

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2018

Eliška Jánská

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Znalosti sester v ošetrovateľskej péči o kolostomie a ileostomie

Eliška Jánská

Bakalárska práca

2018

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Eliška Jánská**
Osobní číslo: **Z14327**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Znalosti sester v ošetřovatelské péči o kolostomie a ileostomie**
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. ČIHÁK, Radomír. Anatomie 2.2. přeprac. vyd. Praha: Grada, 2013, 388 s. ISBN 978-80-247-4788-0.
2. HOCH, Jiří. Akutní chirurgie tlustého střeva. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 1998, 184 s. ISBN 80-858-0085-3.
3. OTRADOVCOVÁ, Iva. Stomické zdravotnické prostředky. Florence. 2011, roč. 7. ISSN 1801-464X.
4. VOJTOVÁ, Markéta. Stomie - pomůcky k ošetřování. Sestra. 2008, roč. 18, č. 11. ISSN 1210-0404.
5. ZACHOVÁ, Veronika. Stomie. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 232 s. ISBN 978-80-247-3256-5.

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Markéta Paprštejnová, Ph.D.

Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: 1. prosince 2015

Termín odevzdání bakalářské práce: 23. července 2018

prof. MUDr. Josef Fusek, DiSc.
děkan

L.S.

PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 19. března 2018

Prohlášení autora

Prohlašuji, že jsem tuto práci 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

Eliška Jánská

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala vedoucí této bakalářské práce Mgr. Markétě Papršteinové, Ph.D. za ochotu, čas strávený na konzultacích i mimo ně a cenné rady, které přispěly k vytvoření této práce. Dále děkuji za laskavou konzultaci panu Ing. Pruskovi, Ph.D. V neposlední řadě děkuji všeobecným sestřím za jejich čas a ochotu při vyplňování dotazníků, čímž přispěly k tomuto průzkumu. Velké díky patří i celé mé rodině za podporu a pochopení.

ANOTACE

Tato bakalářská práce se zabývá znalostmi všeobecných sester v ošetrovateľskej péči o kolostomie a ileostomie. Teoretická časť popisuje anatómiu a funkciu tlustého a tenkého střeva, históriu, typy a komplikácie stomií, indikácie k založeniu stomie, péči o pacienta v priebehu hospitalizácie a pomôcky pre pacientov se stomií. Průzkumná časť zisťuje znalosti všeobecných sester v ošetrovateľskej péči o kolostomie a ileostomie. Pro zmapování těchto znalostí byl použit anonymní dotazník se znaky znalostního testu. Vyhodnocením získaných dat bylo zjištěno, že všeobecné sestry z chirurgického typu oddělení se častěji setkávají s pacienty se stomií a prokázaly tedy i více znalostí ohledně ošetrovateľskej péče o kolostomie a ileostomie než sestry pracující na odděleních interního typu.

KLÍČOVÁ SLOVA

stomie, ošetrovateľská péče, kolostomie, ileostomie, znalosti sester

TITLE

Nurses' knowledge in taking care of colostomy and ileostomy

ANNOTATION

This bachelor thesis deals with nurses' knowledge in taking care of colostomy and ileostomy. The theoretical part describes the anatomy and function of colon and small intestine, history, types, complications and indications of stoma, care during the hospitalization and aids for patient with stoma. The practical part detects nurses' knowledge in taking care of colostomy and ileostomy. To find out these information, we used an anonymous questionnaire with characters of knowledge test. We found out that nurses from surgical department are more often in contact with patients with stoma, so they have more experience in taking care of colostomy and ileostomy than nurses from department of internal medicine.

KEYWORDS

stomy, nursing care, colostomy, ileostomy, nurses knowledge

OBSAH

1	Anatomie a funkce tenkého a tlustého střeva	16
1.1	Tenké střevo	16
1.2	Tlusté střevo	16
2	Historie stomií.....	18
2.1	Stomie v dějinách.....	18
2.2	Vývoj péče o stomie.....	19
3	Rozdělení stomií	21
3.1	Dle délky trvání.....	21
3.2	Dle účelu	21
3.3	Dle způsobu konstrukce	21
3.4	Dle lokalizace.....	22
4	Kolostomie.....	23
4.1	Cékostomie.....	23
4.2	Transverzostomie	23
4.3	Sigmoideostomie.....	23
5	Ileostomie.....	24
6	Indikace k založení kolostomie a ileostomie	25
6.1	Nádorová onemocnění	25
6.2	Úrazy a poranění	26
6.3	Divertikulóza.....	26
6.4	Idiopatické střevní záněty	26
6.5	Ostatní zánětlivá postižení tlustého střeva	27
6.6	Familiární adenomatózní polypóza	27
6.7	Náhlé příhody břišní.....	27
6.8	Ostatní indikace.....	27
7	Komplikace kolostomie a ileostomie.....	28

7.1	Časné komplikace	28
7.1.1	Nevhodné umístění stomie.....	28
7.1.2	Krvácení.....	28
7.1.3	Nekróza	29
7.1.4	Podráždění kůže.....	29
7.1.5	Parastomální absces	29
7.1.6	Retrakce stomie.....	29
7.2	Pozdní komplikace	29
7.2.1.	Parastomální kýla.....	29
7.2.2.	Prolaps stomie.....	30
7.2.3.	Stenóza.....	30
8	Ošetrovatelská péče	31
8.1	Předhospitalizační edukace	31
8.2	Předoperační příprava	32
8.3	Pooperační péče	33
9	Stomické pomůcky	34
9.1	Jednodílné systémy	34
9.2	Dvoudílné systémy.....	34
9.3	Systémy adhezní technologie.....	35
9.4	Podložky.....	35
9.5	Stomické sáčky.....	35
9.6	Příslušenství	36
10	Průzkumná část	37
10.1	Průzkumné otázky:	37
11	Metodika průzkumu.....	38
11.1	Metodika a realizace průzkumu.....	38
11.2	Průzkumný vzorek.....	38

11.3	Technika zhodnocení dat	39
11.4	Dotazník	39
12	Analýza dat	40
13	Diskuze	72
14	Závěr	80
15	Seznam Použité literatury	81
16	Přílohy.....	84

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Znalosti sester podle stupně vzdělání	70
Tabulka 2: Znalosti sester podle délky praxe	70
Tabulka 3: Znalosti sester podle typu oddělení	71

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Poměr všeobecných sester na interním a chirurgickém oddělení.....	40
Graf 2: Dosažené vzdělání celkem	41
Graf 3: Dosažené vzdělání v poměru interního a chirurgického oddělení	42
Graf 4: Délka praxe všeobecných sester	43
Graf 5: Zdroje informací respondentů	44
Graf 6: Znalosti dostačujících pro kvalitní péči o pacienta	45
Graf 7: Znalosti definice kolostomie	46
Graf 8: Znalosti vzhledu stomie.....	47
Graf 9: Výsledek odpovědí na lokalizaci kolostomie	48
Graf 10: Dieta pacienta s kolostomií po realimentaci.....	49
Graf 11: Znalosti definice ileostomie	50
Graf 12: Typy stomických systémů pro ileostomii.....	51
Graf 13: Doporučená složka potravy k zahuštění stolice	52
Graf 14: Znalosti o ztrátách tekutin u stomií	53
Graf 15: Výměna stomických sáčků	54
Graf 16: Nevhodné materiály k ošetření stomií.....	55
Graf 17: Pomůcky zajišťující těsnost stomie	56
Graf 18: Rozdělení stomických systémů	57
Graf 19: Výměna podložky dvoudílného systému	58
Graf 20: Kdo může předepisovat stomické pomůcky?	59
Graf 21: Znalosti firem vyrábějících stomické pomůcky	60
Graf 22: Firmy vyrábějící stomické pomůcky	61
Graf 23: Znalosti indikací k založení kolostomie a ileostomie	62
Graf 24: Indikace k založení kolostomie a ileostomie.....	63
Graf 25: Znalosti pojmů a definic	65
Graf 26: Znalosti irigace	66
Graf 27: Správný postup výměny jednodílného sáčku	67
Graf 28: Interní typ oddělení – pomůcky pro výměnu stomického sáčku.....	68
Graf 29: Chirurgický typ oddělení – pomůcky pro výměnu stomického sáčku	69

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ADL	Activities of Daily Living
atd.	A tak dále
BMI	Body mass index
CT	Computed Tomografy – Počítačová tomografie
ČR	Česká Republika
EKG	Elektrokardiograf
GALT	Gut-Associated Lymphoid Tissue
IBD	Idiopatické střevní záněty
ILCO	Dobrovolné sdružení stomiků?
JIP	Jednotka intenzivní péče
l	Litr
např.	Například
prof.	Profesor
př. n. l.	Před naším letopočtem
RTG	Rentgenové vyšetření
TNM	Tumor Nodus Metastasis – klasifikace maligních nádorů
tzv.	Takzvaně

ÚVOD

Střevní vývod, tedy kolostomii či ileostomii, má v této době mnoho lidí bez rozdílu věku. Stomie se týká většinou pacientů ve středním a vyšším věku, ovšem jsou i lidé pod 40 let, kteří mají střevní vývod. Stomie je důsledek různých závažných onemocnění, a to hlavně zánětlivých a nádorových onemocnění. V České Republice žije odhadem 10 tisíc stomiků a přesto o existenci této problematiky nemají „laici“ téměř ponětí. Stomie nemusí být vždy trvalá, ale vždy má dopad jak na tělesnou, psychickou tak i sociální stránku života. Stomie zasahuje do všech složek života pacienta – osobního, rodinného, pracovního i společenského. Při procesu vyrovnávání se s novou stomií má nezastupitelnou roli stomická sestra, která by měla s pacientem vše probrat, vyslechnout jeho dotazy a podpořit jeho psychiku, naučit ho péči o nově založenou stomii a podporovat jeho samostatnost. Další důležitou složkou je podpora poskytovaná rodinou a blízkými (Zdravotnictví a medicína, 2015).

Česká republika je na jednom z prvních míst ve výskytu kolorektálního karcinomu, a to hlavně u mužů. Toto onemocnění často vede k založení kolostomie. I z tohoto důvodu každoročně stoupá počet lidí s nově založenou dočasnou i trvalou stomií. Během studia na vysoké škole jsem se s pacientem s kolostomií a ileostomií setkala jen zřídka, a proto když jsem se poté měla o pacienta se stomií postarat, nevěděla jsem si moc rady. Díky zkušenější všeobecné sestře jsem se ovšem základní péči naučila. Nyní pracuji na chirurgickém oddělení, kde se s pacienty se stomií setkávám velmi často a také z tohoto důvodu jsem si toto téma vybrala. Doufala jsem také, že při psaní této práce získám nové vědomosti a zlepším své praktické zkušenosti v péči o stomie. Myslím si, že tyto znalosti by neměla mít pouze stomická sestra, ale všechny všeobecné sestry. Měly by mít alespoň základní teoretické i praktické zkušenosti a měly by umět správnou ošetrovatelskou péči o stomii. Protože pouze správná terapie a péče o stomie může výrazně zkrátit dobu hospitalizace (NOR, 2014, str. 3).

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí – teoretické a průzkumné. V teoretické části se budeme zabývat anatomií a funkcí tlustého i tenkého střeva, historií a rozdělením stomií, indikacemi k založení kolostomie a ileostomie, komplikacemi, které mohou u pacientů nastat, ošetrovatelskou péčí a stomickými pomůckami. V průzkumné části se budeme zaměřovat na znalosti sester v ošetrovatelské péči o kolostomie a ileostomie. Tato část bude realizována pomocí anonymního dotazníku se znaky znalostního testu.

CÍLE PRÁCE

Hlavním cílem této bakalářské práce bude zjistit úroveň znalostí všeobecných sester v ošetrovatelské péči o kolostomie a ileostomie.

Dílčí cíle:

- Zjistit rozdíly ve znalostech v ošetrovatelské péči o stomie u všeobecných sester pracujících na odděleních chirurgického a interního typu.
- Zjistit, zda má dosažené vzdělání vliv na míru znalostí v ošetrovatelské péči o kolostomie a ileostomie.
- Zjistit, zda délka praxe všeobecných sester ovlivňuje jejich znalosti v ošetrovatelské péči o kolostomie a ileostomie.
- Zjistit, zda znají všeobecné sestry pomůcky potřebné ke správnému ošetření stomie a výměně stomického systému.
- Zjistit z jakých zdrojů čerpají informace o ošetrovatelské péči o kolostomie a ileostomie.
- Vytvořit edukační leták popisující správný postup při výměně stomického systému.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ANATOMIE A FUNKCE TENKÉHO A TLUSTÉHO STŘEVA

1.1 Tenké střevo

Tenké střevo (*Intestinum tenue*) o průměru 3 – 4 centimetry navazuje na žaludek a je dlouhé 3 – 5 metrů. Je tvořeno třemi částmi: duodenum, jejunum a ileum. Duodenum neboli dvanáctník je nejkratší úsek tenkého střeva, který začíná pylorem a končí flexurou duodenojejunalis, kde přechází v jejunum. Do duodena ústí pankreatické a žlučové vývody, které napomáhají k rozkladu bílkovin, tuků a cukrů na základní složky. Jejunum a ileum na sebe navazují bez určité hranice, a proto se také označují jako jejunoileum. Jejunum tvoří asi dvě pětiny tenkého střeva a ileum poslední tři pětiny. Ileum ústí do tlustého střeva, přesněji do slepého střeva, v místě nazývaném ostium ileale v pravé jámě kyčelní. Trávicí plocha tenkého střeva je asi 600krát zvětšena díky jejímu uspořádání do cirkulárních řas, klků (výběžků sliznice) a mikrokloků. Orální část duodena obsahuje Brunnerovy žlázy. Tyto žlázy produkují alkalický hlen, který neutralizuje kyselé žaludeční šťávy a chrání sliznici. Jsou také nezbytné pro správnou funkci trávicích enzymů pankreatu. V tenkém střevě probíhá důležitá část enzymatického štěpení potravy na vstřebatelné složky. Ze střevního obsahu (chymu) jsou vstřebávány především cukry, aminokyseliny a část mastných kyselin do krevního řečiště. Tenké střevo je také velmi důležité v imunitních pochodech. Lymfatická tkáň sliznice tenkého střeva (obsahující T- i B-lymfocyty) se nazývá GALT (Lata, Bureš, Vaňásek, 2010, str. 59 – 60, Čihák, 2013, str. 97 – 107, Kapounová, 2007, str. 280 – 281).

1.2 Tlusté střevo

Tlusté střevo (*Intestinum crassum*) je dlouhé 1,3 – 1,7 metrů a jeho průměr je od 4 do 7,5 centimetrů. Stejně jako tenké střevo se skládá z několika částí: slepé střevo (ceacum), tračník (colon) a konečník (rektum). Nejširší částí tlustého střeva je slepé střevo, uložené v pravé kyčelní jámě, jehož součástí je červovitý výběžek (apendix vermiformis), dlouhý 5 – 10 centimetrů, který je připojen na slepě zakončený dolní konec caeca. Výstění ilea do slepého střeva je na slizniční straně upravené jako Bauhinská chlopeč (valva ileocaecalis), která brání zpětnému toku obsahu do ilea. Hlavní částí tlustého střeva je tračník, který svými úseky obtáčí kličky tenkého střeva a přechází do malé pánve v konečník. Skládá se z tračníku vzestupného (colon ascendens), tračníku příčného (colon transversum), tračníku sestupného

(colon descendens) a esovité kličky (colon sigmoideum). Konečník je poslední úsek tlustého střeva, dlouhý asi 12 – 16 centimetrů a vyúsťující navenek řitním otvorem, zvaným anus. Tlusté střevo se vyznačuje svým větším průsvitem, tmavší naředlou barvou, utvářením povrchu a charakterem sliznice. Typický vzhled tlustému střevu dodávají výpuky, tzv. haustra coli, které vznikají tahem tří podélných pruhů ztluštěné svaloviny (taeniae coli). Haustra coli jsou projevem funkce podélné a příčné svaloviny, proto se jejich místo a velikost vlivem pohybů svaloviny stále mění. Tento děj se nazývá haustrace. Uvnitř střeva se tvoří poloměsíčné řasy (plicae semilunares) odpovídající zářezům, jež zevně oddělují haustra. Do tlustého střeva přichází ze střeva tenkého kašovitý až tekutý obsah, ze kterého byly v tenkém střevě vstřebány živiny. Hlavní funkcí tlustého střeva je vstřebávání vody a elektrolytů, čímž dochází k zahuštění obsahu a formování stolice. Na tomto procesu se podílí také kvasné a hnilobné procesy způsobené mikroorganismy, jež jsou součástí střevního obsahu. Ze 400 gramů obsahu, který projde ileocaekální chlopní do tlustého střeva se vytvoří asi 150 gramů definitivní stolice. Caecum a colon ascendens slouží jako zásobník obsahu a zahušťují střevní obsah. Colon transversum realizuje posun obsahu a vstřebává vodu a ionty. Colon descendens zadržuje obsah do doby defekace a účastní se také aktivní sekrece. Defekaci způsobují colon sigmoideum a rektum (Čihák, 2013, str. 112 – 122, Lata, Bureš, Vaňásek, 2010, str. 91, Kapounová, 2007, str. 280 – 282, Slezáková, 2010, str. 272).

2 HISTORIE STOMIÍ

2.1 Stomie v dějinách

Slovo stoma je řeckého původu a znamená např. ústa, ústí či otvor. V tomto případě se jedná o vyústění dutého orgánu na povrch těla. První zmínka o stomii se objevuje v Řecku, a datuje se do roku 350 př. n. l., kdy se povedlo upravit střevní vývod při poranění břicha Praxagorasovi z Kósu. Dalšími byli například Paracelsus (1493 – 1541), kterému se podařilo několikrát ošetřit poranění břicha, kdy výsledkem byl střevní vývod, či Palfyn (1726), který se zabýval hojením těchto střevních vývodů. První myšlenku cékostomie navrhl francouzský chirurg a profesor anatomie Alexis Littre v roce 1710 v Paříži, avšak její zhotovení realizoval až v roce 1776 Henri Pillore, bohužel pacient se stomií nepřežil ani měsíc. V roce 1793 Duret úspěšně provedl první levostrannou inguinální kolostomii u atrezie anu. Po roce 1794, kdy se zavedlo standardní vzdělávání pro lékařské povolání, navrhl Callisen (1817) levostrannou retroperitoneální lumbální kolostomii, kterou po 22 letech realizoval Amussat a stal se nejrozšířenějším typem kolostomie před zavedením zásad antiseptiky. Velký pokrok v operacích na střevech byl zaznamenán v druhé polovině 19. století, kdy vůbec první fixaci abdominální kolostomie a vyvedení kličky sigmoidea nad břišní stěnu provedl Luke v Anglii. Dvuhlavňovou kolostomii vytvořil jako první Shede v Německu v roce 1879 po resekci střeva s tumorem. V roce 1884 v Německu zdokonalil Madelung postup pro vytvoření terminální sigmoideostomie a zaslepení aborálního konce kličky, který se stal novým klinickým modelem na několik desetiletí a byl obdobný dnes používané resekci dle Hartmanna. Český chirurg prof. Karel Maydl se v roce 1888 zapsal do historie prvním provedením dvuhlavňové sigmoideostomie, která se téměř stejným postupem provádí i dnes. Historie ileostomií je oproti kolostomiím chudší. Problémem zde bylo agresivnější chování tekutého sekretu ileostomií, které způsobovalo závažné kožní změny v okolí vyústění tenkého střeva. První terminální ileostomie byla zhotovena až v roce 1943. Za zmínku stojí také Sir Bryan Brooke, který v Anglii v roce 1952 jako první zhotovil everzní ileostomii a tento postup se používá dodnes. Byla také snaha o zhotovení kontinentní stomie, ze které by byl odchod stolice řízen vůlí pacienta namísto samovolného odchodu, a tím mohl vyprazdňování usměrňovat. Pokoušeli se o to implantováním kovového prstence s magnetickým uzávěrem do podkoží v okolí stomie. To se však prozatím nepodařilo. Avšak v této době se mohou chirurgické techniky stále více zdokonalovat díky modernímu vybavení a novodobé anestezii (Zachová, 2010, str. 10 – 12, Skříčka, Kohout, Balíková, 2009, str. 11, Zdravotnictví a medicína, 2017, str. 26).

2.2 Vývoj péče o stomie

V dnešní době prochází stomické pomůcky velkým vývojem. Na trhu se objevují stále nové a vypracovanější stomické pomůcky co se týče např. tvarů a velikostí. Pacienti mají mnoho možností zvolit si kompenzační pomůcku, která jim bude nejvíce vyhovovat. V historii se ovšem lidé zabývali spíše vývojem chirurgických postupů a na pooperační péči o pacienta se zapomínalo. Pacienti v té době měli primitivní pomůcky na ošetřování stomií, což mělo nepříznivý vliv na psychickou stránku. Stomici byli často izolováni od společnosti např. pro nevábný zápach, kterého se kvůli omezeným stomickým pomůckám nemohli zbavit. K této izolaci přispívala také nedostatečná informovanost veřejnosti o problematice pacientů se stomií a také mylné předsudky o tom, že stomici nemohou vést aktivní život. První ošetřování stomií spočívalo jen v překrytí střevního vývodu vrstvou buničité vaty či plátěnou rouškou. Tento způsob však nebyl dobře přijatelný jak pro pacienta, tak pro ošetřující personál. První předměty, které již připomínaly stomické pomůcky se v Československu objevily teprve v 60. letech 20. století. Základem byly sáčky, které se upevňovaly kolem stomie pomocí tzv. Jánošíkova pásu. Ani tento způsob však nebyl vyhovujícím, neboť nepřilhal ke kůži kolem stomie, a proto docházelo k úniku střevního obsahu a tím také k propuštění zápalu. Pozitivním zlomem byl kolostomický pás se sponou, kroužkem a sáčkem, avšak tuhá spona pacientům překážela a nedržela na vyústění střeva. Postupně se začaly vyrábět o něco lepší pomůcky, avšak ani ty neměly moc velký úspěch. Byly nápadné pod oděvem, šustily a nezajišťovaly dostatečný komfort. Velkou změnou byly ovšem nalepovací sáčky, kdy se do lepící plochy vystříhl podle šablony tvar stomie. Pro stomiky měly tyto pomůcky mnoho výhod. Výměna byla mnohem rychlejší a jednodušší, sáčky dobře přilnuly ke kůži a tím izolovaly i zápach. I tyto lepící sáčky však měly nevýhodu v častém odlepování od kůže, což způsobovalo její poškození. U ileostomií, kde je největším problémem agresivní tekutý střevní obsah, se používaly výpustné sáčky, u kterých nebyla nutná častá výměna lepícího sáčku. Na mokvající kůži kolem střevního vývodu se začal používat kroužek z pryskyřice, který bránil zatékání stolice pod lepící plochu a měl také absorpční účinek. Velkým pokrokem v ošetřování stomií se stala nedráždivá lepidla na kůži a sáčky se samostatnou podložkou, která po správném nalepení zůstávala na kůži i tři dny a podle potřeby se vyměňoval pouze sáček. První adhezivní kolostomický sáček na jedno použití předvedly v Dánsku praktické sestry v roce 1960. Tento produkt byl podnětem pro založení světově známé společnosti Coloplast. K ní se přidala v roce 1972 firma ConvaTec s moderními pomůckami Stomahesive, které se v mnoha modifikacích používají dodnes.

Do roku 1989 byly v Československu velké nedostatky při dovozu modernějších pomůcek. Přestože již existovaly bezpečné a šetrné jednodílné i dvoudílné systémy, u nás jimi byli vybavováni pouze mladší a aktivní pacienti. Stomici si od poloviny 80. let 20. století začali zakládat různé organizace a tímto se snažili napravit nedostatky v péči o stomie. Brzy však zjistili, že jen pomůcky nestačí, proto vznikly tzv. stomické sestry (členky týmu chirurgického pracoviště), které se staraly o komplexní systém péče o pacienty se stomií. Tyto stomické sestry edukovaly pacienty se stomií před operací, během hospitalizace i v následné péči (Zachová, 2010, str. 13 – 16, Skřička, Kohout, Balíková, 2009, str. 11, 12, Radim 1/2016, str. 10 – 14).

3 ROZDĚLENÍ STOMIÍ

Stomie se rozdělují podle délky trvání, způsobu konstrukce a účelu. Podle typu stomie se následně určuje ošetrovatelská péče.

3.1 Dle délky trvání

Trvalá stomie se vytváří po radikálních resekcích operacích, kdy se odstraní aborální (konečná) část střeva a už není možné obnovit kontinuitu orgánu. Dočasné stomie mohou být derivační nebo výživné. Bývají zakládány na dobu, kterou potřebuje střevní stěna na obnovení své plné funkčnosti. Po zhojení zbylé části střeva dojde opět k obnovení kontinuity střeva chirurgickým napojením (anastomóze) proximálního a distálního konce střeva (Marková, 2006, str. 18, Vytečková, 2013, str. 157, Zachová, 2010, str. 31, Drlíková, Zachová, Karlovská a kol., 2016, str. 16, Krška, 2011, str. 209).

3.2 Dle účelu

Stomie dle účelu, pro který byla založena, dělíme na derivační a výživné. Derivační stomie zajišťují dočasný nebo trvalý odchod obsahu z dutých orgánů do sběrného systému. Slouží např. k odvodu střevního obsahu při neschopnosti přirozeného vyprazdňování. Ale může se jednat i o vyústění jícnu (ezofagostomie), které slouží k derivaci slin a tím jako prevence jejich aspirace. Mezi derivační stomie patří také vyústění dýchacích cest (tracheostomie) nebo vyústění močových cest (urostomie). Stomie výživné (gastrostomie, duodenostomie, jejunostomie) umožňují dlouhodobou enterální výživu nemocných. Tyto stomie se vytváří např. u dětí s vrozenou vývojovou vadou, u pacientů v dlouhodobém bezvědomí, u pacientů s poruchou polykacího reflexu, u onemocnění, úrazů nebo popálenin v oblasti hlavy krku a jícnu a spousty dalších onemocnění (Vytečková, 2013, str. 158 – 159, Zachová, 2010, str. 31, 37 – 38).

3.3 Dle způsobu konstrukce

Podle způsobu konstrukce dělíme stomie na nástěnné, terminální (koncové, jednohlavňové) a axilární (dvouhlavňové). Nástěnná stomie se vytváří výjimečně (např. na céku) vyšitím přední stěny střeva ke stěně břišní. Druhým způsobem je stomie Witzelova typu, kdy je drén či katétr zaveden do střeva a vyveden přes stěnu břišní. Tento typ stomie slouží pouze k dočasnému odlehčení střevní náplně. Terminální stomie bývají často vytvářeny při plánovaných operacích jako trvalé stomie. Na povrchu těla je pouze jedno ústí, kdy se po resekcii proximální konec střeva vyvede na povrch břišní stěny a distální konec se buď slepě uzavře, nebo se odstraní. Pokud se distální část střeva ponechá v dutině břišní a uzavře se,

může být následně obnovena kontinuita střeva. Posledním typem je stomie axilární, tedy dvouhlavňová, kdy je vyústění střeva podloženo jezdce, nebo se obě kličky fixují ke kůži stehy a jezdce se nepodkládají. Smyslem jezdce je nekomplikované hojení a zabránění retrakce. Pro nekomplikované hojení je také důležité pečlivé ošetření pokožky okolo stomie s jezdce, aby kolem nezůstala nechráněná pokožka a nedošlo k jejímu poškození agresivním obsahem střev. Jezdec je nutno podložit, aby nedošlo k útlaku pokožky. Jezdec se obvykle vytahuje pátý až desátý den po operaci (Drlíková, Zachová, Karlovská a kol., 2016, str. 16, Zachová, 2010, str. 31 – 33, Vytejková, 2013, str. 158, Schumpelick, 2013, str. 111 – 114).

3.4 Dle lokalizace

Stomie se mohou zakládat na různých dutých orgánech, nejen na střevě. Podle orgánu ze kterého jsou vyvedeny, rozlišujeme např. tracheostomii – vyústění průdušnice, gastrostomii - vyústění žaludku nebo ezofagotomii – vyústění jícnu (Zachová, 2010, str. 37 – 38).

4 KOLOSTOMIE

Jako kolostomie se označuje vývod tlustého střeva na povrch kůže. Jedná se o nejčastější typ stomie vůbec. Kolostomie má kruhový tvar červeného zbarvení, které je dáno barvou sliznice střeva. V průměru má asi 2 – 5 centimetrů a je mírně vyvýšena nad povrch kůže, čímž umožňuje plynulý odchod stolice do sáčku. Kolostomie odvádí většinou tužší střevní obsah. Záleží ovšem, na kterém úseku střeva je stomie vytvořena a také na složení stravy, na množství a druhu přijímaných tekutin. Z kolostomie mohou odcházet i střevní plyny, což je mnohdy pro pacienty velmi nepříjemné. Pacient se může naučit své vyprazdňování částečně ovládat a to hlavně úpravou stravy. Na tlustém střevě rozlišujeme tři druhy stomií – cékostomie, transverzostomie a sigmoideostomie (Vytejková, 2013, str. 163, Krška, 2011, str. 209, Mullen, McGin, 2008, str. 15).

4.1 Cékostomie

Cékostomie se zakládá v oblasti přechodu tenkého střeva do tlustého tj. slepého střeva neboli céka. Lze ji vytvořit pomocí Foleyova katétru nebo drénu, který dočasně odvádí plyny a řidkou stolicí. Tento typ stomie je velmi ojedinělý, kdy cílem je většinou odlehčení zbývající části střeva (snížení tlaku v tlustém střevě). Po vyjmutí katétru či drénu cékostomie většinou spontánně zanikne (Zachová, 2010, str. 33 – 34, Vytejková, 2013, str. 163).

4.2 Transverzostomie

Transverzostomie se zakládá v oblasti příčného tračníku často jako dvouhlavňová, dočasná stomie, hlavně u dětí z důvodu vývojové vady. Zakládá se v pravém či levém podžebří a odvádí polotekutý střevní obsah (Zachová, 2010, str. 34, Vytejková, 2013, str. 163).

4.3 Sigmoidostomie

Nejčastějším typem je sigmoideostomie, kdy je střevo vyvedeno v místě esovité kličky v levém dolním kvadrantu břicha. Tento typ bývá obvykle trvalý, kdy se provede abdomino – perineální amputace rekta. Je také možnost vyvést proximální část střeva na povrch břicha a distální konec slepě uzavřít. Konečník je tedy zachován a oba konce se mohou v další fázi léčby opět spojit. V této části tlustého střeva je vylučována formovaná stolice několik hodin po jídle (Zachová, 2010, str. 34, Vytejková, 2013, str. 163).

5 ILEOSTOMIE

Ileostomie je vyústění tenkého střeva, nejčastěji konečné části ilea (kyčelník) a je zakládána především v pravém podbřišku. Z ileostomie odchází řídký a pro kůži velmi agresivní střevní obsah (bohatý na trávicí šťávy). Proto se pro jednodušší ošetřování stomie, ochranu kůže a lepší odchod stolice do stomického sáčku vyšívá 1 – 3 centimetry nad stěnu břišní. Stomie může být vytvořena také na první části tenkého střeva duodenu – duodenostomie, ale i na úseku jejunu – jejunostomie. Duodenostomie a jejunostomie mohou být založeny při vážných onemocněních jako derivační stomie, ale mohou taktéž sloužit jako stomie výživné. U jejunostomie často dochází k velkému problému v podobě syndromu krátkého střeva, kdy musí být pacientovi doplňována výživa parenterální cestou. Ileostomie se dělí dle způsobu vyšití na terminální (jednohlavňovou, dle Brooka) a dvouhlavňovou (Wiliamsova ileostomie). Při terminální ileostomii je nad povrch břicha vyveden pouze jeden vývod střeva a aborální část střeva (tlusté střevo a konečník) se kompletně odstraní. U dvouhlavňové ileostomie jsou na povrch břicha vyvedeny dva střevní vývody – orální a aborální. Tento typ stomie se většinou zakládá na dobu nezbytnou pro zhojení operovaného distálního úseku střeva nebo pro lepší hojení střevních zánětů. Ošetřování ileostomií je z důvodu agresivní stolice náročnější než ošetřování kolostomií. Po operaci je nutné z důvodů velkého odchodu řídké stolice sledovat příjem a výdej tekutin. I po stabilizaci stavu pacienta odchází denně 1 – 1,5 l řídké stolice, proto se stomické sáčky vyprazdňují až 8krát denně. Stravou a medikamentózně se dá částečně ovlivnit množství a konzistence stolice. Stomikům s jejunostomií či ileostomií je doporučeno jíst po menších dávkách 5 – 7krát denně. Po resekci tlustého střeva může docházet k poruchám hospodaření s vodou, a proto je doporučováno také doplňovat minerální látky (Zachová, 2010, str. 35 – 36, Vytejková, 2013, str. 161, BRAUN – Ileostomie, Příručka pro pacienty, str. 8 – 9).

6 INDIKACE K ZALOŽENÍ KOLOSTOMIE A ILEOSTOMIE

Mezi choroby gastrointestinálního traktu, které mohou vést k založení stomie, patří: idiopatické střevní záněty (IBD), prekancerózy a nádorová onemocnění, náhlé příhody břišní (ileózní stavy, perforace střeva, ischemie), inkontinence a funkční poruchy, píštěle, úrazy. Založení stomie může vyřešit problémy jako je střevní neprůchodnost, porušení celistvosti či kontinuity trávicí trubice, hojení anastomóz (díky derivací střevního obsahu). O tom zda bude založena dočasná či trvalá stomie rozhoduje lékař podle charakteru a vývoje onemocnění (Zachová, 2010, str. 25, Krška, 2011, str. 209).

6.1 Nádorová onemocnění

Jedním z nejčastějších nádorových onemocnění je kolorektální karcinom, který je v ČR druhým nejvíce zastoupeným zhoubným nádorem. U mužů po karcinomu prostaty a u žen po karcinomu prsu. Jeho incidence se s věkem zvyšuje. Kolorektální karcinom patří k nejčastější indikaci k založení kolostomie. Jeho příčinou je jak dědičná dispozice, tak způsob života. Jde především o nadbytečný přísun stravy, hlavně té nezdravé (grilování, pečení, uzení), a málo fyzické aktivity. Nejčastěji bývá tímto onemocněním postiženo rektum. Od lokalizace kolorektálního karcinomu se odráží klinický obraz. Nádor uložený na pravém tračníku se projevuje slabostí, neurčitými bolestmi v pravé polovině břicha a v krevním obrazu může být značná anémie z důvodu občasného krvácení. Pokud se nádor nachází na levém tračníku, nastávají změny ve vyprazdňování stolice, kdy se střídá průjem se zácpou a může docházet až k poruchám průchodnosti střeva (obstrukční ileus). Mezi další příznaky patří také plynatost, hubnutí a krev ve stolici. Nádor lokalizovaný v oblasti rekta se může projevit čerstvou krví ve stolici, střídáním zácpy a průjmu a také pocitem neúplného vyprázdnění střeva. Léčba zahrnuje chirurgickou resekci postižené části střeva s příslušnými uzlinami v mesokolon a je případně doplněna o radioterapii a chemoterapii. Kolorektální karcinom může metastazovat do regionálních uzlin a krví – cestou vena portae do jater nebo přes pánevní žíly do plic. Mezi prevencí kolorektálního karcinomu patří především zlepšení kvality životního stylu a úprava stravy. Sekundární prevencí je cílené a včasné vyhledávání nemocných a záchyt tohoto onemocnění pomocí vyšetření na okultní krvácení. Toto vyšetření existuje v několika různých variantách a je možné ho provést i doma, kdy orientační výsledek je znám do několika minut. Vyšetření na okultní krvácení může také předepsat praktický lékař nebo dnes už i gynekolog. Osoby starší 50 let mají nárok na jedno bezplatné vyšetření ročně a od 55 let poté jednou za 2 roky (NOR, 2014, str. 3, Slezáková, 2010, str. 208, Slezáková, 2010, str. 273, Zachová, 2010, str. 27 – 28, Lukáš, Žák, 2007, str. 257).

6.2 Úrazy a poranění

U poranění střeva např. bodnou ranou nožem je riziko perforace stěny střevní, vylití obsahu do dutiny břišní a vznik akutní peritonitidy. Ta se nejčastěji řeší dočasným vytvořením stomie proximálně od místa poranění, která je později zanořena při dalším operačním zákroku (Skřička, Kohout, Balíková, 2009, str. 13).

6.3 Divertikulóza

Podstatou onemocnění je herniace sliznice (tvorba výchlípek neboli divertiklů) v místech defektní svalové vrstvy střeva při zvýšeném intraluminálním tlaku. Rizikovým faktorem je nedostatek vlákniny ve stravě, čímž dochází k městnání stolice a plynů ve střevě. Nejčastějším místem výskytu divertiklů je colon descendens a colon sigmoideum. Zanícením těchto výchlípek vzniká divertikulitida. Nejzávažnějšími komplikacemi jsou vznik abscesu a perforace divertiklů, čímž může dojít až ke vzniku peritonitidy. Divertikulóza se klinicky projevuje bolestí v levém podbříšku, příměsí krve ve stolici, střídáním zácpy a průjmu, subfebrilií a palpační bolestivostí břicha (Zachová, 2010, str. 27).

6.4 Idiopatické střevní záněty

Mezi idiopatické neboli nespecifické střevní záněty patří Crohnova choroba (Morbus Crohn) a ulcerózní kolitida. U těchto onemocnění není zcela známá příčina, na jejich vzniku se pravděpodobně podílí autoimunitní reakce organismu, genetická zátěž nebo infekční agens. U Crohnovy choroby se jedná o chronický granulomatosní zánět střevní stěny, který může být lokalizován kdekoli v trávicí trubici od dutiny ústní po anus. Nejčastější lokalizací je terminální ileum. Projevuje se především bolestmi břicha, průjmy a váhovým úbytkem. Léčba je především konzervativní, indikací k operaci je těžký průběh a některé komplikace – stenosis, píštěle, abscesy, krvácení (Zachová, 2010, str. 25 – 26, Lukáš, Žák, 2007, str. 127).

Dalším idiopatickým střevním zánětem je ulcerózní kolitida, která je charakterizována zánětem sliznice tlustého střeva. První léze se objevují v rektu a šíří se směrem orálním. Akutní ataka onemocnění se projevuje průjmy s příměsí krve. Nejzávažnější komplikací je vznik toxického rozepětí tračníku (megakolon), kdy může dojít až ke střevní perforaci. Dalším rizikem je také vznik malignit – adenokarcinomu. Řešením tohoto onemocnění je chirurgický výkon (kolektomie), při němž se odstraní celé tlusté střevo a tenké střevo se napojí na konečník, případně se provede totální proktokolektomie a trvalá terminální ileostomie (Zachová, 2010, str. 26 – 27).

6.5 Ostatní zánětlivá postižení tlustého střeva

Příčinou vzniku zánětů na tlustém střevě jsou především infekční agens, chronická ischemie (ischemická kolitida), ozařování pánevních orgánů (postiradiační kolitida či proktitida) a nežádoucí účinky některých léků (nesteroidní antiflogistika). Tato onemocnění rovněž mohou být indikací k resekčním výkonům s případným založením stomie (Zachová, 2010, str. 27).

6.6 Familiární adenomatózní polypóza

Familiární adenomatózní polypóza je dědičné onemocnění, jež se projevuje tvorbou mnohočetných střevních polypů, především na tlustém střevě, u kterých je riziko malignizace. Nejčastějším řešením je proktokolektomie se založením ileostomie (Zachová, 2010, str. 27).

6.7 Náhlé příhody bříšní

Neprůchodnost střevní (ileus) bývá zpravidla indikací k operaci. Stav je nutno vyřešit odstraněním či obejitím překážky, někdy nezbyvá než vyvedení ileostomie či kolostomie. Při operaci se snažíme odstranit postižený úsek trávicí trubice, někdy je rovněž výhodné založení stomie proximálně od místa postiženého střeva (Slezáková, 2010, str. 39 – 42).

6.8 Ostatní indikace

Jistě existuje řada dalších patologických stavů, které mohou být indikací k založení střevního vývodu. Např. těžká inkontinence stolice, ischemie střeva, rozsáhlé dekubity sakrální a gluteální krajiny, nezhojitelné píštěle perianální krajiny. Samostatnou kapitolou jsou vrozené vady (atresie rekta). V neposlední řadě nesmíme zapomínat na založení výživné stomie z důvodu podávání enterální výživy u pacientů, kteří z různých důvodů nemohou přijímat potravu (Zachová, 2010, str. 27, 28, Vytejčková, 2013, str. 163).

7 KOMPLIKACE KOLOSTOMIE A ILEOSTOMIE

Komplikace stomií jsou nežádoucí procesy, které ztěžují hojení stomie a adaptaci pacienta na novou situaci, která zasahuje fyzický stav i psychosociální oblast života. Procento komplikací stomií popisované v literatuře se pohybuje mezi 20 – 70 %. K prevenci komplikací patří kvalitní předoperační příprava, která zahrnuje vyprázdnění střeva, výběr vhodného místa pro stomii a seznámení pacienta se změnami, které ho čekají a seznámení s pomůckami. Již v časně pooperační péči je nutné aby stomická sestra informovala pacienta o všech možných komplikacích, jak jim předcházet a také jak už vzniklé komplikace zmírnit. Důležité pro včasné odhalení komplikací jsou také pravidelné kontroly ve stomické poradně, kde stomická sestra důkladně zkontroluje stav stomie a v případě problému informuje lékaře. Komplikace můžeme rozdělit na časně a pozdní (Zachová, 2010, str. 151, Vytejčková, 2013, str. 165).

7.1 Časné komplikace

Časné komplikace se objevují ihned po operaci a během hospitalizace pacienta avšak nejdéle do 3 měsíců od operace. Mezi lokální patří nevhodně umístěná stomie, krvácení, nekróza, parastomální absces, retrakce stomie a kožní komplikace (dermatitida). Časné celkové komplikace, zejména hrozící po ileostomii, jsou dehydratace a poruchy vnitřního prostředí (Vytejčková, 2013, str. 165).

7.1.1 Nevhodné umístění stomie

Tato komplikace se výjimečně vyskytuje u akutních výkonů, kdy nebyla stomie před operací zakreslena. Jde především o umístění v kožní řase, jizvě, v tříse nebo příliš na boku. Pacient se může obrátit na stomasestru, která může nabídnout nějaká řešení, jako jsou flexibilní stomické pomůcky (kroužek, vyrovnávací pasta, konvexní systém) Často však dochází k opětné operaci a přemístění vývodu (Vyzula, Žaloudík a kolektiv, 2007, str. 264).

7.1.2 Krvácení

Drobné krvácení může vzniknout z důvodů podráždění sliznice při manipulaci se stomií. Toto krvácení lze tolerovat. Další příčinou krvácení může být recidiva základního onemocnění, trauma či požití některých léků (antikoagulancií). Významné krvácení vyžaduje hospitalizaci či dokonce operaci (Vyzula, Žaloudík a kolektiv, 2007, str. 263, Krška, 2011, str. 218).

7.1.3 Nekróza

Nekróza je důsledek nedostatečného přívodu krve do tkáně a následně nedostatečné výživy střeva. Příčinou může být otok střeva, útlak z okolí nebo malý otvor na střevo. Stomii je nutné kontrolovat a průběžně odstraňovat nekrózy. Nekrotická sliznice se odloučí a stomie zůstane v úrovni kůže. Pokud se střevo dostane pod úroveň kůže, je potřeba provést úpravu stomie (Vytejková, 2013, str. 166).

7.1.4 Podráždění kůže

Podráždění je nejčastěji způsobeno zatékáním stolice pod podložku. Příčinou bývají netěsnící podložka, špatný průměr pomůcky, nedostatečná hygiena či nesnášenlivost materiálu (Vyzula, Žaloudík a kolektiv, 2007, str. 263, Krška, 2011, str. 217).

7.1.5 Parastomální absces

Vzniká v důsledku ranné infekce v perioperačním období, jde tedy o lokální zánětlivou komplikaci, která může způsobit i dehiscenci (rozpad) stomické sutury. Pokud je stomie dobře zachycená k fascii, je možné absces drénovat a přitom dodržovat dokonalou toaletu rány. Při zánětlivých reakcích se odebírá bakteriální kultivace z rány a podle výsledků se nasadí antibiotika (Zachová, 2010, str. 153).

7.1.6 Retrakce stomie

Zanoření stomie pod úroveň břišní stěny vzniká např. v důsledku výkyvů tělesné hmotnosti či nepříznivým stavem střeva při operaci. Svou roli hraje také infekce rány s poruchou hojení i technicky špatně provedená operace. Pacienti mají problémy s hygienou, dochází k podtékání stolice a iritaci kůže v okolí stomie. Vhodné je použití konvexních pomůcek, vyplňovací ochranné pasty a jednodílných stomických systémů. K podpoře lepšího přilnutí pomůcek je možné použít také stomický pás (Zachová, 2010, str. 159).

7.2 Pozdní komplikace

V pozdním pooperačním období se může objevit parastomální kýla, prolaps stomie nebo stenóza.

7.2.1. Parastomální kýla

Jde o nejčastější komplikaci vůbec. Výskyt se udává mezi 20 – 50 %. Jedná se vlastně o kýlu v jizvě. Je-li kýla malá a nepůsobí pacientovi obtíže, může se léčit konzervativně s pomocí kýlního pásu. U větších kýl, které jsou překážkou pro ošetřování stomickými pomůckami se zvažuje operace, a to zpravidla plastika s pomocí síťky (Slezáková, 2010, str. 46).

7.2.2. Prolaps stomie

Je způsoben výhřezem proximální části střeva skrze vyústění stomie. Vyskytuje se častěji u obézních pacientů a při zvýšeném nitrobřišním tlaku (chronický kašel, zácpa). Přechodně lze prolaps řešit reponací střeva. Pokud prolabované střevo jeví známky ischemie a nekrosy, je nezbytná jeho resekce (Vyzula, Žaloudík a kolektiv, 2007, str. 264).

7.2.3. Stenóza

Stenóza se může objevit kdykoliv od časného pooperačního období nebo až za řadu let. Může být způsobená zjizvenou tkání v okolí stomie nebo prorůstáním tumoru. Pacienti si stěžují na nadýmání a mají ztížený odchod stolice, která je stužkovitá. V krajním případě může dojít až k rozvoji ileu. Léčba je možná konzervativní, postupnými dilatacemi, při neúspěchu reoperace (Vyzula, Žaloudík a kolektiv, 2007, str. 263, Krška, 2011, str. 217).

8 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

„Posláním zdravotníků je odborná pomoc spojená s psychosociální podporou, která umožní pacientům vést plnohodnotný život“. (Zacharová, 2017, str. 26)

Péče o pacienta s budoucí stomií začíná již v předoperačním období, pokračuje ihned po operaci a přechází v dlouhodobou péči pro zajištění nejvyšší možné kvality života. Péče by měla být jak fyzická, tak i psychická a sociální. Je nutné pacienta naučit péči o vývod, pomoci mu se smířením se s vývodem a naučit ho žít se stomií (Vyzula, Žaloudík a kolektiv, 2007, str. 260, Zdravotnictví a medicína, 2017, str. 26).

8.1 Předhospitalizační edukace

O předoperační přípravu pacienta se stará ošetřovatelský tým. Pacient by měl být o provedení stomie informován nejdříve lékařem, který mu poskytne informace o typu operace, o nutnosti provedení stomie a nabídne pacientovi edukaci od stomické sestry. Ta poskytuje informace o průběhu přípravy a pooperační doby, o typech stomií, o problémech, které stomiky provází a o možnostech jejich řešení. Není důležité zahrnout pacienta hned na začátku všemi detaily. Jde spíše o to, objasnit pacientovi všechny nesrozumitelnosti a odpovědět mu na otázky spojené se stomií. Vhodné je seznámit pacienta s pomůckami, které bude poté využívat a nechat ho vyzkoušet si úkony s tím spojené. Při edukaci je možné pacientovi pustit instruktážní videa s ukázkami výměn stomických systémů a dát mu k dispozici brožurky či letáčky. Stomasestra získá během rozhovoru s pacientem informace o jeho bio-psycho-sociálních a duchovních potřebách a další potřebné údaje. Zjistí také jak je pacient schopný vše se naučit a na základě toho přizpůsobuje edukační plán. Pokud je to nutné, může pacientovi např. doporučit následnou sociální péči z důvodů nevhodného zázemí pacienta. Díky rozhovoru stomasestry s pacientem je spolupráce po operaci mnohem jednodušší. Je nutno také pacienta seznámit s omezením pohybu pár dní po operaci a ujistit pacienta, že nebude na péči o stomii sám. Edukace musí být zapsána v chorobopisu pacienta, jelikož slouží jako právní doklad a zdroj informací, které pacientovi sestra podala (Vyzula, Žaloudík a kolektiv, 2007, str. 260, Vytejková, 2013, str. 170, Sestra 1/2011, str. 59).

Onemocnění pacienta ovlivňuje celou jeho rodinu, proto je vhodné ji také zapojit do předoperační edukace. Cílem je připravit rodinu tak, aby byla schopna porozumět a přizpůsobit prostředí pro stomika. Avšak o míře informovanosti rodiny rozhoduje sám pacient (Vyzula, Žaloudík a kolektiv, 2007, str. 260).

8.2 Předoperační příprava

Nemocný je přijímán na oddělení den či dva před operací. Z důvodů nutnosti vyprázdnění pacienta je vhodné umístit pacienta na pokoj samotného. Pacient by měl mít od svého praktického lékaře již předoperační vyšetření – biochemický, hematologický a koagulační profil, interní předoperační vyšetření – EKG se závěrem (zda je pacient schopen výkonu v celkové anestezii), RTG srdce a plic, CT vyšetření břicha a pánve. U pacientů s nádorem kolorekta, který je nejčastějším nádorovým onemocněním ve vyspělých zemích je nutné stanovit rozsah nádoru klasifikací TNM a doplnit vyšetření. Lékař, který pacienta přijímá, vše zhodnotí a informuje pacienta o hospitalizaci, typu výkonu, o možných komplikacích a pooperačním průběhu. Po podepsání informovaného souhlasu sestra seznamuje pacienta s domácím řádem a chodem oddělení, signalizačním zařízením atd. Následuje individuální předoperační příprava, která zahrnuje základní fyzikální vyšetření, vyšetření pomocí hodnotících škál (BMI, Barthelův test základních všedních činností ADL), odběr vzorku krve na zjištění krevní skupiny a objednání krve na den operace. Nesmí chybět ani mechanická očista střeva, které je nutné očistit od stolice a od přítomných bakterií z důvodu nebezpečí infekce. Způsob vyprázdnění je závislý na zvycích oddělení, nejčastěji se však používá osmoticko-koloidní solný roztok, např. Fortrans (kontraindikace u subileózních či ileózních stavů). Rostok se podává ve dvou dávkách den před operací. Pokud nastanou potíže s vyprázdněním, podává se klyzma. Současně je také nutné dodržování diety. Už několik dní je nutné vyřadit tuhou stravu nebo dodržovat dietu s nízkým obsahem vlákniny (Vytejšková, 2013, str. 170,171, Zachová, 2010, str. 62).

Další důležitou věcí je zakreslení stomie, které provádí také stomická sestra. Ta důkladně sleduje pacienta při chůzi, sedu, lehu a všimá si kožních záhybů, jizev, výšky pasu a po konzultaci s pacientem vyznačí doporučené místo pro vývod. Pro zkoušku lze pacientovi nalepit pomůcku a vyzvat ho aby si stoupl a udělal pár pohybů. Pacient by měl na stomii dobře vidět, dosáhnout na ni a neměl by mít problémy s oblékáním a při běžných aktivitách. Den před operací se pacient setká také s anesteziologem, který ho seznámí s typem anestezie. Dále se sálovou sestrou, která jej seznámí o provozu na sálech a pokud je to nutno i s dalšími specialisty. Úkolem sestry je provést předoperační hygienu pacienta, miniheparinizaci a podat pacientovi večerní a ranní premedikaci dle ordinace lékaře. Ráno, v den operace si pacient sám či s pomocí sestry oholí operační místo a natáhne si stahovací punčochy či mu sestra uváže bandáže. Poté je pacient převezen na sál a předán sálové sestře spolu s kompletní dokumentací (Vytejšková, 2013, str. 171, Vyzula, Žaloudík a kolektiv, 2007, str. 260).

8.3 Pooperační péče

Ihned po operaci se pacientovi ještě na operačním sále nalepí průhledný jednodílný vypouštěcí systém, díky kterému je možné kontrolovat stomii, objem a obsah sekretu. Prvních několik dní po operaci je pacient zpravidla uložen na oddělení JIP. Již zde se pacient začíná se stomií seznamovat a proto je důležité o tom s pacientem hovořit a znovu mu zopakovat informace podané již v předoperačním období. V období prvních čtyř dnů většinou není nutné jednodílný systém vyměňovat, poté dle potřeby asi po 2 – 4 dnech. Díky výpustnému systému je menší riziko traumatizace a také minimální manipulace s citlivou pokožkou. V tomto období je nutné si při výměně či při vypouštění stomického sáčku všimnout nejen objemu a obsahu stolice, ale také barvy střeva, funkčnosti stomie, odchodů plynů, lokalizace a velikosti stomie a také stavu kůže a okolí stomie. Na standardním oddělení začíná postupné zaučování pacienta v péči o stomii. Stomická sestra pacienta učí výměnu nejdříve teoreticky, poté provede názornou ukázkou až po praktický nácvik výměny. První výměnu stomického systému provádí stomická sestra. Pacient ji pouze pozoruje a až poté zkouší výměnu sám s pomocí stomasestry, která mu radí. Pokud pacient není z nějakého důvodu schopen výměny stomického sáčku, je zaučován někdo z jeho blízkých, kdo souhlasí s pomocí. Pro přesný výběr pomůcek je vhodné pacientovi nabídnout na vyzkoušení pomůcky od více výrobců, aby si mohl vybrat, které mu nejlépe sedí. Pokud je to možné, vše se provádí v místnosti (stomické místnosti) tomu určené, kde jsou k dispozici všechny potřebné pomůcky. Mimo nácvik výměny stomického sáčku je nutné pacienta a jeho blízké edukovat o životním stylu, stravovacím režimu, stomických prostředcích, vybavení koupelny, fyzické a sportovní zátěži, rehabilitaci, pracovních a volnočasových aktivitách a také o sdružení stomiků (ILCO kluby). Při odchodu z nemocnice je důležité pacientovi zajistit vhodné stomické pomůcky (hygienickou tašku na pomůcky, edukační materiály, nůžky), termín ambulantní kontroly a předat pacienta do ambulantní poradny stomické sestry a proktologa. Pokud se jedná o nesoběstačného nebo jen částečně soběstačného pacienta, je edukován jeho blízkého. Nutná je také spolupráce se sociální sestrou, agenturami domácí péče či následným zdravotnickým zařízením. Po celou tuto dobu je stále důležitá psychická podpora pacienta. „*Po operaci je jedním z těžších úkolů stomiků přijmout změněný vzhled vlastního těla.*“ (Vyzula, Žaloudík, 2007, str. 261 – 262, Vytejšková, 2013, str. 171 – 172, Zachová, 2010, str. 64 – 66, Florence, 5/2017, str. 7).

9 STOMICKÉ POMŮCKY

Mezi stomické pomůcky se řadí podložky, sáčky a další příslušenství, které napomáhá bezpečnému odchodu stolice u pacientů s ileostomií či kolostomií a chrání také pokožku v okolí stomie proti působení agresivního střevního obsahu. Vyrábí se několik variací stomických pomůcek, aby si pacienti s různě tvarovanou stomií mohli zvolit, která právě jim vyhovuje nejlépe. Stomické systémy se dělí do dvou hlavních skupin – jednoduché a dvoudílné. Dále pak rozlišujeme ještě systém adhezivní technologie (Krška, 2011, str. 210, Sestra, 1/2011, str. 60).

9.1 Jednodílné systémy

Jednodílný set tvoří sáček spojený s flexibilní podložkou s adhezivními a ochrannými vlastnostmi. Tento set tedy umožňuje přímé nalepení podložky se sáčkem na pokožku kolem stomie. Jednodílné sáčky mohou být uzavřené či výpustné. Sáčky výpustné upřednostňují především pacienti s ileostomií, kdy lze obsah sáčku jednoduše vypustit, aniž by se musela podložka odlepovat od pokožky. Existují také varianty sáčků průhledných i neprůhledných. Sáčky obsahují také uhlíkový filtr, který umožňuje uvolňování střevních plynů, minimalizuje nafukování sáčků a také zabraňuje zápachu. Pokud je sáček naplněn již z poloviny, pacient celý sáček jednoduše odlepí. Poté následuje omytí a péče o pokožku, kam se znovu aplikuje nový sáček. Důležité je v adhezivní ploše podložky vystříhnout otvor, který odpovídá stomii pacienta (Krška, 2011, str. 210, Skřička, Kohout, Balíková, 2009).

9.2 Dvoudílné systémy

Tento systém se skládá ze dvou dílů – podložky a sáčku. Základní složkou je v tomto systému podložka, která může po nalepení zůstat na pokožce 3 až 4 dny a sáčky se mění podle jejich naplnění. Opět jako u jednodílných systémů si pacienti mohou vybrat mezi sáčkem uzavřeným či výpustným. Dvoudílné systémy nabízí několik různých velikostí sáčků, důležité však je aby měl sáček stejný průměr příruby (kroužku) jako podložka. Dále mají pacienti u dvoudílných systémů a systémů adhezivní technologie na výběr z mnoha druhů podložek – hydrokoloidní, hydrokoloidní s flexibilním lepivým okrajem, konvexní, podložky s tvarovatelnou technologií atd. Liší se materiálem, účelem a konstrukcí. Výpustné sáčky se vyměňují v průměru 1x denně a uzavřené sáčky asi 2x denně, za předpokladu že u pacientů nenastane např. nepříjemný pocit na kůži kolem stomie nebo pokud stolice nezačne podtékát pod podložkou. Pojišťovna ale přispívá ileostomikům a kolostomikům pouze na 10 sáčků za měsíc (Krška, 2011, str. 210 – 211, Skřička, Kohout, Balíková, 2009).

9.3 Systémy adhezní technologie

Tento systém se také skládá z podložky a sáčku, ale nepřipevňuje se pomocí přírubových kroužků jako u dvoudílného systému nýbrž pomocí adhezní technologie. Tato technologie umožňuje dlouhodobou ochranu pokožky a nejsou tak nápadné jako dvoudílné systémy. Opět je nutné sáček nalepit na podložku k tomu určenou (Krška, 2011, str. 212).

9.4 Podložky

Podložky si pacienti vybírají v závislosti na tvaru a velikosti jejich stomie, na jejich tělesné konstituci, ale také na způsobu jejich života. **Hydrokoloidní podložku** tvoří vrstva adhezivní hmoty, která napomáhá hojení pokožky pod podložkou, a proto se často využívá u pacientů po operaci s nově vytvořenou stomií či u pacientů s kožními problémy. Hydrokoloidní podložka ale není flexibilní, proto je například nevhodná při sportování nebo u pacientů s kožními záhyby. **Flexibilní podložka** obsahuje adhezivní hmotu pouze na středu podložky a vnější část je z mikroporézní náplasti, proto je mnohem ohebnější a umožňuje pacientům možnost většího pohybu. Je také vhodná u pacientů se zvrásněným okolím stomie či u pacientů, kteří mají v okolí stomie nějaké jizvy. Nedoporučuje se ale používat pacientům s citlivou pokožkou. **Tvarovatelnou podložku** lze vytvarovat bez použití nůžek do přijatelného tvaru. Z vnitřní části lze prsty vytvarovat pružnou manžetu, která dokonale přilne ke stomii a zaručuje, že střevní obsah nebude protékat pod podložkou. Okraje podložky obsahují hydrokoloidy, čímž se zvyšuje přilnutí k pokožce. **Konvexní podložka** se používá u pacientů s retrahovanou (vpadlou) stomií pro lepší ošetření stomie. Konvexní podložka má trychtýřovitý tvar, který zabraňuje podtékání stolice pod podložkou. Okraje jsou opět z hydrokoloidu nebo mikropóru čímž poskytuje větší flexibilitu (Krška, 2011, str. 211 – 212).

9.5 Stomické sáčky

Sáčky jsou vyrobeny z takových materiálů, aby se kůže pod nimi nepotila a nechladila pacienty na těle. Jejich vnitřní část je vyrobena z plastové folie, naopak jejich vnější část je z netkané textilie. Průhledné sáčky, u kterých je nutno kontrolovat stomii mají netkanou textilií pouze na straně, která naléhá na kůži. Aby byl komfort co největší, obsahují sáčky filtrační systém, který absorbuje zápach a propouští plyny. Ovšem pokud se do tohoto systému dostane vlhkost, snižuje se tím jeho účinnost, proto je nutné ho při sprchování přelepit samolepkou. Stejně jako je to s podložkami, existuje i několik druhů sáčků, aby si pacienti mohli zvolit takové, které jim vyhovují nejvíce. Hlavní dělení sáčků je podle typu stomie, na kterou se používají – uzavřený (kolostomický) a výpustný (ileostomický).

Uzavřený sáček je určen hlavně pro pacienty s kolostomií, kteří mají tužší stolicí. Pokud se sáček naplní, vymění se za nový. Na rozdíl od sáčku výpustného, který se po naplnění může vypustit pomocí výpusti umístěné na spodní části sáčku a je možné ho dále používat. Tento typ je určen především pro pacienty s ileostomií, tedy pro pacienty, jejichž stomie odvádí tekutý obsah. Sáčky se uzavírají buďto svorkou nebo jsou pro méně zručné pacienty obstarány suchým zipem (Krška, 2011, str. 212 – 213).

9.6 Příslušenství

Pro kvalitní ošetrovatelskou péči je nutné používat kromě stomických systémů také další příslušenství jako jsou čisticí prostředky a prostředky chránící pokožku kolem stomie. Mezi čisticí prostředky řadíme odstraňovače náplasti, čisticí roztoky, olejíčky a ubrousky. Slouží nejen k očištění kůže od zbytků adheziv, ale také k regeneraci kůže. Tělová pěna čistí, zklidňuje a zvlhčuje pokožku v okolí stomie. Pokud je pokožka macerovaná, doporučuje se používat hydrokoloidní zásypový pudr, který ošetřuje pokožku a zlepšuje fixaci podložky. Mezi ochranné prostředky patří především ochranný film, který vytváří bariéru mezi kůží a podložkou, čímž chrání pokožku. Pro výplň dutin či nerovností se používá ochranná pasta, díky níž podložka lépe přilne na pokožku. Dalším příslušenstvím jsou krémy, které regenerují, zklidňují a ochraňují pokožku. Nevýhodou krému je špatná fixace pomůcek, proto je nutné vyčkat, až se vstřebá a omýt kůži od mastnoty. Pro odstranění nepříjemného zápachu se používají pohlcovače zápachu, které jsou ve formě sprejů na rozprášení do ovzduší či olejíčku, který se aplikuje přímo do sáčku. Dále mohou stomici také používat přídržný pás např. při sportu. Pro stomiky s parastomální kýlou je určen kýlní pás (Krška, 2011, str. 216 – 217, Skříčka, Kohout, Balíková, 2009, str. 19).

10 PRŮZKUMNÁ ČÁST

Průzkumná část této práce je zaměřena na znalosti všeobecných sester v ošetrovatelské péči o nemocné s kolostomií a ileostomií. Na základě průzkumného problému byly vytvořeny průzkumné cíle. Výstupem bude informační leták s doporučeným ošetrovatelským postupem určený pro všeobecné sestry, které se starají o pacienty s kolostomií a ileostomií.

10.1 Průzkumné otázky:

1. Bude rozdíl ve znalostech v ošetrovatelské péči o kolostomie a ileostomie mezi sestrami z interního a chirurgického typu oddělení?
2. Budou rozdíly ve znalostech všeobecných sester v ošetrovatelské péči o kolostomie a ileostomie v souvislosti s jejich dosaženým vzděláním?
3. Bude mít vliv délka praxe všeobecných sester na úroveň znalostí v ošetrovatelské péči o kolostomie a ileostomie?
4. Budou všeobecné sestry vědět, jaký typ pomůcek zvolit pro ošetření kolostomie a ileostomie?
5. Budou všeobecné sestry znát správný postup při výměně stomického systému?
6. Z jakých zdrojů získávají všeobecné sestry informace v oblasti ošetrovatelské péče o kolostomie a ileostomie?

11 METODIKA PRŮZKUMU

11.1 Metodika a realizace průzkumu

K průzkumu byl zvolen kvantitativní způsob šetření formou nestandardizovaného anonymního dotazníku vlastní konstrukce se znaky znalostního testu, pomocí kterého byly zjišťovány znalosti všeobecných sester o problematice kolostomie a ileostomie. V úvodu dotazníku byly informace o studiu, důvodu zpracování dotazníku, názvu bakalářské práce a o způsobu doplnění odpovědí na jednotlivé otázky. Nejdříve byl pilotní dotazník předložen jedné z vrchních sester a dvěma všeobecným sestřám k ověření funkčnosti dotazníku. Funkční chyby nebyly nalezeny a dotazník byl rozdán všeobecným sestřám na vybraných odděleních (chirurgická oddělení lůžková, interní oddělení lůžková, onkologické oddělení lůžkové, urologické oddělení lůžkové) ve dvou nemocnicích, kde se setkávají s pacienty s kolostomií a ileostomií. Dotazníkové šetření v těchto zařízeních probíhalo od 27. března do 30. května 2017. V nemocnici byly dotazníky předloženy k vyplnění všeobecným sestřám ve spolupráci s vrchními sestrami jednotlivých oddělení, aby nedocházelo při vyplňování dotazníků k vyhledání správných odpovědí, byl zajištěn dohled. Dotazník byl anonymní a z toho důvodu byla všeobecným sestřám poskytnuta i obálka, do které mohly dotazník uložit ihned po vyplnění. Všichni účastníci průzkumu byli předem seznámeni s tím, kdo a za jakým účelem bude mít k získaným informacím přístup.

11.2 Průzkumný vzorek

Průzkumný vzorek tvořilo dohromady 55 všeobecných sester z chirurgických a interních typů oddělení ve dvou různých nemocnicích. Celkem bylo na odděleních rozdáno 55 (100 %) dotazníků, z nichž byl každý vyplněn. Celková návratnost byla tedy 55 dotazníků (100 %). Jeden dotazník byl vyřazen pro neúplnost vyplnění. K průzkumu bylo tedy použito 54 dotazníků.

Na interní oddělení bylo rozdáno dohromady 32 dotazníků (58,2 %), z nichž bylo řádně vyplněno 32 dotazníků.

Na chirurgická oddělení bylo rozdáno 23 (41,8 %) dotazníků, z nichž jeden byl vyřazen pro neúplnost vyplnění.

Respondenty tvořily v celých 100 % ženy, všeobecné zdravotní sestry.

11.3 Technika zhodnocení dat

Dotazník byl zpracován vlastními silami a pro zhodnocení výsledků průzkumu byl použit program Microsoft Office Excel 2007, v němž byly také vytvořeny grafy znázorňující výsledky. Textové zpracování bylo vytvořeno v programu Microsoft Office Word 2007.

Otázky jsou zpracovány samostatně. V analýze průzkumu jsou správné odpovědi na otázky č. 7 – 26 označeny tučným písmem. Každá otázka je doplněna sloupcovým grafem, který znázorňuje odpovědi v relativních četnostech. Všechny otázky jsou okomentovány krátkým textem, který hodnotí odpovědi v absolutních i relativních četnostech.

11.4 Dotazník

Přestože má dotazníkové šetření nevýhody, jako je nemožnost klást doplňující otázky, možnost špatného výkladu položené otázky či nižší věrohodnost získaných dat, rozhodli jsme se pro tuto variantu. Dotazník lze jednoduše zpracovat a je možné sesbírat velké množství dat v poměrně krátkém časovém úseku a s malými náklady. (Kutnohorská, 2009, str. 42)

Dotazník pro všeobecné sestry obsahoval 26 položek, byl kombinovanou metodou otevřených a uzavřených otázek. Nejvíce bylo otázek uzavřených (č. 1 – 4, 6 – 20, 24). Dotazník také obsahoval jednu otázku otevřenou (č. 26), tři polouzavřené (č. 5, 21, 22), jednu pořadovou (č. 25) a jednu otázku filtrační (č. 1). První otázka byla zaměřena na vyřazení stomických sester pro vyšší předpoklad správného vyplnění dotazníku. Dále následovaly otázky (č. 2 – 6) zaměřující se na získání informací o všeobecných sestrách. Otázkami bylo zjišťováno, na kterém oddělení sestry pracují, jaké je jejich nejvyšší vzdělání, jak dlouhou mají praxi atd. Otázky č. 7 – 26 byly zaměřeny na znalosti sester v teoretickém i praktickém okruhu. Dotazník také obsahoval jednu otázku (č. 23), kde měly respondentky přiřadit pojem ke správné definici. Předposlední otázka (č. 25) obsahovala fáze výměny jednodílného stomického sáčku a respondentky je měly za úkol označit čísla podle toho, jaký je správný postup. Tímto průzkumným šetřením jsme hledali odpovědi na naše průzkumné otázky. V analýze dat je u vědomostní části dotazníku správná odpověď vyznačena tučně. (Kutnohorská, 2009, str. 45 – 46)

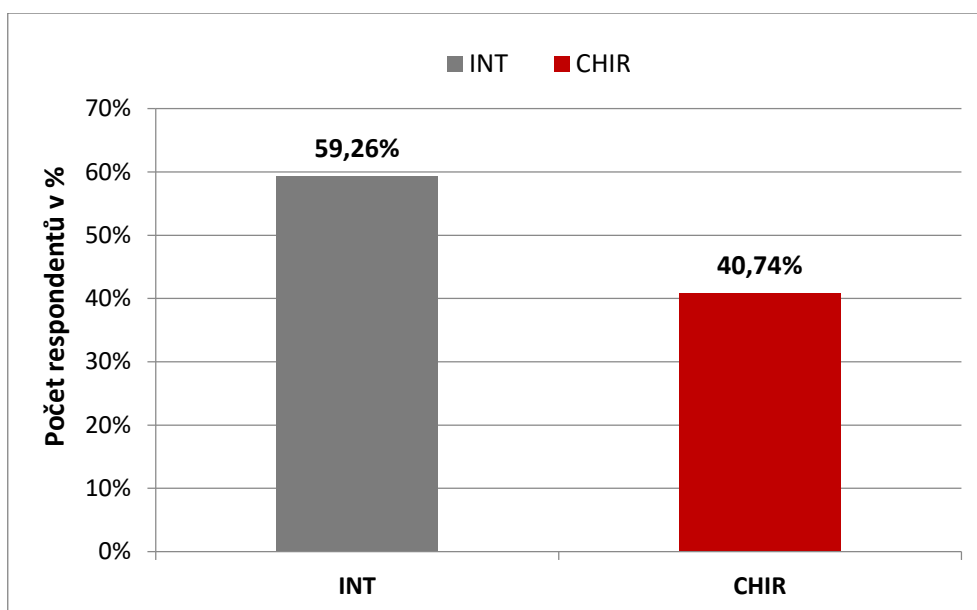
12 ANALÝZA DAT

Otázka č. 1: Máte kurz pro stomické sestry? (Pokud ano, dotazník prosím dále nevyplňujte)

Všech 54 respondentek uvedlo, že kurz pro stomické sestry nemají.

Otázka č. 2: Na kterém oddělení pracujete?

- A) oddělení interního typu
- B) oddělení chirurgického typu



Graf 1: Poměr všeobecných sester na interním a chirurgickém oddělení

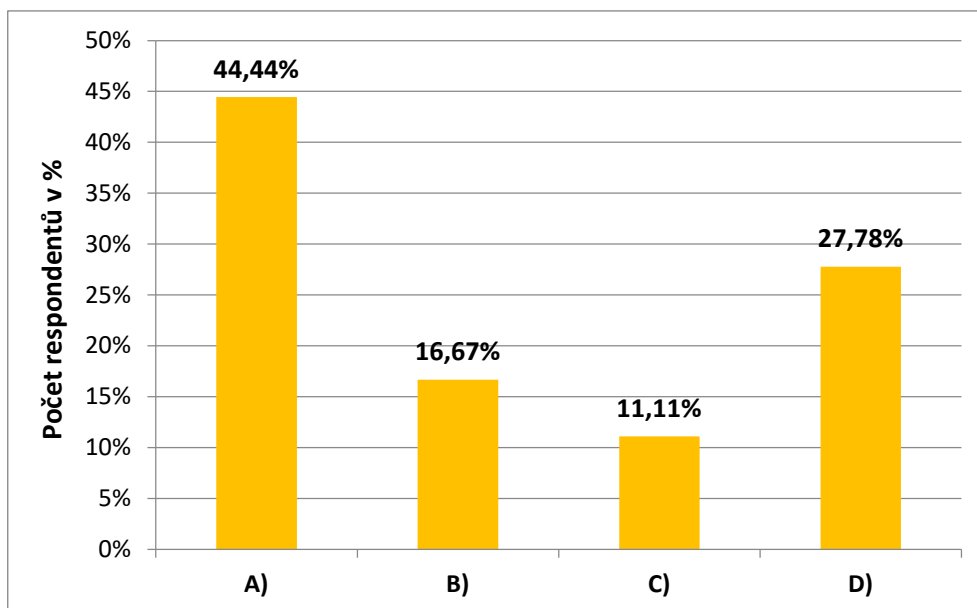
Hned druhá otázka byla zaměřena na zjištění, na jakém oddělení respondentky pracují. Vyhodnocení této otázky je znázorněno v grafu 1.

Na interním typu oddělení vyplnilo dotazník 32 (59,26 %) všeobecných sester z celkových 54 dotázaných.

Na chirurgickém typu oddělení vyplnilo dotazník 22 (40,74 %) všeobecných sester z celkových 54 dotázaných.

Otázka č. 3: Jakého nejvyššího vzdělání v oboru ošetrovatelství jste dosáhl/a?

- A) středoškolské – všeobecná sestra pracující bez odborného dohledu
- B) vyšší odborné – diplomovaná všeobecná sestra
- C) specializace – (např. v rámci Národního centra ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně)
- D) vysokoškolské – bakalářské, magisterské, doktorské



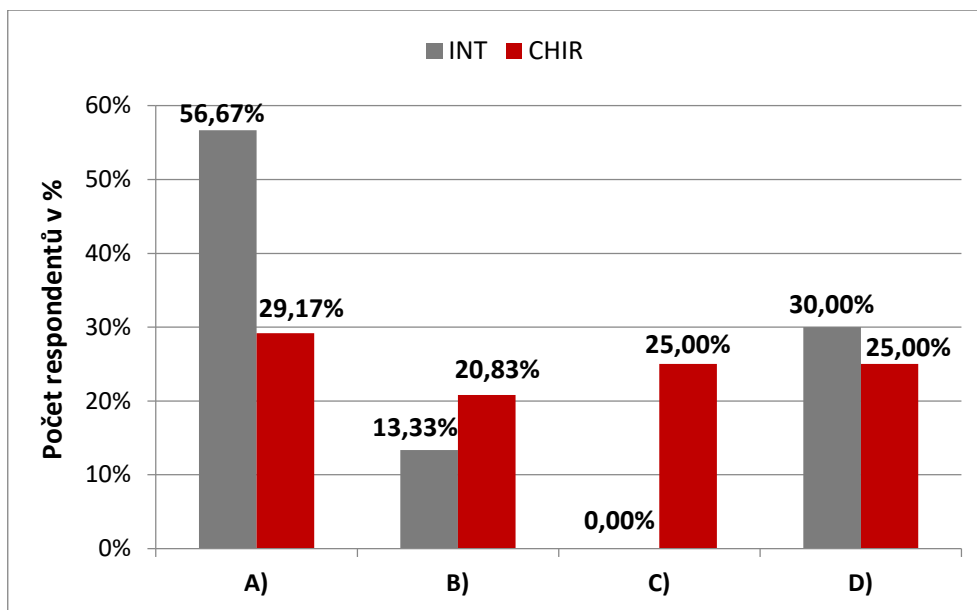
Graf 2: Dosažené vzdělání celkem

Touto otázkou bylo zjištěno v jakém poměru je dosažené vzdělání u všech respondentek, bez ohledu na typ oddělení.

Převážně se průzkumu zúčastnily všeobecné sestry se středoškolským vzděláním a to 24 (44,44 %).

Vysokoškolského vzdělání dosáhlo 15 (27,78 %) dotázaných všeobecných sester.

Vyšší odborné vzdělání uvedlo 9 (16,67 %) všeobecných sester a specializaci 6 (11,11 %) všeobecných sester.



Graf 3: Dosažené vzdělání v poměru interního a chirurgického oddělení

Tento graf nám zobrazuje rozdíl v dosaženém vzdělání respondentek pracujících na interním typu oddělení a chirurgickém typu oddělení.

Se středoškolským vzděláním se zúčastnilo 17 (56,00 %) všeobecných sester na interním typu oddělení a 7 (29,17 %) na chirurgickém typu oddělení.

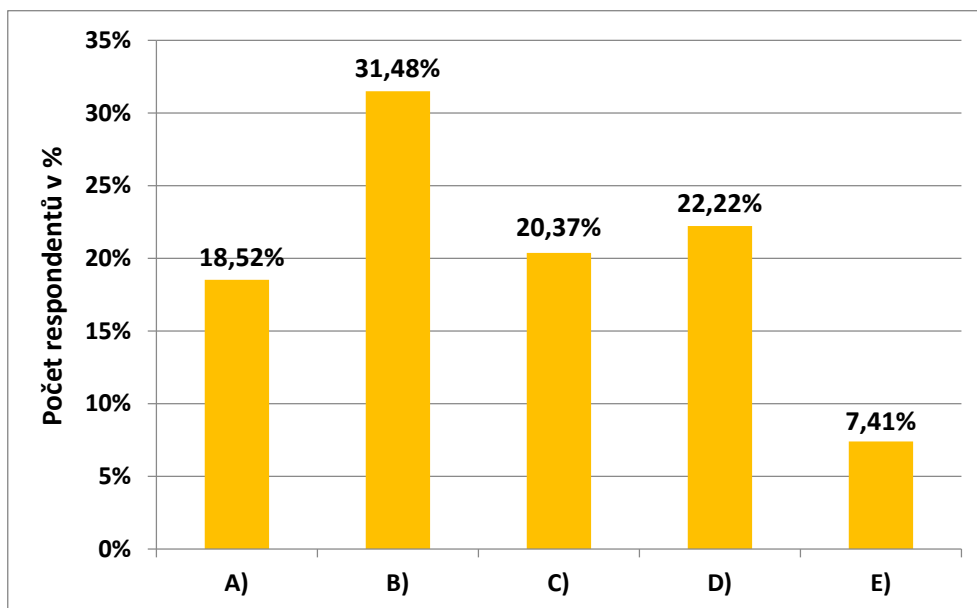
Oproti tomu s vyšším odborným vzděláním jsou všeobecné sestry z interního typu oddělení 4 (13,33 %) a z chirurgického typu oddělení 5 (20,73 %).

Specializaci na interním typu oddělení nemá žádná z respondentek, na chirurgickém typu oddělení má specializaci 6 (25,00 %) respondentek.

Vysokoškolské vzdělání uvedlo na interním typu oddělení 9 (30,00 %) respondentek a na chirurgickém typu oddělení 6 (25,00 %) respondentek.

Otázka č. 4: Jak dlouho už pracujete ve zdravotnictví?

- A) 1 – 5 let
- B) 6 – 10 let
- C) 11 – 20 let
- D) 21 – 30 let
- E) 31 a více let



Graf 4: Délka praxe všeobecných sester

1 – 5 let praxe uvedlo 10 (18,52%) respondentek.

6 – 10 let praxe odpovědělo nejvíce respondentek a to 17 (31,48 %).

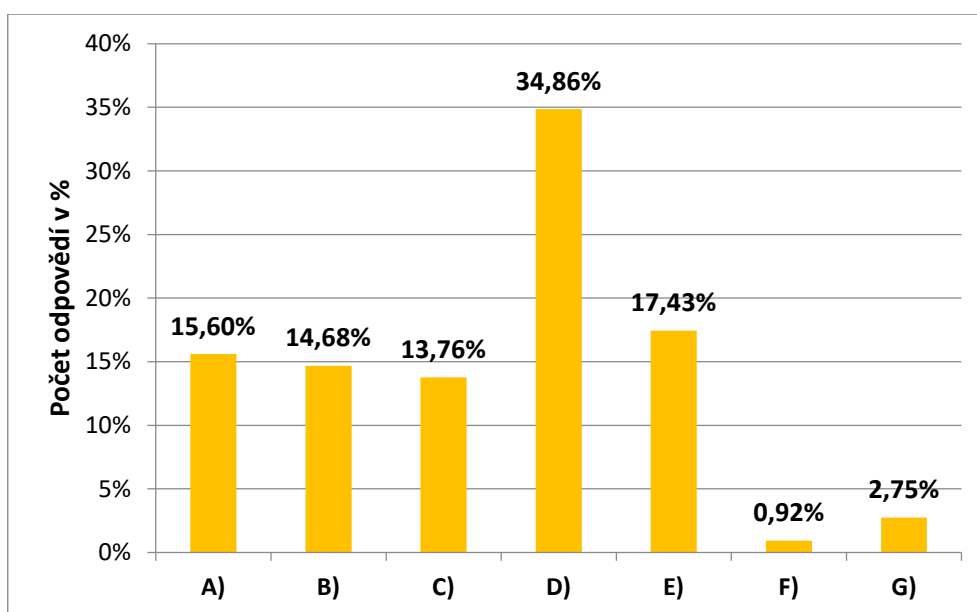
11 – 20 let praxe uvedlo 11 (20,37 %) respondentek.

21 – 30 let praxe uvedlo 12 (22,22 %) respondentek.

31 a více let praxe uvedly 4 (7,41%) respondentky.

Otázka č. 5: Odkud získáváte informace o ošetrovatelské péči o stomie? (můžete vybrat více odpovědí)

- A) z odborných vzdělávacích kurzů
- B) z literatury
- C) z internetu
- D) v praxi
- E) ze školy
- F) informace o stomiích nevyhledávám
- G) jiné:



Graf 5: Zdroje informací respondentů

U této otázky bylo možno zaškrtnout více odpovědí.

Praxi jako nejlepší zdroj k čerpání informací vybralo 38 (34,86 %) respondentek.

Dalším nejčastějším zdrojem informací je podle 19 (17,43 %) respondentek škola.

Odborné kurzy označilo 17 (15,60 %) respondentek.

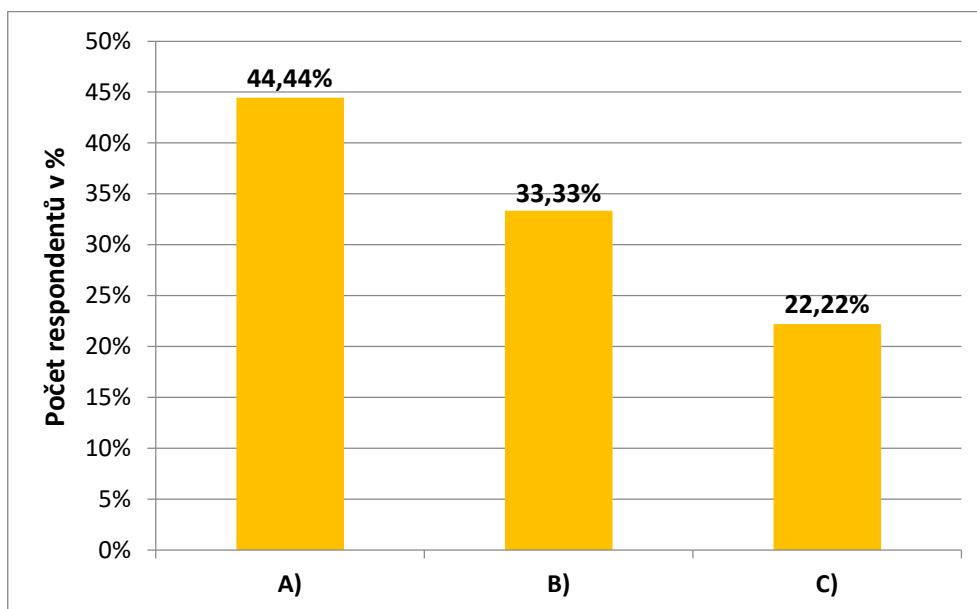
Literaturu označilo 16 (14,68 %) dotázaných všeobecných sester.

Internet vybralo 15 (13,76 %) respondentek.

Jiné zdroje uvedly 3 (2,75 %) dotázané všeobecné sestry a žádné zdroje nevyhledává pouze jedna (0,92 %) respondentka.

Otázka č. 6: Domníváte se, že znalosti, které máte, jsou dostačující pro kvalitní péči o pacienta s kolostomií nebo ileostomií?

- A) ano
- B) ne
- C) nevím



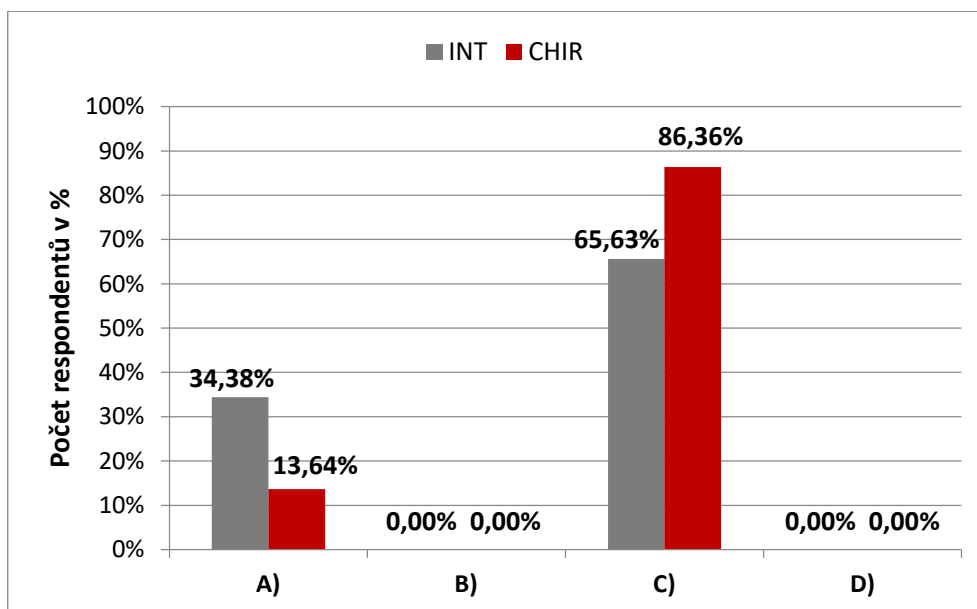
Graf 6: Znalosti dostačujících pro kvalitní péči o pacienta

Dostatek znalostí v problematice ošetrovatelské péče o pacienty s kolostomií a ileostomií uvedlo 24 (44,44 %) respondentek.

Potřebu dalšího vzdělávání uvedlo 18 (33,33 %) dotázaných všeobecných sester a 12 (22,22 %) respondentek odpovědělo, že neví, zda jsou jejich znalosti dostatečné.

Otázka č. 7: Vyberte správné tvrzení

- A) Kolostomie je chirurgické vyústění tlustého střeva a odvádí většinou tekutou stolicí.
- B) Kolostomie je chirurgické vyústění tenkého střeva a odvádí většinou tekutou stolicí.
- C) Kolostomie je chirurgické vyústění tlustého střeva a odvádí většinou tužší stolicí.**
- D) Kolostomie je chirurgické vyústění tenkého střeva a odvádí většinou tužší stolicí.



Graf 7: Znalosti definice kolostomie

Touto otázkou začíná vědomostní část dotazníku.

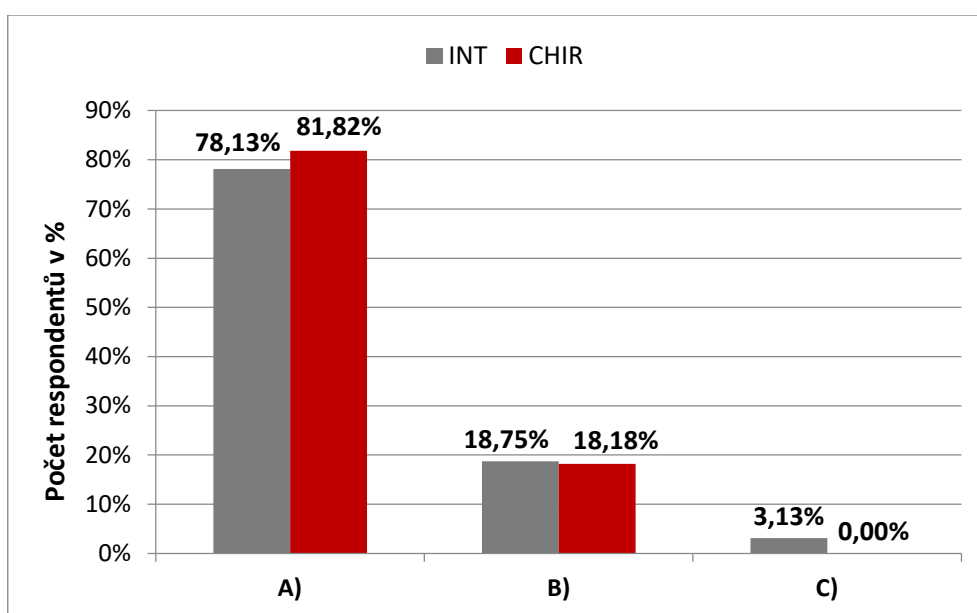
Správnou odpovědí je „C“, kterou uvedlo 21 (65,63 %) respondentek pracujících na oddělení interního typu a 19 (86,36 %) respondentek z chirurgického typu oddělení.

Nesprávnou možnost „A“ zvolilo 11 (34,38 %) respondentek z interního typu oddělení a 3 (13,64 %) respondentky z chirurgického typu oddělení.

Další možnosti „B“ a „D“ neoznačila žádná z dotázaných všeobecných sester.

Otázka č. 8: Jak byste charakterizoval/a nekomplikovaný vzhled stomie?

- A) Tvar oválný nebo kruhový, sliznice stomie narůžovělá až červená a stomie vyvýšena nad povrch stěny břišní o 0,5 – 1 cm.
- B) Tvar kruhový, sliznice stomie narůžovělá a vtažena pod úroveň kůže stěny břišní o 1 cm.
- C) Tvar kruhový nebo oválný, stomie vyvýšena na povrch stěny břišní o více jak 3 cm, okolí stomie červené.



Graf 8: Znalosti vzhledu stomie

Na tuto otázku správně odpověděly dotázané sestry, které zaškrtnly odpověď „A“.

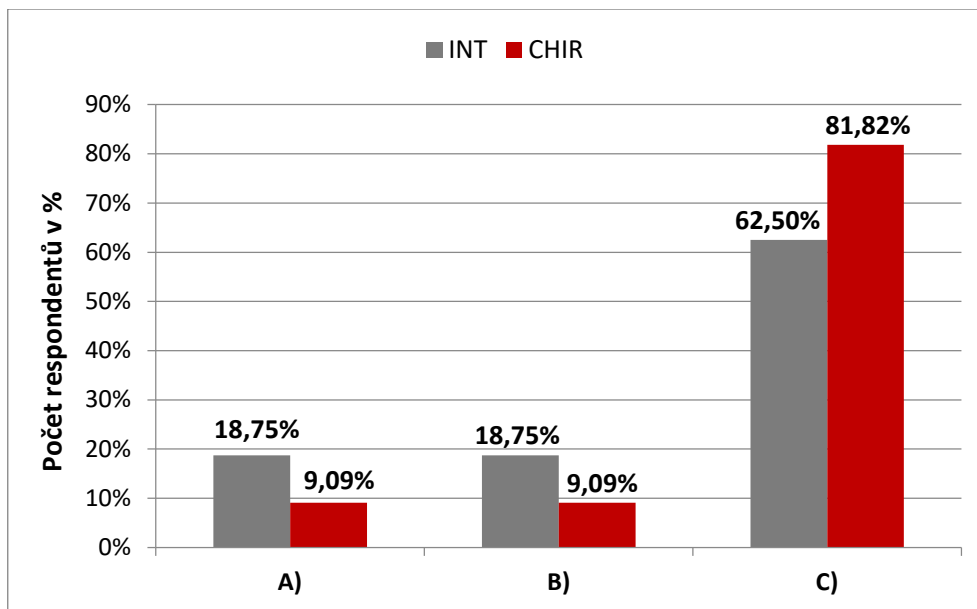
Na interním typu oddělení označilo možnost „A“ 25 (78,13 %) respondentek, na chirurgickém typu oddělení dále 18 (81,82 %) respondentek.

Nesprávnou odpověď „B“ zvolilo 6 (18,75 %) všeobecných sester z interního typu oddělení a 4 (18,18 %) z chirurgického typu oddělení.

Nesprávnou odpověď „C“ zaškrtnla pouze 1 (3,31 %) respondentka z interního typu oddělení a nikdo (0,00%) z chirurgického typu oddělení.

Otázka č. 9: Vyberte správné typy kolostomie podle lokalizace.

- A) duodenostomie, cékostomie a transverzostomie
- B) transverzostomie, jejunostomie a sigmoideostomie
- C) cékostomie, transverzostomie a sigmoideostomie**



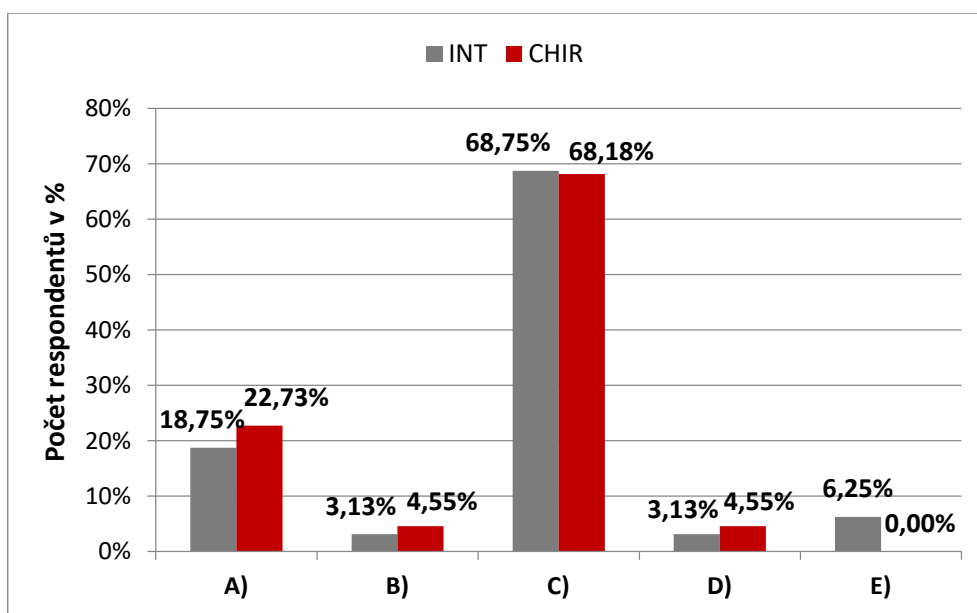
Graf 9: Výsledek odpovědí na lokalizaci kolostomie

Tato otázka se týkala správné lokalizace chirurgického vyústění tlustého střeva, přičemž správná odpověď je: „C“. Tuto odpověď zaškrtnulo 18 (81,82 %) respondentek z chirurgického typu oddělení a dále 20 (62,50 %) respondentek z interního typu oddělení.

Nesprávné možnosti „A“ a „B“ uvedlo v obou případech shodně 6 (18,75 %) respondentek z interního typu oddělení a 2 (9,09 %) respondentky z chirurgického typu oddělení.

Otázka č. 10: Jakou dietu z dietního systému byste vybral/a pacienti s kolostomií, u kterého již proběhla realimentace.

- A) 3 – Racionální
- B) 4 – S omezením tuků
- C) 5 – Bílkovinná, bezzbytková**
- D) 8 – Redukční
- E) 10 – Neslaná



Graf 10: Dieta pacienta s kolostomií po realimentaci

Správnou odpověď „C“, tedy dietu 5, která je vhodná pro pacienta s kolostomií, označilo 20 (68,18 %) respondentek z interního typu oddělení a 15 (68,75 %) respondentek z chirurgického typu oddělení.

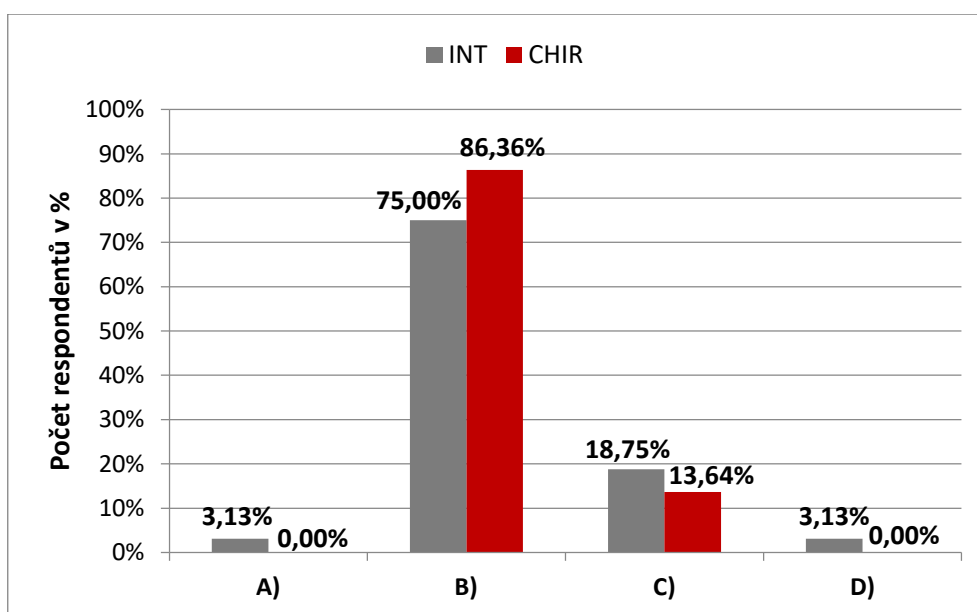
Možnost „A“, tedy dietu racionální označilo 6 (17,75 %) respondentek z interního typu oddělení a 5 (22,73 %) respondentek z chirurgického typu oddělení.

Možnost „B“, tedy dietu s omezením tuků vybrala 1 (3,13 %) respondentka z interního typu oddělení a také 1 (4,55 %) respondentka z chirurgického typu oddělení.

Poslední možnost „D“, tedy dietu neslanou, vybraly 2 (6,25 %) respondentky pracující na interním typu oddělení a žádná respondentka z chirurgického typu oddělení.

Otázka č. 11: Vyberte správné tvrzení

- A) Ileostomie je vyústění tlustého střeva, vývod je umístěn nejčastěji v pravém dolním kvadrantu břišní stěny a odvádí většinou tužší obsah.
- B) Ileostomie je vyústění tenkého střeva, vývod je umístěn nejčastěji v pravém dolním kvadrantu břišní stěny a odvádí řídký a pro pokožku agresivní obsah.**
- C) Ileostomie je vyústění tenkého střeva, vývod je umístěn nejčastěji v levém dolním kvadrantu břišní stěny a odvádí řídký a pro pokožku agresivní obsah.
- D) Ileostomie je vyústění tenkého střeva, vývod je umístěn nejčastěji v pravém dolním kvadrantu břišní stěny a odvádí většinou tužší a pro pokožku agresivní obsah.



Graf 11: Znalosti definice ileostomie

Znalosti o tom co je ileostomie prokázaly ve větším podílu setry pracující na chirurgickém typu oddělení, správnou odpověď „B“ uvedlo 19 (86,36 %) respondentek. Na interním typu oddělení odpovědělo správně 24 (75,00 %) respondentek.

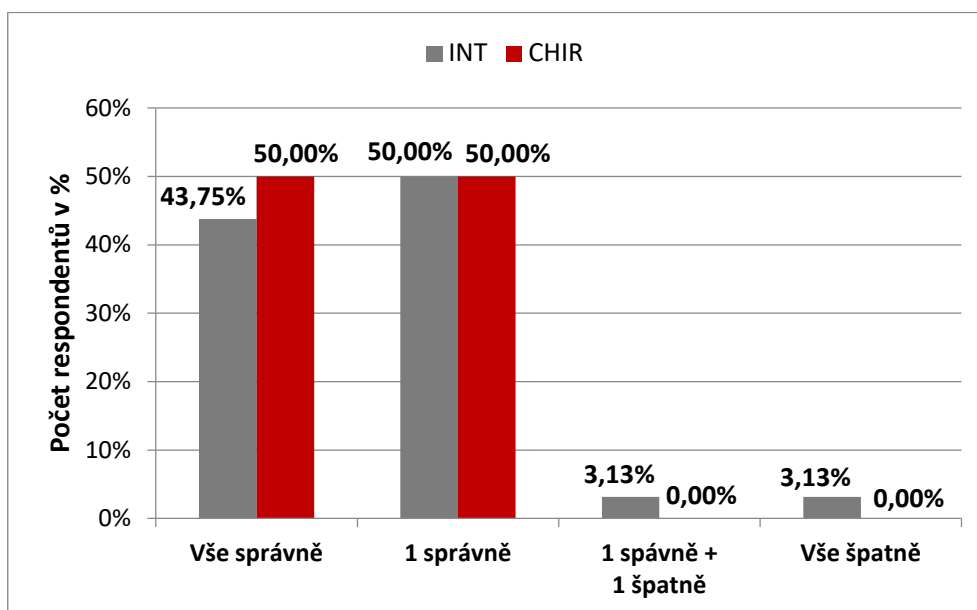
Jedna (3,13 %) respondentka z interního typu oddělení uvedla nesprávnou odpověď „A“, tedy že ileostomie je vyústění tlustého střeva.

Odpověď „C“ uvedlo 6 (18,75 %) respondentek z interního typu oddělení a 3 (13,64 %) respondentky z chirurgického typu oddělení.

Poslední nesprávnou možnost „D“ zvolila pouze 1 (3,13 %) respondentka pracující na interním typu oddělení.

**Otázka č. 12: Jaký typ stomického systému byste doporučil/a pacientovi s ileostomií?
(Možno vybrat více odpovědí)**

- A) jednodílný systém bez výpusti
- B) jednodílný systém s výpustí**
- C) dvoudílný systém bez výpusti
- D) dvoudílný systém s výpustí**



Graf 12: Typy stomických systémů pro ileostomií

Otázka č. 13 byla zaměřena na stomický systém, který je nejvhodnější pro pacienty s ileostomií. Zde si mohly respondentky vybrat ze 4 možností, z nichž 2 byly správné.

Obě možnosti správně, tedy „B“ a „D“ uvedlo 14 (43,75 %) respondentek z interního a 11 (50,00 %) z chirurgického typu oddělení.

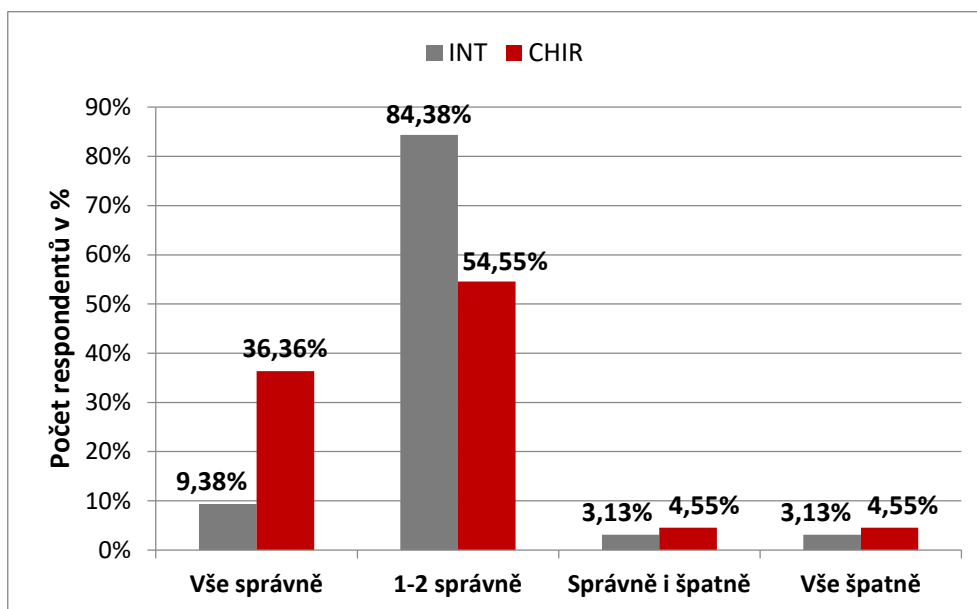
Alespoň 1 správnou možnost označilo 16 (50,00 %) respondentek z interního typu oddělení a 11 (50,00 %) z chirurgického typu oddělení.

Pouze 1 (3,13 %) respondentka z interního typu oddělení uvedla 1 správnou a 1 nesprávnou možnost.

Stejně tak 1 (3,13 %) respondentka z interního typu oddělení označila pouze nesprávnou možnost.

Otázka č. 13: Co byste doporučil/a pacientovi s ileostomií k zahuštění stolice?

- A) sladkosti
B) rýže
C) ryby
D) šumivé nápoje
E) černý čaj
F) strouhaná jablka



Graf 13: Doporučená složka potravy k zahuštění stolice

V této otázce měly respondentky určit, která potravina napomáhá k hustší konzistenci stolice. V nabídce bylo více možností a více správných odpovědí. Mezi správné odpovědi patřily možnosti „B)“, „E)“ a „F)“, tedy rýže, černý čaj a strouhaná jablka.

Všechny tyto možnosti správně označily pouze 3 (9,38 %) respondentky z interního typu oddělení a 8 (36,36 %) respondentek z chirurgického typu oddělení.

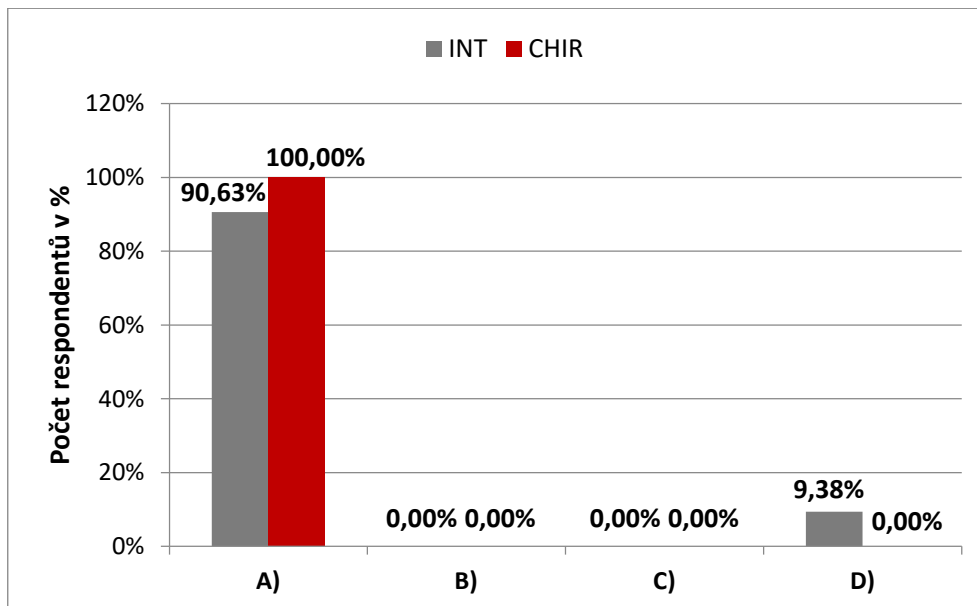
Alespoň jednu správnou odpověď uvedlo 27 (84,38 %) respondentek z interního typu oddělení a 12 (54,55 %) respondentek z chirurgického typu oddělení.

Jedna respondentka, jak z interního (3,13 %), tak i z chirurgického (4,55 %) typu oddělení uvedla alespoň jednu správnou, ale i špatnou odpověď.

Stejně tak tomu je i v posledním případě, kdy jedna (3,13%) respondentka z interního typu oddělení a jedna (4,55%) respondentka z chirurgického typu oddělení uvedla pouze špatnou odpověď.

Otázka č. 14: U které stomie dochází k větším ztrátám tekutin a iontů?

- A) ileostomie
- B) kolostomie
- C) u ileostomie i kolostomie jsou ztráty tekutin a iontů přibližně vyrovnané
- D) nevím



Graf 14: Znalosti o ztrátách tekutin u stomií

S touto otázkou si nejlépe poradily respondentky pracující na chirurgickém typu oddělení.

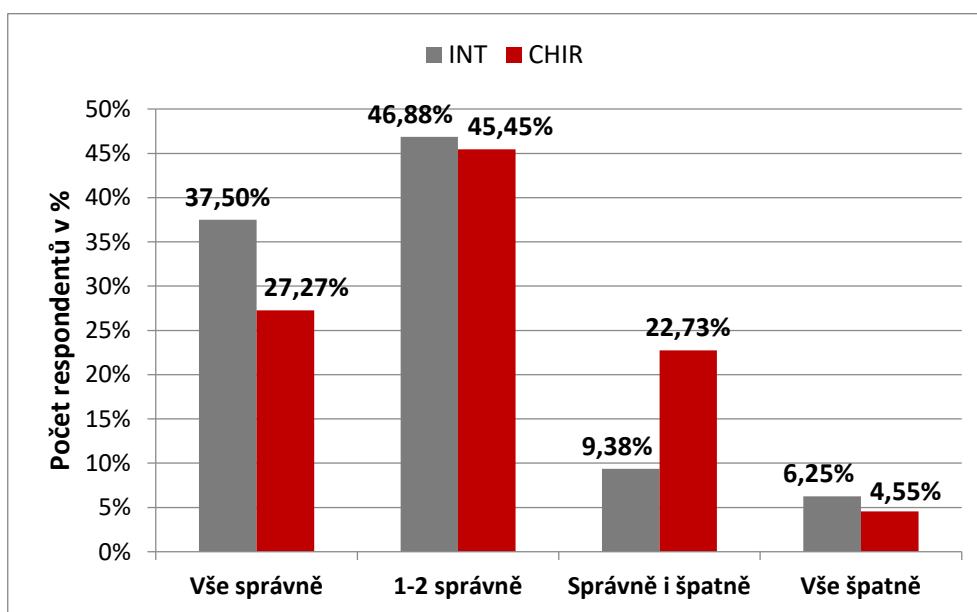
Ve 22 (100,00 %) případech určily správnou odpověď „A“. Respondentů z interního typu oddělení správně odpovědělo 29 (90,63 %).

Nesprávnou možnost „D“ označily 3 (9,38 %) respondentky z interního typu oddělení.

Odpovědi „B“ a „C“ neoznačila žádná z dotazovaných všeobecných sester.

Otázka č. 15: Kdy je nutné vyměnit ileostomický či kolostomický sáček? (možno označit více odpovědí)

- A) vyskytne-li se netěsnost ileostomického sáčku
- B) u jednodílného systému vyměňujeme sáček 2x denně i bez naplnění
- C) dostaví-li se nepříjemný pocit na kůži pod ochranou podložkou
- D) až tehdy, pokud je sáček zcela naplněn
- E) už tehdy, pokud je sáček naplněn do poloviny svého objemu



Graf 15: Výměna stomických sáčků

V této otázce bylo opět více správných odpovědí. Mezi správné odpovědi patřily možnosti „A)“, „C)“ a „D)“.

Všechny tyto odpovědi označilo správně 12 (37,50 %) respondentek z interního a 6 (27,27 %) respondentek z chirurgického typu oddělení.

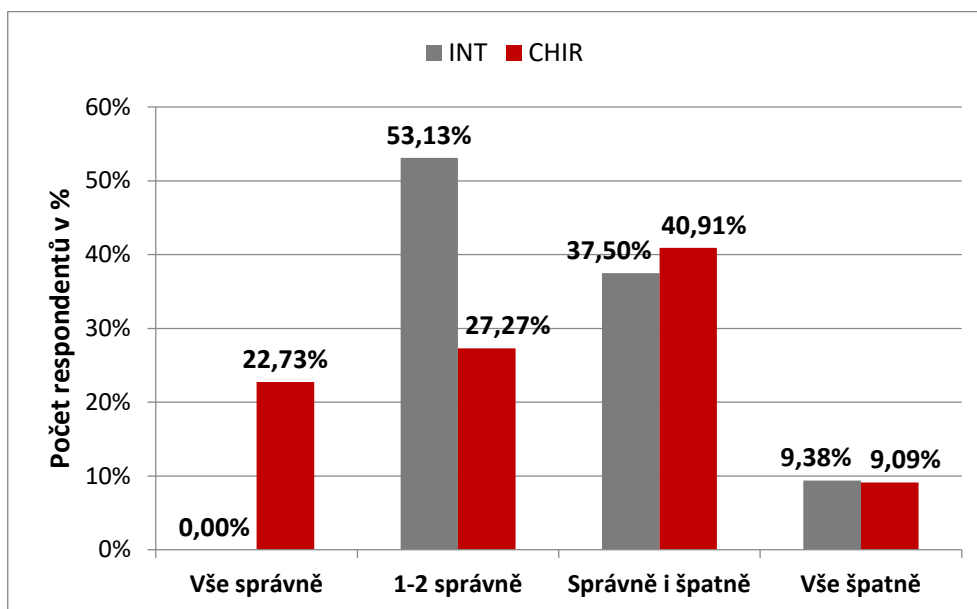
Jednu či dvě správné odpovědi označilo 15 (46,88 %) respondentek z interního typu oddělení a 10 (45,45 %) z chirurgického typu oddělení.

Alespoň jednu správnou i špatnou odpověď vybraly 3 (9,38 %) respondentky z interního typu oddělení a 5 (22,73 %) respondentek z chirurgického typu oddělení.

Pouze špatné odpovědi označily 2 (6,25 %) respondentky z interního a 1 (4,55 %) respondentka z chirurgického typu oddělení.

Otázka č. 16: Které látky a které materiály jsou nevhodné pro péči o ileostomie a kolostomie? (možno označit více odpovědí)

- | | |
|---------------------------|------------------------|
| A) dezinfekční prostředky | D) krémy a masti |
| B) parfémovaná mýdla | E) gáza |
| C) pudr | F) jednorázové holítko |



Graf 16: Nevhodné materiály k ošetření stomii

Mezi správné odpovědi u této otázky patřily možnosti „A)“, „B)“ a „D)“, tedy dezinfekční prostředky, parfémovaná mýdla a krémy a masti.

Všechny správné odpovědi označilo pouze 5 (22,73 %) respondentek z chirurgického typu oddělení a žádná respondentka z interního typu oddělení.

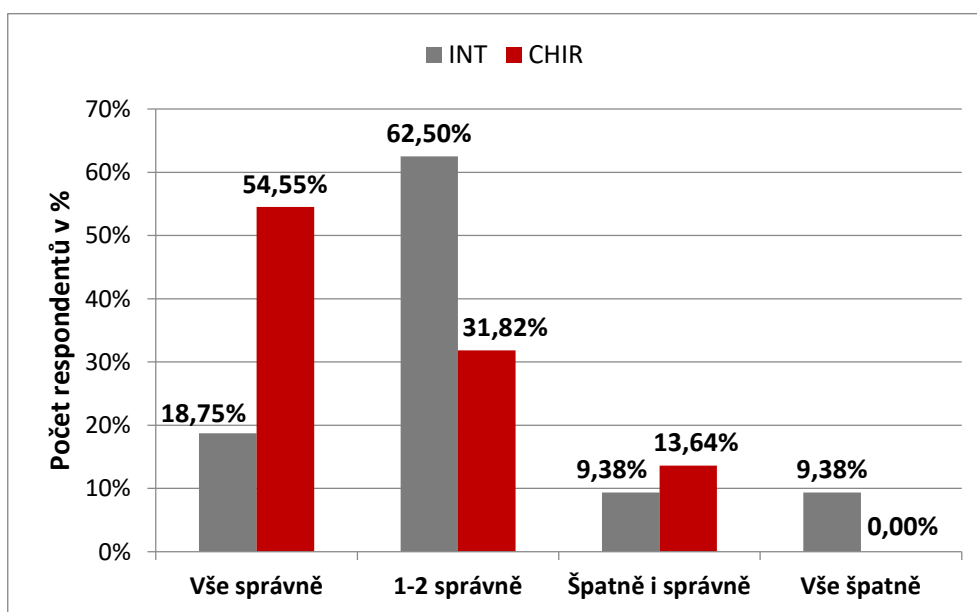
Alespoň jednu správnou odpověď uvedlo 17 (53,13 %) respondentek z interního typu oddělení a 6 (27,27 %) z chirurgického typu oddělení.

Alespoň jednu správnou i špatnou odpověď označilo 12 (37,50 %) respondentek z interního typu oddělení a 9 (40,91 %) respondentek z chirurgického typu oddělení.

Všechny označené odpovědi špatně uvedly 3 (9,38 %) respondentky z interního typu oddělení a 2 (9,09 %) z chirurgického typu oddělení.

Otázka č. 17: Zaškrtněte pomůcku, kterou byste mohl/a použít u pacientů s netěsnící ileostomií či kolostomií k zajištění těsnosti. (možno více odpovědí)

- A) vyrovnávací pasta
- B) ochranný film
- C) kroužek
- D) konvexní systém
- E) krém



Graf 17: Pomůcky zajišťující těsnost stomie

Správnými odpověďmi byly možnosti „A“, „C“ a „D“, tedy vyrovnávací pasta, kroužek a konvexní systém.

Vše správně mělo pouze 6 (18,75 %) respondentek z interního typu oddělení. Z chirurgických respondentek uvedla více jak polovina, a to 12 (54,55 %), všechny správné odpovědi.

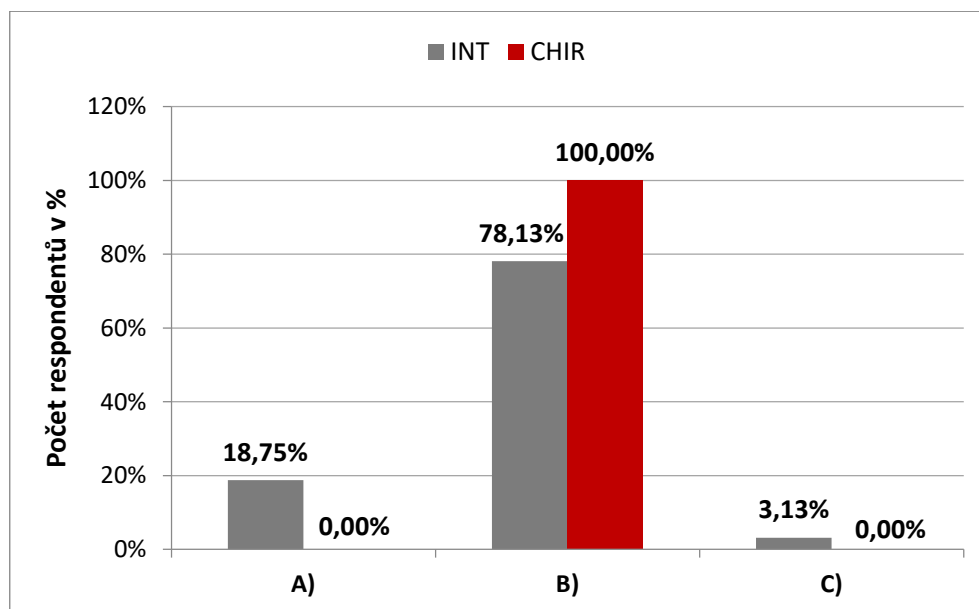
Jednu či dvě správné odpovědi označilo 20 (62,50 %) respondentek z interního typu oddělení a 7 (31,64 %) respondentek z chirurgického typu oddělení.

Alespoň jednu odpověď správně i špatně uvedly 3 (9,38 %) respondentky z interního typu oddělení a stejně tak i 3 (13,64 %) respondentky z chirurgického typu oddělení.

Všechny nesprávné odpovědi označily pouze 3 (9,38 %) respondentky z interního typu oddělení.

Otázka č. 18: Stomické pomůcky se dělí podle způsobu jejich nasazení do 3 systémů. Jaké to jsou systémy?

- A) jednodílný, dvoudílný a trojdílný systém
- B) jednodílný, dvoudílný a systém adhezní technologie**
- C) dvoudílný, trojdílný a systém adhezní technologie



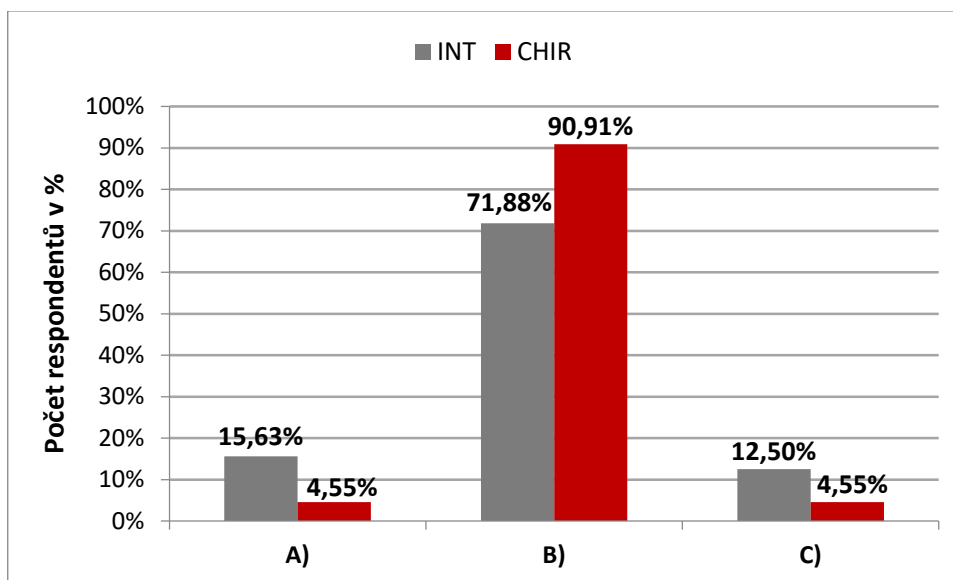
Graf 18: Rozdělení stomických systémů

V této otázce, která se zabývala druhy stomických systémů, byla pouze jedna správná odpověď „B“, tedy jednodílný, dvoudílný a systém adhezní technologie. Tuto možnost označily všechny respondenty z chirurgického typu oddělení, tedy 22 (100 %) a 25 (78,13 %) respondentek z interního typu oddělení.

Možnost „A“ označilo 6 (18,75 %) respondentek a možnost „C“ označila pouze jedna (3,13%) respondentka z interního typu oddělení.

Otázka č. 19: Víte, jaká je maximální doporučená doba pro výměnu podložky u dvoudílného systému u nekomplikované stomie?

- A) 1 den
- B) 3 – 4 dny**
- C) 6 – 7 dní



Graf 19: Výměna podložky dvoudílného systému

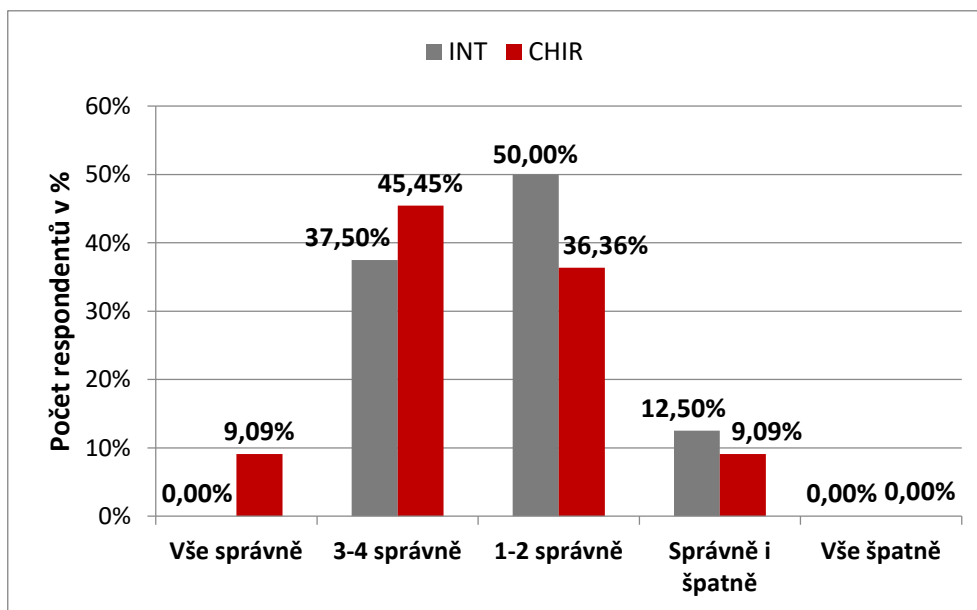
Správná odpověď byla u této otázky možnost „B“, kterou označilo 23 (71,88 %) respondentek z interního a 20 (90,91 %) z chirurgického typu oddělení.

Nesprávnou odpověď „A“ zvolilo 5 (15,63 %) respondentek z interního typu oddělení a 1 (4,55 %) z chirurgického typu oddělení.

Další nesprávnou možnost „C“ si vybraly pouze 4 (12,50 %) respondentky z interního a 1 (4,55 %) respondentka z chirurgického typu oddělení.

Otázka č. 20: Víte, jaký lékař může předepsat pomůcky pro pacienta s kolostomií a ileostomií? (Možno označit více odpovědí)

- | | |
|---------------|--------------------|
| A) chirurg | E) kardiolog |
| B) internista | F) praktický lékař |
| C) gynekolog | G) ORL lékař |
| D) onkolog | H) urolog |



Graf 20: Kdo může předepisovat stomické pomůcky?

U této otázky bylo možno zaškrtnout více možností a bylo zde tedy více správných odpovědí. Mezi správné odpovědi patří možnosti „A)“, „B)“, „D)“, „F)“ a „H)“, tedy chirurg, internista, onkolog, praktický lékař a urolog.

Všechny správné odpovědi označily pouze 2 (9,09 %) respondentky z chirurgického typu oddělení.

Většinu, tedy 3 – 4 odpovědi správně, označilo 12 (37,50 %) respondentek z interního typu oddělení a 10 (45,45 %) z chirurgického typu oddělení.

Jednu či dvě správné odpovědi uvedlo 16 (50,00 %) respondentek z interního typu oddělení a 8 (36,36 %) respondentek chirurgického typu oddělení.

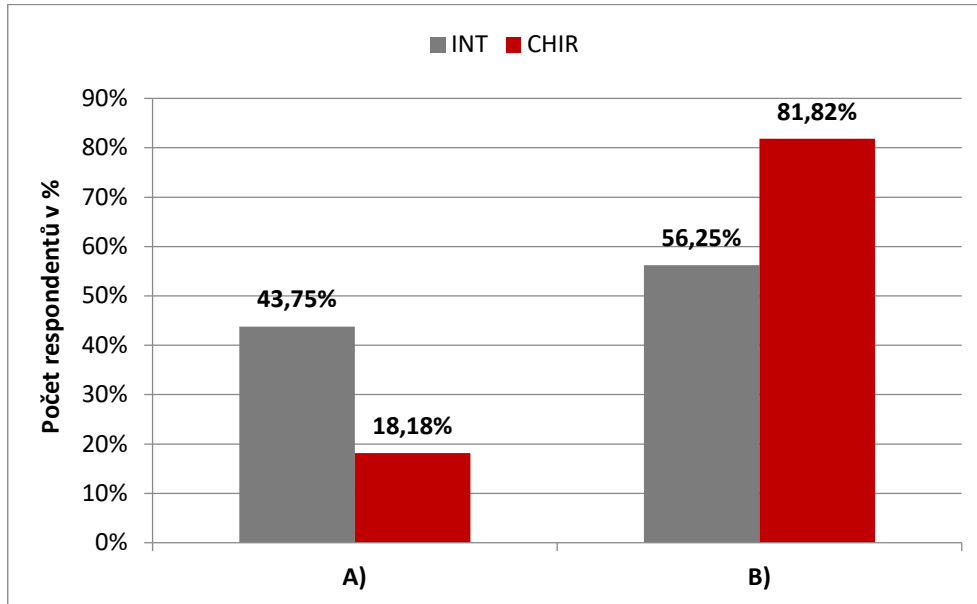
Alespoň jednu odpověď správně i špatně označily 4 (12,50 %) respondentky z interního typu oddělení a 2 (9,09 %) respondentky z chirurgického typu oddělení.

Každá z respondentek uvedla vždy alespoň jednu správnou odpověď.

Otázka č. 21: Znáte firmy vyrábějící pomůcky pro pacienty se stomií?

A) ne

B) ano, jaké?



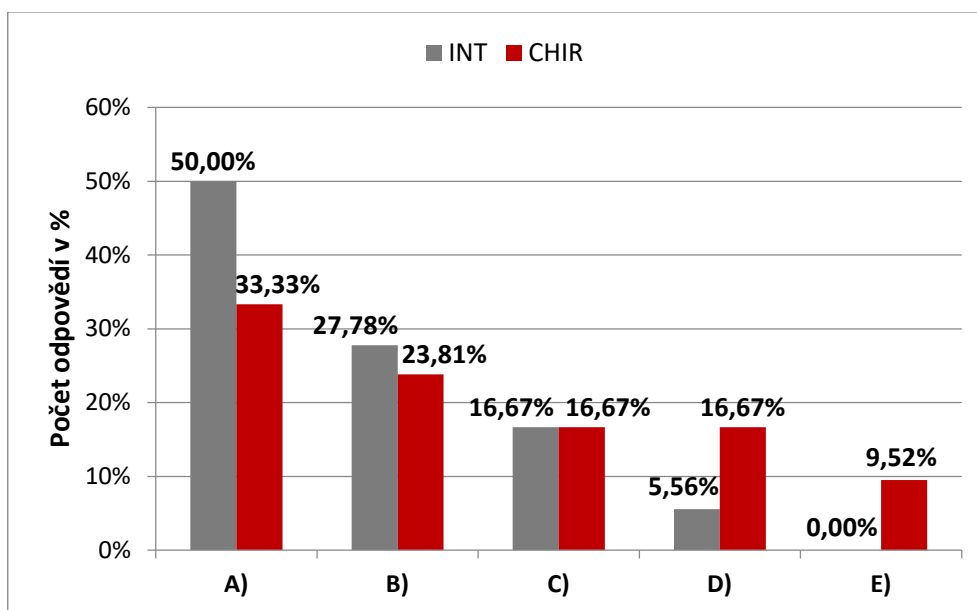
Graf 21: Znalosti firem vyrábějících stomické pomůcky

Na tuto otázku neznalo odpověď 14 (43,75 %) respondentek z interního typu oddělení a pouze 4 (18,18 %) z chirurgického typu oddělení.

Alespoň jednu firmu vyrábějící stomické pomůcky napsalo z interního typu oddělení 18 (56,25 %) respondentek a z chirurgického typu oddělení také 18 (81,82 %) respondentek, dohromady tedy 36 respondentek.

Další graf znázorňuje, které pomůcky respondentky nejvíce uváděly. Firmy, které se nejčastěji vyskytovaly, jsem rozdělila mezi písmena A – E.

- A) ConvaTec
- B) Coloplast
- C) Dansac
- D) Braun
- E) Sabrix



Graf 22: Firmy vyrábějící stomické pomůcky

Nejvíce respondentek, tedy 9 (50,00 %) z interního typu oddělení a 14 (33,33 %) z chirurgického typu oddělení napsalo firmu vyrábějící stomické pomůcky **ConvaTec**.

Další firmu **Coloplast** napsalo 5 (27,78 %) respondentek z interního typu oddělení a 10 (23,81 %) z chirurgického typu oddělení.

Firmu **Dansac** napsaly 3 (16,67 %) respondentky z interního typu oddělení a 7 (16,67 %) respondentek z chirurgického typu oddělení.

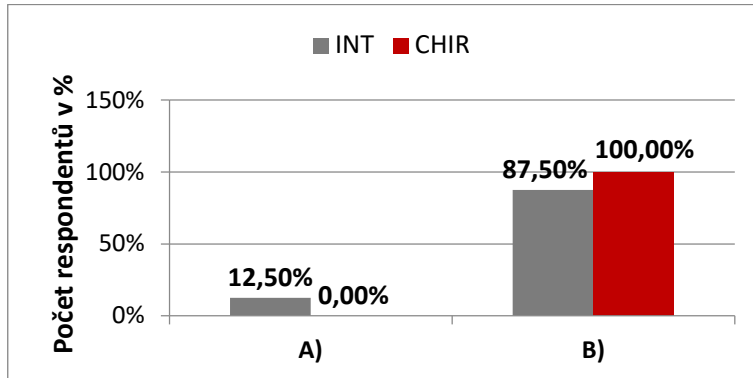
Čtvrtá nejčastější byla firma **Braun**, kterou vypsala pouze 1 (5,56 %) respondentka z interního a 7 (16,67 %) respondentek z chirurgického typu oddělení.

Poslední firmu **Sabrix** už napsaly pouze 4 respondentky z chirurgického typu oddělení.

Otázka č. 22: Znáte indikace k založení kolostomie a ileostomie?

A) ne

B) ano, jaké?

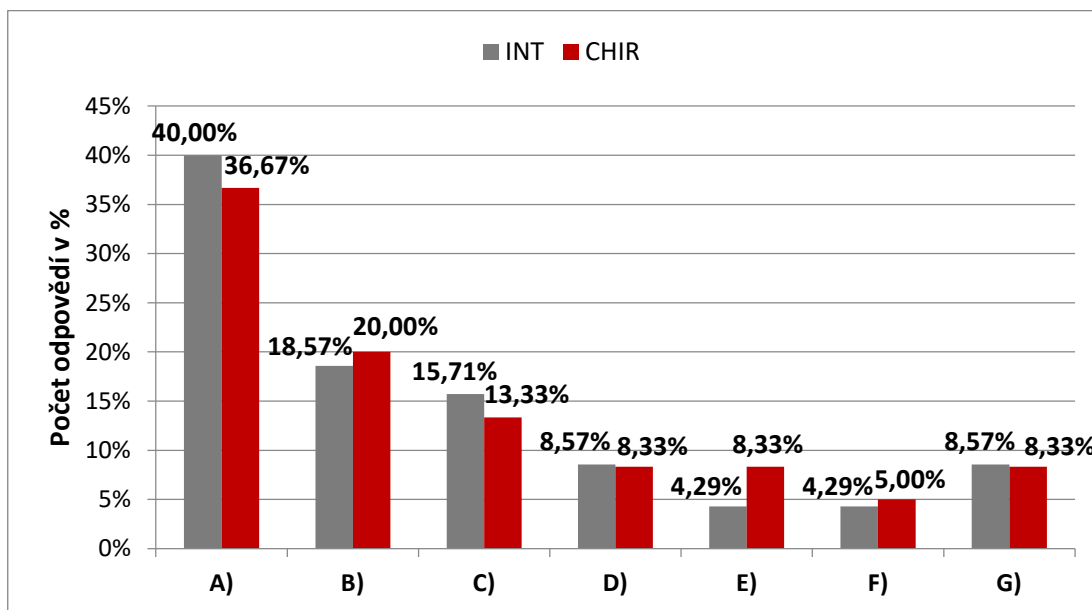


Graf 23: Znalosti indikací k založení kolostomie a ileostomie

Všechny respondentky z chirurgického typu oddělení znaly alespoň jednu indikaci k založení kolostomie a ileostomie. Pouze 4 (12,50 %) respondentky z interního typu oddělení neznaly žádnou indikaci.

Dále bylo hodnoceno, které možnosti se u otázky č 22. objevovaly nejčastěji. Jsou rozděleny mezi písmena A – G, kdy pod G se ukrývají zbylé indikace, které se opakovaly pouze jednou, či dvakrát.

- | | |
|------------------------|--------------------|
| A) nádorové onemocnění | E) divertikulitida |
| B) ileus | F) trauma |
| C) crohnova choroba | G) ostatní |
| D) ulcerózní kolitida | |



Graf 24: Indikace k založení kolostomie a ileostomie

Nejčastěji zmiňovanou indikací bylo nádorové onemocnění (tumor, karcinom, kolorektální karcinom, onkologický pacient). Tuto indikaci určily všechny respondentky z chirurgického typu oddělení, tedy 22 (36,67 %) a téměř všechny 28 (40,00 %) z interního typu oddělení.

Ileus (střevní neprůchodnost) vypsalo 13 (18,57 %) respondentek z interního typu oddělení a 12 (20,00 %) respondentek z chirurgického typu oddělení.

Dále také dotazované všeobecné sestry vypisovaly zánětlivá onemocnění střev, kdy Crohnovu chorobu napsalo 11 (15,71 %) respondentek z interního a 8 (13,33 %) z chirurgického typu oddělení.

Ulcerózní kolitida napsalo 6 (8,57 %) respondentek z interního a 5 (8,33 %) z chirurgického typu oddělení.

Dále se už pouze okrajově objevovala divertikulitida a traumata. Divertikulitidu zmínily 3 (4,29 %) respondentky z interního a 5 (8,33 %) z chirurgického typu oddělení. Trauma opět

zmínily pouze 3 (4,29 %) respondentky z interního a 3 (5,00 %) z chirurgického typu oddělení.

Sloupec „G“ obsahuje zbylé možnosti, které respondentky zmínily. *Perforace střev* byla zmíněna na každém oddělení pouze dvakrát. Dále se také u respondentek z chirurgického typu oddělení objevila indikace k založení dočasné stomie z důvodu *odlehčení anastomóz*, nebo *vývojové vady u novorozenců*. Tyto indikace zmínilo 6 (8,57 %) respondentek z interního typu oddělení a 5 (8,33 %) z chirurgického typu oddělení.

Otázka č. 23: K uvedeným komplikacím přiřaďte jejich definici výběrem z nabízených tvrzení:

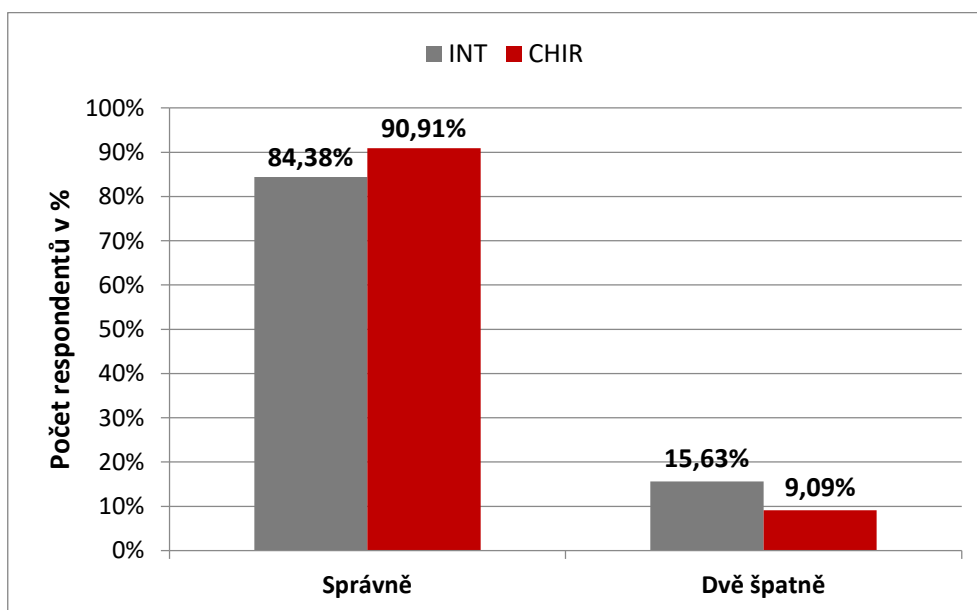
A) retrakce – vtažení stomie do dutiny břišní

B) prolaps – výhřez stomie před úroveň stěny břišní

C) stenóza – zúžení otvoru vývodu stomie

D) parastomická kýla – vyklenutí části obsahu pobřišniční dutiny skrz kýlní branku v oslabené břišní stěně

E) Macerace – rozmočení kůže vlivem dlouhodobé vlhkosti



Graf 25: Znalosti pojmů a definic

V této otázce měly respondenty přiřadit pojem k definici. Téměř všechny respondenty přiřadily definice správně, jen v 5 (15,63 %) případech u respondentek z interního typu oddělení byla zaměněna retrakce a prolaps. Tyto dva pojmy zaměnily i 2 (9,09 %) respondenty z chirurgického typu oddělení. Zbylé pojmy a definice byly přiřazeny vždy správně.

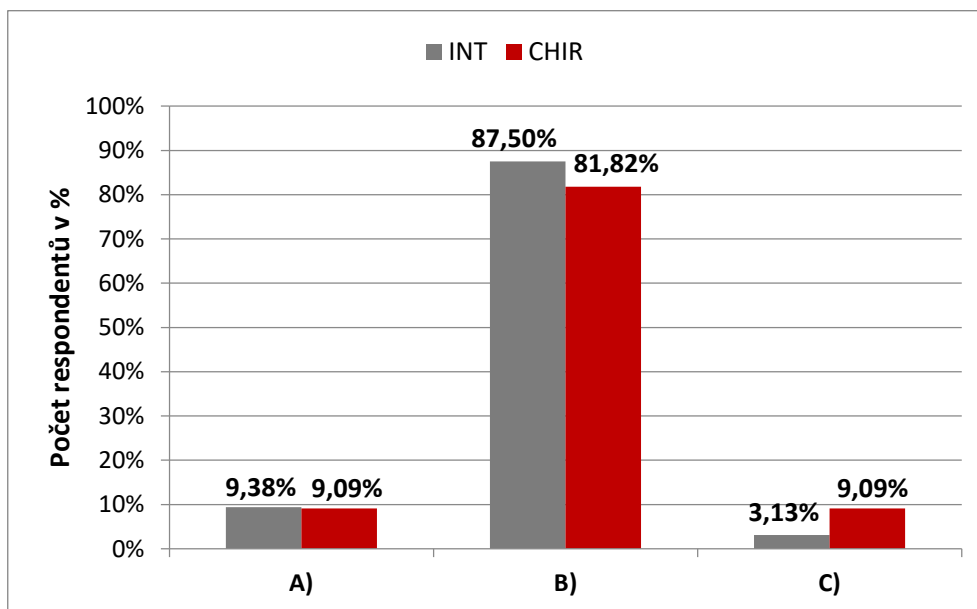
Vše správně přiřadilo 27 (84,38 %) respondentek z interního typu oddělení a 20 (90,91 %) z chirurgického typu oddělení.

Otázka č. 24: Víte, co je to irigace?

A) odloučení sliznice střeva od okrajů rány

B) výplach tlustého střeva

C) zprůchodnění stomie



Graf 26: Znalosti irigace

Na tuto otázku odpovídaly respondentky také téměř všechny správně.

Správná odpověď byla možnost „B“, tedy že irigace je výplach tlustého střeva. Správně odpovědělo 28 (87,50 %) respondentek z interního typu oddělení a 18 (81,82 %) z chirurgického typu oddělení.

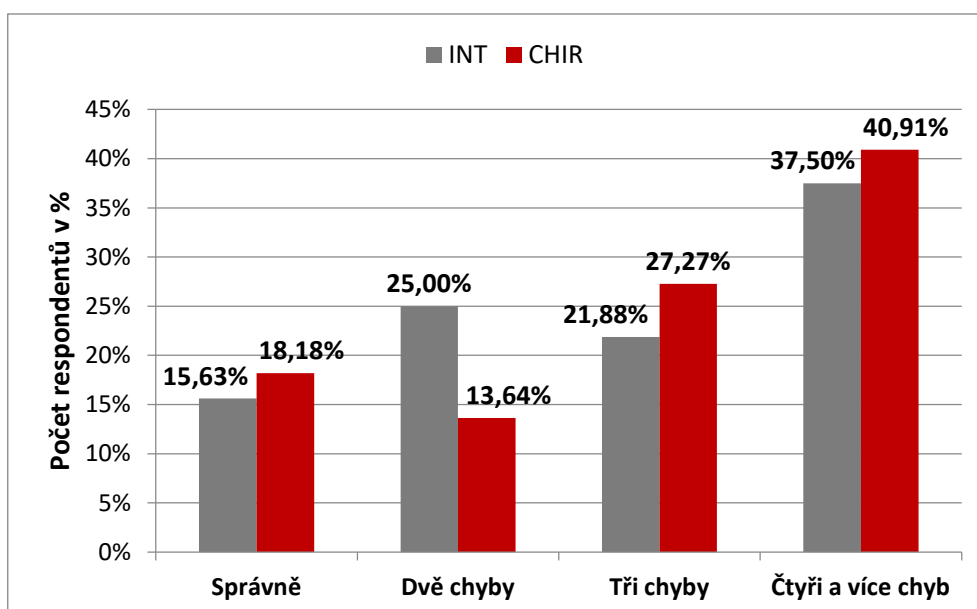
Nesprávnou možnost „A“ zvolily pouze 3 (9,38 %) respondentky z interního typu oddělení a 2 (9,09 %) respondentky z chirurgického typu oddělení.

Nesprávnou možnost „C“ označila jen 1 (3,13 %) respondentka z interního typu oddělení a 2 (9,09 %) respondentky z chirurgického typu oddělení.

Otázka č. 25: Označte čísla správný postup při výměně jednodílného stomického sáčku.

Správné pořadí:

- 1. příprava všech potřebných pomůcek**
- 2. vyčištění stomie a kůže v okolí stomie**
- 3. kontrola kůže v okolí stomie**
- 4. kontrola průchodnosti stomie**
- 5. osušení kůže**
- 6. zjištění tvar a velikosti stomie**
- 7. vystřížení otvoru pro stomii**
- 8. nalepení sáčku**



Graf 27: Správný postup výměny jednodílného sáčku

Správný postup označilo 5 (15,63 %) respondentek z interního typu oddělení a 4 (18,18 %) respondentky z chirurgického typu oddělení.

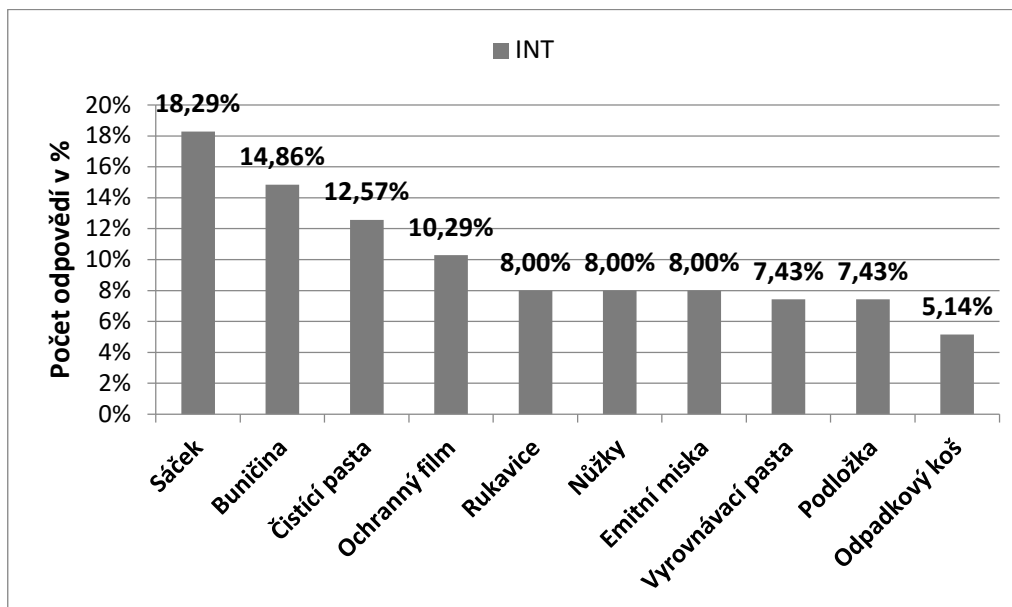
2 chyby udělalo v postupu 8 (25,00 %) respondentek z interního typu oddělení a 3 (13,64 %) respondentky z chirurgického typu oddělení.

3 chyb se dopustilo 7 (21,88 %) respondentek z interního a 6 (27,27 %) z chirurgického typu oddělení.

4 a více chyb mělo 12 (37,50 %) respondentek z interního a 9 (40,91 %) respondentek z chirurgického typu oddělení.

Otázka č. 26: Jaké pomůcky byste připravil/a na výměnu stomického sáčku a ošetření kůže kolem stomie?

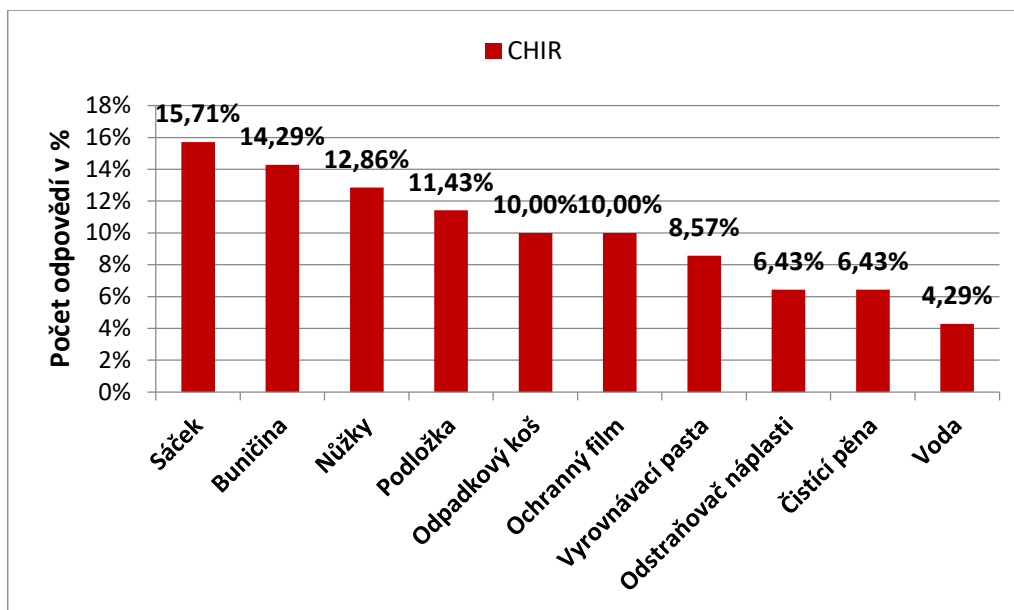
Tato otázka byla otevřená a z důvodu množství odpovědí jsem je rozdělená do dvou grafů.



Graf 28: Interní typ oddělení – pomůcky pro výměnu stomického sáčku

Tento graf popisuje pouze odpovědi respondentek z interního typu oddělení.

Sáček, jakožto základní pomůcku, zvolilo 32 (18,29 %) respondentek. Další nejčastěji vypisovanou pomůckou byla buničina – tu uvedlo 26 (14,86 %) respondentek. Čistící pastu odpovědělo 22 (12,57 %) a ochranný film zvolilo 18 (10,29 %) respondentek z našeho průzkumného souboru. Rukavice, nůžky a emitní misku uvedl stejný počet respondentek, a to 14 (8,00 %). Rukavice a emitní misku napsaly pouze respondentky z interního typu oddělení. Následovala vyrovnávací pasta a podložka, kdy takto shodně odpovědělo 13 (7,43 %) respondentek. Odpadkový koš odpovědělo 9 (5,14 %) respondentek.



Graf 29: Chirurgický typ oddělení – pomůcky pro výměnu stomického sáčku

Stejně jako interní respondentky, tak i respondentky z chirurgického typu oddělení vždy napsaly stomický sáček, tedy 22 (15,71 %). Druhá nejčastější odpověď byla opět buničina, kterou odpovědělo 20 (14,29 %) respondentek. Nůžky odpovědělo 18 (12,86 %) a podložku 16 (11,43 %) respondentek. Odpadkový koš a ochranný film napsalo shodně 14 (10,00 %) respondentek. Vyrovnávací pastu napsalo 12 (8,57 %) respondentek. Odstraňovač náplasti a čistící pěnu napsalo opět shodně 9 (6,43 %) dotázaných. Vodu napsalo pouze 6 (4,29 %) respondentek z chirurgického typu oddělení a žádná z interního typu oddělení.

Analýza znalostí porovnávaných skupin

Dotazníkem bylo také zjišťováno, zda bude rozdíl ve znalostech respondentek s ohledem na stupeň vzdělání a délku praxe.

Dle stupně vzdělání

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
VŠ	14,36	71,79 %
SŠ	11,82	59,09 %
VOŠ	12,89	64,44 %
Specializace	14,33	71,67 %

Tabulka 1: Znalosti sester podle stupně vzdělání

Hodnoceno bylo 20 otázek (č. 7 – 26), maximálně šlo tedy získat 20 bodů. Nejvíce získaly respondentky 17 bodů. Pro lepší přehlednost jsou počty bodů dle jednotlivých stupňů vzdělání zprůměrované.

Respondentky s vysokoškolským vzděláním měly v průměru 14,36 bodů, tedy 71,79 %.

Respondentky se středoškolským vzděláním měly v průměru 11,82 bodů, tedy 59,09 %.

Respondentky s vyšším odborným vzděláním měly v průměru 12,89 bodů, tedy 64,44 %.

Respondentky se specializací měly podobně jako vysokoškolsky vzdělané respondentky v průměru 14,33 bodů, tedy 71,67 %.

Dle délky praxe

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
1 - 5 let	12,60	63,00 %
6 - 10 let	13,15	65,74 %
11 - 20 let	12,50	62,50 %
21 - 30 let	13,04	65,21 %
31 a více let	14,50	72,50 %

Tabulka 2: Znalosti sester podle délky praxe

Zde mohly respondentky získat opět maximálně 20 bodů.

Všechny skupiny získaly podle průměru, který vidíme v tabulce, téměř stejný počet bodů. Nejméně bodů dosáhly respondentky, které uvedly, že mají 11-20 let praxe a hned za nimi respondentky s 1 – 6 lety praxe. Nejlépe dopadly ve znalostní části dotazníku respondentky s 30 a více lety praxe.

Respondentky, které uvedly, že mají praxi 1 – 5 let, dosáhly ve znalostním testu v průměru 12,6 bodů, tedy 63,00 %.

Respondentky s 6 – 10 lety praxe dosáhly v průměru 13,15 bodů, tedy 65,74 %.

Respondentky s 11 – 20 lety praxe dosáhly v průměru 12,50 bodů, tedy 62,50 %.

Respondentky s 21 – 30 lety praxe dosáhly v průměru 13,04 bodů, tedy 65,21 %.

Respondentky s 30 a více lety praxe dosáhly v průměru 14,50 bodů, tedy 72,50 %.

Dle typu oddělení

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Interní typ oddělení	11,89	59,45 %
Chirurgický typ oddělení	14,61	73,07 %

Tabulka 3: Znalosti sester podle typu oddělení

Tato tabulka znázorňuje průměrný počet získaných bodů všeobecných sester z interního a chirurgického typu oddělení. Hodnocených otázek bylo 20 (č. 7 – 26), tedy maximální počet získaných bodů mohl být 20.

Jak je vidět na tabulce č. 3, sestry z interního typu oddělení získaly v průměru 11,89 bodů, tedy 59,45 %.

Zatímco sestry z chirurgického oddělení získaly průměrně 14,61 bodů, tedy 73,07 %.

Podle těchto výsledků je tedy zřejmé, že sestry z chirurgického typu oddělení odpovídaly v těchto otázkách lépe než sestry z interního typu oddělení.

13 DISKUZE

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit znalosti všeobecných sester v ošetrovatelské péči o kolostomie a ileostomie, a současně zda mají faktory jako vzdělání, délka praxe či rozdílné pracoviště vliv na jejich znalosti. Ošetrovatelské pomůcky a metody ošetrování se stále vyvíjí a z toho důvodu je v této práci zjišťováno, zda stoupá i úroveň znalostí všeobecných sester v ošetrovatelské péči o kolostomie a ileostomie.

„V posledních letech se stále zvyšují nároky na odborné znalosti, zkušenosti a praktickou zručnost stomické sestry. Zvyšuje se i počet pacientů s komplikovanou stomií nebo peristomálním okolím.“

Výsledky průzkumného šetření byly porovnávány kromě jiného s bakalářskou prací Mirky Šmídové (2015), která se zabývala znalostmi sester v ošetrovatelské péči o kolostomie. Pro porovnání byla dále použita také bakalářská práce Jany Příbylové (2011), která se zabývá znalostmi všeobecných sester v ošetrovatelské péči o kolostomie na standardních odděleních. Dále byla použita pro porovnání výsledků diplomová práce Bc. Evy Foltisové (2013), jejíž téma bylo: Znalosti všeobecných sester v rámci ošetrovatelské péče o kolostomii.

Průzkumná otázka č. 1: Bude rozdíl ve znalostech v ošetrovatelské péči o kolostomie a ileostomie mezi sestrami z interního a chirurgického typu oddělení?

V této průzkumné otázce jsou porovnávány znalosti v ošetrovatelské péči o kolostomii a ileostomii u dvou skupin všeobecných sester. První skupinou byly všeobecné sestry pracující na interním typu oddělení a druhou skupinu tvořily všeobecné sestry pracující na chirurgickém typu oddělení. Na tuto otázku bylo největší zaměření, proto je v praktické části u otázek č. 7 – 26 graf, který znázorňuje rozdíly ve znalostech mezi sestrami z interního a chirurgického typu oddělení u jednotlivých otázek. Dotazník obsahoval 20 otázek zaměřených na znalosti sester (otázka č. 7 – 26), z nichž mohly respondentky získat maximálně 20 bodů (100 %). Vyhodnocením dotazníků byly zjištěny průměrné hodnoty získaných bodů obou skupin.

Vyhodnocením otázek č. 7 – 26 bylo zjištěno, že všeobecné sestry z chirurgického typu oddělení mají více znalostí v ošetrovatelské péči o kolostomie a ileostomie. Hlavním důvodem vyšších znalostí sester z chirurgického typu oddělení je fakt, že stomie jako takové jsou více chirurgickou problematikou. Sestry na chirurgickém typu oddělení se tedy setkávají

s pacienty s kolostomií či ileostomií častěji. Na interním oddělení se vyskytují pacienti se stomií hlavně v případech, pokud mají interní onemocnění.

Touto otázkou, zaměřenou pouze na ošetrovatelskou péči o kolostomie, se zabývala také Mirka Šmídová (2015) ve své bakalářské práci. Předpokládala, že chirurgické sestry budou mít více znalostí v ošetrovatelské péči o kolostomie, než sestry z interního oddělení, což se jí také potvrdilo.

Průzkumná otázka č. 2: Budou rozdíly ve znalostech všeobecných sester v ošetrovatelské péči o kolostomie a ileostomie v souvislosti s jejich dosaženým vzděláním?

Tato průzkumná otázka porovnávala znalosti všeobecných sester v souvislosti s jejich nejvyšším dosaženým vzděláním. Stejně jako u první průzkumné otázky byly k tomuto zjištění použity otázky č. 7 – 26, které mapovaly základní oblasti teorie a péče o stomie. Výši vzdělání zjišťovala otázka č. 3, která byla rozdělena do 4 skupin – vysokoškolské vzdělání, středoškolské vzdělání, specializace a vyšší odborné vzdělání. Opět mohly respondentky získat maximálně 20 bodů. Nejvyšší počet bodů, které respondentky získaly, bylo 17 bodů. Vyhodnocením otázek č. 7 – 26 byly zjištěny průměrné hodnoty získaných bodů všech skupin.

Respondentky, které uvedly jako nejvyšší dosažené vzdělání vysokoškolské, získaly průměrně nejvíce bodů ze všech skupin – viz tabulka 1. Z tohoto vyhodnocení vyplývá, že všeobecné sestry s vysokoškolským vzděláním a specializací mají nejvíce znalostí v ošetrovatelské péči o kolostomie a ileostomie. Výsledný průměr znalostí těchto dvou skupin byl téměř shodný. Skupina respondentek s vyšším odborným vzděláním měla průměrně pouze o 1 bod lepší vyhodnocení než skupina respondentek se středoškolským vzděláním. Myslíme si, že jeden z důvodů těchto výsledků je, že sestrám na vysokých školách se dostává komplexních a odborných informací o této problematice a podobně na tom jsou i specializační studia. Nejen dlouholetá zkušenost je zárukou velkých znalostí, ale i další studia zkvalitňují práci všeobecných sester. Vysokoškolsky vzdělané všeobecné sestry si doplňují vzdělání i v pozdějším věku a nevykonávají pouze manažerskou činnost, ale také již v hojném počtu pracují na standardních odděleních nemocnic, což je další důvod, proč mají všeobecné sestry s tímto vzděláním lepší výsledky. Kvalitní ošetrovatelskou péči o kolostomie a ileostomie určuje nejen vysokoškolské vzdělání, ale také průběžné školení všeobecných sester v principech správných postupů při používání stomických pomůcek. (Zachová, 2010, str. 150)

Tato otázka byla také porovnána s bakalářskou prací Mirky Šmídové (2015), která předpokládala, že sestry s vyšším vzděláním budou mít více znalostí. To se v její práci také potvrdilo. V porovnání s touto prací nám vyšly téměř stejné výsledky, pokud pomineme sestry se specializací, které Šmídová ve své práci neuváděla. Stejně tak i Jana Příbylová (2011) ve své bakalářské práci píše, že nejvíce zkušeností dosahují diplomované sestry, sestry s bakalářským a magisterským titulem. Nejméně zkušeností zde mají opět sestry se středoškolským vzděláním.

Průzkumná otázka č. 3: Bude mít vliv délka praxe všeobecných sester na úroveň znalostí v ošetrovatelské péči o kolostomie a ileostomie?

V této otázce jsou porovnávány znalosti všeobecných sester podle délky praxe. Je zkoumáno, zda má délka praxe vliv na znalosti sester. Délku praxe zjišťuje dotazníková otázka č. 4, která je rozdělena do pěti časových úseků, a to 1 – 5 let, 6 – 10 let, 11 – 20 let, 21 – 30 let a více než 30 let. K vyhodnocení byly opět použity otázky č. 7 – 26, kde bylo možno získat maximálně 20 bodů (100 %).

V tabulce č. 2 lze vidět, že rozdíly ve znalostech v ošetrovatelské péči o kolostomie a ileostomie mezi těmito skupinami byly minimální. Ovšem nejvíce znalostí mají dle vyhodnocení všeobecné sestry s praxí delší než 30 let. Následovaly všeobecné sestry s praxí 6 – 10 let, což byla nejpočetnější skupina respondentek. Za nimi byly všeobecné sestry, které uvedly 21 – 30 let praxe. Dále se ve znalostech umístily všeobecné sestry s praxí 1 – 5 let praxe. Nejméně znalostí prokázaly všeobecné sestry s praxí 11 – 20 let.

V této otázce je předpokládáno, že všeobecné sestry s nejdélší praxí budou mít nejvíce znalostí, což se nám zcela nepotvrdilo a tuto průzkumnou otázku tedy není možné potvrdit. I zde jsme došli k závěru, že nejen délka praxe, ale i výše dosaženého vzdělání má vliv na znalosti všeobecných sester. To nám potvrdily odpovědi všeobecných sester s praxí 6 – 10 let, které jsou příkladem toho, že ne vždy má délka praxe významný vliv na znalosti v oblasti ošetrovatelské péče o kolostomie a ileostomie.

V bakalářské práci Jany Příbylové (2011) z vyhodnocení vyplynulo, že sestry, které mají odpracováno více než 11 let ve zdravotnictví, dosahují lepších znalostí, než sestry s kratší praxí. To samé se také potvrdilo v práci Cierzniakowské (2008), kde měla polovina všeobecných sester s délkou praxe 11 – 20 let lepší znalosti v péči o pacienty se stomií než respondenti s kratší délkou praxe ve zdravotnictví.

Průzkumná otázka č. 4: Budou všeobecné sestry vědět, jaký typ pomůcek zvolit pro ošetření kolostomie a ileostomie?

Odpovědi na tuto otázku zjišťovaly dotazníkové otázky č. 12 a č. 16 – 18. Otázka č. 12 zjišťovala, jaký typ stomického systému by všeobecné sestry doporučily pacientovi s ileostomií. Na výběr byly jednodílné a dvoudílné stomické systémy s výpustí a bez výpustí. Obě správné odpovědi, tedy jednodílný a dvoudílný systém s výpustí označila téměř polovina respondentek. Alespoň jednu správnou odpověď označila přesně polovina respondentek na obou typech oddělení. Z výsledků je tedy patrné, že s výjimkou 2 všeobecných sester by sestry správně doporučily alespoň jeden stomický systém pro pacienty s ileostomií.

Otázka č. 16 v dotazníku zjišťovala, zda všeobecné sestry vědí, které materiály jsou nevhodné pro péči o ileostomie a kolostomie. Vyhodnocením této otázky bylo zjištěno, že pouze polovina sester zná alespoň některé nevhodné pomůcky. Druhá polovina sester označila vždy alespoň jednu nesprávnou odpověď, tedy pomůcku nevhodnou pro ošetření kolostomie či ileostomie. Desinfekční prostředky a parfémovaná mýdla jsou nevhodné z důvodu možnosti poškození peristomální kůže. Po aplikaci krémů a mastí na peristomální kůži může dojít k nedostatečnému přilnutí podložky stomického systému a tedy k protékání střevního obsahu pod podložkou.

V otázce č. 17 měly všeobecné sestry označit, které pomůcky se používají při netěsnící ileostomii či kolostomii. Z grafu č. 17 je patrné, že většina respondentek by použila alespoň jednu správnou pomůcku při netěsnící kolostomii či ileostomii. Dokonce více jak polovina respondentek z chirurgického typu oddělení označila všechny správné možnosti, tedy vyrovnávací pastu, kroužek a konvexní systém. Na grafu je viditelné, že všeobecné sestry z chirurgického typu oddělení odpovídaly lépe než sestry z interního typu oddělení. Pouze 9 respondentek označilo vždy alespoň jednu nesprávnou možnost.

V otázce č. 18 bylo zjišťováno, zda všeobecné sestry znají rozdělení systému podle jejich nasazení. Stomické pomůcky se dělí podle nasazení na jednodílný, dvoudílný a systém adhezní technologie. Tuto možnost správně zvolily všechny respondentky z chirurgického typu oddělení a necelých 80 % respondentek z interního typu oddělení. Zde je opět patrné, že všeobecné sestry z chirurgického typu oddělení znají lépe pomůcky pro stomiky hlavně z důvodu častějšího styku s nimi.

Díky těmto otázkám jsme zjistili, že lepší znalosti v oblasti výběru správných pomůcek a ošetřování kolostomie a ileostomie mají všeobecné sestry z chirurgického typu oddělení.

Alespoň jeden správný stomický systém pro pacienty s ileostomií by doporučily téměř všechny všeobecné sestry. Největší problém mají všeobecné sestry podle vyhodnocení otázky č. 16 a otázky č. 17 s pomůckami k ošetření kolostomie a ileostomie. U otázky č. 16 žádná respondentka z interního typu oddělení nezvládla označit všechny nevhodné pomůcky pro ošetření kolostomie a ileostomie. Všechny správné možnosti označilo také pouze 5 respondentek z chirurgického typu oddělení. Ovšem rozdělení systémů podle způsobu nasazení zná většina respondentek.

Jana Příbylová (2011) ve své práci zjišťovala, které pomůcky by respondentky doporučily jako bezpečné k očištění peristomální kůže, kde 39 % respondentů napsalo vodu, 15 % mýdlo pro citlivou kůži a 100 % respondentů by použilo mycí pěny ze sortimentu výrobců stomických pomůcek. 36 % respondentů mylně zvolilo mycí pěny či vlhčené ubrousky pro kojence a inkontinentní dospělé. Benzín, který vysušuje a dráždí pokožku, zvolilo 8 % sester z LDN.

Předpokládáme, že chybné odpovědi jsou také způsobené základními neznalostmi v teorii. V otázce č. 7 měly respondentky za úkol vybrat správnou definici kolostomie ze 4 nabízených možností. Správnou možnost označilo 40 z 54 respondentek. Stejně tak v otázce č. 11 jsme zjišťovali znalosti definice ileostomie. Zde označilo správnou odpověď 43 z 54 respondentek. Domníváme se, že znát správnou definici kolostomie a ileostomie je základní znalost všeobecné sestry, a podle tohoto vyhodnocení se ukázalo, že více než 20 % sester nezná základní definici těchto druhů stomií.

Mírka Šmídová (2015) ve své bakalářské práci předpokládala, že správnou definici budou znát všichni respondenti, tedy 100%. Toto se jí nepotvrdilo z důvodu jedné chybné odpovědi, kterou přikládá nepozornosti respondenta. Další práce také potvrzují, že definici kolostomie zná většina všeobecných sester, např. Solařová (2007) a Dočekal (2008). Tento výsledek se tedy značně vychyluje od výsledků jiných prací.

Průzkumná otázka č. 5: Budou všeobecné sestry znát správný postup při výměně stomického systému?

Na každém oddělení by měl být sestřím přístupný standard péče o stomiky, ve kterém mohou sestry nalézt návod na ošetrovatelskou péči o tyto pacienty. V knize Zachové (2010) se píše, že sestry jsou zodpovědné za takovou péči, která je stanovena ve standardech a cílem kvality péče je zlepšit zdravotní stav, kvalitu života stomika, ale i spokojenost zdravotníků.

Pro vyhodnocení této průzkumné otázky jsme použily otázky č. 15, 19 a 25 z dotazníku, které zjišťovali znalosti všeobecných sester v oblasti výměny stomického sáčku. Položkou č. 15 jsme zjišťovali, v jakém případě je nutné vyměnit stomický sáček, kdy na výběr bylo více správných možností. Správnými možnostmi bylo, že sáček je nutné vyměnit v případě netěsnosti, dále když se dostaví nepříjemný pocit na kůži v okolí stomie a pokud je sáček naplněn již do poloviny svého objemu. Výsledky této otázky nedopadly, jak bylo předpokládáno. Domnívali jsme se, že každá všeobecná sestra určí alespoň jednu správnou možnost. Nejvíce nás překvapilo, že všeobecné sestry z interního typu oddělení odpovídaly lépe než všeobecné sestry z chirurgického oddělení, jak je patrné na grafu č. 15.

V bakalářské práci Mirky Šmídové (2015), odpovědělo na shodnou otázku 50 % respondentů správně a neúplnou odpověď zvolilo kolem 28 % respondentů. Respondenti z jejího průzkumného souboru opomíjeli správnou možnost – pokud se dostaví nepříjemný pocit na kůži, což vysvětluje nízkým důrazem některých sester na subjektivní pocity pacienta. Často respondenti chybovali také označením nesprávné odpovědi – výměnou sáčku až tehdy, pokud je zcela plný. Zde se Mirka Šmídová domnívá, že tento fakt je založen na nedostatku znalostí a praktických dovedností sester při ošetřování stomie.

Otázka č. 19 zjišťovala, jaká je maximální doporučená doba pro výměnu dvoudílného stomického systému. Správnou odpověď, tedy 3 – 4 dny, označily s výjimkou 2 respondentek správně všechny respondentky z chirurgického typu oddělení a téměř 72 % respondentek z interního typu oddělení. Dle našeho názoru je tento výsledek dobrý, ačkoliv 6 respondentek považuje za maximální dobu výměny stomického sáčku pouze jeden den a 5 respondentek označilo variantu 6 – 7 dní. V obou těchto případech, tedy pokud se sáček vyměňuje příliš často nebo naopak se nechá na pokožce dlouhou dobu, může se objevit nepříjemný pocit na kůži a pokožka může být podrážděná. Dalším rizikem, když je sáček dlouho nasazen, je odlepení podložky a podtékání agresivní stolice, čímž opět vede k podráždění stolice. Myslíme si, že důvodem proč sestry či pacienti nechávají sáčky déle nalepené je také fakt, že dostávají od pojišťovny pouze omezený počet stomických podložek a sáčků a snaží se je tedy nevyčerpat.

Mirka Šmídová (2015) ve své bakalářské práci zjišťovala znalosti sester ohledně maximální doby přilnavosti podložky dvoudílného systému. Správnou odpověď označilo 62,5 % respondentů, což se jeví jako velmi málo. Respondenti v práci Mirky Šmídové nejčastěji uváděli,

že přilnavost podložky je týden nebo pouze dva dny. Podle Mirky Šmídové tolik sester označilo týden jako vhodnou dobu, z důvodu snahy ušetřit na podložkách.

V otázce č. 25 měly respondentky za úkol seřadit jednotlivé fáze výměny jednodílného stomického sáčku. Ačkoliv správný postup očíslovalo jen 9 respondentek, výměna některých fází nebyla velkou chybou. Ovšem některé respondentky uvedly, že se nejdříve nalepí sáček a až poté se vystřihne otvor pro stomii. Předpokládám, že tato chyba vznikla pouze z nepozornosti respondentek. Pokud respondentky zaměnily některé fáze, např. kontrola průchodnosti stomie a kontrola kůže v okolí stomie, nepočítalo se to jako chybný postup.

Průzkumná otázka č. 6: Z jakých zdrojů získávají všeobecné sestry informace v oblasti ošetrovatelské péče o kolostomie a ileostomie?

Touto otázkou jsme zjišťovali, z jakých zdrojů všeobecné sestry získávají informace o ošetrovatelské péči o kolostomie a ileostomie. Ke zjištění této průzkumné otázky byla použita otázka č. 5 v dotazníku. Zde mohly respondentky označit více možností. V nabídce byly možnosti: z odborných vzdělávacích kurzů, z literatury, z internetu, v praxi, ze školy, nevyhledávám informace a jiné. Vyhodnocením této otázky jsme získali počet všech označených odpovědí.

Vyhodnocením otázky č. 5 vyplývá, že nejvíce všeobecných sester získává informace v praxi, a to 38 respondentek. Druhou nejčastější odpovědí byla v 19 případech možnost „ze školy“. Další tři možnosti zvolilo téměř stejný počet respondentek – 17 respondentek označilo, že získávají informace z odborných vzdělávacích kurzů, 16 respondentek podle vyhodnocení získává informace z literatury a 15 respondentek označilo možnost „z internetu“. Pouze jedna respondentka uvedla, že informace o ošetrovatelské péči o kolostomie a ileostomie nevyhledává. Jiné zdroje informací označily 3 respondentky a připsaly k tomu, že získávají informace od stomické sestry (kolegyně). Podle těchto dat nejvíce všeobecných sester získává informace v průběhu své praxe na oddělení, kde se setkávají s pacienty s kolostomií či ileostomií a nezbyvá jim tedy nic jiného než se tuto ošetrovatelskou péčí naučit. Ve škole, na kurzech, z literatury a na internetu mohou sestry nalézt samozřejmě mnoho užitečných informací, ale podle nás se nejvíce naučí, pokud přijdou s pacientem přímo do styku. Na druhou stranu se pomůcky pro pacienty se stomií stále modernizují a je tedy nezbytné, aby se sestry v této problematice neustále vzdělávaly. Pokud mají sestry možnost poradit se stomickou sestrou, a v každé nemocnici by měla být alespoň jedna, měly by toho využívat a vylepšovat nejen své znalosti, ale také péči o stomie.

V bakalářské práci Jany Příbylové (2011) nejvíce respondentů označilo, že získávají informace nejčastěji ze seminářů. Více jak 50 % respondentů zvolilo možnosti: v průběhu studia a od stomasestry. Méně než 30 % respondentů získává informace studiem odborné literatury a z internetu. Pouze 10 % respondentů zde v kolonce „jiné“ uvedlo, že získávají informace z praxe. Další možnosti, které volili respondenti v dotazníkovém šetření, se téměř shodují s našimi výsledky. Nejčastějšími zdroji informací jsou tedy podle vyhodnocení praxe, semináře, škola a stomická sestra. V diplomové práci Bc. Evy Foltisové (2013) by většina respondentů hledala informace na internetu. Respondenti z bakalářské práce Foltisové uvedli jako další možnost získávání informací o problematice ošetřování stomií od stomické sestry či lékaře pracujícího na oddělení, semináře a standard ošetřovatelské péče.

Vyhodnocením všech průzkumných otázek pomocí otázek 7 – 26 z dotazníku vyšlo najevo, že všeobecné sestry z chirurgického typu oddělení mají v průměru více znalostí než sestry z interních typů oddělení. Toto je dáno především tím, že chirurgické sestry se setkávají s pacienty s kolostomií a ileostomií častěji, protože stomie je především chirurgická problematika. V druhé průzkumné otázce jsme zjišťovali, zda má na výši znalostí vliv vzdělání všeobecných sester. Zjistili jsme, že nejvíce znalostí mají sestry s vysokoškolským vzděláním a specializací. Ve všech těchto případech souhlasí tyto výsledky i s výsledky jiných prací, např. s prací Šmídové (2015) a Příbylové (2011). Vyhodnocením 3. průzkumné otázky jsme došli k překvapivému výsledku. Nejlepší znalosti, zde podle dotazníkového šetření prokázaly respondentky s délkou praxe nad 30 let. Nicméně mezi dalšími skupinami respondentek podle délky praxe byly v úrovni znalostí rozdíly minimální. Překvapujícím zjištěním bylo, že všeobecné sestry s praxí 6 – 10 let mají větší znalosti než sestry s praxí 11 – 20 let. Průzkumnou otázku č. 3, zda má délka praxe vliv na znalosti všeobecných sester, tedy není možné potvrdit. Myslíme si, že je tento výsledek dán také zlepšením a rozšířením výukového systému o vysokoškolské studium, které poskytuje kvalitnější vzdělání pro všeobecné sestry v porovnání se středoškolským vzděláním. Čtvrtá a pátá průzkumná otázka se ptala, zda všeobecné sestry znají pomůcky pro ošetřování kolostomií a ileostomií, a zda je umí používat a znají správný postup výměny stomického systému. Zde se nám opět potvrdilo, že co se týče pomůcek a výměny sáčku, jsou na tom lépe všeobecné sestry z chirurgických typů oddělení, ovšem i ty v některých otázkách chybovaly. V šesté průzkumné otázce, jsme zjišťovali, z jakých zdrojů získávají všeobecné sestry informace o ošetřovatelské péči o kolostomie a ileostomie. Zde se podobně jako v práci Příbylové (2011) ukázalo, že sestry získávají informace nejčastěji z praxe, seminářů, školy a od stomických sester.

14 ZÁVĚR

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zjištění znalostí všeobecných sester v ošetrovatelské péči o kolostomie a ileostomie. Ke zjištění šesti předem stanovených dílčích cílů byl použit anonymní dotazník se znaky znalostního testu (viz Příloha A). K cílům práce bylo stanoveno šest průzkumných otázek.

Prvním cílem bylo zjistit, zda je rozdíl ve znalostech všeobecných sester z chirurgického a interního typu oddělení. Zjistili jsme, že sestry z chirurgických typů oddělení mají více znalostí jak v teorii, tak i v péči o kolostomie a ileostomie, jak jsme předpokládali. To je dáno především tím, že sestry z chirurgických typů oddělení se setkávají s pacienty se stomií častěji a mají tedy více zkušeností a znalostí s jejich ošetřováním. Druhý cíl zjišťoval, zda má na ošetrovatelskou péči vliv vzdělání všeobecných sester. Zde se potvrdilo, že všeobecné sestry s vyšším vzděláním, tedy s vysokoškolským vzděláním a specializací, projevují více znalostí než všeobecné sestry s vyšším odborným či pouze se středoškolským vzděláním. Třetím cílem jsme zjišťovali vliv délky praxe na znalosti všeobecných sester v ošetrovatelské péči o kolostomie a ileostomie. Došli jsme k závěru, že délka praxe nemá zcela vliv na znalosti. I když nejlépe odpovídaly všeobecné sestry s nejdelsí praxí, mezi dalšími skupinami nebyl patrný rozdíl ve znalostech. Domníváme se, že je to dáno tím, že nezávisí pouze na délce praxe a zkušenostech, ale také na celoživotním vzdělávání z důvodů stálé modernizace stomických pomůcek. Čtvrtý cíl se již zabíral znalostmi všeobecných sester v oblasti stomických pomůcek a výměnou stomického systému. Výsledek je, že všechny všeobecné sestry znají základní pomůcky, rozdělení stomických systémů a také firmy, které stomické pomůcky vyrábí. Na druhou stranu jsme z průzkumu zjistili, že ne všechny všeobecné sestry znají základní definice kolostomie a ileostomie. Tento výsledek může být kromě neznalosti také následkem nepozornosti sester při vyplňování dotazníku. Pátým cílem bylo zjistit, z jakých zdrojů všeobecné sestry získávají informace. Ukázalo se, že nejčastěji získávají informace o ošetrovatelské péči o kolostomie a ileostomie v průběhu jejich praxe, ze seminářů, ze školy a od stomických sester. Posledním cílem bylo připravit pro všeobecné sestry edukační leták, který jim pomůže v péči o stomiky, především s výměnou stomického sáčku. Tento edukační leták slouží pouze jako orientační pomůcka pro všeobecné sestry. Na svém pracovišti se setkávám s touto problematikou poměrně často a všimla jsem si některých nedostatků v ošetrovatelské péči o stomie. Proto jsem si také tuto práci vybrala, a doufám, že touto prací a edukačním letákem napomůžu alespoň některé sestře. Díky psaní této práce jsem i já získala spoustu nových informací a naučila se lépe pečovat o pacienta se stomií.

15 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. B. BRAUN MEDICAL S.R.O. *Ileostomie: Příručka pro pacienty*. Praha, 2011, 47 s.
2. CIERZNIAKOWSKA, Catherine. *Specjalistyczna opieka pielęgniarska nad chorym ze stomią jelitową w świetle badań*. 2008. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*, roč. 2, s. 39-43. ISSN 1897-3116.
3. ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 2*. 3. vyd. Praha: Grada, 2013, 512 s. ISBN 978-80-2474-788-0.
4. DOČEKAL, Adam. *Ošetrovatelská péče o kolostomii na nechirurgických ošetrovacích jednotkách*. České Budějovice, 2008. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotněsociální fakulta, Vedoucí práce Ivana Chloubová.
5. DRLÍKOVÁ, Kateřina, Milada KARLOVSKÁ, Veronika ZACHOVÁ a kol. *Praktický průvodce stomikou*. Praha: Grada, 2016, 196 s. ISBN 978-80-247-5712-4.
6. Edukace nemocného s kolostomií. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. Mladá fronta, 2011, 21(1), 83 s. ISSN 1210_0404.
7. FOLTISOVÁ, Eva. 2013. *Znalosti všeobecných sester v rámci ošetrovatelské péče o kolostomie: diplomová práce*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, Katedra antropologie a zdravotní vědy. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Jiřina Hosáková.
8. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada, 2007, 352 s. + 16 s. barevné přílohy. ISBN 978-80-247-1830-9.
9. KRŠKA, Zdeněk a kol. *Techniky a technologie v chirurgických oborech*. Praha: Grada, 2011, 264 s. ISBN 978-80-274-3815-4.
10. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009, 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
11. LATA, Jan, Jan BUREŠ, Tomáš VAŇÁSEK et al. *Gastroenterologie*. Praha: Galén, 2010, 256 s. ISBN 978-80-7262-692-2.
12. Letovice Care 2015. *Zdravotnictví a medicína* [online]. Mladá fronta, 2015 [cit. 2018-04-01]. Dostupné z: https://zdravi.euro.cz/clanek/letovice-care-2015-479231?seo_name=mlada-fronta-noviny-zdravi-euro-cz.
13. LUKÁŠ, Karel, Aleš ŽÁK. *Gastroenterologie a hematologie*. Praha: Grada, 2007, 380 s. ISBN 978-80-247-1787-6.

14. 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.
15. MULLEN, Barbara Dorr, Kerry Anne MCGINN. *Ostomy Book: Living Comfortably with Colostomies, Ileostomies, and Urostomies*. 3. vyd. Boulder, Colorado 80306: Bull Publishing Company, 2008, 379 s. ISBN-13: 978-1-933503-13-4.
16. OTRADOVCOVÁ, Mgr. Iva. Komplikované hojení peristomální oblasti a ošetrování ileostomie. *Florence*. 2017, 13(5), 5-7. ISSN 1801-464X.
17. PŘIBYLOVÁ, Jana. 2011. *Znalosti všeobecných sester v ošetrovatelské péči*: bakalářská práce. Olomouc: Univerzita Palackého, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Lenka Mazalová.
18. SCHUMPELICK, Volker. *Chirurgie – stručný atlas operací a výkonů*. Praha: Grada, 2013, 208 s. ISBN 978-80-247-4531-2.
19. SKŘIČKA, Tomáš, Pavel KOHOUT a Marieta BALÍKOVÁ. *Dieta u pacientů se střevními vývody a po operaci střev*. 2. vyd. Praha: Forsapi, 2009, 68 s. ISBN 978-80-87250-01-3.
20. SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 264 s. ISBN 978-80-247-3129-2.
21. SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. *Ošetrovatelství v chirurgii II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 304 s. ISBN 978-80-247-3130-8.
22. SOLÁŘOVÁ, Martina. 2007. *Problematika informovanosti všeobecných sester v péči o klienty s kolostomií*: bakalářská práce. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Gabriela Gajzlerová.
23. ŠMÍDOVÁ, Mirka. 2015. *Znalosti sester v ošetrovatelské péči o kolostomie*: bakalářská práce. Brno: Masarykova Univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství. Vedoucí práce Jana Straková.
24. VYTEJČKOVÁ, Renata, Petra SEDLÁŘOVÁ, Vlasta WIRTHOVÁ, Iva OTRADOVCOVÁ, Pavla PAVLÍKOVÁ. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II Speciální část*. Praha: Grada, 2013, 272 s. + 16 s. barevné přílohy. ISBN 978-80-247-3420-0.
25. VYZULA, Rostislav, Jan ŽALOUDÍK a kol. *Rakovina tlustého střeva a konečníku - vybrané kapitoly*. Praha: Maxdorf, 2007, 287 s. ISBN 978-80-7345-140-0.
26. Vzpomínky stomiků. *Radim: časopis stomiků*. Praha: ConvaTec Česká Republika, 2016, (1), 51 s.

27. ZACHAROVÁ, Eva. Psychická podpora pacientů se stomií. *Zdravotnictví a medicína*. Praha: Mladá fronta, 2017, (1), 49 s. ISSN 2336-2987.
28. ZACHOVÁ, Veronika a kol. *Stomie*. Praha: Grada, 2010, 232 s. ISBN: 978-80-247-3256-5.
29. Zdravotnictví ČR: Nová data Národního onkologického registru ČR (NOR) za rok 2014. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. 2015 [cit. 2018-04-01]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/publikace/zdravotnictvi-cr-nova-data-narodniho-onkologickeho-registru-cr-nor-za-rok-2014>.

16 PŘÍLOHY

Příloha A – Dotazník **Chyba! Záložka není definována.**

Příloha B – Edukační leták90

Dobrý den,

Jmenuji se Eliška Jánská a jsem studentka 3. ročníku oboru Všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Ráda bych Vás poprosila o vyplnění dotazníku, který slouží k získání informací pro mou bakalářskou práci na téma: „Znalosti sester v ošetrovatelské péči o kolostomie a ileostomie“. **V dotazníku je vždy pouze jedna správná odpověď, pokud není dáno jinak.** Dotazník je anonymní, proto Vás prosím o pravdivé odpovědi.

Předem děkuji za spolupráci a Váš čas.

Eliška Jánská

1) Máte kurz pro stomické sestry? (Pokud ano, dotazník prosím dále nevyplňujte)

- a) Ano
- b) Ne

2) Na kterém oddělení pracujete?

- a) Oddělení interního typu
- b) Oddělení chirurgického typu

3) Jakého nejvyššího vzdělání v oboru ošetrovatelství jste dosáhl/a?

- a) Středoškolské - všeobecná sestra pracující bez odborného dohledu
- b) Vyšší odborné - diplomovaná všeobecná sestra
- c) Specializace - (např. v rámci Národního centra ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně)
- d) Vysokoškolské - bakalářské, magisterské, doktorské

4) Jak dlouho už pracujete ve zdravotnictví?

- F) 1 – 5 let
- G) 6 - 10 let
- H) 11 -20 let
- I) 21 – 30 let
- J) 31 a více let

5) Odkud získáváte informace o ošetrovatelské péči o stomie? (můžete vybrat více odpovědí)

- a) Z odborných vzdělávacích kurzů
- b) Z literatury
- c) Z internetu
- d) V praxi
- e) Ze školy
- f) Informace o stomiích nevyhledávám
- g) Jiné:

6) Domníváte se, že znalosti, které máte, jsou dostačující pro kvalitní péči o pacienta s kolostomií či ileostomií?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

7) Vyberte správné tvrzení.

- a) Kolostomie je chirurgické vyústění tlustého střeva a odvádí většinou tekutou stolicí.
- b) Kolostomie je chirurgické vyústění tenkého střeva a odvádí většinou tekutou stolicí.
- c) Kolostomie je chirurgické vyústění tlustého střeva a odvádí většinou tužší stolicí.
- d) Kolostomie je chirurgické vyústění tenkého střeva a odvádí většinou tužší stolicí.

8) Jak byste charakterizovali nekomplikovaný vzhled kolostomie?

- a) Tvar oválný nebo kruhový, sliznice stomie narůžovělá až červená a stomie vyvýšena nad povrch stěny břišní o 0,5 – 1 cm
- b) Tvar kruhový, sliznice stomie narůžovělá a vtažena pod úroveň kůže stěny břišní o 1 cm
- c) Tvar kruhový nebo oválný, stomie vyvýšena na povrch stěny břišní o více jak 3 cm, okolí stomie červené

9) Vyberte správné typy kolostomie podle lokalizace:

- a) Duodenostomie, cékostomie a transverzostomie
- b) Transverzostomie, jejunostomie a sigmoideostomie
- c) Cékostomie, transverzostomie a sigmoideostomie

10) Jakou dietu z dietního systému byste vybral/a pacientovi s kolostomií, u kterého již proběhla realimentace.

- a) 3 - Racionální
- b) 4 - S omezením tuků
- c) 5 - Bílkovinná, bezezbytková
- d) 8 - Redukční
- e) 10 - Neslaná

11) Vyberte správné tvrzení.

- a) Ileostomie je vyústění tlustého střeva, vývod je umístěn nejčastěji v pravém dolním kvadrantu břišní stěny a odvádí většinou tužší obsah.
- b) Ileostomie je vyústění tenkého střeva, vývod je umístěn nejčastěji v pravém dolním kvadrantu břišní stěny a odvádí řídký a pro pokožku agresivní obsah.
- c) Ileostomie je vyústění tenkého střeva, vývod je umístěn nejčastěji v levém dolním kvadrantu břišní stěny a odvádí řídký a pro pokožku agresivní obsah
- d) Ileostomie je vyústění tenkého střeva, vývod je umístěn nejčastěji v pravém dolním kvadrantu břišní stěny a odvádí většinou tužší a pro pokožku agresivní obsah.

12) Jaký typ stomického systému byste doporučil/a pacientovi s ileostomií? (Možno vybrat více odpovědí)

- a) Jednodílný systém bez výpusti
- b) Jednodílný systém s výpustí
- c) Dvoudílný systém bez výpusti
- d) Dvoudílný systém s výpustí

13) Co byste doporučil/a pacientovi s ileostomií k zahuštění stolice? (možno označit více odpovědí)

- a) Sladkosti
- b) Rýže
- c) Ryby
- d) Šumivé nápoje
- e) Černý čaj
- f) Strouhaná jablka

14) U které stomie dochází k větším ztrátám tekutin a iontů?

- a) Ileostomie
- b) Kolostomie
- c) U ileostomie i kolostomie jsou ztráty tekutin a iontů přibližně vyrovnané
- d) Nevím

15) Kdy je nutné vyměnit ileostomický či kolostomický sáček? (možno označit více odpovědí)

- a) Vyskytne-li se netěsnost ileostomického sáčku
- b) U jednodílného systému vyměňujeme sáček 2x denně i bez naplnění
- c) Dostaví se nepříjemný pocit na kůži pod ochranou podložkou
- d) Až tehdy, pokud je sáček zcela naplněn
- e) Už tehdy, pokud je sáček naplněn do poloviny svého objemu

16) Které látky a materiály jsou nevhodné pro péči o ileostomie a kolostomie? (možno označit více odpovědí)

- a) Dezinfekční prostředky
- b) Parfémovaná mýdla
- c) Pudr
- d) Krémy a masti
- e) Gáza
- f) Jednorázové holítko

17) Zaškrtněte pomůcku, kterou byste mohl/a použít u pacientů s netěsnící ileostomií či kolostomií k zajištění těsnosti. (možno označit více odpovědí)

- a) vyrovnávací pasta
- b) ochranný film
- c) kroužek
- d) konvexní systém
- e) krém

18) Stomické pomůcky se dělí podle způsobu jejich nasazení do 3 systémů. Jaké to jsou systémy?

- a) Jednodílný, dvoudílný a trojdílný systém
- b) Jednodílný, dvoudílný a systém adhezní technologie
- c) Dvoudílný, trojdílný a systém adhezní technologie

19) Víte, jaká je maximální doporučená doba pro výměnu podložky u dvoudílného systému u nekomplikované stomie?

- a) 1 den
- b) 3 – 4 dny
- c) 6 – 7 dní

20) Víte, jaký lékař může předepsat pomůcky pro pacienta s kolostomií a ileostomií? (Možno označit více odpovědí)

- a) Chirurg
- b) Internista
- c) Gynekolog
- d) Onkolog
- e) Kardiolog
- f) Praktický lékař
- g) ORL lékař
- h) Urolog

21) Znáte firmy vyrábějící pomůcky pro pacienty se stomií?

- a) Ne
- b) Ano, jaké? _____

22) Znáte indikace k provedení kolostomie a ileostomie?

- a) Ne
- b) Ano – jaké: _____

23) K uvedeným komplikacím přiřadte jejich definici výběrem z nabízených tvrzení:

___ Retrakce	1	Zúžení otvoru vývodu stomie
___ Prolaps	2	Vtažení stomie do dutiny břišní
___ Stenóza	3	Výhřez stomie před úroveň stěny břišní
___ Parastomická kýla	4	Rozmočení kůže vlivem dlouhodobé vlhkosti
___ Macerace	5	Vyklenutí části obsahu pobřišniční dutiny skrz kýlní branku v oslabené břišní stěně

24) Víte, co je to irigace?

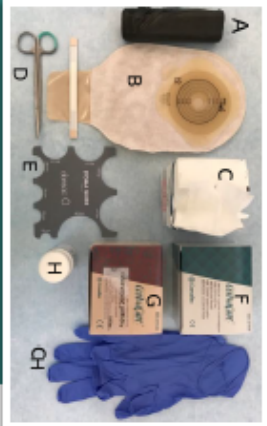
- a) Odloučení sliznice střeva od okrajů rány
- b) Výplach tlustého střeva
- c) Zprůchodnění stomie

25) Označte čísla správný postup při výměně jednodílného stomického sáčku.

- ___ Vyčištění stomie a kůže v okolí stomie
- ___ Kontrola průchodnosti stomie
- ___ Zjištění tvaru a velikosti stomie
- ___ Kontrola kůže v okolí stomie
- ___ Příprava všech potřebných pomůcek
- ___ Nalepení sáčku na tělo
- ___ Vystřížení otvoru pro stomii
- ___ Osušení kůže

26) Jaké pomůcky byste si připravil/a na výměnu stomického sáčku a ošetření kůže kolem stomie?

Před samotnou výměnou sáčku je důležité si připravit všechny potřebné pomůcky.



- A) sáček na odpad
- B) stomický sáček
- C) měkkou gázu
- D) zahnuté nůžky
- E) sáblionu
- F) ochranný film
- G) odstraňovač podložky
- H) ochranný krém
- CH) rukavice

Kromě těchto pomůcek je také potřebné mít poblíž vodu (umyvadlo, lavor).

Zdroje:
Příslušenství pro péči o stonii. Stomik [online]. Praha: České ILCO, 2017 [cit. 2018-06-09]. Dostupné z: <https://www.stomik.cz/doornuckv/onislusens/tvi-peci-stomii/>
Jak a kdy měnit pytel?. Stomik [online]. Praha: České ILCO, 2017 [cit. 2018-06-09]. Dostupné z: <https://www.stomik.cz/clanky/jak-a-kdy-menit-ovtel/>

Jak vyměnit stomický sáček

Stručný návod na výměnu stomického sáčku



1. Odstranění starého sáčku



Starý sáček odstraňujeme po 3-4 dnech, nebo v případě podtékání stolice či nepříjemného pocitu na kůži kolem stomie. U vypustného sáčku nejdříve vypustíme jeho obsah a poté opatrně odlepujeme podložku, aby nedošlo k poškození pokožky. Jednou rukou napneme kůži a druhou odstraňujeme sáček.

2. Péče o pokožku



Očistíme okolí stomie vlhkou gážíou, aby zde nezůstala žádná stolice. Poté odstraníme podložku (Adhesive remover) z pokožky šetrně odstraníme zbytky lepidla. Je nutné pokožku osušit, aby nový sáček dobře držel. Použijeme ochranný krém a ochranný film, které chrání pokožku před agresivním obsahem a předchází poškození kůže neustálým vyměňováním sáčků.

3. Změření stomie



Použitím šablony zjistíme velikost a tvar stomie. Podle velikosti na šabloně vystříháme otvor na podložce zahnutými nůžkami. Pokud má stomie nesouměrný tvar, můžeme si ho na podložku nejdříve překreslit. Prsty můžeme vyrovnat právě vystřižený okraj podložky.

4. Nalepení nového sáčku



Pokud máme pokožku čistou a suchou můžeme nalepit nový sáček. Odstraníme ochrannou fólii z podložky a poté sáček lepíme od spodní části stomie směrem nahoru. Podložku ještě přejedeme prsty a ujistíme se, že dobře přiléhá k pokožce. U dvoudílného stomického systému nejdříve lepíme podložku a poté připevníme sáček.

5. Kontrola nalepeného sáčku



Po nalepení ještě sáček zkontrolujeme. U vypustného sáčku kontrolujeme, zda je dobře uzavřen, aby obsah nevytýkal ven. U dvoudílného zkontrolujeme, zda je sáček správně připevněn k podložce. Také nás zajímá subjektivní pocit pacienta, např. zda nemá nepříjemný pocit na pokožce.

6. Vyhození sáčku

Sáček, gázu a další odpad, vyhazujeme do černého pytle, který po ukončení řádně uzavřeme a vyhodíme do biologického odpadu.

Další možné prostředky

Čistící a ochranné prostředky jsou dostupné nejen jako ubrousky, které zde používáme, ale také např. jako spreje či pěny.

Na macerovanou nebo poškozenou pokožku je dobré použít ochranný pudr, který absorbuje přebytečnou vlhkost a zklidňuje pokožku.

Při nerovnostech kůže je možné taky použít těsnící kroužek, vyplňovací pasty či vyrovnávací destičky, aby stolice nepodtékala pod podložkou.