



Fakulteta za zdravstvo

Jesenice

Faculty of Health Care

Jesenice

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI
POJAVNOSTI PARASTOMALNE KILE**

**INCIDENCE OF PARASTOMAL HERNIA
AND THE ROLE OF NURSES**

Mentor: izr. prof. dr. Brigita Skela Savič
Somentor: Marija Mežik Veber, strok. sod.

Kandidatka: Mojca Stenovec

Jesenice, november, 2014

ZAHVALA

Rada bi se zahvalila svoji mentorici izr. prof. dr. Brigiti Skela Savič in somentorici Mariji Mežik Veber, strok. sod. za strokovno svetovanje, potrpežljivost in usmerjanje pri pisanju diplomskega dela.

Zahvaljujem se Gordani Lokajner, pred. in mag. Miranu Remsu, viš. pred., za recenzijo diplomskega dela.

Zahvaljujem se gospe Simoni Komac, prof. ang., nem. in ita., za lektoriranje in prevajanje diplomskega dela.

Zahvaljujem se svojemu možu Jaku in svoji hčerki Lauri, ker sta mi dajala veliko vzpodbude in veselja pri pisanju diplomskega dela. Zahvala gre tudi staršem in moževi družini za podporo, pomoč in potrpežljivost.

Hvala vsem, ki so me bodrili in mi stali ob strani.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Za pacienta s stomo sta nujno potrebni podpora in celostna zdravstvena nega strokovno usposobljenega zdravstvenega delavca. Zelo pomembna je tudi medsebojna komunikacija vseh zdravstvenih delavcev, ki so v stiku s stomistom, saj le-ta pripomore k njegovemu hitrejšemu okrevanju in boljši kakovosti življenja.

Cilji: Cilj diplomskega dela je bilo ugotoviti, kako pogosto pride pri osebah s stomo do pojava parastomalne kile, nivo znanja stomistov o samostojnosti pri negi stome ter kateri so najpogostejši dejavniki za pojav parastomalne kile.

Metoda: Za raziskavo smo uporabili kvantitativno metodo. Uporabili smo strukturiran vprašalnik, ki je bil sestavljen na podlagi zbrane strokovne literature. Anketna raziskava je bila zaupna in anonimnega tipa. Potekala je od meseca februarja do marca 2013. Uporabljeni vprašalnik je bil zasnovan na deskriptivni in kavzalno – neeksperimentalni metodi zbiranja podatkov. Za analizo podatkov je bilo uporabljenih 40 vprašalnikov. V raziskavi so sodelovali pacienti s stomo, od tega 20 (50 %) žensk in 20 (50 %) moških. Pridobljene podatke smo obdelali v programu SPSS V 17 Statistic.

Rezultati: Ugotovili smo, da obstaja verjetnost, da pri pacientih s povečano telesno težo pogosteje pride do nastanka parastomalne kile. Povprečni indeks telesne mase udeležencev, pri katerih se parastomalna kila ni pojavila, je 25,46, pri tistih, pri katerih se je pojavila parastomalna kila, je povprečni indeks telesne mase 28,2. Do parastomalne kile je prišlo pri 28 % udeležencev s kolostomo ter pri 50 % udeležencev z ileostomo.

Razprava: Raziskava je pokazala, da je večina stomistov pred operacijo pridobila potrebno podporo in znanje glede oskrbe stome. Stomisti so se najmanj strinjali s trditvijo, da so preizkusili ustreznost označenega mesta stome v sedečem, ležečem in stoječem položaju. Razvidno pa je tudi, da nekaj stomistov pred operacijo ni imelo razgovora z enterostomalnim terapevtom. Zaskrbljujoče je to, da je v Sloveniji le 69 enterostomalnih terapevtk, ki delujejo v bolnišnicah in na terenu. Sprašujemo se, ali imajo stomisti kljub velikemu številu usposobljenih strokovnjakinj sploh dovolj strokovne obravnave s strani zdravstvenega osebja.

Ključne besede: stoma, stomist, zdravstvena nega stome, parastomalna kila, enterostomalni terapevt.

ABSTRACT

Theoretical background: Patients with a stoma need support and integrated medical care provided by competent health workers. Communication between all health workers who provide care to the patient with a stoma is also very important, because it means patient's rapid recovery and better quality of life.

Objectives: The objectives of the thesis are to find out how often patients with a stoma can develop parastomal hernia, their knowledge about self-care and the main reasons for the development of the parastomal hernia.

Method: In research we used the quantitative method. We used a questionnaire based on specialised books. Surveys are confidential and anonymous. The research took place from February to March 2013. The questionnaire we used is designed on descriptive and causal – non-experimental research method of data collection. We analysed 40 questionnaires. The questionnaires were distributed randomly to patients with a stoma in the Gorenjska Section of the Assotiation ILCO. In research participated patients with a stoma, 20 (50 %) women and 20 (50 %) men. The data processing was performed using the statistical software SPSS V 17 Statistic.

Results: We found out that the obese patients may be at higher risk of getting a parastomal hernia. In participants with the average body mass index 25,46 the parastomal hernia didn't occur, and in participants with the average body mass index 28,2. The parastomal hernia developed in 28% of participants with a colostomy and in 50% participants with an ileostomy.

Conclusion: The research shows, that the major part of patients with a stoma got before surgery the necessary support and instructions about stoma care. Respondents don't agree with the statement, that they evaluated the suitability of the marked stoma site sitting, lying and standing. We can also see that some patients with a stoma didn't talk with the enterostomal therapist before the surgery. It is alarming that there are only 69 enterostomal therapists in Slovenia and they work in hospitals and in home care. Some of them don't have any contact with patients with a stoma. So, we can't know for sure, if the medical care that patients with a stoma receive from the medical staff is good enough, in spite of the large number of competent experts.

Key words: stoma, patient with a stoma, stoma care, parastomal hernia, enterostomal therapist.

KAZALO

1	UVOD.....	1
2	TEORETIČNA IZHODIŠČA.....	2
2.1	ANATOMIJA IN FIZIOLOGIJA ČREVESA	3
2.1.1	Anatomija in fiziologija tankega črevesa	3
2.1.2	Anatomija in fiziologija debelega črevesa	4
2.2	STOMA	4
2.2.1	Črevesne izločalne stome.....	5
2.3	OBOLENJA, KI ZAHTEVAJO IZPELJAVO ČREVESNE STOME:.....	8
2.4	ZAPLETI PRI ČREVESNIH IZLOČALNIH STOMAH	8
2.4.1	Zgodnji zapleti stome so:.....	9
2.4.2	Pozni zapleti stome so:.....	10
2.5	PARASTOMALNA KILA	11
2.6	PREDOPERATIVNA PRIPRAVA PACIENTA NA OPERACIJO PRI IZPELJAVI STOME	12
2.6.1	Psihična priprava pacienta	13
2.6.2	Fizična priprava pacienta	13
2.6.3	Predoperativna označitev stome	14
2.7	ENTEROSTOMALNA TERAPIJA	14
2.7.1	Pooperativna zdravstvena nega pacienta s stomo	15
2.7.2	Nega črevesnih izločalnih stom	16
2.7.3	Izbira ustreznega pripomočka za oskrbo stome	17
2.7.4	Pomoč pacientu s stomo pri sprejemanju samopodobe	19
3	EMPIRIČNI DEL	21
3.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	21
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	21
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	21
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov.....	21
3.3.2	Opis instrumenta	22
3.3.3	Opis vzorca	22
3.3.4	Opis obdelave podatkov.....	25
3.4	REZULTATI	26
3.4.1	Preverjanje raziskovalnih vprašanj	28
3.4.2	Raziskovalno vprašanje 1	28
3.4.3	Raziskovalno vprašanje 2	29
3.4.4	Raziskovalno vprašanje 3	30
3.4.5	Raziskovalno vprašanje 4	30
3.5	RAZPRAVA	31
4	ZAKLJUČEK.....	36
5	LITERATURA.....	38
6	PRILOGE	43
6.1	χ^2 -TEST (raziskovalno vprašanje 1)	
6.2	T-TEST ZA NEODVISNE VZORCE (raziskovalno vprašanje 2)	
6.3	χ^2 -TEST (raziskovalno vprašanje 4)	
6.4	INSTRUMENT	

KAZALO TABEL

Tabela 1: Opis vzorca (spol, vrsta stome, izobrazba, delo, bivanje, stan):	23
Tabela 2: Opis vzorca (starost, starost ob operaciji, teža, višina, ITM)	24
Tabela 3: Zadovoljstvo stomistov z zdravstveno oskrbo (1. del)	27
Tabela 4: Zadovoljstvo stomistov z zdravstveno oskrbo (2. del)	28
Tabela 5: Križna tabela (predoperativna označitev mesta stome s parastomalno kilo) 29	
Tabela 6: Primerjava indeksa telesne mase med udeleženci s parastomalno kilo in udeleženci brez parastomalne kile (t-test za neodvisne vzorce)	30
Tabela 7: Križna tabela (vrsta stome s parastomalno kilo)	31

KAZALO SLIK

Slika 1: Histogram indeksa telesne mase	24
Slika 2: Pooperativni zapleti	25

1 UVOD

Prvi opis kirurško izpeljane črevesne stome sega v 16. in 17. stoletje. V tistem obdobju so bili vzroki za izpeljavo stome ileus zaradi ukleščene kile, atrezija anusa in poškodbe trebuha. Danes pa je stoma zaključni del obsežnih operacij (črevesne bolezni, poškodbe danke in prirojene nepravilnosti črevesa) (Kolnik, 2009).

S kirurško izpeljavo črevesa se nujno pojavi potreba po zbiranju izločkov in negi pacienta. Prvotni načini zbiranja izločkov je bilo le njihovo prestrežanje v nameščeno gazo, staničevino ali vato. Takšna tehnika je bila še sprejemljiva za paciente z izpeljavo končnega dela debelega črevesa, kjer je bilo blato formirano, ni pa je bilo mogoče uporabiti za nego višje ležečih stom kolona in ileostom, kjer je blato redko, lužnato in polno agresivnih encimov. V 50. letih 20. stoletja so se na Danskem pojavile prve plastične samolepilne vrečke, ki so postale standardni način nege. Priložnost je začutila industrija in pričela izdelovati različne modele. Največji napredek je bil izdelava kožnih podlog, ki še danes pomenijo najboljšo zaščito kože pred črevesnimi izločki (Košorok, 2007).

Medicina in zdravstvena nega sta v zadnjih desetletjih skokovito napredovali in pripeljali do širokih možnosti zdravljenja različnih kroničnih bolezni, prav tako pa tudi vnetnih bolezni prebavil. Taka obolenja velikokrat zahtevajo operativni poseg, katerega končni izid je izpeljava črevesja ali sečevodov na trebušno steno, kar imenujemo izločalna stoma. Za popolno rehabilitacijo in uspešno zdravljenje pacienta po takšni operaciji ima pomembno vlogo kakovostna zdravstvena nega (Kolnik et al., 2012).

Pacient s stomo je najpogostejše starostnik, predvsem zato, ker je velik del izločalnih stom posledica rakastih obolenj v starosti. Medicinske sestre, ki se srečujemo s takimi pacienti, moramo dobro poznati zdravstveno nego starostnika, področje enterostomalne terapije in pristope zdravstveno-vzgojnega dela (Obrez et al., 2012).

2 TEORETIČNA IZHODIŠČA

Izpeljava stome na trebušno steno predstavlja za vsakega pacienta veliko osebno stisko, saj se po operativnem posegu spremeni telesna podoba, kar zelo vpliva na človekovo samozavest in zagotovo spremeni življenje posameznika. Ob sami bolezni pacienti prizadene izguba kontroliranega odvajanja blata, kar povzroča psihične, čustvene, fizične in socialne probleme. Zato v procesu zdravljenja pacient potrebuje ob sebi ljudi, ki jim lahko zaupa, katerim lahko izrazi svoje strahove, dvome in pričakovanja ter od njih dobi koristne informacije za nadaljnje življenje. Prav gotovo je komunikacija z enterostomalno terapevtko bistvenega pomena za čimprejšnjo rehabilitacijo in nadaljnjo samostojno oskrbo. Seveda pa moramo medicinske sestre enterostomalne terapevtke imeti pridobljena strokovna znanja, spretnosti in stališča s področja stom, iz katerih izhaja umetnost kompetentne komunikacije, kakor tudi medosebne spretnosti, da lahko učinkovito komuniciramo s pacienti in njihovimi svojci (Tomažič, Gregl, 2011).

Dandanes postaja samooskrba stomista problem. Število starostnikov, ki ne živijo s potomci vedno bolj narašča. Tiste osebe, ki starostniku s stomo pomagajo, pa so ponavadi prav tako ostarele in pogosto ne razumejo podanih informacij ter jih ne znajo uporabiti za oskrbo (Junko et al., 2002).

S starostjo narašča tudi možnost nastanka zapletov predvsem na koži okoli stome v smislu sprememb oz. vnetij. Posledično prihaja do popuščanja kožne podloge in težjega prilagajanja na življenje s stomo. Vseh zapletov stome ne moremo preprečiti, lahko pa jih s kakovostno zdravstveno nego omilimo ter stomistom pomagamo, da čim manj boleče sprejmejo življenje s stomo (Jelen, 2012).

Ležalne dobe v bolnišnicah se krajšajo, s tem pa se pacienti v domače okolje vračajo v strahu, kakšno bo njihovo nadaljnje življenje s stomo. V bolnišnicah dobijo veliko informacij, ki jih zaradi fizičnih bolečin in spremenjenega psihičnega stanja po operaciji ne morejo dojeti. Poleg pacienta so prestrašeni tudi njegovi bližnji. Torej sta za pacienta s stomo nujno potrebni podpora in kontinuirana zdravstvena nega strokovno usposobljenega zdravstvenega delavca. Zelo pomembna je tudi medsebojna komunikacija vseh zdravstvenih delavcev, ki so v stiku s stomistom. Le-to pripomore k hitrejši in kakovostni samooskrbi stomista (Petek, 2010).

2.1 ANATOMIJA IN FIZIOLOGIJA ČREVEESA

2.1.1 Anatomija in fiziologija tankega črevesa

Tanko črevo je običajno dolgo 6–7 metrov, kar je približno dve tretjini vse dolžine prebavne cevi. Povezuje želodec in debelo črevo in je najdaljši del prebavne cevi. Sega vse od pilorusa želodca do ileo-cekalnega ustja, kjer se del tankega črevesa – *ileum* odpira v debelo črevo (Čebašek, 2010).

Tanko črevo delimo na tri odseke:

- dvanajstnik (*duodenum*),
- tešče črevo (*jejunum*),
- vito črevo (*ileum*) (ibid.).

Dvanajstnik (*duodenum*) leži pred hrbtenico v epigastrični in popkovni (umbilikalni) regiji. Poteka od vratarja želodca do duodeno-jejunalnega zavoja. Objema glavo trebušne slinavke, ima obliko podkve in je razmeroma negibljiv. Deli se na štiri dele:

- zgornji del,
- navzdolnji (*descendentni*) del,
- vodoravni del,
- navzgornji (*ascendentni*) del (Dahmane- Gošnak, 2005).

Sluznica dvanajstnika je gladka v zgornjem delu, na začetku navzdolnjega dela pa je močno krožno nagubana in vsebuje brunnerjeve žleze ter ima resice – villi intestinales. Najdaljša dela tankega črevesa sta tešče črevo (*jejunum*) in vito črevo (*ileum*). Tešče črevo se začne v duodeno-jejunalnem zavoju, vito črevo pa se konča v ileo-cekalni zaklopki. Oba dela skupaj merita približno 6 metrov. Lega teščega in vitega črevesa je v srednjem in spodnjem delu trebušne votline in delno v medenici. *Jejunum* leži zgoraj, levo od popka, ima debelejšo steno, njegova sluznica ima več žlez in je bolj nagubana. Je daljši in zavzema dve tretjini. *Ileum* zavzema preostali del črevesa, leži pa bolj desno spodaj, v medenici. Njegova sluznica je bolj gladka in ima več limfatičnega tkiva.

Celotna sluznica tankega črevesa je močno nagubana, ima resice – *villi intestinales*, ki se jih lahko vidi s prostim očesom. Sluznica ima poleg resic še številne žleze (ibid.).

Glavna funkcija tankega črevesa je prebava hrane in absorpcija hranilnih snovi. V tankem črevesu se hrana popolnoma prebavi, razgradi se do vodotopnih snovi, ki prehajajo v kri. Kemična prebava v tankem črevesu poteka s pomočjo žolča in soka trebušne slinavke, ki se izlivata v dvanajstnik. V steni tankega črevesa so manjše žleze, ki prav tako izločajo črevesni sok. V črevesu se beljakovine razgradijo do aminokislin, ogljikovi hidrati do monosaharidov, maščobe pa do glicerola in maščobnih kislin. Večina resorbiranih snovi potuje po portalni veni najprej v jetra in šele potem v sistemski venski obtok, le maščobne snovi se lahko preko prsnega mezgovoda prenesejo neposredno v vensko kri. Mehansko prebavo hrane omogoča peristaltično gibanje črevesa. Propulzivne kontrakcije črevesa mešajo hrano s prebavnimi sokovi in jo istočasno potiskajo po prebavni cevi naprej. Peristaltiko pospešuje parasimpatično živčevje, poleg tega pa povečuje izločanje žlez, simpatično živčevje pa peristaltiko zavira, na izločanje žlez pa ne vpliva (Čebašek, 2010).

2.1.2 Anatomija in fiziologija debelega črevesa

Debelo črevo je dolgo približno 1,5 metra in ima premer od 5 do 8 centimetrov. Začne se pri koncu ileuma in konča pri zadnjiku. Stena debelega črevesa se od stene tankega črevesa razlikuje. Sluznica ni več nagubana in nima resic, vzdolžno mišičje pa ne obdaja debelega črevesa okoli, kot pri tankem črevesu, ampak je razporejeno v tri trakove – *taeniae coli*. Debelo črevo je le deloma ovito s potrebušnico (*peritonejem*), deloma pa leži ekstraperitonealno (Dahmane-Gošnak, 2005).

Ker se razgradnja hrane konča že v tankem črevesu, je glavna naloga debelega črevesa le absorpcija vode in elektrolitov ter priprava iztrebkov, ki skozi danko zapustijo telo (Čebašek, 2010).

2.2 STOMA

Stoma je grška beseda, ki v prevodu pomeni usta ali odprtino. V praksi to pomeni vsako umetno napravljeno povezavo dihalne, prebavne ali sečne poti navzven. Njen namen je

zagotoviti dihanje, hranjenje in izločanje blata ali urina v primeru, ko to zaradi bolezni ali poškodbe po naravni poti ni več mogoče. Že iz definicije je razvidno, da so možne zelo različne vrste in lokacije stom, njihova namembnost in čas trajanja pa sta v odvisnosti od zelo različnih dejavnikov, prav tako lahko zelo različni (Golobinek, 2008).

Vsaka izmed stom ima svoje posebnosti, tako glede anatomske lege, kot vzroka nastanka oziroma pridobitve. Pri odločitvi za stomo, mora biti pacient zelo dobro seznanjen s pričakovanimi rezultati stome, z možnimi zgodnjimi in poznimi zapleti ter kakšna bo kakovost njegovega življenja po operativnem posegu. Pomemben dejavnik pri rehabilitaciji je začasnost stome. V kolikor se pričakuje začasna stoma, je to za pacienta bistvenega pomena (Pajnič, 2008).

Stome se delijo glede na različne kriterije. Najpomembnejša delitev stom je po njihovi funkciji, kjer se jih razdeli v tri velike skupine:

- izločalne,
- hranilne,
- dihalne (Golobinek, 2008).

Stoma lahko pomeni dokončno stanje z invalidnostjo in telesno okvaro, večkrat pa lahko pomeni tudi popolno ozdravitev najrazličnejših bolezni danke in debelega črevesa in kot taka velikokrat predstavlja most med življenjem in smrtjo. Ne glede na vrsto, namen, trajanje in lokacijo stome, se je vredno pri izpeljavi stome kar najbolj potruditi, saj lahko nega problematične stome bistveno poslabša kvaliteto življenja pacienta. Žal to ni vedno mogoče doseči, kljub vestnosti, natančnosti in skrbnosti kirurga zaradi narave, lokacije in napredovanja bolezni (ibid.).

2.2.1 Črevesne izločalne stome

O črevesni stomi govorimo, kadar je črevo izpeljano skozi trebušno steno z namenom, da oblikujemo umetni zadnjik. Izpeljavo lahko napravimo na črevesni vijugi, ali pa je stoma končna izpeljava črevesa (Štor, Juvan, Jelenc, 2007).

Črevesna izločalna stoma je najpogostejša posledica operativnega zdravljenja raka črevesa, danke, lahko pa je tudi posledica zdravljenja vnetnega obolenja črevesa, poškodbe danke, prirojenih anomalij in drugih bolezni (Kolnik et al., 2012).

Če je stoma izpeljana skozi trebušno steno na neprimernem mestu, pogosto pride do odstopanja vrečke in draženja kože. Za pacienta je pomembno, da stomo vidi, da jo lahko neguje. Priporočljivo je, da se mesto stome izbere pred operacijo skupaj z enterostomalnim terapevtom. Mesto se določi tako, da pacienta opazujemo, ko stoji, se pripogiba in sedi. Izberemo mesto na trebušni steni, ki je pacientu vidno, je ravno, brez brazgotin in stran od prominirajočih kosti. Pri pacientih s povišano telesno težo pa se stomo naredi nekoliko višje, da jo lahko vidijo in nimajo težav z nego (Jelenc, 2010).

Stome delimo glede na čas trajanja na:

Začasne stome, ki so po funkciji zaščitne. Pri teh stomah ostaja še vedno možnost odvajanja blata po naravni poti. Narejene so kot zankaste stome na prečnem debelem črevesu ali na končnem delu tankega črevesa, kot dodatni poseg pri resekcijah zaradi malignoma danke, lokaliziranega v spodnji tretjini, pri benignih obolenjih, po ileo-analnih anastomozah oz. po totalnih kolektomijah pri ulceroznem kolitisu. Uporabljamo pa jih tudi, kadar rešujemo zaplete po operaciji, ko prihaja do popuščanja šivne linije ali linije na anastomozi, narejeni z avtomatskim spenjalnikom (Koželj, 2004).

Trajne stome, ki so končne, npr. sigmostoma. Narejene so po odstranitvi distalnega dela esastega debelega črevesa in danke zaradi rakastega obolenja v spodnji tretjini danke, ki zajema tudi mišice medeničnega dna, pri operativnem zdravljenju raka zadnjika. Izpeljavo trajnih stom naredimo tudi pri napredovanih rakastih obolenjih ginekološke ali urološke lokalizacije, ki preraščajo v danko in zahtevajo radikalno praktično popolno izpraznitev vseh organov male medenice. Končna stoma je lahko narejena tudi po programski Hartmannovi operaciji, kjer zaradi visoke starosti ali rizičnosti pacienta ne bomo načrtovali rekonstruktivne operacije. Končno ileostomo napravimo po popolni odstranitvi debelega črevesa in danke z zadnjikom (totalna koloproktomija), pri zdravljenju družinske polipoze ali ulceroznem kolitisu debelega črevesa in danke (ibid.).

Vrsti črevesno izločalnih stom sta:

- ileostoma,
- kolostoma.

Ileostoma je zankasta izpeljava končnega dela tankega črevesa, približno 15–20 cm od prehoda končnega dela tankega črevesa v debelo črevo. To napravimo v večini primerov kot protektivno ileostomo. Gre za operativno zdravljenje raka v srednji ali spodnji tretjini danke (Koželj, 2004).

Ileostomo se naredi kirurško z izpeljavo tankega črevesa skozi odprtino na trebušni steni, skozi katero se izloča blato. V primerih, ko je debelo črevo odstranjeno, je ta stoma trajna. Stoma je lahko začasna, kadar je potrebno za nekaj časa izključiti odvajanje blata po naravni poti. Ileostoma je najpogosteje izpeljana na spodnjem desnem delu trebuha (Kolnik et al., 2012).

Blato, ki se izloča po ileostomi, je na začetku zelo tekoče. V dveh do treh dneh običajno stoma začne delovati. Vsebina je vodena, žolčno obarvana. Čeprav je vsebina vedno tekoča, saj ne pride do absorpcije v debelem črevesu, se sčasoma vseeno nekoliko zgosti in volumen zmanjša, kar se zgodi po nekaj tednih, ko stoma dozori (Omejc, 2007).

Kolostoma je kirurška izpeljava debelega črevesa skozi odprtino na trebušni steni, skozi katero se izloča blato. Izpeljave so lahko narejene na različnih delih debelega črevesa. V primeru, kadar je zadnjična odprtina zaprta, je stoma trajna. Lahko pa je začasna ali razbremenilna, ko se zadnjik le začasno izloči iz delovanja prebavnega sistema. Kolostoma se največkrat izpelje na spodnjem levem delu trebuha ali kjerkoli v poteku debelega črevesa. Izloček je ponavadi gost, velikokrat je popolnoma enak kot pri normalnem izločanju skozi zadnjik (Kolnik et al., 2012).

Barva izpeljane vidne stome je rdečkasta. Vsa prebavna cev, ki poteka od ust do zadnjika, ima isti tip sluznice. Stoma naj bi bila svetleča, imela naj bi zdravo rdečo barvo, kar pomeni, da je dobro oskrbljena s krvjo. Krvne žile na stomi so povrhnje, tako da se včasih pri čiščenju stome lahko pojavi tudi nekaj krvi. Takšno krvavitev lahko primerjamo s krvavenjem, ki ga opazimo pri umivanju zob, a se običajno umiri. Stoma nima živčnih končičev, tako da je neobčutljiva. Po kirurškem posegu stoma izgleda

otekla, kar je posledica operacije. Po približno osmih tednih običajna začetna oteklina splahni. V prvem letu po operaciji se stoma še deloma spreminja po velikosti in obliki, odvisno od celjenja. Kadar pa pride do večje krvavitve ali spremembe v barvi stome, pa je potreben obisk pri zdravniku ali enterostomalnem terapevtu (Petrič, 2010).

Stome glede na anatomsko lokalizacijo so:

- cekostoma,
- ascendentna stoma,
- transverzostoma,
- sigmostoma,
- ileostoma (Koželj, 2004).

2.3 OBOLENJA, KI ZAHTEVAJO IZPELJAVO ČREVESNE STOME:

- rak črevesa,
- fistule,
- ulcerozni kolitis,
- chronova bolezen,
- družinska polipoza,
- razne prirojene anomalije,
- razne poškodbe (Zapušek, 2007).

2.4 ZAPLETI PRI ČREVESNIH IZLOČALNIH STOMAH

Črevesne izločalne stome pri odraslih so izpeljane zaradi bolezni črevesja, tumorjev ali poškodb. Čeprav je bil dosežen velik napredek pri oblikovanju in upravljanju stom, so zgodnji in pozni zapleti še vedno pogosti (Minkes, 2011).

Medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege moramo poznati razlike med posameznimi stomami, prav tako pa moramo vedeti vse o zapletih, ki so s stomo povezani in znati pravilno ukrepati. Poznavanje le-teh nam bo dalo uvid v pacientovo stanje, prognozo in način izvajanja zdravstvene nege. Kadar govorimo o zapletih, je potrebno upoštevati čas, kdaj se pojavljajo. Ločimo zgodnje zaplete, ki so vezani na

operativno obdobje in bivanje v bolnišnici in pozne zaplete, ki se pojavijo kmalu po odpustu iz bolnišnice, lahko tudi pozneje (Hribar, 2004).

Zgodnji zapleti se pojavijo v času po operaciji, ko je pacient še hospitaliziran. Takšni zapleti ponavadi zahtevajo ponovno operacijo. Pozni zapleti pa se lahko pojavijo po odpustu iz bolnišnice in so v začetku dokaj pogosti, najpogosteje pa so povezani s kožo v okolici stome (Fiala, 2007).

Vsak zaplet, ki nastane na stomi ali na koži ob stomi, ovira telesno in psihično počutje pacienta. Zaradi določenih zapletov mu onemogoča normalno življenje. Pred ali med operacijo sta pri preprečevanju nastanka zapletov izjemno pomembni določitev mesta in oblikovanje stome, zelo pomembno vlogo pa imajo tudi primerno izbrani in nameščeni pripomočki ter zadostna poučenost pacientov. Nekatere zaplete lahko odpravimo sami, največkrat je potreben posvet z enterostomalno terapevtko, določene pa lahko odpravi le kirurg (Kolnik et al., 2012).

Izpeljava črevesne stome je zapletena in se ne sme obravnavati kot nepomembna. Lahko pride do resnih zapletov, ki zahtevajo takojšnjo ponovno operacijo. Črevesne stome zagotovo drastično spremenijo način življenja. Najbolj pogosti zapleti so slaba izbira mesta stome, visok izhod stome, draženje kože okoli nje, ishemija stome, parastomalna kila in zdrs stome. Kirurgi se morajo zavedati teh zapletov pred, med in po ustanovitvi stome, in morajo sprejeti ustrezne ukrepe za njihovo preprečevanje (Kwiatt, Kawata, 2013).

2.4.1 Zgodnji zapleti stome so:

- Slabo nameščena stoma, ki je lahko za pacienta stalen izvor težav in predstavlja velik negovalni problem tudi za nas zdravstvene delavce. Problem nastopi pri izbiri vrečke za stomo, predvsem pri namestitvi in tesnjenju vrečke. Rešitev tega je samo premestitev stome na primerno mesto.
- Edem stome se lahko pojavi v zgodnjem pooperativnem obdobju, ko se stoma spreminja in zori. Sluznica pri taki stomi je sočna, stoma je privzdignjena, daje vtis, da je stenozirana.

- Krvavitev iz stome, ki je prve dni po izpeljavi stome normalna. Če se pojavi neobičajna večja krvavitev je to lahko posledica praznjenja hematoma iz fascialnega prostora. Včasih pride do večjega izliva krvi v podkožje ali v okolico izpeljane stome. Tako stanje je nevarno, saj se rana lahko okuži.
- Nekroza ali odmrtnje stome, ki se pojavi, kadar je odprtina za stomo premajhna in otečena. Prvi znak za odmrtnje stome je spremenjena barva stome. Barva sluznice ni več rožnata, ampak vijolična, pri hudi ishemiji pa črna. Ko stoma postane nekrotična, se loči od roba kože in se zabrazgotini pod nivojem kože. Mrtvina stome se lahko zmechča, črevo tako pade v podkožje, v težjih primerih v trebušno votlino, tako da obstaja nevarnost peritonitisa. Temnejše obarvanje sluznice je značilno tudi pri melanozi, tako da moramo paziti, da odmrtnje stome ne zamenjujemo s tem.
- Retrakcija ali ugreznjenje stome nastane zaradi slabo pritrjene stome ali posledično zaradi odmrtnja distalnega dela. Krn črevesa v tem primeru pade v podkožje. Vzrok za ta zaplet je tudi prekratka stoma, zaradi česar šivi popustijo ali popustijo pozneje, če pacient precej pridobi na telesni teži.
- Stenoza ali zožitev stome je brazgotinasta zategnitev stome, ki ponavadi nastane po predhodnih vnetnih procesih ali odmrtnju stome v zgodnjem pooperativnem obdobju. Vzrok tega zapleta je neprimerno oblikovanje stome, kadar nastane hematom ali absces, ki se zabrazgotini v stomo. Do stenozе stome prihaja tudi zaradi motenj prekrvavitve. Zato imajo pacienti bolečine pri izhajanju blata, ker zoženi del stome to onemogoča. Sčasoma lahko pride do popolne zapore stome (Hribar, 2004).

2.4.2 Pozni zapleti stome so:

- Prolaps, ki pomeni preko 5 cm izpada črevesa v predelu stome. Izpadli del črevesa se lahko poveča v taki meri, da ga je težko zajeti v zbiralno vrečko. Vzrok za prolaps je lahko prevelika odprtina za stomo ali stoma, ki ni nameščena v predel *musculus rectus abdominis*.
- Pseudopolipi, ki nastanejo zaradi stalnega draženja sluznice stome. Vzrok za nastanek je v premajhni odprtini na kožni podlogi. Pogostokrat ob menjavi vrečke in čiščenju stome zakrvavijo.

- Granulomi, ki se pojavijo ob robu sluznice, najpogosteje tam, kjer so bili šivi. Večinoma ob njih pomislimo na morebitno ponovitev rakaste bolezni.
- Fistula, ki je nenaravna komunikacija med dvema epiteliziranimi površinama.
- Vnetje parastomalne kože, ki nastane zaradi stika blata s kožo. Vzroki za nastanek vnetja so nepravilna namestitev kožne podloge ali vrečke, nezadostna ali nepravilna higiena in lepilo vrečk, past in sredstev za čiščenje.
- Erozijska stoma, ki nastane zaradi nepravilnega rokovanja pri negi stome ali s premajhno odprtino podloge, ki stomo utesnjuje in jo hkrati poškoduje.
- Krvavitve, ki pomenijo ponovitev vnetnega obolenja, nov polip črevesja, ki krvavi, neoplazmo ali ponovitev.
- Okvare po radioterapiji, ki se kažejo kot eritem kože, kot pri močnem sončenju. Zaradi obsevanja pride tudi do driske, kjer je lahko prisotna tudi kri. Močnejše sevanje povzroča tudi funkcionalne motnje zaradi fibroze, nastopi lahko zožitev ali ileus.
- Perforacija črevesa, ki nastane zaradi pregloboko uvedene cevke pri irigaciji črevesa. Lahko pride do perforacije samo v podkožju, ki je manj nevarna kot perforacija v prosto trebušno votlino. Znaki perforacije so bolečine ob stomi, otekanje kože in podkožja, povišana telesna temperatura in zelo izrazita abdominalna bolečina.
- Znaki črevesne zapore, ki se kažejo kot krči, bolečine v trebuhu, siljenje na bruhanje in bruhanje. Vzrok za zaporo je lahko obstipacija ali zapora z razrastom neoplazme.
- Parastomalna kila (ibid.).

2.5 PARASTOMALNA KILA

Parastomalna kila predstavlja najpogostejši resnejši zaplet ob stomi. Nastane na mestu rane ob stomi in izgleda kot izboklina. Če stomo izpeljemo skozi premo trebušno mišico in ne od strani te mišice, je manjša verjetnost za pojav kile. Pomembno pri operaciji je tudi, da se ne naredi prevelike odprtine v trebušni steni. Dejavniki, ki vplivajo na nastanek parastomalne kile so tudi prevelika telesna teža, vnetje v rani, uživanje kortikosteroidov, kronične bolezni dihal, pa tudi podhranjenost (Jelenc, 2010).

Pojavnost parastomalne kile je pri 2 do 20 odstotkih kolostom in 2 do 5 odstotkih ileostom. Večinoma se pojavijo v prvih dveh letih po operaciji. Nastanejo pri starejših pacientih in pri tistih, ki kilo v trebušni steni že imajo (Jelenc, Juvan, 2007).

Parastomalna kila nastane zaradi prodora črevesnih vijug v podkožje. Vzrok nastanka kile je lahko tudi v oslabei mišični steni ali v nepravilni izpeljavi črevesa. Ta močno otežuje nameščanje kožnih podlog in vrečk. Povzroči lahko ukleščenje, ileus ali celo odmrtje dela črevesa. Komplikacijo lahko do neke mere omilimo z nošenjem trebušnega pasu, običajno pa je potrebna operacija, pri kateri kilo razrešimo in zožimo odprtino za izpeljavo črevesa. Najboljša rešitev zapleta je premestitev stome na primerno mesto in dobra zapora mesta parastomalne kile. Ob pojavu parastomalne kile je nadaljnja irigacija črevesa nevarna. Vijuga debelega črevesa je običajno ujeta med fascijo in kožo, tako da postane natakanje vode za irigacijo težko in izločitev vode težavna. Ker ne vemo, kako je zvito črevo v kili, lahko pri uvajanju izpiralne cevke pride do perforacije črevesa, ki je zelo resna komplikacija. Pri manjših parastomalnih kilah je prav, da se pacient in zdravnik z njimi sprijaznita, ker je ponovni kirurški poseg pogostokrat težek in ne povsem uspešen (Hribar, 2004).

Parastomalna kila predstavlja večji kirurški problem, še posebej pri pacientih, ki so se po operaciji močno zredili. Uspeh pri rekonstrukciji je negotov, tudi če se prestavi mesto stome na drugo stran trebuha (Koželj, 2004).

2.6 PREDOPERATIVNA PRIPRAVA PACIENTA NA OPERACIJO PRI IZPELJAVI STOME

Celostna obravnava stomista zajema psihično, fizično in socialno oskrbo. Nujna in neobhodna je fizična oskrba stomista. V kolikšni meri je pacient deležen psihične in socialne podpore, pa je odvisno od strokovnosti, občutka odgovornosti, volje in zavzetosti celotne negovalne skupine. Stomista naj bi obravnavali sistematično po procesu zdravstvene nege, vse postopke dokumentirali in zagotovili celostno obravnavo stomista tudi zunaj bolnišnice. Cilj je, da v čim krajšem času stomistu omogočimo neodvisnost in mu pomagamo doseči čim višjo raven dobrega počutja (Zver, 2004).

2.6.1 Psihična priprava pacienta

Psihična priprava pacienta na operacijo se ponavadi začne že, ko se poseg predvideva. Pri pripravi pacienta sodeluje zdravnik, ki ga bo operiral, enterostomalni terapevt, ki bo pacientu v psihično oporo pred in po operaciji, ter zdravstvena vzgojiteljica v procesu do njegove samostojne samooskrbe. Če pacient želi, v pripravo vključimo tudi osebo, ki ima stomo, saj bo tako dobil bolj prepričljiv občutek, da je možno z novo nastalo spremembo normalno živeti. Lažje verjame osebi, ki je že prehodila velik del poti po operaciji, kot medicinskim sestram, ki nimamo lastnih izkušenj. Potrebno je, da smo empatični, da se lahko vživimo v pacientovo stisko in razumemo, včasih na prvi pogled nerazumljivo pacientovo vedenje (Zapušek, 2007).

2.6.2 Fizična priprava pacienta

Za čim boljše pooperativno okrevanje pacienta je potrebno, da je dobro fizično pripravljen. Posebno pri starejših pacientih je potrebno, da poskrbimo za optimalno fizično kondicijo. Fizično pripravo pacienta na operacijo delimo na splošno, specifično in neposredno. Splošna priprava pacientov je ta, ko pacienti, ki so naročeni na programsko operacijo, s seboj prinesejo sveže izvide, ki so jih opravili ambulantno. To so rutinske preiskave krvi, pregled urina, rentgenska slika pljuč, EKG in UZ trebuha. Specifična priprava pacienta z obolenjem črevesja je usmerjena na pripravo prebavnega trakta in označitev stome. Pred operacijo je najbolj pomembno čiščenje črevesja. Medicinske sestre moramo biti pozorne na težave, ki nastanejo pri čiščenju, kot so slabost, napetost, bruhanje in krvavitev. Način čiščenja se nekoliko razlikuje glede na regije, določi ga zdravnik. Cilj čiščenja pa je pri vseh enak in sicer dobro očiščeno črevo. Pacient dan pred operacijo dobi še kosilo, pije tekočino, ter zvečer dva energetska napitka, ki pripomoreta k boljšemu pooperativnemu okrevanju. Pri neposredni pripravi pa poskrbimo za osebno higieno pacienta. Po jutranji negi zamenjamo osebno in posteljno perilo. Medicinske sestre ocenimo stanje pacienta z vidika sprememb, ki bi lahko vplivale na to ali bo operacija opravljena. Vse medicinsko tehnične intervencije in opažanja pri pacientu zabeležimo na poseben predoperativni list zdravstvene nege, ter list zdravstvene nege pacienta s stomo. Pred odhodom v operacijsko sobo preverimo še ostalo dokumentacijo in soglasje pacienta za operacijo in anestezijo (ibid.).

2.6.3 Predoperativna označitev stome

Predoperativno označevanje stome je postopek, ki ga uporabljamo v svetu že nekaj časa. Mnogi pooperativni zapleti so povezani z zelo slabo lego stome. Zaradi tega razloga je potrebno, da predoperativno označimo stomo. Označevanje stome pred operacijo je izbira mesta na trebuhu, kjer bo stoma izpeljana. Izbira mesta stome je prvi korak pri zagotavljanju, da bo pacient imel optimalno kakovostno življenje po operaciji. Slabo nameščena stoma lahko psihološko negativno vpliva na pacienta in izzove nepotrebne zaplete. Označevanje stome je pomemben del predoperativne priprave, saj mesto, kjer se bo izpeljala stoma neposredno vpliva na kakovost življenja pacienta in možnost, da skrbi za svojo stomo. Na splošno velja, da je označevanje mesta za stomo obveznost enterostomalnih terapevtov ali medicinskih sester, ki so opravili ustrezno usposabljanje in imajo ustrezno znanje in spretnosti. Enterostomalni terapevti morajo razumeti pomen individualnega pristopa do pacienta, prepoznati probleme, ki bi lahko ovirali proces označevanja stome, zmanjševati tveganja pooperativnih zapletov ter zagotoviti, da pacient uživa optimalno kakovost življenja. Pomembno je, da se zavedamo, da slabši položaj stome lahko povzroči veliko težav in da ima negativen vpliv na psihološko in čustveno zdravje pacienta. Dobro mesto stome povečuje neodvisnost pacienta pri samonegi in mu omogoča, da se brez kakršnihkoli težav, vrača k svojim vsakdanjim aktivnostim (Biočanin, 2011).

2.7 ENTEROSTOMALNA TERAPIJA

Zgodovina enterostomalne terapije je neločljivo povezana z razvojem kirurgije. Nedvomno so bili prvi primeri posledica nesreč, kirurških operacij, vojnih poškodb. Prve izpeljave črevesa so bile v začetku narejene skozi operativne rane, šele kasneje se je izoblikovala tehnika trepanacije trebušne stene in izpeljava skozi posebno odprtino. Več izkušenj so kirurgi pridobili v kriznih situacijah – vojnah, kjer je bilo število poškodb trebuha večje. S tem se je v urejenih razmerah izboljšala tudi tehnika operiranja (Košorok, 2007).

V Sloveniji sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji deluje pod okriljem Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. To so dodatno

usposobljene diplomirane medicinske sestre, ki so pridobile znanje in veščine za delo s stomisti, ranami in inkontinenco. Sekcija enterostomalne terapije deluje že od leta 1978, ko je zdravnik Pavle Košorok pripravil strokovno izobraževanje za medicinske sestre s področja enterostomalne terapije v Univerzitetnem kliničnem centru v Ljubljani. Prvo enterostomalno terapevtko, ki se je izšolala v tujini, smo v Sloveniji dobili leta 1981. Pri nas v Sloveniji smo prvo izobraževanje enterostomalne terapije izvedli leta 1992, danes pa že lahko govorimo o podiplomski klinični specializaciji pripravljeni za naslednjo generacijo enterostomalnih terapevtov (Kolnik et al., 2012).

Poleg zdravnika operaterja in osebnega zdravnika imajo pri oskrbi stomista pomembno vlogo enterostomalne terapevte. Enterostomalna terapija je specializacija zdravstvene nege. Enterostomalne terapevte se ukvarjajo z oskrbo stom in ran ter z inkontinenco. Največ pozornosti stomisti potrebujejo neposredno po operativnem posegu, ne smemo pa pozabiti, da se težave lahko pojavijo kadarkoli, tudi pri tistih, ki so na videz popolnoma samostojni in rehabilitirani (Dvoršak, 2004).

2.7.1 Pooperativna zdravstvena nega pacienta s stomo

V operacijski sobi pacientu namestimo prozorno vrečko na izpust, z ustrezno izrezano odprtino glede na velikost stome. Vrečke dva dni ne menjamo. Po operaciji stomo opazujemo in beležimo: barvo, znake slabe prekrvljenosti stome, mrtvino, velikost, izloček in prisotnost jezdeca. Preden se vrečka popolnoma napolni, izpraznimo izloček in pline, da ne bi teža ali povečan pritisk povzročila odstop vrečke. Pacient prve dni po operaciji opazuje naše delo. Vrečka, ki ne prepušča vonja, je dobro nameščena in preprečuje zatekanje vsebine. To je odločilno za pacientovo zaupanje medicinski sestri. Ko se pacient počuti bolje, ga pripravimo, da sodeluje pri oskrbi stome. Ob menjavi pripomočkov mu postopek razložimo. Pogovorimo se o morebitnih težavah. Nato postopek menjave pripomočkov za stomo razdelimo na več manjših delov in vključimo pacienta. Z njegovim strinjanjem vključimo tudi partnerja ali sorodnika, s katerim živi in tudi njega poučimo o negi stome. Njihovo sprejetje stome pacienta opogumi k obnovitvi dobre samopodobe. Ta čas je primeren tudi, da se pogovorimo o izbiri pripomočka za stomo in nabavi ter o odpustu. Pacient počasi postaja že neodvisen, uživa običajno hrano, je samostojen pri oskrbi stome in pripravljen na odpust iz bolnišnice. Če so družina in ostali sorodniki vključeni v vse stopnje privajanja na novo

oskrbo stome in pri tem podpirajo pacienta, se ta veliko lažje prilagodi. Sprejetje stome je dolg postopek, ki se prične šele ob odpustu. Pacientu priskrbimo zalogo pripomočkov za domov, dokler si jih ne bo uspel priskrbeti sam. Z njim se pogovorimo še o prehrani in spolnosti. Damo mu pisna navodila o oskrbi stome in druge potrebne informacije o posvetovalnicah ter prostovoljnih organizacijah (Dougherty, Lister, 2008).

Po operaciji se pacient sreča še s psihosocialnimi izzivi, ki lahko negativno vplivajo na kakovost njegovega življenja. Odvisnost in neudobje povzročata čustveno vznemirjenost, lahko depresijo, tesnobna stanja in obrambna stališča. Medicinske sestre pacientu nudimo podporo in poučevanje, s strani njegove družine pa je potrebna čustvena podpora za njegovo samostojnost. Rehabilitacija pomeni, da pacient lahko aktivno živi in obvlada oskrbo stome (Tomc, 2012).

V pooperativnem obdobju ima stomist veliko potrebo po telesni in psihični podpori medicinske sestre. V tem času so pri pacientu prisotne pooperativne bolečine, ki mu onemogočajo učenje samooskrbe in vplivajo na samostojno izvajanje določenih življenjskih aktivnosti. Iz istega razloga se pacienti niso sposobni zapomniti vseh informacij, ki jih dobijo v bolnišnici. Ob prihodu domov se pri stomistih pojavi še zmanjšan občutek varnosti, ki mu ga v bolnišnici daje prisotnost medicinskega osebja. To je obdobje, ko se stomist šele začneja spopadati z diagnozo svoje bolezni in posledicami. Stomista obravnavamo iz dveh osnovnih vidikov: fizičnega in psihičnega, pri čemer je večji poudarek zaradi hudih bolečin in izčrpanosti organizma po operativnem posegu na fizičnem stanju. Kar moramo pričakovati je, da ob prihodu v domače okolje stomist ni sposoben še samostojno izvajati nekaterih osnovnih življenjskih aktivnosti. V tem času najbolj potrebuje počitek, ustrezno prehrano in pomoč pri izvajanju določenih življenjskih aktivnosti (Petek, 2011).

2.7.2 Nega črevesnih izločalnih stom

Delo enterostomalnih terapevtk je usmerjeno k fizični pomoči stomista in hkratnem usposabljanju svojcev za pomoč pri začetnem učenju samooskrbe stomista. Učenje mora biti postopno in individualno, tudi s svojci. Stomist na začetku dojema šele osnovne napotke za ustrezno prehranjevanje, bolečine sprejema kot del rehabilitacije in ne kot poslabšanje bolezni, uravnava razmerje med počitkom in aktivnostjo, ter se

navaja na spremenjen način odvajanja. Enterostomalne terapije mu ponovno pojasnijo značilnosti pripomočkov, ki jih uporablja in ga hkrati začnejo pripravljati na dejstvo, da bo z njimi sčasoma moral ravnati sam. Ko je stomist dovolj fizično močan, ga začnejo učiti, kako zamenja vrečko pri kolostomi oz. ileostomi in kako prazni izloček iz vrečke (ibid.).

Primerna nega in oskrba stome, kot se jo je pacient naučil v bolnišnici, je prav tako pomembna tudi v domačem okolju. Negovanje predela okrog stome je enako intimni negi z uporabo blagega mila in vode. V osnovno skrb za stomo je vključeno tudi spremljanje režima izločanja in posebnosti izločenega blata ter ukrepanje ob zaznanih odstopanjih in zapletih. Pred pričetkom dela moramo najprej pripraviti vse potrebno za nego in oskrbo stome. Če je možno, postopek vedno izvajamo v prostoru, kjer je ureditev pacienta najmanj motena. Menjave pripomočkov morajo biti prilagojene posamezniku in vrsti stome. Priporočeno je, da se menjava dela v rednih časovnih razmikih oz. po potrebi. Pripomočki, ki jih potrebujemo za nego stome so: vlažne in suhe krpice za čiščenje, blago milo, tekoča voda, merilce za izrez kožne podloge, kožna podloga in vrečka, škarje, flomaster, vrečka za odpadke, ogledalo (Kolnik et al., 2012).

2.7.3 Izbira ustreznega pripomočka za oskrbo stome

Medicinske sestre lahko s poznavanjem vseh vrst pripomočkov in z delovnimi izkušnjami izberemo ustrezen pripomoček za vsakega stomista. Zavedati se moramo, da je vsaka stoma posebna. Zato pri izbiri varnega in zanesljivega pripomočka za stomista potrebujemo veliko znanja in izkušenj. Če se pri oskrbi stome pojavijo težave, moramo stomista poznati v celoti, saj stoma, ki jo dobi, vpliva na njegovo celotno osebnost. Že sama izbira primerne pripomočka je izrednega pomena, saj človeku spremeni način življenja. Šele takrat, ko stomist zaupa svojemu pripomočku, se lahko začne pot njegove rehabilitacije. Izbira ustreznega pripomočka za oskrbo stome je včasih težka, saj je veliko stom slabo kreiranih in take stome stomistu povzročajo težave pri negi (Petek, 2011).

Pripomočki za nego in oskrbo stome omogočajo zbiranje izločkov iz stome, ščitijo kožo okoli stome, so enostavni in prilagojeni za posamezno vrsto izločalne stome. Izbira sistema in vrste kožne podloge morata biti prilagojena vsakemu posamezniku ter morata

imeti možnost najboljše namestitve na kožo. Izbor zbiralne vrečke je odvisen od gostote in vrste izločka (Kolnik et al., 2012).

Med pripomočke za oskrbo stome spadajo:

- Pooperativni set, ki ga namestimo že v operacijski sobi in je sterilen. Vrečka za stomo je prozorna in ima okno, ki omogoča opazovanje in lažji dostop za nego stome.
- Enodelni sistem, ki je sestavljen iz enega dela, kjer je kožna podloga sestavni del vrečke, ki se namešča in odstranjuje kot celota. Enodelni sistem je tanjši, bolje se prilega obliki in gubam telesa, menjava pa je pogostejša. Pri pripomočku z vrečko brez izpusta moramo sistem menjati, ko se vrečka napolni do polovice. Pri sistemu, kjer je vrečka na izpust, pa vsebino praznimo, ko je ta napolnjena do ene tretjine, največ polovice. Sistemi imajo lahko odprtino za stomo že izrezano v standardni velikosti ali pa odprtino sami prilagodimo glede na velikost z izrezovanjem.
- Dvodelni sistem, ki je sestavljen iz kožne podloge in vrečke. Ta dva dela sistema morata biti skladna, zato vrečk in kožnih podlog različnih proizvajalcev medsebojno ne moremo sestavljati. Kožna podloga pri dvodelnem sistemu lahko ostane nameščena tri do štiri dni, vrečko pa menjavamo dnevno. Kožna podloga je namenjena ščititvi kože pred izločki in je iz kože prijaznega materiala. Pred namestitvijo jo dobro ogrejemo z rokami. Izrežemo jo tako, da je čim bolj prilagajena velikosti in obliki stome. Odprtina, ki jo izrežemo, mora segati ena do dva milimetra čez rob stome, znotraj obročka naj bi ostalo še za prst kožne podloge. Izbočeno (konveksno) podlogo pa uporabljamo pri ugreznjenih stomah. Z uporabo te vrste podloge se izboklina na kožni podlogi bolje prilagodi stomi. S tem preprečimo zatekanje izločkov pod kožno podlogo. Vrečke so namenjene zbiranju stomalnih izločkov. Prilagojene morajo biti vrsti stome in enostavne za nameščanje. Vrečke naj praviloma ne bi prepuščale neprijetnega vonja, ker imajo v steni nameščen filter. Pri tuširanju ali plavanju je dobro, da na filter nalepimo samolepilno nalepko, saj z njenim odlepljanjem lahko iz vrečke spustimo zrak. V filtru je oglje, ki nevtralizira neprijetne vonjave, če pa ga zmočimo, ne deluje več. Vrečke brez izpusta nam v času uporabe ne omogočajo

praznjenja in imajo filter. Namenjene so za oskrbo stom, pri katerih se izloča čvrsto blato (kolostome). Vrečke z izpustom pa nam omogočajo praznjenje skozi odprtino na spodnjem delu. Po izpraznitvi izpust umijemo pod tekočo vodo in osušimo. Take vrečke uporabljamo pri črevesnih izločalnih stomah, kjer je blato tekoče do kašasto.

- Irigacijski set je pripomoček, ki omogoča izpiranje črevesne vsebine iz stome. Preko posebnega nastavka skozi stomo v črevo spustimo vodo, s čimer izpraznimo črevesno vsebino v posebno zbiralno vrečko. Postopek irigacije poteka približno eno uro in omogoča pacientu, da si sam izbere najustrežnejši čas za izločanje. Namen irigacije je, da dosežemo izpraznitev črevesa, ki nam zagotavlja, da stoma naslednjih 12 ur ne izloča plinov in 24–48 ur ne izloča blata. Zbiralna vrečka pri irigaciji ni potrebna, zadostuje že stoma kapa ali stomalni čep. Irigacija črevesa je priporočena šele nekaj časa po operaciji. Izvajajo jo sami pacienti, ki imajo končno kolostomo in nimajo zapletov s stomo, zato je pred pričetkom irigacije potreben pogovor z zdravnikom operaterjem. Pogosta ovira za irigacijo je tudi starost pacienta in spremljajoče bolezni. Prvič irigacijo opravi enterostomalna terapevtka, nato lahko že pacient sam (ibid.).

Pri pojavu parastomalne kile pa se priporoča uporaba konveksnih kožnih podlog, ki s svojo obliko raztegnejo kožo okoli stome ali pa zapolnijo neravno parastomalno okolje (Petek, 2010).

2.7.4 Pomoč pacientu s stomo pri sprejemanju samopodobe

Stoma je za vsakega človeka velika življenjska preizkušnja. Vsak stomist mora biti deležen posebne obravnave enterostomalne terapevtke, saj se istočasno spremenita telesna podoba in funkcija odvajanja, ki postane neprijetna. Stoma, s pomočjo katere po posegu stomist odvaja, je locirana na trebuhu, kar je za človeka nenormalno in zelo stresno stanje. V večini primerov so stomisti onkološki pacienti, ki se poleg spremenjene telesne podobe, bolečimi diagnostičnimi in terapevtskimi posegi, spopadajo tudi z dolgotrajnim strahom pred širjenjem bolezni. Sami se morajo soočiti z boleznijo. Pri osebah s stomo adaptacija poteka v valovih. Ko se že zdi, da rehabilitacija

lepo napreduje, pogosto ponovno nastopi regresija. Naloga medicinskih sester je, da smo pozorne na vzpone in padce in da ustrezno prilagodimo negovalne intervencije za ohranjanje energije, strukture in osebne integritete. Zavedati se moramo, da stomist postane samostojen šele takrat, ko stomo sprejme in z lastnimi izkušnjami pridobi zaupanje v svojo sposobnost pravilne samooskrbe (Petek, 2011).

Pri stomistu se vpliv spremenjene telesne podobe lahko kaže kot slabotnost, ranljivost, neprivlačnost in občutek stigme. Ta lahko traja tudi do deset let. Kakovost življenja se v prvem letu po operaciji postopoma večja. Pri starejših ljudeh je na začetku višja kot pri mlajših, nato starejši ljudje obstanejo, mladi pa kakovost še vedno večajo. Integralni del življenja je spolnost in je tesno povezana s telesnim izgledom. Stoma ima pomemben vpliv na intimnost in spolna razmerja pacienta in njegovega partnerja, zato je ključnega pomena podpora in vzpodbuda k odkritim pogovorom (Tomc, 2012).

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen raziskave je bil ugotoviti, kako pogosto je pri naključno izbranih stomistih iz invalidskega društva ILCO Gorenjska, prišlo do pojava parastomalne kile. Cilj diplomskega dela je ugotoviti pogostnost pojava parastomalne kile pri stomistih, kateri so najpogostejši dejavniki za pojav parastomalne kile in nivo znanja stomistov o samostojnosti pri negi stome.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na podlagi pregleda tuje in domače literature ter na podlagi zastavljenih ciljev smo postavili naslednja raziskovalna vprašanja:

- Kakšen je pomen predoperativne označitve mesta stome z vidika pogostnosti nastanka parastomalne kile?
- Kakšna je verjetnost, da pri pacientih s povečano telesno težo, pogosteje pride do nastanka parastomalne kile?
- Kakšna je verjetnost, da imajo pacienti, ki opravljajo težja fizična dela, večjo možnost za pojav parastomalne kile?
- Kakšna je verjetnost, da so pacienti s kolostomo bolj podvrženi nastanku parastomalne kile kot pacienti z ileostomo?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Za raziskavo smo uporabili kvantitativno metodo dela. V teoretičnem delu diplomskega dela smo uporabili metodo pregleda domače in tuje literature. Zbrali smo strokovno literaturo od letnice izdaje 2002 do 2013, ki je dostopna v splošnih in strokovnih knjižnicah. Uporabili smo tudi starejše vire literature, saj je bilo novejših literature premalo. V pomoč so nam bili tudi elektronski viri s področja zdravstvene nege Cinahl in Pub Med, virtualna knjižnica Cobiss in brskalnik Google.si. Za iskanje literature smo

uporabili ključne besede: stomist, zdravstvena nega stome, parastomalna kila, enterostomalni terapevt.

V empiričnem delu smo uporabili deskriptivno in kavzalno–neeksperimentalno metodo zbiranja podatkov s pomočjo vprašalnika, ki vsebuje Likertovo lestvico. Raziskavo smo izvedli s pomočjo stomistov iz invalidskega društva ILCO Gorenjska.

3.3.2 Opis instrumenta

Za analizo podatkov smo pripravili in obdelali 40 vprašalnikov. Uporabili smo anketni vprašalnik, ki smo ga sestavili na podlagi zbrane strokovne literature. Zajemal je 6 vprašanj odprtega tipa in 33 vprašanj zaprtega tipa. Prvi del vprašalnika je vseboval demografske podatke, drugi del pa je bil sestavljen iz trditev oziroma petstopenjske Likertove lestvice, kjer so se anketiranci opredelili glede na stopnjo strinjanja z ocenami od 1 do 5, kar pomeni: 1 – nikakor se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – sem neopredeljen, 4 – se strinjam, 5 – se popolnoma strinjam. S tem smo pridobili podatke, ki se nanašajo na obravnavo pacienta z obolenjem črevesa pred operativnim posegom, zdravstveno nego po operaciji in pogled pacienta na celotno zdravljenje. Anketna raziskava je bila zaupna in anonimnega tipa. To smo izvedli tako, da smo k vsakem vprašalniku priložili ovojnico, kamor je izpolnjeni anketni vprašalnik vložil stomist, ki je sodeloval v anketni raziskavi in nam jo poslal na že napisan naslov.

3.3.3 Opis vzorca

V raziskavo je bila vključena skupina oseb s stomo iz invalidskega društva ILCO Gorenjska. Predsednici Gorenjske sekcije društva ILCO, gospe Ireni Kalan, smo po predhodnem dogovoru poslali vprašalnike na temo diplomskega dela. Gospa Kalan je vprašalnike razdelila stomistom, ki so želeli sodelovati v anketni raziskavi. Invalidsko društvo ILCO v Gorenjski regiji trenutno obiskuje 86 stomistov.

V raziskavi je sodelovalo 40 pacientov s stomo, od tega 20 (50 %) žensk in 20 (50 %) moških. Največ in sicer 25 (62,5 %) jih ima kolostomo, 8 (20 %) ima ileostomo, urostomo pa ima 7 (17,5 %) udeležencev raziskave. Glede na izobrazbo jih ima 22 (55 %) dokončano poklicno šolo, 7 (17,5 %) ima višjo oz. visokošolsko izobrazbo, prav toliko ima nedokončano ali dokončano osnovno šolo, 4 udeleženci (10 %) pa imajo

univerzitetno izobrazbo. Velika večina (36 udeležencev, 90 % vzorca) opravlja lažje fizično delo, nihče pa ne opravlja težjega fizičnega dela. 22 (55 %) jih živi z družino, 16 (40 %) pa s partnerjem. Največ in sicer 31 (77,5 %) je poročenih, 5 (12,5 %) jih živi v izvenzakonski zvezi, 4 udeleženci (10 %) pa so samski (tabela 1).

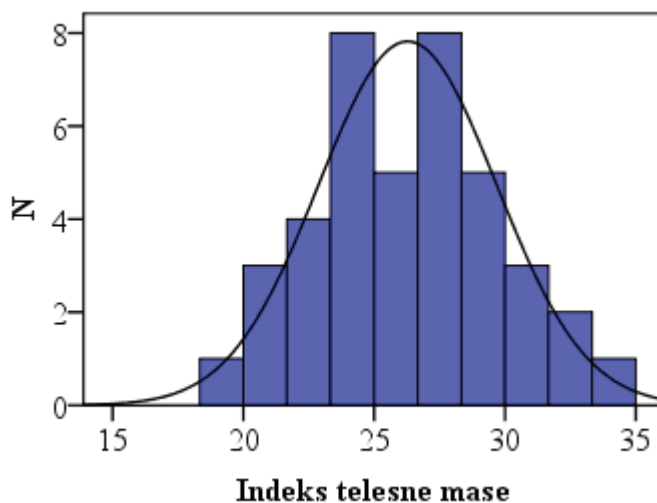
Tabela 1: Opis vzorca (spol, vrsta stome, izobrazba, delo, bivanje, stan):

		n	%
Spol	ženski	20	50,0 %
	moški	20	50,0 %
Vrsta stome, ki jo imate	kolostoma	25	62,5 %
	ileostoma	8	20,0 %
	urostoma	7	17,5 %
Izobrazba	nedokončana osnovna šola/osnovna šola	7	17,5 %
	poklicna šola	22	55,0 %
	višješolska/visokošolska izobrazba	7	17,5 %
	univerzitetna izobrazba	4	10,0 %
Delo, ki ga opravljate	lažje fizično delo	36	90,0 %
	pisarniško delo	3	7,5 %
	drugo	1	2,5 %
Kje živite?	pri starših	1	2,5 %
	s partnerjem	16	40,0 %
	sam	1	2,5 %
	z družino	22	55,0 %
Stan	samski	4	10,0 %
	poročen	31	77,5 %
	izvenzakonska zveza	5	12,5 %

Povprečna starost udeležencev je 65 let, najmlajši ima 47 let, najstarejši pa 78 let. Povprečna starost ob operaciji je 55 let, ena od stomistov je bila operirana pri dveh letih, ena pa je bila stara 75 let, ko so jo operirali. Teža udeležencev se giblje med 50 in 94 kilogrami, povprečna teža pa je 75 kilogramov, višina udeležencev pa se giblje med 150 in 184 centimetri, v povprečju pa so udeleženci visoki 169 centimetrov. Iz teže in višine smo izračunali indeks telesne mase (ITM) po formuli:

$$ITM = \frac{Teža (kg)}{Višina (m)^2}$$

Indeks telesne mase udeležencev je med 19,05 in 33,71, v povprečju pa je indeks telesne mase udeležencev 26,28, porazdelitev je razvidna iz (slika 1, tabela 2).

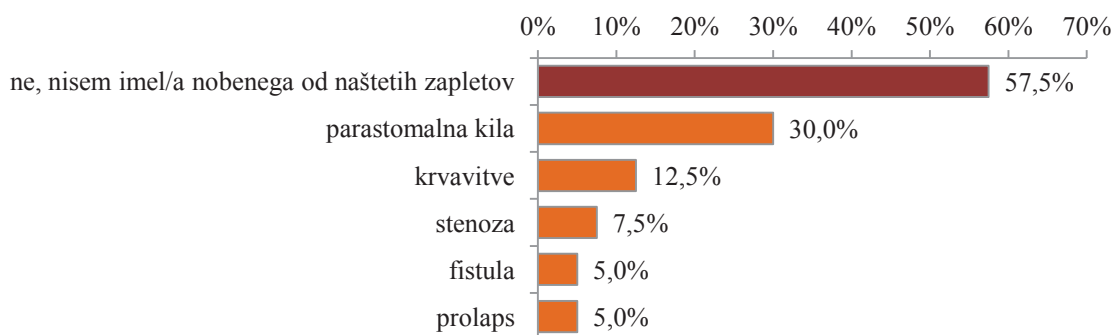


Slika 1: Histogram indeksa telesne mase

Tabela 2: Opis vzorca (starost, starost ob operaciji, teža, višina, ITM)

	Starost	Starost ob operaciji	Teža (kg)	Višina (cm)	Indeks telesne mase
N	40	40	40	40	40
Povprečje	65,58	54,88	74,85	168,73	26,2753
Mediana	70,00	56,50	73,50	169,50	26,3478
Standardni odklon	9,443	13,305	11,095	8,286	3,40065
Asimetrija	-,592	-1,695	-,246	-,155	,112
Sploščenost	-,890	5,207	-,393	-,548	-,415
Minimum	47	2	50	150	19,05
Maksimum	78	75	94	184	33,71

Da so pri negi stome samostojni, je odgovorilo 37 (92,5 %) udeležencev, eden je odgovoril, da je samostojen le delno, dva pa sta odgovorila, da pri negi stome nista samostojna. 23 udeležencev (57,5 %) ni imelo nobenih (od naštetih) pooperativnih zapletov, parastomalno kilo so ugotovili pri 12. (30 %) udeležencih, 5 (12,5 %) jih je krvavelo, stenoza se je pojavila pri treh udeležencih (7,5 %), pri dveh udeležencih (5 %) pa je prišlo do fistule oz. prolapsa npr. (slika 2).



Slika 2: Pooperativni zapleti

Od dvanajstih, pri katerih se je pojavila parastomalna kila, se je pri treh pojavila takoj oz. v treh dneh po operaciji, pri štirih se je parastomalna kila pojavila v dveh do šestih mesecih po operaciji, pri petih pa se je pojavila eno leto po operaciji ali kasneje.

Z oskrbo stome ni imelo nobenih težav 31 (77,5 %) udeležencev v raziskavi, pri petih (12,5 %) se je pojavilo vnetje, pri treh (7,5 %) je odstopila vrečka za stomo, pri treh se je pojavila oteklina okoli stome, pri dveh udeležencih (5 %) pa je prišlo do zapore stome, ugreznjene stome ali pa je kožna podloga slabo tesnila. Ostale težave, ki so jih udeleženci (enkrat) omenili so ponovna operacija, neizkušnost in nespretnost ter krvavitve.

3.3.4 Opis obdelave podatkov

Raziskavo smo izvedli v mesecu marcu 2013 po predhodnem telefonskem pogovoru in pisnemu soglasju predsednice invalidskega društva ILCO Gorenjska, gospe Irene Kalan. Anketna raziskava je bila zaupna in anonimnega tipa. To smo zagotovili s tem, da so anketiranci vprašalnike izpolnjevali zasebno v invalidskem društvu oz. doma.

Pridobljene rezultate anketne raziskave smo nato pregledali, če so izpolnjeni v celoti, kasneje pa obdelali s pomočjo programa SPSS, verzija 17.0. Iz pridobljenih rezultatov smo izračunali povprečno vrednost ter standardni odklon. Rezultate smo predstavili s pomočjo tabel in jih besedno interpretirali.

3.4 REZULTATI

Anketiranci so odgovarjali na vprašanja, s pomočjo katerih smo pridobili podatke, ki nam prikažejo obravnavo pacienta pred operativno izpeljavo črevesne stome, pogostnost pojava parastomalne kile in drugih pooperativnih zapletov ter samostojnost pri negi stome.

Anketiranci so odgovarjali, v kolikšni meri se strinjajo tudi s trditvami, ki se nanašajo na stomo. Strinjanje s trditvami so ocenjevali po lestvici:

1. nikakor se ne strinjam,
2. se ne strinjam,
3. sem neopredeljen/a,
4. se strinjam,
5. se popolnoma strinjam.

Tabela 3: Zadovoljstvo stomistov z zdravstveno oskrbo (1. del)

	Ocena strinjanja (n (%))					N	M	SD
	1	2	3	4	5			
V obdobju po operaciji je bilo zdravstveno osebje do mene razumevajoče.	4 (10)	2 (5)	7 (17,5)	7 (17,5)	20 (50)	40	3,9 3	1,3 5
V obdobju pred operacijo je bilo zdravstveno osebje do mene razumevajoče.	3 (7,5)	3 (7,5)	8 (20)	8 (20)	18 (45)	40	3,8 8	1,2 8
V obdobju po operaciji me je zdravstveno osebje vzpodbujalo k pozitivnemu pogledu na moje zdravstveno stanje.	5 (12,5)	2 (5)	8 (20)	4 (10)	21 (52,5)	40	3,8 5	1,4 4
V obdobju pred operacijo me je zdravstveno osebje vzpodbujalo k pozitivnemu pogledu na moje zdravstveno stanje.	4 (10)	3 (7,5)	6 (15)	10 (25)	17 (42,5)	40	3,8 3	1,3 4
Pred operacijo mi je kirurg natančno razložil potek zdravljenja.	6 (15)	4 (10)	5 (12,5)	5 (12,5)	20 (50)	40	3,7 3	1,5 4
Po operaciji sem bil/a pozitivno naravnana/a glede svojega nadaljnjega življenja s stomo.	3 (7,5)	4 (10)	11 (27,5)	5 (12,5)	17 (42,5)	40	3,7 3	1,3 2
Medicinska sestra mi je jasno predstavila pripomočke za nego stome.	5 (12,5)	5 (12,5)	5 (12,5)	11 (27,5)	14 (35)	40	3,6	1,4 1
Medicinska sestra me je ves čas vzpodbujala k samooskrbi stome.	5 (12,5)	5 (12,5)	6 (15)	11 (27,5)	13 (32,5)	40	3,5 5	1,4
S pripomočki za nego stome nisem imel/a težav.	6 (15)	6 (15)	7 (17,5)	5 (12,5)	16 (40)	40	3,4 8	1,5 2
V prvih dneh po operaciji sem imel možnost praktičnega učenja oskrbe stome.	8 (20)	5 (12,5)	4 (10)	10 (25)	13 (32,5)	40	3,3 8	1,5 5
Diagnoza me je presenetila.	9 (22,5)	5 (12,5)	5 (12,5)	6 (15)	15 (37,5)	40	3,3 3	1,6 2
Razložili so mi različne načine lajšanja bolečine po operaciji.	9 (22,5)	4 (10)	11 (27,5)	6 (15)	10 (25)	40	3,1	1,4 8
Po operaciji sem imel/a težave s kožo okoli stome.	10 (25)	5 (12,5)	7 (17,5)	9 (22,5)	9 (22,5)	40	3,0 5	1,5 2
Pred operacijo sem imel/a razgovor z enterostomalno terapevtko.	13 (32,5)	3 (7,5)	8 (20)	3 (7,5)	13 (32,5)	40	3	1,6 8

N – število odgovorov, M – povprečje, SD – standardni odklon

Tabela 4: Zadovoljstvo stomistov z zdravstveno oskrbo (2. del)

	Ocena strinjanja (n (%))					N	M	SD
	1	2	3	4	5			
Pred operacijo mi je enterostomalna terapevtka označila mesto stome.	17 (42,5)	2 (5)	2 (5)	3 (7,5)	16 (40)	40	2,9 8	1,8 7
Pred operacijo sem bil/a obveščen/a o možnih zgodnjih in poznih zapletih zaradi stome.	10 (25)	5 (12,5)	10 (25)	6 (15)	9 (22,5)	40	2,9 8	1,4 9
Lestvico za oceno bolečine so mi pred operacijo razumljivo razložili.	11 (27,5)	9 (22,5)	5 (12,5)	4 (10)	11 (27,5)	40	2,8 8	1,6
Čas od diagnoze do operacije se mi je zdel dolg.	12 (30)	5 (12,5)	9 (22,5)	7 (17,5)	7 (17,5)	40	2,8	1,4 9
Po operaciji sem imel/a težave z odvajanjem po stomi.	12 (30)	4 (10)	13 (32,5)	5 (12,5)	6 (15)	40	2,7 3	1,4 1
V razgovoru pred operacijo so me poučili o ustrezni prehrani.	16 (40)	3 (7,5)	8 (20)	6 (15)	7 (17,5)	40	2,6 3	1,5 6
Pred operacijo so bili pri razgovoru s kirurgom prisotni tudi moji svojci.	18 (45)	5 (12,5)	5 (12,5)	3 (7,5)	9 (22,5)	40	2,5	1,6 5
Ustreznost označenega mesta stome v sedečem, ležečem in stoječem položaju sem preizkusil.	17 (42,5)	6 (15)	9 (22,5)	1 (2,5)	7 (17,5)	40	2,3 8	1,5

N – število odgovorov, M – povprečje, SD – standardni odklon

3.4.1 Preverjanje raziskovalnih vprašanj

Raziskovalna vprašanja smo preverjali s T-testom za neodvisne vzorce in χ^2 -testom. Zaradi majhnosti vzorca obstaja verjetnost, da je pri rezultatih χ^2 -testa prišlo do napake drugega reda, da torej statistično značilne povezanosti med spremenljivkami nismo ugotovili, čeprav le-ta obstaja. Za bolj zanesljive rezultate bi torej potrebovali večji vzorec.

3.4.2 Raziskovalno vprašanje 1

RV1: »Kakšen je pomen predoperativne označitve mesta stome z vidika pogostnosti nastanka parastomalne kile?«.

Do parastomalne kile je prišlo pri 28 % udeležencev, ki so jim mesto stome predoperativno označili ter pri 33,3 % udeležencev, ki jim mesta stome niso predoperativno označili, kljub večjemu deležu slednjih, pa glede na χ^2 -test ni mogoče

trditi, da obstaja statistično značilna razlika med predoperativno označitvijo mesta stome ter pojavnostjo peristomalne kile ($\chi^2 = 0,127$, $p = 0,722$) (tabela 5).

Tabela 5: Križna tabela (predoperativna označitev mesta stome s parastomalno kilo)

		Ali so vam mesto stome predoperativno označili?		Skupaj
		da	Ne	
Parastomalna kila	Ne	N 18	Ne 10	28
		% (stolpec) 72,0%	66,7%	70,0%
	Da	N 7	5	12
		% (stolpec) 28,0%	33,3%	30,0%
Skupaj		N 25	15	40
		% (stolpec) 100,0%	100,0%	100,0%

$\chi^2 = 0,127$, $p = 0,722$

3.4.3 Raziskovalno vprašanje 2

RV2: »Kakšna je verjetnost, da pri pacientih s povečano telesno težo pogosteje pride do nastanka parastomalne kile«.

S t-testom za neodvisne vzorce smo preverili, če je indeks telesne mase statistično značilno nižji pri udeležencih, pri katerih ni prišlo do parastomalne kile, kot pri tistih, pri katerih je do le-te prišlo.

Povprečni indeks telesne mase udeležencev, pri katerih se parastomalna kila ni pojavila, je 25,46, pri tistih, pri katerih pa se je pojavila parastomalna kila, pa je povprečni indeks telesne mase 28,2, razlika pa je statistično značilna ($t = -2,478$, $p = 0,018$). Sklepamo torej lahko, da obstaja verjetnost, da pri pacientih s povečano telesno težo pogosteje pride do nastanka parastomalne kile (tabela 6).

Tabela 6: Primerjava indeksa telesne mase med udeleženci s parastomalno kilo in udeleženci brez parastomalne kile (t-test za neodvisne vzorce)

Indeks mase	Parastomalna kila		N	M	SD	SE	t	p (2.sm.)
	Ne	Da						
	Ne		28	25,4555	2,93135	,55397	-2,478	0,018
	Da		12	28,1880	3,76934	1,08812		

N – število, M – povprečje, SD – standardni odklon, SE – standardna napaka povprečja

3.4.4 Raziskovalno vprašanje 3

RV3: »Kakšna je verjetnost, da imajo pacienti, ki opravljajo težja fizična dela, večjo možnost za pojav parastomalne kile?«.

V vzorcu ni noben udeleženec odgovoril, da opravlja težja fizična dela, zato na podlagi rezultatov empirične raziskave ni bilo mogoče odgovoriti na tretje raziskovalno vprašanje.

3.4.5 Raziskovalno vprašanje 4

RV4: »Kakšna je verjetnost, da so pacienti s kolostomo bolj podvrženi nastanku parastomalne kile kot pacienti z ileostomo?«.

Do parastomalne kile je prišlo pri 28 % udeležencev s kolostomo ter pri 50 % udeležencev z ileostomo, kljub večjemu deležu slednjih, pa glede na χ^2 -test ni mogoče trditi, da obstaja statistično značilna razlika med vrsto stome ter pojavnostjo parastomalne kile ($\chi^2 = 1,320$, $p = 0,251$) (tabela 7).

Glede na križno tabelo bi torej prej lahko sklepali obratno, da so pacienti z ileostomo bolj podvrženi nastanku parastomalne kile kot pacienti s kolostomo, saj je do parastomalne kile pogosteje prišlo pri udeležencih z ileostomo (v primerjavi z udeleženci s kolostomo), rezultate pa je zaradi majhnosti vzorca ponovno treba jemati z močnimi zadržki. Za bolj zanesljive rezultate bi torej potrebovali večji vzorec, predvsem na račun udeležencev z ileostomo, katerih je v vzorcu le 8.

Tabela 7: Križna tabela (vrsta stome s parastomalno kilo)

		Vrsta stome		Skupaj	
		Kolostoma	Ileostoma		
Parastomalna kila	Ne	N	18	4	22
		% (stolpec)	72,0%	50,0%	66,7%
	Da	N	7	4	11
		% (stolpec)	28,0%	50,0%	33,3%
Skupaj		N	25	8	33
		% (stolpec)	100,0%	100,0%	100,0%

$\chi^2 = 1,320, p = 0,251$

3.5 RAZPRAVA

V Sloveniji imamo malo ambulant, ki so namenjene samo ljudem s stomo, pa vendar veliko v primerjavi z drugimi državami. Zaskrbljujoče je to, da ima Slovenija le 69 enterostomalnih terapevtk, ki delujemo v bolnišnicah in na terenu. Nekatere od teh nimamo več neposrednega stika s stomisti. Upravičeno se sprašujemo, če so stomisti kljub velikemu številu usposobljenih strokovnjakinj deležni dovolj strokovne obravnave s strani zdravstvenega osebja. Medicinske sestre lahko s pravočasnim in ustreznim informiranjem stomistov pripomoremo k hitrejšemu vključevanju posameznikov v vsakdanje življenje (Kolnik et al., 2008).

V raziskavi je sodelovalo 40 pacientov s stomo, od tega 50 % žensk in 50 % moških. Povprečna starost anketirancev zajetih v raziskavi je bila 65 let, povprečna starost ob operaciji pa je bila 55 let. Raziskava, ki smo jo izvedli v invalidskem društvu ILCO Gorenjska, je pokazala, da je večina stomistov pred operacijo pridobila potrebno podporo in znanje glede oskrbe stome. Udeleženci so se najbolj strinjali s trditvijo, da je bilo zdravstveno osebje do njih razumevajoče (povprečna ocena je 3,93).

V raziskavi smo ugotovili, da je bilo 42,5 stomistov po operaciji pozitivno naravnanih glede svojega nadaljnega življenja s stomo po zaslugi zdravstvenega osebja, ki jih je vzpodbujalo k pozitivnemu pogledu na zdravstveno stanje. Prav tako so na pozitiven pogled na življenje stomistov vplivali pogovori kirurga pred operacijo. 50% anketirancev trdi, da so imeli pred operacijo ustrezen in natančen pogovor z njim o

poteku zdravljenja, 15% pa jih trdi, da se s tem sploh ne strinjajo. Zelo dobro je, da so pri pogovoru s kirurgom prisotni tudi svojci pacienta, saj bodo prvi, ki mu bodo nudili pomoč na domu. Iz anketne raziskave je razvidno, da je 23 udeležencev odgovorilo, da svojci niso bilo prisotni pri pogovoru s kirurgom, 5 pa jih je bilo neopredeljenih.

V raziskavi je 37,5 % pacientov odgovorilo, da jim pred operacijo enterostomalne terapevtke niso označile mesta stome, najmanj pa so se strinjali s trditvijo, da so preizkusili ustreznost označenega mesta stome v sedečem, ležečem in stoječem položaju (povprečna ocena je 2,38). Razvidno je tudi, da približno polovica pacientov pred operacijo sploh ni imela razgovora z enterostomalnim terapevtom.

Čedalje manj so pacienti pasivni, zato je pomembna tudi visoka stopnja zadovoljstva stomistov s svojim novim življenjem. Stomisti imajo možnost, da izbirajo in sprejemajo odločitve tako glede svojega zdravja kot načina življenja. Pacient s stomo potrebuje svetovanje, kako doseči kakovostno življenje kljub spremenjeni telesni podobi in kako se ponovno vključiti v socialno življenje brez občutka sramu ali zadrege zaradi drugačnosti. Zato je vloga enterostomalne terapevtke v celostni obravnavi stomista zelo pomembna, saj se nadaljuje še v pacientovem domačem okolju. Informiranje, prepoznavanje individualnih potreb, komunikacija, učenje samonege stome, pomoč pri izbiri ustreznih pripomočkov, fizična in psihična podpora so najpomembnejše naloge enterostomalne terapevtke (Petek, 2010).

V raziskavi nas je zanimalo ali je medicinska sestra – enterostomalna terapevtka ustrezno in jasno predstavila pripomočke za nego stome in ali so bili deležni zadostnega učenja samooskrbe stome. Raziskava je pokazala, da se več kot polovica stomistov strinja, da je bila deležna ustrezne predstavitve pripomočkov za stomo, 37,5 % pa se jih ne strinja oz. so neopredeljeni glede tega. Več kot polovica se jih prav tako strinja, da so dobili ustrezno vzpodbudo s strani medicinske sestre o samooskrbi stome.

Število stomistov je v zadnjih letih vedno večje, s tem pa se pojavljajo številni zapleti. Najpogostejše so spremembe na koži okoli stome. Vnetja in poškodbe kože, infekcije ter alergije lahko preprečimo s pravilnim in pravočasnim učenjem pacienta o ravnanju s stomo ter pripomočki (Planinšek, 2007).

Zanimalo nas je, če so bili pacienti pred operacijo obveščeni o možnih pooperativnih zapletih in ugotovili, da se jih je s to trditvijo strinjalo le 15 (37,5 %) od 40 anketiranih. S pomočjo anketne raziskave smo hoteli ugotoviti, kateri zapleti so se najpogosteje pojavili po operaciji, najbolj pa nas je zanimala pogostnost pojava parastomalne kile pri stomistu. Parastomalna kila se je pojavila pri 30 % anketiranih stomistov. Glede na indeks telesne mase lahko sklepamo, da obstaja verjetnost, da je pri pacientih s povečano telesno težo pogosteje prišlo do nastanka parastomalne kile. Povprečni indeks telesne mase udeležencev, pri katerih se parastomalna kila ni pojavila je 25,46, pri tistih, pri katerih se je parastomalna kila pojavila, pa je povprečni indeks telesne mase 28,2, razlika pa je statistično značilna ($t = -2,478$, $p = 0,018$). O ustrezni prehrani po operaciji je bilo poučenih le 13 stomistov.

Francoska zveza stomistov je objavila študijo o pojavnosti parastomalne kile. Primernih za študijo je bilo 782 pacientov. Povprečno trajanje spremljanja teh pacientov je bilo 10 let. Poročala sta 202 pacienta (25.6 %) o pojavnosti parastomalne kile v roku 18 mesecev po izpeljavi stome. V multivariantnih analizah so pacienti z ileostomo imeli manjše tveganje za razvoj parastomalne kile kot pacienti s kolostomo, tveganje za nastanek pa je povečala starost nad 60 let in parastomalni zapleti v času ustvarjanja stome (Ripoche et al., 2011).

Glede na našo raziskavo ne moremo trditi, da do pojava parastomalne kile pride pogosteje pri pacientih s kolostomo, saj je raziskava pokazala pojav parastomalne kile le pri 28 % udeležencev v raziskavi s kolostomo ter pri 50 % udeležencev z ileostomo. Glede na ugotovitve bi lahko sklepali, da so pacienti z ileostomo bolj podvrženi nastanku parastomalne kile kot pacienti s kolostomo. Do pojava parastomalne kile je pri stomistih prišlo zelo hitro po operaciji. Od dvanajstih (30 %) stomistov, pri katerih se je pojavila parastomalna kila, se je pri treh pojavila takoj oz. v treh dneh po operaciji, pri štirih se je parastomalna kila pojavila v dveh do šestih mesecih po operaciji, pri petih pa se je pojavila eno leto po operaciji ali kasneje.

Izpeljava stome je operacija, ki je potrebna v različnih starostnih obdobjih. Lahko jo dobijo dojenčki, mladostniki in odrasli. Stoma spremeni telesno podobo, zato je zelo pomembno, da pacient sprejme stomo za svojo in premaga začetni odpor do svojega

telesa, strah pred zmanjšanjem delovne in spolne sposobnosti. Zelo pomemben je odnos družine oziroma odnos med partnerjema (Omerović Pešec, 2010).

Za konec raziskave nas je zanimalo še, če bi stomisti kaj spremenili v obdobju pred oz. po operaciji. 11 (27,5 %) udeležencev je odgovorilo, da bi si želeli spremeniti določene stvari v obdobju pred operacijo npr.:

- »Več razlage s strani kirurga operaterja o samem poteku operacije in življenju s stomo ter zapletih«.
- »Da bi bil enoten sistem zdravljenja na celotnem slovenskem območju«.
- »Več informacij od ljudi s stomo in o društvih stomistov«.
- »Zdravljenje Chronove bolezni najprej z zdravili«.
- »Predolgi presledki med pregledi kot so irigografija, kolonoskopija«.
- »Spremeniti potek osebnih pogovorov«.

5 (12,5 %) stomistov je odgovorilo, da bi v obdobju po operaciji želeli spremeniti:

- »Spremljanje obnašanja stome v prvih nekaj letih«.
- »Boljše informiranje o nadaljnjem zdravljenju«.
- »Ozaveščanje patronažne službe ali možnost, da bi enterostomalni terapevt prihajal k stomistu po operaciji na dom, saj ima le-ta najboljše izkušnje«.
- »Ovirano aktivno življenje zaradi pojava parastomalne kile«.
- »Da bi namesto ileostome naredili kolostomo zaradi irigacij«.

Rezultati raziskave kažejo, da so pacienti kljub učenju o stomi s strani zdravstvenega osebja, še vedno premalo teoretično seznanjeni, da bi vedeli vse o celotnem poteku zdravljenja po operaciji, različnih zapletih po izpeljavi stome in o pravilni samonegi stome. Kljub temu, da se v zdravstvu poskušamo maksimalno potruditi, da bi bili vsi

pacienti zadovoljni z našo oskrbo, tega vedno ni mogoče doseči, saj je glede na število pacientov s stomo premalo za to usposobljenih medicinskih sester.

4 ZAKLJUČEK

V raziskavi diplomskega dela o vlogi medicinske sestre pri pojavnosti parastomalne kile smo prišli do zaključka, da se stomistom posvečamo, vendar nikoli dovolj oz. si mogoče vzamemo premalo časa za posameznika. Zaradi pomanjkanja usposobljenih enterostomalnih terapevtk v bolnišnicah, je včasih to nemogoče. Prišli smo do zaključka, da so stomisti sicer zadovoljni z našo oskrbo, vendar bi želeli še več naše prisotnosti, kar je razumljivo, saj ljudje s starostjo potrebujejo več pomoči. Z leti se stopnjuje tudi kakovost življenja in so zanj pripravljene storiti več kot sicer.

Da bi bil vzorec bolj realen, bi bilo smiselno v anketno raziskavo vključiti večje število stomistov. Rezultate naše raziskave bi lahko pripisali predvsem majhnemu številu vzorčenja. Verjetno bi bili drugačni, če bi bilo v raziskavo vključenih več stomistov.

Kljub vsemu nam je raziskava pokazala, da bomo morali še veliko truda vložiti v znanje stomistov pred in po operaciji, da jih bomo pripravili dovolj dobro na to, da se bodo zavedali, da se jim bo življenje s stomo spremenilo, vendar ne toliko, da bi jih oviralo v nadaljnjem življenju. Tako se bodo bolje pripravili na operacijo in lažje razumeli, da izpeljava stome v življenju prinese nekaj dobrega in nekaj slabega, na kar se bodo znali pripraviti.

V Sloveniji imamo le 62 enterostomalnih terapevtk. Ker je obolenj črevesa, kjer je potrebna izpeljava stome, vedno več, ker je veliko pacientov s kroničnimi ranami in inkontinentnih pacientov, bi potrebovali več izšolanih enterostomalnih terapevtk v bolnišnicah in zdravstvenih zavodih. Verjetno bi medicinske sestre, ki delajo na oddelkih, kjer ležijo pacienti s stomo in kroničnimi ranami, želele več znanja na področju enterostomalne terapije. Enterostomalni terapevti niso vedno na voljo za pomoč, ko jih potrebujemo, saj jih je premalo glede na veliko število pacientov. Želimo, da bi v določenih bolnišnicah ustanovili šolo enterostomalne terapije, saj marsikoga to področje zanima, vendar je premalo informacij glede možnosti specializacije za enterostomalno terapijo.

Stomistu je enterostomalni terapevt partner, ki mu lahko strokovno in duhovno pomaga na poti do kakovostnega življenja s stomo in mu zagotavlja celostno zdravstveno obravnavo.

5 LITERATURA

Biočanin D. Uticaj preoperativnog obeležavanja mesta stome na pojavu komplikacija u postoperativnom toku. In: Majcen Dvoršak S, Ščepanović D, eds. Stome, rane, inkontinenca- aktivnosti v zdravstveni negi: Simpozij z mednarodno udeležbo: zbornik predavanj, Mladinsko zdravilišče in letovišče Debeli rtič, Ankaran, 3.-5. marec 2011. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije- Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji; 2011: 95-6.

Čebašek V. Anatomija prebavne cevi. Medicinski razgledi. 2010;49:347- 69.

Dahmane - Gošnak R. Ilustrirana anatomija. Ljubljana: Tehniška založba Slovenije; 2005: 99-102.

Dougherty L, Lister S. Stoma care. The royal Marsden hospital manual of clinical nursing procedures. 7 et. ed. London: The Royal Marsden Hospital; 2008.

Dvoršak S. Pripomočki za oskrbo stom. In: Židanik S, Tušek-Bunc K, eds. Medicinsko-tehnični pripomočki: 3. mariborski kongres družinske medicine: zbornik predavanj, Maribor, 26. in 27. november 2004. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD; 2004: 122-6.

Fiala P. Izpeljano črevo ali stoma; 2007. Dostopno na: <http://www.pomurske-lekarne.si/si/index.cfm?id=2327> (8. 8. 2013).

Golobinek R. Uvod v poglavje o stomah. In: Rijavec I, ed. Kirurška zdravstvena nega v splošni bolnišnici Slovenj Gradec: zbornik predavanj, Slovenj Gradec, 3. in 4. april 2008. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2008: 31-5.

Hribar B. Komplikacije črevesnih stom in opis primera. In: Tomc-Šalamun D, ed. Celostna obravnava stomista: zbornik predavanj s strokovnega srečanja, Škofja Loka,

19. in 20. april 2004. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester za zdravstveno nego stom; 2004: 39- 43.

Jelen A. Pojav zgodnjih zapletov ob izločalni stomi pri starostnikih v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana. In: Štemberger-Kolnik T, Majcen-Dvoršak S, eds. Stokovno srečanje Jesen življenja- stoma, rana, inkontinenca: zbornik predavanj z recenzijo, Rimske Terme, 16. in 17. marec 2012. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije- Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji; 2012.

Jelenc F, Juvan R. Zapleti pri črevesnih stomah. In: Gavrilov N, Trček M, eds. Zbornik predavanj Šole enterostomalne terapije 2006-2007. Ljubljana: Klinični center, Področje za zdravstveno nego; 2007: 77-81.

Jelenc F. Izpeljano črevo ali stoma; 2010. Dostopno na: <http://zlataleta.com/izpeljano-crevo-ali-stoma/> (10. 8. 2013).

Junko K, Mayumi S, Sakurako K, Shigeko I, Akira M, Akira Y., et al. Consideration of ostomy management of the aged. Proceedings of the Research Society of Tokai for Stoma Rehabilitation. 2002;22(1):33-7.

Kolnik T, Batas R, Dvoršak S, Klemenc D, Jelen A, Oberstar A., et al. In: Štemberger Kolnik T, Škrabl N, Mrevlje I, eds. Stoma - nov začetek, učimo vas živeti s stomo: priročnik za paciente s stomo in zdravstvene delavce. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji; 2012.

Kolnik T. Zdravstvena oskrba stome in zapleti ob stomi. In: Petek D, Kopčavar-Guček N, eds. Kakovostna obravnava bolnika v družinski medicini: zbornik predavanj, Ljubljana, 22. in 23. maj 2009. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, Zavod za razvoj družinske medicine; 2009: 37-9.

Kolnik T, Kvas A, Bavčar K, Klemenc D, Dvoršak S, Trček M, et al. Nacionalna raziskava: kakovost življenja ljudi s stomo v Sloveniji. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov; 2008: 80-9.

Košorok P. Zgodovina enterostomalne terapije. In: Gavrilov N, Trček M, eds. Zbornik predavanj Šole enterostomalne terapije, 2006-2007. Ljubljana: Klinični center, Področje za zdravstveno nego; 2007: 10-3.

Koželj M. Kaj mora zdravnik družinske medicine vedeti o oskrbi bolnika z umetno izpeljanim črevesom. In: Židanik S, Tušek-Bunc K, eds. Medicinsko-tehnični pripomočki: zbornik predavanj, Maribor, 26. in 27. november 2004. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD; 2004: 117-21.

Kwiatt M, Kawata M. Avoidance and Management of Stomal Complications. Camden, New Jersey: Clinics in colon and rectal surgery, Division of Colon and Rectal Surgery, Department of Surgery, Cooper Medical School of Rowan University; 2013.

Minkes R. Stomas of the small and large intestine. University of Texas Southwestern Medical Center at Dallas, Southwestern Medical School; 2011. Dostopno na: <http://emedicine.medscape.com/article/939455-overview> (12. 8. 2013).

Obrez J, Dvoršak S, Jager M, Ladinek D. Posebnosti zdravstvene nege starostnika z izločalno stomo. In: Štemberger-Kolnik T, Majcen-Dvoršak S, eds. Strokovno srečanje Jesen življenja- stoma, rana, inkontinenca: zbornik predavanj z recenzijo, Rimske Terme, 16. in 17. marec 2012. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije- Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji; 2012.

Omejc M. Ileostoma pri odraslih. In: Gavrilov N, Trček M, eds. Zbornik predavanj Šole enterostomalne terapije, 2006-2007. Ljubljana: Klinični center, Področje za zdravstveno nego; 2007: 56-9.

Omerović Pešec E. Stoma. Lekarne Maribor; 2010. Dostopno na: http://www.mb-lekarne.si/slo/svetovalec/pogosta_vprasanja/10/prebavila_in_presnova/1/ni_razvrscanja/49/stoma (13. 2. 2014).

Pajnič M. Posebnosti zdravstvene nege bolnika s stomo. In: Rebernik- Milić M, ed. Vseživljenjsko izobraževanje: zbornik, Bled, 21. in 22. november 2008. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti; 2008: 181-94.

Petek A. Delo medicinske sestre- enterostomalne terapevtke na stomistovem domu: [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2010. Dostopno na: <http://dkum.ukm.si/IzpisGradiva.php?id=16947&lang=slv> (10. 2. 2014).

Petek A. Obravnava pacienta s črevesno stomo v domačem okolju. In: Majcen-Dvoršak S, Ščepanović D, eds. Stome, rane, inkontinenca- aktivnosti v zdravstveni negi: Simpozij z mednarodno udeležbo: zbornik predavanj, Mladinsko zdravilišče in letovišče Debeli rtič, Ankaran, 3. - 5. marec 2011. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije- Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji; 2011.

Petrič R. Stoma- izpeljano črevo. Naša lekarna: revija za zdrav življenjski slog. 2010 (42):47-8.

Planinšek Ručigaj T. Stoma in koža okoli nje. In: Gavrilov N, Trček M, eds. Zbornik predavanj Šole enterostomalne terapije, 2006-2007. Ljubljana: Klinični center, Področje za zdravstveno nego; 2007: 95-7.

Ripoche J, Basurko C, Fabbro-Perray P, Prudhomme M. Parastomalhernia: A study of the French federation of ostomy patients. 2011;148(6):435-441.

Štor Z, Juvan R, Jelenc F. Kolostome pri odraslih. In: Gavrilov N, Trček M, eds. Zbornik predavanj Šole enterostomalne terapije 2006-2007. Ljubljana: Klinični center, Področje za zdravstveno nego; 2007: 52-5.

Tomažič J, Gregl A. Komunikacija medicinske sestre s pacientom v procesu usposabljanja za samostojno oskrbo stome. In: Matković M, Petrijevčanin B, eds. Komunikacija in njene vrzeli pri delu z onkološkim pacientom: 38. strokovni seminar,

Maribor, 1. april 2011. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri Zbornici zdravstvene in babiške nege Slovenije- Zvezi strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2011: 175-83.

Tomc D. Zdravstvena nega starostnika s stomo v bolnišnici. In: Štemberger-Kolnik T, Majcen-Dvoršak S, eds. Strokovno srečanje Jesen življenja- stoma, rana, inkontinenca: zbornik predavanj z recenzijo, Rimske Terme, 16. in 17. marec 2012. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije- Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji; 2012.

Waugh A, Grant A. Ross and Wilson anatomy and physiology in health and illness. London: Elsevier Health Sciences; 2006: 297-304.

Zapušek A. Predoperativna priprava bolnika na operacijo, pri kateri se pričakuje stoma. In: Gavrilov N, Trček M, eds. Zbornik predavanj Šole enterostomalne terapije 2006-2007. Ljubljana: Klinični center, Področje za zdravstveno nego; 2007: 60-3.

Zver L. Oskrba stomista v bolnišnici. In: Tomc-Šalamun D, Batas R, eds. Celostna obravnava stomista: zbornik predavanj s strokovnega srečanja, Škofja Loka, 19. in 20. april 2004. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester za zdravstveno nego stom; 2004: 20-1.

6 PRILOGE

6.1 χ^2 -TEST (raziskovalno vprašanje 1)

Chi-Square-Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,127 ^a	1	,722		
Continuity Correction ^b	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,126	1	,723		
Fisher's Exact Test				,736	,495
Linear-by-Linear Association	,124	1	,725		
N of Valid Cases	40				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,50.

b. Computed only for a 2x2 table

6.2 T-TEST ZA NEODVISNE VZORCE (raziskovalno vprašanje 2)

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
								95% Confidence Interval of the Difference		
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Indeks telesne mase	Equal variances assumed	1,128	,295	2,478	38	,018	-2,73253	1,10293	-4,96530	-,49976
	Equal variances not assumed			2,238	16,977	,039	-2,73253	1,22102	-5,30892	-,15614

6.3 χ^2 -TEST (raziskovalno vprašanje 4)

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,320 ^a	1	,251		
Continuity Correction ^b	,516	1	,473		
Likelihood Ratio	1,272	1	,259		
Fisher's Exact Test				,391	,233
Linear-by-Linear Association	1,280	1	,258		
N of Valid Cases	33				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,67.

b. Computed only for a 2x2 table

6.4 INSTRUMENT

Anketni vprašalnik

Sem Mojca Stenovec, absolventka Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice. Pripravljam diplomsko nalogo z naslovom VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI POJAVNOSTI PARASTOMALNE KILE. Rada bi ugotovila pogostnost pojava parastomalne kile pri osebah s stomo in kakšna je pri tem vloga medicinske sestre. Prosim vas za sodelovanje v raziskavi.

Sodelovanje je prostovoljno, anketa je anonimna, pridobljeni podatki pa bodo uporabljeni izključno za namen priprave diplomskega dela.

Za sodelovanje se vam že vnaprej zahvaljujem.

Pri prvem sklopu vprašanj obkrožite črko pred ustreznimi odgovori.

1.) SPOL:

a) ženski

b) moški

2.) STAROST:

3.) STAROST OB OPERACIJI:

4.) TELESNA TEŽA:

5.) TELESNA VIŠINA:

6.) KONČANA STOPNJA IZOBRAZBE:

a) Nedokončana osnovna šola/Osnovna šola

b) Poklicna šola

c) Višješolska/Visokošolska izobrazba

d) Univerzitetna izobrazba

e) Doktorat

7.) DELO, KI GA OPRAVLJATE:

- a) Težje fizično delo
- b) Lažje fizično delo
- c) Pisarniško delo
- d) Drugo _____

8.) KJE ŽIVITE:

- a) Pri starših
- b) S partnerjem
- c) Sam
- d) Z družino
- e) V domu/zavodu
- f) Drugo _____

9.) STAN:

- a) Samski
- b) Poročen
- c) Izvenzakonska zveza

10.) VRSTA STOME, KI JO IMATE:

- a) Kolostoma
- b) Ileostoma
- c) Urostoma

11.) ALI STE PRI NEGI STOME SAMOSTOJNI?

- a) Da
- b) Ne
- c) Delno

12.) ALI SO VAM MESTO STOME PREDOPERATIVNO OZNAČILI:

- a) Da
- b) Ne

13.) ALI STE IMELI KATEREGA OD NAŠTETIH POOPERATIVNIH ZAPLETOV?

- a) Stenoza
- b) Fistula
- c) Krvavitve
- d) Peristomalna kila
- e) Polaps
- d) Ne, nisem imel/a nobenega zapleta od naštetih

14.) Če je bila eden izmed obkroženih zapletov parastomalna kila, čez koliko časa po operaciji se je pojavila?

15.) Ali ste kdaj imeli težave z oskrbo stome? Če ste, kakšne težave so to bile?

Drugi del vprašalnika vsebuje različne trditve, kjer se opredelite glede na stopnjo strinjanja z ocenami od 1 do 5, kar pomeni: 1 – nikakor se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – sem neopredeljen/a, 4 – se strinjam, 5 – se popolnoma strinjam. (Obkrožite številko, ki vam najbolj ustreza.)

TRDITEV	OCENA				
	1	2	3	4	5
1) Diagnoza me je presenetila.	1	2	3	4	5
2) Čas od diagnoze do operacije se mi je zdel dolg.	1	2	3	4	5
3) Pred operacijo mi je kirurg natančno razložil potek zdravljenja.	1	2	3	4	5
4) V obdobju pred operacijo je bilo zdravstveno osebje do mene razumevajoče.	1	2	3	4	5
5) V obdobju pred operacijo me je zdravstveno osebje vzpodbujalo k pozitivnemu pogledu na moje zdravstveno stanje.	1	2	3	4	5
6) Pred operacijo sem imel/a razgovor z enterostomalno terapevtko.	1	2	3	4	5
7) Pred operacijo mi je enterostomalna terapevтка označila mesto stome.	1	2	3	4	5
8) Pred operacijo sem bil/a obveščen/a o možnih zgodnjih in poznih zapletih zaradi stome.	1	2	3	4	5
9) Pred operacijo so bili pri razgovoru s kirurgom prisotni tudi moji svojci.	1	2	3	4	5
10) V razgovoru pred operacijo so me poučili o ustrezni prehrani.	1	2	3	4	5

11) Ustreznost označenega mesta stome v sedečem, ležečem in stoječem položaju sem preizkusil.	1	2	3	4	5
12) Lestvico za oceno bolečine so mi pred operacijo razumljivo razložili.	1	2	3	4	5
13) V obdobju po operaciji je bilo zdravstveno osebje do mene razumevajoče.	1	2	3	4	5
14) V obdobju po operaciji me je zdravstveno osebje vzpodbujalo k pozitivnemu pogledu na moje zdravstveno stanje.	1	2	3	4	5
15) Po operaciji sem bil/a pozitivno naravnana/a glede svojega nadaljnjega življenja s stomo.	1	2	3	4	5
16) Razložili so mi različne načine lajšanja bolečine po operaciji.	1	2	3	4	5
17) V prvih dneh po operaciji sem imel možnost praktičnega učenja oskrbe stome.	1	2	3	4	5
18) Medicinska sestra mi je jasno predstavila pripomočke za nego stome.	1	2	3	4	5
19) Medicinska sestra me je ves čas vzpodbujala k samooskrbi stome.	1	2	3	4	5
20) S pripomočki za nego stome nisem imel/a težav.	1	2	3	4	5
21) Po operaciji sem imel/a težave s kožo okoli stome.	1	2	3	4	5
22) Po operaciji sem imel/a težave z odvajanjem po stomi.	1	2	3	4	5

Ali bi želeli kaj spremeniti glede obdobja pred operacijo?

a) Da

b) Ne

Če ste obkrožili odgovor da, kaj bi spremenili?

Ali bi želeli kaj spremeniti glede obdobja po operaciji?

a) Da

b) Ne

Če ste obkrožili odgovor da, kaj bi spremenili?
