Opieka stomijna w pediatrii

Globalne wytyczne dotyczące najlepszych praktyk w opiece nad noworodkami, dziećmi i młodzieżą ze stomią

Edycja II - grudzień 2018

Spis treści

Część A

Kliniczne aspekty opieki nad dzieckiem ze stomią

Rozdział 1 Kliniczne aspekty opieki nad dzieckiem ze stomią 7
Rozdział 2 Częste patologie i wskazania do wyłonienia stomii u noworodków i dzieci 8
Rozdział 3 Rodzaje stomii w pediatrii 12
Rozdział 4 Charakterystyka skóry wcześniaków, noworodków i dzieci 14
Rozdział 5 Wyznaczenie miejsca stomii 15
Rozdział 5 Podstawy opieki stomijnej u noworodków i dzieci 16
Rozdział 6 Produkty i akcesoria do zaopatrzenia i pielęgnacji stomii u dzieci. 24
Rozdział 7 Rozpoznawanie, zapobieganie i leczenie powikłań stomii, skóry wokół stomii oraz powikłań ogólnoustrojowych. 30
Rozdział 8 Uszkodzenie skóry wokół odbytu i pieluszkowe zapalenie skóry po zamknięciu stomii. . . .40
Rozdział 9 Zabieg rozszerzania odbytu po plastyce zarośniętego odbytu oraz pielęgnacja rany pooperacyjnej i blizn po zamknięciu stomii 43

Załącznik Wykaz narzędzi edukacyjnych 44

Część B

Wytyczne dotyczące najlepszych praktyk opieki nad dziećmi z wyłonioną stomią w aspekcie psychospołecznym

Rozdział 1 Rozwijanie relacji terapeutycznej z dzieckiem i rodziną 48
Rozdział 2 Dostosowanie edukacji w zakresie opieki stomijnej do potrzeb dziecka i rodziny 49
Rozdział 3 Wpływ zabiegu wyłonienia stomii na dziecko i rodzinę 56
Rozdział 4 Codzienne czynności ze stomią 66

Słowniczek 68

Niniejsze wytyczne dotyczące najlepszych praktyk w zakresie opieki nad dziećmi ze stomią przedstawiono w dwóch częściach.

Pierwsza część podkreśla kliniczne aspekty opieki stomijnej w pediatrii.

Druga część dotyczy psychospołecznych aspektów opieki, w tym edukacji stomijnej i emocjonalnego wpływu stomii na tę grupę pacjentów.

Wytyczne zawierają również słowniczek, w którym można znaleźć definicje wielu terminów użytych w wytycznych oraz listę dodatkowych zasobów, które mogą okazać się pomocne w leczeniu i w opiece nad tą grupą pacjentów. Wytyczne obejmują pełne spektrum pediatrycznych grup wiekowych, od noworodków po młodzież.

Firma Coloplast jest sponsorem wytycznych „Globalnej opieki stomijnej w pediatrii" oraz wspierała proces tworzenia tego dokumentu.

Cała treść została opracowana wyłącznie przez Globalny Zespół Doradczy Pielęgniarek Stomijnych w Pediatrii (GPSNAB) bez udziału Coloplast.

Członkowie Globalnego Zespołu Doradczego Pielęgniarek Stomijnych w Pediatrii (GPSNAB)
W opracowanie niniejszych wytycznych zaangażowani byli następujący specjaliści:

Louise Forest-Lalande	RN M. Ed NSWOC (Kanada) GPSNAB Kierownik Projektu
June Amling	MSN RN CNS CWON CCRN (USA)
Claire Bohr	RSCN (Wielka Brytania)
Gail Creelman	RN NSWOC WOCC (Kanada)
Edith Ekkerman	RPN ET CT (Holandia)
Ester Sanchez Munoz	RN SEECIR (Hiszpania)
Sophie Vercleyen	RN ET (Francja)

Podziękowania interesariuszom

Członkowie GPSNAB składają następującym osobom podziękowania za wkład w przegląd wytycznych dotyczących najlepszych praktyk w zakresie globalnej opieki stomijnej w pediatrii:

Astrid Ingeborg	Austrheim BSN RPN ET MBA (Norwegia)
Jane Fellows	MSN, RN, CWOCN-AP (USA)
Danila Maculotti	Pielęgniarka ET, specjalista ds. ran (Włochy)
Lina Martins	RN, BScN, MScN, WOCC (Kanada)

Cel i zakres

Celem niniejszych wytycznych jest zapewnienie opartego na dowodach pediatrycznych centralnego źródła najlepszych praktyk, oferującego kompleksowe informacje i zalecenia dotyczące optymalnej opieki nad stomią w populacji pediatrycznej.

Zalecenia wytycznych opierają się na literaturze i doświadczeniu członków GPSNAB. Przewodnik zawiera wykaz publikacji, aby zapewnić wiarygodne informacje oparte na dowodach.

Wstęp

Dla niektórych osób bywa zaskakujące, że dzieci, niemowlęta, a nawet wcześniaki mogą mieć stomię. Opieka stomijna u dzieci jest nadal stosunkowo mało opisaną dziedziną, a dostępna liczba publikacji i badań jest ograniczona. Wiele pielęgniarek stomijnych pracujących z dorosłymi twierdzi, że nie czułyby się komfortowo i pewnie opiekując się populacją pediatryczną.

Aby dostarczyć więcej informacji na ten temat, zebraliśmy międzynarodową grupę ekspertów ds. opieki stomijnej u dzieci – Globalny Zespół Doradczy Pielęgniarek Stomijnych w Pediatrii (GPSNAB) – w celu opracowania globalnych wytycznych dla pracowników ochrony zdrowia. Niniejsze wytyczne dostarczają pracownikom ochrony zdrowia współpracującym z populacją pediatryczną informacji dotyczących podstaw tej specjalności.

Niniejszy dokument obejmuje wszystko, od wskazań do wyłonienia stomii i cech skóry noworodka oraz opieki stomijnej – po edukację dzieci i rodzin oraz emocjonalny wpływ stomii na dzieci i ich rodziny.

Pediatryczna opieka stomijna to nauka, ale także sztuka, którą klinicyści zdobywają z czasem. Ta grupa ekspertów jest zaangażowana w dzielenie się owocami dziesięcioleci doświadczeń pracy pielęgniarki stomijnej z dziećmi ze stomią, w celu wspierania pracowników ochrony zdrowia i poprawy jakości życia noworodków, dzieci i nastolatków ze stomią oraz ich rodzin.

Dlatego z dużym zadowoleniem przedstawiamy wytyczne dotyczące najlepszych praktyk w zakresie globalnej opieki nad dziećmi ze stomią (GPSCBPG) mając nadzieję, że okażą się one przydatne.

Kliniczne aspekty opieki nad dzieckiem ze stomią

W tej pierwszej części wytycznych skupimy się na klinicznych aspektach opieki stomijnej i przedstawimy zalecenia dotyczące poniższych aspektów:

- częste patologie i wskazania do wyłonienia stomii u noworodków i dzieci;
- rodzaje stomii w pediatrii;
- charakterystyka skóry wcześniaków, noworodków i dzieci;
- wyznaczenie miejsca stomii;
- podstawy opieki stomijnej u noworodków i dzieci;
- produkty i akcesoria do zaopatrzenia i pielęgnacji stomii u dzieci;
- rozpoznawanie, zapobieganie i leczenie powikłań stomii, skóry wokół stomii oraz powikłań ogólnoustrojowych;
- pęknięcie skóry wokół odbytu i pieluszkowe zapalenie skóry po zamknięciu stomii;
- zabieg rozszerzania odbytu po plastyce zarośniętego odbytu, pielęgnacja rany pooperacyjnej i blizn po zamknięciu stomii.

Na końcu tej części znajdą Państwo listę dodatkowych publikacji, które można sprawdzić podczas poszukiwania informacji na temat niniejszych zagadnień.

Rozdział 1:

Częste patologie i wskazania do wyłonienia stomii u noworodków i dzieci

Ważne jest, aby zapoznać się z częstymi patologiami i wskazaniami do wyłonienia stomii u noworodków i dzieci, ponieważ są one najczęściej inne niż w przypadku dorosłych.

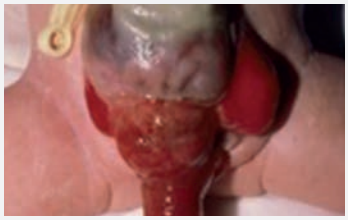
„Wraz z postępem w zakresie technik chirurgicznych i zabiegów jednoetapowych nastąpił spadek liczby stomii wykonywanych w dzieciństwie…" (Mciltrot, K., 2016. str. 174).

Większość zabiegów wyłonienia stomii wykonywanych u noworodków i dzieci jest odwrcalna, a ich czas funkcjonowania ze stomią waha się od kilku miesięcy do kilku lat, w zależności od diagnozy, sytuacji, stanu pacjenta i praktyki lekarza.

Wskazania do wyłonienia stomii jelitowej u noworodków i dzieci.
Aby uzyskać więcej informacji, patrz: słowniczek.

Wrodzone

Malformacje (wady wrodzone) odbytu i odbytnicy. Zarośnięcie odbytu.



Wynicowanie kloaki

Wytrzewienie

Atrezja jelit: dwunastnica, jelito czcze, okrężnica

Rodzinna polipowatość gruczolakowata

Więcej informacji, patrz: słowniczek

Choroba Hirschsprunga

Nabyte

Zapalenie jelit

Martwicze zapalenie jelit (NEC)

Martwicze zapalenie jelit (NEC)

Nieswoiste stany zapalne jelit: choroba Leśniowskiego-Crohna, wrzodziejące zapalenie jelita grubego

Malrotacja jelit z wtórnym skrętem jelit (niedokonany zwrot jelit)

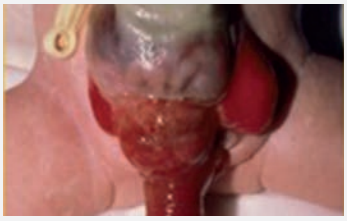
Więcej informacji, patrz: słowniczek

Wskazania do wyłonienia stomii jelitowej u noworodków i dzieci.
Aby uzyskać więcej informacji, patrz: słowniczek.

Nabyte		
Więcej informacji, patrz: słowniczek Niedrożność smółkowa	Więcej informacji, patrz: słowniczek Nowotwór	Więcej informacji, patrz: słowniczek W przypadku ciężkiej choroby w okolicy odbytu lub urazu/rany w okolicy odbytu może być wymagana tymczasowa zmiana pasażu treści jelitowej i wyłonienie kolostomii
Więcej informacji, patrz: słowniczek Powikłania chirurgii przewodu pokarmowego: przetoki, ropnie, zwężenia		

Motoryka		
Więcej informacji, patrz: słowniczek Rzekoma niedrożność jelit		

Wskazania do wyłonienia stomii moczowej u noworodków i dzieci.
Aby uzyskać więcej informacji, patrz: słowniczek.

Wrodzone		
 Wynicowanie kloaki	Zespół suszonej śliwki (ang. prune belly syndrome)	Wynicowanie pęcherza moczowego
Rozszczep kręgosłupa		

Nabyte		
Więcej informacji, patrz: słowniczek Wodonercze	Więcej informacji, patrz: słowniczek Uraz	

Rozdział 2:

Rodzaje stomii w pediatrii

Dla nas, jako pracowników ochrony zdrowia ważne jest, abyśmy posiadali informacje o rodzajach stomii wyłanianych u dzieci, niemowląt i noworodków. Poniższa tabela zawiera przykłady i opisy typów stomii wyłanianych w populacji pediatrycznej.

Aby uzyskać więcej informacji, patrz: słowniczek.

Rodzaje stomii

Odprowadzenie treści jelitowej

Końcowa ileostomia / kolostomia

Ileostomia pętlowa / kolostomia

Stomia końcowa z przetoką śluzową (obok siebie lub w odległości)

Odprowadzenie moczu

Cystostomia

Więcej informacji, patrz: słowniczek

Urostomia

Więcej informacji, patrz: słowniczek

Ureterostomia

Stomia w inkontynencji

Przetoka wyrostkowo-skórna (operacja Mitrofanoff-Malone)

Więcej informacji, patrz: słowniczek

Propulsywne płukanie jelita grubego (MACE/ACE)

Rozdział 3:

Charakterystyka skóry wcześniaków, noworodków i dzieci

Podczas leczenia populacji pediatrycznej należy zapoznać się z cechami skóry tej grupy pacjentów. Skóra wcześniaka różni się od skóry noworodka, dziecka lub dorosłego. Podczas gdy skóra osoby dorosłej ma 15-20 warstw komórek, wcześniaki mają tylko kilka warstw komórek, czasami od dwóch do trzech, a czasami wcale. Wcześniaki są bardziej narażone na zwiększone parowanie ciepła i przeznaskórkową utratę wody (TEWL). Skóra wcześniaka jest bardzo przepuszczalna, co oznacza, że substancje z produktów stosowanych na skórę mogą zostać wchłonięte do organizmu. Z tego powodu należy unikać stosowania produktów, takich jak środki ochrony skóry, środki do usuwania przylepca czy benzoina (związek zapachowy stosowany w kosmetykach przyp. red.), ze względu na ryzyko toksyczności ogólnoustrojowej.[1]

Należy używać tych produktów tylko w ekstremalnych okolicznościach – gdy nic innego nie zadziałało lub gdy ryzyko nieużywania tych produktów przewyższa ryzyko ich użycia. Zawsze należy zachować ostrożność podczas stosowania tych produktów na skórze noworodka.

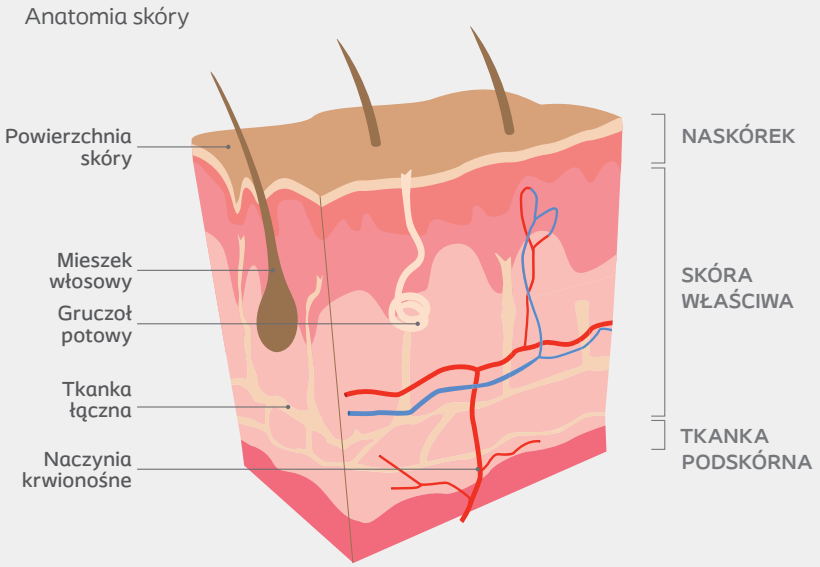
O czym należy pamiętać

U wcześniaków należy unikać wszelkich produktów zawierających alkohol, dopóki ich skóra nie będzie wystarczająco dojrzała, aby umożliwić ich użycie. Już niemowlęta w wieku 37 tygodni wykazują dobrą funkcję barierową skóry.[2] Jeśli istnieje potrzeba użycia produktu takiego jak chlorheksydyna w roztworze alkoholu, skóra powinna być natychmiast dokładnie spłukana sterylną wodą. Ważne jest, aby nauczyć opiekunów, żeby zawsze sprawdzali składniki każdego produktu, który nakładają na skórę dziecka.

Badania pokazują również, że wcześniaki mają mniejszą spójność między skórą właściwą a naskórkiem, co może prowadzić do rozdzierania skóry podczas usuwania przylepca stomijnego.[3] Dlatego każdorazowo przylepiec stomijny powinien pozostać na skórze przez co najmniej 24 godziny. Zalecamy utrzymywanie przylepca na skórze przez okres do 48 godzin, po czym należy go ostrożnie usunąć.

Charakterystyka skóry

Anatomia skóry



Zakotwiczenie warstw skóry

1 AWHONN, 2007
2 Oranges T & al, 2015
3 AWHONN, 2007

Rozdział 4:

Wyznaczenie miejsca stomii

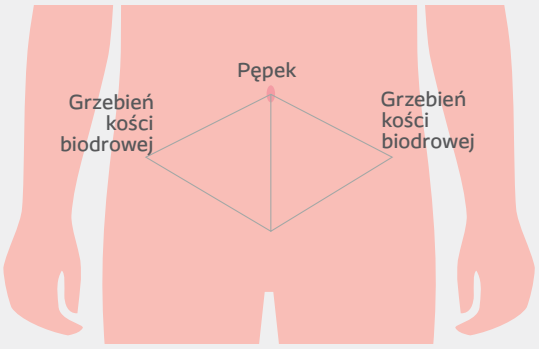
Wyznaczenie miejsca stomii jest kolejnym ważnym aspektem w opiece stomijnej u dzieci. Pracownicy ochrony zdrowia muszą być świadomi, kiedy takie wyznaczenie jest wymagane, a kiedy nie. Na przykład, gdy niemowlę przechodzi zabieg wyłonienia stomii, zwykle jest to nagła sytuacja, a wyznaczenie miejsca stomii nie może zostać zaplanowane.[4] Jednakże wyznaczenie miejsca stomii jest zalecane u dzieci w wieku szkolnym i nastolatków z planowym zabiegiem wyłonienia stomii. Ma to na celu uzyskanie możliwie najlepszego przylegania sprzętu stomijnego i jego szczelności we wszystkich pozycjach.[5]
W przypadku operacji planowych należy również rozważyć wyznaczenie miejsca stomii, nawet u dzieci młodszych niż w wieku szkolnym, aby zapewnić dobrą jakość życia ze stomią.

Czynniki wpływające na wybór miejsca
Te same kryteria wyboru miejsca stosowane u dorosłych dotyczą populacji pediatrycznej. Wyzwaniem jest oczywiście to, że dostępna jest mniejsza powierzchnia skóry. W zależności od wieku dziecka zaleca się obecność jednego rodzica w czasie wyznaczania miejsca stomii oraz uwzględnienie zarówno rodziców, jak i dziecka w omówieniu tego miejsca. W kontaktach z nastolatkami należy upewnić się, że mają realistyczne oczekiwania dotyczące tego, czego się spodziewać, jeśli chodzi o ostateczną lokalizację stomii. W przypadku wszystkich pacjentów, kiedy miejsce stomii jest wyznaczone, należy poinformować dziecko i rodzinę, że ostatecznie miejsce to może zostać zmienione zgodnie z ustaleniami śródoperacyjnymi podczas zabiegu chirurgicznego.

Podczas wyznaczania miejsca stomii należy pamiętać o aktywności sportowej dziecka, jego hobby i zwyczajach dotyczących ubioru. Należy pamiętać, aby zbadać dziecko w różnych pozycjach. Należy pamiętać, że dzieci ze specjalnymi potrzebami (np. na wózkach inwalidzkich) wymagają szczególnej uwagi przy wyborze miejsca stomii.

W przypadku pilnych operacji u noworodków i wcześniaków ważne jest, aby chirurg dziecięcy i pielęgniarka stomijna prowadzili dialog dotyczący umiejscowienia stomii. Jeśli to możliwe, chirurdzy powinni unikać wyłaniania stomii zbyt blisko pachwiny lub pępka. Aby uzyskać więcej informacji na temat opieki stomijnej i czasu noszenia worka, patrz: Część A, Rozdział 6.

Oznaczenie miejsca stomii



4 When an infant undergoes stoma surgery it is usually an emergency, and stoma marking cannot be arranged.» (Colwell JC & al, 2004 p.223).
5 Stoma site marking is, however, recommended in school-age children and teenagers with elective stoma surgery to obtain best seal in all positions. (WOCN Paediatric Ostomy Care: Best Practice for Clinicians p. 16)

Rozdział 5:

Podstawy opieki stomijnej u noworodków i dzieci

Zasady opieki nad stomią u dorosłych dotyczą również noworodków i dzieci. Należy jednak zwrócić szczególną uwagę na cechy skóry i kształt ciała wcześniaków, noworodków i dzieci w różnym wieku. Wymaga to, aby pielęgniarki stomijne zawsze wykorzystywały własną ocenę kliniczną w celu zapewnienia możliwie najlepszej opieki.

Podczas zmiany sprzętu stomijnego należy ocenić i udokumentować następujące czynniki:

- stomia: rozmiar, czy jest wystająca, płaska czy poniżej poziomu skóry, jej kształt, kolor, wygląd;
- skóra wokół stomii: nienaruszona, zmacerowana, czerwona, z nadżerkami, zakażona, alergiczne zapalenie skóry, obecność ziarniniaków;
- zrost śluzowo-skórny: nienaruszony, oddzielony;
- charakterystyka wydalin:
  – stolec: konsystencja, ilość, kolor,
  – mocz: przezroczysty, mętny, ze śluzem, zapach.

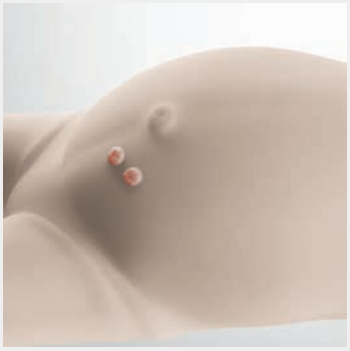
Pielęgniarki stomijne powinny również dokumentować:

- powód/powody zmiany systemu stomijnego;
- w przypadku podciekania, obszar zajętej skóry;
- reakcje pacjenta/rodziców/opiekunów, tj. poziom komfortu w opiece stomijnej;
- objawy przedmiotowe i podmiotowe odwodnienia.

Kształt ciała

Niemowlęta zwykle mają mały brzuch, który jest okrągły, zwłaszcza w górnej części. Mają fałdy skórne w dolnej części brzucha w pobliżu pachwiny, gdzie może wystąpić pewne tarcie między workiem a udem, gdy dziecko się porusza. Te sytuacje muszą być brane pod uwagę przy wyborze i stosowaniu worka, aby upewnić się, że produkt stomijny nie zakłóca mobilności i komfortu dziecka.

Kształt ciała



Kształt ciała niemowlęcia ze stomią dwulufową

Kształt ciała małego dziecka ze stomią końcową

Stosowanie sprzętu typu convex u noworodków i dzieci
Według literatury należy unikać stosowania sprzętu typu convex przy nowo wyłanianych stomiach.[6] Pielęgniarka stomijna powinna upewnić się, że linia szwu stomii jest wygojona przed użyciem jakiejkolwiek formy tego typu worka, nawet elastycznego. U niemowląt i starszych niemowląt stosowanie elastycznego wsparcia sprzętem typu convex może pomóc w zapobieganiu wyciekowi stolca lub moczu spod przylepca stomijnego.

Zaleca się stosowanie progresywnej formy sprzętu typu convex. U niemowląt i małych dzieci można uzyskać wypukłość za pomocą hydrokoloidów i pierścieni ochronnych. U małych dzieci może być utworzona przez dodanie elementów suplementu sprzętu convex w postaci pasków lub pierścieni przyklejonych do płytki przed jej zastosowaniem.[7] W przypadku dzieci i młodzieży w wieku szkolnym można zastosować miękki produkt typu convex dla dzieci, jeśli jest dostępny.

Pielęgnacja przetoki śluzowej
Zgodnie z literaturą przetoka śluzowa nie musi być zabezpieczona workiem stomijnym o ile nie występuje nadmierne wydzielanie śluzu. W niektórych przypadkach przetoka powinna być zaopatrzona workiem stomijnym, który oddziela stomię dystalną od proksymalnej. Jest to możliwe, jeśli między przetokami jest odpowiednia odległość umożliwiająca takie zabezpieczenie. W przypadku równoczesnego wyłonienia stomii jelitowej i moczowej, konieczne jest oddzielenie tych stomii przez zastosowanie osobnych worków.[8] Stomia moczowa nie powinna być nigdy zabezpieczona tym samym workiem co stomia jelitowa. To jedyny sposób, aby w takim przypadku skutecznie zapobiegać zakażeniom układu moczowego. W literaturze przedstawia się również pogląd, że przetokę śluzową można pozostawić odkrytą w pieluszce niemowlęcia, jeśli jest umieszczona niżej niż czynna stomia i nie ma ryzyka, że niemowlę będzie manipulować przy stomii. Należy ją jednak chronić stosując miękkie, delikatne płatki kosmetyczne nasączone maściami natłuszczającymi, które skutecznie będą zapobiegać urazom śluzówki np. podkrwawianiu. Jeśli niemowlę jest szczególnie aktywne, przetoka może zostać podrażniona lub zacznie krwawić z powodu tarcia o pieluszkę. Jeśli tak się stanie, może być konieczne zakrycie przetoki śluzowej.[9] W razie potrzeby przetokę śluzową można przykryć opatrunkiem silikonowym lub hydrokoloidowym lub workiem stomijnym przeznaczonym dla noworodków. Takie zabezpieczenie można pozostawić na miejscu na kilka dni, aż do jego odklejenia lub zaobserwowania wycieku. Jeśli do zabezpieczenia przetoki śluzowej chcemy użyć worka stomijnego zalecane jest zastosowanie worka przezroczystego, aby przetokę śluzową można było oceniać codziennie.

Pielęgnacja kilku stomii
Pielęgnując dziecko z wyłonionymi dwiema stomiami jelitowymi (zwłaszcza wtedy, kiedy są bardzo blisko siebie) możemy zabezpieczyć je jednym workiem stomijnym.[10] Niektóre środki ostrożności znajdują się w Części A, Rozdział 6.

Czas używania worka stomijnego
Należy pamiętać, że czas używania worka u wcześniaków nie jest porównywalny z czasem używania worków u dziecka starszego lub u dorosłego.[11] Biorąc pod uwagę, że skóra wcześniaka ma niewiele warstw komórek oraz brak lub słabe zakotwiczenie struktur skóry, stosowanie przylepca stomijnego o przedłużonym czasie noszenia może być szkodliwe dla skóry wcześniaków i noworodków. Ważne jest również, aby unikać używania jakichkolwiek produktów, które zwiększają przylepność i uszczelnienie między skórą, a przylepcem stomijnym. W dostępnej literaturze zaleca się częstsze zmiany worków (co 24 godziny), aby zapewnić większą przyczepność i ochronę zdrowia niemowlęcia,[12] lecz jest to uzależnione od czynników indywidualnych danego pacjenta.

Jak wspomniano na początku wytycznych, dostępnych jest niewiele danych dotyczących opieki nad dzieckiem ze stomią. Dlatego należy pamiętać o dołączeniu dostępnych danych dotyczących leczenia ran przy stomii. Ważne jest, aby wziąć pod uwagę, że:

- dziecięce przylepce stomijne są cieńsze, aby zapewnić im większą elastyczność, co powoduje, że są mniej odporne na żrący stolec i mocz;
- noworodki spędzają większość czasu w pozycji leżącej, więc ich skóra pozostaje w stałym kontakcie z wydalinami.

Celem jest utrzymanie sprzętu stomijnego na miejscu przez co najmniej 24 godziny, aby zapobiec zakłóceniu integralności skóry z powodu słabych struktur kotwiczących, chociaż przy niektórych gorzej skonstruowanych stomiach może to stanowić wyzwanie. Należy codziennie obserwować przylepiec stomijny pod kątem erozji, aby upewnić się, że nadal zapewnia ona odpowiednią ochronę skóry wokół stomii. Jeśli przylepiec jest nadal funkcjonalny, czas noszenia można przedłużyć do trzech dni.

Dieta i przyjmowane pozycje wpływają na czas zużycia. „Sprzęt stomijny dla niemowląt powinien pozostać nienaruszony przez co najmniej 24 godziny

do czterech dni, przy średnim czasie noszenia od dwóch do trzech dni. Zmniejszenie czasu noszenia u wcześniaków i akceptowalny czas noszenia może początkowo wynosić od 12 do 24 godzin." (WOCN Pediatric Ostomy Care str. 13).

Wycinanie otworu w przylepcu stomijnym
W istniejącej literaturze nie znaleziono danych dotyczących rozmiaru wycięcia przylepca stomijnego u noworodków i dzieci. Wiemy jednak, że ważne jest, aby sprawdzać wielkość stomii przy każdej zmianie worka przez pierwszych kilka tygodni po zabiegu, ponieważ rozmiar i kształt stomii mogą się zmienić w miarę ustępowania obrzęku.

Zdajemy sobie również sprawę, że rozmiar stomii zmienia się z upływem czasu, gdy dziecko rośnie, dlatego potrzebne są regularne pomiary stomii. Dostępne obecnie przylepce stomijne są bardziej elastyczne i rzadziej „wcinają się" w stomię.
W przypadku wycięcia większego niż stomia, skóra wokół stomii jest narażona na wydaliny, co może prowadzić do podciekania i uszkodzenia skóry.
W literaturze zaleca się, aby średnica otworu stomijnego nie była większa niż 1-2 mm od średnicy stomii na poziomie skóry. Ma to na celu zminimalizowanie narażenia skóry na wydaliny. Otwór stomijny powinien być również nie mniejszy niż średnica stomii, aby zapobiec urazowi stomii lub niedrożności jej ujścia.[13] Jeśli otwór przekracza obszar stomii, na którym skóra jest narażona na działanie wydalin, zaleca się użycie pasty stomijnej lub pierścienia uszczelniającego.

W przypadku stomii wypadającej lub grzybiastej może być trudno dokładnie zmierzyć jej podstawę. Aby upewnić się, że skóra wokół stomii jest dobrze chroniona przez przylepiec stomijny, stomię należy delikatnie podnieść, aby ułatwić prawidłowy pomiar.

Postępowanie ze stomią grzybiastą lub wypadającą
Wyzwaniem może być również wsunięcie wypadającej stomii do worka bez spowodowania urazu skóry. Aby to ułatwić, można:

- używać pierścienia ochronnego, w oryginalnym kształcie lub spłaszczyć/rozciągnąć go, aby uzyskać szerszą barierę. Umożliwi to większe docięcie przylepca stomijnego, aby pomieścić wypadającą lub grzybiastą stomię;
- wyciąć promieniste nacięcia wokół przylepca stomijnego, aby ułatwić wsunięcie worka nad wypadającą lub grzybiastą stomię. Następnie przylepiec stomijny można spłaszczyć wokół podstawy stomii.

Oczyszczanie skóry wokół stomii
Oczyścić stomię i skórę wokół stomii za pomocą letniej wody i delikatnej, miękkiej tkaniany. Skórę należy delikatnie osuszyć, bez tarcia. Unikać stosowania handlowych chusteczek, ponieważ mogą one zawierać dodatki, które mogą powodować podrażnienia skóry lub alergie. Zamiast tego należy używać niesterylnej miękkiej szmatki. Produkty zawierające olej, lanolinę lub naturalne oleje dostępne na rynku są również odradzane, ponieważ będą zakłócać przyczepność i przyleganie produktu stomijnego.

Opróżnianie worka
Worek należy opróżnić, gdy jest pełny w 1/3, co może być dość częste u niemowląt. Dzieje się tak, ponieważ niemowlęta produkują dużą ilość stolca, a ich worki są małe.
Jeśli częstotliwość opróżniania worka jest duża, należy rozważyć użycie małego worka dla dorosłych. Jeśli niemowlę ma stomię moczową, należy użyć worka do zbiórki moczu w nocy.

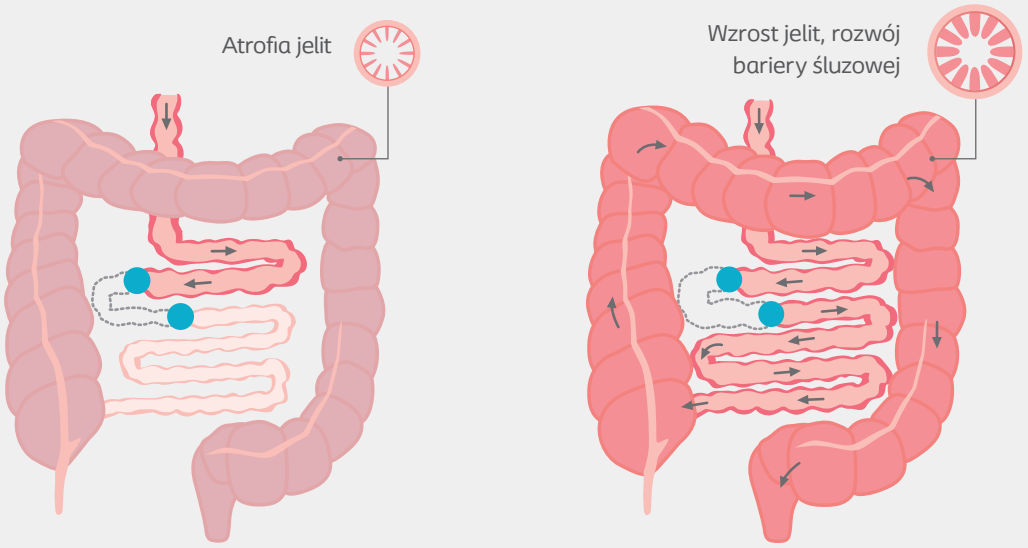
Gazy
To normalne, że dzieci produkują więcej gazów niż dorośli. Podczas ssania połykają powietrze, a wspomagana wentylacja dodatkowo wytwarza powietrze. Rodzice powinni nauczyć się usuwać gazy z worka. Niektóre worki stomijne mają filtr. W innych przypadkach worek można otworzyć lub do worka można dodać „odpowietrznik" (dodatkowy zewnętrzny filtr przyp. red.), aby uwolnić gazy.

Wydalina z odbytu
Rodzice (i dziecko, w stosownych przypadkach) powinni zostać poinformowani, że wydaliny z odbytu są normalnym zjawiskiem. Może to być spowodowane przez następujące czynniki:

- dystalny odcinek jelita wydalający pozostały w nim stolec po chirurgicznym wytworzeniu stomii;
- ściana dystalnej części jelita kontynuuje wytwarzanie śluzu, który jest okresowo wydalany z odbytnicy[14];
- diversion colitis (nieswoisty stan zapalny błony śluzowej w obrębie wyłączonego z pasażu segmentu jelita grubego), które jest zapaleniem niefunkcjonalnego jelita. To schorzenie może powodować ciemną lub cuchnącą wydalinę z odbytu;[14]
- stomia pętlowa, która nie zmienia całkowicie pasażu stolca. W takich przypadkach przepływ z proksymalnego do dystalnego odcinka jelita powoduje pasaż stolca z odbytnicy.[14]

U starszych dzieci może być konieczne płukanie odbytnicy lub przetoki śluzowej, w zależności od

Droga treści pokarmowej przez jelito z ponownym odżywieniem lub bez.



Brak ponownego odżywienia
Jedynie zbiór wydalin

Obecne ponowne odżywienie
Wzrost jelita i kolonizacja bakterii

Stomia

ilości wytwarzanego śluzu. Odbywa się to za pomocą płynu przepisanego przez lekarza lub pielęgniarkę stomijną.

Ponowne odżywienie przez przetokę śluzową (*mucous fistula refeeding*, MFR)
Praktyka ponownego odżywienia przez przetokę śluzową (MFR) jest nadal kontrowersyjna i różni się w zależności od placówki. Ze względu na ryzyko powikłań zaleca się, aby procedura ta była realizowana w wyspecjalizowanych placówkach.[15] Ważne jest, aby podczas wykonywania MFR zapoznać się z protokołem w swojej instytucji. Optymalną opiekę i zarządzanie MFR osiąga się za pomocą opartego na dowodach, zespołowego podejścia.
Instytucja musi również mieć dogłębną wiedzę na temat stosowanej techniki i materiałów.

Definicja i wskazania
MFR polega na wprowadzeniu treści jelitowej z pętli proksymalnej do przetoki śluzowej (pętli dystalnej), tak aby naśladować pełną drogę fizjologiczną, przez którą przechodzi normalna zawartość jelit.[16] MFR jest wskazane u pacjentów z zespołem krótkiego jelita (SBS), aby zapobiec powikłaniom związanym z niedoborem płynów i elektrolitów oraz powikłaniom żywienia pozajelitowego (PN), jednocześnie maksymalizując wzrost.

Korzyści i powikłania
Procedura MFR obejmuje zarówno korzyści, jak i potencjalne powikłania.

Korzyści:
- maksymalizuje wchłanianie składników odżywczych, wody i elektrolitów,
- zmniejsza lub eliminuje potrzebę żywienia pozajelitowego (PN),
- stymuluje aktywność jelitową w dystalnej części jelita, aby zminimalizować rozbieżność w rozmiarze światła między jego dwoma końcami, w ten sposób zapobiegając powikłaniom zespolenia, takim jak zwężenie i wyciek.

Potencjalne powikłania:
- perforacja jelita,
- nietolerancja ponownego odżywienia,
- podrażnienie skóry wokół przetoki śluzowej,
- trudności z utrzymaniem przewodu/cewnika w przetoce śluzowej.

Kandydaci do MFR
Chirurg pediatryczny jest pracownikiem ochrony zdrowia, który określa, czy niemowlę lub dziecko jest kandydatem do procedury MFR.
Typowymi kandydatami będą pacjenci, którzy mają co najmniej jeden z następujących objawów lub jedną z cech:

- ileostomia lub jejunostomia i przetoka śluzowa;
- znaczna długość dystalnej części jelita do pierwotnej ileostomii/jejunostomii;
- ogólnoustrojowa stabilność;
- brak przyrostu wagi dzięki optymalnej podaży kalorii w żywieniu dojelitowym;
- ustalony program żywienia dojelitowego.

Technika MFR

Zbieranie treści jelitowej:

- zbieranie wydalin z proksymalnej stomii za pomocą worka;
- nie zaleca się stosowania pasty lub pudru chroniącego skórę, ponieważ mogą one zostać zmieszane z wydalinami;
- jeśli MF znajduje się w pobliżu stomii proksymalnej, może być dołączone do tego samego worka.[17] Istnieje jednak ryzyko, że pokarm wędrujący do MF trafi niezauważony do worka.

Dostarczanie treści jelitowej:

- początkowy przewód/cewnik powinien zostać założony przez chirurga;
- przewód 6-8 Fr (cewnik podający lub założony na stałe) jest wysunięty w MF na odległość około 5 cm, w zależności od łatwości wprowadzania;[18]
- przewód może czasami być wprowadzony na głębokość do 10 cm; jednak to chirurg dziecięcy podejmuje ostateczną decyzję dotyczącą długości wprowadzenia;
- rozmiar przewodu może się różnić w zależności od wielkości dziecka, wielkości MF i konsystencji treści jelitowej. Chirurg decyduje o rodzaju i wielkości przewodu;
- jeśli pacjent ma cewnik założony na stałe, ilość sterylnej wody użytej do napełnienia balonu powinna zostać ustalona przez chirurga. Zazwyczaj cewniki założone na stałe napełnia się 1-2 ml sterylnej wody;
- należy upewnić się, że nadmuchiwanie balonu nie blokuje dystalnego odcinka jelita;
- jeśli przewód/cewnik został wprowadzony bez trudności, może zostać ponownie założony przez pielęgniarkę przeszkoloną w zakresie opieki stomijnej lub inną przeszkoloną pielęgniarkę.[19]

Jednakże mniej powikłań zaobserwowano w placówkach, w których tylko chirurg może umieścić lub wymienić przewód/cewnik.[20]

Zabezpieczenie przewodu:

- bezpieczne zamocowanie przewodu/cewnika jest konieczne, aby zapobiec ewentualnemu wysunięciu;
- można stosować różne techniki umocowania:
  – przewód/cewnik można zabezpieczyć przez umieszczenie go w worku stomijnym i przyklejenie go do niego;
  – może być zamocowany między workiem, a przylepcem stomijnym. Jeśli ta technika jest stosowana, należy zmieniać miejsce zabezpieczenia przewodu/cewnika przy każdej zmianie worka. Zmniejsza to ryzyko urazu MF;
  – trzecią opcją jest użycie komercyjnych urządzeń mocujących.

Ponowne odżywienie:

- szybkość ponownego odżywienia jest określana przez chirurga dziecięcego/gastroenterologa. Lau zaleca częstość nieprzekraczającą 6 ml/godz. i stawia hipotezę, że ta szybkość pomaga utrzymać wystarczającą stymulację MF, unikając przeciążenia;[20]
- szybkość infuzji jest stopniowo zwiększana, aż idealnie odpowiada całkowitej wartości wypływu proksymalnego;[20]
- treść jelitowa jest zbierana co 4 godziny. Zbiórka jest skoordynowana z czasem pielęgnacji niemowlęcia;
- należy użyć strzykawki do opróżnienia worka stomijnego;[17, 20]
- zebrana treść jest dostarczana do MF za pomocą pompy strzykawkowej, która została zaprogramowana do dostarczania przez kolejne 4 godziny. Małe objętości mogą być dostarczane powoli ręcznie za pomocą strzykawki.[17]

Środki ostrożności:

- przed ponownym odżywieniem wszyscy pacjenci muszą mieć badanie dolnego odcinka przewodu pokarmowego, aby wykluczyć zwężenie lub niedrożność dalszego odcinka jelita, co mogłoby przeszkadzać w karmieniu;
- należy dokładnie zapoznać się z pompą infuzyjną i przewodami, aby zapobiec błędom w podłączeniu do niewłaściwego systemu (żywienie dojelitowe, IV);
- należy monitorować miejsce stomii pod kątem objawów podrażnienia, zranienia, wypadnięcia lub martwicy;
- należy oceniać i pielęgnować skórę wokół stomii i MF, aby uniknąć podrażnienia lub uszkodzenia skóry z powodu podciekania;[21]
- należy starannie mierzyć wypływ i monitorować go pod kątem wyglądu mlecznego lub niestrawionego pokarmu;[21]
- należy starannie monitorować wagę niemowlęcia, obwód głowy, długość ciała, straty ze stomii, elektrolity w surowicy, gazometrię krwi i testy czynnościowe wątroby;[21]
- należy monitorować wypływ z odbytu.

- należy sprawdzać mocz co tydzień pod kątem poziomu sodu i potasu;
- należy dokonywać oceny pod kątem oznak nietolerancji, takich jak dyskomfort i wzdęcia;
- należy wymieniać przewód zgodnie z polityką szpitala i preferencjami lekarza.

Podsumowując, w literaturze stwierdza się, że MFR „...jest bezpieczną metodą i może zmniejszyć ryzyko powikłań zespolenia i cholestazy związanej z żywieniem pozajelitowym. Zapewnia zarówno wartość diagnostyczną, jak i terapeutyczną, a jej stosowanie powinno być zalecane". Jednak konieczne są rygorystyczne wytyczne dotyczące cewnikowania MF i sposobu podawania pokarmu.[23]

Cystostomia

W cystostomii trudność sprawia założenie worka ze względu na jej umiejscowienie w dolnej części brzucha (stomia jest zwykle umieszczana w środku fałd skórnych). Cystostomia jest zwykle odwracalna przed ukończeniem 2,5-3 lat, więc dziecko może być uczone korzystania z nocnika. Jeśli stomia nie zostanie usunięta zanim dziecko osiągnie wiek 4-5 lat, pielęgniarka stomijna może pomóc znaleźć sposób na kontrolowanie oddawania moczu.

Cystostomia może być pielęgnowana przy użyciu pieluch, ale zazwyczaj powoduje problemy z przeciekaniem. Aby rozwiązać ten problem, należy umieścić pieluchę do tyłu, ponieważ tylna część będzie rozciągać się nad brzuchem.
Uszkodzenie skóry jest częste w przypadku cystostomii, a dziecko jest szczególnie podatne na zakażenia grzybicze. Należy kontynuować stosowanie kremu/proszku przeciwgrzybiczego przez siedem dni po ustąpieniu objawów klinicznych. Ważne jest, aby poinformować rodziców o klinicznych objawach zakażenia i o tym, jak stosować produkty przeciwgrzybicze.

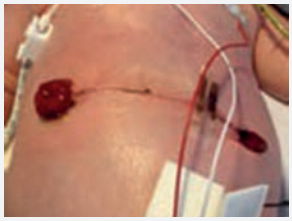
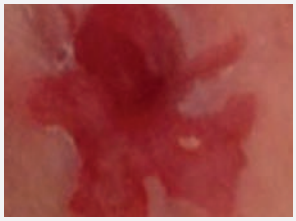
Cystostomia zwykle odprowadza mocz w sposób ciągły. Brak drenażu może być oznaką zwężenia. Rodzice muszą być świadomi tego powikłania i powinni skontaktować się z pielęgniarką stomijną/lekarzem, jeśli taka sytuacja zostanie zaobserwowana.

Wyzwania unikalne dla pediatrii

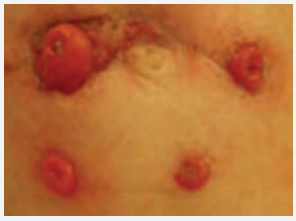
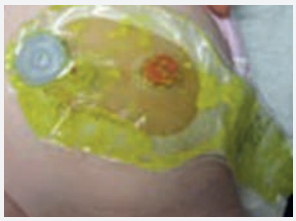
Poniższa tabela przedstawia niektóre wyzwania, które są unikalne dla opieki nad stomią dziecięcą, a także nasze zalecenia dotyczące sposobów radzenia sobie z tymi wyzwaniami.

6 WOCN PEDIATRIC OSTOMY CARE: Best Practice for Clinicians, 2011, p. 20
7 «Convexity can be created by adding pieces of barrier supplement/strips/rings to the wafer before it is applied» (WOCN PEDIATRIC OSTOMY CARE: Best Practice for Clinicians, 2011).
8 WOCN Pediatric Ostomy Care: Best Practice for Clinicians p. 27
9 WOCN Pediatric Ostomy Care: Best Practice for Clinicians p. 27
10 WOCN Pediatric Ostomy Care: Best Practice for Clinicians p. 24
11 Rogers V Managing Preemie stomas: More Than Just the Pouch JWOCN 2003:30 p. 108)
12 WOCN Paediatric Ostomy Care p. 41
13 WOCN Paediatric Ostomy Care p.24
14 WOCN Pediatric Ostomy Care, p. 7
15 Richardson, 2006
16 Lau et & al, Beneficial effects of mucous fistula refeeding in necrotizing enterocolitis neonates with enterostomies. Journal of Pediatric Surgery 51 (2016) p. 1914
17 http://extcontent.covenanthealth.ca/Policy/Enterostomy_Refeeding.pdf
18 Al-Harbi et al., 1999
19 Haddock, 2015
20 Lau, 2016
21 (Al-Harbi & al Mucous refeeding in neonates with short bowel syndrome. *Journal of Pediatric Surgery*, Vol 34, No 7 (July), 1999: p 1100)
22 http://extcontent.covenanthealth.ca/Policy/Enterostomy_Refeeding.pdf
23 Haddock et al, 2015

Problemy ze stomią kałową u noworodków i dzieci

Wyzwania	Zalecenia
Stomia blisko lub w obrębie rany pooperacyjnej	Jeśli rana pooperacyjna jest zamknięta i nie obserwuje się żadnych objawów zakażenia, można na nią przykleić przylepiec stomijny.
Stomia blisko lub w obrębie rany pooperacyjnej	Rana powinna być pielęgnowana jak każda inna rana zgodnie z zasadami pielęgnacji ran i pokryta opatrunkiem, np. cienkim hydrokoloidem. W przypadku wycieku można zastosować opatrunek chłonny pokryty cienkim hydrokoloidem lub opatrunek przezroczysty. Sprzęt stomijny można wtedy przykleić na wierzch opatrunku.
Stomia blisko pępka	Zastosować niecentralne otwory przylepca stomijnego. Jeśli istnieje otwór początkowy, należy przykryć go cienkim opatrunkiem hydrokoloidowym, aby zapobiec narażeniu skóry na wydaliny. Należy przyciąć przylepiec na pępek.
 Stomia w pobliżu wkłucia centralnego	Należy przykryć wkłucie centralne, aby uniknąć zanieczyszczenia (np. przezroczystym opatrunkiem lub ochraniaczem wkłucia). Opracowano komercyjne ochraniacze wkłucia centralnego.
Wielkość noworodka	Należy użyć dostosowany system worków stomijnych.
Stopień aktywności dziecka, raczkowanie, skakanie, zabawa, łatwe odłączenie i przypadkowe usunięcie	Stroje jednoczęściowe, body, opaska do włosów, szarfa.
 Otwór stomii na poziomie skóry	Kiedy utrzymanie produktu stomijnego na skórze jest absolutnie niemożliwe, zaleca się ochronę skóry okołostomijnej grubą warstwą kremu z tlenkiem cynku. Kał należy zbierać przy użyciu puszystej gazy i zmieniać ją, gdy zostanie zabrudzona. Można również stosować produkty na bazie dimetikonu, ale w przypadku noworodków ważne jest upewnienie się, że skóra jest dojrzała i nieprzepuszczalna dla żadnej szkodliwej substancji zawartej w produkcie. Gdy linia szwów i/lub skóra zostaną zagojone, można zastosować elastyczny sprzęt stomijny typu convex. (Patrz użycie sprzętu stomijnego typu convex u dzieci, str. 17).

Problemy ze stomią kałową u noworodków i dzieci

Wyzwania	Zalecenia
 Kilka stomii	Patrz Rozdział 6: Pielęgnacja kilku stomii.
Skóra staje się tłusta pod wpływem doustnych suplementów podawanych niemowlętom.	Niektóre dzieci, zwłaszcza z mukowiscydozą, mogą mieć tłustą skórę, co utrudnia przyczepność i przyleganie produktu stomijnego. Wskazówka: Należy dobrze oczyścić skórę. Nałożyć niewielką ilość pudru stomijnego na skórę i założyć worek. Konieczne może być użycie kleju medycznego. Należy spodziewać się krótszego czasu noszenia worka.
 Produkt stomijny a pielucha – w środku czy na zewnątrz?	Kiedy dziecko przebywa w pozycji leżącej, worek należy nałożyć z otworem spustowym na bok. Ułatwia to umieszczenie go na zewnątrz pieluchy i opróżnianie. Zapobiega to również ułożeniu worka na udzie i ułatwi dostęp, jeśli dziecko znajduje się w inkubatorze. Chociaż czasami jest to konieczne, należy unikać składania worka, ponieważ zmniejszy to jego skuteczność. U małych i starszych dzieci worek należy nakładać pionowo. Pozwala to na łatwe opróżnianie, gdy dziecko siedzi. Pomocne jest również umieszczenie worka pionowo, gdy używany jest pasek, ponieważ uchwyty mocując na płytce są ustawione na godzinie 3 i 9.

Rozdział 6:

Produkty i akcesoria do zaopatrzenia i pielęgnacji stomii u dzieci

Obecnie dostępnych jest więcej produktów stomijnych dla dzieci niż kiedykolwiek wcześniej. Jednak wybór jest nadal ograniczony u noworodków, a także u dzieci z obfitą lub płynną treścią i/lub trudną lokalizacją stomii. Z tego powodu pracownicy służby zdrowia pracujący w pediatrii muszą być pomysłowi i kreatywni. Często musimy tworzyć to, co nie istnieje. Tutaj ważne jest „bycie rzecznikiem" pacjenta. Musimy mówić w imieniu noworodków i dzieci ze stomią i dzielić się naszymi doświadczeniami z innymi osobami z branży opieki zdrowotnej. To jedyny sposób na poprawę jakości opieki poprzez tworzenie produktów bardziej przyjaznych dla użytkownika.

Wybór odpowiedniego produktu do pielęgnacji stomii
Wybierając produkt stomijny, należy wziąć pod uwagę wiele czynników:

- wiek dziecka, wagę i powierzchnię brzucha;
- lokalizację stomii;
- rodzaj stomii (urostomia, ileostomia, kolostomia);
- czy stomia jest wystająca, płaska czy wklęsła;
- bliskość i funkcjonalność innych stomii;
- konsystencję i dzienną objętość wydalin (w przypadku płynnego stolca można użyć worka urostomijnego);
- kształt ciała;
- ruchliwość/aktywność dziecka.

Należy zawsze unikać produktów zawierających lateks. Należy również zauważyć, że sześciomiesięczne dziecko, które wytwarza duże ilości stolca, może potrzebować małego worka dla dorosłych przymocowanego do dziecięcej płytki stomijnej. Może być nawet konieczne zastosowanie płytki stomijnej dla dorosłych, jeśli potrzebny jest większy obszar przylegania.

Przewodnik wyboru produktów dla stomii kałowych

Produkty stomijne	Korzyści/Wskazówki	Środki ostrożności
Jednoczęściowy otwarty worek pediatryczny Jednoczęściowy otwarty worek dla noworodków Jednoczęściowy otwarty worek dla wcześniaków	U noworodków i wcześniaków najczęściej stosuje się jednoczęściowe systemy. Kiedy wymagana jest elastyczność. Stosowany również w przypadku stomii o małej średnicy. Zalecany, gdy na brzuchu jest zbyt dużo zagłębień i fałd.	Przylepiec stomijny należy przed przylepieniem ogrzać w dłoniach. W przypadku wcześniaków, niemowląt i małych dzieci żaden produkt nie powinien być ogrzewany przy pomocy suszarki ani zewnętrznego źródła ciepła.
System dwuczęściowy: • Zapięcie może być standardowe lub przylepne. • Worek może być otwarty lub zamknięty.		
Pediatryczne worki stomijne dwuczęściowe Przylepiec stomijny	U dzieci zalecany jest system łączenia przylepcowy (lepsze utrzymanie higieny wewnątrz worka oraz możliwość zmiany bez odklejania płytki) Aktywne dzieci Dostęp do paska Łatwiejsza wizualizacja stomii. Dzieciom w szkole łatwiej jest zmienić dwuczęściowy worek, niż próbować opróżnić worek jednoczęściowy. Przydatne, gdy należy pobrać próbki kału.	Podczas pielęgnacji niemowląt nie powinno się używać siły przy łączeniu worka i płytki stomijnej (należy unikać naciskania na brzuch – dzieci nie potrafią napiąć mięśni brzucha) Gdy wystąpi wypadanie stomii, należy uważać, aby nie zranić stomii podczas używania dwuczęściowego sprzętu stomijnego. Worek należy zawsze nakładać na płytkę stomijną, a nie bezpośrednio na skórę. Aby uniknąć obrażeń, należy unikać systemów z twardymi plastikowymi zamknięciami.

Przewodnik wyboru produktów dla stomii moczowych

Produkty stomijne	Korzyści/Wskazówka	Środki ostrożności
Jednoczęściowy worek urostomijny Dwuczęściowy worek urostomijny	Może być połączony z workiem nocnym do zbiórki moczu. Może być połączony z workiem nocnym do zbiórki moczu.	Worek na mocz może być zablokowany przez śluz (urostomia). Aby temu zapobiec, można: • zwiększyć spożycie płynów. • zakwaszać mocz podając dziecku sok żurawinowy i suplementy witaminy C. Należy unikać napojów z owoców cytrusowych, ponieważ po zmetabolizowaniu mają one reszty zasadowe.

Usuwanie produktów stomijnych
Aby zapobiec podrażnieniom lub uszkodzeniom skóry, usunięcie produktu stomijnego powinno odbywać się delikatnie. Zastosowanie pudru stomijnego na tym obszarze ograniczy tarcie/nacisk potrzebny do usunięcia pasty lub pierścieni zabezpieczających. Skórę należy dokładnie oczyścić zgodnie z zaleceniami placówki.

Usunąć worek za pomocą gazy i letniej wody. Delikatnie oderwać. Chusteczki do usuwania zawierające alkohol lub inne substancje należy stosować ostrożnie u wcześniaków, noworodków i dzieci, ponieważ mogą zawierać szkodliwe substancje lub mogą wywoływać reakcje alergiczne. Publikacje zalecają ograniczenie stosowania środków do usuwania przylepca u niemowląt w sytuacjach, w których:

a) naskórek zostałby uszkodzony, gdyby nie został użyty taki środek oraz
b) nie można odroczyć usunięcia. [24]

Środki w aerozolach należy również stosować ostrożnie, ponieważ mogą być szkodliwe dla układu oddechowego niemowląt i dzieci.

Otwór wyjściowy przylepca stomijnego
U noworodków i dzieci wygodniej jest stosować przylepiec stomijny bez otworu startowego. Daje to większą uniwersalność, gdy przewód, rana, inna stomia lub przetoka śluzowa znajdują się blisko stomii, która ma być zaopatrzona workiem. Jeśli istnieje otwór wyjściowy, może być umieszczony niecentralnie oraz można zastosować cienki opatrunek hydrokoloidowy, aby upewnić się, że skóra nie ma kontaktu ze stolcem lub moczem. W przypadku kilku stomii, może być użyty cienki hydrokoloid do stworzenia podstawy do dopasowania sprzętu stomijnego.

Przewodnik wyboru akcesoriów

Produkty stomijne	Korzyści/wskazówki	Środki ostrożności
Pasta stomijna	Pozostałości pasty stomijnej i hydrokoloidu zwykle nie zaburzają przylegania nowego przylepca stomijnego. W celu usunięcia pozostałości pasty można nanieść puder stomijny na resztki pasty, co ułatwi jej usunięcie.	U wcześniaków należy unikać pasty stomijnej zawierającej alkohol. Pastę stomijną można umieścić w 5 ml strzykawce, aby kontrolować ilość pasty nakładanej na przylepiec stomijny. Zaleca się nakładanie pasty stomijnej bezpośrednio na przylepiec, a nie na skórę wokół stomii. Wynika to z faktu, że jeśli stomia wydziela treść, po nałożeniu bezpośrednio na skórę może powstać mieszanina pasty stomijnej i stolca. A jeśli tak się stanie, będzie konieczne oczyszczenie i rozpoczęcie procedury od nowa.
Dezodorant	Neutralizuje zapach.	Niezalecany dla noworodków i dzieci. Doceniany przez nastolatków. Może być domowej roboty. Przykład: nałożyć pastę do zębów na papier toaletowy i wsunąć na dno worka.
Środek poślizgowy do worków stomijnych	Pomaga opróżnić worek.	Rzadko stosowany u dzieci. Odrobina oleju może również pomóc opróżnić worek.

Przewodnik wyboru akcesoriów

Produkty stomijne	Korzyści/wskazówki	Środki ostrożności
Puder stomijny	Wysusza wilgotną skórę. Można go mieszać z pastą stomijną w celu zwiększenia właściwości absorpcyjnych. Służy w technice tworzenia powłoki (skorupy).	Jeśli występuje problem z usunięciem pasty stomijnej, nałożenie pudru stomijnego ułatwia jej usunięcie. Może być utrwalony przy użyciu odrobiny wody. Technika tworzenia powłoki (skorupy): utrwalić bezalkoholowym płynnym środkiem chroniącym skórę. Uwaga: chronić twarz noworodka i dziecka, aby zapobiec wdychaniu pudru.
Opatrunek hydrokoloidowy	Może służyć jako podstawa dla dopasowania przylepca stomijnego.	Zalecany jest cienki hydrokoloid. Idealnie, jeśli pozostaje na skórze przez 24 godziny.
Zagęszczające kapsułki żelowe/tabletki	Zagęszczają wodnisty kał w worku.	Fragmenty wyściółki jednorazowej pieluchy zawierającej chłonne materiały żelowe można umieścić w worku, aby wchłaniały nadmiar płynu.[27] W worku mogą być również umieszczane waciki w celu wchłonięcia płynnych wydalin.
Formowalny pierścień/pasek (hydrokoloid)	Może być stosowany do tworzenia elastycznych form typu convex, wypełniania zagięć i fałdów skórnych lub do wyrównania płaszczyzny skóry wokół stomii. Łatwiejszy do użycia, gdy jest wstępnie odgrzany.[28] Bezalkoholowy	Ogrzać w dłoniach. Uwaga: Ogrzewanie pod suszarką lub ogrzewaczem promiennikowym może przegrzać przylepiec i spowodować uszkodzenie skóry wokół stomii.[27]
Pas przepuklinowy	Podtrzymuje przepuklinę okołostomijną. Może być gotowy lub wykonany ręcznie. Patrz: Powikłania: przepuklina okołostomijna. Część A, rozdział 7, strona 34.	U małych dzieci pas przepuklinowy na ogół nie jest używany.
Płytka typu convex	Można zastosować miękki produkt stomijny dla dzieci z wklęsłym obszarem ciała wokół stomii, jeśli jest dostępny. Może też być tworzona z plastycznych pierścieni lub hydrokoloidowych pasków pasty stomijnej.	Obszar śluzówkowo-skórny musi być wygojony. Może powodować odleżyny skóry wokół stomii. Stosować ostrożnie w przypadku przepukliny okołostomijnej.

Przewodnik wyboru akcesoriów

Produkty stomijne	Korzyści/wskazówki	Środki ostrożności
Filtr	Ułatwia wydalanie gazu z worka stomijnego.	Płynny stolec może osłabić działanie filtra. Filtr należy chronić w czasie kąpieli/prysznica, aby nie zamókł, zaklejając go specjalną naklejką wykonaną przez producenta sprzętu stomijnego.
Worek na nogę/nocne worki do zbiórki moczu	Worek na nogę może być używany w przypadku nefrostomii. Odprowadzenie moczu: Zbiera mocz przez noc, aby umożliwić dziecku/rodzinie lepszy sen. Stomia o wysokiej wydajności: Zapobiega przedwczesnemu lub przypadkowemu odklejeniu produktu stomijnego.	Należy sprawdzić drożność drenu, aby upewnić się, że nie ma przeszkód w wydalaniu moczu.
Elastyczne paski hydrokoloidowe	Zabezpieczają pozycję przylepca stomijnego.	Mogą być stosowane do zabezpieczenia przylepca stomijnego podczas pływania lub uprawiania sportu.

24 WOCN Pediatric Ostomy Care, p. 42
25 WOCN, 2011
26 WOCN 2011, p.49
27 WOCN 2011, p.49
28 WOCN p. 43

Rozdział 7:

Rozpoznawanie, zapobieganie i leczenie powikłań stomii, skóry wokół stomii oraz powikłań ogólnoustrojowych

Powikłania stomii i skóry wokół stomii są również obserwowane u noworodków i dzieci, dlatego też konieczne jest, aby wiedzieć, jak z nimi postępować.

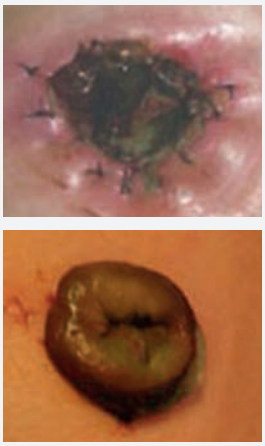
Czynniki ryzyka wpływające na powikłania stomii i skóry wokół stomii obejmują poniższe:

- niedojrzała skóra noworodka; Patrz Część A, Rozdział 4. Charakterystyka skóry wcześniaków, noworodków i dzieci;
- niedorozwój mięśni brzucha może prowadzić do przepukliny okołostomijnej;
- słabe umocowanie i konstrukcja stomii. Dotyczy to zwłaszcza noworodków, ponieważ zabieg jest pilny i często odbywa się w niekorzystnych warunkach.

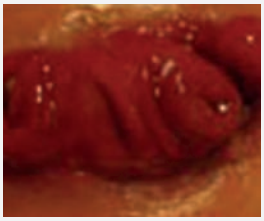
Definicje

Wymagane pilne działanie	Dziecko musi zostać pilnie skierowane do pielęgniarki stomijnej lub chirurga.
Wymagana kontrola	Problem można łatwo rozwiązać, ale wymaga obserwacji.
Nie pilne	Problem wymaga rozwiązania, ale nie jest pilny

Powikłania stomii

Powikłania	Opis	Postępowanie	Środki ostrożności
Krwotok	Krew wypływająca z otworu stomii.	Należy pilnie skonsultować się z chirurgiem lub pielęgniarką stomijną.	
 **Całkowita martwica**	Obserwuje się tkankę martwiczą, co sugeruje, że powięź jest zajęta.	W przypadku zajęcia powięzi konieczna jest druga operacja.[31]	
Więcej informacji, patrz: słowniczek **Całkowite oddzielenie śluzówkowo-skórne**	Całkowite oddzielenie stomii od skóry na linii szwu.	Pilne: Należy niezwłocznie zadzwonić do chirurga z uwagi na ryzyko zapalenia otrzewnej.	Ryzyko zapalenia otrzewnej.
Płaska lub wklęsła (zapadnięta) stomia	Stomia znajduje się na poziomie skóry lub poniżej co może wynikać z nadmiernego napięcia krezki. Głębokość wciągnięcia może się zwiększać, gdy pacjent znajduje się w pozycji siedzącej.[35] Czynniki powiązane: krótka krezka, szybki przyrost masy ciała, otyłość, technika chirurgiczna, nadmierne napięcie szwów na poziomie powięzi, niedożywienie, immunosupresja.[36] U noworodków wzdęcie brzucha może spowodować to powikłanie.	Stworzenie elastycznej wypukłości, jeśli linia szwu jest wygojona. Jeśli stomia jest głęboko wciągnięta/ zagnieciona, należy użyć elastycznego jednoczęściowego sprzętu stomijnego. Gdy niemożliwe jest utrzymanie sprzętu stomijnego na skórze i nie można odpowiednio zabezpieczyć skóry wokół stomii, należy skontaktować się z chirurgiem, aby dowiedzieć się, czy możliwe jest zmodyfikowanie lub usunięcie stomii. W zależności od czasu, w którym stomia jest konieczna, zamknięcie stomii może rozwiązać problem. W przypadkach długotrwałej stomii może być konieczna ponowna operacja. Jeśli nie można założyć worka, należy zabezpieczyć skórę wokół stomii i zbierać treść puszystą gazą lub innym produktem chłonnym.	

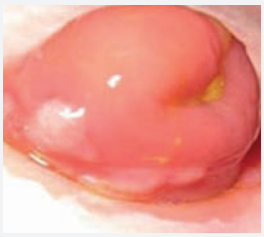
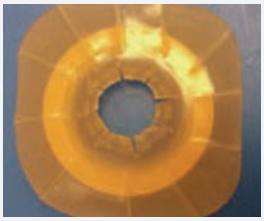
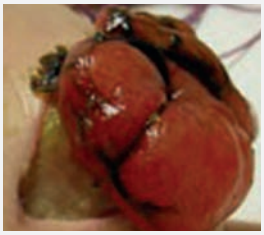
Powikłania stomii

Powikłania	Opis	Postępowanie	Środki ostrożności
Niedrożność (zablokowanie stomii)	• najczęściej obserwowane w przypadku ileostomii • Mniej lub brak stolca w worku • Zmiana konsystencji kału, który może być płynny • Wzdęcie brzucha • Skurcze brzucha • Obrzęk stomii • Nudności • Wymioty Może wynikać z zastosowania pokarmu o wysokiej zawartości błonnika lub bogatoresztkowego, który nie był dostatecznie przeżuty.	Starannie monitorować i zasięgnąć porady lekarza, jeśli: • objawy nasilają się • dziecko nie wydala stolca przez więcej niż 8-12 godzin lub następuje zmiana w stosunku do normalnego wydalania • dziecko wymiotuje Zmodyfikować otwór w przylepcu stomijnym w przypadku obrzęku stomii. Masaż brzucha. Ciepła kąpiel. Poszerzanie stomii. Płukanie jelita na zlecenie lekarza. Edukowanie.	
Więcej informacji, patrz: słowniczek **Przetoka**  **Kilka przetok**	Nieprawidłowe połączenie między dwoma powierzchniami pokrytymi nabłonkiem.	Postępowanie zachowawcze, jeśli nie można dostatecznie długo utrzymać worka stomijnego: • Tlenek cynku + puszysta gaza do wymiany po zabrudzeniu. • Otaczająca skóra może być chroniona za pomocą cienkiego hydrokoloidu lub płynnego środka ochronnego skóry.	
 Piodermia zgorzelinowa (*Pyoderma gangrenosum*) Utrata nabłonka, nieregularne granice, krwawienie i wydzielina ropna, ból, trudności w utrzymaniu przylegania sprzętu stomijnego.	Bolesne owrzodzenia często związane z chorobą Leśniowskiego-Crohna.	Konieczne skierowanie do gastroenterologa w celu leczenia ogólnoustrojowego. Leczenie miejscowe: • maść z takrolimusem; • hydrokortyzon; • opatrunek chłonny pod produktem stomijnym.	Ten problem skórny można również zaobserwować w innych okolicach ciała (np. w fałdzie pachwinowym lub w okolicy krocza).

Powikłania stomii

Powikłania	Opis	Postępowanie	Środki ostrożności
Zwężenie przy urostomii	Zwężenie stomii na poziomie skóry lub powięzi. Zwykle wtórnie do okołostomijnej hiperplazji skóry.	Rozszerzanie lub rewizja chirurgiczna. Sprawdzić technikę docinania przylepca, aby upewnić się, że otwór nie jest zbyt duży. Edukowanie rodziców/opiekunów odnośnie właściwej techniki cięcia. Patrz: Hiperplazja.	Sprawdzić, czy stomia działa prawidłowo.
Nadmierne ziarninowanie	Przerost tkanki stomijnej z powodu nadmiernej ekspozycji na wydaliny.[32] Występuje częściej u młodych pacjentów oraz u osób z urostomią o szerokości mniejszej niż 1 cm.[33] Nieodpowiednie wycięcie lub źle dopasowany worek stomijny może prowadzić do podciekania lub otarcia połączenia śluzówkowo-skórnego. Może to powodować podatność skóry na ziarninowanie.[34]	Zoptymalizować dopasowanie sprzętu stomijnego, aby zminimalizować urazy i kontakt z wydalinami. Ostrożne oczyszczanie z powodu towarzyszącego bólu. Leczenie: Zastosować azotan srebra przez 5 sekund, raz w tygodniu przez 4 tygodnie. W leczeniu ziarniniaka można stosować dostępną na rynku taśmę impregnowaną steroidem (fludroksykortyd). Idealnie nadaje się do stosowania pod produktem stomijnym, ponieważ przylepiec przylega do taśmy.	Przerośnięta tkanka może krwawić podczas higieny stomii i zmiany produktu stomijnego. Wskazane jest zachowanie szczególnej ostrożności podczas tych zabiegów.
Częściowa martwica	Szare, ciemnobrązowe lub czarne przebarwienia całej lub części stomii, spowodowane przez: – nieodpowiedni dopływ krwi, – nadmierne rozwarstwienie krezki, – zaciąganie krezki, – duży obrzęk jelit. Stomia jest sucha i twarda. Ewolucja: Tkanka martwicza staje się cieńsza, rozmięka i może powodować nieprzyjemny zapach.	Stopień martwicy jest zmienny i można go ocenić, wprowadzając małą, nasmarowaną szklaną rurkę do stomii kontrolując błonę śluzową za pomocą latarki.[30] Ta technika zależy od wielkości stomii i powinna być przeprowadzana pod nadzorem chirurga. Można również użyć plastikowych rurek, jeśli są dostępne. Zwykle martwicza tkanka oczyszcza się spontanicznie z upływem czasu. Dopóki stomia jest drożna i zdrowa u podstawy, nie jest wymagane dalsze oczyszczanie.	

Powikłania stomii

Powikłania	Opis	Postępowanie	Środki ostrożności
 **Skaleczenie/uszkodzenie stomii**	Pojawiają się białe, podobne do wrzodu zmiany na stomii. Prawdopodobnie z powodu urazu lub źle dopasowanego sprzętu stomijnego. Występuje również u bardzo aktywnych dzieci. Słaba technika docinania przylepca.	Sprawdzić technikę docinania przylepca. Edukacja rodziców/opiekunów. Hemostaza (delikatny ucisk), jeśli występuje krwawienie. Zastosować puder stomijny w miejscu uszkodzenia, aby wspomóc gojenie.	Upewnić się, że nie ma ostrych krawędzi na przylepcu stomijnym.
   Przepuklina okołostomijna	Wada powięzi brzusznej, która powoduje przedostawanie się pętli jelita pod skórę w okolicy stomii.[37] Nasilenie przez zwiększone ciśnienie w jamie brzusznej (np. płacz).	Jednoczęściowy lub dwuczęściowy system stomijny. Nacięcie przylepca stomijnego dla większej elastyczności.  Kreatywne pasy przepuklinowe.	Ponieważ stomia jest zazwyczaj tymczasowa, zwykle nie bierze się pod uwagę ponownej operacji. Ważne jest jednak, aby sprawdzić, czy nie ma żadnych objawów powikłań, takich jak: • niedrożność stomii, • zmiana koloru, • dyskomfort.
 Ziarniniak w szwie **Liczne ziarniniaki**	Reakcja zapalna często wtórna wobec materiału szwu. Ziarniniak może krwawić i być bolesny.	Można go leczyć na trzy sposoby: • Zastosowanie azotanu srebra na ziarniniak. • Stosowanie taśmy steroidowej pod produktem stomijnym. • Wycięcie materiału szwu za zgodą chirurga.	
 **Częściowe oddzielenie śluzówkowo-skórne**	Częściowe oddzielenie śluzówki stomii od skóry na linii szwu, spowodowane przez: • słabe gojenie, • napięcie, • zakażenie lub • technikę chirurgiczną.	W przypadku podciekania, należy wypełnić ubytek chłonnym opatrunkiem (tj. pudrem, mieszaniną pudru i pasty stomijnej, pasty do ran, hydrofibry, alginianu wapnia) i nałożyć sprzęt stomijny. Przylepiec jest nakładany na opatrunek. W niektórych przypadkach przezroczysty opatrunek lub cienki produkt hydrokoloidowy można nakładać na ranę przed nałożeniem przylepca stomijnego.	Monitorować i dokumentować przebieg odwarstwienia. Jeśli gojenie jest opóźnione, należy powiadomić chirurga.

Powikłania stomii

Powikłania	Opis	Postępowanie	Środki ostrożności
 Zakażenie grzybicze skóry wokół stomii. Obserwuje się grudki, zaczerwienienie i zmiany satelitarne, świąd i pieczenie skóry.	Najczęstszą przyczyną zakażenia grzybiczego u pacjentów ze stomią jest nadmierny wzrost Candida (zwykle *C. albicans*). • Krosty lub grudki • Rozlany rumień, maceracja • Zmiany satelitarne • Świąd i uczucie pieczenia wokół stomii	Zebrać pełną historię choroby pacjenta. Zidentyfikować i skorygować przyczynę. Sprawdzić sprzęt stomijny, aby upewnić się, że jest dobrze dopasowany, aby zapobiec wyciekowi. Profilaktyka: Dokładnie osuszyć skórę przed nałożeniem worka. Po kąpieli z założonym workiem należy przy pomocy ręcznika bardzo starannie osuszyć przylepiec stomijny, worek i skórę, aby zapobiec zatrzymywaniu wilgoci. Używać worka pokrytego tkaniną lub przykryć go bawełnianą warstwą. Umieścić worek na zewnątrz pieluchy. Leczenie miejscowe: Zastosować krem lub proszek przeciwgrzybiczy podczas wymiany urządzenia. Upewnić się, że krem jest dobrze wchłaniany, aby zapobiec zaburzeniom przylegania sprzętu stomijnego. Stosując proszek przeciwgrzybiczy, należy go utrwalić odrobiną wody lub bezalkoholowego produktu uszczelniającego skórę. Proszek przeciwgrzybiczy jest bardziej preferowany niż krem przeciwgrzybiczy. W ciężkich przypadkach może być wymagane przepisanie ogólnoustrojowych leków przeciwgrzybiczych.[39]	Pacjenci obarczeni ryzykiem rozwoju zakażenia grzybiczego: • stosujący antybiotykoterapię • stosujący leczenie immunosupresyjne. Należy kontynuować stosowanie produktu przeciwgrzybiczego siedem dni po ustąpieniu objawów klinicznych zakażenia grzybiczego. Reakcje alergiczne czasami wynikają z niewłaściwego użycia akcesoriów stomijnych.[38]

Powikłania stomii

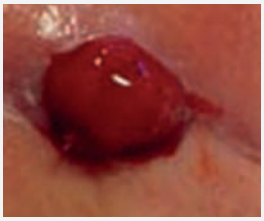
Powikłania	Opis	Postępowanie	Środki ostrożności
 Alergia Reakcja alergiczna na jeden ze składników produktu stomijnego. Zazwyczaj dotknięty obszar odpowiada dokładnie obszarowi pokrytemu przez składnik alergizujący. Skóra wydaje się zaczerwieniona, swędząca, łuszcząca się i zmieniona zapalnie. Gdy wystąpi nadwrażliwość skóry, może stać się problemem przewlekłym.	Zwykle uczulenie na substancje uszczelniające, składniki przylepca, taśmy, rozpuszczalniki, pudry, pasty oraz tkaninę lub materiał worka.	Należy zidentyfikować i wyeliminować produkt alergizujący. Alergia w wywiadzie. Skórny test płatkowy w celu określenia alergenu. Jeśli modyfikacja sprzętu stomijnego jest niemożliwa, należy nałożyć warstwę bezalkoholowego płynu do ochrony skóry. Należy unikać stosowania akcesoriów, o ile nie jest to absolutnie konieczne. Jeśli są konieczne, należy upewnić się, że są prawidłowo używane (np. pozwolić, aby środek ochronny do skóry wysechł przed przyklejeniem przylepca stomijnego). Obszar dotknięty alergią należy przykryć cienkim hydrokoloidem i nałożyć na niego sprzęt stomijny. W ciężkich przypadkach należy skonsultować się z lekarzem w celu ewentualnego miejscowego leczenia steroidami.	Reakcje alergiczne czasami wynikają z niewłaściwego użycia akcesoriów stomijnych.[38]
Zapalenie mieszków włosowych zwykle jest wywołane przez gronkowca złocistego[39] • Rumień • Czasami zmiany krostkowe • Powierzchowne lub głębokie (Może rozciągać się na cebulkę włosa).	• Traumatyczne usuwanie włosów • Zbyt dokładne golenie • Nadmierne pocieranie i oczyszczanie skóry wokół stomii	• Sprawdzić technikę usuwania włosów i przylepca stomijnego • Przećwiczyć ponownie technikę usuwania przylepca stomijnego • Unikać maszynki do golenia; zalecane jest używanie nożyczek • Antybiotykoterapia • Edukowanie	Obserwowane u nastolatków.
 Hiperkeratoza • Pogrubiała skóra wokół stomii, biaława do szarawej • Problem z przyczepnością produktu stomijnego • Można zaobserwować ból i krwawienie	Zbyt duży otwór w przylepcu stomijnym.	• Ocenić technikę docinania przylepca stomijnego • Edukowanie • Zwiększenie płynów doustnych: - zakwaszenie, witamina C, koncentrat żurawiny • Zwiększenie kwasowości moczu Leczenie miejscowe: • namoczyć roztworem wody i octu (1:1); • czas namaczania: 15 do 20 minut; • dokładnie spłukać czystą wodą; • powtarzać przy każdej zmianie sprzętu; • cystostomia bez produktu stomijnego: raz dziennie.	

Powikłania stomii

Powikłania	Opis	Postępowanie	Środki ostrożności
 Wypadanie	Wypadanie stomii przez ścianę brzucha w sposób teleskopowy. Częste w chorobach jelita cienkiego, zwłaszcza w przypadku ileostomii pętlowej.	Zmniejszenie wypadania. • Należy położyć pacjenta. • Uspokoić rodziców/opiekunów. • Użyć większego worka stomijnego. Należy zmodyfikować wycięcie otworu w przylepcu stomijnym poprzez wykonanie promienistych szczelin, aby umożliwić przesunięcie przez stomię. Ważne: Ponownie uszczelnić przylepiec stomijny po jego nałożeniu na skórę. Edukowanie rodziny/opiekuna: rodzicom lub opiekunom należy doradzić, aby skontaktowali się z chirurgiem/ pielęgniarką stomijną w celu zmniejszenia wypadania. Niektórych wypadnięć nie można zmniejszyć, ale jeśli jelito jest zdrowe i dobrze funkcjonuje, nie stanowi to problemu. Jeśli operacja wiąże się z ryzykiem dla dziecka lub jeśli dziecko zostało zapisane na operację w najbliższej przyszłości, można pozostawić wypadnięcie bez zmian. Ważne jest, aby rodzina wiedziała, kiedy powinna skontaktować się z chirurgiem/ pielęgniarką stomijną. Wskazówka: Należy użyć cukru pudru lub ksylometazoliny 1% sprayu/ kropli do nosa na wypadniętą stomię, a następnie skontaktować się z pielęgniarką stomijną/chirurgiem.	Uwaga: Należy sprawdzić kolor wypadającej stomii. Powinien być czerwono-różowy. Należy upewnić się, że jelito dobrze funkcjonuje.

Należy pilnie skonsultować się z chirurgiem, jeśli:
- **kolor stomii jest nieprawidłowy (np.: ciemnoczerwony);**
- **stomia nie działa.**

Powikłania stomii

Powikłania	Opis	Postępowanie	Środki ostrożności
 **Krwawienie**	Krew jest widoczna w worku lub jest obecna na skórze podczas wymiany worka. Niewielkie krwawienie ze stomii jest normalne.	Miejscowy ucisk. Jeśli powierzchowne krwawienie nie ustępuje samoistnie, należy zastosować bezpośredni ucisk przy pomocy zimnych okładów.[29] Należy sprawdzić rozmiar otworu w przylepcu stomijnym i ocenić jego nakładanie i usuwanie. Należy edukować rodziców/ opiekunów odnośnie sposobu wycinania otworu oraz zakładania i usuwania przylepca.	

Powikłania skóry wokół stomii

Powikłania	Opis	Postępowanie	Środki ostrożności
Rumień z utratą skóry wokół stomii: • Technika tworzenia „skorupy": nanieść cienką warstwę pudru stomijnego, a następnie warstwę bezalkoholowego środka ochronnego do skóry. Powtórzyć aplikację 3-4 razy. • Zastosować produkt stomijny jak zwykle, w razie potrzeby z pastą stomijną.			
Rumień bez utraty skóry wokół stomii: • Zastosować mieszankę pasty stomijnej i pudru stomijnego wokół otworu w przylepcu stomijnym. • Zastosować sprzęt stomijny.			
 Rumień, zaczerwienienie skóry • Z utratą nabłonka lub bez • Palenie, mrowienie • Dyskomfort	Potencjalne przyczyny: 1. Zastosowanie wyciętego wcześniej otworu, który jest zbyt duży lub wycięcie zbyt dużego otworu w przylepcu stomijnym. 2. Przedłużony czas użycia. 3. Płynne i żrące stolce (kwaśne pH). 4. Płaska lub wklęsła stomia w fałdzie skórnym. 5. Przetoka u podstawy stomii.	• Sprawdzić technikę docinania przylepca. Jeśli jest niewystarczająca, konieczne jest ponowne przeszkolenie. • Poinformować o objawach wskazujących na konieczność zmiany przylepca stomijnego. • Zastosowanie elastycznego sprzętu typu convex może pomóc zapobiec wyciekowi stolca lub moczu pod przylepiec stomijny. • Leczenie zachowawcze z użyciem pasty zawierającej tlenek cynku i gazy, jeśli stomii nie można zaopatrzyć workiem stomijnym. • W przypadku przetoki lub gdy nie można pozbyć się rumienia, można rozważyć operację.	Należy upewnić się, że linia szwu została wygojona przed zastosowaniem elastycznego sprzętu typu convex.

Powikłania ogólnoustrojowe

Powikłania	Symptomy i objawy	Postępowanie
Odwodnienie	• Płacz bez łez • Suche błony śluzowe • Zapadnięte ciemiączko • Suche pieluchy, zmniejszenie diurezy > 1 ml/kg/godz. • Drażliwość • Tachykardia	Powiadomić lekarza, uzupełnić dożylnie utratę płynów zgodnie z zaleceniem medycznym: • Kolostomia > 20-30 mg/kg/dzień • Ileostomia > 40-50 mg/kg/dobę
Zaburzenia równowagi elektrolitowej Obserwowane przy ileostomii/jejunostomii		Regularnie oznaczać parametry krwi (elektrolity) i uzupełniać w razie potrzeby (dożylnie, doustnie lub dojelitowo).

29 Husain & Cataldo, 2008; WOCN, 2011
30 WOCN Core Curriculum Ostomy Management, Wolter Kluwer, Phil, 2016, Ed. J Carmel, J Colwell and M. Goldberg p. 193
31 "Reoperation to resect the necrotic portion may be necessary if the bowel below the fascial level becomes necrotic and a new ostomy will need to be reconstructed." (WOCN p. 76)
32 Sung, Kwon, Jo & Park, 2010
33 Sung et al., 2010
34 C Lyon, 2001
35 Butler, 2009; Colwell, 2004
36 Bafford&Irani, 2013; Black, 2009; Butler, 2009; Jordan & Burns, 2013
37 WOCN Core Curriculum Ostomy Management, Wolter Kluwer, Phil, 2016, Ed. J Carmel, J Colwell and M. Goldberg p. 197
38 WOCN, 2010
39 C. Lyon 2009

Rozdział 8:

Uszkodzenie skóry wokół odbytu i pieluszkowe zapalenie skóry po zamknięciu stomii

Po zamknięciu stomii dziecko może mieć luźne, częste stolce z różnych powodów:

- stosowanie antybiotyków;
- operacja transanalna;
- resekcja jelita grubego;
- rodzaj pokarmu dojelitowego/doustnego.

W większości przypadków jest to tymczasowe, ale nadal stanowi problem dla rodziców.[41] Gdy stolec jest zmieszany z moczem, pH skóry i aktywność enzymów zwiększają się, co powoduje zmniejszenie naturalnej flory skórnej.[42] Takiego uszkodzenia skóry wokół odbytu należy unikać. Celem jest utrzymanie stolca z dala od skóry poprzez częste zmiany pieluchy w dzień i w nocy.

Zapobieganie i leczenie uszkodzeń skóry wokół odbytu:

- należy rutynowo chronić skórę wokół odbytu za pomocą ochronnego preparatu zawierającego tlenek cynku lub dimetikon. „Zapewnienie okluzyjnej bariery może chronić przed urazem skóry i sprzyjać gojeniu". (Darmstadt i Dinulos 2000, Ghadially i wp. 1992);
- rygorystyczne przestrzeganie higieny;
- mycie rąk przed i po wykonaniu pielęgnacji skóry krocza;
- natychmiastowa zmiana pieluchy, gdy jest mokra lub zabrudzona, aby zmniejszyć wilgotność skóry i kontakt z moczem i enzymami kałowymi;
- oceniać skórę wokół odbytu pod kątem podrażnienia lub zakażenia przy każdej zmianie pieluchy i wdrażać środki terapeutyczne, gdy tylko zostanie zauważone podrażnienie;
- delikatnie czyścić skórę ciepłą wodą i miękką tkaniną lub umieścić pośladki dziecka pod bieżącą wodą. Można użyć strzykawki do spłukania obszaru. Osuszać skórę unikając tarcia. Jeśli stosowane jest mydło, zaleca się łagodne mydło o neutralnym pH;
- kiedy dziecko oddaje stolec, oczyścić tylko to, co jest zabrudzone. Nie należy usuwać pozostałości kremowej bariery. Częste lub zbyt energiczne jej usuwanie może dodatkowo uszkodzić podrażnioną skórę. „Niektóre z nich pozostają na skórze po delikatnym oczyszczeniu. Należy usunąć tylko zabrudzoną warstwę" (Taquino, 2000).
- w razie potrzeby ponownie nałożyć barierę kremową;
- można pozostawić dziecko bez pieluchy, co ułatwia dostęp powietrza do podrażnionego obszaru i częstą ocenę stanu skóry;
- nie używać chusteczek dla dzieci. Niektóre marki zawierają alkohol, perfumy lub konserwanty, które mogą przyczyniać się do podrażnienia skóry i zwiększać ryzyko uczulenia skóry;[43]
- unikać długotrwałych kąpieli, ponieważ macerują skórę i zmieniają funkcję bariery skórnej. Jeśli niemowlę otrzymuje kąpiel, należy używać łagodnego mydła o niskim pH;
- unikać produktów zawierających alkohol izopropylowy, kamforę, salicylany, kwas borowy, sodę oczyszczoną lub benzokainę. „Zasadniczo należy trzymać się produktów przeznaczonych dla niemowląt oraz unikać produktów zawierających sodę, kwas borowy, kamforę, fenol, benzokainę, difenhydraminę lub salicylany. Te składniki mogą być toksyczne dla niemowląt" (Sparks D, 2017);
- przeciwbakteryjne maści nie są konieczne ani pomocne w przypadku pieluszkowego zapalenia skóry, ponieważ nie wiąże się ono ze zwiększoną liczbą bakterii;
- jednorazowe pieluchy z chłonnymi materiałami żelowymi są bardziej chłonne i utrzymują bardziej suchą skórę wokół odbytu niż te bez chłonnego żelu lub pieluchy wielorazowe.

Leczenie pieluszkowego zapalenia skóry

Ponieważ pośladki dziecka narażone są na kontakt ze stolcem zazwyczaj występuje tu zapalenie skóry o średnim lub dużym stopniu nasilenia. Niezależnie od przyczyny, pieluszkowe zapalenie skóry jest źródłem wielkiego dyskomfortu dla dziecka i stanowi poważne wyzwanie dla rodziny i opiekunów.

Rodzice będą musieli uzyskać specjalne przeszkolenie na temat pieluszkowego zapalenia skóry.

Ważne jest, aby:

- zidentyfikować i, jeśli to możliwe, wyeliminować przyczynę zapalenia skóry;
- wprowadzić środki zapobiegawcze;
- stosować odpowiednie leczenie;
- wprowadzić protokoły prewencyjne i terapeutyczne w celu standaryzacji praktyki pielęgniarskiej;
- edukować opiekunów i rodziny.

Kiedy obserwuje się pieluszkowe zapalenie skóry, pierwszym krokiem jest określenie rodzaju zapalenia skóry. Poniższa tabela opisuje wygląd i sposób postępowania w przypadku różnych rodzajów pieluszkowego zapalenia skóry.

Rodzaj pieluszkowego zapalenia skóry	Opis	Środki ostrożności
 Kontaktowe zapalenie skóry	Skóra jest czerwona, z utratą nabłonka lub bez.	Z utratą nabłonka: 1. Delikatnie posypać skórę pudrem stomijnym, aby wchłonąć wilgoć i zapewnić lepką powierzchnię, na którą można następnie nałożyć maść z tlenkiem cynku. 2. Zastosować ochronną barierę w kremie. Krem ochronny można mieszać z pudrem stomijnym w celu zwiększenia jego właściwości absorpcyjnych. 3. Posypać krem pudrem stomijnym. Bez utraty nabłonka: Nanieść na skórę grubą warstwę kremu ochronnego lub płynną barierę ochronną skóry. Płynnej bariery ochronnej skóry nie należy stosować częściej niż co 24–48 godzin.
 Przewlekłe pieluszkowe zapalenie skóry	Obserwowane u niemowląt i dzieci z przewlekłą biegunką. Po operacjach wpływających na czynność jelit.	Tak samo, jak w przypadku kontaktowego zapalenia skóry. Ścisła współpraca z rodziną w celu wsparcia w tym trudnym okresie.

Rodzaj pieluszkowego zapalenia skóry	Opis	Środki ostrożności
Pieluszkowe zapalenie skóry powikłane przez zakażenie *Candida albicans*	Ogniska rumienia + złuszczanie obwodowe i krosty satelitarne. Zajęte fałdy skóry. „Kolonizacja przez Candida była znacznie częstsza u dzieci z pieluszkowym zapaleniem skóry w porównaniu z dziećmi ze zdrową skórą (około 75% w porównaniu z 19%)" (Ferrazzini, G. i wsp. (2003). Zakażenie *C. albicans* należy uważać za obecne i patogenne, gdy pieluszkowe zapalenie skóry trwa dłużej niż trzy dni.[44]	Miejscowy krem przeciwgrzybiczy, maść lub puder. Stosując krem przeciwgrzybiczy, zawsze należy nałożyć na niego krem ochronny, ponieważ krem przeciwgrzybiczy nie ma właściwości ochronnych. Stosować produkt przeciwgrzybiczy dwa do trzech razy dziennie zgodnie z zaleceniami. Krem ochronny należy nakładać tyle razy, ile to konieczne, ale zawsze na produkt przeciwgrzybiczy. Kontynuować leczenie przeciwgrzybicze siedem dni po ustąpieniu widocznych oznak zakażenia, ponieważ mikroskopijne *C. albicans* mogą być nadal obecne. Uwaga: Płynnej bariery ochronnej skóry nie należy stosować w przypadku zakażenia grzybiczego.
Alergiczne kontaktowe zapalenie skóry	Niezbyt częste. Łagodny rumień i łuszczenie się. Czasami pęcherzyki i grudki. Obserwowane po kontakcie ze swoistymi alergenami: paraben, lanolina, substancje występujące w pieluchach jednorazowych, detergenty itp.	Zidentyfikować i usunąć alergizujący produkt.

W przypadku niemowląt wydalających duże ilości kwasów żółciowych w stolcu, należy rozważyć zastosowanie doustnej lub miejscowej cholestyraminy, która wiąże się z kwasami żółciowymi.[45] Cholestyraminę można stosować miejscowo jako maść lub doustnie.

Krem ochronny do skóry można usunąć olejem mineralnym, aby ponownie ocenić skórę, zwykle po 48 godzinach lub zgodnie z oceną kliniczną. Należy pamiętać, że rutynowe całkowite usuwanie preparatów ochronnych skóry nie jest konieczne i może podrażniać skórę.[46]

W przypadku ciężkiego zapalenia skóry stosowanie 1% maści z hydrokortyzonem zmniejsza stan zapalny, ale nie zaleca się jej do długotrwałego stosowania. Powinna być nakładana cienką warstwą przez okres nie dłuższy niż 2-3 dni.

Niezależnie od tego, jaki produkt jest używany w profilaktyce lub leczeniu, ważne jest, aby zapoznać się z zaleceniami producenta, aby upewnić się, że produkt jest stosowany prawidłowo. Równie ważne jest stosowanie znormalizowanego podejścia przez wszystkich opiekunów, przy ścisłym wsparciu rodziców w tym bardzo wyczerpującym okresie.

Więcej informacji można znaleźć na stronie: *Cincinnati Children's Colorectal Center. Instrukcje dla rodziców dzieci po zamknięciu kolostomii w leczeniu wad rozwojowych odbytu i odbytnicy.*

Link do https://www.cincinnatichildrens.org

41 Cincinnati Children's Colorectal Center
42 Atherton 2001, Atherton 2004, Davies & al 2006, Lin & al 2005, Scheinfield 2005, Visscher & al 2000
43 Fields & al 2006, Scheinfeld 2005
44 White & al. 2003
45 WOCN Pediatric Ostomy Care: Best Practice for Clinicians p. 70
46 Rouzrokh, Khaleghnejad, Mohejerzadeh, Heydari & Molaei, 2010

Rozdział 9:

Zabieg rozszerzania odbytu po plastyce zarośniętego odbytu oraz pielęgnacja rany pooperacyjnej i blizn po zamknięciu stomii

Zabieg rozszerzania odbytu
Zabieg ten jest procedurą często rozpoczynaną po upływie dwóch do czterech tygodni po naprawie wady odbytnicy lub odbytu w przypadku choroby Hirschsprunga. Jednym z najczęstszych powikłań po tym typie zabiegu jest zwężenie zespolenia. Ten rodzaj zwężenia dobrze reaguje na poszerzanie profilaktyczne, które zwykle wykonuje się za pomocą metalowych lub plastikowych rozszerzadeł lub palca rodzica (dywulsja odbytu).

W większości przypadków rodzice uczą się przeprowadzać tę procedurę w domu, chociaż sugerowano, że cotygodniowe rozszerzanie przez lekarza może przynieść taki sam rezultat.[47]

Rodzice muszą zrozumieć znaczenie wykonywania tej procedury, nawet jeśli uznają to za trudne fizycznie i emocjonalnie. Po pokazaniu, jak wykonać rozszerzanie, demonstracja przez rodzica/opiekuna zapewni im możliwość zbudowania zaufania i uzyskania wsparcia, jeśli będą mieli trudności. Rodzice również muszą być świadomi, że początkowo mogą obserwować niewielkie ilości jasnej krwi, co jest normalne. Wielkość rozszerzadeł, częstotliwość rozszerzania, harmonogram zwiększania rozmiarów i pożądany rozmiar docelowy zależą od preferencji chirurga/placówki i wieku dziecka.

Jest to często procedura dwuosobowa; jedna osoba ma za zadanie przytrzymanie dziecka i odwrócenie jego uwagi, podczas gdy druga wykonuje rozszerzanie. Dziecko jest często bardziej zdenerwowane przez przytrzymywanie niż z powodu dyskomfortu związanego z procedurą. Należy podać jasne instrukcje dotyczące tego:

- gdzie uzyskać rozszerzadła, jeśli nie są dostarczone;
- jak często wykonywać rozszerzanie i jakich używać preparatów, które zmniejszają tarcie rozszerzadeł i eliminują ból;
- jakiego rozmiaru rozszerzadła należy użyć i kiedy zwiększyć jego rozmiar zgodnie z ustaleniami chirurga. Formuła obliczania rozmiaru rozszerzadła to: waga x 1,3 + 7;[48]
- do kogo zadzwonić, jeśli pojawią się problemy.

Po osiągnięciu ostatecznego rozmiaru dziecko powinno zostać zbadane przez chirurga.
Nawet po tym, kiedy rozszerzanie nie jest już wymagane, dzieci te powinny podlegać regularnej, długoterminowej obserwacji. Wiele osób cierpi na zaparcia i/lub nietrzymanie stolca, a wczesna interwencja w celu profilaktyki nietrzymania stolca jest ważna dla tej populacji.

Pielęgnacja rany pooperacyjnej i blizn
Po zamknięciu stomii rodzice muszą zostać poinstruowani odnośnie opieki nad raną, objawów zakażenia oraz tego, kiedy powinni zadzwonić do pielęgniarki stomijnej lub skonsultować się z chirurgiem.

Niektórzy chirurdzy zamykają miejsce stomii szwami, podczas gdy inni pozwalają na wtórne gojenie się rany. Obowiązują te same zasady pielęgnacji ran, które obowiązują u osób dorosłych, jednak zaleca się stosowanie opatrunków o niskiej przyczepności. Proces gojenia jest zwykle szybszy u dzieci niż u dorosłych, więc mogą one wykazywać przerostowe blizny. Rodzice muszą zostać poinformowani, że po zamknięciu stomii powinni masować pozostałą bliznę środkiem zmiękczającym skórę lub zastosować specjalny opatrunek silikonowy. Pomoże to zapobiegać i kontrolować przerostowe blizny.

47 Temple, Shawyer & Langer, 2012
48 Lane VL, 2017.

Załącznik

Wykaz narzędzi edukacyjnych

Amerykańskie kolegium chirurgów – „kit": *www.facs.org/education/patient-education/skills-programs/osto-my-program/pediatric-ostomy*

Piśmiennictwo

- Al-Harbi & al Mucous refeeding in neonates with short bowel syndrome. *Journal of Pediatric Surgery*, Vol 34, No 7 (July), 1999: pp 1100-1103
- ASCN & PSNG Stoma Care Nursing Standards and Audit Tool For the Newborn to Elderly.
- AWHONN, Neonatal Skin Care, Evidence-based clinical practice guideline, 2007; 1-57
- Bolinger BL. A Teenager's Ostomy Guide. Chicago: Hollister Inc., 1978
- Broadwell DC, Jackson BS. Principles of ostomy care. In: Bolinger BL. The adolescent patient. St-Louis: Mosby, 1982: 532-544
- Cincinnati Children's Colorectal Center. Instructions For Parents Of Children After A Colostomy Closure For The Management of Anorectal Malformations. https://www.cincinnatichildrens.org
- Colwell JC & al Fecal and Urinary Diversions Management Principles Mosby 2004 p 223
- Erwin-Toth P.The effect of ostomy surgery between the ages of 6 and 12 years on psychosocial development during childhood, adolescence, and young adulthood. J *Wound Ostomy Continence Nurs.* 1999 Mar;26(2):77-85.
- Fernandes JD, Machado MCR, Oliveira ZNP. Clinical presentation and treatment of diaper dermatitis-part II] An Bras Dermatol. 2009; 84(1): 47-54
- Fiers, S et Thayer, D. Management of Intractable Incontinence in Urinary and Fecal Incontinence. Ch 9: p. 183-189.
- Forest-Lalande, L. Ostomies in Childhood : Psychological Repercussions. *The Link* (CAET). April 2004 p. 10-19
- Garvin G Caring for Children with Ostomies. Pediatric Surgical Nursing. Nursing Clinics of North America. Volume 29, number 4. December 1994 p.645-654 p
- Irving V Caring for he and protecting the skin of the preterm neonate. J wound Care 2001 253-256
- Jeter KF. These special children. Menlo Park, Calif: Bull Publishing, 1982
- Lau ECT & al Beneficial effects of mucous fistula refeeding in necrotizing enterocolitis neonates with enterostomies. *Journal of Pediatric Surgery* 51 (2016) 1914–1916
- Lalande L. et St-Vil D. Ostomies in Children Ostomy Canada Spring 2001
- Landmann, Linda A., When your ostomy patient is an adolescent. *J Enterostomal Ther* 1989; 16(2): 87-88
- Lane Victoria A et al. Pediatric colorectal and pelvic surgery. Case studies. CRC PRESS Taylor and Francis Group 2017
- Lask B. & al. Psychosocial sequelae of stoma surgery for inflammatory bowel disease in childhood. Gut. 1987 Oct;28(10):1257-60.
- Lyon C & Smith A Abdominal stomas and their skin disorders. 2001
- Lyon C & Smith A Abdominal stomas and their skin disorders. Second edition 2009
- Lyon C The Problem Stoma- peristomal skin problems June 2013
- Mayo clinic, Diaper rash, 2018. h*ttps://www.drugs.com/mcd/diaper-rash*
- McIltrot, K. (Ed.). (2016). Assessment and Management of the Pediatric Patient. In *Wound, Ostomy and Continence Nurses Society Core curriculum Wound Management* (pp. 158-175). Philadelphia.
- Mohr LD Growth and Development Issues in Adolescents With Ostomies J *Wound Ostomy Continence Nurs.* 2012; 39(5):515-521
- Mohr LD. & al Adolescent Perspectives Following Ostomy Surgery A Grounded Theory Study J *Wound Ostomy Continence Nurs.* 2016; 43(5):494-498
- Mounier C. Pediatric stoma therapy. *Psychological care Soins Pediatr Pueric.* 1996 Nov-Dec; (173): 19-22

- Motta GJ. Life span changes: Implications for ostomy care. *Nurs Clin North Am* 1987; 22(2): 333-34
- Oranges T & al Skin Physiology of the Neonate and Infant: Clinical Implications. Adv Wound Care (New Rochelle). 2015 Oct 1; 4(10): 587–595.
- Pediatric Subcommittee of the Wound, Ostomy and Continence Nurses Society, 2010
- Richardson L, Banerjee S, Heike R (2006) What is the evidence in the practice of mucous fistula refeeding in neonates with short bowel syndrome. Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition. Vol 43 Issue 2, p 267 -270
- Rogers V Managing Preemie stomas: More Than Just the Pouch JWOCN 2003:30:100-10
- Rogers, V.R. (2007.) Wound management in neonates, infants, children, and adolescents. In N.T. Browne, C.A. McComiskey, L.M.Flanigan, & P. Pieper (Eds), Nursing care of the pediatric surgical patient 2nd Edition (167-181). Sudbury, MA: Jones and Barlett Publishers
- Rouzrokh, M., Khaleghnejad, A. T., Mohejerzadeh, L., Heydari, A., & Molaei, H. (2010). What is the most common complication after one-stage transanal pull-through in infants with Hirschsprung's disease? Pediatric Surgery International,26(10), 967-970. doi:10.1007/s00383-010-2648-8
- Schaffner, A. Pediatric Ostomy Surgery J *Wound Ostomy Continence Nurs.* 2010;37(5):546-548.
- Scheinfeld N. Diaper dermatitis: a review and brief survey of eruptions of the diaper area. Am J Clin Dermatol.2005; 6(5): 273-81.
- Spain document: To cite the Spanish Guide using Vancouver style:
  Cebrián Batalla ML, Guijarro González MJ, Martín Romero C, Martínez Cano A, Sánchez Muñoz E, Valero Cardona A. Guía de atención integral al niño ostomizado. Madrid: Coloplast Productos Médicos, S.A; 2018
- Sparks, D. Home Remedies: Darn that diaper rash, Mayo clinic, March 17, 2017
- Temple, S. J., Shawyer, A., & Langer, J. C. (2012). Is daily dilatation by parents necessary after surgery for Hirschsprung disease and anorectal malformations? *Journal of Pediatric Surgery*,47(1), 209-212. doi:10.1016/j.jpedsurg.2011.10.048
- Weston WL & al. Diaper dermatitis: current concepts. Pediatrics 1980; 66:532-6
- WOCN Core Curriculum Ostomy Management, Wolters Kluwer, 2016
- WOCN PEDIATRIC OSTOMY CARE: Best Practice for Clinicians, 2011

Linki:

- RNAO: *(http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Ostomy_Care Management.pdf)*
- Shadowbuddies.org: Shadow Buddies Foundation to organizacja charytatywna dla dzieci, której celem jest zapewnienie wsparcia i wiedzy dzieciom z ciężkimi chorobami i niepełnosprawnością. Fundacja realizuje to poprzez unikalne programy mające na celu poprawę życia dzieci i dorosłych poprzez wspieranie współczucia i świadomości różnic dzięki linii 31 specyficznych dla choroby lalek „Shadow Buddy". Wykonane z muślinu i starannie przetestowane, aby reprezentowały schorzenie medyczne lub emocjonalne dziecka, Shadow Buddies oferują poważnie chorym lub dotkniętym problemem zdrowotnym dzieciom towarzystwo przyjaciela „takiego jak ja".

Wytyczne dotyczące najlepszych praktyk opieki nad dziećmi z wyłonioną stomią w aspekcie psychospołecznym

W tej części przedstawiono najlepsze praktyki w zakresie psychospołecznych aspektów opieki nad dziećmi z wyłonioną stomią. Zawiera ona następujące zalecenia:

- rozwijanie relacji terapeutycznej z dzieckiem i rodziną;
- jak dostosować edukację dotyczącą opieki stomijnej do indywidualnych potrzeb dziecka i rodziny;
- wpływ zabiegu wyłonienia stomii na dziecko i rodzinę;
- jak dzieci ze stomią i ich rodziny mogą podejść do codziennych czynności.

Rozdział 1:

Rozwijanie relacji terapeutycznej z dzieckiem i rodziną

Jednym z celów ustanowienia globalnego zestawu wytycznych jest wzmocnienie i wsparcie naszej pracy z populacją pediatryczną i umożliwienie nam nawiązania cennej, terapeutycznej relacji z dzieckiem i rodziną.

Rodzice i dzieci mają do czynienia zarówno z dostosowaniem do stomii, jak i wdrożeniem opieki stomijnej. Dzieci będą reagować różnie, zależnie od wieku i etapu rozwoju. Dlatego budując relację terapeutyczną z rodzicami i dziećmi, istnieje wiele czynników, które należy wziąć pod uwagę, aby wybrać strategie odpowiadające sytuacji dziecka i rodziny.

Jednym z głównych celów jest ustanowienie relacji opartej na zaufaniu dziecka i rodziny, w tym rodzeństwa. Informacje przekazywane rodzinie muszą być dokładne, wyczerpujące i zindywidualizowane, z poszanowaniem ich przekonań i wartości. Wzmocni to zaufanie w relacji.

„Terapeutyczna relacja pielęgniarka-pacjent jest definiowana jako wspierająca relacja oparta na wzajemnym zaufaniu i szacunku, pielęgnowaniu wiary i nadziei, wrażliwości na siebie i innych oraz pomagająca zaspokoić fizyczne, emocjonalne i duchowe potrzeby pacjenta dzięki naszej wiedzy i umiejętnościom”.[1]

1. Fostering therapeutic nurse-patient relationships Pullen, Richard L. Jr. EdD, RN; Mathias, Tabatha MSN, RNNursing Made Incredibly Easy!: May-June 2010 - Volume 8 - Issue 3 - p 4

Rozdział 2:

Dostosowanie edukacji w zakresie opieki stomijnej do potrzeb dziecka i rodziny

Jednym z wielu wyzwań podczas pracy w pediatrii jest dostosowanie naszego podejścia nie tylko do pacjenta, ale także do jego rodziny. Dotyczy to również sytuacji, gdy przychodzi czas na edukację w zakresie opieki stomijnej. Zasady szkolenia stosowane w pracy z dziećmi opierają się na pedagogice, podczas gdy zasady dotyczące dorosłych oparte są na andragogice (kształcenie dorosłych).

Planowanie sesji edukacyjnej
Przed rozpoczęciem jakiejkolwiek opieki lub sesji edukacyjnej ważne jest, aby znać stan dziecka i ogólny plan leczenia.

Równie ważne przy planowaniu sesji edukacyjnej jest wzięcie pod uwagę okoliczności, w których znajduje się chore dziecko i jego rodzina.

Kiedy ludzie są w stanie szoku lub zaprzeczenia, nie są gotowi do zdobywania nowej wiedzy i rozwijania nowych umiejętności. W miarę możliwości musimy być wrażliwi na gotowość do uczenia się ze strony dziecka i rodziny.

Planując sesję edukacyjną, należy wziąć pod uwagę następujące czynniki:
- etap rozwoju i wiek dziecka,
- obecność jakichkolwiek poznawczych, fizycznych lub psychologicznych barier w uczeniu się.

Należy dostosować swoje podejście edukacyjne zgodnie z tymi czynnikami. Poniższa tabela zawiera listę zaleceń dotyczących skutecznej sesji edukacyjnej.

„Na każdym etapie rozwoju - od niemowlęctwa, przez wiek przedszkolny i szkolny do wieku młodzieńczego i młodości - istnieją szczególne aspekty w opiece stomijnej".

Zalecenia dotyczące udanej sesji edukacyjnej

Zalecenia	Uzasadnienie
Upewnij się, że masz wystarczająco dużo czasu.	Ważne jest, aby szanować fakt, że ludzie uczą się w różnym tempie.
Sprawdź gotowość do nauki i etap rozżalenia.	Wskaże to, na jakim są etapie gotowości do nauki.
Rozważ etap rozwoju dziecka w zależności od wieku.	To wskaże podejście do nauczania i pozwoli używać słów i opisów, które dziecko może zrozumieć.
Należy zachęcać dziecko do udziału w pielęgnacji.	Sprzyja to jego autonomii i angażuje w opiekę.
Używaj pomocy dydaktycznych.	Pomoże to dostosować edukację do etapu rozwoju dziecka i poziomu zrozumienia.
Zaproponuj spotkanie z innym dzieckiem ze stomią lub rodzicem.	Podczas, gdy uczymy opieki stomijnej, gość może mówić o tym, jak wygląda życie ze stomią.
Dostarczaj różne materiały edukacyjne (np. drukowane, wideo, strony internetowe).	Oprócz rozdawania materiałów, wyjaśnij opiekę nad stomią – w języku pacjenta/rodziny, biorąc również pod uwagę kwestie kulturowe. Upewnij się, że pacjent/rodzina rozumie. Tłumacz może pomóc upewnić się, że trafią na odpowiednie strony internetowe.
Nastolatki: Najpierw skierować szkolenie do nich.	Sprzyja to ich poczuciu odpowiedzialności za opiekę i autonomię. Priorytet nastolatków w nauce może być inny niż w przypadku rodziców.

Co powinna obejmować sesja edukacyjna

Zawartość sesji edukacyjnej powinna się różnić w zależności od tego, kiedy jest przeprowadzana.

Oto przegląd tematów, które powinny być omówione przed i po operacji, a także po wypisie ze szpitala.

Treść sesji edukacyjnej

Zalecenia	Uzasadnienie
Przed zabiegiem	• Anatomia i fizjologia układu pokarmowego/moczowego. • Informacje o planowanym zabiegu/wyjaśnienia. • Wygląd stomii. • Przykłady produktów stomijnych. • Ogólna opieka stomijna. • Refundacja.
Po zabiegu	Wizualizacja stomii. *Pielęgnacja stomii* • Otwieranie worka. • Opróżnianie worka. • Zamykanie worka. • Jak usunąć przylepiec stomijny. • Jak zmierzyć stomię. • Odtworzenie pomiaru na folii ochronnej przylepca. • Wycięcie otworu w przylepcu stomijnym. • Jak oczyścić i osuszyć skórę wokół stomii. • Jak i gdzie nakładać pastę stomijną, jeśli to konieczne. • Jaki zastosować system sprzętu stomijnego. • Wygląd normalnej skóry wokół stomii. • Kiedy zmienić sprzęt stomijny. • Cechy prawidłowego kału, postępowanie dotyczące zapachu, gazów. • Postępowanie z wydaliną z odbytu w przypadku zmiany pasażu jelitowego. • Leki: mogą barwić stolec/mocz lub powodować nieprzyjemny zapach. W przypadku stomii kałowych powinny być w postaci płynnej, a nie o powolnym uwalnianiu, ponieważ wchłanianie może być upośledzone, kiedy lek jest wchłaniany w dalszej części przewodu pokarmowego. • Powrót do codziennej rutyny: odzież, kąpiel/prysznic, szkoła, sport. Szczególną uwagę należy zwrócić na wrażliwość kulturową dotyczącą praktyk higienicznych, tj. która ręka jest używana do oczyszczania. • Powikłania: Objawy biegunki/zaparcia i postępowanie, objawy zaburzeń równowagi elektrolitowej i postępowanie. Powikłania stomii i skóry wokół stomii • Produkty stomijne: systemy worków i akcesoria. • Odżywianie według wieku: wprowadzanie nowych pokarmów, zapobieganie niedrożności. • Profesjonalne, finansowe, psychospołeczne zasoby (np. obóz młodzieżowy). • Miejsca zaopatrzenia w produkty stomijne. • Dane kontaktowe chirurga i pielęgniarki stomijnej.
Po wypisaniu ze szpitala	Należy utrzymywać kontakt z pacjentem i rodziną, aby upewnić się, że dbają o stomię zgodnie z zaleceniami i dostosowują się do nowej rzeczywistości.

„Okres po wypisaniu to okres przejściowy, w którym każdy musi się dostosować. Należy pozostawać w kontakcie z rodzinami, które muszą być wspierane i kierowane, aby uniknąć niewłaściwych reakcji”.

Edukacja pooperacyjna
Treść sesji edukacyjnej powinna się różnić w zależności od tego, kiedy jest przeprowadzana. Oto przegląd tematów, które powinny być omówione przed i po operacji, a także po wypisie ze szpitala.

Od czego zacząć
Pierwszym krokiem w edukacji stomijnej jest dotknięcie stomii zarówno przez rodziców, jak i dziecko (jeśli jest to odpowiednie dla wieku). Ważne jest, aby zrozumieli, że nie jest to bolesne.

Podczas instruowania rodziców należy zacząć od prostych zadań. Na przykład, można najpierw pokazać, jak otworzyć i opróżnić worek. Można to pokazać za pomocą lalki, a potem u dziecka; następnie rodzice mogą wykonać zadanie pod naszym nadzorem.

Tę samą procedurę można zastosować podczas demonstrowania zmiany worka. Najlepiej byłoby, gdyby rodzice i/lub dziecko (w zależności od wieku) opanowali procedurę przed wypisaniem ze szpitala.

Oprócz podstaw zmiany worka, sesja edukacyjna po zabiegu powinna również dotyczyć pielęgnacji skóry. Dziecko i rodzice muszą być przeszkoleni na temat cech zdrowej skóry wokół stomii i wiedzieć, co robić w przypadku pojawienia się problemu. Muszą nauczyć się, jak czyścić skórę wokół stomii, jak ją osuszać oraz jak ocenić ewentualną utratę jej integralności. Muszą także wiedzieć, kiedy powinni zadzwonić do pielęgniarki stomijnej lub chirurga.

Wskazówki dotyczące wyboru produktu
Należy upewnić się, że mamy do wyboru kilka marek produktów stomijnych dla dziecka i rodziców, aby mogli zdecydować, która marka jest najbardziej odpowiednia.

Należy również podać informacje o akcesoriach stomijnych, chociaż zasadą jest stosowanie jak najmniejszej ilości produktów w opiece stomijnej u dzieci, aby zapobiec wszelkim reakcjom alergicznym. Skóra u większości dzieci goi się bardzo szybko, więc występują mniejsze problemy z okolicą wokół stomii, zakładając, że przylepiec stomijny jest prawidłowo przycięty i stosowany. Ważna jest jednak świadomość istniejących akcesoriów.

Zakończenie sesji
Po ukończeniu sesji edukacyjnej należy pamiętać o dostarczeniu dziecku/rodzinie materiałów pisemnych dotyczących tematów poruszonych podczas sesji. W ten sposób mogą przeanalizować materiały w swoim własnym tempie, gdy wrócą do domu. Zachęca się ich do zadawania pytań, jeśli czegoś nie rozumieją lub gdy potrzebują więcej informacji.

Pod koniec każdej sesji należy upewnić się, że dziecko i rodzice zrozumieli, czego zostali nauczeni. Jednym ze sposobów jest zadawanie pytań w celu sprawdzenia tego, czego nauczyli się podczas sesji. Należy zadawać pytania typu:

- Jaki rodzaj stomii ma Państwa dziecko?
- Kiedy należy opróżnić worek?
- Proszę wymienić dwa objawy wskazujące na to, że sprzęt stomijny musi zostać zmieniony.

Przydatne może być również sporządzenie listy kontrolnej, aby upewnić się, że wszystkie etapy zostały zakończone.

Ta lista pomaga również zapewnić ciągłość opieki od jednego opiekuna do drugiego.
Oto przykładowa lista kontrolna:

Tematy szkolenia	Demonstracja przez pielęgniarkę stomijną	Przećwiczenie przez pacjenta/rodzinę	Opanowanie przez pacjenta/rodzinę	Uwagi
Otwarcie worka	4 kwietnia	5 kwietnia	6 kwietnia	
Opróżnienie worka	4 kwietnia	7 kwietnia	8 kwietnia	
etc.				

Przed rozpoczęciem kolejnej sesji zawsze należy zapytać, czy są jakieś pytania lub sprawy, które wymagają wyjaśnienia.

Przed wypisem
Należy upewnić się, że dzieci i rodzice posiadają wszystkie istotne informacje przed opuszczeniem szpitala, tj:

- system obejmujący worek/akcesoria, które zostały wybrane na podstawie wniosku/kontaktu z dostawcą;
- zasoby finansowe;
- zasoby psychospołeczne, np. obóz młodzieżowy dla dzieci ze stomią;
- numery telefonów/e-maile chirurga i pielęgniarki stomijnej;
- pisemne informacje o tym, kiedy muszą zadzwonić do pielęgniarki stomijnej lub chirurga;
- data i godzina wizyty kontrolnej.

Po wypisaniu ze szpitala
Po wypisie zalecamy kontakt z pacjentem/rodziną co tydzień. Jeśli pacjent mieszka daleko od szpitala, można użyć aplikacji internetowych, takich jak Skype lub FaceTime, jako alternatywy dla osobistych wizyt. Należy skorzystać z własnej oceny klinicznej, aby określić, jak często kontaktować się z rodziną za pośrednictwem rozmów telefonicznych lub e-maili.

Należy pamiętać, że chociaż dziecko i rodzice czuli się pewnie po przeszkoleniu w szpitalu, może się to zmienić, gdy wrócą do domu. Zaleca się, aby pielęgniarka stomijna spotkała się z dzieckiem i rodzicami podczas wizyty kontrolnej u chirurga, aby zapewnić dobrą komunikację ze wszystkimi zaangażowanymi.

Radzenie sobie ze specjalnymi wyzwaniami
Można napotkać sytuacje, w których dziecko lub rodzic ma jakiś problem lub zaburzenie, które należy wziąć pod uwagę podczas prowadzenia sesji edukacyjnej.

W tabeli na następnej stronie przedstawiamy kilka zaleceń dotyczących postępowania z najczęstszymi typami wyzwań.

Zalecenia dotyczące radzenia sobie z większością wyzwań

Wyzwania	Zalecenia
Upośledzenie wzroku	• Używaj materiału z dużym nadrukiem. • Nagraj instrukcje audio. • Używaj wstępnie przyciętego przylepca stomijnego. • Zalecaj worki zapinane na zatrzask. • Używaj dotykowego oznakowania lokalizacji stomii lub płytki.
Analfabetyzm, problemy z nauką, pacjenci z ubytkiem słuchu, pacjenci posługujący się innym językiem	• Używaj obrazów i symboli do nauki. • Używaj rzeczywistych przedmiotów i zdjęć do przekazywania wiadomości. • Nagrywaj filmy w telefonie. • Zaangażuj logopedów lub tłumaczy języka migowego do przekazywania informacji. • Korzystaj z tłumaczy w odpowiednim języku lub skontaktuj się ze stowarzyszeniami stomijnymi w innych krajach.

Jeśli rodzina mówi innym językiem, może być konieczne pozyskanie tłumacza. Internet może być również cennym zasobem, ale należy upewnić się, że informacje pochodzą z wiarygodnej strony internetowej.

Specjalne wskazówki dotyczące szkolenia dzieci
Nawet w młodym wieku dzieci mogą uczestniczyć w pielęgnacji stomii. Na przykład, mogą pomóc zbierając materiały stomijne, rysując wzór stomii na folii ochronnej przylepca (który już przygotowaliśmy) i trzymając worek, gdy przylepiec jest nakładany na skórę.

Pozwalając dzieciom uczestniczyć w opiece nad własną stomią możemy pomóc im poczuć się dumnymi i użytecznymi. Mogą zacząć postrzegać to jako zabawę, a nie coś, czego należy się obawiać. Można także wprowadzić odgrywanie ról, w których dziecko może grać rolę pielęgniarki stomijnej i nałożyć worek na brzuch misia lub lalki. Dzieci lubią naśladować dorosłych, więc takie podejście może być bardzo skuteczne.

Małe dzieci zazwyczaj znają niektóre części swojego ciała, ale nie mają pojęcia, jak funkcjonują wewnętrznie. Korzystanie z rysunków może pomóc dzieciom w identyfikacji wewnętrznych części ciała, np. nerek lub jelit. Można użyć maskotki ze stomią, aby pokazać, jak opróżnić worek, lub użyć kolorowanki, która mówi dzieciom, co muszą przynieść do szkoły. Można także przeczytać lub opowiedzieć historię dziecka ze stomią. Kluczem jest wykorzystanie wyobraźni dziecka, jako narzędzia do komunikowania się z nim na temat jego stomii.

Niektóre dzieci nie wyrażają swoich uczuć werbalnie. Czują się bardziej komfortowo, wyrażając się poprzez lalki, maskotki lub rysunki. Może to dostarczyć ważnych informacji o tym, czy konieczne są dalsze skierowania, np. do psychologa dziecięcego.
W niektórych krajach „specjaliści ds. życia dziecka" są pomocni w radzeniu sobie z tymi sytuacjami. (Aby uzyskać więcej informacji, patrz Część B, Rozdział 3, „Wpływ zabiegu wyłonienia stomii na dziecko i rodzinę").

Mniej formalne metody edukacji
Oprócz formalnych sesji edukacyjnych, można zorganizować dla dziecka i rodziców spotkanie z innymi dziećmi ze stomią i ich rodzicami.
Rodzice zawsze myślą, że są jedynymi w tej sytuacji. Spotkanie z innymi rodzicami, którzy przeszli przez to samo doświadczenie, może pomóc zmniejszyć ich niepokój i dać im możliwość podzielenia się swoimi obawami. Słuchanie opowieści innych może pomóc im zrozumieć, że nie są sami. Widzą, że istnieją sposoby na pokonanie tej sytuacji.

Należy jednak zachować ostrożność przy wyborze innych dzieci lub rodziców. Ważne jest, aby wybrani mieli pozytywne nastawienie i wykazali, że można dostosować się do posiadania stomii.

Specjalne aspekty dotyczące nastolatków
Edukując nastolatka, zalecamy najpierw instruować nastolatka bez obecności rodziców. Istnieje kilka powodów takiego podejścia.

Niektóre nastolatki niechętnie rozmawiają o części ciała, o której normalnie nie rozmawiają ani nie pokazują rodzicom. Niektóre nastolatki mogą zachowywać się inaczej, gdy ich rodzice są obecni i mogą nie wyrażać swoich prawdziwych uczuć. Takie podejście przemawia również do niezależności nastolatka i może ułatwić im zaakceptowanie stomii jako jej części.

Po sesji należy zachęcić nastolatka, aby podzielił się z rodzicami tym, czego się nauczył. To samo dotyczy wizyty u pielęgniarki stomijnej lub chirurga/lekarza.

Być może nastolatek woli być sam, a rodzice powinni to uszanować.

Nastolatki lubią również spotykać ludzi w swoim wieku ze stomią. Mogą chcieć przyjrzeć się stomiom innych, rozmawiać o ubraniach, które noszą, jakie czynności wykonują i jakie sporty uprawiają. Chociaż dostarczamy nastolatkom tych informacji w ramach sesji edukacyjnych, mają one większą wiarygodność, gdy pochodzą od rówieśnika w tej samej sytuacji.

Dodatkowe zasoby
Oto lista dodatkowych zasobów, które mogą być przydatne podczas sesji edukacyjnych.

Dodatkowe zasoby na sesje edukacyjne

Dodatkowe zasoby/wskazówki	Cel
Instrukcje krok po kroku ze zdjęciami/z rzeczywistym workiem	Zapewniają inną metodę nauki.
Broszury, czasopisma, kolorowanki i inne materiały	Jako odniesienie, dostępne w razie potrzeby.
Zasoby online	Interaktywne programy do filmów na YouTube dla pacjenta/rodziny. E-learning przez komputer/smartfon. Uwaga: Należy upewnić się, że informacje są odpowiednie.
Pacjent/rodzice mogą nagrać pielęgniarkę zmieniającą produkt stomijny na swoich smartfonach w celu późniejszego wykorzystania.	Ułatwia to zrozumienie i odtworzenie techniki.
Inspirujący list wyjaśniający przyjaciołom, czym jest stomia	Wytłumaczyć innym życie ze stomią.

Rozdział 3:

Wpływ zabiegu wyłonienia stomii na dziecko i rodzinę

Zabieg wyłonienia stomii ma ogromny wpływ zarówno na dziecko ze stomią, jak i na rodzinę dziecka. Cała rodzina doświadczy zmiany w codziennym życiu, a wpływu tej zmiany nie można lekceważyć.

W tym rozdziale przedstawiamy ogólne czynniki, o których należy pamiętać w odniesieniu do wpływu stomii, a także czynniki swoiste dla różnych grup wiekowych w ramach opieki pediatrycznej.

Noworodki

Podsumowanie etapów rozwoju i wpływu

Charakterystyka etapu rozwojowego	Reakcja rodziców	Podejście pielęgniarskie
• Przedwczesna separacja • Zagrożenie pierwotnej więzi	• Poczucie niesprawiedliwości • Wątpliwości • Cierpienie i poczucie winy • Obawa, że mogą zostać odkryte inne zaburzenia	• Wyjaśnij i uspokój rodziców • Odpowiedz na ich pytania • Zachęcaj do wyrażania emocji • Zaproponuj spotkanie z innymi rodzicami • Zademonstruj pielęgnację stomii • Zaangażuj rodziców w opiekę stomijną

Praca z rodzicami
Urodzenie dziecka z wrodzoną wadą lub chorobą wymagającą utworzenia stomii kałowej lub moczowej może być trudnym doświadczeniem dla rodziców. Ich dziecko może zostać przeniesione do specjalnego oddziału lub szpitala poza ich społecznością. Matka i jej dziecko są rozdzielone, a ich początkowe więzi są zagrożone. Rodzice mogą nie rozumieć, dlaczego tak się stało. I chociaż zostali poinformowani o sytuacji, mogą mieć problemy z dostosowaniem. Rodzice mogą odczuwać różne emocje, w tym poczucie winy, szok i zwątpienie w siebie. Mogą nawet kwestionować swoją zdolność bycia dobrymi rodzicami, biorąc pod uwagę stan zdrowia dziecka.

Zgodnie z modelem Kübler-Ross[3] istnieje pięć etapów żalu: zaprzeczenie, gniew, targowanie się (negocjacja), depresja i akceptacja. Ten model jest istotny, ponieważ rodzice opłakują utratę „doskonałego noworodka", którego oczekiwali.

Rodzice przejdą przez te fazy, dlatego ważne jest, aby zdawać sobie z tego sprawę w swoim podejściu i określić, na którym etapie żalu się znajdują. Muszą mieć pewność, że nie są sami; że profesjonalna pielęgniarka stomijna będzie ich wspierać w całym kontinuum medycznym – od momentu wyłonienia, aż do zamknięcia stomii u dziecka.

Podejście pielęgniarskie
Upewnij się, że rodzice dobrze rozumieją wyjaśnienia podane przez chirurga. Ważne jest, aby odpowiedzieć na pytania, wyjaśniając wszelkie nieporozumienia dotyczące stanu dziecka oraz krótko- i długoterminowych skutków. Rodzice powinni mieć czas na wyrażenie swoich uczuć w sprzyjającym środowisku. Nacisk na tym etapie powinien być położony na pozytywny postęp dziecka. Pomoże to rodzicom uniknąć negatywnych myśli, które mogą zwiększać ich niepokój.

Gdy stan noworodka jest stabilny, rodzice powinni być zaangażowani w codzienną rutynę dziecka, taką jak zmiana pieluchy, pielęgnacja skóry, podtrzymywanie i dotyk. Pomoże to przywrócić pierwotne więzi. Niektóre matki mogą chcieć karmić piersią swoje dziecko. W takich przypadkach pielęgniarka stomijna odgrywa istotną rolę w uspokojeniu tych matek, informując je, że stomia nie przeszkadza w karmieniu piersią. Kiedy poczują się dobrze w codziennej rutynie, mogą zacząć uczyć się dbać o stomię i zmieniać worek. Należy im stale przypominać, że dotykanie stomii nie jest bolesne dla dziecka. Muszą również wiedzieć, że dziecko może płakać, nie z powodu dyskomfortu wynikającego z rzeczywistej opieki stomijnej, ale z powodu poczucia ograniczenia podczas trzymania w związku ze zmianą worka. Pielęgniarka stomijna powinna pomagać rodzicom w ocenie ich zdolności, usuwać możliwe obawy i wspierać dobrą technikę. Zaleca się zaangażowanie obojga rodziców, aby opieka stomijna nie zależała od jednego rodzica. Rodzice mogą być przedstawiani innym rodzicom w tej samej sytuacji.

Pierwsze dwa lata życia

Podsumowanie etapu rozwoju i wpływu

Charakterystyka etapu rozwoju	Reakcja rodziców	Podejście pielęgniarskie
• Strach przed nowymi twarzami. • W większości ufają rodzicom. • Pozostają pod wpływem wiadomości otrzymywanych z otoczenia.	• Rodzice obawiają się reakcji swojego dziecka.	• Zachęcaj rodziców do pozostania w szpitalu z dzieckiem. • Regularnie odwiedzaj dziecko. • Nawiąż relację opartą na zaufaniu. • Podaj proste i jasne informacje. • Przekazuj pozytywny komunikat dotyczący stomii.

Jeśli stomia zostanie wyłoniona w ciągu dwóch pierwszych lat życia, należy uwzględnić reakcję dziecka, aby pomóc mu oraz rodzicom przejść przez sytuację tak łatwo, jak to możliwe. Rodzice mogą być smutni i zaniepokojeni, gdy ich dziecko musi przejść operację. Mogą się martwić o reakcję dziecka, przewidując ewentualne cierpienie wynikające z tego doświadczenia. Niektóre małe dzieci mogą być złe na rodziców, ponieważ to rodzice zgodzili się na operację.

Praca z rodzicami
W idealnym przypadku jedno z rodziców powinno zostać z dzieckiem w szpitalu, ponieważ pomoże to zmniejszyć niepokój dziecka i promować bardziej pozytywne doświadczenia. Pozytywne uczucia rodziców mogą zachęcić dziecko do dostosowania się do stomii. Rodzice muszą także być świadomi zdolności swojego dziecka do radzenia sobie ze stresującymi sytuacjami.

Podejście pielęgniarskie
Zazwyczaj dzieci w tym wieku obawiają się nowych twarzy. Nie ufają innym ludziom. Z tego powodu ważne jest nawiązanie dobrych relacji z rodzicami, aby dziecko mogło to obserwować przed wykonaniem jakiejkolwiek opieki fizycznej. Wykorzystaj zabawę i kontakt fizyczny, aby stworzyć relację z dzieckiem, która wymaga więcej, niż inwazyjne procedury. Ważne jest, aby dostosować się do świata dziecka i wyjaśnić opiekę nad stomią słowami, które dzieci mogą zrozumieć. Należy pamiętać, że bardzo małe dzieci żyją chwilą, więc wszystkie wyjaśnienia należy podać bezpośrednio przed zabiegiem (np. zmiana produktu stomijnego), a nie kilka godzin wcześniej. Dzieci w tym wieku są pod dużym wpływem środowiska i mimiki członków ich rodzin i opiekunów. Ważne jest, aby rodzic lub opiekun miał pozytywną mimikę twarzy i korzystał z pozytywnego języka podczas całego procesu opieki.

Zalecamy przygotowanie wszystkiego, co jest potrzebne, przed wymianą worka, aby nie przedłużać procedury. Rozproszenie to dobry sposób na zmianę uwagi, a rodzice mogą pomóc w stworzeniu uspokajającej atmosfery. Czasem można negocjować, ale musi to być korzystne dla wszystkich. Dzieci wiedzą, że mogą mieć swoje zdanie, ale musimy użyć oceny klinicznej i wiedzieć, gdzie postawić granice. Dzieci muszą wiedzieć, że obowiązują pewne zasady i nie mogą kontrolować całej procedury.

To naturalne, że dzieci badają swoją stomię i worek, tak jak w przypadku każdej innej części ciała. Worek może stanowić interesujące odkrycie ze względu na fakturę i dźwięk. Radzimy rodzicom, aby dziecko w tym wieku ubierać w jednoczęściowy strój lub kombinezon, aby zmniejszyć fizyczny dostęp do stomii.

Dzieci w wieku przedszkolnym (od 2 do 5 lat)

Podsumowanie etapu rozwoju i wpływu

Charakterystyka etapu rozwojowego	Reakcja dziecka	Podejście pielęgniarskie
• Potrzeba niezależności i autonomii • Odkrywanie genitaliów • Szkolenie korzystania z nocnika	• Może interpretować stomię jako karę • Uczucie wstydu • Wyobrażenia kastracyjne	• Poinformuj dzieci odpowiednio do wieku • Zachęcaj dzieci do udziału w opiece nad stomią • Korzystaj z lalek i maskotek
	Reakcja rodziców	**Podejście pielęgniarskie**
	• Boją się, że ich dziecko będzie opuszczać lekcje • Strach, że stomia będzie przeciekać	• Zachęcaj rodziców do unikania nadopiekuńczości

Wiek przedszkolny charakteryzuje się potrzebą niezależności i autonomii dziecka. Jest to wiek odkrywania genitaliów, a także w tym okresie dzieci są szkolone do używania nocnika. Przedszkolaki badają swoje ciało z wielkim zainteresowaniem, zaczynają badać swoje genitalia i są przekonane, że najważniejsza jest część ich ciała, która otrzymuje największą uwagę. Dzieci mogą mylić emocje i czasami postrzegają stomię jako karę. Niektóre dzieci mogą odczuwać wstyd, a chłopcy mogą mieć wyobrażenia o kastracji związanej z operacją.

Praca z rodzicami

Poczucie winy rodziców może prowadzić do pobłażliwości w opiece nad dzieckiem. Inni rodzice mogą otaczać dziecko nadmierną opieką. Pomimo tendencji do nadopiekuńczości, należy zachęcać rodziców do wychowywania dziecka w normalny sposób. Zamiast podkreślać, w jaki sposób ich dziecko jest inne, rodzice muszą zapewnić dziecku sposób radzenia sobie ze stomią. Ważne jest, aby dać rodzicom możliwość wyrażenia własnych uczuć, aby pomóc im zmierzyć się z rzeczywistością w pozytywny sposób.

Podejście pielęgniarskie

Dla dzieci w wieku od dwóch do czterech lat układ trawienny i moczowy stanowią niejasny kompleks. Dzieci mogą wymieniać części ciała, ale nie mają pojęcia o swoich narządach wewnętrznych. Zatem proste i jasne wyjaśnienia przyczyniają się do usunięcia wszelkich możliwych nieporozumień u dzieci. Ważne jest, aby zwracać uwagę na ich świat fantazji. Czasami dzieci nie wyrażają uczuć bezpośrednio, ale lalki i maskotki mogą pomóc im wyrazić swoje obawy i emocje.

Gdy dziecko jest w domu, należy utrzymywać kontakt z rodziną, aby móc nadal oferować wsparcie i porady.

Dzieci w wieku szkolnym (od 6 do 12 lat)

Podsumowanie etapu rozwoju i wpływu

Charakterystyka etapu rozwoju	Reakcja dziecka	Podejście pielęgniarskie
• Etap rozwoju kompetencji • Intymność jest ważna • Rola społeczna: bycie uczniem	• Dzieci martwią się o swoje kompetencje • Mają poczucie destabilizacji	• Wyjaśnij sytuację • Uspokój • Zachęcaj rodziców do poszanowania autonomii dziecka • Szanuj intymność dziecka

Jest to okres, w którym dzieci zdobywają autonomię. Mogą teraz dbać o własne potrzeby. Stomia stworzona w tym wieku może oznaczać utratę kontroli, o którą dzieci tak bardzo walczyły. Przed zabiegiem dziecko było niezależne w osobistej pielęgnacji. Po zabiegu wszystko się zmienia. Nagle pojawia się stomia, która przyciąga wiele uwagi ze strony otoczenia. Może to powodować poczucie dezorientacji i niepewności. Niektóre dzieci odczuwają nawet wstyd.
Wiek szkolny to także okres, w którym dzieci zaczynają zdobywać kompetencje i umiejętności. Oprócz bycia uczniami, mają swoje aktywności i rolę społeczną. Jest to wiek, w którym intymność staje się ważna. Dzieci zaczynają odczuwać nieśmiałość i nie lubią pokazywać swoich miejsc intymnych.

Praca z rodzicami
Rodzice są często bardziej emocjonalnie dotknięci niż dziecko. Mogą być zaniepokojeni, jeśli dziecko opuszcza zajęcia szkolne i martwią się, jak dziecko poradzi sobie, jeśli worek będzie przeciekać podczas przebywania poza domem. Mogą czuć się winni, że nie mogą chronić dziecka przed nękaniem. Często mają wielkie trudności z wyobrażeniem sobie, że ich dziecko będzie niezależne i poradzi sobie z opieką nad stomią.

Rodzice muszą być zachęcani do promowania autonomii swojego dziecka. Należy pomóc im zobaczyć, że angażowanie dziecka w opiekę (np. pomoc w gromadzeniu zasobów, określaniu rozmiaru stomii na folii zabezpieczającej przylepiec, zakładaniu i zdejmowaniu sprzętu stomijnego) może przywrócić kontrolę nad rutyną dziecka. Wszyscy członkowie rodziny muszą znaleźć rozsądną równowagę w tym zakresie. W zależności od poziomu autonomii dziecka, celem powinno być coraz większe zaangażowanie dziecka w pielęgnację stomii. Należy skorzystać z własnej oceny klinicznej, aby ocenić kompetencje i zdolności dziecka oraz zmotywować dziecko do osiągnięcia autonomii.

Podejście pielęgniarskie
Po raz kolejny nasza rola polega na wyjaśnieniu sytuacji. Jak wspomniano wcześniej, należy wyjaśnić w jasny i prosty sposób, dlaczego dziecko ma stomię. Dzieci w tym wieku również żyją w świecie fantazji i ważne jest, aby dać im jasne wyjaśnienia, które mogą zrozumieć. Pomoże to w rozwianiu fałszywych przekonań. Lalki i maskotki mogą pomóc dzieciom wyrazić, co czują. Niektóre dzieci będą nazywać swoją stomię, ponieważ jest to dobry sposób na dostosowanie i uczynienie stomii częścią siebie.

Należy słuchać ich lęków i obaw, aby móc szybko rozproszyć wszelkie nieporozumienia. Pomoże to również szybko wykryć wszelkie obawy dotyczące szkoły, takie jak strach przed wyciekiem. Dzieci są zazwyczaj bardziej odporne niż dorośli, ponieważ żyją chwilą obecną. Dlatego zalecamy, aby nie informować dzieci z wyprzedzeniem o konieczności zmiany worka. Najlepiej poczekać do chwili tuż przed procedurą. Jak wspomniano wcześniej, ważne jest, aby wykonać procedurę sprawnie, ale płynnie, poświęcając czas na małe przerwy, jeśli to konieczne.

Dbanie o stomię w szkole
Podobnie jak w przypadku wszystkich grup wiekowych, dzieci w wieku szkolnym powinny mieć dostęp do co najmniej dwóch członków personelu podczas uczęszczania do szkoły. W razie przypadkowego wycieku powinny również mieć dostęp do dodatkowych ubrań i sprzętu stomijnego w plecaku lub szafce.

Okres młodzieńczy/nastolatki

Podsumowanie etapu rozwoju i wpływu

Charakterystyka etapu rozwojowego	Reakcja nastolatka	Podejście pielęgniarskie
• Poszukiwanie autonomii i niezależności • Bardzo zależy im na wyglądzie, zamknięci w sobie	• Może być zły na stomię, zaprzeczać • Ci, którzy byli poważnie chorzy, mogą postrzegać stomię jako odrodzenie • Obawa, że ktoś może zobaczyć worek, że worek można poczuć lub usłyszeć	• Spróbuj zrozumieć nastolatków bez oceniania • Zmierz się z czasami agresywną postawą • Szanuj intymność nastolatka • Bądź otwarty na omawianie problemów seksualności • Uznaj znaczenie, jakie ma dla nastolatków używanie mediów społecznościowych jako sposobu poszukiwania wiedzy i zmniejszenia izolacji Pamiętaj, że każdy nastolatek reaguje inaczej. Niektórzy mogą zdecydować się na ukrywanie swojego worka, inni mogą go pokazywać. • Odwołaj się do grupy wsparcia dla nastolatków/obozu młodzieżowego. • W razie potrzeby skontaktuj się z psychologiem • Poleć broszury/czasopisma firm lub stowarzyszeń przeznaczone dla nastolatków
	Reakcja rodziców	**Podejście pielęgniarskie**
	• Rodzice mają dziecko w kryzysie dojrzewania • Są zajęci przyszłością swojego dziecka • Rozdarcie między nadopiekuńczością, lękiem i poczuciem winy	• Zachęcaj rodziców do unikania nadopiekuńczości

„Okres dorastania jest zwykle czasem zawirowań. Wielu uważa to za strefę wojny – czas i miejsce w życiu naznaczone otwartym buntem i negatywizmem. W rzeczywistości nastolatki, o których mowa, mogą wykazywać jedynie racjonalne, narastające trudności – fizyczne i psychologiczne." [4]

Posiadanie stomii w okresie dojrzewania może być druzgocące dla poczucia własnej wartości nastolatka, zwłaszcza w społeczeństwie, które koncentruje się na higienie ciała, wyglądzie i sukcesie. Oprócz kryzysu rozwojowego, młodzież musi przejść przez kryzys sytuacyjny, który ma wpływ fizyczny, psychiczny i społeczny.

Wpływ fizyczny

Najczęstszym powodem, dla którego młodzież ma wyłanianą stomię, są choroby zapalne jelit (IBD). Tych nastoletnich pacjentów należy poinformować po operacji, że mogą obserwować przyspieszony wzrost i dojrzewanie płciowe. W ten sam sposób dojrzała płciowo młodzież może doświadczyć regresji podczas ostrego okresu choroby. U dziewcząt może dojść do zatrzymania rozwoju piersi i braku miesiączki. Siła mięśni chłopców może się zmniejszyć.

Obraz ciała i seksualność

Młodzież ze stomią kładzie duży nacisk na akceptację lub odrzucenie swojego ciała. Młodzi ludzie mogą mieć trudności z radzeniem sobie z nowym sposobem wydalania i nowym obrazem ciała.
Często są niezgrabni w pielęgnacji stomii, wykonując ją z uczuciem obrzydzenia. Aspekty takie jak płodność, potencja seksualna, miesiączka i ciąża stwarzają kłopotliwe pytania dla młodzieży ze stomią. Młodzi ludzie ze stomią mogą mieć poczucie, że ich zdolność do przyciągnięcia partnera seksualnego jest ograniczona. Mogą sądzić, że skoro mają problemy z polubieniem siebie w obecnym stanie, skąd mogą mieć nadzieję, że ktoś ich pokocha? Mogą obawiać się, że ich sprawność seksualna uległa zmianie.

Niektóre nastolatki unikają tematu, odmawiając uznania siebie za istoty obdarzone seksualnością. Niektórzy z nich będą mieli stosunki seksualne, gdzie jedynym celem będzie sprawdzenie zdolności uwodzenia.

Wpływ psychologiczny

Środowisko szpitalne

Hospitalizowani nastolatkowie są bardziej narażeni. Są z dala od domu, rodziny, przyjaciół i być może ulubionego zwierzaka. Nie noszą zwykłych ubrań. Bycie hospitalizowanym oznacza również, że muszą przerwać swoje aktywności i opuścić lekcje. Wszystko to stanowi wyzwanie dla ich tożsamości.
Podczas pobytu w szpitalu młodzi ludzie mogą czuć się bardziej zależni od innych. Mogą czuć, że stracili kontrolę i podejmowane są za nich decyzje, co prowadzi do uczucia zwiększonej wrażliwości. Podczas hospitalizacji młodzi ludzie muszą przejść badania fizyczne i zabiegi, które mogą ich zawstydzać. Mogą być badani przez personel płci przeciwnej oraz w obecności innych osób w pomieszczeniu.

Jak sobie radzą

Reakcje na tę postrzeganą utratę kontroli różnią się w zależności od nastolatka. Niektórzy mogą przejść przez cały okres hospitalizacji bez nadmiernego reagowania, próbując utrzymać kontrolę nad swoimi emocjami. Niektórzy nie wyrażają swoich prawdziwych emocji personelowi szpitala, ale dzielą się z rodzicami. Jedni mogą mieć wybuchy emocjonalne i buntować się. Inni zareagują w zupełnie odwrotny sposób, stając się całkowicie ulegli i skupieni na sobie. Mogą odczuwać smutek, desperację i zaprzeczenie.

Aby stawić czoła utracie kontroli nad funkcją wydalniczą, młodzież może wypracować kilka mechanizmów obronnych. Niektórzy mogą zareagować odmawiając uznania swoich ograniczeń. Mogą próbować robić więcej, niż powinni, na przykład, starać się, aby ich worek pozostał na miejscu dłużej niż to jest zalecane lub zachowywać się tak, jakby go nie mieli. Kiedy reagują w ten sposób, starają się potwierdzić swoją niezależność i przeciwstawić się autorytetowi, co jest częścią doświadczenia dorastania.

Czynniki wpływające na ich reakcję
Młodzież ma tendencję do lepszego dostosowywania się, jeśli stomia jest tymczasowa i wiedzą, że jest konieczna tylko przez ograniczony, określony czas. Dostosowanie nie jest takie proste, gdy stomia jest trwała, ponieważ jej wpływ na życie będzie długotrwały. Można również spotkać nastolatków, którzy mają tymczasowe stomie, ale przez dłuższy czas z powodu powikłań. Ważne jest, aby mieć świadomość wszystkich tych okoliczności, aby pomóc nastolatkowi dostosować się do konkretnej sytuacji.

Okoliczności związane z zabiegiem będą miały również wpływ na dostosowanie u nastolatków. Pilny zabieg może oznaczać, że stomia stanowi nagłą zmianę. Jednak planowany zabieg (tj. z powodu choroby przewlekłej) może stanowić „odrodzenie" i nadzieję na lepszą jakość życia.

Wpływ społeczny

W rodzinie
Nastolatkowie mogą czuć, że różnią się od innych członków rodziny i martwić się, że zostaną odrzuceni. Z ich powodu rodzice często muszą opuszczać pracę, życie rodziny jest zaburzone, a rodzeństwo otrzymuje mniej uwagi od rodziców. Mogą czuć, że są ciężarem dla rodziny i że nie mają żadnej wartości.

Mogą pojawić się buntownicze emocje, takie jak „Dlaczego to mi się przytrafiło?". Te emocje mogą prowadzić do poczucia winy rodziców lub rodzeństwa. Niektórzy rodzice zareagują nadmiernie chroniąc swoje dziecko. Rodzice mogą mieć trudności z rozpoznaniem i zaakceptowaniem nowych kompetencji swojego dziecka, zwłaszcza po chorobie lub operacji wyłonienia stomii i mogą zareagować poprzez nadopiekuńczość. Często rodzice nastolatków z chorobą Leśniowskiego-Crohna i wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego spędzają tyle czasu z chorym dzieckiem, że po wyłonieniu stomii mają trudności z uniezależnieniem się nastolatka.

Inni rodzice mogą nadmiernie wspierać autonomię młodzieży. Ta reakcja może również mieć niekorzystny wpływ na nastolatka ze stomią. Jeśli młodzież zostanie pozostawiona zupełnie sama, bez nadzoru lub zainteresowania, może czuć się opuszczona i bać się, że musi poradzić sobie z wszystkimi nowymi obowiązkami.

W szkole
Młodzi ludzie ze stomią mogą być przejęci tym, jak zareagują ich rówieśnicy. Obawiają się odrzucenia. Jednak dzielenie się informacjami o chorobie z rówieśnikami jest delikatną kwestią. Niektórzy zdecydowali się powiedzieć swoim przyjaciołom o stomii, ale później żałowali tego, kiedy przyjaciele ich zdradzili. Ukrywanie choroby może być również szkodliwe. Wielu z tych nastolatków opuściło sporo lekcji z powodu choroby i operacji, w wyniku czego muszą powtarzać klasę. Oznacza to, że pozostają oni w tyle za swoimi rówieśnikami. To uczucie zostania w tyle może prowadzić do depresji.

Podejście pielęgniarskie
Odgrywasz ważną rolę w pomaganiu młodzieży przechodzącej operację wyłonienia stomii. Podaj informacje krok po kroku o planowanej operacji, badaniach medycznych, stomii, produktach i materiałach stomijnych oraz podziel się tym, jak wygląda proces dostosowania do życia ze stomią. Ważne jest, aby dostarczać spójnych informacji, ponieważ mogą one stanowić test posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz uspokoić pacjenta.

Intelekt nastolatków może pomóc im dostosować się do zindywidualizowanej patologii. Mogą zrozumieć normalną fizjologię ludzkiego ciała, a także konsekwencje własnej patologii. Korzystanie z pomocy wizualnych, a także abstrakcyjnych i teoretycznych wyjaśnień może pomóc im lepiej zrozumieć ich stan.

Wiedza jest cennym narzędziem pomagającym w dostosowaniu, które pomoże zmniejszyć niepokój nastolatków dotyczący ich choroby.

Konieczne jest jednak zachowanie ostrożności. Niektórzy nastolatkowie mogą intelektualizować swoją chorobę i być zajęci poznawaniem procesu chorobowego. Jednak ich zdolność do zrozumienia patologii może przewyższać ich zdolność do emocjonalnego dostosowania się do niej. Może to zmienić ich proces adaptacji.

Innym czynnikiem, o którym należy pamiętać, jest to, że młodzież, przyswajając informacje, które im przekazujemy, może je czasem błędnie zinterpretować. Ważne jest, aby potwierdzić to, co naprawdę rozumieją. Młodzież może również rozwijać własne teorie oparte na faktach, wyobraźni i emocjach. Ta mieszanka może odzwierciedlać ich doświadczenie życiowe.

Czasami możemy zostać specjalnym powiernikiem nastolatka, który przy nas wyraża uczucia, których nie wyraziłby wobec swoich rodziców lub przyjaciół. Młodzież ze stomią musi mieć kogoś, na kim może polegać, kogoś, kto nie będzie ich oceniał, i kogoś, kto da im czas potrzebny do przetworzenia tego, co się dzieje. Zapewnienie wsparcia emocjonalnego jest kluczową częścią naszej roli, ale musimy także umieć rozpoznawać nasze ograniczenia i zwracać się do psychologa, gdy nastolatek wykazuje oznaki niepokoju lub depresji.

Dodatkowe zalecenia
Oto kilka dodatkowych zaleceń dotyczących młodzieży ze stomią:

1. Spróbuj zrozumieć nie osądzając
Chociaż ich fizyczna i seksualna dojrzałość może się zmienić w trakcie choroby, ważne jest, aby komunikować się z nastolatkami w zależności od ich wieku. Przed spotkaniem z nastolatkiem zapoznaj się z wiekiem i dojrzałością dziecka. Pamiętaj, że młodzież może reagować szerokim wachlarzem emocji. Nastolatek powinien wiedzieć, że rozumiemy jego uczucia. Negatywne uczucia mogą narastać w domu; z tego powodu ważne jest, aby nadal komunikować się z nastolatkiem po wypisaniu ze szpitala, telefonicznie, e-mailem lub bezpośrednio twarzą w twarz.

2. Szanuj ich intymność i rozwiązuj problemy seksualności
Ważne jest, aby omówić z nastolatkiem tematy antykoncepcji i zabezpieczenia. Po raz kolejny relacja oparta na zaufaniu i szacunku dla intymności nastolatka pozwoli otwarcie omówić z nimi ten delikatny temat i pomóc im utrzymać pozytywny wizerunek ciała.

Młodzież czuje się niekomfortowo, gdy ludzie wchodzą do ich fizycznej przestrzeni. Chociaż nadzór jest konieczny, gdy uczą się, jak dbać o stomię, należy nadzorować nastolatka w akceptowalnej odległości. Biorąc pod uwagę nieśmiałość, jaką mogą wykazywać w odniesieniu do części ciała, należy zachęcać młodzież do podjęcia opieki nad stomią. Niech wiedzą, że jeśli potrzebują pomocy, powinni być odpowiedzialni za poproszenie o nią.

3. Pomóż im interpretować i radzić sobie z reakcjami innych
Młodzi ludzie mogą nie zawsze rozumieć reakcję rodziców na ich chorobę lub stomię. Ważne jest, aby wyjaśnić im, dlaczego ich rodzice mogą stać się nadmiernie opiekuńczy lub bezczynni.

Jak wspomniano wcześniej, niektórzy będą odczuwali potrzebę rozmawiania o swoim stanie z rówieśnikami. Zachęć ich, aby znaleźli słowa, które będą wyjaśniać sytuację w prosty i naturalny sposób, bez wchodzenia w szczegóły, które mogłyby doprowadzić do zażenowania lub obrzydzenia. Młodzi pacjenci powinni być świadomi, że zmiany fizyczne mogą wywoływać dyskomfort, zwłaszcza u młodszych nastolatków. Jednak w połowie okresu dojrzewania rówieśnicy zazwyczaj stają się bardziej przychylni. Mogą nawet sympatyzować z nastolatkiem i podziwiać go, zwłaszcza jeśli wykazuje on pozytywne nastawienie. Zasugeruj, aby młody człowiek starannie wybrał zaufanego przyjaciela i poprosił go o opinię.

4. Rozpoznaj potrzebę wsparcia
Młodzi ludzie ze stomią mogą czuć się odizolowani, tak jakby byli jedynymi, którzy przez to przechodzą. Prawdopodobnie nie znają nikogo innego w tej samej sytuacji. Dlatego tak ważne jest, aby zapoznać ich z innymi nastolatkami ze stomią. To daje im sieć znajomych, z którymi mogą dzielić się swoimi obawami i wymieniać pomysły/uzyskać porady dotyczące ubrań, zajęć sportowych, życia społecznego itp. Nie ma wątpliwości, że osoba ze stomią ma większą wiarygodność niż ktokolwiek inny. Niezbędne jest, aby nastolatek ze stomią spotykał się z innymi, którzy odnieśli sukces. To daje mu nadzieję, a nadzieja ma kluczowe znaczenie dla optymalnego dostosowania.

W niektórych krajach obozy dla młodych ludzi ze stomią dają możliwość poznania innych nastolatków w tej samej sytuacji – w zabawnym, nieoceniającym środowisku. Daje im to możliwość dzielenia się swoimi obawami i uczuciami oraz słuchania rozwiązań. Obozy

takie pomagają pozbyć się poczucia izolacji, dając im możliwość rozwijania nowych relacji. Jest to pozytywny kierunek.

5. Uważaj na objawy depresji lub lęku
Zwracaj uwagę na wszelkie objawy lęku lub depresji i bądź gotów poprosić o konsultację psychologiczną, jeśli to konieczne.

6. Pomóż im zaplanować życie ze stomią
Jak wszyscy inni, młodzi ludzie pragną być częścią społeczeństwa. Zachęć ich do wyznaczania realistycznych celów, które uwzględniają ich możliwości oraz ograniczenia. Pomóż im uniknąć takich pułapek jak:

- całkowite zaprzeczenie ich ograniczeń, które może prowadzić do samooszukiwania

lub

- przesada w chorobie, która prowadzi do poczucia bezwartościowości i desperacji.

Poradnictwo zawodowe może również umożliwić nastolatkowi realistyczne oczekiwania dotyczące jego przyszłości.

Opieka nad nastolatkami ze stomią jest wyzwaniem. Wymaga cierpliwości, dostępności i poszanowania ich tempa i zdolności adaptacji. Wymaga to również akceptacji tego, kim są, bez osądu i pomimo ich postawy lub zachowania. Przede wszystkim musimy pomóc im dostosować się do nowego stanu, zalecając sprzęt stomijny, który jest niezawodny, wygodny, dyskretny i przede wszystkim bezpieczny.
W przypadku opieki nad stomią u dorosłych badania często pokazują, że zdolność pacjenta do wznowienia codziennych czynności ma pozytywny wpływ na jakość życia i zdolność do prowadzenia produktywnego życia po zabiegu wyłonienia stomii.

3. See the Glossary for more information about this model.
4. Katherine Jeter, 1982

Rozdział 4:

Codzienne czynności ze stomią

Podczas pracy z pacjentami pediatrycznymi ze stomią nasze doświadczenia wskazują również, że możliwość wznowienia codziennych czynności ma pozytywny wpływ na całą rodzinę. Zazwyczaj dzieci ze stomią mogą wrócić do zwykłych codziennych czynności. Jednak należy podjąć pewne środki ostrożności.

Na przykład zalecamy opróżnienie worka przed ułożeniem dziecka w pozycji leżącej, podczas przytulania lub podczas korzystania z urządzeń do transportu dzieci.

Tabela na następnej stronie przedstawia niektóre podstawowe codzienne aktywności dzieci ze stomią oraz zalecenia dotyczące opieki stomijnej podczas, uczestniczenia w tych zajęciach.

Codzienne czynności ze stomią

Aktywność	Zalecenia
Kąpiel/prysznic	**Czy brać kąpiel/prysznic z workiem czy bez?** • Poinformuj rodziców i pacjentów, że NIE ma ryzyka, że woda dostanie się do stomii. Przylepiec stomijny i worek należy osuszyć natychmiast po kąpieli/prysznicu. • Nie należy używać tłustego mydła, pianki lub olejku do kąpieli, ponieważ zakłócają przyleganie produktu stomijnego. • Jeśli stosuje się mydło, należy dokładnie opłukać skórę i delikatnie ją osuszyć. • W niektórych krajach dostępny jest środek chroniący przed wilgocią, umożliwiający utrzymanie suchych ran, opatrunków i miejsc wkłucia dożylnego.
Basen	**Zawsze noś worek** • Worek stomijny należy opróżnić przed wejściem do basenu. • Płynny środek ochronny do skóry można nakładać na płytkę stomijną, aby ją uczynić wodoodporną. Elastyczne paski mogą zabezpieczyć płytkę stomijną. • Noś pas lub obcisłą bieliznę pod szortami kąpielowymi. Natychmiast osusz przylepiec stomijny i worek. • Zastosuj stroje kąpielowe z nadrukiem zamiast gładkich. • Mniejszy worek/mini worek lub nasadka stomijna, jeśli są dostępne. • Pamiętaj, aby chronić filtr.
Odzież	• Szelki dla chłopców do podtrzymania spodni. • Jednoczęściowy kombinezon. • Nastolatki powinny unikać noszenia dżinsów lub spodni, które są zbyt obcisłe.
Szkoła	• Wykonaj próbę - na początku pół dnia. • Rodzice lub nastolatkowie powinni spotykać się z pielęgniarką szkolną, jeśli jest dostępna, lub z innymi pracownikami szkoły w zależności od wieku dziecka. • Czas powrotu zależy również od metody transportu: chodzenie pieszo, jazda samochodem lub autobusem (niektóre dzieci mogą mieć godzinne przejazdy autobusem). • Informuj władze szkolne i kolegów z klasy.
Sport	• Bądź ostrożny w sportach kontaktowych - chroń stomię. • Używaj osłon stomijnych (kupionych lub wykonanych przez terapeutę zajęciowego). • Używaj pasów stomijnych podczas zajęć sportowych. • Szerokie opaski do włosów zapewniają dobre wsparcie. • Używaj elastycznych pierścieni w paskach.
Noc poza domem	• Przynieś dodatkowe produkty stomijne. • Przynieś dodatkowe ubrania.

Słowniczek

Atrezja i zwężenie jelit
Atrezja jelit jest wrodzoną wadą, która polega na całkowitej niedrożności w dowolnym miejscu jelita. Zwężenie odnosi się do częściowej niedrożności jelit, zwykle powodującej zwężenie światła jelita. Atrezja jelita cienkiego lub okrężnicy zwykle powstaje in utero, gdy nieoczekiwane zdarzenie zmniejszyło perfuzję jelit prowadząc do niedokrwienia danego segmentu jelita, co powoduje jego zwężenie i niedorozwój.

Choroba Hirschsprunga
Brak zwojów nerwowych śródściennych i podśluzówkowych w dystalnym (końcowym) odcinku jelita grubego. Nieprawidłowe unerwienie jelita powoduje, że masy kałowe nie są przesuwane w kierunku odbytu i zalegają w jelicie, powodując funkcjonalną częściową lub pełną jego niedrożność.[4] Objawem choroby są uciążliwe zaparcia.

Choroba Leśniowskiego-Crohna
Choroba zapalna jelit, w której stan zapalny może wystąpić w dowolnym miejscu przewodu pokarmowego, od jamy ustnej do odbytu, i może być ciągłe lub niejednolite.[4]

Cystostomia
Przez nadłonową ścianę jamy brzusznej wykonuje się otwór w pęcherzu, a śluzówkę pęcherza przyszywa się do skóry brzucha, aby utworzyć małą stomię, która może mieć wygląd niewielkiego otworu.[5]

Dwuczęściowy system stomijny
Składa się z dwóch oddzielnych elementów: worka i przylepca stomijnego.[4]

Etapy rozwojowe
Patrz: etapy rozwoju psychospołecznego Erika Eriksona.

Ileostomia
Chirurgicznie utworzone połączenie światła jelita cienkiego z powierzchnią skóry brzucha.

Jednoczęściowy system stomijny
Składa się z worka stomijnego połączonego na stałe z przylepcem.[4]

Jejunostomia
Wyprowadzenie jelita czczego przez wytworzony otwór w powłokach brzusznych i połączenie go ze skórą, umożliwiające żywienie dojelitowe.[4]

Kolostomia
Chirurgicznie utworzone połączenie światła jelita grubego z powierzchnią skóry brzucha.[4]

Malrotacja
Malrotacja jelit jest to wrodzona wada rozwojowa umocowania jelit wewnątrz jamy brzucha. To zaburzenie polegające na nieprawidłowym przebiegu skrętu jelita wokół osi tętnicy krezkowej środkowej i jego umocowania w jamie otrzewnowej, co może spowodować niedrożność (zablokowanie).[9]

Martwica stomii
Martwica tkanki stomijnej wynikająca z upośledzonego przepływu krwi.[4]

Martwicze zapalenie jelit
Martwicze zapalenie jelit (łac. *enterocolitis necroticans neoratum*, ang. Necrotizing enterocolitis – NEC) jest to choroba przewodu pokarmowego, a dokładnie warstwy śluzówkowej i podśluzówkowej przewodu pokarmowego występująca u noworodków z powodu wcześniactwa, niedotlenienia płodu, niedokrwienia, zakażenia, słabych mechanizmów obronnych dziecka, karmienia enteralnego, kolonizacji bakteryjnej i nietolerancji pokarmowej.[4] Wymaga interwencji chirurgicznej, która zwykle kończy się wyłonieniem stomii jelitowej.

Model Kübler-Ross
Model Kübler-Ross jest powszechnie znany jako pięć etapów żalu, choć dokładniej ten model postuluje progresję stanów emocjonalnych doświadczanych przez nieuleczalnie chorych pacjentów po diagnozie. Pięć etapów ma charakter chronologiczny: zaprzeczenie, gniew, targowanie się, depresja i akceptacja.[6]

Niedrożność jelit
Częściowe lub całkowite zablokowanie pasażu treści pokarmowej w jelicie grubym lub jelicie cienkim.[2] Objawami są: wzdęcia, bóle brzucha, wymioty, zatrzymanie gazów i stolca.

Niedrożność smółkowa
Niedrożność smółkowa (meconium ileus, MI) jest stanem, w którym zawartość jelita dziecka (smółka) jest bardzo lepka i powoduje zablokowanie jelita w chwili urodzenia. Większość dzieci z niedrożnością smółkową (90%) ma mukowiscydozę i to właśnie powoduje lepką smółkę.[10]

Nieswoiste zapalenia jelit
Patrz: „choroba Leśniowskiego-Crohna:" i „wrzodziejące zapalenie jelita grubego".

Odwarstwienie śluzówkowo-skórne
Odwarstwienie tkanki stomijnej od otaczającej skóry wokół stomii i połączenia śluzówkowo-skórnego.[4]

Okołostomijne alergiczne kontaktowe zapalenie skóry
Reakcja zapalna skóry wynikająca z nadwrażliwości na pierwiastki chemiczne.[4]

Okołostomijne zakażenie grzybicze/ kandydoza
Wysypka grzybicza, która może wystąpić pod przylepcem stomijnym i/lub pod produktami takimi jak: pierścienie w paskach i worki.[4] Zakażenie grzybicze może również rozwijać się wokół cystostomii.

Pasta w paskach
Pasek adhezyjnego hydrokoloidu stosowany wokół stomii w celu wzmocnienia uszczelnienia lub wypełnienia nierównego obszaru wokół stomii.[4]

Pasta barierowa do skóry (pasta stomijna)
Adhezyjna mieszanina hydrokoloidów dostępna w tubie i stosowana do wzmocnienia uszczelnienia systemu stomijnego. Stosowana również do wypełniania nierównych obszarów wokół i w pobliżu stomii, aby ułatwić uszczelnienie przylepca stomijnego.[4]

Pęcherz neurogenny
Zaburzenia czynności pęcherza moczowego spowodowane nieprawidłowościami neurologicznymi ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego.[4] Pęcherz neurogenny powoduje nietrzymanie moczu, bądź całkowite jego zatrzymanie. Nietrzymanie moczu powoduje u pacjentów dyskomfort oraz może prowadzić do zakażenia układu moczowego związanego z zaleganiem moczu w pęcherzu. Nieleczony pęcherz neurogenny może w konsekwencji prowadzić do niewydolności nerek.

Pielęgniarki stomijne
Dyplomowane pielęgniarki specjalizujące się w opiece nad pacjentami ze stomią. Niektóre z nich nazywają się pielęgniarkami enterostomijnymi. Te dyplomowane pielęgniarki specjalizują się w pielęgnacji ran, stomii i nietrzymania moczu/kału.

Pielęgniarstwo w związku terapeutycznym
Terapeutyczna relacja pielęgniarka-pacjent jest definiowana, jako wspierająca relacja oparta na wzajemnym zaufaniu i szacunku, pielęgnowaniu wiary i nadziei, wrażliwości na siebie i innych oraz pomagająca zaspokoić fizyczne, emocjonalne i duchowe potrzeby pacjenta dzięki wiedzy i umiejętnościom pielęgniarki.[13]

Piodermia zgorzelinowa
Dermatoza neutrofilowa charakteryzująca się nawracającymi bolesnymi owrzodzeniami, które występują jako krosty, które następnie powiększają się i otwierają, tworząc niepełnościenne lub pełnościenne rany, czasami z ciemnymi nieregularnymi granicami i ropnym wysiękiem. Te bolesne owrzodzenia rozwijają się szybko.[4]

Płynna bariera skórna (Płynny środek ochronny do skóry)
Kopolimer akrylanowy lub przezroczysty film cyjanoakrylowy, który można nanieść na skórę wokół stomii, aby zapewnić ochronę skóry przed wyciekiem ze stomii odklejeniem przylepca lub w niektórych przypadkach, zapewnić uszczelnienie przylepca stomijnego.[4]

Połączenie śluzówkowo-skórne
Połączenie między śluzówką jelita a skórą.[4]

Procedura Hartmanna
Procedura Hartmanna polega na chirurgicznym usunięciu chorej części dystalnej okrężnicy lub bliższej części odbytnicy z utworzeniem końcowej kolostomii, z towarzyszącym podszyciem dystalnej części jelita grubego lub resztki odbytnicy. Procedura ta może być pierwszym etapem operacji, w której w późniejszym terminie następuje ponowne połączenie kolostomii i podszytej pozostałości jelita.[2]

Procedura Mitrofanoffa
Procedura Mitrofanoffa jest zabiegiem chirurgicznym, w którym wytwarza się mały otwór na powierzchni skóry (zwykle w okolicy pępka lub w samym pępku) i wszywa się w niego wyrostek robaczkowy, tworząc przy jego pomocy kanał między powierzchnią skóry, a pęcherzem moczowym. Kanał ten umożliwia opróżnianie pęcherza moczowego podczas regularnego cewnikowania przerywanego. Zabieg ten wykonuje się, gdy cewnikowanie przez cewkę moczową z różnych powodów nie jest możliwe (ref: J Pediatr Urol. 2010 sierpień; 6 (4): 330-7).

Procedura Montiego
Procedura Montiego jest alternatywną procedurą dla zabiegu Mitrofanoffa, w którym wytwarza się mały otwór na powierzchni skóry (zwykle w okolicy pępka lub w samym pępku) i wszywa się w niego fragment jelita cienkiego (zamiast wyrostka robaczkowego – w przypadku jego braku), tworząc przy jego pomocy kanał między powierzchnią skóry a pęcherzem moczowym (tak jak w procedurze Mitrofanoffa), który służy do odprowadzania moczu podczas przerywanego cewnikowania (ref: J Pediatr Urol. 2010 sierpień; 6 (4): 330-7).

Propulsywne płukanie jelita grubego
Zabieg propulsywnego płukania okrężnicy (ACE) i płukania okrężnicy Malone (MACE) to zabiegi chirurgiczne, których celem jest złagodzenie ciężkich objawów zaparć i nietrzymania stolca spowodowanych wadami odbytnicy i odbytu lub schorzeniami z upośledzoną motoryką jelit, jak zaobserwowano w chorobie Hirschsprunga i rozszczepie kręgosłupa. Procedura chirurgiczna łączy koniec wyrostka z powierzchnią żołądka, tworząc stomię, przez którą można wprowadzić cewnik, umożliwiając przepłukanie jelita, dzięki czemu można je opróżnić.

Przepuklina pępowinowa
Przepuklina pępowinowa jest wadą wrodzoną przedniej ściany brzucha. To sytuacja, kiedy narządy wewnętrzne: zazwyczaj jelita, wątroba i żołądek znajdują się w sznurze pępowinowym, a nie w jamie brzucha. Narządy są w tym przypadku pokryte błoną ochronną, która pokrywa pępowinę.[7] Wielkość przepukliny pępowinowej może się wahać od bardzo małej do bardzo dużej. Wymagane jest tu bezwzględne leczenie chirurgiczne oraz rozwiązanie ciąży w wyniku cesarskiego cięcia.

Przepuklina okołostomijna
Wada powięzi brzusznej, która powoduje przedostawanie się pętli jelita pod skórę w okolicy stomii.[4]

Przetoka
Nieprawidłowe połączenie między dwiema powierzchniami pokrytymi nabłonkiem.[4]

Przetoka śluzowa (dystalna)
Przetoka dystalna jest to odcinek jelita wyprowadzony na skórę brzucha, którego światło skierowane jest w stronę odbytu. Jest to tzw. stomia nieczynna, przez którą nie wydobywa się treść jelitowa tylko śluz produkowany przez jelito. Dlatego nazywana jest również przetoką śluzową.[4]

Przylepiec stomijny
Połączenie między skórą a workiem systemu stomijnego, który zapewnia przyleganie, uszczelnienie i chroni skórę wokół stomii.[4]

Rodzinna polipowatość gruczolakowata
Zaburzenie dziedziczne charakteryzujące się rozwojem wielu polipów w okrężnicy lub innych narządach. Rak rozwija się u prawie 100% pacjentów w ciągu 15 lat od pojawienia się polipów, co zwykle występuje w okresie dojrzewania.[5]

Rozszczep kręgosłupa
Przepuklina oponowo-rdzeniowa lub „rozszczep kręgosłupa" jest wadą rozwojową cewy nerwowej, która powoduje spektrum defektów w obrębie mózgu i rdzenia kręgowego.[4]

Skręt jelit
Skręcenie części przewodu pokarmowego, które może spowodować niedrożność, upośledzenie przepływu krwi i uszkodzenie części jelita.[4]

Skórny pierścień barierowy (pierścień ochronny)
Adhezyjna podkładka hydrokoloidowa stosowana wokół stomii w celu wzmocnienia uszczelnienia poprzez zapewnienie dodatkowej stałej bariery skórnej i/lub do wyrównania obszaru wokół stomii.[4] Może być również stosowana do tworzenia elastycznej wypukłości.

Sprzęt typu convex
Przylepiec, który jest zakrzywiony lub zaokrąglony na zewnątrz, zapewniający napięcie skóry, spłaszczenie konturów skóry wokół stomii, co powoduje, że stomia lepiej wystaje ponad powłoki skórne. Może być jedno- lub dwuczęściowy.[2]

Stomia końcowa
Stomia, która powstaje przez podzielenie jelita, wyprowadzenie bliższego końca działającego jelita przez ścianę mięśni brzucha i wyłonienie stomii na skórę.[4]

Stomia pętlowa
Stomia pętlowa to stomia, w której zarówno bliższy (proksymalny), jak i dalszy (dystalny) otwór jelita są wyprowadzone przez ten sam otwór w ścianie brzucha.[8]

System stomijny
Produkty używane do zbierania wydalin stomijnych, które zapewniają bezpieczne, przewidywalne uszczelnienie i chronią skórę wokół stomii.[4]

Ureterostomia
Otwór, który zapewnia odprowadzenie każdego moczowodu na skórze w dwóch oddzielnych przetokach lub w jednym zespoleniu obu moczowodów oraz jednego moczowodu w postaci stomii.[4]

Urostomia
Ogólny termin używany do opisania zmiany odpływu moczu.[4]

Urostomia metodą Brickera
Metoda zmiany przepływu moczu poprzez przeszczepienie moczowodów do przygotowanego i wyizolowanego odcinka jelita krętego, które jest zszywane z jednej strony, a drugi koniec jest przeprowadzony przez otwór w ścianie brzucha i wyprowadzony na skórę.[2]

Uszkodzenia skóry okołostomijnej związane z wilgocią
Zapalenie i nadżerki skóry przylegającej do stomii związane z ekspozycją na wydaliny takie jak mocz lub kał.[4]

Wady odbytnicy i odbytu
Odbyt jest nieobecny lub ma nieprawidłową pozycję. Wady odbytu i odbytnicy to spektrum, od bardzo łagodnych form, takich jak przetoka kroczowa, do poważniejszych, takich jak kloaka u dziewcząt. Z większym nasileniem, częstszym występowaniem zmian lub agenezji kręgów krzyżowych, powiązanych wad rozwojowych układu moczowo-płciowego, płaskiego krocza z niewielkim rozwojem mięśni lub ich brakiem. Zarośnięty odbyt jest rodzajem malformacji odbytu i odbytnicy.

Wady ściany brzucha
Patrz „przepuklina pępowinowa" lub „wytrzewienie".

Wciągnięcie
Zanik wypukłości tkanki stomijnej na poziomie skóry.[4]

Wgłobienie
Wgłobienie jelita jest patologicznym wsunięciem się jednego odcinka jelita (najczęściej jelita cienkiego) w drugi. To ostry stan medyczny, powodujący niedrożność, który może doprowadzić do martwicy jelit, jeśli nie zostanie w porę usunięty.[4]

Wodonercze
Wodonercze jest stanem chorobowym dotyczącym układu moczowego, to obrzęk jednej lub obu nerek. Obrzęk nerek występuje na skutek utrudnionego lub całkowitego zablokowania odpływu moczu z nerek i jego gromadzenia się w nich. Może to nastąpić z powodu zablokowania moczowodów lub z powodu wady anatomicznej, która nie pozwala na prawidłowe odprowadzenie moczu.[3]

Wrzodziejące zapalenie jelita grubego
Zapalenie jelita grubego ograniczone do (powierzchownej) błony śluzowej jelita.[4]

Wynicowanie kloaki
Wynicowanie kloaki jest najpoważniejszą postacią kompleksu

wynicowanie-wierzchniactwo, w którym odbyt, pęcherz i narządy płciowe nie rozdzieliły się w pełni wraz z rozwojem płodu. Te narządy mogą nie być prawidłowo uformowane. Kości miednicy, kręgosłup i rdzeń kręgowy, jak również nerki mogą być dotknięte chorobą.[3]

Wynicowanie pęcherza moczowego
Wynicowanie pęcherza moczowego (łac. *Extrphia vesicae urinarie*) jest rzadkim kompleksem wad wrodzonych, który jest wynikiem defektu zamknięcia dolnej ściany brzucha w embriogenezie około 5 tygodnia ciąży, w której pęcherz rozwija się poza płodem. Zaburzenie to występuje częściej u płci męskiej. Po urodzeniu wada ma postać czerwonawej masy widocznej nad spojeniem łonowym. Odsłonięty pęcherz moczowy i cewka moczowa powodują, że pęcherz moczowy nie jest w stanie przechowywać moczu.[3]

Wypadanie
Wypadanie to teleskopowe wydłużenie stomii.[12]

Wytrzewienie
Wytrzewienie u płodu to stan charakteryzujący się wadą rozwojową przedniej ściany brzucha w okolicy pępowiny. W okresie płodowym jelita swobodnie pływają w wodach płodowych i nie są pokryte otrzewną.[7] Wraz z jelitami na zewnątrz jamy brzusznej mogą wydostać się także inne narządy wewnętrzne (np. żołądek, wątroba). Jest to stan patologiczny, który wymaga bezwzględnego rozwiązania ciąży przez planowe cesarskie cięcie i wykonanie zabiegu operacyjnego u dziecka.

Zaburzenia motoryki
Zaburzenia te występują zarówno z powodu nieprawidłowych skurczów jelit, jak i z powodu sparaliżowania ruchu perystaltycznego jelit. Zaburzenia motoryki mogą być nabyte lub wrodzone, takie jak choroba Hirschsprunga, (ref: Semin Pediatr Surg. 2010 luty; 19 (l): 50-8).

Zapalenie jelit
Zapalenie jelit jest zespołem schorzeń mogących obejmować jelito cienkie i jelito grube. Dochodzi do niego wskutek namnażania się bakterii, wirusów, grzybów, oraz pasożytów, które wpływają niekorzystnie na wewnętrzną błonę śluzową w zajętym obszarze jelita. Objawem zapalenia jelit są przewlekłe biegunki (ref: J Gastroenterol. 2003; 38 (2): lll-20). Ilość wypróżnień w ciągu doby może dochodzić do 20-30, co uniemożliwia normalne funkcjonowanie.

Zapalenie kątnicy
Zapalenie kątnicy odnosi się do zapalenia jelita ślepego. Jest to ciężkie schorzenie, które zwykle występuje u osób z osłabionym układem odpornościowym. Zapalenie kątnicy jest również nazywane neutropenicznym zapaleniem jelit, martwiczym zapaleniem jelita grubego, zespołem jelita krętego lub zapaleniem jelita ślepego.[14]

Zapalenie mieszków włosowych
Zapalenie mieszka włosowego, zwykle wywołane przez *Staphylococcus aureus*.

Zaparcia
Zaparcie występuje, gdy pasaż jelitowy stolca jest zahamowany (nie przez substancje obturacyjne; patrz: niedrożność jelit) przez różne czynniki, które zakłócają motorykę jelit. Czynniki te mogą obejmować dietę, (ograniczone) przyjmowanie i wchłanianie płynów oraz inne wrodzone i genetyczne czynniki, (ref: Medicine (Balti-more). maj 2018; 97 (20): el0631).

Zastawka antyzwrotna
Zastawka wbudowana w urządzenia urostomijne. Zastawka powstrzymuje cofanie się moczu do nerek po wpłynięciu do worka.[2]

Zastawki cewki tylnej
Zastawki cewki moczowej pojawiają się, gdy chłopiec rodzi się z dodatkowymi płatami tkanki, które wyrosły w cewce moczowej (przewód, przez który mocz opuszcza drogi moczowe). Ta dodatkowa tkanka zapobiega prawidłowemu przepływowi moczu z pęcherza moczowego do końca penisa i na zewnątrz. Gdy moczu nie można normalnie wydalić z organizmu, narządy układu moczowego (nerki, moczowody, pęcherz moczowy i cewka moczowa) mogą stać się poszerzone lub obrzęknięte.

Zespół suszonej śliwki
Ciężkie wrodzone wady rozwojowe w postaci braku mięśni brzucha, pomarszczonej skóry powłok brzusznych i anomalii układu moczowego.[4]

Ziarniniak
Jest to krucha tkanka, zwykle o małym, uniesionym i okrągłym kształcie, najczęściej rozproszona w okolicy połączenia śluzówkowo-skórnego.[7]

Zmiany pseudobrodawkowate
Obfity wzrost łagodnych grudek, które występują wokół stomii, gdy mocz lub stolec podrażnia skórę; rodzaj przewlekłego kontaktowego zapalenia skóry spowodowanego podrażnieniem.

1. Spanish
2. RNAO: (http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Ostomy_Care__Management.pdf)
3. MayoClinic.org
4. WOCN Core Curriculum Ostomy Management, Wolters Kluwer, 2016
5. WOCN Pediatric Ostomy Care, Best practice for Clinicians, 2011
6. Wikipedia.org
7. NIH US National Library of Medicine https://www.nim.nih.gov/
8. StomaWise UK
9. KidsHealth from Nemours http://kidshealth.org
10. http://www.uhs.nhs.uk
11. http://www.childrenshospital.org
12. GI Society
13. Pullen, R.L.,Mathias, T. Fostering therapeutic nurse-patient relationships Nursing Made Incredibly Easy!: May-June 2010 - Volume 8 - Issue 3 - p 4
14. www.healthline.com

Opieka stomijna w pediatrii

Globalne wytyczne dotyczące najlepszych praktyk w opiece nad noworodkami, dziećmi i młodzieżą ze stomią.

Niniejsze wytyczne dotyczące najlepszych praktyk w zakresie opieki nad dziećmi ze stomią przedstawiono w dwóch częściach.

Pierwsza część podkreśla kliniczne aspekty opieki nad dziećmi ze stomią.

Druga część dotyczy psychospołecznych aspektów opieki, w tym edukacji stomijnej i wpływu emocjonalnego stomii na tę grupę pacjentów.

Wytyczne zawierają również słowniczek, w którym można znaleźć definicje wielu terminów użytych w wytycznych oraz listę dodatkowych zasobów, które mogą okazać się pomocne w leczeniu tej grupy pacjentów. Wytyczne obejmują pełne spektrum pediatrycznych grup wiekowych, od noworodków po młodzież.

Firma Coloplast jest sponsorem wytycznych „Globalnej opieki stomijnej w pediatrii" oraz wspierała proces tworzenia tego dokumentu.

Cała treść została opracowana wyłącznie przez Globalny Zespół Doradczy Dziecięcych Pielęgniarek Stomijnych (GPSNAB) bez udziału Coloplast.

Wspierane przez Coloplast