

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Edukace pacientů s kolostomií

bakalářská práce

Autor práce: Lenka Machálková

Studijní program: Ošetrovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Radka Šulistová, Ph.D.

Datum odevzdání práce: 2. 5. 2013

Abstrakt

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí a zabývá se problematikou edukace pacientů s kolostomií.

Teoretická část popisuje oblasti kolostomie a její historii a nejčastější nemoci vedoucí k založení kolostomie. Dále je zpracována oblast ošetrovatelské péče o pacienty s kolostomií a edukační proces u těchto pacientů. V teoretické části bylo naší snahou podat komplexní informace týkající se problematiky péče o pacienty s kolostomií.

Praktická část přináší výsledky z kvalitativního přístupu výzkumného šetření. K výzkumnému šetření byly stanoveny tři cíle. Hlavní cíl byl zaměřen na odkrývání jevů vztahujících se k edukačním kompetencím stomasester. Dalším cílem bylo zjistit úroveň edukačních kompetencí stomasester. Posledním cílem práce bylo zjistit, zda stomasestry účinně edukují pacienty s kolostomií. Na základě těchto cílů byly stanoveny čtyři výzkumné otázky.

K naplnění cílů byla použita výzkumná metoda – polostrukturovaný rozhovor, který byl v rámci kvalitativního přístupu nejpraktičtější. Další námi navržená parciální metoda – nezúčastněné pozorování byla zamítnuta některými subjekty výzkumného souboru. Výzkumný soubor tvořily dvě skupiny respondentů. První skupina byla zastoupena třemi registrovanými stomasestrami z Jižních Čech. Druhou tvořilo šest pacientů s kolostomií. Polostrukturovaný rozhovor vedený se stomasestrami byl zaměřen na zjišťování edukačních kompetencí a na strategie, které stomasestry používají při edukaci pacienta s kolostomií. Stejná metoda byla použita i u pacientů s kolostomií, kdy naší snahou bylo zjistit, zda jsou tyto strategie efektivní, ale především, jak vůbec práci stomasester hodnotí samotní pacienti. Pro fixaci kvalitativních výsledků byl zvolen psaný záznam. Výsledky byly následně podrobeny důkladné analýze. Použita byla metoda kódování. Pro přehlednost byly nejdůležitější výsledky zpracovány do tabulek.

Na základě výsledků výzkumného šetření bylo zjištěno, že stomasestry nedefinovaly všechny své edukační kompetence. Orientovány byly především na předoperační přípravu, pooperační péči a ve dvou případech na ambulantní péči.

Myslíme si, že je to způsobené absencí pedagogického vzdělání, které nemá žádná registrovaná stomasestra z výzkumného souboru. Dále bylo nezávisle na sobě zjištěno, že strategie, které stomasestry používají při edukaci pacientů s kolostomií, se shodují. Cíl edukace byl stanoven stomasestrami takto: Soběstačnost pacienta při ošetřování kolostomie. Shoda panovala i při definování časového rozmezí potřebného na edukaci, edukačního prostředí i edukačních pomůcek. Z rozhovorů, které byly vedeny s pacienty s kolostomií, bylo zjištěno, že strategie, které stomasestry využívají, jsou efektivní. Zajímavé výsledky byly zjištěny při hodnocení stomasester. Hodnocení pacientů samotných stomasester dopadlo na výbornou. To samé ovšem nelze říci u hodnocení ostatních sester, které se podílely na péči o tyto pacienty během hospitalizace.

Z výsledků výzkumných otázek lze stanovit následující hypotézy: První hypotéza: Definované edukační kompetence stomasester v rámci péče o pacienty s kolostomií jsou na vysoké úrovni. Druhá hypotéza: Při edukaci pacientů s kolostomií používají stomasestry strategii v souladu se zvoleným edukačním cílem. Třetí hypotéza: Používané strategie jsou efektivní. Čtvrtá hypotéza: Pacienti hodnotí práci stomasester kladně.

Výsledky práce mohou vést k doporučení pro vzdělávání sester v rámci edukace pacientů s kolostomií.

Abstract

The bachelor thesis is divided into two parts and deals with the issues of education of patients with colostomy.

The theoretical part describes the issues of colostomy and its history, colon anatomy and the most frequent diseases leading to colostomy application. The nursing care of colostomy patients and education process for these patients is also worked out there. We tried to provide complex information on nursing care of patients with colostomy in the theoretical part.

The practical part brings result from qualitative approach to research. Three goals were set for the research. The first goal focused on revealing phenomena related to educational competences of stoma nurses. The next goal was to find out the level of educational competences of stoma nurses. The last goal of the thesis was to find out whether stoma nurses educate patients with colostomy effectively. Four research questions were based on the goals.

The research method of semi-structured interview, which was the most practical for the qualitative approach, was used for achieving the goals. Another proposed partial method – disinterested observation – was rejected by some subject of the research sample. The research sample consisted of two groups of respondents. The first group consisted of three registered stoma nurses from the South Bohemian region and the second of six patients with colostomy. The semi-structured interview conducted with the nurses was aimed at educational competences and strategies used by stoma nurses for education of patients with colostomy. The same method was used for the patients with colostomy, where we tried to find out whether the strategies were effective, but particularly how patients themselves assessed the work of stoma nurses. Written record was chosen for fixation of the qualitative results and the results were subject to thorough analysis. The coding method was applied and the results were arranged into tables for higher transparency.

The results of the research have revealed that the stoma nurses did not define all their educational competences. They particularly focused on preoperative preparation, postoperative care and in two cases on outpatient care. This is in our opinion caused

by absence of pedagogical education, which none of the registered stoma nurses from the research sample had. Independent findings have shown that the strategies used by the stoma nurses for education of patients with colostomy are identical. The stoma nurses defined the education goal as follows: patient self-sufficiency in colostomy treatment. Definitions of the time necessary for education, educational environment and educational aids were in conformity as well. The interviews conducted with the patients showed that the strategies used by the nurses were effective. Interesting results followed from the assessment of stoma nurses. The assessment of the stoma nurses was excellent, but the same cannot be told about the other healthcare staff.

The following hypotheses can be suggested upon the research questions: Hypothesis one: The defined educational competences of stoma nurses within the care of patients with colostomy are at high level. Hypothesis two: Stoma nurses use a strategy of suitably chosen educational goal in education of patients with colostomy. Hypothesis three: The applied strategies are effective. Hypothesis four: Patients assess the work of stoma nurses highly positively.

The results of the thesis may lead to recommendations for education of nurses in education of patients with colostomy.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích, dne 2. 5. 2013

Lenka Machálková

Poděkování

Vážím si veškeré pomoci, která mi byla při zpracování práce poskytnuta. Velké poděkování patří především všem respondentům a trpělivé Mgr. Radce Šulistové, Ph.D.

Obsah

ÚVOD.....	9
1. SOUČASNÝ STAV.....	10
1.1 KOLOSTOMIE.....	10
1.1.1 Historie kolostomie.....	11
1.2 NEMOCI TLUSTÉHO STŘEVA.....	12
1.3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S KOLOSTOMIÍ	15
1.3.1 Pacient s kolostomií.....	15
1.3.2 Stomasestra.....	16
1.3.3 Předoperační příprava a pooperační péče o pacienta z pohledu stomasestry	18
1.3.4 Ošetrovatelský proces v břišní chirurgii	19
1.3.5 Specifika ošetrovatelské péče o pacienta s kolostomií	21
1.4 EDUKAČNÍ REALITA V PÉČI O PACIENTA S KOLOSTOMIÍ	23
1.4.1 Edukační proces u pacienta s kolostomií	24
2. CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	28
2.1 CÍLE PRÁCE	28
2.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY PRÁCE	28
3. METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	29
3.1 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	30
4. VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	33
4.1 EDUKAČNÍ KOMPETENCE STOMASESTER.....	33
4.2 NÁZORY PACIENTŮ S KOLOSTOMIÍ	37
4.3 SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ	40
5. DISKUZE	47
6. ZÁVĚR	52
7. SEZNAM LITERATURY.....	54
8. SEZNAM PŘÍLOH.....	58

Úvod

Edukace je relativně mladý pojem v ošetrovatelství, který se stal středem mého zájmu během studia. Ačkoliv by se to nemuselo zdát, edukační činnost je v práci sestry klíčová, neboť napomáhá k dosahování změn ve vědomostech a dovednostech pacientů v oblasti zdraví. Toho si lze nejvíce všimnout u pacientů s trvalými následky. K takovým pacientům řadíme i stomiky. Náš zájem byl zaměřen pouze na pacienty s kolostomií, jelikož je to nejčastější druh vývodu v ČR.

Téma stomií je již dlouhou dobu aktuální a stále diskutované téma, což vzbudilo mou pozornost. Při absolvování odborné praxe mě problematika edukace pacienta s kolostomií zaskočila. Uvědomila jsem si své nedostatky z oblasti edukace, které jsem se rozhodla doplnit, a proto, když přišel čas si vybrat téma ke zpracování bakalářské práce, mi bylo hned jasné, čeho se bude týkat.

Prací na téma stomií bylo napsáno již mnoho, ale o edukaci se zmínilo okrajově pouze pár autorů. Proto bylo naší snahou zpracováním tématu tuto mezeru vyplnit.

Cílem této práce bylo odkrýt jevy vztahující se k edukačním kompetencím stomasester a zjistit, zda stomasestry účinně edukují pacienty s kolostomií. Pro výzkumné šetření byl vybrán region Jižních Čech, ve kterém byly osloveny registrované stomasestry a pacienti s kolostomií. Empirického šetření se zúčastnilo šest pacientů a tři registrované stomasestry.

Pro získání dat kvalitativního šetření byla použita metoda polostrukturovaného rozhovoru u stomasester a následně pak i u pacientů s kolostomií. Pro větší validitu výzkumu měla být použita i metoda nezúčastněného pozorování. Od této metody muselo být odstoupeno z důvodu nesouhlasu některých subjektů výzkumného souboru. Vyhodnocení dat bylo zpracováno metodou kódování a pro přehlednost byla nejdůležitější data uspořádána do tabulek.

Zpracováním této práce došlo u mne k prohloubení vědomostí z oboru edukace a chirurgie, které doufám budu moci uplatnit i v navazujícím studiu a odborné praxi.

1. Současný stav

Oblastí zájmu v posledních letech se stává život člověka se stomií, ačkoliv to není příjemnou věcí pro sestru ani další zdravotnický personál, jak je napsáno v úryvku knihy s názvem *Stoma Care* (Burch, 2008). Sestra pacientům se stomií může svými zkušenostmi a citlivým přístupem pomoci překonat velmi těžké období.

Jak uvádí Zachová, pro každého jedince je kvalita života subjektivním pocitem. Z toho vyplývá, že závažné onemocnění s trvalými následky mění pomyslný žebříček životních hodnot (Zachová, 2010).

Pacienti, kterým byla sdělena diagnóza související se založením stomie, zažili velký šok a postupně si začali uvědomovat fakt, že dojde ke změně kvality jejich dosavadního života. Tato šoková situace může trvat různě dlouhou dobu a je první fází smutku v modelu americké psycholožky E. Kübler-Rossové, o níž bude podrobněji pojednáno v kapitole Pacient s kolostomií.

Vzhledem k výzkumnému šetření se následující statě teoretické části budou zaměřovat na problematiku kolostomie, historie stomie, nemocí tlustého střeva, ošetrovatelské péče o pacienty s kolostomií, pacientů s kolostomií, stomasestry, předoperační přípravy a pooperační péče z pohledu stomasestry, ošetrovatelského procesu v břišní chirurgii, specifik ošetrovatelské péče o pacienta s kolostomií, edukační reality v péči o pacienta s kolostomií a edukačního procesu u pacienta s kolostomií.

1.1 Kolostomie

Úvodní kapitola bude věnována definici kolostomie. Definice existuje přirozeně více. Jedna z nich je i od Zachové, která napsala, že jde o vyústění dutého orgánu na povrch těla a všeobecně se označuje jako stomie. Tento termín pochází z řeckého slova *stoma*, *stomas*, neboli ústa či vyústění (Zachová, 2010). Pojem kolostomie značí vyústění tlustého střeva a bývá nejčastějším druhem vývodu. Sdružení ILCO (dobrovolné sdružení stomiků ČR) na svých webových stránkách popisuje rozdělení stomií na tlustém střevě, na kterém rozeznáváme tři vývody, a to coecostomii, jenž je vyvedena na přechodu tenkého a tlustého střeva. Podle časového trvání je řazena mezi dočasnou stomií. Účelem bývá odlehčení zbývajících částí intestinální trubice. Dalším

vývodem je transversostomie, která je zakládána na příčném tračníku. Na esovité kličce je označován vývod jako sigmoideostomie (Lukáš, 2005). Ta, v případě odstranění svěrače, bývá trvalá. Nejčastěji bývá kolostomie vyvedena v levém podbříšku (Co je to stomie, 2012; Zachová, 2010).

Chirurgicky vyústěné střevo v břišní dutině je červené barvy o průměru asi 2-5cm. Povrch kolostomie není citlivý na bolest, neboť chybí ve sliznici nervová zakončení. Z toho důvodu je nutná opatrnost při ošetřování, jelikož se sliznice může snadno poranit a začít krváčet (Lukáš, 2005).

Z kolostomie samovolně odcházejí plyny a stolice, z toho důvodu se používají stomické sáčky na zachycování výměšků a další pomůcky jako adhezivní pasta, ochranná pasta či krém, ochranný film, čistící roztok, pohlcovač pachu, zátka, těsnící vkládací kroužky a další pomůcky pro lepší komfort. ConvaTec, Coloplast, B.Braun, Dansac, WELLAND MEDICAL, Lipoelastic, Eakin a Sabrix je 8 firem, které působí na českém trhu a nabízejí stomické pomůcky (Co je to stomie, 2012).

Jak uvádí Krška, stomické sáčky patří k pomůckám sloužícím k ošetřování kolostomií, které minimalizují negativní důsledky ztráty kontinence po operaci. Vyrábějí se v různých variantách, aby měli pacienti s různě tvarovanou kolostomií, s rozdílnými potřebami a tělesnými dispozicemi možnost zvolit si nejvhodnější stomickou pomůcku (Krška, 2011). Stomické systémy, které mohou pacienti používat, jsou děleny na jednodílné nebo dvoudílné (Lukáš, 2005). Sáčky jsou buď uzavřené, vhodné pro pacienty s tuhou stolicí, či s výpustí, které se spíše hodí pro zachycování řídké stolice (Krška, 2011).

1.1.1 Historie kolostomie

V této části bude věnována pozornost historii kolostomie. Nahlédnutím do dějin medicíny je získáno velice málo informací o kolostomiích i o jejich ošetřování. Prameny uvádějí, že chyběly vědomosti o anestezii a břišní operace byly velmi riskantním zákrokem jak pro pacienty, tak pro lékaře. První zmínka o stomii se datuje do období 350 př. n. l., kdy byl úspěšně upraven střevní vývod, jehož autorem byl Praxagoras z Kósu. V době středověku nedocházelo k výraznějšímu rozvoji chirurgie

kvůli dominantnímu postavení církve, která určovala řád tehdejší společnosti. Za zmínku stojí rok 1710, kdy francouzský chirurg Littré jako první navrhl zhotovení cékostomie u anální atřezie. Jeho myšlenku v roce 1776 zrealizoval Pillore u pacienta se stenózujícím karcinomem, kdy operovaný pacient přežil pouze 28 dní. Roku 1793 Duret jako první provedl levostrannou inguinální kolostomii u atřezie anu. Zlomové v tomto ohledu bylo užití chirurgické techniky zvané levostranná retroperitoneální lumbální kolostomie Amussantem roku 1839. Tato technika se užívala dalších 50 let a stala se standardem po celou dobu první poloviny 19.století. Problematice stomií se také intenzivně věnoval Luke, který v Anglii (1850) provedl vůbec první fixaci kolostomie a vyústění kličky sigmoidea skrze břišní stěnu (Zachová, 2010; Vorlíček, 2004).

1.2 Nemoci tlustého střeva

Jelikož kolostomie je úzce spojená s problematikou tlustého střeva, nyní bude pojednáno o nemocech, které nejčastěji vedou k založení kolostomie. V tlustém střevě, stejně jako v jiném orgánu, dochází k poruchám a nemocem, jež v této kapitole budou popsány. Veškerá onemocnění, která mohou v tlustém střevě propuknout, lze rozdělit do čtyř skupin. Zařazeny jsou zde onkologická onemocnění, zánětlivá onemocnění, dědičná onemocnění a vrozené malformace a poslední skupinou jsou náhlé příhody břišní (nemoci vedoucí ke stomii, 2012; Zachová, 2010).

První skupinou jsou rozmanitá onkologická onemocnění – nádory, jež se mohou vyčlenit na dvě základní skupiny: benigní (nezhoubné) a maligní (zhoubné). Častou hrozbou benigních nádorů je vysoká pravděpodobnost maligního zvrhnutí, nebo při výraznějším růstu dovnitř orgánu mohou ucpat lumen střeva a způsobit ileus (neprůchodnost). Léčba probíhá při polypóze nebo jiných benigních lézích tak, že je resekována postižená část střeva a následně zakládána stomie (Nemoci vedoucí ke stomii, 2012; Zachová, 2010).

Mezi nejrozšířenější zhoubné nádory je řazen kolorektální karcinom. V incidenci kolorektálního karcinomu je naše národnost na 1. místě ve světě. S věkem se zvyšuje jeho incidence, častý výskyt je v 6. dekádě života. Výrazný vliv na rozvoj onemocnění má opět životní styl. Rizikovými faktory jsou často nadbytek živočišného tuku a masa,

především červeného, nedostatek vlákniny ve stravě, pití alkoholu, nevhodná úprava pokrmů a kouření. Vliv na vznik karcinomu má i geneticky podmíněný syndrom zvaný familiární adenomatózní polypóza. Zákeřnost karcinomu spočívá v jeho dlouho skrytém a bezpříznakovém růstu. Příznaky kolorektálního karcinomu jsou slabost, anemizace, neurčitá bolest, střídání zácpy a průjmu, porucha průchodnosti střeva a krev ve stolici. Léčba je indikována chirurgická radikální, spočívající v resekci střeva. K doplnění chirurgické terapie je užívána chemoterapie (adjuvantní terapie). Prognózu má lepší karcinom tračnicku, než karcinom recta. Prognózu ovlivňuje hlavně přítomnost metastáz, velikost nádoru a jeho lokální invazivita (Valenta, 2007; Nemoci vedoucí ke stomii, 2012).

K zánětlivým onemocněním patří specifické a nespecifické střevní záněty. Specifickými záněty jsou míněny především ischemická kolitida, což je onemocnění, jehož příčinou je ischemie (nedokrevnost) tlustého střeva. Nejčastější lokalizace ischemické kolitidy je v oblasti sestupného tračnicku či esovité kličky. Nedokrevností vznikají nekrotické okrsky, které se začnou projevovat prudkou a krutou bolestí břicha, častým zvracením a průjmem. Nutností je urgentní chirurgický zákrok, kterým je provedeno odstranění nekrotických okrsků. Řešením je buď anastomóza zdravých úseků, nebo založení kolostomie. Příčiny jsou trombóza, embolie, celková porucha krevního oběhu. Dalším specifickým zánětem je infekční kolitida. Jedná se o zánět způsobený bakteriemi (rod *Shigella*, *Salmonella*, *Escherichia*), viry (enteroviry, rotaviry..), nebo parazity (Šafránková, 2006). Bakteriální záněty mohou vést ke krvácení až k nekróze střevní sliznice (viz výše). Při zánětech dochází k potlačení normální střevní mikroflóry a k infekci či přemnožení bakterií. Tyto bakterie mohou způsobit úporné záněty až nekrózy, což vede k nutnosti pacienta operovat a založit mu dočasný či trvalý vývod (nemoci vedoucí ke stomii, 2012; Šafránková, 2006).

Mezi nespecifické střevní záněty patří ulcerózní kolitida a Crohnova choroba. Ulcerózní kolitida je hemoragickokatarální či ulcerózní zánět střevní sliznice tlustého střeva. Příčiny jsou nejasné (Šafránková, 2006). Během nemoci se střídají období bez příznaků s obdobími aktivity nemoci. Ulcerózní kolitida poškozuje sliznici střeva, způsobuje zánětlivé změny, které mohou vést až ke vzniku vředů na jejím povrchu. Vše

se projevuje bolestmi břicha, častým průjmem s příměsí krve. Léčba onemocnění je dlouhá a může skončit chirurgickou terapií se založením kolostomie (Šafránková, 2006; Zachová, 2010).

Crohnova choroba patří mezi chronické zánětlivé onemocnění zažívacího traktu. Crohnova choroba nepostihuje pouze sliznici střeva, ale také hlubší vrstvy trávicí trubice. Tato choroba může zasáhnout jakoukoliv část trávicího traktu, nejčastěji ji lze nalézt v konečném úseku tenkého střeva, terminálním ileu. Projevy jsou bolest, nepříjemné vyprazdňování a průjem. V pokročilém stádiu nemoci je nutnost chirurgické léčby a založení stomie (Nemoci vedoucí ke stomii, 2012; Chronova choroba a ulcerózní kolitida, 2012).

Nemoci, které nelze ovlivnit jsou dědičná onemocnění a vrozené malformace. Nejčastější dědičnou nemocí je familiární adenomatózní polypóza. Jde o autozomálně dominantní onemocnění, jehož projevem jsou mnohačetné adenomatózní polypy ve střevě. Jedná se o genetický defekt, projevující se patologickým bujením buněk. Na podkladě tohoto onemocnění vzniká kolorektální karcinom, vyskytující se nejčastěji ve čtvrté dekádě věku na podkladě již dosti rozvinuté polypózy. Účinná léčba je zatím hlavně chirurgická, spočívající v kolektomii.

I Lynchův syndrom je autozomálně dominantně dědičný syndrom, který je spojen s rizikem vzniku kolorektálního karcinomu, ale i maligních nádorů v jiných lokalitách. Problematika vrozených malformací se týká dětí. Jedná se především o malformace jako nevyvinutí jícnu, atrezie jícnu, nevyvinutí řitního otvoru atd. V současnosti je již zvládnuta na vysoké úrovni (Nemoci vedoucí ke stomii, 2012).

Poslední skupinou onemocnění jsou náhlé příhody břišní. Mezi NPB patří: akutní apendicitida, akutní pankreatitida, akutní peritonitida, akutní kolika, mimoděložní těhotenství a další. NPB se projevují bolestí, pocitem plnosti v břiše, nevolností, špatným odchodem plynů. Pacient s touto bolestí musí být opakovaně vyšetřen chirurgem. Při určení původu a závažnosti onemocnění se přistupuje k okamžité chirurgické léčbě. Z pohledu problematiky kolostomie jsou významné NPB: ileus, ischemie střeva a perforace střeva. Léčba začíná pečlivým vyšetřením nemocného. Operace by měla být provedena co nejdříve po stanovení diagnózy. Provádí se většinou

resekce postiženého úseku střeva a následná anastomóza zdravých úseků. Pokud nelze překážku odstranit, nebo má nevhodnou lokalizaci a po jejím odstranění už nelze střevo spojit, vytvoří se vývod (Nemoci vedoucí ke stomii, 2012; Zachová, 2010).

1.3 Ošetrovatelská péče o pacienta s kolostomií

1.3.1 Pacient s kolostomií

Vzhledem k dané problematice bude pozornost nyní zaměřena na pacienta s kolostomií.

Každému nemocnému je poskytována péče již během hospitalizace, ale pacientům s trvalými následky je potřeba se věnovat dlouhodoběji. Pacient s kolostomií se musí vyrovnat se závažným onemocněním, léčbou i vnějším důkazem nemoci – kolostomií. Tato péče je specifitější, proto je zde uváděna. MUDr. Jaroslav Lúčan CSc. definoval stomika jako zdravotně postiženého občana, který má dočasně nebo trvale vyvedený dutý orgán na povrch těla. Při tomto chirurgickém zákroku dochází ke změně základních fyziologických funkcí, k neovladatelnému vyprazdňování střevního obsahu nepřirozenou cestou, což je spjaté s nutností používání stomických pomůcek. Důsledkem je výrazné zhoršení kvality života (Co je stomie, 2012).

„Stomie znamená hluboký zásah do osobnosti člověka i do jeho života. Často vede ke snížení kvality života, komplexu méněcennosti a depresi (Mikšová, 2006, s. 119)“. Pacientovi činí potíže přijmout stomii, avšak přes negativní postoj se s ní musí naučit žít (Mlýnková, 2010).

Na negativní postoje upozorňuje E. Kübler-Rossová ve svém modelu 5 fází smutku. První reakcí na zjištění život ohrožující choroby je šok. Pacient v šoku se může projevovat zmateností, nechápe, co se s ním děje, není schopen přijímat ani třídit informace. U pacienta se může šok projevit slovy „To není možné.“ nebo „To musí být omyl.“ Jedná se o prudkou reakci, která rychle odeznívá a přechází do fáze popření. V této fázi je nutné, aby sestra navázala kontakt a získala důvěru. Sestra musí pacientovi vše klidně vysvětlit a trpělivě odpovídat na jeho otázky. Po všech odpovědích a vyrovnání se s daným faktem se postupně pacient stahuje do ústraní. Chce být sám, aby se mohl se svým osudem vyrovnat (Kelnarová, 2010). Pacient s kolostomií

potřebuje podporu svých nejbližších i zdravotníků. Mlýnková tvrdí, že i při kvalitní podpoře často trpí pacient úzkostí. Nejčastějšími obavami jsou podle ní strach o život, zhoršení společenského uplatnění, ztráta přátel, obtížné hledání partnera a konec sexuálního života (Mlýnková, 2010).

To všechno jsou obávané otázky, na které nemocný potřebuje najít odpovědi, ale je také nutné nechat uplynout nějaký čas, aby si pacient na novou realitu zvykl. Sestry jsou často trpícím lidem blíže než lékaři samotní. Na jejich bedrech spočívá větší břemeno trápení nemocných, s nimiž jsou v mnohem vícečetnějším a častějším kontaktu (Munzarová, 2005). Velmi pomáhá, může-li se pacient setkat s někým, kdo již delší dobu s vývodem žije (Ondřiová, 2012).

1.3.2 Stomasestra

Nyní se bude tato stat' zabývat profesí stomasestry, na kterou jsou kladeny vysoké nároky, a která má nezastupitelnou roli v péči o pacienta s kolostomií. Jedná se o vzdělanou zdravotnickou profesionálku, jenž má velmi specifické kompetence. Fyzické ošetřování kolostomie, výměna zádržného systému, využití dalších pomůcek je pouze jedna část práce této profesionálky (Michálková, 2012). Stomasestra při nutnosti založení kolostomie je pro pacienta velkou oporou. Pro každého pacienta navrhne podle jeho individuálních požadavků vhodné stomické pomůcky a zároveň je schopna poradit a podpořit v zátěžových situacích, s nimiž se pacient setkává (Mikšová, 2006).

V medicíně existuje málo chirurgických zákroků, které jsou obklopeny takovým neporozuměním, že pouhé vyslovení indikace nutnosti kolostomie nahání pacientům strach. Aby pacient zvládl nastalou situaci, přichází k němu vyškolená specialistka, která je známa spíše pod pojmem stomasestra. Jedná se o kvalifikovanou sestru, která je vzdělaná v této problematice a získala osvědčení o specializaci (Way, 1998).

Nesmí být zapomenut fakt, že sestra svým profesionálním působením nevykonává pouze jednu roli, ale vždy jich vykonává více (Farkašová, 2006). Nezastupitelnou roli v životě pacienta s kolostomií má právě stomasestra, která zastává roli pečovatelky, edukátorky, mluvčí, důvěrnice, koordinátorky a asistentky (Zachová, 2010). Její úloha spočívá v přípravě pacienta na život s kolostomií se všemi jejími důsledky. Stomasestra

poskytuje následující služby: Předoperační výchovu, informování pacienta a jeho rodiny, bezprostřední pooperační péči o kolostomii, nacvičování s pacientem způsob používání pomůcek, péči o kůži kolem kolostomie, podávání informací o stomických klubech a časopisech, edukaci způsobu omezení zápachu, ale hlavně poskytuje dlouhodobou emoční, morální i tělesnou podporu (Way, 1998).

Nová role sester – stomasester vychází z potřeb pacientů s vývodem. Z hlediska náročnosti péče se stala stomasestra samostatnější, změnily se její kompetence a obsah práce. Její profesionální role spočívá v nedirektivní komunikaci, kdy dává odborné návody, jak dále žít s omezením, které člověka potkalo (Klevetová, 2010). Bez celoživotního vzdělávání v této problematice však nemůže takovou činnost vykonávat. Časy, kdy sestra po ukončení střední zdravotnické školy skončila s dalším odborným vzděláváním, jsou dávno pryč. Dnešní doba si žádá, aby se sestra stále rozvíjela a získávala nové poznatky (Zachová, 2010).

Dříve příprava stomasester probíhala ve specializačním kurzu složeného ze dvou týdnů teorie a jednoho týdne praxe v akreditovaných stomických poradnách. Tato příprava trvala jeden rok a byla ukončena závěrečnou zkouškou. V současné době je systém vzdělávání uveden ve Věstníku 4/2007 Ministerstva zdravotnictví ČR, který definuje rámcové vzdělávací programy specializačního vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků pro získání specializované způsobilosti. Sestry buď absolvují odborné moduly anebo specializované moduly, jejichž součástí je výuka teoretická i praktická. Další forma vzdělání je certifikovaný kurz. Úkolem tohoto kurzu je připravit všeobecnou sestru pro činnost specifické ošetrovatelské péče u pacientů s různými typy stomií v rámci předoperační, pooperační a následné péče. Od roku 2003 probíhá vzdělávání stomasester v edukačním programu pro stomické sestry. V tomto programu získávají stomasestry znalosti, učí se novým dovednostem i v oblasti psychologie, komunikace a dalších (Zachová, 2010).

1.3.3 Předoperační příprava a pooperační péče o pacienta z pohledu stomasestry

Předoperační příprava a následná pooperační péče bude tématem následující kapitoly. Nyní je pozornost zaměřena na přípravu pacienta k operaci. Příprava u plánovaného výkonu zahrnuje příjem pacienta k hospitalizaci dva dny před operací. S sebou si přináší výsledky kompletního předoperačního vyšetření (biochemické, hematologické, koagulační profil, EKG a závěr internisty – schopen výkonu v celkové anestezii), RTG srdce a plic, onkomarkery – předoperační hodnoty jsou důležitým ukazatelem v pooperační dispenzarizaci, irigografie, kolonoskopie, výsledek histologie, CT břicha a pánve, monografie jater, CT angiografie jater nebo MR jater (Zachová, 2010; Lukáš, 2005). Podle morbidity pacienta to mohou být ještě kardiologická, diabetologická, anesteziologická nebo onkologická vyšetření (Otradovcová, 2006).

První den příjmu navštíví pacienta lékař. Při příjmu vede rozhovor s pacientem o dané problematice. Lékař vysvětlí typ operace, podrobně ho informuje o výkonu a možných komplikacích, odpoví mu na dotazy a informuje také o návštěvě stomasestry (Zachová, 2010; Lukáš, 2005). Součástí rozhovoru je i podepsání informovaného souhlasu, bez nějž by operace nemohla být provedena. V případě, že pacient není schopen souhlas podepsat z důvodu bezvědomí či akutního stavu, požádá zdravotnické zařízení soud do 24 hodin o stanovení zákonného zástupce (Otradovcová, 2006).

Stomasestra se nejprve seznámí s dokumentací pacienta a následně se domluví s lékařem o poskytování stejných informací. Psychicko – edukační rozhovor a zajištění psychosociální anamnézy má hotový stomasestra s pacienty, kteří prošli dlouhodobou přípravou, stomasestra je zná a oni ji aktivně vyhledávají (Zachová, 2010). S těmi pacienty, kteří tuto možnost neměli, navazuje stomasestra kontakt až v nemocnici. Přestože je limitována časem, musí si najít prostor pro podrobný rozhovor v intimním prostředí. Tento rozhovor obsahově i časově kopíruje dlouhodobou přípravu.

Nejdůležitější úkon v předoperační přípravě, který ovlivní kvalitu pooperačního ošetřování a sebek péče, je zakreslení místa pro založení stomie a nalepení stomického sáčku (edukační pomůcka). Se zakreslením místa pro kolostomii musí pacient souhlasit. Zkušená stomasestra provádí zakreslení místa samostatně, při nejasnostech spolupracuje s lékařem. Při zakreslování je nutné, aby pacient stál, sestra si prohlédne odhalené

břicho, jizvy, kožní řasy a nerovnosti, zeptá se, kde nosí spodní prádlo a oblečení a umožní mu vyzkoušet si všechny pohybové aktivity s nalepeným sáčkem (leh, sed, předklon apod.). Pokaždé by měla zakreslit 2 varianty – kolostomii a ileostomii. Stomasestra volí individuální přístup podle psychického stavu nemocného (Otradovcová, 2006; Lukáš, 2005).

Pooperační péče obnáší denní docházení stomasestry za pacientem na JIP či ARO a podle jeho stavu provádí základní pooperační edukaci na lůžku. Donese si s sebou košíček s pomůckami a doplňkovým sortimentem všech firem, přenosné zrcadlo, informační brožurky, letáky a informační jídelníček. Zkontroluje tvar, velikost, barvu a otok kolostomie, množství a barvu sekretu. Hlavním cílem je naučit pacienta soběstačnosti při ošetřování kolostomie. Edukace je postupná a individuální. Na začátku stomasestra provádí výměnu pomůcek sama, vysvětluje postup a pacient se pouze dívá. Až to zdravotní stav dovolí, provádí výměnu pomůcek on, stomasestra mu pomáhá, radí a chválí ho. V další fázi již provádí výměnu pomůcek samostatně pacient, stomasestra ho pouze kontroluje, radí mu a stále ho chválí. Při správné edukaci se pacient stává po čase zcela soběstačným (Otradovcová, 2006).

1.3.4 Ošetrovatelský proces v břišní chirurgii

Každá sestra poskytuje péči pacientovi metodou ošetrovatelského procesu. V této kapitole bude tento proces popsán. „Snaha o zachování rovnováhy mezi technickým rozvojem a potřebami jedince vedla v ošetrovatelství k uplatnění holistického přístupu k člověku (Pavlíková, 2006, str. 14).“ Holismus pochází z řeckého slova *holos* (celý, úplný). Tento přístup vyžaduje orientaci na bio-psycho-sociální a spirituální aspekty ve zdraví i v nemoci. Moderní ošetrovatelství využívá metodu ošetrovatelského procesu, což znamená způsob, jakým sestra péči o člověka vykonává. Základními principy, které jsou výchozí myšlenkou ošetrovatelského procesu, slouží k rozpoznání potřeb lidí vyžadujících ošetrovatelskou péči (Tóthová, 2009).

Šamánková uvádí k ošetrovatelskému procesu toto: „Péče vedená formou ošetrovatelského procesu vyžaduje od poskytovatelů ošetrovatelské péče znalosti, tvůrčí přístup, přizpůsobivost, zaujetí a důvěru ve vztahu k práci a schopnosti rozpoznání té

keré potřeby. K tomu přistupuje umění vycházet s lidmi a získání technických dovedností (Šamánková, 2011, str. 12).“

Proces je chápán jako série plánovaných činností, které jsou zaměřené na dosažení stanoveného výsledku. V praxi je využíván pětifázový proces, zahrnující tyto fáze: posouzení/zhodnocení, diagnostiku, plánování, realizaci a vyhodnocení (Tóthová, 2009).

Ve fázi posouzení sestra provádí sběr informací a hodnotí zdravotní stav nemocného, přičemž se soustředí na vyhledávání patologických procesů a rizikových faktorů, které ho mohou negativně ovlivnit. Sestra v této fázi zjišťuje i silné stránky pacienta (Tóthová, 2009). K základnímu vyšetření v břišní chirurgii patří anamnéza, fyzikální vyšetření a paraklinická vyšetření-laboratorní, zobrazovací metody a speciální vyšetření (Krška, 2011). Ve fázi posouzení sestra získává informace především rozhovorem a pozorováním. U pacienta se sestra zajímá především o to, zda je pacient informován o účelu a významu kolostomie, zároveň posoudí zároveň i pacientův psychický a emoční stav. Při kontrole kolostomie sestra sleduje velikost a tvar kolostomie, stav kůže v okolí stomie, případné krvácení, množství a charakter stolice. Sestra nezapomíná ani na subjektivní pocity pacienta jako bolest nebo pálení kůže (Mikšová, 2006).

Při diagnostice sestra provádí analýzu získaných dat a stanovuje existující a potenciální problémy, které tvoří základ plánu péče. Jak uvádí Mikšová, nejčastější ošetrovatelské diagnózy podle NANDA Taxonomie II. v rámci péče o kolostomii jsou deficitní vědomosti, porušený obraz těla, situačně snížená sebeúcta a sociální izolace (Mikšová, 2006).

Ve fázi plánování vykonává sestra čtyři základní kroky. Určuje priority, stanovuje cíle a očekávané výsledky, určuje činnosti, které jsou potřebné k dosažení stanovených cílů, a konečným krokem zaznamenává plán péče, který zároveň individualizuje. Takový plán péče vypadá následovně. Sestra stanoví ošetrovatelskou diagnózu: Sociální izolace v souvislosti se špatnou péčí o kolostomii. Cíle, které si sestra určí budou dva. Cíl č. 1 Pacient se účastní společenského života. A cíl č. 2 Pacient bezpečně používá stomické pomůcky. Po stanovení cílů se navrhuje plán péče, který obsahuje tyto

intervence: Zjistí informace o společenském životě pacienta po operaci, zajistí kontakt se stomasestrou, podporuj a povzbuzuj pacienta v péči o kolostomii (Mikšová, 2006).

Během realizace dochází k plnění plánu péče a k zaznamenávání informací do ošetrovatelské dokumentace.

V posledním kroku ošetrovatelského procesu se hodnotí, zda došlo k dosažení stanovených cílů. V tomto kroku sestra posoudí reakce pacienta na ošetrovatelské zásahy a tyto reakce porovná se stanovenými normami, respektive s výslednými kritérii. Pokud cíle budou splněny, dojde k ukončení ošetrovatelského procesu, v případě nesplnění nebo jen částečného splnění cílů dochází k revizi plánu péče (Tóthová, 2009).

1.3.5 Specifika ošetrovatelské péče o pacienta s kolostomií

Pooperační péče spočívá v bezprostředním převozu z operačního sálu na JIP, kde sestra sleduje celkový stav pacienta a jeho fyziologické funkce. Dle ordinace lékaře kontroluje operační ránu. Ta je tři dny sterilně krytá. Až třetí den po operaci je prováděn převaz rány již bez krytí. Sestra, popřípadě stomasestra, kontroluje kolostomii a funkčnost stomických pomůcek. Ačkoli je v prvních dnech po operaci příjem nahrazen parenterální cestou, musí sestra i tak pečovat o dutinu ústní. Po obnovení peristaltiky se postupně pacient zatěžuje enterální stravou. Pacient, jenž jde na břišní operaci, má zavedenou žaludeční sondu. O tuto sondu se sestra také stará, kontroluje její funkčnost a třetí den po operaci dle ordinace lékaře sondu odstraní. Další specifická péče na JIP obnáší kontrolu drénu, provádění dechového cvičení a pooperační rehabilitaci. Sestra podává antikoagulační léčbu a profylaktickou aplikaci antibiotik (Slezáková, 2010).

Na standardní oddělení jsou překládáni z JIP pouze stabilizovaní pacienti. Hlavním úkolem sestry po překlada je rehabilitace a aktivizace pacienta. Sestra, nebo stomasestra hned v prvních dnech pacienta edukují o kolostomii. Edukace se týká tématu: Co je to kolostomie, stomické pomůcky, ošetrování kolostomie, rady jak žít s kolostomií, dietní a pitní režim, rozsah pomoci, limity pojišťoven a další (Slezáková, 2010).

Spolupráce se stomasestrou nemocným psychicky velmi pomáhá. Nemocní bývají v bezprostředním ohrožení života, dozvídají se nepříznivou diagnózu, podstupují složité terapeutické zákroky, musejí se adaptovat v cizím prostředí, setkávají se s nemocnými

spolupacienty a jejich osudy. Způsob, jakým se pacient vyrovnává s hendicapem kolostomie, ovlivňuje typ premorbidní osobnosti, způsob řešení zátěžových situací, předchozí zkušenost s nemocí, vztahy v rodině a další. Náhle se mění postavení nemocného v rodině, stává se závislým na pomoci druhých. To může vést ke složitým situacím. Člověk si v běžném životě neumí občas poradit, ani požádat o pomoc či nalézt spřízněnou osobu. O to složitější je to v nemocnici, pokud vážně onemocní a je odkázán na pomoc zdravotníků (Drlíková, 2012).

Jak Drlíková píše, spřízněnou osobou v tomto období je pro pacienta s kolostomií stomasestra, která je mu oporou, umí odpovědět na otázky, poradit kam se obrátit či u koho hledat pomoc. Stává se, že pacient neukáže kolostomii ani blízkým, pouze stomasestru si pouští do své intimní zóny. Stomasestra bývá blízkou osobou, někdy jediným rádcem a důvěrníkem pacientova tajemství. Rozhodnutí o tom, komu říct nebo neříct o kolostomii, záleží jen na pacientovi. Někteří se s ní netají, stali se členy klubu stomiků a ochotně pomáhají nově operovaným pacientům. Jiní zase berou kolostomii jako tajemství, o kterém nevědí ani nejbližší (Drlíková, 2012).

Hlavním úkolem stomasestry v péči o pacienta s kolostomií je připravit pacienta na život s kolostomií, a to se všemi jejími důsledky. Stomasestra získává pacienta ke spolupráci, seznamuje ho s kolostomií, školí pacienta v ošetřování kolostomie a hlavně poskytuje pacientovi s kolostomií dlouhodobou psychickou podporu. Po ukončení hospitalizace je péče o pacienta přesunuta do ambulance stomické poradny. Stomasestra při každé návštěvě kontroluje tvar, barvu, velikost, průchodnost a okolí kolostomie. Zhodnotí i aktuální stav kolostomie.

Při poradenství v oblasti sociální podpory informuje stomasestra pacienty s kolostomií o existenci a činnosti klubů stomiků (Stomasestra v životě stomického pacienta, 2012). Kluby stomiků působí jako psychická pomoc pro pacienty s vývodem. Pacienti se zde setkávají s lidmi, kteří mají stejné problémy a mohou si tak navzájem pomoci. První impuls k založení celostátního sdružení stomiků se objevil od doc. MUDr. Tomáše Stričky, který sbíral jako specializovaný koloproktolog zkušenosti s péčí o stomiky v zahraničí. V prosinci, roku 1992 výbor členů brněnských klubů stomiků sepsal stanovy a vzniklo České ILCO. Jedná se o dobrovolné sdružení stomiků

v ČR, zaregistrované jako samostatný právní subjekt s humanitárním zaměřením se sídlem v Brně. Na podzim roku 2012, dne 2. října, kdy byl vyhlášen světový den stomiků oslavilo České ILCO 20. výročí svého založení. Úkol sdružení spočívá v péči o specifické potřeby stomiků, obhajobě jejich zájmů s cílem zajistit jim rovnoprávné postavení ve společnosti, dále jejich zdravotní a sociální rehabilitace a znovu začlenění do společnosti. Nabízené služby jsou bezplatné a s jejich heslem „*podat pomocnou ruku*“ jsou stomikům poskytnuty rady a informace o problémech života se stomií. Při přednáškách odborníků a prezentacích firem se dále dozvědí o dostupných pomůckách, na společenských akcích se mohou setkat s ostatními stomiky, lze i využít možnosti rekondičních pobytů, odebírání ILCO zpravodaje a v neposlední řadě kontakty na kluby stomiků, stomasestry a distributory stomických pomůcek. ILCO vzniklo hlavně proto, aby stomici měli organizaci, která může jejich zájmy kvalifikovaně zastupovat při jednání se státními orgány. K tomu ještě vytvořilo podmínky pro zapojení České republiky do celosvětové asociace stomiků – IOA, která funguje již více než 30 let a sdružuje 87 zemí. K přijetí Českého ILCO došlo na 8. světovém kongresu IOA, konaného v australském Adelaide v dubnu 1994 (České ilco, 2012).

1.4 Edukační realita v péči o pacienta s kolostomií

Kapitola edukační realita bude věnována základním pojmům z pedagogiky, jejichž pochopení je žádoucí proto, aby byla edukace správně prováděna se všemi prvky, které do edukace patří.

Průcha se na edukaci dívá z širšího pohledu, proto byly vybrány jeho definice. Prvním pojmem je edukační realita, kdy se jedná o kterýkoliv úsek objektivní reality, v němž probíhají určité edukační procesy, které se uskutečňují v konkrétních podmínkách. Součástí edukační reality jsou edukační prostředí, edukační proces a edukační konstrukty.

Průcha charakterizuje edukační prostředí jako soubor mnoha různorodých podmínek, v nichž se vyskytují subjekty při realizaci edukačních procesů.

Edukační procesy (edukace) jsou jakékoliv činnosti lidí, při kterých se určitý subjekt učí a jiný subjekt mu toto učení zprostředkovává, neboli vyučuje. Podrobněji se tomuto termínu bude věnovat následující kapitola.

Pojmem edukační konstrukty označuje Průcha souhrnný termín pro všechny teorie, modely, plány, metodiky, zákony, předpisy a další výtvořiny, které nějakým způsobem určují nebo ovlivňují edukační procesy (Průcha, 2002; Průcha 2012).

Aby mohlo být hovořeno o edukační realitě v ošetrovatelství, musí se předávaná informace ze strany sestry k edukovanému pacientovi přeměnit ve vědomost či dovednost v součinnosti s učením. Pod pojmem učení si lze představit celoživotní dynamický proces, kterým se jedinec seznamuje s novými znalostmi a dovednostmi, mění svoje myšlenky, pocity, postoje i své činy (Šulistová, Trešlová, 2012).

Toho lze dosáhnout užitím vhodných edukačních strategií. Edukační strategie představují výběr výukových aktivit, metod prezentace obsahu a uspořádání obsahu. Její výběr může pozitivně či negativně ovlivnit edukační proces, a to ve smyslu kvality nebo efektivity (Šulistová, Trešlová, 2012). Vhodná edukační strategie, užitá v edukaci pacienta s kolostomií, navozuje atmosféru důvěry, jistoty, posilování sebevědomí a samostatnosti.

Jednou z hlavních funkcí edukačních metod je řídit edukaci. Jelikož edukačních metod a jejich klasifikací je nespočet, byla vybrána pouze jedna klasifikace metod výuky, a to klasifikace podle Maňáka a Švece, kterými byla rozdělena na kategorie klasických výukových metod, do nichž spadají metody slovní, názorně demonstrační a dovednostně praktické. Do druhé kategorie patří aktivizující výukové metody a poslední kategorií jsou komplexní výukové metody (Maňák, Švec, 2003).

1.4.1 Edukační proces u pacienta s kolostomií

Péče o pacienty s nutností derivovat obsah střeva je dnes neodmyslitelně spjata s pojmem edukace. Edukační činnost je základní pracovní náplní stomasestry. Jak již bylo výše zmíněno, pojem edukační proces (edukace) je jakákoliv činnost, při které se jedinec, v našem případě pacient s kolostomií, učí a stomasestra mu učení zprostředkovává. Cílem je u pacienta vyvolat změnu znalostí, postojů a dovedností. Aby

tento cíl stomasestra splnila, provádí specifické činnosti, které vedou pacienta s kolostomií k soběstačnosti v nových a pro něho nezvyklých situacích. Zachová se domnívá, že k tomu, aby mohla stomasestra efektivně využívat čas s pacientem, musí mít jasnou představu o tom, co edukace je, co je její součástí i co jí ovlivňuje. Pokud není schopna si tento rámec uvědomit, ztrácí možnost dalšího vývoje a zlepšování své práce (Zachová, 2010). K tomu, aby mohla stomasestra vykonávat roli edukátorky, je nutné, aby měla potřebné znalosti z oblasti medicíny a ošetrovatelství na vysoké úrovni. V praxi se totiž často setkává s pacienty, kteří si nastudují informace o svém onemocnění a léčbě na internetových stránkách, a sestra, která by měla znalostní deficit, ztrácí u takového pacienta kredit (Svěráková, 2012).

Edukaci lze tedy obecně vnímat jako vzdělávání, k němuž dochází v situacích za účasti lidských subjektů, v nichž probíhá určitý edukační proces. Bastable definuje edukační proces takto: „Edukační proces je systematický, postupný, logický, na vědě postavený, plánovaný postup činností obsahující dvě hlavní operace – vyučování a učení. V tomto cyklu působí učitel a učící se osoba. Vzájemně vykonávají vyučovací a učební aktivity, které vedou k žádaným změnám v chování (Bastable, 2008, str. 11)“. Edukaci nelze považovat za jednorázovou akci, pouhé předání informací, jelikož se jedná o proces zaměřený na přijetí změny a její pochopení. K tomuto procesu je potřeba nejen čas, ale také působení didaktických metod a přístupu. Při edukačním procesu dochází jak ke změnám bezprostředním, tak i k dlouhodobým efektům. To je uskutečnitelné v případě, že stomasestra jako edukátorka vede edukaci profesionálně tak, aby došlo k aktivní participaci. Moderní pedagogika používá termín koučování, kdy stomasestra edukátorka neošetřuje pacienta, ale učí ho, jak se může ošetřit sám. Samostatnost a nezávislost na okolí je totiž pro pacienty základní prioritou (Michálková, 2012).

Jak uvádí Šulistová, edukační proces je velmi často porovnáván s ošetrovatelským procesem. Jednotlivé fáze obou procesů běží sice paralelně, ale mají rozdílné cíle a účel. Rozdíly lze nalézt v tom, že ošetrovatelský proces je zaměřen na plánování a realizaci péče založené na zhodnocení a diagnostice fyzických a psychosociálních potřeb pacienta. Na straně druhé je edukační proces, který je zaměřen na plánování a realizaci

vyučování založeného na zhodnocení pacienta a určení priorit pacientových učebních potřeb a připravenosti se učit. Očekávaných výsledků ošetřovatelského procesu je dosaženo, pokud jsou uspokojeny fyzické a psychosociální potřeby pacienta. Očekávaných výsledků edukačního procesu je dosaženo tehdy, když se objeví změny znalostí, postojů a dovedností (Šulistová, Trešlová, 2012).

U edukačního procesu je v první fázi zjišťováno, koho a proč je potřeba edukovat. V našem případě je subjektem pacient s kolostomií a důvodem edukace bude snaha vyvolat změny ve vědomostech, dovednostech a v postojích pacienta při péči o kolostomii. V této fázi stomasestra provádí pedagogickou diagnostiku, určuje priority pacientových učebních potřeb, připravenosti se učit a výběr vhodných učebních stylů. K završení této fáze je nezbytný kontakt s pacientem, aby ho poznala a porozuměla mu. Zjistí, v jaké životní a zdravotní situaci se pacient nachází, jaká je jeho mentální úroveň a jaké má psychomotorické schopnosti. Údaje o pacientovi získává stomasestra metodou rozhovoru, pozorováním, fyzikálním vyšetřením a rovněž z dokumentace. Důležitá je u pacienta s kolostomií motivace, která vyučujícímu, tedy stomasestře, usnadní či zkomplikuje edukační snahu. Zde hraje důležitou roli sledování postoje jedince k sobě samému, ke svému onemocnění i k životu. Na základě daných faktů lze vybrat a určit cíl edukace, didaktické metody a pomůcky. Zhodnocení dovoluje stomasestře zprostředkovat edukační proces za pomoci zkušeností z prostředí, jenž umožňuje učícímu se pacientovi s kolostomií nalézt důvod, vůli a nejvhodnější přístup k učení. Ideální stav je takový, kdy potřeba učit se vychází z vnitřní motivace pacienta (Kuberová, 2010).

V druhé fázi edukačního procesu se stanovuje edukační diagnóza, která vymezuje problémy a potřeby pacienta, jejich příčiny a faktory, jež ovlivňují a podmiňují tyto problémy, včetně přesné charakteristiky. Při edukaci v ošetřovatelství mají přednost spíše cíle afektivní před kognitivními (Kuberová, 2010). Zde je uveden příklad stanovení edukační diagnózy a cílů: Deficit vědomostí v souvislosti s ošetřováním kolostomie, projevující se kladením otázek. Cíle afektivní zahrnují: Pacient projevuje zájem o ošetřování kolostomie; pacient se zapojuje do edukačního procesu; pacient verbalizuje spokojenost s nabytými vědomostmi a dovednostmi. Stanovení kognitivních

cílů: Pacient dokáže vyjmenovat potřebné pomůcky k ošetřování kolostomie; pacient objasní význam čištění kůže kolem kolostomie; pacient popíše komplikace, které mohou nastat při nedodržování hygieny o kolostomii. Stanovené psychomotorické cíle: Pacient demonstruje správný způsob ošetřování kolostomie; pacient si okolí kolostomie ošetřuje sám; pacient uplatňuje hygienické zásady (Ozoganyová, 2012).

Ve fázi realizace dochází k působení vybraných metod a pomůcek na proces osvojování znalostí, dovedností a postojů pacienta. Při realizaci sestra sleduje a hodnotí, jak pacient v učení postupuje, chápe a vybavuje si předané informace, zda se neobjevují problémy a neočekávané překážky v psychomotorické části a také vyhodnocuje reakce pacienta na probíhající edukaci tak, aby pacienta posilovala a motivovala v případech neúspěšného postupu či selhávání v dosahování cílů (Kuberová, 2010).

V poslední fázi edukačního procesu dochází k hodnocení dosažených výsledků jak samotným pacientem, tak sestrou. K tomuto účelu je vhodné použít reflexi a zpětnou vazbu. Sebereflexe má motivační význam a hodnocení pomáhá zjistit efektivitu edukačního působení.

Především vzdělávání je proces, jenž pomáhá lidem se učit chování zaměřenému na zdraví, které může být začleněno do každodenního života, s cílem získat optimální zdraví a nezávislou sebekéči (Šulistová, Trešlová, 2012). Pacient s kolostomií, kterému se vlivem onemocnění změnila podmínka života, se musí naučit ve změněných podmínkách žít. Tyto nové stereotypy pomáhá pacientovi s kolostomií vybudovat práce stomasestry. (Svěráková, 2012).

V teoretické části bylo naší snahou podat komplexní informace o problematice péče o pacienty s kolostomií.

2. Cíle práce a výzkumné otázky

V následující kapitole najdeme stanovené cíle a výzkumné otázky práce. Další kapitola bude věnována metodologii celého výzkumného šetření a charakteristice výzkumného souboru.

2.1 Cíle práce

Hlavní cíl práce byl zaměřen na odkrývání jevů vztahujících se k edukačním kompetencím stomasester týkajících se edukace pacientů s kolostomií. Dalším naším cílem bylo zjistit, zda stomasestry účinně edukují pacienty s kolostomií. Z praktického hlediska se získané poznatky mohou použít jako návrh ke zlepšení poskytování ošetrovatelské péče o tyto pacienty.

2.2 Výzkumné otázky práce

Vzhledem k cílům práce byly položeny tyto výzkumné otázky:

Hlavní výzkumná otázka:

- Jaká je úroveň edukačních kompetencí stomasester v rámci péče o pacienta s kolostomií?

Podotázky:

- Jaké edukační strategie stomasestry používají při edukaci?
- Nakolik jsou tyto edukační strategie efektivní?
- Jak hodnotí pacienti s kolostomií práci stomasester?

3. Metodologie výzkumného šetření

Vzhledem k cílům práce byl pro empirickou část zvolen kvalitativní přístup. Jako hlavní výzkumná metoda byl použit polostrukturovaný rozhovor. Pro posílení validity bylo v plánu použít ještě další parciální metodu – nezúčastněné pozorování stomasester a jejich pacientů s kolostomií při edukaci. Od této metody bylo odstoupeno z důvodu nesouhlasu některých subjektů výzkumného vzorku. I tak si myslíme, že předložené výsledky budou validní a zajímavé. Pro fixaci kvalitativních výsledků byl zvolen psaný záznam. Veškeré získané údaje od výzkumného vzorku byly podrobeny důkladné analýze.

Charakteristika polostrukturovaného rozhovoru

Jak Hendl uvádí, rozhovor má tu výhodu, že lze zaznamenat i to, co bylo (Hendl, 2005). Polostrukturovaný rozhovor (interview) byl výhodný, neboť řeší nevýhody plně strukturovaného a nestrukturovaného rozhovoru. V rámci rozhovoru bylo připravené tzv. jádro, okruhy otázek, jejichž pořadí je možné měnit, a celé schéma rozhovoru je možné obohatit o doplňující otázky (Miovský, 2006). Této možnosti bylo využito během hovoru s cílem prohloubit odpovědi respondentů. Úplné znění otázek nebylo možné stanovit předem, neboť vycházely z reakcí na průběh rozhovoru.

Operacionalizací výzkumných otázek byla získána základní osnova pro otázky do jednotlivých rozhovorů. Strukturu rozhovoru se stomasestrami a strukturu rozhovoru s pacienty s kolostomií naleznete v Příloze 1.

Rozhovory se stomasestrami a s pacienty s kolostomií byly vedeny odděleně. Důvodem byla možnost stomasester doplňovat odpovědi pacientů. Informace získané od každého zvlášť se nám zdají věrohodnější a hodnotnější.

Všechny rozhovory se stomasestrami probíhaly v pracovních prostorách respondentek – tedy v jejich konzultačních místnostech. Vždy se jednalo o klidné a pro respondentku známé prostředí. Délka trvání rozhovoru byla v rozmezí 20-30 minut. Na začátku každého setkání byla nastíněna struktura rozhovoru (úvod, hlavní téma a shrnutí), byl získán ústní souhlas s rozhovorem a připomenut byl i princip anonymity. Úvodní otázka týkající se délky praxe měla interview zvolna zahájit. Profese nám byla

předem známá (proto jsme také respondentky oslovily). Respondentky byly vyzvány, aby stručně přiblížily svou práci. Cílem bylo získat určité základní údaje o respondentkách a ozřejmit tak kontext, ve kterém pracují, přemýšlejí a uvažují. Následující otázky se již zaměřovaly na edukační kompetence a edukaci. Struktura rozhovoru obsahovala osm otázek, ze kterých jsme se snažili získat celkovou představu o edukačních kompetencích stomasestry.

Na závěr rozhovoru měly respondentky shrnout, s jakými nejčastějšími problémy se při edukační realitě setkávají.

Aby byla možnost se přesvědčit o validitě odpovědí stomasester, byly informace ze získaných odpovědí použity jako podklady na otázky pro pacienty.

Rozhovory s pacienty s kolostomií – Rozhovory probíhaly ve třech případech osobně, v domácím prostředí respondentů a ve třech případech telefonicky, a to z důvodu přání respondentů, neboť chtěli zůstat zcela anonymní. Délka trvání rozhovorů byla v průměru 1,5 hodiny. I tyto rozhovory probíhaly na principu anonymity.

Kontaktování byli vždy dva pacienti od každé stomasestry a bylo jim kladeno šest připravených otázek, které použitím polostrukturovaného rozhovoru bylo možné rozšířit o doplňující otázky tak, aby byly získány i jejich názory a připomínky. Respondentům byl poskytnut dostatek prostoru, ponecháván čas na přemýšlení a prostor pro vyprávění i o jiných tématech.

3.1 Charakteristika výzkumného souboru

Miovský píše, že metoda výběru výzkumného vzorku, při aplikaci kvalitativního přístupu, není většinou předem pevně dána, ale mění se v průběhu výzkumu (Miovský, 2006). Stejně tomu bylo i u našeho výzkumného šetření. Pro výběr respondentů – registrované stomasestry pro Jihočeský region, byla použita technika totálního výběru z důvodu malého počtu prvků základního souboru. E-mailem či telefonicky byl požádán celý výzkumný vzorek o účast na výzkumném šetření. S poskytnutím rozhovoru byla kladná odezva u třech z nich. Výběr respondentů – pacientů s kolostomií byl náhodný. Vybráni byli dva pacienti z poskytnutých kontaktů od stomasester.

K získání dat byly tedy využity dvě skupiny respondentů, tři stomasestry a šest pacientů s kolostomií. Rozhovory byly realizovány vždy osobně, na pracovištích, nebo v domácím prostředí. Sběr dat byl realizován od února do března 2013. Všichni respondenti byli z regionu Jižní Čechy a budou ve výsledcích práce označováni následovně:

Tabulka 1 Identifikace respondentek – stomasestry

Identifikace respondentek - stomasester			
respondentka	označení	délka praxe v oboru	pedagogické vzdělání
stomasestra 1	S1	více jak 10 let	nemá
stomasestra 2	S2	více jak 5 let	nemá
stomasestra 3	S3	více jak 5 let	nemá

Tabulka 1 znázorňuje identifikaci respondentek - stomasester. Stomasestra 1 bude ve výsledcích označována jako S1. Její délka praxe v oboru činí více jak 10 let. Pedagogické vzdělání nemá. Stomasestra 2 bude ve výsledcích označována jako S2. Délka její praxe činí více jak 5 let. Ani stomasestra 2 nemá pedagogické vzdělání. Stomasestra 3 bude označována ve výsledcích jako S3. Více jak 5 let pracuje v oboru, stejně jako S1 a S2 nemá pedagogické vzdělání.

Tabulka 2 Identifikace respondentů – pacienti s kolostomií

Identifikace respondentů - pacienti s kolostomií			
respondent	označení	délka života s kolostomií	důvod založení
pacient S 1	P 1/1	7 let	Akutní případ
pacient S 1	P 1/2	7 let	Ca recta
pacient S 2	P 2/1	5 let	Ca recta
pacient S 2	P 2/2	4 roky	Ca recta
pacient S 3	P 3/1	1,5 roku	Ca recta
pacient S 3	P 3/2	3,5 roku	Akutní případ

Tabulka 2 znázorňuje identifikaci respondentů – pacientů s kolostomií. První pacient stomasestry 1 bude ve výsledcích označován jako P 1/1. S kolostomií žije 7 let. Důvodem založení byl akutní případ. Druhý pacient stomasestry 1 bude ve výsledcích

označován jako P 1/2. Délka života se stomií činí 7 let. Důvodem založení byl ca recta. První pacient stomasestry 2 bude ve výsledcích označován jako P 2/1. S kolostomií žije 5 let a důvodem založení byl ca recta. Druhý pacient stomasestry 2 bude ve výsledcích označován jako P 2/2. Délka života se stomií činí 4 roky. Důvodem založení byl ca recta. První pacient stomasestry 3 bude ve výsledcích označován jako P 3/1. S kolostomií žije 1,5 roku. Důvodem založení byl ca recta. Druhý pacient stomasestry 3 bude ve výsledcích označován jako P 3/2. Délka života se stomií činí 3,5 roku. Důvodem založení byl akutní případ.

4. Výsledky výzkumného šetření

Následující kapitola bude členěna na tři hlavní části, a to rozhovory se stomasestrami, rozhovory s pacienty s kolostomií a shrnutí výsledků empirického šetření.

4.1 Edukační kompetence stomasester

Pouze 3 ze 4 rozhovorů byly uskutečněny a informace, které byly získány, se rozdělily do 10 kategorií, v kterých budeme identifikovat edukační kompetence a strategie sester. **1. kategorie** je zaměřena na **edukační kompetence** sester. V rozhovorech se ukázalo, že zde panuje mezi sestrami shoda. Jedna sestra uvádí, že její edukační kompetence se skládají z předoperační přípravy: „*Vedu s pacientem rozhovor, v kterém mu vysvětlím, co to stomie je, a ukážu mu stomický sáček, ukážu mu, jak se připevňuje.*“ (S1) Dále mezi své kompetence uvedla pooperační péči: „*Začínáme s pacientem na JIP, kam za ním každý den docházím, povídám mu o péči o kolostomii a zároveň mu to i ukazuju, aby se mu to zažívalo.*“ (S1) O stejných kompetencích hovoří i druhá stomasestra: „*Označuji místo stomie ve spolupráci s lékařem, dále moje kompetence zahrnují předoperační přípravu a pooperační péči, při které zaškoluji pacienta nebo jeho rodinu.*“ (S2) Nejpodrobnější popis kompetencí byl získán od třetí stomasestry (S3), která říká: „*V předoperační přípravě seznamuji pacienta se stomií, jelikož si to většinou ani neumí představit, mám s sebou plastový model, na kterém vše vysvětluji a ukazuji. V této fázi poučuji i o ošetřování stomie, seznamuji pacienta s dalšími pomůckami, které bude potřebovat, velmi zdůrazňuji hygienu a nesmím zapomenout na informace ohledně dalšího života. Spousta lidí si myslí, že je to konec společenského i osobního života...*“ Z rozhovoru dále vyplynulo, že sestry dbají na své kompetence: „*...v první fázi lékař oznámí diagnózu, že dotyčný bude mít stomii, a pak přijdu na řadu já. Představím se, dám mu taštičku s pomůckami a informuji ho o stomii.*“ (S2) „*Dávám si pozor na informace, podávám mu pouze informace o stomii, o diagnóze ho musí informovat lékař.*“ (S1)

Kategorie č. 2 je o **vzdělávání** stomasester. „Každé 3 měsíce jsou inovace, jako například nové čisticí roztoky pro stomiky, takže stále se vzdělávám.“ (S1) Na otázku, zda mají jako stomasestry pedagogické vzdělání se nám dostalo odpovědi: „Nemám“ (S2, S3) a odpovědi (S1): „Nemám, ale mám 99% úspěšnost v edukaci. Je to dané mými zkušenostmi, které jsem za ty léta nasbírala.“

Jelikož se v průběhu celého rozhovoru objevoval termín **komunikace**, byl zařazen do **kategorie č.3**. Například (S1) hovořila: „...já povídám a pokud pacient chce, tak se ptá..“, nebo „...povídám mu o péči o kolostomii..“ (S2) zdůrazňuje: „S pacientem si povídám a podporuji ho, vysvětluji mu, že založením stomie život nekončí.“

Zajímavé zjištění pro nás byl fakt, že stomasestře (S1) chybí při práci zpětná vazba. Z toho důvodu (možná i z jiných) se začala věnovat další práci a to hojení ran. Při rozhovoru s (S2) i (S3) vyplynula stejná fakta. Ani u jedné stomasestry není hlavní pracovní náplní péče o pacienty s vývodem.

Při edukaci je důležité stanovit si **cíl** – **kategorie č. 4**. Dle odborné literatury, se stanovují cíle afektivní, kognitivní a psychomotorické. (S3) upozornila na cíl psychomotorický, kdy uvedla: „Cílem je, aby se pacient naučil ošetřovat stomii.“ V zápětí byl řečen i cíl kognitivní. „Nejvíce se soustředím na hygienické postupy, kdy vysvětluji pacientovi, jak je tato péče důležitá, protože by mohlo dojít k poškození kůže v okolí stomie.. Tím je spousta práce kolem péče ušetřeno, proto opakuji, že mou prioritou je hygiena.“

Stomasestra (S2) uvedla pouze cíl psychomotorický, u kterého prohlásila: „Dokud mi neukážou, že umí s pomůckami, tak nejdou domů!“ Z dalšího hovoru je zřejmé, že pokud se jedná o pacienta staršího, kterému ošetřování stomie a celková sebepéče již dělá problémy, zaučuje se jeho rodina a pacient domů může.

„Mým cílem je, aby odcházeli soběstační.“ (S1) Dále nám popsala, s čím se setkala v Praze: „...kde jsem byla na školení, že jim tam dávali domácí úkoly, ale já osobně si myslím, že to není dobře, spíše než aby to bylo užitečné, je to ještě více pro pacienta stresující. Museli odříkávat to, co se naučili, což je špatně.“

Tímto se přesouváme od kompetencí ke strategiím, což byla naše další výzkumná otázka. Dotazy směřovaly jak na edukační metody, tak i na edukační prostředky a pomůcky.

Edukační metoda, kategorie č. 5, kterou stomasestra při své edukační činnosti užije, ovlivňuje celý edukační proces u pacienta s kolostomií. Nejčastěji je v rozhovorech zmiňovaná metoda slovní. „*Povídám mu o stomii a o péči.*“ (S2) „*Já povídám a pokud pacient chce, tak se ptá.*“ (S1) „*Hovořím především o hygieně.*“ (S3)

Metoda tištěná či psaná je používána při informování pacienta o stomii formou informačních brožur, časopisů nebo webových stránek. „*...dala jsem jim brožury.*“ (S3) Negativně se k předávání informací pomocí webových stránek vyjádřila (S1), která uvedla: „*Další věc, která dělá problémy je internet. Nechci tvrdit, že je to špatný zdroj informací, ale dočtou se tam o věcech, které pak po mně vyžadují, a těžko jim pak vysvětlují, že oni to nepotřebují.*“

Tyto slovní metody lze dělit na monologické, které můžeme charakterizovat jako výklad, popis a vysvětlování. „*Na plastovém modelu popisuji.*“ (S3), nebo dialogické, kam řadíme rozhovor. Tato metoda je velmi účinná, protože je možné ji použít kdykoli. Vhodně formulovaná slova dovedou pacienta povzbudit při zvládnání jeho onemocnění, proto by měla stomasestra dbát na to, aby se vyjadřovala spisovně, srozumitelně, vyvarovala se odborných výrazů, udržovala vizuální kontakt, důležitá slova zdůrazňovala přiměřenou gestikulací a zřetelně artikulovala.

Důležitá metoda při edukaci pacienta s kolostomií je metoda názorná. To potvrdila (S3), když uvedla, že demonstruje při prvním setkání na plastovém modelu, protože si to pacient zpočátku neumí představit. Metoda praktická vyžaduje již aktivní činnost pacienta. S touto metodou se začíná až v době, kdy je pacient připraven po stránce fyzické a psychické. Metoda praktická zahrnuje praktické ošetřování stomie samotným pacientem. „*...vysvětlují, prakticky ukazují jak o stomii pečovat a čekám, až pacient se bude cítit na to, aby se mnou začal spolupracovat. Zde už přecházíme z teorie k praxi.*“ (S1)

V **kategorii č. 6** je zahrnuto **edukační prostředí**, v kterém stomasestry své pacienty edukují. „*Vždy musí být soukromí. Při edukaci jsem jen já a on.*“ (S2)

„Užívám místnost, kde máme soukromí a klid.“ (S3) „Tady jak sedíme, tak si sem zvu pacienty, mám tu po ruce rovnou i pomůcky...máme tu klid, soukromí a dostatek času na rozhovor.“ (S1)

Edukační pomůcky pomáhají a usnadňují sestřám edukaci, proto je uvádíme v **kategorii č. 7**. Počínaje pomůckami k ošetřování kolostomie: „Mám tu sortiment pomůcek od 5 firem.“ (S2) či „...mám tu připravený sortiment stomických sáčků..“ (S1), přes demonstrační pomůcky: „Na plastovém modelu mu vysvětlím a popíšu stomii.“ (S3), až po brožurky a časopisy: „...předám mu brožury, informuji o časopisech.“ (S1) „Dala jsem jim brožury.“ (S3)

V teorii byl zmiňován čas, jenž je důležitý pro pacienty, aby se vyrovnali s danou situací, proto byl do rozhovoru a **kategorii č. 8** zařazeno **časové rozmezí**. Zajímalo nás, jaké časové rozmezí si sestry na první rozhovor vymezí, „...většinou to trvá hodinu, ale je to hodně individuální.“ (S3) „Opět říkám, je to hodně individuální, ale většinou se pohybujeme 0,5 – 1 hodinu na jednoho pacienta.“ (S1) „Na rozhovor si vyhražuji 3/4 - 1 hodinu, jak kdy.“ (S2) Jak často pacienta při hospitalizaci navštěvují a edukují ho, „Během hospitalizace jsem s pacientem každý den, ráno když přijdu do práce a pak než jdu z práce, takže 2x za den.“ (S1) „...většinou 2x denně, ráno a než jdu domů.“ (S2) a jak často ho edukují. „Pokaždé, když jsme v kontaktu.“ (S3) „Při každém setkání. Ujišťuju se, že všemu rozumí.“ (S1)

Edukace rodiny, kategorie č. 9 se provádí jen za předpokladu, že si to pacient přeje, nebo proto, že by péči o stomii sám nezvládl. „Pokud se pacient rozhodne, zaučuji jeho rodinu v péči o kolostomii...většinou se jedná o manželky. Hlavní ale je, aby se rozhodl sám, kdo o stomii bude vědět.“ (S1) „Preferuji, aby to pacient uměl sám, v případě, že to nejde, edukuje se rodina.“ (S2) „Pánové často chodí v doprovodu manželky a chtějí, abych je to naučila.“ (S3) Z těchto odpovědí vyplynula další otázka, kdo je při ošetřování kolostomie schopnější, zda záleží na pohlaví, či na vzdělání pacienta. „Vůbec nezáleží, mám zkušenosti, že chlapi se o stomii starají lépe než ženy a spousta vysokoškoláků bylo méně šikovných, takže na tom opravdu nezáleží. Spíš je důležitá osobnost člověka.“ (S1) „Vyskytují se tu povětšinou starší lidé, kteří by tuto péči již nezvládali.“ (S2) „To opravdu nezáleží.“ (S3)

Poslední **kategorií (10)** jsou **edukační bariéry**, s kterými se stomasestry nejčastěji setkávají. S2 vzpomíná na pacienta, který se péči o stomii nechtěl učit, ignoroval fakt, že jí má. Často slýchá od pacientů: „...at' se to naučí manželka.“ „Pacient není například schopen vnímat všechny informace, které mu poskytují. Často popírá stomii a nepřijímá ji. Další věc, která dělá problémy je internet.“ (S1) „...strach, že to nezvládnou.“ (S3)

4.2 Názory pacientů s kolostomií

Ve výzkumném šetření bylo použito šest náhodných kontaktů na pacienty s kolostomií, které nám stomasestry poskytly. S rozhovory nebyly žádné problémy, probíhaly vždy bez přítomnosti stomasestry, aby nedošlo k ovlivňování pacienta. Ze získaných odpovědí bylo vytvořeno 7 kategorií, v kterých identifikujeme, zda je edukace ze strany stomasester účinná.

Kategorie č. 1 je zaměřena na **informovanost o nemoci**. Záměrem rozhovorů bylo zjistit, zda sestry účinně edukují, a proto naše první otázka zněla, jestlipak pacient ví, proč mu byla vytvořena kolostomie. „*To vím, prasknul mi divertikl.*“ (P 1/1) „*Ano vím.*“ (P 2/1; P 2/2) „*No..našli mi nádor na tlustém střevě.*“ (P 3/1) Bylo nám jasné, že pacienti byli seznámeni se svojí diagnózou, ale záměrem bylo položit další otázku, a to, kdo je o této skutečnosti informoval, zda lékař nebo stomasestra v rámci rozhovoru. „*Pan doktor si mě pozval na vyšetřovnu, řekl mi, jak se věci mají a že tu mají stomasestru, která mi zodpoví všechny otázky ohledně stomie.*“ (P 3/1) „*Pan doktor mi řekl, že mám rakovinu rekta.*“ (P 2/2) To samé řekl i (P 2/1) Pacientka (P 1/1) zase řekla, že byla akutní případ, že se probudila na JIP s již vytvořenou kolostomií. I (P 3/2) byla akutní případ: „*Probudil jsem se až na JIP.*“

Setkání se stomasestrou je kategorie č. 2. Podle odborné literatury dochází k setkání vždy před operací a pak v pooperační péči dle potřeby. Otázka tedy zněla, kdy se pacient poprvé setkal se stomasestrou? „*Poprvé jsem se setkala se sestřičkou na JIP, když mi ošetřovala stomii.*“ (P 1/1) „*Bylo to před operací, ale už si přesně nevzpomínám, vzal jsem sebou i manželku.*“ (P 3/1) „*Jednou před operací a pak každý den. Jinak, pokud něco potřebuji, tak zavolám*“ (P 2/2) Na první setkání na JIP

vzpomíná i (P 2/1). „Stěžoval jsem si na bolesti břicha až mi zjistili rakovinu po nějakém vyšetření, pan doktor mi nabídl služby sestřičky, které jsem přijal. Sešli jsme se těsně před operací.“ (P 1/2) „Sestřička se na mě usmívala a pořád mi něco povídala, ale byl jsem nějakou dobu mimo. Byla u mě každý den.“ (P 2/1) „...měla jsem genetické dispozice, takže byla otázka času, kdy se sejdu se sestřičkou. Sešla jsem se ještě před operací, ale vesměs jsem věděla, co mě čeká. Následně mě navštěvovala každý den během hospitalizace“ (P 3/2)

Aby mohla být hodnocena účinnost edukace a aby bylo zřejmé, že je pacient v dané problematice edukován, musela být položena otázka, jaké **pomůcky k ošetřování kolostomie** pacient užívá. Vyjmenování pomůcek k ošetření kolostomie je **kategorie č. 3**. „Používám pomůcky od Brauna, stomický sáček, podložku, ochranný film. No to je asi všechno.“ (P 3/1) „Sestra mi doporučila koloplast, používám sáček a sprej na očištění.“ (P 1/1) P 2/1: „Odstraňovač náplastí, pastu, ochranný film, pěnu na omývání.“ „Vodu, nebo mýdlo na omytí okolí stomie, odstraňovač náplastí a ochranný film.“ (P 2/2) Dále nás zajímalo, jaký druh sáčku používají a proč? „Vypouštěcí pytlík, protože mi vyhovuje. Nedráždí mě stolice.“ (P 3/1) „Užívám jednodílný systém kvůli kýle, protože by mi jiný sáček nedržel.“ (P 1/1) „Dvoudílný. Zdá se mi jednodušší si vyměnit sáček, který je na podložce, než pořád vystřihávat sáček. Podložku vystřihávám 1x za 4 dny. Jsem s ním spokojená.“ (P 2/2) Za to (P 2/1) a (P 1/2) chválí jednodílný systém. „Jednodílný výpustný, protože mi vyhovuje.“

V **kategorii č. 4** bylo zjišťováno, kolikrát se pacienti sešli před i po založení kolostomie se stomasestrou. **Častost setkání** byla různorodá. Například (P 3/1) řekl: „Celkem 3x, před založením jsme měli ten rozhovor i s manželkou a pak 2x ještě na JIP, jinak jsem nepotřeboval. Pomáhá mi manželka.“ „Chodila pravidelně, každý den. Teď se scházíme jednou za čtvrt roku v poradně. Doporučila mi ještě stoma klub, tak jsem tam začala chodit.“ (P 1/1) „V nemocnici denně a teď 1x ročně.“ (P 2/1) „Před založením 1x a po operaci každý den. Jinak, pokud něco potřebuji, tak stomasestřičku zavolám.“ (P 2/2) To samé potvrdil i (P 1/2) a (P 3/2).

Možná stud, nebo jiné okolnosti vedou pacienta k tomu, že se se svým problémem nesvěří zdravotníkovi, a raději si vyhledá informace sám. Proto tato problematika byla

zařazena do **kategorie č. 5: samostudium pacientů**. Na otázku, zda si vyhledávají další informace sami, nám bylo sděleno několik různých odpovědí: „*Mám dost informací, další jsem si nevyhledával, jelikož mi všechno sestra vysvětlila.*“ (P 3/1) „*Všchno mi řekla stomasestra. Ráda bych získala ještě nějaké informace, proto mi byl doporučen stoma klub. Před půl rokem jsem se stala členkou.*“ (P 1/1) „*Vyhledávám. Čtu si časopisy pro stomiky – jsou zde různé zajímavosti, rady a také novinky. Využívám i internet.*“ (P 2/2) „*Spíš ne, když něco potřebuji, zavolám stomasestře nebo stoma linku.*“ (P 2/1) „*Odpovědi na své otázky jsem získala od stomasestry, další si nehledám.*“ (P 3/2) „*Spíš manželka si vyhledává informace a pak mi o tom mele.*“ (P 1/2) Důvodů, proč si pacienti vyhledávali další informace, bylo několik: Situace, s kterou si nevěděli rady a chtěli znát rychle odpověď, zvědavost, potřeba informovanosti.

Velmi nás zajímalo **hodnocení stomasestry** samotnými pacienty, proto bylo toto hodnocení určeno jako **kategorie č. 6**. V ní se nám dostalo těchto sdělení: „*Velmi pozitivní, výborné, hrozně mi pomohla. Je to moje zlatíčko.*“ (P 1/1) „*Výborně, pomáhala mi. Zavolal jsem ji o Vánocích a bez problému mi pomohla, byl jsem mile překvapen.*“ (P 3/1) „*Jo, je to hodná a ochotná ženská.*“ (P 1/2) „*Vynikající. Příjemná a trpělivá osoba.*“ (P 2/2) Ani (P 2/1) nešetřil chválou: „*Velmi pozitivně. Je ochotná, trpělivá a vstřícná.*“ (P 2/1) „*Co bych měla jiného říct, než že je to moje sluníčko, které je ochotné a usměvavé.*“ (P 3/2) Při hodnocení, začali někteří pacienti mluvit i o sestřích na JIP a standardních oddělení, zde již pozitiva tolik nezaznívala. „*Zlomila mě neochota zdravotnického personálu. Měla jsem problémy s močením, a když jsem to nestihla na záchod, sestry se na mě zatvářily znechuceně...uzavřela jsem se do sebe...*“ (P 1/1) „*...si myslely, že je neslyším, když mluvily o tom, jak je to nechutný.*“ (P 1/2)

Poslední **kategorie č. 7** byla určena jako **život s kolostomií**. V ní zaznělo hodnocení na celkový život se stomií. Všichni pacienti byli již vyrovnání s diagnózou, ale prozradili, jak je kolostomie omezila nebo stále omezuje. Například (P 1/1) řekla: „*Tři měsíce jsem se z toho dostávala, bude to znít asi hloupě, ale nakopl mě mrtvý manžel. Zjevil se mi ve spánku a řekl: Ty na to máš, bojuj.*“ I když je (P 1/1) bývalá sestra, nedokázala se o kolostomii starat. „*Po dobu mé rezignace se o to starala moje*

švagrová. Můj největší úkol byl nejdřív přijmout stomii a až pak jsem byla schopna bojovat. I když jsou pomůcky supr, stomie mě stejně omezuje, radši nikam moc nechodím.“ Na otázku „Jak vás to omezuje?“ odpověděla: „Víte jak ta stolice odchází nekontrolovatelně, bojím se, že si budu muset vyměnit sáček a nebude kde. Nebo i kdyby bylo, je mi hanba někde na návštěvě si vlézt do koupelny bez okna. Hrozně to zapáchá.“

„Já jsem hodnej pacient, nestěžuju si. Stomie mě sice omezuje, ale беру jí jako nutnost, než dočhdím chemoterapie. Hlavní je, že s ní žiju relativně krátce, 1,5 roku, ale v červnu už mám termín. Půjdu na zanoření stomie a už se strašně těším.“ (P 3/1) Tato odpověď nestačila, cílem otázky bylo zjistit jak ho stomie omezuje. „Jsem sportovec, takže sport musel jít teď stranou. Omezil jsem i trochu společenský život a problém byl ze začátku i po intimní stránce, ale to bych nechtěl rozebírat.“ (P 3/1) „Rád jsem si četl na záchodě noviny, tenhle můj rituál musel zmizet.“ (P 1/2) „Omezuje mě zápach a strach, že se mi sáček uvolní.“ (P 2/2) „Stomie mi sebrala sebevědomí.“ (P 3/2) „Jo, člověk si nemůže moc vybírat, buď se přizpůsobí, nebo se tím nechá pohltit..já si vybral první možnost. Vždycky může být hůř..“ (P 2/1)

4.3 Shrnutí výsledků

Tabulka 3 Identifikace edukačních kompetencí stomasestrami

respondentka	Předoperační příprava	Pooperační péče	Následná péče	Dodržování kompetencí
S1	ano	ano	ano	ano
S2	ano	ano	ne	ano
S3	ano	ano	ano	ano

Tabulka znázorňuje identifikaci edukačních kompetencí stomasestrami. Předoperační přípravu uvedly respondentky S1, S2 a S3, což odpovídá 100%. Pooperační péči uvedly respondentky S1, S2 a S3, což je 100%. Následná péče byla zmíněná u 2 respondentek (S1, S3), to odpovídá 66,6%. S2 v rozhovoru následnou péči nezmínila. Dodržování svých kompetencí uvedly S1, S2 i S3, což je 100%.

Tabulka 4 Edukační kompetence S1

respondent	S1	P 1/1	P 1/2
předoperační příprava	provádí	neprovedla, akutní případ	provedla
pooperační péče	provádí	provedla	provedla
poradna	vede	dochází	nedochází
hodnocení	mám 99% úspěšnost	je to moje zlatíčko	hodná, ochotná

Tabulka znázorňuje edukační kompetence stomasestry č. 1. Respondentka uvedla, že provádí předoperační přípravu, pooperační péči a vedení poradny pro stomiky. S1 se zhodnotila slovy: „Mám 99% úspěšnost.“ P 1/1 uvedla, že předoperační přípravou neprošla. Provedena ji byla pooperační péče a dochází do poradny. P 1/1 hodnotí S1 pozitivně. P 2/1 uvádí, že prošel předoperační přípravou a pooperační péčí. Do poradny P 2/1 nedochází. Hodnotí S 1 kladně.

Tabulka 5 Edukační kompetence S2

respondent	S2	P 2/1	P 2/2
předoperační příprava	provádí	provedla	provedla
pooperační péče	provádí	provedla	provedla
poradna	neuvedla	dochází	dochází
hodnocení	neuvedla	ochotná, trpělivá, vstřícná	příjemná a trpělivá

Tabulka znázorňuje edukační kompetence S2. Respondentka uvedla, že provádí předoperační přípravu a pooperační péči. Vedení poradny a vlastní hodnocení respondentka neuvedla. Respondenti (P 2/1 a P 2/2) uvádí, že jim byla provedena předoperační příprava, pooperační péče a dochází do poradny pro stomiky. P 2/1

hodnotí S2 slovy: ochotná, trpělivá, vstřícná. P 2/2 hodnotí S2 slovy: příjemná a trpělivá.

Tabulka 6 Edukační kompetence S3

respondent	S3	P 3/1	P 3/2
předoperační příprava	provádí	neprovedla, akutní případ	provedla
pooperační péče	provádí	provedla	provedla
poradna	nevede	nedochází	nedochází
hodnocení	neuvedla	výborně, pomohla mi	ochotná, usměvavá

Tabulka zornuje edukační kompetence S3. Respondentka uvedla, že provádí předoperační přípravu, pooperační péči. Poradnu pro stomiky nevede a vlastní hodnocení neuvedla. Respondent P3/1 uvedl, že předoperační přípravou neprošel, pooperační péči S3 provedla. Do poradny P 3/1 nedochází a hodnotí S3 slovy: výborně, pomohla mi. Respondent P 3/2 uvedl, že mu předoperační příprava byla provedena, stejně jako pooperační péče. Do poradny nedochází a hodnotí S3 slovy: ochotná, usměvavá.

Tabulka 7 Edukační realita – edukační konstrukty

respondent	Stomické časopisy	Brožury, jídelníček pro stomiky
S1	ano	brožury, informační jídelníček
S2	ne	reklamní taštička, brožury
S3	ne	brožury, informační jídelníček

Tabulka 7 znázorňuje edukační realitu – edukační konstrukty. S1 uvedla, že používá stomické časopisy. S2 a S3 stomické časopisy neuvedly. S1 a S3 uvedly, že používají brožury a informační jídelníček. S2 uvedla, že používá reklamní taštičku a brožury.

Tabulka 8 Edukační realita – edukační prostředí a edukační proces

respondent	Edukační prostředí	Cíl edukace	Forma edukace dle času
S1	Klid, soukromí, čas	Soběstačnost pacienta	Individuální
S2	Klid, soukromí	Soběstačnost pacienta	45-60 minut
S3	Klid, soukromí	Soběstačnost pacienta	30-60 minut

Tabulka 8 znázorňuje edukační realitu – edukační prostředí a edukační proces. Respondentka S1 z edukačního prostředí identifikovala klid, soukromí a čas. Cíl edukace uvedly S1, S2 i S3 stejný: soběstačnost pacienta. Časové rozmezí uvedla S1 jako individuální. S2 z edukačního prostředí identifikovala klid a soukromí. Časové rozmezí na edukaci stanovila na 45-60 minut. S3 z edukačního prostředí identifikovala klid a soukromí. Časové rozmezí na edukaci stanovila na 30-60 minut.

Tabulka 9 Edukační realita – osobnost edukátora

respondent	Vzdělávání se v problematice	Prostor pro dotazy	Vedení poradny	Individuální přístup
S1	Vzdělává se	nechává	vede	ano
S2	vzdělává se	nechává	vede	ano
S3	vzdělává se	nechává	nevede	ano

Tabulka 9 znázorňuje edukační realitu – osobnost edukátora. S1, S2 i S3 uvedly, že se vzdělávají v problematice. Shoda panovala i při poskytování prostoru pro dotazy. S1 a S2 uvedly, že vedou stomickou poradnu. S3 stomickou poradnu nevede. Všechny respondentky přistupují k pacientům individuálně.

Tabulka 10 Edukační bariéry

respondent	Výskyt bariér	Nejčastější bariéry	Řešení
S1	ano	Popírání, nepřijímání	Edukace rodiny
S2	ano	Nechuť se učit, ignorace	Edukace rodiny
S3	ano	Strach	Edukace rodiny

Tabulka 10 znázorňuje edukační bariéry. Všechny respondentky (S1, S2, S3) uvedly, že se s edukační bariérou ve své praxi setkaly. S1 uvedla k nejčastějším bariérám: popírání a nepřijímání. S2 zase uvedla: nechut' se učit a ignoraci. S3 uvedla nejčastější bariéru: strach. K řešení problému edukační bariéry uvedly všechny respondentky edukaci rodiny.

Tabulka 11 Výukové strategie

respondent	Edukační metody	Edukační pomůcky	Edukační prostředky
S1	klasické, komplexní	brožury, stomické systémy, časopisy	vyučování individuální, edukace rodiny, internet
S2	klasické	reklamní taštička, brožury	vyučování individuální, edukace rodiny
S3	klasické, komplexní	plastový model, stomické systémy, brožury	vyučování individuální, edukace rodiny

Tabulka 11 znázorňuje výukové strategie. S1 používá klasické a komplexní edukační metody. Z edukačních pomůcek identifikovala: brožury, stomické systémy, časopisy. Z edukačních prostředků identifikovala: individuální vyučování, edukace rodiny a internet. S2 používá klasické metody. Z edukačních pomůcek uvedla: reklamní taštičku,

brožury. Z edukačních prostředků identifikovala: individuální vyučování a edukace rodiny. S3 používá klasické a komplexní edukační metody. Z edukačních pomůcek identifikovala: brožury, stomické systémy a plastový model. Z edukačních prostředků identifikovala: individuální vyučování a edukaci rodiny.

Tabulka 12 Život pacientů s kolostomií

respondent	vyrovnání s diagnózou	omezení	Docházení do stoma poradny
P 1/1	ano	strach	ano
P 1/2	ano	zápach	ne
P 2/1	ano	neuvádí	ano
P 2/2	ano	strach, zápach	ano
P 3/1	ano	konec koníčků	ne
P 3/2	ano	nízké sebevědomí	ano

Tabulka 12 znázorňuje život pacientů s kolostomií. 100% respondentů tvrdí, že jsou vyrovnáni s diagnózou. Z omezení uvádí P 1/1 a P 2/2 strach, P 1/2 a P 2/2 zápach, respondent P 3/1 omezil svoje koníčky, P 3/2 má nízké sebevědomí a P 2/1 omezení neuvádí. Kromě respondentů P 1/2 a P 3/1 využívají všichni stoma poradnu.

Tabulka 13 Kategorizace kompetencí identifikovány stomasestrami

Kategorie	Identifikované kompetence
1	edukační kompetence
2	vzdělávání
3	komunikace
4	cíl edukace
5	edukační metoda
6	edukační prostředí
7	edukační pomůcky
8	časové rozmezí
9	edukace rodiny
10	edukační bariéry

Tabulka 13 znázorňuje kategorizaci kompetencí identifikované stomasestrami. Z rozhovorů s respondentkami S1, S2 a S3 bylo určeno 10 kategorií.

Tabulka 14 Kategorizace názorů identifikovány pacienti s kolostomií

Kategorie	Názory pacientů s kolostomií
1	informovanost o nemoci
2	setkání se stomasestrou
3	pomůcky k ošetřování kolostomie
4	četnost setkání
5	samostudium pacientů
6	hodnocení stomasester
7	život s kolostomií

Tabulka 14 znázorňuje kategorizaci názorů identifikovány pacienti s kolostomií. Z rozhovorů s respondenty P1/1, P 1/2, P 2/1, P 2/2, P 3/1 a P 3/2 bylo určeno 7 kategorií.

5. Diskuze

V této části práce shrneme výsledky výzkumného šetření a uvedeme je do souvislostí ve vztahu k poznatkům teoretické části.

Podotkněme, že výsledky výzkumného šetření se vztahují na výzkumný soubor, který čítá tři stomasestry a šest pacientů s kolostomií v regionu Jižních Čech. Pro případnou možnost zobecnění výsledků by bylo potřeba je ověřit dalším výzkumným šetřením ve větším rozsahu.

Výzkumné šetření bylo zaměřeno na registrované stomasestry z regionu Jižních Čech, které tvořily první skupinu výzkumného souboru. Druhou skupinu tvořilo šest pacientů s kolostomií. Výběr respondentů v první skupině byl pro malý počet prvků v základním souboru zvolen totálním výběrem. Výběr respondentů v druhé skupině byl uskutečněn náhodným výběrem v počtu dvou pacientů, kteří využívají pomoc jedné z registrovaných stomasester z regionu Jižní Čechy.

Vzhledem k cílům práce byl pro empirickou část zvolen kvalitativní přístup, který byl rozdělen do dvou fází. V kvalitativním přístupu byl použit polostrukturovaný rozhovor jako hlavní výzkumná metoda. Pro posílení validity bylo v plánu použít ještě další parciální metodu – nezúčastněné pozorování. Od této metody bylo odstoupeno z důvodu nesouhlasu některých subjektů výzkumného vzorku.

Jak bylo uvedeno již výše, empirické šetření bylo rozděleno do dvou fází. V první fázi byla využita technika polostrukturovaného rozhovoru u stomasester. Rozhovor byl zaměřený na edukační kompetence a edukaci pacientů s kolostomií. V druhé fázi byla též použita technika polostrukturovaného rozhovoru u pacientů s kolostomií. V tomto případě byl rozhovor orientovaný na jejich názory a připomínky.

Empirické šetření bylo v rámci této práce zaměřeno na edukaci pacientů s kolostomií. Cíl práce byl zaměřen na odkrývání jevů, jež se vztahují k edukačním kompetencím stomasester. K tomuto cíli byla vyslovena výzkumná otázka: Jaká je úroveň edukačních kompetencí stomasester v rámci péče o pacienty s kolostomií? Dalším cílem bylo zjistit úroveň edukačních kompetencí stomasester. U tohoto cíle byly vysloveny 2 výzkumné otázky, a to: Jaké edukační strategie stomasestry používají při

edukaci pacientů s kolostomií? Na kolik jsou tyto edukační strategie efektivní? Poslední cíl se týkal účinnosti edukace pacientů s kolostomií ze strany stomasester. Výzkumná otázka zněla: Jak hodnotí pacienti s kolostomií práci stomasester?

Prvním cílem bylo odkrývání jevů vztahujících se k edukačním kompetencím stomasester. K tomuto cíli se vztahuje výzkumná otázka: Jaká je úroveň edukačních kompetencí stomasester v rámci péče o pacienta s kolostomií?

Výzkumnou otázkou zjišťujeme, jaké jsou edukační kompetence stomasester. Ukázalo se, že edukační kompetence užívají stomasestry v rámci předoperační přípravy, pooperační péče a ambulantní péče, což koresponduje s tvrzeními Zachové (2010) a Otradovcové (2006), které uvádějí nutnost edukačního rozhovoru v předoperační přípravě a pooperační péči. Dále Otradovcová (2006) říká, že na začátku pooperační péče provádí stomasestra výměnu pomůcek sama, vysvětluje postup a pacient se pouze dívá. Později, když je pacient schopen, provádí ošetřování kolostomie sám, stomasestra se pouze dívá, radí mu a chválí ho. Na základě rozhovorů lze odpovědět, že předoperační přípravu provádí respondentky S1, S2 i S3 (100%). Toto tvrzení bylo však vyvráceno P 1/1 a P 3/1, kteří tvrdí, že předoperační přípravou neprošli. Důvodem byl akutní stav obou pacientů, jak je patrné z tabulky 2. Z tabulek 4, 5, 6, je potvrzena i pooperační péče, která se v rozhovorech objevila u všech respondentů. Ze stejných tabulek se lze dočíst i o vedení stoma poradny u dvou stomasester (S1 a S2). Way (1998) definoval deset edukačních kompetencí (str. 17-18). Pokud bych měla hodnotit každou stomasestru zvlášť, tak ani jedna nedefinovala všechny svoje edukační kompetence. Můj osobní názor na úroveň edukačních kompetencí stomasester je i přes to velmi kladný. Při rozhovorech mi bylo jasné, že sedím naproti odborníkovi, který ví, o čem mluví. Přesný důvod neposkytnutí předoperační přípravy P 1/1 a P 3/1 mi není zcela znám. Předpokládám, že k operaci mohlo dojít v kteroukoli hodinu a nelze chtít po stomasestrách, aby stály u dveří operačních sálů 24 hodin denně a čekaly, zda nebude potřeba jejich služeb. Z tabulky 3 je jasné, že si stomasestry hlídají své kompetence. Například S1 uvedla, že pacienta informuje o kolostomii, o ošetřování kolostomie a o pomůckách. Opět dochází ke shodě s literaturou, a to se Slezákovou (2010), která se ještě zmiňuje o rozsahu pomoci a limitů pojišťoven. Ani jedna

stomasestra se o této problematice v rozhovorech nezmínila. Tím nechci tvrdit, že tuto službu stomasestry neposkytují. S čím jsem se neztotožňovala, bylo tvrzení Svěrákové (2012), která napsala, že pacienti si informace o svém onemocnění nastudují na internetu a sestra, která by měla při rozhovoru znalostní deficit, ztrácí u takového pacienta kredit. Jelikož mi tento fakt byl potvrzen respondentkou S1, nehodnotím tvrzení Svěrákové za špatné.

Druhým cílem bylo zjistit, jaká je úroveň edukačních kompetencí stomasester. Položeny byly 2 výzkumné otázky, a to: Jaké edukační strategie stomasestry užívají při edukaci? A na kolik je jsou tyto edukační strategie efektivní? V tabulce 11 jsou uvedeny výukové strategie, které stomasestry užívají při edukačních setkání. Z tabulky je patrná shoda všech stomasester. Z edukačních metod definovaly metody klasické a komplexní. Jak uvádějí Maňák a Švec (2003), lze použít ještě aktivizující výukové metody. Tabulky 7, 8, 9 a 10 znázorňují edukační realitu. Z tabulky 8 je patrná shoda při definování edukačního cíle stomasestrami, kdy určily stejný cíl (soběstačnost pacienta v ošetřování stomie), což koresponduje i s názorem Michálkové (2012), která v odborném článku píše, že samostatnost a nezávislost na okolí je pro pacienta základní prioritou. KubEROVÁ (2010) zase uvádí, že v ošetřovatelství mají přednost spíše cíle afektivní. Já osobně se přikláním k tvrzení respondentek (S1, S2 a S3) a Michálkové.

Názory respondentek (S1, S2 i S3) a odborné literatury se většinou shodují, ale jak je uvedeno v tabulce 10, dochází často k edukačním bariérám jako je popírání a ignorace kolostomie, jak uvádí například S1 a S2. Proto je nutné zaučovat rodinné příslušníky, a tím dochází k závislosti na okolí. Z rozhovorů vyplynulo, že kolostomii nejčastěji ignorují muži a vyžadují, aby se péči o kolostomii naučila manželka. U P 3/1 k ignoraci kolostomie nedošlo, jeho tvrzení znělo, že potřeboval pomoc manželky. Nevím, jakými strategiemi je možné motivovat muže k samostatnosti v péči o kolostomii. Považuji tento jev za zajímavý a domnívám se, že by tato oblast zasloužila podrobněji prozkoumat.

Posledním cílem bylo zjistit, zda stomasestry účinně edukují pacienty s kolostomií. K tomuto cíli byla vyslovena výzkumná otázka: Jak hodnotí pacienti s kolostomií práci stomasester?

Podívejme se nyní na názory lidí, kteří nejlépe mohou konstatovat, zda je edukace ze strany stomasester účinná, a to na jejich pacienty. Tabulka 12 nás seznamuje s životem pacientů s kolostomií. Tabulka nám poskytuje informace o tom, kdo z respondentů využívá poradnu pro stomiky. Kromě P 1/2 a P 3/1 tuto možnost využívají všichni. Není to způsobené třeba tím, co tvrdí Mlýnková (2010), a to, že i při kvalitní podpoře pacienti často trpí úzkostí a potřebují dlouhodobou pomoc? Stomasestry v rámci ambulantní péče mají možnost poskytovat dlouhodobou emoční, morální i tělesnou podporu, kterou dokládá Way (1998) ve své knize. Využívání služeb stoma poradny pacienty s kolostomií ukazuje na komplexnost péče, kterou stomasestry poskytují. Drlíková (2012) upozorňuje ve svém článku, že je stomasestra pro pacienta s kolostomií spřízněnou osobou. Domníváme se, že je to způsobeno tím, že je stomasestra v nepřetržitém kontaktu s pacientem během hospitalizace a věnuje se jeho individuálním potřebám. To dokládá i tvrzení Munzarové (2005), která ve své knize napsala, že sestry bývají s pacienty v mnohem vřelejším a častějším kontaktu. Co nás v rozhovorech zarazilo (str. 39, kategorie 6), bylo zjištění, že spokojenost nebyla u některých pacientů v rámci péče ze strany sester na oddělení JIP a standardních oddělení. P 1/1 uvedla: „*Zlomila mě neochota zdravotnického personálu..sestry se na mě zatvářily znechuceně.*“ Podobný problém měl i respondent P 1/2, který řekl: „*...si myslely, že je neslyším, když mluvily o tom, jak je to nechutné.*“ Je nepřijatelné, aby se lidé v těžké životní situaci setkávali s takovým jednáním.

Každý člověk je individualita a má tudíž i individuální požadavky. To bylo patrné v otázce, jaký stomický sáček pacient používá a proč? Například P 2/2 používá dvoudílný systém, protože se mu zdá jednodušší. Naproti tomu P 1/1 užívá jednodílný systém kvůli kýle. Z těchto argumentů, které naleznete na str. 38 v kategorii č. 3 je jasné, že každému pacientovi byly poskytnuty pomůcky dle jeho individuálních potřeb, tím se tudíž potvrzuje názor Mikšové (2006), která napsala, že pro každého pacienta navrhne stomasestra podle jeho individuálních požadavků vhodné stomické pomůcky. To samé tvrdí i Krška (2011). O individuálním přístupu podle psychického stavu nemocného se zase zmiňuje Otradovcová (2006).

Práce stomasestry je velmi náročná a je potřeba se v dané problematice neustále vzdělávat. Tabulka 9 ukazuje, že se stomasestry neustále vzdělávají, tím potvrzují názor Zachové (2010), která apeluje, aby se sestry stále vzdělávaly, jelikož si to dnešní doba žádá. Dále z výsledků vyplývá, že četnost setkání byla uspokojivá u každého pacienta. P 3/1 stačila tři setkání, P 1/1 ocenila každodenní setkání se stomasestrou. Pouze v jednom případě, a to u P 1/1 dochází k setkání i s jinými pacienty v rámci klubu pro stomiky. Je pravda, že pacientka žije sama, oceňuje a velmi jí pomáhají setkání i s jinými stomiky, což koresponduje s tvrzením Ondriové (2012).

Poslední dvě tabulky (13 a 14) nás informují, jaké kompetence identifikovaly stomasestry, a jaké názory identifikovali pacienti s kolostomií. U stomasester bylo definováno 10 kategorií, a to: 1. edukační kompetence, 2. vzdělávání, 3. komunikace, 4. cíl edukace, 5. edukační metodu, 6. edukační prostředí, 7. edukační pomůcky, 8. časové rozmezí, 9. edukaci rodiny a 10. edukační bariéry.

Názory pacientů byly rozděleny do sedmi kategorií, a to: 1. informovanost o nemoci, 2. setkání se stomasestrou, 3. pomůcky k ošetřování kolostomie, 4. četnost setkání, 5. samostudium pacientů, 6. hodnocení stomasester a 7. život s kolostomií.

Mým osobním cílem bylo prohloubení znalostí z oblasti edukace a chirurgie. Tato práce může být použita jako výchozí pro další výzkumná šetření.

6. Závěr

V teoretické části bylo naší snahou podat komplexní informace o problematice edukace pacientů s kolostomií.

Empirická část byla zaměřena na odkrývání jevů vztahujících se k edukačním kompetencím stomasester týkajících se edukace pacientů s kolostomií. K tomuto cíli byla vyslovena výzkumná otázka: Jaká je úroveň edukačních kompetencí stomasester v rámci péče o pacienty s kolostomií? Dalším cílem bylo zjistit, zda stomasestry účinně edukují své pacienty. U tohoto cíle byla stanovena výzkumná otázka: Jak hodnotí pacienti s kolostomií práci stomasester?

K získání a zpracování potřebných dat byl použit kvalitativní přístup. Využita byla pouze metoda polostrukturovaného rozhovoru u obou skupin výzkumného souboru. Z rozhovorů byly získány odpovědi na 4 výzkumné otázky.

První výzkumná otázka, která je uvedena již výše, byla zaměřena na zjištění úrovně edukačních kompetencí stomasester v rámci péče o pacienty s kolostomií. Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že ačkoliv stomasestry nedefinovaly všechny své edukační kompetence, je patrná vysoká úroveň edukačního rozhovoru v předoperační přípravě i péče jak o pacienta, tak o kolostomii v pooperační péči. Předpokládáme, že nedefinování všech edukačních kompetencí je způsobeno absencí pedagogického vzdělání, tudíž neznalostí pojmů, které do edukačního procesu patří.

Druhá výzkumná otázka se zabývala strategiemi, které stomasestry používají při edukaci pacientů s kolostomií. Definované byly výukové strategie, kam stomasestry zařadily edukační prostředky, edukační pomůcky i edukační metody. Použitými prostředky byly edukace rodiny, individuální vyučování, z edukačních metod byly definovány metody klasické a komplexní, poslední bylo používání edukačních pomůcek, kam stomasestry zařadily brožury, časopisy, plastový model a stomické systémy.

Třetí výzkumná otázka si kladla za úkol zjistit, nakolik jsou tyto edukační strategie efektivní. Zde byla pozornost zaměřena již na pacienty s kolostomií. Bylo zjišťováno, jaké pomůcky pacienti používají, jak často se setkávali se stomasestrou nebo zda si vyhledávají další informace. Předpokladem bylo, že zjistíme nedostatky ve

vědomostech pacientů. Předpoklad se nesplnil, pacienti měli vědomosti na vysoké úrovni.

Poslední výzkumná otázka se zabývala hodnocením stomasester z pohledu pacientů s kolostomií. Z výsledků šetření je velmi uspokojivé kladné hodnocení všech stomasester. Pozitivní zjištěním je fakt, že stomasestry mají velmi lidský přístup. Ke svým pacientům přistupují individuálně a maximálně se jim snaží pomoci. Co uspokojivé není, je zjištění nevhodného chování ostatního zdravotnického personálu, u něhož si dva pacienti stěžovali, a to na sestry na oddělení JIP a standardním oddělení.

Z výsledků výzkumných otázek lze stanovit následující hypotézy: První hypotéza: Edukační kompetence stomasester v rámci péče o pacienty s kolostomií jsou na vysoké úrovni. Druhá hypotéza: Při edukaci pacientů s kolostomií používají stomasestry edukační strategie v souladu se zvoleným edukačním cílem. Třetí hypotéza: Používané edukační strategie jsou efektivní. Čtvrtá hypotéza: Pacienti hodnotí práci stomasester kladně.

Věřím, že všechny poznatky, které jsem zpracováním této práce získala, využiji ve své budoucí praxi sestry. Výsledky práce mohou vést k širším výzkumům zaměřeným na edukaci pacientů s kolostomií. Výsledky empirického šetření představené v této práci mohou být začátkem pro další poznání této problematiky.

7. Seznam literatury

1. BASTABLE, S.B. Nurse as Educator, Principals, of teaching and leasing for nursing practice. Sadbury, Ma: Jones and Bartlett Publisher. 2008. ISBN 978-07637-4643-8.
2. BURCH, Jennie. *Stoma care*. Chichester: Wiley-Blackwell, 2008. ISBN 978-0-4700-317-3.
3. Co je to stomie? [online]. [cit. 2012-10-12]. Dostupné z: <http://www.ilco.cz/cojestoma.php>
4. Crohnova choroba a ulcerózní kolitida. [online]. [cit. 2012-10-10]. Dostupné z: http://www.crohn.ic.cz/?site=cojeto#cd_uz
5. ČESKÉ ILCO – dobrovolné sdružení stomiků [online]. [cit. 2012-10-20]. Dostupné z: <http://www.ilco.cz>
6. DRLÍKOVÁ, Kateřina. Reeducace jako nedílná součást edukace. Edukace a reeducace. [online]. [cit. 2012-11-10]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/reeducace-jako-nedilna-soucast-edukace-363478>
7. FARKAŠOVÁ, Dana a kol. *Ošetrovatelství – teorie*. 1. české vydání. Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-8063-227-8.
8. HENDL, Jan, *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
9. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing a.s., 2010. ISBN 978-80-247-2171-2.
10. KELNAROVÁ Jarmila, MATĚJKOVÁ Eva. *Psychologie: Pro studenty zdravotnických oborů*. 1. Díl. Praha: Grada Publishing a.s., 2010. ISBN 978-80-247-3270-1.
11. KLEVETOVÁ, Dana. *Vedení rozhovoru s klientem se stomií*. Sestra. 2010, č. 3, s. 56-57. ISSN 1210-0404.
12. KRŠKA, Zdeněk a kol. *Techniky a technologie v chirurgických oborech: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3815-4.

13. KUBEROVÁ, Helena. *Didaktika ošetrovatelství*. Ze slovenského originálu přeložila Dagmar Pilařová. 1.vydání. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-684-1.
14. LUKÁŠ, Karel a kol. *Gastroenterologie a hematologie pro zdravotní sestry*. 1. Vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1283-0.
15. MAŇÁK Josef, ŠVEC Vlastimil. *Výukové metody*. Brno: Paido, 2003. ISBN 80-7315-039-5.
16. MICHÁLKOVÁ, Helena. *Psychosociální problematika stomiků*. *Sestra*. 2012, č.6, s. 44-46. ISSN 1210-0404.
17. MIKŠOVÁ, Z., M. FRONKOVÁ a M. ZAJÍČKOVÁ. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. ISBN 80-247-1443-4.
18. MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1., Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
19. MLÝNKOVÁ, Jana. *Pečovatelství: učebnice pro obor sociální péče – pečovatelská činnost*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3184-1.
20. MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1024-2.
21. Nemoci vedoucí ke stomii. [online]. [cit. 2012-10-10]. Dostupné z: <http://www.stomici.cz/nemoci-vedouci-ke-stomii>
22. ONDRIOVÁ, Iveta et al. *Kvalita života nemocných s kolostomií*. *Sestra*. 2012, č.6, s. 38-40. ISSN 1210-0404.
23. OTRADOVCOVÁ, Iva et al. *Komplexní péče o pacienta se stomií*. Praha: Galén, ©2006. ISBN 80-7262-432-6.
24. OZOGANYOVÁ, Magda et kol. *Edukační proces u pacienta s tracheostomií*. *Sestra*. 2012, č.6 s. 46-47. ISSN 1210-0404.
25. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1211-3.
26. PRŮCHA Jan. *Moderní pedagogika*. 2.,přepřac. a aktual. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-631-4.

27. PRŮCHA Jan, VETEŠKA Jaroslav. *Andragogický slovník*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3960-1.
28. SLEZÁKOVÁ Lenka a kol. *Ošetrovatelství v chirurgii II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3130-8.
29. Stomasestra v životě stomického pacienta. [online]. [cit. 2012-11-10]. Dostupné z: <http://www.stomici.cz/clanky/stomasestra-v-zivote-stomickeho-pacienta>
30. ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ. *Interní ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. ISBN 978-80-247-1148-5.
31. ŠAMÁNKOVÁ, Marie et al. *Lidské potřeby ve zdraví a v nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3223-7.
32. SVĚRÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry. Úvod do problematiky*. 1. vydání. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-845-2.
33. ŠULISTOVÁ Radka, TREŠLOVÁ Marie. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči pro sestry a porodní asistentky*. 1. vyd. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta, 2012. ISBN 978-80-7394-246-5.
34. TÓTHOVÁ, Valérie a kol. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 1. vyd. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-286-1.
35. VALENTA, Jiří et al. *Základy chirurgie*. 2, dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-403-4.
36. VALIŠOVÁ Alena, KASÍKOVÁ Hana a kol. *Pedagogika pro učitele*. 2. rozš. a aktual. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3357-9.
37. VORLÍČEK, Jiří, ed. a kol. *Paliativní medicína*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0279-7.
38. WAY, Lawrence W. a kol. *Současná chirurgická diagnostika a léčba*. 2 díl. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-397-9.
39. ZACHOVÁ, Veronika a kol. *Stomie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3256-5.

40. Život se stmií. [online]. [cit. 2012-10-10]. Dostupné z:
<http://www.stomici.cz/anatomie-travici-a-vylucovací-soustavy>

8. Seznam příloh

Příloha 1: Struktura rozhovoru se stomasestrami a struktura rozhovoru s pacienty s kolostomií.

Příloha 1

Rozhovor se stomasestrou

Mohla byste popsat svoje edukační kompetence v rámci péče o pacienty s kolostomií?

Jaké máte pedagogické vzdělání?

Popište prosím Váš metodický postup (fáze edukačního setkání).

Popište, jaké dáváte specifické cíle pacientům s kolostomií před edukačním setkáním.

Jak dlouho probíhá edukace pacienta s kolostomií?

Jak často provádíte edukaci pacienta s kolostomií?

Popsala byste prosím nejvhodnější edukační prostředí pro edukaci?

Jaké nejčastější problémy se při edukační realitě vyskytují?

Rozhovor s pacientem s kolostomií

Víte z jakého důvodu Vám byla založena kolostomie?

Vyjmenujte prosím pomůcky, které potřebujete k ošetřování kolostomie.

Jaký druh stomického sáčku používáte a proč?

Kolikrát jste se sešel/a od založení kolostomie i před založením se stomasestrou?

Vyhledáváte si další informace o kolostomii sám, pokud ano, z jakého důvodu?

Jak hodnotíte Vaše setkání se stomasestrou?