

Ošetrovatelská péče o pacienta s kolostomií

David Valeš

Bakalářská práce
2024



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2023/2024

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: David Valeš
Osobní číslo: H21425
Studijní program: B0913P360015 Všeobecné ošetřovatelství
Forma studia: Prezenční
Téma práce: Ošetřovatelská péče o pacienta s kolostomií

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti ošetřovatelské péče o kolostomie.

Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.

Formulace kritérií pro výběr participantů.

Realizace výzkumu designem kazuistiky.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných informací.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

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

Seznam doporučené literatury:

ANTOŠ, F. a J. HOCH. *Koloproktologie: vybrané kapitoly IV*. Praha: Mladá fronta, 2020. 272 s. ISBN 978-80-204-5750-9.
BALACHANDAR, T. G. *Stoma Care*. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers, 2018. 210 p. ISBN 978-9352704873.
IHNÁT, P. *Karcinom rektu*. Praha: Grada, 2021. 272 s. ISBN 978-80-271-3219-5.
LUKÁŠ, K., J. HOCH a kol. *Nemoci střev*. Praha: Grada, 2018. 736 s. ISBN 978-80-271-0353-9.
WHITE, M. & A. PERRIN. *Stoma Care Specialist Nursing: A Guide for Clinical Practise*. New York City: Springer, 2023. 352 p. ISBN 978-3031078002.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Silvie Svobodová**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **3. listopadu 2023**
Termín odevzdání bakalářské práce: **17. května 2024**

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan



Mgr. Věra Vránová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 9. ledna 2024

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 9.5.2024

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

(1) Vysoká škola nejdříve musí zveřejnit disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, v kterých proběhla obhajoba, včetně poněkud oponová a výjimečně obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

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

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

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

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

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

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

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

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

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá ošetrovatelskou péčí o nově vytvořenou kolostomii u vybraných pacientů, kteří byli hospitalizováni na konkrétním standardním chirurgickém oddělení nemocnice okresního typu. Vzhledem k charakteru výzkumného problému byl k jeho řešení zvolen kvalitativní výzkum, použita metoda kazuistiky. Byla zdokumentována péče, ve které se u jednotlivých participantů vyskytly obtíže s postupem při ošetřování vývodu, komplikace v podobě retrakce, alergické reakce na stomickou pomůcku a psychické potíže v oblasti přijetí nově vytvořeného střevního vývodu. Praktickým výstupem práce bylo vypracování edukačního materiálu pro pacienty s kolostomií, který je zaměřený na dietní doporučení.

Klíčová slova: nově vytvořená kolostomie, stomie, ošetrovatelská péče, stomická sestra, pacient, komplikace kolostomie

ABSTRACT

The bachelor thesis deals with the nursing care of newly created colostomy in selected patients who were hospitalized in a specific standard surgical department of a district type hospital. Due to the nature of the research problem, qualitative research was chosen to solve it and the case study method was used. The care was documented, in which the individual participants experienced difficulties with the procedure of the anastomosis, complications in the form of retraction, allergic reactions to the ostomy device, and psychological difficulties in the acceptance of the newly created intestinal stomy. The practical outcome of the work was the development of educational material for colostomy patients, which is aimed at on dietary recommendations.

Keywords: newly created colostomy, stomy, nursing care, ostomy nurse, patient, colostomy complications

Chtěl bych poděkovat paní Mgr. Silvii Svobodové za její vedení mé bakalářské práce. Vážím si její velké obětavosti, trpělivosti a cenných rad, které mi během zpracování bakalářské práce poskytovala. Poděkování patří i personálu chirurgického oddělení za spolupráci a ochotu při zpracovávání mé praktické části práce. Děkuji svým blízkým za podporu během mého studia.

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

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 KOLOSTOMIE.....	12
1.1 ROZDĚLENÍ KOLOSTOMIÍ	12
1.2 EPIDEMIOLOGIE.....	14
1.3 INDIKACE K VYTVOŘENÍ KOLOSTOMIE	14
2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O KOLOSTOMIE.....	17
2.1 PŘEDOPERAČNÍ PÉČE	17
2.2 POOPERAČNÍ PÉČE	18
2.3 KOMPLIKACE.....	19
3 NÁSLEDNÁ PÉČE O KOLOSTOMII	24
3.1 POMŮCKY K PÉČI O KOLOSTOMII	24
3.2 VÝMĚNA STOMICKÝCH POMŮCEK	28
3.3 VÝŽIVA KOLOSTOMIKŮ	29
4 EDUKACE PACIENTA SE STOMIÍ, STOMICKÁ SESTRA.....	32
4.1 EDUKACE V OŠETŘOVATELSTVÍ.....	32
4.2 EDUKACE PACIENTA SE STOMIÍ.....	33
4.3 STOMICKÁ SESTRA	34
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	37
5 METODIKA PRÁCE.....	38
5.1 CÍL PRÁCE	38
5.2 METODA VÝZKUMU.....	38
5.3 CHARAKTERISTIKA PARTICIPANTŮ	38
5.4 ORGANIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	39
6 KAZUISTIKY	41
6.1 KAZUISTIKA Č. 1	41
6.2 KAZUISTIKA Č. 2	47
6.3 KAZUISTIKA Č. 3	52
6.4 KAZUISTIKA Č. 4	56
6.5 SHRNUÍ KAZUISTIK	61
7 DISKUZE.....	65
8 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	69
ZÁVĚR	70

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	71
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	78
SEZNAM TABULEK.....	81
SEZNAM PŘÍLOH.....	82

ÚVOD

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelská péče o pacienta s kolostomií. Problematika střevních stomií mě zajímá, protože pracuji na chirurgickém oddělení, kde jsou hospitalizováni pacienti s nově vytvořeným střevním vývodem na tenkém nebo tlustém střevě. Převažují nemocní s kolostomií, v České republice jich žije přibližně 7 000. Ve své bakalářské práci jsem se zaměřil v kazuistikách na ošetrovatelskou péči poskytovanou pacientům s nově vytvořenou kolostomií. Jednou z nejčastějších indikací k vytvoření stomie na tlustém střevě je výskyt kolorektálního karcinomu, jehož incidence v naší republice každým rokem stoupá. Přestože existují preventivní programy, které mají pomoci včasné zachytit toto nádorové onemocnění, je velmi často diagnostikováno až v pokročilých stádiích nemoci a při operačním zákroku bývá často vytvořen střevní vývod. K dalším příčinám vytvoření kolostomie patří střevní záněty, náhlé příhody břišní, překážky nebo proděravění střevní stěny, úrazy a poranění.

Kolostomie je velkým zásahem v životě pacienta, který se musí s nově vytvořeným vývodem vyrovnat psychicky, změnit některé své dosavadní návyky a záliby, musí přijmout změnu ve vnímání vlastního těla, musí být schopen o stomii pečovat a pokud to nezvládne, je potřeba zajistit další osobu, která mu s péčí o střevní vývod pomůže. Když je pacientovi nově vytvořena kolostomie, ošetrovatelský personál edukuje pacienta, objasňuje a poskytuje informace a prakticky učí nemocného o stomii pečovat. Důsledné a pečlivé ošetřování stomie, dodržování dietních doporučení a změna životních návyků může zamezit vzniku části nežádoucích komplikací.

Problémy, se kterými se stomici setkávají patří k určitému tabu, o kterých naše společnost nerada hovoří, proto je o ní spousta mýtů a domněnek. Zásadní roli v životě stomiků hraje psychický stav. Velkou podporou pro tyto pacienty je vstřícná a podporující rodina. Pomoci můžou i kluby a pacientské organizace stomiků, které pomáhají řešit zdravotní, psychické a sociální problémy, které jsou spojeny s návratem pacienta se stomií do normálního života.

Cílem bakalářské péče je popsat ošetrovatelskou péči o nově vytvořenou kolostomií u vybraných pacientů na standardním chirurgickém oddělení. V praktické části je zpracován kvalitativní výzkum designem kazuistik.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 KOLOSTOMIE

Stomie značí vyústění střeva přes stěnu břišní. Podle toho, která část střeva je ke stomii užita, se liší i název stomie. Souhrnný název pro vyústění tlustého střeva je kolostomie (Valenta, 2007). Kolostomie je nejčastějším druhem stomie, vystupující 1 až 2 cm nad povrch těla o šířce 2 až 5 cm. Může být vytvořena na kterémkoliv úseku tlustého střeva. Místo, kde je vyvedena, určuje následně konzistenci stolice. Stomie vyšité na vyšších úsecích tlustého střeva produkují více řidší stolici. Kolostomie má tendenci se vyprazdňovat 1 až 3krát za den (Dougherty et al., 2015). Vytvoření kolostomie lze provést laparotomicky i laparoskopicky. Různé typy kolostomií odpovídají danému operačnímu poslání (axiální, terminální, nástěnné) a i technické provedení bývá různé (transabdominální, retroperitoneální apod.). Ve všech případech by však mělo platit, že o stomii musí být nemocný informován před operací (Zeman, 2014). Místo, kde bude kolostomie vyvedena, je nejlepší vybrat před operací. Zvolí se část břišní stěny, která je relativně plochá a vzdálená od kostních výčnělků, jizev, záhybů tuku a kůže. Je důležité, aby pacient na místo stomie viděl, nebylo v místě pásků kalhot nebo sukni, a současně je nutné vyhodnotit navrhované umístění vsedě i ve stoje, jelikož kožní záhyby se mohou tvořit v různých polohách. Otvor přes břišní stěnu musí mít dostatečnou velikost, aby umožnil průchod střeva a jeho doprovodných krevních cév bez zúžení (Kann, 2008). Při výběru umístění kolostomie je velmi užitečná spolupráce se stomickou sestrou. Nejčastějším důvodem vytvoření kolostomie bývá chirurgická léčba onkologických onemocnění tlustého střeva, střevních zánětů, náhlých příhod břišních, vrozené vývojové vady, ale i úrazy a poranění břicha či inkontinence stolice (České ILCO, 2023).

1.1 Rozdělení kolostomií

Kolostomie se dělí podle různých kritérií. Podle časového trvání rozlišujeme kolostomie dočasné a trvalé. Trvalé jsou zakládány, pokud není možné obnovit odchod stolice přirozenou cestou, dočasné bývají vytvořeny po dobu, pro kterou tlusté střevo potřebuje na obnovení své plné funkčnosti. I dočasná kolostomie se však může stát trvalou, pokud pacient nechce již podstupovat další operaci, která je nutná k obnově kontinuity střeva přirozenou cestou, nebo pokud to nedovolí jeho zdravotní stav (Zachová et al., 2010).

Podle lokalizace rozdělujeme kolostomie na cékostomie, která se nachází v oblasti slepého střeva (lat. *intestinum caecum*), nebývá častá, její obsah bývá tekutý a dráždivý pro pokožku v okolí vývodu. Pokud je umístěna stomie ve vzestupném tračníku tlustého střeva (lat. *colon ascendens*) nazývá se ascendentostomií, obsah je tekutý až polotekutý. Na příčném tračníku (lat. *colon transversum*) nacházíme transverzostomie, její obsah bývá kašovitý a většinou se jedná o dočasnou variantu kolostomie. Descendentostomie nalzáme v místě sestupného tračníku (lat. *colon descendens*), kde střevní obsah bývá polotekutý. Posledním druhem kolostomie je sigmoideostomie, kdy se jedná o vývod na esovité kličce (lat. *colon sigmoideum*), umístěný v levé jámě kyčelní. Patří k nejčastějším místům vyústění tlustého střeva, které obsahuje polotuhou až tuhou formovanou stolicí. Pokud je nutné současně odstranit konečník s řitním otvorem a svěrači, jedná se o kolostomii trvalou (NZIP, 2023).

Kolostomie můžeme dělit i podle konstrukce, způsobu provedení. Terminální (jednohlavňová) kolostomie se nejčastěji zakládá na *colon sigmoideum*. Při nemožnosti resekce a tvorby funkční anastomózy chirurg přistupuje k operaci podle Milese, kdy se resekuje 1/3 sigmoidea, rektosigma, rektum a anus, zašije se perineum a vzniká trvalá terminální sigmoideostomie. Dočasně je vyveden drén z perinea, kdy po jeho vytažení může mít pacient sekreci z konečníku (Otradovcová et al., 2006). Při operaci podle Hartmanna je dolní část střeva uzavřena a ponechána v těle, horní část střeva je vyvedena na povrch břicha jako kolostomie. U pacientů, kterým byla provedena Hartmannova operace se může objevit nutkání na stolici s následným odchodem hlenů z konečníku (Balachandar, 2018). Axiální (dvouhlavňová) kolostomie může být trvalá nebo dočasná. Zakládá se na *colon sigmoideum* a *colon transversum* a vede k vyřazení pasáže stolice přes poškozený segment *colonu* pod ním. Uvolněná střevní klička se protáhne břišní stěnou, přišije se ke kůži a do otvoru ústí přívodná a odvodná střevní klička. Stomie musí být zkonstruovaná tak, aby stolice nepřetékala do odvodného ramene (Lúčan, 2011). V dnešní době se již minimálně provádí nástěnná kolostomie, kterou lze zkonstruovat na kterémkoliv úseku tlustého střeva. Nejčastěji se jednalo o cékostomie Witzelova typu. Střevo se přišívalo k břišní stěně a do střeva zaváděl drén, který sloužil k odvodu stolice ven ze střeva (Zachová et al., 2010).

1.2 Epidemiologie

Podle údajů, které jsme získali z Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR, žilo v roce 2022 v České republice 7 136 pacientů s kolostomií. Za posledních 15 let se toto číslo téměř zdvojnásobilo (ÚZIS, 2024). V Příloze P I jsou uvedeny počty pacientů s kolostomií od roku 2010.

1.3 Indikace k vytvoření kolostomie

Nejčastější indikací k založení kolostomie bývá karcinom tlustého střeva, idiopatické střevní záněty, divertikulóza tlustého střeva, ileózní stavy, perforace, ischemii tlustého střeva, inkontinence stolice ale i úrazové stavy (Manderson, 2005).

Karcinom tlustého střeva je považován za civilizační onemocnění související s nezdravým životním stylem života a způsobem stravování. Jedná se o multifaktoriálně podmíněné onemocnění, jehož etiopatogeneze nebyla dosud plně objasněna. Patří mezi nejčastější zhoubná onemocnění jak z celosvětového hlediska, tak i v rámci České republiky (Ihnát, 2021). Česká republika je v počtu nových onemocnění karcinomu tlustého střeva a konečníku stále na předních místech mezinárodních statistik. Ročně v ČR onemocní téměř 8 tisíc lidí a 3,5 tisíce na toto onemocnění zemře. Pozitivem je stabilizace počtu nových onemocnění a klesající mortalita. Tyto trendy ale následně navyšují počty léčených a vyléčených pacientů, o které je nutné pečovat. V ČR žije téměř 60 tisíc občanů, kteří nyní nebo v minulosti onemocněli touto chorobou. Situaci zhoršuje fakt, že méně než 50 % nových pacientů s karcinomem tlustého střeva a konečníku je diagnostikováno v časnějších klinických stádiích 1 nebo 2, u kterých je šance na úspěšné vyléčení nejvyšší. Tito pacienti také vyžadují komplexní léčbu, včetně specializované péče v komplexních onkologických centrech ČR (MZČR, 2017). Terapie u kolorektálního karcinomu je chirurgická, doplněná radioterapií a chemoterapií. Radikální operace jsou v oblasti rekta velmi náročné jak pro pacienta, tak po stránce operačně technické. Snahou operátora je odstranit nádor, tzn. i s příslušným spádovým lymfatickým aparátem. Největším problémem zůstává otázka zachování svěračů, a tím i inkontinence. Za nejradikálnější operaci považujeme amputaci konečníku (abdominoperineální amputace podle Milese). Při operaci se odstraňuje celý konečník a distální polovina sigmoidea. Proximální část sigmoidea se vyvede jako sigmoideostomie. U výše uložených nádorů lze rektum resekovat a provést anastomózu (Zeman, 2014).

Idiopatické střevní záněty, anglicky se tato skupina onemocnění nazývá Inflammatory Bowel Disease (IBD), jsou chronická relabující onemocnění charakterizovaná zejména průjmem, který může být krvavý nebo vodnatý. Jsou zde řazeny ulcerózní kolitida, Crohnova nemoc, indeterminovaná kolitida a nově i kolitidy mikroskopické (Lukáš, 2018). Incidence a prevalence IBD vykazuje značné geografické a socioekonomické rozdíly. Idiopatické střevní záněty postihují především populace ekonomicky vyspělých zemí. V Evropě trpí IBD více než 3,5 milionu lidí, přičemž v západní Evropě je incidence téměř dvakrát vyšší v porovnání s východní Evropou. V České republice je v současné době evidováno 55 000 pacientů s idiopatickým střevním zánětem (Mináriková, 2021). V terapii převládá léčba konzervativní. Chirurgická terapie je indikována až pokud dojde k ohrožení života pacienta závažnými komplikacemi. V konzervativní léčbě idiopatických střevních zánětů se využívají kortikosteroidy, imunomodulační léčba, aminosalicyláty či biologická léčba. Závažnější formy vyžadují léčbu chirurgickou, při které je odstraněna postižená část trávicího ústrojí, mohou být důvodem pro vyvedení kolostomie. Stejně jako u kolostomií vytvořených z jiného důvodu, než jsou IBD, se u nemocných může jednat o kolostomii dočasnou nebo trvalou. Hlavním důvodem pro vytvoření kolostomie je stav, kdy střevní zánět zasáhl trávicí ústrojí natolik, že střevo není možné po odstranění jeho poškozené části napojit na zdravý úsek (Ehrmann a Konečný, 2011).

Jako náhlé příhody břišní (NPB) se označuje skupina akutních břišních onemocnění vznikajících z pocitu plného nebo dobrého zdraví, které nemocného mohou ohrozit na životě (Valenta, 2007). Ileus je nemožnost normálního postupu obsahu trávicího ústrojí jeho průsvitem. Z neúrazových NPB má největší smrtnost, která kolísá kolem 10 %. U ileu obstrukčního je terapie chirurgická a spočívá v proříznutí střevní stěny a odstranění překážky. Odstranění překážky se provádí až po zlepšení stavu nemocného i dilatované stěny střeva. Je-li úsek postižený nádorem volný, lze jej celý anteponovat přes břišní stěnu a po několika dnech snést postižený úsek střeva. Vzniklá dvouhlavňová kolostomie se ruší v druhé době napojením konců střeva (Zeman, 2014).

Divertikulární choroba tlustého střeva patří mezi jedny z nejčastějších onemocnění v gastroenterologické praxi. Divertikly tlustého střeva jsou získané vakovité protruze slizniční a podslizniční vrstvy stěny tlustého střeva, ke kterým dochází v preformovaných místech, které odpovídají místy průniku cév zajišťující výživu sliznice a podslizniční vrstvy. Vznik divertiklů může být usnadněn vrozenými vývojovými vadami, poruchou tvorby vazivové tkáně, abnormální viscerální senzitivitou a také hypermotilitou střeva. Divertikly

se objevují ve vyšším věku, kdy dochází k postupné degeneraci pojivové tkáně a řadíme je mezi nepravé divertikly, protože jejich stěna je tvořena pouze sliznicí a tenkou vrstvou podslizničního vaziva a neobsahují svalovou část ani serózu. Divertikly jsou daleko častější v levém tračníku, v oblasti esovité kličky a sestupného tračníku, ve kterých je nejužší střevní lumen (Lukáš, 2019). Jde o tzv. civilizační chorobu, na etiologii má vliv životní styl a hlavně složení potravy (nedostatek vlákniny, převažující podíl živočišných bílkovin, nedostatek pohybu) (Valenta, 2007). U konzervativní léčby je důležité dostatečné množství vlákniny, které by mělo dosáhnout 30 g denně. Dále se využívají léky přinášející symptomatickou úlevu, mesalazin, probiotika a nevstřebávající se antibiotika. Úspěšnost konzervativní terapie u nekomplikované divertikulární choroby se pohybuje mezi 70-100 %. Pokud u pacienta převládají komplikace, volí se chirurgická léčba, která zahrnuje anastomózu. Je-li postižení střeva vážné, chirurg odstraní postižený úsek a vytvoří se kolostomie (Špičák, 2018). Asi u 5 % nemocných s divertikulózou tlustého střeva vznikne divertikulitida s významnou symptomatologií, která je podmíněna zánětlivým infiltrátem v postiženém segmentu tlustého střeva. Dojde-li k prostupu zánětu mimo střevní stěnu, nacházíme při palpaci stěny břišní známky peritonitidy levé poloviny břicha, nejčastěji ohraničené na oblast levého hypogastria. Asi u 1 % nemocných s divertikulózou se objevují závažné, život ohrožující komplikace, jako je perforace střeva a masivní krvácení do trávicí trubice (Lukáš, 2019).

Ischemická kolitida, která je téměř vždy hypoperfuzní etiologie, se musí klinicky odlišit od akutní mezenterální ischemie způsobené obturací cévního řečiště trombem nebo embolem. Ischemická kolitida nevede k bolestivému syndromu, v popředí jsou krvavé průjmy a v některých případech masivní krvácení z trávicí trubice. Prognóza akutní mezenterální ischemie vzniklé na podkladě obstrukce cévního řečiště je vždy velmi závažná a 60–80 % případů probíhá fatálně, kdežto prognóza ischemické kolitidy je ve většině případů příznivá a až na výjimečné případy vede ke spontánnímu vyhojení. Terapie je založena na úpravě systémové hemodynamiky, oběhové resuscitaci a při známkách pokračujícího krvácení podávání hemostyptik. V případech vyjádřené ischemické kolitidy jsou na místě antibiotika nebo podávání střevních protizánětlivých léčiv (Lukáš, 2013). Pokud ve stěně střeva vznikají nekrotické úseky, je nutno je urgentně chirurgicky odstranit. Výsledný stav se řeší buď anastomózou dvou zdravých úseků, nebo založením kolostomie (Zachová et al., 2010).

2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O KOLOSTOMIE

2.1 Předoperační péče

Jedna z nejdůležitějších složek předoperační přípravy, pokud to dovoluje pacientův stav, je rozhovor se stomickou sestrou. Sestra většinou pacientovi vysvětluje a ukazuje model stomie, všechny druhy pomůcek, doplňkový sortiment, brožury, informuje o jídelníčku. Podrobně probere také předoperační přípravu, každodenní pooperační edukaci na JIP a standardním oddělení. Zodpoví na pacientovi na všechny dotazy. Stomická sestra rozhovorem s pacientem také získá důležité informace o sociálním zázemí pacienta a případně může nabídnout i schůzku s psychologem. Dostatek informací před operací vede k lepší spolupráci pacienta a rodiny se zdravotníky (Zachová et al., 2010).

K plánovanému operačnímu výkonu obvykle pacient dochází dva dny před operací. Pacient by si s sebou měl přinést výsledky kompletního předoperačního vyšetření od obvodního lékaře. Operatér mu vysvětlí typ operace, informuje ho o výkonu a možných komplikacích, odpoví na případné dotazy a také ho informuje o návštěvě stomické sestry. Součástí předoperačního rozhovoru je také podepsání informovaného souhlasu s operací, bez nějž nelze operaci provést (Janíková a Zeleníková, 2013).

Prvním krokem stomické sestry je seznámení se s dokumentací pacienta. Dále následuje psychologicko-edukační rozhovor s pacientem. S pacienty, kteří již dříve odmítli možnost kontaktovat stomickou sestru, navazuje stomasestra kontakt až v nemocnici. Přestože je před operací limitována časem, musí si najít prostor pro podrobný rozhovor v intimním prostředí. Poté se přechází na zakreslení místo pro založení stomie a nalepení edukační pomůcky. Pacient musí se zakreslením místa souhlasit. Vždy je třeba, aby pacient u zakreslování místa stál i seděl. Sestra si prohlédne odhalené břicho, zjistí jizvy, kožní řasy a nerovnosti. Zeptá se, kde pacient nosí spodní prádlo a oblečení. Umožní mu vyzkoušet si všechny pohybové aktivity s nalepeným sáčkem. Vždy by měla stomická sestra zakreslovat dvě varianty – ileostomie, kolostomie (Otradovcová et al., 2006).

Součástí předoperační přípravy před plánovanou operací tlustého střeva je vyčištění tlustého střeva prostřednictvím projímadel, klyzmat nebo perorálních hyperosmolárních roztoků. U urgentních operací, kdy je předoperační příprava limitována časem 2 až 4 hodin a vzhledem k charakteru onemocnění (např. ileózní stavy), se tato příprava neprovádí (Zachová et al., 2010). Přípravu střeva k operaci dělíme na mechanickou a chemickou (farmakologickou). Mechanická příprava dříve zahrnovala několikadenní diety

a hladovění, dnes se již neprovádí, neboť tento způsob obtěžoval nemocného a mohl zhoršit jeho celkový stav. Dnes se k přípravě rekta zpravidla používá jedno až dvě nevelká klasická očištná klyzmata nebo nověji speciální mikroklyzmata (např. fosfátový roztok, YAL apod.). Tato mikroklyzmata většinou postačí k dostatečnému vyprázdnění levé poloviny tračníku. K vyčištění celého tračníku se zpravidla používá ortográdní Hawittův roztok, či menší objemy různých firemně vyráběných roztoků (např. Fortrans, Golytela apod.). Tyto roztoky se pijí několik hodin před operací, lze je také podat gastrickou sondou. Při podezření na střevní obstrukci je podání roztoku kontraindikováno. U střevních stenóz je vhodné podat menší množství roztoku, než je předepsané, prodloužit časový interval a eventuelně kombinovat s antegrádně aplikovaným klyzmatem. Moderní chemická příprava střeva spočívá v podání farmaka, které ovlivní mikrobiální střevní flóru. Takto působíme proti možným zánětlivým pooperačním komplikacím (Zeman, 2014).

2.2 Pooperační péče

Podle závažnosti operačního výkonu, polymorbidity a komplikací často probíhá prvních několik dní pooperační péče na JIP. Zde se monitorují vitální funkce, aplikace parenterální, enterální nebo kombinované výživy, péče o invazivní vstupy a drény, péče o ránu, léčba bolesti. Na operačním sále nalepí sálová sestra na stomii jednodílný průhledný vypouštěcí sáček bez filtru. Velikostí a tvarem by měl odpovídat typu stomie. Sáček může zůstat nalepený i 48 hodin, pokud nepodtéká a drží. Přes průhledný sáček se pravidelně kontroluje tvar, velikost, barva, otok stomie a množství a barva sekretu. Stomická sestra dochází za pacientem denně a podle jeho stavu provádí základní pooperační edukaci na lůžku (Otradovcová et al., 2006).

U nemocných, kdy nebyla možná předoperační edukace, je vhodné ji začít praktickými postupy a seznámením se stomií a teprve poté teoretickými poznatky. U ostatních případů se může pokračovat teoretickou přípravou, při níž sestra předá materiály, ve kterých je péče komplexně popsána. Poté je ponecháno na pacientovi, zda si do problematiky přeje zapojit i rodinu. V rámci předání edukačních materiálů získá stomik i hygienickou tašku na pomůcky, písemné edukační materiály, nůžky, eventuelně zrcátko. V uvedené fázi dále stoma sestra předvede praktický postup na modelu či muláži. Stomik má šanci si celé postupy prohlédnout a ověřit si přečtené informace při praktické ukázce. (Zachová et al., 2010).

Pár dní po teoretické přípravě by měla nastat praktická ukázka výměny stomických pomůcek. Stomická sestra musí připravit prostředí a pomůcky k edukaci. Prostor by mělo být intimní, vyvětraný prostor s dostatečným osvětlením. Stoma sestra dává jistý návod, jak si má stomik pomůcky připravit i v domácím prostředí. Je vhodné, aby měla nachystané různé pomůcky, protože v pooperačním období dochází ke změně tvaru střevního vývodu a kdykoliv se může rozhodnout ke změně velikosti pomůcky (Otradovcová et al., 2006).

Práce s písemnými materiály i prvotní nácvik může probíhat i za spolupráci rodiny. Sestra upozorňuje na to, že bude docházet bezprostředně po operaci a v delším pooperačním období ke změnám barvy, velikosti stomie, charakteru výměšků, zápachu, vzednutí břicha apod. Při konstrukci axiální, dvouhlavňové kolostomie je přítomen pod kličkou vývodu jezdec, můstek. Odstraňuje se 5. až 10. den po operaci, podle rozhodnutí operátora. Je nezbytné, aby při přítomnosti jezdce ve stomii byla hmota pomůcky zasunuta pod něj, aby nedocházelo ke vzniku komplikací (Zachová et al., 2010). Je také nutno pacienta upozornit na to, že se může objevit nutkání na stolicí. Sliznice střeva pod stomií totiž produkuje hlen a ten konečným odchází. Stomici, kteří o tom nejsou dostatečně informováni, bývají často nepříjemně překvapeni a mají obavy o svůj zdravotní stav (Balachandar, 2018).

K propuštění do domácího prostředí by mělo dojít až po domluvě chirurga a stomické sestry, kteří odpovídají za soběstačnost pacienta. Osamělého nebo nesoběstačného pacienta předává ošetřující lékař do péče agentury domácí péče nebo do následného zařízení. Pacient by měl být vybaven: termínem a místem první kontroly u lékaře, pomůckami na 1 měsíc a kontaktem na stomickou sestru. Před propuštěním by také mělo dojít k vytažení stehů ze stomie. Pokud je kolostomie správně a dostatečně přihojena k břišní stěně obvykle se stehy extrahují 7. až 12. pooperační den a pacient je propuštěn z nemocnice (Otradovcová et al., 2006).

2.3 Komplikace

Vytvoření kolostomie pro pacienta představuje značnou psychickou, fyzickou, sociální a ekonomickou zátěž. Komplikace se vyskytují u 20 až 70 % nemocných s kolostomií. Většinu komplikací řeší stomická sestra. Z časového hlediska se komplikace dělí na časné, které vznikají za hospitalizace v krátkém pooperačním období, a pozdní, které se můžou projevit i několik let od vytvoření kolostomie (Janíková a Zeleníková, 2013).

Autor Ihnát (2021, s. 254) uvádí, že incidence časných komplikací se pohybuje kolem 34 %. Časně komplikace vznikají za hospitalizace v brzkém pooperačním období. Řadí se mezi ně nekróza, krvácení, akutní retrakce, flegmóna nebo parastomální absces, prolaps kliček kolem kolostomie a ileus.

Prevenčí potíží plynoucí z nevhodně umístěné stomie je pečlivý předoperační výběr tohoto místa. V akutním případě, kdy není místo vhodné stomie předem označeno, se zakládá ve 2/3 spojnice mezi spina iliaca anterior superior a pupkem (Adamová, 2015). Jde-li o trvalou stomii, kontaktujeme chirurga, a dovolí-li to pacientův stav, provádí se transrepozice kolostomie (Otradovcová et al., 2006).

Nekróza stomie vzniká při porušení cévního zásobení anteponované části střeva v důsledku jeho nadměrné skeletizace nebo pokud je kolostomie fixována k břišní stěně pod velkým tahem nebo v příliš úzkém otvoru ve fascii. V případě, že je nekrotická pouze sliznice, lze postupovat konzervativně. Postižená část sliznice se spontánně odloučí a střevo pod ní zůstane vitální. Při nekróze celého střeva je nutná reoperace, při které se odstraní devitalizovaná část střeva a vyvede nová stomie (Lukáš, 2018). Nekróza stomie se objeví u 2 % pacientů během prvních 2 dní po operaci. Častější je tento problém u obézních pacientů, a u těch kteří byli operováni akutně (Adamová, 2015).

Když se kolostomie dotýkáme, například při výměně stomického sáčku, může začít lehce krváčet. Je to normální jev, jelikož sliznice střeva je křehká a bohatě prokrvená. Drobné krvácení většinou spontánně ustane. Když však krvácení přetrvává, je nutné kontaktovat lékaře. Příčina může být v užívání antikoagulancií či steroidů. Dalším důvodem může být rostoucí tumor. Je třeba upozornit stomika na to, že každé přetrvávající krvácení si vyžaduje lékařské ošetření (České ILCO, 2023).

Ileus jako časná komplikace založení kolostomie vzniká nejčastěji inkarcerací kliček mezi ramenem kolostomie a břišní stěnou. Řešení je operační (Lukáš, 2018).

Parastomální absces je dutina vyplněná sekretem, způsobeným místním zánětem. Může dojít až k uvolnění stehů v okolí stomie (Fierlová, 2018). Pokud se vyskytne absces v okolí kolostomie, je nutná jeho derivace. Lepení sáčku na stomii a současně na drénovaný absces je obtížné – používají se flexibilní pomůcky s větší lepící plochou. Protože dochází k častému podtékání obsahu pod podložku, je nutná pravidelná péče o kůži v oblasti stomie (Otradovcová et al., 2007).

Eviscerace, prolaps kliček kolem stomie, je vzácnou komplikací, která vzniká při nadměrném otvoru ve stěně břišní a nedostatečné fixaci střeva k fascii. Řešení této komplikace je operační (Lukáš, 2018).

Retrakce stomie nejčastěji vzniká, je-li stomie konstruována pod tahem z důvodu krátkého střeva, srůstů v břišní dutině nebo pokud je pacient obézní a má vysoké podkoží (Fierlová, 2018). Roli může hrát také nekróza, vznik abscesu v blízkosti kolostomie a nedostatečná fixace střeva k fascii. Řešením je vhodná konvexní pomůcka s užitím vyrovnávacích prostředků past či kroužků (Adamová, 2015). Autor Cottam et al. (2007) uvádí, že se retrahuje až 14 % kolostomií.

Mezi pozdní komplikace patří prolaps, parastomální kýla, stenóza, krvácení, vznik píštěle. Autor Lukáš (2018, s. 506) udává incidenci pozdních komplikací v širokém rozmezí 6 až 76 %. Přes 90 % těchto komplikací vzniká v prvních 6 měsících po operaci.

Parastomální kýla patří mezi nejčastější pozdní komplikace. Jedná se o incizionální kýlu, jejíž incidence uváděná v literatuře narůstá s délkou sledování (20-50 %). Riziko vzniku se během prvních 10 let pohybuje okolo 37 %. Je způsobená nízkou flexibilitou břišní stěny a rizikovými faktory jsou obezita, malnutrice, léčba kortikoidy, chronický kašel, ascites, tumor a parastomální absces (Adamová, 2015). Pokud je kýla asymptomatická a nebrání v ošetřování kolostomie, je vhodný konzervativní postup léčby a také přikládání kýlního pásu. Asi 10 až 20 % kýl vyžaduje chirurgické ošetření. Plastika kýly prostou suturou je zatížena až 76 % rizikem recidivy u primární operace a téměř 100 % rizikem v případě reoperace (Lukáš, 2018).

Při vzniku prolapsu dojde k vysunutí střevní kličky přes stomii nad povrch břišní stěny. Důvodem je nesprávně vytvořená stomie, oslabená břišní stěna, zvýšený tlak v břiše, zvýšení hmotnosti nebo vytlačování volné střevní sliznice parastomální kýlou (Fierlová, 2018). Pacientovi zejména vadí z hlediska estetického, bojí se nových obtíží, ale pokud se neobjeví krvácení či prolaps velké části střeva, nečiní větší problémy. Znamky ischemie a nekróza jsou indikací k operační revizi. Prolaps je nejčastější u dvojhlavňových transverzostomií (Adamová, 2015).

Píštěl se může vyskytnout v okolí kolostomie jako komplikace idiopatických střevních zánětů nebo v časném pooperačním období jako reakce na šicí materiál, tzv. stehová píštěl. Způsobuje nepřilnavost pomůcek, podtékání stolice a iritaci kůže pod podložkou. Přítomnost

píštěle vyžaduje komplexní ošetrovatelský a léčebný postup, zejména vhodně zvolené stomické pomůcky (Lukáš, 2018).

Stenóza stomie vzniká nejčastěji po sekundárním hojení v pooperačním období. Pokud víme, že se stomie hojí per sekundam, je vhodné provádět dilataci střeva preventivně. Začíná se dilatovat kovovými Hegarovy dilatátory a postupně rozevírat a udržovat stomii průchodnou, jinak hrozí ileózní stav. Vyšetřením per stomiam je nutné zjistit, zda se jedná o stenózu cirkulární po obvodu střeva a jak daleko, či pouze o stenózu kůže. (Fierlová, 2018). Stenóza je udávaná u 2 až 15 % kolostomií, může se objevit kdykoliv, od prvních pooperačních týdnů, ale i s odstupem několika let. Ohroženější jejím vznikem jsou pacienti s morbus Crohn. Může se projevit zvukovým doprovodem, který provází odchod flatu a pacienti pozorují tužkovitou stolicí (Adamová, 2015).

Peristomální kožní změny vznikají v důsledku chemického, mechanického a biologického dráždění kůže. Tyto změny zahrnují kontaktní iritační dermatitidu, alergickou reakci a dermatitidu, peristomální mykózu, pyoderma gangrenosum, granulomy či polypy, maceraci a hypergranulaci (Lukáš, 2018).

Kontaktní iritační dermatitida vzniká v důsledku dráždění kůže agresivními exkrementy při podtékání stolice. Působením škodlivin se oslabují ochranné vlastnosti kůže, dochází k prosakování do epidermální vrstvy a poškození keratinocytů a uvolnění cytokinů. Vzniká zánět projevující se erytémem, kožním edémem, puchýřky a mokváním. Iritační dermatitida vyžaduje komplexní ošetrovatelský přístup, zpravidla je nutná reedukace pacienta, úprava či výměna stomických pomůcek, aplikace různých ochranných a vyrovnávacích prostředků (Zachová et al., 2010).

Alergické reakce a dermatitidy jsou reakce těla na některou složku obsaženou v adhezivu stomického systému. Řešením je v první řadě změna stomických pomůcek a zvolení vhodných kosmetických příslušenství k ošetřování kolostomie. Nedojde-li k ústupu, je na místě spolupráce s dermatologem (Fierlová, 2018).

Velmi častou příčinou peristomální mykózy je *Candida albicans*, které se ve vlhkém prostředí velmi daří. Důraz je tedy potřeba klást na hygienickou péči při ošetřování vývodu, prevenci podtékání pomůcek, šetrnost při omývání peristomální kůže apod. Kandidóza se může na peristomální kůži manifestovat jako bílé krupičky s červenými skvrnami.

Ošetřování vyžaduje aplikaci antimykotické masti a umožnění jejího působení. Může dojít ke snížení přilnavosti stomické pomůcky (Zachová et al., 2010).

Pyoderma gangrenosum je vzácné kožní onemocnění s chronickým průběhem, které se manifestuje gangrenosními vřídky. Nejčastěji se vyskytuje u pacientů s idiopatickými střevními záněty. Důležitá je léčba základní choroby. Onemocnění vyžaduje systémovou terapii kortikosteroidy, eventuálně dalšími imunosupresivy (Lukáš, 2018). Pyoderma gangrenosum se může objevit i s odstupem let, typicky vypadá jako vřed se zřetelně patrnou fialovou hranicí, podminovaných okrajů, nejasné etiologie. K její diagnostice přistupujeme po vyloučení infekční příčiny a malignity (Adamová, 2015).

Granulomy či polypy vznikají po dlouho neodstraněných stezích nevstřebatelného šicího materiálu, kde se kůže brání nárůstem granulomů. Objeví-li se v okolí polypy, jedná se o reakci těla např. při mechanickém dráždění nevhodně vystřižené podložky stomického systému. Pokud zjistíme tento stav včas a výrůstky jsou malé, je velmi účinným řešením poleptávání Lapisem (Argenti Nitrici). Pokud jsou velké, provádí se chirurgická exstirpace, jelikož způsobují netěsnost stomického systému (Fierlová, 2018).

Macerace peristomální kůže je nejčastější a velmi bolestivá komplikace, se kterou se setkává velká většina stomiků. Vzniká působením agresivního obsahu, který se dostane pod lepící plochu stomického systému. Příčinou bývá nejčastěji nevhodně zvolená nebo špatně vystřižená stomická podložka. Chronická macerace vede k pseudoepiteliomatózní hyperplazii. Při nehojících se stavech je nutné vyloučit papilomavirovou infekci, komplikaci nespecifických střevních zánětů nebo tumoru (Otradovcová et al., 2006).

Jedna z komplikací, která se může u kolostomie vyskytnout je i hypergranulace. Jedná se o zrychlenou hojivost kožního krytu, který přerůstá přes střevní sliznici a postupně ji uzavírá. Ve většině případů je řešení chirurgické (Fierlová, 2018).

3 NÁSLEDNÁ PÉČE O KOLOSTOMII

Nový stomik při propuštění odchází domů vybavený dostatečným množstvím pomůcek a s pocitem, že zvládne sebezpečí. Po propuštění by měl být připraven vyrovnat se s praktickými problémy a naučit se sám postarat o kolostomii. Není vhodné na začátek období předepisovat stomikovi pomůcky na 3 měsíce dopředu, což je maximální množství pomůcek čerpané najednou. Okolí i tvar stomie se mohou měnit, jsou odhalovány nerovnosti, kožní záhyby, praktické nevýhody pomůcek, které se během hospitalizace v nemocnici neprojevily. Proto je nejvhodnější mít po operaci pomůcky jen na jeden měsíc. Vyvarujeme se tím pozdějším řešením problému, co dělat s nevyhovujícími pomůckami (Zachová et al., 2010).

3.1 Pomůcky k péči o kolostomii

Platný číselník zdravotnických prostředků rozlišuje tři základní typy stomických pomůcek, a to systémy jednodílné, dvoudílné a adhezivní technologie. Všechny tyto prostředky se skládají z podložky a sáčku, které jsou uzpůsobeny typu vývodu a liší se pouze způsobem jejich propojení (Vraníková et al., 2020). Cílem dobré péče o stomii je vrátit pacienty zpět do společnosti. Jedním ze způsobů, jak to lze umožnit, jsou spolehlivé a bezpečné pomůcky. To znamená, že by se pacient neměl obávat úniku nebo zápachu stolice, a výběr správné stomické pomůcky by měl být pohodlný, nenápadný a snadno ovladatelný. Při výběru vhodné pomůcky je třeba vzít v úvahu typ stomie, druh odpadu vylučovaného střevní stomií, kognitivní schopnosti pacienta, manuální zručnost, životní styl, stav peristomální kůže, umístění stomie a preference pacienta (Dougherty et al., 2017).

Jednodílné systémy jsou sáčky opatřené lepivou podložkou. Jedná se o pacienty velmi oblíbené systémy, a to díky jejich jednoduchému použití, vysoké flexibilitě a lehce diskretnějšímu profilu. Výměna jednodílného systému probíhá výměnou celého sáčku včetně podložky. Díky častějším výměnám celého systému se snadněji udržuje hygiena v oblasti stomie. Příkladem jednodílných systémů mohou být prostředky řady Convatec®, Coloplast®, Dansac® či B.Braun® (Vraníková et al., 2020). Podložka u jednodílného stomického systému je hydrokoloidní, hypoalergenní, umí absorbovat vlhkost z okolí stomie a současně chrání a hojí poškozenou peristomální kůži. Obsahuje přírodní želatinu, lepicí polymery a další složky, které se v kontaktu s teplou kůží aktivují a zajistí bezpečné přilnutí (Otradovcová, 2011).

Dvoudílný systém se skládá z podložky a sáčku. Frekvence výměny se liší podle typu stomie. Pacienti s kolostomií si mohou podložku měnit jednou za tři dny. Na trhu jsou podložky ploché, konvexní, konkávní a tvarovatelné, které jsou vhodné i pro pacienty s poškozenou peristomální oblastí, kde dochází k přikládání prostředků na hojení ran. Výhodou je hlavně možnost méně časté výměny pomůcek, pokud pacient není schopen sebezpečí. Jako nevýhoda se může jevit menší diskretnost pomůcky a u některých díky rigidnímu přírubovému kroužku absence flexibility. Mezi dvoudílné systémy je možné zařadit zdravotnické prostředky z řady Natura®, Sensura® Mio Click nebo Stomocur Clic® (Toningerová a Camprová, 2023).

Adhezní technologie jsou rovněž dvoudílné systémy, avšak u těchto systémů je spojení podložky a sáčku zajištěno lepicí (adhezní) vrstvou. Tento typ zdravotnických prostředků spojuje výhody jednodílného a dvoudílného systému, jako jsou diskretní profil zajištěný nepřítomností přírubového kroužku, flexibilita podložek a možnost ponechat podložku nalepenou 2 až 3 dny a měnit pouze sáček. Příkladem stomických adhezních technologií jsou například pomůcky z řady Flexima® Key, Easiflex®, Esteem® Synergy nebo Flair® (Vraníková et al., 2023).

Ploché pomůcky se používají u pacientů s vyšitou stomií nad povrch břišní stěny, jejich přesah by měl být alespoň 0,5 cm. Peristomální okolí by mělo být rovné, bez prohlubní, záhybů a kožních řas. U kolostomiků se otvor do stomického sáčku stříhá asi o 3 mm větší kvůli pohybu střeva při vyprazdňování tužší stolice. Konvexní systém by měl být nasazen až po konzultaci se stomickou sestrou. Na trhu jsou tři typy konvexních systémů – měkký, mírný a hluboký. Podložky jsou vhodné pro retrahované stomie a v případě, že je přítomna nerovnost břišní stěny. Pacienti, kterým byl nasazen konvexní typ pomůcky, by měli mít častější kontroly u stomické sestry. Ke komplikacím, které by mohly nastat patří vznik dekubitu, otoku či prolapsu střeva nebo poranění sliznice střeva při špatném vystřížení pomůcky. Konvexní systém má za úkol vytlačit stomii nad povrch (Toningerová a Camprová, 2023).

Stomické sáčky slouží k zachytávání střevního obsahu a zápachů, které jsou stomií vylučovány. Volba sáčku je úzce spjata s typem stomie, respektive s charakterem odcházející stolice. Na základě typu stomie je možné rozlišit tři základní typy sáčků – uzavřené, výpustné a urostomické. Průhledné sáčky se většinou používají těsně po operaci, kdy je nutné sledovat nejen stomii, ale i odcházející stolicí (konzistenci,

přítomnost krve apod.). Stomické sáčky jsou minimálně z jedné strany opatřeny pro pokožku neдрáždivou netkanou textilií, která zlepšuje pocit při každodenním nošení. Součástí většiny stomických sáčků je také uhlíkový filtr, který má za úkol odvádět ze sáčku plyn zbavený zápachu. Uzavřené stomické sáčky jsou určeny především kolostomikům. Jsou uzpůsobeny k zachytávání hustší stolice, a z tohoto důvodu jsou vyměňovány celé po jejich naplnění ze 2/3 objemu zpravidla dvakrát denně. Použitý sáček je pak nutné vyhodit do odpadu. Výjimku tvoří speciální splachovatelné sáčky (řada Aurum® Xtra), které mají jak biologicky odbouratelnou podložku, tak i vnitřní vložku sáčku (Vraníková et al., 2020).

Odstraňovače adheziv slouží k odstraňování systému z kůže. Časté odstraňování z těla mechanicky namáhá okolí stomie a může způsobovat podráždění či poranění pokožky. Z tohoto důvodu tvoří odstraňovače důležitou součást základní péče o stomii. Odstraňovače adheziv mají za úkol usnadnit odlepení podložky a tím chránit okolí vývodu před nežádoucím poraněním či podrážděním, dále pak očistit pokožku a okolí stomie od zbytků adhezivní vrstvy a zároveň podpořit regeneraci kožní tkáně. Odstraňovače existují ve formě ubrousků nebo ve formě spreje (Drlíková et al., 2016).

Čistící stomické pomůcky jsou základem pro hygienické ošetřování stomického okolí. Na peristomální kůži se nedoporučuje používat čistící roztoky s obsahem benzínu nebo alkoholu, protože toxicky poškozují kožní buňky. Moderní stomické čistící roztoky a pěny jsou hypoalergenní, šetrné a velmi účinné. Jsou dodávány v různých formách – mycí pěna ve spreji, čistící roztoky ve spreji nebo ve formě jednorázové roušky napuštěné čistícím roztokem či jednorázové mycí žínky (Otradovcová, 2011).

Okolí stomie bývá často nerovné díky řadě záhybů či prohlubní specifických pro každého pacienta. Vyrovnávací pomůcky zahrnují vyrovnávací pasty a vyrovnávací půlkroužky, jejichž hlavním úkolem je vytvořit ideální plochu pro nalepení stomického systému. Použití vyrovnávacích past se doporučuje u retrahovaných stomií, nebo u stomií, v jejichž okolí je pokožka zřasená, nebo nerovná. Jedná se o pomůcky vyrobené z hojivé hydrokoloidní hmoty. Aby nedocházelo během aplikace k lepení pasty na prsty, doporučuje se je před nanášením prostředků navlhčit (např. vyrovnávací pasta Stomocur®). Vyrovnávací pásy se používají k fixaci podložky na požadovaném místě a zároveň prodloužení její životnosti. Jedná se o elastické pásy, které se obvykle lepí přes okraje podložky a zabraňují tak rolování adhezivního materiálu a jeho odlepování

od okrajů (např. hojivé pásy Varimate®). K vyplnění nerovností v okolí stomie je možné využít také vyrovnávací destičky, které se aplikují před nasazením stomické podložky (Vraníková et al., 2020).

Ochranné prostředky se používají preventivně, brání poškozování kůže a podporují hojení poškozené peristomální kůže. Ochranné filmy se nejčastěji vyrábí ve formě sprejů nebo ve formě napuštěných ubrousků. Po jejich nanesení na kůži se musí nechat zaschnout a poté nalepit stomickou podložku. Ochranné pudry a zásypy se nanáší na vlhkou kůži jemným posypem (např. Ochranný pudr Stomahesive®). Dále jsou na trhu k dispozici i ochranné stomické destičky. Hydrokoloidní destičky podporují hojení pokožky, a proto je lze také využít při ošetření velkých namáhavých či podrážděných ploch na pokožce (např. hydrokoloidní destičky Coloplast®) (Otradovcová, 2011).

Těsnící prostředky vytvářejí bariéru proti podtékání podložky. Fyzikální bariéru představují např. těsnící manžety Salts®. Speciální místo mezi těmito prostředky zaujímají těsnící a vyrovnávací kroužky, které jednak vyrovnávají nerovnosti v bezprostředním okolí stomie a zároveň utěšňují prostor mezi pomůckou a vývodem. Tyto kroužky jsou vyrobeny z hydrokoloidního materiálu. Příkladem těsnících a vyrovnávacích kroužků mohou být Brava® těsnící tvarovatelné kroužky (Vraníková et al., 2020).

Deodorační prostředky pro stomiky jsou doplňkovým sortimentem, který částečně eliminuje zápach ze stomického sáčku. Dodávají se ve formách éterických olejů, roztoků, deodorantů a pudrů (Otradovcová, 2011).

Stomické zátky a krytky slouží k uzavření stomie jejich vsunutím do stomie obvykle v situacích, kdy stomický sáček překáží. Úkolem zátek je zabránit vyprazdňování stolice, přičemž není bráněno tichému odchodu plynů, čehož je dosaženo zabudovaným filtrem odstraňujícím zápach (Vraníková et al., 2020).

K dalším pomůckám určeným pro stomiky patří např. přídržné pásy, kterými lze jistit stomický systém k tělu (Otradovcová, 2011). Břišní oporu v okolí stomie je možné zvýšit břišními/kýlními pásy. Ty jsou určeny zejména stomikům s parastomální kýlou nebo pacientům po operaci, kteří chtějí zpevnit břišní stěnu. Dostupné jsou pásy s otvorem na stomický sáček. Kromě výše zmíněných zdravotnických pomůcek je možné stomikům nabídnout například zahušťovací stomické prostředky či stomické prádlo (Vraníková et al., 2020).

3.2 Výměna stomických pomůcek

Vlastní výměna stomických pomůcek se skládá z šetrného odstranění stávajícího systému, změření velikosti stomie, příprava nové pomůcky, příprava peristomální kůže, nalepení pomůcky/nasazení sáčku, eventuálně odpuštění plynů a úklid pomůcek. Jednotlivé činnosti mohou probíhat i v jiném pořadí. Stomický systém se připevňuje již na operačním sále a je na zvyklosti pracoviště, typu operace a druhu stomie, jaký pooperační set je použit. Většinou se jedná o průhledné sáčky, s protitlakovým kroužkem, adaptérem nebo se systémem zámků, kdy pak není nutné tolik tlačit na bolestivou břišní krajinu. Zpravidla se nasazuje sáček výpustný, jelikož střevní obsah z tlustého střeva může být bezprostředně po operaci a obnovení peristaltiky řídký (Zachová et al., 2010). Stomické podložky a sáčky šetrně odstraňujeme z kůže pomocí odstraňovačů. Sprejovým odstraňovačem se působí pod okrajem pomůcky a postupně se od kůže odlepuje. Při použití ubrouskových odstraňovačů se lehce přejíždí spojnice kůže a lepicí plochy, a tím i mechanicky usnadňujeme sejmutí pomůcky. Nikdy by se neměla pomůcka z kůže trhat příliš rychle. Mohlo by dojít k drobným erozím kůže, které by se později mohly projevit pálením a sekrecí, což by vedlo k nižší přilnavosti nově nalepené stomické pomůcky (Drlíková et al., 2016). Peristomální kůže se omývá čistícími roztoky nebo pěny. Některé přípravky obsahují olejové látky, a proto je nezbytné pro správné ošetření kůže vždy znovu opláchnout nebo setřít vlhkými jednorázovými ubrusky. Kosmetické přípravky by vždy měly být neдрáždivé a šetrné ke kůži. I na osušení kůže je vhodný pouze jednorázový materiál z důvodu prevence mykotických infekcí. Stomik záhy po operaci vyzoboruje, ve které části dne při pravidelném režimu odchází nejméně stolice, a stanoví si ideální dobu na výměnu systému. Zpravidla to bývá ráno, před prvním příjmem tekutin a potravy (Zachová et al., 2010). Pokud je kůže suchá, je možné natřít peristomální kůži ochranným filmem. Po zaschnutí vytvoří celistvý film a zvýší přilnavost pomůcek. Pokud kůže v okolí stomie projevuje známky poškození nebo po aplikaci ochranného filmu si pacient stěžuje na pálení a svědění, je třeba obezřetnost a kontrola správného postupu péče. Mokvající a poškozená pokožka brání správnému přilepení pomůcky, proto je nutné kůži osušit a zhojit, například stomickým ochranným zásypem, který je určený k hojení erozí. Ochranný pudr pro stomiky obsahuje hydrokoloidní hojivé substance. Tyto vlastnosti nemají žádné jiné pudry, pokud proto nejsou ordinovány lékařem, není vhodné tyto pudry používat (Drlíková et al., 2016). V případě výskytu nerovností v okolí stomie se používá ochranná pasta v tubě nebo proužcích. Nesmí se zaměnit se stomickou hydrokoloidní pastou,

kteřá nelepí, je mastná a používá se až po nalepení stomické pomůcky k ošetření podložkou nechráněné peristomální kůže. Ochranná pasta vyrovnává nerovnosti a zvyšuje adhezi pomůcky. Obsahuje alkoholovou složku i hydrokoloidní látky podporující hojení poškozené kůže. Ochranná pasta se nanáší na kůži a roztírá se navlhčenými prsty, aby se na ně nelepila. Po zaschnutí pasty je možné nalepit stomickou pomůcku. U stomiků s kožními komplikacemi je vhodné používat pastu bez alkoholové složky. Pomocníkem při vyrovnávání nerovností mohou být i těsnící kroužky, které se přikládají k okolí stomie (Zachová et al., 2010). Je-li peristomální okolí připravené, dalším krokem je aplikace sáčku. Stomickou pomůcku je třeba před nalepením připravit – vystříhnout nebo vytvarovat přiměřený otvor podle velikosti stomie. Vystřižený otvor u kolostomie by měl být asi o 2 mm větší. K tomu účelu může posloužit i šablona, kterou vystřihne stomická sestra při poslední kontrole. Dokud je stomie čerstvá, je třeba velikost šablony kontrolovat, jelikož vývod pár týdnů po operaci mění svůj tvar a velikost. Před nalepením stomické pomůcky na připravenou peristomální kůži se z lepivé plochy musí sloupnout ochranná fólie. Po nalepení stomické podložky či sáčku je možné ošetřit a zakrýt kůži vyplňovací pastou, která je mastná, a proto se nikdy nesmí aplikovat na kůži před nalepením pomůcky. Pasta neobsahuje alkohol a silná adheziva, takže je vhodná i na pokožku, která je poškozená, nebo na vyplnění parastomálních defektů a ran (Drlíková et al., 2016).

3.3 Výživa kolostomiků

Po operaci nastává akutní fáze, ve které pro zmírnění bolesti, snížení peristaltiky a zklidnění sliznice aplikujeme parenterální výživu. Nepodáváme nic per os v horních částech trávicího ústrojí. Snažíme se zabránit nutričním ztrátám, proto by měl být ve stravě vyšší podíl bílkovin, vitamínů a železa. Někdy je vhodné podávat probiotika, které ovlivňují mikrobiální střevní rovnováhu, snižují hladinu cholesterolu a chrání trávicí trakt. Krátce po operaci začínáme bezezbytkovou stravou, kterou je potřeba tepelně upravit, aby byla pro pacienta lépe stravitelná (Osadčí, 2009). Cílem výživy je podpořit hojivé procesy po operaci a zabránit nutričním karencím. Strava kolostomiků by proto měla obsahovat vyšší podíl bílkovin, minerálních látek, zejména železa, vápníku, vitamínů skupiny B a C. Doporučuje se podávat menší porce, které mají pokojovou teplotu 5 až 6krát denně. V období po operaci nemá strava kolostomiků obsahovat přídavné chemické látky a má být bezezbytková. Pokud není možné dodržet energetickou potřebu nemocného, můžeme přidávat do stravy Fantomalt. Jedná se o vysokoenergetický přípravek, který neovlivňuje chuť, barvu ani hustotu jídel. Pokud je nutné zvýšit příjem bílkovin,

lze použít přípravek Protifar. Je to bílkovinný preparát z mléčné bílkoviny, který má vysokou biologickou hodnotu. Dalším možným doplňkem stravy pro kolostomiky je sipping. V malém množství je obsažen vysoký podíl energie a obsahuje doporučené množství sacharidů, bílkovin a tuků (Pavličková, 2013).

V klidové fázi je stravování individuální. Není nutná specifická dieta, pouze je třeba upravit životosprávu. V případě, že stomik bude jíst kdykoliv a cokoliv, musí počítat s řadou nepříjemných problémů, mezi které patří nepřetržité nepravidelné vylučování stolice, střídání průjmu a zácpy, nadměrný odchod plynů. Proto se stomikům doporučuje disciplinovaný přístup k přijímání potravy, aby dosáhli ovládnutí střev a udržení formované stolice. Kolostomici by měli umět rozpoznat a vyzkoušet jídla, které způsobují průjem nebo zácpu. Zpočátku některá jídla mohou způsobit plynatost, ale je možné, že po několika měsících mohou stomici tyto potraviny jíst bez problémů. Proto je klíč k zdravé výživě pro stomiky zkoušet různé druhy potravin (Osadčí, 2009).

Doporučené potraviny po založení kolostomie jsou například mořské ryby, které obsahují omega 3 mastné kyseliny, jež působí protizánětlivě, kuřecí, krůtí, králičí a telecí masa; z obilovin je vhodné podávat bílé pečivo a piškoty; dále kompotované nebo vařené ovoce bez slupek, ale i syrové banány a loupaná jablka, ovocné a zeleninové šťávy ředěné nesyacenou minerální vodou. Velké množství neředěné ovocné nebo zeleninové šťávy totiž může mít projímavý účinek. Ze zeleniny jsou vhodné např. mladé karotky, kedlubny a špenát. Vždy je nutné zeleninu nastroumat nadrobno a dobře tepelně upravit. Kravské sladké mléko nebývá stomiky tolerováno, ale dobře jsou tráveny jogurty, jogurtová mléka, krájené a tvarohové sýry a zakysaná mléka. Ze stravy by se měla vynechávat nestravitelná vláknina, např. houby, zelí, kapusta, květák, luštěniny. Příjem rozpustné vlákniny je pacientům s kolostomií naopak doporučován. Rozpustná vláknina snižuje hladinu cholesterolu, snižuje absorpci cholesterolu z potravy a snižuje kyselost žaludku, zpomaluje jeho vyprazdňování a cukry se dostávají do střev pomaleji. Technologická úprava pokrmů je možná vařením, vařením v páře, dušením, pečením, opékáním na sucho, přípravou v alobalu či v mikrovlnných troubách (Pavličková, 2013).

Někteří klienti odmítají stravu, neboť se domnívají, že se tak vyhnou vyprazdňování, ze kterého mají ze začátku obavy. Je nutné motivovat klienta k příjmu stravy a vysvětlit mu, že hladovění střevo nezklidňuje, ale naopak podněcuje tvorbu plynů, nebo může způsobit zácpu. Je vhodné stravu přijímat častěji, pravidelně a v menších dávkách. K větší pohodě může přispět i upravená strava servírovaná v klidném, příjemném prostředí. Soustředit se

na jídlo a pomalu žvýkat. Jíst čerstvé, teplé, ale neohřívané pokrmy. K nalezení správného režimu pomáhá vedení denního záznamu. V průběhu celého měsíce si klient píše, co jedl a v jakém množství. Dále si zaznamenává, kdy a jak často se vyprazdňuje, jakou má stolice konzistenci, plynatost, množství moče. Nesmí zapomínat ani na eventuální bolesti po jídle. Záznamy jsou vhodné vést do doby, než pacient identifikuje případné nevyhovující pokrmy a potraviny. Je nutné upozornit, že chuť se může vracet pomalu i několik týdnů po operaci. Také je vhodné navrhnout spolupráci stomika s nutričním terapeutem, který pomůže správně sestavit stravovací režim v jednotlivých fázích onemocnění (Osadčí, 2009).

Pitný režim je pro pacienty s kolostomií důležitý, měli by vypít přes 2 litry tekutin denně. Přijímání malého množství tekutin může způsobit ucpání stomie a také způsobuje vyšší riziko zácpy. Množství tekutin se však odvíjí od aktuální situace a konzistence stolice. Při průjmovité stolici, vyšší fyzické zátěži nebo zvýšené teplotě je nutné přijímat více tekutin a tím předejít dehydrataci organismu. Vhodné je pít tekutiny po celý den v malých dávkách. Při pití mimo jídlo je dobré sníst něco malého, aby se tekutina smísila s potravou. Tekutiny se tím lépe vstřebají a nebude docházet ke zbytečným odpadům ze stomie (Vybíhalová, 2012). Nealkoholické nápoje mohou být stimulační, které zároveň tělo dehydrují (čaj, káva, studené nápoje s kofeinem), výživné (mléčné výrobky, vývary, sippingové nápoje) a osvěžující (perlivé a neperlivé vody, minerální vody, iontové nápoje, ovocné mošty, zeleninové a ovocné šťávy). K nejvhodnějším nápojům pro stomiky řadíme nápoje výživné a osvěžující. Perlivé nápoje obsahující oxid uhličitý se nedoporučují kvůli podpoře nadměrné plynatosti. Pro pití minerálky platí pravidlo dodržování maximálního množství 0,5 až 1 litru minerálky za den. Žádoucí je střídat druhy minerálních vod po cca 14 dnech z toho důvodu, aby nedošlo k jednostrannému nadbytečnému příjmu minerálů. Stomici by měli sledovat, zda se tvoří dostatečné množství moče a zda není příliš koncentrovaná (barva, zápach). Nedostatek tekutin se může manifestovat nejen sníženým množstvím moče, ale i zácpou (Zachová et al., 2010).

4 EDUKACE PACIENTA SE STOMIÍ, STOMICKÁ SESTRA

4.1 Edukace v ošetrovatelství

Edukace je pojem, který pochází z latinského názvu *educare*, což znamená v překladu vychovávat, či vést kupředu. Tento pojem lze definovat jako neustálé ovlivňování chování a jednání dotyčného, s cílem pozitivně ovlivnit jeho vnímání a postoj, návyky a dovednosti. Edukace je nedílnou součástí prevence a napomáhá předcházet nemoci, udržet či navrátit zdraví, případně změnit pacientův postoj ke kvalitě jeho zdraví (Mastiliaková, 2015). Ve zdravotnickém procesu zajišťuje edukaci sestra či lékař (edukátor) a vychovávající je pacient (edukant), kde nedílnou součástí správné a efektivní edukace je nejen správná komunikace, ale i prostředí, ve kterém k edukaci dochází. Zamezit by se mělo všem rušivým elementům. Při edukaci dochází k přenosu důležitých informací mezi edukátorem a edukantem, proto by komunikace měla být na vysoké úrovni a kvality. Informace by měly být jasné, stručné a zřetelné. Průběh edukace musí být logicky návazný a podpořený názornými praktickými ukázkami a pomůckami (Juřeníková, 2010).

Edukační proces je soubor činností lidí, při kterém dochází k výchově, a to buď záměrně či nezáměrně. Je součástí zdravotní péče, která je poskytována v ambulancích nebo v lůžkových částech. Probíhá buď individuálně nebo skupinově. Výhodou individuální edukace je navození velmi úzce spjatého vztahu mezi pacientem edukátorem, vytváří se zde velká důvěra a ochota mluvit otevřeně. Skupinová edukace je časově přínosná, ale není tak důvěrná a není zde tak úzký vztah mezi edukantem a edukátorem (Mastiliaková, 2015).

Autorka Krátká (2017, s. 41-42) rozděluje edukační proces do několika fází:

Fáze posouzení – dochází ke sběru komplexních a přesných informací o pacientovi jako je anamnéza, fyzický stav, analýza klientových schopností učit se.

Fáze projektování – edukátor stanovuje priority edukace, stanovuje cíle edukace v oblasti kognitivní, psychomotorické a afektivní. Na základě edukačních problémů/potřeb se stanovuje postup, kterým se bude edukace ubírat.

Fáze realizace, která probíhá v 5 částech:

Motivace edukanta (lze zapojit i rodinu);

Expozice (zprostředkovávání nových poznatků);

Fixace (procvičování veškerých získaných vědomostí a dovedností);

Průběžná diagnostika (prověřování pochopení učiva, zájem a postoj edukanta);

Aplikace (snažíme se, aby edukant dokázal získané vědomosti a dovednosti použít).

Fáze realizace – naplánované vyučovací strategie probíhají tak, abychom dosáhli žádoucího výsledku s přihlédnutím k věkovým a individuálním zvláštnostem pacienta.

Fáze vyhodnocení – zjištění, zda bylo dosaženo stanovených cílů edukace.

4.2 Edukace pacienta se stomií

Edukace je zásadním prvkem rychlé a úspěšné rekonvalescence pacienta po náročné operaci. Budoucí stomik se musí vyrovnat se závažným onemocněním, léčbou a vnějším důkazem jeho nemoci – stomií. Taková situace je pro něj šokující a průběh edukace stomika je zatížen biopsychosociálními bariérami. Někteří pacienti nemají problém s přijmutím informací, jiní nedokážou přijmout informace o stomii, odmítají je. Takoví pacienti mohou přetrvávat v řadě předsudků, nevěří své diagnóze a jsou utvrzeni v tom, že nakonec k vytvoření stomie nedojde. S pacientem, který informace odmítá je velmi těžké spolupráci navázat (Zachová et al., 2012). Edukace pacienta sestrou se dá rozdělit do tří složek: předhospitalizační edukace, předoperační edukace a pooperační edukace.

Edukace začíná předhospitalizační edukací, pokud se jedná o plánovaný výkon, začíná edukace již před operací. Pokud se jedná o urgentní výkon, probíhá první edukace v pooperačním období. Jako první se pacient dozví svou diagnózu od ošetřujícího lékaře, který pacienta nasměruje na stomickou sestru. Ta pacientovi vysvětlí druh stomie, používání všech potřebných pomůcek, poskytne mu letáky a materiály na prostudování. Sestra také předá pacientovi kontakt na stomickou sestru, popřípadě na psychologickou ambulanci (Kapounová, 2020). Cílem práce stomické sestry je, aby pacient chápal, co se bude dít, pochopil péči o stomii a nebál se zeptat na jakoukoliv otázku týkající se života stomika. Také, aby pacient chápal, že je nutné, aby se aktivně zapojil do celého procesu, včetně motivace k pohybu hned po operaci a snaze se naučit sám pečovat o stomii (Burch a Slater, 2012).

Dalším krokem je předoperační edukace. Pacient je přijatý k hospitalizaci den před operací, preferuje pokoj s vlastním sociálním zařízením z důvodu předoperačního vyprazdňování. Příjímácí lékař zhodnotí anamnézu, výsledky předoperačního vyšetření, poučí nemocného o průběhu operačního výkonu a hospitalizaci. Sestra zajistí informované souhlasy, edukaci pacienta, seznámí pacienta s předoperační přípravou, aplikuje medikaci,

oholí operační místo, zajistí aplikaci bandáží na dolní končetiny a v neposlední řadě předoperační zakreslení místa pro budoucí stomii. Většinou předoperační místo zakresluje stomická sestra a jedná se o velmi důležitý krok, který má význam pro zachování kvality pacientova života a který musí s vybraným místem souhlasit. V případě komplikovaného tělesného profilu břicha daného pacienta konzultuje stomická sestra umístění stomie s operátorem (Otradovcová, 2017).

Poslední fází edukace je pooperační péče a edukace. Po operaci sestra pravidelně kontroluje novou stomii a odpady z ní. Zpravidla na druhý den po operaci navštíví pacienta stomická sestra a znovu pacienta edukuje o správné péči o stomii. Nejdříve provádí výměnu sáčku a péči o stomii sestra, postupem času se pacient vede k vyměňování samostatně, aby byl po odchodu z nemocnice soběstačný (pokud to jeho fyzický a psychický stav dovolí). Nejdříve je pacient dva až tři dny na jednotce intenzivní péče, kde je edukován pouze slovně. Po přeložení pacienta na standardní oddělení přichází na řadu praktická edukace (Vytečková et al., 2013).

Autorka Otradovcová (2017) rozděluje praktickou edukaci do čtyř fází. V první fázi sestra provádí výměnu stomického sáčku a zároveň vše vysvětluje, pacient pozoruje a má prostor klást otázky a seznámit nebo si připomenout různé typy stomických pomůcek. V druhé fázi pacient již vyměňuje stomickou pomůcku sám, konzultuje vše zároveň se sestrou, která mu případně prakticky pomáhá a vybírají spolu vhodný typ stomického systému. Ve třetí fázi si pacient stomický systém vyměňuje zcela samostatně a sestra pouze na konci ověřuje funkčnost a pomůže mu radou. V poslední čtvrté fázi je pacient již zcela samostatný, sestra pacienta pouze sleduje a klient je připraven na propuštění z nemocnice. U každého pacienta trvá osvojení si dovednosti různě dlouhou dobu a je nutné počítat i s pacienty, kteří nejsou schopni se o svou stomii starat. Pokud pacient není schopen sebezpečí o stomii, provádí stomická sestra edukaci osoby blízké pacientovi nebo společně s ostatními sestrami zařídí následné zdravotnické zařízení.

4.3 Stomická sestra

Specifická práce stomasestry započala v roce 1958, kdy byla celosvětově založena profese stoma-terapeut, nebo taky enterostomický terapeut. O její vznik se zasloužila první stomaterapeutka Norma G. Thompsonová, která později založila mezinárodní organizaci WCET, tedy Světovou radu pro enteroterapeuty či Sdružení stomasester celého světa. Každá všeobecná sestra, která získala odbornou způsobilost, je kompetentní

k ošetřování stomií a edukování pacientů. Nicméně stomická sestra je navíc odborně vzdělaná ve stomických pomůckách, ošetrovatelské péči o stomiky, rozpoznání a řešení komplikací. Její úloha je nepostradatelná, zastává roli pečovatelky, edukátorky, důvěrnice, koordinátorky a podobně (Koutná, 2021). Stomická sestra neboli stomasestra je vyškolená sestra, která se specializuje na péči o pacienty se stomií. Poskytuje veškeré informace o ošetřování stomie, informuje pacienta o předoperační i pooperační péči, edukuje pacienta o jednotlivých pomůckách při ošetřování stomie. Poskytuje informace o stravování a vyprazdňování. Spolupracuje s rodinou. Řeší krizové situace a problémy související se stomií pacientů. Aktivně se podílí na přednáškové činnosti (Hončová, 2011).

Dnešní četné možnosti v oblasti dostupnosti různých typů pomůcek vytvořily potřebu vzdělávat sestry v problematice stomií. Sestry se vzdělávají v sortimentu pomůcek, možnostech ošetrovatelské péče, rozpoznání a řešení komplikací. Příprava stomických sester dříve probíhala ve specializačním studiu složené ze dvou týdnů teorie a jednoho týdne praxe v akreditovaných stomických poradnách. Příprava trvala jeden rok a byla ukončena závěrečnou zkouškou (Zachová et al., 2010).

V roce 2004 nastaly vstupem České republiky do Evropské unie změny ve vzdělávání a získávání kompetencí všeobecných sester. Vzdělávání všeobecných sester v ČR se dělí na kvalifikační a celoživotní. Celoživotní vzdělávání v tomto oboru je nezbytný a neustálý proces. Ve zdravotnictví dochází k nepřetržitému vývoji medicínských trendů a na profesi všeobecné sestry jsou kladeny vysoké nároky v oblasti medicínských vědomostí, ale i ošetrovatelských dovedností a zkušeností. Specializační vzdělání lze získat ve speciálních akreditovaných zařízeních, která jsou ustanovena Ministerstvem zdravotnictví ČR. Absolvovat specializační vzdělání mají povinnost všeobecné sestry jak v ambulantních, tak v lůžkových zařízeních. Specializační vzdělávání je ukončeno akreditační zkouškou danou MZČR. Další možností specializačního vzdělávání je studium v rezidenčním místě. Umožňují ho zdravotnická zařízení, která získala dotace od téhož ministerstva. Podmínky pro získávání dotací a umožnění specializačního vzdělání jsou akreditované pracoviště a dostatečný zájem všeobecných sester (Adamová, 2011).

Sestry mohou absolvovat odborné moduly (Role sestry v ošetrovatelské péči o pacienty se stomiemi) a specializované moduly (Specifická ošetrovatelská péče o pacienty se stomiemi), jejichž součástí je teoretická i praktická výuka. Další formou vzdělávání sester je certifikovaný kurz Specifická ošetrovatelská péče o pacienty se stomiemi na trávícím

a močovém systému. Cílem tohoto kurzu je připravit všeobecnou sestru pro činnosti specifické ošetrovatelské péče o pacienty s různými typy stomií v rámci předoperační, pooperační a následné péče. Kurz se zaměřuje na udržení a zvýšení kvality života stomiků (Zachová et al., 2010).

Získat odbornou způsobilost k výkonu profese všeobecné sestry lze dosáhnout absolvováním vzdělání, jež je dáno zákonem č. 96/2004 Sb., v aktuálním znění. Zákon umožňuje všeobecné sestře pracovat samostatně bez odborného dohledu v rámci svých kompetencí. Vyhláška č. 2/2016 Sb., v aktuálním znění o činnostech zdravotnických a jiných odborných pracovníků umožňuje všeobecné sestře poskytovat základní, specializovanou a vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči v ambulantním i lůžkovém zařízení. Všeobecnou sestru činí způsobilou k vedení kompletní edukace jak pacienta, tak rodinného příslušníka a osob pečujících o nemocného. A to v oblastech ošetřování ran a stomií, v oblasti sebepéče, motivace a podpory a vedení nemocného ke zdravému životnímu stylu. Všeobecná sestra je nadále kompetentní k posuzování a klasifikování poruch celistvosti kůže v oblasti stomie, výměně stomických pomůcek a péči o okolí stomie. Vše bez odborného dohledu a bez indikace lékaře, pouze na základě diagnózy stanovené lékařem (Česko, 2004).

Od roku 2003 probíhá vzdělávání stomických sester ve třech úrovních získávání znalostí v edukačním programu pro stomické sestry ConvaTec Academy, který vznikl jako specializovaný cyklus ve spolupráci s Fakultní nemocnicí Motol v Praze, Fakultní nemocnicí s poliklinikou v Ostravě – Porubě, NCO NZO v Brně, České asociace sester a pod záštitou Koloproktologické sekce České chirurgické společnosti J. E. Purkyně. Aesculap Academy poskytuje další z kurzů zaměřených na péči o stomie. Pole edukačních působností je stomických sester je i v oblasti vlastní přednáškové a konzultační činnosti. Kluby stomiků (sdružované pod České ILCO) zvou sestry na svá setkávání, kde probíhá reedukace postupů ošetřování střevních vývodů (Zachová et al., 2010).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODIKA PRÁCE

Praktická část bakalářské práce se věnuje ošetrovatelské péči o pacienta s nově vytvořenou kolostomií. Pro zpracování tématu byl zvolen kvalitativní výzkum designem kazuistik. Participanty byli dospělí pacienti, kterým byla nově vytvořena kolostomie z různých indikací lékaře, u dvou participantů byl důvodem vytvoření kolostomie diagnostikované nádorové onemocnění tlustého střeva, u jedné participantky byla kolostomie vytvořena při prorůstání nádoru z močového měchýře do tlustého střeva a u jednoho participanta byla založena kolostomie z důvodu komplikace perforace střeva při kolonoskopickém vyšetření.

5.1 Cíl práce

Cílem bakalářské práce je popsat a analyzovat v kazuistikách ošetrovatelskou péči o kolostomii poskytovanou vybraným pacientům s nově vytvořenou kolostomií na standardním chirurgickém oddělení v konkrétní nemocnici okresního typu.

Praktickým výstupem předložené bakalářské práce je vytvoření edukačního materiálu, který seznámí pacienty s nově vytvořenou kolostomií o dietních doporučeních.

5.2 Metoda výzkumu

V praktické části práce je využita metoda kazuistiky, která je definována jako ucelená a podrobná studie jedné osoby (Kutnohorská, 2009). Vědeckovýzkumná metoda, která je založena na analýze konkrétního případu, který je zaměřen na jeden objekt a většinou se vypracovává ex post (Hučík a Hučíková, 2010). Informace pro kazuistiky jsou získávány z mnoha různých zdrojů (Hendl a Remr, 2017). V rámci našeho výzkumu jsme využili informace ze zdravotnické dokumentace, od členů zdravotnického týmu a z přímého pozorování a z rozhovorů s pacientem a jeho rodinnými příslušníky. Struktura kazuistiky obsahuje metodologický úvod, anamnézu, katamnézu, analýzu a interpretaci, závěr (Plevová, 2018).

5.3 Charakteristika participantů

Participanti v kazuistikách jsou čtyři pacienti, u kterých bylo ošetřujícím lékařem indikováno vytvoření kolostomie, a kteří byli hospitalizováni na konkrétním chirurgickém oddělení mezi říjnem 2023 a březnem 2024. Jedná se o tři muže ve věku 72, 59 a 54 let, a o jednu ženu ve věku 90 let. Jednotlivé kazuistiky popisují péči o pacienty s nově vytvořenou dočasnou nebo trvalou kolostomií. V tabulce 1 je uvedena podrobná

charakteristika participantů, která obsahuje věk, pohlaví, důvod vytvoření kolostomie, druh kolostomie, délku pobytu v nemocnici, rodinný stav participanta, zaměstnání a operační výkon. V tabulce pracujeme pouze s informacemi ze zdravotnické dokumentace a s informacemi, které nám poskytli sami participantů ústní formou rozhovoru.

Tabulka 1 Charakteristika participantů

	PA 1	PA 2	PA 3	PA 4
Věk	72 let	59 let	54 let	90 let
Pohlaví	Muž	Muž	Muž	Žena
Důvod vytvoření kolostomie	Karcinom rekta	Karcinom rekta	Iatrogenní perforace sigmoidea	Karcinom močového měchýře
Druh kolostomie	Sigmoideostomie trvalá	Sigmoideostomie dočasná	Sigmoideostomie dočasná	Sigmoideostomie trvalá
Délka hospitalizace	17 dní	9 dní	13 dní	14 dní
Rodinný stav	Rozvedený	Ženatý	Svobodný	Vdova
Zaměstnání	Starobní důchodce	Mechanik	Nezaměstnaný, dříve obkladač	Starobní důchodkyně
Operační výkon	Operace dle Milese	Laparoskopické založení sigmoideostomie	Operační revize dutiny břišní	TURT + revize dutiny břišní a anastomóza side to side

Zdroj: Autor práce, 2024

5.4 Organizace výzkumného šetření

Sběr informací pro tvorbu kazuistik probíhal na konkrétním chirurgickém oddělení nemocnice okresního typu mezi říjnem 2023 až březnem 2024. Od hlavní sestry nemocnice byl na základě žádosti získán písemný souhlas, který nás opravňoval k přístupu a využití informací z lékařské a ošetřovatelské dokumentace. Kazuistiky uvedené v bakalářské práci jsou anonymní. Participantů jsou v kazuistikách označeni zkratkou PA 1 – PA 4. O nově vytvořenou kolostomii jsme pečovali u pacientů v rámci komplexní ošetřovatelské péče.

Spolupracovali jsme se stomickou sestrou. Informace týkající se péče o stomie byly sdělovány zdravotnickým personálem ústně nebo písemně ve zdravotnické dokumentaci. Fotodokumentace uvedená v přílohách je pořízená autorem bakalářské práce v souladu s platnými předpisy týkající se ochrany osobních údajů a po získání souhlasu pacientů, které jsou k dispozici u autora práce.

6 KAZUISTIKY

6.1 Kazuistika č. 1

Cílem kazuistiky je popsat ošetrovatelskou péči o nově vytvořenou sigmoideostomii u pacienta s diagnostikovaným tumorem konečníku, po amputaci rekta. Participantem 1 (PA 1), byl muž, narozený v roce 1951, který bydlí v obci do 500 obyvatel, byl přijat k hospitalizaci v říjnu 2023 na chirurgické standardní oddělení nemocnice okresního typu. Délka hospitalizace pacienta byla 17 dní.

Lékařská diagnóza při přijetí: Zhoubný novotvar konečníku, MKN C20

Anamnéza:

Rodinná anamnéza: Otec zemřel v 63 letech na infarkt myokardu, matka žije, Alzheimerova demence od roku 2014, v současné době v pobytové sociální službě, domově pro seniory.

Osobní anamnéza: Hypertenze; Diabetes mellitus 2. typu na dietě a perorálních antidiabeticích; Vertebrogenní algický syndrom; Ischemická choroba srdeční; Chronická obstrukční plicní nemoc; Četnější klidné divertikly sigmatu; Kombinovaná hyperlipidémie; St. p. vředová choroba gastroduodena v roce 2019; Ischemická choroba srdeční – st. p. STEMI přední stěny v roce 2015, st. p. nSTEMI v roce 2008; Málo četné komorové extrasystoly, St. p. endoskopické polypektomii objemného stopkatého polypu rektosigmatu (30 mm), St. p. endoskopické polypektomii polypů colon transversum a sigmoideum v roce 2022, St. p. vertigo vertebrogenní etiologie při těžkých degenerativních změnách cervikální páteře + cephalaea – podíl abusu alkoholu v roce 2009.

Farmakologická anamnéza – chronická medikace: Trombex 75 mg tbl. per os 0-1-0 (antikoagulancium), Siofor 1000 mg tbl. per os 1-0-1 (perorální antidiabetikum), Prenessa 8 mg tbl. per os 1-0-0 (ACE inhibitor), Indap 1,25 mg tbl. per os 1-0-0 (diuretikum).

Abusus: Nekouří, alkohol pije občas.

Alergická anamnéza: Kyselina acetylsalicylová, citrusy.

Pracovní anamnéza: Pracoval jako dělník, nyní starobní důchodce.

Sociální anamnéza: Rozvedený, bydlí sám. Má přítelkyni, která má stomii.

Testy a škály: BMI – 28,38 (lehká nadváha), Riziko dekubitů dle Nortonové – 28 bodů (bez rizika), Barthelův test základních všedních činností ADL – 85 bodů (lehká závislost).

Nynější onemocnění: Pacient s diagnostikovaným karcinomem rekta byl plánovaně přijatý k operaci tlustého střeva, amputaci konečníku a vytvoření stomie podle Milese. Udává, že několik měsíců pocítuje urgenci na stolici, k vyprázdnění dochází pouze částečně. Vyprazdňuje se několikrát denně. V ambulanci praktického lékaře byl zjištěn pozitivní test na okultní krvácení ve stolici. Následovalo kolonoskopické vyšetření, při kterém byl diagnostikován zhoubný nádor konečníku. Bez problémů s močením, váha stabilní, chuť k jídlu přiměřená.

Stav při přijetí: váha: 94 kg, výška: 182 cm

Fyziologické funkce: tlak krve 160/90 mmHg (hypertenze), pulz 68'/min (normokardie), tělesná teplota 36,8 °C (normotermie), počet dechů 16 (eupnoe)

Patologické laboratorní hodnoty při přijetí: C-reaktivní protein – 134,5 mg/l (ref. hodnota méně než 5mg/l), glykémie – 7,6 mmol/l (ref. hodnota 3,3-5,9 mmol/l), leukocyty – $14,67 \times 10^9/l$ (ref. hodnota $4,0-10,0 \times 10^9/l$), erytrocyty – $3,65 \times 10^{12}/l$ (ref. hodnota $4,00-5,80 \times 10^{12}/l$), hemoglobin – 116 g/l (ref. hodnota 135-175 g/l), hematokrit – 0,341 (ref. hodnota 0,40-0,50).

Provedená vyšetření: Před hospitalizací byl pacient odeslán praktickým lékařem na kolonoskopii, kde byl diagnostikován tubulovilózní adenom sliznice tlustého střeva s low grade dysplázií epitelu. Současně byla odebrána krev na tumorové markery, které byly bez patologie (CEA, CA 19-9). Následně byla provedena magnetická rezonance pánve, kde byl diagnostikován nestenozující tumor 1/3 rekta, začínající 15-20 mm od anorektálního úhlu a postihující úsek 25 mm. Při vyšetření počítačovou tomografií byly vyloučeny metastázy.

Pooperační péče: Pacient byl po operaci uložen na jednotku intenzivní péče chirurgických oborů po dobu 3 dnů. Hospitalizace probíhala bez komplikací, byl oběhově stabilní, bolesti v operační ráně a v sigmoideostomii se pohybovaly na škále VAS mezi 3 až 4. Probíhal monitoring fyziologických funkcí, léčba bolesti, komplexní ošetrovatelská péče, včasná vertikalizace 24 hodin po výkonu, převazy operační rány za aseptických kautel a péče o sigmoideostomii. Byl vyveden Redonův drén z perinea, který odváděl minimální obsah. Pacientovi byla podávána dieta 0S + bujon + sipping.

Péče o kolostomii na jednotce intenzivní péče probíhala bez zapojení pacienta. Do stomického sáčku odcházely pouze plyny, bez stolice. Na kolostomii se připevňoval jednodílný průhledný výpustný stomický sáček Esteem®. Výměna stomického systému probíhala každý den. Stomie byla vitální, narůžovělá a měla oválný tvar s rozměry 5 x 3 cm. Peristomální okolí bylo klidné.

Pooperační den č. 3 byl pacient přeložen na standardní chirurgické oddělení. Probíhala vertikalizace do stoje a aktivizace. Participant byl afebrilní, kardiopulmonálně kompenzovaný. Subjektivně měl bolesti v místě operační rány, VAS 3, krytí bylo bez prosaku. Redonův drén z rekta odváděl 10 ml serosanguinózního obsahu. Sigmoidostomie byla funkční, odváděla pouze plyny. Laboratorní hodnoty krevního obrazu v normě, C-reaktivní protein v poklesu. Patologické laboratorní hodnoty v den překlady na standardní chirurgické oddělení: C-reaktivní protein 128 mg/l (ref. hodnota méně než 5mg/l). Medikace byla vysazena, ponechána pouze Inhixa 0,4 ml subkutánně. Pokračováno ve stejné dietě jako na jednotce intenzivní péče. Bilance tekutin 2280/3100 ml za 24 hodin. Péče o sigmoidostomii probíhala bez zapojení pacienta z důvodu jeho únavy, slabosti a fyzického deficitu. Nelékařský zdravotnický personál vykomunikoval s pacientem, že si střevní vývod bude ošetřovat sám, proto není nutná edukace rodinných příslušníků. Stomie byla vitální, narůžovělá a okolí kolostomie bylo klidné, bez macerace a zarudnutí. Při odstranění stomického sáčku pouze mírně krvácelo okolí v místě stehů, byl vyměněn vypouštěcí sáček. Stomická sestra navrhla na stomii aplikovat stomické výpustné sáčky Stomocur®.

Pooperační den č. 4 probíhal bez komplikací. Břicho bylo klidné s přítomností peristaltiky a odchodu plynů z kolostomie. Operační rána na břicho a v oblasti perinea v hojení per primam, Redonův drén bez sekrece, proto byl vytažen. Pacientovi byla změněna dieta na kašovitou + sipping. V rámci chronické medikace byl do medikace nasazen Controloc 40 mg intravenózně 1-0-0 (antacidum), Indap 1,25 mg perorálně 1-0-0 (diuretikum) a Prenessa 8 mg perorálně 1-0-0 (ACE inhibitor). Stomie i okolí bylo klidné, bez patologických procesů. Pacient stále pocítoval výraznou únavu, aby se začal učit péči o vývod, proto péči o vývod prováděla všeobecná sestra, která mu současně poskytla informace o stomických pomůckách a popsala mu postup výměny stomického sáčku. Po proběhlé edukaci pacient projevil zájem o vypouštění stomického sáčku.

Následující 2 dny byl pacientův zdravotní stav bez komplikací a péče o stomii probíhala jako 4. pooperační den. 7. pooperační den byl pacientovi vytažen permanentní močový katétr, zrušena periferní žilní kanyla. Pacientovi byla podávána pouze chronická medikace: Trombex 75 mg perorálně 0-1-0 (antiagregancium), Siofor 1000 mg perorálně 1-0-1 (perorální antidiabetikum), Prenessa 8 mg perorálně 1-0-0 (ACE inhibitor), Indap 1,25 mg perorálně 1-0-0 (diuretikum) a v 18 hodin byla aplikována

Inhixa 0,4 ml subkutánně (antikoagulancium). Sigmoidostomie byla narůžovělá a odváděla kašovitou stolicí, proto byl stále aplikován výpustný stomický sáček, který si sám vypouštěl. Pacient se začínal učit o vývod pečovat. Byl schopný si stomický sáček sám sundat, i pečovat o peristomální okolí. Největší problém pacientovi dělalo vystřížení odpovídajícího otvoru do nového stomického sáčku, proto tuto činnost prováděly sestry.

V následujících dnech se pacient zdokonaloval v péči o stomii. Naučil se vystříhnout odpovídající otvor do stomického sáčku, aplikovat ochranný film na peristomální kůži a fixovat sáček na břicho. Proběhla i změna sáčku, jelikož stomie začala odvádět tuhou stolicí, která se nedala vypustit přes stomický sáček. Proto se na stomii nově připevňoval uzavřený stomický sáček Stomocur®.

Pooperační den č. 14 byl pacient zkontrolován stomickou sestrou a následně ošetřujícím lékařem propuštěn. Pacient byl schopný si sám vyměnit jednodílný stomický sáček, pečovat o peristomální okolí, byl schopen reagovat na náhle vzniklé situace a věděl, jak se stravovat a dodržovat pitný režim i v režimu diabetické diety. Za týden po propuštění měl pacient objednanou kontrolu na chirurgické ambulanci k extrakci kovových svorek z operační rány a stehů ze stomie, a současně měl objednanou kontrolu na onkologické ambulanci. Pacientovi bylo sděleno, že v případě jakýchkoliv problémů s péčí o kolostomii, je k dispozici stomická ambulance, do které byl objednán za měsíc po propuštění. V tabulce 2 jsou uvedeny pomůcky, které mu připravila stomická sestra na následující tři měsíce.

Tabulka 2 Stomické pomůcky na 3 měsíce při propuštění PA 1

Pomůcky	Počet kusů
1-dílný uzavřený stomický sáček Esteem® s kontrolním okénkem, vystřihovatelný otvor 20-70 mm, s filtrem	180 sáčků
Odstraňovač ve spreji Esenta®	6 balení
Ochranný film ve spreji Elisse®	4 balení
Oplachový roztok DebriEcaSan Alfa®	3 litry

Zdroj: autor práce, 2024

Katamnéza: Pacient byl přijat na chirurgické oddělení den před plánovanou operací. Byla provedena krátkodobá předoperační příprava, lačnění, hygiena, bandáže dolních končetin v rámci prevence tromboembolické nemoci, zaveden periferní žilní vstup, zaveden permanentní močový katétr CH16, byl podán roztok Fortrans k vyprázdnění. Byla vysazena chronická medikace, večer a ráno před výkonem byl podán Lexaurin 3 mg tbl. per os (anxiolytikum), intravenózně aplikována antibiotická profylaxe Amoksiklav 1,2 g a Metronidazol 500 mg. Pacient byl plně informován ošetřujícím lékařem o průběhu operace, vytvoření kolostomie a následné péči po výkonu. Ráno před operací pacienta navštívila stomická sestra, která ho edukovala a poskytla instruktáž o sigmoideostomii a pooperační péči o ni. Společně s pacientem bylo vybráno a zaznačeno místo vyústění střevního vývodu na břicho. Participant věděl, co je stomie a znal péči o vývod, protože jeho dlouholetá přítelkyně, se kterou žije, má již několik let stomii. Při operaci proběhla resekce střeva dle Milese a byla vytvořena sigmoideostomie. První den po operaci byl pacient uložen na jednotce intenzivní péče, kde edukace neprobíhala. Na sigmoideostomii byl na operačním sále aplikován průhledný výpustný sáček, přes který se kontrolovala stomie a odpad z ní. Po přeložení na standardní chirurgické oddělení pacienta navštěvovala stomická sestra, která ho učila o vývod pečovat. Sigmoideostomie byla vitální, okolí bylo klidné, bez erozí či macerace a pacient po 17denní hospitalizaci propuštěn domácího prostředí plně edukován a schopen pečovat o střevní vývod.

Edukace k nově vytvořené kolostomii: Edukace pacienta o nově vytvořenou kolostomii začínala 3. pooperační den, při překladi z jednotky intenzivní péče na standardní oddělení. S pacientem bylo domluveno, že si bude sám ošetřovat svůj střevní vývod, proto neprobíhala edukace rodinných příslušníků. Na standardním oddělení probíhala péče o kolostomii všeobecnými sestrami a stomickou sestrou. Současně probíhala denně také edukace pacienta o péči o stomii, peristomální kůži a dietním režimu. Po dobu 8 dnů po operaci byl aplikován denně jednoduchý výpustný stomický sáček, který si pacient naučil vypouštět. Tento typ stomického sáčku aplikujeme, protože krátce po operaci kolostomie odvádí tekutou stolicí, která jde vypustit, proto není nutné vyměňovat celý sáček při jeho naplnění. Pacient byl schopen vypustit tekutý obsah ze sáčku a nahlásit vypuštěné množství sestrám, aby mohly provést zápis do bilančního listu. Během hospitalizace mu stomická sestra připravila stomické pomůcky potřebné k výměně a současně mu ukázala i další pomůcky používané k výměně (odpadkový sáček, odstraňovač

stomického sáčku ve spreji, dezinfekční roztok k očištění stomie a jejího okolí, čtverce z netkané textilie, ubrousky napuštěné ochranným filmem, zahnuté tupé nůžky, jednodílný výpustný stomický sáček, zrcadlo). Participant tyto pomůcky znal od své přítelkyně, která má také stomii. Další dny byl schopný pečovat o peristomální okolí. Během hospitalizace navštěvovala pacienta přítelkyně, která mu napomáhala s výměnou a podporovala ho. Pacient měl obtíže s vystřížením otvoru do nového stomického sáčku. Opakovaně tuto činnost prováděl podle šablony, kterou měl přichystanou od stomické sestry. Na závěr hospitalizace byl plně schopný si stomický systém sám vyměnit, chápal, že je nutné udržovat peristomální okolí suché a čisté v rámci prevence komplikací. Participant odcházel z nemocnice plně edukován a schopen pečovat o sigmoideostomii. Byl poučen o možných komplikacích při péči o stomii, byl mu předán telefonní kontakt na stomickou sestru do stomické poradny a obdržel i edukační brožuru včetně obrázkové přílohy, týkající se správné péče o střevní vývod.

Závěr: PA 1 je 72letý pacient, manuálně zručný a naučil se pečovat o nově vytvořenou sigmoideostomii v průběhu hospitalizace na standardním chirurgickém oddělení. Postupně od 3. pooperačního dne byl seznamován s péčí o stomii a s jednotlivými pomůckami k ošetřování vývodu. Návčik péče probíhal před zrcadlem. V průběhu hospitalizace měl PA 1 největší problém s naznačením a vystřížením odpovídajícího otvoru do podložky jednodílného stomického systému. Po opakovaném návčiku, několik dní po sobě, tento úkon zvládl. Péče o vývod byla plně v jeho kompetenci od 7. pooperačního dne. Byl edukován o dietních doporučeních v režimu diabetické diety. V průběhu hospitalizace byl seznámen s možnými komplikacemi, které mohou vzniknout při péči o vývod i se samotnou stomií. Žije společně s přítelkyní, která má již několik let stomii a v průběhu hospitalizace mu byla velkou oporou. Kazuistika odbornou veřejnost seznamuje s průběhem péče o nově vytvořenou sigmoideostomii u muže, kterému byl diagnostikován zhoubný tumor konečníku, nejčastější zhoubné onemocnění u mužů v České republice. Ročně je diagnostikováno kolem 7 700 pacientů. (Kolorektum, 2022). Screeningový program karcinomu kolorekta v České republice zahrnuje test na okultní krvácení ve stolici prováděný v ambulanci praktického lékaře a u žen také gynekologem jednou za rok ve věku od 50 do 55 let, od 55 let jednou za dva roky a kolonoskopické vyšetření nad 50 let jednou za 10 let (VZP, 2024).

6.2 Kazuistika č. 2

Cílem kazuistiky je popsat ošetrovatelskou péči o nově vytvořenou sigmoideostomii u pacienta s diagnostikovaným tumorem konečnicku. Participantem 2 (PA 2) byl muž, narozený v roce 1965, který bydlí v obci do 1500 obyvatel. Pacient byl přijatý plánovaně v říjnu 2023 k laparoskopickému vytvoření sigmoideostomie před neoadjuvantní chemoterapií na standardní chirurgické oddělení. Délka hospitalizace byla 9 dní.

Lékařská diagnóza při přijetí: Zhoubný novotvar konečnicku, MKN C20

Anamnéza:

Rodinná anamnéza: Otec 64 let, zdravý, matka zemřela ve 43 letech, suicidum. Sourozenci zdraví. Má 2 děti, které jsou zdravé. V rodině se nevyskytují žádné ze sledovaných onemocnění.

Osobní anamnéza: Bolesti zad; Oční myopie, porucha barvocitu lehkého stupně.

Farmakologická anamnéza chronické medikace: Helicid 20 mg cps. per os 1-0-0 (antacidum), Vizidor 20 mg/ml 1 kapka do obou očí 1-0-1 (oftalmologikum), Doreta 75/650 mg tbl. per os při bolesti zad (analgetikum).

Abusus: Kouřil v období vojny, nyní nekouří. Kávu pije jednu denně, občas si dá slivovici a 2-3 piva za týden.

Alergická anamnéza: Neguje.

Pracovní anamnéza: Pracuje jako mechanik.

Sociální anamnéza: Bydlí s manželkou a dětmi v rodinném domě.

Testy a škály: BMI – 27,76 (lehká nadváha), Riziko dekubitů dle Nortonové – 31 bodů (bez rizika), Barthelův test základních všedních činností ADL – 90 bodů (lehká závislost).

Nynější onemocnění: Pacient byl plánovaně přijatý k laparoskopickému vytvoření kolostomie. Od května roku 2023 sledoval krev ve stolici. Praktickým lékařem byl indikován na kolonoskopii, kde byl nalezen nádor v konečnicku. Problémy s močením nemá, váhu má stabilní a chuť k jídlu dobrou.

Stav při přijetí: váha: 94 kg, výška: 182 cm

Fyziologické funkce: tlak krve 120/80 mmHg (normotenze), pulz 74'/min (normokardie), tělesná teplota 36,4 °C (normotermie), počet dechů 14 (eupnoe)

Patologické laboratorní hodnoty při přijetí: C-reaktivní protein – 52,9 mg/l (ref. hodnota méně než 5mg/l), hemoglobin – 115 g/l (ref. hodnota 135-175 g/l), hematokrit – 0,357 (ref. hodnota 0,40-0,50).

Provedená vyšetření: Praktickým lékařem byl pacient z důvodu krve ve stolici odeslán na kolonoskopii s odběrem vzorku na histologické vyšetření. Byl zjištěn tumor $\frac{3}{4}$ obvodu v dolním rektu, aborální okraj blízko anu, ventrálně. Na počítačové tomografii byla lokalizována tumorózní infiltrace asi 30 mm od anu, orientačně 40-50 mm, stěna šíře 20 mm. Při magnetické rezonanci byl diagnostikován tumor dolního rekta T3bCN1. Z důvodu dlouhodobých bolestí zad byla provedena i scintigrafie skeletu k vyloučení metastáz. Toto vyšetření bylo bez patologie.

Pooperační péče: Jelikož se jednalo o laparoskopické vytvoření sigmoideostomie, byl pacient po operaci a dvouhodinovém pobytu na dospávacím pokoji uložen na standardní chirurgické oddělení. 0. den po operaci byl pacient zesláblý, během dne pospával a udával, že se necítí psychicky dobře. Probíhalo měření krevního tlaku a pulzu po 2 hodinách, aplikace infuzí, jednorázová aplikace antibiotik v rámci antibiotické profylaxe a léčba bolestí, které byly mezi VAS 5 až 6. Pacient neměl zavedený permanentní močový katétr, proto se dbalo na to, aby se vymočil nejméně 8 hodin po operaci. Též probíhala kontrola laparoskopických vpichů, které mírně krvácely a kontrola stomického sáčku, do kterého neodcházela žádná stolice. V tento den se stomický systém nevyměňoval, při vytvoření střevního vývodu během operačního výkonu byl pod stomii zaveden jezdec. Stomie byla vitální, měla kulatý tvar, přibližně 5 x 5 cm a okolí bylo bez změn na kůži. Večer byla pacientovi aplikována Inhixa 0,4 ml subkutánně (antikoagulancium) jako prevence tromboembolické nemoci a Novalgin 1 g intravenózně (analgetikum) v rámci léčby bolesti. Na další den byl naplánovaný odběr krve (urea, kreatinin, ionty, CRP a krevní obraz).

Pooperační den č. 1 probíhal bez komplikací, pacient se cítil fyzicky lépe. Probíhaly ošetrovatelské činnosti, a to vertikalizace a aktivizace po operaci, měření krevního tlaku a pulzu dvakrát denně, kontrola a dezinfekce laparoskopických vpichů, byly mu sundány bandáže dolních končetin. Nově mu byla podávána dieta kašovitá, za což byl pacient rád a dle svých slov se mohl konečně trochu najíst. Byla pacientovi nasazena chronická medikace. Péče o kolostomii probíhala v tento den bez zapojení pacienta. Participant se nechtěl na vývod a operační ránu ani podívat, proto mu bylo alespoň sděleno, které potraviny by měl jíst, a kterým potravinám by se měl vyvarovat. Na kolostomii sestra aplikovala výpustný stomický sáček od firmy Dansac®, do kterého odcházela tekutá stolice a plyny.

Pooperační den č. 2 byla pacientovi vytažena periferní žilní kanyla. Na ordinaci lékaře mu byla změněna dieta z kašovité na dietu číslo 2 – šetřící. Přístup pacienta k ošetřování

kolostomie byl stejný jako předchozí den. Odmítal se stále na vývod podívat a dělal jako by neexistoval. Stomická sestra se ho snažila povzbuzovat v péči, ukázala mu pomůcky k ošetřování a provedla vlastní výměnu stomického sáčku. Stomie byla vitální, do výpustného sáčku odváděla řídký obsah, který ošetřovatelský personál vypouštěl a prováděl zápis do bilančního listu

Pacientův přístup k ošetřování stomie se změnil 3. pooperační den, po tom, co ho jeho manželka přišla navštívit. V předchozích dnech z důvodu pacientova přístupu edukace o výměně stomického systému neprobíhala, probíhala pouze výměna sáčku. Následující dny se tedy stomická sestra začala intenzivně věnovat v péči o střevní vývod. 7. pooperační den byl ze stomie vytažen jezdec, proto si pacient zkusil poprvé aplikovat sáček na břicho. Při první aplikaci sáčku potřeboval mírně pomoci, jelikož si dostatečně neviděl na spodní stranu stomie. Pacient hned první den samostatného vyměňování byl manuálně zručný, vystříhl otvor do nového stomického sáčku pomocí již předem připravené šablony a byl schopný si i sám nachystat potřebné pomůcky (nůžky, sáček na odpad, zrcadlo, čtverce z netkané textilie, oplachový roztok, stomický sáček, odstraňovač stomického sáčku, ochranný film). Jelikož stomie již odváděla tuhou stolici, která se nedala stomickým sáčkem vypustit, stomická sestra rozhodla, že se na stomii bude lepit uzavřený stomický sáček SenSura®.

Pooperační den č. 9 již pacient plně a samostatně zvládal péči o nově vytvořený střevní vývod. Byl schopný si sám sundat jednodílný stomický systém, pečovat o peristomální okolí, reagovat na případné vzniklé komplikace při ošetřování a taky věděl, jak se má stravovat. Taky pacientovi byly stomickou sestrou nachystány stomické pomůcky a bylo mu sděleno, že v případě jakýchkoliv komplikací má kontaktovat stomickou ambulanci, která funguje každý pátek od 13 hodin. Stehy v kolostomii byly při propuštění ponechány, vytažení stehů bylo naplánováno na další týden po propuštění domů. S ošetřujícím lékařem byl také domluven termín kontroly v chirurgické ambulanci, kde mělo být naplánováno zrušení střevního vývodu.

Tabulka 3 Stomické pomůcky na 3 měsíce při propuštění PA 2

Pomůcky	Počet kusů
1-dílný uzavřený stomický sáček SenSura® s kontrolním okénkem, vystřihovatelný otvor 15-45 mm, neutrální šedý s kruhovým filtrem	180 sáčků
Odstraňovač ve spreji Esenta®	6 balení
Ochranný film ve spreji Sion®	4 balení
Oplachový roztok DebriEcaSan Alfa®	3 litry

Zdroj: autor práce, 2024

Katamnéza: Participant 2 byl přijat k hospitalizaci na chirurgické oddělení k laparoskopickému vytvoření sigmoideostomie den před plánovanou operací. Byla provedena krátkodobá předoperační příprava, lačnění, hygiena, bandáže dolních končetin v rámci prevence tromboembolické nemoci, zaveden periferní žilní vstup. Byla vysazena chronická medikace. Jelikož se jednalo o operaci střeva, byl pacientovi podán roztok Fortrans k vyprázdnění. Večer i ráno před operací byl pacientovi podán Lexaurin 3 mg tbl. per orálně (anxiolytikum) ke zmírnění stresu, společně mu byla podána i antibiotická profylaxe, Amoksiklav 1,2 g a Metronidazol 500 mg intravenózně. Pacient byl plně informován ošetřujícím lékařem o průběhu operaci, vytvoření kolostomie a následné péči po výkonu. Ráno před operací pacienta navštívila stomická sestra, která ho edukovala a poskytla instruktáž o sigmoideostomii a pooperační péči o ni. Společně s pacientem bylo vybráno a zaznačeno místo vyústění střevního vývodu na břicho. Jelikož se jednalo o laparoskopické vytvoření stomie, byl pacient po dvou hodinovém pobytu na dospávacím pokoji přeložen na standardní chirurgické oddělení. Na sigmoideostomii byl na operačním sále aplikován průhledný stomický sáček, přes který se stomie a odpad z ní kontrolovali. Pod stomií byl zaveden jezdec. Během hospitalizace na chirurgickém oddělení probíhala plná edukace v péči o stomii stomickou či všeobecnou sestrou. Stomie byla vitální, okolí bylo klidné bez patologií a pacient po 9denní hospitalizaci do domácího prostředí plně edukovaný a schopen péče o střevní vývod.

Edukace k nově vytvořené kolostomii: 1. den po operaci probíhala edukace bez zapojení pacienta. Bylo domluveno, že o vývod se bude starat sám. Výměna stomického systému prováděly zatím sestry, které připevňovaly na stomii výpustný sáček od firmy Dansac®. Pacient byl informován, jaké potraviny by neměl jíst, jelikož by mohly způsobit problémy s vyprazdňováním. 2. den po operaci pacient začal být aktivní, byl mu ukázán postup výměny, byla mu sdělena důležitost péče o peristomální okolí jako prevence komplikací. Také mu byl ukázán postup, jak si stolici ze sáčku vypouštět, aby tuto činnost mohl provádět sám. Sdělil sestřím, že sáček si sám začne vyměňovat, jakmile bude zpod stomie odstraněn jezdec. Sedmý pooperační den byl z kolostomie vytažen jezdec, proto si pacient nalepil sáček poprvé sám s menší dopomocí, jelikož tvrdil, že si moc dobře nevidí na spodní stranu stomie. Na stomii se začal aplikovat uzavřený sáček SenSura®, jelikož stomie odváděla tuhou stolici, kterou nešlo vypustit. Ve volném čase si vystříhával do sáčků otvory pomocí předem připravené šablony. Devátý den po operaci pacient již plně zvládal svou péči o nově vytvořený střevní vývod. Věděl, jaké komplikace mohou nastat, pokud nebude udržovat peristomální okolí čisté a suché, byl schopný odpovídat na otázky, týkající se stravování stomiků a byl schopen reagovat na náhlé vzniklé situace. Dostal kontakt na stomickou poradnu společně s edukační brožurou, která obsahuje i obrázkové přílohy.

Závěr: PA 2 je 59letý pacient, kterému bylo diagnostikováno zhoubné onemocnění konečníku, po tom, co tři měsíce pozoroval krev ve stolici. V této kazuistice je popsána péče o dočasnou kolostomii, v plánu péče bylo její následné zrušení po onkologické terapii, přibližně za 5 až 6 měsíců od vytvoření. Pacient po operaci měl velké obavy a strach z péče o vývod. První dny, 1. až 3. pooperační den po operačním zákroku nebyl schopen se při péči o vývod na stomii ani podívat, při péči odvracel hlavu na opačnou stranu, se sestrami o péči odmítal komunikovat a choval se tak, že stomie pro něho neexistuje. Jeho rodina ho v péči o stomii podporovala, manželka nechtěla přistoupit na to, že bude pečovat o stomii ona, nekompromisně mu bylo z její strany sděleno, že se musí v nemocnici naučit o vývod starat. Poprvé se na stomii podíval se stomickou sestrou 4. den po operaci, stomická sestra se mu opakovaně intenzivně věnovala. Myslíme si, že pacientovi velmi pomohl spolupacient hospitalizovaný na stejném pokoji, který měl již stomii 3 roky. Postupně s ním péči o stomii i život se stomií začal probírat a sdělovat mu osobní zkušenosti, a to bylo pro něho nápomocné. I přes to, že měl kolem sebe pacient podporu, měl také obavy z nadcházející chemoterapie, která ho po zhojení operační rány čekala. V péči o kolostomii byl plně edukován, byl seznámen s pomůckami pro ošetřování stomie a samotné ošetřování vývodu

mu nečinilo chápání a věděl, jaké komplikace mohou v případě zanedbané péče o vývod nastat a jak na vzniklé obtíže reagovat.

6.3 Kazuistika č. 3

Cílem kazuistiky je popsat ošetrovatelskou péči o nově vytvořenou sigmoideostomii u pacienta, u kterého došlo k iatrogení perforaci tlustého střeva při kolonoskopickém vyšetření. Participantem 3 (PA 3) byl muž, narozený v roce 1969, který bydlí v obci do 20 000 obyvatel. Byl akutně přijatý k hospitalizaci na chirurgické oddělení v listopadu 2023 a délka hospitalizace byla 13 dní.

Lékařská diagnóza při přijetí: Iatrogení perforace colon sigmatis aboralis po kolonoskopickém vyšetření, MKN K631

Anamnéza:

Rodinná anamnéza: Otec zemřel asi v 60 letech, neví na co. Matka žije, starobní důchodkyně, bez sledovaných onemocnění. Má dvě děti, které jsou zdravé.

Osobní anamnéza: Chronická obstrukční plicní nemoc; Toxonutritivní dekompenzovaná cirhóza jater, syndrom portální hypertenze; Toxonutritivní makrocytární anémie; Chronické defekty distálních článků palců dolních končetin bilaterálně; Hyperlipoproteinémie; Polyneuropatie dolních končetin; St. p. operaci pertrochanterické fraktury levé dolní končetiny v roce 2016; St. p. otřesu mozku a vyražení zubů v roce 2004; St. p. fraktury pánve a pravé paže při sražení autem v roce 1992.

Farmakologická anamnéza chronické medikace: Tramal 100 mg tbl. per os při bolestech (analgetikum).

Abusus: Kouří od mladí asi 30 cigaret denně. Alkohol 5 let nepije, udává, že předtím pil hodně.

Alergická anamnéza: Neguje.

Pracovní anamnéza: Dříve pracoval jako obkladač, nyní nepracuje.

Sociální anamnéza: Bydlí sám v charitním domě.

Testy a škály: BMI – 22,22 (zdravá váha), Riziko dekubitů dle Nortonové – 31 bodů (bez rizika), Barthelův test základních všedních činností ADL – 90 bodů (lehká závislost).

Nynější onemocnění: Pacient byl akutně přijatý k operačnímu řešení iatrogení perforace colon sigmoideus při endoskopickém vyšetření.

Stav při přijetí: váha: 72 kg, výška: 180 cm

Fyziologické funkce: tlak krve 130/90 mmHg (hypertenze), pulz 64'/min (normokardie), tělesná teplota 36,4 °C (normotermie), počet dechů 16 (eupnoe)

Patologické laboratorní hodnoty při přijetí: Pacient neměl patologické hodnoty v odběrech žilní krve při přijetí.

Provedená vyšetření: Bezprostředně před operací byl u pacienta proveden rentgen břicha, kde bylo popsáno pneumoperitoneum.

Pooperační péče: Pacient byl po dobu 5 dní hospitalizován na chirurgické jednotce intenzivní péče, kde probíhala monitorace základních životních funkcí, aplikace infuzní terapie, léčba bolesti. Hospitalizace na JIP probíhala bez komplikací, byl oběhově stabilní, bolest udával mezi VAS 4 až 5, po psychické stránce se cítil dobře, fyzicky byl unavený a zesláblý. Participant měl zavedený permanentní močový katétr a periferní žilní kanylu. Z operační rány byly vyvedeny dva Redonovy drény. Probíhala péče o dočasnou sigmoideostomii, pod kterou byl zaveden jezdec. Přes průhledný, výpustný jednodílný stomický sáček se kontroloval stav stomie a jeho obsah. Peristomální okolí bylo klidné a vývod byl vitální, oválného tvaru o velikosti 5 cm x 4 cm. Edukace pacienta na jednotce intenzivní péče neprobíhala.

Pooperační den č. 4 byl pacient přeložený na standardní chirurgické oddělení. Hospitalizace probíhala bez komplikací. Pacientovi byly vytaženy oba Redonovy drény pro minimální sekreci, byl odstraněn také permanentní žilní katétr. Byla mu podávána tekutá dieta + sipping. Probíhal převaz operační rány, která se hojila per primam. Subjektivně měl pacient mírné bolesti, mezi VAS 2 až 3. V kolostomii byl nadále ponechán jezdec. Edukace byla zaměřena na stomické pomůcky, které jsou potřebné k péči o kolostomii. Stomické sestře participant sdělil, že si bude pečovat o vývod sám. Pacient se postupně učil vypouštět si obsah stomického sáčku. Sledovala se u něho bilance tekutin, a proto musel hlásit sestřám množství vypuštěné obsahu. Následující dny pokračovala edukace pacienta v péči o jeho střevní vývod, ošetřování zvládal bez větších problémů. Pacient byl seznámen o dietních doporučeních, o četnosti stravování, důležitosti dodržování pitného režimu, byl poučen o komplikacích, které by mohly vzniknout. Pacient zvládal vystříhnutí otvoru do podložky, ošetření okolí ubrousky s ochranným filmem. Sestry nalepovaly stomický sáček na břicho pacienta po celou dobu umístění jezdece pod stomii.

Předchozí dny probíhala intenzivní edukace v péči o sigmoideostomii. 11. pooperační den byla pacientovi zrušena bilance tekutin a byla mu podávána šetrící dieta. Ze stomie byl odstraněn jezdec. Pacient zvládal péči o kolostomii samostatně, byl schopen si po vytažení jezdece sáček sám nalepit. Vývod byl klidný, vitální barvy a peristomální okolí bez patologických erozí a zarudnutí, operační rána se nadále hojila per primam. Jelikož

stomie byla mírně retrahovaná, používaly se k vyrovnání okolí vývodu tvarovatelné těsnící kroužky, aby sáček lépe držel a stolice nepodtékala a nemacerovala okolí. Pacientovi byla opakovaně vysvětlena důležitost aplikace těchto kroužků.

Pooperační den číslo 13. byly participantovi ze stomie a z operační rány odstraněny stehy a následně byl propuštěn domů. Byl plně edukován v péči o vývod, byl seznámen s komplikacemi, které mohou nastat a co v případě jejich vzniku je potřeba udělat. Znal kontakt na stomickou ambulanci, do které by měl přijít v případě vzniklých komplikací. Stomickou sestrou byly nachystány pomůcky na následující tři měsíce. Ošetřující lékař pacientovi sdělil termín návštěvy v chirurgické ambulanci, kde bude naplánováno zrušení stomie.

Tabulka 4 Stomické pomůcky na 3 měsíce při propuštění PA 3

Pomůcky	Počet kusů
1-dílný uzavřený stomický sáček SenSura® Mio Maxi s kontrolním okénkem, vystřihovatelný otvor 15-45 mm, neutrální šedý s kruhovým filtrem	180 sáčků
Kroužek těsnící a vyrovnávací Stomocur®	18 balení
Odstraňovač ve spreji Esenta®	6 balení
Ochranný film ve spreji ConvaCare®	4 balení
Oplachový roztok DebriEcaSan Alfa®	3 litry

Zdroj: autor práce, 2024

Katamnéza: PA 3 byl akutně hospitalizován na chirurgickém oddělení v odpoledních hodinách z důvodu komplikace, perforace střevní stěny, vzniklé při kolonoskopickém vyšetření, které proběhlo v dopoledních hodinách z důvodu váhového úbytku. V lékařské zprávě z endoskopie bylo popsáno, že byl během výkonu snesen polyp ve vzdálenosti 30 cm od sfinkteru rekta o velikosti 5 mm x 5 mm. Při přijetí do nemocnice byl odeslán na rentgenové vyšetření břicha, kde bylo zjištěno pneumoperitoneum a po bezprostřední předoperační přípravě lékařem indikována operační revize dutiny břišní. Během operačního výkonu byla nalezena difúzní peritonitida, perforace střeva v oblasti colon sigmoideum, byla provedena toaleta dutiny břišní a vyvedena dočasná dvouhlavňová sigmoideostomie

s jezdcem. Po operačním výkonu byl pacient hospitalizován na jednotce intenzivní péče po dobu 5 dní. Edukace v péči o stomii po dobu pobytu na jednotce intenzivní péče neprobíhala. Po překladu na standardní chirurgické oddělení pacienta navštěvovala stomická sestra, která zvolila pro péči o sigmoideostomii vhodné pomůcky a společně se všeobecnými sestrami ho edukovala v péči o dočasně vytvořenou stomii. Vývod byl vitální, oválného tvaru, v levé části byla stomie retrahovaná. Proto se v péči o stomii zvolila pomůcka, tvarovatelný těsnicí kroužek, který usnadňoval péči a současně předcházel vzniku dalších komplikací. Do domácího prostředí odcházel plně edukován, vybaven edukační brožurou s obrázkovou přílohou a stomickými pomůckami na následující 3 měsíce.

Edukace k nově vytvořené kolostomii: Edukace u pacienta začínala v den překladu z jednotky intenzivní péče na standardní chirurgické oddělení. Pacient souhlasil, že si bude pečovat o vývod sám. Byl seznámen s pomůckami, které bude v péči o vývod potřebovat. Podrobně byl edukován o vhodných potravinách. Byla mu sdělena strava, kterým by se měl vyvarovat a předejít tak potížím s vyprazdňováním. Na kolostomii, kde byl ponechán jezdec, se připevňoval výpustný nekonvexní sáček. Pacient se naučil stomický sáček sám vypouštět a hlásil množství vypuštěného obsahu do bilance tekutin. Po vytažení jezdce si byl již pacient schopen sám nalepit sáček na břicho. Z důvodu retrahované stomie se připevňovaly do okolí těsnicí vyrovnávací kroužky. Pacient celou dobu hospitalizace byl manuálně zručný a projevoval dostatek znalostí v péči o jeho dočasně vytvořený střevní vývod.

Závěr: U PA 3, byla z důvodu komplikace při kolonoskopickém vyšetření vytvořena dočasná kolostomie. Kolonoskopie je endoskopické vyšetření tlustého střeva, jehož pomocí lékař získá reálný obraz sliznice střeva. Stejně jako jiné endoskopické metody poskytuje i kolonoskopie možnost provádět terapeutické zákroky. Jedná se zejména o odstranění polypů, zástavu krvácení nebo biopsii při nálezů podezřelé tkáně. Preventivní kolonoskopie je spolu s testem na okultní krvácení součástí státem organizovaného screeningu kolorektálního karcinomu. Invazivní výkon má také své komplikace, které nelze vyloučit (2024, Masarykův onkologický ústav). Autorka Zádorová (2005) uvádí, že vznik komplikací při kolonoskopii se pohybuje mezi 0,36 % až 1,7 % případů. Perforace, která je popisována u 0,04 % až 2,1 % kolonoskopických polypektomií je způsobena poškozením střevní stěny polypektomickou kličkou nebo tepelnou nekrózou v místě polypektomie. Podstatně vyšší riziko perforace hrozí v oblasti céka a colon ascendens, kde je střevní stěna nejslabší. Protože PA 3 měl vytvořenou dočasnou sigmoideostomii, předpokládalo se její zanoření v časovém horizontu 3 měsíců. Péče u tohoto typu vývodu byla odlišná z důvodu zavedení jezdce

pod retrahovanou stomií. Při přítomnosti jezdce nalepovaly jednodílný stomický systém na kůži břicha sestry, protože pro pacienta je příliš složité sáček nalepit z obou stran pod jezdce, tak aby dostatečně přilnul. Participant zvládal ošetření vlastního vývodu a peristomálního okolí a po odstranění jezdce byl schopen bez výrazných obtíží nalepovat jednodílný systém.

6.4 Kazuistika č. 4

Cílem kazuistiky je popsat ošetrovatelskou péči o nově vytvořenou sigmoideostomii u pacientky s tumorem močového měchýře. Participantkou 4 (PA 4), byla žena, narozená v roce 1934, která bydlí v obci do 2000 obyvatel a byla přijata k hospitalizaci na interní oddělení k předoperačnímu vyšetření před transuretrální resekcí tumoru močového měchýře. Poté byla přeložena na urologické oddělení, následně po operaci byla hospitalizována na chirurgickém oddělení v březnu 2024 v nemocnici okresního typu. Délka hospitalizace byla 14 dní.

Lékařská diagnóza při přijetí: Novotvar nejistého nebo neznámého chování močového měchýře, MKN D414

Anamnéza:

Rodinná anamnéza: Otec zemřel v 87 letech na cévní mozkovou příhodu, s ničím se neléčil. Matka zemřela na karcinom tlustého střeva ve 42 letech, s ničím se neléčila. Bratr zemřel v 85 letech na Alzheimerovu demenci. Sestra zemřela na cévní mozkovou příhodu v 87 letech, s ničím se neléčila.

Osobní anamnéza: Ztrátová anémie s anemickým syndromem; Hypertenze; Primární hypotyreóza; Hypercholesterolémie; Cysty ledvin; Polyalgický vertebrogenní syndrom; St. p. extirpaci bazaliomu levého nosního křídla v roce 2023; St. p. tranzitorní ischemické atace v roce 2010; St. p. operaci katarakty obou očí v roce 2001.

Farmakologická anamnéza chronické medikace: Euthyrox 50 mcg tbl. per os 1-0-0 (hormon štítné žlázy), Anopyrin 100 mg tbl. per os 0-1-0 (antikoagulancium), Ferretab 50 mg/0,5 mg tbl. per os 1-0-0 (antianemikum), Zolpidem 5 mg tbl. per os 0-0-1 (hypnotikum).

Abusus: Nekuřačka, alkohol pije občas.

Alergická anamnéza: Neguje.

Pracovní anamnéza: Ve starobním důchodě od 58let, dříve pracovala jako jeřábnice.

Sociální anamnéza: Žije se synem, který je na vozíku, a se snachou v rodinném domě.

Gynekologická anamnéza: 2 spontánní porody, bez přerušení těhotenství a gynekologických operací, menopauza od 55 let, na gynekologické prohlídce nechodí.

Testy a škály: BMI – 21,23 (zdravá váha), Riziko dekubitů dle Nortonové – 18 bodů (riziko vzniku dekubitů), Barthelův test základních všedních činností ADL – 35 bodů (vysoká závislost).

Nynější onemocnění: Pacientka byla přeložena z interního oddělení na urologické oddělení k transuretrální resekci tumoru močového měchýře. V krevních odběrech ztrátová anémie, pozoruje delší dobu krev v moči. Problémy se stolicí nemá.

Stav při přijetí: váha: 51 kg, výška: 155 cm

Fyziologické funkce: tlak krve 110/80mmHg (normotenze), pulz 75'/min (normokardie), tělesná teplota 36,2 °C (normotermie), počet dechů 15 (eupnoe)

Patologické laboratorní hodnoty při přijetí: C-reaktivní protein – 83,4 mg/l (ref. hodnota méně než 5mg/l), leukocyty – $11,22 \times 10^9/l$ (ref. hodnota 4,0-10,0 $\times 10^9/l$), erytrocyty – $3,26 \times 10^{12}/l$ (ref. hodnota 3,80-5,20 $\times 10^{12}/l$), hemoglobin – 108 g/l (ref. hodnota 120-160 g/l), hematokrit – 0,311 (ref. hodnota 0,35-0,47).

Pooperační péče: Pacientka byla po operaci uložena na jednotku intenzivní péče chirurgických oborů. Hospitalizace probíhala bez komplikací, byla oběhově stabilní. Bolesti v operační ráně a sigmoideostomii uváděla mezi VAS 5 až 6, proto probíhala léčba bolesti. Byly monitorovány životní funkce, poskytována komplexní ošetrovatelská péče, převazy operační rány za aseptických kautel a péče o sigmoideostomii. Pacientce byla podávána dieta 0 + bujón + sipping. Péče o kolostomii na jednotce intenzivní péče probíhala bez zapojení pacientky. Do stomického sáčku odcházely zprvu pouze plyny. Stomický systém se měnil každý den a připevňoval se průhledný výpustný sáček od firmy Coloplast®. Střevní vývod byl vitální, peristomální okolí bylo mírně zarudlé a pod stomií byl zaveden jezdec.

Pacientka přeložena na standardní chirurgické oddělení 5. pooperační den, byla postupně aktivizována a zapojena fyzioterapie. Byla afebrilní, kardiopulmonálně kompenzovaná. Subjektivně měla bolesti VAS 3 v místě operační rány, proto probíhala léčba bolesti. Byla aplikována antikoagulační terapie, Inhixa 0,4 ml večer a pokračováno v podávání antibiotik. Měřila se bilance tekutin a byla podávána dieta 0 + bujón + sipping. V tento den se stomický systém nevyměňoval. Na vývod byl připevněn průhledný stomický sáček od firmy Coloplast®. Vypouštění stolice ze stomického sáčku prováděl ošetrovatelský tým

z důvodu částečné imobility pacientky. S pacientkou bylo domluveno, že o střevní vývod se bude starat její snacha.

Následující 6. pooperační den probíhal bez komplikací. Pacientce byla nadále podávána stejná dieta jako předchozí den. Střevní vývod odváděl stolici řídké konzistence, světle hnědé barvy. Sigmoidostomie byla mírně povleklá, peristomální okolí byla zarudlé, proto stomická sestra navrhla změnit stomický sáček od jiné firmy. Od tohoto dne se na stomii připevňoval výpustný sáček od firmy Esteem®. Pod stomií byl nadále zaveden jezdec. Operační rána byla klidná, okolí svorek bylo mírně zarudlé s přítomností hematomu. V tento den navštívila participantku její snacha a stomická sestra začala s její edukací. Snaše pacientky byly ukázány pomůcky a postup výměny sáčku, brzy se v problematice zorientovala. Pacientka byla edukována o vhodných potravinách, aby předešla problémům s vyprazdňováním.

Následující dny probíhala hospitalizace bez komplikací. Pacientce byla ordinována kašovitá dieta. Do močového sáčku odcházela moč společně se střevním obsahem, protože se vytvořila píštěl mezi střevem a močovým měchýřem. Participantku nadále navštěvovala snacha, která se učila o vývod pečovat. Byla manuálně zručná a chápala způsob ošetřování.

Pooperační den č. 10 byly vysazeny antibiotika, byla podávána pouze chronická medikace. Navíc, každý večer byla aplikována Inhixa 0,4 ml subkutánně jako prevence tromboembolické nemoci. V tento den byl také ze stomie vytažen jezdec. Stomie byla vitální, kulatého tvaru s rozměry 5 cm x 6 cm. Sigmoidostomie odváděla tuhou stolici, kterou již nebylo možné ze stomického sáčku vypustit. Jelikož okolí stomie bylo nadále zarudlé, proběhla výměna sáčku a stomická sestra zhodnotila tento stav jako alergickou reakci na lepicí složky obsažené v lepicí ploše podložky. Od tohoto dne se na vývod aplikoval uzavřený stomický sáček od firmy Dansac®.

Dopoledne 14. pooperační den byla pacientka propuštěna do domácího léčení. Předchozí den byly ze stomie vytaženy stehy. Stomie odváděla stolici fyziologické konzistence a zarudnutí v peristomálním okolí zmizelo, proto stomická sestra rozhodla, že se u pacientky bude nadále aplikovat uzavřený stomický sáček od firmy Dansac®. Lékař sdělil datum kontroly na chirurgické ambulanci k vytažení kovových svorek z operační rány a současně byl vykomunikován datum kontroly na urologické ambulanci. Stomická sestra připravila stomické pomůcky na 3 měsíce, byl předán kontakt na stomickou poradnu.

Tabulka 5 Stomické pomůcky na 3 měsíce při propuštění PA 4

Pomůcky	Počet kusů
1-dílný uzavřený stomický sáček Dansac Midi® s nahlížecím okénkem, vystřihovatelný otvor 10-55 x 70 mm	180 sáčků
Odstraňovač ve spreji Esenta®	6 balení
Ochranný film ve spreji Sion®	4 balení
Oplachový roztok DebriEcaSan Alfa®	3 litry

Zdroj: autor práce, 2024

Katamnéza: Pacientka byla přijata na interní oddělení k předoperačnímu vyšetření před plánovanou transuretrální resekci močového měchýře pro tumor. Po překladu z interního oddělení na urologii byla u pacientky provedena předoperační příprava, lačnění, hygiena, holení, bandáže dolních končetin. Z interního oddělení měla pacientka zavedený permanentní močový katétr CH14 a centrální žilní katétr. Byla vysazena chronická medikace, aplikována antibiotická profylaxe Amoksiklavem 1,2 g intravenózně. Pacientka byla plně informována ošetřujícím lékařem o průběhu operace. Jelikož vytvoření stomie nebylo plánováno, stomická sestra participantku nenavštívila. Při operaci byl nalezen tumor močového měchýře, který byl inoperabilní a prorůstal do levého třísla a kličky tenkého střeva. Vzhledem k lokálnímu nálezu byla vytvořena sigmoideostomie. Po operaci byla pacientka po dobu 5 dní hospitalizována na jednotce intenzivní péče, kde jí lékař sdělil, že bylo nutné vytvoření střevního vývodu. Edukace k péči o sigmoideostomii na jednotce intenzivní péče neprobíhala. Po překladu na standardní chirurgické oddělení bylo s pacientkou domluveno, že o střevní vývod bude pečovat snacha. Příbuzná pacientky pravidelně docházela po zbytek hospitalizace na standardní chirurgické oddělení, kde ji ošetřující personál edukoval v péči o sigmoideostomii.

Edukace k nově vytvořené kolostomii: Jelikož pacientka byla částečně imobilní, nezvládla by se postarat o svůj střevní vývod, proto bylo zajištěno, že o vývod se bude starat její snacha. Po překladu na standardní chirurgické oddělení probíhala péče o sigmoideostomii všeobecnými sestrami a stomickou sestrou. Pacientka byla edukována o stravovacích

doporučení, o vhodných a nevhodných potravinách. Zprvu se na stomii připevňoval výpustný stomický sáček od firmy Coloplast®. Při péči o vývod si však sestry všimly, že okolí je zarudlé a mohla by to být alergická reakce na některou z látek obsažených ve stomické podložce. Proto stomická sestra vyměnila sáčky Coloplast® za sáčky od firmy Esteem®. V následujících dnech však zarudnutí neustupovalo, a proto byly sáčky opět vyměněny za sáčky od firmy Dansac®. Při aplikaci uvedených sáčků zarudnutí ustoupilo, proto byly ponechány. Snacha pacientky byla manuálně zručná a pochopila princip péče o střevní vývod. Při dimisi pacientky dostala snacha kontakt na stomickou poradnu, byl jí poskytnut odkaz na webové stránky firmy dodávající stomické pomůcky společně s edukační brožuru, kde je popsán postup výměny stomického systému včetně obrázkové přílohy a současně jí byly předány stomické pomůcky na následující 3 měsíce.

Závěr: PA 4 je 90letá pacientka, která byla přeložena z interního oddělení na urologické oddělení k plánované transuretrální resekci močového měchýře pro tumor. Při operaci byla neplánovaně vytvořena sigmoideostomie. Pacientka byla částečně imobilní a nebyla schopná se starat o svůj střevní vývod, proto byla o péči edukována její snacha, která byla manuálně zručná a brzy pochopila péči o střevní vývod. U PA 4 se vyskytla alergická reakce na složky obsažené v lepicí ploše stomické podložky. Stomická sestra postupně vyzkoušela u pacientky stomické sáčky od různých firem a sledovala reakci v peristomálním okolí. Byl nalezen stomický systém, který pacientce vyhovoval a zarudnutí alergického původu v peristomálním okolí ustoupilo.

6.5 Shrnutí kazuistik

V tabulkách 6–9 jsou shrnuty informace o jednotlivých participantech, pomůcky, které se u dotyčných používaly a také je popsán přesný postup v péči o kolostomii u daného pacienta.

Tabulka 6 Shrnutí kazuistiky č. 1

<p>Kazuistika 1</p> <p>Participant 1, narozen 1959</p> <p>Celková délka hospitalizace: 17 dní</p> <p>Lékařská diagnóza při přijetí: Zhoubný novotvar konečníku</p> <p>Projevy: Časté nucení na stolicí s nedostatečným vyprázdněním</p> <p>Operační výkon: Resekce střeva dle Milese</p> <p>Druh stomie: Trvalá sigmoideostomie</p> <p>Edukace: Zprvu probíhala na pokoji, poté na koupelně; cílená na participanta, schopen sám pečovat o stomii</p> <p>Pomůcky k péči: Zrcadlo, nůžky, odpadkový sáček, čtverce z netkané textilie, odstraňovač stomického sáčku ve spreji, oplachový roztok, ochranný film v ubrouscích, stomický sáček</p> <p>Problémy v péči o stomii: Naznačení a vystřížení odpovídajícího otvoru do stomického sáčku</p>	<p>Postup péče o stomii:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zajištění soukromí • Příprava potřebných pomůcek • Odstranění stomického sáčku pomocí odstraňovače ve spreji • Péče o stomii a peristomální okolí pomocí čtverců z netkané textilie a oplachového roztoku • Aplikace ochranného filmu ubrouskem do okolí stomie • Naznačení a vystřížení odpovídajícího otvoru do nového stomického sáčku • Nalepení stomického sáčku • Fixace lepící plochy ke kůži břicha rukou pro lepší přilnutí • Úklid pomůcek
---	--

Tabulka 7 Shrnutí kazuistiky č. 2

<p>Kazuistika 2</p> <p>Participant 2, narozen 1965</p> <p>Celková délka hospitalizace: 9 dní</p> <p>Lékařská diagnóza při přijetí: Zhoubný novotvar konečníku</p> <p>Projevy: Krev ve stolici</p> <p>Operační výkon: Laparoskopické vytvoření sigmoideostomie</p> <p>Druh stomie: Dočasná sigmoideostomie</p> <p>Edukace: Zprvu probíhala na pokoji, poté na koupelně; cílená na participanta, schopen sám pečovat o stomii</p> <p>Pomůcky k péči: Zrcadlo, nůžky, odpadkový sáček, čtverce z netkané textilie, odstraňovač stomického sáčku ve spreji, oplachový roztok, ochranný film v ubrouscích, stomický sáček</p> <p>Problémy v péči o stomii: Špatný psychický stav, ze začátku nezáměr se o sigmoideostomii starat</p>	<p>Postup péče o stomii:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zajištění soukromí • Příprava potřebných pomůcek • Odstranění stomického sáčku pomocí odstraňovače ve spreji • Péče o stomii a peristomální okolí pomocí čtverců z netkané textilie a oplachového roztoku • Péče o jezdec zavedeného pod stomii, byl vytažen stomickou sestrou 7. pooperační den • Aplikace ochranného filmu ubrouskem do okolí stomie • Naznačení a vystřížení odpovídajícího otvoru do nového stomického sáčku • Nalepení stomického sáčku • Fixace lepící plochy ke kůži břicha rukou pro lepší přilnutí • Úklid pomůcek
--	--

Tabulka 8 Shrnutí kazuistiky č. 3

<p>Kazuistika 3</p> <p>Participant 3, narozen 1969</p> <p>Celková délka hospitalizace: 13 dní</p> <p>Lékařská diagnóza při přijetí: Iatrogenní perforace sigmoidea</p> <p>Projevy: Bolest břicha</p> <p>Operační výkon: Operační revize dutiny břišní</p> <p>Druh stomie: Dočasná sigmoideostomie</p> <p>Edukace: Zprvu probíhala na pokoji, poté na koupelně; cílená na participanta, schopen sám pečovat o stomii</p> <p>Pomůcky k péči: Zrcadlo, nůžky, odpadkový sáček, čtverce z netkané textilie, odstraňovač stomického sáčku ve spreji, oplachový roztok, ochranný film v ubrouscích, stomický sáček, koloidní půlkroužky</p> <p>Problémy v péči o stomii: Mírně retrahovaná stomie</p>	<p>Postup péče o stomii:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zajištění soukromí • Příprava potřebných pomůcek • Odstranění stomického sáčku pomocí odstraňovače ve spreji • Péče o stomii a peristomální okolí pomocí čtverců z netkané textilie a oplachového roztoku • Péče o jezdec zavedeného pod stomii, byl vytažen všeobecnou sestrou 11. pooperační den • Aplikace ochranného filmu ubrouskem do okolí stomie • Naznačení a vystřížení odpovídajícího otvoru do nového stomického sáčku • Aplikace koloidních půlkroužků k vyrovnání peristomálního okolí z důvodu mírně retrahované stomie • Nalepení stomického sáčku • Fixace lepící plochy ke kůži břicha rukou pro lepší přilnutí • Úklid pomůcek
--	---

Tabulka 9 Shrnutí kazuistiky č. 4

<p>Kazuistika 4</p> <p>Participantka 4, narozena 1934</p> <p>Celková délka hospitalizace: 14 dní</p> <p>Lékařská diagnóza při přijetí: Karcinom močového měchýře</p> <p>Projevy: Problémy s močením</p> <p>Operační výkon: TURT + revize dutiny břišní s anastomózou side to side</p> <p>Druh stomie: Trvalá sigmoideostomie</p> <p>Edukace: Probíhala na pokoji, edukována byla snacha participantky</p> <p>Pomůcky k péči: Nůžky, odpadkový sáček, čtverce z netkané textilie, odstraňovač stomického sáčku ve spreji, oplachový roztok, ochranný film v ubrouscích, stomický sáček</p> <p>Problémy v péči o stomii: Zarudnutí v okolí stomie z důvodu alergické reakce na látku obsaženou ve stomické podložce</p>	<p>Postup péče o stomii:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zajištění soukromí • Edukace snachy participantky • Příprava potřebných pomůcek • Odstranění stomického sáčku pomocí odstraňovače ve spreji • Péče o stomii a peristomálního okolí pomocí čtverců z netkané textilie a oplachového roztoku • Péče o jezdce zavedeného pod stomii, byl vytažen všeobecnou sestrou 11. pooperační den • Aplikace ochranného filmu ubrouskem do okolí stomie • Naznačení a vystřížení odpovídajícího otvoru do nového stomického sáčku • Nalepení stomického sáčku • Fixace lepící plochy ke kůži břicha rukou pro lepší přilnutí • Úklid pomůcek
--	--

7 DISKUZE

Cílem praktické části bakalářské práce bylo popsat ošetrovatelskou péči o nově vytvořenou kolostomii u vybraných pacientů na standardním chirurgickém oddělení nemocnice okresního typu.

Všichni participanti uvedení v našich kazuistikách měli vytvořenou sigmoideostomii. Sigmoideostomii poprvé vytvořil český chirurg Karel Maydl v roce 1888. Je to nejčastější typ kolostomie, která je vytvořena na esovité kličce. Pokud je při operaci současně odstraněn svěrač konečníku, je kolostomie trvalá (Adamová et al., 2015).

U participantů označených PA 1 až PA 4 jsme popisovali poskytovanou péči o nově vytvořenou kolostomii. V první kazuistice jsme popsali ošetrovatelskou péči o trvale vytvořenou sigmoideostomii po operaci podle Milese z důvodu diagnostikovaného karcinomu konečníku. Autoři Penka a Kala (2008) udávají, že jednoznačnou indikací k provedení amputace konečníku podle Milese je nádorová infiltrace svěračů a nediferencované formy karcinomu postihující aborální třetinu rekta. Nízkoležící nádory rekta s infiltrací do análního kanálu nebo svěrače, které nelze operovat s jeho zachováním, je třeba odstranit abdomino-perineální extirpací rekta s vyvedením trvalé sigmoideostomie (Hoch et al., 2020). U PA 2 je popsána ošetrovatelská péče o laparoskopicky vytvořenou sigmoideostomii před neoadjuvantní chemoterapií. U laparoskopického výkonu je výhodou nižší ztráta krve oproti otevřené technice operace a možnost dřívější realimentace perorální cestou (Khalili et al., 1998). Na konkrétním chirurgickém standardním oddělení je běžnou praxí, že u pacientů po laparoskopicky vytvořené stomii je ordinována kašovitá dieta od prvního pooperačního dne. Nemocným, kterým je stomie vytvořena laparotomicky je od prvního do čtvrtého pooperačního dne ordinována dieta 0S + sipping, poté dieta tekutá a přibližně od pátého pooperačního dne dieta kašovitá.

U PA 2 bylo v plánu, že vytvořená sigmoideostomie bude dočasná, ale při onkochirurgické kontrole po neoadjuvantní léčbě se zjistilo, že nádor stále roste, a proto se nakonec přistoupilo k resekci střeva podle Milese. Autoři Diviš et al. (2016) udávají, že v případě lokálně pokročilých nádorů konečníku je často indikována kombinace chemoterapie a radioterapie. Uvedený postup snižuje riziko lokální recidivy onemocnění a prodlužuje dobu přežití. Po neoadjuvantní chemoradioterapii může dojít ke zmenšení nádoru konečníku a zvyšuje se pravděpodobnost resekce bez nutnosti trvalé kolostomie. Ve třetí kazuistice byla

provedena revize dutiny břišní s následným vyvedením dočasné sigmoideostomie po iatrogenní perforaci colon sigmoideum a vzniku pneumoperitonea. Při uvedených komplikacích by měla vždy být provedena operační revize dutiny břišní (Bibrová et al., 2013). Účelem revize dutiny břišní je objasnit místo a rozsah poranění na zažívacím traktu při prokázané perforaci střeva. Obsah tlustého střeva je vysoce infekční, jeho průnik do dutiny břišní vede k difúzní peritonitidě až k rozvoji sepse a septického šoku (NZIP, 2024). U PA 3 následně vznikla difúzní peritonitida, k rozvoji septického šoku nedošlo, protože po neprodlené předoperační přípravě byla akutně provedena revize dutiny břišní do 2 hodin po perforaci tlustého střeva při kolonoskopickém vyšetření. Autorka Masárová (2015, s. 20) ve své bakalářské práci uvádí, že v porovnání s poraněním tenkého střeva je tlusté střevo traumatizováno zevní silou méně často, stoupá však počet iatrogenních poranění, např. při kolonoskopii. V poslední kazuistice u PA 4 byla provedena transuretrální resekce tumoru močového měchýře s neplánovaným vytvoření trvalé sigmoideostomie. Autor Brisuda (2017) uvádí, že základem léčby nádorů močového měchýře je včasný agresivní přístup a cílem je odstranění nádorové tkáně z močového měchýře. V našem případě se jednalo o karcinatózu, která prorůstala do okolní tkáně a zasáhla i rektosigma, byla provedena anastomóza side to side a vytvořena trvalá sigmoideostomie.

V péči o nově vytvořenou stomii jsme se u PA 1 setkali s obtížemi při přípravě stomické podložky, pacient měl problémy s vystřihováním otvoru do nového stomického sáčku. Autorka Mocková (2016, s. 82) ve své bakalářské práci uvádí, že 80 % stomiků o sobě tvrdí, že jsou při výměně stomických pomůcek manuálně zruční. Po opakovaném každodenním nácviku se to pacient po 14 dnech naučil. Po vytvoření střevního vývodu u PA 2 došlo ke zhoršení psychického stavu. Autorka Doležalová (2010, s. 44) ve své bakalářské práci uvádí, že psychické prožívání nemoci je u každého jedince velmi individuální. Všeobecná i praktická sestra si tyto rozdíly musí uvědomovat a musí být schopné nabídnout pacientovi pomocnou ruku. Po operaci je deprese opodstatněnou fází, kdy utlumený organismus obnovuje síly. Zkušený zdravotník ponechává pacienta, aby do určité míry ventiloval napětí. Při dostatku času je stomik schopný hovořit o svých starostech a obavách. Zdravotníci by neměli nechat pacienta bez kontroly, protože po operaci hrozí riziko suicida, které plyne z neschopnosti představit si svůj další život. Rizikům lze zabránit trpělivým a opakovaným vysvětlováním, za podpory rodiny, která působí jako opěrný prvek. Mezi nejčastější modelové situace v péči o pacienta se stomií patří hyperprotektivní péče a negativní přístup rodiny. PA 2 byl zpočátku k ošetřování kolostomie negativní. Odmítal se na vývod podívat

a dělal jako by stomie neexistovala. V našem případě byla rodina PA 2 velmi nekompromisní, co se týče péče o kolostomii. Manželka pacienta donutila, aby se o svůj střevní vývod staral sám. Pacientovi pomohl i spolupacient, který s ním byl hospitalizován na pokoji a měl již delší dobu stomii. Participant 2 změnil 3. pooperační den svůj negativistický přístup a rozhodl se, že si o svoji sigmoideostomii bude pečovat sám. U participanta 3 se objevil problém s retrahovanou stomií. Retrakce stomie pod úroveň kůže více než 0,5 cm je následkem tahu střeva. Autoři Adamová et al., (2015) uvádí, že častěji jsou retrakcí stomie postihnuti obézní pacienti nebo nemocní, kteří po operaci zvýší tělesnou hmotnost. Hodnota BMI u PA 3 byla 22,22, což znamená normální váha. Ošetřující lékař dospěl k závěru, že se pravděpodobně jednalo o konstrukční problém. U PA 4 pečoval a ošetřoval stomii rodinný příslušník, snacha pacientky, protože PA 4 byla částečně imobilní a měla 90 let. Autoři Zachová et al., (2010, s. 50) uvádí, že úspěch edukace v péči o střevní vývod může být ztížen např. fyzickými možnostmi, fyziognomií pacienta a konstrukcí stomie. Stomik ve vyšším věku má handicap, který se projevuje horší schopností koncentrace a sebeděče. Zpravidla se sejde několik faktorů, které mu neumožní o stomii pečovat, a proto potřebuje pomoc druhé osoby. Uvedené okolnosti musí vzít v patrnost také stomická sestra při volbě vhodných pomůcek, při edukaci pacienta a jeho rodiny

U participantů 2, 3 a 4 byl pod stomií zaveden jezdec, který napomáhá k přihojení střeva k břišní stěně. Autorka Lustyková (2012, s. 21) uvádí, že při vytvoření sigmoideostomie se ponechává pod kličkou jezdec prvních 5 až 10 pooperačních dní. U PA 2 byl jezdec zpod stomie vytažen 7. pooperační den, u PA 3 byl vytažen 11. pooperační den a u PA 4 byl jezdec ponechán po dobu 10 dní.

U PA 3 se do okolí sigmoideostomie aplikovaly těsnící kroužky, kvůli retrahované stomii a následné prevenci podtékání střevního obsahu pod stomický sáček. Autorka Šmídová (2015, s. 37) ve své bakalářské práci udává, že prostředky vyplňovací a vyrovnávací se používají pro řešení nerovností v peristomálním okolí a zabraňují tak netěsnosti a podtékání střevního obsahu. Pro vyplnění nerovnosti se používají těsnící kroužky nebo hydrokoloidní pasty. U PA 3 se aplikovaly do okolí sigmoideostomie těsnící a vyrovnávací kroužky Stomocur®. Výrobce uvádí, že kroužky jsou vyrobeny z přírodní hydrokoloidní hmoty, která nedráždí pokožku a jejich použitím lze vyplnit a vyrovnat okolí vpadlých stomií (Stomocur®, 2024). U PA 4 se objevila při péči o stomii alergická reakce na látku obsaženou v podložce stomického sáčku. Autoři Adamová et al., (2015) uvádí, že alergie na používané materiály u stomických pomůcek mohou způsobit vznik

peristomální dermatitidy, která může vyústit k rozvoji ulcerací a pyoderma gangrenosum. Autorka Stejskalová (2014, s. 20) považuje alergii na adhezivní materiály také za příčinu kožních komplikací a doporučuje konzultace se stomickou sestrou. S tímto tvrzením souhlasíme i v případě PA 4. Stomická sestra rozpoznala alergickou reakci na adhezivní materiál a opakovaně zvolila stomické pomůcky od různých firem, které vyrábí stomické pomůcky. Důkladně bylo sledováno peristomální okolí a ústup alergické reakce při výměně stomických pomůcek. U PA 4 stomická sestra postupně vystřídala stomické sáčky od firmy Coloplast®, Esteem® a Dansac®. Alergická reakce v peristomální oblasti po dvou dnech aplikace stomické pomůcky poslední uvedené firmy začala ustupovat. Ať už používáme jednodílné nebo dvoudílné stomické systémy, vždy je potřeba dodržovat postup při ošetřování stomiea používat prostředky přímo k tomu určené. Předjdeme vzniku případných komplikací a současně udržíme kůži v peristomálním okolí zdravou a stomické pomůcky budou na těle pacienta držet.

8 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Praktickým výstupem bakalářské práce bylo vytvoření edukačního materiálu o dietních doporučeních v tištěné podobě pro pacienty s kolostomií (PŘÍLOHA P VII). Cílem edukace je nejen předání vědomostí a poznatků, ale i dosažení jisté změny v chování jedince (Krátká, 2017). Edukační brožura v tištěné formě patří k materialistickým didaktickým prostředkům a plní funkci motivační, informačně-logickou, názornou, doplňující a propojení teorie a praxe. Tištěný materiál si mohou nemocní nechat u sebe a k informacím se kdykoliv vrátit (Dušová a kol., 2019). Informační brožura má být přehledná a čitelná. Volí se dostatečná velikost písma, aby klienti text přečetli. Obsah je stručný, a ne příliš odborný (Mandysová, 2016). Účelem námi vytvořeného letáku je poskytnout pacientům s kolostomií více informací o tom, jak se stravovat. Leták obsahuje dietní doporučení pro pacienty s kolostomií a účinek potravin na vyprazdňování.

V edukačním materiálu je pacientům doporučeno dodržování bezezbytkové diety a omezení vlákniny, aby se předešlo podráždění stomie, případně její obstrukci. V dalším doporučení jsou pacienti seznámeni o pravidelném stravování, proto aby se vyhnuli případným problémům s vyprazdňováním. Úprava potravin by měla proběhnout vařením, vařením na páře, dušením a pečením a grilováním bez přidaného dalšího tuku. Nejvydatnější jídla dne by měla být snídaně a oběd. Večeře by měla být lehká a měla by být konzumována 4-5 hodin před spaním, aby se předešlo nočnímu vyprazdňování a případné výměně stomického systému v noci. Důležitým pravidlem je také dodržování pitného režimu, minimálně 2,5 litru tekutin za den. Pít by měli nesycené nápoje, ovocné čaje, slabé ovocné šťávy ředěné vodou, např. mrkvová šťáva. Nedostatek tekutin může přivodit zácpu či obstrukci stomie, je nutné dbát na dostatečnou hydrataci. V informačním letáku jsou uvedeny vhodné potraviny pro pacienty s kolostomií. Současně jsou uvedeny potraviny s nadýmavým účinkem, např. luštěniny, vejce, živočišné tuky, které by měli pacienti se stomií konzumovat v omezené míře. Neopomněli jsme ani potraviny, které působí proti nadýmání, mezi které patří např. zakysané mléčné výrobky nebo brusinky. Pacienti s kolostomií musí být velmi opatrní na potraviny s projímavým účinkem, kterými mohou být sušené švestky nebo celozrnný chléb. Pokud se u osob se stomií objeví řídká stolice a průjem je doporučeno přijímat potraviny mezi které patří čokoláda, vývar z rýže a mrkve. Mezi potraviny, které mohou způsobit zácpu patří ořechy a červená řepa; zápach vyvolávají houby, ryby, cibule a naopak zápach tlumí špenát a petržel. Je uvedeno, že je vhodné doplňovat železo a vitamíny B9, B12 a D, které pacientům s kolostomií často chybí.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá ošetrovatelskou péčí o nově vytvořenou kolostomii u vybraných pacientů hospitalizovaných na standardním chirurgickém oddělení.

V teoretické části práce jsme popsali kolostomii, její druhy a komplikace, ošetrovatelskou péči, následnou péči, stomické pomůcky a edukaci stomiků. Vzhledem k charakteru výzkumného problému byl k jeho řešení zvolen kvalitativní výzkum, použita metoda kazuistiky. Cílem, který se nám podařilo naplnit, bylo popsat a analyzovat v kazuistikách péči o nově vytvořenou sigmoideostomii u vybraných pacientů hospitalizovaných na standardním chirurgickém oddělení v nemocnici okresního typu. V rámci praktického výstupu jsme vytvořili teoretický informační materiál o dietních doporučeních pro pacienty s kolostomií.

Péče o pacienta s plánovanou stomií by měla začínat již v předoperačním období, kdy pacienta navštíví stomická sestra, která vybere vhodné místo k vyústění střevního vývodu a postupně ho seznámí s péčí.

Tři z participantů nejprve sledovali ošetřování stomie ošetrovatelským personálem a postupně se začali zapojovat do ošetřování sami. Praktický nácvik probíhal na pokoji pacientů nebo v koupelně. Doba, kdy se pacient začne začleňovat do péče o jeho střevní vývod, je u každého individuální. Všichni tři participanté se zapojili do vypouštění stomického sáčku a po zvládnutí tohoto úkonu postupně přistoupili k samotné výměně. Naučili se odstraňovat sáček pomocí odstraňovače, hygienickou péčí o stomii, aplikaci ochranného filmu a samotné nalepení různých variant stomických sáčků. První participant měl zpočátku potíže s vystřížením otvoru do stomické podložky a opakovaným nácvikem úkon zvládl. Druhý pacient odmítal pečovat o stomii, ale pod vlivem jeho rodiny a spolupacienta ošetřování nakonec zvládl. Třetí participant si osvojil péči o retrahovanou stomii, i přes to, že její ošetření a nalepení stomických pomůcek bylo komplikovanější. U čtvrté participantky, vzhledem k jejímu vysokému věku a částečné imobilitě, bylo nutné edukovat o péči její rodinné příslušníky, kteří se naučili pečovat o střevní vývod. Byla jim poskytnuta edukační brožura a webové stránky s edukačním videem od firmy dodávající stomickou pomůcku.

Před propuštěním ze zdravotnického zařízení tři participanté a jeden rodinný příslušník byli schopni ošetřovat stomii, byli edukováni o možných komplikacích, způsobu jejich řešení a o stravovacím režimu.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ADAMOVIÁ, K., 2011. *Celoživotní vzdělávání sester pracujících v ordinaci ambulantního lékaře*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Dostupné z: https://theses.cz/id/n5udoq/K__Adamov_BP.pdf. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. [cit. 2024-05-12].

ADAMOVIÁ, Z.; SLOVÁČEK, R.; BÁR, T.; JUŘICOVIÁ, J. a VLČEK, P., 2015. Stomie – jejich komplikace. In: *Medicína pro praxi*. Online. Roč. 12, č. 1, s. 44-45. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2015/01/11.pdf>. [cit. 2024-05-12].

BALACHANDAR, T. G., 2018. *Stoma Care*. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers. ISBN 978-9352704873.

BIBROVIÁ, Š.; TŮMA, J.; HNILIČKA, B. a PLÁNKA, L., 2013. Poranění břicha u dětí. In: *Pediatric pro praxi*. Online. Roč. 14, č. 4, s. 257-258. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2013/04/13.pdf>. [cit. 2024-05-12].

BRISUDA, A., 2017. Indikace, výsledky a význam časně opakované transuretrální resekce tumorů močového měchýře. In: *Urologie pro praxi*. Online. Roč. 18, č. 1, s. 14-16. ISSN 1803-5299. Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2017/01/04.pdf>. [cit. 2024-05-12].

BURCH, J. a SLATER, R., 2012. Enhanced recovery after surgery: benefits for the stoma care patient. Online. *Br J Nurs*. Vol 21, n. 6, pp. 18-21. Dostupné z: DOI:10.12968/bjon.2012.21.Sup6.S16. [cit. 2024-05-12].

COTTAM, J.; RICHARDS, K.; HASTED, A. a BLACKMAN A., 2007. Results of a nationwide prospective audit of stoma complications within 3 weeks of surgery. Online. *Colorectal Dis*. Vol. 9, no. 9. pp. 834-8. Dostupné z: DOI:10.1111/j.1463-1318.2007.01213.x. [cit. 2024-05-12].

ČESKÉ ILCO. *Druhy stomii*. Online. Dostupné z: <https://www.ilco.cz/vse-o-stomii/druhy-stomii/>. [cit. 2024-05-12].

ČESKÉ ILCO. *Potíže s kolostomii*. Online. Dostupné z: <https://www.ilco.cz/potize-s-kolostomii/>. [cit. 2024-05-12].

ČESKO, 2004. Zákon č. 96/2004 Sb., občanský zákoník. Online. In: *Zákony pro lidi*. AION CS, © 2010-2024. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>. [cit. 2024-05-12].

DIVIŠ, P.; DIVIŠOVÁ, K.; KATOLICKÁ, J. a ROTNÁGLOVÁ, S., 2016. Kolorektální karcinom – současný pohled na diagnostiku a léčbu. In: *Medicína pro praxi*. Online. Roč. 13, č. 1, s. 24-38. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2016/01/07.pdf>. [cit. 2024-05-12].

DOLEŽALOVÁ, J., 2010. *Život se stomií*. Brno: Masarykova univerzita. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/bbot8/Zivot_se_stomii.Bc.pdf. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. [cit. 2024-05-12].

DOUGHERTY L.; LISTER S. a WEST-ORAM A., 2015. *The Royal Marsden of Clinical Nursing Procedures*. Ninth Edition. New York: John Wiley & Sons, ISBN 978-81-118-7466-77.

DRLÍKOVÁ, K.; KARLOVSKÁ, M.; ZACHOVÁ, V. a kol., 2016. *Praktický průvodce stomikou*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5712-4.

DUŠOVÁ, B. a kol., 2019. *Edukace v porodní asistenci*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0836-7.

EHRMANN, J. a KONEČNÝ M., 2011. Diagnostika a léčba idiopatických střevních zánětů. In: *Medicína pro praxi*. Online. Roč. 8, č. 10, s. 435-437. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/10/09.pdf>. [cit. 2024-05-12].

FIERLOVÁ, R., 2018. Péče o pacienty se stomií. In: *Medicína pro praxi*. Online. Roč. 15, č. 5, s. 291-294. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2018/05/11.pdf>. [cit. 2024-05-12].

HENDL, J. a REMR, J., 2017. *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1192-1.

HOCH, J.; ANTOŠ F. et al., 2020. *Koloproktologie: vybrané kapitoly IV*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-5750-9.

HONČOVÁ, M., 2011. *Edukace pacienta se stomií*. Praha: Vysoká škola zdravotnická o. p. s., Praha 5. Dostupné z: https://is.vszdrav.cz/do/vsz/bakalarske_prace/Bakalarske_prace_v_akademickem_roce_2011-2012/Vseobecna_sestra_2012/HONCOVA_MARKETA/HONCOVA_MARKETA.pdf. Vysoká škola zdravotnická o. p. s., Praha 5. [cit. 2024-05-12].

HUČÍK, J. a HUČÍKOVÁ, A., 2010. *Kazuistika v sociální práci*. Košice: Menta Media. ISBN 978-80-892-7166-5.

IHNÁT, P., 2021. *Karcinom rekta*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-3219-5.

JANÍKOVÁ, E. a ZELENÍKOVÁ R., 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4412-4.

JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-6482-5.

KANN, B. R., 2008. Early Stomal Complications. Online. *Clin Colon Rectal Surg*. Vol. 21, no. 1, pp. 23-30. Dostupné z: DOI:10.1055/s-2008-1055318. [cit. 2024-05-12].

KAPOUNOVÁ, G., 2020. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 2. aktualizované a doplněné vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0130-6.

KHALILI, T. M.; FLESHNER, P. R.; HIATT, J. R.; SOKOL, T. P.; MANOOKIAN C.; TSUSHIMA, G. a PHILLIPS, E. H., 1998. Colorectal cancer: comparison of laparoscopic with open approaches. Online. *Dis Colon Rectum*. Vol 41, no. 7, pp. 832-8. Dostupné z: DOI: 10.1007/BF02235361. [cit. 2024-05-12].

KOLOREKTUM. *Epidemiologie a výsledky screeningu kolorektálního karcinomu*. Online. Dostupné z: <https://www.kolorektum.cz/cs/lekari/epidemiologie-a-vysledky-screeningu/>. [cit. 2024-05-12].

KOUTNÁ, N., 2021. *Edukace u pacienta s břišní stomií*. Praha: Vysoká škola zdravotnická o. p. s., Praha 5. Dostupné z: https://is.vszdrazv.cz/th/cp2kt/Nikola_Koutna__3CVS__Bakalarska_prace.pdf. Vysoká škola zdravotnická o. p. s., Praha 5. [cit. 2024-05-12].

KRÁTKÁ, A., 2017. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. ISBN 978-80-7454-635-8.

KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.

LUKÁŠ, K.; HOCH J. a kol., 2018. *Nemoci střev*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0353-9.

LUKÁŠ, M., 2013. Polymorbidní senior z pohledu gastroenterologa. In: *Medicína pro praxi*. Online. Roč. 10, č. 8-9, s. 300-303. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2013/08/10.pdf>. [cit. 2024-05-12].

LUKÁŠ, M., 2019. Divertikulární choroba tlustého střeva – nový pohled na klasifikaci a léčbu. In: *Gastroenterologie a hepatologie*. Online. Roč. 73, č. 5, s. 413-417. ISSN 1804-803X. Dostupné z: <https://www.csgh.cz/cs/clanek/divertikularni-choroba-tlusteho-streva-novy-pohled-na-klasifikaci-a-lecbu-11068>. [cit. 2024-05-12].

LUSTYKOVÁ, E., 2012. *Kvalita života stomiků před a po založení stomie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Dostupné z: https://theses.cz/id/3gup7g/Diplomov_prce_-_Eva_Lustykov.pdf?lang=en. Univerzita Palackého v Olomouci. Pedagogická fakulta. [cit. 2024-05-12].

LÚČAN, J., 2011. *Stómie a stomici*. Turany: Vydavateľstvo P+M. ISBN 978-80-894-1011-8.

MANDERSON, L., 2005. Boundary breaches: the body, sex and sexuality after stoma surgery. Online. *Soc Sci Med*. Vol 61, no. 2, pp. 405-15. Dostupné z: DOI:10.1016/j.socscimed.2004.11.051. [cit. 2024-05-12].

MANDYSOVÁ, P., 2016. *Příprava na edukaci v ošetrovatelství*. Pardubice: Univerzita Pardubice. ISBN 978-80-739-5971-5.

MASARYKŮV ONKOLOGICKÝ ÚSTAV. *Vyšetření tlustého střeva – kolonoskopie*. Online. Dostupné z: <https://www.mou.cz/vysetreni-tlusteho-streva-kolonoskopie/t1440>. [cit. 2024-05-12].

MASÁROVÁ, E., 2015. *Léčebně-rehabilitační plán a postup u bolestivých stavů po traumatech hrudníku a břicha*. Brno: Masarykova univerzita. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/nm533/Elena_Masarova.pdf. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. [cit. 2024-05-12].

MASTILIAKOVÁ, D., 2015. *Edukace v ošetrovatelství: respekt a úcta k lidské důstojnosti*. Trenčín: Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka, Fakulta zdravotníctva. ISBN 978-80-7454-513-9.

MINÁRIKOVÁ, P., 2021. Diagnostika idiopatických střevních zánětů. In: *Medicína po promoci*. Online. ISSN 1212-9445. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/archiv/diagnostika-idiopatickych-strevnich-zanetu/?articleNavigation=1&titleVolumeContent=1>. [cit. 2024-05-12].

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Screening zhoubných nádorů tlustého střeva a konečníku zachraňuje tisíce lidských životů*. Online. Dostupné z:

<https://mzd.gov.cz/tiskove-centrum-mz/screening-zhoubnych-nadoru-tlusteho-streva-a-konecniku-zachranuje-tisice-lidskych-zivotu/>. [cit. 2024-05-12].

MOCKOVÁ, J., 2016. *Problematika přijetí sebekpěče o stomii u pacientů po operaci střev*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Dostupné z: https://theses.cz/id/4og7pk/Diplomov_prce_Mockov.pdf?zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3Dprofesionalizace%20sester,%20agenda:help%26start%3D16. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. [cit. 2024-05-12].

NZIP. *Kolostomie: vývod tlustého střeva*. Online. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/1192-kolostomie-vyvod-tlusteho-streva>. [cit. 2024-05-12].

NZIP. *Revize dutiny břišní u novorozence*. Online. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/1531-revize-brisni-dutiny-u-novorozence>. [cit. 2024-05-12].

OTRADOVCOVÁ, I.; KUBÁTOVÁ L. et al., 2006. *Komplexní péče o pacienta se stomií*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-432-6.

OTRADOVCOVÁ, I., 2011. Stomické zdravotnické prostředky. In: *Florence*. Online. Roč. 3, č. 4, s. 32-38. ISSN 2570-4915. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2011/4/stomicke-zdravotnicke-prostredky/>. [cit. 2024-05-12].

OTRADOVCOVÁ, I., 2017. Poradna stomické sestry v ÚVN. In: *Florence*. Online. Roč. 9, č. 5, s. 18-19. ISSN 2570-4915. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2017/5/poradna-stomicke-sestry-v-uvn/>. [cit. 2024-05-12].

OSADČÍ, J., 2009. *Specifické stravovací návyky u klientů se stomií*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Dostupné z: https://theses.cz/id/kzc8jh/downloadPraceContent_adipIdno_13144?lang=cs. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. [cit. 2024-05-12].

PAVLÍČKOVÁ, J., 2013. Výživa stomiků. In: *Florence*. Online. Roč. 5, č. 5, s. 16-18. ISSN 2570-4915. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2013/5/vyziva-stomiku/>. [cit. 2024-05-12].

PENKA, I. a KALA, Z., 2008. Chirurgická léčba kolorektálního karcinomu. In: *Onkologie*. Online. Roč. 2, č. 1, s. 12-16. ISSN 1803-5345. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/xon/2008/01/03.pdf>. [cit. 2024-05-12].

PLEVOVÁ, I. a kol., 2018. *Ošetřovatelství I. 2.*, přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0888-6.

STEJSKALOVÁ, K., 2014. *Problematika pacienta se stomií*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Dostupné z: https://theses.cz/id/cm4y4e/stejskalova_problematika_pacienta_se_stomii.docx. Univerzita Palackého v Olomouci. Fakulta zdravotnických věd. [cit. 2024-05-12].

ŠMÍDOVÁ, M., 2015. *Znalosti sester v ošetrovatelské péči o kolostomie*. Brno: Masarykova univerzita. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/t14sr/Bakalarska_prace_Mirka_SMIDOVA.pdf. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. [cit. 2024-05-12].

ŠPIČÁK, J.; KUČERA M. a SUCHÁNKOVÁ, G., 2018. Divertikulární choroba: diagnostika a léčba. In: *Vnitřní lékařství*. Online. Roč. 64, č. 6, s. 621-634. ISSN 1801-7592. Dostupné z: <https://www.casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2018/06/07.pdf>. [cit. 2024-05-12].

TONINGEROVÁ, V. a CAMPROVÁ, P., 2023. Trendy v péči o pacienta se stomií, novinky v oblasti stomických pomůcek. In: *Profi Medicina*. Online. ISSN 2571-2527. Dostupné z: <https://profimedicina.cz/trendy-v-peci-o-pacienta-se-stomii-novinky-v-oblasti-stomickyh-pomucek/>. [cit. 2024-05-12].

ÚZIS, 2024. *Počty unikátních pacientů v časových řadách s konkrétními druhy stomií*. [Informace na vyžádání]. [cit. 2024-05-12].

VALENTA, J. et al., 2007. *Základy chirurgie*. 2. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-246-1344-4.

VRANÍKOVÁ, B.; KOVÁČIK, A. a SVAČINOVÁ, P., 2020. Zdravotnické prostředky pro stomické pacienty II.: Doplnkové prostředky v péči o stomie. In: *Praktické lékařství*. Online. Roč. 16, č. 4, s. 221-225. ISSN 2788-1717. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/lek/2020/04/04.pdf>. [cit. 2024-05-12].

VYBÍHALOVÁ, L., 2012. Výživa a pitný režim stomiků. In: *Zdraví.euro.cz*. Online. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanky/vyziva-a-pitny-rezim-stomiku/>. [cit. 2024-05-12].

VYTEJČKOVÁ, R.; SEDLÁŘOVÁ, P.; WIRTHOVÁ, V.; OTRADOVCOVÁ, I. a PAVLÍKOVÁ, P., 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II*. Speciální část. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3420-0.

VZP. *Screeningový proces karcinomu kolorekta*. Online. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/poskytovatele/informace-pro-praxi/spravny-postup-vykazovani-onkologickeho-screeningu/screeningovy-proces-karcinomu-kolorekta>. [cit. 2024-05-12].

WHITE, M. a PERRIN, A., 2023. *Stoma Care Specialist Nursing: A Guide for Clinical Practise*. New York City: Springer. ISBN 978-30-310-7800-2.

ZACHOVÁ, V. a kol., 2010. *Stomie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3256-5.

ZÁDOROVÁ, Z., 2005. Kolonoskopie. Doporučený postup endoskopického vyšetření tlustého střeva. In: *Gastroenterologie a hepatologie*. Online. Roč. 59, č. 1, s. 26-30. ISSN 1804-803X. Dostupné z: <https://www.csgh.info/cs/clanek/kolonoskopie-doporuceny-postup-endoskopickeho-vysetreni-tlusteho-streva-4>. [cit. 2024-05-12].

ZEMAN, M.; KRŠKA Z. et al., 2014. *Speciální chirurgie*. 3. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-128-5.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ACE	Angiotensin-converting enzyme
ADL	Activities of daily living
a kol.	A kolektiv
apod.	A podobně
BMI	Body mass index
CA 19-9	Tumor asociovaný antigen
CEA	Karcioembryonální antigen
cm	Centimetr
cps.	Kapsle
CRP	C-reaktivní protein
C20	Zhoubný novotvar konečníku
ČR	Česká republika
č.	Číslo
dieta 0	Tekutá dieta
dieta 0S	Čajová dieta
dieta 2	Šetřící dieta
D414	Novotvar nejistého nebo neznámého chování močového měchýře
et al.	Et alii
g	Gram
g/l	Gram na litr
IBD	Idiopatické střevní záněty
JIP	Jednotka intenzivní péče
kg	Kilogram
K631	Iatrogenní perforace colon sigmatis aboralis po kolonoskopickém vyšetření
lat.	Latinsky

mcg	Mikrogram
mg	Miligram
Mgr.	Magistra
mg/ml	Miligram na mililitr
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
ml	Mililitr
mm	Milimetr
mmHg	Milimetr rtuťového sloupce
mmol/l	Milimol na litr
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
např.	Například
NCO NZO	Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
NPB	Náhlé příhody břšní
nSTEMI	Non-ST-elevation myocardial infarction
NZIP	Národní zdravotnický informační portál
PA 1	Participant 1
PA 2	Participant 2
PA 3	Participant 3
PA 4	Participant 4
ref.	Referenční
Sb.	Sbírky
STEMI	ST-elevation myocardial infarction
St. p.	Stav po
s.	Strana
tbl.	Tableta
TURT	Transuretrální resekce tumoru

tzv.	Takzvaně
T3bCN1	Popis rozsahu nádoru
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
VAS	Vizuální analogová škála
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
WCET	World Council of Enterostomal Therapists
%	Procento
′/min	Pulzů za minutu
®	Registrovaná ochranná známka
°C	Stupeň Celsia

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Charakteristika participantů	39
Tabulka 2 Stomické pomůcky na 3 měsíce při propuštění PA 1	44
Tabulka 3 Stomické pomůcky na 3 měsíce při propuštění PA 2	50
Tabulka 4 Stomické pomůcky na 3 měsíce při propuštění PA 3	54
Tabulka 5 Stomické pomůcky na 3 měsíce při propuštění PA 4	59
Tabulka 6 Shrnutí kazuistiky č. 1	61
Tabulka 7 Shrnutí kazuistiky č. 2	62
Tabulka 8 Shrnutí kazuistiky č. 3	63
Tabulka 9 Shrnutí kazuistiky č. 4	64

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Počty pacientů s kolostomií

Příloha P II: Fotodokumentace ke kazuistice č. 1

Příloha P III: Fotodokumentace ke kazuistice č. 2

Příloha P IV: Fotodokumentace ke kazuistice č. 3

Příloha P V: Fotodokumentace ke kazuistice č. 4

Příloha P VI: Pomůcky k péči o stomie

Příloha P VII: Edukační materiál

PŘÍLOHA P I: POČTY PACIENTŮ S KOLOSTOMIÍ

Rok	Počet pacientů s kolostomií
2010	3828
2011	4113
2012	4358
2013	4721
2014	4994
2015	5299
2016	5444
2017	5700
2018	5849
2019	6218
2020	6349
2021	6755
2022	7136

Zdroj: ÚZIS, 2024.

PŘÍLOHA P II: FOTODOKUMENTACE KE KAZUISTICE Č. 1

Fotodokumentace
Zaznačené místo kolostomie PA 1



Zdroj: autor práce, 2023

Fotodokumentace
3. pooperační den PA 1



Zdroj: autor práce, 2023

Fotodokumentace
7. pooperační den PA 1



Zdroj: autor práce, 2023

Fotodokumentace
14. pooperační den PA 1



Zdroj: autor práce, 2023

PŘÍLOHA P III: FOTODOKUMENTACE KE KAZUISTICE Č. 2

Fotodokumentace
Zaznačené místo kolostomie PA 2



Zdroj: autor práce, 2023

Fotodokumentace
1. pooperační den PA 2



Zdroj: autor práce, 2023

Fotodokumentace
7. pooperační den PA 2



Zdroj: autor práce, 2023

Fotodokumentace
9. pooperační den PA 2



Zdroj: autor práce, 2023

PŘÍLOHA P IV: FOTODOKUMENTACE KE KAZUISTICE Č. 3

Fotodokumentace
4. pooperační den PA 3



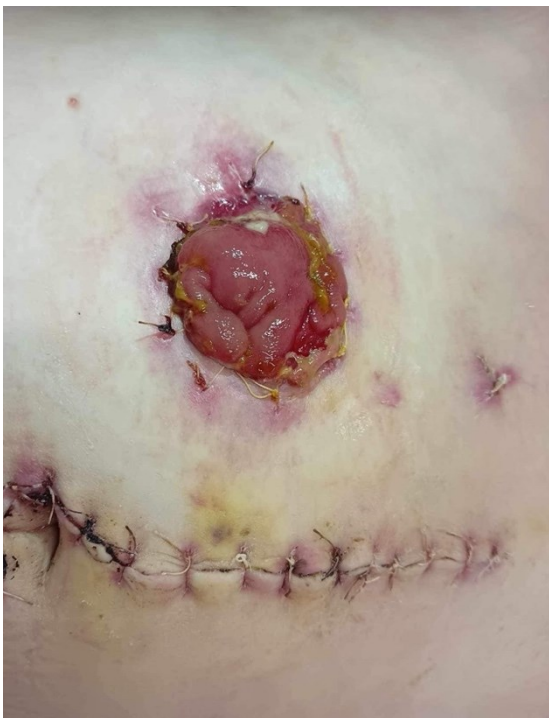
Zdroj: autor práce, 2023

Fotodokumentace
7. pooperační den PA 3



Zdroj: autor práce, 2023

Fotodokumentace
11. pooperační den PA 3



Zdroj: autor práce, 2023

Fotodokumentace
13. pooperační den PA 3



Zdroj: autor práce, 2023

PŘÍLOHA P V: FOTODOKUMENTACE KE KAZUISTICE Č. 4

Fotodokumentace
5. pooperační den PA 4



Zdroj: autor práce, 2024

Fotodokumentace
9. pooperační den PA 4



Zdroj: autor práce, 2024

Fotodokumentace
11. pooperační den PA 4



Zdroj: autor práce, 2024

Fotodokumentace
14. pooperační den PA 4



Zdroj: autor práce, 2024

PŘÍLOHA P VI: POMŮCKY K PÉČI O STOMIE

Odpadkový sáček, oplachový roztok, odstraňovač ve spreji, ochranný film v ubrousku, čtverce z netkané textilie, zahnuté nůžky, stomický sáček, zrcadlo



Zdroj: autor práce, 2024

Dietní doporučení pro pacienty s kolostomií

Důležité je dodržovat bezzbytkovou dietu a omezit vlákninu - celozrnné výrobky, ovoce se slupkami a semínky, luštěniny.

Vydatná by měla být snídaně a oběd. Večeře by měla být lehká a 4-5 hodin před spánkem.

Pravidelně se stravovat. Nepravidelné stravování vede k plynatosti a nepravidelnému vylučování stolice.

Vyhýbat se potravinám, které způsobují opakované potíže s vyprazdňováním.

Jíst pomalu a každé sousto důkladně rozžvýkat.

Dodržovat pitný režim - 2,5 litru tekutin denně.

Vytvořit si příjemnou atmosféru a mít dostatek času na jídlo. Jíst vsedě u jídelního stolu.

Doporučuje se úprava potravin vařením, vařením na páře, dušením a pečením či grilováním bez přidaného dalšího tuku.

Účinek potravin na kolostomii

Potraviny s nadýmavým účinkem

luštěniny, zelí, kapusta, květák, cibule, česnek, vejce, ryby, houby, živočišné tuky, ostré koření, čerstvé pečivo

Potraviny proti nadýmání

jogurt, zakysané mléčné výrobky, brusinky

Potraviny s projímavým účinkem

celozrnný chléb, sušené švestky a fíky, mléko, ovesná kaše, hovězí bujon, celozrnná rýže, nadměrný příjem živočišných tuků

Potraviny, které průjem tlumí

čokoláda, bílý chléb, rýže, brambory, vývar z rýže a mrkve

Potraviny, které mohou způsobit zácpu

banány, rozinky, borůvky, brambory, kukuřice, ovesné vločky, vařená mrkev, červená řepa, ořechy

Potraviny způsobující zápach

chřest, houby, luštěniny, vejce, ryby, cibule, ostrá koření, některé druhy sýrů

Potraviny, které tlumí zápach

brusinky, borůvky, špenát, hlávkový salát, petržel

Je vhodné doplňovat železo a vitamíny B9, B12 a D.

K nalezení správného režimu stravování může prospět vedení denního záznamu v průběhu jednoho měsíce - co jsme jedli, v jakém množství, kdy se vyprazdňujeme, jaká je stolice, eventuální bolesti břicha.

Káva, pivo, nápoje s kofeinem a sycené nápoje se nedoporučují pít, kvůli jejich nadýmavému účinku.

Při zácpě prospěje sklenice čerstvé pomerančové šťávy.

Zdroje:

NZIP. *Bezezbytková dieta*. Online. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/518-bezezbytkova-dieta>. SVAČINA, Š., 2008. *Klinická dietologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2256-6.

ČESKÉ ILCO. *Účinek potravin na stomii*. Online. Dostupné z: <https://www.ilco.cz/ucinek-potravin-na-stomii/>.

Tento informační materiál byl vytvořen jako součást bakalářské práce Ošetrovatelská péče o pacienta s kolostomií. Vedoucí práce: Mgr. Silvie Svobodová. Autor: David Valeš, student programu Všeobecné ošetrovatelství, Fakulta Humanitních studií, Ústav zdravotnických věd, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2024

Zdroj: autor práce, 2024