

**Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5**

**EDUKACE PACIENTA S UROSTOMIÍ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Kristýna Mačková, Dis.**

**Praha 2019**

**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5**

**EDUKACE PACIENTA S UROSTOMIÍ**

Bakalářská práce

Kristýna Mačková

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: doc. PhDr. Anna Mazalánová, PhD., MPH.

Praha 2019

SCAN SCHVÁLENÍ NÁZVU PRÁCE  
(BEZ NADPISU)

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně, že jsem řádně citoval/a všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne:

*Podpis:*

## **PODĚKOVÁNÍ**

Děkuji doc. PhDr. Anně Mazalánové, PhD., MPH. za cenné rady, podněty a připomínky při zpracování bakalářské práce. Děkuji také Mudr. Janu Jandějskovi za vedení odborné části práce a odbornou konzultaci.

## ABSTRAKT

MAČKOVÁ, Kristýna. *Edukace pacienta s urostomií*, Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: doc. PhDr. Anna Mazalánová, PhD., MPH. Praha 2019. 78 s.

Hlavním cílem bakalářské práce je edukace pacienta s péčí o urostomii. Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část se zabývá základními teoretickými východisky, jako je onemocnění močového měchýře vedoucí k urostomii, diagnostikou nádoru močového měchýře a druhy urostomií. Dále seznámení pacienta se základními pomůckami k péči o urostomii.

Praktická část práce obsahuje edukační proces u pacienta z urologického oddělení Oblastní Nemocnice Kolín. Hlavním cílem edukace je seznámení s pomůckami k urostomii a naučit pacienta efektivně pečovat o urostomii. Dále se práce zabývá základními informacemi o pacientovi a kvalitou života s urostomií. V samotném závěru jsou informace o aktuálním stavu pacienta, přílohy, které jsem k bakalářské práci použila, a doporučení pro praxi s edukací v oblasti prevence vzniku karcinomu močového měchýře s následným založením urostomie.

Klíčová slova

Edukace, Karcinom, Močový měchýř, Ošetrovatelská péče, Stomie

## **ABSTRACT**

MAČKOVÁ, Kristýna. Education of a patient with urostomy, University of Nursing, qualification degree: Bachelor (Bc.). Thesis supervisor: PhDr. Anna Mazalánová, PhD., MPH. Prague. 2019 77 pages.

The main aim of this thesis is to educate the patient with care for urostomy. The bachelor thesis is divided into theoretical and practical part. The theoretical part deals with basic theoretical bases such as urinary bladder leading to urostomy, diagnosis of bladder tumor and type of urostomy. Learn more about basic urostomy care aids.

The practical part contains the educational process of the patient from the urological department of the Regional Hospital Kolín. The main goal is to get familiar with urostomy aids and to teach the patient to effectively care for urostomy. Further work with basic information about the patient and quality of life with urostomy. At the very end, there is information about the patient's current condition, its use, which should be considered suitable for use in practice.

### Keywords

Education, Carcinoma, Bladder, Nursing Care, Stoma

## 1 Obsah

<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK .....</b>	<b>10</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ .....</b>	<b>12</b>
<b>ÚVOD .....</b>	<b>11</b>
<b>1 KARCINOM MOČOVÉHO MĚCHÝŘE.....</b>	<b>14</b>
1.1 Epidemiologie.....	14
1.2 Etiopatogeneze .....	14
1.3 Rizikové faktory vzniku.....	15
1.4 Symptomatologie – klinický obraz.....	15
1.5 Diagnostika a vyšetřovací metody.....	15
<b>2 LÉČBA.....</b>	<b>17</b>
2.1 <b>Neinvazivní karcinom močového měchýře .....</b>	<b>17</b>
2.1.1 Léčba po transureterální resekci močového měchýře .....	18
2.1.2 Komplikace po transureterální resekci močového měchýře .....	18
2.2 <b>Invazivní karcinom močového měchýře .....</b>	<b>18</b>
2.2.1 Pánevní lymfadenektomie .....	19
2.2.2 Komplikace po cystektomii .....	19
2.3 <b>Další možnosti léčby.....</b>	<b>20</b>
2.3.1 Radioterapie .....	20
2.3.2 Chemoterapie .....	20



<b>3</b>	<b>STOMIE.....</b>	<b>22</b>
<b>3.1</b>	<b>Indikace k urostomiím.....</b>	<b>22</b>
<b>3.2</b>	<b>Druhy urostomií.....</b>	<b>22</b>
3.2.1	Nefrostomie.....	23
3.2.2	Epicystostomie .....	23
<b>3.3</b>	<b>Typy urostomií.....</b>	<b>24</b>
3.3.1	Ureterostomie - Kutánní ureterostomie .....	24
3.3.2	Močový rezervoár – Brickerova operace .....	24
3.3.3	Urostomie přes tenké střevo .....	24
3.3.4	Ureteroileostomie .....	25
<b>3.4</b>	<b>Komplikace urostomií .....</b>	<b>25</b>
3.4.1	Nevhodné umístění stomie.....	25
3.4.2	Poškození kůže .....	25
3.4.1	Krvácení .....	26
3.4.2	Ischemie až nekróza .....	26
3.4.3	Macerace .....	26
3.4.4	Alergická reakce.....	27
3.4.5	Vtažení (retrakce) stomie.....	27
<b>3.5</b>	<b>Urostomické pomůcky .....</b>	<b>27</b>
<b>4</b>	<b>SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTA S UROSTOMIÍ.....</b>	<b>30</b>
<b>4.1</b>	<b>Předoperační péče.....</b>	<b>30</b>
<b>4.2</b>	<b>Pooperační péče bezprostřední .....</b>	<b>31</b>
<b>4.3</b>	<b>Perioperační péče.....</b>	<b>31</b>

<b>4.4</b>	<b>Péče před propuštěním .....</b>	<b>31</b>
<b>4.5</b>	<b>Následná péče .....</b>	<b>32</b>
<b>5</b>	<b>ŽIVOT PACIENTA S UROSTOMÍÍ .....</b>	<b>33</b>
<b>5.1</b>	<b>Změny v kvalitě života pacienta s urostomií .....</b>	<b>33</b>
<b>5.2</b>	<b>Výživa a pitný režim .....</b>	<b>34</b>
<b>6</b>	<b>EDUKACE .....</b>	<b>35</b>
<b>6.1</b>	<b>Edukační proces .....</b>	<b>35</b>
6.1.1	Fáze první – posuzování .....	35
6.1.2	Fáze druhá – stanovení edukační diagnózy .....	36
6.1.3	Fáze třetí – plánování .....	36
6.1.4	Fáze čtvrtá – realizace .....	36
6.1.5	Fáze pátá – zhodnocení a zpětné vazby .....	36
<b>6.2</b>	<b>Edukační cíle .....</b>	<b>37</b>
<b>6.3</b>	<b>Sestra v edukačním procesu .....</b>	<b>37</b>
<b>7</b>	<b>EDUKAČNÍ PROCES U PACIENTA S UROSTOMÍÍ .....</b>	<b>38</b>
<b>7.1</b>	<b>Doporučení pro praxi .....</b>	<b>60</b>
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>62</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>63</b>
	<b>PŘÍLOHY .....</b>	<b>I</b>

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Identifikační údaje .....	38
Tabulka 2 Vstupní test.....	45
Tabulka 3 Výstupní test.....	59

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

**ADL** – Activities of Daily Living (test základních všedních činností)

**ASA** – American Soc. of Anesthesiologists (Americká společnost anesteziologů)

**CA** – Karcinom

**CMP** – Cévní mozková příčina

**CT** – Počítačová tomografie

**CŽK** – Centrální žilní katetr

**DM** – Diabetes melitus

**IM** – Infarkt myokardu

**JIP** – Jednotka intenzivní péče

**KP** – Karcinom prostaty

**MgSo<sub>4</sub>** – Magnézium sulfát

**MM** – Močový měchýř

**ONK** – Oblastní nemocnice Kolín

**PEK** – Perkutánní extrakce konkrementu

**PMK** – Permanentní močový katetr

**RACE** – Radikální cystektomie

**RTG** – Rentgenové záření

**SpO2** – Saturace parciální O2

**TBC** – Tuberkulóza

**TEN** – Tromboembolická nemoc

**TNM** – Tumor Nodes Metastasis

**TURB** – Transuretrální resekce močového měchýře

**TZV** – Takzvaně

**USG** – Ultrasonografie

**ÚZIS** – Ústav zdravotnických informací a statistik

(Vokurka, 2015)

# SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

**Adjuvantní** – Podpůrná léčba

**Beligní** – Nezhoubný

**Derivace** – Zajištění odtoku moče

**Edukace** – Vyučovat, vychovávat

**Edukant** – Člověk, který se učí

**Edukátor** – Člověk, který někoho vyučuje

**Fistula** – Píštěl

**Hematurie** – Krev v moči

**Incidentální** – Náhodný

**Intravenozní** – Nitrožilní

**Intravezikální** – Uvnitř močového měchýře

**Karcinom** – Nádor

**Macerace** – Rozmáčení (vzniklé působením tekutiny)

**Maligní** – Zhoubný

**Metastaza** – Dceřiný nádor

**Mortalita** – Úmrtnost

**Nekróza** – Odumření buněk tkáně

**Per rectum** – Přes konečník

**Perzistující** – Chronický

**Pleuritis** – Zánět pohrudnice

**Resekce** – Operativní odstranění

**Retrakce** – Stažení

**Stenóza** – Zúžení

**Transabdominální** – Skrz stěnu břišní

**Transrectální** – Skrz konečník

**Ulcerace** – Vznik vředu

(Vokurka, 2015)

## ÚVOD

Přes svůj vysoký výskyt nepatří nádory močového měchýře v populaci mezi onemocnění, o kterém se často hovoří. Nádory močového měchýře (MM) patří po nádorech prostaty (KP) k druhým nejčastějším onemocněním urogenitální soustavy. Toto onemocnění je často opomíjeno a prevence je zanedbávána. Dle statistických údajů České urologické společnosti je tento druh karcinomu třikrát častější u mužů než u žen a patří mezi páté nejčastější úmrtí mužů v České republice. Důvodem výběru tématu pro napsání bakalářské práce je závažnost onemocnění a výrazný nedostatek znalostí a informovanosti mezi obyvatelstvem. Také zkušenosti na urologickém oddělení v Oblastní nemocnici v Kolíně, kde se s tímto onemocněním velmi často setkáváme, jsou hlavním důvodem, proč jsem si toto závažné téma vybrala.

Počet nově zachycených nádoru MM v České republice postupně narůstá. Tento počet je v současné době trojnásobně vyšší než před třiceti lety, ale úmrtí (mortalita) takto dramaticky nenarůstá. Důvodem nevzrůstajícího počtu úmrtí je zkvalitnění diagnostických metod, včasný záchyt onemocnění, správné stanovení histologického typu nádoru a kvalitní ošetrovatelská péče po stanovení diagnózy. Dle národního onkologického registru České republiky (ČR ÚZIS) je ročně registrováno s karcinomem MM 1 600 nových případů mezi muži, to je 31,3 případů na 100 000 obyvatel v mužské populaci a 590 nových případů mezi ženami, a to je 11,1 případů na 100 000 obyvatel v ženské populaci. Karcinom MM postihuje všechny věkové kategorie, převážně však střední a starší věkovou kategorii, tedy jedince od 55. roku věku.

Bakalářská práce je strukturována do dvou základních částí, tedy části teoretické a části praktické.

Cílem teoretické části je seznámení se s onemocněním močového měchýře, diagnostikou, léčbou, typy urostomií a druhy pomůcek používaných u daného onemocnění.

Cílem praktické části práce je využití vědomostí o této nemoci a zpracování individuálního edukačního procesu u pacienta s urostomií. Ošetrovatelská anamnéza a edukační potřeby byly



posouzeny podle modelu „Funkčního zdraví“ Marjory Gordonové. Edukační proces byl zpracován na základě odpovědí pacienta, kterému byl pokládán vstupní test, který obsahoval 6 otázek a prokazatelně zobrazil úroveň znalostí pacienta v dané problematice.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1.

Přiblížit problematiku onemocnění karcinomu MM s následným založením urostomie, popsat klinický obraz, diagnostiku a léčbu onemocnění MM. Informovat o prevenci a popsat teoretické poznatky edukace Všeobecné sestry na konkrétním edukačním procesu.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1.

Vypracovat individuální plán edukace u pacienta s urostomií na urologickém oddělení Oblastní nemocnice v Kolíně.

Cíl 2.

Seznámení se stomickými pomůckami, správným postupem výměny stomie ošetření okolí stomie, a informovat pacienty o Klubu stomiků.

### **Vstupní literatura:**

Hlavními zdroji pro vytvoření bakalářské práce jsou:

BÜCHLER, Tomáš, Marcela ČECHOVÁ, Otto HERBER a Michaela MATOUŠKOVÁ. 2017. *Léčba vybraných urologických onemocnění: novelizace 2017*. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Společnost všeobecného lékařství. Doporučené postupy pro praktické lékaře. 21 s. ISBN 978-80-86998-87-9.

KAWACIUK, Ivan. 2009. *Urologie*. Praha: Galén., 531 s. ISBN 978-80-7262-627-7.

SKALA, Evžen. 2000. *Rakovina močového měchýře*. Praha: Liga proti rakovině., 8 s. ISBN 80-239-3626-3.

MARKOVÁ, Marie. 2006. *Stomie gastrointestinálního a močového traktu*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů., 68 s. ISBN 80-7013-434-8.

DRLÍKOVÁ, Kateřina, Veronika ZACHOVÁ a Milada KARLOVSKÁ., 2016. *Praktický průvodce stomika*. Praha: Grada Publishing., 192 s. ISBN 978-80-247-5712-4.

### **Popis rešeršní strategie:**

Vyhledávání odborných publikací, které byly použity pro tvorbu bakalářské práce s názvem Edukace pacienta s urostomií, proběhlo v časovém období od listopadu 2018 až do března 2019. Pro vyhledávání byl použit katalog knihoven systému Medvik, bibliographia Čechoslovaca, Národní lékařské knihovny, registr vysokoškolských kvalifikačních prací, dále bylo využito elektronických informačních zdrojů (vyhledávač Google, databáze Medvik, Google Scholar). Odborná knihy a publikace byly dohledány v Národní lékařské knihovně v Praze. K vyhledávání byla použita slova v českém jazyce: stomie, urostomie, edukace, ošetrovatelská péče, karcinom. V anglickém jazyce byla použita následující slova: stoma, urostomy, education, nursing process.

Mezi hlavní kritéria pro zařazení dohledatelných článků do zpracování bakalářské práce byla: odborná publikace, tematicky odpovídající stanoveným cílům bakalářské práce, v českém, slovenském a anglickém jazyce, vydaná odbornými recenzovanými dokumenty v časovém období 2000 až do současnosti. Vyřazovacími kritérii byla obsahová nekompatibilita se stanovenými cíli bakalářské práce a nízkým stupněm důkaznosti publikace.

# 1 Karcinom močového měchýře

Nádory močového měchýře (MM) mohou být maligní i benigní. Nejčastějšími nádory jsou ty, které vycházejí z urotelu. Charakteristiku tvaru mají jako papilární nádory, tedy výrůstky vyklenující se do dutiny MM. Pokud papilomy zůstanou pouze v epitelu, jedná se tak o povrchové nádory, jestliže začnou prorůstat do hlubších vrstev svaloviny MM, nazýváme je infiltrujícími karcinomy MM. Některé papilomy a papilokarcinomy neprorůstají do svaloviny MM a některé naopak prorůstají. Rozdíly mezi benigními papilomy a maligními papilokarcinomy je velmi malý, hranice mezi nimi často i histologickým vyšetřením bývá velmi obtížně definovatelná (KAWACIUK, 2009, DYLEVSKÝ 1998)

## 1.1 Epidemiologie

Karcinom močového měchýře je druhým nejčastějším maligním nádorem urogenitálního traktu. Vyskytuje se v každém věku, ale maximum výskytu je kolem sedmdesátého roku života a postihuje třikrát častěji muže než ženy. Karcinom MM na rozdíl od ostatních maligních nádorů není nikdy nalezen v autopsii jako incidentální nádor, což znamená, že se všechny karcinomy MM klinicky diagnostikují. (KAWACIUK, 2009, BRUCHLER, ČECHOVÁ, HERBER, MATOUŠKOVÁ, 2017)

## 1.2 Etiopatogeneze

Karcinomy MM tvoří 90–95 % karcinomů močových cest, histologicky se tak jedná o karcinomy z přechodného epitelu. Jen zřídka se v MM vyskytují sarkomy, adenokarcinomy, malobuněčné karcinomy nebo karcionidy.

Pro hodnocení architektury nádoru MM se používá mezinárodní klasifikace TNM, která reflektuje staging nádoru, jenž je vedle gradingu nejvýznamnějším prognostickým faktorem. Nejvýznamnější je rozdělení karcinomu na invazivní a neinvazivní nádory. (BRUCHLER, ČECHOVÁ, HERBER, MATOUŠKOVÁ, 2017, SKÁLA, FRIDRICHOVÁ, 2011)

### 1.3 Rizikové faktory vzniku

Rizikových faktorů pro vznik karcinomu MM je celá řada. Karcinogeny působící na MM jsou především aromatické aminy (výroba plastů, barev a gumy), také výfukové plyny, akroleiny a další látky. Téměř 20 % karcinomů souvisí s profesionální expozicí.

Nejvýznamnějším rizikovým faktorem je zde kouření, které zvyšuje vznik nádoru až čtyřikrát. Riziko závisí na počtu vykouřených cigaret, době kouření a stupně inhalace kouře. Také chronická cystitida má kauzální souvislost s výskytem dlaždicobuněčného karcinomu MM. Na vzniku karcinomu MM má také veliký vliv nízký příjem tekutin. (KAWACIUK, 2009).

### 1.4 Symptomatologie – klinický obraz

Nejčastějším prvním příznakem je bezpříčinná hematurie, která se vyskytuje u 90 % pacientů. Mnohdy je jen mikroskopická a u některých pacientů je doprovázena častým močením a nucením na močení.

Bolesti pánve, boku a beder se objevují při lokálně pokročilém onemocnění spolu s otoky dolních končetin z důvodu obstrukce lymfatické drenáže metastázami. Zřídka se karcinom MM prokáže hubnutím, bolestí břicha nebo kostí, jsou to spíše následky již zjištěného pokročilého onemocnění. (KAWACIUK, 2009, BRUHLER, ČECHOVÁ, HERBER, MATOUŠKOVÁ, 2017)

### 1.5 Diagnostika a vyšetřovací metody

Hematurie je příkladem příznaku, který obvykle nemusí značit nádor, ovšem je třeba jej buď vyloučit, nebo zajistit další možné vyšetření, aby bylo co nejdříve možno stanovit diagnózu. Vedle obvyklé celkové prohlídky a vyšetření per rectum nebo vyšetření pochvy musíme provést laboratorní vyšetření krve, biochemické a mikroskopické vyšetření moče. Mezi další nutné vyšetření patří zobrazovací metody, jako je **ultrasonografie**, která umožňuje

zobrazit močový měchýř, pouze při jeho dostatečné náplni. Pro dostatečné stanovení stágingu nádoru nám transabdominální a transrektální ultrasonografie nestačí.

**Počítačová tomografie (CT)** malé pánve a břicha se využívá pro stanovení rozsahu a invaze nádoru a spolu s **RTG** pátrá po možných metastázách. Při potvrzení metastáz na CT je dobré použít ještě **magnetickou rezonanci**. Dalším vyšetřením je **vylučovací urografie**, která je indikována u všech nemocných, kteří mají symptomy a známky karcinomu MM. V neposlední řadě mezi nejdůležitější vyšetření patří **cystouretrie**, je rozhodujícím diagnostickým vyšetřením, při kterém zaznamenáváme lokalizaci, počet morfologických nádorových lézí a odebíráme malý vzorek tkáně tzv. **studené biopsie** na histologické vyšetření. Jedině tak lze stanovit definitivní diagnózu maligního nádoru a získat tak důležité informace pro pozdější léčbu, popřípadě vyloučit podezření na nádorové onemocnění. **Histologické a cytologické** vyšetření nádoru, tkáně MM a výplachu z MM je důležitým podkladem pro léčbu, nebo kontroly při sledování pacientů. (BRUCHLER, ČECHOVÁ, HERBER, MATOUŠKOVÁ, 2017, KAWACIUK 2009, SKÁLA, FRIDRICHOVÁ, 2011, KRŠKA, ŠKOCHOVÁ 2011)

## 2 Léčba

Karcinomy MM rozdělujeme na invazivní a neinvazivní. Při indikaci léčebného postupu je třeba mít na mysli nejen rozsah karcinomu, nezbytnou radikalitu výkonu ale i stav a kvalitu dalšího života pacienta. Problémem maligních nádoru MM je jeho progresse a recidivita. Recidiva nádoru pro pacienty představuje opakované endoskopické výkony a často imunoterapeutika a chemoterapeutika do MM. Progrese karcinomu znamená ohrožení života metastázami. Volba řešení operace se rozhoduje podle klinického a histopatologického stagingu a stupně malignity (KAWACIUK, 2009, SKÁLA, FRIDRICHOVÁ, 2011).

### 2.1 Neinvazivní karcinom močového měchýře

Operační léčba u neinvazivních nádorů MM zahrnuje transureterální resekci (TURB) tumoru se stanovením hloubky invaze. TURB a elektrokoagulace je u neinvazivních nádorů léčba první volby. Při TURB se přes močovou trubici zavádí resektoskop do nitra MM, tento přístroj je vybaven světlem, kanály pro přívod a odtok tekutiny a elektroresekční kličkou, která pomocí vysokofrekvenčního proudu umožňuje vyřezat nádor po malých kouscích. Odřezky se vypláchnou z MM ven a pacientovi je zaveden permanentní močový katetr, který mu je ponechán zpravidla do vyčechení barvy moči.

Při TURB je možné na spodině identifikovat nepostiženou svalovinu, a (pokud jde o velké nádory) je resekce možná ve dvou dobách. Po zákroku TURB navazuje jednorázové podání chemoterapie do MM. Účinnost TURB je mnohdy menší a při opakovaném zákroku v intervalu několika týdnů lze detekovat reziduální nádorovou tkáň u 40-75 % pacientů. Perzistující nádor se obvykle ukáže na stejném místě, kde byla provedena resekce. Při dalším opakování TURB se zhoršuje prognóza. Pětileté přežití po zákroku neinvazivního karcinomu se pohybuje kolem 75–90 % nemocných. Nádory pak progredují do pěti let u jedné třetiny pacientů a do deseti let jich progreduje 40–50 % (KAWACIUK, 2009, 2017, SKÁLA, FRIDRICHOVÁ 2011).

### 2.1.1 Léčba po transureterální resekcí močového měchýře

Intravezikální aplikace protinádorových agens do MM dosahuje významného omezení recidivity neinvazivních karcinomů. **BCG vakcína** představuje nejúspěšnější formu intravezikální profylaxe a léčby neinvazivního karcinomu MM. Do MM se aplikuje 6 dávek po týdnů a poté se pokračuje v udržovací dlouhodobé léčbě v podobě různých režimů. Udržovací léčebný režim by měl trvat minimálně jeden rok. Po podání BCG vakcíny zůstává bez recidivy kolem 30 % pacientů v době deseti let. Komplikace BCG vakcíny je propuknutí tuberkulózní infekce (KAWACIUK, 2009, KRŠKA, ŠKOCHOVÁ, 2011).

Intravezikální chemoterapie zvyšuje efektivitu TURB, jednorázovém podání **cytostatika (Mitomycinu C)** do MM by měl dostat každý nemocný po TURB do 6–24 hodin od provedení zákroku, nejlépe však hned po výkonu. Cílem těchto cytostatik je vymýcení nádorových buněk se snahou zabránění implantačním metastázám. Riziko recidivy se pak snižuje až o 50 % (DVOŘÁČEK, 1998, KAWACIUK, 2009).

### 2.1.2 Komplikace po transureterální resekcí močového měchýře

Odstraňování nádoru močového měchýře zahrnuje možnou infekci, krvácení vyžadující krevní náhradu, perforaci měchýře a zcela výjimečně hypervolemicko-hypotomický (TUR) syndrom. Výsledkem perforace stěny MM může být šíření neinvazivního nádoru. Extraperitoneální perforaci je možné vyřešit pouze katétrem, zato intraperitoneální perforace lze vyřešit pouze otevřenou operační revizí. Mezi další velmi časté komplikace zařazujeme zjizvení ureterálního ústí močovodu, na které přijdeme při městnání moči v horních močových cestách při cystoskopii nebo USG (DVOŘÁČEK, 1998, KAWACIUK, 2009).

## 2.2 Invazivní karcinom močového měchýře

Závažnější formou nádorů MM jsou ty, které pronikají do svaloviny měchýře. Těmto nádorům říkáme invazivní, tyto nádory prorůstají hlouběji stěnou MM a nelze je vyléčit operací TURB. Invazivní nádory se chovají agresivně a ohrožují tak pacienta rychlým růstem a založením metastáz v jiném orgánu. V případě invazivního nádoru MM je nutná radikální

léčba. U invazivních nádorů MM, který však nezaložil metastázy, je metodou volby **radikální cystektomie**. Jedná se o výkon, při kterém je odstraněn celý močový měchýř. Operační řez je veden od pupku ke sponě stydké.

Následně se MM oddělí od močovodů, močové trubice a vcelku se odstraní. Pokud se nádorové onemocnění nerozšířilo do močové trubice, je možno ji zachovat, což je dobrým předpokladem k vytvoření náhradního MM. U mužů se společně odstraňuje prostata i semenné vajíčky a u žen se odstraňuje děloha, vejcovody, vaječníky a přední stěna poševní. Na konci operace se rána uzavře a v místě operační rány se zaveden drén, který odvádí tkáňový výpotek s krví. Odstraněné orgány se posílají k histopatologickému vyšetření, které určuje přesný rozsah poškození a další léčebný postup. Po radikální cystektomii je pětileté přežití u pacientů bez zasažení lymfatických uzlin kolem 80 % a u nemocných s infiltrací nádoru do uzlin se přežití pohybuje kolem 15–35 % (BRUCHLER, ČECHOVÁ, HERBER, MATOUŠKOVÁ, 20017, KAWACIUK, 2009).

### **2.2.1 Pánevní lymfadenektomie**

**Pánevní lymfadenektomie** je samozřejmou součástí radikální cystektomie. Při lymfadenektomii se odstraňuje celá lipolymfatická tkáň. Nejčastěji jsou postiženy obturátové a zevní ilické uzliny. Hranice lymfadenektomie obvykle sahají až po aortu, nebo ke kaudální mezenterické arterie, se kterými se také odstraňují presakrální uzliny. U pacientů, kteří jsou indikováni k cystektomii, jsou metastázy na společných ilických uzlinách vzácné. Rozšířená lymfadenektomie výrazně zlepšuje přežití hlavně u nemocných, s prokázaným negativním uzlinovým nálezem (HORÁKOVÁ, 2014, KAWACIUK, 2009).

### **2.2.2 Komplikace po cystektomii**

Radikální cystektomie je náročný výkon, který sebou nese vysoké riziko komplikací. Mezi takové patří větší krevní ztráta během výkonu, při které je nutno podávat krevní deriváty, poranění okolních orgánů, infekční komplikace nebo obtížné hojení operační rány. V období po operaci mohou nastat problémy s obnovením střevní pasáže. U mužů mohou být



také problémy s erekcí, ty jsou způsobené poraněním nervových vláken cévního zásobení, které jsou uloženy těsně u MM a prostaty (VORLÍČEK, KINDLOVÁ, 2006).

## **2.3 Další možnosti léčby**

Cystektomie představuje nejúčinnější léčebnou metodu u invazivního karcinomu MM a přináší nejvyšší šanci na vyléčení u takto závažného onemocnění. Všechny ostatní léčebné postupy jsou méně účinné a jejich volba je na místě pouze tehdy, kdy je ze zdravotních důvodů vyloučen operační výkon nebo si pacient tento výkon nepřeje podstoupit (VORLÍČEK, KINDLOVÁ, 2006).

### **2.3.1 Radioterapie**

**Radioterapie** má v léčbě invazivního karcinomu MM své místo spíše v kombinované léčbě, která zachovává močový měchýř. Cílem radioterapie je ozáření MM dávnou radiačního záření. Ozařování může zastavit růst nádoru a může i zmenšit jeho velikost. Radioterapie může kromě nádoru, zasáhnout i zdravé tkáně, mezi které patří sliznice tlustého střeva a konečníku, které pak způsobí poruchy vyprazdňování stolice i moče a u mužů může nastat porucha erekce. Nešetrné ozařování vysokými dávkami může způsobovat postradiační cystitidu s následným svrašťujícím se močovým měchýřem. Kurativní radioterapie jako alternativa cystektomie, se zachováním vlastního močového měchýře zajistí pětileté přežití přibližně čtvrtině pacientů (HORÁKOVÁ, 2014).

### **2.3.2 Chemoterapie**

**Chemoterapie** může být aplikována neoadjuvantně, perioperačně nebo jako podpůrná léčba. Pokud nádor MM založil metastázy, je na místě podání chemoterapie. Jde tak o intravenózní aplikaci látek, které zabraňují množení a usmrcují nádorové buňky. Chemoterapie nese řadu nežádoucích účinků, neboť nepůsobí pouze na nádorové buňky, ale i na buňky zdravé a na tělesné tkáně.

Mezi nejčastější nežádoucí účinky patří nevolnost, zvýšená únava, krvácení, slabost, náchylnost k infekčním onemocněním a problémy s vyprazdňováním stolice. Metastatická onemocnění jsou léčena na základě chemoterapie **cisplatinou**. Cisplatina poškozuje genetickou informaci nádorové buňky, což vede k její záhoubě. I přesto je u pacientů s generalizovaným karcinomem močového měchýře vysoká mortalita a přežití je průměrně kolem jednoho roku života. Následná symptomatická léčba u takových pacientů má ovlivnit především krvácení například embolizací, obstrukcí horních močových cest stenty, nefrostomií, nebo celkový stav pacienta v podobě výživy, analgezie a psychické podpory (HORÁKOVÁ, 2014).

## 3 Stomie

Slovo stomie pochází z řeckého slova „stoma“, což v překladu znamená otvor či ústa. Stomie je umělé vytvoření a vyústění dutého orgánu na povrch těla z důvodu malignity a jiných nitrobřišních onemocnění. Jde o dočasné nebo trvalé chirurgické řešení, převážně na trávicím a močovém ústrojí, ve chvíli, kdy již jinou léčebnou metodu nelze uplatnit. Člověka, který má dočasně nebo trvale vyvedený dutý orgán na povrch těla, označujeme jako stomika (JUŘENÍKOVÁ, 2010, ZACHOVÁ, 2010).

### 3.1 Indikace k urostomiím

Indikací k urostomii je celá řada z důvodu toho, že vývojové vady jsou nejčastěji na močovém ústrojí. Můžeme sem zařadit vrozené malformace močového ústrojí, rozštěp páteře, při němž dochází k trvalé inkontinenci, nebo chybné uložení močového měchýře. Velikou indikační skupinou v dospělém věku jsou však nejčastěji nádorové onemocnění močového měchýře. Nádory MM brání odtoku moče z těla obstrukcí močové trubice nebo močovodu. U žen to mohou být gynekologické nádory, které již infiltrovaly do sliznice močového měchýře a u mužů jsou to nádory z předstojné žlázy, které se šíří do MM (OTRADOVCOVÁ, KUBÁTOVÁ, 2006, DVOŘÁČEK, 1998, BARTOŠKOVÁ a kol, 2007, Co je vhodné vědět o operaci radikální cystektomie, 2009).

### 3.2 Druhy urostomií

O derivaci moči, hovoříme vždy, kdy je moč z těla odváděna jiným způsobem než přirozenou cestou. Urostomie patří k nejméně častým typem stomií. Není-li možné obnovit normální odtok moči, jsou močovody vyvedeny přes stěnu břišní na její povrch, což nazýváme stomií. Urostomie se zakládá z důvodu vrozených nebo získaných onemocnění během života. Ošetřování urostomií je odlišné a náročnější než ošetřování kolostomie nebo ileostomie.

Důvodu je hned několik, moč je agresivní tekutina, která odchází neustále a poškozují tak kůži. Tím, že je urostomie uměle vytvořená z tenkého střeva, vytváří se v ní hlen. Je nutné zabránit vzniku infekce, která by se mohla šířit dále a tím by mohla poškodit ledviny. Urostomii oproti jiným stomiím je nutno měnit častěji, tato výměna vyžaduje rychlost a zručnost. Urostomii lze provést ze všech částí močového systému (OTRADOVCOVÁ, KUBÁTOVÁ, 2006).

### **3.2.1 Nefrostomie**

Obvykle se provádí punkcí v lokální anestezii, za sonografické kontroly. Jedná se o zavedení nefrostomického drénu do ledvinové pánvičky přes kůži tak, aby mohla moč odcházet z dutého systému ven do sběrného sáčku. Nefrostomii rozlišujeme stejně jako jiné stomie na dočasnou a trvalou. V případě trvalé stomie se každé 3 měsíce vyměňuje a v případě dočasné stomie je ponechána podle potřeby nemocného až do doby, kdy je příčina blokády ledviny vyřešena (OTRADOVCOVÁ, KUBÁTOVÁ, 2006).

### **3.2.2 Epicystostomie**

Punkční epicystostomie je přímá derivace moče přes stěnu břišní pomocí katétru z močového měchýře ven do sběrného sáčku. Indikace epicystostomie nastává, tehdy když nelze zajistit spontánní močení nebo drenáž zavedením permanentního katétru močovou trubicí do močového měchýře. Epicystostomie se provádí v lokálním znecitlivění pomocí vpichu, který je těsně nad sponou stydkou, kde je zaveden drenážní katetr, který je fixován naplněním balonku sterilní vodou a na povrch kůže sterilně přichycen stehem. Nejčastěji se zavádí z akutního důvodu striktury uretry nebo po poranění močové trubice. U některých pacientů pak hovoříme o trvalém řešení (OTRADOVCOVÁ, KUBÁTOVÁ, 2006).

### 3.3 Typy urostomií

*‘‘Derivace moči představuje rozsáhlý operační výkon a významný zásah do kvality pacientova života. Vždy musí být dodržena zásada onkologické bezpečnosti. Výběr vhodného typu derivace závisí na celkovém stavu pacienta, na jeho přání a očekávání. Pacient musí být před operací důkladně poučen, aby neměl nerealistická očekávání. Pacient musí být schopen dodržovat doporučení a musí být schopen spolupracovat, aby nedošlo k poruše funkce zvoleného typu derivace moči, (ČERMÁK, PACLÍK, VÍT, 2012, s. 43).*

#### 3.3.1 Ureterostomie - Kutánní ureterostomie

Je vyústění močovodu na povrch břišní stěny. Dle operační techniky mohou být dva druhy. U prvního druhu se jedná o ureterostomii kontinentní a u druhého o ureterostomii inkontinentní. U kontinentní ureterostomie technika spočívá v tom, že se vytvoří rezervoár ze stěny střevní a moč si pacient za pomoci zasunutí umělohmotného katétru vypouští moč sám. U inkontinentních stomií je tomu tak, že moč odchází samovolně, a tak pacient musí používat výpustné sáčky (ŠABACKÝ, ROVNÝ, 2001).

#### 3.3.2 Močový rezervoár – Brickerova operace

Jde o nejpoužívanější techniku kontinentní urostomie, kdy je při operaci odstraněn celý močový měchýř, nejčastěji z důvodu maligního nádoru MM. Z terminální kličky ilea se vytvoří rezervoár, do kterého se vsijí oba uretery. Klička ilea se vyvede jako ileostomie v pravém dolním kvadrantu břišní stěny. Ústí stomie je pak opatřeno ventilovým uzávěrem, čím nedochází k samovolnému unikání moči. Obsah se pak vypouští po 4–6 hodinách pomocí umělohmotného močového katétru (ŠABACKÝ, ROVNÝ, 2001).

#### 3.3.3 Urostomie přes tenké střevo

Do malé odpreparované části tenkého střeva, které na jednom konci je slepě uzavřeno, jsou vyvedeny oba uretery. Stomie je pak vyvedena na povrch stěny břišní. Moč v tomto případě odchází nepřetržitě, takže vyžaduje trvalé nošení sáčků. Výhodou tohoto typu stomie

je snižená možnost infekce močového ústrojí (ŠABACKÝ, ROVNÝ, 2001, DVOŘÁČEK, 1998).

### **3.3.4 Ureteroileostomie**

V tomto případě se nejedná o klasickou ureterostomii, neboť pacient nemá žádný vývod. Uretery jsou vyvedeny do tenkého střeva a moč odchází spolu se stolicí (ŠABACKÝ, ROVNÝ, 2001).

## **3.4 Komplikace urostomií**

V souvislosti se stomiemi může vznikat řada komplikací, ale při správném dodržování zásad při ošetřování jim můžeme předejít. Některé z nich však nevznikají naší chybou, ale špatnou konstrukcí stomie. Jejich řešení je pak jen chirurgické. Komplikace můžeme rozdělit na časné, ty vznikají v krátkém pooperačním období, a pak na pozdní, které vzniknou v delším časovém horizontu (OTRADOVCOVÁ, KUBÁTOVÁ, 2006, HRADECKÁ, 2017).

### **3.4.1 Nevhodné umístění stomie**

Nevhodně umístěná stomie, má pak za příčinu špatnou fixaci stomických pomůcek, odlepování, či zatékání moče. Tento problém je příčinou dermatitid, kožních infekcí, ulcerací kůže a postupně se může vytvořit až fistula. Pacientovi pak tato stomie působí velké problémy při běžných aktivitách a je zde velká spotřeba stomických pomůcek. Prevencí vzniku těchto komplikací je zevní lokalizace budoucí stomie ještě v předoperační době (HRADECKÁ, 2017, DRLÍKOVÁ, ZACHOVÁ, KARLOVSKÁ, 2016).

### **3.4.2 Poškození kůže**

Poškození kůže neboli eroze patří mezi nejčastější komplikace stomií. Poškození kůže může být způsobeno chemickým, např. močí, či mechanickým, např. nevhodné pomůcky k ošetření, jež vedou k zánětu kůže dermatitidy. Každá dermatitida způsobuje poškození kůže v okolí stomie, která pak ztrácí vlastnosti pružnosti, pevnosti a vlhkosti. Každá eroze se může zhoršovat a opakovat, je proto důležité naučit se správné postupy ošetření a chodit na

pravidelné kontroly se stomasestrou (HRADECKÁ, 2017, DRLÍKOVÁ, ZACHOVÁ, KARLOVSKÁ, 2016).

### **3.4.1 Krvácení**

Krvácení vzniká z lokální, nebo celkové příčiny. Lokální krvácení může vznikat při dotyku stomie během nešetrné výměny sáčku, nebo čištění okolí stomie. Drobné krvácení není nic neobvyklého, neboť střevní stěna je bohatě prokrvena. Krvácení, které trvá déle, může být způsobeno požíváním některých z léků. U pacientů, kteří mají pokročilé onkologické onemocnění, může být příčinou krvácení prorůstající nádor. Drobné krvácení ošetřujeme kompresí či opichem, déle trvající se musí podrobně vyšetřit, abychom mohli vyloučit zánět nebo nádor (HRADECKÁ, 2017, DRLÍKOVÁ, ZACHOVÁ, KARLOVSKÁ, 2016).

### **3.4.2 Ischemie až nekróza**

Vzniká nedostatečným krevním zásobením, kdy stomie má fialovou až černou barvu, zapáchá a může dojít až k jejímu upadnutí. Pacient však tyto ischemické změny necítí. Příčinou nekrózy může být špatná operační technika, kdy dojde k přetěti krevního zásobení, nebo o nedostatečně vystřižený otvor na podložce, kdy se okraje zařežou do sliznice. Pokud je nekróza částečná, může se zahojit bez následků, ale za cenu nerovností okraje stomie, píštělů či kýly. Pokračuje-li nekróza dále s následným vytvořením gangrény, je nutné provedení reoperace. Jako prevence je kontrola pooperačního období, otvoru v podložce, který musí být dostatečně veliký a upozornění pacienta, aby nenosil těsné oblečení (HRADECKÁ, 2017, ROVNÝ, ŠABACKÝ, 2001).

### **3.4.3 Macerace**

Macerace se objevuje z důvodu zvýšené vlhkosti. Kůže je pak bílá a objevují se na ní vrásky. K maceraci dochází při zatékání obsahu mezi podložku a kůži, a při používáním pomůcek, které neumožňují dostatečné odpařování. Na takto permanentně vlhké kůži dochází ke ztenčení ochranné vrstvy kůže a ke ztrátě kyselého pláště, což vede k bakteriálním

a houbovým infekcím (HRADECKÁ, 2017, ROVNÝ, ŠABACKÝ, 2001, DRLÍKOVÁ, ZACHOVÁ, KARLOVSKÁ, 2016).

#### **3.4.4 Alergická reakce**

Je způsobena přítomností alergenu, který je obsažen v používané pomůcce nebo alergií na používaný přípravek k ošetření stomie. Alergická reakce se projevuje zarudnutím a přítomností mokvajících pupínků, které pacienta subjektivně obtěžují svěděním. V delším intervalu působícího alergenu dochází k odlupování kůže. Rozlišení alergie od jiného podráždění je mnohdy velmi těžké, někteří pacienti jsou alergičtí na velmi specifické složky používaných výrobků. U některých pacientů se alergie projeví až v delším časovém intervalu (HRADECKÁ, 2017, ROVNÝ, ŠABACKÝ, 2001).

#### **3.4.5 Vtažení (retrakce) stomie**

Při retrakci se stomie trychtýřovitě stáhne zpět s rozeklanými okraji pod úroveň kůže. Příčinou vtažení stomie bývá změna hmotnosti pacienta. Vpadlá stomie pak komplikuje ošetření, neboť stomické pomůcky se špatně fixují a kůže přichází do kontaktu s výměškou, kdy dochází tak snadno k zánětům kůže. Zde pomáhá konvexní urostomický systém s páskem (HRADECKÁ, 2017, ROVNÝ, ŠABACKÝ, 2001).

### **3.5 Urostomické pomůcky**

Do roku 1960 se žádné stomické pomůcky nepoužívaly, a tak byl každý stomik prakticky vyřazený ze společenského života. Za posledních 30 let se stomické pomůcky obrovsky vyvinuly. V roce 1972 přišla firma Convatec na trh s novým typem pomůcek vyrobených ze speciálního želatinového materiálu, který umožnil přilnutí ke kůži. Tyto pomůcky se postupně modernizovaly až do současnosti. V současné době máme na trhu řadu kvalitních pomůcek, které pacientovi dovolují normální pracovní i společenské zařazení (OTRADOVCOVÁ, KUBÁTOVÁ, 2006).



Mezi základní stomické pomůcky patří sběrné sáčky. Tyto sáčky můžeme rozdělit na dva typy, jednodílné a dvoudílné. Jednodílný systém je tvořen želatinovou lepidivou podložkou, která je pevně spojena se sběrným sáčkem a umožňuje tak přímou aplikaci na kůži (OTRADOVCOVÁ, KUBÁTOVÁ, 2006).

Sáčky mohou být uzavřené nebo výpustné a také transparentní, které nám umožňují vizuální kontrolu, nebo neprůhledné, které mají tělovou barvu. Všechny sáčky obsahují uhlíkový filtr proti zápachu. Výpustné sáčky jsou opatřeny otvorem s drenáží, která se dá v noci napojit na drenážní systém. Mají ventil, který zabraňuje zpětnému toku moče do močového systému a eliminuje tak vznik infekce. Jednodílný systém je doporučován používat v raném období po operaci, kdy je kladen veliký důraz na každodenní kontrolu okolí stomie. Nevýhodou při dlouhodobém používání jednodílného sáčku je výměna, neboť se sundává celá pomůcka, takže je kůže více drážděna (OTRADOVCOVÁ, KUBÁTOVÁ, 2006).

Dvoudílný systém je tvořen zvlášť podložkou a sáčkem. Podložka má uprostřed otvor s plastovým kroužkem ukazujícího průměr, který udává velikost pomůcky. Na tento kroužek se upevňuje sáček stejné velikosti. Velikost kroužku volíme dle velikosti stomie tak, aby šíře kroužku byla o 1 cm. větší, než je průměr stomie. Podložka dvoudílného systému vydrží na kůži 4 až 7 dní, dle přilnavosti a aktivity pacienta (OTRADOVCOVÁ, KUBÁTOVÁ, 2006).

Při lepení stomie využíváme čisticí prostředky, které zahrnují odstraňovač náplastí, čisticí roztok, pohlcovač zápachu. Na odstranění zbytku pasty, lepidla a důkladného očištění pro kůži používáme odstraňovač náplastí a čisticí roztok (OTRADOVCOVÁ, KUBÁTOVÁ, 2006, DRLÍKOVÁ, ZACHOVÁ, KARLOVSKÁ, 2016).

Mezi ochranné pomůcky v péči o stomii zařazujeme ochranný film, který se nanáší na kůži před nalepením stomie. Zvyšuje tak odolnost kůže, před nežádoucími vlivy, obtékáním moče kolem podložky a zabraňuje tak vzniku macerace, puchýřků a infekce. Ochranný film můžeme použít ve formě spreje či navlhčených čisticích ubrousků (OTRADOVCOVÁ, KUBÁTOVÁ, 2006).

Ochranná pasta slouží k narovnání nerovnosti kůže, prohlubní jizev a působí preventivně proti uniknutí moče pod podložku. Adhezivní pasta má zklidňující účinky pro kůži a utěšňuje prostor mezi stomií a podložkou (OTRAVCOVÁ, KUBÁTOVÁ, 2006).

Mezi další pomůcky patří zásypový pudr na podrážděná či mokvající místa, ochranná destička, která vyplňuje tělesné nerovnosti a chrání kůži před přímým kontaktem se sekretem. Absorpční gel, který zahušťuje moč a zabraňuje zpětnému chodu ke stomii. Jako další prostředky, které vyplňují okolí, patří sem těsnicí kroužky, manžety a fixační pásky (DRLÍKOVÁ, ZACHOVÁ, KARLOVSKÁ, 2016).

Pacientovi jsou stomické pomůcky vydávány na předpis při pravidelných kontrolách ve stomaporadnách nebo u praktického lékaře. Pomůcky jsou předepisovány na poukaz, který je platný 2 měsíce a nelze zpětně uplatnit. Pojišťovny mají maximální limity stomických pomůcek pro každého stomika, které jim lze předepsat (DRLÍKOVÁ, ZACHOVÁ, KARLOVSKÁ, 2016).

## 4 Specifika ošetrovatelské péče o pacienta s urostomií

Ošetrovatelská péče je neodmyslitelnou součástí preventivní, diagnostické a léčebné péče. Patří mezi odbornou zdravotní péči, při které se zaměřuje na udržení a podporu zdraví jedince. Mezi hlavní cíle ošetrovatelské péče je individualita, která je zaměřena na uspokojování psychických, fyziologických, spirituálních a sociálních potřeb jedince (TRACHTOVÁ, TREJTNAROVÁ, MASTILIAKOVÁ, 2013).

### 4.1 Předoperační péče

Předoperační péče začíná informováním pacienta lékařem, který mu vysvětlí nutnosti operace, typ operace a podepíše s pacientem informovaný souhlas s výkonem. Poté následuje psychologicko edukační pohovor se stomasestrou, která informuje pacienta o základní péči a problémech, které stomii postihují a možnosti jejich řešení.

Následuje běžná předoperační péče, která spočívá v odběru základní laboratoře, zobrazovacích vyšetření a další nutná vyšetření, která pacient potřebuje. Nejdůležitější je zde speciální příprava neboli mechanické očištění střeva. Střevo se vyprazdňuje pomocí perorálního osmoticko-koloidního roztoku, který se nazývá **Fortrans** nebo **MgSo4**. Součástí přípravy střeva je také dodržování diety.

Dva dny před výkonem podáváme pouze tekutou stravu ke snížení obsahu stolice a den před operací jsou podávány pouze tekutiny. Roztok se pacientovi podává ve dvou dávkách a rozpouští se ve vodě, současně jsou pacientovi aplikovány intravenózní roztoky na doplnění tekutin. Nutná je zde profylaktická příprava střeva za pomoci antibiotik v kombinaci s chemoterapeutiky. Důležitou součástí přípravy pacienta je označení budoucího místa stomie. Pacient na toto místo musí dostatečně vidět, dosáhnout a neměla by mu vadit při pohybu či fyzické zátěži. Jako bezprostřední předoperační péče se z prevence tromboembolické nemoci bandážují dolní končetiny (OTRADOVCOVÁ, KUBÁTOVÁ 2006, TRACHTOVÁ, TREJTNAROVÁ, MASTILIAKOVÁ, 2013, VYTEJČKOVÁ 2015).

## 4.2 Pooperační péče bezprostřední

Po operaci je pacient umístěn na jednotku intenzivní péče (JIP), kde je obvykle několik dní do stabilizace a vitálních funkcí. Základem bezprostřední pooperační péče je sledování základních fyziologických a vitálních funkcí, sledování operační rány, zda je Redonova drenáž funkční, rána neprosakuje nebo nemaceruje, a sleduje se množství sekrece z rány za 24 hodin. Na JIP pacient přijíždí již s nalepeným stomickým sáčkem, který by měl být průhledný a jednodílný, aby se dalo kontrolovat okolí stomie (OTRAVCOVÁ, KUBÁTOVÁ 2006).

## 4.3 Perioperační péče

Po stabilizaci je pacient přeložen zpět na standartní lůžko, do doby, než je plně připraven do domácího ošetřování. Tato fáze může trvat různě dlouho, neboť závisí na hojení operační rány, schopnosti pacienta pečovat o stomii a na jeho psychickému stavu. Na standartním oddělení se denně sterilně převazuje operační rána, kontroluje se stav a funkčnost stomie. Edukace pacienta začíná nácvikem a manipulací se stomapomůckami nejprve na lůžku a poté v koupelně před zrcadlem. Dříve než je pacient propuštěn do domácího ošetřování, musí umět zacházet se stomií, ošetřovat ji a stejně tak i některý z příbuzných, pokud je to možné (OTRADOVCOVÁ, KUBÁTOVÁ 2006, JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ, 2013).

## 4.4 Péče před propuštěním

Předtím, než pacient opustí nemocniční lůžko, musí být seznámen se změnou životního stylu, se stravováním a musí být vybaven základními stomickými pomůckami a informačními brožurami, které obsahují cenné rady a pokyny při ošetřování stomie a úpravě životosprávy. Dále by rodina měla být připravena na přijetí nemocného domů. Domácí prostředí musí být upraveno tak, aby nemocný měl možnost provádět správně hygienickou péči. Pacient je seznámen s tím, že existují agentury domácí péče a stomaporadny, které mu s péčí o stomii pomohou. Nutné znalosti, které pacient musí vědět, než odejde domu jsou: (OTRADOVCOVÁ, KUBÁTOVÁ 2006).

- Způsoby ošetřování stomie.
- Změny, které musí provést ve svém stravovacím návyku.

- Projev komplikaci a jeho časné řešení.
- Kontakty na stomickou poradnu a výdejnu stoma pomůcek.
- Kontakt na kluby stomiků a jiné poradenství s kluby.

#### **4.5 Následná péče**

Propuštěním z nemocnice péče o stomika nekončí. Pacient je sledován v proktokolické ambulanci a v onkologické ambulanci. Termín kontroly po propuštění bývá do týdne, další za měsíc a poté každé 3 měsíce, pokud ovšem nejsou žádné komplikace. Je doporučeno, aby po propuštění pacient navštěvoval stoma poradny, která je nejbližší k jeho bydlišti. Pacient dále spolupracuje s ošetřujícím lékařem a se sociálním pracovníkem, který je zde potřeba hlavně tehdy, pokud pacient nemá příznivé rodinné podmínky, nebo je nesoběstačný v běžných aktivitách a při ošetřování stomie. Pro takové pacienty je potřeba zajištění lůžka v léčebnách pro dlouhodobě nemocné. Také po domluvě s lékařem může nemocný požádat o lázeňskou léčbu, kde stomie není kontraindikací (OTRADOVCOVÁ, KUBÁTOVÁ, 2006, JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ, 2013, VYTEJEČKOVÁ, 2015).

## 5 Život pacienta s urostomií

*„Skutečnost, že se člověk stane stomikem nemusí výrazně ovlivnit jeho rodinný a společenský život. V dnešní době má pacient možnost vybrat si stomickou pomůcku tak, aby stomii spolehlivě chránila. Aby se však pacient vyvaroval komplikacím, které život se stomií může přinést, určité změny v životním stylu je třeba provést“ (MARKOVÁ, 2006, s.50).*

### 5.1 Změny v kvalitě života pacienta s urostomií

Kvalita partnerského a rodinného života stomika záleží na vztahu, který byl již před operací. Vytvořením stomie se pacient dostává do tíživé situace, která je často doprovázena onkologickým onemocněním. Psychický stav pacienta, je tak často doprovázen úzkostí, hněvem, depresí, pocitem zoufalství, dále pak méněcenností a zohyzdění. Tyto jevy mohou vést k vyhýbání se společnosti i partnerskému životu. O to více pak pacient v takové fázi potřebuje podporu rodiny a chápajícího zázemí. Po rekonvalescenci je vhodné, aby se pacient zapojil zpět do společenského a pracovního života, nestránil se přátel a nebál se navštěvovat kulturní akce. Opětovné zařazení do zaměstnání je v mnoha případech možné, jedinou výjimkou je práce s velikou tělesnou zátěží. V pozdějším období je možné provádět celou řadu sportů s výjimkou těch, které vyžadují velikou sílu. Naopak vhodný sport je plavání, tenis, turistika, běh a lehké cvičení (BURCH 2008, DRLÍKOVÁ, ZACHOVÁ, KARLOVSKÁ, 2016).

Intimní život stomika, může být dočasně narušen. Při operaci může dojít k poranění či protěti nervů, což se může projevit jako ztráta libida, erekce, ejakulace, které jsou ještě prohloubeny psychickými problémy. Této stav bývá u většiny pacientů pouze dočasný. Před sexuálním stykem, je dobré dodržovat určité zásady. Doporučuje se, aby stomická pomůcka byla čistá a prázdná a také je dobré stomii zajistit prubanem a zakrýt prádlem. (DRLÍKOVÁ, ZACHOVÁ, KARLOVSKÁ, 2016).

## 5.2 Výživa a pitný režim

S urostomií žádná speciální dieta neexistuje, pacient může konzumovat běžnou stravu, ale měl by mít na paměti, že zdravá strava je dobrá strava. Jídlo, které je lehce stravitelné, mechanicky, chemicky i termicky šetrící, nenadýmavé a bohaté na bílkoviny a vitamíny je tělu prospěšné. Jestliže stomik konzumuje ryby nebo chřest, musí počítat s tím, že jeho moč bude zapáchat a pokud rád konzumuje červenou řepu, musí mít na mysli, že i moč bude zbarvena do červena. Jako prevenci močových krystalů, které se často v urostomii objevují, je dobré pití brusinkové šťávy. Urostomici by měli dbát na zvýšené množství tekutin, příjem by měl být kolem 2-3 l za den, aby se omezilo riziko vzniku močové infekce. Moč by měla být udržována kyselá v rozmezí pH 5,5-5,0. V tomto kyselém prostředí je možné předejít infekcím a tvorbě alkalických močových kamenů. K lepšímu udržení kyselé moči, je dobré užívat vitamín C (DRLÍKOVÁ, ZACHOVÁ, KARLOVSKÁ, 2016, GURKOVÁ, 2017, VRÁNOVÁ, 2013).

## 6 Edukace

Slovo edukace „educio, educare“ pochází z latinského slova vést vpřed, vychovávat. Pojem edukace je jako proces neustálého ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navození pozitivních změn ve vědomostech, návycích, postojích a dovednostech. Edukace znamená výchova a vzdělávání člověka. Vzdělávání je oproti edukaci proces rozvíjející vzdělanost a dovednosti, čímž docílíme určité kvalifikace (JUŘENÍKOVÁ, 2010, ZACHOVÁ, 2010).

Edukaci rozdělujeme na základní, reedukační a komplexní. Základní edukaci používáme při předávání nových vědomostí a dovedností, kdy je člověk motivován ke změně svého žebříčku hodnot a postojů. Jako reedukační edukaci považujeme tu, která navazuje na již získané dovednosti a vědomosti člověka, které dále prohlubujeme. A jako poslední komplexní edukace je taková, kdy jsou jedinci ucelené vědomosti a dovednosti předávány v etapách pro zlepšení a udržení jeho zdraví (JUŘENÍKOVÁ, 2010, ZACHOVÁ, 2010).

### 6.1 Edukační proces

Při edukačním procesu dochází k učení jedince. Učení tak může být záměrné anebo nezáměrné. Edukační proces probíhá již od prenatálního života jedince až do jeho smrti. **Edukantem** je zdravý nebo nemocný člověk, ale může to být i sám zdravotník, který se sebevzdělává. **Edukátorem** je aktér edukace. Nejčastějším edukátorem je všeobecná sestra a lékař. Při edukaci je důležité edukační prostředí, kde edukace probíhá. Edukační proces se skládá z 5 fází (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

#### 6.1.1 Fáze první – posuzování

Při posuzování dochází ke sběru dat, informací a anamnéze o nemocném. Zjišťování jedincových schopností učit se, posouzení jeho potřeb při rozšiřování vědomostí dovedností a návyků. K zajištění potřebných informací sestra využívá rozhovor a pozorování. Tato fáze je velmi důležitá pro stanovení cílů edukace (JUŘENÍKOVÁ, 2010).



### **6.1.2 Fáze druhá – stanovení edukační diagnózy**

Při stanovení diagnózy se identifikuje problém pacienta. Sestra přesně hodnotí úroveň dovednosti, vědomosti a návyky, které pacient nemá ale měl by mít (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

### **6.1.3 Fáze třetí – plánování**

Během plánování si sestra stanoví hlavní priority edukace. Dále volí metody, vybírá obsah a plánuje vzdělávání a učení s ohledem na zásady výchovy a pedagogické principy. V neposlední řadě stanovuje cíle edukace v oblasti psychomotorické, kognitivní a afektivní (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

### **6.1.4 Fáze čtvrtá – realizace**

Prvním krokem je motivace pacienta, na kterou navazuje expozice, při které pacientovy zprostředkováváme nové informace. Tohoto kroku by se měl pacient spoluúčastnit. Na expozici navazuje fixace. Při fixaci je důležité, aby nabité vědomosti a dovednosti byly trénovány. Na fixaci pak navazuje průběžná diagnostika, při které se snažíme prověřovat a testovat pochopení učiva a zájem člověka. Poté následuje aplikace, kdy se snažíme, aby pacient dokázal získané vědomosti a dovednosti použít. Při realizaci dbáme na to, aby naplánované vyučovací strategie probíhaly tak, abychom dosáhli žádoucího výsledku, s ohledem na věk a individualitu zvláštnosti pacienta (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

### **6.1.5 Fáze pátá – zhodnocení a zpětné vazby**

Při zhodnocování zjišťujeme, zda jsme dosáhli stanovených cílů edukace, zda si pacient osvojil požadované vědomosti a dovednosti. A hodnotíme efektivitu edukačního plánu se zápisem o edukaci pacienta. Hodnocení výsledků nám dává zpětnou vazbu mezi námi a pacientem (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

## 6.2 Edukační cíle

Edukační cíle můžeme charakterizovat jako očekávaný výsledek, kterého chceme u pacienta dosáhnout. Většinou se týká změny chování člověka k lepšímu z pohledu jeho zdraví. Edukační cíle pomáhají edukátorovi edukaci dobře naplánovat, čím přesnější je její formulace, tím lepší je plánování a motivace. Cíle můžeme mít krátkodobé nebo dlouhodobé a dále je rozdělujeme na vyšší a nižší. Cíl by pro jedince měl být splnitelný, jednoznačný, snadno kontrolovatelný a nenáročný. Formulace cílů je vždy ze strany edukanta (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

## 6.3 Sestra v edukačním procesu

V dnešní době se v medicíně i v ošetrovatelské péči klade veliký důraz na zapojení pacienta do léčby. K tomu nám slouží edukační rozhovor, který je nejen k předání teoretické informace, ale rozšiřuje i praktické dovednosti pacienta, které sestra pacientovi předává. Jde zde hlavně o názornou ukázkou a zapojení tak co nejvíce smyslů pacienta do praxe. Při edukaci pacienta, by sestra měla být hlavně trpělivá, klidná, schopná pacientovi zopakovat a několikrát znovu ukázat jak nato, měla by ho motivovat a poskytovat mu empatickou podporu. Dále by se měla vhodně kladenými otázkami přesvědčit, že pacient rozumí a ví, co má dělat. Velmi důležitá je pochvala při posunu pacienta k lepším výkonům a celkové závěrečné shrnutí. Edukační pohovor je dnes součástí každodenní praxe sester a jsou využívány ve všech úsecích práce. Nedílnou součástí jsou vhodně kladené otázky, které jsou oznamovací, aby sestru ujistily, že tomu pacient opravdu rozumí (JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ, 2013, JANÍKOVÁ, 2013, NEMCOVÁ, 2010, GURKOVÁ, 2017).

## 7 Edukační proces u pacienta s urostomií

“Časová data a identifikační údaje pacienta byly změněny z důvodu dodržení dikce platné národní a evropské legislativy vztahující se k ochraně osobních údajů,,

Hlavní předpokladem pro správnou edukaci je zajištění vhodného prostředí, kdy se pacient musí cítit tak, že o něho sestra má zájem a snaží se mu pomoci. Navození správné atmosféry není pouze dobrý předpoklad pro správnou a účinnou edukaci. ale i získání pacientovi důvěry pro nadcházející spolupráci (BENEŠ, 2000).

### Kazuistika pacienta:

Pacient byl přijat na urologické oddělení Oblastní Nemocnice v Kolíně dne 15.11 2018 v 8:30 hodin k plánované operaci močového měchýře pro karcinom. Byla provedena cystektomie s následným založením urostomie. Po operaci byl pacient převezen na jednotku intenzivní péče (JIP), byl bez pooperačních komplikací a zůstal tam do stabilizace základních životních a fyzikálních funkcí 10 dnů. Po stabilizaci byl pacient převezen zpět na urologické oddělení, kde probíhaly pravidelné převazy operační rány, samotné stomie a edukace pacienta v sebedpěči o stomii se stomickou sestrou. Nyní pacient popisuje občas mírné bolesti v podbřišku. Po operaci se cítí v pořádku, má radost ve zlepšování se v péči o stomii a těší se, až půjde domů.

**Tabulka 1 Identifikační údaje**

Jméno a příjmení: X.X	Vzdělání: středoškolské
Datum narození: X.X 1945	Zaměstnání: důchodce
Rodné číslo: X.X	Oddělení: urologické
Věk: 74 let	Přijal Mudr. : X.X
Pohlaví: muž	Účel příjmu: léčebný
Stav: ženatý	Ošetřující lékař: X.X
Státní příslušnost: česká	Obvodní lékař: X.X
Bydliště: XX	Datum příjmu: 15.11 2018
Typ přijetí: plánovaný	Čas příjmu: 8:30 hodin

Vlastní zdroj: autor, 2019

## 1) Fáze posuzování

Na urologické oddělení Oblastní Nemocnice v Kolíně dne 15.11 2018 byl přijat k plánované operaci močového měchýře pacient s iniciály X. X, kterému je 74 let.

### Základní lékařské příjmové vyšetření

**Osobní anamnéza:** se srdcem ani s dýcháním se neléčí, esenciální hypertenze, DM 0, IM 0, CMP 0, TBC 0, infekční onemocnění 0, stav po oboustranné pleuritis

**Rodinná anamnéza:** otec zemřel na rakovinu prostaty, matka zemřela na CMP, sestra zemřela při autonehodě, dcera zdravá

**Sociální anamnéza:** žije s manželkou v rodinném domě

**Pracovní anamnéza:** nyní v důchodu, dříve automechanik

**Abusus:** exkuřák 20 let, alkohol občas, jiné drogy nejuje

**Alergická anamnéza:** neudává

**Urologická anamnéza:** Ca močového měchýře, v péči Mudr. X.X

**Onkoprevence:** neprobíhala, pak náhodně zjištěný Ca MM, Gleason skóre 2-3 invaze.

**Farmakologická anamnéza:** Bisoprolol Mylan 5mg (antihypertenzivum), Asacol 400mg (střevní protizánětlivé léčivo), Sorvasta 20mg (inhibitor)

**Nynější onemocnění:** Pacient přijat k plánované operaci močového měchýře (cystektomii – RACe) s následným založením urostomie a oboustrannou reinsercí stentů. Nález karcinomu močového měchýře bez potvrzení metastáz.

**Status preasens:** Pacient orientován časem i místem, je anikterický, bez klidové dušnosti, bez cyanózy, bez bolesti. Výživa i hydratace je přiměřená.

**Hlava:** pokleповě nebolestivá, bulby volně pohyblivé, zornice jsou izokorické a reagují na světlo, spojivky růžové, nos, uši i ústa bez sekrece, jazyk vlhký a výstupy hlavových nervů nebolestivé.

**Krkk:** náplň krčních žil je nevětšená a uzliny jsou nehmatatelné

**Hrudník:** souměrný, plíce a dýchání je čisté, poklep jasný, pravidelná srdeční akce, dvě jasně ohraničené ozvy

**Břicho:** prohmatné, volné, měkké, nebolestivé, játra a slezina nevětšeny, ledviny hmatatelné

**Zevní genitál:** ústí klidné, obě varlata nevětšena, nebolestivá, hladká a pružná, nadvarlata pružná a kůže klidná

**Prostata:** nevětšena, hladká, ohraničená, nebolestivá

**Končetiny:** dolní končetiny bez otoků, varixů, pulzace je hmatná do periferie

**Příjmová diagnózy:** C679 Karcinom močového měchýře, I10 esenciální hypertenze

**Závěr:** Ze zdravotního hlediska a laboratorních výsledků je pacient schopen k operačnímu výkonu v celkové anestezii. Pacient schopen k zákroku se středním rizikem dle klasifikace ASA II. Dále doporučuji předoperační přípravu dle operátora a prevenci TEN.

### **Základní vyšetření sestrou při přijetí**

Hmotnost: 64 kg

Výška: 174 cm

BMI (kg/m<sup>2</sup>): 21.1

Alergie: neudává

Kardiostimulátor: ne

Stav kůže: normální

Dieta: racionální č. (3)

DM: nemá

Způsob příjmu potravy: per os

Příjem tekutin: 1,5 l

Kanylace: zavedený CŽK dne 15.11 2018

Lokalizace: v.jugularis

Stolice: pravidelná

Poslední stolice: 15.11 2018

Močová inkontinence: není

Zavedený PMK: Trojcestný 22

Faktory bránící tělesné aktivitě: léčen s vysokým krevním tlakem (naměřený TK při přijetí)

Kompenzační pomůcky: vyndavací zubní protéza (horní i dolní), brýle

Spánek: kvalitní spánek, spí celou noc

Orientace: místem, časem i osobou

Smyslové vnímání: zrak dobrý (brýle na čtení), řeč dobrá, sluch přiměřený věku

Duchovní, nebo jiné individuální potřeby: ne

Bydlení: bydlí s manželkou v rodinném domě

Krevní tlak: 145/90 mmHg

Pulz: 78<sup>+</sup> normokardie

Saturace: 97 % normální nasycení kyslíkem

Tělesná teplota: 36,6 °C normotermie

Dýchání: 17 dechů/ minutu

Ošetrovatelské hodnotící škály

Riziko pádu: 0-4 Bez rizika

Rizikové faktory pro vznik dekubitů: 32 (26 a více: bez rizika vzniku dekubitů)

Barthelův (ADL) test soběstačnosti: 100 nezávislý

## **Posouzení fyzického stavu, zdravotních problémů a edukačních potřeb pacienta.**

*Dle modelu funkčního zdraví Marjory Gordonové*

### **Vnímání zdraví**

Pan X. X vnímá svůj zdravotní stav velmi dobře, i přes nynější onemocnění, a založení urostomie. Léčí se pouze s vysokým tlakem, ale nikdy ho na sobě nepocíťoval. Za mlada byl aktivním sportovcem, plaval, hrál fotbal a miloval lyžování, proto mu nejde do hlavy, jak může mít vysoký tlak. Mezi jeho nynější koníčky patří práce na zahradě, procházky s pejskem, houbaření a zimní otužování v rybníce. Co se týká jídla, tak jí všechno, co mu chutná, ale snaží se jíst i zdravé věci, čas od času. S pitím je to horší, na to zapomíná, neboť tvrdí, že pocit žízně nemá, ale v létě se snaží pít víc. Od té doby, co je v důchodu, si zdraví uvědomuje daleko více, než když byl mlád. Největší radost mu dělají vnoučata a malý pravnouček, se kterými by to chtěl být co nejdéle.

Od chvíle, co mu sdělili, že je jeho onemocnění vážně a bude nutné založení urostomie, se jeho psychický stav a pohled na svět poněkud změnil. Říká, že jeho velkou oporou je rodina a nedovolí, aby ho onemocnění zlomilo. Smrti se bojí, neboť ještě se necítí na to, aby zemřel, a nemůže tu přeci nechat manželku samotnou.

### **Výživa a metabolismus**

Vždy rád sportoval a i teď je aktivním důchodcem, proto s váhou problémy nemá a ani nikdy neměl. Od zjištění karcinomu nepocíťuje nechutenství a jeho váha se nijak nezměnila. Jídlo si vychutnává pořád stejně a je si vědom, že po založení stomie bude do svého jídelníčku muset zařadit více zdravé stravy. Sice má pan X.X vyndavací zubní protézu, ale žádné jídlo mu nedělá problémy. S pitným režimem je to ovšem složitější, pocit žízně nepocíťuje, ale ví, že to bude muset změnit.

### **Vylučování**

V poslední době ho hodně trápila hematurie (krev v moči), která se více a více stupňovala. Jednou se mu udělalo hrozně špatně s tím pocitem, že má plný močový měchýř

a nemůže se vymočit. Ihned jel do nemocnice, a tak vlastně po všech vyšetření přišli na to, že má karcinom, bohužel v pokročilém stavu. S vyprazdňováním stolice problémy nemá. Ve stolici krev neměl. Pocení ho netrápí, jen v létě, když je teplo.

### **Aktivita a cvičení**

Díky důchodu a veliké rodině, nemá problémy s tím, že by neměl co dělat. Ještě před důchodem byl také velmi zaneprázdněný, jako automechanik byl pořád v dílně nebo jezdil na závody a výstavy aut. Nyní tráví čas s vnučaty, pejskem, chodí do lesa, v zimě už po několik let je aktivním účastníkem otužování v rybníce a do dílny pro nějakou tu menší opravu také zavítá. Zatím se cítí v dobré kondici, otázka je, jak to všechno zvládne se stomií.

### **Spánek a odpočinek**

Se spaním problémy nemá, když mu to nejde, přečte si knížku a spí jako dudek. Když mají s manželkou na hlídání vnučata, tak chodí spát i odpoledne po pohádce, stejně jako děti. Teď je to občas horší s usínáním, večer ho napadají různé myšlenky a obavy z budoucna, ale poté i tak usne.

### **Citlivost a poznávání**

Žádné problémy s poznáváním ani s vnímáním pacient nemá. Jediné, co nosí, jsou brýle na čtení. K očnímu lékaři chodí na pravidelné kontroly, neboť pořád řídí auto, tak aby měl vše v pořádku. Kvůli práci automechanika chodil i na pravidelné kontroly sluchu. Co se týká vzpomínek, vzpomene si snad úplně na vše. Nejraději mluví o mládí, vojně a o seznámení s manželkou, které bylo trochu netradiční. Rád komunikuje a seznamuje se s novými lidmi. Během naší konverzace je vidět jeho zájem a radost z odpovědí. Na otázky odpovídá srozumitelně, neopakuje se a věty jsou souvislé. Při mé otázce, zda má dost informací o svém zdravotním stavu a všemu rozumí, kýve hlavou, že ano. Vše o tom, co potřebuji vědět, vím a lékařům věřím.

### **Sebepojetí a sebeúcta**

Pacient se asi jako každý člověk operace bojí, nebo přesněji ne tolik té operace, ale hlavně toho co bude potom, a jestli mu ta operace pomůže v tom, aby mohl být s rodinou



ještě několik let. Doufá, že se naučí se stomií dobře zacházet a že mu to nebude omezovat jeho jinak dost aktivní život. Svou rodinu miluje a je za ní vděčný. Nikdy nelitoval svých rozhodnutí a je přesvědčen, že si život až dosud velmi užíval.

### **Role a vztahy**

Co se týká vztahů, pan X.X je šťastně ženatý přes 50 let. S manželkou mají jednu dceru, která má své dva potomky a ty už mají zase ty své, jak pacient říká, „*není nás málo*“. Jeho dcera a vnoučata bydlí na opačném konci republiky, takže se vídají hlavně o prázdninách při rodinných sešlostech a vždy, když hlídají vnoučata. Je rád, že se jeho rodina rozrůstá a že jich je tolik, má v nich zázemí a jistotu. Vedle rodiny má i plno známých a přátel. Všichni ho chodí navštěvovat.

### **Reprodukce a sexualita**

Se sexuálním životem problémy nikdy neměl. V této době již sexuálně nežije ale vzpomíná na to rád.

### **Stres, zátěžové situace a jejich zvládnání a tolerance**

Pana X.X prý jen tak něco nerozhodí, jeho povaha je spíš klidnější. Když už ho něco naštve, tak to musí být. Když mu lékaři sdělili jeho onemocnění a vše, co to obnáší, v šoku byl, ale spíše kvůli rodině a hlavně manželce, která na rozdíl od něho, stres snáší velmi špatně. Báł se a bojí se, co bude, ale kvůli rodině ví, že to nesmí vzdát. Operace se taktéž bojí a neví, co bude následovat a zda to opravdu dokáže vše zvládnout, ale věří si a hlavně lékařům. Je na jednu stranu rád, že toto onemocnění potkalo jeho a ne ženu, ta by to prý psychicky nezvládla. Doufá a věří, že vše dopadne dobře.

### **Víra a životní hodnoty**

Pacient v boha a v nic nadpozemského nevěří. Doma nikdy nikdo nábožensky založený nebyl. Dle jeho slov, „*Kdyby Bůh byl, není na světě tolik zla a utrpení*“. Jediné v co věří, je

posmrtný život, věří, že když člověk zemře, dostane se na lepší místo a přeci jen, odtamtud se nikdo ještě nevrátil, tak tam musí být pěkně, dodává. Co by si přál je, aby už byl doma s rodinou a bylo vše v pořádku. Život má pěkný, postavil si rodinný dům, vychoval dceru, má plno vnoučat, spokojené manželství, co je víc. O peníze taky nikdy nouzi neměl, ty budou vždycky, ale my nebudeme a stejně si za peníze zdraví nekoupíte, říká.

### **Porozumění současné situace rodinou**

Pacient žije se svou ženou v rodinném domě. Jeho manželka a zbytek rodiny jsou o jeho zdravotním stavu plně informováni. Jsou schopni pacienta podpořit, pomoc mu při ošetřování stomie a celkově ho podporovat při rekonvalescenci. Budou dělat vše proto, aby se uzdravil. Jeho blízcí kamarádi jsou také seznámeni s jeho onemocněním, ale ne tak rozsáhle.

Ke zjištění vědomostí a potřebných informací o stomii byl pacientovi předložen následující vstupní test.

**Tabulka 2 Vstupní test**

OTÁZKA	ODPOVĚĎ ANO/NE
Víte, co je urostomie?	NE
Znáte nějaké pomůcky, které jsou k urostomii potřeba?	NE
Víte, jak se o urostomii správně starat?	NE
Znáte správný postup, jak vyměnit urostomický sáček?	NE
Víte o možných komplikacích, které u urostomií mohou vzniknout?	NE
Slyšel jste někdy o klubu stomiků a stomických sestřích?	NE

Vlastní zdroj: autor, 2019

Při vyhodnocení vstupního testu jsem zjistila, že pacient má veliké nedostatky ve vědomostech, které se týkají nejen urostomií a péče o ni, ale i o následných možnostech návštěvy klubu lidí se stejným onemocněním. Pro získání těchto vědomostí pacienta je důležité předat veškeré potřebné informace, které jsou nutné k péči o stomii. Pacient zná

pojem vývod, nevěděl však, že je to jen hovorový výraz pro stomii. Nemá vědomosti o komplikacích, které mohou nastat, nezná ani žádné pomůcky, které jsou k ošetření a k péči o stomii potřeba. Nikdy se se stomii nesetkal, tudíž nezná správný postup při výměně urostomického sáčku.

## **Motivace pacienta**

Pacient je na průměrné úrovni znalostí a schopností, pochopit práci se stomií. Má zájem o informace, učení se správné techniky v péči o urostomií a získat tak nové vědomosti, které bude potřebovat. Plně si uvědomuje závažnost svého onemocnění a důležitost naučení se správné techniky při ošetření urostomií a předcházení tak možným komplikacím. Přání pacienta je co nejdříve se uzdravit a jít domů.

### **1) Fáze stanovení edukační diagnózy**

#### **Deficit vědomostí:**

- o urostomií
- o vhodných pomůckách a péči o urostomií
- o výměně urostomického sáčku
- o možných komplikacích urostomií

#### **Deficit v postojích:**

- strach z komplikací, které mohou vzniknout
- obavy z neschopnosti při výměně urostomického sáčku

#### **Deficit zručnosti:**

- v péči o urostomií a okolí
- při výměně urostomického sáčku

## 2) Fáze plánování

**Podle priorit:** na základě vyhodnocení výsledku ze vstupního testu jsme si stanovili následující priority edukačního procesu.

### **Priority edukačního procesu:**

- edukace o urostomii
- edukace o výměně urostomického sáčku
- edukace o péči kolem urostomie
- edukace o urostomických pomůckách

**Podle struktury:** Tři edukační jednotky

### **Záměr edukace:**

- seznámit pacienta s urostomií
- seznámit pacienta s pomůckami k urostomií
- seznámit pacienta s možnými komplikace
- seznámit pacienta s organizacemi, které se zajímají o stomiky
- získat co nejvíce informací o režimovém a dietním opatření

### **Podle cílů:**

**Kognitivní:** pacient získal veškeré vědomosti týkající se urostomií, dozvěděl se o možných komplikacích, které mohou nastat a o pomůckách a správném postupu při ošetřování urostomie. Zná dietní a režimové omezení a dozvěděl se vše o klubu stomiků a jiných potřebných organizací, které může navštěvovat.

**Afektivní:** postoje pacienta k edukaci jsou kladné, zajímá se o veškeré informace, týkající se urostomií. Spolupracuje a má zájem při postupu výměny urostomického sáčku.

**Behaviorální:** pacient umí používat stomické pomůcky, zná možné komplikace při nesprávném ošetření a dodržuje preventivní opatření vzniku komplikací.

**Podle místa edukační realizace:** u lůžka pacienta na urologickém oddělení v Oblastní nemocnici v Kolíně

**Podle času:** edukační proces probíhal po dobu třech dnů v dopoledních hodinách

**Podle výběru:** nejdříve byl výklad, následovalo objasňování a rozhovor, prostor na otázky, názorná ukázka, diskuze, vstupní a výstupní test

**Edukační pomůcky:** brožury, obrázky, papír, tužka, nůžky, edukační kartičky, odborná literatura, knihy, notebook, pomůcky k urostomií (desinfekce, emitní miska, stomická pasta, ochranný film, odstraňovač náplasti, desinfekční ubrousky, šablona, podložka, urostomické sáčky, buničina, rukavice, zrcadlo)

**Podle formy:** individuální

**Typ edukace:** úvodní

**Struktura edukace:**

- **1. Edukační jednotka** – urostomie
- **2. Edukační jednotka** – péče o urostomii
- **3. Edukační jednotka** – možné komplikace a jejich prevence vzniku

**Časový harmonogram edukačního procesu:**

- **1. Edukační jednotka** – 27.11 2018 od 10:00 do 10:50 (50 minut).
- **2. Edukační jednotka** – 28.11 2018 od 10:00 do 10:40 (40 minut).
- **3. Edukační jednotka** – 29.11 2018 od 10:00 do 10:30 (30 minut).

### 3) Fáze realizace

#### 1. Edukační jednotka

**Téma edukace:** Urostomie

**Místo edukace:** V pokoji u lůžka pacienta na urologickém oddělení

**Časový harmonogram:** 27.11 2018 od 10:00 do 10:50 (50 minut).

**Cíl realizace:**

**Kognitivní:** pacient se dozví a tím získá nové dovednosti a vědomosti týkající se urostomie. Bude vědět a zná o vzniku možných komplikacích a ví, jak vypadá fyziologická stomie.

**Afektivní:** pacient se aktivně zapojuje do získávání nových dovedností a je vidět jeho zájem o správnou péči o urostomii

**Forma:** individuální

**Prostředí:** nemocniční, v pokoji pacienta

**Edukační metody:** vysvětlení, rozhovor, praktická ukázka a nácvik, prostor na otázky pacienta a jejich odpovědi

#### Realizace 1. Edukační jednotky

**Motivační fáze:** (10 minut) představit se pacientovi, seznámit se s ním a poděkovat mu za ochotu ve spolupráci. Přizpůsobit prostředí, připravit potřebné pomůcky k edukaci a navodit příjemnou atmosféru. Vysvětlit pacientovi nutnost edukace a podpořit ho v nadšení ve spolupráci.

**Expoziční fáze: (25 minut)**

Pacienta edukujeme o závažnosti jeho onemocnění a následném založení urostomie. Dále v krátkce zmíníme, neboť tomu budeme věnovat další sezení, o vzniku komplikací, které mohou nastat, při nesprávném zacházení a ošetřování urostomie. Informujeme ho, jak a kdy bude edukace probíhat, že vše potřebné se dozví ještě před odejitím do domácího léčení. Dále, že za hospitalizace mu budou prováděny veškeré převazy operační rány i samotné stomie. Před propuštěním do domácí péče, ho naučíme správnému postupu při ošetřování a výměně urostomického sáčku a vysvětlíme mu, jak předejít možným komplikacím. Pomocí praktické ukázky a nácviku seznámíme pacienta s urostomií a ukážeme mu, jak vypadá fyziologická a patologická urostomie, aby mohl doma včas rozpoznat možné komplikace. Informujeme ho, o návštěvě nutričního terapeuta, který mu doporučí zdravou stravu ke zlepšení rekonvalescence a motivujeme ho, že s urostomií může normálně fungovat a nemá žádné výrazné omezení jak v jídle, tak v pohybu. V den jeho propuštění mu sdělíme informace o návštěvách praktického lékaře, který mu bude předepisovat poukazy na stomické pomůcky, a také mu povíme o klubu stomiků, který může navštěvovat a seznámit se tak s lidmi se stejným onemocněním.

**Stomie** – Pacienta seznámíme s pojmem stomie. Stomie je umělém vyústění dutého orgánu na povrch těla. Urostomie je prováděna z důvodu karcinomu močového měchýře. Je vytvořena z tenkého střeva a vyvedena na povrch těla. Tato stomie je trvalá, tedy na celý zbytek života z důvodu nemožnosti fyziologického vyprazdňování moče. Existují i dočasné stomie v oblasti vylučování, je tomu například nefrostomie (lépe řečeno nefrostomický drén), který se zavádí po perkutánní extrakci konkrementu (PEK) v tomto případě se jedná o vratný stav. U urostomie není důležitá pouze správná péče ale i sledování samotného chování stomie, abychom předešli možným komplikacím.

**Fixační fáze:** (10 minut) slouží ke shrnutí základních informací o urostomii. Zdůraznění nutnosti nejen péče ale i sledování samotné stomie. A připomenutí nutnosti péče o stomii. Zodpovězení otázek pacienta.

**Hodnotící fáze:** (5 minut) rozhovor s pacientem, a ověření si zpětné vazby, zda všemu porozuměl. Položení otázek pacientovi s ověřením správných odpovědí.

## Podané kontrolní otázky

- Rozumíte pojmu a víte co znamená stomie?
- Proč je důležitá nejen péče, ale i samotný vzhled stomie?
- Víte kam pro stomické pomůcky?

**Zhodnocení edukační jednotky:** Stanovené cíle byly splněny. Pacient rozumí všem potřebným znalostem, které se zatím dozvěděl. Pacient ví, a rozumí pojmu urostomie. Znalosti demonstroval zpětnou vazbou tázacích otázek, neboť se o problematice svého onemocnění a urostomií chtěl dozvědět co nejvíce. Na závěr edukace jsme dospěli k totožnému názoru, že byla pro pacienta edukační jednotka přínosem. Celková doba edukace trvala 50 minut.

## 2. Edukační jednotka

**Téma edukace:** Péče o urostomii

**Místo edukace:** V pokoji u lůžka pacienta na urologickém oddělení

**Časový harmonogram:** 28.11.2018 od 10:00 do 10:40 (40 minut).

**Cíl realizace:**

**Kognitivní:** pacient bude znát všechny potřebné znalosti v péči o urostomii, vhodné pomůcky k péči o kůži a výměně urostomického sáčku. Naučí se správný postup při výměně. Bude si vědom důvodu, proč je důležité správný postup při výměně urostomie a pravidelná péče o kůži.

**Afektivní:** pacient jeví zájem o získání nových vedomostí a dovedností v péči o urostomii, je vstřícný a spolupracuje

**Behaviorální:** pacient zvládá výměnu stomického sáčku, a i péči o kůži kolem urostomie



**Forma:** individuální

**Prostředí:** nemocniční, v pokoji pacienta

**Edukační metody:** výklad, rozhovor, vysvětlování, praktická ukázka, zodpovězení pacientových otázek

**Edukační pomůcky:** brožury, knihy, notebook, psací potřeby, edukační kartičky, emitní miska, rukavice, podložka, nůžky, stomické pomůcky (desinfekce, sáčky a podložky, šablony, odstraňovač náplastí, stomická pasta, ochranný film, buničina, zrcátko)

## **Realizace 2. Edukační jednotky**

**Motivační fáze:** (5 minut) navození příjemné atmosféry, vytvoření zpětné vazby k minulé edukaci, jestliže si pacient není v něčem jistý a má nějaké dotazy nebo nejasnosti k minule probíhající problematice, zodpovíme si je a vyjasníme. Povzbudit pacienta k získání nových potřebných vědomostí.

**Expoziční fáze:** (20 minut)

V této edukační jednotce pacienta seznamujeme s druhy stomických pomůcek, které jsou potřeba k výměně a ošetření urostomie. Představujeme mu, druhy stomických podložek, sáčku a pomůcek, které jsou zapotřebí k ošetřování okolí urostomie. Jako první pacienta seznamuje s druhy stomických pomůcek, které jsou vhodné pro výměnu sáčků a na ošetření kůže a okolí kolem stomie. Dále ho seznámíme se samotnou výměnou urostomického sáčku, zapojíme ho do praxe a v poslední fázi dojde k zodpovězení na otázky.

## **Druhy urostomických pomůcek**

Nejdůležitější pomůckou pro stomika je stomický sáček. Stomický sáček se skládá z podložky a jímacího sáčku. Tyto sáčky mohou být jednodílné, dvojdílné nebo adhezivní. Abychom si vysvětlili systémy sáčků začneme tím jednodílným, kde podložka i sáček jsou

vcelku. Při výměně se tedy musí odstranit celý stomický systém. Při časté výměně a manipulaci s jednodílným systémem se může zvyšovat riziko poškození kůže, neboť kůže je tím více drážděna. U dvojdílného systému je každá tato část zvlášť, a proto je tento systém výhodný, neboť podložka zůstává přilepená na kůži a dochází pouze k výměně sáčku, který se k podložce přidělává pomocí přírubového kroužku. Takto nalepená podložka, pokud nikde neprotýká vydrží na těle 3-5 dní.

U urostomií můžeme používat sáčky jak výpustné, což je v tomto případě opravdu lepší, tak i nevýpustné, které pak musíme při naplnění vyměnit celé. Sáček se vypouští, když je zhruba ze 2/3 naplněný. Výměna sáčku je nutná, když se začne podložka odlepovat, aby nedocházelo k zatékání moče pod podložku. Moč je agresivní tekutina, která odchází neustále a poškozuje tak kůži. Oproti jiným stomiím se urostomie musí vyměňovat častěji. Proto je zde veliký důraz, na správnou a rychlou manipulaci při výměně, neboť každých 20-30 sekund je moč do urostomie vylučována a dochází zde k většímu dráždění pokožky. A poslední ze systému je systém adhezivní, který zahrnuje samolepící sáčky a podložky, které na těle vydrží opět až 3 dny. Jedná se o nejšetrnější formu stomických pomůcek, která se přilepuje pomocí samolepícího kroužku na průhlednou plochu podložky.

### **Pomůcky pro výměnu urostomického sáčku**

Pacientovi byli představeni stomické pomůcky, které si mohl ohmatat, prohlédnout a seznámit se s všemi stomickými systémy, které jsme v předchozím bodě probrali.

- Tupo-tupé zahnuté nůžky – k vystřížení šablony a stomické podložky
- tužku – k zakreslení velikosti šablony
- papír, který slouží jako šablona
- emitní misku a odpadový pytel na biologický materiál
- rukavice – na ochranu před biologickým materiálem
- buničina, tampony
- odstraňovač náplasti
- čistící ochranný film
- stomická pasta
- zrcátko

- stomický sáček, který nám bude vyhovovat, zvolili jsme dvojdílný

### **Správný postup výměny urostomického sáčku**

Nejdříve si podle velikosti vývodu stomie vystříhnete pomocí zahnutých nůžek podložku, aby byla připravená, ihned k nalepení. Je důležité, aby byla podložka správně vystřižená, aby otvor nebyl moc malý nebo moc velký a nedošlo tak ke vzniku možných komplikací. Tuto podložku je dobré nahřát, třeba tím že jí jemně třete v ruku anebo jí dáte pod polštář, lépe tak přilehne k tělu. Dobré je vytvořit si šablonu, která usnadňuje a urychluje práci. Tato šablona bývá součástí stomických pomůcek, nebo si jí můžete vytvořit sami. Šablona se vytváří tak, že se papír přeloží na půl, přiloží se k vývodu, zakreslí se průměr stomie a poté se jen otvor vystříhne. Jestliže máte podložku připravenou můžete pokračovat.

Nejdříve šetrně pomocí odstraňovače náplasti, odstraníte původní systém od kůže. Předchozí sáček vypustíte a vyhodíte do odpadového pytle, který máte připravený na biologický materiál. Stomii lehce otřete buničitou vatou, a do otvoru stomie vložte tamponek, aby vám moč nestékala na kůži. Kůži a stomii omyjte vlažnou vodou, mycí pěnou a osušíte ručníkem. Okolí stomie ošetřete čistícím roztokem, ochranným filtrem a nechejte zaschnout. Ochranné roztoky schnou velmi rychle, a tak hnedka jak máte ošetřeno a zaschnuto, sejměte ochranou folii na podložce, vypněte kůži, nafoukněte břicho, tak aby byla kůže opravdu napnutá a přilepte podložku. V případě nerovnosti můžete použít vyrovnávací pastu. Po nalepení jemně masírujte po podložce tak, aby pořádně přilnula k tělu. Sáček nasadíte na podložku pomocí přírubového kroužku, a zkontrolujte těsnost po celém obvodu. Při výměně jednodílného systému nebo systému adhezivního je postup úplně totožný. Po vysvětlení a praktické ukázkou výměny urostomického sáčku, byl pacient lehce v obavách, zda to zvládne. Po samotném vyzkoušení pacient vše zvládl bez potíží. Poté při další výměně byl jistější a bylo vidět, že projevuje zájem o nové zkušenosti.

Pacient byl dále edukován o tom, že při každé výměně urostomického sáčku musí kontrolovat celkový stav stomie a jeho okolí, aby nedošlo ke vzniku komplikací. Aby si pro výměnu zvolil vhodné místo, kde bude v soukromí, v čistotě, bude mít dost světla a prostoru na stomické pomůcky spolu s velkým zrcadlem. Také je důležité, aby si na výměnu vymezil určitý čas, aby péče o stomii byla precizní. Správné ošetření stomie je velmi důležité stejně

tak jako výměna urostomického sáčku. Je taky velmi důležité, aby stomické pomůcky byly uloženy na suchém místě a nedošlo tak k jejich poškození.

**Fixační fáze:** (10 minut) Zopakování si druhů stomických sáčků, vyjmenování stomických pomůcek k výměně a ošetření urostomie. Zdůraznění správného postupu při manipulaci se stomickými pomůckami a správné ošetření stomie.

**Hodnotící fáze:** (5 minut) Pacient prokázal, že rozuměl výkladu a zná druhy stomických sáčků, zvládá vyjmenovat stomické pomůcky, které jsou k výměně potřeba. A na všechny otázky odpověděl uspokojivě.

### **Podané kontrolní otázky**

- jaké znáte druhy stomických sáčků?
- jaké pomůcky potřebujete ke správné výměně urostomického sáčku?
- jaký je postup při výměně urostomického sáčku?
- Víte, proč je důležité dodržovat zásady správné výměny stomie?

### **Zhodnocení edukační jednotky:**

Cíle, které jsme stanovili byli dosaženy. Pacient na dané otázky odpovídá správně a nově získaným vědomostem rozumí. Pacient prokázal, že zná druhy stomických sáčků a všechny stomické pomůcky, které bude potřebovat. K realizaci výměny stomie přistupoval velmi efektivně, spolupracoval a ptal se na doplňující otázky. Na to, jak se bál, že nebude zručný při výměně stomického sáčku, se sám divil, že mu to jde. Po několika praktickém opakování výměny sáčků a ošetření je téměř soběstačný a připravený na domácí péči. Pacientům přístup je pozitivní a je vidět jeho zájem. V rámci diskuze s pacientem, bylo prokázáno že 2. edukační jednotka byla správnou volbou. Edukace trvala po dobu 40 minut.

### **3. Edukační jednotka**

**Téma edukace:** Možné komplikace a jejich prevence vzniku

**Místo edukace:** V pokoji u lůžka pacienta na urologickém oddělení

**Časový harmonogram:** 29.11.2018 od 10:00 do 10:30 (30 minut).

**Cíl realizace:**

**Kognitivní:** pacient získal nové vědomosti o možných komplikacích. Ví a zná, jak vypadá fyziologická a patologická stomie

**Afektivní:** pacient projevuje chuť a zájem o nové informace

**Forma:** individuální

**Prostředí:** nemocniční, v pokoji pacienta

**Edukační metody:** rozhovor, diskuze, vysvětlení, prostor na otázky

**Edukační pomůcky:** knihy, brožury, notebook, obrázky, odborná literatura

### **Realizace 3. Edukační jednotky**

**Motivační fáze:** (5 minut) přivítat se s pacientem, vytvořit příjemnou atmosféru, navázat opět na předchozí edukační jednotku, zda nejsou žádné problémy a všemu rozumí a dát mu prostor na otázky a jejich zodpovězení.

**Expoziční fáze:** (15 minut)

S urostomií mohou vznikat také komplikace, které rozdělujeme na časně a pozdní. Mezi časně komplikace neboli komplikace, které vznikají v prvních dnech po operaci, můžeme zařadit **špatnou konstrukci urostomie**, která má pak za příčinu špatnou fixaci urostomických pomůcek, což má za následek odlepování a podtékání moči. Toto je příčinou dalších komplikací jako jsou kožní infekce, ulcerace nebo dermatitidy. Dále pak **ischémie až nekróza**, která je způsobená nedostatečným krevním zásobením. Příčinou může být špatná operační technika ale i špatně vystřižená podložka, která nám stomii tzv. zaškrtní. Prevencí je vždy správné vystřižení stomické podložky. A jako méně častá komplikace se může

vyskytnout **alergická reakce, kontaktní dermatitida nebo macerace pokožky**. V těchto případech je důležité vyřešit prvotní příčinu komplikace tím, že vybereme správné pomůcky, které zabrání podtékání moče, a u alergiků provést alergický test.

Mezi pozdní komplikace, které vznikají s časovým odstupem zařazujeme **parastomální kýlu**. Ta vzniká při oslabení břišní stěny a částečným nebo úplným uvolněním střevní kličky. Nejčastějšími pozdními komplikacemi jsou kožní problémy, které vznikají při špatném ošetřování urostomie, při používání špatných a nevhodných pomůcek nebo při jejich nesprávném použití. Důležité je, aby stomie držela pevně na těle, neobtěžovala při pohybu ani jiných tělesných aktivitách, a aby neměla nikde žádné skulinky, kudy by moč mohla obtékat a způsobit tak další komplikace. Další možná komplikace je **krvácení**. Drobné krvácení se může vyskytnout při nešetrném ošetřování stomie, kdy dojde ke kontaktu stomických pomůcek se stomií. Toto krvácení většinou postupně odezní ve velmi krátké době. Dále pak může vznikat **podráždění – iritace** kůže, což se projevuje zarudnutím, svěděním a pálením okolo stomie. K podráždění dochází z důvodu působení sekretu (moče), otírání kůže drsným povrchem, nebo používáním agresivních čistících prostředků. Jeli pokožka déle takto drážděna, může dojít ke ztrátě vnější vrstvy kůže a mohou vzniknout tak další komplikace.

Jako prevence vzniku všech komplikací patří rychlá a správná technika při výměně stomického systému, péče o okolí stomie, pomůckami, které jsou k tomu vhodné. K prevenci před vznikem komplikací je také velmi důležité znát, jak stomie vypadá, a nebát se jí pořádně prohlédnout, aby se mohli možné komplikace rozpoznat. A v neposlední řadě je důležité znát vhodné pomůcky a postup ošetření stomie. Pokud se i přesto komplikace vyskytnou, je vhodné navštívit svého praktického lékaře, a v případě potřeby kontaktovat stomickou sestru, aby vám poradila s vhodnějšími pomůckami k ošetřování a dala rady, jak komplikaci předcházet

### ***Hygiena rukou***

Hygiena rukou je před výměnou stomického systému velmi důležitá. Před výměnou i po ní je nezbytné, aby měl stomik nebo stomická sestra čisté ruce.

### ***Stomická centra***

Stomickou sestru naleznete hnedka u nás v nemocnici v Kolíně, dále pak v Příbrami a v Kladně. V případě se můžete podívat na internetové stránky [www.stomici.cz](http://www.stomici.cz),

[www.ilco.cz](http://www.ilco.cz), kde naleznete celou databázi stomických sester. Pokaždě se nemůžete dostavit na osobní konzultaci, můžete se obrátit na bezplatnou linku StomaLinku®ConvaTec na čísle 800 122 111, kde vám se vším telefonicky poradí.

**Fixační fáze:** (5 minut) shrnutí a zopakování všech komplikací, které mohou nastat. Zdůraznění sledování stomie a připomenutí správné péče a prevence před vznikem komplikací.

**Hodnotící fáze:** (5 minut) shrnutí a zhodnocení 3. edukační jednotky, rozhovor, diskuze o daném tématu, ověření zpětné vazby otázkami, a vyhodnocení odpovědí

### **Podané kontrolní otázky**

- Víte, jaké mohou vznikat komplikace?
- Víte, jak rozpoznat fyziologickou stomii od patologické?
- Znáte prevenci vzniku komplikací?
- Víte, na koho se obrátit, v případě pochybností?

### **Zhodnocení edukační jednotky:**

Stanovené cíle byly splněny. Pacient na otázky odpovědi znal. Když něčemu nerozuměl, ptal se a měl zájem o získání rad a zkušeností. Jeho aktivní přístup při spolupráci nás oba velmi těšil. Pacient svým chováním a odpověďmi potvrdil, že zná možné komplikace a ví, jak jim předejít. Pacient ví, co má dělat, v případě výskytu komplikací a kam se, popřípadě obrátit, když si nebude s něčím vědět rady. Pacient prokázal vědomosti, které se dozvěděl a ke všemu přistupoval zodpovědně a aktivně. V rámci zhodnocení 3. edukační jednotky jsem se shodli, že obsah byl zvolen správně a pacient všemu porozuměl. Edukační jednotka probíhala v rozmezí 30 minut.

## **4) Fáze vyhodnocení**

Z celkového hodnocení pacient vyplnil edukační test, který mu byl předán před začátkem edukačního procesu.

**Tabulka 3 Výstupní test**

OTÁZKA	ODPOVĚĎ	
Před začátkem edukace	ANO/NE	
Víte, co je urostomie?	NE /	ANO
Znáte nějaké pomůcky, které jsou k urostomii potřeba?	NE/	ANO
Víte, jak se o urostomii správně starat?	NE/	ANO
Znáte správný postup, jak vyměnit urostomický sáček?	NE/	ANO
Víte o možných komplikacích, které u urostomií mohou vzniknout?	NE/	ANO
Slyšel jste někdy o klubu stomiků a stomických sestřích?	NE/	ANO

Vlastní zdroj: autor, 2019

Z vyhodnoceního testu vyplývá, že edukaci pacient pečlivě poslouchal a o vědomosti, které mu byli předávány se zajímal. Už před edukací pacient znal pojem vývod, ale nevěděl, že pod tím se skrývá stomie. Tyto vědomosti mu byli upřesněny a vysvětleny v průběhu edukačních sezení. Dále byl seznámen se vznikem možných komplikací, které stomii mohou provázet, a zároveň s prevencí, aby ke komplikacím nedocházelo. Naučil se správnou techniku při výměně urostomického sáčku a ošetření okolí stomie tak, aby nevznikali žádné komplikace. Je si vědom, že je velmi důležité dodržovat hygienické návyky. V případě potřeby ví, kam se obrátit, neboť byli pacientovi předány kontakty na stomickou sestru a popřípadě i internetové a telefonické kontakty, které může využívat. Pacient zná i sdružení stomiků, které mu bylo vhodné navštěvovat, neboť se tam může dozvědět zajímavé informace a seznámit se s lidmi se stejným onemocněním.

Edukace probíhala podobu tří dnu a byla rozdělena do třech edukačních jednotek. Každé sezení bylo pacientovi předem vysvětleno. Pacient při každém sezení spolupracoval, měl zájem, aktivně se zapojoval do diskuze a kladl otázky, když něčemu nerozuměl. Všechny edukační cíle, které jsme si stanovili, byli splněny. Edukační proces byl ukončen na základě splněných cílů, kdy si pacient osvojil všechny vědomosti a postoje ve všech edukačních jednotkách.



## 7.1 Doporučení pro praxi

*„Po operaci jsem byla poučena o všem, co musím, že musím hlídat urostomii, aby nepodtékala, že musím pravidelně měnit pomůcky, že musím pečovat o podložku na břicho, že musím pečovat o stravovací režim, abych měla stolici pravidelně a formovanou, toho – že **musím** - bylo hodně“ (Radim 2014)*

Po nastudování odborné literatury k danému tématu, jsme navrhli doporučení pro všeobecné sestry, pacienty a jejich příbuzné.

### *Doporučení pro všeobecné sestry*

Všeobecná sestra by měla znát příčinu zavedení urostomie, vědět a rozpoznat komplikace, které urostomii mohou doprovázet, rozeznat fyziologickou stomii od patologické a v neposlední řadě vědět, jak o stomii správně pečovat. Měla by znát správné pomůcky, a správnou techniku při manipulaci a výměně urostomického sáčku. Je také velmi důležité, aby věděla a znala základy zdravé životosprávy a dokázala pacientovi poradit s výběrem vhodných potravin. Dále by měla vědět vše o onemocnění, kterým pacient trpí a o kterém ho bude edukovat. Při samotné edukaci je důležité, aby uměla správně podat edukační proces, jak pro pacienta, tak i pro jeho rodinné příslušníky tak, aby se všichni aktivně zapojovali do edukačního procesu. Je zde velmi důležité, aby sestra měla dostatečnou trpělivost, dokázala vytvořit přátelský vztah mezi pacientem a jí samotnou, aby edukace probíhala v klidu a pacientovi přinesla co nejvíce. Dále pak sama sestra by měla navštěvovat školení, semináře, a mělo by u ní probíhat celoživotní vzdělávání a získávání nových dovedností a zkušeností, na takové úrovni, aby dokázala vždy pacientovi poradit.

### *Doporučení pro pacienta*

Po skončení edukačního procesu by pacient měl znát fyziologický vzhled jeho stomie a rozpoznat ho od nějaké patologie, která by ho s rozvojem komplikací mohla potkat. Měl by znát seznam pomůcek, který je potřeba k výměně a ošetření urostomie. Dále by měl dokonale zvládat samotné ošetření okolí a výměnu urostomického sáčku, aby nedocházelo ke vzniku

komplikací. Je důležité, aby věděl, co má dělat, když se komplikace vyskytnou, kam má zavolat, popřípadě dojít, aby mu pomohli. Měl by vědět, že jeho povinností je, aby pravidelně navštěvoval svého obvodního lékaře, a chodil na pravidelné kontroly. Dále by měl vědět, že stomické pomůcky musí skladovat v suchém a čistém prostředí, aby nedošlo k jejich poškození. V neposlední řadě by měl znát sdružení stomiků a veškeré možné kontakty na stomickou sestru.

#### *Doporučení pro rodinné příslušníky*

Rodina v tomto směru by měla být pro pacienta velkou oporou. Měla by ho podporovat po psychické, ale i fyzické stránce, tak aby se pacient co nejdříve zapojil do běžného, ale i společenského života. Měla by mu pomáhat a popřípadě zajišťovat dovoz na pravidelné kontroly, kontakty na stomické sestry, nebo ho doprovázet na sdružení stomiků a do různých center. Rodina by se sama měla zapojovat při výměně stomického sáčku a ošetřování samotné stomie, tak aby pacientovi mohla pomoci. V neposlední řadě je důležité, aby pacienta motivovala a byla tu stále pro něho.

## Závěr

Cílem bakalářské práce, bylo vytvoření edukačního procesu u pacienta s urostomií. Proces měl pacientovi přiblížit jeho onemocnění, důvod k založení urostomie, informovat o samotné stomii, možných komplikacích a jejich prevenci vzniku. Práce byla zaměřená na urostomii, které je věnována celá kapitola. Dále je v práci zmíněna sociální péče stomiků a jsou zde informace pro zdravotní personál a pro lidi, které tato problematika zajímá.

Hlavním cílem práce byla edukace pacienta s urostomií. Edukační proces byl realizován u pacienta na urologickém oddělení Oblastní nemocnice v Kolíně, kdy byla použita edukace, která byla rozdělena do tři edukačních jednotek. V první fázi edukačního procesu, byl použit vstupní test, který nás měl informovat o vědomostech pacienta v dané problematice. Po vyhodnocení tohoto testu, jsme zjistili, že pacient má veliké nedostatky o stomii a péči o ní. Vyhodnocením jsme se přesvědčili, že je pacient vhodným kandidátem na edukační proces. V první edukační jednotce se pacient dozvěděl a získal základní informace o stomii. V druhé edukační jednotce pacient poznával stomické pomůcky, učil se správnou výměnu urostomického sáčku a ošetření samotné stomie. A v třetí edukační jednotce pacient dostával informace o možných komplikacích a o prevenci jejich vzniku.

Při každém sezení pacient byl plně aktivní, spolupracoval, kladl otázky a zajímal se. Všechny cíle, které jsem si s pacientem stanovili byli splněny. V porovnání vstupního a výstupního testu, můžeme edukaci vyhodnotit jako úspěšnou. Všechny cíle bakalářské práce byli splněni.

Na závěr práce je doporučení pro praxi, a to jak pro pacienta a jeho blízké tak i pro všeobecné sestry. Tato práce může být použita jako doplňující studijní materiál pro studenty vysokých a zdravotnických škol.

## Seznam použité literatury

BÜCHLER, Tomáš, Marcela ČECHOVÁ, Otto HERBER a Michaela MATOUŠKOVÁ novelizace, 2017. Léčba vybraných urologických onemocnění. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Společnost všeobecného lékařství. *Doporučené postupy pro praktické lékaře*, 21 s. ISBN 978-80-86998-87-9.

BURCH, Jennie. 2008. *Stoma care*. Hoboken, NJ: Hoboken, NJ,. 332 s. ISBN 978-047-0031-773.

DRLÍKOVÁ, Kateřina, Veronika ZACHOVÁ a Milada KARLOVSKÁ. 2016. *Praktický průvodce stomika*. Praha: Grada Publishing. 192 s. ISBN 978-80-247-5712-4.

DVOŘÁČEK, Jan. 1998. *Urologie*. Praha: ISV. 1772 s. ISBN 80-85866-30-7.

DYLEVSKÝ, Ivan. 1998. *Anatomie a fyziologie člověka: učebnice pro zdravotnické školy*. Olomouc: Epava. 429 s. ISBN 80-901667-0-9.

GURKOVÁ, Elena. 2017. *Nemocný a chronické onemocnění: edukace, motivace a opora pacienta*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). 190 s. ISBN 978-80-271-0461-1.

<http://www.cus.cz/pro-pacienty/diagnozy/nadory-mocoveho-mechyre/>

<http://www.stomici.cz/doc/urostomie.pdf>

<https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/onkologicke-diagnozy/nadory-ledviny-a-mocoveho-mechyre-c64-c67/o-nadorech-mocoveho-mechyre/>

<https://www.uroklinikum.cz/nadorova-onemocneni/nadory-mocoveho-mechyre/>

JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium. 1. vyd.* Praha: Grada. 249 s. ISBN 978-802-4744-124.

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

- KAWACIUK, Ivan. 2009. *Urologie*. Praha: Galén. 531 s. ISBN 978-80-7262-627-7.
- KRŠKA, Zdeněk a Dagmar ŠKOCHOVÁ. 2011. *Techniky a technologie v chirurgických oborech: vybrané kapitoly. 1. vyd.* Praha: Grada., 210-215. 264 s. ISBN 9788024738154.
- MARKOVÁ, Marie. 2006. *Stomie gastrointestinálního a močového traktu*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 68 s. ISBN 80-7013-434-8.
- MCMILLAN, Beverly. 2009. *Velký ilustrovaný atlas lidského těla*. Praha: Svojtka & Co. 288 s. ISBN 978-80-256-0152-5.
- NEMCOVÁ, Jana. *Moderná edukácia v ošetrovatel'stve*. Editor Edita Hlinková. Martin: Osveta., 2010. 260 s. ISBN 978-80-8063-321-9.
- OTRADOVCOVÁ, Iva a Lucie KUBÁTOVÁ. 2006. *Komplexní péče o pacienta se stomií*. Praha: Galén, Care. 54 s. ISBN 80-7262-432-6.
- SKALA, Evžen. 2000. *Rakovina močového měchýře*. Praha: Liga proti rakovině. 8 s. ISBN 80-239-3626-3.
- TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela TREJTNAROVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ. 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. Vyd. 3. nezměn.* Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2.
- VRÁNOVÁ, Dagmar. 2013. *Chronická onemocnění a doporučená výživová opatření*. Olomouc: ANAG. 186 s. ISBN 978-807-2637-881.
- VOKURKA, Martin a Jan HUGO. 2015. *Velký lékařský slovník*. 10. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf.. Jessenius. 1119 s. ISBN 978-80-7345-456-2.
- VYTEJČKOVÁ, R. 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I. 1. vyd.* Praha: Grada Publishing. 256 s. ISBN 978-80-247-3419-4.
- VYTEJČKOVÁ, R. 2015. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III. 1. vyd.* Praha: Grada Publishing. 308 s. ISBN 978-80-247-3421-7.
- ZACHOVÁ, Veronika. 2010. *Stomie*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 80-247-3256-5.

## **Přílohy**

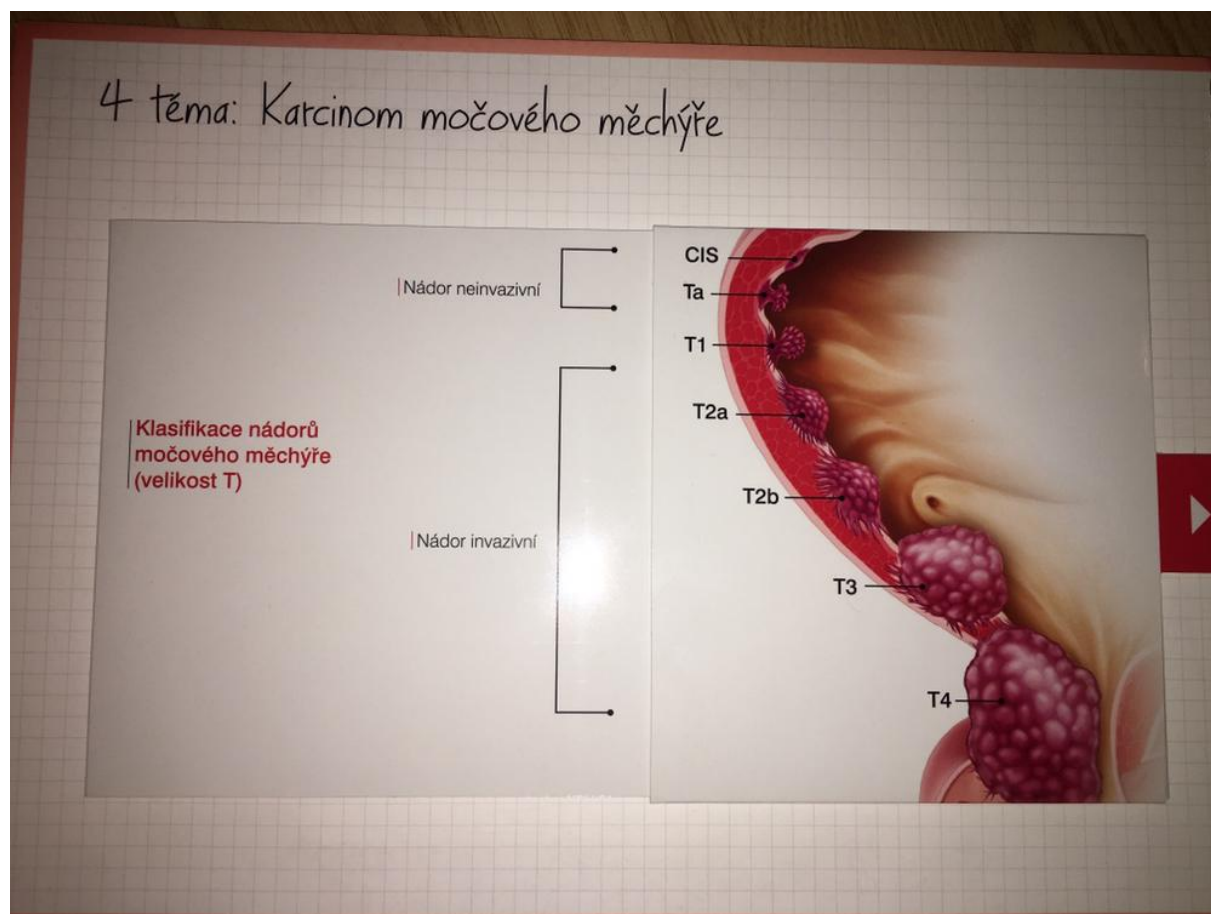
<b>PŘÍLOHA A - MAPA ČR - PŘEHLED O SPOLKU STOMIKŮ</b>	<b><u>-II-</u></b>
<b>PŘÍLOHA B - KARCINOM MOČOVÉHO MĚCHÝŘE</b>	<b><u>-III-</u></b>
<b>PŘÍLOHA C - KARCINOM MOČOVÉHO MĚCHÝŘE</b>	<b><u>-IV-</u></b>
<b>PŘÍLOHA D - KARCINOM MOČOVÉHO MĚCHÝŘE</b>	<b><u>-V-</u></b>
<b>PŘÍLOHA E – UROSTOMICKÝ SÁČEK</b>	<b><u>-VI-</u></b>
<b>PŘÍLOHA F - UROSTOMIE</b>	<b><u>-VII-</u></b>
<b>PŘÍLOHA G - PROTOKOL O PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ</b>	<b><u>-VIII-</u></b>
<b>PŘÍLOHA H - REŠERŠNÍ PROTOKOL</b>	<b><u>-IX-</u></b>



Zdroj: Ilco.cz, Spolky stomiků, online. 2018 (cit. 2018-08-11)

Dostupné z: <https://www.ilco.cz/kdo-jsme/spolky-stomiku/>

## Příloha B - Karcinom močového měchýře

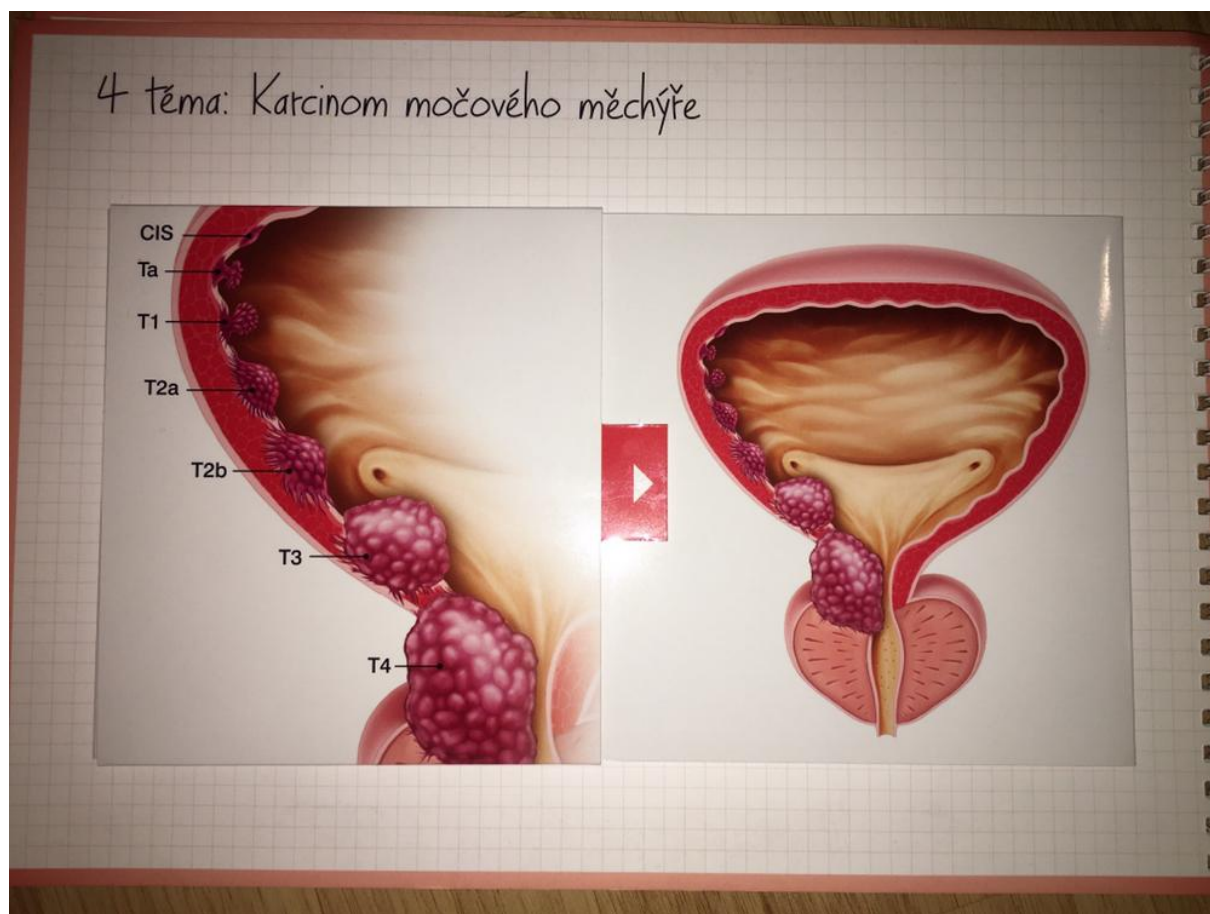


Zdroj: Vlastní zdroj, 2019

Dostupné z: Edukační atlas – Onemocnění prostaty a močového měchýře



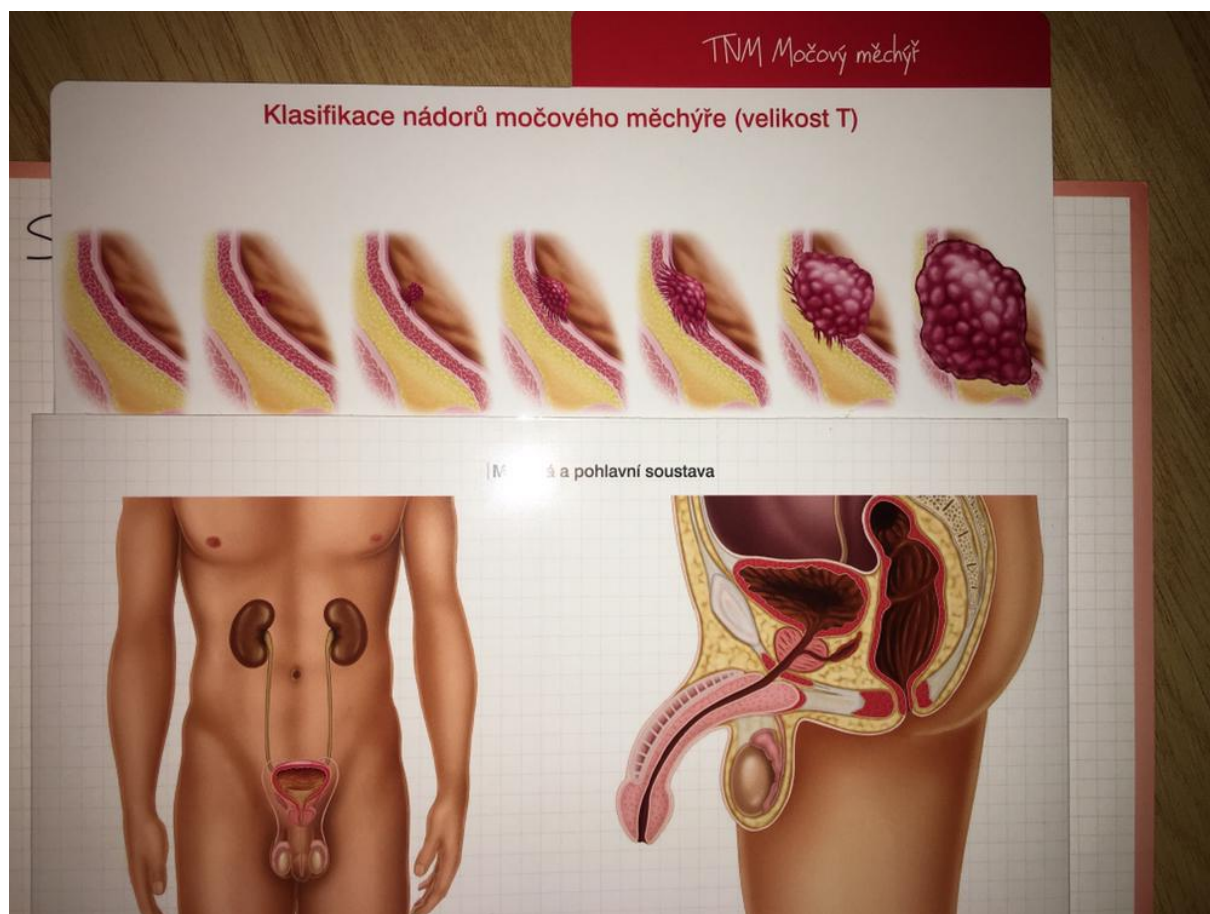
## Příloha C - Karcinom močového měchýře



Zdroj: Vlastní zdroj, 2019

Dostupné z: Edukační atlas – Onemocnění prostaty a močového měchýře

## Příloha D - Karcinom močového měchýře



Zdroj: Vlastní zdroj, 2019

Dostupné z: Edukační atlas – Onemocnění prostaty a močového měchýře

## Příloha E – Urostomický sáček



Zdroj: Urostomické pomůcky, urostomický sáček výpustný online. 2019 (cit. 2019-20-02)

Dostupné z: <http://ja-zdravotnickepotreby.cz/welland-medical/urostomicke-sacky/?typ=seznam&idi=88>

## Příloha F - Urostomie



Zdroj: Urostomie, 2019, (cit. 2019-20-02)

Dostupné z: <http://zivotsestomii.cz/stomie/urostomie/obecne-informace.html>

## Příloha G - Protokol o provádění sběru podkladů

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.  
Duškova 7, 150 00 Praha 5



### PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku,  
který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	PACÍKOVÁ KRISTÝNA	
Studijní obor	VŠEBOLEČNÁ SESTRA	Ročník 3IVS
Téma práce	EDUVACE PACIENTA S URČITOU	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	OBVASTNÍ NEMOCNICE KOLÍN a.s.	
Jméno vedoucího práce	PhDr. ANNA HAZAŘANOVÁ, PhD, MPH	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	
Oblastní nemocnice Kolín, a. s., nemocnice Středočeského kraje Žitkova 146, 280 02 Kolín III, IČO: 272 56 391 -2-	23 Oblastní nemocnice Kolín, a. s. hlavní sestra	podpis

V KOLÍNĚ dne 18.3.2019

podpis studenta

## Příloha H – Rešeršní protokol

### PRŮVODNÍ LIST K REŠERŠI

**Jméno:** Kristýna Mačková ~~DŠ~~

**Název práce:** Edukace pacienta s urostomií

**Jazykové vymezení:**

čeština, angličtina, slovenština

**Rešeršní strategie**

je kombinací různých způsobů hledání – neváže se pouze na klíčová slova, klíčová slova (= deskriptory ~~MeSH~~) u jednotlivých citací naleznete v kolonce „DE“

**Časové vymezení:**

2001-2018

**Druhy dokumentů:**

v záznamech viz pole „PT“, popř. „RT“)

KNIHY (=monografie), sborníky, ČLÁNKY, popř. kapitoly knih či články ze sborníků, abstrakta,

**Počet záznamů:**

číslo poslední citace je počet záznamů v souboru, každý soubor má vlastní číselnou řadu tuzemské zdroje - (KNIHY A ČLÁNKY jsou vždy ve vlastním souboru)

**Použité prameny:**

Katalogy knihoven systému ~~Medvik~~ – knihy (=monografie)

Bibliographia medica Čechoslovaca (BMČ – články)

~~Theses~~ – registr vysokoškolských kvalifikačních prací

Internet

CINAHL

K rešerši jsou přiloženy navíc složky s elektronicky dostupnými plnými texty v ~~čj~~ a aj.

Vypracoval:

Mgr. Klára Koldová, OISS NLK

koldova@nlk.cz