

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

**Specifika ošetrovatelské péče o pacienta s výživovou
stomií**

Bakalářská práce

Autor: Veronika Matoušková

Vedoucí práce: Mgr. Veronika Kusínová

Jihlava 2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Veronika Matoušková
Studijní program:	Ošetrovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Název práce:	Specifika ošetrovateľské péče o pacienty s výživovou stomií
Cíl práce:	Zmapovať špecifika ošetrovateľskej péče o pacienty s výživovou stomií a zistiť, s jakými problémy se všeobecné sestry u pacientů s výživovou stomií nejčastěji setkávají.

Mgr. Veronika Kusinová
vedoucí bakalářské práce

PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Bakalářská práce na téma „Specifika ošetrovateľskej péče o pacienta s výživovou stomií“ se skládá ze dvou částí, první popisuje současný stav problematiky a druhá je věnovaná výzkumu. V současném stavu problematiky autorka stručně popisuje poruchy výživy. Dále se zabývá enterální výživou, v navazující kapitole rozebírá ošetrovateľskou péčí o výživové stomie. Závěrečná neméně důležitá kapitola pojednává o edukaci pacienta.

Ve výzkumné části se autorka snaží zmapovat specifika a problémy, se kterými se všeobecné sestry mohou setkat v souvislosti s péčí o výživovou stomii. Jsou zde shrnuty výsledky kvantitativního výzkumu prostřednictvím dotazníkového šetření. Výsledky výzkumu jsou analyzovány, následuje diskuse, návrh řešení, doporučení pro praxi a závěr.

Klíčová slova

Enterální výživa; perkutánní endoskopická gastrostomie; perkutánní endoskopická gastrojejunostomie; perkutánní endoskopická jejunostomie; výživová stomie.

Abstract

Bachelor's Thesis deals with topic „The nursing specifics of patient with nutritional stoma” and consists of two parts. The first one describes current state of the issue, and the other is devoted to research. In the current state of the issue narrates the author nutritional disorders. Next chapter deals with enteral nutrition, and then discusses the author issues of nursing care for nutritional stoma. The last, no less important, chapter deals with the patient's education.

Thesis finds out what principles nurses follow when handling nutritional stoma. The research part summarizes the results of qualitative research conducted by questionnaire. The research results are analyzed, followed by discussion and conclusion.

Keywords

Enteral nutrition; nutritional stoma; percutaneous endoscopic gastrostomy; percutaneous endoscopic gastrojejunostomy; percutaneous endoscopic jejunostomy.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracovala jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušila autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje AZ, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědoma toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 10. dubna 2020

.....

Podpis studenta/ky

Poděkování

Tímto děkuji vedoucí své bakalářské práce, Mgr. Veronice Kusínové, za cenné rady a pomoc při tvorbě této práce. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří byli ochotni mi odpovědět na otázky při výzkumné části práce. V neposlední řadě bych ráda poděkovala své rodině a přátelům za podporu během celého studia a při psaní této práce.

Obsah

Úvod	11
1 Současný stav problematiky	13
1.1 Poruchy výživy.....	14
1.1.1 Hodnocení stavu výživy	15
1.2 Enterální výživa	17
1.2.1 Historie enterální výživy	17
1.2.2 Formy enterální výživy	18
1.2.3 Indikace k zavedení enterální výživy	18
1.2.4 Kontraindikace enterální výživy	20
1.2.5 Komplikace enterální výživy	20
1.2.6 Způsoby aplikace enterální výživy.....	21
1.2.7 Složení klinické výživy	23
1.3 Výživové stomie.....	24
1.3.1 Perkutánní endoskopická gastrostomie	24
1.3.2 Perkutánní endoskopická jejunostomie.....	25
1.3.3 Perkutánní endoskopická gastrojejunostomie	25
1.3.4 Indikace k zavedení výživové stomie	25
1.3.5 Kontraindikace k zavedení výživové stomie.....	25
1.3.6 Samotné zavedení výživové stomie	26
1.3.7 Komplikace výživové stomie	27
1.4 Ošetrovatelská péče o výživové stomie	29
1.4.1 Příprava pacienta k vytvoření výživové stomie	30
1.4.2 Péče o pacienta během výkonu	31
1.4.3 Péče o pacienta po výkonu	32
1.4.4 Podávání výživy do výživové stomie.....	33
1.4.5 Podávání tekutin pacientům s výživovou stomií.....	34
1.4.6 Podávání léků do výživové stomie.....	35
1.4.7 Odstranění výživové stomie	36
1.4.8 Etické aspekty zavedení výživové stomie	36
1.5 Edukace pacienta v péči o výživovou stomii	38
2 Výzkumná část.....	40
2.1 Cíle výzkumu	40
2.2 Výzkumné otázky.....	40
2.3 Metodika výzkumu.....	40
2.3.1 Dotazník	41

2.4	Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí	41
2.4.1	Průběh výzkumu.....	42
2.5	Zpracování získaných dat.....	43
2.6	Výsledky výzkumu.....	43
2.6.1	Složení respondentů dle pohlaví	43
2.6.2	Složení respondentů dle věku.....	44
2.6.3	Složení respondentů dle vzdělání.....	44
2.6.4	Přehled pracovišť respondentů.....	45
2.6.5	Délka působení na daném oddělení.....	46
2.6.6	Četnost setkávání s výživovou stomií	46
2.6.7	Ošetrovatelské intervence před zavedením výživové stomie	47
2.6.8	Umístění pacienta po zavedení výživové stomie	48
2.6.9	Ošetrovatelské intervence po zavedení (PEG/PEJ).....	49
2.6.10	Proplach kanyly po zavedení výživové stomie	50
2.6.11	Četnost proplachování výživové stomie	51
2.6.12	Četnost ošetřování výživové stomie v 1. týdnu	52
2.6.13	Podávání prvních tekutin do výživové stomie	52
2.6.14	Podávané tekutiny do výživové stomie.....	53
2.6.15	Četnost provedení nutričního screeningu.....	54
2.6.16	Enterální výživa podávána do PEG.....	55
2.6.17	Enterální výživa podávaná do PEJ	55
2.6.18	Režim podávání výživy do PEG	56
2.6.19	Režim podávání do PEJ	57
2.6.20	Četnost podávání klinické výživy do PEG za 24 hodin.....	58
2.6.21	Zaznamenávání úkonů do zdravotnické dokumentace	59
2.6.22	Existence ošetrovatelského standardu.....	59
2.6.23	Nejčastější indikace k založení výživové stomie	60
2.6.24	Nejčastější komplikace po zavedení výživové stomie	61
2.6.25	Problémy v souvislosti se zavedením výživové stomie	62
2.6.26	Ohrožení pacienta po podání enterální výživy do výživové stomie	63
2.6.27	Nejčastější problémy v péči o výživovou stomii	64
2.6.28	Poloha při podávání enterální výživy.....	66
2.6.29	Dodržování zásad v souvislosti s podáváním enterální výživy.....	67
2.6.30	Aspirace ze sondy	68
2.6.31	Pomůcky k podávání enterální výživy do výživové stomie.....	69
2.6.32	Drcení léků podávaných do výživové stomie	70
2.6.33	Dodržování postupů při podávání léků	71
2.6.34	Podávání léků do výživové stomie.....	72

2.6.35	Četnost etických problémů v souvislosti se zavedením výživové stomie.	73
2.6.36	Etické problémy v souvislosti se zavedením výživové stomie	74
2.6.37	Četnost zavedení výživových stomií u pacientů v terminálním stádiu .	75
2.6.38	Zavedení výživové stomie bez souhlasu pacienta.....	75
2.6.39	Četnost lékařů, kteří léčí za „každou cenu“	76
2.6.40	Složení pacientů k indikování výživové stomie s etickými aspekty	77
2.7	Diskuze.....	78
2.8	Návrh řešení a doporučení pro praxi	86
Závěr		90
Seznam použité literatury		92
Seznam tabulek a grafů.....		98
Seznam příloh.....		100

Seznam použitých zkratk

APTT	activated partial thromboplastin time, aktivovaný protrombinový čas
CMP	cévní mozková příhoda
ČLK	Česká lékařská komora
EKG	elektrokardiograf
EV	enterální výživa
GIT	gastrointestinální trakt
INR	international normalized ratio, mezinárodní normalizovaný poměr
lat.	latinský výraz
LCT	mastné kyseliny s dlouhým řetězcem
MCT	mastné kyseliny se středním řetězcem
PEG	perkutánní endoskopická gastrostomie
PEG/J	perkutánní endoskopická gastro-jejunostomie
PEJ	perkutánní endoskopická jejunostomie

Úvod

Přijímání výživy a tekutin je základní potřeba člověka. Někdy však z důvodu nemoci není možné přijímat dostatečné množství, nebo dokonce žádnou stravu a tekutiny přirozenou cestou. V takovém případě je nutné zajistit příjem potravy a tekutin jinou formou než per os. Existují různé formy enterální a parenterální výživy. Pokud to stav pacienta dovoluje, je vhodnější upřednostnit enterální výživu před parenterální. Díky přirozenému přísunu výživy přes gastrointestinální trakt, buď formou popíjení nutričních přípravků nebo jednou z forem gastrických sond – nasogastrickou, nasojejunální či stomií PEG, PEJ nebo PEG/J. Tím se zachovává funkce žaludku a přirozená peristaltika střev (Kurien a kol., 2016).

Dříve byla tato problematika v pozadí, avšak dnes již studie dokazují důležitost dostatečné nejen přirozené, ale i podpůrné, či kompletní enterální výživy nejen pro zlepšení celkového stavu, ale i předcházení komplikací. Nutriční péče je propojena napříč všemy lékařskými obory (Křížová a kol., 2019).

Dnes, kdy je medicína obohacena o nové poznatky, přístupy a postupy v chirurgii, v době, kdy léky dokáží léčit nebo alespoň zmírnit většinu onemocnění, se i přesto setkáváme s pacienty, kteří jsou odkázáni na ošetrovatelskou péči druhých. Jestliže pacient není schopen, nebo nemůže přijímat potravu ústy déle než šest týdnů, je na místě, aby lékař indikoval zavedení výživové stomie. Ošetrovatelská péče o pacienta s výživovou stomií přináší určitá specifika, která ji odlišuje od nasálních sond. Takový pacient potřebuje odbornou péči a od ošetrovatelského personálu se očekává dodržování zásad s ošetřováním výživových stomií.

V současném stavu problematiky autorka popisuje důležitost včasného zahájení podávání enterální výživy pro rizikového pacienta ve zdravotnickém zařízení. Dále autorka popisuje v první podkapitole poruchy výživy, zejména poruchy týkající se indikací zavedení enterální výživy. Ve druhé podkapitole se zaměřuje na enterální výživu, její důležitost pro zdraví a problematiku týkající se enterální výživy. Ve třetí podkapitole popisuje výživové stomie. Perkutánní endoskopickou gastrostomii (PEG), poměrně vzácnou perkutánní endoskopickou jejunostomii (PEJ) a transabdominální stomii. Zde se autorka věnuje postupům zavedení, jejich indikací a kontraindikací, čtvrtá podkapitola se věnuje ošetrovatelské péči o výživové stomie. Zde autorka popisuje přípravu pacienta k výkonu zavedení výživové stomie, péči o pacienta

po zavedení výživové stomie. V poslední páté podkapitole se autorka věnuje edukaci pacienta.

Výzkumná část bakalářské práce má za cíl zmapovat specifika ošetrovatelské péče o pacienty s výživovou stomií a zjistit, s jakými problémy se všeobecné sestry u pacientů s výživovou stomií nejčastěji setkávají.

Současná problematika výživových stomií je velmi aktuální téma, v posledních letech se zvýšil počet pacientů, kteří potřebují enterální výživu formou výživových stomií. Je to způsobeno i tím, že je dnes dokázaná významnost výživy v léčbě nemocí a délce pobytu ve zdravotnickém zařízení. Pacienti s vyhovující výživou se rychleji zotavují po chirurgických výkonech i v intenzivní péči.

Toto téma jsem si vybrala z osobních důvodů. Několik let jsem se společně se svou babičkou starala v domácí péči o dědečka, který měl nejdříve výživovou stomií PEG a později výživový knoflík (feeding button). Indikací k zavedení PEG bylo nádorové onemocnění jícnu, které ztěžovalo polykání. Po chemoterapii následovala ztráta chuti k jídlu. Pro zkvalitnění života byl indikován PEG. V domácí péči jsme do výživové stomie podávali kombinaci domácí stravy s klinickou výživou, pro vyvážený poměr živin. V terminálním stádiu onemocnění, kdy již nebylo možné se o dědečka starat doma, byl umístěn na oddělení pro onkologické pacienty. Kvůli neklidu si výživový knoflík vytrhl, nový již nebyl indikován. Dlouho jsme se s rodinou domnívali, že byla chyba nezavádět nový PEG, avšak dnes po psaní této práce, si uvědomuji, co lékaře vedlo k tomuto rozhodnutí. Proto se v práci věnuji i etickým aspektům. Vždy je potřeba zvážit výhody a nevýhody výživové stomie, s ohledem na to, zda výživová stomie přinese zkvalitnění života pacientovi. Například Miller a kol. (2012) by znovu nezavedení PEG považovali za eutanazii, já osobně to považuji za osvobození pacienta (jeho ponechání zemřít přirozenou smrtí).

Za další motivaci k psaní této práce považuji svou práci na interním oddělení psychiatrické nemocnice, kde se často setkávám s pacienty s výživovou stomií. Tito pacienti potřebují odbornou péči, s dodržováním zásad, proto jsem se rozhodla zjistit více informací a zmapovat tuto problematiku a následně ji uplatnit v praxi.

1 Současný stav problematiky

Klinická výživa bývala dlouho opomíjenou problematikou, řada studií dokázala, že dostatečný nutriční stav je jednou z hlavních rozhodujících faktorů úspěšné léčby, mnoha onemocnění. Výrazně zlepšuje výsledky léčby, hodnocené přežitím, kvalitou života, pobytu ve zdravotnickém zařízení a výrazně snižuje množství komplikací (Křížová a kol., 2019).

Křížová a kol. (2019) také uvádí důležitost klinické výživy ve všech oborech medicíny, uplatňuje se v interním lékařství, geriatrii, onkologii, chirurgii, v intenzivní péči i v pediatrii.

Důležitým faktorem je výchozí nutriční stav a množství svalové hmoty. Rizikovým faktorem je nadváha a obezita, ale zejména podvýživa. Některé studie prokázaly u nemocných pacientů hospitalizovaných na oddělení intenzivní péče nižší mortalitu až v oblasti nadváhy a obezity (Křížová a kol., 2019).

Studie, která probíhala v roce 2017 v Izraeli, dokazuje že pokročilá fáze demence se projevuje mimo jiné i neschopností jíst. Zavedení výživové stomie je pro mnoho pacientů řešením jak přijímat potravu. Studie uvádí, že navzdory důkazům o neúčinnosti léčby není řešením zavést výživovou stomii. Pacienti, případně jejich zákonní zástupci, trvají na invazivním postupu zavedení výživové stomie, jako výraz naděje versus vzdání se života. Ze studie je zřejmé, nedostatečná komunikace mezi nemocným a rodinou. Drtivá většina zákonných zástupců pacientů s pokročilou demencí přiznává, že nikdy nevedli s nemocným, když byl ještě schopen rozhodování, rozhovor o umírání a jeho přáních, avšak 95% těchto respondentů uvádí, že by nechtěli zavést výživovou stomii, s takovou diagnózou (Gil a kol., 2017).

Oproti tomu nejnovější studie ESPEN (2019) uvádí, že podvýživa je nezávislým rizikovým faktorem vyšší morbidity, delší pobyt ve zdravotnickém zařízení, vyšší výskyt rehospitalizací, delší rekonvalescenci a celkově vyšší náklady na léčení. Ve své studii uvádí, důležitost včasného zahájení podávání klinické výživy jednou z forem výživové stomie u rizikových pacientů. A tím předejít možným komplikacím, které mohou vzniknout. Klinická výživa formou výživové stomie je podle ESPEN (2019) nedílnou součástí úspěšné léčby, zabráňující nežádoucímu hladovění, a umožní tím rychlejší léčbu primárního onemocnění.

1.1 Poruchy výživy

O poruchu příjmu potravy se jedná tehdy, když člověk využívá jídlo k řešení emocionálních problémů. V těžké situaci se pokouší ulevit svým pocitům díky jídlu. Pro člověka, trpícího poruchou příjmu potravy přestává jídlo být jednou ze součástí života, ale začne pro něj být peklem (Bělíková, 2017).

Bělíková (2017) ve své literatuře uvádí, že lidé, trpící poruchou příjmu potravy přijímají velké množství jídla, přesto že právě nemají hlad. Tomuto chování říkáme záchvatovité přejídání. S tím souvisí porucha výživy – obezita. Jiní lidé zase drží tak striktní diety, že nakonec váží méně než 85 % své běžné tělesné váhy a v podstatě umírají hladem. Toto chování nazýváme mentální anorexie. Dalším typem poruchy příjmu potravy jsou záchvaty přejídání, při kterých nemocný v krátké době sní velké množství jídla, kterého se vzápětí snaží zbavit. To se nazývá mentální bulimie.

Mezi poruchy výživy související se zavedením enterální výživy úzce souvisí problematika malnutrice pacientů ve zdravotnickém zařízení a nádorová anorexie (Bělíková, 2017).

Malnutrice

Malnutrice je stav organismu, kdy přísun živin neodpovídá jeho momentálním potřebám. Malnutrice je stavem zhoršené výživy, zahrnuje jakoukoliv odchylku od dobré výživy, to má za důsledek nedostatečný příjem energie, bílkovin, vitaminů a stopových prvků, s ohledem na potřeby organismu (Křížová a kol., 2019).

Malnutrice je spojována s větším rizikem komplikací v době léčení chorob, zvýšenou četností a horším hojením infekcí, vyšší četnost komplikací u chirurgických výkonů a dalších terapeutických intervencí. S touto problematikou souvisí i větší frekvence reoperací a zhoršené hojení ran. Malnutrice je častým jevem u nemocných pacientů, objevuje se v ambulantní péči, nemocničním prostředí, tak i v ústavech sociální péče (Kohout a kol., 2010).

Příčiny malnutrice můžeme rozdělit dle mechanismu jejího vzniku, na nedostatečný příjem živin, poruchu vstřebávání a metabolické problémy. V důsledku nedostatečného příjmu živin může být příčinou vzniku onemocnění a související nechutenství způsobené podávanými léčivými přípravky. K onemocněním způsobujícím nechutenství

patří například nádorová onemocnění. Příčinou může být i porucha polykání, špatný stav chrupu a dutiny ústní, nebo i duševní onemocnění jako mentální anorexie a demence (Urbánek a kol., 2010).

Nádorová anorexie

Nádorová anorexie je častým jevem v souvislosti s nádorovým onemocněním a nežádoucími účinky léčby, příčinou je syndrom sníženého apetitu, a tím problém s nežádoucím úbytkem váhy, metabolickými změnami a zánětlivým stavem, který se nazývá kachexie – nádorová anorexie. Z klinického pohledu je kachexie komplexní syndrom charakterizovaný chronickým, progresivním, nechtěným váhovým úbytkem, který špatně odpovídá na standardní nutriční podporu. Většinou náleží dvěma hlavním složkám: sníženému příjmu potravy (který je zapříčiněn omezením funkce gastrointestinálního traktu tumorem nebo cytokiny a podobnými mediátory vyvolávajícími anorexii) a metabolickým změnám způsobeným aktivací systémových proinflamatorních pochodů (Grofová, 2010).

Jako hlavní příčinu nádorové anorexie uvádí Lukešová a kol. (2011) abnormality v metabolismu bílkovin, tuků i cukrů. Nádorové buňky, které mají výbavu pro využití glukózy aerobní i anaerobní cestou, využívají pro nedostatek kyslíku jako energetický zdroj většinou cestu anaerobní. U onkologických nemocných bylo prokázáno, jak vysoké využití glukózy v řadě tkání, tak i vysoká produkce glukózy v játrech, cestou glukoneogeneze.

Ke špatnému odhadu stavu výživy pacienta, může vést pouhé samotné vyhodnocení jeho aktuální hmotnosti, protože onkologičtí pacienti často mívají sníženou vlastní hmotnost provázenou zvýšeným množstvím tělní tekutiny a pojiva. Preferujeme proto fyzikální vyšetření, případně antropometrické, zjistíme tím ztráty svalové hmoty a tuku. Také otoky vzniklé v rámci léčby nádorových onemocnění mohou skrývat ztrátu hmotnosti (Lukešová a kol., 2011).

1.1.1 Hodnocení stavu výživy

Výživu nemocného je vhodné zhodnotit u každého příjmu na oddělení, poté dle stavu pacienta a zvyklostí zdravotnického zařízení. Při hodnocení sníženého příjmu potravy se využívají dvě metody. Jedná se o nutriční screening, kdy se k hodnocení používají

různé skórovací systémy a hodnocení přítomné podvýživy Assessment. Za účelem poskytování nutriční péče by měl být v každém zdravotnickém zařízení nutriční tým, složený z lékařů, nutričních terapeutů a všeobecných sester. V nutričním týmu by neměl chybět ústavní dietolog a zástupci napříč obory zdravotnického zařízení (Křížová a kol., 2019).

Účinnost úpravy stravy je vyšší při častějších opakovaných kontrolách nutričního stavu. Důležité vyšetření je denní analýza příjmu potravy s ohledem na kvantitu i kvalitu zvolené stravy. Doplnková výživa je závislá na klinickém stavu a vedlejších onemocněních a jejich léčby, proto musí být individuálně nastaven charakter stravy, druh aplikace výživy a potřeba živin. Příjem potravy by měl být zabezpečen nejlépe fyziologickým a nekomplikovaným způsobem, je vhodné co nejdéle upřednostňovat přirozenou formu výživy, která má i velký význam pro normální funkci žaludku a střev. Teprve, když orální výživa není již možná nebo je nedostatečná, přicházejí na řadu umělé formy výživy a na prvním místě výživa enterální (Lukešová a kol., 2011).

Nutriční screening

Nutriční screening by měl být součástí prvotního kontaktu s pacientem a vstupního vyšetření, není nutné používat složité metody, stačí jednoduchý dotazník, například NRS2002, která slouží k rychlému hodnocení rizika nebo míru, již přítomné malnutrice. Dalším využívaným dotazníkem je MUST, výsledkem je i nutriční doporučení nebo MNA, který slouží k hodnocení nutričního stavu u seniorů zejména v domácí péči, sanatoriích a nemocnicích. Tento program hodnocení zahrnuje také mentální a psychické aspekty, které mohou ovlivnit příjem stravy seniorů (Křížová a kol., 2019).

Hodnocení nutričního stavu Assessment

Diagnostika malnutrice je prováděna využitím anamnézy, fyzikálního, antropometrického a laboratorního vyšetření. Díky anamnéze nalezneme důležité údaje o nežádoucím úbytku hmotnosti za dané časové období, dietní zvyklosti, omezení a případné změny, nauzea, zvracení, charakter a množství stolice, bolesti břicha a množství podávané potravy. V rámci fyzikálního vyšetření zjišťujeme váhu a míru pacienta pro zjištění body mass indexu (BMI, index tělesné hmotnosti) (Kohout, Kotrlíková, 2009).

V hodnocení stavu výživy jsou pomocné i funkční testy, tím se zjišťuje stav kosterní svaloviny, patří sem například měření síly stisku ruky dynamometrem (handgrip). Další technikou je měření tělesného složení, pomocí metody bioimpedance, díky rozdílné vodivosti tkání v závislosti na obsahu vody, umožňuje stanovit množství tělesného tuku a zbývající tělesný obsah, který se sestává z celkové tělesné tekutiny, tělesného proteinu a kostních minerálů (Křížová a kol., 2019).

Je prováděno také laboratorní hematologické vyšetření, to vyhodnocuje počet lymfocytů s diagnostikou sideropenické anémie (nedostatek železa) nebo makrocytární anémie (nedostatek vitamínu B12 nebo kyseliny listové), také i biochemické vyšetření krve, čímž můžeme zjistit sníženou koncentraci proteinů (Kohout, Kotrlíková, 2009).

1.2 Enterální výživa

Enterální výživa je metodou volby u pacientů s indikací nutriční podpory, kteří mají funkční trávicí trakt a nejsou schopni přijmout potravu per os. V širším slova smyslu je chápána jako podávání farmaceuticky připravených výživných roztoků do trávicího traktu. Tím je myšleno podání farmaceutických nutričních přípravků do žaludku nebo do tenkého střeva cestou nazojejunální sondou, nazojejunální stomií (PEJ), nazogastrickou sondou, gastrostomií (PEG) nebo perkutánní endoskopickou gastrojejunostomií (PEG/J) (Křížová a kol., 2019).

Enterální výživa je dle Novotné a kol. (2013) v popředí před parenterální výživou, protože zajišťuje přísun živin přirozenou cestou. Další výhodou je stimulování imunity organismu a zmenšuje navyšování střevní mikroflóry, dále příznivě působí na střevní peristaltiku. Proti parenterální výživě je snadnější realizace s menším počtem komplikací. Jako výhodu enterální výživy uvádí Novotná a kol. (2013) ekonomické hledisko, a to nejen proto, že je levnější, ale vede také ke zkrácení doby hospitalizace.

Přípravky enterální výživy jsou nutričně definované, nízkoosmolární, bezezbytkové a bez obsahu lepku (Novotná a kol., 2013).

1.2.1 Historie enterální výživy

Již staří Egypťané používali při vážných stavech nutriční terapii. Za pomoci tehdy dostupných materiálů vyráběli aplikátory, kterými zaváděli do konečníku klyzmata

s výživnými látkami. Rektum bylo poté používáno jako přístupová cesta enterální výživy až do 2. světové války. Jako první zavedl perkutánní endoskopickou gastrostomii v roce 1980 Gauderer a Ponsky. V České republice ji poprvé provedl a popsal Axmann a Kampler v roce 1993. Od devadesátých let 20. století se zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie stalo rutinní metodou (Kohout a kol., 2002).

1.2.2 Formy enterální výživy

Nejpřirozenější formou podávání enterální výživy je per os (sipping), jedná se o ochucené přípravky kompletní enterální výživy (např. Nutridrink, Resource, Fresubin aj.) nebo nekompletní modulární či semimodulární přípravky často používaná jako doplňková výživa k dietě (Křížová a kol., 2019).

Jestliže nemocný není schopen zkonzumovat potřebnou dávku enterální výživy ústy, vpraví se sonda do žaludku (nazogastrická), do duodena nebo za Treitzovu řasu (nazojejunální). Pokud je potřeba podávat farmaceutickou výživu v delším časovém úseku (6–8 týdnů), přikláníme se k zavedení endoskopické gastrostomie (PEG, PEG/J).

Jako navazující možnost při předpokládané dlouhodobé enterální výživě je možné použití výživového knoflíku (feeding button neboli skin-level gastrostomy), ten je zaveden nejdříve 6–8 týdnů po vyvedení gastrostomie. Velkou výhodou je diskrétnost, je vhodný pro děti i dospělé s aktivním životem nebo u neklidných pacientů, kde hrozí vytrhnutí stomie (Urbánek a kol., 2016; Křížová a kol., 2019).

1.2.3 Indikace k zavedení enterální výživy

Indikace enterální výživy jsou široké, indikují se malnutričním pacientům nebo pacientům, kterým hrozí riziko malnutrice. Použití enterální výživy je prakticky ve všech oborech medicíny: gastroenterologii, neurologii, onkologii, stomatologii, chirurgii, traumatologii, otorinolaryngologii, gerontologii a pediatrii. Důležitým aspektem k zavedení enterální výživy je funkční GIT (Křížová a kol., 2019).

Indikace k zavedení jedné z variant enterální výživy je potřeba určit individuálně. Například k perkutánní endoskopické gastrojejunostomii přistupujeme tehdy, když není možné podat stravu přímo do žaludku, ale je možné v případě potřeby, odsávat žaludeční obsah (Vojtová a kol., 2011).

Indikace enterální výživy v neurologii

Nejčastější indikací v neurologickém onemocnění dochází při CMP, kdy je porušena schopnost polykání. Poruchy polykání u pacientů po CMP jsou problém, proto se často řeší NGS, která sebou přináší hojná rizika, NGS je vhodné nahradit PEG sondou, která má pro pacienta přínos i v rehabilitaci. Návlek řeči je pro pacienta po CMP s PEG mnohem jednodušší než s NGS (Zatloukalová, 2011).

Enterální výživa je často zaváděna u pacientů v kómatu, kteří jsou dlouhodobě na ventilačním přístroji. Pacienti ve vigilním kómatu. Pacienti s mozkovými tumory. Často jsou indikováni k PEG pacienti s demencí, kdy hrozí riziko malnutrice. U posledně zmiňovaných pacientů je potřeba zvážit výhody a nevýhody podávání stravy. Může se jednat o pacienta v terminálním stádiu onemocnění, v tomto případě by mohlo z etického hlediska jít o nedobrovolné prodlužování života (Kianička a kol., 2012; Kohout a kol., 2002).

Indikace enterální výživy v gastroenterologii

V tomto okruhu onemocnění rozdělují na maligní a nemaligní. Maligní představují především nádory v oblasti jícnu, problém spočívá v tom, že tumor zabraňuje posunu potravy do žaludku. Následují nádory tenkého a tlustého střeva, slinivky břišní a jater (Kianička a kol., 2012).

Problémem u těchto nádorů není polykání, nýbrž většinou nechutenství a bolesti. Vedou k odmítání potravy a následné malnutrici. Nemaligní příčiny můžou být chronická pankreatitida, stenóza jícnu, Crohnova choroba, syndrom krátkého střeva, cystická fibróza (Novotná a kol., 2013).

Indikace enterální výživy v onkologii

Indikace z onkologického onemocnění může představovat především omezení průchodnosti trávicí trubice nádorem a tím zhoršení nebo nemožnost polykání. Generalizované nádory s nádorovou anorexií. Ozařováním nebo chemoterapií se pacient může potýkat s nechutenstvím a odmítáním potravy. V tomto případě se jedná o indikaci pro zlepšení kvality života pacienta (Kianička a kol., 2012).

Indikace enterální výživy ve stomatologii

V této kategorii se jedná především o poúrazové stavy, kdy je poraněn obličej a dutina ústní, tím je znemožněno přijímání potravy. Mohou sem patřit i popáleniny obličeje, fraktury čelistí a jiná traumata (Marks, 2016).

1.2.4 Kontraindikace enterální výživy

Kontraindikace enterální výživy můžeme rozdělit na kontraindikace absolutní a relativní. Mezi absolutní kontraindikace řadí Křížová a kol. (2019) náhlé příhody břišní (zánětlivé, ileózní, akutní krvácení do GIT), šokový stav, těžká hypoxie nebo acidózu. Jako relativní kontraindikaci uvádí subileus, kdy je menší dávka enterální výživy podávaná do jejunu výhodná pro stimulaci trofiky a funkčnost střeva, dále pak těžký průjem a vysoko umístěná enterokutánní píštěl (Křížová a kol., 2019).

1.2.5 Komplikace enterální výživy

Komplikace enterální výživy v gastrointestinálním traktu řadí Urbánek a kol. (2010) jako nejčastější, patří sem reflux, aspirace, průjem, pocity plnosti, nevolnost, ucpání sondy, obtékání sondy.

Komplikace metabolické uvádí Novotná a kol. (2013) hyperglykémii, glykosurii, dehydrataci, hyperkalcémii, edémy a srdeční selhání. Dále pak bakteriální kontaminace enterální výživy, které se projevují průjmy a sepsí.

Nejčastějším faktorem těchto obtíží je nevhodné dávkování enterální výživy, jako jsou vysoké dávky, přílišná rychlost podávání, špatná teplota, nevhodná poloha při aplikaci enterální výživy, nepříznivě může působit podávání některých léků, zejména antibiotik (Martincová, 2012).

Největší komplikací v souvislosti s podáváním enterální výživy vidí Kohout a kol. (2016) aspirační pneumonii.

V souvislosti s malnutricí je riziko vzniku realimentačního syndromu (refeeding syndrom), což znamená celkové narušení metabolických procesů podáním hladovějícímu rychle velké množství živin, které může způsobit i život ohrožující stav. I toto je důvod, proč se podávají z počátku menší dávky enterální výživy, které postupně navyšujeme (Štefánek, 2016).

Jako další významnou komplikací uvádějí Urbánek a kol. (2010) tzv. dumping syndrom, u kterého se jedná o bezprostřední roztažení střevní kličky jako následek velmi rychlého vyprázdnění žaludku, může se jednat o následek poruchy pylorického svěrače, nebo velká dávka enterální výživy podaná přímo do jejunu. Pacient má příznaky jako např. křeče v břiše, nauzeu, únavu. Jediná komplikace, která zásadně nepostihuje jejunostomii, je aspirace.

1.2.6 Způsoby aplikace enterální výživy

Enterální výživu můžeme podávat perorálně (sipping) nebo sondou. Všeobecná sestra se vždy řídí ordinací lékaře, která je odvozená dle stavu pacienta a tolerancí k přípravkům enterální výživy. Enterální výživu lze aplikovat kontinuálně, bolusově, je možné využívat kontinuální přívod s noční nebo denní pauzou takzvané cyklické podávání, který kopíruje fyziologický biorytmus stravování (Křížová a kol., 2019; Vytejková a kol., 2013).

Perorální podávání enterální výživy (sipping)

Sipping je ve většině případů podáván jako doplňková výživa k běžné dietě, v případě, kdy denní příjem běžné stravy nepokryje energetické nároky organismu. Jestliže pacient není schopen přijímat dostatečné množství potravy, je sipping výhodným způsobem podání enterální výživy (Křížová a kol., 2014).

Bolusové podávání enterální výživy do výživové stomie

Bolusové podávání se podává pomocí tzv. Janettovou stříkačkou, žaludek je přizpůsobivý na množství potravy, nejčastěji se podává 300 ml enterální výživy 5–8x denně, v noci enterální výživu nepodáváme. Zejména v domácích podmínkách je možné podávání klinické výživy v noci, tato metoda neovlivňuje denní aktivitu ani přirozený příjem stravy, dosáhneme tímto k vyššímu dennímu příjmu potravy. Odbouráme tím snížení chuti k jídlu v souvislosti s podáním enterální výživy. Samozřejmě je toto řešení možné pouze u pacientů s průchodným gastrointestinálním traktem (Křížová a kol., 2014).

Před každým podáváním výživy se přesvědčíme o reziduu předchozí dávky výživy. Po kontrole rezidua sondu propláchneme 50 ml čaje nebo vodou, není vhodné používat ovocné šťávy, které by mohly mít za následek sražení klinické výživy, ani perlivé

nápoje nejsou vhodné, ty mohou způsobit nadýmání a křeče v břiše (Solař, 2010). Sestra by měla edukovat pacienta o vhodné poloze při podávání enterální výživy. Pacient by měl zaujímat polohu vsedě, polosedě nebo ve Fowlerově poloze. V této poloze pacient setrvává alespoň další půl hodinu. Pacienta nebo rodinné příslušníky je nutné o tomto poučit zejména při propuštění pacienta do domácí péče. Správnou polohou minimalizujeme riziko regurgitace žaludku a aspirace. Po použití Janettovy stříkačky je nutné její mechanické očištění a propláchnutí v horké vodě (Urbánek a kol., 2016).

Kontinuální podávání enterální výživy do výživové stomie

Kontinuální podávání se používá především do jejunální sondy nebo v případě netolerování bolusového podávání do gastrické sondy. Ke kontinuálnímu podávání používáme enterální pumpu, kde nastavíme dávkování dle ordinace lékaře. Většinou se dává zpočátku 20 ml/h denně, později 100–150 ml/h. Pro střevo je přirozený průběžný přísun živin, proto je vhodné podávat stravu ve stejných intervalech a rychlostí někdy i v noci (Solař, 2010).

U nestabilních pacientů většinou zařazujeme přes den hodinové pauzy v rozmezí 3–6 hodin, čímž se zabráňuje bakteriálnímu přerůstání (Křížová a kol., 2019).

Pacient je při podávání ve stejné poloze jako při předchozím způsobu podávání, s rozdílem, že hrozí riziko nechtěného vniknutí klinické výživy do žaludku. Riziko aspirace u jejunální sondy je minimální (Solař, 2010).

Cyklické podávání enterální výživy do výživové stomie

Cyklické podávání kopíruje fyziologický biorytmus stravování. V nemocničním zařízení se dodržuje noční pauza, v domácím prostředí se využívá opačně, jde o pokus o normální příjem potravy, pokud to stav pacienta dovoluje. Výhoda cyklického podávání s denní pauzou spočívá v tom, že pacient v domácí péči může být s výživovou stomií aktivní, může chodit do práce nebo do školy a stravu si aplikuje ve večerních hodinách nebo pouze v noci. Další metodou je intermitentní podávání, kdy se v pravidelných intervalech rozděluje celkové množství výživy do jednotlivých dávek. Pro tuto metodu se používá aplikace samospádem nebo lze použít enterální pumpu (Křížová a kol., 2019; Vytejšková a kol., 2013).

1.2.7 Složení klinické výživy

Enterální výživa jsou klinicky připravované roztoky. Některé enterální výživy jsou dostupné i ve formě prášku, které se těsně před podáním do sondy naředí převařenou vodou, jsou levnější variantou než klasické roztoky (Křížová a kol., 2019).

Podle Křížové a kol. (2019) je domácí mixovaná strava akceptovatelná pouze v domácí péči cestou PEG, za předpokladu, dokonalého složení pro potřeby nemocného. Přípravky klinické výživy obsahují vyvážený poměr živin. Klinická výživa se dělí do dvou základních skupin polymerní a oligomerní. Další skupinou je speciální výživa, pro pacienty se specifickými požadavky.

Enterální výživa zahrnuje přibližně 56–60 % energie, a to ve formě sacharidů a 30 % energie formou lipidů, zbytek zahrnuje bílkovina a peptidy. Další důležitou složkou klinické výživy jsou vitamíny, minerály a stopové prvky v doporučené denní dávce, obvykle zahrnuje i celkové nároky na dodání tekutin.

Na trhu je v současné době několik předních výrobců enterální výživy s výběrem vhodných produktů, jak pro formu sipping s příchutí nebo pro podání do výživových stomií (Křížová a kol., 2019).

Polymerní výživa

Polymerní výživa je nutričně definována, tolerována většinou pacientů s potřebou enterální výživy. Při podávání tohoto typu výživy je nutné, aby u pacienta byla alespoň částečně zachována trávicí a resorpční schopnost GIT. Obsahuje živiny, které jsou nejčastěji ve své původní formě – intaktní proteiny hlavně kasein, tuky (ve formě triglyceridů s dlouhými řetězci tzv. LCT) a polysacharidy. Složení této výživy je fyziologické pro potřeby lidského organismu. Tyto přípravky jsou určeny především pro podávání formou sipping nebo sondovému podávání do žaludku a duodena. Z polymerní formy enterální výživy vychází takzvané modifikované přípravky, ty se ale liší svým složením, mají rozdílný obsah energie a různou míru štěpení bílkovin na peptidy, různé štěpení tuků, obsah vlákniny. Jsou určeny pacientům se specifickými potřebami v oblasti výživy. Příklady polymerní klinické výživy jsou např. Nutrision Standard, Isosource Standard v láhvi. Ve vaku jsou dodávány Nutrision Standard pack. (Křížová a kol., 2019; Holubová a kol., 2013).

Oligomerní výživa

Oligomerní výživa je chemicky definována, jedná se o nízkomolekulární obsahující rozštěpené živiny – aminokyseliny, popřípadě oligopeptidy, disacharidy, maltodextrin a MCT oleje. MCT oleje jsou stravitelnější než stravitelnost LCT tuků. Tato forma výživy je používána především pro podání jejunální sondou, ke svému vstřebávání nepotřebuje trávicí enzymy. Její nevýhodou je vyšší osmolarita, tím souvisí riziko průjmů a dehydratace. Oligomerní výživa neobsahuje vlákninu (Křížová a kol., 2019).

Nízkomolekulární nebo chemicky upravená výživa, vyhrazená především pacientům, u kterých je narušeno trávení substrátů o velké molekulové hmotnosti je doporučován přípravek Peptisorb, Peptament (Holubová a kol., 2013).

Speciální výživa

Speciální výživa je určená pacientům, kteří mají specifické požadavky na výživu. Patří sem například pacienti s diabetem nebo hyperglykemií, kterým by mohl být indikován přípravek např. Diason Low Energy Pack, Fresenius Kabi Diben. Další skupinou pro speciální výživu jsou pacienti s dekubity, těm je vhodné podávat Cubison. Pro kriticky nemocné pacienty je vhodné použít přípravek s vyšším obsahem bílkovin, jako jsou např. Protison, Fresenius Kabi Supportan, Fresubin intensive (Holubová a kol., 2013).

1.3 Výživové stomie

Gastrostomie, jejunostomie a gastrojejunostomie slouží k dlouhodobému přístupu do horní části gastrointestinálního traktu. Nejčastější se provádí perkutánní endoskopickou metodou (PEG, PEJ, PEG/J) Výživová jejunostomie se zavádí do proximálního jejunum za účelem enterální výživy zejména perioperační (Novotná a kol., 2013).

1.3.1 Perkutánní endoskopická gastrostomie

Perkutánní endoskopická gastrostomie (PEG) je miniinvazivní metoda zavedení setu pro výživu přímo do žaludku, přes břišní stěnu, pomocí endoskopického přístroje (gastroskopu) (Zachová a kol., 2010). Jedná se o tenkou sondu, kdy jeden konec ústí na kůži břišní stěny a druhý v žaludku. Do otvoru, který je dlouhý 2–3 cm (dle množství podkožního tuku), je zaveden k tomuto účelu set se sondou, ten je určen k podávání

stravy a brání jejímu úniku mimo žaludek. Po zlepšení stavu pacienta je set možné odstranit a místo vstupu se úplně zacelí do 10–12 hodin (Novotná a kol., 2013).

1.3.2 Perkutánní endoskopická jejunostomie

Perkutánní endoskopická jejunostomie je podobná jako PEG s rozdílem, že konec sondy neústí do žaludku, ale do tenkého střeva. K této metodě se přistupuje ve vzácných případech, kdy není možné podávat stravu přímo do žaludku. Žaludek je bezprostřední bariéra bránící vstupu infekce. Výživa, která je podávána přímo do jejuny, musí být k tomuto určena. Tato výživa musí být více naštěpena a i podávání výživy má jinou techniku. Do PEJ nelze podávat stravu bolusově, stravu je potřeba podávat kontinuálně. Větší jsou i zásady na sterilitu a komplexní hygienickou péči (Solař, 2010).

1.3.3 Perkutánní endoskopická gastrojejunostomie

K perkutánní endoskopické gastrojejunostomii přistupujeme v případě, že nelze podávat stravu přímo do žaludku, ale potřebujeme například odsávat žaludeční obsah. Klasickou indikací k tomuto druhu stomie je akutní pankreatitida, kdy je vhodné podávat stravu do jejuny a zároveň je potřeba i odsávání žaludečního obsahu gastrickou částí stomie. Jejunální kanylu je možné založit prostřednictvím gastrostomie kdykoli v trvání PEG s podmínkou, že byla stomie vyvedena metodou „pull“ nebo „push over wire“ (Vojtová a kol., 2011).

1.3.4 Indikace k zavedení výživové stomie

Indikace k zavedení jedné z variant výživové stomie je potřeba určit individuálně. Indikace můžeme rozdělit do několika oblastí onemocnění, především tam, kde hrozí riziko malnutrice pacienta a neschopnost polykání. K perkutánní endoskopické gastrojejunostomii přistupujeme tehdy, když není možné podat stravu přímo do žaludku, ale je možné například odsávat žaludeční obsah (Vojtová a kol., 2011).

1.3.5 Kontraindikace k zavedení výživové stomie

Jako hlavní kontraindikace k zavedení výživové stomie patří závažné poruchy krevní srážlivosti, neprostupnost endoskopu gastrointestinálním traktem, nádory žaludku, nemožnost provést diafanoskopii, ascites, difuzní peritonitida a jiné. Jako další může

být i nesouhlas pacienta nebo jeho zákonného zástupce se zavedením výživové stomie (Kordulová a kol., 2017).

1.3.6 Samotné zavedení výživové stomie

Postupů pro zavedení stomické výživy je několik. Zavedení je možné buď klasickou operací, laparoskopií, endoskopickými metodami nebo transabdominální cestou. Většinou se jedná o miniinvazivní výkon s minimem rizik souvisejících se samotným zavedením (Kohout a kol., 2002). Endoskopicky je možné zavedení orální cestou, která je častější nebo přes dutinu břišní, ta se používá méně často, na vině je méně účinné fixační zařízení (balonek), je zde větší riziko uvolnění stomie, dalším faktorem je i vyšší cena transabdominálního setu (Marks, 2016).

Metoda zavedení výživové stomie Pull (Gauderer – Ponsky)

Tato metoda je nejvíce používaná. Provádí se buď v analgosedaci nebo v celkové anestezii.

Samotný výkon začíná vyšetřením gastroskopem, který se zavede do horní části trávicí trubice a je nutné dostatečně prosvítit (diafanoskopie), pokud se nepodaří žaludek prosvítit, značí to jako absolutní kontraindikaci k zavedení výživové stomie. Dalším postupem je insuflovat žaludek, tak aby stěna žaludku co nejvíce naléhala na břišní stěnu. Operátor zatlačí prsty na stěnu břišní a toto místo je jasně vidět na endoskopické obrazovce (indentace). Nejčastěji se nachází nalevo od středové části břicha asi 5 cm od žeberního oblouku. Následně mechanicky dezinfikujeme a přiložíme sterilní roušku kolem místa vpich (Novotná a kol., 2013).

Operující lékař zavede jehlu s kanylou do žaludku. Kanylou je zavedena vodící nit, kterou uchycena kleštěmi endoskopu, nit protáhne endoskopem a poté je odejmut i endoskop. PEG sonda se zavádí vodící nití ústy a jícnem do žaludku. Následně je odstraněna kanyla v břišní stěně a tahem vysunuta sonda na povrch (Kordulová a kol., 2017). Pokud je použitý set o větším průměru, je vhodné v kůži a podkoží provést řez (Vojtová a kol., 2011).

Vnitřní fixace je provedena pomocí fixačního disku. Jako kontrola slouží gastroskop, ještě před vyjmutím gastroskopu je možné provést kontrolu aplikací sondou menším množstvím sterilní vody (Novotná a kol., 2013).

Metoda zavedení výživové stomie push (Sacks-vine)

Push metoda je velmi podobná metodě předcházející. Přistupujeme k ní v případě, že není možné provlečení fixačního disku stomického setu přes jícnou nebo jinou část GIT, ale je možné zavést nasálně tenký gastroskop (Marks, 2016).

Prvotní průběh operace je shodný jako předchozí, rozdíl je patrný až při zavádění gastrostomie. Nejdůležitější u této metody je zavedení kanyly přímo do žaludku pomocí zavedeného drátěného vodiče, ten se po vytažení z dutiny ústní musí narovnat. Přínosem je zavádění endoskopu pouze jednou a gastrostomická kanyla neprochází horní částí zažívacího traktu, a tím je menší riziko zavlečení infekce. Tato kanyla se zevně fixuje balonkem naplněným tekutinou (Vojtová a kol., 2011).

Transabdominální zavedení výživové stomie

Pokud je gastrointestinální trakt absolutně neprůchodný, je možné pomocí zobrazovací techniky, ultrazvukem, skiaskopie, počítačová tomografie najít nejvhodnější místo pro zavedení výživové stomie. U této techniky je zásadní zajistit fixaci žaludku co nejbližší k břišní stěně pomocí jehly speciální kotevními stehy (T-fastener). Následuje jehlou zavedený vodič a přes něj je zaveden stomický set, vnitřně je fixovaný balonkem naplněným tekutinou (Marks, 2016).

Způsoby zavedení jejunostomie

Existuje několik technik, jak zavést jejunostomii, pokud to pacientův stav dovoluje, je možné použít stejných endoskopických technik jako u endoskopické gastrostomie s rozdílem, aby stomická kanyla zavedena endoskopem až za Treitzovu řasu do jejunu. Na stěně jejunu je vyveden menší řez a zavedena kanyla asi 20 cm dlouhá za Treitzovu řasu, kde je zafixován operátorem. Tím se vytvoří seromuskulární kanál. Stomická kanyla je vyústěna stěnou břišní a střevo je nutné upevnit k pobřišnici (Urbánek a kol., 2016). Jako další technikou je laparoskopické zavedení, punkční jehlou zavádí operátor stomickou sondu do jejunu (Krška a kol., 2014).

1.3.7 Komplikace výživové stomie

Komplikace specifické pro výživové stomie, lze rozdělit do několika skupin. Komplikace samotného provedení gastrostomie a komplikace samotné výživové stomie.

Ty se následně dělí na závažné a nezávažné. Dále se rozdělují na dobu vzniku a druhu komplikace (Martincová, 2012).

Komplikace spojené se zavedením výživové stomie

Do komplikací samotného provedení patří špatná snášenlivost pacienta na premedikaci a její nežádoucí účinky jako jsou útlum dechového centra, hypotenze, vzácněji paradoxní psychická reakce nemocného (Kohout a kol., 2002).

Jako ranou komplikaci považuje Urbánek a kol. (2010) bezprostřední krvácení po zákroku do trávicího traktu, poranění sliznic, poranění nebo perforace jícnu nebo žaludku, následkem gastrokopie. Neprostupnost trávicího traktu. Může sem patřit i nesprávně indikovaná výživová stomie např. z etického hlediska (Urbánek a kol., 2010). Časné (do 30 dnů) komplikace na již zavedené stomii následkem zákroku patří zavlečení infekce do místa vpichu v podobě abscesu břišní stěny (Kohout a kol., 2016).

Komplikace samotné výživové stomie

Mezi závažné komplikace gastrointestinálního traktu patří vřed na protilehlé straně nebo pod diskem stomie, tento vřed může způsobit při nesprávném ošetřování tzv. pohřbení disku, zvané „buried bumper syndrome“, který ve většině případů vede k odstranění PEG. Jako velmi vážnou komplikaci uvádí Kohout a kol. (2016) takzvaný leak žaludku, zejména při vážné malnutrici, je riziko ruptury žaludeční stěny s následnou peritonitidou, pacienta je poté nutné bezprostředně operovat.

Dále sem můžeme zařadit nekrotizující fasciitidu, gastro-kolo-kutánní píštěl, implantace nádoru do vývodu stomie a neúmyslné vytažení (Marks, 2016).

Jako další, ač méně závažnou, ale poměrně častou komplikaci uvádí Kohout a kol. (2016) granulaci místa vpichu, jako následek málo utaženého disku a dráždění kůže kyselinou solnou nebo žlučí.

Mezi méně závažné komplikace patří i nechtěné vytažení, často nesprávnou manipulací se stomickou kanylou (Kianička a kol., 2012).

Infekční komplikace patří k nejčastějším nezávažným komplikacím okolí vyústění stomie. Infekce se nejčastěji projevuje zarudnutím okolí vyústění stomie a její zvýšenou citlivostí, většinou tyto příznaky provází hnisavá sekrece v okolí stomické kanyly.

Řešení infekcí bývá snadno řešitelné, provede se stěr a nasadí se cílená antibiotická léčba (Martincová, 2012).

Častou komplikací je obtékání výživy. Okolí vyústění výživové stomie je potřeba kontrolovat, při úniku enterální výživy může být řešením utažení fixačního zařízení, pokud utažení nebude účinné, je vždy nutné kontaktovat lékaře, při větším úniku hrozí riziko vniknutí enterální výživy do dutiny břišní s následnou peritonitidou. V lehčí formě, kdy je únik menší, může způsobit maceraci okolí stomie (Urbánek a kol., 2016).

Další častou komplikací je ucpání sondy. K ucpání sondy většinou dochází při nedodržování postupů při aplikaci enterální výživy. Jestliže dojde k ucpání, nikdy nepoužíváme hrubou sílu při pokusu o uvolnění. Pokusíme se propláchnout nejprve vlažnou vodou, Urbánek a kol. (2016) uvádí, že je možné propláchnout malým množstvím coca-coly nebo roztokem pankreatických enzymů, které se rozpustí ve vodě s trochou jedlé sody, tento roztok se aplikuje do sondy a ponechá se v sondě 5–10 minut, poté se propláchnou vodou. Jestliže ani tato technika nepomůže, je potřeba řešit s lékařem.

Riziko vdechnutí (aspirace) enterální výživy nebo žaludečních šťáv je v souvislosti s výživovou gastrostomií poměrně častá závažná komplikace. U gastrojejunostomií nebo jejunostomií toto riziko prakticky nehrozí. Jedná se o únik žaludečního obsahu do horních dýchacích cest (Solař, 2010). Kianička a kol. (2012) uvádí častější výskyt u neurologických pacientů.

Jako prevenci aspirace je důležité dodržování vhodné polohy pacienta při podávání enterální výživy, tou je poloha vsedě nebo polosedě, pacienta v této poloze udržujeme po dobu dalších 30 až 60 minut, tím se riziko aspirace výrazně snižuje (Martincová, 2012).

1.4 Ošetrovatelská péče o výživové stomie

Zavedení výživové stomie je miniinvazivním zákrokem, avšak nese se sebou různá úskalí, se kterými se mohou sestry setkat v ošetrovatelském procesu. Autoři Vytejšková a kol. (2013), Kapounová (2014) i Urbánek a kol. (2016) se shodují, že péče o pacienty s PEG a PEJ je v podstatě shodná.

Po zhojení, ke kterému dochází okolo 10. dne po zavedení výživové stomie a zbytnění gastrokutánního kanálu, již není nutné žádného krytí, pouze jednou týdně uvolníme fixační destičku a mírně zatlačíme kanylu asi 2–4 cm dovnitř a otáčíme o 360°, poté vysuneme a kanylu fixujeme, tento úkon je prevencí, aby nedošlo k zanoření disku tzv. „buried bumper syndrome“ (Absolonová, 2014). Výživové stomie je nutné udržovat trvale průchodné, proto doporučujeme jejich pravidelné proplachování po podání enterální výživy, ale i léků nejlépe neperlivou vodou.

V každodenní péči po zhojení se pacient nemusí bát běžně sprchovat, koupele se nedoporučují, případně pečlivě očistit na lůžku. Vyústění kanyly je potřeba každý den kontrolovat, sleduje se okolí rány. Zejména si všímáme případného zarudnutí nebo sekrece (Urbánek a kol., 2016). K dezinfekci okolí výživové stomie nejsou vhodné použít na bázi polyvidon-jódu (například Betadine, Braunol, Jodisol, Braunovidon) a octenidindihydrochlorid-fenoxyetanolu (např. Octanosept), protože mohou negativně ovlivňovat fyzikálně-mechanické vlastnosti sondy (Martincová, 2012).

Nutné je také myslet na čištění uzávěru stomie. K čištění můžeme použít běžný kartáček na zuby (Solař, 2010). Neměli bychom zapomínat na péči o dutinu ústní, přestože pacient nepřijímá potravu per os, je z hygienického hlediska vhodné pečovat i dutinu ústní běžným způsobem (Urbánek a kol., 2016).

Každý výkon v souvislosti s péčí o výživovou stomii, který všeobecná sestra provede u pacienta ke nutné dle zvyklosti pracoviště zaznamenat do zdravotní dokumentace. Je důležité vést denní záznamy o příjmu tekutin a klinické výživy a výdejem. Balance tekutin za 24 hodin je důležitým faktorem. Příjem a výdej tekutin musí být v celkové rovnováze (Kapounová, 2014).

Jednou z nejdůležitějších povinností sestry je vedení dokumentace. Záznamy musí být přehledné a kompletní tak, aby lékař mohl kdykoliv získat rychle dostatečný přehled o pacientovi. Proto dokumentace musí obsahovat dostatečné množství klinických a laboratorních údajů (MZČR, 2018).

1.4.1 Příprava pacienta k vytvoření výživové stomie

Pacient nebo jeho zákonný zástupce by měl být lékařem řádně informován o průběhu a následcích výkonu. U starších pacientů je potřeba myslet i na vyšší rizikovost a informovat jak pacienta, tak jeho rodinné příslušníky. Největší rizika jsou akutní

krvácení, poranění střeva, peritonitida, zavlečení infekce do trávicího traktu (Schuler a kol., 2010).

Pacientovi se nejdéle sedm dní před plánovaným výkonem odebere krev na vyšetření koagulačních parametrů, INR do 1,3, APTT do 1,3, trombocyty nad 100 000 000/l. Pokud parametry neodpovídají, je zapotřebí tyto hodnoty hemokoagulačně upravit. Převedení pacienta z perorálních antikoagulancií na léčbu nízkomolekulárním heparinem (Marks, 2016).

Den před výkonem musí pacient potvrdit informovaný souhlas s výkonem. Sestra s pacientem sepíše anamnézu včetně přehledu alergií. Večer před samotným výkonem pacient provede důkladnou hygienu, pokud není schopen koupele sám, provede hygienu sestra (Novotná a kol., 2013).

Zvláštní péči věnuje sestra čištění pupku, ten vyčistí štětičkou namočenou v dezinfekci, jako prevence zanesení infekce (Vytečková a kol., 2013).

Sestra oholí pacientovi ochlupení v oblasti od mečovitého výběžku po pupek (v oblasti plánovaného založení stomie). Poučí pacienta, aby 8 hodin před výkonem nepozřel nic per os a aby nekouřil. Kapounová (2014) uvádí lačnění až 12 hodin před výkonem. Pokud má pacient zavedenou nazogastrickou sondu, 8 hodin před výkonem zastaví podávání do sondy. U sondy nazojejunální není nutné ukončovat enterální podávání (Martincová, 2012; Novotná a kol., 2013).

Ráno před plánovaným výkonem sestra provede hygienu dutiny ústní dle zvyklosti oddělení, odvarem z heřmánku nebo řepíku lékařského, jodovými přípravky nebo roztokem 0,5 % chlorhexidinu, pokud má pacient zubní náhradu, zajistí její vyjmutí, dále zajistí žilní vstup kanylou a dle zvyklosti oddělení podá antibiotickou profylaxi dle ordinace lékařem. Pacient je předán na endoskopické pracoviště s příslušnou dokumentací (Vytečková a kol., 2013).

1.4.2 Péče o pacienta během výkonu

Jedná se o operační výkon, měl by se provádět na endoskopickém sále, který je vybaven potřebným materiálem, v případě řešení možných komplikací, které by mohly souviset s výkonem a stavem pacienta. Dalším nezbytným vybavením je resuscitační vozík vybavený léky a potřebným vybavením, v případě neodkladné resuscitace,

defibrilátorem a přívodem kyslíku a kyslíkovou maskou či brýlemi. Set pro výživové stomie je dodáván ve sterilním balení a je určený k jednorázovému použití. Operace se vykonává za vysoce aseptických podmínek, je prováděn buď v analgosedaci nebo v celkové anestezii, u operace jsou přítomni dva lékaři a dvě sestry. V případě celkové anestezie je u operace i anesteziolog. Průměrná doba operačního výkonu, bez komplikací je 15–20 minut (Martincová, 2012; Novotná a kol., 2013).

Během operace u pacienta všeobecná sestra kontroluje saturaci kyslíku a pulzu, dále kontroluje EKG a krevní tlak. Úkolem všeobecné sestry u výkonu je asistence lékaři instrumentárium a kontrola polohy pacienta, zejména udržování polohy hlavy ve správné pozici pro zavedení gastroskopu. Během výkonu všeobecná sestra monitoruje fyziologické funkce, po výkonu sterilně kryje a fixuje ránu (Novotná a kol., 2013).

Podle nových studií, které uvádí Marks (2016), není vhodné podkládat převazovým materiálem zevní fixační terč, ale pouze ho sterilně krýt. Jako důvod uvádí riziko nežádoucího pnutí, mezi vnitřním a zevním fixačním zařízením.

1.4.3 Péče o pacienta po výkonu

Bezprostředně po výkonu je vyústění stomické kanyly překryto sterilním krytím. Všeobecná sestra zajistí pacientovi zvýšený dohled, sleduje fyziologické funkce, především krevní tlak, pulz a saturaci kyslíku dále kontroluje krvácení a okolí rány (Marks, 2016).

V následujících postupech se Novotná a kol. (2013) a Vytejšková a kol. (2013) rozcházejí. Novotná a kol. (2013) uvádí, aby pacient v následujících 24 hodinách nepřijímal stravu per os. A po 3 hodinách od zavedení gastrostomie sestra sondu propláchne 50 ml fyziologického roztoku, oproti tomu Vytejšková a kol. (2013) uvádí nic per os po dobu 3–4 hodin, dále uvádí, že po kontrole lékařem je možné proplach 30 ml sterilním fyziologickým roztokem a proplach opakovat ve 2–3 hodinových intervalech. Vytejšková a kol. (2013) dále uvádí možnost podávat perorálně čaj po doušcích. Pokud se jedná o jejunostomii je možné začít s enterální výživou prakticky ihned po výkonu (Kianička a kol., 2012).

Od druhého dne je možné začít podávat enterální výživu, tu podáváme zprvu v bolusových dávkách po 100 ml obvykle ve 3–4 hodinových intervalech. Pokud

pacient enterální výživu snáší dobře, je možné dávku postupně navyšovat, až na 300 ml, 5–8 krát za den (Vytejšková a kol., 2013). Převaz výživové stomie se první týden provádí každý den následující týdny většinou 2x týdně. Převaz musí probíhat za aseptických podmínek. Během převazu všeobecná sestra kontroluje ústí výživové stomie, které v případě potřeby ošetří a upraví tah disku. Šetrně zatlačíme asi 2–4 cm dovnitř a poté otočíme kanylu o 90°, poté opět přitáhneme destičku tahem ke kůži a fixujeme. Tento postup musí být přiměřené síly, jakékoliv přílišné utažení nebo naopak uvolnění kanyly může být komplikací. (Vytejšková a kol., 2013). Čtvrtý den kanylu při převazu otočíme o 360°, tím vytváříme zbytnění gastrokutánního kanálu (Novotná a kol., 2013).

1.4.4 Podávání výživy do výživové stomie

Podávání do výživové stomie používáme zásadně klinickou výživu. Dříve se do výživových stomií podávala i mixovaná a rozředěná strava, dnes to již není považováno za přínosné. Hrozí riziko ucpání sondy v důsledku nedostatečně rozmixované potravy. Dále běžná kuchyňská strava není z nutričního hlediska pro pacienty s výživovou stomií dostatečná (Solař, 2010). Důležitým aspektem je hygiena. Mixovaná strava není sterilní, a tím by mohlo dojít k pomnožení bakterií a vzniku infekce v trávicím traktu.

Před každým i po každém podání enterální výživy je nutné sondu propláchnout vodou nebo čajem, k proplachu stomie není vhodné používat kyselé nápoje jako džusy, ovocné čaje a šťávy, důvodem je riziko sražení výživy a obstrukci sondy (Balogová a kol., 2011).

Pomůcky k podávání enterální výživy

K podávání enterální výživy si sestra připraví tyto pomůcky: objemovou stříkačku (Janetovu), emitní misku, buničitou vatu, rukavice, uzávěr na sondu. Sklenici s vodou nebo čajem a ordinovaný přípravek s enterální výživou (Novotná a kol., 2013).

Postup podávání enterální výživy

Poté, co si sestra připraví potřebné pomůcky, ověří totožnost pacienta, následně pacientovi vysvětlí, co bude následovat. Pacienta uvede do vhodné polohy, doporučována je Fowlerova poloha, jestliže je sed pacientovi kontraindikován, je vhodné pacienta uložit do polohy na pravém boku a mírně mu zdvihnout hlavu. Před

podáním enterální výživy, je nutné zkontrolovat datum expirace klinického přípravku, zkontroluje ordinované množství a čas podávání. Sestra si umyje ruce a nasadí rukavice, stříkačkou odsaje žaludeční obsah, a tím zkontroluje reziduum v žaludku, pokud je reziduum větší než 50 ml, informuje lékaře, vrátí aspirovaný obsah zpět do žaludku, tím se zabrání ztrátě elektrolytů a žaludečních šťáv (Novotná a kol., 2013).

Balogová a kol. (2011) uvádí vhodnost proplachu před i po každém aplikování výživy do sondy, stejný postup interpretuje i Kohout a kol. (2016) zatímco Novotná a kol. (2013) uvádí v postupech pouze proplach po podání výživy do sondy.

Do objemové stříkačky sestra nasaje enterální výživu o tělesné teplotě. Uzavřeme sondu pomocí kolíčku, podložíme zevní konec sondy buničitou vatou a odstraní uzávěr. Nasadíme stříkačku a pomalu aplikujeme porci enterální výživy.

Při každém rozpojování sondy a stříkačky je nutné sondu uzavřít kolíčkem. V průběhu podávání sledujeme možné komplikace. Po podání celé porce enterální výživy je vhodné propláchnout kanylu vodou a uzavřít uzávěrem.

Pacienta ponecháme ve zvýšené poloze alespoň 30 minut, jako prevenci aspirace enterální výživy. Aplikaci enterální výživy vždy řádně, všeobecná sestra, zapíše do zdravotní dokumentace (Novotná a kol., 2013).

1.4.5 Podávání tekutin pacientům s výživovou stomií

Pokud to stav pacienta dovoluje, je možné podávat tekutiny přirozenou cestou ústy. Denní dávka tekutin by měla být minimálně 1,5 litru, s ohledem na stav pacienta. Jestliže pacient není schopen přijímat tekutiny orálně, je vhodné denní dávku rozdělit do několika dávek a podávat po aplikaci enterální výživy do výživové stomie. Postup při podávání tekutin do výživové stomie je v zásadních bodech shodný s podáváním výživy do výživové stomie. Důležitým bodem zůstává kontrola rezidua v žaludku aspirací a opětovné vrácení nasátého obsahu. I zde platí podávání vhodných tekutin, jako je voda, slabý čaj. Nevhodné jsou naopak kyselé nápoje jako džusy, ovocné šťávy a ovocné čaje, které mohou zapříčinit sražení klinické výživy v žaludku. Otázkou vhodných nápojů se zabývá i Marks (2016) ten uvádí, že v podstatě neexistují nevhodné tekutiny a v malé míře jsou vhodné i perlivé nápoje, pokud na ně byl pacient zvyklý před zavedením výživové stomie (Balogová a kol., 2011; Novotná a kol., 2013).

1.4.6 Podávání léků do výživové stomie

Není-li možné podávat léky per os, je vhodné do výživové stomie podávat především ve formě kapek či sirupů zředěných vodou nebo čajem. Pokud je lék pouze v tabletové formě, je potřebné jej důkladně rozdrtit, jen tím předejdeme riziku ucpání sondy. Nejvhodnější je použít tlouček a třecí misku. Použit k drcení dvě lžice nebývá dostačující. Rozdrcený prášek důkladně rozpustíme asi v 50ml vody nebo čaje, léky se nikdy nesmějí v kanyle setkat s klinickou výživou, hrozí riziko sražení a následné ucpání sondy. Léky nejlépe podávejte 30 minut po aplikaci enterální výživy, kdy již nehrozí riziko setkání stravy a léků v sondě (Solař, 2010).

Některé léky drcením mohou změnit účinnost, to může vést k řadě nežádoucích účinků. Jde především o léky s řízeným uvolňováním účinné látky nebo léky, které jsou citlivé na kyselé žaludeční prostředí a rozpouštějí se až ve střevě. Tyto komplikace mohou vést až k ohrožení života. Je potřebné konzultovat vhodné léky podávané do výživových stomií s ošetřujícím lékařem (Urbánek a kol., 2016).

Oproti tomu jsou léky, které jsou vhodné podávat současně s enterální výživou, jedná se zejména o probiotika a prebiotika, která pozitivně ovlivňují střevní mikroflóru. U některých pacientů, zejména u těch, kteří prodělali léčbu antibiotiky, se setkáváme se střevními dysmikrobiemi (Křížová a kol., 2019).

Probiotika jsou charakterizována jako živé fyziologické mikroorganismy zažívacího traktu, prospěšné ku zdraví lidského organismu. Ve složení musí být dodržena čistota preparátu a vyloučeny nežádoucí patogeny. Obsahují zejména kmeny laktobacilů, bifidobakterů a *Escherichia coli* a jiné. Preparáty v této kategorii jsou například Mutaflor, Lacidofil, Probioflora, Hylak. Hlavní přínos laktobacilů vidí Křížová a kol. (2019) v protichůdném působení většiny patogenů, kteří vyčkávají na oslabení jedince.

Prebiotika jsou oligosacharidy nestravitelné v žaludku a tenkém střevě a jsou štěpeny střevními bakteriemi za vzniku mastných kyselin, tím vytvářejí příznivé prostředí pro střevní bakterie. Mnohdy jsou označovány jako synonymum pro vlákninu. Jedinou kontraindikací, je nesnášenlivost vlákniny. Prebiotikum, které bývá obsažené i v enterální výživě, je například přírodní oligosacharid inulin, jako složkou vlákniny (Křížová a kol., 2019).

1.4.7 Odstranění výživové stomie

Výživovou stomii je možné ukončit v případě, že již není nutné podávat výživu enterální cestou a nejsou předpoklady k znovuzaložení výživové stomie. Výživovou stomii je možné odstranit v případě zavedení výživového knoflíku nebo při mechanických komplikacích samotné stomie jako je např. ucpání sondy či poškození gastrostomického setu (Martincová, 2012).

Způsob, kterým budeme stomii odstraňovat, se liší tím, jakým způsobem byla zavedena. Jestliže byl použit set s fixačním balonkem nebo jiným mechanismem, který lze ovládat zevně. Uvolníme tuto fixaci v žaludku a tahem vytáhne (Novotná a kol., 2013). Další způsob uvádí Martincová (2012) jako metodu „cute and push“ odstranění spočívá v ustřížení zevní sondy a vtlačení zbylé sondy do žaludku, který by následně měl projít spontánně trávicím ústrojím a stolicí. Stolicí je vhodné následně kontrolovat a přesvědčit se o odchodu sondy s diskem.

Tato metoda sebou přináší riziko ucpání trávicího traktu nebo její perforaci. Proto je vhodné sondu ustříhnout co možná nejvíce. Tím minimalizujeme možná rizika. (Martincová, 2012).

Endoskopické odstranění se provádí zejména u rizikových pacientů, u kterých je možné předpokládat uvíznutí disku v trávicím ústrojí. Případně u pacientů s indikovanou gastroskopií. Přes disk se přetáhne polypektomická klička, ta se utáhne kolem setu, ten se odstříhne a následně se sonda s diskem a gastroskopem vytáhne ústy.

Po odstranění výživové stomie, není vhodné podávat tekutiny alespoň 6 hodin, se stravou se doporučuje vyčkat do druhého dne (Martincová, 2012). Místo, kde ústila stomie, překryjeme sterilním krytím. Ústí se spontánně zatáhne do 24 hodin (Novotná a kol., 2013).

1.4.8 Etické aspekty zavedení výživové stomie

Jak již v úvodu bylo zmíněno, etický aspekt v souvislosti se zavedením výživové stomie je nutné v každém případě zvažovat individuálně. Jak uvádí Česká lékařská komora ve svých doporučeních k zahájení změny léčby z intenzivní na paliativní v terminálním stádiu života, kteří nejsou schopni vyjádřit svůj souhlas či nesouhlas. Je rozhodnutí zásadně na lékařích, kteří musí zvážit benefity spojené se změnou léčby (ČLK, 2010).

Kohout a kol. (2002) ve své publikaci uvádí, že právě u pacientů v paliativní péči je podávání výživy nejdéle udržovanou aktivitou, ukončení této potřeby by znamenalo i konec jejich života. Přesto je pacientům, kteří již ztratili zájem o jídlo a chuti k jídlu, často indikováno založení výživové stomie (PEG). Rodina i pacienti s tímto postupem ve většině případů souhlasí.

Někteří autoři oponují a považují to za prodlužování života a neponechání pacienta zemřít přirozenou smrtí (Kroupa a kol., 2019; Vráblová a kol., 2015).

Další názor uvádí ve své knize Miller a Truog (2012), že jakékoliv nezhájení, či nepokračování v léčbě, je považováno za eutanázii. Česká lékařská komora uvádí ve svých doporučeních jako základní postup při rozhodování o změně léčby jako první, že lidský život je konečný. Je tím myšleno, že každý musí zemřít a není žádoucí udržovat pacienta v utrpení, které by mohlo zavedení výživové stomie přinést.

K etickým indikacím patří také pohled na kvalitu života po zavedení výživové stomie a její benefit pro pacienta. Zavedením výživové stomie by mělo být indikováno pro zlepšení nebo alespoň zachování kvality života. Proto dodržujeme tři základní podmínky.

- Indikace zavedení,
- Nastavení cíle, kterého chceme dosáhnout po zavedení výživové stomie, a reálnost jeho naplnění,
- Informovaný souhlas pacienta nebo jeho zákonného zástupce.

Jestliže jedna nebo více z těchto podmínek nejsou splněny, není z etického hlediska možné zavést výživovou stomii. Oproti tomu jsou-li všechny podmínky splněny, je vhodné zavést výživovou stomii co nejdříve (Kroupa a kol., 2019).

Z eticko-morálního pohledu na zavedené výživové stomie je hlavně u polymorbidních geriatrických pacientů, pacientů zbavených svéprávnosti s demencí, u pacientů v bezvědomí a ve vigilním kómatu.

Postup „primum non nocere“ (lat) by mohl být zastřen snahou „léčit za každou cenu“, ze strachu z právních dopadů neuskutečněných požadavků příbuzných a také nátlakem na rychlé řešení situace, bez pohledu na dlouhodobé dopady lékařského rozhodnutí. Důsledkem tohoto rozhodnutí o invazivních výkonech může být bráno jako bránění

přirozenému umírání u pacientů s velmi nízkou kvalitou života, kterou nelze zavedením výživové stomie zlepšit (Kroupa a kol., 2019).

1.5 Edukace pacienta v péči o výživovou stomii

Edukace jsou takové informace, které pacient má znát během hospitalizace a informace, které by měl mít po propuštění do domácího prostředí. Informace mají pacientovi umožnit vědomosti potřebné k vyhledání odborné péče v okolí svého bydliště, např. při řešení komplikací nebo v akutním stavu. Ke správně provedené edukaci je možnost použití elektronické, papírové edukační materiály a samozřejmostí je verbální komunikace s pacientem. Edukace je proces činností, při kterých dochází k záměrnému učení. V procesu edukace jsou potřebné čtyři elementy – edukant, edukátor, edukační prostředí a edukační standard (Juřeníková, 2010; Kolektiv, 2008).

O potřebě enterální výživy formou stomie informuje pacienta lékař. Sestra by měla pacienta edukovat názorně v péči o stomii o potřebě proplachu podávání tekutin, stravy, léků a ukázat mu všechny potřebné pomůcky. Poté znovu poučit, vysvětlit a ověřit si, jestli pacient porozuměl. Je vhodné zajistit možnost, aby si pacient mohl činnosti vyzkoušet. Dobře informovaná sestra je vhodným člověkem pro edukování pacienta. Jestliže pacient dostává domů enterální pumpu, sestra pacientovi vysvětlí ovládání a vhodně pumpu polepí štítky s vysvětlivkami (Grofová, 2007).

Je vhodné pacienta informovat o správné technice převazu a manipulaci se stomií. Pacientovi sestra názorně ukáže, jak předcházet nechtěným komplikacím. Například komplikaci syndromu zanořeného disku, kdy tahem za kanylu uvolníme fixační svorku, posuneme zevní disk asi 5 cm od břišní stěny, zkontrolujeme a očistíme místo zavedení a obě strany zevního disku. Místo vpichu dezinfikujeme a zevní disk je možné vypodložit nastřiženým mulovým čtvercem. Tahem za kanylu posuneme zevní disk zpět ke kůži a uzavřeme úchyty a fixační svorku, poté zkontrolujeme, zda zevní disk přiléhá ke kůži. Pacienta informujeme o komplikacích v místě zavedení sondy a možnostech řešení, upozorníme, že se může objevit zarudnutí, nebo hnisavá sekrece v okolí výživové stomie. Může dojít k obtékání výživy okolo stomie, předcházet mu můžeme pravidelným proplachováním stomie vodou, aby nedocházelo k ucpaní. Pacienta poučíme o možném znehodnocení stravy a o vhodných pomůckách k podávání stravy. Pacienta poučíme o nutnosti podávání pouze klinických přípravků a informujeme

o správném proplachu stomie vhodnými tekutinami. Poučíme o správné technice podávání stravy. Poučíme pacienta o vhodné poloze při aplikaci klinické výživy, o nutnosti provést kontrolu žaludečního obsahu aspirací v případě většího množství, se další strava již nepodává a obsah se vrací zpět do žaludku. Pokud je aspirované množství v žaludku minimální, podá se naordinovaná dávka klinické výživy a poté se stomie propláchne vhodnou tekutinou. Pacienta poučíme o režimu po podání klinické výživy, aby si alespoň 30 minut nelehal, z důvodu rizika aspirace. Se stravou je možné podávat léky ve formě kapek, sirupů nebo jako rozdrcené naředěné s dostatečným množstvím vody nebo jiných vhodných tekutin a následnému propláchnutí stomie (Multimediální trenažér plánování...).

2 Výzkumná část

Ve výzkumné části práce se autorka věnuje cíli výzkumu a výzkumným otázkám. Dále pak metodice výzkumu, zpracováním získaných dat a výsledkům výzkumu. Následuje diskuse a doporučení pro praxi. V závěru autorka shrnuje výzkumnou část.

2.1 Cíle výzkumu

Zmapovat specifika ošetrovatelské péče o pacienty s výživovou stomií a zjistit, s jakými problémy se všeobecné sestry u pacientů s výživovou stomií nejčastěji setkávají.

2.2 Výzkumné otázky

- Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o pacienty s výživovou stomií?
- S jakými problémy se všeobecné sestry u pacientů s výživovou stomií nejčastěji setkávají?
- Jaké zásady ošetrovatelské péče o pacienty s výživovou stomií všeobecné sestry dodržují?
- S jakými etickými aspekty se všeobecné sestry setkávají v souvislosti se zavedením výživové stomie?

2.3 Metodika výzkumu

Cílem výzkumu bylo zmapovat specifika ošetrovatelské péče o pacienty s výživovou stomií, a zjistit s jakými problémy se všeobecné sestry nejčastěji setkávají.

Výzkum byl proveden kvantitativní metodou. „*Kvantitativní výzkum je empirický, založený na shromažďování faktických údajů, které jsou měřeny a kvantifikovány. Odpovídá na výzkumné otázky z hlediska výzkumníka. Údaje se shromažďují s využitím dotazníků, průzkumů, pozorování nebo experimentu a vyhodnocují se na základě statistické analýzy*“ (Armstrong, 2015, s. 649).

K realizaci výzkumu jsem zvolila dotazníkové šetření, a to z toho důvodu, že je to rychlá a na sběr dat relativně nenáročná, na druhou stranu velmi efektivní, protože umožňuje v krátké době získat potřebné informace od dostatečného množství

respondentů. Dotazník jsem vytvořila tak, aby bylo možné jednoduše odpovědět na otázky a splnit dané cíle výzkumu. Informace z dotazníkového šetření jsem poté zpracovala a analyzovala.

2.3.1 Dotazník

Dotazník, který dotazovaní respondenti vyplňovali, obsahoval úvodní představení tématu a seznámení s účelem a cílem výzkumu. Dále byla v úvodu uvedena žádost o vyplnění dotazníku, stručné informace způsobu uvedení odpovědí a ujištění, že se jedná o dotazník anonymní, jeho vyplnění je dobrovolné, a získané výsledky budou zaznamenány pouze pro účel této bakalářské práce.

Využitý dotazník (viz Příloha č. 1) má 40 otázek, z nichž 15 otázek je uzavřených, kde mohli respondenti vybrat z možností odpovědí a 19 otázek je polouzavřených, kde měli respondenti možnost uvést vlastní odpověď nebo označit uvedenou variantu odpovědi. Dále bylo v dotazníku 6 otevřených otázek, kde měli respondenti uvést vlastní odpověď.

Samostatný dotazník obsahuje demografické údaje respondentů, jejich nejvyšší dosažené vzdělání a oddělení, na kterém pracují, délku jejich působení na daném oddělení a jak často se setkávají s výživovou stomií (otázky č. 1 až č. 6). Následující otázky se týkaly specifík ošetrovatelské péče o pacienta s výživovou stomií (otázky č. 7 až č. 23). Další otázky se týkají problémů, s jakými se respondenti setkávají v souvislosti s péčí o výživové stomie (otázky č. 24 až č. 27) Navazující otázky se týkají zásad, které respondenti dodržují v souvislosti s péčí o pacienta s výživovou stomií (otázky č. 28 až č. 34). Otázky č. 35 až č. 40 se týkaly respondentů, s jakými etickými aspekty se setkávají v souvislosti se zavedením výživové stomie.

Dotazník byl sestaven tak, aby bylo možné získat odpovědi na výzkumné otázky a splnit stanovené cíle výzkumu. Dotazník byl určen všeobecným sestrám, nebylo specifikováno, na jakém pracovišti mají profesi vykonávat. Kritériem výzkumu byla práce všeobecných sester s výživovou stomií.

2.4 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí

Výběr výzkumného vzorku respondentů byl záměrný. Respondenti museli být vhodní a mít potřebné vědomosti k výzkumu (Bártlová a kol., 2009). Respondenti, kteří nikdy

nepečovali o výživovou stomii, byli vyzváni, aby dále nepokračovali ve vyplňování dotazníku. Kritérium pro zařazení do výzkumu bylo ošetřování výživové stomie.

Výzkumné šetření probíhalo formou online dotazníku, zacílení výzkumu bylo na respondenty pracující jako všeobecné sestry. Celkem bylo odesláno 150 dotazníků, z toho bylo vyřazeno 51 dotazníků, kde respondenti uvedli, že se nikdy nesetkali s výživovou stomií. Ze zbývajících 99 dotazníků, bylo 92 respondentů ženy a 7 respondentů muži. Nejčtenější věkové rozpětí respondentů bylo v kategorii 19–30 let (32 respondentů) a v kategorii 31–40 let (32 respondentů). Nejvyšší dosažené vzdělání respondenti uvádí středoškolské (26 respondentů) a vyšší odborné (26 respondentů). Nejčastěji uváděná pracoviště respondentů, jsou interní oddělení (24) a oddělení ARO/JIP (24). Délka působení na uvedených odděleních je nejčteněji uváděna 0–2 roky a to u 33 respondentů, 3–5 let uvádí 32 respondentů. Respondenti se nejčastěji setkávají s výživovou stomií několikrát ročně, takto uvádí 39 dotázaných, několikrát měsíčně uvedlo jako odpověď 36 dotázaných.

2.4.1 Průběh výzkumu

Výzkum probíhal v období od prosince 2019 až do února 2020. Výzkum probíhal formou online dotazníku cíleného na všeobecné sestry, které pracují s výživovou stomií. Respondenti vyplňovali dotazník v průměru 30 minut. V případě nejasností mě mohli respondenti telefonicky nebo emailem kontaktovat, nikdo tak však neučinil. Výzkum probíhal bez komplikací.

Tabulka 1: Návratnost dotazníku

Počet dotazníků	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vyhodnoceno	99	66 %
Nevráceno	0	0 %
Vyřazeno	51	34 %
CELKEM	150	100 %

Z tabulky 1 je zřejmá 100% návratnost, avšak 34 % (51) dotazníků, bylo vyřazeno, z důvodu, že respondenti nikdy nepracovali s výživovou stomií, byli proto požádáni, aby dále ve vyplňování dotazníku nepokračovali.

2.5 Zpracování získaných dat

Získaná data byla zpracována pomocí programů Microsoft Office Word 2010 pro psaný text a Microsoft Office Excel 2010 pro zpracování statistických dat, tabulek a grafů.

2.6 Výsledky výzkumu

Výsledky z tabulek 2 až 4 jsem využila k charakteristice vzorku respondentů. Šlo o otázky týkající se pohlaví respondentů, jejich věku a dosaženého vzdělání.

2.6.1 Složení respondentů dle pohlaví

V tabulce č. 2 je uvedeno složení respondentů dle pohlaví otázka č. 1: Uveďte prosím své pohlaví.

Tabulka 2: Složení respondentů dle pohlaví

Pohlaví respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žena	92	93 %
Muž	7	7 %
Celkem	99	100 %

Z tabulky 2 je patrné, že dotazníkového šetření se zúčastnilo větší množství žen, konkrétně 92 (93 %), proti tomu muži, respondentů bylo pouze 7 (7 %).

2.6.2 Složení respondentů dle věku

Tabulka 3 znázorňuje odpověď na otázku č. 2: Označte, do které věkové kategorie patříte.

Tabulka 3: Věk respondentů

Věk respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
19 až 30 let	32	33 %
31 až 40 let	32	33 %
41 až 50 let	25	25 %
51 a více let	10	10 %

V tabulce č. 2 je patrné, že nejpočetnější věkovou skupinou byli respondenti ve věku 19 až 30 let (33 %). Ve skupině 31 až 40 let se nachází 32 respondentů (33 %), následovalo věkové rozpětí 41, až 50 let tuto kategorii volilo 25 respondentů (25 %). Nejméně dotázaných spadalo do kategorie 51 a více let, a to konkrétně 10 respondentů (10 %).

2.6.3 Složení respondentů dle vzdělání

V tabulce 4 jsou uvedeny odpovědi na otázku č. 3: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

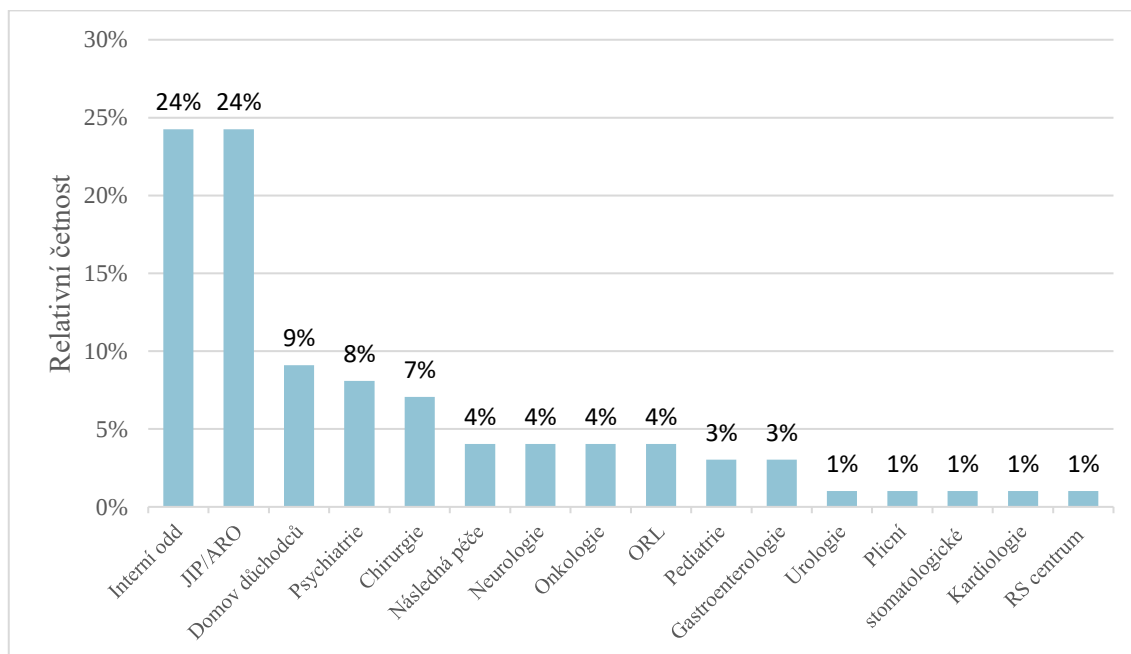
Tabulka 4: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Nejvyšší dosažené vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost
Středoškolské	26	27 %
Vyšší odborné	26	27 %
Vysokoškolské Bc.	18	18 %
Vysokoškolské Mgr.	7	7 %
Specializace	21	21 %
Jiné	1	1 %

Z tabulky 3 je patrné, že nejvíce dotázaných má středoškolské a vyšší odborné vzdělání a to 26 respondentů u obou skupin (27 %). 18 dotázaných (18 %) jako nejvyšší dosažené vzdělání uvedlo vysokoškolské vzdělání Bc., 7 respondentů (7 %) dosáhlo vysokoškolského magisterského vzdělání a 21 dotázaných (21 %) uvedlo specializaci. Jiné uvedl 1 (1 %) respondent, který uvedl vysokoškolské magisterské vzdělání a několik specializací.

2.6.4 Přehled pracovišť respondentů

Graf 1 znázorňuje přehled pracovišť respondentů otázka č. 4: Na kterém oddělení pracujete?



Graf 1 Přehled pracovišť respondentů

V grafu 1 jsou uvedené pracoviště, na kterých respondenti působí. Nejvíce respondentů pracuje na interních odděleních konkrétně 24 respondentů (24 %) a na odděleních intenzivní péče JIP a ARO také 24 respondentů (24 %). Dalším častým oddělením jsou domovy důchodců, kde pracuje 9 respondentů (9 %), k dalším oddělením patří psychiatrie 8 respondentů (8 %), chirurgie 7 respondentů (7 %), oddělení následné péče 4 respondenti (4 %), neurologické oddělení 4 respondenti (4 %), oddělení onkologie 4 respondenti (4 %), oddělení ORL 4 respondenti (4 %). 3 respondenti pracují na oddělení pediatrie. Po jednom respondentovi následují oddělení urologie (1 %), plicní (1 %), stomatologické (1 %), kardiologie (1 %) a RS centrum (1 %).

2.6.5 Délka působení na daném oddělení

Tabulka 5 znázorňuje odpověď na otázku č. 5: Jak dlouho na tomto oddělení působíte?

Tabulka 5: Délka působení na daném oddělení

Délka působení na daném oddělení	Absolutní četnost	Relativní četnost
0–2 roky	33	33 %
3–5 let	32	32 %
6 až 10 let	27	27 %
11 a více let	7	7 %

Z tabulky 5 je patrné, že respondenti, kteří se zapojili do výzkumu, pracují na uvedeném oddělení 0–2 roky, konkrétně 33 respondentů (33 %). Jako další rozpětí je uváděno respondenty 3–5 let, to uvedlo 32 respondentů (32 %). Rozpětí 6–10 let uvádí 27 respondentů (27 %), 11 a více let uvádí 7 respondentů (7 %).

2.6.6 Četnost setkávání s výživovou stomií

Otázka č. 6: Jak často se setkáváte s pacienty s výživovou stomií? Tato otázka byla pro výzkum stěžejní. Z celkového počtu 150 respondentů odpovědělo 51 respondentů (34 %), že nikdy s výživovou stomií nepracovali a dále byli vyzváni, aby ve vyplňování dotazníku dále nepokračovali. Tímto bylo vyřazeno 51 respondentů (34 %). Proto v následující tabulce 6 znázorňuji již pouze bývajících 99 respondentů.

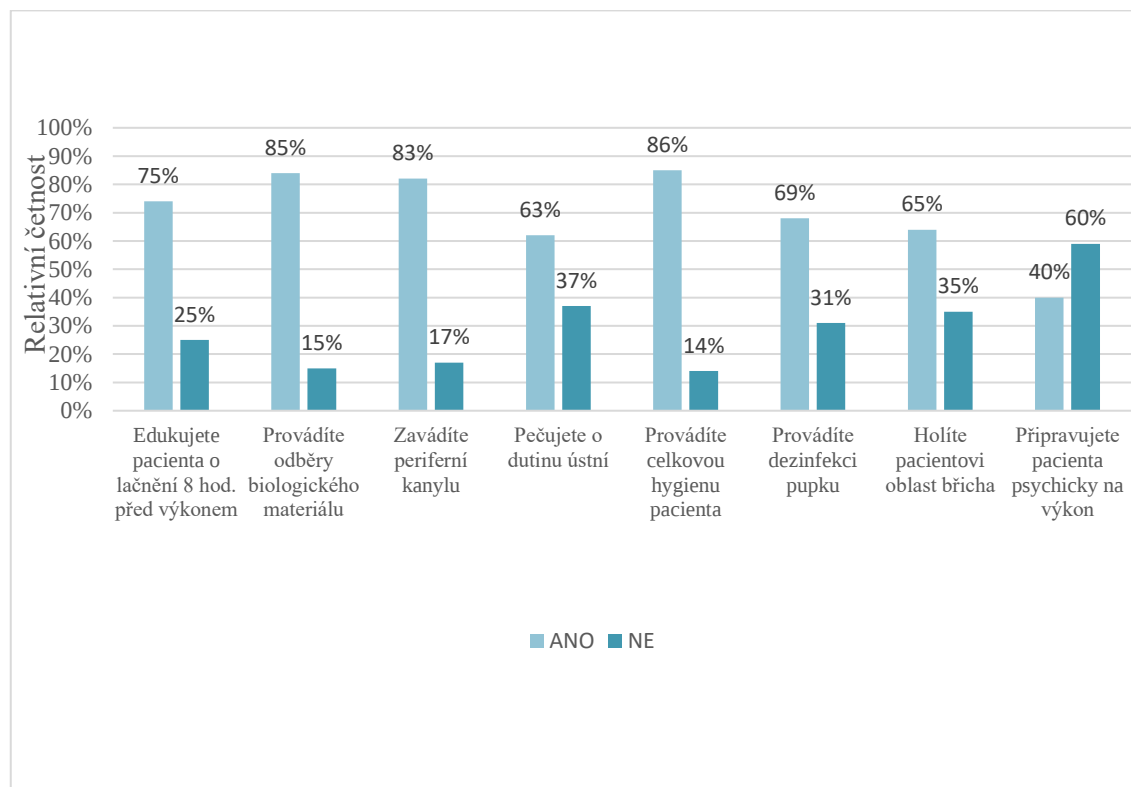
Tabulka 6: Četnost setkávání se s výživovou stomií

Četnost setkávání se s výživovou stomií	Absolutní četnost	Relativní četnost
Každý den	15	15 %
Několikrát měsíčně	36	37 %
Několikrát ročně	39	40 %
Jiné	9	9 %

Tabulka 6 znázorňuje odpovědi na otázku č. 6: Jak často se setkáváte s pacienty s výživovou stomií? Nejčtenější odpovědí na tuto otázku bylo „Několikrát ročně“, takto odpovědělo 39 respondentů (40 %). Následovaly odpovědi „Několikrát měsíčně“, tuto variantu zvolilo 36 respondentů (37 %). Každý den se setkává s výživovou stomií 15 respondentů (15 %). Odpověď „Jiné“ zvolilo 9 respondentů (9 %).

2.6.7 Ošetrovateľské intervencie pred zavedením výživovej stomie

Graf 2 znázorňuje otázku č. 7: Jaké ošetrovateľské intervencie provádíte na Vašem pracovišti před zavedením výživové stomie?



Graf 2 Ošetrovateľské intervencie pred zavedením výživovej stomie

Z grafu 2 je zřejmé, že intervenci, zda pacienta edukují o lačnění 8 hod před výkonem odpovědělo: „Ano“ 74 respondentů (75 %), „Ne“ zvolilo 25 respondentů (25 %). Na otázku, zda provádí odběry biologického materiálu, odpovědělo: „Ano“ 84 respondentů (85 %), „Ne“ odpovědělo 15 respondentů (15 %). Periferní kanylu zavádí 82 respondentů (83 %), nezavádí 17 respondentů (17 %). O dutinu ústní pečuje před zavedení výživové stomie 62 respondentů (63 %), O dutinu ústní nepečuje 37 respondentů (37 %). Na otázku, zda provádí před zavedením celkovou hygienu pacienta, odpovědělo: „Ano“ 85 respondentů (86 %), odpověď „Ne“ zvolilo 14 respondentů (14 %). Dezinfekci pupku provádí 68 respondentů (69 %), dezinfekci pupku neprovádí 31 respondentů (31 %). Na otázku, zda pacientovi holí oblast břicha před zavedením výživové stomie odpovědělo: „Ano“ 64 respondentů (65 %), „Ne“ odpovědělo 35 respondentů (35 %). Psychicky na výkon připravuje 40 respondentů (40 %) a na výkon psychicky nepřipravuje 59 respondentů (60 %).

2.6.8 Umístění pacienta po zavedení výživové stomie

Tabulka 7 uvádí odpovědi na otázku č. 8: Ukládáte pacienta po výkonu (zavedení PEG/PEJ) na pokoj se zvýšeným dohledem?

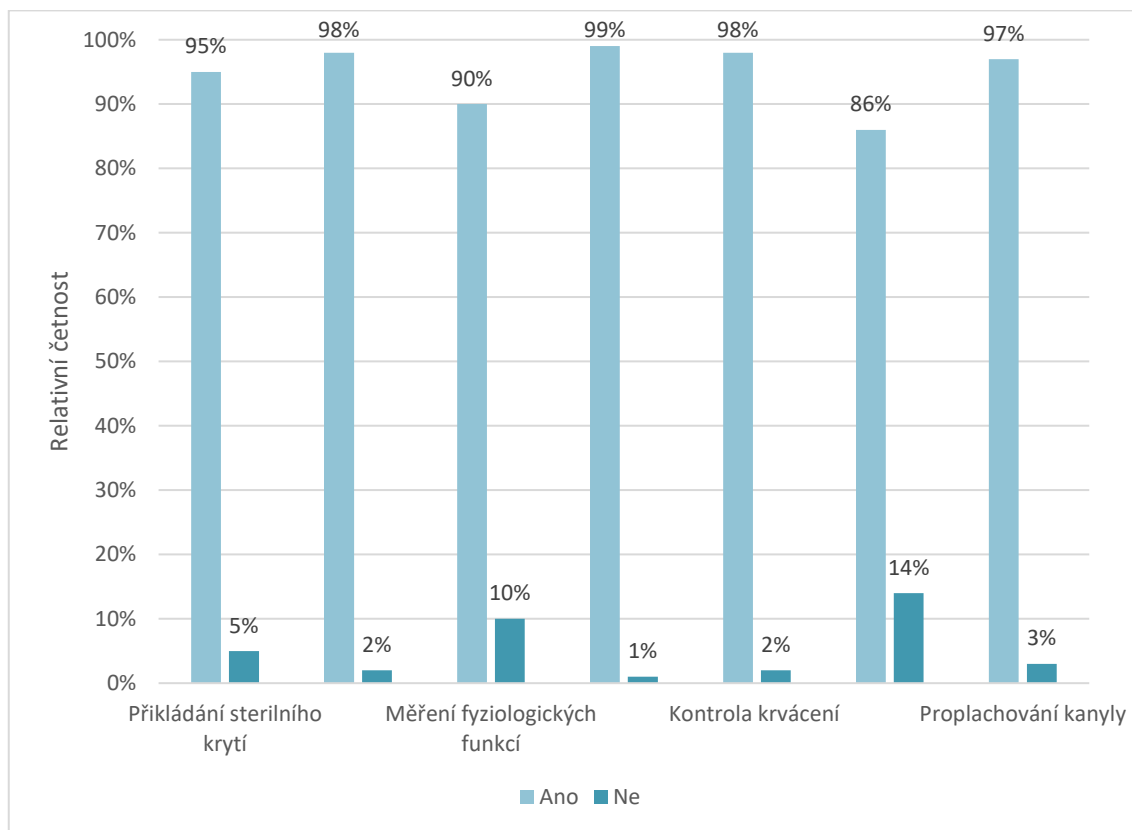
Tabulka 7 Umístění pacienta po výkonu na pokoj se zvýšeným dohledem

Umístění pacienta na pokoj se zvýšeným dohledem	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	39	40 %
Spíše ano	25	25 %
Ne	22	22 %
Spíše ne	8	8 %
Nevím	5	5 %

Z tabulky 7 je patrné, že respondenti pacienta na pokoj se zvýšeným dohledem ukládají odpověď: „Ano“ uvedlo 39 respondentů (40 %), „Spíše ano“ odpovědělo 25 respondentů (25 %). 22 respondentů (22 %) uvedlo, že pacienta po zavedení (PEG/PEJ) na pokoj se zvýšeným dohledem neukládají. Jako odpověď: „Nevím“ uvedlo 5 respondentů (5 %).

2.6.9 Ošetrovateľské intervencie po zavedení (PEG/PEJ)

Graf 3 znázorňuje odpoveď na otázku č. 9: Jaké ošetrovateľské intervencie provádíte na Vašem pracovišti u pacientů po zavedení PEG/PEJ.



Graf 3: Ošetrovateľské intervencie po zavedení PEG/PEJ

Z Grafu 3 je patrné, že většina respondentů přikládá sterilní krytí. A to konkrétně 94 dotázaných (95 %) „Ne“ odpovědělo 5 dotázaných (5 %). Kontrolu okolí vyústění kanyly provádí 97 respondentů (98 %), odpověď „Ne“ uvedli 2 respondenti (2 %). Fyziologické funkce měří 89 respondentů (90 %), neměří 10 respondentů (10 %). U otázky, zda kontrolují prosakování obvazu, uvedlo odpověď „Ano“ 98 dotázaných (99 %) a odpověď „Ne“ uvedl pouze jeden respondent (1 %). O dutinu ústní, po zavedení výživové stomie, pečuje 85 respondentů (86 %), že nepečují, odpovědělo 14 respondentů (14 %). Proplach kanyly po zavedení PEG/PEJ provádí 96 dotázaných (97 %). Kanylu neproplachují 3 respondenti (3 %).

2.6.10 Proplach kanyly po zavedení výživové stomie

Tabulka 8 znázorňuje odpovědi na otázku č. 10: Za jak dlouho po zavedení výživové stomie proplachujete výživovou kanylu fyziologickým roztokem?

Tabulka 8: Proplach výživové kanyly fyziologickým roztokem po zavedení výživové stomie

Proplach výživové kanyly fyziologickým roztokem po zavedení výživové stomie	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ihned po zavedení výživové stomie	13	13 %
3 hodiny po zavedení výživové stomie	34	35 %
5 hodin po zavedení výživové stomie	13	13 %
Po 24 hodinách	26	26 %
Jiné	13	13 %

Nejčtenější odpovědí na otázku č. 10 je 3 hodiny po zavedení výživové stomie konkrétně 34 respondentů (35 %), dále pak 26 respondentů (26 %) uvádí proplach po 24 hodinách. Ihned po zavedení proplachuje výživovou stomii 13 respondentů (13 %). 13 respondentů (13 %) uvádí, že výživovou stomii proplachují po 5 hodinách od zavedení výživové stomie. Dalších 13 respondentů (13 %) uvádí jinou možnost. Jako „Jiné“ uvádí například: dle ordinace lékařem, konkrétně 5 respondentů, 4 respondenti uvádí, že zpět na jejich oddělení se pacienti vracejí až po prvním týdnu od zavedení výživové stomie.

2.6.11 Četnost proplachování výživové stomie

Tabulka 9 znázorňuje odpovědi na otázku č. 11: Jak často proplachujete výživovou stomii?

Tabulka 9: Četnost proplachování výživové stomie

Četnost proplachování výživové stomie	Absolutní četnost	Relativní četnost
Po podání klinické výživy	24	25 %
Po 3 hodinách	19	19 %
Po 4 hodinách	18	18 %
Po 2 hodinách	10	10 %
Po 6 hodinách	6	6 %
Dle ordinace lékaře	6	6 %
Po 12 hodinách	4	4 %
Před i po podání výživy	4	4 %
Každou hodinu	3	3 %
Dle potřeby	3	3 %
Nevím	2	2 %

V tabulce 9 je znázorněna odpověď na otázku o četnosti proplachování výživové kanyly. Nejvíce odpovědí bylo proplachování kanyly po podání klinické výživy a to konkrétně 24 respondentů (25 %). Další četnou odpovědí bylo proplachování kanyly po 3 hodinách, takto odpovědělo 19 respondentů (19 %), po 4 hodinách proplachuje výživovou stomii 18 dotázaných (18 %). Po dvou hodinách proplachuje kanylu 10 respondentů (10 %). Po 6 hodinách udává proplachování kanyly 6 respondentů (6 %). Dle ordinace lékaře pak proplachuje kanylu 6 respondentů (6 %). Po 12 hodinách, proplachuje výživovou stomii 4 respondenti (4 %), stejně tak 4 respondenti (4 %) uvádí proplachování výživové stomie před i po každém podání klinické výživy. Každou hodinu proplachují 3 respondenti (3 %). Dle potřeby proplachují také 3 respondenti (3 %). Jako odpověď „Nevím“ uvedli 2 respondenti (2 %).

2.6.12 Četnost ošetřování výživové stomie v 1. týdnu

Tabulka 9 znázorňuje odpovědi na otázku č. 12: Jak často v 1. týdnu po zavedení ošetřujete výživovou stomii?

Tabulka 10: Četnost ošetřování kanyly v 1. týdnu po zavedení výživové stomie

Četnost ošetřování kanyly v 1. týdnu po zavedení	Absolutní četnost	Relativní četnost
Každý den	82	83 %
2krát za týden	0	0 %
3krát za týden	3	3 %
Podle potřeby	11	11 %
Jiné	3	3 %

V tabulce 10 nejvíce respondentů uvádí ošetřování výživové stomie každý den a to 82 respondentů (83 %). Podle potřeby ošetřuje výživovou stomii v 1. týdnu po zavedení 11 respondentů (11 %). Variantu 3krát za týden zvolili 3 respondenti (3 %), stejně tak zvolili 3 respondenti (3 %) možnost „Jiné“, jako „Jiné“ uvádí respondenti například odpověď „Dle ordinace lékaře“. Variantu 2krát za týden nezvolil žádný respondent.

2.6.13 Podávání prvních tekutin do výživové stomie

V tabulce 11 je souhrn odpovědí na otázku č. 13: Kdy začínáte na Vašem pracovišti podávat první tekutiny do výživové stomie?

Tabulka 11: Podávání prvních tekutin do výživové stomie

1. tekutiny do výživové stomie	Absolutní četnost	Relativní četnost
3–4 hodiny po výkonu	31	31 %
8–12 hodin po výkonu	19	19 %
24 hodin po výkonu	39	40 %
Jiné	10	10 %

Jak vyplývá z tabulky 11, první tekutiny po zavedení výživové stomie dostávají pacienti po 24 hodinách, takto odpovědělo 39 respondentů (40 %). Jako další četnou odpověď bylo podávání tekutin po 3–4 hodinách po výkonu, konkrétně tuto odpověď volilo 31 respondentů (31 %). Možnost 8–12 hodin po výkonu volilo 19 respondentů (19 %). Jiné uvedlo 10 dotázaných (10 %), jako „Jiné“ uvádí respondenti například odpověď „dle ordinace lékaře“ jeden respondentu uvádí odpověď „Ihned po zavedení“.

2.6.14 Podávané tekutiny do výživové stomie

V tabulce 12 jsou uvedené odpovědi na otázku č. 14: Jaké tekutiny používáte na Vašem pracovišti k proplachu výživové stomie. Zde měli možnost respondenti uvést více odpovědí.

Tabulka 12: Podávané tekutiny do výživové stomie

Tekutiny podávané do výživové stomie	Absolutní četnost	Relativní četnost
Fyziologický roztok	26	26 %
Čaj	55	56 %
Vodu	55	56 %
Destilovanou vodu	5	5 %
Džus/ ovocné šťávy	1	1 %
Jiné	14	14 %

Z tabulky 12 je patrné, že nejvíce používanými tekutinami je voda a čaj obě varianty zvolilo 55 respondentů (56 %). Další četnou odpovědí je fyziologický roztok, který uvedlo 26 dotázaných (26 %). Jiné vhodné tekutiny zvolilo 14 respondentů (14 %) v odpovědích se objevují příklady jako „převařená voda“ a „dle ordinace lékaře“. Odpověď „Destilovanou vodu“ volilo 5 respondentů (5 %). Ovocné šťávy a džus zvolil jeden respondent (1 %).

2.6.15 Četnost provedení nutričního screeningu

Tabulka 13 odpovídá na otázku z dotazníku č. 15: Provádíte nutriční screening na Vašem pracovišti? V případě odpovědi „Ano“, měli respondenti uvést, jaký screening používají.

Tabulka 13: Četnost provedení nutričního screeningu

Provádíte nutriční screening	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	51	52 %
Spíše ano	1	1 %
Ne	23	23 %
Spíše ne	17	17 %
Nevím	7	7 %

Z odpovědí uvedených v tabulce 13 je zřejmé, že více než polovina respondentů nutriční screening na svém pracovišti provádí, konkrétně 51 respondentů (52 %) a jeden respondent (1 %) uvedl, „Spíše ano“. Nejčastější screening respondenti uvádí BMI, Nottinghamský screening, a fyzikální vyšetření (měření, vážení). Nutriční screening neprovádí na svém oddělení 23 respondentů (23 %), odpověď „Spíše ne“ uvedlo 17 dotazovaných. 7 respondentů (7 %) uvedlo, že nevědí, zda se na jejich oddělení provádí nutriční screening.

2.6.16 Enterální výživa podávána do PEG

Tabulka 14 znázorňuje odpovědi na otázku č. 16: Jakou enterální výživu podáváte do PEG na Vašem pracovišti?

Tabulka 14: Strava podávaná do PEG

Strava podávaná do PEG	Absolutní četnost	Relativní četnost
Klinická výživa	82	83 %
Mixovaná nemocniční strava	14	14 %
Jogurty a ovocné pyré	1	1 %
Mléčné kaše	1	1 %
Jiné	1	1 %

Z tabulky 14 je patrné, že většina respondentů používá klinickou výživu, konkrétně 82 dotázaných (83 %). Mixovanou nemocniční stravu podává na pracovišti 14 dotázaných (14 %). Jogurty, ovocné pyré a mléčné kaše uvedlo po jednom respondentovi za každou odpověď (1 %). Odpověď „Jiné“ zvolil jeden respondent (1 %) uvedl, že do PEG kojencům podávají mléčnou stravu v kombinaci s klinickou výživou.

2.6.17 Enterální výživa podávaná do PEJ

Tabulka 15 udává odpovědi na otázku č. 17: Jakou enterální výživu podáváte do PEJ na Vašem pracovišti?

Tabulka 15: Strava podávaná do PEJ

Strava podávaná do PEJ	Absolutní četnost	Relativní četnost
Klinická výživa	83	84 %
Mixovaná nemocniční strava	9	9 %
Jogurty a ovocné pyré	2	2 %
Mléčné kaše	1	1 %
Jiné	4	4 %

Z tabulky 15 je zřejmé, že většina dotázaných používá klinickou výživu k aplikaci do PEJ, takto tedy odpovědělo 83 respondentů (84 %). Odpověď „Mixovanou nemocniční stravu“ uvedlo 9 respondentů (9 %). „Jogurty a ovocné pyré“ zvolili 2 respondenti (2 %). Jako odpověď „Jiné“ zvolili 4 respondenti (4 %), a zároveň uvedli, že na uvedeném oddělení se s PEJ nesetkávají. Jeden respondent (1 %) uvedl jako odpověď „Mléčné kaše“.

2.6.18 Režim podávání výživy do PEG

Tabulka 16 udává odpovědi na otázku č. 18: Jaký režim podávání stravy do výživové stomie (PEG) používáte na Vašem pracovišti? Na tuto otázku bylo možné volit více odpovědí.

Tabulka 16: Režim podávání do PEG

Režim podávání do PEG	Absolutní četnost	Relativní četnost
Bolusové	51	51 %
Cyklické s noční pauzou	49	49 %
Cyklické s denní pauzou	0	0 %
Kontinuální	19	19 %
Enterální pumpou	32	32 %
Jiné	2	2 %

Z tabulky 16 vidíme volbu režimu podávání do PEG, odpověď „Bolusové“ podávání zvolilo 51 respondentů (51 %), stejně tak zvolilo 49 respondentů (49 %) „Cyklické s noční pauzou“. „Cyklické s denní pauzou“ zvolilo 0 respondentů (0 %). „Kontinuální“ podávání výživy volí 19 respondentů (19 %). Četnou volbou režimu podávání výživy do výživové stomie je „Enterální pumpou“, kterou volilo 32 respondentů (32 %). Dva respondenti (2 %) uvedli odpověď „Jiné“. A tou bylo u jednoho respondenta bolusové přes den a kontinuální v noci, druhý respondent uvedl individuální volbu režimu podávání. Odpověď „Cyklické s denní pauzou“ neuvedl žádný respondent.

2.6.19 Režim podávání do PEJ

Tabulka 17 udává odpovědi na otázku č. 19: Jaký režim podávání stravy do výživové stomie (PEJ) používáte na Vašem pracovišti? Na tuto otázku bylo možné volit více odpovědí.

Tabulka 17: Režim podávání do PEJ

Režim podávání do PEJ	Absolutní četnost	Relativní četnost
Bolusové	35	35 %
Cyklické s noční pauzou	41	41 %
Cyklické s denní pauzou	0	0 %
Kontinuální	23	23 %
Enterální pumpou	40	40 %
jiné	4	4 %

V tabulce 17 vidíme volbu režimu podávání do PEJ, odpověď „Bolusové“ podávání zvolilo 35 respondentů (35 %), „Cyklické s noční pauzou“ volilo 41 dotázaných (41 %). „Cyklické s denní pauzou“ nepoužívají na svém oddělení žádní respondenti. „Kontinuální podávání“ výživy volí 23 respondentů (23 %). Četnou volbou režimu podávání výživy do výživové stomie je „Enterální pumpou“, kterou volilo 40 respondentů (40 %). Odpověď „Jiné“ udávají 4 respondenti (4 %). Všichni uvádějí, že se s PEJ na svém oddělení nesetkávají.

2.6.20 Četnost podávání klinické výživy do PEG za 24 hodin

Tabulka 18 uvádí odpovědi na otázku č. 20: Jak často na Vašem pracovišti podáváte klinickou výživu do PEG za 24 hodin?

Tabulka 18: Četnost podávání výživy do PEG za 24 hodin

Četnost podávání výživy do PEG za 24 h	Absolutní četnost	Relativní četnost
Po 6 hodinách	4	4 %
Po 4 hodinách	31	31 %
Po 24 hodinách	1	1 %
Každou hodinu	1	1 %
Dle tolerance	21	21 %
S noční pauzou	32	33 %
S denní pauzou	0	0 %
Jiné	9	9 %

V tabulce 18 jsou znázorněny odpovědi na otázku o četnosti podávání výživy do PEG za 24 hodin, nejčastější odpovědí je odpověď „S noční pauzou“, tuto odpověď volilo 32 respondentů (33 %). Další nejčastější odpovědí bylo podávání výživy po 4 hodinách, takto odpovědělo 31 dotázaných (31 %). Odpověď „Dle tolerance“ zvolilo 21 respondentů (21 %). Odpověď „Jiné“ volilo 9 respondentů (9 %), kteří uvádějí možnost „Dvakrát denně“, „Dle potřeby“, „Po třech hodinách“, „Třikrát denně“, „Kontinuálně“, a po jednom respondentovi „Dle ordinace lékaře“ a „Po dvou hodinách“. Odpověď „S denní pauzou“ nezvolil žádný respondent.

2.6.21 Zaznamenávání úkonů do zdravotnické dokumentace

V tabulce 19 je znázorněno, zda respondenti zaznamenávají vykonané úkony do zdravotnické dokumentace otázka č. 21: Zaznamenáváte uvedené úkony do zdravotnické dokumentace? V případě odpovědi „Ano“ uveďte do jaké.

Tabulka 19: Zaznamenávání úkonů do zdravotnické dokumentace

Zaznamenávání do dokumentace	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	83	84 %
Ne	16	16 %

Z tabulky 19 je patrné, že většina respondentů, konkrétně 83 (84 %), zaznamenává uvedené úkony do zdravotnické dokumentace. Úkony nezaznamenává 16 respondentů (16 %). Jako nejčastější dokumentaci respondenti uvádějí ošetrovatelskou dokumentaci, sledování bilance tekutin a dekurz.

2.6.22 Existence ošetrovatelského standardu

Tabulka 20 znázorňuje odpověď na otázku č. 22: Máte na Vašem oddělení vypracovaný ošetrovatelský standard pro péči o PEG?

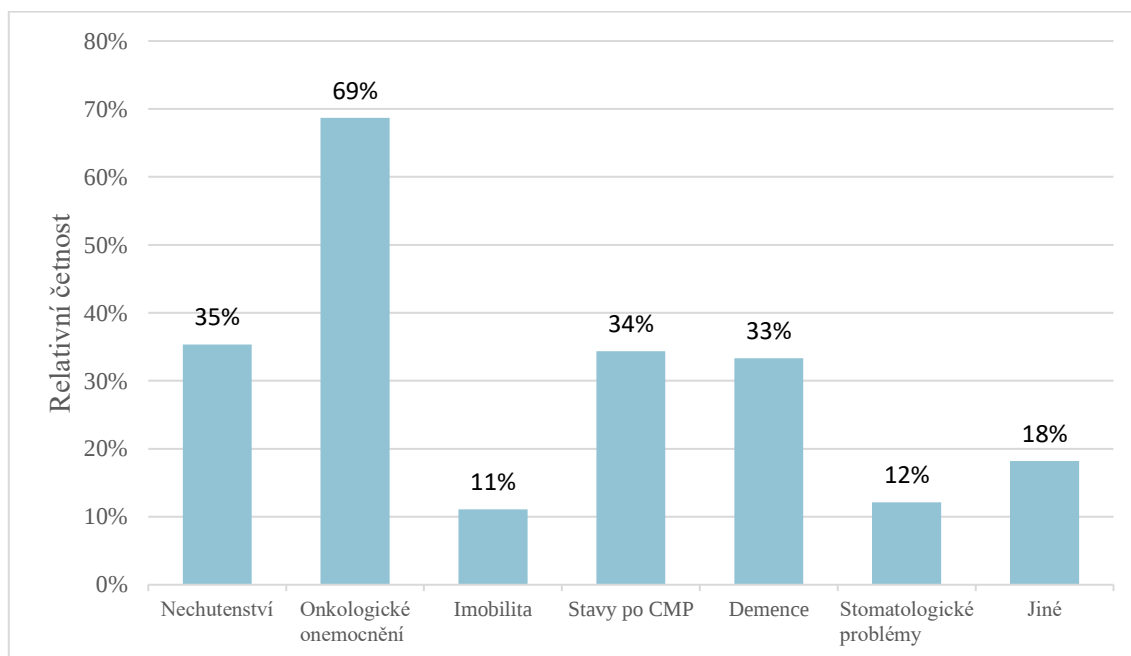
Tabulka 20: Existence ošetrovatelského standardu

Existence ošetrovatelského standardu	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	83	84 %
Ne	8	8 %
Nevím	8	8 %

V tabulce 20 je zřejmé, že na většině oddělení mají ošetrovatelský standard pro péči o PEG, konkrétně se jedná o 83 respondentů (84 %). Ošetrovatelský standard nemá na oddělení 8 respondentů (8 %) a odpověď „Nevím“ uvedlo také 8 respondentů (8 %).

2.6.23 Nejčastější indikace k založení výživové stomie

Graf 4 znázorňuje odpovědi na otázku č. 23: S jakými nejčastějšími indikacemi k založení výživové stomie se setkáváte? Na tuto otázku bylo možné vybrat více odpovědí.

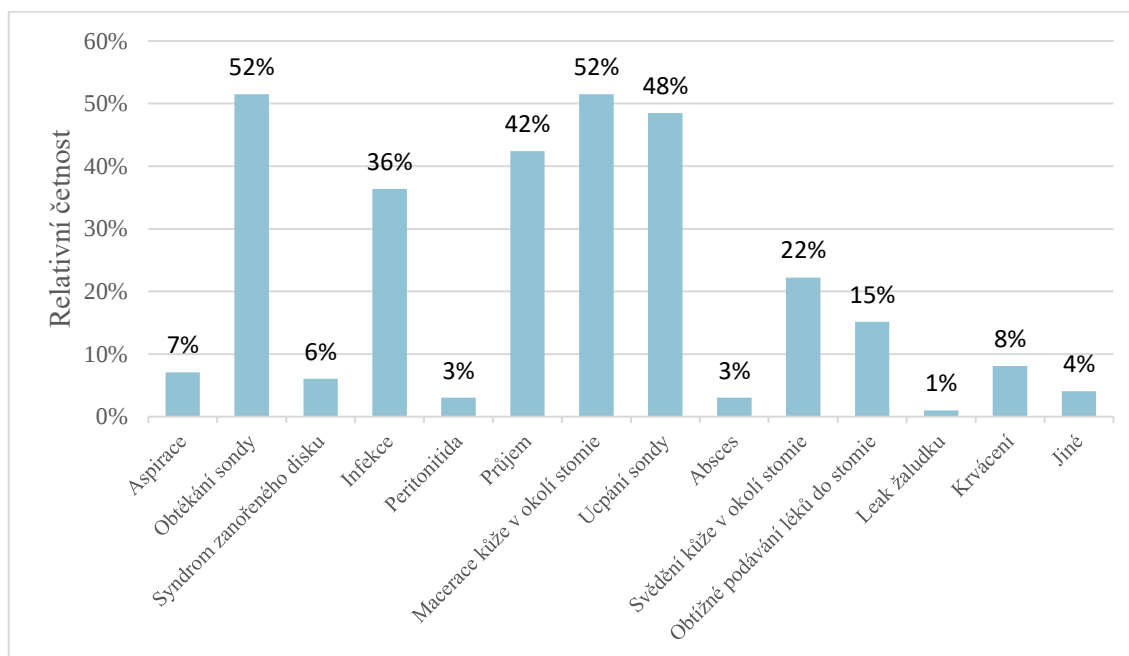


Graf 4: Nejčastější indikace k založení výživové stomie

V grafu 4 je patrná četnost indikací k založení výživové stomie, nejčetněji se respondenti setkávají s indikací u onkologických pacientů, přesněji 68 respondentů (69 %). Další četnou odpověď respondenti uvádějí nechutenství, celkem 35 respondentů (35 %), Stavy po CMP jsou další četnou indikací (34 respondentů 34 %). Jako časnou indikaci uvádí 33 respondentů (33 %) demenci. Odpověď „Jiné“ volilo 18 respondentů (18 %) a jako velmi četnou odpověď (8 respondentů z 18) uvádí „Vigilní kóma“, další odpovědi jsou například „Dlouhodobé zavedení NGS“, „Různé tělesné a mentální postižení“, „Idiopatické záněty střev“, „Snížený příjem stravy per os“. Mezi méně četné indikace řadí respondenti „Stomatologické problémy“, konkrétně 12 respondentů (12 %). Imobilitu zvolilo 11 respondentů (11 %).

2.6.24 Nejčastější komplikace po zavedení výživové stomie

Graf 5 znázorňuje odpovědi na otázku č. 24: Jaké 3 komplikace v souvislosti s péčí o výživové stomie, se podle Vašich zkušeností nejčastěji objevují u pacientů po zavedení výživové stomie? (zakroužkujte prosím 3 nejčastější)

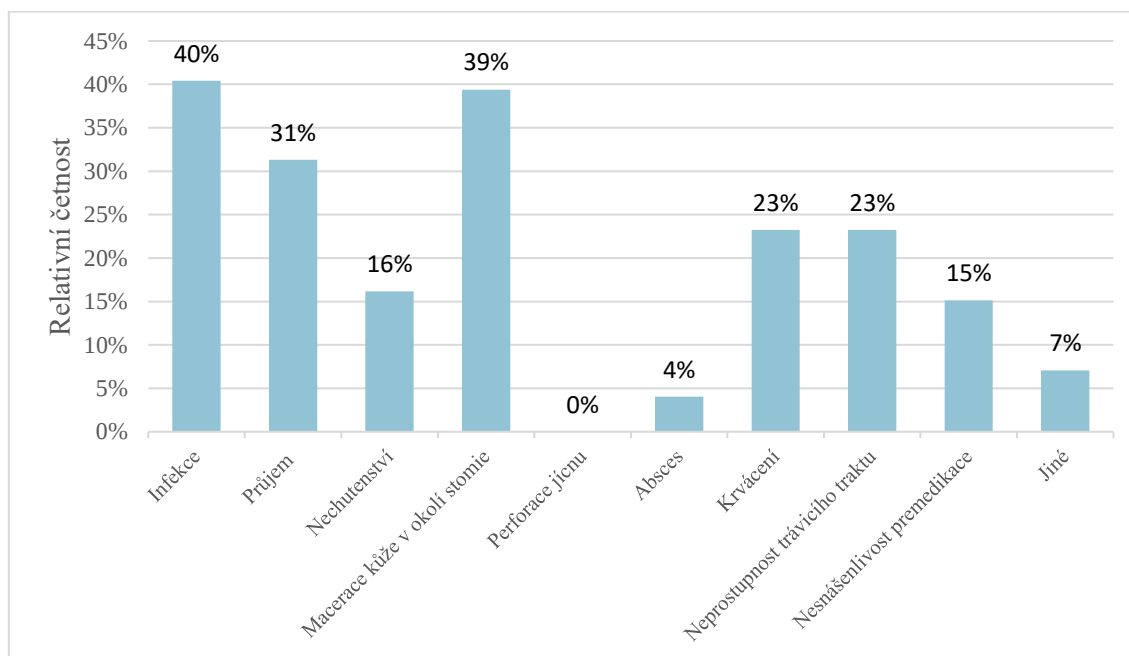


Graf 5: Nejčastější komplikace po zavedení výživové stomie

Z grafu 5 je zřejmé, že jako nejčastější komplikací respondenti uvádějí „Obtékání sondy“ a „Maceraci kůže v okolí stomie“, u obou komplikací tuto variantu volilo 51 respondentů (52 %). S jako častou komplikací se respondenti setkávají s ucpáním sondy, konkrétně 48 respondentů (48 %). S průjmem se setkává nejčastěji 42 respondentů (42 %). Další častou komplikací se jeví infekce, tu volilo 36 respondentů (36 %). „Svědění kůže v okolí stomie“ zvolilo jako komplikaci 22 dotázaných (22 %). Jako častou komplikaci vidí respondenti (15 respondentů 15 %) v obtížném podávání léků do stomie, 8 respondentů (8 %) se nejčastěji setkává s krvácením, 7 respondentů (7 %) s aspirací, 6 respondentů (6 %) se nejčastěji setkává se syndromem zanořeného disku. Možnost „Jiné“ volili 4 respondenti (4 %) a uvádějí porušení celistvosti sondy a vypadnutí stomie, zácpu a nevolnost. Možnost komplikací „Peritonitida“ a „Absces“ volili u obou 3 respondenti (3 %). Leak žaludku volí jako častou komplikaci jeden respondent (1 %).

2.6.25 Problémy v souvislosti se zavedením výživové stomie

Graf 6 znázorňuje odpovědi na otázku č. 25: Se kterými problémy se nejčastěji setkáváte v péči o výživové stomie, v souvislosti se samotným zavedením výživové stomie? Respondenti mohli vybrat více odpovědí.



Graf 6: problémy v souvislosti se zavedením výživové stomie

V grafu 6 je patrná četnost problémů, se kterými se respondenti setkávají. Nejčastějším problémem je, dle výzkumu, „Infekce“, se kterou se setkává 40 respondentů (40 %), s macerací kůže v okolí stomie se nejčastěji setkává 39 respondentů (39 %). Dalším čtým problémem je průjem, to uvádí 31 respondentů (31 %). Krvácení i neprostupnost trávicího traktu volí jako nejčastější 23 respondentů (23 %). S nechutenstvím se nejčastěji u pacientů po zavedení výživové stomie, setkává 16 respondentů (16 %). 15 respondentů uvádí nejčtější problém nesnášenlivost premedikace. Variantu „Jiné“ volilo 7 dotázaných (7 %) a uvádí, že se nesetkávají s problémy v souvislosti se zavedením, z důvodu nerealizace zákroku na jejich oddělení. „Absces“ uvádí 4 respondenti (4 %). Perforaci jícnu nezvolil žádný respondent.

2.6.26 Ohrožení pacienta po podání enterální výživy do výživové stomie

V tabulce 21 jsou znázorněny odpovědi na otevřenou otázku č. 26: Čím je podle Vás pacient nejvíce ohrožen po podání enterální výživy do výživové stomie?

Tabulka 21: Četnost ohrožení pacienta po podání EV

Četnost ohrožení pacienta po podání EV	Absolutní četnost	Relativní četnost
Aspirace	27	24 %
Zvracení	15	13 %
Průjem	13	11 %
Intolerance výživy	12	10 %
Infekce	12	10 %
Žádné	12	10 %
Přeplnění žaludku	10	9 %
Ucpání stomie	5	4 %
Bolest	2	2 %
Dehydratace	2	2 %
Alergická reakce	2	2 %
Zatížení GIT	2	2 %
Obtékání v okolí kanyly	1	1 %

V tabulce 21 jsou znázorněny odpovědi na otevřenou otázku o nejčastějším ohrožení pacienta po podání EV. Respondenti neměli možnost výběru odpovědi, přesto se 27 respondentů (24 %) shoduje, že je pacient nejvíce ohrožen aspirací. Další častým ohrožením je dle 15 respondentů (13 %) „Zvracení“, 13 respondentů (11 %) uvádí „Průjem“, „Intoleranci výživy“ uvedlo 12 respondentů (10 %) stejné množství respondentů, tj. 12 (10 %) uvádí infekci jako časté riziko. Dalších 12 respondentů (10 %) uvádí, že pacient není ohrožen žádným rizikem při správném postupu podávání EV. Konkrétně 5 respondentů (4 %) uvedlo riziko po podání EV „Ucpání sondy“. Po dvou respondentech (2 %) odpovědělo, že nejvíce je pacient ohrožen bolestí, dehydratací, alergickou reakcí, zatížením GIT, a jeden respondent (1 %) uvedl obtékání sondy v okolí kanyly.

2.6.27 Nejčastější problémy v péči o výživovou stomii

Tabulka 22 zobrazuje odpovědi na otevřenou otázku č. 27: Jaké nejčastější problémy řešíte na Vašem pracovišti v souvislosti s péčí o výživové stomie?

Tabulka 22: Nejčastější problémy v péči o výživové stomie

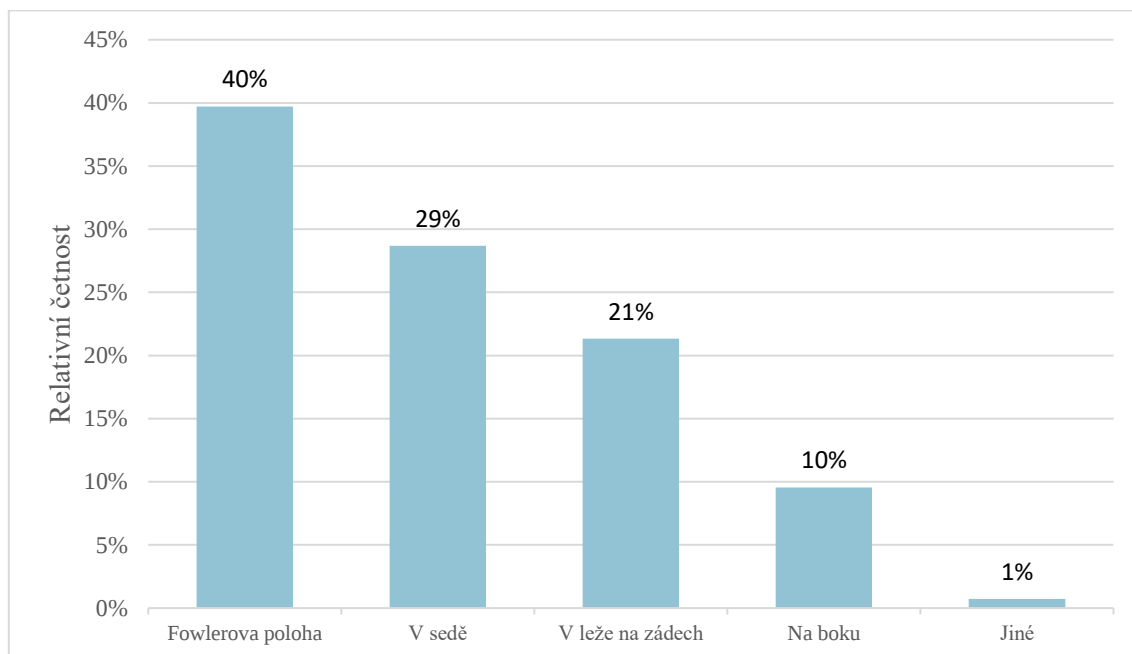
Nejčastější problémy s péčí o výživovou stomii	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ucpání sondy	21	16 %
Lokální infekce v okolí vyústění kanyly	21	16 %
Nesetkávám se s žádnými problémy	15	11 %
Macerace kůže v okolí výživové stomie	14	11 %
Průjem	12	9 %
Obtékání výživy okolo stomie	11	8 %
Vytažení výživové stomie	8	6 %
Intolerance stravy	6	5 %
Nespolupracující pacient	6	5 %
Krvácení	5	4 %
Nízká informovanost personálu	5	4 %
Zvracení	3	2 %
Bolest	2	2 %
Problematické podávání léků	2	2 %
Zácpa	1	1 %
Syndrom zanořeného disku	1	1 %

V tabulce 22 jsou znázorněny odpovědi na nejčastější problémy v péči o výživové stomie. Otázka č. 27 byla otevřená a respondenti mohli vypsát problémy, se kterými se nejčastěji setkávají. Několik respondentů uvedlo více odpovědí. Nejčastější problémy uvádějí „Ucpání sondy“ a „Lokální infekci v okolí vyústění výživové stomie“, konkrétně oba problémy uvedlo 21 respondentů (16 %). S žádnými problémy se nesetkává 15 respondentů (11 %). Jako další četný problém uvádí respondenti „Maceraci kůže v okolí výživové stomie“, konkrétně 14 respondentů (11 %). Průjem vidí jako problém 12 respondentů (9 %). Obtékání výživy je problém pro 11 respondentů (8 %). 8 respondentů (6 %) uvádí jako nejčastější problém „Nechtěné vytažení výživové stomie“. „Intoleranci stravy“ a „nespolupracujícího pacienta“ udává jako problém, u obou případů, 6 respondentů (5 %). „Krvácení“ a „nízkou informovanost personálu“ v péči o výživové stomie uvedlo v obou případech 5 respondentů (4 %). Se zvracením se nejčastěji setkávají 3 respondenti (2 %).

2 respondenti (2 %) udávají jako nejčastější problém „Bolest“ a „Problematické podávání léků“. Po jednom respondentovi (1 %) uvedlo ve dvou nejčastěji se objevujících problémech „zácpa“ a „syndrom zanořeného disku“.

2.6.28 Poloha při podávání enterální výživy

Graf 7 znázorňuje odpověď na otázku č. 28: Do jaké polohy ukládáte na Vašem pracovišti pacienta při podávání enterální výživy. Bylo možné vybrat více možností.

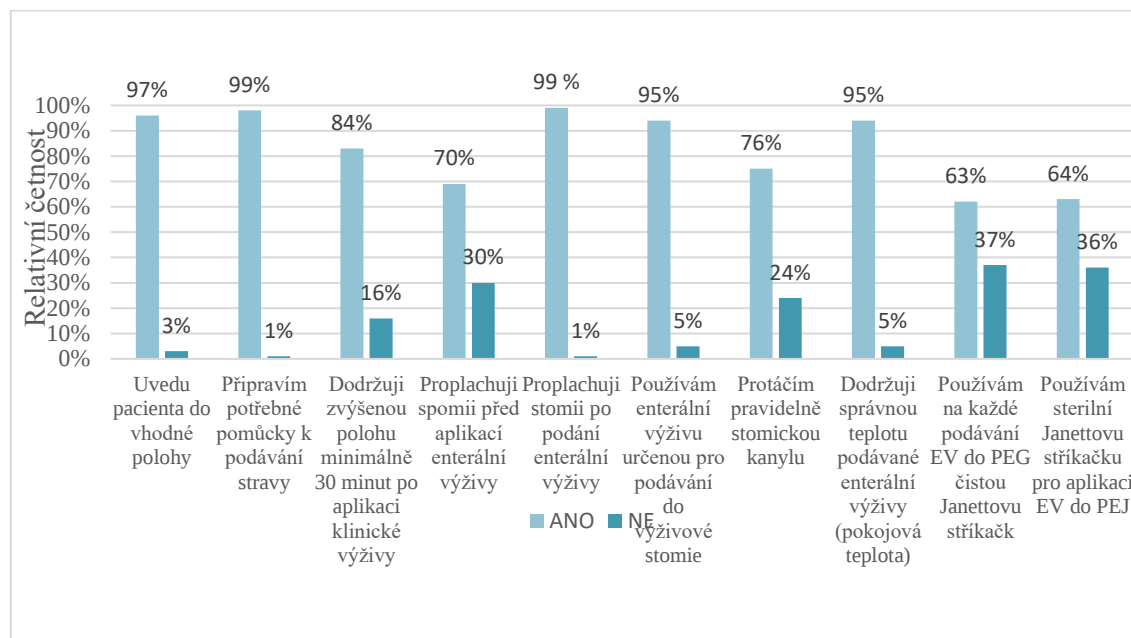


Graf 7: Poloha při podávání enterální výživy do výživové stomie

Z grafu 7 vyplývá, že nejčastější polohu pro podání enterální výživy do výživové stomie volí respondenti Fowlerovu polohu 54 (40 %). Polohu „V sedě“ používá 39 respondentů (29 %), polohu „Na zádech“ volí 29 respondentů (21 %). Polohu „Na boku“ uvádí 13 respondentů (10 %). Jako odpověď „Jiné“ volil jeden respondent (1 %) a uvádí „Dle možností a stavu pacienta“.

2.6.29 Dodržování zásad v souvislosti s podáváním enterální výživy

V grafu 8 jsou patrné odpovědi na otázku č. 29: Jaké dodržujete zásady na Vašem pracovišti v souvislosti s podáváním enterální výživy do výživových stomií?



Graf 8: Dodržování zásad v souvislosti s podáváním enterální výživy

Z grafu 8 vyplývá, že 96 respondentů (94 %) uvede pacienta do vhodné polohy, 3 respondenti (3 %) uvedli, že pacienta do vhodné polohy neukládají. Potřebné pomůcky k podávání stravy si připravuje 98 respondentů (99 %), pouze jeden respondent (1 %) uvedl, že pomůcky nepřipravuje. Zvýšenou polohu 30 minut po podání enterální výživy dodržuje 83 respondentů (84 %), tuto zásadu nedodržuje 16 respondentů (16 %). Před aplikací enterální výživy proplachuje výživovou stomii 69 respondentů (70 %), 30 respondentů (30 %) uvedlo, že kanylu před podáním neproplachují. Valná většina respondentů tj. 98 (99 %) uvedla, že proplachují výživovou stomii po podání enterální výživy. Pravidelné protáčení kanyly provádí 75 dotázaných (76 %) a 24 dotázaných (24 %) uvedlo odpověď „Ne“. Správnou teplotu podávané enterální výživy dodržuje 94 respondentů (95 %) a tuto zásadu nedodržuje 5 respondentů (5 %). Odpověď na otázku, zda používají respondenti, vždy čistou, Janettovu stříkačku pro podání enterální výživy do PEG, uvedlo 62 respondentů (63 %) odpověď „Ano“, odpověď „Ne“ zvolilo 37 respondentů (37 %). Sterilní Janettovu stříkačku pro aplikaci enterální výživy do PEJ používá 63 respondentů (64 %) a nepoužívá 36 respondentů (36 %).

2.6.30 Aspirace ze sondy

Tabulka 23 uvádí odpovědi na otázku č. 30: Provádíte na Vašem pracovišti před každým podáváním enterální výživy aspiraci ze sondy?

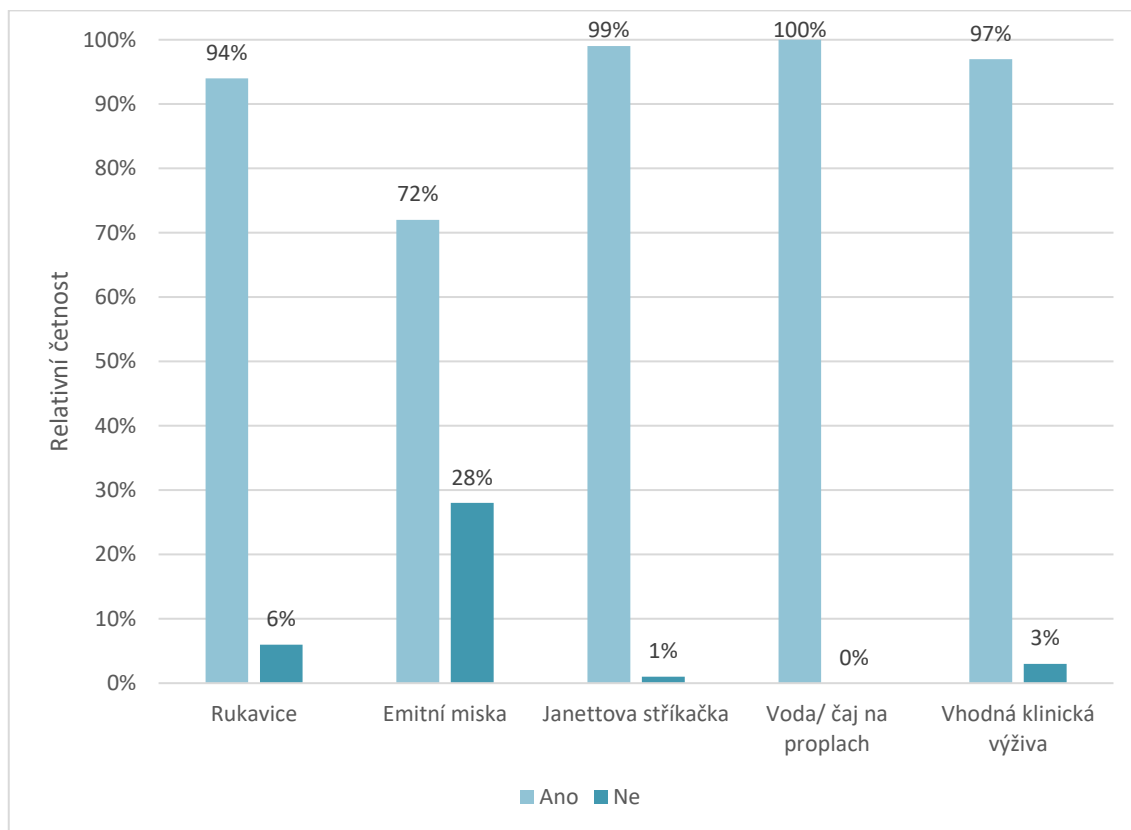
Tabulka 23: Četnost provedení aspirace ze sondy

Aspirace ze sondy	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	40	41 %
Spíše ano	25	25 %
Ne	21	21 %
Spíše ne	13	13 %
Nevím	0	0 %

Z tabulky 23 vyplývá, že aspiraci provádí 40 respondentů (41 %), odpověď „Spíše ano“ uvádí 25 respondentů (25 %). Aspiraci neprovádí 21 respondentů (21 %) a odpověď „Spíše ne“ zvolilo 13 respondentů (13 %). Odpověď nevím neuvedl žádný respondent.

2.6.31 Pomůcky k podávání enterální výživy do výživové stomie

Graf 9 udává odpovědi na otázku č. 31: Jaké používáte pomůcky na Vašem pracovišti při podávání enterální výživy do výživové stomie?



Graf 9: Používání pomůcek k podávání enterální výživy do výživové stomie

Z grafu 9 vyplývá četnost používání pomůcek k podávání enterální výživy do výživové stomie. Rukavice používá 93 respondentů (94 %) odpověď „Ne“ uvedlo 6 dotázaných (6 %). Emitní misku používá 71 respondentů (72 %), nepoužívá 28 respondentů (28 %). Na otázku, zda respondenti používají Janettovu stříkačku odpovědělo „Ano“ 98 respondentů, pouze jeden respondent (1 %) uvedl odpověď „Ne“. K proplachu používají vodu/ čaj všichni respondenti (99, 100 %). Vhodnou klinickou výživu používá 96 respondentů (97 %), 3 respondenti (3 %) uvedli na otázku, zda používají vhodnou klinickou výživu odpověď „Ne“.

2.6.32 Drcení léků podávaných do výživové stomie

Tabulka 24 uvádí odpovědi na otázku č. 32: Drtíte na Vašem pracovišti všechny léky podávané do výživové stomie? V případě odpovědi „Ne“ měli respondenti uvést, jaké nedrtí.

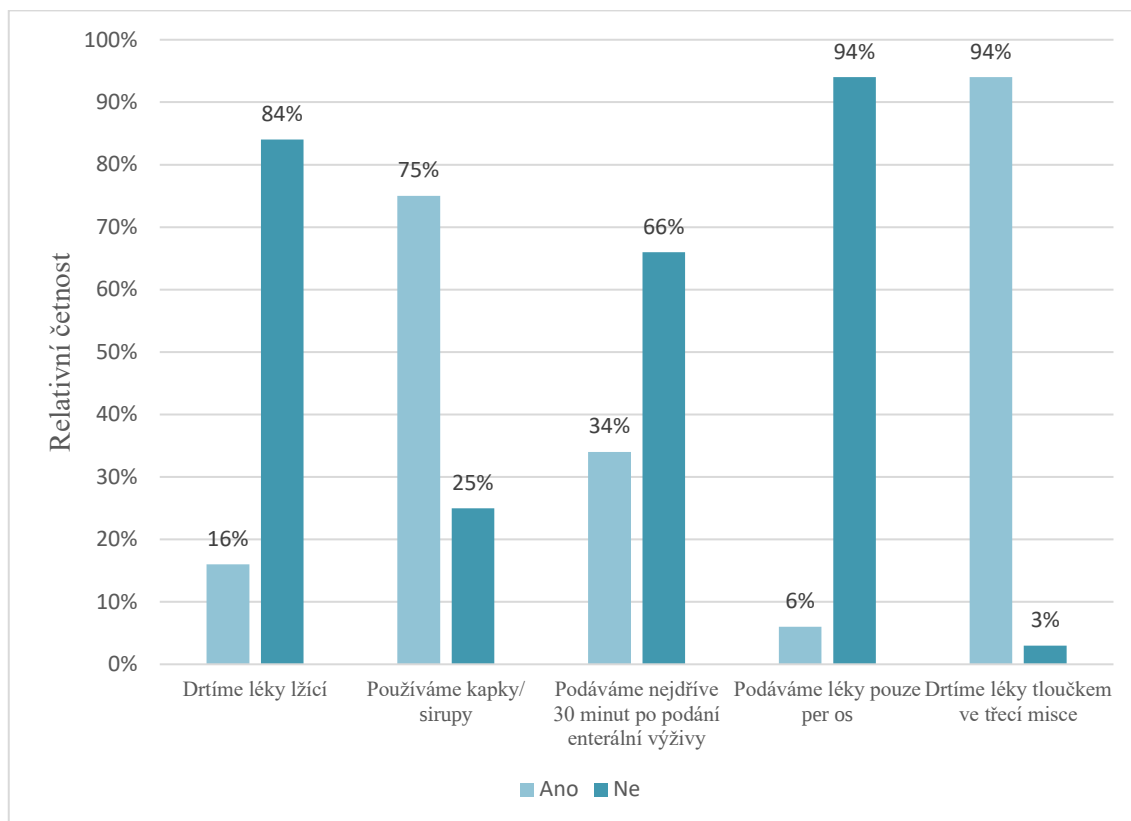
Tabulka 24: Četnost drcení všech léků podávaných do výživové stomie

Drcení všech léků do výživové stomie	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	73	74 %
Spíše ano	17	17 %
Ne	6	6 %
Spíše ne	2	2 %
Nevím	1	1 %

Z tabulky 24 vyplývá, že respondenti nejčastěji drtí všechny léky podávané do výživové stomie. Odpověď, zda drtí všechny léky odpovědělo „Ano“ 73 respondentů (74 %), odpověď „Spíše ano“ zvolilo 17 respondentů. Na tuto otázku zvolilo odpověď „Ne“ 6 respondentů (6 %), ti se shodují, že drtí pouze léky k tomu určené. Odpověď „Spíše ne“ uvedli 2 respondenti (2 %). Odpověď „Nevím“ uvádí 1 respondent (1 %).

2.6.33 Dodržování postupů při podávání léků

Graf 10 uvádí odpovědi na otázku č. 33: Jaké dodržujete postupy na Vašem pracovišti v souvislosti s podáváním léků?



Graf 10: Dodržování postupů při podávání léků

Z grafu 10 je zřejmé, jaké dodržují respondenti postupy v souvislosti s podáváním léků. Na otázku, zda drtí léky lžící odpovědělo „Ano“ 16 respondentů (16 %), „Ne“ uvádí odpověď 83 respondentů (84 %). Na otázku, zda používají na svém oddělení kapky/sirupy odpovědělo „Ano“ 74 respondentů (75 %), odpověď „Ne“ volilo 25 respondentů (25 %). Na otázku, zda léky podávají nejdříve 30 minut po podání enterální výživy, volilo odpověď „Ano“ 34 respondentů (34 %) a odpověď „Ne“ uvádí 65 respondentů (66 %). Otázka, zda respondenti podávají léky jen per os, odpovědělo „Ano“ 6 respondentů (6 %) a odpověď „Ne“ 93 respondentů (94 %). Poslední otázka zjišťovala, zda respondenti drtí léky tloučkem ve třetí misce, na tuto otázku odpovědělo „Ano“ 93 respondentů (94 %) a odpověď „Ne“ uvádějí 3 respondenti (3 %).

2.6.34 Podávání léků do výživové stomie

Tabulka 25 znázorňuje odpovědi na otázku č. 34: Podáváte drcené léky najednou do výživové stomie?

Tabulka 25: Podávání drcených léků najednou do výživové stomie

Podávání drcených léků najednou	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	49	50 %
Spíše ano	28	28 %
Ne	17	17 %
Spíše ne	5	5 %
Nevím	0	0 %

Z tabulky 25 je patrné, že všechny léky podává najednou do výživové stomie 49 respondentů (50 %) odpověď „Spíše ano“ uvedlo 28 respondentů (28 %). Všechny léky do výživové stomie najednou nepodává 17 respondentů (17 %), „Spíše ne“ odpovědělo 5 respondentů. Možnost „Nevím“ nezvolil žádný respondent.

2.6.35 Četnost etických problémů v souvislosti se zavedením výživové stomie

Tabulka 26 udává odpovědi na otázku č. 35: Setkáváte se na Vašem pracovišti s etickými problémy v souvislosti se zavedením výživové stomie?

Tabulka 26: Četnost etických problémů v souvislosti se zavedením výživové stomie

Četnost etických problémů v souvislosti se zavedením výživové stomie	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	9	9 %
Spíše ano	2	2 %
Ne	58	59 %
Spíše ne	26	26 %
Nevím	4	4 %

Z tabulky 26 je zřejmé, že se respondenti s etickými problémy na pracovišti často nesetkávají. Nejčtenější odpověď respondentů byla „Ne“ konkrétně 58 respondentů (59 %), odpověď „Spíše ne“ uvádí 26 respondentů (26 %). Odpověď „Ano“ uvádí 9 respondentů (9 %). Odpověď „Spíše ano“ uvedli 2 respondenti (2 %) a odpověď „Nevím“ uvádí 4 respondenti (4 %).

2.6.36 Etické problémy v souvislosti se zavedením výživové stomie

V tabulce 27 je souhrn odpovědí na otevřenou otázku č. 36: S jakými etickými problémy se setkáváte v souvislosti se zavedením výživové stomie?

Tabulka 27: Etické problémy v souvislosti se zavedením výživové stomie

Etické problémy v souvislosti se zavedením výživové stomie	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žádné	73	74 %
Zavedení výživové stomie pacientovi v terminální fázi.	10	10 %
Stud pacienta	6	6 %
Psychické problémy pacienta	5	5 %
Odmítání jídla pacientem bez bariérové překážky, u pacientů s demencí	2	2 %
Zavedení výživové stomie bez souhlasu pacienta	2	2 %
Zavedení výživové stomie na žádost rodiny, bez souhlasu pacienta	1	1 %
Zápach z kanyly	1	1 %

Z tabulky 27 je jasné patrné, že se mnoho respondentů s etickými aspekty se zavedením výživové stomie neseťkává. 73 respondentů (74 %) uvedlo, že se s žádnými etickými problémy neseťkává. 10 respondentů (10 %) uvedlo, že se setkávají s etickými aspekty v souvislosti s terminální fází pacienta. Se studem pacienta se setkává 6 respondentů (6 %). Jako etický problém uvádí 5 respondentů (5 %) psychické problémy. Dalším etickým problémem je pro 2 respondenty (2 %) zavedení výživové stomie při odmítání jídla, bez bariérové překážky, u pacientů s demencí. Stejný počet respondentů, konkrétně 2 (2 %) se setkává se zavedením výživové stomie bez souhlasu pacienta a jeden respondent (1 %) uvádí zavedení výživové stomie bez souhlasu pacienta na žádost rodiny. Jeden respondent (1 %) uvádí jako etický problém zápach z kanyly.

2.6.37 Četnost zavedení výživových stomií u pacientů v terminálním stádiu

Tabulka 28 odpovídá na otázku č. 37: Setkáváte se se zavedením výživové stomie u pacientů v terminálním stádiu života?

Tabulka 28: Četnost zavedení výživových stomií u pacientů v terminálním stádiu

Zavedení výživové stomie u pacientů v terminálním stádiu života	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	39	40 %
Spíše ano	16	16 %
Ne	18	18 %
Spíše ne	26	26 %
Nevím	0	0 %

Z tabulky 28 vyplývá, že se respondenti setkávají se zavedením výživové stomie u pacientů v terminálním stádiu života, konkrétně 39 respondentů (40 %). Odpověď „Spíše ano“ zvolilo 16 respondentů. Se zavedením výživové stomie v terminálním stádiu se nesetkává 18 respondentů (18 %), Odpověď „Spíše ne“ uvádí 26 respondentů (26 %). Žádný respondent nezvolil odpověď „Nevím“.

2.6.38 Zavedení výživové stomie bez souhlasu pacienta

Tabulka 29 shrnuje odpovědi na otázku č. 38: Setkáváte se se zavedením výživové stomie u pacientů bez souhlasu pacienta/zákonného zástupce?

Tabulka 29: Četnost zavedení výživové stomie bez souhlasu pacienta

Zavedení výživové stomie bez souhlasu pacienta	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	10	10 %
Spíše ano	5	5 %
Ne	63	64 %
Spíše ne	18	18 %
Nevím	3	3 %

Z tabulky 29 vyplývá, že se zavedením bez souhlasu pacienta se setkává 10 respondentů (10 %), odpověď „Spíše ano“ uvádí 5 respondentů (5 %). Se zavedením bez souhlasu pacienta/zákonného zástupce se nesetkává 63 dotázaných (64 %), odpověď „Spíše ne“ uvádí 18 respondentů (18 %). Odpověď „Nevím“ volí 3 respondenti (3 %).

2.6.39 Četnost lékařů, kteří léčí za „každou cenu“

Tabulka 30 znázorňuje odpověď na otázku č. 39: Setkáváte se s lékaři, kteří chtějí léčit za každou cenu, bez ohledu na přání pacienta v souvislosti se zavedením výživové stomie?

Tabulka 30: Četnost lékařů, kteří léčí za každou cenu, v souvislosti se zavedením výživové stomie

Četnost lékařů, kteří léčí za každou cenu v souvislosti se zavedením výživové stomie	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	20	20 %
Spíše ano	13	13 %
Ne	36	37 %
Spíše ne	29	29 %
Nevím	1	1 %

Z tabulky 30 vyplývá odpověď na otázku etickým podtextem, o četnosti lékařů, kteří chtějí léčit za každou cenu v souvislosti se zavedením výživové stomie. Nejčetnější odpovědí respondentů byla odpověď „Ne“ s 36 respondenty (37 %), „Spíše ne“ odpovědělo 29 respondentů (29 %). Odpověď „Ano“ uvedlo 20 respondentů (20 %), „Spíše ano“ uvádí 13 respondentů (13 %). Odpověď „Nevím“ uvádí jeden respondent (1 %).

2.6.40 Složení pacientů k indikování výživové stomie s etickými aspekty

Tabulka 31 udává odpovědi na otázku 40: U jaké skupiny pacientů se nejčastěji setkáváte s etickými aspekty v souvislosti se zavedením výživové stomie?

Tabulka 31: Složení pacientů k indikované výživové stomii, s etickými aspekty

Složení pacientů k indikované výživové stomii s etickými aspekty	Absolutní četnost	Relativní četnost
U geriatrických pacientů	41	42 %
U dětských pacientů	6	6 %
U pacientů v kómatu	11	11 %
U onkologických pacientů	29	29 %
Jiné	12	12 %

Z tabulky 31 je zřejmé že nejčastěji se setkávají respondenti s etickými aspekty u geriatrických pacientů, konkrétně 41 respondentů (42 %), dále pak u onkologických pacientů uvádí 29 respondentů (29 %), odpověď „Jiné“ volilo 12 respondentů (12 %) a uvádí, že se s etickými aspekty u pacientů nesetkávají. 11 respondentů (11 %) uvádí, že se nejčastěji setkávají s etickými aspekty u pacientů v kómatu. Nejméně respondentů volilo odpověď „U dětských pacientů“ a to konkrétně 6 respondentů (6 %).

2.7 Diskuze

Cílem této práce bylo zmapovat specifika ošetrovatelské péče o pacienty s výživovou stomií a zjistit, s jakými problémy se všeobecné sestry u pacientů s výživou stomií nejčastěji setkávají. Pro výzkumnou část práce jsem zvolila čtyři výzkumné otázky.

V diskusi se chci věnovat jednotlivým výzkumným otázkám, odpovědi, které vyplynuly z provedeného výzkumu, se pokusím porovnat s obdobnými výzkumy realizovanými z uvedených zdrojů.

Pro porovnání výsledků mé práce jsem použila bakalářskou práci Lenky Konířové (2013) na téma: *Ošetrovatelská problematika u nemocných s PEG*, bakalářskou práci Kamily Bergové (2015) s názvem: *Enterální výživa v ošetrovatelské péči*, bakalářskou práci Kateřiny Vyroubalové (2018) s názvem: *Pacient perkutánní endoskopickou gastrostomií*, práci Kláry Musilové (2017) na téma: *Specifika ošetrovatelské péče o pacienta s výživovou stomií*. Bakalářskou práci Markéty Brichtové (2014) nazývanou: *Problematika ošetrovatelské péče o pacienta s PEG/PEJ v NNP*. Dále byl použit zahraniční výzkum z Izraele od autora Gil a kol. (2019) s názvem výzkumu: *Dilemmas for guardians of advanced dementia patients regarding tube feeding*. S těmito pracemi bych ráda porovнала některé ze svých výsledků.

První výzkumná otázka zněla: **Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o pacienty s výživovou stomií?**

K této výzkumné otázce se vztahují otázky č. 7, č. 8, č. 9, č. 10, č. 11, č. 12, č. 13, č. 14, č. 15, č. 16, č. 17, č. 18, č. 19, č. 20, č. 21, č. 22, č. 23.

V otázce č. 7 jsem zjišťovala, jaké ošetrovatelské intervence respondenti provádí na svých pracovištích před zavedením výživové stomie. Z mého výzkumu vyplývá, že dvě třetiny respondentů (74 respondentů, 75 %) edukují pacienta o lačnění před výkonem. Odběry biologického materiálu provádí 84 respondentů (85 %). Periferní kanylu zavádí 82 respondentů (83 %). O dutinu ústní pečuje před zavedením výživové stomie výrazně méně respondentů 62 (63 %). Celkovou hygienu pacienta provádí na svém pracovišti před zavedením výživové stomie 85 respondentů (86 %). Dezinfekci pupku provádí 68 respondentů (69 %). Holení oblasti břicha před zavedením výživové stomie, činí 64 respondentů (65 %). Pacienta psychicky připravuje na výkon pouze

40 respondentů (40 %), 59 respondentů (60 %) uvádí, že pacienta psychicky nepřipravují na výkon.

Musilová (2017) také zjišťovala intervence před zavedením výživové stomie, z jejího výzkumu vyplývá, že nejčastější intervencí je edukace pacienta o lačnění před výkonem, odběry biologického materiálu v těchto bodech se naše výsledky v podstatě shodují. Odlišnosti spatřuji v intervenci ohledně celkové hygieny pacienta. Musilová (2017) uvádí, pouze tři respondenty, kteří takto činí. Z mých výsledků vyplývá, že celkovou hygienu pacienta provádí 85 respondentů (86 %).

V otázce č. 8 jsem zjišťovala, zda respondenti pacienta ukládají na pokoj se zvýšeným dohledem, odpovědi na tuto otázku jsou různorodé. S převahou odpovědí, že takto činí, odpovědělo 39 respondentů (40 %).

V otázce č. 9 jsem se respondentů dotazovala, jaké ošetrovatelské intervence respondenti provádí po zavedení PEG/PEJ. Z odpovědí je patrné, že většina respondentů přikládá sterilní krytí, a to konkrétně 94 dotázaných (95 %). Pouze pět dotázaných takto nečiní. Kontrolu okolí vyústění kanyly provádí 97 respondentů (98 %). Fyziologické funkce měří 89 respondentů (90 %). U otázky, zda kontrolují prosakování obvazu, takto činí 98 dotázaných (99 %). O dutinu ústní, po zavedení výživové stomie, pečuje 85 respondentů (86 %). Proplach kanyly po zavedení PEG/PEJ provádí 96 dotázaných (97 %). Kanylu neproplachují 3 respondenti (3 %).

Musilová (2017) a Brichtová (2014) se těmito intervencemi ve své práci také zabývaly. Z jejich výzkumů vyplývá, že nejčastějšími intervencemi, které respondenti dodržují je měření fyziologických funkcí, kontrola okolí vyústění kanyly, kontrola krvácení/prosakování a sterilní krytí. Tyto výsledky jsou v podstatě shodné s mými výsledky.

V otázce č. 10, č. 11, č. 13, č. 14 jsem zjišťovala, za jak dlouho po zavedení výživové stomie respondenti proplachují výživovou stomii fyziologickým roztokem, četnost proplachu výživové stomie a používané tekutiny k proplachu výživové stomie. Nejčastější odpovědi na otázku č. 10 jsou 3 hodiny po zavedení výživové stomie konkrétně 34 respondentů (35 %), dále pak 26 respondentů (26 %) uvádí proplach po 24 hodinách. Ihned po zavedení proplachuje výživovou stomii 13 respondentů (13 %). Také 13 respondentů (13 %) uvádí, že výživovou stomii proplachují

po 5 hodinách od zavedení. Dalších 13 respondentů (13 %) uvádí jinou možnost, nejčastěji uvádějí „Dle ordinace lékaře“. Nejvíce odpovědí na otázku o četnosti proplachování výživové stomie bylo po podání klinické výživy a to konkrétně 24 respondentů (25 %). Další četnou odpovědí bylo proplachování kanyly po 3 hodinách, takto odpovědělo 19 respondentů (19 %). První tekutiny po zavedení výživové stomie dostávají pacienti po 24 hodinách, takto odpovědělo 39 respondentů (40 %). Jako další četnou odpovědí bylo podávání tekutin po 3–4 hodinách po výkonu, konkrétně tuto odpověď volilo 31 respondentů (31 %). Možnost 8–12 hodin po výkonu volilo 19 respondentů (19 %). „Jiné“ uvedlo 10 dotázaných (10 %). Nejčastější tekutiny používané k proplachování výživové stomie jsou čaj a voda obě varianty volilo stejné množství respondentů (55,56 %). Další volbou pro respondenty byl fyziologický roztok (26, 26 %). Jiné vhodné tekutiny zvolilo 14 respondentů (14 %) v odpovědích se objevují příklady, jako převařená voda a dle ordinace lékaře. Odpověď „Destilovanou vodu“ volilo 5 respondentů (5 %). Ovocné šťávy a džus zvolil jeden respondent (1 %).

V tomto úkonu jsou mezi výzkumy i autory odborné literatury značné rozpory, například Novotná a kol. (2013) uvádí proplach kanyly po 3 hodinách od zavedení propláchnout 50 ml fyziologickým roztokem a per os nepřijímat nic prvních 24 hodin, proti tomu Vytejšková a kol. (2013) uvádí per os čaj po doušcích 3–4 hodiny po zavedení a proplach po kontrole lékařem. Třetina mých respondentů uvádí také proplach fyziologickým roztokem po 3 hodinách. Tyto rozkoly má ve svých výsledcích i Musilová (2017), jejíž respondenti se ve svých odpovědích značně odlišují. Bergová (2015) uvádí ve svém výzkumu jako nejpoužívanější tekutinu čaj, o něco méně respondentů volilo vodu. Tím se výsledky v podstatě shodují s mými.

V otázce č. 12 jsem se dotazovala na četnost ošetřování v prvním týdnu po zavedení výživové stomie. Nejvíce respondentů uvádí ošetřování výživové stomie každý den, a to 82 respondentů (83 %). Podle potřeby ošetřuje výživovou stomii v 1. týdnu po zavedení 11 respondentů (11 %). Variantu třikrát za týden zvolili 3 respondenti (3 %), stejně tak zvolili 3 respondenti (3 %) možnost „Jiné“. Variantu dvakrát za týden nezvolil žádný respondent.

Podobnou otázku použila i Konířová (2017) a její výsledek se shoduje s mým. Nejčastější odpovědí bylo, že ošetřují výživovou stomii každý den.

V otázce č. 15 jsem zjišťovala užívání nutričního screeningu z odpovědí je zřejmé, že více než polovina respondentů nutriční screening na svém pracovišti provádí, konkrétně 51 respondentů (52 %) a jeden respondent (1 %) uvedl, „Spíše ano“. Nejčastější screening respondenti uvádí BMI, Nottinghamský screening, a fyzikální vyšetření (měření, vážení). Nutriční screening neprovádí na svém oddělení 23 respondentů (23 %), odpověď „Spíše ne“ uvedlo 17 dotazovaných. 7 respondentů (7 %) uvedlo, že nevědí, zda se na jejich oddělení provádí nutriční screening.

Podobnou otázku ve své práci uvádí Vyroubalová (2018) z jejích výsledků je patrná vyšší četnost využívání nutričního screeningu, konkrétně 95 %. Proti tomu z mého výzkumu vyplývá, že jen polovina respondentů, používají nutriční screening.

Otázky č. 16 a č. 17 se zabývají výživou podávanou do PEG/PEJ. Z výsledků vyplývá, že většina respondentů používá k podávání stravy do PEG i do PEJ vhodnou klinickou výživu, v průměru 84 % dotázaných. Mixovanou stravu podává do PEG 14 dotázaných (14 %) a do PEJ 9 dotázaných (9 %). U obou forem výživové stomie minimum respondentů uvedlo odpověď „Jogurty a ovocné pyré“ v průměru 1 %.

Tuto otázku mohu porovnat i s výzkumem Vyroubalové (2018), Konířové (2013) i Musilové (2017) i v jejich výsledcích je patrné, že klinická výživa převyšuje nad ostatními variantami. Jen malé množství dotázaných volilo mixovanou stravu. Zde je vidět posun, dříve se strava mixovala na odděleních či v domácím prostředí. Dnes již víme, že klinická výživa je pro pacienta nutričně vyhovující více než mixovaná strava, která se nejenže může kontaminovat při mixování, ale není ani nutričně dostačující (Křížová a kol., 2019).

Otázka č. 18 a č. 19, č. 20 zkoumají jaký je nejčastěji používaný režim podávání enterální výživy do PEG a do PEJ a jak často je strava podávána. Z mého šetření vyplývá individuálnost, není jednoznačné, jaký režim je nejčastěji používaný. Respondenti však v žádném případě (PEG i PEJ) nevolili možnost s „S denní pauzou“. Četnost podávání stravy také není úplně jednoznačná, nejčastější respondenti uvádějí podávání stravy po 4 hodinách a s noční pauzou. Dále pak navazuje odpověď „Dle tolerance“ či „Dle ordinace lékařem“.

Stejného výsledku se dobrala i Musilová (2017). Její respondenti také odpovídají o individualitě s ohledem na snášenlivost klinické výživy a ordinací lékařem. Režim podávání tedy není možné definovat přesně.

Otázka č. 21 je zaměřena na zaznamenávání úkonů do zdravotnické dokumentace. Z mého šetření vyplývá, že 83 respondentů (84 %) zaznamenává úkony spojené s péčí o výživovou stomii do zdravotnické dokumentace. Jako nejčastější dokumentaci respondenti uvádějí ošetrovatelskou dokumentaci, sledování balance tekutin a dekurz.

S touto otázkou se zabývala ve svém výzkumu i Musilová (2017), z jejího šetření je patrné, že všichni její respondenti zaznamenávají úkony spojené s péčí o PEG do zdravotnické dokumentace.

Otázka č. 22 zjišťovala, zda mají dotázaní na svém pracovišti vypracovaný ošetrovatelský standard. Zde odpověděla většina 83 (84 %) dotázaných kladně. Na pracovišti standard nemá 8 respondentů (8 %) a 8 (8 %) jich uvedlo, že nevědí o existenci standardu na svém oddělení.

K podobnému výsledku šetření došla i Vyroubalová (2018), všichni její respondenti mají na svém oddělení vypracovaný standard pro péči o PEG či PEJ.

Otázka č. 23 zjišťovala nejčastější indikace k založení výživové stomie. Z šetření je vidět, že nejčastěji indikovaní jsou onkologičtí pacienti 28 (68 respondentů, 69 %). Další četnou odpověď respondenti uvádějí nechutenství, celkem 35 respondentů (35 %), stavy po CMP jsou další četnou indikací (34 respondentů 34 %). Častou indikací uvádí 33 respondentů (33 %) demenci. Odpověď „Jiné“ volilo 18 respondentů (18 %) a jako velmi četnou odpověď (8 respondentů z 18) uvádí „Vigilní kóma“, další odpovědi jsou například dlouhodobé zavedení NGS, různé tělesné a mentální postižení, idiopatické záněty střev, snížený příjem stravy per os. Mezi méně časté řadí respondenti „Stomatologické problémy“ konkrétně 12 respondentů (12 %). Imobilitu zvolilo 11 respondentů (11 %).

Podobnou otázkou se ve své práci zabývá i Vyroubalová (2018). Stejně, jako z mého šetření, je nejčastější indikací k založení PEG nádorové onemocnění. Vyroubalová se ve své práci pozastavuje nad volbou respondentů odpovědi „Nechutenství“, stejně jako v mém šetření zaujímá druhou nejčastější příčku. Vyroubalová (2017) uvádí, jako možnost nepochopení respondentů, uvádí nechutenství jako odpověď špatnou, z mého

pohledu je nechutenství problém s různou příčinou. Může se jednat o ztrátu chuti k jídlu vlivem nemoci, operace či léčby, tím bych viděla indikaci z důvodu nechutenství na místě. Může se, ale jednat i o odmítání stravy např. psychiatrickí pacienti nebo různé degenerativní stavy, tam je již na zvážení lékaře, zda je nutné indikovat výživovou stomii.

Druhá výzkumná otázka zkoumala: **S jakými problémy se všeobecné sestry u pacientů s výživovou stomií nejčastěji setkávají.**

K této otázce výzkumné otázky se vztahují otázky č. 24, č. 25, č. 26, č. 27.

Výzkum probíhal formou polootevřených a otevřených otázek, kde respondenti měli možnost vyjádřit, s jakými komplikacemi a problémy se, v souvislosti s péčí o výživovou stomii, nejčastěji setkávají. Měli možnost zvolit z více možností nebo se vyjádřit svými slovy. Nejčastějšími komplikacemi v souvislosti s péčí o výživovou stomii, které respondenti v mém šetření uvádí, jsou obtékání sondy, macerace kůže v okolí vyústění kanyly a ucpání sondy. Všechny tři komplikace mají relativně stejný počet respondentů v průměru 50. Nejčastějším problémem, týkajícím se samotného zavedení výživové stomie, se jeví infekce, kterou volilo 40 respondentů. V otevřené otázce č. 26 se ptám respondentů, čím je pacient nejčastěji ohrožen po podání enterální výživy. Respondenti uvádějí většinou několik problémů, nejčastěji však uvádí riziko aspirace, zvracení a průjem.

Podobnou otázku volila ve svém šetření i Konířová (2013), které z šetření vyplývá, jako nejčastější komplikací zánět v okolí vyústění kanyly, nechtěné vytažení sondy a ucpání kanyly. Bergová (2015) také zjišťuje nejčastější komplikace a z jejího výzkumu vyplývá nejčastější komplikací obtékání kanyly a ucpání sondy. Jako nejméně častou komplikací jí z šetření vyšel lokální zánět, který mě i Konířové (2013) vyšel, jako častý problém. Urbánek a kol. (2016) v edukační brožuře uvádí, že v případě správné péče o výživovou stomii, by k ucpání dojít nemělo.

Třetí výzkumná otázka šetřila: **Jaké zásady ošetrovatelské péče o pacienty s výživovou stomií všeobecné sestry dodržují?**

K této výzkumné otázce se vztahují otázky č. 28, č. 29, č. 30, č. 31, č. 32, č. 33 a č. 34. otázky byly voleny uzavřené a polootevřené, kde měli respondenti možnost se podělit s vlastními zkušenostmi na danou problematiku.

Otázka č. 28 zjišťovala, do jaké polohy pacienta respondenti ukládají. Z výzkumu je patrné, že větší polovina respondentů (54,55 %) uvádí Fowlerovu polohu, která je pro podávání vhodná, další vhodnou polohu „V sedě“ volilo 39 respondentů (39 %), méně vhodnou, ale v podstatě přijatelnou polohou je poloha „Na boku“ tuto polohu zvolilo 13 respondentů (13 %). Jako nevhodnou polohu „Na zádech“, kdy je podle Urbánka a kol. (2016) velké riziko aspirace, zvolilo 29 respondentů (29 %). Dále jeden respondent uvádí polohu „Dle možností pacienta“, poloha tudíž není definována.

Vhodnou polohu uvádí Urbánek a kol. (2016) vsedě či polosedě, tak aby nebyla zalomená kanyla a jako prevence rizika aspirace.

Otázky č. 29 č. 30 a č. 31 zjišťují zásady, které respondenti na svých pracovištích dodržují. Nejvíce dodržovanou zásadou, na které se shodli všichni dotázaní (100 %), je proplachování výživové stomie po podání klinické výživy. Pouze 69 respondentů (70 %) uvedlo, že kanylu před aplikací výživové stomie neproplachují. Dále je z šetření patrné, že si většina respondentů připravuje potřebné pomůcky a to 98 (99 %) dotázaných. Zvýšenou polohu 30 minut po aplikaci klinické výživy dodržuje také většina respondentů (83 respondentů, 84 %). Vhodnou klinickou výživu aplikuje 94 respondentů. Méně čteně používanou zásadou je prevence syndromu zanořeného disku tj. pravidelné protáčení stomické kanyly, tuto zásadu dodržuje 75 dotázaných (76 %). Správnou teplotu podávané klinické výživy dodržuje 95 % dotázaných, pouze 5 % respondentů uvedlo, že takto nečiní. Značně hůře jsou na tom zásady o vhodném použití Janettovi stříkačky, čistou Janettovu stříkačku k aplikaci výživy do PEJ používá pouze 62 dotázaných, sterilní k aplikaci do PEJ používá pouze 63 respondentů.

S tím souvisí otázka č. 30, ve které se ptám, zda respondenti provádí aspiraci ze sondy před každým podáváním. Toto doporučení slouží ke zjištění zbytkového rezidua v žaludku. Pokud je reziduum menší než 50 ml, obsah vpravíme zpět do žaludku a pokračujeme v aplikaci klinické výživy (Novotná a kol., 2013). Tuto činnost provádí nebo spíše provádí dohromady 65 respondentů. Z toho je zřejmé, že 34 respondentů takto nečiní nebo spíše nečiní. Nedodržováním těchto důležitých zásad je velké riziko vzniku komplikací.

Navazující otázka č. 31, ve které zjišťují, jaké pomůcky respondenti používají. Z výsledku je patrné, že většina respondentů používá rukavice (93, respondentů 94 %), Janettovu stříkačku pro aplikaci klinické výživy používá 98 respondentů (99 %),

Všichni respondenti (100 %) používají vodu nebo čaj k proplachu, vhodnou klinickou výživu uvádí 93 dotázaných (94 %), pouze emitní misku používají dvě třetiny respondentů, konkrétně 71 dotázaných (72 %).

Otázky č. 32, č. 33 a č. 34 zjišťují dodržování zásad při podávání léků z mého šetření je zřejmé, že velký počet respondentů drtí všechny léky podávané do výživových stomií (73 respondentů 74 % drtí vše a 17, 17 % spíše vše). Pouze 6 respondentů (6 %) uvedlo, že všechny léky nedrtí a uvádí, že drtí jen ty, které jsou k tomu určené. Tato zásada je důležitá, jak uvádí ve své literatuře Urbánek a kol. (2019), některé léky mohou drcením změnit své účinky zejména léky s řízeným uvolňováním účinné látky a léky, které jsou citlivé na kyselé žaludeční prostředí a rozpouští se tedy až ve střevě. Proto je překvapivé zjištění, že pouze 6 z 99 respondentů tuto zásadu dodržuje.

Zásadám, se ve svém výzkumu věnovala i Bergová (2015), Brichtová (2014) a Musilová (2017). Z šetření Bergové (2015) vyplývá, že rotaci kanyly provádí polovina dotázaných a aspiraci ze sondy provádí dvě třetiny všech dotázaných. V mém šetření, je patrné, že dvě třetiny respondentů kanylu protáčí a tím zmenšují riziko syndromu zanořeného disku. Aspiraci v mém šetření provádí menší počet respondentů (66 %). Oproti tomu srovnání výsledků Musilové (2017) je patrné, že aspiraci ze sondy provádí pouze polovina respondentů, to je ještě méně než v mém šetření. Brichtová (2014) ve svém šetření zjistila, že prevenci syndromu zanořeného disku (protáčení kanyly) provádí pouze 45 % dotázaných.

Zásady týkající se podávání léků do výživové stomie mohu porovnat s výzkumem Konířové (2013) z jejího šetření vyplývá, že 64 % respondentů podává léky do PEG. Správně, by se měly léky drtit zvlášť, a i zvlášť podávat, toto z šetření Musilové (2017) nevyplývá, žádný z jejích respondentů tuto zásadu nedodržuje. Z mého výzkumu také vyplývá, že respondenti tuto zásadu nedodržují, odpověď „Spíše ne“ a „Ne“ zvolilo na otázku, zda podávají drcené léky najednou, pouze 22 % respondentů. Léky se drtí především tloučkem ve třetí misce, na tom se mé šetření shoduje s výsledky šetření s Musilovou (2017), tuto zásadu respondenti v podstatě dodržují.

Čtvrtá výzkumná otázka zní: **S jakými etickými aspekty se všeobecné sestry setkávají v souvislosti se zavedením výživové stomie?**

S touto výzkumnou otázkou souvisí otázky č. 35, č. 36, č. 37, č. 38, č. 39 a č. 40.

Cílem bylo zjistit, zda se všeobecné sestry setkávají (případně s jakými) s etickými aspekty v souvislosti se zavedením výživové stomie. Z šetření je patrné, že se všeobecné sestry s mnoha etickými problémy nesetkávají. Avšak uvádí, že se setkávají se zaváděním výživové stomie u pacientů v terminálním stádiu onemocnění. Kohout a kol. (2002), Vráblová a kol. (2015) i Kroupa a kol. (2019) se shodují, že zavádět výživovou stomii u pacientů v terminální fázi onemocnění je neetické a zapříčiní prodloužení umírání nemocného. Několik odpovědí respondentů, konkrétně 41 se setkává s etickými problémy u geriatrických pacientů a 29 respondentů uvádí etické problémy u onkologických pacientů.

Etickou otázkou se zabývala ve svém výzkumu i Vyroubalová (2018). Z jejího šetření vyplývá shoda všech respondentů. Všichni respondenti se shodují na neetičnosti zavedení výživové stomie u pacientů v terminální fázi života.

Ráda bych porovнала některé své výsledky se zahraniční studií, která probíhala v Izraeli, kde se velmi čteně používá výživová stomie (PEG) u pacientů s pokročilou fází demence, dá se říci, že v terminální fázi života. V této fázi jsou nemocní odkázáni na své zákonné zástupce a rozhodování o postupu léčby je na jejich bedrech. Paliativní přístup je v této zemi vnímán jako trest smrti a PEG je pro zákonné zástupce, jako jediné východisko i přesto, že byla lékařem vysvětlena neefektivita zavedení PEG. Valná většina, až 95 %, respondentů (zákonných zástupců nemocných) však uvádí, že pokud by byli v roli svého blízkého (nemocného), nechtěli by zavést PEG, dále také uvádí, že nikdy o smrti a přáních, když by to ještě bylo možné, s nemocným nemluvili (Gil a kol., 2017).

Na této studii je jasné vidět etický problém, což je zavedení výživové stomie pacientům, kterým již nemůže pomoci.

2.8 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Výživové stomie vyžadují specifickou péči a dodržování zásad v péči o ně. Z výsledků mého výzkumu vyplývá, že péči o výživové stomie je věnována pozornost, avšak i přesto bych chtěla upozornit na několik věcí.

Myslím si, že co se týče režimu podávání výživy, je přístup zdravotnického personálu vstřícný a je přizpůsoben potřebám pacientů a individuálně zhodnocen. Nejednotné jsou

ošetřovatelské intervence, které se provádějí před samotným zavedením výživové stomie, dle mého názoru je to zapříčiněno tím, že výživové stomie zavádí na jiném pracovišti, než na kterém působí respondenti. Nicméně doporučuji důsledné dodržování standardu ošetřovatelské péče, a z něho vyplývajícího ošetřovatelského plánu. Důraz bych kladla i na psychickou přípravu pacienta, kterou dle výsledků neprovádí 60 % respondentů. V rámci dalšího sebevzdělávání doporučuji účast na vzdělávacích programech v péči o výživové stomie, pro utužování vědomostí v oblasti dodržování postupů v souvislosti s těmito stomiemi.

Z výzkumu je patrné, že ne vždy je provedeno zhodnocení nutričního stavu pacienta. Na základě tohoto zjištění doporučuji u pacientů s výživovou stomií provádět pravidelná sledování nutričního stavu, pomocí některého standardizovaného dotazníku například Mini Nutritional Assessment, Malnutrition Universal Screening nebo Nottinghamský dotazník a jeho pravidelné opakování. Dále doporučuji dodržování standardu ošetřovatelské péče a předcházení možným komplikacím. Sebevzdělávání všeobecných sester je nedílnou součástí v oblasti nutriční péče o pacienty s výživovou stomií, kterou shledávám jako velmi důležitou. K již zmiňovanému vzdělávání bych dále doporučila pravidelný kontakt a konzultaci s nutriční terapeutkou a odborně proškolenou sestrou v oblasti péče o výživové stomie.

Šetření ukázalo problémy, se kterými se všeobecné sestry setkávají nejčastěji. Jsou to: obtékání sondy, ucpání stomické kanyly a macerace kůže v okolí stomie, lokální infekce v okolí vyústění kanyly a riziko aspirace. Většina z těchto problémů má příčinu v nedodržování správných postupů v péči o výživovou stomii. Doporučuji dodržovat zásady správné manipulace a ošetřování, například vždy provádět aspiraci ze sondy a dodržovat správnou polohu při podávání výživy. Solař (2010) uvádí, že v případě dodržování zásad je péče o výživovou stomii takřka bez komplikací.

Co se týče dodržování zásad, z výzkumu vyplývá, že některé zásady jsou dodržovány a v některých se setkáváme s četnými nedostatky. Z šetření vyplývá, že ne vždy je dodržována správná poloha a doba udržování této polohy, ještě 30 minut po podání klinické výživy do výživové stomie. Dodržováním této zásady můžeme předejít několika komplikacím. Jsou to například aspirace a zvracení. Aspirace ze sondy a kontrola rezidua ze žaludku by měla být dodržována vždy, z šetření je zřejmé, že tuto zásadu dodržuje polovina respondentů. Touto zásadou opět můžeme předejít

nejrůznějších komplikacím, jako je zvracení, obtékání sondy a bolesti z přeplněného žaludku.

Z výzkumu jsem dále zjistila, že se na většině pracovišť všechny léky drtí a jsou podávány dohromady do výživové stomie. Minimum dotázaných uvádí, že drtí pouze ty k tomu určené. Někteří respondenti používají techniku drcení lžicemi, která je pro aplikaci do výživové stomie nedostatečná, protože hrozí velké riziko ucpání stomie. Doporučuji dodržovat standard ošetrovatelské péče. Dále bych doporučila dodržovat zásady v podávání léků jako například drtit pouze léky, které jsou k drcení určené, případně použít kapky nebo sirupy. Pokud to není možné, je nutné informovat lékaře o nemožnosti podat tento lék z důvodu nevhodné lékové formy. Z důvodu možných komplikací a následných nežádoucích událostí, je nutné důsledně dodržovat ošetrovatelský plán. Doporučuji, se držet postupu (viz příloha č. 2).

Z důvodu zjištěných mnoha neodborných nebo neúplných postupů bych ráda navrhla praktický leták „Podávání výživy do PEG/PEJ“ a „Ošetrovatelská péče o PEG/PEJ“ (viz příloha č. 2 a č. 3). Dále je možné se vzdělávat na webových stránkách odborných doporučení ESPEN a nebo odebíráním odborného časopisu.

V otázkách etických aspektů je patrné, že s etickými problémy se všeobecné sestry často nesetkávají. Jako hlavní problém uvádí, že se setkávají se zaváděním výživové stomie u pacientů v terminálním stádiu onemocnění. Zde bych doporučila důkladnou předchozí edukaci lékařem o následném životě s výživovou stomií, jejím přínosu a možných komplikacích. Pacientům a rodině bych nabídla edukační materiály, například edukační brožuru „Můj život s PEGem“ od autora Urbánek a kol. (2019). Dále bych doporučila zapojení rodiny do rozhodování zejména v případech u pacientů v terminální fázi onemocnění. Je důležité ujasnit si s nemocným jeho přání. Na základě tohoto rozhovoru poté společně s lékařem rozhodnout, zda výživovou stomii založit či nikoli.

V neposlední řadě je důležité, aby nemocnice pečující o pacienty s výživovou stomií zajistili pro personál pravidelná školení v oblastech ošetrovatelské péče o výživové stomie, nutriční podpoře, nutričního screeningu, zásadách atd. Tato školení mohou velmi prospět větší informovanosti pracovníků a tím předejít komplikacím spojeným s výživovou stomií.

Dále bych doporučila provádění a prezentaci dalších výzkumů například sledováním komplikací výživových stomií, indikací k zavedení výživových stomií a porovnání s jinými zdravotnickými zařízeními, které by přispěly k širšímu povědomí personálu o problematice.

Závěr

V této bakalářské práci se věnuji specifikům v ošetrovatelské péči o výživové stomie. V současném stavu problematiky se věnuji důležitosti výživy, poruchám příjmu výživy a zhodnocení nutričního stavu nemocného. Dále jsem se věnovala enterální výživě, nutričním přípravkům a režimům podávání klinické stravy. Poté byla práce zaměřena na jednotlivé výživové stomie, zabývala jsem se postupům zavedení, indikacemi a kontraindikacemi zavedení výživové stomie a nejrůznějšími komplikacím. Ve čtvrté podkapitole pojednávám o ošetrovatelské péči o pacienta s výživovou stomií. V této kapitole se věnuji i zásadám v péči o výživové stomie V poslední neméně důležité kapitole se věnuji edukaci pacienta v péči o výživovou stomii.

Výzkumná část pomocí kvantitativního výzkumu formou dotazníkového šetření zjišťovala, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o pacienty s výživovou stomií, zjišťovala, s jakými problémy se všeobecné sestry u pacientů s výživovou stomií nejčastěji setkávají, jaké zásady ošetrovatelské péče o pacienty s výživovou stomií všeobecné sestry dodržují a s jakými etickými aspekty se všeobecné sestry setkávají v souvislosti se zavedením výživové stomie. Při volbě otázek vhodných pro dotazník, jsem vycházela z literatury a z vlastních zkušeností v péči o pacienty s výživovou stomií.

Výzkumné šetření probíhalo formou anonymního dotazníku, celkem se zúčastnilo 150 respondentů, z něhož bylo 51 dotazníků vyřazeno, z důvodu, který je již uveden v samotném výzkumu. Výsledky se zdají být poměrně příznivé, je však nutno podotknout, že jsou provedeny na příliš malém výzkumném vzorku. Výsledky výzkumu byly porovnány s dalšími výzkumnými pracemi a domnívám se, že stanovené cíle práce se podařilo úspěšně naplnit.

Zjistila jsem, že specifika ošetrovatelské péče o pacienty s výživovou stomií vyžaduje individuální přístup v podávání klinické výživy, že ne každému pacientovy vyhovuje stejný režim podávání, četnost podávání ani druh výživy. Dále jsem zjistila, že ne vždy se u pacientů s výživovou stomií provádí nutriční screening, který by měl být součástí každé péče o pacienta s výživovou stomií. Valná většina dotázaných používá vhodnou klinickou stravu, u které je prokázána nutriční vhodnost pro pacienty s výživovou stomií. Dále jsem zjistila, že nejčastějšími problémy, se kterými se sestry setkávají, jsou obtékaní sondy, ucpání stomické kanyly, macerace kůže v okolí stomie a infekce v okolí vyústění stomie a aspirace. Tyto komplikace úzce souvisí s dodržováním zásad

u pacientů s výživovou stomií, které jak se z šetření ukázalo, nejsou vždy dodržovány. Jedná se například o dodržování vhodné polohy při podávání výživy do výživové stomie a setrvání v této poloze alespoň 30 minut. Další příklad zásady, která je dle mého názoru méně četně dodržována, je drcení léků. Do výživové stomie nepatří všechny léky najednou, za naprosto nevhodné považují drtit léky lžicemi, tím hrozí vysoké riziko ucpání stomické kanyly. Na závěr jsem z šetření vyvodila, že etické problémy se na odděleních dotázaných řeší málokdy, avšak polovina dotázaných se se zaváděním výživové stomie, setkává u pacientů v terminální fázi onemocnění a u geriatrických pacientů.

Na konci výzkumné práce jsem navrhla několik námětů pro zlepšení praxe a řešení nedostatků. Uvedla jsem několik podnětů, jak zlepšit péči o pacienty s výživovou stomií, formou praktického letáku (viz příloha č. 2 a č. 3) a seminářů na toto téma.

Strava je nedílnou součástí lidského života, je proto potřeba věnovat mu náležitou pozornost, předcházet komplikacím, vhodnými opatřeními a případné problémy včas a efektivně řešit.

Seznam použité literatury

ABSOLONOVÁ, Petra. Perkutánní endoskopická gastrostomie. Divize Medical Services: zdravi.euro [online]. 2014, 24. 9. 2014 [cit. 2019-10-23]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/perkutanni-endoskopicka-gastrostomie-476800>

ARMSTRONG, Michael a Stephen TAYLOR. Řízení lidských zdrojů: moderní pojetí a postupy: 13. vydání. 13. Přeložil Martin ŠIKÝŘ. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5258-7.

BALOGOVÁ, PhDr. Eva a PhDr. Jarmila BRAMUŠKOVÁ. Perkutánní endoskopická gastrostomie [online]. 10. 10. 2011 [cit. 2019-10-21]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/perkutanni-endoskopicka-gastrostomie-461770>

BÁRTLOVÁ, Sylva, Petr SADÍLEK a Valérie TÓTHOVÁ. Výzkum a ošetrovatelství. Druhé přepracované a doplněné - DOTISK. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009. ISBN 9788070134672.

BERGOVÁ, Kamila. Enterální výživa v ošetrovatelské péči [online]. Jihlava, 2015 [cit. 2020-02-04]. Dostupné z: <<https://theses.cz/id/zsjpa4/>>. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava.

BĚLÍKOVÁ, Barbora Bělíková. Poruchy příjmu potravy - charakteristika. *Národní informační centrum pro mládež* [online]. 2018, 2018 [cit. 2019-12-28]. Dostupné z: <http://www.nicm.cz/poruchy-prijmu-potravy-charakteristika>

BRICHTOVÁ, Markéta. *Problematika ošetrovatelské péče o pacienta s PEG/PEJ v NNP*. Plzeň, 2014. Dostupné také z: <http://hdl.handle.net/11025/13868>. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií.

Clinical Nutrition ESPEN: Clinical nutrition education in medical schools: Results of an ESPEN survey [online]. Cardiff University School of Medicine, UHW Main Building, Heath Park, Cardiff, CF14 4XN, UK: ESPEN, 2019, 2019 [cit. 2019-12-03]. Dostupné z: [https://clinicalnutritionespen.com/article/S2405-4577\(17\)30240-1/fulltext](https://clinicalnutritionespen.com/article/S2405-4577(17)30240-1/fulltext)

Česká lékařská komora: DOPORUČENÍ PŘEDSTAVENSTVA ČLK č. 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v

terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli [online]. Praha: ČLK, 2010, 2010(1), s. 4 [cit. 2019-12-01]. Dostupné z: <https://www.lkcr.cz/doporuceni-predstavenstev-clk-227.html>.

GIL, Efrat a kol., *Dilemmas for guardians of advanced dementia patients regarding tube feeding* [online]. London: British Geriatrics Society, 2017, **47**(1) [cit. 2019-12-27]. ISSN 0002-0729. Dostupné z: <https://academic.oup.com/ageing/article/47/1/138/4508818>

GROFOVÁ, Zuzana. *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4718-682.

GROFOVÁ, Zuzana. *Medicína pro praxi: Doporučené postupy ESPEN pro enterální a parenterální výživu v onkologii* [online]. 2010, **2010**(4) [cit. 2019-12-04]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/med/2010/04/11.pdf>

HOLUBOVÁ, Adéla, Helena NOVOTNÁ a Jana MAREČKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v gastroenterologii a hepatologii*. 2013. Praha: Mladá fronta, 2013. Sestra (Mladá fronta). ISBN 978-802-0428-066.

JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4721-712.

KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 9788024718309.

KIANIČKA, B., J. ŽÁK a M. BAREŠ. *Využití perkutánní endoskopické gastrostomie – přehled indikací, popis techniky a současné trendy v neurologii*. Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie [online]. 2012, 2012, 2012(2), 5 [cit. 2019-10-18]. ISSN 1210-7859. Dostupné z: <https://www.csn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2012-2-7/vyuziti-perkutanni-endoskopicke-gastrostomie-prehled-indikaci-popis-techniky-a-soucasne-trendy-v-neurologii-37557>

KOHOUT, Pavel a Eva KOTRLÍKOVÁ. *Základy klinické výživy*. Praha: Forsapi, 2009. Informační servis pro lékaře. ISBN 978-80-87250-05-1.

KOHOUT, Pavel, Zdeněk RUŠAVÝ a Zuzana ŠERCLOVÁ. Vybrané kapitoly z klinické výživy I. Praha: Forsapi, 2010. Informační servis pro lékaře. ISBN 9788087250082.

KOHOUT, Pavel, Zdeněk RUŠAVÝ a Zuzana ŠERCLOVÁ. Vybrané kapitoly z klinické výživy II. Praha: Forsapi, 2016. Informační servis pro lékaře. ISBN 9788087250327.

KOHOUT, Pavel a Ľubomír SKLADANÝ. Perkutánní endoskopická gastrostomie a její místo v algoritmu umělé výživy. Praha: Galén, c2002. ISBN 8072621912.

KOLEKTIV. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice: překlad 3. vydání*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2436-2.

KONÍŘOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelská problematika u nemocných s PEG*. Praha, 2013. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství 1. LF UK v Praze.

KORDULOVÁ, Pavla a Renata HAKENOVÁ. Péče o PEG a řešení jejich komplikací. *Medicína pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, 2017, 2017, 2017(5), 4 [cit. 2019-10-18]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: https://www.medicinapropraxi.cz/artkey/med-201705-0010_pece_o_peg_a_reseni_jejich_komplikaci.php

KROUPA, Radek, Pavel KOHOUT a kolektiv. Gastroenterologie a hepatologie (Gastroenterology and Hepatology): Perkutánní endoskopická gastrostomie – doporučený postup České gastroenterologické společnosti ČLS JEP [online]. Praha: Ambit media, 2019, 2019(3) [cit. 2019-11-01]. ISSN 1804-803X. Dostupné z: <http://www.csgh.info/cs/clanek/perkutanni-endoskopicka-gastrostomie-doporuceny-postup-ceske-gastroenterologicke-spolecnosti-cls-jep-11030>

KRŠKA, Zdeněk, David HOSKOVEC a Luboš PETRUŽELKA. Chirurgická onkologie. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4284-7.

KŘÍŽOVÁ, Jarmila, Jaromír KŘEMEN, Eva KOTRLÍKOVÁ a Štěpán SVAČINA. Enterální a parenterální výživa. 3., přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2019. Aeskulap. ISBN 9788020450098.

KŘÍŽOVÁ, Jarmila, Jaromír KŘEMEN, Eva KOTRLÍKOVÁ a Štěpán SVAČINA. Enterální a parenterální výživa. 2. vyd. Praha: Mladá fronta, 2014. Aeskulap. ISBN 9788020433268.

KURIEN, M. Percutaneous Endoscopic Gastrostomy (PEG): Procedure Details [online]. USA: American Society for Gastrointestinal Endoscopy, 2016 [cit. 2019-10-20]. Dostupné z: <https://my.clevelandclinic.org/health/treatments/4911-percutaneous-endoscopic-gastrostomy-peg/procedure-details>

LUKEŠOVÁ, Š. a O. KOPECKÝ. *Praktický lékař: časopis pro další vzdělávání lékařů v praxi* [online]. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 2011, **2011**(6) [cit. 2019-12-04]. ISSN 0032-6739. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2011-6/problematika-vyzivy-u-onkologicky-nemocnych-pacientu-35807>

MARKS, Jeffrey. Percutaneous Endoscopic Gastrostomy (PEG): Techniques, Effectiveness & Potential Complications. 2016. UK: Nova Science Publishers Inc; UK ed. edition (1 September 2016), 2016. ISBN 978-1634856065.

MARTINCOVÁ, Kamila. Perkutánní endoskopická gastrostomie: metodou pull [online]. Ústí nad Labem, 2012, 2012, 2012(1), 32 [cit. 2019-10-18]. Dostupné z: http://www.kzcr.eu/Data/Files/60fc4d53-c705-4f62-83b8-7867f52c483012-martincova-peg_pull.pdf?download=true&cname=1_12

MILLER, Franklin G. a Robert TRUOG. Death, dying, and organ transplantation: reconstructing medical ethics at the end of life. Oxford: Oxford University Press, c2012. ISBN 9780199739172.

Multimediální тренаžér plánování ošetrovatelské péče: Edukace: Edukace klienta s PEG [online]. [cit. 2020-01-24]. Dostupné z: <https://ose.zshk.cz/vyuka/edukace.aspx?id=17>

MUSILOVÁ, Klára. Specifika ošetrovatelské péče o pacienta s výživovou stomií. [online]. České Budějovice, Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 2017 [cit. 2020-02-04]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/bklcq6/>.

MZČR, 2018. *MZČR: ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. [cit. 2019-12-04]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/>

POSPÍŠILOVÁ, Blanka a Olga PROCHÁZKOVÁ. *Anatomie pro bakaláře I: obecná anatomie, systémy pohybové a orgánové*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2010. ISBN 978-80-7372-675-1.

SCHILLEROVÁ, Zuzana. *Aplikace výživy a péče o PEG*. Nutricia, Danone, 2019, 41 s. FLOC19HOSNUR1CZ. Dostupné také z: <http://docplayer.cz/150486068-Aplikace-vyzivy-a-pece-o-peg.html>

SCHULER, Matthias a Peter OSTER. *Geriatricie od A do Z pro sestry*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 9788024730134.

SOLARŠ, M. *Jak pečovat o PEG a výživovou sondu, aby ony pečovaly o Vás: domácí nutriční péče*. Praha: Nutricia, 2010.

ŠTEFÁNEK, Jiří. *Realimentační syndrom* [online]. Havlíčkův Brod [cit. 2019-11-05]. Dostupné z: <https://www.stefajir.cz/?q=realimentacni-syndrom>

URBÁNEK, Libor a kol. *Můj život s PEGem*. Praha: Fresubin, 2016, 52 s. EN100-1(04/2016)-CZ. Dostupné také z: https://gastroped.cz/_files/200000197-3d53c3f8c3/peg-brozura-2016.pdf

URBÁNEK, Libor a kol. *Můj život s PEGem*. Praha: Fresubin, 2019, 44 s. EN270-4(01/2019)-CZ. Dostupné také z: https://www.fresenius-kabi.com/cz/documents/M%C5%AFj%C5%BDivotSPEGem_2019.pdf

URBÁNEK, Libor, Pavla URBÁNKOVÁ a Jaroslava MARKOVÁ. *Klinická výživa v současné praxi*. Vyd. 2., upr. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. ISBN 9788070135259.

VOJTOVÁ, Markéta. *Enterální výživa cestou výživných stomií. Postgraduální medicína* [online]. 2011, 2011, **2011** [cit. 2019-10-20]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/enteralni-vyziva-cestou-vyzivnych-stomii-462096>

VRÁBLOVÁ, Barbora a MUDr. Ladislav KABELKA, PH. D. Etika. *Postgraduální medicína: zdraví.euro* [online]. Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP, Nemocnice Milosrdných bratří Brno – Léčebna dlouhodobě nemocných, 2015 [cit. 2019-10-23]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/etika-478307>

VYROUBALOVÁ, Kateřina. Pacient s perkutánní endoskopickou gastrostomií [online]. Brno, 2018 [cit. 2020-02-04]. Dostupné z: <<https://is.muni.cz/th/a3yd4/>>. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta.

VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3420-0.

ZACHOVÁ, Veronika. *Stomie*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 9788024732565.

ZACHOVÁ, Iveta. Řešení poruchy polykání u nemocných s CMP. *Zdraví euro* [online]. 2011 [cit. 2020-01-19]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/reseni-poruchy-polykani-u-nemocnych-s-cmp-457285>

Seznam tabulek a grafů

Seznam tabulek

Tabulka 1: Návratnost dotazníku	42
Tabulka 2: Složení respondentů dle pohlaví.....	43
Tabulka 3: Věk respondentů	44
Tabulka 4: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů	44
Tabulka 5: Délka působení na daném oddělení	46
Tabulka 6: Četnost setkávání se s výživovou stomií	46
Tabulka 7 Umístění pacienta po výkonu na pokoj se zvýšeným dohledem	48
Tabulka 8: Proplach výživové kanyly fyziologickým roztokem po zavedení výživové stomie.....	50
Tabulka 9: Četnost proplachování výživové stomie.....	51
Tabulka 10: Četnost ošetřování kanyly v 1. týdnu po zavedení výživové stomie.....	52
Tabulka 11: Podávání prvních tekutin do výživové stomie.....	52
Tabulka 12: Podávané tekutiny do výživové stomie	53
Tabulka 13: Četnost provedení nutričního screeningu	54
Tabulka 14: Strava podávaná do PEG	55
Tabulka 15: Strava podávaná do PEJ	55
Tabulka 16: Režim podávání do PEG.....	56
Tabulka 17: Režim podávání do PEJ	57
Tabulka 18: Četnost podávání výživy do PEG za 24 hodin	58
Tabulka 19: Zaznamenávání úkonů do zdravotnické dokumentace	59
Tabulka 20: Existence ošetřovatelského standardu	59
Tabulka 21: Četnost ohrožení pacienta po podání EV	63
Tabulka 22: Nejčastější problémy v péči o výživové stomie	64
Tabulka 23: Četnost provedení aspirace ze sondy	68
Tabulka 24: Četnost drcení všech léků podávaných do výživové stomie	70
Tabulka 25: Podávání drcených léků najednou do výživové stomie.....	72
Tabulka 26: Četnost etických problémů v souvislosti se zavedením výživové stomie ..	73
Tabulka 27: Etické problémy v souvislosti se zavedením výživové stomie.....	74
Tabulka 28: Četnost zavedení výživových stomií u pacientů v terminálním stádiu	75
Tabulka 29: Četnost zavedení výživové stomie bez souhlasu pacienta.....	75

Tabulka 30: Četnost lékařů, kteří léčí za každou cenu, v souvislosti se zavedením výživové stomie	76
Tabulka 31: Složení pacientů k indikované výživové stomii, s etickými aspekty	77

Seznam grafů

Graf 1 Přehled pracovišť respondentů	45
Graf 2 Ošetrovatelské intervence před zavedením výživové stomie	47
Graf 3: Ošetrovatelské intervence po zavedení PEG/PEJ	49
Graf 4: Nejčastější indikace k založení výživové stomie	60
Graf 5: Nejčastější komplikace po zavedení výživové stomie	61
Graf 6: problémy v souvislosti se zavedením výživové stomie.....	62
Graf 7: Poloha při podávání enterální výživy do výživové stomie.....	66
Graf 8: Dodržování zásad v souvislosti s podáváním enterální výživy	67
Graf 9: Používání pomůcek k podávání enterální výživy do výživové stomie	69
Graf 10: Dodržování postupů při podávání léků	71

Seznam příloh

Příloha č. 1 Dotazník

Příloha č. 2 Podávání výživy do PEG

Příloha č. 3 Ošetrovatelská péče o PEG/PEJ