Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Ošetřovatelská péče o pacienty s inkontinencí stolice

Bakalářská práce

Autor práce: Hana Jůzková
Studijní program: Ošetřovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra
Vedoucí práce: Mgr. Lenka Klímová
Datum odevzdání práce: 2. 5. 2012

Ošetřovatelská péče o pacienty s inkontinencí stolice

Tato bakalářské práce se zabývá problematikou inkontinence stolice. Inkontinencí definujeme stav, kdy pacientovi odchází samovolně moč nebo stolice. Ženy se s inkontinencí musejí potýkat častěji než muži, což souvisí s porodem a komplikacemi s ním spojenými. Co se týká věku, setkáváme se s únikem stolice více u seniorů nežli u mladých lidí. Stejně jako u jakéhokoliv jiného onemocnění, je i u naší problematiky důležitá pečlivá diagnostika. Příčin může být celá řada, psychické důvody, chronická zácpa, poranění při chirurgických výkonech a porodech a degenerativní změny.

V dnešní době máme k dispozici spoustu pomůcek, takže každému pacientovi můžeme pomoci vybrat takové, které mu umožní zachovat co největší soběstačnost. Důležité je zaměřit se na holistický přístup k pacientovi, protože na něj nemůžeme pohlížet jako na problém inkontinence, ale na celistvou bytost. V péči s tímto pacientem využíváme edukaci, kdy pacienta připravíme na péči v domácím prostředí.

Pro praktickou část této práce bylo použito kvantitativního šetření, které probíhalo v březnu a dubnu 2012 v Nemocnici České Budějovice, a.s. Tyto dotazníky byly poskytnuty na standardní oddělení, oddělení intenzivní péče a anesteziologicko-resuscitační. Jako cíle naší bakalářské práce jsme si určili zjistit znalosti sester v oblasti péče o inkontinentní, zda využívá všechny pomůcky dostupné na oddělení a informovanost o uzavřeném systému Flexi-Seal. Na základě zvolených cílů byly stanoveny hypotézy: Sestry mají dostatek znalostí v péči o inkontinentní pacienty. Sestry využívají všechny dostupné pomůcky, které mají na oddělení. Sestry mají dostatek informací o uzavřeném systému pro zachycení stolice. Dotazník obsahoval 23 otázek.

V závěru práce zjištěné výsledky potvrzují či nepotvrzují stanovené hypotézy, výstupem této práce je předání výsledků managementu nemocnice jako materiál vhodný ke zlepšení péče o inkontinentní pacienty.

Nursing care of patients with faecal incontinence

This bachelor thesis concerns with the problems of faecal incontinence. Incontinence is defined as a state, when the patient's urine or stool is released spontaneously. Women have to deal with incontinence more often, which is related to childbirth and complications connected with it. As far as the age is concerned, we encounter leakage of stool more among seniors than young people. As well as with any other disease, a thorough diagnostics is important with these problems. There may be a many of causes, psychical reasons, chronic constipation, injuries from surgical operations and childbirth, and degenerative changes.

Nowadays we have a plenty of tools at disposal, so we can choose a tool for each patient to help him maintain being as self-sufficient as possible. It is important to focus on holistic approach to the patient, because he or she cannot be seen as an incontinence problem, but a human being as a whole. Nursing such a patient requires education and preparing the person for home care.

For the practical part of this thesis, a quantitative survey was used, which took place in March and April 2012 in the Hospital České Budějovice, JSC. These questionnaires were provided to the standard departments, intensive care department and anaesthesiology and resuscitation department. As the goals of our bachelor thesis we have set to determine the knowledge of nurses in the field of incontinence care, whether they use all the tools available at the department and how they're informed about the closed system Flexi Seal. Based on the selected goals, hypotheses were determined: The nurses have sufficient knowledge in incontinence care. The nurses use all tools available at the department. The nurses have sufficient information about the closed system for stool retaining. The questionnaire consisted of 23 questions.

In the conclusion of my thesis the established results either do or do not affirm the determined hypotheses, the output of this thesis is to hand over the results to the hospital management as a material suitable for improving care among patients with incontinence.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem 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 bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne

……

Hana Jůzková

Poděkování

Tímto děkuji Mgr. Lence Klímové za pomoc, cenné rady, věnovaný čas i odborné připomínky při zpracování mé bakalářské práce.

Také děkuji všem respondentům, sestrám, za věnovaný čas při vyplňování dotazníků, a jejich vedoucím pracovníkům, za možnost provedení výzkumného šetření v jejich zařízeních.

Obsah

Úvod....3
1. Současný stav....4
1.1 Anatomie a fyziologie tlustého střeva....5
1.1.1 Anatomie tlustého střeva....5
1.1.2 Fyziologie tlustého střeva....5
1.1.3 Defekace....6
1.1.4 Co sledujeme u stolice....6
1.2 Inkontinence....7
1.2.1 Rozdělení inkontinence stolice....8
1.2.2 Příčiny inkontinence....8
1.2.3 Diagnostika inkontinence....10
1.2.3.1 Anamnéza....11
1.2.3.2 Ostatní diagnostika....11
1.2.4 Léčba inkontinence....13
1.2.4.1 Konzervativní léčba....13
1.2.4.2 Chirurgická léčba....14
1.3 Pomůcky pro inkontinentní pacienty....15
1.4 Uzavřený systém....17
1.5. Péče o kůži....19
1.5.1 Komplikace inkontinence....20
1.6 Role sestry....21
1.6.1 Edukace....22
1.6.2 Holistická teorie....22
1.6.3 Ošetřovatelský proces....23

1.6.4 Inkontinence a pacient 24
2. Cíle a hypotézy 25
2.1 Cíle práce 25
2.2 Hypotézy práce.....25
3. Metodika 26
3.1 Metodika a technika výzkumu 26
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....26
4. Výsledky 27
4.1 Grafy 27
5. Diskuze 42
6. Závěr 47
7. Seznam použitých zdrojů.....48
8. Klíčová slova 53
9. Přílohy.....54

Úvod

Téma bakalářské práce s názvem „Ošetřovatelská péče o pacienty s inkontinencí stolice“ jsem si vybrala proto, že na inkontinentní pacienty narazíme na každém oddělení v nemocnici a je to téma velice aktuální. S touto problematikou se ve zdravotnictví setkáváme a budeme setkávat i nadále. Inkontinence není specifická pouze pro oddělení následné péče, jak si mnozí mohou myslet. Netýká se pouze starších lidí, ale narazit na ní můžeme i u lidí mladších Z toho je zřejmé, že s inkontinentním pacientem se můžeme setkat na jakémkoli oddělení. Pacient hospitalizovaný v nemocnici se nejvíce potýká se svou aktuální diagnózou, pro kterou byl hospitalizován. Mnozí pacienti ale netrpí pouze tou jednou aktuální diagnózou. U většiny z nich, ne-li dokonce u každého hospitalizovaného pacienta, najdeme dvě a více diagnóz. Často je to právě již zmíněná inkontinence, se kterou souvisí upoutání na lůžko a ztráta soběstačnosti Pacienti mají mnohdy problém o svých starostech spojených s inkontinencí hovořit, nechtějí zatěžovat zdravotnický personál, nebo se bojí, jak na ně ostatní budou nahlížet. Už jen toto je důvodem, aby každý zdravotnický pracovník uměl zachovávat svojí profesionalitu, choval se diskrétně a v neposlední řadě i podporoval pacientovu důstojnost.

S rozvojem ošetřovatelství se zkvalitňuje ošetřovatelská péče, rozšiřuje se výběr pomůcek a materiálů. Sestra by tedy neměla plnit roli ošetřovatelky, ale určitě i edukátorky, kdy podle pacientovo nároků vhodně vybere správné pomůcky. Snaží se co nejvíce podporovat pacientovu soběstačnost. Co nejšetrněji se zvolí možnosti léčby konzervativní, v případě neúspěchu dnes existuje mnoho metod chirurgických.

Tato práce je rozdělená na dvě části. První, teoretická část, se zabývá problematikou inkontinence. Zaměřuje se na druhy, příčiny, léčbu, pomůcky, zejména uzavřený systém Flexi-Seal, a v neposlední řadě i rolí sestry při péči o inkontinentní pacienty. Druhá, praktická část, je zaměřená na kvantitativní výzkumné šetření pomocí dotazníkové metody. Dotazníky byly rozdány na vybraná oddělení nemocnice České Budějovice a.s.

Cílem práce bylo zmapovat znalosti sester v problematice inkontinence stolice, v používání pomůcek. Na základě získaných výsledků, tedy znalostí sester, se můžeme zaměřit na případné nedostatky, a tím zlepšit kvalitu péče o inkontinentní pacienty.

1. Současný stav

1.1 Anatomie a fyziologie tlustého střeva

1.1.1 Anatomie tlustého střeva

Posledním úsekem trávicí trubice je tlusté střevo. Je dlouhé asi 1,5 m a člení se na šest oddílů. V pravé jámě kyčelní začíná nejobjemnější část - slepé střevo (caecum), dále pokračuje vzestupný tračník (colon ascendens), příčný tračník (colon transverzum), sestupný tračník (colon descendens), esovitá klička (colon sigmoideum) a konečník (colon rektum). Stěna tlustého střeva se skládá ze čtyř vrstev: sliznice, submukózy, svalové vrstvy a serózy. Sliznice tlustého střeva je tvořena poloměsíčitými řasami, nikoliv klky. (1, 2)

Do slepého střeva ústí konečná část tenkého střeva. Zpětnému posunu obsahu zabraňuje řasa (valva ileocaecalis). Z dolního konce céka vystupuje asi 5-10 cm dlouhý červovitý přívěsek (apendix vermiformis). Časté záněty jsou způsobeny velkým množstvím lymfatické tkáně. Na slepé střevo navazuje vzestupný tračník, který jaterním ohbím přechází do tračníku příčného. Ten přechází slezinným ohbím do sestupného tračníku. Podél levé stěny břišní přechází sestupný tračník v esovitou kličku. Klička je pohyblivá díky závěsu a vstupuje do male pánve, kde je zakončena poslední částí tlustého střeva, a to konečníkem. Konečník leží těsně před křížovou kostí a řitním otvorem, ven ústí anus. Je dlouhý 12-15 cm. V pánvi se rozšiřuje do ampuly a dolů do análního kanálu (canalis analis). Konec análního kanálu má dva svěrače. Vnitřní je tvořen hladkou svalovinou a zevní svalovinou příčně pruhovanou. (1, 3)

1.1.2 Fyziologie tlustého střeva

Hlavními funkcemi střeva jsou absorpce, sekrece, motilita a intraluminární trávení. Choroby či chirurgické zásahy mohou způsobit ztrátu funkce tlustého střeva, kdy člověk ztrácí tekutiny a elektrolyty, obzvláště NaCl. Tlusté střevo resorbuje velké množství vody a minerálních látek. Vstřebává se voda a zahušťuje se střevní obsah. Působením bakterií ve střevní sliznici zbytky potravy zkvašují a bílkoviny podléhají hnití. Tímto procesem vzniká denně 7-10 litrů plynů. Převážná část těchto plynů

je tvořena dusíkem, kdy polykáme vzduch s potravou. Dalšími plyny jsou kyslík, oxid uhličitý, vodík, metan a páchnoucí stopové složky. Složení stolice je ovlivněno skladbou přijímané potravy. (1, 2)

Z tenkého střeva se do céka každý den dostává 1000-2000 ml obsahu, který je z 90% tvořen vodou. Tento obsah se vysuší a ve stolici odchází pouze 100-200 ml vody. Obsah stolice je ze 70-75% voda a z 30% sušina. Polovinu této sušiny tvoří bakterie, zbytek pak nestravitelná potrava a deskvamované bakterie. (2, 4)

1.1.3 Defekace

Defekace neboli vyprazdňování stolice je reflexní děj. Do sigmoidea se dostane určité množství stolice, které je kontrakcemi posunuto do rekta. Když se ampula rekta naplní stolicí, dojde k určité adaptaci a intraampulární tlak se normalizuje. Defekační pocit se projevuje při čtvrtinové náplni rektální ampuly a vnitřní svěrač začíná relaxovat při náplni 150 ml. Když je ampula naplněna 350 ml stolice, udrží se kontinence jen krátkodobou kontrakcí zevního svěrače. Konečník má schopnost identifikačního reflexu, kdy rozliší plynný obsah od stolice. Volním uvolněním zevního svěrače a puborektální kličky a působením břišního lisu nastává defekace. Poloha v podřepu je napomáhající faktor. Jestliže se defekační reflex potlačí, vymizí tento pocit pouze na několik hodin. Opakované potlačování může vést k rozšíření konečníku až ke ztrátě citlivosti na potřebu defekace. (1, 5)

Frekvenci defekace ovlivňují zvyky stravovací a sociální. Závisí také na fyzické aktivitě, proto se u pacientů upoutaných na lůžko často objevuje zácpa. Průměrný interval mezi dvěma stolicemi je asi 24 hodin. Ale v souvislosti s návyky může být frekvence od 8-12 hodin do 2-3 dnů. Frekvenci stolice sestra denně zaznamenává do teplotní tabulky. (2, 5, 6)

1.1.4 Co sledujeme u stolice

Žlutou barvu jako po vajíčkách můžeme považovat za fyziologickou u kojenců. Po borůvkách, čokoládě a u užívání železa v tabletách je stolice černá. Zelená bude stolice po špenátu a jiné zelené zelenině. Jedna z patologických barev je acholická, která

se objevuje u onemocnění žlučovodů. Meléna je černá, zapáchající, dehtová stolice způsobená natrávenou krví ve stolici. Naopak enteroragie je čerstvá krev způsobená krvácením ve střevě. Steatorea je objemná mastná stolice s obsahem tuku, která se může objevit při poruše vstřebávání v tenkém střevě. Příměsi, které se mohou ve stolici objevit, jsou nestrávené zbytky u průjmu, hlen, krev, hnis, paraziti a roupy. Konzistence se liší podle obsahu vody. Tuhá stolice obsahuje 75% vody, měkká 80%, kašovitá 85% a vodnatá až 90%. Tvar sledujeme stužkovitý, bobkovitý, tuhé kousky s řidším obsahem. Velmi tuhá stolice se nazývá skybala. (4)

1.2 Inkontinence

Inkontinencí definujeme stav, kdy pacient není schopen udržet moč či stolici. Neměli bychom jí považovat pouze za ošetřovatelský problém, ale pohlížet na ní i z hlediska medicínského, sociálního a ekonomického. Tento problém postihuje často seniory. U žen je výskyt až dvakrát častější než u mužů. Příčiny a typy inkontinence se také u obou pohlaví liší. Přesná čísla výskytu nejsou známá, protože většina postižených má obavy o svých problémech mluvit. Pacientovi bychom měli poskytnout nejenom rady, ale především využíváme všechny možné metody léčby, jako poslední možnost musíme přistoupit k řešení chirurgickému. (7, 8, 9)

Inkontinence moči je neschopnost udržení moči. Je to následek poruchy dolního traktu močového či nervové poruchy. Při zjišťování anamnézy je důležité, zdali odchází moč samovolně, nebo při nějaké konkrétní činnosti. V souvislosti se zvýšeným nitrobřišním tlakem rozeznáváme inkontinenci stresovou, která je doprovázena poruchou funkce pánevního dna. Urgentní neboli nutkavá inkontinence je spojená s náhlým a silným nucením na močení. Kombinace těchto dvou typů se nazývá smíšená. Neurologické poruchy způsobují inkontinenci reflexní. Posledním typem je akutní urologický stav, nazývaný paradoxní inkontinence. (10, 11)

Inkontinence stolice je neschopnost kontrolovat odchod plynů nebo tuhé či řídké stolice. Fekální inkontinence se může pohybovat od úniku malého množství tekuté stolice až po odchod tuhé stolice. S inkontinencí stolice bývá zpravidla spojená i inkontinence močová. Je to problém, který obtěžuje nejen nemocného, ale i jeho okolí

a ošetřující personál. Postižený je omezený v důležitých oblastech, jako například volnočasové aktivity či sexualita, kdy může být narušený partnerský vztah a rodinný život. (12, 13)

Při poškození mozku či prodloužené míchy, demenci anebo vrozeném defektu močového měchýře nebo střev může nastat celková inkontinence. Pacient není schopen při tomto stavu ovládat močový měchýř ani střeva. (14)

1.2.1 Rozdělení inkontinence stolice

V praxi se setkáváme s rozličným dělením inkontinence. Při parciální neboli částečné inkontinenci není pacient schopen kontrolovat odchod plynů či dokonce zabránit odchodu malého množství stolice. Naopak u celkové, úplné inkontinence už může nastat situace, kdy nekontrolovatelně odchází stolice normální konzistence. (1)

Podle dalšího rozdělení můžeme určit stupeň inkontinence v souvislosti s fyzickou aktivitou. U prvního stupně se můžeme setkat se zašpiněním spodního prádla, nekontrolovatelným odchodem plynů a tekutější stolice při průjmu nebo při zátěži. Pokud se jedná o druhý stupeň, tak se při zátěži pacient zašpinění oděvu nevyvaruje. Nejtěžší formou je stupeň třetí, který nazýváme kompletní inkontinencí. Pacientovi odchází nekontrolovatelně i pevná stolice. (10)

Nejčastějším se setkáme s rozdělením na tři stupně inkontinence. U prvního stupně se setkáme s odchodem plynů. Při druhém stupni už se může stát, že nekontrolovatelně odchází i řídká stolice. A u posledního, nejzávažnějšího stupně, pacient neudrží ani tuhou formovanou stolici. Tento poslední stupeň nazýváme totální inkontinence. U tohoto rozdělení inkontinence se můžeme setkat i se čtyřmi stupni, kdy prvním stupněm hodnotíme pacienta, který je plně kontinentní, tedy nemá s inkontinencí žádný problém. (15, 16, 17, 18)

1.2.2 Příčiny inkontinence

Chronická zácpa může mít za následek inkontinenci řídké stolice. Tento stav můžeme nazvat paradoxním průjmem. U tohoto stavu se může stát, že budeme řešit

problém inkontinence, přitom bychom měly léčit zácpu. Proto je důležité pečlivě od pacienta odebrat anamnézu. (19, 20)

Psychické důvody jako například změna životního stylu či prostředí může vést k zácpě, která může následně rozvíjet inkontinenci. (21)

Těhotenství a poporodní stavy jsou také jednou z příčin. U žen je 8x větší riziko vzniku inkontinence z důvodu porodu a také je to hlavní příčina inkontinence u žen. Nejčastějším důvodem bývá klinická ruptura análního svěrače hlavně po prvním porodu. Další příčinou je nervové poranění hráze. Pozdní následek samovolného porodu může být porušení pánevního dna s inkontinencí moči, plynů i stolice. Porodník by se měl při porodu snažit o snížení rizika svalového a nervového poškození. Jedná-li se o klešťový porod, může se u ženy objevit přechodná inkontinence, i když nebyl sfinkter poraněn. U žen po porodu je proto důležité se přesvědčit o funkci svěrače rektálním vyšetřením. (17, 22)

Gynekologická onemocnění můžou být také příčinou inkontinence, kdy dochází k poraněním při operacích. (23)

Jednou z příčin vzniku inkontinence mohou být i *traumata*. K určení závažnosti poranění míchy používáme Franklerovu klasifikaci. Nejtěžší stupneň A se vyznačuje poruchou citlivosti anální sliznice a volní kontrakcí análního kanálu. (24)

Z Neurologických onemocnění se inkontinencí projevuje například roztroušená skleróza, je to chronická zánětlivá imunitní porucha. Rozvoj onemocnění ovlivňují faktory genetické i faktory zevního prostředí. Onemocnění začíná mezi 20. a 30. rokem věku. Probíhá v atakách a remisích. S inkontinencí se setkáme i u nádorů míchy, metastáz nádorů a normotenzního hydrocefalu. (25, 26)

Průjem je odchod řídké, polotuhé nebo tekuté stolice. Četnost stolic je častější, než je pacient běžně zvyklý. (19)

Mezi *vrozené vývojové vady*, které mohou způsobit fekální inkontinenci, řadíme například vrozený rozštěp páteře neboli spinu bifidu. Pokud je tento rozštěp mírný, nerozeznáme téměř žádné příznaky. Další vrozenou příčinou inkontinence je anální a rektální atrézie, kdy dochází k uzávěru či zúžení distální části střeva. Často bývá spojena s atrézií jícnu, či vrozenou vývojovou vadou urogenitálního systému a lumbální

a sakrální páteře. Tato vrozená vada se většinou odhalí už na porodním sále. Komplikací může být ileus nebo stolice odchází píštělemi přes vaginu či uretru. (27, 28)

Rektální prolaps je stav, kdy je rektum vyhřeznuté v celé své tloušťce skrz anus. Nejprve je vyhřeznutí malé, později ale dochází k trvalému prolapsu. Sliznice je podrážděná a krvácí. Análním kanál může dilatovat, což způsobuje inkontinenci plynů a stolice. Vzácnou, ale vážnou komplikací u tohoto onemocnění je gangréna a ruptura přední stěny rekta. U novorozenců je příčina prolapsu kongenitální. V dospělosti je to stav získaný v souvislosti s poraněním lektorů, muskulární degenerací ve stáří nebo se s ním setkáváme u psychotických nemocných. (2)

Jednou z příčin inkontinence může být i *tumor rekta*. Na tuto diagnózu nás mohou upozornit příznaky jako sérosangvinózní sekrece objevující se mimo stolici, nutkání na stolici a dokonce i inkontinence plynů a tekutého obsahu. V případě tumoru je důležité rozlišit inkontinenci na základě primární dysfunkce svěrače, kterou pacient trpí delší dobu před zjištěním diagnózy. V druhém případě, u sekundární inkontinence, se setkáváme s městnáním stolice, což je způsobeno velkým obturujícím nádorem. (29)

Proktitida je zánět sliznice rekta, který se objevuje u nespecifických střevních zánětů nebo u některých infekčních nemocí. Můžeme se s ní setkat po léčbě antibiotiky nebo po ozáření. Příčiny jsou krvácení z konečníku a odchod hlenů. Pacienti mohou trpět bolestí v konečníku a řiti. (23, 30)

Další příčiny jako například nevhodná strava či farmaka mohou inkontinenci také způsobit. (23)

1.2.3 Diagnostika inkontinence

Abychom zjistili skutečné příčiny inkontinence a následně využili nejvhodnější možnosti léčby, je důležité zaměřit se na důslednou diagnostiku. K získání informací nám mohou pomoci i pacientovy denní záznamy, kam si zaznamenává počty stolic, užívání léků a domácí biofeedbackové cvičení. (5, 16)

1.2.3.1 Anamnéza

Základní diagnostickou metodou je anamnéza. Už při vyšetření pohledem jsou znát patrné změny na vzhledu řiti, kdy při těžké poruše kontinence jsou viditelné deformace. Zjišťujeme způsob vyprazdňování před inkontinencí a jeho změny, jako je frekvence a charakter, a dále konzistenci stolice. Ptáme se na charakter inkontinence. Odchází-li plyny, tekutá stolice nebo tuhá stolice. Jestli odchází ve dne nebo v noci a důležitá je i souvislost s nějakou fyzickou aktivitou. Podstatné je i množství použitých inkontinenčních pomůcek, podle kterého můžeme odhadnout množství stolice. Dále potřebujeme znát stravovací návyky, užívání laxativ a antidiaroik, související onemocnění (diabetes mellitus, střevní choroby, nervové choroby a chirurgické zákroky), psychologické faktory (dostupnost toalety a soukromí), prodělané operace a těhotenství a úbytek na váze. Pomoci nám může i deník, který si pacient vede a podrobně do něj vše zaznamenává. Pacient si do deníku píše dobu vyprazdňování, konzistenci stolice, spouštěcí momenty inkontinence a nevědomý odchod stolice. (10, 15, 31, 32)

1.2.3.2 Ostatní diagnostika

Do *fyzikálního vyšetření* můžeme zařadit poklep břicha a vyšetření per rektum, při kterém nalezneme rektální prolaps, hemoroidy, fisury či lacerace. (31)

Pro vyloučení ileózního stavu je důležitý *nativní snímek břicha*. (5)

Za pomoci ultrazvuku můžeme zobrazit svěrače metodou *endoanální sonografie.* Zobrazí se nám případný defekt, oslabení nebo degeneraivní změny. Při tomto vyšetření lze rozpoznat defekty, které žádným jiným způsobem nerozpoznáme. Pro tuto metodu používáme vysokofrekvenční rotační rektální sondu s balonkem, jenž je naplněn vodou a zajistí dokonalý kontakt sondy s anální stěnou. (16)

Irigografie je indikována, pokud nemůžeme provést endoskopické vyšetření. Irigografie je vyšetření, při kterém se přes rektální rourku aplikuje irigátorem kontrastní látka do střeva. Pacient musí být před vyšetřením řádně vyprázdněn, den před vyšetřením dostane jako poslední jídlo oběd a vypije dvě dávky vyprazdňovacího

roztoku. Toto vyšetření nám umožní posoudit anatomické poměry tlustého střeva a organické změny. (5, 33)

Pomocí objektivní diagnostické metody *análního manometrie* zjistíme informace o svalovém tonu a koordinaci mezi stěnou rekta a aktivitou análního svěrače. Přístroj manometr měří intraanální či intrarektální tlak. Můžeme změřit klidový tlak (rating pressure), který nám ukazuje funkci vnitřního svěrače nebo tlak při volní kontrakci zevního svěrači (squeeze pressure). Pokud má katetr balonek, lze změřit rektální senzitivitu, rektoanální inhibiční reflex a rektální kapacitu. (16)

Elektomyografií zjistíme informace o funkci svalů pánevního dna, především zevního análního svěrače. Pomocí povrchových nebo koncentrických jehlových elektrod nahrajeme elektrickou aktivitu. Jehlové elektrody nám umožní zaznamenávat aktivitu jednotlivých svalů, zatímco elektroda povrchová nám určí celkovou aktivitu svěrkového aparátu. (16)

Rentgenové kontrastní vyšetření *detekografie* nám umožňuje zobrazit rektální evakuaci a odhaluje abnormality v průběhu defekace, které jiným vyšetřením nelze diagnostikovat. Pacienta připravíme na vyšetření očistným klyzmatem. Během vyšetření podáváme kontrastní látku charakteru baryové suspenze. Snímky pořizujeme během určitých fází defekace a ve standardních projekcích. Pokud pořídíme během vyšetření videozáznam, nazýváme ho defekogram. Na tomto záznamu můžeme zhodnotit řadu důležitých parametrů, pomocí nichž posoudíme patologické změny v určitých fázích vyšetření. Tyto patologické změny dělíme na poruchy funkční a morfologické. Mezi funkční poruchy lze zařadit dysfunkce puborektální, ochablost pánevního dna, významnou retenci a hraniční retenci. Morfologické poruchy jsou rektokéla, enterokéla, sigmoideokéla a intususcepce. Detekografie je metoda nenáročná a přitom velice přínosná. (5)

Magnetické resonance nám umožní provedení dynamické detekografie. Výhodou vyšetření je absence radiační zátěže. Naopak nevýhodou je cena, délka a dostupnost vyšetření. (5)

1.2.4 Léčba inkontinence

Vhodnou léčbu inkontinence musíme zvolit podle příčiny funkční poruchy. Má-li pacient inkontinenci neúplnou s alespoň částečně zachovanou aktivitou svěračů, je na místě léčba konzervativní. Pokud není tato léčba efektivní, musíme přejít na metody chirurgické. Konečným řešením je kolostomie. (15)

1.2.4.1 Konzervativní léčba

Pacient by měl upravit své stravovací návyky. Základem je tedy *vhodná strava*. Do jídelníčku bychom měli zařadit celozrnné potraviny a zeleninu. Naopak potraviny tučné a těžko stravitelné je vhodné úplně omezit. Ani potraviny s obsahem kofeinu (káva, čaj a čokoláda) nejsou vhodné. Pro naše tělo jsou důležité sacharidy, bílkoviny a tuky a dále vitaminy, minerální látky, stopové prvky a vláknina. Tyto živiny musíme tělu dodávat v optimálním poměru. 55% z celkového příjmu by měly tvořit sacharidy, 30% tuk a 15% bílkoviny. (34, 35)

Jelikož se s inkontinencí nejčastěji setkáváme u starších osob, které mají snížený pocit žízně, je nutné zajistit pacientům *dostatek tekutin.* Příjem tekutin zaznamenáváme a snažíme se, aby denní příjem dosáhl alespoň dvou litrů. Neměli bychom zanedbávat vhodnou *pohybovou aktivitu.* Ta nám pomáhá zlepšovat fyzickou zdatnost, soběstačnost a upravuje střevní pasáž. Dbáme na *pravidelné vyprazdňování* a poučíme pacienta a škodlivosti potlačení nucení na stolici. Pro defekaci musíme zajistit *vhodné podmínky.* Nejideálnější poloha je vsedě, kdy je maximalizovaný břišní lis. Imobilním pacientům můžeme tuto polohu zajistit vysazením na pojízdný klozet. Stabilitou křesla budeme předcházet pádu nemocného. Abychom pacientovi umožnili optimální výšku sedátka, použijeme nástavec na WC. U pacientů se snažíme zajistit jejich *soběstačnost,* aby mohli samostatně zvládnout použití toalety, převlékání oblečení a očistu po vyprázdnění. Důležité je umístění a vybavení *WC.* Toaleta by měla být v dosahu pacienta a výrazně označená. Zajistíme dostatek soukromí a hlavně bezpečnost (madla, nástavce, signalizační zařízení). *Absorpční pomůcky pro inkontinentní* by měl mít pacient vždy po ruce. Nabídneme pacientovi nejvhodnější pomůcky a poučíme ho, jak je používat. (34)

Biofeedback neboli přirozená biologická zpětná vazba je metoda, která pacientovi podává informace o míře stahů análních svěračů. Záměrem této metody je naučit pacienta ovládat kontrakci vnitřního sfinkteru za pomoci balónku nebo intraanální sondou spojenou s elektromyografem nebo manometrem. Pro úspěšný biofeedback musí být pacient motivován a schopen spolupracovat, musí být zachovaná minimální funkce svěrače a odpověď musí být pod kontrolou centrální nervové soustavy. Starší lidé s demencí a malé děti nejsou vhodní, protože neudrží po delší dobu pozornost. (16, 31, 36)

1.2.4.2 Chirurgická léčba

Z chirurgických metod je nejslibnějších výsledků dosahováno pomocí *dynamické graciloplastiky.* Tato metoda spočívá v uvolnění musculus gracilis od svého úponu a protáhnutím podkožním tunelem. Obkrouží se kolem análního kanálu ve formě smyčky a stehem se fixuje na protější straně. V oblasti nervověcévního svazku jsou umístěny dvě elektrody, které jsou spojeny vodícím drátem ke stimulátoru. Tento stimulátor je implantován do podkoží v podbřišku. Po dobu 6-8 týdnů je sval elektricky stimulován. Cílem je, aby se vlákna rychle se stahující přeměnila ve vlákna kontrahující pomalu. Následkem toho se pak sval může trvale kontrahovat. Za pomoci magnetu, který je přiložen ke stimulátoru, se pacient vyprazdňuje. (16)

„Stimulace sakrálního nervu (SNS) by se mohla stát optimálním řešením pro léčbu inkontinence stolice u pacientů s morfologicky intaktním, ale funkčním insuficientním análním svěračem, u nichž byly terapeutické možnosti vyčerpány, zůstávají inkontinentní a jedinou možností je stomie.“ (37, s. 51) Tato metoda byla nejprve vyvinuta pro léčbu inkontinence močové, ale později byl zjištěn vliv na anální svěrač, svalstvo pánevního dna a motilitu konečníku. Pacient k indikaci SNS musí splňovat některé z určujících kritérií. Těmi jsou análí inkontinence, věk 18-70 let, podepsaný informovaný souhlas a další. Aby se předešlo operačním a předoperačním komplikacím, musíme přihlížet i ke kontraindikacím. Mezi nejdůležitější patří inkontinence pouze plynů, idiopatické střevní záněty, karcinom anorekta, stomie, krvácení do GIT, gravidita, psychiatrické choroby a kardiostimulátor. Před stimulací sakrálního nervu musí pacient projít řadou vyšetření. Zajímá nás anamnéza a fyzikální

vyšetření, provedeme koloskopii, anorektální manometrii, sonografii svěrače. Ptáme se pacienta na jeho epizody inkontinence a záznamy z análního deníku. V České Republice se tato metoda provádí od roku 2010. (37)

Jedním z řešení dané problematiky je *implantace artificiálního svěrače*. Tento umělý svěrač je tvořen nafukovací manžetou uloženou kolem řitního otvoru a balónkem regulující tlak v manžetě. Další částí je pumpička, která je umístěna v šourku nebo oblasti stydkých pysků. Za pomoci této pumpy pacient ovládá manžetu. (16)

U žen s neuropatií a poklesem pánevního dna s idiopatickou inkontinencí musíme zvolit jinou léčebnou metodu. Jde o zřasení m. puborectalis, m. pubococcygeus a m. sphincter ani externus. Třičtvrtiny těchto zákroků jsou úspěšné. Nejlepších výsledků je ale dosahováno po úplné rekonstrukci pánevního dna. (16)

Při selhání všech léčebných metod je poslední možností založení trvalé *kolostomie*. Tato metoda zajistí pacientům lepší kvalitu života. Kolostomie je chirurgický zákrok, při kterém se vyústí tlusté střevo na povrch kůže. Vyústit můžeme všechny části tlustého střeva. Před plánovaným zákrokem by měl lékař pacienta informovat o ideálním umístění vývodu. Stomie není citlivá na pohmat, protože sliznice střeva nemá nervová zakončení. Je o průměru asi 2-5 cm a mírně vyčnívá na povrch, barvu má růžovou až jasně červenou. Vytvoření vývodu je pro každého pacienta velmi traumatizující, ale je důležité, aby se naučil stomii sám ošetřovat. (16, 38, 39)

1.3 Pomůcky pro inkontinentní pacienty

Inkontinence je stav, který zásadně ovlivňuje život pacienta, limituje ho ve společnosti. Může se cítit méněcenný. V dnešní době mají inkontinentní pacienti na výběr moderní hygienické pomůcky, které zvyšují kvalitu jejich života, jsou pohodlné a v určitém měsíčním limitu je hradí pojišťovna. Pomůcky jsou k dispozici ve zdravotnických potřebách nebo lékárnách. Důležité je vybrat takou pomůcku, která bude diskrétní, ale zároveň musí pojmout dostatek exkretu, aby nedošlo k nepříjemným situacím. Na noc pacient používá pomůcky víc savé, nežli přes den. (40)

Klozet je sedačka s otvorem v sedadle s víkem. Můžeme ho používat u pacientů, kteří mají poruchu hybnosti. Pod tento otvor je umístěn kbelík z kovu, plastu nebo recyklovatelného papíru. Klozet může být nepojízdný, ten musíme umístit k lůžku pacienta. Další možností je pojízdná varianta, která umožní pacientovi větší soukromí, např. zajet do koupelny. Poslední typ křesla má možnost nastavení výšky, takže nám umožní zajet nad standardní toaletu. Křeslo umístíme k lůžku tak, aby byl přesun na něj pro pacienta co nejjednodušší. Nesoběstačným pacientům s přesunem pomůžeme, popřípadě můžeme použít mechanický zvedák. Křeslo před použitím zajistíme brzdou a necháme pacientovi dostatek soukromí. Po vyprázdnění zajistíme hygienu genitálu a samozřejmě mytí rukou, kbelík vyprázdníme a vydezinfikujeme, nejlépe v myčce. (40, 41)

Podložní mísy se vyrábí z plastu, nerezové oceli a smaltu. Jsou vhodné u pacientů, kteří se nejsou schopni přesunout z lůžka do křesla. Používáme je k vyprázdnění moči a stolice u žen, u mužů k zachycení stolice. Mohou se lišit tvarem a hloubkou. Stejně jako kbelíky do klozetů tak i podložní mísy z tvrdého recyklovatelného papíru jsou určeny na jedno použití. K podložní míse patří víko. U některých typů se můžeme setkat s graduováním např. po 100 ml na vnitřní straně, kdy můžeme orientačně stanovit množství obsahu. Pacientovi přikládáme mísu vždy čistou a vydezinfikovanou. Soběstačný pacient nám může pomoci nadzvednutím pánve. (40, 41)

Močové láhve slouží k zachycení moči, používají se nejčastěji pro muže. Zřídka se můžeme setkat i s láhvemi určenými pro ženy. Tato láhev je graduovaná po 100 ml a obsah má asi 1000 ml. Nejvíce užívaný typ je vyráběn z plastu, dále z tvrdého papíru, jejž můžeme recyklovat. Skleněné materiály se již nepoužívají. Láhev bývá umístěna v drátěném držáku po straně lůžka. Jejich hrdlo je svým tvarem přizpůsobenu ženskému genitálu. Pacientovi zajistíme po použití močové láhve hygienickou očistu. (40)

Slipové vložky jsou vhodné spíše pro ženy s velmi lehkým únikem moči. Jsou opatřeny lepící vrstvou, která zajistí, aby vložka držela na místě. Někteří výrobci balí jednotlivé vložky zvlášť. Jejich výhoda je dvakrát větší absorpce než u vložek menstruačních. (40)

Vložné pleny jsou jinak tvarované pro muže i ženy. V tříslech mají elastické pásky a lemy, aby se zabránilo úniku tekutiny po stranách. V případě, že je nutné plenu vyměnit, se zabarví indikátor vlhkosti. Pro snadné rozlišení je každý typ pleny barevně označen. Tyto pleny se používají v kombinaci se síťovanými kalhotkami, které jsou pružné a prodyšné. (40)

Natahovací kalhotky jsou opatřeny absorpčním jádrem, které nám umožní rychlý odvod a zadržení tekutiny. Oblékají se jednoduše jako spodní prádlo a omezují nepříjemný zápach. Jsou elastické a barevně rozlišené jednotlivé typy. Podle obvodu pasu vybíráme z velikostí S až XL. (40)

Plenkové lepicí kalhotky s absorpčním jádrem zadrží vetší množství tekutiny. Úniku tekutiny zabraňují elastické gumičky po straně. V pase se zajistí lepicími páskami nebo suchým zipem. Při nasazování kalhotek s lepicí páskou musíme dbát na to, abychom lepicí vrstvu nalepili na čtvereček z fólie. Pak můžeme pleny rozbalovat opakovaně. Pokud vrstvu nalepíme na igelitovou hmotu pleny, ta se při rozbalování kalhotek většinou potrhá. Suchý zip používáme opakovaně. (40)

Další možností jsou *elastické plenkové kalhotky kombinované*. Tento typ je kombinací navlékacích kalhotek s lepicími páskami. Jsou pohodlné a zároveň umožňují snadnou manipulaci u ležícího pacienta díky lepicím páskům. Kalhotky nemusíme svlékat při každé výměně, ale využíváme pásky nebo suché zipy. (40)

Další pomůckou jsou *jednorázové podložky do lůžka* vyráběny z celulózy. Savé jádro nám zajistí vysokou absorpci. Polyetylenová fólie nám zajistí, aby tekutina neprosakovala pod podložku. Nejčastěji používaná velikost podložky je 60x90 cm. Pomocí této podložky chráníme lůžko proti zašpinění. (40)

1.4 Uzavřený systém

„Flexi-Seal (FS) je účinný uzavřený systém (viz příloha 3) k odvedení a zachycení stolice u pacientů s tekutou či polotekutou stolicí, kteří jsou upoutáni na lůžko. Řeší komplikace spojené s řídkou až průjmovitou stolicí, snižuje riziko poškození kůže a rozšíření infekce, chrání operační rány a popáleniny a zvyšuje komfort pacienta.“ (42, s. 17)

Inkontinence stolice není určitě samostatný ošetřovatelský problém, ale přináší spoustu komplikací v péči o pacienta. Mezi tyto komplikace patří porušená integrita kůže, riziko přenosu infekce do ran a dekubitů, zápach a další. Péče o inkontinentní je náročná nejen pro samotné pacienty, ale i pro zdravotnický personál. Uzavřený systém může být zaveden až 29 dní, takže šetříme materiál, který bychom jinak použili, čas věnovaný ošetřovatelským personálem a hlavně poskytneme pacientovi větší komfort. (43, 44, 45)

Samotný systém se skládá ze silikonového katétru, který odvádí stolici do sběrného sáčku. Na druhém konci katétru je nízkotlaký retenční balónek (viz příloha 4), který zavedeme do rekta, k tomu použijeme rukavici potřenou lubrikantem. Zavedení nám usnadní barevně odlišená kapsička pro prst v balónku. Balónek též potřeme lubrikantem a po zavedení naplníme 45ml vody pomocí stříkačky (viz příloha 5). Správně zavedený balonek se přizpůsobí tvaru rekta a tím minimalizuje jeho poškození. Jestliže se katétr ucpe pevnými částicemi, může se propláchnout pomocí irigačního vstupu. (42, 45)

Uzavřený systém není vhodný používat déle než 29 dnů. Není doporučený ani u pacientů mladších 18 let. Další kontraindikací jsou pacienti s přecitlivělostí na některou složku systému, po operaci tlustého střeva či rekta v posledním roce, s poraněním rekta nebo řitě, se stenózou rekta nebo řitě, s potvrzeným rektálním či análním tumorem, s velkými hemoroidy, se zánětlivým onemocněním střev. (42, 45)

Cena jednoho setu Flexi seal je 5571,40 Kč, což je ekonomicky velice nákladné. Pokud ale sečteme veškeré náklady na jednu toaletu inkontinentního pacienta s dekubitem, dostaneme částku 233 Kč při práci dvou sester. Toaleta pacienta bez dekubitu činí 133 Kč při práci dvou sester. U inkontinentního pacienta měníme ložní prádlo, jednorázové pomůcky a sterilní krytí u ran. Pacientovi s uzavřeným systémem měníme ložní prádlo jedenkrát denně a nemusíme používat jednorázové pomůcky. Šetříme samozřejmě i čas personálu. V závěru nám částka vydaná za uzavřený systém pokryje ekonomické náklady na zdravotnické prostředky, léky a časové a fyzické nároky personálu. (46)

1.5 Péče o kůži

„Zdravá kůže plní řadu důležitých ochranných funkcí. S přibývajícím věkem se ale její ochranná role oslabuje a kůže se stává náchylnou k poškození vlivem působení inkontinence, ať již moči, nebo stolice. Tato rizika musí být při ošetřovatelské péči brána v úvahu.“ (47, s. 28)

Kůže je největší orgán těla, který přijímá třetinu objemu cirkulující krve. Tento orgán je tvořen pokožkou (epidermis), škárou (korium) a podkožním vazivem (tela subcutanela). Mezi funkce kůže patří ochrana těla, udržování stále tělesné teploty, smyslové funkce, skladovací funkce, metabolismus, vylučovací funkce a resorpční funkce. (48)

Ochrannou funkci kůže můžeme posílit pravidelnou péči, například promašťováním a zvlhčováním. Změny na kůži jsou vlivem věku patrné. U mladého člověka proběhne kožní cyklus asi za 30 dní, zatímco u starších za 40 až 60 dní. Převážná většina inkontinentních jsou osoby v pokročilém věku. Pokožka těchto lidí je mnohem citlivější k poškození při styku s močí a stolicí, ale i hygienickými prostředky. Kůže může vysychat, svědit, objeví se alergická reakce a bakteriální nebo plísňové infekce. Nejčastější alergií je nesnášenlivost vůči styku s určitými látkami. Proto bychom měli vyloučit alergii na látky, s kterými pacient přichází do styku. Výměšky na kůži musí být důkladně očištěny, avšak omýváním z kůže odstraníme kyselý tukový povlak z kůže, což vede ke ztrátě odolnosti proti mechanickému poškození nebo infekci. Častou chybou v péči o pokožku je každodenní používání léčivých mastí s antimykotickým účinkem. Jelikož nejsou tyto preparáty na předpis, doporučují je pacientům i jejich ošetřující. Častým používáním vzniká rezistence nebo je dokonce popsán pomalejší efekt při hojení a jen přechodné zlepšení u kožních problémů. Nesnášenlivost se může objevit při aplikaci inkontinenčních materiálů. Při péči o inkontinentního pacienta bychom měli dodržovat tyto zásady: používat čistou vodu, užívat mycí emulze s nízkou kyselostí u silnějšího znečištění, mycí prostředky dávkovat šetrně, důkladně mycí prostředky splachovat, nepoužívat

žínky opakovaně, kůži dobře osušit, pacienta raději sprchovat nežli koupat, vodu používat vlažnou, volit vhodné prostředky podle typu pleti a vysušovat i záhyby kůže. (47, 48)

1.5.1 Komplikace inkontinence

„Proleženina (dekubitus) je místní poškození tkáně vznikající dlouhodobě působícím tlakem na měkké tkáně, které jsou stlačovány mezi pevnou podložku lůžka a kostí.“ (40, s. 150) Tento problém můžeme definovat i jako poruchu prokrvení až nekrózu (odumření). Nejvíc ohrožená místa vzniku nazýváme predilekční. Ke vzniku dekubitu je potřeba tlaku a střižné a třecí síly. Faktory vzniku dělíme na dvě skupiny. Do lokálních řadíme dlouhodobý mechanický tlak, tření a vlhkost, což je problém právě u inkontinence. Mezi celkové faktory udáváme imobilitu, poruchy výživy, choroby srdce a cév, ledvin, krvetvorby, nádorová onemocnění, tělesná hmotnost, polytraumata, imunosuprese, věk, kouření. Dekubity klasifikujeme na čtyři stupně. Prvním hodnotíme zarudnutí kůže, které nebledne. Pokud poškození kůže zasáhne do epidermis nebo dermis, udáváme stupeň druhý. Třetím stupněm popisujeme hlubokou ránu. Posledním stupněm je hluboká rána, která zasahuje sval, kosti, šlachy či klouby. Může se objevit nekróza. Proleženiny vznikají převážně u imobilních pacientů. Sdružení inkontinence a dekubitu vnímáme jako závažnou komplikaci. Onemocnění, u kterých je pacient upoután na lůžko (např. CMP, zlomeniny krčku kosti stehenní), jsou rizikem nejen pro vznik inkontinence, ale i dekubitu. Abychom proleženinám předcházeli, musí být kůže čistá a suchá, měníme inkontinentní pomůcky dle potřeby, hygienu provádíme důsledně, zajistíme pacientovi vždy čisté a suché prádlo, masírujeme predilekční místa, sledujeme změny na kůži, při poškození kůže použijeme vhodné přípravky, pacienta pravidelně polohujeme. Stupnice dle Nortonové nás při získání 25 bodů či ještě méně upozorňuje na to, že bychom měly dbát na zvýšené riziko vzniku dekubitů. Ke zhodnocení rizika existuje i hodnotící škála podle Guttmanna, Torrancea, Bornea a Felda, nebo například klasifikace podle EPUAP (European pressure ulcer advisory panel). (6, 40, 50, 51)

Poškození vrchní vrstvy kůže (*opruzenina, intertrigo)* vzniká v místě tření dvou vlhkých ploch o sebe. Pot způsobuje opruzeniny v podpaží, inkontinence moči a stolice podporují jejich vznik v oblasti stehen, třísel, v gluteální rýze, pupku a v oblasti konečníku. U žen se mohou opruzeniny objevit pod prsy. Všechny kožní záhyby vždy pečlivě vysušíme přikládáním ručníku, nikoliv třením. Hlavním příznakem opruzení je zčervenání a zduření pokožky, tvorba puchýřků, které mokvají. K léčbě používáme ochranné pasty a pudry, aplikujeme bylinné obklady a vkládáme záložky z mulu. Na bylinné obklady nejčastěji uplatňujeme heřmánek, řepík lékařský a šalvěj lékařskou. (21, 40)

1.6 Role sestry

Zdravotní sestra byla přijata do programu ošetřovatelství, studium úspěšně dokončila a získala kvalifikaci. Pomáhá jedincům, rodinám a skupinám uspokojovat jejich potřeby. Jejím úkolem je plánovaná a poskytovaná péče během hospitalizace. Sestra má v ošetřovatelství své role, které se v jejím výkonu povolání prolínají. Sestra pečovatelka poskytuje základní ošetřovatelskou péči. Pečuje o nemocné v nemocniční péči, ale i v péči terénní. Sestra edukátorka se podílí na upevňování zdraví a prevenci poruch. Rozvíjí soběstačnost osob s porušeným zdraví, rozvíjí sebeobslužné činnosti. Sestra obhájkyně nemocného se stává pacientovo mluvčím, pokud není schopen projevit své potřeby. Sestra koordinátorka plánuje a realizuje ošetřovatelskou péči. Spolupracuje i ostatními členy zdravotnického týmu. Zapojuje aktivně i rodinu nemocného ke spolupráci. Sestra asistentka se podílí na diagnosticko-terapeutické lékařské péči. Připravuje pacienta na vyšetření a zajišťuje terapeutické činnosti ordinované lékařem. Sestra výzkumnice využívá nové poznatky z oboru. Získává nové informace a podílí se na tvorbě nových standardů ošetřovatelské péče. Sestra zajišťuje ošetřovatelskou péči podpůrnou, preventivní, léčebnou, rehabilitační nebo pomocnou. Nejefektivnější je tato péče v sérii kroků, které nazýváme ošetřovatelský proces. Do role sestry v péči o inkontinentního pacienta patří samozřejmě zvolit správné pomůcky, nacvičovat soběstačnost, zajistit soukromí a další. Ale důležité je zachovat lidskou důstojnost, profesionální přístup, toleranci a empatii. (52, 53)

1.6.1 Edukace

„Pojem edukace lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech“. (54, s. 9) Edukace je v této oblasti důležitá proto, aby se o sebe klient mohl postarat sám doma nebo popřípadě aby se postarala jeho rodina. Pacienti nemají dostatek informací a neví jak se v takové situaci chovat, protože se v ní ocitli poprvé. Sestra by měla pacientovi poskytnout dostatek informací, aby byl připraven zvládnout ošetřování doma. Našim cílem bude pacienta informovat o používání pomůcek k sebepéči. Při edukaci dodržujeme určité zásady. Vybereme si vhodnou dobu a prostředí. Najdeme si dostatek času. Při edukaci jsme trpěliví, empatičtí a naslouchámе. Pacientovi nejenom předáváme informace, ale využíváme i názorné ukázky. Připravíme si pomůcky a necháme klienta, aby se s nimi seznámil. Pacientovi i jeho rodině dáme prostor pro otázky. Při edukaci pacienta můžeme použít dva typy rozhovoru. Účelem informativního rozhovoru je sdělování informací. Na pacienta nemůžeme vychrlit všechny důležité informace, ale vést opravdu rozhovor, tedy dát prostor i pacientovi. Tento druh rozhovoru má být jasný, srozumitelný, stručný, ale i citlivý. U problematiky inkontinence budeme sdělovat intimní informace, proto je opravdu důležité vybrat vhodné místo a najít si dostatek času. U této problematiky používáme i rozhovor edukativní, tedy budeme pacienta něco učit. Při použití tohoto rozhovoru je důležité, abychom danou problematiku ovládali. Zapojujeme co nejvíce smyslů pacienta. Vhodnější je více pokládat otázky a zjišťovat zpětnou vazbu, nežli používat oznamovací věty. (54, 55, 56)

1.6.2 Holistická teorie

Holismus (řecky holos - celý, úplný, neporušený) je filozofický směr, který vyzdvihuje prvenství celku. Holistická teorie vidí člověka jako jednotný celek, ne nemoc nebo nemocnou část těla. Tato teorie vznikla v 20. letech 20. století, kdy ji popsal jihoafrický generál Jan Christian Smuts ve své knize Holizmus a evoluce. Sestra pohlíží na pacienta jako na bio-psycho-sociální celek. V naší problematice inkontinence

je holismus důležitý proto, jelikož porucha jedné části člověka znamená poruchou celého systému. Nepohlížíme na pacienta pouze jako na zdravotní nebo ošetřovatelský problém (v našem případě inkontinence), ale vnímáme ho jako celek, jako člena společností, který má své role. Sestra se nezaměřuje pouze na léčbu nemoci, ale spolu s pacientem spolupracuje na podpoře zdraví. Bereme v úvahu prostředí, ve kterém člověk žije. Koncepce holismu se zaměřuje na potřeby pacienta, a úloha sestry a pacienta je vzájemné porozumění. V moderním ošetřovatelství je další úlohou sestry uspokojovat fyzické, psychické a sociální potřeby, což je obsaženo v ošetřovatelském procesu. (19, 53, 57, 58)

1.6.3 Ošetřovatelský proces

Ošetřovatelský proces je systém kroků a postupů při ošetřování nemocného. Tento termín poprvé v roce 1955 použila Hallová. Je to systematická a racionální metoda plánování a poskytování ošetřovatelské péče. Tento proces má pět fází, které se mezi sebou prolínají: zhodnocení, diagnostika, plánování, realizaci a vyhodnocení. V první fázi zhodnocení sestra získává informace a údaje. Ty mohou být objektivní či subjektivní. Informace nám může poskytnout i rodina pacienta. Údaje získává sestra pozorováním, rozhovorem a nasloucháním nebo fyzikálním vyšetřením. Zhodnotí pacientův aktuální stav, ale i vývoj předešlých potíží včetně sociální situace. Aby byla následná ošetřovatelská péče kvalitní, musí být kvalitní také zhodnocení pacienta. Při diagnostice objevíme ošetřovatelský problém tedy diagnózu. Ta může být aktuální nebo potenciální. Diagnózy seřadíme podle priorit, tedy důležitosti. V této fázi tedy zjišťujeme, co pacienta trápí. Ve fázi plánování sestavujeme plán péče o pacienta. Ujasnit bychom si měli i to, co pro pacienta uděláme my, co učiní rodina a pacient sám. Sestra určí cíle, kritéria a očekávané výsledky. Fáze realizace probíhá podle sestaveného plánu péče z fáze předchozí. Sestra, rodina i pacient plní určené úkoly. Ve fázi vyhodnocení zjišťujeme, zda jsme dosáhli stanovených cílů. Cíl mohl být splněn, splněn částečně, nebo se splnění cíle nezdařilo. (4, 52, 58)

1.6.4 Inkontinence a pacient

Inkontinenci nevnímá nemocný pouze jako zdravotní problém, ale i jako psychickou zátěž. Inkontinentní pacient se stydí za svůj problém, má pocit viny vůči ošetřovatelskému personálu, tak ho před ním zatajuje. Problém může nastat i v oblasti sociální. Pacient omezuje své aktivity ze strachu, že jeho handicap bude odhalen. Pacienta bychom měli podporovat v tom, že inkontinence nesnižuje jeho důstojnost ani lidskou hodnotu. (13, 59)

2. Cíle a hypotézy

2.1 Cíle práce

1) Zjistit znalosti sester v oblasti péče o inkontinentní pacienty.
2) Zjistit, zda sestry používají všechny pomůcky pro inkontinentní pacienty, které mají k dispozici na oddělení.
3) Zjistit, zda sestry mají dostatek informací o uzavřeném systému pro zachycení stolice.

2.2 Hypotézy práce

1) Sestry mají dostatek znalostí v péči o inkontinentní pacienty.
2) Sestry využívají všechny dostupné pomůcky, které mají na oddělení.
3) Sestry mají dostatek informací o uzavřeném systému pro zachycení stolice.

3. Metodika

3.1 Metodika a technika výzkumu

Výzkumná část této bakalářské práce byla zhotovena kvantitativní formou výzkumu pomocí dotazníkového šetření. Toho se zúčastnilo 100 sester (100%) pracujících na standardních odděleních nemocnice České Budějovice a.s.

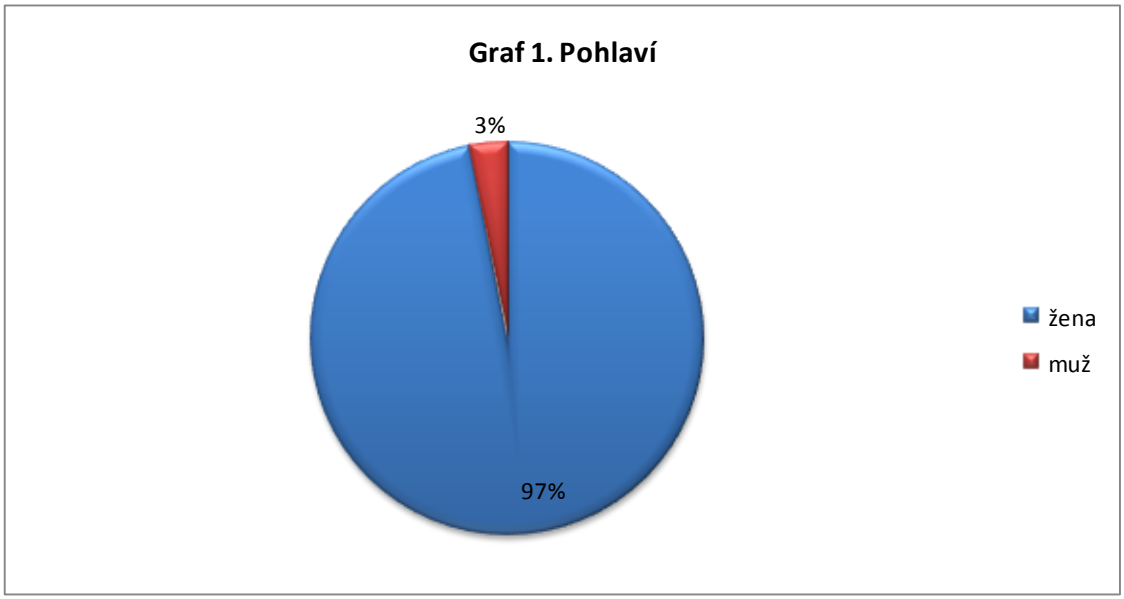
Dotazník (viz, příloha 1) obsahoval celkem 23 otázek. První část dotazníku obsahovala 5 obecných otázek, ostatní otázky byly zaměřeny na dosažení cílů práce. V dotazníku bylo obsaženo 16 otázek uzavřených, 4 otázky polozavřené a 3 otázky otevřené. Dotazník byl anonymní a dobrovolný. Výzkumné šetření probíhalo v měsících březnu a dubnu roku 2012.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

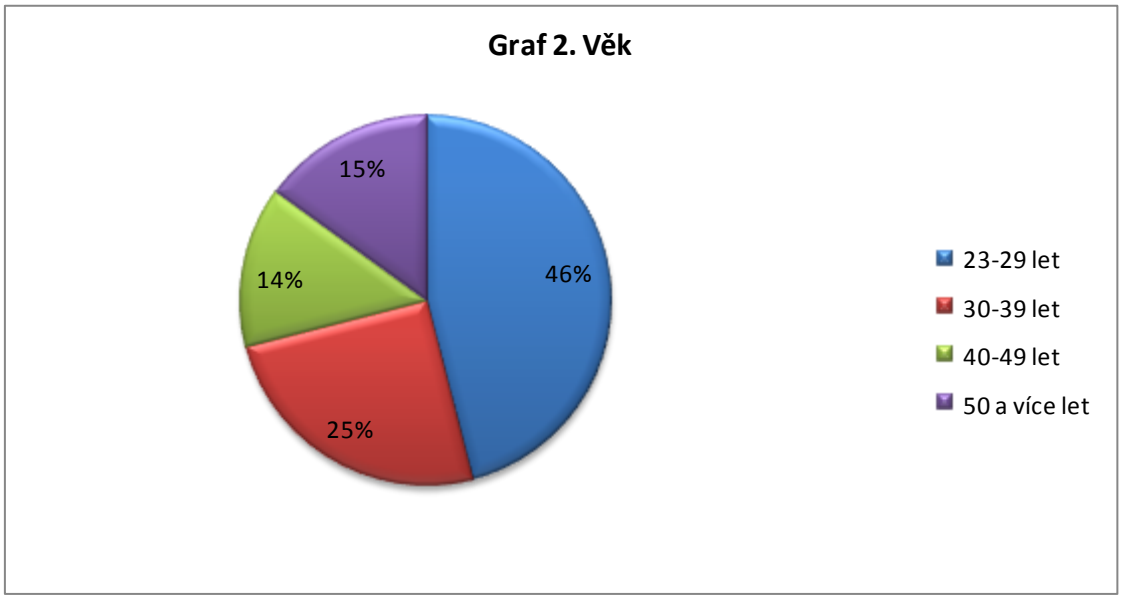
Výzkumné šetření probíhalo v Nemocnici České Budějovice a.s. Po schválení dotazníku hlavní sestrou nemocnice bylo rozdáno celkem 120 dotazníků na oddělení infekční, chirurgické, interní, následné péče, onkologické, gastroenterologické a anesteziologicko-resuscitační. Návratnost dotazníků byla 102 (85%), z nichž 2 (1,5%) dotazníky byly vyřazeny pro neúplnost. Celkové množství dotazníků se tedy omezilo na 100 řádně vyplněných, tento údaj byl ve výsledcích brán jako 100%.

4. Výsledky

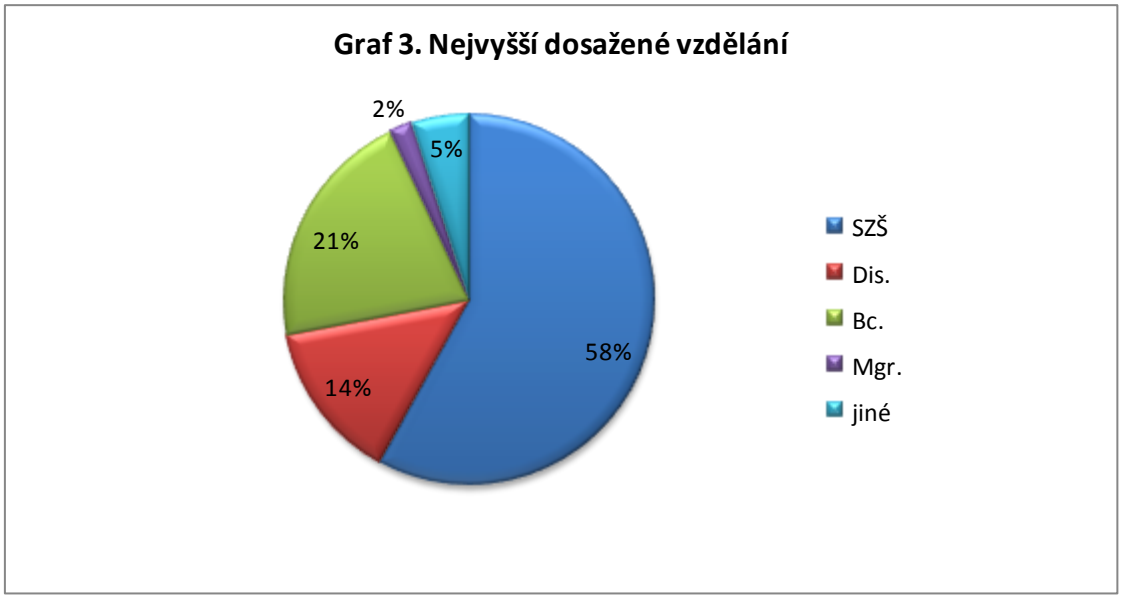
4.1 Grafy



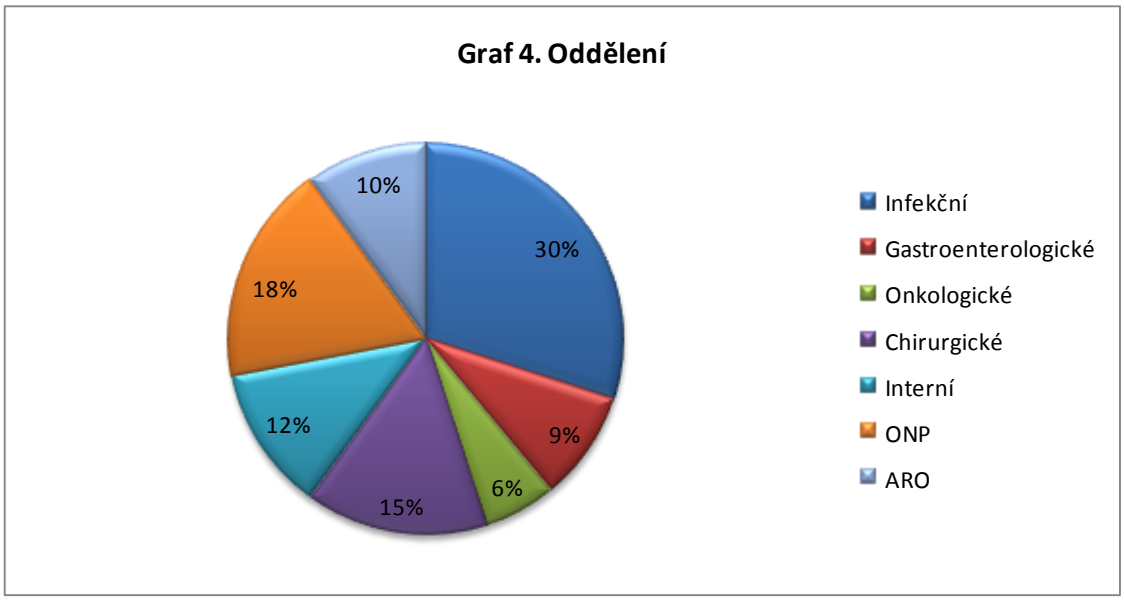
Z celkového počtu 100 respondentů (100%) bylo 97 žen (97%) a 3 muži (3%).



Z celkového počtu 100 sester (100%) uvedlo 46 sester (46%) věk 23-29 let, 30-39 let uvedlo 25 sester (25%), 40-49 let uvedlo 14 sester (14%) a 50 let a více uvedlo 15 sester (15%).

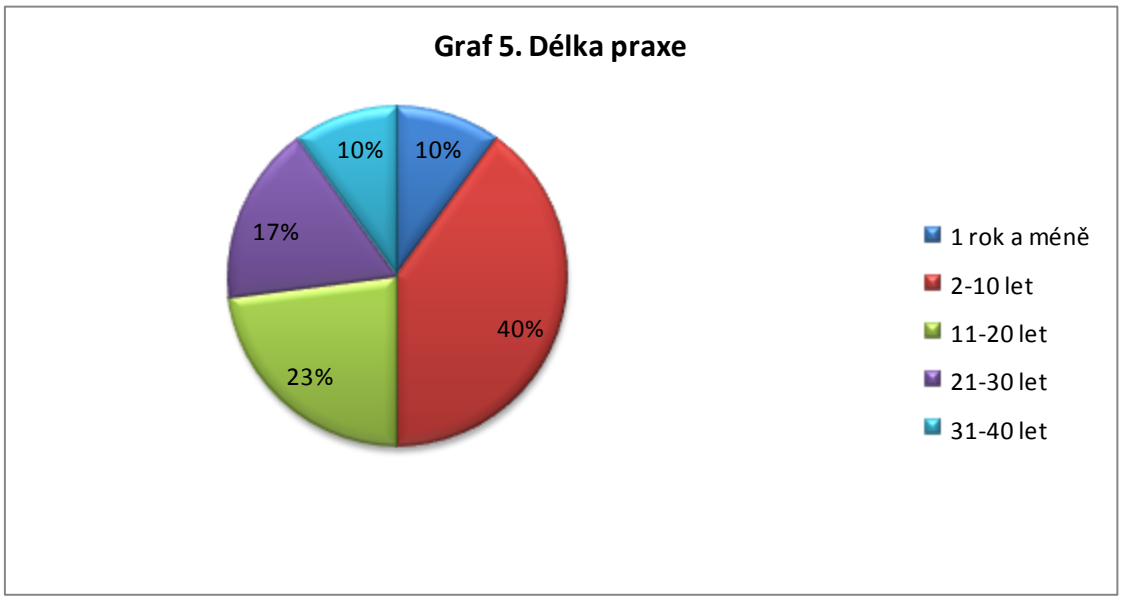


Z celkového počtu 100 sester (100%) uvedlo středoškolské vzdělání 58 sester (58%), vyšší odborné vzdělání uvedlo 14 sester (14%), vysokoškolské bakalářské uvedlo 21 sester (21%), vysokoškolské magisterské 2 sestry (2%) a jiné vzdělání uvedlo 5 sester (5%).

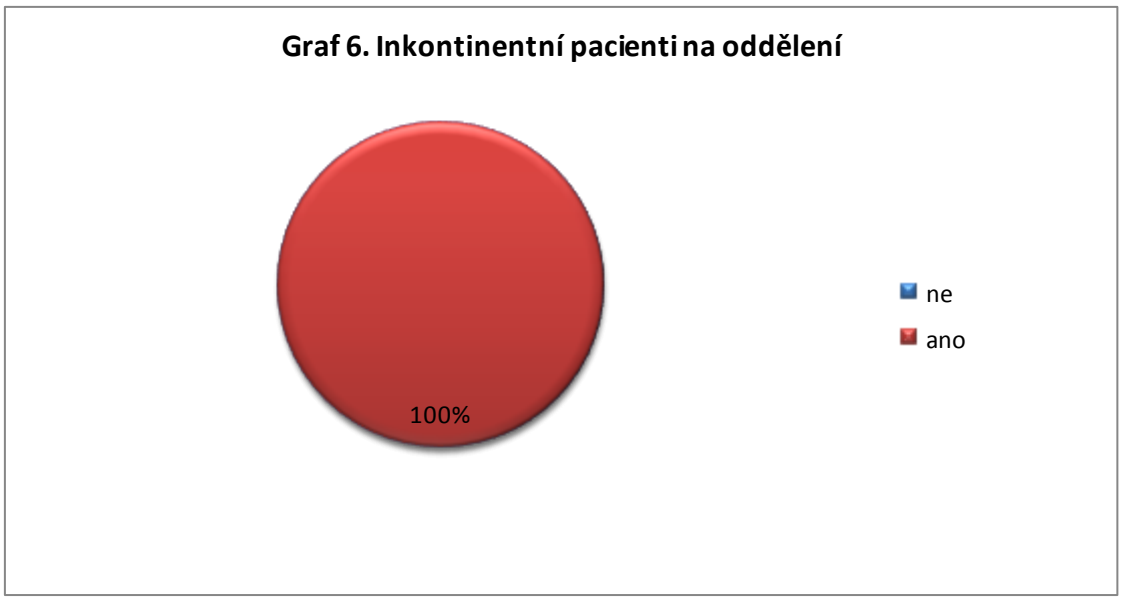


Z celkového počtu 100 sester (100%) pracuje 30 sester (30%) na infekčním oddělení, 9 sester (9%) na gastroenterologickém oddělení, 6 sester (6%)

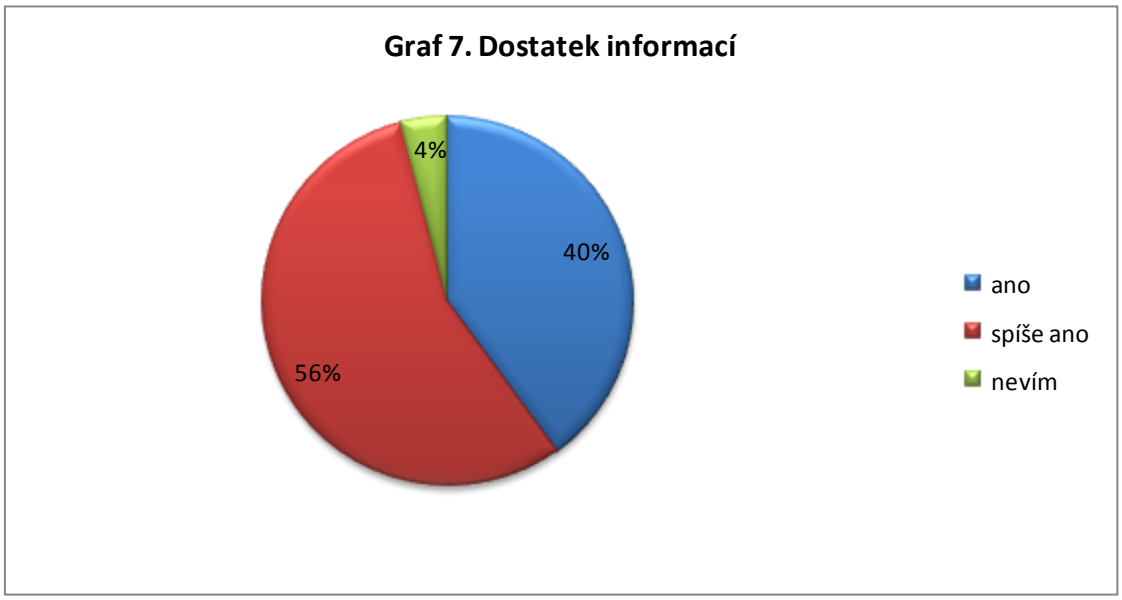
na onkologickém oddělení, 15 sester (15%) na chirurgickém oddělení, 12 sester (12%) na interním oddělení, 18 sester (18%) na oddělení následné péče. Zbylých 10 sester (10%) na anesteziologicky resuscitačním oddělení.



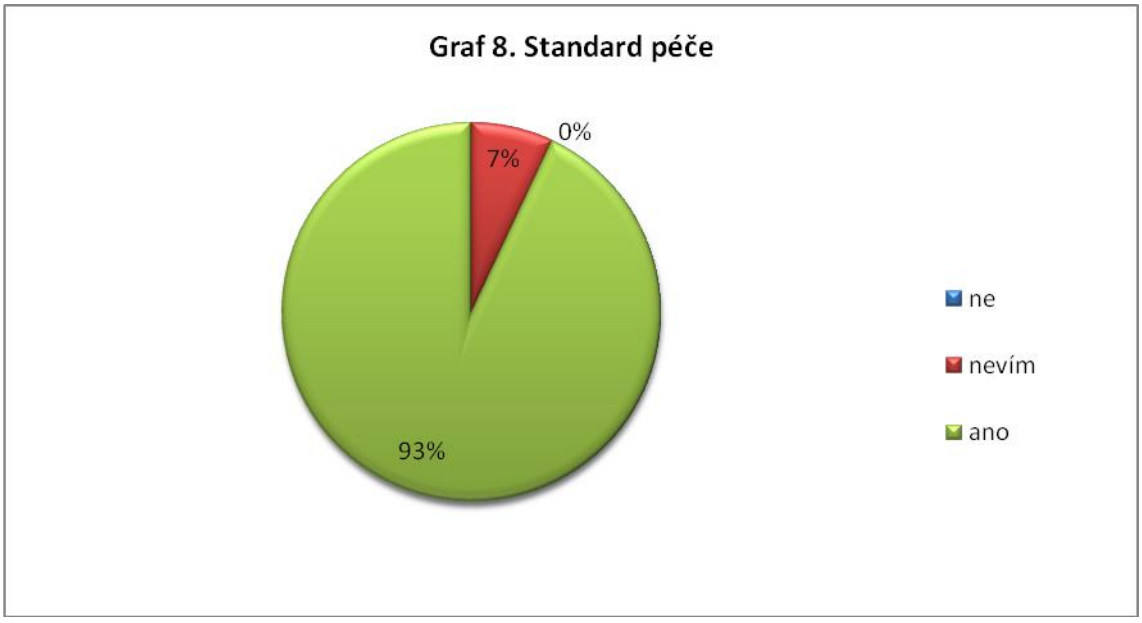
Z celkového počtu 100 sester (100%) uvedlo 10 sester (10%) jako dobu své praxe 1 rok a méně. 40 sester (40%) uvedlo 2-10 let. 11-20 let pracuje na oddělení 23 sester (23%). 17 sester (17%) uvedlo 21-30 let. Zbylých 10 sester (10%) má délku praxe v rozmezí 31-40 let.



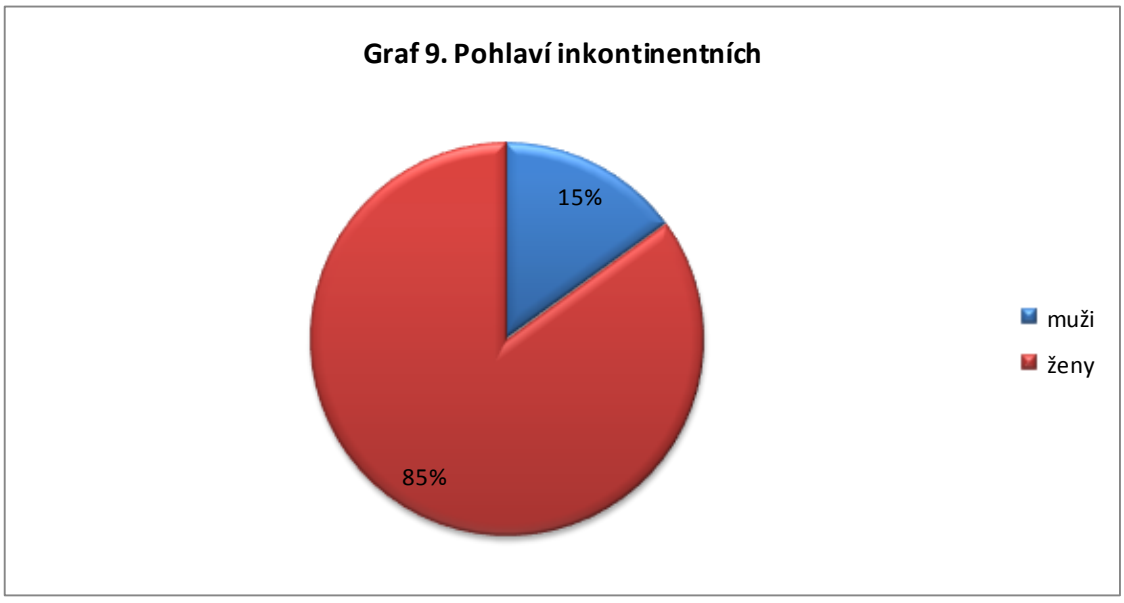
Z celkového počtu 100 sester (100%) jich uvedlo 100 (100%), že se na svém oddělení setkávají s inkontinentními pacienty. Žádná sestra (0%) neuvedla možnost ne.



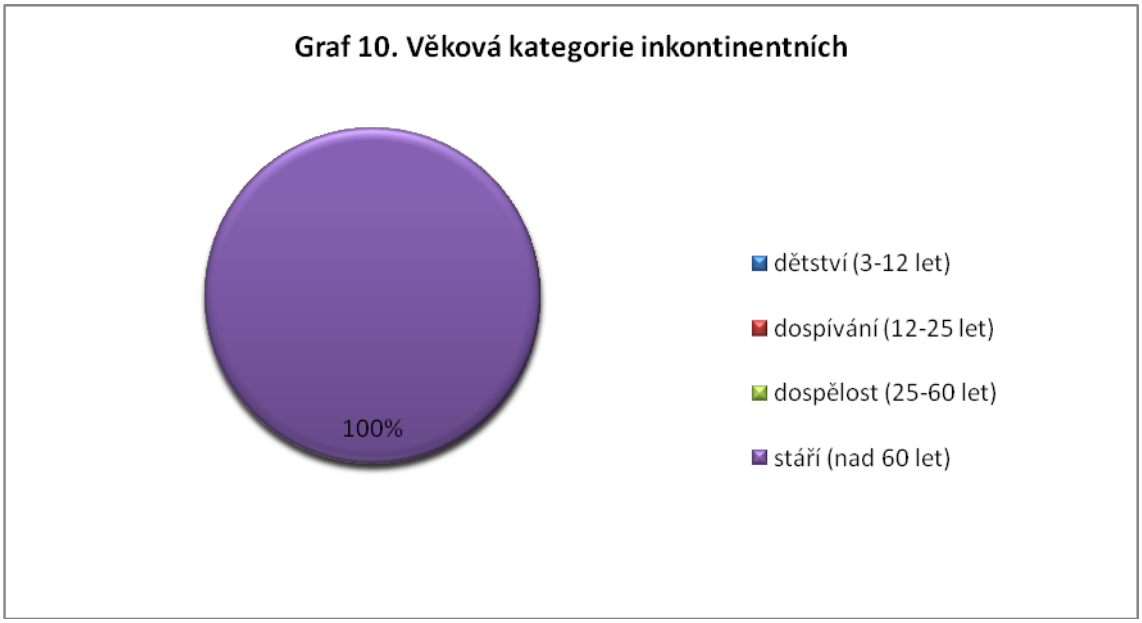
Z celkového počtu 100 sester (100%) si 40 sester (40%) myslí, že mají dostatek informací v péči o inkontinentní pacienty. 56 sester (56%) vybralo možnost spíše ano. Zbylé 4 sestry (4%) uvedly možnost nevím. Možnost spíše ne a ne neuvedla žádná sestra (0%).



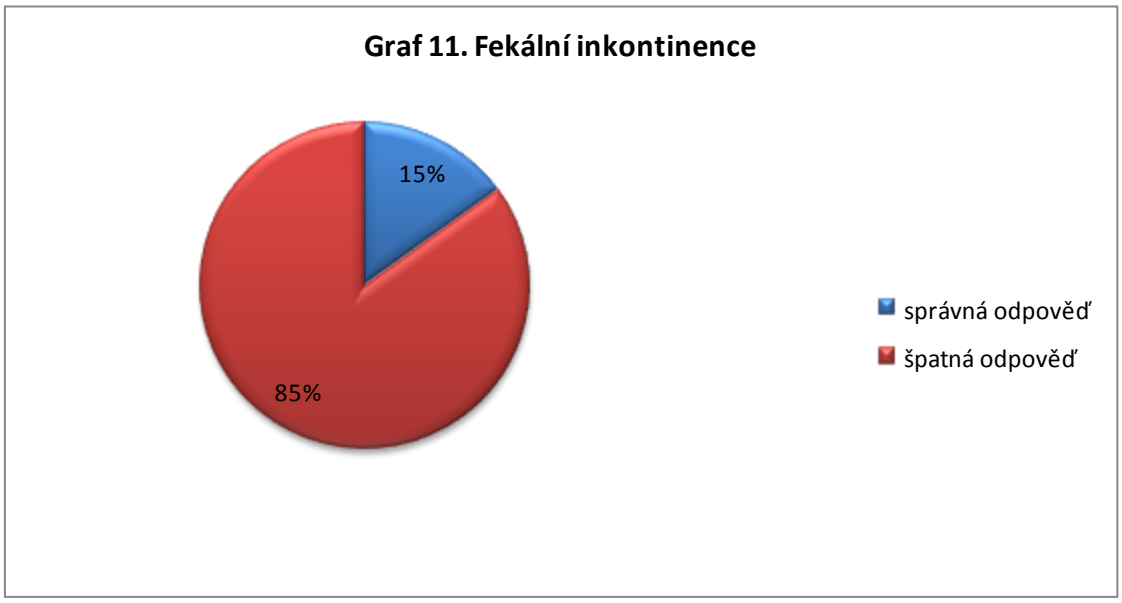
Z celkového počtu 100 sester (100%) uvedlo 93 sester (93%) možnost ano u otázky, zdali existuje standard péče o inkontinentní. 7 sester (7%) uvedlo možnost nevím a možnost ne neuvedla žádná sestra (0%).



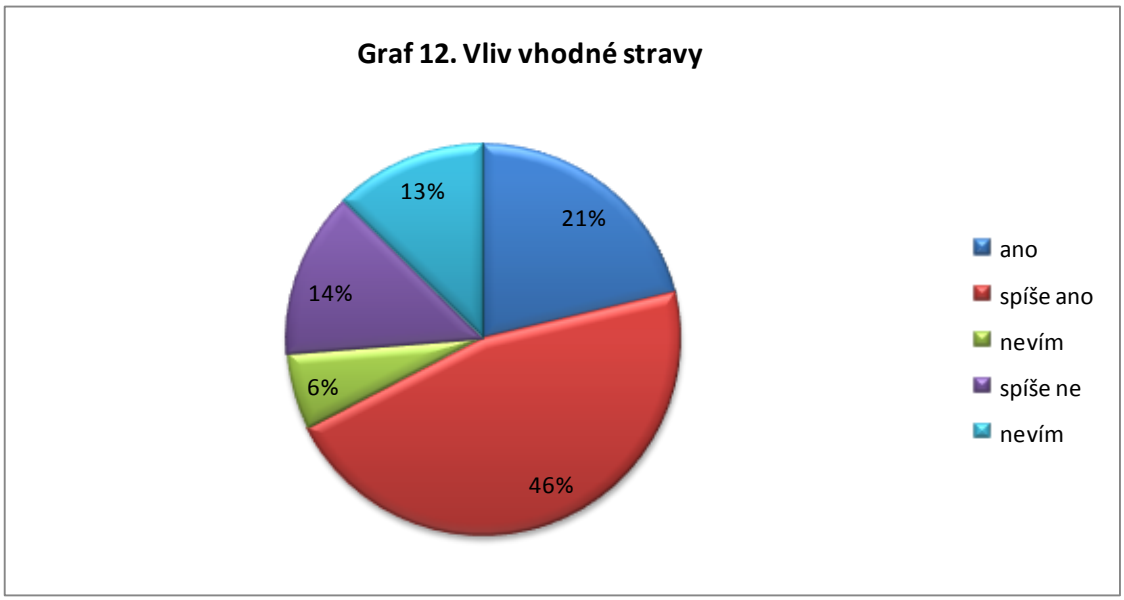
Z celkového počtu 100 sester (100%) si 85 sester (85%) myslí, že inkontinence častěji postihuje ženy a 15 sester (15%) si myslí, že inkontinence častěji postihuje muže.



Z celkového počtu 100 sester (100%) uvedlo 100 sester (100%) jako nejčastější věkovou kategorie inkontinentních stáří (nad 60 let). Možnost dětství, dospívání a dospělost neuvedla ani jedna sestra (0%).



Ze 100 sester (100%) odpovědělo pouze 15 sester (15%) správně. Tyto sestry vybraly všechny možnosti: fekální inkontinence je stav samovolného úniku plynů, řídké i tuhé stolice. Zbylých 85 sester (85%) zaškrtlo pouze některé ze správných odpovědí nebo žádnou správnou odpověď. Odpověď na danou otázku nebyla tudíž správná.



Ze 100 sester (100%) si 37 (37%) myslí, že vhodná strava může zmírnit projevy inkontinence, 37 sester (37%) uvádí odpověď spíše ano. 5 sester (5%) neví, zda může vhodná strava zmírnit projevy inkontinence. 11 sester (11%) si myslí, že spíše ne. Zbylých 10 sester (10%) odpovědělo ne.

Tabulka 1. Doporučené potraviny

Doporučené potraviny			
Název potraviny	**Počet respondentů**	**Název potraviny**	**Počet respondentů**
tekutiny	65	obilné vločky	39
brambory	64	luštěniny	21
zelenina	63	čokoláda	20
čaj	53	mléčné produkty	9
celozrnné pečivo	49	káva	1
ovoce	43	uzeniny	0

Tabulka 1. se týká otázky, kde respondenti vybírali potraviny, které by doporučili pacientovi s inkontinencí. V této otázce bylo možno označit více odpovědí. Celkový počet odpovědí činil 427. Na prvním místě se umístily tekutiny, které označilo 65 sester. Druhé místo zaujímají brambory, které vybralo 64 sester. 63 sester vybralo zeleninu jako vhodnou potravu pro inkontinentní. Dalších 53 sester označilo čaj, 49 sester celozrnné pečivo. Ovoce bylo označeno 43 sestrami a obilné vločky 39 sestrami. Méně často sestry volily možnost jako luštěniny (21 sester), čokoládu (20 sester), mléčné produkty (9 sester) a kávu zvolila pouze 1 sestra. Uzeniny by nedoporučila žádná sestra.

Tabulka 2. Nedoporučené potraviny

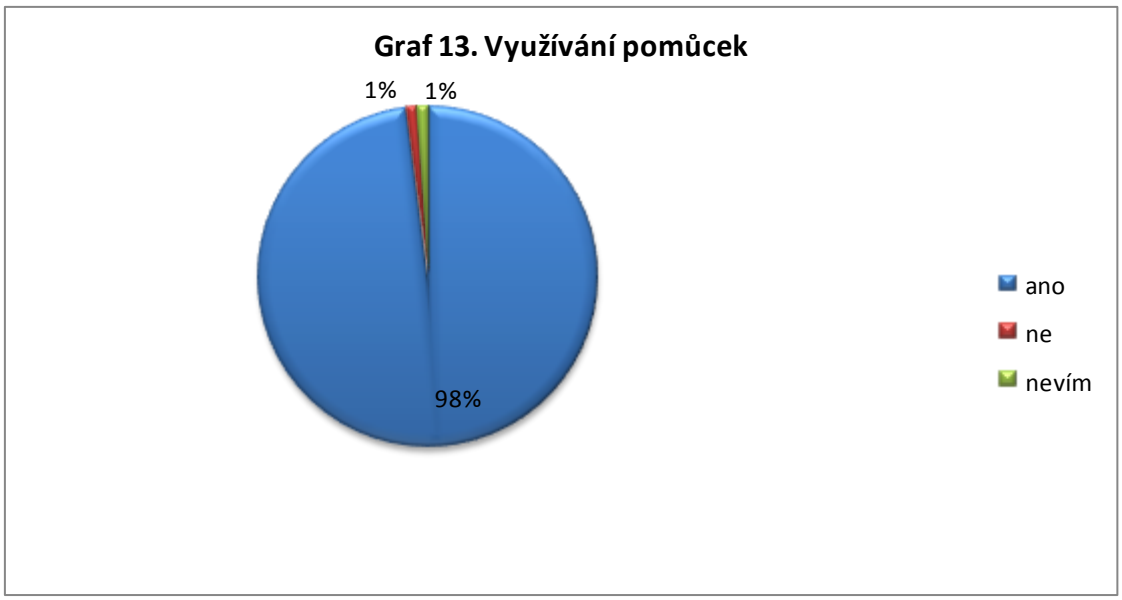
Nedoporučené potraviny			
Název potraviny	**Počet respondentů**	**Název potraviny**	**Počet respondentů**
káva	71	obilné vločky	14
uzeniny	68	ovoce	12
mléčné produkty	61	čaj	12
luštěniny	52	zelenina	5
čokoláda	40	tekutiny	5
celozrnné pečivo	25	brambory	3

Tabulka 2. se týká otázky, kde respondenti vybírali potraviny, které by nedoporučili pacientovi s inkontinencí. V této otázce bylo možno označit více odpovědí. Celkový počet odpovědí činil 368. Na prvním místě se umístila káva, kterou označilo 71 sester. Druhé místo zaujímají uzeniny, které vybralo 68 sester. 61 sester vybralo mléčné produkty jako nevhodnou stravu pro inkontinentní. Dalších 52 sester označilo luštěniny a 40 sester čokoládu. Celozrnné pečivo by nedoporučilo 25 sester a obilné vločky 14 sester. Ovoce i čaj nepovažuje za vhodné 12 sester, zeleninu a tekutiny 5 sester a zbylé 3 sestry by nedoporučily brambory.

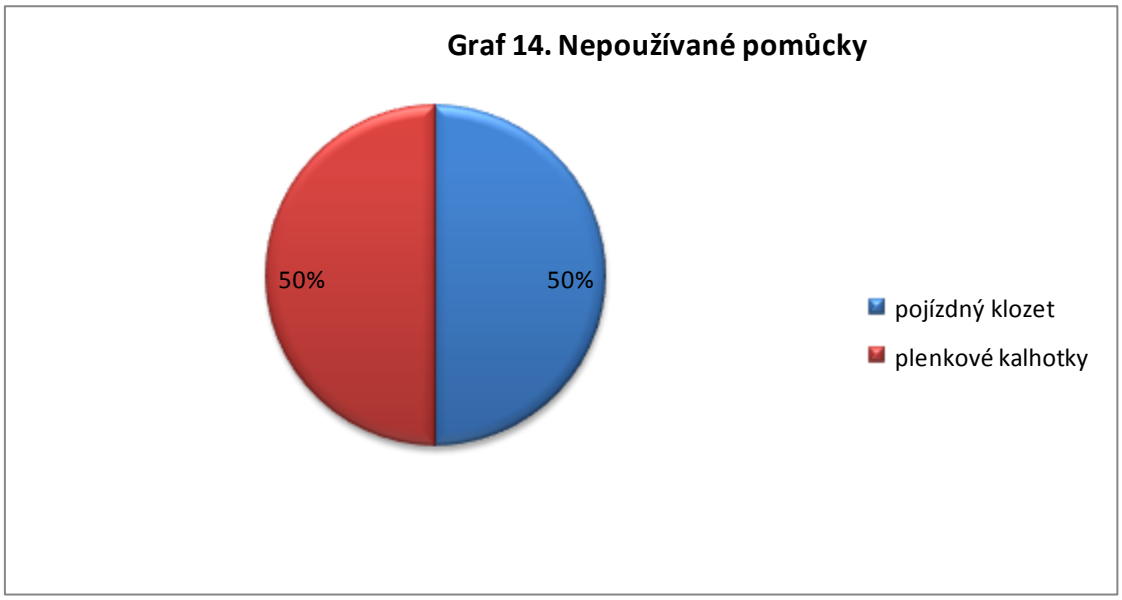
Tabulka 3. Pomůcky na oddělení

Pomůcky na oddělení			
Název pomůcky	**Počet respondentů**	**Název pomůcky**	**Počet respondentů**
podložní mísa	98	močové láhve	92
plenkové kalhotky	97	pojízdný klozet	71
ochranné a preventivní pomůcky	95	vložné pleny	53
čistící pomůcky	93	síťované kalhotky	47
jednorázové podložky	93	jiné	5

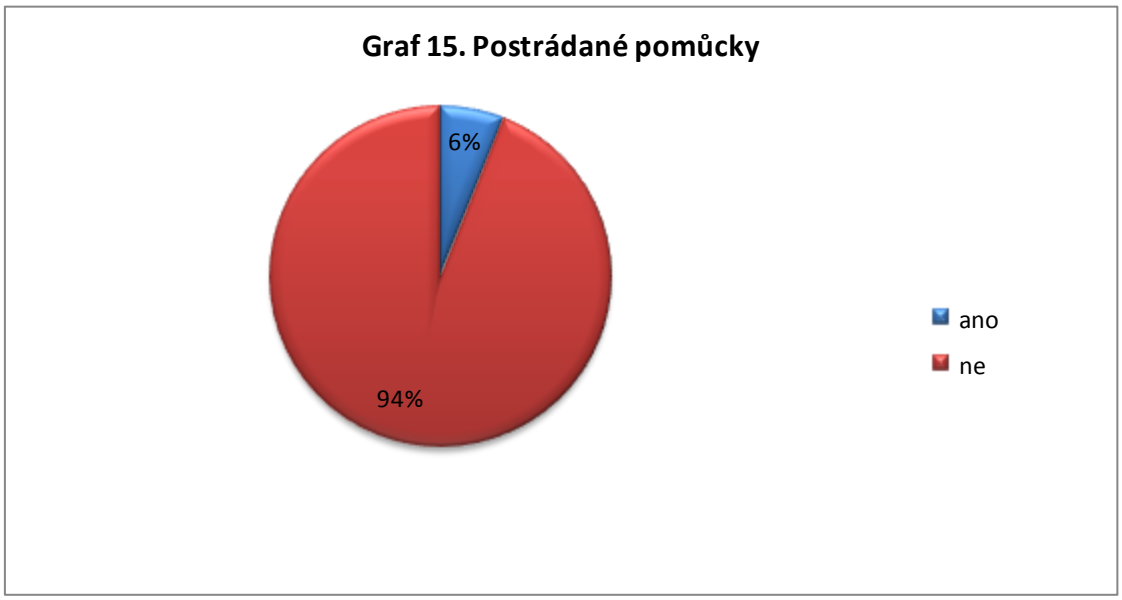
Tabulka 3. se týká otázky, kde respondenti vybírali pomůcky, které mají k dispozici na oddělení. V této otázce bylo možno označit více odpovědí. Celkový počet odpovědí byl 744. Na prvním místě se umístila podložní mísa, kterou označilo 98 sester. Druhé místo zaujímají plenkové kalhotky, které vybralo 97 sester. Ochranné a preventivní pomůcky má na oddělení k dispozici 95 sester. 93 sester označilo čistící pomůcky a jednorázové podložky. Močové láhve má k dispozici na oddělení 92 sester. Pojízdný klozet pak 71 sester, vložné pleny 53 sester a síťované kalhotky 47 sester. Posledních 5 sester má na oddělení k dispozici i jiné pomůcky.



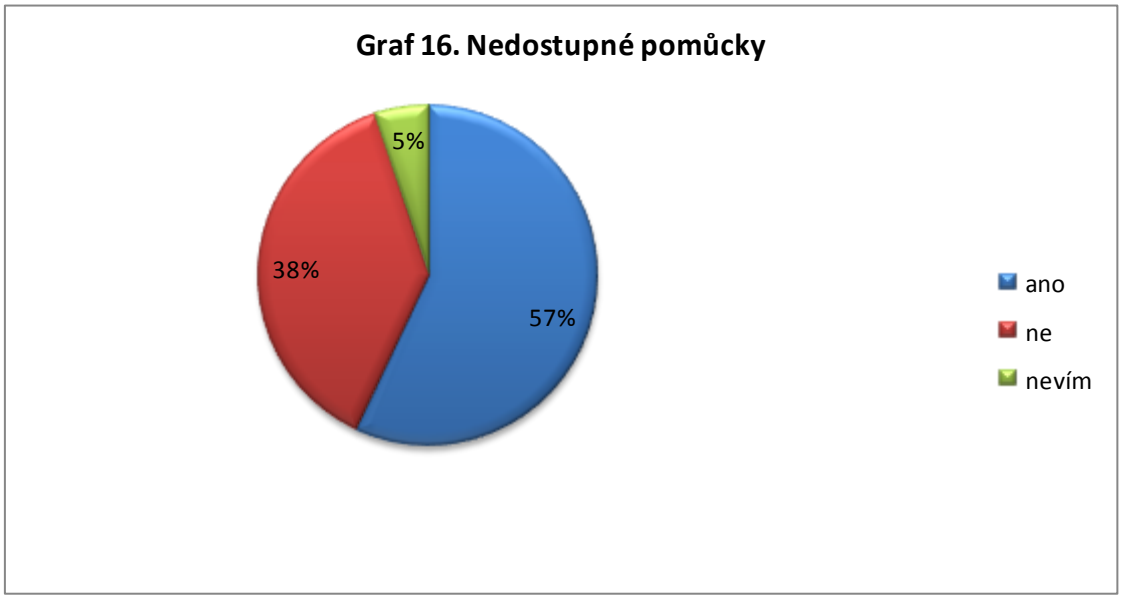
Z celkového počtu 100 sester (100%) uvedlo 98 (98%) odpověď ano na otázku, zda využívají všechny pomůcky, které mají na svém oddělení k dispozici. 1 sestra (1%) uvádí, že nevyužívá všechny pomůcky. Zbylá 1 sestra (1%) neví, zda využívá všechny pomůcky, které má na oddělení k dispozici.



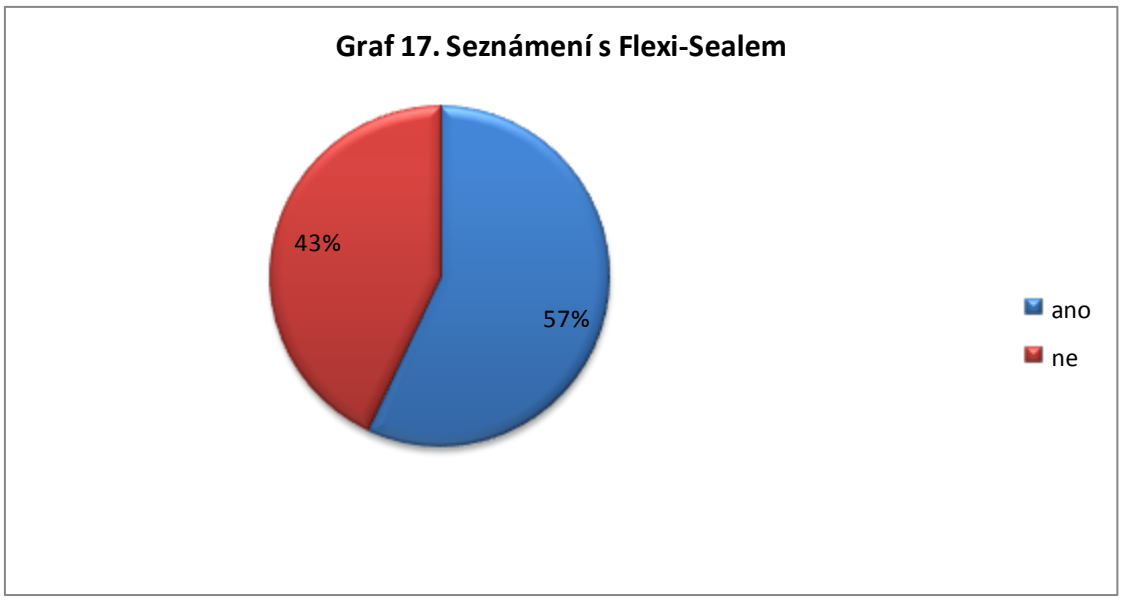
Z celkového počtu 2 odpovědí (100%) na otázku, jaké pomůcky respondenti nepoužívají na oddělení, byla 1 odpověď (50%) pojízdný klozet a 1 odpověď (50%) plenkové kalhotky.



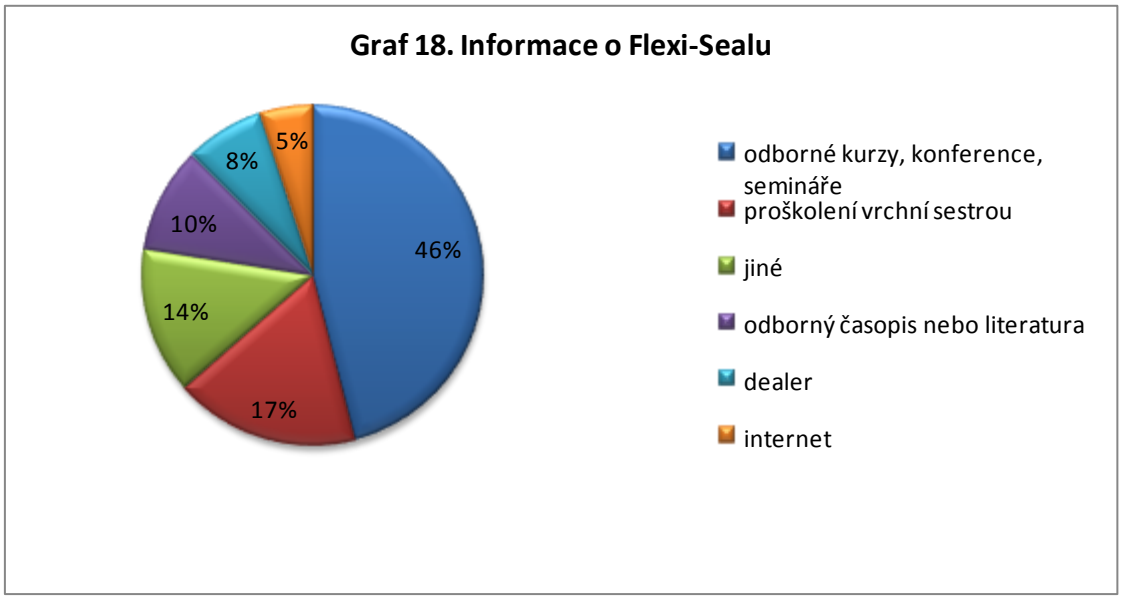
Z celkového počtu 100 sester (100%) nepostrádá na svém oddělení žádnou pomůcku 94 sester (94%) a 6 sester (6%) nějakou pomůcku postrádá.



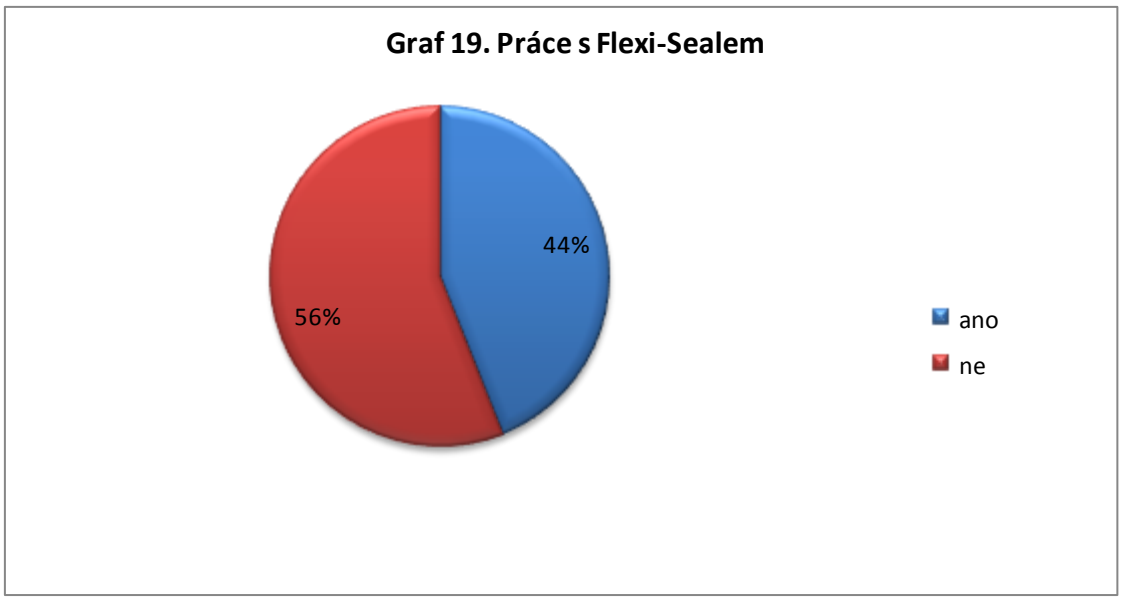
Ze 100 sester (100%) uvádí 57 z nich (57%), že zažily situaci, kdy pomůcku neměly na oddělení k dispozici. 38 sester (38%) tuto situaci nezažilo a 5 sester (5%) neví, zda se do takové situace někdy dostalo.



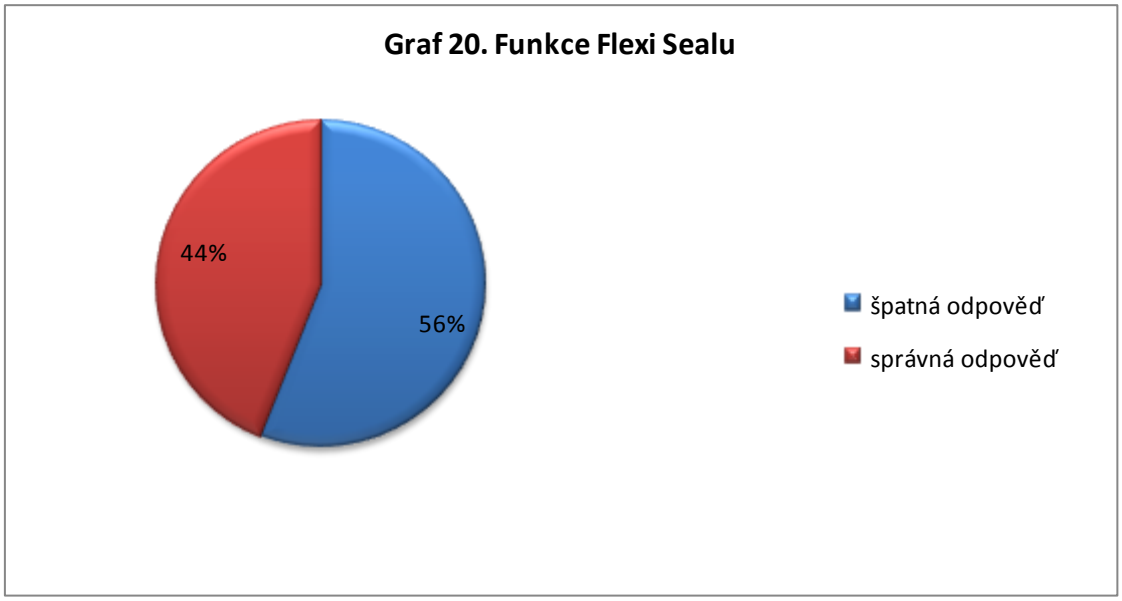
Z celkového počtu 100 sester (100%) se 57 sester (57%) seznámilo v praxi se systémem s Flexi-Seal, 43 sester (43%) tento systém nezná.



Z celkového počtu 57 sester (100%) získalo 36 sester (46%) informace o Flexi-Sealu na odborných kurzech, konferencích nebo seminářích. 14 sester (17,5%) bylo proškoleno vrchní sestrou, 8 sester (10%) se informovalo v odborném časopise, 6 sester (7,5%) získalo informace přímo od dealera, 4 sestry (5%) se informovaly na internetu, 12 sester (14%) získalo informace z jiného zdroje.



Z 57 sester (100%) již s uzavřeným systémem Flexi-Seal pracovalo 25 sester (44%), 32 sester (56%) s Flexi-Sealem nikdy nepracovalo.



Z 57 sester (100%) vědělo 24 sester (44%), že funkce Flexi-Sealu jsou zachycení výkalů u inkontinentních imobilních pacientů, zachycení tekuté a polotekuté stolice, snížení rizika poškození kůže, ochrana ran a popálenin a snížení nákladů

při managementu fekální inkontinence. Chybnou odpověď, že uzavřený systém používáme u pacientů s onemocněním či stenózou střeva, zvolilo 32 sester (56%).

5. Diskuze

Během našeho výzkumného šetření jsme zjišťovali, zdali mají sestry dostatek informací v oblasti péče o inkontinentní pacienty a zda využívají všechny pomůcky, které mají k dispozici na oddělení. Závěr práce je věnován jedné z pomůcek pro inkontinentní pacienty, uzavřenému systému pro odchod stolice Flexi-Sealu. Výzkumné šetření probíhalo kvantitativní metodou formou dotazníků, které jsme rozdávali na oddělení infekční, gastroenterologické, onkologické, následné péče, interní, chirurgické a anesteziologicko-resuscitační. Cíleně jsem si vybrala tato oddělení, protože jsem předpokládala, že by zde mohli s Flexi-Sealem mít zkušenosti. Výzkum probíhal v měsíci březnu a dubnu roku 2012 v Nemocnici České Budějovice a.s. Dohromady bylo rozdáno 120 dotazníků s celkovou návratností 85%, z nichž 2 (1,5%) byly vyřazeny pro neúplnost.

Jak jsem již zmínila v úvodu, toto téma jsem si zvolila z prostého důvodu. Inkontinence je problém, o kterém se každému těžko hovoří. Ať už se jedná o pacienta, nebo o ošetřující personál. Inkontinentní pacient může být hospitalizován na jakémkoliv oddělení. Únik stolice určitě není důvod, proč je pacient na oddělení přijat. Nejen že ho trápí nějaká závažná diagnóza, ale musí se potýkat s již zmiňovanou inkontinencí. Každý pacient přistupuje ke svému problému jiným způsobem, můžeme se tedy setkat s různými reakcemi.

Z prvních pěti obecných otázek jsme zjistili, že nejčastějšími respondenty byly ženy (viz graf 1) ve věku 23-29 let (graf 2). Z grafu 3 vidíme, že nejvyšší dosažené vzdělání respondentů je střední odborné s maturitou, dále pak vyšší odborné vzdělání a bakalářské vysokoškolské vzdělání. Nejčastější délka praxe dotazovaných je 2-10 let (graf 4). V otázce č. 6 jsme se ptali, jestli se sestry na oddělení setkávají s inkontinentními. Až na jednoho respondenta, jenž odpověděl ne, se zbylých 99% s inkontinentními pacienty na oddělení setkává.

Další oddíl otázek byl zaměřen na informovanost sester o inkontinenci. V grafu 7 můžeme vidět názor respondentů na vlastní znalosti v oblasti inkontinence. 40% z nich (graf 7) si myslí, že má dostatek znalostí. Odpověď spíše ano zvolilo 56% dotazovaných. Zanedbatelný počet respondentů zvolilo možnost nevím a možnost ne a

spíše ne nezvolil nikdo. Z výsledků bychom tedy mohli soudit, že si setry myslí, že informací v oblasti péče o inkontinentních mají dostatek. V další otázce jsme zjišťovali, jestli byli respondenti seznámeni se standardem péče o inkontinentní. 93% respondentů vědělo, že standard vytvořený je. Zbylých 7% dotazovaných na otázku odpovědělo nevím. Nenašel se jediný dotazovaný, který by si myslel, že standard neexistuje. Němcová (18) nám v tomto standardu shrnuje základní informace o inkontinenci moči a stolice. Ve standardu nalezneme definice, rozdělení dle závažnosti, projevy inkontinence a ošetřovatelské postupy. V naší práci se především zabýváme typem druhým, tedy fekální inkontinencí. S tímto dokumentem by měla být seznámena každá sestra na oddělení.

V otázce č. 9 nás zajímalo, u kterého pohlaví se inkontinence vyskytuje častěji (viz graf 9). 85% respondentů zvolilo správnou možnost, že u ženského pohlaví. Zbylých 15% dotazovaných vybralo možnost muži, což byla odpověď špatná. Problém inkontinence častěji trápí ženy, nejčastějšími příčinami je porod a komplikace s ním spojené, jak uvádí Kališ (17). Co se týká věkové kategorie, tak inkontinence stolice nejčastěji postihuje seniory, jak zmiňuje Haškovcová (7). Toto vědělo všech 100% dotazovaných (viz graf 10). Národní asociace pro kontinenci (12) definuje fekální inkontinenci jako stav, při kterém dochází k úniku plynů a řídké a tuhé stolice. Všechny tyto tři možnosti musel respondent vyplnit, aby byla odpověď v otázce č. 11 považována na správnou (viz graf 11). Dotazovaní volili dobře možnosti řídká a tuhá stolice, ale odpověď plyny jich vybralo minimum. Za správné jsme tudíž mohli považovat odpovědi pouhých 15% respondentů. Dále jsme se sester ptali, zdali si myslí, že vhodná strava může zmírnit projevy inkontinence. Do jedné z možností konzervativní léčby patří právě dodržování zásad zdravé výživy, jak uvádí Topinková (34). Jak je zřejmé z grafu 12 vidíme, tak 37% dotazovaných si myslí, že dodržování těchto zásad projevy inkontinence zmírní. Možnost spíše ano zvolilo také 37% dotazovaných. Topinková (34) dále uvádí vhodnost úpravy stravovacích návyků u pacientů s inkontinencí stolice. Upozorňuje hlavně na potraviny s dostatkem vlákniny, vynechat by se dle ní měla strava tučná a obtížně stravitelná. Hauser (35) zmiňuje desatero zdravé výživy (viz. příloha 2). Vlákninu doporučuje také, především celozrnné

pečivo. Dále dostatek ovoce a zeleniny. V otázce č. 13 nás zajímalo, které potraviny by dotazovaní doporučili pacientovi s inkontinencí. Z dvanácti možností bylo správně celozrnné pečivo, zelenina, tekutiny, ovoce, obilné vločky, luštěniny a brambory. V tabulce č. 1 vidíme seřazení doporučených potravin, které byly v pořadí podle četnosti odpovědí respondentů. Překvapilo mě, že vhodné potraviny vždy zvolila jen přibližná polovina dotazovaných. Některé potraviny, jako například čokoláda, luštěniny a čaj, mohou v někom vyvolat rozporné rozhodnutí. A to proto, že například čokoládu bychom doporučit mohli, ale pouze kvalitní s vysokým obsahem kakaa. Luštěniny jsou na jednu stranu zdravé, ale mohou některému pacientovi způsobit zažívací potíže. Na druhou stranu zcela nevhodné uzeniny, kávu a mléčné výrobky zvolilo jen minimum tázaných, což považuji za pozitivní. Z námi zvolených potravin byla nevhodná káva, čaj, uzeniny, mléčné produkty a čokoláda. V tabulce č. 2. můžeme vidět všechny potraviny a počet respondentů, kteří je vybírali. Všechny nevhodné potraviny byly vybrány přibližně většinou dotazovaných. Hypotézu H1 tedy můžeme potvrdit, a to díky odpovědím na otázky č. 8, 9, 10, 11 a 12. Dotazovaní v naprosté většině odpovídali správně, tudíž mají dostatek informací v oblasti péče o inkontinentní pacienty. A pokud jsou správně informováni, můžeme předpokládat, že poskytují kvalitní ošetřovatelskou péči v této oblasti.

Jednou ze základních lidských potřeb je vyprazdňování, jak uvádí Vytejčková, Sedlářová, Wirthová a Holubová (40). Pro inkontinentní pacienty existuje velké množství pomůcek. Další tři otázky se zaměřovaly na používání právě zmiňovaných pomůcek. V otázce č. 15 zdravotníci vybírali pomůcky, které mají na oddělení k dispozici. Udivilo mě, že například takové vložné pleny či síťované natahovací kalhotky má na oddělení k dispozici pouhá polovina dotazovaných. Dle mého názoru by mělo být na pracovišti od každé pomůcky alespoň pár kusů, abychom mohli pacientovi zajistit přijatelné podmínky při hospitalizaci. Během zpracování tohoto výzkumného šetření jsem se dozvěděla, že existují kbelíky do klozetů a podložní mísy z recyklovatelného papíru na jedno použití, jak uvádí Vytejčková, Sedlářová, Wirthová a Holubová (40). Ani s jednou z těchto pomůcek jsem během své praxe neměla ještě nikdy možnost pracovat. Otázka č. 16 byla důležitá ve vyhodnocení hypotézy H2:

Sestry využívají všechny dostupné pomůcky, které mají na oddělení. Téměř většina (98%) dotazovaných využívá všechny pomůcky. Tímto tedy můžeme říci, že hypotéza H2 byla potvrzena. Pouhá 2% respondentů všechny pomůcky nevyužívá. Tyto dva dotazovaní tedy odpovídali i nenásledující otázku č. 17, které pomůcky nevyužívají. Jednou byla zvolena možnost pojízdný klozet a jednou pleny. V otázce č. 18 jsme se chtěli dozvědět, jestli dotazovaní nějaké pomůcky postrádají. Odpověď nám podá graf 13, v němž vidíme, že 94% dotazovaným nechybí na svém oddělení žádná pomůcka. Pouhých 6% nějakou pomůcku postrádá. Tyto pomůcky byly natahovací pleny, pasta a oleje, Flexi-Seal, pojízdný klozet, vložné pleny a síťované natahovací kalhotky (graf 15). Dotazovaných jsme se v otázce č. 19 ptali na to, jestli někdy zažili situaci, kdy neměli potřebnou pomůcku na oddělení k dispozici. Tuto situaci zažilo 57% respondentů, 38% respondentů ji nezažilo a 5% z nich nevědělo.

Poslední čtyři otázky v našem dotazníku byly zaměřeny na uzavřený systém pro odchod stolice Flexi-Seal. Tento systém je jednou z možností bariérových technik u pacientů s fekální inkontinencí. Je šetrný a bezpečný. Použitím Flexi-Sealu se zabrání přenosu infekce, jak uvádí Čamková (43). Tato pomůcka je sice poměrně drahá, ale jelikož může být zavedena 29 dní, tak si myslím, že vložené finance se managementu nemocnice zcela určitě vrátí. Sestry nemusí pacientovi tak často převlékat lůžko a ušetří se i jednorázové pomůcky. Určitě to i zkvalitní život pacienta. Nás zajímalo, jestli zdravotnický personál zná tento uzavřený systém. Výsledky můžeme vidět v grafu č. 17. S Flexi-Sealem bylo seznámeno 57% dotazovaných, zatímco 43% nebylo. Na další otázky měli odpovídat už jen ti, kteří s Flexi-Sealem byli seznámeni. 46% z nich získalo informace o systému na odborném kurzu, konferenci nebo semináři. Vrchní sestrou bylo proškoleno 17,5% dotazovaných. Ostatní získali informace z internetu, odborných časopisů a literatury nebo přímo od dealera. S Flexi-Sealem nepracovala ani polovina dotazovaných. Dále nás zajímalo, jestli zdravotnický personál vůbec ví, k čemu je uzavřený systém určen. Záměrně jsme položili otázku, kde nevybírali správné funkce, ale naopak měli najít možnost chybnou. Dle mého názoru mohla takto položená otázka respondenty zmást, protože správnou možnost uvedla přibližně polovina.

První cíl našeho výzkumu měl zjistit znalosti sester v oblasti péče o inkontinentní pacienty. Z grafů 8, 9, 10, 11 a 12 výzkumu vyšlo, že sestry mají dostatek znalostí. *Hypotéza H1 odpovídající tomuto cíli byla potvrzena.* Druhý cíl nám umožnil zjistit, zda sestry používají všechny pomůcky pro inkontinentní pacienty, které mají k dispozici na oddělení. Splnění tohoto cíle jsme dosáhli otázkou 16. Jelikož naprostá většina odpověděla, že všechny pomůcky využívá. Tato *hypotéza H2 byla potvrzena.* Posledním cílem bylo zjistit, zda sestry mají dostatek informací o uzavřeném systému pro zachycení stolice. Grafy 17, 18, 19 a 20 poskytly odpověď na tento cíl. *Hypotéza H3 navazující na tento cíl potvrzena nebyla.* S Flexi-Sealem byla seznámena pouhá polovina sester.

6. Závěr

Inkontinence stolice je velice intimní problém, se kterým se zdravotníci setkávají na svém pracovišti často. Je proto nutné, aby každý z nich měl dostatek znalostí o této problematice a uměl s inkontinentním pacientem správně komunikovat. V souvislosti s porodem se se inkontinencí setkáme častěji u žen, nežli u mužů. Co se týká věku, postihuje tento problém spíše starší generaci. Jako u každého jiného problému, je důležité získat od pacienta co nejvíce informací, a podle toho najít nejvhodnější řešení. Proto se musíme zaměřit na důkladnou diagnostiku a následně využít veškeré možnosti dostupné léčby. V dnešní době máme k dispozici široký výběr pomůcek a materiálu, takže můžeme zachovat pacientovu soběstačnost v co největší míře. Sestra dle holistické teorie nebude na pacienta pohlížet jako na problém inkontinence, ale bude pacienta vnímat jako celistvou bytost, která má svoje potřeby.

Cílem této bakalářské práce bylo zmapovat informovanost sester v oblasti inkontinence stolice. Před začátkem výzkumu byly určeny 3 základní cíle. Tyto cíle byly splněny. Cílem 1 bylo zjistit znalosti sester v oblasti péče o inkontinentní pacienty. Cíl 2 měl zjistit, zda sestry používají všechny pomůcky pro inkontinentní pacienty, které mají k dispozici na oddělení. Posledním cílem bylo zjistit, zda sestry mají dostatek informací o uzavřeném systému pro zachycení stolice. Na základě cílů byly stanoveny 3 hypotézy. Hypotéza 1: Sestry mají dostatek znalostí v péči o inkontinentní pacienty. Tato hypotéza byla potvrzena. Hypotéza 2: Sestry využívají všechny dostupné pomůcky, které mají na oddělení. Tato hypotéza byla potvrzena. Hypotéza 3: Sestry mají dostatek informací o uzavřeném systému pro zachycení stolice. Tato hypotéza nebyla potvrzena.

Výsledky práce přinesly zjištění o informovanosti sester v oblasti inkontinence stolice. Z výzkumu vyplývá, že většina sester má dostatek znalostí, a tudíž mohou poskytovat kvalitní ošetřovatelskou péči. Na jednotlivých odděleních není ani problém s dostupnými pomůckami a jejich využíváním. Jediný nedostatek je malá informovanost sester v oblasti používání uzavřeného systému Flexi-Seal.

7. Seznam použitých zdrojů

1. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 350 s. Sestra. ISBN 978-802-4718-309.
2. WAY, L. W. *Současná chirurgická diagnostika a léčba 2. díl.* 1. vyd. Překlad František Antoš, Miloš Hájek. Praha: Grada, 1998. s. 1660. ISBN 80-716-9397-9.
3. LUKÁŠ, K. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 288 s. ISBN 80-247-1283-0.
4. MLÝNKOVÁ, J. *Pečovatelství 1. díl*: *učebnice pro obor sociální péče - pečovatelská činnost*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 269 s. ISBN 978-802-4731-841.
5. DOLINA, J. VLČEK, P. BARTUŠEK, D., et al. Anorektální dysfunkce - úvod a diagnostika. Poznatky pro klinickou praxi. *Česká a slovenská gastroenterologie a hepatologie*. 2006, roč. 60, č. 2, s. 65-69. ISSN 1213-323X.
6. KRIŠKOVÁ, A. *Ošetrovateĺské techniky*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2001, 804 s. ISBN 80-806-3087-9.
7. HAŠKOVCOVÁ, H. *České ošetřovatelství 10 – praktická příručka pro sestry. Manuálek sociální gerontologie.* Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2002. 72 s. ISBN 80-7013-363-5.
8. OTRADOVCOVÁ, I. Stomické zdravotnické prostředky. *Florence*. 2011, roč. 7, č. 4, s. 32-38. ISSN 1801-464X.
9. VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*: *příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 96 s. ISBN 978-802-4721-705.
10. HEHLMANN, A. *Hlavní symptomy v medicíně*: *praktická příručka pro lékaře a studenty*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 450 s. ISBN 978-80-247-2612-0.
11. PUBLIC RELATIONS. Inkontinence, problém, který má řešení. *Florence*. 2007, roč. 3, č. s. 329. ISSN 1801-464X.
12. *Fecal inkontinence* [online]. 2012 [cit. 2012-12-06]. National Association For Continence. Dostupné z WWW: <http://www.nafc.org/bladder-bowel-health/types-of-incontinence/fecal-incontinence/>.

13. ŠKUBOVÁ, J. Péče o pacienty s inkontinencí stolice. *Florence.* 2010, roč. 6, č. 4, s. 18-20. ISSN 1801-464X.

14. LENOCHOVÁ, E. Citlivé téma - inkontinence. *Sociální péče: odborný časopis pracovníků sociání péče.* 2007, roč. 6, č. 3, s. 18-20. ISSN 1213-2330.

15. MAŘATKA, Z. *Gastroenterologie*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 1999, 490 s. ISBN 80-7184-561-2.

16. ŠLAUF, P. Anální inkontinence. *Postgraduální medicína: odborný časopis pro lékaře.* 2000, roč. 2, č. 4, s. 422-427. ISSN 1212-4184.

17. KALIŠ, V. CHALOUPKA, P. TUREK, J. ROKYTA, Z. Porod a anální inkontinence: definice, klasifikace, prevalence a patofyziologie. *Česká gynekologie: časopis České gynekologické a porodnické společnosti.* 2003, roč. 68, č. 4, s. 283-293. ISSN 1210-7832.

18. NĚMCOVÁ, O. *Standard ošetřovatelské péče č. 26. Péče o nemocné s inkontinencí*. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice a.s., 2010. 11 s.

19. RICHARDS, A. EDWARDS, E. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004, 376 s. ISBN 80-247-0932-5.

20. MARKOVÁ, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 128 s. ISBN 978-802-4731-711.

21. WORKMAN, B. A. BENNETT, C. L. *Klíčové dovednosti sester*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 259 s. ISBN 80-247-1714-X.

22. DOLEŽAL, A. *Porodnické operace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 376 s. ISBN 978-80-247-0881-2.

23. LUKÁŠ, K. ŽÁK, A. *Chorobné znaky a příznaky*: *76 vybraných znaků, příznaků a některých důležitých laboratorních ukazatelů v 62 kapitolách s prologem a epilogem*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 519 s. ISBN 978-802-4727-646.

24. POKORNÝ, V. *Traumatologie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2002, 307 s. ISBN 80-725-4277-X.

25. SEIDL, Z. OBENBERGER, J. *Neurologie pro studium i praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 363 s. ISBN 80-247-0623-7.

26. AMBLER, Z. *Základy neurologie*: *učebnice pro lékařské fakulty*. 6., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Galén, 2006, 351 s. ISBN 80-726-2433-4.

27. *Spina bifida - symptoms* [online]. 2011 [cit. 2012-04-05]. WebMD. Dostupné z WWW: < http://www.webmd.com/default.htm>.

28. *Análni rektální atrézie* [online]. [cit. 2012-04-05]. Wikiskripta. Dostupné z WWW: <http://www.wikiskripta.eu/index.php/An%C3%A1ln%C3%AD_a_rekt%C3%A1ln%C3%AD_atr%C3%A9zie>.

29. VYSLOUŽIL, K. *Komplexní léčba nádorů rekta* . 1. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 978-802-4706-283.

30. *Proktitida* [online]. 2003-2012 [cit. 2012-04-05]. Anamneza. Dostupné z WWW: <http://www.anamneza.cz/Proktitida/nemoc/220>.

31. BARTOŠIVIC, J. BREZA, J. Inkontinencia stolice v geriatrii. *Geriatria: odborný časopis slovenských a českých geriatrov.* 2007, roč. 13, č. 3, s. 18-20. ISSN 1335-1850.

32. SCHULER, M. OSTER, P. *Geriatrie od A do Z pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 336 s. ISBN 978-802-4730-134.

33. ŠAFRÁNKOVÁ, A. NEJEDLÁ, M. *Interní ošetřovatelství I.* Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 280 s. ISBN 80-247-1148-6.

34. TOPINKOVÁ, E. Inkontinence stolice u starších osob. *Sestra.* 2008, roč. 18, č. 1, s. 44-45. ISSN 1210-0404.

35. HAUSER, P. J. *Domácí lékař*: *nový velký průvodce*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 279 s. ISBN 80-247-0934-1.

36. *Co je to biofeedback?* [online]. 2011 [cit. 2012-02-17]. EEG Biofeedback. Dostupné z WWW: <http://www.eegbiofeedback.cz/uvod/zakladni_informace>.

37. ŠLAUF, P. ANTOŠ, F. SNS - nová metoda léčby análni inkontinence. *Sestra.* 2011, roč. 21, č. 12, s. 51-53. ISSN 1210-0404.

38. ŠVÁB, J. *Chirurgie vyššího věku*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 208 s. ISBN 978-802-4726-045.

39. MARKOVÁ, M. *Stomie gastrointestinálního a močového traktu*: *obecná část*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006, 68 s. ISBN 80-701-3434-8.

40. VYTEJČKOVÁ, R. SEDLÁŘOVÁ, P. WIRTHOVÁ, V. HOLUBOVÁ, J. *Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné I*: *obecná část*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 228 s. Sestra. ISBN 978-802-4734-194.

41. MLÝNKOVÁ, J. *Pečovatelství 1. díl. Učebnice pro obor sociální péče – pečovatelská činnost.* Praha: Grada, 2010. 272 s + 4 s barevné přílohy. ISBN 978-80-247-3184-1.

42. MIKSOVÁ, M. Naše zkušenosti s Flexi Sealem. *Sestra*. 2007, roč. 17, č. 9, s. 17. ISSN 1210-0404.

43. ČAMKOVÁ, K. Uzavřený systém na odvod průjmovité stolice v prevenci infekcí. *Florence*. 2010, roč. 6, č. 5, s. 36-38. ISSN 1801-464X.

44. ČAMKOVÁ, K. Vliv záchytného systému k odvodu tekuté stolice na kvalitu ošetřovatelské péče u pacienta s průjmovitou stolicí hospitalizovaného na intenzivních pracovištích. *Florence*. 2010, roč. 6, č. 6, s. 32-33. ISSN 1801-464X.

45. *Flexi-Seal FMS* [online]. 2012 [cit. 2012-02-17]. ConvaTec. Dostupné z WWW: <http://www.convatec.cz/zvladani-stolice/vseobecne-informace-flexi-seal-fms>.

46. ČAMKOVÁ, K. FlexiSeal FMS - Výrazný posun v řešení fekální inkontinence. *Nozokomiální nákazy: odborný časopis.* 2009, roč. 8, č. 1, s. 16-20. ISSN 1336-3859.

47. BAUER-DELTO, A. Kožní prob.lémy při inkontinenci. *Florence.* 2010, roč. 6, č. 4, s. 28-31. ISSN 1801-464X.

48. SCHMIDT, S.. Péče o kůži při inkontinenci. *Florence*. 2010, roč. 6, č. 5, s. 34-35. ISSN 1801-464X.

49. MIKULA, J. MÜLLEROVÁ, N. *Prevence dekubitů*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 96 s. ISBN 978-80-247-2043-2.

50. NEUWIRTH, J. Inkontinence a dekubity. *Florence*. 2003, roč. 8, č. 3, s. 28. ISSN 1210-0404.

51. HAŠKOVÁ, J. *Standard ošetřovatelské péče č. 5. Prevence a ošetřování dekubitů*. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice a.s., 2010. 11 s.

52. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetřovatelství*: *systémový přístup*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002, 187 s. ISBN 80-246-0429-9.

53. PLEVOVÁ, I. *Ošetřovatelství I*: *obecná část*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 285 s. ISBN 978-802-4735-573.

54. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetřovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 77 s. ISBN 978-802-4721-712.

55. BROZOVÁ, M. Řešení inkontinence stolice v praxi. *Florence*. 2009, roč. 5, č. 10, s. 28-29. ISSN 1801-464X.

56. MLÝNKOVÁ, J. *Pečovatelství 2. díl*: *učebnice pro obor sociální péče - pečovatelská činnost*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 232 s. ISBN 978-80-247-3185-82.

57. PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetřovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 150 s. ISBN 80-247-1211-3.

58. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: IDVPZ, 2001186 s. ISBN 80-701-3324-4.

59. MARKOVÁ, E. VENGLÁŘOVÁ, M. BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetřovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 352 s. ISBN 80-247-1151-6.

8. Klíčová slova

Inkontinence

Inkontinentní pacient

Zdravá strava

Flexi-Seal

Sestra

Holismus

9. Seznam příloh

Příloha 1 - Dotazník pro sestry

Příloha 2 - Deset pravidel zdravé výživy

Příloha 3 - Flexi-Seal

Příloha 4 - Jednotlivé části Flexi-Sealu

Příloha 5 - Zavedení Flexi-Sealu

Příloha 1 - Dotazník pro sestry

Vážené sestry,
jmenuji se Hana Jůzková a jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecná sestra na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Ráda bych Vás poprosila o vyplnění dotazníku, který bude součástí mé bakalářské práce s názvem „Ošetřovatelská péče o pacienty s inkontinencí stolice“. Dotazník je zcela anonymní a bude použit pouze pro účely výzkumného šetření v mé bakalářské práci.
Děkuji za Váš čas.

1. Jste:

□ žena

□ muž

2. Kolik je Vám let?

□ 23-29 let

□ 30-39 let

□ 40-49 let

□ 50 a více let

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

□ střední odborné vzdělání s maturitou

□ vyšší odborné vzdělání

□ vysokoškolské vzdělání - Bc.

□ vysokoškolské vzdělání - Mgr.

□ jiné: ……

4. Na jakém oddělení pracujete? (prosím vypište)

.....

5. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

.....

6. Setkáváte se na vašem oddělení s inkontinentními pacienty?

□ ano

□ ne

7. Myslíte si, že máte dostatek informací v péči o inkontinentní pacienty?

□ ano

□ spíše ano

□ nevím

□ spíše ne

□ ne

8. Existuje standard péče o inkontinentní pacienty?

□ ano

□ ne

□ nevím

9. U kterého pohlaví se inkontinence vyskytuje častěji?

□ u mužů

□ u žen

10. V jaké věkové kategorii se nejčastěji můžeme setkat s inkontinencí stolice?

□ v dětství (3-12 let)

□ v dospívání (12-25 let)

□ v dospělosti (25-60 let)

□ ve stáří (nad 60 let)

11. Fekální inkontinence je stav samovolného úniku: (můžete označit více možností)

□ plynů
□ řídké stolice
□ moči
□ tuhé stolice

12. Myslíte, že vhodná strava může zmírnit projevy inkontinence?

□ ano
□ spíše ano
□ nevím
□ spíše ne
□ ne

13. Které potraviny byste **doporučil/a** pacientům s inkontinencí? (můžete označit více možností)

□ celozrnné pečivo
□ zelenina
□ káva
□ čaj
□ mléčné produkty
□ čokoláda
□ uzeniny
□ tekutiny
□ ovoce
□ obilné vločky
□ luštěniny
□ brambory

14. Které potraviny byste **nedoporučil/a** pacientům s inkontinencí? (můžete označit více možností)

□ celozrnné pečivo
□ zelenina
□ káva
□ čaj
□ mléčné produkty
□ čokoláda
□ uzeniny
□ tekutiny
□ ovoce
□ obilné vločky
□ luštěniny
□ brambory

15. Jaké pomůcky k péči o inkontinentní máte na Vašem oddělení k dispozici? (můžete označit více možností)

□ pojízdný klozet
□ močové lahve
□ podložní mísy
□ plenkové kalhotky
□ vložné pleny
□ síťované kalhotky
□ jednorázové podložky
□ čistící pomůcky (pěna, mycí emulze, olej)
□ ochranné a preventivní pomůcky v péči o pokožku (ochranné pasty, pudry, bylinné obklady)
□ jiné: (prosím doplňte).....

16. Využíváte všechny pomůcky pro inkontinentní, které máte na vašem oddělení?

□ ano
□ ne
□ nevím

17. Pokud jste u předchozí otázky odpověděl/a ne, vypište prosím, o které pomůcky se konkrétně jedná:

.....

18. Jsou na Vašem oddělení pomůcky, které postrádáte?

□ ne
□ ano (jaké, vypište).....

19. Stalo se vám někdy, že jste potřebnou pomůcku neměli na oddělení k dispozici?

□ ano

□ ne

□ nevím

20. Seznámil/a jste se někdy s uzavřeným systémem tzv. Flexi-Seal pro odchod stolice?

□ ano (pokud ano, odpovězte na zbytek otázek)

□ ne (pokud ne, na zbytek otázek prosím neodpovídejte)

21. Odkud jste získal/a informace o systému Flexi-Seal? (můžete označit více možností)

□ internet

□ odborné kurzy, konference, semináře

□ odborný časopis nebo literatura

□ od dealera

□ z proškolení vrchní sestrou

□ jiné

22. Pracoval/a jste někdy s uzavřeným systémem Flexi-Seal pro odchod stolice?

□ ano

□ ne

23. Uzavřený systém Flexi-Seal není určen k: (vyberte pouze jednu variantu)

□ zachycení výkalů u inkontinentních imobilních pacientů

□ zachycení tekuté a polotekuté stolice

□ snížení rizika poškození kůže

□ používání u pacientů s onemocněním či stenózou střeva

□ ochraně ran a popálenin

□ snížení nákladů při managementu fekální inkontinence

Příloha 2 - Deset pravidel zdravé výživy

Deset pravidel zdravé, plnohodnotné výživy

Moderní zdravá výživa by měla být tak plnohodnotná, jek jen je možné. K tomu platí následující doporučení:

Pravidlo 1 Jíst rozmanitě - aby vaše tělo dostalo všechny potřené látky. Energetický obsah stravy by měl odpovídat vašim potřebám.
Pravidlo 2 Obilniny by měly být ve vašem stravovacím plánu denně: celozrnný chléb, pokrmy z celých obilných zrn, nebo müsli. Také brambory jsou nepostradatelné.
Pravidlo 3 Jezte pětkrát denně malé porce čerstvého ovoce a zeleniny - tedy ke každému jídlu.
Pravidlo 4 Maso, uzeniny a vejce by měly pro svůj velký obsah tuků a bílkovin přicházet na stůj jenom jednou týdně a v malých porcích. Konzumujeme-li tyto potraviny častěji anebo ve větších množstvích (více než 1-2 vejce týdně), není už naše strava plnohodnotná. Libová ryba je dovolena častěji.
Pravidlo 5 Neměli bychom jíst málo tuků - doporučeno je ne více než 1 gram tuku na 1 kg tělesné hmotnosti, ale navíc by to měly být ty správné, pokud možno rostlinné tuky. Nejméně třetina z požitého by měla obsahovat jednoduché nenasycené kyseliny, tuky s nasycenými a vícenásobně nasycenými kyselinami by měli tvořit rovněž nanejvýš třetinu.
Pravidlo 6 Užívejte cukr a sůl co nejšetrněji. Cukr škodí zubům a rozkolísává hladinu krevního cukru, sůl může vést ke zvyšování krevního tlaku. Solte jodizovanou solí.

Pravidlo 7 Náš organismus potřebuje hodně tekutin. Pijte denně 1,5 až 2 litry tekutin, především vody, neslazené (bylinkové) čaje různých druhů a zředěné ovocné šťávy. Mléko a káva by neměly být započítávány do vaší tekutinové bilance.
Pravidlo 8 Dbejte na rychlou spotřebu potravin a jejich šetrnou přípravu. Tedy jemně dusit místo smažení a pečení, syrové místo vařeného atd. Také při ohřívání jídel ničíme vitaminy.
Pravidlo 9 Dejte si dost času a vychutnejte si každý pokrm. Staré pravidlo: „Dobře rozkousané je napůl strávené“ platí také ještě dodnes.
Pravidlo 10 Kontrolujte pravidelně svoji váhu!

Zdroj: HAUSER, P. J. *Domácí lékař*: *nový velký průvodce*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 279 s. ISBN 80-247-0934-1.

Příloha 3 - Flexi-Seal

Zdroj: KORONARKA. [online]. [cit. 2012-04-21]. Dostupné z WWW: http://koronarka.webnode.cz/flexi-seal2/.

Příloha 4 - Jednotlivé části Flexi-Sealu

Nízkotlaký balónek

Sběrný sáček

Vstupy pro naplnění balonku a k proplachu katétru

Zdroj: VERSIUM. [online]. [cit. 2012-04-21]. Dostupné z WWW: http://www.versium.sk/manazment-stolice-2.php.

Příloha 5 - Zavedení Flexi-Sealu

Zdroj: KORONARKA. [online]. [cit. 2012-04-21]. Dostupné z WWW: http://koronarka.webnode.cz/flexi-seal2/.