

ZDRAVSTVENA NEGA BOLNIKA S STOMO

Snježana Valcl, dipl.m.s. ET

KLJUČNE BESEDE:stoma, oseba s stomo, enterostomalni terapevt, zdravstvena nega, zdravstveno vzgojno delo, društvo ILCO.

IZVLEČEK

V prispevku je poudarjena tako predoperativna kot pooperativna zdravstvena nega, ki se dopolnjuje z rednimi obiski usposobljenih prostovoljcev; napredek in razvoj najrazličnejših sodobnih pripomočkov za nego in oskrbo stome, kot tudi pravilna izbira le-tega.

Obdelan je odpust iz bolnišnice, predstavljeno društvo ILCO za koroško regijo in stoma ambulanta.

UVOD

Stoma (gr. stoma- usta, odprtina) pomeni z operacijo narejeno umetno odprtino na telesu. Vzrok temu so različna bolezenska stanja, od njihove lokalizacije in razširjenosti pa je odvisno, kje bo stoma narejena in kakšno ime bo imela. Živeti s stomo pomeni sprijazniti se z novim, drugačnim načinom življenja. To je gotovo najpomembnejši cilj bolnika s stomo, ki, če je dosežen, pomeni tudi dokončno rehabilitacijo.

Načini kako priti do tega cilja so zelo različni in močno odvisni od vsakega posameznika, nedvomno pa so se z razvojem medicine, tehnike, predvsem pa družbe in njene miselnosti iz preteklosti do danes močno spremenili. Bistveno se je spremenil obseg znanja o boleznih, bolniki imajo več pravic, posveča se jim več časa in pozornosti. Bistveno bolj so informirani, z združevanjem v skupine sebi enakih tudi močnejši in organizirani. Vse to vodi do hitrejše in boljše rehabilitacije omenjane zgoraj.

Ko bolnik izve, da bo potrebno operativno narediti katerokoli stomo, se ga polotita strah in obup. Porodi se mu nešteto vprašanj, dvomov in sumničenj. Takemu bolniku moramo nuditi psihično podporo in se z njim pogovoriti že pred operacijo.

Skozi ves proces zdravstvene nege nas mora pot voditi k čim popolnejši rehabilitaciji. Naš cilj mora biti bolnika usposobiti do take mere, da bo zmožel po operaciji živeti enako kvalitetno kot prej.

S takimi bolniki naj bi se ukvarjala sestra, ki je posebej usposobljena za nego bolnika s stomo. V svetu je tak profil sestre že dolgo poznan in tudi priznan (Clevelandska klinika leta 1958, prva sestra je postala Norma Gill). Imenuje se Enterostomalni terapevt (ET) ali sestra za nego stom.

V Sloveniji smo se z enterostomalno terapijo pričeli seznanjati dokaj zgodaj. Leta 1977 je dr. Pavle Košorok opravil polletno specializacijo kolorektalne kirurgije v Angliji, leta 1981 pa je v Clevelandu diplomirala naša prva sestra enterostomalna terapevtka – Metka Zima. Pri nas je bilo šolanje enterostomalnih terapevtk prvič organizirano leta 1992 v Ljubljani, danes nas je za delovanje za potrebe bolnišnic in patronaž že 69.

Do druge polovice prejšnjega stoletja pripomočkov za nego stome ni bilo, stoma se je preprosto pokrivala s krpo ali gazo. Prva pobuda za izdelavo vrečke je bila v svetu podana s

strani medicinske sestre Sorenson na Danskem leta 1957, danes pa praktično povsod, tudi pri nas, obstajajo vsi pripomočki za nego stome številnih svetovnih proizvajalcev. Prvi pri nas je bil Coloplast, katerega uvoz je leta 1980 potekal preko Avstrije, sledil mu je domači TIK Kobarid leta 1985 in tuji Convatec leta 1986.

Da je šele »izum« sodobnih pripomočkov za nego stome pomenil resnični korak naprej v kvaliteti življenja osebe s stomo, je razvidno tudi iz naslednjih fotografij.



Slika 1. Primer pasu z običajno pvc vrečko, ki je predstavljal »most« med gazo in današnjimi sodobnimi pripomočki.



Slika 2. Sodobni pripomočki

PREDOPERATIVNA ZDRAVSTVENA NEGA

Zdravstvena nega je usmerjena k bolniku in ne k izvajanju nalog in opravil. Bolnik je aktiven subjekt v procesu zdravstvene nege, pri katerem zadovoljujemo njegove psihične, fizične in socialne potrebe. Vključene so biološke potrebe, potrebe po varnosti in ljubezni, pripadnosti, potrebe po samospoštovanju in potrebe po samopotrjevanju.

»Medicinska sestra ima pomembno vlogo pri usklajevanju sprejemnih postopkov bolnika na oddelek. Zdravstveno stanje bolnika vpliva na obseg in vrsto sprejemnih postopkov. Kadar je sprejem bolnika načrtovan, ima medicinska sestra več časa, da ga pripravi na bivanje v bolnišnici. Medicinska sestra mora presoditi trenutno počutje bolnika, njegove fizične in psihične zmožnosti.« (Ivanuša, Železnik; 2002).

Pred operativnim posegom se mora z bolnikom najprej pogovoriti operater, nato pa po predhodnem dogovoru z njim tudi sestra, ki bo negovala stomo. Predoperativni pogovor je odvisen od bolnikove diagnoze, operacije (programska ali urgentna), vrste stome, trajnosti ali začasnosti stome.

Predoperativna zdravstvena nega je psihična in fizična priprava bolnika.

Psihična priprava bolnika

Že s trenutkom ko je bolnik izvedel da je operacija potrebna, se začneja njegova psihična priprava na poseg.

Na psihično pripravo vplivajo: strah pred odkritjem raka oz. potrditev diagnoze, strah pred razširjenostjo rakave bolezni, starost bolnika, prejšnje operacije, strah pred anestezijo in navzočnostjo bolečine, dodatna obolenja. Bolnika je strah spremenjene telesne podobe in invalidnosti, boji se neznanega, strah ga je pooperativne bolečine in smrti. V razmišljanju sta vedno prisotni tudi skrb za družino in negotovost glede delazmožnosti po operaciji.

Pomen predoperativnega pogovora

- Vzpostavitev stika z bolnikom.

Za predoperativni pogovor si izberemo primeren prostor, kjer smo z bolnikom sami. Z bolnikom se pogovarjamo v dialogu. Čutiti mora, da mu želimo pomagati. S pogovorom želimo zmanjšati občutek strahu in negotovosti, pridobiti moramo njegovo zaupanje in sodelovanje.

- Ocenitev bolnikove osebnosti in inteligence.

Pogovor prilagodimo bolnikovi sposobnosti sprejemanja in razumevanja.

- Ugotovitev bolnikovih potreb.

Na podlagi starosti, stanu, aktivnosti, njegovih pričakovanj in psihofizičnega stanja že v predoperativnem obdobju oblikujemo rehabilitacijski potek.

Ne smemo zanemariti vprašanja o spolnem življenju. Operativni poseg lahko pripelje do začasne ali trajne spolne nemoči, kar moramo bolniku povedati že pred operacijo.

- Vzpostavitev stika s svojci.

Če bolnik želi, k pogovoru povabimo tudi svojce. Ti poznajo bolnikove potrebe, navade in razvade. Svojci igrajo pomembno vlogo v rehabilitaciji.

- Vključitev negovalnega tima.

V predoperativno psihično pripravo vključimo tudi negovalni tim, ki mora prav tako nuditi psihično podporo bolniku in ga bodriti.

- Obisk prostovoljca.

Če bolnik želi pogovor z osebo ki že ima stomo, mu to omogočimo.

- Delna seznanitev z izgledom takoj po operaciji.

- Predstavitev pripomočkov za nego.

- Bolniku damo pisna navodila.

(Zima, 1993)

Fizična priprava bolnika

Fizična priprava je priprava bolnikovega organizma na operacijo in anestezijo. Ločimo splošno pripravo, ki jo moramo opraviti pri vseh bolnikih in posebno pripravo posameznih organskih sistemov, na katerih bo izveden operativni poseg.

Ocena bolnikovega stanja

Če pride do kakršnihkoli sprememb v počutju bolnika (splošno slabo počutje, povišana telesna temperatura, znaki respiratornega infekta ...), je to potrebno sporočiti zdravniku operaterju ali sobnemu zdravniku.

Priprava respiratornega trakta

Bolnika skupaj s fizioterapevtko že pred operacijo poučimo o globokem dihanju in pravilnem izkašljevanju po operaciji.

Higienska priprava kože

Bolniku razložimo, da je higienska priprava kože pomembna zaradi preprečevanja infekcije pooperativne rane. Higiensko pripravo kože je potrebno opraviti dan pred operacijo in zjutraj na dan operacije. Medicinska sestra pred operativnim posegom bolnika pregleda, če na koži opazi spremembe (vnetje, alergije, poškodbe ...), to sporoči zdravniku. Pomični bolniki se stuširajo, nepomičnim pa opravimo posteljno kopel. Uredimo nohte, če je treba odstranimo

lak, ličila in nakit, ter pripravimo operativno polje po navodilih zdravnika (britje trebuha in analnega predela). Bolnik se preobleče v sveže perilo, tik pred anestezijo pa odstranimo zobno protezo, očesne leče, očala in slušni aparat.

Priprava bolnika na spanje in počitek

Bolnika na večer pred operacijo pomirimo, po naročilu anesteziologa mu damo uspavalno, da se ponoči naspi in spočije.

Antikoagulantna zaščita

Izvaja se z nizkomolekularnim heparinom, obstaja več različnih shem aplikacije, vrsto sheme in dozo pa določi zdravnik glede na stopnjo tveganja za nastanek globoke venske tromboze in njenih zapletov pri vsakem bolniku posebej. Že samo maligno obolenje stopnjo tveganja bistveno zvišuje.

Poleg profilakse z nizkomolekularnim heparinom vsakemu bolniku na dan operacije namestimo tudi elastične nogavice, kar predstavlja fizikalno tromboprofilakso.

Priprava črevesja na operacijo

Najhujša nadloga za bolnika je prav gotovo čiščenje črevesja pred operacijo. Včasih je čiščenje trajalo nekaj dni pred operacijo, danes uporabljamo krajše in prav tako učinkovite načine čiščenja, v svetu pa se čedalje bolj uveljavljajo metode, ki čiščenja črevesja pred operacijo sploh ne predvidevajo več.

V naši bolnišnici uporabljamo Coloclenz sirup, Golytely prašek in klizme. Za vsakega bolnika posebej program čiščenja določi zdravnik z ozirom na njegovo splošno stanje, vrsto posega in stopnjo prehodnosti črevesja. Pomembno je da je skozi anus izločena vsebina čim bolj bistra.

Nadomeščanje tekočin

Karenca bolnika ter vsi postopki čiščenja praviloma vodijo v dehidracijo, zato je pred operacijo nujno potrebno tekočine nadomeščati.

Označitev stome

V predoperativno pripravo sodi tudi označitev stome, ki jo izvede sestra-enterostomalna terapevtka. Prava lega stome je tako za bolnika kot sestro ki bo negovala stomo velikega pomena. Po možnosti naj bo lokalizirana na gladkem, 10 x 10 cm velikem predelu trebuha, kar omogoča dobro namestitev vrečke. Za idealno lego stome upoštevamo naslednje kriterije:

- stoma naj leži v predelu preme trebušne mišice;
- ležati mora vstran od popka, rebernega loka, medeničnih kosti, brazgotin, bradavic, gub...;
- upoštevamo pas krila ali hlač;
- bolnik mora mesto stome dobro videti;
- lego označujemo leže, sede, stoje, nagnjeno v levo in desno;
- bolnik naj pri označitvi stome sodeluje (levičar, desničar).

Mesto stome označimo z vodoodpornim svinčnikom.

Najprimernejša mesta stom:

- urostoma – desni spodnji del trebuha;

- ileostoma – desni spodnji del trebuha;
- kolostoma - levi spodnji del trebuha.

(Zima, 1993)

Zagotavljanje bolnikove varnosti

Da zamenjave niso možne, okoli zapestja bolniku namestimo identifikacijski trak.

Namestitev urinskega katetra

Zaradi kontrole diureze in kontrole morebitne poškodbe sečil med operacijo, bolniku praviloma namestimo urinski kateter.

Premedikacija in antibiotična zaščita

Tik pred operacijo dobi bolnik premedikacijo in antibiotično zaščito, ki jo uskladiata anesteziolog in operater.

Preverjanje in ureditev dokumentacije bolnika

Preverimo prisotnost vseh izvidov, označimo še posebej pomembne podatke (alergije!), k dokumentaciji priložimo tudi pisno privolitev bolnika v anestezijo in operativni poseg.

Zagotavljanje varnega transporta v operacijsko dvorano

POOPERATIVNA ZDRAVSTVENA NEGA

Če gre za programsko, radikalno operacijo malignoma, ki zaradi svoje lokalizacije zahteva nastavitev stome, je to praviloma dolgotrajen in zapleten poseg. V tem primeru bolnikovo splošno stanje ni nujno slabo, vendar je zaradi intenzivnega pooperativnega nadzora iz operacijske dvorane praviloma premeščen v enoto intenzivne nege in terapije.

Včasih je nastavitev stome urgentna zaradi akutno nastale zapore črevesa. V tem primeru poseg ni nujno zapleten, je pa zaradi osnovne bolezni, predvsem pa zaradi same zapore, bolnikovo splošno stanje največkrat slabo in prav tako zahteva obravnavo v enoti intenzivne nege in terapije.

Iz tega sledi, da se praktično pri vseh operirancih s stomo zgodnja pooperativna zdravstvena nega vrši v enoti intenzivne nege in terapije in z njo na oddelku nadaljujemo šele, ko je splošno stanje bolnika že izboljšano in stabilno.

Namen pooperativne zdravstvene nege je:

- skrb za varnost operiranca;
- pomoč operirancu k čim boljšemu počutju;
- vzdrževanje psihičnega in fizičnega ravnovesja operiranca;
- preprečevanje ali zgodnje odkrivanje možnih pooperativnih zapletov;
- pomoč operirancu, da čim hitreje postane samostojen in neodvisen.

Medicinska sestra mora imeti stalen nadzor nad operirancem, neprekinjeno mora opazovati fiziološke in psihične spremembe, načrtovati, izvajati in vrednotiti negovalne intervencije, ter prepoznavati zaplete in odgovore na zdravljenje.

Ko je bolnik s stomo premeščen nazaj na oddelek, je v okviru zdravstvene nege potrebno opazovanje in pomoč pri življenjskih aktivnostih opredeljenih v modelu V. Henderson.

Dihanje

Če v pooperativnem poteku ni respiratornih zapletov, bolnik praviloma diha spontano, brez težav. Zagotoviti mu moramo le ustrezno temperaturo in vlažnost zraka, zračnost prostora, na kvaliteto dihanja pa bistveno vpliva tudi položaj bolnika, občutek varnosti in dobra analgezija.

Bolečina

Pooperativna bolečina je posledica operativnega posega, v veliki meri pa jo lahko stopnjuje zaskrbljenost, strah, napetost in neorientiranost v prostoru in času. Ob prebujanju bolnika iz anestezije smo prisotni, odgovarjamo na njegova vprašanja in ga skušamo pomiriti. Razložimo mu položaje in načine obračanja, da je bolečina čim manjša. Po operaciji prejema analgetik v infuziji, prve pooperativne dni praviloma preko protibolečinske črpalke, ki ga enakomerno, konstantno dozira. Če je bolečina še vedno prisotna, si v obliki bolusa bolnik do določene mere analgetik lahko dodaja tudi sam. O ravnanju s črpalko ga podučimo. Dobra analgezija je ključnega pomena za zagotovitev dobrega dihanja, potrebnega počitka in kvalitetnih razgibalnih vaj.

Nega rane

Če ni posebnih razlogov (krvavitev, infekt, zgodnja dehiscenca...) prvič previjamo rano po 48 urah. V primeru operativne odstranitve danke in anusa opazujemo in negujemo tudi rano v perineju. Ta je lahko zašita in drenirana, lahko pa tudi delno odprta.

Po posvetu z zdravnikom in glede na izgled rane se odločimo, kako bomo to rano negovali. Vedno smo pozorni na vrsto, barvo in količino izločka ter morebitni edem. Če se v rani pojavi vnetje po posvetu z zdravnikom predčasno odstranimo posamezne šive, rano delno ali v celoti razpremo, sproti jemljemo brise za ciljno antibiotično terapijo. Lahko se odločimo za izpiranje, v primeru rane v perineju so priporočljive sedeče kopeli ali tuširanje.

Hranjenje in pitje

Zavedati se moramo, da je uravnovešena prehrana, h kateri spada tudi zaužita tekočina, eden izmed odločujočih faktorjev, ki nam krepi organizem in nas varuje pred raznimi bolezenskimi pojavi.

Po operaciji bolnik prejema kombinacijo parenteralne in enteralne prehrane. Do petega dneva po operaciji je ta večinoma parenteralna (10% glukoza, mešanica, nutrifleks...), ki jo kombiniramo s tekočino per os (čaji, ensure, prošur...). Postopoma preidemo na tekočo in nato varovalno dieto, kasneje pa na normalno prehrano. Resorbcija količine tekočine je odvisna od obsega resekcije širokega črevesa.

V prehrani skrbimo za:

- pospeševanje peristaltike;

- postopno prehajanje na raznoliko prehrano;
- upoštevamo duševno stanje, ki vpliva na prehrano.

Pri **urostomi** je zelo priporočljivo uživanje zadostne količine tekočine in kot dodatek C vitamin, za zakislitev urina.

Pri **ileostomi** je pomembno, koliko tankega črevesa je ohranjenega; čim več ga je ostalo, tem bolj normalna in raznolika je lahko prehrana. Ker izgublimate precej tekočine, jo je treba nadomestiti, kar pomeni popiti vsaj dva litra tekočine na dan, če nimate nobenih tovrstnih omejitev (srčni, ledvični bolniki). Občasno je priporočljivo zaužiti več kuhinjske soli, magnezij... Izogibajte se hrani, ki vam ne ustreza; hrani, ki vsebuje veliko celuloze (sveže sadje); sadnim sokovom in močnim začimbam, ki so vzrok za agresivno stolicco.

Pri **kolostomi** je prehrana običajna. Več pozornosti pri prehrani morate posvetiti prekomernim plinom in neprijetnim vonjem, ki nastajajo pri prebavi hrane. Hrana kot so stročnice, zelje, siri, čebula jajca, ribe, pivo, alkohol in zdravila, povzročajo neprijeten vonj, pa tudi obilico plinov. Priporočamo vam, da se izogibate take prehrane predvsem kadar greste med ljudi (na obiske, v gledališče...), da vam ne bo neprijetno. Važno je, da hrano dobro prežvečite in jeste počasi. Tako se izognete prekomernemu požiranju zraka, ki še pospeši uhajanje plinov. Odvajanja plinov se ne da nadzirati, običajno pa je odvajanje tudi glasno. Priporočamo tudi uživanje jogurta, ki pomaga pri prebavi hrane in tvorbi normalne črevesne flore. Priporočljiv je tudi brusnični sok, ki po naravni poti preprečuje nastajanje neprijetnega vonja.

Izločanje in odvajanje

Tako kot po vsaki operaciji moramo biti tudi tu zelo pozorni na izločanje urina, tako pri tistih, ki imajo vstavljen urinski kateter, kot pri urostomah. Pozorni pa moramo biti na količino urina (zadostna hidracija) in njegov izgled. (Primešana kri lahko pomeni poškodbo sečil med operacijo.)

Urostoma začne delovati takoj po nastanku, saj ledvici zaradi operacije nista prenehali izločati seča. Dnevno je izločka liter do liter in pol. Če popijete malo tekočine, postane seč zgoščen, temnejše barve, nastaja neprijeten vonj, poveča se možnost okužbe sečil in nastanka ledvičnih kamnov.

Ileostoma začne izločati črevesno vsebino drugi do peti dan po operaciji; blato je redko, ponavadi tekoče. Vsebuje številne agresivne snovi, ki dražijo kožo v okolici stome.

Odvajanje blata na **kolostomo** se začne med tretjim in sedmim dnevom po operaciji, kar je odvisno od dolžine reseciranelega dela debelega črevesa. Temu primeren je tudi izloček, ki je sicer sprva vedno redkejši, je pa njegova gostota prav tako neposredno odvisna od dolžine izrezanega črevesa. Če je nastavljena kolostoma na levem kolonu po posvetu z zdravnikom operaterjem bolniku svetujemo irigacijo. V bistvu gre za samoklistiranje, s katerim lahko prične približno šest tednov po operaciji in z njim lahko doseže tudi do 48 urno kontinenco blata.

Zaradi lažjega nadzora in delovanja stome vsebuje pooperativni set, ki ga vedno namesti še kirurg v operacijski dvorani, sterilno kožno podlogo in prozorno vrečko na izpust.

Nega stome

- ★ Stoma ni rana;
- ★ Pomembna je zaščita kože;
- ★ Umijemo jo s toplo vodo, blagim milom, speremo in osušimo;
- ★ Preverimo velikost stome-šablona;
- ★ Izberemo ustrezno podlago in vrečko;
- ★ Uporabimo zatesnitveno pasto v kolikor je potrebna;
- ★ Lego vrečke prilagodimo pomičnosti pacienta;
- ★ CEL NEGOVALNI TIM NEGUJE STOMO ENAKO.

Pri suhi urinski stomi je potrebna samokateterizacija, pri mokri pa uporabimo enodelni ali dvodelni sistem z vrečko z nepovratno zaklopko in z iztokom, na katerega lahko ponoči namestimo zbiralno vrečko.

Pri ileostomi je nujna uporaba vrečke na izpust.

Pri kolostomi lahko uporabljate enodelni ali dvodelni sistem; zaprte vrečke ali na izpust; vse pa je odvisno od izločka.

Ko je izloček formiran, začnemo uporabljati zaprto vrečko s kožno podlogo. Najpogosteje se odločamo za dvodelni sistem, ki zajema podlogo in snemljivo vrečko. Poseben problem pri kolostomi predstavlja napihovanje vrečke zaradi plinov. Obstajajo vrečke s filtri v katerih oglje nevtralizira vonj, plin pa lahko nemoteno izhaja. Blato izhaja le nekajkrat dnevno, včasih tudi samo enkrat.

Včasih je stoma dvocevna in je zato podprta z jezdecem, ki lahko predstavlja negovalni problem pri namestitvi kožne podloge. Pri tem pazimo da je odprtina na podlogi ravno prav velika, da ne povzroči ishemije ali erozije stome če je premajhna, ali pa vnetja in draženja okolne kože če je prevelika.

Gibanje in ustrezna lega

Prve pooperativne dneve je bolnik na oddelku intenzivne nege in terapije, kjer večinoma leži v za abdominalne operirance značilnem analgetičnem položaju, da je trebušna miškulatura čim bolj relaksirana (polsedeci položaj z rahlo podloženimi kolena). Šele na oddelku s pomočjo fizioterapevte začenja z bolj intenzivno fizioterapijo (posedanje, vstajanje...). Pri tem je potrebno upoštevati vsa navodila zdravnika operaterja, stopnjo bolnikove gibljivosti in bolečino.

Spanje in počitek

Spanje in počitek sta v bolnišnici skoraj vedno motena. Na to vplivajo različni dejavniki: bolečina, neugoden položaj telesa, omejeno gibanje (dreni, infuzije...), okolje, pogosto merjenje vitalnih funkcij. Zelo pomembni so tudi zaskrbljenost, strah pred boleznijo in zapleti, ter ostali psihični dejavniki.

Oblačenje

V enoti intenzivne terapije in nege, kjer se bolnik nahaja prvih nekaj dni po operativnem posegu je zaradi posebne mikroklimе (večja temperatura in vlažnost zraka, strožji pogoji asepse...) ter večje operativne rane, nastavljenih drenaž in sveže nastavljene stome tudi

obleka bolnika bolj skromna. Ponavadi je odet le s preklanko in nalahno pokrit z rjuho. Ko je premeščen na oddelek in ko postane normalno pokreten, dobijo moški pižame, ženske pa običajne spalne srajce. Za vsa oblačila velja da morajo biti čista in zračna ter primerne velikosti.

Vzdrževanje telesne temperature

Slednje je tesno povezano z namestitvijo bolnika v ustrezno posteljo v ustreznem prostoru in uporabo pravih oblačil. V nobenem primeru ne sme priti do podhladitve ali pregretja bolnika, zato telesno temperaturo kot tudi večino ostalih telesnih funkcij skrbno spremljamo. V prvih dneh so subfebrilne temperature lahko posledica obsežne operativne » poškodbe « tkiv ali stresa, medtem ko lahko večji dvig telesne temperature v naslednjih dneh napoveduje infektivne zaplete bodisi v področju operativnega delovanja (intraabdominalni absces, infekt rane...), ali pa izven njega (respiratorni, urinski ... infekti).

Osebna higiena in urejenost

Osnova zdravstvene nege je skrb za telesno čistočo, ustno nego in osebno urejenost bolnika, ki mora biti vedno prilagojena njegovemu zdravstvenemu stanju. Sleherni trenutek hospitalizacije poskušamo bolnika čimbolj motivirati k sodelovanju ter ga prepričati, da je zanj vedno najbolje, če je čimmanj odvisen od pomoči drugih. Zaradi stome vam ni treba opustiti higienskih navad, ki ste jih imeli doslej. Primernejše je tuširanje (z vrečko ali brez nje). V bazenu pa je obvezna vrečka.

Izogibanje nevarnostim v okolju

Bistvo te aktivnosti je, da nevarnost prepoznamo in se nanjo ustrezno odzivamo tako, da nam bo v okolju uspelo preprečiti, zmanjšati ali vsaj omiliti neugoden vpliv na zdravje. Sem spadajo ukrepi za preprečevanje infekcij, preprečevanje padcev (iz postelje pri nemirnih bolnikih, kolapsi pri prvem vstajanju...), preprečevanje opeklin... Posebej smo pozorni na ogrožene skupine ki jih predstavljajo bolniki s senzoričnimi in motoričnimi motnjami, motnjami ravnotežja, psihičnimi in cirkulatornimi motnjami. Posebej ogroženo skupino predstavljajo starostniki.

Komuniciranje, izražanje čustev, občutkov...

Bolniki so praviloma zelo obremenjeni zaradi samih bolezni ki so jih prisilile v nastavitve stome in so praviloma hude, ponavljajoče, z negotovo prihodnostjo. Poleg bolezni so obremenjeni tudi s spremenjeno samopodobo, negotovostjo in težavami v zvezi z nego same stome. Oboje ima za posledico, da so taki bolniki specifični in še posebej ranljivi. Zelo je pomembno, da je naš odnos do njih potrpežljiv in spoštljiv, da jim znamo prisluhniti, jih skušamo pomiriti in razumeti.

Izražanje verskih čustev

V naši bolnišnici je v skladu z osebnim prepričanjem in dostojanstvom izražanje verskih čustev in izpolnjevanje verskih dolžnosti zagotovljeno vsem bolnikom. V bolnišnico redno prihaja bolnišnični duhovnik rimokatoliške vere, v kletnih prostorih bolnišnice pa se nahaja lepo urejena kapela. Tu se redno odvijajo maše, ki se jih poleg bolnikov lahko udeležujejo tudi ostali ljudje.

Koristno delo, razvedrilo in rekreacija

Smo zelo, včasih preveč, odprta bolnišnica za vsakodnevne obiske svojcev, ki so razpotegnjeni preko celega dneva. Poleg tega so bolnikom na voljo dnevni prostori za gledanje televizije, poslušanje glasbe, na voljo jim je dnevno časopisje in telefonski avtomati, ki pa v današnjem času mobilnih telefonov niso več aktualni.

Po odpustu iz bolnišnice in seveda ko vam zdravstveno stanje dopušča lahko potujete, se ukvarjate z različnimi športi, ki ne zahtevajo prevelikih telesnih naporov.

Učenje in pridobivanje znanja o razvoju človeka in zdravja

Učenje in pridobivanje znanja v primeru osebe s stomo predstavlja dolgotrajen, predvsem pa postopen proces, ki v različnem obsegu poteka od sprejema do odpusta iz bolnišnice. Bolnika z izgledom in delovanjem stome seznanimo že pred načrtovanjem operacije, spoznavanje stome, njene nege in ustreznih pripomočkov je vključeno že v predoperativno zdravstveno nego.

Po operaciji začnemo bolnika čimprej postopno vedno bolj aktivno vključevati v samo nego in oskrbo njegove lastne stome. Če nas pri prvi menjavi zgolj opazuje in mu ves proces ob ponovni razlagi le demonstriramo, ga pri naslednji menjavi že motiviramo, da si pripomočke po možnosti pripravi sam. Ponovno ga večkrat opozarjamo na pomembne detajle (velikost izreza odprtine, priprava kože...). Tako se postopno vloge zamenjajo, bolnik v celoti poskrbi zase, medicinska sestra pa ostane le še svetovalka.

Vse to je možno le z bolnikom, ki ima ohranjene osnovne ročne spretnosti, ohranjen vid in ni psihoorgansko spremenjen. V nasprotnem primeru ves proces učenja izvedemo z najožjimi svojci.

Sproti bolnika seznanjamo z ustrežno prehrano, z možnimi komplikacijami v zvezi s stomo in ukrepi za preprečevanje le-teh. Zaradi stome sprememba higienskih in drugih življenskih navad izpred operacije, ni potrebna.

Vsi pogovori in učenje bolnika tekom hospitalizacije so opravljeni s ciljem, da bi bolniku stoma in njena nega v vsakdanjem življenju povzročala čimmanj težav. V današnjem času, ko se ležalne dobe krajšajo in je bolnik že kmalu po operaciji odpuščen domov, postaja resna in kvalitetna edukacija zaradi pomanjkanja časa večkrat problem. Vsaj enterostomalne terapevtke smo zaradi tega večkrat nezadovoljne.

Pripomočki

Srečo imamo da je pri nas na tržišču prisotnih večina pripomočkov za nego stome vseh največjih svetovnih proizvajalcev. Iz široke palete pripomočkov poskušamo z ozirom na vrsto in obliko stome ter tip kože, bolniku svetovati nekaj zanj najprimernejših. Po možnosti jih bo kasneje lahko sam preiskusil in po svojih željah in občutku zase izbral najboljšega

Dober pripomoček mora zagotavljati varnost, diskretnost, udobnost.

Ne sme prepuščati vonja in tekočine.

Convatec, Coloplast, Holister, Braun, Dansac;

- Pooperativni set;
- Enodelni sistem;
- Dvodelni sistem;
- Konveksne podloge;
- Paste in pudri;
- Urinske drenažne vrečke;
- Set za irigacijo;
- **Kozmetika, ki pa ni na naročilnico za tehnični pripomoček.**

OBISK PROSTOVOLJCA

Kot enterostomalni terapevt v naši bolnišnici spremljam bolnike od sprejema do odpusta. Tako kot večina ljudi tudi v običajnem življenju, se bolniki še posebej bojijo sprememb. Operacija ki vodi v stomo, je za vsakogar huda sprememba! Bolnika sooča s strahom in negotovostjo glede samega obolenja, izhodom operacije, videzom po operaciji, nego, pripomočki za nego, odzivom svojcev, prijateljev in širše okolice.

Malo je bolnikov, ki pred operacijo sploh želijo govoriti o stomi. Večina še vedno upa, da se bo operativni poseg končal brez nje. Za pogovor so ob primernem času in v primernem prostoru precej bolj odprti po operaciji, zelo pa je pomembno sprejetje dejstva, da je bil opravljen operativni poseg neizogiben del zdravljenja, ki edini vodi v ohranjanje življenja.

V tem procesu seznanjanja bolnika vidim ključno vlogo enterostomalnega terapevta, ki pa je z ozirom na dejstvo, da sama stome nimam, večkrat ne morem odigrati tako dobro, kot bi to sama želela. Dodatno predstavlja problem časovna stiska, saj mi dejstvo, da sem edini enterostomalni terapevt v bolnišnici in velikokrat tudi edina višja medicinska sestra na oddelku, onemogoča, da bi se človeku s stomo posvetila tako, kot bi si želela in kot vem, da je prav.

Tu pa lahko ključno vlogo odigrajo prostovoljci. Samo oni imajo lastne izkušnje, ki so bolnikom neprecenljiva pomoč in opora, predstavljajo pa zelo koristno dopnilo medicinskega zdravljenja in zdravstvene nege.

Za obisk prostovoljca se vsaka oseba odloči sama, moja naloga je le, da ga pokličem in se dogovorim za najprimernejši čas.

Prostovoljec ne more biti vsak. To lahko postane le nekdo, ki se je po operaciji uspešno rehabilitiral, predelal lastne stiske in strahove, se osvobodil bojazni in zaživel polno življenje.

Pri svojem delu mora strogo upoštevati številna etična načela:

- načelo molčečnosti glede vsega kar je izvedel pri osebi s stomo;
- ne sme niti priporočati niti odsvetovati določenega zdravnika, zdravstvene ustanove ali načina zdravljenja;
- vedno mora spoštovati pravico do zasebnosti;
- ne sme pričenjati razgovora, ki ni v zvezi z namenom obiska, zavedati se mora, da je obisk namenjen osebi s stomo, ne pa zadovoljevanju lastnih potreb in želja;
- od svojega dela ne sme imeti materialne ali denarne koristi, zabeležiti pa mora vse opravljene obiske;

- nikoli ne sme spodbujati osebe s stomo k odvisnosti od njega.

Bolniki so po operaciji še posebej ranljivi, zato ima lahko tudi zelo izkušen prostovoljec težave pri razgovoru. Ob tem je vsak medčloveški odnos tudi sicer nekaj posebnega, zato splošnih nasvetov prostovoljcu, kako reagirati v določenih okoliščinah, ni. Kljub temu velja pustiti osebi, da sama vodi razgovor, potrebno mu je vzbujati upanje in zaupanje v predlagano zdravljenje, kvaliteto pogovora velja vedno obogatiti s smehom in dobro voljo.

ODPUST IZ BOLNIŠNICE

Če po operaciji ni prišlo do resnejših zapletov, so bolniki domov odpuščeni okrog desetega postoperativnega dne.

Bolnik mora še pred odpustom dobiti odgovore na vprašanja glede načina življenja, prehrane, nege stome, fizične aktivnosti, spolnosti...in možnih problemov (tudi v pisni obliki!), prejeti mora naročilnice za tehnične pripomočke in naslove kjer se lahko z njimi tudi oskrbi. Zelo je zaželeno, da prejme tudi telefonsko številko, kamor se lahko obrne v primeru stiske ali potrebe.

POMOČ OSEBAM S STOMO:

BOLNIŠNICE:

KC – Svetovalna služba zdravstvene nege – Poliklinika- klet, Njogoševa 4, Ljubljana. Tel. 01/ 522-49-79 ali 542-36-53. Posvet po predhodnem dogovoru po telefonu.

Bolnica dr. Petra Deržaja, Vodnikova, Ljubljana; posvet po predhodnem dogovoru po telefonu tel.01/ 522-55-79 (ga.Lili Jerčič, dipl.m.s., ET)

Onkološki inštitut, Stavba H, Zaloška c. 2 , Ljubljana. Posvet po predhodnem dogovoru po tel. 01/ 587 – 93 – 72 , Helena URŠIČ, viš. med.ses., ET.

SB Trbovlje, Rudarska 9, 1420 Trbovlje: ambulanta vsak 3. četrtek v mesecu od 14 - 18.ure amb. št.224 Tel.: 03/ 56-52-547 ali 03/ 56-52-543 (Zdenka RAJOVIC, ZT in Anka ŽUPAN PRELESNIK, dr.med.spec.)

SB Jesenice, Cesta Maršala Tita 112, 4270 Jesenice – posvet po predhodnem dogovoru na tel.04/ 58-68-341 Jana LAVTIŽAR, dipl.m.s.

SB dr.Franc Derganc, Ulica padlih borcev 13, 5290 Šempeter pri Novi Gorici; posvet po predhodnem indiv.dogovoru in z napotnico osebnega zdravnika, tel.05/33-01-000

SB Izola, Polje 35 a, 6310 Izola; po predhodnem dogovoru na tel:05 / 660 – 64 – 03 ali 05/ 660 – 64 – 13.

SB Celje, Oblakova 5, 3000 Celje; posvet po predhodnem dogovoru na tel: 03 / 423-32-38.

SB Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor; po predhodnem dogovoru na tel.02/ 321-12-93 ali 02/ 321 – 12 – 63 od 14.30 do 16.ure (Anka BELNA, dipl. m.s., ET)

SB Slovenj Gradec, Gosposvetska 3, Slovenj Gradec; posvetovalnica za stomiste vsak 2.četrtek v mesecu od 14 do 15 ure (Snježana VALCL, dipl. m.s., ET)

SB Novo mesto, Visceralni oddelek, Šmihelska 1, 8000 Novo mesto; po predhodnem dogovoru na tel. 07/ 39 – 16 – 447 (Jožica HUDOKLIN, dipl. m.s., ET)

SB Murska Sobota, Ulica dr.Vrbnjaka 6, Rakičan, 9000 Murska Sobota; Vsako 1.sredo v mesecu oposvetovalnica od 11 do 13 ure oz. Po dogovoru na tel. 02/ 51 – 23 – 316 (Helena GRABAR, dipl. m.s., ET)

SB Brežice – posvet po predhodnem dogovoru na tel. 07/ 466-81-126 (ga.Milena SRPČIČ, dipl. m.s.)

SB PTUJ – posvet po predhodnem dogovoru na tel. 02/ 749-15-44 (ga.Marija Haložan, dipl. m.s., ET)

POMOČ NA DOMU:

Vsi pacienti stomo se lahko obrnejo za informacije, nasvete na patronažne službe v regiji, kjer prebivajo ali na službo med.sester za zdrav.nego stome na domu. V nujnih primerih pa svetujemo, da se obrnejo na urgentno službo oz. dežurno službo za nujne primere.

Prejeti mora tudi navodila glede ambulantnih kontrol po odpustu, seznaniti ga je potrebno s termini in lokacijo delovanja stoma ambulante in društva ILCO za koroško regijo.

STOMA AMBULANTA IN DRUŠTVO ILCO

Poleg rednih kontrol glede osnovne bolezni, ki jih bolnik opravlja pri operaterju, mu zaradi kontrole stome, dodatnih nasvetov o negi ter oskrbe s pripomočki, svetujemo tudi obiske stoma ambulante.

Po operaciji se vsaka stoma praviloma skrči in zmanjša, stalno obliko dobi šele približno po treh mesecih. Do sprememb lahko pride tudi na sami trebušni steni, bolnik lahko pridobi na telesni teži, vse to pa lahko vodi do spremembe sistema za nego. Če je to potrebno ga moramo z njim seznaniti in ga naučiti morebitne drugačne uporabe. Tudi kasneje lahko pride do zapletov s strani stome ali parastomalne kože, bolnik bo potreboval ustrezna navodila za nego. Vsa navodila in opažanja mora sestra zabeležiti v bolnikovo kartoteko, da bo pri naslednjem obisku ali telefonskem klicu natančno vedela, kaj je priporočila.

Seznamimo jih tudi z društvom ILCO, ki povezuje osebe s stomo pri izmenjavi izkušenj; pridobivanju novega znanja ali pomeni le druženje, klepet, veselje....

Bistveno je, da niso sami! Z njimi so vsi člani društva, njihovi svojci, morda tudi zdravnik in ET.

LITERATURA

BATAS R. Označitev stome. Zbornik predavanj izobraževanja enterostomalnih terapevtk. Ljubljana, 1995.

FRANGEŠ A. Kakovostno življenje bolnika s črevesno stomo. Zbornik predavanj sekcije medicinskih sester za zdravstveno nego stom. Portorož, 2000; 24.

GORDON M. Negovalne diagnoze-priročnik. Maribor, 2003; 93-95: 103: 116-122: 194: 214-234: 246.

IVANUŠA A., ŽELEZNIK D. Osnove zdravstvene nege kirurškega bolnika. Maribor, 2000; 49-69

IVANUŠA A., ŽELEZNIK D. Standardi aktivnosti zdravstvene nege. Maribor, 2002; 273-283: 449-463.

JELOVČAN A. Obravnava in rehabilitacija stomista na domu. Zbornik predavanj med. sester za zdravstveno nego stom. Škofja Loka, 2004; 13-64.

KLEMENC D. Živeti s stomo. Coloplast. Ljubljana, 2003; 3-25.