

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Problematika ileostomií a kolostomií očima všeobecných sester

Leona Harcová

Bakalářská práce

2014

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Leona Harcová
Osobní číslo: Z11154
Studijní program: B5341 Ošetřovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra
Název tématu: Problematika ileostomií a kolostomií očima všeobecných sester
Zadávající katedra: Katedra ošetřovatelství

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická


Seznam odborné literatury:

1. HOLUBEC, Luboš et al. Kolorektální karcinom: současné možnosti diagnostiky a léčby. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0636-9.
2. MARKOVÁ, Marie. Stomie gastrointestinálního a močového traktu. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-434-8.
3. OTRADOVCOVÁ, Iva et al. Komplexní péče o pacienta se stomií. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-432-6.
4. TROJAN, Stanislav et al. Lékařská fyziologie. 4.vyd. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0512-5.
5. ZACHOVÁ, Veronika et al. Stomie. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3256-5.

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Markéta Vojtová

Datum zadání bakalářské práce: 1. října 2012

Termín odevzdání bakalářské práce: 9. května 2014


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Čermáková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 28. ledna 2014

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 30. 4. 2014

Leona Harcová

Poděkování

Ráda bych poděkovala paní Mgr. Markétě Vojtové, Ph.D., za odborné vedení mé práce, věnovaný čas, laskavý přístup a cenné rady, které mi při zpracování mé bakalářské práce poskytla.

Mé poděkování patří rovněž zdravotním sestřám interního, onkologického a chirurgického oddělení, za jejich pomoc při realizaci průzkumného šetření.

ANOTACE

Tato bakalářská práce se věnuje problematice ileostomií a kolostomií očima sester. Teoretická část práce se skládá z vysvětlení pojmů ileostomie a kolostomie, z anatomických poměrů gastrointestinálního traktu se zaměřením právě na tenké a tlusté střevo, onemocnění vedoucí k založení stomie. Práce se dále zabývá péčí o pacienty se stomiemi, komplikacemi v této oblasti. Výzkumná část práce je zaměřena na zdravotní sestry, které se s pacienty se stomií setkávají nejčastěji, tedy na to, jak ony pečují o tyto pacienty, zda mají možnost školit se v této problematice, zda se o tyto pacienty starají sestry k tomu vyškolené. Jak přesně sestry o stomiky pečují.

KLÍČOVÁ SLOVA

Kolostomie, ileostomie, stomická sestra, problematika, školení, pacient

ANNOTATION

This thesis deals with basic concepts ileostomies and colostomies from the perspective of nurses. The theoretical part this thesis brings explanations of the concepts ileostomy and colostomy from anatomic relations gastro – intestinal tract with focus on small and large intestine, the diseases leading to formation to the stoma. The following part is focus on the patient care with stomas and its complications. The research section concentrates to nurses, who care about this type of patient and how they do it. The component of this part is find out if the nurses are educated for this kind of work and if they have the opportunities to be educated. In conclusion is sump up how exactly the nurses care about patients with stomas.

KEY WORDS

Colostomy, ileostomy, nurse, issues, education, patient

Obsah

Úvod	10
1. Teoretická část	13
1.1 Anatomie a fyziologie tenkého střeva	13
1.2 Anatomie a fyziologie tlustého střeva	14
1.3. Stomie	15
1.3.1 Definice stomie, historie	15
1.3.2 Ileostomie.....	15
1.3.3 Kolostomie.....	16
1.3.4 Onemocnění vedoucí k založení stomie	16
1.3.5 Operace na tenkém a tlustém střevě	19
1.3.6 Komplikace stomií.....	19
1.4 Ošetřování pacienta se stomií	21
1.4.1 Předoperační příprava	21
1.4.2 Psychická příprava	22
1.4.3 Pooperační péče	23
1.4.4 Pooperační komplikace.....	23
1.4.5 Stomické pomůcky	24
1.4.6 Strava stomiků	25
1.4.7 Pohybová aktivita stomiků.....	25
1.4.8 Kvalita života stomiků	26
1.5 Péče o stomiky ve zdravotnickém zařízení.....	26
1.5.1 Stomická sestra	26
1.5.2 Všeobecná sestra a zdravotnický asistent	27
1.5.3 Školení	27
2. Empirická část.....	28
2.1 Metodika výzkumu	28
2.2 Výsledky výzkumu, analýza dat	29
2.2.1 Vzdělání respondentů	29
2.2.2 Rok ukončení vzdělání.....	30

2.2.3 Délka praxe	31
2.2.4 Oddělení respondentů	32
2.2.5 Setkání se s problematikou při studiu	33
2.2.6 Setkávání se se stomiky na oddělení.....	34
2.2.7 Kompetence respondentů.....	35
2.2.8 Absolvování školení	36
2.2.9 Spokojenost respondentů se školením	37
2.2.10 Důvod neúčasti na školeních	38
2.2.11 Zájem respondentů o více školení	39
2.2.12 Ošetření stomika	40
2.2.13 Zaškolení při nástupu na oddělení	41
2.2.14 Stomická sestra na oddělení.....	42
2.2.15 Stomická sestra v nemocnici.....	43
2.2.16 Problémy v ošetřování stomií	44
2.2.17 Obtížnější stomie	45
2.2.18 Péče respondentů o stomiky	46
2.2.19 Stomická sestra	47
2.2.20 Délka praxe stomických sester	48
2.3 Diskuze	49
2.3.1 Výzkumná otázka č. 1: Byly sestry při nástupu na svá pracoviště seznámeny s péčí o ileostomie a kolostomie?	49
2.3.2 Výzkumná otázka č. 2: Byli respondenti dostatečně seznámeni s problematikou stomií při studiu?	49
2.3.3 Výzkumná otázka č. 3: Absolvují sestry průběžná školení o novinkách v oblasti stomií?.....	50
2.3.4 Výzkumná otázka č. 4: Pečují o pacienty se stomií k tomu vyškolené stomické sestry?	50
2.3.5 Výzkumná otázka č. 5: Jsou sestry přesvědčeny, že je v jejich nemocnici nezbytná funkce stomické sestry?	51
2.3.6 Výzkumná otázka č. 6: Která stomie je z hlediska ošetřování pro respondenty obtížnější?	51
2.3.7 Výzkumná otázka č. 7: Jaké jsou podle sester problémy v ošetřování stomií?	51
3. Závěr	53

4. Soupis bibliografických citací	55
5. Seznam příloh.....	58
5.1 Příloha A – Dotazník	58

Úvod

Stomie obecně, je vyústění dutého orgánu před stěnu břišní nebo na ni. U ileostomie se jedná o vyústění části tenkého střeva, u kolostomie pak o vyústění části střeva tlustého. Pacientů s ileostomií a kolostomií stále přibývá, a to zejména s přibývajícím počtem pacientů s diagnózou karcinomu kolorekta, i když nejen tato diagnóza je důvodem k založení jedné z těchto stomií.

Ošetřovat stomie by měla zvládnout každá sestra. Péče o ně se vyučovala běžně v ošetřovatelství, pomůcky byly jednotné a péče o stomie byla stejná v každé nemocnici. V posledních letech je na trhu řada pomůcek pro stomiky a samotné ošetřování stomií zaznamenalo, proti minulým dobám, velký pokrok. Protože pacienti se stomiemi mohou být hospitalizováni na nejrůznějších odděleních a ne vždy má pacient a personál k dispozici vyškolenou stomickou sestru, bylo hlavním cílem této práce zjistit, zda dokáží všeobecné sestry obecně dobře pečovat o stomie, zda mají (a chtějí) absolvovat školení na danou problematiku.

Cíle a výzkumné otázky

Cíl 1

Zjistit, zda byly zdravotní sestry pečující alespoň jedenkrát týdně o pacienta s ileostomií či kolostomií dostatečně seznámeny s péčí o tyto stomie při příchodu na svá nynější pracoviště.

Výzkumná otázka č. 1: Byly sestry při nástupu na svá pracoviště seznámeny s péčí o ileostomie a kolostomie?

Cíl 2

Zjistit, zda se respondenti dostatečně seznámili s problematikou stomií při studiu.

Výzkumná otázka č. 2: Byli respondenti dostatečně seznámeni s problematikou stomií při studiu?

Cíl 3

Zjistit, zda respondenti pečující o stomie absolvují průběžná školení o novinkách v péči o stomie.

Výzkumná otázka č. 3: Absolvují sestry průběžná školení o novinkách v oblasti stomií?

Cíl 4

Zjistit, zda o pacienty se stomií pečují sestry nebo vyškolené stomické sestry.

Výzkumná otázka č. 4: Pečují o pacienty se stomií k tomu vyškolené stomické sestry?

Cíl 5

Zjistit, zda je pro sestry nezbytná funkce stomické sestry v jejich nemocnici.

Výzkumná otázka č. 5: Jsou sestry přesvědčeny, že je v jejich nemocnici nezbytná funkce stomické sestry?

Cíl 6

Zjistit, jestli je pro sestry obtížnější z hlediska ošetřování kolostomie nebo ileostomie.

Výzkumná otázka č. 6: Která stomie je z hlediska ošetřování pro respondenty obtížnější?

Cíl 7

Zjistit, kde vidí sestry problém v ošetřování stomií.

Výzkumná otázka č. 7: Jaké jsou podle sester problémy v ošetřování stomií?

1. Teoretická část

Teoretická část práce se zabývá anatomií tenkého a tlustého střeva, vysvětlení pojmů kolostomie a ilestomie, nemocemi trávicí trubice, které mohou vést k založení jedné z těchto stomií. Dále se teoretická část zabývá operačními technikami, předoperační přípravou, pooperační péčí a komplikacemi ať již pooperačními celkovými nebo komplikacemi stomií. Nezbytnou součástí je ošetřovatelská problematika - ošetření stomiků, pomůcky pro stomiky, stravování stomiků, pohybový režim stomiků.

1.1 Anatomie a fyziologie tenkého střeva

Tenké střevo (interstinum tenue) je s délkou 3 až 5 metrů nejdelším úsekem trávicí trubice. Skládá se ze tří částí: dvanáctník (duodenum), lačník (jejunum) a kyčelník (ileum). Prvním úsekem je dvanáctník. Dvanáctník je nejkratší úsek tenkého střeva, který je krom volné horní části pevně přirostlý adventicií k zadní stěně břišní. Obkružuje hlavu slinivky břišní. V sestupné části duodena se nachází velká bradavka dvanáctníku (papila Vateri), kam ústí žlučovod spolu s hlavním vývodem pankreatu. Jejunum a ileum jsou nejdelší části tenkého střeva, přechod mezi nimi není jasně ohraničený. Jejunum má proti ileu silnější stěnu, bohatší cévní zásobení, více lymfatické tkáně a četnější slizniční řasy. Kličky ilea jsou uloženy spíše v pravé dolní části dutiny břišní, kličky jejuna v levé horní části. V pravé jámě kyčelní vyúsťuje ileum zleva do boční části slepého střeva. V místě tohoto přechodu sliznice vytváří chlopeň (ileocekální chlopeň, také Bauhinská chlopeň), která povoluje průchod obsahu pouze z ilea do slepého střeva (Rokyta, 2006, str. 149).

Všechny základní živiny, které přijímáme potravou, jsou štěpeny tenkým střevem na vstřebatelné složky. Dochází zde k trávení cukrů, v počátečních oddílech tenkého střeva jsou tráveny triacylglyceroly, které tvoří největší část lipidů přijímaných potravou. Vzhledem k době, kdy z potravy vzniká trávenina, je také většina proteinů trávena v tenkém střevě, i když pepsin zahajuje trávení proteinů již v žaludku. V tenkém střevě dochází také ke vstřebávání. V malém, ale významném množství vstřebává sliznice tenkého střeva aminokyseliny a bílkoviny. Dochází zde ke vstřebávání bílkovin, cukrů, tuků a velkého množství vody. Epitel tenkého střeva má velkou propustnost pro ionty a vodu. V duodenu a jejunu se vstřebává nejvíce vápníku, což je řízeno podle tělesných potřeb a množství vápníku přijatého potravou. Vstřebávání zvyšují vitamín D a méně parathyroidní hormon. Podle potřeb organismu je v tenkém střevě vstřebáváno také železo. Vitamíny rozpustné v tucích i ve vodě jsou rovněž vstřebávány v tenkém střevě (Trojan, 2003, str. 360 – 364).

1.2 Anatomie a fyziologie tlustého střeva

Tlusté střevo (intestinum crassum) je asi 1,5 metrů dlouhý konečný úsek trávicí trubice. Je kratší a širší než tenké střevo, jež jeho kličky obkružují. Dělí se na několik částí. Začátkem tlustého střeva je slepé střevo (ceacum), kam ústí tenké střevo. Z vnitřního okraje ceaca odstupuje červovitý přívěsek (apendix vermiformis). Přímým pokračováním ceaca je vzestupný tračník (colon ascendens), který stoupá podél pravého obvodu dutiny břišní a pod játry přechází v pravém ohbí (flexura coli dextra = flexura hepatica) v příčný tračník. Příčný tračník (colon transversum) je díky širokému závěsu nejpohyblivější částí tlustého střeva. Probíhá zpod jater doleva ke slezině přes sestupnou část dvanáctníku a dolní okraj žaludku. U sleziny, v levém ohbí (flexura coli sinistra = flexura lienalis), tračník sestupuje (colon descendens) podél levého obvodu dutiny břišní. Na sestupný tračník navazuje esovitá klička (colon sigmoideum) ve tvaru písmene S, která je uložena v levé jámě kyčelní. Konečným úsekem tlustého střeva je konečník (rectum), uložený před kostí křížovou. V jeho ampulovitě rozšířené části se hromadí stolice. Dolní zúžená část rekta přechází análním kanálem v řitní otvor (anus). (Rokyta, 2006, stránky 151, 152) Na mechanismu análního uzávěru se podílí svěrače a svalové dno pánevní. Přejedem střevního obsahu ze sigmatu do rekta dojde k roztažení ampuly, což reflexně vyvolá uvolnění vnitřního svěrače. V kontrakci jsou udržováni musculus sphincter ani externus a musculus puborectalis. Po jejich volní relaxaci nastoupí kontrakce svaloviny rekta a vypuzení obsahu (Čihák, 2013, str.126, 128).

Tlusté střevo má dvě hlavní funkce. Funkci rezervoáru, kdy skladuje stolici do vyprázdnění, a funkci regulační, kdy reguluje objem a elektrolytové složení stolice. Nestrávené částice postupují od ileocekálního přechodu po rektum 2 – 3 dny. Tato rychlost je významně ovlivněna složením potravy. Sekrece tlustého střeva je menší než střeva tenkého. Převažuje při ní sekrece hlenu, která se zvyšuje taktilním drážděním a aktivací parasymptiku. V tlustém střevě dochází ke vstřebávání až 90 % objemu chymu z tenkého střeva. Kolon může vstřebat až 5 litrů tekutin, při větším množství již kolon nestačí a dochází k průjmům. V tlustém střevě se nachází obrovské množství bakterií, které mohou tvořit až 50 % váhy suché stolice. Především jsou to anaeroby, aeroby jako E. Coli tvoří jen 1 % bakterií. Anaeroby štěpí velkou část rostlinné vlákniny na mastné kyseliny. Aktivitou bakterií vznikají i některé vitamíny jako thiamin, riboflavin, B₁₂ a vitamín K. Při životních pochodech bakterií vznikají i různé plyny, které jsou součástí střevních plynů (Trojan, 2003, str. 365 – 369).

1.3. Stomie

1.3.1 Definice stomie, historie

Stomie je vyústění dutého orgánu před stěnu břišní nebo na ni. Podle funkce se stomie dělí na výživné a derivační. Mezi výživné řadíme gastrostomie a jejunostomie, které se zakládají u pacientů s nemožností polykat. Nejčastějším důvodem k založení výživné stomie jsou onkologická onemocnění, bezvědomí, neurologické poruchy, atrezie jícnu. Před onkologickou léčbou v oblasti hlavy a krku se někdy zakládají výživné stomie preventivně. Mezi derivační stomie patří tracheostomie (umělé vyústění průdušnice), která zajišťuje průchodnost dýchacích cest. Ezofagostomie (vývod na jícnu), odvádí sliny, které díky překážce nemohou odtékat do žaludku. Urostomie slouží k derivaci moči. Z dalších derivačních stomií to jsou ileostomie, kolostomie, cékostomie, transverzostomie, sigmoideostomie (Otradovcová, 2006, str. 14, 15).

První zmínku o odchodu stolice břišní stěnou můžeme najít již v Bibli. V roce 1710 doporučil, jako první, Litre stomii při terapii ileu. První nástěnnou stomii vyšíl roku 1783 Francouz Pillore. V roce 1884 provedl první dvouhlavňovou stomii český chirurg Maydl. Počátky skutečné péče o pacienty se stomií spadají do poloviny minulého století v USA a v Anglii. První specializované pracoviště pro stomiky bylo otevřeno v roce 1953 v New Yorku (Mikšová, 2006, str. 119).

1.3.2 Ileostomie

Ileostomie je chirurgické vyústění koncového úseku tenkého střeva ven břišní stěnou. Vývod tenkého střeva může být proveden i z první části tenkého střeva, vzniká tedy duodenostomie, i z úseku jejuny, jejunostomie. Duodenostomie a jejunostomie slouží jako výživové vstupy, jen při vážných onemocněních jsou zakládány jako stomie derivační. Vzhledem k výšce uložení u nemocných vzniká syndrom krátkého střeva.

Ileostomie mohou být dočasné a trvalé. Dočasné bývají vytvářeny na dobu nutnou ke zhojení operovaného úseku střeva. Ileostomie bývají dvouhlavňové nebo jednohlavňové a jsou lokalizovány především na pravé straně stěny břišní. Střevní obsah odváděný ileostomií je tekutý a agresivní. Množství stolice je velmi objemné i přes možnost ovlivnění konzistence stravou či medikamentózně (Zachová, 2010, str. 35, 36).

1.3.3 Kolostomie

Kolostomie je vyústění části tlustého střeva na povrch kůže. Jedná se o nejčastější druh vývodu. Tato stomie má jasně červené zbarvení a kruhovitý tvar. Není citlivá na pohmat, protože sliznice střeva nemá nervová zakončení pro bolest. Tvar stolice a četnost vyprazdňování závisí na výši umístění stomie.

Dle technického provedení dělíme stomii na nástěnnou, terminální a axiální. Nástěnná stomie má pouze otvor ve stěně střeva. Tento druh stomie se dnes již téměř neprovádí vzhledem k potížím se zatékáním střevního obsahu. Při vyvedení proximální části střeva břišní stěnou a extirpaci nebo slepém uzavření distálního konce hovoříme o stomii terminální. Dvouhlavňová stomie, neboli axiální, je vyvedení celé kličky střeva. Podkládá se drénem, který slouží k přidržení stomie. Tento drén se odstraňuje přibližně 8. den po operaci. Klička střeva se protne a vznikají dvě ústí. Horní inaktivní a dolní aktivní, vylučující střevní obsah.

Dle lokalizace na tlustém střevu rozlišujeme ceacostomii, transversostomii a sigmoideostomii. Ceacostomie je umístěna v pravém dolním kvadrantu. Jedná se o vyústění v oblasti přechodu tenkého a tlustého střeva. Jde o vzácnou lokalizaci – provádí se při nádoru této oblasti, nebo s cílem dočasného odlehčení zbývajícího úseku tlustého střeva. Vývod příčného tračníku, transversostomie, je lokalizován nad pupkem ve střední části břicha. Jedná se obvykle o stomii dočasnou, prováděnou hlavně u dětí z důvodu vývojových vad. Jde převážně o dvojhlavňovou stomii s polotekutým obsahem. Sigmoideostomie je vývod esovité kličky (Marková, 2006, str. 20, 21).

1.3.4 Onemocnění vedoucí k založení stomie

Střeva mohou být postižena nádory, polypy, funkční střevní dispepsií, záněty, malabsorbčním syndromem a vrozenými vývojovými vadami, z nichž nejzávažnější je atrézie anu a rekta a megakolon neboli Hirschprungova choroba, která je charakteristická zúžením střeva v rektosigmoideálním přechodu s patologickým rozšířením střeva nad zúžením (Šafránková, 2006, str. 226). Mezi choroby gastrointestinálního traktu spojené se založením stomie řadíme idiopatické střevní záněty, ileózní stavy, střevní perforace, ischemie, inkontinenci, prekancerózy a nádorová onemocnění, úrazové stavy. Díky těmto chorobám může dojít k ileóznímu stavu, který může vyřešit založení stomie (Zachová, 2010, str. 25).

Crohnova choroba patří mezi idiopatické střevní záněty. Jedná se tedy o zánětlivé postižení, nejčastěji oblasti tenkého či tlustého střeva nebo konečníku, může ale postihnout jakoukoliv

část trávicího traktu. Příčina onemocnění není známa, předpoklady pro vznik mohou být vrozené. Na propuknutí choroby mohou mít vliv faktory zevního prostředí jako infekční onemocnění, psychické onemocnění. Jde o segmentální onemocnění, kdy se střídají úseky střeva zdravé a postižené. U Crohnovy choroby může docházet ke vzniku píštělí a abscesů, protože postihuje střevní stěnu v celé její šíři.

Ulcerózní kolitida je stejně jako Crohnova choroba idiopatický střevní zánět. Na rozdíl od Crohnovy choroby ale ulcerózní kolitida postihuje pouze tlusté střevo. Tento zánět se vyskytuje vždy v konečníku a přidružené různě dlouhé části tlustého střeva, vždy kontinuálně, bez střídání zdravých a nemocných úseků. Také se zde netvoří píštěle a abscesy, protože zánět postihuje pouze sliznici střeva. Projevuje se spíše průjmy s příměsí krve, schváceností a bolestí břicha u těžších forem (Kohout, 2006, str. 23 – 25).

Příčinou zánětlivého postižení tlustého střeva může být také infekční agens, účinek léků, ozařování. Postradiační proktokolitida bývá často důvodem k založení dočasné derivační stomie.

Divertikulóza tlustého střeva je herniace sliznice defektní střevní svalovou vrstvou. Divertikly jsou nejčastěji lokalizovány v sigmoideum a colon descendens. Mohou se zanítit, někdy až perforovat. Choroba se manifestuje bolestí v levém hypogastriu, přítomností krve ve stolici, nepravidelným vyprazdňováním, subfebriliemi.

Familiární adenomatózní polypóza je tvorba mnohočetných střevních polypů. Toto onemocnění je geneticky podmíněné, je zatížené velkým rizikem maligní transformace. Polypy jsou nejčastěji lokalizované v tlustém střevě. Krom anastomóz je řešením provedení kolektomie s následným založením ileostomie.

Poranění anorektální oblasti je často spojeno s traumaty, pády na předměty, frakturami pánevních kostí, může vznikat při invazivním vyšetření a podobně. Dočasným řešením může být založení kolostomie a zadrénování poraněného střeva. Při postižení tenkého střeva se vyvede ileostomie.

Anorektální inkontinence může také končit vyvedením kolostomie po neúspěšné konzervativní a chirurgické léčbě. Ošetřování stomie je pro nemocné komfortnější než nosit pleny (Zachová, 2010, str. 27, 28).

Ileus, tedy střevní neprůchodnost, řadíme mezi náhlé příhody břišní. Dochází zde k poruše střevní pasáže a k následnému rozpadu střevních kliček nad postiženým úsekem. Postižený je bezprostředně ohrožen na životě, pokud nedojde včas k odstranění vyvolávající příčiny. Ileus dělíme dle vyvolávajícího mechanismu na mechanický, neurogenní a cévní. V případě překážky, bránící posunu střevního obsahu, mluvíme o ileu mechanickém. Ten dále dělíme na obstrukční, kdy je jeho příčinou uzávěr průsvitu střeva a to intraluminálně, tedy překážkou v trávicím ústrojí například žlučovými kameny nebo hrubou potravou a intramurálně, kdy je postižena stěna střeva nejčastěji nádorem. Extramurální obstrukční ileus vzniká útlakem střeva zvenčí, důvodem mohou být plošné adheze, extramurálně rostoucí nádory. Dalším druhem mechanického ileu je volvulus, kdy dochází k rotaci části střeva nebo žaludku kolem své osy. Strangulační ileus vzniká sevřením střeva zvnějšku pruhy srůstů nebo uskřínutím v tělních otvorech. Invaginace je vsunutí jednoho úseku střeva do druhého. Bývá vrozená, kdy se vyskytne do jednoho roku věku dítěte, nebo získaná, při polypózních útvarech u dospělých. Ileus neurogenní dělíme na paralytický a spastický. Paralytický ileus je nejčastěji vyskytuje po břišních operacích, po poranění břicha, kdy dochází k rozšíření střevních kliček se zástavou peristaltiky. Příčinou spastického ileu mohou být některá onemocnění nervové soustavy nebo požití dráždivé látky (Slezáková, 2010, str. 40, 41). Cévní ileus, akutní mezenterická ischemie, je závažné onemocnění, zpravidla sdruženo s jinými orgánovými nebo systémovými chorobami. Má závažnou prognózu. Jedním z hlavních rizikových faktorů je ateroskleróza horní mezenterické arterie (Páral, 2012, str. 12 – 14).

Kolorektální karcinom je nejčastějším nádorem trávicí trubice. Při nádoru pravé poloviny tračnicku se objevují celkové příznaky, jako jsou hubnutí, nechutenství, dušnost, anemie. Krvácení může být okultní. Při nádoru v levé polovině tračnicku dochází ke střídání zácpy a průjmu, krvácení není velké. Nemocní se často dostávají k lékaři v ileózním stavu. Tumor v rektální ampule se projevuje změnou defekace s odchodem krve a hlenu. Tumor anu se projevuje pocitem cizího tělesa a bolestí. V pokročilém stadiu stenózou nebo inkontinencí. (Holubec, 2004, str. 13, 107, 108, 109). Incidence novotvarů tenkého střeva byla v roce 2010 v České republice 1,7 mužů a 1,2 žen na 100 000 obyvatel, tlustého střeva 55,5 mužů a 38,2 žen a incidence novotvarů rektosigmatu byla 40,5 mužů a 23,7 žen (uzis, 2010). Příčiny nádorového bujení dosud nejsou zcela známy, jejich podstatou je nekontrolovaná buněčná proliferace, která není typická pro zdravou tkáň. Na počátku tohoto dělení stojí mutace dvou genů, kterou mohou způsobit chemické faktory jako tabákový kouř, dusíkaté sloučeniny, alkohol, azbest, těžké kovy, fyzikální faktory jako ionizující záření, biologické faktory jako

onkogenní viry, imunodeficity a genetická predispozice. Včasné odhalení zhoubných nádorů je nelehké, neboť z počátku nevyvolávají bolest ani jiné obtíže či laboratorní změny. Snadná diagnostika je v pokročilém stavu, to je ale již léčba většinou neúčinná. Nadějí na zlepšení včasného záchytu jsou screeningová vyšetření, tedy aktivní vyhledávání pacientů s nádorovým onemocněním v populaci (Šafránková, 2006, str. 175 – 177).

1.3.5 Operace na tenkém a tlustém střevě

Při postižení v oblasti céka, vzestupného tračnicku, hepatální flexury a na pravé části kolon se provádí pravostranná hemikolektomie anebo rozšířená pravostranná hemikolektomie, kdy se odstraňuje pravý tračník s lymfatickou drenáží. Při postižení transversa se provádí resekce transversa. Levostranná hemikolektomie anebo rozšířená levostranná hemikolektomie se indikuje při postižení lienální flexury a sestupného tračnicku. Pro nádor esovité kličky se provádí resekce sigmatu. Hartmannova operace je operační postup, při kterém je vyveden orální úsek střeva jako kolostomie se slepým uzavřením aborální části. Při mnohočetných tumorech tračnicku se provádí subtotalní kolektomie zakončená ileorektoanastomózou. Úplné odstranění tlustého střeva včetně rekta se nazývá proktokolektomie, končící terminální ileostomií. Dalším z operačních postupů je Milesova operace, která se provádí při nádorovém postižení dolní třetiny rekta. Provádí se amputace rekta s odstraněním svěračů, sešití perinea a vyšití trvalé sigmoideostomie (Holubec, 2004, str. 110 – 121).

1.3.6 Komplikace stomií

U stomií může dojít k řadě komplikací. Některým se dá při dodržování zásad předejít, některé jsou způsobeny špatnou konstrukcí stomie. V krátkém pooperačním období se objevují časné komplikace jako je nevhodné umístění, nekróza, krvácení, edém, zánět v okolí stomie, mechanický ileus. V delším pooperačním období může dojít k retrakci a stenóze stomie, prolapsu a parastomální kýle, dermatitidám, ulceracím, opruzení, granulacím okolí stomie. Za komplikace můžeme označit také inkontinenci a sexuální potíže.

Nevhodné umístění zapříčiňuje špatné držení stomických pomůcek, odlepování a zatékání obsahu. Prevencí je rozvaha lokalizace již v době před operací – vhodné je spolu s pacientem a operátérem nalezení vhodného místa a zakreslení na kůži. Při již vytvořené stomii je řešením úprava pomůcek a používání speciální ochranné pasty.

Ischémie až nekróza je způsobena špatným krevním zásobením. Stomie zřívá, až zčerná, zapáchá a hrozí její odpadnutí. Příčinou může být chybná technika při operaci a malý otvor v podložce, což může způsobit zařezávání podložky do sliznice střeva.

Krvácení má příčiny buď lokální, nebo celkové. Drobné krvácení je při ošetřování časté a vzhledem k prokrvenosti střevní stěny není pokládáno za nic mimořádného. Krvácení trvajících déle může mít příčinu medikamentózní, ale také může být způsobeno prorůstajícím nádorem. Proto by se delší krvácení nemělo nechat bez povšimnutí a mělo by se dovyšetřit, nejedná-li se o zánět nebo nádor.

Stenóza a retrakce spolu úzce souvisí. Stenóza vzniká zužováním vlivem zjizvení a vzniká i bez retrakce, neboli vtažení. Vtažení bez stenózy je vzácné. Vtažení stomie je důsledkem špatné operační techniky, kdy jsou špatně kotveny stehy fixující střevo k břišní stěně. Důvodem mohou být také nekrózy a hnisání kolem stomie.

Prolaps neboli výhřez patří mezi pozdní komplikace. Menší prolaps nepředstavuje pro pacienta problém. Potíže s výhřezem nastávají u výhřezu delšího než 10 cm, někdy může dosahovat až 20 cm. Příčinou může být zvýšený nitrobřišní tlak, velký otvor ve stěně břišní, nedostatečná fixace střeva. Sliznice je zranitelnější, krvácí a mohou se vytvořit vředy. Řešením je u čerstvého výhřezu zatlačení zpět, při vážnějších komplikacích je na řadě resekce úseku nebo jeho upevnění na pobřišnici.

Parastomální kýla se vyskytuje až u 40 % kolostomiků a 10 % ileostomiků. Dochází k vsunutí obsahu části dutiny břišní mezi střevní vývod a otvor ve stěně břišní. Tento obsah se vyklenuje a nejzávažnější komplikací může být zaškrcení střeva se střevní neprůchodností.

Problémy s kůží okolo stomie jsou velmi častými problémy stomiků díky mechanickému a chemickému dráždění kůže vlivem čistících prostředků, enzymů stolice či bakterií. Nejčastěji dochází k maceracím vlivem zvýšené vlhkosti při zatékání, nebo vlivem pomůcky neumožňující odpařování. Zejména s vyšším věkem souvisí nadměrně suchá kůže, kdy snadněji vznikají trhliny a je tedy větší riziko infekce. Dále může dojít k iritaci kůže vlivem enzymů, sekrece, čistícími prostředky. Infekce kůže je nejčastěji houbová a projevuje se červenými skvrnami a malými puchýři. Příčinou jsou opět vlivy chemické, zatékání, ale i špatná hygiena. Alergická reakce se manifestuje také zarudnutím a malými puchýřky, důvodem je zde však alergen v pomůcce. Důležité je holení kůže okolí stomie, jako prevence vzniku folikulitidy. Jedná se o zánět chlupových váčků, vyvolaný traumatickým vytrhnutím

chlupového váčku při výměně sáčku. Banální komplikací, kterou lze řešit poleptáním, nebo chirurgickým odstraněním, jsou granulace v okolí stomie (Marková, 2006, str. 33 – 38).

K hodnocení peristomální kůže se používá DET skóre, kde je hodnoceno okolí stomie, co se týká barvy, eroze a nadměrného růstu tkáně. U každé této kategorie se hodnotí velikost postižené oblasti, která je ohodnocena od nuly do tří bodů, a míra závažnosti poškození, která je hodnocena od nuly do dvou bodů. Maximální počet bodů je tedy 15, optimálním výsledkem je 0 (Nováková, 2009, str. 32,33).

1.4 Ošetřování pacienta se stomií

1.4.1 Předoperační příprava

Předoperační přípravu dělíme na celkovou obecnou, celkovou speciální a místní.

Cílem obecné celkové přípravy je vytvořit optimální podmínky pro nemocného z hlediska zvládnutí zátěže, nekomplikovaného hojení, rekonvalescence. V této fázi se také zajišťují podpisy informovaných souhlasů (Zeman, 2011, str. 126). Informace o tom, co pacienta čeká, mohou snížit intenzitu nežádoucích pocitů. Léčba rakoviny, která je častým důvodem k vytvoření stomie, klade vysoké nároky na psychiku nemocného i na jeho okolí. U onkologicky nemocných bychom měli vědět o fázích psychického prožívání, a to fázi šoku, fázi zloby a vzteku, fázi uklidnění a smlouvání, fázi deprese a fázi smíření, abychom mohli pacientovi lépe porozumět. Všeobecně je komunikace důležitá, a to nejen u onkologických pacientů. Vhodné je probrat s pacientem chirurgický zákrok a jeho možnosti, umožnit mu otázky, poskytnout mu čas na rozmyšlenou, informovat o pooperačním období, délce hospitalizace, o bolestech, doporučeních (Janáčková, 2008, str. 88, 89, 109). Z hlediska stomií lze již v této fázi pacientovi předvést pomůcky, a to informačními brožurami, kresbami nebo zprostředkováním setkání s pacientem, který podobnou operaci již prodělal (Marková, 2006 str. 27).

Do speciální celkové přípravy patří minerálové vyrovnání a podpurná alimentace. Je třeba zajistit korekci krevního cukru u diabetiků. Patří sem také aplikace opatření a léků u pacientů s velkou predispozicí k tromboembolickým komplikacím. Celková speciální příprava je velmi obsáhlá, záleží na přidružených chorobách pacienta. Zaměřuje se na důsledky základního onemocnění pacienta a jejich ovlivnění, na rizikové faktory nemocného.

Místní příprava zahrnuje přípravu tkání v místě plánované operace. V gastroenterochirurgii se využívá zavedení nazogastrické sondy, jako prevence aspirace, ke snížení pankreatické

sekrece odsáváním žaludečního obsahu. U delších výkonů je nutné zavedení cévky do močového měchýře k měření diurézy. Rozepjatý měchýř může také způsobit technické potíže při operacích v malé pánvi. Vyprázdnění střeva ortográdně hypertonickým roztokem, doplněné dietním opatřením, popřípadě klyzmatem, zabraňuje kontaminaci operační rány a peritoneální dutiny. Názory na nutnost vyprázdnění střev při operacích střev ale nejsou jednotné. Místní příprava se zaměřuje i na kůži nemocného – týká se hygieny nemocného, operačního pole a mytí rukou personálu. Samozřejmostí je oholení operačního pole (Zeman, 2011, str. 127 – 132). Předoperační vyznačení místa stomie na optimálním místě je zásadní pro kvalitu života stomika (Zachová, 2010, str. 27). Z časového hlediska dále dělíme předoperační přípravu na dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední. Do dlouhodobé přípravy řadíme již zmiňované předoperační vyšetření a kompenzaci stavu pacienta. V krátkodobé přípravě zajišťujeme přípravu operačního pole, vyprázdnění, potřebnou medikaci a získání podpisů informovaných souhlasů. Do bezprostřední přípravy spadá podání premedikace, bandáže končetin, zajištění periferního žilního vstupu (Mikšová, str. 95 – 97). Ne vždy je však čas na dokonalou předoperační přípravu. Těmito situacemi jsou urgentní výkony. Akutní výkony jsou zatíženy středním až velkým rizikem. Je zde daleko vyšší mortalita než u výkonů plánovaných, děje se tak především nedostatkem času na přípravu a na zhodnocení přidružených onemocnění u pacienta (Skalická, 2007, str. 122, 123).

1.4.2 Psychická příprava

Klíčovou roli v přijetí stomie hraje duševní kondice stomiků. Psychologickému aspektu života se stomií by měli věnovat velkou pozornost zdravotníci i rodinní příslušníci. Pro každého není lehké přijmout změnu životních podmínek, jakou s sebou přináší stomie. Péče o stomika vyžaduje přísně holistický přístup. Nemoc ve své podstatě představuje pro většinu lidí velmi náročnou životní situaci, která může být vnímána jako obtížně zvládnutelná, někdy až bezvýchodná. Řada pacientů má tendence své obtíže popírat. Důvodem bývá strach z diagnózy, která by mohla nějakým způsobem ohrozit jejich společenské postavení, práci či partnerský život. Při sdělování závažné diagnózy je třeba zohlednit věk pacienta, fyzický a psychický stav a přidružené onemocnění. Samozřejmostí je jistá míra empatie. Je třeba si s pacientem vybudovat profesionální vztah založený na důvěře, zodpovědět mu všechny otázky a vysvětlit mu diagnostické a terapeutické postupy, aby měl možnost rozhodnout se. Předoperační psychická příprava spočívá v minimalizování pocitu strachu a stresu, což lze docílit vhodně vedeným rozhovorem a zpřístupněním všech, pro pacienta důležitých, informací. První pocity stomiků jsou hlavně obavy z přijetí vzhledu vlastního těla, úzkost a

strach z nastalé životní situace, nejistota a beznaděj ze sexuálního života a následné terapie. Zdravotník by se tedy měl umět vcítit do pacientovy životní situace, dát mu dostatek psychické podpory, motivovat ho, povzbuzovat, věnovat pacientovi dostatek času, pozornosti a trpělivosti (Drobná, 2010, str. 54,55).

1.4.3 Pooperační péče

Pooperační péče je dle časového hlediska dělena na bezprostřední a následnou.

K bezprostřední pooperační péči patří monitorování vitálních funkcí, aplikace parenterální nebo enterální výživy, péče o invazivní vstupy a drény, péče o ránu a tišení bolesti. U stomiků kontrolujeme velikost a tvar stomie, barvu, otok, množství a konzistenci sekretu. Sáček lepený na operačním sále je průhledný a může se nechat na stomii až 48 hodin, pokud nečiní obtíže. Pacienta denně navštěvuje stomasestra a začíná s edukací v péči o stomii na lůžku.

Následná pooperační péče u stomiků je zaměřena na individuální a postupnou edukaci. Nejprve sestra provádí výměnu pomůcek sama, pacient se dívá. Následuje výměna pacientem s dopomocí a dohledem sestry, poté pacientem pouze s dohledem sestry. Před ukončením hospitalizace by měl pacient zvládnout obsluhu stomie sám, pokud to jeho stav dovoluje (Kubátová, 2006, str. 28 – 29).

1.4.4 Pooperační komplikace

Pooperační komplikace vznikají v souvislosti s anestezií nebo se samotným operačním výkonem. K respiračním pooperačním komplikacím patří laryngotracheitida, vzniklá podrážděním sliznice hrtanu a průdušnice endotracheální kanylou, nejčastěji při opakovaných pokusech u obtížné intubace. Dále může dojít k atelektázám (nevzdušnosti určitého okrsku plic), aspiraci, neboli vniknutí pevného nebo tekutého obsahu do dýchacích cest. Další respirační komplikací je plicní edém při selhávání levého srdce, apnoe při přetrvání účinku myorelaxačních látek, šoková plic při traumatickém a hemoragickém šoku. Záněty plic, častá bronchopneumonie, se vyvíjí sekundárně v ložisku atelektázy a je nejčastější respirační komplikací. Zdravé srdce většinou operační výkon a anestezie neohrozí. Kardiální pooperační komplikace se vyskytují zejména u pacientů, kterým jsou již předoperačně zjištěny poruchy funkce srdečně – cévního oběhu. Jsou to pacienti po infarktu myokardu, pacienti s ischemickou chorobou srdeční, s arytmiemi či arteriální hypertenzí. U pacientů dochází k dušnosti, tachykardii, hypotenzi, poruchám srdečního rytmu, bolestem na hrudníku. K tromboembolickým komplikacím patří tromboflebitida, flebotrombóza a nejzávažnější

komplikace, embolie plicnice. Mezi pooperační poruchy hemostázy řadíme koagulopatické krvácení, diseminovanou intravaskulární koagulopatii, anemii z náhlé krevní ztráty. Dále může dojít k alergickým reakcím na medikamenty nebo transfuzní přípravky. Ke komplikacím močového systému řadíme poruchy funkce ledvin, retenci moči a záněty. Vlivem sníženého průtoku krve, účinkem anestetik či převodem většího množství krve, může dojít k poruše funkce jater. Mezi poruchy trávicího ústrojí řadíme atonii či ektázi žaludku, stresové eroze a vředy, paralytický ileus při nerovnováze mezi aktivitou parasymptiku a sympatiku a mechanický ileus při překážce, která je nejčastěji způsobená srůsty střevních kliček. Komplikace v operační ráně se vyskytují zejména po výkonech zasahujících infikované tkáně. Dochází k infekcím, dehiscenci operační rány. U pacientů s poruchou koagulace může dojít ke krvácení z operační rány, krvácení může být ale také důsledkem nedostatečného stavění krvácení peroperačně (Slezáková, 2010, str. 39 – 55).

1.4.5 Stomické pomůcky

Pomůcek pro stomiky je v dnešní době na trhu mnoho. Jsou to podložky, sáčky a další příslušenství pro zachycení stolice a ochranu kůže proti jejímu poškození. Stomici si mohou vybrat různé varianty dle tvaru jejich stomie, potřeb a tělesných dispozic (Krška, 2011, str. 210, 211). Pomůcky pro stomiky by měly zejména zadržovat zápach, chránit kůži v okolí stomie, být nenápadné, přijatelné a dostupné pro uživatele, nastavitelné a komfortní pro všechny aktivity nositele (Mikšová, 2006, str. 120). Podle toho, jak pomůcku nasazujeme, dělíme stomické pomůcky do tří systémů. Dvoudílný systém se skládá z podložky a sáčku spojených přírubovým kroužkem. Při používání tohoto systému si stomik mění sáčky dle potřeby, podložku je možné ponechat na kůži 3 – 4 dny, pokud nečiní potíže, nepodtéká nebo se neodlepjuje. Jednodílný systém se skládá z podložky, která je již součástí sáčku. Systém se tedy mění celý. Tento způsob je výhodnější pro udržování hygieny v okolí stomie. Kvůli četnosti vyprazdňování u ileostomiků je pro ně však nevhodný. Vhodný je u kolostomiků, ne však první dny po operaci, ale až se upraví četnost a forma stolice. Adhezní systém je systém dvoudílný. Jde o průhlednou podložku a sáček s lepící plochou. Sáček se opět mění dle potřeby, podložka se může ponechat 3 – 4 dny (ConvaTec, 2013, str. 5). Dále jsou pro stomiky na trhu k dispozici pomůcky k očištění stomie, ochraně okolní kůže, vyrovnání nerovností, pomůcky proti zápachu. Jsou to odstraňovače adheziv, roztoky k omytí okolí stomie i stomie samotné, ochranné filmy, tvarovatelné těsnící kroužky, adhezivní pasty, pohlcovače pachu, stomické pudry, stomické pásy, prostředky k zahuštění stolice pro ileostomiky (Coloplast, 2013, str. 10 – 14). Ne vždy však měli pacienti se stomiemi a

ošetřující personál k dispozici takový výběr pomůcek jako dnes. První ošetřování stomie spočívalo v minulosti pouze v překrytí plenou či buničitou vatou. První pokusy o opravdovou stomickou pomůcku se začaly objevovat teprve v 60. letech minulého století. Tyto pomůcky však nebyly velmi spolehlivé, propouštěly střevní obsah a zápach, šustily a manipulace s nimi byla velmi složitá. Později se začal používat kolostomický pás (Jánošíkův pás), který byl však nevyhovující a omezoval stomika v denních aktivitách. Pokrokem byly nalepovací sáčky, s dnešními však byly nesrovnatelné. Proti stomickým pásům měly výhody v tom, že lépe přilnuly, zadržely pach a jejich výměna byla rychlejší a pohodlnější. Nevýhodou těchto pomůcek byla lepivá plocha, která kůži silně iritovala, a opakované použití bylo pro kůži okolí stomie velmi devastující. Hlavním zlomem ve vývoji stomických pomůcek bylo vytvoření bezpečných, nedráždivých lepidel a past na kůži (Michálková, 2009, str. 36, 37).

1.4.6 Strava stomiků

Strava stomiků se liší od stravy zdravých lidí. Důvodem jsou odlišné anatomické poměry ve střevě, kvůli kterým je třeba dodržovat specifická stravovací pravidla. V těsném pooperačním období je složení stravy jiné než v pozdější době. Alimentaci začínáme tekutou stravou a postupně dle pasáže přecházíme na stravu bezezbytkovou. Kolostomici by měli omezit jídla podporující zápach a plynatost, jako jsou luštěniny a nadýmavá zelenina. Každý člověk je jiný, proto by si měl kolostomik sám přijít na to, která jídla jej nadýmají více a která méně a podle toho svůj jídelníček upravit. Důležitý je dostatečný přísun tekutin. Ileostomici by měli dbát na dostatečné rozkousání každého sousta a měli by omezit přísun vlákniny. Vzhledem k anatomickým poměrům ve střevě je pro ileostomiky velmi důležité zajištění dostatečného příjmu tekutin. (ConvaTec, 2012, str. 4, 10)

1.4.7 Pohybová aktivita stomiků

S pohybovou aktivitou jakéhokoliv druhu se setkáváme stále častěji i u zdravotně oslabených lidí. I v této skupině je tělesná aktivita vnímána jako společenský fenomén k dosažení prestiže, seberealizace, socializace. Cílem pohybové aktivity je napínání, uvolňování a posilování svalstva, mobilizace kloubů, zlepšení prokrvení a činnosti srdce, rovnováha a koordinace těla. Pohybové aktivitě stomiků by měla předcházet konzultace s odborníkem. Vhodným pohybem pro stomiky je například cvičení na velkém nafukovacím míči, cévní gymnastika, dechová cvičení, pilates, plavání, turistika. Pokud se pacient věnoval některé tělesné aktivitě pravidelně již před operací, může se do svého rytmu postupně vrátit i po operaci (Kollárová, 2013, str. 46,47).

1.4.8 Kvalita života stomiků

Velmi důležitá pro pacienta je dostatečná informovanost a to již předoperačně před vytvořením stomie. Problémy se u pacientů mohou objevit na začátku, ve fázi, kdy se vyrovnávají s faktem života se stomií. Čerství stomici bývají úzkostní, neví, zda se o stomii zvládnou postarat, jak stomie zasáhne do jejich pracovního, osobního a intimního života. Proto je nesmírně důležité, aby zdravotnický personál naučil pacienta ošetřovat stomie a zodpověděl mu všechny jeho otázky, co se života se stomií týká. Pomáhá také, pokud se pacient může setkat s někým, kdo již delší dobu se stomií žije a pomůže pacienta nasměrovat v potencionálně problematických situacích, jako je třeba příprava na společenskou akci nebo na sport (Ondřiová, 2012, str. 38,39). V České republice funguje řada klubů pro stomiky, kde mohou stomici společně sdílet nejen své životní příběhy, ale také cenné zkušenosti. České ILCO, dobrovolné sdružení stomiků, školí problematiky znalé stomiky, kteří dobrovolně poskytují zkušenosti budoucím a novým stomikům. Cílem je tedy co nejvíce usnadnit vstup do života se stomií. Dobrovolník je stomik, který je sám psychicky vyrovnaný, má zvládnutý život se stomií, je pozitivně naladěný a ochoten své těžce nabyté zkušenosti předávat. Pokud má budoucí nebo nový stomik zájem o setkání s dobrovolníkem, může se obrátit na kterýkoliv klub stomiků (Ředinová, 2010, str. 50,51).

1.5 Péče o stomiky ve zdravotnickém zařízení

Člověka s nově vyvedenou kolostomií či ileostomií je nutno na tuto roli připravit. Děje se tak ve zdravotnickém zařízení. Již předoperačně by měl být budoucí stomik edukován, měly by mu být poskytnuty informační brožury, stomické pomůcky k nahlédnutí a psychická podpora k zvládnutí nové životní situace, nejedná-li se o operaci akutní. Ale i při akutním výkonu by mělo dojít alespoň k vyznačení místa stomie a tím minimalizování pooperačních komplikací z hlediska péče o stomii.

1.5.1 Stomická sestra

Pro péči o pacienta se stomií jsou školeny stomické sestry. Tyto sestry musí mít odbornou způsobilost v oboru všeobecná sestra, porodní asistentka nebo zdravotnický záchranář a musí mít osvědčení o výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Po absolvování dvoutýdenního kurzu Aeskulap Academy a složení závěrečné zkoušky, získají zvláštní odbornou způsobilost v oblasti edukace pacienta v předoperační a pooperační péči, péči o stomického pacienta a jeho rodinu, péči o dětského pacienta se stomií od 3 let věku, zhodnocení nutričního stavu stomika, irigace stomika a péči o pacienta s rozsáhlým laparostomickým

defektem nebo píštělí (www.aesculap-akademie.cz). Při nemocnicích jsou zřizovány stomické poradny, kam mohou pacienti se stomií docházet i po propuštění do domácí péče. Stomická sestra je tedy nejvíce kompetentní k ošetřování pacientů se stomiemi, ne vždy však ošetřuje stomika právě ona.

1.5.2 Všeobecná sestra a zdravotnický asistent

Všeobecná sestra popřípadě zdravotnický asistent jsou ve většině případů ti, kteří stomika ošetřují. Dle vyhlášky 55/2011 ze dne 1. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků všeobecná sestra může hodnotit a ošetřovat chronické rány a stomie a edukovat pacienty, případně jiné osoby, o ošetřovatelských postupech a připravovat pro ně informační materiály. Zdravotnický asistent pod odborným dohledem všeobecné sestry může ošetřovat chronické rány.

1.5.3 Školení

Péče o stomického pacienta je velmi specifická a pomůcek pro stomiky je na trhu mnoho. Sestry starající se o tyto pacienty mohou absolvovat průběžná školení, které pořádají firmy vyrábějící stomické pomůcky. Po písemném dotazu ohledně školení u největších firem bylo zjištěno, že kurzů a školení se pořádá zhruba 30 celorepublikových a další lokální ročně. Firma Eakin pořádá zhruba 10 celorepublikových seminářů ročně a další lokální semináře, které ale firma neviduje. Firma B.Braun organizuje přibližně 6 kurzů pro začínající stomické sestry ročně a další lokální semináře o nových pomůckách. Dalších zhruba 20 školení pořádá firma ConvaTec. Poslední oslovená firma, Coloplast, pořádá 2× ročně školení pro začínající stomické sestry a 1× ročně sympozium pro urologické a stomické sestry.

2. Empirická část

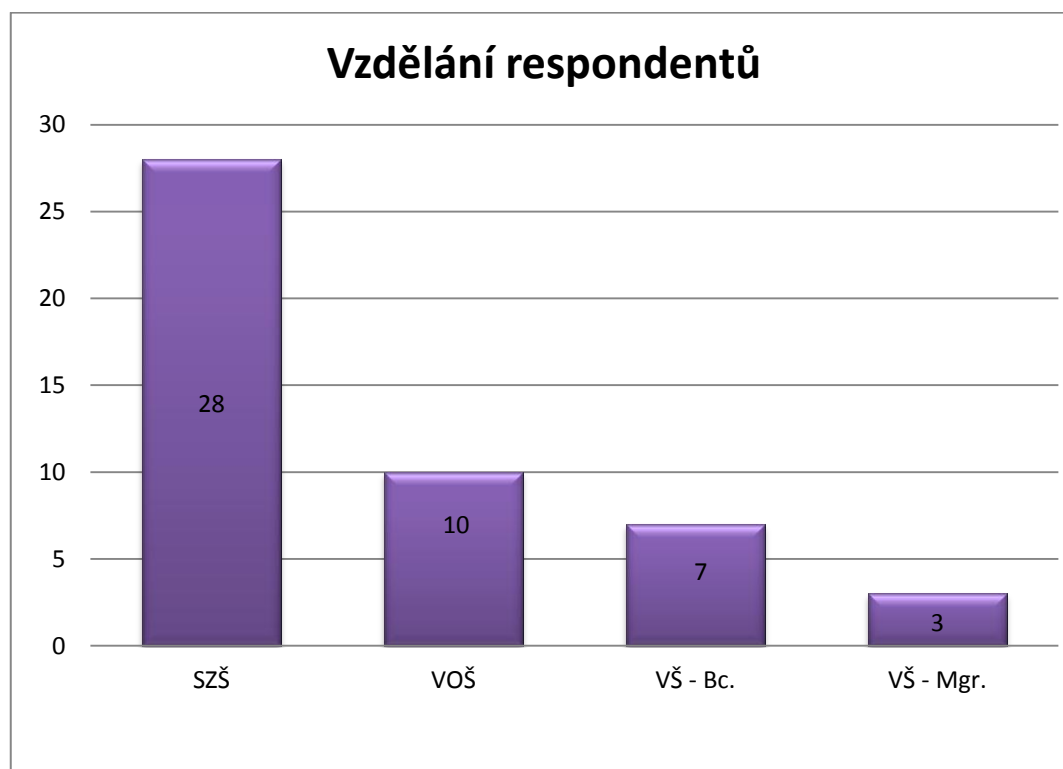
2.1 Metodika výzkumu

K dosažení předem stanovených cílů byla zvolena metoda kvantitativního výzkumného šetření. Výzkum byl prováděn formou anonymního nestandardizovaného dotazníku. Genderové rozdělení nebylo prováděno, neboť pro zpracování a interpretaci výsledků není podstatné. Stejně tak věkové rozdělení by nebylo pro výzkum dostatečně vypovídající, bylo tedy nahrazeno délkou praxe. V dotazníku se nachází celkem 20 otázek. Použity byly otázky uzavřené, s možností výběru odpovědí. Polootevřené s možností jak výběru odpovědí, tak s možností doplnění vlastním názorem. Dále byly použity otázky otevřené k vyjádření názoru respondenta a otázky filtrační. Otázky byly tvořeny tak, aby měly výpovědní hodnotu pro předem stanovené výzkumné otázky. V září 2013 proběhlo pilotní šetření, kdy bylo rozdáno 5 dotazníků. Dle pilotního průzkumu byly některé otázky přeformulovány a doplněny, tyto změny však nebyly zásadní. Výzkum samotný probíhal v říjnu 2013 v nemocnici univerzitního typu. Bylo rozdáno celkem 50 dotazníků s návratností 48, tedy 96 %. Respondenty byly zdravotní sestry. Po domluvě s náměstkyní pro ošetrovatelskou péči a vrchními sestrami oslovených klinik, byly dotazníky pro účel práce rozdány sestřám na ta oddělení, na kterých je nejvyšší předpoklad, že se sestra setká s pacienty se stomiemi gastrointestinálního traktu. Konkrétně se jednalo o oddělení kolorektální chirurgie, gerontometabolické interní oddělení, gastroenterologické interní oddělení a oddělení onkologie.

2.2 Výsledky výzkumu, analýza dat

2.2.1 Vzdělání respondentů

Otázka číslo 1: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?



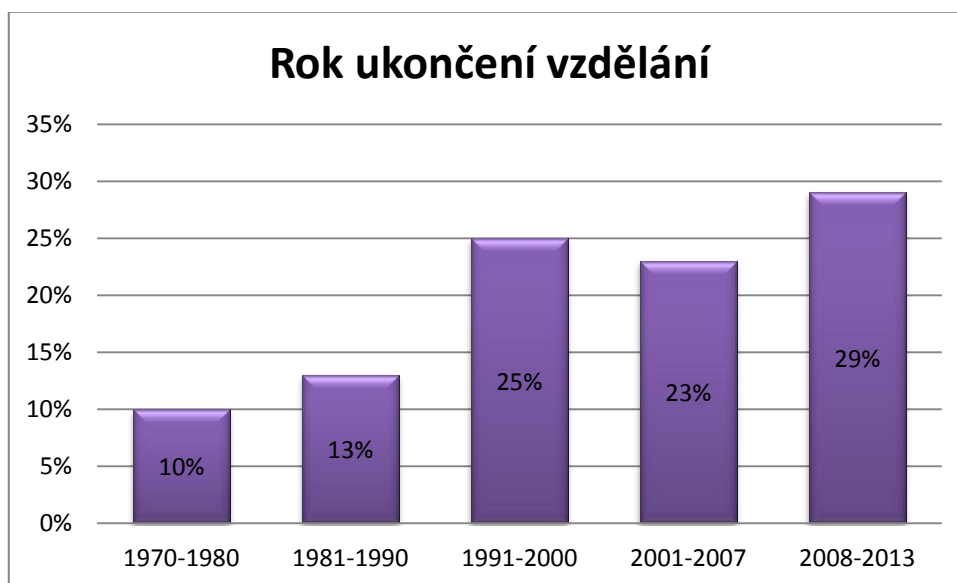
Obrázek 1 Graf vzdělání respondentů

Výzkumu se zúčastnilo celkem 28 sester, které označily jako své nejvyšší dosažené vzdělání studium na střední zdravotnické škole. 10 sester mělo vzdělání vyšší odborné, sedm dokončilo své vzdělání s titulem bakaláře a tři z dotazovaných s titulem magistr. Jiné možnosti dosaženého vzdělání, jako je základní vzdělání a vzdělání vyučen, v dotazníku nebyly, neboť u cílové skupiny zdravotních sester je očekáváno vzdělání minimálně střední odborné ukončené maturitní zkouškou.

Z chirurgického oddělení označilo střední vzdělání 11 sester, vyšší odborné tři sestry, bakalářské také tři sestry. S magisterským vzděláním nebyl na chirurgii žádný respondent. Na interním oddělení mělo 15 sester středoškolské vzdělání, čtyři sestry měly vzdělání na vyšší odborné škole a tři sestry bakalářské vzdělání. Stejně jako na chirurgii, také zde neměla žádná sestra magisterské vzdělání. Nejmenší počet středoškolsky vzdělaných respondentů byl na onkologii, a to dvě sestry. Vyšší odborné vzdělání měly na onkologii tři sestry, bakalářské vzdělání měla jedna sestra a tři respondentky uvedly, že je jejich vzdělání magisterské.

2.2.2 Rok ukončení vzdělání

Otázka číslo 2: Ve kterém roce jste ukončil (a) vzdělání?

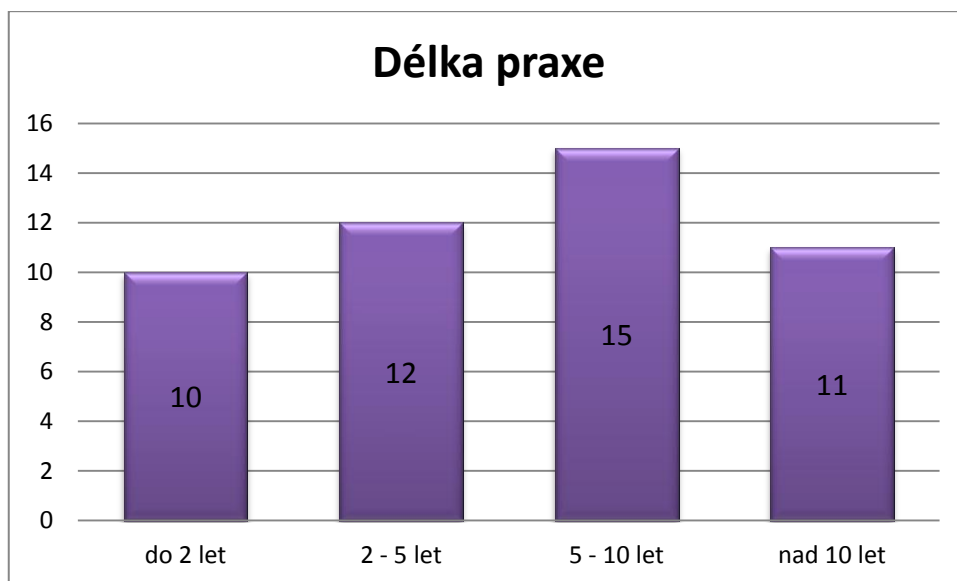


Obrázek 2 Graf ukončení vzdělání respondentů

Z grafu vidíme menší procentuální zastoupení respondentů, kteří ukončili vzdělání od roku 1970 do roku 1980 a stejně tak od roku 1981 do roku 1990. Více jak 70 % respondentů ukončilo své vzdělání od roku 1991. Nejvíce sester (n=14) však ukončilo své vzdělání po roce 2008, kdy na středních zdravotnických školách došlo k velkým změnám, a od tohoto roku skládali maturitu na střední zdravotnické škole poprvé zdravotničtí asistenti. Otázka na rok ukončení nejvyššího dosaženého studia byla zvolena proto, abychom zjistili, kolik respondentů dokončilo své vzdělání jako zdravotnický asistent. Tři respondenti dokončili své vzdělání na střední zdravotnické škole od roku 2008, jsou tedy zdravotnickými asistenty. Z toho pracují dva na chirurgii a jeden na interním oddělení. Na onkologii nepracuje žádný zdravotnický asistent.

2.2.3 Délka praxe

Otázka číslo 3: Jaká je délka Vaší praxe na nynějším oddělení?

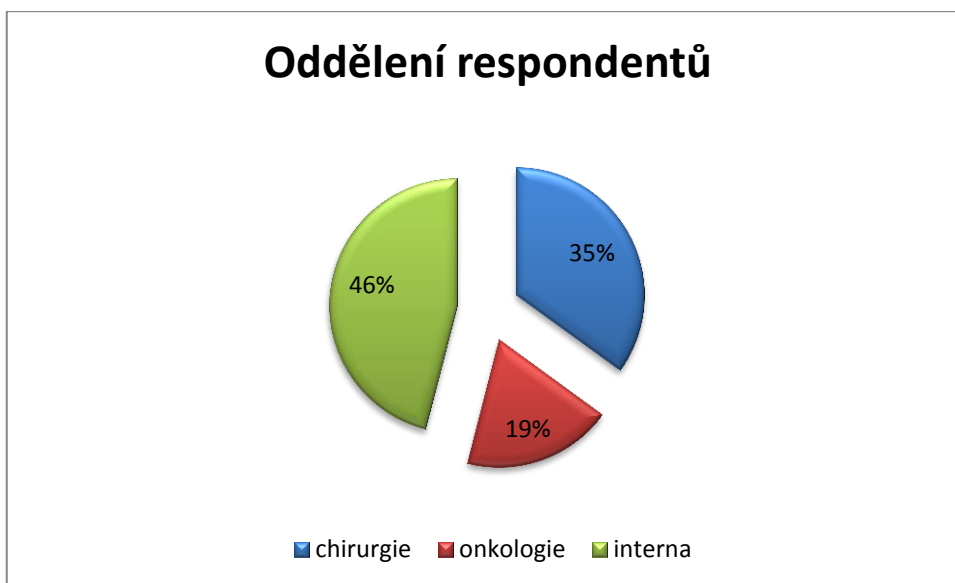


Obrázek 3 Graf délky praxe

Z grafu jde vidět, že nejpočetnější skupinu tvořily sestry s délkou praxe mezi 5 – 10 lety. Praxi do dvou let uvedlo celkem 10 respondentů. Dva z nich pracovali na chirurgii, šest na interním oddělení a dva na onkologii. Praxi s délkou od 2 do 5 let má celkem 12 respondentů, a to čtyři z chirurgie, sedm z interního oddělení a jeden z onkologie. Praxi mezi pěti až deseti lety označilo 15 sester. Z těchto bylo devět sester z chirurgie, čtyři sestry z interních oddělení a dvě sestry z onkologie. Více než 10 let pracovalo na nynějším oddělení 11 sester, a to dvě na chirurgii, pět na interně a čtyři na onkologii.

2.2.4 Oddělení respondentů

Otázka číslo 4: Na jakém oddělení pracujete?

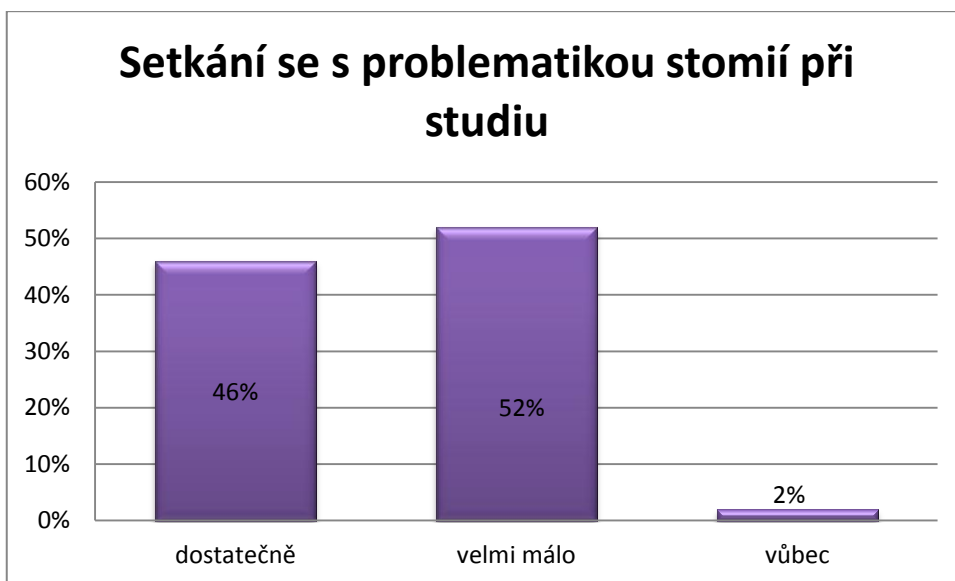


Obrázek 4 Graf oddělení respondentů

Oddělení chirurgické, interní a onkologické bylo zvoleno s předpokladem, že na těchto odděleních se zdravotní sestry mohou nejčastěji setkat s pacienty s ileostomií nebo kolostomií. Z dotazovaných respondentů pracovalo na chirurgickém oddělení 35 % sester, na interním 46 % sester a na onkologii 19 % sester. Toto nerovnoměrné rozložení zúčastněných respondentů dle oddělení bylo způsobeno limity počtu dotazníků stran vrchních sester a také počtem sester na jednotlivých odděleních.

2.2.5 Setkání se s problematikou při studiu

Otázka číslo 5: Setkal (a) jste se při studiu s problematikou stomií?

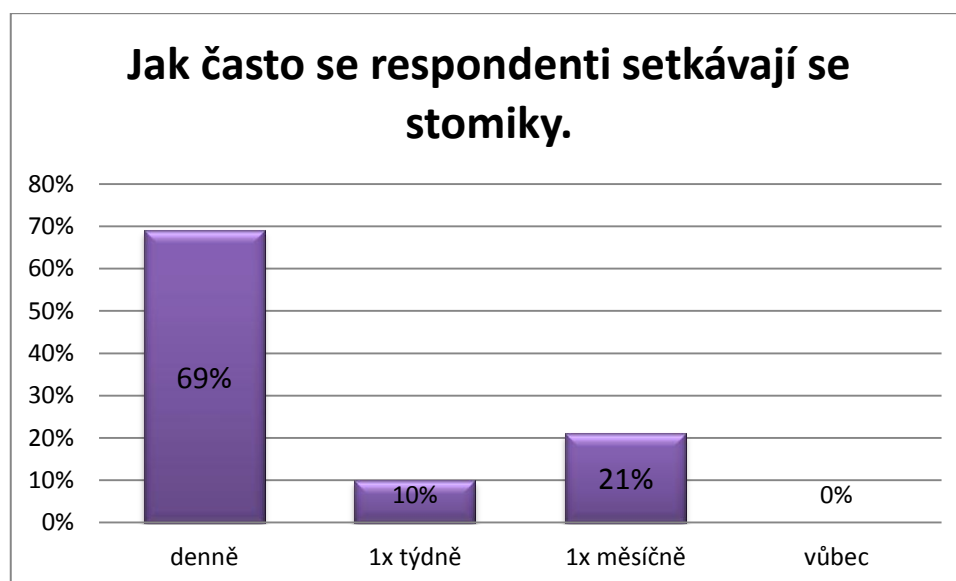


Obrázek 5 Graf setkání se s problematikou stomií při studiu

Na otázku, jestli se dotazovaní setkali s problematikou stomií při studiu, odpovědělo 46 % respondentů, že dostatečně. Odpověď, velmi málo, označilo 52 % sester. Vůbec se při studiu s problematikou stomií nesečkala 2 % tázaných.

2.2.6 Setkávání se se stomiky na oddělení

Otázka číslo 6: Jak často se setkáváte s pacienty s kolostomií nebo ileostomií?

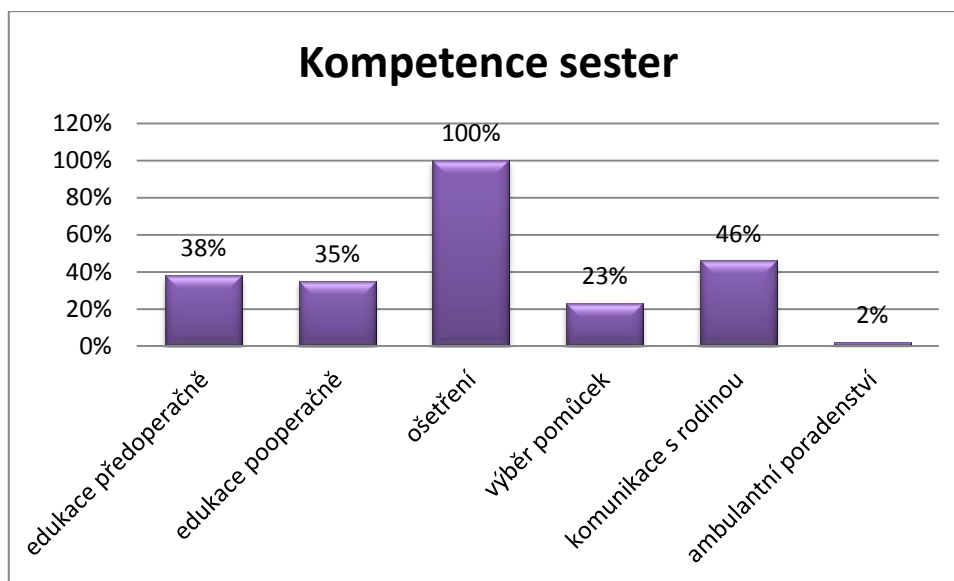


Obrázek 6 Graf jak často se respondenti setkávají se stomiky

S pacienty se stomií se setkává denně 69 % dotázaných. 10 % se setkává se stomiky alespoň jednou do týdne a 21 % minimálně jednou do měsíce. Ani jeden respondent neoznačil odpověď, že se se stomickými pacienty neseťkává vůbec. Vzhledem k výběru oddělení pro provedení výzkumu se tento výsledek očekával. Z respondentů, kteří se pacienty se stomií setkávají denně, bylo 13 z chirurgie, 12 z interního oddělení a 8 z onkologie. 1× týdně se o stomiky starají čtyři sestry z chirurgie a jedna sestra z onkologie. Na interním oddělení tuto možnost neoznačila žádná sestra. Odpověď 1× do měsíce se vyskytla pouze na interním oddělení, a to v počtu deseti sester.

2.2.7 Kompetence respondentů

Otázka číslo 7: Jaké jsou Vaše kompetence v péči o stomie?

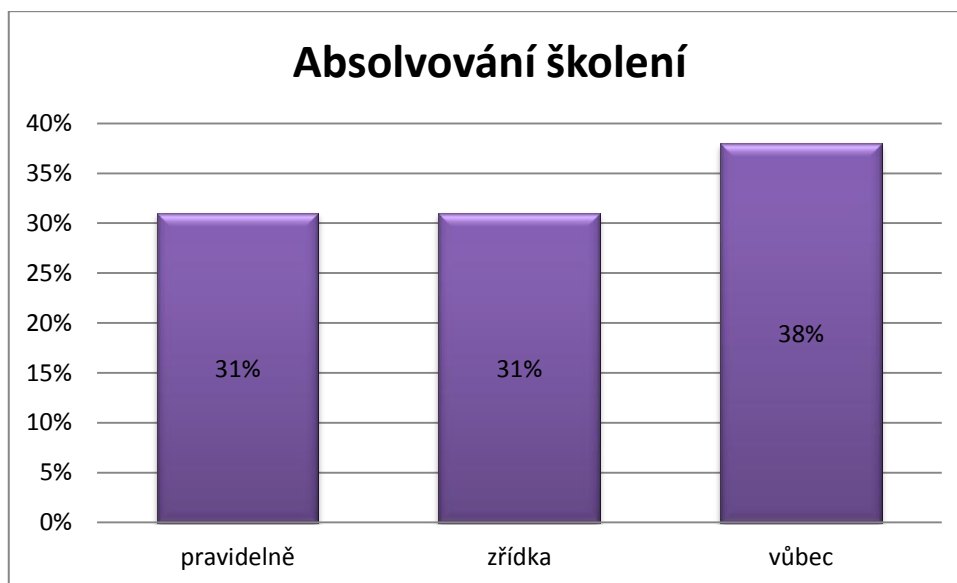


Obrázek 7 Graf kompetencí respondentů

V této položce bylo cílem zjistit, jaké si sestry myslí, že mají kompetence při ošetřování stomie a péči o stomika. Odpověď edukace před operací označilo osm sester, edukace po operaci 17 sester. Všichni respondenti, tedy 48, označili, že je v jejich kompetencích ošetření stomie. Kompetence k výběru pomůcek pro nové stomiky označilo jako kompetenci sester 11 dotázaných. Další možností k výběru byla odpověď „komunikace s rodinou“, ta byla označena 22 respondenty. Ambulantní poradenství má v kompetencích jeden respondent. Možnost, že dotazovaný neví, jaké jsou jeho kompetence, nebyla označena v žádném dotazníku. Také otevřená možnost k doplnění své kompetence zůstala ve všech dotaznících prázdná.

2.2.8 Absolvování školení

Otázka číslo 8: Absolvujete průběžná školení o novinkách v ošetřování stomií?



Obrázek 8 Graf absolvování školení

Když už sestry ošetřují pacienty se stomiemi, zajímalo nás, zdali absolvují v nějakých pravidelných intervalech školící akce zaměřené na tuto problematiku. Pravidelně absolvuje školení o novinkách v ošetřování stomií 31 % dotázaných. Velmi zřídka se zúčastňuje školení 31 % respondentů. Největší množství dotázaných, 38 %, neabsolvuje školení vůbec. Je smutným zjištěním, že více jak třetině sester, postačují k péči o pacienty jen vědomosti získané během studia. Přitom pomůcky pro stomiky zaznamenaly v posledních dvou desetiletích překotný vývoj, který i nadále postupuje a na trhu se objevují stále dokonalejší pomůcky.

2.2.9 Spokojenost respondentů se školením

Otázka číslo 9: Pokud jste v otázce 8 odpověděl (a) ano. Považujete tato školení za dostatečná?



Obrázek 9 Graf spokojenosti respondentů se školením

V předešlé otázce odpovědělo 30 respondentů (62 %), že absolvují vzdělávací akce, ať již pravidelně nebo zřídka. Z nich pak 27 považuje tato školení za dostatečná. Pouze tři respondenti označili školení za nedostatečná.

2.2.10 Důvod neúčasti na školeních

Otázka číslo 10: Pokud jste v otázce 8 odpověděl (a) ne. Proč?



Obrázek 10 Graf důvodů neúčasti na školeních

18 respondentů (38 %) neabsolvovalo žádné školicí akce zaměřené na problematiku stomií. V této otázce měli zdůvodnit proč. Někteří respondenti odpovídali označením více odpovědí. Čtyři respondenti neabsolvuji školení, protože o ně nemají zájem, sedm respondentů, protože jim to neumožňuje zaměstnavatel, a devět respondentů dopsalo svou odpověď. V drtivé většině udali, že školení neabsolvuji kvůli nedostatku času.

2.2.11 Zájem respondentů o více školení

Otázka číslo 11: Uvítal (a) byste více školení?

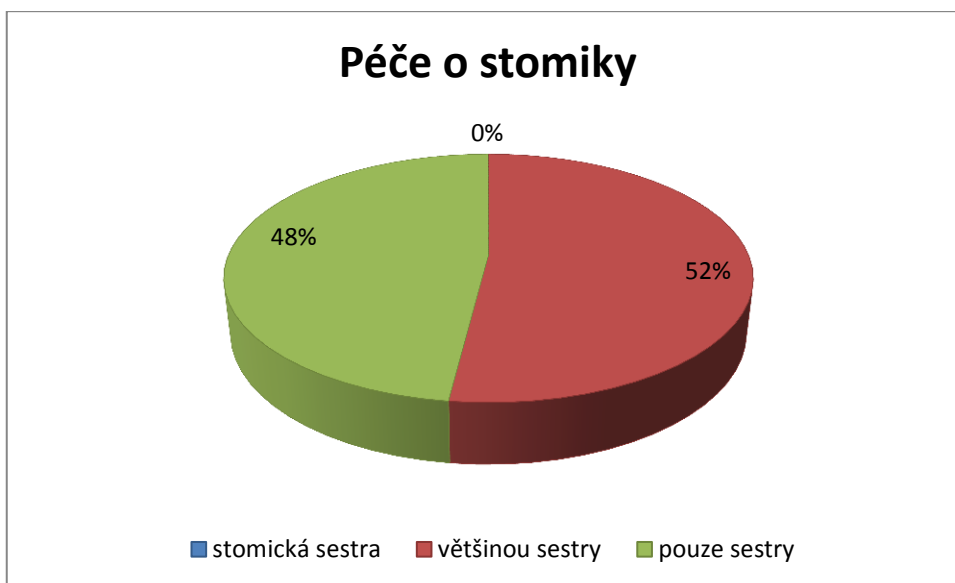


Obrázek 11 Graf zájmu respondentů o více školení

50 % dotázaných by uvítalo více školení, 50 % o školení zájem nemá. Z těch, kteří by uvítali více školicích akcí, bylo 10 sester z chirurgie, 11 sester z interního oddělení a tři sestry z onkologie.

2.2.12 Ošetření stomika

Otázka číslo 12: Pokud máte stomika na oddělení, kdo ho ošetřuje?

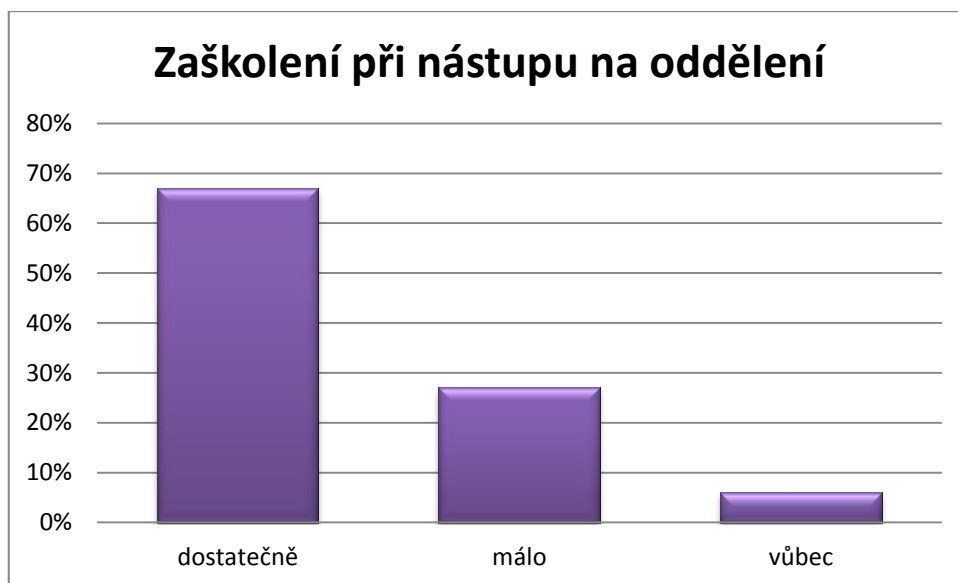


Obrázek 12 Graf péče o stomiky

Žádný z respondentů v této otázce nevedl, že by se o pacienta se stomií starala pouze stomická sestra. 52 % označilo, že se o stomika starají sestry, stomická sestra pouze, když je přítomna ve službě. 48 % uvedlo, že se o stomika na jejich oddělení starají pouze sestry, stomická sestra není přítomná na oddělení a přichází pouze na vyžádání.

2.2.13 Zaškolení při nástupu na oddělení

Otázka číslo 13: Byl (a) jste při nástupu na Vaše oddělení seznámena s péčí o stomie?

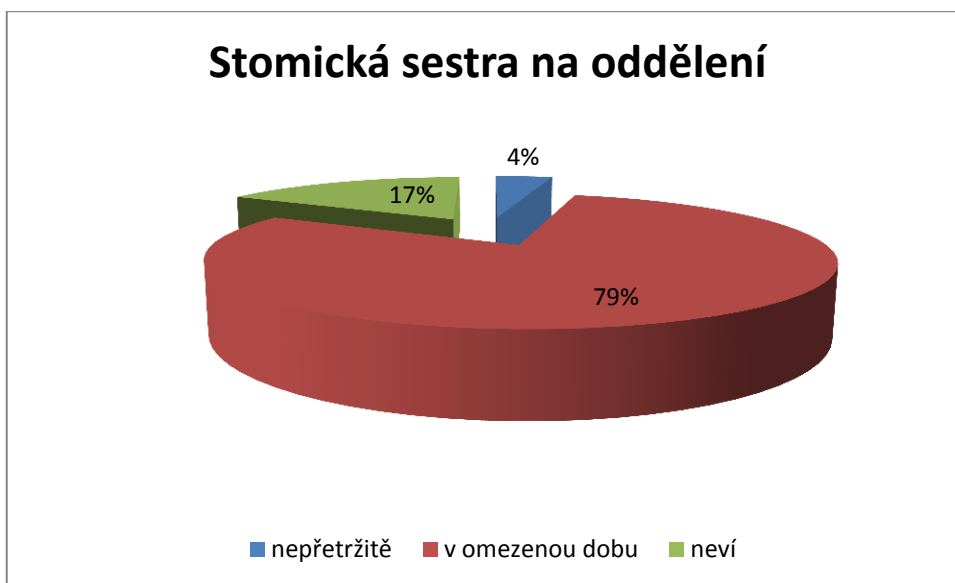


Obrázek 13 Graf zaškolení při nástupu na oddělení

Na otázku, zda byli respondenti při nástupu na jejich pracoviště seznámeni s péčí o stomie, uvedlo 67 %, že dostatečně. 27 % respondentů uvedlo, že bylo seznámeno s péčí o stomie velmi málo a 6 % nebylo seznámeno vůbec.

2.2.14 Stomická sestra na oddělení

Otázka číslo 14: Máte k dispozici stomickou sestru?

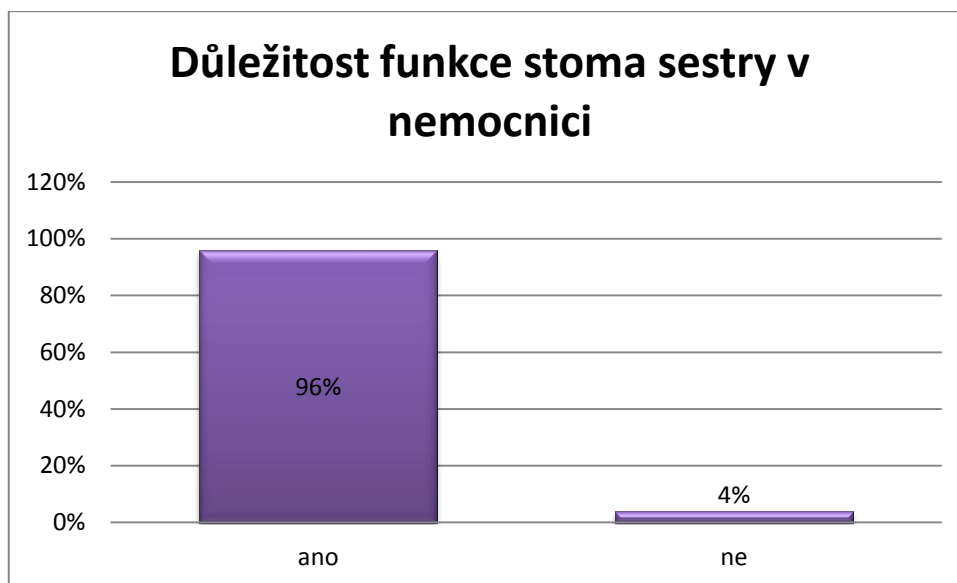


Obrázek 14 Graf stomické sestry na oddělení.

Nepřetržitě mají stomickou sestru k dispozici 4 % dotázaných. 79 % uvedlo, že stomickou sestru k dispozici má, ale jen v omezenou dobu. 17 % respondentů uvedlo, že neví, zda mají k dispozici stomickou sestru. Jelikož se všichni respondenti starají o stomie, je toto zjištění velice zvláštní. Lze se pouze domnívat, zdali je to nezájmem, nebo pouhou nevědomostí, protože konzultaci se stomickou sestrou v péči o své pacienty nikdy nepotřebovali.

2.2.15 Stomická sestra v nemocnici

Otázka číslo 15: Myslíte si, že je ve Vaší nemocnici nezbytná funkce stomasestry?

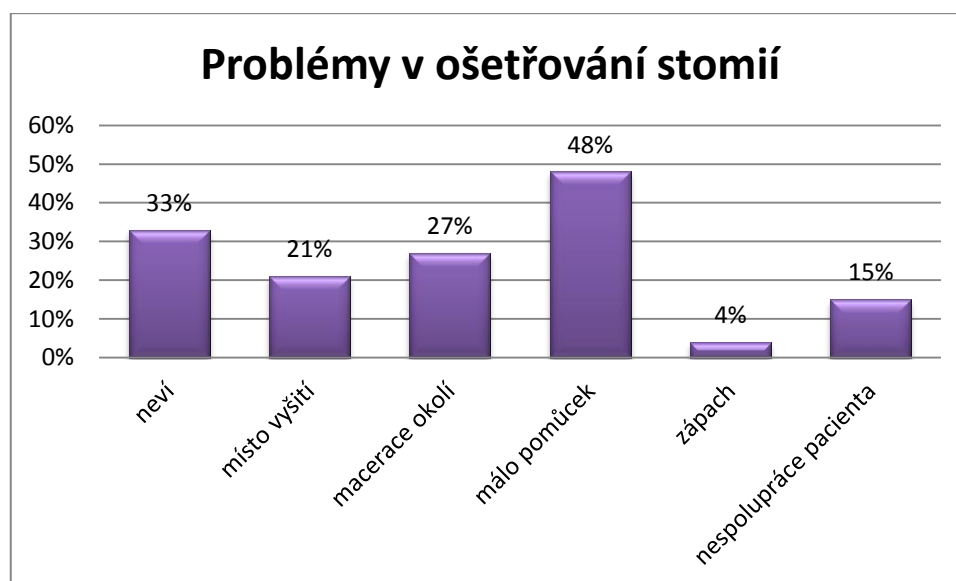


Obrázek 15 Graf Důležitost funkce stomasestry v nemocnici

Za nezbytnou považuje funkci stomasestry 96 % dotázaných. Zbývající 4 % sester si naopak myslí, že v jejich nemocnici není funkce stomasestry nezbytná.

2.2.16 Problémy v ošetřování stomií

Otázka číslo 16: Jaké jsou podle Vás problémy spojené s ošetřováním stomií?



Obrázek 16 Graf problémů v ošetřování stomií

Nejčastěji viděli respondenti problém v nedostatku financí a s tím spojený nedostatek pomůcek k ošetřování stomií. Tak se vyjádřilo 48 % sester. Problém v ošetřování zmacerovaného okolí stomie vidělo 27 % dotázaných. Špatně umístěná stomie, prolaps nebo naopak vpadnutí stomie byl problémem pro 21 % respondentů. Sestry také považovaly za problém nespolupráci pacienta a jeho rodiny, celkem 15 %. Pouze 4 % respondentů uvedlo, že problémem je pro ně zápach či velký objem stolic. Celých 33 % sester však na tuto otázku odpovědělo, že neví.

2.2.17 Obtížnější stomie

Otázka číslo 17: Která stomie je podle Vás obtížnější z hlediska ošetřování?

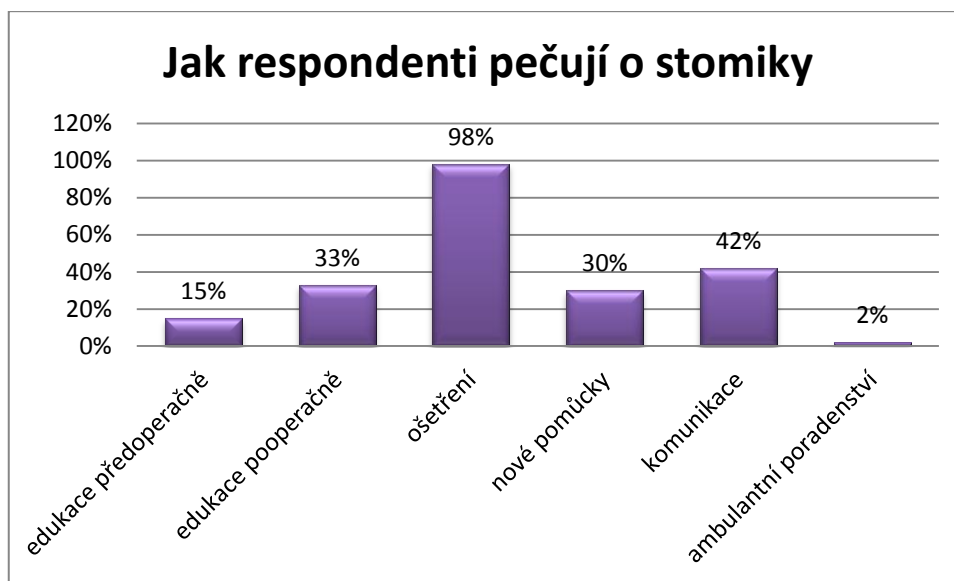


Obrázek 17 Graf komplikovanější stomie na ošetření

V této otázce měli respondenti možnost vybrat z nabízených možností buď ileostomie, nebo kolostomie. Ileostomii jako obtížnější z hlediska ošetřování označilo 83 % respondentů, kolostomii 17 %. Ze 17 sester z chirurgie jich 15 označilo jako obtížnější ileostomii a dvě kolostomii. Z 22 sester z interního oddělení považovalo 16 sester jako obtížnější na ošetřování ileostomii a šest kolostomii. Na onkologickém oddělení označilo všech 9 respondentů jako obtížnější k ošetřování ileostomii.

2.2.18 Péče respondentů o stomiky

Otázka číslo 18: Jak Vy pečujete o stomika?



Obrázek 18 Graf jak respondenti pečují o stomiky

Na otázku, jak respondent pečuje o stomika, odpovědělo sedm z dotázaných, že edukuje pacienta před operací. 16 edukuje pacienta po operaci, 47 ošetřuje pacienta s ileostomií nebo kolostomií. Pro nové stomiky vybírá pomůcky 11 z dotázaných, komunikuje s rodinou 20 z dotázaných. Ambulantní poradenství provozuje pouze jeden respondent.

2.2.19 Stomická sestra

Otázka číslo 19: Pracujete jako stomická sestra?



Obrázek 19 Graf stomická sestra

Ze všech dotázaných bylo 6 % stomických sester. Zbytek, tedy 94 % odpovědělo, že jako stomická sestra nepracuje. Na interním oddělení pracovala jedna stomická sestra, a na chirurgickém dvě stomické sestry.

2.2.20 Délka praxe stomických sester

Otázka číslo 20: Pokud jste v otázce 19 odpověděl (a) ano, jak dlouho?

Délka praxe	Počet respondentů
Bez praxe	45
10 let	1
12 let	1
15 let	1

Tab. 1 Délka praxe stomických sester

Na otázku týkající se praxe stomické sestry odpovídali pouze tři respondenti. Délka jejich praxe v pozici stomických sester byla vždy nad 10 let, a to konkrétně 10, 12 let u sester na chirurgii a 15 let u sestry na interním oddělení.

2.3 Diskuze

Cílem této práce bylo zjistit, zda jsou zdravotní sestry setkávající se s pacienty s ileostomií a kolostomií dostatečně seznámeny s péčí o tyto pacienty a zda mají možnost a absolvují průběžná školení o novinkách v této oblasti. Cílem bylo dále také zjistit, jestli mají sestry k dispozici vyškolené stomické sestry a kdo se o pacienty se stomiemi převážně stará. Jsou-li to právě sestry v péči o stomie vyškolené, či nikoli. Dále bylo cílem vyhodnotit, jaké problémy vidí sestry v péči o pacienty s kolostomií a ileostomií a která s těchto dvou stomií je dle jejich názoru obtížnější z hlediska ošetřování.

Výzkumné šetření probíhalo na čtyřech klinikách fakultní nemocnice v Královéhradeckém kraji. Tato nemocnice má 23 klinik s 1500 lůžky. Kliniky pro výzkum byly vybrány tak, aby splňovaly předpoklad nejvyššího výskytu pacientů se stomiemi gastrointestinálního traktu. Dotazníky byly po schválení náměstkyní pro ošetrovatelskou péči předány vrchním sestřím klinik, ty pak rozdaly dotazníky sestřím na oddělení jejich klinik.

2.3.1 Výzkumná otázka č. 1: Byly sestry při nástupu na svá pracoviště seznámeny s péčí o ileostomie a kolostomie?

Většina sester (32 ze 48 dotázaných) vyjádřila názor, že byly se stomiemi seznámeny při příchodu na svá pracoviště dostatečně. 13 sester si myslelo, že byly seznámeny velmi málo a tři nebyly s péčí o stomie seznámeny vůbec. Pokud se sestra setká se stomií 1× do měsíce, nepředpokládá se, že by měla být nějak speciálně nad rámec kvalifikačního studia zaškolená či poučena v této problematice. Z výzkumu ale vyplývá, že i ze sester pečujících o stomie denně nebo minimálně 1× týdně, kterých bylo 38 z dotazovaných, se cítilo dostatečně zaškolenou pouze 27, velmi málo se o této problematice dozvědělo při příchodu na oddělení 10 sester a jedna sestra nebyla seznámena s touto problematikou vůbec.

2.3.2 Výzkumná otázka č. 2: Byli respondenti dostatečně seznámeni s problematikou stomií při studiu?

52 % dotázaných uvedlo, že se s problematikou stomií setkalo při studiu dostatečně, 45 % tvrdilo, že se s touto problematikou setkalo při studiu velmi málo a 3 % respondentů se s touto problematikou při studiu nesetkalo vůbec. Toto bylo poněkud zarážející, protože problematika stomií je součástí vzdělávacích programů oborů vzdělávajících nelékařské profesionály. Respondentů s ukončeným vzděláním na střední zdravotnické škole bylo 28. Z těchto se cítilo

s problematikou při studiu dostatečně seznámeno 12, velmi málo 15 a vůbec jeden respondent. Z 10 respondentů, kteří ukončili své vzdělání na vyšší odborné škole, se cítilo během studia dostatečně připraveno sedm sester a tři sestry velmi málo. S bakalářským vzděláním bylo celkem sedm respondentů. Čtyři respondenti – bakaláři byli v problematice stomií během studia dostatečně připraveni, tři respondenti s tímto vzděláním odpověděli, že byli studiem připraveni velmi málo. Magisterské stupeň vzdělání udali tři respondenti. Dva z nich se s problematikou stomií při studiu setkali dostatečně a jeden velmi málo. Z těchto výsledků nelze jednoznačně říci, které studium dá sestrám v této problematice více. Samozřejmě je rozdílnost nejen v typu vzdělání, ale třeba i v místě, kde sestra studuje a účastní se praxe při studiu.

2.3.3 Výzkumná otázka č. 3: Absolvují sestry průběžná školení o novinkách v oblasti stomií?

Pouze 31 % dotázaných uvedlo, že pravidelně absolvuje školení ohledně novinek v ošetřování pacientů se stomiemi. Stejně tak 31 % absolvuje školení zřídka. 38 % respondentů neabsolvuje školení vůbec. Z 38 respondentů, kteří se o stomické pacienty starají denně nebo minimálně jedenkrát týdně, se školí 13 pravidelně, 15 odpovědělo, že absolvují školení zřídka, a 11 neabsolvuje školení vůbec. Nejvíce sester, které navštěvují školení pravidelně, je z chirurgie, a to v počtu devět. Tři sestry, které se pravidelně školí, jsou z interního oddělení a jedna sestra z onkologie. 50 % z celkového počtu respondentů uvedlo, že by uvítalo více školení. Jelikož vzdělávacích akcí, které pořádají firmy, je poměrně hodně, každá sestra má možnost se těchto školení účastnit. Jako důvod neúčasti na školeních sestry uvedly, že jim zaměstnavatel tato školení neumožňuje. Dalším častým důvodem byl také nedostatek času. Menší počet sester vyjádřil jako důvod neúčasti na školeních finanční náročnost.

2.3.4 Výzkumná otázka č. 4: Pečují o pacienty se stomií k tomu vyškolené stomické sestry?

Z výzkumu vyplynulo, že na žádném oddělení nenastane, aby se o stomie starala pouze vyškolená stomická sestra. 25 z dotazovaných uvedlo, že se o stomie starají sestry, stomická sestra pouze v omezenou dobu, 23 pak uvedlo, že se o stomiky nestará stomická sestra ani v omezenou dobu, ale starají se pouze sestry. Předpoklad vyškolených stomických sester je na odděleních, kde se sestry s pacienty se stomiemi setkávají denně. Těchto respondentů bylo 33. Pouze jeden z denně pečujících respondentů odpověděl, že má nepřetržitě k dispozici stomickou sestru na oddělení. Tento respondent sám stomickou sestrou nebyl. 31 sester

pečujících denně o kolostomie nebo ileostomie odpovědělo, že mají stomickou sestru k dispozici v omezenou dobu. Mezi nimi byla i sestra stomická. Vyjádření stomické sestry, že nemá k dispozici stomickou sestru nepřetržitě bylo zprvu překvapivé. Jelikož byla tato otázka položena všem sestřám na oddělení celkově, vyjádření této stomické sestry může být chápáno tak, že ona sama není na oddělení nepřetržitě, tudíž je k dispozici jen v omezenou dobu. Jeden dotazovaný z denně se o stomie starajících respondentů odpověděl, že neví, jestli má k dispozici stomickou sestru. Tento respondent ukončil vysokoškolské vzdělání magisterským titulem v roce 2013 a v době výzkumu pracoval na oddělení 4 měsíce. Odpověď, že neví, zda má k dispozici stomickou sestru, zdá se po 4 měsících dennodenní péče o stomie zarážející.

2.3.5 Výzkumná otázka č. 5: Jsou sestry přesvědčeny, že je v jejich nemocnici nezbytná funkce stomické sestry?

Předpokládaná odpověď ano ve 100% nebyla potvrzena. 5 % z dotázaných si myslelo, že stomická sestra není v jejich nemocnici potřeba. Z 38 respondentů, kteří ošetřovali pacienty se stomií minimálně 1× týdně, se záporně vyjádřil jeden. Tento respondent se staral o stomické pacienty denně a měl k dispozici stomickou sestru.

2.3.6 Výzkumná otázka č. 6: Která stomie je z hlediska ošetřování pro respondenty obtížnější?

Vzhledem k četnosti stolic a agresivitě střevního obsahu odváděného ileostomií je tato stomie z hlediska ošetřování obtížnější. Tak se vyjádřilo 83 % sester. Kolostomii jako náročnější na ošetřování označilo 17 % dotazovaných. Polovina z respondentů, kteří označili kolostomii za obtížnější v ošetřování, pracuje se stomiemi minimálně 1× týdně.

2.3.7 Výzkumná otázka č. 7: Jaké jsou podle sester problémy v ošetřování stomií?

Oslovené sestry se také měly vyjádřit k tomu, jaké jsou podle jejich vlastního názoru problémy při ošetřování stomií. Otázka neposkytla sestřám žádné možnosti výběru a většina respondentů odpovídala víceslovnými odpověďmi, tedy problémů v ošetřování stomií vidí více. Celkem bylo vyjádřeno 68 názorů. Z toho 33 % respondentů odpovědělo, že neví. Z interního oddělení takto odpovědělo osm sester, z onkologie jedna a z chirurgie sedm sester. Nejčastěji vidí respondenti problém v tendenci šetřit a z toho plynoucí nedostatek pomůcek k ošetřování pacientů s ileostomií a kolostomií na jejich oddělení. Tento názor vyjádřilo 48 % sester. Na chirurgii pociťuje velké šetření a nedostatek pomůcek devět sester, na onkologii pět a na interním oddělení šest sester. Naopak jeden respondent z onkologie vyjádřil názor, že

pomůcek je velmi mnoho a problémem je u něj vyznat se v těchto pomůckách. Častou odpovědí byla také macerace v okolí stomie, podtékání, vpadlá stomie a nevhodné umístění stomie. V maceraci okolí stomie vidí problém 10 respondentů, v podtékání čtyři respondenti. Nevhodně umístěnou stomii označilo jako problém pět sester a vpadlou stomii jedna sestra. Dále viděly sestry problém v nespolupracujícím pacientovi. Takto se vyjádřilo šest sester. S tímto vším spojený problém v psychice pacienta při zvykání si na novou životní situaci označil jeden respondent. Stejně tak problém v nedostatečném čase na adekvátní edukaci pacienta viděl jeden respondent. Dále v malém počtu viděly sestry problém v zápachu při ošetřování stomických pacientů a ve velkém objemu stolic u pacientů s ileostomií.

3. Závěr

Kolostomie a ileostomie jsou vývody střeva přes stěnu břišní. U kolostomie se jedná o střevo tlusté, u ileostomie o střevo tenké. Důvodů k založení jedné z těchto stomií je celá řada. Nejčastější diagnózou, jejíž léčbou je vývod střeva, ať již dočasný nebo trvalý, je kolorektální karcinom, Crohnova choroba, záněty a úrazy. Pacientů se stomií je tedy mnoho a zdravotní sestra se může se stomikem setkat na kterémkoli oddělení. Péče o tyto pacienty je specifická, co se ošetření stomie týká. Oproti dřívějším dobám, je dnes na trhu spousta pomůcek, stomik má více možností, někdy dochází ale až ke zmatku v množství pomůcek a orientaci v nich, ať pro zdravotní sestru nebo pacienta samotného. Cílem této práce bylo tedy zjistit, jak dalece jsou zdravotní sestry, které se s pacienty se stomiemi setkávají nejčastěji, připraveny ze studia na péči o tyto pacienty, jestli byly zaškoleny do této problematiky při příchodu na svá pracoviště, jestli absolvují průběžná školení o pomůčkách a novinkách v ošetřování stomií, a pokud ne, proč. Cílem bylo také zjistit, zda o stomické pacienty pečují k tomu vyškolené a tedy nejkompetentnější stomické sestry, nebo ne.

Zhruba třetina sester, která se denně starala o pacienty se stomiemi, se necítila dostatečně seznámena s problematikou stomií při příchodu na oddělení. Možností absolvovat školení je spousta, ať již od firem, nebo občas pořádají menší školení na odděleních samy stomické sestry. Vzhledem k tomu, jak je péče o stomického pacienta specifická a kolik druhů pomůcek je na trhu k dispozici, měl by každý zdravotník, který o tyto pacienty pečuje, projít alespoň základním školením. Toto by mělo být v zájmu nejen zdravotníka samotného, ale také zaměstnavatele. Polovina respondentů dále odpověděla, že se při kvalifikačním studiu setkala s problematikou stomií velmi málo, nebo vůbec. I toto je důvodem, proč by sestra při nástupu na oddělení, kde bude denně pečovat o pacienty se stomiemi gastrointestinálního traktu, měla absolvovat školení o problematice stomií. Budoucí nebo nový stomik, je člověk, který prožívá zásadní životní změnu, má strach, je zmatený, neví, jestli novou roli zvládne, jestli se dokáže o stomii postarat. Úkolem zdravotníka je pomoci pacientovi vyrovnat se s těmito pocity, pomoci mu zvyknout si na stomii a řádně ho edukovat v péči o stomie. Tento zdravotník by měl být tedy vyškolený profesionál, který sám problematice rozumí. Proto by měl absolvovat pravidelně školení a o problematiku stomií se zajímat. Jen třetina z respondentů však absolvuje školení pravidelně. Ti, kteří se neškolí vůbec, uváděli jako nejčastější důvod nedostatek času, dalším častým důvodem, bylo neumožnění školení ze strany zaměstnavatele. Nedostatek času je odpovědí celkem nelogickou, protože školení o stomiích bývají, stejně jako ostatní školení, ohodnoceny kreditními body a patří do celoživotního vzdělávání, které

musí každý nelékařský profesionál absolvovat. Smutné je však neumožnění školení ze strany zaměstnavatele, protože kvalifikovaní odborní pracovníci jsou vizitkou zdravotnického zařízení. Dalším důvodem proč by sestry měly absolvovat školení ohledně stomií je nedostatek vyškolených stomických sester. Z výzkumu vyplynulo, že až polovina dotazovaných sester nemá vůbec k dispozici stomickou sestru, druhá polovina má stomickou sestru k dispozici, ale jen v omezenou dobu. Zdá se žádoucí, aby na odděleních, kde jsou hospitalizováni převážně pacienti se stomiemi gastrointestinálního traktu, byly vyškolené stomické sestry. Stejně tak respondenti uvedli, že je z jejich pohledu funkce stomické sestry nezbytná. Tak se vyjádřilo celých 95 % dotázaných. Cílem této práce bylo dále zjistit, která stomie je pro sestry obtížnější z hlediska ošetřování a jaké vidí sestry problémy v ošetřování stomií. Pro většinu sester byla obtížnější na ošetřování ileostomie. Jako problém uváděly sestry nejvíce nedostatek pomůcek, maceraci okolí stomie, nevhodné místo, prolaps nebo naopak vpadnutí stomie. Je zvláštní, že na prvním místě v problematice byly finance a nedostatek pomůcek. Samozřejmě nemocnice šetří, spoustu pomůcek pro stomiky ale dodávají firmy zdarma, jako svoji reklamu. Každopádně by se nemělo stávat, aby nebyly pomůcky pro stomiky. 15 % sester vidělo problém v nespolupracujícím pacientovi. Jak již bylo zmíněno, ať už budoucí nebo nový stomik, ocitá se v těžké životní situaci. Střídají se u něj různé fáze vyrovnávání se s diagnózou a novou životní rolí, a proto by sestry v tomto neměly vidět problém, ale naopak výzvu. Vyškolený profesionál ví, jak s takovým pacientem jednat a každý zdravotník by měl mít zájem pacientovi pomoci. Sestry také viděly problém v maceraci okolí stomie, nevhodném umístění vyšité stomie, prolapsování nebo vpadnutí stomie. Krom macerace toto nelze ovlivnit ani sestrou, ani pacientem samotným. I když se místo pro vyšítí stomie označuje předoperačně, ne vždy je po chirurgické stránce možné vyšít stomii na vyznačeném místě. K prolapsu a vpadnutí dochází špatným kotvením střeva a povolením břišní stěny. Macerace vzniká špatným ošetřováním okolí stomie, nepřílnavostí stomických pomůcek. Tomuto se dá předejít, zvláště dnes, kdy je k dispozici celá řada doplňkové kosmetiky pro stomiky, jako jsou různé ochranné a vyrovnávající pasty, pudry, krémy. Je tedy zejména na personálu, aby stomii řádně ošetřoval a naučil nového stomika správně se o stomii starat. K tomu je opět potřeba vyškolený personál, který se v pomůčkách sám vyzná a je schopen své poznatky předat pacientovi. Lze tedy říci, že by sestry měly být při příchodu na oddělení, kde budou denně pečovat o pacienty se stomiemi, proškoleny v péči o stomie. Každá sestra, která pečuje o stomiky, by pak měla alespoň občas navštívit školení a zajímat se o novinky v oblasti stomií, aby měla přehled a dokázala stomikovi jeho novou životní roli co nejvíce usnadnit

4. Soupis bibliografických citací

1. COLOPLAST. *Život se stomií*. ©Coloplast, 2013, 34 s.
2. CONVATEC. *Průvodce životem stomika: Péče o stomie, které můžete věřit*. ConvaTec, ©2013, 31 s.
3. CONVATEC. *Chutně a zdravě: Jídelníček stomika*. ©ConvaTec, 2012.
4. ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 2*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, 2013. 512 s. ISBN 978-80-247-4788-0.
5. DROBNÁ, Petra. Psychická podpora nemocných se stomií. *Sestra*. Praha: Mladá fronta a.s., 2010, roč. 20, č. 3, s. 54 – 55. ISSN 1210-0404
6. HOLUBEC, Luboš. *Kolorektální karcinom*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 194 s. ISBN 80-247-0636-9.
7. JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 136 s. ISBN 978-80-7367-477-9.
8. KOLLÁROVÁ, Livia a Stela GILANOVÁ. Pohybová aktivita stomiků. *Sestra*. 2013, roč. 23, č. 6, s. 46 – 47. ISSN 1210-0404.
9. KRŠKA, Zdeněk a kol. *Techniky a technologie v chirurgických oborech*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 264 s. ISBN 978-80-247-3815-4.
10. MARKOVÁ, Marie. *Stomie gastrointestinálního a močového traktu*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 68 s. ISBN 80-701-3434-8.
11. MICHÁLKOVÁ, Helena. Historie a vývoj stomických pomůcek. *Sestra*. 2009, roč. 19, č. 3, s. 36 – 37, ISSN 1210-0404.
12. MIKŠOVÁ, Zdeňka, Marie FROŇKOVÁ a Marie ZAJÍČKOVÁ. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 172 s. ISBN 80-247-1443-4.
13. NOVÁKOVÁ, Svatava. DET skóre. *Florence*, 2009, roč. 5, č. 9, s. 32 – 33. ISSN 1801-464X.

14. ONDRIOVÁ, Iveta, Anna SINAIOVÁ a Silvia CIBRÍKOVÁ. Kvalita života nemocných s kolostomií. *Sestra*. 2012, roč. 22, č. 6, s. 38 – 40. ISSN 1210-0404.
15. OTRADOVCOVÁ, Iva a Lucie KUBÁTOVÁ. Komplexní péče o pacienta se stomií. 1. vyd. Praha: Galén, 2006. 54 s. ISBN 80-7262-432-6.
16. Program CK stomie. In: Aesculap Academy [online]. 2014 [cit. 2014-04-27]. Dostupné z: <http://goo.gl/olkKwC>
17. ROKYTA, Richard, Dana MAREŠOVÁ a Zuzana TURKOVÁ. Somatologie I. a II. 3. vyd. Praha: Eurolex Bohemia, 2006. 260 s. ISBN 80-86861-59-7.
18. ŘEDINOVÁ, Marie. České ILCO a jeho dobrovolníci. *Sestra*. 2010, roč. 20, č. 9, s. 50 – 51. ISSN 1210-0404
19. SKALICKÁ, Hana a kol. Předoperační vyšetření. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 152 s. ISBN 978-80-247-1079-2.
20. SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. Ošetřovatelství v chirurgii I. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 264 s. ISBN 987-80-247-3129-2.
21. SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. Ošetřovatelství v chirurgii II. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 304 s. ISBN ISBN 987-80-247-3130-8.
22. ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ. Interní ošetřovatelství I. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 280 s. ISBN 978-80-247-1148-5.
23. ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ. Interní ošetřovatelství II. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 212 s. ISBN 978-80-247-1777-7.
24. TROJAN, Stanislav a kol. Lékařská fyziologie. 4. vyd. Praha: Grada, 2003, 771 s. ISBN 80-247-0512-5.
25. UZIS. Novotvary 2010, *Uzis.cz* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2010. © ÚZIS ČR 2010-2014 [cit. 2014-04-26]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/novotvary>
26. ZACHOVÁ, Veronika. Stomie. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 200 s. ISBN 978-80-247-3256-5.

27. ZEMAN, Miroslav, Zdeněk KRŠKA a kol. Chirurgická propedeutika. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 512 s. ISBN 978-80-247-3770-6.

5. Seznam příloh

5.1 Příloha A – Dotazník

Dotazník pro sestry

Vážené kolegyně,

jsem studentkou bakalářského studia na FZS v Pardubicích a zpracovávám téma „Problematika kolostomií a ileostomií očima všeobecných sester“. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění krátkého dotazníku. Dotazník je anonymní a všechny údaje budou použity pouze ke zpracování mé bakalářské práce. Vámi zvolenou odpověď prosím zakřížkujte.

Předem děkuji za spolupráci. Leona Harcová

1. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- SZŠ
- Vyšší odborné zdravotnické
- VŠ - bakalářský stupeň
- VŠ – magisterský stupeň

2. Ve kterém roce jste ukončil (a) vzdělání?

.....

3. Jaká je délka Vaší praxe na nynějším oddělení?

.....

4. Na jakém oddělení pracujete?

- Chirurgické oddělení lůžková část
- Interní oddělení lůžková část
- Onkologie

5. Setkal (a) jste se při studiu s problematikou stomií?

- Ano, dostatečně.
- Ano, ale jen velmi málo.
- Vůbec ne

6. Jak často se setkáváte s pacienty s kolostomií nebo ileostomií?

- Denně
- 1x týdně
- 1x měsíčně
- Nikdy

7. Jaké jsou Vaše kompetence v péči o stomie? Možno více odpovědí.

- Edukace před operací
- Edukace po operaci
- Ošetření
- Výběr vhodných pomůcek pro nové stomiky
- Komunikace s rodinou
- Ambulantní poradenství
- Nevím
- Jiné.....

8. Absolvujete průběžná školení o novinkách v ošetřování stomií?

- Ano, pravidelně
- Ano, velmi zřídka
- Vůbec ne

9. Pokud jste v otázce 8 odpověděl (a) ano. Považujete tato školení za dostatečná?

- Ano

Ne

10. Pokud jste v otázce 8 odpověděl (a) ne. Proč?

Nemám zájem o školení

Zaměstnavatel mi školení neumožňuje

Jiné

11. Uvítal (a) byste více školení?

Ano

Ne

12. Pokud máte stomika na oddělení, kdo ho ošetřuje?

Pouze stomická sestra

Sestry, stomická pouze když je přítomna

Pouze sestry

13. Byl (a) jste při nástupu na Vaše oddělení seznámen (a) s péčí o stomie?

Ano, byl (a) jsem dostatečně seznámen (a)

Velmi málo

Vůbec

14. Máte k dispozici stomickou sestru?

Ano, nepřetržitě

Ano, ale jen v omezenou dobu

Nevím

15. Myslíte si, že je ve Vaší nemocnici nezbytná funkce stoma sestry?

Ano

Ne

16. Jaká jsou podle Vás problémy spojené s ošetřováním stomií?

.....

17. Která stomie je pro Vás obtížnější z hlediska ošetřování?

- Ileostomie
- Kolostomie

18. Jak Vy pečujete o stomika? Možno více odpovědí.

- Edukace před operací
- Edukace po operaci
- Ošetření
- Výběr vhodných pomůcek pro nové stomiky
- Komunikace s rodinou
- Ambulantní poradenství
- Jiné.....

19. Pracujete jako stomická sestra?

- Ano
- Ne

20. Pokud jste v otázce 19 odpověděl (a) ano, jak dlouho?

.....