dezodorizací. Podobu Vitaly uvádím v příloze číslo 2. (VÁGNEROVÁ, 2012 str. 15)

4.6 Zátky na stomie

Na trhu se objevily i zátky, které dočasně zabraňují ve vylučování střevního obsahu. Jedná se o diskretní pomůcku, kterou lze používat pravidelně či pouze příležitostně. (COLOSTOMIE, 2015)

4.7 Příslušenství pro ošetření stomie

V dnešní době se dbá na hygienu, a to i v péči o střevní vývod. Pacienti si mohou vybírat z obrovského množství výrobků sloužících k ochraně a čištění okolí vývodu. Je vhodné a komfortní využívat odstraňovače náplastí a čistící roztoky, které chrání pokožku před poškozením silně fixovanými podložkami. Zakoupit je lze v různých formách od čistících pěn až k čistícím ubrouskům.

Dále se na trhu nachází pasty vyrovnávací a vyplňovací. Tyto pasty slouží k vyrovnání nerovností na kůži, jako jsou jizvy či záhyby, zlepšují fixaci pomůcky a zároveň zabraňují podtékání stomie.

Ochranné krémy a pudry zvláčňují, vyživují a zklidňují kůži v blízkosti stomie. Opět se péče o vývod stává pro klienta pohodlnější. Stejný princip obsahují i ochranné filmy a zklidňující krémy.

S hygienou jde ruku v ruce i vůně. Pro člověka se stomií, pro jeho dobrý pocit a pro společnost okolo pacienta se stomií je důležité zabránit úniku zápachu. Do nedávna to byla neřešitelná překážka. Východiskem z tohoto ožehavého problému je užívání pohlcovačů zápachu ve formě kapek či kapslí, které eliminují pach v sáčku. Ke zkvalitnění života člověka s vývodem střeva je užitečné i používání zahušťovadel obsahu sáčku. Zahušťovací tableta zabraňuje možnosti podtékání obsahu a zároveň pohlcuje zápach.

(SPOLEČNOST CovaTec, 2009)

5. OBDOBÍ OPERACE

5.1 Indikace k vytvoření stomie

Vrozené a vývojové vady u dětí

- Kolorektální karcinom
- Iatrogenní poškození střev
- Náhlé příhody břišní (NPB)
- Nespecifické střevní záněty (Crohnova choroba a ulcerózní kolitida)
- Úrazy či poranění v oblasti dutiny břišní, malé pánve také konečníku
- Benigní či maligní nádory

(VYTEJČKOVÁ Renata, 2013 str. 163)

5.2 Psychická příprava

Vytvoření kolostomie je pro pacienta velmi psychicky náročná situace. Pacienta napadají různé otázky, pociťuje úzkost, někdy i strach. Stomasestra se pro pacienta stává zdrojem informací, ale i psychickou oporou.

Z těchto důvodů se příprava k operaci týká i psychiky člověka. Sestra specialista během edukace využívá svou empatii, trpělivost i toleranci během spolupráce s pacientem. Pacient má dostatek času veškeré informace vstřebat, sám určuje tempo edukace. Sestra

a pacient navazují partnerský vztah, ve kterém pokračují i během hospitalizace v nemocničním prostředí a následně ve stomické poradně. V případě kladné edukace pacienta lze předpokládat i úspěšné pooperační přijetí sebe sama. Cílem je tedy minimalizovat potíže s akceptací změněného obrazu vlastního těla, která pacienta nevyhnutelně čeká.

Ještě před několika lety této problematice veřejnost nevěnovala pozornost a pacient se o střevním vývodu dozvěděl až po probuzení z narkózy. Okamžitě se dostavil stav šoku a paniky z ohromného zásahu do pacientova života, na který nebyl připraven.

(Bc.MAREŠOVÁ, 2009 stránky 34-35)

5.3 Péče před hospitalizací

Období před hospitalizací pacienta je vhodné pro kontakt se stomasestrou. V tomto období pacient není rozptylován neznámým nemocničním prostředím či zvědavými pohledy spolupacientů. Pacient je soustředěný a klidný.

Specializovaná sestra s odbornými kompetencemi teoreticky i prakticky pacienta připraví na nadcházející operační výkon. Sestra vysvětlí samotný pojem stomie a péči o střevní vývod. Slovně popsanou péči znovu a prakticky předvede na modelu stomie. Pacient získá reálnou představu o vzezření vývodu střeva a o samotné péči. Stomasestra prezentuje sortiment pomůcek a základní rozdělení stomických systémů (jednodílné a dvoudílné). Sestra pacientovi poskytne brožurky, letáčky a možnost kontaktu podpůrných skupin na internetu. V případě pacientova zájmu stomasestra může poskytnout ukázkové pomůcky, které si pacient může prakticky vyzkoušet a prohlédnout v domácím prostředí.

Samozejmě odpovídá na dotazy a snaží se uklidnit a ujistit budoucího pacienta se stomií i rodinné příslušníky pacienta.

S kvalitně informovaným pacientem a rodinou probíhá spolupráce se zdravotníky v nemocnici mnohem jednodušeji. (OTRADOVCOVÁ Iva, 2006 str. 24)

5.4 Příprava před operací

Předoperační péče se vždy liší v závislosti na tom, zda se jedná o akutní neodkladnou operaci nebo plánovaný zákrok.

Příprava k plánované operaci obecně zahrnuje: anamnézu, klinické vyšetření pacienta, vyšetření krve, a to biochemicky, hematologicky a koagulačně. Doporučuje se i určení krevní skupiny a Rh faktoru při nutnosti dodávání krevních náhrad během výkonu. Výsledky zobrazovacích vyšetření, mezi které řadíme: rentgen srdce a plic, irigoskopie. Pacient předkládá výsledky endoskopických vyšetření – koloskopii, rektoskopii společně s histologickým vyšetřením odebraných vzorků, ultrasonografické vyšetření a CT vyšetření břicha. Pacient dokládá názor internisty, EKG záznam a závěr anesteziologa.

U polymorbidních klientů se přidává vyšetření kardiologa, diabetologa, anesteziologa případně onkologa. (OTRADOVCOVÁ Iva, 2006 stránky 24-25)

5.5 Předoperační péče

Obvykle se pacient přijímá 2 až 3 dny před plánovanou operací na standardní chirurgické oddělení. Pacientovi je lékařem opět stručně popsán zákrok a péče, která ho čeká v následujících dnech. Dále jsou mu vysvětlena možná rizika. Po zodpovězení všech otázek lékař klientovi předloží Informovaný souhlas s výkonem, který pacient stvrdí svým podpisem. V situaci, kdy klient není schopen podpisu, tak učiní soudně stanovený zákonný zástupce.

Stomasestra pravidelně dochází na standardní oddělení za pacientem. V této fázi je důležitá především psychická podpora pacienta, která zmírňuje strach z budoucího operačního zákroku.

Vytvoření umělého střevního vývodu patří zpravidla mezi plánované zákroky. Pacient má možnost získat přijatelné množství informací a připravit se na nadcházející zákrok i po psychické stránce.

Tato příprava neplatí pro zákroky urgentní tedy život zachraňující. Veškerá edukace a smíření pacienta s danou situací se omezuje na minimum v souvislosti s časovou tísň. I v těchto chvílích se zdravotní personál snaží připravit pacienta na potencionální změnu obrazu těla. Stomasestra či lékař s pacientem provedou kratší rozhovor, který je časově omezen. O realizaci rozhovoru rozhoduje především celkový stav pacienta. Zmíněný rozhovor pacienta zevrubně informuje, k čemu během operace může dojít, a co se může stát.

Chirurg či zkušená stomická sestra provede zakreslení místa k vytvoření stomie. Místo, kde bude umělý střevní vývod umístěn, musí být funkční, komfortní a pro pacienta

dobře přístupné. Pacient v době zákresu stojí. Vzpřímená pozice zajišťuje stomasestře nalézt přijatelné místo a zároveň se vyhnout kožním záhybům, které vleže nejsou patrné. Současně se stomasestra vyhýbá jizvám a blízkosti pupku. Pacient se zakreslením musí souhlasit. Stomasestra vybrané místo může zkusit i prakticky přiložením pomůcky, která se kvalitně fixuje. Typickou praxí je vyznačení dvou variant, pro vytvoření kolostomie, v situaci kdyby nastaly nepředpokládané potíže i místo pro ileostomie.

U pacienta indikovaného k operaci za účelem vytvoření stomie hraje důležitou roli příprava samotného střeva. Vyprázdnění je možné dvěma způsoby, a to mechanické vyprázdnění za pomoci klyzmatu, či ortogradní příprava s využitím projímadel přijímaných per os. Možností je i kombinace obou metod. V našem případě se uplatňuje ortogradní příprava, kdy 48 hodin před výkonem klient přijímá výhradně tekutou stravu, například formou bujónu, doplněnou o kvalitní hydrataci. Den před operací se doporučuje udržovat dostatečný příjem tekutin. Vhodná denní hydratace je alespoň 1,5 až 2 litry tekutiny. V odpoledních hodinách téhož dne klient dostane laxativní směs ve formě nápoje. Směs by měla být užita v časovém úseku 3 hodin. (OTRADOVCOVÁ Iva, 2006 stránky 24-26)

Dále jsou u pacienta lékařem indikována preventivní opatření předcházející vzniku tromboembolické nemoci. Sestra dohlíží na pravidelný příjem tekutin, aplikuje nízkomolekulární heparin a přikládá bandáže na dolní končetiny, popřípadě elastické punčochy. Při nutnosti sestra podává antibiotika v pravidelných intervalech dle zdravotnické dokumentace z důvodu profylaxe před vznikem potencionální infekce. Zdravotní sestra dbá na individuální rozdíly u polymorbidních pacientů. Řídí se ordinací anesteziologa.

Noc před operací se doporučuje kvalitně se vyspat a načerpat síly. Pro většinu pacientů je to naprosto nepředstavitelné z důvodu stresu z blížícího se operačního výkonu. Pro tyto případy je anesteziologem indikována i premedikace, kterou sestra podává v den, či noc před zákrokem. U pacienta medikace zajistí pokojný spánek až mírné sedativní účinky, doprovázené pocitem pohody a klidu. (ZEMAN, 2011 str. 158)

5.6 Bezprostřední předoperační péče

Bezprostřední péče dochází cca 2 hodiny před plánovanou operací. Sestra v den operace zkontroluje dokumentaci a ujistí se o totožnosti pacienta. Pacient v ranních

hodinách provede celkovou hygienu. U nesoběstačného pacienta hygienu zajistí zdravotní sestra. Sestra provede přípravu operačního pole, která zahrnuje oholení pole dle rozsahu zadaného operátorem a následné dezinfekci místa. V případě označení místa, kde bude střevo vyvedeno je nutné tento náčrt neodstranit zcela. Sestra upozorní pacienta na odložení veškerých šperků a ozdob těla, na vyjmutí zubní protézy. Sestra provede kontrolu průchodnosti a funkčnosti žilních vstupů, následuje otázka na lačnění pacienta. Sestra pacienta požádá, aby se vymočil, poté podá premedikaci.

Po podání ordinovaných léčiv sestra upozorní klienta, aby již neopouštěl lůžko z důvodu hrozícího pádu. Pacient je v lůžku nahý a sestra přiloží bandáže dolních končetin. Následuje kompletizace a překontrolování dokumentace, kterou po převozu klienta předá sálové sestře. U akutních stavů se veškerá příprava děje individuálně.

(JANÍKOVÁ Eva, 2013 str. 37)

5.7 Péče o pacienta po operaci

Bezprostřední péče se omezuje na 24 hodin po výkonu

Po náročném operačním zákroku je klient hospitalizován na jednotce intenzivní péče. Sestra provádí pravidelné záznamy do dokumentace, aplikuje infuzní terapii dle ordinace lékaře. Sleduje bilanci tekutin pacienta. Sestra dále monitoruje fyziologické funkce pacienta, o případných abnormalitách informuje lékaře. Mezi základní fyziologické funkce patří hodnoty krevního tlaku, počet tepů za minutu, tělesná teplota, saturace krve kyslíkem a bilance tekutin. Sestry pravidelně sledují EKG křivku.

Důležitá je pravidelná kontrola operační rány, hodnocení bolesti a s tím související podávání analgetik. Zdravotní sestra sleduje a hodnotí potencionální vznik pooperačních komplikací, aplikuje léky dle ordinací. Pečuje o pohybový aparát pacienta a zajišťuje u pacienta hygienickou péči. Sestra se zaměřuje i na hodnocení celkového stavu pacienta. K hodnocení využívá adekvátních testů a škál.

Na střešní vývod přiloží sálová sestra stomický sáček, který je průhledný z důvodu nutné kontroly operační rány – tvaru, velikosti, barvy a otoku. Sestra uloží pacienta po břišní operaci do vhodné polohy. Doporučuje se poloha na zádech s pokrčenými koleny, dochází k uvolnění břišní stěny a zmírnění bolesti. V této době pacienta navštěvuje denně stomasestra a pokračuje ve spolupráci s pacientem dle aktuálního stavu.

Sestra během pravidelných kontrol hodnotí vzhled rány, dohlíží na množství a vzhledu odváděného obsahu z Redonova drénu. Tato opatření předcházejí vzniku komplikací u klienta. Pacient je hospitalizován na jednotce intenzivní péče po dobu nezbytně nutnou. (JANÍKOVÁ Eva, 2013 stránky 47-53)

5.8 Následná pooperační péče

Pacient je přeložen na standardní chirurgické oddělení v době, kdy je jeho stav stabilizovaný. Zde se sestra zaměřuje na zmírnění a odstranění bolesti a předcházení komplikací. Sestry u pacienta postupně obnovují úroveň sebestačnosti a navracejí soběstačnost. Sestra stále provádí měření vitálních funkcí o frekvenci 1-2x denně, aplikuje léky dle ordinace. V souvislosti s operací provedenou na trávicím traktu podává sestra výživu parenterální cestou. Postupem času pomalu podává stravu enterální cestou, čímž dochází k zatěžování traktu běžnou potravou. Sestra vše provádí dle ordinací ve zdravotnické dokumentaci. Sestra se zajímá i vyprazdňováním klienta, a s tím spojenými komplikacemi.

Dle úrovně soběstačnosti pacienta zdravotní sestra dopomáhá při hygienické péči. Zvolna pacienta aktivizuje a obnovuje péči o sebe sama. Preventivně působí proti vzniku infekce v souvislosti se zavedenými invazivními vstupy a operační ránou.

Sestra pacienta povzbuzuje k aktivitě, psychicky ho podporuje a zajišťuje včasnou rehabilitaci ve spolupráci s fyzioterapeutem. V pooperačním období sestra dbá i na kvalitní spánek a odpočinek, který pacienta pozitivně ovlivňuje. (JANÍKOVÁ Eva, 2013 stránky 54-57)

Stomasestra pokračuje v edukaci pacienta i na standardním oddělení. Pacient se postupně zapojuje do péče ohledně stomie. Stomasestra odpovídá na pacientovi otázky a dopomáhá mu vyrovnat se se změněným obrazem těla. Stomasestra prezentuje spektrum pomůcek určených k péči o střevní vývod, slovně popisuje výměnu systému, na kterou se pacient pouze dívá. Pacient si také prakticky zkouší vystříhnout otvor v podložce za použití šablony k tomu určené. Pacient postupně provádí výměnu stomického systému před zrcadlem pod slovním vedením sestry a následně samostatně s kontrolou. Pacient praktikuje výměnu jednodílného i dvoudílného systému. Výměnu pomůcek pacient zkouší v poloze vleže na zádech a ve stoje před zrcadlem. Díky těmto úkonům může pacient zhodnotit, která z těchto pozic a systémů jsou právě pro něho přijatelnější.

Cílem je soběstačnost pacienta v péči o střevní vývod. Pro pacienta je důležitá i slovní podpora a pochvala z úst stomasestry. Stomasestra provádí edukaci pacienta postupně a opakovaně, tedy kvalitně. (OTRADOVCOVÁ Iva, 2006 str. 29)

5.9 Péče v domácím prostředí

Dimise pacienta je doporučena až po souhlasu chirurga i stomasestry. Pacient je před propuštěním v dobré fyzické kondici, hojení rány probíhá bezproblémově a je soběstačný a schopný samostatně pečovat o vytvořenou stomii. V případě, kdy pacient není soběstačný nebo schopný pečovat o střevní vývod, je nutné edukovat rodinné příslušníky. Pokud pacient nemá rodinu a žije sám, je předán do domácí péče, která tuto činnost obstarává za pacienta.

Před odchodem je klient seznámen s termínem a místem první kontroly, vlastní telefonní číslo na nejbližší proktokolickou poradnu a kontakt na stomasestru.

Stomasestra vybaví pacienta množstvím pomůcek určených k pečování o stomii na 1 měsíc. Pacientovi je doporučeno upravit si prostředí domova, tak aby mu vyhovovalo, vytvořit si svůj koutek pro uskladnění pomůcek. Je obeznámen o stravování po operaci. Během 3 měsíců by si pacient měl pomalu zvolit systém pomůcek, který právě jemu vyhovuje. (OTRADOVCOVÁ Iva, 2006 str. 34)

6. KOMPLIKACE

Jak uvádí lékařský slovník, komplikace je označení pro „chorobný stav nebo onemocnění, k němuž může dojít v průběhu jiné „základní“ nemoci, která vytváří pro vznik komplikace vhodné podmínky.“ (VOKURKA, 2008 str. 242)

V našem případě je základní nemocí vyústění tlustého střeva na povrch břišní dutiny. Obtížím předcházíme pomocí pravidelných návštěv ve stomapradně. V poradně sestra specialista vždy zkontroluje vzhled a funkčnost stomie, stav kůže v blízkosti vývodu označovanou jako peristomální kůže. Při zjištění jakékoli odchylky od normy se situace okamžitě řeší, v případě nutnosti informujeme lékaře. Díky preventivním návštěvám pacienti předcházejí možnému zanedbání. . (ZACHOVÁ, 2010 str. 151)

Mezi komplikace lze zařadit i nevhodné umístění stomie – tato chyba se stává zcela výjimečně, je nutné zmíněnou skutečnost napravit reoperačně.

- **Nevhodně umístěná stomie** – Jedná se o velmi ojedinělou situaci, kdy došlo k chybnému zakreslení místa vyvedení střeva. Může se tak stát pokud se jedná o akutní operaci s časovým omezením. Další chybou je zakreslení místa u pacienta vleže, kdy nepočítáme s možnými kožními řasami a záhyby, které se objevují při vzpřímené poloze. (VYTEJČKOVÁ Renata, 2013 str. 165)

6.1 Bezprostřední pooperační komplikace

Bezprostřední komplikace se mohou objevit ihned po operaci, ještě během hospitalizace v nemocničním zařízení nebo do tří měsíců po zákroku.

(VYTEJČKOVÁ Renata, 2013 str. 165)

Mezi bezprostřední komplikace řadíme:

- **Krvácení** – Drobné sotva patrné krvácení je zcela běžné. Ke krvácení může dojít v souvislosti s neohleduplným ošetřováním kolostomie vzniklé poraněním cévy nebo poškozením střeva mechanickou příčinou. V případě, že sestra zaznamená masivnější krvácení, okamžitě informuje lékaře. Pooperační krvácení lékař řeší konzervativně popřípadě operační revizí.
- **Otok stomie** – Zduření sliznice střeva je většinou spojováno s manipulací se střevem. Léčba často není nutná, otok odezní spontánně či za použití chladných obkladů. Pokud ne stomasestra sleduje vývoj a průchodnost během pravidelných kontrol. Zjištěné poznatky předává ošetřujícímu lékaři.
- **Nekróza okraje vývodu** – Nekróza vzniká zpravidla v souvislosti s otokem či malým otvorem v kůži, kdy dochází k nedostatečnému krevnímu zásobení. Lékař volí jako první konzervativní řešení, při neúspěchu je nutná chirurgická úprava stomie na operačním sále.
- **Parastomální absces** – Výrazem absces označujeme dutinu vyplněnou hnisem. V případě parastomálního abscesu je hnisem vyplněná dutina v blízkosti stomie. Řešením je derivace abscesu s následnou drenáží. Dochází k nekvalitní péči

o stomii, kdy pomůcky podtékají v kontextu drenážního systému. V těchto chvílích je nutné myslet na ochranu kůže dvojnásobně.

- **Kožní komplikace** – Kožní komplikace rozlišujeme na „pouhou“ alergickou reakci na některou z pomůcek, kterou vyřešíme jednoduše, výměnou za jiný systém. Nebo kontaktní dermatitidu vyvolanou podtékáním pomůcky. Třetí možností je macerace vznikající při dlouhodobě působící vlhkosti pod podložkou, která způsobí tzv. rozmočení pokožky. Poslední, čtvrtou komplikací kůže je iritace. Řadí se mezi ty nejčastější komplikace u pacientů se stomií. Iritaci si lze představit jako druh ekzému vznikajícího na podkladě opakovaného kontaktu kůže se střevním obsahem. Pro klienta velmi nepříjemný stav manifestující se zarudnutím, otokem, puchýřkami až mokváním doprovázející bolestí a pálením.
- **Časné retrakce** – Pojmem retrakce je označení stavu, kdy je střevo pod tahem, okraje stomie nejsou viditelné, nacházejí se pod úroveň okraje kůže. Tento stav sestra může zaznamenat po akutních výkonech či u obézních pacientů.
(ŠIROKÁ Petra, 2008 str. 52)

6.2 Následné komplikace

Vznikají déle než 3 měsíce po operaci a následně po zbytek života.

(VYTEJČKOVÁ Renata, 2013 str. 165)

- **Prolaps (výhřez)** – Dochází vyhřeznutí střeva z dutiny břišní ovšem bez peritoneálního vaku. Střevo se sune směrem ven skrze otvor v kůži. Může dojít k výhřezu až několika centimetrů. Prolaps stomasestra manuálně reponuje zpět do dutiny břišní. Zároveň působí preventivně proti cévnímu uskřínutí.
- **Retrakce (vtažení)** – Retrahovaná stomie se objevuje u klientů s masivním kolísáním na tělesné hmotnosti. Dochází k podtékání pomůcek. Zkušená stomasestra tuto situace řeší použitím konvexních pomůcek, vyplňovací pastou někdy i přídržným páskem pro kvalitní fixaci.
- **Stenóza (zúžení)** – Způsobuje ji nedostatečně velký otvor na kůži vůči průměru střeva. Pacient se střevním vývodem pocítuje bolesti břicha a poruchy střevní pasáže. U stenotických stomií sestra doporučí pacientovi provádět digitální dilatace otvoru za použití vlastního prstu a vazelíny.

- **Parastomální hernie (kýla)** – Předpokladem ke vzniku kýly je zvýšený nitrobřišní tlak ve spojení s oslabenou břišní stěnou a následným uvolněním vaziva střešní kličky. Zvýšení tlaku v dutině břišní způsobuje například zvedání těžkých břemen, zácpa nebo kašel apod. V okolí stomie je patrné vyklenutí. Nerovnosti stěny břicha nepříznivě ovlivňují péči o střešní vývod a snižují tak kvalitu života klienta. Jedná se o častou komplikaci.
- **Fistula (píštěl)** – Je lékařským termínem označujícím abnormální propojení mezi dutinou a jejím povrchem. Skrze nepřírodně vytvořený kanálek odchází hnis, moč, stolice a jiné exkrementy. Píštěl, která doprovází stomii, velmi znesnadňuje péči o střešní vývod ve smyslu nepřilnavosti a podtékání pomůcek také přispívá ke vzniku kožních komplikací. (ZACHOVÁ, 2010 stránky 154 -162)

7. VÝŽIVA

Strava zdravého člověka a pacienta se stomií se výrazně neliší. I u pacienta s vytvořenou stomií je doporučeno dodržovat zásady zdravé výživy. Potrava by měla být rozmanitá, čerstvá a především chutná a lákavá pro pacienta. Měla by obsahovat dostatek minerálů a vitamínů. Pacienta je vhodné upozornit i na nadýmavá jídla, která způsobí nafouknutí stomického sáčku.

V době 6 až 8 týdnů po opuštění z nemocničního zařízení je pacientovi doporučeno omezit nerozpustnou vlákninu, která by mohla zapříčinit obstrukci či podráždění nově vytvořeného střešního vývodu. Mezi potraviny obsahující vlákninu řadíme luštěniny, celozrnné pečivo, tučné maso, nezralé ovoce, ovoce se slupkami atd. Po uplynutí 2 měsíců pacient již nemusí tak striktně vlákninu omezovat.

Stravu by pacient měl přijímat minimálně 3x denně ve stejnou dobu. Jíst je doporučeno pravidelně a v klidu. Stravu poctivě kousat a nespěchat. Při jídle nemluvit. Pokud pacient dodržuje tyto zásady, dochází k vypěstování pravidelného stereotypu ve vyprazdňování. Daný stereotyp pacientovi umožňuje plánovat si den a pravidelně a účelně měnit stomické pomůcky.

Pacient by neměl opomínat ani pitný režim, který se stává současně prevencí zácpy. Kvalitní hydrataci představuje příjem tekutin o minimálním množství 2 litrů denně. Nedoporučují se sycené nápoje ani větší množství alkoholu.

(Mgr. VYBÍHALOVÁ, 2012 str. 43)

Praktická část

8. FORMULACE PROBLÉMU

Pojem stomie se využívá nejvíce v oblasti medicíny, jedná se o chirurgický výkon, při kterém dojde k vyvedení dutého orgánu na povrch těla. Pokud hovoříme konkrétně o kolostomii, na povrch dutiny břišní se fixuje tlusté střevo. Mluvíme o zákroku, který je velmi často život zachraňující a pro pacienty zcela nevyhnutelný. Přesto, že kolostomie není naprostou novinkou v lékařství, tak pro laiky je to něco buď zcela neznámého, či tabuizovaného. Většina lidí s takto vytvořeným vývodem je přesvědčena, že by ho měli před ostatními skrývat nebo se do společnosti vůbec nevydávat. (ZACHOVÁ, 2010 str. 31)

Proto bych se ráda zaměřila na samotné prožívání pacientů se stomií. Z podrobně získaných informací od dvou rozdílně žijících pacientů s vyvedenou kolostomií provedu analýzu psychického prožívání před a po operačním výkonu, protože dle mého názoru je evidentní, že změna tělesného stavu je pro pacienta naprosto nepředstavitelná. Proto bych si chtěla odpovědět na otázku: „Je důležitá psychická podpora pacienta před vytvořením stomie?“

9. CÍL VÝZKUMU

Zmapovat pacientovo biologické, psychologické a sociální prožívání ovlivněné vytvořením vývodu tlustého střeva.

9.1 Dílčí cíle

Zjistit úroveň soběstačnosti pacienta s kolostomií při zpětném zařazení do běžného života.

Získat povědomí o kvalitě života pacienta po vytvoření stomie.

Uvědomit si emoce, které pacient prožíval při prvním pohledu na svůj změněný obraz těla.

9.2 Operacionalizace pojmů

- Stomie - je umělé vyvedení dutého orgánu na povrch těla. Nejčastěji se jedná o tlusté střevo, tenké střevo nebo močové cesty. Dochází tak k neovladatelnému

vyprazdňování střevního obsahu nebo moči nepřírozenou cestou s nutností používání stomických pomůcek.

- Stomasestra – jedná se o zdravotní sestru se specializací na ošetrovatelskou péči o střevní vývody.

9.3 Výzkumné otázky

- Změnil se stupeň soběstačnosti pacienta po operačním výkonu?
- Ovlivnila kolostomie kvalitu pacientova života do budoucnosti?
- Jaké emoce u pacienta převládaly při prvním pohledu na svoje tělo se střevním vývodem?

10. DRUH VÝZKUMU A VÝBĚR METODIKY

Ke zpracování bakalářské práce budu využívat kvalitativního výzkumu. Tento druh výzkumu se uplatňuje nejvíce v oblasti lidských a sociálních disciplín. Neuplatňují se zde statistické či jiné kvantifikační metody. Zaměřujeme se na samotného člověka, na jeho prožívání a individualitu. (FARKAŠOVÁ, 2006 str. 43)

10.1 Metoda

Během výzkumu se zaměřím na dvě osoby ze zcela odlišných sociálních rolí, ale v totožné životní situaci, následně srovnám a zhodnotím jejich odpovědi. Výzkum provedu pomocí rozhovoru a kazuistiky.

V práci použiji model ošetrovatelské péče dle Marjory Gordonové, konkrétně Model funkčních vzorců zdraví. Jedná se o standardní model, který na klienta pohlíží jako na holistickou bytost. Model obsahuje dvanáct vzorců zdraví, konkrétně vzorec vnímání zdraví, výživy, vylučování, vzorec aktivity, spánku a odpočinku, citlivosti – poznávání, pojetí sama sebe neboli vzorec sebepojetí, rolí a vztahů, sexuality, stresové a zátěžové situace, jedenáctým vzorcem je víra a poslední je možné určit samostatně, literatura ho uvádí jako jiné. Již zmíněné vzorce zdraví mohou být funkční nebo dysfunkční. Pokud se jedná o funkční vzorec zdraví, znamená to, že klient má uspokojeny všechny svoje biologické, psychologické a sociální potřeby. V opačném případě dochází k neuspokojení

některé z těchto potřeb, označujeme to jako dysfunkční vzorec. Takto nefungující vzorce popisujeme pomocí ošetrovatelských diagnóz.

Koncept Marjory Gordonové jsem zvolila z důvodu toho, že se označuje jako nejkompexnější model, během ošetrovatelské praxe se na člověka dívá jako na osobnost s individuálními potřebami.

10.2 Výběr případu

Mé kritérium při výběru respondentů muselo být zaměřeno na osoby s kolostomií. Hlavním požadavkem, který jsem si určila, byl záměrný věkový rozdíl respondentů, kdy jsem sledovala různé postoje a rozdílné psychické prožívání vůči jejich věku.

První rozhovor byl s 68letým mužem. Diskuze se uskutečnila v domově pro seniory, ve kterém respondent žije již 8 let, konkrétně v jeho pokoji, kde bylo pro pacienta nejpřirozenější prostředí.

Otázky během druhého rozhovoru jsem kladla 23leté slečně žijící se partnerem. Na živo jsme se viděli poprvé právě v den rozhovoru. S mladou slečnou se stomií jsem se seznámila ve skupině na internetové stránce, kde se lidé se střevními vývody sdružují a předávají si své zkušenosti. Oslovila jsem tuto společnost a sama slečna se mi nabídla ke spolupráci na mé bakalářské práci.

10.3 Způsob získávání informací

Informace jsem získávala pomocí dvou polostrukturovaných rozhovorů. Během rozhovoru s dotazovaným jsem se zaměřila na prožívání, kladla jsem otevřené otázky, aby se mohl klient rozpovídat a já mohla sledovat chování dotazovaného, především projevy v nonverbální komunikaci. Mým cílem bylo získat odpovědi na otázky, které jsem si kladla před zahájením praktické části bakalářské práce.

Odpovědi na otázky během rozhovoru jsem zaznamenávala na nahrávací zařízení – diktafon, se kterým byli oba respondenti srozuměni. Oběma respondentům jsem před rozhovorem předložila Informovaný souhlas, který stvrdili podpisem. Vzor jmenovaného souhlasu přikládám v příloze číslo 3. První rozhovor s mužem důchodového věku probíhal v domově pro seniory, ve kterém respondent žije. Následující druhá diskuze se uskutečnila v kavárně, kde jsme se s mladou dívkou se stomií setkaly. U obou rozhovorů jsem se

snažila dotknout totožných témat a sledovat respondentovi odpovědi, jak verbální tak i nonverbální reakce.

Dále se zaměřím na informace z dokumentace o zdravotním stavu klienta, čerpat budu i z lékařských zpráv, ze samotného rozhovoru, samozřejmě i z vlastního pozorování, kde na sebe subjektivně klient prozradil určité emoce a své postoje. Ke zpracování dále budu využívat hodnotící škály.

11. ORGANIZACE VÝZKUMU

Praktická část předkládané práce bude rozdělena na dvě části. První se týká staršího respondenta, kdy jeho stav zhodnotím v kazuistice pomocí modelu Marjory Gordonové a poté bude následovat rozhovor se samotným respondentem. Po rozhovoru zhodnotím jeho pocity, reakce, soběstačnost a celkový psychický stav po operačním výkonu, tedy vytvoření střevního vývodu. Totožná specifika hodlám sledovat u druhé, mladé respondentky. Výsledky porovnáám ve velké diskusi, kdy pracuji i s názory jiných odborníků, ať už z oblasti psychologie nebo chirurgie. V závěru zhodnotím, zda se mi vytyčené cíle podařilo splnit. Praktickou část mé odborné práce jsem zpracovávala od července do září roku 2014.

12. PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

12.1 Kazuistika 1

Údaje o pacientovi

Muž (F.H.) ve věku 68 let, je bezdětným vdovcem, pacientova manželka zemřela před mnoha lety. Respondent je plně orientovaný časem, místem i osobou. Pan H. se podrobil chirurgickému výkonu v roce 2005, kdy mu byla vytvořena kolostomie, konkrétně v klatovské nemocnici. Respondent tedy žije již 9 rokem s vývodem tlustého střeva. Indikací k operaci byla náhlá příhoda břišní, kdy byl diagnostikován zanícený divertikl v oblasti tlustého střeva. Rekonvalescenci zkomplikoval dlouhodobě kompenzovaný diabetes mellitus a jeho přidružené onemocnění v podobě nekrotických změn na dolních končetinách. Respondent kvůli diabetické noze prodělal amputaci levé dolní končetiny. O tři roky později i pravé dolní končetiny. Druhá amputace byla provedena šest měsíců před vznikem náhlé příhody břišní. Respondent denně užívá léky na vysoký krevní tlak, jelikož trpí esenciální hypertenzí diagnostikovanou roku 1996. Dále je respondentovi pravidelně aplikován 3x denně inzulin v souvislosti s diagnózou Diabetes mellitus 1 typu.

12.1.1 Anamnéza

- Osobní anamnéza:

Muž 68 let, prodělal běžné nemoci, léčen na vysoký krevní tlak od roku 1996, roku 1990 diagnostikován Diabetes mellitus 1. typu, roku 2001 provedena amputace levé dolní končetiny, roku 2004 amputace i pravé dolní končetin. Obě končetiny byly odstraněny v důsledku diagnózy „diabetická noha“. Roku 2005 vytvořena kolostomie. Respondent konzumuje pravidelně alkohol (pivo), je nekuřákem, kávu konzumuje příležitostně. Svůj volný čas tráví s přáteli a sledováním sportovních přenosů.

- Rodinná anamnéza:

Matka zemřela v 72 letech na carcinom prsu, otec zemřel v 66 letech na infarkt myokardu. Pacientova manželka zemřela při dopravní nehodě v 58 letech.

Bratr 65 let, bez výrazných obtíží.

Respondent je bezdětný.

- Pracovní anamnéza

Respondent pracoval u Českých drah na pozici výpravčího.

Dnes v invalidním důchodu.

- Sociální anamnéza

Respondent již 8 rokem žije v domově pro seniory v jeho rodném městě. Respondent je bezdětný, vdovec. Udržuje blízký vztah se vzdáleným příbuzenstvem.

Lékařská diagnózy

K 50.1 Zanícený divertikl tlustého střeva

Z 89.7 Stav po oboustranné amputaci DK

O 24.0 Diabetes mellitus závislý na inzulínu

I 27.0 Primární (esenciální) hypertenze

12.1.2 Integrace modelu do ošetrovatelské péče o klienta H.F.

Jelikož autorka Marjory Gordonová pojímá přístup ke klientovi holisticky a poukazuje na důležitost individuálního poskytování péče, vybrala jsem si právě její model, nebo-li Model funkčních vzorců zdraví. Měli bychom si uvědomit, že definic vysvětlujících pojem ZDRAVÍ je opravdu nespočet. A právě tvůrkyně již výše zmíněného modelu uvádí, že funkční typy zdraví u klientů jsou odvozeny ze vzájemného působení člověka a prostředí. (TRACHTOVÁ E., 2008 str. 167)

Informace, které jsem získala z výpovědi respondenta během rozhovoru, užívám k popisu zdravotního stavu tohoto klienta a následně s nimi pracuji i v ošetrovatelském modelu. Rozhovor uvádím níže.

1) Vnímání zdraví a snaha o udržení zdraví

Tazatel: „Jaká byla hlavní diagnóza, která vedla k vytvoření vývodu?“

Respondent: „No už je to dlouho, já jsem šel na amputaci druhý nohy, kvůli cukrovce. Nerad na to i vzpomínám, teďka mi zbyly jenom ty pahýly. Vždyť to vidíte sama. A po tý operaci mi začaly hrozný bolesti břicha a všechno to šlo rychle. Jel sem na sál a museli mi udělat tu stomii. Bylo to v roce 2005 myslím, jo určitě.“

Tazatel: „Pokud to dobře chápu, nebyl čas, aby Vás dostatečně informovali o tom, co je to kolostomie, jak o ni pečovat?“

Respondent: „Nebyl, to určitě nebyl, šlo to všechno ráz na ráz. Já jsem to vůbec před tou operací nedokázal představit, jako co mě čeká a jak to střevo bude vypadat. Byl to šok, ale zachránilo mi to život, že jo?“

Tazatel: „Máte pocit, že vedete stejně plnohodnotný život jako před vytvořením vývodu?“

Respondent: „O tom jsem taky přemýšlel, jestli bych měl nohy a stomii jestli by to šlo. Asi bych měl větší strach, že by se odlepila. Ale já už sem na to zvyklej a život se snažím žít stejně jako sem žil před operací. Akorát teď chodím do sáčku (smích).“

Tazatel: „Máte ještě nějaké zdravotní problémy?“

Respondent: „No, mám cukrovku a beru prášky na vysokou tlak. Tohle všechno mi zařizují sestřičky z domova.“

Tazatel: „Docházíte na pravidelné preventivní prohlídky? Například k zubaři, stomasestře a na diabetologii?“

Respondent: „Jo chodím. Zas mi to všechno hlídají sestřičky tady. Bez nich byl úplně neschopnej. Už sem v domově asi 8 let, tak vím, že jím můžu věřit. Jsou šikulky.“

Objektivní názor:

Pacient označuje úroveň svého zdraví před vytvořením kolostomie jako nepřilíš vysokou z důvodu stavu po oboustranné amputaci dolních končetin. Respondent se pyšní

skutečností, že je celoživotním nekuřákem. Respondent si uvědomuje, že operace, která vedla k vytvoření stomie, byla nezbytná. A se svým stavem je již smířen.

Dále se respondent léčí s chronickými nemocemi, což potvrzuje i dokumentace. Pacient pravidelně užívá léky na vysoký krevní tlak a 3x denně je respondentovi aplikován inzulín, což dokazují i záznamy v dokumentaci. Tyto činnosti zajišťuje personál domova, ve kterém žije. Personál domova dohlíží i na pravidelné návštěvy preventivních prohlídek. O kolostomii respondent pečuje ve spolupráci s personálem.

Během fyzikálního vyšetření jsem zaznamenala, že celkový vzhled respondenta je omšelý. Dále je plně orientovaný místem, časem i osobou.

2) Výživa a metabolismus

Tazatel: „Ráda bych se zeptala, zda dodržujete dietu, která doporučuje omezit alkohol, luštěniny a celozrnné pečivo?“

Respondent: „Abych Vám řekl pravdu, tak to nedodržuju, jediný co vím, že tekutin mám vždycky dost (smích).“

Tazatel: „Dobře a kolik litrů tekutin denně vypijete?“

Respondent: „Asi ty dva tři, určitě.“

Tazatel: „Pijete pravidelně?“

Respondent: „To si myslím, že jo.“

Tazatel: „Dobře a stravu si zajišťujete Vy sám?“

Respondent: „Kdepak, to je taky v režii domova, oni se tu staraj dobře.“

Tazatel: „Takže máte zajištěnou pouze diabetickou dietou?“

Respondent: „To mám, to vím. Dostávám i svačinu, ale já si stejně rád pro něco sladkýho nebo pro pivečko zajedu do města sám.“

Tazatel: „Jste spokojený se svojí váhou?“

Respondent: „To jsem. Myslím, že mám takovou normální váhu. To po operaci toho střeva to sem byl hubenej jako lunt. Já sem se nejdřív bál jíst nevěděl jsem, co ta stomie bude dělat. Teď už vím, že nemusím mít strach.“

Tazatel: „Trápily Vás někdy potíže ve smyslu podráždění kůže v oblasti stomie?“

Respondent: „Ne to jsem neměl. Používám i ochranný a čistící věcičky, když měním sáček, tak asi díky tomu.“

Objektivní názor:

Respondent udává, že stravování je opět zajištěno službou poskytující domovem. Respondent pravidelně přijímá potravu. Hydratace je u klienta dostatečná, plnění této potřeby si klient zajišťuje samostatně. Klient vypije okolo 2 litrů denně. Mezi hlavními jídly pacient dostává svačiny ve formě různého ovoce a mléčných produktů. Strava je různorodá, vždy čerstvá a pestrá. Pokrmy jsou upraveny dle potřeb respondenta, tedy ve smyslu DIA. Pacient přiznává, že alkoholu se nebrání, pokud je příležitost, alkohol konzumuje. Respondent dále přiznává, že si rád zahřeší sladkostmi. Domnívám se, že by zde byla vhodná edukace na téma pozitivního vlivu léčebného režimu.

O dietní omezení, se kterými je seznámen, se pacient nijak nezajímá. Dietu pro pacienta se stomií nemá potřebu znát. Pacient trpí mírnou nadváhou v hodnotě BMI = 27,4. V období po operaci se objevila podváha, která byla důsledkem odmítání stravy. Dnes se váha již normalizovala. V provedeném screeningovém testu MNA pacient získal 11 bodů. Což poukazuje na možnou poruchu výživy a tedy nutnost vyšetření nutričním terapeutem. Vzor záznamu se nachází v příloze 4.

Z fyzikálního vyšetření jsem se dozvěděla, že pacientova ústní dutina je klidná a bez defektů. Respondent používá horní i dolní zubní protézu. Stav kůže respondenta je normální, kožní turgor je taktéž fyziologický. Parastomální oblast je bez viditelných obtíží.

3) Vylučování

Tazatel: „Teď bych se Vás ráda zeptala na vyprazdňování, zda je pravidelné?“

Respondent: „V tomhle směru problémy nemám, nejhorší to bylo na začátku, když ta stomie byla čerstvá. To jsem měnil pytlíky každou chvíli. Teďka to vyměním vždycky brzo ráno, okolo tý 8-9 a je zase klid. Todle už mám naučený. No, ale když to přeženu se sladkým tak to je hnedka problém.“

Tazatel: „Zmínil jste, že máte komplikaci v souvislosti se stomií, a to parastomální kýlu. Neznemožňuje Vám kýla vyprazdňování?“

Respondent: „Jojo mám kýlu, jak vidíte (pacient kýlu názorně předvádí). Udělala se mi nevím, jestli hned dva nebo tři roky po operaci. No v nemocnici se mi na to koukali a ptali se, jestli tu kýlu chci pryč. Já říkal, když mě to nebolí a všechno funguje, jak má tak, že už to necháme bejt. Já o ní ani nevím, kdyby to nebylo vidět. Někdy se teda stane, že mi špatně drží sáček kvůli tý kýle, ale to je málokdy.“

Tazatel: „Ani teď o nápravě této komplikace neuvažujete?“

Respondent: „Ne.“

Tazatel: „Pocit'ujete potíže během močení?“

Respondent: „Ne s tím problémy nemám. To by mi ještě chybělo.“

Objektivní názor:

V době po vytvoření stomie byla stolice naprosto nepravidelná, často se střídala zácpa s průjmovitou stolicí. Dnes má pacient zavedený rituál ve vyprazdňování, který pečlivě dodržuje. Dietní prohlešky, jak udává pacient, se většinou projeví řídkou stolicí. Pravidelnost ve vyprazdňování potvrzují i záznamy v dokumentaci.

Respondent je v oblasti močení bez obtíží. Největším problémem, kterým pacient trpí, je parastomální kýla, která komplikuje přichycení pomůcek ke kůži. Kýla pro pacienta představuje jen pocit tlaku, ale ne bolesti. Tato komplikace u pacienta přetrvává již 8 rokem. O možnosti reoperace respondent odmítá uvažovat.

4) Aktivita a cvičení

Tazatel: „Další otázka se týká sportu. Provádíte nějaký sport aktivně?“

Respondent: „Jako sport. Dyť já se nadřu jako blázen, jenom když se jdu oblíct nebo umejt. To je pro mě práce až až.“

Tazatel: „Z osobní zkušenosti vím, že tady v domově nabízí takové lehčí cvičení se zaměřením na horní končetiny. Ani to Vás neláká?“

Respondent: „To mě neláká, mně stačí, že se o sebe dokážu postarat. Jediný s čím mi tady ještě pomáhají, je někdy při měnění sáčku. Nijak to zvládám sám. Já se na sport spíš rád koukám, tojo.“

Tazatel: „Takže se sportu věnujete spíš pasivně?“

Respondent: „Přesně. Já jezdím tím mojem vozítkem na zápasy fotbalový s kamarádama, tady v Sušici. V televizi koukám rád na atletiku a hokej ještě. To mě baví.“

Objektivní názor:

Respondent se označuje za téměř soběstačného. Úroveň soběstačnosti jsem hodnotila za pomoci Barthelova testu běžných denních činností. Test klienta označil jako lehce závislého. Pacient získal 90 bodů. Vzor se nachází v příloze 5. Samostatně se nají, umyje, obleče i přesune z lůžka na židli. Někdy je nutná dopomoc personálu během ošetření kolostomie z důvodu kvalitního přiložení pomůcky. Nutné pochůzky respondent objíždí na elektrickém invalidním vozíku, na který je velmi hrdý. O možnost aktivity nabízenou domovem pacient nemá zájem. Jak sám respondent udává, během péče o sebe samého má cviků až dost. Důvodem tohoto tvrzení je pacientův handicap ve smyslu oboustranné amputace dolních končetin.

Respondent se přesto cítí plný životní energie a síly. Svůj volný čas respondent rád tráví v okruhu svých přátel. Několikrát týdně navštěvuje restaurační zařízení, kde sleduje sportovní utkání. V letních měsících pravidelně sleduje fotbalová utkání na zdejším stadionu.

5) Spánek a odpočinek

Tazatel: „Také bych se chtěla zeptat, jak se Vám v noci spí?“

Respondent: „No jak, normálně. Je pravda, že tedy někdy ta kýla překáží. Naučil jsem se spát na zádech, protože na tom břichu to fakt nejde. Taky se rád natáhnu po obědě.“

Tazatel: „Cítíte se po probuzení odpočatý?“

Respondent: „Jak kdy. Občas mi přijde jako bych ani nespál.“

Tazatel: „Přemýšlel jste nad užíváním léků na spaní?“

Respondent: „Ne, tomu já nevěřím. To nechci.“

Objektivní názor:

Pacient spí téměř 7 hodin denně. Ze záznamů v dokumentaci vyplývá, že se pacient ojedinele probouzí ospalý a vyčerpaný. Nekvalitní spánek si vynahrazuje odpoledním odpočinkem. Veškeré tyto těžkosti respondent připisuje parastomální kýle, která ho omezuje při vyhledávání vhodné polohy ke spánku. Na obličeji klienta jsou patrné známky vyčerpání (kruhy pod očima, zívání) související s nevyspaním. Léky na spaní odmítá. Domnívám se, že by byla vhodná edukace v oblasti kvalitního spánku.

6) Vnímání a poznávání

Tazatel: „Pocit'ujete nějaké zhoršení například zraku nebo sluchu?“

Respondent: „Nosím akorát brejle, ale jenom na čtení. A myslím, že slyším dobře.“

Tazatel: „Co pro Vás bylo nejtěžší v péči o stomii během prvních měsíců?“

Respondent: „Já se o stomii ze začátku odmítal starat, přišel jsem si odepsanej, a tak jsem tomu vůbec nestaral. Byl sem zoufalej... Přemejšlel jsem i nad tím, co budu dál dělat, napadalo mě i to že se zabiju... Potom když jsem se dostal do Horažďovic, tak jsem začal o tu péči zajímat, okoukával jsem to a tak. To jsem tam byl už snad 2 měsíce. A teďka už bych to vyměnil i po slepu.“

Tazatel: „Vyhledával jste nějaké podporující skupiny v souvislosti s diagnózou?“

Respondent: „Vůbec ne, to se lidi takhle scházejí jo?“

Tazatel: „No, mezi sebou si předávají zkušenosti například.“

Respondent: „Já jsem se akorát ptal u nás v domově, jestli tady ještě někdo se stomií je a sestřičky říkaly, že jo asi dva lidi, ale jako nepotkali jsme se, ta jedna paní snad odešla do penzionu nebo co, ale o takhle široký veřejnosti sem to teda ještě neslyšel.“

Tazatel: „Dál se vydává třeba časopis. V tom se prezentují nemodernější pomůcky související s péčí o stomii. Také různé novinky a příběhy ostatních stomiků, možná by Vás to mohlo zajímat. Odběr je zadarmo.“

Respondent: „Opravdu no to by se mi mohlo líbit, na to se musím mrknout, to já si rád něco přečtu. Aspoň bych mohl bejt trochu chytřejší, že jo.“

Objektivní názor:

Obtíže se smysly jsou přiměřené věku respondenta. Sluch je zhoršen mírně, zjištění jsem zaznamenala v souvislosti s nutností opakovat otázky rozhovoru. Potřebu nosit kompenzační pomůcky pacient nemá. Zrak je poněkud horší, pacient nosí pouze brýle na čtení. Paměť respondenta je na velmi dobré úrovni, a to především ta dlouhodobá. Pocity nejistoty jsem z odpovědí pacienta nezaznamenala.

Po provedení testu kognitivních funkcí (MMSE) jsem zjistila, že se pacient trpí lehkou kognitivní poruchou. V testu získal 22 bodů a vzor je přiložen v příloze číslo 6. Pacient se tedy obtížně učí novým věcem, k tomuto problému se i sám respondent přiznává. Pacient dodává, že i péče o výměnu pomůcek při ošetřování stomie byla někdy komplikovaná a dlouhodobá. Díky dlouhodobému tréninku dnes pacient pomůcky vymění bez potíží. O svém zdravotním stavu má pacient informací dostatek.

U respondenta jsem zaznamenala deficit informací týkající se péče o kolostomii. Domnívám se, že by zde byla vhodná edukace v oblasti péče o střevní vývod. O sdružení pacientů se stomií se respondent dozvěděl až dnes. Nadchla ho možnost odběru odborného časopisu.

7) Sebepojetí, sebeúcta

Tazatel: „Jaké jste měl pocity potom, co jste se dozvěděl, že Vám byla vytvořena stomie?“

Respondent: „Tak nejdřív jsem vůbec nevěděl, co to má bejt. A pak na mě přišel strach, jak já to vůbec všechno zvládnu, starat se o tu stomii a vůbec jako sám o sebe. Přemejšlel jsem i nad sebevraždou.“

Tazatel: „Pokud se mohu zeptat. Kdo Vám tuto myšlenku vyvrátil?“

Respondent: „Rodina. Nikdy jim to nebudu moct oplatit.“

Tazatel: „Jak jste se cítil, když jste se poprvé po zákroku uviděl?“

Respondent: „Nebyl to zrovna hezký pohled na to střevo. Bylo to všechno takový živý maso mi to přišlo, to střevo. Ale teďka už mi to přijde úplně normální. Dá se s tím žít a to je pro mě důležitý.“

Tazatel: „Mohli byste mi říct, co pro Vás kolostomie znamená?“

Respondent: „No je to věc, která mi zachránila život...Je to nutnost. Sice mi to trvalo dlouho, ale došlo mi, že ten život může být fajn i se stomií.“

Tazatel: „Existuje něco, z čeho máte opravdu strach?“

Respondent: „Bojím se, že by musel zase na operace, třeba jenom s tou kýlou.“

Objektivní názor:

Pro pacienta je období operace stále velmi citlivé téma, ke kterému se nerad vrací. Tomu i odpovídal výraz obličeje a nechuť k danému tématu. Respondent udává, že jeho vlastní sebepojetí se nijak nezměnilo ani po operaci. Pacient spoléhá sám na sebe i v krizových situacích, během hospitalizace došlo i k pochybnostem o sobě samotném. Poměrně velký problém bylo pro respondenta přijmout změnu obrazu těla. V pooperačním období se u klienta objevily suicidální myšlenky, které byly pouze přechodné. V této době respondenta pozitivně ovlivnil přístup rodiny, který byl nekompromisní. Svým blízkým je pacient opravdu vděčný, čemuž nasvědčuje i děkovaný usměv na jeho tváři.

Po zjištění samotné funkce a získání informací o péči týkající se stomie si uvědomil její kvalitu. Tento operační výkon mu umožnil kvalitně žít a žít bez bolesti. Největší strach má respondent ze situace, kdy by se operace parastomální kýly stala nevyhnutelnou. Kolostomii bere jako nutnost, která ho příliš nezatěžuje.

8) Plnění rolí, mezilidské vztahy

Tazatel: „Pane H., jak se k Vaší situaci postavila rodina? Podporovala Vás v době operace?“

Respondent: „Doba po operaci pro mě byla úplně příšerná. Já už jsem nechtěl vůbec žít. Chodili za mnou známý a já už jsem už byl na vozejku. Říkali mi, podívej, tamhle ten nemá taky nohu a zvládá to a já říkal no, ale já nemám dvě nohy a ještě ten vývod, tak mě

hnedka sprdli a byl klid. Mě to pomáhalo, v té době sem ani nechtěl jíst, bál jsem se, co to s tou stomií bude dělat. Byl sem i hodně hubenej, no ono když člověk nejí tak to jde rychle dolů. Pak jsem v nemocnici viděl jednoho dědouška, co to měl stejný jako já, jako tu stomii a všechno zvládal sám. Do té doby mě vůbec nenapadlo, že bych jako mohl žít zase normální život. Po těch pár tejdnech už jsem se s tím smířil no. Nebejt té mojí rodina a všech příbuzných, tak tady teďka nejsem.“

Tazatel: „Já Vám můžu říct, že Vás opravdu obdivuju, jak jste šikovný a samostatný. Myslím, že jste všem ukázal to, že když člověk chce, tak všechno jde.“

Respondent: „Všechno jsem se naučil, pomalinku.“

Tazatel: „Dobře Pane H., teď bych se chtěla zeptat, jak se Vám vracelo se do společnosti přátel s vývodem tlustého střeva?“

Respondent: „Kamarádům jsem se nevyhýbal, jezdil jsem normálně mezi lidí na tom mojem vozíčku, jezdím do parku, chodím do hospody na fotbal, někdy do města. Vývod mám vlastně pod košilí tak o tom spousta lidí asi ani neví, akorát ty nohy ta schovat nejdou. Pár kamarádů se mě na to ptali, ale že by je to znechutilo, to vůbec. Jsem to prostě pořád já akorát se stomií.“

Tazatel: „Je stomie důvod, proč nenavštěvuje akce pořádané domovem?“

Respondent: „Ne, stomie není problém. Mám rád svoje soukromí. Mám dlouholeté přátele mimo domov a to mi stačí, už nehledám nový.“

Objektivní názor:

Respondent bydlí již několikátým rokem v domově pro seniory, ve kterém se cítí spokojeně a bezpečně. Bohužel respondent náhle přišel o manželku, se kterou neměli ani děti. Pacient je tedy vdovcem a je bezdětný. Nejbližší rodinou mu jsou vzdálenější příbuzní a bratr s rodinou, kteří ho několikrát do roka navštěvují. Respondent přikládá extrémní důležitost podpoře od vzdálené rodiny, zvláště během hospitalizace v nemocnici podporu oceňoval. Nečekaná operace respondentovu rodinu zasáhla, měla velký strach o budoucnost respondenta. Pacient kromě rodiny udržuje blízký vztah se svými dlouholetými přáteli. I ti ho kladně motivovali během zotavení.

Dnes je v invalidním důchodu. Pacient se na první pohled zdá jako samotář, po bližším zjištění je to člověk, který má rád společnost. I přesto, že respondent bydlí

v domově plném lidí, nemá potřebu navštěvovat je. Radši má své soukromí, a pokud si chce pohovořit, navštíví své blízké přátele. Navazovat nové kontakty nemá potřebu. Tuto „izolaci“ neudává ani tak svému handicapu, ale své povaze.

V době operace ho blízké mezilidské vztahy ovlivňovaly a motivovaly celou situaci překonat ve zdraví.

9) Sexualita

Tazatel: „Jaký je Váš rodinný stav pane H.?“

Respondent: „Jako jestli sem svobodnej nebo ženatej? Tak ani jedno byl sem, ale žena mi umřela při nešťastný nehodě. Děti jsme neměli, tak sem takle sám. Já, ale už jinou nechci, takhle jsem spokojenej. Ale neříkám, na hezkou holku se podívám rád, že jo?“

Objektivní názor:

Vzhledem k věku respondenta a statusu vdovce není tato oblast významná ani rozhodující. Po smrti manželky již jinou partnerku neměl potřebu hledat. Je spokojený, tak jak je. Pacient připouští, že se na hezká děvčata rád pouze podívá.

10) Stresová, zátěžová situace a jejich zvládnání, tolerance

Tazatel: „Jaké období z koloběhu prvních příznaků, přípravy na operace, samotné operace a pooperační zotavení byste označil za nejvíc stresově náročné?“

Respondent: „Určitě to byla ta doba, co jsem trávil jenom v nemocnici. Šlo to na mě všechno rychle. Třeba na s těma mojema nohama byl čas, mohl sem to promyslet, popřemýšlet, ale tady nic..... V tý době mi držela nad vodou ta moje rodina, zachránili mě. Už jsem nechtěl žít, ale oni mi ukázali, že mám ještě pro co. Už vím co je v životě opravdu důležitý. Je to hlavně zdraví.“

Tazatel: „Téma operace je pro Vás asi náročné a nepříjemné, mám pravdu?“

Respondent: „Ano. Pořád je to pro mě dost živí, i když je to už tolik let. Když si vzpomenu na tohle období, jezdím se vyčistit hlavu do přírody. To mi pomáhá.“

Objektivní názor:

Z respondentovy reakce bylo zřejmé, že dané téma je pro něj nepříjemné a velmi těžké. Veškerou nechuť a chmury přisuzují urgenci operace a nedostatečné přípravě respondenta k výkonu. Za krizovou situaci pacient označuje pobyt v nemocničním zařízení, které pro respondenta bylo velmi psychicky i fyzicky náročné. Vše přišlo náhle a nečekaně. V této době se u respondenta objevily i suicidální myšlenky, které připisuje tomu, že se na takto velkou životní změnu nemohl připravit, nemohl si to promyslet. Pomocnou ruku mu poskytli především rodinní příslušníci, kterým je převelice vděčný. Při pomýšlení na již zmíněné období respondent upadá do depresí. U pacienta se objevují i úzkostlivé pocity, které se snaží řešit dlouhými vyjížděkami v přírodě. Vhodná by zde byla edukace v oblasti mírnění stavů úzkosti.

Díky náročné životní situaci, kterou si respondent prošel, získal nový pohled na svět. Dnes již klient nepřikládá důležitost penězům či majetku. Je si vědom, že zdraví je to nejdražší, co máme.

11) Víra

Tazatel: „Máte nějaké plány do budoucna, co byste si chtěl splnit?“

Respondent: „Ani nevím, chtěl bych být jenom spokojenej a hlavně zdravej.“

Tazatel: „Poslední otázka se týká víry. Jste věřící, pane H.?“

Respondent: „Ne ne na boha určitě nevěřím. To co sem nikdy neviděl, na to prostě nevěřím.“

Odmilka

Respondent: „Zase když si vzpomenu na tu dobu, kdy mi udělali vývod. Tak se musím přiznat, že to sem se obracel i k bohu. Byl jsem zoufalej, nevěděl jsem jak dál.“

Objektivní názor:

Respondent si budoucnost nehodlá plánovat. Chce si užívat klidného života. Respondent se řadí do skupiny ateistů, boha neoznačuje jako pána tvorstva. Přiznává, že v období operace nadešel čas, kdy prosil i boha o pomoc. Přisuzuje to ke strachu

a zoufalství. Otázka týkající se víry respondenta zarazila a později i zasáhla. Tyto pocity připisují vzpomínkám na trápení, které prožil v nemocničním zařízení.

I v dnešní době je stále přesvědčeným ateistou a měnit to nehodlá.

12) Jiné

Tazatel: „**Jak už jste řekl, nebyl čas, aby Vás dostatečně informovali o tom, co je to kolostomie, jak o ni pečovat?**“

Respondent: „Nebyl, to určitě nebyl, šlo to všechno ráz na ráz. Já jsem to vůbec před tou operací nedokázal představit, jako co mě čeká a jak to střevo bude vypadat. Byl to šok, ale zachránilo mi to život, že jo?“

Tazatel: „**A co stomická sestra navštívila Vás v nemocnici? Byla Vám nápomocná?**“

Respondent: „Kdo?“

Tazatel: „**No jedná se o sestru specialistku na stomie a vývody, kdy Vám měla vlastně všechno ukázat, popsat, společně jste si měli vybrat a vyzkoušet pomůcky?**“

Respondent: „Tak to Vám ani nevím. V nemocnici se mi o to staraly sestřičky, který zrovna měly směnu, jinak pomůcky jako jiný než mám teď sem zkoušel až tady na domově.“

Tazatel: „**Máte pocit, že pojišťovna hradí dostatečné množství pomůcek?**“

Respondent: „Jo to jo, mě to vychází dobře. Nemám problém.“

Objektivní názor:

Pojem stomie byl pro respondent zcela neznámý. Stomasestra právě v respondentově případě nebyla významná z důvodu urgency a časové tísně. Veškerá příprava na zákrok byla omezena na minimum. Respondent byl nucen všechny informace a změnu jeho těla vstřebat náhle, bez přípravy. S počtem pomůcek, který je poskytovány pojišťovnou, pacient neudává problémy.

Během fyzikálního vyšetření jsem zaznamenala, že dech klienta je klidný a pravidelný o frekvenci 16 dechů za minutu. Respondent trpí hypertenzí, tato skutečnost se během měření i potvrdila. Hodnota krevního tlaku byla 145/85 mmHg. Z pozorování

a fyzikálního vyšetření pokožky respondenta jsem nezaznamenala žádné defekty, hematomy či vyrážky. Kůže má bledou barvu. Stomie je umístěna v levém dolním kvadrantu stěny břicha, kůže v blízkosti střevního vývodu je klidná bez zarudnutí či otoku, prstem průchodná. Respondent trpí již několik let komplikací ve smyslu parastomální kýly.

Základní fyzikální vyšetření sestrou provedené dne 6.9.2014

12.1.3 Ošetrovatelské problémy:

00078 – Neefektivní léčebný režim z důvodu pravidelného porušování dietních opatření

Objektivně: Pacient má opakovaně hodnoty glykémie nad 11 mmol/l

Subjektivně: Pacient udává, že si rád zahřeší sladkostmi

Výsledky: Pacient bude bez zásadních obtíží ve smyslu dodržování diety

Intervence:

- 1) Předejte dostatek informací o nutnosti dodržování léčebného režimu
- 2) Edukujte pacienta o možných diabetických alternativách
- 3) Vyjmenujte možné komplikace
- 4) Zajistěte návštěvu edukační sestry
- 5) Informujte pacienta o výměnných jednotkách a práci s těmito jednotkami
- 6) Zajistěte konzultaci s nutričním terapeutem

00095 – Porušený spánek v souvislosti s parastomální kýlou

Subjektivní: Pacient ospává během dne

Objektivní: Pacient si stěžuje na únavu a vyčerpání

Výsledky: Pacient bude spát 6 hodin v kuse, bude se cítit odpočatý

Intervence:

- 1) Edukujte pacienta o spánkové hygieně
- 2) Zaměstnejte pacienta během dne
- 3) Upravte lůžko dle přání pacienta
- 4) Zajistěte klidné a příjemné prostředí ke spánku
- 5) Podejte hypnotika dle ordinací lékaře

00126 – Deficitní znalosti v oblasti péče o kolostomii

Objektivně: Stomie je ošetřována sestrou a současně je pacient edukován a veden k sebeobsluze

Subjektivně: Pacient přiznává deficit vědomostí

Výsledek: Pacient bude umět samostatně ošetřovat stomii

Intervence:

- 1) Zajistěte návštěvu stomické sestry
- 2) Informujte pacienta o existenci odborné časopisu týkající se dané problematiky
- 3) Informujte pacienta o sdružení pacientů se stomií
- 4) Zapojte pacienta do péče o stomii

00146 – Úzkost v souvislosti s prožitou náročnou životní situací

Objektivně: Pacient má sklíčený výraz v obličeji

Subjektivně: Pacient udává nepříjemné pocity

Výsledky: Úzkost bude zmírněna

Intervence:

- 1) Podejte informace o onemocnění
- 2) Informujte pacienta o možnostech relaxace
- 3) Pokuste se vytvořit partnerský vztah s pacientem
- 4) Nabídněte konzultaci s odborníkem na danou problematiku

Rozhovor s respondentem H.F.

Rozhovor probíhal, pro respondenta v domácím prostředí, v jeho vlastním pokoji v domově pro seniory, ve kterém žije již několik let. Otázky během rozhovoru pro respondenta byly zajímavé, někdy i zábavné. Spolupráce byla oboustranně příjemná. Pacient mou osobu znal, z mého dřívějšího působení v tomto domově na pozici pečovatelky. I přesto jsme oba na začátku rozhovoru nevěděli, jak se chovat. Postupem času se atmosféra uvolnila a stala se poklidnou.

Samotný rozhovor trval 45 minut. Respondent během rozhovoru mluvil nespisovnou češtinou, dále používal hovorovou mluvu bez odborného názvosloví.

12.1.4 Analýza rozhovoru

Rozhovor probíhal ve velmi klidné atmosféře. Otázek bylo poměrně velké množství, ale respondent tuto skutečnost dobře akceptoval. Několik otázek týkající se například výživy respondenta dokonce pobavily. Během několika dalších dotazů jsem zaznamenala i chmury, které se objevily na tváři respondenta.

Při rozmluvě s respondentem jsem se dozvěděla, že nečekaná operace, která vyústila k vytvoření stomie, respondenta zaskočila. Střevní vývod pro pacienta představoval věc, se kterou nelze žít, natož žít spokojeným životem.

Edukace v předoperačním období se u tohoto respondenta omezila na minimum v souvislosti s urgencí, která jí přecházela.

V části rozhovoru, ve které jsme se dotkli období operace a pooperačního období, bylo zjevné, že je tento úsek pro respondenta opravdu psychicky náročný. Ve výrazu se objevil útrpný až znechucený výraz, který souvisel s pooperačním zotavováním. Jak jsem se dozvěděla, v průběhu hovoru respondenta přepadly myšlenky na spáchání sebevraždy. Suicidální myšlenky byly pouze přechodné, díky podpoře respondentovy rodiny, blízkých příbuzných a přátel. Pacient tak získal odlišný pohled na náhle vzniklou situaci, kterou bylo vytvoření stomie. U respondenta v této době převládaly pocity strachu, nevědomosti a bezradnosti. Z odpovědí bylo znatelné, že rodina je pro něj velmi důležitá a cítí v ní opravdovou podporu. Kvalitně respondenta ovlivňoval nekompromisní přístup rodinných příslušníků, kteří ho nehodlali jen litovat.

Dále si myslím, že toto období bylo opravdu náročné, ale pro respondenta rozhodující. Kladně pacienta ovlivnil i pobyt mezi totožně handicapovanými lidmi, díky kterému následně i prozřel. Po uplynulých dvou měsících od zákroku, se respondent rozhodl a začal se o stomii zajímat.

Poměrně často respondent hledat ta správná slova, jak na otázky kvalitně a pravdivě odpovědět. Naopak u jiných dotazů, například na společenský život, byly odpovědi pohotové. Bylo zřejmé, že nad některými otázkami uvažoval dříve a samostatně.

Z reakcí respondenta jsem pochopila, že v péči o stomii dodržuje určitý rituál a pravidelnost, která je nutná k dodržováním předepsaným limitům v počtu pomůcek poskytovaných pojišťovnou. Zajímavou se pro mě stala skutečnost, že pro respondenta stomasestra nehrála důležitou roli.

12.1.5 Toto jsou výsledky, které jsem se dozvěděla z rozhovoru

U výše zmíněné kazuistiky prvního respondenta je důležité si uvědomit, že situace související s vytvořením kolostomie přišla náhle a nečekaně. Respondent neměl dostatek času, aby se na změnu obrazu těla dostatečně připravil, ať už po fyzické i psychické stránce. Péče před vyvedením tlustého střeva byla tedy urgentní, to vedlo i ke snížené edukaci klienta. Pacient neměl dostatek informací o jeho zdravotním stavu. Pan H. nevěděl, co si pod pojmem stomie představit. Respondent v předoperačním období nebyl seznámen s možností kontaktovat stomasestru, s existencí sestry specialistky nebyl obeznámen. Proto se domnívám, že i to přispělo k odmítání péče o stomii během prvních 2 měsíců. Postupem času si respondent uvědomil, že se stomie stala vysvobozením, které mu umožňuje dál žít kvalitní plnohodnotný život ve společnosti milující rodiny a podporujících přátel.

Pooperační péče byla zkomplikována velmi pomalým hojením v souvislosti s přidruženou diagnózou DM 1. typu. V této době respondent dostal základní informace týkající se péče o stomii, o které neprojevil zájem. Po operaci se u něho objevily suicidální myšlenky a prvotní úsilí související s pečování o stomii zcela zaniklo.

Po zhojení operační rány byl pacient převezen do rehabilitačního centra z důvodu obnovení sebezpeče při běžných denních aktivitách a čekal na uvolnění místa v domově pro seniory. Během hospitalizace v rehabilitačním centru, která trvala tři měsíce, respondent postupně začal spolupracovat se zdravotnickým personálem a zapojoval se do ošetřovatelské péče o střevní vývod. Respondent změnil svůj žebříček hodnot a přestal myslet na suicidium. Během léčby pochopil, že jsou i jiní lidé, kteří se stomií dokážou žít plnohodnotný život. Muž přijal změněný obraz těla. Po propuštění z rehabilitačního centra, klient zvládal techniku výměny stomických pomůcek.

Dnes žije v domově pro seniory s pečovatelskou službou v Sušici. Péče o vývod je zkomplikována parastomální kýlou, kterou respondent má již osm let. Z potenciálního strachu z operace odmítá jakoukoliv nápravu. Myslím si, že je to odraz z minulé neinformovanosti před vytvořením stomie. Pan H. je taktéž diabetikem. I přes uvedenou komplikaci, respondent nemá problémy s pečováním o střevní vývod. Dokonce spolupracuje s pečovatelkami. Respondent nemá potřebu zkoušet odlišné systémy pomůcek, s typem, který momentálně používá je spokojený, i přes ojedinělé problémy s jeho uchycením.

12.1.6 Závěr

Během rozhovoru nepadla ani jedna zmínka ze strany respondenta o myšlenkách, že by stomii nechtěl. Naučil se s ní žít. Jediným problémem, který respondenta omezuje, je parastomální kýla. Z důvodu velkého strachu z operace tento problém raději přehlíží. Myslím si, že řešením by byla vhodná edukace, tento fakt zařazuji i do návrhu ke zlepšení ošetrovatelské péče v praxi.

Dále se domnívám, že pokud by byla šance respondenta na vytvoření střevního vývodu kvalitně edukovat mohla by rekonvalescence probíhat mnohem klidněji a bez problému. V pooperačním období se nemusely objevit ani myšlenky na sebevraždu. Díky kvalitním mezilidským vztahům tuto zátěžovou situaci respondent překonal ve zdraví. Dnes opět navštěvuje své oblíbené podniky a sportovní utkání ve společnosti svých přátel.

Pomůcky k péči o stomii dostává od pečovatelek domova. Z rozhovoru vyplývá že, dietním doporučením pacient nepřikládá důležitost.

Během našeho hovoru jsem respondenta upozornila, na existenci časopisu Radim, ve kterém je spousta zajímavých novinek a doporučení pro klienty s vytvořeným střevní vývodem. Tento časopis zahrnuje také příběhy pacientů se stomií a informuje pacienty o vývoji pomůcek určených k ošetření stomie. Vzhledem k tomu, že respondent je vášnivým čtenářem, tento návrh ho vážně nadchl a je rozhodnut, že se stane odběratelem těchto výtisků.

O osobní setkávání s ostatními lidmi se stejnou diagnózou, tedy chirurgicky řešeného střevního vývodu, nemá prozatím zájem. Přátelé respondentovi dopřávají dostatek energie pro život se stomií.

Dle mého vlastního uvážení mám pocit, že jsem zjistila velice důležité informace pro výzkum, ale také vnitřně pocítuji, že si respondentovi pomohla, ukázala jsem mu nové možnosti ohledně stomických pomůcek nebo možností, jak kvalitně zvládat život se stomií.

12.2 Kazuistika 2

Údaje o klientce

Mladá žena (V.A.) ve věku 23 let, žije se svým přítelem v Olomouci, zatím bezdětná, tlusté střevo má vyvedené pouhé dva roky. Donedávna byla indikována stomie pouze dočasně, nyní v září rozhodnuto o trvalém vyvedení tlustého střeva. Operace se uskutečnila roku 2012 a to v Motolské nemocnici v Praze. Období před operací, předcházela velmi zdlouhavá diagnostika doprovázená pro pacientku velmi nepříjemnými a obtěžujícími příznaky. Zcela prvotní příznaky se objevily již ve 13-ti letech klientky. Roku 2005 byla klientce sdělena diagnóza Crohnovy choroby. Vytvoření střevního vývodu bylo krajním řešením. Respondentka zkoušela různou konzervativní léčbu, bohužel vždy s pouze dočasným účinkem. Roku 2012 se rozhodlo o vynoření kolostomie.

U klientky nebyly diagnostikovány žádné další nemoci. Klientka pravidelně užívá pouze hormonální antikoncepci.

12.2.1 Anamnéza

- Osobní anamnéza

Žena 23 let, prodělala běžné dětské nemoci, roku 2005 diagnostikována Crohnova choroba, přes veškerou alternativní a farmakologickou léčbu byla klientce vytvořena kolostomie, a to roku 2012.

Respondentka je nekuřačkou, alkohol konzumuje pouze výjimečně, kávu klientka pije pravidelně a to každodenně. Roku 2012 byla respondentce vytvořena kolostomie.

- Rodinná anamnéza

Matka respondentky bez výrazných obtíží, otec taktéž.

Bratr respondentky zcela zdrav.

- Pracovní anamnéza

Respondentka v souvislosti s nemocí a věkem dosud nevykonávala dlouhodobou pracovní činnost. Příležitostně si přivydělává méně náročnou manuální činností. Respondentka je na plném invalidním důchodu.

- Sociální anamnéza

Pacientka bydlí v panelovém domě společně s přítelem téměř rok a půl, své rodiče pravidelně navštěvuje.

Lékařská diagnóza

K 50.8 Crohnova nemoc tlustého střeva

12.2.2 Integrace modelu do ošetrovatelské péče o klientku V.A.

Informace, které jsem získala z výpovědi respondentky během rozhovoru, užívám k popisu zdravotního stavu této klientky a následně s nimi pracuji i v ošetrovatelském modelu. Rozhovor uvádím níže.

- 1) Vnímání zdraví a snaha o udržení zdraví

Tazatel: „Během první otázky bych se Vás chtěla zeptat, jak to všechno začalo? Jaká byla hlavní diagnóza?“

Respondentka: „Jo jasně se mnou to začalo v 7 třídě. To byl asi rok 2007, to přišly první příznaky. Šla sem hrozně s váhou dolu, strašně jsem hubla, měla jsem furt strašnej průjem. Moje obvodářka mi tvrdila, že je to jenom překyselenej žaludek ... No a nic se nedělo dost dlouho, potom si doktoři mysleli, že jde o slepák a než sem šla na operaci, tam mě poslali na kolonoskopii, kde mi vlastně diagnostikovali Crohna. Všechno tohle trvalo asi rok od prvních příznaků. Potom se ta operace slepáku zrušila a začala se řešit léčba Crohna. Další ty 4 roky se to semnou táhlo chvílemi sem neměla vůbec žádný problémy, pak zase začalo období, kdy mi bylo špatně. Pak mi už nepomáhaly žádný léky, injekce, bioléčby nic no a před dvěma roky mi udělali stomii. Operovali mě v Praze. No kvůli mojí nízký váze jsem měla zavedenou sondu ještě před operací a tu jsem taky nesnášela nejlíp, tu jsem 4x vyzvracela a paní doktora řekla, že mě nebude dál trápit a že operaci zkusíme a uvidíme, jak dopadne. Po operaci jsem měla velký potíže s tím, že se mi do těla dostal nákej velkej zánět. Ob den jsem byla na sále, kde mi ránu čistili a po měsíci jsem šla domů.“

Tazatel: „Mezi první příznaky patřilo, jak už jsme řekly průjem, úbytek váhy“

Respondentka: „Často zvracení, únava.“

Tazatel: „A počítala jste s tím, že by tenhle koloběh mohl skončit stomií?“

Respondentka: „No já sem o tom ani nepřemýšlela, brala sem to jako něco co je dočasný a nevím za půl roku to bude zase pryč. A teďka už se pomalu začíná plánovat operaci, kde mi budou brát konečník a už budu mít stomii natrvalo.“

Tazatel: „Během doby diagnostiky jste chodila na základní školu. Jak to akceptovali místní učitelé?“

Respondentka: „No zameškanejš hodin jsem měla hrozně. Kvůli těm bolestem a vůbec příznakům to prostě ani nijak jinak nešlo. Moji učitelé byli moc hodný, snažili se mi vyjít vstříc.“

Tazatel: „Řekla byste, že žijete stejně kvalitní život, jako před vytvořením kolostomie?“

Respondentka: „Ne, to určitě ne. Myslím, že až po operaci žiju ten pravý život. Dokonce bych řekla, že ten život je dokonce ještě lepší.“

Tazatel: „Docházíte na pravidelné preventivní prohlídky?“

Respondentka: „Jojo teď už si to hlídám sama. Dřív to měla všechno pod kontrolou mamka.“

Tazatel: „Mohu se zeptat, zda užíváte pravidelně nějaké léky?“

Respondentka: „Jenom prášky, teda jako antikoncepci.“

Objektivní názor:

Pacientka o své zdraví velmi důsledně dbala a stále dbá. Díky nízkému věku pacientky byly pravidelné preventivní návštěvy tehdy dětských lékařů a stomatologa na matce respondentky. Dnes veškerou péči o své zdraví zajišťuje zcela samostatně. Pravidelně užívá pouze hormonální antikoncepci. Alkohol připouští pouze v malých dávkách a ojediněle. Diagnóza Crohnovy choroby se v rodině dosud neobjevila.

Pacientka udává, že její zdraví bylo před samotnou operací značně ovlivněno příznaky Crohnovy choroby, které ji velmi obtěžovaly a zabraňovaly jí opouštět bydliště, a tedy přirozeně žít. Během dlouhodobé diagnostiky respondentka hojně zameškávala školní docházku. Studium dokončila jen díky vstřícnosti tamních pedagogů.

Pacientky celkový vzhled na mne působí velmi upraveně a čistě. Dále je pacientka plně orientována časem, místem a osobou.

2) Výživa a metabolismus

Tazatel: „A co dietní opatření, řídíte se podle nich?“

Respondentka: „Ze začátku jsem se snažila poctivě, protože jsem nevěděla, co a jak si můžu dovolit. Po konzultaci s doktorem jsem se dozvěděla, že tak 6 týdnů po operaci už to nemusí být tak přísný. Že můžu začít pomalu jíst všechno, takže jsem se odhodlala a postupně jsem zkoušela nové věci. Dá se říct, že jím všechno akorát třeba zelí to si dávám jednou začas a málo. Potom třeba perlivý vody nepiju vůbec, pak to nadýmavý si dám maximálně přes den a nikdy ne na noc, to mi potom dráždí no.“

Tazatel: „Takže by se dalo říct, že se snažíte dodržovat zásady zdravé výživy?“

Respondentka: „Přesně tak. Snažím se jíst pravidelně, když je čas tak i 4 i 5x denně. Taky se snažím, aby to jídlo bylo čerstvé a různorodé. Hlídám si, abych vypila aspoň ten 1,5 litru vody.“

Tazatel: „Jak jste spokojená se svou váhou?“

Respondentka: „Momentálně moc ne. Chtěla bych něco málo shodit. Asi půl roku po operaci se mi vrátila chuť k jídlu a najednou jsem začala hodně přibírat, ale v té době to bylo nutný, byla jsem hodně podvyživená.“

Objektivní názor:

Pacientka přijímá potravu v pravidelných intervalech 4-5 x denně po menších porcích. Pokrmy má ráda pestré a čerstvé. Stále zkouší nové nevyzkoušené potraviny, které při negativní reakci vyřazuje. Respondentka pečlivě dbá i na dostatečný pitný režim. Pro hydrataci pacientka upřednostňuje čistou vodu, se snahou vypít alespoň 2 litry denně.

V době před i po operaci pacientka trpěla velkou podváhou, vše souviselo s neustálým pocitem nevolnosti a pravidelnými průjmy, což byly příznaky Crohnovy choroby. Půl roku po operačním výkonu pacientka začala pomalu přibývat na váze. Dnes je pacientky váha je normě, hodnota BMI je 24,6. Respondentka přesto udává, že se svou hmotností je nespokojena.

Z provedeného fyzikálního vyšetření jsem zaznamenala, že pokožka pacientky nevykazuje žádné obtíže, kůže je prokrvená a narůžovělá. Chrup má pacientka vlastní, taktéž v dobrém stavu. Dále jsem u respondentky provedla test, konkrétně MNA screeningový test, který příkládám v příloze číslo 4. Pacientka v testu získala 14 bodů. Výsledkem tohoto hodnocení bylo zjištění, že výživa u pacientky je v pořádku, bez nutnosti návštěvy nutričního poradce. I přesto pacientka projevuje pozitivní emoce při nabídce úpravy životosprávy.

3) Vylučování

Tazatel: „Dobře, budeme pokračovat vyprazdňováním. Je pravidelné?“

Respondentka: „No ještě před operací, to jsem trpěla jako blázen. Na záchod jsem běhala třeba i 10x denně a podobně to bylo i noci. Hrozně mě to vyčerpávalo. Neměla jsem na nic náladu ani energii. Po operaci to ještě chvílku trvalo, než jsem vychytala všechny mouchy, ale teď už je všechno v pohodě.“

Tazatel: „Měla jste nějaké potíže či komplikace v péči o stomii?“

Respondentka: „Ano měla. Souviselo to s tou mojí vychrtlostí. Nechtěly mi držet podložky na kůži, no díky tomu pomůcky podtýkaly. Bylo to příšerný. Chodila jsem si pro rady ke stomasestře, se kterou jsme zkoušely různé druhy pomůcek. K tomu mi ani nevycházely pomůcky jako na počet. Musela jsem si dokupovat. No a potom když jsem zase začala nabírat. A teď už zase klid. Už jsem s váhou tak ňák v normě. S pomůckami, které používám sem moc spokojená.“

Tazatel: „Pocit'ujete nějaké problémy během močení?“

Respondentka: „Ne ne.“

Objektivní názor:

Respondentky vylučování se zklidnilo a normalizovalo až několik měsíců po operaci. Před výkonem na střevu trpěla průjmovitými stolicemi až 10x denně a obdobně vše probíhalo i v nočních hodinách. Pacientku tento problém značně vyčerpával a obtěžoval. Dnes se vylučování ustálilo. Z odpovědí pacientky vyplývá, že je zcela bez potíží a bez nutnosti užívat prostředky s projímavým účinkem.

Největším problémem v souvislosti s vylučováním bylo podtékání pomůcek, které je dnes již neaktuální. V době, kdy se pacientka učila zacházet se stomickými pomůckami, docházelo k podtékání pomůcek a následnému vyčerpání jejich předepsaného počtu. Podtékání způsobovalo nekvalitní uchycení pomůcek v souvislosti s nízkou váhou respondentky. Problém respondentka pravidelně konzultovala se svou stomickou sestrou, která poměrně rychle našla řešení. Dnes se váha pacientky normalizovala, našla ty správné pomůcky, které jí vyhovují a k těmto nehodám nedochází. Pacientka používá jednodílný stomický systém, který mi i prakticky předvedla. Momentálně je pacientka bez obtíží. Ohledně močení klientka neuvádí žádné problémy.

4) Aktivita a cvičení

Tazatel: „Je něco, co jste kvůli stomii musela úplně přestat dělat?“

Respondentka: „Ne já si myslím, že naopak. Začala jsem znovu žít. Začala sem chodit plavat, snažím se být i kulturní a podle mě, chodíme třeba i na procházky. Teď ten život žiju a kvalitně.“

Tazatel: „Takže se věnujete sportu aktivně?“

Respondentka: „Věnuju. Chodím na kolečkový brusle, jezdím na kole. Právě letos jsem na dovolený poprvé zkusila plavat se zátkou. Na sport jsem dřív neměla ani pomyšlení, to díky stomii si konečně může dělat, co chci.“

Tazatel: „Ani na dovolené v cizině Vás stomie nijak neomezovala?“

Respondentka: „Kdepak. Chodila sem k moři. Zkusila sem poprvé ty zátky na stomii. No a pohledů z okolí sem si nevšímala. Já jsem si tu dovolenou užila.“

Objektivní názor:

Veškeré běžné denní činnosti pacientka zvládá sama bez pomoci druhé osoby a patřičně si to užívá. Respondentka je zcela soběstačná, což nám potvrzuje i Barthelův test. Vzor testu obsahuje příloha 5. Hodnota, které dosáhla během tohoto testu, byla 100 bodů.

Pacientka se jeví jako velmi aktivní člověk, plný energie a síly. Díky stomii mohla znovu začít sportovat, cestovat, běžně se stravovat a užívat si života. Svůj volný čas tráví na kolečkových bruslích a v přírodě. Tento rok navštívila zahraničí, kde poprvé plavala se stomií za pomoci zátky.

Všechny volnočasové aktivity v době diagnostiky nepřicházely v úvahu a musela je omezit. Dnes se pacientka snaží být aktivní a dobu nečinnosti v období před operací si tímto způsobem vynahradiť. Zde se nám prakticky potvrdilo i předpoklad, že pacient s vytvořenou stomií může sportovat a nemusí být pouze pasivní.

5) Spánek a odpočinek

Tazatel: „Omezuje Vás stomie v noci během spánku?“

Respondent: „Minimálně. Občas v noci musím jít vypustit pytlík, protože je nafouknutej vzduchem. Když si vzpomenu na tu dobu, kdy jsem chodila na toaletu 10x za noc, tak tomuhle se nedá říct ani problém. To je pro mě maličkost.“

Tazatel: „Po spánku se cítíte odpočatá a plná sil?“

Respondentka: „Myslím, že jo. Někdy se budím nebo nemůžu usnout, ale to asi každé. Kvůli stomii to určitě není, spím asi těch 9 hodin no.“

Tazatel: „Můžu se zeptat, jakým způsobem relaxujete?“

Respondentka: „Miluju hudbu, a když jí poslouchám tak i relaxuju, tak asi takhle.“

Objektivní názor:

Jak už je zmíněno v předešlém textu. Pacientka byla nucena několikrát denně docházet na toaletu, a to i v noci. Spánek byl nekvalitní. Respondentka byla vyčerpaná

a bez energie, byla nucena odpočívat po celý den. To se naprosto změnilo v pooperačním období. Spánek se stal hodnotným. Potíže s usínáním nebo buzením během spánku pacientka pociťuje minimálně. Tyto potíže respondentka nepřisuzuje kolostomii. Doba spánku se pohybuje okolo 9 hodin denně. Po spánku se cítí svěže a odpočatě. Na obličeji pacientky nejsou znatelné žádné projevy spánkového deficitu.

Mladá pacientka se stomií ráda relaxuje během poslechu své oblíbené hudby.

6) Vnímání a poznávání

Tazatel: „Věděla jste, že tento operační zákrok vůbec existuje, a co pojem stomie?“

Respondentka: „Vůbec, nikdy sem o tom neslyšela, v životě, když mi to začli poprvé vysvětlovat, tak jsem z toho byla vyjukaná, vyplašená, bylo mi na nic. Potom doktorka řekla, že by měl bejt jenom dočasný to mě teda uklidnilo a pak se to všechno začalo protahovat a teďka už to vypadá na trvalý řešení. Ale nikdy jsem o tom neslyšela no...“

Tazatel: „Já si myslím, že je to téma, které se na veřejnost vůbec nedostává, a lidé s takto vytvořeným vývodem mají pocit, že se musí schovávat a nikam nechodit...“

Respondentka: „O tom vím, i takovýhle lidi znám a mrzí mě to za ně. Strašně ráda bych všem budoucím stomikům i těm co už jí mají dlouho, chtěla říct, že bych chtěla, aby se o nás mluvilo víc, a aby lidi věděli, že nejsme nijak nakažliví ani nijak jako jiní. Že jsme stejní jako ostatní zdraví lidi. Já si myslím, že stomie by neměla člověka nutit se jako schovávat nebo skrývat, ale umožnit mu znovu žít.“

Tazatel: „A trvalo to dlouho, než jste našla vhodné pomůcky?“

Respondentka: „No už v nemocnici jsem si našla jednu firmu, od které mi to sedělo. Ale potom, když jsem přibrala, tak mi tyhle začaly podtékat a nesedět. Potom jsem jela do nemocnice na kontrolu, tak jsem to řešila a pak mi sestra poradila tyhle od coloplastu a od té doby už drží, zatím bych je neměnila. Jsem teďka spokojená. Ale snažím se brát na zkoušku i jiný, ale nic mi tak nevyhovovalo.“

Tazatel: „Učíte se ráda novým věcem?“

Respondentka: „Docela ráda se učím novým jazykům. Momentálně sem začala se španělštinou zatím jako samouk, ale později bych chtěla navštěvovat kurz.“

Objektivní názor

Respondentku z pohledu psychologie můžeme zařadit do mladé dospělosti, s čímž souvisí i stav jejích smyslů. Se svým zdravotním stavem je dokonale seznámena. Informací týkající se střevního vývodu má dostatek

Zrak a sluch jsou v naprostém pořádku a bez odchylek. Vzhledem k věku respondentky, nemá velké problémy se učit novým věcem, a to i z pohledu pomůcek. Momentálně se věnuje samostudiu španělského jazyka. Tuto skutečnost potvrzuje i test kognitivních funkcí, pacientka se nachází v normálním pásmu. Vzor testu je přiložen v příloze 6. Bolesti břicha ani nevolnost již nepociťuje.

7) Sebepojetí, sebeúcta

Tazatel: „Teď bychom se vrátily do období operace. Jak jste se cítila ten úplně první den, co jste stomii uviděla na vlastním těle?“

Respondentka: „Můžu říct, že já sem ten typ člověka, kterýho hned všechno zajímá. Takže já když sem se probrala, prostě mě hned zajímalo, jak to vypadá, funguje. Víte, jak to myslím?“

Tazatel: „Ano určitě, pro Vás byla lepší taková ta léčba šokem.“

Respondentka: „No přesně. Koukala sem na tu jizvu že jo, jak to vypadá celkově, já jsem byla hrozně zvědavá.“

Tazatel: „Z čeho máte největší strach?“

Respondentka: „Asi z toho, kdybych si všechno musela projít znova. Mám na mysli to období, než mi přišli na Crohna, ty hrozný příznaky. Z toho mám strach.“

Tazatel: „V případě, že by ve Vašem životě nastala obdobná náročná situace, na koho se nejvíce spoléháte?“

Respondentka: „No, už jsem dospělá, tak určitě sama na sebe. Ale vím, že by mě pomohl i můj přítel a rodiče taky.“

Tazatel: „Cítíte se jako zdravý člověk?“

Respondentka: „Naprosto zdravý. Cítím se jako obyčejný člověk co si může dělat, co ho napadne, akorát mám nalepenej sáček.“

Objektivní názor:

Pacientka se cítí jako naprosto zdravý člověk. Mluví o sobě jako o zcela normálním, obyčejném jedinci, který se nijak neliší od ostatních, pouze sáčkem u boku. Na mne pacientka působí jako silný člověk, který bez potíží odpoví na sebeosobnější otázku.

V náročných životních situacích se pacientka spoléhá na sebe sama a na své blízké. Všem těmto osobám plně důvěřuje, což nám napovídá i vděčný výraz v obličejí během této otázky. Změnu, která se udála na klientčině těle, přijala kladně. Stomie se stala vysvobozením, díky kterému nyní může sportovat, být aktivní. O vytvořený střevní vývod respondentkajevila zájem okamžitě a bez jakéhokoli odporu či strachu. Nejvíce zneklidňující je pro pacientku myšlenka toho, že by se příznaky mohly objevit znovu a vše zkomplikovat.

Pacientka trpěla velmi obtěžujícími příznaky už v dětském věku. Domnívám se, že tato problematika se spolupodílela na formování její osobnosti.

8) Plnění rolí, mezilidské vztahy

Tazatel: „Mohla bych se zeptat na přístup rodiny v době diagnózy? Jak se chovala, jak to zvládala?“

Respondentka: „Určitě, v té době se o mě starali všichni, jak mohli. Hlavně mamka ta se mnou jezdila, chodila všude po nemocnici vlastně, řešila se mnou všechno, podporovala mě strašně v té psychice, co nejvíc to šlo. Mamka semnou byla furt co se to dělo. Vlastně všichni mě drželi, jak brácha, taťka, ale mamka to se mnou všechno prožila nejvíc.“

Tazatel: „Já si myslím, že rodina dělá hodně, člověk se snaží to všechno zvládnout i kvůli ní. Dál bych se chtěla zeptat, zda máte pocit, že o výkonu, o vytvoření stomie jste měla dost informací? Jak to všechno bude vypadat, co budete muset změnit a podobně?“

Respondentka: „Tak jako určitě. Dostala sem brožurky, hodně odkazy na internet, kde se taky hodně dočtu, tam sem si našla i lidi stejně nemocný nebo už i stomiky. Hodně jsem se jich ptala na to, jak se s tím žije a na jejich zkušenosti s vývodem. Spousta lidí mi pomohlo skz ten facebook ,když mi tam psali lidi, který to mají už 40 let. Myslím, že informací bylo dost i doktoři mi všechno vysvětlili a řekli, potom se o mě starala i stomincká sestra a ta mi taky strašně moc pomohla. Vysvětlila mi všechno, snad každéj den za mnou chodila. Množství informací fakt jako dobrý, super.“

Tazatel: „Další otázkou je společnost. Bála jste se návratu z nemocnice mezi přátele?“

Respondentka: „Musím říct, že naprosto v pohodě. Já mám tak skvělou skupinku přátel kolem sebe, hodně mi pomohli tak, jak všichni věděli jakou mám nemoc, jaká operace mě čeká. Takže po návratu z operace jsme si o tom popovídali a vysvětlila jsem jim, jak teďka budu žít no a všechno bylo v klidu. Nemají s tím žádný problém.“

Tazatel: „Změnilo se nějak chování rodičů a bratra k Vám?“

Respondentka: „No na úplným začátku nikdo moc nevěděl, jak se chovat, ale všechno to zachránila mamina, která se o stomii starala společně semnou. Sem tam něco přidržela nebo podržela. Ale lidi si zvyknou, nic jinýho jim vlastně ani nezbyvá. No a teď naši vědí, že to zvládám sama, že se o sebe dokážu postarat sama, takže dobrý. Ted už mě berou jako zdravýho člověka.“

Tazatel: „A v pracovním nebo studijním ohledu Vás stomie nějak ovlivnila?“

Respondentka: „No já jsem v plným invalidním důchodu jenom sem tam náká brigáda. Ve škole mi tahle nemoc škodila, ale teď už mám dostudováno, takže tak. Hlavně tedy díky ochotě učitelů, jak už jsem řekla. Sice mě mrzí, že nemůžu pracovat jako normálně, ale snažím se najít si něco stálějšího třeba jenom brigádu.“

Objektivní názor:

Klientka je dcerou, sestrou a přítelkyní. Pacientka se jeví jako přátelský a společenský člověk. I naše setkání proběhlo ve velmi klidné atmosféře. Z odpovědí pacientky vyplývá, že rodinní příslušníci, partner a přátelé sehráli opravdu významný faktor podpory během diagnostiky a terapie.

Dále jsem se sama přesvědčila o pravdivosti slov pacientky týkajících se předávání zkušeností. Respondentka je aktivním členem na internetových sdruženích pacientů se stomií.

Členové rodiny jsou si velmi blízcí. Především v době operace se tyto vztahy ještě utužily. Byla to pro respondentku náročná doba, kdy nikdo nevěděl, jak to může dopadnout. Rodina je pro pacientku velmi důležitá a podporující. Důležitou podporu pacientce zajistili i přátelé, kteří ji často navštěvovali. Pacientčin okruh přátel je i dosti informovaný o stavu již zmíněné respondentky. Se střevním vývodem nemají problém a stomii berou jako fakt, se kterým se slečna naučila žít a nijak ji to neomezuje.

O izolaci v kontextu s naší respondentkou nemůže ani uvažovat. Je velmi společensky aktivní a otevřená. Návrat do společenského života pacientce tedy nedělal problém, o svém handicapu se pacientka nebojí mluvit. Respondentku mrzí jediná věc, a to omezení v oblasti pracovní, kterou kompenzuje alespoň příležitostnými brigádami.

9) Sexualita

Tazatel: „Slečno A., pomalu se dostáváme k otázkám týkající se partnerství. Mohu se zeptat, jestli jste zadaná?“

Respondent: „To jsem, už to budou 3 roky, co jsme spolu.“

Tazatel: „Dobře a ovlivnila stomie nějak Váš společný vztah?“

Respondentka: „Myslím, že celá tahle operace náš vztah spíš utužila nebo zpevnila. V příteli mám jistotu, a to bezpečí. Vždycky mě podržel. V každé situaci mi byl oporou. Je skvělejší.“

Tazatel: „A co váš intimní život, změnila stomie něco?“

Respondentka: „Ani v tomhle směru. Můj přítel ví, jak jsem dlouho trpěla a co všechno se díky vývodu změnilo. Myslím si, že to už ani nevnímám. Dokonce jsem objevila takový spodní prádlo určené pro stomiky. Mám dokonce i pás jenom na jakoby zafixování sáčku. Obojí je moc pěkné i ozdobné, všechno to pěkně zakreje a plus to vypadá moc pěkně. Jediný s čím člověk nepočítá je to, že sáček může sem tam zašustit.“

Objektivní názor:

Vzhledem k věku popisované je sexualita aktuálním tématem, a to především v souvislosti s tím, že je respondentka zadaná. Mladou pacientku stomie neomezuje ani v intimním životě. Respondentka se ničím netrápí, a to především díky kladným a chápavým reakcím partnera respondentky. Partner byl vždy respondentce oporou. Tato životně náročná situace vztah obou partnerů utužila. Během intimních chvílí pomůcky nijak nepřekáží, případně zašustí.

Kladně hodnotí i stomické prádlo, které je podle slov respondentky velmi vkusné. Vytvoření stomie respondentku neomezuje ani v intimním životě. Žije jako zdravý člověk a života si plnohodnotně užívá.

10) Stresová, zátěžová situace a jejich zvládnutí, tolerance

Tazatel: „Podle Vašich odpovědí jste očividně přípravu, operaci, následně i pooperační zotavení, zvládla velmi dobře. Čemu to připisujete?“

Respondentka: „Během celé doby mě podporovala moje rodina a hlavně přítel. Cítila jsem jejich energii, kterou mi všichni dodávali. Bylo to pro mě hrozně důležité a měla jsme se vždycky na koho obrátit. Potom určitě i práce sestřičky, která byla skvělá a všechno několikrát vysvětlila, to mě taky hodně uklidnilo.“

Tazatel: „Myslíte si, že to, co jste prožila, Vás nějakým způsobem změnilo?“

Respondentka: „O tom jsem nepřemýšlela. Ale asi jo možná mě to posílilo, jsem taky otevřenější k lidem a možná i nebojácnější bych řekla. Snažím se jít do všeho naplno, došlo mi, že je čas užívat života. No a to je asi tak všechno.“

Objektivní názor:

Z odpovědí pacientky jsem zjistila, že si hodně prožila a kladně se zažitou situací smířila. Tuto kladnou reakci přisuzuji stomasetře, která si s respondentkou utvořila partnerský vztah. Sama respondentka připisuje významnou roli sestře specialistce, která prováděla důsledně edukaci, ta probíhala před i po operaci. Díky edukaci pacientka neměla

strach, přesně věděla, co ji čeká a lépe se s náročnou životní situací vyrovnala. Se zmíněnou stomasestrou je respondentka stále v kontaktu.

V průběhu dlouhodobé diagnostiky a následné terapie byla rodina její největší podporou, dále pozitivně hodnotí i přístup svého přítele a blízkých přátel. V dnešní době se již nenechá jen tak něčím rozhodit. Díky Crohnově chorobě si myslí, že se stala silnějším člověkem, který je otevřený k okolí.

Pacientka na mě působí jako silná a odhodlaná žena, která se cítí příjemně i přes daný handicap.

11) Víra

Tazatel: „A co budoucnost, máte nějaké představy, které byste si chtěla splnit?“

Respondentka: „Jéžiš. Já mám takovejch snů a plánů, co všechno chci zkusit a vidět. Kromě takových těch blbostí tam patří i děti a asi svatba, ale to už jsme opravdu daleko.... Ráda bych si taky našla práci, která by mě i bavila, to bylo úžasný.“

Tazatel: „Dál bych se chtěla zeptat, zda jste věřícím člověkem?“

Respondentka: „Nejsem věřící. Nikdy jsem nebyla a asi nikdy nebudu. Ani jako u nás doma, nikdy jsme se o tom nebavili. Není to pro mě důležitý. Ale nikomu to nechci brát. Každý je nákej.“

Objektivní názor:

Z provedeného rozhovoru jsem se dozvěděla spoustu nápadů a plánů, které by chtěla respondentka zrealizovat. Jedním z nich je i založit rodinu společně se svým přítelem. Tato informace nám potvrzuje, že operační výkon, který vedl k vytvoření kolostomie, respondentku nedonutil uchýlit se do izolace a skrývat se před společností. Pacientka je příkladem člověka, který si chce i se stomií užívat plnohodnotného života.

Pacientka víře nepřikládá důležitost. Klientku můžeme označit jako nevěřící.

12) Jiné

Tazatel: „Dál by mě zajímalo, jak probíhala spolupráce se stomasestrou?“

Respondentka: „Sestra za mnou chodila vlastně každý den, vysvětlovala mi, jak se o tu stomii budu starat, jak se co dělá, takže vlastně i zjišťovala, jaký pomůcky pro mě budou nejlepší, takže taky bez problému strašně v pohodě.“

Tazatel: „A co hrazení pomůcek od pojišťovny přijde Vám dostatečné, nebo jste nucena si dokupovat?“

Respondentka: „Stačím si, tím že si to měním jednou za dva dny, tak to vychází přesně na počet těch 60 na měsíc. Je to i podle toho co vlastně dělám přes ten den, když se jdu koupat tak to měním častěji, že jo. Ale teďka když už sem se do toho dostala, tak mi to vychází krásně a nic dokupovat fakt nemusím.“

Tazatel: „Moje představa byla, že omezený počet pomůcek je nedostačující. Pojišťovna poskytuje 60 kusů těchto jednodílných nevypustných sáčků. Domnívám se, že počet je nedostačující.“

Respondentka: „To možná ze začátku toto byl boj vejít se do toho počtu a tím, že mi to potom protejkalo, tak mi to nevycházelo. No a nikoho to nezajímá, že to zrovna tobě nestačí kvůli tomuhle problému...Ale říkám teď absolutní pohoda.“

.

Tazatel: „Vyhledávala jste podporující skupiny?“

Respondentka: „Vyhledávala jsem a teď jsem v nich i já sama zařazená. Snažíme si tam navzájem pomáhat, říkat svoje zkušenosti pomáhat lidem, kterým to teprve vyvedli to střevo, takže tak.“

Tazatel: „Takže už se snažíte sama předávat rady?“

Respondentka: „Jo určitě snažím se o to.“

Objektivní názor:

Stomasestra ve zmíněné kazuistice sehrála významnou roli během celé přípravy k operaci a následného zotavení. Stomasestra byla nejen zdrojem informací, ale i psychickou oporou. Také se zde potvrzuje nutnost a významnost edukace pacienta již v předoperačním období.

Respondentka dále přiznává, že na samotném začátku byla nucena pomůcky dokupovat, především v souvislosti s podtékáním pomůcek. Dnes již respondentka netrpí žádnými komplikacemi a s počtem pomůcek hrazených pojišťovnou vystačí dostatečně.

Slečna A. se zajímala i o komunitu pacientů se střevními vývody, která se sdružuje na internetu. Celou změnu, která proběhla na jejím těle, přijala pozitivně a tyto své kladné zkušenosti předává dalším potencionálním pacientům se stomií. Zde se i pozitivně potvrdila existence stomických sdružení na internetových stránkách. Domnívám se, že zde sehrál svoji roli i věk pacientky, díky kterému celou situaci lépe a snáze přijala a následně akceptovala.

Z provedených fyzikálních vyšetření jsem zjistila, že pacientka dýchá klidně ve frekvenci 18 dechů za minut. Krevní tlak respondentky se pohybuje v normě, jeho hodnota byla 118/70 mmHg, tep byl silný a pravidelný, v počtu 88 tepů na minutu. Barva kůže pacientky byla narůžovělá, kožní turgor byl fyziologický. Pohledem jsem zaznamenala, že stomie je umístěna v levém dolním kvadrantu stěny břicha, kůže v blízkosti střevního vývodu je klidná bez zarudnutí či otoku, prstem průchodná. Komplikacemi pacientka netrpí.

Základní fyzikální vyšetření sestrou provedené dne 21.9.2014

12.2.3 Ošetrovatelské problémy:

00068 – Ochota ke zlepšení duchovní pohody v souvislosti s prožitou náročnou životní situací

Objektivně: Na obličeji pacientky je zamyšlený výraz

Subjektivně: Pacientka udává pocity napětí

Výsledek: Pacientka bude cítit psychickou pohodu

Intervence:

- 1) Vyjmenujte možné způsoby relaxace
- 2) Poved'te praktickou ukázkou autogenního tréninku
- 3) Poskytněte konzultaci s odborníkem

00153 - Riziko situačně snížené sebeúcty

Výsledek: Zabránit snížení sebeúcty

Intervence:

- 1) Poskytněte dostatek informací
- 2) Připomeňte prádlo určené pro pacienty se stomií
- 3) Udejte příklad známé osobnosti žijící se stomií
- 4) Zprostředkujte setkání s dalším člověkem se stomií - indentifikace

00084 – Hledání zdravého životního stylu

Objektivně: V obličeji pacientky je viditelné nadšení během prezentace tématu

Subjektivně: Pacientka sama udává zájem

Výsledek: Pacientka zná zásady zdravého životosprávy

Intervence:

- 1) Poskytněte dostatek informací
- 2) Zajistěte konzultaci s nutričním terapeutem
- 3) Informujte pacientku o vhodném cvičení bez velkého zatížení břišní stěny

Rozhovor s respondentkou V.A.

Tento rozhovor probíhal oproti prvnímu rozhovoru v kavárně. S respondentkou jsem se viděla toho dne poprvé tváří v tvář. Před setkáním jsme se znaly pouze přes email a Skype. Pacientka je opravdu otevřeným člověkem, který nemá problém odpovědět na jakoukoli otázku. Ke spolupráci na mojí bakalářské práci se sama nabídla. Debata trvala okolo 55 minut.

Klientka používala hovorovou češtinu.

12.2.4 Analýza rozhovoru

Druhý rozhovor s mladou slečnou se stomií, probíhal v přátelské atmosféře. Domnívám se, že tomu přispěla i skutečnost, že jsme totožného věku.

V průběhu rozhovoru, kdy jsem kladla různé spektrum otázek, jsem pochopila, že pacientka je se svým stavem naprosto výborně srovnána. Ač jsme se dotkly období diagnostiky, operace či pooperačního období, nezaznamenala jsem nějaké rozpaky či nechut' hovořit. Respondentka bere chirurgický výkon, který prodělala v poměrně mladém věku jako fakt, který už má dávno za sebou. Z odpovědí bylo zřejmé, že kolostomii vnímá jako řešení, které nemá omezovat, ale pomáhat. „Stomie by neměla člověka nutit se skrývat, ale umožnit mu znovu žít.“ I to jsou slova respondentky, které mi utkvěly v paměti.

Během dotazování na rodinné příslušníky jsem si všimla, že rodina je pro respondentku velmi důležitá a vidí v ní hlubokou důvěru a zároveň podporu. Velkou podporu ji poskytli i blízcí přátelé a její partner, kteří se také postarali o pozitivní zařazení pacientky do společenského života.

Z odpovědí týkajících se prvního pohledu na nově vytvořený vývod na klientčině těle, jsem si uvědomila, jak jsou lidé rozdílní, a že je nutné péči tomu přizpůsobit tedy individualizovat.

Dále se mi zde potvrdila domněnka, že kvalitní předoperační péče o budoucího pacienta se stomií je pro pacienta klíčová. Z reakce po položení otázky týkající se výživy, jsem zjistila, že pacientka se snaží najít vhodné potraviny, ale zároveň nechce trávicí trakt nezatěžovat. Dodržování dietních opatření je významná především v době šesti týdnů po chirurgickém zákroku. U respondentky jsem rovněž zaznamenala i váhání, a to při dotazu na školu a zaměstnání. Pacientka je mladá žena a ráda by se věnovala výtěžné činnosti, invalidní důchod jí zcela nevyhovuje.

12.2.5 Výsledky, které jsem se dozvěděla z rozhovoru

V druhé kazuistice se jedná o mladou slečnu, pro kterou bylo vytvoření kolostomie vysvobozením. Několik let trpěla značnými bolestmi a obtěžujícími problémy s vyprazdňováním. Edukace u pacientky proběhla naprosto ukázkově. Měla dostatek času vše promyslet, bylo jí poskytnuto velké množství informací, na veškeré dotazy bylo adekvátně odpovězeno, empatie rodinných příslušníků byla hodnotná, měla možnost kontaktovat sdružení pacientů se stomií, důležitou roli sehrála i stomasestra. Nutné je i zmínit nízký věk respondentky, který měl svou roli. Je známo, že v mládí je člověk flexibilní a lépe se adaptuje na změnu proti lidem v pokročilém věku, zde se nám tento fakt potvrdil.

Pacientka období operace zvládla velmi dobře, ač u ní byla nutná prodloužená hospitalizace z důvodu infekce rány. Respondentka podstoupila moderní podtlakovou léčbu, která vedla k vynikajícím výsledkům. I přes tuto moderní léčbu byla hospitalizace dlouhá a pro respondentku náročná. Díky kvalitnímu okruhu blízkých přátel a příbuzných překonala slečna i tuto zátěžovou situaci.

V pooperačním období se respondentka zaměřila na hledání správného druhu pomůcek. Péči a životosprávu přizpůsobila radám z úst lékaře. Stále pravidelně navštěvuje stomaporadnu. Respondentka trpěla podváhou, která zapříčinila nedostatečné a nekvalitní přichycení pomůcek k pokožce. Postupem času respondentka začala přibývat na váze a problém zmizel. Pacientka s vytvořenou stomií není omezena ani ve smyslu kvalitně prožitého spánku či aktivního sportování.

Dnes pacientka žije se stomií celé dva roky, aktivně se věnuje sportu a cestování, zapojuje se do sdružení pacientů s vytvořenou stomií a předává své rady. Cítí se být zcela zdravým člověkem, který se až nyní může věnovat aktivitám, které dříve nepřicházely v úvahu. Stomie respondentku neomezuje ani ve smyslu partnerských vztahů, pacientka je šťastně zadaná již 3 rokem. Respondentka dále pozitivně hodnotí spodní prádlo určené pro pacienty se stomií.

12.2.6 Závěr

Z výše uvedené kazuistiky vyplývá, že předpoklady, které se týkaly předoperační edukace, se potvrdily. Uvědomme si, že respondentka byla v předoperačním období několikrát a velmi kvalitně edukována a srozuměna s tím, co se bude dít. Věděla, jak vývod bude vypadat, péče o stomii prakticky zkoušela na modelu. Respondentka veškerou změnu, která se udála na jejím vlastním těle, přijala bez větších problémů. Edukace pro ni byla účinná, tedy i rozhodující.

Operační výkon pacientka velmi dobře akceptovala a péči o stomii kladně přijala a pochopila. Respondentka sama velmi kladně hodnotí důslednou edukaci v období před operací, díky které bylo pro pacientku jednodušší se se situací smířit. Jediným negativem v pooperační péči byla zanícená operační rána, která byla řešena pomocí podtlakové metody.

Díky plnohodnotným rodinným vztahům pacientka přijala změněný obraz těla bezproblémově. Po ukončení hospitalizace trpěla velmi těžkou podvážou. Respondentčina váha se poměrně rychle znormalizovala.

V den rozhovoru měla pacientka normální váhu a v souvislosti se střevním vývodem netrpí žádnými komplikacemi. V dnešním období se respondentka stále seznamuje se širokou nabídkou pomůcek, aktivně sportuje, dokonce i plave. Zapojuje se v různých internetových diskuzích, kde předává informace dalším lidem. Dá se říci, že stomie se pro respondentku stala řešením, které ji umožňuje žít jako mladý, zcela zdravý člověk. Svoje kladné zkušenosti se respondentka snaží předávat dál a seznamovat další pacienty se stomií s tím, že se nemají za co stydět. Že mohou dělat prakticky vše, co lidé bez střevního vývodu. Pacientka je rozhodnuta stomii nijak neskrývat a při otázce na ni i otevřeně odpovědět.

I tato myšlenka by mohla vést ke zvýšené edukaci laické společnosti, která dosud o existenci pacientů s vytvořenou stomií má velmi zkreslené představy či vůbec žádné povědomí. Společnost by mohla lépe akceptovat takto handicapované občany a tím zmírnit i jejich pocit stigmatizace.

13. DISKUZE

Během mého výzkumu jsem se zaměřila na pacienty s vytvořenou stomií, na jejich následné žití během běžných denních aktivit, na jejich přijetí změněného obrazu těla a na akceptaci střevního vývodu. Záměrně jsem vybrala zcela rozdílné respondenty, kteří se liší jak pohlavím, tak věkem a přípravou k operačnímu výkonu. Otázky rozhovoru jsem zapracovala do dvanácti jednotlivých oblastí dle Modelu funkčních vzorců zdraví od autorky Marjory Gordonové. Respondenta číslo 1 jsem znala osobně z mého dřívějšího působení na pozici ošetrovatelky v domově pro seniory. S respondentkou číslo 2 jsem se poznala na internetovém sdružení pro pacienty s vytvořenou stomií.

Respondent číslo jedna je muž, pro kterého se stomie stala život zachraňujícím výkonem, který byl akutní. Příprava a řádná edukace u pacienta byla znemožněna urgencí operace. Domnívám se, že i to přispělo následné rezignaci a negaci ve spojitosti s péčí o střevní vývod. Pacient neměl ani vzdálenou představu, co si pod pojmem stomie představit a ani o následném způsobu života. Respondent číslo 1 se nachází ve věkové kategorii raného stáří, pro kterou je typická zhoršená schopnost učit se novým věcem a přijímat náhlé změny. Což se v našem případě u respondenta i potvrdilo.

Zcela rozdílná situace nastala u respondentky číslo 2, která byla na daný operační výkon sáhodlouze připravována, informována a edukována. Respondentka nebyla omezena časem. Doba, po kterou byla připravována, trvala několik týdnů. Respondentka se změnou na vlastním těle smířila velmi dobře až pozitivně. Tuto kladnou reakci připisuji kvalitní edukaci, která u respondentky proběhla. Dále se domnívám, že k této skutečnosti přispěl i nízký věk respondentky, díky kterému lépe celou situaci akceptovala.

Tuto odlišnost lze hodnotit dle škály Elisabeth Kübler-Rossová, která pojmenovala stádia, kterými jedinec prochází po sdělení závažné diagnózy. Danou škálu dělí na 5 fází, a to popření, odmítání, smlouvání, deprese a akceptace. Je nutné si uvědomit, že každý člověk je zcela individuální bytostí, která má i rozdílné prožívání a reakce na stresovou a náročnou situaci. Tento jedinec nemusí projít všemi fázemi, některé může i vynechat či opakovat. Z mých zjištěných výsledků lze tuto skutečnost i prakticky dokázat.

V oblasti výživy jsem nezaznamenala tak markantní rozdíl. Oba respondenti měli zprvu strach přijímat potravu, což je běžné v souvislosti s novou a neznámou situací, ve které se nacházeli. Omezení doporučená lékařem, dodržovali po dobu nezbytně nutnou,

tedy dobu šesti týdnů. Tento interval je doporučován i internetovým zdrojem konkrétně českým dobrovolným sdružením stomiků - ILCO.

Respondentka číslo 2 i respondent číslo 1 se snaží žít zdravým, pestrým i čerstvým jídlem. Respondentka 2 tuto potřebu obstarává samostatně oproti respondentovi 1, kterému stravu zajišťuje personál domova pro seniory. Během dotazování jsem se dozvěděla, že si respondent číslo jedna rád zahřeší ve smyslu sladkostí či alkoholu.

Během otázek na vylučování jsem zjistila, že oba respondenti na počátku trpěli nepravidelností, která se již znormalizovala. Případné potíže s vylučováním oba připisují dietní chybě. U respondenta 1 je tato potřeba zkomplikována parastomální kýlou, kterou klient trpí již několik let. Kýla respondenta omezuje ve smyslu kvalitního přichycení stomických pomůcek ke kůži. Respondent tuto obtíž řeší spoluprací s personálem domova pro seniory, ve kterém přebývá. Problematika s vylučováním respektive v účelnosti pomůcek se objevila i u respondentky číslo 2. Respondentka trpěla podtékáním stolice pod pomůcky. Příčinou tohoto problému byla nízká hmotnost klientky a následné kolísání váhy. Během normalizace hmotnosti daný problém vymizel. Veškerou péči respondentka konzultovala se stomickou sestrou.

Dále jsem se dozvěděla, že oba zmínění respondenti preferují odlišné pomůcky. Další odlišnost nastala při otázce, zda se nebrání zkoušet nové pomůcky. Respondent 1 striktně odmítl a respondentka 2 ráda a pravidelně testuje nové a neznáme pomůcky i systémy. I v této oblasti se mi potvrdilo rozdílné vnímání během prezentace nových stomických systémů a pomůcek. Mladší respondentka akceptuje novinky, starší respondent zůstává konzervativní. Opět se zde potvrzuje věková odlišnost.

Zcela protichůdné odpovědi jsem zaznamenala během dotazů na oblast aktivity a sportu. Respondent 1 udává, že sport neprovozuje, spíše pasivně sleduje. Naproti tomu respondentka číslo 2 začala znovu sportovat díky stomii. Začala být mnohem aktivnější a odváznější, nebrání se zkoušet různou aktivitu. V loňském roce poprvé zkusila i plavání za pomoci zátky na stomii, kterou velmi kladně hodnotí. Určitě je vhodné uvědomit si, že respondent číslo 1 je ve stavu po oboustranné amputaci dolních končetin, která ho značně omezuje během sportování, ale ne zcela.

Spánek stomie narušuje minimálně. Respondent 1 udává běžné potíže, týkající se špatného usínání či častého buzení. Větší obtíž mu působí během spánku parastomální kýla, která pacienta omezuje ve smyslu nalezení vhodné polohy ke spánku. Respondentka 2 nepocítuje žádné výrazné obtíže týkající se tématu. Respondentka 2 dodává, že pouze

občas je nutné vypustit ze sáčku plyn, který se zde nahromadí. Oba respondenti odmítají užívat léky na spánek.

Před provedením mého výzkumu jsem se domnívala, že období těsné po vytvoření střevního vývodu je velmi psychicky náročné a vyčerpávající. Dochází k boji sama se sebou. Tato myšlenka se mi zde i potvrdila. Respondent 1 přiznává, že bezprostřední pooperační období bylo opravdu náročné a rozhodující. Velkou roli zde sehráli i rodinní příslušníci, kteří pacienta kvalitně podporovali. Pro respondenta 1 byl obrovský šok vidět na svém těle střevní vývod. Tato skutečnost respondenta zasáhla natolik, že v myšlenkách přemítal o spáchání sebevraždy, že takto svůj život nehodlá žít. Jak už jsem zmínila, tyto chmury a negaci kladně ovlivnila rodina a přátelé respondenta. Postupem času změnu, která proběhla na respondentově těle, akceptoval a krok za krokem se začal o stomii zajímat, následně i pečovat. Respondent 1 se nejvíce obává ze zkomplikování kýly a následné nutnosti reoperace této komplikace.

Naproti tomu reakce respondentky 2 proběhla zcela odlišně. První pohled na vytvořený střevní vývod nebyl šokem, respondentka již byla srozuměna s podobou a funkcí stomie. Pacientka se řadí mezi velmi zvědavé jedince a ani péče o stomii nebyla výjimkou. Téměř ihned začala o stomii přemýšlet a učit se o vývod správně pečovat. Veškerá péče pacientce nedělala velkou potíže, celá edukace probíhala za přítomnosti její matky. Respondentka označuje sama sebe jako zdravého člověka, který se odlišuje pouze stomickým sáčkem na svém těle. Respondentka uvádí, že největší strach má z toho, že by se znovu navrátily příznaky Crohnovy choroby. Opět se zde potvrdila rozdílnost ve vnímání a nutnost individualizovat péči o tyto pacienty.

Oba respondenti podle jejich rozhovoru žijí kvalitně. Respondent číslo 1 je obklopen vzdálenými rodinnými příslušníky a okruhem dlouholetých přátel. Tyto mezilidské vztahy kladně ovlivnily pooperační zotavení respondenta, dalo by se říci, že zachránily i pacientův život.

Během rozhovoru s respondentem číslo 1 se zde potvrdila teorie o významnosti mezilidských a příbuzenských vztahů během edukace a náročných životních situací, kterou vyzdvihuje autorka Veronika Zachová ve své knize s názvem Stomie. S touto teorií se ve své práci shodují a souhlasím.

Respondentka číslo 2 je dcerou, sestrou a přítelkyní. Pacientka žije ve velmi rozumném a chápajícím okruhu přátel a rodiny, i proto pacientka nepocítovala žádné negativní pocity při návratu do společnosti po operaci. Na počátku se v rodině objevily pocity nejistoty

a neznalosti během kontaktu s respondentkou, které časem vymizely. Respondentčina rodina ji již vnímá jako soběstačnou a taktéž zdravou.

Otázka sexuality se výrazně odlišuje v souvislosti se skutečností, že respondentka číslo 2 je dlouhodobě šťastně zadaná. Respondent číslo 1 je bohužel již několik let vdovcem. Se svým stavem je smířený a nepocítuje potřebu to nějak měnit. Jediné co pacienta mrzí, že se svou zesnulou partnerkou neměli dítě.

Respondentka 2 je, jak už jsem zmínila výše, zadaná a to dlouhodobě. Ve svém partnerovi má velkou oporu, díky příteli se cítí bezpečně. Operace na respondentky střevě vztah těchto dvou lidí ještě utužil a zpevnil. Respondentka 2 odpovídala opravdu otevřeně, a to i během otázek na sexuální život. Pacientka tvrdí, že stomie ji neomezuje ani po této stránce. Pozitivně hodnotí i spodní prádlo vyrobené speciálně pro pacienty se stomií, ve kterém se cítí příjemně a přitažlivě.

Doba od diagnózy až po samotnou operaci tedy vytvoření stomie a následné zotavení je velmi stresově náročná. Jak respondent 1, tak respondentka 2 během stresových a krizových situací v první řadě spoléhají na sebe sama a na své síly. Pokud to nestačí, obrací se o pomoc ke svým blízkým. Pro respondenta číslo 1 byl koloběh samotné operace a pooperačního zotavení ztížen především urgencí zákroku a nedostatečnou edukací tedy přípravou respondenta. Pacient stále považuje toto období za velmi psychicky náročné. Nerad na pobyt v nemocničním zařízení vzpomíná a stále ho pocítuje jako negativní a nepříjemné. Díky prožité situaci si pacient uvědomil pravé životní hodnoty.

V případě druhé kazuistiky úsek operace a pooperačního období není respondentkou vnímáno tak negativně. Operační zákrok, kterému se podrobila, bere jako fakt, který ji umožnil žít a užívat si života, tak jak se od člověka jejího věku očekává. Pacientka se domnívá, že jí to i posílilo a zocelilo.

V průběhu pokládání otázek na víru obou respondentů jsem se dozvěděla, že se respondenti řadí do skupiny ateistů. Pouze respondent 1 dodává, že nastala chvíle, kdy se k bohu obracel. Byla to doba, kdy se pacient cítil bezmocný a zoufalý.

Plány do budoucna se liší především z důvodu markantního věkového rozdílu. Pokud bychom to zobecnili, oba respondenti si plánují užívat života se zaměřením na ty pravé hodnoty, kterými jsou rodina a zdraví.

Role stomasestry byla opět rapidně rozdílná. Respondent 1 sestře specialistece nepřikládá velkou důležitost. Stomasestru nevnímá jinak než ostatní zdravotní personál. Je nutné si uvědomit opozici pacienta v péči o stomii, která zde hrála významnou roli.

V případě respondenta 1 sehrála nejvýznamnější úlohu rodina pacienta, která ho nehodlala pouze litovat. Snažili se ho znovu zapojit do života, motivovat a dokázat mu, že jeho život neskončil. Respondent postupně a pozvolna stomii přijal až v průběhu pobytu v rehabilitačním zařízení. Péči o střevní vývod zprvu jen sledoval a později péči sám převzal. Vzhledem k respondentově pobytu v domově pro seniory využívá možnosti spolupráce s personálem domova během výměny pomůcek. Pacient v dřívější době nevěnoval pozornost existenci sdružení pacientů se stomií ani tiskovinám. Po našem rozhovoru pacient pozitivně přijal možnost odebírat časopis Radim a tímto způsobem sledovat novinky v péči o střevní vývod. O kontakt se stomickou sestrou nejeví zájem.

Zato role stomasestry v případě respondentky 2 byla významná až rozhodující. Stomická sestra se pro pacientku stala zdrojem informací a partnerkou v péči o stomii. Veškeré poznatky získala a následně konzultovala se svou stomasestrou. Tato sestra specializovaná na střevní vývody pacientku doprovázela i během hospitalizaci v nemocničním zařízení. Veškerá edukace proběhla zcela ukázkově či učebnicově. Respondentka dále od stomasestry získala kontakt na internetová sdružení, kde si pacienti předávají zkušenosti a rady. Respondentka číslo 2 se těchto sdružení aktivně účastní a snaží se předávat svoji kladnou zkušenost se jmenovaným operačním výkonem. Respondentka díky stomické sestře nadále zkouší různé pomůcky určené pro péči o střevní vývod, kterých je opravdu rozsáhlé spektrum. Pacientka se nebrání ani moderním pomůckám, mezi které řadíme například zátky na stomii. Zátku sama prakticky vyzkoušela během dovolené v zahraničí. Respondentka stomii označuje jako věc, která člověka nemá nutit se skrývat, ale naopak má mu umožnit znovu žít a to plnohodnotným životem. I proto se snaží být aktivní na sociálních sítích a otevřeně odpovídat na jakékoli dotazy. Chce společnosti otevřít oči, aby si uvědomila, že lidí se stomií je dost, a že se nijak zvlášť neliší. S názorem o důležitosti stomické sestry se shodují i s literaturou konkrétně Stomie od autorky Veroniky Zachové, ve které se detailně zmiňuje o úkolech této sestry specialistky a o nutnosti jejího speciálního vzdělání.

Hlavním cílem mého výzkumu bylo zmapovat pacientovo biologické, psychologické a sociální prožívání ovlivněné vytvořením vývodu tlustého střeva. Odpovědí se stala celá praktická část mé bakalářské práce, ve které jsem prozkoumala vliv střevního vývodu na psychiku člověka, na jeho zpětné zařazení do společnosti a taktéž vliv

na biologickou stránku člověka. Opět se zde potvrdila rozdílnost respondentů a individualita ve vnímání.

Dále jsem si udala další tři dílčí cíle, na které jsem si taktéž odpověděla.

Prvním dílčím cílem bylo: Zjistit úroveň soběstačnosti pacienta s kolostomií při zpětném zařazení do běžného života.

Po výsledném zkoumání jsem zjistila, že úroveň sebeděče a soběstačnosti, je opravdu individuální. Znovu se zde potvrdila věková rozdílnost a osobní přístup. Komplexní odpověď na tuto otázku, jak jsem zjistila, neexistuje.

U respondenta číslo 1 byla úroveň soběstačnosti narušena již dříve a to v souvislosti se stavem po oboustranné amputace dolních končetin. Vytvoření střevního vývodu u pacienta postihlo spíše psychickou stránku, kdy tento problém vedl k následné poruše soběstačnosti a odmítání pečovat o sám sebe. Tato potíž postupem času vymizela. Pacient přijal své nové já a soběstačnost se navrátila do předešlé úrovně.

Respondentka číslo 2 byla zcela soběstačná již před operací. Ani jmenovaný operační zákrok do sebeděče pacientky nijak zvlášť nezasáhl. Pacientka je stále zcela soběstačnou ženou. Péči o střevní vývod zvládá bez jakékoliv dopomoci.

Cíl číslo dva: Získat povědomí o kvalitě života pacienta po vytvoření stomie.

Kvalita života pacienta se stomií je ovlivněna především několika faktory. Prvním faktorem je druh stomie, který je u obou respondentů stejný, jedná se o kolostomii.

Dalším faktorem jsou komplikace. Opět se u obou respondentů komplikace objevila, bohužel pouze u respondenta číslo 1 stále přetrvává. Respondent trpí paratomální kýlou a to dlouhodobě.

Faktorem číslo tři jsou pomůcky. Zde se respondenti rozcházejí. Respondent číslo 1 ustrnul u jednoho systému, který mu vyhovuje a o novinky nejeví zájem. Respondentka číslo 2 naopak ráda a často zkouší nové pomůcky a systémy, které jí zkvalitňují nejen péče o stomii, ale i samotný život.

Kvalitu života pacientů se střevním vývodem je nutné, jak už jsem řekla, posuzovat z několika pohledů. Ze získaných informací usuzuji, že kvalita života respondenta 1 se nachází v přijatelné úrovni v souvislosti s jeho stavem a věkem. Respondent nehodlá nic měnit, se svým životem je spokojený.

U respondentky 2 kvalita života rapidně stoupla až po vytvoření stomie. Usuzuji tak ze získaných informací o klientce. Předcházející příznaky klientku nutily neopouštět domov a omezovat volnočasovou aktivitu. Stomie pacientce umožnila být aktivní a věnovat se svým koníčkům a zájmům. Úroveň kvality života respondentky označuji jako velmi vysokou.

Z výsledného zjištění vyplývá, že kvalita života pacientů po vytvoření stomie se navrácí do předešlé úrovně, případně ji dokonce zvyšuje.

Cílem číslo tři bylo: Uvědomit si emoce, které pacient prožíval při prvním pohledu na svůj změněný obraz těla.

Každý pacient je holistickou bytostí s rozdílným vnímáním a potřebami, a proto bychom si tuto skutečnost měli uvědomit, chápat a respektovat. Z odpovědí v průběhu obou rozhovorů jsme se dozvěděla, že již zmíněná náročná životní situace, která u obou respondentů nastala, byla vnímaná rozdílně až protichůdně. U respondenta 1 převládaly pocity strachu a nevědomosti, u druhé respondentky zase pocity úlevy a poznání. Dále se nám zde projevila nutná rozdílnost k přístupu pacienta po psychické stránce.

Potvrdila se i důležitost kvalitní edukace a dlouhodobé přípravy pacienta v předoperačním období, psychické podpory a to nejen od zdravotníků, ale i rodinných příslušníků.

14. ZÁVĚR

Díky problematice střevních vývodů, kterou jsem zkoumala, jsem si uvědomila, jak je tento operační výkon pro pacienty náročný. Klienti jsou zasaženi nejen fyzickou bolestí po operaci, ale i tou psychickou. Dochází zde ke změně obrazu vlastního těla. Často je tato změna nejtěžším problémem. Pacient je nucen změnu přijmout a naučit se snít žít.

Dále jsem získala povědomí o následném životě takto handicapovaných pacientů. V případě, kdy se pacient se situací pozitivně smíří, jeho život se vrací do stejných kolejí jako před operačním výkonem. Smíření se se situací není bohužel vždy pravidlem.

Můj výzkum tedy potvrzuje vhodnost dlouhodobé, kvalitní a pravidelné edukace pacientů, kteří jsou indikováni k vytvoření střevního vývodu. Dále i přítomnost stomasestry během tohoto období. Stomická sestra se pro pacienta stává zdrojem informací, psychickou podporou, partnerem v péči o střevní vývod, ale i tzv. motivátorem. Během výzkumu jsem se zaměřila na dva rozdílné respondenty a uvědomila jsem si nutnost individualizovaného poskytování ošetrovatelské péče. Potvrdila se zde i skutečnost, že každý člověk je bytostí s rozdílnými potřebami a způsobem jejich plnění. Proto bychom měli každého pacienta vnímat jako holistickou bytost a péči, jak už jsem řekla, individualizovat.

Dále jsem se dozvěděla, že v minulosti byla vytvořena i hodnotící stupnice, dle které bylo možné pacienty hodnotit a škálovat. Na tzv. DET skóre se dnes už zapomnělo. Vhodnost již jmenovaného skóre se potvrdila i v této práci. Oba respondenti účastníci se mého výzkumu, trpěli komplikací v souvislosti se stomií. Respondentka číslo 2 byla nucena opakovaně navštěvovat svoji stomickou sestru a pravidelně konzultovat posun v léčbě dané komplikace. Neustále se hodnotil vzhled střevního vývodu před i po navržené léčbě. U respondenta číslo 1 došlo ke změně stomické sestry z důvodu odlišnosti místa hospitalizace a místa bydliště.

Proto mým návrhem pro praxi je obnova či přepracování hodnotící škály pro stomickou sestru ve spolupráci s pacienty s vytvořenou stomií. Tento prvek by mohl velmi usnadnit následné hodnocení postupu pacienta během řešení komplikací nebo při předávání do rukou jiné stomasestry.

„Nevyčítej životu, co ti nedal, ale uč se oceňovat, to co ti dal.“

Lev Nikolajevič Tolstoj

LITERATURA A PRAMENY

ČIHÁK, Radomír. *Anatomie*. 3., upr. a dopl. vyd. Editor Miloš Grim, Oldřich Fejfar. Praha: Grada, 2011, 534 s. ISBN 97880247381781.

MERKURNOVÁ, Alena a Miroslav OREL. *Anatomie a fyziologie člověka: pro humanitní obory*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 302 s. Psyché (Grada). ISBN 9788024715216.

JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 249 s. ISBN 9788024744124.

LUKÁŠ, Karel. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 288 s. ISBN 8024712830.

MARKOVÁ, Marie. *Stomie gastrointestinálního a močového traktu*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006, 68 s. ISBN 8070134348.

NOVOSAD, Libor. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011, 166 s. ISBN 9788073678739.

OTRADOVCOVÁ, Iva a Lucie KUBÁTOVÁ. *Komplexní péče o pacienta se stomií*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006, 54 s. Edice CARE. ISBN 8072624326.

ROKYTA, Richard. *Fyziologie: pro bakalářská studia v medicíně, přírodovědných a tělovýchovných oborech*. 1. vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2000, 359 s. ISBN 8085866455.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Praktický slovník medicíny*. 8. vyd. Praha: Maxdorf, 2008, xv, 518 s. ISBN 9788073451592.

VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 272 s., xvi s. obr. příl. Sestra (Grada). ISBN 9788024734200.

ZACHOVÁ, Veronika. *Stomie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 200 s. ISBN 9788024732565.

ZEMAN, Miroslav a Zdeněk KRŠKA. *Chirurgická propedeutika.* 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2011, 512 s. ISBN 9788024737706.

FARKAŠOVÁ, Dana a kolektiv. 2006. *Výzkum v ošetrovatelství.* Martine : Osveta, 2006. 80-8063-229-4.

KEMR, Pavel. 2010. www.ilco.cz. *Charta práv stomiků.* [Online] České ilco, 2010. [Citace: 23. 1 2015.] <http://www.ilco.cz/ilcotexty/charta.php>.

KREML, Pavel. 2010. www.ilco.cz. *Pomůcky.* [Online] České ilco, 2010. [Citace: 5. 12 2014.] <http://www.ilco.cz/pomucky.php>.

Bc. SKONCOVÁ, Gabriela. *Bezproblémové ošetřování stomie.*[Online] Sestra: odborný měsíčník pro nelékařské pracovníky. Publikováno: 03/ 2010. [cit. 04-11-2014] Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/bezproblemove-osectrovani-stomie-450447>

Mgr. ŠKOCHOVÁ D., MBA. *Historie ošetřování stomie.*[Online] Sestra: odborný měsíčník pro nelékařské pracovníky. Publikováno: 05/ 2014. [cit. 15-12-2014] Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/historie-osectrovani-stomie-475392>

Mgr. VYBÍHALOVÁ, Lenka. *Výživa a pitný režim stomiků.*[Online] Sestra: odborný měsíčník pro nelékařské pracovníky. Publikováno: 06/ 2012. [cit. 24-01-2015] Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/vyziva-a-pitny-rezim-stomiku-465165>

MONDOK L., MRÁZ M. 2010. www.eakin.cz. *Pacientská příručka.* [Online] 2010. [Citace: 9. 12 2014.] http://www.eakin.cz/prirucka_pro_pacienty_se_stomie.pdf.

PhDr. CIBRÍKOVÁ, Silvia, PhDr. KIVADEROVÁ, DIS., Eva a PhDr. ONDŘIOVÁ, Iveta. *Ošetrovatelská péče o pacienta s kolostomií.*[Online] Sestra: odborný měsíčník pro nelékařské pracovníky. Publikováno: 06/ 2013. [cit. 22-12-2014] Dostupné z:<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/osectrovatelska-pecce-o-pacienta-s-kolostomie-470808>

ŠIROKÁ, Petra, Michaela VOTAVOVÁ. *Pooperační komplikace a ošetrovatelská péče o stomickeho pacienta.*[Online] Sestra: odborný měsíčník pro nelékařské pracovníky. Publikováno: 05/ 2008. [cit. 03-12-2014] Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/pooperacni-komplikace-a-osectrovatelska-pecce-o-stomickeho-pacient-363481>

TRACHTOVÁ E., kolektiv. 2008. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu.* Brno : Mikadapress s.r.o, 2008. 57-851-02.

COLOSTOMIE. 2015. <http://www.colostomyassociation.org.uk>. *Managing your Colostomy*. [Online] 2015. [Citace: 19. 3 2015.]

<http://www.colostomyassociation.org.uk/index.php?p=200&pp=3&i=66&page=Plug>.

SPOLEČNOST CovaTec, ČR. 2009. www.stomie.cz. *Příslušenství pro stomie*. [Online] 2009. [Citace: 2. 10 2014.] <http://www.stomie.cz/stomicke-pomucky/prislusenstvi-pro-stomie>.

STOMICI.cz. 2014. www.stomici.cz. *Druhy stomií*. [Online] 2014. [Citace: 23. 1 2015.] <http://www.stomici.cz/druhy-stomii>.

SUUSDESIGN.nl. 2010. www.stomaatje.com. *The history of the stoma*. [Online] 2010. [Citace: 2. 2 2015.] <http://www.stomaatje.com/history.html>

Bc. HANUŠOVÁ, Eva. 2011. www.szymb.cz. *Stomie*. [Online] 2011. [Citace: 5. 12 2014.] http://www.szymb.cz/admin/upload/sekce_materialy/Stomie.pdf.

Bc. MAREŠOVÁ, Jana. 2009. *Hodnocení kvality života pacientů se stomií*. Brno : Masarykova univerzita Lékařská fakulta, 2009. Diplomová práce. Vedoucí práce MUDr. Milana Šachlová, Ph.D.

VÁGNEROVÁ, Veronika. *Vitala – pomůcka pro dočasnou kontinenci*. [Online] Florence: časopis moderního ošetrovatelství. Publikováno: 05/2012. [Citace: 28. 11 2014.] Dostupné z: <http://www.florence.cz/odborne-clanky/archiv-florence/2012/5/vitala-pomucka-pro-docasnou-kontrolu-kontinence/>

MUDr. OTTO KOTT, Csc., Iveta Petříková. *Vybrané kapitoly anatomie gastrointestinálního a respiračního systému*. Vyd. 1. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2009. ISBN 97880704379

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ILCO - Dobrovolné sdružení pacientů se stomií (název)

CT - Počítačová tomografie

EKG - elektrokardiograf

RH faktor - je krevně skupinový systém (rhesus faktor)

DIA - diabetická dieta

MMSE - Minimental test

MNA - Mini Nutritional Assessment

BMI - Body mass index

mmHg - milimetr rtuťového sloupce

MUDr. - Doktor medicíny (titul)

Prof. – Profesor (titul)

Sb. - Sběrka

cm - centimetr (jednotka délky)

m - metr (jednotka délky)

tzv. – takzvaně

apod. - a podobně

atd. - a tak dále

l - litr (jednotka objemu)

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Anatomie tlustého střeva

Příloha 2: Vitala

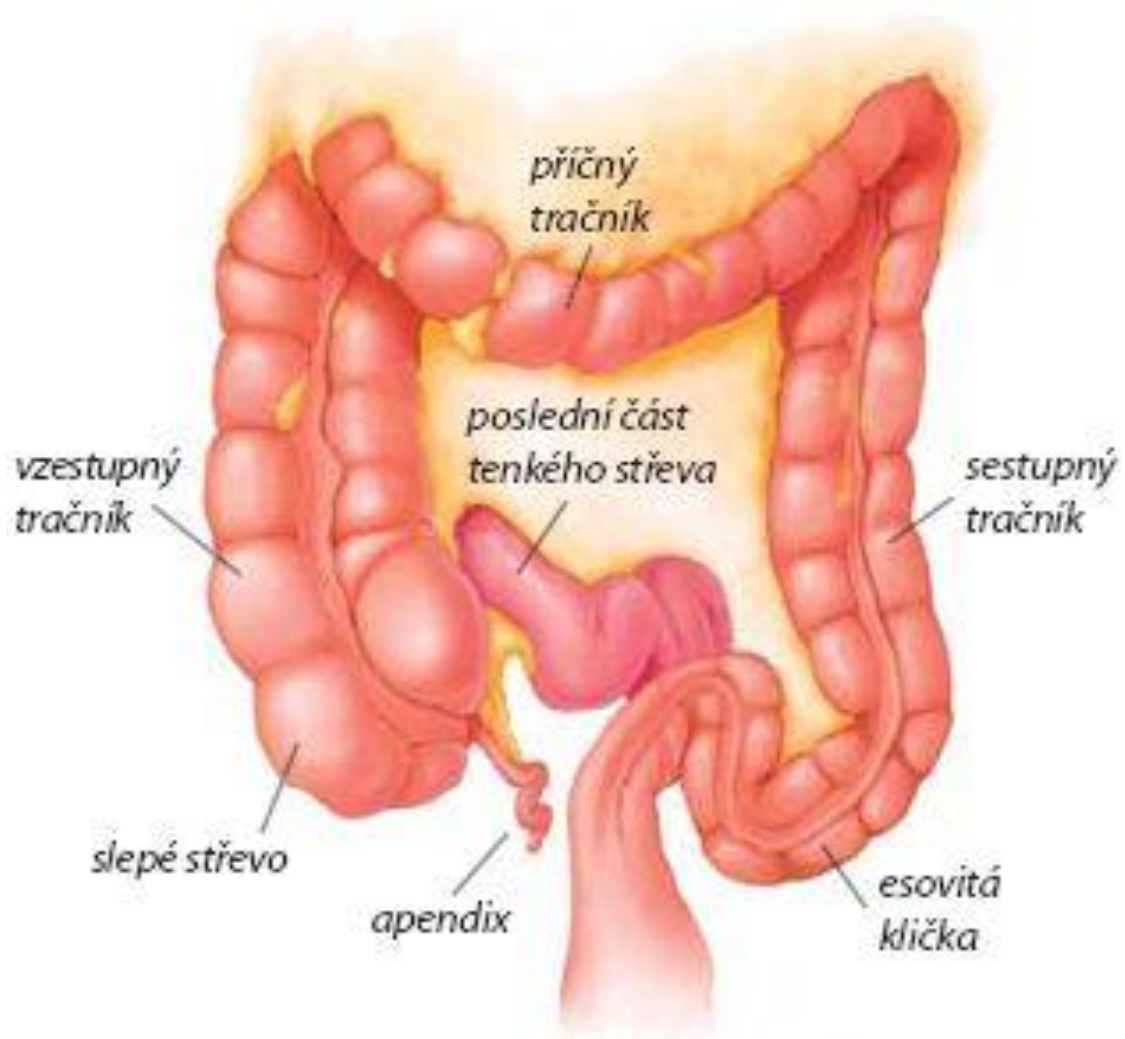
Příloha 3: Vzor informovaného souhlasu

Příloha 4: Mini Nutritional Assessment (MNA)

Příloha 5: Barthelův test

Příloha 6: Test kognitivních funkcí (MMSE)

Příloha 1 : Anatomie tlustého střeva



Zdroj: <http://strevni-nepruchodnost.webnode.cz/anatomie-a-fyziologie/>

Příloha 2 : **Vitala**



Zdroj: <http://www.florence.cz/odborne-clanky/archiv-florence/2012/5/vitala-pomucka-pro-docasnou-kontrolu-kontinence/>



Zdroj:
http://www.medgadget.com/2010/04/convatecs_vitala_continence_control_device_receive_s_fda_ok.html

Příloha 3: **Vzor informovaného souhlasu**

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Ošetrovatelská péče o pacienta se stomií

STUDENT

Markéta Maršátová
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
marketa.mars@seznam.cz

VEDOUcí BP:

Mgr. Vladimíra Fremrová
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
fremrova@mchp.cz

CÍL STUDIE

Cílem studie je zmapovat bio – psycho – sociální prožívání po vytvoření stomie

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já

souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:

Zdroj: materiály od PhDr. Janouškové Kristiny

Příloha 4 : **Mini Nutritional Assessment (MNA)**

Body

A) Došlo v posledních 3 měsících ke ztrátě chuti k jídlu, zažívacím potížím nebo poruchám přijímání stravy (obtížné žvýkání či polykání)?

ano, výrazně	0
jen mírně	1
ne	2

B) Úbytek hmotnosti za poslední 3 měsíce:

více než 3 kg	0
není přesný údaj	1
1-3 kg	2
nebyl úbytek hmotnosti	3

C) Pohyblivost/mobilita:

upoután na lůžko/vozík	0
pohyb jen po místnosti	1
vychází z bytu	2

D) Prodělal v posledních 3 měsících akutní onemocnění, úraz, psychické trauma?

Ano	0
Ne	2

E) Psychický stav:

těžká demence nebo deprese	0
mírná demence nebo deprese	1
normální stav bez psychické poruchy	2

F) BMI (Body Mass Index):

BMI < 19	0
BMI 19 až < 21	1

BMI 21 až < 23	2
BMI 23 nebo více	3

Celkové skóre:

Celkové hodnocení:

12-14 bodů

– stav výživy dobrý, normální nález, není nutné další vyšetření

11 bodů a méně

– možná porucha výživy/podvýživa, doplňte další vyšetření ke zhodnocení stavu výživy

Zdroj: <http://www.vyzivapacientu.cz/cz/odborna-verejnost/posouzeni-nutricniho-stavu/nutricni-screening/mna/>

Příloha 5: **Barthelův test**

BARTHELŮV TEST BĚŽNÝCH DENNÍCH ČINNOSTÍ

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
Najedení napití	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Koupání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí	5
	Neprovede	0
Kontinence moči	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	Inkontinentní	0
Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	Inkontinentní	0
Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Přesun lůžko - židle	Samostatně bez pomoci	15
	S malou pomocí	10
	Vydrží sedět	5
	Neprovede	0


Chůze po rovině	Samostatně nad 50 m	15
	S pomocí 50 m	10
	Na vozíku 50 m	5
	Neprovede	0
Chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech

0 - 40	vysoce závislý
45 - 60	závislost středního stupně
65 – 95	lehká závislost
100 bodů	Nezávislý

Zdroj: <http://vnl.xf.cz/ose/ose-bartel.php>

Příloha 6 : Test kognitivních funkcí-Mini Mental State Exam (MMSE)

Tab. 1 – Test kognitivních funkcí – Mini-Mental State Exam (MMSE)	
Oblast hodnocení	Max. skóre
1. Orientace Položte nemocnému 10 otázek. Který je teď rok? Které je roční období? Můžete mi říci dnešní datum? Který je den v týdnu? Který je teď měsíc? Ve kterém jsme státě? Ve kterém jsme kraji? Ve kterém jsme městě? Jak se jmenuje tato nemocnice (ordinace)? Ve kterém jsme poschodí?	každá správná odpověď = 1 bod 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
2. Paměť Vyšetřující jmenuje 3 libovlnné předměty (nejlépe z pokoje pacienta – např. okno, židle, tužka) a vyzve pacienta, aby je opakoval.	každá správná odpověď bez ohledu na pořadí = 1 bod 3
3. Pozornost a počítání Nemocný je vyzván, aby odečítal 7 od čísla 100 a to 5krát po sobě.	každá správná odpověď = 1 bod 5
4. Krátkodobá paměť (= výbavnost) Úkol zopakovat 3 dříve jmenované předměty.	každá správná odpověď = 1 bod 3
5. Řeč, komunikace a konstrukční schopnosti Ukažte nemocnému dva předměty (tužka, hodinky) a vyzvěte ho, aby je pojmenoval. Vyzvěte nemocného, aby po vás opakoval: „Žádná ale, jestliže a kdyby.“ Dejte nemocnému třístupňový příkaz: „Vezměte papír do pravé ruky, přeložte ho napůl a položte na podlahu.“ Dejte nemocnému přechít papír s nápísem „Zavřete oči.“ Vyzvěte nemocného, aby napsal smysluplnou větu (obsahující podmět a přísudek, která dává smysl). Vyzvěte nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy. 1 bod, pouze jsou-li zachovány všechny úhly a průtnutí vytváří čtyřúhelník.	správná odpověď nebo splnění 1 úkolu = 1 bod 2 1 3 1 1 1
	
Celkové skóre	Max. 30 bodů
Hodnocení: 0–10 b. těžká kognitivní porucha, 11–20 b. středně těžká kognitivní porucha, 21–23 b. lehká kognitivní porucha, 24–30 b. pásmo normálu	

Zdroj: www.zdn.cz