

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

Realita kooperace stomické sestry se směnnými sestrami.

Diplomová práce

Vedoucí práce:
Mgr. Ivana Chloubová, R.N.

Autor:
Bc. Markéta Kratochvílová

2010

Abstract

Reality of cooperation of a stoma nurse with shift nurses

Pernicious diseases of intestines and rectum often lead to creation of a temporary or permanent intestinal outlet alias stoma. Having been diagnosed, the patient is confided to the care of healthcare workers, in particular nurses, who endeavour to provide the patient with the highest possible quality care in the most intensive manner.

At present, almost every hospital has a specially trained stoma nurse who should play the role of an advisor or coordinator in the nursing team. Regrettably, non-cooperation between shift nurses and the stoma nurse harm in particular the patient.

Five hypotheses were raised. The first hypothesis was to confirm whether the shift nurses on surgical wards cooperate with the stoma nurse more efficiently than the shift nurses in other than surgical wards. This hypothesis was confirmed. The second hypothesis was to confirm whether the stoma nurse provides the shift nurses with regular information on developments in the concerned area. This hypothesis was not confirmed. The third hypothesis was to confirm whether the shift nurses cooperate with the stoma nurse as early as in the period before the operation; this hypothesis was aimed at surgical nurses and was not confirmed. The fourth hypothesis was to verify whether the shift nurses have sufficient information from the stoma nurse so that they could substitute her adequately when she is absent. This hypothesis was not confirmed. The fifth hypothesis verified whether the shift nurses ask the stoma nurse to provide them with information concerning correct handling of the stomal equipment. This hypothesis was not confirmed.

The data were collected in the quantitative research supplemented with an interview with the stoma nurse. The shift nurses in surgical and non-operational wards obtained anonymous questionnaires. The research was conducted in seven hospitals in the Region of South Bohemia. The objectives were fulfilled.

The information will be provided to deputy managers for the nursing care and stoma nurses. We believe that our results may contribute to higher efficiency of the

cooperation between nurses, which will have a positive impact on provision of comprehensive care of patients with a stoma.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Realita kooperace stomické sestry se směnnými sestrami vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. V platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě/v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 12.5.2010

podpis studenta

Poděkování:

Děkuji Mgr. Ivaně Chloubové, R.N. za ochotu, pomoc a odborné rady při zpracování diplomové práce. Poděkování také patří všem, kteří mi poskytli informace ke zpracování této práce.

Obsah

| | |
|---|----|
| Úvod..... | 3 |
| 1 Současný stav..... | 5 |
| 1.1 Stavba a funkce gastrointestinálního traktu..... | 5 |
| 1.1.2 Stavba a funkce vylučovacího systému..... | 7 |
| 1.2 Indikace k provedení stomie na trávicím ústrojí..... | 8 |
| 1.2.1 Indikace k provedení stomie na močovém ústrojí..... | 9 |
| 1.3 Typy stomií..... | 9 |
| 1.4 Historické poznámky ošetrovatelské péče týkající se stomie..... | 11 |
| 1.4.1 Vývoj péče s stomií..... | 12 |
| 1.4.2 Historický vývoj stomií vytvořených na močovém ústrojí..... | 14 |
| 1.5 Stomická sestra..... | 14 |
| 1.5.1 Historie specializace stomických sester..... | 16 |
| 1.6 Všeobecná sestra (směnná sestra)..... | 17 |
| 1.7 Spolupráce směnných sester se stomickou sestrou..... | 19 |
| 1.7.1 Předoperační péče..... | 20 |
| 1.7.2 Pooperační péče..... | 23 |
| 1.7.2.1 Stomické pomůcky..... | 27 |
| 1.7.2.2 Specifika ošetrovatelské péče u jednotlivých typů stomií..... | 29 |
| 1.7.2.3 Komplikace stomií..... | 32 |
| 1.7.3 Ambulantní péče..... | 35 |
| 1.7.3.1 Zásady výživy u pacientů se stomií..... | 36 |
| 1.7.3.2 Syndrom krátkého střeva..... | 39 |
| 1.7.3.3 Možnost irigace (výplachu střeva)..... | 40 |
| 1.7.3.4 Kluby stomiků..... | 40 |
| 1.8 Kooperace, důvěra a soudržnost v pracovním týmu..... | 41 |
| 1.8.1 Komunikace v týmu, charakter pracovního vztahu a spolupracovníka..... | 42 |
| 2 Cíle práce a hypotézy..... | 43 |
| 2.1 Cíle práce..... | 43 |

| | |
|--|-----|
| 2.2 Hypotézy | 43 |
| 3. Metodika | 44 |
| 3.1 Použité metody | 44 |
| 3.1.1 Metodika zpracování dotazníku | 44 |
| 3.1.2 Metodika zpracování rozhovoru | 44 |
| 3.2 Charakteristika cílového souboru pro sběr dat dotazníku..... | 45 |
| 4 Výsledky | 46 |
| 4.1 Výsledky dotazníku | 46 |
| 4.2 Rozhovor se stomickou sestrou | 94 |
| 5 Diskuze | 98 |
| 7 Seznam použitých zdrojů..... | 111 |
| 8 Klíčová slova | 118 |
| 9 Přílohy..... | 119 |

Úvod

Ke zvolení tohoto tématu mne přiměla má vlastní nedávná opakovaná spolupráce se stomickou sestrou na mém pracovišti, kdy jsem se nacházela v pozici směnné sestry.

Nádorová onemocnění tlustého střeva a konečníku patří v současnosti v naší zemi k velmi vážným zdravotním problémům. Bohužel dle statistik patříme mezi země, kde je výskyt těchto nádorů nejvyšší a je zde na ně i velmi vysoká úmrtnost. Kolorektální karcinom je v současnosti považován za civilizační onemocnění. Nejrizikovějším faktorem je věk, protože až 99% těchto nádorů je u pacientů diagnostikováno po 50. roce věku.

Tato zhoubná onemocnění velmi často vedou k založení dočasného nebo trvalého střevního vývodu čili stomie, po sdělení této nepříjemné diagnózy se pacient dostává do péče lékařů a ostatních zdravotnických pracovníků, především sester, které se snaží co nejintenzivněji a co nejkvalitněji pečovat o skupinu osudem takto těžce postižených pacientů. Dnes téměř v každé nemocnici je k dispozici stomická sestra, která je speciálně vyškolená pro péči o takovéto pacienty. V kolektivu ostatních sester by měla sehrávat úlohu určitého koordinátora a poradce.

Domnívám se, že nezbytným předpokladem pro úspěšnou práci stomasestry na daném pracovišti je účelná kooperace s celým léčebným a ošetrovatelským týmem a to hlavně s ostatními sestrami pracujícími obvykle ve směnném provozu a to nejen na chirurgických odděleních.

Myslím si, že velkou chybou je, že na některých pracovištích jsou i stomické sestry zapojeny do směnného provozu a nemají tak dostatek času pro komplexní péči o pacienta se stomií, pro nedostatek vytvořeného časového prostoru.

Nespolupráce bohužel mnohdy poškodí nejvíce samotného pacienta, velkou chybou je, pokud sestry neposkytnou pacientovi kontakt na stomickou sestru nebo pokud nemají dostatek informací týkajících se například nejnovějších stomických pomůcek, o kterých stomická sestra informovala na společném semináři.

V dnešní době mají sestry na svém pracovišti k dispozici bohatý výběr pomůcek, které usnadňují jejich práci, ale hlavně velmi zkvalitňují život samotného stomika. Začátky péče o stomii jsou se současností nesrovnatelné. Dříve se sestry setkávaly u těchto pacientů pouze s Jánošíkovým pásem, buničitou vatou a Schmidenovou pastou, to už je naštěstí minulostí. Život těchto pacientů je v současnosti mnohem komfortnější a snazší a to nejen díky velkému přílivu nových stomických pomůcek, ale hlavně i díky kvalitní a organizované ošetrovatelské péči poskytované sestrami seznámenými s nejaktuálnějšími novinkami týkajícími se dané problematiky.

1 Současný stav

1.1 Stavba a funkce gastrointestinálního traktu

Gastrointestinální trakt zprostředkovává pro organismus bezprostřední kontakt s vnějším prostředím. Potravu, kterou tělo přijme, musí mechanicky a enzymaticky zpracovat, vstřebat, ale také vyloučit a inaktivovat látky pro tělo nepotřebné, škodlivé či dokonce toxické (55).

Zažívací trakt vede z dutiny ústní do řitního otvoru. Jeho další části jsou jícen, žaludek, tenké a tlusté střevo. Trávicí soustavě při procesu trávení napomáhá celá řada vedlejších orgánů. V dutině ústní jsou to zuby, slinné žlázy a jazyk. Dále jsou nezbytně důležité játra, slinivka břišní a žlučník (54).

Trávicí trubice je v pohybu díky činnosti svalů. V jednotlivých úsecích je potrava zpracována odlišnou rychlostí. Samotné trávení začíná v ústech, kde je potrava rozžvýkána a smíchána se slinami. Z dutiny ústní se polknuté sousto posouvá přes hltan do jícnu a odtud peristaltickými vlnami do žaludku. Dutinou ústní a jícnem potrava prochází rychle, v žaludku setrvává mnohem déle, někdy i několik hodin, v tenkém střevě je rychlost posunu zhruba 1 cm/minutu a v tlustém střevě je rychlost přemístění obsahu opět zpomalena, hlavně pokud je v organismu nedostatek vody (54).

Žaludek se dokáže značně rozšířit a je fixován na dvou místech. Nahoře, v oblasti přechodu jícnu do žaludku a v dolní části, kde žaludek přechází v duodenum. Můžeme jej rozdělit na čtyři části (kardie, fundus, tělo a pylorická část) a dvě ohbí (malé a velké zakřivení) (1). Výstelka žaludku je tvořena hladkým svalstvem, uspořádaným do tří vrstev těsně nad sebou. Jícnový svěrač (kardie), zabraňuje návratu kyselého obsahu žaludku zpět do jícnu. Pylorus, což je svěrač mezi žaludkem a duodenem, řídí vylučování napůl natrávené potravy. Žaludek je hlavním místem, kde dochází k celé řadě mechanických a biochemických pochodů. Při příchodu potravy ochabuje proximální část žaludku a probíhá jeho postupné plnění, kdy dochází k silnějšímu dráždění žaludeční stěny a následnému aktivování distálního úseku žaludku. Tento mechanický děj se opakuje tak dlouho, dokud nejsou částice chymu

(žaludečního obsahu) velké zhruba 0,3 milimetru. Poté je tento žaludeční obsah posunut peristaltikou přes pylorus do duodena (1, 54).

Tenké střevo má tři části – dvanáctník (duodenum), lačník (jejunum) a kyčelník (ileum). Při procházení potravy tenkým střevem se potřebné živiny z natrávené potravy, za pomoci jater a slinivky břišní štěpí na jednoduché látky, které se vstřebávají přímo do těla a zůstává pouze voda a nestrávené zbytky. Játra a slinivka břišní jsou pro tenké střevo nepostradatelné. Oba tyto orgány ústí do duodena a poté, co sem přijde potrava ze žaludku, dochází k sekreci dvou tekutin odlišného složení. Žluč, která je tvořená v játrech, způsobí emulgaci čili rozptýlení tuků na drobné kapénky, takto zpracované tuky jsou pak mnohem snadněji stravitelné pro organismus. Slinivka břišní (pankreas) má jak zevně, tak i vnitřně sekretorickou funkci. Výsledkem zevně sekretorické funkce je pankreatická šťáva, která obsahuje zásady, sloužící k neutralizaci žaludeční kyseliny a enzymy důležité ke štěpení bílkovin, cukrů a tuků. Vnitřně sekretorickou funkci zajišťují Langerhansonovy ostrůvky, které vyrábějí hormony inzulin a glukagon, jimiž je korigována hladina glukózy v krvi (54). Vnitřní povrch tenkého střeva je po celé své délce poset mikroskopickými výběžky čili klky. Stěna jejunum je relativně silná a vybíhá ve velké množství řas, ileum se vyznačuje tenčí stěvnou a slabším cévním zásobením. Tenké střevo je přibližně 280cm dlouhé a jeho resorpční plocha činí průměrně 300 m². Resorpční plocha je zvětšena hlavně díky řasám a klkům. Na přechodu mezi tenkým a tlustým střevem se nachází Bauhinská chlopeň (55).

Tlusté střevo se dělí na tyto části – ileocékální chlopeň, slepé střevo s červovitým přívěškem, vzestupný tračník (colon ascendens), příčný tračník (colon transversum), sestupný tračník (descendens), esovitou kličku (colon sigmoideum), koneční (rectum) a řitní otvor (anus). V tlustém střevě dochází především k střebávání vody, čímž je zajišťována regulace stálého objemu tekutin v organismu. V tlustém střevě je obsaženo velké množství bakterií, tvořících zhruba 50% vylučovaného odpadu. Hlavní funkcí bakterií je štěpení organické hmoty v odpadu, výroba plynů a tvorba vitamínu K. Odpad zůstává v tlustém střevě po dobu pěti až deseti hodin, je postupně stlačován a připravován na odstranění ve formě stolice. Konzistence stolice závisí na množství vody, které je v ní obsaženo. Děle jsou její součástí nestrávené vlákniny,

mrtvé střevní buňky, mrtvé a živé střevní bakterie. Zabarvení závisí na množství stráveného žlučového barviva. Stolice se peristaltickým pohybem svalů přesouvá do konečníku a přes řitní otvor (anus) je vypuzena ven (54).

1.1.2 Stavba a funkce vylučovacího systému

Ledviny a vývodné močové cesty tvoří vylučovací systém. Ledviny mají dvě hlavní funkce, vylučovací a syntetickou. Tvorba moče je považována za vylučovací funkci, díky které je udržováno stálé vnitřní prostředí organismu. Fyziologická denní diuréza je okolo 1,5 l moče. Syntetická funkce spočívá v tvorbě hormonů (55).

Ledviny jsou uloženy v zadní části dutiny břišní a jsou párovým orgánem, skládají se z dřeně, kůry a z pánvičky ledvinné. Slouží jako krevní filtrační jednotky, zajišťující stálé složení tělních tekutin a vnitřní rovnováhu. Pracují díky 1 milionu drobných nefronů, které zpracovávají přitékající krev. Každý nefron je složen z ledvinného tělíska, které se skládá z klubička kapilár (glomerulus), které je obaleno Bowmanovým pouzdrem, ze kterého se krevní filtrát dostává do ledvinných kanálků, které dále pokračují Henleovou kličkou a ústí do sběracích kanálků v pánvičce ledvinné (1). Nashromážděná moč v ledvinných pánvičkách aktivně prochází močovody do močového měchýře, který zajistí uložení a vypuzení moče. Močový měchýř má dva svěrače – vnitřní a vnější. Vnitřní svěrač se nachází u vývodu močové trubice z močového měchýře. Dolní pánevní svaly vytváří vnější svěrač, stahující se kolem močové trubice. Poté co je měchýř dostatečně naplněn, jsou podrážděny receptory obsažené v jeho stěně a vytvořený vzruch je šířen do bederní míchy a odtud až do mozku, který vydá povel k vyprázdnění měchýře. K vymočení dochází díky močové trubici, která je u mužů delší a ústí na konci penisu. U žen je močová trubice krátká a ústí nad poševním vchodem (54).

Moč se podobá čiré tekutině, má svůj charakteristický zápach a charakteristické složení. Za den je vytvořeno průměrně 1200 ml moče. Součástí zdravé moči není cukr, krev, bílkovina a hnis (54).

1.2 Indikace k provedení stomie na trávícím ústrojí

Nádorové procesy představují jednu z nejčastějších příčin, která vede operátora k vytvoření stomie. Hlavní příčinou bývá nejčastěji nějaký maligní proces v okolí konečníku (20-30%). To zapříčiňuje vyvedení esovité střevní kličky navenek a založení takzvané terminální sigmoidenostomie. Sestry by měly vědět, že může být založena jednohlavňová či dvojhlavňová stomie. Při ošetrovatelské péči musí u dvojhlavňové stomie bezpečně poznat, jaká klička je přívodná a jaká odvodná. Mnohdy u zhoubného nádoru v oblasti konečníku, není možné tumor odstranit definitivně, a proto je nutné vytvoření dvojhlavňové stomie (42).

Velmi často se setkáváme na střevech se střevními polypy, které se ne zřídka mohou maligně zvrhnout, což vede k odstranění nemalé části střeva, někdy proces dojde tak dalece, že je bezpodmínečně nutné odstranit střevo celé a vyvést takzvanou totální kolektomii nebo ileostomii, vývod tenkého střeva navenek (42).

Úrazové stavy jsou také jednou z příčin, které vedou operátora k založení stomie, naštěstí v těchto případech bývá často vytvořená pouze dočasná stomie, kdy po zhojení například perforovaného úseku tlustého střeva nebo konečníku je stomie odstraněna a stolice může opět odcházet přirozenou cestou. Příčinou těchto úrazů jsou nejčastěji pronikající bodné či střelné předměty. Při autonehodě často dojde k tupému nárazu na břišní krajinu (náraz na volant u nepřipoutaného řidiče), poškození střev a to rovněž může vést k založení obvykle dočasné stomie (8).

Někdy dochází například při endoskopickém vyšetření střev k iatrogennímu poranění (jde o poškození střeva samotným lékařem při vyšetření), kdy je někdy také nutné vytvoření dočasné stomie. Někdy k tomu vedou i velmi raritní poranění, ke kterým dochází při sexuálních praktikách per rectum, vedoucím k perforaci v oblasti konečníku, hovoříme o takzvaném fistingu (8).

Rovněž zánětlivé procesy, mezi které patří patří ulcerózní kolitida, vyskytující se jen na tlustém střevě a Crohnova choroba, která může zasáhnout všechny části zažívacího traktu. Velkou nevýhodou je, že postihuje stěnu střevní v celé její tloušťce a je častou indikací k založení stomie. Oba tyto záněty řadíme mezi nespecifické. Tato onemocnění mají mnoho příznaků (křeče v břiše, ztráta na váze, krev ve stolici,

průjmy). Trendem současné léčby je zkombinovat konzervativní léčbu s chirurgickým řešením (42).

V neposlední řadě je nutné zmínit i vrozené vady, mezi které řadíme neperforovaný anus (řitní otvor). Při této vadě není otvor, kterým by odcházel obsah tlustého střeva ven. Někdy postačí k vyřešení této vady jen chirurgická úprava, někdy je třeba vyvést stomii (42).

1.2.1 Indikace k provedení stomie na močovém ústrojí

Jedna z nejčastějších příčin k vytvoření ureterostomie je radikální cystektomie, které je nejčastěji indikována pro nádorový proces v oblasti malé pánve (4) .

Nádory močového měchýře mohou vzniknout následkem opakovaných močových infekcí, urolitiáz, nejčastěji se vyskytují u mužů. Karcinom močového měchýře roste plošně, velmi rychle infiltruje okolní svalovinu. Bohužel mívá klinicky velmi záluďný průběh. Často je toto onemocnění zachyceno zcela náhodou, kdy se u pacienta objeví jako první příznak hematurie. Diagnóza se stanovuje pomocí cystoskopického vyšetření, kdy je odebrán vzorek tkáně k histologickému vyšetření. Léčba se odlišuje dle stádia a pokročilosti nádorového procesu. Hodnotí se především prorůstání nádoru do okolí (4). Někdy operatér přistupuje k vytvoření stomie na močovém ústrojí v důsledku úrazu, nejčastěji jde o ruptury močového měchýře, ledvin, močovodů, močové trubice (36).

1.3 Typy stomií

„ Stomie pochází z řečtiny a znamená vyústění dutého orgánu na povrch těla (48, s.42)“.

Nejčastějším důvodem k vytvoření stomie je nemožnost obnovení přirozeného průchodu buď zažívacím traktem nebo močovým ústrojím. Se stomií se nejčastěji setkáváme na zažívacím traktu, o něco méně často i na močovém ústrojí (48).

Stomie nejčastěji dělíme dle délky, po kterou budou pravděpodobně založeny a dle účelu, pro který byly vytvořeny (51).

Dle délky trvání stomie dělíme na dočasné a trvalé. Dočasnou stomii má pacient vytvořen u jen na určitý časový úsek, ale permanentní či trvalá stomie je mu ponechána až do konce života a již není možné obnovit přirozený průchod močovým či trávicím traktem (51).

Dle účelu stomie dělíme na výživné a derivační. Mezi výživné stomie řadíme perkutánní endoskopickou gastrostomii, častěji ji slycháváme pod zkratkou PEG a endoskopickou jejunostomii, která bývá označována zkratkou PEJ. Oba typy stomií jsou zaváděny pod endoskopickou kontrolou, kdy je gastrostomická sonda zasunuta do žaludku či tenkého střeva přes stěnu břišní. Gastrostomie nezatěžuje rodinu a pacienta po finanční stránce, neboť do ní můžeme aplikovat i běžnou stravu, která musí mít vhodnou konzistenci, nejčastěji se strava mixuje. U jejunostomie je nutné mít na paměti, že do ní můžeme aplikovat pouze stravu připravovanou sterilně, jde obvykle o nejrůznější přípravky komerčně vyráběné (51).

„Derivační stomie slouží k odvádění obsahu z dutého orgánu, kde je stomie založena (51, s. 40)“. Mezi derivační stomie patří tracheostomie, kdy je otevřena trachea a zajišťuje dokonalou průchodnost dýchacími cestami. Je zavedena u pacientů, u kterých je předpokládána dlouhodobá umělá plicní ventilace, u pacientů v dlouhodobém bezvědomí a podobně (51).

Esofagostomie je potřebná k odvádění slin z jícnu. Setkáváme se s ní hlavně v pediatrii při vrozených vývojových vadách nebo při poleptání jícnu nejrůznějšími agresivními tekutinami (51).

Při urostomii jsou vyústěny vývodné močové cesty a moč odchází mimo tělo pacienta. Umělé vývody dělíme a pojmenováváme podle toho, kterou část močových cest derivují (51,s.40)“.

Epicystostomie, kdy moč je drénována za pomoci katétru, který je suprapubicky zavedený do močového měchýře. Nefrostomie, kdy je speciálním katétre drénován dutý systém ledvin. Katétr je vyveden z ledvinné pánvičky, přes ledvinný parenchym břišní stěnou navenek. Sestry by měly znát , že katétr je v pánvičce fixován balónkem nebo díky tvaru samotného katétru. Uzavíratelná vezikostomie, jedná se o druh stomie, kdy je přední stěna močového měchýře přišita ke stěně břišní. Moč je odváděna díky

zavedenému katétru stomií do močového měchýře. Ureterosigmoidenostomie, jde o vyvedení ureteru do oblasti tenkého střeva (sigmoidea). Tímto vývodem odchází moč společně se stolicí a odcházející obsah je tedy velmi tekutého charakteru. Při ureterosigmoidenostomii bývá obvykle radikálně odstraněn močový měchýř (51).

Ileostomie, jde o vyústění tenkého střeva stěnou břišní. Tento druh stomie se od kolostomie odlišuje svou velikostí a charakteristikou odcházejícího střevního obsahu. Ileostomický vývod je menší než kolostomický a odcházející obsah je velmi řídký, zbarvený zeleně díky obsaženým žlučovým barvivům, velmi agresivní pro kůži v okolí stomie, protože součástí jeho obsahu jsou trávicí šťávy, které se chovají velmi agresivně k okolní pokožce. Umístění ileostomie je nejčastěji v pravém podbřišku a každá sestra ví, že vždy nepatrně vyčnívá nad stěnu břišní. Často bývá tato stomie vytvořena u nemocných s Crohnovou chorobou. Při ileostomii je obvykle odstraňováno tlusté střevo (24, 51).

Kolostomie, je nejčastěji provedeným střevním vývodem, při kterém je vyvedeno tlusté střevo. Dvouhlavňová (axiální) stomie má dvě lumina, přívodné a odvodné raménko stomie. Při terminální stomii je vyvedené střevo konečné, stomie má jedno lumen. Na tlustém střevě patří mezi nejčastější sigmoideostomie, dvouhlavňová u akutních ileózních stavů a terminální u amputací recta nebo po Hartmanových resekcích. Transverzostomie dvouhlavňová je většinou zakládána u akutních ileózních stavů a to při obstrukci levého tračníku (50).

1.4 Historické poznámky ošetrovatelské péče týkající se stomie.

První zmínka o výkonu, při němž byl vytvořen střevní vývod, se datuje okolo roku 350 př. n. l. U pacienta s poraněním dutiny břišní se o to jako první pokusil Praxagoras z ostrova Kos, dalším byl Paracelsus v letech 1493 – 1541. V roce 1710 Littré jako první zhotovil kolostomii. A v roce 1776 díky panu Pilloremu, byla vytvořena první plánovaná caekostomie (27).

O kolostomii se pokusilo i mnoho dalších, v roce 1793 to byl Duret, který vytvořil levostrannou kolostomii v třísele, v roce 1797 vytvořil Fine transverzostomii. Velmi podstatné k provedení stomií byla podrobnější studie nejrůznějších dostupných

anatomických materiálů, protože právě dokonalým pochopením střevní funkce řada anatomů a lékařů navrhla vytvoření funkční a pro nemocného nejméně zatěžující stomii. Jedním z nich byl i anatom Callisen, který navrhl, jak lze provést levostrannou retroperitoneální lumbální kolostomii. Callisenovo řešení provedl v roce 1839 Amussat, který zdůraznil výhodu tohoto výkonu, především v pooperační péči, kdy stomie je vyvedena mimo peritoneální dutinu a u pacienta je sníženo nebezpečí pooperačních komplikací, zvláště infekčních (42).

Z této doby pochází také první zmínka o jakýchsi stomických pomůckách. Jednalo se o speciálně upravené pásy, které zakrývaly stomii, stolice byla jímána do kovových nebo skleněných nádobek, které byly připevněny na stomický pás (23).

Naše republika se může těšit i z přispění českého chirurga Karla Maydla, který jako první zrealizoval provedení dvouhlavňové sigmoideostomie. Tato operace je s drobnými úpravami od roku 1888 obdobným způsobem realizována i dnes (42).

1.4.1 Vývoj péče s stomii

Již Lauenstein v roce 1894 si povšiml velmi podstatné věci v ošetrovatelské péči týkající se stomií. Zdůraznil, že stomie se dá konfortněji ošetřovat pouze tehdy, pokud bude vyvedené střevo vyčnívat nad úroveň kůže. Tento praktický návrh zrealizovali v roce 1912 Partsch a Schmieden. Brook se v 50. letech minulého století zasloužil o rozvoj a rozšíření této techniky. Tento technický postup se hodí zejména u ileostomií, neboť její nevýhodou je nepřetržitý odchod tekutého střevního obsahu, což je pro nemocného velmi obtěžujícím faktem. Právě ileostomie vedla řadu osob (obvykle se jednalo o zdravotníky pečující o nemocné se střevním vývodem) o vymyšlení a vytvoření kvalitnějších stomických pomůcek (42).

Pacienti se střevním vývodem se bohužel řadu let potýkali s nezájmem lékařů, mnohdy se zajímali pouze o kvalitu technického provedení, ale na okraji jejich zájmu byla kvalita života pacienta života se stomií. Začátek opravdové organizované péče o tyto nemocné se datuje zhruba od 50. – 60. let minulého století. Mezi země, kde byla tato péče započata, můžeme řadit hlavně Anglii a Spojené státy americké. Velkým úspěchem bylo otevření první specializované kliniky, která poskytovala péči o nemocné

se střevním vývodem. Toto pracoviště bylo otevřeno v New Yorku a to v roce 1953. V Anglii se roce 1958 podařilo vytvořit první stomický klub (23).

Díky organizované stomické péči dochází k rozvoji kvalitnějších stomických pomůcek, jejich velký rozvoj byl zaznamenán především v 50. a 60. letech 20. století v anglosaských zemích (40).

Nevyhovující stomické pásy (jánošíkovské nebo později francouzské) se stávaly minulostí a okolo roku 1960 se začínají používat první kolostomické sáčky, o jejichž vznik se zasloužily především dánské sestry, pečující o pacienty mající střevní vývod. Tyto sáčky se staly pro stomiky velkým objevem, neboť mnohem lépe dokázaly přilnout ke kůži a spolehlivěji jírnaly odcházející stolici. Později se o výrobu stomických pomůcek začaly zajímat určité firemní společnosti, které začaly vyrábět tyto pomůcky ve velkém (23).

U nás bylo zpočátku trendem používání jednodílných samolepících sáčků (70. léta minulého století), bohužel tyto sáčky nepřilnuly dokonale ke kůži v okolí stomie a pacientovi způsobovaly nemalé těžkosti, pokožka v okolí stomie byla často podrážděna i samotnou podložkou, která byla z nevhovujícího materiálu. Hlavně ileostomici měli velký problém zapojit se do společnosti, protože zápach ze stomie se dal velmi obtížně potlačit, tito nemocní se raději stranili od ostatních. Okruh lidí zabývajících se stomickými pomůckami, měl snahu vytvořit takzvanou kontinentní stomii (Kock), podstata spočívala v uzávěru, který by zprostředkoval, aby stolice nemohla samovolně odházet, a aby pacient byl schopen ovládat její odchod svou vůlí, za pomocí svěrače. Například pánové Henning a Feustel, zhruba okolo roku 1974, se pokusili o implantaci speciálně upraveného kovového prstence, který vložili do podkoží v okolí stomie, a ke kterému pevně přilnul magnetický uzávěr. Jak již bylo zmíněno, zhruba do 70. let byly používány u stomických pacientů gumové sáčky a peloty. Ke zlepšení ošetrovatelské péče došlo hlavně s objevem lepidla, které dokázalo perfektně fixovat stomickou pomůcku a nedráždilo okolí atonie (42).

V naší zemi se péče o stomiky zlepšila hlavně od roku 1991, v současnosti můžeme říci, že péče o stomiky je mnohem lépe zorganizována, nemocní mají zajištěnou velmi kvalitní ošetrovatelskou péči, poskytovanou kvalifikovaným

zdravotnickým personálem. Mají k dispozici kvalitní stomické pomůcky a mají možnost se sdružovat v patientských organizacích, které jsou zakládány od 90. let (42).

1.4.2 Historický vývoj stomií vytvořených na močovém ústrojí

Způsoby operativního odstranění močového měchýře se vyvíjí řadu let. Hlavními indikacemi k jeho odstranění byla zejména zhoubná či nezhoubná onemocnění močového měchýře, ale také úrazy. V roce 1852 popsal jako první J. Simon cystektomii, kdy znázornil možnost zavedení močovodů do recta. Marshall a H Whitmore v roce 1949 zveřejnili, jak lze provést radikální cystoprostatektomii. Nejznámějším se stal operační výkon popsáný v roce 1950 E. M. Bricknerem, který zveřejnil možnost náhrady močových cest. Tento typ operačního výkonu se ujal a je používán i v současnosti, hovoříme o vytvoření ureteroileostomie. Jedná se o operační výkon, který svým provedením přináší pacientům těsně po operaci, ale i s odstupem nejnížší množství možných komplikací. Ureteroileostomii poprvé zveřejnil Bricker a dále ji zmodernizoval Wallace, proto můžeme někdy slyšet název Bricker/Wallesova operace. Vytvoření tohoto vývodu přináší pro pacienty nemalou změnu na svém těle, urostomie bývá nejčastěji vyvedena v okolí pupku (22).

1.5 Stomická sestra

Dle vyhlášky z roku 2004, která stanovuje činnost zdravotnických a také jiných odborných pracovníků, je stomická sestra zařazena mezi sestry, které se zaměřují na ošetrovatelskou péči o pacienty se stomiemi (53).

Tato sestra pracuje bez odborného dohledu, zabývá se edukací a poradenskou činností u pacientů jak se stomiemi na trávícím, tak i na močovém ústrojí. Stomická sestra se v mnoha nemocnicích stává i odbornou poradkyní při ošetřování pacientů s dlouhodobými drenážemi, píštěli, defekty a nehojícími se ranami (32).

Místo pojmu stomická sestra je někdy používáno pojmenování stomaterapeutka, která je pro svou vysoce specializovanou práci dlouhodobě připravována. Její příprava k vykonávání profese má jak praktickou, tak teoretickou část. Sestra navštěvuje studijní

kurz, musí úspěšně obhájit zvolenou písemnou práci a složit ústní zkoušky, poté získává potřebnou kvalifikaci. Doposud není tato specializace oficiálně schválena (26, 33, 32).

Stomaterapeutky provádějí co nejlépe odbornou péči s ohledem na individuální potřeby jednotlivce, předávají své nové poznatky a zkušenosti svým spolupracovníkům, hlavně směnným sestřám, ale jsou i blízkým spolupracovníkem lékaře (32).

Stomická sestra by měla v kolektivu ostatních sester přispívat především ke zkvalitnění ošetrovatelské péče o stomické pacienty. Pravidelně se účastní nejrůznějších odborných seminářů, musí se aktivně zajímat o všechny dostupné novinky a získané poznatky předává ostatním sestřám na odděleňských seminářích. Znalosti o ošetrování stomatu by měly mít všechny sestry. Její snahou musí být koordinace ošetrovatelské péče o pacienty se stomiemi v celé nemocnici či jiném zdravotnickém zařízení (32, 39).

Stomická sestra se obvykle nachází na chirurgickém oddělení příslušné nemocnice nebo na chirurgické klinice, ale její poznatky by měly mít možnost získat i sestry z ostatních oborů, neboť i zde mohou být hospitalizováni stomiční pacienti. Jedná se především o gastroenterologické oddělení, onkologii, oddělení následné péče, dětské oddělení a podobně (14). Na odděleních paliativní péče bývá 5-10 % nemocných se zavedeným střevním vývodem (42). Pokud je na oddělení nechirurgického typu přijat pacient se stomií, měla by o tom být informována stomická sestra a dle potřeby jej navštívit (14).

Stomická sestra u pacientů se stomií identifikuje problém, týkající se pacienta, odhadne stupeň jeho závažnosti, navrhne řešení. Je profesně zodpovědná za své pacienty, je primární sestrou. Tím je ošetrovatelská péče se zaměřením na stomie lépe koordinovatelná (33).

Souhrnně můžeme říci, že stomická sestra zastává funkce poradce a organizátora, kdy řídí péči o pacienty se stomiemi, má k dispozici svou vlastní dokumentaci a dispenzarizaci. Vede poradnu pro stomiky, určuje cíle pro práci s pacientem se stomií, jak u ambulantních tak hospitalizovaných. Stanovené cíle konzultuje s ostatními sestrami pečujícími o pacienta. Zajišťuje dostatečné množství potřebných stomických pomůcek. Funkce psychologická spočívá ve zprostředkování komunikace mezi stomikem a jeho nejbližšími, snaží se o maximální podporu jak

pacienta, tak jeho rodiny. Funkce vzdělávací, která vyžaduje dostatek informací o dané problematice, umí edukovat nemocného, rodinu, ostatní spolupracovníky. Dokáže odhadnout typ pomůcek, který by měl stomik používat. Zajímá se o nové materiály na trhu, vyhodnocuje jejich použití a kvalitu. Kontroluje, zda má pro pacienty dostatek informačních materiálů. Snaží se o perfektní vybavení a vhodné prostorové uspořádání místnosti, kterou pacienti užívají k ošetřování stomie, v nemocnicích, kde nemají tuto místnost k dispozici se snaží o její zřízení. Spolupracuje s lékařem (proktologem), protože práci stomických sester by měl garantovat lékař koloproktologické skupiny. Pacient, který přijde k lékaři (proktologovi), který mu sdělí nutnost operačního výkonu s možností založení stomie, by měl mít co nejdříve sjednáno setkání se stomasestrou, která se pro něj do budoucna stane osobou, kterou může kdykoli kontaktovat (46).

Stomická sestra musí mít určité osobnostní předpoklady, musí poznat sama sebe, orientovat se ve svých vlastních duševních pochodech, odhadnout své znalosti, možnosti. Umí ovládat své emoce, koriguje rušivé impulsy svého podvědomí, nese odpovědnost, je otevřená a pružná pro vše nové. Snaží se o své zdokonalení, má shodné cíle s ostatními spolupracovníky. Dále musí splňovat určité schopnosti týkající se mezilidských vztahů. Měla by porozumět a pochopit zájmy ostatních, snažit se napomáhat zvyšovat výkon ostatních, předvídat a plnit jak přání pacienta tak spolupracovníka. Díky rozdílům mezi jednotlivými spolupracovníky dosáhnout efektivněji cíle, cit pro pracovní vztahy. Měla by umět zvolit správné přesvědčovací metody, komunikovat, naslouchat, urovnávat spory, inspirovat spolupracovníky, prosazovat pozitivní změny. Schopna udržovat vzájemnou spolupráci v týmu, pěstovat užitečné přátelské vazby, stmelovat tým (9).

1.5.1 Historie specializace stomických sester

N. G. Thompsonová se v roce 1958 na clevelandské univerzitě stala první stomaterapeutkou (33, 46). Nadace N. Gill vznikla v roce 1986 a snaží se o zajištění adekvátní péče pacientů se stomiemi, poskytnutou zkušenou stomaterapeutkou, kdekoli po celém světě (32).

World Council of Enterostomal Therapists (Světová rada stomasester) vznikla v roce 1980, jejími hlavními cíly je specifikace ošetrovatelské péče o pacienty se stomiemi, vzdělání sester pečujících o dané pacienty a další rozšiřování získaných poznatků, dle aktuálních potřeb pacientů nejen se stomiemi, ale i s chronickými ranami, píštěli. Tato organizace preferuje především dokonalou péči o pacienty dle individuálních potřeb a předávání získaných zkušeností při ošetřování pacienta se stomií mezi sestrami navzájem (32).

V České republice byl do roku 1989 pojem stomická sestra téměř neznámý, informovanost stomických pacientů byla nedostačující. Po roce 1989 došlo k nápravě. První kurz pro stomasestry se u nás konal v roce 1991 a to díky Institutu pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně. Mezi přednášejícími byly i zkušené stomické sestry z Anglie (32, 44).

1.6 Všeobecná sestra (směnná sestra)

Všeobecná sestra vykonává pracovní činnosti bez odborného dohledu a bez lékařem stanovené indikace, poskytuje, případně zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči a to prostřednictvím ošetrovatelského procesu (53).

Sestra musí umět vyhodnotit individuální potřeby nemocného a odhadnout, jaká je úroveň sebek péče pacienta. K vyhodnocení úrovně sebek péče sestře napomáhají nejrůznější měřicí techniky, které se standardně používají v praxi, ať už se jedná o testy hodnotící intenzitu bolesti u nemocného, zaznamenávající stav výživy, riziko vzniku proleženin a podobně (53). Sestra u pacienta sleduje, orientačně hodnotí a zaznamenává veškeré fyziologické funkce. Provádí odběr biologického materiálu. Pečuje o průchodnost dýchacích cest a u pacientů, kteří to vyžadují, dle potřeby odsává bronchiální sekret a odesílá jej k potřebným vyšetřením. Při realizaci ošetrovatelského procesu si všímá kožních změn na těle pacienta, ošetřuje vývody vytvořené na různých orgánech, pečuje o chronické rány, centrální a periferní žilní vstupy. Zajímá se o pohybovou aktivitu pacientů, spolupracuje s fyzioterapeutem, popřípadě ergoterapeutem, snaží se o prevenci imobility, zajišťuje polohování a vertikalizaci pacienta, v pravidelných intervalech provádí dechovou rehabilitaci, u pacientů, jejichž

celkový stav to vyžaduje, uplatňuje metody bazální stimulace. Sestra je pacientovou edukátorkou, dle potřeby a konkrétní situace edukuje i rodinu pacienta. Podporuje pacientovu soběstačnost, snaží se o nácvik sebeobsluhy. Sestra se setkává s pacienty s nejrůznějším sociálním zázemím, je vhodné, aby o jejich sociální situaci byla informována a dle potřeby využila možnosti kontaktování sociálního pracovníka. Pokud lékař při pobytu v nemocnici rozhodne o pacientově propuštění, sestra je povinna zajistit veškeré činnosti s tím související a ve většině případů je vhodné informovat předem rodinu (53).

U chronicky a nevléčitelně nemocných je sestra schopna vhodným způsobem podpořit nejen pacienta, ale i jeho blízké. V případě úmrtí pacienta zajistí péči o tělo zemřelého, taktním způsobem přistupuje k pozůstalým. Sestra zajišťuje donášku potřebných léčiv a omamných látek, dohlíží na jejich pečlivé uložení, stará se, aby bylo na oddělení všeho dostatek. Dohlíží na správnou manipulaci jak s čistým tak s kontaminovaným prádlem. Dle potřeby zajišťuje u konkrétních předmětů dezinfekci a sterilizaci, používá vhodnou koncentraci prostředků k tomu určených (28, 53).

Dosud byly zmiňovány činnosti, které všeobecná sestra vykonává samostatně. Je ale i celá řada úkonů, které sestra plní pod odborným dohledem sestry specialistky, neboli všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí, mezi tyto sestry řadíme i ty, které se zabývají péčí o stomie, jde přesně o sestry ve vybraných klinických oborech právě se zaměřením na ošetrovatelskou péči stomických pacientů (28, 53).

Řadu výkonů všeobecná sestra vykonává pouze tehdy pokud je indikuje lékař. Dle indikace lékaře je schopna bez odborného dohledu pacienta připravit k nejrůznějším diagnostickým a léčebným postupům. Některé postupy sama provádí, při některých pouze asistuje. Při zmiňovaných postupech zabezpečuje u pacienta ošetrovatelskou péči jak před, tak po jejich provedení. Aplikuje léky dle ordinace stanovené lékařem, dokáže odhadnout potřebu aplikace kyslíkové terapie. U pacientů po operaci pečuje o operační ránu, kontroluje zavedené drény z operační rány, měří a hodnotí jejich odvedený obsah, pečuje o zavedené stomie. Odebírá potřebný biologický materiál, umí orientačně rozpoznat zda se jedná o výsledky fyziologické či patologické. Sestry pečují u pacientů o zavedené močové katétrů, u žen provádí katetrizaci močového měchýře samostatně.

Dle potřeby zavádějí žaludeční sondu, aplikují určenou stravu do výživných stomií, a jsou schopny provést výplach žaludku (28, 53).

Mezi činnosti, které všeobecná sestra vykonává pod odborným dohledem lékaře, patří nitrožilní podávání transfúzních přípravků. Sestra asistuje lékaři při zahájení krevní transfuze a dále již samostatně kontroluje průběh a ukončení transfúze. Po celou dobu zajišťuje u pacienta potřebnou ošetrovatelskou péči (53).

1.7 Spolupráce směnných sester se stomickou sestrou

Práce stomasestry je dělena na tři fáze – péče předoperační, pooperační a ambulantní (49). Pacientovým hlavním edukátorem je primární stomická sestra, ale pro její úspěšnou a účelnou práci je zapotřebí kontinuální spolupráce s celým ošetrovatelským a léčebným týmem, hlavně se směnnými sestrami, které ji informují o aktuálním zdravotním stavu pacienta a zastupují ji v době její nepřítomnosti (36, 35). Edukační proces je významnou částí ošetrovatelského procesu. Edukace a reedukace pacienta se stomií musí být individuální a postupná (35). Edukující sestra by měla mít předem ujasněnu svou vlastní filosofii, ke které se dopracuje vzděláním a výchovou (47). Edukátor, čili učící osoba, musí dokonale ovládat komunikační techniky a mít potřebné množství znalostí a dovedností (36).

U většiny pacientů dochází k obrovskému psychickému traumatu, v prvních hodinách po operaci nejsou schopni se provedené stomie dotknout, natož podívat do zrcadla. Cesta k přijetí stomie na vlastním těle bývá různě dlouhá, některým nemocným to trvá i léta, někteří stomii neakceptují vůbec. Tato situace v nich často vyvolává pocit méněcennosti a absolutní beznaděje (10, 46).

Sestry drží v ruce jakýsi pomyslný klíč, pomocí kterého pomůžou pacientovi otevřít cestu ke zvládnutí předoperačního a pooperačního období. Sestra musí pacientovi napomoci zžít se se stanovenou diagnózou a prognózou, adaptovat se na život se stomií, naučit se prakticky ošetřovat stomii, zodpovědět dotazy položené pacientem týkající se běžného života (7).

Sestry by se měly v maximální míře snažit o vytvoření profesionálního prostředí, díky kterému získají důvěru pacienta. Musí neustále probíhat oboustranná komunikace

mezi stomasestrou, sestrami ze standardního oddělení, z JIP, popřípadě se sestrami z agentury domácí péče. Snahou sester nesmí být jen co nejrychleji naučit pacienta pečovat o zavedenou stomii, ale především individuálně přistupovat k jeho potřebám (37).

1.7.1 Předoperační péče

Můžeme ji ještě dále rozdělit na ambulantní předoperační péči a na předoperační péči během hospitalizace. Pacientovi je nabídnuta možnost setkat se se stomasestrou již při objednávání k operaci. Předoperační rozhovor je důležitou psychickou podporou po pacienta, je povzbuzující, zdůrazňuje nevyhnutelnost provedení daného operačního zákroku, měl by přimět pacienta ke vzájemné spolupráci (25).

Je vhodné, aby se předoperačního rozhovoru účastnil někdo z rodinných příslušníků. Tento prvotní kontakt umožní snazší pooperační spolupráci jak s pacientem tak i s jeho rodinou. Na edukační rozhovor si stomická sestra vyhrazuje čas dle individuálních potřeb pacienta. Při psychologicko edukačním rozhovoru mezi pacientem a stomasestrou sestra odebere psychosociální anamnézu, seznámí se s dokumentací pacienta (52).

V současné době je obvyklé, že stomasestry mají v počítači svůj seznam pacientů, ve kterém mají zaznamenáno, o jaký druh operace se přesně jedná, jaký typ stomie bude nemocnému proveden, typ pomůcek, které nemocný používá, a schopnost sebepéče nemocného o stomii (30).

Stomická poradna je obvykle součástí chirurgického pracoviště. V předoperační době jsou zde pacientům názorně ukázány jednotlivé typy stomií, druhy stomických pomůcek. Sestra jim poskytne nejrozličnější brožury a letáky, které poskytují informace o dané problematice (11).

Stomická sestra a samozřejmě také ostatní sestry mají důležitou úlohu pečovat o pacientův psychický a somatický stav. Pacienti, ale i jeho nejbližší, se cítí mnohem bezpečněji, pokud pociťují zájem ze strany sester a vidí, že jsou v rukách zkušených sester, které umí dobře poradit a mají velké množství teoretických a praktických zkušeností (11). Rozhovor v předoperační fázi umožní sestře poznat sociální zázemí

pacienta, je vhodné, aby jej upozornila i na vhodnou úpravu domácího prostředí, například koupelny. Pacientovi je dle aktuálního stavu nabídnuta možnost kontaktovat psychologa, který by mu pomohl rozhovorem o daném problému (36, 38).

Předoperační příprava je odlišná také v tom, zda jde o plánovaný či akutní operační výkon. Je-li pacient operován akutně, je obvykle naprosto nepřipraven po psychické stránce, tato situace klade zvýšené nároky jak na práci stomasestry, ale i všech ostatních sester. Na celkové předoperační přípravě pacienta se podílí celý ošetrovatelský tým (36).

Předoperační příprava u plánované hospitalizace probíhá přibližně dva dny před provedením operačního zákroku. Lékař pacientovi vysvětlí, o jaký druh operačního výkonu se bude jednat, proč je nezbytné jej provést, jaké jsou možnosti vývodu střeva. Po vysvětlení potřebných informací a zodpovězení otázek lékař pacientovi předloží k podpisu informovaný souhlas s daným operačním zákrokem a společně se stomasestrou vyhledají místo, které bude nejvhodnější pro vytvoření stomie. Při vyhledávání místa je nutné myslet především na to, že pacient musí na stomii dobře vidět, což je hlavní předpoklad sebepěče pacienta (6).

Při hledání vhodného místa pro stomii musí pacient zaujmout různé polohy (vstoje, vleže, vsedě, dřep, předklon a podobně), společně se sestrou mají snahu najít všechny klady a zápory daného umístění. Je nutné si pečlivě všimnout anatomických poměrů břicha, nejrůznějších záhybů, předešlých pooperačních jizev, celkového stavu kůže na břiše. Sestra taktně upozorní, proč je třeba mít při zakreslování u žen odhalené poprsí. Sestra musí být trpělivá a brát v potaz přání a připomínky nemocného, všímá si a dotazuje se, jaké pacient nosí nejraději spodní prádlo a jaké preferuje oblečení. Musí se snažit o aktivní spolupráci pacienta, neboť vhodně umístěná stomie nemocného méně omezuje v běžném životě a umožňuje mu po operaci co nejrychleji rehabilitovat (38, 35). Někdy je po poradě s operátorem vhodné zakreslit dvě místa pro budoucí stomii, jednu pro ileostomii a jednu pro případnou kolostomii, mnohdy se chirurg pro konkrétní typ stomie rozhodne až dle aktuálního vývoje operačního zákroku (25).

Po vyhledání je vhodné místo na břiše zakresleno, pacient musí samozřejmě vyslovit souhlas se zakreslením. Na některých pracovištích zakresluje toto místo sama

zkušená stomická sestra, někde to provádí lékař (operatér). Pro správné zakreslení je nutný stoj nemocného (36). Po zakreslení sestra zkusí v rámci edukace nalepit pacientovi na určené místo stomický systém a požádá jej, aby se pokusil o jeho výměnu. Pokud stomická sestra zaznamená, že výměna celého stomického systému či sáčku činní nemocnému obtíže je vhodné, aby na to upozornila směnné sestry a požádala je, aby výměnu s pacientem zopakovaly (35). Při nalepování stomického systému je potřeba, aby si sestry povšimly, jak na podložku reaguje kůže pacienta. Je vhodné předoperačně provést takzvaný alergický test, kdy podložku zkusmo nalepíme na předloktí a sledujeme reakci kůže. Pokud dojde po provedení testu ke kožní změně, doporučuje se vyzkoušet stomický systém z jiného materiálu, čímž předejdeme řadě komplikací v pooperačním období (52).

Při zakreslování a zkušební výměně stomického systému se sestra v maximální míře snaží o zajištění diskrétního prostředí, které by pacienta co nejméně stresovalo (35). Tento úkon je velmi důležitým krokem v předoperační přípravě, protože velmi ovlivní přístup pacienta ke stomii v pooperačním období. Pacient je ještě před operací v relativně klidném období, nemá zatím na těle bolestivou operační ránu (22). Stomická sestra provede záznam o předoperační edukaci pacienta do jeho dokumentace (25).

Směnné sestry obvykle v předoperační přípravě doplňují dle ordinace lékaře potřebná předoperační vyšetření. Pacient u plánovaného operačního výkonu obvykle předloží lékaři v nemocnici kompletní předoperační vyšetření, které mu zajistil jeho obvodní lékař. Jedná se o vyšetření krve (koagulace, krevní obraz, biochemie), EKG křivka a vyjádření internisty, u některých nemocných je požadován i RTG srdce a plic. U většiny výkonů má nemocný provedenou irigografii, koloskopii s biopsií (výsledek histologie), CT břicha a pánve, nabrány onkomarkery. Na výsledku těchto vyšetření je také velmi závislý další léčebný postup a většinou jsou také předem zajištěny obvodním lékařem. Velmi často se jedná o polymorbidní pacienty, u kterých je nezbytně nutné předoperačně zajistit například anesteziologické, kardiologické, diabetologické či onkologické konsilium (36).

Sestry zajišťují u pacienta přípravu střeva, která se může odlišovat dle zvyklosti pracoviště. Dva dny před výkonem sestry zajistí u pacienta dostatečné množství

tekutin, pacient již nepřijímá tuhou stravu. Na některých pracovištích je zvykem podat k vypití 100 ml 20% Mg SO₄. Den před operací je pacientovi zavedena jejunální sonda, do které bude aplikována enterální výživa v pooperačním období. Během dne sestra podá pacientovi nařazený přípravek (v oblíbeném nápoji), který u nemocného napomůže k vyprázdnění střev. Pacient je poučen za jaký časový úsek je vhodné tento nápoj vypít (36).

Sestry neopomíjí ani celkovou předoperační přípravu. Aplikují nízkomolekulární heparin ve formě subcutánní injekce (dle ordinace lékaře), provádějí bandáže dolních končetin v rámci prevence tromboembolické nemoci. Nesmíme opomenout profylaxi antibiotiky, anesteziologickou přípravu, přípravu operačního pole a individuální přípravu dle přidružených chorob (kompenzace diabetu, astmatu, hypertenze a podobně) (52). Veškeré provedené výkony (například prázdnění střeva) sestry pečlivě zaznamenávají do dokumentace pacienta (38).

U akutního operačního výkonu není obvykle na předoperační pohovor a přípravu čas, pacient bývá ohrožen na životě. Pooperační péče je u těchto nemocných mnohem náročnější, jejich stav bývá často něčím komplikován, to od sester vyžaduje ještě větší vstřícnost a toleranci (38).

1.7.2 Pooperační péče

Po operaci je nemocný většinou umístěn na JIP, kde jsou mu kontinuálně monitorovány fyziologické funkce, hodnocena a korigována bolest, kontrolován stav vnitřního prostředí organismu, bilance tekutin, je zajištěna výživa parenterální cestou, pečuje se o operační ránu, invazivní vstupy (centrální žilní katétr, močová cévka, drény jejunální a nozogastrická sonda) a pacient je pod permanentním dohledem sester, které si při ošetrovatelské činnosti všímají odchodu plynů a stolice ze stomie, hodnotí její množství, vzhled, frekvenci (13).

Ihned po operaci, ještě na operačním sále je sálovou sestrou nalepen na stomii jednoduchý, průhledný, výpustný sáček bez filtru, který by měl jak tvarem tak velikostí odpovídat typu vytvořené stomie. Tento sáček můžeme dle aktuální potřeby ponechat nalepený až 48 hodin, pokud samozřejmě pod ním nepodtéká stolice nebo není nějaký

jiný důležitý důvod pro jeho výměnu. Není nutné, aby byl sáček sterilní. Průhlednost sáčku umožňuje sestře a lékaři pravidelnou kontrolu eventuelního otoku v okolí stomie, její barvy, velikosti a tvaru (35).

V prvních dnech po operaci je pacient zcela odkázaný na péči sester, zajišťují veškerou ošetrovatelskou péči týkající se stomie sestry (38).

Denně přichází za pacientem stomická sestra a s přihlédnutím na jeho celkový stav začíná s nácvikem pooperační edukace. Ta obvykle v počátcích probíhá na lůžku. S nácvikem ošetřování stomie, používáním pomůcek pokračují průběžně sestry na oddělení. Sestry musí ke každému pacientovi přistupovat individuálně, rozhodně by jej ke spolupráci neměly nutit, pacient musí chtít spolupracovat (38, 35). Je to pro pacienta především po psychické stránce velmi náročné období, potřebuje být hlavně přesvědčen, že i se stomií může žít plnohodnotný život (13).

Edukace v pooperační péči při výměně stomického systému v následném pooperačním období by měla vést hlavně k tomu, aby pacient byl zcela nebo alespoň částečně soběstačný (například za pomoci rodiny) v péči o založenou stomii. První pooperační den jsou stomasestrou přineseny na JIP všechny potřebné pomůcky k ošetřování stomie, přenosné zrcadlo, informační letáky, brožury. Po přeložení na standardní oddělení nemocný obvykle začíná chodit a výměna může být prováděna v koupelně, kde má nemocný zajištěnu větší intimitu. Je vhodné, aby koupelna byla vybavena vším potřebným – lehátkem, zrcadlem pro ošetřování jak vstoje tak vleže, policí, na které jsou umístěny všechny základní pomůcky k ošetřování stomie (36). Při výměně stomické pomůcky je potřeba, aby měl pacient dobrý přístup ke stomii a zajistili jsme mu dostatečnou ochranu oděvu před znečištěním (34).

Edukace musí být postupná, individuální a má tyto hlavní body, nejprve sestra pomalu vysvětluje, jak si pacient připraví jednotlivé pomůcky, poté sama aktivně prakticky vymění stomický systém, pacient leží na lůžku nebo dle celkového stavu stojí před zrcadlem a přihlíží činnosti prováděné sestrou. Nezbytně nutné je zajištění intimity pacienta, což je někdy obtížné zejména na JIP. Dle celkového stavu se v druhé fázi pacient snaží o samostatnou přípravu potřebných pomůcek a samostatnou výměnu

systemu. Sestra jej kontroluje a dle potřeby pomůže, poradí, pochválí, zopakuje vše potřebné. V této fázi by měl být aktivní zejména pacient (35).

Pacient by měl být již na počátku seznámen se všemi druhy pomůcek, měl by mít možnost si je prakticky vyzkoušet, aby poznal, co mu bude nejvíce vyhovovat. Sestry si všímají, jak pacient s pomůckami manipuluje, jak zvládá výměnu a dle svých zkušeností se snaží pacientovi poradit s vhodným výběrem. Poučí nemocného, jaké ochranné a čistící prostředky má používat. Již na počátku hospitalizace nemocný dostane k prostudování informační jídelníček, u některého pacienta je vhodné kontaktovat nutričního terapeuta (35).

Nemocného informujeme o možných komplikacích souvisejících se zavedenou stomií a v případě nutnosti vysvětlíme použití pomůcek při onkologické léčbě (35).

Mezi pomůcky, které si je potřeba k výměně nachystat patří rukavice pro sestru (nesterilní), vhodné nůžky (bývají součástí firemních balíčků, poskytujících stomické pomůcky), stomický systém jednodílný nebo dvojdílný, umyvadlo s vodou, buničitá vata, mulové čtverce či jednorázová žínka, igelitový sáček na odhození použitého systému, pěna na omytí okolí stomie, potřebná stomická kosmetika (krém nebo adhezivní pasta, odstraňovač náplasti, ochranný film, pasta, pudr, pohlcovač zápachu) (34). Sestra musí včas odhadnout nutnost výměny stomického systému, reagovat na pacientovy nepříjemné pocity. Sáček je obvykle měněn při naplnění do jedné poloviny, samozřejmě s přihlédnutím na aktuální stav a přidružené komplikace. Pro výměnu musí sestra zvolit vhodný časový okamžik, dle přání pacienta respektuje účast blízké osoby, zabezpečí soukromí a pohodlnou polohu na lůžku, či provádí výměnu ve stoje na koupelně. Při výměně dvojdílného systému nejprve vyprázdní obsah sáčku do WC nebo do podložní mísy, všímá si vzhledu a konzistence stolice. Jednodílný systém odstraní do určeného infekčního odpadu. Dle potřeby použije odstraňovač náplasti. Očistí a pečlivě osuší kůži v okolí stomie. Posoudí stomii, stav okolní kůže. Dle potřeby aplikuje ochrannou pastu. U dvojdílného systému, určenému pro opakované použití zvolí vhodnou velikost podložky a k tomu odpovídající sáček (19). Dvoudílný stomický systém se většinou nasazuje delší dobu po operaci. Podložka vydrží déle nalepená, obvykle 3-5 dní, sáček se mění podle obsahu, obvykle 2krát za den (36).

Vhodným způsobem odstraní použité a znečištěné pomůcky. Do pacientovy dokumentace zaznamená změny samotné stomie, okolní kůže, konzistenci a barvu stolice. Dále spolupráci a chování pacienta, eventuelně ošetrovatelský plán určený pro pacienta, dle aktuálních potřeb. Záznam v dokumentaci je velmi důležitý jak pro stomickou tak i pro ostatní sestry, měly by se snažit o jednotný postup při výměně stomického systému (19).

Sestra by měla pacienta preventivně poučit o určitých zásadách, kterými nemocný předejde celé řadě komplikací a určitým nepříjemnostem. Mezi tyto zásady například patří poučení o tom, aby otvor vystřižený na podložce odpovídal stomii, neboť příliš velký otvor zapříčiňuje dráždění okolí stomie vlhkou stolicí. Naopak příliš malý otvor může vést k podtékání stolice (je doporučena velikost otvoru o 0,5 cm větší než je samotná stomie). Podložku je nutné lepit na opravdu čistou a suchou kůži, musíme v klidu vyčkat a dát čas, než podložka dokonale přilne ke kůži. Výpustné sáčky se používají hlavně u řídkého střevního obsahu, sáček nesmí být přeplněn, neboť může nastat jeho perforace. Je vhodné jej měnit či odpouštět již při poloviční náplni (34).

Před propuštěním do domácího ošetrování stomická sestra poskytuje pacientovi informace týkající se pitného režimu, stravování, oblékání, pohybové aktivity, o vhodném vybavení domácího prostředí, o dispenzarizaci, o možnosti sociálního příspěvku, o možnosti stát se členem klubu stomiků. pacient zná termín první pooperační návštěvy ve stomaporadně, zná telefonický kontakt na stomaporadnu a je poučen o možnosti jejího kontaktování při vzniklých potížích. Pacient společně s rodinnými příslušníky podepisuje takzvaný edukační list, který je součástí chorobopisu. Praktickému lékaři stomická sestra zasílá vyplněný stomický list, kde jsou zaznamenány typy a kódy pomůcek, které pacient používá a schopnost sebepéče (6, 11).

Pacient je propuštěn do domácí péče po předchozí domluvě stomasestry s lékařem. Stomická sestra musí být schopna odhadnout, zda pacient zvládá částečně nebo zcela samostatně péči o stomii, u částečně soběstačných zkontroluje zapojení rodiny. V případě, že se jedná o osamělého či nesoběstačného pacienta, stomická sestra předem informuje následné zdravotnické či sociální zařízení nebo agentuře domácí péče. Prvotně vždy o propuštění informuje lékař (35). Je vhodné v případě propuštění

pacienta například na oddělení následné péče, předat společně s pacientem i dokumentaci stomasestry (30).

Před propuštěním do domácího ošetřování obdrží stomik potřebné pomůcky a kosmetiku, alespoň na dobu 14 dnů (38). Pacient obdrží poukaz, na který mu budou předepisovány potřebné pomůcky. Ty mohou být předepsány jednak praktickým lékařem, ale i proktologem, onkologem, urologem či gastroenterologem (14). V rámci proktologické poradny, kde stomická sestra vzájemně spolupracuje s chirurgem, může tyto pomůcky předepsat i ona sama (24). Sestry pacienta poučí, kde je nejvhodnější si dané pomůcky vyzvednout (14).

1.7.2.1 Stomické pomůcky

V současné době se na výrobu těchto pomůcek zaměřuje několik firem. Zabývají se produkcí jak jednodílného tak dvojdílného systému. Výpustné i uzavřené sáčky mohou být použity u obou systémů. Výhodou výpustných sáčků je možnost uzavěru na suchý zip či pomocí speciálně upravené svorky. Součástí sáčku může a nemusí být filtr, někdy je výhodné použití sáčků průhledných, jindy postačí neprůhledné. Nyní je na trhu k dispozici speciálně upravená podložka, která dokonale přilne ke kůži, dokáže se tvarově a velikostně přizpůsobit stomii (51).

Základní typy stomických systémů jsou jednodílná stomická pomůcka, která je tvořena adhezivní částí a jímacím sáčkem, které společně tvoří jeden celek. Jsou určeny především pro kolostomiky, u kterých obvykle stolice odchází pravidelně. Nevylučuje se ale jejich použití ani u pacientů s ileostomií či urostomií (42). Výhodou této pomůcky je, že není vidět na těle pacienta. Pokud ale potřebujeme pomůcku vyměnit, je nutné odstranit společně se sáčkem i podložku, která je fixována ke kůži a poté opět nalepit novou podložku se sáčkem (51).

Dvojdílná stomická pomůcka je tvořena podložkou, která může být ponechána na kůži po dobu 3 až 5 dnů (samozřejmě s ohledem na aktuální stav). K podložce lze díky jednoduchému mechanismu připojit jímací sáček, který je možné dle potřeby vypustit (vhodné hlavně u ileostomie). Součástí jak jednodílného tak dvojdílného systému může být pachový filtr. V dnešní době se často spojují výhody obou systémů,

používá se dvojdílný systém, který se nalepí a díky tomu odpadá spojování pomocí kroužků (42).

Občas slyšíme, že jde o takzvaný systém s adhezivní technologií, tento systém zaručuje diskrétnost, je doporučován především méně zručným pacientům a dále těm, kterým velmi často odchází ze stomie stolice (51).

Dále je vhodné zmínit irigační soupravu, jejíž součástí jsou minisáčky nebo zátky na stomii (zejména zátky je vhodné používat jen při výjimečných příležitostech). Opomenuty nesmí být i speciálně upravené části oděvu určené výhradně pro stomické pacienty (42).

Použití stomické kosmetiky je individuální dle aktuálních potřeb a zvyklostí pacienta, mnohdy má podstatnou úlohu při řešení nejrůznějších komplikací. Ochranných filmů je v současnosti k dispozici celá řada. Jejich účinek spočívá hlavně ve vytvoření ochranné vrstvy a tím se zvyšuje odolnost kůže. Používá se při řešení drobných kožních problémů (24).

Čistící roztok je potřebný při odstraňování zbytků podložky z kožního povrchu nebo k odstranění hlenu, který by jinak zůstal na kůži a znemožňoval by dokonalé přilnutí podložky ke kůži. Je vhodná kombinace roztoku s vlažnou vodou a mýdlem. Po použití je kůže utřena dosucha pomocí toaletního papíru nebo ubrousků (24, 34, 36).

Na trhu jsou dostupné nejrůznější druhy ochranných krémů. Krém je určen k regeneraci kůže pod podložkou, která je vystavována zvýšené námaze. Krém zvláčňuje a vyživuje kůži v okolí stomie (36).

Ochranná pasta díky své lepivosti slouží k vyrovnání kožního povrchu pod podložkou. V počátcích sestra pomůže pacientovi vytvarovat nanesenou pastu vlhkým prstem, necháme ji lehce zaschnout a poté na ni přiložíme podložku. Adhezivní pasta je určena na defektní kůži pod podložkou, neboť má zklidňující účinky. Slouží k utěsnění prostoru mezi stomií a podložkou (24).

Pohlcovač zápachu je určen k neutralizaci zápachu, je buď ve formě spraye nebo zásypu. Spray je určen k aplikaci do ovzduší, na potřísněná místa, ale i do stomického sáčku (24).

1.7.2.2 Specifika ošetrovatelské péče u jednotlivých typů stomií

Gastrostomie, která patří mezi výživové stomie, má řadu výhod, je levná, bezpečná, je preferovaná jak ošetrovatelským personálem, tak samotnými pacienty. Převaz PEG se obvykle provádí 2. den po jejím zavedení a dále dle aktuální potřeby. Pokud nedochází k sekreci v okolí místa vpichu, nemusí být podkládána mulovými čtverci. V prvních dnech po zavedení kontrolujeme přitažení PEG a provádíme očištění místa vpichu. Sestry aplikují stravu do žaludku bolusy, pokud je zavedena sonda až do oblasti tenkého střeva, používáme kontinuální aplikaci výživy. Podání výživy bolusem, by mělo být omezeno na dobu 15-20 minut. Po podání výživy následuje propláchnutí sondy čajem či převařenou vodou (nejméně 60 ml), poté sondu uzavřeme. U pacientů s PEG jsou kladeny zvýšené nároky na péči o ústní a nosní dutinu. Zvýšenou pozornost je třeba věnovat aplikaci léků do PEG, před podáním musí být jemně rozdrceny a nesmí se podávat společně s nutričními preparáty (56).

U pacientů s ileostomií, která patří mezi derivační stomie, musí sestry velmi pečlivě hlídat celkovou bilanci tekutin. Pravidelně kontrolovat hladinu iontů, neboť u pacientů s tímto vývodem často dochází k problémům s hospodařením s minerálními látkami a s vodou (42). Sestry by měly mít na paměti, že z této stomie obsah střevní odchází nepřetržitě, je velmi tekutý a obsahuje velké množství trávicích šťáv, které mohou nepříjemně poleptat pokožku v okolí stomie. Obsah je zeleně zbarven, díky žlučovým barvivům (51).

Jelikož u ileostomií velmi často dochází ke kožním komplikacím, je vhodné doporučit pacientům použití dvojdílného systému s konvexní podložkou. Je zde nutné pravidelně provádět hygienu v okolí stomie a používat nejúčinnějších ochranných kosmetických prostředků k tomu určených. Sestry by měly včas odhalit, zda zvolený stomický systém vyhovuje. Pokud již dojde k iritaci kůže v okolí stomie, je již pozdě a znamená to vždy selhání ošetrovatelské péče nebo sebepéče pacientem. V dnešní době existují zahušťovací tablety (nejrůznějších názvů), které zahušťují řídký střevní obsah. Sestry pacienta poučí, jak se tableta aplikuje do stomického sáčku. Ileostomie se těžko ošetřuje pro neustálý odchod střevního obsahu, proto sestry, které tento vývod u pacientů opakovaně ošetřují, začaly zavádět při ošetřování menstruační tampon do

stomie. Toto umožní dokonalé ošetření okolí stomie a nalepení stomické pomůcky na opravdu suchou kůži. Samozřejmě po skončení ošetření nesmíme opomenout tampon vytáhnout do sáčku a pokud ošetřujeme dvojhlavňovou stomii, musíme menstruační tampon zavést vždy do přívodné kličky (36).

Kolostomie, jak bylo již zmíněno, je předem zakreslena stomasestrou nebo operujícím lékařem. Každá zkušená stomická sestra ví, že správně založená kolostomie musí mít zvýšenou manžetu 0,5-1 cm. Již v rámci předoperační péče je potřeba domluva stomasestry s operátorem a dle potřeby je vhodné zakreslit dvě varianty stomí (sigmoideostomie a transverzostomie nebo sigmoideostomie a ileostomie). Těsně po operaci je vhodnější použití výpustných, průhledných sáčků bez filtru. Sledujeme odchod plynů a stolice ze stomie. Zpočátku bývá odcházející stolice řídká, po několika dnech a celkové stabilizaci stavu pacienta již odchází kašovitá nebo formovaná stolice do nevýpustných sáčků obsahujících filtr. Odchod stolice je individuální, ale průměrně odchází 1-3krát za den. Nevýpustné sáčky nejsou určeny pro opakované použití. Při ošetřování transverzostomie se sestry potýkají s celou řadou komplikací, které souvisejí s jejím umístěním, díky kterému obtížně přilne stomická pomůcka ke kůži. Sigmoideostomie je nejčastější druh stomie zakládáný na tlustém střevě, který může být vytvořen trvale nebo dočasně. Na těle pacienta ji nalezneme v levém hypogastriu. U stomie axiální-dvouhlavňová si sestry při každé manipulaci musí předem ověřit, zda se jedná o přívodnou nebo odvodnou kličku. Pacient musí být předem poučen, že i když má zavedený střevní vývod, může mu konečníkem odcházet nepatrné množství stolice (24,36).

Urostomie je nejméně častým typem stomie. Její ošetřování je náročnější, než péče o kolostomii nebo ileostomii. Je zde nutná častější výměna stomických pomůcek, protože hrozí velké nebezpečí šíření infekce, která by mohla vážně poškodit ledviny. Okolní pokožka musí zůstat neporušená (4). Rozdíl spočívá také v tom, že urostomie je uměle vytvořena z části tenkého střeva, do kterého jsou vyvedeny močovody, dochází zde k neustálé tvorbě hlenu. Moč může rychle poškodit kůži v okolí stomie díky svému složení. Moč ze stomie odtéká nepřetržitě. Při ošetřování je zapotřebí dostatečná zručnost (36).

U ureteroileostomie je předoperační příprava obdobná jako u střevního vývodu. Nemocní jsou na urologické pracoviště přijímáni dva dny před plánovaným výkonem. Musí být dokonale vyprázdněno střevo. Budoucí urostomik je předoperačně edukován. Na některých pracovištích je využívána takzvaná předoperační aplikace fantomu ureteroileostomie, jde o stomickou destičku s imitací prolabující kličky ilea. Aplikace této destičky již před operací snižuje psychické trauma po provedeném operačním výkonu (22).

Pacient je po výkonu převezen na jednotku intenzivní péče, kde mu sestry poskytují kvalifikovanou ošetrovatelskou péči. Ve stomii se po operaci ponechávají ureterální cévky, které jsou zavedeny přes střevní anastomózu močovodem až do dutého systému ledvin. Tyto cévky odvádějí moč z oblasti nad anastomózou, tedy z horních močových cest. K zajištění derivace moče těsně po operaci, je rovněž ponechána močová cévka ve stomii (5).

V pooperační péči sestry obvykle aplikují dle ordinace lékaře pacientovi některé ze širokospektrých antibiotik, kontrolují výdej ze založených katétrů a drénů, ve stanovených intervalech provádějí odběry krve – krevní obraz, iontogram, pro kontrolu funkce ledvin ureu, kreatinin, Astrupa. Po operaci je nutná kontrola ledvin ultrazvukem, zda nedochází k městnání. V prvních čtyřech dnech po výkonu nemocný zkouší pít pouze čaj a má intravenózní výživu. Poté postupně přechází na bujón, kaši a normální stravu. Přijímání potravy závisí na rychlosti obnovení střevní pasáže, kterou sestry u nemocného pravidelně kontrolují. Obvykle 3. až 5. den po operaci sestry pacientovi odstraňují nosogastrickou sondu. Stomická cévka a ureterální cévky bývají při nekomplikovaném průběhu odstraněny 10. až 14. den po operaci (4, 5, 43, 44, 45).

Před odchodem do domácího ošetřování zná pacient termín ambulantní kontroly, při které je mu provedeno kontrolní vyšetření krve (Astrup, biochemie) a ultrazvukem jsou mu prohlédnuty horní močové cesty, kde může být urologem odhaleno případné městnání. Většina těchto pacientů musí podstoupit onkologickou léčbu (5).

Pooperační edukace pacienta sehrává významnou roli. I když obvykle nebývá výměna urostomického sáčku pro pacienty příliš náročná, většina z nich má obavy z nepřetržitého odchodu moče. Je pro ně velmi těžké udržet dokonale suché okolí

stomie. Sestra mu dle vlastních zkušeností poradí, že je vhodná výměna pomůcky v ranních hodinách, neboť v nočních hodinách pacient nepřijme takové množství tekutin množství moče (36, 43).

1.7.2.3 Komplikace stomií

Komplikace rozdělujeme na ty, které se vyskytují v časném pooperačním období a ty, ke kterým dochází s odstupem. Mezi časně komplikace řadíme i chybné uložení stomie, k této velmi podstatné chybě dochází zejména na pracovištích, kde není k dispozici vyškolená stomasetra, která zajistí předoperačně u pacienta zkoušku stomické pomůcky. Tímto je postižen především pacient, u kterého nedokáže stomický systém přilnout dostatečně ke kůži, což vede ke zhoršení kvality jeho života a někdy je dokonce nutná reoperace (42). Někdy k této komplikaci dochází u akutně operovaných pacientů, u kterých nebylo možné předoperačně zakreslit stomii (52).

Při krvácení ze stomie je za normální považováno nepatrné krvácení z okrajů stomie těsně po provedeném operačním výkonu. Musíme mít na paměti, že může dojít ke krvácení ze střeva, díky mechanické manipulaci během operace nebo může krvácet poškozená céva. Zde se uplatňuje využití průhledného sáčku v raném pooperačním období, který umožňuje sestřám průběžnou kontrolu odcházejícího střevního obsahu a včasné odhalení většího množství krve, kdy sestry musí urgentně kontaktovat lékaře, který indikuje provedení pooperační revize (24, 52).

Nekróza okraje stomie je zapříčiněna nedostatečným krevním zásobením tkáně, ke kterému dochází díky malému otvoru v kůži či otoku. Dochází k povlečení stomie a k jejímu uvolnění od kůže. Poté, co lékař obdrží od sester informaci o vzniklé komplikaci, rozhodne se pro konzervativní nebo operační postup. Pro konzervativní postup se rozhodne v případě, kdy střevo drží na fascii. Povinností sester je stomii denně kontrolovat a sprchovat. V případě, kdy střevo zapadá do břišní dutiny a je uvolněné, nastupuje operátor, který vzniklý problém napraví další operací (52).

Otok stomie je následkem manipulace operátora se střevem. Těsně po operaci je malý otok obvyklý u každé stomie, většinou spontánně odezní. Pokud dojde k nárůstu

otoku či jeho přetrvávání, řeší se konzervativně a je vhodné přiložení chladných obkladů (52).

Pokud dojde k parastomální abscesu je nutná derivace vzniklého abscesu. Po derivaci abscesu je obtížné nalepení sáčku, proto je doporučováno používat flexibilní stomickou pomůcku, mající větší lepící plochu. Dochází zde k podtékání tekutiny tvořící absces pod podložku, proto sestry musí zvýšeně pečovat o kůži a chránit ji před iritací (52).

K časně dehiscenci většinou dochází v brzkém pooperačním období. Může jí předcházet nekrotické střevo z důvodu přerušení výživy již při zakládání stomie. Nedobré hojení stomie obvykle vede k úplné či částečné dehiscenci a následné stenóze (16).

Časná retrakce není příliš častá. Je obvykle následkem urgentního výkonu (52).

U kožních komplikací je nutné odlišit, zda jde o maceraci a iritaci kůže nebo u nemocného došlo k alergické reakci na stomickou pomůcku či vzniku kontaktní dermatitidy. Již bylo zmíněno, že je předoperačně vhodné provedení alergického testu. Pokud ale reakci nepředejdeme, snažíme se o změnu pomůcky. U macerované kůže použijeme vhodnou stomickou kosmetiku a zvýšeně pečujeme o poškozenou kůži (52, 24).

Mezi pozdní komplikace řadíme výhřez (prolaps) stomie, což je velmi častá komplikace hlavně u pacientů s axiální transverzostomií. Někdy můžeme slyšet termín „kladívkový prolaps“, ke kterému dochází nejčastěji u dvojhlavňové stomie, kdy může dojít k výhřezu jedné nebo i obou hlavní a vyhřezlé střevo může dosahovat délky desítek centimetrů. K prolapsu často dochází při opakovaném zvyšování nitrobřišního tlaku (kašel), při špatné fixaci střeva nebo pokud je pro stomii vytvořen příliš velký otvor v břišní stěně. Často tato komplikace zhoršuje kvalitu života pacienta a ten musí podstoupit další operaci, která napraví vzniklou komplikaci (21). Pokud sestry ošetřují pacienta s touto komplikací, volí raději použití flexibilní stomické pomůcky a podložku s dostatečně velkou lepící plochou a je vhodnější použití výpustných sáčků, které je možné průběžně vyprazdňovat. Sestry musí při výměně sáčku manipulovat s vyhřezlým střevem velmi šetrně, neboť hrozí jeho mechanické poškození. Je vhodnější, aby

pacientovi při výměně sáčku vždy asistovala druhá osoba a výměna byla prováděna raději vleže, protože ve stoje je to v tomto případě mnohem náročnější. Abychom odstranili nečistoty z povrchu střeva, je vhodné jej opakovaně sprchovat. Zvýšeně dbáme o kůži v okolí stomie, vleže se zčásti reponuje střevo zpět do dutin břišní, vestoje nesmíme nikdy tlačit střevo zpět do břicha násilím. U některých pacientů není bohužel možná operační náprava (52).

Krvácení ze stomie může mít celkovou nebo místní příčinu. Mezi celkové příčiny patří dlouhodobé používání antikoagulace či porucha a krevní srážlivosti. Mezi lokální řadíme zánět nebo nádor. U mnoha pacientů lékaři po příčině pátrají a pacient musí být obvykle komplexně do vyšetřen (16, 24, 52).

Vzniklé výrůstky ve stomii je vždy nutné konzultovat s lékařem, neboť často může jít o generalizaci karcinomu (16).

Píštěl v okolí stomie způsobuje špatné přilnutí pomůcky ke kůži a tím nastávají další nepříjemnosti, dochází ke vnikání stolice pod podložku a k následnému poškození. Sestry se snaží vzniklou komplikaci řešit výběrem co nejvhodnějších pomůcek (52).

Parastomální kýla patří mezi nejčastěji vzniklou komplikaci, ke které dochází následkem oslabení břišních svalů v okolí stomie. Pozorujeme, že vyklenutí v okolí stomie se postupně zvětšuje. U menších kýl doporučíme pacientům nošení břišního pásu. Operační výkon v této oblasti je vždy velmi rizikový, neboť je operační rána v infekčním prostředí a její zhojení je nesnadné. Ošetřování takovéto stomie je komplikováno vyklenutím, na kterém nedostatečně drží i flexibilní stomická pomůcka (24, 52).

Při retrakci jde o vpáčení stomie, které bývá často doprovázeno i stenózou. K vyřešení tohoto problému je nutno podstoupit další operační výkon. V minulosti byla péče o tyto pacienty velmi obtížná, nyní díky dostupným konvexním podložkám je tato situace lépe zvládnána. Přestože zvýšeně pečujeme o kůži v okolí stomie a pod podložkou, často se nevyhneme kožním komplikacím, které zapříčiňuje podtékající stolice (16, 52).

Při zúžení (stenóze) stomie vzniká nepoměr mezi otvorem ve stěně břišní a samotným průměrem střeva. U pacienta dochází k městnání stolice před zúžením,

bolestem břicha, poruchám střevní pasáže. Stomická sestra poučí pacienta o nutnosti provádění dilatace prstem a to minimálně jednou denně po dobu nejméně 15 minut. Pacientovi je rovněž doporučen dostatečný příjem tekutin a úprava jídelníčku. Někdy dojde k úplnému uzavření stomie nebo k velmi těsné stenóze, kdy je nutný urgentní chirurgický výkon (52).

Po vzniku pozdní dermatitidy se snažíme nalézt příčinu alergické reakce na danou stomickou pomůcku nebo kosmetiku. Pacientovi je doporučena návštěva kožního lékaře. Sestry by měly jak u hospitalizovaných pacientů, tak u pacientů ve stomaporadně nevhodnou kožní reakci vždy v čas rozpoznat a adekvátně zareagovat. Macerace kůže je vůbec nejčastější komplikací, vyskytující se především u urostomiků, ileostomiků, eventuelně u kolostomiků s průjmovitou stolicí. V mnoha případech jí můžeme předejít vhodným přiložením stomické pomůcky, vystřiženým otvorem, který bude jak velikostně, tak tvarově odpovídat stomii. Macerace bývá úspěšně zhojena, dlouhodobým použitím stomických past (16, 24).

1.7.3 Ambulantní péče

Ambulantní sledování pacienta se stomií je pravidelné. První kontrola je obvykle týden po propuštění, poté za měsíc, za tři měsíce a dále další každé tři měsíce. Jsou samozřejmě umožněny i kontroly dle stavu pacienta po telefonické domluvě. Při každé kontrole by měla sestra po odstranění stomického sáčku zkontrolovat stomii, její průchodnost, zhodnotit stav okolní kůže, dle potřeby řešit vzniklé komplikace (36, 38).

V současné době mnoho stomických sester využívá DET skóre, jde o standardizovaný nástroj, pomocí kterého stomická sestra v poradně hodnotí stav kůže v okolí stomie. Toto hodnocení je možné použít u jakékoliv stomie a při použití různých stomických pomůcek. Zahrnuje tři základní oblasti, mezi něž patří barva kůže, její poškození a nadměrný růst okolní tkáně. Součtem těchto tří oblastí získáme celkové bodové hodnocení. Díky tomuto hodnocení můžeme pozorovat vývoj komplikace a zjišťovat její zlepšení či zhoršení za určitý časový úsek. Tato pomůcka člení kožní komplikace dle jejich příčiny. Sestra nejprve zhodnotí stav peristomální kůže dle třech hlavních bodů, poté zhodnotí velikost a závažnost postiženého místa. Maximální možný

počet získaných bodů je 15. Mnoha sestřám se může použití tohoto hodnocení zdát v praxi velmi komplikované, jde ale o omyl, neboť kdo s tímto hodnocením pracuje, ví, že jde o jednoduchou a výbornou pomůcku, která umožňuje zlepšení komunikace mezi profesionály a zkracuje čas potřebný k vyšetření kožní komplikace (31). Je zapotřebí vše řádně zaznamenat, eventuelně pořídit fotodokumentaci a provést evidenci preskripce pomůcek (36).

Pacient před propuštěním obdržel mnoho informací, které napoprvé nemohl pojmout, proto je úkolem stomasestry vše potřebné zopakovat, odpovídat na dotazy, případně řešit problémy a komplikace (38).

Sestra zjistí, jak je pacient spokojen s pomůckami (lze je předepsat na dobu 3 měsíců), ale doporučí čerpání menšího množství z důvodu eventuelní změny typu pomůcek. Pacient je zde informován, kde všude může sehnat stomické pomůcky, o možnosti objednání zásilkovou službou. Sestra poskytne podrobnější informace o klubech stomiků, dobrovolných sdruženích, časopisech pro stomiky, internetových stránkách a dle přání pacient obdrží potřebný kontakt (14).

Stomická sestra může nemocnému doporučit lázeňskou terapii nebo rekondiční pobyt. Pacient je dotazován na způsob stravování, sestra mu může doporučit návštěvu nutričního terapeuta. Informuje jej například i o oděvních doplňcích, které jsou speciálně určeny pro stomiky (42).

Stomaporadna vydává poukazy na stomické pomůcky, kontroluje dodržování limitů, informuje o možnostech, pokud pacientovi hrozí překročení daného limitu (11).

1.7.3.1 Zásady výživy u pacientů se stomií

Strava má svá specifika dle konkrétního operačního výkonu. Jedním z prvořadých úkolů je najít pro pacienta co nejoptimálnější způsob výživy, který bude svým složením napomáhat léčbě základního onemocnění a nebude způsobovat funkční obtíže s ohledem na stomii. V současnosti se považuje za velmi vhodné spolupracovat s nutričními terapeuty, kteří se spolupodílejí na edukaci a reedukaci pacienta (18).

Nutriční terapeut poučí pacienta o vhodném složení stravy, pravidelně sleduje příjem kalorií, minerálů, vitamínů a hlavních živin. Společně s ošetřujícím personálem

a lékařem stanoví odpovídající perorální, enterální či parenterální příjem. Mnohdy odchází pacient z nemocnice nedostatečně poučen, stravuje se příliš jednostranně, což může vést k celé řadě komplikací nebo dokonce podvýživě (2).

Mnoho pacientů se obává přijmout potravu, protože se obávají nutnosti následného vyprázdnění. Pacienta musíme poučit, že nedostatečný příjem tekutin a potravy vede nejen k úbytku hmotnosti, ale i k obstipaci. V raném pooperačním období je obvykle dieta v tekuté formě, kterou nemůžeme považovat za plnohodnotnou, ale snažíme se o postupné rozšiřování pacientova jídelníčku, především o lehce stravitelné potraviny (18).

Pacient s kolostomií by se měl snažit stravovat v domácím prostředí pravidelně, je vhodné dodržovat zásady diety bezezbytkové, mechanicky šetřící, dále je vhodná chemicky šetřící strava s vyloučením dráždivých ovocných kyselin (marková). Bohatší by měla být hlavně snídaně a oběd. Musí dbát na dostatečný a rovnoměrný příjem tekutin, měl by přijmout okolo dvou litrů denně (18). Po odnětí tlustého střeva je pacient ohrožen dehydratací, která je zapříčiněna ztrátou vody (42). V jídle není nutné se příliš omezovat, ty potraviny, které pacient snášel dobře před operací, bude s největší pravděpodobností tolerovat i nyní. Je vhodné se vyvarovat nadměrnému příjmu bílkovin, které způsobují větší tuhost stolice. Samozřejmě by se měl raději vyvarovat nadměrně tučným jídlům, cereáliím, luštěninám (18).

Pacient s ileostomií má při založení této stomie z činnosti vyřazeno tlusté střevo, jehož funkcí je vstřebávat vodu, odcházející stolice je řídká. Hlavně v raném pooperačním období může pacient odcházející řídkou stolicí ztrácet velké množství vody a minerálních látek. V tomto období se o pacientův stav vnitřního prostředí stará lékař a sestra. Postupně se pacient stává mobilnějším, začíná přijímat potravu ústy a hustotu stolice můžeme ovlivnit podáním medikamentů, což značně přispívá ke zlepšení pacientova pohodlí. Problém se stavem vnitřního prostředí může nastat, pokud je pacient propuštěn do domácí péče. Vhodným složením diety bychom se měli snažit o zahuštění stolice, rozhodně ale nesmí dojít k odvodnění organismu pacienta. Přijímaná potrava by měla být vydatná, chutná, kaloricky odpovídající, pokrmy by neměly být příliš tučné, kořeněné. Pacient by měl vypít alespoň 2 litry tekutin denně, důležitý je

dostatečný přísun minerálů a vitamínů. K zahuštění stolice je často doporučována například rýže, banány či těstoviny. Mezi poživatiny, které jsou nedoporučovány, řadíme hlavně peckoviny, zelí, kapustu, luštěniny, čerstvé pečivo a podobně. Každý pacient by si měl postupně najít své vhodné stravovací návyky, protože vzniklé obtíže mohou být individuální. Strava by měla být pravidelná, častější a v menších porcích. Je třeba předejít hladovění, které vede k nadměrné tvorbě střevních plynů. Večeře by měla být málo vydatná a brzká (15).

U urostomiků není obvykle nutné dodržovat speciální dietní opatření, je nutné se vyvarovat většímu váhovému příbytku. Je potřeba dohlížet na dostatečný příjem tekutin (denně minimálně 2,5 litru). Doporučuje se pití kyselých nápojů nebo užívání C vitamínu, které pomáhá udržovat kyselou moč, čímž předcházíme tvorbě ledvinných kamenů a vzniku močové infekce. Mezi vhodné nápoje patří například citrónová voda, brusinkový džus, doporučeno je i požívání brusinek, neboť je prokázán pozitivní účinek brusinkové šťávy, který snižuje tvorbu stomického sekretu a působí preventivně proti infekci a tvorbě močových kamenů. Za nevhodné jsou považovány destiláty a černá káva. Pacient by měl být také poučen, že zápach a barva moče souvisí s charakterem přijaté potravy (36).

Mezi nejčastější obtíže při nevhodně zvolené stravě patří průjem, který může vést k dehydrataci a ztrátě potřebných minerálů, hlavně sodíku, draslíku a hořčíku. Je potřeba zvýšit denní příjem tekutin a stravu doplnit například o rýžový či mrkvový vývar, banány, čokoládu. Aby stomik předešel plynatosti, je zapotřebí jíst v pravidelných intervalech, nehladovět, při jídle nadměrně nemluvit (mluvení způsobuje nadměrné polykání vzduchu). Vyhnout se hlavně aromatické zelenině, košťálovinám, čerstvému pečivu, perlivým nápojům. Doporučovány bývají mléčné výrobky (podmáslí, jogurty). Zácpa není příliš častá. Doporučováno je pití dostatečného množství tekutin, hlavně ovocných šťáv. Zápach je velmi ovlivněn složením stravy. K tvorbě zapáchajících plynů dochází zejména po požití masa, košťálové a aromatické zeleniny, koření, vajec. Naopak tlumivě působí hlávkový salát, petržel, špenát, některé mléčné výrobky a brusinky. K obstrukce dochází při požívání potravin, které jsou obtížně stravitelné. Velmi obtížně jsou tráveny například slupky z ovoce, syrové zelí, jádra,

sušené ovoce. Je vhodné tyto potraviny ze stravy zcela vyloučit. Stomická sestra při pravidelných kontrolách konzultuje s pacientem jeho jídelníček. Doporučí mu, aby si zaznamenával, jaké potraviny během dne přijme, dle tohoto pacient může odhalit nevyhovující potraviny. Sestra se ho dále dotazuje jaká je frekvence vyprazdňování, konzistence stolice, množství moče, případně nepříjemné pocity či dokonce bolest po jídle. Normalizace stolice je individuální u někoho se upravuje během několika týdnů, u někoho i několik měsíců (18).

1.7.3.2 Syndrom krátkého střeva

Pod tímto termínem si můžeme představit soubor příznaků, ke kterým dochází při odebrání větší části střeva. Resekované střevo má nedostačující absorpční plochu. Pokud je ponechané střevo kratší než 2 metry, dochází obvykle ke značným nutričním komplikacím, které nazýváme pojmem „syndrom krátkého střeva“. Pokud je pacient po resekci prakticky celého jejunum, nemá to pro něj takové nepříznivé metabolické důsledky jako při ztrátě ilea. Ileum je nezbytné pro absorpci vitamínu B12 a konjugovaných žlučových solí. Důsledkem toho dochází k malabsorpci. Zhoršená resorpce iontů a vody v tlustém střevě je způsobena nedostatečnou absorpcí žlučových solí. Stav vodní a minerální rovnováhy je po resekci ilea velmi závislý na funkčním a anatomickém stavu tlustého střeva. Pokud je při operačním výkonu nutné odstranění tlustého střeva s částí ilea, pacient je ohrožen minerálním rozvratem a hypovolémií. U těchto nemocných dochází i k rychlejšímu vyprazdňování žaludku a zvýšené střevní sekreci. V první fázi jsou pacienti vitálně ohroženi, vedle nutriční léčby je nutná i aplikace medikamentů. Sestry aplikují léky tlumící peristaltiku a v perorální či intravenózní formě blokátory H₂ receptorů, které snižují ztrátu minerálů a tekutin, díky omezení žaludeční sekrece. V časném pooperačním období se u pacientů s tímto syndromem nevyhneme aplikaci úplné parenterální výživy. Ztráty hlavně z jejunostomie bývají značné a je nutná dostatečná náhrada vody a minerálů. Pro adaptaci zbylé části střeva je vhodné i v časném pooperačním období zajistit malý příjem vhodných enterálních přípravků (57). Bývají různě ochuceny a jsou nazývány sipping. Na trhu je k dispozici celá řada těchto přípravků (42).

1.7.3.3 Možnost irigace (výplachu střeva)

Irigace může být prováděna u kolostomiků, nejvhodnější je ale její provádění u pacientů se sigmoidenostomií. Jde o očistné klyzma, které vyprázdní tlusté střevo na dobu 2-3 hodin. Po uplynutí tohoto časového úseku je nutné výkon opět opakovat. Výhoda pro nemocné je hlavně v tom, že po dobu dokonalého vyprázdnění střeva není nutné používat klasický stomický sáček, ale postačí jen minisáček, zátka, krytka nebo hydrokoloidní rouška. Irigace trvá okolo 1 hodiny. Může se začít provádět půl roku po operačním výkonu, je kontraindikovaná u pacientů se střevním prolapsem, parastomální kýlou, stenózou stomie, psychickým nebo fyzickým handicapem a podobně. Irigace je prováděna speciálně upravenou irigační soupravou, která je z větší části hrazena pojišťovnou. Irigační postup je následující nejprve naplníme irigační soupravu vlažnou vodou (na 1 kilogram váhy 15 mililitrů vody), odstraníme a zlikvidujeme použité stomické pomůcky, pečlivě očistíme a osušíme okolí stomie, nasadíme výpustný uzavřený rukávec a irigační konus na po směru vyhmatané střevo, po troškách vpouštíme vlažnou vodu do střeva, asi po dobu 15 minut, poté po zaštípnutí přívodné hadice zůstane konus ponechán ve stomii ještě na dobu 5 minut. Irigační sáček, ze kterého je voda vpouštěna do stomie, nesmí obsahovat vzduch a musí být umístěn alespoň 40 centimetrů nad úroveň stomie. Rukávec přidržíme nad podložní mísou nebo WC, vyjmeme konus irigátoru a začíná odchod stolice, trvající půl až jednu hodinu, při tom je doporučována lehká masáž břicha. Po odchodu veškeré stolice, pacient provede očistu stomie nebo se osprchuje, okolí osuší a nalepí minisáček, krytku, fólii nebo zátku, dle jeho individuálních potřeb. Nakonec provedeme úklid irigační soupravy (24, 41).

1.7.3.4 Kluby stomiků

Velmi často se setkáváme s názorem, že informace poskytnuté ve zdravotnickém zařízení jsou plnohodnotné a zcela dostačující, tak jednoduché to ale rozhodně není. Pacientovi chybí hlavně psychická podpora, praktické zkušenosti, informace o sociálním dopadu nově vzniklé situace. Jako výborná je hodnocena vzájemná spolupráce lékaře, stomasestry a ostatních sester, klubů stomiků a dobrovolných návštěvníků. Nyní u nás pracuje 16 takto zaměřených klubů, které jsou součástí

celostátního sdružení České Ilco. Tyto kluby se nacházejí po celé České republice, jejich činnost je zaměřena na vzájemnou spolupráci s partnerskými organizacemi, pořádají zdravotně-rekondiční pobyty pro své členy, snaží se o zajištění dostatečného množství pomůcek bez poplatku, spolupracují s ministerstvem zdravotnictví České republiky, organizují kulturní akce, společné výlety a zájezdy a v neposlední řadě přednášky stomických sester a lékařů. Velkým přínosem je činnost tak zvaných „návštěvníků“. Jedná se o speciálně proškolené dobrovolníky, kteří na vyžádání navštěvují pacienty obvykle v jejich domácím prostředí a snaží se jim pomoci překonat počáteční životní fázi se stomií, protože značná část pacientů vnímá stomii jako něco nepřekonatelného a mnohdy se uzavírají do sebe (20).

1.8 Kooperace, důvěra a soudržnost v pracovním týmu

O kooperaci hovoříme tehdy, pokud se obě spolupracující strany snaží docílit optimálního výsledku, jejich spolupráce je otevřená, upřímná a spolupracují spolu, nikoli proti sobě. Obě strany pro dosažení cíle přinášejí určitou oběť. Je nezbytně nutné si uvědomit, že i velmi dobří lidé, kteří jsou výborní ve svém oboru, dokáží sice mnoho, ale rozhodně ne všechno. V mnoha situacích jsou tyto jedinci odkázáni na spolupráci a nápady ostatních (29).

Spolupráce spočívá v postupné snaze dojít k určitým společným cílům při vynaložení úsilí všech členů týmu. Při spolupráci se uplatňují dva faktory. Vzájemná součinnost, kdy členové týmu nesou odpovědnost za výsledek jejich práce, na kterém se společně podílejí. Dále jde i o náročnější faktor a to efektivní koordinaci, při které je naplánovaná činnost plněna postupně, kdy například první část činnosti provádějí pouze někteří členové a ostatní na jejich práci navazují a vykonávají druhou část. Efektivní spolupráce v kolektivu je velmi obtížná, neboť každý člen má vlastní zkušenosti, názory, jiný pohled na svět a jiné očekávání. Pro docílení vzájemné důvěry v pracovním kolektivu je potřeba pochopit možnosti jednotlivých členů týmu, umět si přiznat chyby, otevřeně komunikovat, přinášet do kolektivu nové podstatné informace. I když jsou členové týmu jedinečná individua, je potřeba najít určitou společnou identitu.

Spokojený tým je ten, který je soudržný, efektivní, komunikující a pozitivně laděný (17).

1.8.1 Komunikace v týmu, charakter pracovního vztahu a spolupracovníka

Charakter komunikace a vzájemné vztahy uvnitř skupiny zdravotnických spolupracovníků, můžeme nazvat jakýmsi sociálně-psychologickým faktorem, který značně přispívá k celkové spokojenosti či nespokojenosti na pracovišti a ovlivňuje celkový pracovní výkon (3).

Mezi zásady, které mají své velké opodstatnění v pracovním vztahu patří především projevovat zájem o druhého, nepřehánět kritiku na jeho osobu, nechat jej v klidu dohovorit, kolegu nezavalovat příkazy, ale spíše jej požádat či instruovat. Umět uznat své vlastní pochybení, vžít se do situace druhého, umět včas pochválit a povzbudit, vyhnout se konfliktním situacím (12, 17).

Aby spolupracovník byl kvalitní součástí pracovního týmu, musí být motivován pro problémy, které jsou shodné pro celý pracovní tým, musí být dostatečně emočně inteligentní a racionální, nutná je jeho dostatečná kvalifikace a odborná kompetence. Najít takového jedince je mnohdy velmi obtížné. Každý člen určitého týmu má svůj vlastní osobní život mimo rámec pracovního týmu (12).

2 Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cíl 1 Zmapovat oblasti spolupráce směnných sester se stomickou sestrou na chirurgickém a neoperačním oddělení.

Cíl 2 Zjistit, zda směnné sestry z chirurgických oddělení spolupracují se stomickou sestrou efektivněji než směnné sestry z ostatních oddělení.

2.2 Hypotézy

H1 Směnné sestry pracující na chirurgickém oddělení spolupracují se stomickou sestrou efektivněji než směnné sestry z oddělení nechirurgického typu.

H2 Směnné sestry získávají od stomické sestry pravidelné informace týkající se novinek v dané problematice.

H3 Spolupráce směnných sester se stomickou je zahájena již v předoperačním období pacienta.

H4 Směnné sestry mají dostatek informací od stomické sestry, aby ji v době její nepřítomnosti mohly plnohodnotně zastoupit.

H5 Směnné sestry vyžadují informace od stomické sestry, týkající se správné manipulace se stomickými pomůckami.

3. Metodika

Pro výzkum byla použita metoda kvantitativního výzkumu, který byl uskutečněn pomocí anonymního dotazníku. Tento kvantitativní výzkum byl doplněn strukturovaným rozhovorem s jednou stomickou sestrou.

3.1 Použité metody

3.1.1 Metodika zpracování dotazníku

Pro sběr kvantitativních dat byl využit anonymní dotazník, který byl určen směnným sestrám z chirurgických a neoperačních oddělení.

Dotazník obsahoval celkem 30 otázek, ze kterých bylo 27 otázek uzavřených a 3 otázky polootevřené. V úvodu dotazníku byly identifikační otázky.

Z celkového počtu 30-ti otázek, bylo 25 otázek určeno směnným sestrám z neoperačních oddělení. Sestry z chirurgických oddělení odpovídaly na všech 30 otázkách.

Sběr kvantitativních dat pomocí dotazníku probíhal během měsíce března 2010. Získané údaje byly vypracovány v programu Microsoft Office Excel. Data byla zobrazena pomocí pruhových, válcových, koláčových grafů a tabulek. Data v pruhových grafech byla rozdělena pro chirurgická a neoperační oddělení. Data ve sloupcových grafech znázorňují výsledky ve všech nemocnicích. Data v koláčových grafech znázorňují výsledky v konkrétních nemocnicích. Některé grafy jsou doplněny souhrnnými tabulkami s daty společnými pro oba typy oddělení.

3.1.2 Metodika zpracování rozhovoru

Strukturovaný rozhovor obsahoval celkem 25 otázek. Proběhl v březnu 2010 a byl veden s jednou stomickou sestrou pro dokreslení celé problematiky.

3.2 Charakteristika cílového souboru pro sběr dat dotazníku

Do výzkumného šetření byly zahrnuty sestry ze 7 nemocnic Jihočeského kraje – Nemocnice České Budějovice a.s., Nemocnice Český Krumlov a.s., Nemocnice Jindřichův Hradec a.s., Nemocnice Písek a.s., Nemocnice Prachatice a.s., Nemocnice Strakonice a.s. , Nemocnice Tábor a.s. (abecedně seřazeno).

Pro vybrané grafy z kapitoly 4 byly pro identifikaci jednotlivých nemocnic použity zkratky (ČB, ČK, JH, PI, PR, ST, TA).

Výzkumný soubor tvoří směnné sestry z chirurgických a neoperačních oddělení. Celkem bylo rozdáno 320 dotazníků, zpět bylo navraceno 242 (75,6%). Pro neúplnost či nepřesnost bylo vyřazeno 22 dotazníků, tzn. že pro konečnou analýzu bylo použito 220 dotazníků (100%).

Směnným sestrám z chirurgických oddělení bylo rozdáno 160 dotazníků, stejný počet tedy 160 kusů byl rozdán i směnným sestrám z neoperačních oddělení. Navraceno bylo 120 (75,0%) a 122 (76,1%) kusů. Po vyřazení nepřesných a neúplných dotazníků bylo použito pro analýzu dat 111 a 109 kusů.

Celkově pro chirurgická a neoperační oddělení tvoří 100% konečný výzkumný soubor 220 dotazníků, pro sestry z chirurgických oddělení je 100% výzkumný soubor 111 dotazníků a pro sestry z neoperačních oddělení je to 109 dotazníků.

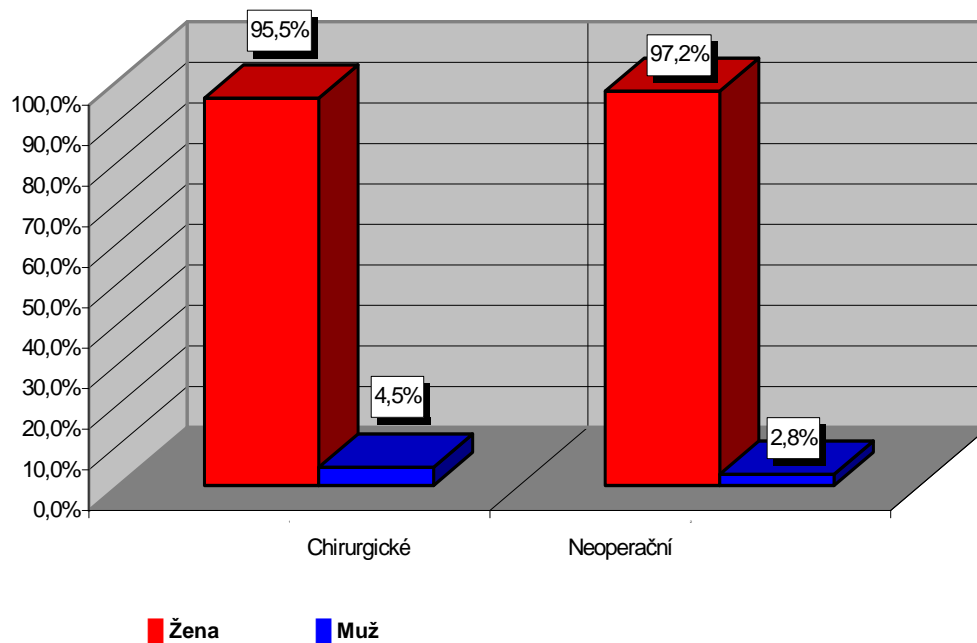
Tabulka 1 Počet rozdaných a navracených dotazníků

| Nemocnice | Chirurgické oddělení | | Neoperační oddělení | | Celkem v nemocnici | |
|-------------------|----------------------|------------|---------------------|------------|--------------------|------------|
| | Rozdáno | Navraceno | Rozdáno | Navraceno | Rozdáno | Navraceno |
| České Budějovice | 50 (31,3%) | 33 (27,5%) | 50 (31,3%) | 36 (29,5%) | 100 (31,3%) | 69 (28,5%) |
| Český Krumlov | 15 (9,4%) | 12 (10,0%) | 15 (9,4%) | 12 (9,8%) | 30 (9,4%) | 24 (10,0%) |
| Jindřichův Hradec | 15 (9,4%) | 10 (8,3%) | 15 (9,4%) | 13 (10,7%) | 30 (9,4%) | 23 (9,5%) |
| Písek | 20 (12,5%) | 16 (13,3%) | 20 (12,5%) | 18 (14,8%) | 40 (12,5%) | 34 (14,4%) |
| Prachatice | 20 (12,5%) | 19 (15,8%) | 20 (12,5%) | 14 (11,5%) | 40 (12,5%) | 33 (13,6%) |
| Strakonice | 20 (12,5%) | 15 (12,5%) | 20 (12,5%) | 14 (11,5%) | 40 (12,5%) | 29 (12,0%) |
| Tábor | 20 (12,5%) | 15 (12,5%) | 20 (12,5%) | 15 (12,3%) | 40 (12,5%) | 30 (12,4%) |
| | | | | | | |
| Celkem | 160 (100%) | 120 (100%) | 160 (100%) | 122 (100%) | 320 (100%) | 242 (100%) |

4 Výsledky

4.1 Výsledky dotazníku

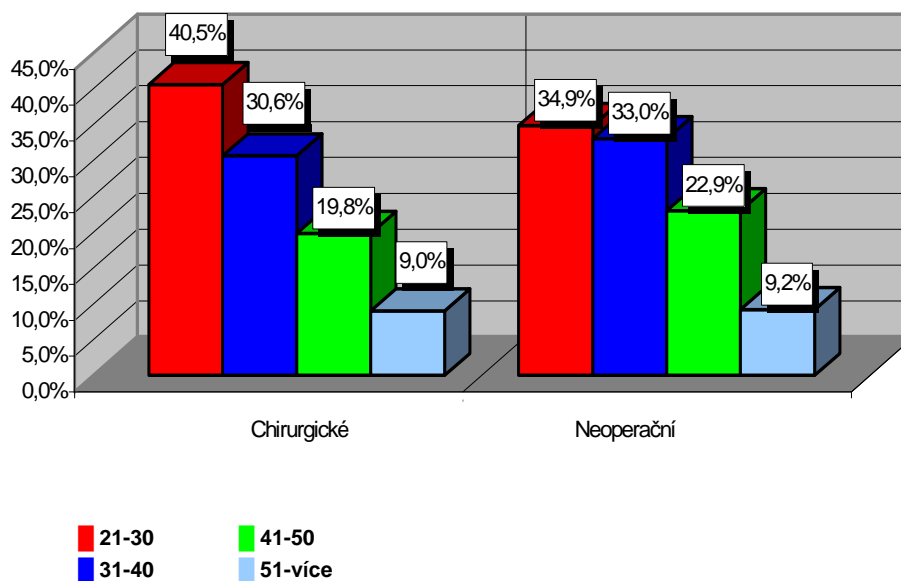
Graf 1 Pohlaví – komplexně



Výzkumný vzorek 111 (100%) směnných sester z chirurgických oddělení byl z hlediska pohlaví jejich členů zastoupen 106-ti (95,5%) ženami a 5 (4,5%) muži.

Výzkumný vzorek 109 (100%) směnných sester z neoperačních oddělení byl z hlediska pohlaví jejich členů zastoupen 106-ti (97,2%) ženami a 3 (2,8%) muži.

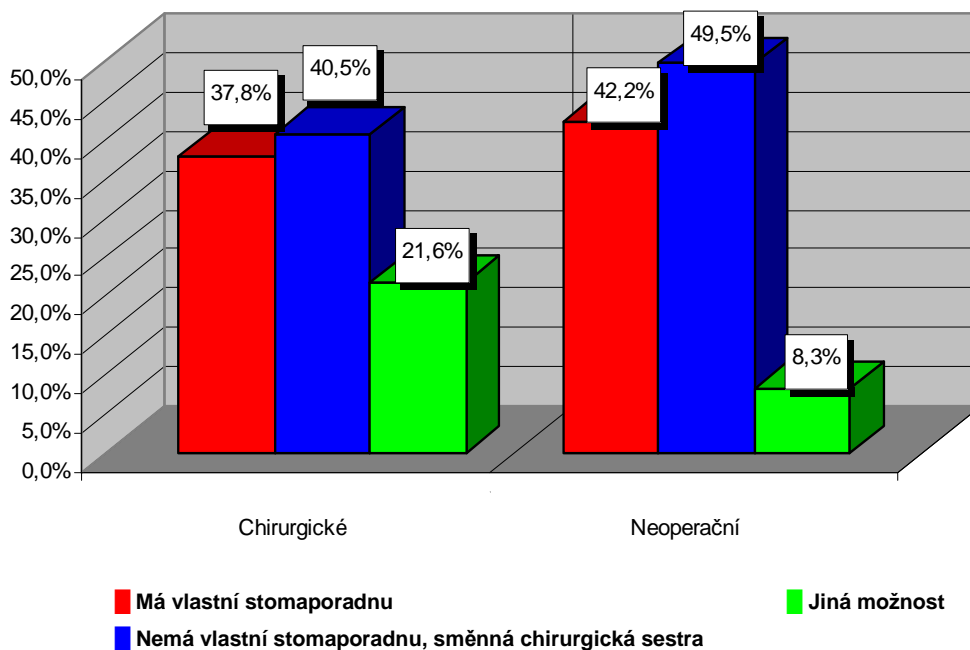
Graf 2 Věk – komplexně



Ze 111 (100%) chirurgických sester do věkové kategorie 21-30 let patřilo 45 (40,5%) sester, do kategorie 31-40 let spadalo 34 (30,6%), do kategorie 41-50 let spadalo 22 (19,8) sester a do kategorie 51 a více let spadalo pouze 10 (9,0%) sester.

Ze 109 (100%) sester z neoperačních oddělení do věkové kategorie 21-30 let spadalo 38 (34,9%) sester, do kategorie 31-40 let spadalo 36 (33,0%) sester, do kategorie 41-50 let spadalo 25 (22,9%) sester a do kategorie 51 a více let spadalo pouze 10 (9,2%) sester.

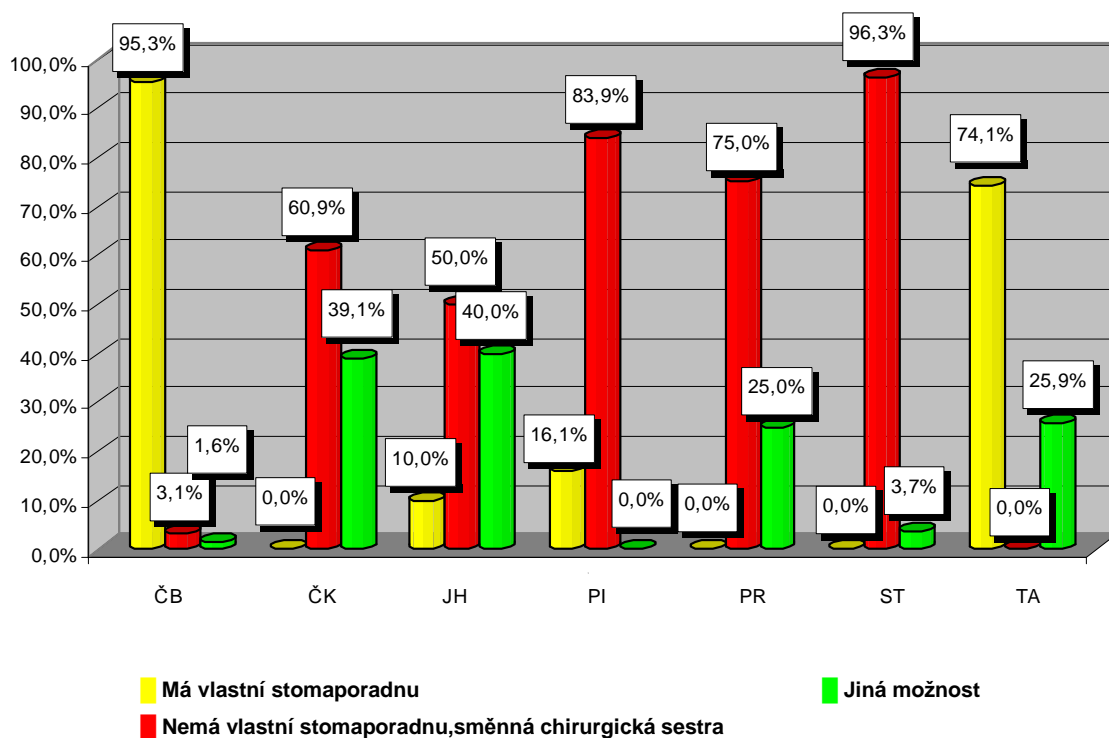
Graf 3 Stomaporadna s pevně stanovenými hodinami - komplexně



Na otázku zda má stomická sestra svou stomaporadnu s pevně stanovenými hodinami, či jde o směnnou sestru bez vlastní stomaporadny, odpovědělo z celkového počtu 111 (100%) chirurgických sester takto: 45 (40,5%) chirurgických směnných sester uvedlo, že jejich stomasestra je směnná chirurgická sestra bez vlastní stomaporadny, 45 (37,8%) uvedlo, že jejich stomasestra má vlastní stomaporadnu a 24 (21,6%) uvedlo jinou možnost.

109 (100%) směnných sester z neoperačních oddělení odpovídalo takto: 54 (49,5%) odpovědělo, že jejich stomasestra nemá vlastní stomaporadnu, jde o směnnou chirurgickou sestru, 46 (42,2%) uvedlo, že jejich stomasestra má vlastní stomaporadnu a 9 (8,3%) uvádí jinou možnost.

Graf 4 Stomaporadna s pevně stanovenými hodinami - detailně dle nemocnic (města), souhrnně chirurgické i neoperační oddělení.



Na tuto otázku se odpovědi sester z operačních a neoperačních oddělení v jednotlivých nemocnicích příliš nelišily, proto jsou údaje v grafu znázorněny souhrnně. Ze 64 (100%) sester z nemocnice České Budějovice jich 61 (95,3%) odpovědělo, že jejich stomasestra má vlastní stomaporadnu s pevně stanovenými hodinami, 2 (3,1%) uvedly, že nemá vlastní stomaporadnu, jde o směnnou chirurgickou sestru a 1 (1,6%) sestra uvedla jinou možnost. Celkem 23 (100%) sester českokrumlovské nemocnice odpovědělo takto: 14 (60,9%), sester uvedlo, že nemá stomaporadnu, jde o směnnou chirurgickou sestru a 9 (39,1%) uvedlo jinou možnost. V jindřichohradecké nemocnici z celkového počtu 20 (100%) sester odpovědělo 10 (50,0%), že jde o směnnou chirurgickou sestru bez stomaporadny a 8 (40,0%) sester uvedlo jinou možnost a 2 (10,0%) uvedly, že jejich stomasestra má vlastní stomaporadnu. Ze 31 (100%) sester v nemocnici Písek jich 26 (83,9%) uvedlo, že jde o

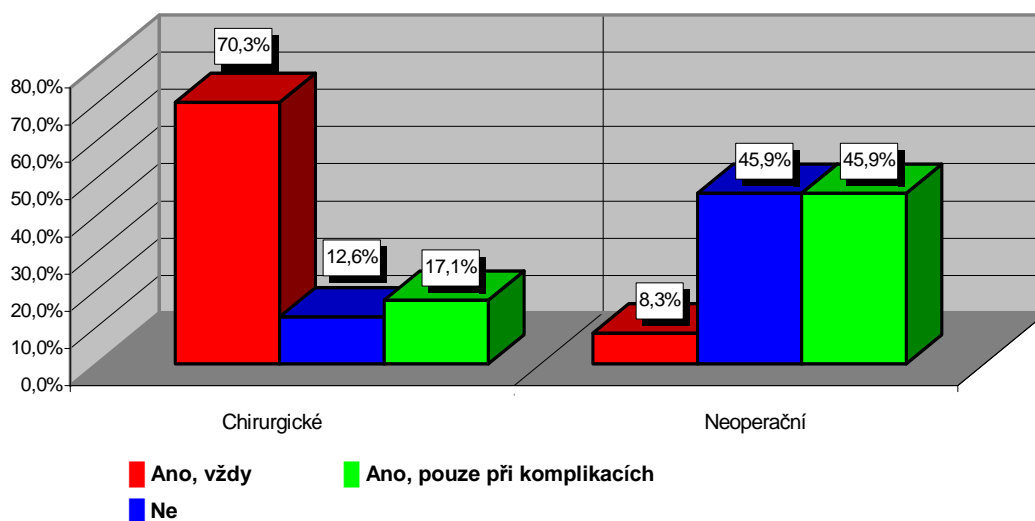
směnnou chirurgickou sestru, bez poradny a 5 (16,1%) odpovělo, že má vlastní stomaporadnu. Celkem 28 (100%) sester prachatické nemocnice odpovědělo následovně: 21 (75,0%) odpovědělo, že jde o směnnou chirurgickou sestru bez stomaporadny a 7 (25,0%) uvedlo jinou možnost. 27 (100%) sester v nemocnici Strakonice odpovědělo takto: 26 (96,3%) sester odpovědělo, že jde o směnovou chirurgickou sestru bez poradny a 1 (3,7%) uvádělo jinou možnost. V táborské nemocnici z celkového počtu 27 (100%) sester 20 (74,1%) odpovědělo, že jejich stomasestra má vlastní stomaporadnu s pevně stanovenými hodinami, 7 (25,9%) sester uvedlo jinou možnost.

Tabulka 2 ke grafu 5 (souhrnná data) Hlášení příchodu stomika stomasestře

| | Ano, vždy | Ne | Ano, pouze při komplikacích | Součet |
|-----------------------------------|-----------|-------|-----------------------------|--------|
| Chirurgické oddělení | 78 | 14 | 19 | 111 |
| Neoperační oddělení | 9 | 50 | 50 | 109 |
| Celkem – absolutní četnost | 87 | 64 | 69 | 220 |
| Celkem – relativní četnost | 39,5% | 29,1% | 31,4% | 100% |

Z celkového počtu 220 (100%) směnových sester 87 (39,1%) odpovědělo, že vždy hlásí příchod stomika stomasestře, 69 (31,4%) odpovědělo, že příchod stomika na jejich oddělení hlásí pouze při komplikacích a 64 (29,1%) uvedlo, že příchod stomika nehlásí.

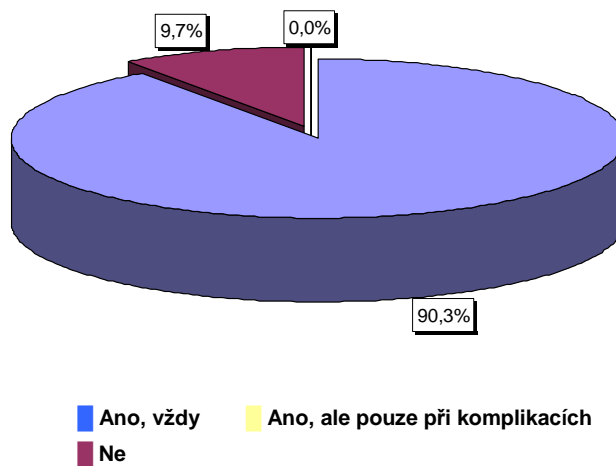
Graf 5 Hlášení příchodu stomasestře – komplexně



78 (70,3%) chirurgických směnných sester z celkového počtu 111 (100%) odpovědělo, že příchod stomika vždy hlásí stomasestře, 19 (17,1%) hlásí příchod stomika pouze při komplikacích a 14 (12,6%) příchod stomika nehlásí.

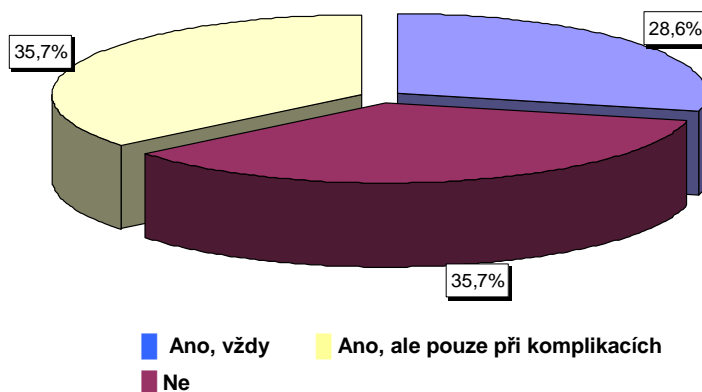
50 (45,9%) směnných sester z neoperačních oddělení z celkového počtu 109 (100%) říká, že příchod stomika stomasestře nehlásí, 46% (50) příchod stomika hlásí pouze při komplikacích a 9 (8,3%) sester hlásí příchod pacienta vždy.

Graf 6 Hlášení příchodu stomika stomasestře - Nemocnice České Budějovice a.s., chirurgická oddělení



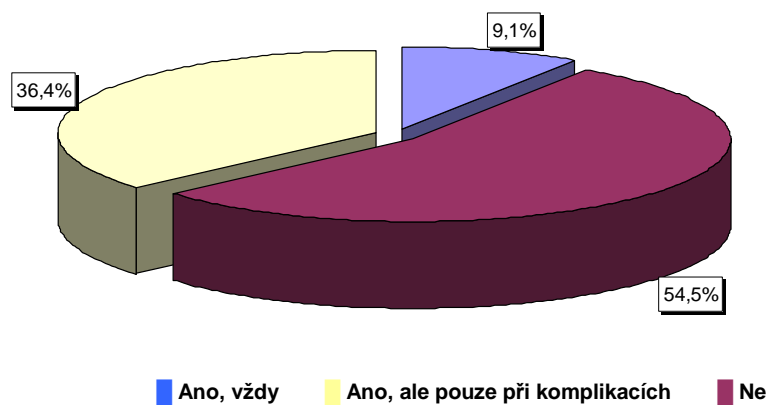
Z důvodu největších rozdílů byly znázorněny nemocnice České Budějovice (tento graf a graf 8) a nemocnice Tábor (viz níže grafy 7, 9). 31 (100%) chirurgických sester v nemocnici České Budějovice odpovědělo takto: příchod stomika hlásí vždy 28 (90,3%) a 3 (9,7%) příchod hlásí pouze při komplikacích.

Graf 7 Hlášení příchodu stomika stomasestře - Nemocnice Tábor a.s., chirurgická oddělení



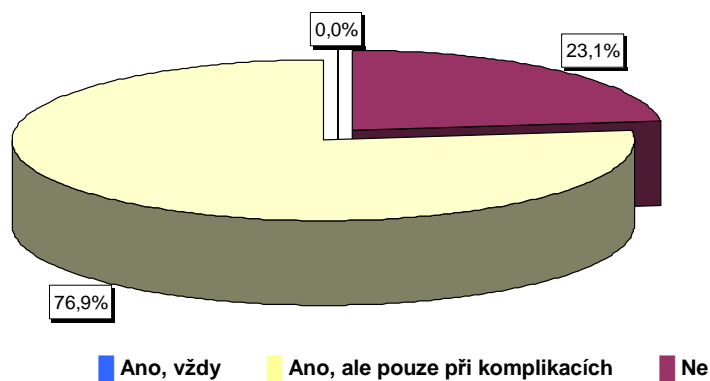
V tábořské nemocnici z celkového počtu 14 (100%) chirurgických sester jich 5 (35,7%) uvedlo, že příchod hlásí pouze při komplikacích, 5 (35,7%) uvedlo, že příchod nehlásí vůbec a 4 (28,6%) uvedly, že příchod hlásí vždy.

Graf 8 Hlášení příchodu stomika stomasestře - Nemocnice České Budějovice a.s., neoperační oddělení



Z celkového počtu 33 (100%) sester z neoperačních oddělení jich 18 ((54,5%) uvedlo, že příchod hlásí pouze při komplikacích, 12 (36,4%) uvedlo, že příchod nehlásí vůbec a 3 (9,0%) uvedly, že příchod hlásí vždy.

Graf 9 Hlášení příchodu stomika stomasestře - Nemocnice Tábor a.s., neoperační oddělení



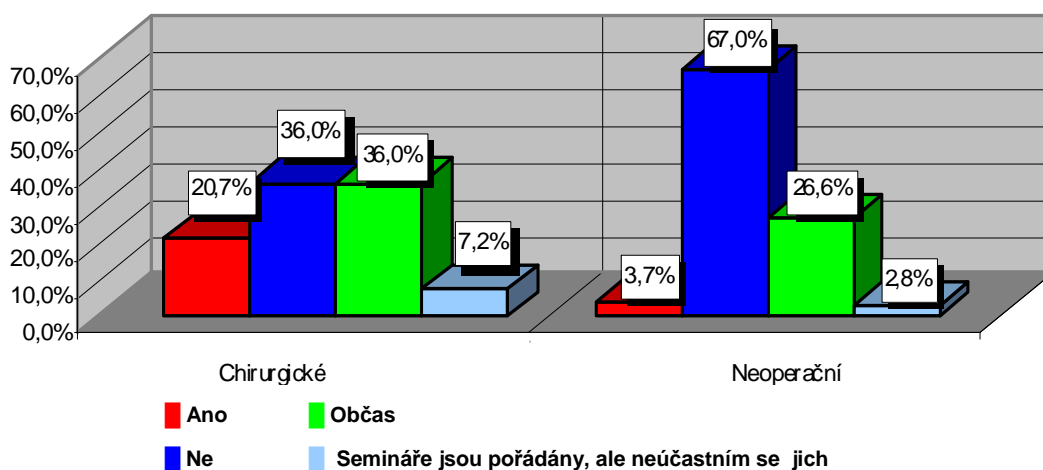
Z celkového počtu 13 (100%) sester z neoperačního oddělení jich 10 (76,9%) odpovědělo, že příchod nehlásí a 3 (23,1%) odpověděly, že příchod hlásí pouze při komplikacích.

Tabulka 3 ke grafu 10 (souhrnná data) Setkávání na pravidelných seminářích

| | Ano | Ne | Občas | Semináře jsou pořádány, neúčastním se jich | Součet |
|----------------------------|-------|-------|-------|--|--------|
| Chirurgické oddělení | 23 | 40 | 40 | 8 | 111 |
| Neoperační oddělení | 4 | 73 | 29 | 3 | 109 |
| Celkem – absolutní četnost | 27 | 113 | 69 | 11 | 220 |
| Celkem – relativní četnost | 12,3% | 51,4% | 31,4% | 5,0% | 100% |

Z celkového počtu všech 220 (100%) sester z operačních i neoperačních oddělení uvedlo 113 (51,4%), že se se stomasestrou pravidelně nesetkávají 69 (31,4%) uvedlo občas, 27 (12,3%) uvedlo ano a 11 (5,0%) uvedlo, že semináře jsou pořádány, ale ony se jich neúčastní.

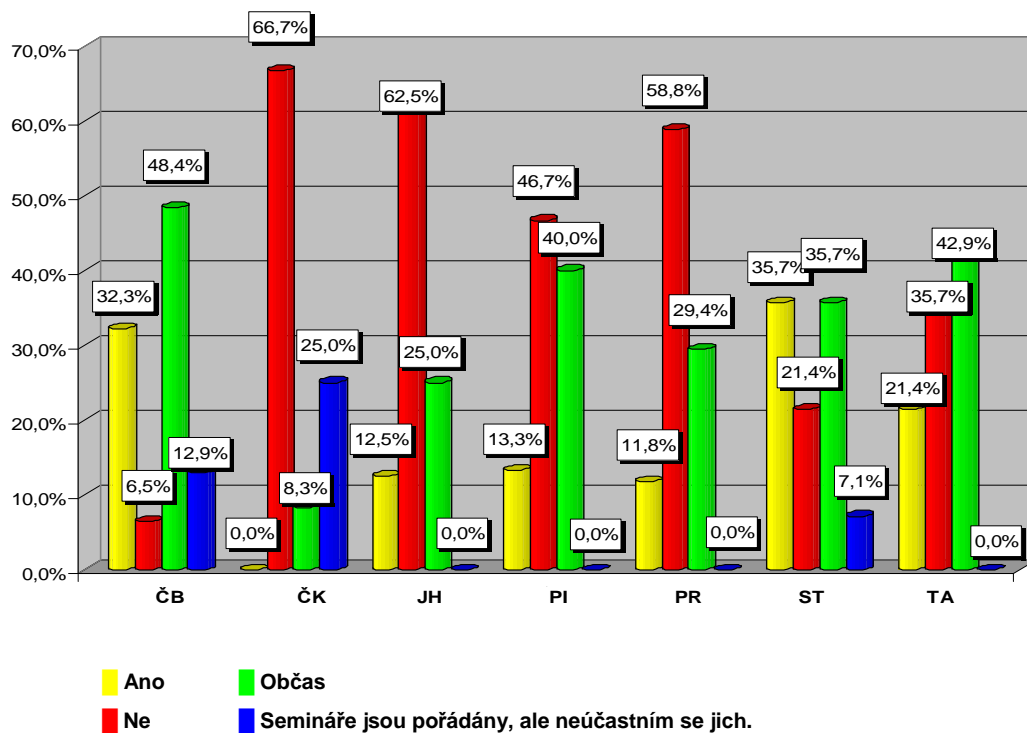
Graf 10 Setkávání na pravidelných seminářích - komplexně



Ze 111 (100%) chirurgických směnných sester odpovědělo na otázku, zda se setkávají se stomasestrou na pravidelných seminářích takto: 40 (36,0%) uvedlo ne, 40 (36,0%) občas, 23 (20,7%) uvedlo ano a 8 (7,2%) uvedlo, že semináře jsou sice pořádány, ale neúčastní se jich.

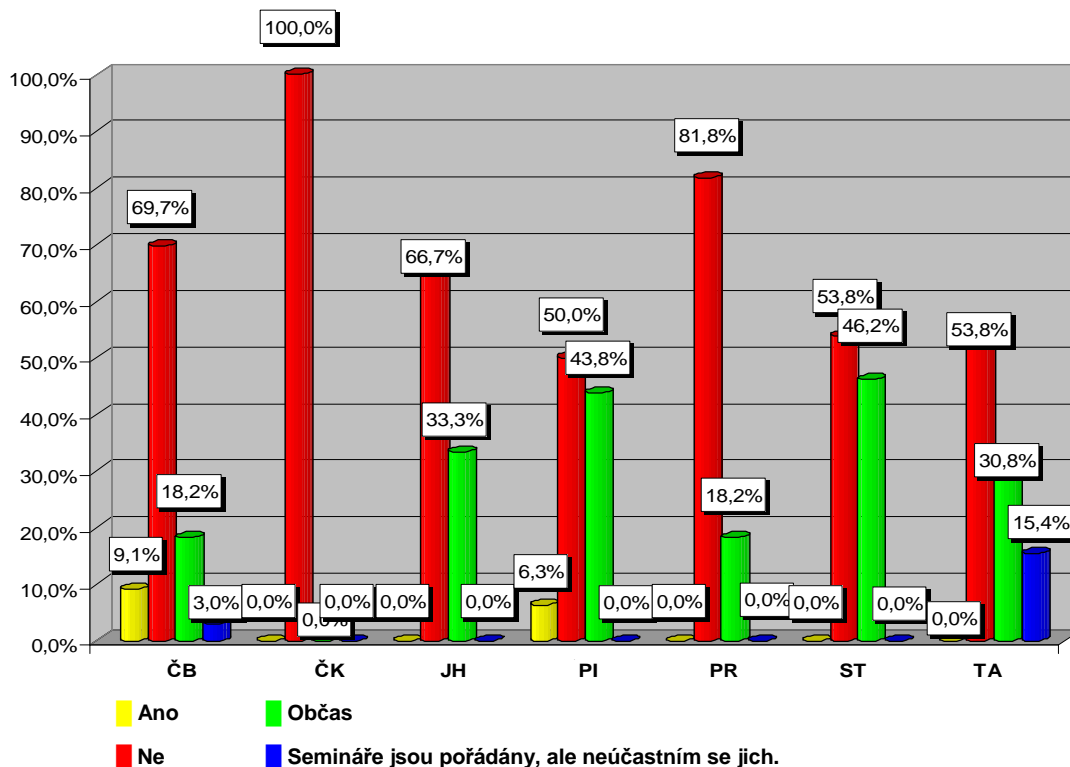
Z neoperačních oddělení z celkového počtu 109 (100%) odpovědělo, 73 (67,0%) že ne, 29 (26,6%) uvedlo občas, 4 (3,7%) a zbylé 3 (2,8%) sestry odpověděly, že semináře jsou sice pořádány, ale ony se jich neúčastní.

Graf 11 Setkávání na pravidelných seminářích – detailně dle nemocnic (města), chirurgická oddělení



Z celkového počtu 31 (100%) chirurgických sester z českobudějovické nemocnice uvedlo 15 (48,4%) občas, 10 (32,3%) ano, 4 (12,9%) uvedly, že semináře jsou pořádány, ale ony se jich neúčastní a 2 (6,5%) ne. 12 (100%) sester z českokrumlovské nemocnice odpovídalo takto : 8 (66,7%) uvedlo ne, 3 (25%) uvedly, že semináře jsou pořádány, ale ony se jich neúčastní a 1 (8,3%) uvedla občas. Z 8 (100%) sester z jindřichohradecké nemocnice uvedlo 5 (62,5%) sester ne, 2 (25,0%) uvedlo občas a 1 (12,5%) uvedla ano. Z celkového počtu 15 (100%) sester v nemocnici Písek odpovědělo 7 (46,7%) sester ne, 6 (40,0%) uvedlo občas a 2 (13,3%) odpovědělo ano. Z celkového počtu 17 (100%) sester v nemocnici Prachatice uvedlo 10 (58,8%) sester ne, 5 (29,4%) uvedlo občas a 2 (11,7%) uvedly ano. 14 (100%) sester ze strakonické nemocnice odpovídalo takto: 5 (35,7%) uvedlo, že občas, 5 (35,7%) sester uvedlo ano a 3 (21,4%) uvedlo ne a 1 (7,1%) uvedla, že semináře jsou pořádány, ale neúčastní se jich. Z celkového počtu 14 (100%) v nemocnici Tábor uvedlo 6 (42,9%) sester občas, 5 (35,7%) uvedlo ne, 3 (21,4%) ano.

Graf 12 Setkávání na pravidelných seminářích – detailně dle nemocnic (města), neoperační oddělení



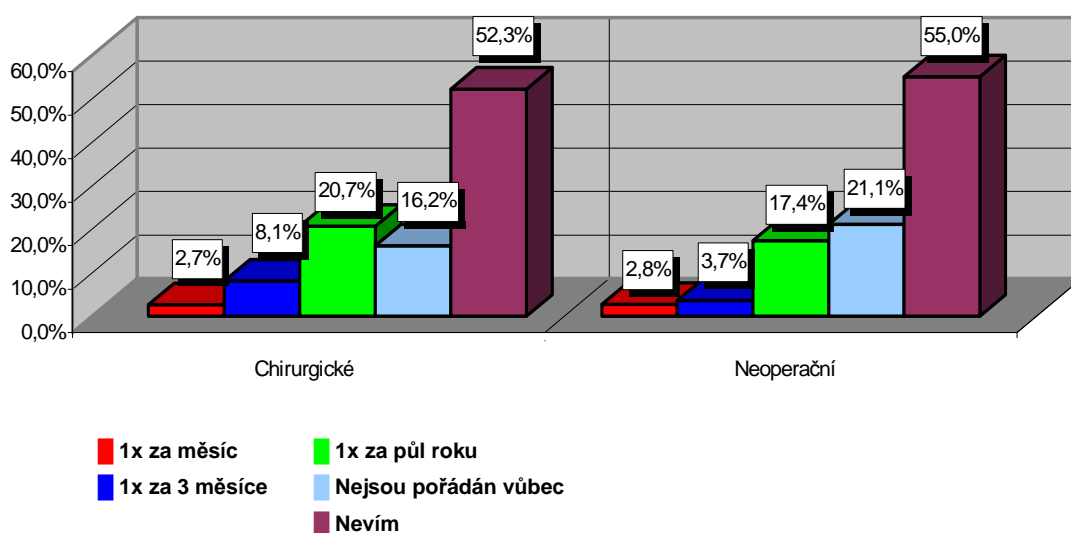
Z celkového počtu 33 (100%) sester z neoperačních oddělení z českobudějovické nemocnice uvedlo 23 (69,7%) ne, 6 (18,1%) občas, 3 (9,1%) ano a 1 (3,0%), jsou pořádány, ale neúčastní se. 11 (100%) sester z českokrumlovské nemocnice odpovědělo shodně ne. Ze 12 (100%) sester z jindřichohradecké nemocnice uvedlo 8 (66,7%) sester ne, 4 (33,3%) uvedlo občas. Z celkového počtu 16-ti (100%) sester v nemocnici Písek odpovědělo 8 (50,0%) sester ne, 7 (43,8%) uvedlo občas a 1 (6,3%) odpověděla ano. Z celkového počtu 11-ti (100%) sester v nemocnici Prachatice uvedlo 9 (81,8%) sester ne, 2 (18,2%) uvedlo občas. 13 (100%) sester ze strakonické nemocnice odpovídalo následovně : 7 (53,8%) uvedlo ne, 6 (46,2%) sester uvedlo občas. Z celkového počtu 13-ti (100%) v nemocnici Tábor uvedlo 7 (53,8%) sester ne a 4 (30,1%) uvedlo občas a 2 (15,4%) uvedlo, že jsou pořádány, ale neúčastní se.

Tabulka 4 ke grafu 13 (souhrnná data) Častost pořádání seminářů

| | 1 x za měsíc | 1x za 3 měsíce | 1 x za půl roku | Nejsou pořádány vůbec | Nevím | Součet |
|----------------------------|--------------|----------------|-----------------|-----------------------|-------|--------|
| Chirurgické oddělení | 3 | 9 | 23 | 18 | 58 | 111 |
| Neoperační oddělení | 3 | 4 | 19 | 23 | 60 | 109 |
| Celkem – absolutní četnost | 6 | 13 | 42 | 41 | 118 | 220 |
| Celkem – relativní četnost | 2,7% | 5,9% | 19,1% | 18,6% | 53,6% | 100% |

Z celkového počtu 220 (100%) sester jich 118 (53,6% uvedlo, že neví, 42 (19,1%) uvedlo, že semináře jsou pořádány 1x za půl roku, 41 (18,6%) uvedlo, že nejsou pořádány vůbec, 13 (5,9%) uvedlo 1x za 3 měsíce a 6 (2,7%) uvedlo 1x za měsíc.

Graf 13 Častost pořádání seminářů – komplexně



Z celkového počtu 111 (100%) chirurgických směnných sester 58 (52,3%) chirurgických sester vůbec neví zda jsou semináře pořádány, 23 (20,7%) uvádí, že jsou pořádány 1x za půl roku, 18 (16,2%) sester odpovídá, že semináře nejsou pořádány vůbec, 9 (8,1%) uvádí častost pořádání 1x za 3 měsíce, 3 (2,7%) uvedly častost pořádání seminářů 1x za měsíc.

Ze 109 (100%) směnných sester z neoperačních oddělení největší počet 60 (55,0%) sester odpovědělo, že neví zda jsou semináře pořádány, 23 (21,1%) sester

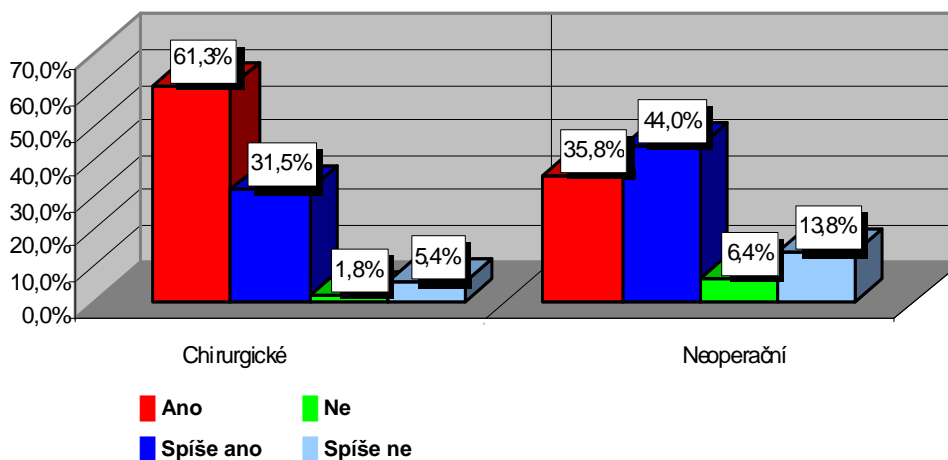
odpovědělo, že nejsou pořádány vůbec. 19 (17,4%) 1x za půl roku, 4 (3,7%) uvádí 1x za 3 měsíce, 3 (2,8%) vědí o pořádání seminářů 1x za měsíc.

Tabulka 5 ke grafu 14 (souhrnná data) Přínos informací od stomasestry

| | Ano | Spíše ano | Ne | Spíše ne | Součet |
|----------------------------|-------|-----------|------|----------|--------|
| Chirurgické oddělení | 68 | 35 | 2 | 6 | 111 |
| Neoperační oddělení | 39 | 48 | 7 | 15 | 109 |
| Celkem - absolutní četnost | 107 | 83 | 9 | 21 | 220 |
| Celkem - relativní četnost | 48,6% | 37,7% | 4,1% | 9,5% | 100% |

Z celkového počtu 220 sester uvedlo 107 (48,6%) ano, 83 (37,7%) spíše ano, 21 (9,5%) spíše ne a 9 (4,1%) ne.

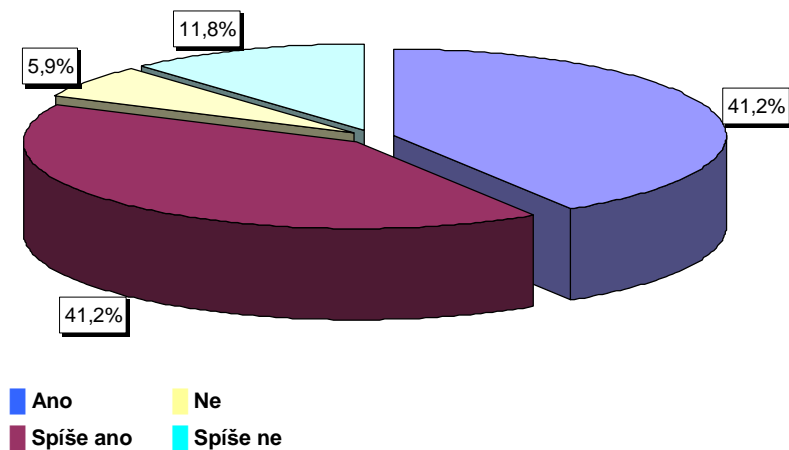
Graf 14 Přínos informací od stomasestry - komplexně



68 (61,3%) směnných chirurgických sester z celkového počtu 111 (100%), odpovědělo na otázku, zda by pro ně byly informace předávané stomasestrou přínosem ano, 35 (31,5%) odpovědělo spíše ano, 6 (5,4%) spíše ne a 2 (1,8%) ne.

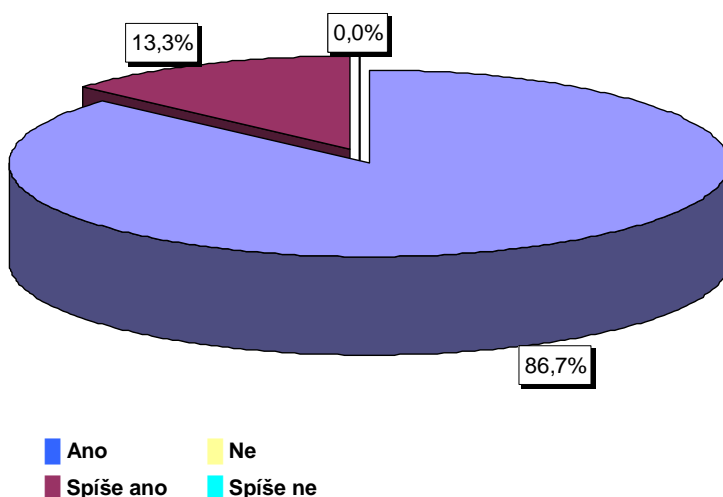
U 109 (100%) směnných sester z neoperačních oddělení jsou výsledky tyto: 48 (44,0%) spíše ano, 39 (35,8%) ano, 15 (13,8%) spíše ne a 7 (6,4%) ne.

Graf 15 Přínos informací od stomasestry - Nemocnice Prachatice a.s., chirurgická oddělení



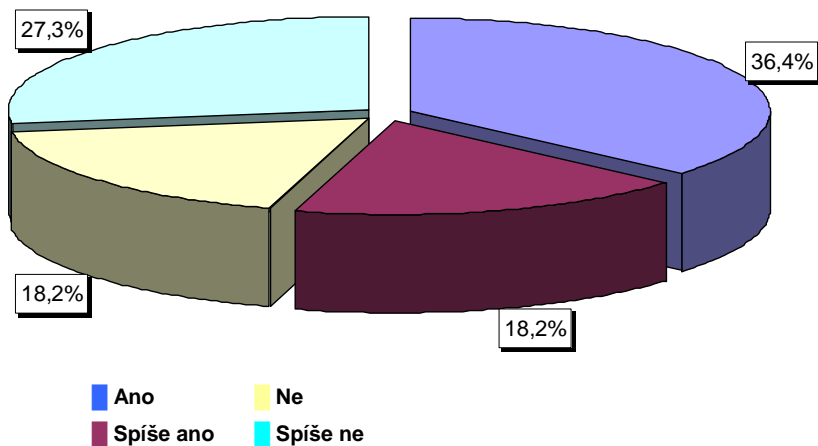
Z důvodu nejmarkantnějších rozdílů byly znázorněny nemocnice Prachatice tento graf a graf 17) a Písek (viz níže graf 16, 18). Z celkového počtu 17 (100%) chirurgických sester prachatické nemocnice 7 (41,2%) uvedlo ano, 7 (41,2%) uvedlo, že spíše ano, 2 (11,8%) uvedly spíše ne a 1 (5,9%) uvedla ne.

Graf 16 Přínos informací od stomasestry- Nemocnice Písek a.s., chirurgická oddělení



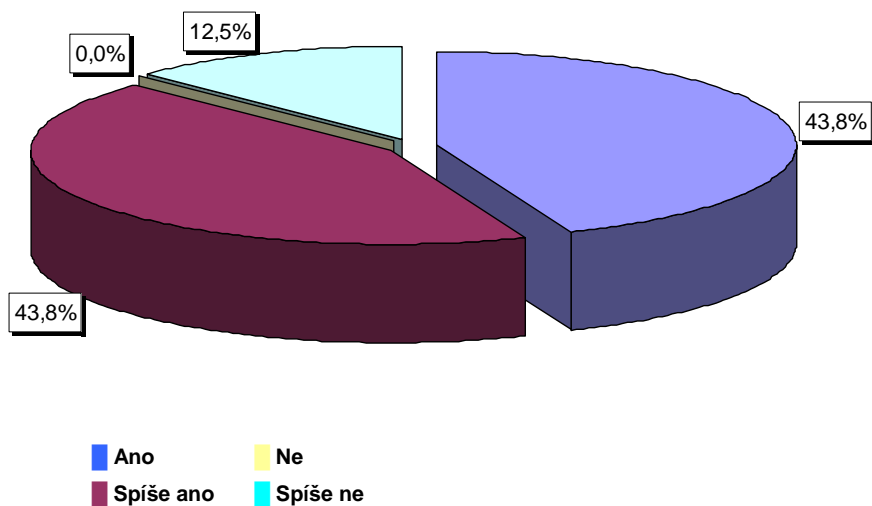
Z celkového počtu 15 (100%) chirurgických sester v nemocnici Písek uvedlo 13 (86,7%) ano, 2 (13,3%) odpovědělo, že spíše ano.

Graf 17 Přínos informací od stomasestry - nemocnice Prachatice a.s., neoperační oddělení



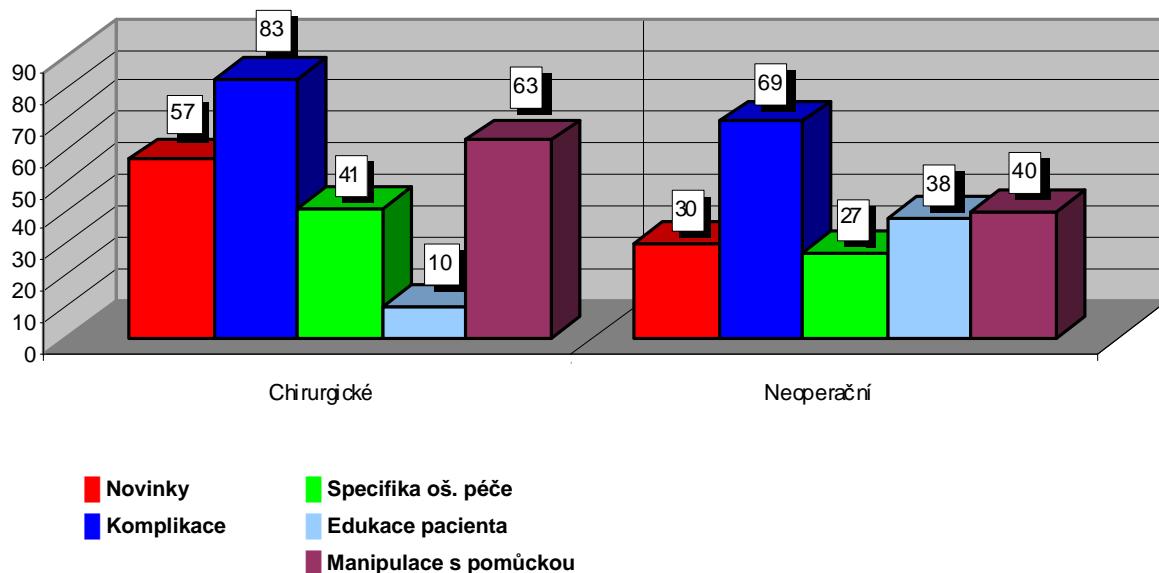
Z celkového počtu 11-ti (100%) sester z neoperačních oddělení 4 (36,4%) uvedly ano, 3 (27,3%) spíše ne, 2 (18,2%) spíše ano, 2 (18,2%) ne.

Graf 18 Přínos informací od stomasestry - Nemocnice Písek a.s., neoperační oddělení



Z celkového počtu 16-ti (100%) sester z neoperačních oddělení 7 (43,8%) uvedly ano, 7 (43,8%) spíše ano, 2 (12,5%) spíše ne.

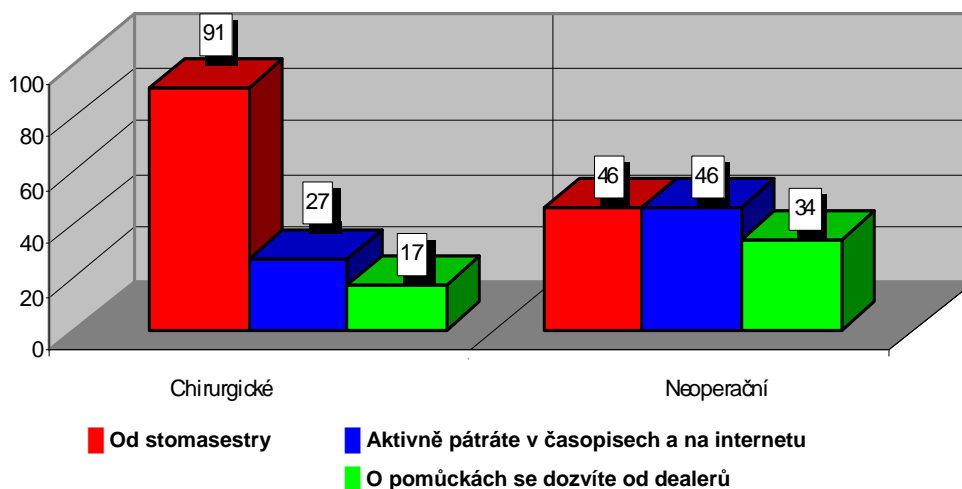
Graf 19 Nejčastěji konzultovaná problematika se stomasestrou – komplexně



Výsledky na tuto otázku jsou v grafu udány v četnostech, protože sestry mohly označit více odpovědí. 111 chirurgických sester označilo celkem 254 odpovědí, z tohoto počtu sestry označily 83krát komplikace spojené s ošetrovatelskou péčí, 63krát sestry zvolily manipulaci se stomickou pomůckou, 57krát novinky týkající se stomických pomůcek a stomické kosmetiky, 41krát specifika ošetrovatelské péče o stomického pacienta a v 10-ti případech zvolily edukaci stomického pacienta.

109 směnných sester z neoperačních oddělení celkem označilo 204 odpovědí, sestry zvolily 69krát komplikace spojené s ošetrovatelskou péčí, 40krát manipulaci se stomickou pomůckou, 38krát edukace stomika, v 30-ti případech novinky týkající se stomických pomůcek a stomické kosmetiky, 27krát specifika ošetrovatelské péče.

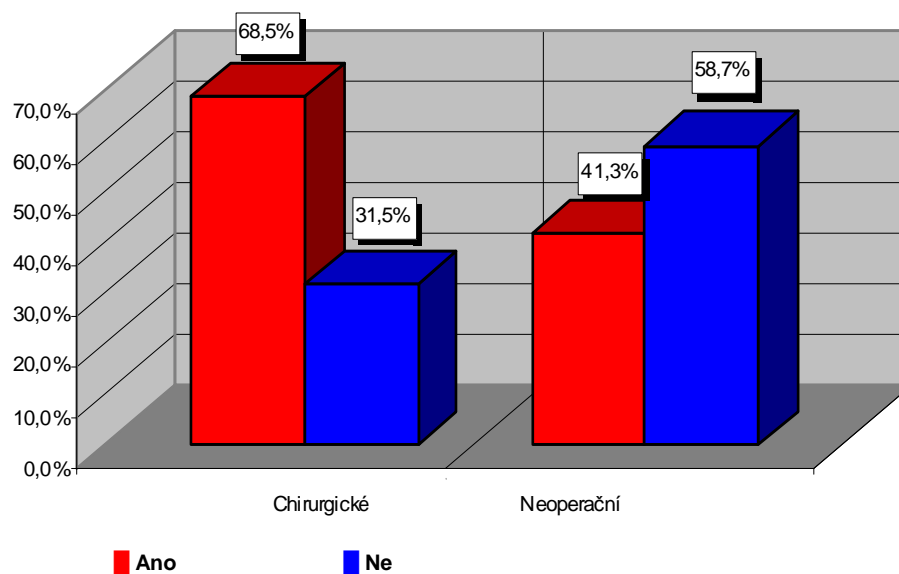
Graf 20 Nové informace o stomické kosmetice a pomůckách - komplexně



Tyto výsledky jsou rovněž udány v četnostech, protože sestry zde mohly označit více odpovědí. 111 chirurgických sester celkem označilo 135 odpovědí, v 91 případech označily, že mají informace od stomasestry, v 27 případech zvolily, že aktivně pátrají a 17krát zvolily, že se o pomůckách dozví od dealerů.

109 sester z neoperačních oddělení celkem označilo 126 odpovědí. 46krát zvolily, že mají informace od stomasestry, 46krát zvolily, že aktivně pátrají a 34krát zvolily, že informace mají od dealerů.

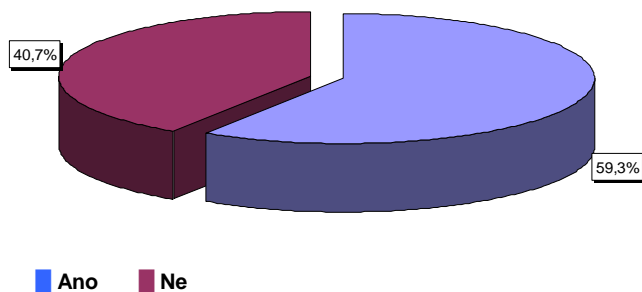
Graf 21 Informace od stomasestry z jakých zdrojů čerpat o novinkách - komplexně



Z celkového počtu 111 (100%) chirurgických sester 76 (68,5%) odpovědělo, že stomasestra poskytuje informace z jakých zdrojů čerpat informace týkajících se stomické kosmetiky a pomůcek, 35 (31,5%) uvedlo, že jim tyto informace poskytovány nejsou.

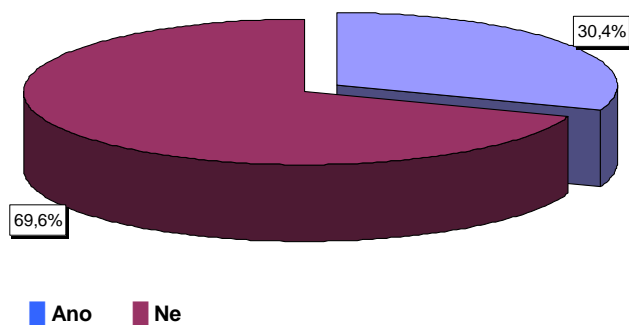
109 (100%) sester z neoperačních oddělení odpovědělo následovně: 64 (58,7%) odpovědělo, že jim tyto informace od stomasestry poskytnuty nejsou a 45 (41,3%) uvádělo, že ano.

Graf 22 Informace od stomasestry z jakých zdrojů čerpat o novinkách - Nemocnice Strakonice a.s., souhrnně chirurgická a neoperační oddělení



Jelikož sestry z chirurgických i neoperačních oddělení v nemocnici Strakonice odpovídaly vcelku shodně, jsou výsledky znázorněny souhrnně. (Z důvodu nejmarkantnějších rozdílů byly znázorněny nemocnice Strakonice – viz tento graf a nemocnice Český Krumlov - viz níže graf 23). V nemocnici Strakonice 27 (100%) sester odpovědělo takto: 16 (59,3%) uvedlo ano a 11 (40,7%) uvedlo ne.

Graf 23 Informace od stomasestry z jakých zdrojů čerpat o novinkách - Nemocnice Český Krumlov a.s., souhrnně chirurgická a neoperační oddělení



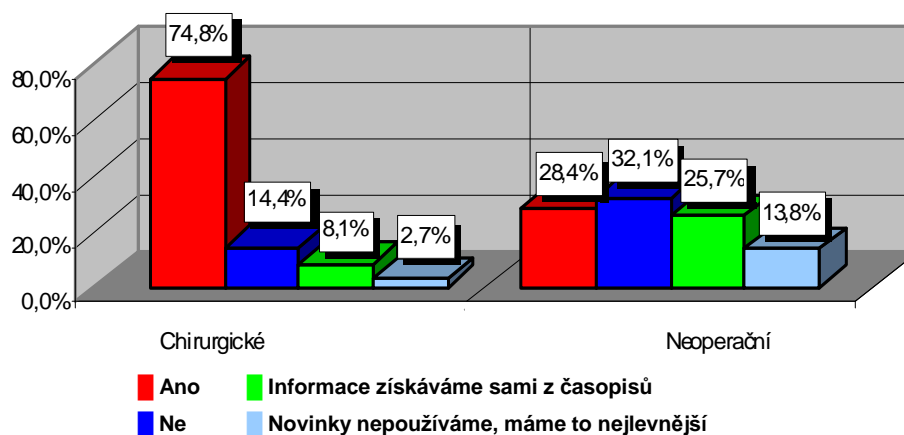
Z celkového počtu 23 (100%) sester z chirurgických i neoperačních oddělení, jejichž odpovědi byly vcelku shodné v nemocnici Český Krumlov odpovědělo 16 (69,6%) ne a 7 (30,4%) ano.

Tabulka 6 ke grafu 24 (souhrnná data) Informace od stomasestry o použití nové stomické kosmetiky

| | Ano | Ne | Informace získáváme sami z časopisů | Novinky nepoužíváme, požíváme to nejlevnější | Součet |
|----------------------------|-------|-------|-------------------------------------|--|--------|
| Chirurgické oddělení | 83 | 16 | 9 | 3 | 111 |
| Neoperační oddělení | 31 | 35 | 28 | 15 | 109 |
| Celkem – absolutní četnost | 114 | 51 | 37 | 18 | 220 |
| Celkem – relativní četnost | 51,8% | 23,2% | 16,8% | 8,2% | 100% |

Z celkového počtu 220 (100%) sester uvedlo 114 (51,8%) ano, 51 (23,2%) ne, 37 (16,8%), že informace získávají sami a 18 (8,2%), že používají to nejlevnější.

Graf 24 Informace od stomasestry o použití nové stomické kosmetiky - komplexně



Z celkového počtu 111 (100%) chirurgických směnných sester 83 (74,8%) odpovědělo, že jim stomasestra poskytuje informace kdy a jakým způsobem používat novinky z oblasti stomické kosmetiky, 16 (14,4%) uvádí, že jim tyto informace poskytnuty nejsou, 9 (8,1%) uvedlo, že informace získali sami z nejrůznějších sesterských časopisů a 3 (2,7%) uvedlo, že užívají nejlevnější dostupnou kosmetiku.

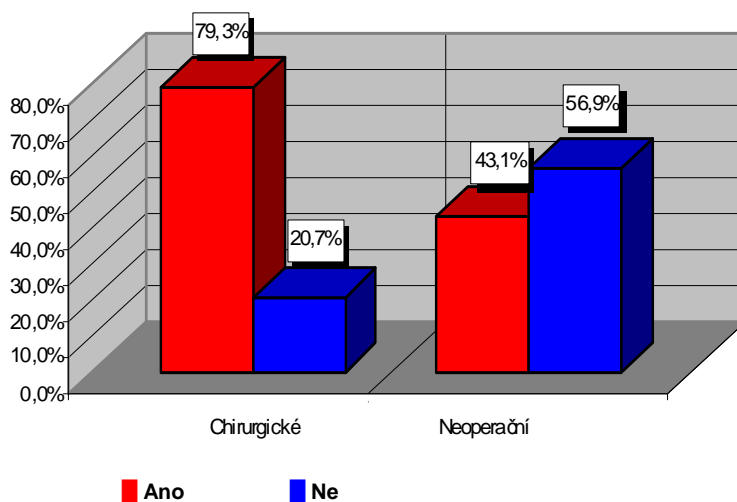
Ze 109 (100%) směnných sester z neoperačních oddělení uvedlo 35 (32,1%), že tyto informace nemají, 31 (28,4%) uvedlo, že jim tyto informace poskytnuty byly, 28 (25,7%) odpovědělo, že tyto informace získaly sami z časopisů a 15 (13,8%) uvedlo, že používají tu nejlevnější kosmetiku.

Tabulka 7 ke grafu 25 (souhrnná data) Doporučení stomického systému stomasestrou

| | Ano | Ne | Součet |
|----------------------------|-------|-------|--------|
| Chirurgické oddělení | 88 | 23 | 111 |
| Neoperační oddělení | 47 | 62 | 109 |
| Celkem – absolutní četnost | 135 | 85 | 220 |
| Celkem – relativní četnost | 61,4% | 38,6% | 100% |

Z celkového počtu 220 (100%) sester jich 135 (61,4%) uvedlo, že mají informace od stomasestry, 85 (38,6%) uvedlo, že informace nemají.

Graf 25 Doporučení stomického systému stomasestru - komplexně



Ze 111 (100%) sester z chirurgických oddělení uvedlo 88 (79,3%), že jim stomasestra poskytla, jaký systém je nejvhodnější pro daný typ stomie a 23 (20,7%) uvedlo, že jim tyto informace poskytnuty nebyly.

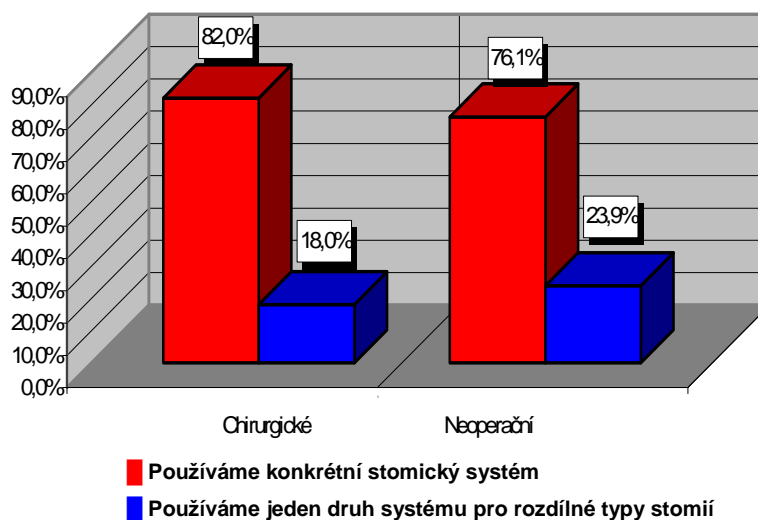
109 (100%) směnných sester z neoperačních oddělení uvedlo: 62 (56,9%), že nemají od stomasestry informaci, jaký stomický systém je nejvhodnější pro daný typ stomie, 47 (43,1%) uvedlo, že tyto informace mají.

Tabulka 8 ke grafu 26 (souhrnná data) Použití konkrétního stomického systému u konkrétních druhů stomií

| | Používáme konkrétní stomický systém | Používáme jeden druh systému pro rozdílné typy stomií | Součet |
|----------------------------|-------------------------------------|---|--------|
| Chirurgické oddělení | 91 | 20 | 111 |
| Neoperační oddělení | 83 | 26 | 109 |
| Celkem – absolutní četnost | 174 | 46 | 220 |
| Celkem – relativní četnost | 79,1% | 20,9% | 100% |

Z celkového počtu 220 (100%) sester jich 174 (79,1%) uvádí, že používají konkrétní systém, 46 (20,9%) uvedlo, že používají jeden druh systému.

Graf 26 Použití konkrétního stomického systému u konkrétních druhů stomií - komplexně



111 (100%) chirurgických sester odpovědělo takto: 91 (82,0%) uvedlo, že používají konkrétní stomický systém u konkrétní stomie, 20 (18,0%) uvedlo, že používají jeden druh systému pro rozdílné typy stomií.

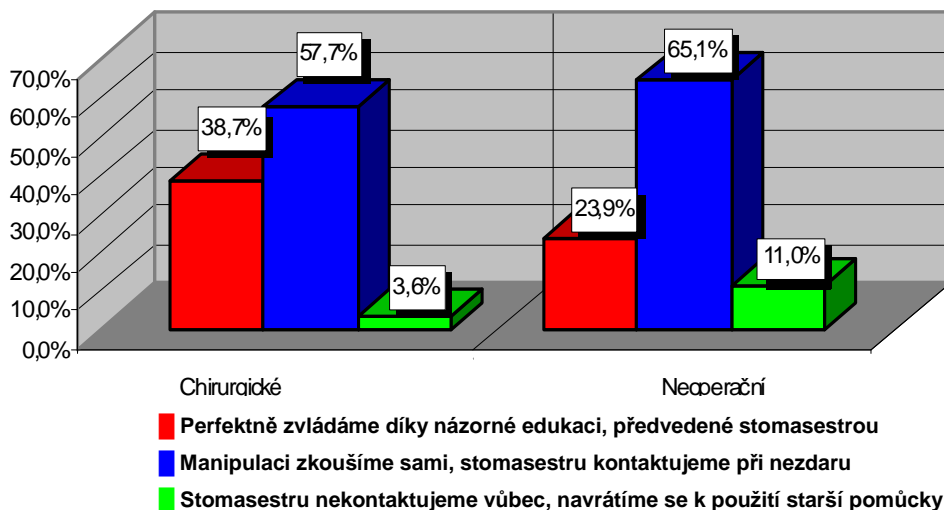
Z celkového počtu 109 (100%) sester z neoperačních oddělení odpovědělo 83 (76,1%), že používají konkrétní stomický systém a 26 (23,9%) uvedlo, že používají jeden druh systému pro rozdílné typy stomií.

Tabulka 9 ke grafu 27 (souhrnná data) Manipulace s novou stomickou pomůckou

| | Perfektně zvládneme díky názorné edukaci, předvedené stomasestrou | Manipulaci zkusíme sami, stomasestru kontaktujeme při nezdaru | Stomasestru nekontaktujeme vůbec, navrátíme se k použití starší pomůcky | Součet |
|----------------------------|---|---|---|--------|
| Chirurgické oddělení | 43 | 64 | 4 | 111 |
| Neoperační oddělení | 26 | 71 | 12 | 109 |
| Celkem – absolutní četnost | 69 | 135 | 16 | 220 |
| Celkem – relativní četnost | 31,4% | 61,4% | 7,3% | 100% |

Z celkového počtu 220 (100%) sester z chirurgických i z neoperačních oddělení jich 135 (61,4%) uvedlo, že manipulaci zkoušejí nejprve sami a až při nezdaru kontaktují stomasestru, 69 (31,4%) uvedlo, že manipulaci perfektně zvládají díky názorné edukaci stomasestrou a 16 (7,3%) uvedlo, že se navrátí k použití starší pomůcky.

Graf 27 Manipulace s novou stomickou pomůckou - komplexně

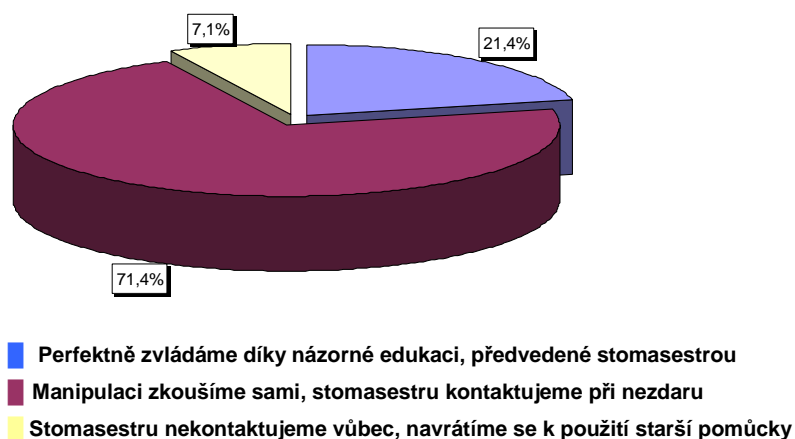


Z celkového počtu 111 (100%) sester z chirurgických oddělení 64 (57,7%) uvedlo, že manipulaci zkoušejí sami a až při nezdaru kontaktují stomasestru, 43 (38,7%) odpovědělo, že manipulaci perfektně zvládají díky názorné edukaci předvedené stomasestrou a 4 (3,6%) uvedlo, že pokud se jim manipulace se stomickou pomůckou nedaří, stomasestru nekontaktují a navrátí se k použití staršího typu.

109 (100%) sester z neoperačních oddělení odpověděly takto: 71 (65,1%) uvedlo, že manipulaci zkoušejí sami a až při nezdaru kontaktují stomasestru, 26 (23,9%) uvedlo, že manipulaci s novou pomůckou zvládají díky názorné edukaci stomasestrou a

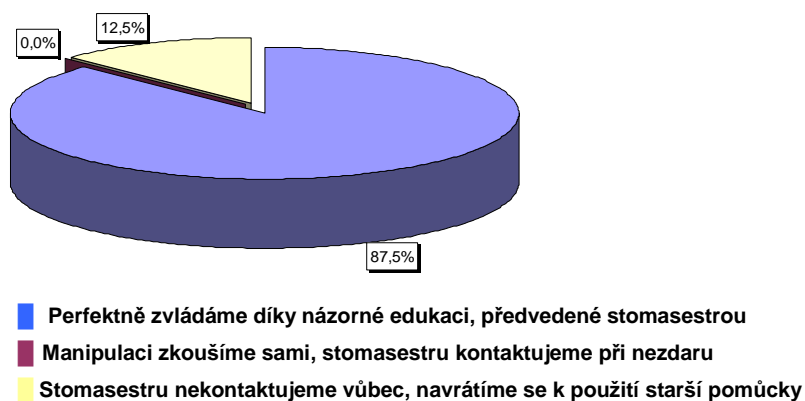
12 (11,0%) uvedlo, že při nezdaru stomasestru nekontaktují a navrátí se ke staršímu typu.

Graf 28 Manipulace s novou stomickou pomůckou - Nemocnice Tábor a.s. , chirurgická oddělení



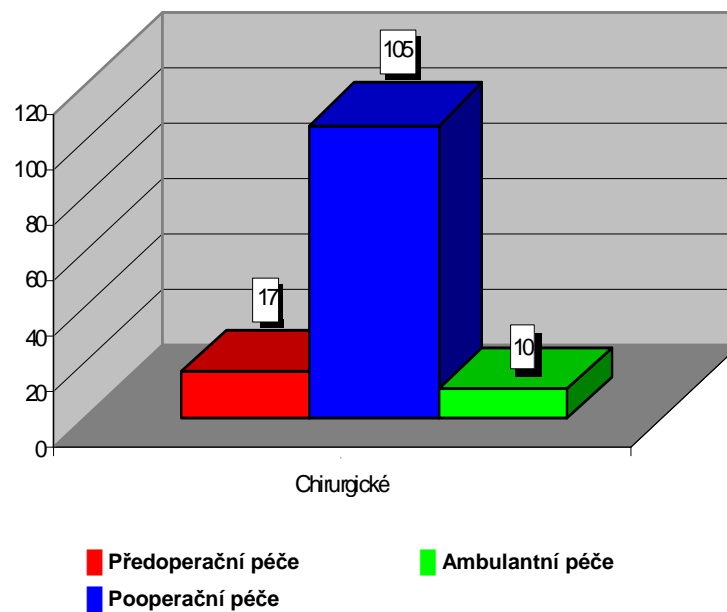
Z důvodu nejmarkantnějších rozdílů byly znázorněny odpovědi sester z chirurgických oddělení nemocnice Tábor a Jindřichův Hradec (viz níže graf 29). Ze 14 (100%) sester v táborské nemocnici jich 10 (71,4%) uvedlo, že manipulaci s novou pomůckou zkouší sami a až při neúspěchu kontaktují stomasestru, 3 (21,4%) odpověděly, že manipulaci zvládají díky názorné edukaci stomasestry a 1 (7,7%) uvedla, že při neúspěšné manipulaci se navrátí k použití staršího typu.

Graf 29 Manipulace s novou stomickou pomůckou - Nemocnice Jindřichův Hradec a.s., chirurgická oddělení



V nemocnici Jindřichův Hradec uvedlo z celkového počtu 8 (100%) sester 7 (87,5%), že manipulaci zvládají díky edukaci stomasestrou, 1 (12,5%) uvedla, že se při neúspěchu navrátí k použití staršího typu.

Graf 30 Nejintenzivnější spolupráce se stomasestrou (chirurgická oddělení)



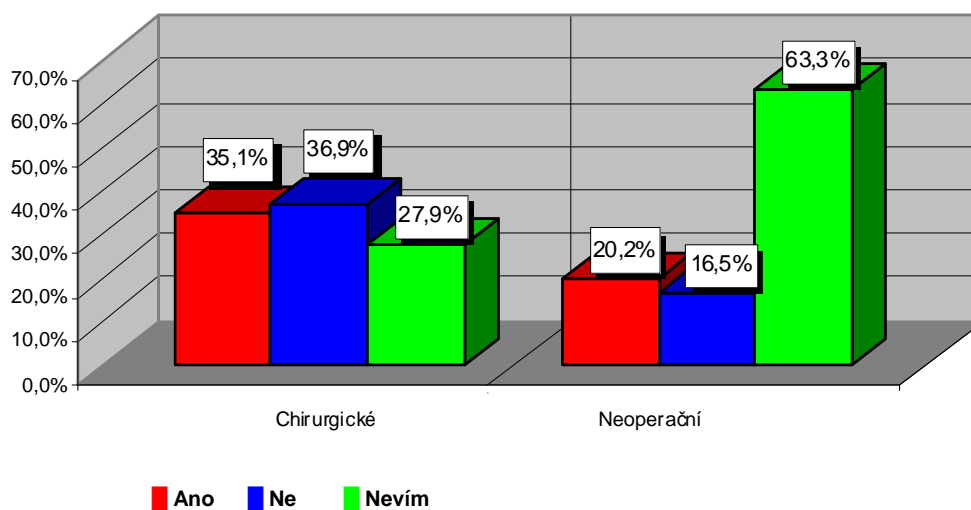
Otázka nejintenzivnější spolupráce byla určena pouze chirurgickým sestřám, sestry mohly zvolit více odpovědí, proto jsou výsledky v grafu znázorněny v četnostech. 111 chirurgických směnných sester celkem označilo 132 odpovědí, z toho ve 105-ti případech označily, že jejich spolupráce je nejintenzivnější v pooperační fázi, pouze v 17-ti případech označily možnost, že spolupráce je nejintenzivnější v předoperační fázi a třetí možnost (nejintenzivnější spolupráce v ambulantní fázi) označily 10krát.

Tabulka 10 ke grafu 31 (souhrnná data) Zastupitelnost stomasestry při její nepřítomnosti

| | Ano | Ne | Nevím | Součet |
|-----------------------------------|-------|-------|-------|--------|
| Chirurgické oddělení | 39 | 41 | 31 | 111 |
| Neoperační oddělení | 22 | 18 | 69 | 109 |
| Celkem – absolutní četnost | 61 | 59 | 100 | 220 |
| Celkem – relativní četnost | 27,7% | 26,8% | 45,5% | 100% |

Z celkového počtu 220 (100%) sester jich 100 (45,5%), že neví, 61 (27,7%) uvedlo ano a 59 (26,8%) uvedlo ne.

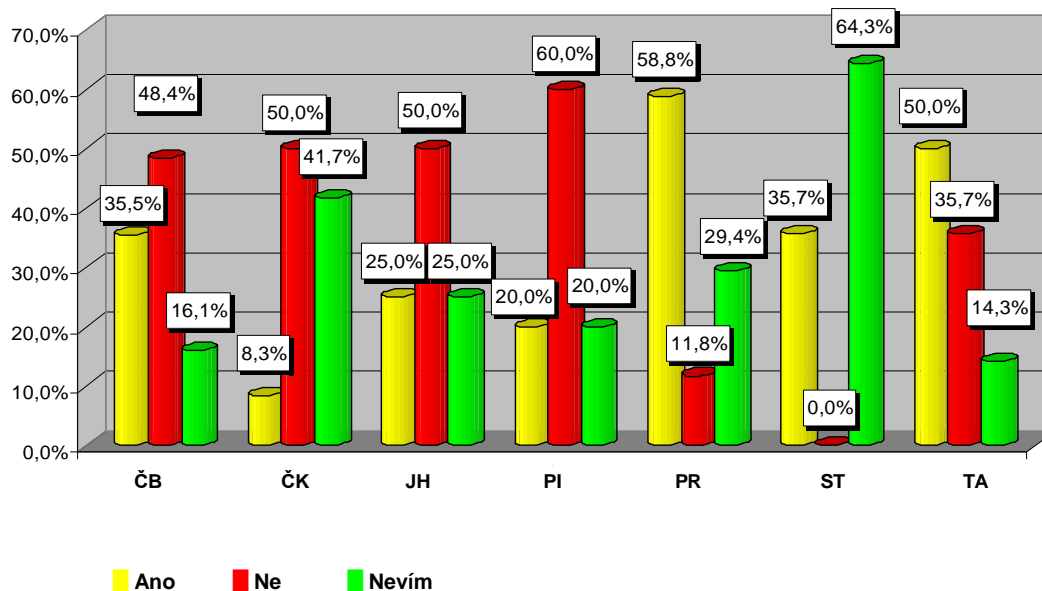
Graf 31 Zastupitelnost stomasestry při její nepřítomnosti - komplexně



Z celkového počtu 111 (100%) sester z chirurgických oddělení odpovědělo 41 (36,9%), že není jejich stomasestra zastupitelná v době její nepřítomnosti, 39 (35,1%) uvedlo, že je jejich stomasestra v době její nepřítomnosti zastupitelná a 31 (27,9%) uvedlo, že neví.

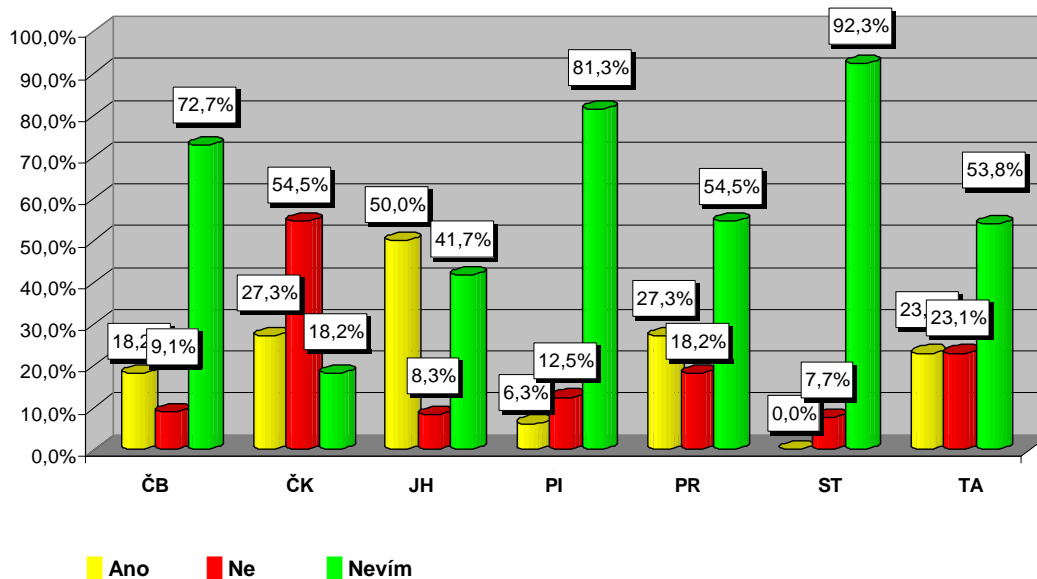
109 (100%) sester z neoperačních oddělení odpovědělo následovně : 69 (63,3%) sester neví, zda je stomasestra zastupitelná v době její nepřítomnosti, 22 (20,2%) uvedlo, že je zastupitelná a 18 (16,5%) uvedlo, že zastupitelná není.

Graf 32 Zastupitelnost stomasestry při její nepřítomnosti – detailně dle nemocnic (města), chirurgická oddělení



31 (100%) chirurgických sester z českobudějovické nemocnice odpovědělo: 15 (48,4%) uvedlo ne, 11 (35,5%) odpovědělo ano, 5 (16,1%) neví. Z celkového počtu 12 (100%) sester českokrumlovské nemocnice odpovědělo 6 (50,0%) ne, 5 (41,7%) neví a 1 (8,3%) uvedla ano. 8 (100%) sester v jindřichohradecké nemocnici odpovědělo takto: 4 (50,0%) ne, 2 (25,0%) ano a 2 (25,0%) ne. 15 (100%) sester v nemocnici Písek odpovědělo takto: 9 (60,0%) ne, 3 (20,0%) ano a 3 (20,0%) neví. Z celkového počtu 17 (100%) sester v nemocnici Prachatice jich 10 (58,8%) odpovědělo ano, 5 (29,4%) neví a 2 (11,8%) uvedlo ne. Z 14 (100%) sester v nemocnici Strakonice 9 (64,3%) neví, 5 (35,7%) ano. 14 (100%) sester v nemocnici Tábor odpovědělo takto: 7 (50,0%) ano, 5 (35,7%) ne a 2 (14,3%) neví.

Graf 33 Zastupitelnost stomasestry při její nepřítomnosti – detailně dle nemocnic (města), neoperační oddělení



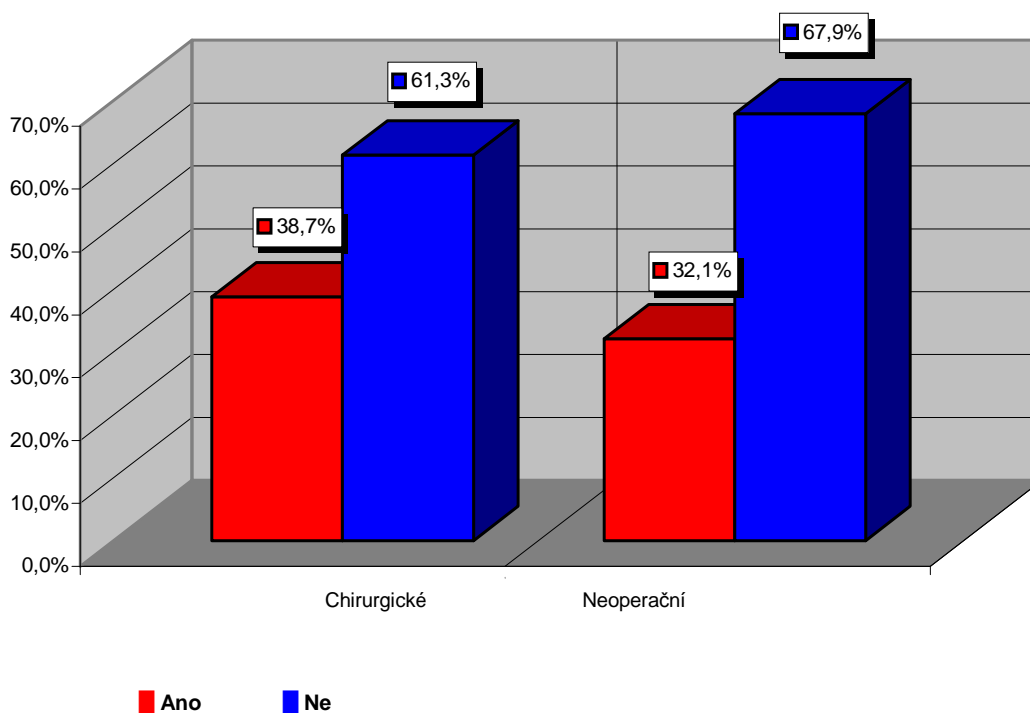
33 (100%) sester z neoperačních oddělení českobudějovické nemocnice odpovědělo: 24 (72,7%) neví, 6 (18,2%) ano a 3 (9,1%) ne. Z celkového počtu 11 (100%) sester českokrumlovské nemocnice odpovědělo 6 (54,5%) ne, 3 (27,3%) ano a 2 (18,2%) uvedly, že neví. 12 (100%) sester v jindřichohradecké nemocnici odpovědělo takto: 6 (50,0%) ano, 5 (41,7%) neví a 1 (8,3%) ne. 16 (100%) sester v nemocnici Písek odpovědělo takto : 13 (81,3%) neví, 2 (12,5%) ne a 1 (6,3%) ano. Z celkového počtu 11 (100%) sester v nemocnici Prachatice jich 6 (54,5%) odpovědělo, že neví, 3 (27,3%) ano a 2 (18,2 %) uvedlo ne. Z 13 (100%) sester v nemocnici Strakonice 12 (92,3%) neví, 1 (7,7%) ne. 13 (100%) sester v nemocnici Tábor odpovědělo takto : 7 (53,8%) neví, 3 (23,1%) ano a 3 (23,1%) ne.

Tabulka 11 ke grafu 34 (souhrnná data) Znalost sester o předepisování stomických pomůcek

| | Ano | Ne | Součet |
|----------------------------|-------|-------|--------|
| Chirurgické oddělení | 43 | 68 | 111 |
| Neoperační oddělení | 35 | 74 | 109 |
| Celkem- absolutní četnost | 78 | 142 | 220 |
| Celkem – relativní četnost | 35,5% | 64,5% | 100% |

Z celkového počtu 220 (100%) sester z neoperačních i chirurgických oddělení jich 142 (64,5 %) uvedlo ne a 78 (35,5%) ano.

Graf č 34 Znalost sester o předepisování stomických pomůcek - komplexně



Graf vypovídá, že z celkového počtu 111 (100%) chirurgických sester neví 68 (61,3%) jakým způsobem se předepisují pacientovi stomické pomůcky, 43 (38,7%) ví.

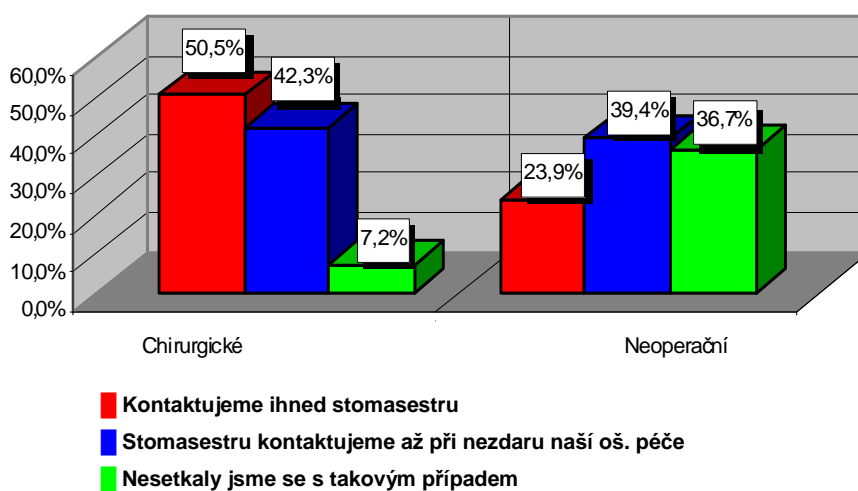
Ze 109 (100%) sester z neoperačních oddělení je to následovně: 74 (67,9%) sester uvedlo ne a 35 (32,1%) uvedlo ano.

Tabulka 12 ke grafu 35 (souhrnná data) Řešení komplikací u pacienta se stomií

| | Kontaktujeme ihned stomasestru | Stomasestru kontaktujeme až při nezdaru naší os. péče | Nesetkaly jsme se s takovým případem | Součet |
|----------------------------|--------------------------------|---|--------------------------------------|--------|
| Chirurgické oddělení | 56 | 47 | 8 | 111 |
| Neoperační oddělení | 26 | 43 | 40 | 109 |
| Celkem – absolutní četnost | 82 | 90 | 48 | 220 |
| Celkem – relativní četnost | 37,3% | 40,9% | 21,8% | 100% |

Z celkového počtu 220 sester 90 (40,9%) uvedlo, že stomasestru kontaktují až při nezdaru jejich ošetrovatelské péče, 82 (37,3%) uvedlo, že stomasestru kontaktují ihned a 48 (21,8%) uvedlo, že se nesetkaly s takovým případem.

Graf 35 Řešení komplikací u pacienta se stomií – komplexně



Graf vyhodnocuje řešení komplikací u pacienta se stomií z celkového počtu 111 (100%) chirurgických sester, z nichž 56 (50,5%) uvedlo, že při komplikacích kontaktují ihned stomasestru, 47 (42,3%) uvedlo, že stomasestru kontaktují až při nezdaru jejich ošetrovatelské péče a 8 (7,2%) uvedlo, že se nesetkaly s takovým případem.

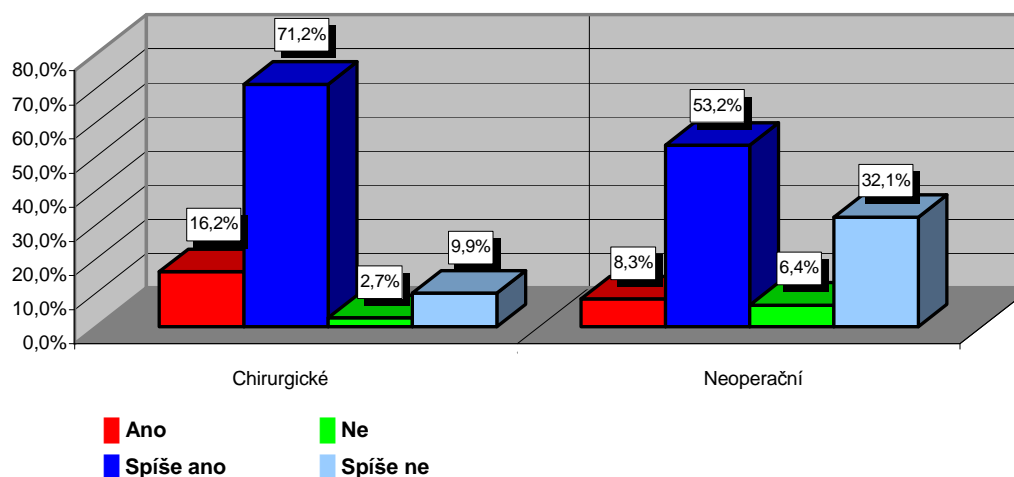
109 (100%) sester z neoperačních oddělení odpovídalo takto: 43 (39,4%) odpovědělo, že kontaktují stomasestru při nezdaru, 40 (36,7%) se nesetkalo s takovým případem a 26 (23,9%) stomasestru kontaktují ihned.

Tabulka 13 ke grafu 36 (souhrnná data) Řešení problému se stomikem při nepřítomnosti stomasestry

| | Ano | Spíše ano | Ne | Spíše ne | Součet |
|-----------------------------------|-------|-----------|------|----------|--------|
| Chirurgické oddělení | 18 | 79 | 3 | 11 | 111 |
| Neoperační oddělení | 9 | 58 | 7 | 35 | 109 |
| Celkem – absolutní četnost | 27 | 137 | 10 | 46 | 220 |
| Celkem – relativní četnost | 12,3% | 62,3% | 4,5% | 20,9% | 100% |

Z celkového počtu 220 (100%) sester jich 137 (62,3%) uvedlo spíše ano, 46 (20,9%) spíše ne, 27 (12,3%) ano a 10 (4,5%) ne.

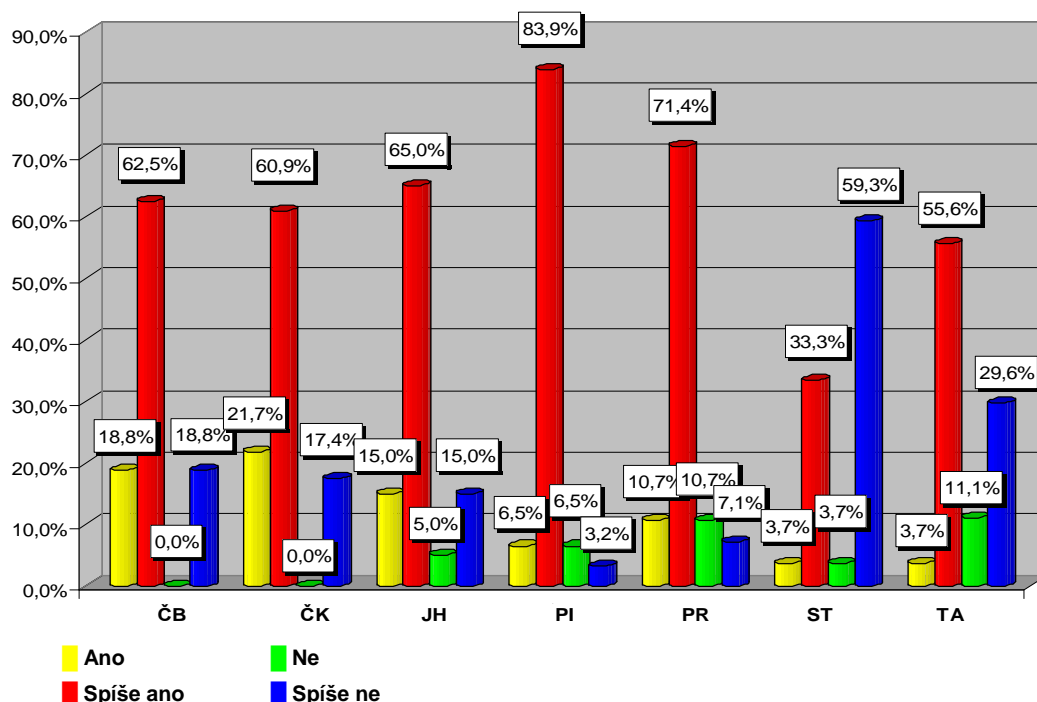
Graf 36 Řešení problému se stomikem při nepřítomnosti stomasestry - komplexně



Z celkového počtu 111 (100%) chirurgických sester uvedlo 79 (71,2%) možnost spíše ano, 18 (16,2%) uvedlo ano, 11 (9,9%) spíše ne a 3 (2,7%) ne.

Z celkového počtu 109 (100%) sester z neoperačních oddělení uvedlo 58 (53,2%) spíše ano, 35 (32,1%) spíše ne, 9 (8,3%) ano a 7 (6,4%) ne.

Graf 37 Řešení problému se stomikem při nepřítomnosti stomasestry – detailně dle nemocnic (města), souhrnně chirurgická a neoperační oddělení



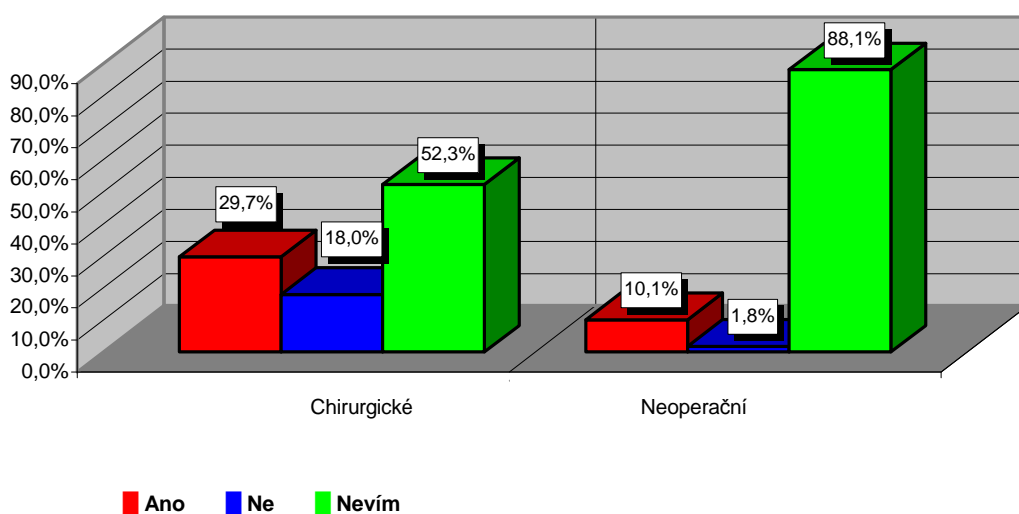
Na tuto otázku se odpovědi sester z operačních a neoperačních oddělení v jednotlivých nemocnicích příliš nelišily, proto jsou údaje v grafu znázorněny souhrnně. Ze 64 (100%) sester z nemocnice České Budějovice jich 40 (62,5%) odpovědělo spíše ano, 12 (18,2%) spíše ano, 12 (18,2%) spíše ne a 0 (0%) ne. Celkem 23 (100%) sester českokrumlovské nemocnice odpovědělo takto: 13 (60,9%) uvedlo spíše ano, 5 (21,7%) ano, 4 (17,4%) spíše ne a 0 (0%) ne. V jindřichohradecké nemocnici z celkového počtu 20 (100%) sester odpovědělo 13 (65,0%) spíše ano, 3 (15,0%) ano, 3 (15,0%) spíše ne a 1 (5,0%) ne. Ze 31 (100%) sester v nemocnici Písek jich 26 (83,9%) spíše ano, 2 (6,5%) ano, 2 (6,5%) ne a 1 (3,2%) spíše ne. Celkem 28 (100%) sester prachatické nemocnice odpovědělo takto: 20 (71,4%) spíše ano, 3 (10,7%) ano, 3 (10,7%) ne a 2 (7,1%) spíše ne. 27 (100%) sester v nemocnici Strakonice odpovědělo takto: 16 (59,3%) spíše ne, 9 (33,3%) spíše ano, 1 (3,7%) ano a 1 (3,7%) ne. V tábořské nemocnici z celkového počtu 27 (100%) sester uvedlo 15 (55,6%) spíše ano, 8 (29,6%) spíše ne, 3 (11,1%) ne a 1 (3,7%) ano.

Tabulka 14 ke grafu 38 (souhrnná data) Seznam pacientů v počítači

| | Ano | Ne | Nevím | Součet |
|----------------------------|-------|-------|-------|--------|
| Chirurgické oddělení | 33 | 20 | 58 | 111 |
| Neoperativní oddělení | 11 | 2 | 96 | 109 |
| Celkem – absolutní četnost | 44 | 22 | 154 | 220 |
| Celkem – relativní četnost | 20,0% | 10,0% | 70,0% | 100% |

Z celkového počtu 220 (100%) sester jich 154 (70,0%) uvedlo na otázku, zda má jejich stomasestra seznam pacientů v počítači, že neví. 44 (20,0%) uvedlo ano a 22 (10,0%) uvedlo ne.

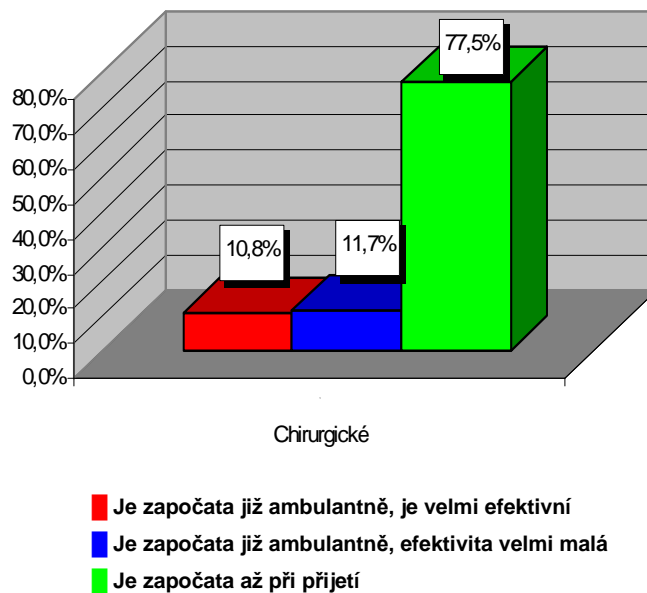
Graf 38 Seznam pacientů v počítači - komplexně



Na otázku, zda má jejich stomasestra vlastní seznam pacientů v počítači, uvedlo ze 111 (100%) chirurgických sester 58 (52,3%), že neví, 33 (29,7%), že ano a 20 (18,0%) uvedlo, že ne.

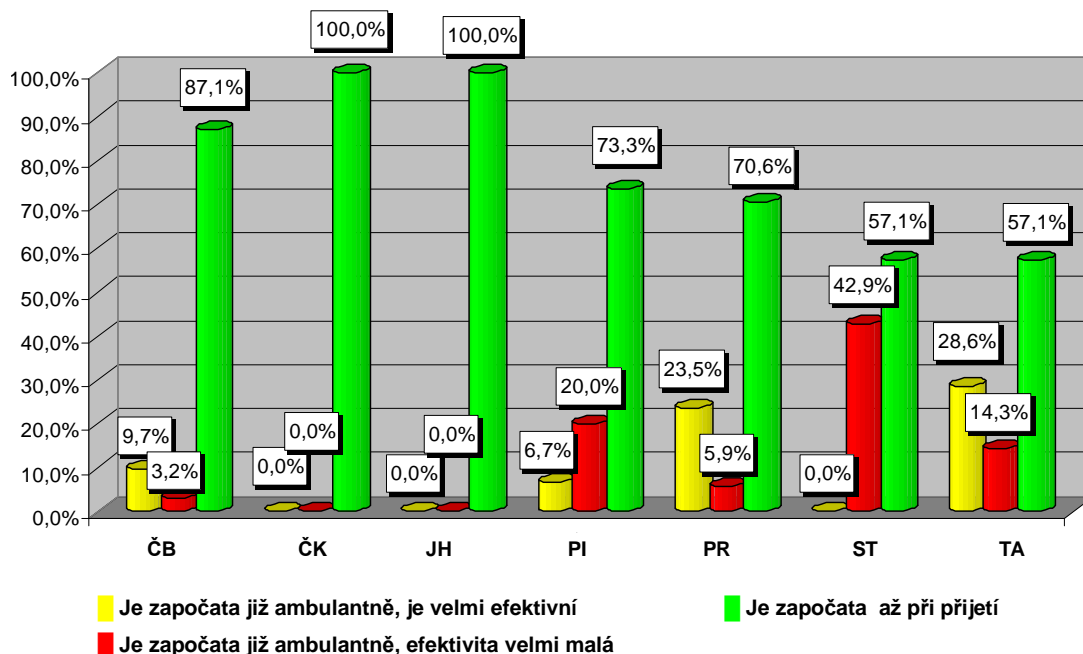
Ze 109 (100%) nechirurgických sester uvedlo 96 (88,1%), že neví, 11 (10,1%), že ano a 2 (1,8%) zvolily možnost ne.

Graf 39 Započetí předoperační spolupráce mezi stomikem a stomasestrou (chirurgická oddělení)



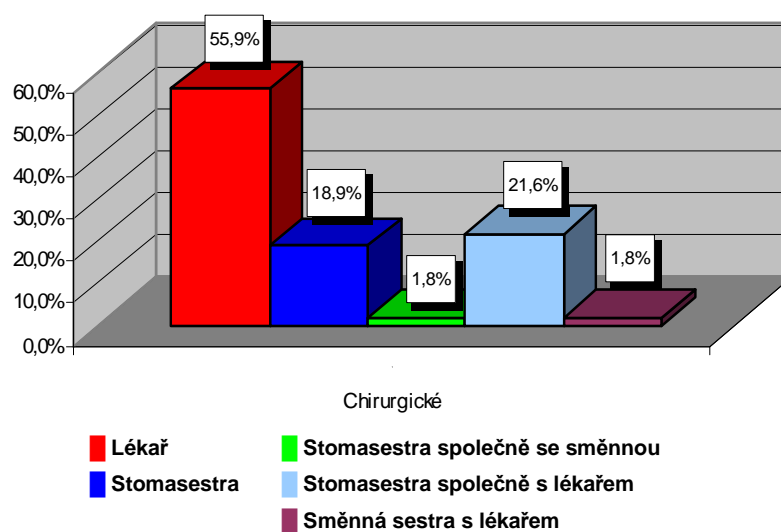
Tato otázka byla určena pouze chirurgickým sestrám. Z celkového počtu 111 (100%) chirurgických sester uvedlo 86 (77,5%), že předoperační edukace pacienta je započata až při přijetí, 13 (11,7%) uvedlo, že je započata již ambulantně, ale efektivita je velmi malá a 12 (10,8%) sester uvedlo, že je spolupráce započata již ambulantně a je velmi efektivní.

Graf 40 Započetí předoperační spolupráce mezi stomikem a stomasestrou – detailně dle nemocnic (města), chirurgická oddělení



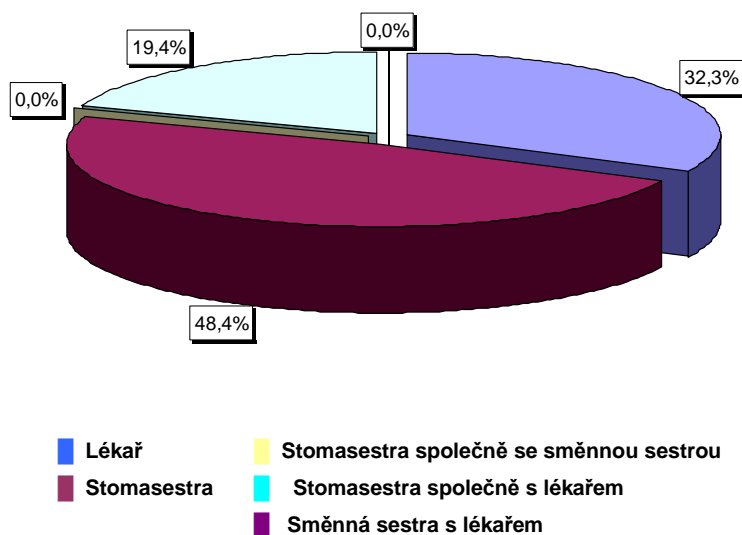
V nemocnici České Budějovice hodnotilo započetí spolupráce mezi stomikem a sestrou 31 (100%) chirurgických sester následovně : 27 (87,1%) uvedlo, že spolupráce je započata až při přijetí, 3 (9,7%) uvedly, že je započata ambulantně a je efektivní a 1 (3,2%) uvádí, že je započata ambulantně a je neefektivní. V nemocnici Český Krumlov uvedlo všech 12 (100%) sester, že spolupráce je započata až při přijetí. V nemocnici Jindřichův Hradec rovněž všech 8 (100%) sester uvedlo, že spolupráce je započata až při přijetí. V nemocnici Písek z 15 (100%) sester uvedlo 11 (73,3%), že je započata až při přijetí, 3 (20,0%) uváděly. Že je započata ambulantně a je neefektivní a 1 (6,7%) uvedla, že je započata ambulantně a je efektivní. V nemocnici Prachatice 17 (100%) sester odpovědělo takto: 12 (70,6%) uvedlo, že předoperačně započata není, 4 (23,5%) uvedly, že započata je a je efektivní a 1 (5,9%) uvedla, že započata je a je málo efektivní. V nemocnici Strakonice 14 (100%) sester odpovídalo takto : 8 (57,1%) započata až při přijetí, 6 (42,9%) ambulantně, ale málo efektivní. V nemocnici Tábor 14 (100%) sester odpovídalo takto: 8 (57,1%) započata až při přijetí, 4 (28,6%) ambulantně a je efektivní a 2 (14,3%) ambulantně, ale málo efektivní.

Graf 41 Zakreslení umístění stomie v předoperačním období (chirurgická oddělení)



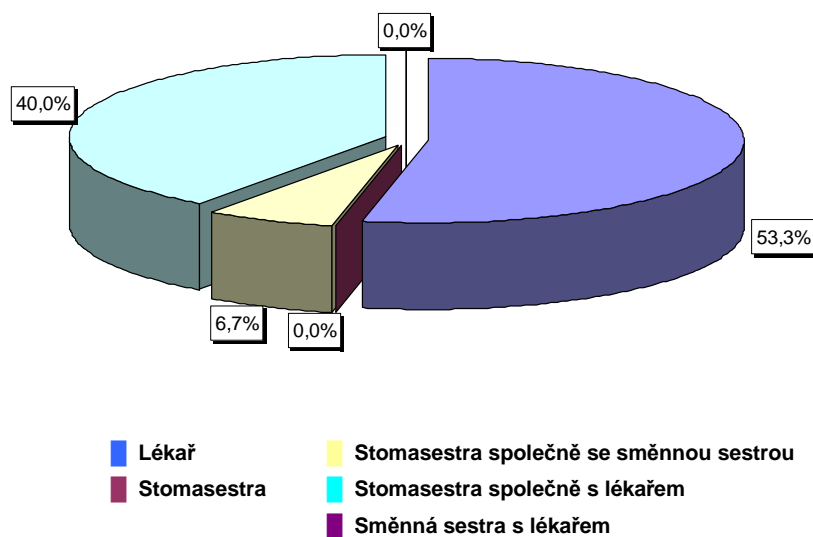
Tato otázka je určena pouze chirurgickým sestřám. Z celkového počtu 111 (100%) chirurgických sester 62 (55,9%) odpovědělo, že umístění stomie zakresluje lékař, 24 (21,6%) stomasestra společně s lékařem, 21 (18,9%) stomasestra, 2 (1,8%) stomasestra společně se směnnou sestrou a 2 (1,8%) směnná sestra s lékařem.

Graf 42 Zakreslení umístění stomie v předoperačním období – Nemocnice České Budějovice a.s., chirurgická oddělení



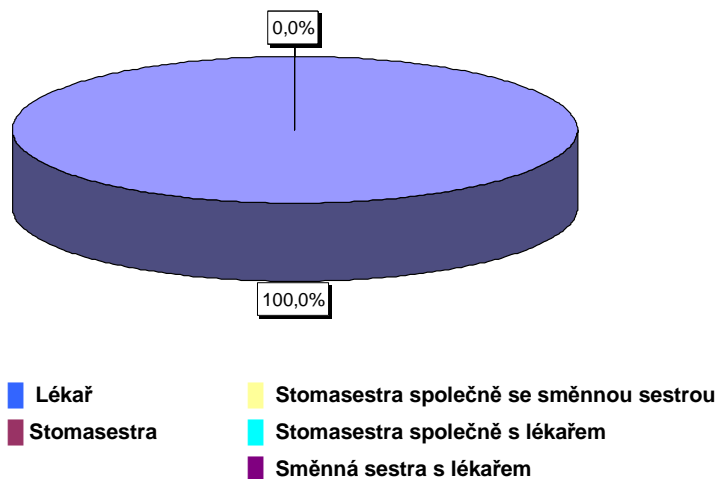
Z důvodu největších rozdílů byly znázorněna nemocnice České Budějovice (tento graf) a dále nemocnice Písek, Strakonice a Prachatice (viz níže graf 43, 44, 45). V nemocnici České Budějovice z celkového počtu 31 (100%) chirurgických sester 15 (48,4%) uvedlo, že umístění stomie zakresluje stomasestra, 10 (32,3%) lékař a 6 (19,4%) stomasestra společně s lékařem, 0 (0,0%) stomasestra společně se směnnou, 0 (0,0%) směnná sestra s lékařem.

Graf 43 Zakreslení umístění stomie v předoperačním období – Nemocnice Písek a.s. , chirurgická oddělení



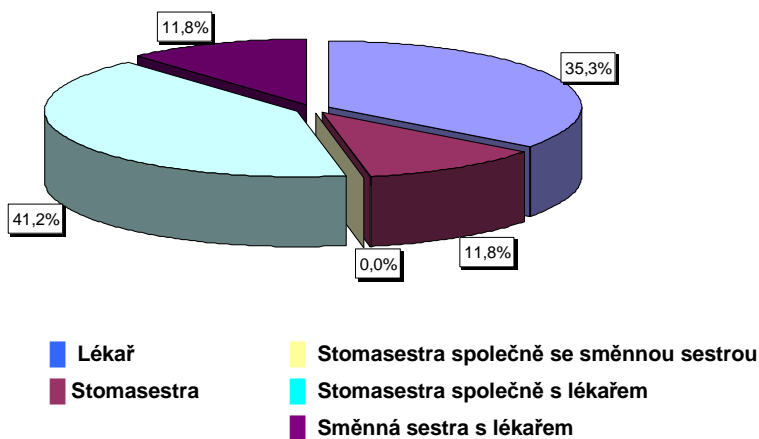
V nemocnici Písek 15 (100%) chirurgických sester odpovědělo takto: 8 (53,3%) lékař, 6 (40%) stomasestra společně s lékařem a 1 (6,7%) stomasestra společně se směnovou sestrou, 0 (0,0%) stomasestra, 0 (0,0%) směnná sestra s lékařem.

Graf 44 Zakreslení umístění stomie v předoperačním období – Nemocnice Strakonice a.s., chirurgická oddělení



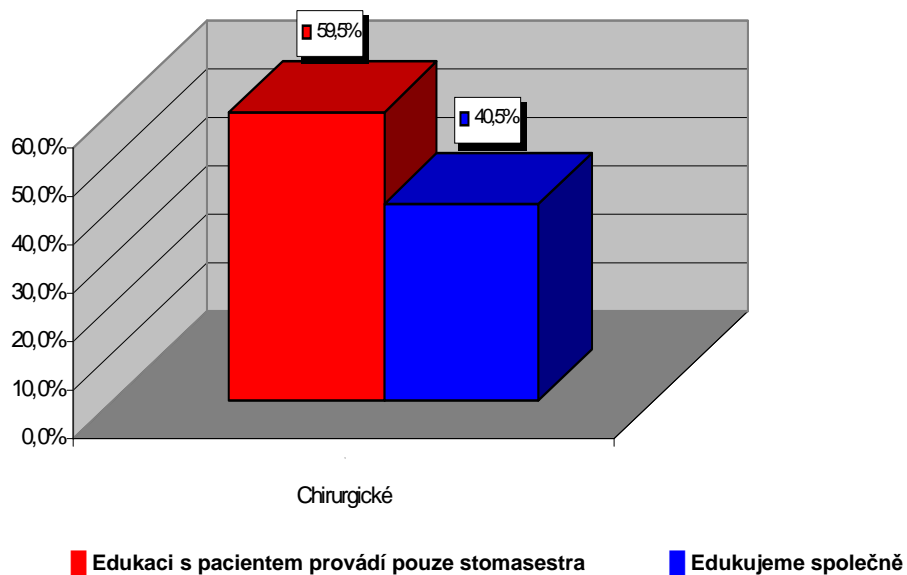
V nemocnici Strakonice všech 14 (100%) chirurgických sester uvedlo, že zakreslení stomie je záležitostí výhradně lékaře.

Graf 45 Zakreslení umístění stomie v předoperačním období – Nemocnice Prachatice a.s., chirurgická oddělení



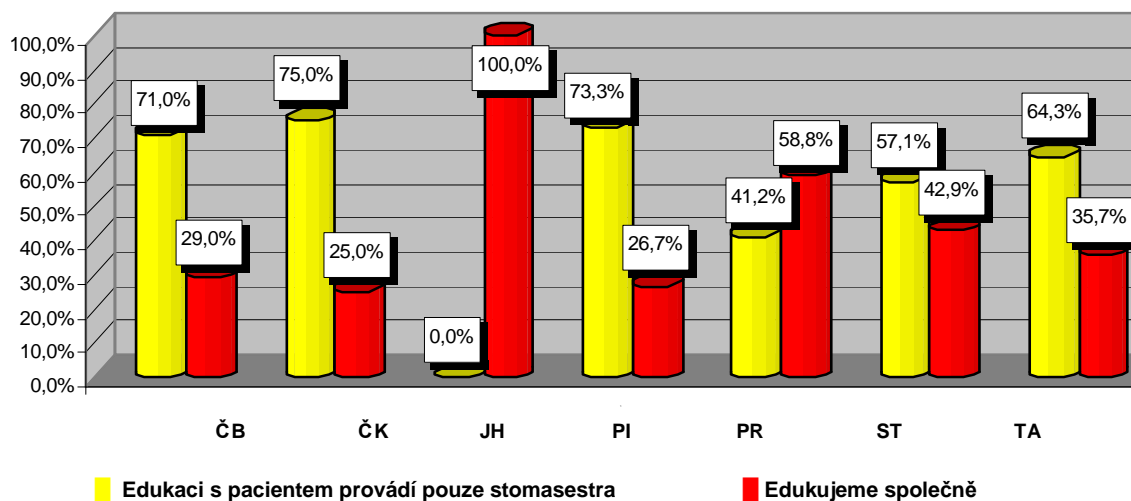
V nemocnici Prachatice 17 (100%) chirurgických sester uvedlo tyto odpovědi : 7 (41,2%) stomasestra společně s lékařem, 6 (35,3%) lékař, 2 (11,8%) stomasestra, 2 (11,8%) směnná sestra s lékařem a 0 (0,0%) stomasestra společně se směnnou sestrou.

Graf 46 Spolupráce sester při edukaci pacienta v předoperační fázi (chirurgická oddělení)



Otázka určena pouze chirurgickým sestrám. Z celkového počtu 111 (100%) chirurgických sester uvedlo 66 (59,5%), že edukaci pacienta provádí pouze stomasestra a 45 (40,5%) uvedlo, že edukují společně.

Graf 47 Spolupráce sester při edukaci pacienta v předoperační fázi – detailně dle nemocnic (města), chirurgická oddělení



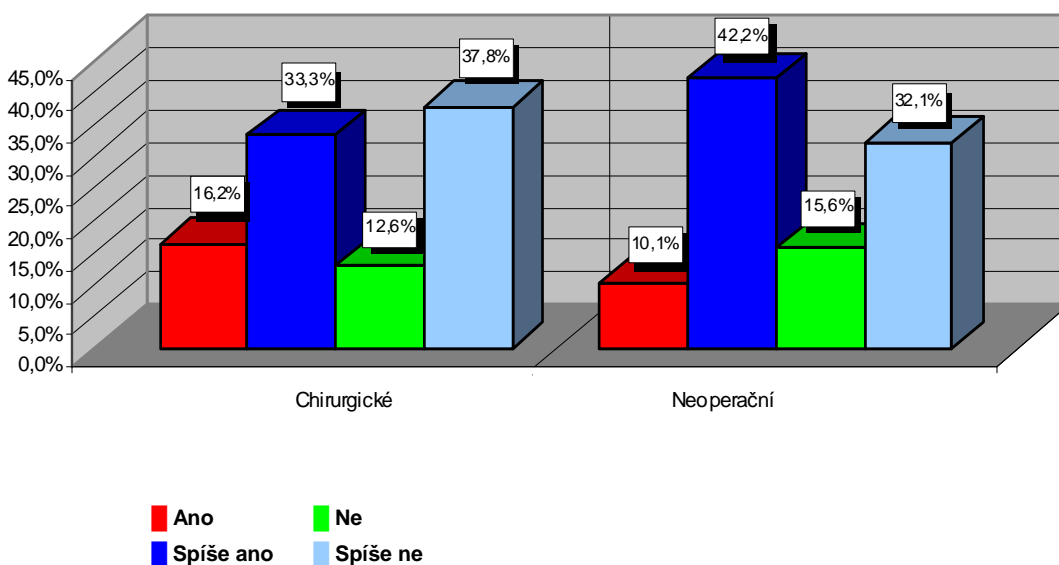
V nemocnici České Budějovice z celkového počtu 31 (100%) sester jich 22 (71,0%) uvedlo, že edukuje výhradně stomasestra a 9 (29,0%), že edukují společně. V nemocnici Český Krumlov 12 (100%) sester odpovědělo takto : 9 (75,0%) pouze stomasestra a 3 (25%) společně. V jindřichohradecké nemocnici všech 8 (100%) odpovědělo, že edukují společně. V písecké nemocnici z 15 (100%) sester uvedlo 11 (73,3%) pouze stomasestra a 4 (26,7%) společně. V nemocnici Prachatice 17 (100%) sester uvedlo: 10 (58,8%) edukují společně a 7 (41,2%) pouze stomasestra. V nemocnici Strakonice 14 (100%) sester odpovídalo takto : 8 (57,1%) pouze stomasestra a 6 (42,9%) společně. V nemocnici Tábor z celkového počtu 14 (100%) sester jich 9 (64,3%) uvedlo, že edukuje pouze stomasestra a 5 (35,7%) uvedlo, že edukují společně.

Tabulka 15 ke grafu 48 (souhrnná data) Informovanost budoucích stomiků o předoperační návštěvě stomaporadny či stomasestry

| | Ano | Spíše ano | Ne | Spíše ne | Součet |
|-----------------------------------|-------|-----------|-------|----------|--------|
| Chirurgické oddělení | 18 | 37 | 14 | 42 | 111 |
| Neoperativní oddělení | 11 | 46 | 17 | 35 | 109 |
| Celkem – absolutní četnost | 29 | 83 | 31 | 77 | 220 |
| Celkem – relativní četnost | 13,2% | 37,7% | 14,1% | 35,0% | 100% |

Z celkového počtu 220 (100%) sester 83 (37,7%) uvedlo spíše ano, 77 (35,0%) spíše ne, 31 (14,1%) ne a 29 (13,2%) ano.

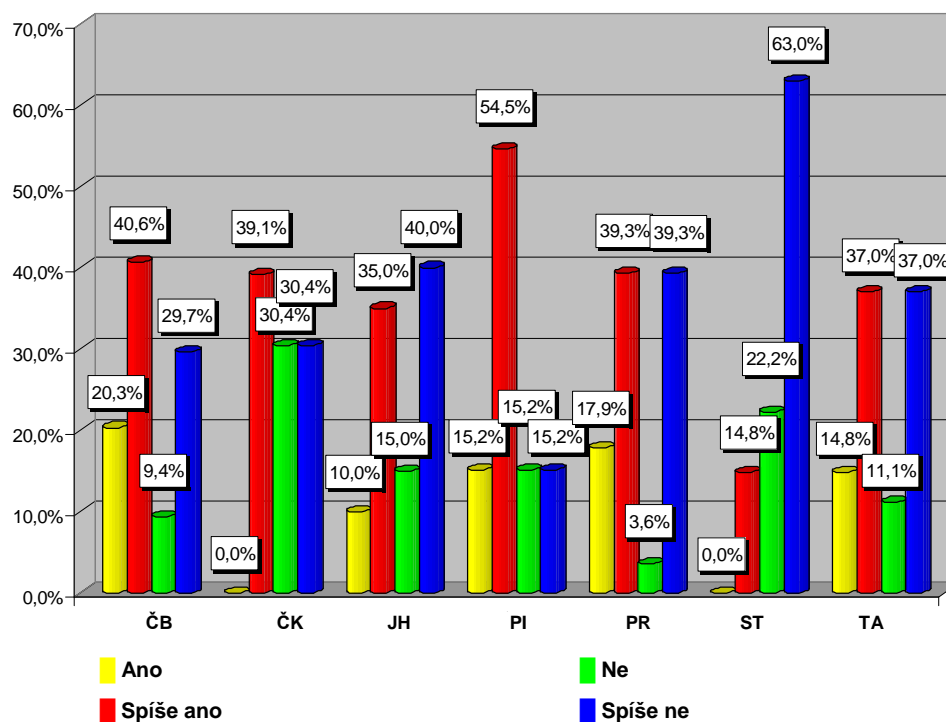
Graf 48 Informovanost budoucích stomiků o možné předoperační návštěvě stomaporadny či stomasestry - komplexně



Z celkové počtu 111 (100%) chirurgických sester jich 42 (37,8%) domnívá, že budoucí stomici spíše nejsou informováni o budoucí návštěvě poradny, 37 (33,3%) uvádí spíše ano, 18 (16,2%) ano a 14 (12,6%) ne.

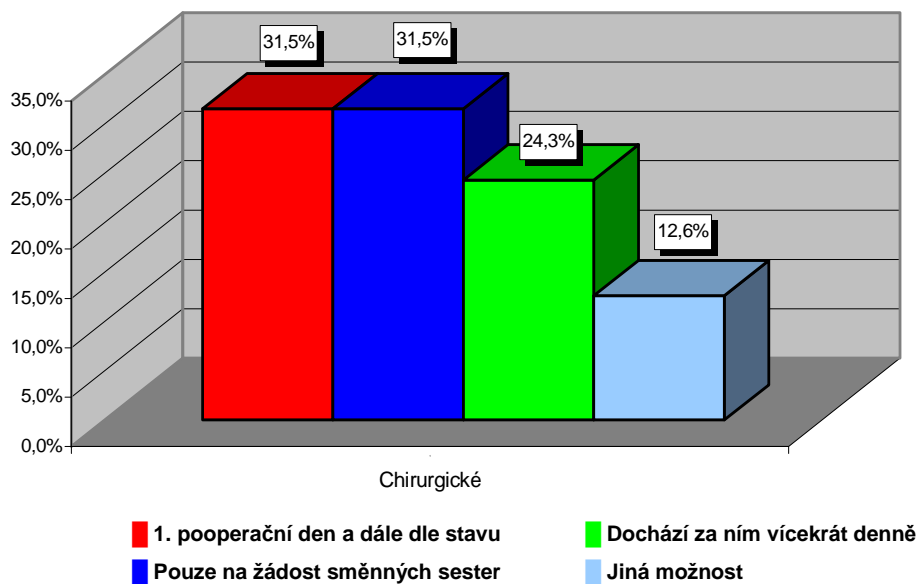
Z celkového počtu 109 (100%) sester z neoperačních oddělení jich 46 (42,2%) uvádělo spíše ano, 35 (32,1%) spíše ne, 17 (15,6%) ne a 11 (10,1%) ano.

Graf 49 Informovanost budoucích stomiků o možné předoperační návštěvě stomaporadny či stomasestry – detailně dle nemocnic (města), souhrnně chirurgická i neoperační oddělení



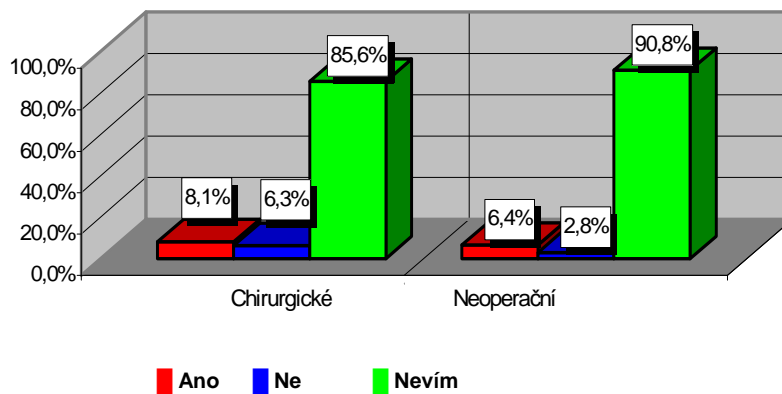
Na tuto otázku se odpovědi sester z operačních a neoperačních oddělení v jednotlivých nemocnicích příliš nelišily, proto jsou údaje v grafu znázorněny souhrnně. Z 64 (100%) sester v nemocnici České Budějovice odpovědělo : 26 (40,6%) spíše ano, 19 (29,7%) spíše ne, 13 (20,3%) ano a 6 (9,4%) ne. Z 23 (100%) sester v nemocnici Český Krumlov odpovědělo : 9 (39,1%) spíše ano, 7 (30,4%) ne a 7 (30,4%) spíše ne. V jindřichohradecké nemocnici 20 (100%) sester odpovědělo takto : 8 (40,0%) spíše ne, 7 (35,0%) spíše ano, 3 (15%) ne a 2 (10%) ano. V nemocnici Písek z 31 (100%) sester odpovědělo : 16 (54,5%) spíše ano, 5 (15,2%) ano, 5 (15,2%) ne a 5 (15,2%) spíše ne. V nemocnici Prachatice 28 (100%) sester odpovědělo takto : 11 (39,3%) spíše ano, 11 (39,3%) spíše ne, 5 (17,9%) ano a 1 (3,6%) ne. Ve strakonické nemocnici 27 (100%) sester odpovědělo následovně : 17 (63,0%) spíše ne, 6 (22,2%) ne a 4 (14,8%) spíše ano. V nemocnici Tábor 27 (100%) sester odpovědělo takto : 10 (37,0%) spíše ano, 10 (37,0%) spíše ne, 4 (14,8%) ano a 3 (11,1%) ne.

Graf 50 Návštěva stomasestry u pacienta po operaci (chirurgická oddělení)



Tato otázka byla opět určena pouze sestřám z chirurgických oddělení. Ze 111 (100%) sester jich 35 (31,5%) uvedlo, že stomasestra dochází za pacientem 1. pooperační den a dále dle stavu, 35 (31,5%) uvedlo, že stomasestra dochází pouze na žádost směnných sester, 27 (24,3%) odpovědělo, že stomasestra dochází za pacientem vícekrát denně a 14 (12,6%) sester zvolilo jinou možnost.

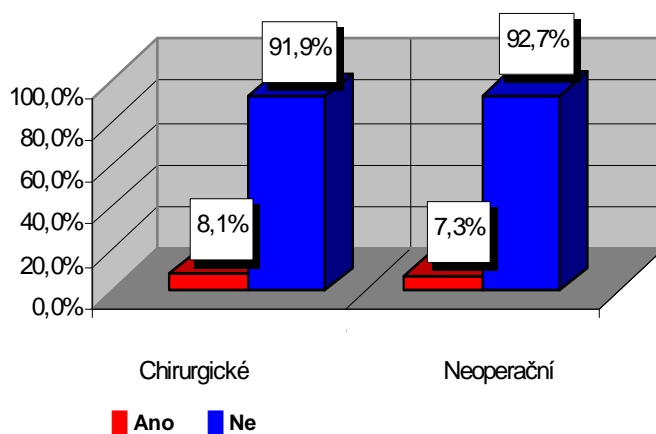
Graf 51 Využití DET skóre stomasestrou v ambulantní péči – komplexně



Na otázku zda stomasestra využívá DET skóre odpovědělo ze 111 (100%) chirurgických sester 95 (85,6%), že neví. 9 (8,1%) uvedlo ano a 7 sester (6,3%) uvedlo ne.

Z celkového počtu 109 (100%) směnných sester z neoperačních oddělení odpovědělo 99 (90,8%), že neví, 7 (6,4%) zvolilo ano a 3 (2,8%) ne.

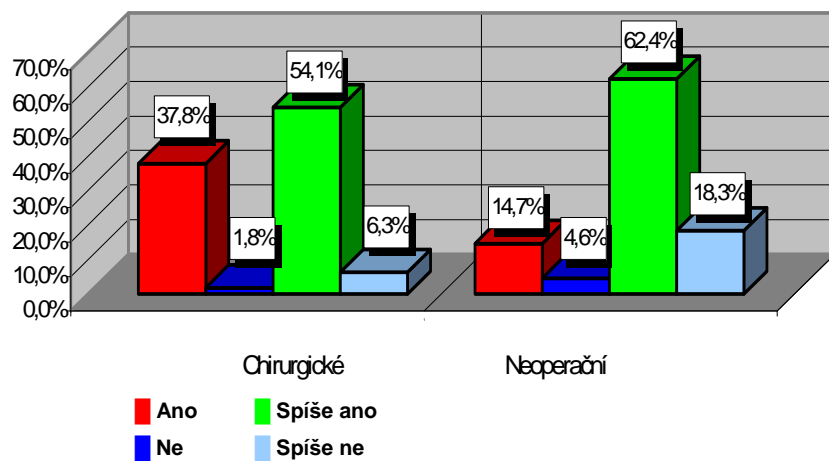
Graf 52 Zhodnocení stavu kůže v okolí stomie dle DET skóre – komplexně



Na otázku zda sestry umí zhodnotit stav kůže v okolí stomie dle DET skóre, odpověděli o 111 (100%) chirurgických sester takto: 102 (91,9%) uvedlo ne a pouze 9 (8,1%) uvedlo ano.

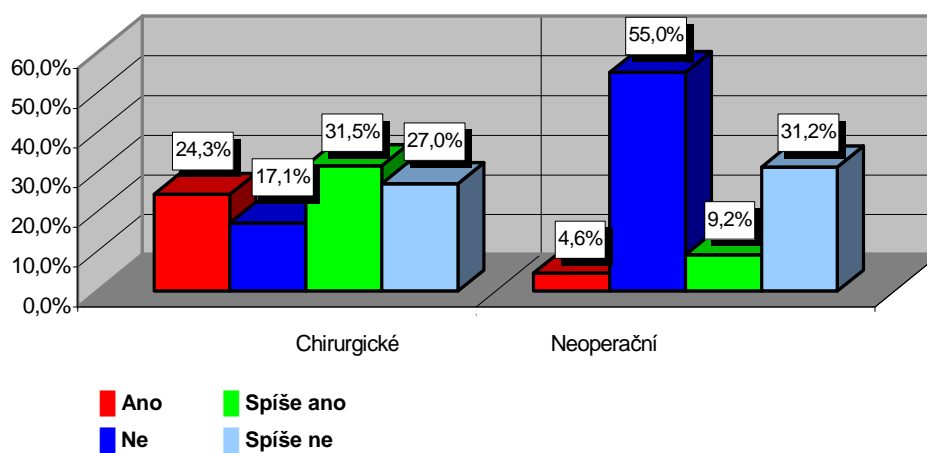
109 (100%) sester z neoperačních oddělení odpovědělo následovně: 101 (92,7%) ne, 8 (7,3%) ano.

Graf 53 Poučení o správném stravování



Z celkového počtu 111 (100%) chirurgických sester umí pacienta se stomií poučit o správném stravování 60 (54,1%) sester spíše ano, 42 (37,8%) ano, 7 (6,3%) spíše ne a 2 (1,8%) ne. 109 (100%) sester z neoperačních oddělení odpovědělo takto: 68 (62,4%) spíše ano, 20 (18,3%) spíše ne, 16 (14,7%) ano, 5 (4,6%) ne.

Graf 54 Provedení výplachu střeva



Ze 111 (100%) chirurgických sester jich na dotaz zda dokáží pacienta se stomíí poučít o výplachu střeva odpovědělo 35 (31,5%) spíše ano, 30 (27,0%) spíše ne, 27 (24,3%) ano a 19 (17,1%) ne. Sestry z neoperačních oddělení odpověděly takto: 60 (55,0%) ne, 34 (32,1%) spíše na, 10 (9,2%) spíše ano a 5 (4,6%) uvedlo ano.

4.2 Rozhovor se stomickou sestrou

Rozhovor se stomickou sestrou proběhl v její stomaporadně. Tato poradna spadá pod ambulantní část chirurgického oddělení.

Stomická sestra pracuje v jednosměnném provozu.

V této pozici je již od roku 1996, dříve pracovala jako směnná sestra na neseptické chirurgii.

Je absolventkou specializačního kurzu, který pořádá firma zabývající se stomickou kosmetikou a pomůckami. Tento kurz se skládá ze tří částí, ze základního kurzu, kurzu pro pokročilé a kurzu pro zkušené stomické sestry. Je absolventkou všech tří částí tohoto kurzu.

Stomická sestra pravidelně přichází do zaměstnání okolo sedmé hodiny ranní, poté je od 7 do 9-ti hodin přítomna na septické chirurgii, kde pečuje společně se směnnými sestrami o pacienty se stomií v rámci pooperační a předoperační péče. Od 9-ti do 12-ti hodin je denně přítomna ve své stomaporadně. Po 12-té hodině opět přichází na chirurgické oddělení a v tuto dobu obvykle obchází dle potřeby ostatní oddělení nemocnice, ze kterých byla kontaktována směnnými sestrami.

Zmiňuje, že kromě svého kmenového pracoviště poskytuje pravidelnou ošetrovatelskou péči pacientům na úrazovém oddělení, kterým byla následkem úrazu založena stomie.

Uvedla, že si je jista, že většina sester z chirurgického oddělení bezpečně ví, v jakou dobu a jaké dny je přítomna ve své poradně a kde se její poradna nachází. U sester z neoperačního oddělení si tím zcela jista není, myslí si, že to vědí pouze některé.

Na otázku, zda je osoba, která ji dokáže adekvátně zastoupit v době její nepřítomnosti, uvedla, že za ni zastupující osobou je staniční sestra ze septické části chirurgie, která ji zastupuje pouze na chirurgickém oddělení, ale nezastupuje ji ve stomaporadně, ta je při její nepřítomnosti uzavřena. Staniční sestra za ni řeší pouze nejnutnější věci, stomická sestra se před svou plánovanou nepřítomností snaží pacienty co nejlépe zajistit, předem se informuje, kdo bude propuštěn, vybaví je dostatečným množstvím pomůcek a potřebnými informacemi.

Domnívá se, že chirurgické sestry obvykle vědí, kým je zastupitelná, sestry

z neoperačních oddělení toto většinou nevědí, ale pokud se jim stomickou sestru nepodaří kontaktovat, většinou následně kontaktují oddělení septické chirurgie, kde žádají o radu.

Myslí si, že sestry, které s ní nepřetržitě spolupracují, ji dokáží zastoupit při ošetrovatelské péči o stomika v době její nepřítomnosti. Sama si je ale vědoma, že sestry neumí zajistit samostatně objednávku stomických pomůcek, které předepisuje lékař v proktologické poradně na základě jejího doporučení.

Stomická sestra uvedla, že v proktologické poradně, kam dle potřeby dochází, má k dispozici seznam stomiků v počítačové databázi. V tomto seznamu je přesně uvedeno datum poslední pacientovy návštěvy, případné komplikace a druh stomické pomůcky, která je lékařem na základě jejího doporučení předepsána. Směnné sestry obvykle do tohoto seznamu přístup nemají.

Nejvíce spolupracuje s kolostomiky a ileostomiky, ale občas ji kontaktují i urologické sestry, které potřebují radu při ošetrovatelské péči o pacienta s urostomií.

Stomická sestra udává, že sestry ji při péči o stomiky nejčastěji kontaktují při opakované netěsnosti stomické pomůcky, při vzniku komplikací u stomického pacienta, mezi něž nejčastěji patří stenóza, prolaps, podráždění kůže, špatná spolupráce s pacientem.

Pokud směnné sestry informují stomickou sestru o vzniklém problému, snaží se řešit vzniklý problém s nimi osobně, navštíví pacienta na příslušném oddělení, kde se snaží co nejadekvátněji danou situaci řešit za účasti sester. Sama říká, že často pociťuje hlavně ze strany chirurgických sester neochotu řešit vzniklý problém samostatně a je jimi mnohdy kontaktována při zcela banálních záležitostech. Její okamžité kontaktování chápe ze strany sester z neoperačních oddělení.

Na dotaz, zda je některým pacientům doporučena ambulantní předoperační návštěva stomapradny, odpověděla, že směnné sestry tuto možnost pacientům nenabízejí, někdy je jim to nabídnuto lékařem.

U pacienta přijatého k plánovanému výkonu stomická sestra v den přijetí pacientovi vysvětlí, co to vůbec stomie znamená, názorně mu ji ukáže na obrázku a co nejšetrněji jej seznámí, jak se bude o vytvořenou stomii starat. Tuto edukaci obvykle

provádí samostatně bez přítomnosti ostatních sester. Stomická sestra rovněž ve většině případů u plánovaných výkonů provádí samostatně zakreslení umístění budoucí stomie, pokud narazí při této činnosti na konkrétní problém, tak vždy kontaktuje lékaře. U akutního výkonu samozřejmě umístění zakresluje lékař, často přímo až na operačním sále. Myslí si, že směnné sestry neumějí samostatně provést zakreslení stomie. V rámci pooperační péče dochází za pacientem 2 krát denně, kde společně se směnnými sestrami probíhá postupná pooperační edukace pacienta. Jinak ji sestry samozřejmě mohou kontaktovat kdykoliv, dle aktuálních potřeb pacienta.

Na otázku, zda jsou pořádány pravidelné semináře týkající se dané problematiky, uvedla, že jsou pořádány, ale spíše pouze pro chirurgické sestry a to většinou 1 krát za tři měsíce, ale někdy i častěji a to dle aktuálních potřeb směnných sester či stomické sestry, kdy potřebuje kolegyním sdělit novinky. Dříve byly určeny i sestřím z neoperačních oddělení, ale pro jejich malý zájem bylo od společného pořádání seminářů upuštěno. Sama se domnívá, že dokonalá znalost péče o stomika, je nezbytná hlavně pro sestry na chirurgickém oddělení.

Nejčastějšími tématy, které společně řeší, jsou kromě novinek také výživa stomika, pooperační edukace, propuštění pacienta do domácí péče a podobně.

Stomická sestra dále uvedla, že své kolegyně pravidelně informuje i o konání celorepublikových seminářů, které jsou obvykle pořádány firmami zabývajícími se danou problematikou. Tyto informace obvykle mají k dispozici pouze chirurgické sestry. Jedenkrát ročně je pořádána celosvětová konference stomických sester, té se ale účastní pouze ona sama.

Dále uvedla, že se domnívá, že předává ostatním sestřím dostatek informací, ale myslí si, že problematika stomií se mnohým z nich jeví nezajímavou.

Domnívá se, že sestry jak z chirurgických tak i neoperačních oddělení mají na svém pracovišti dostatek informačních materiálů zaměřených na péči o stomika, především nejrůznější sesterské časopisy, kde je tato problematika opakovaně zmiňována a je na samotných sestřích, jak si chybějící deficit informací doplní.

Poskytuje chirurgickým sestřám informační brožuru zaměřující se na péči o stomika, uvědomuje si, že sestry z neoperačních oddělení mají tento materiál k dispozici pouze na vyžádání.

Stomická sestra uvedla, že se jí spolupráce se směnnými chirurgickými sestrami jeví o něco účinnější, ale ani spolupráci se sestrami z neoperačních oddělení za problém nepovažuje, pokud je jimi kontaktována, ráda se ochotně dostaví na jejich pracoviště a ony se vcelku aktivně zapojují do řešení problému.

Na dotaz, zda může doporučit ostatním sestřám novinku týkající se dané problematiky, uvedla, že na posledním společném setkání informovala o superabsorpčních želatinačních polštářcích, které jsou vhodné hlavně u ileostomiků, neboť zahušťují obsah stomického sáčku, zabraňují tak riziku podtékání, eliminují výskyt zápachu, snižují hlučnost stomického sáčku, redukují jeho nafukování a umožňují pohodlné a diskrétní nošení pomůcky.

5 Diskuze

Empirická část diplomové práce měla za cíl zmapovat oblasti spolupráce směnných sester se stomickou sestrou na chirurgickém a neoperačním oddělení a dále zjistit, zda směnné sestry z chirurgických oddělení spolupracují se stomickou sestrou efektivněji než směnné sestry z neoperačních oddělení.

Výzkumné šetření bylo prováděno v sedmi nemocnicích Jihočeského kraje na vybraných lůžkových zdravotnických zařízeních. Zjištěná data byla zpracována do grafů a tabulek. Dvojitě grafy názorně ukazují rozdíl mezi chirurgickými a neoperačními pracovišti. V tabulkách byla uvedena souhrnná data. Uvedeny byly i grafy vypovídající o spolupráci v jednotlivých nemocnicích, kde lze získaná data porovnat. Některé grafy uvádějí procentuální zastoupení, některé absolutní četnosti. Počet směnových sester z chirurgických oddělení a z oddělení neoperačního typu je téměř shodný. Počet rozdaných a navracených dotazníků zobrazuje tabulka 1 umístěná v metodice.

Graf 1 a graf 2 zobrazuje úvodní identifikační údaje (pohlaví, věk). Graf 3 zobrazuje jednu z důležitých otázek, zda stomická sestra má či nemá vlastní stomaporadnu s pevně stanovenými hodinami, 40,5% chirurgických sester uvedlo, že jejich stomická sestra nemá vlastní stomaporadnu a je to chirurgická směnná sestra, u sester z neoperačních oddělení takto odpovědělo 49,5%. 37,6% chirurgických sester uvedlo, že stomická sestra má vlastní poradnu, ve které je přesně přítomna ve stanovenou hodinu a je plnohodnotně k dispozici jak pacientům, tak směnným sestram, sestry z neoperačních oddělení tuto možnost zvolily v 49,5%. 21,6% chirurgických sester a 8,3% sester z neoperačních oddělení uvádělo jinou možnost, sestry nejčastěji uváděly, že jejich stomická sestra je v pozici staniční sestry chirurgického pracoviště. U této otázky jsme předpokládali, že pokud stomická sestra bude mít vlastní stomaporadnu, půjde o sestru pracující v jednosměnném provozu, malé procento sester, ale uvedlo jako jinou možnost, že stomická sestra má vlastní poradnu, ve které je ale přítomna pouze 1x týdně a je směnnou sestrou na chirurgickém oddělení. Zjištění této skutečnosti vypovídá o tom, že pokud je stomická sestra zároveň směnnou sestrou na chirurgickém oddělení bude v častém kontaktu s ostatními sestrami zde pracujícími, ale

rozhodně nebude mít dostatek času se komplexně věnovat samostatné problematice týkající se stomií, bude obtížně dostupná pro sestry z neoperačního oddělení a hlavně nebude moci věnovat dostatek času pacientům (stomikům). Nováková (32) uvádí ve svém článku, že v dnešní době je ve většině nemocnic stomická sestra, která je speciálně vyškolená a má roli určitého koordinátora v týmu sester. Myslíme si, že sestra, která není denně přítomná, může jen obtížně plnit roli koordinátora a rozhodně nemůže mít dostatek času na získávání nových poznatků a natož na předávání informací ostatním sestřím. M. Mátlová (26) ve své bakalářské práci píše, že stomické sestry mají vhodné podmínky k výkonu své specializace splněny pouze částečně a často jim chybí prostor k výkonu své specializace. V grafu 4 vidíme, že hlavně sestry v Českobudějovické nemocnici uváděly, že jejich stomická sestra má poradnu s pevně stanovenými hodinami. Stomická sestra v anonymním rozhovoru uvedla, že je přítomná denně a během dne má i časový prostor pro návštěvu oddělení mimo své kmenové chirurgické pracoviště, což si myslíme, že je ideální stav.

Graf 5 vypovídá, zda sestry hlásí příchod stomika stomické sestře. Na většině chirurgických pracovištích stomická sestra ví o příchodu stomika, myslíme si, že je to vcelku logické, neboť je obvykle kmenovou pracovnící chirurgického oddělení. Naopak sestry z neoperačních oddělení odpověděly ve 45,9%, že příchod nehlásí a ve stejném procentuálním zastoupení odpovídaly, že příchod stomika hlásí pouze při komplikacích. Jedličková (14) uvádí, že je vhodné, aby byl příchod stomika na neoperační oddělení ohlášen stomické sestře. Domníváme se ale, že by to nebylo zcela reálné hlavně proto, že většina stomických sester pracuje ve směnném provozu. Také si myslíme, že je nutné, aby stomická sestra byla vždy k dispozici i pacientům z neoperačních oddělení dle jeho aktuálních potřeb, ale rozhodně asi není nutné, aby byl stomické sestře hlášen například příchod pacienta na interní oddělení, který má dlouhodobě zavedenou stomii, je zcela bez komplikací a dokonale zvládá sebek péči o stomii. Grafy (6,7) zobrazují hlášení příchodu stomika konkrétně v nemocnici České Budějovice a Tábor a to na chirurgických odděleních. Odpovědi sester se těchto nemocnicích nejvíce lišily. Na chirurgickém oddělení v nemocnici České Budějovice je hlášen příchod stomika stomasestře téměř pokaždé, kdežto v nemocnici Tábor pouze 28,6%.

Grafy 10 až 13 ukazují, zda se sestry setkávají na pravidelných seminářích a jaká je častost jejich pořádání, vztahují se k hypotéze 2 a 5. Zde jsme v grafu 10 zjistili, že 36,0% sester z chirurgických oddělení uvedlo, že se na seminářích vůbec nesetkávají, stejné procento sester uvedlo, že se setkávají občas a pouze 20,7% sester uvedlo, že jejich setkání se stomickou sestrou je pravidelné. Sestry z neoperačních oddělení se v 67,0 % shodly, že se na pravidelných seminářích nesetkávají. Přátková (39) uvádí, že poznatky, které stomické sestry získaly v kurzech předávají ostatním sestrám na oddělení na společných seminářích, z grafu 10 je patrné, že to tak asi vždy není. Naopak stomická sestra v rozhovoru uvedla, že se setkává se svými kolegyněmi celkem pravidelně. Z grafu 11, kde jsou detailně znázorněny odpovědi chirurgických sester z jednotlivých nemocnic, je patrné, že na pravidelných seminářích se nejčastěji setkávají v nemocnici Tábor, Strakonice a České Budějovice. Předávání informací téměř neprobíhá v nemocnici Český Krumlov. U sester z neoperačních oddělení jsme dle grafu 12 zjistili, že k jejich pravidelnému setkání se stomickou sestrou téměř nedochází.

Častost pořádání seminářů je vyjádřena grafem 13, kde se bohužel odpovědi sester jak z chirurgických tak neoperačních pracovišť příliš nelišily a 52,3% sester z chirurgických oddělení a 55,0% sester z neoperačních oddělení uvedlo, že vůbec neví jak často jsou semináře pořádány. Odpověď, že setkání je pravidelně 1x za měsíc bylo uvedeno pouze v 2,7% ze strany sester z chirurgických oddělení a v 2,8% odpovědí ze strany sester z neoperačních oddělení. Stomická sestra v rozhovoru uváděla, že se se svými kolegyněmi setkává zhruba 1x za 3 měsíce, což je dle našeho názoru vcelku optimální, ale velkou chybu spatřujeme v tom, že o pravidelném setkání neinformuje sestry z neoperačních oddělení. Dále v rozhovoru uvedla, že se chirurgickým sestrám snaží pravidelně informace předávat, myslí si, že by mohly mít dostatečné množství informací, ale ony ji mnohdy kontaktují při zcela banálních záležitostech, které by zvládly i zcela samostatně.

V grafu 14 jsme se dotazovali, zda si sestry myslí, že by byly pro ně pravidelné informace poskytnuté stomickou sestrou přínosem při péči o stomika. Chirurgické sestry se většinou domnívají, že by to pro ně bylo určitě přínosné, spíše kladně na tento

dotaz reagovaly i sestry z neoperačních oddělení. Graf 15 a 16 ukazuje, že odpovědi se poněkud lišily u chirurgických sester v nemocnici Prachatice a Písek, kde v Prachaticích sestry sice přínos informací hodnotily vcelku kladně, ale 11,8% sester si myslí, že by informace od stomické sestry pro ně přínosem nebyly, kdežto v nemocnici Písek si žádná z chirurgických sester nemyslí, že by pro ně informace nebyly přínosem.

Grafy 19-24 se vztahují k hypotéze 2, graf 19 znázorňuje, jakou problematiku sestry nejčastěji se stomickou sestrou konzultují, pokud je u nich na oddělení hospitalizován stomik. Sestry mohly označit více odpovědí. Je zřejmé, že sestry z chirurgických oddělení nejčastěji se stomickou sestrou řeší komplikace spojené s ošetrovatelskou péčí o stomického pacienta a manipulaci se stomickou pomůckou. Nám se jeví celkem negativně skutečnost, že se stomickou sestrou téměř nekonzultují edukaci pacienta. Sestry z neoperačních oddělení rovněž nejčastěji konzultují komplikace a manipulaci se stomickou pomůckou, ale vcelku kladně hodnotíme, že byla častěji označena možnost edukace pacienta.

Z grafu 20 (v absolutních četnostech) je patrné, že chirurgické sestry mají od stomické sestry pravidelné informace o stomické kosmetice a pomůckách, z celkového počtu 135-ti odpovědí chirurgické sestry označily 91 krát, že tyto informace mají, sestry z neoperačních oddělení z celkového množství 126-ti odpovědí označily možnost, že mají informace o novinkách od stomické sestry v 46 případech. Graf 19, ale jasně ukazuje, že novinky v oblasti stomické kosmetiky a pomůcek nepatří jak u sester z chirurgických, tak i z neoperačních oddělení mezi nejčastěji konzultovanou problematiku. Graf 21 vypovídá o tom, zda mají sestry informace od stomické sestry, z jakých zdrojů čerpat potřebné informace o novinkách. Chirurgické sestry v 68,5% uvedly, že tyto informace od stomické sestry mají, ale sestry z neoperačních oddělení tuto možnost zvolily pouze v 41,3%. Graf 22 vypovídá, jak jsou sestry informovány o novinkách v konkrétních nemocnicích, kde v nemocnici Strakonice sestry souhrnně jak z chirurgických, tak neoperačních oddělení uvedly ve 59,3%, že od stomické sestry mají informace z jakých zdrojů čerpat o novinkách, naopak v nemocnici Český Krumlov má tyto informace pouze 30,4% sester. Z grafu 24 jednoznačně vyplývá, že chirurgické sestry v 74,8% vědí jak mají používat novinky v oblasti stomické kosmetiky, naopak

sestry z neoperačních oddělení mají tyto informace pouze v 28,4 %. Myslíme si, že **hypotéza 2, která ověřovala, zda směnné sestry získávají od stomické sestry pravidelné informace týkající se novinek v dané problematice byla komplexně u směnných sester vyvrácena**, graf 20 sice ukazuje, že z celkového počtu 261 odpovědí všech sester, zvolily sestry 137 krát, že nové informace o stomické kosmetice a pomůckách mají od stomické sestry, ale rozhodně nás neuspokojují výsledky v grafech 10 a 13, které se rovněž vztahují k hypotéze 2 a vypovídají o pravidelnosti a častosti pořádání seminářů, o kterých si myslíme, že by měly být základem pro získávání pravidelných informací a je neuspokojivé, že 51,4% sester odpovědělo, že se na společných pravidelných seminářích nesetkávají (souhrnná tabulka 3) a 53,6% sester vůbec neví, jak často jsou tyto semináře pořádány (souhrnná tabulka 4). Někdo by mohl namítnout dle výsledků v grafu 20 a 21, že pokud bychom to chtěli rozlišit, tak by hypotéza 2 byla u chirurgických sester potvrzena, ale myslíme si, že jen obtížně mohou mít dostatek informací, neboť zde postrádáme pravidelnost při předávání. Stomická sestra v rozhovoru uvedla, že si myslí, že sestry z chirurgického oddělení mají od ní dostatek informací týkající se novinek v oblasti stomické kosmetiky a pomůcek, rovněž ale zmiňuje, že sestry by se měly samostatně a aktivně o tuto problematiku zajímat a nejen čekat na informace poskytnuté z její strany.

Graf 25 vypovídá, že chirurgické sestry v 79,3% mají informace od stomické sestry o nejvhodnějším stomickém systému pro daný typ stomie, sestry z neoperačních oddělení mají tyto informace pouze v 43,1%.

Graf 26 znázorňuje, zda sestry používají konkrétní stomický systém u konkrétního druhu stomie, či používají jeden druh stomického systému pro rozdílné stomie, zde se sestry jak z chirurgických tak neoperačních oddělení vcelku shodovaly, chirurgické sestry uvedly v 82,0%, že použijí konkrétní stomický systém, obdobně v 76,1% odpověděly i sestry z neoperačních oddělení.

V grafu 27 (souhrnně tabulka 9) chirurgické sestry v 57,7% odpověděly, že manipulaci s novou stomickou pomůckou nejprve zkoušejí samy a až při nezdaru s manipulací kontaktují stomickou sestru, sestry z neoperačních oddělení tuto možnost zvolily v 65,1%. Myslíme si, že by bylo vhodnější, aby byla nejprve provedena názorná

edukace stomickou sestrou jak manipulovat s pomůckou. Bylo by to vhodnější hlavně pro pacienta, neboť jeho pohled na sestru, která nezvládá manipulaci pro něj nepřináší nic pozitivního, ale spíše naopak. Rovněž si myslíme, že chirurgické sestry musí mít větší zkušenost s manipulací díky častější péči o pacienta se stomií a proto si spíše troufají manipulovat s novou pomůckou samostatně, ale u sester na neoperačních odděleních by bylo vhodnější, aby stomickou sestru kontaktovaly. Z grafu 19 je patrné, že chirurgické sestry z celkového počtu 254 odpovědí zvolily 63krát manipulaci s pomůckou, sestry z neoperačních oddělení zvolily tuto možnost z celkového počtu 204 odpovědí 40 krát. Pokud k těmto výsledkům připojíme ještě výsledky v tabulkách 3 a 4, které vypovídají o společném setkání na seminářích, kde by mělo docházet k předávání informací, myslíme si, že **hypotéza 5, která zjišťovala, zda směnné sestry vyžadují od stomické sestry informace týkající se správné manipulace se stomickými pomůckami byla vyvrácena.**

Graf 28 a 29 porovnává manipulaci s novou stomickou pomůckou u chirurgických sester v nemocnici Tábor a Jindřichův Hradec, kde je patrný markantní rozdíl, neboť sestry v Jindřichově Hradci pouze uváděly, že manipulaci s novou stomickou pomůckou perfektně zvládají díky názornému předvedení stomickou sestrou.

V grafu 30 jsou uvedeny pouze odpovědi chirurgických sester, neboť tato otázka byla určena jen sestrám, které pracují na chirurgickém oddělení. V otázce, kdy nejintenzivněji chirurgické sestry se stomickou sestrou spolupracují, sestry mohly zvolit více odpovědí. Otradovcová (35) uvádí, že spolupráce sester se stomickou sestrou by měla být stejně intenzivní jak v předoperační, tak pooperační fázi. Bohužel chirurgické sestry nejčastěji označily, že se stomickou sestrou nejintenzivněji spolupracují při pooperační péči, tato možnost byla z celkového počtu 132 odpovědí označena 105 krát a možnost, že je spolupráce nejintenzivnější v předoperační fázi bylo označeno pouze 17 krát (výsledky na tuto otázku byly v grafu znázorněny v četnostech). **Tímto zjištěním byla vyvrácena hypotéza 3, která zjišťovala, zda spolupráce směnných sester se stomickou je zahájena již v předoperačním období.** Přišlo nám vhodné tuto hypotézu směřovat pouze na chirurgické sestry.

Otázka č. 17 v dotazníku zjišťovala, zda sestry vědí, zda je sestra zastupitelná při její nepřítomnosti. Z grafu 31 (souhrnně tabulka 10) je jednoznačně patrné, že sestry z neoperačních oddělení obvykle nevědí, zda existuje osoba, která dokáže stomickou sestru zastoupit při její nepřítomnosti. Chirurgické sestry nevědí o možnosti zástupu stomické sestry v 27,9%. Graf 32 hodnotí zastupitelnost stomické sestry detailně dle nemocnic a to u sester na chirurgických pracovištích. Nejmarkantnější rozdíl je patrný mezi nemocnicí Strakonice a Písek. V písecké nemocnici neví o zastupitelnosti stomické sestry jen 20,0% sester, ale v nemocnici Strakonice toto neví 64,3% sester. Graf 33 hodnotí zastupitelnost stomické sestry také detailně dle nemocnic, ale u sester na neoperačním oddělení. Zde je nejmarkantnější rozdíl mezi nemocnicí Český Krumlov a Strakonice, kde v českokrumlovské nemocnici neví o zastupitelnosti pouze 18,2% sester, ale ve strakonické nemocnici toto neví 92,3% sester. Zajímavé je také zjištění, že v českokrumlovské nemocnici vědí více, zda existuje zastupitelnost za stomasestru sestry z neoperačních oddělení než sestry z oddělení neoperačních.

Graf 34 (souhrnně tabulka 11) znázorňuje, zda sestry mají znalosti, jakým způsobem se předepisují stomické pomůcky. Nepřekvapilo nás, že tyto znalosti v 67,9% nemají sestry na neoperačním oddělení, ale překvapením pro nás bylo zjištění, že tyto znalosti nemají také sestry z chirurgických pracovišť a to v 61,3%. Pro porovnání stomická sestra v rozhovoru uváděla, že pomůcky předepisuje lékař mající na starost proktologickou poradnu a to na základě doporučení stomické sestry. Sama si je zřejmě vědoma, že směnné sestry neumí samostatně zajisti pacientovi pomůcky, neboť v rozhovoru uvádí, že pokud ví o své budoucí nepřítomnosti, snaží se pacienty předem pomůckami vybavit. Z rozhovoru plyne, že pomůcku by byl zřejmě schopen zajistit spíše lékař (proktolog) než chirurgické směnné sestry.

Otázkou č. 20 jsme v dotazníku zjišťovali, zda si samy směnné sestry myslí, že mají dostatek informací od stomické sestry, aby při její nepřítomnosti dokázaly adekvátně řešit vzniklý problém se stomikem. Překvapivé je, že i sestry z neoperačních oddělení odpověděly v 53,2% (graf 36, souhrnně tabulka 13), že spíše dokáží řešit s pacientem vzniklý problém, chirurgické sestry takto odpověděly v 71,2%. Graf 37 ukazuje zda mají sestry dostatek informací při řešení problému se stomikem při

nepřítomnosti stomické sestry detailně dle nemocnic (souhrnně chirurgické sestry a sestry z neoperačních oddělení). Nejmarkantnější rozdíl jsme zjistili v nemocnici Písek a Strakonice. V písecké nemocnici si 83,9% sester myslí, že při nepřítomnosti stomické sestry dokáží se stomikem adekvátně vyřešit vzniklý problém, naopak ve strakonické nemocnici si to myslí pouze 33,3% sester.

Graf 38 (souhrnně tabulka 14) zobrazuje, jestli sestry vědí, zda má stomická sestra k dispozici v počítači konkrétní seznam pacientů se stomií. Němečková (30) zmiňuje, že ve většině nemocnic stomické sestry takový seznam mají a je v něm zaznamenáno, o jaký druh operace se u pacienta přesně jedná, jaký typ stomie mu byl či bude proveden, jaký druh stomických pomůcek používá a jaká je schopnost jeho sebepéče. Zjistili jsme, že sestry z chirurgických oddělení v 52,3% nevědí, zda takový seznam stomická sestra má k dispozici (graf 38), v 29,7% uvedly, že vlastní seznam má a v 18,0% uvedly, že konkrétní seznam nemá. Odpovědi sester z neoperačních oddělení jsou v grafu téměř jednoznačné, sestry v 88,1% nevědí zda stomická sestra má vlastní seznam stomiků zaznamenaný v počítači. Daty získanými v grafu 34 a 38 nám **byla vyvrácena hypotéza 4, která zjišťovala, zda mají směnné sestry od stomické sestry dostatek informací, aby ji v době její nepřítomnosti mohly plnohodnotně zastoupit.**

Otázka, zda je započata předoperační spolupráce mezi stomikem a stomickou sestrou byla určena pouze pro sestry z chirurgických oddělení, Marková (25) zdůrazňuje, že je v dnešní době velmi časté započetí předoperační edukace pacienta stomickou sestrou již ambulantně před samotnou hospitalizací, Marková (25) také vyzdvihuje účinnost ambulantní předoperační spolupráce. Graf 39, ale toto jednoznačně vyvrací, neboť chirurgické sestry odpověděly v 77,5%, že předoperační edukace je započata až při hospitalizaci a pouhých 10,8% sester uvedlo, že spolupráce je započata ambulantně a je účinná.

Graf 40 nám detailně znázorňuje dle nemocnic, jak je viděna ambulantní předoperační spolupráce mezi stomikem a stomickou sestrou chirurgickými sestrami ve všech 7 nemocnic Jihočeského kraje. Efektivní ambulantní předoperační spolupráce je dle tohoto grafu započata v nemocnici Tábor v 28,6% a v nemocnici Prachatice

v 23,5%. V ostatních nemocnicích sestry uváděly započetí účinné předoperační ambulantní spolupráce v minimálním procentuálním zastoupení.

Graf 41 vypovídá, kdo v předoperačním období u pacienta, který podstoupí plánovaný operační výkon, zakresluje umístění budoucí stomie. Tato otázka byla opět směřována pouze na chirurgické sestry. Otradovcová (36) píše, že ve většině nemocnic je předoperační zakreslení stomie doménou zkušené stomické sestry či lékaře – operátora, graf 41, ale vypovídá, že v 56,9% ve většině nemocnic stomii zakresluje lékař a pouze v 18,9% je to úkolem stomické sestry.

V grafech 42 až 45 je znázorněno, kdo zakresluje stomii u pacienta v předoperačním období v konkrétních nemocnicích. Byly vybrány nemocnice, ve kterých se získaná data nejvíce liší. V nemocnici České Budějovice ve 48,4% chirurgické sestry uvedly, že zakreslení stomie je doménou stomické sestry (graf 42), naopak v nemocnici Strakonice sestry ve 100% uvedly, že stomii zakresluje lékař (graf 44), v nemocnici Písek (graf 43) sestry uvedly, že lékař zakresluje stomii v 53,3% a v 40,0% uvedly, že stomii zakresluje stomická sestra společně s lékařem. V nemocnici Prachatice (graf 45) stomická sestra společně s lékařem zakresluje stomii v 41,2%.

Nemilým zjištěním byly údaje uvedené v grafu 46, kde je znázorněno, že edukaci pacienta v předoperační fázi v 59,5% provádí pouze sama stomická sestra a v 40,5% edukaci provádí společně směnné sestry se stomickou sestrou. Graf 47 ukazuje spolupráci sester při předoperační edukaci detailně dle nemocnic, zde ale také bohužel zjišťujeme, že ve většině nemocnic sestry se stomickou sestrou v předoperační edukaci pacienta příliš nespolupracují, výjimkou jsou pouze nemocnice Jindřichův Hradec a Prachatice, kde v Jindřichově Hradci se sestry jednoznačně shodly, že předoperačně edukují pacienta společně se stomickou sestrou, společná edukace převažuje i u sester v nemocnici Prachatice a to v 58,8%, v ostatních nemocnicích převažuje předoperační edukace pouze stomickou sestrou. **Toto zjištění vyvrací hypotézu č.3, která zjišťovala zda je spolupráce směnných sester se stomickou započata již v předoperačním období.**

V otázce 25 jsme se sester ptali, zda si myslí, že jsou budoucí stomici dostatečně informováni o předoperační návštěvě stomaporadny (graf 48, souhrnně tabulka 15).

Překvapivě jsme zjistili, že sestry z neoperačních oddělení zvolily v 42,2 % možnost spíše ano a v 10,1% zvolily ano, kdežto sestry z chirurgických oddělení zvolily spíše ano v 33,3% a možnost ano v 16,2%. Mysleli jsme si, že převaha kladných odpovědí bude spíše u chirurgických sester, rovněž si myslíme, že dle odpovědí sester informovanost není dostatečná. V grafu 49, ve kterém jsou názorně uvedeny jednotlivé nemocnice, je jednoznačně patrné, že budoucí stomici jsou nejlépe o předoperační návštěvě stomické sestry informováni v nemocnici Písek (54,5% spíše ano, 15,2% ano), nemocnici České Budějovice (40,6% spíše ano, 20,3% ano) a dále v nemocnici Prachatice (39,3% spíše ano, 17,9% ano).

Návštěva stomické sestry u pacienta po operaci je patrná v grafu 50 (otázka určená pouze chirurgickým sestrám). Podstavcová (38) ve svém článku zmiňuje, že stomická sestra navštěvuje pacienta 1. pooperační den a dále dle stavu, tuto možnost sestry zvolily v 31,5%, ve stejném procentuálním zastoupení zvolily možnost, že stomická sestra navštěvuje pacienta pouze na žádost směnných sester, v 12,6% chirurgické sestry zvolily jinou možnost, kde jedna z častých odpovědí byla, že stomická sestra je s pacientem denně, neboť jde o staniční sestru chirurgického oddělení.

Je zjevné, že otázkou 27 jsme sestry poněkud zaskočili, dotazovali jsme se, zda sestrám cosi říká termín DET skóre (jde o skóre posuzující stav kůže v okolí stomie), o kterém se zmiňuje Nováková (31) v časopisu Florence. Sestry jak chirurgických tak neoperačních oddělení jednoznačně uvedly, že nevědí co tento termín znamená (graf 51).

Graf 38 vypovídá, že sestry jak z chirurgických a neoperačních oddělení většinou umí pacienta se stomií poučit o správném stravování. Údaje zjištěné v tomto grafu nás některak nepřekvapili, neboť jsme se domnívali, že toto nebude pro sestry příliš náročný úkol.

V poslední otázce jsme se sester dotazovali, zda dokáží pacienta se stomií poučit o výplachu střeva (graf 54), bohužel pouze 24,3% chirurgických sester uvedlo, že toto umí pacientovi vysvětlit a 17,1% uvedlo možnost spíše ano. U sester z neoperačních oddělení je zjevné, že jim tato problematika téměř nic neříká. **Toto zjištění rovněž**

přispívá k vyvrácení hypotézy 4, která zjišťovala, zda mají směnné sestry dostatek informací a dokáží stomickou sestru v době její nepřítomnosti adekvátně zastoupit.

Hypotéza 1, která zjišťovala zda směnné sestry z chirurgického oddělení spolupracují se stomickou sestrou efektivněji než směnné sestry z neoperačních oddělení, byla potvrzena a to grafem 5, kde 70,3% chirurgických sester uvedlo, že příchod stomika vždy hlásí stomické sestře, sestry z neoperačních oddělení toto uvedly pouze v 8,3% . Grafem 10, kde chirurgické sestry v 20,7% uvedly, že se se stomickou sestrou pravidelně setkávají na seminářích a 36,0% jich uvedlo, že se setkávají občas, oproti sestrám z neoperačních oddělení které v 67,0% uvedly, že se nesetkávají vůbec. Zde, ale musíme uvést, že jsme očekávali, že chirurgické sestry budou uvádět možnost ano ještě častěji. Dále grafem 14, kde 61,3% sester z chirurgických oddělení uvedlo, že informace od stomické sestry by pro ně byly přínosem, sestry z neoperačních oddělení toto uvedly jen v 35,8%. Grafem 20 (v četnostech), kde chirurgické sestry 91 odpověďmi označily, že nové informace o stomické kosmetice a pomůckách mají od stomické sestry, oproti sestrám z neoperačních oddělení, které tuto možnost označily pouze 46 odpověďmi. Rovněž graf 21 potvrzuje tuto hypotézu, neboť chirurgické sestry v 68,5% uvedly, že mají od stomické sestry informace z jakých zdrojů čerpat o novinkách, sestry z neoperačních oddělení tuto možnost zvolily jen v 41,3%. I v grafu 24 a 25 je patné, že chirurgické sestry spolupracují se stomickou sestrou efektivněji než sestry z neoperačních oddělení.

Cíle práce jsme měli stanoveny dva. Zmapovat oblasti spolupráce směnných sester na chirurgickém oddělení, tento cíl byl splněn. Zaměřili jsme se na oblast předávání informací mezi stomickou sestrou a sestrami z chirurgických a neoperačních oddělení (graf 10, 13), dále jsme zmapovali, jaké mají sestry informace o novinkách v dané problematice (graf 20, 21, 24), dále jsme se zaměřili, zda by byla možná zastupitelnost za stomickou sestru ze strany směnných sester (graf 31, 34, 36, 38), u chirurgických sester jsme se zaměřili na spolupráci v předoperačním období (graf 39, 41) a po operaci (graf 50).

Druhým cílem bylo zjistit, zda směnné sestry z chirurgických oddělení spolupracují se stomickou sestrou efektivněji než směnové sestry z ostatních oddělení. Tento cíl, byl také splněn, neboť se shoduje s potvrzenou hypotézou 1.

6 Závěr

Stomická sestra by měla nejen dokonale pečovat o stomického pacienta, ale i úspěšně spolupracovat s celým léčebným a ošetrovatelským týmem, hlavně pak s ostatními sestrami, pracujícími ve směnném provozu a to nejen na odděleních chirurgických, ale i na odděleních neoperačního typu. Jejich úspěšná spolupráce může velmi napomoci ke zkvalitnění života pacienta se stomií a ke zdokonalení komplexní ošetrovatelské péče o tyto nemocné.

Diplomová práce se zabývala zjištěním této spolupráce. Byly stanoveny dva cíle. Pomocí dotazníkové metody na základě vyhodnocení výsledků získaných od směnných sester, bylo cílem zmapovat oblasti spolupráce směnných sester se stomickou sestrou na chirurgickém a neoperačním oddělení a dále zjistit, zda směnné sestry z chirurgických oddělení spolupracují se stomickou sestrou efektivněji než směnné sestry z ostatních oddělení. Cíle byly splněny.

Hypotéza 1 „Směnné sestry pracující na chirurgickém oddělení spolupracují se stomickou sestrou efektivněji než směnné sestry z oddělení nechirurgického typu“ se potvrdila.

Hypotéza 2 „Směnné sestry získávají od stomické sestry pravidelné informace, týkající se novinek v dané problematice“ se nepotvrdila.

Hypotéza 3 „Spolupráce směnných sester se stomickou je zahájena již v předoperačním období pacienta“ se nepotvrdila.

Hypotéza 4 „ Směnné sestry mají od stomické sestry dostatek informací, aby ji v době její nepřítomnosti mohly plnohodnotně zastoupit“ se nepotvrdila.

Hypotéza 5 „ Směnné sestry vyžadují informace od stomické sestry, týkající se správné manipulace se stomickými pomůckami“ se nepotvrdila.

Informace získané tímto výzkumem budou poskytnuty náměstkyním pro ošetrovatelskou péči a stomickým sestram. Věříme, že naše výsledky mohou přispět ke zefektivnění spolupráce sester, což bude mít pozitivní dopad při poskytování komplexní péče o stomické pacienty.

7 Seznam použitých zdrojů

1. ABRAHAMS, P., DRUGA, R. *Lidské tělo*. 1. vyd. Praha: Ottovo nakladatelství, 2003. 256s. ISBN 80-7181-955-7.
2. BALÍKOVÁ, M. Výživa stomiků. *Sestra*, 2006, roč. 16, č. 2, s. 34. ISSN 1210-0404.
3. BÁRTLOVÁ, S., CHLOUBOVÁ, I. Postavení sestry v multidisciplinárním týmu. *Kontakt*, 2009, roč. 11, č. 1, s. 252-256. ISSN 1212-4117.
4. BARTOŠKOVÁ, I., HUDCOVÁ, E. Radikální cystektomie. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2007, roč. 3, č. 9, s. 343. ISSN 1801-1349.
5. BARTOŠOVÁ, P. Sesterská péče o pacienta s ureteroileostomií. *Sestra*, 2002, roč. 12, č. 7/8, s. 17. ISSN 1210-0404.
6. BINKOVÁ, J., SEIFERTO VÁ, P. Práce sestry v chrudimské nemocnici. *Sestra*, 2009, roč. 19, č. 10, s. 49. ISSN 1210-0404.
7. BROWN, H., RANDLE, J. Living with a stoma: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 2005, roč. 14, č. 1, s. 74-81. ISSN 09621067.
8. FERKO, A., VOBOŘIL, Z. et al. *Chirurgie v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 591s. ISBN 80-247-0230-4.
9. GLADKIJ, I. *Managment ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. 380s. ISBN 80-7226-996-8.

10. HAŠKOVÁ, A. Význam stomasestry v životě stomika. *Sestra*, 2007, roč. 17, č. 4, s. 15. ISSN 1210-0404.
11. HRANICKÁ, L., HLUBKOVÁ, A. Naše zkušenosti s provozem stomické poradny. *Sestra*, 2007, roč. 17, č. 5, s. 8. ISSN 1210-0404.
12. HRON, J., MARÁB, T. *Organizační chování. Teoretické podklady*. 1. vyd. Praha: Česká zemědělská univerzita, 2006. 194s. ISBN 80-213-15-89-X.
13. CHLEBÍKOVÁ, J. Péče o stomie. *Sestra*, 2006, roč. 16, č. 4, s. 28-29. ISSN 1210-0404.
14. JEDLIČKOVÁ, B., ZACHOVÁ, V. Jak (se) učíme (se) stomiky. *Sestra*, 2004, roč. 14, č. 7/8, s. 30-32. ISSN 1210-0404.
15. JIRKŮ, H. Doporučená dieta pro ileostomiky. *Sestra*, 2007, roč. 17, č. 10, s. 40. ISSN 1210-0404.
16. JIRKŮ, H. Komplikace u stomií. *Sestra*, 2004, roč. 14, č. 3, s. 41-42. ISSN 1210-0404.
17. KOLAJOVÁ, L. *Týmová spolupráce*. 1. vyd. Praha: Grada publishing, 2006. 112s. ISBN 80-247-1764-6.
18. KOLÍNKOVA, D. Zásady výživy po založení stomie. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2006, roč. 2, č. 9, s. 350-351. ISSN 1801-1349.
19. KOZIEROVÁ, B., ERBANOVA, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatelstvo* 2. 1.vyd. Martin: 1995. 756s. ISBN 80-217-0528-0.

20. KREML, P. Možnosti spolupráce lékařů, stomasester a klubů stomiků. *Sestra*, 2007, roč. 17, č. 8, s. 4-5. ISSN 1210-0404.
21. KUBÍKOVÁ, N. Péče o nemocné se stomiemi. *Sestra*, 2000, roč. 10, č. 8, s. 10-12. ISSN 1210-0404.
22. LOUDA, M. Předoperační aplikace fantomu ureteroileostomie. *Sestra*, 2008, roč. 18, č. 11, s. 39. ISSN 1210-0404.
23. MARIŇÁKOVÁ, A. Historie a současnost péče o pacienty se stomií. Práce stomasestry na lůžkové části onkologie. *Onkologická péče*, 2008, roč. 12, č. 3, s. 17-18. ISSN 1214-5602.
24. MARKOVÁ, M. *Stomie gastrointestinálního a močového traktu*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 68s. ISBN 80-7013-434-8.
25. MARKOVÁ, M., NOVOTNÝ, J. The role of enterostomal therapist (at nurse) in the care for patients with abdominal ostomies. *Journal of Health Science Management and Public Health*, 2007, roč. 8, č. 1, s. 29-33. ISSN 1512-0651.
26. MÁTLOVÁ, M. *Postavení stoma sestry v České republice*. České Budějovice: Bakalářská práce, ZSF JU, katedra ošetrovatelství, vedoucí práce Mgr. Helena Michálková. 2009.
27. MICHÁLKOVÁ, H. Historie a vývoj stomických pomůcek. *Sestra*, 2009, roč. 19, č. 3, s. 36. ISSN 1210-0404.
28. MIKŠOVÁ, Z., ŠKUBOVÁ, J. Kompetence všeobecné sestry (VS) a zdravotnického asistenta (ZA). *Florence*, roč. 5, č. 2, s. 5. ISSN 1801-464X.

29. MÜHLEISEN, M., OBERHUBER, N. *Komunikační a jiné měkké dovednosti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 192s. ISBN 978-80-247-2662-5.
30. NĚMEČKOVÁ, E. Péče o pacienty se stomií před a po propuštění z nemocnice. *Sestra*, 2008, roč. 18, č. 2, s. 49. ISSN 1210-0404.
31. NOVÁKOVÁ, S. Det skóre. *Florence*, 2009, roč. 5, č. 9, s. 32-33. ISSN 1801-464X.
32. NOVÁKOVÁ, S. Mezinárodní spolupráce stomasester. *Onkologická péče*, 2003, roč. 7, č. 1, s. 19-20. ISSN 1214-5602.
33. NOVÁKOVÁ, S. Stomická sestra v komplexní péči o nemocné. *Sestra*, 2003, roč. 13, č. 7/8, s. 52-54. ISSN 1210-0404.
34. NOVÁKOVÁ, V. Péče o pacienta se stomií. *Sestra*, 2008, roč. 18, č. 11, s. ISSN 1210-0404.
35. OTRADOVCOVÁ, I. Edukační proces u pacienta s nově založenou stomií: praxe ÚVN. *Florence*, 2008, roč. 4, č. 4, s. 155-156. ISSN 1801-464X.
36. OTRADOVCOVÁ, I., KUBÁTOVÁ, L. *Komplexní péče o pacienta se stomií*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006. 54 s. ISBN 80-7262-432-6.
37. PAKOSTOVÁ, B. Kasuistika – ošetřování pacienta s kolostomií. *Sestra*, 2008, roč. 18, č. 2, s. 53. ISSN 1210-0404.
38. PODSTAVCOVÁ, L. Ošetřování stomií a poradenská činnost. *Sestra*, 2003, roč. 13, č. 2, s. 52. ISSN 1210-0404.

39. PŘÁTKOVÁ, D. Komplikace v ošetrovatelské péči u pacientů se stomií. *Sestra*, 2001, roč. 11, č. 10, s. 29. ISSN 1210-0404.
40. RAJMAN, M., FORMÁNEK, P. Péče o stomie a stomiky. *Rozhledy v chirurgii*, 2002, roč. 81, č. 7, s. 350-351. ISSN 0035-9351.
41. RAPČAN, M. Irigace-výplach střeva. *Sestra*, 2008, roč. 18, č. 5, s. 48. ISSN 1210-0404.
42. SKŘÍČKA, T., KOHOUT, P. *Dieta u pacientů se střevními vývody a po operaci střev*. 2. vyd. Praha: Forsapi, 2009. 109s. ISBN 978-80-87250-01-3.
43. SLIVKOVÁ, K. Život s urostomií. *Sestra*, 2007, roč. 17, č. 10, s. 37. ISSN 1210-0404.
44. STRÁNSKÁ, M. VALACHOVÁ, L. Péče o nemocné s urostomií. *Sestra*, 2002, roč. 12, č. 7/8, s. 16. ISSN 1210-0404.
45. STRCOŇOVÁ, B., LOUTOCKÁ, S., ŠUBÍKOVÁ, P. Ošetrovatelský proces u nemocného s T-stomií a uretero-ileostomií. Kasuistika. *Sestra*, 2002, roč. 12, č. 7/8, s. 52-53. ISSN 1210-0404.
46. ŠEBOROVÁ, D. Péče o pacienta se stomií. *Florence*, 2009, roč. 5, č. 5, s. 28-31. ISSN 1801-464X.
47. ŠMEJKALOVÁ, B., ZACHOVÁ, V. Je edukace stomiků novinkou v ošetrovatelské péči? *Florence*, 2007, roč. 3, č. 4, s. 162. ISSN 1801-464X.

48. ŠTĚTKOVÁ, E. Zkušenosti stomasestry s ošetřováním kolostomie. *Sestra*, 2008, roč. 18, č. 11, s. 42. ISSN 1210-0404.
49. TELLEROVÁ, O. Práce stomasestry. *Sestra*, 2006, roč. 16, č. 2, s. 37. ISSN 1210-0404.
50. VALENTA, J. et al. *Základy chirurgie*. 2.vyd. Praha: Galén a Karolinum, 2007. 277s. ISBN 978-80-7262-403-4.
51. VOJTOVÁ, M. Stomie- pomůcky k ošetřování. *Sestra*, 2008, roč. 18, č. 11, s. 39-40. ISSN 1210-0404.
52. VOTAVOVÁ, M. Pooperační komplikace a ošetrovatelská péče o stomického klienta. *Sestra*, 2008, roč. 18, č. 5. s. 52-53. ISSN 1210-0404.
53. Vyhláška č. 424 *kteřou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (Autorský zákon)*, Sbírka zákonů MZ ČR, č. 139, 2004. s. 8096-8099.
54. WALKER, R. *Lidské tělo*. 1. vyd. Praha: Slovart, 2003. 304s. ISBN 80-7209-477-7.
55. WILHELM, Z. *Stručný přehled fyziologie člověka pro bakalářské studijní programy*. 3. vyd. Brno: Masarykova univerzita Lékařská fakulta, 2002. 115s. ISBN 80-210-2837-8.
56. WILHELM, Z. et al. *Výživa v onkologii*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. 259s. ISBN 80-7013-410-0.

57. ZADÁK, Z. *Výživa v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 487s. ISBN 80-247-0320-3.

8 Klíčová slova

Stomická sestra

Stomie

Pacient

Stomická pomůcka

9 Přílohy

Příloha 1 - Dotazník

Příloha 2 - Otázky pro rozhovor se stomickou sestrou

Příloha 3 - Stomické pomůcky

Příloha 1 - Dotazník pro sestry.

Dobrý den, jmenuji se Markéta Kratochvílová, jsem studentkou navazujícího studijního programu Ošetřovatelství na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto anonymního dotazníku, který je součástí mé diplomové práce s názvem „Realita kooperace stomické sestry se směnnými sestrami“. Veškeré získané informace budou využity pouze ke zpracování mé diplomové práce. Předem Vám děkuji za ochotu, trpělivost a spolupráci při vyplňování dotazníku.

1. Jste?
 - Žena.
 - Muž.

2. Kolik je Vám let?
 - 21-30
 - 31-40
 - 41-50
 - 51-více.

3. Na jakém typu oddělení pracujete?
 - Chirurgického typu.
 - Neoperačního typu.

4. Má stomasestra ve Vaší nemocnici vlastní stomaporadnu s pevně stanovenými hodinami její přítomnosti nebo se jedná o jednu ze směnných sester, pracujících na chirurgickém oddělení, specializující se na tuto problematiku.
 - Má vlastní stomaporadnu, s pevně stanovenými hodinami.
 - Nemá vlastní stomaporadnu, jde o směnnou chirurgickou sestru.
 - Jiná možnost. (Uveďte jaká.).....

5. Hlásíte příchod pacienta se stomií na Vaše oddělení stomasestře ?
 - Ano, vždy.
 - Ne.
 - Ano, ale pouze při komplikacích.

6. Setkáváte se se stomasestrou na pravidelných seminářích?
 - Ano.
 - Ne.
 - Občas.
 - Semináře jsou pořádány, ale neúčastním se jich.

7. Jak často jsou tyto semináře pořádány?
- 1x za měsíc.
 - 1x za 3 měsíce.
 - 1x za půl roku.
 - Nejsou pořádány vůbec.
 - Nevím.
8. Domníváte se, že by Vám byly předávané informace stomasestrou přínosem při ošetrovatelské péči o pacienta se stomií?
- Ano.
 - Spíše ano.
 - Ne.
 - Spíše ne.
9. Jaký okruh problematiky při přijetí stomika na Vaše oddělení, nejčastěji se stomasestrou konzultujete? Můžete zvolit více odpovědí.
- Novinky týkající se stomických pomůcek a stomické kosmetiky.
 - Komplikace spojené s ošetrovatelskou péčí o stomické pacienty.
 - Specifika ošetrovatelské péče u jednotlivých typů stomií.
 - Edukace stomického pacienta.
 - Manipulace se stomickou pomůckou.
10. O nových druzích stomických pomůcek kosmetice se nejprve dozvíte? Můžete zvolit více odpovědí.
- Od stomasestry.
 - Aktivně pátráte v časopisech a na internetu.
 - O pomůčkách se dozvíte od dealerů, zabývajících se tímto sortimentem.
11. Poskytuje Vám stomasestra informace z jakých zdrojů čerpat o novinkách týkajících se stomické kosmetiky a stomických pomůcek?
- Ano.
 - Ne.
12. Myslíte si, že Vám stomasestra poskytla dostatečné informace kdy a jakým způsobem používat nejrůznější novinky v oblasti stomické kosmetiky?
- Ano.
 - Ne.
 - O stomické kosmetice jsem byla informována sama z nejrůznějších sesterských časopisů.
 - Ne, používáme ten, který je nejlevnější.
13. Informovala Vás stomasestra jaký stomický systém je nejvhodnější pro daný typ stomie?
- Ano.

- Ne, nejvhodnější druh stomického systému jsme našli díky opakované oš. péči o stomické pacienty.
14. U konkrétních druhů stomií používáte konkrétní stomický systém nebo obvykle používáte jeden druh systému pro rozdílné typy stomií?
- Požíváme konkrétní stomický systém u konkrétní stomie.
 - Používáme jeden druh systému pro rozdílné typy stomií.
15. Manipulaci s novou stomickou pomůckou
- Perfektně ovládáte, díky názorné edukaci, předvedené stomsestrou.
 - Manipulaci zkoušíme sami, stomasestru kontaktujeme až při opakovaných neúspěších.
 - Stomasestru nekontaktuje vůbec, při neúspěchu se navrátí k použití staršího typu stomické pomůcky.
16. (Otázka pouze pro sestry pracující na chirurgickém oddělení.)V jaké části ošetrovatelské péče o pacienta se stomií je Vaše spolupráce se stomasestrou nejintenzivnější? (Můžete zvolit více odpovědí)
- V předoperační péči.
 - Pooperační péči.
 - Ambulantní péči.
17. Je stomasestra ve Vaší nemocnici zastupitelná v době její nepřítomnosti?
- Ano.
 - Ne.
 - Nevím.
18. Víte, jakým způsobem se předepisují pacientovi stomické pomůcky v případě nepřítomnosti stomasestry?
- Ano.
 - Ne.
19. Při řešení komplikací u pacienta se stomií
- Kontaktujete ihned stomasestru.
 - Stomasestru kontaktujete až při nezdaru Vaší ošetrovatelské péče.
 - Nesetkala jsem se s takovým případem.
20. Domníváte se, že jsou Vaše informace týkající se péče o stomického pacienta dostatečné a v případě nepřítomnosti stomické sestry dokážete adekvátně s pacientem řešit vzniklý problém?
- Ano.
 - Spíše ano.
 - Ne.
 - Spíše ne.

21. Má Vaše stomasestra vlastní seznam pacientů v počítači?
- Ano.
 - Ne.
 - Nevím.
22. (Otázka pouze pro sestry pracující na chirurgickém oddělení.)
Je započata předoperační spolupráce mezi budoucím stomikem a stomasestrou již ambulantně nebo až za hospitalizace?
- U plánovaných výkonů je vždy započata již ambulantně a je velmi efektivní.
 - Je započata již ambulantně, ale její efektivita je velmi malá, pacient musí být znovu opakovaně edukován při přijetí.
 - Předoperační edukace pacienta je započata až při přijetí.
23. (Otázka pouze pro sestry pracující na chirurgickém oddělení.)
Kdo zakresluje v předoperačním období u plánované operace umístění (vyvedení) stomie?
- Lékař.
 - Stomasestra.
 - Stomasestra společně se směnnou sestrou.
 - Stomasestra společně s lékařem.
 - Směnná sestra s lékařem.
24. (Otázka pouze pro sestry pracující na chirurgickém oddělení.)
Spolupracujete se stomasestrou v předoperační fázi při názorné edukaci pacienta, týkající předoperační aplikace stomického systému.
- Tuto názornou edukaci vysvětluje pacientovi pouze stomasestra.
 - Edukaci provádíme společně.
25. Myslíte si, že jsou budoucí stomici dostatečně informováni o možnosti předoperační ambulantní návštěvy stomaporadny či stomické sestry ?
- Ano.
 - Spíše ano.
 - Ne.
 - Spíše ne.
26. (Otázka pouze pro sestry pracující na chirurgickém oddělení.)
Po operaci navštěvuje stomasestra pacienta:
- 1. pooperační den a dále dle aktuálního stavu.
 - Pouze na žádost směnných sester.
 - Dochází za ním vícekrát denně.
 - Jiná možnost. (Uveďte jaká.).....

27. Využívá Vaše stomasestra v ambulantní péči DET skóre?
- Ano.
 - Ne.
 - Nevím.
28. Umíte u pacienta zhodnotit stav kůže v okolí stomie dle DET skóre v případě nepřítomnosti stomasestry?
- Ano.
 - Ne.
29. Umíte pacienta se stomíí poučit o zásadách správného stravování?
- Ano.
 - Ne.
 - Spíše ano.
 - Spíše ne.
30. Máte od stomasestry dostatek informací týkajících se možnosti provedení výplachu střeva u pacientů se stomíí a jste mu schopny tento výkon samostatně provést a vysvětlit?
- Ano.
 - Ne.
 - Spíše ano.
 - Spíše ne.

Zdroj: Vlastní výzkum

Příloha 2 - Otázky pro rozhovor se stomickou sestrou

1. Pod které oddělení jste řazena?
2. Máte svou vlastní stomaporadnu?
3. Pracujete v jednosměnném provozu nebo jste sestra pracující ve směnném provozu specializující se na tuto problematiku?
4. Jak dlouho se zabýváte touto problematikou?
5. Jste absolventkou specializačního kurzu pro stomické sestry?
6. Jaká je Vaše denní pracovní náplň?
7. Poskytujete ošetrovatelskou péči na jiném než Vašem kmenovém pracovišti?
8. Znájí směnné sestry návštěvní hodiny ve Vaší poradně?
9. Je osoba, která Vás dokáže adekvátně zastoupit v době Vaší nepřítomnosti?
10. Znájí tuto osobu směnné sestry?
11. Domníváte se, že směnné sestry dokáží účelně a samostatně vyřešit jakýkoliv problém týkající se stomika v době Vaší nepřítomnosti?
12. Máte k dispozici seznam stomiků v počítačové databázi?
13. O jaký typ stomií u pacientů nejčastěji pečujete?
14. S jakými problémy se na Vás směnné sestry nejčastěji obracejí?
15. Jakým způsobem vzniklý problém společně řešíte?
16. Je ze strany sester či lékařů budoucím stomikům nabídnuta předoperační ambulantní návštěva stomaporadny?
17. Jak probíhá Vaše spolupráce se sestrami v rámci předoperační a pooperační péče?
18. Setkáváte se se sestrami na pravidelných seminářích?
19. Jaké informace jsou sestrami nejčastěji žádány?
20. Informujete sestry o celorepublikových seminářích pořádaných mimo Vaší nemocnici?
21. Myslíte si, že předáváte ostatním sestřám ostatek informací?

22. Jakým způsobem si sestry mohou doplnit deficit informací mimo setkání s Vámi?
23. Poskytujete sestřám informační brožuru či manuál jak co nejlépe pečovat o stomika?
24. Myslíte si, že Vaše spolupráce je účinnější se sestrami z chirurgického oddělení?
25. S jakou novinkou jste se naposledy setkala?

Zdroj: Vlastní výzkum

Příloha 3 – Stomické pomůcky



Drenážní sáčky
zdroj: www.zelenahvezda.cz



Pohlcovač pachu ALP – 200ml
zdroj: www.zelenahvezda.cz



Výpustné sáčky velkoobjemové
zdroj: www.zelenahvezda.cz



Uzavřené sáčky s filtrem
zdroj: www.zelenahvezda.cz



Superabsorpční prostředek pro zahuštění stolice
zdroj: www.zelenahvezda.cz



Irigační set
zdroj: www.zelenahvezda.cz