

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

INFORMOVANOST VŠEOBECNÝCH SESTER V PÉČI O UROSTOMIKY

bakalářská práce

Autor práce: Petra Horová, DiS.

Studijní program: Ošetřovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Alena Polanová

Datum odevzdání práce: 14. 8. 2012

Abstrakt

Účelem bakalářské práce „*Informovanost všeobecných sester v péči o urostomiky*“ je nastínění problematiky urostomie. Urostomie je vyústění horních močových cest přes stěnu břišní a je nejméně častý typ stomie. Ovšem v současné době se často všeobecné sestry setkávají s urostomií a to nejen na urologických odděleních. Pro kvalitu ošetrovatelské péče je proto nezbytné, aby sestry znaly tuto problematiku včetně používaných pomůcek a mohly tak urostomikovi poskytnout co nejkvalitnější péči.

Cílem práce bylo zjistit jaká je informovanost sester v péči o urostomiky, zda sestry mají s urostomiemi zkušenost, znají pomůcky pro urostomiky a ovládají správnou techniku ošetrování urostomie. K těmto cílům byly stanoveny 4 hypotézy. H1: Sestry pracující na různých odděleních mají osobní zkušenost s pacienty s urostomií, byla potvrzena. H 2: Sestry znají dostupné pomůcky pro urostomiky, nebyla potvrzena. H 3: sestry umí správně používat pomůcky pro urostomiky, se potvrdila. H 4: Sestry ovládají správnou techniku ošetrování urostomie, nebyla potvrzena. Jako výzkumnou metodu pro dosažení i potvrzení cílů a hypotéz jsme zvolili kvantitativní šetření pomocí anonymního dotazníkového šetření, které bylo uskutečněno ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady v Praze na různých klinikách.

Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou, kdy v teoretické části se stručně zabýváme ošetrováním a pomůckami pro urostomiky. Empirická část pojímá výsledky šetření. Výsledky jsou prezentovány v podobě grafů. Ze zjištěných dat vyplývá, že mnoho zdravotnických pracovníků nezná, jak pomůcky pro urostomiky, tak i správné ošetření urostomie. Právě neznalost správného ošetrování urostomie byl důvod pro napsání této bakalářské práce, ve které bychom chtěli podrobněji nastínit ošetrovatelský postup při ošetrování urostomií a tím tak otevřít i toto nepříliš známé téma jak pro odbornou, tak i pro veřejnou společnost. Výsledek by měl poukázat na kvalitu v ošetrování takto nemocných na různých odděleních ve FNKV Praha. Práce může být využita v praxi jako standard ošetrovatelské péče „*Péče o pacienta s urostomií*“

Klíčová slova: močový systém, ošetrovatelská péče, poradny, stomasestra, urostomie

Abstract

The purpose of bachelor thesis “*Awareness of the care of urostomy patients among general nurses*” is to outline the issue of urostomy. Urostomy is an outcome of upper urinary system through the abdominal wall and is the least frequent type of stoma. However nowadays general nurses often meet urostomy, not only at urology departments. It is thus necessary for nurses to be aware of the issue as well as of the aids used so as they are able to provide a urostomy patient with the best possible care.

The aim of the thesis was to find out how informed nurses were on the care about urostomy patients, whether nurses had experience with urostomies, knew aids used for urostomy patients and mastered the correct urostomy care techniques. 4 hypotheses were set for these goals. H1: Nurses working at various departments have personal experience with urostomy patients, was confirmed. H2: Nurses know available aids for urostomy patients, was not confirmed. H3: Nurses are able use the aids for urostomy patients, was confirmed. H4: Nurses master the correct technique of caring about urostomy patients, was not conformed. We chose quantitative research by means of an anonymous questionnaire performed at various clinics of the Faculty Hospital Královské Vinohrady in Prague as the research method to achieve the goals and confirm the hypotheses.

The thesis is divided into a theoretical part and a practical part. The theoretical part deals in brief with the care of and aids for urostomy patients. The empiric part presents the research results. The results are presented on graphs. The research data show that a lot of healthcare staff members know neither the aids nor the correct treatment of urostomy. The poor knowledge of the correct urostomy treatment was the reason for writing this bachelor thesis where we would like to outline the treatment procedures applied to urostomy patients and thus open this generally unknown topic to professionals as well as to the general public. The result should focus on the quality of the care about these patients at various departments of the FHKV Prague. The thesis may be used in practice as a nursing care standard “*Care About a Urostomy Patient*”

Key words: Urinary system, nursing care, counselling centres, stoma nurse, urostomy

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci „*Informovanost všeobecných sester v péči o urostomiky*“ 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 14. 8. 2012

.....

Petra Horová, DiS.

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Aleně Polanové za odborné vedení a cenné připomínky při tvorbě bakalářské práce.

OBSAH

Úvod.....	7
1 Současný stav.....	8
1.1 Historie stomií.....	8
1.1.1 Historie péče o stomie.....	9
1.1.2 Anatomie a fyziologie močového systému.....	10
1.2 Urostomie	12
1.2.1 Indikace založení urostomie.....	13
1.2.2 Komplikace urostomií.....	14
1.2.3 Předoperační příprava před založením urostomie	16
1.2.4 Pooperační péče o pacienta u založené urostomie.....	18
1.3 Stomasestra, edukace stomasester.....	19
1.3.1 Edukace urostomiků.....	21
1.3.2 Urostomické pomůcky.....	23
1.3.3 Ošetřování urostomie, výměna pomůcek	25
1.3.4 Stomaporadny	27
2 Cíle a hypotézy	29
2.1 Cíle práce.....	29
2.2 Hypotézy práce	29
3 Metodika.....	30
3.1 Použitá metoda výzkumu	30
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru	30
4 Výsledky.....	31
4.1 Výsledky dotazníkového šetření.....	31
5 Diskuze.....	50
6 Závěr	58
7 Seznam informačních zdrojů.....	59
8 Přílohy.....	63

Úvod

O problematice urostomie slyšíme jen velmi zřídka. Málokdo si tak dokáže představit, o jaký problém se jedná. Většina laické a mnohdy i odborné veřejnosti se setkává spíše s pojmem kolostomie, což je sice velmi obdobné, ale urostomie se stále v mnoha věcech liší. Urostomie neboli vývod močových cest je časté řešení onemocnění močových cest, jako jsou například nádory, úrazy nebo vrozené vývojové vady.

Urostomie sice nejsou tak časté jako kolostomie, jejich závažnost je však stejná. Mnozí z nás, zdravotníků, se jistě alespoň jednou ve své praxi se stomií setkali, a přesto se často stává, že většina zdravotníků neví, jak správně by se mělo o stomie pečovat. Ze své praxe vím, že si velká část zdravotníků myslí, že není rozdíl mezi ošetřováním kolostomie a urostomie. Opak je pravdou, při ošetřování urostomie pracujeme s odlišnými stomickými pomůckami, které také většina zdravotníků nezná. Právě to byl podnět ke zpracování bakalářské práce. Chtěli bychom tuto problematiku přiblížit nejen zdravotníkům, ale také lidem, kteří ve svém okolí mají někoho, kdo s urostomií žije, jak správně se má o urostomii pečovat, protože nikdo z nás neví, zda se s tímto problémem ve svém životě nesetkáme. Mimo jiné by mohla tato práce posloužit ke zvýšení informovanosti zdravotnického personálu na odděleních, kde se s urostomikou setkají zřídka.

1 Současný stav

1.1 Historie stomií

V dějinách medicíny nacházíme velice málo informací o stomiích. Až do 20. století nebylo mnoho informací o léčení pacientů se stomiemi, ale ani o samotném ošetřování stomií. Velkým problémem pro provádění rozsáhlých břišních operací, a tedy i založení stomie, byla anestezie. Jelikož stále chyběly dostatečné informace o anestezii, břišní operace proto byly velmi riskantním zákrokem jak pro pacienta, tak pro lékaře. Místo dnešní anestezie se v této době používala houba namočená v opiu. Tato metoda byla pro pacienta velice bolestivá a neúčinná (1).

První zmínka o stomii sahá do období 350 př. n. l., kdy Praxagoras z Kósu úspěšně upravil střevní vývod při poranění břicha. V roce 1850 provedl v Anglii Luke první fixaci abdominální kolostomie a vyvedl kličku sigmoidea skrze břišní stěnu vlevo.

Do historie stomických technik byl zapsán i známý český chirurg Karel Maydl, který v roce 1888 poprvé provedl dvouhlavňovou sigmoideostomii, která se prakticky stejným způsobem zhotovuje dodnes (2).

Kromě technik konstrukce stomií na trávicím traktu se rozvinula chirurgie i v oboru urologie. Urologie dosáhla větších možností díky diagnostice pomocí cystoskopie. V roce 1950 předvedl v USA urolog Eugren Bricker metodu, při níž se použije část tenkého střeva k vytvoření prominující stomie. Tato metoda vykazovala nejméně komplikací a používá se dodnes. Kromě zvětšení močového měchýře se postupně rozvíjely i techniky jeho náhrady pomocí tenkého nebo tlustého střeva. Tuto metodu v roce 1958 rozšířil urolog Camey. Později se objevovaly i snahy o vytvoření kontinentní derivace moči. První rezervoár vytvořili později Gilchrist a Mericks pomocí slepého střeva, terminální ileum sloužilo jako odtokový systém s kožním stomatem. S dalšími zkušenostmi v roce 1975 přispěl Niels Kock, který při vývoji kontinentní ileostomie po proktokolektomii vytvořil i kontinentní derivaci moči, pod názvem Kock pouch se skrývá kontinentní ileární rezervoár.

Chirurgické techniky se v posledních desetiletích stále zdokonalují také vzhledem k modernímu vybavení operačních sálů, využití nových chirurgických nástrojů a v neposlední řadě vzhledem k možnostem novodobé anestezie (1).

1.1.1 Historie péče o stomie

V dobách minulých byli stomici velmi často izolováni od společenského života. Podílely se na tom možnosti, jak stomii ošetřovat. Od společnosti byl stomik oddělen z důvodů mylných předpokladů, že nemůže nikdy vést aktivní a plnohodnotný život. Byl izolován také pro zápach, kterého se vzhledem k omezenému sortimentu stomických pomůcek nemohl úplně zbavit.

Významná úloha sesterské péče o stomie se dostávala do popředí a v roce 1926, kdy byla tato problematika publikována v článku odborné literatury. Článek definoval nezastupitelnou roli zdravotních sester na tomto poli vyžadujícím takt, trpělivost a individuální přístup k pacientům (1).

První ošetřování stomie spočívalo pouze v překrytí buničitou vatou nebo plátěnou rouškou. Tento způsob byl samozřejmě pro pacienta málo přijatelný, stejně tak i pro ošetřující personál. Teprve v šedesátých letech 20. století se začaly objevovat předměty, které připomínaly stomickou pomůcku a začínají se vyrábět i urostomické pomůcky. Základem byly sáčky, které se upevňovaly kolem stomie páskem. Používal se tzv. Jánošíkův pás, který se podkládal mulovým čtvercem, vystřiženým podle velikosti vývodu. Tento systém byl ale značně nespolehlivý, nepřiléhal dostatečně ke kůži kolem stomie. Tím docházelo k úniku střevního obsahu a moče a propouštění zápachu. Navíc systém neposkytoval ochranu kůže před agresivními výměšky, a tak se kůže ošetřovala pouze mastmi a pastami a obkládala se mulovým materiálem. Pás byl nevyhovující a pacienta omezoval v běžných denních aktivitách (3).

Kvalitní změnou v ošetřování stomií byly nalepovací sáčky, tím se stala pomůcka spolehlivější a diskrétnější. Ale časté odstraňování tohoto sáčku však rychle devastovalo kůži v okolí stomie. Nečekaný zlom nastal vyvinutím nedráždivých, bezpečných lepidel na kůži. Postupně se na trhu objevovaly i sáčky, které měly

samostatnou podložku. Při správném nalepení zůstávaly na kůži průměrně tři dny a po naplnění se měnily pouze sáčky. Pozitivní událostí bylo osvědčení pryskyřice jako adhezivní látky. V roce 1960 předvedly dánské sestry první jednorázový adhezivní kolostomický sáček, který byl impulzem pro založení dnes již celosvětově známé firemní společnosti Coloplast. V roce 1972 uvedla firma ConvaTec na trh novou moderní pomůcku Stomahesive. Tento materiál se pod různými názvy používá s velkým úspěchem i v současné době. Postupně se při vývoji pomůcek začaly uplatňovat hydrokoloidní látky, karboxymethylcelulóza a šetrná adheziva.

V bývalém Československu existovaly velké nedostatky při zajištění stomických pomůcek, přestože již byl znám modernější sortiment šetrných a bezpečnějších jednodílných i dvoudílných systémů. Dovoz byl omezen a pomůckami byli vybavováni aktivní, mladší pacienti a častěji ileostomici. Základní sortiment stomických pomůcek se podařilo zajišťovat až po roce 1989 (1).

1.1.2 Anatomie a fyziologie močového systému

Základní funkcí orgánů močového systému je odstraňování rozpuštěných produktů látkové přeměny z krve. Vylučování látek z organismu je jednou z cest udržování homeostázy organismu. Močový systém lze rozdělit do třech oddílů, ledviny, horní a dolní močové cesty (4).

Ledvina - ren, nephros je párový orgán, má charakteristický tvar, nejčastěji se přirovnává k fazolovému bobu. Zevní hrana je konvexní, mediální konkávní. Tento mediální okraj je prohlouben v sinus renalis, v němž je uložen hilus ledviny, ve kterém vstupují a vystupují ledvinová žíla, tepna a pánvička. Hmotnost ledviny je průměrně 150 g a velikost asi 11 x 15 cm.

Ledviny jsou uloženy v retroperitoneálním prostoru ve výši obratlů Th12- L2. Pravá i levá ledvina spolu s nadledvinou je uložena v pouzdru charakterizovaném jako capsula adiposa, tukové pouzdro ledviny, které je silnější za ledvinou (1, 4).

Základní funkce ledvin je exkrece moče, z nichž odcházejí produkty metabolismu, v nich převažuje produkt přeměny bílkovin, vylučováním močoviny, solí a přebytku vody pomáhají ledviny udržovat vnitřní prostředí organismu a složení tělních

tekutin. Mají funkci endokrinní, neboť produkují a do krve uvolňují renin, který ovlivňuje krevní tlak, erythropoetin, který ovlivňuje tvorbu červených krvinek (4).

Na řezu ledvinou se makroskopicky rozlišují tkáně dvojí struktury. Kůra ledviny, světlejší, jemně zrnitá a dřev ledviny, tmavší s žíhanou kresbou.

Ledvina je svou stavbou složená tubulosní žláza. Skládá se z tubulů, ledvinových kanálků. Nefron, funkční jednotka ledvin, v počtu více než 1 milion v každé ledvině. Glomerulus, cévní klubíčko, kde se filtruje krevní plasma, vznikající ultrafiltrát (180 litrů denně) je dále upravován až do množství a složení definitivní moči (1-2 litry za 24 hodin). Glomerulus je obklopen Bowmanovým váčkem a přechází v proximální tubulus. Následuje Henleova klička, která má sestupné a vzestupné raménko a zasahuje poměrně hluboko směrem k hilu. Vzestupné raménko přechází v distální tubulus, který je uložený v blízkosti glomerulu a následuje odvodný kanálek. Odvodné kanálky se postupně spojují a vytvářejí ledvinovou dřev (1, 4).

Horní cesty močové

Kalichy ledvinové (calices renales), které obemykají ledvinové papily. Mají pohárkovitý tvar, jsou ukryty v tuku a dělí se na 7-12 větších a 2-3 menší kalichy.

Pánvička ledvinová (pelvis renalis) je rozšířený trojúhelníkovitý, předozadně oploštělý dutý útvar v hilu ledviny, mediokaudálně směrem z ní vystupuje močovod.

Močovod (ureter) je oploštělá trubice délky 25-30 cm a průměru 4-7 mm. Převádí moč z ledvinové pánvičky do močového měchýře pomocí peristaltických vln, probíhá retroperitoneálně. Pak se močovod ohýbá přes okraj malé pánve, do níž přechází zprvu po stěně, pak zahýbá dopředu za spodinu močového měchýře, do jehož stěny vstupuje šikmo z laterální strany a shora. Stěnu ureteru tvoří sliznice, složená do podélných řas. Svalovina je tvořena hladkým svalstvem a smíšeným s vazivem (5).

Dolní močové cesty

Močový měchýř (vesica urinaria) je uložen v malé pánvi za symfýzou. Je to dutý orgán, v němž se shromažďuje moč před vyprázdněním. Je vystlán sliznicí, pod níž je svalová vrstva stěny. Tvar měchýře závisí na stupni naplně, stavu svalové vrstvy stěny, na pohlaví a věku. Do spodiny se zanořují uretery, před nimiž zde vychází z měchýře

močová trubice. Fyziologická kapacita měchýře je 250-300 ml, ale bez problému pojme až 500 ml moče.

Močová trubice (uretra) se obvykle popisuje jako ženská a mužská uretra. Ženská močová trubice je dlouhá 3-4 cm, první část je ještě ve stěně močového měchýře, dále prochází svaly dna pánevního a otvírá se zevním ústím do předsíně poševní. Je vystlána přechodným epitelem, pod sliznicí je žilní pleteň patřící k erektilní tkáni. Hladká svalovina je převážně cirkulární. Při průchodu svaly pánevního dna je vytvořen z příčně pruhované svaloviny cirkulární svěrač, který je inervován míšními nervy a je ovládán vůlí.

Mužská močová trubice je délky 18-22 cm. Její první úsek je ve stěně močového měchýře, kde je obklopen hladkým svalem. Další úsek uretry prochází prostatou, po výstupu z prostaty prochází dnem pánevním a zde je obklopena příčně pruhovaným svalstvem a vstupuje do spongiózního tělesa penisu. Končí fyziologicky otvorem v glans penis. Uretra je u mužů zároveň vývodní pohlavní cestou (4, 5).

1.2 Urostomie

Stomie vychází z řeckého slova stoma, stomatos a v přeneseném významu znamená ústa, otvor nebo ústí. Stomie je vyústění dutého orgánu na povrch těla jeho chirurgickým vyšetím. Stomie je normálně oválná nebo kruhová, červeno-růžové barvy, jako je sliznice v ústech. Ve stomii nejsou žádná nervová zakončení, tím pádem není citlivá na bolest. Zároveň je ale dobře cévně zásobena, což může způsobovat mírné krvácení během ošetřování (6, 7).

Operace, radikální cystektomie, představuje v životě pacienta velmi významnou změnu. Jedná se o amputační operační výkon, při kterém je odstraněn celý močový měchýř, u žen s dělohou, vejcovody, přední plochou pochvy a odstraněním pánevních uzlin. U mužů se odstraní semenné vázky, prostata a přeruší se semenné cesty. Při odstranění močového měchýře chybí člověku rezervoár. Jelikož se moč v ledvinách tvoří nepřetržitě, je proto nutné jistým způsobem moč odvádět z těla ven, a to pomocí urostomie (8).

Trvalá derivace moči se nejčastěji řeší ureteroileostomií, operace podle Brickera, kde se vyžaduje derivace moče z horních močových cest. Principem této operace je, že se exkludovaná klička tenkého střeva, asi 20 cm, použije pro vytvoření rezervoáru a stomie. Do orálního konce střevní kličky se implantují močovody, z aborálního konce se vytvoří vývod na břišní stěnu. Moč odchází neustále a trvale do stomické pomůcky (1).

Urostomie (příloha 1) patří k nejméně častým typům stomií. Představuje asi 5% všech stomiků. Umisťuje se v dolní partii břicha. Rozeznáváme urostomie trvalé a dočasné. Trvalá urostomie je definitivním řešením takových stavů, kdy obnovení celistvosti s přirozeným odchodem moči už není možný. Dočasná urostomie bývá vytvořena na dobu, kterou stěna orgánové soustavy potřebuje na obnovení své plné funkčnosti. Ale i dočasná urostomie se může stát stomií trvalou (9).

1.2.1 Indikace založení urostomie

Indikacemi k založení stomie na urogenitálním systému mohou být nádorové choroby, ale i benigní onemocnění, jako neurogenní léze, tuberkulóza, intersticiální cystitida, komplikované rekto-veziko-vaginální píštěle apod.

Urostomie se zakládá tehdy, je-li nutno odstranit nebo vyřadit močový měchýř. Některé děti se mohou narodit již s dědičnými vadami močového měchýře, jiná postižení vedou k poruchám jeho vyprazdňování, a dokonce i následnému poškození ledvin. Častým důvodem pro založení urostomie jsou nádory (1).

Nádorové onemocnění urogenitální soustavy je skrytou hrozbou každého z nás. Nebezpečí spočívá v tom, že jde většinou o skryté nebolestivé onemocnění. Proto jsou velmi důležité pravidelné preventivní prohlídky a vyšetření močového sedimentu u praktického lékaře nebo urologa. Závažné urologické onemocnění se může zprvu projevovat pozitivním nálezem bílkovin a červených krvinek v moči. Dalším příznakem je i nebolestivá hematurie, ale i časté močení, bolestivá mikce a urgentní potřeba mikce (10).

Odstranění nádorem zasaženého močového měchýře je spojeno právě se založením urostomie, vývodu močových cest. Založení urostomie může souviset i s gynekologickým onemocněním. Důvodem je radioterapie u žen léčených pro gynekologické tumory a tím poškození uretry a močového měchýře, kde se rozvíjí vezikovaginální nebo vezikokolické píštěle. Derivace moče může být indikována i v případech velmi těžké inkontinence (1, 11).

1.2.2 Komplikace urostomií

Nejčastějšími faktory urostomických komplikací jsou chyby při konstrukci stomie, špatně zvolené stomické pomůcky, nevhodné umístění, nedodržování zásad péče o urostomie nebo kombinace uvedených příčin. Komplikace urostomií dělíme na časné a pozdní (12).

Mezi časné komplikace urostomií zahrnujeme krvácení, nekrózu okrajů stomie, parastomální absces, otok stomie, kožní komplikace a retrakce stomie.

Jednou z nejčastějších komplikací je krvácení. Drobné krvácení z okrajů stomie je normální. Pokud však krvácení nepřestává, může být poraněná céva. Časné krvácení se léčí konzervativně nebo chirurgickou revizí. Nekróza okrajů stomie vzniká nedostatečným krevním zásobením, které je způsobeno otokem nebo malým otvorem v kůži. Tím se stomie může uvolnit od kůže. V tomto případě se provádí operační úprava, pokud k odloučení stomie nedojde je léčba konzervativní s pravidelnou kontrolou stomie. Při parastomálním abscesu je nutná derivace abscesu, protože dochází k podtékání obsahu pod podložkou. Nutná je pravidelná ochrana kůže. Při ošetřování urostomie se může objevit i otok. Pokud je malý, spontánně odezní sám. Nutná je pravidelná kontrola stomie a otoku. Léčba spočívá v přikládání chladivých obkladů. Mezi další časné komplikace patří kožní komplikace. Prvotně je nutné zjistit příčinu. Může se jednat o alergickou reakci, kontaktní dermatitidu a maceraci. Předoperačně se provádí alergický test nalepením hmoty z podložky na kůži pacienta. Poté je nutné zvolit jinou urostomickou pomůcku. Jako komplikace se může objevit i časná retrakce. Tento problém se objevuje spíše u akutních výkonů, kdy okraj stomie je pod úrovní

kůže. Ovšem tato komplikace není tak častá. Další komplikací u akutně operovaných pacientů může být nevhodně umístěna stomie. Jde-li o trvalou stomii, provádí se transrepozice stomie (1, 12, 13).

Pozdní komplikace urostomií zahrnují retrakci, stenózu stomie, kožní komplikace, parastomální kýlu, píštěle a krvácení.

Retrakce (vtažení) stomie, znamená, že se stomie vtáhne pod úroveň kůže, dochází tím k podtékání moče pod podložku a kůže se maceruje. Může být několik milimetrů, ale i centimetrů pod úroveň kůže. Pacientovi zdravotní sestra doporučí dostatečnou hygienu a vhodné ochranné stomické pomůcky (více v kapitole příslušenství urostomických pomůcek). Zúžení (stenóza) stomie. Jde o nepoměr mezi průměrem střeva a otvorem v břišní stěně. Často je zde i kombinace refrakce. Stenóza se dilatuje prstem nebo dilatátorem. Při těsné stenóze nebo uzávěru stomie je lékařem indikovaná operační chirurgická revize. U kožních komplikací stomie je nutné stanovit příčinu, zda se jedná o alergickou reakci, kontaktní dermatitidu, bakteriální či plísňovou infekci nebo je příčinou podtékání sekretu. Součástí je úprava jídelníčku a výběr vhodných stomických pomůcek. Při maceraci, která je bolestivá, podáváme analgetika a pacienta psychicky podporujeme. Parastomální kýla patří mezi nejčastější komplikace stomie. Je způsobena oslabenou břišní stěnou a uvolněním facie od střešní kličky. Při malé kýle používáme břišní pás. Mohou se objevit i píštěle okolo stomie, ty neumožňují dostatečné přilnutí pomůcek ke kůži, sekret podtéká a tím maceruje kůži. Pištěl může vzniknout ze stehů nebo jako důsledek infekce močových cest a ledvin. Léčba se zaměřuje na základní onemocnění a komplikaci současně. Důležitý je správný výběr pomůcek. Stejně jako u časných komplikací může i v následné péči docházet ke krvácení ze stomie. Projevy jsou shodné jako u časných komplikací. Další pozdní komplikace mohou vznikat vlivem radioterapie a chemoterapie. Při chemoterapii se aplikují cytostatika, které mohou vést ke změně pH potu a tím se vytvoří nesnášenlivost na některé stomické pomůcky. Při radioterapii vznikají kožní komplikace a zácpy a může se objevit i postradiační stenoza (13, 14, 15).

Komplikacím u urostomie sestra předchází zvolením vhodných stomických pomůcek, správným ošetřením a správnou edukací každého urostomika v péči o

urostomie. Pravidelná kontrola stomie by měla probíhat 1-2krát ročně. V případě výskytu komplikací stomasestra posuzuje v rámci svých kompetencí, co může vyřešit a co poté náleží do rukou lékaře. Součástí kontrol je i zhodnocení celkového postavení stomatu ke stěně břišní vestoje, vleže a vsedě (1).

1.2.3 Předoperační příprava před založením urostomie

Cílem předoperační přípravy před založením urostomie je pacienta psychicky a fyzicky připravit na operaci a vytvořit nemocnému optimální podmínky ke zvládnutí operační zátěže. Péče o pacienta je multioborová činnost. Na zdravotní péči se podílí urologové, internisti, onkologové, všeobecné sestry a někdy i psychologové. Každá předoperační příprava zahrnuje část obecnou a speciální (1).

Obecná předoperační příprava. Operační výkon urostomie je výkonem plánovaným. Základní předoperační vyšetření probíhá ambulantně. Zahrnuje laboratorní screening, RTG srdce, plíce, EKG a interní vyšetření. K hospitalizaci se pacienti přijímají dva dny před operačním výkonem. Důležitý je psychologický přístup k uklidnění pacienta, v dodávání důvěry a jistoty. Proto významnou roli hraje první dojem setkání pacienta s ošetřujícím personálem a oddělením. Ošetřující lékař seznámí vhodným způsobem pacienta s operačním výkonem, s jeho účelností, nutností, s očekávanými výsledky a možnými komplikacemi. Na základě těchto informací pacient podepisuje informované souhlasy s hospitalizací, operačním výkonem a anestezií (14, 16).

Odstranění močového měchýře s následnou urostomií je rozsáhlý operační výkon trvající několik hodin. Z důvodu použití tenkého střeva k vytvoření stomie je nutné dietní opatření a dokonalé vyprázdnění střev. Úlohou sestry je toto zajistit. Pacientovi dva dny před výkonem zajistí pouze tekutou stravu a aplikuje několikrát očistné klysmo. Při vyprazdňování střeva musí odcházet pouze čistá voda bez zbytku stolice. Důležitou roli hraje i prevence tromboembolických komplikací. Samozřejmostí je i příprava operačního pole oholením a důkladnou celkovou hygienu pacienta.

Sestra se v předoperační přípravě dále řídí ordinacemi ošetřujícího lékaře, popřípadě operátora a ordinacemi anesteziologického lékaře v podání premedikace (16, 17).

Speciální předoperační příprava. Vyhledání optimálního místa konstrukce stomie a seznámení se stomickými pomůckami je zásadním prvkem zkvalitnění života urostomika a tím dosažení spokojenosti v následujícím životě. Optimální umístění urostomie indikuje a provádí urolog společně se stomasestrou. V předoperačním období je možné zohlednit kožní záhyby, popřípadě jizvy, tělesné proporce, vliv nadváhy a obezity na tělesnou konstituci, kostní výčnělky, druh zaměstnání, styl oblékání, polohu a pohyb těla budoucího urostomika. Pro sebepéči stomika je důležité i to, aby si při ošetřování na stomii dostatečně viděl. Urostomie je ve většině případů výkonem plánovaným, proto je tedy dostatek času na předoperační přípravu, a tak i na edukaci. Vhodné je, aby sestra na noc pacientovi připojila urostomický sáček s malým množstvím vlažné vody a tím se vyzkoušela nalepená pomůcka ve spánku a zároveň se i ověřilo vhodné místo pro vytvoření urostomie (12, 17).

Edukace urostomika v předoperačním období by mělo být na každém oddělení samozřejmostí, ale i v dnešní době jsou edukační aktivity ve zdravotnickém prostředí málo regulovány. Více závisí na individuálních vlastnostech sestry nebo stomasestry. Předoperační edukační příprava by měla probíhat v ústní, písemné, ale i praktické formě. Tato výuka je pak dokumentovaná v chorobopise a v sesterské dokumentaci (1).

V předoperační přípravě má pacient možnost si urostomické pomůcky prohlédnout, tréninkově vyzkoušet, zjistit jak fungují a jak se ovládají. Ukázka aplikace pomůcek může být zprvu zahájena na modelu břicha a poté na pokožce vlastního těla. Důležité je, aby sestra měla pro pacienta k dispozici nákresy, brožury, letáky a prospekty o urostomii. Vhodné je i promítnout video či DVD o ošetřování stomie. V rámci předání edukačních materiálů získá urostomik i hygienickou taštičku na pomůcky, písemné edukační materiály, nůžky, instruktážní DVD, kontakt na stomalinku a stomasestru (1, 7).

Je nutné si uvědomit, že všechny informace od sestry musí pacient dostávat v malých dávkách a vždy by to mělo být od jedné osoby. Pacient často neklade žádné

otázky, protože se obává odpovědí. Je důležité dosáhnout, aby vyjádřil svoje myšlenky a pocity pomocí toho, že mu sestra dává navazující otázky a projevuje o něho zájem. Musí si najít čas na aktivní naslouchání a na diskuzi.

Pacient před operací stomie potřebuje podporu a porozumění nejbližší rodiny. Povzbuzující pro něho může být, když se všech předoperačních edukačních aktivit zúčastňuje také někdo z rodiny nebo blízký přítel (1, 18).

1.2.4 Pooperační péče o pacienta u založené urostomie

Pooperační fáze je psychicky náročné období pro urostomika, který je v tomto období úplně závislý na pomoci a péči ošetřujícího personálu. Z operačního sálu jsou pacienti s urostomií převezeni na urologickou jednotku intenzivní péče. Sestra kontroluje fyziologické funkce, zajišťuje EKG monitoring a kontroluje všechny invazivní vstupy. Dále napojuje dreny, popřípadě nasogastrickou sondu a sleduje operační ránu společně s vývodem močových cest. Dle ordinace lékaře aplikuje léky, analgetika, infúzní terapii a připravuje odběry krve k laboratornímu vyšetření. Dále zajišťuje hygienu pacienta a úpravu lůžka (12).

Stav pacienta, intenzivní léčba a monitorování mohou pooperační edukační proces ovlivnit. Pacient je poprvé postavený tváří v tvář své stomii a ví, že nemá kontrolu nad vylučováním moči za svého těla. Fáze krátce po operaci může být pro urostomika obtížná, protože kromě čerstvé stomie má i operační ránu, která je bolestivá. Aby se operační rána mohla hojit, je vhodné zvolit pro stomii krytí, které se nemusí měnit alespoň po dobu dvou až tří dní. Na operačním sále se na stomii aplikuje urostomický sáček, který je průhledný a sterilní. Průhledný sáček umožňuje pozorovat každou změnu zbarvení moči, stav okolní kůže, velikost a funkci stomie. Po operaci může být stomie oteklá, proto by sestra měla otvor v podložce vystříhnout až o centimetr větší. (více viz kapitola Edukace urostomiků) (1, 2, 14).

1.3 Stomasestra, edukace stomasester

První zmínka o stomasestře se začíná objevovat až v 50. letech minulého století. Je to specializovaná profese, která se zaměřuje na edukaci pacientů se stomií. Důvodem vzniku byla snaha zajistit stomikům komplexní a profesionální péči. První stomaterapeutkou byla Američanka Norma G. Thompsonová, která založila mezinárodní organizaci sdružující stomasestry na celém světě (12).

Stomasestra je speciálně vyškolená sestra, která se zabývá edukací u pacientů se stomií a hraje důležitou roli v péči o takto nemocné. Jejím úkolem není pouze edukovat samotného pacienta, ale také jeho rodinu a blízké. Po operaci učí pacienta jak stomii ošetřovat, jak zacházet s pomůckami a napomáhá při jejich výběru. Informuje stomika o dostupnosti, sortimentu a limitech stomických pomůcek a příslušenství. Po ukončení hospitalizace je péče převedena do stomaporaden, kde kontroluje tvar, barvu, velikost, okolní kůži a průchodnost stomie. Mimo jiné řeší i komplikace a problémy spojené se stomií. Stomasestra také zajišťuje poradenství v oblasti sociální a informuje stomiky o činnostech a aktivitách klubů stomiků. Sestra takto vyškolená většinou pracuje na chirurgických jednotkách, ale může být i jako samostatná jednotka (19).

Podle Charty práv stomiků (příloha 2) je smyslem práce stomasester pomoci pacientovi se stomií překlenout pooperační období, naučit ho zvládat základní sebeobsluhu a umožnit mu vrátit se do původního života. Mezi vlastnosti edukátora, stomasestry, patří empatie, zájem, projevování úcty, schopnost vytvoření důvěryhodného vztahu a respektování každého stomika jako partnera ve spolupráci. Kvalitní edukátor by měl umět připustit, že na vše nezná odpověď a nevyřešené otázky konzultovat s dalšími odborníky (20).

Z důvodu širokého sortimentu stomických pomůcek a jejich dostupnosti je nutné, aby se sestry v problematice stomiků vzdělávaly. Vznikla tak nová role sestry, která vyšla z potřeb pacienta se stomií. Příprava stomasester v minulosti probíhala ve specializačním studiu. Sestry absolvovaly dva týdny teorii a jeden týden praxi. Praxi vykonávaly v akreditované stomaporadně a byla ukončena závěrečnou zkouškou (1).

V současné době existují rámcové vzdělávací programy a moduly specializačního vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků pro získání specializované způsobilosti. Tyto programy a moduly jsou uvedeny ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví České republiky a zahrnují teoretickou i praktickou výuku. Další formou je certifikovaný kurz Specifická ošetrovatelská péče o pacienty se stomiemi na trávicím a močovém systému, který schvaluje akreditační komise. Kurz je zaměřen na přípravu sester v péči o pacienty se stomií a na zvýšení a udržení jejich kvality života.

Mezi nejznámější ucelený systém vzdělávání stomasester patří ConvaTec Academy, který u nás probíhá od roku 2003 ve třech úrovních. Vznikl jako specializovaný cyklus za podpory a spolupráce Fakultní nemocnice Motol Praha, Fakultní nemocnice s poliklinikou Ostrava-Poruba, NCO NZO Brno, České asociace sester a pod záštitou Koloproktologické sekce České chirurgické společnosti J. E. Purkyně (1).

První blok, ConvaTec Academy I, je jednodenní základní tematický kurz určený sestřám, které se zajímají o problematiku stomií nebo se o stomiky starají. Kurz předává sestřám základní znalosti o použití jednotlivých druhů stomických pomůcek a příslušenství. Druhý blok, ConvaTec Academy II, je určen pro sestry, které se aktivně edukační péči o stomiky věnují a práce o stomiky je zaujala. Skládá se z jarního a podzimního dvoudenního setkání. Sestry se učí novým dovednostem v péči o stomiky oblasti komunikace, psychologie, sebepoznávání, prakticky řeší komplikace spojené se stomií. V mezidobí setkáních vytváří prezentace na dané téma, které pak publikují. Poslední navazující třetí blok, ConvaTec Academy III, je určen zkušeným stomasestrám. Při setkáních si vyměňují informace a tím získávají nové poznatky, dovednosti a tím si prohlubují své zkušenosti (20, 21).

Edukace stomasester musí být natolik obsáhlá a efektivní, aby stomici s rodinou odcházeli z nemocnice či poradny dostatečně informováni. Proto se stomasestra musí vzdělávat i v oblasti sortimentu všech pomůcek jednotlivých firem na našem trhu a jejich limitace. Měla by umět i komunikovat s pojišťovnou ohledně případného

navýšení limitů pro pomůcky. Pro vykonávání praxe stomické sestry je také důležitá podpora ze strany zaměstnavatele (1).

1.3.1 Edukace urostomiků

První výměnu urostomické pomůcky po operaci provádí sestra. Podle rychlosti s jakou se pacient po operaci zotaví, začne sestra s edukací o vlastní stomii. Je třeba počítat s tím, že většinu informací a poučení, které pacient dostal před operací, si nepamatuje, protože byl pravděpodobně šokovaný a zmatený svým onemocněním, myšlenkou na operaci a následným vyvedením urostomie. Sestra opatrně zkontroluje kolik informací poskytnutých před operací si stomik pamatuje. V případě potřeby je zopakuje. I nadále je důležité zapojit do edukace i některého člena rodiny. Každá edukace by měla probíhat v nerušené místnosti. Výhodou je zřízený stomický koutek, kde jsou všechny potřebné pomůcky na ošetření stomie (12).

Před výměnou stomického sáčku a podložky je důležité si připravit k ruce všechny potřebné pomůcky k ošetření. Základem správného ošetření urostomie je rovný, čistý a suchý povrch kůže a okolí stomie. Kůže má mnoho funkcí, ale jejím nejdůležitějším úkolem je chránit lidské tělo před vnějšími vlivy. Důležité je proto učit stomika péči o kůži v okolí stomie. Musí být udržována neporušena, čistá a suchá, protože zvláště v této situaci je prevence lepší než samotná léčba.

Na omývání urostomie a jejího okolí se běžně používá čistá vlažná voda nebo vlhčené ubrousky. Zásadně se nesmí použít mýdlo dráždicí kůži ani jiné chemikálie. Nejideálnější je čistící roztok určený speciálně k tomuto účelu. Obsahuje složky, které zklidňují a vyživují pokožku (1).

Důležitou součástí od sestry je naučit urostomika změřit si velikost stomie. K tomuto účelu slouží speciální šablony. Při nepravidelném tvaru stomie se doporučuje použít na měření průhlednou fólii, která umožní obkreslit přesný tvar a velikost stomie. Správně vystříhnutá velikost a tvar stomie na lepicím materiálu stomické pomůcky vyloučí její podtečení. Na očištěnou a ošetřenou kůži se poté aplikuje vhodně vybraná

stomická pomůcka, která odpovídá potřebám stomika. Při výběru a doporučení typu pomůcky je důležité přihlížet i na věk a zručnost stomika. Po dobu edukace sestrou je potřeba urostomika upozornit na to, že při výměně základní podložky se případné zbytky lepidla v okolí stomie nikdy neodstraňují násilně žádnými rozpouštědly jako je éter nebo benzin. Pomůcka musí být šetrná k pokožce, bezpečná, nepropouštět zápach, nehlučná a nenápadná (1).

Při výběru sáčku je důležité také přihlížet na měkkost a jemnost lepicího materiálu, zda se nerozmočí a nebude propouštět moč. Sáček musí mít výpusť, která se dá napojit na noční drenážní systém. Musí být vybavený antirefluxním ventilem, který zabrání zpětnému toku moči do močového systému a tím jeho infekci (1, 12).

V pooperačním období musí urostomik čelit nejen problému jak a kde si vyměnit pomůcku, ale i jiným problémům menšího i většího rozsahu. Čelí strachu a nedůvěře, jestli se bude moci vrátit do normálního života a jak se změní jeho další život. Kromě profesionální odborné pomoci je důležité, aby měl stomik co nejvíce informací o ošetřování stomie. Potřebuje, aby ho někdo vedl k úspěšné rehabilitaci a aby ho povzbuzoval. Nejdůležitější osobou v tomto procesu je sestra. Ona je nejčastěji v kontaktu se stomikem po dobu běžné ošetrovatelské péče a během výuky péče o stomii. Zapojení rodinných příslušníků do rehabilitačního procesu, případně zabezpečení setkání s dlouholetým zkušeným stomikem může výrazně podpořit jeho sebevědomí (12).

Urostomik by neměl být propuštěn z nemocnice do domácího ošetření dokud není schopný vyměnit si sáček a nenaučil se ošetřovat si kůži v okolí stomie. Před odchodem z nemocnice odevzdá sestra stomikovi taštičku, která obsahuje zkušební vzorky sáčků, některé pomůcky na ošetření kůže, písemné informační materiály, nůžky, ručník a popřípadě i informační DVD. Důležitou součástí taštičky je Karta stomika, ve které sestra nebo stomasestra vyznačí číselný kód a název stomických pomůcek, které stomik používá, datum posledního předpisu pomůcek, přehled adres a kontakt na stomickou sestru. Při odchodu z nemocnice musí být urostomik vybavený dostatečným množstvím stomických pomůcek na několik dnů, protože může být pro něho problematické, je okamžitě získat. Velmi důležitá je informace o počtu a druhu

pomůcek na jeden měsíc, možnosti jejich získání a o úhradách pojišťovny. Stomik má nárok i na finanční příspěvek, který poskytuje odbor sociálních věcí na základě posouzení zdravotního stavu. Většina oddělení je v kontaktu se sociálním pracovníkem, který může stomikovi poskytnout hodnotné rady týkající se finančních i jiných otázek k dané situaci. V případě nesoběstačnosti je možné se obrátit na některé agentury domácí péče (1, 7, 22).

Po dobu pobytu v nemocnici žije stomik s vědomím, že v případě potřeby je vždy k dispozici okamžitá pomoc, a to především sestra. Až když se dostane do domácího prostředí a musí se o sebe postarat sám, vznikají problémy, se kterými si neví rady. Právě z toho důvodu je potřeba udržování pravidelných kontaktů hlavně v průběhu prvního roku po operaci. Když stomik bude odcházet z nemocnice s pocitem jistoty, že se má na koho obrátit se svými problémy, bude určitě lépe připravený na návrat ke své rodině, přátelům a každodennímu životu (1).

1.3.2 Urostomické pomůcky

Při výběru pomůcek je důležité zvážit situaci z pohledu urostomika. Kritéria, která by měly stomické pomůcky splňovat jsou bezpečnost, diskrétnost, ochrana kůže, pohodlí a jednoduchost. Urostomik se musí cítit bezpečně. Musí mít pocit, že nikdo neuslyší zvuk sáčku, který nosí a že lepicí materiál nepodráždí pokožku (2).

V současné době máme na našem trhu velký sortiment stomických pomůcek od různých firem. Základem všech stomických pomůcek je přilnavá vrstva, která je unikátní kombinací přírodních látek a ostatních komponentů, které vykazují výborné hojivé vlastnosti, dobře lpí na suché, mírně vlhké a zanícené kůži. Urostomické pomůcky dělíme na jednodílný a dvoudílný systém. K urostomickým pomůckám a k ošetřování urostomií patří také široká paleta příslušenství (příloha 3) (1).

U jednodílného systému je přilnavá podložka součástí sáčku. Podložka má lepicí, ale i velmi dobré hojivé účinky. Při výměně pomůcky se odstraní celý použitý sáček a po ošetření kůže se nalepí nový. Výhodou této pomůcky je snadná manipulace a větší flexibilita podložky. Tento systém je vhodný pro pohybově aktivní a starší

urostomiky. Sáčky jsou zakončené výpustným ventilem, který umožňuje hygienické vypouštění moči a jsou vybaveny zpětnou chlopní proti zpětnému toku moči ke stomii. Sáček je dostupný jako průhledný nebo béžový ve dvou objemových velikostech 350 či 550 ml (2, 7, 22).

Dvoudílný systém se skládá ze dvou částí, podložky a sáčku. Tento systém je nejčastěji používaný. Urostomická podložka a sáček jsou vzájemně spojené pomocí přírubového kroužku. Kroužek je ohebný a zajišťuje flexibilitu a tím je zabráněno, že se sáček od podložky uvolní. Podložka zůstává na těle i několik dní a po vyčerpání přilnavosti, přibližně za tři až pět dní, se podložka vymění. Vlivem tělesné teploty těla se podložka stává měkčí a tím se lépe přizpůsobuje do značné míry nepravidlostem kůže kolem stomie. Na dnešním trhu se setkáváme s několika druhy urostomických podložek. Plochá tvarovatelná podložka zajišťuje dokonalé přilnutí a zabraňuje podtékání moči. Umožňuje vytvoření požadovaného tvaru a velikosti otvoru bez použití nůžek. Pružná manžeta se tvaruje prsty. Flexibilní podložky jsou ohebnější, a proto jsou vhodné pro aktivnější urostomiky a pro ty, kteří mají okolí urostomie silně zvrásněno jizvami nebo tukovými záhyby. Konvexní podložky jsou určeny pro urostomiky s vpadlou stomií. Vypouklá středová část podložky pevně dolehne kolem urostomie a tím zabezpečí spolehlivé přilnutí ke kůži. Urostomické sáčky mají stejné vlastnosti jako u jednodílného systému (2, 7,14).

Mezi ochranné prostředky řadíme ochrannou pastu a ochranný film. Ochranná pasta má podobné složení jako hmota podložek a navíc obsahuje alkohol, který dezinfikuje pokožku. Používá se před nalepením podložky k vyrovnání kožních záhybů a jizev na kůži. Pasta je lepivá, zlepšuje přilnavost podložky ke kůži a tím zabraňuje podtékání moči. Nanáší se ve středně silné vrstvě kolem urostomie a pro snadnější nanášení pasty na kůži je vhodné navlhčení prstů. Ochranný film slouží k ochraně kůže kolem urostomie. Může být ve formě roztoku nebo ubrousků. Obsahuje látky, které vytváří mezi pokožkou a podložkou ochranný film. Chrání kůži před odřením, tvorbou puchýřků, umožňuje lepší dýchání pokožky a může i prodloužit životnost podložky. Omytá a osušená pokožka se v okolí urostomie jemně potře a nechá zaschnout (7, 12).

Mezi další příslušenství k péči o urostomie řadíme adhezivní pastu, zásypový pudr, tělovou pěnu, zklidňující krém, odstraňovač náplastí, přídržný pásek, tělové ubrousky a kýlní pás. Adhezivní pasta se používá až po nalepení podložky, je určena pro ochranu pokožky v okolí urostomie. Pasta nelepí, pouze chrání pokožku a zabraňuje podtékání moči. Nikdy se nesmí dávat pod podložku. Zásypový pudr slouží ke zklidnění pokožky pod podložkou. Používá se ve velmi tenké vrstvě. Tělová pěna velmi jemně a šetrně čistí okolí urostomie. Zklidňuje a zvlhčuje citlivou pokožku. Zklidňující krém napomáhá hojení poškozené pokožky a tím jí zklidňuje a ochraňuje. Aplikuje se až po nalepení podložky, protože krém je mastný. Odstraňovač náplastí napomáhá k jednoduchému a pohodlnému sejmutí podložky nebo jednodílného sáčku a látky v něm obsažené napomáhají regeneraci pokožky. Usnadňuje snímání mikroporézních i textilních náplastí. Při výměně podložky se jemně nadzvedne okraj podložky. Ubrousek se vloží mezi kůži a adhezivní vrstvu a za stálého potírání se pomůcka sejme. Pokožka se omyje vodou a osuší. Přídržný pásek přispívá pocitu jistoty nebo při zvýšené fyzické námaze. Háčky pásku se připnou do poutek na přírubovém kroužku sáčku. Tělové ubrousky chrání pokožku před podrážděním, šetrně odstraňují nečistoty, mají vyvážené pH a příjemně voní. Po použití se pokožka omývá vodou. Kýlní pás je určena urostomikům, kteří trpí parastomální kýlou nebo urostomikům, kteří potřebují v pooperační fázi zpevnit břišní stěnu. Je vyroben z elastické, netřepivé tkaniny, která se velmi dobře přizpůsobuje tělesnému tvaru. Do pásu lze v místě stomie vystřihnout otvor pro vyvedení sběrného sáčku (1, 7, 22, 23, 24).

1.3.3 Ošetřování urostomie, výměna pomůcek

Stomickou pomůcku nebo lepicí plochu jednodílného stomického systému odstraňujeme pomocí odstraňovače náplastí. Tím odstraníme z pokožky i zbytky adhezivní hmoty podložky a lepidla. Pomocí tělové pěny a ubrousků očistíme a zregenerujeme kůži. Podložka by se z kůže neměla strhávat násilně, protože nešetrné zacházení může způsobit drobné trhlinky na kůži, a to se projeví pálením a svěděním. Nikdy na ošetření kůže nepoužíváme éter, aceton či benzin. Po ošetření pokožky se

kůžce opláchně čistou vodou a řádně se osuší. K vysušení pokožky můžeme použít i fén. Takto je pokožka připravená k aplikaci nové podložky. Jelikož moč z urostomie neustále odtéká a tím brání tomu, aby byla pokožka suchá, je vhodné do vývodu urostomie na dočasnou dobu výměny aplikovat mini tampón. Místo mini tampónu lze použít i kousky buničité vaty nebo gázy (25, 26, 27).

Urostomickou podložku vyjme z obalu až těsně před použitím. Obal podložky chrání před vyschnutím. Otvor v podložce vystříháme podle velikosti stomie. Aby nebylo třeba pokaždé vyměřovat otvor, použijeme papírové šablony. Vystřižený kruh musí těsně obepínat vývod urostomie. U tvarovatelných podložek velikost a tvar tvarujeme pomocí prstů, které musí být suché a čisté. Otvor ve stomické pomůcce může být o několik milimetrů větší, jelikož má tvarovou paměť a jemně přilne k urostomii. Po odstranění krycí fólie z lepicí plochy podložky již na vlastní lepicí plochu nesaháme. U urostomie se pomůcka lepí od spodní poloviny, důležité je pomůcku přitisknout na kůži v místě vývodu, aby pořádně přilnula. Po nalepení podložky je nutné, aby urostomik setrval několik minut v klidu. V případě dvoudílného systému se po přilnutí podložky nasadí sáček. Sáček se na podložku nasazuje při nádechu a současném zatnutí břišní stěny, tím se vytvoří odpor pro lepší ukotvení sáčku. Spojovací kroužky se zacvakávají do sebe a mohou být i v některých případech opatřeny zámečkovými pojistkami. Po spojení podložky se sáčkem se zkontroluje zataháním za sáček pevnost jejich spojení (1, 2, 3, 28).

Výměnu sáčku nebo jeho vypuštění provádíme při naplnění do jedné třetiny, maximálně poloviny. Při vyšší náplni se může pomůcka od kůžce uvolnit a tím vzniká dráždění kůžce a unikání moči. Použité sáčky i podložky nikdy nesplachujeme do toalety, došlo by k jejímu ucpání. Sáčky vyprázdníme do WC pomocí výpustné zátky a vyhazujeme do popelnice či kontejneru. Vhodné je i jejich zabalení do novin nebo igelitové tašky (1, 2).

1.3.4 Stomaporadny

Stomaporadny poskytují následnou péči pacientům se stomií po propuštění z nemocnice. Ve stomaporadnách následuje reedukace každého urostomika, stomici zde dostávají informace od stomasester o dostupnosti stomických pomůcek a pomoc při jejich výběru. Stomasestra popřípadě tyto pomůcky i zajišťuje. Ve stomaporadnách pracuje sestra samostatně a při řešení problému, který není schopna sama vyřešit, volá lékaře (12).

Každý nový urostomik odchází z nemocnice vybaven určitým množstvím pomůcek a jsou mu předepsány pomůcky na jeden měsíc z důvodu možné změny tvaru stomie a jejího okolí. Limity stomických pomůcek a příslušenství jsou dány zdravotní pojišťovnou. V případě komplikací lze žádat revizního lékaře o možnost navýšení limitu pomůcek. Pro urostomiky je měsíční limit preskripce u jednodílného systému maximálně 30 kusů sáčků. U dvoudílného systému maximálně 15 kusů podložek a 30 kusů sáčků (7, 12).

Stomické pomůcky se předepisují na Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku. Tento formulář musí obsahovat všechny identifikační údaje urostomika, číselnou diagnózu, způsob hrazení, druh, kód a množství pomůcky. Poukaz může předepsat urolog, praktický lékař a onkolog. Platnost poukazu je jeden měsíc. Urostomikovi je možno předepsat maximální množství pomůcek na dobu až tří měsíců.

Předepsané urostomické pomůcky obdrží stomik v lékárnách, zdravotnických potřebách a ve specializovaných výdejnách firem zabývajících se stomiemi. V dnešní době může stomik využít i systém bezplatných zásilkových služeb firem, které pomůcky zasílají poštou nebo kurýrem (1).

Kontroly urostomiků ve stomaporadnách jeden rok po operaci jsou periodicky doporučeny po třech měsících. Poté po dobu pěti let každých šest měsíců. V případě komplikací nebo zhoršení stavu se interval mění dle potřeb.

Při každé kontrole zjišťuje sestra jak stomik o stomii pečuje, jak péči zvládá a jak se celkově cítí. Kontroluje stav samotného stomatu a jeho okolí. Nedílnou součástí

kontroly je i funkčnost stomických pomůcek a jak stomikovi pomůcky vyhovují (1, 7, 22).

Ve stomaporadnách je urostomik informován o existenci a fungování klubů pro stomiky. Členství v klubech záleží na něm samotném, zda má potřebu se sdružovat a realizovat se. Organizace ILCO je sdružení stomiků, které bylo založeno ve většině zemí světa stomiky pro ně samotné. V České republice funguje od roku 1992 České ILCO, které je nadřazenou organizací lokálních klubů pro stomiky. Sdružení stomiků se snaží uspokojovat jejich specifické problémy a zároveň chrání zájmy vyplývající ze zákona Charty práv stomiků. Posláním ILCO je pomáhat stomikům překonávat psychické, sociální a společenské bariéry, které život se stomií přináší. Zvyšuje informovanost v oblasti prevence, poskytuje poradenskou činnost ve spolupráci s nemocnicemi při řešení problémů, pomáhá vytvářet podmínky pro důstojný život v rodině a společnosti. Mimo jiné ve spolupráci s obchodními organizacemi zabezpečovat kvalitní stomické pomůcky a organizuje rehabilitačně-rekondiční pobyty. ILCO kluby mají své konzultanty, dobrovolníky, stomiky, kteří navštěvují nové stomiky a dávají praktické rady, povzbudí a psychicky podpoří (1, 29).

Stomické sestry organizují pro stomiky také setkání stomiků, tato setkání nemají statut občanského sdružení. Organizátoři těchto setkání jsou i výrobci a distributoři stomických pomůcek. Setkání stomiků zahrnuje odborné přednášky, diskuze na aktuální témata a seznamuje stomiky s novinkami v oblasti stomických pomůcek. Aktuální informace pro stomiky jsou poskytovány nejen z internetových odkazů nebo na infolinkách, ale i v tištěné podobě stomických časopisů (Radim, Stomické listy). Tyto časopisy jsou distribuovány zdarma (1, 29, 30).

2 Cíle a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit, jaká je informovanost všeobecných sester na různých odděleních v péči o urostomiky.

Cíl 2: Zjistit, zda znají pomůcky pro urostomiky a zda je umí správně používat.

Cíl 3: Zjistit, zda sestry mají s urostomiemi zkušenost a zda ovládají správnou techniku ošetřování urostomie.

2.2 Hypotézy práce

H1: Sestry pracující na různých odděleních mají osobní zkušenost s pacienty s urostomií.

H2: Sestry znají dostupné pomůcky pro urostomiky.

H3: Sestry umí správně používat pomůcky pro urostomiky.

H4: Sestry ovládají správnou techniku ošetřování urostomie.

3 Metodika

3.1 Použitá metoda výzkumu

Jako výzkumnou metodu jsme zvolili kvantitativní šetření pomocí anonymního dotazníkového šetření (příloha 4). Dotazník obsahoval otázky uzavřené, otevřené i polootevřené. Celkem respondenti odpovídali na 30 otázek. Dotazník byl vypracovaný na základě vlastních zkušeností s ošetřováním urostomiků ze své praxe a na podkladě prostudované odborné literatury. V úvodu dotazníku byly zvoleny identifikační údaje, jako obor, ve kterém respondenti pracují, délka jejich praxe, pohlaví a jejich nejvyšší dosažené kvalifikační vzdělání. Celkem bylo rozdáno 150 (100 %) dotazníků, z toho bylo 60 (40 %) rozdáno mezi interní obory a 90 (60 %) mezi chirurgické obory. Ze 150 (100 %) dotazníků se zpět vrátilo 130 (87 %) dotazníků a 5 z nich bylo vyřazeno pro neúplnost. Do našeho výzkumu bylo zařazeno 125 (100 %) dotazníků.

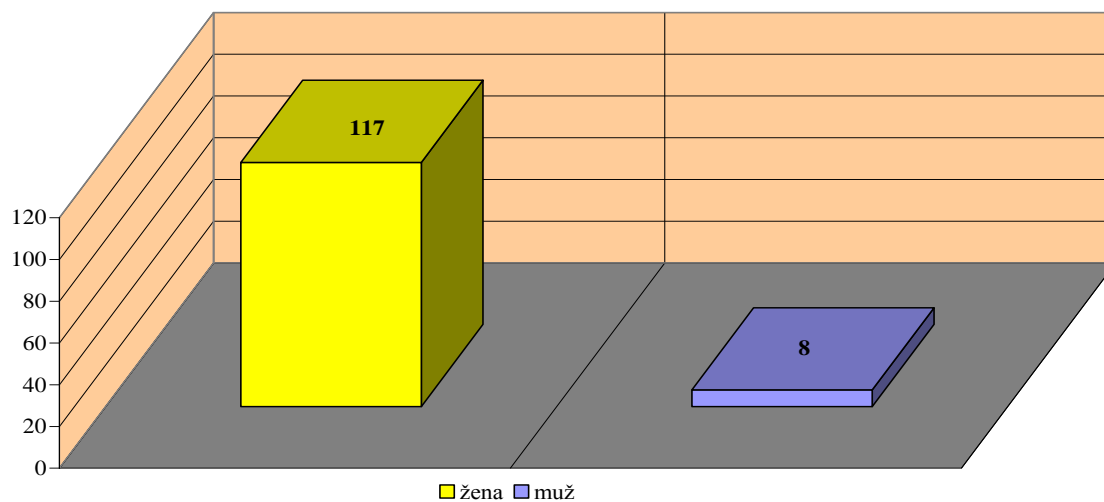
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Naše výzkumné šetření bylo provedeno ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady v Praze se souhlasem vedení nemocnice a jednotlivých vrchních sester klinik na základě podané žádosti. Jako respondenti byly osloveny všeobecné sestry na klinikách urologie, chirurgie, ortopedie, ARO, kardiochirurgie, neurologie, ORL a dále na oddělení interny, metabolické a koronární jednotky. Šetření bylo realizováno během měsíce března a začátkem dubna roku 2012.

4 Výsledky

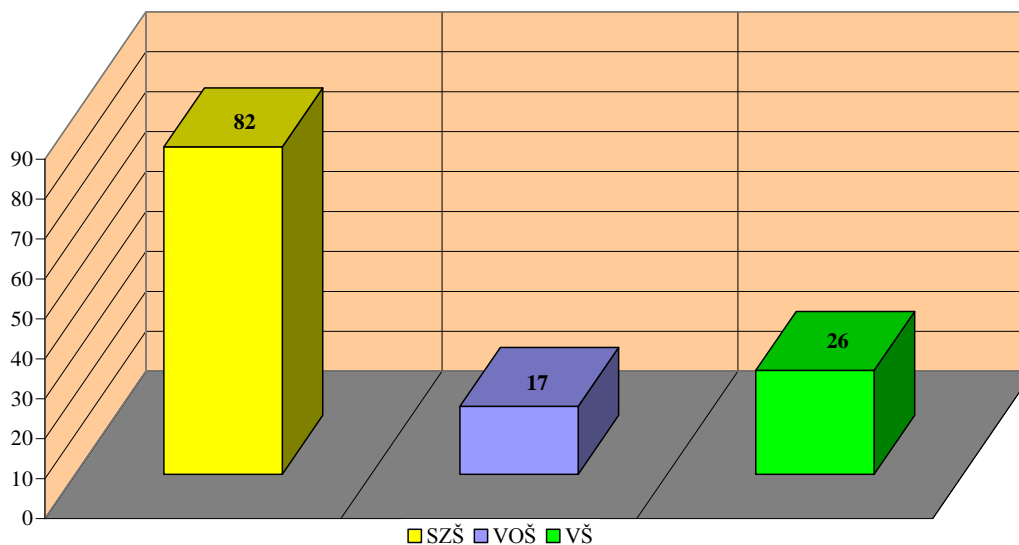
4.1 Výsledky dotazníkového šetření

Graf 1 Pohlaví respondentů



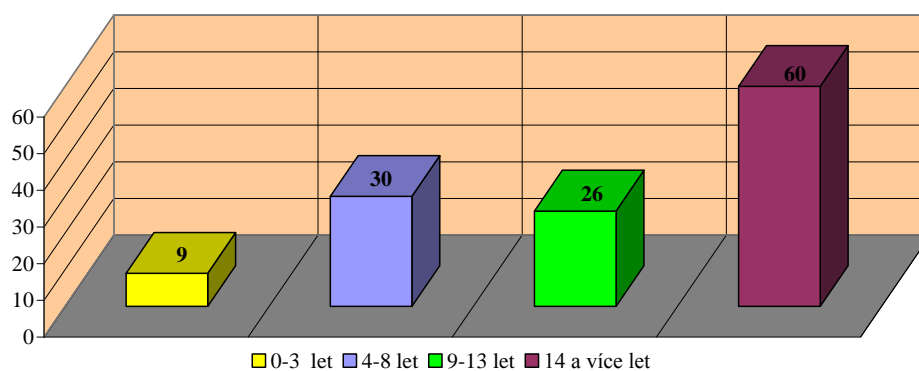
Ze 125 (100 %) dotazovaných bylo 117 (94 %) žen a 8 (6 %) mužů.

Graf 2 Nejvyšší kvalifikační vzdělání respondentů



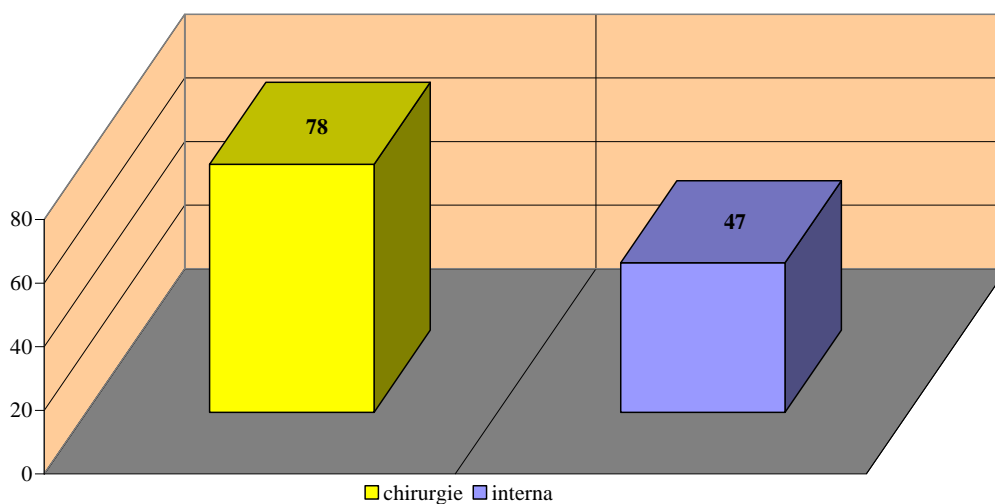
Ze 125 (100 %) sester má 82 (65 %) střední zdravotnické vzdělání, vyšší zdravotnické vzdělání označilo 17 (14 %) dotázaných sester a 26 (21 %) respondentů označilo vysokoškolské vzdělání.

Graf 3 Délka praxe respondentů



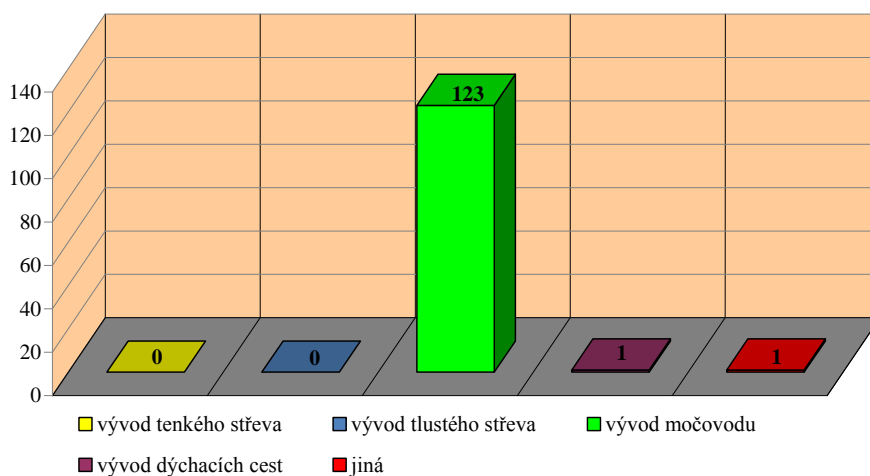
Ze 125 (100 %) dotázaných uvedlo 9 (7 %) sester délku praxe v rozmezí 0-3 let, 30 (24 %) označilo délku praxe od 4-8 let, 26 (21 %) jich označilo 9-13 let a 60 (48 %) sester pracuje 14 a více let.

Graf 4 Obor, ve kterém respondenti pracují



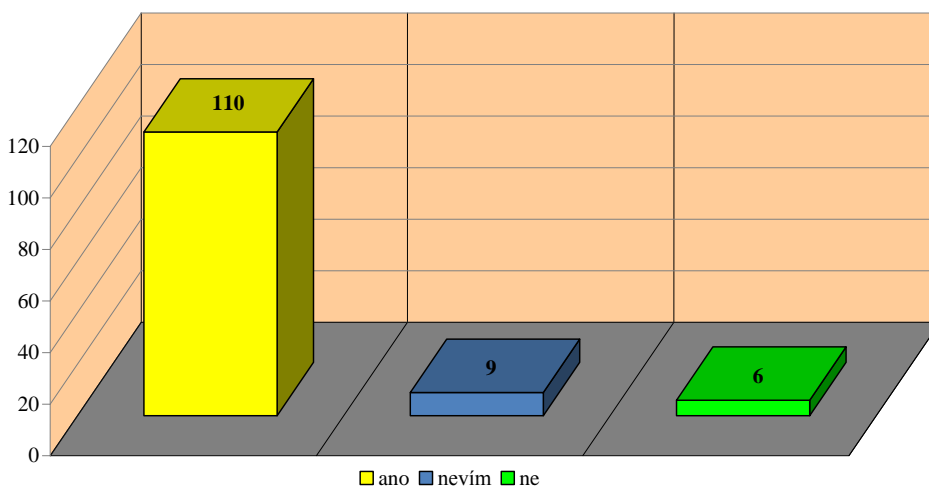
78 (62 %) sester ze 125 (100 %) dotázaných uvedlo, že pracují v chirurgickém oboru a 47 (38 %) respondentů označilo obor interní.

Graf 5 Urostomie



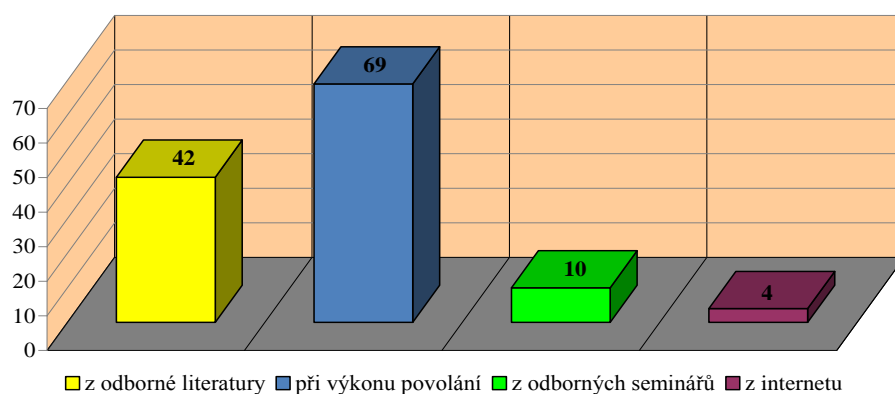
Ze 125 respondentů (100 %) neoznačil možnost vývod tenkého nebo tlustého střeva nikdo (0 %), 123 (98 %) sester označilo vývod močového, 1 (1 %) sestru vývod dýchacích cest a variantu jiná uvedl 1 (1 %) respondent.

Graf 6 Dočasná urostomie



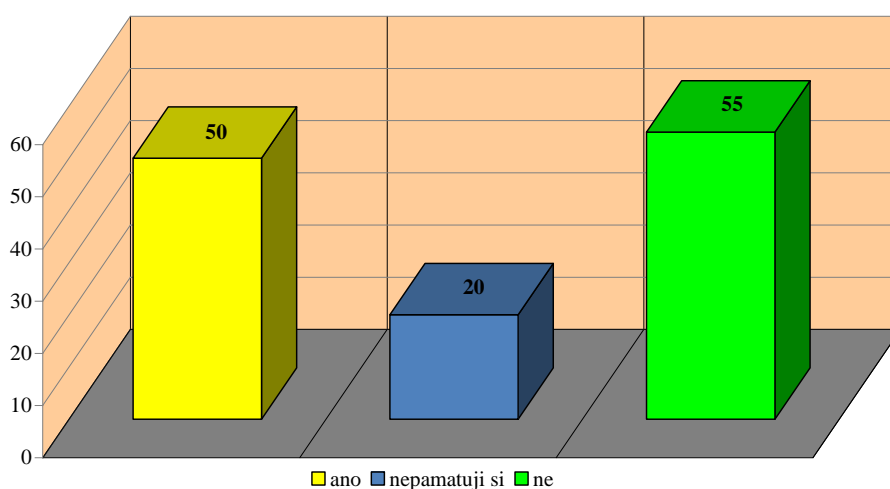
110 (88 %) sester ze 125 (100 %) dotázaných označilo možnost, že urostomie může být dočasná, 9 (5 %) jich zvolilo variantu nevím a 6 (7 %) respondentů se domnívá, že urostomie dočasná být nemůže.

Graf 7 První osobní setkání s pojmem urostomie



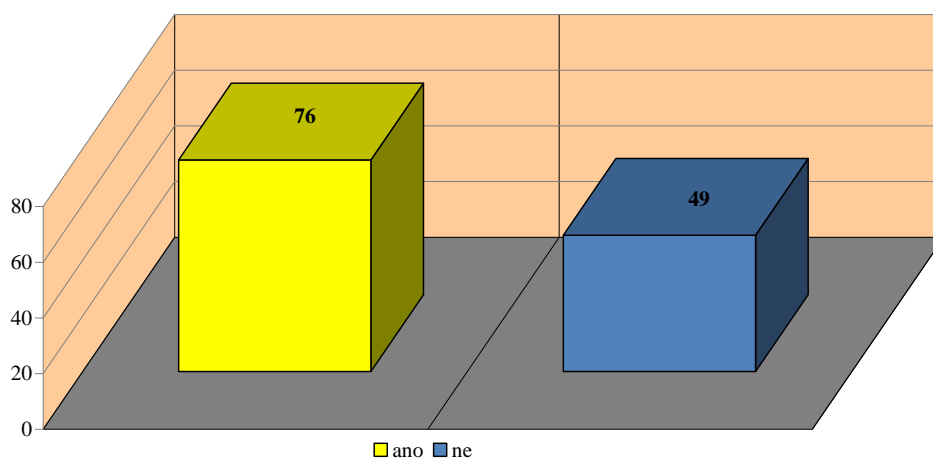
42 (34 %) sester ze 125 (100 %) dotázaných se s pojmem urostomie poprvé setkala z odborné literatury, 69 (55 %) respondentů při výkonu povolání, 10 (8 %) sester z odborných seminářů a z internetu 4 (3 %) sestry.

Graf 8 Výskyt urostomika na oddělení



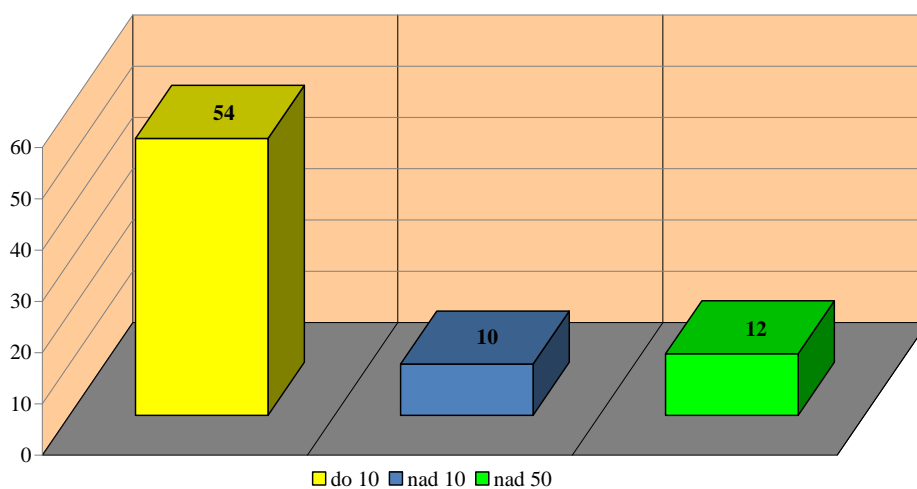
Z celkového počtu 125 (100 %) sester mělo 50 (40 %) respondentů na oddělení urostomika, 20 (16 %) sester si nepamatuje a u 55 (44 %) tázaných se na oddělení urostomik nevyskytl.

Graf 9 Ošetřování klienta/ky s urostomií



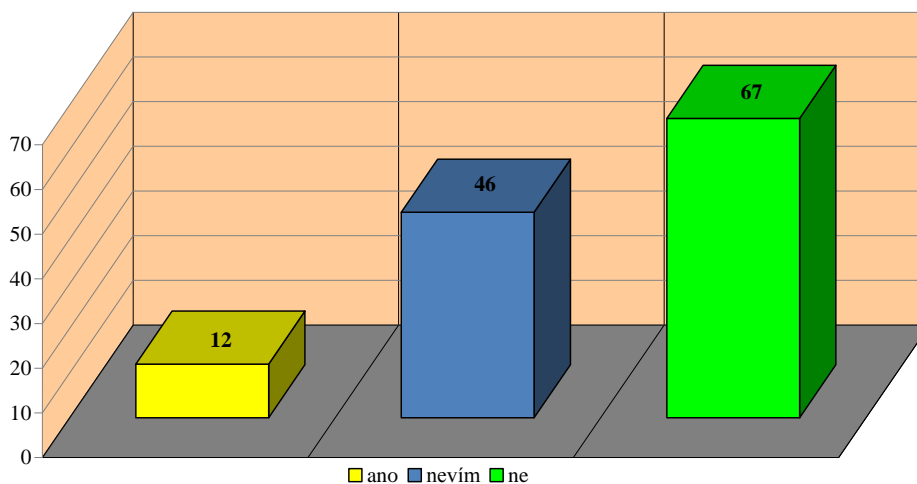
Praktickou zkušenost s ošetřováním urostomie má celkem 76 (61 %) sester z celkového množství 125 (100 %) respondentů a urostomii neošetřovalo 49 (39 %) dotázaných.

Graf 10 Četnost ošetřených urostomiků



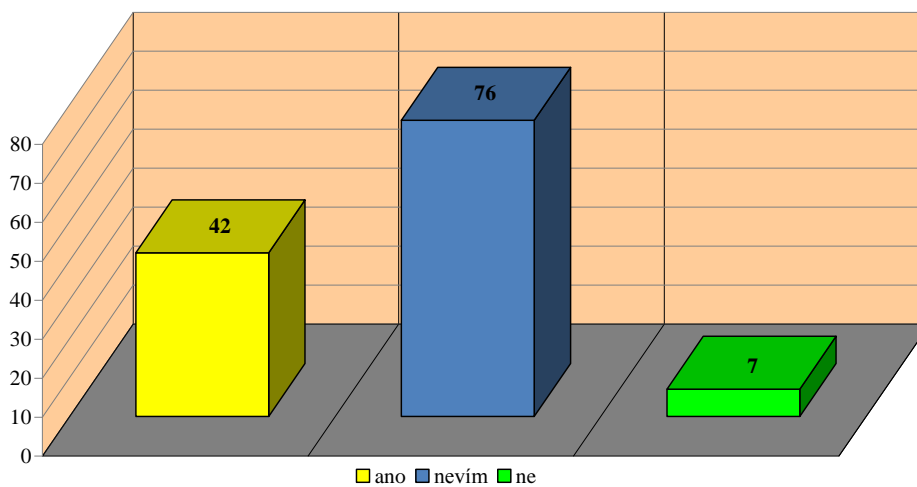
Tento graf nám znázorňuje četnost ošetřených urostomií při kladné odpovědi v grafu 9, kde ze 76 (100 %) sester odpovědělo, že 54 (71 %) z nich ošetřilo do 10 urostomií, 10 (13 %) sester ošetřilo nad 10 urostomií a 12 (16 %) respondentů ošetřilo nad 50 urostomií.

Graf 11 Bolest při ošetrování urostomie



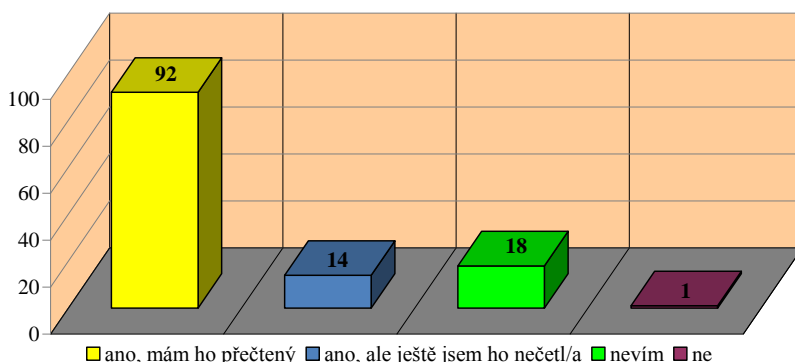
Z celkového počtu 125 (100 %) respondentů se 12 (10 %) sester domnívá, že urostomik při ošetrování urostomie bolest cítí, 46 (37 %) tázaných zvolilo variantu nevím a 67 (53 %) sester uvedlo, že urostomik bolest nepocituje.

Graf 12 Funkce stomasestry ve FNKV



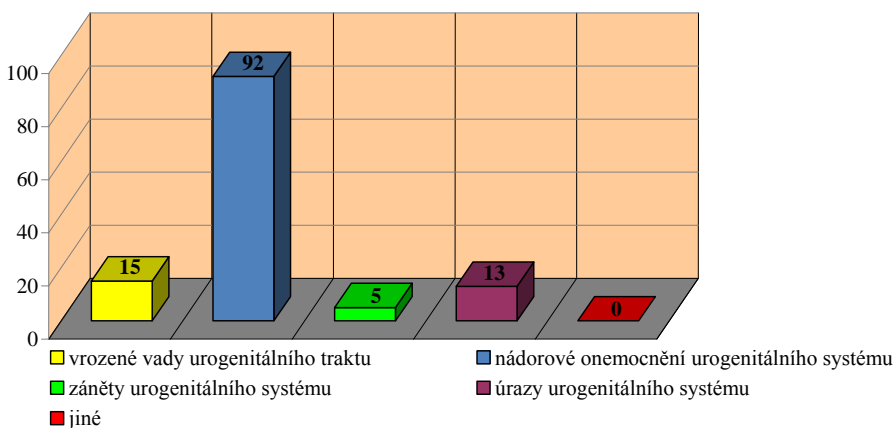
42 (34 %) sester z celkového počtu 125 (100 %) respondentů ví o působení stomasestry ve FNKV, 76 (60 %) tázaných zvolilo variantu nevím a 7 (6 %) sester se domnívá, že tato funkce sestry ve FNKV není.

Graf 13 Standard pro „Ošetrovatelskou péči o stomii“



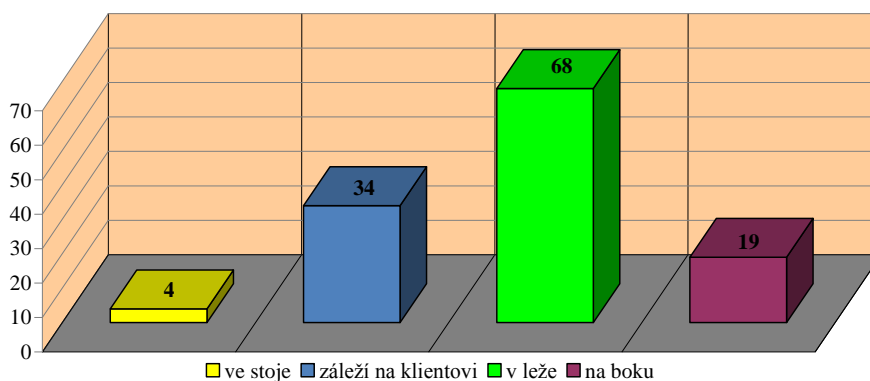
92 (74 %) sester z celkového počtu 125 (100 %) respondentů Standard ošetrovatelské péče o stomie zná a má ho přečtený, 14 (11 %) respondentů tento standard zná, ale ještě ho přečtený nemá, 18 (14 %) sester zaškrtno možnost nevím a že tento standard na oddělení nemají označila 1 (1 %) sestra.

Graf 14 Indikace k založení urostomie



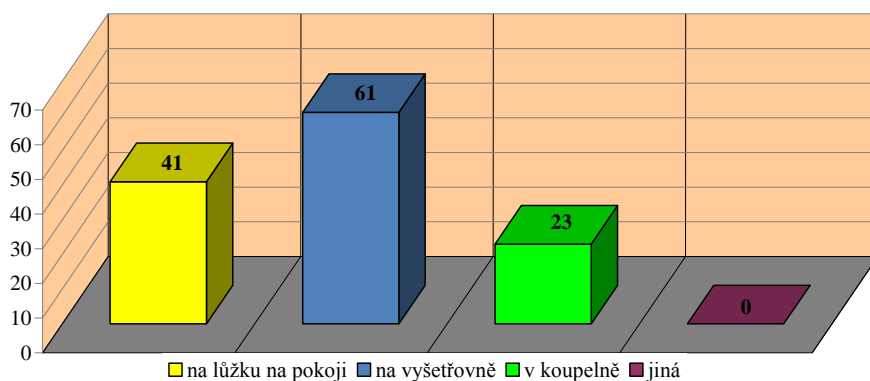
Jako indikaci k založení urostomie zvolilo 15 (12 %) sester ze 125 (100 %) respondentů vrozené vady urogenitálního traktu, 92 (74 %) sester označilo nádorové onemocnění urogenitálního systému, 5 (4 %) tázaných označilo záněty, 13 (10 %) sester zvolilo úrazy a jinou možnost neoznačil nikdo (0 %).

Graf 15 Poloha urostomika při ošetřování



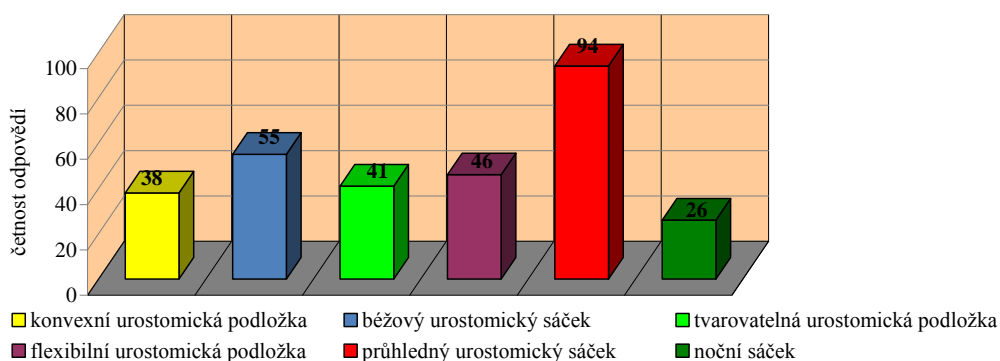
Ze 125 (100 %) respondentů by 4 (3 %) sestry ošetřily urostomika ve stoje, 34 (27 %) sester zvolilo možnost záleží na klientovi, 68 (55 %) respondentů označilo v leže a 19 (15 %) tázaných zaškrtnulo na boku.

Graf 16 Ošetření mobilního klienta/ky s urostomií



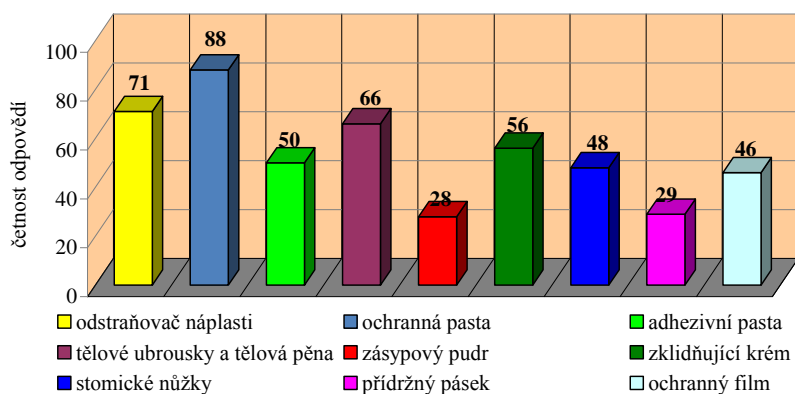
41 (33 %) sester ze 125 (100 %) respondentů zvolilo k ošetřování urostomie u mobilních klientů lůžko na pokoji, 61 (49 %) sester označilo možnost na vyšetřovně, v koupelně vybralo 23 (18 %) účastníků výzkumu a varianta jiná nebyla označena vůbec (0 %).

Graf 17 Urostomické pomůcky



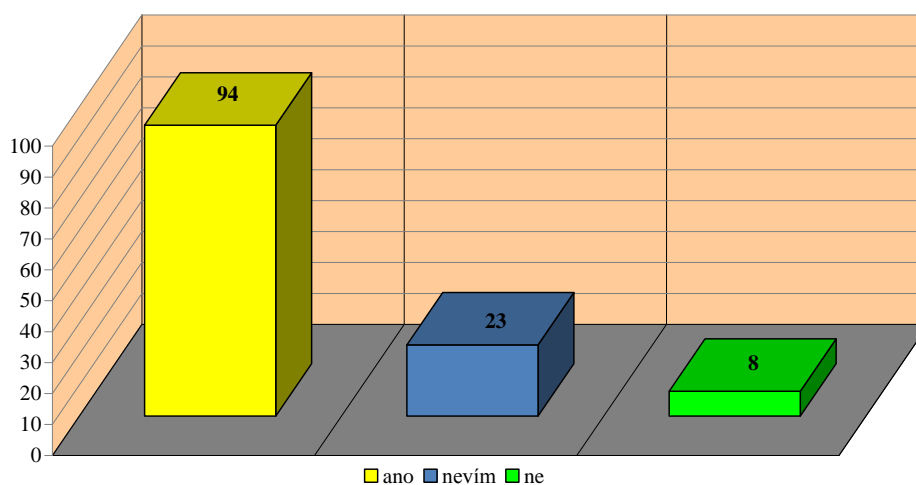
Na otázku, jaké urostomické pomůcky sestry znají, měly možnost zvolit z více možností. Konvexní urostomickou podložku zvolily 38x z celkového počtu odpovědí 300, běžový urostomický sáček označily 55x, tvarovatelnou urostomickou podložku 41x, flexibilní podložku 46x, průhledný urostomický sáček 94x a noční sáček 26x.

Graf 18 Příslušenství k urostomiím



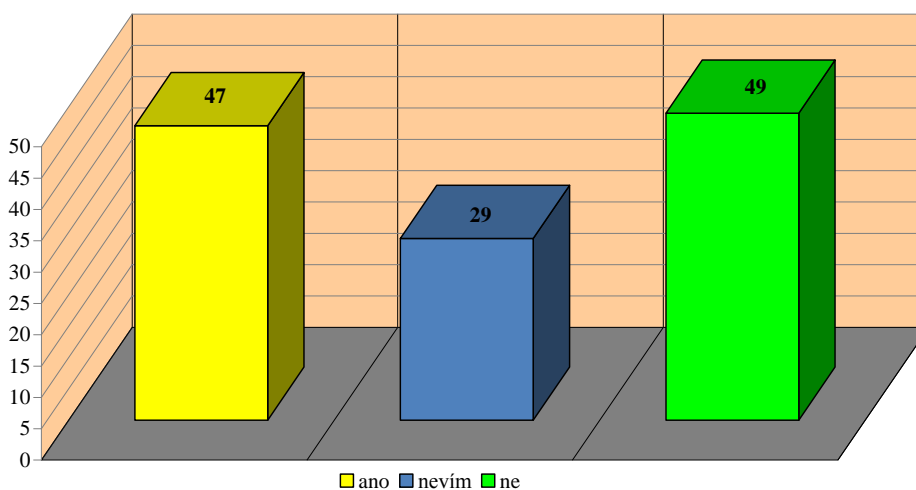
V otázce si mohli respondenti vybrat více možností. Ze 482 odpovědí byl odstraňovač náplastí v příslušenství k urostomiím označen 71x, ochranná pasta 88x, adhezivní pasta 50x, tělové ubrousky a tělovou pěna 66x, zásypový pudr 28x, zklidňující krém 56x, stomické nůžky 48x, přídržný pásek 29x a ochranný film 46x.

Graf 19 Rozdíl mezi urostomickými a kolostomickými pomůckami



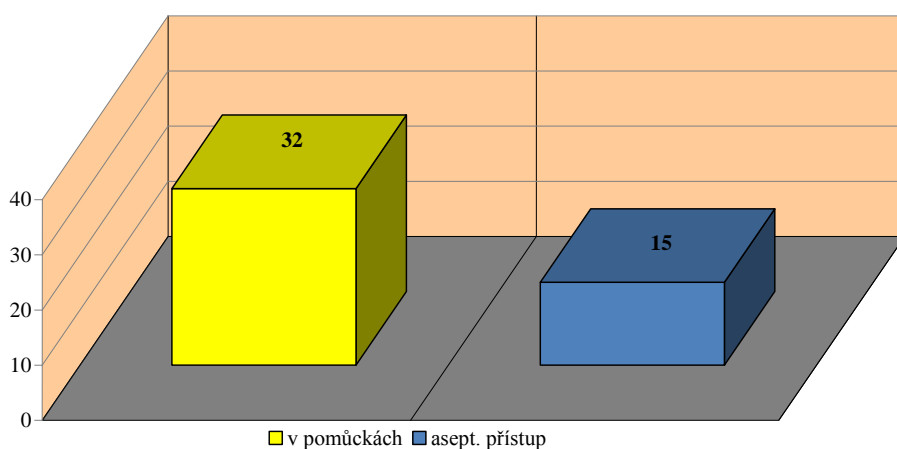
Rozdíl mezi urostomickými a kolostomickými pomůckami vidí 94 (75 %) sester z celkového počtu 125 (100 %) respondentů ve výzkumném šetření. Nevím zaškrtnulo 23 (19 %) sester a že rozdíl mezi pomůckami není zvolilo 8 (6 %) tázaných.

Graf 20 Rozdíl v ošetřování kolostomie a urostomie



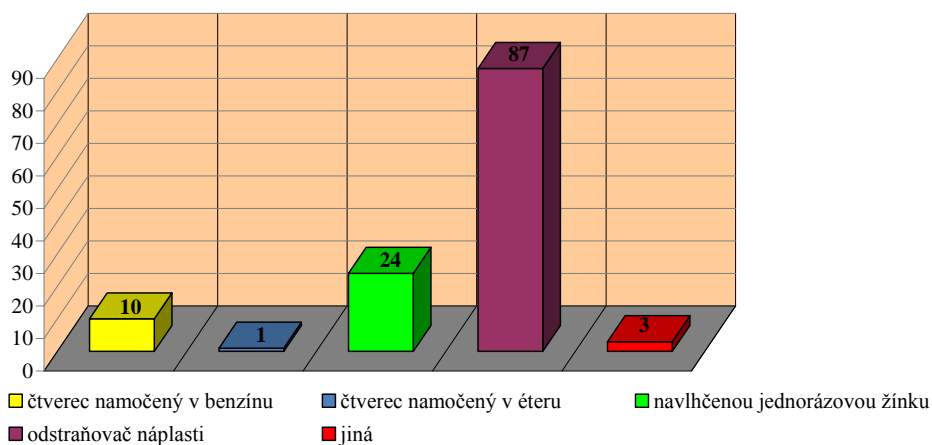
Z uvedených hodnot vyplývá, že z celkového počtu 125 (100 %) respondentů vidí rozdíl v ošetřování urostomie a kolostomie 47 (38 %) sester, 29 (23 %) sester nevědělo a 49 (39 %) sester se domnívá, že rozdíl v ošetřování není.

Graf 21 Rozdíly v ošetřování urostomie a kolostomie



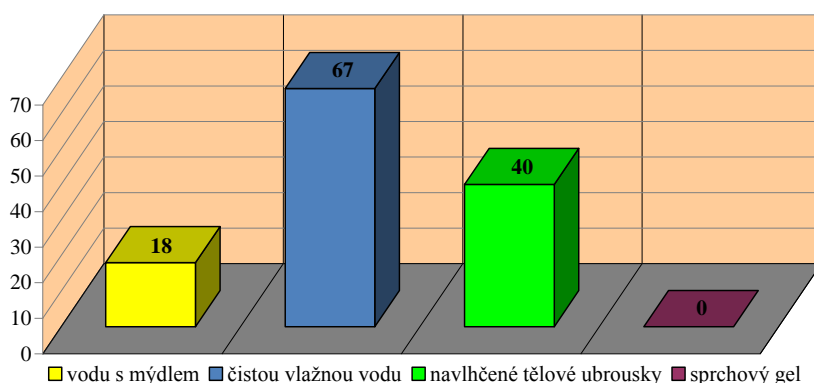
Při zvolené možnosti ano v grafu 20, kterou označilo 47 (100 %) respondentů vidí 32 (68 %) sester rozdíl při ošetřování urostomie a kolostomie v pomůckách a 15 (32 %) sester v aseptickém přístupu.

Graf 22 Odstraňování použité urostomické pomůcky



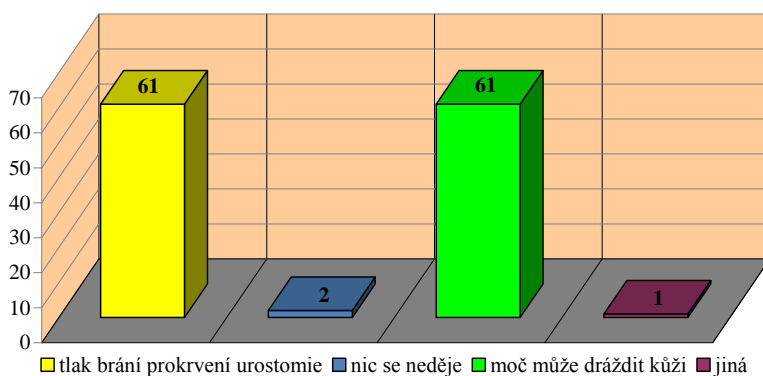
K odstranění použité podložky by čtverec namočený v benzínu zvolilo celkem 10 (8 %) sester z celkového počtu 125 (100 %) respondentů. Čtverec namočený v éteru označila 1 sestra (1 %), navlhčenou jednorázovou žínku by použilo 24 (19 %) dotazovaných sester, odstraňovač náplastí uvedlo 87 (70 %) respondentů a možnost jiná uvedly 3 (2 %) sestry.

Graf 23 Omytí urostomie a jejího okolí před nalepením podložky



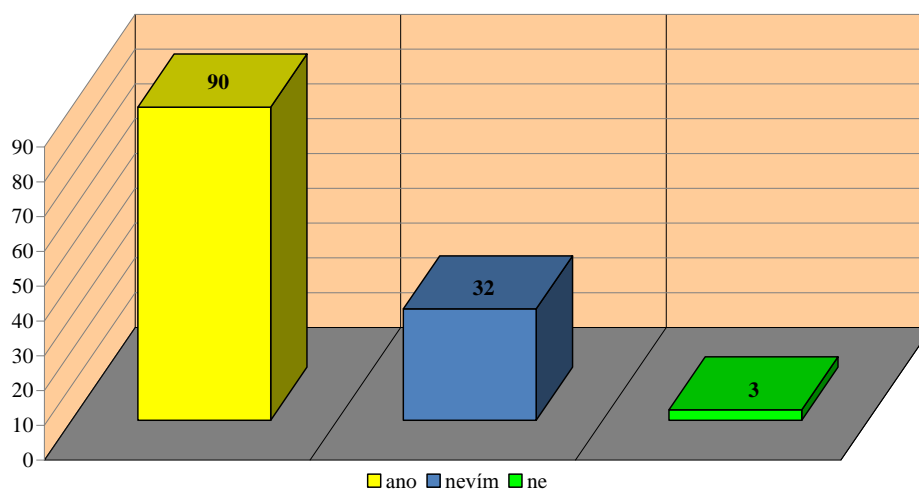
Ze 125 (100 %) respondentů by na omytí urostomie a jejího okolí zvolilo vodu s mýdlem 18 (14 %) tázaných, čistou vlažnou vodu 67 (54 %) respondentů, navlhčené tělové ubrousky by použilo 40 (32 %) dotazovaných a sprchový gel nezaškrtil nikdo z tázaných (0 %).

Graf 24 Vystřížení popř. vytvarování malého otvoru na urostomické podložce



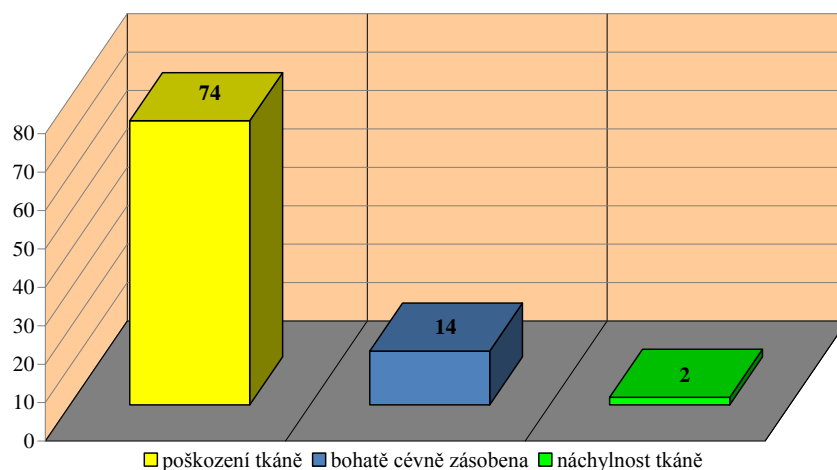
Na dotaz, co se stane po vystřížení malého otvoru na urostomické podložce, ze 125 (100 %) sester zvolilo 61 (49 %) možnost tlak brání prokrvení urostomie, 2 (2 %) sestry zvolily nic se neděje, 61 (48 %) účastníků šetření označilo moč může dráždit kůži a 1 (1 %) sestra zaškrtila možnost jiná.

Graf 25 Krvácení sliznice urostomie při ošetřování a mechanickém podráždění



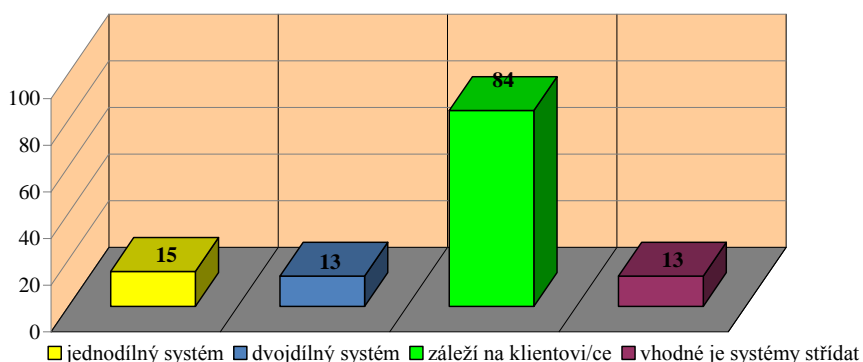
Tento graf znázorňuje odpovědi sester, zda může sliznice urostomie při ošetřování nebo mechanickém podráždění krváčet. 90 (72 %) sester ze 125 (100 %) respondentů uvedlo variantu ano, 32 (26 %) sester zvolilo možnost nevím a ne označily 3 (2 %) sestry.

Graf 26 Důvod krvácení sliznice urostomie



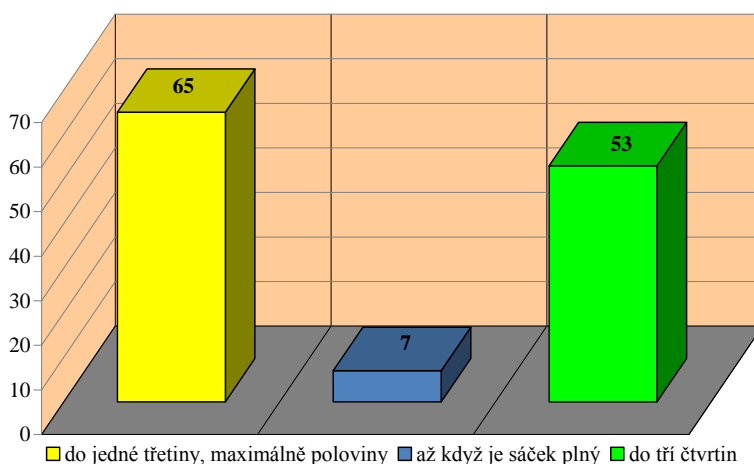
Při zvolené možnosti ano v grafu 25 se z 90 (100 %) sester 74 (82 %) tázaných domnívá, že důvodem krvácení je poškození tkáně, 14 (16 %) sester uvedlo bohaté cévní zásobení a 2 (2 %) sestry napsaly, že důvodem krvácení je náchylnost tkáně.

Graf 27 Nejvhodnější systém urostomických pomůcek pro urostomika



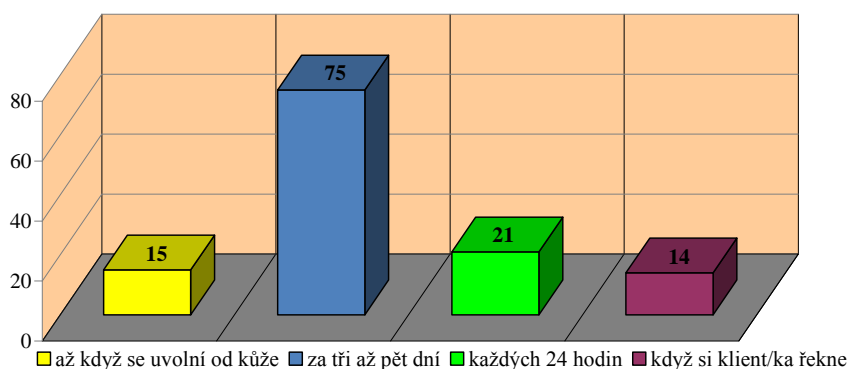
Ze 125 (100 %) respondentů 15 (12 %) sester označilo jako nejvhodnější systém pro urostomika jednodílný systém, dvojdílný systém uvedlo 13 (10 %) tázaných, možnost, že záleží na klientovi označilo 84 (68 %) sester a odpověď, že systémy je vhodné střídat, zvolilo 13 (10 %) dotázaných.

Graf 28 Výměna nebo vypuštění urostomického sáčku



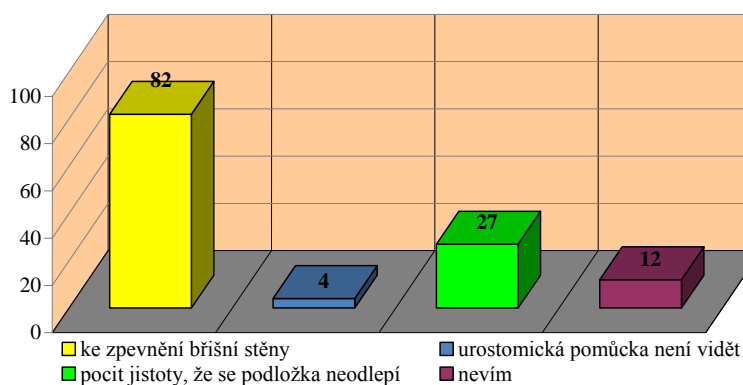
65 (52 %) sester ze 125 (100 %) respondentů na otázku, při jaké náplni by vyměnily, popřípadě vypustily urostomický sáček, zvolily možnost do jedné třetiny, maximálně poloviny, 7 (6 %) sester zvolilo variantu až když je sáček plný a 53 (42 %) sester by sáček vypustilo při náplni do tří čtvrtin.

Graf 29 Výměna urostomické podložky



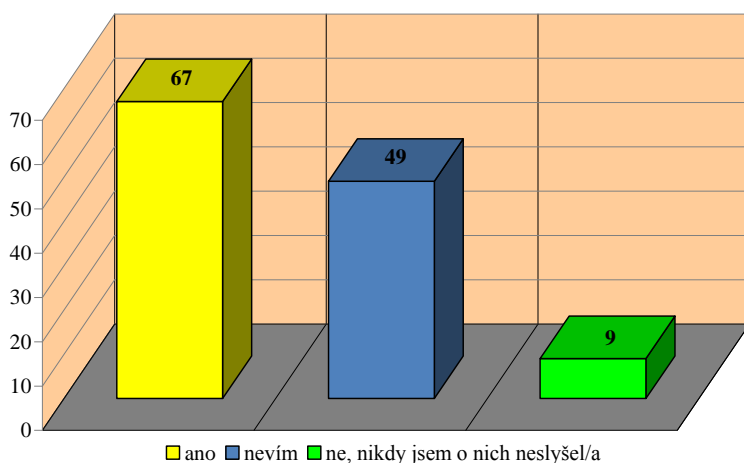
Urostomickou podložku by měnilo 15 (12 %) sester ze 125 (100 %) dotázaných až když se uvolní od kůže, 75 (60 %) tázaných uvedlo možnost za tři až pět dní, každých 24 hodin zaškrtno 21 (17 %) sester a 14 (11 %) respondentů zvolilo až když si klient/ka řekne.

Graf 30 Kýlní pás



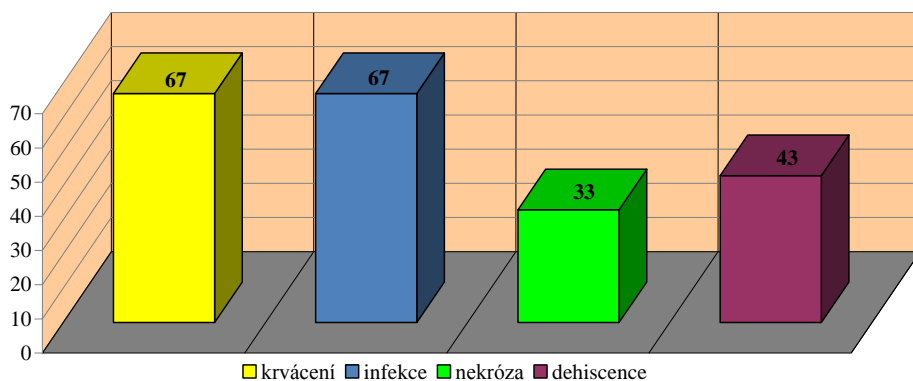
Ze 125 (100 %) respondentů se 82 (65 %) sester domnívá, že kýlní pás slouží urostomikovi ke zpevnění břišní stěny, 4 (3 %) respondenti zvolili možnost urostomická podložka není vidět, 27 (22 %) sester by doporučila kýlní pás pro pocit jistoty, že se podložka neodlepí a 12 (10 %) sester zaškrtno nevím.

Graf 31 Komplikace související se založením urostomie



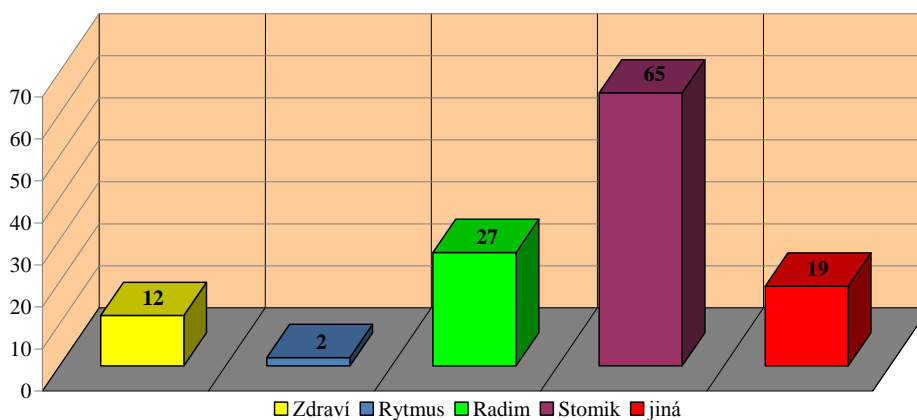
Celkem 67 (54 %) respondentů z celkového počtu 125 sester (100 %) zná komplikace spojené se založením urostomie. Nevím zvolilo 49 (39 %) tázaných a variantu, že nikdy o možných komplikacích spojených se založením urostomie neslyšelo, odpovědělo 9 (7 %) sester.

Graf 32 Možné komplikace spojené se založením urostomie



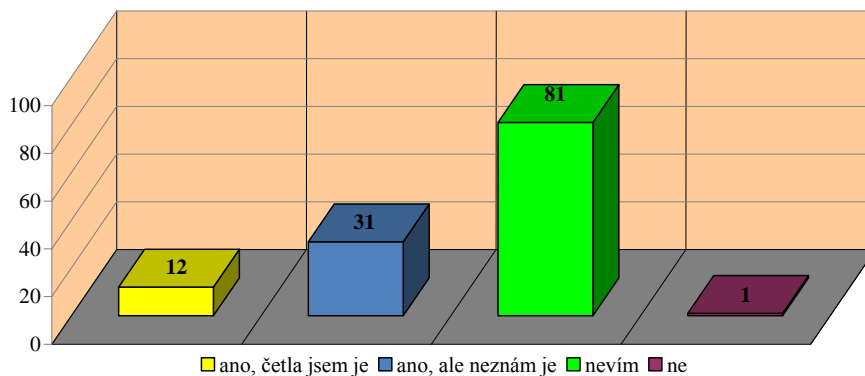
Tento graf nám znázorňuje možné komplikace spojené se založením urostomie při kladné odpovědi v grafu 31. Z 210 (100 %) odpovědí sester jich 67 (32 %) uvedlo jako možnou komplikaci krvácení a stejný počet dotázaných 67 (32 %) infekci. 33 (16 %) sester napsalo jako komplikaci nekrózu a 43 (20 %) odpovídajících sester uvedlo dehiscenci.

Graf 33 Časopis pro stomiky



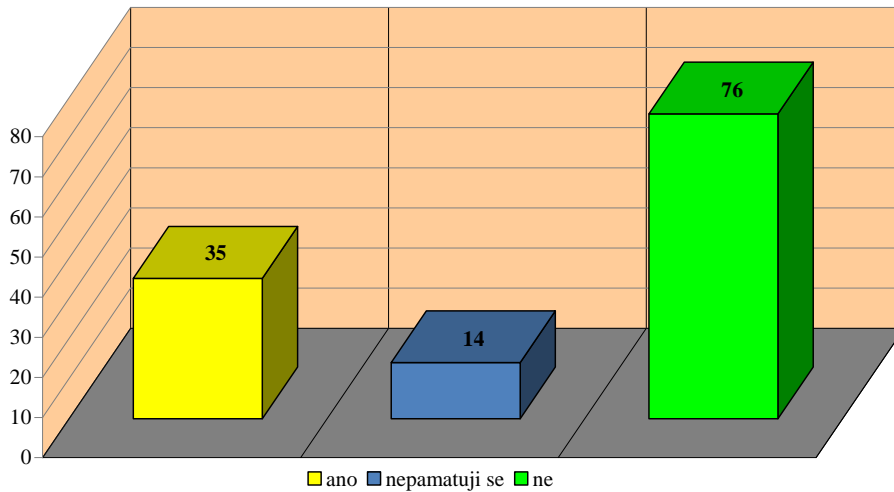
Na otázku jestli respondenti znají časopis pro stomiky z celkového počtu 125 (100 %) sester zvolilo 12 (10 %) sester časopis Zdraví, 2 (2 %) sestry Rytmus, 27 (22 %) zvolilo možnost časopis pro stomiky s názvem Radim, 65 (51 %) respondentů označilo časopis Stomik a 19 (15 %) tázaných přiznalo, že žádný časopis neznají a označili variantu jiná.

Graf 34 Práva stomiků



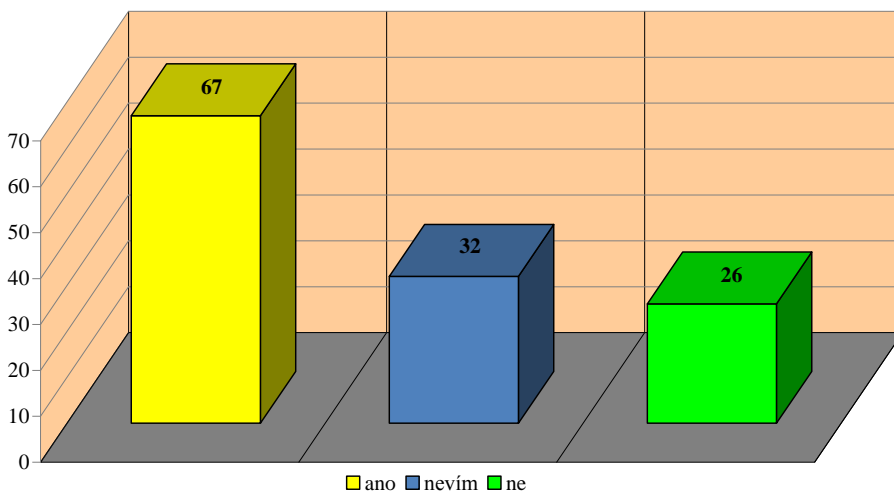
Ze 125 (100 %) respondentů zná a četlo práva stomiků 12 (10 %) sester, 31 (25 %) sester zvolilo variantu ano, ale neznám je, 81 (64 %) respondentů uvedlo možnost nevím a že práva stomiků neexistují zvolila 1 (1 %) sestra.

Graf 35 Účast na odborném semináři, školení zabývající se problematikou stomií



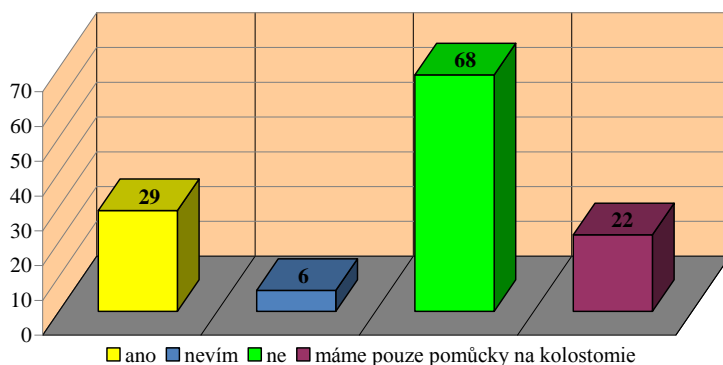
Na otázku jestli se sestry někdy zúčastnily vzdělávací akce zabývající se problematikou stomií ze 125 (100 %) dotázaných odpovědělo ano 35 (28 %) sester, 14 (11 %) tázaných se nepamatuje a 76 (61 %) z nich uvedlo variantu ne.

Graf 36 Seminář zabývající se problematikou urostomií



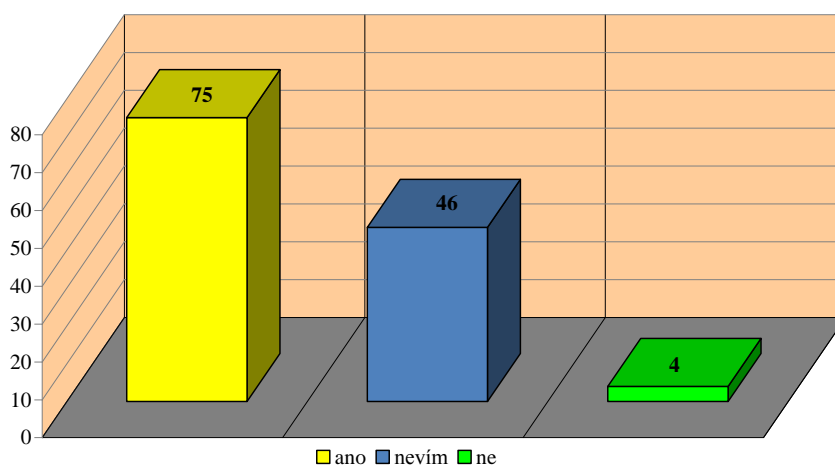
Z celkového počtu 125 respondentů (100 %) by 67 (53 %) sester přivítalo na svém oddělení seminář zabývající se problematikou urostomií, 32 (26 %) dotázaných uvedlo variantu nevím a 26 (21%) z nich zaškrtnulo možnost ne.

Graf 37 Urostomické pomůcky na oddělení



Urostomické pomůcky uvedené v otázkách 17 a 18 má k dispozici na svém oddělení 29 (23 %) tázaných sester z celkového počtu 125 (100 %) respondentů, 6 (5 %) sester uvedlo možnost nevím, 68 (54 %) respondentů zaškrtnulo variantu ne a 22 (18 %) z nich má na oddělení pouze pomůcky pro kolostomie.

Graf 38 Široký sortiment pomůcek pro urostomiky



Tento graf znázorňuje odpovědi sester na otázku, zda si myslí, že je v dnešní době pro urostomiky široký sortiment pomůcek. 75 (60 %) sester ze 125 (100 %) respondentů si myslí, že široký sortiment pomůcek pro urostomiky je a zvolilo variantu ano, 46 (37 %) zaškrtnulo možnost nevím a 4 (3 %) z nich uvedlo ne.

5 Diskuze

V této práci jsme se zabývali informovaností všeobecných sester v péči o urostomiky. Anonymní dotazník byl sestaven tak, abychom potvrdili či vyvrátili všechny čtyři hypotézy v naší práci. První hypotézou bylo zjistit, zda mají sestry, pracující na různých odděleních, osobní zkušenost s péčí o urostomiky. Další hypotézou bylo zmapovat, zda sestry znají dostupné pomůcky pro urostomiky a zda je také umí správně používat, což byla naše třetí hypotéza. Čtvrtou a poslední hypotézou bylo zjistit, zda sestry ovládají správnou techniku ošetřování urostomie. Výsledky výzkumného šetření vychází z dotazníků určených pro sestry pracující ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady v Praze.

Na začátku výzkumného šetření jsme zjišťovali identifikační údaje respondentů. Zajímalo nás, jaké mají sestry nejvyšší kvalifikační vzdělání, jejich pohlaví, jak dlouho pracující ve zdravotnictví a hlavně v jakém oboru. Z grafu 3 bylo zjištěno, že z celkového počtu 125 (100 %) tvořily nejpočetnější skupinu sestry pracující ve zdravotnictví 14 a více let, tedy 60 dotázaných (48 %), druhou nejpočetnější skupinu tvořily sestry pracující v oboru 4-8 let, sem spadá 30 sester (24 %). Z toho lze předpokládat, že většina z dotazovaných má již dostatek znalostí v poskytování ošetrovatelské péče. Juřeníková (31) ve své knize uvádí, že vzdělávání je proces, který u jedince rozvíjí jeho vědomosti, dovednosti a schopnosti. Graf 2 nám znázorňuje nejvyšší dosažené kvalifikační vzdělání respondentů. Z celkového počtu 125 (100 %) dotázaných má většina, tedy 82 sester (65 %) středoškolské vzdělání a vysokoškolské vzdělání má 26 sester (21 %). Jako výzkumný vzorek jsme zvolili sestry pracující na klinikách různého zaměření (graf 4), a to na klinikách chirurgických a interních oborů. Z celkového počtu 125 (100 %) respondentů pracuje v chirurgickém oboru 78 sester (62 %) a v interním oboru 47 sester (38 %). Ve výzkumném šetření z celkového počtu 125 respondentů (100 %) byla převážná většina sester 117 ženského pohlaví (94 %) a pouze 8 mužů (6 %) jak je patrné z grafu 1.

Hypotéza č. 1: *Sestry pracující na různých odděleních mají osobní zkušenost s pacienty s urostomií.*

Považovali jsme za podstatné zjistit, zda sestry ví, co je urostomie (graf 5). Dle Mikšové (2) a Otradovcové (14) je urostomie vývod močovodu a moč je odváděna na jiné místo než do močového měchýře. Správnou odpověď vývod močovodu uvedlo 123 (98 %) respondentů, 1 sestra (1 %) uvedla odpověď, že urostomie je vývod dýchacích cest, jednalo se zřejmě o chybu v zaškrtnutí odpovědi, jelikož dále pokračovala ve vyplňování relativně správně. Dále 1 sestra (1 %) zaškrtnula variantu jiná s dopsáním odpovědi, která se shodovala se správnou odpovědí. Výsledek považujeme proto za velmi uspokojivý, protože převážná většina sester odpověděla správně.

Dále jsme chtěli zjistit, zda sestry ve FNKV na různých odděleních mají osobní zkušenosti s ošetřováním urostomií (graf 9). Na tuto otázku odpovědělo z celkového počtu 125 sester (100 %) 76 respondentů (61 %), že ano a 49 respondentů (39 %) ještě nikdy urostomii neošetřovalo. Protože většina sester mělo osobní zkušenost s ošetřováním urostomie, očekáváme určité znalosti v ošetřování, pomůckách a znalostech o této problematice.

Další důležitou otázkou bylo, kde se sestry poprvé osobně setkaly s pojmem urostomie (graf 7). Přesto, že výsledek považujeme za uspokojivý, myslíme si, že k prvnímu osobnímu setkání s pojmem urostomie došlo až ve výkonu povolání, které označilo 69 (55 %) sester z celkového počtu 125 (100 %) respondentů, je do značné míry alarmující, a to hlavně vzhledem k tomu, že o ošetřování stomie, a to i urostomie, se vyučuje na středních a vyšších zdravotnických školách i na školách vysokých v oboru všeobecná sestra. Setkání s pojmem urostomie z odborné literatury označilo jen 42 (34 %) sester.

Také nás zajímalo, jestli se na různých klinikách, kde sestry pracují, vyskytl klient/ka s urostomií. Z grafu 8 je patrné, že méně jak polovina 50 (40 %) sester z celkového počtu 125 (100 %) dotázaných odpovědělo, že se na jejich klinice klient/ka s urostomií již vyskytl/a. 55 (44 %) dotázaných naopak uvedlo, že se dosud na jejich klinice urostomik nevyskytl. Překvapující pro nás bylo, že 20 (16 %) dotázaných sester se nepamatuje, zda se na jejich oddělení urostomik vyskytl. Dle mého názoru a z vlastní zkušenosti vím, že pokud se na našem oddělení vyskytl pacient, pro mě s neobvyklou diagnózou, jakou je například vývod apod., brala bych to jako novou

zkušenost, popřípadě bych se dál o tuto problematiku hlouběji zajímala a tím pádem na toto setkání nezapomněla.

Zjišťovali jsme také, jestli sestry vidí rozdíly v ošetřování kolostomie a urostomie. Z grafu 20 vyplynulo, že rozdíl v ošetřování těchto stomií vidí 47 (38 %) sester ze 125 (100 %) dotázaných hlavně v používaných pomůckách a v aseptickém přístupu. 49 (39 %) dotázaných uvedlo, že rozdíl mezi ošetřováním urostomie a kolostomie nevidí. Což odpovídá i literatuře, kdy rozdíly v ošetřování neuvádí Zachová (1) ani Marková (12).

Zajímavé výsledky byly zjištěny i při dotazu, zda se sestry zúčastnily odborného semináře nebo školení zabývající se problematikou stomií (graf 35). Na tuto otázku odpovědělo kladně jen 35 (28 %) sester z celkového počtu 125 (100 %) respondentů. 76 dotázaných (61 %) odpovědělo, že se semináře nebo školení neúčastnilo, přitom ústavní semináře na tuto problematiku byly pořádané Urologickou klinikou FNKV.

Díky dalším otázkám jsme měli možnost zjistit, zda sestry, pracující na různých odděleních mají osobní zkušenost s ošetřováním urostomie (graf 9). Zjistili jsme, že 76 (61 %) tázaných z celkového počtu 125 (100 %) respondentů již klienta s urostomií ošetřovalo a jak již bylo uvedeno 69 (55 %) sester se s tímto pojmem poprvé setkaly až při výkonu povolání. Přestože více jak polovina dotázaných odpověděla, že klienta s urostomií již ošetřovala, tak otázky vztahující se k následujícím hypotézám však toto tvrzení vyvrací, jelikož mnoho dotázaných neví, jak urostomii ošetřovat. Dle našeho názoru není správné, že kvalifikované sestry pracující v oboru neví, jak správně ošetřit urostomii, a to i přesto, že se s těmito pacienty mohou kdykoliv setkat na svém pracovišti. Tuto chybu si vysvětlujeme tím, že sestry se málo účastní odborných seminářů s touto problematikou. Hypotéza se však potvrdila.

Hypotéza č. 2: *Sestry znají dostupné pomůcky pro urostomiky.*

Pro potvrzení druhé hypotézy naší bakalářské práce jsme zkoumali, zda sestry znají pomůcky pro urostomiky. U dvou daných otázek zabývající se znalostí sester o pomůckách, mohli respondenti zvolit více odpovědí (graf 17, 18). Všechny pomůcky uvedené v otázce č. 17 a 18 byly správné. V otázce č. 17 jsme se ptali respondentů, jaké z uvedených urostomických pomůcek znají a pouze 9 ze 125 označilo všechny. Ze 100

% odpovídajících tak jen 7 % odpovědělo správně. V otázce č.18 jsme od sester zjišťovali, jaké příslušenství k urostomiím znají. Pouze 6 (5 %) sester ze 125 (100 %) dotázaných označilo všechny uvedené možnosti. Předpokládáme tedy, že správně všechny pomůcky označily pouze sestry pracující na urologii, protože tyto pomůcky mají k dispozici na oddělení a zároveň s nimi i pracují.

Dále jsme zjišťovali míru informovanosti sester v rozdílu mezi urostomickými a kolostomickými pomůckami (graf 19). Na tuto otázku odpovědělo z celkového počtu 125 (100 %) respondentů, 94 (75 %) sester, že rozdíl v těchto pomůckách vidí, 8 (6 %) sester si myslí, že rozdíl mezi urostomickými a kolostomickými pomůckami není. To, že některé sestry nevidí rozdíl mezi pomůckami, potvrzuje moje osobní zkušenost. Stává se, že sestry jsou schopny na urostomii nasadit kolostomické pomůcky. S tímto problémem jsem se osobně setkala ve své praxi urostomické sestry ve FNKV. Dle mého názoru jsou tyto chyby způsobeny malou informovaností sester s danou problematikou. Semináře a školení navštěvují sestry pouze pro získání kreditů k registraci a z přednášek si nové informace neodnášejí. Jak bylo výše uvedeno, semináře o urostomiích byly a jsou pořádány Urologickou klinikou a návštěvnost sester je velmi nízká. Proto si myslím, že vhodným řešením tohoto problému je docházení stomasester na kliniky a zaškolování sester přímo na oddělení.

Graf 30 nám znázorňuje, zda sestry vědí k čemu urostomikovi slouží kýlní pás. Hoch (7) uvádí, že tato pomůcka slouží stomikům ke zpevnění břišní stěny. Z celkového počtu 125 (100 %) dotazovaných tuto možnost správně označilo 82 (65 %) sester. Překvapivé zjištění bylo u 27 (22 %) sester, které by kýlní pás urostomikovi doporučily pro pocit jistoty, že se podložka neodlepí. U této odpovědi se nám opět dokládá neinformovanost sester o pomůckách pro urostomiky. Funkci stomasestry jsem vykonávala 7 let a úzce jsem spolupracovala s firmami zabývajícími se sortimentem urostomických pomůcek. Samotné firmy nabízely spolupráci i s ostatními klinikami v proškolení personálu v pomůckách a v ošetřování. Avšak o tuto spolupráci kliniky nejevily zájem.

Dále nás zajímalo (graf 27), jaký systém stomických pomůcek by sestry urostomikovi doporučily. Převážná většina si správně myslí, a to 84 (68 %) sester

z celkového počtu 125 (100 %) respondentů, že záleží hlavně na klientovi, jaký systém si zvolí a bude mu vyhovovat. Dle mého názoru je opravdu důležité, aby urostomikovi pomůcka vyhovovala, jelikož ji bude používat neustále i v domácím prostředí. V opačném případě by nevyhovující systém pomůcek stomika stresoval a omezoval ho v jeho základních potřebách. Potřeba je projevem nějakého nedostatku či chybní něčeho, jehož odstranění je pro člověka žádoucí. (32)

Graf 37 nám nabízí pohled, jestli kliniky, na kterých respondenti pracují, jsou vybaveny základní paletou urostomických pomůcek. Z celkového počtu 125 (100 %) respondentů, 68 (54 %) označilo, že na oddělení žádné pomůcky pro urostomiky nemají. 22 (18 %) sester má na oddělení pouze pomůcky pro kolostomiky a pouze 29 (23 %) respondentů k dispozici tyto pomůcky má. Předpokládáme, že základní paletu urostomických pomůcek mají sestry na urologickém oddělení. Pravdou je, že kdykoliv se na jiných odděleních vyskytl urostomik, volalo se v prvé řadě na urologické oddělení, kde se pomůcky vypůjčily a poté si do své péče urostomika převzala specializovaná stomasestra. Opět se nám potvrzuje potřeba docházení stomasestry na ostatní kliniky a její výpomoc v péči o urostomiky. Díky těmto otázkám jsme zjistili, že většina sester nezná pomůcky pro ošetřování urostomie, hypotéza se tedy nepotvrdila.

Hypotéza č. 3: *Sestry umí správně používat pomůcky pro urostomiky.*

K této hypotéze jsme stanovili otázky, které mapují správné používání urostomických pomůcek. První otázkou (graf 22) jsme zjišťovali, co sestry použijí při odstraňování použité urostomické pomůcky. Mikšová (2), Marková (12) i Zachová (1) uvádí, že stomickou podložku odstraňujeme pomocí odstraňovače, který z kůže odstraní zbytky lepidel a exkrementů. Ze 125 (100 %) respondentů by správně použilo odstraňovač náplastí 87 (70 %) sester, 24 dotázaných (19 %) by použilo navlhčenou jednorázovou žínku a 10 (8 %) sester by dokonce použilo čtverec namočený v benzínu. Zjištění, že by sestry považovaly za vhodné použít navlhčenou jednorázovou žínku, kterou by sice kůži nepodráždily, ale také neočistily, mě překvapilo, ale to že by použily čtverec namočený v benzínu na vyústění močovodů, což by bylo pro urostomika velmi bolestivé, mě jako bývalou stomasestru znepokojilo.

Dále jsme v dotazníkovém šetření chtěli zjistit, jak často by sestry urostomikovi vyměnily urostomickou podložku (graf 29). 75 (60 %) sester z celkového počtu 125 (100 %) respondentů, by podložku správně vyměnilo za tři až pět dní, 21 (17%) respondentů by vyměnilo urostomickou podložku každých 24 hodin, to by převážně ocenili výrobci a dodavatelé stomických pomůcek a 15 (12 %) dotazovaných by urostomickou podložku vyměnilo, až když se odlepí od kůže. Otradovcová s Kubátovou (14) správnou odpověď potvrzují.

V další otázce jsme se sester ptali, při jaké náplni by sestry vyměnily nebo vypustily urostomický sáček (graf 28). Mikšová (2) uvádí, že při náplni vyšší jak polovina se může sáček uvolnit a způsobí tím unikání tekutiny, které způsobí podráždění kůže v okolí stomie. Z celkového počtu 125 (100 %) dotázaných 65 (52 %) sester správně odpovědělo do jedné třetiny, maximálně poloviny a 53 (42 %) respondentů zvolilo možnost do tří čtvrtin. Tato informace byla pro mě nečekané zjištění, protože pokud je sáček hodně naplněn, je tudíž těžký a nemůže logicky dlouho vydržet na kůži. A v neposlední řadě je to zátěž pro stomika.

Graf 24 nám znázorňuje názory sester na otázku, co se stane pokud v urostomické podložce vytvarují popř. vystříhnou malý otvor. Ze 125 (100 %) respondentů si 61 (49 %) sester správně myslí, že pokud vytvoří malý otvor v podložce, tak tlak brání prokrvení urostomie. Zajímavé zjištění se nám poskytlo u 61 (48 %) sester, které se myslí, že pokud je v podložce vytvořen malý otvor, tak moč může dráždit kůži v okolí urostomie. Dle mého názoru sestry si řádně nepřčetly zadání otázky a v odpovědích spíše uváděly, co se stane, pokud v podložce vytvoří otvor větší. Zachová (1) totiž uvádí, že pokud je otvor v podložce velký, podložka se dříve od kůže uvolní a podtékající exkrementy poškozují podložku.

Fakultní nemocnice Královské Vinohrady Praha užívá standard ošetrovatelské péče s názvem „*Péče o pacienta se stomií*“ (33), kde mohou sestry získat chybějící vědomosti. Sestry pracující v dané nemocnici musí být se všemi standardy seznámeny. Z grafu 13 je však patrné, že 14 (11 %) sester z celkového počtu 125 (100 %) respondentů o tomto standardu ví, ale ještě ho nečetly. Alarmující pro nás bylo zjištění, že 18 (14 %) sester ani neví, zda tento standard na oddělení mají. Dle mého názoru je

přínosné, že v dnešní době většina nemocnic usiluje o akreditaci a seznamuje sestry se standardy na jejich oddělení. Sestry nemusí znát standardy nazpaměť, ale měly by se s nimi seznámit a vědět, kde se nachází, aby v případě potřeby měly kam nahlédnout. Proto se standardy vytváří, jinak ztrácejí svůj smysl.

Díky těmto otázkám jsme zjistili, že většina sester umí správně používat urostomické pomůcky, hypotéza č. 3 se tudíž potvrdila.

Hypotéza č. 4: *Sestry ovládají správnou techniku ošetřování urostomie.*

První otázkou, k potvrzení či vyvrácení této hypotézy, bylo zjistit v jaké poloze by sestra urostomikovi ošetřila stonii (graf 15). Z celkového množství 125 (100 %) sester by 68 (55 %) dotázaných urostomika ošetřila v poloze vleže, pouze 34 (27 %) sester by umožnilo urostomikovi zvolit si polohu dle jeho uvážení. V praxi není jasně stanovena poloha pro ošetřování stomie, důležité je zajistit urostomikovi pohodlí a soukromí. Pokud jsme se ale ptali sester, kde by ošetřily mobilního urostomika (graf 16), výsledky byly velmi zajímavé. 41 (33 %) sester ze 125 (100 %) by chodícího urostomika ošetřilo na lůžku na pokoji, kde určitě není úplně sám a není chráněna jeho intimita a soukromí. Uspokojivé pro nás bylo, že 61 (49 %) sester by urostomika ošetřila na vyšetřovně a 23 sester (18 %) v koupelně. Tyto odpovědi potvrzuje Mikšová (2) i Otradovcová (14), které místo pro ošetření stomie situují nejlépe do koupelny a vyšetřovny.

V otázce 23 jsme se sester dotazovali, co by použily na omytí urostomie a jejího okolí před nalepením nové podložky. Kubíková (23) uvádí, že v dnešní době stomici považují za vhodné sprchování okolí stomie i několikrát denně, ale kůže na takovou zátěž není uzpůsobená. Proto, aby nedocházelo k přetížení obranných mechanismů kůže, doporučuje stomikům omezení spotřeby mýdla a odstraňování nečistot pomocí tělové pěny a tělových ubrousků. 18 (14 %) sester z celkového počtu 125 (100 %) respondentů by na urostomii použilo chybně vodu s mýdlem, 67 (54 %) sester by použilo pouze čistou vlažnou vodu a pouze 40 (32 %) sester zná a použilo by navlhčené tělové ubrousky, případně tělovou pěnu.

Rychlost změn v medicíně, zvyšující se nároky na kvalitu ošetrovatelské péče a velký rozvoj v ošetrovatelství vyžadují, aby si každá sestra doplňovala své vědomosti

(34). Graf 35 nám ukazuje, že 35 (28 %) sester ze 125 (100 %) se zúčastnilo odborného semináře nebo školení o této problematice a 76 (61 %) nikdy na takovéto vzdělávací akci nebylo. Otázkou je, proč se tak málo sester účastnilo vzdělávací akce na toto téma, když v následujícím dotazu, jestli by přivítaly na svém oddělení seminář zabývající se urostomiemi, jich 67 (53 %) označilo možnost ano. Jak už bylo zmíněno, ve FNKV jsou semináře na toto téma pořádány. Tyto odpovědi nám reflektuje graf 36. Dle Workmanové (35) je ošetrovatelství samostatná vědní disciplína, která se velmi dynamicky vyvíjí a z toho také vyplývá nutnost sester se neustále vzdělávat a rozšiřovat si své vědomosti. S tímto názorem se ztotožňují.

Díky těmto otázkám jsme zjistili, že sestry plně neovládají techniku ošetřování urostomie. Hypotéza se tudíž nepotvrdila.

Z dotazníkového šetření je zřejmé, že mnoho sester srovnává kolostomie a urostomie jako jeden problém se stejným řešením. Tomu by se mělo důkladnější osvětou předejít a snažit se urostomie dostat do podvědomí sester alespoň tak, jako problematika kolostomie.

Při zpracování bakalářské práce jsme zjistili, že v České republice nebyl zatím publikován ucelený text, jak ošetřovat urostomii. Při hledání literatury k našemu tématu jsme objevili pouze jednu knihu, která se zabývá všeobecně stomiemi gastrointestinálního a urogenitálního systému. Lze se setkat pouze s materiály, které vydávají firmy, distribuující stomické pomůcky. Proto jsme převážně čerpali z těchto materiálů a z odborných časopisů.

6 Závěr

Bakalářská práce se zabývá informovaností všeobecných sester v péči o urostomiky. Byly stanoveny tři cíle této práce. Prvním cílem bylo zjistit, jaká je informovanost všeobecných sester na různých odděleních v péči o urostomiky. Druhým cílem bylo zjistit, zda sestry znají pomůcky pro urostomiky a zda je umí správně používat. Posledním, třetím cílem bylo zjistit, zda sestry mají s urostomiemi zkušenost a zda ovládají správnou techniku ošetřování urostomie.

Před začátkem šetření byly stanoveny čtyři hypotézy.

Hypotéza 1: Sestry pracující na různých odděleních mají osobní zkušenost s pacienty s urostomií. Hypotéza byla šetřením potvrzena.

Hypotéza 2: Sestry znají dostupné pomůcky pro urostomiky. Hypotéza byla vyvrácena.

Hypotéza 3: Sestry umí správně používat pomůcky pro urostomiky. Šetření tuto hypotézu potvrdilo.

Hypotéza 4: Sestry ovládají správnou techniku ošetřování urostomie. Poslední hypotéza byla vyvrácena.

Podle výsledků lze usuzovat, že sestry mají povědomí o správném ošetřování urostomií i používání urostomických pomůcek. Avšak nemají dostatečné zkušenosti s danou problematikou. Mnoho sester zná pouze základní spektrum pomůcek, stejně tak i správné ošetřování. Některé sestry se s ošetřením urostomie nesetkaly vůbec. Díky tomuto dotazníkovému šetření vyvstává otázka, zda by se péčí o urostomie nemělo více zabývat jak ve zdravotnických zařízeních, tak ve školách.

V rámci této bakalářské práce jsem navrhla Standard ošetřovatelské péče „Péče o pacienta s urostomií“ (příloha 5), který by dle mého názoru mohl být studijním materiálem pro ostatní sestry. Materiál nabídnu stomasestrám, náměstkyni pro ošetřovatelskou péči a firmám zabývajícím se sortimentem pro stomiky.

7 Seznam informačních zdrojů

1. ZACHOVÁ, Veronika. *Stomie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 200 s. ISBN 978-802-4732-565.
2. MIKŠOVÁ, Zdeňka, Marie FROŇKOVÁ a Marie ZAJÍČKOVÁ. *Kapitoly z ošetrovatelské péče*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2006, 171 s. ISBN 80-247-1443-4.
3. MICHÁLKOVÁ, Helena. Historie a vývoj stomických pomůcek. *Sestra*. 2009, roč. 19, č. 3, s. 36-37. ISSN 1210-0404.
4. ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 2*. 2. vyd. Praha: Grada, 2002, 470 s. ISBN 80-247-0143-X.
5. FIALA, Pavel, Jiří VALENTA a Lada EBERLOVÁ. *Anatomie pro bakalářské studium zdravotnických oborů*. Praha: Karolinum, 2008, 173 s. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 978-802-4614-915.
6. COLOPLAST. *Život se stomií*. Praha, 2010. Brožura pro stomiky.
7. HOCH, Jiří. CONVATEC. *Jak zůstat fit v nových podmínkách*. 6. vyd. Praha, 2010. Brožura pro stomiky.
8. LOUDA, Miroslav. Co je vhodné vědět o operaci radikální cystektomie. *Sestra*. 2009, roč. 19, č. 10, s. 56-57. ISSN 1210-0404.
9. B. BRAUN MEDICAL S.R.O. *Máme řešení pro stomie: Urostomie*. [online]. [cit. 2012-03-14]. Dostupné z [www:<http://www.zelenahvezda.cz/mame-reseni-pro/stomie/urostomie.>](http://www.zelenahvezda.cz/mame-reseni-pro/stomie/urostomie)

10. DVOŘÁČEK, Jan. *Urologie*. 1. vyd. Praha: ISV nakladatelství, 1998, 515 s., obr. ISBN 80-858-6630-7.
11. LOUDA, Miroslav. Předoperační aplikace fantomu ureteroileostomie. *Sestra*. 2008, roč. 18, č. 11, s. 39. ISSN 1210-0404.
12. MARKOVÁ, Marie. *Stomie gastrointestinálního a močového traktu*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006, 68 s. ISBN 80-701-3434-8.
13. ŠIROKÁ, Petra a Michaela VOTAVOVÁ. Pooperační komplikace a ošetrovatelská péče o stomického pacienta. *Sestra*. 2008, roč. 18, č. 5, s. 52 . ISSN 1210-0404.
14. OTRADOVCOVÁ, Iva a Lucie KUBÁTOVÁ. *Komplexní péče o pacienta se stomií*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006, 54 s. Edice CARE. ISBN 80-726-2432-6.
15. HYKLOVÁ, Jana. Nejčastější komplikace stomiků. *Radim: Časopis stomiků*. 2012, č. 1, s. 30-31. ISSN neuvedeno.
16. VOMELA, Jindřich. *Chirurgie pro sestry*. 1. vyd. Brno: IVPZ, 1998, 210 s. ISBN 80-701-3262-0.
17. VYHNÁNEK, František. *Chirurgie 1*. 2. přepr. vyd. Praha, 2003. ISBN 80-733-3005-9.
18. NAGYOVÁ, Martina a Petra BARTONÍKOVÁ. Ošetrování pacienta po radikální cystektomii. *Sestra*. 2006, roč. 16, č. 4, s. 48-49. ISSN 1210-0404.
19. MAČUHOVÁ, Katarína. Život so stómiou: Úloha stomasestry v živote pacienta. *Hélios*. 2012, č. 4, s. 8-9 (ostatní údaje na publikaci neuvedeny).

20. *Informační web pro stomiky: ConvaTec-Academy*.
[online]. [cit. 2012-03-24]. Dostupné z [www:< http://www.stomie.cz.>](http://www.stomie.cz)
21. MAINZEROVÁ, Martina. Vývoj služeb během dvacetiletého působení společnosti ConvaTec na českém trhu: ConvaTec Academy. *Radim: Časopis stomiků*. 2011, č. 2, s. 9-14. ISSN neuvedeno.
22. COLOPLAST. *Život se stomií*. Praha, 2012. Brožura pro stomiky.
23. KUBÍKOVÁ, Naděžda. Bezproblémové ošetření okolí stomie. *Sestra*. 2008, roč. 18, č. 3, s. 34. ISSN 1210-0404.
24. CONVATEC. *Príslušenství k ošetřování stomií*. Praha, 2007. Brožura pro stomiky.
25. CONVATEC. *Základy ošetřování stomie: Ošetřování urostomie pomůckami ConvaTec*. Platz-Video. Praha, 2010. DVD pro stomiky.
26. CONVATEC. *Základy ošetřování stomie – Jednodílný systém*. Praha, 2002. Videokazeta pro stomiky.
27. CONVATEC. *Základy ošetřování stomie – Dvojdílný systém*. Praha, 2000. Videokazeta pro stomiky.
28. CONVATEC. *Jak ošetřovat urostomie*. Praha, 2007. Brožura pro stomiky.
29. *České ILCO: Dobrovolné sdružení stomiků*.
[online]. [cit. 2012-04-04]. Dostupné z [www:<http://www.ilco.cz/.](http://www.ilco.cz/)

30. CONVATEC. *Stomie: Setkání stomiků*.
[online]. [cit. 2012-04-04]. Dostupné z [www:<http://www.convatec.cz/stomie/setkani-stomiku-convatec.>](http://www.convatec.cz/stomie/setkani-stomiku-convatec)
31. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 77 s. ISBN 978-802-4721-712.
32. TRACHTOVÁ, Eva, Dagmar MASTILIAKOVÁ a Gabriela FOJTOVÁ. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd, Brno: IVPZ, 2001, 185 s. ISBN 80-701-3324-4.
33. *Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči. Soubor standardů ošetrovatelské péče*. Praha: Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, 2010.
34. *LEMON 2: učební texty pro sestry a porodní asistentky*. 1. vyd. Brno: IVPZ, 1997, 125 s. ISBN 8070132388.
35. WORKMAN, Barbara a Clare BENNETT. *Klíčové dovednosti sester*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 259 s. ISBN 80-247-1714-X.

8 Přílohy

Příloha 1 - Urostomie

Příloha 2 - Charta práv stomiků

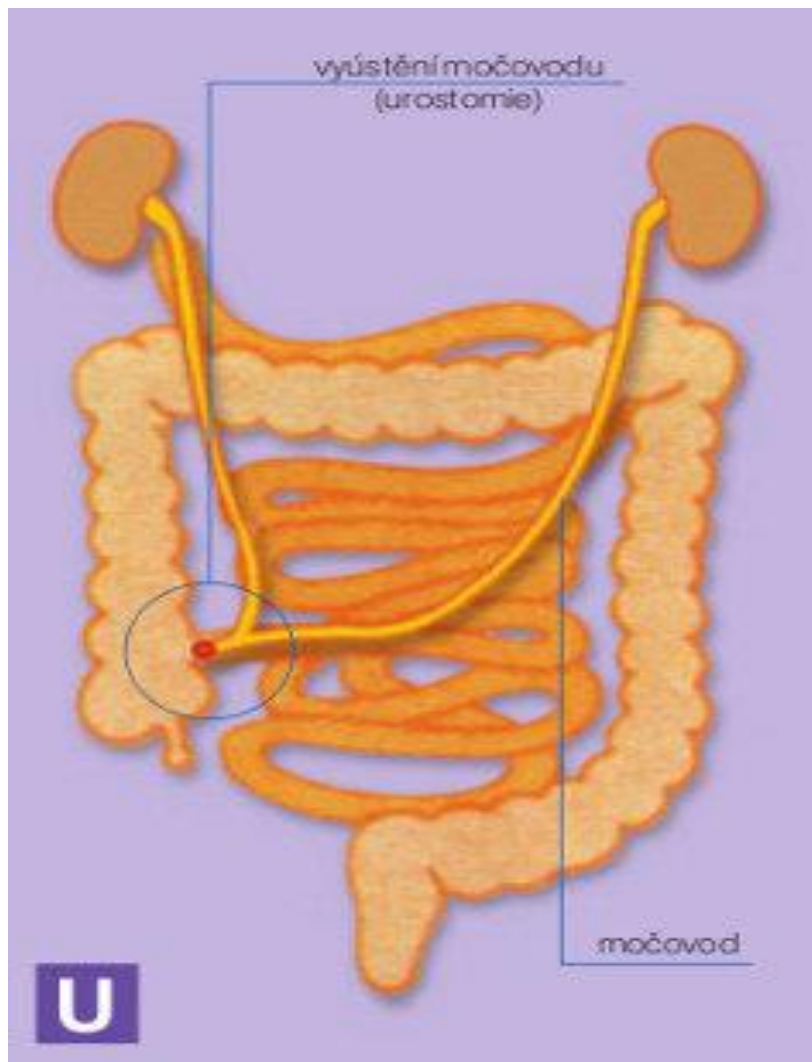
Příloha 3 - Pomůcky

Příloha 4 - Dotazník pro sestry

Příloha 5 - Standard péče o urostomie

Příloha 1

Urostomie



Zdroj: <http://www.stomie.cz/informace-o-stomiich/urostomie>

Příloha 2

Charta práv stomiků

Charta práv stomiků uvádí speciální potřeby skupiny tělesně postižených a péči, kterou vyžadují. Musí obdržet informace i péči, které jim umožní vést nezávislý život podle vlastního rozhodnutí a participovat na všech důležitých rozhodnutích. Mezinárodní asociace stomiků deklaruje jako svůj cíl realizaci této Charty ve všech zemích světa.

Každý stomik má právo:

- na předoperační poradenství, aby si byl plně vědom významu operace a znal základní skutečnosti o životě se stomií,
- na dobře provedenou, vhodně umístěnou stomii, s plným a přiměřeným přihlédnutím k pohodlí pacienta,
- na kvalitní a profesionální lékařskou a ošetrovatelskou péči i psychosociální podporu v předoperačním i pooperačním období, v nemocnici i své komunitě,
- na podporu a informovanost rodiny, známých a přátel, aby lépe chápali podmínky a změny, nutné k dosažení uspokojivé úrovně stomikova života,
- na úplnou a objektivní informaci o vhodných pomůckách a výrobcích, které jsou v jeho zemi k dispozici,
- na možnost neomezeného výběru dostupných stomických pomůcek,
- na informace o organizacích stomiků v jeho vlasti a službách a podpoře, které poskytují,
- na ochranu proti jakékoliv formě diskriminace.

Charta práv stomiků byla vypracována na pracovní schůzi EOA ve Frankfurtu/Main dne 3. května 2003 (úprava preambule a doplnění posledního článku) a byla schválena na 11. Světového kongresu IOA v Portu ve dnech 26. - 31. srpna 2004.

Zdroj: <http://www.jakoja.cz/profile/ilco/blog>

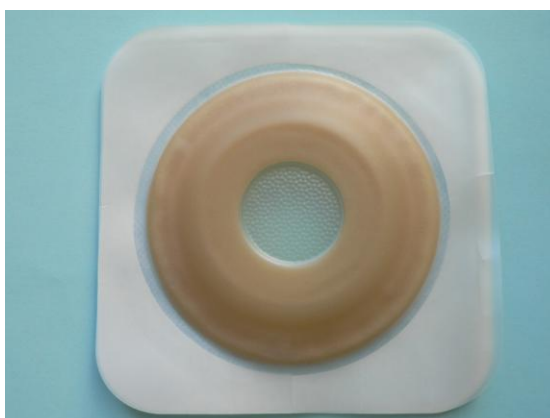
Příloha 3

Urostomické pomůcky

Urostomická podložka



Tvarovatelná urostomická podložka



Urostomický sáček



Čisticí ubrousky



Odstraňovač náplasti



Jednodílný urostomický systém



Ochranná pasta



Přidržený pásek



Noční sáček



Taštička pro stomiky



Stomické nůžky



Zdroj: vlastní

Příloha 4

Dotazník pro sestry

Vážená kolegyně, vážený kolego,

jsem studentkou 3. ročníku studia na ZSF JU v Českých Budějovicích a obracím se na Vás s žádostí o vyplnění dotazníku, které vychází z Vašich vlastních zkušeností a znalostí. Dotazník je anonymní a všechny údaje budou považovány za důvěrné a budou použity pouze ke zpracování mé bakalářské práce na téma: Informovanost všeobecných sester v péči o urostmiky. Odpovědi prosím zakřížkujte popř. doplňte.

Děkuji Vám za spolupráci.

Horová Petra

Oddělení: interní obor chirurgický obor

Pohlaví: žena muž

Vaše nejvyšší dosažené kvalifikační vzdělání: SZŠ VOŠ VŠ

Délka praxe: 0 - 3 4 - 8 9 - 13 14 a více

1. Urostmie znamená?

a) vývod tenkého střeva

b) vývod tlustého střeva

c) vývod močovodu

d) vývod dýchacích cest

e) jiná.....

2. Může být urostmie dočasná?

a) ano

b) nevím

c) ne

3. Kde jste se poprvé osobně setkala s pojmem urostomie?

- a) z odborné literatury
- b) při výkonu povolání
- c) z odborných seminářů
- d) z internetu

4. Vyskytl se u Vás na oddělení klient/ka s urostomií?

- a) ano
- b) nepamatuji si
- c) ne

5. Ošetřoval/a jste někdy klienta/ku s urostomií?

- a) ano
- b) ne

jestliže ano, kolik?

6. Cítí klient/ka při ošetřování urostomie bolest?

- a) ano
- b) nevím
- c) ne

7. Funguje ve FNKV stomasestra specializovaná na urostomie?

- a) ano
- b) nevím
- c) ne

8. Je u Vás na oddělení standard pro „Ošetřovatelskou péči o stomii“?

- a) ano, mám ho přečtený

- b) ano, ale ještě jsem ho nečetl/a
- c) nevím
- d) ne

9. Nejčastější indikací k založení urostomie může být?

- a) vrozené vady urogenitálního traktu
- b) nádorové onemocnění urogenitálního systému
- c) záněty urogenitálního systému
- d) úrazy urogenitálního systému
- e) jiné.....

10. V jaké poloze budete urostomikovi ošetřovat urostomii?

- a) vestoje
- b) záleží na klientovi
- c) vleže
- d) na boku

11. Kde budete mobilnímu klientovi ošetřovat urostomii?

- a) na lůžku na pokoji
- b) na vyšetřovně
- c) v koupelně
- d) jiná.....

12. Jaké urostomické pomůcky znáte?

(lze zaškrtnout více možností)

- a) konvexní urostomická podložka
- b) béžový urostomický sáček
- c) tvarovatelná urostomická podložka
- d) flexibilní urostomická podložka
- e) průhledný urostomický sáček

f) noční sáček

13. Jaké příslušenství k urostomiím znáte?

(lze zaškrtnout více možností)

- a) odstraňovač náplasti
- b) ochranná pasta
- c) adhezivní pasta
- d) tělové ubrousky a tělová pěna
- e) zásypový pudr
- f) zklidňující krém
- g) stomické nůžky
- h) přídržný pásek
- i) ochranný film

14. Je rozdíl mezi urostomickými a kolostomickými pomůckami?

- a) ano
- b) nevím
- c) ne

15. Myslíte si, že je rozdíl v ošetřování kolostomie a urostomie?

- a) ano
- b) nevím
- c) ne

pokud ano, jaký.....

16. Co použijete při odstraňování použité urostomické pomůcky?

- a) čtverec namočený v benzínu
- b) čtverec namočený v éteru
- c) navlhčenou jednorázovou žínku

d) odstraňovač náplastí

e) jiná.....

17. Co byste použil/a na omytí urostomie a jejího okolí před nalepením podložky?

a) vodu s mýdlem

b) čistou vlažnou vodu

c) navlhčené tělové ubrousky

d) sprchový gel

18. K čemu může dojít při vystřížení popř. vytvarování malého otvoru na urostomické podložce?

a) tlak brání prokrvení urostomie

b) nic se neděje

c) moč může dráždit kůži

d) jiná.....

19. Může sliznice urostomie při ošetřování a mechanickém podráždění krváčet?

a) ano

b) nevím

c) ne

jestliže ano, proč?.....

20. Jaký systém urostomických pomůcek si myslíte, že je pro klienta/ku nejvhodnější?

a) jednodílný systém

b) dvojdílný systém

c) záleží na klientovi/ce

d) vhodné je systémy střídat

21. Při jaké náplni byste vyměnil/a nebo vypustil/a urostomický sáček?

a) do jedné třetiny, maximálně poloviny

- b) až když je sáček plný
- c) do tří čtvrtin

22. Za jakou dobu je vhodné vyměnit urostomickou podložku?

- a) až když se uvolní od kůže
- b) za tři až pět dní
- c) každých 24 hodin
- d) když si klient/ka řekne

23. K čemu si myslíte, že slouží urostomikovi kýlní pás?

- a) ke zpevnění břišní stěny
- b) urostomická pomůcka není vidět
- c) pocit jistoty, že se podložka neodlepí
- d) nevím

24. Existují nějaké možné komplikace související se založením urostomie?

- a) ano
- b) nevím
- c) ne, nikdy jsem o nich neslyšel/a

pokud ano, například:.....

25. Znáte nějaký časopis pro stomiky?

- a) Zdraví
- b) Rytmus
- c) Radim
- d) Stomik
- e) jiná.....

26. Existují práva stomiků?

- a) ano, četl/a jsem je

- b) ano, ale neznám je
- c) nevím
- d) ne

27. Zúčastnil/a jste se odborného semináře nebo školení zabývajících se problematikou stomií?

- a) ano
- b) nepamatuji se
- c) ne

28. Přivítal/a byste na svém oddělení seminář zabývajících se problematikou urostomií?

- a) ano
- b) nevím
- c) ne

29. Máte na svém oddělení některé urostomické pomůcky uvedené v otázkách 12 a 13?

- a) ano
- b) nevím
- c) ne
- d) máme pouze pomůcky na kolostomie

30. Myslíte si, že je v dnešní době široký sortiment pomůcek pro urostomiky?

- a) ano
- b) nevím
- c) ne

Zdroj: vlastní

Příloha 5
Standard ošetrovatelské péče

STANDARDNÍ OŠETŘOVATELSKÝ POSTUP

Název SOP: **Péče o pacienta s urostomií**

Charakteristika standardu	Standardní ošetrovatelský postup
Oblast péče	Individualizovaná péče
Cílová skupina pacientů	Klienti s urostomií
Místo použití	Lůžková oddělení a ambulantní provozy nemocnice
Poskytovatelé péče, pro něž je standard závazný	Všeobecné sestry, které získaly kvalifikaci dle zákona č.96/2004 Sb., ve znění novely zákona č.105/2011 Sb. Všeobecné sestry specialistky v rozsahu získané specializace, Porodní asistentky, které získaly kvalifikaci dle zákona č. 96/2004 Sb., ve znění novely zákona č. 105/2011 Sb. Porodní asistentky specialistky v rozsahu získané specializace, Zdravotnický asistent dle zákona č. 96/2004 Sb., ve znění novely zákona č. 105/2011 sb.
Odpovědnost za realizaci	Vedoucí pracovníci na úseku ošetrovatelské péče
Platnost standardu od:	1.1.2012
Frekvence kontroly	1x za 3 roky
Revize standardu provedena dne:	
Kontrolu vykoná	Manažer/ka ošetrovatelství (manažer/ka kvality ošetrovatelské péče, hlavní sestra, vrchní sestra, staniční sestra)
Kontaktní osoba	XY
Oponenturu provedl	XY
Schválil Náměstek pro ošetrovatelskou péči – hlavní sestra	XY

Standardní ošetrovatelský postup

Péče o pacienta s urostomií

Úvod

Urostomie je chirurgicky vytvořená vývodní cesta močovodu pro moč tvořenou v ledvinách. Důvod pro vytvoření urostomie je překážka v močovodu, která zabraňuje normálnímu odtoku moči do močového měchýře (tumor, VVV). Umísťuje se na střední dolní nebo pravou dolní partii břicha.

Indikace

Potřeba výměny urostomického sáčku a podložky.

Kontraindikace

žádné

Definice standardu

Péče o klienta s urostomií je ošetrovatelský proces. Součástí tohoto procesu je kontrola urostomie, výměna urostomických pomůcek a edukace klienta jak pečovat o urostomií v domácím prostředí.

Cíl standardu

Klient zvládá sám ošetření urostomie a péči o ní (případně rodinní příslušníci). Je dostatečně informován o pomůckách, léčebném režimu při urostomií, žije plnohodnotný život, navrátí se ke své práci, koníčkům, účastní se společenského života.



KRITÉRIA STRUKTURY

S1 Kompetentní osoby k výkonu

Oprávněná registrovaná sestra, porodní asistentka, zdravotnický asistent, oprávněná neregistrovaná sestra (se středoškolským vzděláním, vyšším odborným vzděláním, s vysokoškolským vzděláním, sestra specialista).

S2 Pomůcky

- urostomická podložka a sáček stejného rozměru, v případě jednodílného systému jen sáček pevně spojený s lepicí destičkou
- měřicí šablonu
- zahnuté stomické nůžky
- buničitá vata
- odstraňovač náplasti, speciální čisticí pomůcky (ubrousky, pěny), ochranné pomůcky (pasty, pudry)
- emitní misky
- zrcadlo (k nácviku sebeošetřování)

- ochranné pomůcky (rukavice, ústenku, ev. empír)

S3 Dokumentace

Realizace ošetrovatelského plánu

Ošetrovatelský proces

Denní dekurz

V případě propuštění do ošetrovatelské propouštěcí zprávy

S4 Prostředí

Na pokoji (v případě, že je klient sám na pokoji)

Na vyšetřovně, v koupelně



KRITÉRIA PROCESU

Ošetrovatelský postup

Výměnu urostomického sáčku provádíme při jeho naplnění do jedné třetiny, maximálně jedné poloviny (při větší náplni se může sáček uvolnit). Sáček měníme i uniká-li z něho tekutina nebo má-li klient nepříjemný pocit. Urostomickou podložku měníme za 3-5 dní a pokud se uvolní od kůže.

• před výkonem

P1 Oprávněná sestra vysvětlí klientovi postup výměny sáčku popř. podložky.

P2 Oprávněná sestra zabezpečí klientovi soukromí při výměně urostomických pomůcek.

P3 Oprávněná sestra přistupuje k klientovi taktně.

P4 Oprávněná sestra umožní klientovi jemu vhodnou a příjemnou polohu.

• při / během výkonu

P5 Oprávněná sestra klientovi všechny jednotlivé kroky vysvětluje a ukazuje (zrcátko).

P6 Oprávněná sestra vyprázdní či odstraní podložku pomocí odstraňovače náplasti.

P7 Oprávněná sestra zhodnotí urostomii a kůži okolo urostomie.

P8 Oprávněná sestra očistí a dobře osuší kůži v okolí stomie tělovou pěnou nebo ubrousky. Dle potřeby aplikuje ochrannou pastu.

P9 Oprávněná sestra vymění sáček (u dvojdílného systému i podložku). Na nalepovací destičku si obkreslí podle šablony a vystříhne otvor velikostí a tvarem odpovídající urostomii nebo podložku vytvaruje. Nalepovací destička musí být v průměru o alespoň 0,5 cm větší než je vystřižený otvor. V případě, že je okolí urostomie zvráskéné vyplní záhyby lepicí pastou, kterou nechá zaschnout.

U dvojdílného systému se sáček při výměně nasadí na kroužek v nalepené podložce a mírným tlakem „nacvakne“ sáček na podložku (je slyšet cvaknutí) a mírným tahem zkontroluje, zda správně drží.

• po výkonu

P10 Oprávněná sestra zkontroluje, zda podložka dobře drží a nikde se neodchlipuje.

- **záznam do dokumentace**

P11 Sestra zaznamená ošetřovatelské diagnózy do plánu ošetřovatelské péče.

Sestra zaznamená provedení výměny stomických pomůcek do realizace ošetřovatelského procesu.

Sestra zaznamená stav urostomie a jejího okolí, popř. edukaci klienta do denního dekurzu.

Sestra zaznamená druh používaných stomických pomůcek, poslední výměnu, stav urostomie a jejího okolí do ošetřovatelské propouštěcí zprávy, popř. překladové zprávy.

Komplikace

Mezi časně komplikace urostomií zahrnujeme krvácení, nekrózu okrajů stomie, parastomální absces, otok stomie, kožní komplikace a retrakce stomie.

Pozdní komplikace urostomií zahrnují retrakci, stenózu stomie, kožní komplikace, parastomální kýlu, píštěle a krvácení.

Zvláštní upozornění

Pomůcku z těla neodstraňovat násilně. Na ošetření stomie nepoužívat čisticí prostředky s obsahem lihobenzinu.

Sestra musí brát na zřetel psychický stav urostomika, zajistit intimitu a citovou oporu.



KRITÉRIA VÝSLEDKU

V1 Klient má správně ošetřenou urostomii

- je zajištěna řádná hygienická péče

- jsou používané vhodné urostomické pomůcky.

V2 Klient byl informován o léčebném režimu.

Literatura

1. Mikšová Zdeňka, Froňková Marie, Zajíčková Marie, *Kapitoly z ošetřovatelské péče II*, 171stran
2. Ošetřovatelský standard FN Vinohrady, *Péče o klienta se stomií*, 3 strany
3. Zachová Veronika a kolektiv, *Stomie*, 200 stran

Zpracoval

Horová Petra, DiS.

Seznam osob, které na SOP spolupracovaly

Ing. Iva Brabcová

Kontrolní kritéria k auditu (SOP PÉČE O UROSTOMIE)

Pracoviště:

Datum

Auditoři:

Metody auditu:

- Dotaz/otázky pro sestru
- Dotaz/otázky pro klienta, rodinu
- Dotaz/otázky na zaměstnavatele
- Pozorování klienta, sestry
- Kvalifikační požadavky sestry – v osobním spise
- Kontrola pomůcek – pohledem, inventář
- Kontrola prostředí
- Kontrola ošetřovatelské/zdravotnické dokumentace - pohledem

Kód	Kontrolní kritéria	Metoda auditu	Ano	Ne
KRITÉRIA STRUKTURY				
S1	Provádí daný výkon kompetentní osoba?	Otázka na sestry na oddělení		
S2	Má sestra k dispozici potřebné pomůcky?	Dotaz na sestru, kontrola pomůcek		
S3	Má sestra k dispozici potřebnou dokumentaci?	Kontrola připravené dokumentace		
S4	Provádí sestra výkon ve vhodném prostředí?	Kontrola místa, kde se výkon provádí		
KRITÉRIA PROCESU				
P1	Vysvětlila sestra klientovi postup výměny sáčku?	Nechat si vysvětlit postup.		
P2	Zabezpečila sestra klientovi při výkonu soukromí?	Otázka na sestru - jak zabezpečí soukromí při výkonu?		
P3	Přistupovala sestra ke klientovi během celého výkonu taktně?	Pozorování sestry při daném výkonu		
P4	Uložila sestra klienta do správné polohy?	Otázka na sestru - Do jaké polohy si klienta před výkonem uloží?		

P5	Komunikovala sestra s klientem během výkonu a jeho edukace?	Pozorování sestry při výkonu.		
P6	Vyprázdnila a odstranila sestra podložku a sáček správně?	Pozorování sestry při výkonu.		
P7	Zhodnotila sestra urostomii a její okolí?	Pozorování sestry při výkonu		
P8	Ošetřila sestra okolí urostomie?	Pozorování sestry při výkonu		
P9	Prováděla sestra výměnu sáčku správně?	Pozorování sestry při výkonu		
P10	Zkontrolovala sestra těsnost podložky?	Kontrola podložky na klientovi		
P11	Provedla sestra záznam výkonu do dokumentace?	Otázka na sestru - Do kterých částí dokumentace udělá záznam o výkonu? Kontrola dokumentace		
KRITÉRIA VÝSLEDKU				
V1	Zvládl klient sám ošetřit urostomii?	Otázka na sestru, ale i klienta.		
V2	Edukovala sestra klienta o ošetření urostomie v domácím prostředí, klient dokáže pečovat o urostomii v domácím prostředí?	Otázka na sestru - Edukovala jste klienta o ošetření urostomie v domácím prostředí? Otázky na klienta - Poskytla Vám sestra informace o ošetření urostomie v domácím prostředí? Myslíte si, že dokážete pečovat o urostomii v domácím prostředí?		

Zdroj: vlastní