

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Problémy ošetrovatelské péče u pacienta s močovým katétrem v
domácím prostředí – edukační činnost**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:
Mgr. Jitka Tamáš Otásková

Autor:
Šárka Janáková

2009

Problémy ošetrovateľskej péče u pacienta s močovým katétrom v domácím prostredí – edukačná činnosť

Tato práce se orientuje na pacienty s permanentním močovým katétrem a na zdravotní sestry, které tyto pacienty edukují při propuštění do domácího léčení. Důležitá v této problematice je zdravotní sestra a to především v roli edukátorky. Může se jednat o sestry v nemocnici, ale i v agenturách domácí péče a domovech pro seniory. Ne každý pacient totiž zvládne péči o močový katétr sám, proto má možnost zajištění sestry z agentury domácí péče. Sestra by měla edukovat pacienta ve všech oblastech např. důvod zavedení, komplikace (močová infekce, vytažení atd.), ošetrování katétru (hygiena a pomůcky, výměna sběrného sáčku atd.), výměna katétru (max. po 21 dnech od zavedení), sledování barvy moči aj. Sestra by měla zajistit klidné a příjemné prostředí pro edukaci, ale především si udělat na pacienta dostatek času, aby nic nezanedbala.

Prvním cílem této práce bylo zjistit, zda sestry na urologickém oddělení edukují pacienty s močovým katétrem při propuštění do domácího léčení. Druhý cíl byl zaměřen na sestry z agentur domácí péče a domovů pro seniory, zda se zapojují do edukace v ošetrování pacienta s močovým katétrem. Třetím cílem bylo zjistit, zda pacienti s močovým katétrem při propuštění do domácího léčení jsou edukováni o péči o močový katétr. K cílům byly přiřazeny i hypotézy. První hypotéza se zajímala o to, zda sestry z urologického oddělení edukují pacienty s močovým katétrem při propuštění do domácího léčení v oblasti výměny katétru. Hypotéza se potvrdila. Druhá hypotéza byla opět zaměřena na sestry z urologie, zda edukují klienty s močovým katétrem při propuštění do domácího léčení v oblasti předcházení vzniku močové infekce a z výzkumu nám vyšlo, že sestry pacienty v této oblasti edukují. Třetí hypotéza byla zaměřena na sestry z agentur domácí péče a domovů pro seniory, zda edukují klienty s močovým katétrem v oblasti předcházení močové infekce. I třetí hypotéza se potvrdila. Čtvrtá se vztahovala k samotným pacientům, zda jsou informováni o péči o močový katétr v oblasti rozpoznání příznaků močové infekce. Příznaky infekce sice pacienti znají, ale ne všechny, tudíž hypotézu nelze považovat za potvrzenou.

K naplnění cílů bylo použito kvantitativního výzkumu, realizovaného pomocí anonymních dotazníků pro sestry i pacienty. Dotazník pro sestry obsahoval 21 otázek a dotazník pro pacienty 23 otázek. Sběr dat probíhal od března do května roku 2009. Sestrám bylo rozdáno 100 dotazníků, navraceno 80, návratnost činila 80 %. Pacientům bylo poskytnuto 50 dotazníků, vráceno 30, návratnost činila 60 %.

Tato práce dokazuje, že ne všechny sestry provádí dostatečnou edukaci ve všech potřebných oblastech pro pacienta. A i sami pacienti se cítí nedostatečně edukováni.

Question of nursing care in patients with urinary catheter in their home environment – educational activity of nurses

This thesis focuses on patients with permanent urinary catheters, as well as on nurses who educate the patients when discharged from hospital to home care. The educating role of a nurse in this situation is particularly important. The nurses providing education to patients include those employed by hospitals, as well as by home care agencies and senior citizen homes. Not every patient is able to take care of the urinary catheter him/herself and therefore nurses from home care agencies are made available to assist. The nurses should educate the patients about all aspects of catheter application, e.g. the reason of application, complications (urinary infection, pull-out etc.), catheter maintenance (hygiene and aids, replacement of the collection bag etc.), catheter replacement (max. 21 days after the application), monitoring the urine color etc. The nurse should also ensure that the patient is educated in a quiet and agreeable place and, particularly, they should dedicate a sufficient time to each patient so that nothing is neglected.

The first objective of this thesis was to find out whether nurses at the urology department educated patients with urinary catheters when they were discharged from hospital to home care. The second objective focused on nurses employed by home care agencies and senior citizens homes to check whether they got involved in education activities while taking care of patients with urinary catheters. The third objective was to find out whether patients with urinary catheters, when discharged from hospital to home care, were educated about how to take care of their urinary catheters. The objectives were assigned their individual hypotheses. The first hypothesis examined whether nurses employed at the urology department educated patients with urinary catheters about catheter replacement when the patients were discharged from hospital to home care. The hypothesis has been confirmed. The second hypothesis again focused on nurses employed at the urology department and investigated whether they educated clients with urinary catheters, when the patients were discharged from hospital to home care, about how to prevent urinary infections; the research has shown that the nurses indeed educated the patients in this field. The third hypothesis focused on nurses employed by home care agencies and senior

citizens homes and investigated whether they educated clients with urinary catheters about how to prevent urinary infections. Also the third hypothesis has been confirmed. The fourth hypothesis concerned the patients and it investigated whether they felt informed about how to take care of their urinary catheters and whether they were able to recognize symptoms of urinary infections. It has been found out that although the patients are familiar with some symptoms of the infections, they are not familiar with all of them and therefore it is impossible to deem the hypothesis confirmed.

The method used to meet the objectives of the quantitative research was that of anonymous questionnaires for nurses and patients. The questionnaire for nurses contained 21 questions and the questionnaire for patients contained 23 questions. The data were collected from March to May 2009. 100 questionnaires were distributed to nurses and 80 were returned, which means the response rate of 80 %. Out of 50 questionnaires distributed to patients 30 were returned, which means the response rate of 60 %.

This thesis demonstrated that not all nurses provide a sufficient education in all aspects necessary for the patients. Also, not all the patients feel sufficiently educated in this field.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „*Problémy ošetrovatelské péče u pacienta s močovým katétrem v domácím prostředí – edukační činnost*“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47 b zákona č. 111/ 1998 Sb. v platném znění souhlasím s uveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou na veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách.

V Českých Budějovicích

podpis studenta

Poděkování:

Děkuji své vedoucí práce Mgr. Jitce Tamáš Otáskové, za odbornou konzultaci, věnovaný čas a cenné rady při psaní bakalářské práce.

Osnova:

Úvod

1. Současný stav	5
1.1 Anatomie a fyziologie močového ústrojí.....	5
1.1.1 Ledviny.....	5
1.1.2 Močovod.....	6
1.1.3 Močový měchýř a trubice.....	6
1.2 Zavedení permanentního močového katétru.....	7
1.2.1 Zavedení permanentního katétru u žen.....	8
1.2.2 Zavedení permanentního katétru u mužů.....	10
1.2.3 Komplikace.....	11
1.2.4 Sledování moči.....	12
1.3 Onemocnění, při kterých se zavádí permanentní močový katétr.....	14
1.3.1 Urologická onemocnění.....	15
1.3.2 Ostatní onemocnění.....	17
1.4 Edukace klienta se zavedeným permanentním močovým katétrem.....	17
1.4.1 Co je edukace.....	17
1.4.2 Správná komunikace sestry.....	21
1.4.3 Edukace na urologickém oddělení nemocnic.....	22
1.4.5 Edukace pacienta v domovech pro seniory.....	23
1.4.5 Edukace v domácí péči.....	23
1.5 Problematika ošetrovatelské péče v domácím prostředí.....	24
1.5.1 Hygiena.....	25
1.5.2 Pitný režim.....	25
1.5.3 Komplikace.....	26
1.5.4 Močová infekce.....	26
2. Cíle práce a hypotézy	28
2.1 Cíle práce.....	28
2.2 Hypotézy.....	28
3. Metodika	29
3.1 Použité metody.....	29

3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	29
4. Výsledky.....	31
4.1 Výsledky – sestry.....	31
4.2 Výsledky – pacienti.....	46
5. Diskuze	57
6. Závěr	62
7. Seznam použitých zdrojů	63
8. Klíčová slova	67
9. Přílohy	68
Příloha 1	
Příloha 2	
Příloha 3	
Příloha 4	

Úvod:

Když se řekne permanentní močový katétr, většina lidí ani neví, co si pod tímto označením představí. Proto je důležité tento pojem vysvětlit. Jde o zavedení močové cévky přes močovou trubici (uretru) do močového měchýře, kvůli stálému odtoku moči. Indikací pro tento typ zavedení močové cévky jsou urologická onemocnění (např. glomerulonefritida, retence moči, inkontinence moči atd.), polytraumata, plegie, terminální stádia života a další. Vše záleží na rozhodnutí lékaře. Mužům zavádí katétr lékař za asistence sestry a ženám kompetentní zdravotní sestra. Samozřejmě se objevují rizika v souvislosti se zavedeným permanentním katétrem. Nejzávažnější je vznik močové infekce, dále pak tvorba dekubitu v oblasti ústí močové trubice, vytažení cévky atd. Ochránit se před těmito riziky spočívá především v aseptickém zavedení katétru kompetentní osobou, správném ošetřování, důkladné hygieně, vhodně zvolených pomůckách a v edukaci pacienta.

Dostatečná edukace klienta, jak před zaváděním, tak i během a po zavedení katétru, je velmi důležitá. Měly bychom pacientovi říci, co se bude provádět, jak bude probíhat postup a z jakého důvodu je indikován permanentní močový katétr. Edukaci provádí lékař, ale i sestra. Vše se klientovi musí vysvětlit, dát mu prostor na případné otázky a srozumitelně odpovědět. Edukaci lze chápat jako proces výchovy a vzdělání pro klienta i jeho blízké. Jde o proces představující záměrné podávání informací vztahující se k danému problému klienta. Edukace by měla probíhat v soukromí a ve vzájemném vztahu mezi zdravotníkem a klientem.

Ale co když je klient propuštěn do domácího léčení? Nastávají zde další obavy ze strany klienta: kdo se o něj bude starat, pokud ošetřování nezvládne sám? Jak se správně pečuje o permanentní močový katétr? Zde je důležitá role sestry – edukátorky. Povinností sestry je zajistit klientovi dostatečné informace např. v podobě letáku. Nejde jen o sestry v nemocnici, ale i sestry v agenturách domácí péče či v domovech pro seniory. Samozřejmě se nesmí v edukačním procesu zapomínat na rodinu či známé, kteří mohou pomoci klientovi v péči o permanentní močový katétr.

Tato bakalářská práce má tři cíle. Prvním je zjistit, zda sestry na urologickém oddělení edukují pacienty s močovým katétrem při propuštění do domácího léčení. Jak je zmíněno výše, jde o dostatečnou a srozumitelnou edukaci sestry. Druhým

cílem je zjistit, zda sestry z agentur domácí péče a domovů pro seniory se zapojují do edukace a ošetřování pacienta s močovým katétre. To znamená, zda sestry z těchto institucí zapojují klienty do své vlastní péče o permanentní močový katétr. Posledním cílem je zjistit, zda pacienti s močovým katétre při propuštění do domácího léčení jsou edukováni o péči o močový katétr. Zde hraje také hlavní roli dostatečná edukace.

Téma jsem si vybrala především proto, že mě tato problematika zajímá a také proto, že se zavedeným permanentním katétre můžeme setkat na každém oddělení v nemocnici, v domácím prostředí klienta či v domově pro seniory. Může nastat situace, kdy našeho příbuzného propustí z nemocnice právě s permanentním močovým katétre, a proto bychom měli být připraveni se dokázat tomuto problému postavit a nebát se.

1. Současný stav

1.1 Anatomie a fyziologie močového ústrojí

1.1.1 Ledviny

Ledvina (ren, nefros) je párový orgán fazolovitého tvaru a červenohnědé barvy uložena po obou stranách bederní páteře v retroperitoneálním prostoru. Velikost ledviny je průměrně 12 x 6 x 3 cm, jsou obaleny tukovou vrstvou a připojeny mohutnými renálními tepnami na břišní aortu a renálními žilami na dolní dutou žílu. Leží ve výši dvanáctého hrudního obratle až po druhý bederní obratel. Na řezu ledviny můžeme rozlišit světlejší kůru ledviny (cortex renalis) a tmavší dřev (medulla renalis). Základní stavení a funkční jednotkou ledvin je nefron. Obecně lze říci, že se nefron skládá z Malpighiho tělíska, proximálního tubulu, Henleovy kličky, distálního tubulu a sběrného kanálku. Renální tepny po vstupu do ledviny se větví na drobnější větve. V kůře těchto tepen odstupují tzv. přívodné cévy a ty se stáčí do klubíček, glomerulů. Z každého glomerulu je krev odváděna odvodnými cévami. Funkce glomerulu se podobá filtru. V glomerulech protéká krev, která se přes stěnu kapilár a stěnu Bowmanova váčku zbavuje odpadních látek. Bowmanův váček spolu s glomerulem tvoří Malpighiho tělísko. Velké množství filtrátu je upraveno na definitivní moč buňkami ledvinných kanálků. Tekutina přefiltrovaná do štěrbin Bowmanova váčku se nazývá glomerulární filtrát neboli primární moč, které se asi za jednu minutu vytvoří 0,12 litru, tj. 180 litrů filtrátu za den, ale asi 99% přefiltrované tekutiny se vstřebává v kanálcích zpět. Tím pádem se definitivní moči za den vyloučí celkem 1,5 litru. Přes stěnu kanálků se zpět do krve vstřebává sodík, draslík, vápník, aminokyseliny, cukry a voda.

Ledviny mají několik funkcí a jsou nejdůležitějším vylučovacím orgánem. Z těla odstraňují odpadové látky, jejichž nahromadění v těle by bylo škodlivé. Především vylučují látky tělu cizí (např. léky) a podílí se na hospodaření organismu s vodou a ionty. Ledviny tak udržují homeostázu vnitřního prostředí, kam patří pH, osmolalita, objem a složení elektrolytů. Také produkují renin, kalikrein, prostaglandiny, erythropoetin a podílí se na metabolismu vitamínu D. (2, 3)

Ledviny vytvářejí moč celých dvacet čtyři hodin denně. Množství a složení moči kolísá podle potřeb organismu. Samozřejmě vše je závislé na množství přijatých tekutin a složením potravy. Množství a složení moči je ovlivněno množstvím přefiltrované krve v glomerulech a na schopnosti ledvinových kanálků zpětně vstřebávat vodu. (8)

1.1.2 Močovod

Močovod (ureter) je trubice dlouhá asi 20 – 30 cm a 4 – 5 mm široká vybavená svalovinou sloužící k aktivnímu odtoku moči z ledvin do močového měchýře. Močovod začíná v ledvinné pánvičce a probíhá retroperitoneálním prostorem do pánve, kde šikmo prorážejí stěnu močového měchýře. Rozlišuje se úsek břišní, pánevní (souběžně s malou pánví) a intramurální úsek (ve stěně měchýře). Ústí močovodu v měchýři je šterbovitě a otevírá se pouze při průchodu močového vřeténka (úsek oddělený zaškrcením svaloviny), tento systém brání návratu moči zpět do močovodu a ledvin z močového měchýře. Močovod má několik funkcí. Především jde o aktivní transport moče v jednotlivých dávkách (moč tudy volně neprotéká). Dávky jsou odděleny stahem svaloviny nad i pod tekutinou. Stahem putují pak vřeténka směrem z pánvičky do měchýře 1-5x za minutu. Tento plynulý odtok moči z ledvin je možný pouze, je-li močový měchýř naplněn a moč je pod tlakem. (2, 3, 16)

1.1.3 Močový měchýř a trubice

Močový měchýř (vesica urinaria) je dutý svalový orgán, sloužící jako rezervoár moče, který mění tvar podle náplně moče. Prázdný měchýř má miskovitý tvar, plný se stává kulovitým. Na močovém měchýři lze rozpoznat dno (fundus), tělo (corpus), hrot (apex) a krček (cervix), kde začíná močová trubice. První nucení namočení se u dospělého člověka dostaví při naplnění měchýře 150 ml moče, výraznější při náplni 300 – 400 ml. Člověk může vůlí potlačit nucení na močení až do náplně 700 – 750 ml moče. Při objemu 350 – 400 ml se močový měchýř vyprazdňuje. Vylučování moči je děj závislý na dostatečné činnosti čtyř částí

vylučovacího systému: ledvin, močvodů, močového měchýře a močové trubice. (2, 3, 10)

„Vyprazdňování močového měchýře, mikce - je složitý děj, kterého se účastní různé svalové skupiny a svaly, a který je řízen souhrou autonomních nervů a míchy. Začátek močení je vyvolán podrážděním stěny měchýře, která se rozpíná a dráždí nervová zakončení ve stěně.“ (2, str. 329)

Močový měchýř přední stěnou naléhá na stydkou sponu, horní stěna a část zadní je pokryta peritoneem. Prázdný měchýř nelze nahmatat, protože je schovaný za sponou. Pokud se naplní, vystupuje nad sponu, kde už je hmatný. Člověk může zevní svěrač močové trubice ovlivňovat vůlí. Už v dětství se lze naučit ovládat smrštění tohoto svalu, a tím potlačovat mikci. Poškození bederní části páteře vede k poruchám celého mechanismu močení (jde zde centrum pro mikci), neschopnosti vyprázdnit měchýř nebo naopak k inkontinenci (neschopnosti udržet moč). (2, 3)

Ženská močová trubice (urethra feminina) vystupuje z močového měchýře. Je dlouhá asi 4 cm dlouhá (muži mají delší močovou trubici, proto nejsou tolik náchylní ke vzniku infekce) a 6 mm široká. Urethra leží těsně vedle pochvy. (3)

1.2 Permanentní močový katétr

Permanentní močový katétr se indikuje ženám i mužům především při inkontinenci k zajištění kontinuálního odtoku moči, u dlouhodobě ležících, po některých operačních výkonech, při urologických onemocněních, kritických stavech atd. Zavádí se za aseptických podmínek do močového měchýře přes močovou trubici na delší dobu, než je běžné u jednorázového cévkování. Nejčastěji se používá Folleyův balónkový katétr, který může být dvojcestný (má dva vývody, jeden na odtok moči a druhý je tenkou hadičkou spojený s balónkem na konci katétru) nebo trojcestný (má navíc jeden kanál, kterým se provádí výplach močového měchýře). Folleyův katétr může být silikonový nebo plastový. Každý katétr by měl být sterilní, nepoškozený, měkký a hladký. (8, 11, 14, 29)

Cévky pro permanentní použití jsou vyrobené ze silikonu či plastu. Mají i různou délku (41 cm pro muže, 22 cm pro ženy a 30 cm pro děti). Všechny cévky jsou označené velikostí podle průsvitu (8, 10 se používají u dětí a 14, 16, 18 Fr u

dospělých) a rozdělují se podle francouzského číslování (Cherrirova stupnice). Dále se pak dělí podle velikosti balónku, kam se aplikuje fyziologický roztok nebo sterilní voda (5ml až 30ml). Balónek brání vypadnutí katétru při pohybu pacienta či případnému vytažení sestrou nebo samotným klientem. (7, 8)

1.2.1 Zavedení permanentního močového katétru u žen

U žen provádí tento výkon sestra či porodní asistentka. Důležité je řádně pacientku informovat o výkonu. Jde o psychickou a fyzickou přípravu, kterou provádí lékař, spíše ale sestra. (8, 29)

Do psychické přípravy patří: srozumitelné vysvětlení důvodu a průběhu cévkování, ubezpečení, že výkon za normálních okolností není bolestivý. Sestra by měla mít také pochopení pro obavy a nepříjemné pocity pacientky, důležité je samozřejmě zajištění intimity. Svým přístupem by si sestra měla zajistit důvěru pacientky a ochotu ke spolupráci.

Do fyzické přípravy patří: zajištění aseptického prostředí a to tím, že provedeme důkladnou hygienu genitálií. U ležících, hygienu provádí sestra, chodící pacientky poprosíme, zda by se nedošly umýt do koupelny. Jde o prevenci před zavedením infekce do močových cest, která se vzestupnou cestou může dostat až do ledvin.

Pacientka zaujímá gynekologickou polohu – vleže na zádech s pokrčenými dolními končetinami od sebe oddálenými a podloženou pánví, která umožňuje lepší přístup a viditelnost ústní močové trubice. (8)

Mezi další povinností sestry patří připravení správných pomůcek. Pomůcky si sestra připraví v denní místnosti sester na podložní táč nebo sterilní stolek. Patří mezi ně: sterilní Folleyův katétr odpovídající velikosti (12 - 16), sterilní fyziologický roztok, sterilní rouška, stříkačka (10 – 20 ml), dezinfekční roztok na sliznici (0,5 – 1% Ajatin, 1% Betadine apod.), dezinfekci na očištění volného konce cévky, sterilní mulové tampóny, sterilní rukavice, sběrný sáček na moč, nepromokavá podložka („gumovka“), dvě velké emitní misky (nebo podložní mísu místo jedné emitní misky), znečitlivující Mesocain gel, sterilní pinzeta, háček na zavěšení sáčku. Dle ordinace lékaře lze připravit i zkumavky na odběr moči. (8, 11, 20)

Nejprve by měla sestra vysvětlit pacientce důvod zavedení a zabezpečit její soukromí. Sestra si umyje ruce. Vše si připraví poblíž lůžka pacientky. Pokud je to možné (záleží na stavu pacientky), poprosí pacientku, aby zaujala gynekologickou polohu. Pokud ne, požádáme o pomoc druhou sestru, aby pacientce pokrčila dolní končetiny v kolenou a držela je od sebe. Pod pacientku vloží ochrannou podložku, ke genitáliím připraví jednu emitní misku (nebo podložní mísu) na zachycení moče a druhou položíme k dolním končetinám na odkládání použitého materiálu. Přikryje obě stehna kapnou, podloží pánev a zarouškuje pacientku. Do 10 ml stříkačky si natáhne fyziologický roztok a nechá si ho při ruce. K lůžku si připraví sběrný sáček, který může rovnou pověsit na lůžko. Rozbalí si i sterilní tampóny, které polije dezinfekčním roztokem a nechá je také po ruce v obalu. Sestra si poté navleče správným způsobem sterilní rukavice. Po navlečení sterilních rukavic vyjme tampónky z obalu mezi prsty jedné ruky (má sterilní rukavice). Druhou rukou si řádně oddálí labia ukazováčkem a palcem a dezinfikuje ústí močové trubice tampóny s dezinfekcí. Postupuje shora dolů k anální oblasti. Použité tampónky odhazuje do připravené emitní misky. Ruka dotýkající se pacientky se stává nesterilní. Po očištění genitálií si sestra uchopí předem připravenou cévku asi 6-7 centimetrů od uretrálního konce mezi palec a ukazovák a volný konec mezi 4. a 5. prst. Konec, který se bude zavádět, namočí do Mesocain gelu a začne šetrně zavádět. Stále drží roztažené labia pacientky. Cévkou zavede do hloubky asi 5 centimetrů, ale ne proti odporu. Musí postupovat opatrně, aby neporanila močovou trubici. Po celou dobu by měla sestra s pacientkou komunikovat. Pokud začne vytékat moč, může odebrat vzorek na požadované vyšetření (pokud je ordinováno). Pokud moč odtéká, do balónku vstříkne 5 až 10 ml fyziologického roztoku nebo destilované vody, aby cévka nevypadla. Poté postříká dezinfekcí konec katétru a konec sběrného sáčku a napojí jej. Na sáček napíše čitelně datum katetrizace a pověsí ho na okraj lůžka. Nakonec sestra zkontroluje, zda katétr odvádí moč, zkontroluje pacientku, zajistí úklid a dekontaminaci použitých pomůcek a nástrojů, popř. převlečení znečištěných lůžkovin. Vše zapíše do dokumentace: datum a čas zavedení, velikost katétru, množství tekutiny použité do balónku, komplikace nebo nežádoucí reakce pacientky.

Dále pak záznamy o množství moči, barvě, zápachu, příměsích, odběr moči na případné vyšetření a další. (8, 11, 20, 29)

Během celého výkonu sestra komunikuje s pacientkou (pokud je při vědomí) – vysvětluje postup. Po výkonu provede sestra poučení pacientky o důležitosti zvýšené hygieny (umývání mýdlem a vodou), dostatečné hydrataci (až 3 litry za den), o správném gravitačním uložení sběrného sáčku (musí být stále níže než je močový měchýř, např. při chůzi) a o výskytu nepříjemných pocitů (bolest, pálení, řezání atd.), které by měla pacientka ihned hlásit sestře nebo lékaři. Zavádění permanentního močového katétru může provádět jedna sestra sama nebo dvě sestry. Záleží však na její zručnosti a stavu pacientů. (8, 29)

1.2.2 Zavedení permanentního močového katétru u mužů

U mužů zavádění permanentního močového katétru provádí lékař za asistence sestry nebo zkušená a výkonu kompetentní sestra za pomoci druhé sestry. Cíl je stejný jako u žen, to znamená zavedení permanentního katétru u inkontinentních pacientů, po určitých operacích, v kritických stavech, atd. Úkolem sestry je asistence lékaři, příprava pomůcek a pacienta. Pacient zaujímá vodorovnou polohu na zádech s nataženými dolními končetinami. Příprava pacienta je stejná jako u zavádění katétru u ženy. Pomůcky v cévkování muže a ženy se liší pouze ve vybraném katétru, kdy u mužů se používá Tiemannova cévka o velikosti 14 – 18 a délce 41 cm (rovný, se zahnutým kuželovitě protáhlým zobákem). Také si sestra připraví Mezocain gel, který napomáhá jednoduššímu zavedení cévky do močové trubice. (8, 11, 14, 20)

Opět by sestra měla začít tak, že informuje pacienta o důvodu zavedení katétru a zabezpečí jeho soukromí. Pracovní postup je následující: sestra připraví lékaři sterilní rukavice, podloží pacientovi pánev, zarouškuje pacienta, opět ke stehněm položí velkou emitní misku, do stříkačky natáhne fyziologický roztok a upevní sáček k lůžku. Mezitím si lékař navleče sterilní rukavice. Sestra mu poté podá tři tampóny polité dezinfekcí, připraví cévku, jejíž konec namočí do Mesocain gelu, a podá ho lékaři, který ho zavede rukou ve sterilní rukavici nebo pomocí sterilní pinzety. Celou dobu zavádění katétru by měla sestra komunikovat s pacientem. Další postup je stejný jako u cévkování ženy (po ukončení se sestra postará o uklizení

pomůcek, pohodlí pacienta, vysvětlení zásad správné manipulace s katétre a upozornění na možné komplikace – krvácení, pálení, svědění, zapsání do dokumentace, kontrolu moči a pacienta). (8, 11)

1.2.3 Komplikace

Kromě nejčastěji se objevující infekce se setkáváme s prosakováním moči kolem močového katétru, poranění močové trubice, vytažením (vypadnutím) katétru z močového měchýře, zavedení katétru do pochvy, vznikem inkontinence, objevením dekubitu v oblasti ústí močové trubice, bolestivostí, ucpáním katétru, hematurie (krev v moči), zánětem močové trubice či anatomickými rozdíly močových cest. (11, 29)

Infekce močových cest patří k nejčastějším nozokomiálním nákazám, proto by se močové katétrů měly zavádět v jasných zdravotních indikacích (příloha 1). Předpokladem minimalizace vzniku možných komplikací je zavedení katétru kompetentní osobou, aseptický postup, důkladná hygiena urogenitální oblasti, pravidelná kontrola průchodnosti cévky. Dále pak je důležité zavádět permanentní katétr jen na nezbytně nutnou dobu. Svě účely má i čistota lůžkovin a zevní prostředí kolem pacienta. Riziko vzniku močové infekce prudce stoupá s počtem dnů zavedeného katétru (většinou od šestého dne po zavedení). Infekce se může projevit začerváním, pálením a bolestivostí v oblasti genitálu, zvýšenou teplotou pacienta, na první pohled krví v moči a laboratorně bakteriemi a leukocyty v moči. Komplikací močové infekce může být přesun bakterií vzestupnou cestou až do ledvin, tzv. pyelonefritida (zánět ledvin). Mezi prevencí vzniku infekce patří samozřejmě i včasná výměna katétru (většinou se mění po 21. dnech po zavedení). Léčba močové infekce spočívá v podání specifických antibiotik a dostatečného pitného režimu (více jak 2 litry za den).

Důležitá je i pravidelná kontrola katétru sestrou, která sleduje: usazeninu v katétru, která by bránila odtoku moči, krev v moči, těsnost drenážního systému, únik moče kolem katétru. Dále pak neodpojovat drenážní systém pokud to není výhradně nutné, a je-li sběrný sáček níže než močový měchýř a samozřejmě množství vyloučené moči, které sestra zapisuje do dekurzu. (7, 11, 14, 27, 29)

„ Z uvedeného pak vyplývá skutečnost, že ani tento velmi frekventovaný výkon není pro pacienta zcela bez rizika, vyžaduje dokonalou znalost indikací, kontraindikací, techniky výkonu, přípravy pomůcek i pacienta a výskytu komplikací po provedené katetrizaci močového měchýře (29, str.2).“

1.2.4 Sledování moči

U moči lze sledovat různé parametry jako je: množství, barva, zápach a hustota, což je fyzikální vyšetření moče. Samozřejmě moč lze dále sledovat pomocí různých metod na chemické, biochemické a mikrobiologické vyšetření moče. Všechna jmenovaná vyšetření se provádějí na standardních odděleních v nemocnicích, v domovech pro seniory a v agenturách domácí péče na základě ordinace lékaře. Ne všechna však lze provést u pacientů s permanentním močovým katétrem, pokud jsou v domácím prostředí. (8, 20)

Fyzikální vyšetření může sestra provádět sama. Množství (*diurézu*) sleduje tak, že zapisuje příjem a výdej tekutin za 24 hodin. Množství moče může ovlivnit druh přijímané potravy (tekutá strava, ovoce, zelenina, čaj a káva tvorbu moči podporují), teplota prostředí (v létě a v teplených prostorách ztrácí člověk tekutiny potem), zdravotní stav a typ přijímaných léků (diuretika zvyšují množství moči). Sestra se ptá nebo sleduje, kolik tekutin pacient přijal za celý a při tom sleduje množství moči vyloučené do sběrného sáčku, které musí pravidelně zapisovat, při každém vypouštění sáčku. Člověk fyziologicky vyloučí za 24 hodin 1000 až 2000 ml moče (samozřejmě závisí to na příjmu tekutin). Může se objevit zvýšené množství vyloučené moči (*polyurie*), což je více moči než 2500 ml za den. Snížené množství moči neboli *oligurie* je snížená tvorba moči na množství pod 500 ml za 24 hodin, způsobené například horečkou, pocením, sníženým příjmem tekutin. Vyskytuje se i *anurie*, což je tvorba moči méně než 100 ml za den. Dále se pak sleduje barva moči, kterou určují žlučová barviva. Zdravá moč má jantarově žlutou barvu. Při oligurii je většinou výraznější barva a při polyurii slámově žlutá. Červenohnědá moč se objevuje při vysokých teplotách, kdy zbarvení vyvolává zvýšený obsah urobilinogenu. Moč může obsahovat i hnis, který se usazuje na dně sběrného sáčku. Aromatický zápach má čerstvě vyloučená moč, je-li moč dlouho stojatá, má pak

ostrý, čpavý zápach. To může sestra cítit při vypouštění sběrného sáčku. Vyšetření hustoty moči je závislé na množství vyloučené moči a na přítomnosti látek v ní obsažených. Normální hodnota je 1018 – 1026 cm³. Nižší hodnotu má pokud je řidší a je ji hodně. Vyšší hodnotu specifické moči lze naměřit, je-li moči málo a je hustší. K tomuto vyšetření potřebuje sestra odměrný válec na moč, urometr (hustoměr), rukavice, buničitou vatu. Sestra si navleče rukavice, nalije alespoň 100 ml sebrané moči do válce (musí být na rovné ploše ve výšce očí). Pokud vznikne na moči pěna, musí ji sestra lehce nechat vsát do buničité vaty. Poté se do válce opatrně vnoří urometr bez toho, aby se dotýkal stěn válce (jestli se dotkne stěn, urometr vyndá, omyje ho destilovanou vodou a znovu ponoří). Výslednou hodnotu sestra odečítá ve výšce očí, výsledek a množství moči zapíše do dekurzu. (8, 14, 20)

Chemické vyšetření moče se provádí diagnostickými indikátorovými papírkami, které by měli být na každém oddělení a patřit mezi vybavení sestřiček v agenturách domácí péče. Sestra si připraví močovou nádobu, skleněnou tyčinku na promíchání moči, rukavice, diagnostické papírky a buničitou vatu. Toto vyšetření by se mělo provádět až dvě hodiny po odběru. Sestra začne tím, že si navleče rukavice, promíchá moč a ponoří papírek kolmo do nádoby s močí. Ponechá se v moči alespoň 30 vteřin (dle výrobce), poté se vyndá a položí na buničitou vatu a po uplynutí reakčního času sestra porovná zbarvené výsledky s barvami na obalu od diagnostických proužků. Pomocí těchto diagnostických papírek lze orientačně zjistit přítomnost bílkoviny, cukru, ketolátek, krevního barviva, pH moče. Fyziologické rozmezí moče je mezi 4,5-7,0. pH moče za normálních podmínek významně ovlivňuje složení potravy, léky, přítomnost močové infekce apod. Sestra zaznamenává acidózu, což je hodnota pod 5,5 a alkalózu, jako hodnotu vyšší než 7. (5, 8)

Biochemické vyšetření moči lze provést kvalitativně a kvantitativně. Toto vyšetření zjišťuje přítomnost specifických látek v moči. Kvalitativním vyšetřením zjistíme bílkoviny, glukózu, ketolátky a žlučová barviva v moči, kdy sestra odebere vzorek z první ranní moče pacienta. Nejprve vyšetření moč fyzikálně a chemicky, a pokud je nález pozitivní, přelije moč do zkumavky a pošle ji do laboratoře, kde provedou mikroskopické vyšetření. Zde mohou zjistit přítomnost erytrocytů,

leukocytů, epitelových buněk, válců, krystalů, bakterií, kvasinek a soli. Toto vyšetření lze označit jako „moč + sediment“. Na kvantitativní vyšetření moče musí sestra získat moč od pacienta za určitý čas, např. 3, 6, 12 a 24 hodin. Např. sběr moči za 3 hodiny se nazývá Hamburgerův sediment a sběr za 12 Addisův sediment. Sestra při tomto vyšetření poučí pacienta, aby se hned ráno po probuzení vymočil do záchodové mísy, a poté bude močit do sběrné označené nádoby požadovaný čas. Po ukončení sestra moč pečlivě promíchá, na žádanku napíše výšku a hmotnost pacienta, čas sběru, diurézu a měrnou hmotnost moči. Toto vyšetření se u pacientů se zavedeným permanentním katétrek tolik nepoužívá. (8, 31)

Součástí *mikrobiologického vyšetření* je vyšetření na bakteriologickou a virologickou analýzu. Jde především o kultivaci a citlivost moče, tedy stanovení citlivosti patogenu na antibiotika. Vzorek moče získat spontánní mikcí, cévkováním jak jednorázovým tak z permanentního katétru, nebo i suprapubickou punkcí. Vzorek se posílá do laboratoře. (8, 9)

1.3 Onemocnění, při kterých se zavádí permanentní močový katétr

Zavedení permanentního močového katétru má mnoho příčin. Mohou souviset s urologickými onemocněními jako např. onemocnění ledvin, inkontinence moči, překážky v močovém měchýři, radikální prostatektomie, hematurie a další. Objevují se i další onemocnění nebo úrazy, při kterých se musí zavést permanentní močový katétr, alespoň na několik dní. Jde např. o plegie (ochrnutí), onkologické nemoci, polytraumata, Alzheimerova choroba, roztroušená skleróza atd. Tito pacienti jsou většinou propuštěni z nemocnic do domácího léčení, pokud mají zajištěnou péči. Může jít třeba i o imobilní pacienty. Nejlépe by se však měla cévka odstranit již v nemocnici a pacient by měl být zdrav. Tím se pak přechází všem možným problémům souvisejícím s komplikacemi při zavedení permanentního močového katétru. (18, 22)

1.3.1 Urologická onemocnění

Mezi tato onemocnění patří již zmíněné nemoci. Navíc můžeme zavádět permanentní močový katétr při retencích moče, nebo když potřebujeme zjistit příjem a výdej tekutin.

Při glomerulonefritidě dochází k zánětlivé reakci v ledvinách způsobená vazbou imunitních komplexů v glomerulu (ledvinová klubička). Dochází k tvorbě protilátek proti vlastním ledvinovým buňkám (tzv. autoimunitní onemocnění). Projevuje se hematurií, proteinurií, hypertenzí, otoky (nejprve v oblasti očních víček, později kolem kotníků a chodidel), oligurie a urémie. Glomerulonefritidu lze léčit antibiotiky, omezením soli, podáváním diuretik a vazodilatancí a především klidem na lůžku do odeznění příznaků. Sestra každý den váží pacienta, měří a zapisuje příjem a výdej tekutin, sleduje fyziologické funkce (především krevní tlak), pečuje o případně zavedenou cévku. (18, 22)

Adenom prostaty tvoří překážku v odtoku moče z močového měchýře. Dochází ke zbytnění svaloviny až k jejímu ochabnutí, kdy se moč z měchýře přestane vylučovat. Adenom způsobuje obtíže při močení: proud moči je slabý, objevuje se nykturie (noční močení), pacient musí při močení tlačit, bolestivost. Postupně se problémy stupňují. Léčba je farmakologická, úprava životosprávy, zavedení permanentního močového katétru a případně prostatektomie. Sestra má na starost sledování celkového stavu pacienta, monitorování fyziologických funkcí, dopomoc při hygieně, zabezpečí správnou stravu (nepodává ostrá, těžká, překořeněná a přesolená jídla) a dostatek tekutin, zabrání zácpě a kontroluje dostatečně močový katétr. Tito pacienti jsou většinou propuštěni na doléčení do domácího prostředí i s katétre. (23)

Inkontinence je samovolný odchod moči (nechtěné odtékání), který způsobuje sociální, zdravotní, psychické nebo hygienické obtíže. Nejde o nemoc v pravém slova smyslu, vyjadřuje spíše příznak, který má různé příčiny. Prevalence se zvyšuje s věkem. Může se objevit klidně již ve 40 letech. Při dočasné inkontinenci se postupně permanentní katétr vyndává a pacient se učí znovu správně vylučovat. Úplná inkontinence souvisí spíše s neurologickým onemocněním. Inkontinenci dělíme na stresovou, urgentní, reflexní a tzv. inkontinence z přetékání (paradoxní

ischurie). Léčba se odvíjí od typu inkontinence. Vše záleží na celkovém stavu pacienta, zda je schopný pohybu alespoň s pomocí, nebo zda je plně imobilní, kdy péči o hygienu, dostatečný pitný režim, výživu a péči o permanentní katétr přebírá pečovatelský personál. Cílem ošetrovatelské péče je zachování nebo obnovení normálního vylučování moče. (13, 14, 23)

Další příčinou zavedení močového katétru je retence moči. Lze ji rozdělit na akutní retenci moči, což je charakterizováno jako bolestivý močový měchýř při palpaci, kdy se nelze vymočit. Chronická retence je naopak definována jako nebolestivý močový měchýř. Palpačně ho lze vyhmatat až po vymočení, což může vést k inkontinenci. (13)

Hematurie znamená přítomnost krve v moči. Za fyziologických okolností se erythrocyty v moči nevyskytují nebo jen zcela minimálně. Makroskopickou hematurii lze pozorovat zrakem, kdy moč je zbarvená do červena nebo hněda. Mikroskopickou hematurii zjistíme pouze laboratorním vyšetřením, která může být zjištěna náhodně. Barvu moče ovlivňuje menstruace u žen či u žen po porodu. Potom je vhodné vyšetření zopakovat. Hematurii je možné rozdělit dle místa krvácení. Prerenální, kde zdroj je mimo ledviny např. porucha krevní srážlivosti. Renální se objevuje při glomerulonefritidě, močových kamenech, cystách, nádorech, zhmoždění ledvin a její poranění a další. Posledním typem je postrenální hematurie, kde zdrojem krvácení je v močových cestách nebo prostatě. Jako každé onemocnění, tak i hematurie má různé příčiny. Mezi nejčastější patří porucha krevní srážlivosti, hyperplazie a rakovina prostaty, urolitiáza, tuberkulóza ledviny, infekce močových cest, nádory, cysty, záněty, cizí tělesa v močových cestách nebo po úrazech. Barvu moči mohou také způsobit některé potraviny jako červená řepa nebo léky (např. rifampicin) Ve většině případů je proto indikací zavedení permanentního katétru pacientovi. (4, 15, 18)

Pokud chce sestra zjistit příjem a výdej tekutin u pacienta, musí počítat, kolik toho pacient vypije a vyloučí za den. Do příjmu se počítá pitná voda, čaj, polévky, infúze, nikoli mléko. Vše se musí řádně zapisovat do tabulky pro příjem a výdej tekutin. Při výdeji moči pacient do připravené označené nádoby, případně se pacientovi zavede permanentní katétr. Může jít o dlouhodobé sledování, kterým lze zjistit, zda ledviny pracují fyziologicky a zda se v těle nezadržuje voda. To se pak

může projevit otoky např. kolem kotníků. Je to proto další důvod zavedení permanentního katétru, pokud je pacient dlouhodobě imobilní. (7, 11, 29)

1.3.2 Ostatní onemocnění

Důvodem, proč zavést permanentní močový katétr, nemusí přímo souviset pouze s nemocí močového systému. Je i několik dalších důvodů, proč cévku zavést indikovat. Jak je zmíněno výše, může jít o polytraumata, plegie, onkologické nemoci nejen v terminálním stadiu, imobilní pacienty. Jde spíše o usnadnění pacientova života vůbec. Plegie je úplná ztráta hybnosti končetiny. Nejčastěji se objevuje hemiparéza, hemiplegie, což je porucha hybnosti poloviny těla, která je způsobená nejvíce centrální mozkovou příhodou, kdy pacient zůstává upoután na lůžko a péče spočívá v rukou sester a později i rodiny, případně pečovatele. Samozřejmě, že důvodem, proč zavést katétr, jsou i další poruchy hybnosti jako např. paraparéza, paraplegie, kvadraparéza a kvadraplegie.

Často se také zavádí katétr u lidí v terminálním stadiu života. Může se objevit u kteréhokoli onemocnění, jak u Alzheimerovy choroby, roztroušené sklerózy a další. Nejčastěji se však setkáváme s permanentním katétrem u imobilních pacientů. Otázkou však je, zda je to pro ně vhodnější než používat plenky. Je několik pro a proti. Např. pomocí katétru lze snadněji hlídat výdej a příjem tekutin u pacienta. (17, 30)

1.4 Edukace klienta se zavedeným permanentním močovým katétrem v domácím prostředí

Cílem edukace pacienta s permanentním katétrem je zabránit především vzniku infekce. Aby tato komplikace nevznikla, je úkolem sestry, ale i lékaře, edukovat samotného pacienta, jeho rodinu, pečovatele, o správném ošetřování. Ale co tento výraz znamená?

1.4.1 Co je edukace

Edukace v ošetřovatelství má svoji nezastupitelnou roli. Sestra má za úkol uspokojovat biologické, fyziologické, sociální a spirituální potřeby pacienta, tudíž se

stává nejen ošetrovatelkou, ale i obhájkyní, partnerkou, manažerkou, vychovatelkou a edukátorkou. Edukaci lze chápat jako proces výchovy a vzdělávání pro pacienty a jejich blízké. Dá se říci, že je nástrojem na zabezpečení účasti pacienta a jeho rodiny na procesu poskytování zdravotní péče. Vyučování a vzdělávání není doménou pouze pedagogické disciplíny, ale má i multidisciplinární význam. (21, 26)

Mezi edukací a výchovou ke zdraví je blízká souvislost, protože výchova ke zdraví je její součástí, (edukace) stejně jako edukační činnost sestry, které napomáhají rozvoji její osobnosti. Na edukaci se podílejí různí zdravotničtí pracovníci. Kromě sester to mohou být lékaři, fyzioterapeuti, rehabilitační a sociální pracovníci a další. Aby byla edukace účinná, vypracovávají se stále nové edukační standardy obsahující zaměření, cíle, kritéria edukace, způsob hodnocení a metodiku kontroly standardu. Další jsou dostupné nebo stále se připravující edukační materiály v podobě verbálních nebo obrazových předmětů. Edukace v oblasti zdraví musí probíhat v určitém edukačním procesu. Jde o proces poskytování ošetrovatelské péče, při výchově ke zdraví, prevenci, diagnostice a léčbě. Edukační proces v ošetrovatelství představuje jistou formu záměrného poskytování informací vztahujících se na daný problém pacienta, které se uskutečňuje ve specifickém prostředí a ve vzájemném vztahu mezi sestrou a pacientem. (6, 26, 32)

Edukátor je jakýkoli účastník edukační aktivity, např. sestra, lékař, učitel, lektor, instruktor. Edukant je kterýkoli objekt edukace bez ohledu na věk, pohlaví, typu léčby, diety, atd. Aby edukace splnila svůj účel, musí být mezi edukátorem a edukovaným vzájemný vztah. (32)

Edukační prostředí je místo, kde se edukace odehrává. Prostor by měl být optimální, pohodlné a příjemné pro edukátora i edukanta. Než sestra začne edukovat pacienta, měla by zajistit prostředí bez hluku, intimitu, příjemné osvětlení a především mít na pacienta čas. Což lze nejlépe v domácím prostředí daného pacienta. Sestry musí absolvovat nejen základní kvalifikační přípravu na své povolání, ale také se samy i během výkonu povolání vzdělávat, navštěvovat odborné semináře a různé specializace ve svém oboru. V povolání zdravotní sestry jde o celoživotní vzdělávání, technika se stále vyvíjí a vznikají různé nové postupy v ošetrování.

Edukace má také své zásady, které by měl edukátor dodržovat. Sestra si musí stanovit cíle tak, aby vycházely z potřeb pacienta, udržovat stálý kontakt s pacientem, čekat od něj zpětnou vazbu, podporovat a povzbuzovat ho, využít jeho dosavadních znalostí a schopností chápat všechny informace. Aby všemu edukant rozuměl, měla by sestra komunikovat jasně (bez odborných výrazů), stručně a zřetelně. Hlavním cílem edukace je dosažení co nejvíce znalostí pacienta o daném problému, který se ho týká. Např. riziko infekce močových cest, neschopnost zvládat ošetrovatelskou péči o katétr apod. Cíle edukace jsou krátkodobé a dlouhodobé. Lze je také rozdělit na kognitivní, afektivní, behaviorální. Během edukace si sestra vede záznam o tom, co už bylo zodpovězeno a co je třeba provést nebo případně zopakovat. (24, 32)

Edukační proces má tři fáze: plánování, realizace, hodnocení. Plánování neboli projektování je přípravná fáze, která má za cíl sledování odpovědí a souboru otázek. V otázce *proč?*, se hledá smysl, účel změny, které se má docílit. Při ošetřování pacienta sestra sleduje jeho stav, pátrá po příčinách, proč se např. pacient nechce zúčastnit na procesu léčení, zjišťuje reakce na různé postupy a metody léčby, jeho schopnost učit se, úroveň jeho vědomostí, mentálních schopností a ostatních důležitých věcí. V otázce *koho?*, se představuje objekt, kterého se edukační situace konkrétně týká, jaká je jeho diagnóza, konkrétní problémy, např. retence moče, hyperplazie prostaty, onkologické onemocnění apod. Edukanty může rozdělovat věk, pohlaví, vzdělání, zkušenosti, jazyk, minorita, životní styl, hodnotový systém, názory na zdraví a nemoc, sociální prostředí a společensko ekonomické poměry. *Co edukovat?*, uvádí soubor cílových aktivit, které mohou mít podobu vědomostí, schopností, zručností a postojů. *Jak edukovat?*, je způsob podání informací, který je spjat s procesem stanovení priorit a rozhodování o metodách vyvolávajících změnu. Znamená to celkově sledovat jednotlivce, skupiny a jejich motivaci, orientaci v problému, emocionální podporu a jejich celkový bio-psycho-sociální stav. V otázce *za jakých podmínek?* edukovat, představuje materiální, časové, organizační, prostorové a personální zajištění edukace. V poslední otázce *s jakým efektem?*, se hodnotí, zda sestra splnila svůj stanovený cíl a zhodnotila dosažené změny. Např.

úspěšná prevence komplikací, spojených se zavedeným permanentním močovým katétre.

Druhá fáze procesu – realizace, spočívá ve schopnosti motivovat jednotlivce či skupinu ke spolupráci. Ale získat pacientovu důvěru je někdy velmi obtížné. Pokud je pacient v nemocnici pod tlakem léčebných postupů, cizího prostředí a stresu, může nerušeně vykonávat dané aktivity pod dohledem zdravotníků, ale po skončení hospitalizace motivace už není tak silná. Proto je v roli sestry průběžně motivovat a posilovat sebedůvěru pacienta. Zde lze použít individuální, skupinovou či hromadnou formu edukace. Skupinovou edukaci je možné sestavovat podle typu onemocnění a situace pacientů, kde všichni navzájem spolupracují, umožňuje pacientovi získávat informace vzácnými zkušenostmi a podporou ostatních. Do skupinové edukace lze zařadit přednášku, besedu, diskuzi, klubové setkání, atd. (32)

Třetí fází je hodnocení edukace, které má za cíl zjišťování, rekapitulování a posuzování dosaženého stavu procesu. Když sestra správně nezhodnotí edukaci, nemůže zjistit jeho efektivnost. Tato fáze vyžaduje systematičnost, spolehlivé metody, projevy jednotlivce. Na hodnocení je potřebný čas a prostor. Pokud dojde k nesprávné a neefektivní informovanosti pacienta sestrou, musí začít znovu a vyvarovat se chybám, kterých se dopustila.

Ke správné edukaci napomáhá řada faktorů: komplexnost, motivace, pohotovost a zpětná vazba. *Kompliance* je důležitým aspektem pro získávání nových poznatků v přáních pacienta po poznání a přímé účasti na osvojování vědomostí a poznatků. Poddajnost, nebo-li ochota, se objeví u pacienta, pokud sám cítí, že má potřebu se něco nového naučit, vynakládá na to svoji vlastní energii, což je pozitivním ukazatelem. *Motivace* k edukaci vyjadřuje vnitřní požadavky jednotlivce nebo sílu, která na něj pozitivně působí. Motivace je nejúčinnější tehdy, když jedinec cítí a věří, že bude uspokojen dostatečným, srozumitelným a potřebným získáním informací. Proto je úlohou sestry pomoci pacientovi, aby se sám pokusil problém řešit. Faktorem *pohotovost* se rozumí připravenost na edukaci. Zde má pacient aktivní účast na tvorbě edukačních plánů a diskuzích, tím vytváří tento proces smysluplnější, učení je rychlejší a uchovává si více vědomostí. Posledním faktorem je *zpětná vazba*. Jde o informaci, která má vztah k uskutečňovanému

smysluplnému cíli daného jednotlivce. Opakování důležitých informací, činností a zručnosti napomáhá si je lépe zapamatovat. (32)

V dnešní době je velké množství vyučovacích metod, které rozhodují o správném směřování ke stanovenému cíli. Do edukačních metod patří: slovní (výklad, přednáška, rozhovor), názorně demonstrační, praktické, sdělovací, motivační, diagnostické kombinace s vyučovacími formami a pomůckami. Mezi edukační materiály lze započítat leták či brožuru, kterou by sestra měla pacientovi poskytnout, tiskové materiály, a v dnešní modernizované době i CD, DVD a VHS média. Pacient by se měl všechny pomůcky osahat, prohlédnout, prostudovat. (24)

Při každé edukaci musí sestra pamatovat na dodržování zásad edukace, na možné překážky, znesnadňující tuto činnost. Sestra se musí ubezpečit v důvěře pacienta, bez té by výsledek byl poloviční. Samozřejmě, že existují i faktory, které ovlivňují samotného edukovaného, např. únava, bolest, nezájem, pasivita, pesimismus, strach, obava, nevhodná doba a prostředí. (24, 32)

1.4.2 Správná komunikace sestry

Komunikace je důležitá oblast sociálních dovedností. Sestra používá komunikaci s pacientem jako součást profesionálního vybavení, které slouží k navázání a rozvíjení kontaktu s pacientem. V práci zdravotní sestry jde především o komunikaci s nemocným. Komunikace musí být efektivní, proto je několik postupů jak správně s nemocným hovořit, kdy mluvčí i příjemce dostává důležité informace. Informace musí být ve srozumitelné formě, bez odborných termínů, musí zachovávat důstojnost pacienta. I nemocný by měl mít prostor na dotazy a zopakování. Při každodenním styku s nemocným člověkem poskytuje sestra oporu a pomoc v těžkých chvílích.

V praxi rozlišujeme tři druhy profesionální komunikace. *Sociální komunikace* je běžný hovor, kontakt s nemocným, kdy se vytváří vztah nemocného k ošetřujícím osobám. Pacient při hospitalizaci má omezenou možnost komunikace, proto je rád za každé slovo např. při hygieně, jídle, v rámci ošetřování. *Specifická (strukturovaná) komunikace* je oblast, kdy se sdělují důležitá fakta (edukace, postupy léčby, atd.). Sestra při této komunikaci musí dát pozor na srozumitelnost sdělení, přijatelnou

formu s ohledem na stav nemocného. Příkladem tohoto typu je např. sdělování postupu vyšetření, objasnění dietního opatření, informace o možných rizicích. Posledním typem je *terapeutická komunikace*. Tato komunikace se využívá při terapeutickém rozhovoru, kde má za úkol zvýšit účinnost léčebných a ošetrovatelských postupů. (28)

1.4.3 Edukace na standardním oddělení nemocnic

Nejčastěji se lze setkat s pacientem, který má permanentní močový katétr, na urologickém oddělení nemocnic. Urologické oddělení zabezpečuje komplexní péči pro pacienty s onemocněním ledvin a močových cest. Součástí je činnost ambulantní, operační, lůžková a jednotka intenzivní péče. Oddělení zajišťuje i služby pacientům při diagnostice a radikální chirurgické léčbě nádorových onemocnění. Standardní jednotka je vybavena podobným způsobem jako běžné oddělení. Charakter práce sestry závisí na důsledném dodržování aseptických postupů, péče o velké množství druhů močových katétrů, uretrálních sond, aplikace a podávání specifických skupin léků a další. I zde se sestra dostává do role edukátorky. Pokud je pacient propuštěn do domácího léčení s permanentním katétre, musí sestra pacienta řádně edukovat. To znamená poučit ho, jak správně pečovat o katétr a vše mu názorně ukázat. Mezi hlavní zásady patří pitný režim, sledování barvy a množství moče, průchodnost cévky, důkladná hygiena, sledování okolí ústí močové trubice, zda není přítomno zarudnutí a jiné poškození sliznice. Domluvit kontrolu nebo případné vyndání cévky na ambulanci, dispenzarizaci na urologii a pravidelné výměny katetru max. po třech týdnech od předchozího zavedení.

Úkolem sestry je pacientovi poskytnout dostatečné informace v tištěné podobě (příloha 2), nebo v ústním podání. Samozřejmě musí dát pacientovi prostor na zodpovězení otázek a na zpětnou vazbu. Jde o první zmínku možných komplikací a o péči o permanentní katétr, kterou pacientovi sestra poskytne. Úkolem sestry je, aby se pacient po správné edukaci cítil dostatečně sebevědomě a nebál se sám, nebo s pomocí jeho nejbližších pečovat o permanentní katétr. (25)

1.4.4 Edukace pacienta v domovech pro seniory

Po propuštění z nemocnice se mohou pacienti dostat i do domova pro seniory, pokud nemají nikoho ve svém bezprostředním okolí, kdo by jim mohl pomoci. Domov pro seniory poskytuje pobytovou službu seniorům v nepříznivé sociální situaci v souvislosti s vysokým věkem, změnami zdravotního stavu a závislost na pomoci jiné osoby. Zajišťuje bydlení, které je důstojné a nahrazuje vlastní zázemí podobající se jejich domovu. Podporuje soběstačnost, běžný a důstojný způsob života uživatelů. Samozřejmě zajišťuje ohleduplné zacházení při poskytování zdravotní a sociální péče odpovídající zdravotnímu stavu a přání klienta. Domov pro seniory poskytuje služby přizpůsobené individuálním potřebám uživatelů, posiluje jejich odpovědnost, podporuje využití vlastních schopností, čímž posiluje jejich sebedůvěru a soběstačnost. Podporuje veřejné služby a spolupráci s rodinou. Pokud má sestra v péči pacienta s permanentním katétre, musí se o něj řádně starat. Musí pravidelně kontrolovat barvu moči, průchodnost, zda neteče moč kolem cévky, hlídat zda se netvoří dekubit v okolí ústí močové trubice, provádět řádnou hygienu, upozornit na případné známky infekce jako je pálení, svědění nebo bolestivost, zajistit dostatečný pitný režim a v neposlední řadě hlídat dobu zavedení katétru, která by neměla být delší než jednadvacet dní. Po uplynutí této doby je dobré pacienta přecévkovat správným způsobem (viz kapitola 1.2.1). Pokud je to možné, tak se snažit mít katétr zavedený co nejkratší dobu. (1, 29)

1.4.5 Edukace v domácí péči

Pokud je pacient propuštěn do domácího léčení a nemá se o pacienta kdo starat, může se obrátit na agenturu domácí péče, tedy na její sestry. Máme dva druhy domácí péče a to: domácí zdravotní péče komplexní (home care), což je otevřený systém individuální péče, která poskytuje zdravotní a sociální formy péče; druhým typem je home help, kde jde pouze o sociální pomoc a péči. Jde o péči poskytovanou multidisciplinárním týmem, kam patří lékaři, všeobecné sestry, sestry specialistky, rehabilitační pracovníci, pečovatelé, dobrovolníci, rodinní příslušníci, přátelé a známí klienta. Velkou výhodou tohoto typu péče je vlastní sociální prostředí pacienta v rozsahu dvacet čtyři hodin denně, sedm dní v týdnu, tedy nepřetržitě. Podle

poskytované péče rozlišujeme tři typy péče. První je *základní* zdravotní a sociální péče, kam patří osobní hygiena, prevence a léčba proleženin, příjem tekutin a stravy, doprovod, úklid a úprava domácího prostředí. Do *odborné* zdravotní a sociální péče lze zahrnout sledování fyziologických funkcí, odběr biologického materiálu, podávání léků, převazy, zavádění katétrů a sond, aplikace injekcí, infúzí, rehabilitace, edukace pacienta. Ve třetím typu péče neboli *specializované* zdravotní a sociální péči lze nabídnout pacientovi podpurnou psychoterapii, odborný monitoring u dlouhodobě a chronicky nemocných, dietní terapii atd. Domácí péči či pomoc doporučí ošetřující lékař, sociální pracovník, nebo si ji nejbližší příbuzní zajistí sami, pokud se z nějakého důvodu o své blízké nedokáží postarat.

Samozřejmě i samotná sestra musí vše řádně kontrolovat, sledovat včasnou a sterilní výměnu močového katétru. Měla by zabránit možným komplikacím, které se mohou v souvislosti se zavedeným močovým katétrem objevit. Jde např. o únik moče kolem katétru, poranění močové trubice při zavádění, vytažení popř. vypadnutí katétru z močového měchýře, vznik zarudnutí či dekubitu v oblasti ústí močové trubice v souvislosti s opakovaným a dlouhodobým zaváděním cévky, o sledování zda barva moče nemá jinou barvu než slámově žlutou a především jde o riziko vzniku infekce, která se projevuje zvýšenou tělesnou teplotou. Také pacient musí být dobře poučen o manipulaci s katétrem, dbát na opatrnost při pohybu a chůzi, aby nedošlo k vytažení katétru. (7, 12, 29)

Proto jsou i tady sestry z agentur v rolích edukátorek. Má-li sestra takového pacienta v péči, měla by sama dobře vědět, na co samotného pacienta nebo jeho blízkého upozornit. Jedná se o běžné denní ošetřování močového katetru, např. manipulace, vylévání a výměny sběrného močového sáčku, hygienu, prevenci výše uvedených komplikací apod. (24)

1.5. Problematika ošetrovatelské péče v domácím prostředí

U pacientů s permanentním katétrem je důležité zajištění kvalitní ošetrovatelské péče. V domácím prostředí se o ně mohou starat příbuzní, zdravotní sestry z agentur domácí péče či v případě obyvatel domovů pro seniory zde působící

sestry. Pokud to umožní jejich stav, tak i oni sami. Předem by měli být ale dostatečně edukováni zdravotním personálem – sestrou či lékařem.

1.5.1 Hygiena

Nejvíce problému nastává v oblasti hygieny. Pokud se o tyto pacienty stará další osoba, je důležité jí popsat nebo nejlépe názorně ukázat, jak správnou hygienu provádět. Hygiena by se měla provádět dvakrát denně (ráno a večer), případně dle potřeby. Dle stavu pacienta buď na lůžku, nebo v koupelně. Do hygieny řadíme: péči o osobní a ložní čisté prádlo, čištění zubů a péči o dutinu ústní, česání a péči o vlasy, čištění uší, stříhání nehtů, mytí celého těla nemocného, hygienické vyprazdňování, prevenci a ošetření případných dekubitů. Sestra či příbuzný by si měl připravit pomůcky na hygienu – rukavice, dvě žínky, mýdlo, šampón, vatové štětičky, dva ručníky, sterilní tampónky nebo čtverce s dezinfekcí na očištění ústí močové trubice a katétru, nůžky na nehty, zubní kartáček a pastu, hřeben, masážní krém, čisté ložní a osobní prádlo. Pokud je pacient ležící, vezme si sestra ještě emitní misku, kelímek na vodu, dvě umyvadla (jedno na vodu s mýdlem, druhé bez mýdla), nepromokavou podložku. Hygienu začínáme u hlavy a pokračujeme směrem k dolním končetinám. Žínku, kterou sestra umyla dolní končetiny, nesmí použít na genitál. Po provedení celé hygieny, sterilními čtverci s dezinfekcí očistíme ústí močové trubice a cévku. Při hygieně kontroluje sestra či pečovatelský personál krvácení z močové trubice (zejména u mužů), barvu a zápach moče, případné zčervenání v okolí zavedení cévky či výtok z močové trubice. Pokud se objeví některá z těchto komplikací, řádně místo ošetříme baktericidní masťou. Jestliže hygienu provádí sám pacient či jeho příbuzný, je nutností sestry je na tyto komplikace upozornit. Pokud si pacient přeje, může jej sestra po převlečení ložního či osobního prádla namasírovat. Neměli bychom zapomenout ani na nehty a vlasy. (19)

1.5.2 Pitný režim

Důležitý je i pitný režim. Pacienti s permanentním močovým katétrem by měli pít dostatek tekutin, nejlépe až 3 litry za den. Pokud sestra potřebuje zjistit stav hydratace pacienta, sleduje jej 24hodin a zapisuje množství přijatých tekutin a

vyložené moče (tabulka na příjem a výdej tekutin, viz Příloha č. 6). Do příjmu se počítá pitná voda, minerální vody, džusy, čaj, polévky, infúze, nepočítá se káva, mléko, kakao, tekuté omáčky, alkohol. Při sledování celkové hydratace jde především o prevenci nedostatku tekutin (dehydratace neboli odvodnění), nebo zadržování vody v těle, projevující se otoky víček, dolních končetin z důvodu špatné funkce srdce a ledvin. Příjem a výdej může sledovat i sám pacient, kdy jej sestra poučí, že po každém příjmu tekutin, zapíše množství do příslušné tabulky. (7, 11, 29)

1.5.3 Komplikace

U pacienta s permanentním katétrem se může také stát, že cévka vypadne, nebo jej pacient či sestra při nešetrné manipulaci vytrhne. Proto by se mělo s cévkou zacházet opatrně. Pro samotného pacienta je tato komplikace velice nepříjemná a bolestivá. Pokud k této situaci dojde, měl by pacient - žena zavolat sestru a ta zavede nový katétr (po konzultaci s lékařem). V případě mužů zavádí cévku sám lékař. Možné je i protékání moči z ústí močové trubice kolem cévky. Zde se zkontroluje těsnost katétru lehkým povytažením. V případě neprůchodnosti cévky, která může být způsobena ucpaním různou příměsí v moči, se musí bezpodmínečně vyměnit. Sledovat barvu moči je schopen pacient sám, pokud to jeho stav dovolí. Sestra by měla pacienta informovat, že za fyziologických podmínek je barva moče jantarově žlutá a neměla by zapáchat. Při častém močení (polyurii, více jak 2,5 litru za den) má moč slámově žlutou barvu. Moč může obsahovat i hnis, který se usazuje na dně sběrného sáčku. Proto je nutné i sáček pravidelně měnit. V rámci ošetrovatelské péče musí sestra sledovat ústí močové trubice. Především zčervenání, pálení, krvácení či výtok – mohou to být známky močové infekce. Prevence spočívá ve výše uvedené hygieně. (5, 8)

1.5.4 Močová infekce

Jak bylo již zmíněno (kap.1.2.3 Komplikace), nejzávažnější komplikací je vznik močové infekce, která patří k nejčastějším nozokomiálním nákazám. Předpokladem minimalizace vzniku možných komplikací je zavedení katétru kompetentní osobou, přísně aseptický postup, důkladná hygiena urogenitální oblasti,

pravidelná kontrola průchodnosti cévky, zavedení katétru jen na nezbytně nutnou dobu, čistota osobního a ložního prádla a dostatečná hydratace. Infekce se projevuje zarudnutím, pálením, řezáním, bolestivostí a případným krvácením či výtokem v oblasti genitálu, zvýšenou tělesnou teplotou. V laboratorních hodnotách moči se objevuje zvýšené množství bílkovin, leukocytů, erytrocytů a bakterií. (7, 11, 29)

2. Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Cílem práce bylo zjistit, zda sestry z urologického oddělení, agentur domácí péče a domovů pro seniory edukují či přímo zapojují pacienty do edukace v oblasti ošetrovatelské péče permanentního močového katétru při propuštění do domácího léčení.

Cíl 1. Zjistit, zda sestry na urologickém oddělení edukují pacienty s močovým katétreem při propuštění do domácího léčení.

Cíl 2. Zjistit, zda sestry z agentur domácí péče a domovů pro seniory se zapojují do edukace ošetrování pacienta s močovým katétreem.

Cíl 3. Zjistit, zda pacienti s močovým katétreem při propuštění do domácího léčení jsou edukováni o péči o močový katétr.

2.2. Hypotézy

H1:

Sestry z urologického oddělení edukují klienty s močovým katétreem při propuštění do domácího léčení v oblasti výměny močového katétru.

H2:

Sestry z urologického oddělení edukují klienty s močovým katétreem při propuštění do domácího léčení v oblasti předcházení vzniku infekce.

H3:

Sestry v agenturách domácí péče a v domovech pro seniory edukují klienty s močovým katétreem v oblasti předcházení vzniku infekce.

H4:

Pacienti jsou informováni o péči o močový katétr v oblasti rozpoznání příznaků infekce

3. Metodika

3.1 Metodika výzkumu

Ke zpracování bakalářské práce byl použit kvantitativní výzkum. Byla zvolena metoda dotazování – technikou dotazníků. Dotazník byl sestaven po prostudování odborné literatury, ale i zkušeností z praxe. Dotazníky byly anonymní. Byla provedena pilotáž, zda je dotazník pro respondenty srozumitelný. Výzkumné šetření probíhalo od 16. března do 15. května 2009.

Vytvořený dotazník pro sestry (příloha 3) obsahoval 21 otázek zaměřující se na edukaci pacientů, oblasti edukace, edukace rodiny, na komplikace související s permanentním močovým katétre. Otevřená otázka byla pouze 1, polootevřených 15 a uzavřených 5. Rozdáno bylo 100 dotazníků, navraceno 80, návratnost tedy činila 80 %.

Dotazník pro pacienty (příloha 4) se skládal z 23 otázek, které byly zaměřeny opět na edukaci jich samotných a rodiny, na hygienu, komplikace spojené s permanentním močovým katétre. Otevřená otázka byla 1, polootevřených 14 a uzavřených 8. Rozdáno bylo 50 dotazníků, vráceno 30, návratnost tedy činila 60 %.

3.2. Charakteristika souboru

Výzkumný soubor tvořilo 80 zdravotních sester. Osloveny byly sestry z urologického oddělení a urologické ambulance v nemocnici České Budějovice a.s., sestry z domova pro seniory v Bechyni, Vodňanech a sestry z agentur domácí péče v Táboře, Týně nad Vltavou, Českých Budějovicích, Bechyni a Pelhřimově.

V nemocnici bylo rozdáno na standardní urologické oddělení 20 dotazníků, vrátilo se 16, návratnost 80 %. Na urologické ambulanci bylo dáno 10 dotazníků, vráceno 10, návratnost 100 %. V domovech pro seniory bylo distribuováno 40 dotazníků, vráceno 34, návratnost 85 % a v agenturách domácí péče rozdáno 30 dotazníků, vráceno bylo 20. Návratnost byla 66 %.

Druhý výzkumný soubor tvořilo 30 pacientů s permanentním močovým katétre z domovů pro seniory v Českých Budějovicích, Bechyni, Vodňanech a pacienty z agentur domácí péče v Táboře, Týně nad Vltavou, Českých Budějovicích, Bechyni a Pelhřimově.

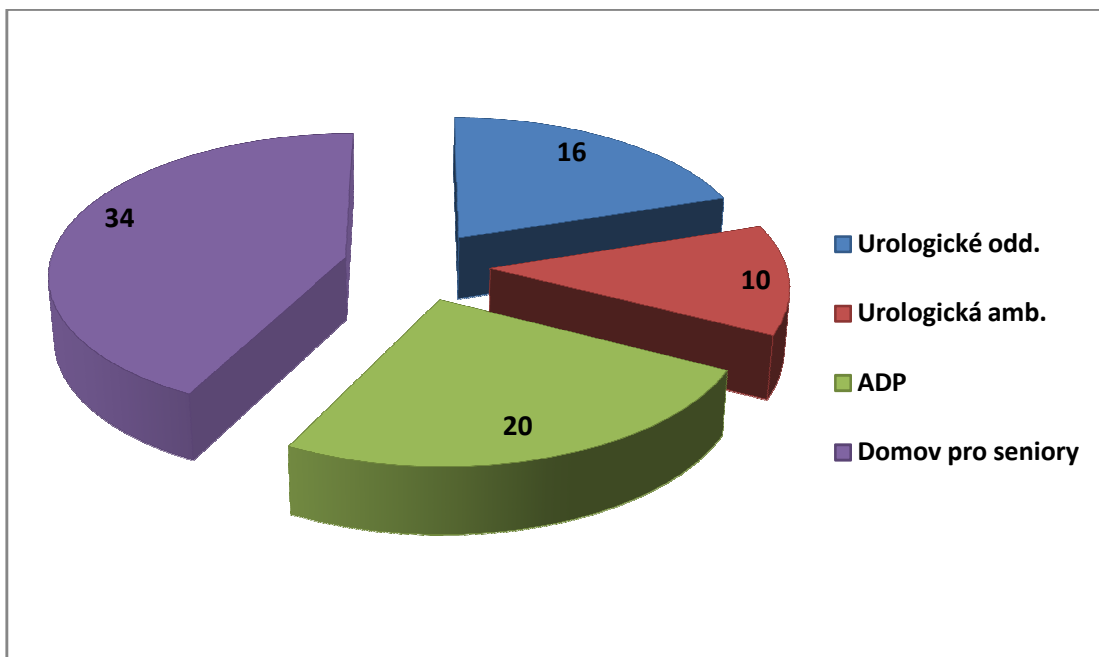
Pacientům s permanentním močovým katétre z domova pro seniory bylo rozdáno 25 dotazníků, vráceno 10, návratnost tedy 40 %. Pacientům z agentur domácí péče distribuováno 25 dotazníků, navraceno 20. Návratnost byla 80 %.

4. Výsledky

4.1 Výsledky sestry

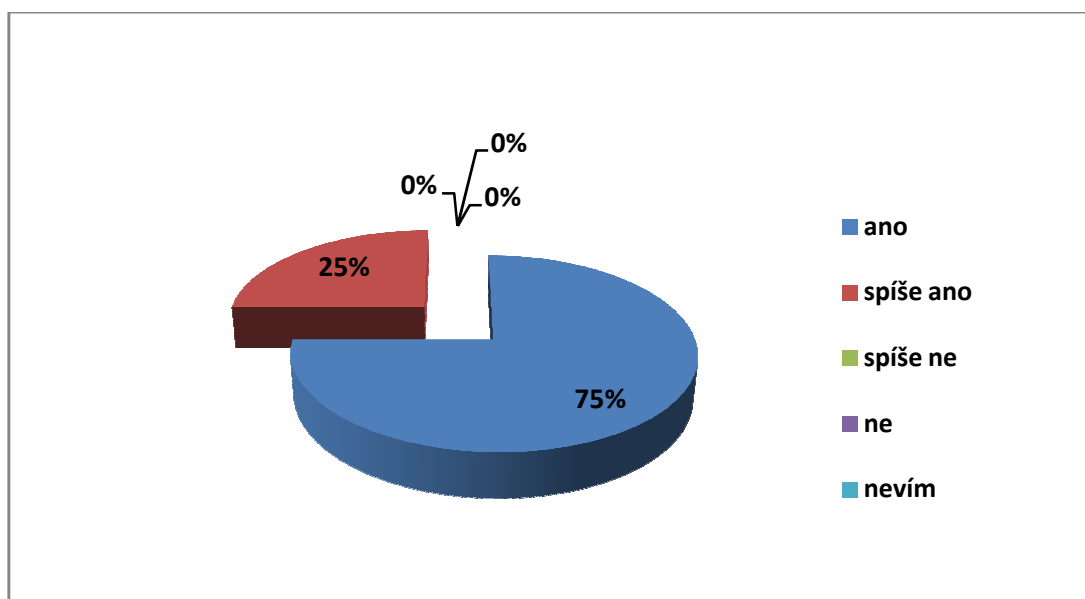
Graf 1 Pracoviště sester

(k otázce 3 z dotazníku pro sestry)



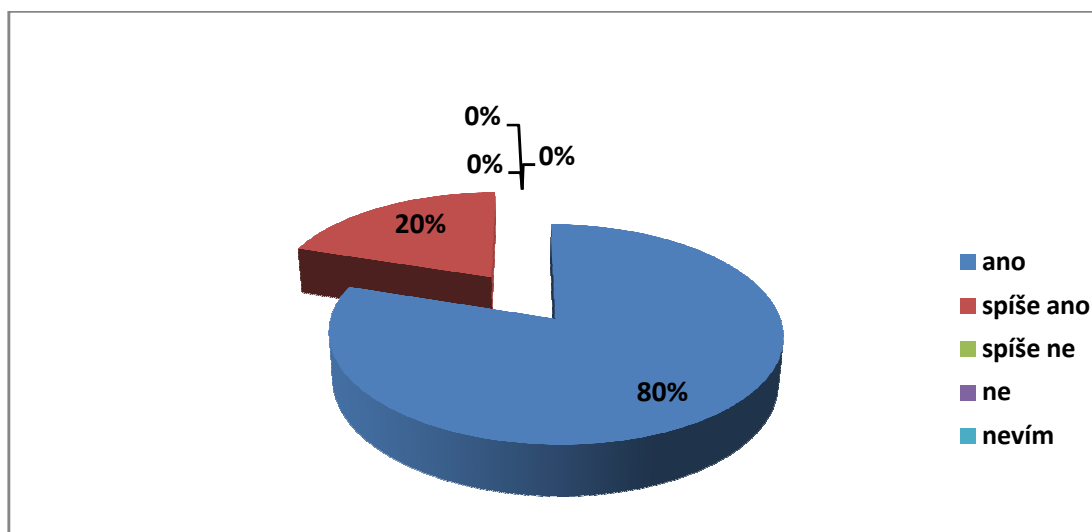
Z celkového počtu 80 sester uvedlo, že v domovech pro seniory pracuje 34 sester, v agenturách domácí péče 20 sester, na urologickém oddělení 16 sester a na urologické ambulanci pracuje 10 sester.

Graf 2 Edukace pacienta s PMK při propuštění do domácího léčení (uro.odd.)
(k otázce 4 z dotazníku pro sestry)



Sestry na urologickém oddělení edukují pacienta s PMK při propuštění do domácího léčení v 75 % (12 sester), spíše edukují ve 25 % (4 sestry).

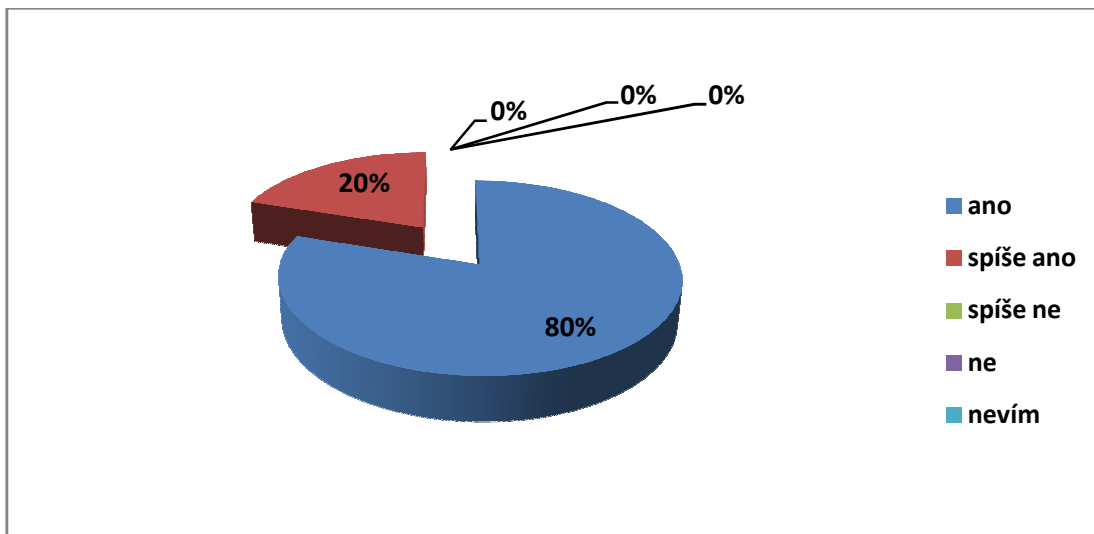
Graf 3 Edukace pacienta s PMK při propuštění do domácího léčení (uro.amb.)
(k otázce 4 z dotazníku pro sestry)



Sestry na urologické ambulanci edukují pacienta s PMK při propuštění do domácího léčení v 80 % (8 sester), spíše edukují ve 20 % (2 sestry).

Graf 4 Edukace pacienta s PMK na pracovišti (ADP)

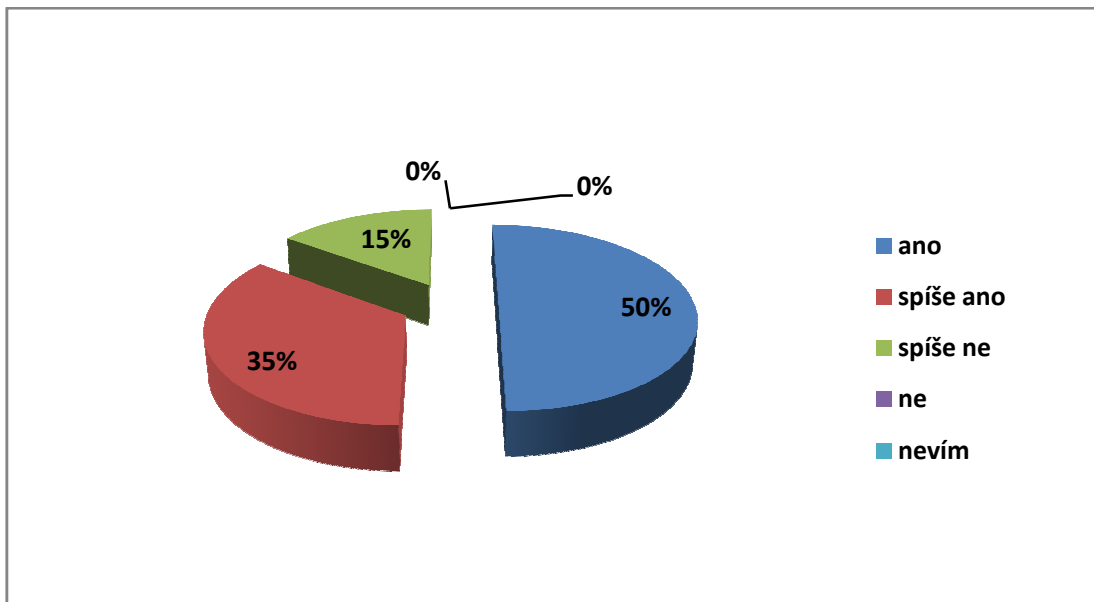
(k otázce 9 z dotazníku pro sestry)



Sestry z agentur domácí péče v 80 % (16) edukují pacienty na svém pracovišti, ve 20% (4) ano spíše edukují.

Graf 5 Edukace pacienta s PMK na pracovišti (DpS)

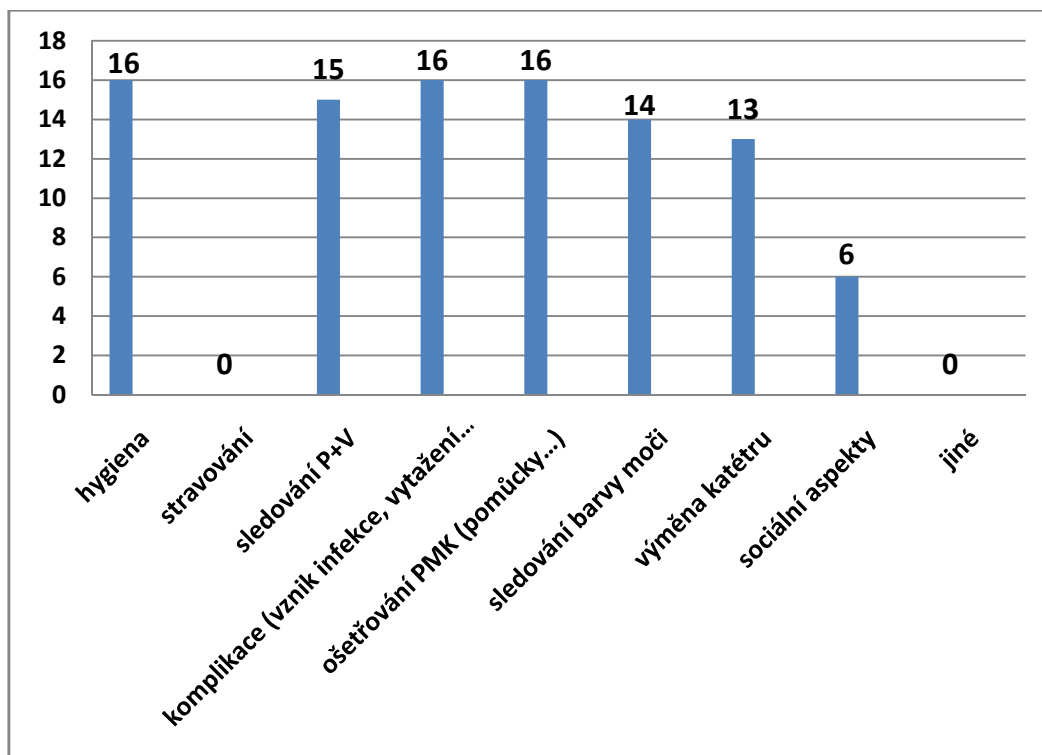
(k otázce 9 z dotazníku pro sestry)



Z celkového počtu 34 (100 %) sester z domovů pro seniory uvedlo, že 50 % (17) sester edukují pacienty na svém pracovišti, 35 % (12) spíše ano a 15 % (5) spíše needukují pacienty.

Graf 6 Oblasti edukace pacienta (uro.odd.)

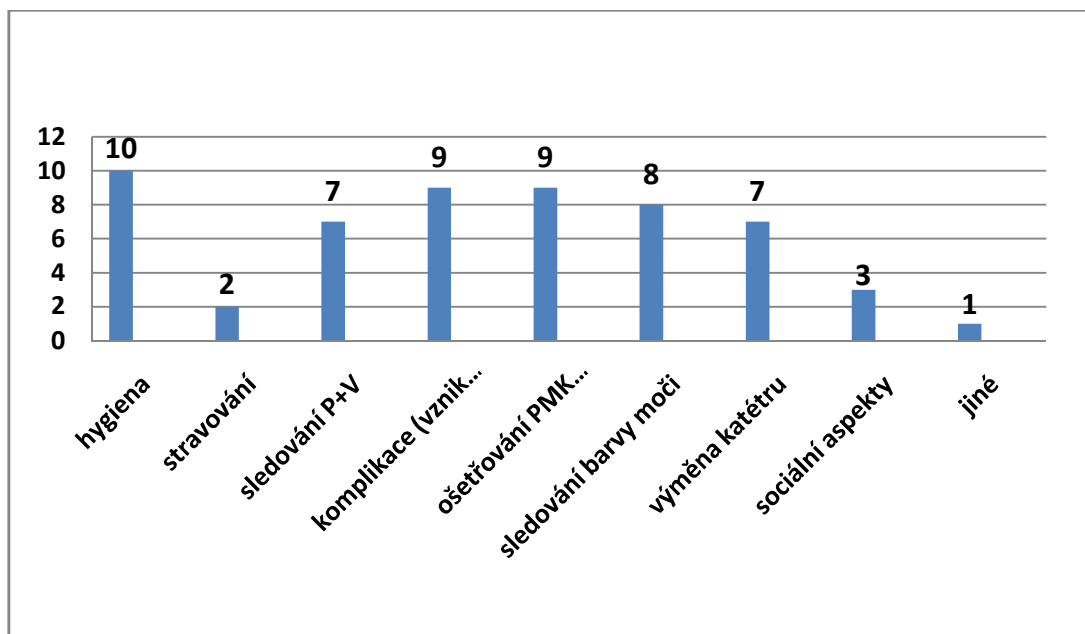
(k otázce 10 z dotazníku pro sestry)



Z celkového počtu 16 sester z urologického oddělení 16 sester by edukovalo v oblasti hygieny, 16 sester o komplikacích (vznik infekce, vytažení...), 16 o ošetřování PMK, 15 sester v oblasti sledování příjmu a výdeje tekutin, 14 sester v oblasti sledování barvy moči, 13 sester by edukovalo v oblasti výměny katétru a 6 sester v sociálních aspektech.

Graf 7 Oblasti edukce pacienta (uro.amb)

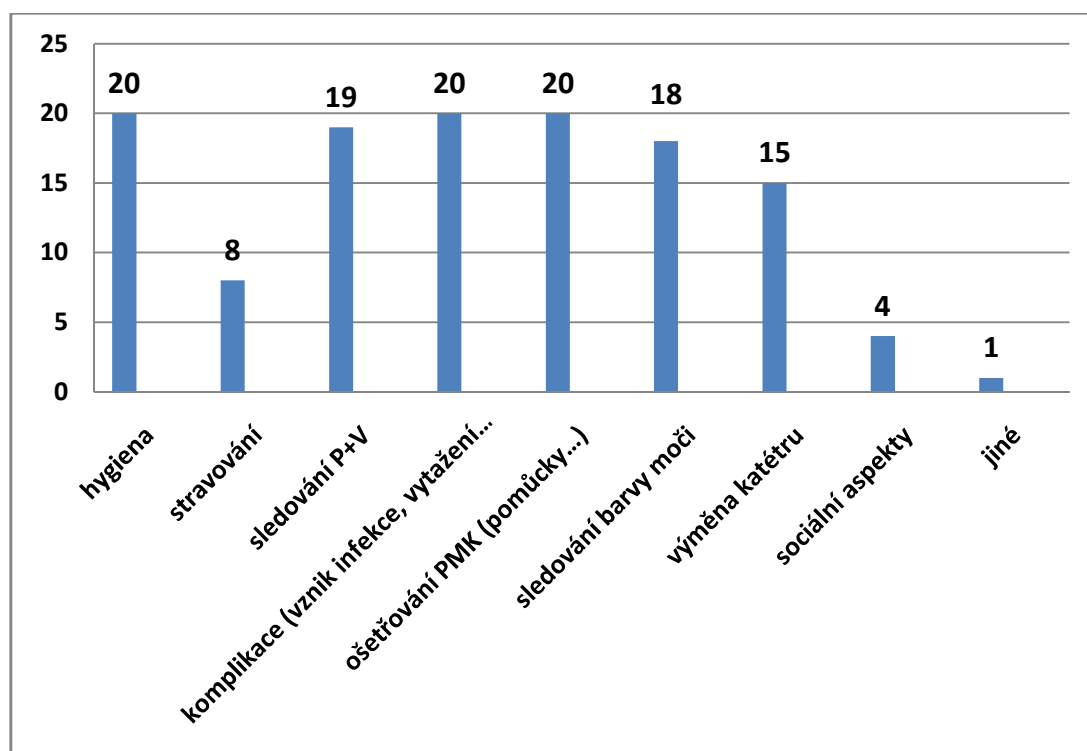
(k otázce 10 z dotazníku pro sestry)



Z celkového počtu 10 sester na otázku jaké oblasti by obsahovala jejich edukace pacienta, odpovědělo 10 sestra oblast hygieny, 9 sester v oblasti komplikací a ošetřování PMK, 8 sester ve sledování barvy, 7 sester v oblasti výměny katétru a sledování příjmu a výdeje tekutin, 3 sestry v sociálních aspektech, 2 sestry ve stravování a 1 sestra v kolonce jiné uvedla šetrné zacházení s PMK.

Graf 8 Oblasti edukace pacienta (ADP)

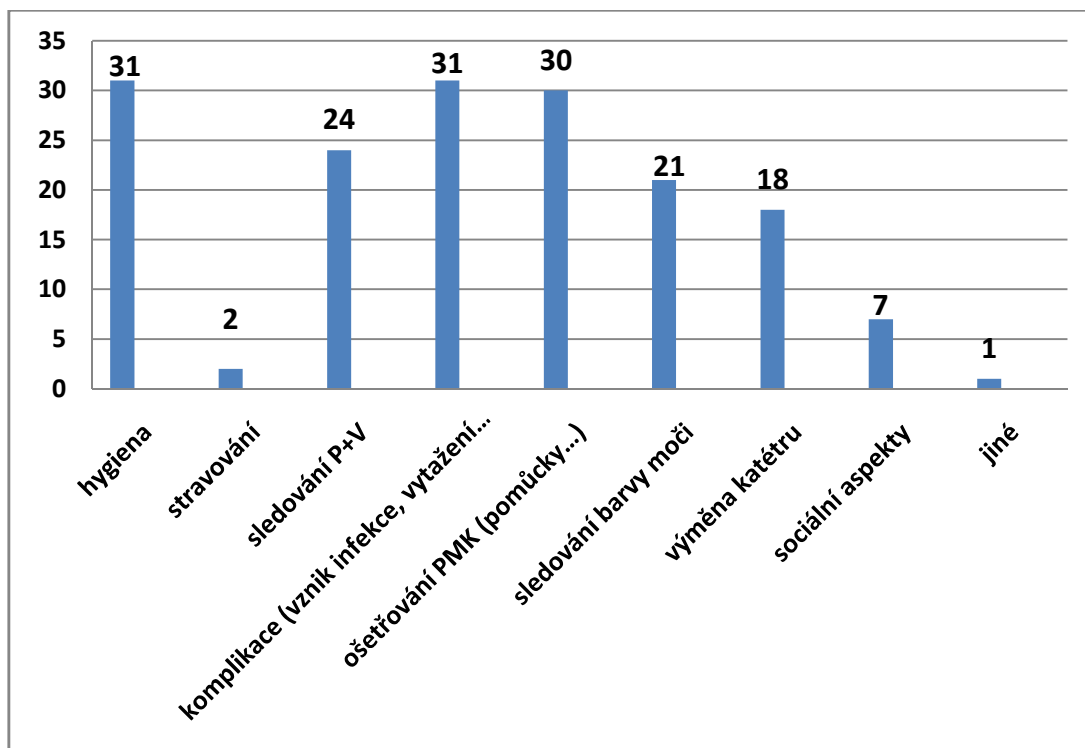
(k otázce 10 z dotazníku pro sestry)



Z celkového počtu 20 sester z agentur domácí péče odpovědělo na danou otázku 20 sester oblast hygieny, komplikací a ošetřování PMK, 19 sester oblast sledování příjmu a výdeje tekutin, 18 sester oblast sledování moči, 15 sester výměnu katétru, 8 sester stravování, 4 sestry oblast sociální aspekty a v kolonce jiné uvedla 1 sestra rehabilitaci.

Graf 9 Oblasti edukce pacienta (DpS)

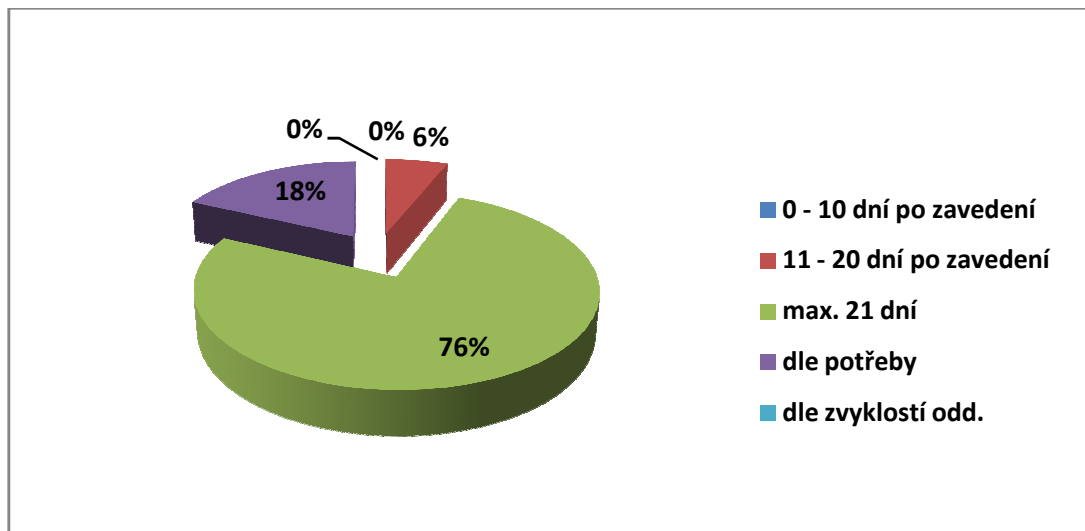
(k otázce 10 z dotazníku pro sestry)



Z celkového počtu 34 sester uvedlo 31 oblast edukace v hygieně a komplikacích, 30 sester oblast ošetřování PMK, 24 sester sledování příjmu a výdeje tekutin, 21 sester oblast sledování barvy moči, 18 sester výměnu katétru, 7 sester sociální aspekty, 2 sestry oblast stravování a v možnosti jiné uvedla 1 sestra prevenci dekubitů.

Graf 10 Výměna PMK u pacienta (uro.odd)

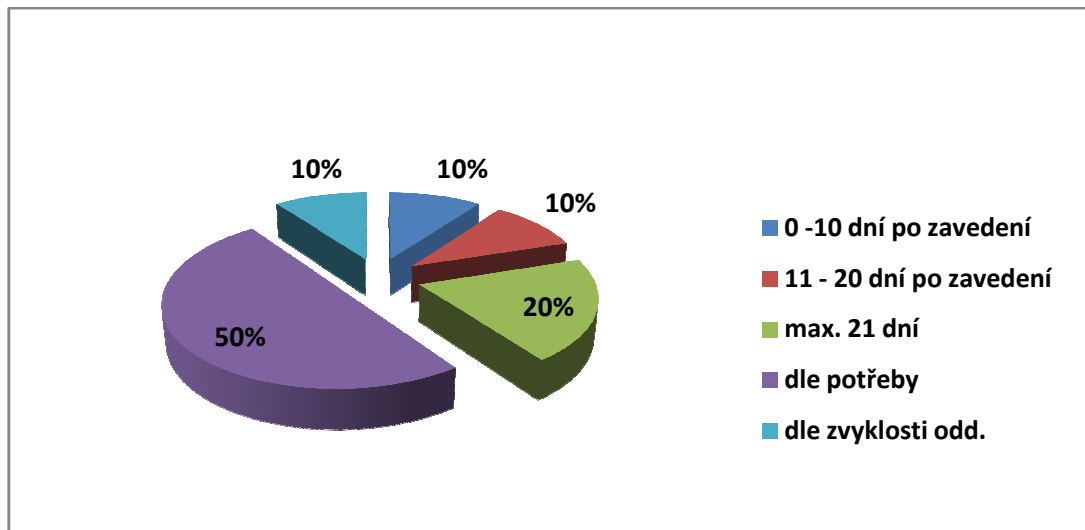
(k otázce 11 z dotazníku pro sestry)



Sestry na urologickém oddělení v 76 % (12 sester) mění PMK max. 21 dní od zavedení, v 18 % (3 sestry) dle potřeby a v 6 % (1 sestra) 11 – 20 dnů po zavedení PMK.

Graf 11 Výměna PMK u pacienta (uro.amb)

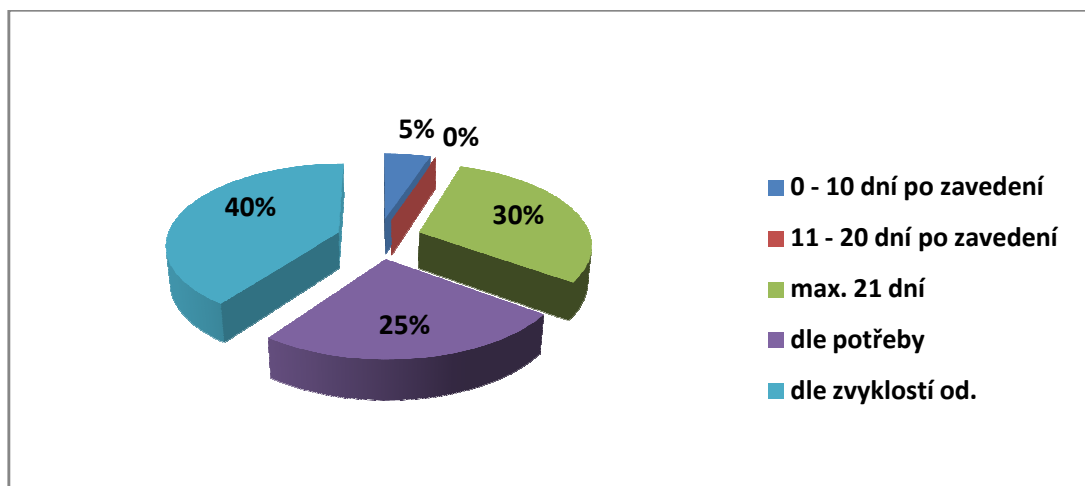
(k otázce 11 z dotazníku pro sestry)



Sestry z urologické ambulance mění PMK v 50 % (5 sester) dle potřeby, ve 20 % (2 sestry) max. po 21 dnech od zavedení, v 10 % (1 sestra) v rozmezí 0 – 10 dní po zavedení, v 10 % (1 sestra) 11 – 20 dní a 10% (1 sestra) dle zvyklosti oddělení.

Graf 12 Výměna PMK u pacienta (ADP)

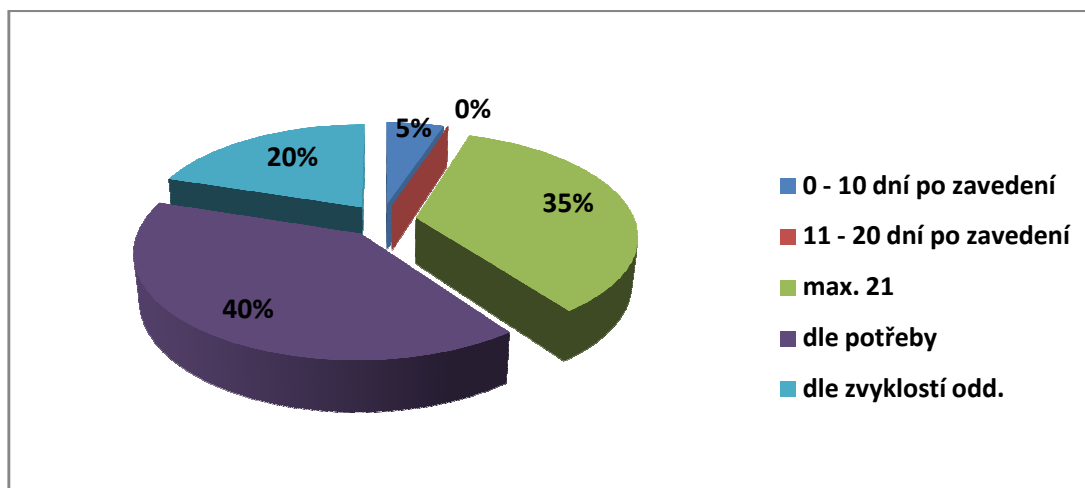
(k otázce 11 z dotazníku pro sestry)



Sestry z agentur domácí péče ve 40 % (8 sester) uvádějí, že mění PMK dle zvyklostí oddělení (např. po 1 měsíci, 6 týdnech, dle ordinace lékaře), ve 30 % (6 sester) max. 21 dní po zavedení, v 25 % (5 sester) dle potřeby pacienta a v 5 % (1 sestra) v rozmezí 0 – 10 dní po zavedení.

Graf 13 Výměna PMK u pacientů (DpS)

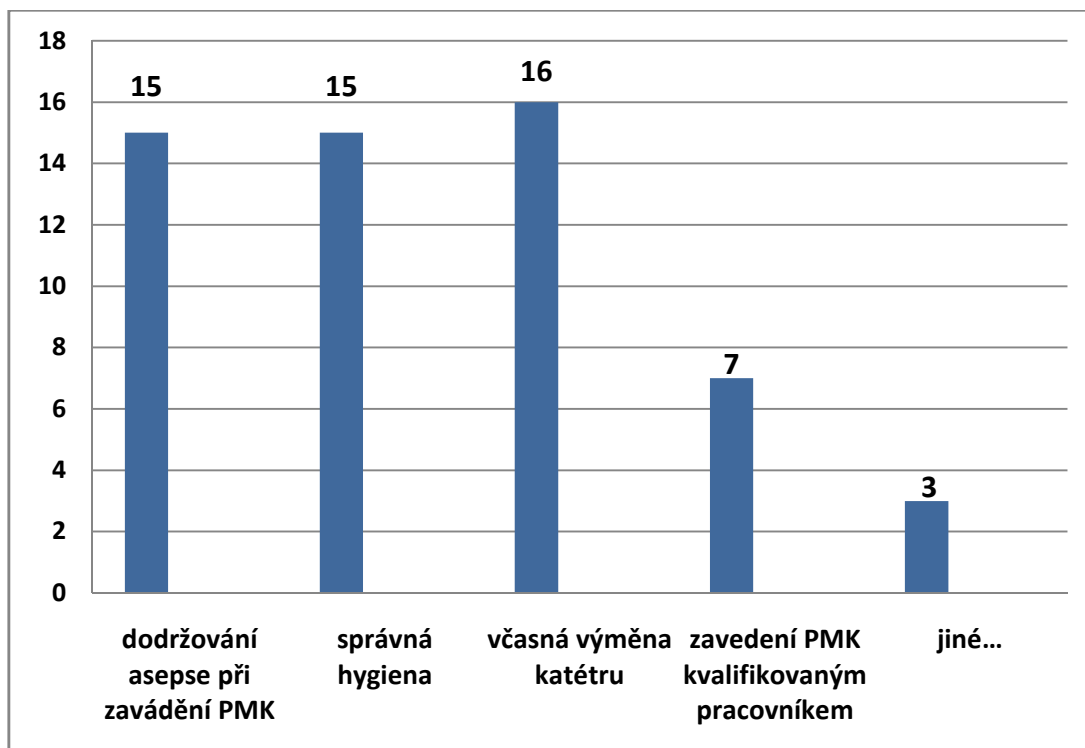
(k otázce 11 z dotazníku pro sestry)



Sestry z domovů pro seniory ve 40 % (13 sester) mění PMK dle potřeby, ve 35 % (12 sester) max. 21 dní po zavedení, ve 20 % (7 sester) dle zvyklostí pracoviště (např. po 6 týdnech, dle ordinace lékaře) a v 5 % (2 sestry) v rozmezí 0 – 10 dní po zavedení PMK.

Graf 14 Oblasti prevence před močovou infekcí (uro.odd)

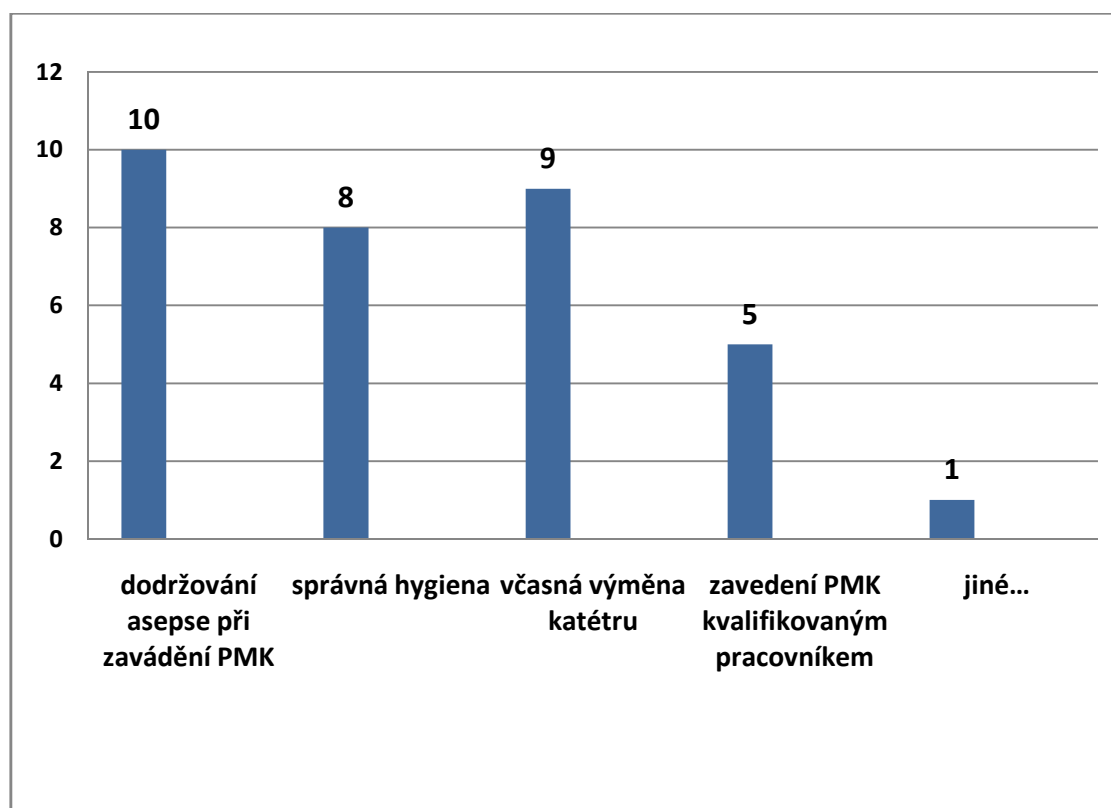
(k otázce 13 z dotazníku pro sestry)



Z celkového počtu 16 sester z urologického oddělení odpovědělo 16 sester, že důležitá je včasná výměna katétru, 15 sester dodržování asepsy při zavádění PMK, 15 sester správná hygiena, 7 sester uvedlo důležitost v zavedení PMK kvalifikovaným pracovníkem a v oblasti jiné uvedly 3 sestry dostatek tekutin a správnou edukaci pacienta.

Graf 15 Oblasti prevence před močovou infekcí (uro.amb)

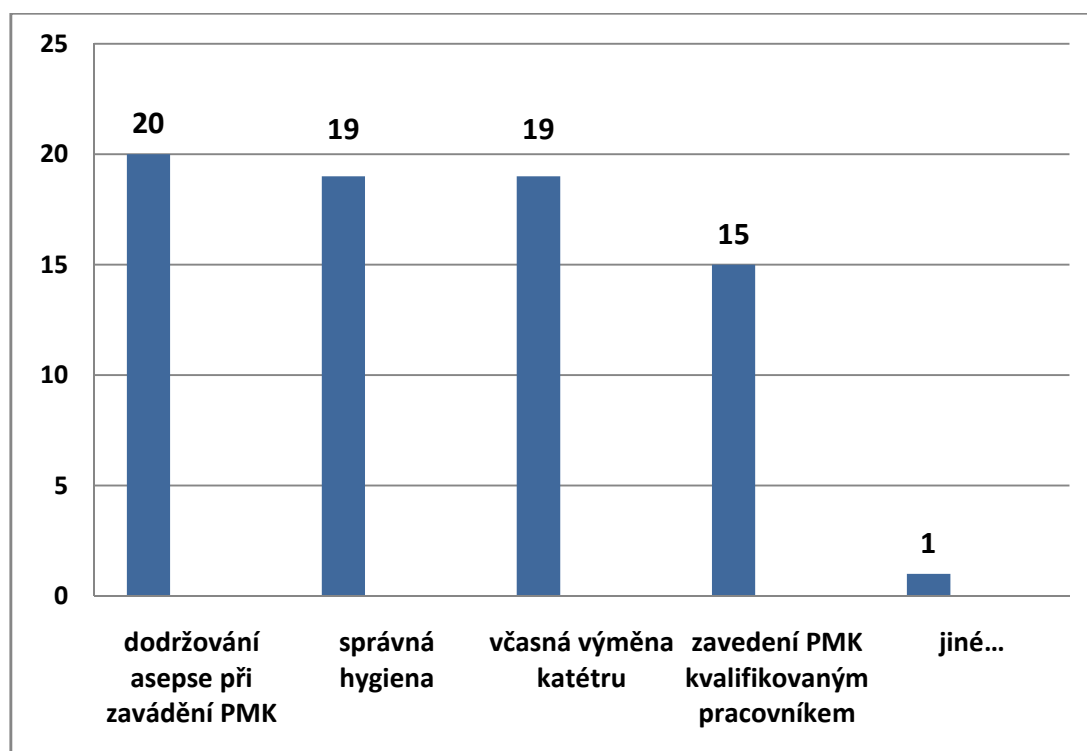
(k otázce 13 z dotazníku pro sestry)



Z celkového počtu 10 sester z urologické ambulance uvedlo 10 sester důležitost v dodržování asepse při zavádění PMK, 9 sester v časně výměně katétru, 8 sester ve správné hygieně, 5 sester v zavedení PMK kvalifikovaným pracovníkem a v oblasti jiné uvedla 1 sestra pravidelnou výměnu sběrného močového sáčku.

Graf 16 Oblasti prevence před močovou infekcí (ADP)

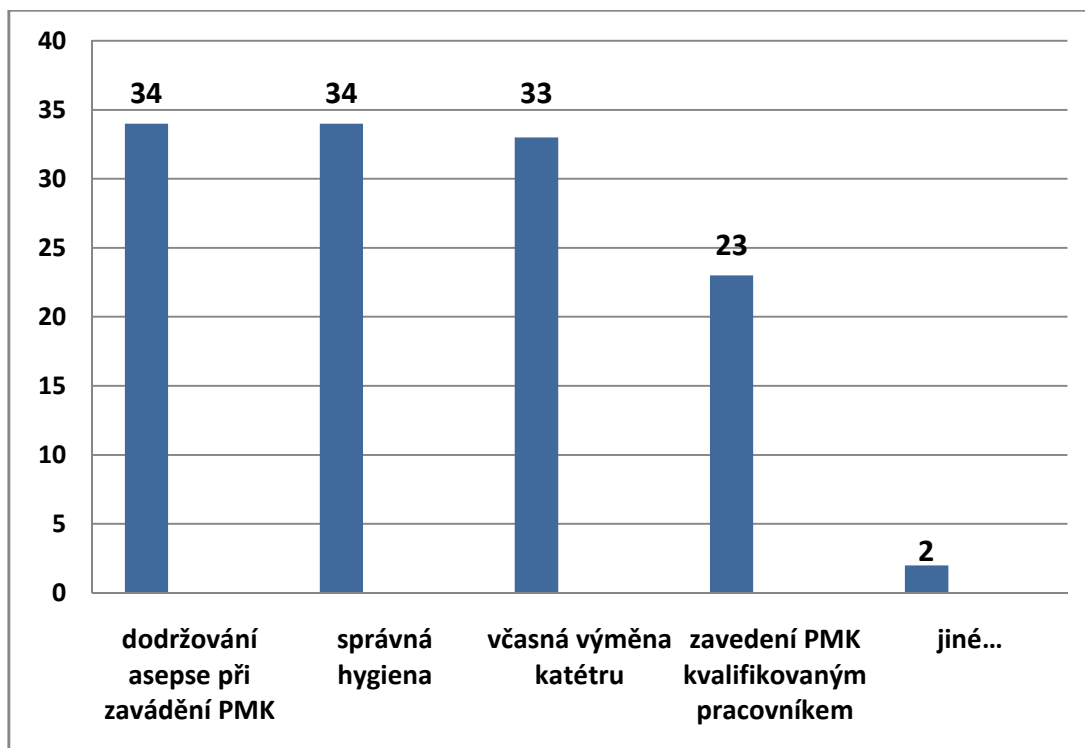
(k otázce 13 z dotazníku pro sestry)



Z celkového počtu 20 sester z agentur domácí péče uvedlo 20 sester důležitost v dodržování asepse při zavádění PMK, 19 ve správné hygieně, 19 sester ve včasné výměně katétru, 15 sester v zavádění PMK kvalifikovaným pracovníkem a v oblasti jiné, uvedla 1 sestra důležitost v dostatečném příjmu tekutin.

Graf 17 Oblasti prevence před močovou infekcí (DpS)

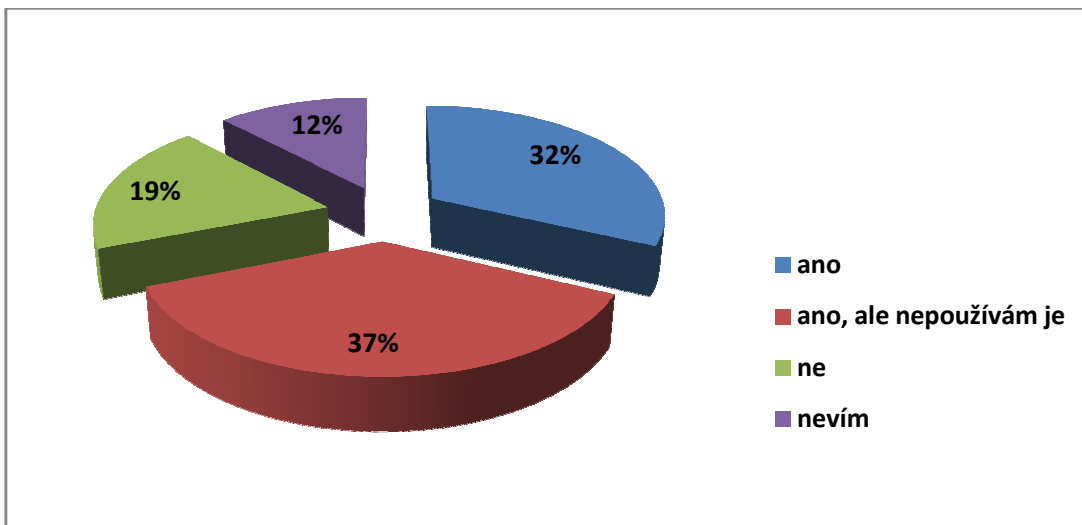
(k otázce 13 z dotazníku pro sestry)



Z celkového počtu 34 sester z domovů pro seniory uvedlo 34 sester důležitost v prevenci v oblasti dodržování asepse při zavádění PMK, 34 sester ve správné hygieně, 33 ve včasné výměně katétru, 23 sester v zavedení PMK kvalifikovaným pracovníkem a v oblasti jiné uvedly 2 sestry dostatečný příjem tekutin.

Graf 18 Edukační materiály o PMK na pracovišti (uro.odd)

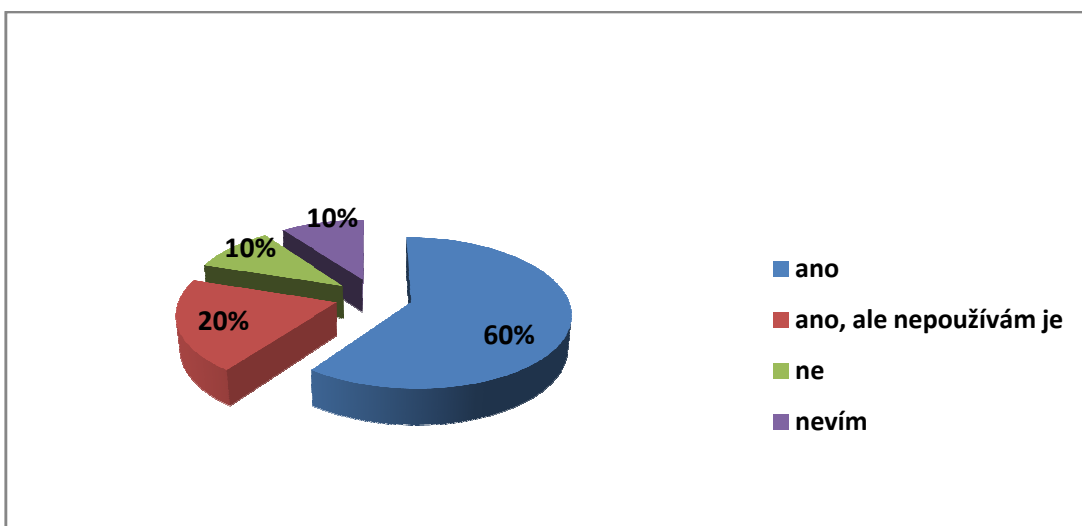
(k otázce 18 z dotazníku pro sestry)



Na otázku, zda sestry mají na svém pracovišti edukační materiály o PMK odpovědělo 37 % (6) sester ano, 32 % (5) ano, ale nepoužívám je, 19 % (3) sester ne a 12 % (2) sester neví.

Graf 19 Edukační materiály o PMK na pracovišti (uro.amb.)

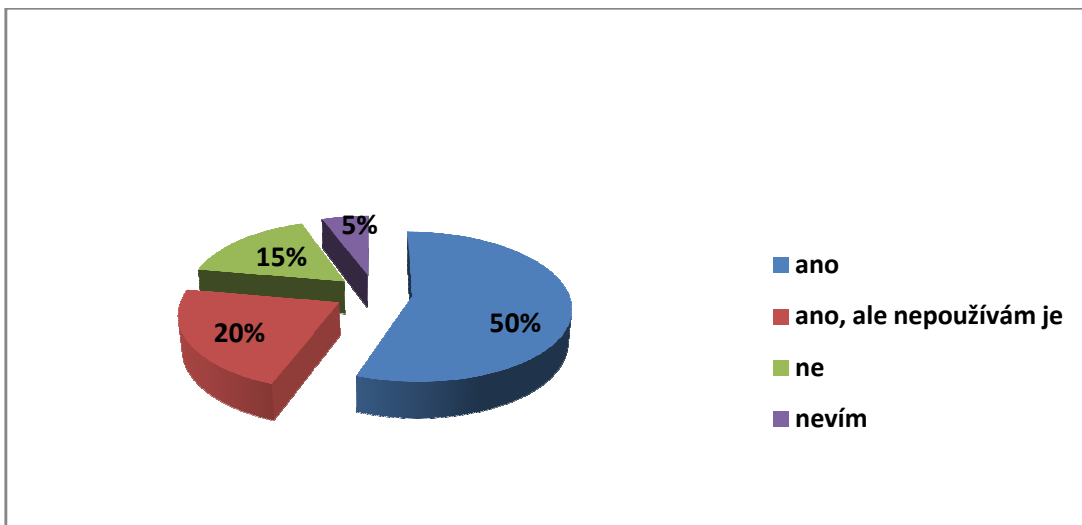
(k otázce 18 z dotazníku pro sestry)



Z celkového počtu 10 sester odpovědělo na danou otázku 60 % (6) sester, že mají na svém pracovišti edukační materiály o PMK, 20 % (2) ano, ale nepoužívám je, 10 % (1) sester ne a 10 % (1) sester neví.

Graf 20 Edukační materiály o PMK na pracovišti (ADP)

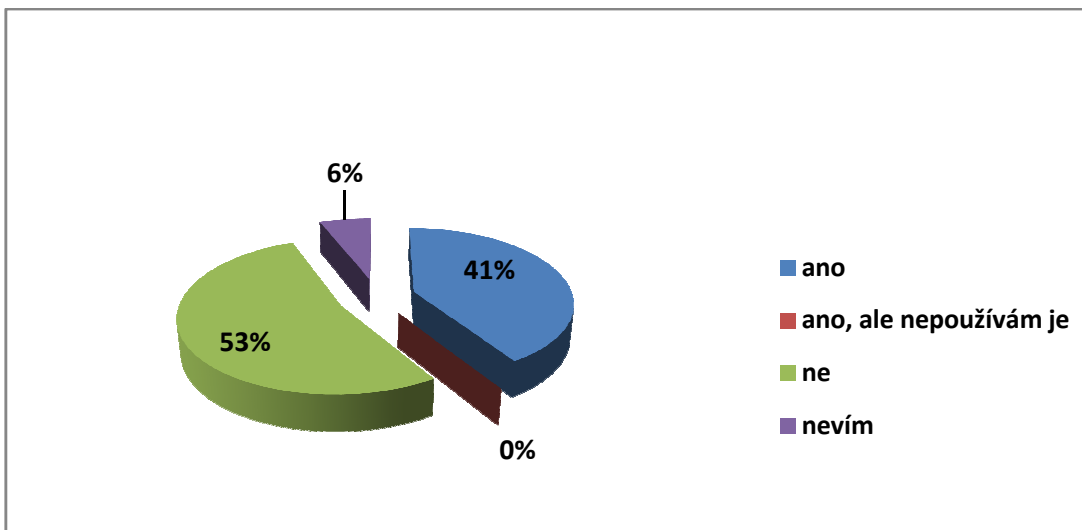
(k otázce 18 z dotazníku pro sestry)



Z celkového počtu 20 sester odpovědělo 50 % (10) sester, že na svém pracovišti mají edukační materiály, 20 % (4) sester ano, ale nepoužívá je, 15 % (3) sester ne a 5 % (1) sester neví.

Graf 21 Edukační materiály o PMK na pracovišti (uro.odd)

(k otázce 18 z dotazníku pro sestry)

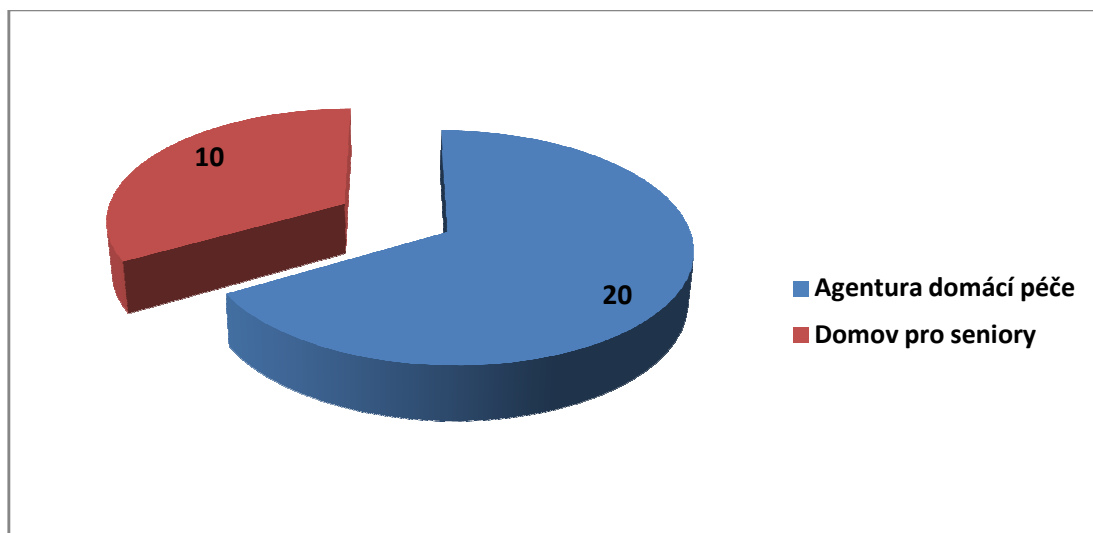


Z celkového počtu 34 sester uvedlo 53 % (18) sester ano, 41 % (14) sester ano, ale nepoužívá je a 6 % (2) odpovědělo, že neví.

4.2 Výsledky pacienti

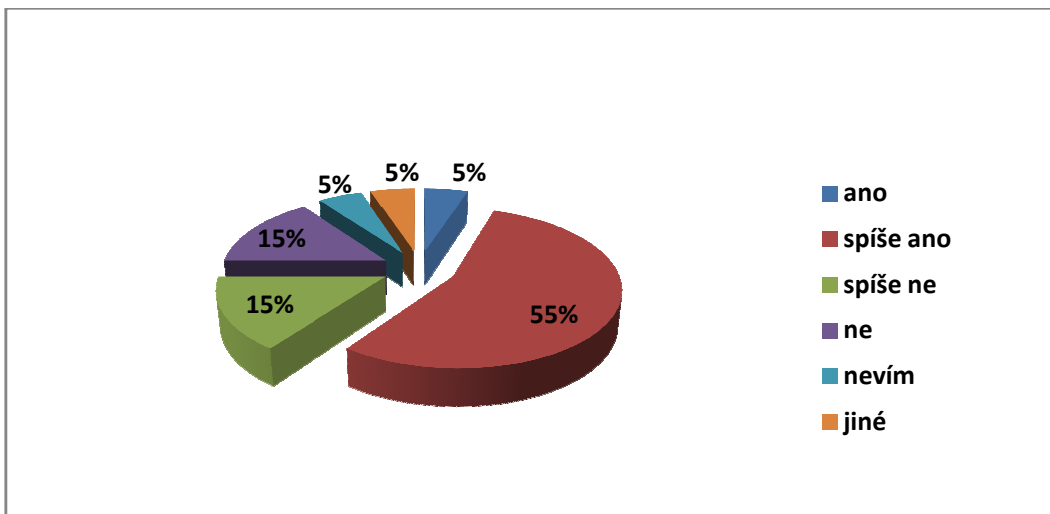
Graf 22 Rozdělení pacientů

(k otázce 3 z dotazníku pro pacienty)



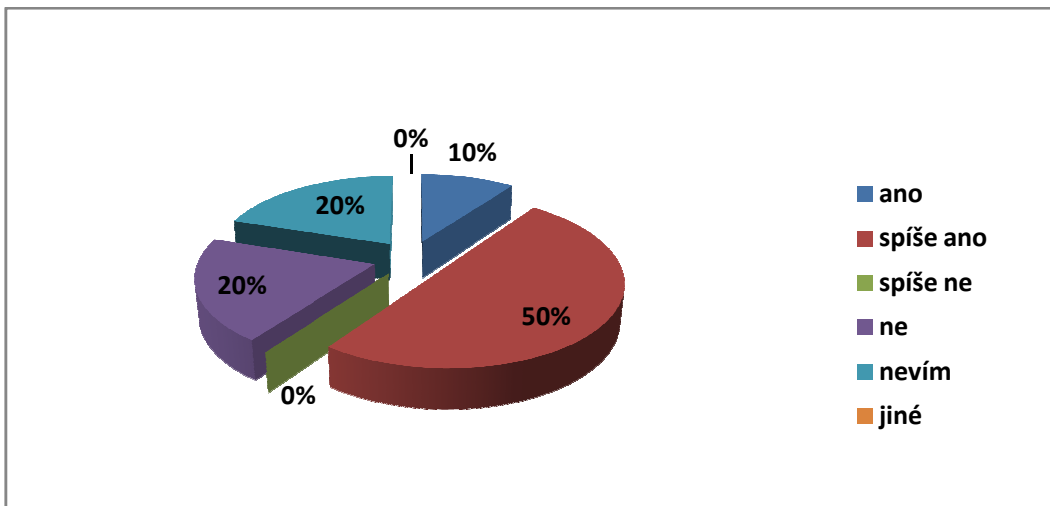
Z celkového počtu 30 pacientů uvedlo 20 pacientů, že jsou klienti agentur domácí péče a 10 pacientů, že patří ke klientům domovů pro seniory.

Graf 23 Edukace pacienta o PMK při propuštění do domácího léčení (ADP)
(k otázce 8 z dotazníku pro pacienty)



Z celkového počtu 20 pacientů odpovědělo 55 % (11) pacientů spíše ano, 15 % (3) pacientů spíše ne, 15 % (3) pacientů nebylo edukováno, 5 % (1) pacientů ano, 5 % (1) pacientů neví a posledních 5 % (1) v kolonce jiné uvedlo, že v nemocnici edukování nebyly, edukce proběhla až sestrou z ADP.

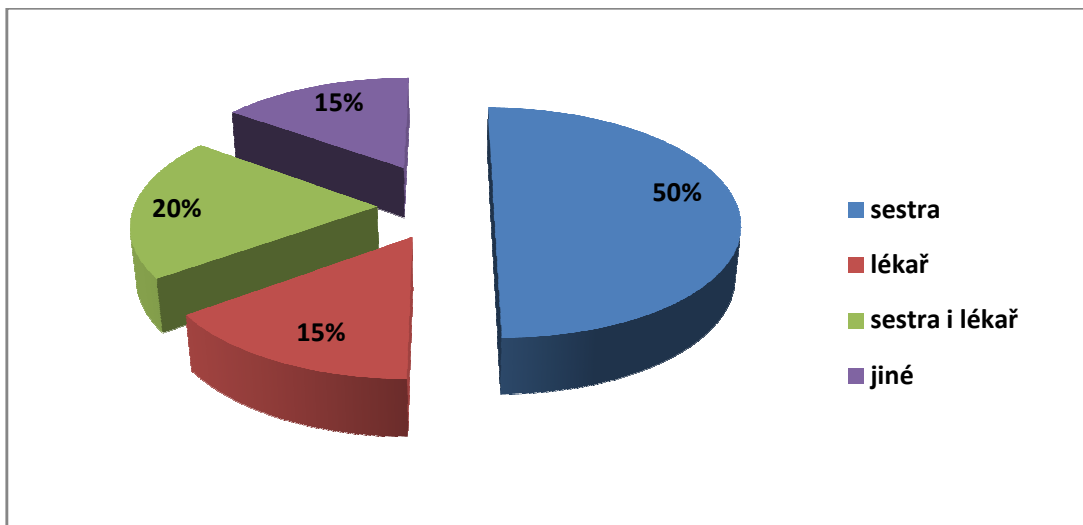
Graf 24 Edukace pacienta o PMK při propuštění do domácího léčení (ADP)
(k otázce 8 z dotazníku pro pacienty)



Z celkového počtu 10 pacientů z domovů pro seniory uvedlo 50 % (5) pacientů, že byli spíše edukováni, 20 % (2) pacientů neví, 20 % (2) pacientů uvedlo, že nebyli edukováni a 10 % (1) pacientů ano, byli edukováni při propuštění.

Graf 25 Edukaci provedl (ADP)

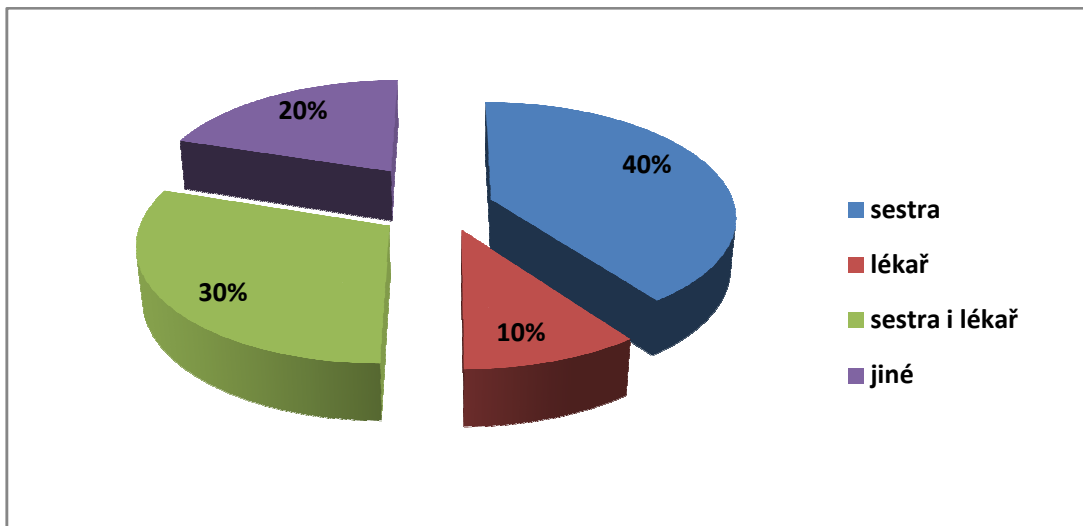
(k otázce 9 z dotazníku pro pacienty)



Z celkového počtu 20 pacientů odpovědělo 50 % (10) pacientů, že byli edukováni sestrou, 20 % (4) pacientů sestrou i lékařem, 15 % (3) pacientů bylo edukováno pouze lékařem a 15 % (3) dotázaných nebylo nikým edukováno.

Graf 26 Edukaci provedl (DpS)

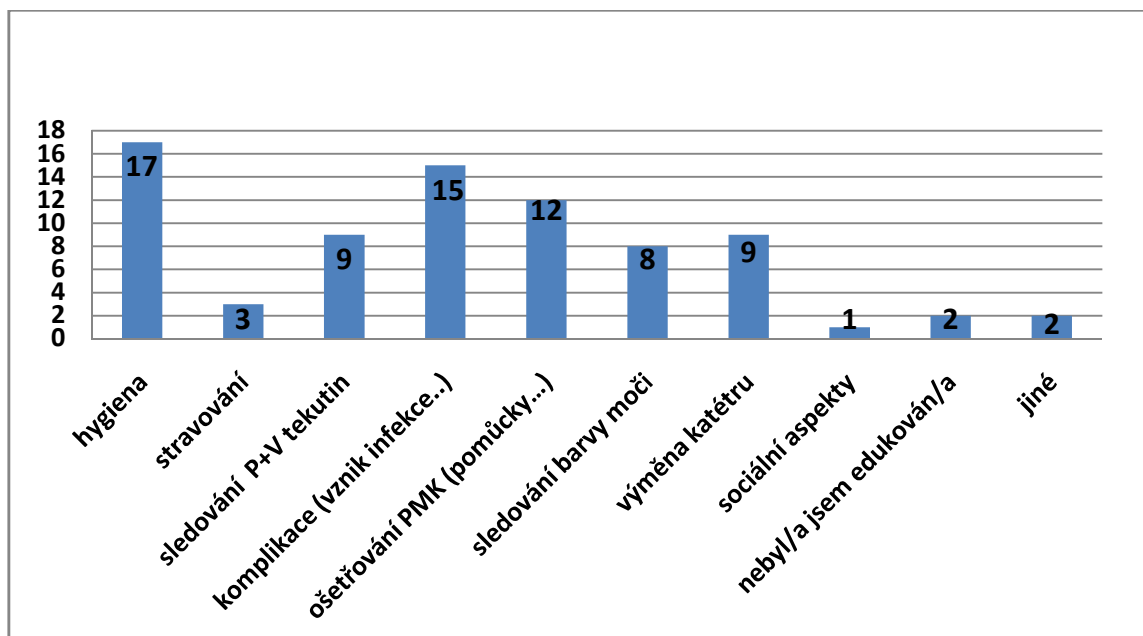
(k otázce 9 z dotazníku pro pacienty)



Z celkového počtu 10 pacientů uvedlo 40 % (4), že byli edukováni sestrou, 30 % (3) pacientů sestrou i lékařem, 20 % (2) pacientů uvedlo, že nebyli edukováni nikým a 10 % (1) pacientů bylo edukováno lékařem.

Graf 27 Oblasti edukace (ADP)

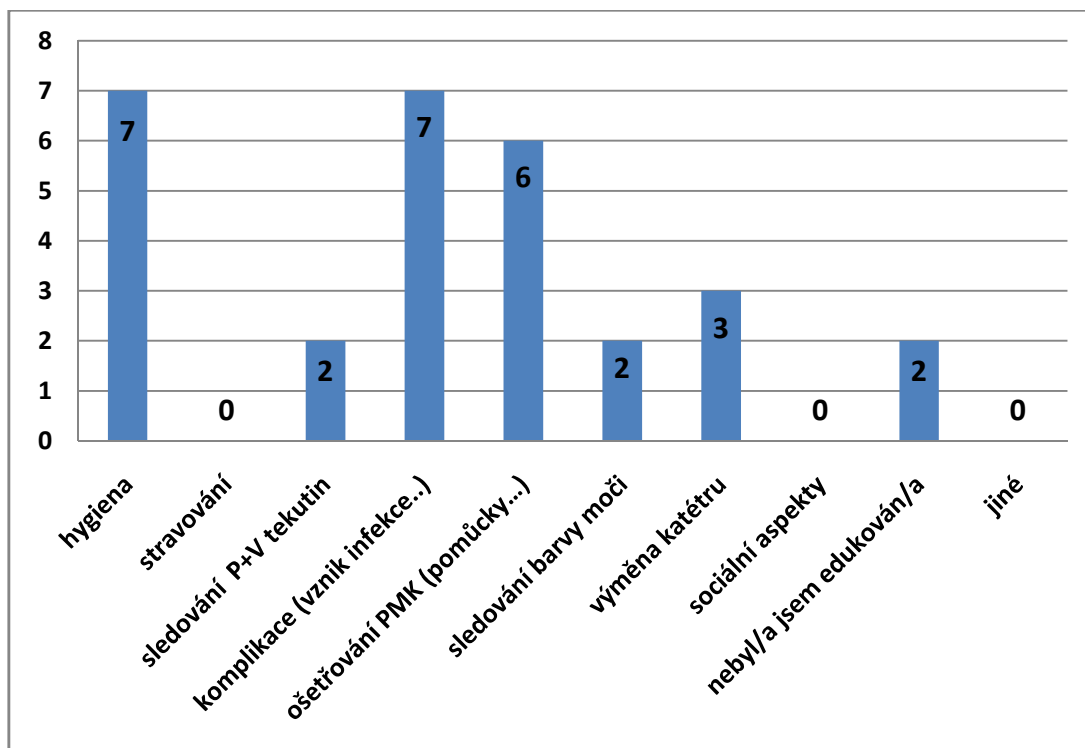
(k otázce 15 z dotazníku pro pacienty)



Z celkového počtu 20 pacientů z agentur domácí péče odpovědělo 17 pacientů, že byli edukováni v oblasti hygieny, 15 pacientů v komplikacích, 12 pacientů v ošetřování PMK, 9 pacientů o výměně katétru, 9 pacientů o nutnosti sledovat příjem a výdej tekutin, 8 pacientů v oblasti sledování barvy moči, 3 pacienti ve stravování, 2 pacienti nebyli edukováni vůbec, 2 pacienti ještě navíc v polohování a 1 pacient v sociálních aspektech.

Graf 28 Oblasti edukace (DpS)

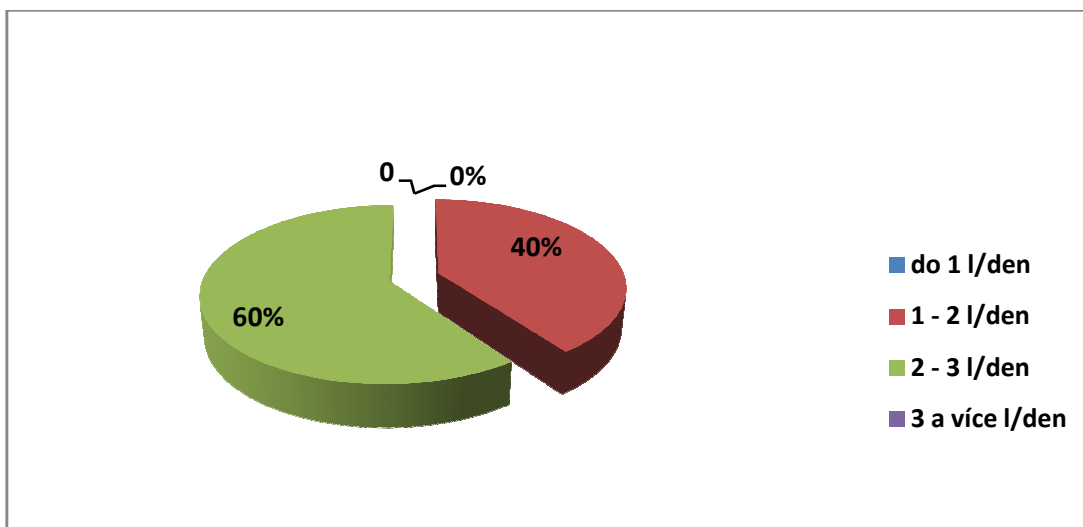
(k otázce 15 z dotazníku pro pacienty)



Z celkového počtu 10 pacientů z domovů pro seniory uvedlo 7 pacientů oblast hygieny, 7 pacientů oblast komplikací, 6 pacientů ošetřování PMK, 3 pacienty byli edukováni o výměně katétru, 2 pacienti nebyli edukováni vůbec, 2 pacienti ve sledování barvy moči a 2 pacienti ve sledování příjmu a výdeje tekutin.

Graf 29 Množství přijatých tekutin za 24 hodin (ADP)

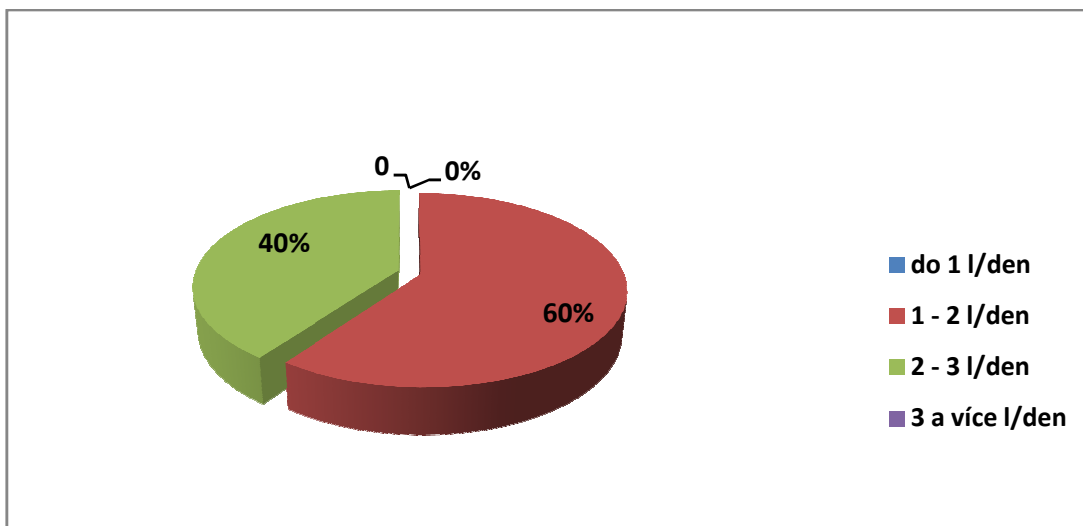
(k otázce 16 z dotazníku pro pacienty)



Z celkového počtu 20 pacientů uvedlo 60 % (12) pacientů, že vypijí za den 2 – 6 litry tekutin a 40 % (8) pacientů přijme za den 1 – 2 litry tekutin.

Graf 30 Množství přijatých tekutin za 24 hodin (DpS)

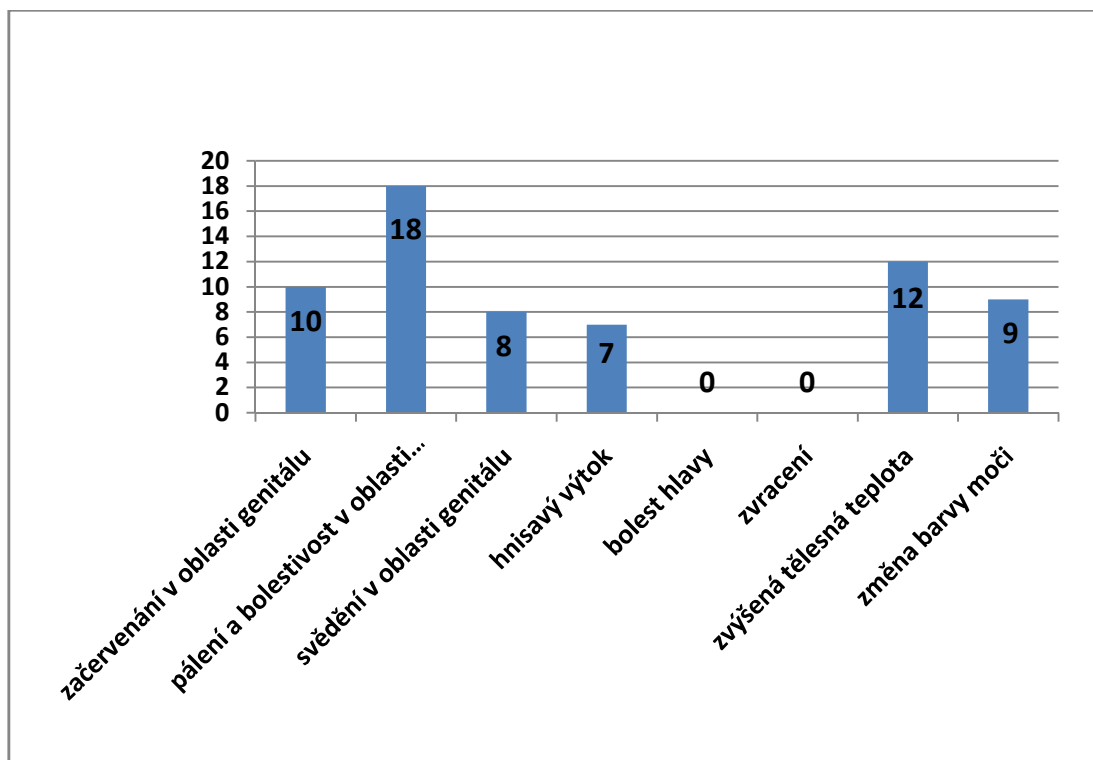
(k otázce 16 z dotazníku pro pacienty)



Z celkového počtu 10 pacientů odpovědělo 60 % (6) pacientů, že vypije za den 1 – 2 litry tekutin a 40 % (4) pacientů přijme 2 - 3 litry tekutin za den.

Graf 31 Znalost příznaků močové infekce (ADP)

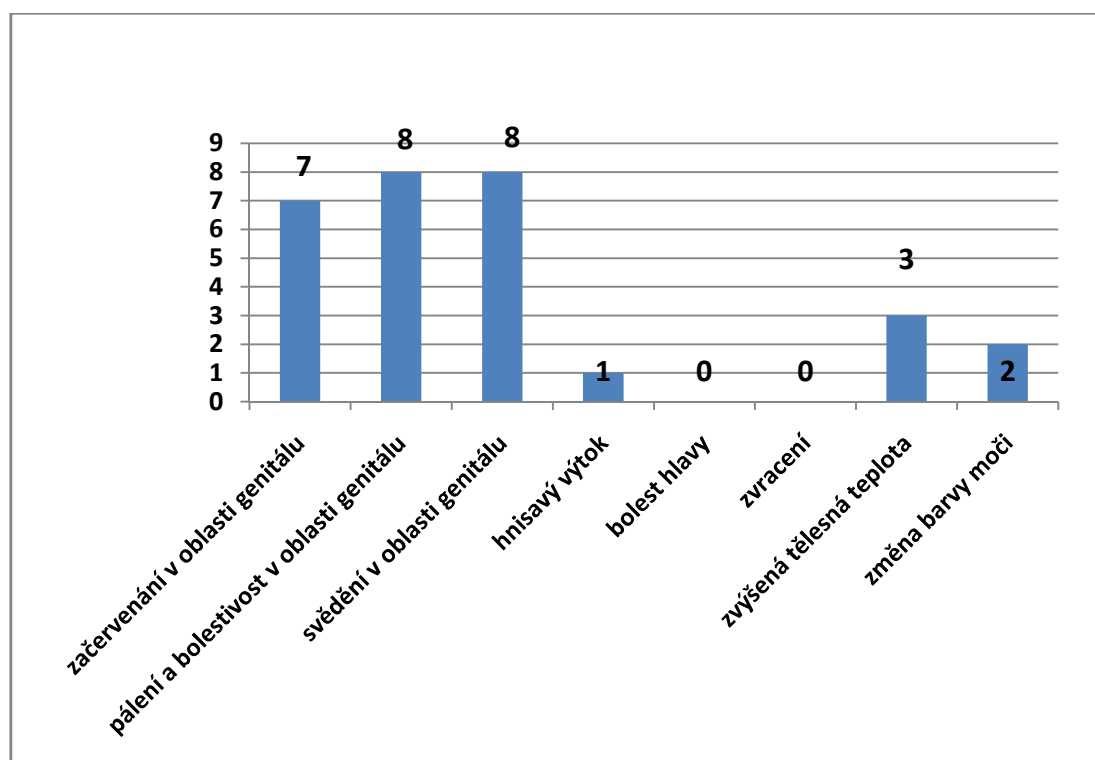
(k otázce 20 z dotazníku pro pacienty)



Na otázku, jaké znáte prvotní známky infekce z celkového počtu 20 pacientů z agentur domácí péče, odpovědělo 18 pacientů pálení a bolestivost v oblasti genitálu, 12 pacientů zvýšená tělesná teplota, 10 pacientů začervenání v oblasti genitálu, 9 pacientů změna barvy moči, 8 pacientů svědění v oblasti genitálu a 7 pacientů uvedlo jako jeden z příznaků hnisavý výtok.

Graf 32 Znalost příznaků močové infekce (DpS)

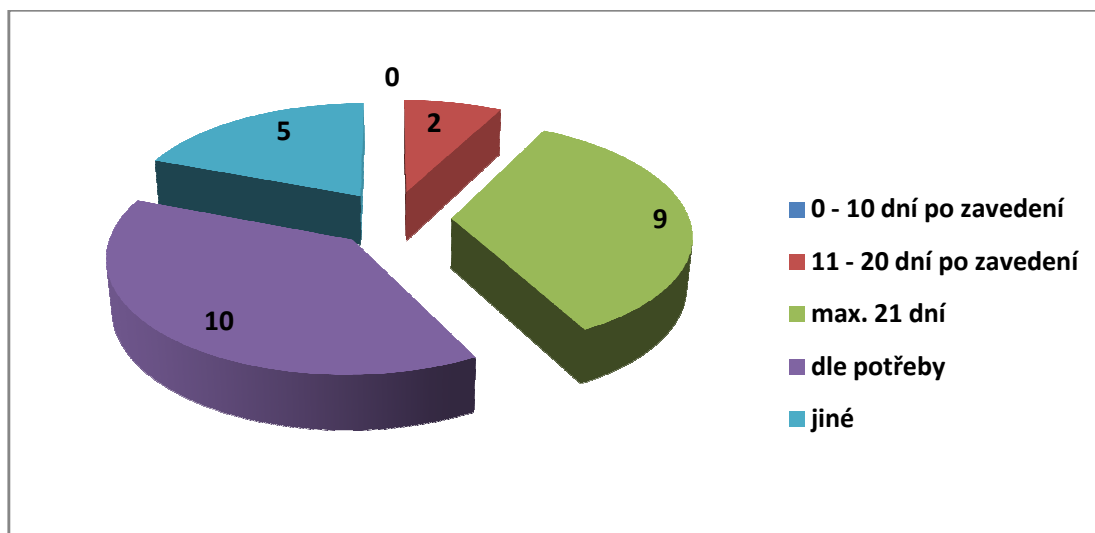
(k otázce 20 z dotazníku pro pacienty)



Z celkového počtu 10 pacientů z domovů pro seniory odpovědělo 8 pacientů, že mezi příznaky patří pálení a bolestivost v oblasti genitálu, 8 pacientů uvedlo svědění v oblasti genitálu, 7 pacientů začervenání v oblasti genitálu, 3 pacienti uvedli zvýšenou tělesnou teplotu, 2 pacienti změnu barvy moči a 1 pacient uvedl hnisavý výtok.

Graf 33 Výměna PMK (ADP)

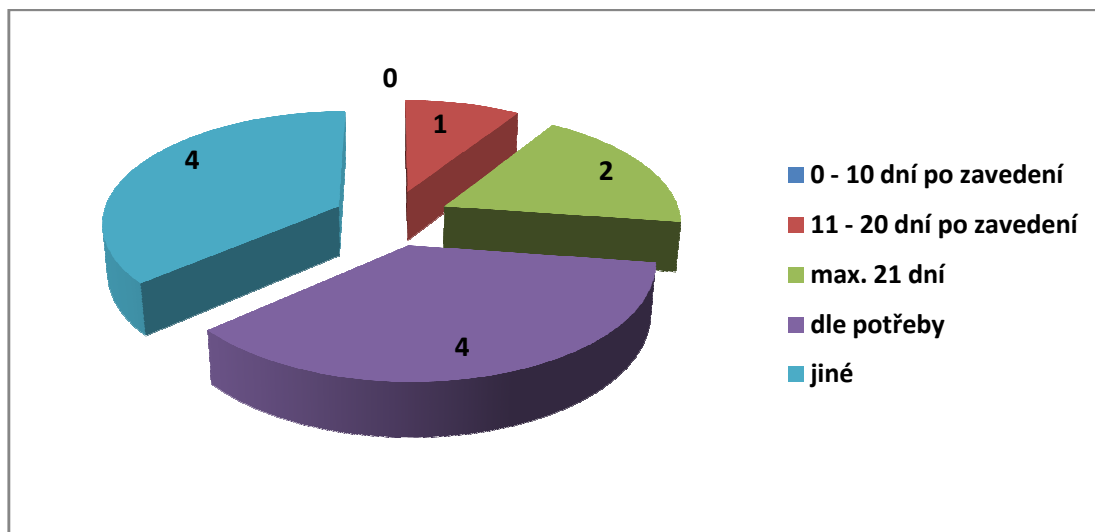
(k otázce 21 z dotazníku pro pacienty)



Na otázku, jak často měníte PMK, z celkového počtu 20 pacientů uvedlo 10 pacientů výměnu dle potřeby, 9 pacientů max. 21 dní po zavedení, do kolony jiné uvedlo 5 pacientů výměnu např. po 6 týdnech, po 1 měsíci a 2 pacienti uvedli výměnu v rozmezí 11 – 20 dní od zavedení.

Graf 34 Výměna PMK (DpS)

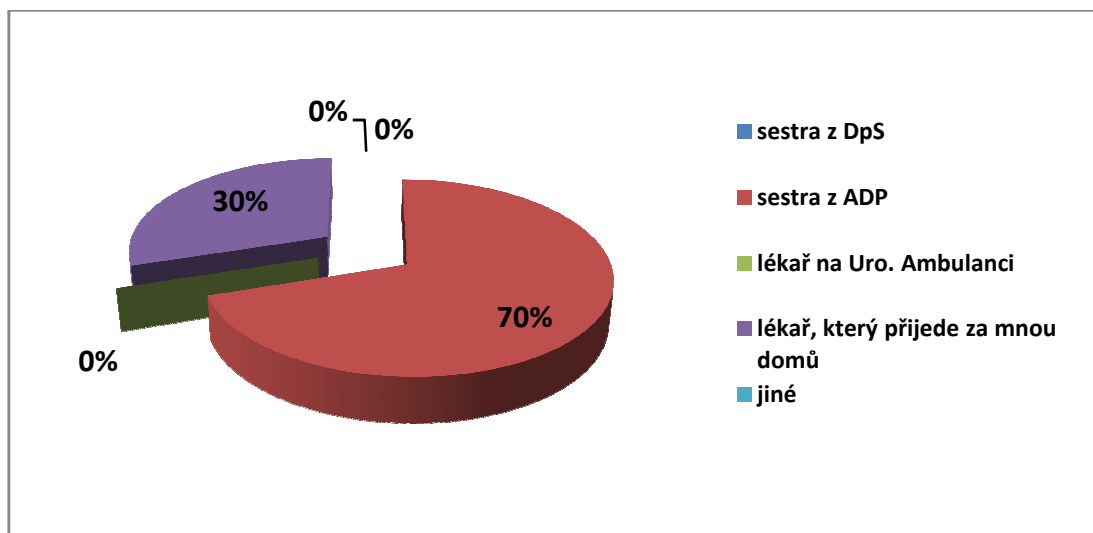
(k otázce 21 z dotazníku pro pacienty)



Z celkového počtu 10 pacientů odpověděli 4 pacienti, že jim je PMK měněn dle potřeby, 4 pacienti uvedli jiné časové rozmezí (např. 6 týdnů), 2 pacientům je PMK vyměňován max. 21 dní od zavedení a 1 pacientovi 11 – 20 dní po zavedení.

Graf 35 Zajištění výměny PMK pacientovi (ADP)

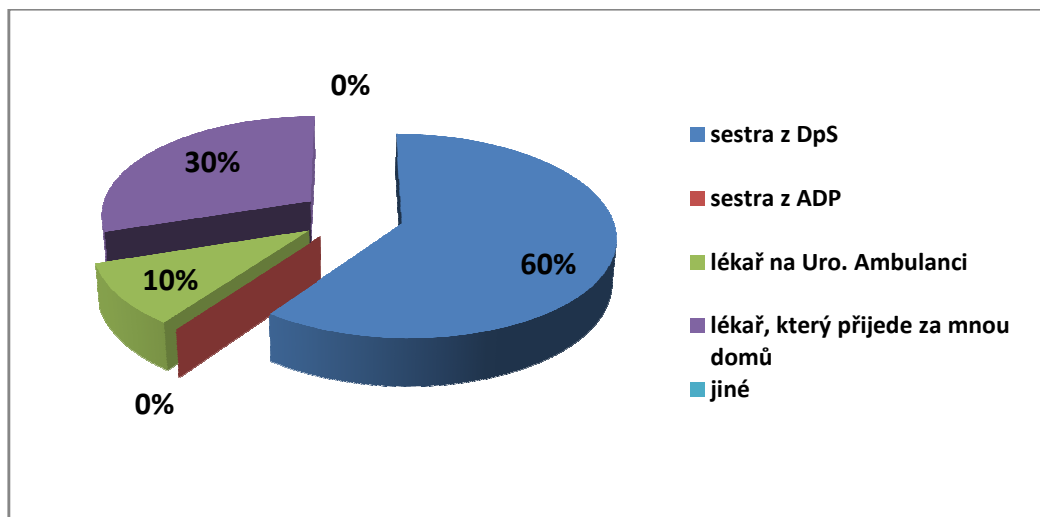
(k otázce 22 z dotazníku pro pacienty)



Na otázku, kdo zajišťuje výměnu PMK, z celkového počtu 20 pacientů odpovědělo 70% (14) pacientů, že výměnu provádí sestra z ADP a 30 % (6) pacientů uvedlo, že za nimi jezdí lékař domů.

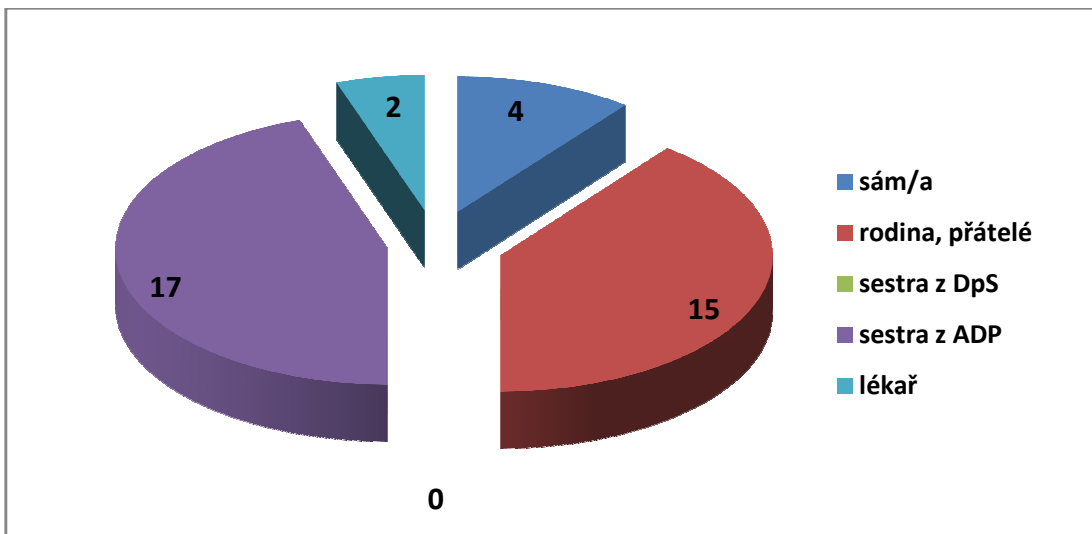
Graf 36 Zajištění výměny PMK pacientovi (DpS)

(k otázce 22 z dotazníku pro pacienty)



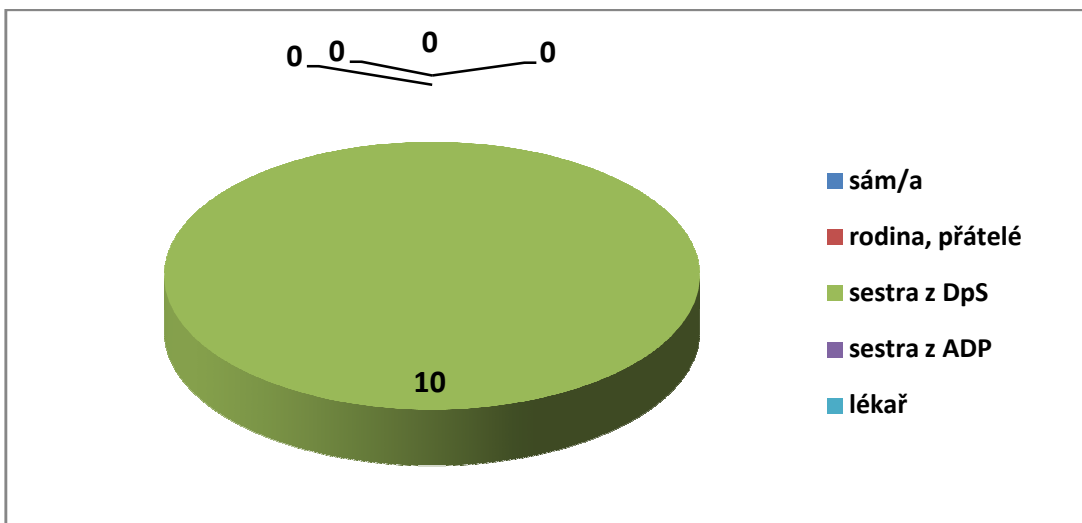
Z celkového počtu 10 pacientů z domovů pro seniory uvedlo 60 % (6), že výměnu provádí sestra z DpS, ke 30 % (3) pacientům přijede lékař a 10 % (1) pacientů mění PMK lékař na urologické ambulanci.

Graf 37 Zajištění ošetrovatelské péče u pacienta s PMK (ADP)
(k otázce 23 z dotazníku pro pacienty)



Na otázku, kdo zajišťuje u Vás oše. péči, z celkového počtu 20 pacientů uvedlo 17 pacientů sestru z agentury domácí péče, 15 pacientů označilo rodinu či přátele, 4 pacienti si zajišťují péči sami a 2 pacienti uvedli lékaře.

Graf 38 Zajištění ošetrovatelské péče u pacienta s PMK (DpS)
(k otázce 23 z dotazníku pro pacienty)



Všech 10 pacientů z domovů pro seniory uvedlo, že ošetrovatelskou péči o PMK zajišťuje sestra z domova pro seniory.

5. Diskuze

Cílem této práce bylo zjistit, zda sestry na urologickém oddělení edukují pacienty s močovým katétreem při propuštění do domácího léčení. Druhý cíl byl zaměřen na sestry z agentur domácí péče a z domovů pro seniory, zda se zapojují do edukace v ošetřování pacienta s močovým katétreem. Třetím cílem bylo zjistit, zda pacienti s močovým katétreem při propuštění do domácího léčení jsou edukováni o péči močový katétr.

Graf 6 ukazuje, jaké oblasti zahrnují ve své edukaci sestry z urologického oddělení. Všechny 16 dotázaných sester uvedlo oblast hygieny, ošetřování katétru (pomůcky, atd.) a komplikací (vznik infekce, atd.), 15 sester sledování příjmu a výdeje tekutin, 14 sester sledování barvy moči, 13 sester výměnu katétru a 6 sester by se zaměřilo i na sociální aspekty pacienta. Graf 7 znázorňuje to samé, akorát se zaměřuje na sestry z urologické ambulance, kdy celkem z 10 sester jich 10 uvedlo pouze oblast hygieny, 9 sester oblast komplikací a ošetřování katétru, 8 sester sledování barvy moči, po 7 sestrách uvedlo výměnu katétru a sledování příjmu a výdeje tekutin, 3 sociální aspekty, 2 stravování a 1 sestra by uvedla i šetrné zacházení s močovým katétreem. Graf 8 se zaměřuje na sestry z agentur domácí péče. Z celkem 20 sester by do své edukace zahrnulo 20 sester oblast komplikací spojené s močovým katétreem, ošetřování katétru a hygienu, 19 sester uvedlo sledování příjmu a výdeje tekutin, 18 sester sledování barvy moči, 15 sester výměnu katétru, 8 sester oblast stravování, 4 sestry sociální aspekty pacienta a 1 sestra by se zmínila i o rehabilitaci. V grafu 9 jsou znázorněny oblasti edukace sester z domovů pro seniory. Z celkem 34 sester odpovědělo 31 sester oblast komplikací a hygieny, 30 oblast ošetřování, 24 sester sledování příjmu a výdeje tekutin, 21 sester by zahrnulo oblast sledování barvy moči, 18 sester výměnu katétru, 7 sester sociální aspekty, 2 sestry stravování a 1 sestra by pacienta edukovala i v oblasti prevence dekubitů. Stejně tak uvádí Mikšová (14) ve své publikaci, že je důležité se také zaměřit i na stravování (dostatek zeleniny a ovoce, omezit maso, vejce a obiloviny).

Grafy 10 až 13 znázorňují odpovědi sester na otázku, jak často měníte močový katétr u pacienta. Nejdélší možná doba zavedení katétru je maximálně 21 dní, jak uvádí Vobořilová v odborném časopise *Diagnóza* (29). Stejně tak odpovídaly

i sestry: maximálně 21 dní po zavedení katétru 76 % (12) sester z urologického oddělení. 18 % (3) sester z tohoto oddělení odpovědělo dle potřeby a v časovém rozmezí 10 – 20 dní po zavedení uvádí 6 % (1) sester. Na ambulanci mění v 50 % (5) sestry katétr dle potřeby, ve 20 % (2 sestry) max. po 21 dnech, zbylých 30 % sester mění katétr do 20 dní po zavedení. V agenturách domácí péče a domovech pro seniory sestry (či lékař) převážně vyměňují katétr dle potřeby (25%, 40%), či maximálně po 21 dnech od zavedení (30 %, 35%). Některé sestry uvedly také výměnu dle zvyklostí pracoviště, kde se bohužel ukázalo i delší časové rozmezí než je 21. dní (např. 4 týdny, 6 týdnů), což není správné z hlediska rizika nozokomiálních nákaz, jak uvádí Maďar (11).

Na otázku, jaké oblasti prevence před močovou infekcí podle sester existují, které jsou znázorněny v grafech 14 až 17, všech 16 sester z urologického oddělení uvedlo na prvním místě včasnou výměnu katétru, po 15 sestrách uvedlo dodržování asepse při zavádění katétru a správnou hygienu, 7 sester zavedení katétru kompetentní osobou a 3 sestry dopsaly i dostatečný pitný režim a správnou edukaci pacienta. U sester z ambulance bylo na prvním místě (10) dodržování asepse při zavádění katétru, 9 sester zaškrtlo včasnou výměnu katétru, 8 sester správnou hygienu, 5 sester zavedení katétru kompetentní osobou a 1 sestra uvedla také pravidelnou výměnu sběrného sáčku. 20 sester z agentur domácí péče a 34 sester z domovů pro seniory uvedlo na prvním místě dodržování asepse při zavádění katétru, dále pak po 19 sestrách z agentury uvedlo správnou hygienu a včasnou výměnu katétru a 15 sester zavedení katétru kompetentní osobou. Z domovů pro seniory vyšlo v grafu 34 sestrám správná hygiena, 33 sestrám včasná výměna katétru a 23 sestrám zavedení katétru kompetentní osobou. Dohromady 3 sestry z agentury a domovů pro seniory doplnily také dostatečný pitný režim. Sestry odpověděly převážně stejně, tudíž se shodují s Maďarem (11), který to uvádí ve své publikaci.

Součástí edukace je také mít své podávané informace pacientovi podložené, proto je důležité mít na oddělení či pracovišti materiály k dané problematice, jak uvádí Závodná (32). Jedna z otázek v dotazníku byla zaměřena na to, zda na svém pracovišti tyto edukační materiály sestry mají k dispozici. Vše uvádějí grafy 18 až 21. Na urologickém oddělení odpovědělo 37 % (6) sester, že tyto materiály mají, 32

% (5) je nepoužívá, 19 % (3) sester je nemá a 12 % (2) sester o materiálech neví. Na ambulanci jsou na tom sestry o něco lépe, protože 60 % (6) sester o materiálech ví, 20 % (2) sester ví o materiálech, ale nepoužívá je, 10 % (1) odpovědělo ne a 10 % (1) o nich neví. V agenturách domácí péče má 50 % (10) sester k dispozici materiály, dalších 20 % (4) je nepoužívá a 30% sester je nemá nebo o nich ani neví. V domovech pro seniory má celkem 53 % (18) sester tyto materiálu po ruce, 41% (14) materiály má, ale nepoužívá je a 6 % (2) sester uvedlo, že je na svém pracovišti nemá. Z hodnocení celkem vyplývá, že by bylo dobré, sestrám nabídnou informační materiály k této problematice. Ne pro ně samotné, ale spíše pro pacienty, aby se měli podle čeho orientovat. Přeci jen si člověk zapamatuje více informací, když má kam nahlédnout, než když mu sestra podá spoustu informací ústně a najednou, např. při propuštění.

Jak je zmíněno v odborné publikaci od Závodné (32), edukaci může provádět jakýkoli účastník edukační aktivity, např. sestra, lékař atd. Proto se objevuje v dotazníku pro pacienty otázka, kdo je edukoval (nejen při propuštění z nemocnice), graf 25 a 26. Z celkového počtu 30 pacientů 14 odpovědělo, že byli edukováni sestrou, u 7 proběhla edukace lékařem i sestrou, 4 pacienti uvedli lékaři a 4 pacienti nebyli edukováni nikým.

V grafu 27 jsou znázorněny oblasti, v níž byli pacienti z agentur domácí péče edukováni. 17 pacientů z celkových 20 bylo edukováno v oblasti hygieny, která je důležitá v prevenci komplikací, jak uvádí Kozierová (7), 15 v komplikacích, 12 v ošetřování močového katétru, 9 pacientů o důležitosti výměny katétru, 8 pacientů v oblasti sledování barvy moči a 3 ve stravování. 2 pacienti byli edukováni také v polohování a 1 pacient v sociálních aspektech. Graf 28 ukazuje oblasti edukace u pacientů v domovech pro seniory. Po 7 pacientech bylo seznámeno s oblastí hygieny a komplikací, 6 pacientů v ošetřování PMK, 3 pacienti byli edukováni o výměně katétru a u 2 pacientů bylo zmíněno sledování barvy moči a sledování příjmu a výdeje tekutin za 24 hodin. Z těchto dvou grafů vyplývá, že pacienti nejsou dostatečně seznámeni se vším, co by měli vědět.

Pokud má člověk zaveden permanentní močový katétr, neměl by zapomenout na dostatek tekutin, nejlépe více jak 2 litry denně. To také píše ve své literatuře

Teplan (27). Na otázku, kolik tekutin denně pacienti vypijí, je znázorněno v grafech 29 a 30. Z celkového počtu 30 dotázaných pacientů odpovědělo 16 pacientů, že vypije 2 – 3 litry za den a 14 pacientů 1 -2 litry denně. Minimální příjem tekutin by měl být 3 litry za den, pokud to zdravotní stav pacienta dovolí, píše Mikšová (14). Zjistily jsme, že pacienti přijímají dostatek tekutin.

Další důležitou věcí, na co se zaměřit, je znalost příznaků močové infekce. 18 pacientů z agentur domácí péče z 20 zaškrtnulo pálení a bolestivost v oblasti genitálu, 12 pacientů zvýšenou tělesnou teplotu, 10 pacientů začervenání v oblasti genitálu, 9 změnu barvy moči, 8 svědění v oblasti genitálu a 7 hnisavý výtok. Z domovů pro seniory uvedlo po 8 pacientech z 10 pálení, bolestivost a svědění v oblasti genitálu, 7 začervenání v oblasti genitálu, 3 pacienti zmínili zvýšenou teplotu, 2 pacienti změnu barvy moči a 1 pacient uvedl hnisavý výtok. Tyto příznaky uvedli i ve svých odborných literaturách Teplan (29) a Maďar (11). Oba se shodují s výsledky grafů.

Výměna katétru by měla proběhnout do 21 dní po zavedení, jak uvádí Kozierová (7). Z celkového počtu 30 pacientů uvedlo 14 výměnu dle potřeby (např. 6 týdnů), 11 pacientům je katétr vyměňován do 21 dnů od zavedení, 9 pacientů uvedlo jiné časové údaje (např. 4 – 6 týdnů) a 3 pacientům je katétr měněn v 11 – 20 dnech (graf 33 a 34). Z těchto grafů vyplývá o alarmujícím nedodržování pravidel ošetrovatelské péče a prevencí před močovou infekcí s permanentním močovým katétre.

Na otázku, kdo mění pacientům z agentur domácí péče katétr, odpovědělo z celkového počtu 20 pacientů 70 % (14), že výměnu provádí sestra z agentury, ke 30 % (6) pacientů jezdí lékař domů, což je znázorněno v grafu 35. V domovech pro seniory mění 60 % (6) katétr sestra, ke 30 % (3) přijede lékař do domova a 10 % (1) pacientů je odváženo na výměnu na urologickou ambulanci (graf 36). Ženám mění močový katétr zdravotní sestra (či porodní asistentka), mužům výměnu provádí lékař či zkušená a výkonu kompetentní sestra, tak uvádí Krišková (8).

O pacienty s močovým permanentním katétre v domácím prostředí pečuje zdravotní sestra či rodina. Na otázku, kdo zajišťuje péči o Váš katétr, odpovědělo z 20 dotázaných pacientů z agentury domácí péče, že 17 pacientů spadá do péče sester z agentur, což dokazuje důležitost těchto sester, na to upozorňují Kozierová (7)

i Rozsypalová (19). 15 pacientů uvedlo jako pečující rodinu či přátelé, 4 pacienti pečují o katétr sami pod dohledem sestry z agentury a 2 pacienti uvedli lékaře. (graf 37). Všech 10 pacientů z domova pro seniory uvedli sestru pracující v domově (graf 38). Na tuto otázku byla možnost více odpovědí. Z obou grafů tedy vyplývá, že pacienti jsou pod neustálou kontrolou zdravotníků.

První část bakalářské práce tvoří teoretická část, která je vypracována na základě literatury, odborných časopisů a internetových stránek. Tato část byla velice náročná, protože vše je psané okrajově a obecně. Po teoretické části jsme se zabývaly samotným výzkumem. Výsledky byly velice zajímavé. I když celkově výzkum dopadl dobře, odpovědi na určité otázky nás překvapily.

6. Závěr

Tato práce se zabývala problematikou ošetrovatelské péče o pacienta s permanentním močovým katétreem při propuštění do domácího léčení a především se zajímala o edukaci těchto pacientů. Byly stanoveny 3 cíle. Prvním cílem bylo zjistit, zda sestry z urologického oddělení edukují pacienty s močovým katétreem při propuštění do domácího léčení. Tento cíl byl splněn. Druhý cíl byl zaměřen na sestry z agentur domácí péče a domovů pro seniory, zda se zapojují do edukace v ošetřování pacienta s močovým katétreem. I druhý cíl byl splněn. Třetí cíl byl zaměřen na zjištění, zda pacienti s močovým katétreem při propuštění do domácího léčení jsou edukováni o péči o močový katétre. Třetí cíl byl také splněn.

K cílům se vztahovaly čtyři hypotézy. První hypotéza se zajímala o to, zda sestry z urologického oddělení edukují pacienty s močovým katétreem při propuštění do domácího léčení v oblasti výměny katétre. Hypotéza se potvrdila, sestry opravdu edukují pacienty v oblasti výměny katétre, ale ne 100 %. Druhá hypotéza byla opět zaměřena na sestry z urologie. Tentokrát, zda edukují pacienta v oblasti předcházení vzniku močové infekce. Ano, sestry edukují pacienty v této oblasti. Třetí hypotéza byla zaměřena na sestry z agentur domácí péče a domovů pro seniory, zda edukují pacienty s močovým katétreem v oblasti předcházení močové infekce. I třetí hypotéza se potvrdila. Čtvrtá se vztahovala k samotným pacientům, zda oni sami jsou informováni o péči o močový katétre v oblasti rozpoznání příznaků močové infekce. Příznaky infekce sice pacienti znají, ale ne všechny, tudíž hypotézu nelze považovat za potvrzenou.

Tuto problematiku dostatečně učí na středních, vyšších i vysokých školách, ale vše je jen z pohledu sestry. Neobjevila jsem bohužel žádné materiály, které by mohly pomoci samotným pacientům. Proto jsme vytvořily malý informační leták pro pacienty s močovým katétreem. Myslíme si, že by bylo vhodné tyto letáky každému pacientovi nabídnout. Tato práce bude poskytnuta sestrám na urologii, do agentur domácí péče a do domovů pro seniory.

7. Seznam použitých zdrojů

1. *Domov pro seniory Bechyně* [cit. 18. 12. 2008], dostupné z www:
<http://www.ddbechyně.cz/default.asp?key=19&lng=cz>
2. DYLEVSKÝ, I. *Somatologie, učebnice pro zdravotnické školy a bakalářské studium*. 2. přepracované a doplněné vyd. Olomouc: Epava 2000, 480 s. ISBN 80-86297-05-5.
3. ELIŠKOVÁ, M., NAŇKA, O. *Přehled anatomie*. 1. vyd. Praha: Karolinum 2006, 309 s. ISBN 80-246-1216-X.
4. *Hematurie*. [cit. 15. 12. 2008], dostupné z www:
http://www.nadaceledviny.cz/download/15_Hematurie.pdf
5. *Chemické vyšetření moče*. [cit. 15. 12. 2008], dostupné z www:
<http://www.urologieprostudenty.cz/page/68050.chemicke-vysetreni-moce/>
6. KALOUS, Z., OBST, O. a kol. *Školní didaktika*. 1. vyd. Praha: Portál 2002, 448 s. ISBN 80-7178-253-X.
7. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatelství 2*. 1. vyd. Martin: Osveta 1995, 1474 s. ISBN 80-217-0528-0 .
8. KRIŠKOVÁ, A., a kol. *Ošetrovatel'ské techniky*. Martin: Osveta 2001, 804 s. ISBN 80-8063-087-9.
9. *Kultivační vyšetření moče*. [cit. 15. 12. 2008]. dostupné z www:
<http://www.urologieprostudenty.cz/page/68052.kultivacni-vysetreni-moce/>

10. MACHOVÁ, Alena. Vyprazdňování moče a stolice [cit. 19. 12. 2008]. Dostupné z www:
http://www.eamos.cz/amos/kos/modules/low/kurz_text.php?id_kap=9&kod_kurzu=kos_392
11. MAŘAR, R., PODSTATOVÁ, R., ŘEHOŘOVÁ, J. *Prevence nozokomiálních nákaz v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing 2006, 180 s. + 4 s. barevné přílohy. ISBN 80-247-1673-9.
12. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v Nanda doménách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing 2006, 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
13. MARTAN, A., a kol. *Inkontinence moči u žen a její medikamentózní léčba*. 2. rozšířené vyd. Praha: Maxdorf 2006, 83 s. ISBN 80-7345-094-1.
14. MIKŠOVÁ, Z., FRAŇKOVÁ, M., HERNOVÁ, R., ZAJÍČKOVÁ, M. *Kapitoly ošetrovatelské péče I*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing 2006, 248 s. ISBN 80-247-1442-6.
15. MLČOCH, Zbyněk., *Krev v moči - příčiny, diferenciální diagnostika hematurie* [cit. 15.12. 2008]. dostupné z www:
http://www.zbynekmlcoch.cz/info/ostatni_obory/krev_v_moci_priciny_diferencialni_diagnostika_hematurie.html
16. *Močovod*. [cit. 19. 12. 2008]. Dostupné z www:
<http://www.andrologie.cz/page/6199/>
17. *Paréza a plegie*. [cit. 17. 12. 2008]. dostupné z www:
http://wiki.medik.cz/wiki/N%C3%A1pov%C4%9Bda_diskuse:Hled%C3%A1n%C3%AD

18. RICHARDS, A., EDWARDS, S.. *Repertorium pro zdravotní sestry*. Přeložila Šeclová. S. 1.vyd. Praha: Grada Publishing 2003, 376 s. ISBN 80-247-0932-5.
19. ROZSYPALOVÁ, M., STAŇKOVÁ, M. a kol. *Ošetřovatelství I/1 pro střední zdravotnické školy*. 2.doplněné a aktualizované vyd. Praha: Informatorium 1999, 234 s. ISBN 80-86073-39-4.
20. ROZSYPALOVÁ, M., STAŇKOVÁ, M. a kol. *Ošetřovatelství I/2 pro střední zdravotnické školy*. 2. vyd. Praha: Informatorium 1999, 209 s. ISBN 80-86073-40-8.
21. SKALKOVÁ, J. *Pedagogika a výzvy nové doby*. Brno: Paido 2004, 158 s. ISBN 80-7315-060-3.
22. SLEZÁKOVÁ, L. a kol. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty I. Interna*. vyd. Praha: Grada Publishing 2007, 188 s. + 4 s. barevné přílohy. ISBN 978-80-247-1775-3.
23. SLEZÁKOVÁ, L. a kol. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty III. Gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing 2007, 216 s.+ 4 s. barevné přílohy. ISBN 978-80-247-2270-2.
24. ŠÍMOVÁ, Lucie. Bakalářská práce. 2008, vedoucí práce Mgr. Alena Machová, *Edukace pacienta o výživě se stomií tlustého střeva před propuštěním do domácí péče v nemocnicích Jihočeského kraje Písek, České Budějovice, Tábor*
25. ŠOTOLOVÁ, M. Úsek zdravotní péče III – operační obory. *Nemocnice České Budějovice a.s.* 1. vyd. České Budějovice: 2006, 46 s. ISNN neuvedeno.
26. ŠUSTROVÁ, Dáša. Edukace pacienta s diabetickou nohou. *Sestra*. Praha: 2008 č. 6. s. 45. ISNN neuvedeno.

27. TEPLAN, V., HORÁČKOVÁ, M. a kol. *Infekce ledvin a močových cest v dospělém a dětském věku*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing 2004, 252 s. ISBN 80-247-0566-4.
28. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHRONOVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha : Grada Publishing 2006, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
29. VOBOŘILOVÁ, Andrea. Péče o permanentní močový katétr. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: 2008, roč. 4. č.1. s. 2. ISSN neuvedeno.
30. VYHNÁNEK, F.a kol. *Chirurgie I.pro střední zdravotnické školy*. 2.vyd. Praha: Informatorium 2003, 224 s. ISBN 80-7333-005-9.
31. *Vyšetření močového sedimentu*. [cit. 15. 12. 2008]. Dostupné z www:
<http://www.urologieprostudenty.cz/page/68051.vysetreni-mocoveho-sedimentu/>
32. ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatelství: učebnica pre fakulty ošetrovatelstva*. 2.přepřacované a doplněné vyd. Martin: Osveta 2005, 117 s. ISBN 80-8063-193-X.

8. Klíčová slova

Permanentní močový katétr

Edukace

Sestra

Pacient

Domácí péče

9. Přílohy

9.1 Příloha 1

Opatření k prevenci katérových infekcí močových cest

<i>Příčina infekce</i>	<i>Preventivní opatření</i>
Nesprávný postup při aseptickém zavádění katétru; periuretrální flóra zanesená do měchýře	Katétr by měl vždy být sterilní. Periuretrální oblast by se měla důkladně vyčistit, nejlépe dezinfekčním prostředkem. Měla by se mýt a dezinfikovat ruce a nosit sterilní rukavice. Katétr by se měl zabezpečit, aby se zabránilo jeho pohybu močové trubici.
Migrace bakterií podél vnějšího povrchu	Není stanovena metoda prevence: antibiotické masti i opakovaná čištění nemají signifikantně preventivní účinek. Riziko přenosu mikroflóry snižuje hygiena rukou a lubrikace prostředkem s antimikrobiálním účinkem.
Otevřená drenáž	Uzavřená drenáž s kompatibilními těsně přiléhajícími systémy. Pokud není k dispozici, je vhodné upřednostnit intermitentní katetrizaci. Není-li to možné, lze použít otevřené drenáže, avšak na co nejkratší dobu.
Přerušení uzavřeného drenážního systému	Vzorky moči by se měly odebírat injekční stříkačkou a jehlou z odběrové části systému, po jeho předchozím vyčištění alkoholem. Drenážní vak by se neměl odpojovat. Pokud je zapotřebí provést výplach a odstranit tak krevní sraženiny, musí se použít aseptické techniky. Rutinní výplach měchýře k prevenci infekce je neúčinný. Drenážní vak by se měl vyprazdňovat jednou za ošetřovatelskou směnu do čisté nádoby, vyhrazené jenom pro daného pacienta. Personál vylévající vak by si měl mýt a dezinfikovat ruce a používat jednorázové rukavice.

Zdroj: Maďar.R., Podstátová.R., Řehořová.J., *Prevence nozokomiálních nákaz v klinické praxi.* (č. 31. s. 25.tab.č.3)

9. 2 Příloha 2

INFORMAČNÍ LETÁK - PERMANENTNÍ MOČOVÝ KATÉTR

PMK = permanentní močový katétr (cévka), která se zavádí sterilně přes močovou trubici do močového měchýře na delší dobu (rozdíl mezi jednorázovým cévkováním)

Indikace: urologická onemocnění, neschopnost udržet moč (močová inkontinence), zadržování moči (retence moči), zvětšená prostata, úrazy, ochrnutí dolních končetin (plegie, parézy), imobilita (špatná pohyblivost)

Ošetřování PMK a prevence komplikací (provádí Váš ošetřovatel):

- důkladná celková hygiena (především genitálu, nejlépe sprchování) – i několikrát za den
- dezinfekce ústí močové trubice a cévky sterilními tampóny s dezinfekcí (např. Secusept)
- sledování ústí močové trubice
- výměna sběrného sáčku (4 – 10 dní, dle potřeby)
- kontrola průchodnosti cévky (zda moč odtéká)
- sledování příjmu a výdeje tekutin (čaj, voda, minerálky, sladké vody, polévky, pivo, džusy; nepočítá se mléko a káva)
- uložení sběrného sáčku níže než je močový měchýř
- sledování barvy moči (fyziologicky je jantarově žlutá)
- výměna katétru max. po 21 dnech (dříve dle potřeby)
- zavádění cévky kompetentní osobou (zdravotní sestry - ženy, lékař - muži)
- zavedení katétru na co nejkratší nutnou dobu → rehabilitace, učít se znovu postupně vylučovat (močová lahev, podložní mísa, jednorázové pleny)

Na co si dát pozor (komplikace):

- močová infekce
 - ✓ projevuje se: pálením, řezáním a svěděním v oblasti močového ústí, zarudnutím kolem ústí do močové trubice, hnisavým výtokem
- tvorba proleženiny (dekubitu) v okolí ústí močové trubice (zarudnutí kůže, tvorba puchýře, bolestivost, promodralé otlaky kolem ústí močové trubice, krvácení z porušené sliznice)
- vytažení či vytržení cévky
- protékání moči kolem cévky
- změna barvy moči
- neodtékání moči do sběrného sáčku

Každou změnu či komplikaci hlase svému ošetřujícímu lékaři či zdravotní sestře!!

Veškeré pomůcky by Vám měl zajistit Váš praktický lékař!

Nebojte se na vše ptát (třeba i stokrát ☺)!!

Nemáte se za co stydět!

Kontakt:

9.3 Příloha 3 Dotazník pro sestry

Vážené kolegyně

Jmenuji se Šárka Janáková a jsem studentkou 3. ročníku Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, ZSF, obor všeobecná sestra.

Dotazník je zaměřen na téma: Problémy ošetrovatelské péče u pacienta s močovým katétre v domácím prostředí – edukační činnost. Dotazník je anonymní. Získané údaje budou použity pouze pro zpracování bakalářské práce.

Při vyplňování dotazníku zakroužkujte Vámi zvolenou odpověď, popřípadě doplňte stručně do kolonky *jiné*. Prosím odpovězte na všechny otázky.

Předem děkuji za Váš čas a ochotu při vyplňování dotazníku.

Šárka Janáková

Seznam použitých zkratk:

PMK – permanentní močový katétr

1. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) SZŠ
- b) VZŠ (Dis)
- c) Vysokoškolské – bakalářské
- d) Vysokoškolské – magisterské
- e) jiné (uved'te prosím).....

2. Délka Vaší praxe:

- a) 0 – 5 let
- b) 6 – 10 let
- c) 11 – 15 let
- d) 15 a více let

3. Na jakém pracovišti pracujete:

- a) urologické oddělení
- b) urologická ambulance
- c) agentura domácí péče
- d) domov pro seniory

Pokud jste odpověděla na otázku číslo 3, že pracujete na urologickém oddělení, prosím odpovězte na následující otázku

4. Edukujete pacienta s PMK při propuštění do domácího léčení?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím
- f) jiné (prosím uveďte).....

5. Setkáváte se s pacienty se zavedeným permanentním močovým katétrem (dále PMK)?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) jiné (prosím uveďte).....

Pokud jste odpověděla na předchozí otázku ANO či SPÍŠE ANO, odpovězte na následující otázku:

6. Kolik pacientů s PMK máte ve své péči? (prosím uveďte)

.....

7. Znáte důvod zavedení PMK u pacientů?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím
- f) jiné (prosím uveďte).....

8. Myslíte si, že edukace pacienta s PMK je důležitá?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

- e) nevím
- f) jiné (prosím uveďte).....

9. Provádíte edukaci pacienta s PMK na svém pracovišti?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím
- f) jiné (prosím uveďte).....

10. Součástí mé edukace by byla oblast: (zakroužkujte více možností)

- a) hygieny
- b) stravování
- c) sledování příjmu a výdeje tekutin
- d) komplikací (vznik infekce, vytažení, protékání....)
- e) ošetřování PMK (pomůcky, výměna sběrného sáčku....)
- f) sledování barvy moče
- g) výměny katétru
- h) sociální aspekty
- i) jiné (uveďte prosím).....

11. Jak často měníte PMK u pacienta?

- a) 0 - 10 dnů po zavedení
- b) 11 – 20 dnů po zavedení
- c) max 21 dnů
- d) dle potřeby
- e) dle zvyklostí oddělení (uveďte prosím)
- f) jiné (prosím uveďte).....

12. Jaké znáte možné příznaky spojené s močovou infekcí? (možnost více odpovědí)

- a) začervenání v oblasti genitálu
- b) pálení a bolestivost v oblasti genitálu
- c) svědění v oblasti genitálu

- d) hnisavý výtok
- e) bolest hlavy
- f) zvracení
- g) zvýšená teplota
- h) změna barvy moče

13. Jaké oblasti podle Vás zahrnuje prevence před močovou infekcí u pacientů s PMK?

(možnost více odpovědí)

- a) dodržování asepse při zavádění či výměně PMK
- b) správná hygiena
- c) včasná výměna katétru
- d) zavedení PMK kvalifikovaným pracovníkem
- e) jiné (prosím uveďte)

14. Zapojujete do edukace i rodinu pacienta (známé)?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím
- f) jiné (prosím uveďte).....

15. Má rodina zájem o zapojení se do péče o svého blízkého s PMK?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím
- f) jiné (prosím uveďte).....

16. Jaké parametry sledujete u pacienta s PMK: (zakroužkujte více možností)

- a) průchodnost katétru
- b) začervenání, pálení v oblasti ústí močové trubice
- c) tvorbu dekubitu v oblasti ústí močové trubice

- d) protékání moče kolem katétru
- e) čistota lůžkovin
- f) barvu moče a množství moče
- g) uložení sběrného sáčku níže než je močový měchýř
- h) výměna sběrného sáčku dle potřeby
- i) pitný režim
- j) dostatečná hygiena
- k) jiné (uveďte prosím).....

17. Zapisujete příjem a výdej tekutin u pacientů s PMK do dokumentace?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím
- f) jiné (prosím uveďte).....

18. Máte na svém pracovišti k dispozici edukační materiály z oblasti této problematiky?

- a) ano
- b) ano, ale nepoužívám je
- c) ne
- d) nevím

19. Mají samotní pacienti s PMK zájem o edukaci?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím
- f) jiné (prosím uveďte).....

20. Jakou formou edukujete pacienta s PMK?

- a) ústní
- b) ústní i písemnou

c) písemnou

d) jiné (prosím uveďte).....

21. Dáváte pacientům možnost zpětné vazby?

a) ano

b) ne

c) dle času

d) nevím

Chcete ještě něco napsat k tématu?

.....

9. 4 Příloha 4 Dotazník pro pacienty

Dobrý den

Jmenuji se Šárka Janáková a jsem studentkou 3. ročníku Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, obor Všeobecná sestra.

Dotazník je zaměřen na téma: Problémy ošetrovatelské péče u pacienta s močovým katétre v domácím prostředí – edukační činnost. Získané údaje budou použity pouze pro zpracování bakalářské práce.

Tímto bych Vás chtěla poprosit o vyplnění dotazníku, který je anonymní. Při vyplňování dotazníku zakroužkujte Vámi zvolenou odpověď, popřípadě doplňte stručně do kolonky *jiné*. Prosím odpovězte na všechny otázky.

Předem děkuji za Váš čas a ochotu při vyplňování dotazníku.

Šárka Janáková

Vysvětlení pojmů:

PMK – permanentní močový katétr, močová cévka

Edukace - výchova a vzdělávání pacientů a jejich blízkých (podávání informací, poučení)

1. Jste:

- a) muž
- b) žena

2. Kolik je Vám let?

- a) 41 – 50 let
- b) 51 – 60 let
- c) 61 – 70 let
- d) 70 a více let

3. Jsem klientem:

- a) Agentury domácí péče
- b) Domova pro seniory

4. Znáte důvod zavedení permanentního močového katétru?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne

- d) ne
- e) nevím
- f) jiné (prosím uveďte)

5. Kdo Vás seznámil o důvodu zavedení PMK (močové cévky)?

- a) sestra
- b) lékař
- c) setra i lékař
- d) nebyl/a jsem seznámen/a

6. Napište, prosím, důvod zavedení močové cévky:

- a) urologické onemocnění
- b) úraz
- c) imobilita
- d) jiné (prosím uveďte)

7. Co si představujete pod pojmem edukace po předchozím vysvětlení? (prosím napište svými slovy)

.....

8. Byl/a jste poučen (edukován/a) v oblasti péče o močový katétr (cévku) při propuštění do domácí léčby?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím
- f) jiné (prosím uveďte)

9. Kdo Vás edukoval?

- a) sestra
- b) lékař
- c) sestra i lékař
- d) jiné (prosím uveďte)

10. Byl/a edukace pro Vás dostačující?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím
- f) jiné (prosím uveďte)

11. Byl/a jste s edukací spokojen?

- a) velmi spokojen
- b) spokojen
- c) nespokojen
- d) velmi nespokojen

12. Dostal/a jste možnost na své případné dotazy?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím
- f) jiné (prosím uveďte)

13. Byla poučena i Vaše rodina (známí)?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím
- f) jiné (prosím uveďte)

14. Jakou formou jste byl/a poučen/a?

- a) ústní
- b) ústní i písemnou či tištěnou
- c) písemnou (ručně napsané informace)

- d) tištěná (brožura...)
- e) jiná (odpověď prosím)

15. V jakých oblastech jste byl/a edukován? (můžete zakroužkovat více odpovědí)

- j) hygiena
- k) stravování
- l) sledování příjmu a výdeje tekutin
- m) komplikace (vznik infekce, vytažení, protékání....)
- n) ošetřování PMK (pomůcky, výměna sběrného sáčku....)
- o) sledování barvy moče
- p) o výměně katétru
- q) sociální aspekty
- r) nebyl/a jsem edukován
- s) jiné (uveďte prosím)

16. Víte, jaké množství tekutin je potřeba vypít za 24 hodin?

- a) do 1 l/den
- b) 1– 2 l/den
- c) 2 – 3 l/den
- d) 3 a více l/den

17. Jak provádíte hygienu se zavedenou močovou cévkou? (více odpovědí)

- a) samostatně, bez pomoci
- b) s pomocí
- c) samostatně neprovedu (musí provést někdo jiný)
- d) sprchování
- e) koupel
- f) omývání u umyvadla
- g) koupel na lůžku
- h) jiné (prosím uveďte)

18. Jak často provádíte tuto hygienu?

- a) 1x denně
- b) 2 – 3x denně

- c) 1x za týden
- d) jiné (prosím uveďte)

19. Jste informován/a o péči o močovou cévku v oblasti rozpoznání příznaků infekce?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím
- f) jiné (prosím uveďte)

20. Znáte prvotní známky infekce? (více možností)

- a) začervenání v oblasti genitálu
- b) pálení a bolestivost v oblasti genitálu
- c) svědění v oblasti genitálu
- d) hnisavý výtok
- e) bolest hlavy
- f) zvracení
- g) zvýšená teplota
- h) změna barvy moče

21. Jak často měníte PMK (močovou cévku)? (možnost více odpovědí)

- d) 0 - 10 dnů po zavedení
- e) 11 – 20 dnů po zavedení
- f) max 21 dnů
- g) dle potřeby
- e) jiné (prosím uveďte)

22. Kdo Vám mění PMK (močovou cévku)?

- a) sestra
- b) sestra z agentury domácí péče
- c) lékař na urologické ambulanci v nemocnici
- d) lékař, který přijede za mnou domů
- e) jiné (prosím uveďte)

23. Kdo zajišťuje péči o Váš PMK (močovou cévku)? (možnost více odpovědí)

- a) sám/a
- b) rodina, přátelé...
- c) sestra z Domova pro seniory
- d) sestra z agentury domácí péče
- e) lékař

Chcete ještě něco napsat k tématu?

.....