



EDUKACE PACIENTŮ SE ZAVEDENÝM PERMANENTNÍM MOČOVÝM KATÉTREM

Bakalářská práce

Studijní program: B5341 – Ošetrovatelství
Studijní obor: 5341R009 – Všeobecná sestra
Autor práce: **Kamila Dolejšová**
Vedoucí práce: Mgr. Alena Kyrianová





EDUCATION OF PATIENTS WITH PERMANENT URINARY CATHETER

Bachelor thesis

Study programme: B5341 – Nursing
Study branch: 5341R009 – General Nurse
Author: **Kamila Dolejšová**
Supervisor: Mgr. Alena Kyrianová



Ústav zdravotnických studií
Akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Kamila Dolejšová**
Osobní číslo: **Z12000032**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Edukace pacientů se zavedeným
permanentním močovým katétrem**
Zadávací katedra: **Ústav zdravotnických studií**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíle práce:

Zjistit informovanost hospitalizovaných pacientů v oblasti péče o zavedené permanentní močové katétrů.

Zjistit informovanost ambulantních pacientů v oblasti péče o zavedené permanentní močové katétrů.

Zjistit nejčastější formu podávání informací pacientům s permanentně zavedeným močovým katétrem.

Vytvořit edukační materiál pro pacienty s permanentním močovým katétrem.

Teoretická východiska (včetně výstupu z BP):

Pacienta s permanentním močovým katétrem ohrožuje řada komplikací. Cílem péče o pacienta s permanentním katétrem je komplikacím předcházet. Problematika permanentních močových katétrů nespočívá pouze v pravidelných kontrolách a výměnách katétrů, ale velice důležité je zejména srozumitelné a důsledné podání informací pacientovi a jeho blízkým v péči o močový katétr. Pro kvalitní podávání informací pacientovi je nezbytné, aby sestry měly dostatečné znalosti v péči o tyto pacienty.

Výstupem z bakalářské práce bude edukační materiál pro pacienty s permanentním močovým katétrem.

Výzkumné předpoklady:

Jsou hospitalizovaní pacienti s permanentním močovým katétrem informováni o dodržování zásad při zavedeném permanentním močovém katétrem? Rozumí ambulantní pacienti s permanentním močovým katétrem informacím o dodržování zásad při zavedeném permanentním močovém katétrem? Jaké jsou formy podávání informací pacientům s permanentním močovým katétrem?

Metoda:

Kvantitativní

Technika práce, vyhodnocení dat:

K výzkumu použijí kvantitativní metodu sběru dat od pacientů formou anonymních dotazníků.

Výsledky výzkumného šetření z dotazníků od pacientů budou porovnány a zpracovány do grafů.

Místo a čas realizace výzkumu:

Výzkum se uskuteční během měsíců říjen roku 2014 až leden roku 2015 u pacientů se zavedeným permanentním močovým katétrem.

Vzorek:

Vzorek bude tvořit přibližně sto pacientů s permanentním močovým katétrem. Část z nich budou pacienti hospitalizovaní v nemocničním zařízení, druhá část pacienti docházející ambulantně.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy: **50-70 stran**

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

JUŘENÍKOVÁ Petra. Zásady edukace v ošetrovatelské praxi. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 77 s. ISBN: 978-80-247-2171-2.

JIRKOVSKÝ Daniel a kol. Ošetrovatelské postupy a intervence: učebnice pro bakalářské a magisterské studium. 1. vyd. Praha: Fakultní nemocnice v Motole, 2012. 411 s. ISBN: 978-80-87347-13-3.

SLEZÁKOVÁ Lenka. Ošetrovatelství v chirurgii II. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 300 s. ISBN: 978-80-247-3130-8.

ŠAMÁNKOVÁ Marie a kol. Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 134 s. ISBN: 978-80-247-3223-7.

BOROŇOVÁ Jana. Kapitoly z ošetrovatelství I. 1. vyd. Plzeň: Maurea, 2010. 193 s. ISBN: 978-80-902876-4-8.

ZÁMEČNÍK Libor a Viktor SOUKUP. Prevence a léčba onemocnění močových cest. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2009. 95 s. ISBN: 978-80-204-1941-5.

HANUŠ Tomáš. Urologie. 1. vyd. Praha: Triton, 2011. 207 s. ISBN: 978-80-7387-387-5.

VYTEJČKOVÁ Renata. Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 272 s. ISBN: 978-80-247-3420-0.

MACEK Petr a Libor ZÁMEČNÍK. Moderní farmakoterapie v urologii. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2012. 172 s. ISBN: 978-80-7345-276-6.

LOUDA Miroslav. Urologická poradna I. 1. vyd. Praha: M&V, 2011. 128 s. ISBN: 978-80-86771-42-7.

DESHMUKH Sunita a WONG Newton. The renal system explained: an illustrated core text. 1. vyd. Thrumpton: Nottingham University Press, 2009. 153 s. ISBN: 978-1-904761-84-6.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Alena Kyrianová

Ústav zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce: **30. dubna 2014**

Termín odevzdání bakalářské práce: **30. června 2015**

prof. Dr. Ing. Zdeněk Kůs
rektor



Mgr. Marie Froňková
pověřena vedením ústavu

V Liberci dne 31. ledna 2015

Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Současně čestně prohlašuji, že tištěná verze práce se shoduje s elektronickou verzí, vloženou do IS STAG.

Datum: 25. 6. 2015

Podpis:



Poděkování

Touto cestou bych velice ráda poděkovala své vedoucí bakalářské práce, Mgr. Aleně Kyrianové, za odborné vedení práce, trpělivost a cenné rady, které mi pomohli při zpracování mé bakalářské práce. Také bych chtěla poděkovat své rodině a přátelům za podporu po celou dobu studia.

Anotace

Jméno a příjmení autora:	Kamila Dolejšová
Instituce:	Technická univerzita v Liberci, Ústav zdravotnických studií
Název práce:	Edukace pacientů se zavedeným permanentním močovým katétre
Vedoucí práce:	Mgr. Alena Kyrianová
Počet stran:	68
Počet příloh:	7
Rok obhajoby:	2015
Souhrn:	

S pacienty, kteří mají zavedený permanentní močový katétr, se setkáváme téměř na všech odděleních. Přesto správně edukovat pacienta nebo jeho blízké nebývá samozřejmostí. Bakalářská práce je věnována této problematice. Výsledkem bude edukační materiál určený pro edukátory. Teoretická část se zabývá obecnou problematikou močových katétrů, katetrizací a edukací u pacientů s permanentním močovým katétre. Ve výzkumné části jsou stanoveny výzkumné cíle a hypotézy. Je popsán průběh výzkumu. Následuje zpracování výsledků, jejich analýza a interpretace s grafickým a statistickým zpracováním, diskuze, doporučení pro praxi a závěr.

Klíčová slova: permanentní močový katétr, ošetrovatelský proces, edukace

Annotation

Name and surname: Kamila Dolejšová
Institution: Technical university of Liberec, Institute of Health Studies
Title: Education of patients with permanent urinary catheter
Supervisor: Mgr. Alena Kyrianová
Pages: 68
Apendix: 7
Year: 2015

Summary:

Although we meet patients with permanent urinary catheters almost on every hospital ward, it is not uncommon to see the patients or their relatives insufficiently educated about this procedure. This study is dedicated to this issue. The result will be educating material for educators. The theoretical part of the study addresses the subject of urinary catheters, catheterization, and education of patients with permanent urinary catheters. The research part then establishes the aims and the hypotheses of the research. In detail it describes the process of the research followed by the results, analysis, graphic and statistical interpretation, discussion, recommendation for practical use and the conclusion.

Keywords: permanent urinary catheter, nursing process, education

Obsah

1	Úvod	12
2	Teoretická část	13
2.1	Katetrizace močového měchýře.....	13
2.1.1	Druhy katétrů.....	14
2.1.2	Katetrizace	15
2.1.3	Indikace a kontraindikace katetrizace	16
2.1.4	Výhody a nevýhody permanentního močového katétru	16
2.2	Edukace.....	19
2.2.1	Edukační proces v ošetřovatelství	19
3	Výzkumná část	23
3.1	Cíle práce a hypotézy.....	23
3.2	Metodika výzkumu	24
3.3	Charakteristika výzkumného vzorku	24
3.4	Výsledky výzkumu a jeho analýza	25
3.4.1	Statistické testování a analýza hypotéz	50
4	Diskuze	56
5	Doporučení pro praxi	63
6	Závěr	64
7	Seznam bibliografických citací.....	65
8	Seznam příloh.....	68

Seznam použitých zkratek

CAUTI	catheter associated urinary tract infection (infekce spojená s katetrizací močových cest)
č.	číslo
ČR	Česká republika
Fr.	French
CH	Charrier
ml	mililitr
mm	milimetr
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association (severoamerická asociace pro sesterské diagnózy)
např.	například
PMK	permanentní močový katétr
př. n. l.	před naším letopočtem
PVC	polyvinylchlorid

1 Úvod

Ve zdravotních zařízeních přicházíme do kontaktu téměř denně s pacienty se zavedeným permanentním močovým katétre (PMK). Už na střední zdravotnické škole se zdravotničtí asistenti učí správně zavádět PMK. Na vysoké škole se postup zavádění a péče o pacienta s PMK ještě více zdokonaluje, nicméně jak správně poučit pacienta, který se s tímto katétre setkal, nemusí být úplně jasné. V naší práci se zabýváme problematikou edukace u pacientů se zavedeným PMK. Toto téma naší práce jsme si vybrali vzhledem ke každodennímu styku sester s těmito pacienty. Díky absolvování odborné ošetrovatelské praxe na vysoké škole jsme mohli projít mnoha odděleními, na kterých se lze setkat se zaváděním nebo péčí o PMK, ale zdaleka ne na všech odděleních byl před zavedením pacient dostatečně informován, seznámen s komplikacemi či správnou péčí o PMK. V naší práci se proto zaměřujeme na ucelené informace pro pacienty se zavedeným PMK, které by měly sestry podávat pacientům nejen před zavedením, ale i poté. Podání správných a dostatečných informací pacientovi přináší pocit uklidnění a menšího strachu z neznámého, ale také menší riziko vzniku komplikací díky správné péči o PMK i sběrný sáček, možnost dřívějšího uzdravení díky plnění pokynů sestry a zdravotnického personálu a v neposlední řadě vlastní psychickou pohodu zvládnutím této situace.

Naše práce se dělí na teoretickou a výzkumnou část. Teoretická část se zabývá obecnou problematikou močových katétrů, katetrizací a edukací u pacientů s PMK. Ve výzkumné části popisujeme výzkumné cíle, hypotézy, samotný průběh výzkumu a jeho metodiku, dále charakteristiku výzkumného vzorku, výsledky výzkumu a jejich analýzu. Výzkum jsme realizovali formou dotazníkového šetření u pacientů se zavedeným PMK během hospitalizace, ale i u pacientů docházejících k ošetření ambulantně. Dotazník se zaměřuje na informovanost pacientů před katetrizací, formu podávání informací, jejich spokojenost s informacemi, porozumění informacím a dále na praktické dovednosti pacienta s PMK.

Cílem naší práce je tedy zjistit, zda jsou rozdíly v informovanosti pacientů s PMK zaváděným ambulantně a pacientům s PMK zaváděným během hospitalizace a také jakou nejčastější formu volí zdravotnický personál při podávání informací. Na základě zjištěných údajů vytvoříme edukační materiál, který bude zaměřený na pacienty s PMK.

2 Teoretická část

V teoretické části této práce se budeme zabývat dvěma tématy, která jsou s edukací u pacientů se zavedeným PMK spojeny. Jako první se věnujeme samotné katetrizaci močového měchýře, její historii, druhům katétrů, indikacím, kontraindikacím, výhodám a nevýhodám. Druhé důležité téma je edukace pacientů. V této podkapitole se zabýváme edukačním procesem, dělením edukace, metodami edukace, rolí sestry edukátorky, pravidly správné edukace a bariérami v edukaci.

2.1 Katetrizace močového měchýře

Katetrizace močového měchýře je zavedení sterilního močového katétru přes močovou trubici do močového měchýře. Počátky močové katetrizace sahají až do období 4000 let př. n.l., kdy byly využívány k léčbě chronické močové retence. V tehdejší době byly k vytvoření dutých katétrů použity nejrůznější materiály jako např. tenké rákosové trubičky, cibulové stonky, slámová stébla a drahé kovy, konkrétně stříbro, zlato, měď nebo mosaz. V 11. století se začaly vytvářet flexibilní katétrů. S postupem doby se do katétrů začalo přidávat i stříbro pro své antiseptické vlastnosti i kvůli poddajnosti. Za jednoho z prvních objevitelů močových katétrů se považuje Benjamin Franklin, který v roce 1752 zahájil výrobu katétrů z cívky stříbra pro svého bratra postiženého nefrolithiásou. Benjamin se rozhodl katétr zdokonalit a spolu s místním kovářem vylepšovali ohebnost i vzhled katétru. Výsledný katétr měl otvory směřující do stran sloužící k odvádění moči z těla ven. Dalším významným vynálezcem byl Charles Goodyear, který v roce 1851 získal patent na tvarovatelné katétrů z tvrdé pryže a vulkanizované katétrů, a tím se zasloužil o pozvednutí výroby a použití katétrů. (Didusch 2005)

Od roku 1930 se začal používat nový materiál - latex. O pět let později, na setkání urologů, představil MUDr. Frederick E. B. Foley na katétrů latexový balónek do dnešní doby známý jako Foleyův katétr. V roce 1938 prof. Arnold Jirásek připodobňuje cévkování k operačnímu výkonu s dodržením všech aseptických podmínek, kdy se k pomazání cévky užíval sterilní olej. V té době se pro ženy používají skleněné cévky, pro muže již gumové. PMK se u žen fixují pomocí křídélek. U mužů,

na doporučení prof. Jiráska, se fixují s použitím několika pruhů mulu ovázaného kolem cévky u ústí močové trubice a vedené podél pyje až k jeho kořeni, kde se mul fixuje náplastí. Po druhé světové válce Sir Ludwig Guttman představil techniku čisté intermitentní katetrizace, která se uplatnila zejména u vojáků s poraněním míchy. Močové katétrů se díky moderním technologiím stále vyvíjejí. (Didusch 2005; Vytejková a kol. 2013)

2.1.1 Druhy katétrů

Slovo katétr je řeckého původu a v překladu znamená „vést dolů.“ Močový katétr je tenká dutá cévka, která se zavádí přes močovou trubici do močového měchýře, kde se může nebo nemusí fixovat. Podle fixace rozeznáváme katetrizaci jednorázovou a permanentní. U močových katétrů je důležité především zakončení, které ústí v močovém měchýři. To je opatřeno drenážními otvory různého tvaru. Podle způsobu vnitřního zakončení rozlišujeme způsob použití. Zevní zakončení katétru je zpravidla trychtýřovitě rozšířeno. K jednorázovému zavedení se nejčastěji používá katétr vyrobený z lékařského PVC uzpůsobený tak, aby snesl lékařské lubrikanty. Jednorázové cévky jsou zpravidla jednocestné a rigidnější než cévky k permanentní katetrizaci. K permanentní katetrizaci jsou více flexibilní díky zhotovení z latexu či stoprocentního silikonu. U těch ze silikonu se na stěnu katétru přirozeně hůře usazují močové soli. Navíc mohou mít PMK povrch potažený stříbrnou vrstvou a z toho důvodu mají i antimikrobiální účinky. Můžeme se setkat s dvoucestnými katétrů, kdy jeden lumen je retenční, pro naplnění balónku a druhý drenážní pro odtok moči. (Slezáková a kol. 2010; Vytejková a kol. 2013)

K upevnění polohy katétru v močovém měchýři používáme retenční balónek, který se plní fyziologickým roztokem nebo aquou pro injectione. Správné množství je vždy uvedeno na obalu konkrétního katétru a také na jeho vnějším konci. Obvykle je to množství 5 – 10 ml pro dvoucestný katétr. Na obalu je také uvedena velikost katétru, která se označuje číslem. Všechny katétrů se vyrábí v různých velikostech, liší se průměrem a obvodem. Pro označení se používá Charrierova stupnice se značkou CH, která se shoduje s číslováním French, označovaným Fr. „č. 1 = 1 CH = 1 Fr = obvod 1 mm a průměr 0,3 mm (č. 18 = 18 CH = 18 Fr = obvod 18 mm a průměr 5,4 mm).“

(Šamánková a kol., 2006, s. 243) Katétrý se vyrábějí od velikosti 6 do velikosti 30 CH. Pro zvolení správného rozměru musíme zohlednit věk pacienta a také indikaci, proč katétr zavádíme. Katétrý určené pro ženy jsou dlouhé 20 centimetrů kvůli anatomicky kratší močové trubici. Obvyklá délka katétrů určených mužům bývá v rozmezí 33-40 centimetrů.(Slezáková a kol. 2010; Vytejčková a kol. 2013)

Nelatonův PMK se používá u žen, popřípadě dětí a méně často i u mužů. Po celé délce je rovný se zakulaceným koncem a otvory po stranách. Thiemanův katétr, který je určený ke katetrizaci mužů, je také rovný, ale jeho konec je zahnutý a zúžený. Pro muže je vhodný kvůli svému zahnutí, které kopíruje zahnutí uretry jako prevence před jejím poškozením. Mercierův katétr je podobný Nelatonově, ale zakončení je více oblé. Folleyův katétr je určen k permanentní močové katetrizaci.(Slezáková a kol. 2010; Vytejčková a kol. 2013)

2.1.2 Katetrizace

Jedná se o nejčastěji prováděný instrumentální invazivní výkon v oblasti urologie, který vyžaduje přísně aseptický přístup z důvodu rizika vzniku komplikací. Ženám zavádí katétr sestra, u mužů katétr zavádí lékař s asistencí sestry. Cévkování, jak se také může katetrizace laicky nazvat, provádíme za účelem diagnostickým nebo léčebným. Dále dělíme katetrizaci na jednorázovou, intermitentní (přerušovanou) nebo permanentní (kontinuální). Jednorázová katetrizace spočívá v tom, že jakmile je močový měchýř vyprázdněný, cévka se odstraňuje. Intermitentní katetrizací se myslí pravidelné opakované zavádění jednorázového močového katétru za účelem vyprázdnění močového měchýře. V případě permanentní katetrizace je močová cévka zavedena v těle delší dobu, kdy se katétr fixuje balónkem napuštěným sterilním roztokem. Pacient zavádění vnímá jako nepříjemné a nepohodlné z důvodu studu spojeného s vynucenou polohou a odhalením genitálu, proto je důležité zaměřit se především na kvalitní edukaci a informovanost pacienta, aby pochopil nutnost tohoto výkonu a uměl s močovým katétre správně manipulovat a pečovat o něj. (Kapounová 2007; Vytejčková a kol. 2013)

2.1.3 Indikace a kontraindikace katetrizace

Indikace katetrizace močového měchýře se rozlišuje podle toho, zda zvolíme jednorázovou nebo permanentní katetrizaci. Nejčastější indikace k zavedení PMK je retence moči. Ta se může objevit u mužů při zvětšené prostatě, po míšním úrazu či při nádoru. Dále se PMK zavádí u časově náročných operací a v pooperačním období po operacích močového měchýře. Další indikací jsou inkontinence moči a úrazy, jako je místní poranění močové trubice nebo úrazy dolních cest močových. PMK také slouží k přesnému sledování bilance tekutin při selhávání renálního nebo kardiálního systému a u pacienta v bezvědomí. Nezbytná katetrizace je i u stavů vyžadujících aplikaci léků, např. chemoterapeutika či aplikaci botulotoxinu. Dále katetrizaci využíváme u sledování intraabdominálního tlaku a intraabdominální teploty na jednotkách intenzivní péče. (Hanus 2011; Pokorná a Valachová 2008; Macek a Zámečník 2012)

Další indikací k zavedení PMK jsou i neurogení postižení močového měchýře, které se u pacientů projevuje mikční dysfunkcí. Nejčastěji mikční dysfunkce nastává u pacientů s posttraumatickou míšní lézí, roztroušenou sklerózou, cerebrovaskulárním onemocněním, Parkinsonovou chorobou, demencí, hernií intervertebrálního disku, hyperaktivním močovým měchýřem, poškozením pánevního plexu, u pacientů po rozsáhlých operacích pánve a při onemocnění diabetes mellitus, kdy jako následek polyneuropatie může vzniknout diabetická cystopatie. (Fišerová 2013; Krhut 2005)

Ke kontraindikacím katetrizace močového měchýře řadíme těžká zúžení nebo poranění močové trubice, ať již mechanické nebo jiné. Za další kontraindikaci lze považovat akutní zánět uretry nebo prostaty. (Fišerová 2013; Louda 2011)

2.1.4 Výhody a nevýhody permanentního močového katétru

Katetrizace močového měchýře je důležitá u závažně nemocných a zraněných pacientů, jak je popsáno zde:

„Stav pacienta, který vyžaduje imobilizaci se značným omezením pohybu v lůžku, např. první dny po náhradě kyčelního kloubu, po úrazu či operaci páteře, s frakturou pánve jako prevence dislokace při opakovaném posazování pacienta na podložní mísu.“ (Vytejková a kol., 2013, s. 133)

Výhoda zavedení PMK je za účelem zlepšení a zvýšení kvality života u pacientů s nezvládnutelnou inkontinencí anebo u mužů po operaci benigní hyperplazie prostaty, kteří by bez zavedeného katétru nebyli, kvůli retenci moče, schopni standardního života. Používá se u nemocných s rozsáhlým kožním poškozením v sakrální oblasti či oblasti genitálu, jako například dekubity a popáleniny, kdy moč může kontaminovat ránu, zpomalit proces hojení, či do rány zanést infekci. A v neposlední řadě také u plánovaných dlouhotrvajících operačních výkonů je zavedení katétru velkou výhodou. (Vytejková a kol. 2013)

Mezi další výhody zavedeného PMK uvádím odběr sterilního vzorku moči. Je důležité zmínit, že celý odběr musí proběhnout bez rozpojení drenážního systému. Před odběrem vzorku je potřeba zaštipnout drenážní systém pod odběrovým portem peánem či svorkou alespoň 30 minut před samotným odběrem a vypustit moč z urinálního sáčku. Sestra s ochrannými pomůckami provede dezinfekci portu určeného k odběru vzorku moči. Odběr se provádí pomocí sterilní jehly a stříkačky. Jehla se do portu vpichuje pod úhlem 30-90° podle druhu portu a moč se odebere nasátím do injekční stříkačky. Tento vzorek se poté ze stříkačky vpraví do sterilní zkumavky určené na moč. Nikdy nestačí moč pouze odpustit ze sběrného sáčku kvůli kontaminaci moči bakteriemi. (Jirkovský 20012; Jirsa a Brož 2013; Krišková 2013)

Mezi zásadní a nejdůležitější nevýhodu katetrizace močového měchýře patří riziko vzniku infekce. Spolu se záněty dýchacích cest jsou infekce močových cest nejčastější komplikací v průběhu hospitalizace. Pacient může být napaden infekcí celkovou s mírnějšími projevy, jako subfebrilie, tachykardie, opocení, nebo v horším případě může dojít až k celkové sepsi. Pacient může být také napaden uroinfekcí v místě zavedení katétru, která se projevuje lokálním zarudnutím, bolestí, řezáním, pálením anebo hematurií. Několik dalších komplikací je dobře popsáno zde:

„Vyjma infekce se nejčastěji po katetrizaci setkáme s prosakováním moči kolem močového katétru (při jeho ucpání či netěsnosti), poraněním močové trubice, zaváděním katétru do pochvy, vznikem inkontinence, vznikem dekubitu v oblasti ústí močové trubice a u mužů se vznikem mechanické parařimózy.“ (Vobořilová, 2008, s. 21)

Sestra musí dohlížet, aby byl močový katétr neustále napojený na sběrný sáček a k rozpojení docházelo pouze v nejnnutnějších případech, například při výměně sběrného sáčku. Toto je důležité především jako prevence vzniku nozokomiálních nákaz. Jestliže dojde ke stagnaci moči v močovém měchýři, hrozí riziko vzniku litiázy a neprůchodnosti katétru. Mužům s PMK hrozí při špatné péči parařimóza, způsobená

špatnou korekcí předkožky, jak již bylo zmíněno, ale také balanoposthitis (zánět předkožky a žaludu), způsobená špatnou hygienickou péčí o předkožkový vak. Spolu s tím musí sestra také hlídat, aby se sáček nedotýkal podlahy, protože v tom případě hrozí nebezpečí kontaminace výpustné části. V příloze této práce se zaměřujeme na samotný ošetrovatelský proces u pacienta se zavedeným PMK (viz příloha č. 1). (Krocová a Urbánková 2011; Veselský 2007)

Výměna katétru - Zavedení PMK vždy zvyšuje nebezpečí vzniku infekce dolních cest močových. Je prokázáno, že toto riziko roste společně s počtem dnů, kdy je katétr zavedený. Od šestého dne již zavedení katétru tvoří vysoce rizikový faktor vzniku močové infekce. Pokud je tedy nutné katétr používat dlouhodobě, je důležité ho v pravidelných intervalech měnit, protože jinak mimo infekci hrozí také riziko sedimentování minerálních solí, které moč obsahuje a tím vzniku urolitiázy. Kvůli močovým kamenům může dojít k obtížnému odstranění katétru a díky tomu i ke zvýšenému riziku komplikované infekce močových cest. Vždy se tedy snažíme katétr zavádět na co možná nejkratší dobu či volíme alternativní způsoby zajištění odtoku moči jako intermitentní katetrizaci či epicystostomii. Časový interval výměny katétru vždy provádíme dle zdravotního stavu pacienta, indikace lékaře či standardu oddělení, ale doba nesmí přesáhnout dobu doporučenou výrobcem samotného katétru. Obvyklá doba zavedení katétru je však maximálně 21 dní. (Vobořilová 2008)

Komplikace zavedeného katétru - Jako nejčastější komplikace katetrizace močového měchýře je infekce močových cest, jinak také mezinárodně používaná zkratka CAUTI, Catheter Associated Urinary Tract Infection. Jedná se zároveň o nejčastější nosokomiální infekci ve zdravotnických zařízeních, která souvisí s močovým katétreem či urologicko-endoskopickými zákroky. Zdroj většiny mikroorganismů způsobujících CAUTI pochází z okolí rektu a perianální flóry pacienta při kontaminaci sterilních rukavic sestrou při zavádění močového katétru, nebo při následném špatném postupu při ošetřování katétru. Mikroorganismy mohou při katetrizaci močového měchýře vstoupit do organismu přímo při zavádění katétru za neaseptických podmínek a nebo jestliže mikroby vytvoří tenký souvislý biofilm po zevním povrchu katétru a vystoupají až do močového měchýře. A také refluxem moči s mikroorganismy, pokud dojde ke kontaminaci moče v urinálním sáčku či rozpojení drenážního systému. S infekcí mohou být spojené bolesti, hematurie, teploty nebo třesavka. (Deshmukh a Wong 2009; Jirouš 2012)

Jako další, méně častá komplikace, může vzniknout epididimitis, neboli zánět nadvarlete. Neprůchodnost katétru a zástava odtoku moči způsobená koaguly, inkrustací, usazováním epitelii či biofilmem. Perforace dolních cest močových při nešetrném, násilném zavádění katétru zdravotnickým personálem, ale i nešetrná manipulace samotným pacientem. Další komplikací může být hematurie způsobená podrážděním či poraněním močové trubice, parafimóza vzniklá stažením předkožky přes glans penis a následným nestažením zpět a poranění svěrače močového měchýře, které může vzniknout špatnou spoluprací pacienta. Proto je důležité katétru zavádět velmi šetrně, když pacient v klidu leží a pravidelně dýchá, čímž dojde k uvolnění svěrače. Svěrač také může být porušen dlouhodobým zavedením katétru, kdy po jeho odstranění trpí pacient inkontinencí či retencí moči. (Šamánková a kol. 2006; Vytejčková a kol. 2013)

2.2 Edukace

Slovo edukace pochází z latinských slov educo, educare, což v překladu znamená vychovávat a vést vpřed.

„Pojem edukace lze definovat jako proces soustavného ovlivnění chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech.“
(Juřeníková, 2010, s. 9)

Ve volném překladu chápeme edukaci jako výchovu a vzdělávání jedince. Tyto dva pojmy se od sebe nedají oddělit, protože se vzájemně prolínají a doplňují. Cílem vzdělání není jen přenesení myšlenek jedné osoby někomu dalšímu, ale i dosažení určité změny v chování, přeměna hodnotových postojů, citových a volních struktur osobnosti. Edukovaný pacient získá nové informace, pochopí je a umí je správně použít ve svém životě. Edukace je nepostradatelnou složkou ošetřovatelství. (Juřeníková 2010)

2.2.1 Edukační proces v ošetřovatelství

Edukační proces v ošetřovatelství má svá specifika. Pacient, kterého chceme poučit, získá nové informace, osvojí si je a používá je v běžném životě. Edukační proces lze v ošetřovatelství rozdělit do pěti fází:

1. fáze počáteční pedagogické diagnostiky spočívá ve snaze edukátora rozhovorem zjistit o edukantovi-pacientovi jeho úroveň vědomostí a dovedností v dané oblasti, jeho schopnost učit se nové skutečnosti a fakta, pacientovu manuální zručnosti jeho návyky a postoje v každodenním životě. (Juřeníková 2010)

Ve 2. fázi projektování se edukátor snaží zvolit vhodné metody a formu edukace jako jsou cíle, kterých chceme díky edukaci docílit, obsah, o čem budeme pacienta edukovat, pomůcky, které budeme potřebovat pro lepší pochopení situace, časový plán, jak dlouho bude proces edukace trvat a způsob ověření správné edukace, kterým zjistíme, zda edukace splnila předem určené cíle. (Juřeníková 2010)

3. fáze realizace spočívá v motivaci pacienta zajímat se o informace, které mu chceme sdělit. Důležité je tyto nové poznatky opakovat a procvičovat, aby si je pacient zapamatoval. Jestli si pacient nové informace osvojil, zjistíme průběžnou diagnostikou pochopení učiva. Po tomto kroku následuje uplatnění nově nabytých znalostí v jeho životě. (Juřeníková 2010)

4. fáze upevnění a prohlubování učiva je nutná k uložení informací do dlouhodobé paměti pacienta, aby došlo k takzvané fixaci učiva a pacient si mohl nově získané informace znovu kdykoli bude potřeba vybavit z paměti a použít je v běžném životě. K upevnění učiva je potřeba systematického opakování a procvičování. (Juřeníková 2010)

V 5. fázi zpětné vazby bychom měli usilovat o zhodnocení výsledků pacienta i nás samotných jako sester edukátorek. Je důležité se zpětnou vazbou dozvědět, jestli jsme vědomosti a dovednosti pacientovi podali natolik dobře, aby byl schopen je využít a sám aplikovat v běžném životě. (Juřeníková 2010)

Dělení edukace - Samotnou edukaci můžeme rozdělit do tří skupin:

Základní edukace se uplatňuje především u pacientů s nově diagnostikovaným onemocněním či novým postupem léčby, kdy pacientovi předáváme zcela nové informace, vědomosti a dovednosti. Současně je pacient i motivován ke změně svých postojů v životě. (Svěráková 2012)

Reedukační edukace, jinak také edukace pokračující, rozvíjející nebo nápravná, spočívá v navazování na předchozí edukaci a na dříve získané poznatky a vědomosti o problematice, které dále aktualizujeme, prohlubujeme a upevňujeme. Reedukaci lze využít u pacientů, kteří se dříve nacházeli v akutním stádiu nemoci, a pro jejich zdravotní stav jim bylo vysvětleno jen to nejdůležitější. Po odeznění akutní fáze

je již pacient schopen nám věnovat dostatek pozornosti, a proto mu problematiku můžeme ještě více prohloubit. (Svěráková 2012)

Komplexní edukace se nejčastěji využívá v edukačních kurzech. Pacientům jsou v nich předávané ucelené informace o problematice, ale současně si upevňují svoje postoje ke zlepšení či udržení zdraví. Tento typ je určen pro chronicky nemocné, kdy jejich onemocnění vyžaduje znalost a schopnost vykonat už i některý z ošetřovatelských výkonů samostatně. (Svěráková 2012)

Metody edukace - Metoda edukace je postup, jakým pacientovi předáme vědomosti a dovednosti, které chceme, aby znal. Při vyučování pacienta nejčastěji volíme metodu mluveného slova, kterou je výhodné doplnit o tištěnou formu, kterou necháme pacientovi. Je to výhoda především pro seniory, protože si můžou v klidu o samotě znovu přečíst a promyslet to, co jsme jim sdělili ústně. Také jim budou informace podány pokaždé jinak a pacient to, co nepochopil ústně od nás, může snáze pochopit napsané v informační brožurě či zhlédnout na instruktážním CD či DVD. Také můžeme dát pacientovi a po uvážení i jeho blízkým odkaz na webové stránky o dané problematice, kde jsou informace velice podrobně a přehledně dostupné. Při výběru metody musíme být vždy obezřetní a brát v úvahu věk pacienta, jeho intelekt, předchozí zkušenosti a znalosti. Ve zdravotnictví patří mezi nejčastěji používané metody přednáška, na níž osobně ústně vysvětlíme pacientovi danou problematiku za pomoci nejrůznějších letáků, brožur, plakátů a knih nebo i pomůcek v podobě nejrůznějších modelů. Výhoda je v okamžité zpětné vazbě, kdy pacientovi klademe kontrolní otázky, zda výkladu rozumí. Dále využíváme formu rozhovoru, vysvětlování, instruktáže a praktického cvičení. (Juřeníková 2010; Svěráková 2012)

Role sestry edukátorky - Aby mohla sestra vykonávat roli edukátorky, je důležité, aby důkladně znala problematiku, měla teoretické znalosti i praktické dovednosti, o kterých bude edukovat. Jako další potřebné vlastnosti jsou empatie a pochopení, aby si sestra získala pacientovu důvěru, mohla ho vyslechnout a podpořit. Pacientovi podává informace o daném onemocnění, o komplikacích, o režimovém opatření nebo o vhodném životním stylu, dále nabízí své zkušenosti a vlastní poznatky, případně poskytne i vhodný edukační materiál pro konkrétního pacienta. Základní činností sestry edukátorky je diagnostika problému pacienta, který je nutné zlepšit, zhodnocení schopností pacienta, účelně edukovat, zhodnotit pokroky vedoucí k cíli a získat zpětnou vazbu, zda pacient pochopil. Informace o pacientově onemocnění podává lékař, sestra má pravomoc podávat informace a edukovat pouze v rámci svých profesních

kompetencí. Kompetence sestry edukátorky jsou uděleny vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 55/2011 Sb., kde stojí, že sestra má kompetence edukovat pacienty, jejich blízké a jiné osoby v ošetrovatelských postupech a může pro ně připravovat edukační materiály. V příloze této práce jsme se zaměřili na samotný edukační plán u pacienta se zavedeným PMK (viz příloha č. 2) a vytvořili edukační materiál pro pacienty se zavedeným PMK (viz příloha č. 7). (Česko 2011; Juřeníková 2010; Svěráková 2012)

Pravidla správné edukace - Při edukaci se můžeme držet několika pravidel, aby byla edukace co nejúčelnější. Důležitá je správná motivace pacienta, trpělivost a empatie sestry, individuální přístup sestry k pacientovi, jednoduchost a srozumitelnost jazyka podle intelektu a vzdělání pacienta, využití pomůcek a modelů k názorné ukázce přizpůsobením edukačního plánu i cíle „na míru“ pacienta, postup od nejdůležitějšího k méně podstatnému, od jednoduššího ke složitějšímu. Čím je pacient s průběhem léčby spokojenější, tím větší je šance, že bude chtít se sestrou spolupracovat, spokojenost pacienta je přímo úměrná jeho informovanosti. Doporučení pro pacienta musí být jednoduchá, srozumitelná a spojená s co možná nejnižšími finančními, citovými i ostatními nároky. Nezbytné je zvolit vhodnou denní dobu k edukaci, aby pacient nebyl unavený a mohl spolupracovat, zvolit klidné prostředí a odstranit rušivé elementy z okolí. (Juřeníková 2010; Marková 2010; Svěráková 2012)

Bariéry v edukaci - Bariéry v edukaci často negativně ovlivňují edukační proces. Sestra edukátorka má za úkol vznik těchto bariér předvídat a zabránit jim. Bariéry můžeme dělit na ty z vnějšího prostředí – například ekonomické a kulturní vlivy a z vnitřního prostředí – jako je osvětlení a teplota v pokoji. Dále je dělíme z pohledu sestry edukátorky a z pohledu pacienta. Překážky ze strany sestry edukátorky mohou být například přehlížení potřeb pacienta, přeskokování v edukaci, podceňování samotné edukace, nedostatek času, špatně zvolená komunikace, špatně zvolené prostředí, předsudky edukátora nebo snad špatné či nedostatečné znalosti a vědomosti problematiky tématu, o kterém edukujeme. Překážky ze strany pacienta a jeho rodiny mohou být například stres pacienta v akutní nebo chronické nemoci, bolest, emoce, věk a celkový zdravotní stav pacienta. Poruchy smyslového vnímání jako špatný zrak či sluch, neschopnost pacienta zodpovídat za svůj zdravotní stav a popírání potřeby edukace nebo jazyková či kulturní bariéra. (Juřeníková 2010; Svěráková 2012)

3 Výzkumná část

Ve výzkumné části práce jsme uvedli cíle práce a hypotézy, metodiku výzkumu a charakteristiku výzkumného vzorku. Také jsme popsali výsledky výzkumu, jejich analýzu a vyhodnocení pomocí grafů a tabulek s jejich charakteristikou. Hypotézy jsme ověřovali statisticky.

3.1 Cíle práce a hypotézy

Pro realizaci samotného výzkumu jsme si zvolili 3 cíle a před hlavním výzkumem jsme provedli pilotní studii, podle které jsme k cílům vytvořili hypotézy.

Cíle práce

1. Zjistit informovanost hospitalizovaných pacientů v oblasti péče o zavedené permanentní močové katétry.
2. Zjistit informovanost ambulantních pacientů v oblasti péče o zavedené permanentní močové katétry.
3. Zjistit nejčastější formu podávání informací pacientům s permanentně zavedeným močovým katétrem.
4. Vytvořit edukační materiál pro pacienty s permanentním močovým katétrem.

Hypotézy

- 1H.** Informovanost pacientů se zavedeným permanentním močovým katétrem se mezi hospitalizovanými a ambulantními pacienty liší.
- 2H.** Informovanost pacientů o vhodném příjmu tekutin při zavedeném permanentním močovém katétru se mezi ambulantními a hospitalizovanými pacienty liší.
- 3H.** Seznámení pacientů s komplikacemi hrozícími při zavedeném permanentním močovém katétru se mezi ambulantními a hospitalizovanými pacienty neliší.
- 4H.** Forma podávání informací o zavedeném permanentním močovém katétru se u ambulantních i hospitalizovaných pacientů neliší.

3.2 Metodika výzkumu

Pro uskutečnění výzkumné části jsme zvolili kvantitativní metodu s použitím dotazníkového šetření. Anonymní dotazník byl originální a obsahoval 27 otázek. (Dotazník pro pacienty s permanentním močovým katétrem, viz příloha č. 3). Zahrnoval 23 otázek uzavřených a 4 otázky polootevřené. U vybraných 3 otázek si respondenti mohli zvolit více odpovědí. Dotazník se skládal ze dvou částí a to otázek na demografické údaje (otázky č. 1, 2, 3) a otázek zjišťovacích (otázky č. 4 – 27). Pacienti dotazníky vyplňovali zcela dobrovolně a z vlastní vůle bez finanční či jiné odměny. Dotazníky jsme hospitalizovaným pacientům rozdávali osobně. Ambulantním pacientům rozdávaly dotazníky v urologických ambulancích sestry, které byly s mým dotazníkovým šetřením seznámeny a poskytovaly pacientům případné rady s vyplněním. Pro samotné uskutečnění šetření bylo potřeba oslovit vedoucí ošetrovatelské péče v daných nemocnicích a požádat o schválení protokolu o provedení výzkumu (Protokol o provedení výzkumu, viz příloha č. 4, 5, 6). Šetření probíhalo v období od listopadu roku 2014 do ledna roku 2015. Celkem jsme rozdali 110 dotazníků, 55 bylo pro pacienty hospitalizované a 55 pro pacienty docházející ambulantně. Zpět se nám navrátilo 104 dotazníků, z nichž musely být vyřazeny ještě 4 ne zcela vyplněné dotazníky.

3.3 Charakteristika výzkumného vzorku

Respondenty našeho výzkumu tvořili pacienti se zavedeným PMK docházející do urologických ambulancí nebo hospitalizovaní v nemocnici. Dotazníky byly rozdávány v Krajské nemocnici Liberec, a.s. na urologickém lůžkovém oddělení a urologické ambulanci, ve Fakultní nemocnici Plzeň na Urologické klinice, konkrétně urologické ambulanci a ve Stodské nemocnici, a.s. na chirurgickém lůžkovém oddělení. Více míst ke sběru informací jsme si zvolili z důvodu dostatečného počtu respondentů a zajištění různorodosti odpovědí na základě místa ošetření.

3.4 Výsledky výzkumu a jeho analýza

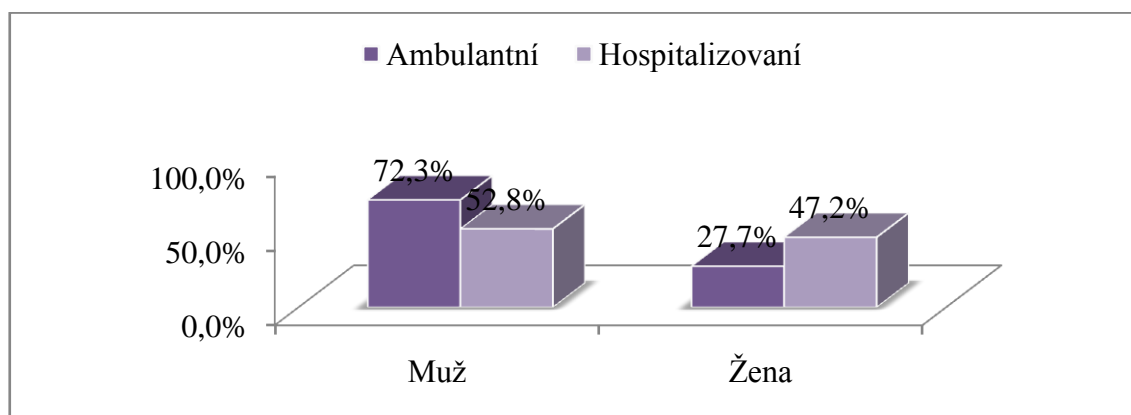
V následující části jsme krok za krokem zpracovávali a vyhodnocovali jednotlivé výsledky výzkumu získané z rozdaných dotazníků do tabulek a pro přehlednost do grafů. Pro zpracování dat, jejich analýzu a k vyhodnocení výsledků jsme zvolili statistické programy Microsoft Office Excel a Statgraphics. Výsledky v tabulkách jsou vyjádřeny v absolutní četnosti, která udává počet odpovědí, a relativní četnosti uvedené v procentech a zaokrouhlené na jedno desetinné místo.

Analýza dotazníkové položky č. 1: Pohlaví respondentů

Tabulka č. 1 Pohlaví respondentů

	Ambulantní		Hospitalizovaní	
	Absolutní	Relativní	Absolutní	Relativní
	četnost	četnost	četnost	četnost
Muž	34	72,3%	28	52,8%
Žena	13	27,7%	25	47,2%
Celkem	47	100,0%	53	100,0%

Z celkového počtu 47 ambulantních pacientů bylo 34 (72,3 %) mužů a 13 (27,7 %) žen. Z celkového počtu 53 hospitalizovaných pacientů tvořili 28 (52,8 %) muži a 25 (47,2 %) ženy.



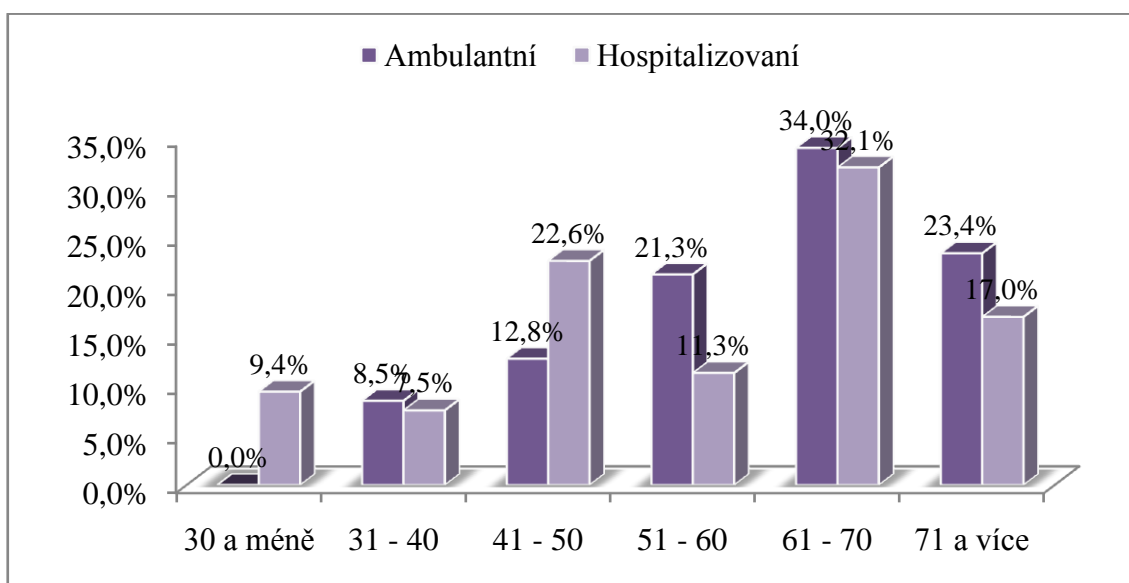
Graf č. 1 Pohlaví respondentů

Analýza dotazníkové položky č. 2: Věk respondentů

Tabulka č. 2 Věk respondentů

	Ambulantní		Hospitalizovaní	
	Absolutní	Relativní	Absolutní	Relativní
	četnost	četnost	četnost	četnost
30 a méně	0	0,0%	5	9,4%
31 - 40	4	8,5%	4	7,5%
41 - 50	6	12,8%	12	22,6%
51 - 60	10	21,3%	6	11,3%
61 - 70	16	34,0%	17	32,1%
71 a více	11	23,4%	9	17,0%
Celkem	47	100,0%	53	100,0%

Mezi ambulantní respondenty patřili 4 (8,5 %) pacienti ve věku 31 – 40 let, 6 (12,8 %) pacientů ve věku 41 – 50 let, 10 (21,3 %) pacientů ve věku 51 – 60 let, 16 (34 %) pacientů ve věku 61-70 let a 11 (23,4 %) pacientů ve věku 71 let a více. Mezi hospitalizované respondenty patřilo 5 (9,4%) pacientů ve věku do 30ti let, 4 (7,5 %) pacienti ve věku 31 – 40 let, 12 (22,6 %) pacientů ve věku 41 – 50 let, 6 (11,3 %) pacientů ve věku 51 – 60 let, 17 (32,1 %) pacientů ve věku 61 – 70 let a 9 (17,0%) pacientů ve věku 71 let a více. Minimální věk respondenta byl méně než 30 let, maximální věk bylo více než 71 let a průměrný věk byl 53,9 let.



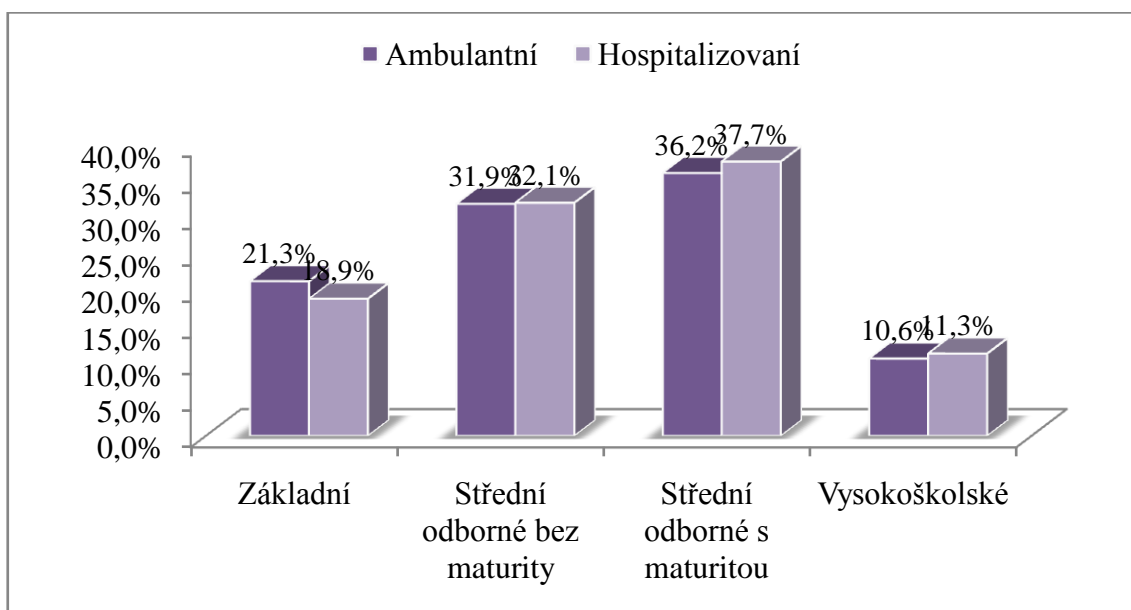
Graf č. 2 Věk respondentů

Analýza dotazníkové položky č. 3: Vzdělání respondentů

Tabulka č. 3 Vzdělání respondentů

	Ambulantní		Hospitalizovaní	
	Absolutní	Relativní	Absolutní	Relativní
	četnost	četnost	četnost	četnost
Základní	10	21,3%	10	18,9%
Střední odborné bez maturity	15	31,9%	17	32,1%
Střední odborné s maturitou	17	36,2%	20	37,7%
Vysokoškolské	5	10,6%	6	11,3%
Celkem	47	100,0%	53	100,0%

10 (21,3 %) ambulantních respondentů ukončilo základní vzdělání, 15 (31,9 %) ukončilo střední odborné vzdělání bez maturity, 17 (36,2 %) ukončilo střední odborné vzdělání s maturitou a 5 (10,6 %) ambulantních respondentů ukončilo vysokoškolské vzdělání. Mezi hospitalizovanými pacienty ukončilo základní vzdělání 10 (18,9 %) respondentů, střední odborné vzdělání bez maturity 17 (32,1 %) respondentů, střední odborné s maturitou 20 (37,7 %) respondentů a 6 (11,3 %) respondentů mělo vysokoškolské vzdělání.



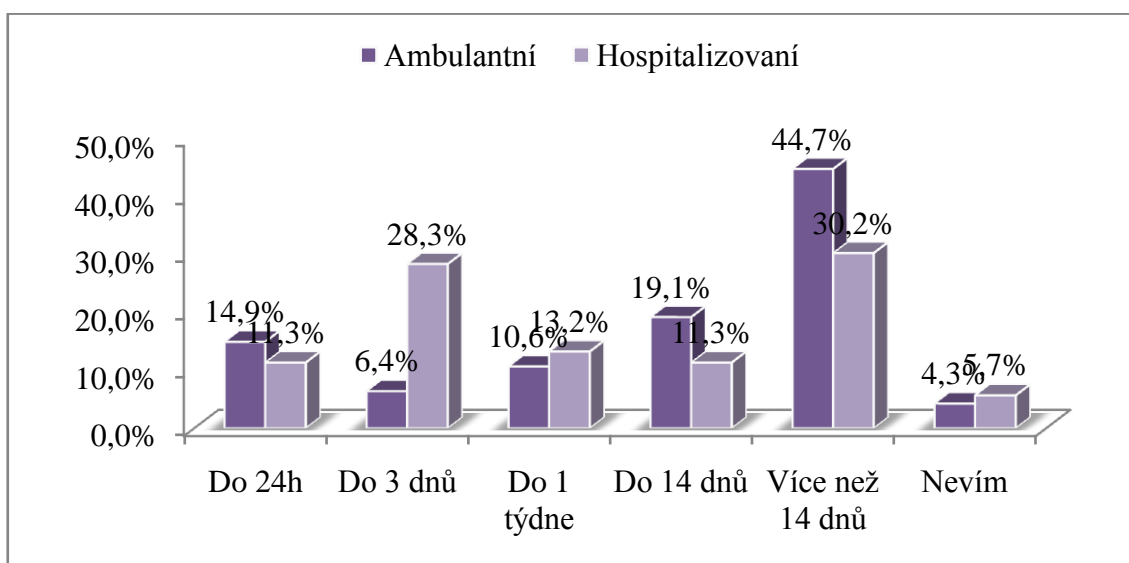
Graf č. 3 Vzdělání respondentů

Analýza dotazníkové položky č. 4: Doba zavedení současného PMK

Tabulka č. 4 Doba zavedení současného PMK

	Ambulantní		Hospitalizovaní	
	Absolutní	Relativní	Absolutní	Relativní
	četnost	četnost	četnost	četnost
Do 24h	7	14,9%	6	11,3%
Do 3 dnů	3	6,4%	15	28,3%
Do 1 týdne	5	10,6%	7	13,2%
Do 14 dnů	9	19,1%	6	11,3%
Více než 14 dnů	21	44,7%	16	30,2%
Nevím	2	4,3%	3	5,7%
Celkem	47	100,0%	53	100,0%

7 (14,9 %) ambulantních respondentů nemělo PMK zavedený déle než 24 hodin, 3 (6,4 %) respondenti ne déle než 3 dny, 5 (10,6 %) respondentů do jednoho týdne, 9 (19,1 %) respondentů do 14ti dnů, 21 (44,7 %) pacientů více než 14 dnů a 2 (4,3 %) respondenti dobu zavedení PMK nevěděli. Z hospitalizovaných mělo 6 (11,3 %) respondentů PMK zavedený maximálně 24 hodin, 15 (28,3 %) respondentů do 3 dnů, 7 (13,2 %) respondentů do 1 týdne, 6 (11,3 %) respondentů do 14ti dnů, 16 (30,2 %) respondentů více než 4 dny a 3 (5,7 %) respondenti nevěděli dobu zavedení PMK.



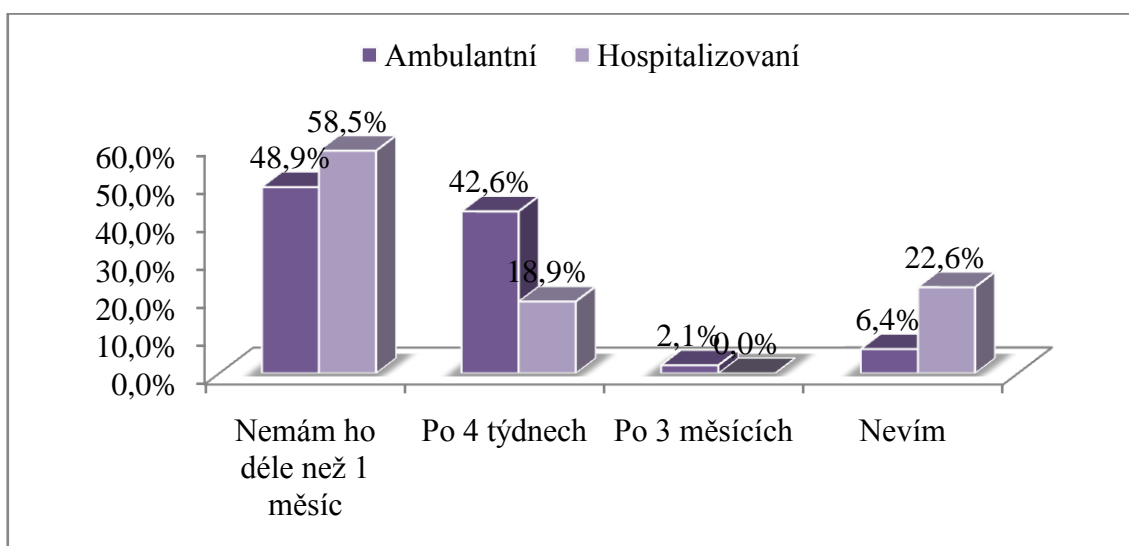
Graf č. 4 Doba zavedení současného PMK

Analýza dotazníkové položky č. 5: Pravidelná doba výměny PMK

Tabulka č. 5 Pravidelná doba výměny PMK

	Ambulantní		Hospitalizovaní	
	Absolutní	Relativní	Absolutní	Relativní
	četnost	četnost	četnost	četnost
Nemám ho déle než 1 měsíc	23	48,9%	31	58,5%
Po 4 týdnech	20	42,6%	10	18,9%
Po 3 měsících	1	2,1%	0	0,0%
Nevím	3	6,4%	12	22,6%
Celkem	47	100,0%	53	100,0%

23 (48,9 %) ambulantních respondentů odpovědělo, že PMK nemá zavedený déle než 1 měsíc, 20 (42,6 %) respondentům je PMK měněn po 4 týdnech, 1 (2,1 %) respondentovi je PMK měněn po 3 měsících a 3 (6,4 %) respondenti neví, jak často je jejich PMK měněn. 31 (58,5 %) hospitalizovaných respondentů nemá PMK zavedený déle než 1 měsíc, 10 (18,9 %) respondentům je PMK měněn po 4 týdnech a 12 (22,6 %) respondentů dobu výměny nevědělo.



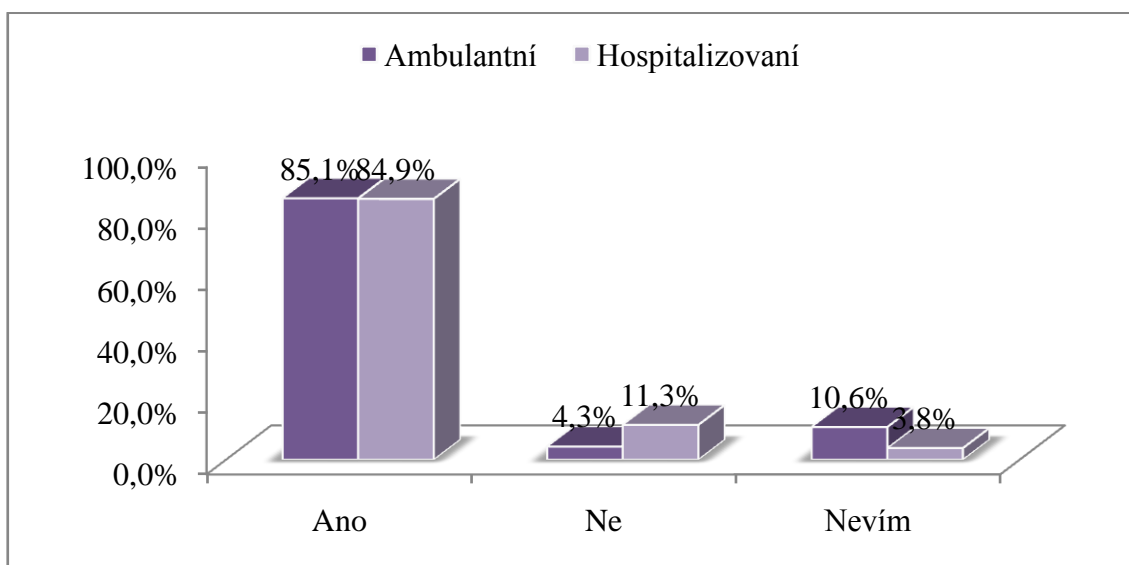
Graf č. 5 Pravidelná doba výměny PMK

Analýza dotazníkové položky č. 6: Informovanost respondentů o důvodu zavedení PMK

Tabulka č. 6 Informovanost respondentů o důvodu zavedení PMK

	Ambulantní		Hospitalizovaní	
	Absolutní	Relativní	Absolutní	Relativní
	četnost	četnost	četnost	četnost
Ano	40	85,1%	45	84,9%
Ne	2	4,3%	6	11,3%
Nevím	5	10,6%	2	3,8%
Celkem	47	100,0%	53	100,0%

Mezi ambulantními respondenty 40 (85,1 %) respondentů uvedlo, že bylo informováno o důvodu zavedení PMK, 2 (4,3 %) respondenti uvedli, že nebyli informováni o důvodu zavedení PMK a 5 (10,6 %) respondentů uvedlo, že neví, zda byli informováni o důvodu zavedení PMK. 45 (84,9 %) hospitalizovaných respondentů uvedlo, že byli informováni o důvodu zavedení PMK, 6 (11,3 %) respondentů informováno nebylo a 2 (3,8 %) neví, zda informováni byli.



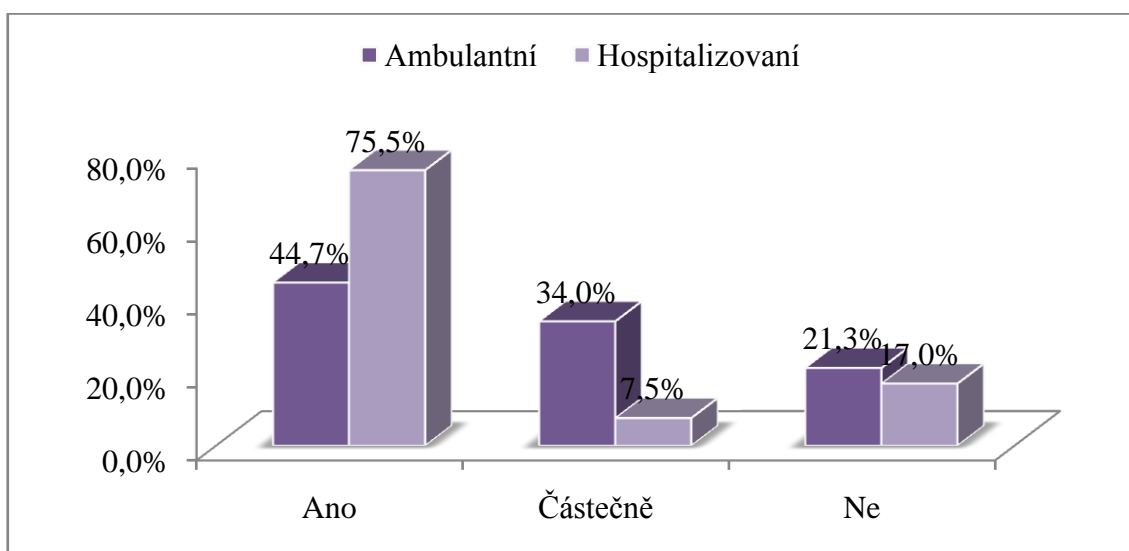
Graf č. 6 Informovanost respondentů o důvodu zavedení PMK

Analýza dotazníkové položky č. 7: Respondent považuje informace za dostatečné

Tabulka č. 7 Respondent považuje informace za dostatečné

	Ambulantní		Hospitalizovaní	
	Absolutní	Relativní	Absolutní	Relativní
	četnost	četnost	četnost	četnost
Ano	21	44,7%	40	75,5%
Částečně	16	34,0%	4	7,5%
Ne	10	21,3%	9	17,0%
Celkem	47	100,0%	53	100,0%

21 (44,7 %) ambulantních respondentů považuje informace o PMK za dostatečné, 16 (34,0 %) respondentů informace považuje za částečně dostatečné a 10 (21,3 %) respondentů informace považuje za nedostatečné. Hospitalizovaní respondenti uvedli, že 40 (75,5 %) respondentů považuje informace za dostatečné, 4 (7,5 %) respondenti považují informace za částečně dostatečné a 9 (17,0 %) respondentů informace považuje za nedostatečné.



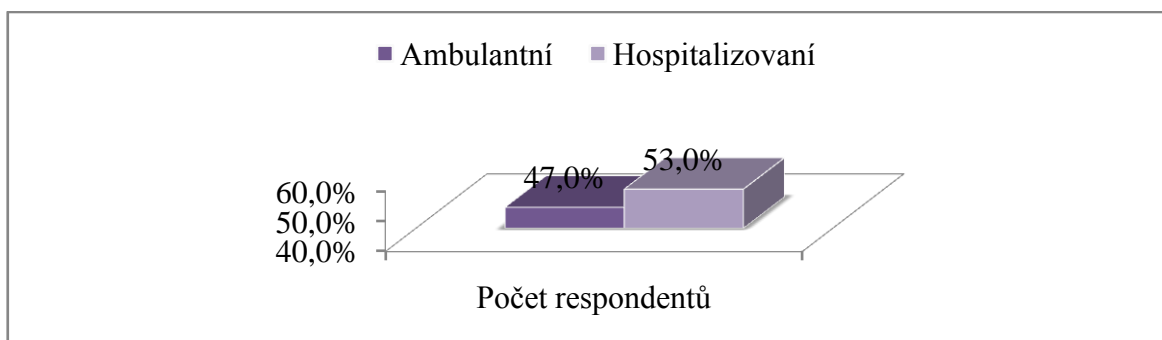
Graf č. 7 Respondent považuje informace za dostatečné

Analýza dotazníkové položky č. 8: Místo zavedení PMK

Tabulka č. 8 Místo zavedení PMK

	Ambulantní		Hospitalizovaní	
	Absolutní	Relativní	Absolutní	Relativní
	četnost	četnost	četnost	četnost
Počet pacientů	47	47,0%	53	53,0%
Celkem	47	47,0%	53	53,0%

47 (47,0 %) respondentům byl PMK zaváděn na ambulanci, 53 (53,0 %) respondentům byl PMK zaváděn během hospitalizace.



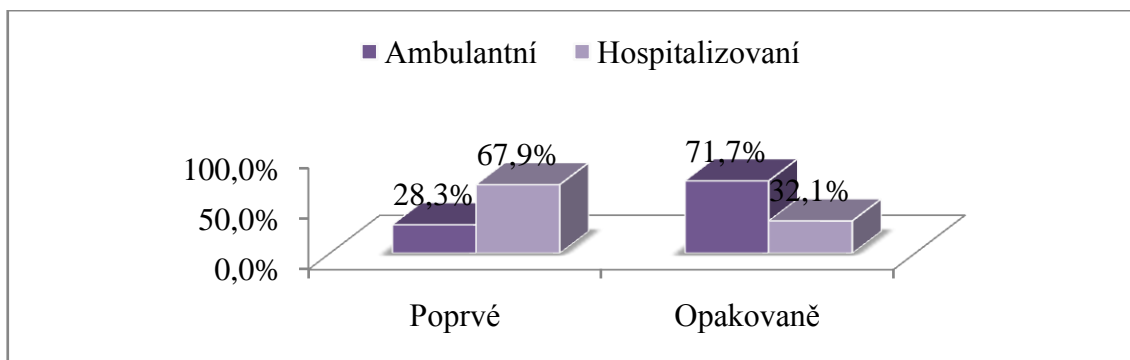
Graf č. 8 Místo zavedení PMK

Analýza dotazníkové položky č. 9: Zavedení PMK poprvé či opakovaně

Tabulka č. 9 Zavedení PMK poprvé či opakovaně

	Ambulantní		Hospitalizovaní	
	Absolutní	Relativní	Absolutní	Relativní
	četnost	četnost	četnost	četnost
Poprvé	13	28,3%	36	67,9%
Opakovaně	33	71,7%	17	32,1%
Celkem	46	100,0%	53	100,0%

Mezi ambulantními respondenty bylo 13 (28,3 %) respondentů, kteří měli PMK zavedený poprvé a 33 (71,7 %) respondentů, kteří měli PMK zavedený opakovaně. Mezi hospitalizovanými bylo 36 (67,9 %) respondentů se zavedeným PMK poprvé a 17 (32,1 %) respondentů se zavedeným PMK opakovaně.



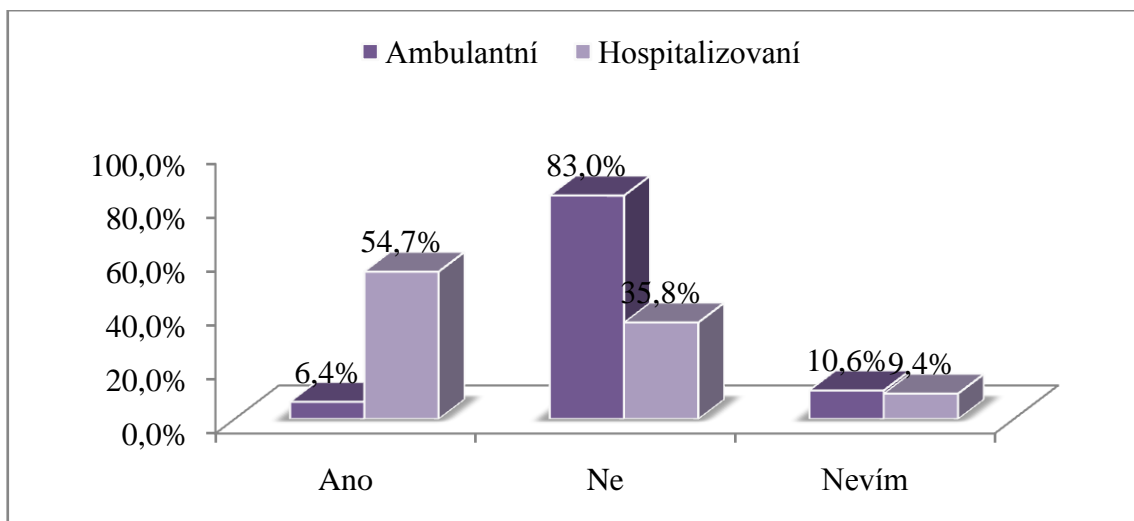
Graf č. 9 Zavedení PMK poprvé či opakovaně

Analýza dotazníkové položky č. 10: Možnost osprchovat se před zavedením PMK

Tabulka č. 10 Možnost osprchovat se před zavedením PMK

	Ambulantní		Hospitalizovaní	
	Absolutní	Relativní	Absolutní	Relativní
	četnost	četnost	četnost	četnost
Ano	3	6,4%	29	54,7%
Ne	39	83,0%	19	35,8%
Nevím	5	10,6%	5	9,4%
Celkem	47	100,0%	53	100,0%

3 (6,4 %) ambulantní respondenti byli vyzváni, aby se před zavedením PMK osprchovali, 39 (83,0 %) respondentů nebylo vyzváno, aby se před zavedením osprchovali a 5 (10,6 %) respondentů neví, zda byli vyzváni, aby se před zavedením PMK osprchovali. Z hospitalizovaných respondentů bylo 29 (54,7 %) vyzváno, aby se před zavedením PMK osprchovali, 19 (35,8 %) respondentů takto vyzváno nebylo a 5 (9,4 %) respondentů neví.



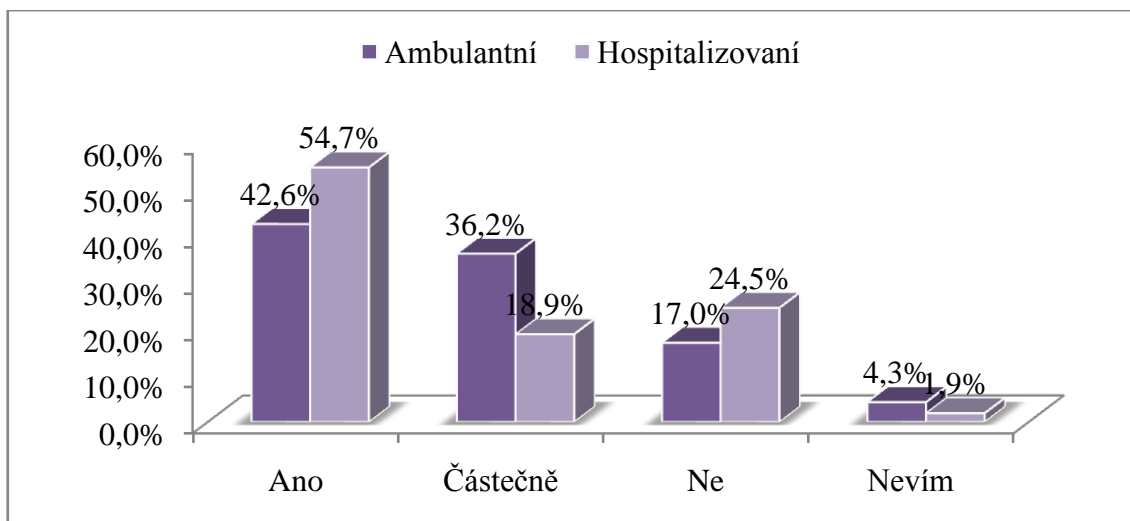
Graf č. 10 Možnost osprchovat se před zavedením PMK

Analýza dotazníkové položky č. 11: Seznámení respondenta s postupem zavedení PMK

Tabulka č. 11 Seznámení respondenta s postupem zavedení PMK

	Ambulantní		Hospitalizovaní	
	Absolutní	Relativní	Absolutní	Relativní
	četnost	četnost	četnost	četnost
Ano	20	42,6%	29	54,7%
Částečně	17	36,2%	10	18,9%
Ne	8	17,0%	13	24,5%
Nevím	2	4,3%	1	1,9%
Celkem	47	100,0%	53	100,0%

U otázky, zda byli respondenti seznámeni s postupem zavedení PMK, 20 (42,6 %) ambulantních respondentů uvedlo, že seznámeni byli, 17 (36,2 %) ambulantních respondentů bylo seznámeno částečně, 8 (17,0 %) respondentů nebylo seznámeno a 2 (4,3 %) respondenti neví, zda byli seznámeni s postupem. Mezi hospitalizovanými respondenty 29 (54,7 %) uvedlo, že seznámeno s postupem zavedení PMK bylo, 10 (18,9 %) respondentů bylo seznámeno částečně, 13 (24,5 %) respondentů nebylo seznámeno vůbec a 1 (1,9 %) respondent neví, zda byl seznámen s postupem.



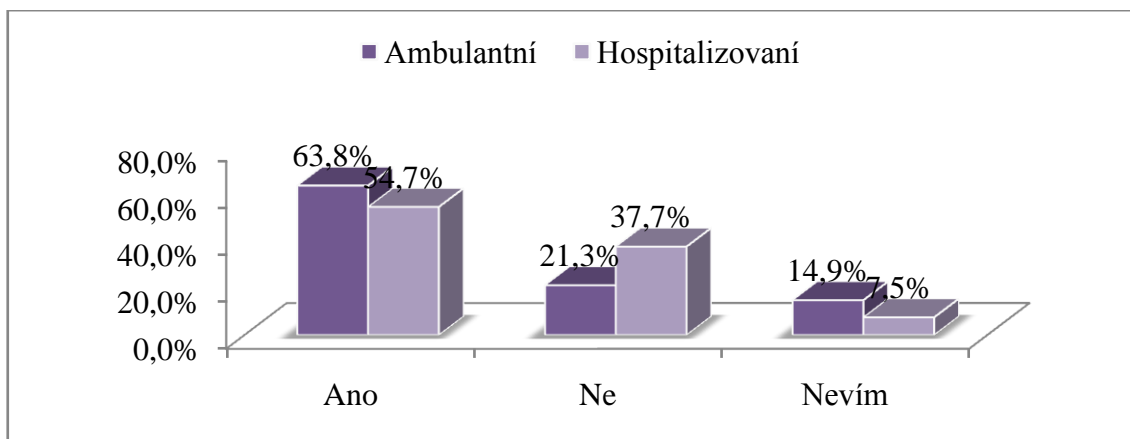
Graf č. 11 Seznámení respondenta s postupem zavedení PMK

Analýza dotazníkové položky č. 12: Seznámení respondenta s komplikacemi

Tabulka č. 12 Seznámení respondenta s komplikacemi

	Ambulantní		Hospitalizovaní	
	Absolutní	Relativní	Absolutní	Relativní
	četnost	četnost	četnost	četnost
Ano	30	63,8%	29	54,7%
Ne	10	21,3%	20	37,7%
Nevím	7	14,9%	4	7,5%
Celkem	47	100,0%	53	100,0%

Mezi ambulantními respondenty 30 (63,8 %) uvedlo, že byli seznámeni s možnými komplikacemi spojenými se zavedením PMK, 10 (21,3 %) respondentů seznámeno nebylo a 7 (14,9 %) respondentů uvedlo, že neví, zda byli seznámeni. 29 (54,7 %) hospitalizovaných respondentů bylo seznámeno s možnými komplikacemi, 20 (37,7 %) hospitalizovaných respondentů seznámeno nebylo a 4 (7,5 %) respondentů uvedlo, že neví, zda byli seznámeni s komplikacemi, které mohou být spojené se zavedením PMK.



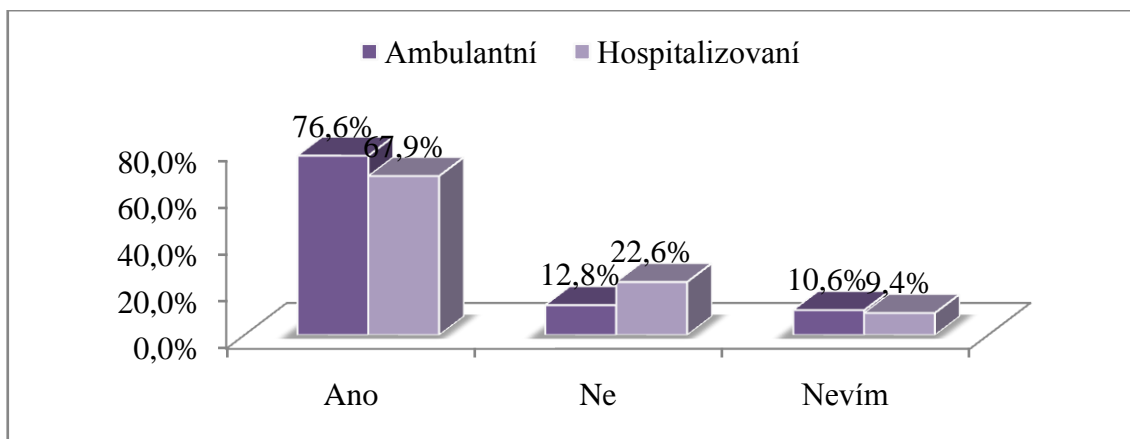
Graf č. 12 Seznámení respondenta s komplikacemi

Analýza dotazníkové položky č. 13: Seznámení respondenta s pitným režimem

Tabulka č. 13 Seznámení respondenta s pitným režimem

	Ambulantní		Hospitalizovaní	
	Absolutní	Relativní	Absolutní	Relativní
	četnost	četnost	četnost	četnost
Ano	36	76,6%	36	67,9%
Ne	6	12,8%	12	22,6%
Nevím	5	10,6%	5	9,4%
Celkem	47	100,0%	53	100,0%

U otázky, zda byli respondenti seznámeni s vhodným pitným režimem u zavedeného PMK, 36 (76,6 %) ambulantních respondentů uvedlo, že bylo seznámeno, 6 (12,8 %) respondentů, že seznámeno nebylo a 5 (10,6 %) respondentů nevědělo, zda byli seznámeni. Z hospitalizovaných respondentů 36 (67,9 %) respondentů uvedlo, že byli seznámeni s pitným režimem, 12 (22,6 %) respondentů seznámeno nebylo a 5 (9,4 %) respondentů nevědělo, zda byli seznámeni s vhodným pitným režimem u zavedeného PMK.



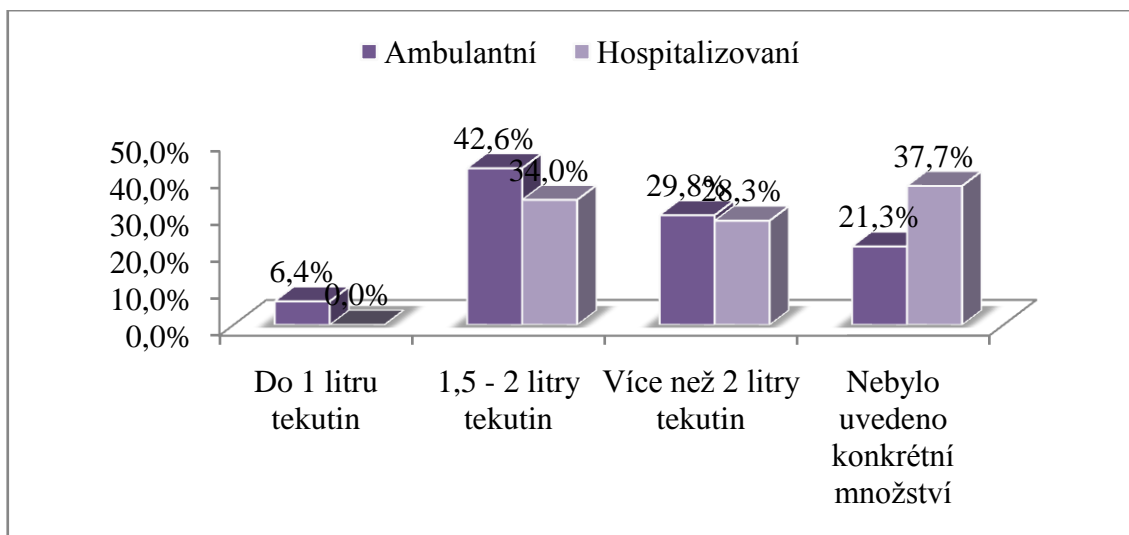
Graf č. 13 Seznámení respondenta s pitným režimem

Analýza dotazníkové položky č. 14: Doporučené množství tekutin za 24 hodin

Tabulka č. 14 Doporučené množství tekutin za 24 hodin

	Ambulantní		Hospitalizovaní	
	Absolutní	Relativní	Absolutní	Relativní
	četnost	četnost	četnost	četnost
Do 1 litru tekutin	3	6,4%	0	0,0%
1,5 - 2 litry tekutin	20	42,6%	18	34,0%
Více než 2 litry tekutin	14	29,8%	15	28,3%
Nebylo uvedeno konkrétní množství	10	21,3%	20	37,7%
Celkem	47	100,0%	53	100,0%

U kontrolní otázky, kolik tekutin bylo respondentům se zavedeným PMK doporučeno vypít, 3 (6,4%) ambulantní respondenti uvedli do 1 litru tekutin za 24 hodin, 20 (42,6 %) ambulantních respondentů uvedlo 1,5 – 2 litry tekutin za 24 hodin, 14 (29,8 %) ambulantních respondentů uvedlo více než 2 litry tekutin za 24 hodin a 10 (21,3 %) ambulantních respondentů vybralo odpověď, že jim nebylo doporučeno konkrétní množství tekutin. Mezi hospitalizovanými žádný respondent nevybral možnost vypít maximálně 1 litr tekutin, 18 (34,0 %) respondentů uvedlo možnost vypít alespoň 1,5 – 2 litry tekutin za 24 hodin, 15 (28,3 %) respondentů uvedlo více než dva litry tekutin za 24 hodin a 20 (37,7 %) respondentům nebylo doporučeno konkrétní množství tekutin, které mají vypít za 24 hodin.



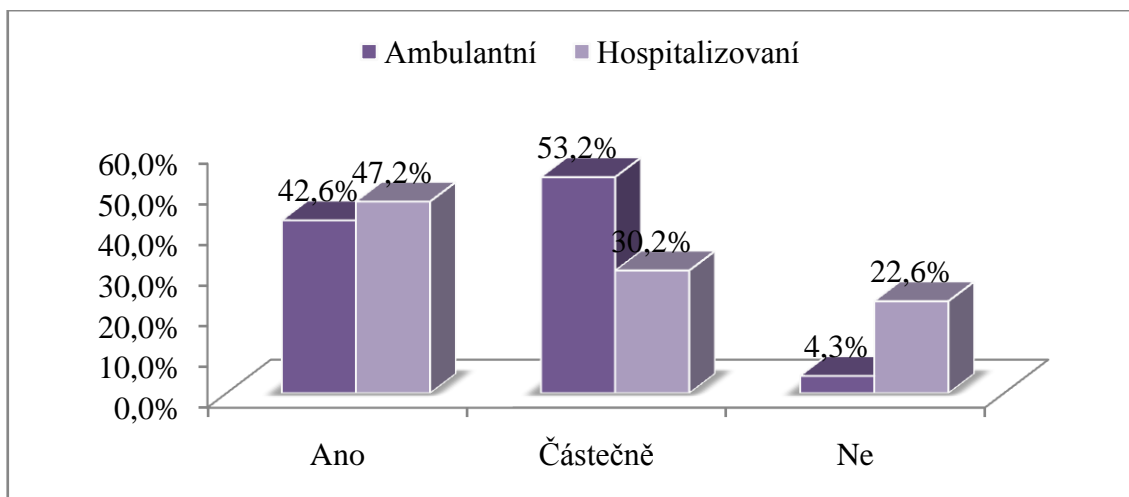
Graf č. 14 Doporučené množství tekutin za 24 hodin

Analýza dotazníkové položky č. 15: Respondent porozuměl informacím

Tabulka č. 15 Respondent porozuměl informacím

	Ambulantní		Hospitalizovaní	
	Absolutní	Relativní	Absolutní	Relativní
	četnost	četnost	četnost	četnost
Ano	20	42,6%	25	47,2%
Částečně	25	53,2%	16	30,2%
Ne	2	4,3%	12	22,6%
Celkem	47	100,0%	53	100,0%

U otázky, zda respondent porozuměl informacím, 20 (42,6 %) ambulantních respondentů uvedlo, že porozumělo, 25 (53,2 %) respondentů uvedlo, že porozumělo částečně a 2 (4,3 %) respondenti neporozuměli. U hospitalizovaných respondentů 25 (47,2 %) respondentů porozumělo informacím, 16 (30,2 %) respondentů porozumělo částečně a 12 (22,6 %) respondentů neporozumělo informacím, které jim byly podány o problematice PMK.



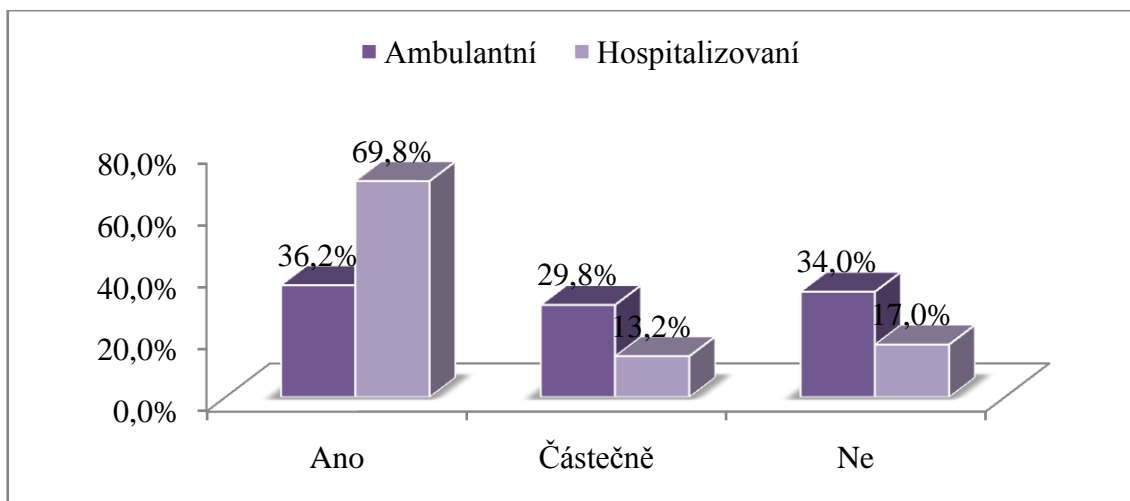
Graf č. 15 Respondent porozuměl informacím

Analýza dotazníkové položky č. 16: Respondent dostal prostor pro otázky

Tabulka č. 16 Respondent dostal prostor pro otázky

	Ambulantní		Hospitalizovaní	
	Absolutní	Relativní	Absolutní	Relativní
	četnost	četnost	četnost	četnost
Ano	17	36,2%	37	69,8%
Částečně	14	29,8%	7	13,2%
Ne	16	34,0%	9	17,0%
Celkem	47	100,0%	53	100,0%

17 (36,2 %) ambulantních respondentů odpovědělo, že dostalo prostor pro položení otázek, 14 (29,8 %) ambulantních respondentů dostalo prostor pro otázky částečně a 16 (34,0 %) žádný prostor pro otázky nedostalo. Z hospitalizovaných respondentů dostalo prostor na otázky 37 (69,8 %) respondentů, částečně 7 (13,2 %) respondentů a žádný prostor na otázky nedostalo 9 (17,0 %) hospitalizovaných respondentů.



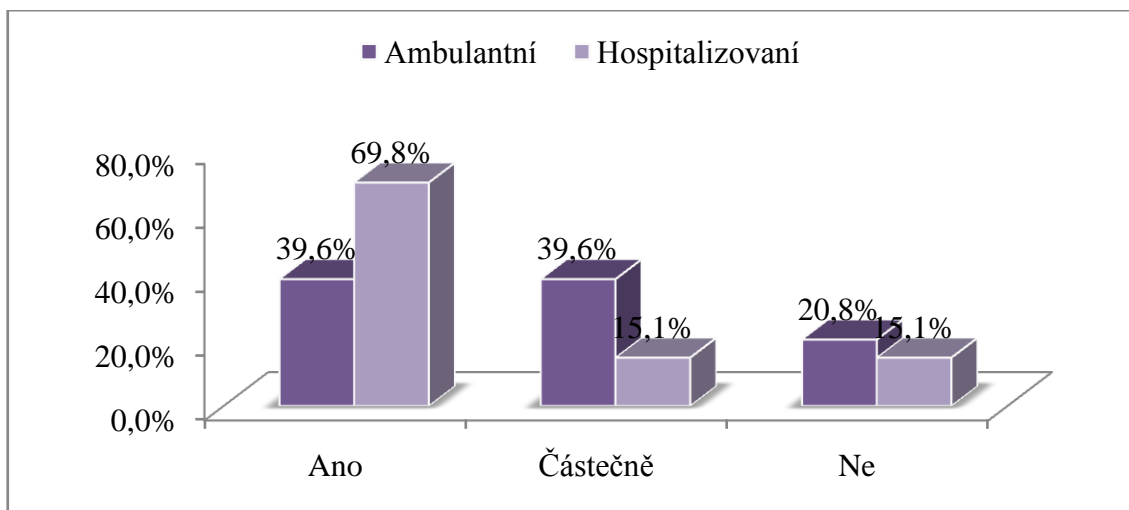
Graf č. 16 Respondent dostal prostor pro otázky

Analýza dotazníkové položky č. 17: Zodpovězení respondentových otázek

Tabulka č. 17 Zodpovězení respondentových otázek

	Ambulantní		Hospitalizovaní	
	Absolutní	Relativní	Absolutní	Relativní
	četnost	četnost	četnost	četnost
Ano	21	39,6%	37	69,8%
Částečně	21	39,6%	8	15,1%
Ne	11	20,8%	8	15,1%
Celkem	53	100,0%	53	100,0%

Mezi ambulantními respondenty bylo 21 (39,6 %) respondentů, kterým byly otázky zodpovězeny, 21 (39,6 %) respondentů, kterým byly otázky zodpovězeny částečně a 11 (20,8 %) respondentů, kterým otázky nebyly zodpovězené vůbec. Hospitalizovaní respondenti odpověděli, že 37 (69,8 %) respondentům bylo na otázky odpovězeno, 8 (15,1 %) respondentům bylo odpovězeno částečně a 8 (15,1 %) respondentů uvedlo, že jim na otázky nebylo odpovězeno vůbec.



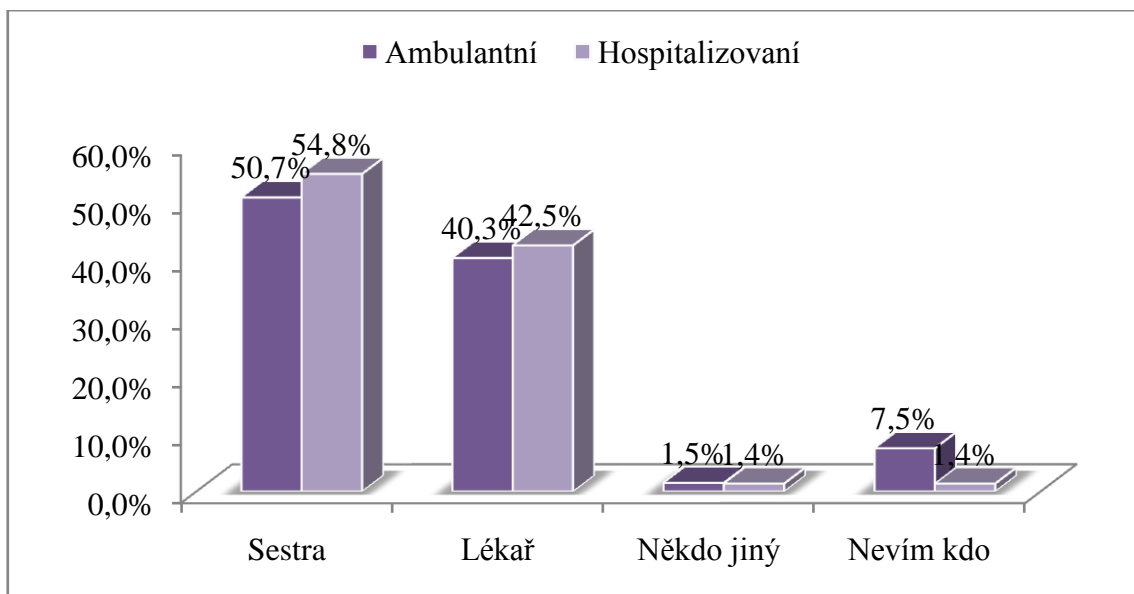
Graf č. 17 Zodpovězení respondentových otázek

Analýza dotazníkové položky č. 18: Kdo podával respondentovi informace

Tabulka č. 18 Kdo podával respondentovi informace

	Ambulantní		Hospitalizovaní	
	Absolutní	Relativní	Absolutní	Relativní
	četnost	četnost	četnost	četnost
Sestra	34	50,7%	40	54,8%
Lékař	27	40,3%	31	42,5%
Někdo jiný	1	1,5%	1	1,4%
Nevím kdo	5	7,5%	1	1,4%
Celkem	67	100,0%	73	100,0%

U otázky č. 18 měli respondenti možnost odpovídat více než jednou odpovědí, z čehož jedna odpověď byla polootevřená. 34 (50,7 %) ambulantním respondentům podávala informace sestra, 27 (40,3 %) ambulantním respondentům podával informace lékař, 1 (1,5 %) respondent zvolil možnost někdo jiný s odpovědí nikdo a 5 (7,5 %) respondentů neví, kdo jim informace podával. U hospitalizovaných respondentů zvolilo 40 (54,8 %) respondentů možnost, že informace jim podávala sestra, 31 (42,5 %) respondentů, že informace jim podával lékař, 1 (1,4 %) respondentovi, který zvolil možnost někdo jiný, podávala informace studentka a 1 (1,4 %) respondent neví, kdo mu informace podával.



Graf č. 18 Kdo podával respondentovi informace

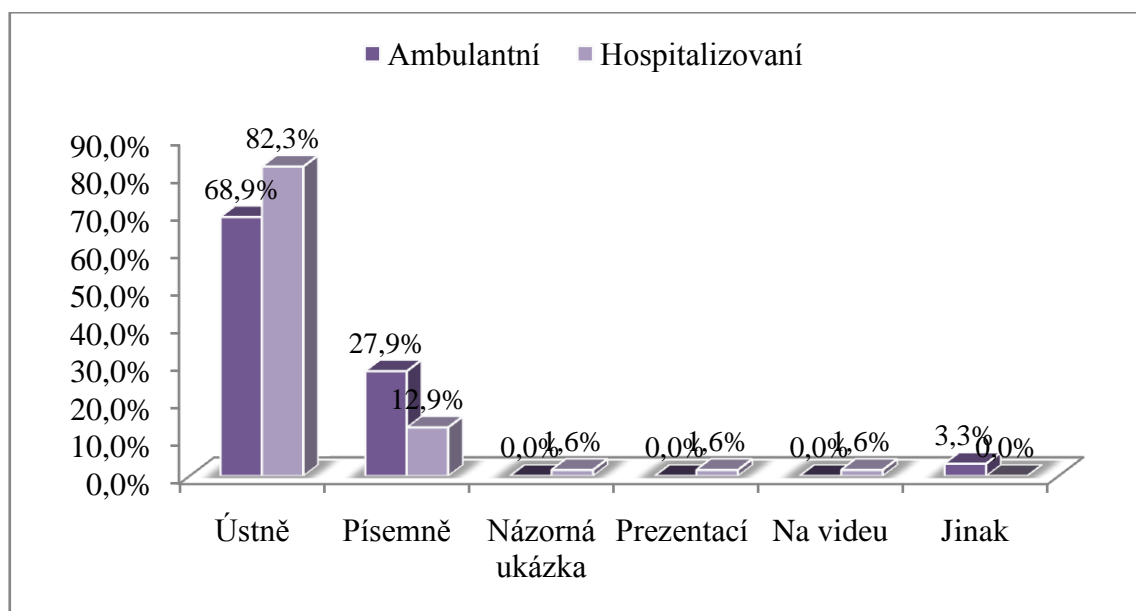
Analýza dotazníkové položky č. 19: Forma podaných informací

Tabulka č. 19 Forma podaných informací

	Ambulantní		Hospitalizovaní	
	Absolutní	Relativní	Absolutní	Relativní
	četnost	četnost	četnost	četnost
Ústně	42	68,9%	51	82,3%
Písemně	17	27,9%	8	12,9%
Názorná ukázka	0	0,0%	1	1,6%
Prezentací	0	0,0%	1	1,6%
Na videu	0	0,0%	1	1,6%
Jinak	2	3,3%	0	0,0%
Celkem	61	100,0%	62	100,0%

U otázky č. 19 mohli respondenti označit více odpovědí, jedna z odpovědí byla polootevřená. 42 (68,9 %) ambulantním respondentům byly informace podávány ústně, 17 (27,9 %) ambulantním respondentům byly informace podávány písemně a 2 (3,3 %) ambulantní respondenti vybrali možnost jinak s volnou odpovědí, kdy uvedli: souhlas (2x). Jiné odpovědi ambulantní respondenti nezvolili. Mezi hospitalizovanými respondenty vybralo 51 (82,3 %) respondentů možnost ústně,

8 (12,9 %) respondentů vybralo možnost písemně, 1 (1,6 %) respondent vybral možnost názorná ukázka, 1 (21,6 %) respondent vybral možnost prezentací a 1 (1,6 %) respondent vybral možnost na video. Odpověď, že mu byly informace podávány jinou formou, žádný hospitalizovaný respondent nevybral.



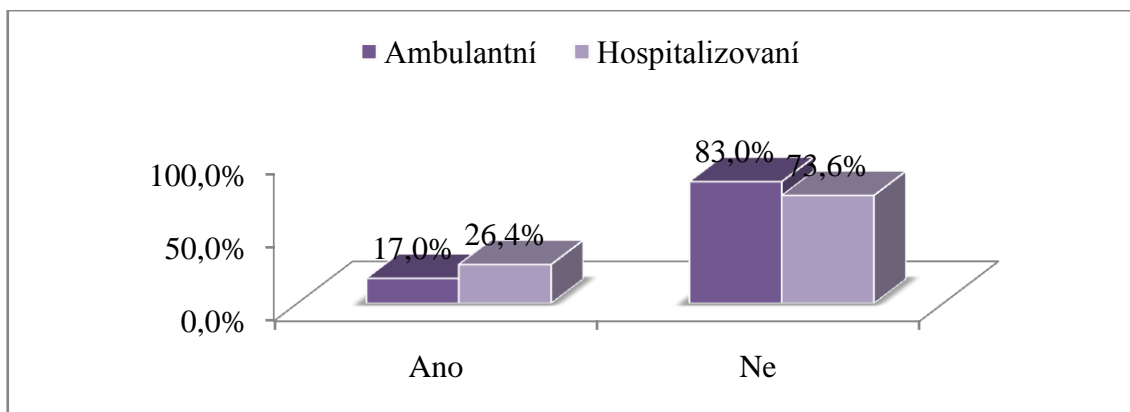
Graf č. 19 Forma podaných informací

Analýza dotazníkové položky č. 20: Možnost získání dalších informací

Tabulka č. 20 Možnost získání dalších informací

	Ambulantní		Hospitalizovaní	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	8	17,0%	14	26,4%
Ne	39	83,0%	39	73,6%
Celkem	47	100,0%	53	100,0%

Otázka č. 20 byla polootevřená. Na otázku, zda byli respondenti informováni, kde získat další informace o problematice PMK, uvedlo 8 (17,0 %) ambulantních respondentů odpověď ano, a uvedli: internet (6x), letáky, brožury. 39 (83,0 %) ambulantních respondentů uvedlo možnost ne. Z hospitalizovaných pacientů zvolilo možnost ano 14 (26,4 %) a uvedli: internet (8x), na počítači, letáky, lékař a bez specifikace místa (2x). 39 (73,6 %) ambulantních respondentů zvolilo možnost ne.



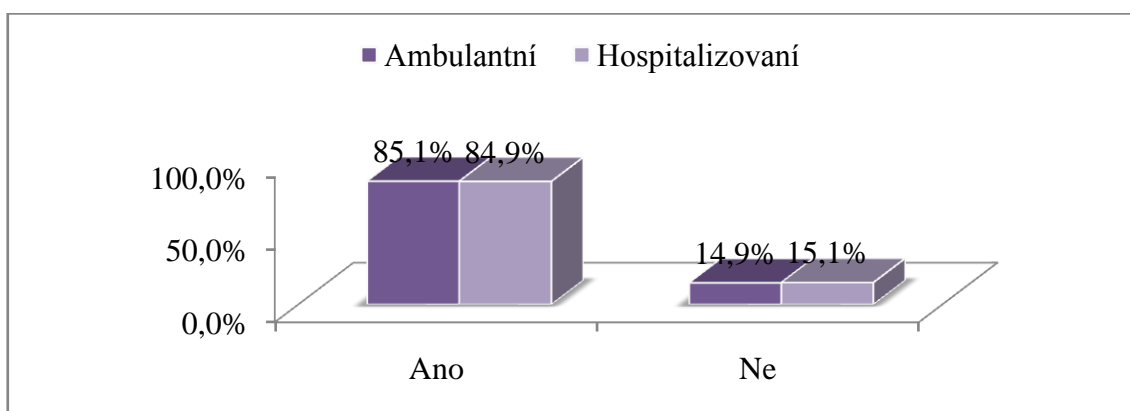
Graf č. 20 Možnost získání dalších informací

Analýza dotazníkové položky č. 21: Dostatek času věnovaný respondentovi

Tabulka č. 21 Dostatek času věnovaný respondentovi

	Ambulantní		Hospitalizovaní	
	Absolutní	Relativní	Absolutní	Relativní
	četnost	četnost	četnost	četnost
Ano	40	85,1%	45	84,9%
Ne	7	14,9%	8	15,1%
Celkem	47	100,0%	53	100,0%

Mezi ambulantními respondenty u otázky, zda jim personál věnuje dostatek času, 40 (85,1 %) respondentů uvedlo ano a 7 (14,9 %) respondentů uvedlo možnost ne. Z hospitalizovaných uvedlo možnost ano 45 (85,1 %) respondentů a možnost ne 8 (15,1 %) respondentů.



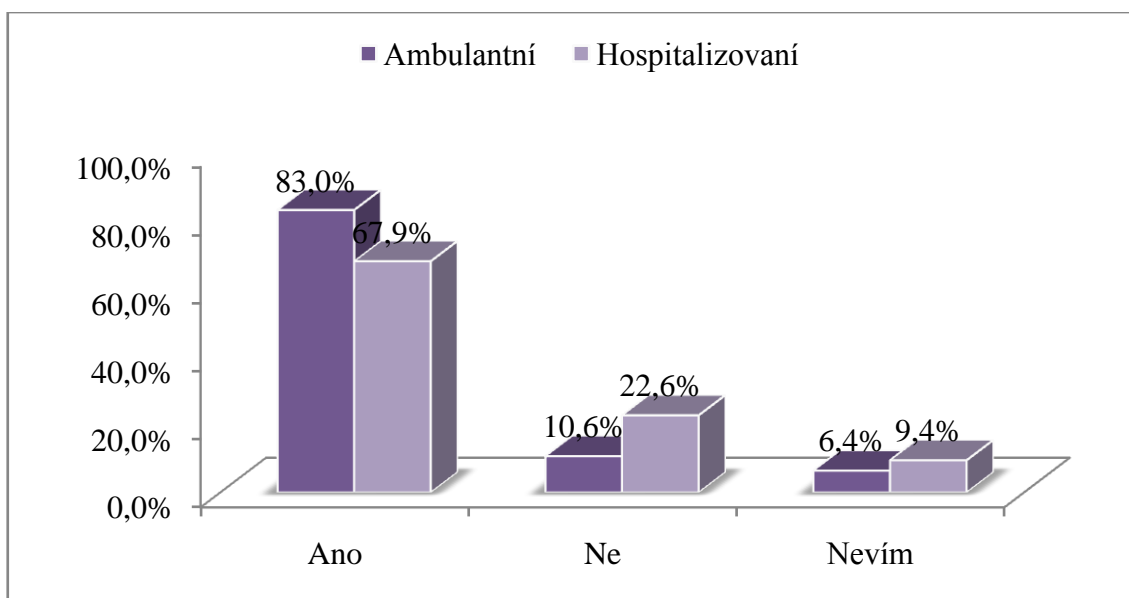
Graf č. 21 Dostatek času věnovaný respondentovi

Analýza dotazníkové položky č. 22: Informace v malém množství

Tabulka č. 22 Informace v malém množství

	Ambulantní		Hospitalizovaní	
	Absolutní	Relativní	Absolutní	Relativní
	četnost	četnost	četnost	četnost
Ano	39	83,0%	36	67,9%
Ne	5	10,6%	12	22,6%
Nevím	3	6,4%	5	9,4%
Celkem	47	100,0%	53	100,0%

39 (83,0 %) ambulantních respondentů uvedlo, že by uvítali méně informací podaných najednou, ale opakovaně. Nestálo by o to 5 (10,6 %) ambulantních respondentů a 3 (6,4 %) ambulantní respondenti neví. Mezi hospitalizovanými respondenty by takovou možnost uvítalo 36 (67,9 %) respondentů, 12 (22,6 %) respondentů o takto podané informace nemá zájem a 5 (9,4 %) respondentů zvolilo možnost neví.



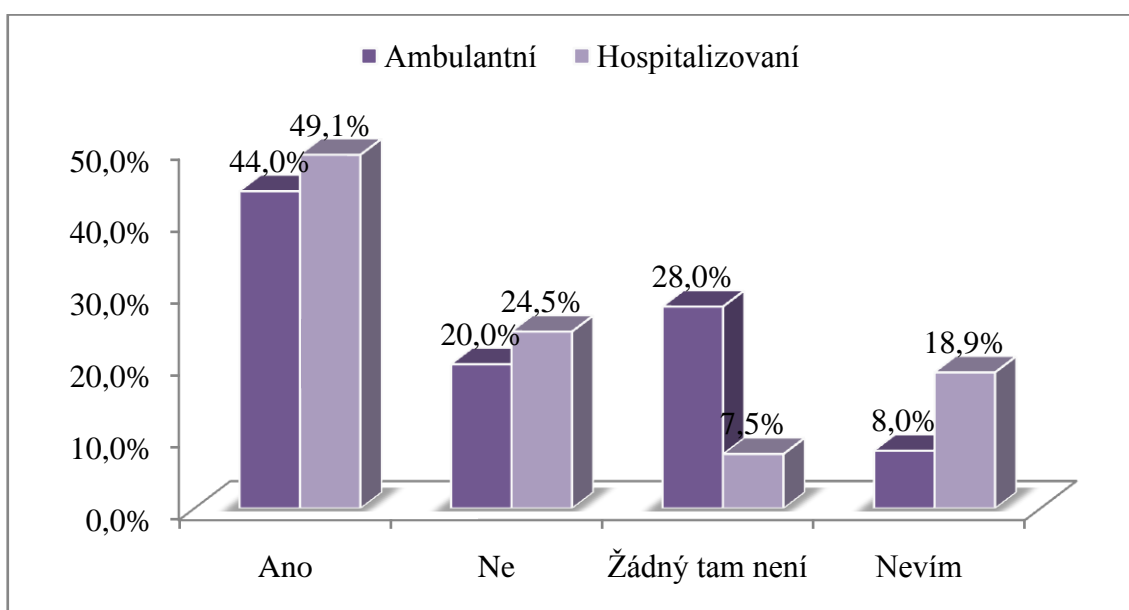
Graf č. 22 Informace v malém množství

Analýza dotazníkové položky č. 23: Datum výměny na urinálním sáčku

Tabulka č. 23 Datum výměny na urinálním sáčku

	Ambulantní		Hospitalizovaní	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	11	44,0%	26	49,1%
Ne	5	20,0%	13	24,5%
Žádný tam není	7	28,0%	4	7,5%
Nevím	2	8,0%	10	18,9%
Celkem	25	100,0%	53	100,0%

Otázka č. 23 je polootevřená a respondenti mohli zvolit více odpovědí. Pro ambulantní respondenty nebyla povinná. Mezi ambulantními respondenty vybralo 11 (44,0 %) respondentů možnost ano, tedy že si všimlo data uvedeného na urinálním sáčku, 5 (20,0 %) respondentů vybralo možnost ne, tedy že si data na urinálním sáčku nevšimli, 7 (28,0 %) pacientů uvedlo, že žádný datum na urinálním sáčku není a 2 (8,0 %) respondenti neví. Mezi hospitalizovanými respondenty zvolilo možnost ano 26 (49,1 %) respondentů, možnost ne 13 (24,5 %) respondentů, že žádný datum na urinálním sáčku není zvolili 4 (7,5 %) respondenti a 10 (18,9 %) respondentů neví.



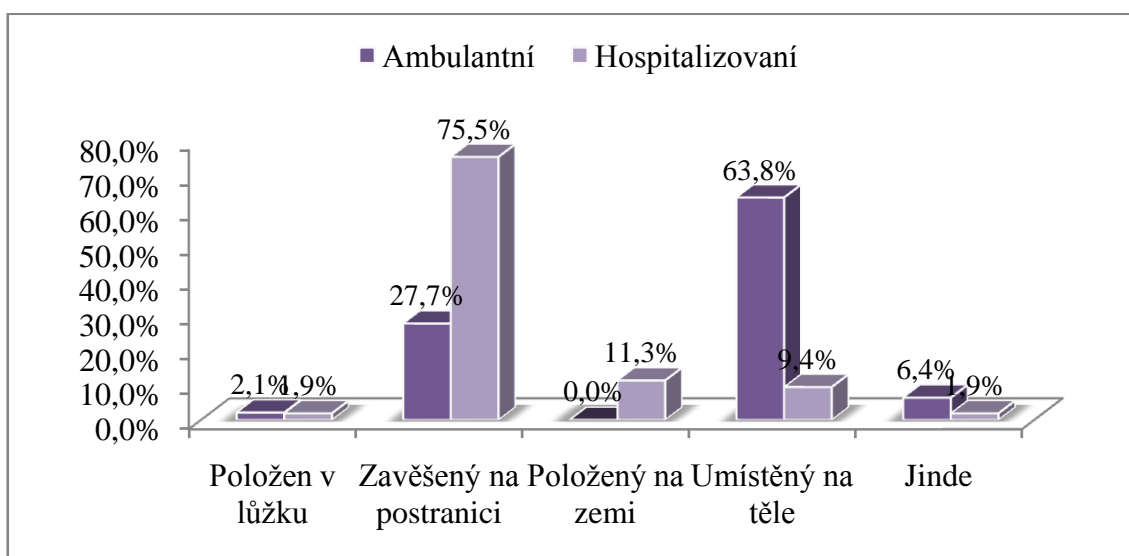
Graf č. 23 Datum výměny na urinálním sáčku

Analýza dotazníkové položky č. 24: Místo umístění urinálního sáčku

Tabulka č. 24 Místo umístění urinálního sáčku

	Ambulantní		Hospitalizovaní	
	Absolutní	Relativní	Absolutní	Relativní
	četnost	četnost	četnost	četnost
Položen v lůžku	1	2,1%	1	1,9%
Zavěšený na postranici	13	27,7%	40	75,5%
Položený na zemi	0	0,0%	6	11,3%
Umístěný na těle	30	63,8%	5	9,4%
Jinde	3	6,4%	1	1,9%
Celkem	47	100,0%	53	100,0%

Otázka č. 24 měla 5 možností, jak odpovědět, z toho jedna odpověď byla polootevřená. Mezi ambulantními respondenty 1 (2,1 %) respondent uvedl, že má urinální sáček položený v lůžku, 13 (27,7 %) uvedlo, že urinální sáček mají zavěšený na postranicích lůžka, 30 (63,8 %) respondentů zvolilo, že urinální sáček mají umístěný na těle a 3 (6,4%) respondenti vybrali možnost jinde, a to: za kalhotami, na pásku, v trenkoslipech. Z hospitalizovaných respondentů vybral možnost urinálního sáčku položeného v lůžku 1 (1,9 %) respondent, zavěšený na postranici lůžka mělo 40 (75,5%) respondentů, 6 (11,3 %) respondentů zvolilo možnost položený na zemi, 5 (9,4 %) respondentů má urinální sáček na těle a 1 (1,9 %) respondent zvolil možnost jiné, za kalhotami.



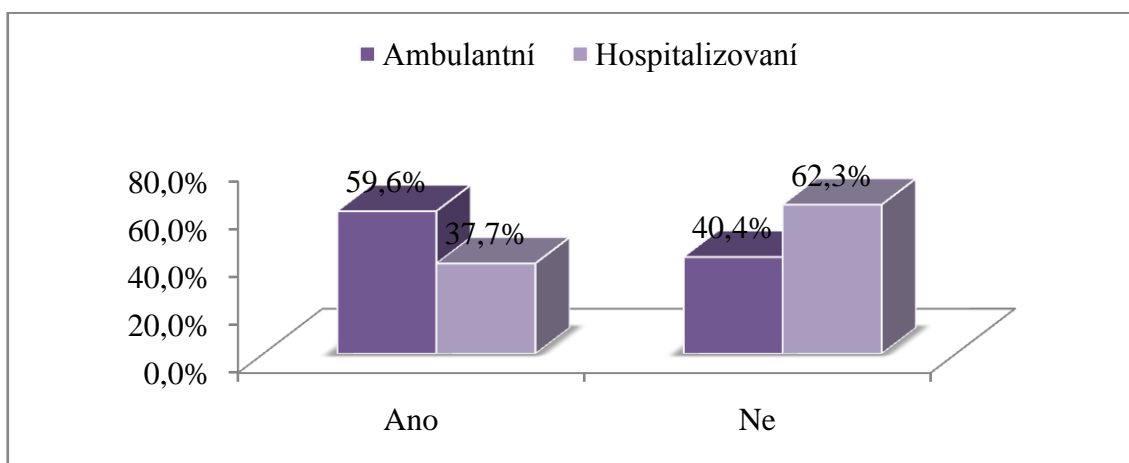
Graf č. 24 Místo umístění urinálního sáčku

Analýza dotazníkové položky č. 25: Dostatek soukromí při zavádění PMK

Tabulka č. 25 Dostatek soukromí při zavádění PMK

	Ambulantní		Hospitalizovaní	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	28	59,6%	20	37,7%
Ne	19	40,4%	33	62,3%
Celkem	47	100,0%	53	100,0%

Na otázku, zda měl respondent při zavádění PMK dostatek soukromí, zvolilo z ambulantních respondentů možnost ano 28 (59,6 %) respondentů a možnost ne 19 (40,4 %) respondentů. Z hospitalizovaných respondentů zvolilo možnost ano 20 (37,7 %) respondentů a možnost ne 33 (62,3 %) respondentů.



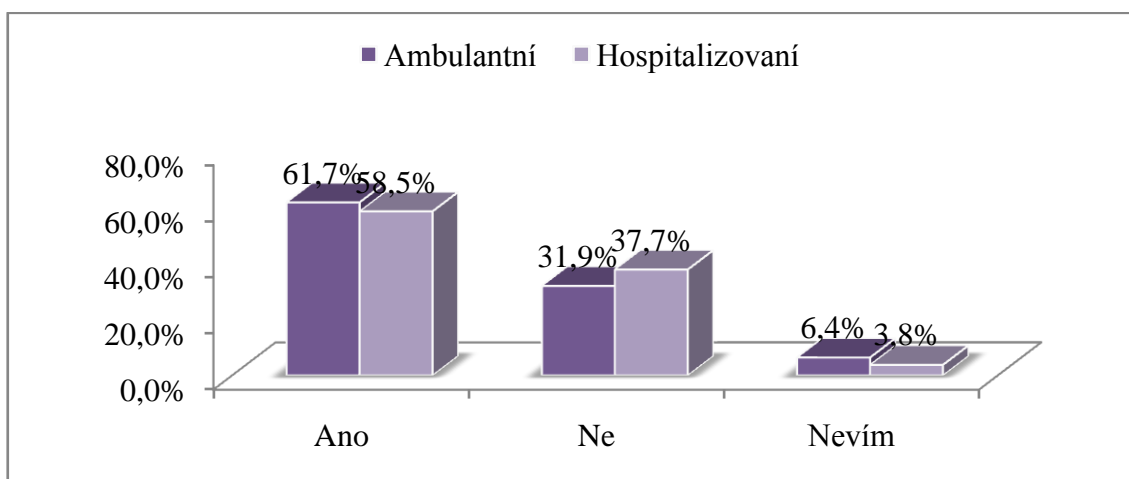
Graf č. 25 Dostatek soukromí při zavádění PMK

Analýza dotazníkové položky č. 26: Ukázka manipulace s PMK sestrou

Tabulka č. 26 Ukázka manipulace s PMK sestrou

	Ambulantní		Hospitalizovaní	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	29	61,7%	31	58,5%
Ne	15	31,9%	20	37,7%
Nevím	3	6,4%	2	3,8%
Celkem	47	100,0%	53	100,0%

U otázky, zda sestra respondentovi názorně ukázala, jak má pracovat s PMK a urinálním sáčkem, uvedlo 29 (61,7 %) ambulantních respondentů možnost ano, 15 (31,9 %) ambulantních respondentů možnost ne a 3 (6,4 %) ambulantní respondenti možnost nevím. U hospitalizovaných respondentů zvolilo ano 31 (58,5 %) respondentů, možnost ne 20 (37,7 %) respondentů a možnost nevím 2 (3,8 %) respondenti.



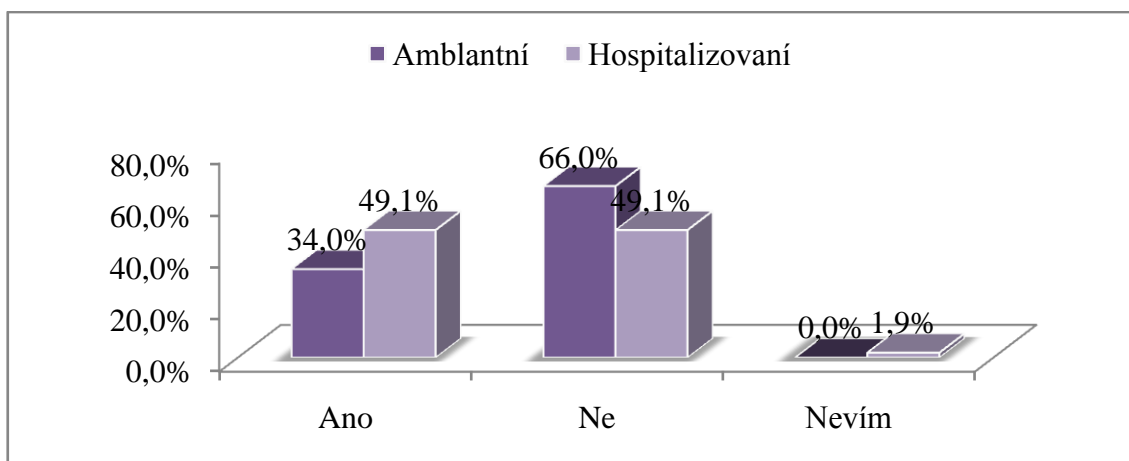
Graf č. 26 Ukázka manipulace s PMK sestrou

Analýza dotazníkové položky č. 27: Možnost předvést manipulaci s PMK pacientem

Tabulka č. 27 Možnost předvést manipulaci s PMK pacientem

	Ambulantní		Hospitalizovaní	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	16	34,0%	26	49,1%
Ne	31	66,0%	26	49,1%
Nevím	0	0,0%	1	1,9%
Celkem	47	100,0%	53	100,0%

16 (34,0 %) ambulantních respondentů uvedlo, že měli možnost sestře názorně předvést, zda manipulaci s PMK a urinálním sáčkem zvládnou a 31 (66,0 %) takovou možnost nemělo. 26 (49,1 %) hospitalizovaných respondentů takovou možnost mělo, 26 (49,1 %) hospitalizovaných respondentů možnost nemělo a 1 (1,9 %) respondent uvedl možnost nevím.



Graf č. 27 Možnost předvést manipulaci s PMK pacientem

3.4.1 Statistické testování a analýza hypotéz

Ke stanoveným cílům jsme připravili výzkumné otázky přeformulované na hypotézy. Vzhledem ke statistickému zhodnocení byla ke každé hypotéze alternativní vytvořena hypotéza nulová H_0 . Testování jsme provedli Chí-testem o nezávislosti

v kontingenčních tabulkách, neboli testem o nezávislosti kategoriálních znaků a k tomu byl stanoven stupeň volnosti $p = 0,05$. V otázce č. 6 a č. 12 jsme pro lepší přehlednost sloučili odpovědi ne a nevím do jedné proměnné. V otázce č. 14 jsme ze čtyř možných odpovědí sloučili tři špatné odpovědi do jedné proměnné, jelikož jediná správná odpověď je možnost c, tedy nutnost vypít za 24 hodin více než 2 litry tekutin, a tak ostatní odpovědi pokládáme za špatné.

Statistické testování hypotézy č. 1

Hypotéza č. 1: Informovanost pacientů se zavedeným permanentním močovým katétrem se mezi hospitalizovanými a ambulantními pacienty liší. Testování hypotézy probíhalo z dotazníkových otázek č. 6 a 8. Pro statistické zhodnocení jsou hypotézy následné:

H_0 Informovanost pacientů se zavedeným permanentním močovým katétrem se mezi hospitalizovanými a ambulantními pacienty neliší.

H_A Informovanost pacientů se zavedeným permanentním močovým katétrem se mezi hospitalizovanými a ambulantními pacienty liší.

Tabulka č. 28 Statistické testování vztahu mezi místem zavedení PMK a všeobecnou informovaností pacientů se zavedeným PMK

Informovanost pacientů o PMK	Ambulantní pacienti		Hospitalizovaní pacienti	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	40	40,0%	45	45,0%
Ne, nevím	7	7,0%	8	8,0%
Celkem	47	47,0%	53	53,0%

Tabulka č. 28a Statistické testování vztahu mezi místem zavedení PMK a všeobecnou informovaností pacientů se zavedeným PMK

Chi-test	k (stupeň volnosti)	p (statistická významnost)
0,001	1	0,9776

Protože hodnota p je větší než 0,05 ($0,9776 > 0,05$), můžeme tvrdit, že rozdílnost ve všeobecné informovanosti u ambulantních a hospitalizovaných pacientů s PMK jsou nezávislé proměnné na 95% hladině spolehlivosti. Neexistuje statisticky významný vztah mezi místem zavádění PMK a všeobecnou informovaností pacientů se zavedeným PMK. Hypotézu H_0 **potvrzujeme** a hypotézu H_A **nepotvrzujeme**, z čehož vyplývá, že stanovená hypotéza č. 1 na 95% hladině spolehlivosti nebyla potvrzena. **Informovanost pacientů se zavedeným permanentním močovým katétreem se mezi hospitalizovanými a ambulantními pacienty neliší.**

Statistické testování hypotézy č. 2

Hypotéza č. 2: Informovanost pacientů o vhodném příjmu tekutin při zavedeném permanentním močovém katétru se mezi ambulantními a hospitalizovanými pacienty liší. Testování hypotézy probíhalo z dotazníkových otázek č. 8 a 14. Pro statistické zhodnocení jsou hypotézy následné:

$2H_0$ Informovanost pacientů o vhodném příjmu tekutin při zavedeném permanentním močovém katétru se mezi ambulantními a hospitalizovanými pacienty neliší.

$2H_A$ Informovanost pacientů o vhodném příjmu tekutin při zavedeném permanentním močovém katétru se mezi ambulantními a hospitalizovanými pacienty liší.

Tabulka č. 29 Statistické testování vztahu mezi místem zavedení PMK a informovaností o pitném režimu u pacientů se zavedeným PMK

Správné množství tekutin	Ambulantní pacienti		Hospitalizovaní pacienti	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Špatně	33	33,0%	39	39,0%
Správně (více než 2 litry tekutin)	14	14,0%	14	14,0%
Celkem	47	47,0%	53	53,0%

Tabulka č. 29a Statistické testování vztahu mezi místem zavedení PMK a informovaností o pitném režimu u pacientů se zavedeným PMK

Chi-test	k (stupeň volnosti)	p (statistická významnost)
0,141	1	0,7078

Protože hodnota p je větší než 0,05 ($0,7078 > 0,05$), můžeme tvrdit, že rozdílnost v informovanosti o pitném režimu u ambulantních a hospitalizovaných pacientů s PMK jsou nezávislé proměnné na 95% hladině spolehlivosti. Neexistuje statisticky významný vztah mezi místem zavádění PMK a informovaností o pitném režimu pacientů se zavedeným PMK. Hypotézu H_0 **potvrzujeme** a hypotézu H_A **nepotvrzujeme**, z čehož vyplývá, že stanovená hypotéza č. 2 na 95% hladině spolehlivosti nebyla potvrzena. **Informovanost pacientů o vhodném příjmu tekutin při zavedeném permanentním močovém katétru se mezi ambulantními a hospitalizovanými pacienty neliší.**

Statistické testování hypotézy č. 3

Hypotéza č. 3: Seznámení pacientů s komplikacemi hrozícími při zavedeném permanentním močovém katétru se mezi ambulantními a hospitalizovanými pacienty neliší. Testování hypotézy probíhalo z dotazníkových otázek č. 8 a 12. Pro statistické zhodnocení jsou hypotézy následné:

$3H_0$ Seznámení pacientů s komplikacemi hrozícími při zavedeném permanentním močovém katétru se mezi ambulantními a hospitalizovanými pacienty neliší.

$3H_A$ Seznámení pacientů s komplikacemi hrozícími při zavedeném permanentním močovém katétru se mezi ambulantními a hospitalizovanými pacienty liší.

Tabulka č. 30 Statistické testování vztahu mezi místem zavedení PMK a informovaností o riziku vzniku komplikací u pacientů se zavedeným PMK

Informovanost pacientů o komplikacích	Ambulantní pacienti		Hospitalizovaní pacienti	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	30	30,0%	29	29,0%
Ne, nevím	17	17,0%	24	24,0%
Celkem	47	47,0%	53	53,0%

Tabulka č. 30a Statistické testování vztahu mezi místem zavedení PMK a informovaností o riziku vzniku komplikací u pacientů se zavedeným PMK

Chi-test	k (stupeň volnosti)	p (statistická významnost)
0,855	1	0,3551

Protože hodnota p je větší než 0,05 ($0,3551 > 0,05$), můžeme tvrdit, že rozdílnost v seznámení s komplikacemi hrozícími při zavedeném PMK u ambulantních a hospitalizovaných pacientů s PMK jsou nezávislé proměnné na 95% hladině spolehlivosti. Neexistuje statisticky významný vztah mezi místem zavádění PMK a seznámením pacientů s komplikacemi hrozícími při zavedeném PMK. Hypotézu **H₀ potvrzujeme** a hypotézu **H_A nepotvrzujeme**, z čehož vyplývá, že stanovená hypotéza č. 3 na 95% hladině spolehlivosti byla potvrzena. **Seznámení pacientů s komplikacemi hrozícími při zavedeném permanentním močovém katétru se mezi ambulantními a hospitalizovanými pacienty neliší.**

Statistické testování hypotézy č. 4

Hypotéza č. 4: Forma podávání informací o zavedeném permanentním močovém katétru se u ambulantních i hospitalizovaných pacientů neliší. Testování hypotézy probíhalo z dotazníkových otázek č. 8 a 19. Pro statistické zhodnocení jsou hypotézy následné:

4H₀ Forma podávání informací o zavedeném permanentním močovém katétru se u ambulantních i hospitalizovaných pacientů neliší.

4H_A Forma podávání informací o zavedeném permanentním močovém katétru se u ambulantních i hospitalizovaných pacientů liší.

Tabulka č. 31 Statistické testování vztahu mezi místem zavedení PMK a formou podávání informací pacientům se zavedeným PMK

Forma podání informací	Ambulantní pacienti		Hospitalizovaní pacienti	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost
Ústně	42	68,9%	51	82,3%
Písemně	17	27,9%	8	12,9%
Názorná ukázka	0	0,0%	1	1,6%
Prezentací	0	0,0%	1	1,6%
Na videu	0	0,0%	1	1,6%
Jinak	2	3,3%	0	0,0%
Celkem	61	100,0%	62	100,0%

Tabulka č. 31a Statistické testování vztahu mezi místem zavedení PMK a formou podávání informací pacientům se zavedeným PMK

Chi-test	k (stupeň volnosti)	p (statistická významnost)
4,327	3	0,2283

Protože hodnota p je větší než 0,05 ($0,2283 > 0,05$), můžeme tvrdit, že formy podávání informací o zavedeném PMK u ambulantních a hospitalizovaných pacientů jsou nezávislé proměnné na 95% hladině spolehlivosti. Neexistuje statisticky významný vztah mezi místem zavádění PMK a formou podávání informací o zavedeném PMK. Hypotézu **H₀ potvrzujeme** a hypotézu **H_A nepotvrzujeme**, z čehož vyplývá, že stanovená hypotéza č. 4 na 95% hladině spolehlivosti byla potvrzena. **Forma podávání informací o zavedeném permanentním močovém katétru se u ambulantních i hospitalizovaných pacientů neliší.**

4 Diskuze

Záměrem naší práce bylo zjistit informovanost hospitalizovaných i ambulantních pacientů v oblasti péče o zavedené PMK. Zjišťovali jsme nejčastější formu, jak jsou pacientům se zavedeným PMK podávány informace z oblasti této problematiky a jedním z našich cílů bylo vytvořit edukační materiál pro pacienty se zavedeným PMK na základě informací získaných z dotazníkového šetření. Pro dostatečný počet respondentů a zajištění různorodosti odpovědí probíhalo šetření na Urologické klinice ve Fakultní nemocnici Plzeň, na urologickém lůžkovém oddělení a urologické ambulanci v Krajské nemocnici Liberec, a.s., a na chirurgickém lůžkovém oddělení ve Stodské nemocnici, a.s. Celkem se výzkumu zúčastnilo 47 (47,0 %) respondentů, kterým byl PMK zaváděn na ambulanci a 53 (53,0 %) respondentů, kterým byl PMK zaváděn během hospitalizace (viz tabulka č. 8).

Charakteristiku respondentů lze určit podle otázek č. 1, 2 a 3, které se věnovaly pohlaví respondentů, jejich stáří a nejvyššímu dosaženému vzdělání. Mezi ambulantními pacienty převládali muži, 34 (72,3 %) respondentů oproti ženám, 13 (27,7 %) respondentek, zatímco u hospitalizovaných respondentů byla pohlaví vyrovnaná, žen bylo 25 (47,2 %) a mužů 28 (52,8 %) (viz tabulka č. 1). Podle věku můžeme říci, že nejvíce pacientů 16 (34 %) bylo v kategorii 61 – 70 let u ambulantních respondentů, ale i u hospitalizovaných respondentů 17 (32,1 %). Druhou nejčastější kategorií byla kategorie 71 let a víc, kterou zvolilo mezi ambulantními respondenty 11 (23,4 %) a hospitalizovanými jich bylo 9 (17,0 %). Téměř stejný počet respondentů zvolil odpověď 41 – 50 let, kdy ambulantních respondentů bylo 6 (12,8 %) a hospitalizovaných 12 (22,6 %) a odpověď 51 – 60, kterou mezi ambulantními zvolilo 10 (21,3 %) a mezi hospitalizovanými 6 (11,3 %) respondentů. Druhá nejméně věkově obsazená kategorie byla 31 – 40 let, kterou vybralo mezi ambulantními 4 (8,5 %) respondenti a mezi hospitalizovanými rovněž 4 (7,5 %) respondenti. Ve věkové kategorii 30 let a méně nebyl mezi ambulantními respondenty žádný a mezi hospitalizovanými bylo 5 (9,4 %) respondentů (viz tabulka č. 2). Na otázku č. 3, vzdělání pacientů, nebyl mezi odpověďmi ambulantních a hospitalizovaných respondentů téměř žádný rozdíl. Nejvíce respondentů mělo dokončené střední vzdělání s maturitou, ambulantních 17 (36,2 %) a hospitalizovaných 20 (37,7 %). Střední vzdělání bez maturitní zkoušky mělo 15 (31,9 %) ambulantních respondentů

a 17 (32,1 %) respondentů hospitalizovaných. Odpověď dokončené základní vzdělání uvedlo 10 (21,3 %) ambulantních i 10 (18,9 %) hospitalizovaných respondentů. Nejméně, 5 (10,6 %) respondentů ambulantních a 6 (11,3 %) hospitalizovaných, bylo s vysokoškolským vzděláním (viz tabulka č. 3).

Stanovené cíle jsme pro získání výsledků výzkumného šetření ověřili pomocí hypotéz. Stanovením prvního a druhého cíle jsme zjišťovali informovanost ambulantních a hospitalizovaných pacientů v oblasti péče o PMK. Z dotazníku jsme využili otázky č. 6, 7, 8, 12, 13, 14, 15, 16 a 17. Otázkou č. 8 jsme zjišťovali, zda zavedení PMK probíhalo ambulantně či během hospitalizace. Otázkou č. 6 jsme se respondentů ptali, zda byli informováni, z jakého důvodu jim byl PMK zaveden. Zjistili jsme, že rozdíl mezi zvolenými odpověďmi ambulantních a hospitalizovaných respondentů byl minimální. Většina respondentů zvolila odpověď ano a to 40 (85,1 %) ambulantních a 45 (84,9 %) hospitalizovaných. Možnost ne a nevím zvolilo pouze 7 (14,9 %) respondentů ambulantních a 8 (15,1 %) hospitalizovaných (viz tabulka č. 6). Pro porovnání našich výsledků jsme využili výsledků bakalářské práce paní bakalářky Janákové z Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích na téma problémy ošetrovatelské péče u pacienta s močovým katétre v domácím prostředí – edukační činnost. V bakalářské práci byla zjišťována mimo jiné informovanost pacientů propuštěných do domácího léčení v oblasti péče o PMK. Výzkumný vzorek respondentů Bc. Janákové tvořilo 30 pacientů. V uvedené práci se z výzkumného vzorku ukázalo, že 59,4 % odpovědělo na otázku, zda byli edukováni ano, či spíše ano. Ne, či spíše ne vybralo 26,4 % respondentů. Odpověď nevím zvolilo 9,9 % respondentů a jinou variantu odpovědi zvolilo 3,3 % respondentů, tento pacient uvedl, že nebyl edukován v nemocničním zařízení, ale až v domácím prostředí sestrou z agentury domácí péče. Z porovnání výsledků výzkumu Bc. Janákové a našich vyplývá, že výsledky výzkumného šetření jsou rozdílné. Myslíme si, že rozdíl mezi informovaností respondentů není nezanedbatelný. Příčina rozdílnosti výsledků může být způsobena menším vzorkem respondentů (30) u Bc. Janákové, zatímco výsledky našeho výzkumného šetření by měly být přesnější z důvodu většího vzorku respondentů (100). Dalším důvodem může být kvalifikace edukátorů. Zatímco v práci Bc. Janákové probíhala edukace jak na urologických odděleních, tak i v domovech pro seniory a v domácím prostředí díky agentuře domácí péče, v naší práci jsme výzkumný vzorek respondentů získali pouze na urologických odděleních a chirurgickém oddělení.

S předešlou otázkou souvisí i otázka č. 7, ve které jsme se ptali, zda respondenti považují informace, které dostali o PMK, za dostatečné. Zde je již vidět drobná rozdílnost odpovědí mezi ambulantními a hospitalizovanými respondenty, ovšem nejedná se o odlišnost příliš výraznou. Mezi ambulantními respondenty uvedlo odpověď ano pouze 21 (44,7 %) pacientů, odpověď částečně a ne uvedla více než polovina a to 26 (55,3 %) z dotázaných, zatímco mezi hospitalizovanými pacienty bylo s informacemi spokojeno celých 40 (75,5 %) respondentů (viz tabulka č. 7). Tento mírný rozdíl může být způsoben tím, že sestry na ambulancích mají málo času na dostatečnou informovanost pacientů z důvodu velkého počtu pacientů za krátký čas, zatímco sestry na standardních odděleních se mohou pacientovi více věnovat, a na jednotlivé pacienty si vyhradit více času během celého dne a proto jsou hospitalizovaní pacienti spokojenější.

Odpovědi na otázku č. 15, která zjišťovala, zda pacienti porozuměli sděleným informacím, byly mezi ambulantními a hospitalizovanými respondenty celkem vyrovnané. Informacím totiž porozumělo 20 (42,6 %) pacientů ambulantních a 25 (47,2 %) pacientů hospitalizovaných. Částečně a vůbec neporozumělo 27 (57,5 %) ambulantních a 28 (52,8 %) hospitalizovaných pacientů. Tento výsledek může být způsoben samotným vzorkem respondentů, kdy jsme podle demografických otázek zjistili, že nejpočetnější skupina respondentů byla ve věkové hranici 61 let a více (viz tabulka č. 2). Je známo, že starší pacienti potřebují na zpracování informací více času, častější opakování, názorné ukázky, ale také jednoduchost a srozumitelnost informací podle intelektu pacienta, individuální přístup ke každému pacientovi, trpělivost a empatii. (Svěráková 2012)

U otázky č. 16 je již patrný rozdíl mezi odpověďmi ambulantních a hospitalizovaných pacientů. Ptali jsme se, zda respondenti dostali prostor na případné dotazy, kterými by se chtěli zeptat na nejasné a nesrozumitelné informace. U ambulantních pacientů tento prostor dostalo pouze 17 (36,2 %) pacientů, na rozdíl od hospitalizovaných, kdy ano odpovědělo 37 (69,8 %) respondentů (viz tabulka č. 16). Tento znatelný rozdíl může spočívat právě ve vytíženosti ambulantních sester a nedostatku času na jednotlivé pacienty. V tomto spatřujeme výhodu hospitalizovaných pacientů. Pacienti mohou sestry kdykoli oslovit a zeptat se na požadované informace, které ještě pacient nedostal, či dostatečně nepochopil. Otázka č. 17 přímo souvisí s předchozí otázkou. Ptali jsme se, zda pacientům byly otázky zodpovězeny. Zde můžeme vidět obdobné výsledky jako v otázce předchozí. Otázky byly zodpovězeny 21 (39,6 %) pacientům

ambulantním na rozdíl od hospitalizovaných, kteří uvedli odpověď ano v 37 (69,8 %) případech. Již z předchozí otázky vyplývá, proč tomu tak je.

Stanovením hypotézy č. 1 byla ověřována rozdílnost odpovědí na otázku č. 6 mezi hospitalizovanými a ambulantními pacienty. Z výsledků našeho výzkumu vyplynulo, že informovanost o problematice zavedeného PMK mezi ambulantními a hospitalizovanými pacienty se neliší. Množství dotazovaných respondentů se téměř nelišilo, a proto můžeme přehledně vidět, že rozdílnost v odpovědích ambulantních a hospitalizovaných pacientů je téměř mizivá. Hypotézu č. 1 jsme tedy nepotvrdili (viz tabulka č. 28).

K prvnímu a druhému cíli se rovněž z dotazníkového šetření vztahuje otázka č. 13, ve které se respondentů ptáme, zda byli informováni o vhodném pitném režimu při zavedeném PMK. V našem výzkumném šetření uvedlo 36 (76,6 %) ambulantních pacientů, že bylo seznámeno s pitným režimem, mezi hospitalizovanými pacienty uvedlo stejnou odpověď 36 (67,9 %) respondentů. Odpověď ne a nevím mezi ambulantními pacienty zvolilo 11 (23,4 %) respondentů, mezi hospitalizovanými 17 (32,0 %) respondentů (viz tabulka č. 13). Vzhledem k důležitosti dodržování správného pitného režimu při zavedeném PMK nás překvapilo, že bylo v této problematice informováno pouze 36 (76,6 %) ambulantních a 36 (67,9 %) hospitalizovaných respondentů. Nicméně v porovnání výsledků výzkumu paní Bc. Janákové, která se v dotazníkovém šetření ptala rovněž na informovanost respondentů v oblasti pitného režimu, nejsou naše výsledky až tak zarážející. Paní Bc. Janáková uvádí, že z 30 respondentů bylo informováno pouze 11 respondentů o nutnosti sledovat příjem a výdej tekutin. Z toho vyplývá, že respondenti účastníci se našeho výzkumu měli více informací k této otázce.

Otázka č. 14, kolik vám bylo doporučeno vypít tekutin za 24 hodin, byla kontrolní otázka. Tuto otázku jsme do dotazníkového šetření vložili jako kontrolní proto, abychom ověřili, zda jsou pacienti schopni uvést správnou odpověď, a to vhodné množství tekutin vypité za 24 hodin. Správnou odpověď jsme do zvolených možností zahrnuli podle paní Mgr. Schmidrové a paní PhDr. Liškové, které ve svém článku Péče o pacienta s permanentním (retenčním) katétrem v časopise Sestra uvádí, že množství tekutin přijaté za 24 hodin má být alespoň 2000 ml. Podobné informace prezentuje i paní MUDr. Kohoutová v časopise Urologie pro praxi, která uvádí příjem alespoň 2 – 3 litry tekutin, pokud pacient nemá omezení z důvodu jiného onemocnění vyžadujícího restrikcii tekutin. Výsledky našeho výzkumného šetření byly překvapující.

Pouze 14 (29,8 %) pacientů ambulantních a 15 (28,3 %) pacientů hospitalizovaných uvedlo správnou odpověď a to vypít více než 2 litry tekutin. Ostatní pacienti uváděli špatné hodnoty či vůbec nebyli informováni o konkrétním množství, které by měli za 24 hodin vypít. (viz tabulka č. 14). Je znepokojující, že pouze necelých 30% respondentů ví, kolik by mělo vypít tekutin, aby předcházelo vzniku možných komplikací spojených s nedostatečným pitným režimem. Toto považujeme za velký nedostatek v oblasti edukace pacientů se zavedeným PMK. Není patrný velký rozdíl mezi zvolenými odpověďmi ambulantních a hospitalizovaných respondentů, což může svědčit o podobných informacích, které jsou sestrami edukátorkami předávány pacientům. Je ale k zamyšlení, jestli jsou tyto informace správné či dostatečné, jestliže většina respondentů nezvolila v kontrolní otázce správnou odpověď.

Stanovením hypotézy č. 2 byla ověřována rozdílnost odpovědí na otázku č. 13 mezi ambulantními a hospitalizovanými pacienty. Z výsledků statistického testování vyšlo najevo, že informovanost pacientů o vhodném příjmu tekutin při zavedeném PMK se mezi ambulantními a hospitalizovanými pacienty neliší, a proto se naše hypotéza č. 2 nepotvrdila (viz tabulka č. 29).

S informovaností pacientů souvisí i otázka č. 12, ve které jsme se respondentů ptali, zda byli seznámeni s možnými komplikacemi u zavedeného PMK. V našem dotazníkovém šetření uvedlo pouze 30 (63,8 %) ambulantních respondentů a 29 (54,7 %) hospitalizovaných respondentů, že byli informováni o možném vzniku komplikací (viz tabulka č. 12). Tato čísla se nám zdají poněkud nízká, jestliže si uvědomíme, že v případě zavedeného PMK je velice důležité předcházet správnou péčí vzniku komplikací, které mohou velice vážně ohrozit život pacienta. Jestliže se nad tím zamyslíme, může být důvodem takto nízkých čísel u ambulantních pacientů sestra edukátorka, popřípadě lékař, kteří PMK pacientům zaváděli, jelikož urologické ambulance často navštěvují pacienti opakovaně a PMK již zavedený mají. Proto se sestra může, ať už mylně či nikoli domnívat, že pacienti už edukováni byli, tuto problematiku znají dostatečně a není nutné znovu pacienty edukovat. U hospitalizovaných pacientů, kteří byli informováni v ještě menším procentu, může docházet k podobné situaci s tím rozdílem, že sestry se u hospitalizovaných pacientů nevěnují edukaci tak dostatečně, protože se domnívají, že ošetrovatelský personál se o PMK pacienta postará dostatečně, namísto aby kladly důraz na samostatnost pacienta. Při porovnání odpovědí našeho dotazníkového šetření s šetřením paní Bc. Janákové v oblasti edukace o možném vzniku komplikací, která uvádí,

že z celkového počtu 30ti respondentů uvedlo 22 respondentů informovanost v oblasti komplikací při zavedeném PMK, vidíme určitý rozdíl. Tento rozdíl může záviset na zaměření bakalářské práce paní Bc. Janákové, která své dotazníkové šetření soustředila na pacienty v domácí péči a pacienty z domovů pro seniory. Tito pacienti musí být o to více edukováni z důvodu péče o PMK v domácím prostředí.

Stanovením hypotézy č. 3., která zněla, že seznámení pacientů s komplikacemi hrozícími při zavedeném PMK se mezi ambulantními a hospitalizovanými pacienty neliší, byla ověřována rozdílnost odpovědí mezi ambulantními a hospitalizovanými pacienty v otázce č. 12. Z výsledků našeho statistického šetření vyšlo najevo, že odpovědi respondentů se nelišily, a proto hypotéza č. 3 byla potvrzena na hladině spolehlivosti 95 % (viz tabulka č. 30).

Cílem č. 3 bylo zjistit nejčastější formu podávání informací pacientům s PMK. Z dotazníkového šetření jsme využili otázky č. 18 a 19. Pacientů jsme se ptali, kdo jim podával informace na téma PMK. Mezi ambulantními pacienty uvedlo 34 (50,7 %) možnost sestry, 27 (40,3 %) možnost lékaře a 6 (9 %) respondentů nevědělo, kdo je edukoval, popřípadě je needukoval nikdo. U hospitalizovaných pacientů byly výsledky o něco lepší, 40 (54,8 %) uvedlo edukaci sestrou, 31 (42,5 %) edukaci lékařem a pouze dvě odpovědi zahrnovaly, že respondent nevěděl, kým byl edukován, či byl edukován studentkou (viz tabulka č. 18). U otázky č. 19, jakou formou vám byly podávány informace, kdy měli pacienti možnost označit více odpovědí, označila většina respondentů možnost ústně, 42 (68,9 %) ambulantních a 51 (82,3 %) hospitalizovaných respondentů. Druhá nejčastější odpověď byla podávání informací písemně, kterou zvolilo 17 (27,9 %) ambulantních a 8 (12,9 %) hospitalizovaných. Ostatní odpovědi zvolilo pouze po jednom pacientovi či dokonce nikdo (viz tabulka č. 19). Takovéto výsledky jsme očekávali. Edukace pacientů probíhala od sester i lékařů ve velké části pouze ústní formou, což v tak obsáhlém tématu nemusí být dostačující. Myslíme si, že ústní podávání informací je důležité, nicméně z důvodu obsáhlosti tohoto tématu i průměrného věku našich respondentů, kdy pacienti ve věku přes 61 let tvořili přes 50 % všech respondentů, je stejně důležité jim poskytnout i informace v písemné formě, aby měli možnost kdykoli si informace znovu přečíst a osvěžit.

Pro analýzu hypotézy č. 4 byl testován statistický vztah mezi otázkou č. 8 a č. 19. V hypotéze jsme zkoumali, zda existuje rozdíl ve formě podávání informací v oblasti PMK mezi ambulantními a hospitalizovanými pacienty. Z výsledků statistického testování vyplynulo, že není statisticky významný rozdíl mezi formou podávání

informací pro ambulantní a hospitalizované pacienty. Stanovená hypotéza č. 4 se tedy potvrdila, forma podávání informací o zavedeném PMK se u ambulantních i hospitalizovaných pacientů neliší (viz tabulka č. 31).

5 Doporučení pro praxi

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že pacienti se zavedeným PMK neměli dostatek informací o této problematice. Proto je důležité pacienty informovat i písemnou formou kvůli celkovému shrnutí a lepší přehlednosti, pacient si může informace kdykoli znovu přečíst a oživit v paměti a výhodou také je, že se informace mohou dostat i k rodině pacienta, která může pacientovi s péčí o katétr pomoci. Z toho důvodu jsme jako doporučení pro praxi zvolili a vypracovali edukační brožuru pro pacienty, kterým se plánuje zavádět, anebo již mají zavedený PMK (viz příloha č. 7). Tento edukační materiál by měl zajistit dostatek informací, aby pacienti pochopili princip zavádění močového katétru, správnou péči o močový katétr, komplikace, které hrozí při nedodržení všech doporučení a vhodně přizpůsobili svůj životní styl. Edukační brožury by měly být dostupné na specializovaných urologických odděleních lůžkových i ambulantních, kde jsou pacienti se zavedeným PMK nejčastěji, ale i na standardních chirurgických a interních odděleních, protože ani zde se močovým katétrům někteří pacienti nevyhnou a musí jim být podány stejně kvalitní informace jako na specializovaných odděleních.

6 Závěr

V naší práci se zabýváme problematikou edukace pacientů se zavedeným PMK a práce je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. V teoretické části naší práce se zaměřujeme na historii močových katétrů, jednotlivé druhy močových katétrů, hlavní rozdíly mezi jednorázovou a permanentní katetrizací, dále indikace a kontraindikace katetrizace a její hlavní výhody a nevýhody. Popisujeme výměnu katétru a komplikace zavedeného katétru, které mohou nastat při špatné péči. Ve druhé polovině teoretické části práce se zaměřujeme na edukaci, edukační proces v ošetrovatelství a jeho fáze. Zmiňujeme rozdělení edukace, její metody a postupy, které můžeme pro edukaci zvolit, dále pravidla, kde je uvedeno jak správně edukovat a bariéry, které negativně ovlivňují edukační proces.

Výzkumnou část práce jsme založili na dotazníkovém šetření. Dotazníkem jsme zjišťovali informovanost ambulantních pacientů o problematice zavedených PMK a informovanost hospitalizovaných pacientů v problematice zavedených PMK. Dále jsme chtěli zjistit nejčastější formu podávání informací pacientům. Po získání potřebných údajů jsme si stanovili cíle, které jsme ověřovali pomocí hypotéz. První hypotézu, že se informovanost pacientů se zavedeným PMK mezi hospitalizovanými a ambulantními pacienty liší, jsme nepotvrdili. Druhou hypotézou, kde jsme zjišťovali rozdílnou informovanost pacientů ambulantních a hospitalizovaných o vhodném příjmu tekutin, jsme nepotvrdili. Třetí hypotézu, kterou jsme zjišťovali shodu v informovanosti o komplikacích při zavedeném PMK u ambulantních a hospitalizovaných pacientů, jsme potvrdili. Čtvrtou hypotézou jsme zjistili, že nejčastější forma podávání informací se mezi ambulantními a hospitalizovanými pacienty neliší a proto hypotéza byla potvrzena.

Výzkumné šetření prokázalo, že informovanost pacientů se zavedeným PMK je nedostatečná a je potřeba ji zlepšit. Brožura bude k dispozici edukujícím sestřám k zajištění kvalitní edukace. Všechny cíle naší práce byly proto splněny.

7 Seznam bibliografických citací

Monografie

1. BOROŇOVÁ, Jana. *Kapitoly z ošetrovatelství I.* 1. vyd. Plzeň: Maurea, 2010, 193 s. ISBN 978-80-902876-4-8
2. HANUŠ, Tomáš. *Urologie.* 1. vyd. Praha: Triton, 2011, 207 s. ISBN 978-80-7387-387-5
3. JIRKOVSKÝ, Daniel a kol. *Ošetrovatelské postupy a intervence: učebnice pro bakalářské a magisterské studium.* 1. vyd. Praha: Fakultní nemocnice v Motole, 2012, 411 s. ISBN 978-80-87347-13-3
4. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi.* 1. vyd. Praha: Grada, 2010, Str. 9. ISBN 978-80-247-2171-2
5. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči.* 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 368 s. ISBN 978-802-4718-309
6. KRHUT, Jan a kol. *Neurourologie.* 1. vyd. Praha: Galén, 2005, 141 s. ISBN 80-7262-360-5
7. LOUDA, Miroslav. *Urologická poradna I.* 1. vyd. Praha: M&V, 2011. 128 s. ISBN 978-80-86771-42-7
8. MACEK, Petr a Libor ZÁMEČNÍK. *Moderní farmakoterapie v urologii.* 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2012, 172 s. ISBN 978-80-7345-276-6
9. MARKOVÁ, Marie a kol. *Komunitní ošetrovatelství pro sestry: učební text pro sestry v komunitní péči.* 1 vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009, 154 s. ISBN 978-807-0134-993
10. NANDA INTERNATIONAL. *Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace.* 1. české vydání. Editor T. Herdman. Praha: Grada, 2013, 584 s. ISBN 978-802-4743-288.
11. SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. *Ošetrovatelství v chirurgii II.* 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 308 s. ISBN 978-80-247-3130-8
12. SVĚŘÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry: Úvod do problematiky.* 1. vyd. Praha: Galén. 2012, 63 s. ISBN 978-80-7262-845-2

13. ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kol. *Základy ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2006, Str. 243. ISBN 80-246-1091-4
14. TÓTHOVÁ, Valerie a kol. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2. vyd. Praha: Triton, 2014, 225 s. ISBN 978-80-7387-785-9
15. VYTEJČKOVÁ, Renata a Petra SEDLÁŘOVÁ, Vlasta WIRTHOVÁ, Iva OTRADOVCOVÁ, Pavla PAVLÍKOVÁ. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II*. 1. vydání. Praha: Grada, 2013, Str. 133. ISBN 978-80-247-3420-0

Odborná periodika

16. KOHOUTOVÁ, Jarmila. Uroinfekce spojené se zdravotní péčí – epidemiologie, prevence. *Urologie pro praxi*. 2014, roč. 15, č. 1, s. 30-31. ISSN 1213-1768.
17. LIŠKOVÁ, Miroslava a Zuzana SCHMIDROVÁ. Péče o pacienta s permanentním (retenčním) katétrem. *Sestra: odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry*. 2005, roč. 15, č. 4, s. 45-46. ISSN 1210-0404.
18. POKORNÁ, Jana a Jana VALACHOVÁ. Péče o inkontinentní pacienty, péče o permanentní katétr. *Diagnóza v ošetrovatelství: odborný a informační časopis pro zdravotnické pracovníky*. 2008, roč. 4, č. 8, s. 6-8. ISSN 1801-1349.
19. URBÁNKOVÁ, Jitka a Jitka KROCOVÁ. Péče o pacienta se zavedeným močovým katétrem. *Braunoviny: měsíčník společností skupiny B. Braun pro ČR a SR*. 2011, č. 12, s. 6-7. ISSN 1801-0342.
20. VOBOŘILOVÁ, Andrea. Péče o permanentní močový katétr. *Diagnóza v ošetrovatelství: odborný a informační časopis pro zdravotnické pracovníky*. 2008, roč. 4, č. 1, s. 21. ISSN 1801-1349.
21. VESELSKÝ, Zbyněk. Pravidla ošetrovatelské péče o nemocné s permanentním katétrem močového měchýře. *Florence: časopis moderního ošetrovatelství*. 2007, roč. 3, č. 5, s. 226-227. ISSN 1801-464X.

Absolventské práce

22. FIŠEROVÁ, Petra. *Znalosti sester o katetrizaci močového měchýře* [online]. 2013, Brno [cit. 2014-12-27]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/381417/lf_b/1Bc_prace_x6finale.pdf. Bakalářská práce. Masarykova univerzita: Lékařská fakulta. Vedoucí práce Mgr. Lucie Hladíková.

23. JANÁKOVÁ, Šárka. *Problémy ošetrovatelské péče u pacienta s močovým katétre v domácím prostředí – edukační činnost* [online]. 2013, České Budějovice. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích: Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce: Mgr. Jitka Tamáš Otásková. Dostupné z: http://theses.cz/id/40cqcc/downloadPraceContent_adipIdno_13168

Normy

24. Česko. Ministerstvo zdravotnictví ČR. Vyhláška č. 55/2011 Sb. O činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 20, s. 482-543. ISSN 1211-1244.

Zahraníční zdroje

25. KRIŠKOVÁ, Anna. *Ošetrovatelské techniky: metodika sesterských činností*. 2. vydání. Martin: Osveta, 2013. ISBN 80-806-3202-2.
26. WORKMAN, Barbara a Clare BENNETT. *Klíčové dovednosti sester*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1714-X
27. DESHMUKH, Sunita a Newton WONG. *The renal system explained: an illustrated core text*. 1. vyd. Thrumpton: Nottingham University Press, 2009. 153 s. ISBN 978-1-904761-84-6

Internetové zdroje

28. DIDUSCH, William. *Relief in a Tube: Catheters Remain a Steadfast Treatment for Urinary Disorders*. [online]. Copyright © 2005 [cit. 2014-09-29]. Dostupné z: <http://www.urologichistory.museum/content/milestones/catheterization/p1.cfm>
29. JIROUŠ, Jaroslav. *Prevence infekcí močových cest spojených s katetrizací. Společnost nemocniční epidemiologie a hygieny*[online]. 25. 10. 2012 [cit. 2014-10-09]. Dostupné z: <http://www.sneh.cz/soubory/clanky/30.pdf>
30. JIRSA, Roman a Zdeněk BROŽ. *Mikrobiologické vyšetření moči. Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a.s., nemocnice Středočeského kraje*[online]. Copyright © 2013 [cit. 2014-12-23] Dostupné z: http://www.klaudianovanemocnice.cz/images/soubory-ke-stazeni/oddeleni/klinicka-mikrobiologie/Mikrobiologicke_vysetreni_moci.pdf

8 Seznam příloh

Příloha č. 1 Ošetrovatelský proces u pacienta se zavedeným permanentním močovým katétrem

Příloha č. 2 Edukační plán u pacienta se zavedeným permanentním močovým katétrem

Příloha č. 3 Dotazník pro pacienty s permanentním močovým katétrem

Příloha č. 4 Protokol k provádění výzkumu Krajská nemocnice Liberec a.s.

Příloha č. 5 Protokol k provádění výzkumu Fakultní nemocnice Plzeň

Příloha č. 6 Protokol k provádění výzkumu Stodská nemocnice a.s.

Příloha č. 7 Výstup z bakalářské práce

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 Pohlaví respondentů

Tabulka č. 2 Věk respondentů

Tabulka č. 3 Vzdělání respondentů

Tabulka č. 4 Doba zavedení současného PMK

Tabulka č. 5 Pravidelná doba výměny PMK

Tabulka č. 6 Informovanost respondentů o důvodu zavedení PMK

Tabulka č. 7 Respondent považuje informace za dostatečné

Tabulka č. 8 Místo zavedení PMK

Tabulka č. 9 Zavedení PMK poprvé či opakovaně

Tabulka č. 10 Možnost osprchovat se před zavedení PMK

Tabulka č. 11 Seznámení respondenta s postupem zavedení PMK

Tabulka č. 12 Seznámení respondenta s komplikacemi

Tabulka č. 13 Seznámení respondenta s pitným režimem

Tabulka č. 14 Doporučené množství tekutin za 24 hodin

Tabulka č. 15 Respondent porozuměl informacím

Tabulka č. 16 Respondent dostal prostor pro otázky

Tabulka č. 17 Zodpovězení respondentových otázek

Tabulka č. 18 Kdo podával respondentovi informace

Tabulka č. 19 Forma podaných informací

Tabulka č. 20 Možnost získání dalších informací

Tabulka č. 21 Dostatek času věnovaný respondentovi

Tabulka č. 22 Informace v malém množství

Tabulka č. 23 Datum výměny na urinálním sáčku

Tabulka č. 24 Místo umístění urinálního sáčku

Tabulka č. 25 Dostatek soukromí při zavádění PMK

Tabulka č. 26 Ukázka manipulace s PMK sestrou

Tabulka č. 27 Možnost předvést manipulaci s PMK pacientem

Tabulka č. 28 Statistické testování vztahu mezi místem zavedení PMK a všeobecnou informovaností pacientů se zavedeným PMK

Tabulka č. 28a Statistické testování vztahu mezi místem zavedení PMK a všeobecnou informovaností pacientů se zavedeným PMK

Tabulka č. 29 Statistické testování vztahu mezi místem zavedení PMK a informovaností o pitném režimu u pacientů se zavedeným PMK

Tabulka č. 29a Statistické testování vztahu mezi místem zavedení PMK a informovaností o pitném režimu u pacientů se zavedeným PMK

Tabulka č. 30 Statistické testování vztahu mezi místem zavedení PMK a informovaností o riziku vzniku komplikací u pacientů se zavedeným PMK

Tabulka č. 30a Statistické testování vztahu mezi místem zavedení PMK a informovaností o riziku vzniku komplikací u pacientů se zavedeným PMK

Tabulka č. 31 Statistické testování vztahu mezi místem zavedení PMK a formou podávání informací pacientům se zavedeným PMK

Tabulka č. 31a Statistické testování vztahu mezi místem zavedení PMK a formou podávání informací pacientům se zavedeným PMK

Seznam grafů

- Graf č. 1 Pohlaví respondentů
- Graf č. 2 Věk respondentů
- Graf č. 3 Vzdělání respondentů
- Graf č. 4 Doba zavedení současného PMK
- Graf č. 5 Pravidelná doba výměny PMK
- Graf č. 6 Informovanost respondentů o důvodu zavedení PMK
- Graf č. 7 Respondent považuje informace za dostatečné
- Graf č. 8 Místo zavedení PMK
- Graf č. 9 Zavedení PMK poprvé či opakovaně
- Graf č. 10 Možnost osprchovat se před zavedením PMK
- Graf č. 11 Seznámení respondenta s postupem zavedení PMK
- Graf č. 12 Seznámení respondenta s komplikacemi
- Graf č. 13 Seznámení respondenta s pitným režimem
- Graf č. 14 Doporučené množství tekutin za 24 hodin
- Graf č. 15 Respondent porozuměl informacím
- Graf č. 16 Respondent dostal prostor pro otázky
- Graf č. 17 Zodpovězení respondentových otázek
- Graf č. 18 Kdo podával respondentovi informace
- Graf č. 19 Forma podaných informací
- Graf č. 20 Možnost získání dalších informací
- Graf č. 21 Dostatek času věnovaný respondentovi
- Graf č. 22 Informace v malém množství
- Graf č. 23 Datum výměny na urinálním sáčku
- Graf č. 24 Místo umístění urinálního sáčku
- Graf č. 25 Dostatek soukromí při zavádění PMK
- Graf č. 26 Ukázka manipulace s PMK sestrou
- Graf č. 27 Možnost předvést manipulaci s PMK pacientem

Příloha č.1 Ošetřovatelský proces u pacienta se zavedeným permanentním močovým katétrem

Ošetřovatelský proces je jednou z metod moderního ošetřovatelství. Pomáhá sestřám systematicky se starat o pacienty, uspokojovat jejich potřeby a řešit problémy s tím spojené. Je založen na spolupráci pacienta a sestry, kdy společnými silami projdou všemi fázemi ošetřovatelského procesu. Abychom dosáhli komplexního zabezpečení všech potřeb, musíme vědět o pacientovi, kterého ošetřujeme, co nejvíce informací ve všech směrech. Toho dosáhneme systematickým shromažďováním informací, díky kterým můžeme stanovit správné ošetřovatelské diagnózy, cíle, kterých má pacient dosáhnout a kritéria, podle kterých budeme dosažení cíle hodnotit. Pacient je chápán jako aktivní účastník ošetřovatelské péče, a proto musíme respektovat individuální problémy, potřeby a přání pacienta a plán péče uzpůsobit pacientovi na míru. I přesto ale musíme zajišťovat profesionální stránku věci, která pacienta vede správným směrem. (Boroňová 2010; Tóthová 2014)

Samotný ošetřovatelský proces má několik na sebe navazujících fází, díky kterým můžeme při aktivní spolupráci s pacientem dosáhnout komplexní a celistvé péče. V první fázi sbíráme informace a posuzujeme zdravotní stav pacienta. Ve druhé fázi, diagnostické, provádíme rozbor získaných dat a návazně na to stanovujeme ošetřovatelské diagnózy. Tyto diagnózy posléze tvoří celý základ plánu péče. Následuje fáze plánování, během které společně s pacientem určujeme, které problémy mají přednost, na které se soustředíme a které naopak nemusejí být řešeny okamžitě. Dále určujeme cíle a požadované výsledky, stanovujeme činnosti, díky kterým dosáhneme cílů a po celou dobu budeme individualizovaný plán péče zapisovat do dokumentace. Během fáze realizace provádíme naplánované činnosti a zároveň posuzujeme aktuální stav pacienta. Poslední fází je hodnocení dosažení předem určených cílů a porovnání s kritérii. V následujících kapitolách se budeme věnovat jednotlivým fázím ošetřovatelského procesu podrobně a přímo se zaměřením na pacienta se zavedeným PMK. (Boroňová 2010; Tóthová 2014)

Zhodnocení zdravotního stavu pacienta - Při hodnocení zdravotního stavu a sbírání anamnézy pacienta získáváme všechny potřebné informace nutné k plánování ošetřovatelské péče. Celý plán ošetřovatelské péče vychází z údajů, které získáme. Nejdříve získáváme ošetřovatelskou anamnézu a později hodnotíme současný stav pacienta. Sběr informací musí být systematický, komplexní a trvalý. Pro úplné

informace o pacientovi je potřeba ošetřovatelská anamnéza pacienta, rodiny, popřípadě i ostatních pacientů v pokoji, lékařská anamnéza, fyzikální posouzení a vyšetření, výsledky laboratorních a diagnostických testů a neustálé doplňování nových poznatků. Zhodnocení stavu pacienta musíme provést co nejdříve po přijetí pacienta, avšak snažíme se zajistit pro rozhovor a fyzikální vyšetření klidné prostředí a dostatek soukromí. Celý rozhovor s pacientem máme začínat vlastním představením a zjištěním pacientových identifikačních údajů, což pomůže k lepší komunikaci a důvěře pacienta. Všechna získaná data musíme pečlivě zaznamenat do sesterské dokumentace. (Boroňová 2010; Tóthová 2014)

U pacientů s PMK odebereme běžnou anamnézu, ale navíc se zaměříme přímo na potíže močového systému. Ptáme se na barvu moči, zda je světlá či tmavá, fyziologická barva může být od slámově žluté po jantarovou. Za nefyziologické považujeme barvy jako tmavě hnědou, do oranžova, narůžovělou, nazelenalou či namodralou. Pacient může mít v moči příměsi jako krev, která se projevuje změnou barvy moči na barvu vypraného masa, příměsi bílkovin, které poznáme zakalením moči a další. Zajímá nás bolestivost či pálení v močové trubici a močovém měchýři, popřípadě i v bederní oblasti. Zajímáme se, kdy byl pacientovi PMK zavedený, kdy byl naposledy měněn, na zvyklosti v oblasti PMK, zda pacient používá permanentně urinální sáčky, nebo zda si na den cévku klemuje. U žen se navíc ptáme na gynekologickou problematiku. Věk při menarche, pravidelnost cyklů, poslední menstruaci, trvání, bolestivost a také na vaginální infekce. U mužů se naopak ptáme na potíže s prostatou a problémy s tím spojené. (Boroňová 2010; Tóthová 2014)

Diagnostika - Po získání anamnézy nás čeká druhá fáze ošetřovatelského procesu a to fáze diagnostiky, která spočívá v pojmenování problému pacienta a určení ošetřovatelské diagnózy. Od ošetřovatelské diagnózy můžeme dále odvíjet ošetřovatelské intervence, díky kterým dosáhneme cíle, který jsme si určili po stanovení diagnózy. Diagnózy mohou pojmenovávat aktuální problém pacienta, stejně tak ale i rizikové faktory, které představují diagnózy potencionální. Dále máme wellness diagnózy a zdraví podporující diagnózy, které jsou neméně důležité, zvláště pro svůj dlouhodobý vliv na pacienta a jeho život. V posledních letech se uvádí do praxe standardizovaná klasifikace ošetřovatelských diagnóz NANDA. Díky této klasifikaci můžeme ošetřovatelské diagnózy označovat unikátním kódem, což představuje skvělý způsob dorozumívání i mezi sestrami v různých zemích s různými jazyky. (Boroňová 2010; Tóthová 2014; NANDA International 2013)

U pacientů s PMK můžeme stanovit několik ošetrovatelských diagnóz. Mezi aktuální řadíme například zhoršené vylučování moči (00016) či retence moči (00023), kdy nedochází k úplnému vyprázdnění močového měchýře z důvodu přítomné infekce močových cest či ucpání katétru překážkou. Nedostatečné znalosti (00126), kdy pacient není plně obeznámen s problematikou zavedeného PMK, mohou způsobit nepřesné provádění instrukcí a díky tomu mohou vzniknout komplikace spojené s PMK. U pacientů se zavedeným PMK také můžeme zařadit diagnózu sexuální dysfunkce (00059). (NANDA International 2013)

K potencionálním diagnózám bychom zařadili riziko infekce (00004) a s tím spojené riziko šoku (00205). Riziko infekce je jeden z nejvíce závažných problémů, které mohou nastat při zavedeném PMK, ať již z důvodu invazivního vstupu a cizího tělesa v těle, prostředí se zvýšeným výskytem patogenů, přidruženými onemocněními pacienta, či špatnou manipulací s PMK a urinálním sáčkem. V případě infekce, později proniknutí patogenů do krve a sepse pacientovi hrozí riziko šoku. U pacienta se může vyvinout narušený obraz těla (00118), jako diagnóza aktuální, nebo potencionální diagnóza riziko situačně nízké sebeúcty (00153) jako reakce na současnou situaci, kdy pacient není schopný vyrovnat se se změnou role, zhoršenou a změněnou funkcí močového systému a změnou životního stylu kvůli zavedenému PMK. (NANDA International 2013)

Dále hrozí riziko alergické reakce na latex (00042) z důvodu zavedení latexového PMK. K diagnózám zdraví podporujícím nebo také diagnóz edukačních bychom přiřadili snahu zlepšit management vlastního zdraví (00162), snahu zlepšit rovnováhu tekutin (00160) a snahu zlepšit znalosti (00131). Všechny tyto zdraví podporující diagnózy se opírají o vhodnou edukaci pacienta se zavedeným PMK, správnou manipulaci s PMK, zvýšenou hygienu, zvýšený pitný režim, ale také o související faktory spojené se zavedeným PMK. (NANDA International 2013)

Plánování - Na základě sepsání anamnézy a určení ošetrovatelských diagnóz následuje plánování ošetrovatelské péče. Právě v této fázi ošetrovatelského procesu stanovujeme priority a cíle, kterých chceme během ošetrování pacienta dosáhnout. Společně s cíli musíme stanovit i kritéria, díky kterým můžeme realizaci plánů měřit a validně hodnotit. Po naplánování cílů stanovíme ošetrovatelské intervence, tedy jednotlivé kroky, které budeme samostatně nebo s celým ošetrovatelským týmem provádět ke splnění zvolených cílů. Celý plán péče, který považujeme za výstup plánování, musí být sestavován stručně a jasně kvůli správnému porozumění ostatních členů

ošetřovatelského týmu. Během celé této fáze musíme spolupracovat s pacientem, ale i jeho rodinou. Aktivní spolupráce s pacientem zvýší pacientovu sebeúctu, motivaci a pozitivní přístup k ošetřovatelské péči. (Boroňová 2010; Tóthová 2014)

U diagnózy zhoršené vylučování moči (00016) a retence moči (00023) jsme stanovili cíl zlepšit vylučování moči a minimalizovat retenci moči s kritériem vyvážené bilance kontrolované každých 24 hodin. Intervence u těchto dvou diagnóz jsme stanovili zjistit stav močení před vznikem potíží a porovnat je se současností. Je nutné zeptat se pacienta na bolestivost, intenzitu, kvalitu a jiné obtíže, zjistit obvyklý příjem tekutin za 24 hodin. Dále je třeba pobízet pacienta k dostatečnému příjmu tekutin, tedy alespoň 2 litrů denně, pozorovat vznik možných známek infekce, jako například hematurie nebo zapáchající moč. Musíme pečovat o PMK a zdůraznit pacientovi potřebu zvýšené hygieny při zavedeném močovém katétru. (NANDA International 2013)

Diagnózy nedostatečné znalosti (00126) a snaha zlepšit znalosti (00131) mají stanovený cíl zlepšit pacientovu znalost s kritériem, kde musí pacient zodpovědět správně tři kontrolní otázky, na které se zeptáme. Pro intervence jsme zvolili zjištění úrovně informovanosti pacienta a jeho schopnost a ochotu učit se novým věcem. Musíme brát na zřetel pacientovy osobnostní faktory jako je věk, pohlaví, úroveň vzdělání a životní zkušenosti. Nesmíme zapomenout posoudit překážky, které brání pacientovi vzdělávat se, jako jsou špatný fyzický stav způsobený nemocí či porušené smysly. Je nezbytné, abychom posoudili motivaci a pravidelně pacienta podporovali. U těchto diagnóz je vhodné využít edukační plán a postupovat v jednotlivých krocích, aby nedošlo k přehlcení pacienta informacemi a mohla být zároveň zjištěna zpětná vazba a hodnocení. (NANDA International 2013)

Diagnóza narušený obraz těla (00118) má jako cíl adaptaci pacienta na svůj vnější obraz těla s kritériem, kdy se po 1 měsíci od stanovení diagnózy bude pacient hodnotit realisticky a bez pocitů méněcennosti. Intervencemi budeme posuzovat psychický a fyzický stav pacienta, podporovat ho ve vyjádření jeho pocitů a obav a pomáhat mu nalézt pozitivní stránky. Je důležité dát pacientovi najevo, že si ho vážíte a napomáhat s komunikací mezi ním a blízkou rodinou. Je třeba edukovat pacienta o dalších možnostech spojených s problematikou zavedeného PMK. Sexuální dysfunkce (00059) je také ošetřovatelská diagnóza, která hrozí u pacientů se zavedeným PMK. Za cíl jsme zvolili najít pro pacienta uspokojivé či přijatelné sexuální praktiky, s kritérii do jednoho měsíce od stanovení diagnózy bude pacient vyjadřovat zlepšení či spokojenost se sexuálním životem. Jako intervenci jsme zařadili edukovat pacienta

o zvýšené hygieně, o alternativách sexuálního uspokojení, poskytnout pacientovi písemné materiály o této problematice a podporovat spolupráci s partnerkou či partnerem pacienta. (NANDA International 2013)

Diagnóza riziko infekce (00004) a riziko šoku (00205) spolu úzce souvisí. Hlavní cíl je zabránit vzniku infekce a rozvoji šoku s kritériem, kdy po dobu zavedení PMK nebude pacient vykazovat známky infekce. Intervence zahrnují všimát si rizikových faktorů infekce, popřípadě i odebrat vzorky moči na vyšetření kultivace a citlivosti. Je nutné informovat pacienta a dbát na zvýšený pitný režim, kdy pacient vypije alespoň 2 litry tekutin za 24 hodin. Navíc bychom měli minimalizovat rozpojování odvodného systému jen na nejnnutnější případy. Jestliže už k rozpojení musí dojít, musí vše proběhnout asepticky. Po napojení musíme zkontrolovat, zda spojka dobře těsní, pravidelně vypouštět močový sáček bez kontaktu drenážní spojky a močové nádoby. Obvykle se sáček vypouští, je-li do 2/3 naplněný, ovšem k vypuštění musí dojít minimálně jednou za 6 hodin. Při vypouštění si všímáme barvy, zápachu, příměsí a množství moči. (NANDA International 2013)

Velmi důležitá je samotná hygienická péče pacienta. Pokud pacient není schopen dbát na svou hygienu, musíme mu ji zajistit. U pacientů s katétrem doporučujeme oplachování genitálií a močového katétru vodou s mýdlem dvakrát denně, ráno a večer. Navíc katétr musíme kontrolovat, zda u něj nedošlo ke znečištění od stolice či uretrálního sekretu, v tom případě je potřeba katétr důkladně zbavit veškerých, tedy i zaschlých nečistot a katétr dezinfikovat. Pro pacienta je vhodné i sprchování. Nevhodné je koupání ve vaně, kdy může opět dojít k průniku infekce do močové trubice. Při hygieně je důležité, abychom si všímali příznaků lokální infekce v okolí ústí močové trubice, jako je například bolest, svědění, pálení či zvýšená citlivost. Jako celkové příznaky můžeme pozorovat zvýšenou tělesnou teplotu, pocení, třesavku, tachykardii, hypotenzi a při proniknutí patogenů do krve až rozvoj šokového stavu. (Kapounová 2007; Šamánková a kol. 2006, Vytejčková 2008)

Riziko situačně nízké sebeúcty (00153) je diagnóza, která má za cíl zlepšení sebeúcty s kritériem, kdy pacient bude alespoň po 7 dní v kuse vyjadřovat pozitivní sebehodnocení. Při této diagnóze je důležité, abychom podpořili pacienta při vyjadřování dojmů, pocitů a obav, díky tomu lépe zvládne průběh smutku. Musíme aktivně naslouchat pacientovým obavám, podporovat jeho kladný přístup a schopnosti. Vést pacienta k cílům ostatních diagnóz, jestliže uvidí zlepšení v jiné oblasti, bude myslet pozitivněji. Zapojit do terapeutického plánu rodinu, která pacienta podpoří. Neméně

důležité je poskytovat pacientovi dostatek informací ve všech oblastech. (NANDA International 2013)

Riziko alergické reakce na latex (00042) si klade za cíl zabránit alergické reakci na latex s kritériem, kdy po celou dobu hospitalizace nevznikne alergická reakce na latex. Jako intervence jsme zvolili odebrat pacientovi alergickou anamnézu, přičemž je potřeba brát u pacientů s pozitivní alergickou anamnézou v úvahu zvýšené riziko alergické reakce. Odebrat pracovní anamnézu, kdy pacientům, běžně vystaveným latexu v zaměstnání, hrozí riziko alergické reakce na latex. Může se jednat o zdravotníky, hasiče, policisty, ale také lidi pracující v čistírnách, kadeřnictví či potravinářství. Je důležité používat PMK a ostatní pomůcky bez latexu, aby se předešlo zvýšení citlivosti na danou látku. (NANDA International 2013)

U diagnózy snaha zlepšit management vlastního zdraví (00162) je cílem převzetí zodpovědnosti pacienta za péči o vlastní zdraví s kritériem, že se po dobu hospitalizace pacient aktivně zapojí do péče o své zdraví. Intervence směřují k promluvě s pacientem o jeho pocitech a obavách, kdy aktivně nasloucháme, hovoříme o postupu změny, která povede k vylepšení nynějšího stavu. Je třeba poskytovat informace o rizikových faktorech, kterých se má pacient vyvarovat. Jedná se například o správné umístění urinálního sáčku, který musí být umístěný pod úroveň močového měchýře pro dobrý spád moči a to jak vleže na lůžku, tak i při chůzi, na což je nezbytné pacienta upozornit. Jestliže je pacient imobilní, háček se sáčkem je nevhodnější umístit na postranici lůžka, aby se katétr nedotýkal podlahy a tím nedošlo ke kontaminaci. V tomto případě musíme zajistit i dostatečnou délku drenážní hadičky, aby se pacient mohl v lůžku pohybovat volně a bez omezení. Pokud je pacient mobilní, může využít fixaci na stehně nebo lýtku pomocí suchých zipů, či si sáček zahákne do kapsy pod úroveň pasu. V tomto ohledu je důležité pacienta poučit, jak se s katétrech chovat a upozornit ho na opatrnost, aby nedošlo k extrahování katétru, což je pro pacienta velice bolestivé a může si tak poškodit močovou trubici. U neklidných a dezorientovaných pacientů je na ošetřovatelském personálu, aby na pacienta více dohlížel. (Kapounová 2007; Vytejková 2008)

Snaha zlepšit rovnováhu tekutin (00160) má za cíl zvýšit příjem tekutin s kritériem vypít alespoň 2 litry tekutin za 24 hodin. Intervence u pacientů s PMK spočívají v dostatečné informovanosti pacienta o důležitosti zvýšeného příjmu tekutin. Povzbuzujte pacienta k zvýšenému příjmu tekutin, aby byl zachován kontinuální odtok moči a průchodnost urinálního sáčku. Díky tekutinám nebude docházet tak snadno

ke vzniku infekce, protože nežádoucí mikroorganismy budou odplaveny společně s močí, dále nebude docházet v takovém rozsahu k inkrustacím a urolitiáze. Denně se doporučuje vypít přibližně 2500 ml za 24 hodin. Jestliže pacient není schopen takového množství tekutin za den vypít, je vhodné tekutiny nahrazovat i infusní terapií. K tomu je nutné i opatření, které zbrání zalomení či zaskřípnutí katétru například pod nohou pacienta či při umístování sáčku na postranici lůžka. Podstatná je i pravidelná a přesná kontrola příjmu a výdeje všech tekutin. Výjimkou mohou být pacienti, kteří mají omezený příjem tekutin, například pacienti s hemodialýzou. (Vytejková 2008; Workmanová 2006)

Realizace a vyhodnocení - Čtvrtá fáze ošetrovatelského procesu, která propojuje všechny fáze ošetrovatelského procesu v jeden celek, spočívá v realizaci ošetrovatelských intervencí uvedených v plánu ošetrovatelské péče. Hlavním úkolem této fáze je dosáhnout předem stanovených cílů. Máme za úkol opakovaně zhodnotit stav pacienta, přehodnotit plán ošetrovatelské péče, zorganizovat realizaci intervencí a zajistit pomůcky i personál. Dále je potřeba připravit i samotného pacienta a popřípadě i jeho rodinu. V průběhu realizace musíme neustále předcházet možným komplikacím a zajistit bezpečnost pacienta i ošetrovatelského personálu. Jestliže byly ošetrovatelské činnosti správné a zdravotní stav odpovídal i plánu péče, dojde ke splnění cílů a tím i k odstranění pacientových potíží. (Boroňová 2010; Tóthová 2014)

Poslední fází ošetrovatelského procesu je vyhodnocení. Zde zjišťujeme, zda došlo po splněných intervencích k zlepšení, stabilizování či zhoršení zdravotního stavu pacienta. K samotnému vyhodnocení potřebujeme získat údaje, ze kterých budeme moci posoudit kritéria, zda byl cíl splněn, byl splněn částečně či nebyl splněn vůbec. Po zhodnocení provedeme revizi celého plánu péče, upravíme ošetrovatelské diagnózy, přeformulujeme cíle a kritéria a navrhujeme nové intervence. Rozlišujeme tři typy hodnocení podle toho, kdy a proč ho provádíme. První typ je hodnocení termínované, které provádí sestra, která ošetrovatelskou péčí plánovala, po prvním cyklu ošetrovatelského procesu. Průběžné hodnocení se provádí ustavičně po celou dobu hospitalizace a hodnocení závěrečné je nutné při předání pacienta do jiné péče. Právě toto hodnocení zajišťuje návaznost ošetrovatelské péče. (Boroňová 2010; Tóthová 2014)

Příloha č. 2 Edukační plán u pacienta se zavedeným permanentním močovým katétre

Edukace u pacienta se zavedeným PMK probíhá standardizovaným postupem. Skládá se ze tří 20-30ti minutových lekcí, kdy v první lekci budeme pacienta seznamovat s PMK a informace budeme pacientovi podávat ústně rozhovorem, ale také v tištěné formě v podobě zpracované brožury. Druhou lekci budeme pacienta učit manipulaci s již zavedeným PMK a urinálním sáčkem a třetí, poslední lekce probíhá jako rekapitulace dříve získaných vědomostí a dovedností. Každá lekce bude probíhat individuálně s každým pacientem o samotě, na předem určeném místě, například převazovně, kde už budeme mít dopředu připravené pomůcky jako PMK a urinální sáček, který si může pacient osahat a seznámit se s ním. Individuální edukace je vhodná z důvodu citlivého tématu pro pacienta. Do edukačního plánu je nutné stanovit si cíle, kterých chceme během edukace dosáhnout. Jako splnění kognitivního cíle nám pacient správně vyjmenuje alespoň 8 zásad správné péče o zavedený PMK a 3 rizika špatného zacházení se zavedeným PMK. Ke splnění psychomotorického cíle nám pacient prakticky ukáže správnou péči o zavedený PMK a afektivní cíl bude splněný, jestliže pacient bude o PMK pravidelně sám, popřípadě s pomocí rodiny, pečovat. (Marková 2010; Svěráková 2012)

Edukace před zavedením katétru - Jestliže budeme pacientovi zavádět PMK, je důležité vysvětlit, co tento výkon obnáší. PMK je cévka, popřípadě hadička, kterou zavádíme do močového měchýře, odkud přes ni odtéká moč do močového sáčku, popřípadě může být cévka zaklipována. Cévka je v močovém měchýři fixovaná balónkem naplněným vodou a zavedenou cévku pacient necítí. V tuto chvíli je vhodné pacientovi cévku i odvodný sáček ukázat a dát ohmatat. Ukázat prakticky, jak snadné je otevřít, uzavřít a vypustit odvodný sáček či cévku zaklipovat. Před vlastním zavedením požádáme pacienta o řádné omytí genitálu, nejvhodnější je sprcha. Při popisování samotného postupu katetrizace objasníme pacientovi, že bude ležet na zádech s mírně pokrčenými dolními končetinami, kolena od sebe. Zdůrazníme, aby pacient dýchal klidně a zhluboka. Provede se dezinfekce genitálu, při které může pacient cítit chlad. Zavádění katétru může být spojeno s nepříjemným tlakem v podbřišku, ale ne bolestí. Následuje rovněž bezbolestné naplnění fixačního balónku. (Šamánková a kol. 2006; Vytejčková a kol. 2013)

Pacienta informujeme, že zavedený PMK přináší jistá omezení a musí znát zásady správné péče a rizika s tím spojená. Mezi zásady patří dávat pozor na vytržení PMK, což je velice bolestivé a spojené s poškozením močové trubice a tím dalšími komplikacemi, mít PMK permanentně napojený na močový sáček, popřípadě uzavřený kolíčkem či zaklípovaný svorkami, minimalizovat rozpojování PMK a močového sáčku z důvodu zanesení infekce do močových cest, močový sáček vypouštět při naplnění do 2/3 nebo po 6ti hodinách, dodržovat pravidelnou výměnu močového sáčku, z pravidla 3 dny pokud jde o sáček výpustný, 24hodin u sáčku nevýpustného, výpustný ventil se nesmí ničeho dotýkat z důvodu rizika kontaminace, při každém otevření odvodného systému desinfikovat konec PMK i napojované příslušenství, hlídat, aby nedošlo k zaskřípnutí, zamotání či přilehnutí PMK či odvodné hadičky, dbát na zvýšenou hygienu genitálu prováděnou vodou a mýdlem ve sprše, čistit PMK kvůli usazování sekretu z močové trubice, pečlivě si mýt ruce před i po každé manipulaci s PMK či močovým sáčkem, močový sáček mít vždy umístěný pod úrovní močového měchýře, tedy pod úrovní pupku, na lůžku využít postranice, při chůzi využít suchých zipů k umístění na stehno či lýtko, popřípadě zavěsit na oděv, nebo pod něj, při objevení jakýchkoli komplikací neprodleně informovat ošetřující personál či navštívit urologickou ambulanci nebo pohotovost. (Šamánková a kol. 2006; Vytejková a kol. 2013)

Ke komplikacím spojeným se zavedeným PMK patří vypadnutí PMK z důvodu prasknutí fixačního balónku, poškození močové trubice, jestliže dojde k neodbornému vytažení či špatné manipulaci s PMK, výtok či krvácení z močové trubice, infekce v močových cestách kvůli špatnému dodržování postupů spojená s teplotami, zimnicí, anebo třesavkou, bolest v podbřišku, genitálu či močové trubice, pálení, řezání či svědění genitálu, nutkání na močení způsobené drážděním stěny močového měchýře, ucpání PMK, zástava močení či vytvoření inkrustací na PMK a alergická reakce (zarudnutí a svědění kůže, dechové obtíže, slabost až rozvoj šokového stavu). (Šamánková a kol. 2006; Vytejková a kol. 2013)

Edukace po zavedení katétru - Po zavedení PMK je z hlediska edukace důležité zopakovat vše, co bylo řečeno před katetrizací. Musíme opět zdůraznit správný způsob manipulace s PMK a močovým sáčkem, důležitost zvýšené hygieny a komplikace, které nastanou při nedostatečné či nesprávné péči, a co má v tom případě pacient dělat. Ještě jednou ukážeme pacientovi správnou manipulaci s katétrem, poté pacient sám manipulaci i vypouštění moči předvede, abychom se ujistili, že postup pochopil

a bude schopný o katétr pečovat samostatně. Vhodné je klást pacientovi i kontrolní otázky, zda informacím porozuměl. Třetí sezení s pacientem bude probíhat ve formě rekapitulace informací a zodpovězení pacientových dotazů. Měli by jsem sledovat, zda si pacient osvojuje díky dříve získaným vědomostem i dovednosti, správnou manipulaci s katétrem, zda se sžívá se svým vlastním katétrem a učí se žít plnohodnotný život bez výrazného omezení. Pro splnění všech edukačních cílů musíme s pacientem osobně hovořit, ale i pozorovat, zda o katétr pečuje pravidelně, správně a se všemi náležitostmi. (Šamánková a kol. 2006; Vytejšková a kol. 2013)

Příloha č. 3 Dotazník pro pacienty s permanentním močovým katétre

Dobrý den,

jmenuji se Kamila Dolejšová a studuji obor Všeobecná sestra na Technické univerzitě v Liberci. Ráda bych vás požádala o vyplnění krátkého anonymního dotazníku, který se týká vzdělávání pacientů se zavedeným permanentním močovým katétre (dále jen PMK), neboli močovou cévkou. Získaná data využiji ve své bakalářské práci na téma edukace pacientů se zavedeným permanentním močovým katétre. **U každé otázky označte jen jednu odpověď, není-li uvedeno jinak.**

Předem děkuji za vyplnění.

- 1) Jaké je vaše pohlaví?
 - a) Muž
 - b) Žena

- 2) Kolik je vám let?
 - a) 30 a méně
 - b) 31 – 40
 - c) 41 – 50
 - d) 51 – 60
 - e) 61 – 70
 - f) 71 a více

- 3) Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
 - a) Základní
 - b) Střední odborné bez maturity
 - c) Střední odborné s maturitou
 - d) Vysokoškolské

- 4) Jak dlouho máte v současné době zavedený tento PMK?
 - a) Do 24h
 - b) Do 3 dnů
 - c) Do 1 týdne
 - d) Do 14 dnů
 - e) Více než 14 dnů
 - f) Nevím

- 5) Jak často je vám měněn PMK?
- a) Nemám ho déle než 1 měsíc
 - b) Po 4 týdnech
 - c) Po 3 měsících
 - d) Nevím
- 6) Byl/a jste informován/a, z jakého důvodu vám byl PMK zaveden?
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím
- 7) Považujete informace, které jste dostal/a o PMK, dostatečné?
- a) Ano
 - b) Částečně
 - c) Ne
- 8) Kde vám zaváděli PMK?
- a) Na ambulanci
 - b) Během hospitalizace
- 9) Pokolikáté máte zavedený PMK?
- a) Poprvé
 - b) Opakovaně
- 10) Byl/a jste vyzván/a, abyste se před zavedením PMK osprchoval/a, bylo-li to možné?
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím
- 11) Popsala vám sestra postup zavádění PMK?
- a) Ano
 - b) Částečně
 - c) Ne
 - d) Nevím

- 12) Byl/a jste seznámen/a s možnými komplikacemi u zavedeného PMK?
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím
- 13) Byl/a jste informován/a o vhodném pitném režimu u zavedeného PMK?
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím
- 14) Kolik vám bylo doporučeno vypít tekutin za 24 hodin, jestliže máte zavedený PMK?
- a) Do 1 litru tekutin
 - b) 1,5 – 2 litry tekutin
 - c) Více než 2 litry tekutin
 - d) Nebylo uvedeno konkrétní množství
- 15) Porozuměl/a jste informacím, které vám byly sděleny?
- a) Ano
 - b) Částečně
 - c) Ne
- 16) Dostal/a jste prostor pro vaše otázky?
- a) Ano
 - b) Částečně
 - c) Ne
- 17) Byly vám vaše otázky zodpovězeny?
- a) Ano
 - b) Částečně
 - c) Ne
- 18) Kdo vám podával informace? (můžete označit více odpovědí)
- a) Sestra
 - b) Lékař
 - c) Někdo jiný – uveďte kdo.....
 - d) Nevím

- 19) Jakou formou vám byly podány informace? (můžete označit více odpovědí)
- a) Ústně – rozhovor, povídání
 - b) Písemně – pomocí letáku, brožury
 - c) Názorná ukázka – pomocí modelu
 - d) Prezentací – formou přednášky
 - e) Na videu– formou přednášky
 - f) Jinak – uveďte jak.....
- 20) Byl/a jste informován/a, kde je možné získat další informace o této problematice?
- a) Ano, uveďte kde:.....
 - b) Ne
- 21) Domníváte se, že vám personál věnuje dostatek času?
- a) Ano
 - b) Ne
- 22) Uvítal/a byste, kdyby vám byly informace podané opakovaně, ale vždy s menším množstvím informací?
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím
- 23) Máte-li napojený PMK na výpustném sáčku, všimnul/a jste si na něm data výměny? (odpovídejte jen v případě, že jste hospitalizovaní, můžete označit více odpovědí)
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Žádný tam není
 - d) Nevím
- 24) Kde máte umístěný sběrný močový sáček?
- a) Položen v lůžku
 - b) Zavěšený na postranici
 - c) Položený na zemi
 - d) Umístěný na těle (např. fixovaný na stehně)
 - e) Jinde – uveďte kde.....

25) Měl/a jste u zavádění močové cévky zajištěný dostatek soukromí?

- a) Ano
- b) Ne

26) Ukázala vám sestra, jak máte pracovat s PMK při vypouštění moči?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

27) Měl/a jste možnost sestře předvést, zda manipulaci s PMK zvládnete?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

Příloha č. 4 Protokol k provádění výzkumu Krajská nemocnice Liberec a.s.



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	Kamila Dolejšová	
Studijní obor Všeobecná sestra	Osobní číslo studenta Z12000032	Ročník 3.
Téma práce	Edukace pacientů se zavedeným permanentním močovým katétre	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	Urologické oddělení Krajské nemocnice Liberec a.s.	
Jméno vedoucího práce	Alena Kyriánová	
Vyjadřeni vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis Mgr. A. KYRIÁNOVÁ	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis Mgr. A. KYRIÁNOVÁ	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis Mgr. Marie Fryaufová ředitelka zdravotnické péče	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis Mgr. E. Zidková	
Datum zahájení výzkumu	Rijem 2014	
Datum ukončení výzkumu	Ledem 2015	
Počet oslovených respondentů (personálu)	/	
Počet oslovených respondentů (klientů)	40	
Poznámka:		

V Liberci dne 29.9.2014

Dolejšová

 podpis studenta



Příloha č. 5 Protokol k provádění výzkumu Fakultní nemocnice Plzeň



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	Kamila Dolejšová	
Studijní obor Všeobecná sestra	Osobní číslo studenta Z12000032	Ročník 3.
Téma práce	Edukace pacientů se zavedeným permanentním močovým katétre	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	Urologická klinika Fakultní nemocnice Plzeň	
Jméno vedoucího práce	Alena Kyrianová	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště Mgr. KYRIANOVÁ podpis	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím Mgr. KYRIANOVÁ podpis PhDr., Mgr. Krocová Jitka Vrchní sestra Urologická klinika	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím PhDr., Mgr. Krocová Jitka podpis Vrchní sestra Urologická klinika	
Datum zahájení výzkumu	Říjen 2014	
Datum ukončení výzkumu	Ledna 2015	
Počet oslovených respondentů (personálu)	—	
Počet oslovených respondentů (klientů)	35	
Poznámka:		

V Plzni dne 6. 10. 2014

podpis studenta



Příloha č. 6 Protokol k provádění výzkumu Stodská nemocnice a.s.



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	Kamila Dolejšová	
Studijní obor Všeobecná sestra	Osobní číslo studenta Z12000032	Ročník 3.
Téma práce	Edukace pacientů se zavedeným permanentním močovým katétre	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	Chirurgické oddělení Stodské nemocnice a.s.	
Jméno vedoucího práce	Alena Kyrianová	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	podpis A. KYRIANOVÁ
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	podpis
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	podpis
Datum zahájení výzkumu	Říjen 2014	
Datum ukončení výzkumu	Ledna 2015	
Počet oslovených respondentů (personálu)	/	
Počet oslovených respondentů (klientů)	35	
Poznámka:		

v Liberci dne 29. 9. 2014

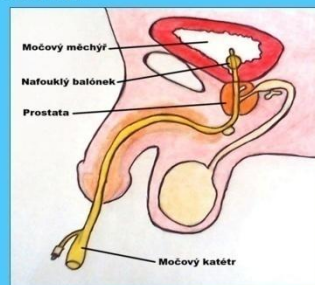
podpis studenta



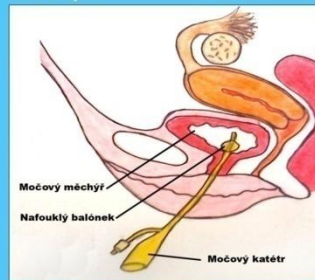
PERMANENTNÍ MOČOVÝ KATÉTR

INFORMACE PRO PACIENTY

Anatomie muže



Anatomie ženy



Vážená paní, vážený pane,
právě v rukou držíte brožuru, jejímž cílem je seznámit vás s problematikou spojenou se zavedením permanentního močového katétru.

Permanentní močový katétr = močová cévka

Jedná se o dutou tenkou hadičku zavedenou do močového měchýře přes močovou trubici, kde je fixovaná malým balónek napuštěným tekutinou, aby nedošlo k náhodnému vytažení.



Účel močové cévky

Močová cévka slouží k náhradě fyziologického odtoku moči. Přes cévku může moč z močového měchýře volně odtékat do močového sáčku, nebo může být cévka uzavřena zátkou a v pravidelných intervalech moč vypuštět odstraněním zátky z močové cévky.

V jakých případech se zavádí

- při zadržování moči, kdy pacient není schopný se samovolně vymočit,
- při zvětšené prostatě,
- při samovolném úniku moči,
- po úrazech míchy a nádorových onemocněních,
- kvůli operačnímu výkonu,
- kvůli sledování příjmu a výdeje tekutin,
- při neurogenních onemocněních (roztoušená skleróza, Parkinsonova choroba, demence, hyperaktivní močový měchýř, posttraumatická míšní léze, diabetes mellitus),
- a další...

Postup cévkování

Před zavedením cévky je nezbytné provést řádnou hygienu genitálu, proto je nevhodnější jít se osprchovat. Při zacévkování můžete pociťovat nepohodlný či jinak nepříjemný pocit, kvůli vynucené poloze při zavádění cévky. Při zavádění budete ležet na zádech, kolena budete mít mírně pokrčená a od sebe. Pomůže, pokud budete dýchat klidně, zhluboka.

Nejprve si sestra připraví všechny pomůcky k lůžku, poté provede dezinfekci genitálu, při kterém můžete pociťovat chlad. Následuje samotné zavedení cévky, které může být spojeno s nepříjemným tlakem v podbřišku, ale ne bolestí. Po zavedení se rovněž bez bolesti naplní fixační balónek tekutinou, aby nedošlo k náhodnému vytažení cévky, a cévka se napojí na výpustný sáček, či uzavře kolíčkem. Celý postup cévkování by neměl trvat více než pár minut a zavedenou cévku byste neměli pociťovat.



Péče o močovou cévku

Zavedená cévka přináší jistá omezení v běžném životě, ale při dodržování zásad není péče o močovou cévku náročná. Nicméně je nezbytné osvojit si základní pravidla kvůli předcházení vzniku komplikací.

Pokud máte zavedenou močovou cévku, musíte:

- dávat pozor na vytržení cévky, což je velice bolestivé a spojené s poškozením močové trubice a tím dalšími komplikacemi,
- mít cévku permanentně napojenou na močový sáček, popřípadě uzavřenou kolíčkem či zaklipovanou svorkami,
- minimalizovat rozpojování cévky a močového sáčku z důvodu zanesení infekce do močových cest,
- močový sáček vypouštět při naplnění do 2/3 nebo po 6ti hodinách,
- dodržovat pravidelnou výměnu močového sáčku, z pravidla 3 dny pokud jde o sáček výpustný, 24hodin u sáčku nevýpustného,

Pitný režim s močovou cévkou

- výpustný ventil se nesmí ničeho dotýkat z důvodu rizika kontaminace,
- při každém otevření odvodného systému desinfikovat konec cévky i napojované příslušenství,
- hlídat, aby nedošlo k zaskřípnutí, zamotání či přilehnutí cévky či odvodné hadičky,
- dbát na zvýšenou hygienu genitálu prováděnou vodou a mýdlem ve sprše,
- čistit cévku kvůli usazování sekretu z močové trubice,
- pečlivě si mýt ruce před i po každé manipulaci s cévkou či močovým sáčkem,
- močový sáček mít vždy umístěný pod úroveň močového měchýře, tedy pod úroveň pupku,
- na lůžku využít postranice, při chůzi využít suchých zipů k umístění na stehno či lýtko, popřípadě zavěsit na oděv, nebo pod něj,
- při objevení jakýchkoli komplikací neprodleně informovat ošetřující personál či navštívit urologickou ambulanci nebo pohotovost.

Jestliže máte zavedenou močovou cévku, je nutné dodržovat zvýšený pitný režim. Pokud se neléčíte s jiným závažným onemocněním (se srdcem, s ledvinami), nebo vám neřekne jinak váš ošetřující lékař, řiďte se následujícími body:

- dodržovat zvýšený a pravidelný pitný režim – vypít alespoň 2,5 litru tekutin za 24 hodin,
- pít v malých porcích, ale často,
- příjem tekutin přizpůsobit tělesné zátěži a počasí,
- vhodné tekutiny jsou čistá voda,
- střídání minerálních vod,
- slabé čaje, lépe ovocné a černý jen v omezeném množství,
- naředěné ovocné šťávy nebo džusy,
- vyhýbat se silným černým čajům a kávě.

Komplikace zavedené cévky

- vypadnutí močové cévky z důvodu prasknutí fixačního balónku,
- poškození močové trubice, jestliže dojde k neodbornému vytažení či špatné manipulaci s cévkou,
- výtok či krvácení z močové trubice,
- infekce v močových cestách kvůli špatnému dodržování postupů spojená s teplotami, zimnicí, anebo třesavkou,
- bolest v podbřišku, genitálu či močové trubice,
- pálení, řezání či svědění genitálu,
- nutkání na močení způsobené drážděním stěny močového měchýře,
- ucpaní močové cévky, zástava močení či vytvoření inkrustací na močové cévce,
- alergická reakce (zarudnutí a svědění kůže, dechové obtíže, slabost až rozvoj šokového stavu).

Močové pomůcky

K péči o močový katétr můžete potřebovat:

- močový sáček
- závěsný držák urologických sáčků
- kolíček do močové cévky
- náplastí a suché zipy k připevnění močového sáčku ke stehnu



Použitá literatura

1. POKORNÁ, Jana a Jana VALACHOVÁ. Péče o inkontinentní pacienty, péče o permanentní katétr. *Diagnóza v ošetrovatelství: odborný a informační časopis pro zdravotnické pracovníky*. 2008, roč. 4, č. 8, s. 6-8. ISSN 1801-1349.
2. ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kol. *Základy ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2006. Str. 243. ISBN 80-246-1091-4
3. URBÁNKOVÁ, Jitka a Jitka KROCOVÁ. Péče o pacienta se zavedeným močovým katétre. *Zelená hvězda* [online]. 12. 1. 2012 [cit. 2015-05-28]. Dostupné z: <http://www.zelenahvezda.cz/clanky-a-studie/odborne-clanky/dezinfekce-a-hygiena/pece-o-pacienta-se-zavedenym-mocovym-katetrem>
4. URBÁNKOVÁ, Jitka a Jitka KROCOVÁ. Péče o pacienta se zavedeným močovým katétre. *Braunoviny: měsíčník společnosti skupiny B. Braun pro ČR a SR*. 2011, č. 12, s. 6-7. ISSN: 1801-0342.
5. VESELSKÝ, Zbyněk. Pravidla ošetrovatelské péče o nemocné s permanentním katétre močového měchýře. *Florence: časopis moderního ošetrovatelství*. 2007, roč. 3, č. 5, s. 226-227. ISSN 1801-464X.
6. VYTEJČKOVÁ, Renata a Petra SEDLÁŘOVÁ, Vlasta WIRTHOVÁ, Iva OTRADOVCOVÁ, Pavla PAVLÍKOVÁ. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II*. 1. vydání. Praha: Grada, 2013. Str. 133. ISBN 978-80-247-3420-0
7. DESHMUKH, Sunita a WONG Newton. *The renal system explained: an illustrated core text*. 1. vyd. Thrumpton: Nottingham University Press, 2009. 153 s. ISBN 978-1-904761-84-6
8. OBRÁZKY - Kamila Dolejšová, 2015

Autor Kamila Dolejšová

Ústav zdravotnických studií

Technická univerzita v Liberci

pod odborným dohledem Mgr. Aleny Kyrianové

2015

Tato informační brožura byla vytvořena jako výstup z bakalářské práce na téma edukace pacientů s permanentním močovým katétre.